

LES POLYPES

Considérations générales

- Masse de tissu qui est proéminente, saillante dans la lumière (excroissances)
- Incidence entre 9% et 60%
- Comprend un groupe hétérogène
 - - *sessiles – pédiculés*
 - - *bénins - malins*

- *Neoplasiques*
 - Adénomes - tubulaires
 - tubulo-villeux
 - vilieux
 - Carcinomes
- *Hamartomes*
 - Juveniles
 - Peutz-Jeghers
- *Inflammatoires*
- Hyperplastiques
- *Divers*
 - Lipome, léiomyome, carcinoïde

- Les polypes adénomateux 25% sont asymptomatiques
- La prévalence augmente avec l'âge (de 30% à 50 ans, à 55% à 80 ans)
- Age moyen: 55 ans
- 50% localisés dans le sigmoïde et le rectum
- Les adénomes sont considérés comme des lésions pré-malignes
- 25% des patients ayant 5 ou plusieurs polypes ont un cancer synchrone

- *Le potentiel malin dépend de:*

- la grandeur
- du type
- du niveau des atypies épithéliales

- Le cancer est présent:

1% pour 1cm de diamètre— 45% pour plus de 2cm

- 5% tubulaires ;22% tubulovilleux, 40% vilieux
- Les sessiles sont plus susceptibles que ceux pédiculés

Tableau clinique

- *A. Symptômes et signes*

- antécédents familiaux
- rectorragie
- troubles de transit (constipation /diarrhée)
ténésmes, élimination de mucus (rectum)

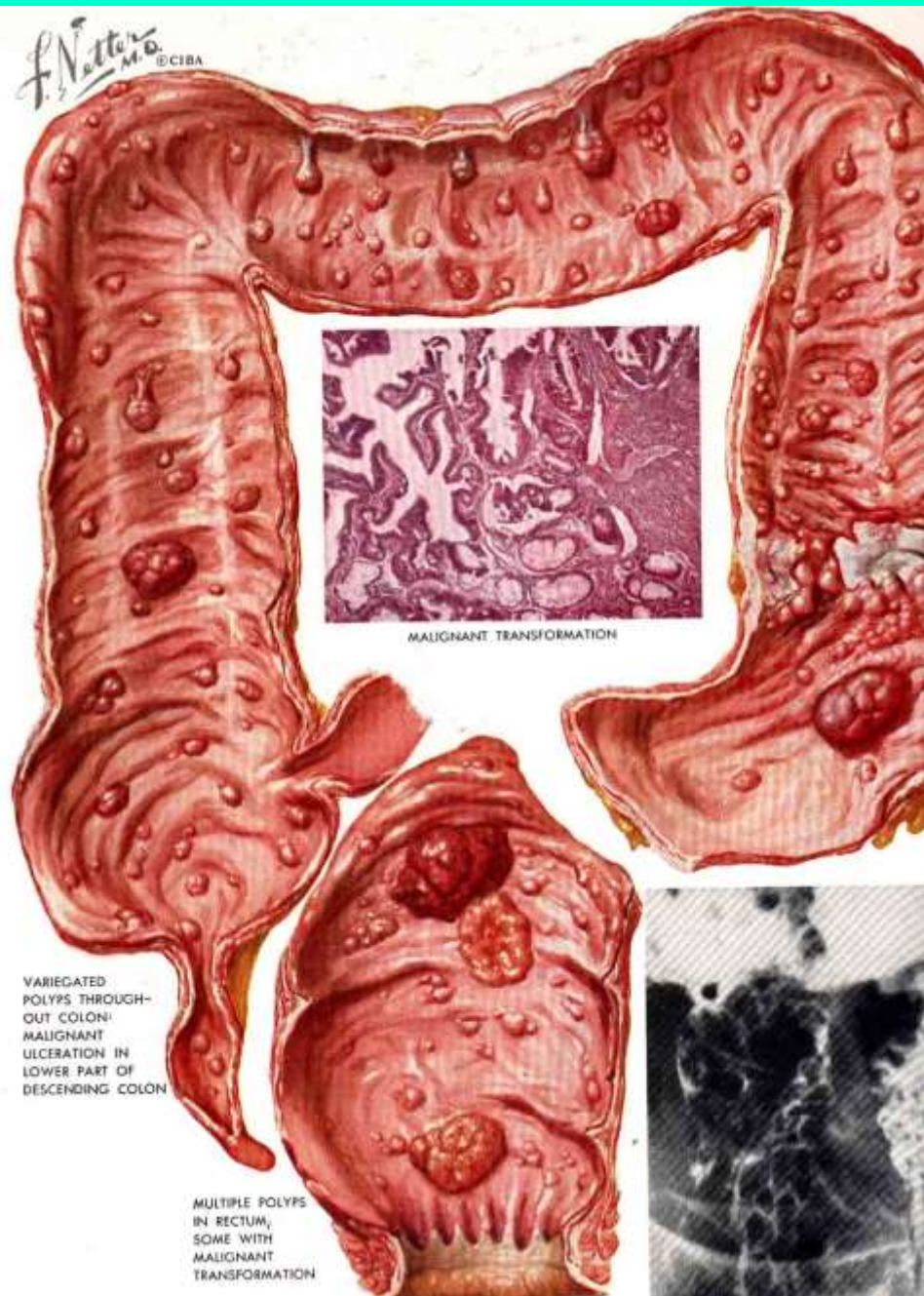
Examen clinique

- toucher rectal

Principale complication : le saignement



- **B. *Explorations***
- ***Test hémorragies occultes***
- ***Par imagerie***
 - Radiologie
 - Endoscopie + biopsie
 - CT



VARIEGATED
POLYPS THROUGH-
OUT COLON;
MALIGNANT
ULCERATION IN
LOWER PART OF
DESCENDING COLON

MULTIPLE POLYPS
IN RECTUM,
SOME WITH
MALIGNANT
TRANSFORMATION

Polypes adénomateux



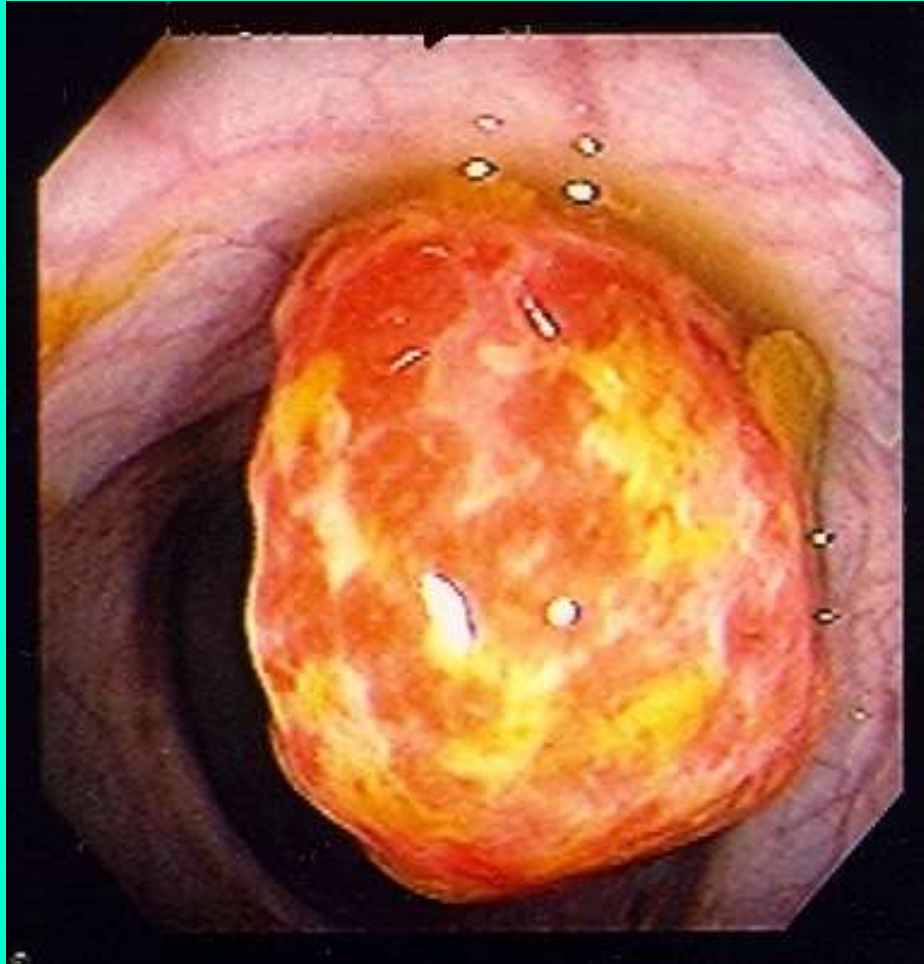
Polypes tubulovilleux



Polypes villeux



Hamartomes



Polypes hyperplasiques





Lipomes, léiomyome, carcinoïde



CT



Essentiel pour le diagnostic

- Rectorragie
- Une possible histoire de famille
- Sigmoidoscopie, colonoscopie, radiologie

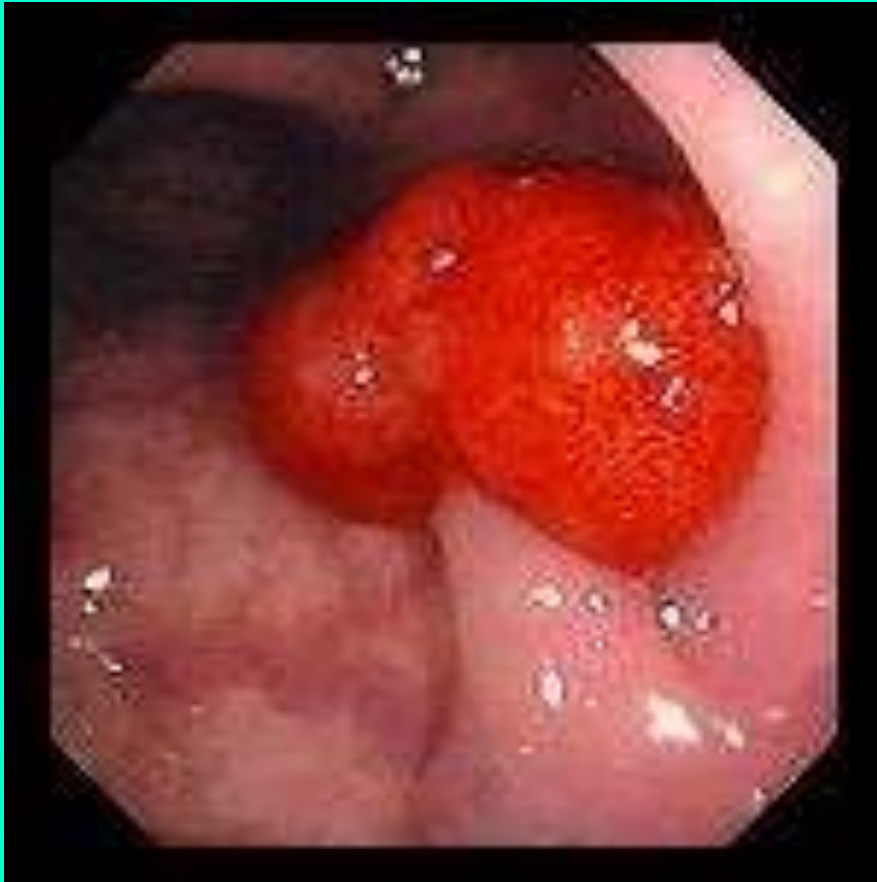
Diagnostic différentiel

- Cancer
- Diverticules
- Fragments de selles dures
- Colite

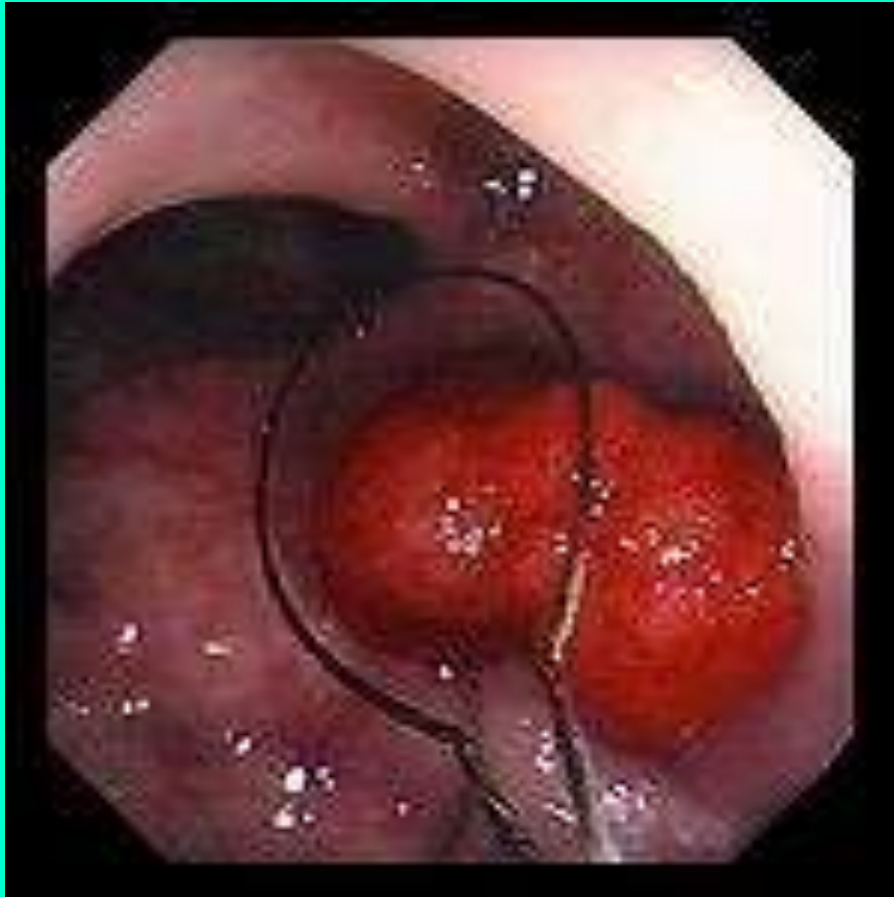
Traitement

- **Non traités: risque de malignisation de 2,5% à 5 ans, 24% à 20 ans**
- **Excision endoscopique**
- **Electrocautérisation**
- **YAG laser photocoagulation**
- **Chirurgical : classique ou laparoscopique**

Polypectomie endoscopique



Polypectomie endoscopique



Polyadénomatoose familiale

- Le cancer apparaît à 40 ans
- Transmission autosomale dominante – le bras long du chromosome 5
- **Syndrome de Gardner**
 - polypose
 - tumeurs desmoïdes 17-29%
 - masses osseuses (mandibulaires /crâniennes)
 - kystes sébacés

*Le syndrome de **Turcot***

- la polypose
- le médulloblastome ou gliome

- *Le syndrome d' **Oldfield***

- La polypose rectocolique-
- La polypose de l'intestin grêle
- Adénomes suprarénaux/thyroïdiens
- *Hypertrophie congénitale du pigment rétinale*
- *Le syndrome de **Muir***

Endoscopie



Traitement

- *Chirurgical*
 - proctocolectomie totale

Syndromes de polypose hamartomateuse

- La polypose colique juvénile
- La polypose généralisée juvénile gastrointestinale
- Le syndrome de Cronkhite-Canada
- Hamartomes à faible taux de malignité
- L'excision colonoscopique

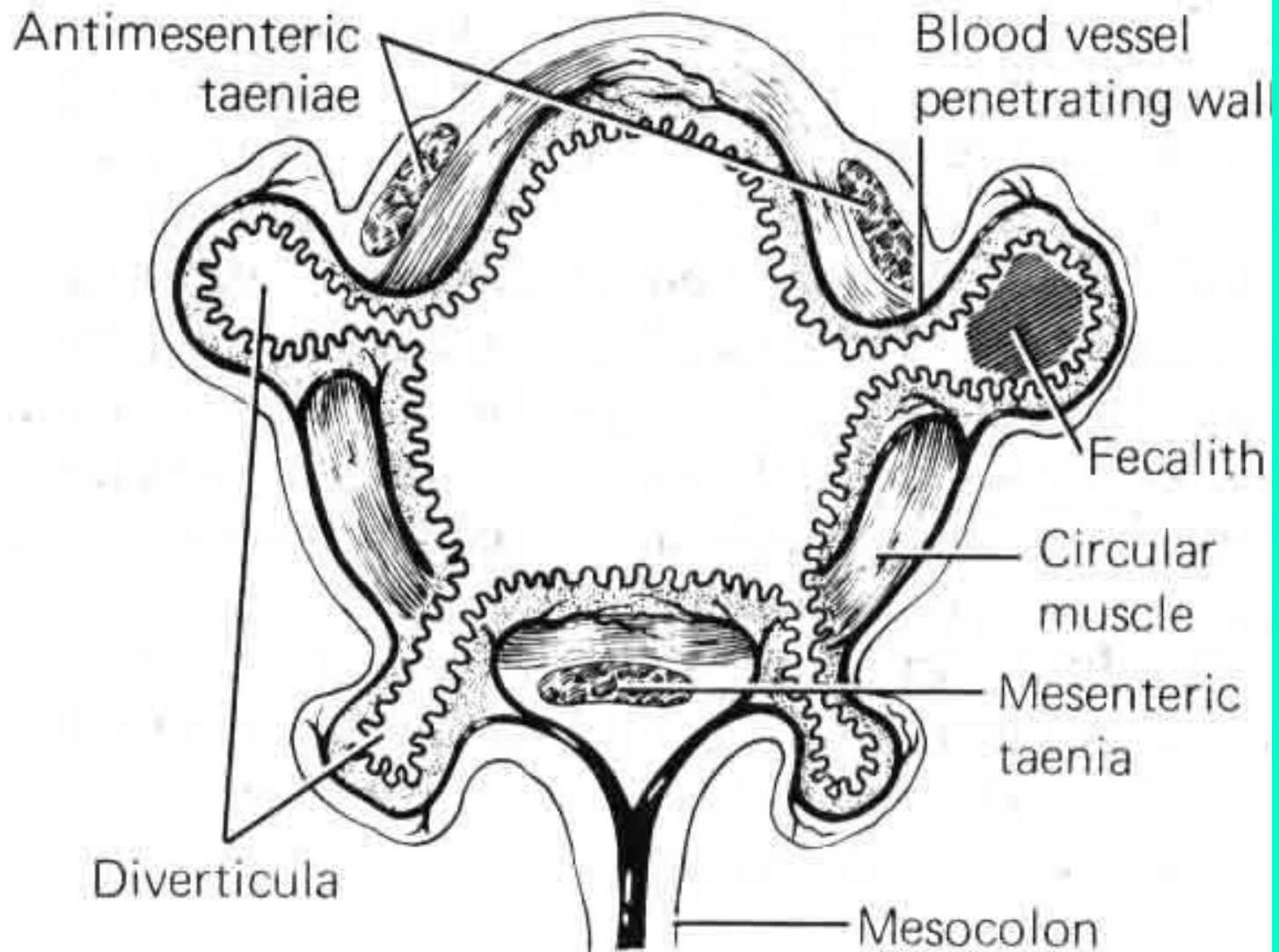
Syndrome de Peutz -Jeghers

- Maladie autosomale dominante
- Multi- polypes hamartomateux gastriques, intestinaux
- Pigmentation mélanique de la peau et des muqueuses (lèvres et gencives tout particulièrement)
- Faible taux de malignisation

LES DIVERTICULES

Considérations générales

- Diverticules de pulsion
- 95% dans le côlon sigmoïde
- Dans les pays occidentaux 10% à 40 ans; 65% à 80 ans
- Pathogénèse
 - défaut dans la paroi colique
 - croissance de la pression intraluminaire



La Diverticulose

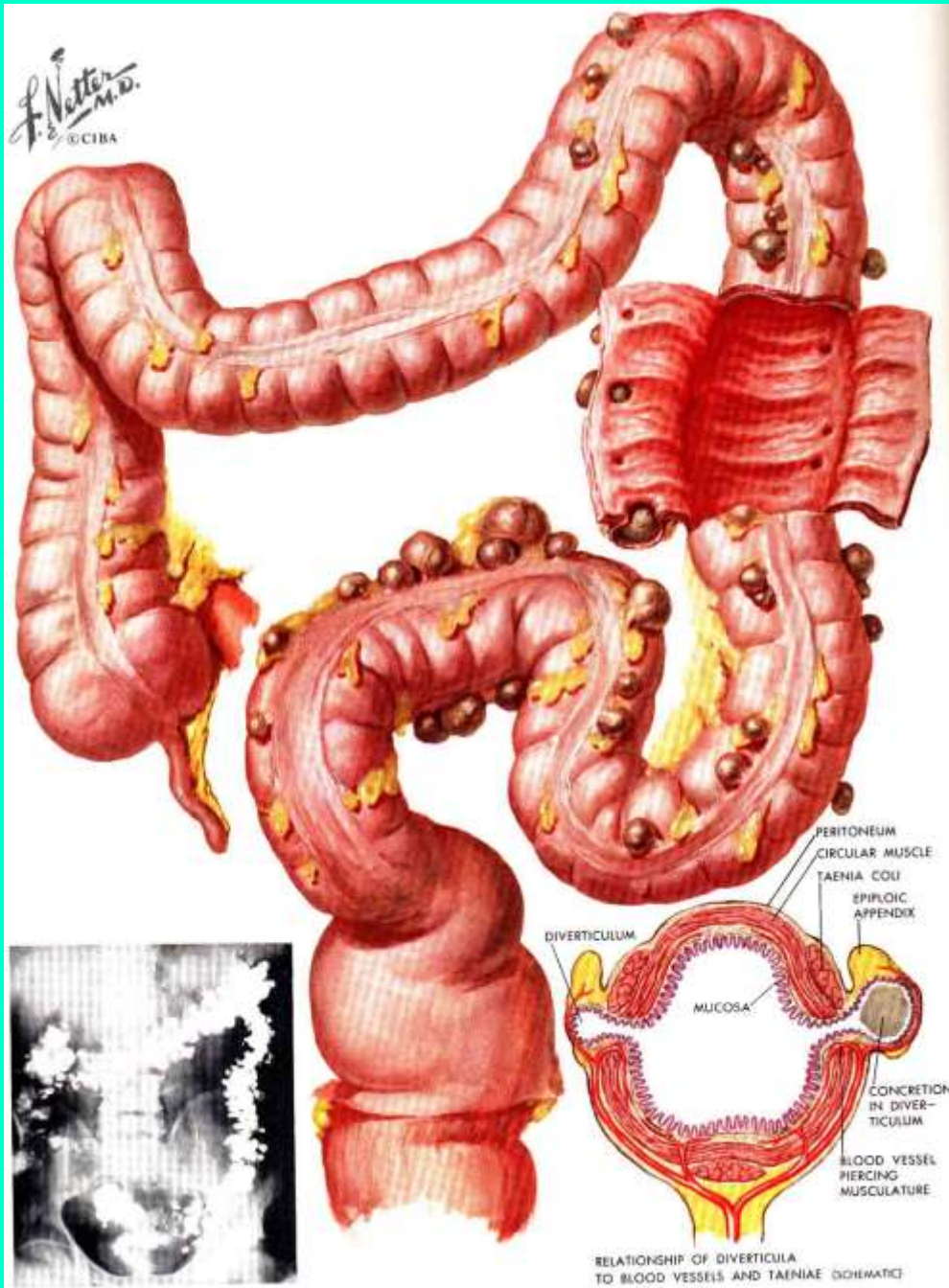
Tableau clinique

A. Symptômes et signes

- asymptomatique dans 80% des cas
- symptômes en présence d'une complication hémorragique ou inflammatoire
- l'examen clinique: peu d'informations

Explorations par imagerie

- Irrigographie
- Endoscopie
- CT

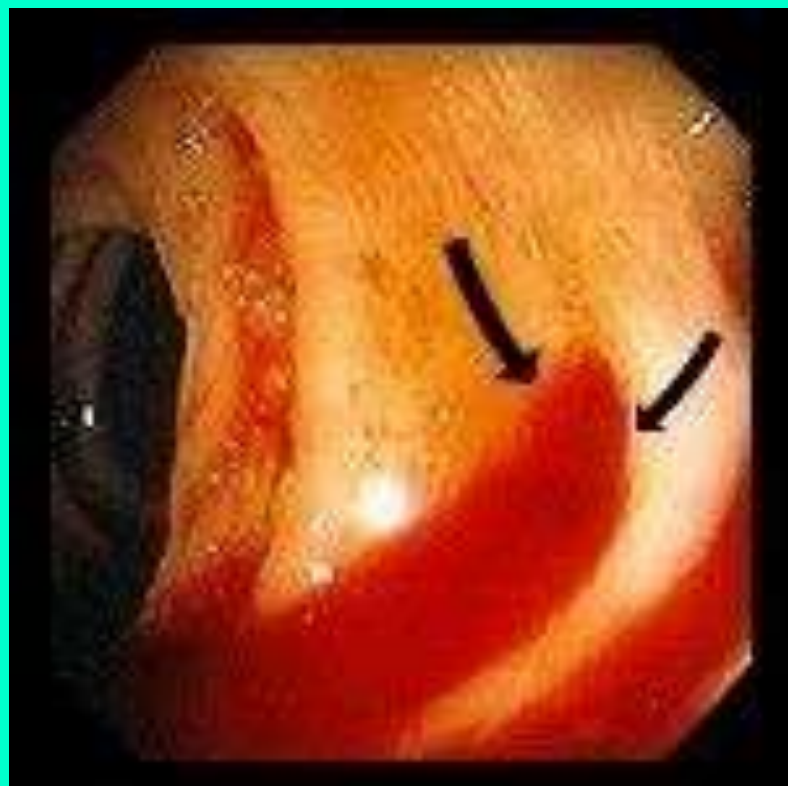






Diagnostic Différentiel Complications

- Carcinomes
- Polypose
- Hémorragies massives
- La diverticulite



Traitement

- ***A. Médical***
 - *diète: celulose*
 - analgésiques
- ***B. Chirurgical***
 - résection de côlon classique ou laparoscopique

La diverticulite

Tableau clinique

A. Symptômes et signes

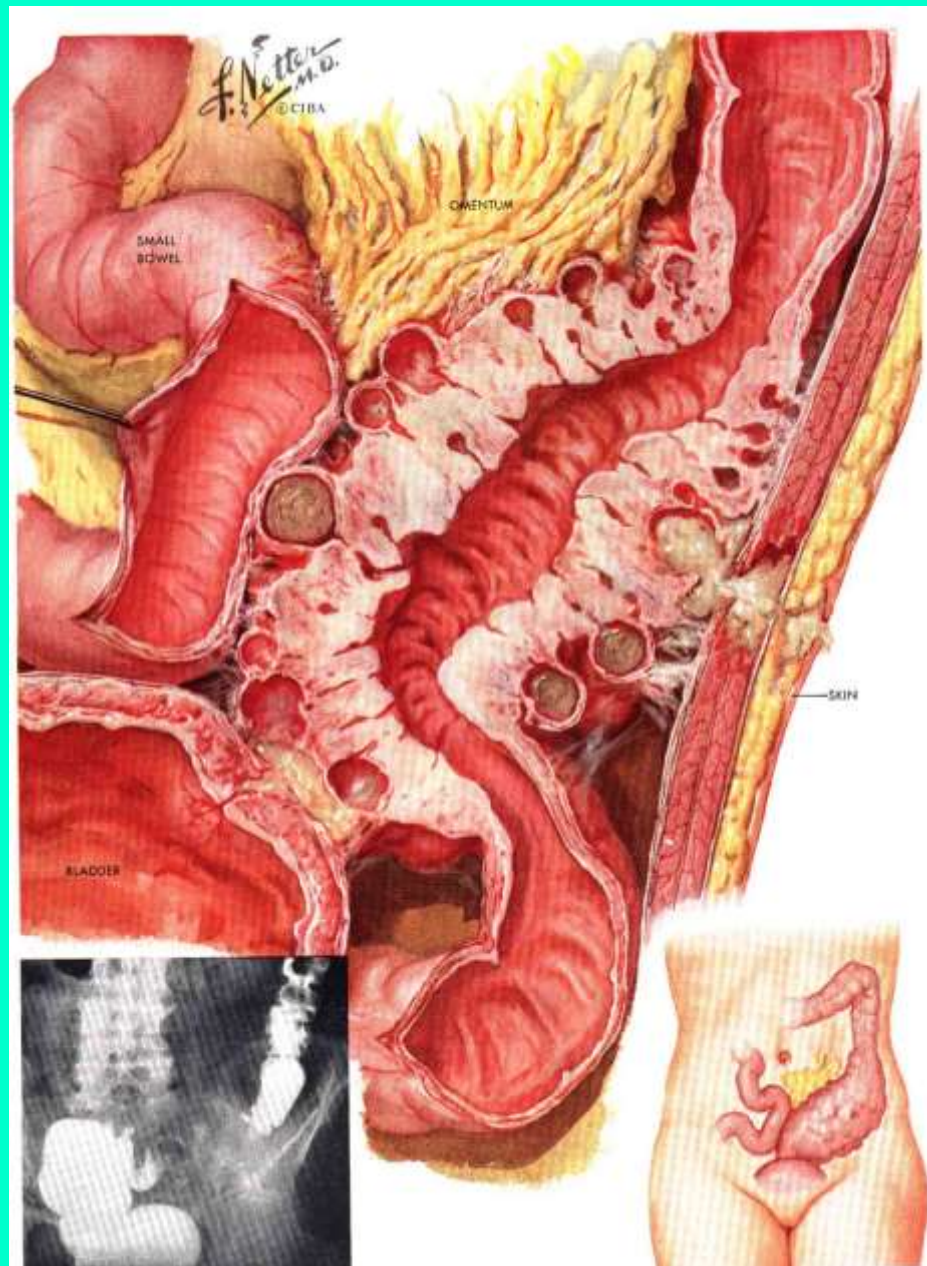
- douleur abdominale localisée
- constipation ou augmentation de la fréquence des selles
- nausées, vomissements

Examen objectif

- fièvre
- distension abdominale modérée
- sensibilité douloureuse dans le flanc/la fosse iliaque gauche
- signes d'abdomen aigu en cas de perforation (peritonite) ou occlusion

Explorations par imagerie

- *Radiographie abdominale simple*
 - pneumopéritoine ou niveaux hydroaériques
- *CT*
- *L'irrigographie est **contre-indiquée***
- *Laparoscopie de diagnostic*
- *Endoscopie*







Diagnostic différentiel

Complications

- Autres causes de péritonite généralisée ou localisée
- Carcinome compliqué avec fistule
- Polypes
- Péritonite généralisée
- Péritonite localisée abcès
- fistulisation
- hémorragie
- Occlusion intestinale



Traitement

A. Conservateur –

- repos alimentaire
- sonde nasogastrique
- traitement parentéral
- antibiotiques à spectre large
- analgésiques

- *Indications pour les résections électives de côlon :*

- diverticulites récurrentes 2
- diverticulite persistente
- âge en dessous de 50 ans
- suspicion majeure de néoplasie

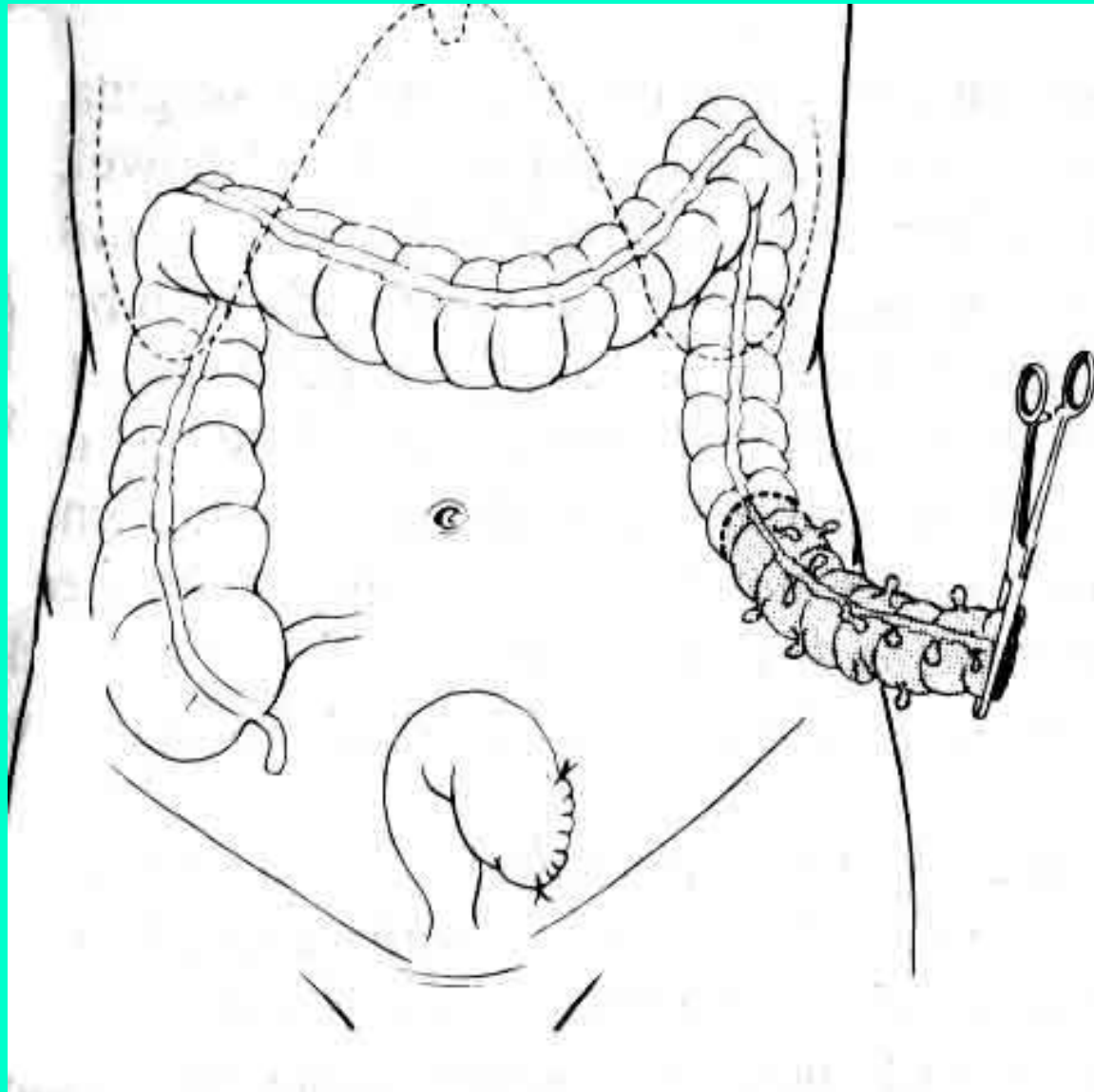
B. *Chirurgical* classique ou laparoscopique

- résection primaire avec anastomose
- résection de Hartmann (procédure en 2 temps)
- procédure en 3 temps

Pronostic : 25% nécessite un traitement chirurgical

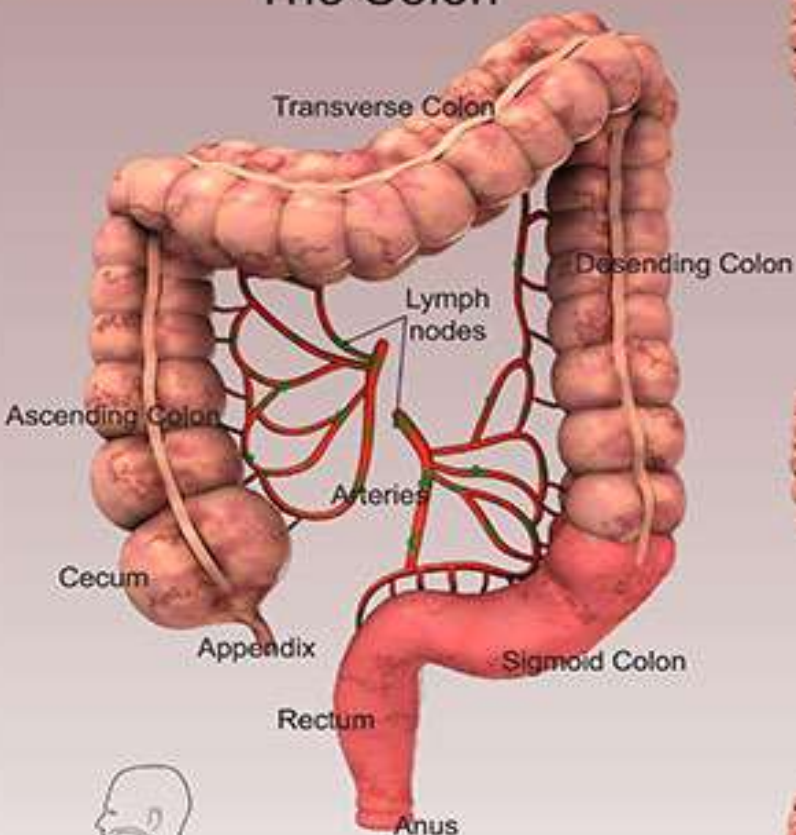
5% mortalité

récurrence après chirurgie 3-7%



Understanding Your Surgery

The Colon



Left Colectomy



Right Colectomy



Sigmoid Colectomy



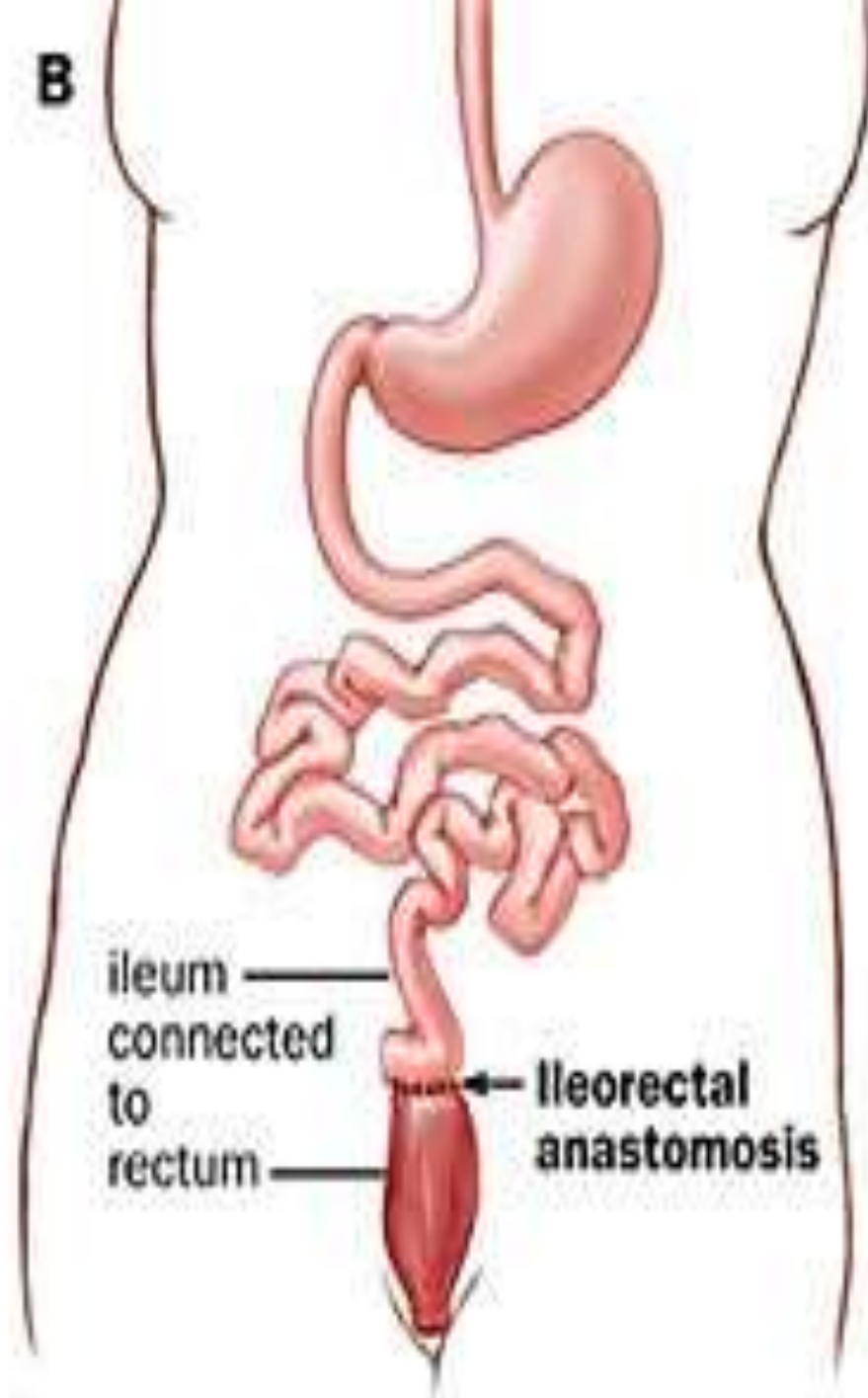
Low Anterior Resection



Abdominal Perineal Resection

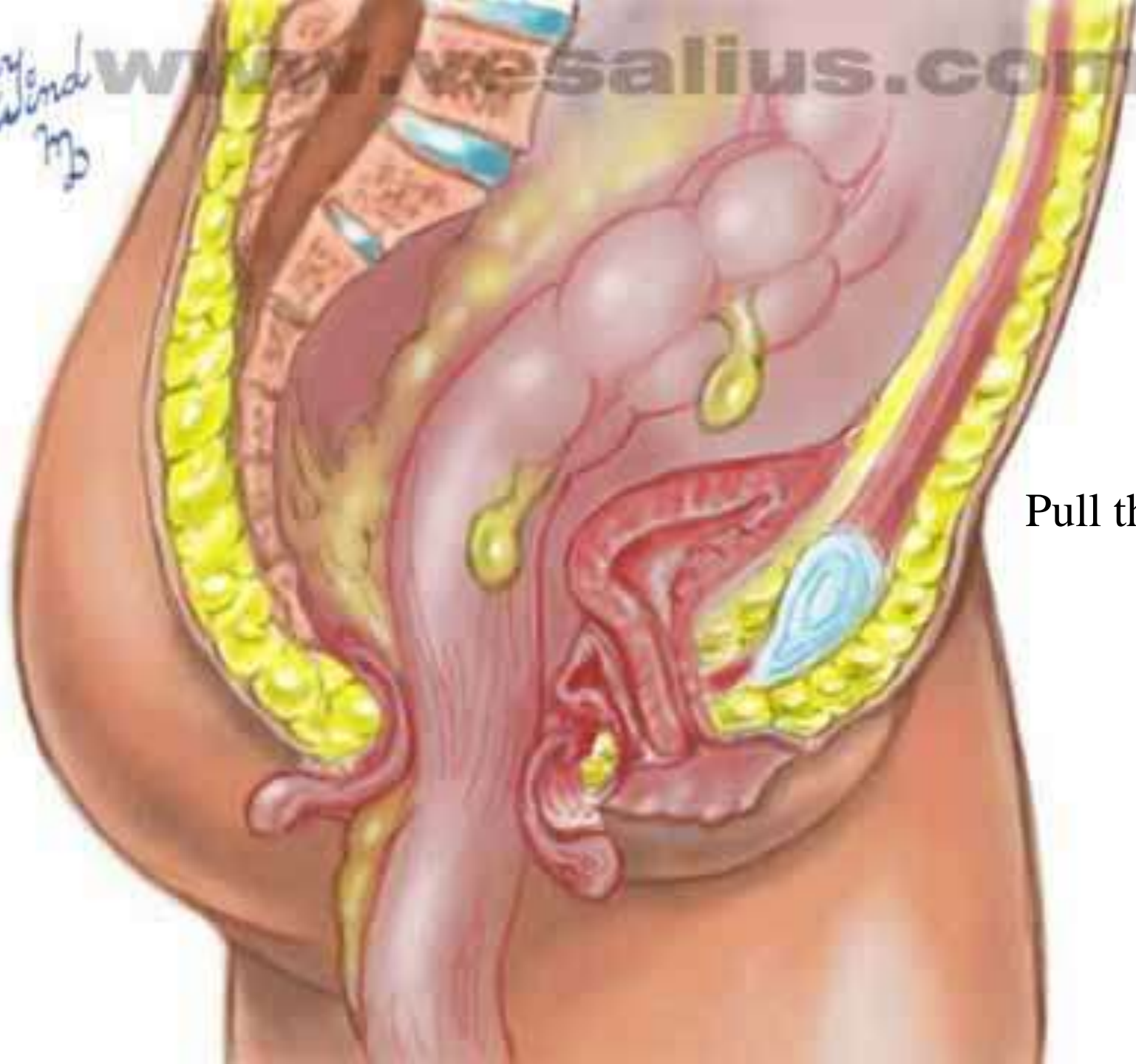


Segmental Resection

A**B**

Garry Wind
MD

www.vesalius.com



Pull through