

# Prise en charge des tumeurs neuroendocrines du rectum < 20mm

Etude rétrospective nationale multicentrique française

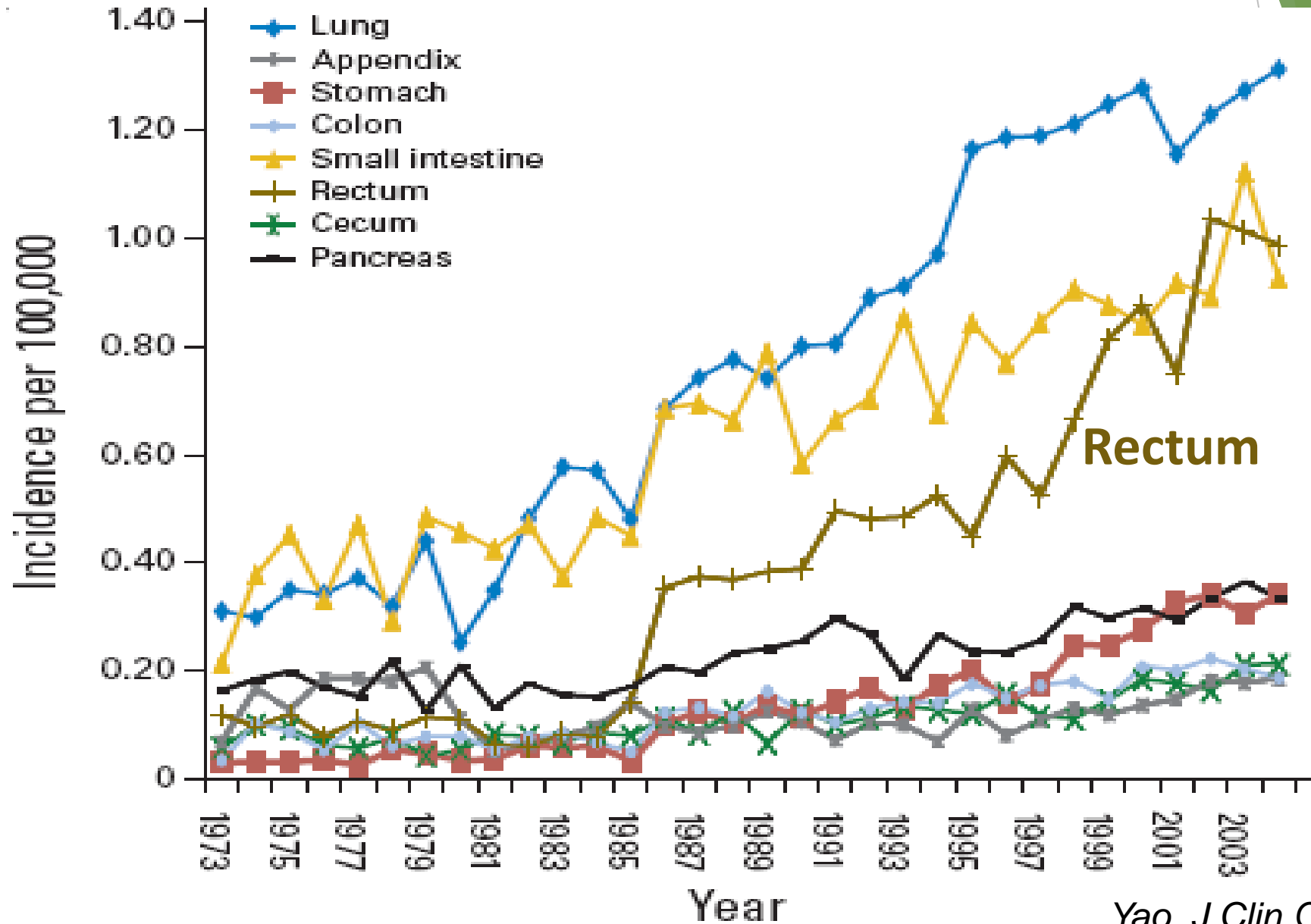
Vendredi 05/05/2017



Caroline FINE  
Interne en Hépatogastroentérologie

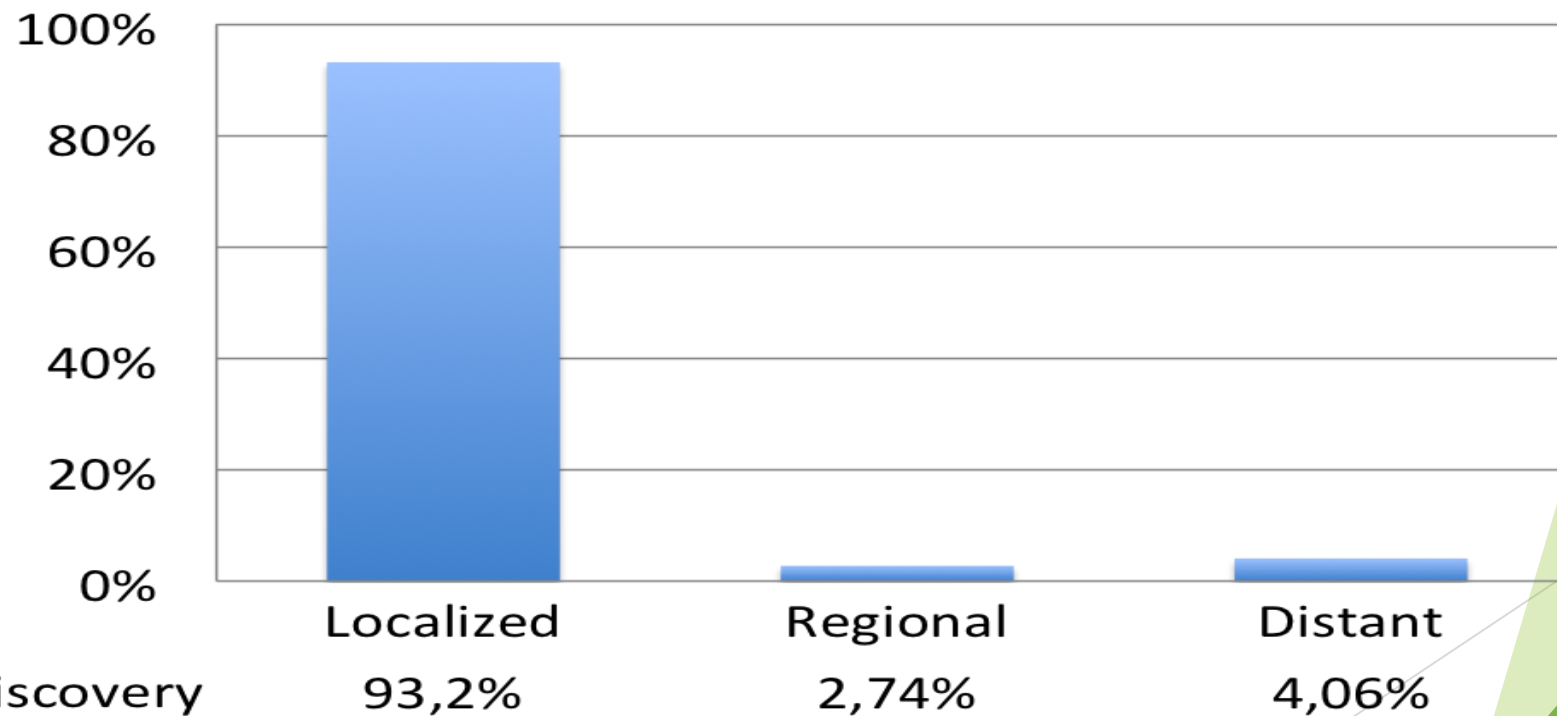
Encadrants: M Pioche (SFED) et T Walter

# Une tumeur neuroendocrine fréquente



# Une tumeur neuroendocrine le plus souvent découvert à un stade précoce

**Stage upon discovery**



■ Stage upon discovery

# De découverte souvent fortuite endoscopique



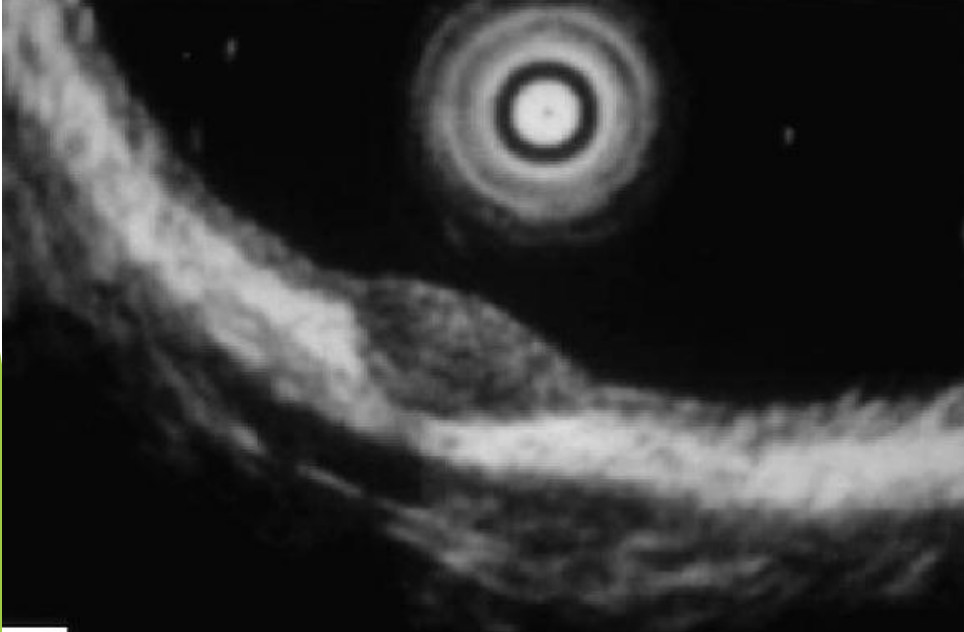
A reconnaître par l'endoscopiste  
A bien prendre en charge dès le départ

Ex :

- ▶ nodule isolé, 7 mm, bas rectum
- ▶ polypoïde
- ▶ coloration « jaune chamois »
- ▶ enchâssés dans la paroi rectale

EE: à développement volontier sous-muqueux,  
intégrité de la 3ème couche

=> Traitement endoscopique (mais  
attention au risque de résection R1)



# Des techniques de résection endoscopique variées

- ▶ Si faible risque d'envahissement ganglionnaire
- ▶ Si exérèse complète possible (marges)
- ▶ Tatouage de la zone de résection

*Polypectomie-mucosectomie*



*Mucosectomie avec capuchon*



*Ligature sous-muqueuse*



*Dissection sous-muqueuse*



→ Complexité

→ Fiabilité ? (R1)

de Mestier et al, Endoscopy 2013

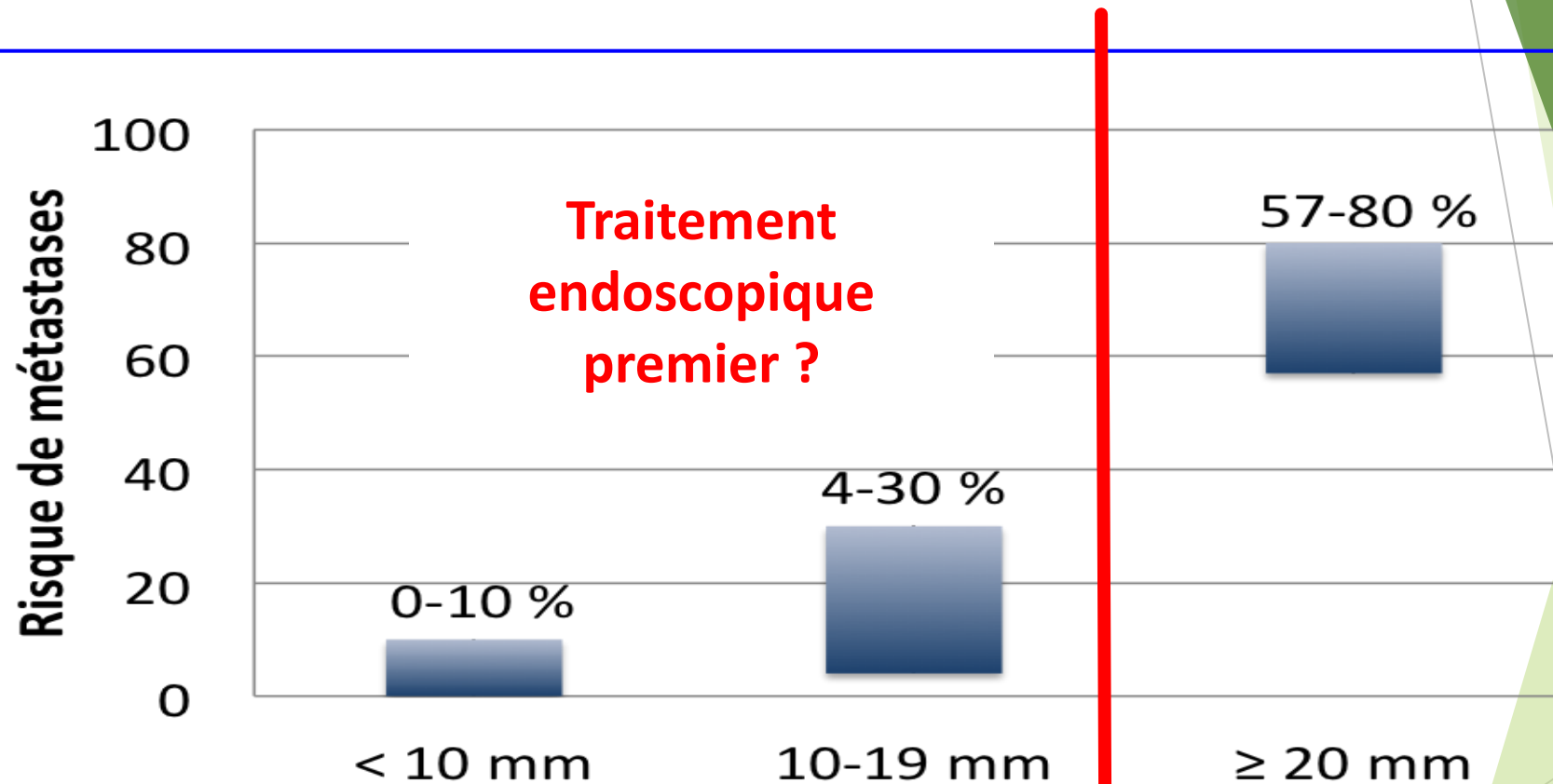
# FACTEURS PRONOSTIQUES

## *Risque de métastases*

Facteurs prédictifs (multivariée)	Odd Ratio	IC à 95 %
Taille tumorale > 14 mm	<b>57.5</b>	23.3 - 1002.6
Indice mitotique > 2/10 HPF	<b>56.2</b>	2.4 - 1295.8
Invasion lymphovasculaire	<b>65.1</b>	1.1 - 3846.7
Envahissement de la musculature	<b>37.9</b>	5.0 - 290

# FACTEURS PRONOSTIQUES

## Taille tumorale



Cut-off optimal de 14 mm en l'absence d'autres facteurs prédictifs (Se 100 %, Sp 92 %)

# En pratique

## A éviter

Ne pas reconnaître  
=> Biopsie exérèse: TNE, G1,  
mais R1



Faire rapidement une rectoS + EE,  
mais risque de ne plus rien  
retrouver !



Traitement endoscopique ou  
chirurgical complémentaire ??



Quelle surveillance??

3 grandes questions. Faut-il faire :

1. Un bilan d'extension ?
2. Un traitement complémentaire ?
3. Une surveillance ?

## A promouvoir



Suspecter une TNE

Biopsie, clip de repérage ?  
puis EE + résection endoscopique

Résection endoscopique d'emblée  
+/- clip de repérage ?



# Synthèse des recommandations actuelles sur la prise en charge thérapeutique (1)

	<1cm	1-2cm	>2cm
<b>TNCD(3)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Pas d'envahissement vasculaire</li> <li>&gt;Pas d'envahissement de la musculuse</li> <li>&gt;Et grade G1</li> </ul> <p>→ Exérèse endoscopique (EMR-C, ESMR-L, ESD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Pas d'extension ganglionnaire</li> <li>&gt; Pas d'envahissement vasculaire</li> <li>&gt; Pas d'envahissement de la musculuse</li> <li>&gt;Et grade G1</li> </ul> <p>→Résection transanale, TEM → Ou exérèse endoscopique si taille &lt; 15 mm</p>	<p>ET Absence de métastase à distance → Résection radicale avec curage ganglionnaire</p> <p>→Ou exérèse locale si comorbidités contre-indiquant un curage</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Envahissement vasculaire</li> <li>&gt;Ou envahissement de la musculuse</li> <li>&gt;Ou grade G2</li> </ul> <p>→Résection radicale avec curage ganglionnaire →Ou exérèse endoscopique si G2 « faible » →Ou résection transanale, TEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Extension ganglionnaire</li> <li>&gt; Ou envahissement vasculaire</li> <li>&gt; Ou envahissement de la musculuse &gt; Ou grade G2</li> </ul> <p>→Résection radicale avec curage ganglionnaire →Ou exérèse locale si comorbidités contre-indiquant un curage</p>	

# Synthèse des recommandations actuelles sur la prise en charge thérapeutique (2)

	<1cm	1-2cm	≥2cm
ENETS(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>→Resection endoscopique</li> <li>→Ou TEM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Faible index mitotique</li> <li>&gt;Pas d'invasion de la musculuse</li> <li>→Resection locale ( TEM ou résection endoscopique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→Chirurgie radicale avec curage ganglionnaire</li> </ul>
NANETS(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si pas d'invasion de la musculuse (T1)</li> <li>ET pas d'atteinte ganglionnaire</li> <li>→Exérèse endoscopique</li> <li>→Resection transanale</li> <li>NB : pour les « petites tumeurs », envahissant la musculuse (T2), si pas d'atteinte ganglionnaire à l'écho endo : on peut aussi proposer TEM.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>→Chirurgie radicale avec curage ganglionnaire.</li> </ul>

# Justification de l'étude

- ▶ Surtout des données Asiatiques. Très peu en France et Europe.
- ▶ Peut-on extrapoler les résultats Japonais du traitement endoscopique chez nous ?
- ▶ Des recommandations existent (TNCD, NANETS, ENETS, review par des experts) sur la prise en charge des TNE rectales < 2 cm existent, mais :
  - > elles reposent sur de faibles niveaux de preuve
  - > elles n'ont pas été évaluées → **applicables et appliquées en France ?**
- ▶ Des questions non résolus (TNE < 10 mm mais de grade 2 (ex Ki67 à 8%)...)

# Objectif principal de l'étude

Evaluer l'efficacité de la prise en charge endoscopique  
des TNE du rectum <20mm,  
définie par le taux de résection R0

# Objectifs secondaires de l'étude

- ▶ Décrire la population et les caractéristiques tumorales
- ▶ Présence des critères requis selon les recommandations de l'ENETS / TNCD, dans les comptes rendus endoscopiques et histologique pour prendre la décision de traitement en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire ?
- ▶ Evaluer l'efficacité des différentes techniques endoscopiques en sous-groupe, selon le taux de résection R0 avec les techniques.
- ▶ Evaluer la morbidité de la prise en charge endoscopique
- ▶ Evaluer une éventuelle amélioration des pratiques de la prise en charge endoscopique dans le temps, avec les progrès de l'endoscopie, en comparant les périodes 2000-2010 et > 2010.
- ▶ Décrire la concordance/discordance de stratégie thérapeutique théorique et la surveillance qui auraient dû être réalisées selon les recommandations actuelles (TNCD, ENETS, NANETS). Voir celles  finalement réalisées (explications ?)

# Schéma de l'étude

Etude de cohorte rétrospective, multi-centrique, française, depuis le premier janvier 2000 au 31 décembre 2018

## Critères d'inclusions :

- \* Patients présentant une TNE bien différencié du rectum < 2 cm
- \* Diagnostic entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2017
- \* Non métastatique au diagnostic

## Critères d'exclusion :

TNE  $\geq$  2cm; peu diff (NEC); TNE rectales métastatiques d'emblée.

# Identification des patients

A partir :

- ▶ de la base du GTE (mais non exhaustivité des patients avec des petites TNE rectale)
- ▶ de la base du réseau TENpath
- ▶ des bases de données propres à chaque centre (endoscopique, RENATEN, services d'anatomo-pathologie...)

## Estimation du nombre de patients

- Sur les deux années (2014/2015) à l'hôpital Edouard Herriot ~ 20 patients
- => ~ 100 patients dans notre centre depuis janvier 2000 ?
- => En fonction du nombre de centres participants, n>300 patients ?





# Merci votre attention

## Contacts:

>Caroline FINE

Interne en Hépato-gastroentérologie

[fine.caroline@gmail.com](mailto:fine.caroline@gmail.com)

06 66 32 37 48

>Dr Mathieu PIOCHE

[Mathieu.pioche@chu-lyon.fr](mailto:Mathieu.pioche@chu-lyon.fr)

Equipe d'endoscopie de l'Hopital Edouard Herriot

>Pr Thomas Walter

Equipe d'oncologie médicale de l'Hopital Edouard Herriot

[Thomas.walter@chu-lyon.fr](mailto:Thomas.walter@chu-lyon.fr)