



JFHOD WWW.JFHOD.COM

18/21 MARS 2021
100 % digitales

PAYS INVITÉ : *Belgique*

La prévention



Les biopsies en endoscopie digestive : guide de bonnes pratiques

Docteur Edouard Chabrun
Angers

Clinique St Joseph, 49800 Trélazé / Clinique de l'Anjou, 49000 Angers

echabrun@gmail.com



DECLARATION OF INTEREST

- L'orateur n'a pas déclaré ses éventuels liens d'intérêts sur le site des JFHOD.

Objectifs pédagogiques

- Connaître les situations cliniques dans lesquelles les biopsies sont indispensables.
- Connaître les modalités de prélèvements.
- Connaître les situations où les biopsies ne sont pas utiles.

Introduction

- Endoscopie digestive :
 1. Macroscopie : description !!
 2. Biopsies : analyse histologique

- Geste pluriquotidien en gastroentérologie.

- Utiles voir indispensables :
 1. Diagnostic
 2. Surveillance

Introduction

- Les progrès de l'endoscopie et de la caractérisation des lésions permet désormais d'en éviter un certain nombre.
- Coût
- Quasiment dénué de complication.

Modalités pratiques

- Pince à usage unique, à larges mors et avec un dard.
- Perpendiculaire et à quelques centimètres de la muqueuse prélevée.
- Avec l'aide d'un(e) IDE
- Mise dans un fixateur (Formol)
- Résultat en 24 à 72h



Coût (CCAM V2) FOGD avec recherche Hp

- Gastroentérologue : 96 €
- Anatomopathologiste :
 - 48 € (immunohistochimie)
 - 28 € (analyse histologique de biopsie d'une structure anatomique)
- Total : $96 + 48 + (28/2) = 158$ €

Contre-indications

- Lésions vasculaires (Varices oesophagiennes/gastriques, angiodysplasies)
- Lésion hémorragique
- Pas de contre-indication formelle sous AAP, AC et NACO.
- NACO : pas de prise le jour de l'examen (niveau de preuve très faible)

Biopsies et lésions néoplasiques

- Lésion sans signe d'invasion sous-muqueuse profonde :
Résection endoscopique !!
- Après analyse endoscopique avec chromoendoscopie
- Classification CONECCT (Colorectal Endoscopic Classification to Choose the Treatment) *en cours de validation*.
- Regroupe et simplifie Paris, Kudo, Sano.
- CONECCT fait mieux que les biopsies (étude prospective unicentrique)

Ferlitsch M et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR) : ESGE clinical guideline.

Endoscopy 2017; 49 :270-97.

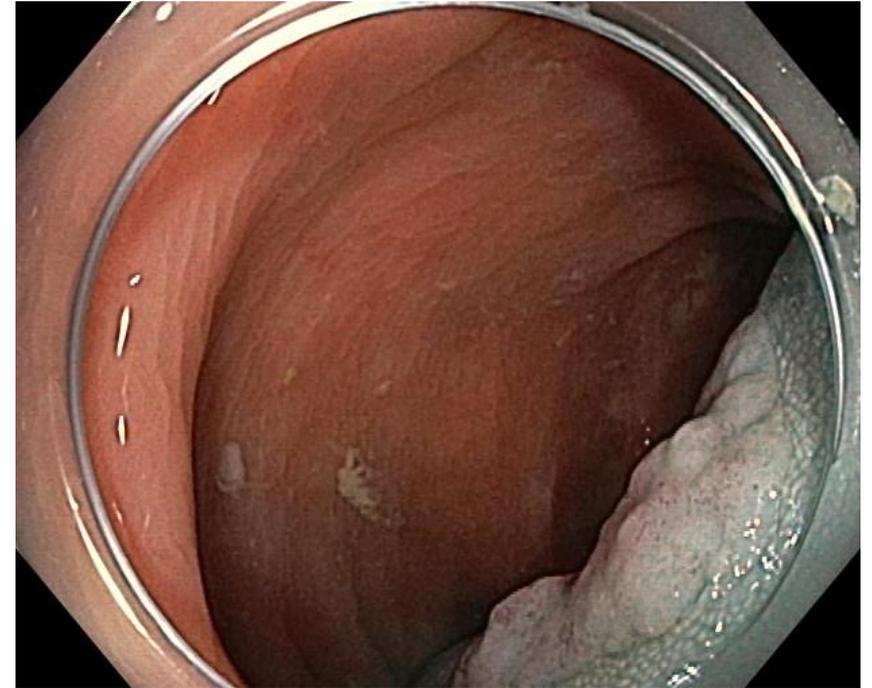
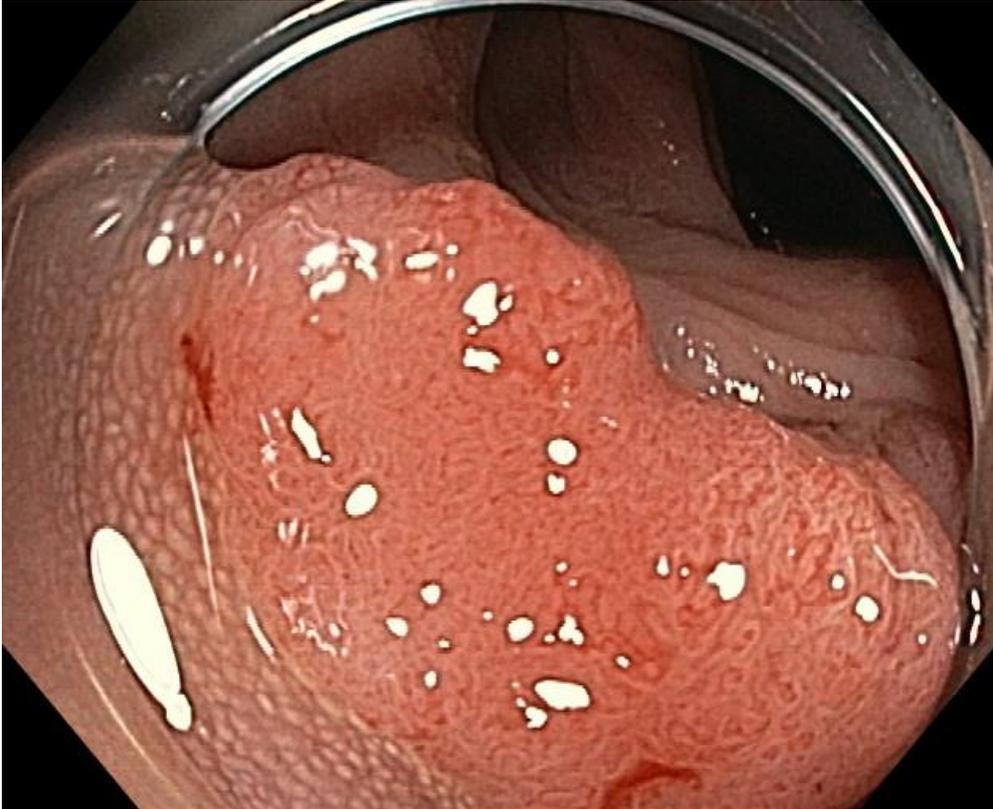
Daire E, Pioche M et al : JFHOD 2020



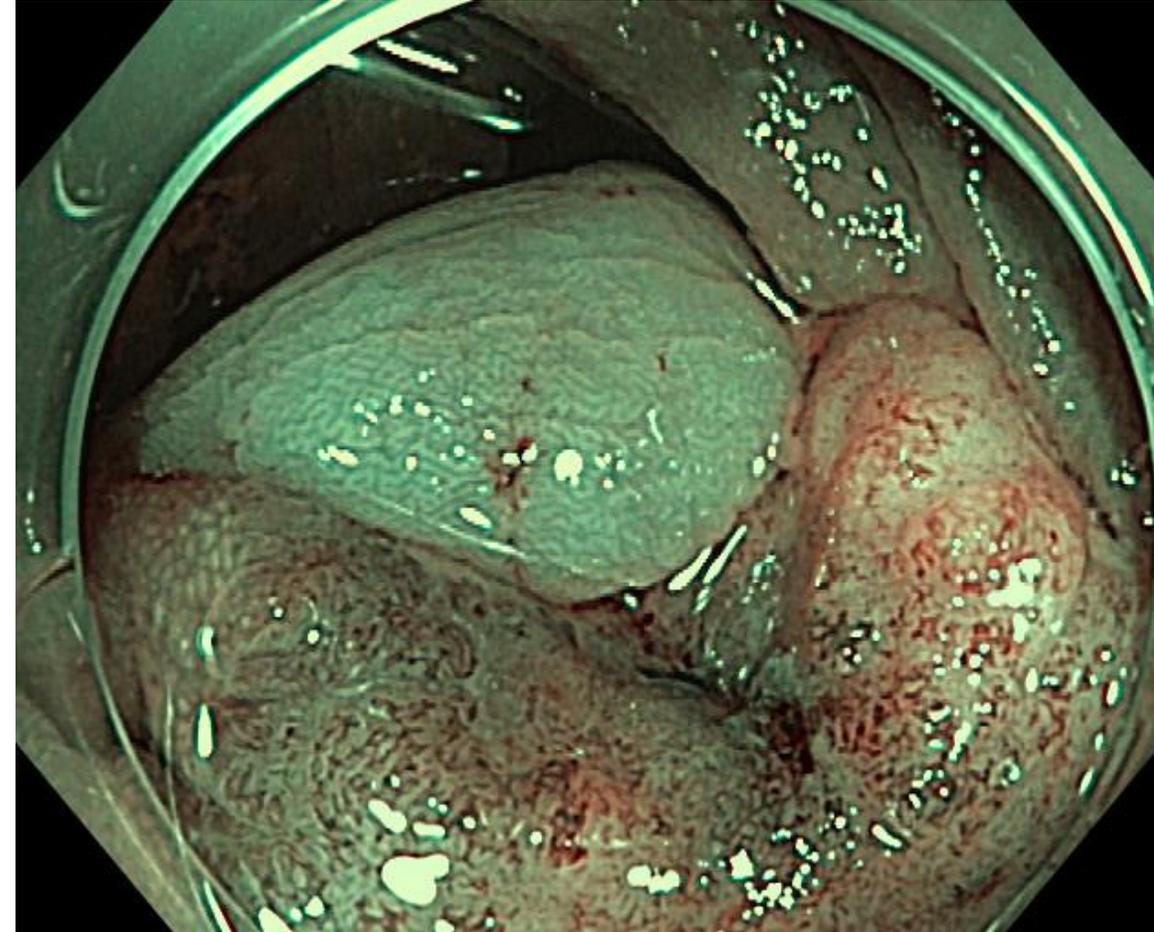
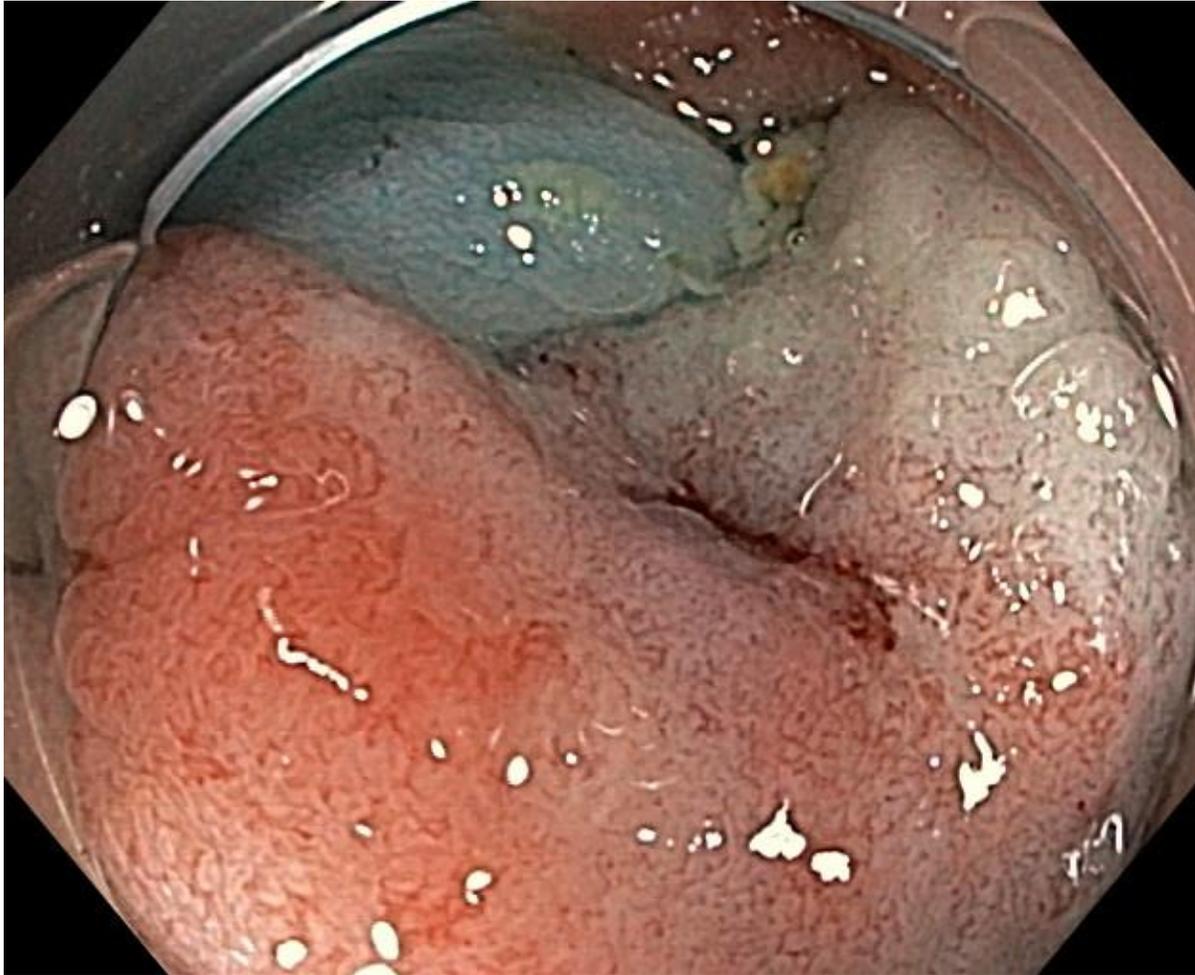
Biopsies et lésions néoplasiques

CONECCT	IH Hyperplasique	IS Lésion festonnée sessile	IIA Adénome simple	IIC Adénome à risque ou cancer superficiel	III Adénocarcinome profond
Macro	Souvent petits <10 mm Surélevé IIa	Paris IIa ou IIb Limites imprécises en nuage ou en plateau	Paris Ip, Is Ou IIa Rarement déprimé	Souvent IIC Ou IIa + IIC Ou LST Non granulaire Ou macronodule (> 1cm) sur LST Granulaire	Souvent III Ou IIC avec composant nodulaire dans la dépression Saignements spontanés
Couleur (NBI ou équivalent)	Claire ou équivalente au background	Variable Mucus jaune (rouge en NBI)	Foncée par rapport au background	Foncée souvent	Hétérogène, foncées ou très claires par zones
Vaisseaux (NBI ou équivalent)	Absence de vaisseaux ou vaisseaux fins ne suivant pas les cryptes	Absents parfois Spots noirs au fond des cryptes rondes	Réguliers Suivant les cryptes allongées	Irréguliers mais persistants Pas de zone avasculaire	Irréguliers Gros vaisseaux interrompus Ou absents (zones avasculaires)
Cryptes (chromo virtuelle ou réelle)	Rondes Blanches	Cryptes rondes points noirs (NBI)	Allongées Ou Branchées Cérébriformes régulières	Irrégulières mais conservées Pas de zone amorphe	Absentes Détruites Ou irrégulières dans une zone délimitée (démarcation nette)
Réséction	Pas de résection	EN BLOC R0 si possible PIECE MEAL si non résécables En Bloc		EN BLOC R0 (EMR ou ESD (>20 mm))	CHIRURGIE avec curage
					

Patient envoyé sans biopsie après une 1^{ère} coloscopie

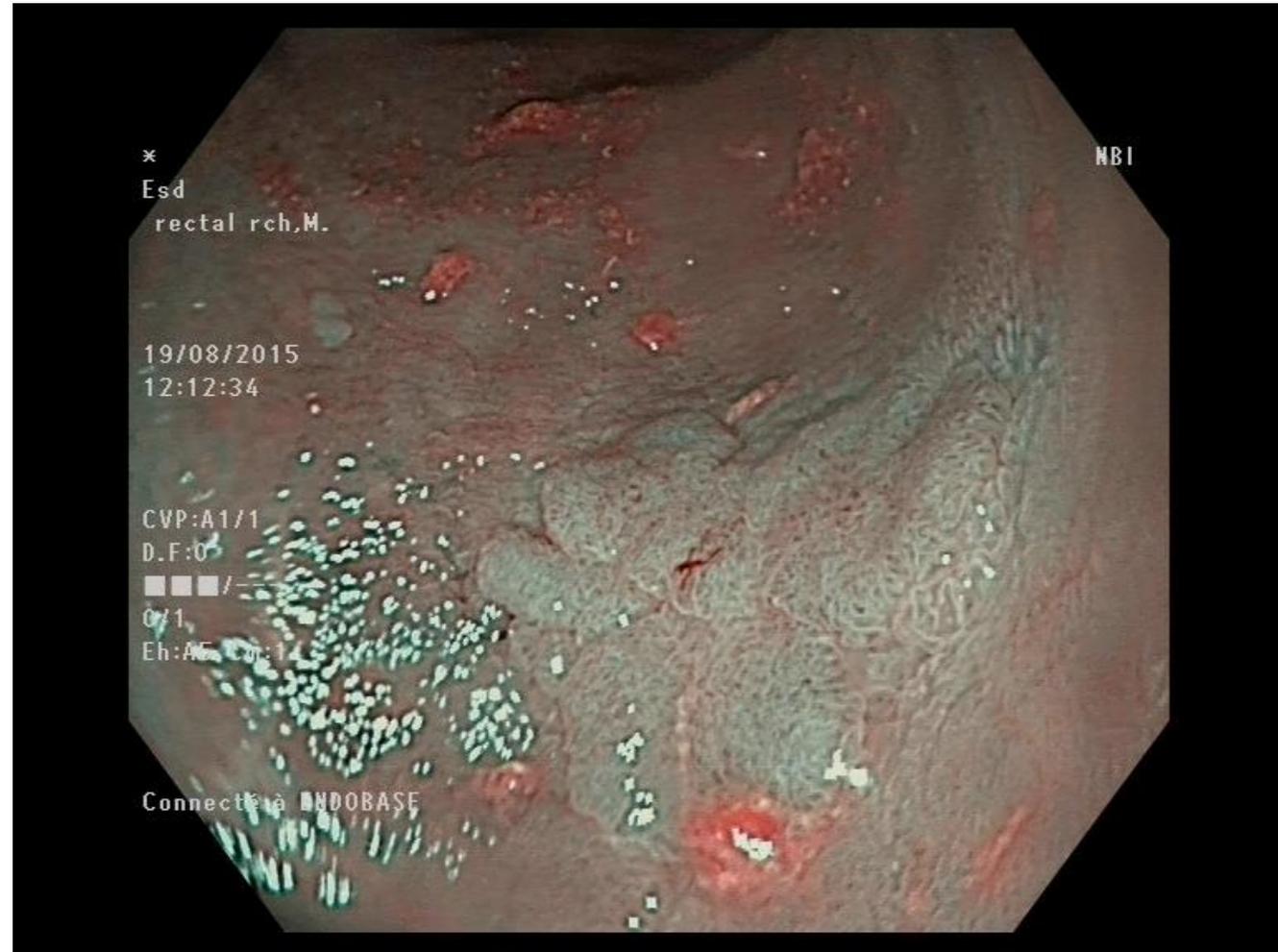
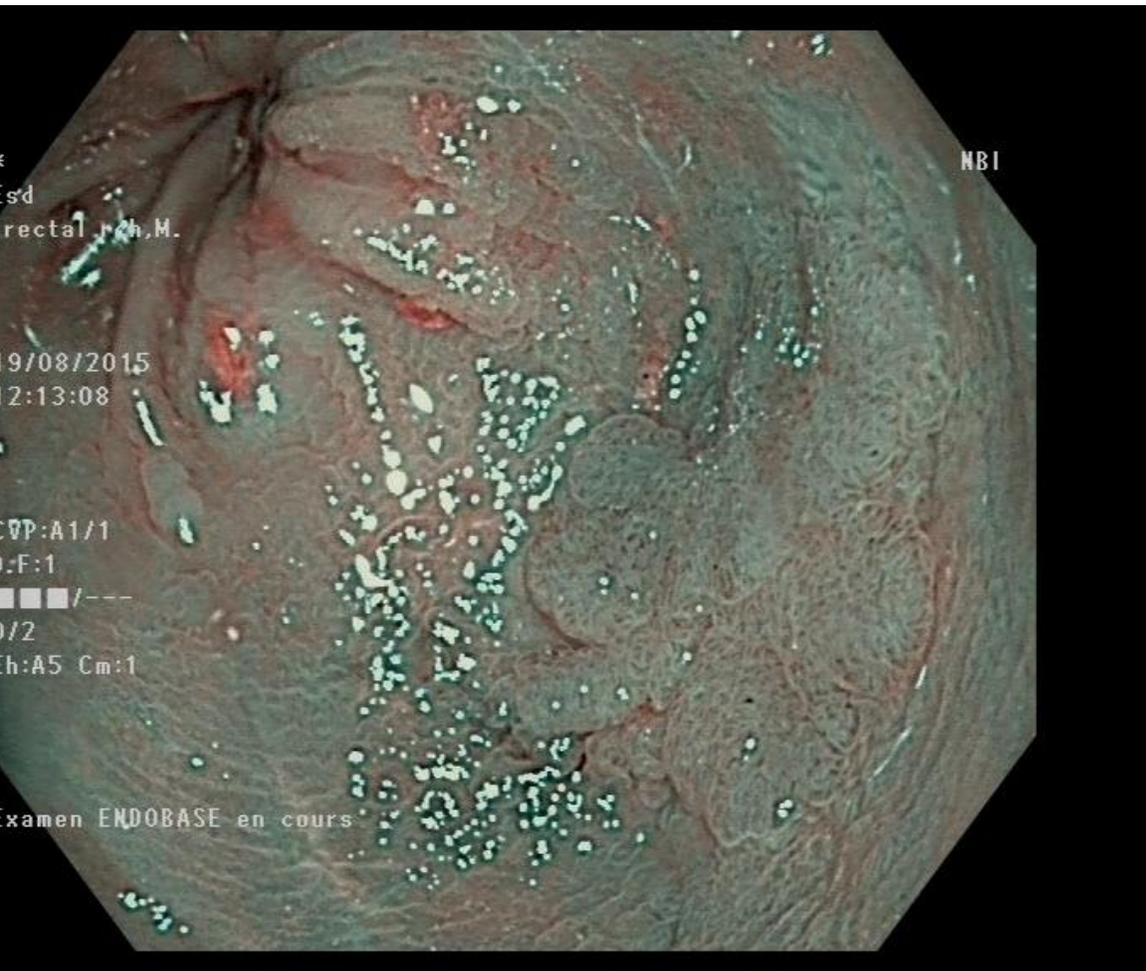


Exposition au cap et après soulèvement, la lésion se prolonge derrière le pli... puis biopsies avant chirurgie !



Lésion plane sur colon de RCH ancienne : Connect IIA

Pas de biopsie : attention à la fibrose !



Biopsies et oesophage de Barrett

- Toujours d'actualité
- Après analyse avec acide acétique + coloration numérique
- Recommandation : 1 minute par centimètre !
- Biopsies des zones en relief ou anomalies de couleur.
- Protocole de Seattle

Biopsies et Hélicobacter pylori (Hp)

RECHERCHE D'UNE INFECTION À H. PYLORI

Personnes ou patients sans symptôme digestif :

- < 40-45 ans, apparentés à un patient ayant eu un cancer gastrique ;
- ou avec antécédent d'ulcère sans preuve d'éradication de *H. pylori* (y compris avant prise d'AINS ou d'aspirine à faible dose) ;
- ou avec purpura thrombopénique immunologique.

Patients avec symptômes orientant vers une pathologie digestive haute notamment :

- syndrome ulcéreux ;
- dyspepsie chez un patient > 40-45 ans et/ou en cas de symptômes d'alarme (dont dysphagie, amaigrissement, anémie) ;
- anémie ferriprive ou carence en vitamine B12 sans cause trouvée.

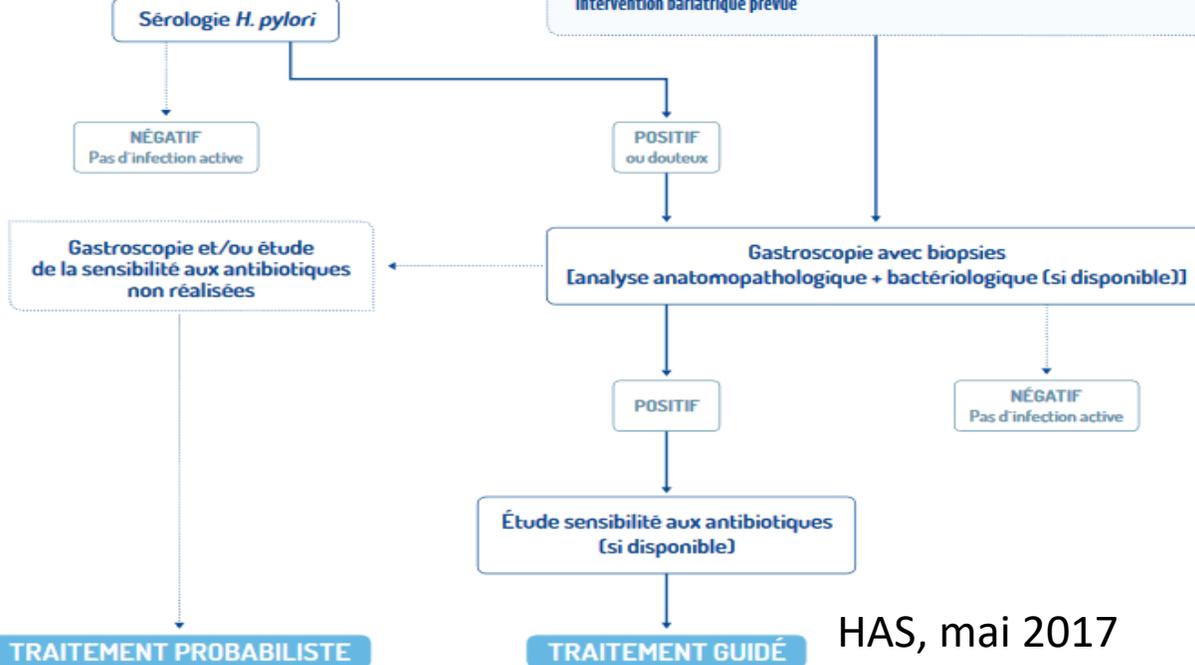
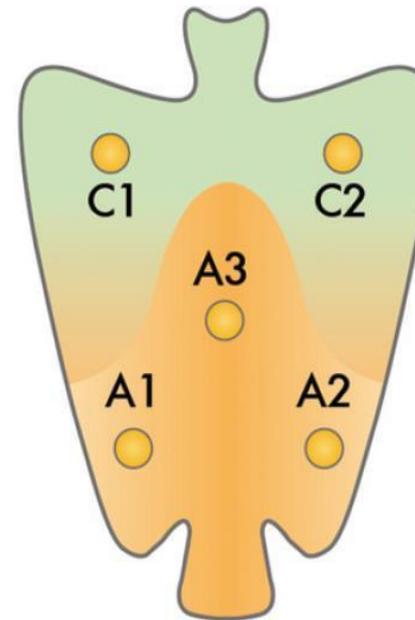
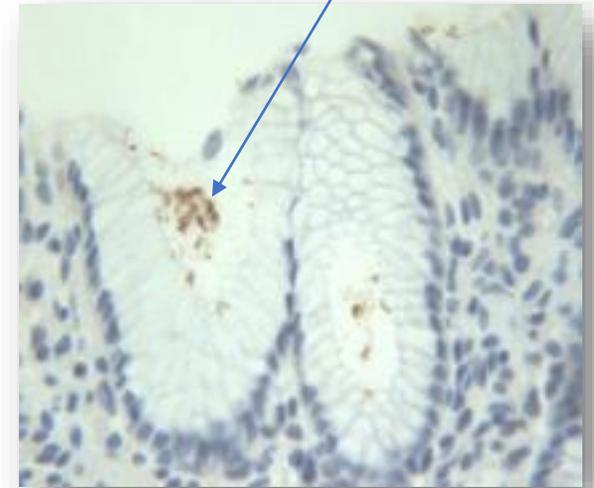
Patients avec facteurs de risque de cancer gastrique :

- personnes > 40-45 ans, apparentées à un patient ayant eu un cancer gastrique ;
- autres facteurs de risque.

Lymphome gastrique du MALT
Intervention bariatrique prévue

- 1-diagnostic de l'infection
- 2-sensibilité aux antibiotiques
- 3-activité inflammatoire
- 4-atrophie
- 5-métaplasie intestinale

Hélicobacter pylori en immuno-histo-chimie (Dr E Lavoine, CPO Angers)



HAS, mai 2017

Biopsies duodénales

- Anémie par carence martiale
- Bilan initial de diarrhée chronique
- Bilan initial et suivi d'une maladie cœliaque et du régime sans gluten
- Suspicion de maladie de Crohn
- Biopsies multiples : 2 distales et 2 proximales (important pour la maladie cœliaque)

Biopsie de l'ampoule de Vater

- Image suspecte visualisée avec endoscope à vision axiale
- Suspicion d'adénome ou adénocarcinome
- Changement pour un appareil à vision latérale
- Faible sensibilité de la biopsie. Faux négatifs tumeur = 5 à 38%

Bertrand Napoléon. Les ampullomes : traitement endoscopique. POST'U 2015



Diarrhées chroniques sans lésion macroscopique

- Ne pas oublier de biopsier l'iléon terminal !!
- Biopsies coliques droites
- Biopsies recto-sigmoïdiennes
- Biopsies duodénales
- Pots séparés
- 10% de colite collagène chez SII avec diarrhées

Colite collagène : épaissement de la bandelette collagène sous-épithéliale (Dr Eric Lavoine, CPO Angers)



MICI : biopsies coliques et dépistage

- En période de rémission
- Condition parfaite de préparation
- Chromoendoscopie : coloration vitale à l'indigo-carmin
- Biopsies ciblées avec chromo-endoscopie et endoscope HD
 - uniques si opérateur entraîné
 - + biopsies aléatoires /10cm si opérateur non entraîné

Points forts

- 1- Lésion tumorale :
 - caractérisation endoscopique ++
 - biopsies uniquement en cas de signe d'envahissement sous-muqueux profond.
- 2- Hélicobacter pylori : 5 biopsies gastriques
 - atrophie + métaplasie gastrique + Hp = augmentation du risque de cancer gastrique
- 3- Les biopsies duodénales sont indispensables dans le bilan d'une anémie ferriprive.
- 4- Les biopsies duodénales sont indispensables dans le bilan d'une diarrhée chronique isolée.
- 5- Coloscopie de dépistage au cours d'une MICI : les biopsies doivent concerner toutes les anomalies muqueuses de forme/couleur et la muqueuse saine autour de ces anomalies.