

1 **Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des**
2 **polypes colorectaux : Étude rétrospective à l'Hôpital Cheikh**

3 **ABSTRACT**

4 **Introduction:**

5 Colorectal polyps are common digestive lesions that may progress to colorectal cancer.
6 Colonoscopy enables both diagnosis and endoscopic removal, making early detection essential.
7 In countries lacking systematic screening programs, polyps are often discovered at a
8 symptomatic stage, which may influence their epidemiological and histological characteristics.

9 **Materials and Methods:**

10 A retrospective study was conducted over a seven-year period (September 2015 to September
11 2022) in the endoscopy unit of Cheikh Zayed Hospital, Nouakchott. All patients who underwent
12 endoscopic polypectomy were included. Demographic, clinical, endoscopic, histological and
13 therapeutic parameters were collected from endoscopy reports and pathology records. Data
14 analysis was descriptive.

15 **Results:**

16 Among 1288 colonoscopies performed, 83 patients (6.4%) underwent polypectomy. The mean
17 age was 27 years, with a predominance of young patients. Rectorrhagia was the most common
18 indication (76%). Most polyps were solitary (65%), rectal (58%), and sessile (63%). Histological
19 examination showed hyperplastic polyps in 18%, juvenile polyps in 16%, and adenomas with
20 various degrees of dysplasia in 23% of cases. Diathermic snare polypectomy was used in 84% of
21 procedures, with no immediate complications reported.

22 **Conclusion:**

23 Colorectal polyps in this series were mainly observed in young patients, with a predominance of
24 hyperplastic lesions. This profile may be related to the absence of a structured colorectal cancer
25 screening program, limiting early detection of adenomatous polyps typically seen in older
26 populations. The high proportion of rectal and sessile polyps reflects the characteristics of this
27 young cohort. Diathermic snare polypectomy proved safe and effective. Expanding access to
28 colonoscopy and implementing screening strategies may help reduce the future burden of
29 colorectal cancer in Mauritania.

30

31 **Introduction :**

32 Les polypes colo-rectaux représentent des lésions fréquentes du tube digestif, généralement
33 asymptomatiques mais présentant un potentiel de transformation maligne. Le dépistage
34 endoscopique, l'exérèse et l'analyse histologique constituent les éléments essentiels de la
35 prévention du cancer colorectal.

36 **Méthodes :**
37 Nous avons conduit une étude rétrospective de 7 ans (septembre 2015 – septembre 2022) à
38 l'unité d'endoscopie du Centre Hospitalier Cheikh Zayed (CHZ) de Nouakchott. Ont été inclus
39 tous les patients ayant bénéficié d'une polypectomie colique. Les données démographiques,
40 cliniques, endoscopiques, histologiques et thérapeutiques ont été analysées via SPSS et Excel.

41 **Résultats :**
42 Parmi 1288 endoscopies basses, 83 cas de polypectomie ont été recensés (prévalence : 6,4%).
43 L'âge moyen était de 27 ans, avec un sex-ratio de 1,37. La rectorragie représentait l'indication
44 principale (76%). Les polypes étaient uniques dans 65% des cas, majoritairement rectaux
45 (55,85%) et sessiles (63%). La polypectomie à l'anse diathermique était la technique la plus
46 utilisée (84%). L'histologie retrouvait principalement des polypes hyperplasiques (18%),
47 juvéniles (16%), et des adénomes dysplasiques (23%). Aucune complication immédiate n'a été
48 recensée.

49 **Conclusion :**
50 Cette étude met en évidence une fréquence importante de polypes rectaux et une prédominance
51 de formes sessiles. L'exérèse endoscopique et l'analyse histologique constituent les piliers du
52 diagnostic et de la prévention du cancer colorectal. Le taux d'absence de complications confirme
53 la sécurité de l'anse diathermique dans notre contexte.

54 Mots-clés : polypes colo-rectaux, endoscopie, polypectomie, histologie, prévention.

55
56

57
58
59
60
61
62
63

64 **Introduction**
65 Les polypes colorectaux sont des croissances anormales de la muqueuse colique et sont
66 généralement asymptomatiques, bien qu'ils puissent parfois se manifester par des symptômes tels
67 que des rectorragies. Leur importance clinique réside dans leur potentiel à se transformer en

68 cancer colorectal, ce qui souligne l'importance d'une détection précoce et d'une intervention
69 thérapeutique appropriée[1,2].
70 Le dépistage par coloscopie, recommandé dès l'âge de 45 ans dans de nombreux pays à haut
71 revenu, a permis de réduire l'incidence et la mortalité du cancer colorectal [3,4,2]. Dans les
72 contextes où le dépistage organisé est absent, les polypes sont souvent diagnostiqués à un stade
73 symptomatique et présentent un profil histologique différent, avec davantage de polypes
74 hyperplasiques chez les sujets jeunes [5–6].
75 La polypectomie reste la pierre angulaire de la prévention du cancer colorectal, et la technique
76 utilisée pour la polypectomie joue un rôle crucial dans les résultats des patients[7,8].
77 L'analyse histopathologique post-exérèse permet d'identifier les lésions dysplasiques et
78 d'adapter la surveillance [9,10,11].
79 Cette étude vise à analyser les caractéristiques épidémiologiques, les indications de la
80 polypectomie et l'efficacité des différentes techniques de polypectomie réalisées à l'Hôpital
81 Cheikh Zayed de Nouakchott, sur une période de sept ans.

83 Matériels et Méthodes

84 Conception de l'étude et cadre :

85 Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à l'unité d'endoscopie du service de médecine de
86 l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott, couvrant la période de septembre 2015 à septembre
87 2022. L'étude a inclus tous les patients ayant subi une polypectomie pendant cette période.

88

89 Critères d'inclusion et d'exclusion :

90 Les patients diagnostiqués avec des polypes colorectaux identifiés lors de l'endoscopie et ayant
91 subi une polypectomie ont été inclus. Les critères d'exclusion comprenaient les dossiers
92 incomplets, les polypes non colorectaux et les patients n'ayant pas subi de polypectomie.

93 Collecte des données :

94 Les données ont été extraites des rapports d'endoscopie et des résultats histopathologiques. Les
95 principaux paramètres évalués comprenaient les données démographiques des patients,
96 l'indication de la procédure, le type et la localisation des polypes, les résultats histologiques et la
97 technique de polypectomie utilisée.

98 Technique de Polypectomie :

99 La polypectomie à l'anse diathermique a été la méthode la plus fréquemment utilisée.

100 **Déroulement de la polypectomie**

101 **Préparation du patient :**

102 Une préparation colique standard par PEG (FORTRANS) était réalisée la veille de l'examen,
103 associée à un régime sans résidus les 72 heures précédentes.

104 **Sédation et matériel :**

105 Les procédures étaient réalisées sous sédation au Propofol. Les colonoscopes utilisés étaient
106 équipés de canaux opérateurs permettant le passage des anses de diathermie.

107 **Procédure endoscopique :**

- 108 1. Introduction du colonoscope jusqu'au caecum ou jusqu'au site du polype.
- 109 2. Identification du polype et évaluation de :
 - 110 ○ La morphologie (sessile, pédiculé, plan),
 - 111 ○ La taille,
 - 112 ○ Le risque hémorragique.
- 113 3. Mise en place de l'anse diathermique autour de la base du polype.
- 114 4. Application d'un courant de coupe ou de coagulation selon les caractéristiques du polype.
- 115 5. Section complète du polype.
- 116 6. Récupération systématique de la pièce à l'aide d'un panier ou d'une pince récupératrice.

117 **Contrôle post-procédure :**

118 Un contrôle endoscopique immédiat était systématiquement effectué pour vérifier :

- 119 • L'absence de saignement actif,
- 120 • L'intégrité de la paroi colique,
- 121 • La zone d'exérèse.

122 **Surveillance :**

123 Les patients étaient surveillés en salle de réveil durant 2 heures. Aucune complication immédiate
124 n'a été notée dans notre série.

125

126 **Analyse des données :**

127 Les données ont été saisies à l'aide de Microsoft Excel puis analysées avec SPSS version XX.

128 L'analyse a été principalement descriptive :

- 129 • Calcul des moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives,
130 • Calcul des fréquences et pourcentages pour les variables qualitatives.

131 Aucun test analytique n'a été réalisé compte tenu du caractère rétrospectif et descriptif de
132 l'étude.

133

134 **Aspects éthiques**

135 Les données ont été collectées à partir des registres d'endoscopie et des résultats histologiques
136 dans le respect strict de l'anonymat des patients. Aucun élément nominatif n'a été utilisé dans
137 l'analyse. Le protocole respecte les principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki concernant
138 les études rétrospectives ne nécessitant pas de consentement direct lorsque les données sont
139 anonymisées.

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151 **Résultats**

152 **Aspects Épidémiologiques :**

153 Sur 1288 coloscopies réalisées, 83 patients (6,4%) ont subi une polypectomie. L'âge moyen des
154 patients était de 27 ans, avec une plage allant de 14 mois à 75 ans. Les hommes représentaient 48
155 patients (57,8%), tandis que les femmes représentaient 35 patients (42,2%).

156

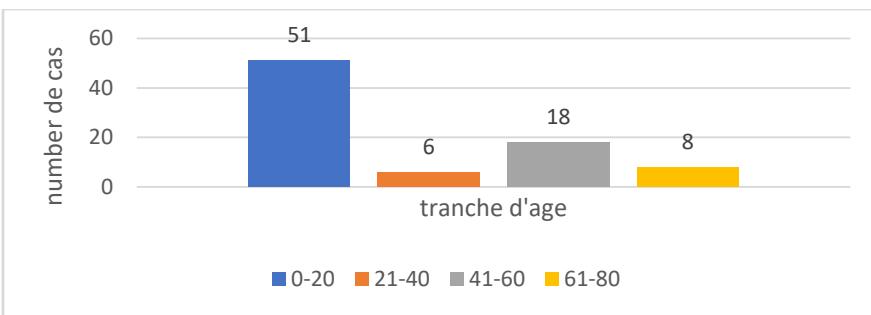


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

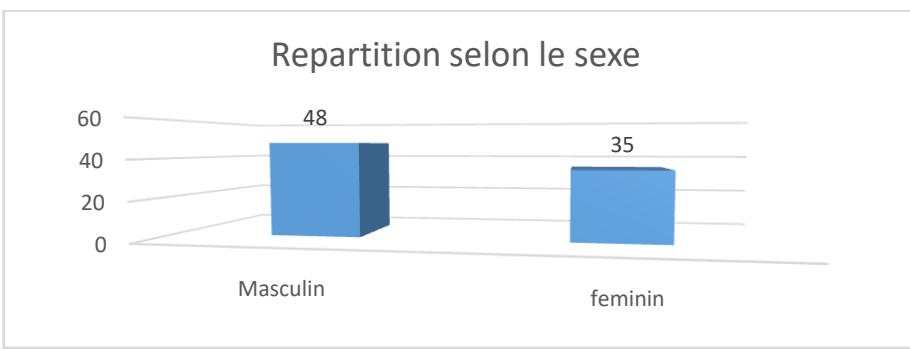


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

163 Aspects Cliniques :

164 La majorité des procédures ont été effectuées en raison de rectorragies (76%), suivies par des
 165 douleurs abdominales (12%) et des troubles du transit (10%). Les polypes étaient principalement
 166 localisés dans le rectum (58%), le côlon sigmoïde étant le deuxième site le plus fréquent (17%).

167 Tableau I : Répartition selon l'indication de l'endoscopie

Indication	Effectif	Pourcentage
Rectorragies	63	76 %
Trouble du transit	8	10 %
Douleur abdominale	10	12 %
anémie	1	1 %
Surveillance post polypectomie	1	1 %

168

169 Tableau II : Répartition selon la localisation des polypes

Localisation du polype	Effectif	Pourcentage
Rectum	78	58 %
sigmoïde	23	17 %

Colon gauche	24	18 %
Colon transverse	3	2 %
Colon droit	7	5 %

170

171 **Résultats Histologiques :**

172 L'analyse histopathologique a révélé des polypes hyperplasiques dans 18%, des polypes
173 juvéniles dans 16%, et des adénomes (avec différents degrés de dysplasie) dans 15% des cas.

174 **Tableau IV : Répartition selon les résultats histologiques**

Polype	Effectif	Pourcentage
Polype hyperplasique	15	18%
Polype juvénile	13	16%
Polype Adénomateux avec dysplasie de bas grade	12	15%
Adénome tubulo-villeux avec dysplasie de haut grade	7	8%
Histologie non retrouvés	36	43%
total	83	100%

175

176

177

178 **Technique de Polypectomie :**

179 La polypectomie à l'anse diathermique a été utilisée dans 84% des cas. Les autres procédures ont
180 utilisé des pinces à biopsie ou d'autres méthodes en fonction de la taille et des caractéristiques du
181 polype. Les résultats immédiats après la procédure ont été favorables, sans complications
182 majeures.

183

184

185

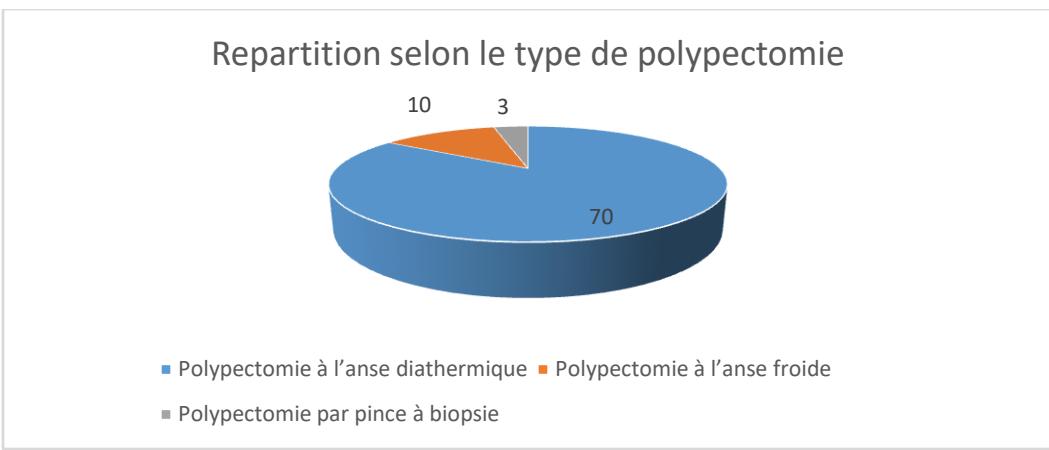
186

187

188

189 **Répartition selon la technique de polypectomie utilisée**

190



191

192

193

Discussion

Sur le plan épidémiologique

La fréquence hospitalière des polypes colorectaux dans notre étude était de 6,4% (83 cas sur 1288 coloscopies). Cette fréquence est inférieure à celle rapportée par Ibn Ghazala F.A. au Maroc (10,13%) [12], et par Sow H. au Mali (10,72%) [13], mais reste supérieure à celle retrouvée à Ouagadougou par Yacouba Nombre (2,34%) [8]. Ces différences pourraient s'expliquer par les variations méthodologiques, les indications de coloscopie, l'accessibilité à l'endoscopie digestive et les caractéristiques démographiques des populations étudiées.

L'âge moyen de nos patients était de 27 ans, ce qui est nettement inférieur à celui rapporté par Cherrafi F. à Marrakech (52,3 ans) [9], Ibn Ghazala F.A. à Casablanca (56 ans) [12], Ossali F.B. au Congo (40 ans) [14] et Lowenfels A.B. aux États-Unis (60,9 ans) [15]. En revanche, nos résultats sont proches de ceux rapportés par Bentefouet TL et coll. au Sénégal [16], qui retrouvaient une prédominance pédiatrique. Cette particularité s'explique par l'inclusion dans notre série d'un nombre important d'enfants et d'adolescents, ce qui influence également la présentation clinique et histologique des polypes.

208

Concernant la répartition selon le sexe, nous avons observé une légère prédominance masculine avec un sex-ratio H/F de 1,37. Ce résultat est proche de celui de Cherrafi F. (1,25) et de Marianne Croguennec (1,81) [9,17], mais différent de celui rapporté par Ibn Ghazala F.A. (0,79) et de Sow H. au Mali (3,9) [12,13]. Cette variabilité montre que la prédominance sexuelle n'est pas constante d'une série à l'autre.

214

215

216 **Sur le plan clinique**

217 La rectorragie constituait la principale indication de coloscopie dans notre étude (76%), suivie
218 des douleurs abdominales (12%) et des troubles du transit (10%). Ces résultats sont conformes à
219 ceux de Bentefouet TL et coll[16]. et de plusieurs autres séries africaines, où la rectorragie
220 demeure le premier motif de consultation. En revanche, dans les séries européennes la
221 surveillance post-polypectomie est souvent l'indication prédominante. [2].

222 **Sur le plan endoscopique**

223 Le nombre de polypes était généralement faible dans notre série, avec un polype unique dans
224 65% des cas. Ce résultat est comparable à ceux rapportés par Croguennec (83,4%) [17], S.Bizid
225 (55,5%) [18] et Cherrafi F. (65%)[9]. Les patients présentant trois polypes ou plus étaient
226 exclusivement de sexe masculin dans notre étude.

227 La localisation des polypes était dominée par le rectum (55,85%), suivi du côlon gauche, du
228 sigmoïde et plus rarement du côlon droit. Des résultats proches ont été rapportés par Sow H. au
229 Mali et Bentefouet TL au Sénégal, qui retrouvaient également une prédominance rectale [13,16].
230 Cette distribution distale est souvent observée dans les populations jeunes, ce qui concorde avec
231 notre série.

232

233 Concernant la taille des polypes, les polypes de taille inférieure à 1 cm représentaient 68,7% des
234 cas. Ce résultat est proche de ceux de Bako et al. à Rabat (76,27%) [19]et de S. Bizid à Tunis
235 (75%) [18]. En revanche, Sow H. au Mali rapportait une proportion plus élevée de polypes ≥ 10
236 mm[13]. Ces différences peuvent être liées aux délais de consultation et aux indications de
237 l'examen endoscopique.

238

239 les polypes sessiles étaient les plus fréquents (63%), résultats proches de ceux de Bernadini
240 (64,6%) (6) et de S. Bizid (78%)[9-18], mais inférieurs à ceux de Bako au Maroc (92,09%)[19].
241 La prédominance des formes sessiles constitue une difficulté technique supplémentaire pour la
242 polypectomie.

243

244 **Tableau : Comparaison avec les principales séries africaines et internationales**

Auteur / Pays	Prévalence	Âge moyen	Polypes sessiles (%)	Localisation rectale (%)
Ibn Ghazala (Maroc)	10,13%	56 ans	~65%	40–45%

Auteur / Pays	Prévalence	Âge moyen	Polypes sessiles (%)	Localisation rectale (%)
Sow H (Mali)	10,72%	40 ans	78%	40,8%
Bentefouet (Sénégal)	—	< 16 ans (pédiatrique)	64%	39%
Crogueennec (France)	—	>50 ans	55%	—
Notre étude (Mauritanie)	6,4%	27 ans	63%	55,85%

245

246

247 **Sur le plan histologique**

248 les polypes hyperplasiques (18%) et les polypes juvéniles (16%) étaient les plus fréquents, suivis
 249 des adénomes avec dysplasie (23%). Ces résultats diffèrent de ceux de Cherrafi F. et de Firmin et
 250 al.[9-1], qui rapportaient une nette prédominance des adénomes. Cette différence est
 251 probablement liée au jeune âge moyen de notre population et surtout à la perte importante des
 252 résultats anatomopathologiques (43%), qui limite l'interprétation des données histologiques.

253

254 La polypectomie à l'anse diathermique était la technique la plus utilisée (84%), contrairement à
 255 certaines séries européennes où les techniques froides sont plus fréquemment utilisées. Ce choix
 256 est en rapport avec la morphologie des polypes et les habitudes opératoires locales. Aucune
 257 complication majeure immédiate n'a été observée dans notre étude.

258

259 **Forces et Limites de l'étude**260 **Forces :**

- 261 • Première étude locale portant sur une période longue (7 ans) et un nombre significatif de cas.
- 263 • Données collectées directement à partir de registres endoscopiques systématiques.
- 264 • Uniformité dans la technique de polypectomie (anse diathermique).

265

266 **Limites :**

- 267 • Nature rétrospective de l'étude pouvant entraîner des biais de collecte.
- 268 • Absence de certains résultats histologiques (43% non retrouvés), limitant l'analyse
269 histologique.
- 270 • Perte de données dans certains dossiers endoscopiques incomplets.
- 271 • Absence d'évaluation du suivi à long terme après polypectomie.

272

273

274 **Conclusion**

275 Dans cette série, les polypes colorectaux ont été observés principalement chez des patients
276 jeunes, avec une prédominance de polypes hyperplasiques. Ce profil est probablement lié à
277 l'absence de programme de dépistage systématique par coloscopie, limitant l'identification des
278 adénomes, habituellement plus fréquents et considérés comme les principales lésions
279 précancéreuses chez les adultes plus âgés.

280 La majorité des polypes étaient rectaux et sessiles, et la polypectomie à l'anse diathermique a
281 démontré une excellente sécurité, sans complications immédiates. L'analyse histologique
282 demeure indispensable pour stratifier le risque néoplasique et orienter la surveillance post-
283 exérèse.

284 Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer l'accès à la coloscopie, de structurer un
285 programme de dépistage et de consolider la formation en endoscopie interventionnelle.
286 L'instauration d'un dépistage organisé pourrait modifier le profil lésionnel observé et contribuer
287 à réduire la charge future du cancer colorectal dans notre contexte.

288

289

290 **Références**

291

292 1.

293 **Hassan C, Bisschops R, Bhandari P, Coron E, Neumann H, Pech O, et al.**
294 Predictive rules for optical diagnosis of < 10-mm colorectal polyps based on a dedicated
295 software. Endoscopy. janv2020;52(01):52-60.

296 2.

- 297 **Rouëssé J, Sancho-Garnier H.** Le dépistage organisé des cancers colorectaux. Bull
298 Académie Natl Médecine. févr2014;198(2):387-99.
- 299 **3.**
- 300 US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: US Preventive
301 Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2021;325(19):1965–77.
- 302 **4.**
- 303 Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al.
304 Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the
305 American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(4):250–81. Mise à jour Web 2024
306 **5.**
- 307 Liu L, Nagel R, Verma S, et al. Colorectal polyps in young adults: a retrospective
308 review of colonoscopy data from Toowoomba and the Darling Downs. *Intern Med J*.
309 2024;54(XX):XXX–XXX.
- 310 **6.**
- 311 Yam ST, et al. Colorectal polyp distribution in relation to age: a meta-analysis. 2025;XX:XXX-
312 XXX.
- 313 **7.**
- 314 **Ankouane F, Noah DN, Nonga BN, Tagni-Sartre M, Modjo G, Ndjitoyap EC.**
315 Résection endoscopique des polypes colorectaux pédiculés en utilisant un lasso largable
316 au fil catgut chromé : une alternative à la polypectomie conventionnelle ? A propos d'une
317 série de cas. Pan Afr Med J. 2014 ;18. Disponible sur:[http://www.panafrican-](http://www.panafrican-medjournal.com/content/article/18/14/full/)
318 [medjournal.com/content/article/18/14/full/](http://www.panafrican-medjournal.com/content/article/18/14/full/)
- 319
- 320
- 321 **8 .**
- 322 **Nombré Y.** Polypes rectocoliques en milieu hospitalier à Ouagadougou. Thèse Med,
323 Ouagadougou ,1998 ,23.
- 324 **9.**
- 325 **Fedwa CHERRAFI.** Aspects anatomo-pathologiques des polypes digestifs. Thèse
326 Med, MARRAKECH, 2020 ,208.
- 327 **10.**

- 328 Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Kaltenbach T, et al.
329 Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus
330 update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*.
331 2020;158(4):1131–53.
- 332 11.
- 333 Ford B, Burke CA. Colonoscopy follow-up: U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer
334 guidelines. *Am Fam Physician*. 2021;103(5):314–6.
- 335 12.
- 336 **F.Z.IbnGhazala, K.Brari, A. El Khalifa, A.Bellaba, M.Tahiri, F.Haddad, et al.**
337 Prévalence des polypes coliques lors de la coloscopie diagnostic au sein d'un service
338 hospitalier marocain. JFHOD ; 2016. [Auteur et al., Année] - Techniques de polypectomie
339 dans la prévention du cancer colorectal.
- 340 13.
- 341 **SOW H épouse Coulibaly, Doumbia K épouse Samaké , Dicko MY ,TounkaraMC ,**
342 **Sanogo D épouse Sidibé ,KonatéA , Diarra MT ,MaigaMY .**
- 343 ASPECTS ENDOSCOPIQUES ET THERAPEUTIQUES DES POLYPES COLO-
344 RECTAUX AU CHU GABRIEL TOURE ET A LA CLINIQUE (PROMENADE DES
345 ANGEVINS) DE BAMAKO 2020.
- 346 14.
- 347 **Brenner H, Altenhofen L, Stock C, Hoffmeister M.** Natural History of Colorectal
348 Adenomas: Birth Cohort Analysis Among 3.6 Million Participants of Screening
349 Colonoscopy. *Cancer EpidemiolBiomarkersPrev*. 1 juin 2013;22(6):1043-51.
- 350 15.
- 351 **Lowenfels AB, Williams JL, Holub JL, Maisonneuve P, Lieberman DA.**
- 352 16.
- 353 **BentefouetTL , Fall MD , Sow A , Diop MM , Thiam I .**Aspects épidémiologique et
354 morphologique des polypes du tube digestif à Thiès(sénégal) .2022 :67-73.
- 355 17.
- 356 **Marianne CROGUENNEC-PICARD.** Etude descriptive monocentrique d'un an de
357 polypectomie . Thèse Méd., Limoges ,2008, 3108.
- 358 18.

- 359 **Bizid S, Enneifer W.** les facteurs prédictifs de succès des polypectomies coliques
360 endoscopiques .Tunis Med. 2015;93.
- 361 **19.Laquière A, Rahmi G.** Caractérisation des polypes et incidence pratique sur la prise
362 en charge. Acta Endosc. nov2018;48(3-4):41-6
- 363 **20.**
- 364 **Khan A, Shrier I, Gordon PH.** The changed histologic paradigm of colorectal polyps.
365 SurgEndoscInterv Tech. mars2002;16(3):436-40.
- 366 21.
- 367 Determinants of polyp Size in patients undergoing screening colonoscopy. BMC
368 Gastroenterol. déc2011;11(1):101.
- 369
- 370
- 371
- 372
- 373
- 374
- 375
- 376
- 377
- 378
- 379
- 380
- 381
- 382
- 383
- 384
- 385
- 386
- 387
- 388
- 389

390

391

392

UNDER PEER REVIEW IN UAR