
QUE FAIRE EN CAS DE POLYPE GLANDULOKYSTIQUE ?

Iradj SOBHANI

Hôpital Henri Mondor, Créteil

Cas clinique

Mme X..., 38 ans est hospitalisée pour une déglobulisation de 2 g d'hémoglobine sans hémorragie extériorisée. Son bilan biologique révèle une anémie chronique microcytaire avec un effondrement du fer et de la ferritine témoignant d'une carence martiale. Elle prend des AINS pour une lombalgie chronique et son examen gynécologique ainsi que les cycles menstruels sont sans particularités. L'endoscopie haute met en évidence de nombreuses (>50) lésions polypoides de tailles variables à la fois dans l'antre que dans le fundus avec présence au niveau de certaines lésions d'une muqueuse érodée.

L'examen histologique des lésions gastriques conclut à des polypes glandulokystiques sans H. pylori sans atrophie de la muqueuse gastrique ni duodénale.

1- Quel traitement proposerez vous à cette patiente ?

2- On apprend que son père ainsi que son oncle paternels ont été atteints de cancer de colon à respectivement 55 et 59 ans et que son frère présente à 40 ans des polypes adénomateux à l'examen coloscopique. Faites vous une coloscopie ?

3- Notre patiente a fini par avoir un examen coloscopique qui met en évidence 4 polypes dont trois dans le colon gauche, tous adénomateux sans dysplasie de haut grade. Ces lésions ont été toutes réséquées par voie endoscopique. Faites vous d'autre(s) investigation (s) ? Le(s) quel(s) ?

La présentation orale vous apportera la conduite à tenir devant les polypes gastriques glandulokystiques en fonction du risque carcinogène digestive

Prévalence Dans la population générale: 0,8% à 1,9% des endoscopies hautes
Dans la polyposé adénomateuse familiale (PAF): 12,5% à 84% des patients

Nombre de polypes :

Sporadique <10 dans la population générale → cause d'augmentation prise prolongée d'IPP (7.3% de ces patients)

PAF: plus d'une centaine de polypes de tailles variables

Taille :

1 à 5 mm, sessile, avec une muqueuse normale parfois ombiliquée

Histologie :

Hamartome avec des glandes kystiques et dilatées parfois irrégulière qui au niveau fundique sont marquées par des cellules pariétales hypotrophiées et parfois une hypertrophie des cellules à mucus et des cellules principales

Pathogénie :

Sporadique : activation d'un seul allèle du gène de b caténine

PAF: Inactivation de mutations bi-alléliques du gène d'APC

Risque de dysplasie et cancer :

Sporadique : 1% de dysplasie pas de risqué accru de cancer → Pas de surveillance

PAF: 25% avec dysplasie, rarement cancer → FOGD 1/1-3 ans avec polypectomie.

Coloscopie si suspicion de PAF et répétition si polypes en petits nombres quel que soit le résultat de la recherche génétique ; Si mutation identifiée et plus de 10 polypes, discuter une colectomie

Pour en savoir plus : voir

Gastroenterology 2000;119: 854–865

Gastroenterology 2003;125:1462–1469

J Clin Gastroenterol 2003;36:399–402.

Am J Pathol 2001;158:1005–1010

Gut 2002;51:742–745.

N Engl J Med 2003;348:791–799

Réponse aux questions :

1- Fer, IPP, pas d'AINS sans couverture anti sécrétoire, préférer AINS Anti Cox2

2- Oui en raison d'une forte suspicion d'une polyposé atténuée familiale

3- Consultation génétique et recherche de mutation du gène APC