

Polypes et cancers colo-rectaux par sous-localisation: données épidémiologiques genevoises et vaudoises

F. Levi, L. Raymond

Registres vaudois et genevois des tumeurs

Introduction

L'histoire naturelle des cancers recto-coliques n'est pas complètement élucidée. On s'accorde sur l'existence d'une séquence polype adénomateux-cancer et sur le fait que la transformation s'effectue plus fréquemment sur type vilieux (ou papillaire). On a noté également le rôle aggravant de la taille du polype et celui de la présence de dysplasie. Cette évolution doit être distinguée de celle des cancers apparaissant sur polypose familiale ou colite ulcéreuse, qui ne représentent, en tout état de cause, qu'une fraction mineure du total des cancers [1].

L'observation de l'évolution de polypes adénomateux non traités a montré que le temps de transition pouvait s'étendre entre 5 et 12 ans [2].

Plusieurs points obscurs subsistent. Le modèle général pourrait être un enchaînement morphologique allant d'une structure tubulaire à la transformation néoplasique, en passant par une forme vilieuse; on ignore cependant dans quelle mesure ce modèle serait contraignant ou autoriserait des exceptions. On a peu d'idées sur la fréquence des stabilisations, voire des régressions, lors des phases intermédiaires.

Le rôle des facteurs sexe, âge et surtout sous-localisation est également mal connu et l'on ne peut exclure leur interaction avec le modèle général. C'est à ce niveau que se situe la présente contribution à l'étude du problème. Celle-ci consiste principalement en une analyse comparée des différents types de lésions, en fonction desdits facteurs.

Réunies dans le cadre de registres épidémiologiques, les données présentées diffèrent des séries hospitalières, lesquelles tendent en général à sélectionner des cas plus avancés; elles sont à distinguer radicalement des séries d'autopsies qui ne caractérisent essentiellement que la prévalence.

Matériel

Polypes et cancers sont définis dans une optique épidémiologique, où seuls les nouveaux cas concernant des résidents sont dénombrés. N'ont été sélectionnés pour l'étude que les cancers et polypes situés dans un segment bien défini du côlon (ICD-O-T = 153.0-7) ou du rectum et de la jonction recto-sigmoïdienne (154.0-1). Ont été exclus les cas sur polyposes (ICD-O-M = 8220-1) et les découvertes d'autopsies (ou lors du décès).

Les polypes sont tous de type adénomateux et histologiquement vérifiés. Un seul polype par personne a été considéré; au besoin, la sélection a été opérée selon l'ordre de priorité suivant: 1° présence de dysplasie, 2° type vilieux (ou mixte), 3° taille, 4° région la plus

proximale du côlon. Le classement du cas a été effectué à partir de l'ensemble des examens réalisés durant la période du diagnostic et du premier traitement.

Les données du canton de Vaud se rapportent aux cas enregistrés en 1982 et 1983, celles de Genève concernent la période s'étendant du 1.8.1980 au 31.12.1981. A noter que l'enregistrement est permanent dans le canton de Vaud mais qu'il n'a été réalisé que pour l'occasion à Genève. La sélection des cas nouveaux a été de ce fait probablement mieux opérée dans la première de ces deux régions.

Au total, 531 cancers et 378 polypes (dont 110 vilieux ou mixtes) ont été retenus dans le canton de Vaud. Les chiffres correspondants pour Genève sont 219 et 208 (dont 70).

Résultats

Pour les analyses, le cadre recto-colique a été découpé en 4 zones:

- *Côlon droit* (angle droit, cæcum, appendice, côlon ascendant), soit les postes 153.0,4-6 de la classification ICD-O-T;
- *Côlon gauche* (Côlon transverse et descendant, angle splénique), soit les postes 153.1-2,7;
- *Sigmoïde*, soit le poste 153.3;
- *Rectum* (jonction recto-sigmoïdienne incl.), soit les postes 154.0-1.

Quant aux polypes, ils ont été répartis en:

- *Villeux* (ou mixtes), soit les postes 8260-1,3 de la classification ICD-O-M;
- *Tubulaires*, soit les postes 8210-1.

Le *tableau 1* donne la répartition des polypes et cancers par zone dans les deux cantons. On note la forte concentration des polypes et des cancers dans les parties basses du côlon. Pour les cancers, cette distribution est du même ordre de grandeur que celle que l'on observe, avec des fluctuations plus ou moins marquées, dans les pays européens [3]. La distribution des polypes s'écarte nettement de celle que révèlent les séries d'autopsies, qui se caractérisent en général par une surreprésentation des lésions au niveau du côlon droit.

Les distributions des polypes et des cancers par zone peuvent être considérées comme respectivement équivalentes dans les deux régions (test d'hétérogénéité négatif). En cumulant les résultats de celles-ci, on obtient un rapport polypes/cancer qui croît vers les zones distales du cadre colique, (Rapport côlon droit: 0,21; côlon gauche 0,70; sigmoïde: 1,28; rectum: 0,86). Un gradient du même ordre a été observé en Côte-d'Or [5].

| | Côlon droit | Côlon gauche | Sigmoïde | Rectum | Total |
|------------|-------------|--------------|----------|--------|-------|
| a) Polypes | | | | | |
| Genève | 10 | 23 | 103 | 72 | 208 |
| Vaud | 28 | 42 | 124 | 184 | 878 |
| b) Cancers | | | | | |
| Genève | 48 | 32 | 59 | 80 | 219 |
| Vaud | 134 | 61 | 119 | 217 | 531 |

Tableau 1. Effectifs des polypes et des cancers, par sous-localisation¹, dans les deux régions.

¹ Voir définition exacte dans le texte.

Cette tendance est confirmée par l'observation de la fréquence des cancers histologiquement reconnus comme résultant d'une transformation maligne de polypes (ICD-O-M=8210,61,63). En négligeant les cas du côlon gauche (n=2), on observe en effet que cette proportion passe de 7,7% dans le côlon droit à 11,8% dans le sigmoïde et à 15,8% dans le rectum; au total, elle est de 12,5% (données combinées des deux régions). Ces résultats rejoignent ceux de Muto [2]. Deux interprétations ont déjà été données de ce phénomène: celle d'une détection plus précoce dans les zones distales du côlon et celle d'une fréquence accrue de cancers apparaissant sur muqueuse lisse dans le côlon droit [5].

La répartition des polypes par type histologique varie légèrement d'une zone à l'autre du cadre colique. En regroupant à nouveau les deux régions (test d'hétérogénéité négatif), le pourcentage des types villos (mixte incl.) diminue progressivement lorsque l'on passe du côlon droit (34,2%) au côlon gauche (30,8%), puis au sigmoïde (25,1%), pour remonter au niveau du rectum (35,5%). Au total, le pourcentage des polypes villos (mixte incl.) est de 32,6. On peut voir à nouveau dans cette tendance les effets d'une détection plus tardive dès que l'on s'éloigne de la zone sigmoïdienne et s'adressant alors à des polypes déjà transformés. L'importance des polypes villos dans la zone rectale est un phénomène déjà connu [6].

Le tableau 2 présente les valeurs prises par le rapport polypes/cancers par sexe et classe d'âges, toutes zones confondues et données des deux régions réunies. On observe une diminution très importante de ce rapport en fonction de l'âge, pour les deux sexes mais plus marquée chez l'homme. Le rapport polypes/cancers est en effet très faible chez les femmes pour la première classe d'âges; la différence entre sexes tend à disparaître en fin de vie.

On est tenté d'expliquer cet effet d'âge par l'incidence accrue des cancers ayant passé par une phase adénomateuse prolongée. Le contraste des résultats par sexe est plutôt en faveur d'une plus grande précocité du diagnostic chez l'homme, liée à la fréquence accrue d'examen endoscopiques chez celui-ci.

| | 20 – 49 | 50 – 59 | 60 + |
|--------|---------|---------|------|
| Hommes | 3,1 | 1,6 | 0,8 |
| Femmes | 1,2 | 1,0 | 0,5 |

Tableau 2. Rapport polypes/cancers, par sexe et classe d'âges (total des deux régions).

Le tableau 3 donne les âges moyens des porteurs de cancers et de polypes selon la localisation de ceux-ci, en fonction du sexe. Dans l'ensemble, on perçoit une légère tendance à l'augmentation de l'âge moyen, au fur et à mesure que l'on remonte vers les zones proximales du côlon, moins accessibles, cela tant pour les polypes que pour les cancers. Cette tendance est plus fluctuante chez les femmes. La différence entre les âges moyens respectifs des porteurs de cancers et polypes s'établit assez précisément autour de 5 à 6 ans, quelle que soit la localisation, chez les hommes. La situation est beaucoup moins claire chez les femmes, peut-être à nouveau par suite d'une détection systématiquement plus tardive.

| | Côlon droit | Côlon gauche | Sigmoïde | Rectum |
|-----------|-------------|--------------|----------|--------|
| a) Hommes | | | | |
| Polypes | 61,2 | 60,1 | 61,6 | 59,8 |
| Cancers | 67,0 | 67,4 | 65,5 | 65,3 |
| b) Femmes | | | | |
| Polypes | 68,8 | 62,5 | 59,6 | 63,4 |
| Cancers | 67,6 | 64,7 | 65,5 | 64,7 |

Tableau 3. Age moyen des porteurs de polypes et de cancers des différentes sous-localisations¹, par sexe.

¹ Voir définition exacte dans le texte.

L'analyse du rapport polype/cancer par sexe, classe d'âges et localisation exige le regroupement en 2 larges zones opposant la région sigmoïdienne et rectale, d'une part, au reste du cadre colique, d'autre part (tableau 4). Cette ventilation confirme l'existence d'une tendance à la diminution de ce rapport avec l'âge et avec le passage à la zone proximale. Les deux effets apparaissent quasiment indépendants chez l'homme.

Conclusions

Les résultats présentés contribuent à confirmer l'existence d'une séquence polype-cancer. L'âge moyen tend en effet à s'élever d'un type de lésion à l'autre, tout au moins chez les hommes; chez les femmes, le phénomène pouvait être masqué par le caractère

| | Côlon droit et gauche | Sigmoïde et rectum | Total |
|-----------|-----------------------|--------------------|-------|
| a) Hommes | | | |
| 20 – 49 | 3,0 | 3,3 | 3,2 |
| 50 – 59 | 0,65 | 1,8 | 1,44 |
| 60 + | 0,33 | 0,94 | 0,70 |
| b) Femmes | | | |
| 20 – 49 | 0,30 | 1,8 | 1,3 |
| 50 – 59 | 1,0 | 0,84 | 0,86 |
| 60 + | 0,23 | 0,69 | 0,50 |

Tableau 4. Rapport polypes/cancers par sexe et classe d'âges dans les zones proximale et distale (total des deux régions).

apparemment plus proche de la prévalence que de l'incidence des données, résultant vraisemblablement d'un moindre taux de détection. La répartition relativement analogue des polypes et cancers dans le cadre colique est également un élément à l'appui de la théorie d'une évolution maligne des adénomes.

La diminution du rapport polype-cancer dans les zones proximales n'écarte cependant pas l'idée que l'histoire naturelle pourrait être différente dans le côlon droit et se caractériser notamment par une fréquence accrue de cancers apparaissant ex novo. On a vu d'ailleurs que la proportion des cancers ayant leur origine dans des polypes était inférieure dans le côlon droit.

Les présents résultats vont également dans le sens d'un modèle d'évolution des structures tubulaires en forme vilieuse: des analyses complémentaires ont montré que, toutes sous-localisations réunies, l'âge moyen respectif des deux types histologiques passait en effet

de 60 à 62 ans, chez les hommes, et de 62 à 64 ans, chez les femmes.

Pour les études ultérieures, la prise en compte du stade des cancers et de la taille des polypes devrait permettre une interprétation plus nuancée.

Summary

Colorectal polyps and cancers by sub-site:

Epidemiological data from the cantons of Geneva and Vaud

The present study is a comparative analysis of the adenomatous polyps and colorectal cancers, registered during a determined period within the population of the cantons of Geneva and Vaud. The analysis is particularly based on the polyp/cancer ratio by sub-site. Histological type as well as age and sex of the patient are taken into consideration.

Références

- [1] Morson B. C. Genesis of colorectal cancer. Clinics in Gastroenterology, 5 (3), Sept. 1976.
- [2] Muto T., Bussey H.J.R., Morson B. C. The evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer, 36: 2251–2270, 1975.
- [3] De Jong U. W., Day N. E., Muir C. S., Barclay T. H. C., Bras F. H. & Al. The distribution of cancer within the large bowel. Int. J. Cancer, 10: 463–477, 1972.
- [4] Rickert R. R., Auerbach O., Garfinkel L., Hammond E. C. & Al. Adenomatous lesions of the large bowel. An autopsy survey. Cancer, 43: 1847–1857, 1979.
- [5] Les adénomes du côlon et du rectum en Côte-d'Or. Rapport des gastroentérologues et anatomopathologistes du départ. de la Côte-d'Or. Acta de la VI^e réunion du Groupe pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer dans les pays de langue latine, Besançon 28–29 mai 1981, Genève 1982.
- [6] Evans J. T., Imahori S., Liu K. Villous adenoma of the colon and rectum. J. Surg. Oncol. 4, 1972.