

Colorations vitales

Objectifs pédagogiques

- Connaître les différents types de colorations vitales
- Connaître leurs indications
- Savoir quelle coloration utiliser préférentiellement dans chaque indication

Principes

1) Il faut distinguer les 3 étapes du diagnostic endoscopique, même si cela a un côté artificiel.

1^{re} étape = détection : c'est trouver une anomalie tissulaire de relief ou de couleur sur une muqueuse qui présente ou non un certain risque : par exemple : « c'est un polype ».

2^e étape = caractérisation : c'est donner la nature de l'anomalie tissulaire détectée. Par exemple, « c'est un polype adénomateux ».

3^e étape = détermination de l'extension (« staging »)

2) Le colorant ne doit jamais être appliqué sans une analyse préalable de la muqueuse, car s'il souligne les anomalies du relief il va masquer les anomalies de couleur qui peuvent être utiles au diagnostic (néovascularisation du cancer de l'œsophage ou du petit cancer déprimé colique).

3) Le cathéter spray est indispensable s'il s'agit de répartir le colorant de façon uniforme sur une large surface, comme tout l'œsophage ou tout le côlon.

4) Trois colorants sont indispensables : le Lugol et l'acide acétique qui sont

des colorants vitaux (= pénètrent dans les cellules) et l'indigocarmin, colorant de surface.

Carcinome épidermoïde de l'œsophage

Le lugol (concentration : 2,5 %) est indispensable pour 1) détecter un cancer chez un patient à risque (ATCD de cancer des voies aérodigestives supérieures), 2) déterminer l'extension en surface d'un cancer avant tout traitement car une lésion bien visible en exploration « conventionnelle » peut s'accompagner d'une extension ou être associée à une seconde localisation identifiables uniquement après coloration.

Œsophage de Barrett

Le bleu de méthylène est abandonné. Le seul colorant à utiliser est l'acide acétique (1-1,5 %) qui blanchit les tissus et accentue le relief. Il permet de mieux détecter les larges surfaces de dysplasie de haut grade ou les cancers superficiels. Il est plus efficace si associé à une coloration électronique (NBI, FICE, PKi) mais ne remplace pas les biopsies étagées.

Côlon

Pour la détection, la coloration (indigocarmin à 0,2 % plutôt que bleu de méthylène) n'est pas recommandée

Thierry Ponchon

chez les patients à risque moyen ou à haut risque du fait d'antécédent(s) personnel(s) ou familial(aux) de cancer colorectal ou de polype(s) adénomateux avancé(s). La chromoendoscopie pancolique à l'indigocarmin est en revanche recommandée pour la surveillance des patients atteints d'un syndrome de Lynch et en cas d'identification de polype(s) plan(s) du côlon proximal, en particulier de type festonné. Elle est également recommandée pour la surveillance des MICI. Elle peut remplacer les biopsies étagées systématiques dans cette indication à condition que l'opérateur ait bénéficié d'une formation spécifique relative à la sémiologie endoscopique de ces lésions. Enfin, l'indigocarmin est aussi utile pour caractériser un polype ou délimiter une lésion avant exérèse par mucosectomie ou dissection sous-muqueuse et pour contrôler la qualité de cette exérèse.

Autres

L'indigocarmin est indispensable dans le bilan et la surveillance des localisations duodénales ou rectales des polyposes adénomateuses, ainsi que pour la caractérisation et la délimitation d'une lésion gastrique avant exérèse par mucosectomie ou dissection sous-muqueuse.

Références

1. Dubuc J, Legoux JL, Winnock M, Seyrig JA, Barbier JP, Barrioz T, Laugier R, Boulay G, Grasset D, Sautereau D, Grigoresco D, Butel J, Scoazec JY, Ponchon T, Société Française d'Endoscopie Digestive : Endoscopic screening for esophageal squamous-cell carcinoma in high-risk patients : a prospective study conducted in 62 French endoscopy centers. *Endoscopy*. 2006; 38:690-5
2. Sharma P. Clinical practice. Barrett's esophagus. *N Engl J Med*. 2009;361:2548-56
3. Wu L, Li P, Wu J, Cao Y, Gao F. The diagnostic accuracy of chromoendoscopy for dysplasia in ulcerative colitis : meta-analysis of six randomized controlled trials. *Colorectal Dis*. 2010 (in print)
4. Saurin JC : Role of chromoendoscopy for the management of colorectal neoplasia. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009;33 (10-11 suppl):F1-6
5. Biancone L, Michetti P, Travis S, Escher JC, Moser G et al; for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO). European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Special situations. *J Crohns Colitis*. 2008;2:63-92