

# Quand la polypectomie est-elle suffisante?

Jean-Claude Givel, MD, FACS, FRCS, EBSQcoloproctology

Cabinet de chirurgie viscérale

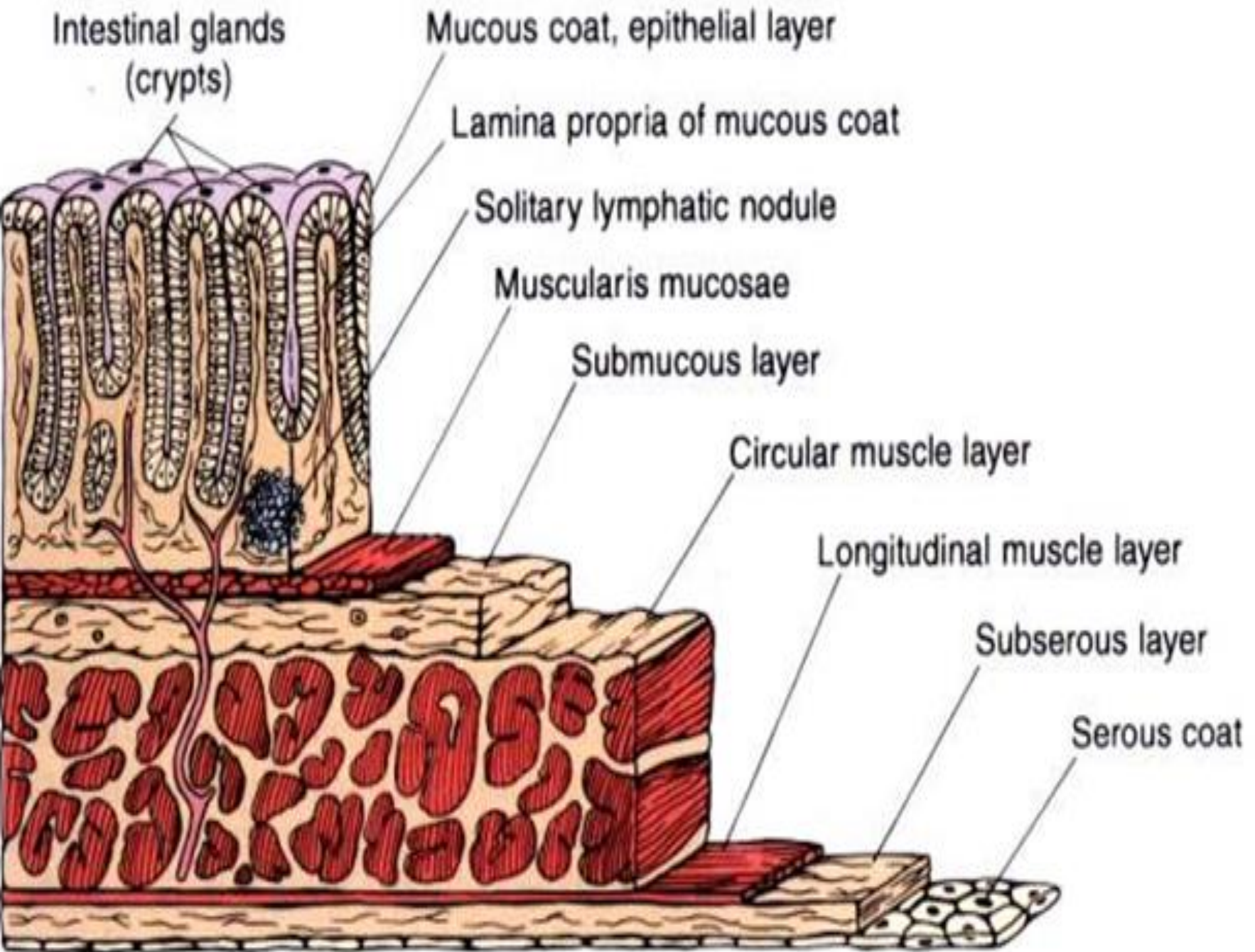
Lausanne

# Que signifie polypectomie?

- excision complète d'un polype?
- excision d'un fragment de polype (biopsie)?
- excision de muqueuse emportant un polype (mucosectomie)?
- excision de muqueuse avec dissection sous-muqueuse?

## Et ... polypectomie suffisante?

- un polype excisé en totalité?
- une morphologie spécifique?
- des caractères histologiques sûrs?
- absence de risque de maladie résiduelle?
- absence de risque d'atteinte ganglionnaire?



# Le polype

- protrusion muqueuse dans la lumière intestinale (épaississement muqueux) ou masse sous-muqueuse
- « polype » ne signifie rien sans catégorisation histopathologique. Une évaluation précise est essentielle!

# Le polype malin

- polype adénomateux dans lequel le cancer a pénétré dans la sous-muqueuse, à travers la muscularis mucosae
- par opposition au carcinome in situ, a un potentiel de métastatisation ganglionnaire ou à distance

# Quand la polypectomie est-elle suffisante?

- polype pédiculé avec carcinome de grade 1 ou 2, absence d'invasion lympho-vasculaire et marges de résection négatives
- résection endoscopique suffit
- site à contrôler à 3 mois
- résection chirurgicale pas indiquée

# Quand la polypectomie n'est-elle pas suffisante?

- carcinome associé à risque significatif de maladie résiduelle ou d'atteinte ganglionnaire (grade > 2, invasion lympho-vasculaire, résection incomplète ou polype fragmenté, invasion du tiers inférieur de la sous-muqueuse, polype sessile, tumor budding)
- **résection chirurgicale indiquée**





### Weather

**Today:** Partly cloudy, morning showers. High 85-89. Low 60.  
**Wednesday:** Partly cloudy, continued warm. High 85.  
**Yesterday:** Temp. range 95-78. AQI 75. Details on Page D2.

# The Washington Post

**FINAL**

*Detailed index on Page A2*

108TH YEAR

No. 223

© 1985, The Washington Post Company

TUESDAY, JULY 16, 1985

Higher in Areas Approximately 75 Miles  
From District of Columbia (See Box on A2)

25¢

# Reagan Tumor Found to Be Cancerous

**CABCHIRVISC**  
CABINET DE CHIRURGIE VISCÉRALE  
SPÉCIALISTES FMH  
Prof J-CI GIVEL | Dr A TEMPJA  
Dr C VALLET | Dr H VUILLEUMIER

[www.cabchirvisc.ch](http://www.cabchirvisc.ch)

1984: endoscopic examination disclosed a **small polyp** in Reagan's (73) colon. Biopsy: benign.

March 1985: **another polyp** found and removed.

July: colonoscopy disclosed a **more dangerous tumor - a villous adenoma** - that could only be removed by surgery.

Reagan wanted to have surgery next day - to avoid having to repeat colonic preparation! Right-sided portion of the colon removed. Exploration of other abdominal structures found no cancer spread. **Tumor ultimately classified as a "Duke's B,"** meaning it had invaded the muscle, but was confined to the bowel.

Reagan had CAT scans every six months after cancer surgery.

**Two small and benign polyps** were discovered in 1987 and removed during colonoscopy at the White House.

# Prévalence de polypes malins

- 95% des cancers colorectaux se développent sur un adénome
- risque de transformation maligne d'un adénome durant la vie d'un individu: 5-10%
- risque de transformation maligne d'adénomes non extirpés à:
  - 5 ans : 2.5%
  - 10 ans : 8%
  - 20 ans : 24%

*Stryker et al (Mayo Clinic), Gastroenterol 1987*

# Facteurs de risque néoplasique dans un adénome

- taille (jusqu'à 1cm < 1%, 1-2cm 10%, > 2cm 20-50%)
- aspect vilieux: 7-8 fois
- dysplasie: dysplasie de haut grade associée à plus grande taille et aspect vilieux
- localisation: rectum?

# Ecueils potentiels

- exagérer situation/signification peut conduire à traitement excessif (carcinome in situ, carcinome intramuqueux)
- pseudo-invasion (prolapsé épithélium adénomateux dans pied polype)
- sous-diagnostic

# Polypes coliques néoplasiques

- la biopsie n'est pas toujours efficace pour exclure une néoplasie!

*biopsy is not  
Trafford Experience. Tech  
S257-260*

*Absar MS, Haboubi NY. Colonic neoplastic polyps:  
efficient to exclude malignancy. The  
Coloproctol 2004, 8:*

# Comparaison biopsie/examen complet (433 polypes néoplasiques)

- 18.5% des polypes néoplasiques ne montrent des éléments définitivement malins que si l'entier de la lésion est examiné
- si lésion polypoïde biopsiée ou incomplètement excisée, nécessité de le souligner dans le rapport!
- une biopsie permet de différencier polype néoplasique/non néoplasique mais ne peut trancher définitivement entre polype bénin/malin s'il n'est pas complètement excisé

## Rapport pathologie (si excision histologiquement incomplète)

- néoplasie tubulovilleuse montrant une dysplasie de bas ou haut grade
- si cette structure est représentative de la lésion il s'agit d'un adénome tubulovilleux
- si par contre il ne s'agit que d'une partie d'une lésion plus grande, une pathologie plus défavorable ne peut être exclue!



# Après résection endoscopique d'un polype néoplasique

- la question essentielle concerne le risque absolu de métastase ganglionnaire pour l'individu concerné

# Les éléments du risque

- taille et morphologie de la lésion
- technique de résection
- marge de résection
- degré de différenciation
- profondeur d'invasion lésionnelle
- invasion lymphovasculaire: haut degré de métastase ganglionnaire lymphatique

Beaton C et al. Colorectal Dis 2013; 15: 788-797

- ***Systematic review and meta-analysis of histopathological factors influencing the risk of lymph node metastasis in early colorectal cancer.***
- seule méta-analyse spécifique portant sur les facteurs histopathologiques influençant le risque de métastase lymphatique ganglionnaire associé à un cancer colorectal précoce.

## 4510 patients de 23 cohortes

- Risque statistiquement augmenté de métastase ganglionnaire si:
  - ▶ différenciation pauvre
  - ▶ infiltration lymphovasculaire
  - ▶ infiltration sous-muqueuse > 1mm
  - ▶ budding (bourgeonnement) tumoral

# Quel est le traitement de choix d'un polype malin pédiculé?

- pas de recommandation uniforme
- pour la majorité des auteurs, la polypectomie suffit, en l'absence de facteurs de risque de métastase ou de récurrence

## High Risk malignant polyp

Haboubi and Scott CRD 2000

## Malignant Adenoma when to operate and when to watch

Mitchell and Haboubi Surg Endoscopy 2008

- chirurgie radicale doit être proposée au patient avec information transparente concernant
  - risque défavorable de 10%
  - morbidité
  - mortalité

# 2 years 224 references

Position Statement

doi:10.1111/codi.12262

## Management of the malignant colorectal polyp: ACPGBI position statement<sup>1</sup>

**J. G. Williams\***, **R. D. Pullan†**, **J. Hill‡**, **P. G. Horgan§**, **E. Salmo¶**, **G. N. Buchanan\*\***,  
**S. Rasheed††**, **S. G. McGee‡‡** and **N. Haboubi§§**

\*Royal Wolverhampton Hospitals NHS Trust, Wolverhampton, UK, †Torbay Hospital, Torquay, UK, ‡Department of General Surgery, Manchester Royal Infirmary, Manchester, UK, §Royal Infirmary, Glasgow, UK, ¶Department of Histopathology, Royal Bolton NHS Foundation Trust, Bolton, UK, \*\*Imperial College Healthcare NHS Trust, Charing Cross Hospital, London, UK, ††The Royal Marsden Hospital, London, UK, ‡‡Salisbury NHS Foundation Trust, Salisbury, UK and §§Department of Histopathology, University Hospital of South Manchester, Manchester, UK

**(a) Scoring the risk of residual disease following resection of a malignant polyp.**

**(b) Risk stratification based on sum of risk factors**

(a) Criteria	Degree of Risk
Resection Margin < 1 mm	++++
Resection Margin 1–2 mm	+
Pedunculated Haggitt level 4	++++
Sessile: Kukuchi 2	++
Sessile: Kukuchi 3	++++
Poor differentiation	+++
Mucinous tumour	+
Tumour budding	+
Lympho-vascular invasion	++

(b) Total score	Grade of Risk	Current estimate of potential % risk of residual cancer	Recommended course of action to be discussed with patient
0	Very Low	< 3%	Routine Follow up
+	Low	< 5%	Assess other factors Careful follow up
++	Medium	5–10%	Discussion of risks/benefit of surgery or follow up with patient
+++	High	8–15%	Discuss risks with patient – err towards surgery
++++ (or more)	Very high	> 20%	Recommend surgery unless patient unfit

Criteria are based on histological description of endoscopically resected malignant polyp weighted for prognostic significance of each risk factor. Where more than one risk factor is present, the degree of risk is added together to give a total risk score.



# Critères endoscopiques de risque de malignité

- ulcération, fermeté
- polype de grande taille, plan
- type Paris 0-IIc
- Kudo type V
- extension latérale
- impossibilité de soulever la lésion

# Polype suspect d'être malin

- la lésion peut-elle être réséquée endoscopiquement?
- doit-elle être réséquée endoscopiquement
- puis-je la réséquer endoscopiquement?
- puis-je la réséquer en une séance?

Experienced Histopathologists can accurately  
diagnose CRC in the absence of Muscularis Mucosa  
from superficial biopsies when applying strict  
histological criteria

Farroha M and Haboubi N

Abstract CRD Sept 2013

- dans les mains de pathologues expérimentés, les biopsies tumorales peuvent offrir des éléments de haute predictabilité de carcinome invasif
- ceci peut éviter des efforts supplémentaires au clinicien et au patient éviter une visite de plus à l'hôpital avant de bénéficier d'un traitement définitif

## Conclusion (1)

- prise en charge polype malin = défi pluridisciplinaire
- malgré abondante littérature, évaluation risque maladie résiduelle après polypectomie demeure difficile
- développement endoscopie permet d'anticiper suspicion de lésion maligne
- critères histologiques pronostiques précisent le risque. Comment se combinent-ils pour définir le risque global de maladie résiduelle? Certains sont-ils plus importants que d'autres?

## (2)

- risque métastase ganglionnaire d'un polype malin = base des décisions ultérieures
- difficile à estimer car plusieurs éléments le déterminent
- actuellement, estimation du risque doit donc les prendre tous en compte
- alternativement, quel est le risque pour le patient de subir une résection chirurgicale?

## (3)

- études prospectives randomisées trop lourdes
- registres de polypes malins incluant informations endoscopiques et histologiques, informations sur le patient, décisions prises et follow-up souhaitables
- grand nombre de polypes pourraient être colligés rapidement et teams multidisciplinaires pourraient les discuter et les utiliser pour mieux définir la prise en charge optimal d'un polype malin