

Polypes vésiculaires : diagnostic et prise en charge

Gallbladder polyps: Diagnosis and management

**Mehdi El amrani, Stéphane Truant,
François-René Pruvot**

CHRU de Lille, Hôpital Huriez,
Département de Chirurgie Digestive et
Transplantation, Rue Michel Polonowski,
59037 Lille Cedex, France

e-mail : <mehdi.elamrani@chru-lille.fr>

Résumé

Les tumeurs bénignes de la vésicule biliaire sont fréquentes et souvent asymptomatiques. Elles correspondent à toute formation se développant dans la lumière vésiculaire au dépend de la paroi de la vésicule biliaire. Les polypes vésiculaires représentent la majorité des tumeurs bénignes et sont présents chez 4 à 7 % de la population générale. L'exploration échographique est suffisante pour diagnostiquer les formes typiques d'adénome, de polype cholestérolique ou d'adénomyomatose. Leur prise en charge dépend du type et de la taille du polype. Une taille supérieure à 10 mm, la présence de facteurs de risque de cancer vésiculaire et une croissance rapide constituent des arguments pour la réalisation d'une cholécystectomie.

■ **Mots clés** : Polype vésiculaire, cholécystectomie, adénome, tumeur

Abstract

Most of gallbladder tumors are benign and asymptomatic. These tumors are characterized by an elevation of the gallbladder wall that project into the lumen. Polyps are the most common benign tumors of the gallbladder with a prevalence estimated between 4 to 7 %. Gallbladder adenomas are commonly detected on ultrasound and distinguished from cholesterol pseudopolyps and focal adenomyomatosis. Cholecystectomy should be performed if gallbladder polyp is greater than 10mm, in patients with risk factors for gallbladder malignancy or fast growing polyp.

■ **Key words**: gallbladder polyps, cholecystectomy, adenoma, tumor

Introduction

Les polypes vésiculaires sont les tumeurs bénignes les plus fréquentes de la vésicule biliaire. Souvent asymptomatiques, les polypes vésiculaires posent le plus souvent un problème diagnostique [1]. En effet, il existe plusieurs types de formations polypoïdes qui correspondent à des entités pathologiques dont le potentiel de dégénérescence est différent. L'imagerie joue un rôle prépondérant pour distinguer les lésions précancéreuses avec risque

évolutif vers l'adénocarcinome de la vésicule biliaire, des pseudo-polypes qui ne nécessitent aucun traitement. L'objectif de cette mini-revue est de préciser les différents types de polypes vésiculaires, leur diagnostic et leur prise en charge.

Les pseudo-polypes vésiculaires (tableau 1)

Les pseudo-polypes vésiculaires sont plus fréquents que les polypes. Ils représentent environ 70 % des

HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive

Tirés à part : M. El amrani

Pour citer cet article : El amrani M, Truant S, Pruvot FR. Polypes vésiculaires : diagnostic et prise en charge. *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 1045-1050. doi : 10.1684/hpg.2018.1703

Tableau 1. Les caractéristiques des polypes et pseudo-polypes vésiculaires.

	Pseudo-polype cholestérolique	Adénomyomatose	Polype vésiculaire
Fréquence	Fréquent	Fréquent	Rare
Mode de découverte	Fortuit	Fortuit	Fortuit
Signes échographiques	Multiple, fixe, < 1 cm	Sinus de Rokitansky-Aschoff	Isoéchogène, unique
Évolution	Pas de dégénérescence	Pas de dégénérescence	Dégénérescence possible
Cholécystectomie	Non	Non	Oui

formations polypoïdes vésiculaires selon une revue récente [2]. On distingue différents types de pseudo-polypes :

– Les pseudo-polypes cholestéroliques, souvent multiples et inférieurs à 1 cm, sont caractérisés par un dépôt de triglycérides et d'esters de cholestérol sans prolifération cellulaire. Leur principal diagnostic différentiel est la lithiasie vésiculaire mais leur aspect échographique fixe à la mobilisation et le caractère multiple sont des éléments d'orientation (figure 1).

– En cas d'attente focale, l'adénomyomatose peut également se révéler sous forme pseudopolypoïdale. Elle correspond à une invagination focale de l'épithélium hyperplasique créant des cloisons appelées sinus de « Rokitansky-Aschoff ». L'association adénomyomatose et calculs vésiculaires est classique et les signes cliniques peuvent être en rapport avec une complication de la maladie lithiasique. En échographie, le signe le plus spécifique est la présence d'artéfacts de réverbération ou images en « queue de comète » qui correspond au

piégeage du faisceau ultrasonore au sein d'un sinus de Rokitansky-Aschoff.

– Le pseudo-polype inflammatoire est rare avec une incidence de 1 % [3]. Souvent unique, il est mis en évidence dans un contexte de cholécystite chronique. Son aspect hypoéchogène à l'échographie le différencie des autres polypes, souvent hyperéchogènes.

“ Les pseudo-polypes vésiculaires sont toujours bénins et représentent 70 % des formations polypoïdes vésiculaires ”

Les polypes vésiculaires

Les polypes vésiculaires sont rares et souvent découverts fortuitement à l'échographie. Sessile ou pédiculé, le polype vésiculaire correspond à une formation endoluminale

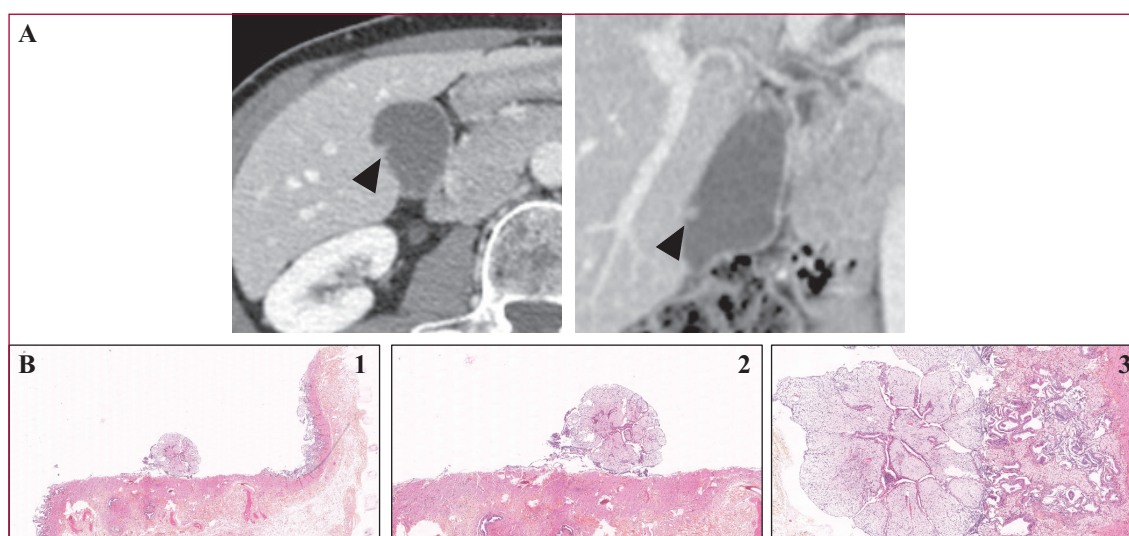


Figure 1. Pseudo-polype cholestérolique. A) Coupe scanographique axiale en temps portal représentant un polype cholestérolique unique chez une patiente de 51 ans qui présentait des douleurs abdominales atypiques. B) Coupe histologique en HES du pseudo-polype en grossissement $\times 10$ (1), $\times 20$ (2) et $\times 30$ (3) mettant en évidence des histiocytes spumeux contenant du cholestérol.

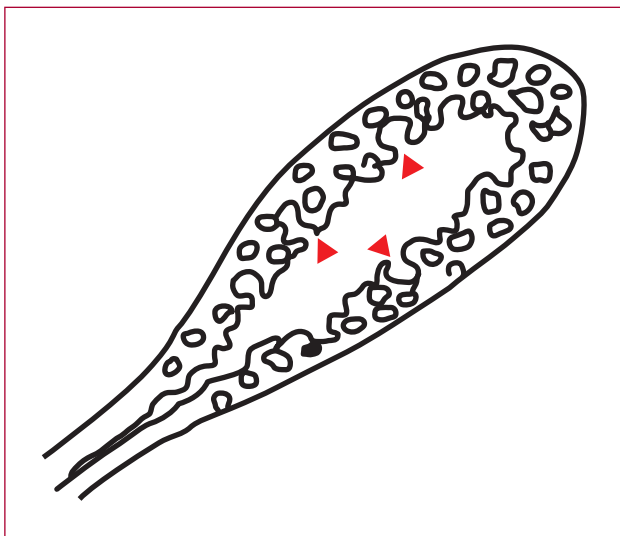


Figure 2. Représentation schématique selon Bonatti *et al.* [3] de l'adénomyomatose vésiculaire qui correspond à l'invagination focale de l'épithélium vésiculaire créant des cloisons appelées sinus de « Rokitansky-Aschoff » (tête de flèche).

développée aux dépens de la muqueuse (figure 2). Les polypes vésiculaires sont rarement isolés et une lithiase vésiculaire est souvent mise en évidence de manière synchrone [4]. À l'échographie, le polype se présente comme une formation endoluminale iso-échogène par rapport au foie adjacent, sans cône d'ombre postérieur. L'analyse doppler est un argument supplémentaire pour affirmer la nature tissulaire de l'image. La lésion est fixe lors des manœuvres de mobilisation du patient. Le polype vésiculaire peut être bénin (adénome) ou malin (adénocarcinome). Les adénomes sont considérés comme des lésions précancéreuses à risque de transformation. Quelques signes sont en faveur d'une lésion maligne : une taille > 1 cm, un épaissement pariétal > 3 mm et une prise de contraste précoce [5].

“ Les polypes vésiculaires peuvent être bénin (adénome) ou malin (adénocarcinome) et sont rarement isolés ”

Bilan d'imagerie préopératoire

Souvent asymptomatiques, les polypes vésiculaires sont diagnostiqués par échographie abdominale qui reste l'examen de référence pour le diagnostic et la surveillance. D'autres examens peuvent être réalisés en cas de doute diagnostique. L'échographie de contraste permet de distinguer les polypes vésiculaires des autres lésions bénignes ou malignes avec une sensibilité de 70 et 100 % [6].

L'échoendoscopie est utilisée pour distinguer des lésions malignes de simples adénomes et son usage dans cette indication n'est pas recommandé en première intention. Les autres examens d'imagerie (scanner et imagerie par résonance magnétique) sont réalisés uniquement en cas de doute diagnostique.

“ L'échographie abdominale est l'examen de référence pour l'exploration des polypes vésiculaires ”

Prise en charge des polypes vésiculaires

Des recommandations de prise en charge des polypes vésiculaires ont été élaborées par les sociétés savantes de Gastroentérologie (European Society of Gastrointestinal Endoscopy [ESGE], European Association for the Study of the Liver [EASL]), de radiologie (Gastrointestinal and Abdominal Radiology [ESGAR]) et de chirurgie (European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques [EAES], International Society of Digestive Surgery – European Federation [EFISDS]) [7, 8]. Plusieurs situations cliniques sont envisagées (figure 3).

Polype > 10 mm

La valeur seuil de 10 mm est la plus utilisée dans la littérature même si elle reste arbitraire. En effet, il a été mis en évidence qu'un polype correspond le plus souvent à un adénome si sa taille < 10 mm et qu'environ 50 % des polypes > 10 mm révèlent un carcinome [9, 10]. Les experts recommandent donc la réalisation d'une cholécystectomie en cas de polype \geq 10 mm si l'état général du patient le permet.

“ Un polype vésiculaire > 10 mm est une indication de cholécystectomie ”

Polype < 10 mm et symptômes d'allure vésiculaires

La corrélation entre symptômes et transformation maligne des polypes est controversée [11, 12]. En absence d'explications aux douleurs, les experts suggèrent la réalisation d'une cholécystectomie en prenant en compte le choix du patient et ses comorbidités.

“ Une cholécystectomie est indiquée en cas de polype < 10 mm en présence d'une symptomatologie biliaire ”

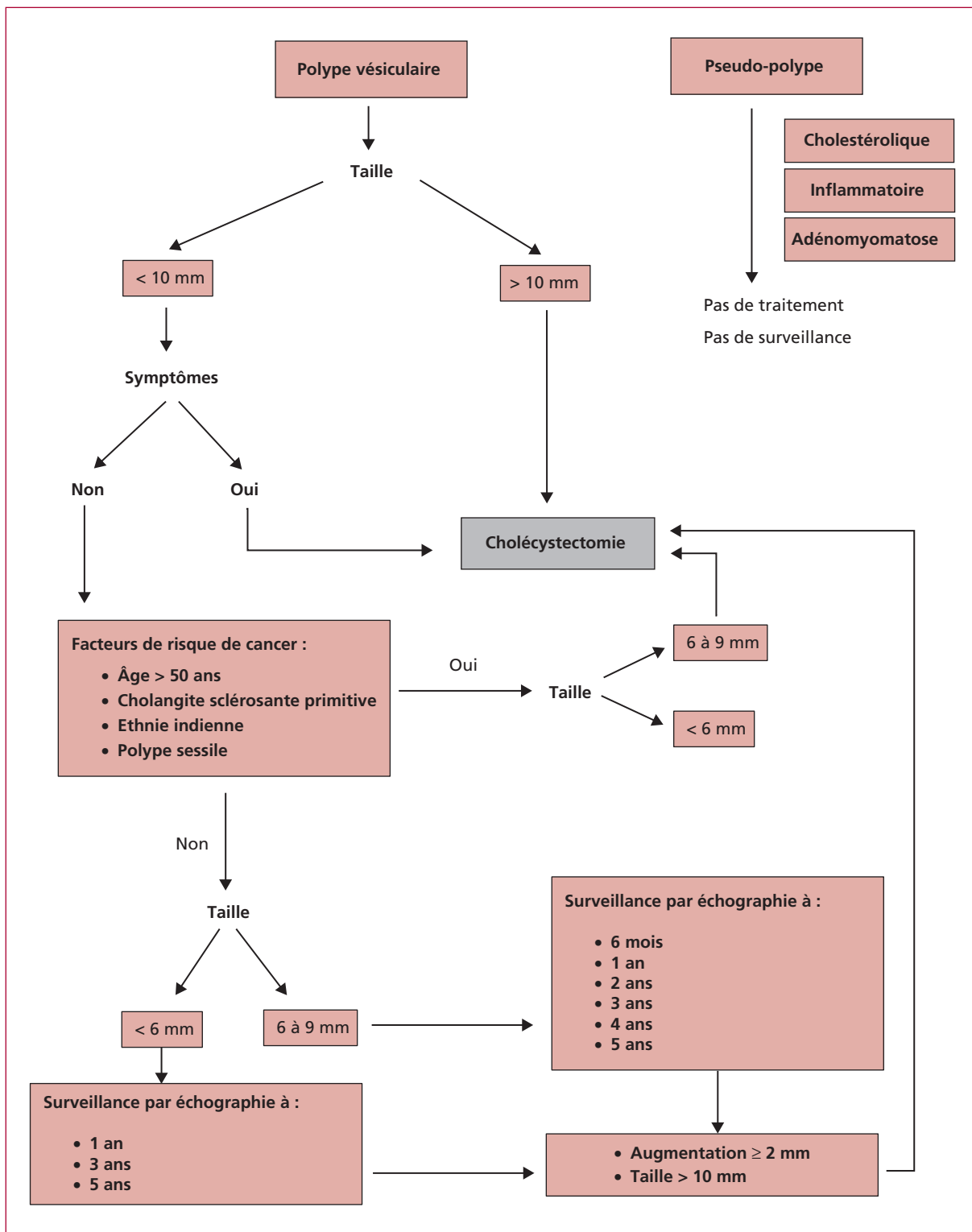


Figure 3. Arbre décisionnel de prise en charge.

Polype < 10 mm et facteurs de risque de cancer de la vésicule biliaire

L'âge constitue un facteur de risque de transformation maligne des polypes vésiculaires même si les études sont peu nombreuses et de faibles effectifs. Des seuils différents ont été proposés et les experts recommandent de réaliser une cholécystectomie pour les patients âgés de plus de 50 ans. Les patients atteints de cholangite sclérosante primitive (CSP) sont à risque élevé de transformation maligne des polypes vésiculaires. Deux sociétés savantes (The American Association for the Study of Liver Diseases et The European Association for the Study of the Liver) recommandent la cholécystectomie quelle que soit la taille du polype dans cette situation [8, 13]. En revanche, la morbidité de la cholécystectomie en cas de CSP est élevée, particulièrement en cas de cirrhose biliaire secondaire. Les experts recommandent donc une surveillance armée pour les patients avec un polype < 6 mm et de discuter de la cholécystectomie pour les patients avec un polype > 6 mm en prenant en compte les comorbidités.

L'éthnie indienne était rapportée comme prédictive de malignité dans une large série incluant 2 359 patients avec polype vésiculaire [14]. Les experts considèrent donc l'éthnie indienne comme étant un facteur de risque et proposent de réaliser une cholécystectomie chez ces patients en présence de polype. D'autres facteurs de risque ont été rapportés par les experts (polype sessile, épaissement de la paroi..) et doivent être pris en compte en cas de présence de polype vésiculaire.

“ La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque de cancer vésiculaire et d'un polype dont la taille est entre 6 et 9 mm sont une indication de cholécystectomie ”

Les autres situations (absence de facteur(s) de risque et polype de 6 à 9 mm ou présence de facteur (s) de risque avec un polype < 6 mm) nécessitent un contrôle échographique à 6 mois puis une surveillance annuelle pendant 5 ans. Les experts suggèrent également de surveiller les patients avec un polype < 6 mm et qui ne présentent pas de facteurs de risque de cancer vésiculaire (échographie à 1, 3 et 5 ans).

Conclusion

Les polypes vésiculaires sont diagnostiqués le plus souvent à l'échographie et doivent être distingués des pseudo-polypes. Leur potentiel de dégénérescence dépend de la taille et d'autres facteurs de risque de cancer vésiculaire.

Take home messages

- Les pseudo-polypes vésiculaires sont toujours bénins et représentent 70 % des formations polypoïdes vésiculaires.
- Les polypes vésiculaires peuvent être bénins (adénome) ou malin (adénocarcinome) et sont rarement isolés.
- L'échographie abdominale est l'examen de référence pour l'exploration des polypes vésiculaires.
- Un polype vésiculaire > 10 mm est une indication de cholécystectomie.
- Une cholécystectomie est indiquée en cas de polype < 10 mm en présence d'une symptomatologie biliaire.
- La présence d'un ou plusieurs facteurs de risque de cancer vésiculaire et d'un polype dont la taille est entre 6 et 9 mm, est une indication de cholécystectomie.


L'enjeu principal est de détecter ces tumeurs avant le stade de cancer de la vésicule, dont le pronostic reste sombre. La cholécystectomie est indiquée en cas de polype supracentimétrique ou en présence de facteurs de risque de cancer de la vésicule.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article. ■

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

1. Segawa K, Arisawa T, Niwa Y, et al. Prevalence of Gallbladder Polyps among Apparently Healthy Japanese : Ultrasonographic Study. *Am J Gastroenterol* 1992 ; 87 : 630-3.
2. **Elmasry M, Lindop D, Dunne DJ, et al. The risk of malignancy in ultrasound detected gallbladder polyps: A systematic review. *Int J Surg* 2016 ; 33 : 28-35.**
3. Hallgrímsson P, Skaane P. Hypoechoic Solitary Inflammatory Polyp of the Gallbladder. *Case Rep Gastroenterol* 1988;603-4.
4. Terzioğlu SG, Kiliç MO, Sapmaz A, et al. Predictive factors of neoplastic gallbladder polyps : Outcomes of 278 patients. *Turkish J Gastroenterol* 2017 ; 28 : 202-6.
5. Numata K, Oka H, Morimoto M, et al. Differential diagnosis of gallbladder diseases with contrast-enhanced harmonic gray scale ultrasonography. *J Ultrasound Med* 2007 ; 26 : 763-74.
6. Yuan HX, Cao JY, Kong WT, et al. Contrast-enhanced ultrasound in diagnosis of gallbladder adenoma. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2015 ; 14 : 201-7.
7. **Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps. *Eur Radiol* 2017 ; 27 : 3856-3866.**
8. Lammert F, Acalovschi M, Ercolani G, et al. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol* 2016 ; 65 : 146-81.



9. Okamoto M, Okamoto H, Kitahara F, *et al.* Ultrasonographic evidence of association of polyps and stones with gallbladder cancer. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 446-50.

10. Myers RP, Shaffer EA, Beck PL. Gallbladder polyps : epidemiology, natural history and management. *Can J Gastroenterol* 2002 ; 16 : 187-94.

11. Kwon W, Jang JY, Lee SE, *et al.* Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. *J Korean Med Sci* 2009 ; 24 : 481-7.

12. Park JK, Yoon YB, Kim Y-T, *et al.* Management strategies for gallbladder polyps: Is it possible to predict malignant gallbladder polyps? *Gut Liver* 2008 ; 2 : 88-94.

13. Chapman R, Fevery J, Kalloo A, *et al.* Diagnosis and management of primary sclerosing cholangitis. *Hepatology* 2010 ; 51 : 660-78.

14. Aldouri AQ, Malik HZ, Waytt J, *et al.* The risk of gallbladder cancer from polyps in a large multiethnic series. *Eur J Surg Oncol* 2009 ; 35 : 48-51.