

**Université de Ferhat Abass, Sétif1**  
**Faculté de Médecine**

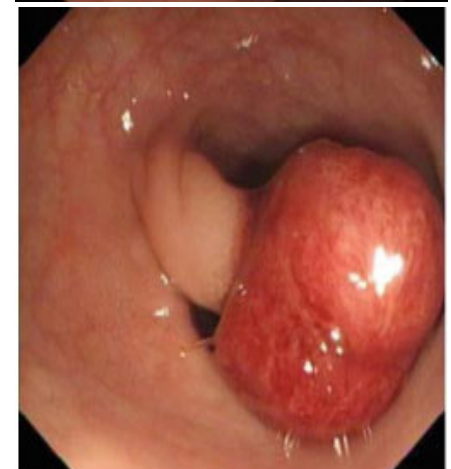
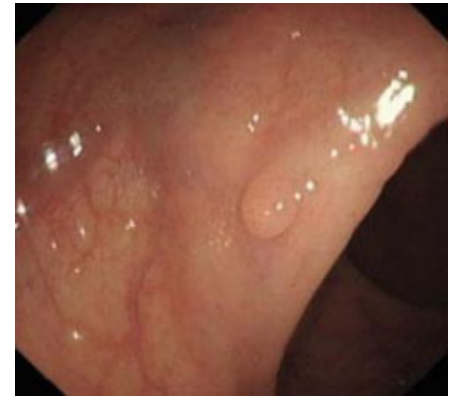
---

# **POLYPES ET POLYPOSES RECTO COLIQUES**

**Dr N ZIGHMI**  
**2023 -2024**

# Introduction

- Le polype est une Lésion **macroscopique** circonscrite faisant saillie dans la lumière du tube digestif
  - sessile ou pédiculé
  - taille variable
  - unique ou multiples(> 10 polypes :polypose)
  - d'origine épithéliale ou non épithéliale
  - Sporadiques ou héréditaires



# Intérêt de la question

- Affection fréquente dominée par le type « adénome sporadique ».
- fréquence élevée à partir d'un âge de 65 ans
- risque de dégénérescence(adénome)
- l'endoscopie est l'examen le plus sensible :  
Diagnostic + thérapeutique + Surveillance (récidive)

# classification

## 1) *Polypes d'origine épithéliale*

### ➤ *Adénomateux*

- *Benin 80% (Tubuleux ,Villeux, Tubulo-villeux )*
- *Malin (carcinome in situ, carcinome invasif (dépassant la musculieuse-muqueuse)*

### ➤ *Non adénomateux*

- *Hyperplasique*
- *Hamartomateux (juvénile, Peutz Jeghers)*
- *Inflammatoire( MICI...)*

## 2) *Polype d'origine non épithéliale ( sous muqueuse)*

- ### ➤ *Benins* : Léiomyome Lipome, Polype lymphoïde, Hémangiome, Fibrome, Neurofibrome...

- ### ➤ *Malins* : lymphome, carcinoïde, sarcome

# Etude des différents types de polypes

## I) Adénomes

Tumeurs bénignes épithéliales qui se développent à partir des glandes mucipares du colon.

Lésions prédisposant au risque du cancer colorectal ce qui justifie le dépistage

- Les plus fréquents des polypes recto coliques(80% )
- Prévalence augmente avec l'âge

# I)Adénomes

## Anatomie pathologique

### 1 /Macroscopique

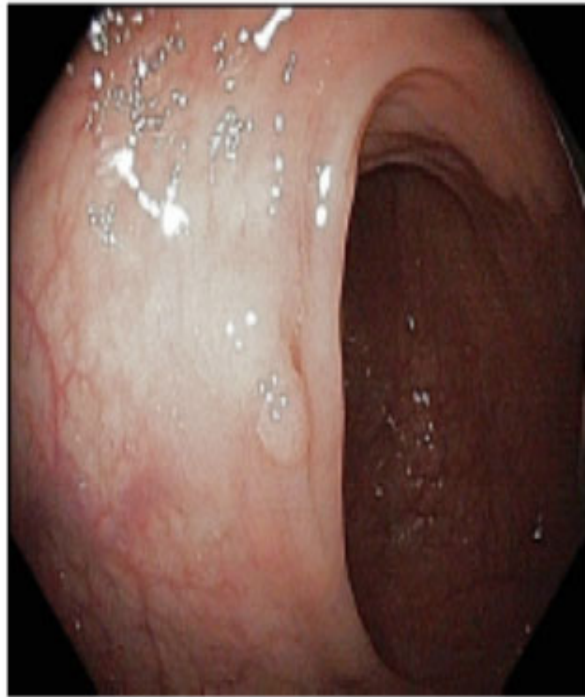
- Localisation distale prédominante(rectum, sigmoïde, colon gauche)  
sujets âgés >60 ans : localisation plutôt proximale.
- Nombre : Unique ou multiples
- Forme : Pédiculé , Sessile , plan ,festonné
- Taille variable

### 2/ Microscopique

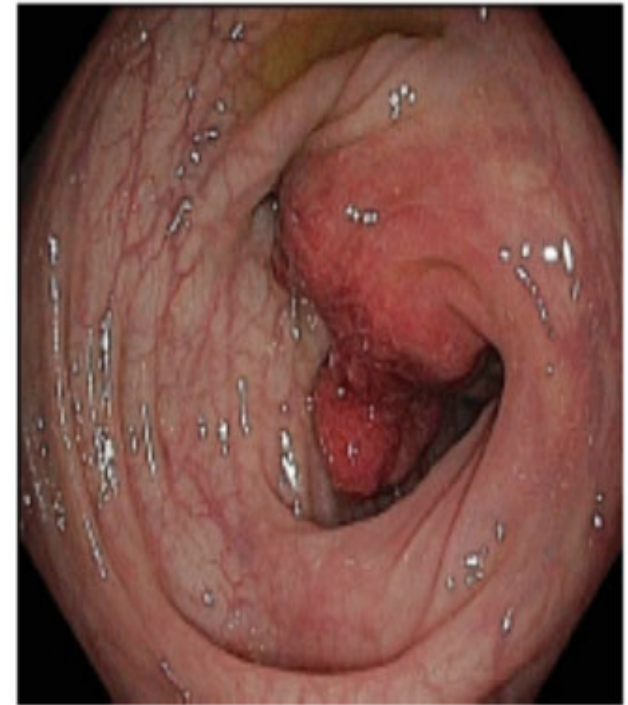
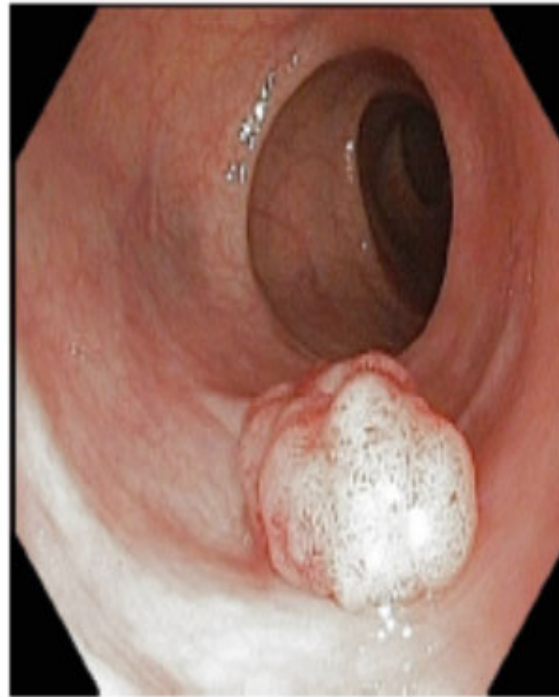
- a- Adénome tubuleux (expriment une faible dysplasie)
- b— Adénome Villeux (expriment une dysplasie sévère)
- c—Adénome Tubulo-villeux
- d-Adenome festonné(rectocolique)

Le potentiel malin (risque de dégénérescence)des adénomes est proportionnel :

1. La taille ( >1 cm )
- 2.nombre multiple
- 3.Type histologique (villeux, plan)
4. Degré de la dysplasie



polype



Un cancer

# I)Adénomes

## Manifestations cliniques

La majorité des patients sont asymptomatiques

les symptômes peuvent être:

- Spécifiques : rectorragies (gros polype bas situé), déjections muco-glaireuses ou diarrhée sécrétoire (tumeur villose rectale)
- Non spécifiques : douleur abdominale, troubles du transit.

## Examen clinique

le plus souvent normal

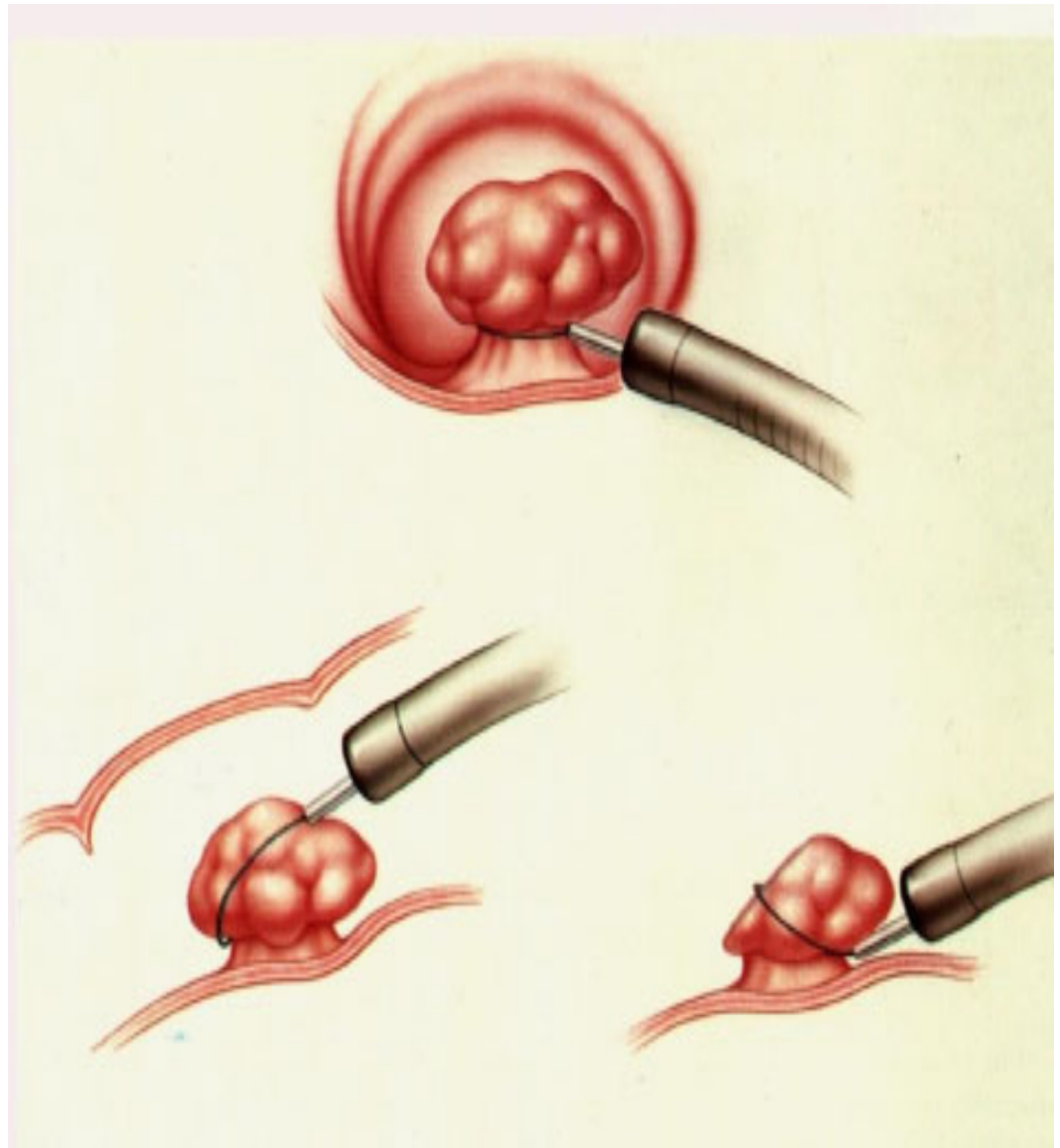
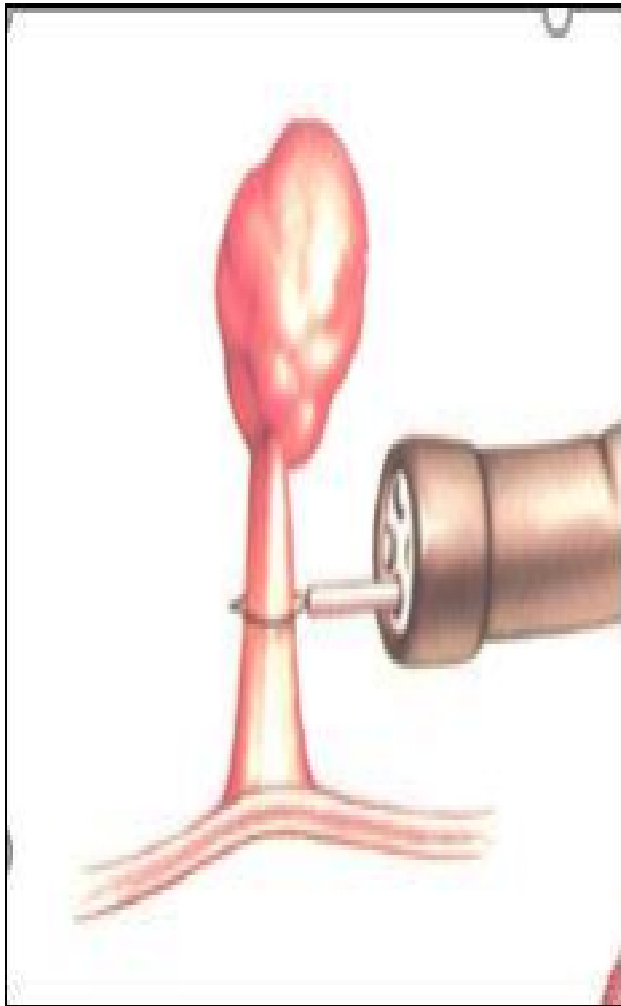
Le toucher rectal peut mettre en évidence un polype rectal

**Examens complémentaires :** coloscopie

**Traitement :** Résection endoscopique+++, chirurgie si gros polype ou polype dégénéré



# Résection endoscopique(polypectomie)



# I) Adénomes

## Dépistage et surveillance

### 1 / ATCD familiaux de polype adénomateux :

- Coloscopie à partir de l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas familial

### 2 / ATCD personnel de polype adénomateux : surveillance après polypectomie

- adénome en dysplasie de bas grade : colo à 3ans puis à 5ans si normale
- adénome en dysplasie de haut grade : colo à 1an si normale à 3ans
- adénome dégénéré : colo à 3mois

## II) Polypes non adénomateux

### 1– Polype hyperplasique : âge > 50 ans

- Se présente sous forme d'un allongement des cryptes glandulaires, bordées de cellules de hauteur irrégulière ce qui leur donne un aspect festonné caractéristique
- Pas de risque de dégénérescence

#### Anatomie pathologique:

- Sièges : Rectum +++ (68% des polypes du rectum sont hyperplasiques)
- Taille = petites 2mm-6mm (lenticulaire)
- Aspect : sessile

Traitement: - Abstention si siège rectosigmoïdien  $\leq 5$  mm.

- resection si: - siège colique.

- taille  $\geq 5$  mm quelque soit le siège

## 2) Polypes hamartomateux

Formation tissulaire pseudo-tumorale définie comme « un mélange anormale de cellules normalement présentes dans l'organe où elles se développent ».

- Polype plus fréquent de l'enfant ( $< 10$  ans)
- Pas de potentiel malin si unique.
- TRT: résection

## 3) Polypes inflammatoires

Pseudo-polypes inflammatoires apparaissent au décours d'une poussée évolutive de colite inflammatoire, ou plus rarement infectieuse (parasitaire )

# Polypes recto-coliques

- présence de nombreuses lésions polypoïdes dans le colon (>10 polypes)
- La plus part d'entres elles sont héréditaires, et sont associés à un risque très élevé de cancer
- **Classification :**
  - héréditaires
  - Non héréditaires

# Polypes héréditaires

## Polypes adénomateux

- Polype adénomateux familial (PAF).
- Syndrome de Gardner.
- Syndrome de Turcot.
- Polype atténué.
- PAF liée au gène MYH

## Polypes hamartomateux (non adénomateux)

- Syndrome de PEUTZ  
JEGHERS
- Polypes juvénile
- le syndrome de COWDEN
- Polype hamartomateux  
rare
- neurofibromatose  
intestinale

# Polypes non héréditaires

- Polype hyperplasique.
- Polype de Cronkhite-canada.
- Polype lymphomateuse.
- Pseudo-polypes inflammatoires.

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

- Maladie héréditaire à transmission autosomale, liée le plus souvent à la mutation du gène APC (adenomatous polyposis coli)
- caractérisée par présence de **plus de 100 polypes adénomateux** dans le colon et le rectum à un âge jeune
- transformation maligne inéluctable en l'absence de traitement prophylactique.



# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## Epidémiologie

- La plus fréquente des polypes recto-coliques
- Responsable de 1% des cancers colorectaux
- Sex. ratio = 1
- L'âge d'apparition des polypes : avant 15 ans (jusqu'à 35 ans)
- l'âge du cancer : 39 ans (dégénérescence maligne rare avant 20 ans, 100 % à 40 ans )

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## Anatomie pathologique :

### Macroscopie :

- Siège : rectum (atteinte constante) , colon.
- Taille : souvent petite taille.la taille augmente avec l'âge
- Nombre :  $> 100$

parfois si nombreux ,incomptable : aspect de tapis de haute laine.

Le nombre augmente avec l'âge et du colon droit → colon gauche

- Forme : sessile, pédiculé, plan, festonné.

**Microscopie** : tous les polypes sont des adénomes.

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

**Génétique :** deux gènes impliqués

1) Mutation du gène APC (90% des cas): gène suppresseur de tumeur

Transmission autosomale dominante à forte pénétrance (expression phénotypique : tous les sujets porteurs de la mutation développent des polypes recto- coliques)

-deux formes : Forme sévère et forme atténuée

2) Gène MYH : responsable de 20% des PAF

-transmission autosomale récessive

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## Clinique

**Type de description:** PAF classique sans manifestations extra-coliques

- Découverte fortuite (autre pathologie, dépistage).
- Symptômes non spécifiques : Douleurs abdominales, troubles du transit, rectorragies.
- rechercher des symptômes liés à la dégénérescence (masse, altération de l'état général...)
- manifestations extra coliques à rechercher systématiquement

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## Paraclinique

➤ **Coloscopie** : visualise les polypes



- **Bilan des manifestations extra-coliques** : systématique  
FOGD (polypes gastro- duodenaux), transit du grêle (polypes du grele), fond d'oeil, panoramique dentaire.  
echo abdominale, scanner abdominal ou IRM abdominale (tumeur desmoide)
- **Test génétique** (analyse de l'ADN afin de détecter le gène muté)  
permet un diagnostic précoce avant l'expression du phénotype colique (apparition des polypes) chez les personnes à risque (ayant un parent au premier degré atteint de PAF : père, mère, frère ,sœur ,enfant)

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## Formes cliniques

### 1) Forme avec manifestations extra coliques (syndrome de Gardner)

#### ❑ Lésions digestives

##### ➤ Polypes gastriques

Polypes fundiques glandulo kystiques (Aucun potentiel néoplasique)

Polypes de l'antre : (Adénomes , risque de cancer gastrique)

##### ➤ Polypes duodénaux et ampullaires ,risque élevé de dégénérescence

##### ➤ Polypes du Jéjunum et de l'ileon :risque rare de dégénérescence

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## ❑ Les tumeurs desmoïdes

Tumeurs fibreuses, bénignes, d'évolution lente, elles compriment et infiltrant les tissus avoisinants

Localisation : Intra abdominale ,mesenterique ,retro-peritoneale

clinique: asymptomatiques ou Masse abdominale ,Douleurs abdominales,Occlusion(compression)

## ❑ Lésions cutanées

Tumeurs bénignes, asymptomatique +++

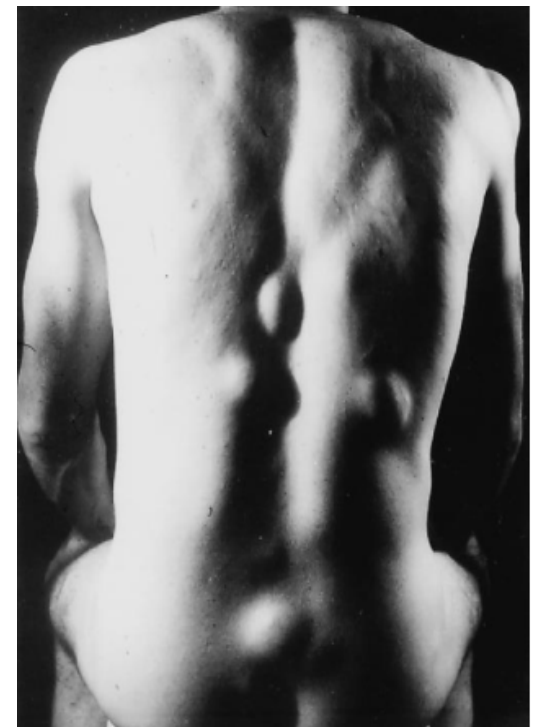
### **-Kystes épidermoïdes :**

Membres inférieurs, la face, dos

Cuir chevelu et membres supérieurs

### **-Fibromes :**

Cuir chevelu, épaules, dos, membres supérieurs



# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## ❑ Lésions osseuses

**Ostéomes** : tumeurs osseuses bénignes

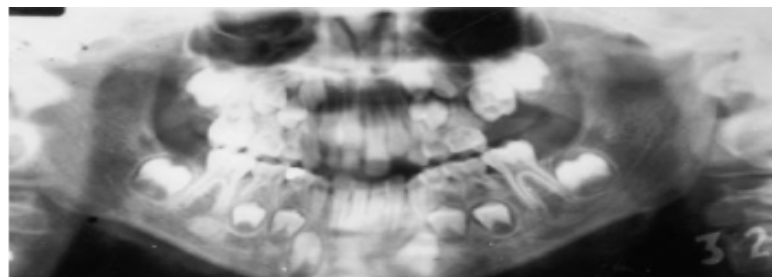
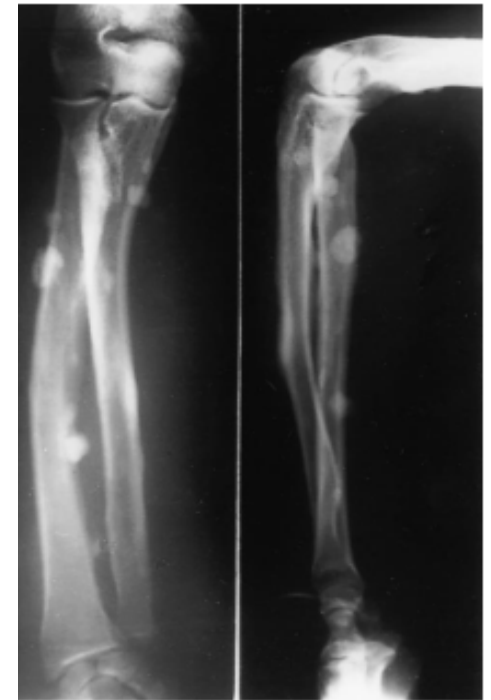
**Localisation** : Crâne, mandibule,

os long , souvent multiples

Pas de potentiel malin

## ❑ Anomalies dentaires

- Dents incluses
- Dents surnuméraires
- Pertes précoces de la dentition, caries dentaires





# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## ❑ Lésions oculaires : 80 % des cas

Hypertrophie congénitale de l'épithélium pigmentaire (taches noires sur la rétine au fond d'œil), survient à la naissance

## ❑ Néoplasies associées

Cancer papillaire de la thyroïde

Hépatoblastome

Tumeurs du système nerveux central : gliome, glioblastome

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## 2) Formes particulières

### ❑ **Forme atténuée : liée à la mutation du gène APC**

Nombre < 100, la localisation : colon proximal

Age plus tardif : 30 ans (10 après / PAF classique)

Cancer colique survient plus tardivement ( 55 ans) ,pas forcément inévitable comme pour la PAF classique

### ❑ **Syndrome de TURCOT**

Polypose adénomateuse + tumeurs du système nerveux central(glioblastome,médulloblastome)

Le diagnostic de la Tumeur du SNC précède le diagnostic de la polypose  
+++

Le pronostic reste sévère

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## Traitement

- **Lésions coliques** : colectomie totale avec anastomose ileo-anale ou ileo-rectale (résection endoscopique des polypes du rectum), cette colectomie est préconisée à l'âge de 20 ans
- **Lésions extra-coliques**
  - **Gastriques** : Résection endoscopique des polypes , Antrectomie
  - **Duodénales** : résection endoscopique, DPC (duodéno-pancréatectomie céphalique) si dégénérescence
  - **Tumeurs Desmoides**:
    - AINS (Sulindac ou Indométacine)
    - les anti-œstrogènes chez la femme
    - Chimiothérapie
    - chirurgie

# Polypose adénomateuse familiale (PAF)

## Depistage

### 1. En l'absence de test génétique

Tous les sujets à risque (apparentés au 1<sup>er</sup> degré à un sujet atteint de polypose)

coloscopie annuelle dès l'âge de 11 ans jusqu'à 25 ans, puis tous les 2 ans jusqu'à 35-40 ans.

### 2. Si le test génétique est réalisé (dès l'âge de 11ans)

La mutation est présente : colectomie prophylactique des l'apparition des polypes.

La mutation est absente : une coloscopie doit être programmée entre 18 et 25 ans.

# Syndrome de PEUTZ- JEGHERS

Polypose diffuse( intestin grêle+++ )hamartomateuse associée à une lentiginose péri- orificielle caractéristique

Rare

Sujet jeune( apparition des polypes dès la première décennie de la vie)

femme= homme

héréditaire, Transmission autosomale dominante, pénétrance variable et incomplète

# Syndrome de PEUTZ- JEGHERS

## Clinique:

### ❑ Signes digestifs

douleurs abdominales  
troubles du transit  
rectorragies+++



occlusion intestinale: invagination intestinale +++

### ❑ Lésions cutanées pigmentées: lentiginose

**peri-orificielle**( 95à 100%): péri- buccale, bords des lèvres, nez, muqueuse buccale, mains, pieds, region peri-anale et péri génitale

# Syndrome de PEUTZ -JEGHERS

❑ **Polypes gastro-intestinaux** : colon ,estomac ,atteinte prédominante de l'intestin grêle

❑ **Cancers associés**

-Digestifs : en rapport avec la co-existence de foyers adénomateux (estomac, intestin, côlon, pancréas, voies biliaires).

-Extradigestifs : poumon ,sein, col utérin, trompes, ovaires, testicules

**Traitement:** Résection endoscopique des gros polypes

## **Surveillance**

testicules, endometre ,ovaires ,seins: surveillance annuelle à partir de 25ans

Pancréas : IRM ,echoendoscopie à partir de 30 ans

**Chaque 2 -3ans** : gastroscopie ,coloscopie dès l'âge de 15ans

# Polypose juvénile

maladie à transmission autosomique dominante. rare qui s'exprime dès la petite enfance ( $< 20$  ans) avec risque ultérieur de cancers gastro-intestinaux

## Anatomopathologie :

### Macroscopie :

Taille : qq. mm ,peuvent atteindre 5 cm.

Siège : rectocolique ; rares dans grêle et estomac.

**Microscopie** : hamartome.



# Polypose juvénile

## Manifestations cliniques

- hémorragie, occlusion,
- Risque de cancer colorectal et de l'estomac ( **en cas de** co-existence de foyers adénomateux).

Manifestations associées : malformations congénitales (ostéoarticulaires, vasculaires...)

## Traitement

Polypes nombreux ou complications : Chirurgie (Colectomie totale)

Polypes petits, peu nombreux : Polypectomie

## Dépistage

Dès l'âge de 12 ans pour les parents 1er degré ,une coloscopie est recommandée

# syndrome de COWDEN

Maladie héréditaire à transmission autosomale dominante

Rare caractérisée par la présence d'hamartomes multiples et disséminés (tube digestif, peau ,sein...)

femme (60%), l'âge:20- 40 ans

Association :

☐ **Lésions digestives:** Polypes hamartomateux colorectaux,gastriques et duodénaux; acanthose glycogénique de l'œsophage .

☐ Lésions cutaneo muqueuses (Hamartomes oro faciaux)

☐ Anomalies multiples de différents organes: seins, thyroïde, organes génito -urinaires

Le risque principal est le cancer du sein



Acanthose glycogénique

# Neurofibromatose intestinale

Affection héréditaire à transmission autosomique dominante.

Localisation digestive dans 25%.

Atteinte sous-muqueuse=> hémorragie, invagination ou perforation.

Atteintes cutanéomuqueuses, oculaire et osseuses

## polypose festonnée

- Le syndrome de polypose festonnée est un syndrome dans lequel plusieurs polypes hyperplasiques ou festonnés sont identifiés dans le côlon.
- Il est défini sur des critères de nombre, de taille et de localisation des polypes ainsi que par une éventuelle atteinte familiale.
- De façon générale les personnes atteintes de polypose festonnée ont un risque accru de développer un cancer colorectal du fait de la présence de ces polypes

# Polypose non héréditaires

## ❑ **Polypose de Cronkhite-canada.**

Polypose digestive et une atteinte cutanéophanéarienne

Hommes: 60% (31 à 86 ans).

### **Clinique**

-**Polypose digestive:** tout le tractus digestif sauf l'œsophage  
souvent sessiles

-**Anomalies de l'ectoderme**

une alopecie et une hyperpigmentation extrémités des membres supérieurs++

-**Diarrhée aqueuse** avec perte de poids et des protéines

le pronostic est mauvais avec un risque fatal en quelque mois (cachexie).

-le risque du cancer digestif est faible (12-15 %), surtout colo-rectal  
(adénomes)

# Polypose non héréditaires

## ❑ Polypose lymphomateuse

-Forme particulière de lymphome gastro-intestinal type B

**Clinique:** Amaigrissement, diarrhée, douleurs abdominales, Rectorragies.

**Endoscopie :** Nombreux polypes de taille variable souvent localisés dans le grêle et le côlon, mais pouvant atteindre l'ensemble du tractus digestif

Les localisations extra digestives sont fréquentes (atteinte médullaire, ganglionnaire, hépatique ou du cavum )

**L'évolution :** péjorative

**Traitement:** chimiothérapie, radiothérapie

# Polypose non héréditaires

## ❑ Pseudo polypes inflammatoires



- *Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)*
  - en particulier la maladie de Crohn.
  - séquelles d'ulcérations.
  - aspect digitiforme en languettes parfois en ponts muqueux.
- *Maladie parasitaire*
  - schistosoma monsoni.