

Syndrome de Gardner

Traitement des polypes colorectaux

A.H. Ferhi

Journées DESC-SCVO
Tours, juin 2006



-
- ❑ Polypose Adénomateuse Familiale
 - ❑ 1% des cancers colorectaux
 - ❑ Dégénérescence inéluctable
 - ❑ Associations préférentielles
 - ❑ Formes diffuses / formes atténuées
-

Traitement (1)

- Chirurgical
 - Prophylactique
 - Surveillance
 - Prévention / dépistage
 - Lésions associées
-

Traitement (2)

- Médical : AINS (sulindac), anti-œstrogènes...*
- Endoscopique : localisations rectales, formes atténuées**

*Thorson et al, Lancet 1994

**Saurin et al, GCB 2001

Quand opérer ?

- 2ème décennie*

- Fonction de l'étendue de la polypose

- Avant 20 ans si :**
 - dysplasie
 - « aspect » de la polypose

*Iwama et al, Cancer, 1994

**Saurin et al, GCB, 2001

Chirurgie

- Colectomie prophylactique
 - Anastomose Iléorectale (AIR)
 - Anastomose Iléoanale (AIA)
-

Anastomose Iléorectale

- ❑ Règles carcinologiques
- ❑ Tolérance fonctionnelle
- ❑ Surveillance ++ (risque cancer sur moignon rectal 13 à 59 % à 25 ans)
- ❑ Taux de proctectomie secondaire ~ 40 %
- ❑ Résultats AIA après AIR \Leftrightarrow AIA*

*Penna et al, Br. J. Surg, 1993

Anastomose Iléoanale

- Difficultés technique
- Réservoir (vol < 300 ml *)
- Mucosectomie
- Iléostomie
- Anastomose manuelle**

*Sagar P.M. et al, Br. J. Surg., 1994

**Malassagne et al, Br. J. Surg., 1995

AIA ou AIR ? (I)

	AIR n=183	AIA n=140
nb selles diurnes	4,7	6
nb selles nocturnes	1,4	2
souillures	37,30%	64,60%
incontinence	9,40%	25,70%
discrimination G/S	44,40%	32,10%

AIA ou AIR ? (II)

- Sévérité liée au nombres de polypes
- 3 grades de sévérités
- Chirurgie fonction du grade
 - grade I : < 5 polypes rectaux \Rightarrow AIR
 - grade II : < 5 polypes rectaux et >1000 polypes coliques \Rightarrow AIA
 - grade III : > 5 polypes rectaux \Rightarrow AIA

PAF et Tumeurs Desmoïdes

- ❑ 10 % des malades porteurs de PAF et 30 % des familles de PAF
- ❑ 1ère cause de décès chez les patients colectomisés
- ❑ Taux de mortalité de 20 à 60 %, avec 40 % de récurrence après chirurgie*
- ❑ Traitement médical en première intention

*Clarck S.K. et al, Br. J. Surg., 1996

Indications (1)

□ AIA :

- formes diffuses et/ou sujet jeune*
- cancer colique associe
- tumeurs desmoides**

*Vasen et al, Lancet, 1997

**Penna et al, Surg. Gynecol. Obstet., 1993

Indications (2)

□ AIR :

- formes atténuées (< 10 polypes rectaux) *
- Absence de dysplasie
- surveillance ++ (rectoscopie)
- femmes et désir de grossesse**

*Church et al, Dis Colon Rectum, 2003

**Olsen K. et al, Br. J. Surg., 2003

Surveillance

- ❑ Rectocopie / 6 mois si AIR
- ❑ FOGD
- ❑ TDM / IRM si tumeurs desmoïdes
- ❑ Endoscopie basse si AIA*

Dépistage

- Enquêtes familiales

- Test génétiques

- Coloscopie*
 - annuelle dès l'âge de 11 ans si mutation +
 - apparentés 1er degrés si mutation -

