

## ► Le diagnostic endoscopique ◄ des lésions superficielles du tractus digestif supérieur (LSTDS)

Docteur Laurent PALAZZO, Paris

---

Par lésions superficielles du tractus digestif supérieur (LSTDS), on entend plusieurs types d'anomalies : tout d'abord, les précurseurs des cancers, à savoir la dysplasie de bas-grade (DBG) et la dysplasie de haut-grade (DHG) autrement appelée cancer *in situ* puis les cancers superficiels eux-mêmes à savoir les cancers intra-muqueux autrement appelés cancers invasifs, car le risque d'extension ganglionnaire est notable voire important selon la localisation.

Les LSTDS s'opposent sur de nombreux points aux cancers avancés du tractus digestif supérieur. Elles sont de bon ou de très bon pronostic après traitement, contrairement à ces derniers dont le pronostic demeure catastrophique en 2004. Elles sont le plus souvent asymptomatiques et ne peuvent être détectées que par l'endoscopie. A l'évidence, les LSTDS demeurent trop rarement diagnostiquées dans les pays occidentaux et notamment en France. Pourtant, 1.122.000 gastroscopies sont réalisées chaque année dans notre pays. Si nous voulons augmenter le nombre de LSTDS diagnostiquées chaque année, il est essentiel d'essayer de détecter ces lésions chaque fois que nous réalisons une gastroscopie quel qu'en soit le motif, ce d'autant que nous disposons maintenant pour une partie d'entre elles de traitements endoscopiques efficaces à visée curative.

Une LSTDS est une anomalie focale de coloration ou de relief, qui est plus ou moins bien visible spontanément, qui mesure habituellement moins de 3 cm de diamètre et qui est souple et mobile avec les contractions digestives. C'est parfois notamment dans l'œsophage, une anomalie focale qui est uniquement mise en évidence après coloration spécifique ou sur des prélèvements systématiques.

Pour optimiser la détection des LSTDS, au cours des gastroscopies que nous réalisons, il convient d'utiliser un vidéo-endoscope moderne et de savoir utiliser la coloration chaque fois que cela paraît nécessaire : il s'agit du Lugol à 1,5 % pour l'œsophage épidermoïde, du bleu de méthylène à 0,5 % qui paraît utile dans l'endobrachyœsophage (EBO) pour détecter la métaplasie intestinale, et enfin de l'indigo carmin de 0,2 à 0,4 % qui est un colorant de relief principalement utilisé dans l'estomac et le duodénum.

Les Gastro-Entérologues japonais ont de bien meilleurs résultats que nous dans la détection des LSTDS (classées 0) et ils ont établi depuis une vingtaine d'années une classification endoscopique de ces lésions. Schématiquement, on oppose trois types de lésions :

- les lésions saillantes (0-I) qui sont polypoïdes ou sessiles et qui correspondent principalement aux lésions du côlon et du duodénum ;
- les lésions non saillantes (0-II) qui sont principalement retrouvées dans l'œsophage et l'estomac et qui sont subdivisées en lésions discrètement surélevées (0-IIa), lésions planes (0-IIb) et lésions discrètement déprimées (0-IIc) ;
- enfin le troisième groupe est celui des lésions ulcérées (0-III) qui ne représentent en fait qu'un très petit pourcentage des LSTDS alors qu'elles sont fréquentes dans les cancers avancés.

Les lésions superficielles de l'œsophage épidermoïde ne sont habituellement ni saillantes ni ulcérées et il s'agit le plus souvent d'une discrète anomalie de couleur (aspect un peu plus congestif ou au contraire un peu plus pâle que la muqueuse avoisinante), associée ou non à une discrète irrégularité de relief. Il convient de colorer l'œsophage lorsque l'on découvre ce type d'anomalie. Un certain nombre de patients qui sont considérés comme à risque de cancer de l'œsophage (achalasie, antécédent d'irradiation médiastinale, alcool-tabagique surtout lorsqu'ils ont un antécédent de cancer bucco-pharyngo-laryngé) doivent être colorés systématiquement, à la recherche d'anomalies uniquement visibles après coloration. Le colorant utilisé est le Lugol à 1,5 %. La coloration doit être effectuée à l'aide d'un cathéter spray après avoir surélevé la tête du patient, en commençant par colorer à partir du cardia et en remontant progressivement jusqu'à 20 cm des arcades dentaires. Il convient d'éviter de colorer les 4 premiers cm de l'œsophage, car le risque de régurgitation du Lugol est alors très important avec l'éventualité d'un bronchospasme. Le Lugol est contre-indiqué en cas d'allergie à l'iode. Il convient d'attendre 2 min après la coloration pour examiner l'œsophage qui change de couleur et devient uniformément marron très foncé sauf sur les zones iodo-négatives, qui lorsqu'elles mesurent plus de 5 mm de diamètre, et surtout plus de 10 mm de diamètre, sont alors hautement prédictives de la présence d'une dysplasie ou d'un cancer superficiel. Il est à noter que les ulcérations du bas de l'œsophage que l'on peut retrouver dans le reflux gastro-œsophagien (RGO) sont également iodo-négatives. Dans le cancer épidermoïde superficiel de l'œsophage, le risque d'extension ganglionnaire est extrêmement variable selon l'extension en profondeur. Les lésions localisées à l'épithélium ou au chorion (m1 + m2) ont un risque d'extension ganglionnaire quasi nul. Les lésions ayant atteint la musculaire muqueuse et la partie superficielle de la sous-muqueuse (m3 + sm1) ont un risque moyen de 8 à 19 % selon la profondeur, tandis que les cancers ayant atteint la partie moyenne et profonde de la sous-muqueuse (sm2 + sm3) ont un risque d'extension ganglionnaire très important qui atteint 45 %. Les lésions les plus fréquentes dans l'œsophage épidermoïde sont les lésions discrètement déprimées (0-IIc) qui sont retrouvées

dans 45 % des cas, avec dans ce cas, une atteinte m1 + m2 dans 40 % des cas et une atteinte m3 + sm1 dans 35 % des cas. Les lésions qui ont l'extension en profondeur la plus faible sont les lésions totalement planes (0-IIb) qui peuvent n'apparaître qu'après coloration et qui sont retrouvées dans 14 % des cas. Elles correspondent à une atteinte en profondeur m1 + m2 dans 70 % des cas, et à une atteinte m3 + sm1 dans 15 % des cas. Les lésions discrètement surélevées (0-IIa) sont retrouvées dans 19 % des cas avec une atteinte en profondeur m1 + m2 dans 20 % des cas, et une atteinte m3 + sm1 dans 31 % des cas. Les lésions polypoïdes (0-I) sont retrouvées dans 15 % des cas et sont exceptionnellement localisées à la muqueuse (5 % des cas). Globalement, les lésions de très bon pronostic sans risque d'extension ganglionnaire m1 + m2 représentent 30 % des lésions superficielles de l'œsophage épidermoïde tandis que l'atteinte m3 + sm1 représente également 30 % de ces lésions. L'apprentissage et la connaissance de la classification endoscopique des LSTDS sont donc particulièrement importants dans l'œsophage épidermoïde, compte tenu de la corrélation tout à fait particulière qu'il y a entre l'aspect endoscopique et l'extension en profondeur et donc le pronostic.

L'EBO, conséquence du RGO chronique qu'il soit symptomatique ou asymptomatique, est séparé en trois groupes selon qu'il est circonférentiel et retrouvé sur 3 cm de hauteur, on parle alors d'EBO long, qu'il est inférieur à 3 cm de hauteur et on parle alors d'EBO court ou qu'il soit limité à la jonction œso-gastrique et on parle alors d'EBO ultra-court. Classiquement, 1 % de la population serait porteur d'EBO alors qu'en réalité des études récentes montrent que près de 5 % de la population serait porteur d'un EBO long et 6 à 17 % d'un EBO court. Le risque de développer un cancer de l'œsophage de type adénocarcinome lorsque l'on est porteur d'un EBO est 40 à 100 fois supérieur au risque de la population générale. Un certain nombre de facteurs de risques pour le développement de l'EBO ont été isolés : il s'agit du sexe masculin, de l'âge supérieur à 60 ans, du RGO chronique, de l'obésité abdominale et du tabagisme. Le diagnostic endoscopique de l'EBO est habituellement aisé en vidéo-endoscopie. Les lésions superficielles sur EBO sont le plus souvent saillantes (0-I) ou bien discrètement surélevées (0-IIa). Elles peuvent être totalement planes (0-IIb) indétectables à l'œil. Trois techniques permettent de détecter la métaplasie intestinale qui est le précurseur de la dysplasie et qui est répartie de manière inégale sur la circonférence de l'EBO : la cartographie, l'utilisation du bleu de méthylène et la magnification (zoom optique). La cartographie est la seule méthode de référence qui a été validée par la pratique courante : elle consiste à biopsier quadrant par quadrant dans des pots individualisés tous les 2 cm en cas d'EBO long, tous les cm en cas d'EBO court et à répéter cette cartographie tous les 2 ans en l'absence de DBG, 3 mois plus tard après traitement sous IPP à double dose en cas de DBG, 6 semaines plus tard après traitement par IPP à double dose et relu par un deuxième Anatomo-Pathologiste en cas de DHG. La deuxième méthode est la coloration au bleu de méthylène

qui est spécifique de la métaplasie intestinale, et qui a montré son utilité pour le diagnostic d'EBO court, et pour le ciblage des biopsies étagées dans l'EBO long. Malheureusement, cette méthode séduisante est de mise en œuvre délicate car la technique d'utilisation doit être extrêmement rigoureuse si bien que les résultats des séries de la littérature sont parfois contradictoires. Ce sont principalement les faux positifs liés aux érosions ou aux lavages insuffisants qui perturbent l'utilisation de cette technique.

La magnification (zoom optique) après coloration à l'acide acétique à 1,5 % est une technique très prometteuse qui prendra toute sa place lorsque les vidéo-endoscopes équipés de zoom optique seront diffusés de manière significative parmi les Gastro-Entérologues. Le grossissement à 80 fois a permis l'élaboration d'une classification en Pit-Pitern comme pour les lésions du côlon. Cette technique améliorerait la détection de la métaplasie intestinale et pourrait également améliorer la détection des zones dysplasiques.

Les lésions superficielles de l'estomac sont habituellement des lésions discrètement déprimées (IIc) plus rarement discrètement surélevées (IIa). L'atteinte de la sous-muqueuse qui est retrouvée dans 40 % des lésions IIc et 29 % des lésions IIa est nettement moins péjorative en terme de pronostic que pour l'œsophage épidermoïde, puisque le risque d'extension ganglionnaire est inférieur à 10 %. Il faut étudier plus particulièrement les patients âgés ayant une gastrite chronique et les patients ayant un antécédent familial au premier degré de cancer gastrique. La coloration à l'indigo carmin est d'une aide précieuse pour repérer des zones de couleur ou de relief anormal qui doivent alors être biopsiées largement.

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

Les lésions superficielles du duodénum sont rares en dehors du cas particulier de la polypose adénomateuse familiale (PAF) chez qui le risque cumulé est proche de 100 % au cours de la vie. Ces lésions sont le plus souvent multiples, sessiles, classées 0-I et plus rarement discrètement surélevées (0-IIa). Elles siègent principalement dans le deuxième duodénum et notamment dans la région péri-ampullaire. Une classification (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.

Chez les patients atteints de PAF, le risque de cancer péri-ampullaire est de 4 % et il représente la première cause de décès après colectomie prophylactique. 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 développent un cancer duodéal à l'issue de 10 ans de suivi contre 2,5 % pour les stades III et 2 % pour les stades II.

En conclusion, le diagnostic endoscopique des LSTDS doit être un objectif constamment à l'esprit de tout Gastro-Entérologue lorsqu'il réalise une gastroscopie. La connaissance des facteurs de risques, l'application des recommandations et la recherche attentive de discrètes anomalies de couleur ou de relief sont les conditions *sine qua non* de leur détection. L'utilisation courante de colorants et la connaissance de la classification endoscopique qui en découle sont indispensables pour améliorer l'œil de l'endoscopiste occidental et essayer de l'amener au niveau de l'endoscopiste japonais. Il faut bien savoir que tout ceci est utile car la détection de ces lésions est pour l'instant et à court terme la seule manière dont nous disposons pour améliorer le pronostic catastrophique des cancers du tube digestif supérieur dont la survie à 5 ans ne dépasse pas 15 % tellement le diagnostic en est tardif.

- 1- Lambert. Gastrointest. Endosc. décembre 2003, suppl. 58.
- 2- Guelrud. Gastrointest. Endosc. janvier 2004, vol. 59.
- 3- Cruz-Correa. Gastrointest. Endosc. décembre 2003, vol. 58.