

Recommandations concernant les cancers superficiels du tube digestif. Partie 1 : règles générales de la prise en charge des cancers superficiels du tube digestif

Recommendations Concerning Superficial Cancers of the Digestive Tract. Part 1: General Rules for the Treatment of Superficial Cancers of the Digestive Tract

M. Barret · B. Terris · S. Chaussade

© Lavoisier SAS 2017

Introduction

La classification TNM des cancers du tube digestif permet de classer les cancers en fonction du T (envahissement dans la paroi), du N (présence ou non de métastases ganglionnaires) et du M (présence ou non de métastases à distance).

Les cancers superficiels du tube digestif (cancers T1) sont des cancers touchant la muqueuse ou la sous-muqueuse, quel que soit leur statut ganglionnaire. Certains de ces cancers superficiels sont accessibles à un traitement endoscopique (*endoscopic mucosal resection* [EMR], dissection sous-muqueuse endoscopique [*endoscopic submucosal dissection*, ESD]), à condition de ne pas négliger le risque d'envahissement ganglionnaire. C'est pour cette raison qu'il est indispensable de disposer de critères précis, endoscopiques et pathologiques, permettant de prédire le risque de métastases ganglionnaires. À partir de ces données, une décision de suivi ou de résection chirurgicale complémentaire pourra être prise. Les cancers T2 et bien sûr les cancers N+ ne sont pas candidats au traitement endoscopique des cancers superficiels.

Le risque de métastases ganglionnaires des cancers superficiels du tube digestif va dépendre :

- de la nature de l'épithélium (glandulaire ou malpighien) ;
- du siège de la lésion (œsophage, estomac, duodénum, côlon, rectum) ;
- de la taille de la lésion ;

M. Barret (✉) · S. Chaussade
Service de gastroentérologie,
hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg St Jacques,
F-75014 Paris, France
e-mail : maximilien.barret@aphp.fr

B. Terris
Service d'anatomopathologie,
hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg St Jacques,
F-75014 Paris, France

- de l'aspect endoscopique de la lésion (classification de Paris) ;
- d'une infiltration intramuqueuse ou sous-muqueuse (Fig. 1) ;
- de critères pathologiques qualitatifs (embolus vasculaires ou lymphatiques, différenciation de la tumeur, *budding*...) et quantitatifs (hauteur et largeur de l'envahissement dans la sous-muqueuse) sur la pièce de résection endoscopique obtenue par mucosectomie ou par dissection sous-muqueuse endoscopique.

Les recommandations ci-jointes sont destinées à aider les gastroentérologues à choisir le meilleur traitement de ces cancers et à fixer les critères endoscopiques et pathologiques indispensables pour permettre le choix entre un traitement endoscopique conservateur et un traitement chirurgical.

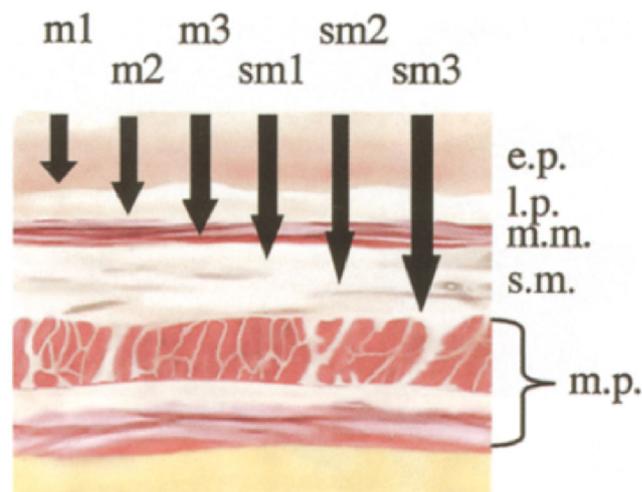


Fig. 1 Classification des cancers superficiels du tube digestif (T1) en fonction de la profondeur du front d'invasion. ep : épithélium ; lp : lamina propria ; mm : musculaire muqueuse ; sm : sous-muqueuse ; mp : musculuse

Contraintes de l'examen endoscopique et de l'examen anatomopathologique

Quelques définitions sont importantes avant de pouvoir analyser la littérature concernant la résection endoscopique :

- la résection « **en bloc** » est définie comme une tumeur enlevée en un seul fragment ;
- la résection « **en bloc R0** » est une résection endoscopique en un seul fragment avec des marges latérales et profondes saines (pas d'adénome ou de cancer sur les berges) à l'examen pathologique ;
- la résection « **en bloc R0 curative** » est définie comme une résection « en bloc R0 » associée à l'absence de signes histologiques péjoratifs de risque de métastases ganglionnaires, définis en fonction de l'organe considéré. Le choix du geste endoscopique est fondamental pour obtenir ou non une résection en bloc R0.

Examen endoscopique

Deux techniques de résection sont le plus souvent utilisées : la mucosectomie (EMR) et la dissection sous-muqueuse (ESD). Plusieurs méta-analyses ont montré que la dissection endoscopique était une technique qui permettait, au moins dans les mains des endoscopistes japonais, d'obtenir un taux de résection « en bloc R0 » plus important que la mucosectomie, en particulier quand le diamètre de la lésion est supérieur à 15-20 mm. Néanmoins, cette technique est coûteuse, longue et est pour l'instant réservée à des opérateurs entraînés dans des centres experts. Ses indications seront précisées pour chaque organe. Enfin, l'ESD est associée à un risque plus élevé de perforations, en particulier en début d'expérience [1], risque qui diminue avec l'expérience des opérateurs. Outre la taille de la lésion, un élément crucial pour choisir l'EMR ou l'ESD est l'estimation du risque de cancer étendu à la sous-muqueuse. Ce choix repose le plus souvent sur l'examen endoscopique standard en haute définition, associé à une chromoendoscopie électronique (NBI, FICE,

BLI, I-scan...) ou avec des colorants. L'utilisation d'un zoom peut aussi être utile dans certains cas. Dans quelques cas, d'autres examens peuvent être nécessaires, comme l'échoendoscopie, le scanner ou l'IRM.

L'examen endoscopique doit décrire avec précision l'aspect général des lésions en se servant de la classification de Paris. D'autres classifications morphologiques, visant à estimer le risque d'envahissement sous-muqueux d'un éventuel cancer, comme la classification des LST (*laterally spreading tumor*) pour le côlon ou la classification du *pit pattern* selon Kudo ou le *vascular pattern*, peuvent être ajoutées. La classification de Paris reste cependant l'élément fondamental, car l'aspect général endoscopique des cancers superficiels est différent selon l'organe considéré (Tableau 1). De plus, le pourcentage de patients présentant un envahissement de la sous-muqueuse est différent en fonction de l'aspect général de la tumeur (Tableau 2) [2,3].

Le compte rendu endoscopique doit donc contenir une description précise de la lésion :

- antécédent de geste endoscopique ou chirurgical, résultats d'éventuelles biopsies de la lésion ;
- siège de la lésion ;
- taille ;
- aspect endoscopique selon la classification de Paris (photos, vidéos) ;
- limites latérales ;

Tableau 1 Proportion relative des différents aspects macroscopiques des cancers superficiels du tube digestif en fonction du site du cancer et de la classification de Paris [3]

Sous-type	Œsophage (n = 1 562) (%)	Estomac (n = 2 098) (%)	Côlon-Rectum (n = 3 644) (%)
0-I	16	3	50
0-IIa	20	17	44
0-IIb	14	< 1	< 1
0-IIc	45	78	5
0-III	5	< 1	< 1

Tableau 2 Risque d'atteinte de la sous-muqueuse des cancers superficiels du tube digestif en fonction du site et de la classification de Paris [3]

Sous-type	Œsophage (n = 1 562) (%)	Estomac (n = 2 098) (%)	Côlon-Rectum (n = 3 644) (%)	n
0-I	79	57		
0-Ip			5	69/1 303
0-Is			34	185/504
0-IIa	48	29	4	64/160
0-IIb	15	20	0	–
0-IIc	27	40	61	23/200
0-III	84	–	–	

- description de l'organisation des glandes en surface (*pit pattern*) et de la vascularisation (*vascular pattern*) ;
- décollement ou pas de la lésion après injection sous-muqueuse.

Examen anatomopathologique

La prise en charge des pièces de résection endoscopique par le pathologiste nécessite des précautions particulières pour pouvoir répondre aux questions posées par le clinicien. Leur analyse pose parfois des problèmes d'interprétation directement liés aux techniques de résection mises en œuvre. Le conditionnement de la pièce de résection endoscopique commence dans la salle d'endoscopie et se termine au laboratoire de pathologie. C'est en effet la responsabilité de l'endoscopiste de préparer correctement la pièce de résection avant de l'adresser au laboratoire. L'objectif est d'étaler, face muqueuse vers le haut, la pièce à plat afin de permettre l'orientation correcte des prélèvements qui seront ensuite effectués par le pathologiste. Sa face profonde peut être encrée pour faciliter le repérage de la limite de résection profonde. L'ensemble de la résection doit être inclus en totalité, en coupes parallèles d'environ 2 mm d'épaisseur en individualisant les berges supérieure, inférieure et latérales. Lorsque la résection est faite en plusieurs fragments, le prélèvement séparé des berges de résection latérales n'a évidemment d'intérêt que si la résection a pu être reconstituée par l'endoscopiste et que ses limites latérales « vraies » peuvent être clairement repérées. Ainsi, il n'est souvent pas possible de définir une « résection en bloc R0 » lorsqu'une mucoséctomie est effectuée en plusieurs fragments, soulignant l'importance de l'examen endoscopique avant la résection pour choisir la technique de résection la plus adaptée.

Le compte rendu anatomopathologique doit donc contenir une description précise de la lésion (Fig. 2) :

- nature et grade de la lésion : lorsqu'il s'agit d'une lésion néoplasique, la terminologie utilisée doit, comme pour toutes les lésions digestives, se conformer aux classifications les plus récentes, comme les classifications de Vienne ou de l'OMS ;
- taille de la pièce mais aussi de la lésion tumorale en distinguant la taille du cancer et celle de l'adénome préexistant éventuel ;
- extension en profondeur de la lésion : il est indispensable de distinguer clairement les lésions strictement intramuqueuses de celles s'étendant au sein de la sous-muqueuse ; des classifications plus précises élaborées par les groupes japonais et précisant l'extension de la sous-muqueuse (sm1, sm2 et 3) [5] peuvent éventuellement être utilisées, mais celles-ci sont plus adaptées aux résections chirurgicales comportant la totalité de la lésion et de la paroi digestive qu'aux résections endoscopiques. Il est néanmoins indispensable que l'anatomopathologiste précise

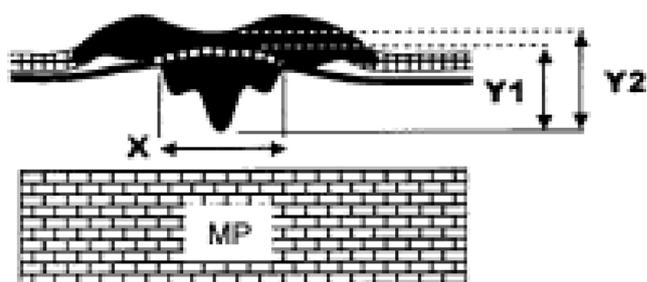


Fig. 2 Mesures de l'infiltration tumorale en hauteur et en largeur au sein de la sous-muqueuse à effectuer par le pathologiste [4]

la profondeur et la largeur de l'extension de l'infiltration tumorale dans la sous-muqueuse en millimètres. En effet, il existe un lien entre le risque de métastase ganglionnaire et la profondeur de l'extension d'un cancer dans la sous-muqueuse ;

- état des limites de résection : l'état des limites latérales et profonde de résection (avec mesure séparant le front d'invasion tumorale dans la sous-muqueuse de la berge de résection en profondeur) ;
- un certain nombre de critères qualitatifs doivent être indiqués sur le compte rendu anatomopathologique lorsqu'un foyer de carcinome est identifié. Ces critères sont la différenciation du carcinome (bien, moyennement ou peu différencié), l'existence d'emboles lymphatiques ou vasculaires et l'existence d'un *budding*. Le *budding* ou bourgeonnement tumoral est défini par la présence d'un groupe de moins de cinq cellules tumorales se détachant des formations glandulaires tumorales au niveau du front d'invasion. La densité de ces foyers de bourgeonnement devra être quantifiée. Dans certains cancers (par exemple le cancer colorectal), un bourgeonnement tumoral important aurait la même signification qu'un embole lymphatique.

Conclusion

Les cancers superficiels du tube digestif sont de plus en plus souvent diagnostiqués lors d'examens endoscopiques, quelle qu'en soit l'indication (endoscopie diagnostique ou de prévention). Une partie de ces cancers superficiels va pouvoir bénéficier d'un traitement endoscopique qui permet une préservation de l'organe et d'éviter la chirurgie. Néanmoins, un certain nombre de ces cancers superficiels peuvent s'accompagner de métastases ganglionnaires. Ces patients doivent être identifiés avec précision pour permettre, en complément ou à la place du traitement endoscopique, un traitement chirurgical permettant la résection de la tumeur et le curage ganglionnaire. Une collaboration proche doit avoir lieu entre l'endoscopiste, l'anatomopathologiste et le chirurgien pour proposer au patient le traitement le plus adapté.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Farhat S, Chaussade S, Ponchon T, et al. Endoscopic submucosal dissection in a European setting. A multi-institutional report of a technique in development. *Endoscopy* 2011;43:664–70
2. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. *Gastrointest Endosc* 2003;58:S3–S43
3. Endoscopic Classification Review Group. Update on the Paris Classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. *Endoscopy* 2005;37:570–8
4. Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y, et al. Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. *Gastroenterology* 2004;127:385–94
5. Kikuchi R, Takano M, Takagi K, et al. Management of early invasive colorectal cancer. Risk of recurrence and clinical guidelines. *Dis Colon Rectum* 1995;38:1286–95