

# **LES POLYPES CRENELES**

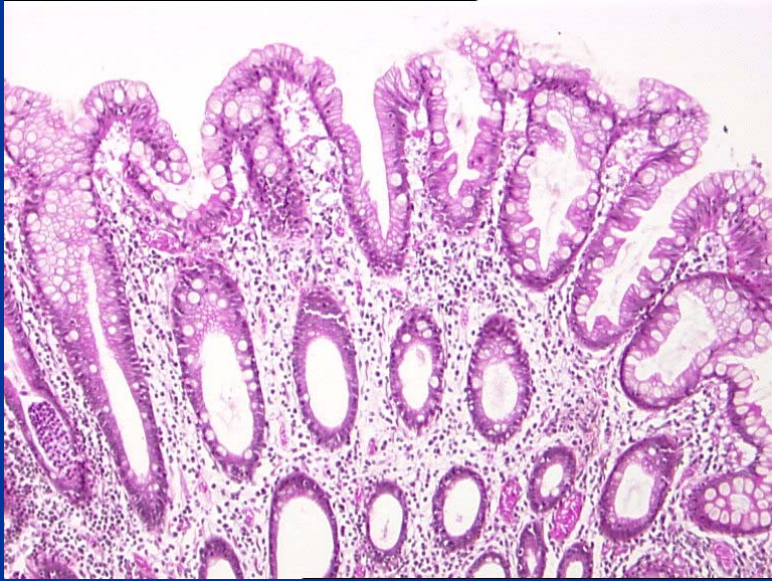
## **Des entités à connaître**

*Denis CHATELAIN*

*Service d'Anatomie pathologique*

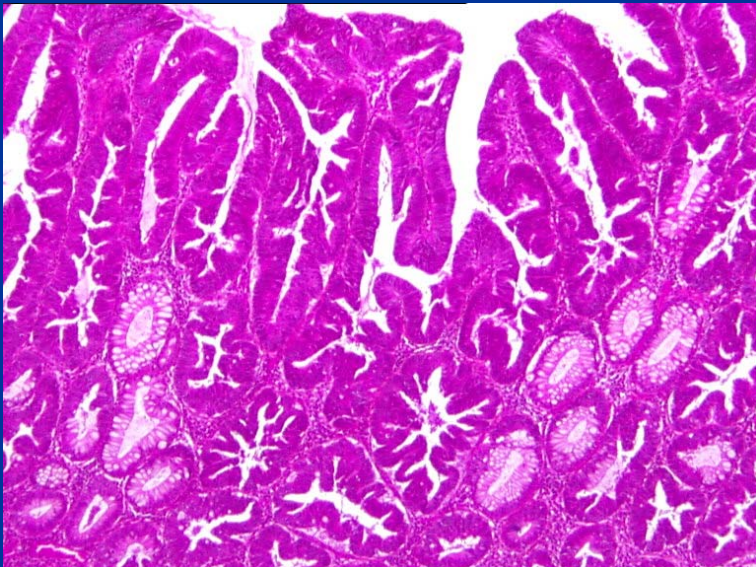
*CHU Amiens*

# TUMEURS CRENELEES (DENTELEES, FESTONNEES) DU TD

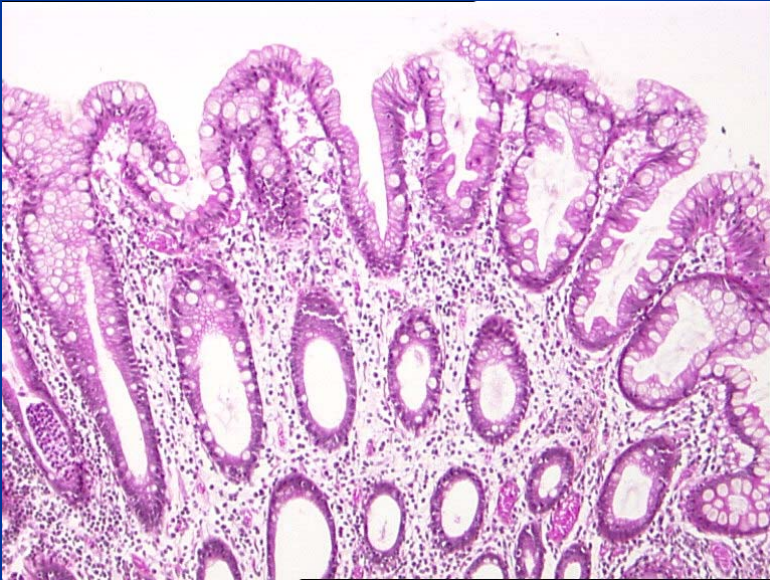


- **Définition**

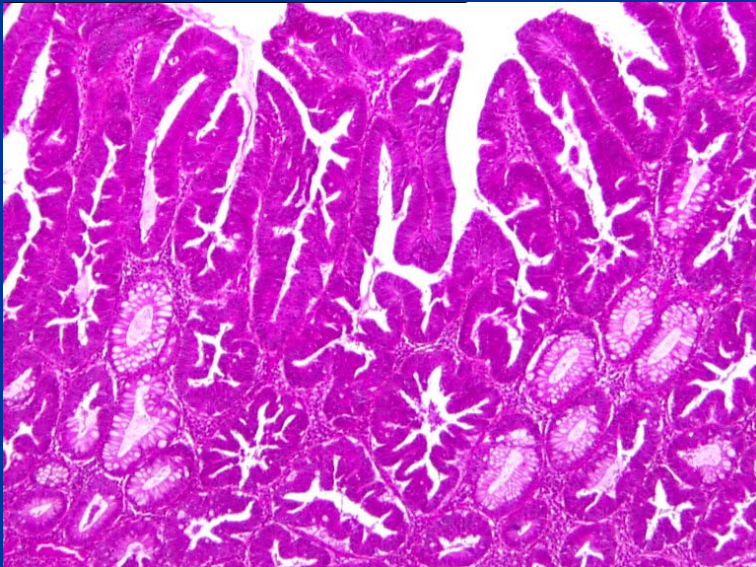
- Tumeurs épithéliales du tube digestif
- Cryptes bordées par un épithélium festonné (indentation de l'épithélium bordant les cryptes)



# TUMEURS FESTONNEES DU TD

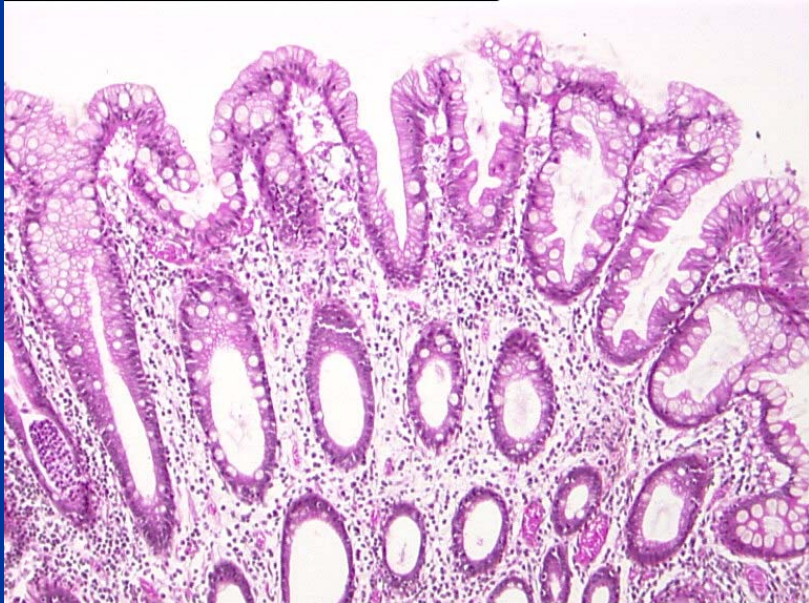
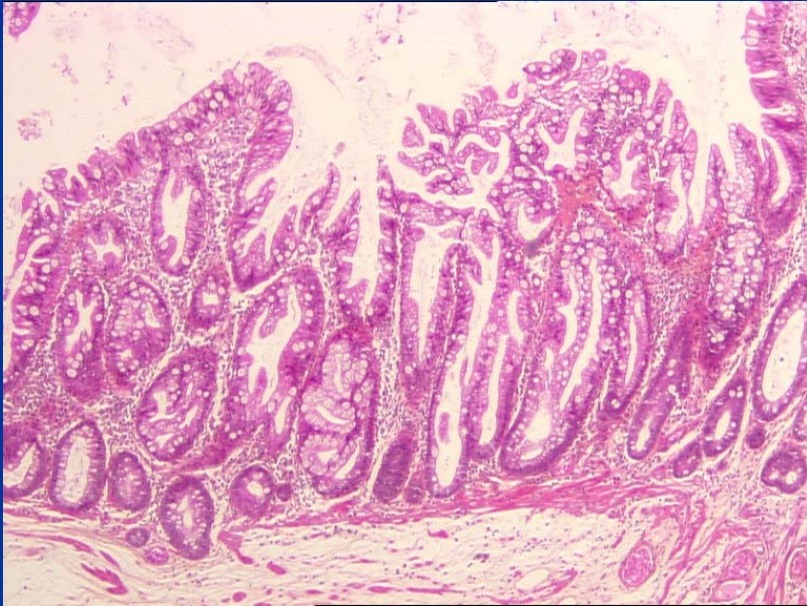


- Spectre de lésions avec terminologie confuse:
  - **Polypes hyperplasiques** (1881)
  - **Polypes mixtes hyperplasiques et adénomateux** (1970)
  - **Adénomes festonnés traditionnels (traditional serrated adenomas)** (1990)
  - **Adénomes sessiles festonnés (Sessile serrated adenomas)** (1996)
  - **Adénocarcinomes festonnés** (1992)
- Role dans une nouvelle voie de carcinogénèse? (voie des tumeurs festonnées, « *serrated neoplasia pathway* »)





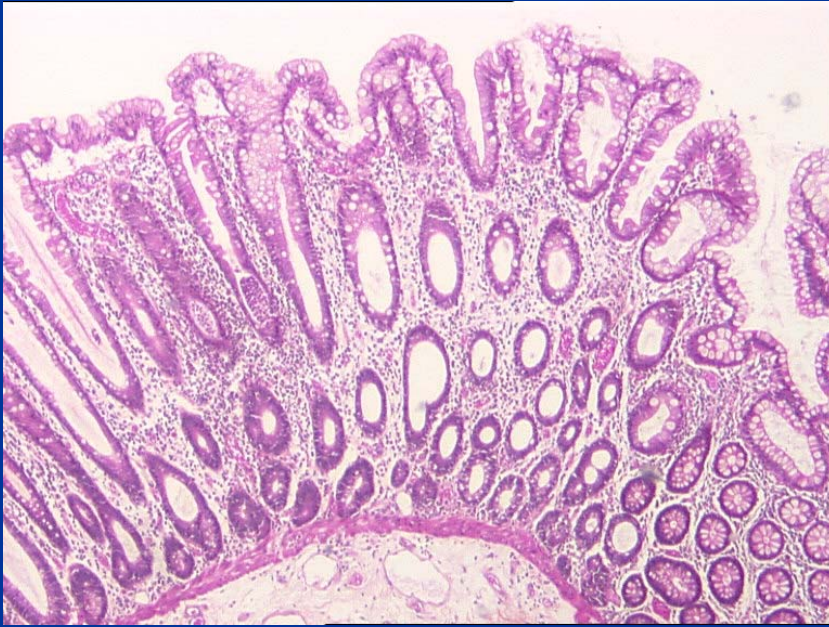
# POLYPPES HYPERPLASIQUES



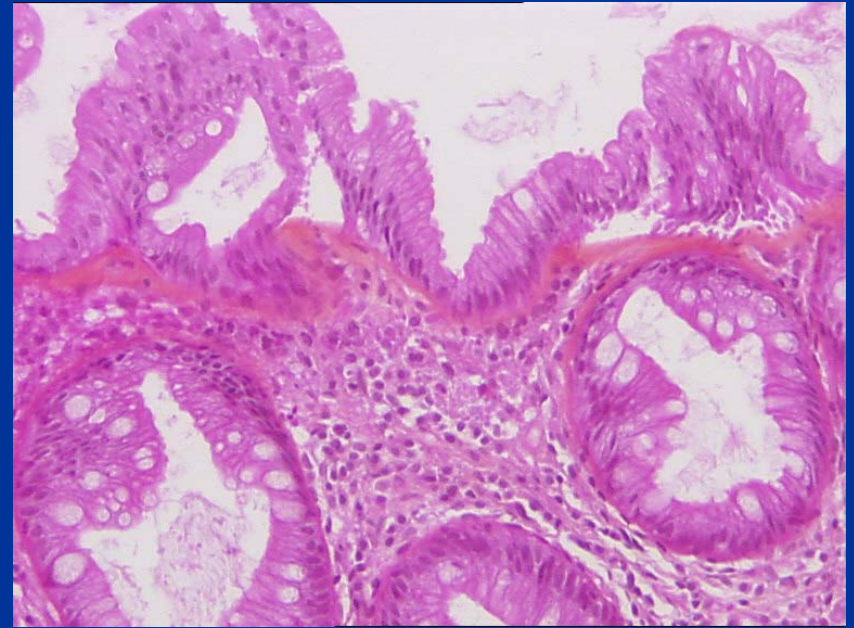
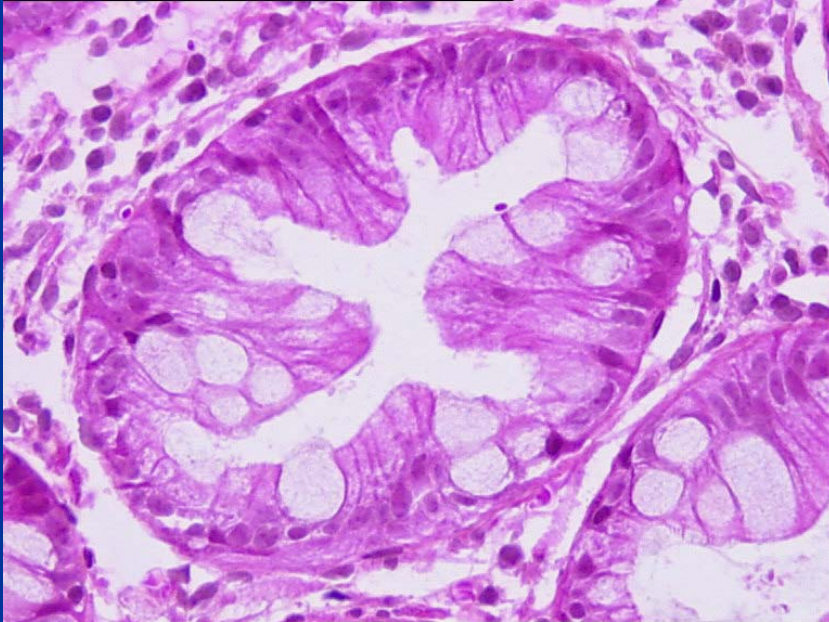
- Décrit fin XIX<sup>ème</sup> siècle
- 10 à 35% des coloscopies
- Hommes > 50 ans
- Lésion sessile, translucide, rosée, souvent <5mm
- 90% recto-sigmoïde
- Décrit initialement comme des lésions métaplasiques
- Actuellement considérés comme des tumeurs
  - Prolifération cellulaire clonale
  - Mutations *K-ras*, *BRAF*, chrom 1p, instabilité microsatellite



# POLYPES HYPERPLASIQVES



- Tumeur sessile ou plane
- Cryptes rectilignes
- Indentation de l'épithélium bordant les cryptes donnant l'aspect festonné au 1/3 sup des cryptes
- Cellules cylindriques et caliciformes
- Dépôts collagène
- Pas de dysplasie



# Prise en charge par le gastro-entérologue

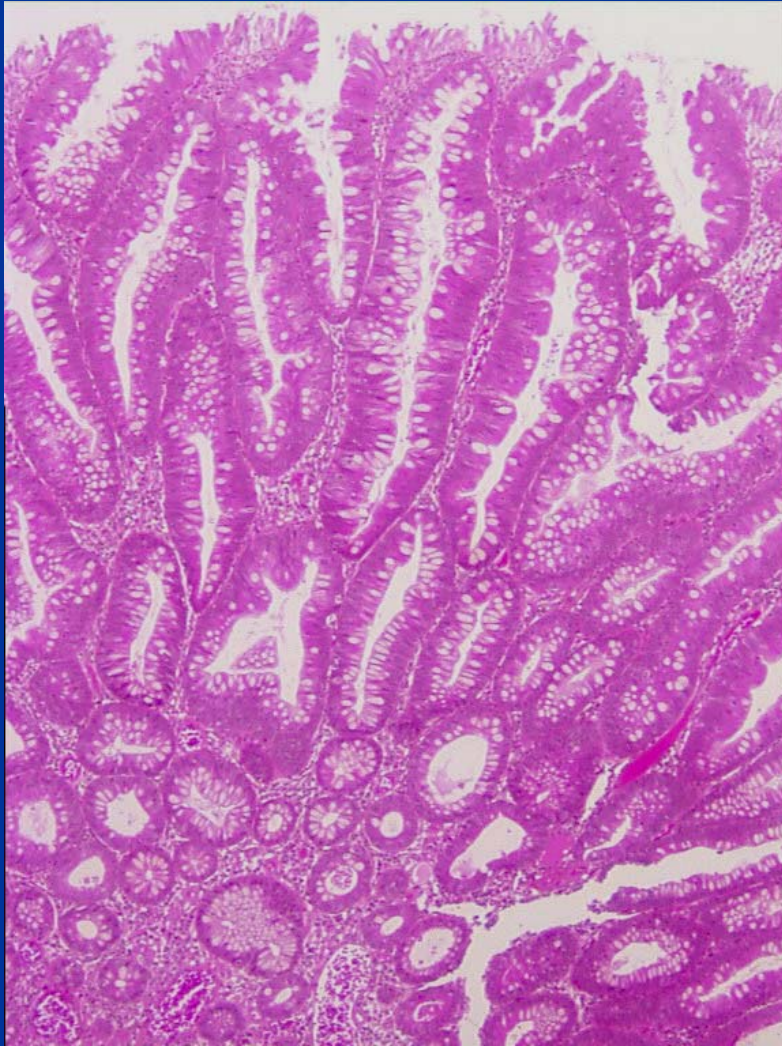
- **Polypes hyperplasiques:**

- Lésion bénigne, pas de risque de dégénérescence

- Malgré quelques études contradictoires, pas corrélé à risque + élevé d'adénomes du côlon droit ni d'adénocarcinome
- Biopsie en cas de doute pour confirmation diagnostique
- Pas de surveillance si petite taille, côlon gauche (coloscopie à 10 ans)



# ADENOMES FESTONNES TRADITIONNELLS (*Traditional serrated adenomas*)



- Entité décrite en 1990 par Longacre & Fenoglio-Preiser (*serrated adenoma*)
- Tumeur plane ou polypoïde
  - Architecture festonnée des polypes hyperplasiques
  - Foyer de dysplasie épithéliale (comme adénome « classique »)

Torlakovic E et al. *Gastroenterology* 1996;110:748-55

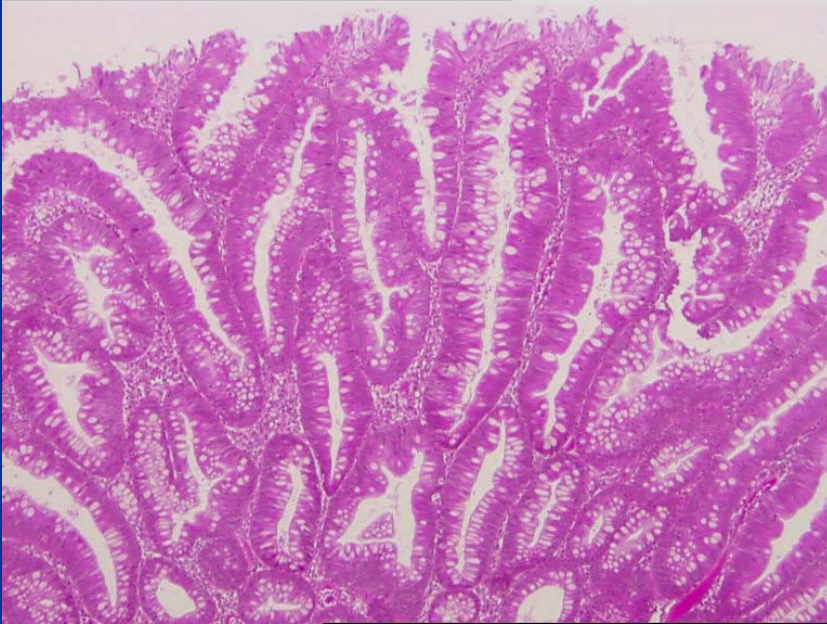
Lazarus et al. *Am J Clin Pathol* 2005;123:349-59

# Adénomes festonnés traditionnels

- 1 à 7% des coloscopies
- 0.5 à 16% des polypes coliques
- H>F, 55-65 ans
- 55-80% recto-sigmoïde (autres localisations: estomac, duodénum, appendice, pancréas)
  
- Polype sessile ou pédiculé, blanc-rosé, 6 à 12 mm
- Chromoendoscopie ( petits orifices + aspect cérébriforme)



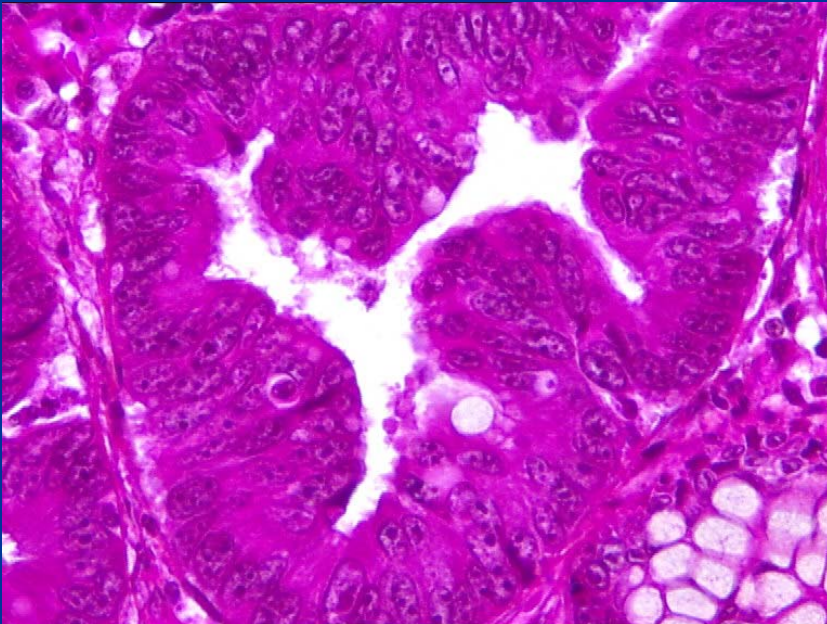
# Diagnostic histologique



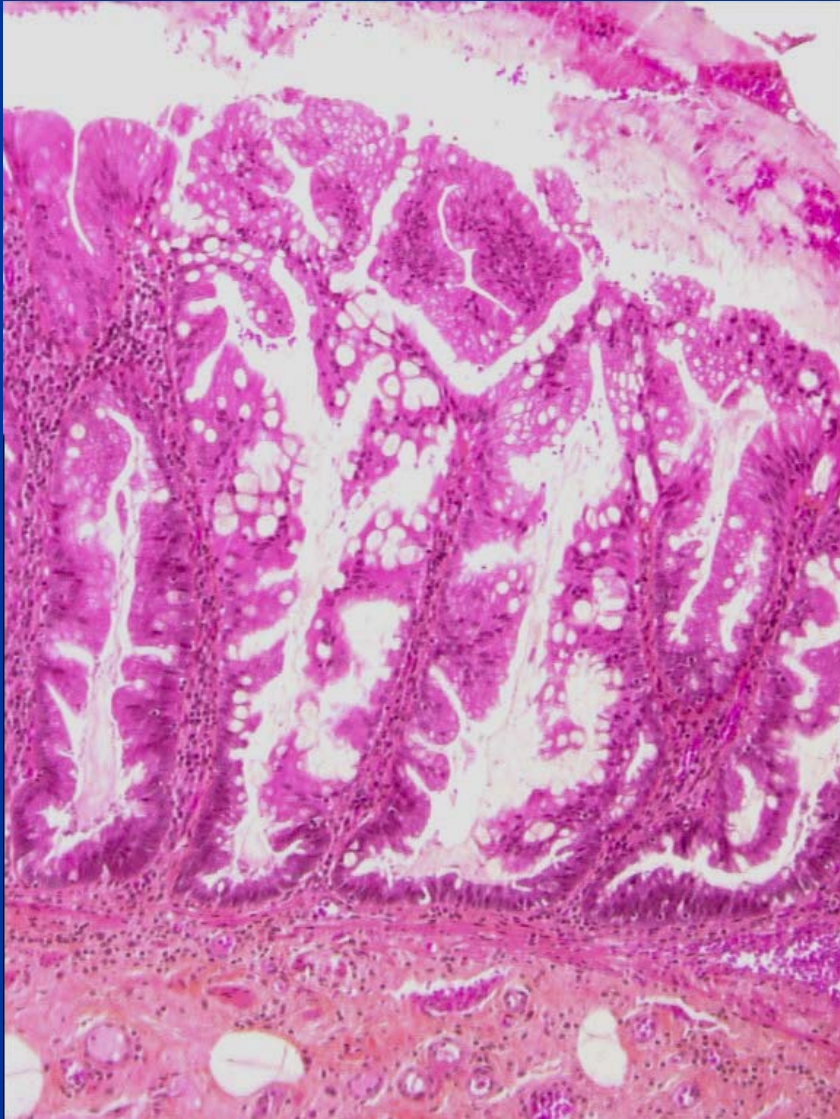
## • Critères morphologiques

*(Barriol et al, Mod Pathol 2003)*

- Architecture festonnée > 20% des cryptes
- Architecture festonnée sur toute la hauteur des cryptes
- Lésions dysplasiques
  - Atypies nucléaires
  - Stratification nucléaire et perte de polarité
  - Mitoses



# ADENOME SESSILE FESTONNE



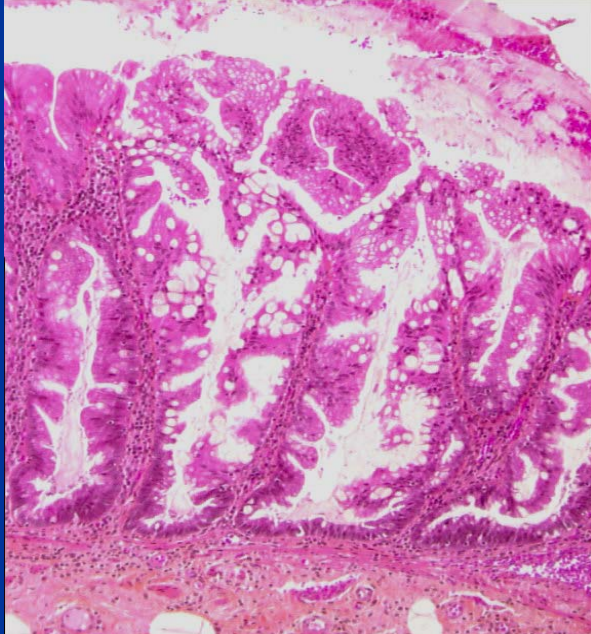
- Décrit par Torlakovic & Snover en 1996 (*sessile serrated adenoma*)
- Nom différents:
  - Polype hyperplasique géant,
  - Polype de type hyperplasique,
  - Polype sessile festonné,
  - Polype festonné avec prolifération cellulaire anormale

*Torlakovic E et al. Gastroenterology 1996;110:748-55*

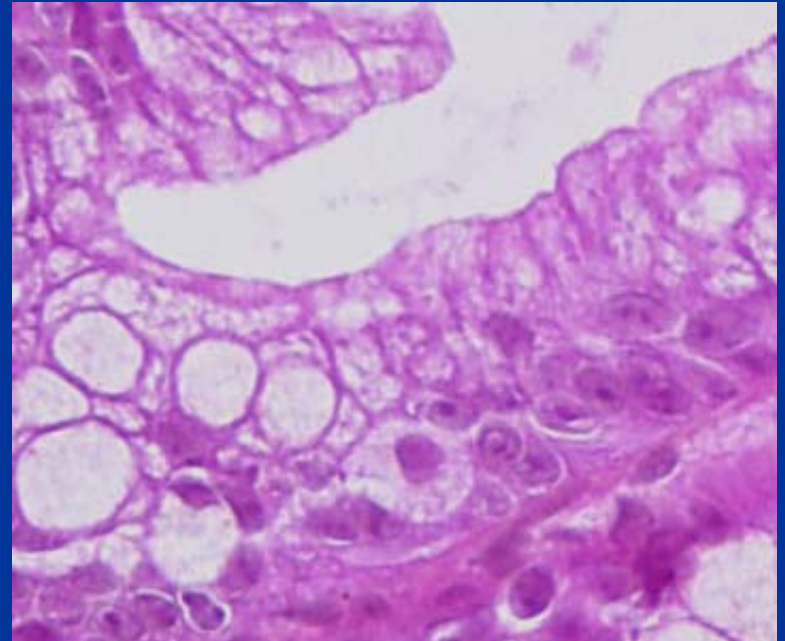
*Goldstein NS et al. Am J Clin Pathol 2003;119:778-96*



# ADENOME SESSILE FESTONNE

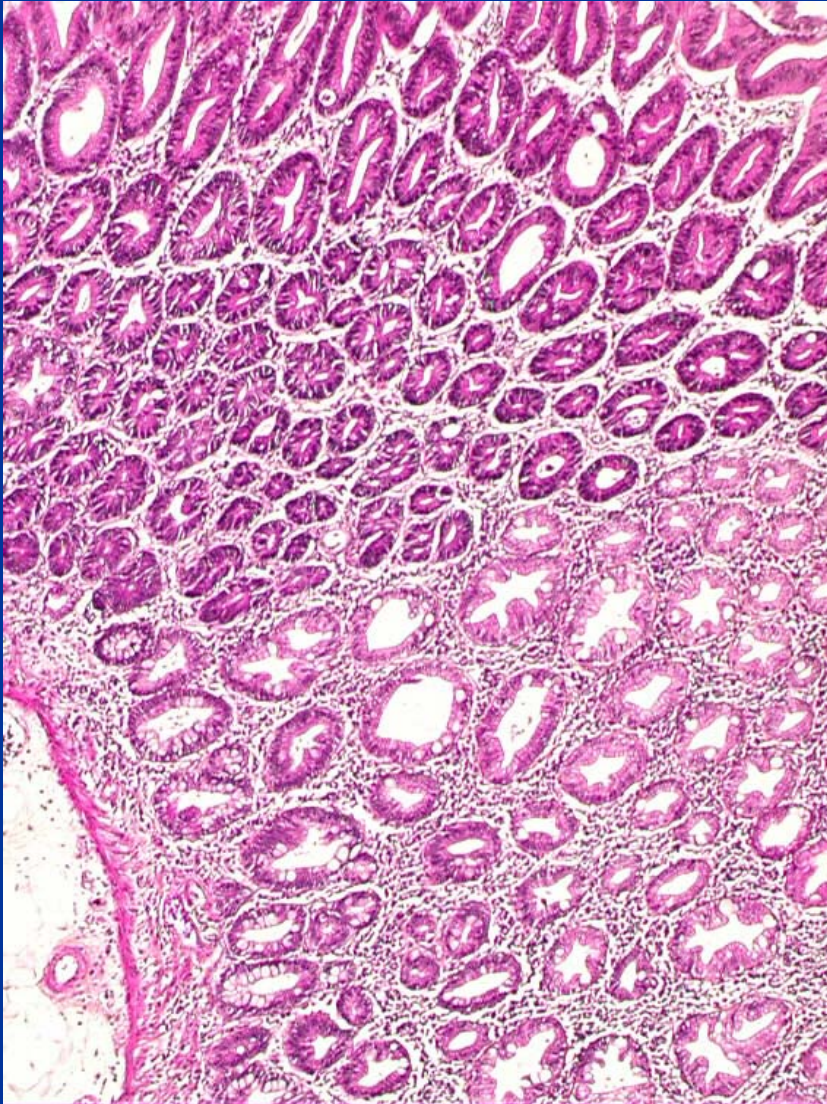


- Côlon droit grande taille (côlon gauche petite taille)
  - Architecture festonnée marquée intéressant le 1/3 inf des cryptes
  - Dilatation de la partie basale des cryptes
  - Cryptes ramifiées et horizontalisées
  - ↑ mucisécration
  - Pas de dysplasie (noyau élargi nucléolé)





# POLYPE MIXTE HYPERPLASIQUE ET ADENOMATEUX



- Décrit par Goldman en 1970
- Polypes avec 2 contingents distincts ou intriqués
  - Polype hyperplasique
  - Adénome « classique »
- Tumeur de collision entre un polype hyperplasique et un adénome « classique »
- Survenue de dysplasie au sein d'un polype hyperplasique (adénome festonné)

# Prise en charge par le gastro-entérologue

- Pas de réel consensus

- Adénome festonné, adénome sessile festonné, polype mixte:

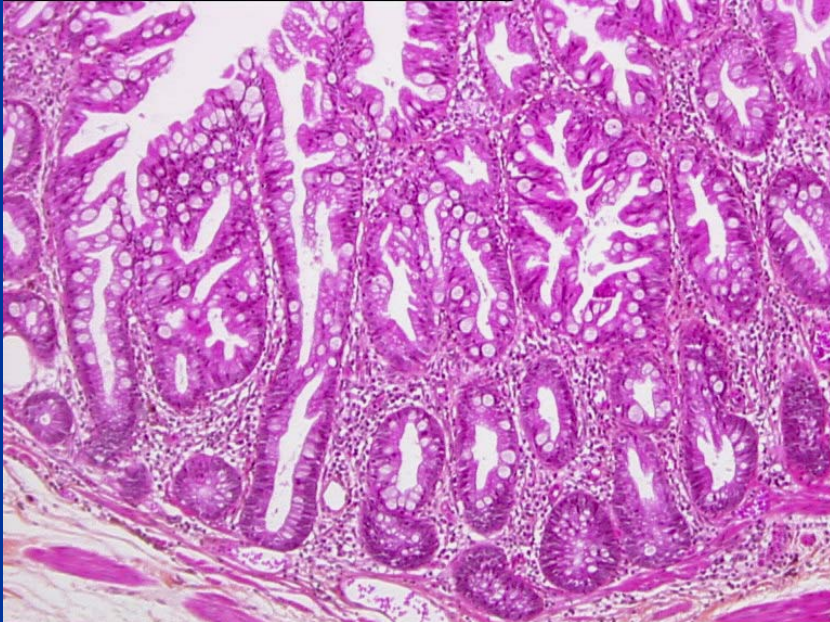
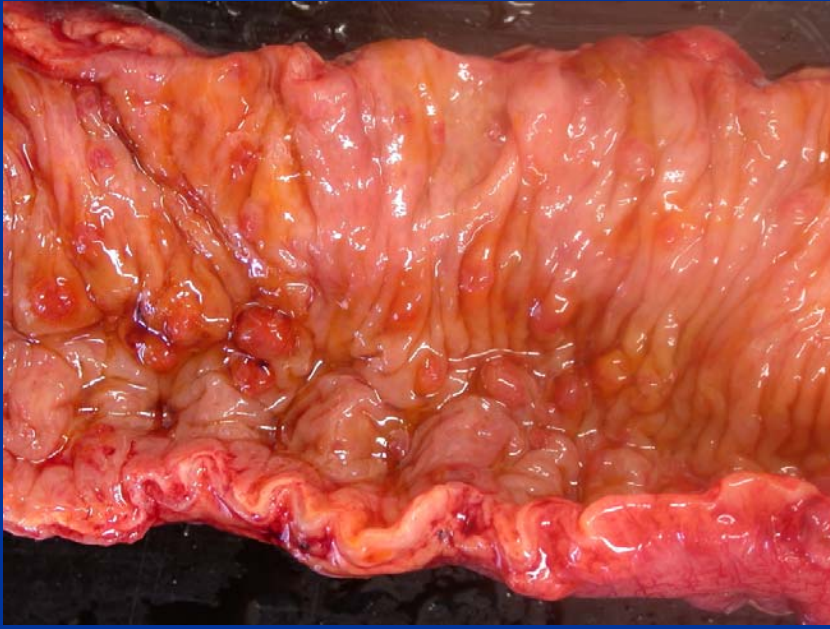
- Résection endoscopique
    - Surveillance (comme pour adénome « classique »?)  
(conseille coloscopie de contrôle à 3 ou 5 ans)  
*(ANAES 2004)*
    - Lésion de grande taille, côlon droit, dysplasie de haut grade et dont l'exérèse endoscopique ne peut être réalisée: exérèse chirurgicale peut être envisagée  
*(Hawkins NJ, et al Pathology 2002;34:548-55)*

# POLYPOSE HYPERPLASIQUE (ou festonnée)

- Décrite par Williams *et al* en 1980
- **Diagnostic (WHO)**
  - > 30 polypes hyperplasiques (ou festonnés) quel que soit leur taille répartis sur l'ensemble du côlon
  - Au moins 5 polypes hyperplasique au niveau du côlon proximal, 2 > 10 mm de diamètre
  - Nombre quelconque de polypes hyperplasiques chez un sujet ayant un parent au premier degré ayant une polypose hyperplasique



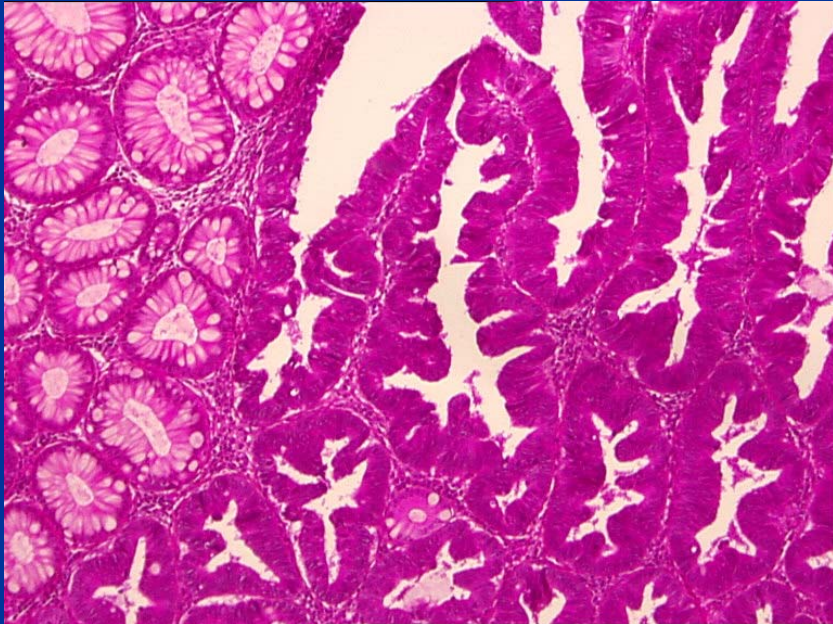
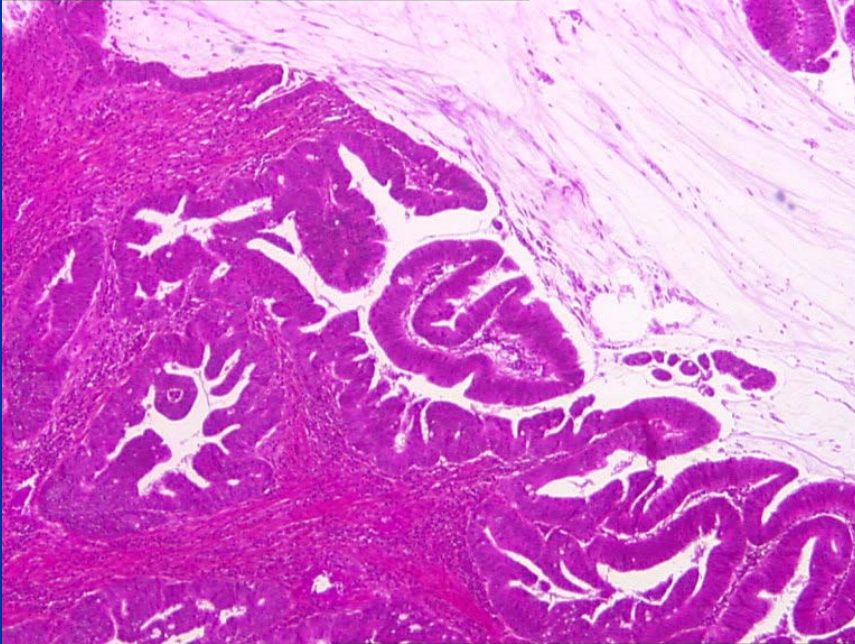
# POLYPOSE HYPERPLASIQUE



- 50<sup>aine</sup> de cas rapportés
- H = F, 50 ans, Rares cas familiaux
- Syndrome à haut risque de K colo-rectal.
- Prevalence du k colo-rectal: 40%
- Polypes: polypes hyperplasiques, serrated adenomas, sessile serrated adenoma, parfois adénomes classiques
- **Conduite à tenir:**
  - Sujet avec nombre modéré de polypes hyperplasiques, recto-sigmoïdiens, de petite taille: surveillance endoscopique annuelle
  - Nombreux polypes, grande taille (>10mm), dysplasie:
    - colectomie totale avec anastomose iléo-anale
    - Dépistage chez les parents



# ADENOCARCINOME FESTONNE



Décrit par Jass & Smith en 1992  
Pas de critères stricts de définition

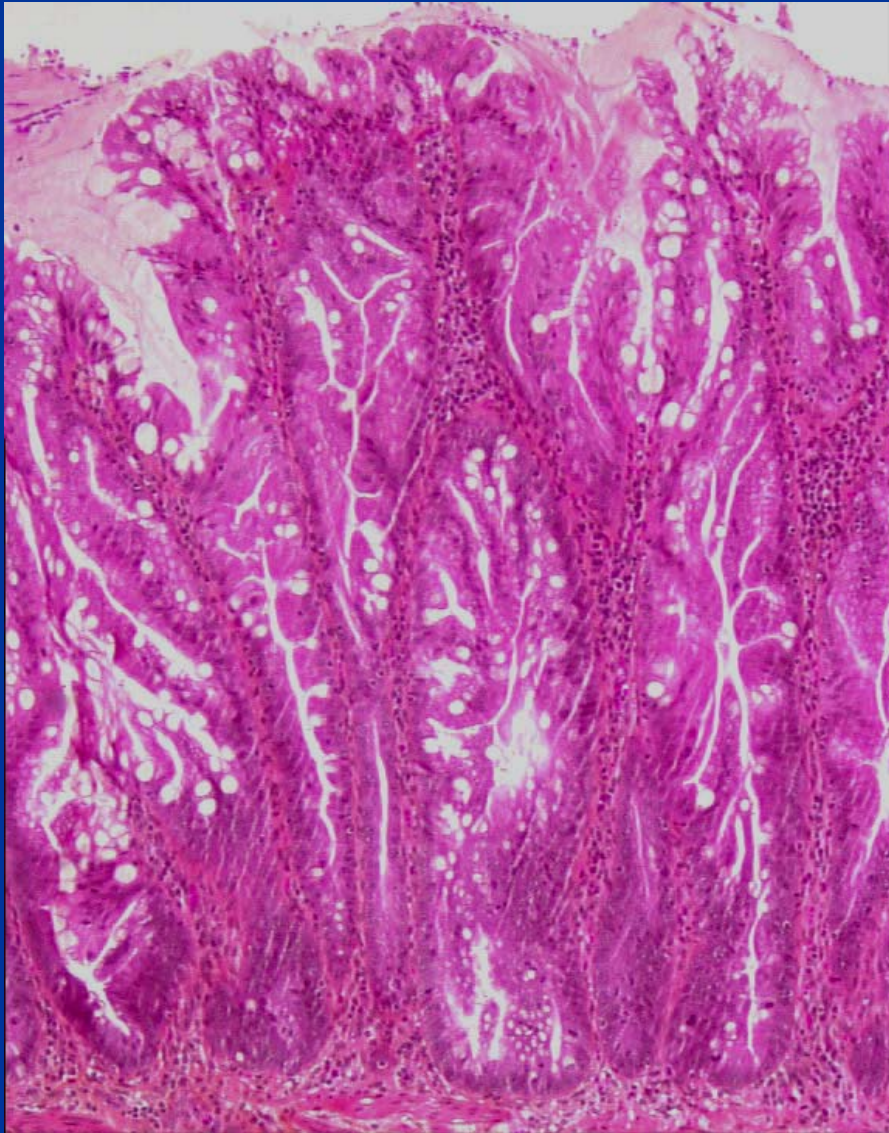
- Architecture festonnée (%?)
- Composante mucineuse, c  
éosinophiles, chromatine  
vésiculeuse, pas de nécrose

Série de 466 k colorectal de  
Mäkinen *et al.*

- 6% des adénocarcinomes coliques
- Plus fréquent chez femmes
- Caecum (55%), rectum (33%)
- Développé au voisinage adénome festonné  
(20% des cas)
- Composant mucineuse fréquente
- 30 à 40% MSI-H
- Pronostic?
  - adk festonné colique droit
  - > adk classique
  - > adk festonné colique gauche



# SERRATED NEOPLASIA PATHWAY



Jass JR et al. *Gastroenterology* 2002;123:862-76

- Pour Jass *et al.* polypes festonnés impliqués dans une nouvelle voie de carcinogenèse colorectale (*serrated neoplasia pathway*)
- Evènement moléculaire majeur de cette voie de carcinogenèse: **Méthylation îlots CpG** régions promotrices de certains gènes
  - Perte d'expression de différents gènes, impliqués dans régulation de la prolifération cellulaire, apoptose,...
- Pour Jass *et al.* 2 voies possibles

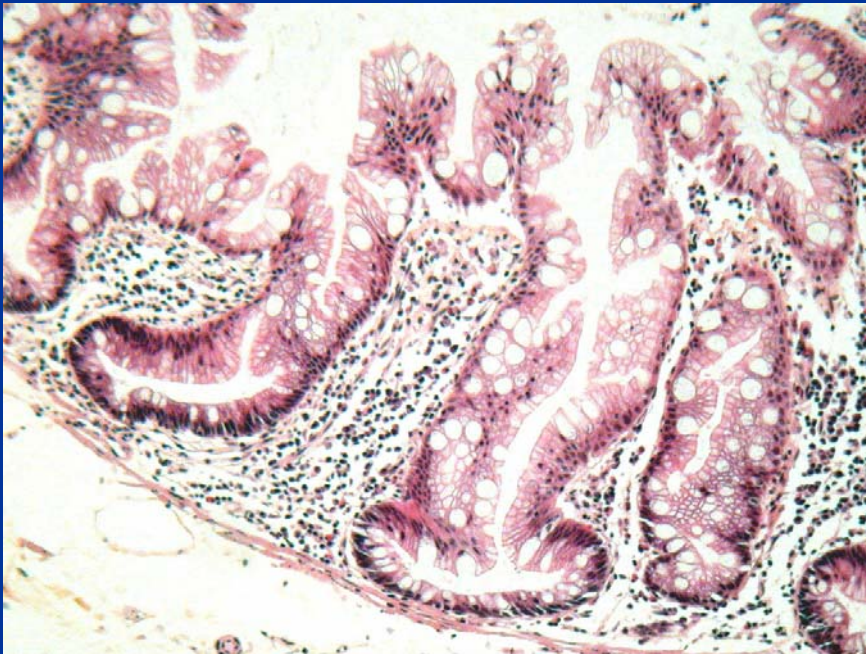
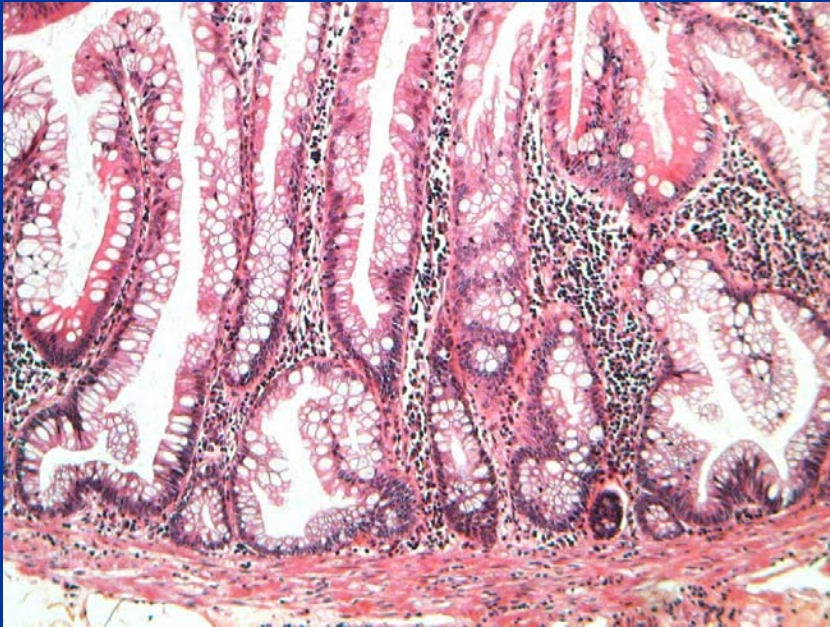


# CONCLUSION

- Polypes crénelés, entités mal connues, sous diagnostiquées par les pathologistes
  - Adénomes sessiles festonnés:
    - 10% à 20% des polypes diagnostiqués hyperplasiques
    - 20% des polypes diagnostiqués comme adénome festonné traditionnel
- Terminologie discutable
- Pas de marqueur IHC pour le diagnostic

*Higuchi et al. Histopathology 2005;47:32-40*

*Goldstein NS et al. Am J Clin Pathol 2003;119:778-96*

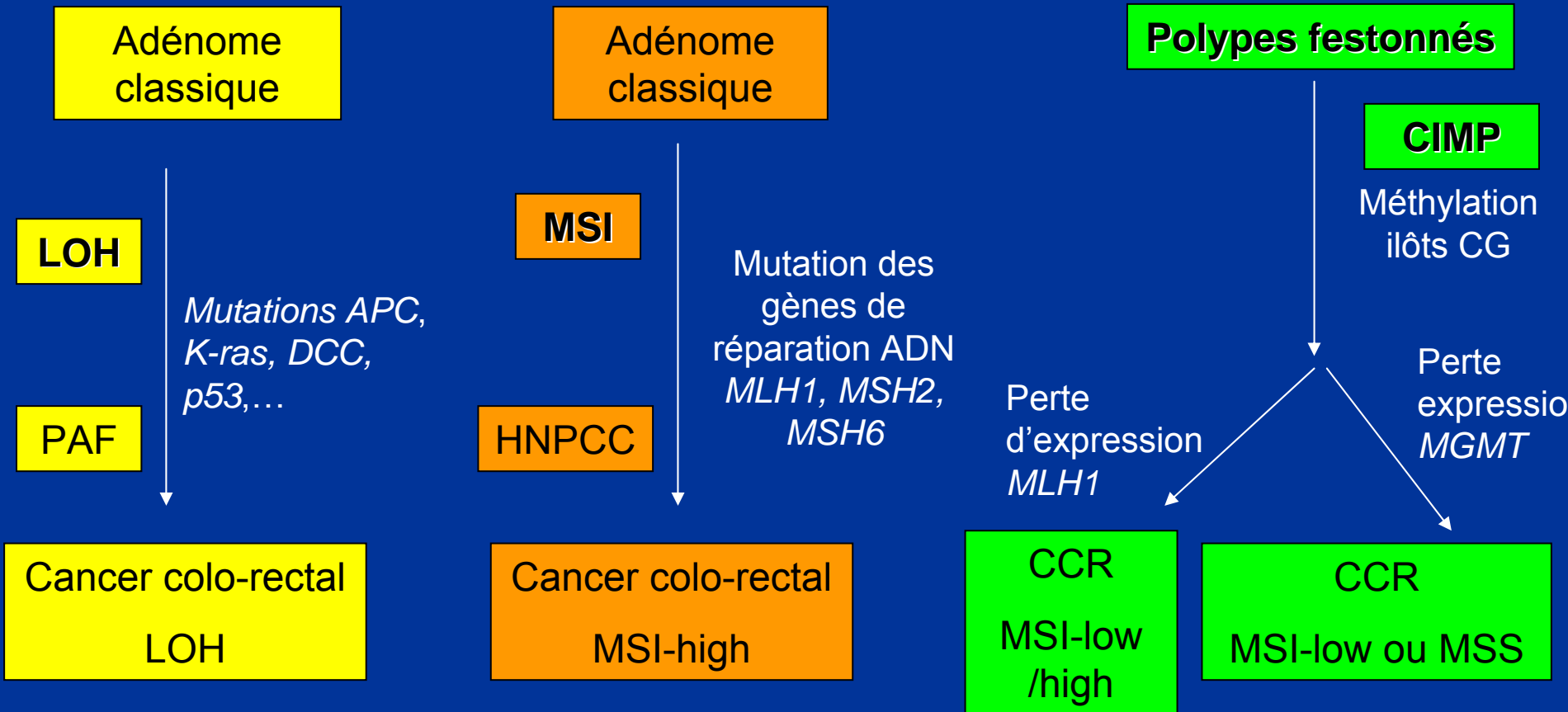


# Risque de dégénérescence des adénomes festonnés

- Mal connu
  - Adénomes festonnés traditionnels croissance plus rapide
  - Incidence du k colorectal 5% pour serrated adenomas (2/38, 1978-2000)
  - Incidence du k colorectal 2,2% pour adénomes « classiques » (3/138)



# Polypes crénelés impliqués dans une nouvelle voie de carcinogénèse?



# Prise en charge par le gastro-entérologue

- **Polypes hyperplasiques**: pas de surveillance

sauf

- Multiples (>10, 20)
- Grande taille (>10 mm)
- Localisation proximale



Relecture par le pathologiste:

Adénome festonné ou  
Adénome sessile festonné ?

- **Adénomes festonnés (traditionnels et sessiles)**: résection et surveillance endoscopique (comme adénome classique?) (surveillance tous les 3 ou 5 ans)