

AEG : Altération de l'état général

AFT : Adénome festonné traditionnel

AIA : Anastomose iléo-anale

AIR : Anastomose iléo-rectale

APC : Adenomatous polyposis coli

CCR : Cancer colo-rectal

CD : Colon droit

CHU : Centre hospitalier universitaire

FICE : Fujinon intelligent colour enhancement

IRM : Imagerie par résonnance magnétique

NBI : Narrow band imaging

PAF : Polyposis adénomateuse familiale

P/AFS : Polype/adénome festonné sessile

PBR : Polype de bas risque

PH : Polype hyperplasique

PHR : Polype de haut risque

TDM : Tomodensitométrie

USR : Ulcère solitaire du rectum

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Indications de l'endoscopie digestive basse et leur fréquence.....40

Tableau II : Répartition des patients selon le nombre de polypes.....41

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Polype pédiculé.....	7
Figure 2 : Polype sessile.....	7
Figure 3 : Polype plan.....	8
Figure 4 : Polype plan en chromoendoscopie.....	8
Figure 5 : Classification de Kudo.....	10
Figure 6 : Polype colique visualisé par capsule colique.....	11
Figure 7 : Polype sessile de 7mm situé sur un pli dans le côlon gauche : a : en mode 2D, b : en mode 3D (coloscopie virtuelle).....	12
Figure 8 : Classification de Paris des néoplasies superficielles.....	15
Figure 9 : Classification de Vienne des néoplasies intra-épithéliales.....	15
Figure 10 : Répartition des patients selon l'âge.....	37
Figure 11 : Répartition des patients selon le sexe.....	38
Figure 12 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe.....	38
Figure13 : Répartition des différents examens endoscopiques.....	39
Figure 14 : Répartition des polypes selon leur taille.....	42
Figure 15 : Répartition des polypes selon leur morphologie.....	42
Figure 16 : Répartition des polypes selon leur localisation au niveau du colon gauche.....	43
Figure 17 : Répartition des polypes selon leur localisation au niveau du colon droit.....	44
Figure 18: Répartition des différentes lésions associées.....	45
Figure 19: Répartition des polypes selon le type histologique.....	46
Figure 20 : Répartition des adénomes selon le degré de dysplasie.....	47

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I EPIDEMIOLOGIE	3
I.1 Polypes.....	3
I.2 Polyposes.....	3
II- DIAGNOSTIC.....	6
II.1 Circonstances de découverte.....	6
II.2 Moyens diagnostiques.....	6
II.2.1 Moyens endoscopiques.....	6
II.2.1.1 Endoscopie digestive basse.....	6
II.2.1.2 Capsule colique.....	11
II.2.2 Imagerie.....	11
II.2.2.1 Coloscopie virtuelle par colo-scanner.....	12
II.2.2.2 Coloscopie virtuelle par colo-IRM.....	13
II.3 Formes anatomo-cliniques.....	13
II.3.1 Polypes.....	13
II.3.1.1 Polype adénomateux.....	13
II.3.1.2 Polype hyperplasique.....	16
II.3.1.3 Polype festonné.....	16
II.3.1.4 Polype juvénile.....	17
II.3.1.5 Pseudopolypes inflammatoires.....	18
II.3.1.6 Polypes muqueux.....	18
II.3.2 Polyposes.....	18
II.3.2.1 Polyposes adénomateuses.....	18

II.3.2.1.1 Polypose adénomateuse familiale.....	18
II.3.3.1.2 Polypose associée aux mutations du gène MUTYH.....	20
II.3.2.2 Polypes hamartomateuses.....	20
II.3.2.2.1 Polypose juvénile.....	20
II.3.2.2.2 Polypose de Peutz-Jeghers	21
II.3.2.2.3 Syndrome de Cowden.....	22
II.3.2.2.4 Syndrome de Crohnkite-Canada.....	23
II.3.2.2.5 Syndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba.....	24
II.3.2.3 Polypes festonnée et hyperplasique.....	24
II.3.2.3.1 Polypose hyperplasique.....	24
II.3.2.3.2 Polypose festonnée.....	25
II.3.2.4 Pseudopolypes.....	25
II.3.2.4.1 Maladies inflammatoires du tube digestif.....	25
II.3.2.4.2 Maladies parasitaires.....	26
II.3.2.4.3 Pneumatose kystique.....	26
III TRAITEMENT.....	27
III.1 Buts.....	27
III.2 Moyens.....	27
III.2.1 Endoscopiques.....	27
III.2.2 Chirurgicaux.....	28
III.3 Indications.....	28
IV SURVEILLANCE.....	30
IV.1 Surveillance après polypectomie.....	30
IV.2 Surveillance des polyposes.....	32

IV.2.1 Polypes adénomateuses.....	32
IV.2.2 Polypes hamartomateuses.....	33
IV.2.3 Polypes hyperplasique et festonnée.....	34

DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL

I PATIENTS ET METHODE.....	35
I.1 Cadre d'étude.....	35
I.2 Type d'étude.....	36
I.3 Population d'étude.....	36
I.4 Critères d'inclusion.....	36
I.5 Critères de non inclusion.....	36
I.6 Recueil et analyse des données.....	36
II RESULTATS.....	37
II.1 Epidémiologie.....	37
II.1.1 Prévalence.....	37
II.1.2 Age.....	37
II.1.3 Sexe.....	38
II.1.4 Age et sexe.....	38
II.2 Types d'examen endoscopique.....	39
II.3 Indications de l'examen endoscopique.....	39
II.4 Résultats de l'endoscopie digestive basse.....	41
II.5 Données histologiques.....	46
II.5.1 Polypes.....	46
II.5.1.1 Polypes adénomateux.....	46

II.5.1.2 Polypes hyperplasiques.....	48
II.5.1.3 Polypes juvéniles	48
II.5.1.4 Autres types histologiques de polypes.....	48
II.5.2 Lésions associées.....	49
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	
I EPIDEMIOLOGIE.....	50
I.1 Prévalence.....	50
I.2 Age.....	52
I.3 Sexe.....	52
I.4 Age et sexe.....	53
II DONNEES ENDOSCOPIQUES.....	54
II.1 Types d'examen.....	54
II.2 Indications de l'examen endoscopique.....	54
II.3 Résultats de l'examen endoscopique.....	55
II.3.1 Nombre de polypes.....	55
II.3.2 Taille des polypes.....	55
II.3.3 Morphologie des polypes.....	55
II.3.4 Siège des polypes.....	55
II.3.5 Geste effectué.....	56
II.3.6 Lésions associées	56
III DONNEES HISTOLOGIQUES.....	58
III.1 Polypes adénomateux.....	58
III.2 Polypes hyperplasiques.....	59
III.3 Polypes juvéniles.....	59

III.4 Autres types histologiques de polypes	60
CONCLUSION.....	61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	64
ANNEXES	

INTRODUCTION

Le polype colo-rectal se définit comme une tumeur faisant saillie dans la lumière du colon ou du rectum. Il peut être pédiculé, sessile ou plan.

C'est un terme macroscopique correspondant à plusieurs entités anatomo-cliniques différentes, présentant une histoire naturelle et des risques évolutifs spécifiques.

Lorsqu'il existe de nombreux polypes, on parle de polyposie.

Il s'agit souvent, mais pas toujours de lésions bénignes.

Ainsi les polypes constituent, pour certains d'entre eux, le stade précoce habituel de développement des cancers colorectaux [16].

Les cancers colorectaux représentent, par ordre de fréquence, le 3ème cancer à l'échelle mondiale [5].

Dans les pays développés, ces cancers sont une cause de mortalité importante. Ils constituent 10 % des décès par cancer, après les cancers du poumon et de la prostate chez l'homme, du sein chez la femme [25].

Actuellement la prévention des cancers colorectaux repose sur la détection des polypes. En effet, la détection suivie d'exérèse endoscopique de certaines lésions pré cancéreuses telles que les adénomes et polypes festonnés diminue le risque de cancer colorectal et améliore la survie.

En Afrique sub saharienne et dans les pays en développement de manière générale, la prévalence du cancer colo-rectal est considérée comme faible [17,55].

Au Sénégal, les données concernant les cancers colo-rectaux et les polypes sont parcellaires et ne permettent pas de déterminer leur prévalence exacte. Dans la majorité des cas, le diagnostic de cancer est fait à un stade tardif.

De nos jours, avec les changements du mode de vie mais surtout avec la vulgarisation de l'endoscopie digestive, les cancers de même que les polypes colo-rectaux sont de plus en plus rencontrés dans la pratique quotidienne.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude qui a pour objectifs de déterminer la prévalence des polypes colo-rectaux dans le centre d'endoscopie digestive de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar et de décrire leurs aspects endoscopiques et histologiques.

Pour cela, nous adopterons le plan suivant :

- une première partie faite de rappels ;
- une deuxième partie portant sur notre travail personnel ;
- une troisième partie de commentaires et de conclusion.

PREMIERE PARTIE

RAPPELS

I- EPIDEMIOLOGIE

I-1. Polypes

➤ Polypes adénomateux

La prévalence des polypes adénomateux est élevée et augmente avec l'âge à partir de 30-40 ans. Elle est de l'ordre de 7 % à 40-49 ans et de 19 % entre 65 et 69 ans [16].

Le sex-ratio hommes/femmes est de 2.

➤ Polypes hyperplasiques

Les polypes hyperplasiques sporadiques sont les plus fréquents des polypes non néoplasiques. Leur prévalence augmente avec l'âge. Elle est de 20-35 % à 50 ans. Ils sont retrouvés dans 10 à 35 % des coloscopies [16].

➤ Polypes juvéniles

La découverte d'un polype colique chez l'enfant n'est pas exceptionnelle puisque 6,1 % des 13 115 colonoscopies pédiatriques de la cohorte internationale PEDS-CORI ont révélé un polype. Le polype juvénile isolé représente la lésion la plus fréquemment observée, avec une prévalence de 70,5 % des polypes [67].

En cas de polypes juvéniles multiples, les risques de récidive et de dysplasie augmentent, plaidant en faveur d'un contrôle endoscopique et d'une analyse génétique [69].

I-2. Polyposes [7,11, 61]

➤ La polypose adénomateuse familiale (PAF)

Le PAF est la polypose digestive héréditaire la plus fréquente. Sa prévalence est estimée à 1/5000 à 10000. Le risque de transmission à la descendance est de 50 % pour chaque enfant.

Les polypes apparaissent dans l'enfance et augmentent en nombre avec l'âge.

En l'absence de colectomie préventive le risque de développer un cancer colorectal est de 100 %.

+

➤ La polypose associée aux mutations du gène MUTYH [18]

L'amélioration des connaissances relatives au déterminisme génétique des polypoases adénomateuses familiales a permis la description, en 2002, d'une nouvelle entité appelée polypose associée à MUTYH. Elle est liée à une mutation constitutionnelle des deux allèles de ce gène.

La fréquence des mutations bi-alléliques du gène MUTYH est évaluée à 14 % chez les individus atteints de polypose adénomateuse non liée à APC.

Dans les populations orientales par contre cette fréquence semble plus faible, inférieure à 1 %.

➤ La polypose juvénile

C'est la deuxième polypose digestive. En termes de fréquence, son incidence est estimée à 1/100000 naissances en Europe et aux USA [63].

Les lésions caractéristiques et considérées comme exclusives de la polypose juvénile sont les hamartomes colorectaux ou gastriques. Ces lésions présentent un risque de dégénérescence. Le risque cumulé de cancer colique est discuté variant de 10 à 38 % qu'il y ait ou non une histoire familiale. Il apparaît entre 30 et 40 ans. L'adénocarcinome se développerait à partir d'un contingent adénomateux présent dans certains de ces polypes [32].

➤ Le syndrome de Peutz-Jeghers

Décrit initialement par Peutz en 1921, ce syndrome est caractérisé par une polypose gastro-intestinale hamartomateuse et une lentiginose périorificielle. C'est une affection rare, observée pour environ 1/8300 à 1/29000 naissances [63].

Environ 16 % des hamartomes sont le siège de lésions dysplasiques correspondant au développement de lésions adénomateuses de degré variable de dysplasie.

Ces lésions sont des précurseurs de cancers à tous les étages du tube digestif : 8% gastriques, 10 % duodénaux, 9 % dans le jéjunum, 3 % dans l'iléon, et 20 % colorectaux [42].

Le risque cumulé de cancer digestif est de 2 à 13 %. Ce syndrome est aussi associé à un risque accru de tumeurs pancréatiques, pulmonaires, mammaires et gynécologiques.

➤ **Le syndrome de Cowden**

Le syndrome de Cowden ou syndrome des hamartomes multiples, décrit en 1963 par Lloyd chez Rachel Cowden, associe des lésions cutanéo-muqueuses à des anomalies multiples de divers organes. Il est exceptionnel avec une fréquence évaluée à 1/300000 naissances.

Les hamartomes concernent la peau, la thyroïde, les seins et l'intestin. Les polypes digestifs sont présents chez 60 % des patients.

Le risque de cancer du sein et de la thyroïde est accru. Le risque cumulé de cancer thyroïdien est d'environ 10 % et celui d'adénocarcinome mammaire de 30 à 50 %.

Le risque de cancer colique reste mal connu mais semble faible [23,61].

➤ **Syndrome de Cronkhite-Canada**

C'est une affection rare, de pathogénie inconnue, décrite en 1955 par Leonard Wolsey Cronkhite Jr et Wilma Jeanne Canada. Son incidence est estimée à 1/1000000 avec 400 cas décrits dans le monde, dont 75 % au Japon [36].

➤ **Polypose festonnée**

La fréquence de la polypose festonnée pourrait être de l'ordre de 1/150 chez des patients bénéficiant d'une coloscopie de dépistage. Sur la base de séries autopsiques, on peut évaluer la prévalence des polypes festonnés dans la population générale entre 13 et 40 %, correspondant dans la grande majorité des cas à des polypes hyperplasiques. Dans une étude rétrospective, le risque de cancer colorectal était estimé à 7 % à cinq ans après le diagnostic de polypose festonnée [8,12].

II DIAGNOSTIC

II-1. Circonstances de découverte

Les polypes sont le plus souvent asymptomatiques et diagnostiqués :

- de manière fortuite lors d'une coloscopie réalisée pour des troubles ou des modifications du transit intestinal, des douleurs abdominales.... ;
- lors d'un dépistage du cancer colo-rectal.

Dans certains cas, en particulier lorsque le polype est volumineux, le diagnostic peut être fait devant des rectorragies ou une carence martiale par saignement occulte.

Les volumineuses tumeurs villeuses en nappe peuvent donner une « diarrhée » sécrétatoire parfois considérable.

Les patients porteurs d'une polyposis peuvent être diagnostiqués :

- par le dépistage familial à l'occasion d'une consultation d'oncogénétique ;
- devant des manifestations digestives telles que des rectorragies, des douleurs abdominales, une diarrhée... ;
- devant des manifestations extra-digestives.

II-2. Moyens diagnostiques

II-2.1. Moyens endoscopiques

II-2.1.1. Endoscopie digestive basse

La coloscopie est l'examen de référence pour le diagnostic des polypes recto-coliques. Elle permet de préciser le caractère pédiculé, sessile ou plan, la taille, la localisation et le nombre.

➤ Classification morphologique

▪ Polype pédiculé

Il apparaît comme une lésion exophytique rattachée à la paroi par un pied plus ou moins large contenant des vaisseaux nourriciers. Sa taille peut atteindre plusieurs centimètres.



Figure 1 : Polype pédiculé [34]

▪ Polype sessile

Le polype est dit sessile lorsque son épaisseur est supérieure à la moitié de son plus grand diamètre. Les polypes sessiles n'ont pas de pied. Ils ont une implantation large sur la muqueuse colorectale.

Plusieurs polypes peuvent être contigus formant une plage villose.



Figure 2 : Polype sessile de 10 mm localisé dans le caecum [10]

- **Polype plan**

L'épaisseur est inférieure à la moitié de son plus grand diamètre. Le polype plan ne se développe pas en relief, mais plutôt à plat (moins de 1,3 mm d'épaisseur). La taille est souvent au maximum centimétrique.



Figure 3 : Polype plan [35]

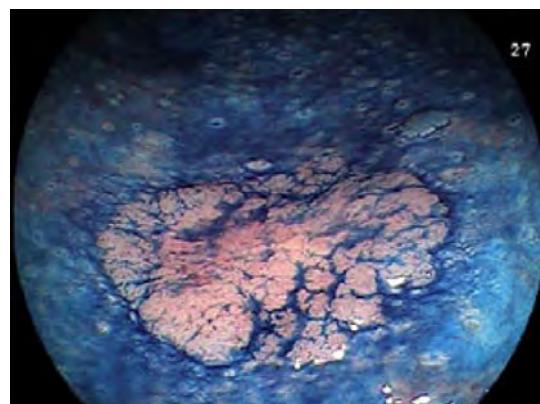


Figure 4 : Polype plan en chromo-endoscopie [35]

➤ **Chromo-endoscopie**

Lors d'une vidéocoloscopie standard, près de 10-25 % des polypes coliques ne sont pas vus. L'usage de colorants de surface pendant la coloscopie permet d'améliorer la détection des anomalies de relief. Ainsi il a été démontré que la chromo-endoscopie à l'indigo carmin permettait d'améliorer la détection des polypes coliques [45].

Deux types de colorants sont utilisés en chromo-endoscopie :

- les colorants de surface qui ne réagissent pas avec les cellules de la muqueuse mais qui accentuent le relief de la muqueuse afin d'optimiser le diagnostic endoscopique des lésions (indigo carmin)
- les colorants vitaux qui réagissent spécifiquement avec certaines cellules et permettent de préjuger de leur nature (bleu de méthylène)

Les meilleures performances de la chromo-endoscopie viennent surtout d'une meilleure détection des petits polypes et des polypes plans.

D'autres techniques telles que le narrow-band imaging (NBI) ou le Fujinon intelligent colour enhancement (FICE) ont été proposées comme alternatives à la coloration sans en avoir les inconvénients. Mais les études n'ont pas démontré la supériorité de ces nouvelles techniques en pratique courante [1].

La chromo-endoscopie virtuelle permet d'améliorer la qualité du contraste de l'image, la visualisation de la micro vascularisation et l'étude de la microarchitecture muqueuse. La classification de Kudo décrit l'architecture des cryptes glandulaires. Elle distingue 7 stades regroupés en 5 types :

- I : puits de petite taille arrondis, très réguliers ;
- II : aspect stellaire ou papillaire (II = aspect étoilé de petite et grande taille) ;
- III : puits de petite dimension, fins, tubulaires ou ronds
 - III_s : aspect des orifices ronds, petits et serrés
 - III-1 : puits plus larges et profonds
- IV : puits tubulaires avec branchement ou circonvolués superficiels ;
- V : aspect déstructuré ou de taille et configuration irrégulières

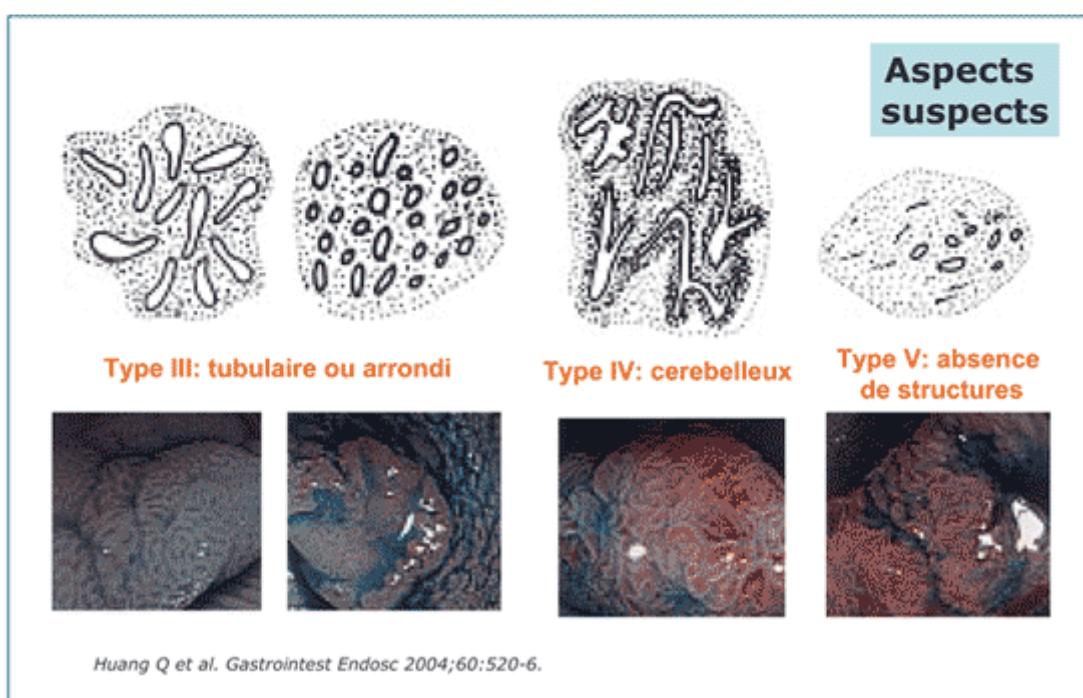
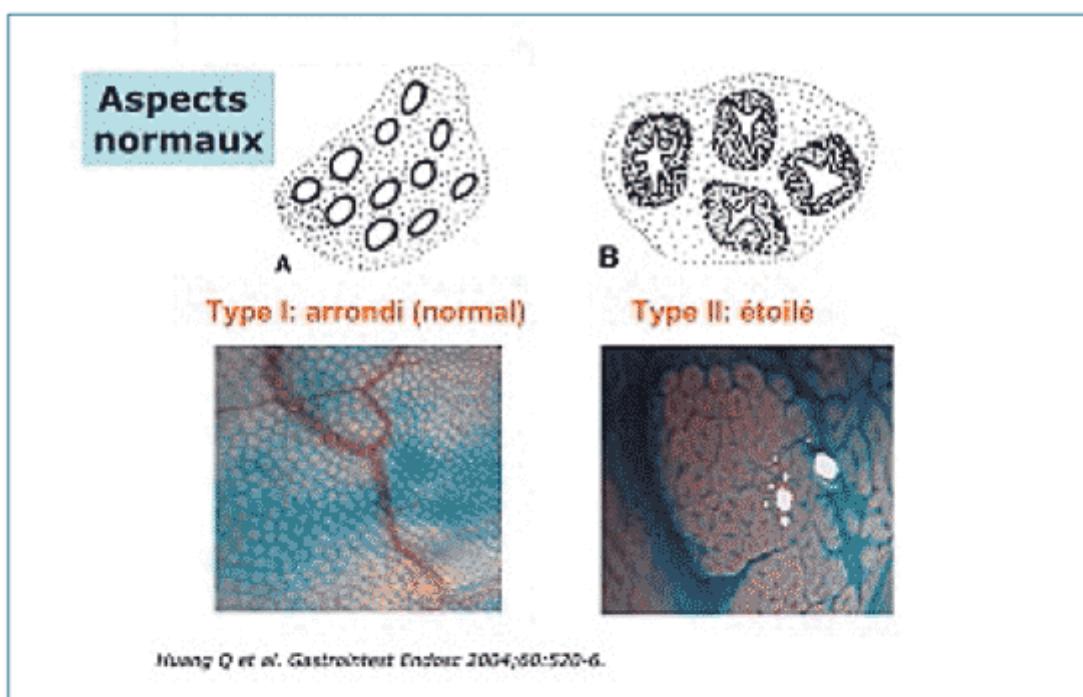


Figure 5 : Classification de Kudo

II-2.1.2. Capsule colique [57]

La vidéocapsule colique est un examen assez récent dont les performances dans le cadre de l'exploration du colon sont en cours d'étude.

La sensibilité et la spécificité sont respectivement de 60 et 73 % pour la détection de lésion significative définie comme la présence de polype de plus de 6 mm et/ou de plus de 3 polypes [62].

Les limites de cet examen sont la difficulté technique de mesurer précisément la taille des lésions observées et l'impossibilité de réaliser certains gestes tels que les biopsies, les exérèses,....



Figure 6 : Polype colique visualisé par capsule colique [26]

II-2.2 Imagerie [25]

Des progrès récents ont rendu possible l'étude endoluminale du côlon par tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique. A partir de coupes traditionnelles fines, des logiciels créent des reconstructions de la lumière colique de type endoscopie virtuelle qui permettent de « cheminer » virtuellement dans la lumière colique.

Les limites de ces examens d'imagerie sont :

- de possibles erreurs d'interprétation
 - faux négatifs : lésions planes, lésions masquées par des rétentions de liquide ou une distension incomplète de certains segments ;
 - faux positifs : selles restantes non marquées, certains plis coliques.... ;
- la nécessité d'une préparation colique ;
- l'impossibilité de réaliser des biopsies ou l'exérèse des polypes visualisés.

II-2.2.1 Coloscopie virtuelle par colo-scanner

La colo-TDM est la technique alternative d'exploration du colon la plus étudiée notamment dans le cadre du diagnostic des polypes. Elle peut être proposée en cas d'échec ou de contre-indication à la coloscopie.

Les polypes apparaissent comme des lésions faisant saillie dans la lumière colique.

En prenant la coloscopie pour référence, la sensibilité et la spécificité pour la détection des polypes de plus de 9 mm sont de respectivement de 85 et 97 %.

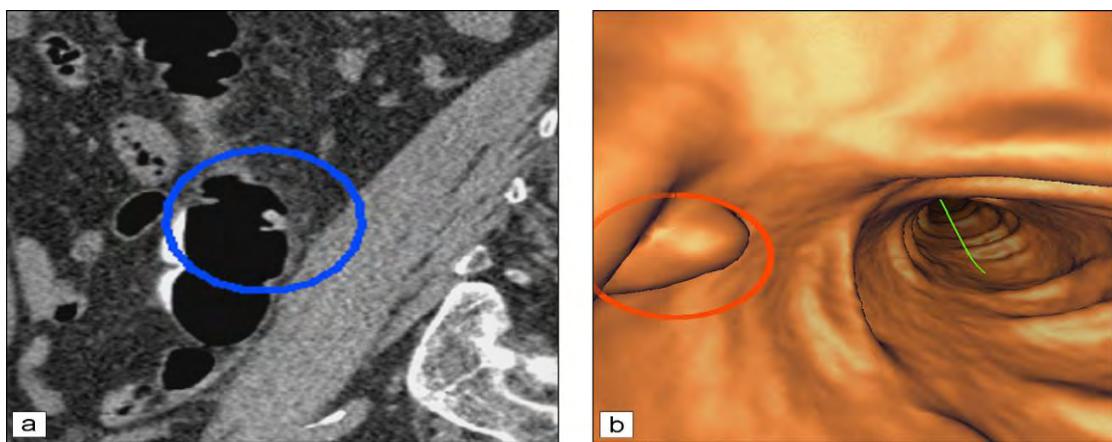


Figure 7 : Polype sessile de 7 mm situé sur un pli dans le côlon gauche :

a : en mode 2D, b : en mode 3D (coloscopie virtuelle) [26]

II-2.2.2 Coloscopie virtuelle par colo-IRM

Les performances diagnostiques de la colo-IRM pour le dépistage des polypes colo-rectaux semblent intéressantes mais l'expérience est plus limitée qu'en colo-TDM.

Selon les études la spécificité peut atteindre 95 à 97 % selon le radiologue. Cependant la sensibilité ne dépasse pas 67 % pour la détection de polypes de moins de 10 mm.

Pour les polypes supra centimétriques, les taux de détection paraissent proches de ceux de la colo-TDM.

II-3. Formes anatomo-cliniques

II-3.1. Polypes

II-3.1.1. Polype adénomateux

Les adénomes siègent préférentiellement au niveau du recto-sigmoïde et sont multiples avec la présence d'au moins 2 polypes chez 40 % des sujets.

A la chromo-endoscopie virtuelle, les orifices cryptiques apparaissent d'allure ovale, avec un aspect cérébriforme (IIII). En présence de dysplasie, ces orifices sont ronds mais petits et serrés (IIIs).

Les adénomes résultent de la prolifération des cellules des glandes de Lieberkühn. Les glandes sont tapissées par des cellules immatures qui confèrent le caractère dysplasique.

La classification OMS distingue 3 sous types en fonction de leur composante :

- adénome tubuleux (75 %) ;
- adénome tubulo-vileux (20 %) ;
- adénome villeux (5 %).

Les adénomes tubuleux sont formés de cylindres cryptiques arrangés en glomérules tortueux provenant de la prolifération d'un épithélium avec un stroma pauvre et ne produisant la plupart du temps que peu de mucus.

Les adénomes villeux sont formés d'une muqueuse riche en stroma produisant du mucus.

Les adénomes tubulo-villeux présentent une structure tubuleuse en surface qui se perd en profondeur au profit d'une structure villeuse.

La filiation adénome-cancer est bien établie. Le délai de progression de l'adénome est globalement estimé à 5 ou 10 ans. Le risque de transformation d'un adénome en cancer varie en fonction de sa taille, de l'importance de sa composante villeuse et de son degré de dysplasie.

Les adénomes dits avancés sont des adénomes présentant une dysplasie de haut grade ou un caractère villeux ou une taille > 10 mm de diamètre [38].

Le taux de transformation cancéreuse des polypes adénomateux est inférieur à 1 %. La probabilité cumulative de transformation cancéreuse d'un adénome de diamètre supérieur ou égal à 10 mm de diamètre est de : 2,5 % après 5 ans, 8 % après 10 ans et 24 % après 20 ans.

Les polypes malins ou adénomes transformés se définissent par la présence d'un foyer étendu ou localisé d'adénocarcinome superficiel quelles que soient l'étendue et la profondeur d'infiltration. Ils correspondent aux catégories 4.2, 4.3, 4.4 ou 5 de la classification de Vienne.

La présentation endoscopique de ces lésions sera définie par la classification de Paris. Le compte rendu de l'examen anatomo-pathologique fournira des renseignements selon la classification de Vienne.

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

Figure 8 : Classification de Paris des néoplasies superficielles [50]

Catégorie 1	pas de néoplasie
Catégorie 2	indéfini pour néoplasie
Catégorie 3	néoplasie bas grade
Catégorie 4	néoplasie haut grade 1 – dysplasie haut grade 2 – cancer in situ (non invasif) 3 – suspect d'être invasif
Catégorie 5	Cancer infiltrant la sous- muqueuse

Figure 9 : Classification de Vienne des néoplasies intra-épithéliales et des cancers superficiels [50]

II-3.1.2 Polype hyperplasique

Les polypes hyperplasiques prédominent dans le rectum et le sigmoïde. Leur taille est généralement inférieure à 5 mm. Ils sont le plus souvent sessiles, rosés et translucides. Leur aspect endoscopique ne permet pas de les distinguer des polypes adénomateux.

A la chromo-endoscopie, les orifices cryptiques sont étoilés (Kudo II).

A l'histologie, ils se présentent comme un simple allongement des cryptes glandulaires dont le contour luminal prend un aspect festonné.

Le polype hyperplasique ne résulte pas d'une prolifération de glandes mais d'une modification hyperplasique de ces dernières. Les tubes apparaissent de calibre variable. Les lumières de ces tubes ont des contours irréguliers découpés et sont bordées par un épithélium discrètement basophile avec des cellules caliciformes hypertrophiées (vacuole de mucus de grande taille).

Ces polypes ne risquent pas, sauf exception, d'évoluer vers le cancer.

II-3.1.3 Polype festonné [21, 58, 68]

Les polypes festonnés forment un groupe hétérogène de lésions épithéliales dont la définition est morphologique. Ils sont caractérisés par une apparence festonnée ou dentelée des cryptes épithéliales. Ces aspects ne préjugent pas de leur nature hyperplasique ou adénomateuse ni de la présence ou non d'une dysplasie [58].

La dernière classification OMS publiée en 2010 distingue 3 types de polypes festonnés [21]:

- les polypes hyperplasiques (PH) qui ne présentent jamais de dysplasie ;
- les polypes/adénomes festonnés sessiles (P/AFS) ;
- les adénomes festonnés traditionnels (AFT), en général pédiculés, qui sont les plus rares.

L'aspect typique du PH est celui d'une lésion de petite taille, recto-sigmoïdienne, plane ou sessile.

Les AFT sont généralement plus volumineux, parfois pédiculés, endoscopiquement similaires à des polypes non festonnés.

Les polypes/adénomes festonnés sont souvent plans et de même coloration que la muqueuse environnante. Ils sont dans la majorité des cas recouverts d'une couche adhérente de mucus qui peut les faire apparaître de couleur rouille ou jaunâtre en lumière blanche et rouge en coloration électronique.

A l'histologie, la différence entre ces 3 sous-groupes réside dans la localisation de la zone de prolifération au sein des cryptes festonnées.

Pour les PH, cette zone de prolifération est située à la base des cryptes de manière identique à la muqueuse normale. Elle est décalée sur les côtés des cryptes pour les P/AFS, résultant d'une dilatation de leur base. En cas d'AFT, la zone de prolifération est représentée par de multiples petites ectopies cryptiques issues des bords latéraux des cryptes originales [68].

II-3.1.4 Polype juvénile [10, 30, 69]

Les polypes juvéniles sont formés de tubes kystiques développés dans un chorion souvent inflammatoire.

Les polypes juvéniles sont généralement observés chez l'enfant de 1 à 7 ans. Ils sont découverts à l'occasion de rectorragies dans 82 % ou de prolapsus transanal du polype. Ces symptômes s'expliquent par la localisation préférentielle au niveau du colon distal où ils sont le plus souvent uniques [30,69].

Les douleurs abdominales, la diarrhée sont des symptômes moins fréquents.

Chez l'adulte, les polypes coliques juvéniles sporadiques sont rares. Les manifestations cliniques sont à type de rectorragies, de douleurs abdominales ou de troubles du transit.

Le développement des polypes juvéniles s'effectuerait en plusieurs phases : une ulcération muqueuse ou des phénomènes inflammatoires locaux conduiraient à

un blocage des canaux glandulaires coliques, puis à une prolifération des glandes obstruées et à une dilatation glandulaire. Ces phénomènes aboutiraient à la formation d'un tissu de granulation, puis à la constitution du tissu de « connexion » conduisant à la formation du polype [10,59].

Sur le plan anatomo-pathologique, les polypes juvéniles sporadiques macroscopiquement peuvent être translucides, lobulés avec une surface régulière, mais souvent ulcérés en surface. Ils sont caractérisés par une dilatation kystique très marquée des glandes muqueuses, espacées les unes des autres et dispersées dans un chorion abondant, riche en cellules inflammatoires polymorphes. Les glandes dilatées sont bordées par un épithélium régulier ou hyperplasique, rarement dysplasique [10].

II-3.1.5 Pseudopolypes inflammatoires

Ce sont des néoformations de taille variable allant de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Elles correspondent à des séquelles d'ulcérations et sont généralement rencontrées au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, de l'amibiase colique ou de la bilharziose intestinale.

II-3.1.6 Polypes muqueux

Ce sont des excroissances de muqueuse normale donnant à l'endoscopie un aspect de polypes. L'examen anatomo-pathologique conclue à une muqueuse colique normale.

II-3.2 Polypes

II-3.2.1 Polypes adénomateuses

II-3.2.1.1 Polypose adénomateuse familiale (PAF) [11, 28, 29]

La PAF est une maladie héréditaire, autosomique dominante dont la pénétrance est complète.

Dans sa forme classique, elle se caractérise par :

- une polypose adénomateuse colorectale profuse (centaines de polypes), débutant pendant l'adolescence. Elle peut être symptomatique (diarrhée, anémie) ;
- des polypes gastriques glandulo-kystiques, bénins et très fréquents ;
- des adénomes du duodénum et de la papille duodénale. De petits adénomes du reste de l'intestin grêle peuvent être observés mais le risque d'adénocarcinome du grêle est extrêmement faible.

Des lésions bénignes extradigestives, inconstantes mais précédant l'apparition des polypes peuvent être observées :

- anomalies dentaires (dents surnuméraires ou incluses, ostéomes de la mâchoire) ;
- hypertrophie de l'épithélium pigmentaire rétinien, asymptomatique
- lésions cutanées (kystes épidermoïdes, lipomes).

Le risque évolutif est tumoral, dominé par le cancer colorectal (CCR). La PAF est à l'origine de 1 % des cancers du côlon. Le risque de cancer colique est très nettement corrélé à l'âge, au nombre de polypes et à leur taille. Cela est également vrai pour le risque de cancer rectal : un nombre de polypes rectaux supérieur à 20 est associé à un risque de cancer rectal nettement majoré [11].

Dans sa forme typique, la PAF est liée dans 90 % des cas à une mutation du gène APC (Adenomatous Polyposis Coli) situé sur le chromosome 5q21. Plus de 300 mutations différentes ont été décrites [29].

La polypose atténuée se caractérise par un moins grand nombre d'adénomes, en règle inférieur à 100, un âge de diagnostic plus tardif et un risque de transformation maligne différé.

II-3.2.1.2 Polypose associée aux mutations du gène MUTYH

Elle se distingue par un mode de transmission autosomique récessif. Au moins 164 variants du gène MUTYH ont été rapportés parmi lesquels 30% ont un caractère délétère certain. Les exons 7, 9, 10, 12, 13, 14 et 15 comprennent 96,1 % de l'ensemble des mutations délétères.

La polypose colorectale associée aux mutations bi-alléliques du gène MUTYH est le plus souvent de type atténué avec un nombre de polypes compris entre 15 et 100.

L'âge moyen au diagnostic est de 45 ans.

Des polypes adénomateux dudodénaux voire une polypose adénomateuse du duodénum sont possibles.

Des polypes gastriques, une polypose glandulo-kystique et des cancers gastriques ont été décrits.

Des manifestations extra-digestives peuvent être observées :

- manifestations dermatologiques :

Il s'agit de lésions développées aux dépens des glandes sébacées : adénomes sébacés, carcinomes sébacés, hyperplasies sébacées

Des mélanomes, des carcinomes spino-cellulaires, des carcinomes basocellulaires ont été également observés.

- autres manifestations :

Diverses manifestations telles qu'une hypertrophie de l'épithélium pigmentaire de la rétine, des anomalies dentaires, des ostéomes ont été rapportées.

II.3.2.2 Polypes hamartomateuses [7, 58, 61, 64]

II-3.2.2.1 Polypose juvénile (PJ)

La polypose juvénile est définie par la présence de plus de 3 à 5 polypes juvéniles coliques ou par des polypes juvéniles disséminés sur tout le tube digestif ou par au moins un polype juvénile chez un sujet ayant une histoire familiale de polypose juvénile.

L'âge moyen du diagnostic est de 9 ans. Le diagnostic est souvent posé après exploration digestive pour rectorragies [7].

Une carence martiale, une diarrhée chronique voire une entéropathie exsudative peuvent aussi être révélatrices.

La PJ peut être associée à un hippocratisme digital, une macrocéphalie, une alopécie, une malformation labio-palatine, cardiaque ou des voies urinaires ainsi qu'à un retard mental.

La majorité des polypes hamartomateux est localisée dans le recto-sigmoïde (50-200 par patient).

Une gastroscopie est également recommandée lors du diagnostic en raison de la présence possible de polypes hamartomateux gastriques avec risque d'adénocarcinome gastrique ou duodénal.

A l'histologie, le diagnostic est fait devant la présence d'une lamina propria abondante avec des cellules mononucléées (macrophages ou lymphocytes), sans arborisation importante de muscle lisse, et présence de glandes kystiques remplies de mucus alors que l'épithélium est en général normal, rarement dysplasique.

Au plan génétique, des mutations germinales du gène SMAD4/DPC4 situé sur le chromosome 18q21 sont observées dans 20 % des familles atteintes. Des mutations du gène BMPR1A situé sur le chromosome 10q21-22 peuvent aussi être observées.

II-3.2.2.2 Polypose de Peutz-Jeghers (PJS)

La polypose de Peutz-jeghers est une affection autosomique dominante définie par la présence chez un même sujet d'au moins 3 hamartomes, de l'association d'hamartomes à une lentiginose caractéristique ou d'un hamartome et une histoire familiale connue [7].

L'âge moyen du diagnostic est de 23 ans chez les hommes et 26 ans chez les femmes.

La lentiginose, labile au cours de la vie, est observée chez 95 % des malades. Il s'agit d'une tache brune, noire ou bleu-noire, plane et non prurigineuse, de 1 à 5 mm correspondant à l'accumulation de pigments mélaniques dans la membrane basale de l'épiderme. Elle siège sur les lèvres et la muqueuse buccale mais parfois aussi sur les mains, les pieds voire les paupières.

Les symptômes révélateurs peuvent être des douleurs abdominales liées à une invagination intestinale, une hémorragie digestive ou une anémie par carence martiale. Les polypes siègent principalement sur l'intestin grêle mais aussi l'estomac et le côlon.

La polypose hamartomateuse digestive comprend des hamartomes composés de tissu conjonctif, d'une arborisation caractéristique musculaire lisse, bordée par un épithélium normal correspondant à l'étage digestif concerné.

Le diagnostic génétique repose sur le séquençage du gène STK11 (LKB1) localisé sur le chromosome 19p13.3. Des mutations ou des délétions germinales ont été caractérisées dans 60 à 70 % des cas. Le type de mutation observée définit le risque tumoral.

II-3.2.2.3 Syndrome de Cowden

Le syndrome de Cowden associe une atteinte cutanéo-muqueuse avec lésions papuleuses touchant le visage et les extrémités, une papillomatose de la muqueuse buccale, un aspect pavé des gencives, un goitre, une acanthose

glycogénique diffuse de l'œsophage et des polypes coliques en nombre varié de 10 à 100.

Les hamartomes concernent la peau, la thyroïde, les seins et l'intestin. Les polypes digestifs sont présents chez 60% des patients. Ils sont principalement colo-rectaux et gastriques mais touchent fréquemment le duodénum.

Les polypes digestifs peuvent être de nature très variable, en particulier au niveau colorectal : hamartomes, lipomes, ganglioneuromes, polypes inflammatoires.

Il existe une caractéristique cutanée importante pour le diagnostic de maladie de Cowden, le trichilemmome, anomalie cutanée présente chez quasiment 100 % des patients. Le trichilemmome forme une papule à surface lisse ou verrueuse, de couleur chair, qui siège volontiers sur le nez.

Une néoformation du cervelet se manifestant par des crises convulsives connue sous le nom de syndrome de Lhermitte-Duclos est parfois présente.

Au moment du diagnostic, une atteinte uniquement digestive est possible. Une mutation germinale du gène PTEN, un suppresseur de tumeur codant pour une phosphatase, est caractérisée dans 9 cas sur 10.

II-3.2.2.4 Syndrome de Crohnkite-Canada

C'est une polyposis hamatomateuse digestive acquise, d'étiologie inconnue associant une polyposis diffuse, une onychodystrophie, une alopecie et une hyperpigmentation cutanée.

La moyenne d'âge au diagnostic est de 59 ans.

La clinique est dominée par une diarrhée abondante par entéropathie exsudative, fréquemment responsable d'une dénutrition sévère et de désordres hydro-électrolytiques qui conditionnent le pronostic de cette maladie. Son taux de survie à cinq ans est de 55 %.

La polypose est caractérisée par des polypes de taille variable, sessiles, de couleur rouge et d'aspect framboisé, qui affectent la totalité du tube digestif à l'exception de l'œsophage.

L'examen histologique montre un épithélium de surface conservé, une prolifération et une dilatation kystique des glandes de la muqueuse renfermant du mucus. Le chorion est inflammatoire, abondant et renferme un infiltrat cellulaire polymorphe.

Les lésions rencontrées correspondent à des polypes hamartomateux de type juvénile. Cependant des cas de dégénérescence cancéreuse ont été rapportés mais d'origine incertaine car classiquement, les polypes juvéniles ne dégénèrent pas. L'hypothèse de la Cancérisation de polypes adénomateux coexistants est la plus probable [69].

II-3.2.2.5 syndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba

Il est génétiquement proche du syndrome de Cowden. Il associe macrocéphalie, retard psychomoteur, hyperpigmentation des organes génitaux externes et polypes hamartomateux coliques.

II.3.2.3 Polypes hyperplasique et festonnée [7, 20, 34, 61]

II-3.2.3.1 Polypose hyperplasique

La polypose hyperplasique est caractérisée par :

- soit la présence de plus de 30 polypes hyperplasiques répartis sur tout le cadre colique
- soit par plus de 5 polypes hyperplasiques dans le côlon proximal (dont 2 >1cm)
- soit par la survenue de polypes hyperplasiques chez un malade ayant un parent au premier degré atteint de polypose hyperplasique.

Il semble exister 2 tableaux de polypose hyperplasique :

- ✓ un tableau diffus à prédominance gauche modéré fait d'éléments en majorité (près de 90 %) de petite taille (< 5 mm), avec une histoire familiale marquée de cancer colorectal.

Ces polypes sont souvent associées à la présence de polypes adénomateux ou festonnés.

Il existe dans un nombre restreint de cas une histoire familiale de polyposis hyperplasique. La mutation du gène MYH semble très rare [24].

- ✓ un tableau beaucoup plus banal composé de 5 à 10 polypes hyperplasiques de localisation quasi exclusivement gauche et de petite taille.

II-3.2.3.2 Polypose festonnée

Elle correspond à la présence d'une dizaine de polypes plans translucides répartis sur l'ensemble du colon, souvent quasi invisibles avant coloration. Elle survient le plus souvent chez des femmes d'âge moyen, en contexte de tabagisme et souvent associé à une histoire familiale marquée de cancer colo-rectal.

La frontière entre les différents types de polypes hyperplasiques et festonnés reste incertaine. L'association des différents types de lésions et la présence d'adénomes associés est probablement très fréquente.

Actuellement le terme de polypose festonnée remplace dans la classification OMS celui de polyposis hyperplasique [21].

Cette entité est définie par la présence d'au moins un des 3 critères suivants :

- au minimum 5 polypes festonnés proximaux (en amont du sigmoïde) dont 2 ou plus mesurant plus de 10 mm de diamètre ;
- un polype festonné proximal chez un patient aux antécédents familiaux au premier degré de polyposis festonné ;
- plus de 20 polypes festonnés, quelles que soient leur taille ou leur localisation

II-3.2.3 Pseudopolypes

II.3.2.3.1 Maladies inflammatoires du tube digestif

La polypose diffuse filiforme ou pseudopolypose géante localisée peut être observée dans la maladie de Crohn (60 % des cas).

Les pseudopolypes inflammatoires mesurent de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Séquelles d'ulcération, ils sont de formes variables, digitiformes, en languettes, avec parfois réalisation de ponts muqueux, allant d'une paroi colique à l'autre.

II-3.2.3.2 Maladies parasitaires

La symptomatologie la plus fréquente est la diarrhée sanguinolente.

Les pseudopolypes correspondent à des lésions inflammatoires secondaires aux ulcerations muqueuses en rapport avec l'infestation. Les parasites responsables sont : Schistosoma mansoni, Strongyloides stercoralis, Entamoeba histolytica ...

II-3.2.3.3 Pneumatose kystique

Maladie rare de cause inconnue, la pneumatose kystique est caractérisée par la présence de kystes multiples à contenu gazeux localisés le plus fréquemment au niveau de la sous muqueuse ou de la sous séreuse de l'intestin grêle.

L'homme adulte est le plus souvent atteint. Les symptômes, lorsqu'ils existent, sont en rapport avec la localisation de la maladie : pesanteur, météorisme, troubles du transit, syndrome rectal, rectorragies.

Lorsque les polypes se développent dans la sous muqueuse colique, l'aspect endoscopique peut être similaire à une polypose. Ils se présentent comme des masses arrondies, molles, pâles, de taille variable (quelques millimètres à plusieurs centimètres), et font protrusion dans la lumière colique. Ils s'affaissent partiellement après biopsies ou ponction.

III- TRAITEMENT [4, 40, 50]

III-1. Buts

- Exérèse du polype.
- Prévenir la dégénérescence et la prendre en charge le cas échéant.

III-2 Moyens

III-2.1 Endoscopiques

- ✓ Polypectomie

L'exérèse des polypes peut se faire :

- à l'anse diathermique
 - à l'anse sans courant de section et/ou de coagulation (décapitation)
 - biopsie/exérèse à la pince froide associée ou non à une méthode de destruction (par électrocoagulation bipolaire ou par plasma argon)
- ✓ Mucosectomie
 - ✓ Dissection sous muqueuse

Les risques essentiels de ces techniques endoscopiques sont l'hémorragie et la perforation.

Les contre-indications à un geste endoscopique peuvent être :

- La localisation et la taille de la lésion

Ce sont rarement des limites à la résection endoscopique. Cependant les lésions sur l'orifice appendiculaire et celles sur la valvule iléocæcale qui ne sont pas visibles en totalité doivent être opérées de principe.

On doit discuter également d'une chirurgie pour les lésions occupant plus des trois quarts de la circonférence, en particulier dans le sigmoïde ou dans le rectum, qui exposent au risque de sténose post-mucosectomie.

- L'existence de troubles de l'hémostase

Le traitement endoscopique est contre-indiqué lorsque l'INR > 1,5 et/ou le taux de plaquettes < 50000/mm³.

➤ Le risque d'extension ganglionnaire

Il dépend avant tout de l'atteinte néoplasique de la sous-muqueuse. Pour une lésion donnée, ce risque est fonction de l'aspect endoscopique (classification de Paris) et de son diamètre.

➤ Les limites propres à chaque opérateur

III-2.2. Chirurgicaux

Colectomie segmentaire.

Colectomie totale et anastomose iléo-rectale (AIR) qui conserve la fonction de réservoir rectal.

Coloproctectomie et anastomose iléo-anale avec réservoir iléal en « J » (AIA).

III-3 Indications

Tout polype découvert doit faire l'objet d'une exérèse suivie d'un examen anatomo-pathologique.

Les moyens endoscopiques constituent le traitement de référence des polyposis recto-coliques.

✓ Les lésions de type pédiculé (0-Ip) sont à traiter par polypectomie endoscopique en première intention. Si le pédicule est court et si l'on risque de ne pas avoir de marge de tissu sain entre la base de la lésion et la tranche de section il est recommandé de réaliser une injection sous-muqueuse du pied du polype.

✓ Les lésions de type sessile (0-Is) seront traitées par polypectomie ou mucosectomie en fonction du diamètre de leur base d'implantation et de leur aspect macroscopique :

- pour les lésions 0-Is non suspectes endoscopiquement, de base d'implantation comprise entre 6 et 9 mm, et résécables en totalité en un fragment, la technique de polypectomie peut être utilisée ;

- pour toutes les autres lésions, la technique de mucosectomie est recommandée.
- ✓ Les lésions de classe 0-IIa (légèrement surélevée), 0-IIb (plane) et celles à extension latérale avec ou sans nodule doivent être réséquées par la technique de mucosectomie.
- ✓ Les lésions 0-IIc (déprimées) et 0-III sont à biopsier.

Si les biopsies confirment l'adénocarcinome, un geste endoscopique à visée curative ne peut se discuter que pour les lésions 0-IIc < 15 mm.

Si la lésion est rectale, une échoendoscopie est nécessaire avant la tentative de traitement qui se fera par mucosectomie ou dissection sous-muqueuse.

Dans les autres cas, une chirurgie d'emblée sera à conseiller.

L'évaluation du risque métastatique prend en compte :

- le niveau d'infiltration de la sous muqueuse (> 1mm) ;
- l'existence de facteurs de risque d'envahissement ganglionnaire :
 - différenciation tumorale
 - emboles lymphatiques ou veineux
 - budding : bourgeonnement (amas \leq 5 cellules) ou cellules cancéreuses indépendantes, maximal au niveau du front d'invasion tumorale (berges et base).

IV SURVEILLANCE

IV-1. Surveillance après polypectomie [4,40,44]

La détection suivie de l'exérèse endoscopique de certaines lésions précancéreuses (adénomes et polypes festonnés) diminue le risque de cancer colorectal et améliore la survie. Cependant il existe un risque qu'une coloscopie ne visualise pas un adénome ou que de nouveaux adénomes apparaissent après exérèse.

Des schémas de surveillance basés sur la répétition de coloscopies sont recommandés avec pour objectif de détecter des lésions à risque de récidive et réduire les lésions dites d'intervalle.

Les nouvelles recommandations françaises prennent en compte celles émanant d'autres sociétés principalement les recommandations britanniques (2011), américaines (2012) et européennes (2010), les 3 méta-analyses disponibles et les avis d'experts [40].

Actuellement ces recommandations retiennent deux niveaux de risque global, exclusivement liés aux caractéristiques du polype.

Le caractère villeux n'est pas pris en compte comme facteur de risque dans la recommandation 2013. Il apparaît en analyse multivariée de manière divergente, avec une forte hétérogénéité.

Ainsi, selon le nombre, la taille et le degré de dysplasie épithéliale, deux groupes de polypes sont identifiés pour leur risque de récidive :

❖ Les polypes de bas risque (PBR)

Trois critères doivent être présents :

- nombre < 3 ;
- taille < 10 mm ;
- dysplasie de bas grade pour un adénome ou pas de dysplasie pour une lésion festonnée.

❖ Les polypes de haut risque (PHR)

Un seul critère suffit :

- nombre ≥ 3 ;
- taille $\geq 10\text{mm}$;
- dysplasie de haut grade pour un adénome et tous types de dysplasie pour une lésion festonnée.

Le délai du premier contrôle en cas de polypectomie d'un ou de plusieurs adénome(s) est respectivement fixé à 5 ans et 3 ans en cas de PBR et de PHR. Cette règle s'applique pour les contrôles successifs jusqu'à la coloscopie 4 tant que des polyadénomes sont retrouvés.

➤ En l'absence d'adénome, au cours d'une coloscopie de contrôle :

- si un PHR a été enlevé à l'une au moins des coloscopies précédentes, une surveillance tous les 5 ans est requise à partir de celle-ci jusqu'à la coloscopie n+4 ;
- si les lésions enlevées précédemment sont toutes des PBR, la surveillance peut être allégée et raccourcie : contrôle à 10 ans puis arrêt de la surveillance avec retour au dépistage organisé populationnel ;
- ce schéma peut toutefois être renforcé en cas d'antécédents familiaux (de polyadénomes ou de CCR avant 60 ans) : coloscopie n + 1 à 5 ans et coloscopie n + 2 entre 5 et 10 ans avant retour au dépistage organisé populationnel.

➤ Polype malin

Après traitement endoscopique, les facteurs à prendre en compte sont la qualité de l'exérèse, la profondeur de l'invasion, l'envahissement veineux ou lymphatique. La surveillance se fera par coloscopie à 3 mois puis à 3 ans et tous les 5 ans pendant 10 ans puis 10 ans après.

➤ Polypes hyperplasiques

- Les polypes hyperplasiques (PH) localisés en amont du sigmoïde et les polypes hyperplasiques supra-centimétriques (quelle que soit la topographie) doivent faire l'objet d'une relecture histologique afin de ne pas méconnaître un polype festonné.
- Les polypes hyperplasiques de moins de 10 mm du recto-sigmoïde ne sont pas un facteur de risque de survenue de CCR et sont surveillés en fonction du niveau de risque du patient lié aux antécédents familiaux.

➤ Polypes festonnés

Les polypes festonnés (PF) sans dysplasie sont surveillés comme les PBR. Les festonnés avec dysplasie (quel que soit le grade) sont surveillés comme les PHR. En matière de polypes festonnés, la notion de degré de dysplasie n'existe pas.

IV-2. Surveillance des polyposes [7, 11, 61]

IV-2.1. Polyposes adénomateuses

➤ Polypose adénomateuse familiale

La surveillance coloscopique est débutée vers 10-12 ans. Le rythme de surveillance (annuel le plus souvent) et ses modalités (coloscopie totale ou rectosigmoidoscopie) sont à adapter en fonction de la présentation clinique.

Une colectomie prophylactique est proposée vers l'âge de 20 ans (entre 15 et 25 ans).

La surveillance du tube digestif haut débute au plus tard à 25 ans par des endoscopies digestives hautes qui doivent examiner la papille.

Chez les enfants et la fratrie des sujets porteurs, le test prédictif (recherche de la mutation familiale) est recommandé à l'âge où devrait être initiée la surveillance endoscopique, c'est-à-dire vers 10-12 ans.

La chimioprophylaxie par les AINS a montré un effet modeste sur la réduction du nombre de polypes rectaux chez les malades colectomisés

➤ Polypose associée à la mutation du gène MUTYH

La surveillance colo-rectale doit être assurée par coloscopie avec chromo-endoscopie. Elle a pour objectif l'exérèse de tous les polypes identifiés. Elle débute à l'âge de 20 ans. En cas de normalité, elle sera renouvelée aux âges de 20 et 30 ans puis tous les 2 ans.

Une endoscopie digestive haute avec chromo-endoscopie duodénale sera réalisée à 25 ans et renouvelée à 30 ans. Puis elle se fera tous les 2 ans.

IV-2.2. Polypes hamartomateuses

➤ Polypose juvénile

Une surveillance endoscopique colorectale et gastrique est nécessaire, en se basant sur la présence de symptômes dans l'enfance, et de façon systématique à partir de 15 ans.

Dans le cas d'une polypose profuse, la colectomie est recommandée.

La prise en charge d'une polypose profuse gastrique n'est pas clarifiée et passe par la réalisation de biopsies multiples (cartographie), avec la possibilité d'une décision chirurgicale en cas de dysplasie ou de lésions majeures.

➤ Le syndrome de Peutz-Jeghers

Le suivi colo-gastrique débute vers 18 ans puis tous les 2-3 ans en fonction des constatations avec exérèse prudente des polypes de grande taille (risque hémorragique) et biopsies systématiques gastriques antrales et fundiques.

➤ Syndrome de Cowden

Le risque de tumeur digestive ne semble pas différent de celui de la population générale. Les examens recommandés concernent essentiellement la surveillance des risques thyroïdien et mammaire :

- auto-examen des seins tous les mois et examen clinique médical annuel à partir de 15 ans, mammographie annuelle à partir de 25 ans ;
- examen médical de la thyroïde à partir de 15 ans et tous les ans.

➤ Syndrome de Crohnkite-Canada

Une surveillance endoscopique régulière annuelle est recommandée.

Le traitement chirurgical par gastrectomie sub totale et colectomie est réservé aux formes compliquées (occlusion digestive, cancer) ou résistantes au traitement médical.

IV-2.3. Polypes hyperplasique et festonnée

Leur prise en charge est empirique et basée sur une analyse endoscopique soigneuse évaluant le nombre de lésions, leur taille et leur degré de dysplasie éventuelle.

La surveillance des polypes festonnées est d'autant plus difficile que le contingent dysplasique est classiquement localisé dans la profondeur des cryptes.

Les différentes modalités reposent sur :

- la surveillance simple dans les cas de polypose hyperplasique diffuse faite de petits éléments ;
- le traitement endoscopique exclusif pour certaines polypes festonnées peu florides ;
- le recours à la colectomie.

DEUXIEME PARTIE

TRAVAIL PERSONNEL

I- PATIENTS ET METHODE

I-1. Cadre d'étude

L'étude a été conduite dans le centre d'endoscopie digestive du CHU Aristide Le Dantec de Dakar.

Les locaux du centre d'endoscopie digestive rattachés au service d'hépato-gastroentérologie comprennent :

- deux grandes salles où sont pratiqués les examens endoscopiques ;
- une salle attenante pour le nettoyage et la désinfection du matériel ;
- un bureau médical pour la rédaction des comptes-rendus ;
- une salle de réveil ;
- un secrétariat ;
- une salle où sont conservées les archives des comptes-rendus endoscopiques ;
- une salle d'attente pour les malades.

Le matériel pour la pratique de l'endoscopie digestive basse est composé de :

➤ un grand matériel :

- deux colonnes de vidéo-endoscopie ;
- des coloscopes ;
- un bistouri électrique couplé à une coagulation au plasma argon.

➤ un petit matériel :

- anses de polypectomie ;
- pinces à biopsies ;
- anuscopes et rectoscopes réutilisables.

La coloscopie s'effectue sous sédation vigile avec administration de benzodiazépines et d'antispasmodiques par voie intraveineuse. Elle nécessite une préparation colique préalable qui se fait par la prise de polyéthylène glycol (PEG) par voie orale à raison de 4 litres la veille de l'examen.

La recto-sigmoïdoscopie se fait sans sédation, précédée d'une préparation par lavements rectaux le jour de l'examen.

L'étude couvre la période allant janvier 2008 à décembre 2012 soit une durée de 5 ans.

I-2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur l'analyse des comptes-rendus d'endoscopie digestive basse.

I-3. Population d'étude

Elle était constituée par tous les patients adressés au centre pour un examen du tractus digestif bas, quelle que soit l'indication.

I-4. Critères d'inclusion

Tous les patients dont le compte-rendu de l'examen endoscopique révélait la présence d'un ou de plusieurs polypes ont été inclus.

I-5. Critères de non inclusion

Les malades dont le compte-rendu de l'examen histologique n'était pas disponible n'ont pas été inclus.

I-6. Recueil et analyse des données

La collecte des informations a été faite à partir d'une fiche d'enquête qui permettait de recueillir l'âge, le sexe, les indications de l'examen, les données endoscopiques et histologiques.

Les données ont été saisies avec le logiciel Excel.

II- RESULTATS

II-1. Epidémiologie

II-1.1. Prévalence

Pendant les 5 années de l'étude, 1374 endoscopies digestives basses ont été réalisées dans le centre. Il s'agissait de 670 coloscopies et de 704 rectosigmoïdoscopies.

L'examen trouvait un polype chez 105 patients. Ce qui correspondait à une prévalence globale des polypes au sens macroscopique du terme de 7,6 %.

Parmi ces patients, 60 ont été exclus de l'étude devant l'indisponibilité des comptes-rendus histologiques.

Les patients porteurs de polypes colo-rectaux avec confirmation histologique étaient au nombre de 45 soit une prévalence de 3,3 %.

II-1.2. Age

L'âge des patients variait entre 27 mois et 83 ans avec une moyenne de 46,6 ans.

La répartition des patients selon l'âge est représentée sur la figure 10.

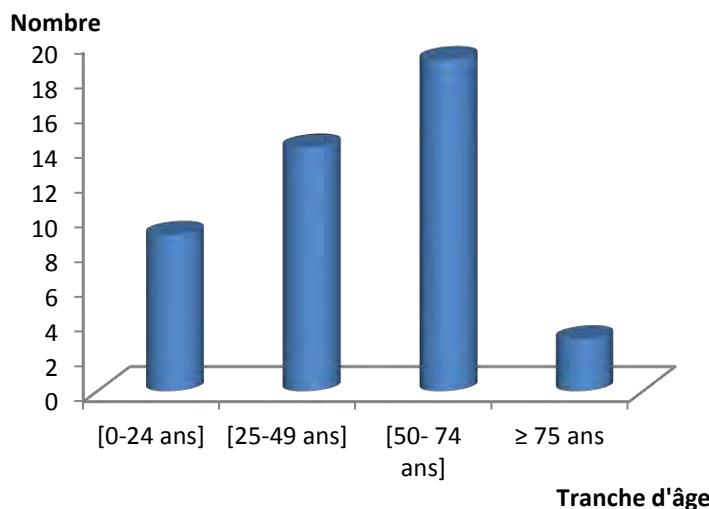


Figure 10 : Répartition des patients selon l'âge

Un pic de fréquence était observé pour la tranche d'âge allant de 50 à 74 ans. Vingt-neuf patients (64,4 %) étaient âgés 45 ans ou plus.

II-1.3. Sexe

Il s'agissait de 38 hommes et de 7 femmes soit un sex-ratio de 5,4.

Nous représentons sur la figure 11 la répartition des patients selon le sexe.

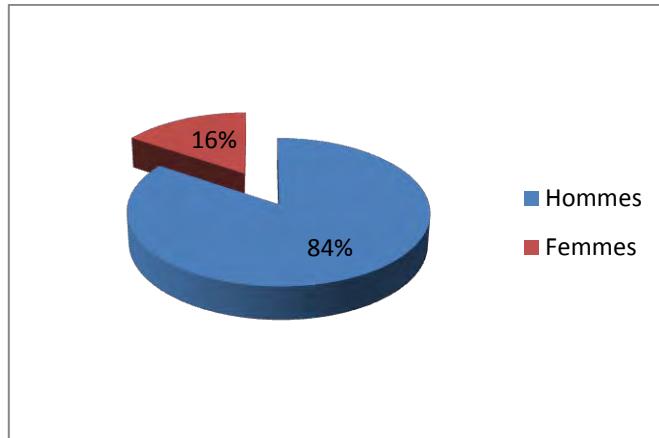


Figure 11 : Répartition des patients selon le sexe

II-1.4. Age et sexe

La répartition des patients selon l'âge et le sexe est représentée sur la figure 12.

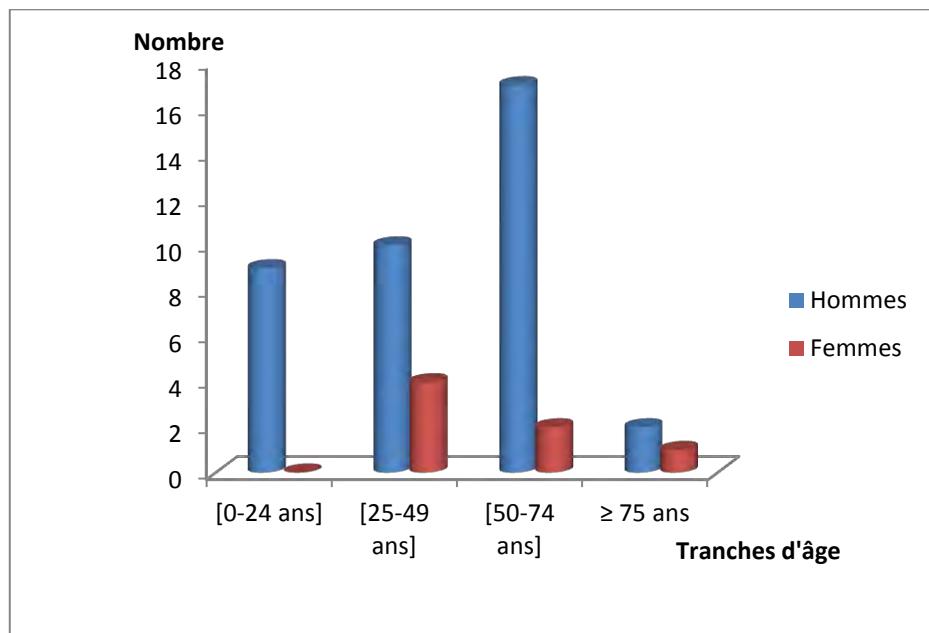


Figure 12 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

L'âge moyen selon le sexe était de 51,4 ans pour les hommes et de 47 ans pour les femmes.

II-2. Types d'examen endoscopique

La Figure 13 représente la répartition des examens endoscopiques effectués.

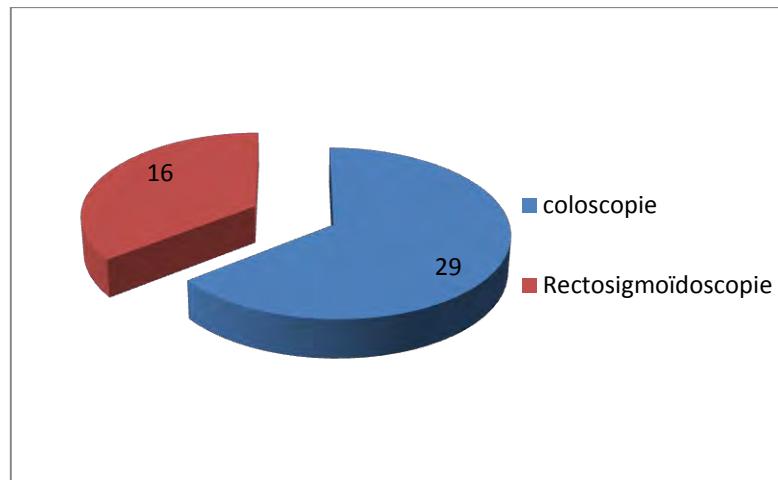


Figure 13 : Répartition des examens endoscopiques

Parmi les 29 coloscopies, 6 étaient incomplètes en raison d'une mauvaise tolérance ou d'une mauvaise préparation.

II-3. Indications de l'examen endoscopique

Les différentes indications de l'endoscopie digestive basse sont représentées sur le tableau I.

Tableau I : Fréquence des indications de l'endoscopie digestive basse

Indications de l'endoscopie digestive basse	Effectifs	Pourcentages %
Rectorragies	16	35,5
Troubles du transit intestinal	12	26,7
Douleurs abdominales	5	11,1
Anémie	5	11,1
Polypectomie	8	17,8
« Hémorroïdes »	3	6,7
AEG	3	6,7
Prolapsus anal	1	2,2
Masse abdominale	1	2,2
Dépistage CCR	1	2,2
Antécédent d'adénome colique	1	2,2
Métastases hépatiques	1	2,2
Contrôle d'un USR	1	2,2
Syndrome dysentérique	1	2,2

AEG : altération de l'état général

CCR : cancer colo-rectal

USR : ulcère solitaire du rectum

Plusieurs indications pouvaient être retrouvées chez un même patient.

Les principales indications étaient les rectorragies dans 16 cas (35,5 %) et les troubles du transit intestinal dans 12 cas (26,7 %). Ces troubles du transit étaient à type de constipation chez 6 patients, de diarrhée chez 4 patients et d'une alternance diarrhée et constipation chez les 2 autres. Huit patients (17,8 %), chez qui la présence de polypes colo-rectaux était déjà connue, étaient adressés au centre d'endoscopie digestive pour une exérèse.

II-4. Résultats de l'endoscopie digestive basse

➤ Nombre de polypes

Au cours de l'exploration endoscopique, 89 polypes [1-14] ont été découverts chez 43 de nos patients soit une moyenne de 1,98 polypes par patient.

Le nombre de polypes étaient incomptable chez les 2 autres qui présentaient une polypose.

Le tableau II représente la répartition des patients en fonction du nombre de polypes détectés.

Tableau II : Répartition des patients selon le nombre de polypes

Nombre de polypes	Nombre de patients
1	26
2	10
3	2
4	1
5	0
6	2
7	1
8	0
9	0
≥10	3

Les polypes étaient uniques chez 26 patients soit 57,8 %.

➤ Taille des polypes

Parmi les 89 polypes, 69 ont été mesurés avec précision. Leur taille moyenne était de 6,5 mm avec des extrêmes de 0,5 et 21 mm.

La figure 14 représente la répartition des polypes selon leur taille.

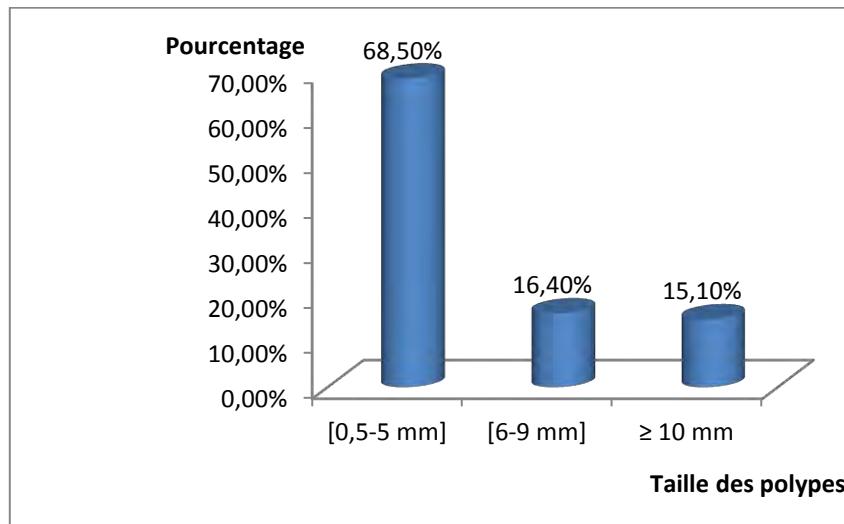


Figure 14 : Répartition des polypes selon leur taille

Les polypes avaient une taille inférieure ou égale à 5 mm dans 68,5 %.

➤ Morphologie des polypes

Le caractère pédiculé, sessile ou plan a été précisé pour 74 polypes.

Nous représentons sur la figure 15 la répartition des polypes selon leur morphologie.

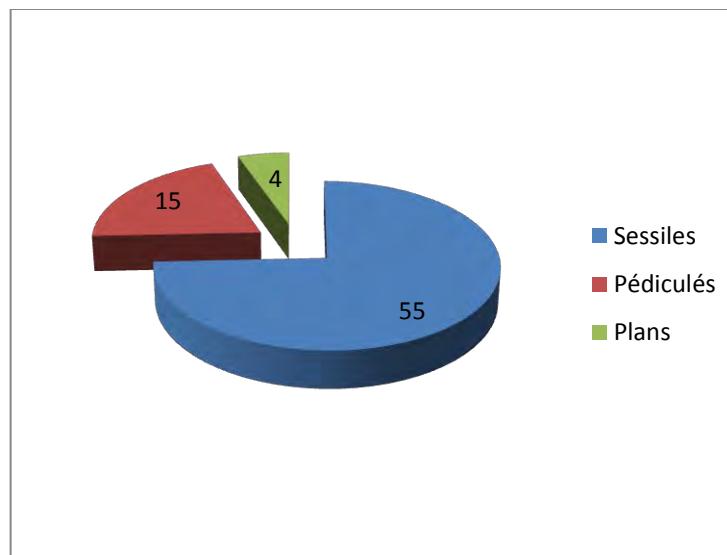


Figure 15 : Répartition des polypes selon leur morphologie

➤ Siège des polypes

Les polypes étaient localisés au niveau du colon droit dans 27,3 % des cas, du colon gauche dans 45,4 % des cas et du rectum dans 27,3 % des cas.

La répartition des polypes selon leur localisation au niveau des différents segments du colon est représentée sur les figures 16 et 17.

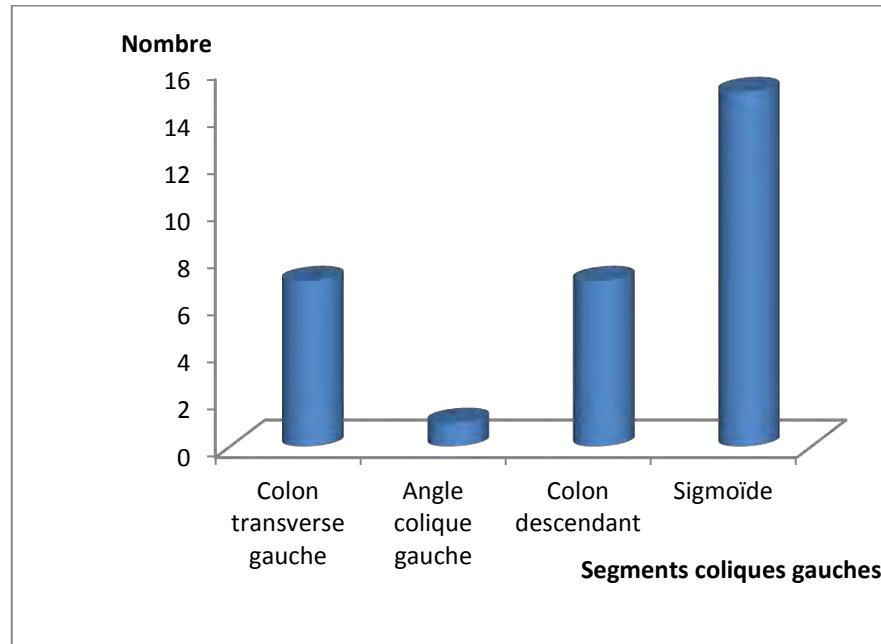


Figure 16: Répartition des polypes selon leur localisation au niveau du colon gauche

La moitié des polypes du colon gauche siégeait au niveau du sigmoïde.

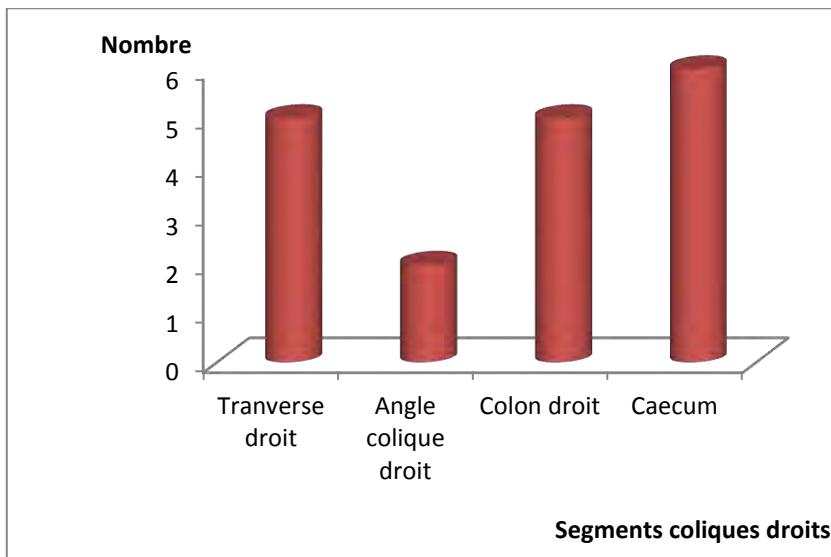


Figure 17: Répartition des polypes selon leur localisation au niveau du colon droit

➤ **Geste effectué**

Durant l'examen endoscopique, selon la taille et l'aspect du polype, une polypectomie a été réalisée à l'anse dans 20 cas et à la pince froide dans 16 cas. Chez 4 patients qui présentaient plusieurs polypes, ces deux techniques d'exérèse étaient utilisées simultanément.

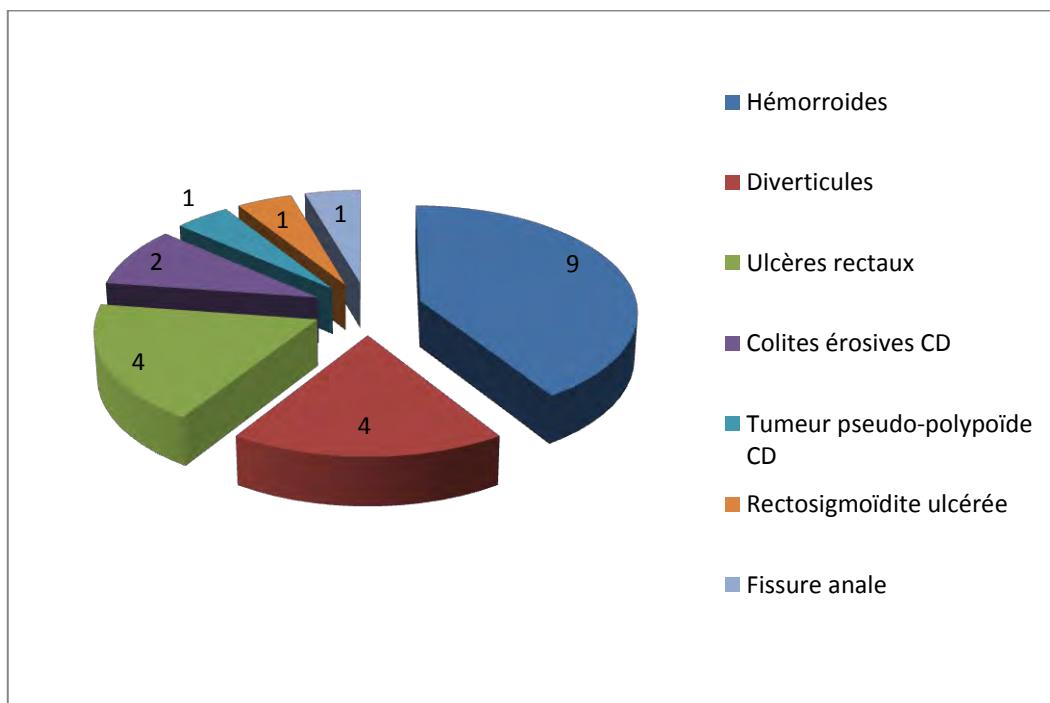
Chez 5 patients, seules des biopsies ont été pratiquées.

Aucun incident ni accident n'a été observé.

➤ Lésions associées

Vingt patients présentaient d'autres lésions en dehors des polypes. Les principales lésions rencontrées étaient des hémorroïdes dans 9 cas (45 %), des diverticules dans 4 cas (20 %) et des ulcères rectaux dans 4 cas (20 %).

Les différentes lésions associées sont répertoriées sur la figure 18.



CD : colon droit

Figure 18 : Répartition des différentes lésions associées

II-5. Données histologiques

II-5.1. Polypes

Nous rapportons sur la figure 19 la répartition des polypes selon le type histologique.

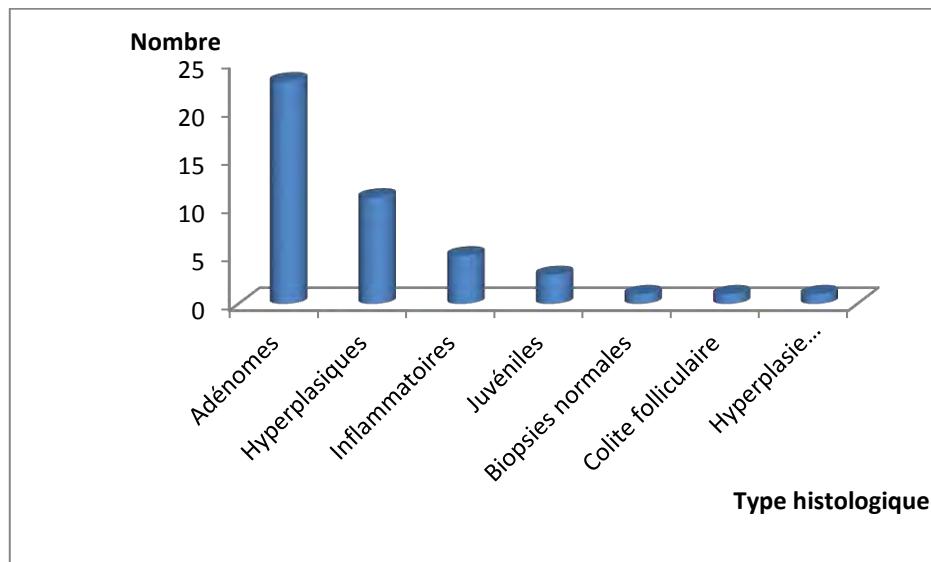


Figure 19 : Répartition des polypes selon le type histologique

II-5.1.1. Polypes adénomateux

L'examen histologique concluait à un adénome chez 23 patients (51,1 %). Il s'agissait de 19 hommes et de 4 femmes. Leur âge moyen était de 50,6 ans avec des extrêmes de 6 et 80 ans.

Les adénomes étaient uniques chez 12 patients. Une polyposé adénomateuse recto-colique était observée chez 2 patients.

La taille des adénomes variait de 2 à 20 mm. Ils mesuraient moins de 10 mm dans 15 cas.

Ils siégeaient au niveau du rectum dans 15,2 %, du colon gauche dans 60,6 % et du colon droit dans 24,2 % des cas.

Dix-sept adénomes présentaient une dysplasie et deux autres un carcinome in situ.

Nous représentons sur la figure 20 la répartition des adénomes selon le degré de dysplasie.

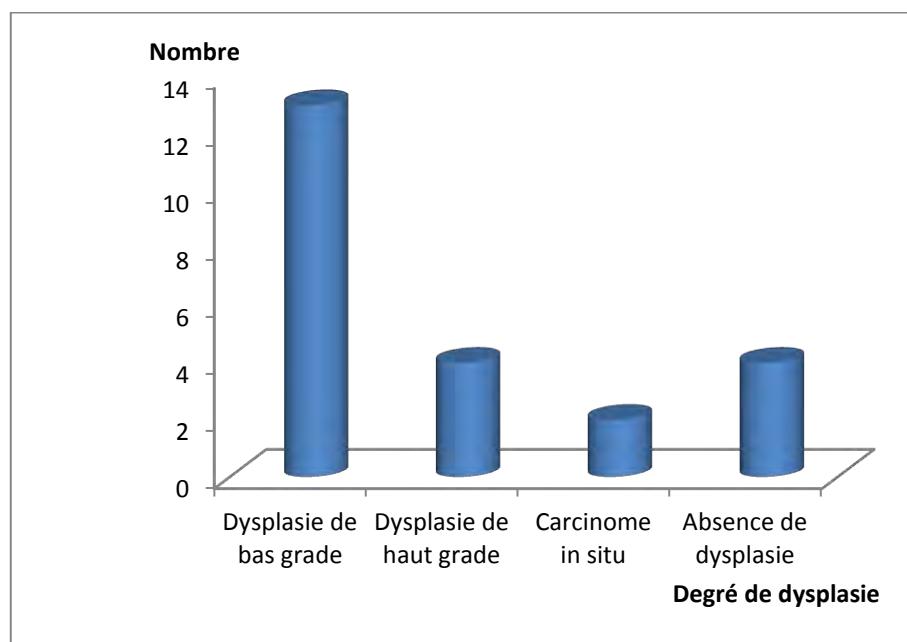


Figure 20 : Répartition des adénomes selon le degré de dysplasie

Les adénomes étaient en dysplasie de haut grade dans 4 cas. Il s'agissait de petits adénomes (<10 mm) dans 3 cas. La localisation était sigmoïdienne dans deux cas, rectale dans un cas, et caecale dans un autre.

Le sous type était précisé dans 8 cas. Il s'agissait de 5 adénomes tubuleux et d'un adénome villeux pour les cas de dysplasie de bas grade.

Un adénome en dysplasie de haut grade était de type tubulo-villeux.

On notait un adénome de type villeux mais sans dysplasie chez un patient.

Un patient présentait deux polypes adénomateux de moins de 5 mm dont l'un était en dysplasie de bas grade et l'autre en dysplasie de haut grade. Ces polypes étaient situés respectivement dans le transverse et dans le caecum.

Deux cas de carcinome in situ étaient diagnostiqués chez une femme de 47 ans avec un polype sigmoïdien de 5mm et un homme de 50 ans avec un polype du colon gauche de 20 mm.

II-5.1.2. Polypes hyperplasiques

Onze patients (24,4 %) dont deux femmes, étaient porteurs de polypes hyperplasiques.

Leur âge variait de 27 mois à 68 ans avec une moyenne de 37,8 ans. Deux patients étaient des enfants de 27 mois et 9 ans.

Un seul cas de polypose était retrouvé.

Les polypes mesuraient en moyenne 8,35 mm [0,5-20 mm]. Seuls deux polypes avaient une taille supérieure à 10 mm.

Leur localisation était rectale dans la moitié des cas. Elle était colique gauche dans 5 cas parmi lesquels trois étaient sigmoïdiens.

Un patient présentait une double localisation rectale et caecale.

II-5.1.3 Polypes juvéniles

Le diagnostic de polype juvénile était posé chez 3 patients de sexe masculin (6,7 %).

Les polypes juvéniles étaient tous de siège rectal. Dans un cas il survenait chez un patient de 37 ans. Les deux autres étaient âgés de 5 ans.

II-5.1.4. Autres types histologiques de polypes

Cinq patients présentaient un polype inflammatoire. L'examen endoscopique tout comme l'histologie ne retrouvait pas d'arguments en faveur d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou une parasitose.

La biopsie était revenue normale chez un patient.

Deux patients présentaient l'un une colite folliculaire lymphoïde et l'autre une hyperplasie papillomateuse.

II-5.2. Lésions associées

Au cours de l'exploration endoscopique, en dehors des polypes, d'autres lésions ont été découvertes et biopsierées chez 4 patients. Il s'agissait d'ulcères rectaux dans 3 cas et d'une tumeur pseudo-polypoïde du colon droit dans un cas.

L'histologie était en faveur d'un adénocarcinome peu différencié du colon droit chez un patient.

Parmi les patients présentant des ulcères rectaux, l'examen anatomo-pathologique concluait à un bourgeon charnu rectal dans un cas, à une lésion suspecte dans un autre cas et à une recto-colite hémorragique (RCH) chez le troisième patient.

Des polypes hyperplasiques étaient retrouvés chez le patient porteur d'un adénocarcinome du colon droit, de même que chez celui qui était porteur du bourgeon charnu rectal et chez celui qui avait une lésion suspecte rectale.

Le patient avec la RCH présentait une lésion à type d'adénome.

TROISIÈME PARTIE

DISCUSSION

I- EPIDEMIOLOGIE

I-1. Prévalence

Durant la période de l'étude, la prévalence globale des polypes colo-rectaux dans le centre d'endoscopie digestive du CHU Aristide Le Dantec de Dakar était de 7,6 %. Les polypes avec confirmation histologique représentaient 3,3 %.

Une précédente étude menée dans le même centre et portant uniquement sur les coloscopies effectuées entre janvier 2006 et décembre 2008 trouvait une prévalence globale de 7,18 % [47].

Au Sénégal, à l'hôpital Principal de Dakar, Péghini et al en 1987 trouvaient 57 polypes au cours de 1500 endoscopies digestives basses soit une prévalence de 3,8 % [54]. Dans le même hôpital, une étude plus récente en 2009 rapportait une prévalence de 18,5 % [31].

En Afrique de l'Ouest, la prévalence des polypes dans des séries endoscopiques au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire était respectivement de 1,6 et 11,4 % [14,53].

Bossali au Congo et Ankouane au Cameroun rapportaient des prévalences de 3,5 et 12,1 % [3,13].

Plus au sud, au centre hospitalier de Soavinandriana à Antananarivo, 96 patients porteurs de polypes ont été diagnostiqués au cours de 2000 endoscopies digestives basses soit une prévalence de 4,8 % [55].

Au Maroc, dans l'étude de Rouibaa et al sur l'apport de la coloscopie dans le diagnostic et le traitement des polypes coliques chez l'adulte, la prévalence était de 8,22 % [56].

En France, une enquête prospective nationale sur la pratique de l'endoscopie digestive basse en 2000 permettait d'estimer le nombre de polypes à 492892. Ces polypes étaient découverts chez 287218 patients soit 28,5 % des cas [22].

Entre 2003 et 2007, le Registre Vaudois des Tumeurs en Suisse recensait 6926 cas de polypes colo-rectaux avec une incidence annuelle estimée à 221/100000 [17].

Aux Etats-Unis, Hillyer, dans son étude sur le dépistage des adénomes chez les patients de 50 à 74 ans asymptomatiques rapportait 203 cas parmi les 815 coloscopies soit 24,9 % des cas [41].

Ainsi il existe une grande disparité entre les valeurs des prévalences observées selon les différentes études ; disparité entre les pays du Nord et ceux du Sud puis entre les pays africains eux-mêmes.

Cette différence entre les pays occidentaux et ceux du sud pourrait s'expliquer par le fait que l'épidémiologie des polypes est calquée sur celle du cancer colo-rectal. Ce cancer affecte de manière très inégale les différentes parties du monde. En effet s'il constitue un problème de santé publique majeur dans certaines régions telles que l'Europe et l'Amérique du Nord ; il est beaucoup plus rare dans certains pays d'Afrique ou d'Asie [25].

De ce fait, il existe, dans les pays du Nord, des politiques de prévention basée sur le dépistage par la coloscopie.

Aussi, l'examen anatomo-pathologique des polypes après exérèse est souvent indisponible du fait de l'absence ou de la rareté des laboratoires d'anatomie pathologique. Parfois, le coût de ces examens est souvent prohibitif pour des malades sans couverture sociale.

Les variations de fréquence constatées pourraient être liées à des facteurs génétiques, raciaux, environnementaux mais également à des facteurs alimentaires.

Ainsi, les régimes alimentaires occidentaux semblent plus riches en graisses animales et pauvres en fibres alimentaires; contrairement à la plupart de ceux des zones de basse fréquence de polypes colo-rectaux.

I-2. Age

Nos patients étaient âgés de 27 mois à 83 ans avec une moyenne de 46,6 ans. Un pic de fréquence était noté dans la tranche d'âge allant de 50 à 74 ans.

L'âge moyen des patients porteurs de polypes recto-coliques est variable selon les études. Ainsi, il était de 54 ans dans l'étude de Diallo à l'hôpital Principal de Dakar ; de 34,37 ans au Burkina Faso et de 50 ans au Maroc [31,51,56].

En France, selon la nature adénomateuse ou non du polype, la moyenne d'âge était respectivement de 62 et 58 ans [66].

Même s'il existe des variations selon les études, il est admis que la fréquence des polypes augmente avec l'âge notamment à partir de 45 ans [13,16,38,43,55].

Chez l'enfant, les polypes ne sont pas exceptionnels. Notre série comptait 5 enfants dont l'âge variait de 27 mois à 9 ans. Leur âge moyen était de 5,65 ans.

En Tunisie Boukthir, sur une période de 14 ans, avait colligé 34 cas de polypes recto-coliques chez des enfants dont la moyenne d'âge était de 5 ans 5 mois avec des extrêmes de 11 mois et 12 ans [15].

Entre 1984 et 1994, Aitouamar et al au Maroc rapportaient 236 cas de polypes recto-coliques chez des enfants dont l'âge variait de 1 mois à 14 ans avec un pic entre 3 et 7 ans [2].

I-3. Sexe

Le sex-ratio était de 5,4. Cette nette prédominance masculine est conforme aux données de la littérature [13, 31, 56].

Tout comme chez l'adulte, les polypes de l'enfant sont le plus souvent retrouvés dans le sexe masculin [2,15].

Dans notre série il y avait 5 enfants, tous de sexe masculin.

Il est démontré qu'il existe un risque supérieur pour les hommes de développer des polypes recto-coliques. Le rapport hommes/femmes est plus élevé pour les polypes que les cancers. Les femmes développeraient plus de cancers que de polypes [17].

Ainsi il existerait une différence physiologique liée au sexe dans le développement des polypes et des cancers.

Les femmes développeraient moins fréquemment des cancers à partir de polypes.

Cependant le risque de transformation de ces polypes serait plus important que chez les hommes. De même le délai de transformation serait plus court. En effet, la réponse aux œstrogènes et au tabac qui est différente selon le sexe interféreraient avec la carcinogénèse colo-rectale. [17,48,59].

Ces données, souvent anciennes, devraient être pondérées avec les données récentes des adénomes plans.

I-4. Age et sexe

Dans notre série, les polypes survenaient presque 5 ans plus tôt chez les femmes (47,03 vs 51,43 ans). Cependant chez les femmes, on ne trouvait pas de polype avant l'âge de 35 ans.

Au Congo, on ne notait pas de polype chez les femmes avant l'âge de 40 ans [13].

En Suisse, il existait également un décalage de 5 ans entre les hommes et les femmes pour le pic d'incidence des polypes [17]

II- DONNEES ENDOSCOPIQUES

II-1. Types d'examen

Une coloscopie a été réalisée chez la majorité des patients (64,4%). En effet, la coloscopie constitue l'examen de référence pour la détection des polypes [26].

Lorsque l'exploration du cadre colique n'a pas été complète, la découverte d'un polype impose la réalisation d'une coloscopie totale à la recherche de polypes synchrones sur les autres segments coliques.

Parmi les coloscopies, six étaient incomplètes. Ceci est dû en partie aux conditions de réalisation de l'examen qui se faisait sous simple sédation avec parfois une mauvaise tolérance.

La qualité de la préparation influe également sur les rendements de la coloscopie. Une mauvaise préparation ne permet pas de pratiquer un examen optimal et peut favoriser la sous évaluation du nombre de polypes.

II-2. Indications de l'examen endoscopique

Les indications qui motivaient la réalisation de l'endoscopie digestive basse étaient variées. Elles étaient dominées par les rectorragies (35,5 %) et les troubles du transit intestinal (26,7 %).

Ces données sont comparables à celles de la littérature. En effet les rectorragies représentaient 23,7 % des indications dans la série de Diallo et al [31]. Elles étaient de 28,79 % au Burkina, de 28 % au Maroc et de 21,6 % en France [22,51,56].

En Côte d'Ivoire, les polypes, trouvés dans 10,4 % des examens, constituaient l'un des principaux diagnostics des coloscopies effectuées pour des rectorragies [52].

II-3. Résultats de l'examen endoscopique

II-3.1. Nombre de polypes

Quatre-vingt-neuf polypes ont été détectés chez 43 patients. Ils étaient uniques chez un peu plus de la moitié des patients.

Les polypes surviennent le plus souvent dans un contexte sporadique comme le montre la majorité des études [22,31,51,66].

II-3.2. Taille des polypes

La taille moyenne des polypes était de 6,5 mm [0,5-21 mm]. Dans 84,9 % des cas, ils mesuraient moins de 10 mm.

Ceci confirme, comme il est décrit dans la littérature, la plus grande fréquence des polypes de petite taille [31,56,66].

II-3.3. Morphologie des polypes

Les polypes étaient sessiles dans 74,3 %.

Dans l'étude de Ibn Ghazala au Maroc, ils étaient également sessiles dans la majorité des cas (79 %) [43].

Par contre, pour d'autres auteurs tels que Bossali au Congo et Boukhtir en Tunisie, les polypes pédiculés étaient prédominants [13,15].

Ainsi l'aspect des polypes est variable selon les études. Cependant dans toutes les études les polypes plans restent rares. Ceci est dû en partie à la difficulté de leur détection nécessitant parfois le recours à la chromo-endoscopie électronique ou avec utilisation de colorants tels que l'indigo carmin [45].

II-3.4. Siège des polypes

Chez nos patients, la localisation préférentielle des polypes était sigmoïdienne avec 33,1 % des cas et rectale avec 27,3 % des cas.

Ces données sont semblables à celles de la littérature [13,31,43,56,66].

En effet, dans l'ordre décroissant, les sites les plus à risque de polypes colo-rectaux sont le rectum 67/100000, le sigmoïde 47/100000, le colon ascendant 44/100000, le colon transverse 17/100000 et le colon descendant 8/100000 [17].

II-3.5. Geste effectué

La majorité des patients (88,9 %) ont eu une résection endoscopique. Selon la taille et la morphologie du polype, cette résection se faisait soit à la pince froide soit à l'anse diathermique.

Aucun incident ni accident n'a été noté.

La polypectomie par voie endoscopique constitue le traitement de choix des polypes recto-coliques avec une faible morbidité et une mortalité quasi-nulle [9].

Cinq patients, devant l'absence de crase sanguine, n'ont eu que des biopsies. En effet l'hémorragie constitue l'une des principales complications des résections endoscopiques, en particulier lorsque l'INR est supérieur à 1,5 et/ou le taux de plaquettes inférieur à 50000/mm³ [50].

II-3.6. Lésions associées

Diverses lésions étaient associées aux polypes chez 20 patients. Il s'agissait principalement d'hémorroïdes dans 9 cas (45 %) et de diverticules dans 4 cas (20 %).

Une étude menée dans notre centre d'endoscopie digestive et portant sur 34 patients présentant une diverticulose colique objectivait dans 2 cas (5,9 %) une association à des polypes [46].

La maladie diverticulaire, les néoplasies coliques de même que les polypes colo-rectaux partagent les mêmes caractéristiques épidémiologiques et les mêmes facteurs de risques.

L'alimentation joue un rôle important dans le développement de ces pathologies. Le régime alimentaire de type occidental, riche en sucres solubles et en protéines animales et pauvres en fibres, est associé à une augmentation de leurs prévalences.

L'âge est le principal déterminant indépendant de la prévalence des polypes. Aussi l'âge croissant est associé à une augmentation considérable de la prévalence des diverticules coliques du fait d'une diminution de la force contractile des fibres musculaires de la paroi colique [16].

Ainsi, l'étude de Mnif et al en Tunisie mettait en évidence un risque plus important de développer des polypes adénomateux pour les patients porteurs de diverticules [49].

III- DONNEES HISTOLOGIQUES

III-1. Polypes adénomateux

Ils étaient présents chez 51,1 % des patients avec un âge moyen de 50,6 ans.

La majorité des études tend à montrer la plus grande fréquence des adénomes par rapport aux autres types histologiques [22,31,55,56,66].

Il existe une certaine différence entre les pays du Nord et ceux du Sud concernant l'âge au diagnostic.

Ainsi, l'âge moyen était de 56 ans au Burkina et de 62 ans en France [51, 66].

En Suisse, le taux le plus élevé de détection de polypes entre 2003-2007 se situait entre 60 et 70 ans [17].

Dans la série de Peghini en Madagascar, même si la fréquence augmentait avec l'âge comme il est décrit dans la littérature, la majorité des patients avaient entre 40 et 60 ans [55].

Cette différence entre les pays occidentaux et les pays africains s'observe également pour le cancer colo-rectal qui survient à un âge plus jeune dans nos contrées. La filiation adénome-cancer étant bien établie, ceci pourrait suggérer l'influence d'autres facteurs dans la cancérogénèse colo-rectale en Afrique.

Le risque de transformation d'un adénome est corrélé à sa taille (>10 mm), à la présence d'une composante villeuse et au degré de dysplasie.

Quatre cas d'adénomes en dysplasie de haut grade étaient observés parmi lesquels trois mesuraient moins de 6 mm. La composante n'a été précisée que dans un cas et elle était tubulo-villeuse.

Pour Bauret, ces petits polypes c'est-à-dire de taille inférieure ou égale à 10 mm et de nature adénomateuse, représentent la très grande majorité des lésions découvertes au cours des coloscopies de dépistage. Ces lésions, particulièrement celles comprises entre 5 et 9 mm, ont un potentiel évolutif certain [6].

De même, dans leur étude, Elie et al démontrent que les adénomes coliques ou rectaux de petite taille ne sont pas des polypes négligeables. En effet, un quart des patients ayant un adénome colique ou rectal de moins de 6 mm de diamètre

avaient au moins un des critères définis par l'ASC (American Society of Cancer) justifiant un contrôle endoscopique anticipé avant 3 ans [33].

Ces critères étaient un diamètre supérieur à 1 cm, la multiplicité (3 adénomes ou plus) et la présence d'une dysplasie de haut grade ou d'un contingent villeux.

Dans notre série, les polypes adénomateux en dysplasie de haut grade survenaient chez des sujets relativement jeunes dont la moyenne d'âge était de 44,7 ans [31-52ans]. Cela est conforme à l'âge jeune de survenue du cancer colo-rectal dans les pays africains comparativement à l'occident.

III-2. Polypes hyperplasiques

Onze patients dont la moyenne d'âge était de 37,6 ans présentaient des polypes hyperplasiques.

Ces polypes étaient caractérisés par leur petite taille et leur localisation principalement recto-sigmoïdienne.

En effet, le polype hyperplasique est une lésion sans potentiel évolutif malin qui touche l'adulte jeune et siège fréquemment au niveau du rectum et du sigmoïde [21, 51,55].

L'existence de polypes festonnés dont l'aspect macroscopique est de type hyperplasique et le risque de transformation maligne possible devraient motiver un examen minutieux de ces polypes par l'anatomo-pathologiste en particulier lorsque ces polypes hyperplasiques sont volumineux, pédiculés ou siègent au niveau du colon droit.

III-3. Polypes juvéniles

Ils représentaient 6,7 % des cas. En prenant en compte uniquement les enfants, sa fréquence passait à 40%. Dans les 3 cas la localisation était rectale.

Ces données sont conformes à celles de la littérature [15,51,55]

Un patient âgé de 37 ans présentait un polype unique de type juvénile révélé par des rectorragies.

Les polypes juvéniles sporadiques de l'adulte sont rares. Les polypes juvéniles solitaires ou sporadiques sont le plus souvent détectés avant l'âge de 20 ans. Ils peuvent cependant être mis en évidence chez l'adulte et chez les personnes âgées. Il n'y a pas de sur risque de décès par cancer colique [10].

III-4. Autres types histologiques de polypes

Des polypes inflammatoires étaient présents chez 5 patients sans arguments endoscopiques ni histologiques pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou pour une parasitose.

Dans l'étude de Péghini, ces polypes inflammatoires représentaient 10,4 % des cas. L'origine était bilharzienne dans 3 cas. Elle était due à un granulome sur un fil de suture au niveau d'une zone anastomotique dans un cas. Chez 6 patients il s'agissait de polypes inflammatoires non spécifiques, sans étiologie retrouvée [55].

Dans notre série, le caractère rétrospectif basé sur des comptes-rendus n'a pas permis une recherche étiologique.

L'examen histologique des pièces de polypectomie est revenu normal chez un patient. Il pourrait s'agir d'excroissances de muqueuse colique normale donnant des polypes muqueux [16].

CONCLUSION

Les polypes recto-coliques regroupent plusieurs entités anatomo-cliniques différentes présentant une histoire naturelle et des risques évolutifs spécifiques.

Le cancer colo-rectal atteint chaque année plus d'un million de personnes dans le monde avec environ 500000 décès. Il affecte de manière très inégale les différentes parties du monde. Il constitue un problème de santé publique en Europe et en Amérique du Nord alors qu'il est plus rare dans les pays d'Afrique.

Sa prévention repose sur le dépistage et l'exérèse des polypes en particulier des adénomes qui constituent des lésions pré cancéreuses.

L'objectif de notre travail était de déterminer la prévalence des polypes colo-rectaux mais aussi de décrire leurs aspects endoscopiques et histologiques dans le centre d'endoscopie digestive de l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar.

De ce fait nous avons mené une étude rétrospective descriptive allant de janvier 2008 à décembre 2012 soit une durée de 5 ans.

Durant cette période, 1374 endoscopies digestives basses ont été réalisées dans le service. Elles ont permis de détecter 105 cas de polypes soit une prévalence globale de 7,6 %. Les comptes rendus de l'examen histologique étaient disponibles dans 45 cas soit une prévalence de 3,3 % selon notre démarche méthodologique.

L'âge moyen des patients était de 46,6 ans avec des extrêmes de 27 mois et 83 ans. Il existait une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de 5,4.

Les principales indications de l'examen endoscopique étaient représentées par les rectorragies dans 16 cas (35,5 %), les troubles du transit intestinal dans 12 cas (26,7 %) et la polypectomie pour un polype connu dans 8 cas (17,8 %).

Durant la période d'étude, 89 polypes ont été détectés chez 43 patients soit une moyenne de 1,9 polypes par patient. Dans les 2 autres cas, il s'agissait d'une polypose avec d'innombrables polypes.

Les polypes étaient sessiles dans 55 cas, pédiculés dans 15 cas et plans dans 4 cas.

La localisation était colique droite dans 27,3 %, colique gauche dans 45,4 % et rectale dans 27,3 %.

Quarante patients ont bénéficié d'une résection endoscopique à la pince et/ou à l'anse diathermique.

L'histologie concluait à un adénome chez 23 patients. Les polypes adénomateux étaient en dysplasie de haut grade dans 4 cas. Dans 2 cas, il s'agissait d'un carcinome in situ.

Onze patients présentaient des polypes hyperplasiques.

Un polype juvénile sporadique était présent chez 3 patients dont le plus âgé avait 37 ans.

Notre étude confirme la relative rareté des polypes rectocoliques en milieu hospitalier africain. Cette faible prévalence ne permet pas de recommander à l'heure actuelle, à l'instar des pays du nord, la mise en place de protocoles de dépistage dans la population générale.

Cependant le type histologique prédominant est représenté par les adénomes qui constituent des lésions précancéreuses. Dans nos régions, le diagnostic de cancer est souvent fait à un stade tardif. De ce fait il est important de :

- promouvoir la pratique facile de la coloscopie en particulier devant certains symptômes tels que les rectorragies et les troubles chroniques du transit intestinal surtout s'il s'agit de sujets âgés de plus de 50 ans ;
- pratiquer, autant que possible, une coloscopie complète chez tout malade présentant un polype distal ;
- doter les centres d'endoscopie digestive d'un plateau technique performant pour une meilleure détection et prise en charge des polypes ;

- assurer une bonne formation des endoscopistes à une exploration optimale du colon ;
- disposer, grâce à une meilleure collaboration avec les laboratoires d'anatomo-pathologie, d'un examen histologique de tous les polypes réséqués pour ne pas méconnaître une lésion précancéreuse.

REFERENCES

1. **ADLER A, POHL H, PAPANIKOLAOU IS, ET AL.**
A prospective randomized study on narrowband imaging versus conventional colonoscopy for adenoma detection: does NBI induce a learning effect?
Gut.2008 ; 57 : 59- 64.
2. **AITOUAMAR H, CHKIRATE B, JABOURIK F, ROUICHI A, BENTAHILA A, BELHADJ MA**
Les polypes et les polypes recto-coliques chez l'enfant (A propos de 236 cas) ?
Archiv Ped.1999 ;6 Suppl 2 :S552.
3. **ANKOUANE A, ANDOULO F, KOWO M ET AL.**
Indications, résultats et rendements de la coloscopie dans un environnement économique défavorable : le cas du Cameroun ?
Health Sci Dis.2013 ;14 (4) :1-6.
4. **ATKIN WS, ET AL.**
European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis.
First Edition-Colonoscopic surveillance following adenoma removal.
Endoscopy.2012;44 Suppl 3:SE151-63.
5. **BARRET , BOUSTIERE C, CANARD JM ET AL**
Factors associated with adenoma detection rate and diagnosis of polyps and colorectal cancer during colonoscopy in France: results of a prospective,nationwide survey
Plos One.2013 ;8(7) :1-7.
6. **BAURET P**
Les petits polypes coliques sont ils dangereux ?
Gastroenterol Clin Biol.2009 ;33 :253-257.
7. **BENAMOUZIG R, CHAUSSADE S, OLSCWANG S**
Les polyposes coliques. Attitude pratique ?
Gastroenterol Clin Biol.2005 ;29 :1035-1039.
8. **BISWAS S, ELLIS AJ, GUY R, SAVAGE H, MADRONAL K, EAST JE.**
High prevalence of hyperplastic polyposis syndrome (serrated polyposis) in the NHS bowel cancer screening programme.
Gut.2013;62:475.
9. **BIZID S, BEN SLIMENE B, ENNAIFER W, BOUGHOULA K, BEN ABDALLAH H, BOUALI R, ABDELLI N**
Les facteurs prédictifs de succès des polypectomies coliques endoscopiques ?
Journées Francophones d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive (JFHOD).2015 ; Paris, France : P346.

- 10. BONNEFOY S, BECHADE D, BERTOCCHI C, BLONDON H, DESRAME J, ALGAYRES JP**
Polypes coliques juvéniles sporadiques de l'adulte ?
Gastroenterol Clin Biol.2009 ;33 :88-91.
- 11. BONNET D**
La polypose adénomateuse familiale et oncogénétique ?
Archiv Ped.2014 ;21 :92-93.
- 12. BOPARAI KS, MATHUS-VLIEGEN EM, KOORNSTRA JJ ET AL.**
Increased colorectal cancer risk during follow-up in patients with hyperplastic polyposis syndrome : a multicentre cohort study.
Gut.2010;59:1094-100.
- 13. BOSSALI F, KOUMOU-OKANDZÉ L, GASSAYE D, KATENDÉ-KAMBA S, KANGA N, IBATA D**
Prévalence hospitalière des polypes colorectaux à Pointe-Noire ?
J Afr Hepatol Gastroenterol.2012 ;6 :303-305.
- 14. BOUGOUMA A, DRABO YJ, SERME AK, ZOUNGRANA SL, SOMBIE AR, ILBOUDO PD, BONKOUNGOU P**
Analyse des résultats de 1221 coloscopies en milieu hospitalier au Burkina-Faso, 1994-1997.
Bull Soc Pathol Exoc.2002 ; 95(1) :50-52.
- 15. BOUKTHIR S, MAZIGH MS, OUBICH F, BOUSSIF A, DEBBABI A, BARSAOUI S.**
Les polypes recto-coliques chez l'enfant : Etude de 34 cas.
Tunis Med.2006 ;84(8) :496-499.
- 16. BOUTRON-RUAULT MC, RAMBAUD JC, LAURENT-PUIG P**
Polypes et polyposes recto-coliques.
Traité de Gastro-entérologie. 2eme ed.Paris ; Flammarion 2005.p530-537.
- 17. BRUCHEZ F**
Incidence des cancers et polypes colo-rectaux dans le canton de Vaud 1983-2007.
Travail de Master : Université de Lausanne ;2010.
- 18. BUECHER B**
La polypose associée aux mutations bi-alléliques du gène MUTYH.
Hepato-Gastro.2011 ;18(3) :241-247.
- 19. BUECHER B, BEZIEAU S, DUFILHOL C, CAUCHIN E, HEYMANN MF, MOSNIER JF.**
Les polypes festonnés colo-rectaux : une entité revisitée.
Gastroenterol Clin Biol.2007 ;31 :39-54.

- 20. BULOIS P**
Pourquoi et comment caractériser les polypes colorectaux.
Post U FMC-HGE Journées Francophones d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive (JFHOD) ;2015 ; Paris, France :171-172.
- 21. BULOIS P**
Polypes festonnés : le chaînon manquant.
Post U FMC-HGE Journées Francophones d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive (JFHOD) ; 2014 ; Paris, France :1-5.
- 22. CANARD JM, DEBETTE-GRATIEN M, DUMAS R ET AL**
A prospective national study on colonoscopy and sigmoidoscopy in 2000 in France.
Gastroenterol Clin Biol.2005 ;29 :17-22.
- 23. CARLSON GJ, NIVATVONGS S, SNOVER DC**
Colorectal polyps in Cowden's disease (multiple hamartoma syndrome).
Am J Surg Pathol.1984;8:763-70.
- 24. CARVAJAL-CARMONA LG, HOWARTH KM, LOCKETT M ET AL.**
Molecular classification and genetic pathways in hyperplastic polyposis syndrome.
J Pathol. 2007;212:378-85.
- 25. CENTER MM, JEMAL A, SMITH RA ET AL**
Worldwide variations in colorectal cancer.
Cancer J Clin.2009 ;59(6) :366-378.
- 26. CHAPUT U, OUDJIT A, PRAT F, CHAUSSADE S**
Alternatives à la coloscopie et leurs limites.
Presse Med.2010 ;39 :437-445.
- 27. CORIAT R, CHAUSSADE S**
Les adénomes festonnés : une nouvelle voie de carcinogénèse que l'endoscopiste doit connaître.
Hepato-Gastro.2013 ;20(1) :3-5
- 28. CRUZ-CORREA M, GIARDIELLO FM**
Familial adenomatous polyposis.
Gastrointest Endosc. 2003;58:885-94.
- 29. De la Chapelle A.**
Genetic predisposition to colorectal cancer.
Nat Rev Cancer 2004;4(10):769-80.

- 30. DESAI DC, NEALE KF, TALBOT IC, HODGSON SV, PHILLIPS RK**
 Juvenile polyposis.
Br J Surg. 1995 ;82 :14-17.
- 31. DIALLO I, FALL F, NDIAYE B, ET AL**
 Les polypes colorectaux à l'hôpital principal de Dakar : Analyse rétrospective de 1659 coloscopies.
13e Journées de Gastroentérologie d'Afrique Francophone (JGAF) ; 2010 ; Tunis, Tunisie poster 45:85.
- 32. DUNLOP MG.**
 Guidance on gastrointestinal surveillance for hereditary non-polyposis colorectal cancer, familial adenomatous polyposis, juvenile polyposis, and Peutz-Jeghers syndrome.
Gut. 2002;51 (5): 21-7.
- 33. ELIE C, LECLEIRE S, ANTONIETTI M, IWANICKI-CARON I, LEMOINE F, LE PESSOT F, DI FIORE F, MICHEL P, DUCROTTE P**
 Adénomes coliques ou rectaux de diamètre inférieur à 6 mm : des polypes « négligeables » ?
Gastroenterol Clin Biol. 2009 ;33 : A269.
- 34. FLÉJOU JF**
 Polypes et dysplasie festonnés : des lésions encore mal connues.
Ann Pathol. 2012 ;32S : S63-66.
- 35. GARIOUD A**
 Aspect endoscopique des polypes coliques
Grande Matinée de Formation Médicale Continue. Hôpital Cochin, Paris ;2011.
- 36. GOTO A.**
 Cronkhite-Canada syndrome: epidemiological study of 110 cases reported in Japan.
Nippon Geka Hokan. 1995;64:3-14.
- 37. HASSAN C QUINTERO E, DUMONCEAU JM ET AL.**
 Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guidelines.
Endoscopy. 2013; 45: 842–851.
- 38. HERESBACH D**
 Epidemiologie, diagnostic et traitement des polypes colorectaux
Encycl Med Chir. (Elsevier Masson SAS Paris). Gastroentérologie ;9-608-B-10,2009.
- 39. HERESBACH D, HERESBACH-LEBERRE N, CORBINAIS S, DIEBOLD MD**
 Polypes du colon : Nouvelles entités lésionnelles, dépistage et surveillance endoscopique.
Gastroenterol Clin Biol. 2003 ;27:61-72.

- 40. HERESBACH D, MARTEAU P**
La surveillance endoscopique après polypectomie colique en 2014.
Post U FMC-HGE Journées Francophones d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive (JFHOD) ; 2014 ; Paris, France :1-6.
- 41 HILLYER GC, LEBWOHL B, ROSENBERG RM ET AL.**
Assessing bowel preparation quality using the mean number of adenomas per colonoscopy.
Their Adv Gastroenterol.2014 ;7(6) :238-246.
- 42. HIZAWA K, IIDA M, MATSUMOTO T, KOHROGI N, YAO T, FUJISHIMA M.**
Neoplastic transformation arising in Peutz-Jeghers polyposis.
Dis Colon Rectum.1993;36:953-957.
- 43. Ibn Ghazala FA, Brari K, El Khalifa A, Bellabah A, Tahiri M, Haddad F, Hliwa W, Badre .**
Prévalence des polypes coliques lors de la coloscopie diagnostique au sein d'un service hospitalier marocain.
Journées Francophones d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive (JFHOD).2015 ; Paris, France : P359.
- 44. LIEBERMAN DA, ET AL.**
Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer.
Gastroenterology.2012;143:844-57.
- 45. MAIRE F**
La chromo-endoscopie à l'indigo carmin améliore la détection des polypes adénomateux lors de la coloscopie y compris chez des sujets à risque moyen.
Hépato Gastro. 2011 ;18 :215-219.
- 46. MBENGUE M, DIA D, DIOUF ML, BASSÈNE ML, FALL S, DIALLO S, POUYE A, MOREIRA-DIOP T**
La diverticulose colique à Dakar : aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques chez 34 patients.
J Afric Hepatol. Gastroenterol.2009 ;3 :112-114.
- 47. MBENGUE M, DIA D, DIOUF ML, BASSÈNE ML, HALIM A**
Pratique de la coloscopie en Afrique : analyse de 376 examens à Dakar, Sénégal.
Med Afr Noire 2010 ;57(11) :508-512.

- 48. MCCASHLAND TM, BRAND R, LYDEN E ET AL**
 Gender differences in colorectal polyps and tumors.
Am J Gastroenterol.2001 ;96(3) :882-886.
- 49. MNIF L, MEZGHANNI A, AMOURI A, MEDHIOUB M, TAHRI N**
 Diverticulose et polypose adénomateuse recto-colique : existe-t-il un lien ?
Rev Med Int.2010 ;31S :S167-S168.
- 50. NAPOLEON B, HERESBACH D**
 Critères qualité de la polypectomie.
Post U FMC-HGE Journées Francophones d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive (JFHOD) ; 2010; Paris, France :203-210.
- 51. NOMBRE Y**
 Polypes rectocoliques en milieu hospitalier à Ouagadougou.
Thèse de Doctorat. Ouagadougou : Faculté des sciences de la santé section médecine ;1999 : Thèse N°23.
- 52. OKON JB, N'DRI N, TOTH'O A, ASSI C, DIAKITE M, SORO D, OUATTARA A, ALLAH-KOUADIO E, LOHOUES MJ, CAMARA BM.**
 Diagnostic des rectorragies au centre hospitalier universitaire de Cocody à Abidjan (Côte d'Ivoire).
Med Sante Trop. 2012 ; 22 :398-400.
- 53. OKON ANASSI JB, BATHAIX YF, THOTO AS, SORO D, OUATTARA A, DIAKITÉ M, KONE S, N'DRI NG**
 Pratique de la coloscopie à Abidjan (Côte d'Ivoire) : résultats d'une enquête descriptive au centre hospitalier de Cocody.
Journées Francophones d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive (JFHOD) ;2015 ; Paris, France :P348.
- 54. PEGHINI M, BARABE P, SEURAT P, PHILIPPON G, MORCILLO R, DIALLO A, GUEYE PM**
 Les polypes recto-coliques au Sénégal : résultats de 1500 endoscopies basses effectuées à l'hôpital Principal de Dakar.
Med Trop.1987 ; 47(4) :361-364.
- 55. PEGHINI M, RAJAONARISON P, PECARRERE JL, RAZAFINDRAMBOA H, SERIEYE J, RAVAOMANANTENA G, RAKOTOMALALA M**
 Les polypes recto-coliques à Madagascar : résultats de 2000 endoscopies basses effectuées au centre hospitalier de Soavinandriana à Antananarivo.
Med Afr Noire.1997 ;44(10) :522-525.

- 56. ROUIBA F, TAMZAOURTE M, HNACH Y ET AL**
Apport de la coloscopie dans le diagnostic et le traitement des polypes coliques chez l'adulte : 95 cas.
J Afr Hepato Gastroenterol.2008 ;2 :45-46.
- 57. ROSTY C, HEWETT DG, BROWN IS, LEGGETT BA, WHITEHALL VLJ.**
Serrated polyps of the large intestine: current understanding of diagnosis, pathogenesis and clinical management.
J Gastroenterol 2013;48:287-302.
- 58. ROTH SI, HELWIG EB**
Juvenile polyps of the colon and rectum.
Cancer.1963 ;16 : 468-479.
- 59. ROY HK, BIANCHI LK**
Differences in colon adenomas and carcinomas among women and men : potential clinical implications.
JAMA. 2009 ; 302(15) :1696-1697.
- 60. SANDMEIER D, BOUZOURENE H**
Polypes dentelés du colon et du rectum : comment reconnaître un adénome dentelé sessile d'un polype hyperplasique en pratique quotidienne ?
Ann Pathol.2008 ;28,79-84.
- 61. SAURIN JC**
Polyposes en dehors de la polypose adénomateuse familiale.
Post U FMC-HGE Journées Francophones d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive (JFHOD) ;2008 ; Paris, France :51-57.
- 62. SCHOOFS N, DEVIERE J, VAN GOSSUM A.**
Pillcam colon capsule endoscopy compared with colonoscopy for colorectal tumor diagnosis: A prospective pilot study.
Endoscopy 2006;38:971-977.
- 63. SCHREIBMAN IR, BAKER M, AMOS C, MCGARRITY TJ.**
The hamartomatous polyposis syndromes: a clinical and molecular review.
Am J Gastroenterol.2005;100:476-90.
- 64. SELLAL C, LEMARIE C, JAUSSET F, BABOURI A, LAURENT V, REGENT D.**
Une polypose digestive rare : le syndrome de Cronkhite-Canada.
Journal radiol diag interv.2012 ;93, 847-850.

- 65. SENESE P, LOUVE JL, BEDENNE L, FAIVRE J**
Polypes intestinales (en dehors de la polypose adénomateuse familiale)
Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Gastro-entérologie, 9-068-P-10,1997,4p.
- 66. SOUQUES M, LASSALLE M, GULDNER L, ASSELAIN B, BARRES D, PAVIS C, DUBOIS G, MARTIN E, FLEJOU JF**
Colorectal polyps and cancer diagnosed by pathologists in Ile de France Region.
Gastroenterol Clin Biol.2006 ;30:587-593.
- 67 THAKKAR K, ALSARRAJ A, FONG E, ET AL.**
Prevalence of colorectal polyps in pediatric colonoscopy.
Dig Dis Sci. 2012;57:1050-1055.
- 68. TORLAKOVIC EE, GOMEZ JD, DRIMAN DK, PARFITT JR, ET AL.**
Sessile serrated adenoma (SSA) vs. traditional serrated adenoma (TSA).
Am J Surg Pathol 2008; 32: 21-9.
- 69. VIALA J**
Polypes juvéniles et polyposes de l'enfant.
Archives Ped.2014 ;21 :90-91.
- 70. YASHIRO M, KOBAYASHI H, KUBO N, NISHIGUCHI Y, WAKASA K, HIRAKAWA K.**
Cronkhite-Canada syndrome containing colon cancer and serrated adenoma lesions.
Digestion. 2004;69:57-62.

ANNEXES

FICHE DE RECUEIL DE DONNEES

Prénom :

Nom :

Age :

Sexe :

Numéro de dossier :

Indications :

Résultats :

Type d'examen :

Nombre de polypes :

Nature : sessile / _ / pédiculé / _ / plan / _ /

Siège :

Geste :

Lésions associées :

Histologie :

Docteur MAME AISSE THIOUBOU

POLYPS COLO-RECTAUX DANS LE CENTRE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE DE L'HOPITAL ARISTIDE
LE DANTEC DE DAKAR : PREVALENCE, ASPECTS ENDOSCOPIQUES ET HISTOLOGIQUES. ETUDE
RETROSPECTIVE SUR 5 ANS (2008-2012)

Rubrique
Médecine

Mots clés
Polype, adénome ; cancer colo-
rectal ; polypectomie

Key-words
Polyp, colorectal
cancer; adenoma, polpectomy

Resumé

Les polypes colo-rectaux regroupent plusieurs entités anatomo-cliniques différentes présentant une histoire naturelle et des risques évolutifs spécifiques. Certains constituent le stade précoce du cancer colo-rectal. Il représente le 3^{ème} cancer à l'échelle mondiale. Sa prévention repose sur la détection et l'exérèse des polypes en particulier des adénomes.

Objectifs : Déterminer la prévalence des polypes colo-rectaux dans le centre d'endoscopie digestive de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar et décrire leurs aspects endoscopiques et histologiques.

Matériel et méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur 5 ans (2008-2012). Nous avions inclus tous les patients présentant un ou plusieurs polypes à l'endoscopie digestive basse. L'absence de compte-rendu histologique était un critère de non inclusion.

Résultats : Au cours des 1374 endoscopies digestives basses, 105 cas de polypes ont été détectés soit 7,6 %. Quarante-cinq patients ont été inclus (3,3 %). Il s'agissait de 38 hommes et de 7 femmes soit un sex-ratio de 5,4. L'âge moyen était de 46,6 ans [27 mois-83 ans]. Les principales indications de l'examen endoscopique étaient les rectorragies dans 16 cas (35,5%), les troubles du transit intestinal dans 12 cas (26,7%) et la polypectomie dans 9 cas (15%). La taille moyenne des polypes était de 6,8 mm [1-30 mm]. Les polypes étaient sessiles dans 55 cas, pédiculés dans 15 cas et plans dans 4 cas. La localisation était colique droite dans 27,3 % des cas, colique gauche dans 45,4 % des cas, rectale dans 27,3 % des cas. Quarante patients ont bénéficié d'une polypectomie à la pince et/ou à l'anse diathermique. L'histologie concluait à un adénome chez 23 patients. Les adénomes étaient en dysplasie de haut grade dans 4 cas. Dans 2 cas il s'agissait d'un carcinome in situ. Onze patients présentaient des polypes hyperplasiques. Un polype juvénile sporadique était présent chez 2 autres. Des polypes inflammatoires étaient trouvés chez 5 patients sans arguments endoscopiques ni histologiques pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ou pour une parasitose.

CONCLUSION : Les polypes colo-rectaux sont relativement rares en milieu hospitalier africain. Cependant le type histologique prédominant est représenté par les adénomes qui sont des lésions précancéreuses. La prévention du cancer colo-rectal repose sur leur détection et leur exérèse per endoscopique.

Président :	M. Mamadou Lamine	DIOUF	Professeur
Membres :	M. Papa Saliou	MBAYE	Professeur Agrégé du Service de Santé des Armées
	Mme Anna	SARR	Maître de Conférences Agrégé

Directeur de Mémoire: M. Mamadou Lamine DIOUF Professeur

Email : aissethioubou@hotmail.fr