Diagnostic échoendoscopique et traitement endoscopique d'une tumeur carcinoïde du rectum

Christine LEFORT, B. NAPOLÉON, B. PUJOL, J.A. CHAYVIALLE

Lyon (France)

Nous rapportons le cas d'un patient porteur d'une tumeur carcinoïde du rectum traité endoscopiquement après diagnostic endoscopique et bilan par échoendoscopique.

- Diagnostic lors d'une coloscopie pour dépistage de polypes coliques (antécédents personnels de polypes) d'une lésion sessile du rectum de couleur jaunâtre.

- Biopsies : tumeur carcinoïde du rectum.

- Echoendoscopie : tumeur sous-muqueuse sans adénopathies périphériques ni extension à la musculuse.

- Minisonde 3D : tumeur sous-muqueuse sans extension à la musculuse de 4mm de diamètre avec envahissement de la *muscularis mucosae*.

- Traitement endoscopique : résection par aspiration de la lésion à travers un capuchon de mucosectomie, suivi du traitement par clip d'hémostase de la zone de résection.

- Contrôle de la lésion réséquée par minisonde *ex vivo*.

Le rectum est la deuxième localisation des tumeurs carcinoïdes, après l'intestin grêle. Les tumeurs carcinoïdes constituent 1 % des tumeurs du rectum. Près de 90 % de ces tumeurs sont diagnostiquées à un stade local. Le pronostic est corrélé à la taille de la tumeur, à la présence d'adénopathies, et à l'extension à la musculuse.

L'échoendoscopie est l'examen complémentaire indispensable puisqu'elle permet d'apprécier l'ensemble des éléments influençant le pronostic et permet également de choisir le traitement soit endoscopique soit chirurgical. Elle permet d'observer une lésion siégeant dans la sous-muqueuse rectale, hypoéchogène.

Il n'y a pas de consensus quant à la place des autres examens complémentaires.

La tomодensitométrie abdominale à la recherche de métastases hépatiques est fréquemment proposée.

Les dosages hormonaux (Chomogranine A, sérotonine, et 5HIAA urinaire) ont un intérêt pour la surveillance après traitement lorsqu'ils sont élevés au cours du bilan préthérapeutique. Les tumeurs carcinoïdes du rectum sont cependant le plus souvent des tumeurs non sécrétantes.

Le traitement endoscopique doit permettre de réséquer la totalité de la tumeur. La résection simple à l'anse diathermique expose à une résection incomplète. Nous avons préféré la résection après aspiration dans un capuchon de mucosectomie, à l'injection sous muqueuse. En effet, la première technique nous a semblé plus performante pour garantir une résection en profondeur.

Le traitement endoscopique est indiqué pour les tumeurs sans extension ganglionnaire et n'atteignant pas la musculuse. La taille au-dessus de laquelle la tumeur doit être traitée chirurgicalement n'est pas unanime. Ainsi, en cas de lésion de moins de 1 cm, le traitement endoscopique peut être proposé. Si la tumeur dépasse 2 cm, le traitement chirurgical doit être préféré. Le risque métastatique non nul pour les tumeurs entre 1 et 2 cm fait préférer le traitement chirurgical pour certains auteurs. Ce risque mériterait d'être réévalué chez des patients bénéficiant d'un bilan préthérapeutique complet et d'un traitement endoscopique optimal avec une technique permettant une résection en profondeur de la tumeur.

La surveillance après traitement n'a pas fait l'objet d'un consensus à l'heure actuelle. Nous proposons donc la réalisation d'une rectoscopie, une échoendoscopie, des dosages hormonaux (lorsqu'ils étaient initialement positifs) tous les 6 mois pendant 2 ans, suivis du même bilan tous les ans pendant 3 ans.