

Th. VALLOT

Les polypes gastriques

- Connaître les différents types anatomopathologiques et leur contexte éventuel.
- En déduire les modalités de prise en charge

LES POLYPES GASTRIQUES

Thierry VALLOT

CHU Bichat Cl Bernard - Paris

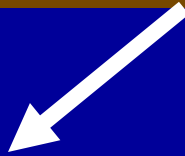
Polypes gastriques

2 à 3 % des endoscopies hautes

Polypes gastriques

2 à 3 % des endoscopies hautes

19 %



**LESIONS
TUMORALES**

épithéliale

endocrine

lymphomateuse

mésenchymateuse

Polypes gastriques

2 à 3 % des endoscopies hautes

19 %

**LESIONS
TUMORALES**

épithéliale

endocrine

lymphomateuse

mésenchymateuse

81 %

**LESIONS
NON TUMORALES**

des glandes fundiques

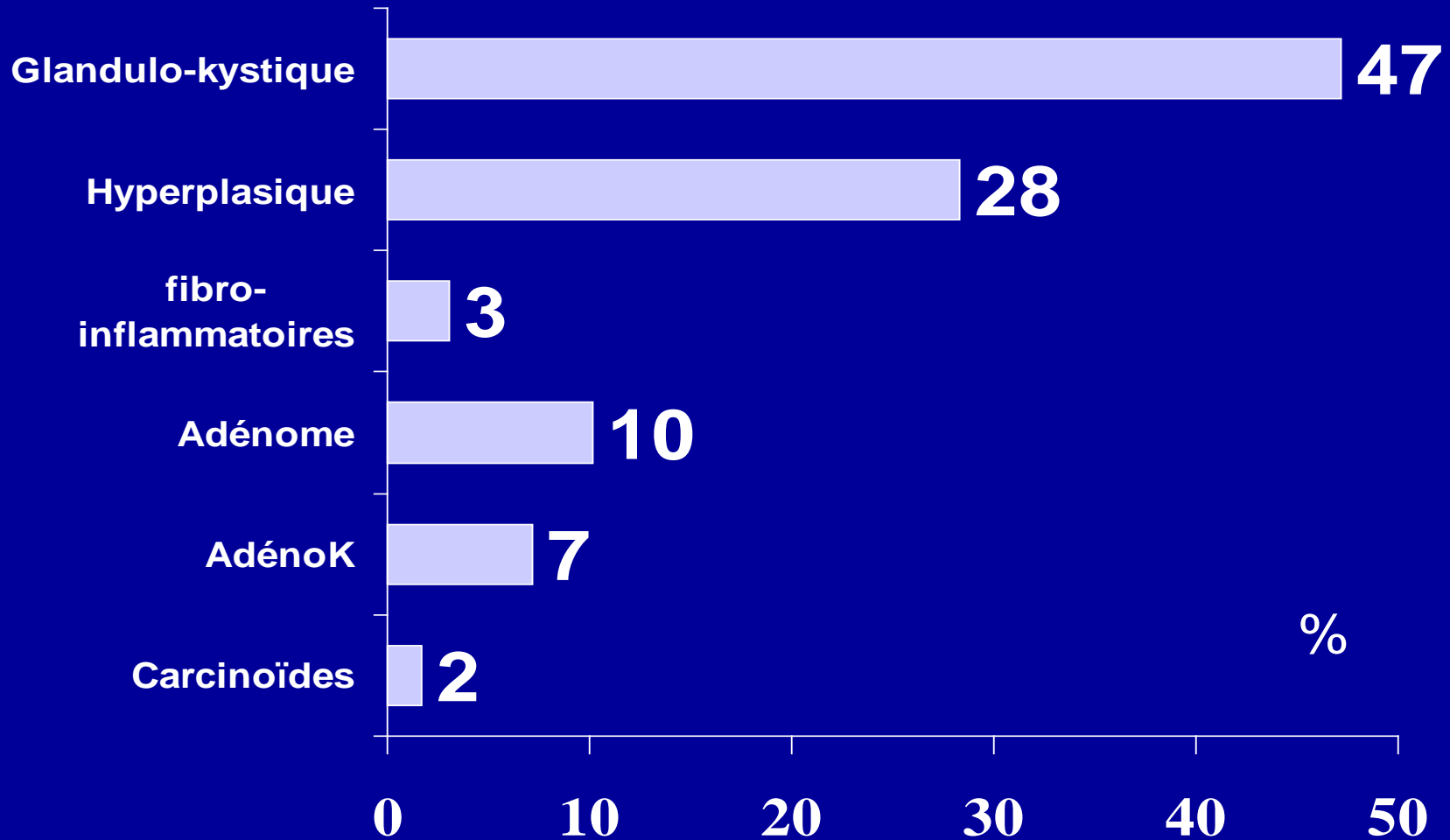
hyperplasique

fibro-inflammatoire

hamartomateux

hétérotopie

Polypes gastriques (n = 5515) : prévalence selon type histologique



Polypes glandulo fundiques (PGF) (47 %)



Siège : fundique

Taille < 1 cm

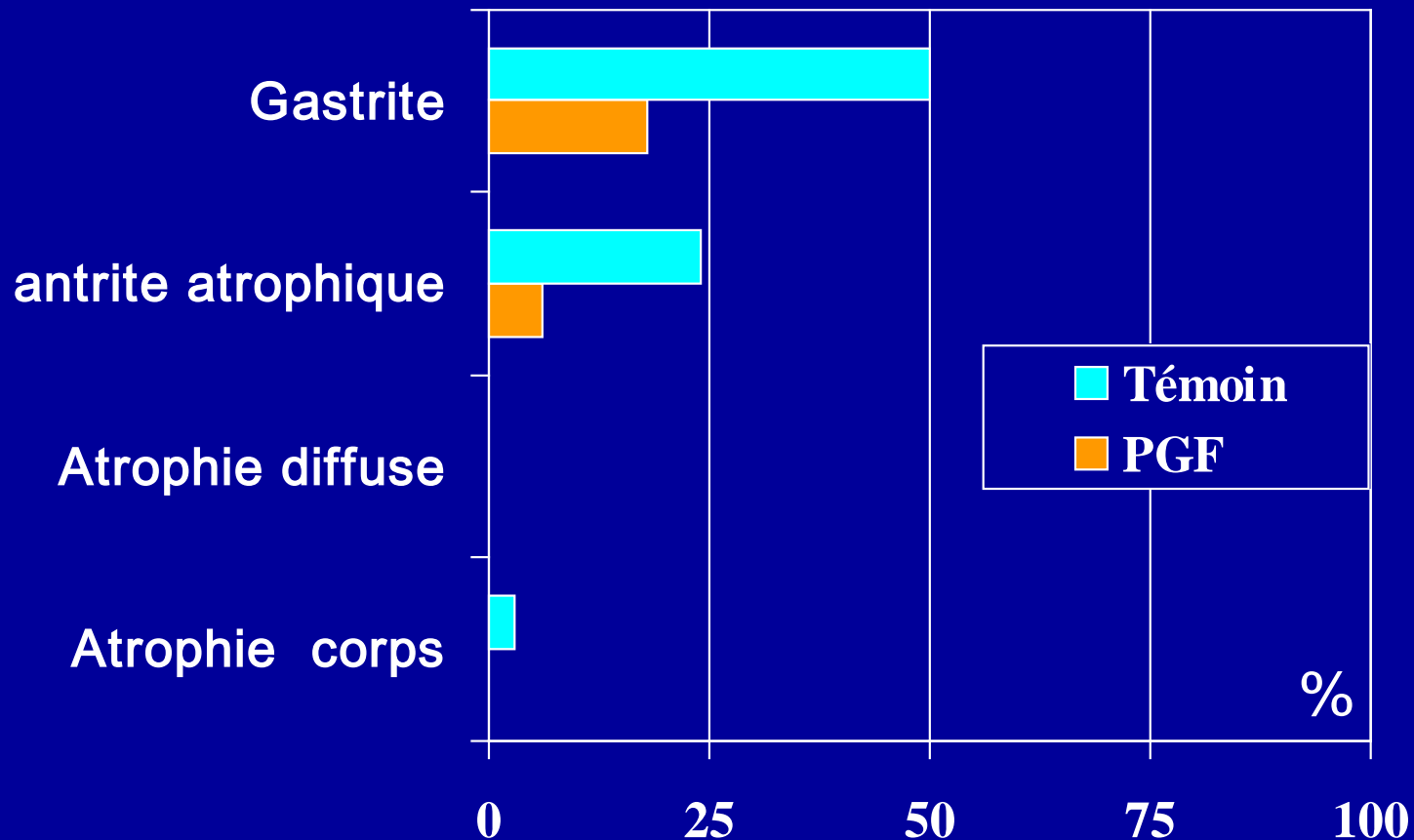
Nb : 1 à très nombreux

Surface : lisse

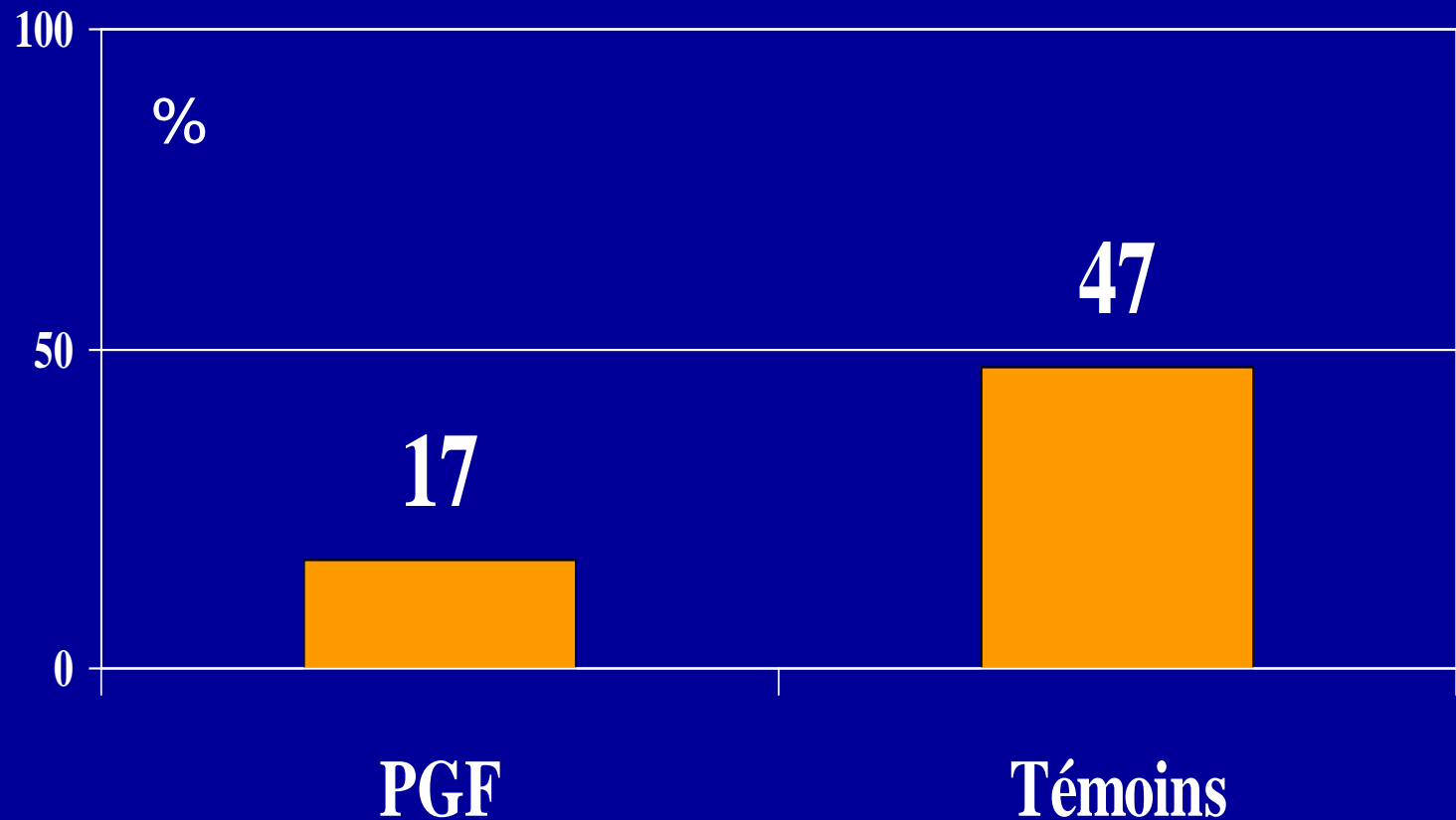
**Histo : glandes fundiques
microkystiques**



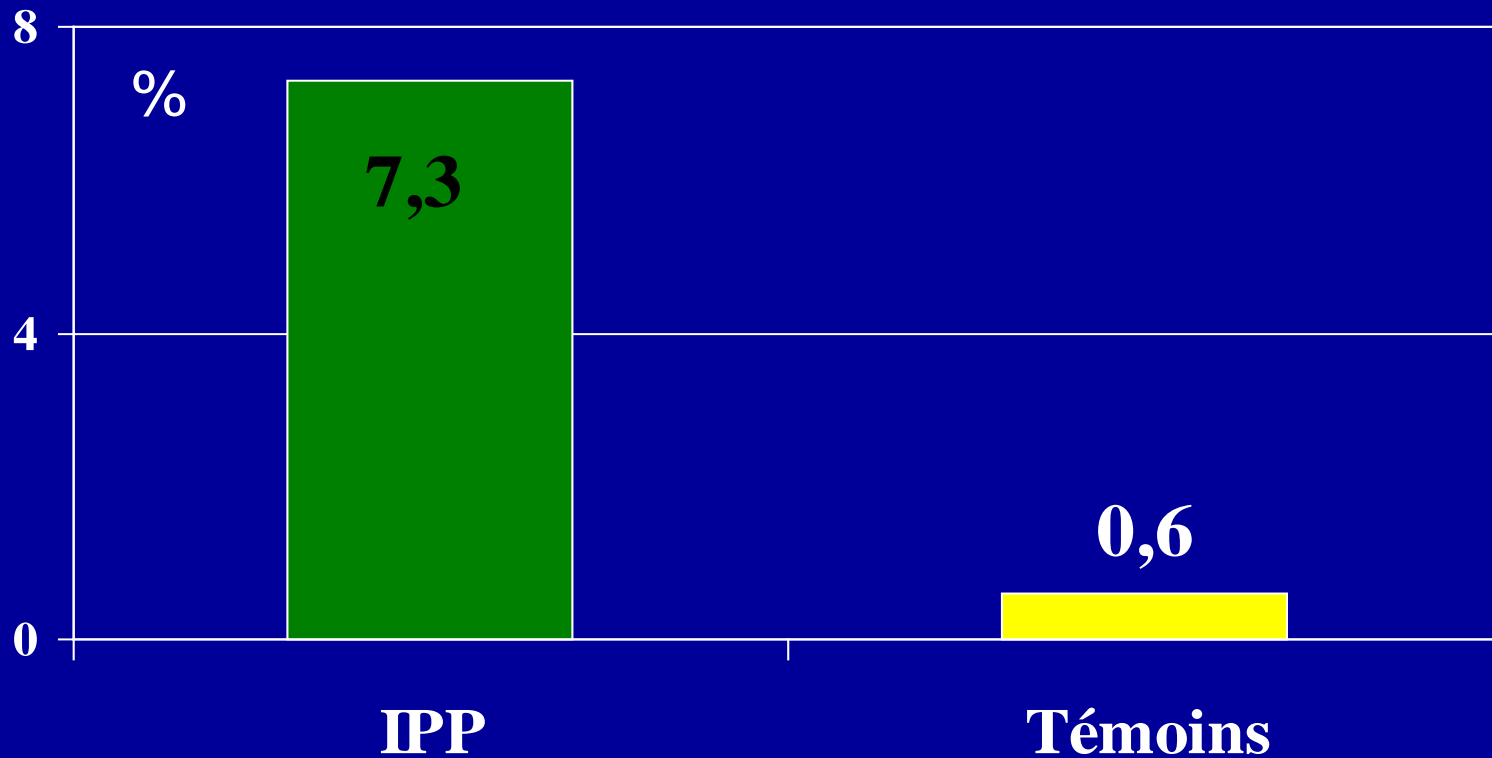
PGF : prévalence des lésions de gastrite



PGF : prévalence de l'infection Hp

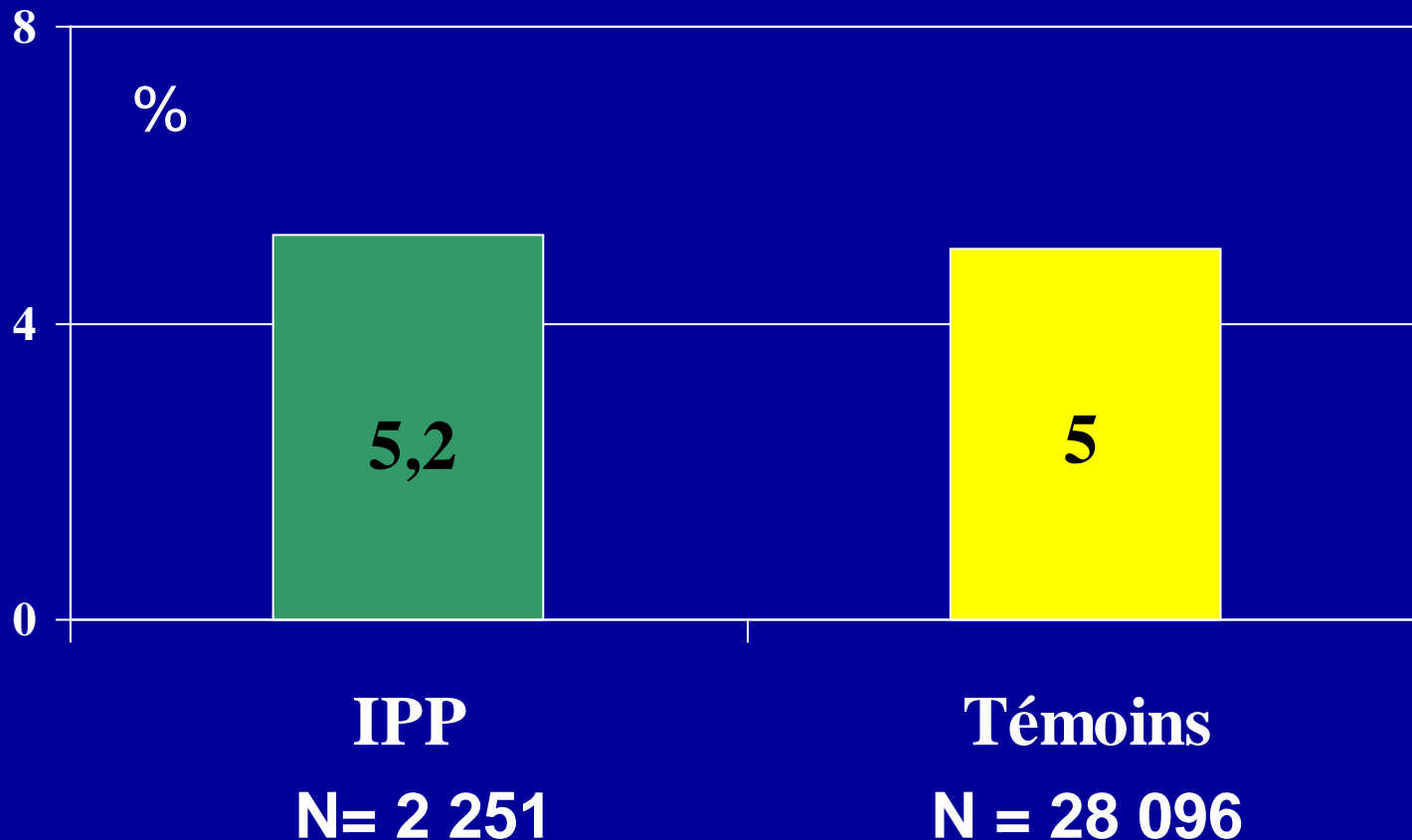


Prévalence des PGF chez les malades traités par IPP

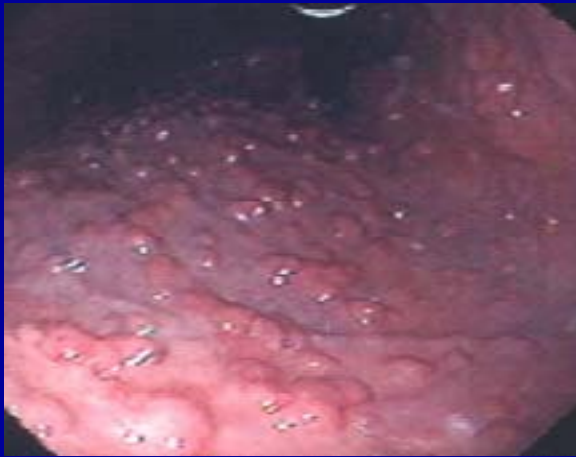


Choudry et al Am J Clin Pathol 1998

Prévalence des PGF chez les malades (Hp négatifs) traités par IPP

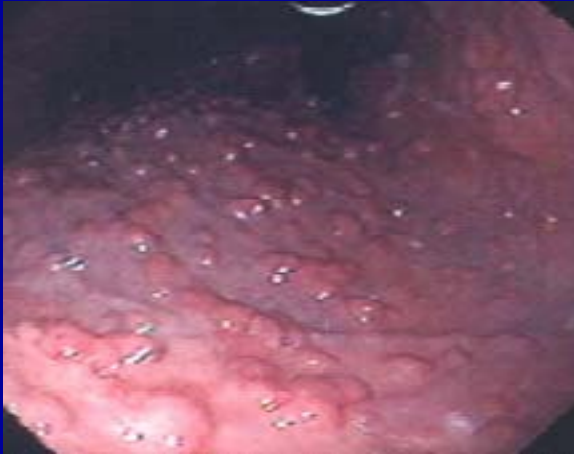


Polypes gastriques au cours de la poly-adénomatoase familiale (PAF)

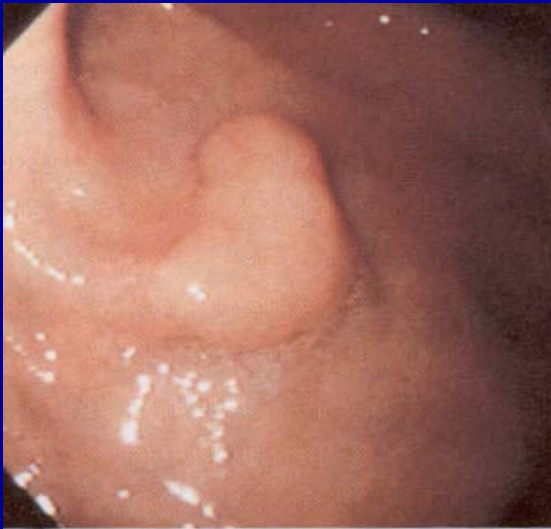


Polypes GF : 12.5 à 84 %
Corps gastrique
Risque de cancer = 0,6 %

Polypes gastriques au cours de la poly-adénomatoase familiale (PAF)



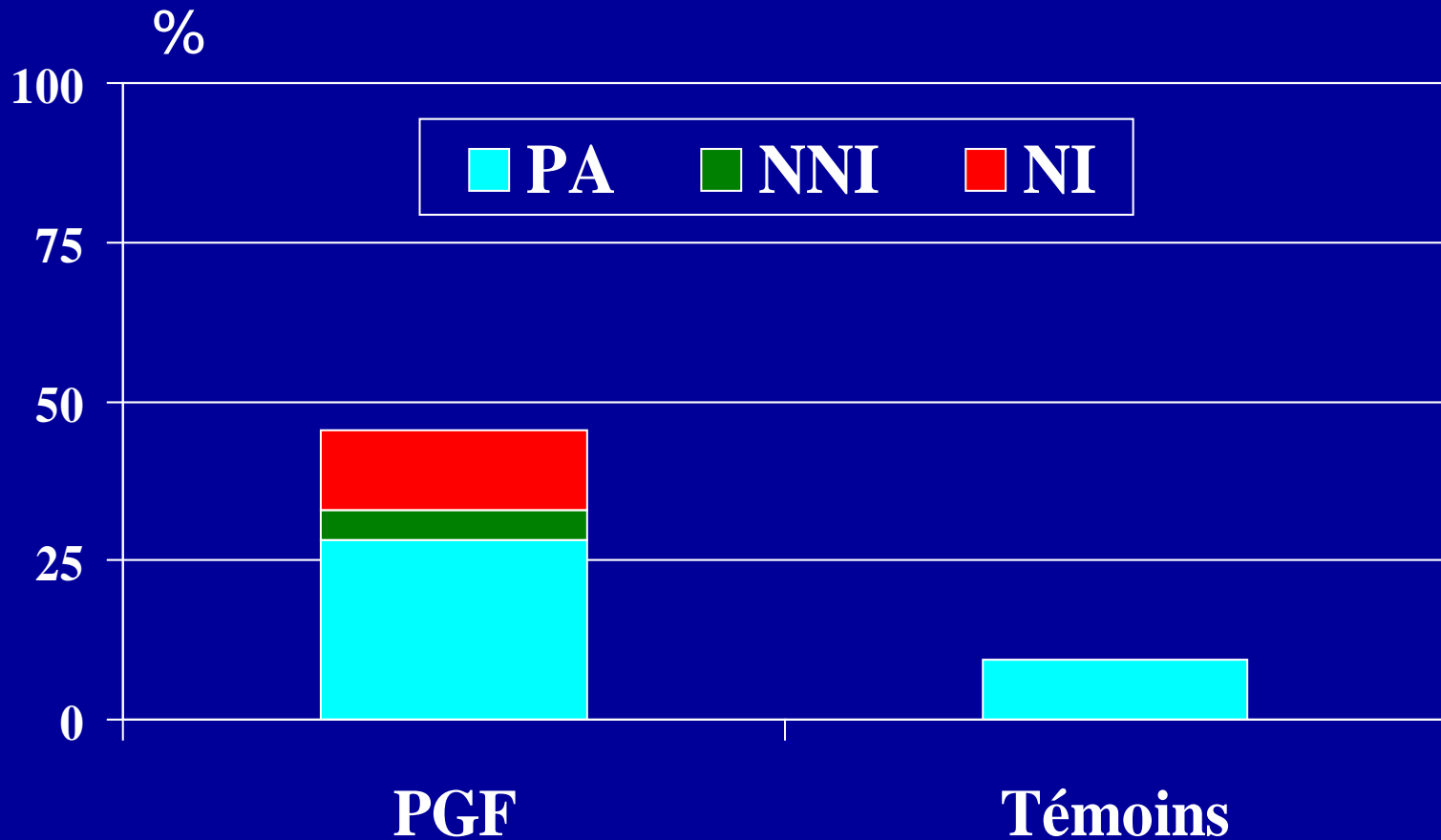
Polypes GF : 12.5 à 84 %
Corps gastrique
Risque de cancer = 0,6 %



Polypes adénomateux : 2 à 50 %
Siège antral +++

Relation avec Hp +

Prévalence des adénomes coliques chez les malades porteurs de PGF



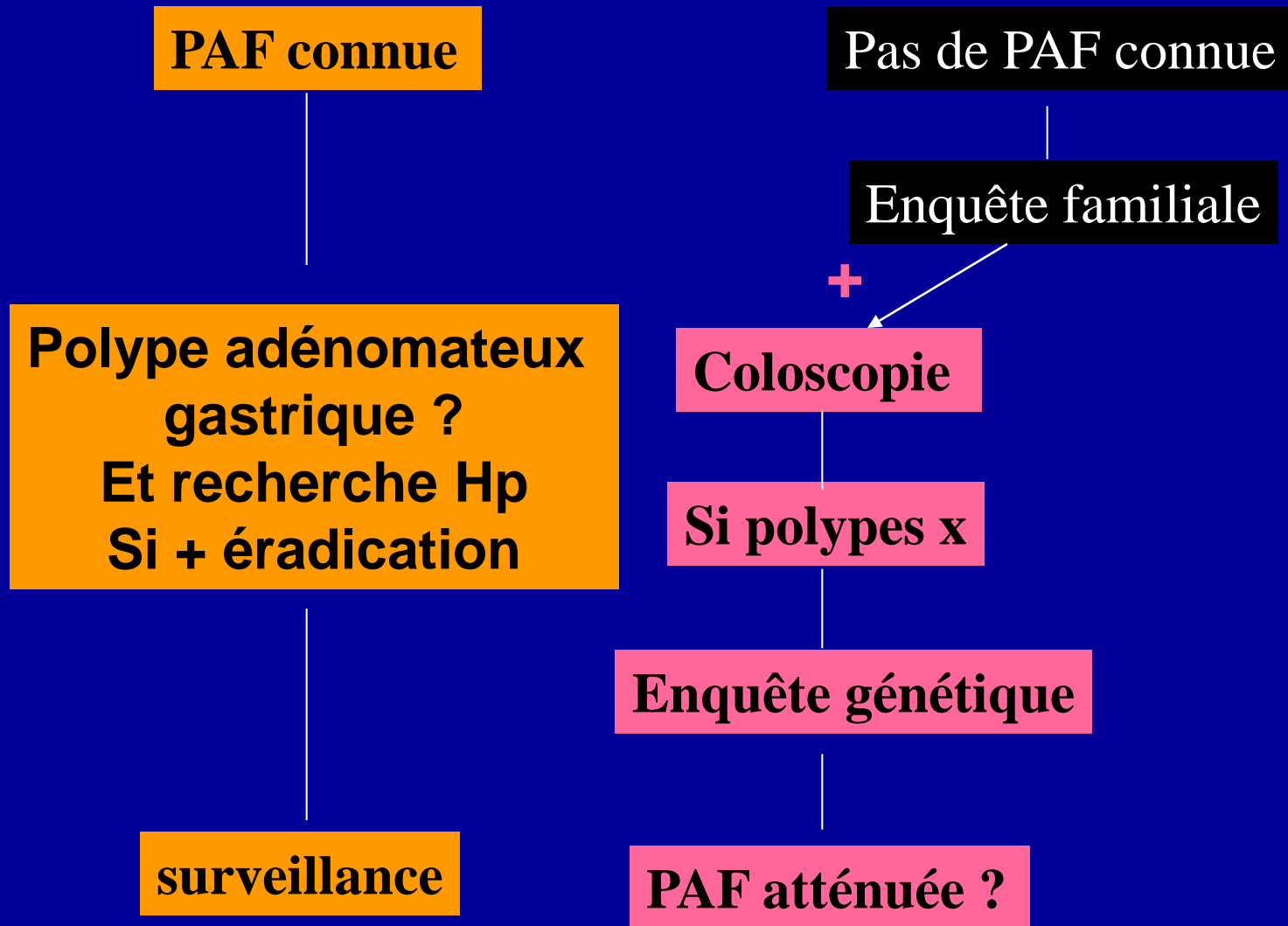
Polypes glandulo-fundiques

PAF connue

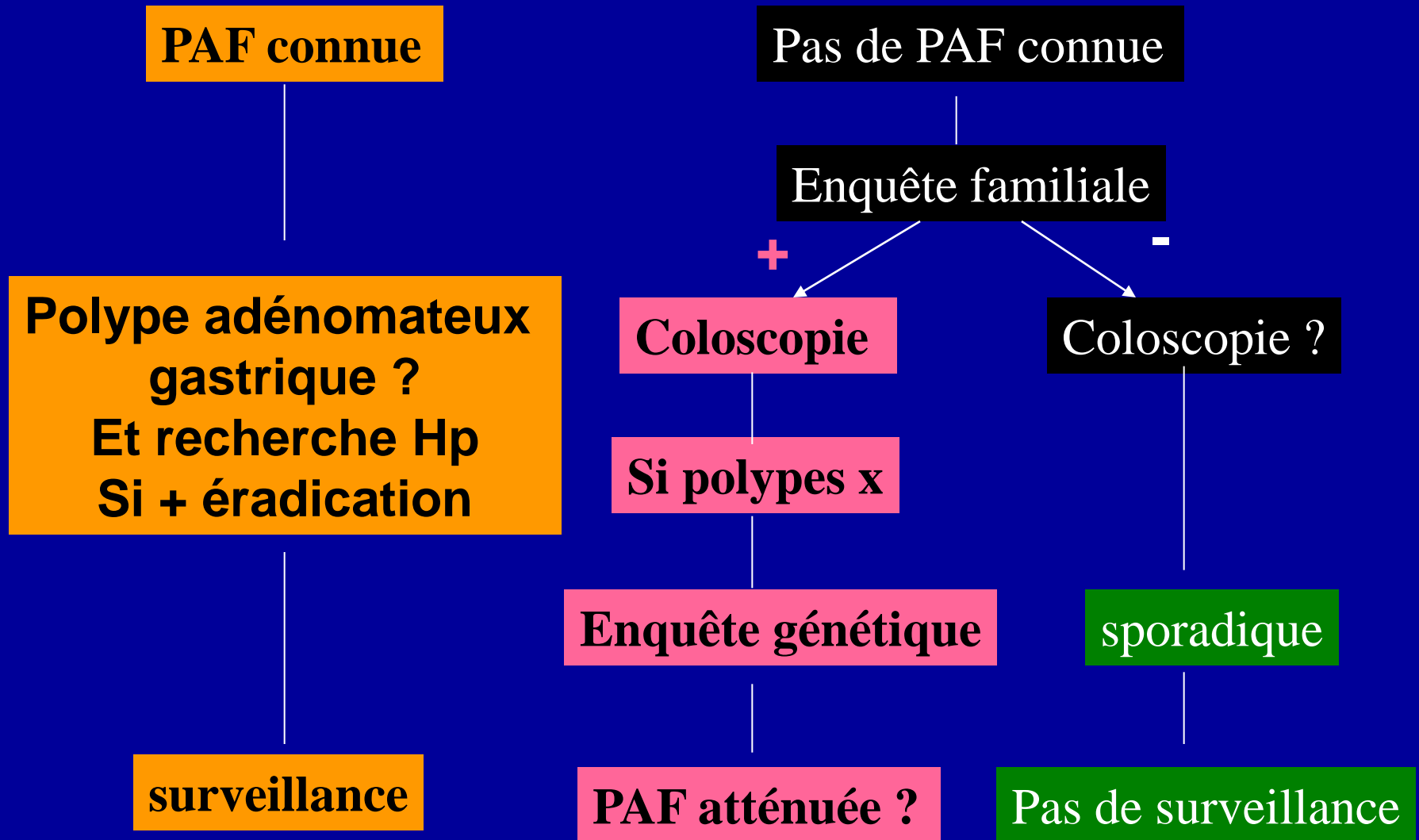
**Polype adénomateux
gastrique ?
Et recherche Hp
Si + éradication**

surveillance

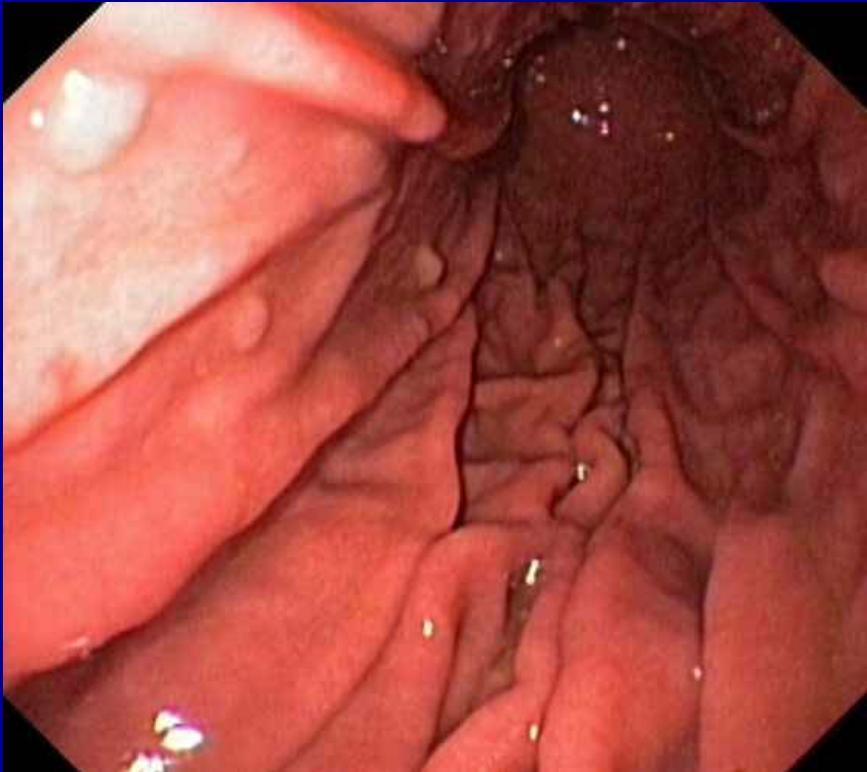
Polypes glandulo-fundiques



Polypes glandulo-fundiques



Polypes gastriques hyperplasiques (28%)



**Siège : antral
ou fundique**

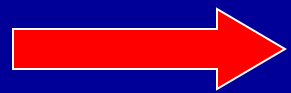
Taille : < 1 cm

Nb : > 10 dans 40 %

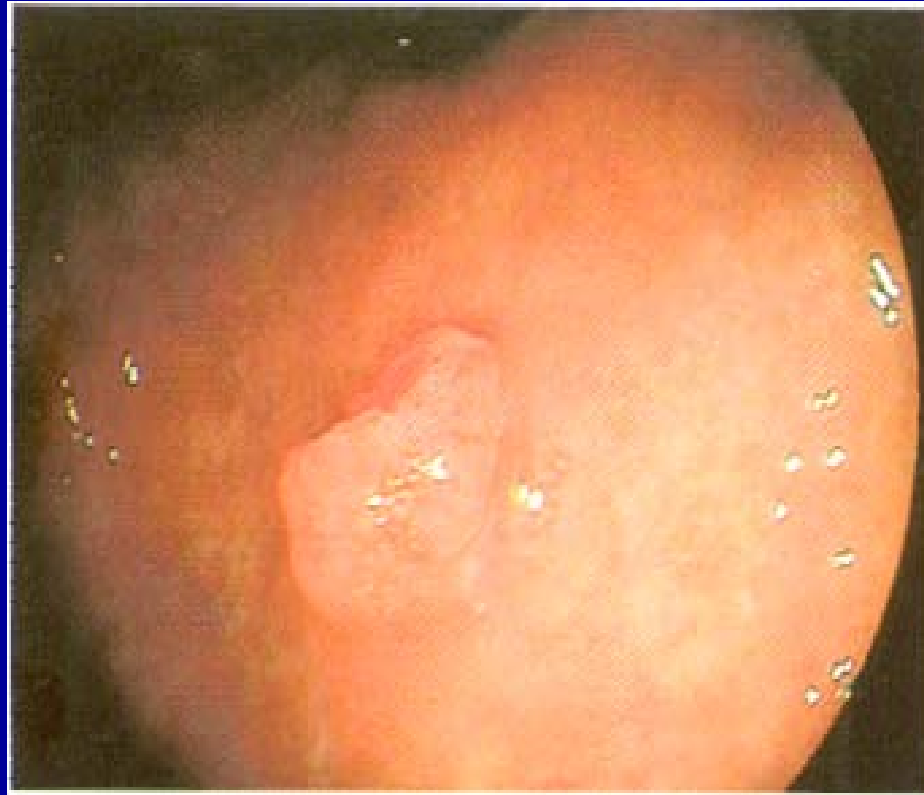
Surface : lisse

Risque de néoplasie = 1% si > 5 mm

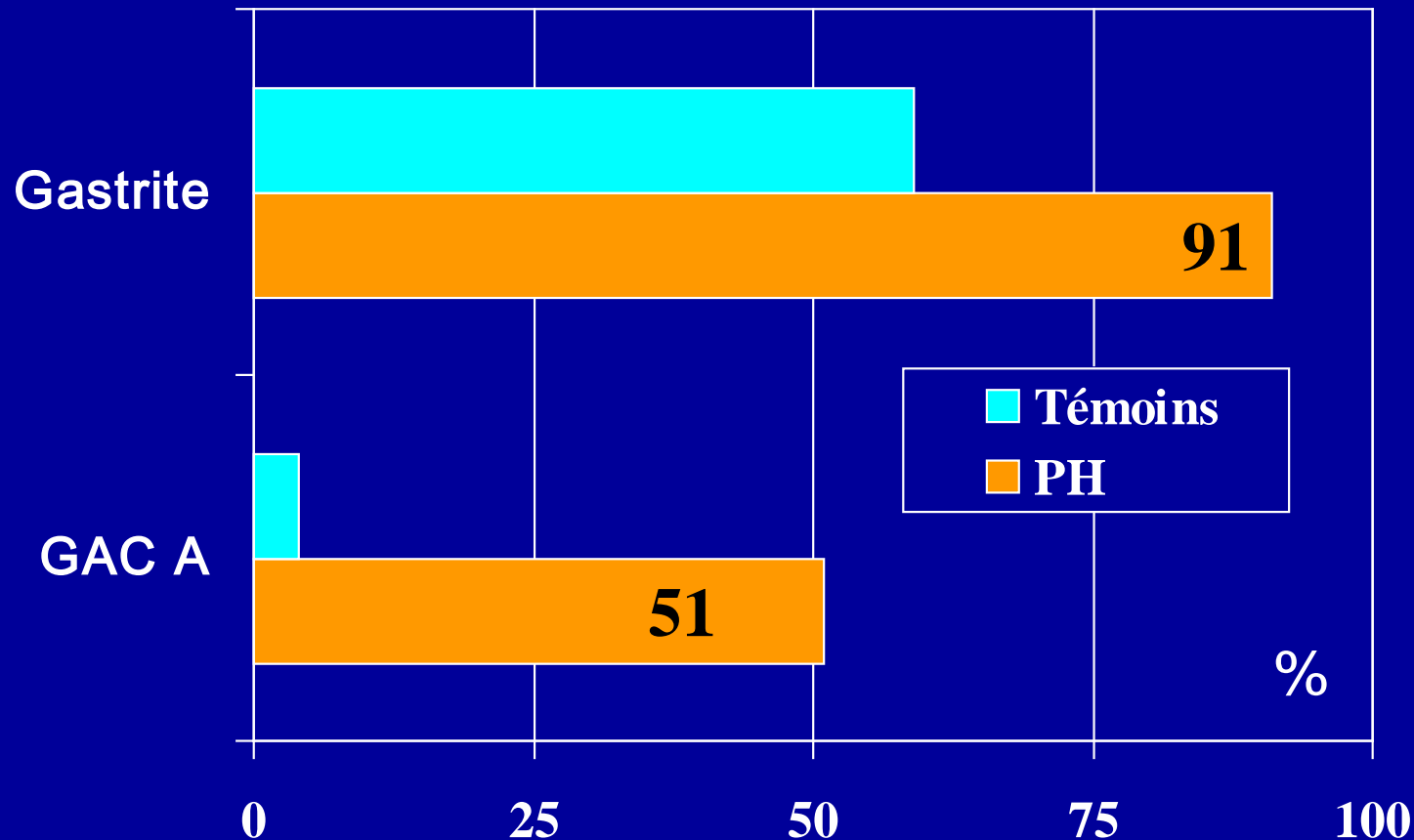
Les polypes gastriques hyperplasiques



Exérèse complète si > 5 mm



Polypes gastriques hyperplasiques : prévalence des lésions de gastrite



Gastrite atrophique du fundus (Type A)

Polypes gastriques (49%)

Hyperplasiques : 87%

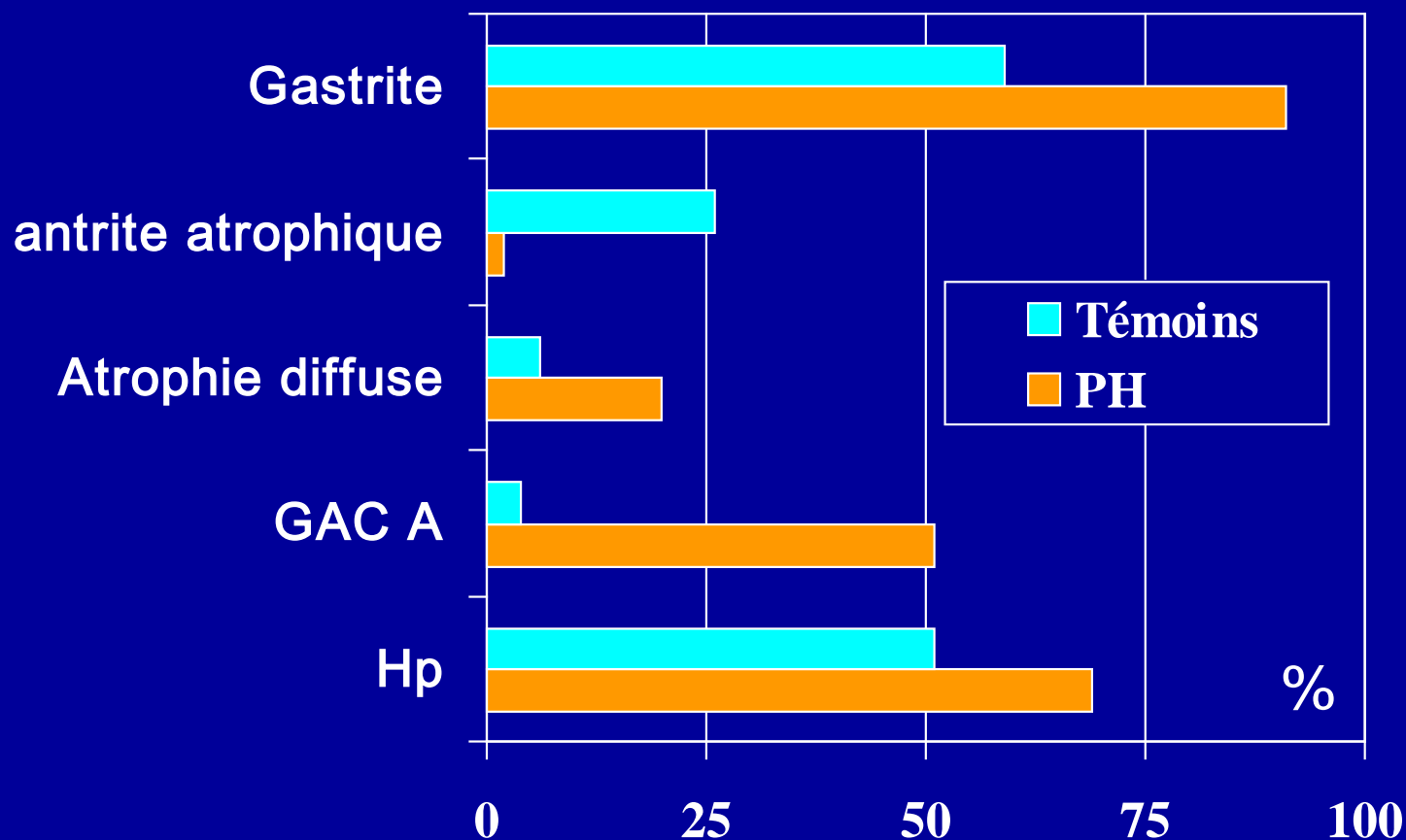
Adénome : 3%

Carcinoïde ECL-ome : 5%

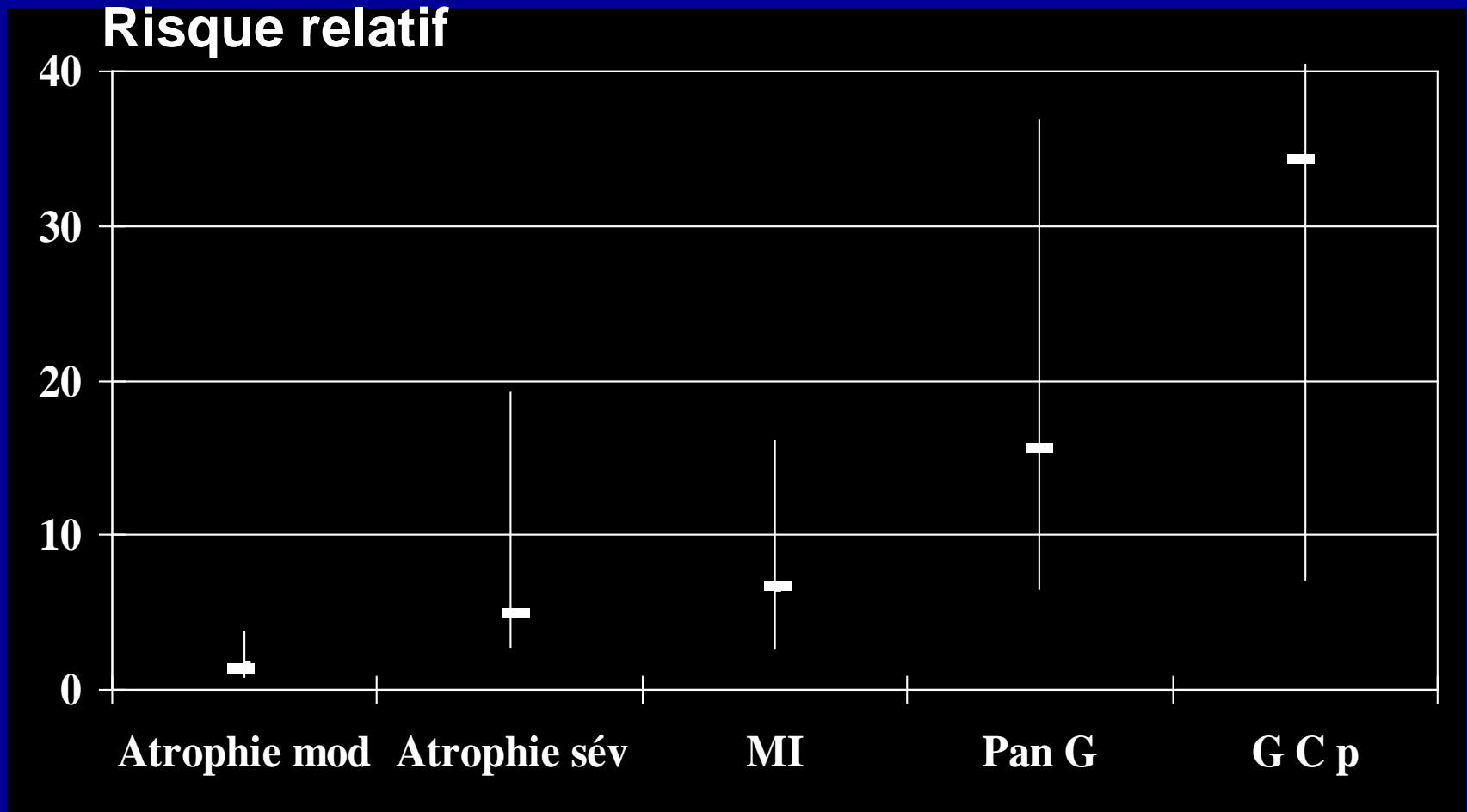
Adénocarcinome : 8%

Pseudo-polype fundiques

Polypes gastriques hyperplasiques : prévalence des lésions de gastrite



Risque de cancer gastrique en fonction du profil histologique initial (1246 malades Hp + (suivi 8 ans))



Polypes gastriques hyperplasiques prévalence du cancer gastrique

Siège du cancer	prévalence
Cancer dans la lésion	< 1 %
Cancer synchrone	3.3 %
Cancer métachrone	2.2 %

Polypes gastriques hyperplasiques

Exérèse si > 5 mm

GAC type A

Surveillance
tous les 3 ans ?

Gastrite à Hp

Éradication Hp

Surveillance
périodicité ?

Polypes fibro-inflammatoires (< 3%)



Siège : antral ou prépylorique

Taille : 0,8 à 7 cm

Sessiles ou semi-sessiles

Surface lisse , muqueuse normale

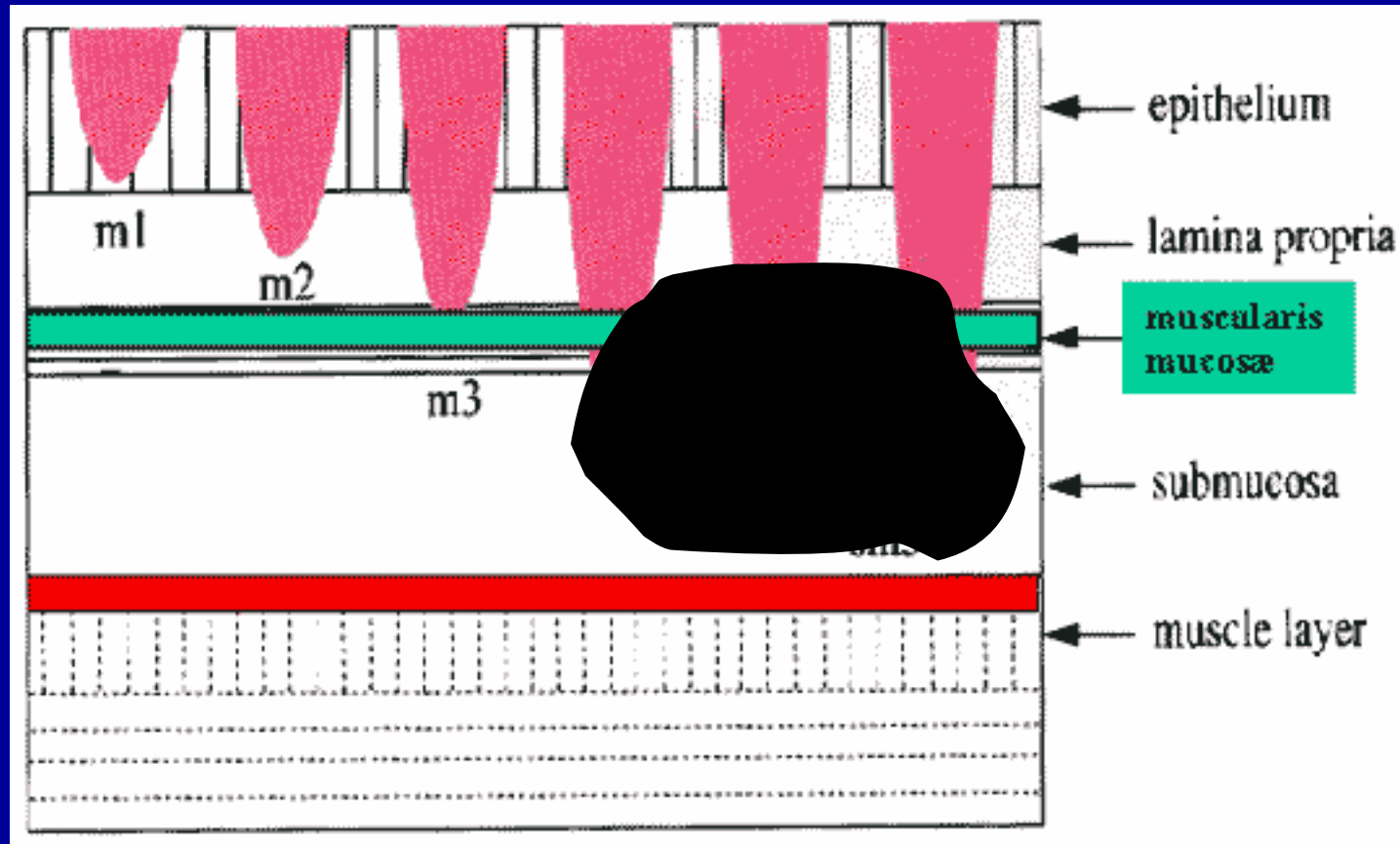
Si > 1cm : surface déprimée

Si >> 1 cm : ulcération

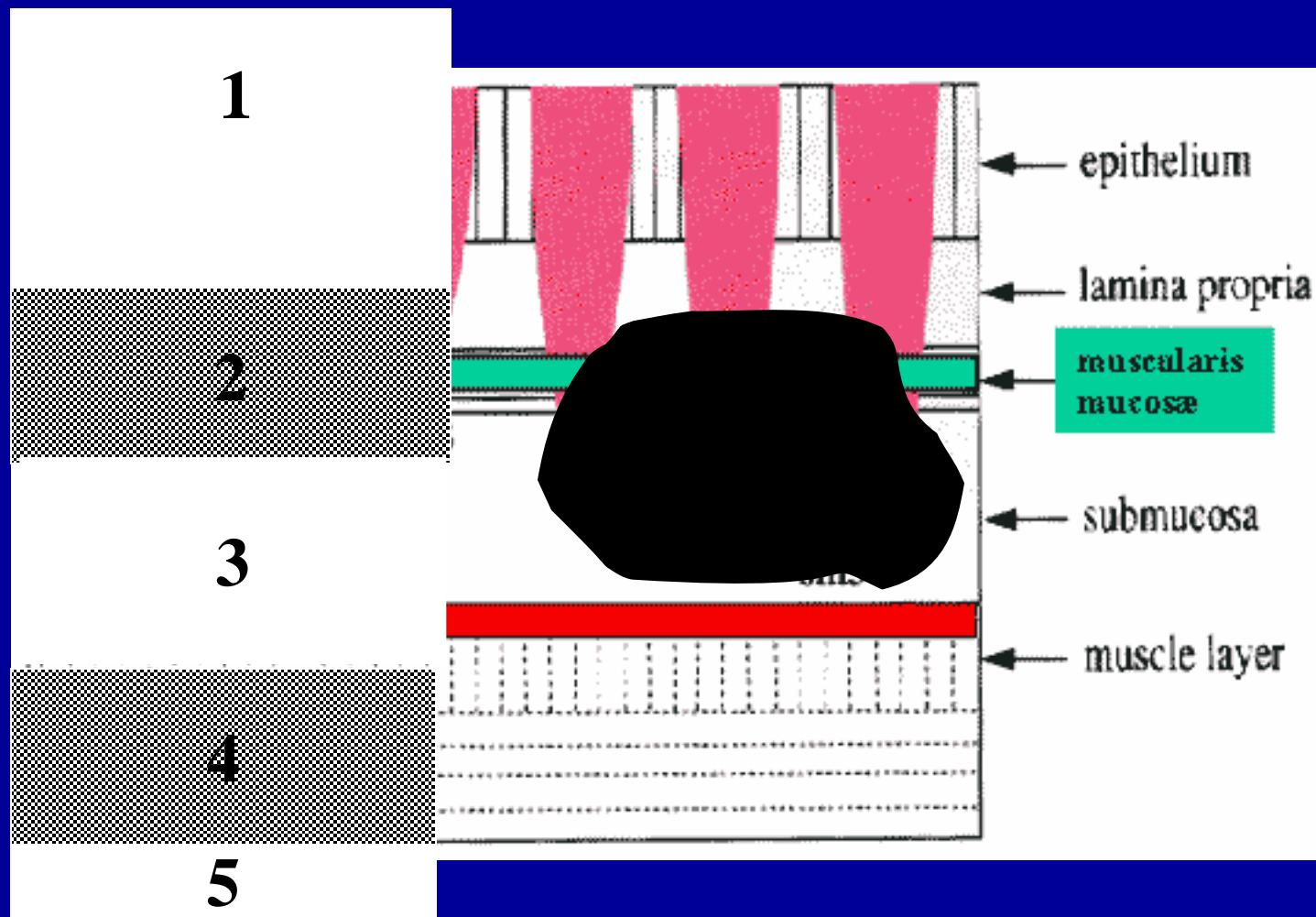
Biopsies : non contributives (89%)



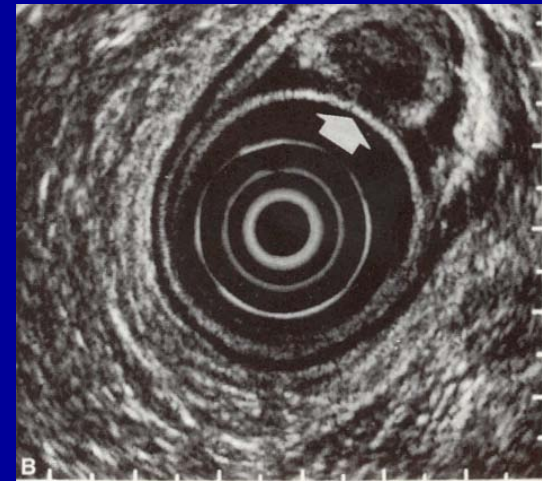
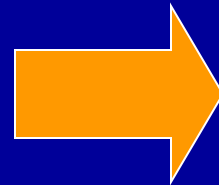
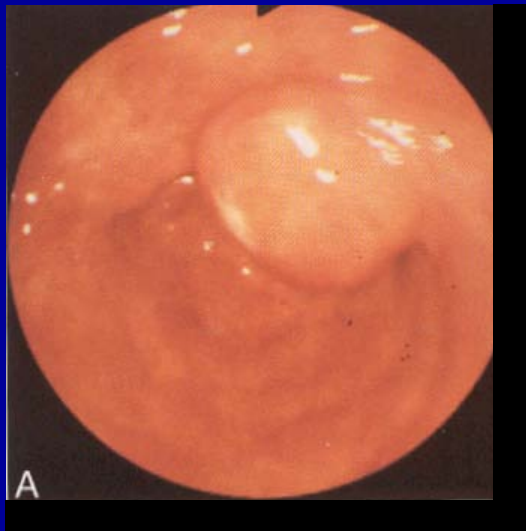
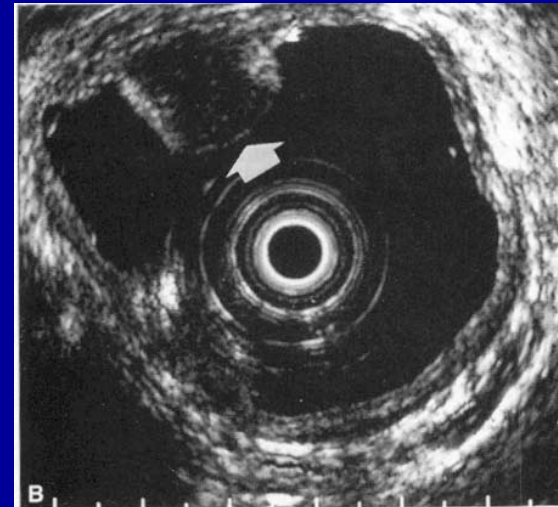
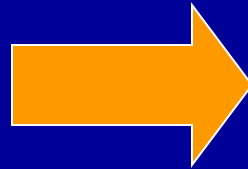
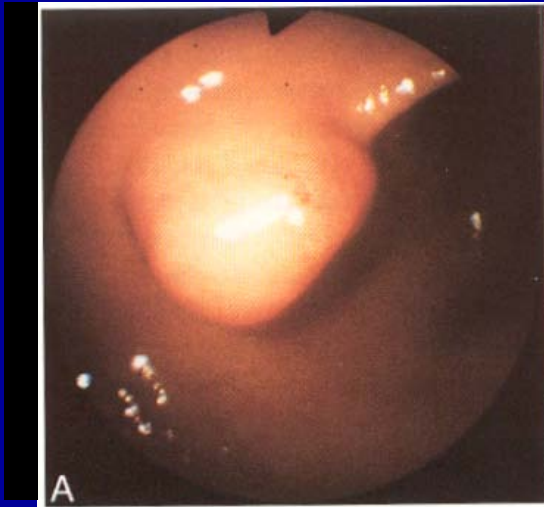
Polypes fibro-inflammatoires gastriques: siège



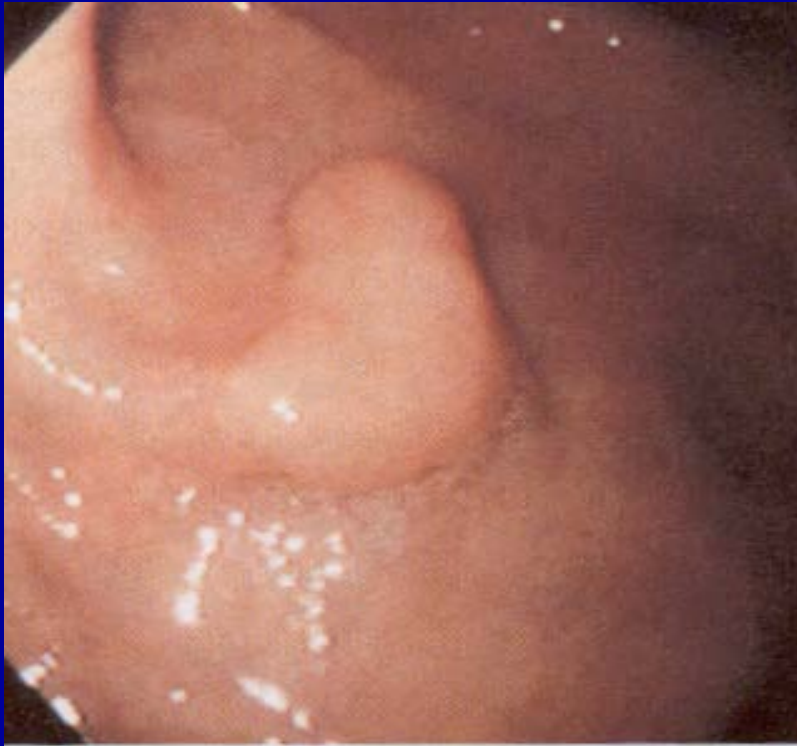
Polypes fibro-inflammatoires gastriques: siège



Polypes fibro-inflammatoires gastriques



Les polypes gastriques adénomateux (10 %)

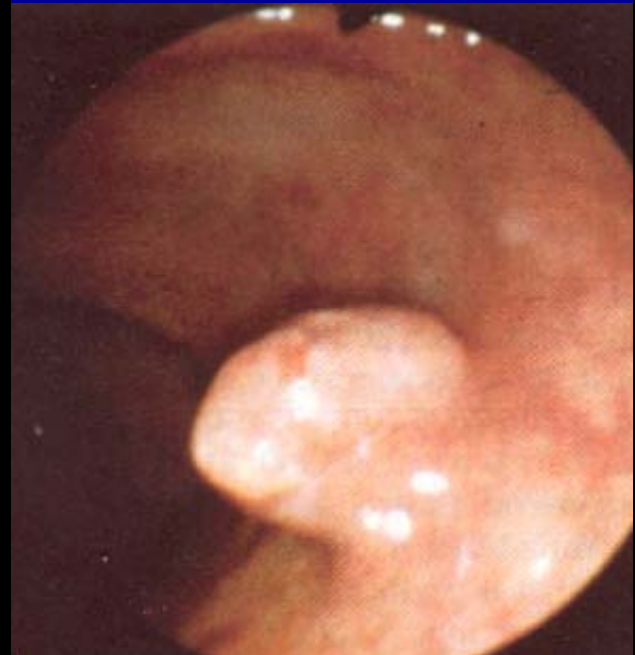


**Siège : antral : 43 %
ou fndique : 57%**

**Taille < 1 cm : 62 %
> 2cm: 23 %**

Nb > 1 = 18%

*Park et al Endoscopy 2001
Abraham et al Am J Surg Pathol 2002*



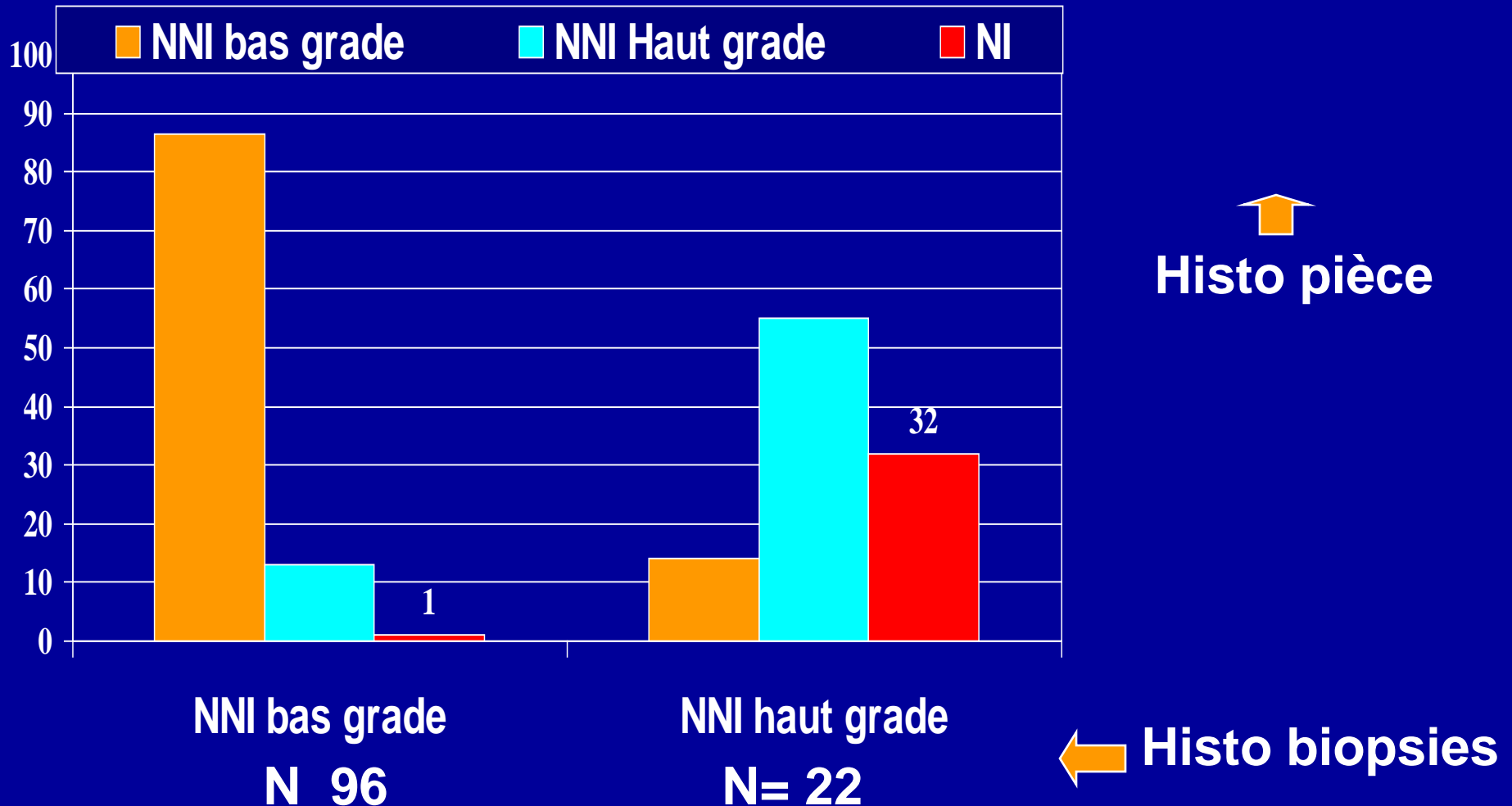
Polypes gastriques ADENOMATEUX



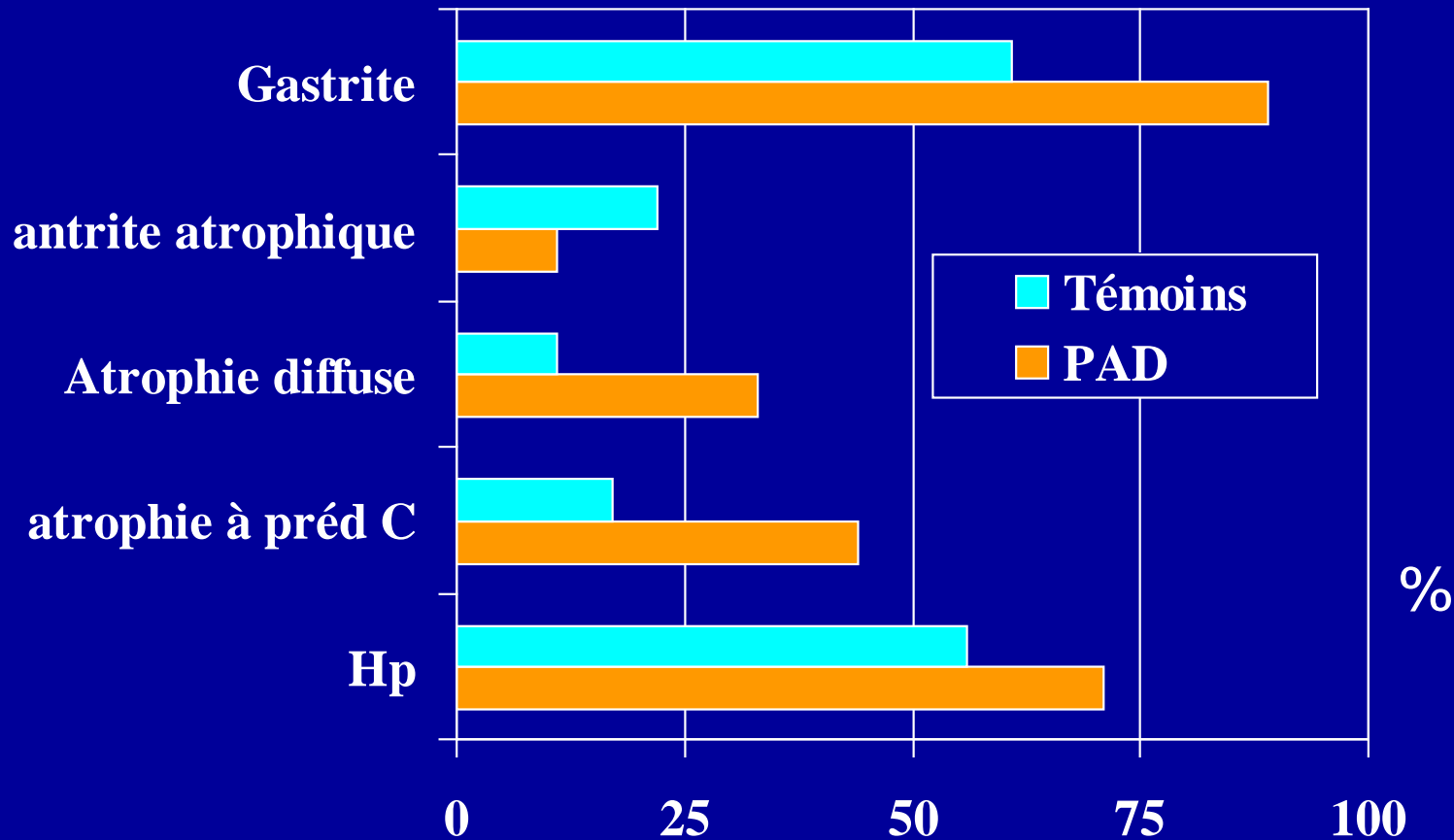
Park et al Endoscopy 2001

Etude histologique des PAD gastriques: comparaison biopsies /pièce exérèse

Park et al Endoscopy 2001



Polypes gastriques adénomateux: prévalence des lésions de gastrite



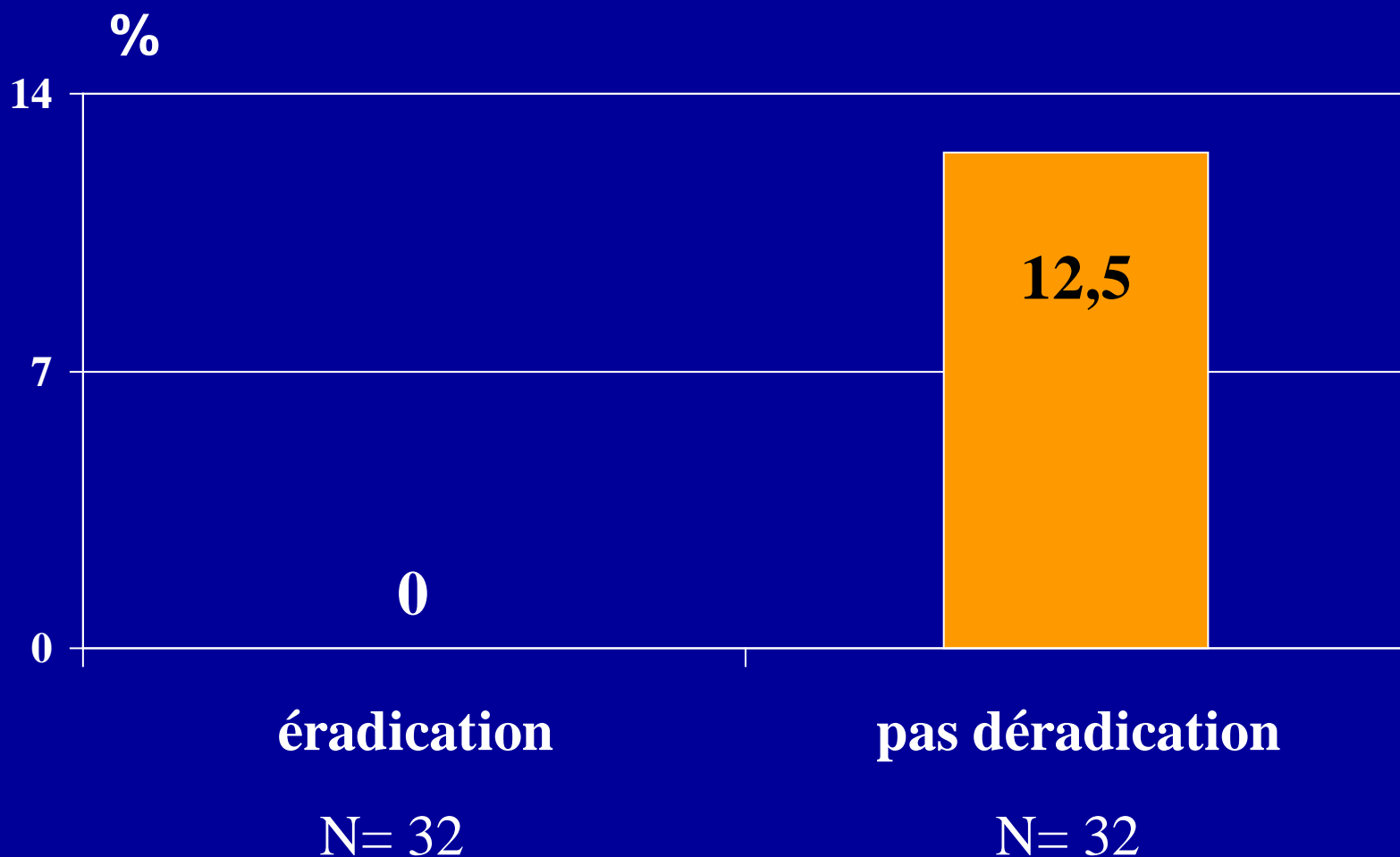
Polypes gastriques adénomateux risque de cancer gastrique

	adénome	Polype hyperplasique
Cancer dans la lésion	10% (4 – 60%)	< 1 %
Cancer synchrone	11%	3.3 %

Stolte et al Endoscopy 1994

Polypes gastriques adénomateux : effet de l'éradication d'Hp sur le risque de dégénérescence à 2 ans

Saito et al Gastrointest Endosc 2000

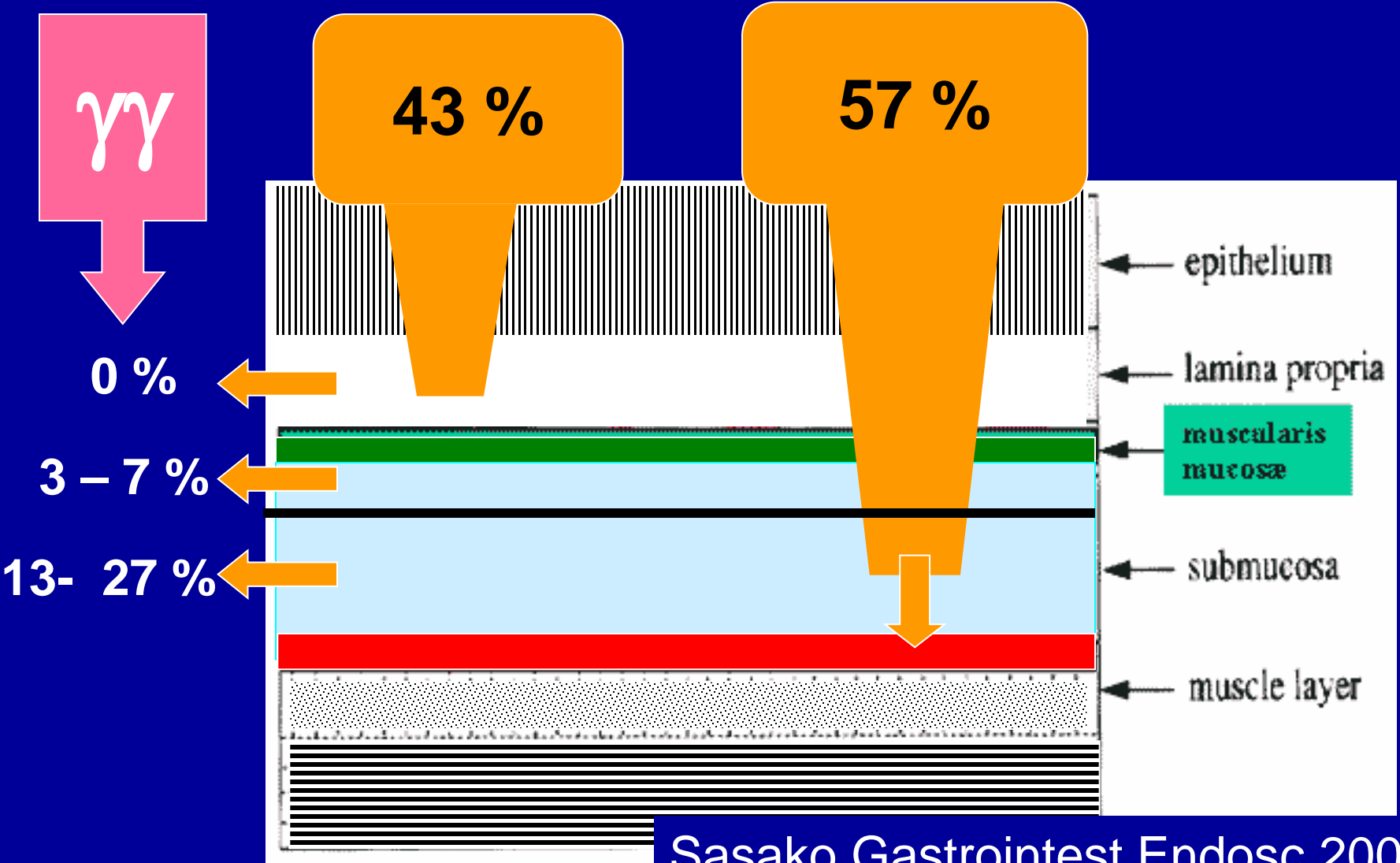


Adénocarcinome gastrique polypoïde (7% des polypes)



Type 0-I = 3% des cancers superficiels gastriques

Adénocarcinomes gastriques (type 0-I)



Adénocarcinome gastrique polypoïde traitement endoscopique

**INDIQUE
SI**



Lésion non ulcérée
Taille < 2 cm à la base
Bon soulèvement lors de la SM

Cancer polypoïde de l'estomac traitement endoscopique

**INDIQUE
SI**

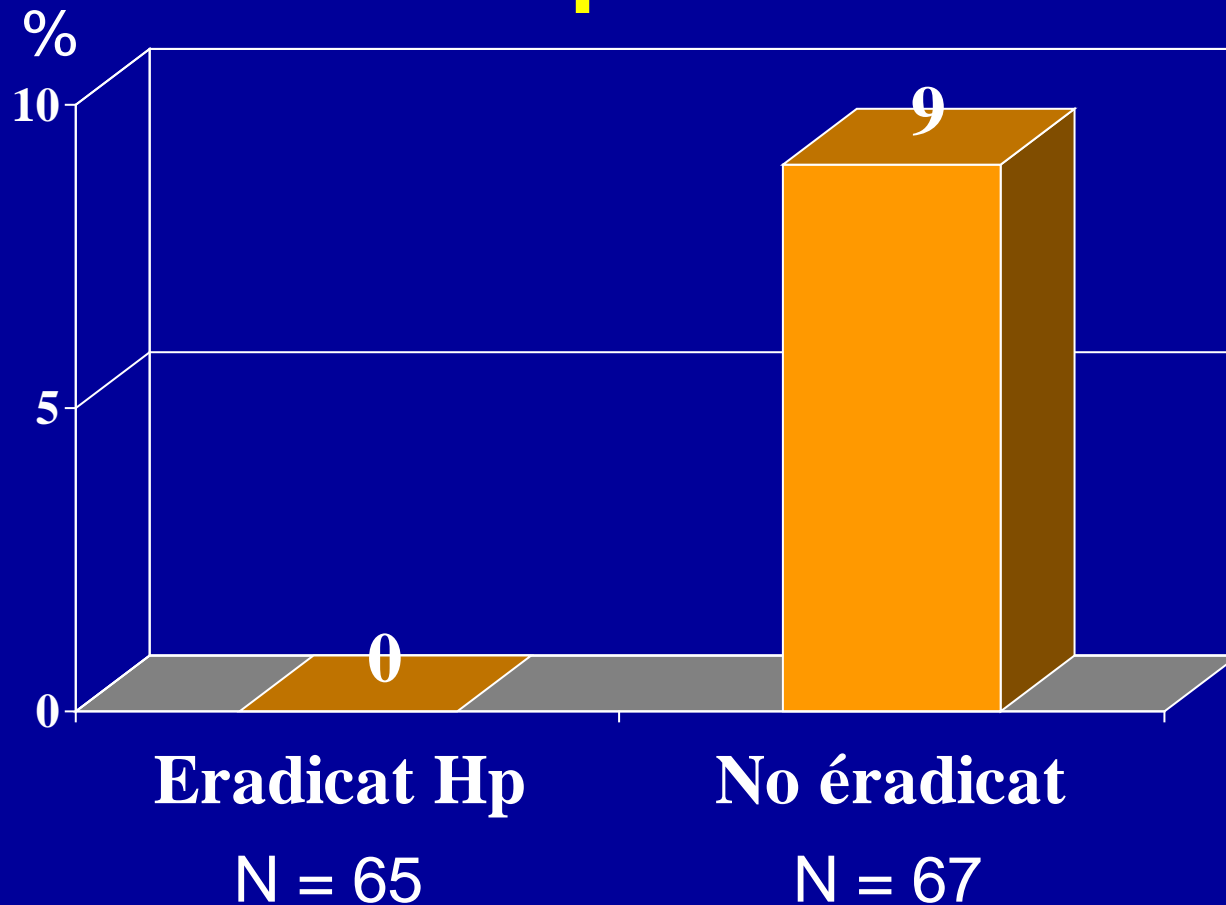
Lésion non ulcérée
Taille < 2 cm à la base
Bon soulèvement lors de la SM

**SUFFISANT
SI**

Cancer bien ou modérément différencié
Zone de résection saine; marge > 2 mm
Pas d'envahissement de la SM

**98 à 100 % de survie à 5 ans ;
3 à 5 % de récurrence**

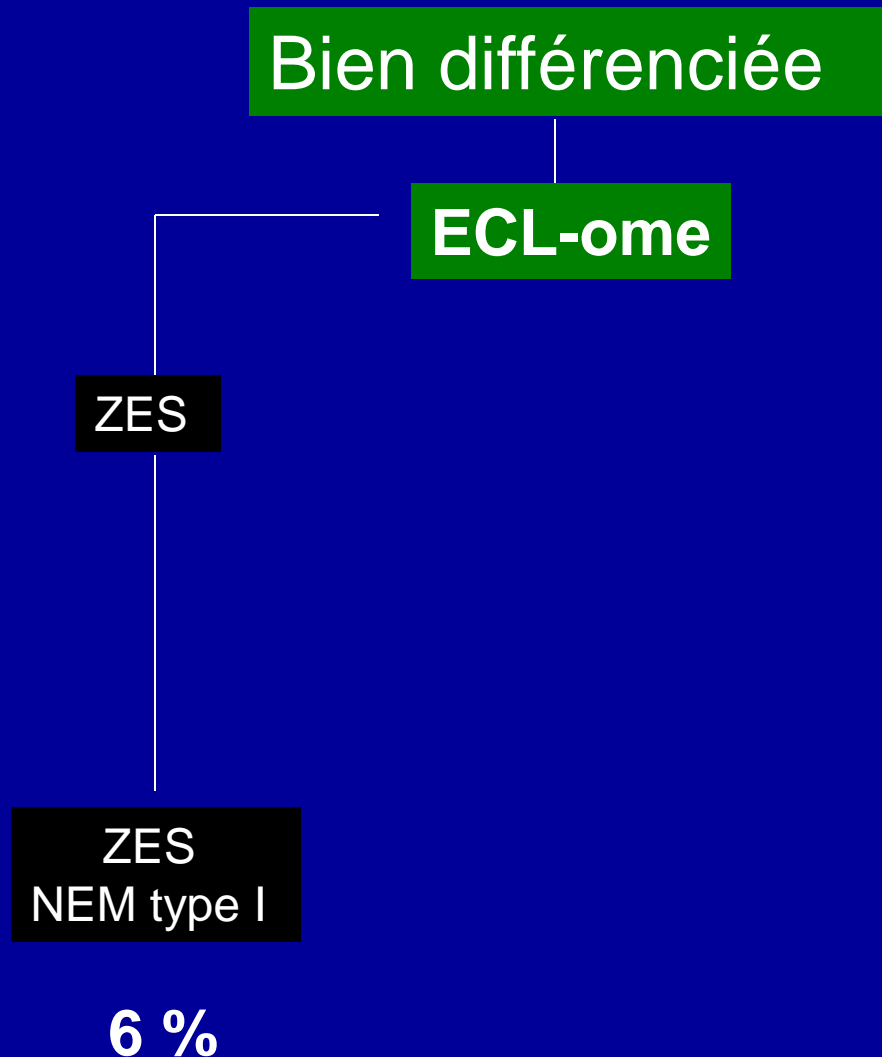
Récidive de cancer gastrique 3 ans après résection endoscopique d'un K superficiel



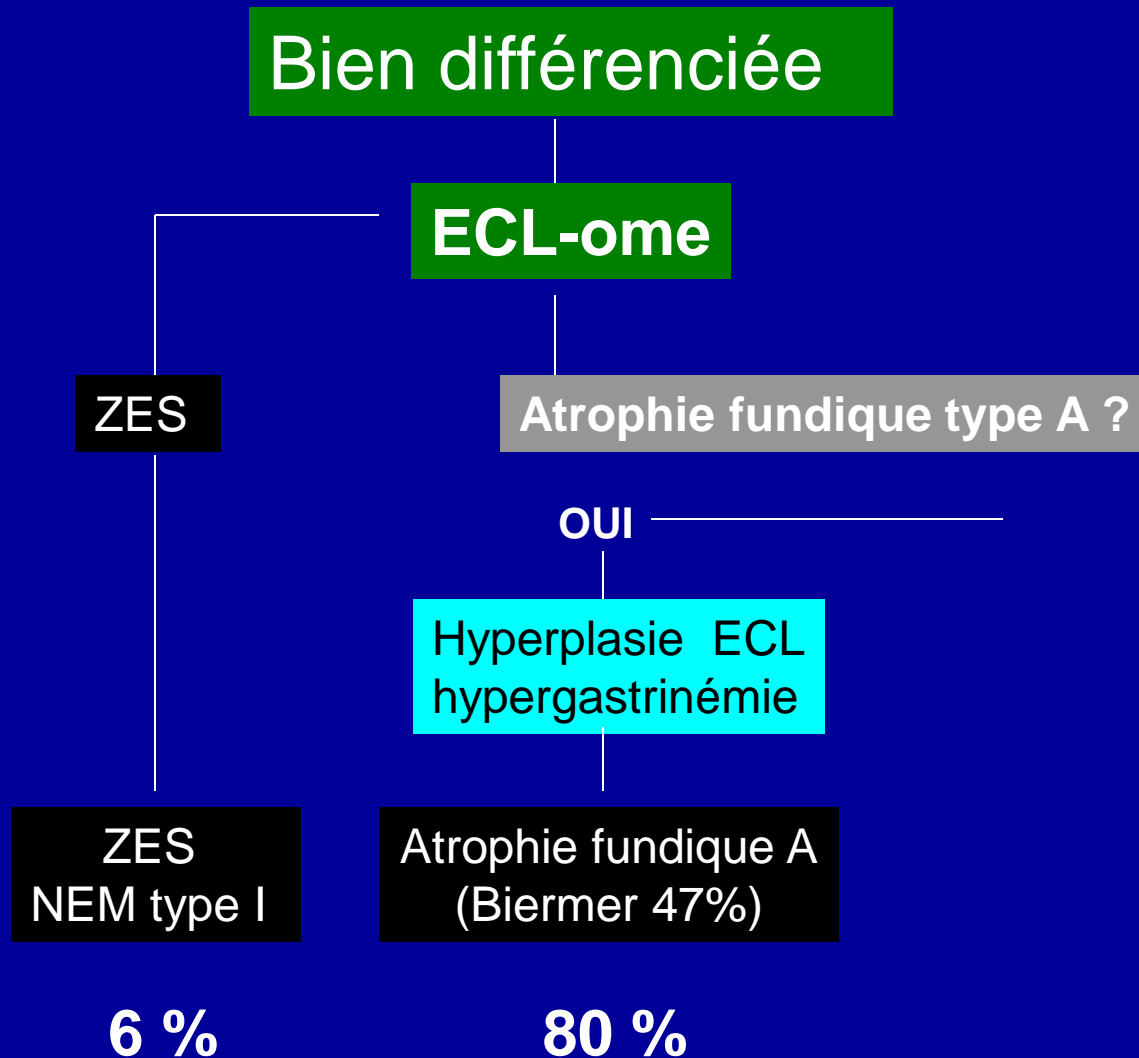
Uemura et al Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1997

Tumeurs carcinoides gastriques
(< 2%)

Tumeurs carcinoïdes fundiques

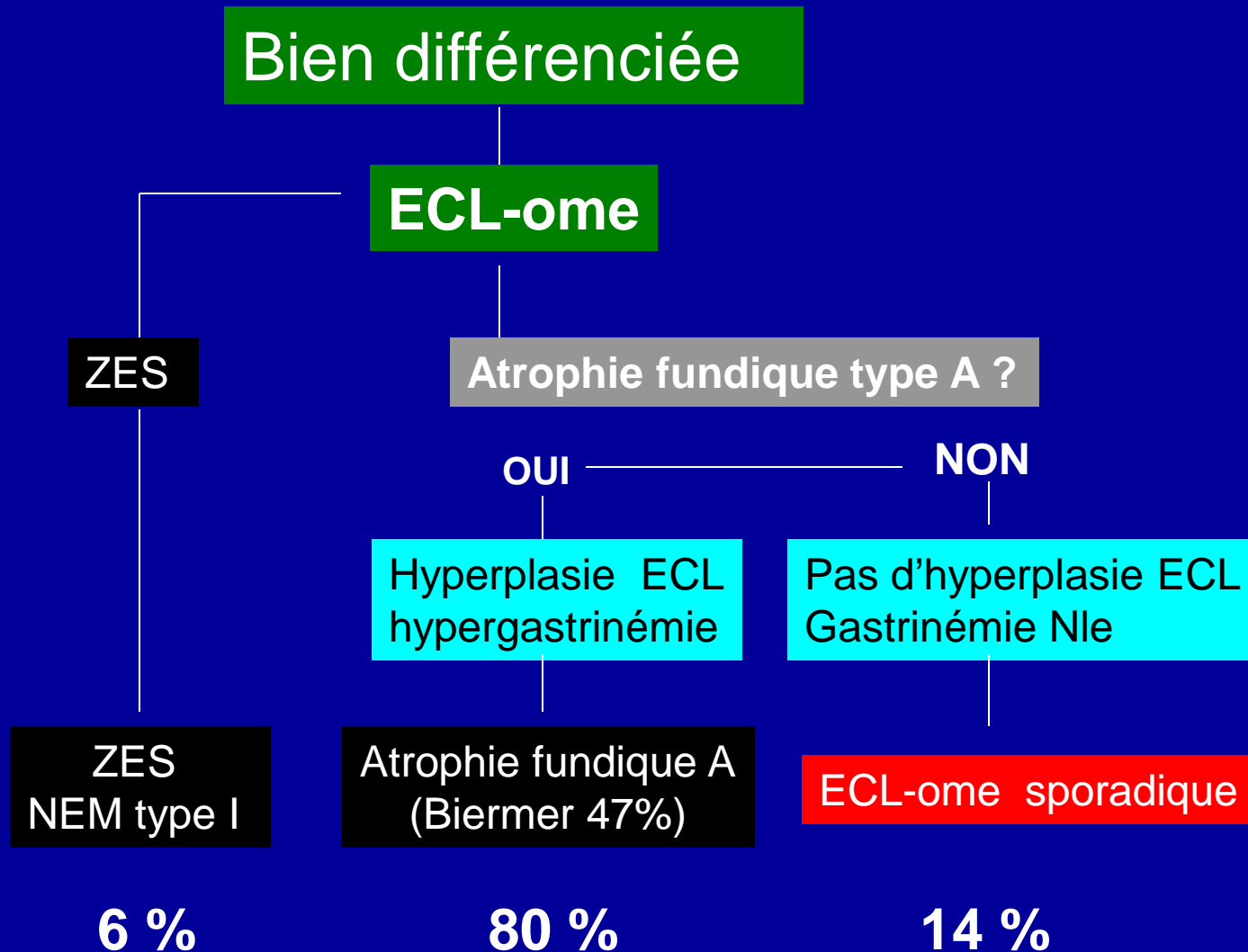


Tumeurs carcinoïdes fundiques



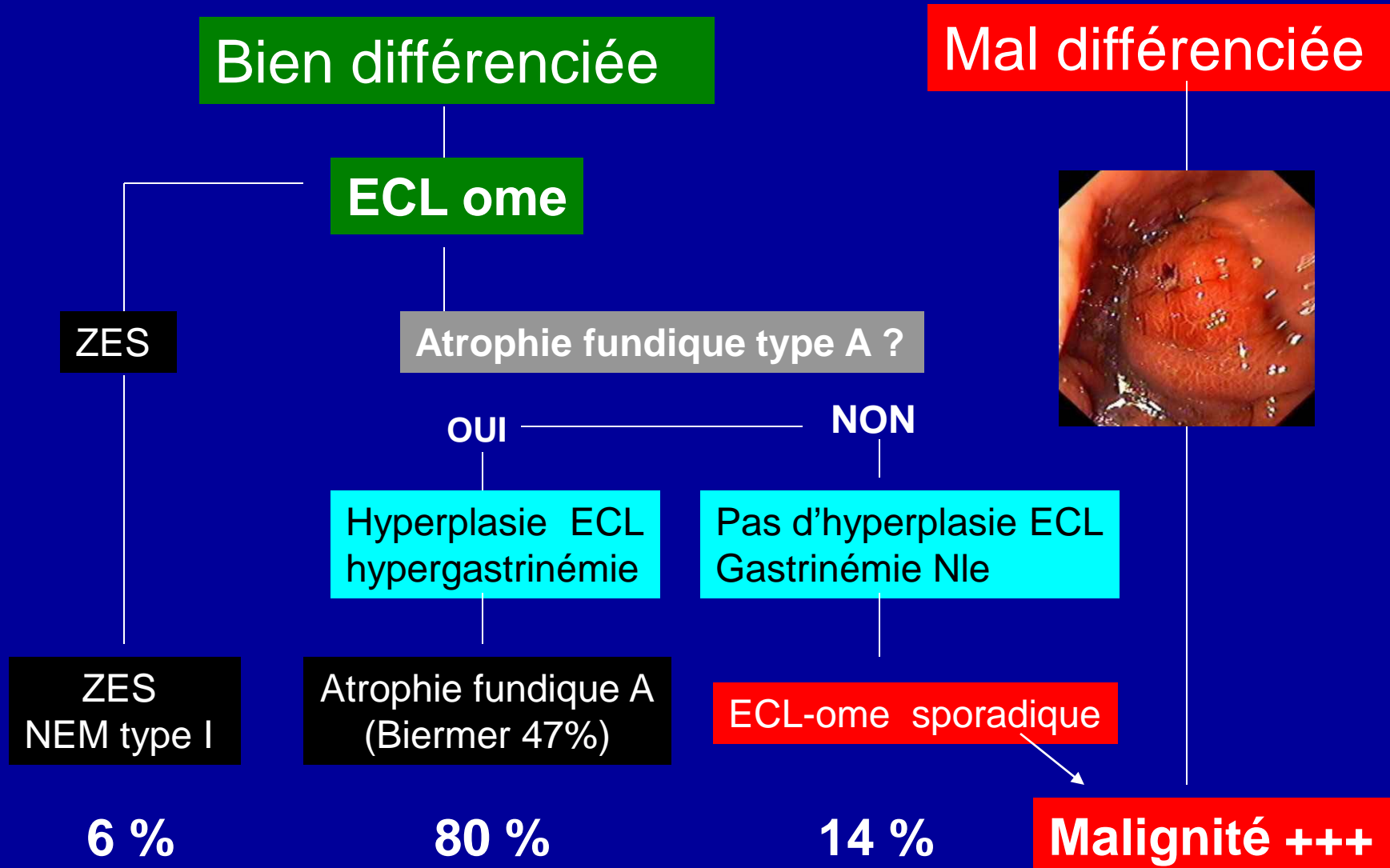
D'après Rindi et al World J Surg 1996

Tumeurs carcinoïdes fundiques



D'après Rindi et al World J Surg 1996

Tumeurs carcinoïdes fundiques



D'après Rindi et al World J Surg 1996

ECL-omes gastriques

	GAC A ou ZES N= 164	Sporadiques N= 27
Siège	fundique	antral ou fundique
multiples	50 %	3 %
Taille < 1 cm	79 %	30 %
> 2 cm	1 %	23 %
Invasion > sous muqueuse	9 %	76 %
Méta gg	2 %	71 %

ECL-omes sur GAC A quelle attitude ?

Histoire naturelle

Possibilité de régression si $< 1,5$ cm

Evolution métastatique à distance $< 2\%$

Mortalité liée à la tumeur = 0

Options thérapeutiques :

Surveillance

Résection endoscopique

(Antrectomie)

(Gastrectomie totale)

ECL-omes sur GAC A quelle attitude ?

Histoire naturelle

Possibilité de régression si $< 1,5$ cm
Evolution métastatique à distance $< 2\%$
Mortalité liée à la tumeur = 0

Options thérapeutiques :

Surveillance

Résection endoscopique

(Antrectomie)

(Gastrectomie totale)



**Primum non
nocere !**

Polypes gastriques : pour déterminer le traitement et la surveillance

Nature de la lésion ? Biopsies +++
Potentiel malin ?

Environnement gastrique ? Biopsies +++
Autre(s) polype(s); Cancer synchrone
Etat des muqueuses antrale et fundique
Recherche Hp

Contexte clinique ?
Terrain ?



FMC
HGE