



> **SYMPOSIUM 2008** <  
**Endoscopie et MICI**

Lundi 10 mars  
Palais des Congrès de Paris

# **Modalités de la surveillance endoscopique**

**Professeur Jean-Charles Grimaud, Marseille**

# Pourquoi ? (1)

- *Choi. Gastroenterol. 1993 :*
  - 41 cancers parmi 2.050 recto-colites hémorragiques (surveillance endoscopique pour 19 de ces cancers)
  - stade précoce : 78 % vs. 27 %
  - survie à 5 ans : 77 % vs. 36 %
- *Karlen. Gut 1998 :*
  - cohorte de 4.664 patients
  - diminution du risque relatif à 0,29 si une coloscopie
  - diminution du RR à 0,22 si deux coloscopies
- *Velayos. Gastroenterol. 2006 :*

réduction de la mortalité par cancer ↔ nombre de coloscopies

## Pourquoi ? (2)

- *Rutter. Gastroenterol. 2006 :*
  - 600 patients surveillés sur 30 ans
  - 74 (12,3 %) de néoplasies
  - 30 (5 %) de cancers : 16/30 sont des cancers d'intervalle

# Quand ? (1)

## Risque cumulé

- *Eaden. Gut 2001 :*
  - 8,5 % à 20 ans
  - 17,8 % à 30 ans
- *Rutter. Gastroenterol. 2006 :*
  - 2,5 % à 20 ans
  - 7,6 % à 30 ans
  - 10,8 % à 40 ans

## Quand ? (2)

- Début :
  - pancolite : 8 -10 ans
  - colite gauche : > 15 ans
- Fréquence : 1 à 2 ans, variable avec la durée d'évolution ?
  - 10-20 ans : tous les 3 ans
  - 20-30 ans : tous les 2 ans
  - > 30 ans : tous les ans
- Modulée par les facteurs de risque :
  - degré d'inflammation ++
  - ...

*Connell. Gastroenterol. 1994 ; Bernstein. Lancet 1994.*

## Comment ?

- Accroissement de la rentabilité avec le nombre de biopsies
- Mais... 2 à 4 prélèvements tous les 10 centimètres  
= 10 mm<sup>2</sup> de muqueuse (surface totale  $\approx$  1 m<sup>2</sup>)
- Nombre de biopsies nécessaires pour diagnostiquer la dysplasie :
  - probabilité de 90 % : n = 33
  - probabilité de 95 % : n = 64
  - 30 à 40 aléatoires, zones suspectes, en période de rémission
- Long, fastidieux, faible adhésion des praticiens

*Riddell. Scand. J. Gastroenterol. 1990 ; Rubin. Gastroenterol. 1992 ;  
Bernstein Inflamm. Bowel. Dis. 1998 ; Itzkowitz. Gastroenterol. 2004.*

# Chromoendoscopie (1) colorants

- Indigo-carmin +++ :
  - colorant de surface, non absorbé
  - anomalies de relief
- Bleu de méthylène :
  - colorant vital, absorbé par la muqueuse saine
  - dysplasie : diminution d'absorption
- Crystal violet :
  - capté par les orifices des glandes
  - structure des cryptes

## Chromoendoscopie (2)

- Analyse microscopique virtuelle de la surface muqueuse :
  - endoscope à grossissement optique ou électronique
  - nature histologique (critères de Kudo)
- Amélioration de la détection des lésions intra-épithéliales planes, de petite taille, pluri-focales
- Traitement approprié : endoscopique ou chirurgical

*Kudo. Gastrointest. Endosc. 1996 ; Jamillaro. Gastrointest. Endosc. 1995 ;  
Kiesslich. Endoscopy 2001 ; Shim. Endoscopy 1999 ; Kato. Endoscopy 2001.*

## Chromoendoscopie (3)

- Degré (facteur pronostic de rechute) et extension de l'inflammation
- Amélioration de la détection de la dysplasie intra-épithéliale
- Très bonnes sensibilité et spécificité pour la différenciation des lésions néoplasiques et non (*pit pattern*)
- Panchromoendoscopie

*Kiesslich. Gastroenterol. 2003; Hurlstone. Gut 2004; Hurlstone. Endoscopy 2005.*

# Chromoendoscopie (4)

## Biopsies aléatoires ou ciblées ?

(indigo carmin + zoom)

- *Rutter. Gut 2004* :  
amélioration du diagnostic de néoplasie  
dans la surveillance des MICI
- *Hurlstone. Endoscopy 2006* :
  - dépistage des lésions néoplasiques intra-épithéliales :  
0,16 % *versus* 8 % des biopsies
  - amélioration du dépistage des lésions néoplasiques planes
  - diminution significative du nombre de biopsies nécessaires
  - grande précision diagnostique (Se. : 93 % ; Sp. : 88 %)

## Chromoendoscopie (5)

- Consensus pour la surveillance des cancers sur MICI aux Etats-Unis
- Allongement du temps d'examen d'environ 10 minutes
- Répartition souvent inhomogène du colorant



Chromoendoscopie virtuelle : *NBI, FICE*

*Hurlstone. Endoscopy 2006.*

# Chromoendoscopie virtuelle (1)

*Narrow-Band Imaging (NBI) (bandes spectrales étroites)*  
*FICE (Fujinon Intelligent Chromo Endoscopy)*

- Application d'un filtre optique en temps réel  
→ disponibilité immédiate
- Amélioration du contraste de l'épithélium de surface et du réseau vasculaire sous-jacent
- Incorporation aisée à un coloscope standard

# Chromoendoscopie virtuelle

## *Narrow-Band Imaging (NBI) (1)*

- Biopsies conventionnelles / NBI + biopsies ciblées
- n = 46, étude ouverte
- Lésions en relief + microarchitecture sinueuse ↔ dysplasie (p = 0,038)
- Lésions planes ↔ dysplasie plus rare (inflammation)

*Matsumoto. Gastrointest. Endosc. 2007.*

# Chromoendoscopie virtuelle

## *Narrow-Band Imaging (NBI) (2)*

- n = 42, prospectif, randomisé, croisé, *NBI* vs. lumière blanche
- Biopsies ciblées + aléatoires
- 33 % de lésions manquées quelle que soit la technique ; Se : 67 %
- Lumière blanche + *NBI* : 11/12 dysplasies détectées
- *NBI* :
  - plus de faux-positifs
  - 2 fois plus de lésions suspectes
  - plus de biopsies ciblées mais pas d'amélioration de la détection des lésions néoplasiques
  - difficulté de différenciation dysplasie / inflammation chronique
- Mais... *NBI* première génération

*Dekker. Endoscopy 2007.*

# Endomicroscopie confocale

- Evaluation *in vivo* de la structure histologique de la muqueuse
- Identification préalable des lésions potentiellement néoplasiques (chromoendoscopie)
- Amélioration de la détection des néoplasies intra-épithéliales : 2,5-4,75 %
- Diminution des biopsies nécessaires : 50 %
- Précision diagnostique de néoplasie  $\approx$  98 %
- Pas d'allongement significatif du temps d'examen !?

*Kiesslich. Gastroenterol. 2007 ; Hurlstone. Gut 2008.*

# Conclusion

- Surveillance nécessaire
- Biopsies aléatoires + ciblées (chromoendoscopie)
- Chromoendoscopie virtuelle → gain de temps
- Apport de l'endomicroscopie confocale ?
- Revalorisation de l'acte