



> **SYMPOSIUM 2004** <  
Les lésions pré-cancéreuses  
et cancers superficiels  
en endoscopie digestive haute

# **LE DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE DES LÉSIONS SUPERFICIELLES DU TRACTUS DIGESTIF SUPÉRIEUR (LSTDS)**

Docteur Laurent Palazzo, Paris

# Plaidoyer pour l'amélioration de la détection des LSTDS

- Les LSTDS sont asymptomatiques et ne peuvent être détectées que par l'endoscopie
- Les LSTDS sont trop rarement diagnostiquées en France
- Pourtant 1.100.000 gastroscopies sont réalisées chaque année
- Il faut donc essayer de détecter ces lésions chaque fois que nous réalisons une gastroscopie quelqu'en soit le motif
- Ce d'autant que nous disposons maintenant pour une partie d'entre elles de traitements endoscopiques efficaces à visée curative

# Buts de la présentation

- Décrire les aspects endoscopiques des lésions superficielles du tractus digestif supérieur (TDS) : classification et stadification
- Rappeler comment optimiser la détection de ces lésions
- Rappeler les recommandations en vigueur

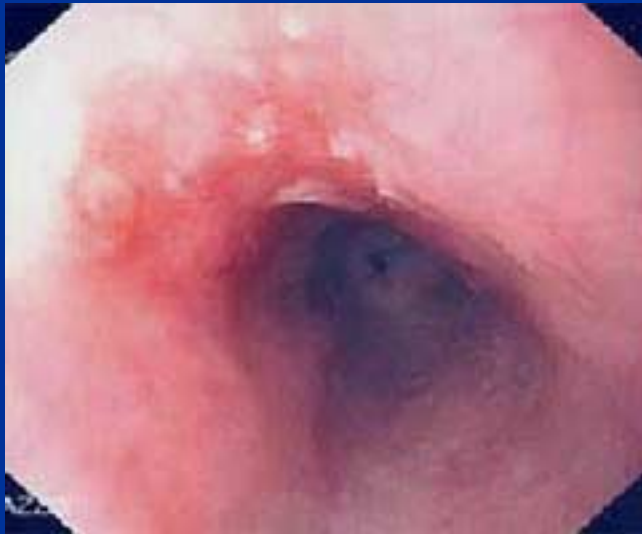
*Lambert. Gastrointest. Endosc. 2003*

*Guelrud. Gastrointest. Endosc. 2004*

*Cruz-Correa. Gastrointest. Endosc. 2003*

# Qu'est-ce qu'une lésion superficielle en endoscopie ?

- Le plus souvent une anomalie focale :
    - de coloration
    - et/ou de relief } +/- bien visible spontanément
  - le plus souvent de moins de 3 cm de diamètre
  - souple, mobile avec les contractions
- 
- Parfois (œsophage) une anomalie focale uniquement mise en évidence après coloration ou sur des prélèvements systématiques



1/3 inférieur œsophage



1/3 moyen œsophage



Antre



D2

# Comment optimiser la détection des lésions superficielles du tractus digestif supérieur ?

- Utiliser un vidéo-endoscope moderne
- Utiliser la coloration chaque fois que nécessaire :
  - œsophage épidermoïde : Lugol (1,5 %)
  - endobrachyœsophage (EBO) :
    - indigo carmin (0,2 à 0,4 %) pour le relief
    - bleu de méthylène (BM) (0,5 %) pour la métaplasie intestinale (MI)
  - estomac : indigo carmin (0,2 à 0,4 %) pour le relief
  - duodénum : indigo carmin (0,2 à 0,4 %) pour le relief



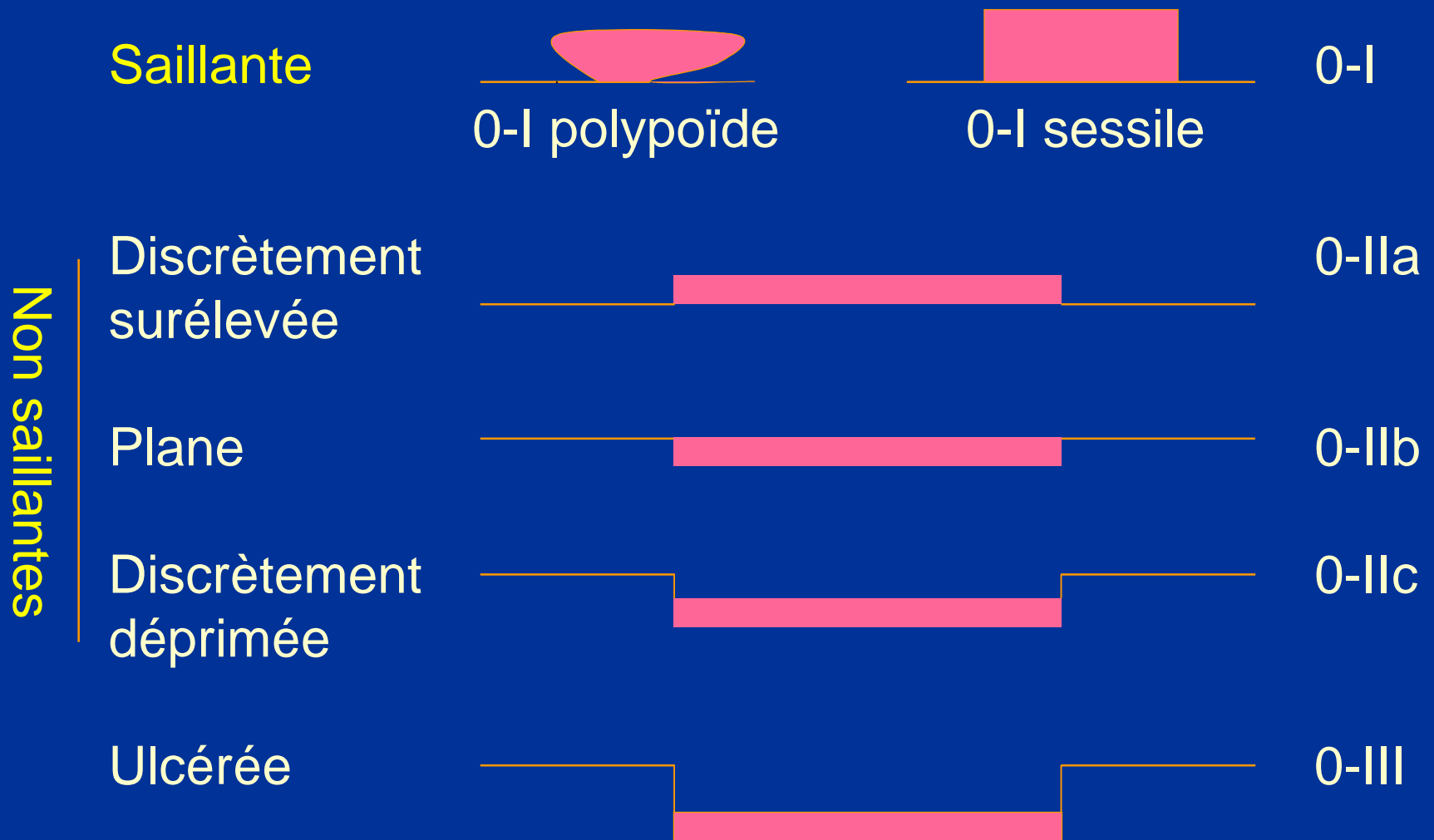
1/3 inférieur œsophage



Lugol à 1,5 % même patient

D2 indigo carmin à 0,2 %

# Classification endoscopique des lésions superficielles du tube digestif





I sessile EBO



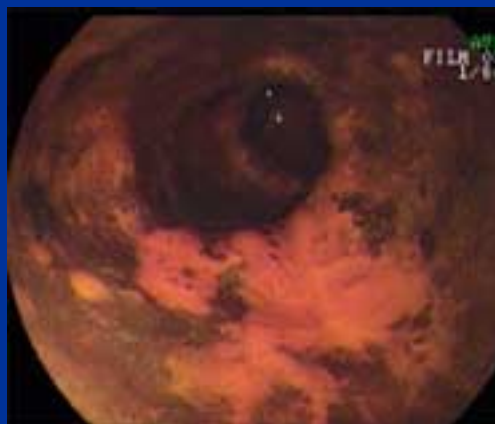
I sessile épi



I sessile épi



IIa épi



IIb épi



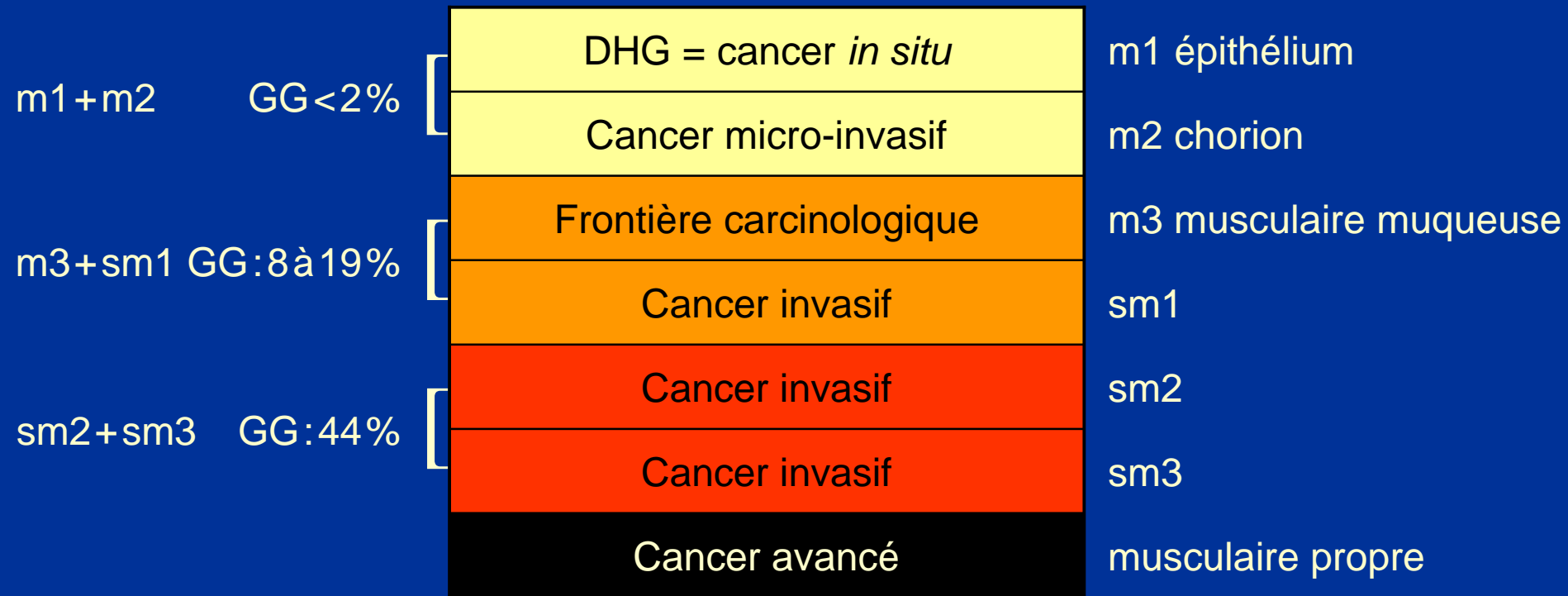
IIc estomac

# Œsophage épidermoïde (1)

- D'abord regarder attentivement pour détecter des anomalies de couleur ou de relief
- Colorer en cas de découverte d'anomalies de couleur ou de relief
- Colorer systématiquement les patients à risque
- Utiliser le Lugol à 1,5 % et le cathéter spray : surélever la tête du patient, commencer par le cardia, s'arrêter à 20 cm
- Biopsier toutes les zones iodo-négatives de plus de 5 mm de diamètre

# Œsophage épidermoïde (2)

## Classification de l'extension pariétale en profondeur



# Corrélation aspect endoscopique - extension en profondeur

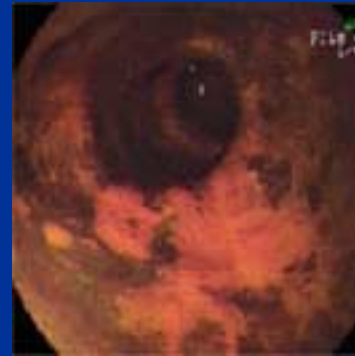
0-I  
15 %



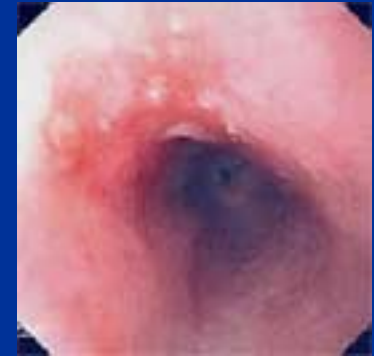
0-IIa  
19 %



0-IIb  
14 %



0-IIc  
45 %



m1+m2 dans 5%    m1+m2 dans 20%    m1+m2 dans 70%    m1+m2 dans 40%  
m3+sm1 dans 15%    m3+sm1 dans 31%    m3+sm1 dans 15%    m3+sm1 dans 35%

m1 + m2 = 30 % des LS de l'œsophage épidermoïde  
m3 + sm1 = 30 % des LS de l'œsophage épidermoïde

# Endobrachyœsophage (1)

## Généralités

- Classiquement, 1 à 1,5 % de la population aurait un EBO
- En réalité, des études récentes montrent que 1,5 à 7 % de la population aurait un EBO long et 6 à 17 % de la population un EBO court
- Classiquement, 10 à 15 % des patients ayant un RGO chronique (> 5 ans) aurait un EBO (35 à 40 % en cas d'œsophagite érosive)
- Le risque de développer un cancer est 40 à 100 fois supérieur au risque de la population générale
- Les facteurs de risque pour le développement de l'EBO sont : sexe masculin, plus de 60 ans, reflux chronique, obésité abdominale, tabagisme

# La détection de l'endobrachyoœsophage est le plus souvent aisée en vidéo-endoscopie (sans coloration)



EBO long (> 3 cm)



EBO court (< 3 cm)



EBO ultra-court\*

\*Coopération avec le pathologiste (diagnostic  $\neq$  entre cardite et MI de l'EBO)

# Endobrachyœsophage (2)

Deux questions :

- Comment détecter la métaplasie intestinale ?
- Comment détecter la dysplasie ?

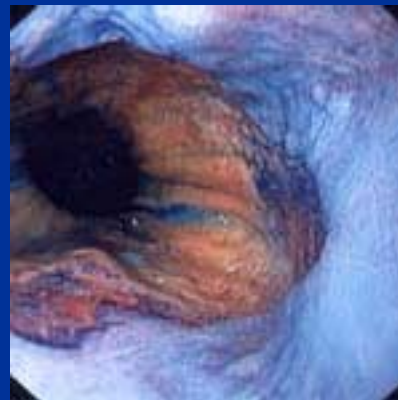
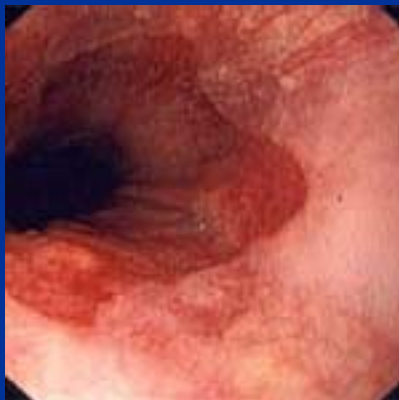
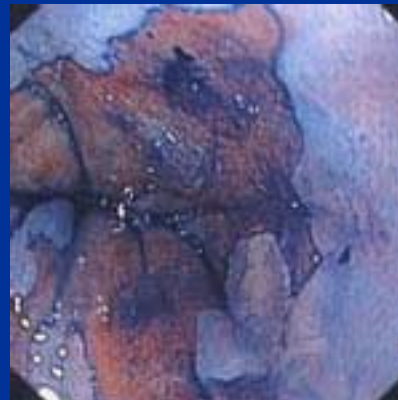
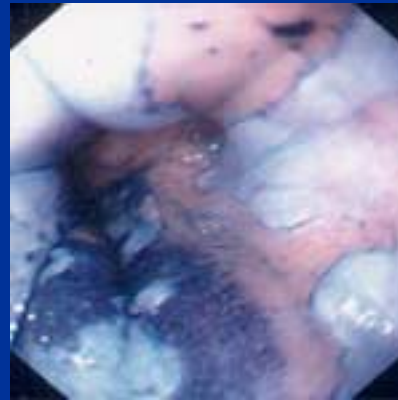
Trois solutions :

- Cartographie
- Bleu de méthylène
- Magnification (zoom)

# Endobrachyœsophage (3)

## Cartographie

- C'est la seule méthode de référence qui doit être utilisée en pratique courante
- Quadrant par quadrant dans des pots individualisés tous les 2 cm en commençant par le bas. Repère arbitraire : petite courbure verticale = face droite = 12 h →  
3 h = face postérieure, 6 h = face gauche = face déclive, 9 h = face antérieure
- Sédation indispensable en cas d'EBO long, surélever la tête, procédure fastidieuse et souvent hémorragique, doit être réalisée tous les 2 ans en l'absence de dysplasie, répétée sous IPP en cas de DBG, répétée et relue par un 2<sup>ème</sup> Anatomo-Pathologiste en cas de DHG



EBO

Bleu de méthylène à 0,5 %

*Remerciements au Docteur Dupin*

# Endobrachyœsophage (4)

## Coloration au bleu de méthylène (1)

- Spécifique de la métaplasie intestinale
- Serait utile pour le diagnostic d'EBO court ? } Encore
- Serait utile pour cibler les biopsies étagées } débattu dans l'EBO long ?
- Technique rigoureuse absolument indispensable :
  - laver avec 10 ml de Mucomyst<sup>®</sup> ou Mucofluid<sup>®</sup> à 10 % puis attendre 1 min
  - colorer avec 20 ml (pour l'EBO long) de BM à 0,5 % puis attendre 2 min (aspirer le BM en excès dans l'estomac)
  - rincer abondamment (200 ml d'eau) puis aspirer

# Endobrachyœsophage (5)

## Coloration au bleu de méthylène (2)

- Résultats :
  - bleu intense homogène : MI
  - bleu peu intense hétérogène : dysplasie
- Problème des faux positifs :
  - lavage et rinçage insuffisants
  - érosions
- Problème des faux négatifs :
  - DHG ou carcinome peuvent être bleu négatif
  - intérêt alors du Crystal Violet à 0,5 %
- Technique probablement trop compliquée, ce qui a limité et limitera sa diffusion

# **Endobranchyœsophage (6) : le futur Magnification (zoom optique) à l'acide acétique (1,5 %)**

- Augmente le grossissement de 1,5 à 150 fois
- Classification en Pit-Pattern, après application d'acide acétique (grossissement de 80 fois)
- Améliore la détection de la métaplasie intestinale
- Pourrait améliorer la détection de la dysplasie



Rainure profonde



Villeux



Fovéolaire



Cérébriforme

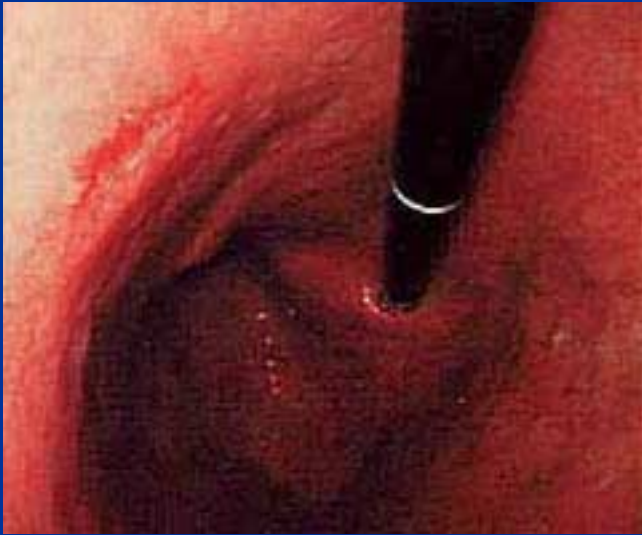
# Estomac (1)

## Lésions superficielles

- 70 % sont IIc, discrètement déprimées
- 17 % sont IIa, discrètement surélevées
- 6 % sont IIa + IIc, discrètement surélevées avec dépression centrale
- Dans 40 % des IIc, la sous-muqueuse est atteinte, plus souvent (47 %) en IIa + IIc, moins souvent (29 %) en IIa
- En cas d'atteinte modérée de la sous-muqueuse, le risque d'extension ganglionnaire est faible ( $\leq 6\%$ )

## Estomac (2)

- Etudier avec une particulière attention les malades avec une gastrite atrophique et les patients ayant un antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré de cancer gastrique
- Colorer à l'indigo carmin (0,2 à 0,4 %) les zones de couleur ou de relief anormal
- Biopsier toutes les zones anormales



IIc

IIa + IIc

# Duodénum (1)

- Dans la polypose adénomateuse familiale (PAF), les adénomes du duodénum sont retrouvés dans 30 à 90 % des cas avec un risque cumulé proche de 100 % au cours de la vie
- Ils sont le plus souvent multiples, sessiles, sur les plis de D2, 0-Is ou 0-IIa, principalement dans la région péri-ampullaire
- La classification de Spigelman en 5 stades (0 à IV) permet d'évaluer le risque de dégénérescence au cours du temps : stade 0 : 0 point, stade I : 1-4 points, stade II : 5-6 points, stade III : 7-8 points, stade IV : 9-12 points

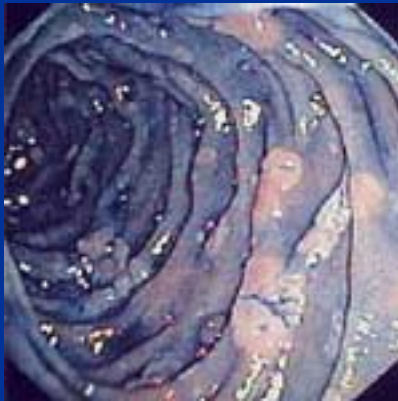
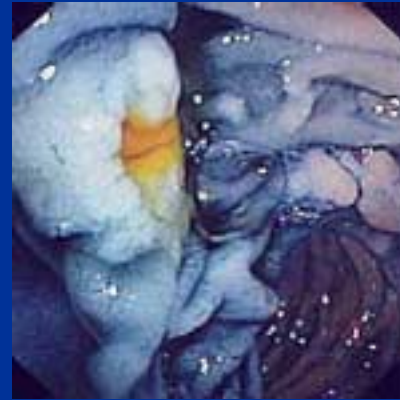
# Duodénum (2)

## Classification de Spigelman

Critères	Points		
	1	2	3
Nombre de polypes	1-4	5-20	> 20
Taille (mm)	1-4	5-10	> 10
Histologie	tubuleux	tubulo-villeux	villeux
Dysplasie	légère	modérée	sévère



PAF



Nombre 5-20:  
2 points

Taille > 10 mm:  
3 points  
Histo T-villeux:  
2 points



Total:  
10 points  
Stade IV



Histo:  
dysplasie sévère:  
3 points



## Duodénum (3)

- Chez les patients atteints de PAF, le risque de cancer péri-ampullaire est de 4 % et il représente la 1<sup>ère</sup> cause de décès après colectomie
- Le risque cumulé d'avoir un stade IV est de 20 % à 60 ans. Chez ces malades, le risque cumulé d'avoir un cancer péri-ampullaire est de 10 % à 60 ans.
- 40 % des stades IV ont un cancer duodénal à l'issue de 10 ans de suivi contre 2,5 % pour le stade III et 2 % pour le stade II

# CONCLUSION (1)

- Dès maintenant, le diagnostic endoscopique des lésions superficielles du tractus digestif supérieur doit être un objectif constamment à l'esprit lorsque l'on réalise une gastroscopie.
- L'application des recommandations, la connaissance des facteurs de risque et la recherche attentive de discrètes anomalies de couleur ou de relief sont les conditions *sine qua non* de leur détection.

## CONCLUSION (2)

- L'utilisation courante des colorations et la connaissance de la classification endoscopique qui en découle sont indispensables pour améliorer l'œil de l'endoscopiste occidental.
- Tout ceci a un sens car détecter ces lésions est la seule manière à court terme d'améliorer le pronostic catastrophique des cancers du tube digestif supérieur.