



Congrès national d'endoscopie digestive 2024

Polypes gastriques, quand réséquer

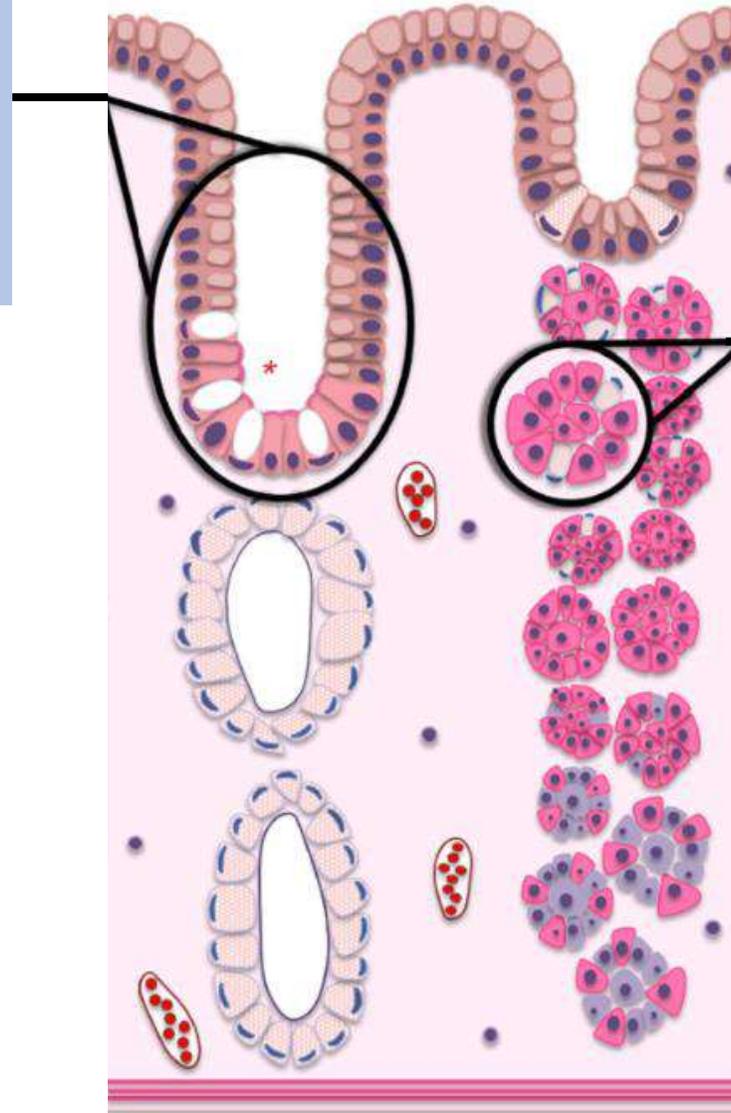
ADDOU Sidi Mohamed

Introduction

- Toute lésion en relief faisant saillie dans la lumière de l'estomac
- La plupart du temps asymptomatiques de découverte fortuite. Ils peuvent parfois se compliquer d'une anémie chronique, une hémorragie digestive aiguë, des douleurs abdominales ou une occlusion digestive haute
- C'est une maladie rare, prévalence estimée entre 1 et 6,4 % des gastroscopies diagnostiques
- Ceci explique le peu d'études et de recommandations émises par les différentes sociétés savantes par rapport à celle des polypes colorectaux

Polypes épithéiaux

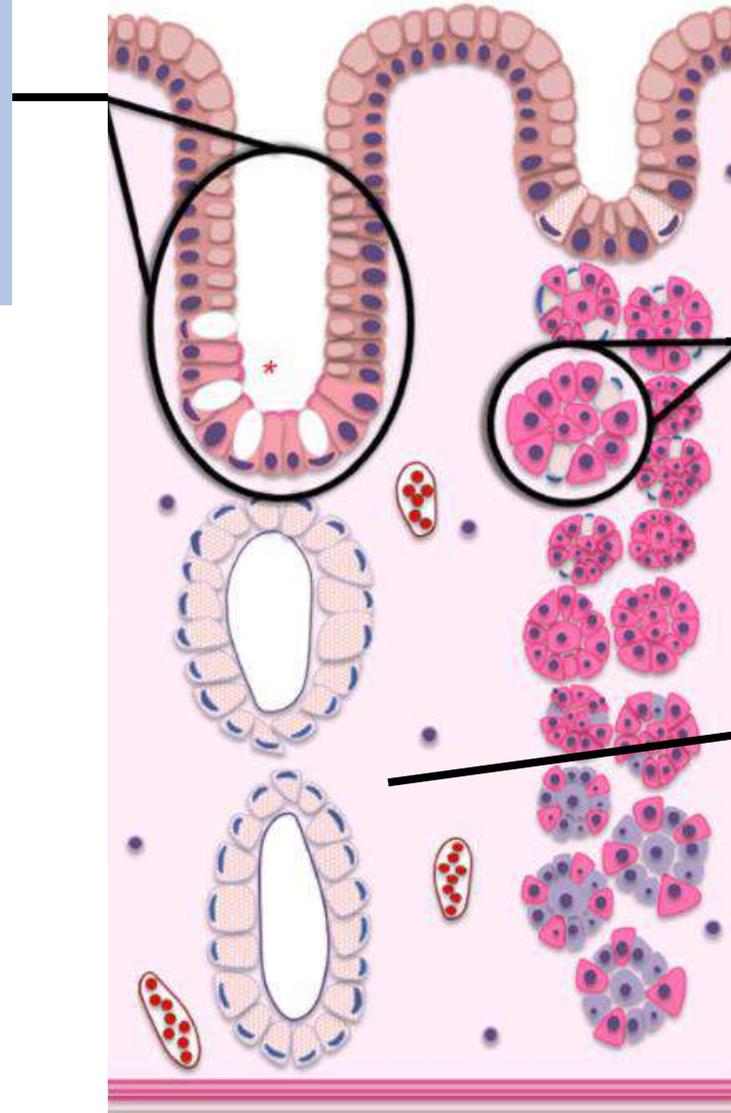
- Polypes hyperplasiques
- Adénomes
 - Type intestinal
 - Type fovéolaire
- Hamartomes



- Polypes glandulo kystiques
- Adénomes glandes pyloriques

Polypes épithélieux

- Polypes hyperplasiques
- Adénomes
 - Type intestinal
 - Type fovéolaire
- Hamartomes



Polypes non épithélieux

- Polypes glandulo kystiques
- Adénomes glandes pyloriques

- Polypes fibro inflammatoires
- Xanthelasma
- GIST
- Pancréas ectopique

Les polypes épithéliaux

Polypes glandulo kystiques

- Représentent jusqu'à 70 % des PG avec une prédominance chez les femmes
- Nbre : <5 (>50 si polypose PAF, liée à mutation MUTYH)
- Taille : quelques mm, rarement centimétrique
- Localisation: fundus
- lésion arrondie régulière, rosâtres avec une surface régulière
- Histologie : glandes fundiques dilatées micro kystiques
- Muqueuse adjacente : normale ou hyperplasie des cellules pariétales
- Résection: non
- Surveillance : non sauf si PAF tous les 1 à 2 ans et réséquer ceux de plus de 10 mm car risque de dégénérescence estimée 8%
- Particularité : induits par les IPP peuvent disparaître à l'arrêt



Polypes hyperplasiques

- Sessiles ou pédiculés
- Nbre : <5
- Taille : <2 cm, parfois volumineux jusqu'à 5 cm
- Localisation : antre > fundus > cardia
- Aspect endoscopique : polylobé parfois ulcérée , cryptes régulières allongées
- Histologie : hyperplasie fovéolaire, cryptes allongées, dilatations kystiques, chorion inflammatoire
- Muqueuse adjacente : atrophique HP+
- Particularités : Peut disparaître ou régresser après trt HP
- Risque de transformation lié à la taille
- Résection :
 - La SFED et l'ASGE recommandent une polypectomie des polypes > 5 mm
 - La BSG recommande de réséquer si symptomatiques ou dysplasiques
- Surveillance : oui, risque de récurrence



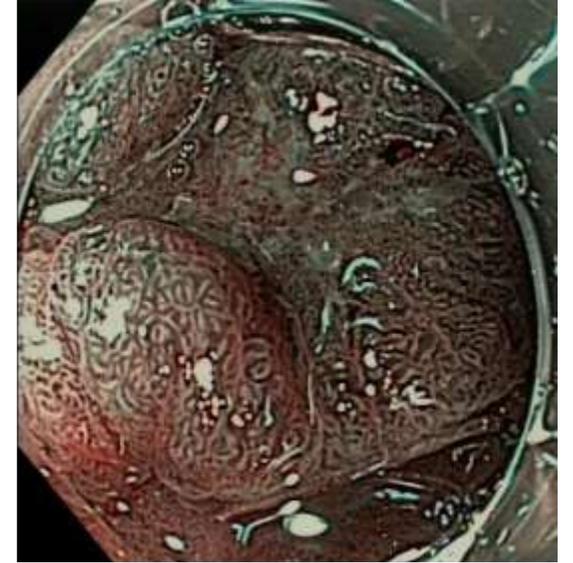
Polypes hyperplasiques et cirrhose

- Polypes hyperplasiques d'hypertension portale
- Prévalence de 1 à 8%
- Localisation antrale
- Spécificités anapath : majoration des structures artériolaires
- Peuvent disparaître à la résolution HTP: TH, TIPS, Béta-bloquant
- Risque de récurrence plus important dans cette population 40 à 79%
- Risque moindre de transformation



Adénome

- Nbr: souvent unique ou qq unités
- Taille: quelques mm à >5cm
- Localisation : antre++ > fundus
- Aspect endoscopique: lésion sessile ou plane, architecture glandulaire +/- régulière
- Histologie : type intestinal, glandulaire pylorique
- Muqueuse adjacente : pathologique, HP+
- Résection : **oui systématique mono bloc**
 - Mucosectomie si <20mm
 - ESD si taille >20mm
- Surveillance : oui à 3-6 mois puis annuelle



Les hamartomes

Exceptionnel en dehors des polyposes

Syndrome de Peutz Jeghers : polypes hamartomateux tout le long du tube digestif, en plus d'une hyperpigmentation cutanée. Localisation principale grêlique ou colique parfois gastrique. Gastroskopie à l'âge de 8 ans : si polypes surveillance tous les 2-3 ans, si négative contrôle à 18 ans puis/3 ans. Exérèse si polypes > 10 mm

Polypose Juvénile : polypes typiquement solitaires, pédiculés, antraux. il faut rechercher des polypes coliques. Il convient de réséquer ces polypes en raison de leur évolution néoplasique potentielle. la surveillance est recommandée à partir de 18 ans puis tous les 3 ans

Maladie de Cowden : trichilemmomes faciaux, kératoses acrales palmo-plantaires, papillomatose gingivale, labiale et linguale. dégénérescence exceptionnelle, surveillance non recommandée. Associée à des cancers du sein, thyroïdien et urinaire

Tumeur neuro endocrine

- représentent 0,58 % des PG
- Développées aux dépens des cellules ECL
- Il faut doser la gastrinémie + Bx voisinages en plus de celles de la lésion, à la recherche de gastrite atrophique et de métaplasie intestinale
- Le type I est le plus fréquent, de petite taille, sessile, de couleur chamois, avec ou sans dépression

En chromoendoscopie électronique, la zone déprimée présente souvent des glandes distordues avec des vaisseaux irréguliers

Il est recommandé par la société européenne des tumeurs neuroendocrines de réséquer les tumeurs > 10mm par ligature résection, mucosectomie ou surtout par ESD

Pour les lésions <10mm, une surveillance à 1-2 ans est recommandée

Un bilan d'extension complet pour les Tm > 2 cm

- Les TNE de type II sont plus rares, associées au syndrome de Zollinger-Ellison, même caractéristiques endoscopiques que le type I mais elles sont associées à des métastases dans 30 % des cas
- Le type III, lésions sont souvent sporadiques, solitaires, de plus grande taille que les précédentes, le taux de métastases synchrones est important, le traitement est chirurgical
- Le type IV correspond au carcinome neuroendocrine, rare, volumineuse (50-70 mm), solitaire et ulcérée

Les polypes non épithéliaux

Xanthelasma

- Nbre : souvent unique
- Taille : quelques mm à 1cm
- Localisation : antre ou fundus
- Aspect : lésion arrondie ocre et plane
- Histologie : larges cellules spumeuses (histiocytes) contenant des lipides
- Muqueuse adjacente : pathologique, HP+
- Résection : non
- Surveillance : oui de la muqueuse gastrique
- Particularité : persistent après éradication Hp



Les polypes fibro inflammatoires

- Nbre: souvent unique
- Rare ++ 1%
- Taille : quelques mm à >4cm
- Localisation : antre
- Aspect : lésion sous muqueuse bombant recouverte d'une muqueuse normale
- Histologie: cellules fusiformes, stroma myxoïde avec infiltrat inflammatoire PN éosino++
- Muqueuse adjacente : pathologique
- Résection : souvent nécessaire pour le diagnostic
- Surveillance : non



Pancréas ectopique

- Nbr : très souvent unique
- Taille : quelques mm à >4cm
- Localisation : antre
- Aspect : lésion sous muqueuse, centre ombiliquée
- Histologie : aspect de cellules pancréatiques typiques
- Muqueuse adjacente : normale
- Résection : non sauf si symptômes
- Surveillance : non



les GIST

- Nbr : souvent unique
- Taille : quelques cm à >10cm
- Localisation : fundus = antre
- Aspect : lésion sous muqueuse +/- ulcération
- Histologie : cellules fusiformes, KIT+, PDGFRA +
- Muqueuse adjacente : normale
- Biopsies si : doute diag, Tt médical initial, chirurgie mutilante, doute sur résécabilité
- Résection: si symptômes, taille > 2cm (**chirurgie** +/- endoscopie)
- Surveillance: fonction du risque de récidence (taille/index mitotique)



Points forts

- Les polypes glandulo kystiques sporadiques, les polypes fibroïdes inflammatoires = ni résection, ni surveillance
- Les polypes hyperplasiques, les adénomes, les xanthelasma associés à *Hp* et nécessitent de rechercher les lésions associées à la bactérie (gastrite, métaplasie, atrophie glandulaire, dysplasie)
- l'éradication *Hp* peut faire disparaître les polypes hyperplasiques + diminue le risque de cancer après résection des adénomes
- Le risque de transformation maligne des polypes hyperplasiques varie de 2 à 10%. Chez le sujet non cirrhotique, leur résection est recommandée en cas de taille supérieure à 20 mm, de saignements ou d'obstruction pylorique
- Les hamartomes, tumeurs essentiellement associées à des maladies génétiques, doivent être réséqués dès lors que leur taille est supra-centimétrique

Merci