

JFHOD JFHOD.COM

**16-19
MARS
2023**
PALAIS DES CONGRÈS
DE PARIS



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

— PAYS INVITÉ : LA SUISSE —

Société Nationale Française
de Gastro-Entérologie
SNFGE

**FMC
HGE**

Surveillance de la gastrite atrophique hors Biermer

Docteur BRIEAU Bertrand
Clinique Jules Verne - Nantes

Liens d'intérêts

- L'orateur a déclaré sur le site des JFHOD, les liens d'intérêts suivants : Autre : NORGINE, VIATRIS

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Connaitre l'histoire naturelle de la gastrite atrophique
- Reconnaître et évaluer au cours d'une endoscopie une gastrite atrophique
- Connaitre les modalités de surveillance en fonction du stade de la gastrite atrophique
- Connaitre les stratégies de prise en charge en cas de dysplasie

Pourquoi s'intéresser à la gastrite atrophique ?

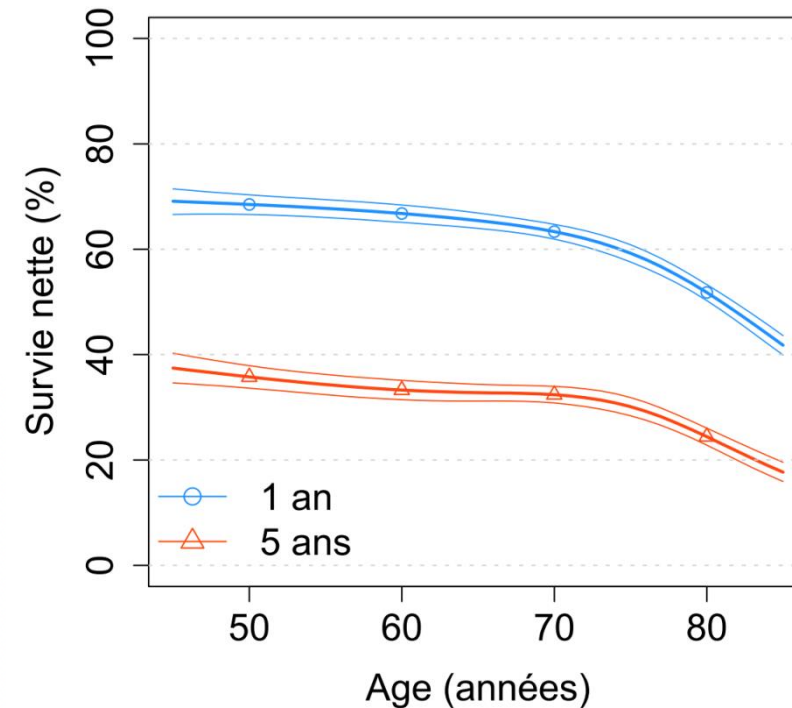
- Enjeu de santé publique : cancer de l'estomac
- Santé publique France 2018 : 6557 cas/an (H:4264/F:2293) et 4272 décès/an



Bruxelles, le 29 novembre 2022
(OR. en)

Cancer de l'estomac:

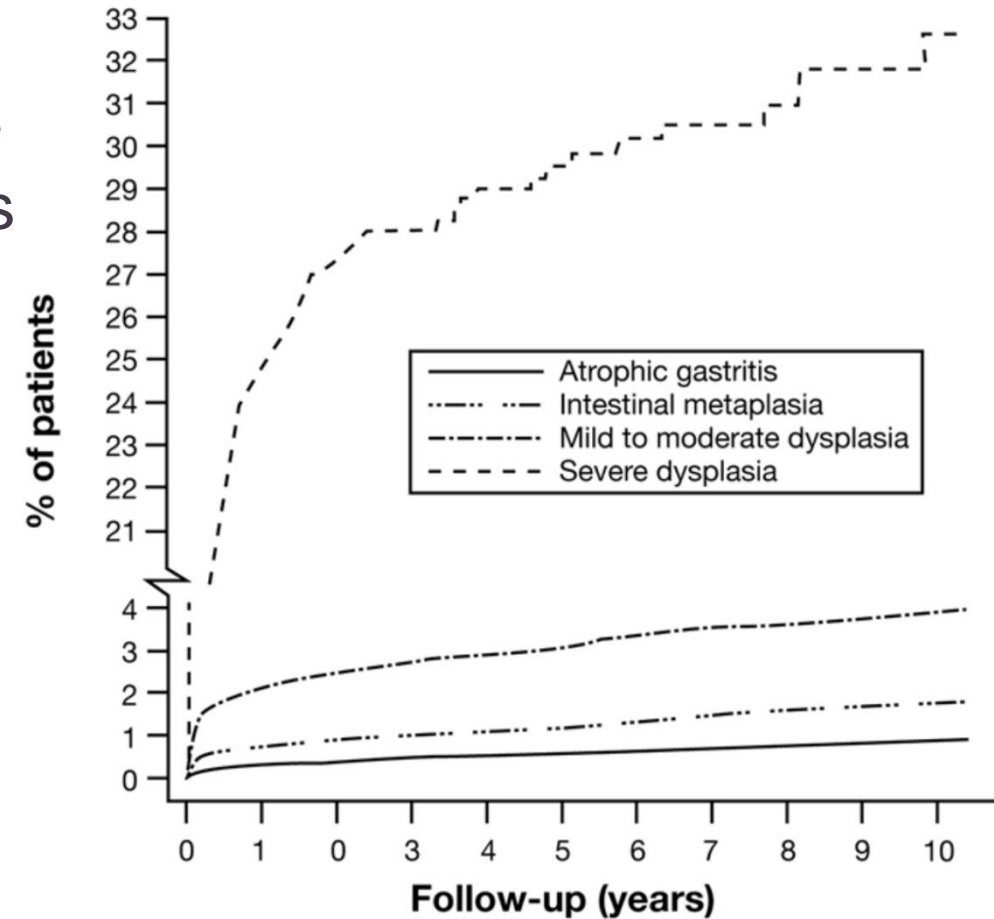
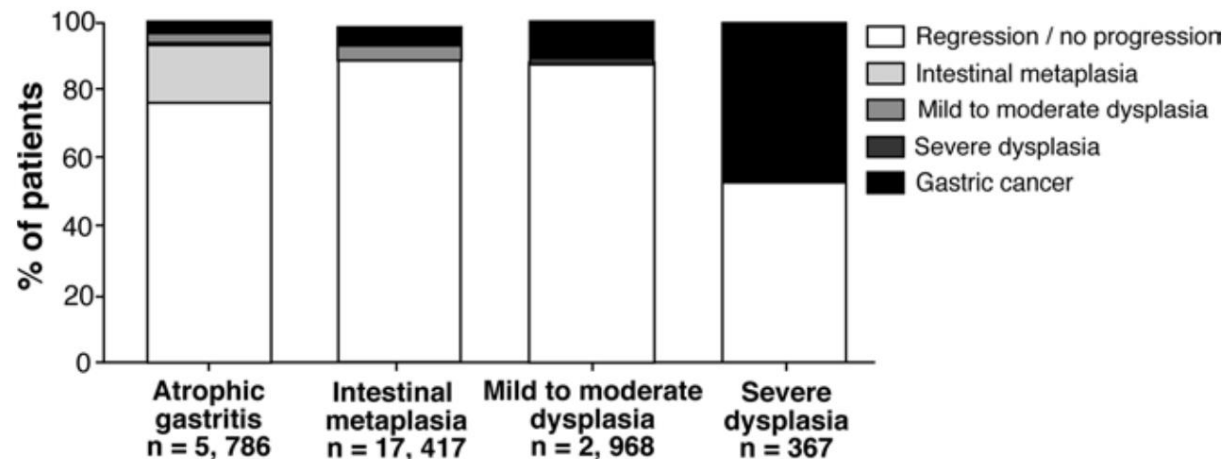
Des stratégies de dépistage et de traitement de la bactérie *Helicobacter pylori*, y compris des études sur la mise en œuvre, devraient être envisagées dans les pays ou les régions dans des pays où les taux d'incidence et de mortalité du cancer de l'estomac sont élevés. Le dépistage devrait également prendre en considération des stratégies d'identification et de surveillance des patients présentant des lésions précancéreuses de l'estomac non liées à des infections à *Helicobacter pylori*.



Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic – données InCa 2020

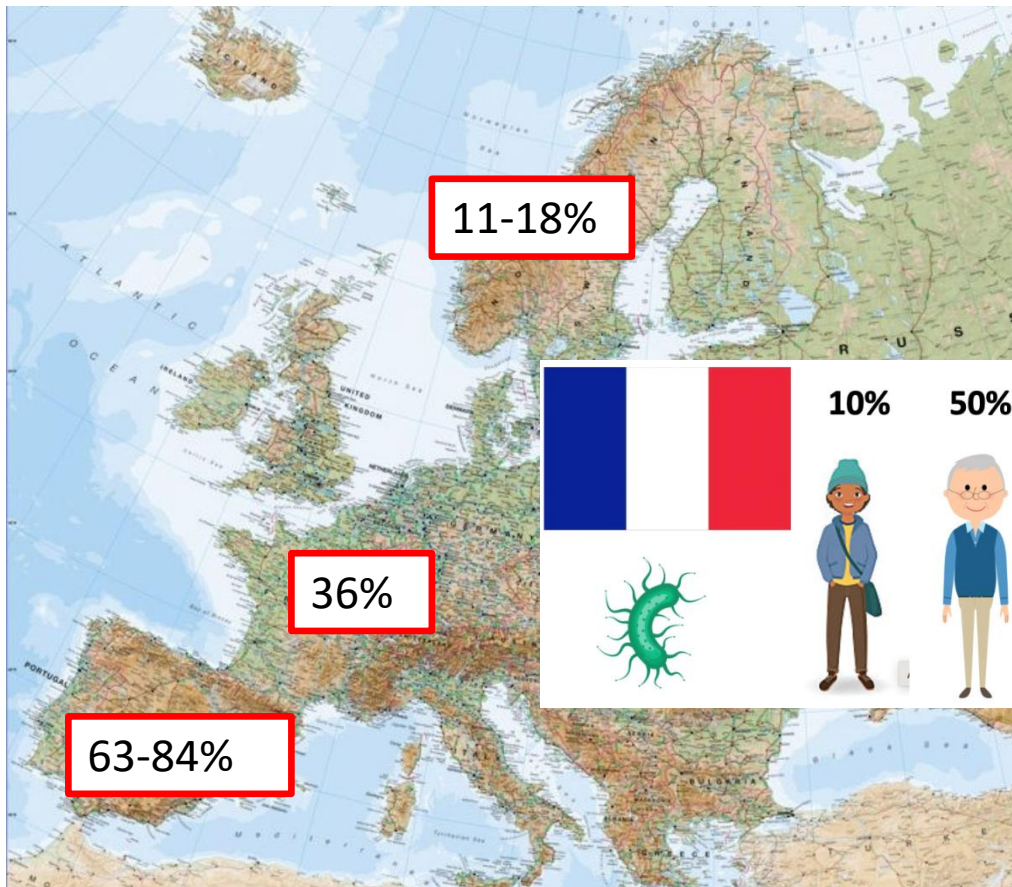
Pourquoi s'intéresser à la gastrite atrophique ?

- Cohorte nationale hollandaise 1991-2005 :
 - 92250 patients avec GasAtr/MetInt/Dysplasie
 - Incidence annuelle du cancer gastrique après 5 ans de suivi :
 - Gastrite atrophique : 0,1%
 - Métaplasie intestinale : 0,25%
 - Dysplasie de bas grade : 0,6%
 - Dysplasie de haut grade : 6%



Définition, histoire naturelle de la gastrite atrophique

- Gastrite chronique \neq gastrite atrophique
- Gastrite à H.Pylori = 80-90% des gastrites chroniques



Gastrite chronique

Gastrite à Helicobacter Pylori +++++

Gastrite auto-immune ++

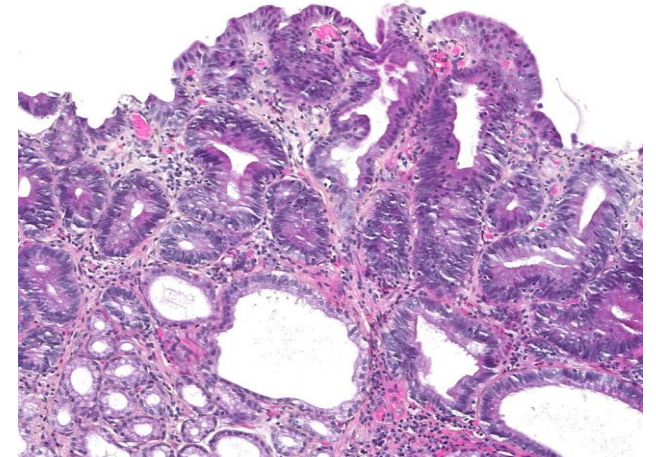
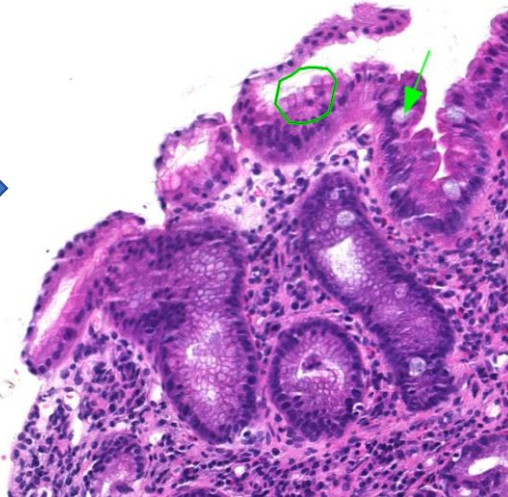
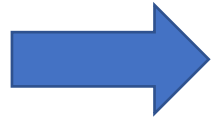
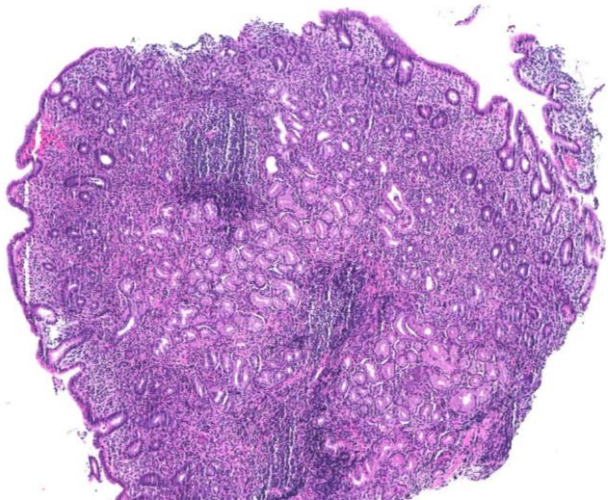
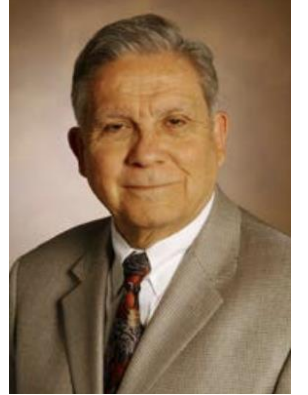
Gastrite lymphocytaire

Gastrite de MICI

Gastrite à collagène

Définition, histoire naturelle de la gastrite atrophique

- Carcinogénèse gastrique : la cascade de Correa
- Gastrite atrophique > métaplasie intestinale > dysplasie > cancer
- Gastrite : diagnostic anatomopathologique



Correa et al, Lancet 1975; Dixon et al. Am J Surg Pathol 1996
Malfertheiner et al. Gut 2017

Gastrite atrophique et cancer gastrique

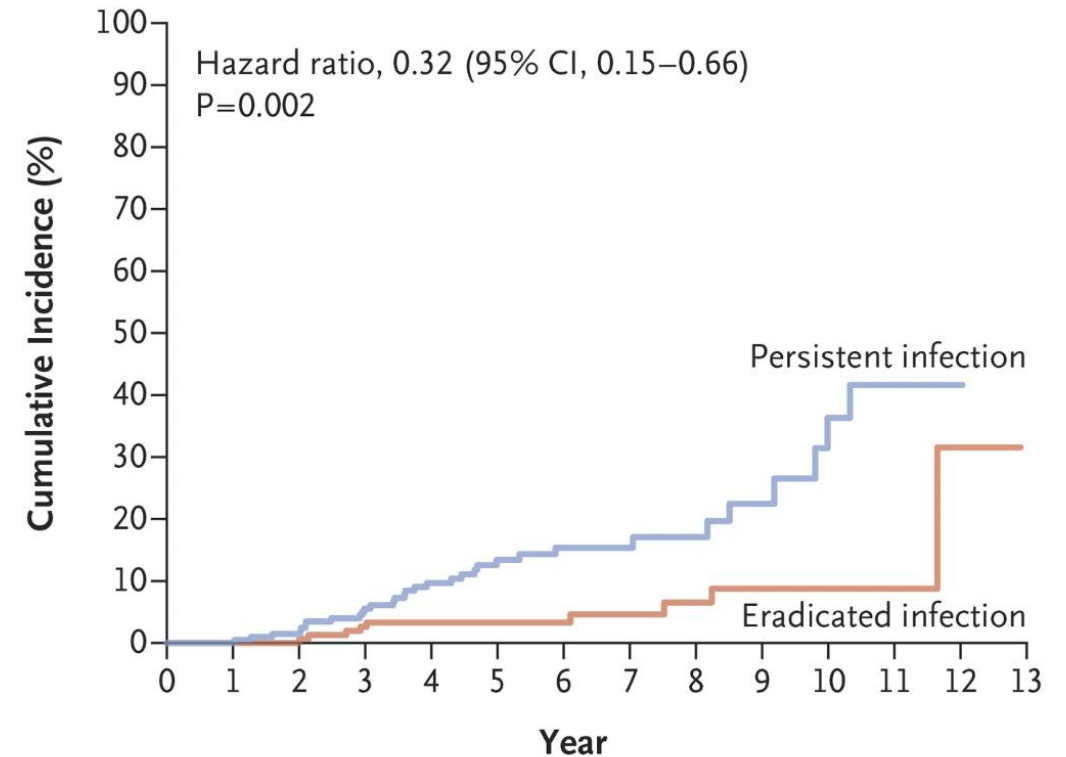
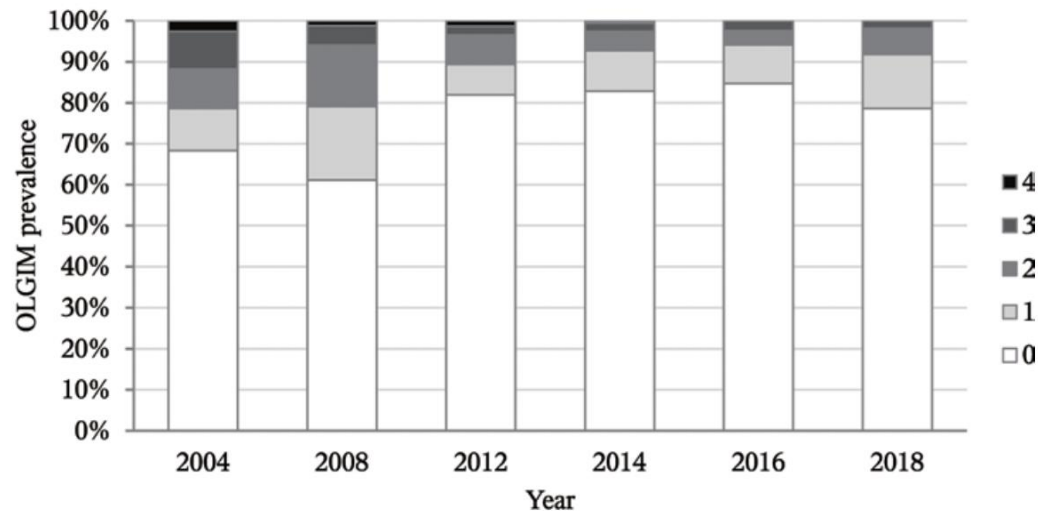
- RR cancer OLGIM III/IV = 3,99
- RR cancer OLGA III/IV = 27,70

Classification OLGA	Corps gastrique				
Antre gastrique (incluant angulus)	Score d'atrophie	Pas d'atrophie	Atrophie minime	Atrophie modérée	Atrophie sévère
	Pas d'atrophie	Stade 0	Stade 1	Stade 2	Stade 2
	Atrophie minime	Stade 1	Stade 1	Stade 2	Stade 3
	Atrophie modérée	Stade 2	Stade 2	Stade 3	Stade 4
	Atrophie sévère	Stade 3	Stade 3	Stade 4	Stade 4
	MI : métaplasie intestinale ; OLGA : operative link on gastritis assessment				

Classification OLGIM	Corps gastrique				
Antre gastrique (incluant angulus)	Score MI	Pas de MI	MI minime	MI modérée	MI sévère
	Pas de MI	Stade 0	Stade 1	Stade 2	Stade 2
	MI minime	Stade 1	Stade 1	Stade 2	Stade 3
	MI modérée	Stade 2	Stade 2	Stade 3	Stade 4
	MI sévère	Stade 3	Stade 3	Stade 4	Stade 4
MI : métaplasie intestinale ; OLGIM : operative link on gastric intestinal metaplasia assessment					

Gastrite atrophique et Helicobacter Pylori

- Une règle = l'éradication
- Effet positif quelque soit le stade histologique
- Régression des lésions histologiques
- Réduction du risque de cancer métachrone



No. at Risk

Persistent infection	228	211	196	176	137	102	70	51	33	23	13	7	1	0
Eradicated infection	167	164	154	144	116	89	76	62	45	28	10	8	2	0

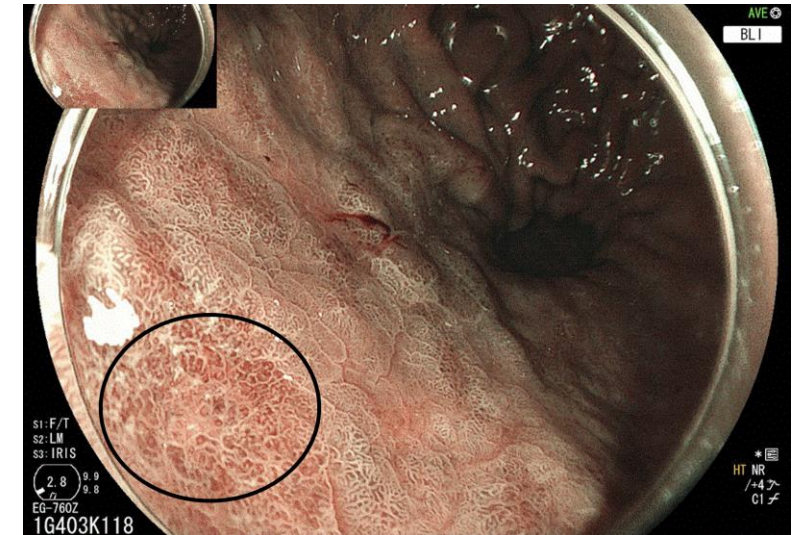
Chiang et al. Gut 2021
Choi et al NEJM 2018



Endoscopie digestive haute

- Critères de qualité ESGE / ASGE
- Temps minimal (>7 min)
- Nettoyage, insufflation
- Protocole standardisé d'images
- Pratique régulière

- Chromo-endoscopie essentielle +++
 - Se/Sp MI : 86/77%
 - Se/sp dysplasie/cancer : 90/83%



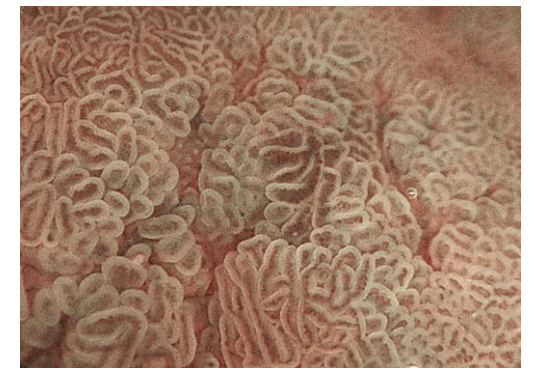
Kikuste et al. Scan J Gastroenterol 2013
Pimentel-Nunes et al. Endoscopy 2012



Endoscopie digestive haute

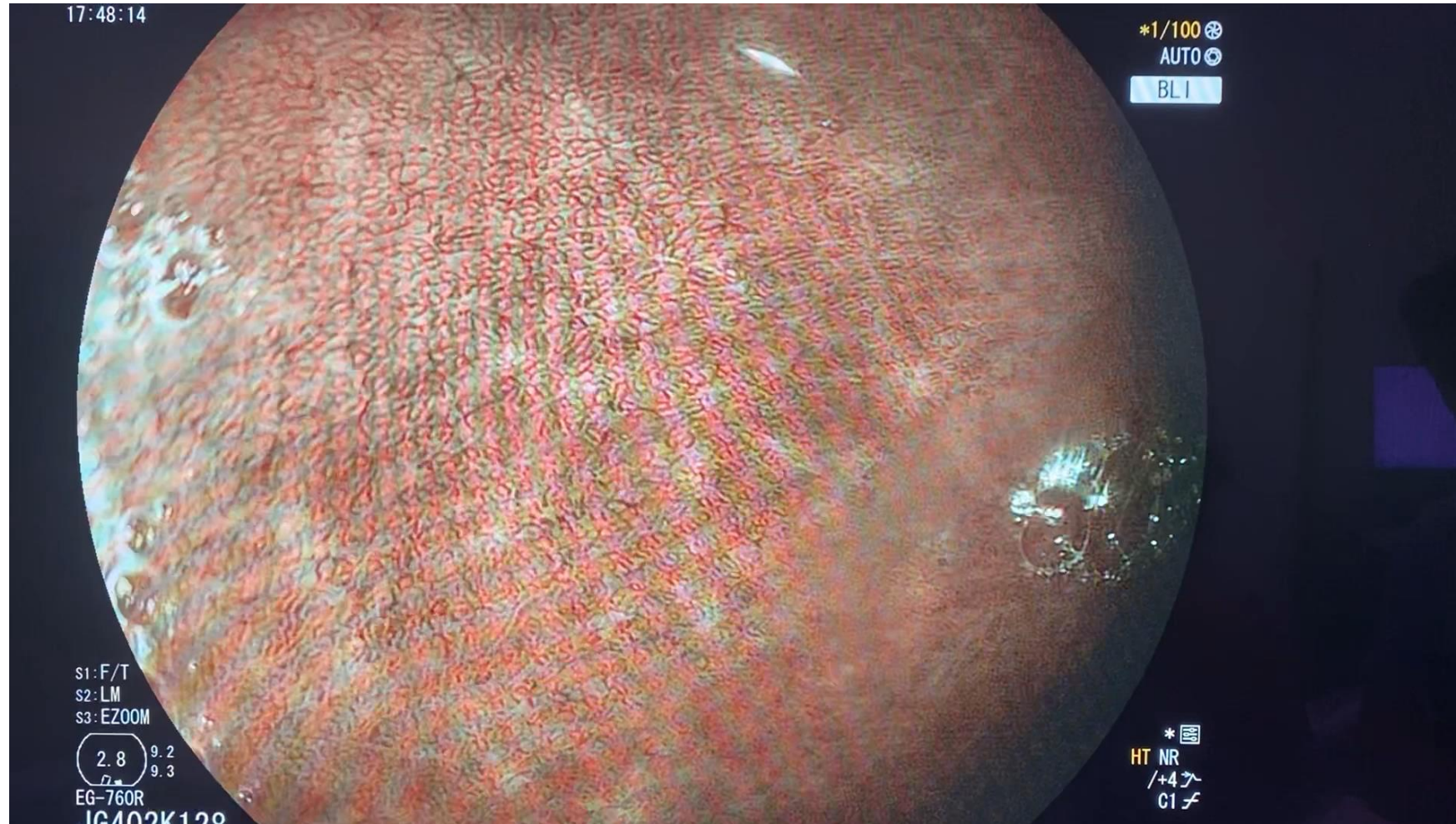
Classification proposée pour les lésions de gastrite chronique en NBI

	A	B		HP+	C
Aspect glandulaire	Régulier, circulaire	Régulier, tubulo-villeux	Crêtes bleutées	Régulier	Irrégulier/absent Substance blanche opaque
Aspect vasculaire	Régulier, vaisseaux périphériques fins, vaisseaux centraux épais	Régulier		Régulier avec densité vasculaire variable	Irrégulier
Diagnostic optique	Muqueuse normale	Métaplasie intestinale		Infection H Pylori	Dysplasie



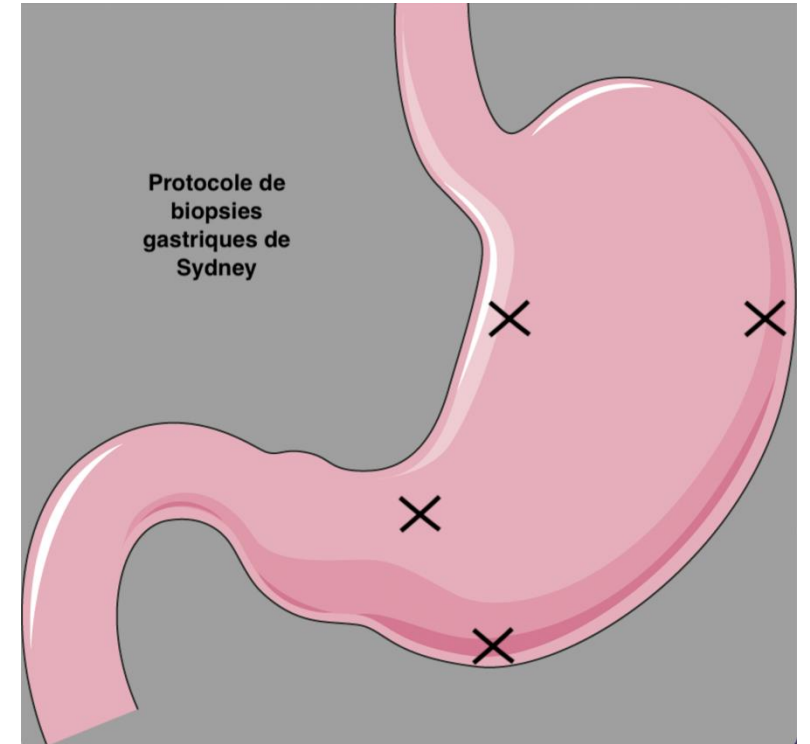
Kikuste et al. Scan J Gastroenterol 2013
Pimentel-Nunes et al. Endoscopy 2012

Endoscopie digestive haute



Comment faut-il biopsier ?

- Pour rechercher *Helicobacter Pylori*
- Classer le niveau d'évolution de la gastrite atrophique
- Protocole de Sydney :
 - 2 biopsies dans l'antre
 - 2 biopsies dans le corps gastrique
 - +/- 1 biopsie de l'angulus
- Biopsies ciblées par CE en supplément ++
- Attention, les biopsies ciblées ne remplacent pas les biopsies systématiques



Bubaum et al. GIE 2017

Ezoe Y et al. Gastroenterology 2011

Pimenta-Melo et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2016



Les facteurs de risque évolutifs

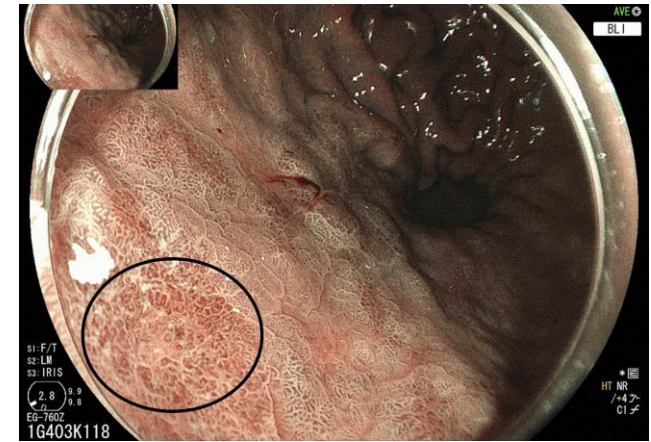
- Métaplasie intestinale limitée = prévalence élevée
- Métaplasie intestinale étendue = augmentation risque K
- **Métaplasie intestinale incomplète** ≠ métaplasie standard
 - Notion connue de tous nos anatomo-pathologistes ?
 - RISQUE x 6 à 11
 - Facteur de risque à part entière
- Antécédent familial au 1^{er} degré



Marques-Silva et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2014
Correa P et al. Am J Gastroenterol 2010

Que faire en cas de dysplasie ?

- Deux situations principales :
 - Lésion visible = résection endoscopique
 - Absence de lésion visible = REFAIRE une endoscopie
 - Stade indéfini pour la dysplasie = REFAIRE une endoscopie



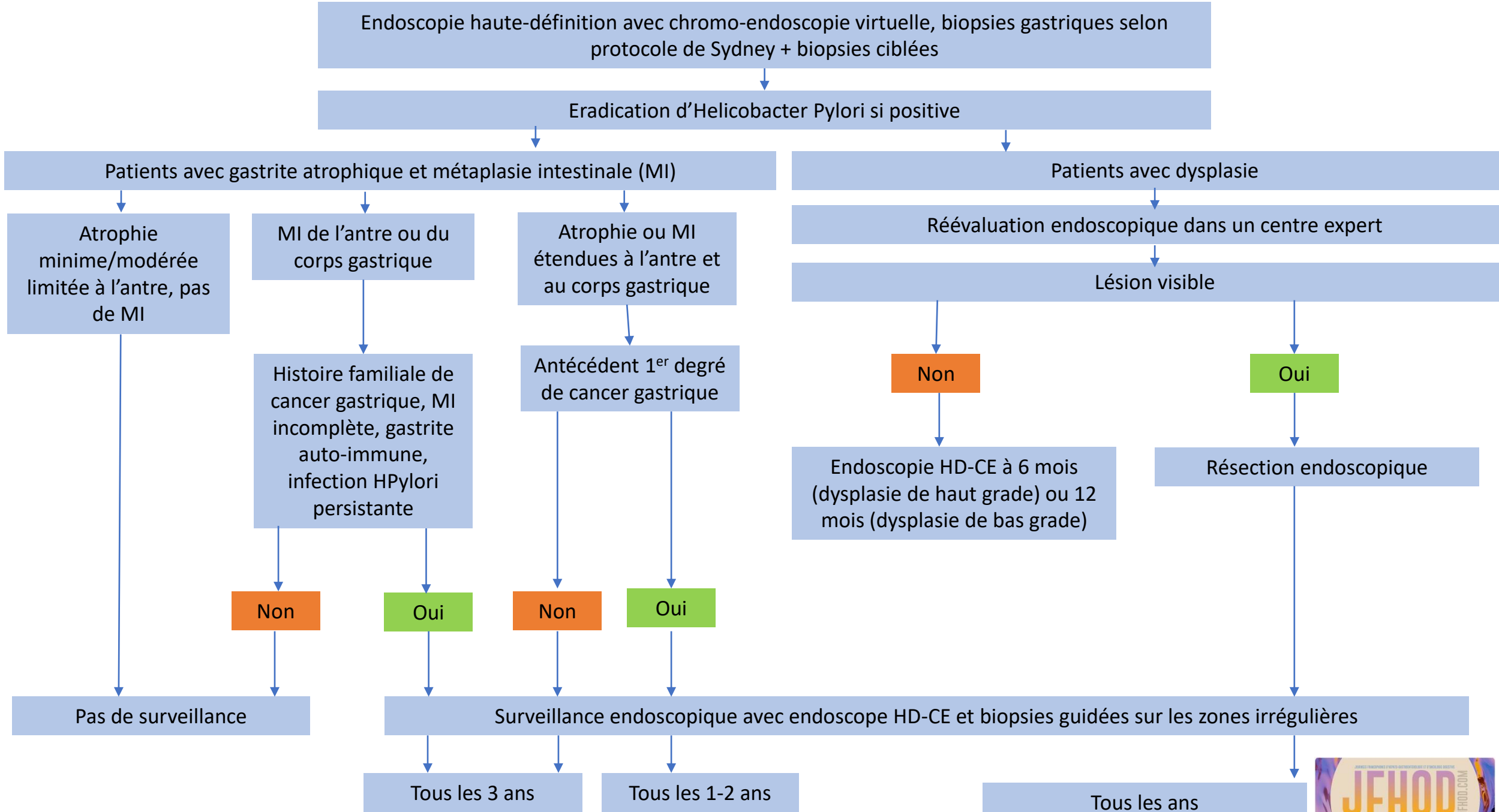
Digestive Endoscopy

Rescue endoscopy to identify site of gastric dysplasia or carcinoma found at random biopsies

Adriana Simone^{a,*}, Alessandro Casadei^a, Emiliano De Vergori^a, Paolo Morgagni^b, Luca Saragoni^c, Enrico Ricci^a

Table 1
Lesions with high grade dysplasia or carcinoma found in 18 patients by rescue endoscopy and targeted biopsies. Lesions were classified according to Paris classification.

Type	No.	Median size (mm)	Location		
			Antrum	Angulus	Body
Ila	11	18	10		1
Ila Iic	3	13	2	1	
Ila Is	2	20	1		1
III	2	30	2		
Total	18	20.2	15 (83%)	1 (6%)	2 (11%)



Quelle surveillance et pour qui ?



- Atrophie minime/modérée et limitée à un site gastrique = pas de surveillance
- Métaplasie intestinale limitée + 0 FDR = pas de surveillance
- Métaplasie intestinale limitée + 1 FDR = surveillance tous les 3 ans
4 FDR = histoire familiale, métaplasie incomplète, gastrite auto-immune, infection H. Pylori persistante
- Atrophie/métaplasie étendue = surveillance tous les 3 ans
(rapprochée à tous les 1-2 ans si histoire familiale)

Quelle surveillance et pour qui ?



- Dysplasie sans lésion visible = REFAIRE une endoscopie par un expert
- Dysplasie de bas grade = surveillance annuelle
- Dysplasie de haut grade = surveillance tous les 6 mois

POINTS FORTS

- La gastrite atrophique secondaire à l'infection à H. Pylori, est liée par la sévérité et l'étendue des lésions histologiques ainsi qu'au contexte familial, à la survenue de l'adénocarcinome gastrique.
- La métaplasie intestinale incomplète est un facteur de risque majeur, dont la présence déclenche systématiquement une surveillance endoscopique.
- La gastrite chronique nécessite une évaluation par une endoscopie de qualité, avec un temps dédié supérieur à 7 minutes, un appareil de haute définition, et l'utilisation de la chromoendoscopie virtuelle.

POINTS FORTS

- L'évaluation initiale repose sur des biopsies selon le protocole de Sydney, comprenant au minimum deux biopsies de l'antrum et deux biopsies du corps de l'estomac, et des biopsies des anomalies guidées par la chromoendoscopie virtuelle.
- La surveillance de la gastrite chronique est endoscopique, tous les 3 ans en cas d'atrophie/métaplasie intestinale étendue, tous les 1-2 ans si s'ajoute un antécédent familial de cancer gastrique, et tous les 6 à 12 mois en cas de dysplasie de haut ou de bas grade.