



LES POLYPES GASTRIQUES

Hors TNE

Docteur Élodie CESBRON-MÉTIVIER
CHU ANGERS

Liens d'intérêt en relation avec la présentation

Aucun lien d'intérêt

Objectifs pédagogiques

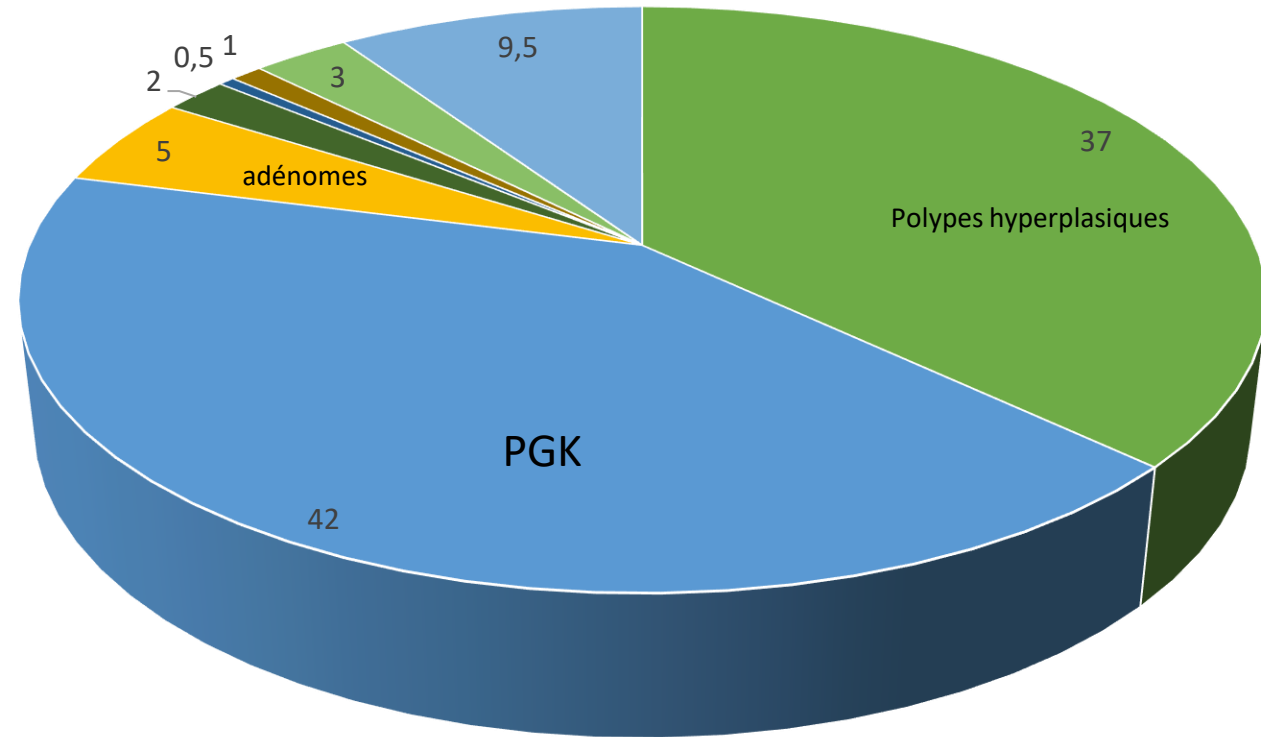
- Connaître leur sémiologie endoscopique
- Connaître l'histologie des polypes gastriques et de la muqueuse environnante
- Connaître les facteurs de risque
- Connaître leurs risques évolutifs
- Connaître les indications de traitement et de surveillance

Introduction

- Lésions tissulaires développées dans la lumière gastrique
- Situation fréquente: prévalence estimée de 2 à 9,6%
- Aspect , nature et taille variables ++
- Proportion largement redistribuée avec le traitement Hp et prescription large des IPP
- Développés dans un environnement parfois pathologique de la muqueuse gastrique qu'il ne faut pas méconnaître.

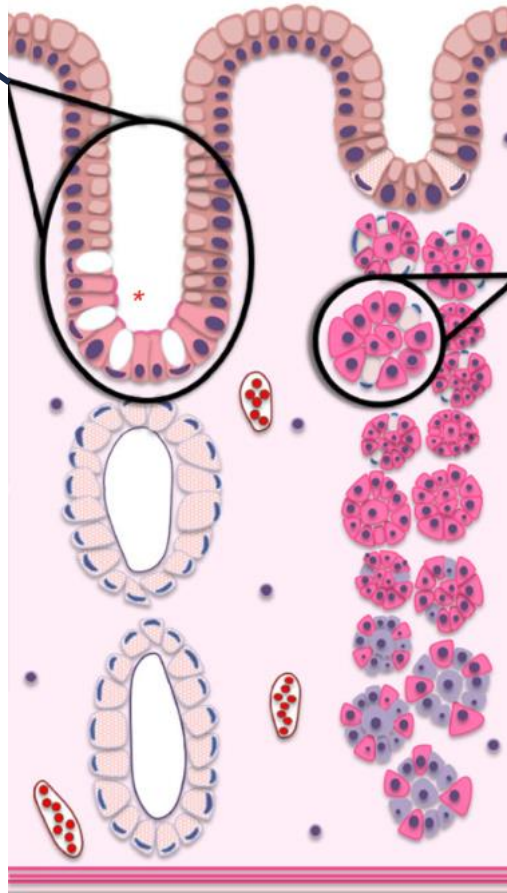
Répartition

- hyperplasiques
- PGK
- adénomes
- inflammatoires
- xanthelasma
- pancréas ectopique
- Hamartomes
- autres



Polypes épithélias

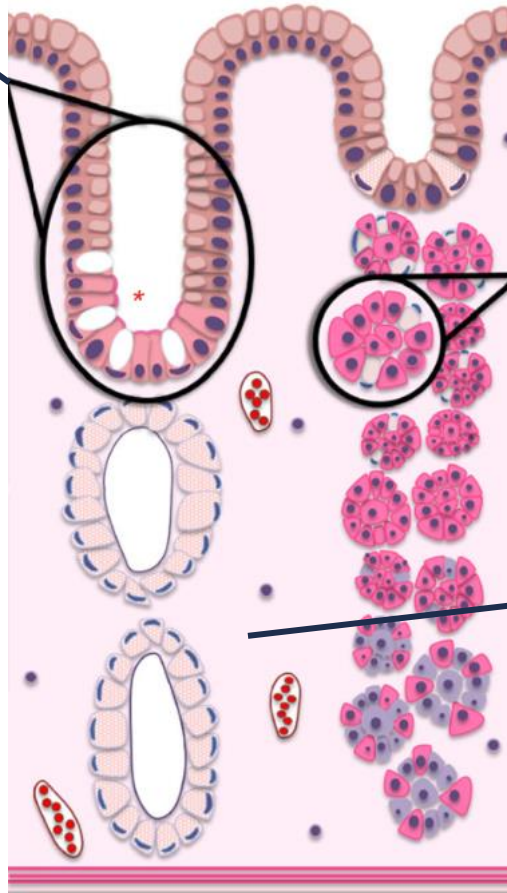
- Polypes hyperplasiques
- Adénomes
 - Type intestinal
 - Type fovéolaire
- Hamartomes



- Polypes glandulo kystiques
- Adénomes glandes pyloriques

Polypes épithélias

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



Polypes **non** épithélias

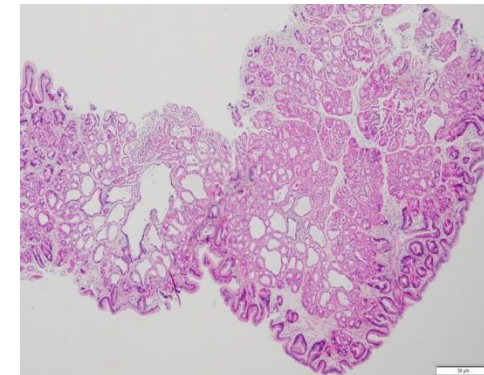
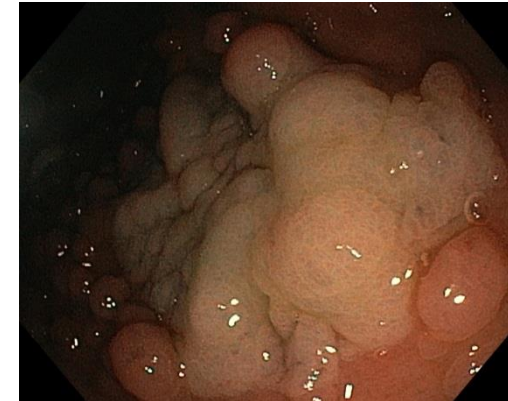
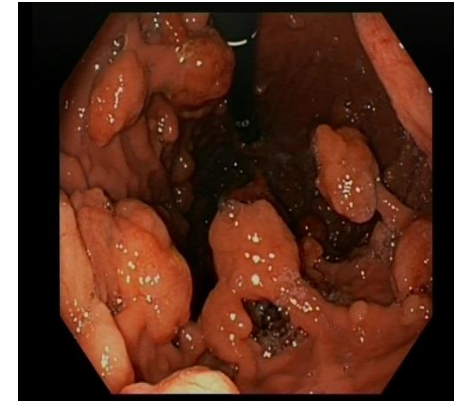
- Polypes glandulo kystiques
- Adénomes glandes pyloriques

- Les polypes fibro inflammatoires
- Xanthelasma
- GIST
- Pancréas ectopique

Les polypes épithéliaux

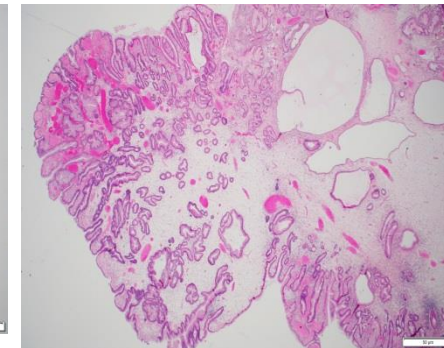
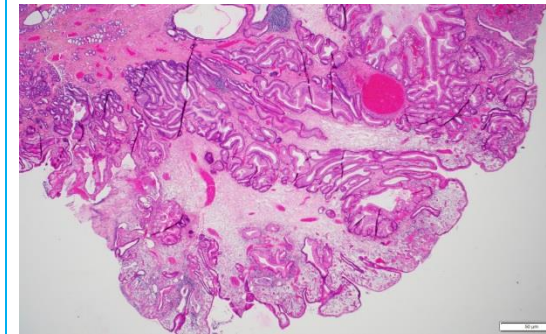
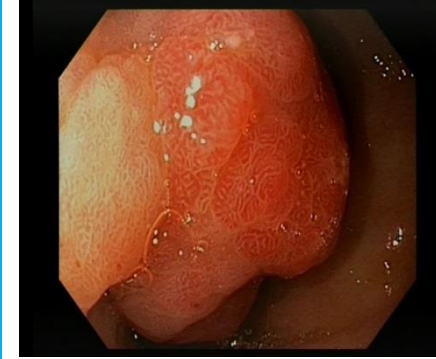
Les polypes glandulo kystiques

- *Nbre* : <5 (>50 si polypose PAF, liée à mutation MUTYH)
- *Taille* : quelques mm, rarement centimétrique
- *Localisation* : fundus
- *Aspect endoscopique* : lésion arrondie régulière perlée / translucide
- *Histologie* : glandes fundiques dilatées micro kystiques
- *Muqueuse adjacente* : normale ou hyperplasie des cellules pariétales
- *Resection*: non
- *Surveillance* : non **sauf si polypose** car risque de dégénérescence estimée 8%
- *Particularité* :
 - induits par les IPP peuvent disparaître à l'arrêt



Les polypes hyperplasiques

- *Nbre* : <5
- *Taille* : 5mm à >10 cm
- *Localisation* : antre > fundus > cardia
- *Aspect endoscopique* : +/- polylobée, +/- ulcérée, cryptes régulières allongées
- *Histologie* : hyperplasie fovéolaire, cryptes irrégulières, dilatations kystiques, chorion inflammatoire, +/- axe radiaire musculaires lisses
- *Muqueuse adjacente* : pathologique , Hp+
- *Particularités* :
 - Peut disparaître ou régresser après tt Hp
 - Risque de transformation lié à la taille ++
- *Resection* :
 - Non <1cm
 - Oui > 2cm
 - 1-2cm : à discuter surtout si cirrhose car risque de récurrence ++ peut disparaître avec traitement HTP ,
- *Surveillance* : oui , risque de récurrence

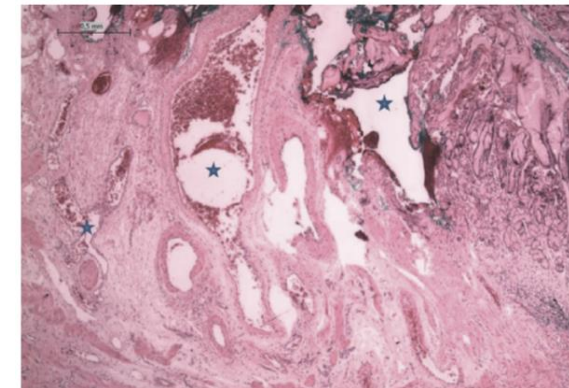


Forté et al. Endoscopy 2020

Joao et al. GE Port J Gastroenterol 2021

Les polypes hyperplasiques et cirrhose

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

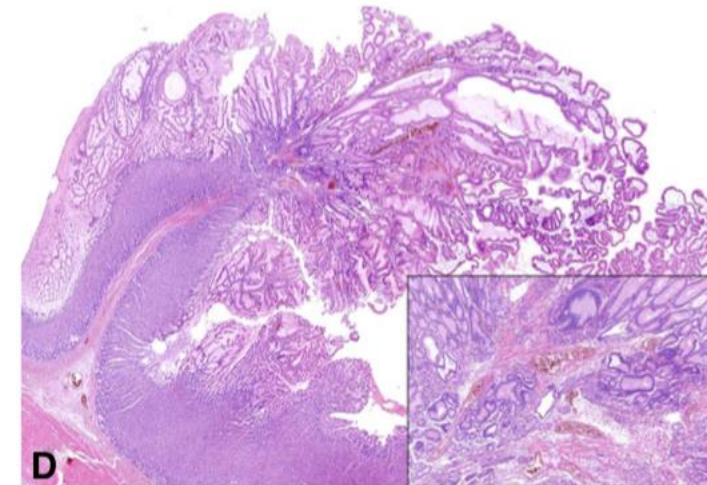
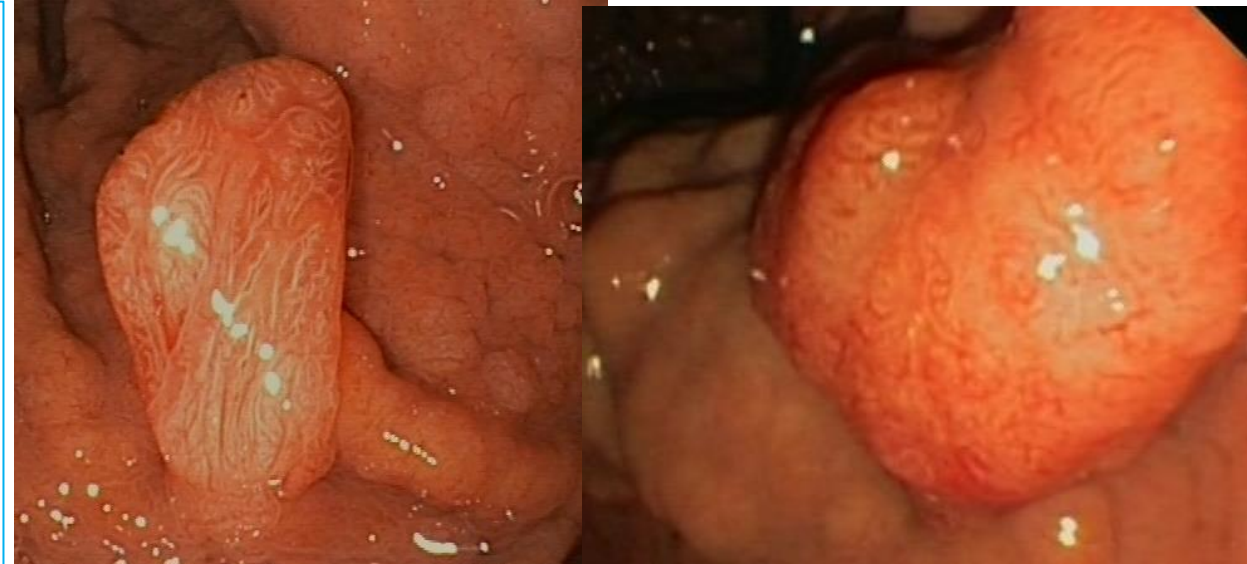


Heroin et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2021

Kara et al. Can J of Gastro and Hepatology 2018

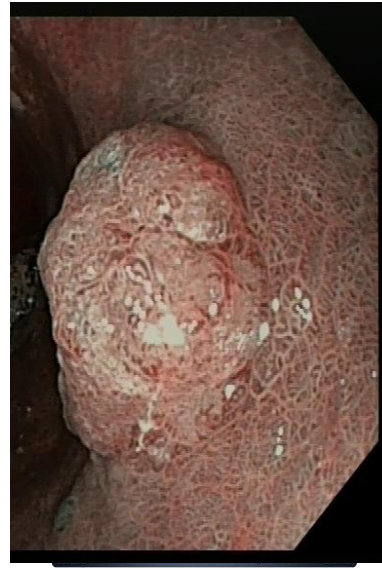
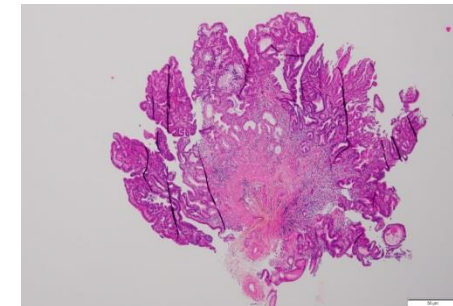
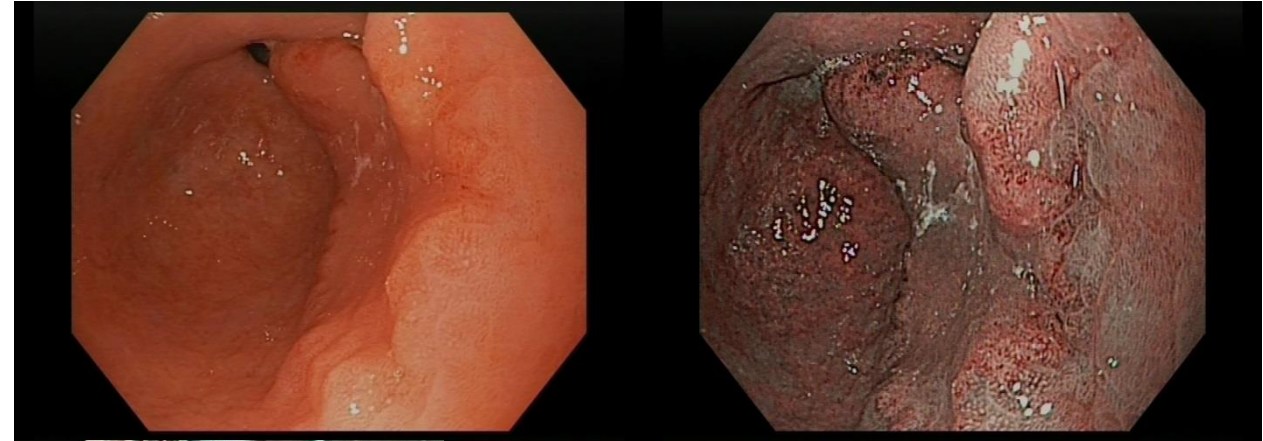
Les hamartomes

- *Nbre* : unitaire dans les formes sporadiques, multiples polyposes
- Exceptionnel en dehors des polyposes
 - Syndrome de Peutz Jeghers
 - Maladie de Cowden
 - Polypose Juvénile
- *Taille* : 1-2 cm
- *Localisation* : fundus > antre
- *Aspect endoscopique* : lésion souvent pédiculée
- *Histologie* : proche des polypes hyperplasiques
- *Muqueuse adjacente*: normale
- *Résection*: oui si >1cm
- *Surveillance* : oui si polypose



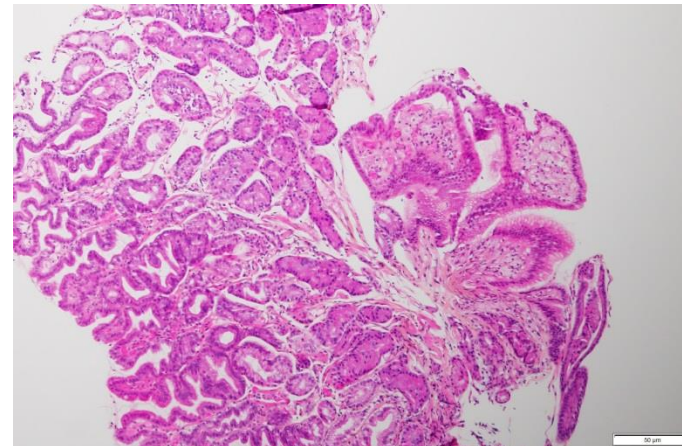
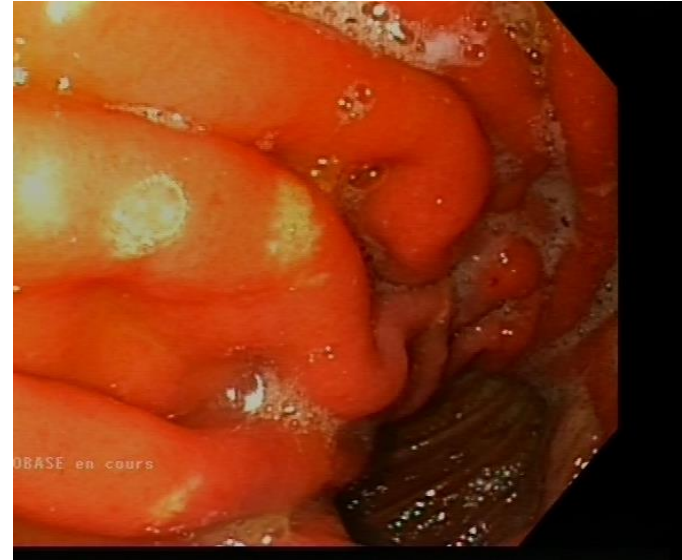
Les Adénomes

- *Nbre* : 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 +
- *Resection*: **oui systématique monobloc**
 - Mucosectomie si <20mm
 - ESD si taille >20mm
- *Surveillance* : oui à 3-6 mois puis annuelle
- *Particularité* : bcp plus fréquent dans les populations asiatiques



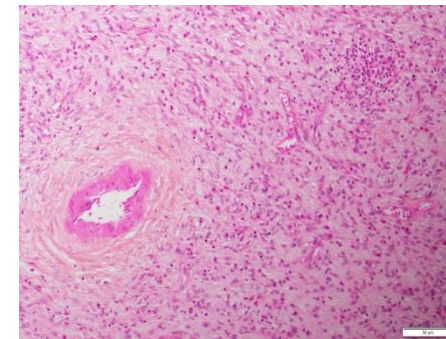
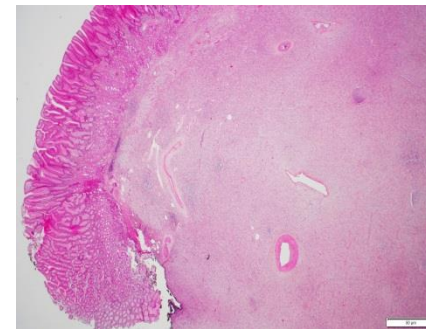
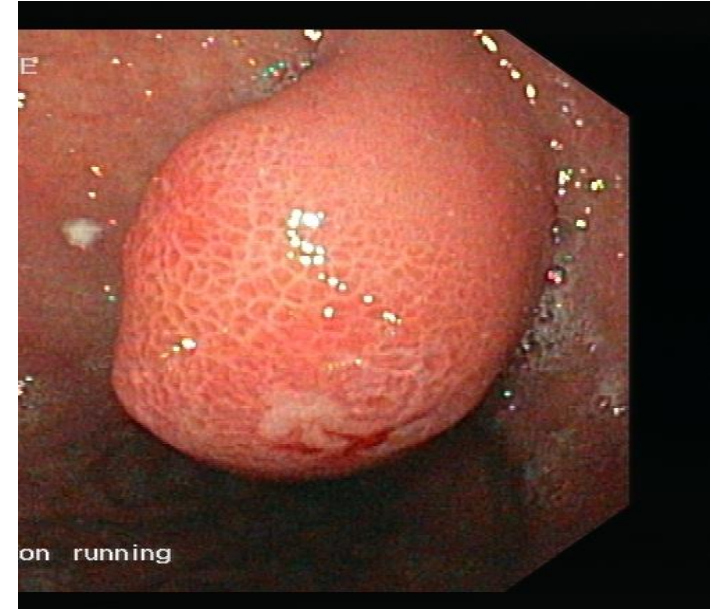
Les polypes non épithéliaux xanthelasma

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



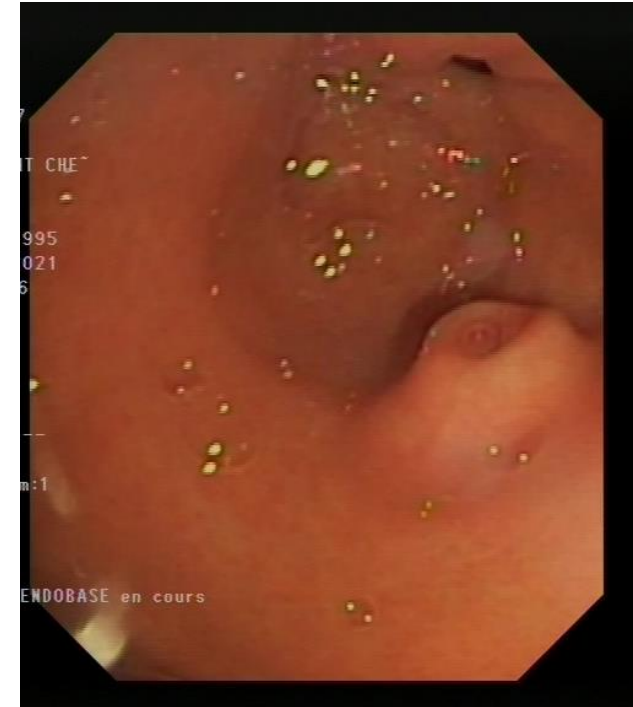
Les polypes fibro inflammatoires

- *Nbre*: souvent unique
- *Rare* ++ 1%
- *Taille* : quelques mm à >4cm
- *Localisation* : antre
- *Aspect endoscopique* : 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
- *Particularité* : forme infiltrante exceptionnelle



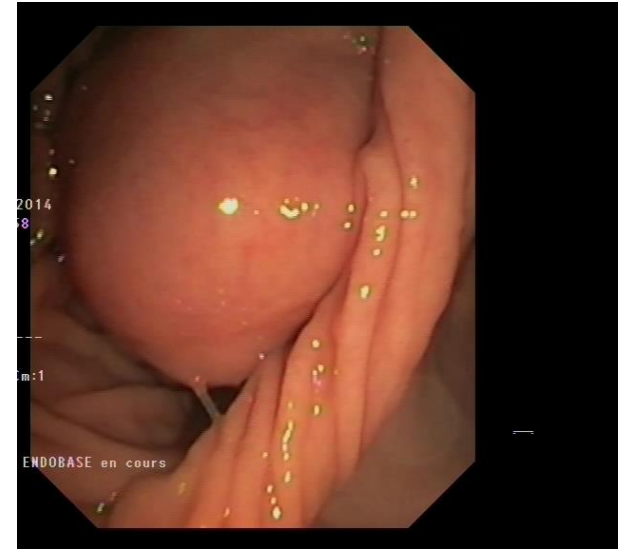
Pancréas ectopique

- *Nbre* : très souvent unique
- *Taille* : quelques mm à >4cm
- *Localisation* : antre
- *Aspect endoscopique* : lésion sous muqueuse, centre ombiliquée
- *Histologie* : aspect de cellules pancréatiques typiques
- *Muqueuse adjacente* : normale
- *Résection* : non sauf si symptômes
- *Surveillance* : non
- *Particularité* : cause rare d'hémorragie digestive haute



les GIST

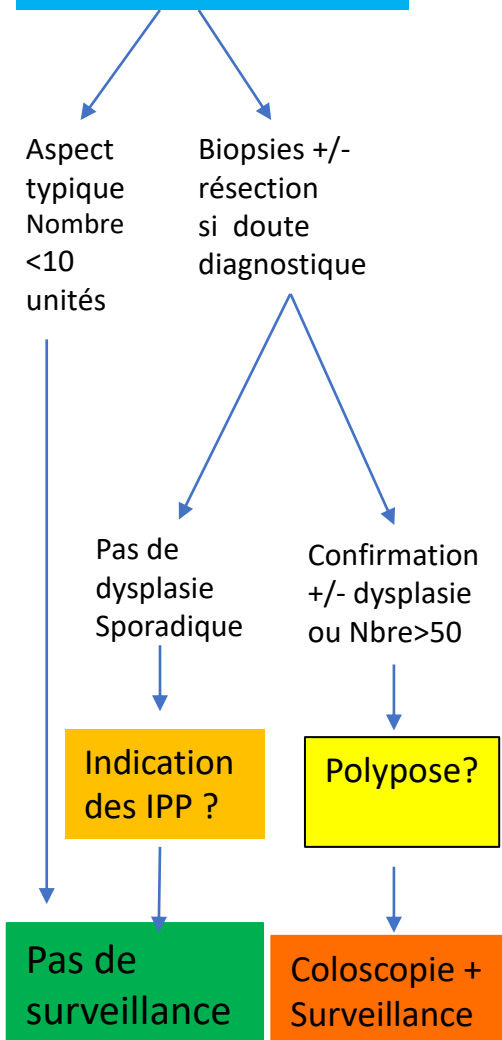
- *Incidence globale* 15/1 000 000 hab/an
- *Nbre*: souvent unique
- *Taille*: quelques cm à >10cm
- *Localisation*: fundus = antre
- *Aspect endoscopique* : lésion sous muqueuse +/- ulcération
- *Histologie* : cellules fusiformes, KIT+, PDGFRA +
- *Muqueuse adjacente* : normale
- *Biopsies* si : doute 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)
- *Particularité* : site gastrique meilleur pronostic



Polype gastrique

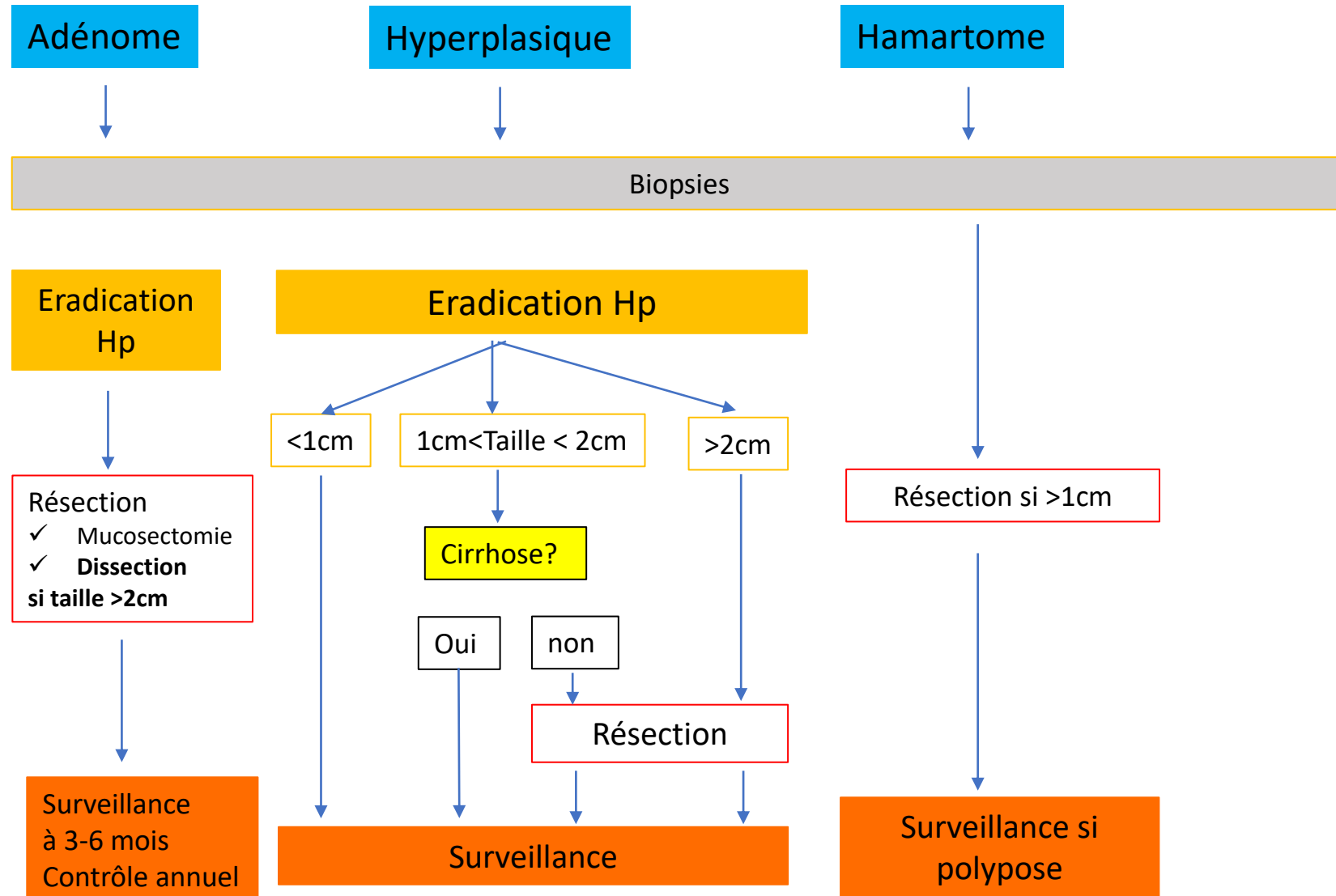
Examen endoscopique et biopsies de la muqueuse gastrique adjacente et à distance

Glandulokystique



Polype gastrique

Examen endoscopique et biopsies de la muqueuse gastrique adjacente et à distance



Polype gastrique

Examen endoscopique et biopsies de la muqueuse gastrique adjacente et à distance

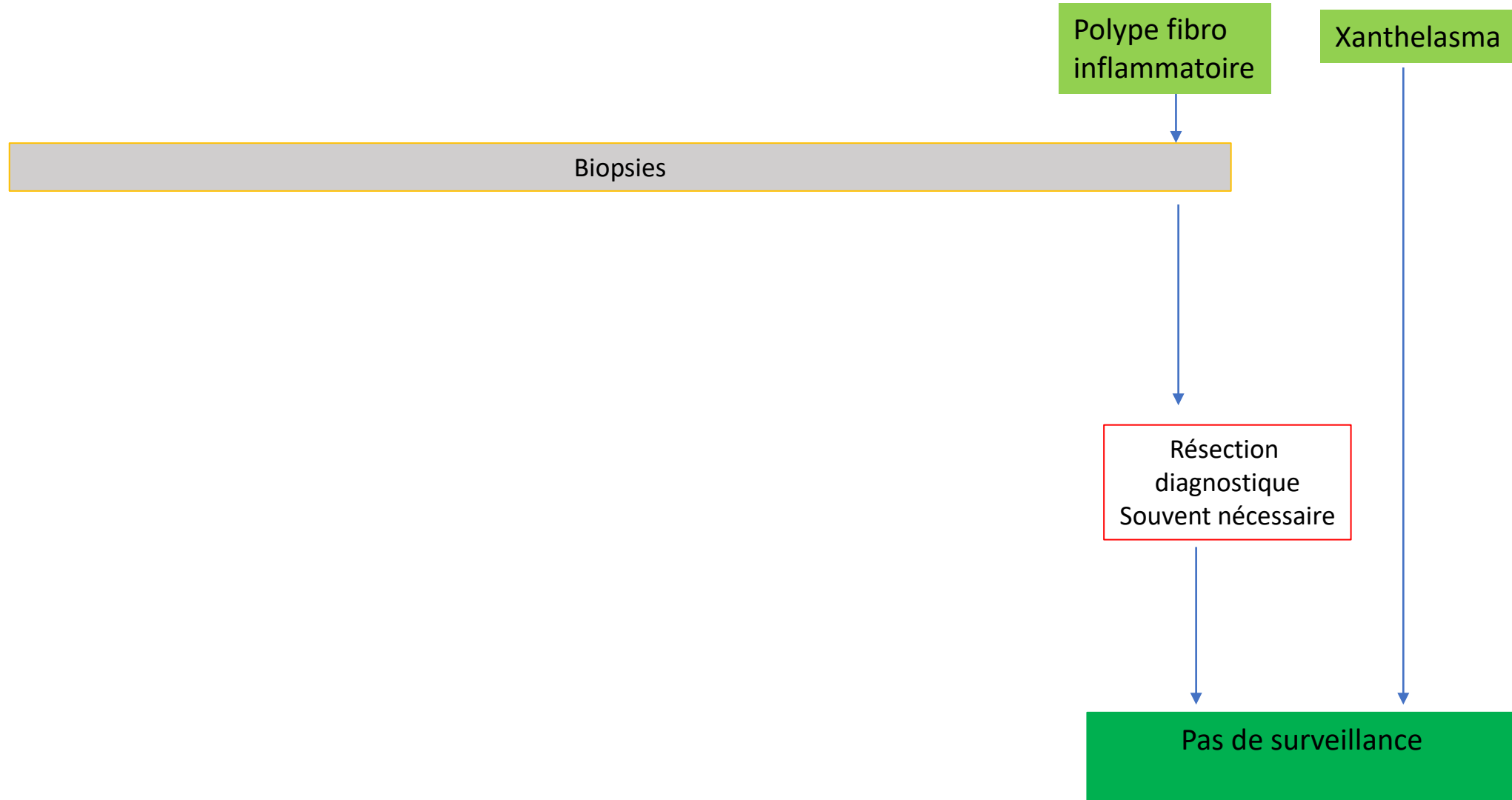
Polype fibro
inflammatoire

Xanthelasma

Biopsies

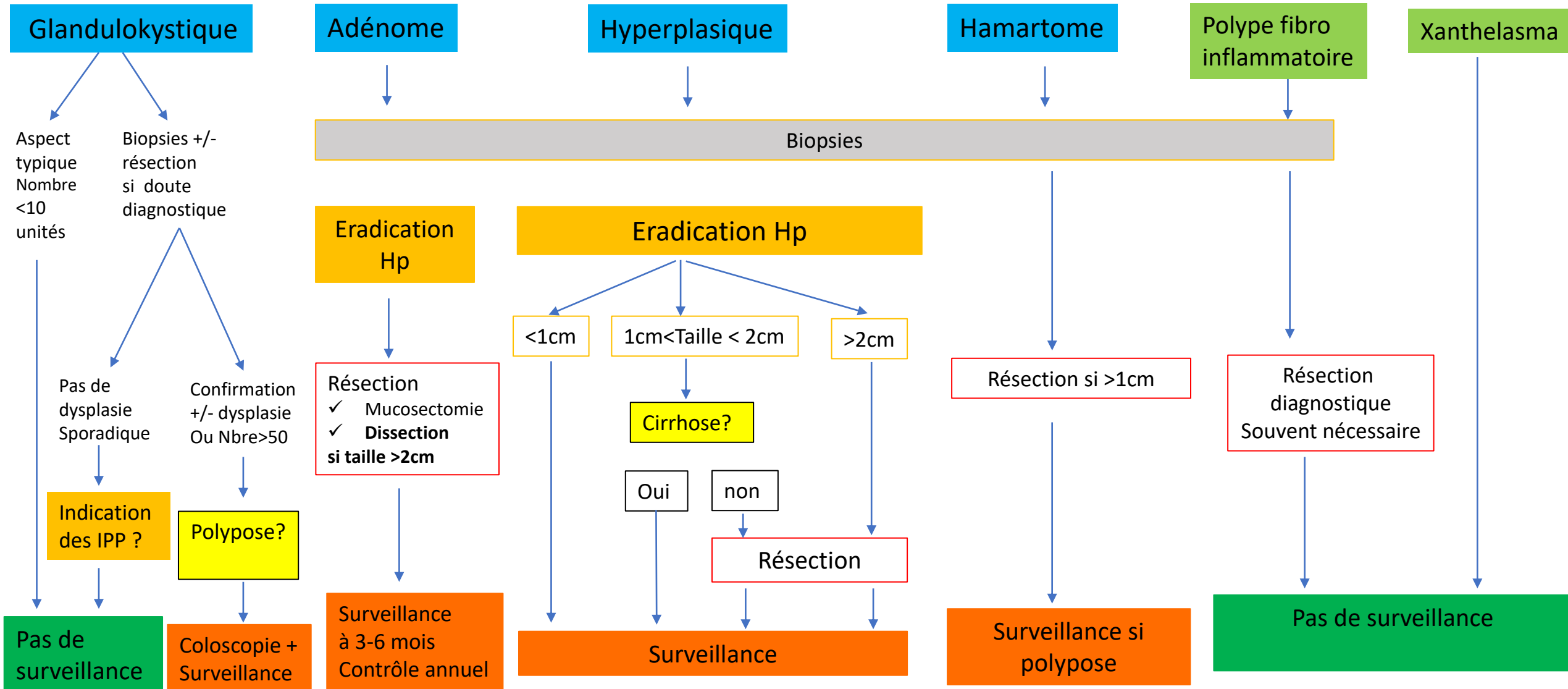
Résection
diagnostique
Souvent nécessaire

Pas de surveillance



Polype gastrique

Examen endoscopique et biopsies de la muqueuse gastrique adjacente et à distance



Points forts

- Les polypes glandulokystiques 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 aux Docteurs Sophie Michalak et Anne Olivier

MERCI DE VOTRE ATTENTION

