

Polype et polyposse recto coliques

I. Polype :

1/définition :

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 épithéliale.

La plus part d'entres elles sont héréditaires, et sont associé à un risque élevé de KC

2/Intérêt

- Affection fréquente dominée par le type « adénome sporadique ».

- fréquence élevée à partir d'un âge de 65 ans (20%).
- - risque de dégénérescence
- *adénome => 90% des cancers colo-rectaux
- groupes a risque surveillance et dépistage, l'endoscopie est l'examen le plus sensible (diagnostic, thérapeutique et surveillance)

- CLASSIFICATION 1. Polypes d'origine épithéliale

adénomateux

Benin 80% (Tubuleux , Villeux, Tubulo-villeux)

Malin (carcinome in situ, carcinome invasif (dépassant la musculature muqueuse).

Non adénomateux

- Hyperplasique
- Hamartomateux (juvenile, PeutzJeghers)
- Inflammatoire(MICI, Parasite...)
- Hyperplasique

POLYPOSES INTESTINALES

1. La définition de la polypose = collection importante de polypes .

Elle est dite **DISSEMINÉE** (quand il existe des intervalles sains entre les polypes) ou **DIFFUSE**(quand toute la surface de la muqueuse est recouverte de polypes).

2. CLASSIFICATION DES POLYPOSES

-1- POLYPOSES FAMILIALES :

- a/ Polypose rectocolique familiale et ses variantes :
 - Syndrome de Gardner
 - Syndrome de Turcot
 - Syndrome de Muir-Torre
 - b/ Syndrome de Peutz-Jeghers
 - c/ Polypose juvénile
 - d/ la maladie de Cowden ou syndrome des hamartomes multiples
- Ce sont des polyposes néoplasiques (adénomes tubuleux, vilieux ou mixtes)

2- POLYPOSES NON FAMILIALES :

- a/ Syndrome de Cronkhite-Canada
 - b/ MICI : RCH et CROHN
 - c/ Parasitaire (amibiase , bilharziose, tuberculose, syphilis).
 - d/ La pneumatose kystique prenant le masque de « polypose ».
- Ce sont des polyposes inflammatoires

3. INTERET DES POLYPOSES INTESTINALES

- Le contexte familial de l'affection

- Et l'existence d'éventuelles lésions associées
- Distinguer les polyposes à potentiel cancérogène : les plus fréquentes et posant les problèmes thérapeutiques les plus difficiles.
 - Savoir en faire le diagnostic positif et différentiel (éliminer toutes les maladies donnant des aspect endoscopiques et radiologiques de polypose).

4-DIAGNOSTIC

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

- Examen radiologique, endoscopique ou par vidéocapsule systématiques chez des sujets à partir de 40 ans, à haut risque(ATCD de Kc)
- Exploration d'une **RECTORRAGIE**

Douleurs abdominales , avec ou sans trouble du transit

FORMES CLINIQUES :

- **A/POLYPOSES FAMILIALES**

1-PRCF ou PAF :

la plus fréquente des polyposes intestinales (80%), maladie héréditaire autosomique dominante ; pronostic très grave car la dégénérescence d'un ou de plusieurs polypes s'avère inéluctable.

Souvent longtemps latente, elle peut se manifester chez un adulte jeune (entre 30 et 40 ans) par :

Une diarrhée chronique, des hémorragies, des accidents subocclusifs, une symptomatologie rectale, des métastases hépatiques

C'est aussi une affection de l'enfant. 5,8% diagnostiqués AVANT l'âge de 15 ans
83,5% ENTRE 15 et 45 ans, 10,7% AU-DELA de 45 ans.

Sa découverte implique systématiquement, étant donné le caractère héréditaire de l'affection, une **ENQUETE FAMILIALE** complète.

L'exploration fibroscopique systématique de l'**ESTOMAC** et du **DUODENUM** a démontré la fréquence de polypes dans ces deux localisations

2-Le SYNDROME DE GARDNER : triade

héréditaire transmise selon le mode autosomique dominant :

- **OSTEOMES** (mandibulaires et frontal)
- **KYSTES EPIDERMOIDES** (dès l'adolescence, cuir chevelu, visage, extrémités)
- **POLYPES RECTOCOLIQUES** qui prédisposent au cancer colorectal.

Ces malades peuvent aussi développer :Des tumeurs desmoldes (paroi abdominale)

- Autres anomalies rares :Dentaires (dents surnuméraires, absence congénitale de

dents), Rétinienne (pigmentation), Endocriniennes (cancer de la thyroïde), Hépatoblastome (néoplasme malin du foie observé chez l'enfant).

3-Le SYNDROME DE PEUTZ-JEGHERS : il associe POLYPOSE DIGESTIVE et une LENTIGINOSE (macules hyperpigmentées) CUTANEO-MUQUEUSE à prédominance péri-orificielle , LEVRES, BUCCALE et ANALE,

Il s'agit d'une affection héréditaire transmise sur un mode autosomique dominant. Le PJS est dû à la mutation du gène STK 11, localisé sur le chromosome 19p13.3.

Bien que la plupart des polypes (hamartomes) surviennent dans le JEJUNUM, ils apparaissent également au niveau : ILEON, ESTOMAC, DUODENUM, COLON

4- La POLYPOSE JUVENILE : elle représente 2% environ des polyposes familiales et atteint avec la même fréquence les deux sexes. Endoscopiquement, ce sont des HAMARTOMES. Ces formations peuvent exister au niveau du RECTUM, du COLON essentiellement, mais aussi de l'estomac et du GRELE. La polypose juvénile a un début clinique précoce vers l'âge de 6 ans. Cependant, elle peut rester latente pendant de nombreuses années. Les complications révélatrices peuvent être :

des RECTORRAGIES, une DIARRHÉE, Soit un PROLAPSUS ou une OCCLUSION PAR INVAGINATION, Soit enfin, l'ÉLIMINATION SPONTANÉE DES POLYPES

Le caractère familial, héréditaire, autosomique dominant n'est pas constant : il y a 02 formes : CONGÉNITALE (environ 1/3 des cas) pourrait s'accompagner d'anomalies congénitales : cardiopathie, malrotation intestinale, hydrocéphalie anomalies des membres, sténose congénitale de la trachée

- L' AUTRE FORME serait sans caractère familial.

Risque de cancérisation existe d'où SURVEILLANCE et THÉRAPEUTIQUE de ces polypes juvéniles. Certains auteurs vont jusqu'à suggérer une COLECTOMIE vers l'âge de 20 ans.

5-MALADIE DE COWDEN : décrite en 1963. Premier cas de la maladie qui porte le nom de la patiente. Il s'agit d'une SYNDROME

DERMATOLOGIQUE avec participation gastroentérologique dans 45% des cas. Le caractère familial de la maladie est reconnu.

La maladie de Cowden, appelée aussi : SYNDROME DES HAMARTOMES MULTIPLES, est une maladie qui se transmet héréditairement sur le mode autosomique dominant.

Des marqueurs cutaneomuqueux (éléments constants) de ce syndrome comprennent : des PAPULES MUQUEUSES BUCCALES et FACIALES représentant histologiquement des TRICHOLEMMOMES (des tumeurs bénignes composées de cheveux). Aspect « caillouteux » des hamartomes fibreux des gencives.

Les polypes (gastriques, coliques) ne sont pas précancéreux. Cependant, environ 1/3 des malades avec maladie de Cowden développent un cancer, habituellement un cancer du SEIN ou de la THYROÏDE. Le Pc dépend de ces cancers

-B./ POLYPOSES NON FAMILIALES :

Rares ; il s'agit surtout d'éliminer la PRCF.

-1- Syndrome de Cronkhite-Canada :

Les adultes atteints peuvent développer la TETRADE :

Hyperpigmentation cutanée, Alopécie, Onychodystrophie, Polyposes intestinales diffuse à l'estomac, au duodénum et au côlon. Le grêle est épargné

2-Lésions inflammatoires prenant le masque de « polypose » :

- La pneumatose kystique : maladie rare, faite de multiples kystes abdominaux

En endoscopie, les kystes de 5 à 20mm de diamètre sont d'aspect bleuté. La biopsie fait éclater les bulles.

L'évolution vers la guérison par résorption est spontanée.

- Pseudopolypose digitiforme :

MICI (RCH et CROHN)

Colites infectieuses (tbc, syphilis). A surveiller car risque de dégénérescence.

DIAGNOSTIC POSITIF :

1- Recherche de sang dans les selles : hemoccult

(Sens . =VPP50%, Spéc.=VPN95%) ; mieux test immunologique qui est plus performant, plus fiable et plus simple(il distingue le sang humain du sang animal, pas de régime à suivre).(Sens.7085% , Spéc. 95-98%). A réaliser tous les 2 ans, si test négatif.

2- Rectosigmoïdoscopie : moyen rapide et facile. C'est un examen clé de dépistage.

3- Radiologie : LBDC – COLOSCAN.

4- Coloscopie (chromoendoscopie): elle a un intérêt diagnostique(détection et biopsie des polypes), et thérapeutique (exérèse endoscopique des polypes à l'aide de l'anse diathermique ou par électrocoagulation au laser)

Enfin, il faut avoir recours à d'autres examens complémentaires pour distinguer le type de polypose Radiologie du CRANE : (tumeurs frontales dans le Sd de Gardner)

Radiologie des extrémités(jambes et avant-bras) : exostoses dans le Sd de Gardner.Clichés panoramiques des maxillaires et des os de la face : énéstoses et dents surnuméraires.Grill costal : anomalies au niveau des côtes dans le Gardner.TGD-FIBROSCOPIE (chromoendoscopie)et TRANSIT DU

GRELE : à la recherche d'autres localisations polypeuses.

La Vidéo-Capsule : taille 11mm/26mm. (capsule+boîtier accroché à la ceinture).En moyenne, 50 000 photos vidéo sont obtenues lors des 8 heures d'examen (2 images/sec).

. TRAITEMENT DES POLYPOSES INTESTINALES :

● 8-1- La PRCF : colectomie totale avec :

Soit anastomose ILEO-RECTALE : conservation du rectum en l'absence de malignité et à condition de pouvoir faire une électro-destruction de tous les polypes du rectum par voie endoscopique ou chirurgicale et une surveillance systématique et régulière de la muqueuse rectale tous les 3 à 6 mois.

Soit coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale et confection d'un réservoir rectal en j

Le SYNDROME DE PEUTZ-JEGHERS : la diffusion des polypes à tout l'intestin grêle et l'absence habituelle de dégénérescence, ne plaident pas en faveur d'un traitement chirurgical radical.

La POLYPOSE JUVENILE : le traitement doit être conservateur étant le caractère bénin de la maladie. parfois colectomie vers l'âge de 20 ans

- **La MALADIE DE COWDEN** : traitement conservateur puisqu'il s'agit d'hamartomes. Le Pc dépend des cancers viscéraux associés.

- **Le SYNDROME DE CRONKHITE-CANADA** : traitement conservateur associé à : Corticothérapie (cachexie au cours de ce Sd), Antibiothérapie (risque de septicémie)

PREVENTION

Séquence POLYPE-CANCER

Dépistage systématique à partir de l'âge de 40 ans au moindre trouble intestinal ou saignement par voie basse.

Hémocult ou mieux Test immunologique

Rectosigmoïdoscopie et/ou coloscopie

- Enquête et surveillance de tous les membres du propositus (rôle d'une prédisposition génétique).

- Surveillance des MICI (RCH notamment).

Les facteurs alimentaires : alimentation riche en fibres alimentaires, lutter contre l'intoxication alcoolique tabagique

Surveillance :

coloscopie tous les 3 ans si présence de polypes lors de la première coloscopie ayant permis l'ablation d'un ou plusieurs polypes.

Si pas d'ablation de polypes à la 1^{ère} coloscopie, le rythme est de 3 ans, 5 ans, 10 ans.

- Si coloscopie négative, le rythme sera de : une coloscopie tous les 10 ans.