

Polypes du côlon et du rectum

«Polype»: un terme vague

- « Polype »: toute lésion en relief sur la muqueuse digestive
- Un terme macroscopique correspondant à de nombreuses entités anatomocliniques différentes, présentant une histoire naturelle et des risques évolutifs spécifiques

Les différents types de «polypes»

- Polypes épithélieux:
 - Adénomes
 - Lésions non adénomateuses
- Polypes non épithélieux
- Faux polypes
 - Pseudo-polypes inflammatoires



Adénomes

- Lésions épithéliales de nature néoplasique, susceptibles d'évoluer, après un temps variable, vers une authentique tumeur invasive
- Prévalence élevée:
 - À l'échelle mondiale: 12%
 - En Europe et aux USA:
 - 10% à 40 ans
 - 30-40% à 60 ans
 - 50-65% à 70 ans

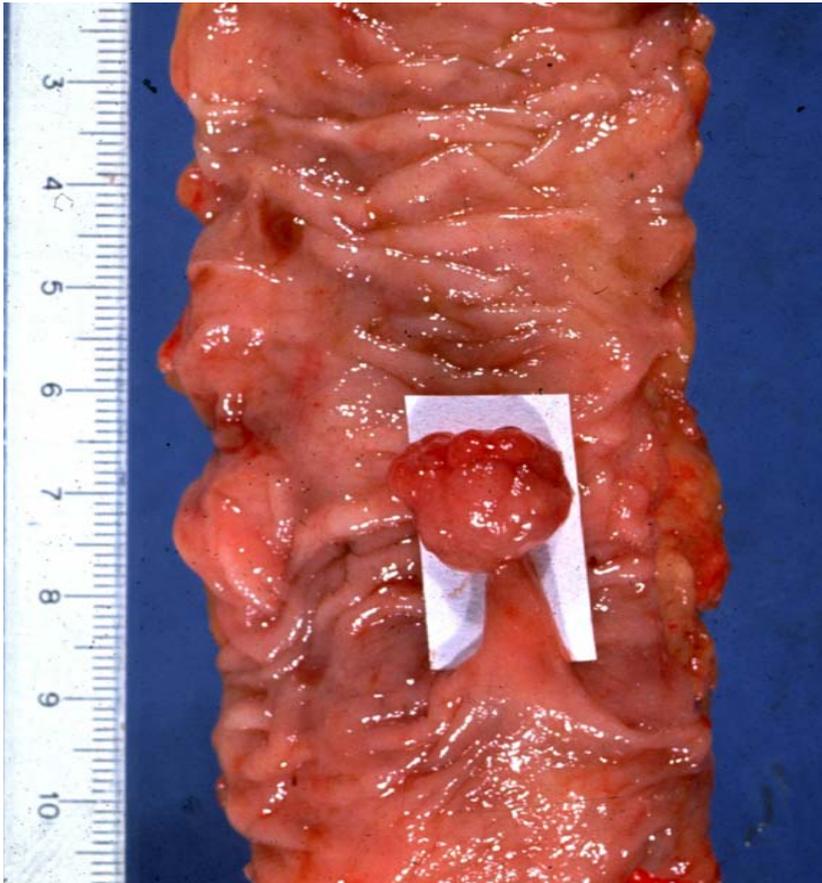
Adénomes

- Isolés
- Multiples: 40% des cas
- Polyposes
 - Polypose adénomateuse familiale (PAF)
 - Plus de 100 lésions coliques
 - Atteinte du tube digestif haut
 - Duodénum, papille: adénomes
 - Estomac: adénomes, polypes glandulo-kystiques
 - Gène APC
 - Polyposes atténuées
 - APC, MYH

Adénomes

- Comment le pathologiste classe-t-il un adénome ?
 - Mode d'implantation sur la paroi
 - Architecture
 - Degré de dysplasie

Mode d'implantation sur la paroi

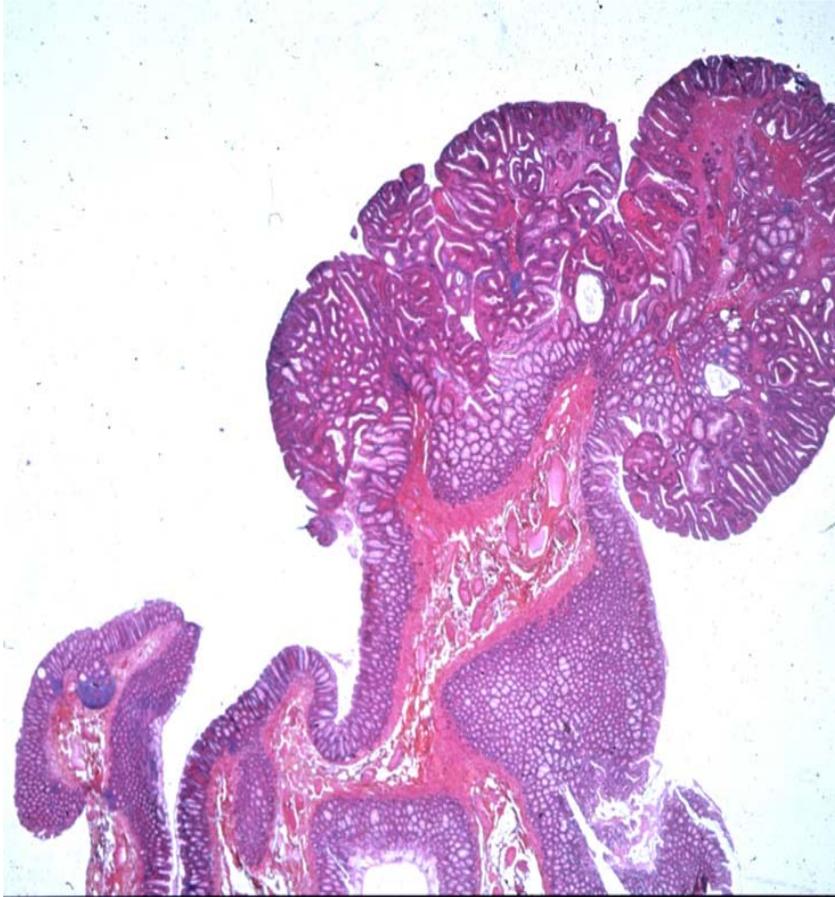


Adénome pédiculé



Adénome sessile

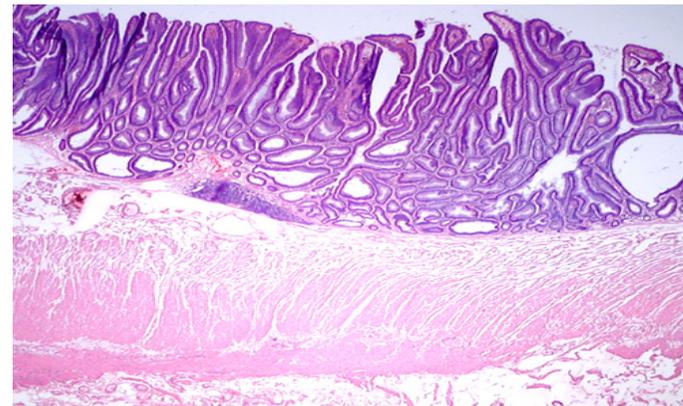
Architecture



Adénome tubuleux
80% des cas



Adénome vilieux
5% des cas

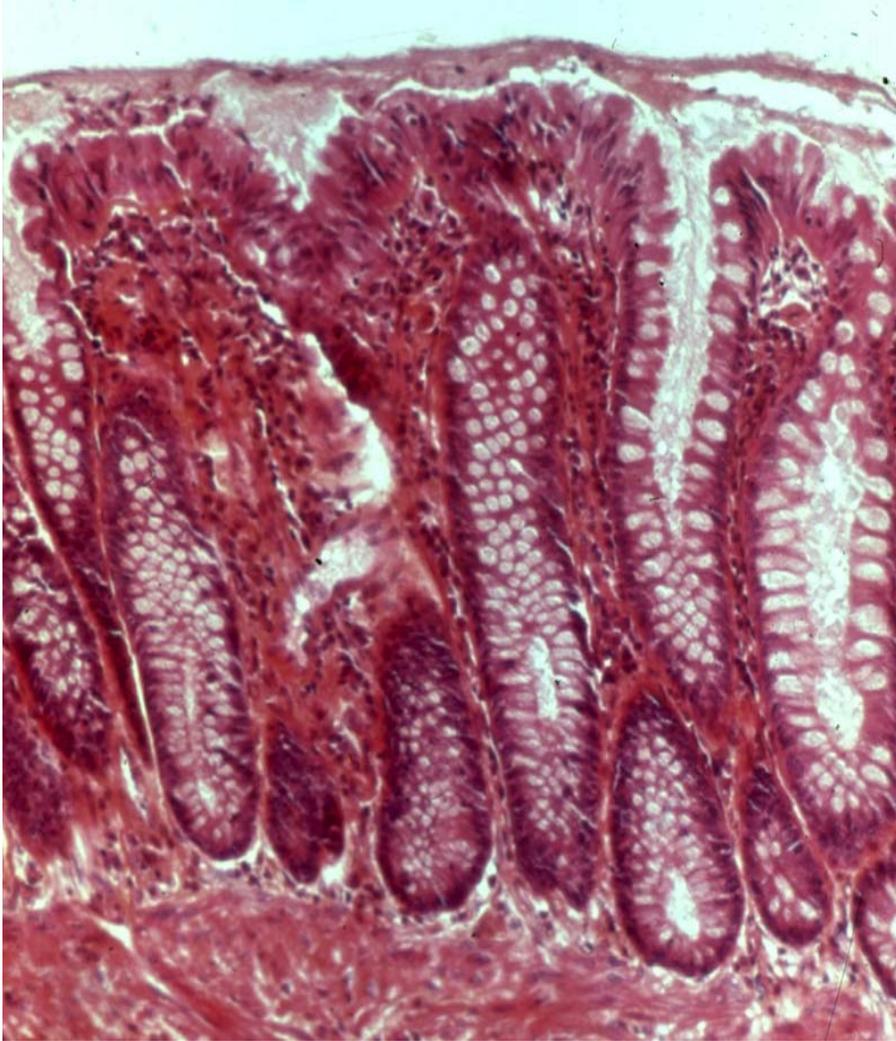


Adénome tubulovilleux
15% des cas

Degré de dysplasie

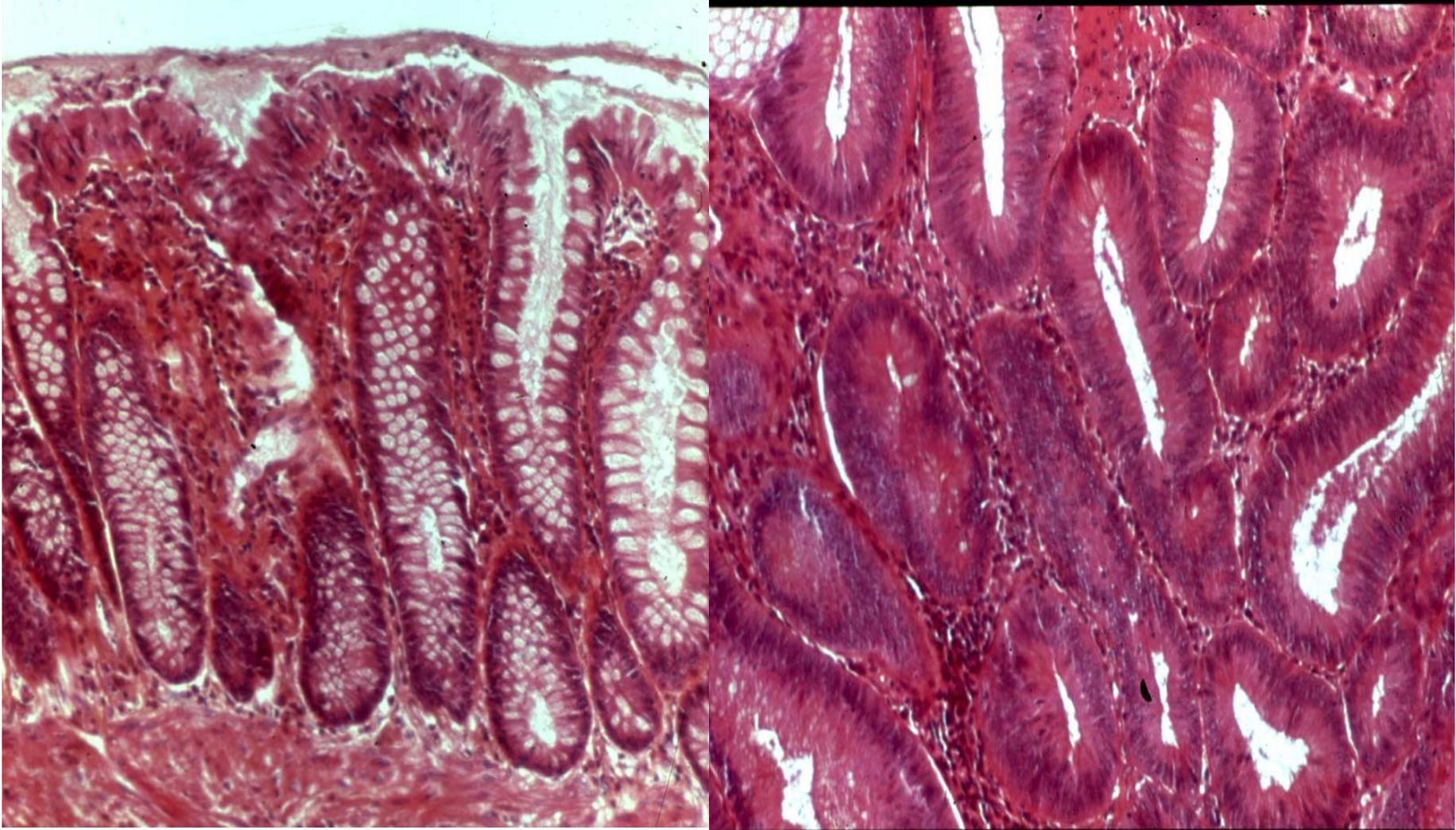
- Par définition, tous les adénomes sont dysplasiques
- Critères: histologiques
 - importance des atypies cytonucléaires et des atypies architecturales
- Classifications: évolutives au cours du temps ...
 - Classification actuellement recommandée:
 - Classification de Vienne (2000)
 - Deux grades de dysplasie: bas grade et haut grade
- Reproductibilité: toujours un problème ...

Degré de dysplasie



Dysplasie de bas grade

Degré de dysplasie



Dysplasie de haut grade

Séquence adénome-adénocarcinome

DYSPLASIE

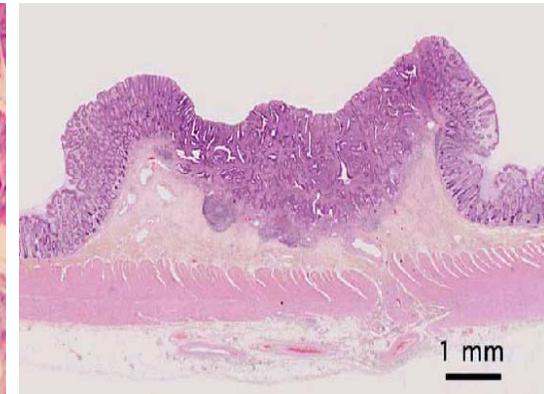
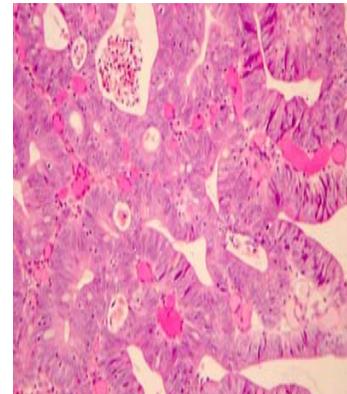
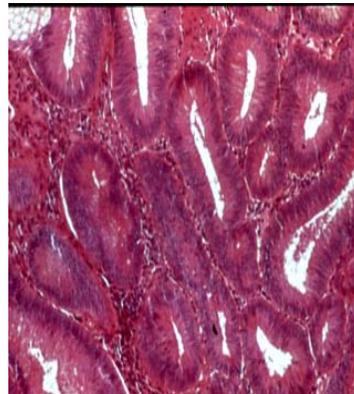
ADENOCARCINOME

Bas grade

Haut grade

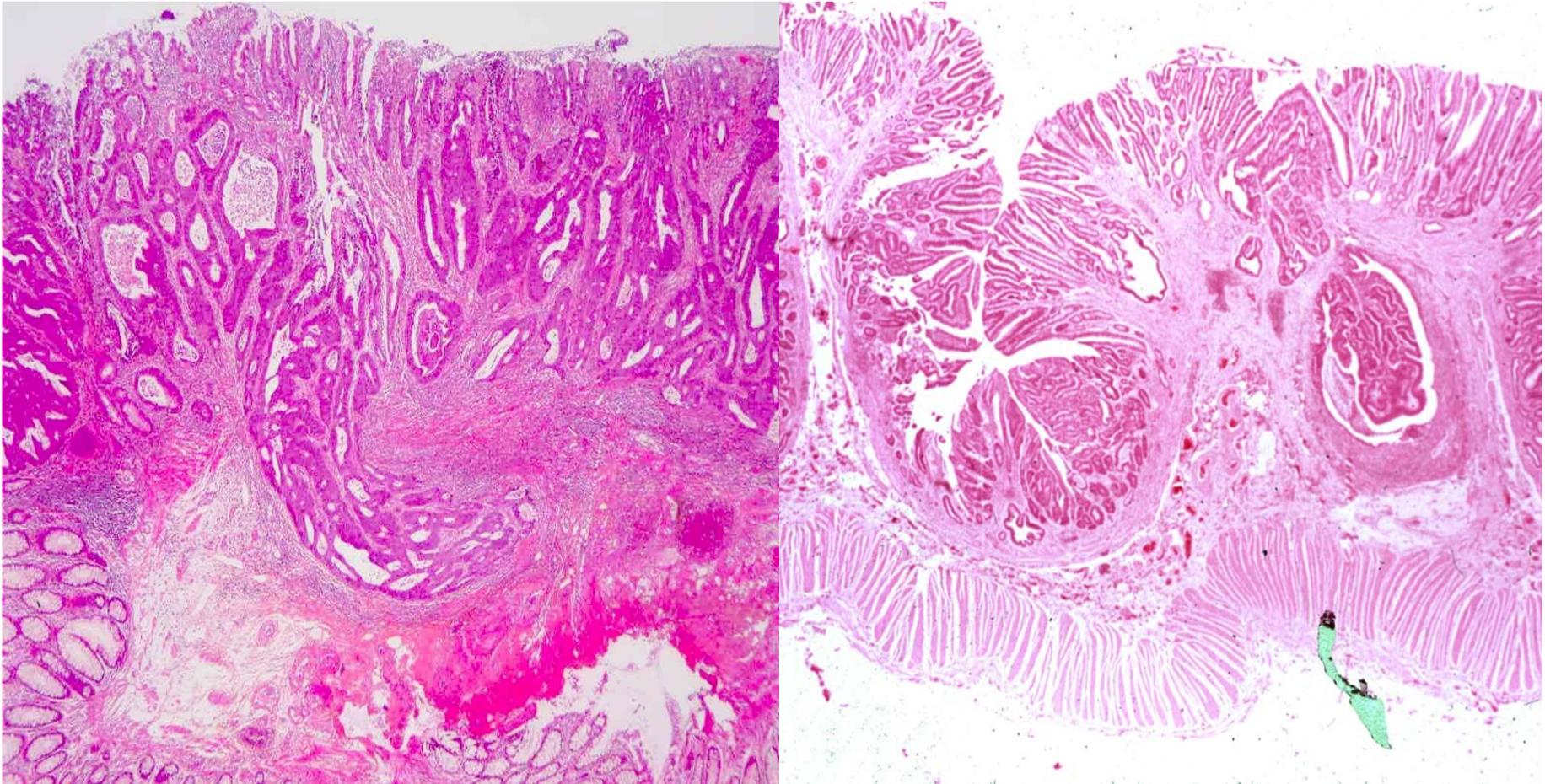
Intra-muqueux

Sous-muqueux



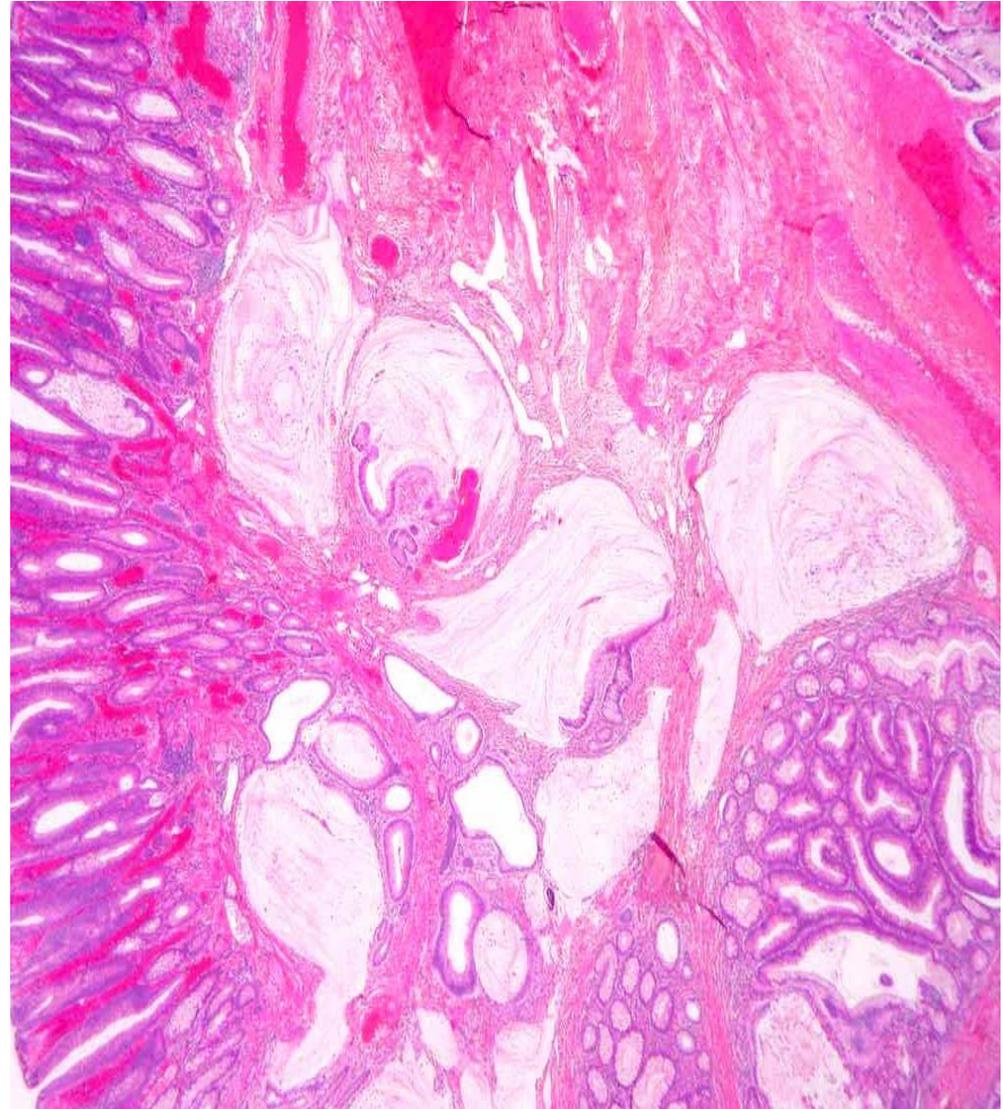
***INVASION
LOCALE***

Séquence adénome-adénocarcinome



Diagnostic différentiel de l'adénome transformé

- Pseudo-invasion:
 - De l'axe par des glandes adénomateuses
 - Due à des phénomènes de torsion
 - Dg facile:
 - Pigment ferrique
 - DBG
 - Dg plus difficile:
 - DHG
 - Flaque de mucus



CLASSIFICATION DE VIENNE (2000)

- Catégorie 1: Pas de néoplasie/dysplasie
- Catégorie 2: Indéfini pour néoplasie/dysplasie
- Catégorie 3: Néoplasie non invasive de bas grade
- Catégorie 4: Néoplasie non invasive de haut grade
 - *Adénome/dysplasie de haut grade*
 - *Carcinome non invasif (carcinome in situ)*
 - *Suspicion de carcinome invasif*
- Catégorie 5: Néoplasie invasive
 - *Carcinome intra-muqueux*
 - *Carcinome sous-muqueux*

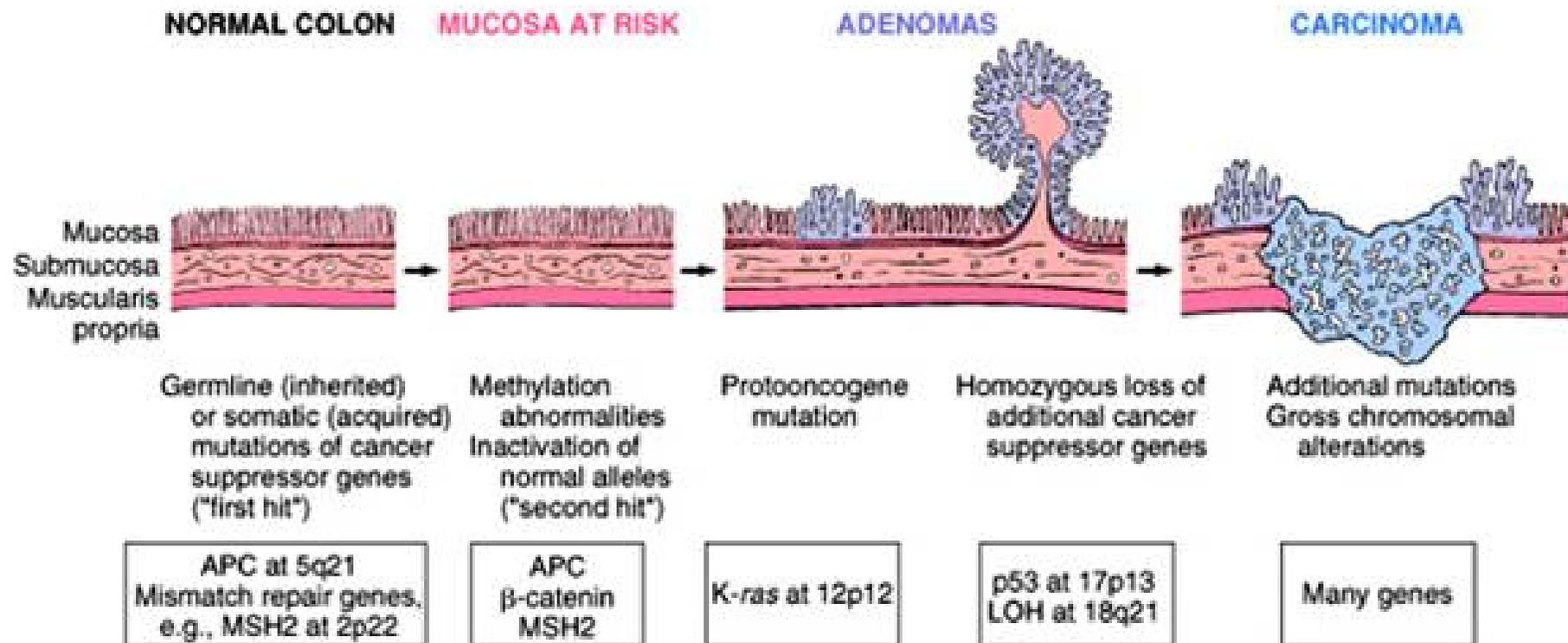
Classification de Vienne révisée (2002)

Table 1. Revised Vienna classification of epithelial neoplasia for esophagus, stomach, and colon^{5,13}

Negative for IEN	
Indefinite for IEN	
Low-grade IEN	
Adenoma/dysplasia	
High-grade neoplasia (intraepithelial or intramucosal)	
Adenoma/dysplasia	(4-1)
Noninvasive carcinoma	(4-2)
Suspicious for invasive carcinoma	(4-3)
Intramucosal carcinoma (lamina propria invasion)	(4-4)
Submucosal carcinoma	

IEN, Intraepithelial neoplasia.

Séquence adénome-adénocarcinome

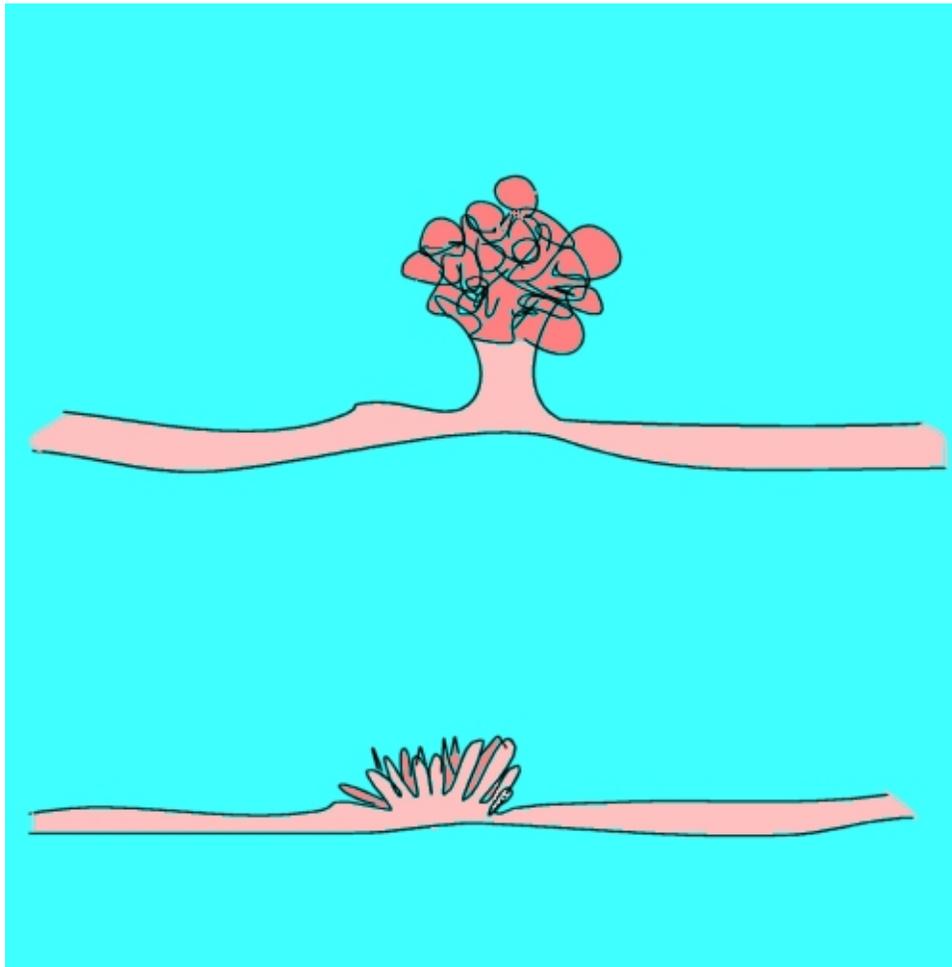


Facteurs de risque de transformation maligne

- Degré de dysplasie
- Taille
 - <1 cm: <5%
 - >2 cm: >40%
- Architecture
 - Adénomes tubuleux: 5%
 - Adénomes vilieux: 15-25% (>40% si >2 cm)
 - Adénomes tubulo-vilieux: 10%
- Durée d'évolution:
 - Risque cumulé pour un adénome vilieux de taille >1 cm: 4% à 5 ans, 14% à 10 ans, 37% à 20 ans

Vilieux >25%
Facteur de risque
(HAS, 2004)

Facteurs de risque d'envahissement ganglionnaire

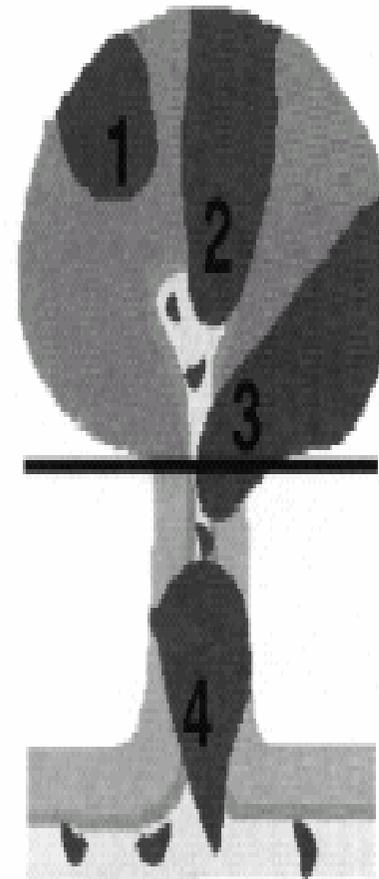


pédiculé

sessile

Facteurs de risque d'envahissement ganglionnaire

Adénomes pédiculés



Intra-muqueux (1) = 0

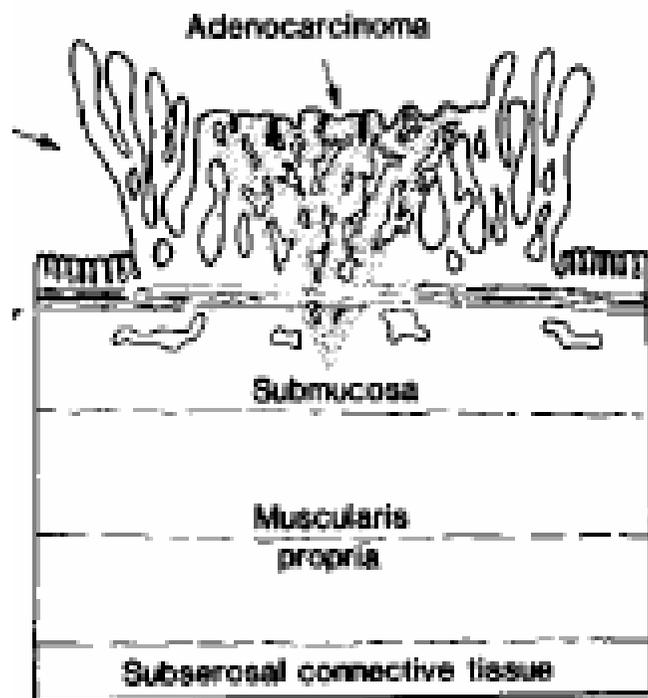
Axe > collet (2) = minime

Axe < collet (3) = 10-15 %

Sous-muqueuse (4) = 27 %

Facteurs de risque d'envahissement ganglionnaire

Adénomes sessiles

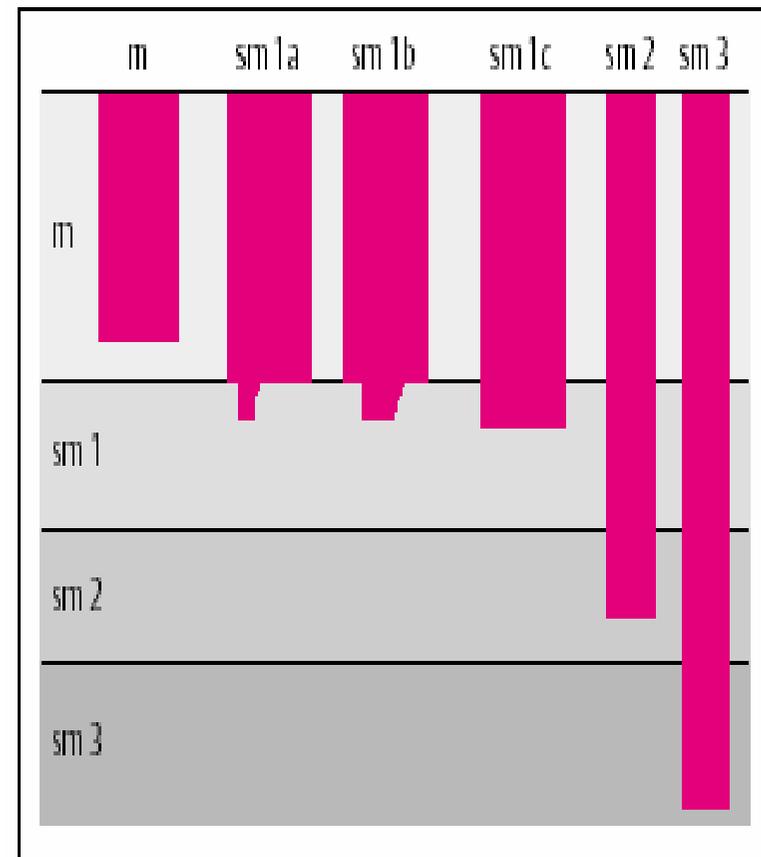


Sessile Adenoma

0%

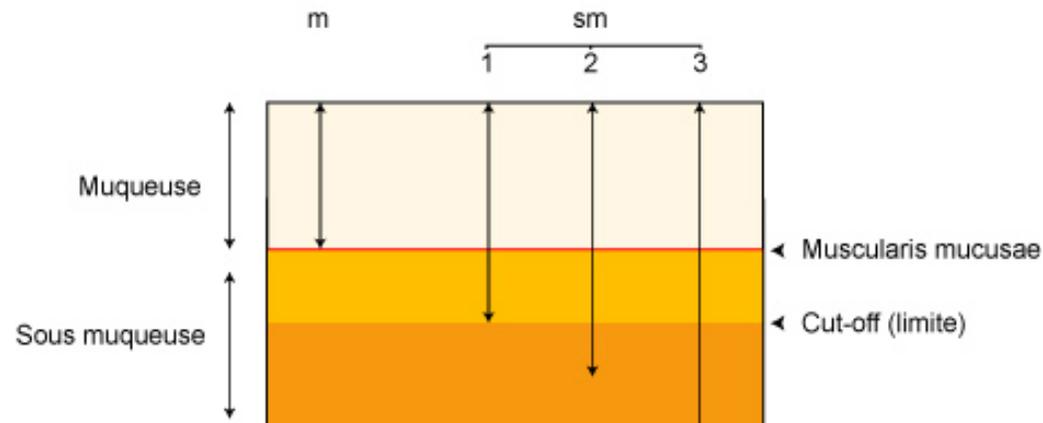
10%

25%



Profondeur de l'invasion

CLASSIFICATION JAPONAISE



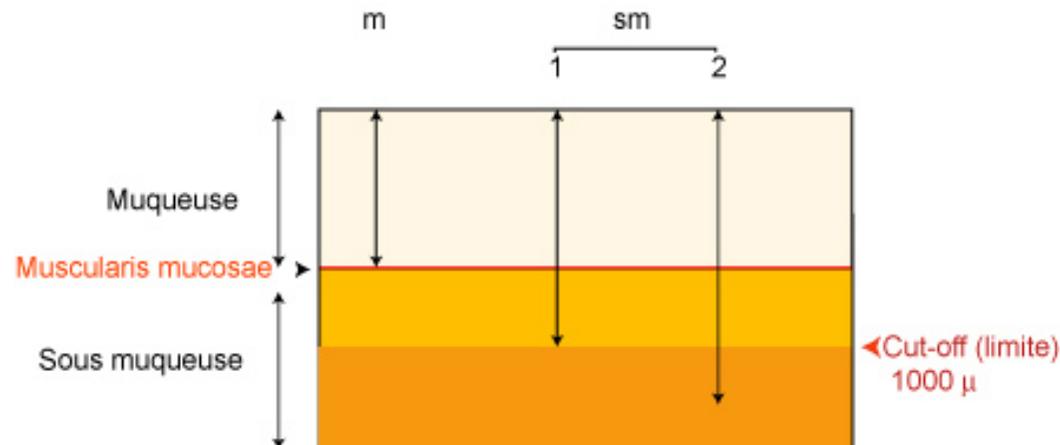
COLON (KUDO) risque de métastases ganglionnaires

sm1 <1% **sm2 6%** **sm3 14%**

Evaluation semi-quantitative

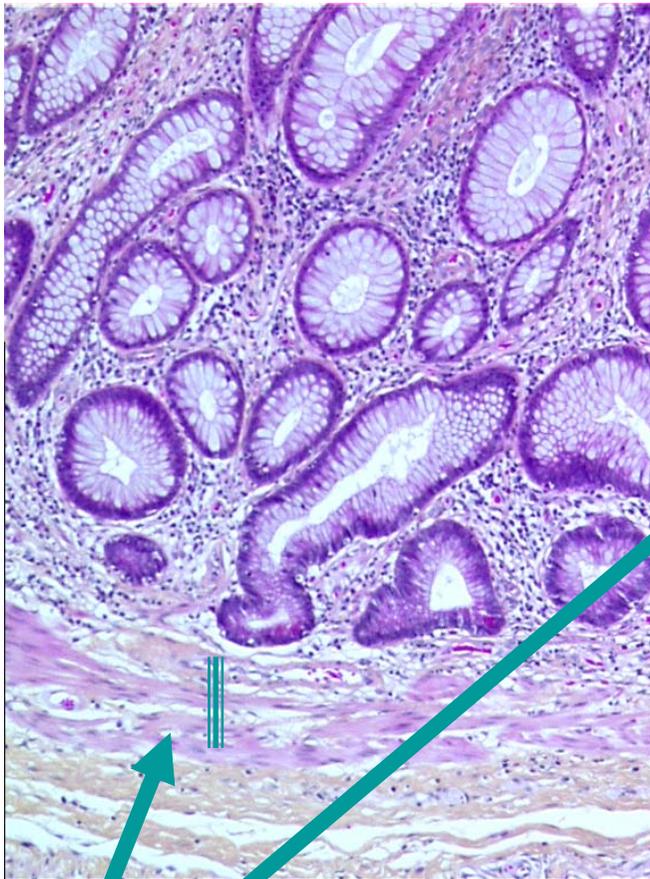
Profondeur de l'invasion

CLASSIFICATION DE PARIS

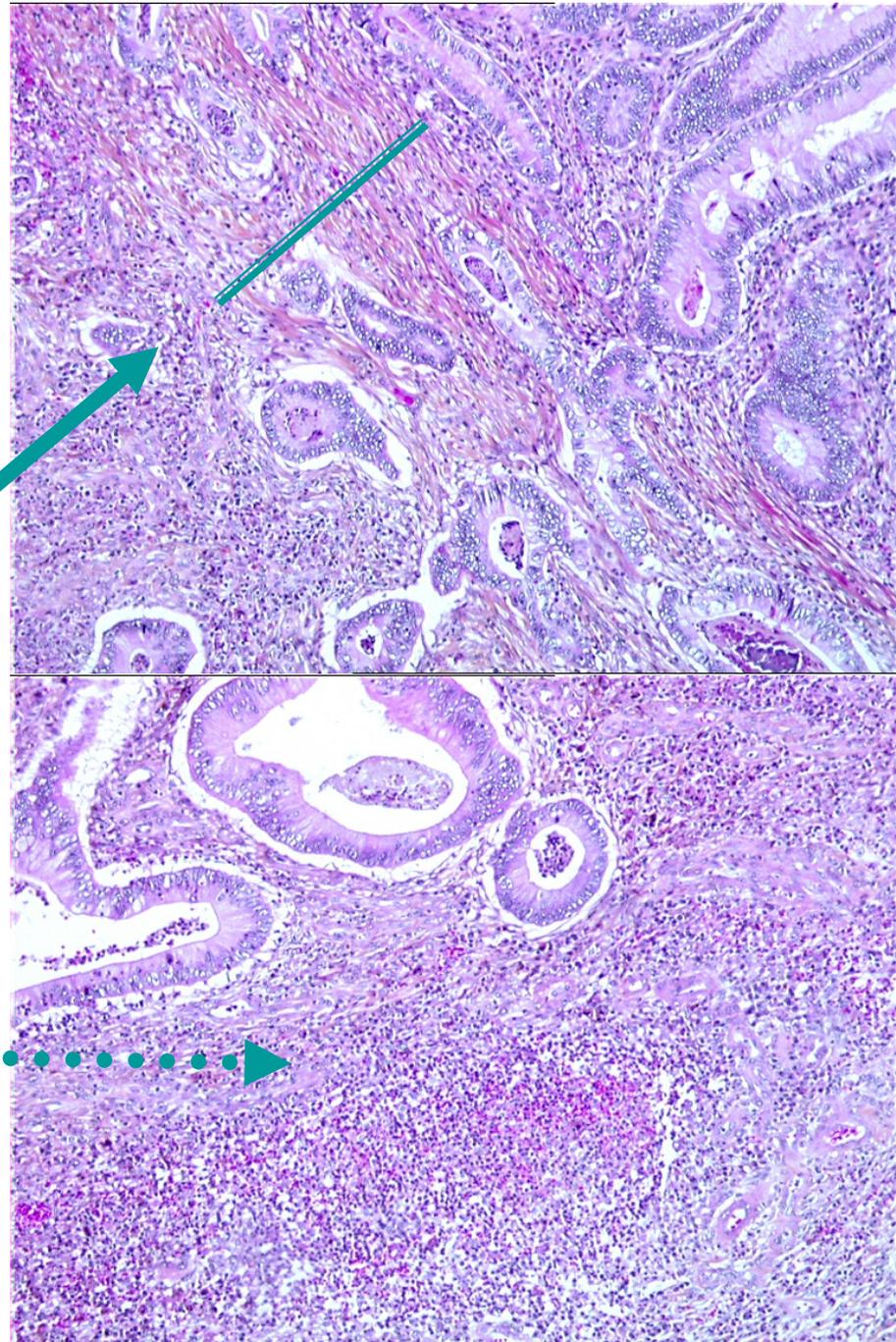


COLON

Evaluation quantitative:
mesure micrométrique du degré d'invasion



mm

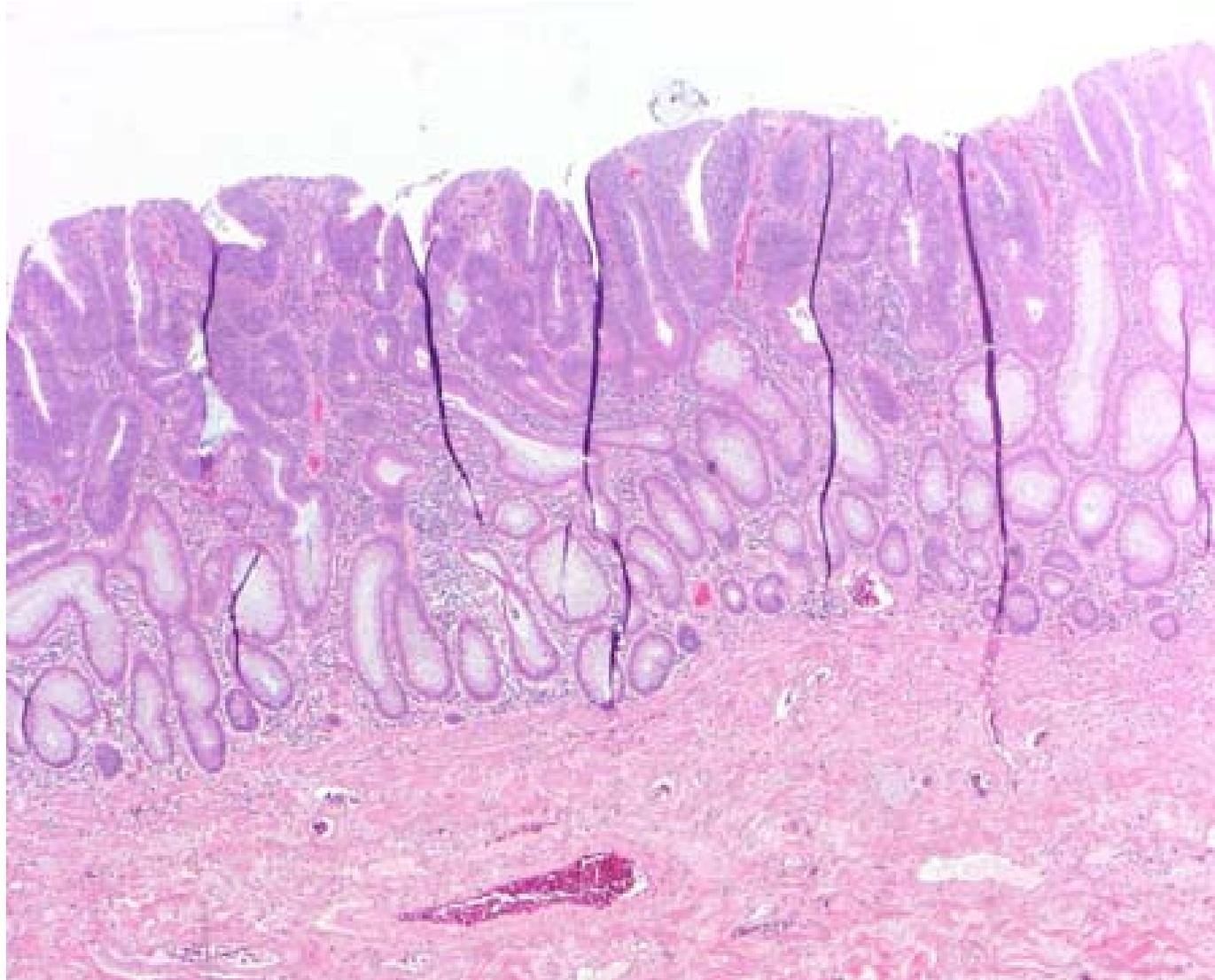


Modification des repères anatomiques

Attention ...

- Tous les adénomes ne sont pas des polypes
- Adénomes plans: lésions adénomateuses développées en surface, d'épaisseur inférieure au double de l'épaisseur de la muqueuse normale

Adénomes plans



Adénomes plans

- Architecture:
 - toujours tubuleuse
- Risque de transformation maligne élevé:
 - 10% dans les formes non déprimées
 - 40% dans les formes déprimées
- Risque d'envahissement ganglionnaire significatif en cas de transformation maligne

Tous les polypes
ne sont pas des adénomes

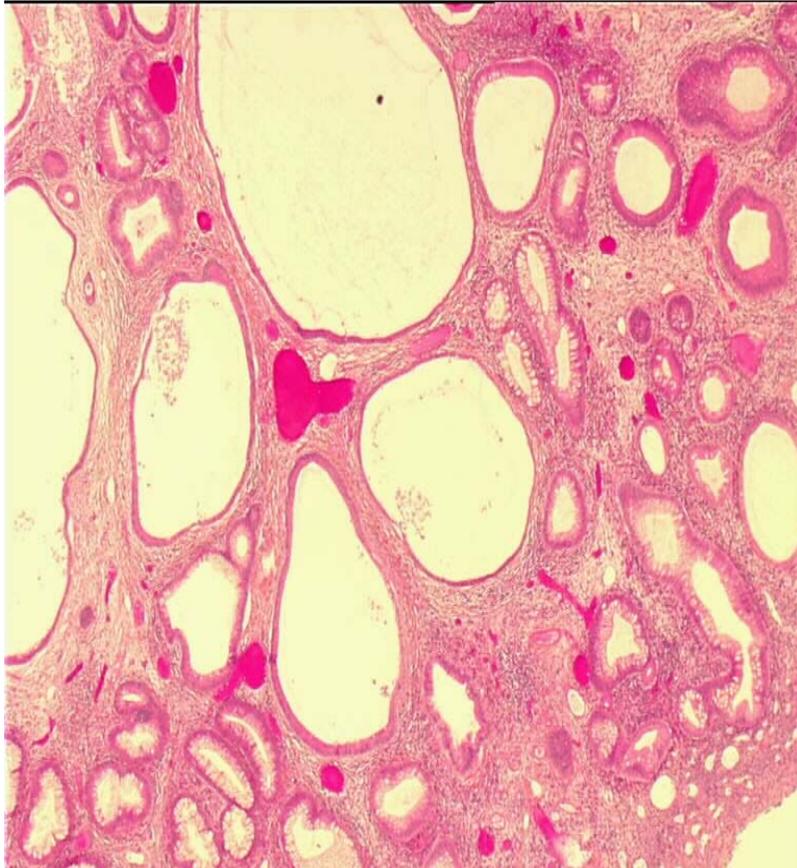
Les autres types de polypes

- Polypes épithéliaux non néoplasiques
 - Polypes hamartomateux
 - Polype juvénile
 - Polype de Peutz-Jeghers
 - Polypes hyperplasiques
- Les «nouveaux» polypes
- Les tumeurs rares se révélant par une lésion polypoïde

Polypes hamartomateux

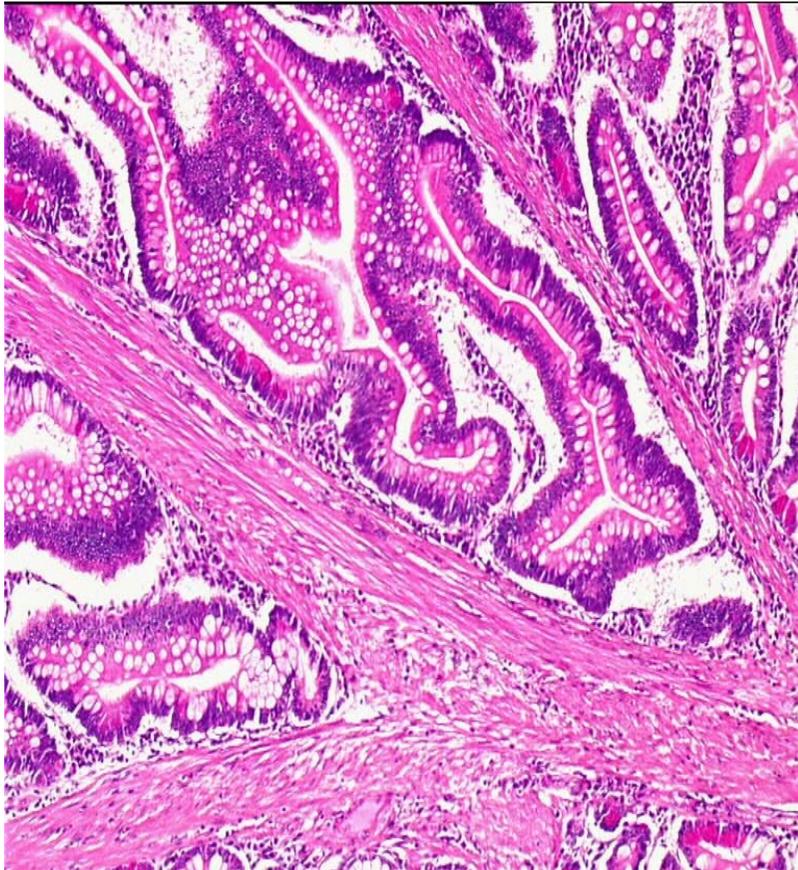
- Deux types principaux
 - Polypes juvéniles
 - Polypes de Peutz-Jeghers
- Caractéristiques communes
 - Isolés ou intégrés dans le cadre d'une polypose
 - Présence possible de lésions de dysplasie
 - Association à un risque accru de cancer colorectal

Polype juvénile



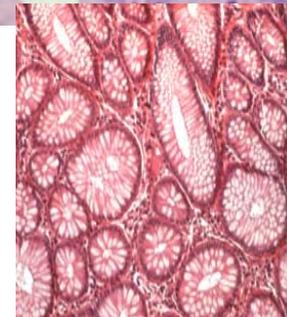
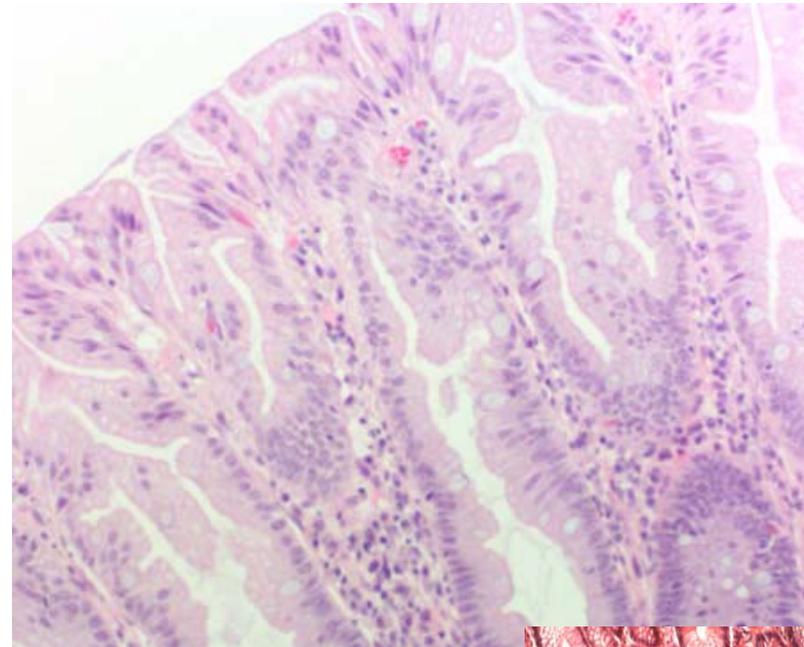
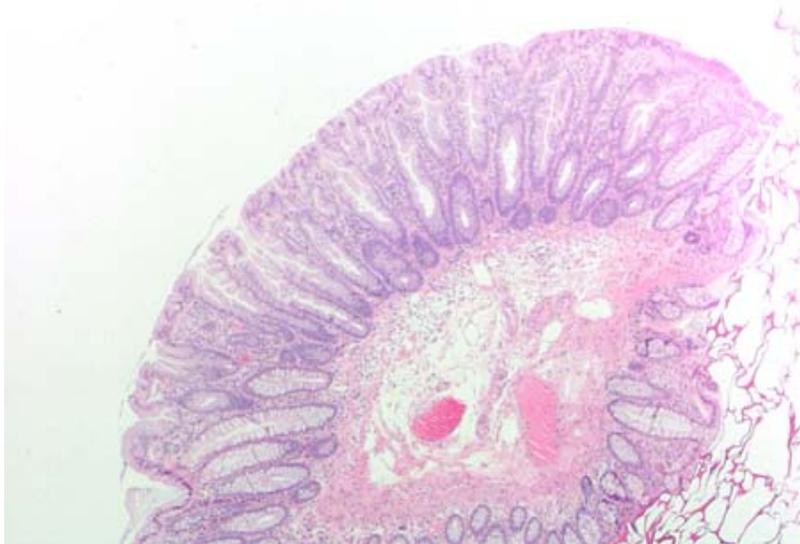
- Isolé
- Polypose juvénile
 - MADH4/SMAD4
 - BRMP1A

Polype de Peutz-Jeghers



- Isolé
- Polypose de Peutz-Jeghers
 - LKB1

Polypes hyperplasiques



Polypes hyperplasiques

- Caractéristiques:
 - souvent multiples
 - sessiles
 - topographie: rectum
- Evolution:
 - toujours bénigne
 - aucun risque de transformation maligne
- Pathogénie:
 - encore peu claire

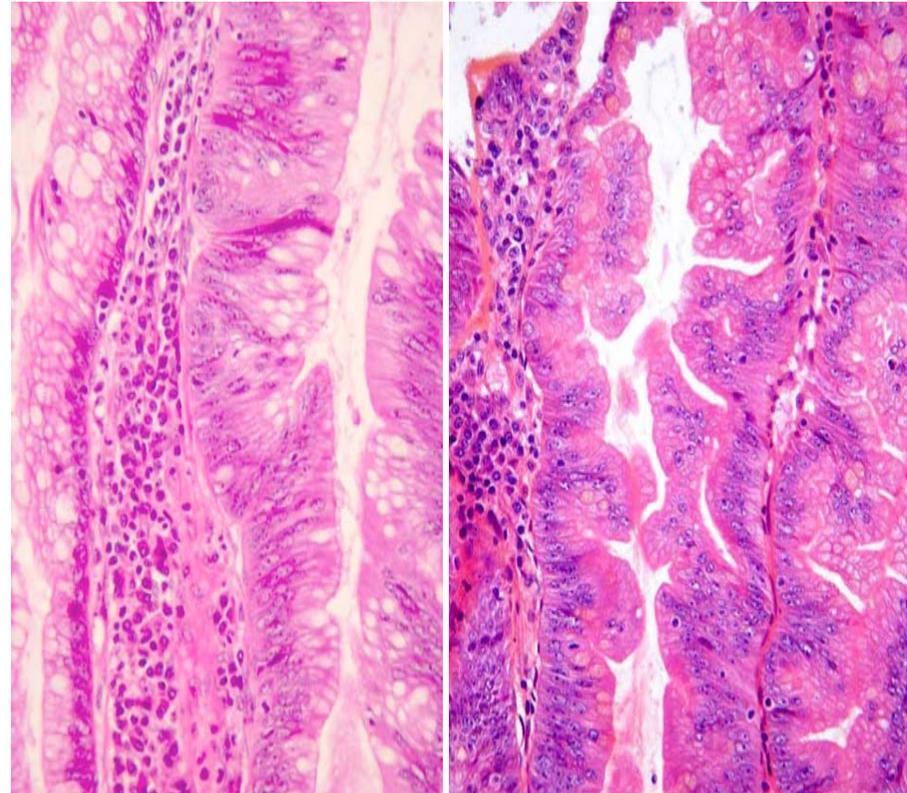
Les «nouveaux» polypes

- Adénomes festonnés ou dentelés (serrated adenomas ou mixed adenomas)
- Polypes sessiles festonnés
- Polypose hyperplasique (adénomes festonnés)



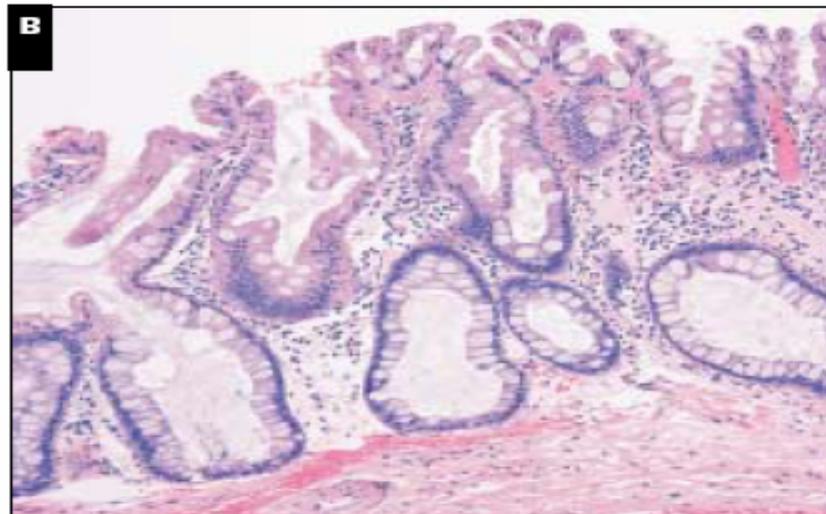
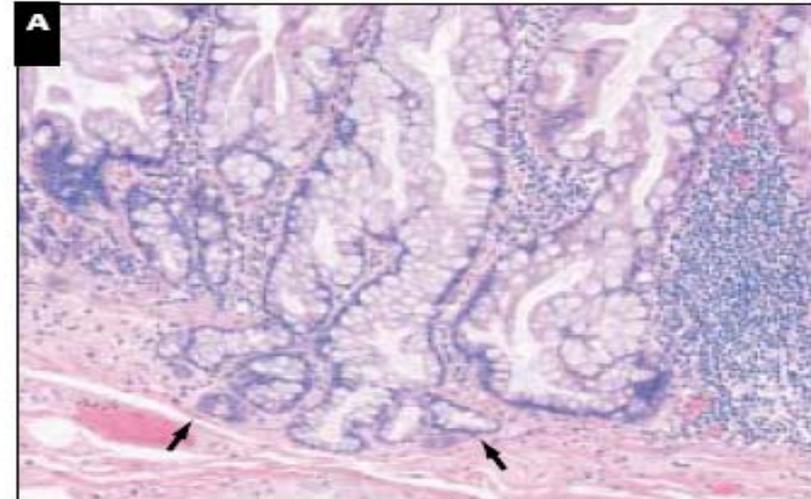
Adénomes dentelés ou festonnés

- Incidence:
 - 1% des adénomes
- Topographie
 - Côlon proximal: 35%
 - Rectum et sigmoïde: 65%
- Dysplasie possible
 - Bas grade
 - Haut grade

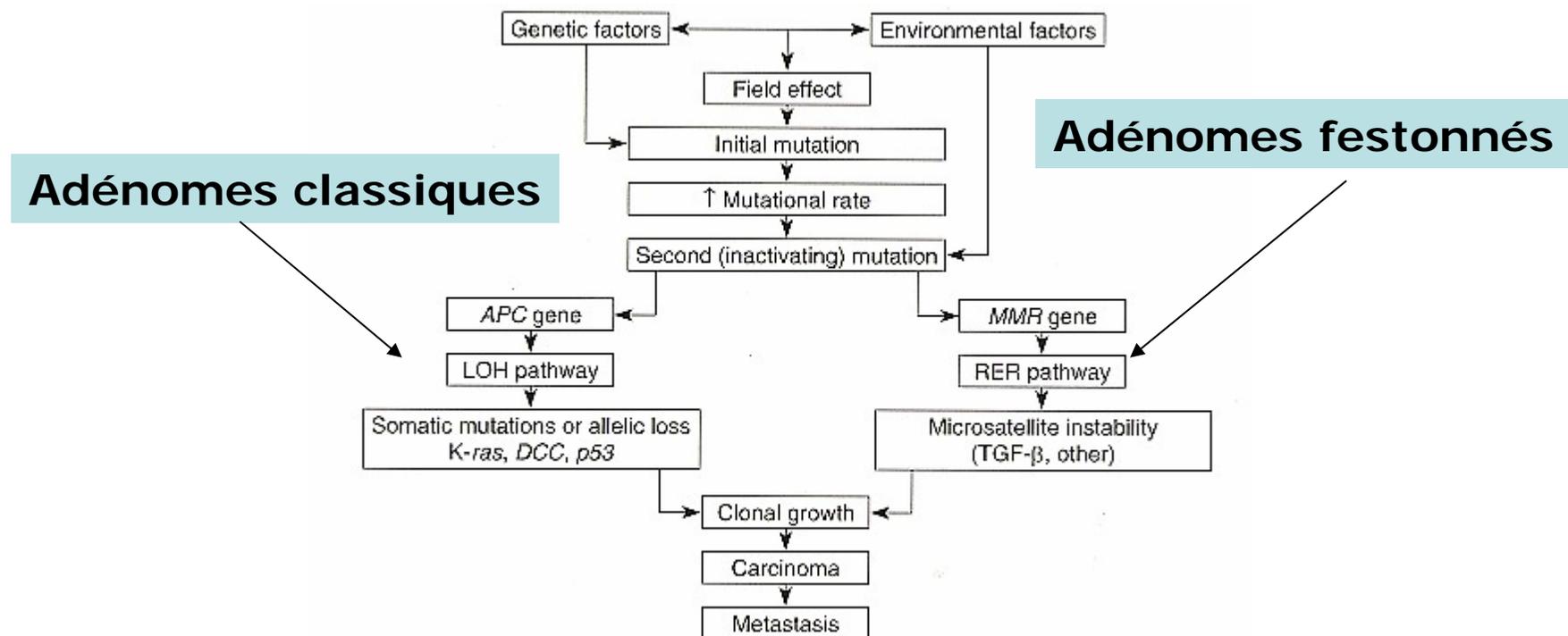


Polypes festonnés sessiles

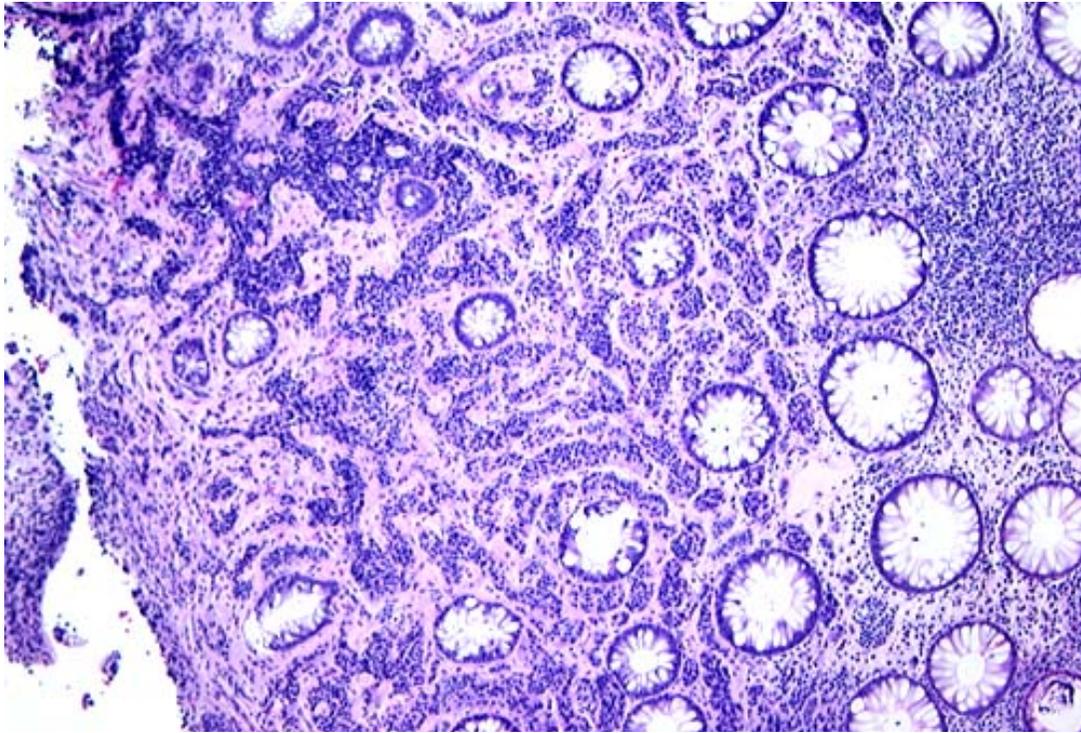
- Topographie
 - Côlon proximal
- Dysplasie possible
 - Bas grade
 - Haut grade
- Des critères diagnostiques encore peu précis



Des voies différentes de carcinogenèse ?



Les tumeurs révélées par une lésion polypoïde



Tumeur endocrine
du rectum

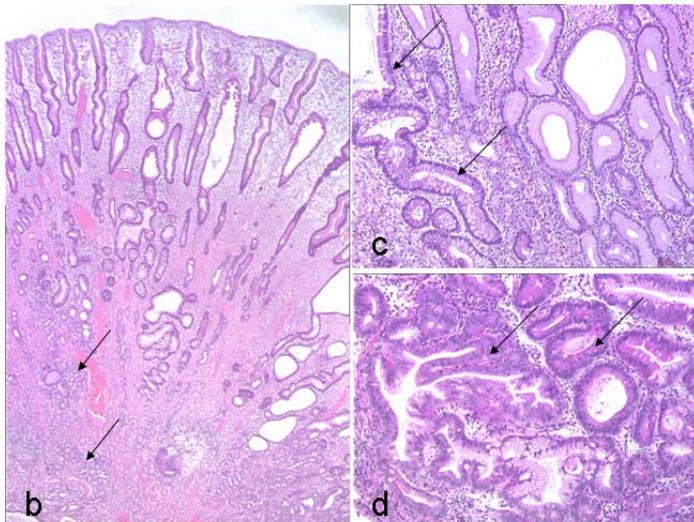
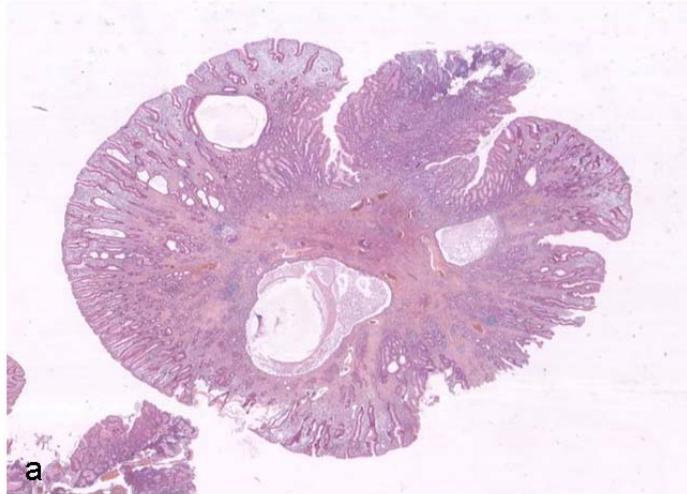
Polypes gastriques

Une grande diversité

- Polypes hyperplasiques
- Polypes glandulo-kystiques
- Polypes hamartomateux
- Adénomes

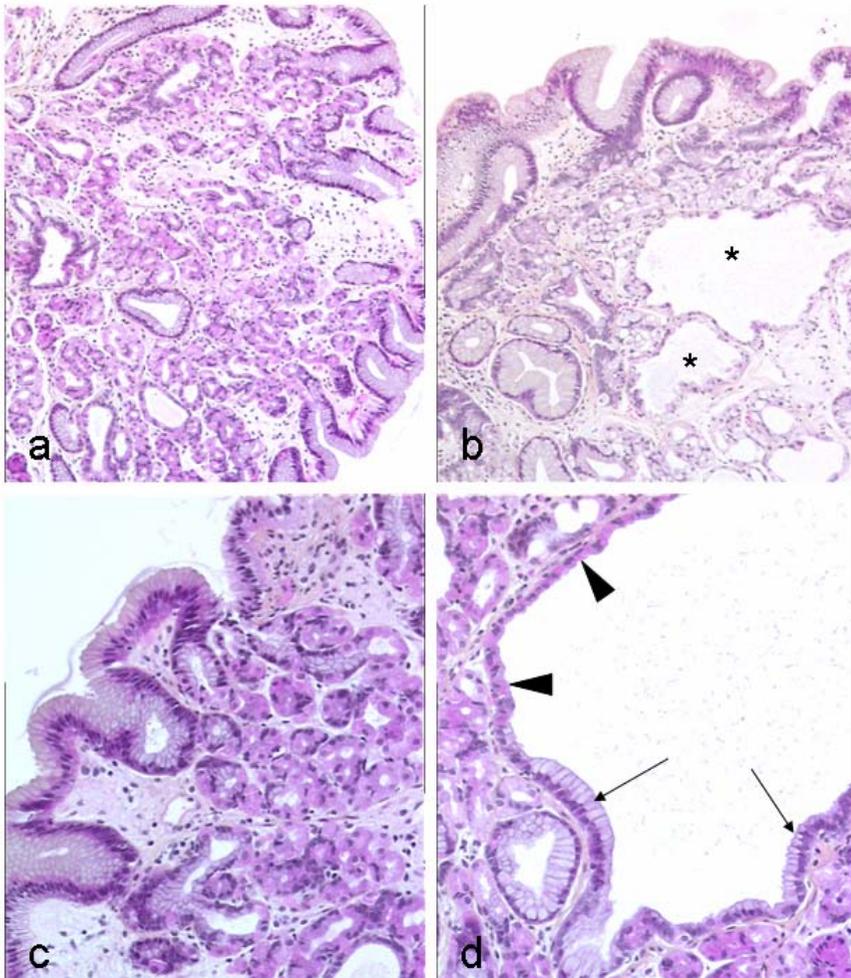
Polypes néoplasiques		924 (19 %)
Adénomes	495	
Adénocarcinomes	348	
Carcinoïdes	81	
Polypes non néoplasiques		3 928 (81 %)
Polypes glandulo-kystiques du fundus	2 281	
Polypes hyperplasiques	1 373	
Polypes fibro-inflammatoires	151	
Pancréas ectopique	41	
Polypes de Peutz-Jeghers	16	
Syndrome de Cronkhite-Canada	1	
Polypes juvéniles	7	

Polypes hyperplasiques



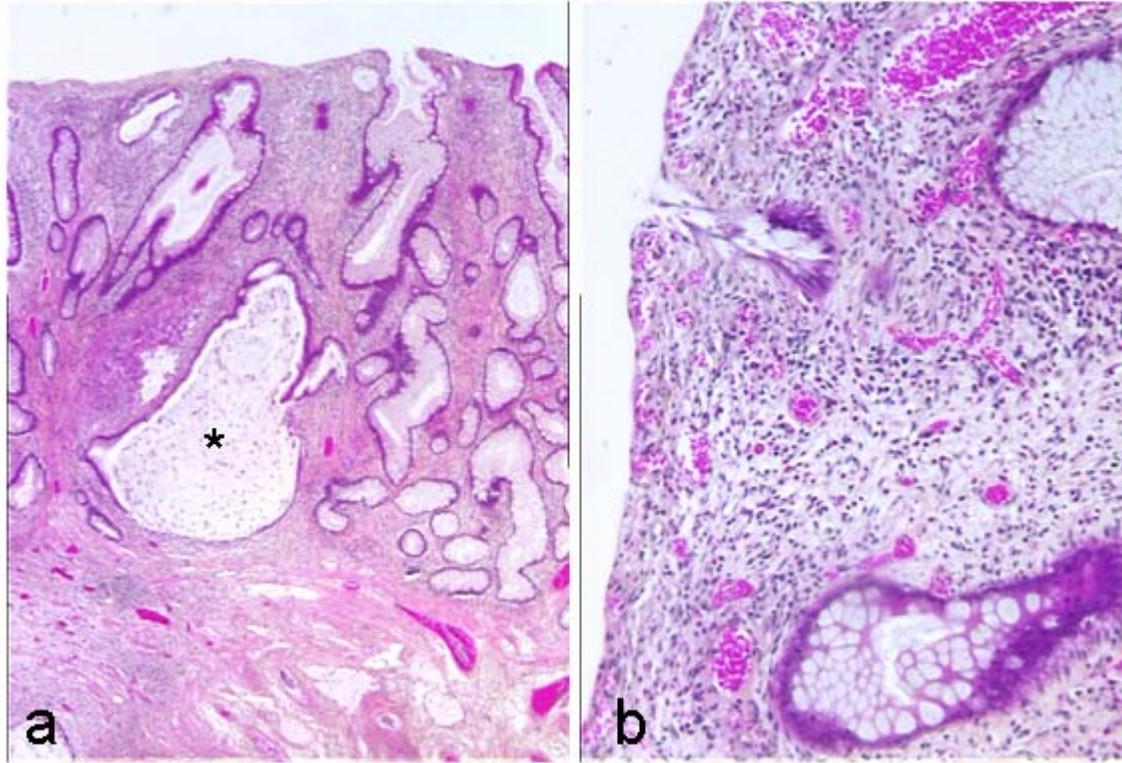
- Tout l'estomac
- Trois formes
 - Polypes sporadiques:
 - Antre
 - Isolés
 - En muqueuse pathologique
 - Polypes de la jonction oesogastrique
 - Polypes anastomotiques
- Risque de transformation:
 - Dysplasie: 5% des cas
 - Foyer adénocarcinomateux: 2-3% des cas
 - Facteur de risque: taille (>20 mm)

Polypes glandulo-kystiques

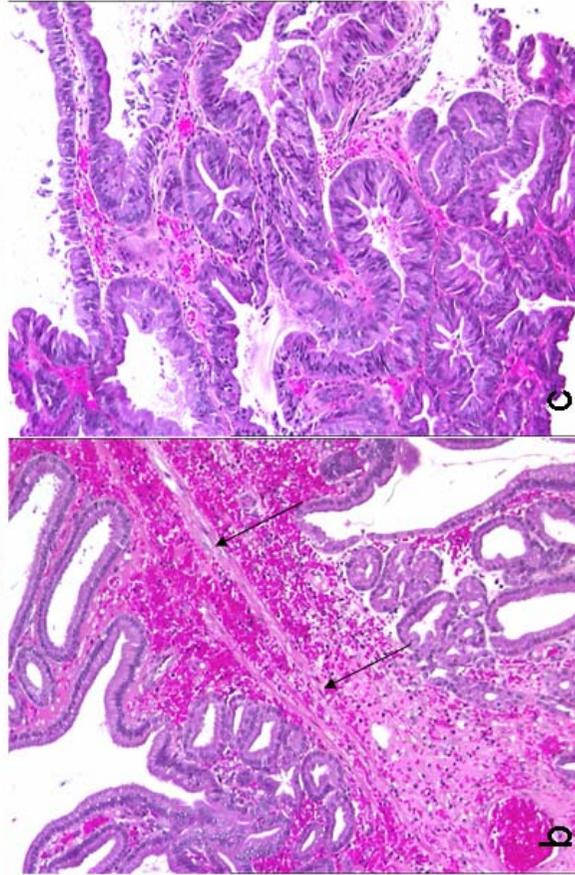
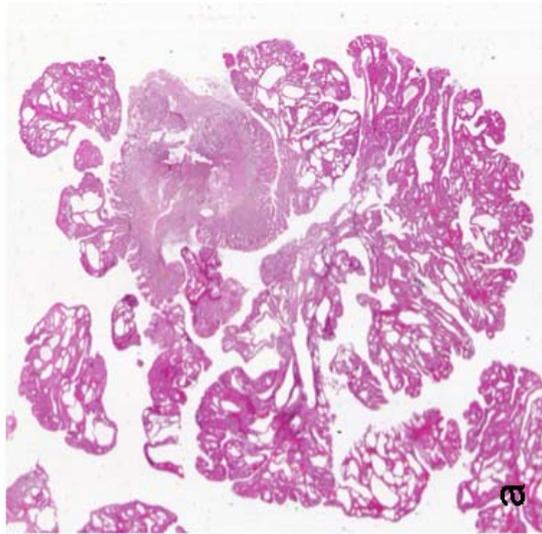


- Fundus
- Trois formes:
 - Sporadiques
 - Isolés
 - Muqueuse saine
 - Anomalies génétiques:
 - APC
 - Beta-caténine
 - Hyperméthylation
 - Associés à PAF
 - Associés à un traitement antisécrétoire gastrique
- Risque évolutif
 - Sporadiques: <1%
 - Associés à PAF: 25%

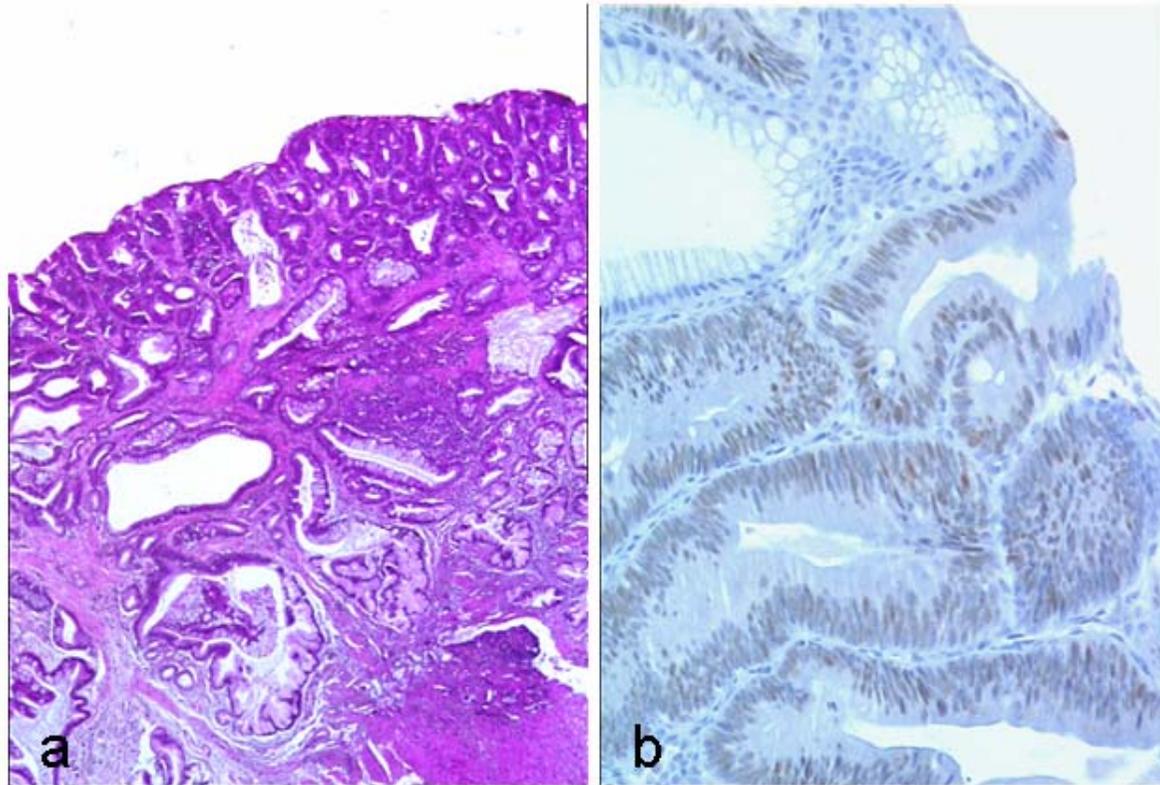
Polypes juveniles



Polypes de Peutz-Jeghers



Adénomas



Xanthomes

