

REFERENTIELS

Polype dégénéré ●●●

*Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau lorrain ONCOLOR, alsacien CAROL et franc-comtois ONCOLIE, conformément aux données acquises de la science au **10 octobre 2008**.*

▶ Généralités

▶ Surveillance

▶ Prise en charge

Date de révision : **10 octobre 2008**

Généralités

Ce référentiel propose la conduite à tenir en présence de polypes dégénérés du côlon ([en dehors des formes familiales](#)). Pour les polypes dégénérés du rectum, se référer au [référentiel cancer du rectum](#).

Sur le plan anatomopathologique, on retient une classification en 3 grades : bien, moyennement ou peu différencié, en prenant en considération le contingent le moins différencié. Les adénocarcinomes mucineux (colloïde) ou à bague à chaton sont considérés de principe comme peu différenciés s'ils représentent plus de 50 % de la lésion (OMS 2000).

En cas de doute, une seconde lecture est souhaitable.

REFERENTIELS

Polype dégénéré ●●●

Prise en charge

Tis : Tumeur intraépithéliale ou envahissant la lamina propria (intramuqueuse) sans extension à la sous-muqueuse à travers la muscularis mucosae

▶ **polypectomie** endoscopique suffisante si exérèse complète

T1 : Tumeur **invasive** envahissant la sous-muqueuse sans la dépasser

▶ **Si polype pédiculé**

▶ **polypectomie suffisante** si tous les critères suivants sont réunis :

- exérèse et examen anatomopathologique complet (à partir de l'axe médian passant par le pédicule et intéressant obligatoirement la base d'implantation)
- cancer bien ou moyennement différencié (grade histologique I ou II)
- absence d'embolies vasculaires caractéristiques
- absence de cellules carcinomateuses isolées ou en amas de moins de 5 cellules au delà du front d'invasion (tumor budding)
- marge de sécurité > 1mm

▶ **En l'absence d'un de ces critères ou si histologie défavorable (grade III, peu différencié) : colectomie** dans les règles carcinologiques nécessaire ; au préalable, réaliser un repérage et un marquage du site d'exérèse par clips métalliques

▶ **Si polype sessile, adénome plan et autres cas :**

▶ Les facteurs pronostiques défavorables sont le plus souvent présents et le risque d'évolution péjorative est élevé en l'absence de traitement complémentaire

▶ **Chirurgie complémentaire** recommandée ; au préalable, réaliser un repérage et un marquage du site d'exérèse par des clips métalliques (avec repérage radiologique)

L'exérèse endoscopique s'adresse aux adénomes pédiculés dont l'ablation totale est possible, et aux polypes sessiles dont la base d'implantation permet l'ablation en 1 temps.

Après exérèse endoscopique, le pédicule ou la base de l'adénome est repéré par un marquage à l'encre de Chine (ou à défaut par une aiguille) dans la mesure du possible par l'endoscopiste.

L'examen anatomopathologique doit être effectué sur des coupes sagittales à partir de l'axe médian passant par le pédicule et intéressant obligatoirement la base d'implantation.

REFERENTIELS

Polype dégénéré ● ● ●

■ Surveillance

- ▶ En cas de **polypectomie endoscopique** :
 - contrôle à 3 mois pour vérifier la valeur de l'exérèse si carcinome invasif
 - puis à 3 ans
- ▶ Si **chirurgie** :
 - coloscopie à 3 ans (cf [coloscopie dans la surveillance après cancer du côlon](#)).

Références :

- ▶ Haggitt RC , Glotzbach RE , Soffer EE , Wruble LD.
Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy.
[Gastroenterology 1985; 89: 328-36.](#)
- ▶ Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon.
[Gastroenterol Clin Biol 1998; 22: 205-226.](#)
- ▶ Cooper HS, Deppisch LM, Gourley WK et al.
Endoscopically removed malignant colorectal polyps: clinicopathologic correlations.
[Gastroenterology 1995; 108: 1657-65.](#)
- Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y et al.
Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma.
[Gastroenterology 2004; 127: 385-94.](#)
- Hori H, Fujimori T, Fujii S, et al.
Evaluation of tumor cell dissociation as a predictive marker of lymph node metastasis in submucosal invasive colorectal carcinoma.
[Dis Colon Rectum 2005; 48:938-45.](#)