



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/22358
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/22358>



RESEARCH ARTICLE

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND THERAPEUTIC CHARACTERISTICS OF COLORECTAL POLYPS : A SEVEN-YEAR RETROSPECTIVE STUDY AT CHEIKH ZAYED HOSPITAL IN NOUAKCHOTT

ASPECTS EPIDÉMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES POLYPS COLORECTAUX : ÉTUDE RETROSPECTIVE A L'HOPITAL CHEIKH ZAYED, NOUAKCHOTT

El Alia Abdel Wehab¹, Ely Cheikh Cheibette², Ahmed Meimine³, Med Mahmoud Ahmed Jeddou⁴ and Pr Med Yesslem Jarroullah³

1. Centre hospitalier ATAR.
2. Centre hospitalier national.
3. Hopital cheikh zayed, Nouakchott.
4. Hopital militaire de Nouakchott.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 6 October 2025
Final Accepted: 8 November 2025
Published: December 2025

Key words:-

polypes colo-rectaux, endoscopie, polypectomie, histologie, prévention.

Abstract

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

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

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

"© 2025 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Conclusion: Colorectal polyps in this series were mainly observed in young patients, with a predominance of hyperplastic lesions. This profile may be related to the absence of a structured colorectal cancer screening program,

limiting early detection of adenomatous polyps typically seen in older populations. The high proportion of rectal and sessile polyps reflects the characteristics of this young cohort. Diathermic snare polypectomy proved safe and effective. Expanding access to colonoscopy and implementing screening strategies may help reduce the future burden of colorectal cancer in Mauritania.

Introduction:-

Les polypes colorectaux sont des croissances anormales de la muqueuse colique et sont généralement asymptomatiques, bien qu'ils puissent parfois se manifester par des symptômes tels que des rectorragies. Leur importance clinique réside dans leur potentiel à se transformer en cancer colorectal, ce qui souligne l'importance d'une détection précoce et d'une intervention thérapeutique appropriée[1,2]. Le dépistage par coloscopie, recommandé dès l'âge de 45 ans dans de nombreux pays à haut revenu, a permis de réduire l'incidence et la mortalité du cancer colorectal [3,4,2]. Dans les contextes où le dépistage organisé est absent, les polypes sont souvent diagnostiqués à un stade symptomatique et présentent un profil histologique différent, avec davantage de polypes hyperplasiques chez les sujets jeunes [5–6]. La polypectomie reste la pierre angulaire de la prévention du cancer colorectal, et la technique utilisée pour la polypectomie joue un rôle crucial dans les résultats des patients[7,8]. L'analyse histopathologique post-exérèse permet d'identifier les lésions dysplasiques et d'adapter la surveillance [9,10,11]. Cette étude vise à analyser les caractéristiques épidémiologiques, les indications de la polypectomie et l'efficacité des différentes techniques de polypectomie réalisées à l'Hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott, sur une période de sept ans.

Matériels et Méthodes:-

Conception de l'étude et cadre :

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

Critères d'inclusion et d'exclusion :

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

Collecte des données :

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

Technique de Polypectomie :

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

Déroulement de la polypectomie

Préparation du patient :

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

Sédation et matériel :

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

Procédure endoscopique :

1. Introduction du colonoscope jusqu'au caecum ou jusqu'au site du polype.
2. Identification du polype et évaluation de :
 - La morphologie (sessile, pédiculé, plan),
 - La taille,
 - Le risque hémorragique.
3. Mise en place de l'anse diathermique autour de la base du polype.

4. Application d'un courant de coupe ou de coagulation selon les caractéristiques du polype.
5. Section complète du polype.
6. Récupération systématique de la pièce à l'aide d'un panier ou d'une pince récupératrice.

Contrôle post-procédures :

Un contrôle endoscopique immédiat était systématiquement effectué pour vérifier :

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

Surveillance :

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

Analyse des données :

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

L'analyse a été principalement descriptive :

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

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

Aspects éthiques:-

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

Résultats:-

Aspects Épidémiologiques :

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

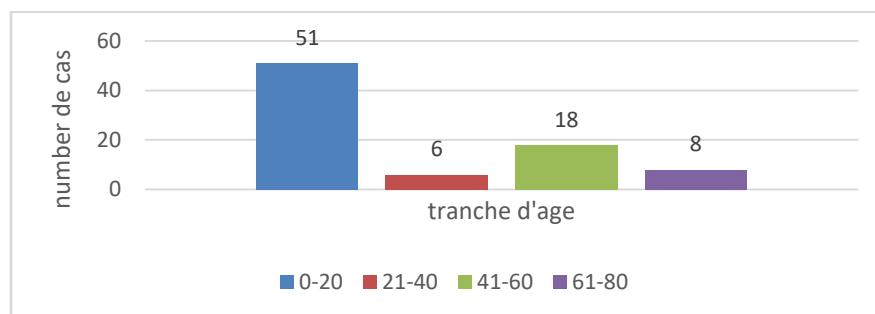


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge

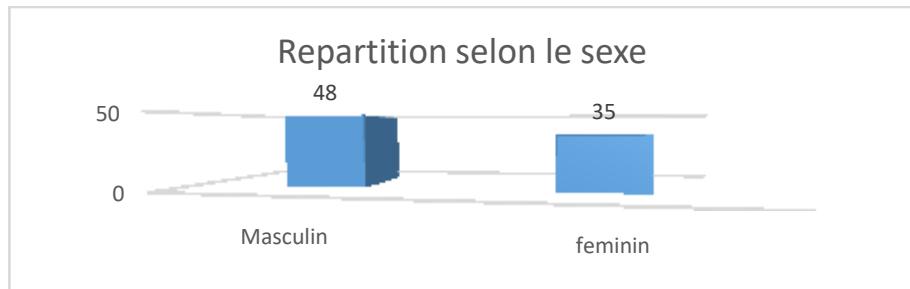


Figure 2 : Répartition des patients selon le sexe

Aspects Cliniques :

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

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 %

Tableau II : Répartition selon la localisation des polypes

Localisation du polyte	Effectif	Pourcentage
Rectum	78	58 %
sigmoïde	23	17 %
Colon gauche	24	18 %
Colon transverse	3	2 %
Colon droit	7	5 %

Résultats Histologiques :-

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

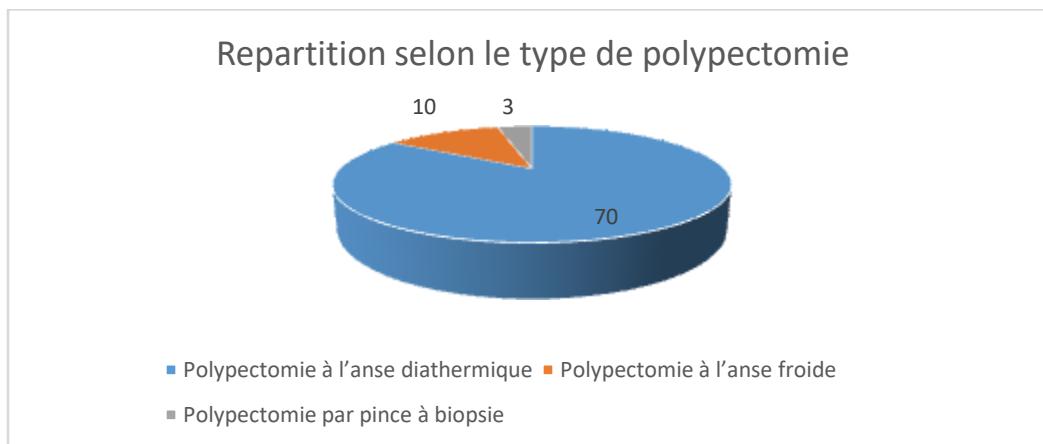
Tableau IV : Répartition selon les résultats histologiques

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%

Technique de Polypectomie :

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

Répartition selon la technique de polypectomie utilisée



Discussion:-

Sur le plan épidémiologique:-

La fréquence hospitalière des polyypes colorectaux dans notre étude était de 6,4% (83 cas sur 1 288 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 polyypes. 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.

Sur le plan Clinique:-

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

Sur le plan endoscopique:-

Le nombre de polyypes était généralement faible dans notre série, avec un polyype unique dans 65% des cas. Ce résultat est comparable à ceux rapportés par Croguennec (83,4%) [17], S.Bizid (55,5%) [18] et Cherrafi F. (65%)[9]. Les patients présentant trois polyypes ou plus étaient exclusivement de sexe masculin dans notre étude. La localisation des polyypes était dominée par le rectum (55,85%), suivi du côlon gauche, du sigmoïde et plus rarement du côlon droit. Des résultats proches ont été rapportés par Sow H. au Mali et Bentefouet TL au Sénégal, qui retrouvaient également une prédominance rectale [13,16]. Cette distribution distale est souvent observée dans les populations jeunes, ce qui concorde avec notre série. Concernant la taille des polyypes, les polyypes de taille inférieure à 1 cm représentaient 68,7% des cas. Ce résultat est proche de ceux de Bako et al. à Rabat (76,27%) [19] et de S. Bizid à Tunis (75%) [18]. En revanche, Sow H. au Mali rapportait une proportion plus élevée de polyypes ≥ 10 mm[13]. Ces différences peuvent être liées aux délais de consultation et aux indications de l'examen endoscopique. les polyypes sessiles étaient les plus fréquents (63%), résultats proches de ceux de Bernadini (64,6%) (6) et de S. Bizid (78%)[9-18], mais inférieurs à ceux de Bako au Maroc (92,09%)[19]. La prédominance des formes sessiles constitue une difficulté technique supplémentaire pour la polypectomie.

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%
Sow H (Mali)	10,72%	40 ans	78%	40,8%
Bentefouet (Sénégal)	—	< 16 ans (pédiatrique)	64%	39%
Croguennec (France)	—	>50 ans	55%	—
Notre étude (Mauritanie)	6,4%	27 ans	63%	55,85%

Sur le plan histologique:-

les polypes hyperplasiques (18%) et les polypes juvéniles (16%) étaient les plus fréquents, suivis des adénomes avec dysplasie (23%). Ces résultats diffèrent de ceux de Cherrafi F. et de Firmin et al.[9-1], qui rapportaient une nette prédominance des adénomes. Cette différence est probablement liée au jeune âge moyen de notre population et surtout à la perte importante des résultats anatomopathologiques (43%), qui limite l'interprétation des données histologiques.La polypectomie à l'anse diathermique était la technique la plus utilisée (84%), contrairement à certaines séries européennes où les techniques froides sont plus fréquemment utilisées. Ce choix est en rapport avec la morphologie des polypes et les habitudes opératoires locales. Aucune complication majeure immédiate n'a été observée dans notre étude.

Forces et Limites de l'étude:-**Forces :**

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

Limites :

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

Conclusion:-

Dans cette série, les polypes colorectaux ont été observés principalement chez des patients jeunes, avec une prédominance de polypes hyperplasiques. Ce profil est probablement lié à l'absence de programme de dépistage systématique par coloscopie, limitant l'identification des adénomes, habituellement plus fréquents et considérés comme les principales lésions précancéreuses chez les adultes plus âgés.La majorité des polypes étaient rectaux et sessiles, et la polypectomie à l'anse diathermique a démontré une excellente sécurité, sans complications immédiates. L'analyse histologique demeure indispensable pour stratifier le risque néoplasique et orienter la surveillance post-exérèse.Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer l'accès à la coloscopie, de structurer un programme de dépistage et de consolider la formation en endoscopie interventionnelle. L'instauration d'un dépistage organisé pourrait modifier le profil lésionnel observé et contribuer à réduire la charge future du cancer colorectal dans notre contexte.

Références:-

1. Hassan C, Bisschops R, Bhandari P, Coron E, Neumann H, Pech O, et al. Predictive rules for optical diagnosis of < 10-mm colorectal polyps based on a dedicated software. Endoscopy. janv2020;52(01):52-60.
2. Rouëssé J, Sancho-Garnier H. Le dépistage organisé des cancers colorectaux. Bull Académie Natl Médecine. févr2014;198(2):387-99.
3. US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2021;325(19):1965–77.
4. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin. 2018;68(4):250–81. Mise à jour Web 2024

5. Liu L, Nagel R, Verma S, et al. Colorectal polyps in young adults: a retrospective review of colonoscopy data from Toowoomba and the Darling Downs. Intern Med J. 2024;54(XX):XXX–XXX.
6. Yam ST, et al. Colorectal polyp distribution in relation to age: a meta-analysis. 2025;XX:XXX-XXX.
7. Ankouane F, Noah DN, Nonga BN, Tagni-Sartre M, Modjo G, Ndjitoyp EC. Résection endoscopique des polypes colorectaux pédiculés en utilisant un lasso largable au fil catgut chromé : une alternative à la polypectomie conventionnelle ? A propos d'une série de cas. Pan Afr Med J. 2014 ;18. Disponible sur:<http://www.panafrican-medjournal.com/content/article/18/14/full/>
8. Nombré Y. Polypes rectocoliques en milieu hospitalier à Ouagadougou. Thèse Med, Ouagadougou ,1998 ,23.
9. Fedwa CHERRAFI. Aspects anatomo-pathologiques des polypes digestifs. Thèse Med, MARRAKECH, 2020 ,208.
10. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Kaltenbach T, et al. Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2020;158(4):1131–53.
11. Ford B, Burke CA. Colonoscopy follow-up: U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer guidelines. Am Fam Physician. 2021;103(5):314–6.
12. F.Z.IbnGhazala, K.Brari, A. El Khalifa, A.Bellaba, M.Tahiri, F.Haddad, et al. Prévalence des polypes coliques lors de la coloscopie diagnostic au sein d'un service hospitalier marocain. JFHOD ; 2016. [Auteur et al., Année] - Techniques de polypectomie dans la prévention du cancer colorectal.
13. SOW H épouse Coulibaly, Doumbia K épouse Samaké , Dicko MY ,TounkaraMC , Sanogo D épouse Sidibé ,KonatéA , Diarra MT ,MaigaMY .
14. ASPECTS ENDOSCOPIQUES ET THERAPEUTIQUES DES POLYPS COLO- RECTAUX AU CHU GABRIEL TOURE ET A LA CLINIQUE (PROMENADE DES ANGEVINS) DE BAMAKO 2020.
15. Brenner H, Altenhofen L, Stock C, Hoffmeister M. Natural History of Colorectal Adenomas: Birth Cohort Analysis Among 3.6 Million Participants of Screening Colonoscopy. Cancer EpidemiolBiomarkersPrev. 1 juin 2013;22(6):1043-51.
16. Lowenfels AB, Williams JL, Holub JL, Maisonneuve P, Lieberman DA.
17. BentefouetTL , Fall MD , Sow A , Diop MM , Thiam I .Aspects épidémiologique et morphologique des polypes du tube digestif à Thiès(sénégal) .2022 :67-73.
18. Marianne CROGUENNEC-PICARD. Etude descriptive monocentrique d'un an de polypectomie . ThèseMéd., Limoges ,2008, 3108.
19. Bizard S, Enneifer W. les facteurs prédictifs de succès des polypectomies coliques endoscopiques .Tunis Med. 2015;93.
20. Laquière A, Rahmi G. Caractérisation des polypes et incidence pratique sur la prise en charge. Acta Endosc. nov2018;48(3-4):41-6
21. Khan A, Shrier I, Gordon PH. The changed histologic paradigm of colorectal polyps. SurgEndoscInterv Tech. mars2002;16(3):436-40.
22. Determinants of polyp Size in patients undergoing screening colonoscopy. BMC Gastroenterol. déc2011;11(1):101.