



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE DE BATNA II
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE



Polypes et polyposes rectocoliques

Cours de quatrième année de médecine

DR. BEN ABDELHAFID. Z

Maitre-assistante en Chirurgie générale

Année universitaire : 2024-2025

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

1. Connaître les différents polypes et polyposes
2. Connaître le potentiel de dégénérescence des polypes
3. Savoir dépister, indiquer un traitement
4. Savoir surveiller les polypes et polyposes.

Plan

1. Polypes

1.1 Définition

1.2 Intérêt de la question

1.3 Classification

1.3.1 Polype adénomateux

a) Définition

b) Epidémiologie

c) Anatomopathologie

d) Etiopathogénie

e) Cliniques

f) Para clinique

g) Traitement

h) Surveillance et prévention

1.3.2 Polype non adénomateux

2. Polyposé

2.1 Définition

2.2 Classification

2.2.1 Polyposé héréditaire

a- Polyposé adénomateux familial (PAF)

b- Polyposés hamartomateux

2.2.2 Polyposé non héréditaire

Introduction

Le cancer colo-rectal constitue la deuxième cause de mortalité par cancer dans les pays industrialisés. La connaissance de l'histoire naturelle et de la prévalence du Kc colorectal chez les sujets nécessitant un traitement ou une surveillance est importante pour l'organisation du système de prévention et de soins.

Sa prévention, compte tenu de la filiation bien établie entre adénome et carcinome, repose sur la détection et l'exérèse des lésions précancéreuses ou cancéreuses débutantes avant leur stade d'invasion. Ces lésions précancéreuses sont dominées par le polype adénomateux

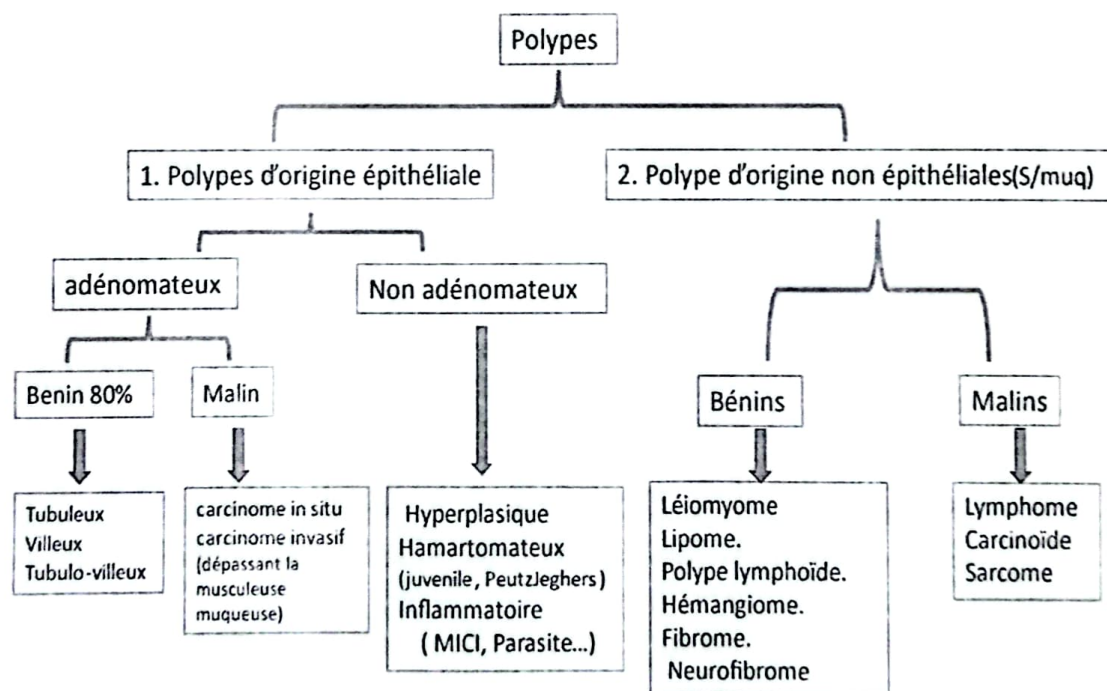
1- Polype

1.1 Définition

Les polypes intestinaux sont des lésion macroscopique bien circonscrite et localisée faisant saillie dans la lumière digestive. Elle peut être sessile ou pédiculé, de taille variable, unique ou multiple. D'origine épithéliale ou non épithélial. La plupart d'entre elles sont héréditaires, et sont associés à un risque élevé de KC

1.2- Intérêt de la question

- La fréquence augmente à partir d'un âge de 65 ans
- Risque de dégénérescence : Adénome => 90% des CCR
- Surveillance et dépistage des groupes à risque
- Endoscopie : Diagnostique, Thérapeutique, Surveillance (récidive).
- 1.3- Classification



1.3.1 Adénome

a) Définition

Le Tumeur bénigne épithéliale qui se développe à partir des glandes mucipares du colon, lésion dysplasique prédisposant au risque du Cancer Colorectal, ce risque justifie le dépistage,

b) Epidémiologie

- Prévalence élevée augmente avec l'âge (sujet >60ans)
- Adénome représente 80 % des polypes recto-coliques.
- Sa répartition géographique suit celle du cancer colorectal

c) Anatomopathologie

• Macroscopie

- Localisation : distale (colon gauche, sigmoïde, rectum)
Sujets âgés >60 ans localisation plutôt proximale

➤ Taille :

- Petite taille (< 1cm)
- Taille moyenne (1-2cm)
- Grande taille (>2cm)

➤ Nombre : Unique : 2/3, Multiples : 1/3

➤ Forme : Pédiculé : 2/3, Sessile : 1/3, plan

- Microscopie : Les adénomes sont classés en 3 s/groupes

➤ Adénomes tubuleux (80 - 86%)

- Ramifiées, tassées, régulières ou bourgeonnantes
- Expriment une faible dysplasie

- Adénomes Villeux : (8 - 16%)

- Digitations recouvert d '1 épithélium dysplasique.
- Ils sont larges de grande taille
- Expriment 1 dysplasie sévère

- Adénomes Tubulo-villeux : 3-16%

- Englobent les caractéristiques histologiques des 2 types
- Autres : polype plan, polypes festonnés

d) Etiopathogénie

➤ Histogenèse :

Anomalie du processus normal de prolifération cellulaire et d'apoptose la prolifération cellulaire, s'étend Du 1/3 inférieur de la crypte, tout au long de celle-ci aboutissant à l'adénome

➤ Facteurs étiologiques

- Facteurs de risque :
 - ✓ Environnementaux (excès calorique, graisses animales, tabac)
 - ✓ Facteurs génétiques
- Facteurs protecteurs : aliments riches en fibres et en fruits

e) Clinique

➤ Circonstances de diagnostic

✓ Dépistage :

Hémoculture, recto sigmoïdoscopie +++

Symptômes digestifs spécifique ou non

✓ Symptômes digestifs

Saignement occultes

Rectorragies : Peu abondante, Balisant la selle

- Tumeur villosité

Déjection muco glaireuse

Diarrhées sécrétoires

-Volumineuse polype

Douleur abdominale

Constipation et flatulence
















f) Para cliniques

➤ Coloscopie totale

✓ Gold standard dans la détection des polypes

✓ Permet un geste Dg, thérapeutique, surveillance

✓ Sa sensibilité dépend de la préparation colique, de l'expertise de l'opérateur et de la taille-localisation des polypes.

Type	Aspect macroscopique		
0-Is/Ip		Sessile/pédiculée	 
0-IIa		Plane surélevée	 
0-IIb		Plane	 
0-IIc		Plane déprimée	 
0-III		Ulcérée	 

Classification endoscopique de Paris

(en fonction de l'aspect morphologique)

- **Coloscopie virtuelle**
 - ✓ Sensibilité de 75 à 100 % pour les polypes ≥ 1 cm.
 - ✓ Faible rendement pour les polypes plans et petits < 5 mm
- **Recherche de sang occulte dans les selles : Hémocult**
 - ✓ Test positif dans 20 à 30% en cas d'un polype de plus de 01 cm
- **Chromo-endoscopie**
 - ✓ On utilise le plus souvent un colorant de relief (indigo carmin).
 - ✓ Augmente le rendement des lésions non polypodes néoplasiques et les petits polypes < 5 mm
- g) **Traitement**
- **Buts :**
 - ✓ Prévenir le risque de dégénérescence
 - ✓ Résection avec étude histologique de la totalité du polype
 - ✓ Surveillance endoscopique

➤ **Moyens**

1- Endoscopie

- Coloscope : (++) zoom, chromoscopie)
- Bistouri électrique : Section – coagulation
- Pince diathermique

2- Chirurgie

- Polypectomie par voie endo anale : situé à $< 12-15$ cm MA
- Résection segmentaire colique

h) **Surveillance et prévention**

- La surveillance post-polypectomie est systématique :
 - Adénome en dysplasie de bas grade : 03 ans si normal 05 ans
 - Adénome en dysplasie de haut grade : 01 an si normal 03 ans
 - Adénome dégénéré : 03 mois
- Le dépistage des sujets à risque :
 - ATCDs personnels ou familiaux d'adénome ou de cancer colo-rectal

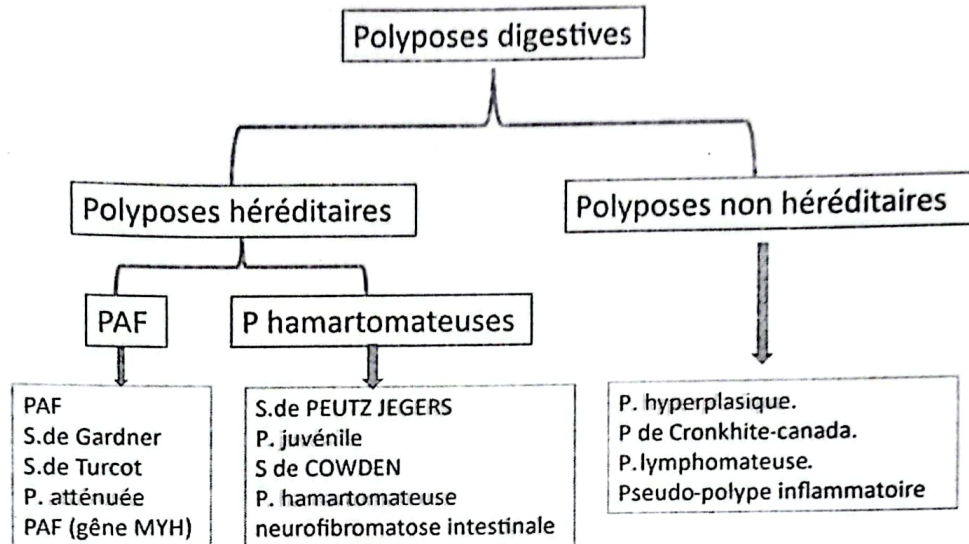
1.3.2 **Polype non adénomateux**

- **Polype hyperplasique** : C'est un allongement des cryptes glandulaires, bordées de cellules de hauteur irrégulière ce qui leur donne 1 aspect festonné caractéristique
- **Polypes juvéniles** : C'est un polype hamartomateux, Age : 1-7 ans ; Souvent unique, pédiculés, Siège dans le rectum : 85%, n'ont Pas de potentiel malin si unique
- **Polypes inflammatoires** : MICI, Parasite
- **Polypes de Peutz-Jeghers** : Polype hamartomateux à transmission autosomique dominante à pénétrance variable

2. Polyposes digestives

2.1 Définition : Il s'agit de nombreuses lésions polyploïdes à travers le tractus gastro-intestinal. La plus part d'entre elles sont héréditaires, et sont associés à un risque élevé de KC.

2.2 Classification



2.2.1 Polypose héréditaire

A- Polypose adénomateuse familiale (PAF)

Définition : C'est une affection héréditaire, de transmission autosomique dominante ; Caractérisée par la présence de plus de 100 adénomes dans le colon et le rectum. La transformation maligne inéluctable en absence de TRT prophylactique. 2 Types :

- Polypose familiale : sans manifestations extra-coliques associées
- Polypose familiale : associée à des manifestations extra-coliques.

Epidémiologie

- ✓ La fréquence de la mutation d'APC : 1/10 000 naissance.
- ✓ Responsable de 1% des CCR.
- ✓ Souvent son diagnostic se fait entre 15 – 45 ans.
- ✓ Les adénomes apparaissent à l'adolescence,
- ✓ Sex-ratio : 1.

Anatomopathologie

- Macroscopie :
 - ✓ Siège : rectum (constante) ; colon, petites taille.de nombre > 100
 - Parfois nombreux, incomptable : aspect de tapis de haute laine.
 - Le nombre augmente du colon droit au colon gauche.
- Microscopie
 - Adénome dans les polypes recto coliques.

Clinique

TDD : « Syndrome de Gardner » = PAF + des manifestations extra-coliques

❖ Manifestations digestives :

- Gastriques : Polypose fundique, polypes de l'antre
- Duodénales : Prédomine dans la région péri ampullaire
- Jéjunum et Iléon

❖ Extra-digestives :

- Tm dermoïdes : mésentère, paroi abdominale, rétro péritonéal.
- Atteinte osseuse : ostéomes.
- Anomalies dentaires : dents surnuméraires ou manquantes.
- Atteinte oculaire
- Atteinte cutanée :

Formes particulières :

- **Syndrome de Turcot** : associe polypose rectocolique avec risque CCR et tumeur du SNC (glioblastome, médulloblastome).
- **PAF atténuée** :
 - Avec < 100 polypes colorectaux ;
 - De distribution proximale, les polypes rectaux sont rares.
 - Age plus tardif (retard de 15 ans par rapport à la PAF classique) ;
 - Pas de manifestations extra-coliques hormis gastroduodénales.

Diagnostic Positif : 3 éléments apportent certitude diagnostique :

Coloscopie + histologie, Génétique : mutation du gène APC.

Traitement

Atteinte rectocolique : Chirurgie

- Coloprotectomie avec Anastomose iléo anal
- Colectomie avec Anastomose iléo rectal

2.2.2 Polyposes hamartomateuses :

Moins fréquentes que la PAF, avec risque accru de kc digestif :

- ✓ **Syndrome de PEUTZ JEGERS** : Polypose hamartomateuse + une lentiginose péri orificielle, sujet jeunes
- ✓ **Polyposes juvéniles**
 - 1- la présence de + de 10 polypes
 - 2 - une atteinte de tout le tube digestif,
 - 3- polype juvénile isolé dans une famille de polypose juvénile
- ✓ Variante des polyposes juvéniles
 - **Le syndrome de COWDEN** : Association : polypes hamartomateux + lésions cutaneo muqueuse avec des anomalies de différent organes : seins, thyroïde, organes genito urinaire