

# État précancéreux gastrique et *Helicobacter pylori* en 2012 : consensus et recommandations européennes

## Pre-cancerous gastric lesions and *Helicobacter pylori* in 2012: consensus and European recommendations

D. Heresbach

### Traduction des recommandations de l'ESGE<sup>1</sup>

© Springer-Verlag France 2012

En 2010, la Société européenne d'endoscopie digestive, la Société portugaise d'endoscopie digestive, le Groupe européen d'étude sur *Helicobacter* et la Société européenne de pathologie ont proposé de colliger les données de la littérature par trois chargés de projet concernant la prise en charge des états précancéreux de l'estomac, à Barcelone en 2010. Cette révision a ensuite réuni 63 experts de neuf sociétés savantes en dix groupes de travail.

Les recommandations ont été gradées et adoptées en séance plénière en juin 2011 à Porto et approuvées par le panel selon une méthode de vote caractérisant l'adhésion à la recommandation en utilisant les critères suivants : a : adhésion totale ; b : adhésion modérée ; c : adhésion minimale ; d : non-adhésion mineure ; e : non-adhésion modérée ; f : non-adhésion majeure.

Les recommandations ont été adoptées en séance plénière et retenues si plus de 75 % des experts étaient en faveur de la conclusion pour chacune des questions qui seront rappelées sous le terme de « taux de concordance ».

Chaque recommandation a été gradée selon la méthode GRADE (Grade of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) avec l'échelle du Tableau 1.

D. Heresbach (✉)  
Unité d'endoscopie digestive et bronchique,  
centre hospitalier de Cannes, 15, avenue des Broussailles,  
F-06400 Cannes, France  
e-mail : d.heresbach@ch-cannes.fr

1. Dinis-Ribeiro M, Areia M, de Vries AC, Marcos-Pinto R, Monteiro-Soares M, O'Connor A, et al. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): Guidelines from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSG), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy* 2012;44:74-94.

**Tableau 1** Grades des recommandations et niveau de preuve pour le consensus de Barcelone en 2010 et de Porto en 2011

Niveau de preuve	
1++	Méta-analyse de haute qualité, revue systématique des ECR ; ECR sans biais méthodologique
1+	Méta-analyse de bonne qualité; ECR avec faible biais méthodologique
1-	Méta-analyses ; ECR avec important biais méthodologique
2++	Revue de la littérature de bonne qualité ; étude cas-témoins de bonne qualité, ou études de cohortes avec peu de biais d'inclusion, ou avec forte probabilité de relation causale
2+	Bonne étude cas-témoins, ou études de cohortes avec peu de biais d'inclusion, ou faible probabilité de relation causale
2-	Études de cohortes ou cas-témoins avec nombreux biais d'inclusion, ou avec une forte probabilité d'absence de relation causale
3	Études descriptives comme cas cliniques ou série de cas
4	Avis d'expert
Grades des recommandations	
A	Au moins une méta-analyse, revue systématique de la littérature ou ECR de niveau 1++ ou 1+, ou revue systématique des ECR, ou preuve issue d'études de niveau 1++ ou 1+
B	Conclusions à partir d'études de niveau 2++ applicable à la population ciblée, ou preuves issues d'études de niveau 1++ ou 1+
C	Conclusions à partir d'études de niveau 2+ applicable à la population ciblée, ou preuves issues d'études de niveau 2++
D	Niveau de preuve 3 ou 4, ou preuves issues d'études de niveau 2+

### Définition

Les patients avec une gastrite chronique atrophique ou une métaplasie intestinale peuvent être définis comme des sujets à haut risque d'adénocarcinome gastrique.

(Concordance 96 % vote exprimé : a : 68 % ; b : 18 % ; c : 10 % ; d : 2 % ; e : 2 %)

La dysplasie de haut grade et le carcinome invasif sont les états pathologiques à prévenir chez les patients avec une gastrite chronique atrophique ou une métaplasie intestinale pris médicalement en charge.

(Concordance 96 % vote exprimé : a : 72 % ; b : 14 % ; c : 10 % ; d : 4 %)

Les patients avec dysplasie de haut grade ou carcinome visible endoscopiquement doivent bénéficier d'un bilan d'extension.

(Concordance 100 % vote exprimé : a : 94 % ; b : 2 % ; c : 4 %)

## Recommandations

### Diagnostic des états précancéreux

Les états ou lésions précancéreux gastriques ne peuvent pas être diagnostiqués ni gradés par l'endoscopie standard en lumière blanche.

(Concordance 94 % vote exprimé : a : 46 % ; b : 24 % ; c : 24 % ; d : 4 % ; e : 2 %)

*Niveau de preuve 2+++, recommandation grade B.*

L'endoscopie avec coloration et grossissement ou avec bande spectrale associée ou non au grossissement doit être utilisée dans ces situations, car elles améliorent leur diagnostic.

(Concordance 98 % vote exprimé : a : 47 % ; b : 27 % ; c : 24 % ; d : 2 %)

*Niveau de preuve 2+++, recommandation grade B.*

Au moins quatre biopsies antrales et fundiques et une biopsie de la petite et grande courbure gastrique doivent être réalisées pour rechercher ces états précancéreux en plus des biopsies des anomalies endoscopiquement visibles.

(Concordance 100 % vote exprimé : a : 61 % ; b : 25 % ; c : 14 %)

*Niveau de preuve 2+, recommandation grade C.*

Les classifications histopathologiques spécifiques de type OLGA (classement du diagnostic des gastrites) ou OLGIM (classement du diagnostic de métaplasie intestinale gastrique) peuvent être utilisées, car elles permettent d'identifier des sous-groupes de patients avec un risque différent d'évolution vers un cancer gastrique, c'est-à-dire ceux avec atteinte (atrophie ou métaplasie intestinale) extensive antrale et fundique.

(Concordance 98 % vote exprimé : a : 39 % ; b : 41 % ; c : 18 % ; e : 2 %)

*Niveau de preuve 2+++, recommandation grade C.*

Bien que peu utilisé et disponible, un taux de pepsinogène sérique bas peut aussi prédire et sélectionner ces patients.

(Concordance 92 % vote exprimé : a : 30 % ; b : 28 % ; c : 34 % ; d : 4 % ; e : 4 %)

*Niveau de preuve 2+++, recommandation grade C.*

Chez ces patients, la sérologie *Helicobacter pylori* peut également être utile pour isoler les sujets à haut risque.

(Concordance 76 % vote exprimé : a : 26 % ; b : 10 % ; c : 40 % ; d : 18 % ; e : 4 % ; f : 2 %)

*Niveau de preuve 2+++, recommandation grade C.*

### Suivi des états précancéreux

L'antécédent familial de cancer gastrique doit être pris en compte pour recommander le suivi des états précancéreux gastriques.

(Concordance 96 % vote exprimé : a : 58 % ; b : 22 % ; c : 16 % ; d : 4 %)

*Niveau de preuve 2+++, recommandation grade B.*

Ni l'âge, le sexe, les facteurs de virulence d'*H. pylori*, ni des facteurs génétiques du sujet modifient actuellement les recommandations cliniques pour le diagnostic ou la surveillance des états précancéreux gastriques.

(Concordance 82 % vote exprimé : a : 42 % ; b : 4 % ; c : 36 % ; d : 14 % ; e : 2 % ; f : 2 %)

*Niveau de preuve 4, recommandation grade D.*

Les patients avec atrophie gastrique extensive ou métaplasie intestinale extensive peuvent être surveillés par endoscopie.

(Concordance 94 % vote exprimé : a : 60 % ; b : 15 % ; c : 19 % ; d : 4 % ; f : 2 %)

*Niveau de preuve 2+++, recommandation grade B.*

Cette surveillance peut être réalisée tous les trois ans après le diagnostic d'atrophie gastrique extensive (antre et fundus) ou métaplasie intestinale extensive (antre et fundus).

(Concordance 86 % vote exprimé : a : 43 % ; b : 20 % ; c : 23 % ; d : 12 % ; f : 2 %)

*Niveau de preuve 4, recommandation grade D.*

Des études coût-efficacité sont néanmoins nécessaires pour soutenir cette recommandation de surveillance tous les trois ans.

*Niveau de preuve 1, recommandation grade B.*

Les patients avec atrophie ou métaplasie intestinale légère ou modérée localisée à l'antre ne nécessitent pas de surveillance endoscopique.

(Concordance 99 % vote exprimé : a : 87 % ; b : 13 % ; c : 9 % ; d : 1 %)

*Niveau de preuve 4, recommandation grade D.*

### ***H. pylori*, facteurs alimentaires et états précancéreux**

En cas d'infection par *H. pylori*, son éradication est nécessaire pour cicatrifier la gastrite chronique non atrophique et peut partiellement faire régresser la gastrite atrophique.

(Concordance 96 % vote exprimé : a : 70 % ; b : 16 % ; c : 10 % ; d : 4 %)

*Niveau de preuve 1+, recommandation grade B.*

En cas de métaplasie intestinale, l'éradication de l'infection par *H. pylori* ne fait pas régresser la métaplasie intestinale mais peut ralentir la progression vers une néoplasie : son éradication est recommandée pour éviter son évolution vers une dysplasie de haut grade ou un carcinome gastrique.

(Concordance 96 % vote exprimé : a : 50 % ; b : 24 % ; c : 22 % ; d : 4 %)

*Niveau de preuve 1+, recommandation grade B.*

L'éradication de l'infection par *H. pylori* est nécessaire en cas d'antécédent personnel de néoplasie gastrique traitée endoscopiquement ou chirurgicalement.

(Concordance 96 % vote exprimé : a : 80 % ; b : 8 % ; c : 8 % ; d : 4 %)

*Niveau de preuve 1++, recommandation grade A.*

Le recours aux inhibiteurs de la cyclo-oxygénase 2 (anti-Cox2) n'est pas actuellement recommandé pour diminuer le risque d'évolution des états précancéreux vers une néoplasie.

(Concordance 96 % vote exprimé : a : 50 % ; b : 20 % ; c : 26 % ; d : 2 % ; e : 2 %)

*Niveau de preuve 1+, recommandation grade B.*

L'apport d'antioxydants (acide ascorbique ou bêta-carotène) n'est pas actuellement recommandé pour diminuer le risque d'évolution des états précancéreux vers une néoplasie.

(Concordance 96 % vote exprimé : a : 63 % ; b : 14 % ; c : 19 % ; d : 4 %)

*Niveau de preuve 1+, recommandation grade B.*

### **Traitement des états précancéreux de type dysplasie**

Les patients avec dysplasie sans lésions endoscopiquement visibles doivent être immédiatement confirmés, puis suivis à 6 et 12 mois pour ceux avec dysplasie de haut grade.

(Concordance 98 % vote exprimé : a : 69 % ; b : 17 % ; c : 12 % ; d : 2 %)

*Niveau de preuve 2+, recommandation grade C.*

Les patients avec dysplasie sans lésions endoscopiquement visibles doivent être suivis à un an pour ceux avec dysplasie de bas grade.

(Concordance 98 % vote exprimé : a : 60 % ; b : 26 % ; c : 13 % ; d : 2 %)

*Niveau de preuve 2+, recommandation grade C.*

Les patients avec dysplasie sur une lésion visible endoscopiquement doivent bénéficier d'un *staging* et d'une résection, y compris en cas de dysplasie de bas grade pour obtenir un diagnostic histologique plus précis.

(Concordance 98 % vote exprimé : a : 60 % ; b : 26 % ; c : 13 % ; d : 2 %)

*Niveau de preuve 2+, recommandation grade C.*

**Conflit d'intérêt :** le Pr D. Heresbach a réalisé des missions ponctuelles d'expert auprès des laboratoires Norgine, Aptalis en 2010 et de la société MedPass, des laboratoires Norgine et Aptalis en 2011. Il a participé comme rédacteur en chef à un symposium organisé par Mauna Kea Technology en 2010 et Ella SA en 2011 et a participé au CFE de 2012 avec le soutien de Wilson-Cook France. Il est coordonnateur du registre des polypes d'Ille-et-Vilaine (2009–2010) en partenariat à hauteur de 30 % avec les laboratoires Ferring SA et d'un STIC financé par l'INCa en 2009–2010 sur la coloscopie virtuelle.