

Les lésions précancéreuses gastriques : Diagnostic et prise en charge

LAHMIDANI Nada
Service de Gastroentérologie
CHU HASSAN II - FES



La Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif
organise la

Journée de Printemps

Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif de la

SMMAAD

Thèmes

Maladies inflammatoires chroniques Intestinales.
Manifestations ano-périnéales de la maladie de Crohn.
Lésions pré néoplasique du tube digestif.

22 juin
Casablanca
Most Events
2019

Contact, Informations

Tél. : (+212) 661 434 644, Fax : (+212) 522 485 175, E-mail : smmad.secretariat@gmail.com
www.smmad.ma

AGENDA

@ Reconnaître les conditions et lésions précancéreuses gastriques

@ Connaître les modalités de détection et rythme de surveillance

@ Connaître les modalités de prise en charge endoscopique

Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019



Authors

Pedro Pimentel-Nunes^{1,2,3}, Diogo Libânio^{1,2}, Ricardo Marcos-Pinto^{2,4}, Miguel Areia^{2,5}, Marcis Leja⁶, Gianluca Esposito⁷, Monica Garrido⁴, Ilze Kikuste⁶, Francis Megraud⁸, Tamara Matysiak-Budnik⁹, Bruno Annibale⁷, Jean-Marc Dumonceau¹⁰, Rita Barros^{11,12}, Jean-François Fléjou¹³, Fátima Carneiro^{11,12,14}, Jeanin E. van Hooft¹⁵, Ernst J. Kuipers¹⁶, Mario Dinis-Ribeiro^{1,2}



GUIDELINE



The role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach

Prepared by: ASGE STANDARDS OF PRACTICE COMMITTEE

John A. Evans, MD, Vinay Chandrasekhara, MD, Krishnavel V. Chathadi, MD, G. Anton Decker, MBBCh, MRCP, MHA, Dayna S. Early, MD, Deborah A. Fisher, MD, MHS, Kimberly Foley, RN, BSN, CGRN, SGNA Representative, Joo Ha Hwang, MD, PhD, Terry L. Jue, MD, Jenifer R. Lightdale, MD, MPH, FASGE, NASPGHAN Representative, Shabana F. Pasha, MD, Ravi Sharaf, MD, Amandeep K. Shergill, MD, Brooks D. Cash, MD, Chair, Previous Committee Chair, John M. DeWitt, MD, FASGE, Chair

Fiche de Recommandation sur la prévention des cancers digestifs par endoscopie

Prévention du Cancer de l'Estomac

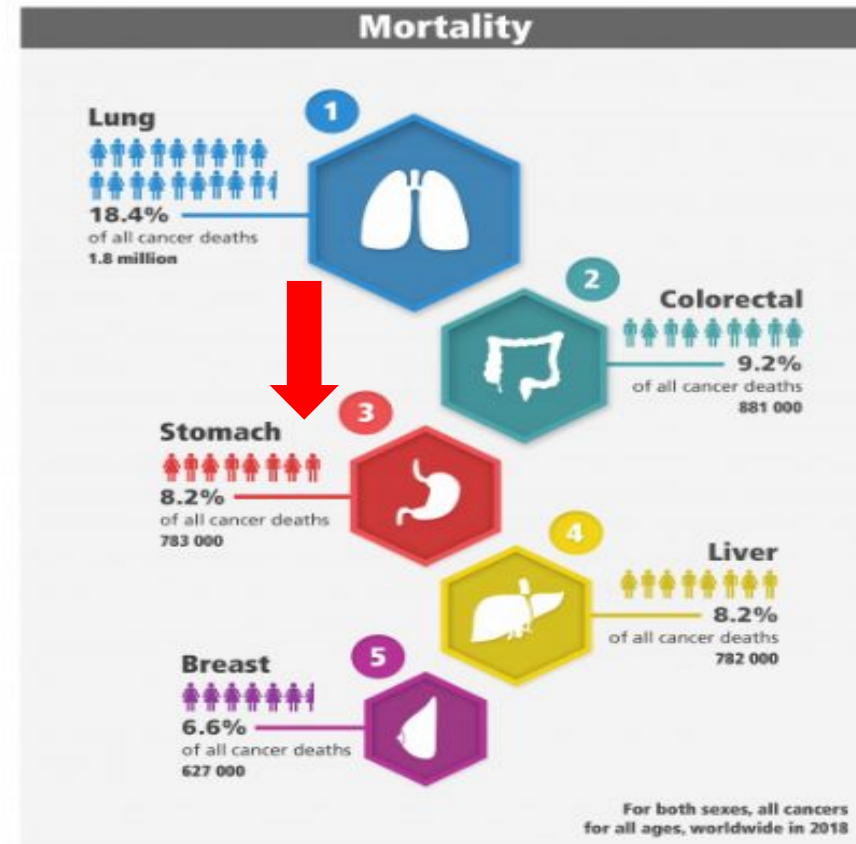
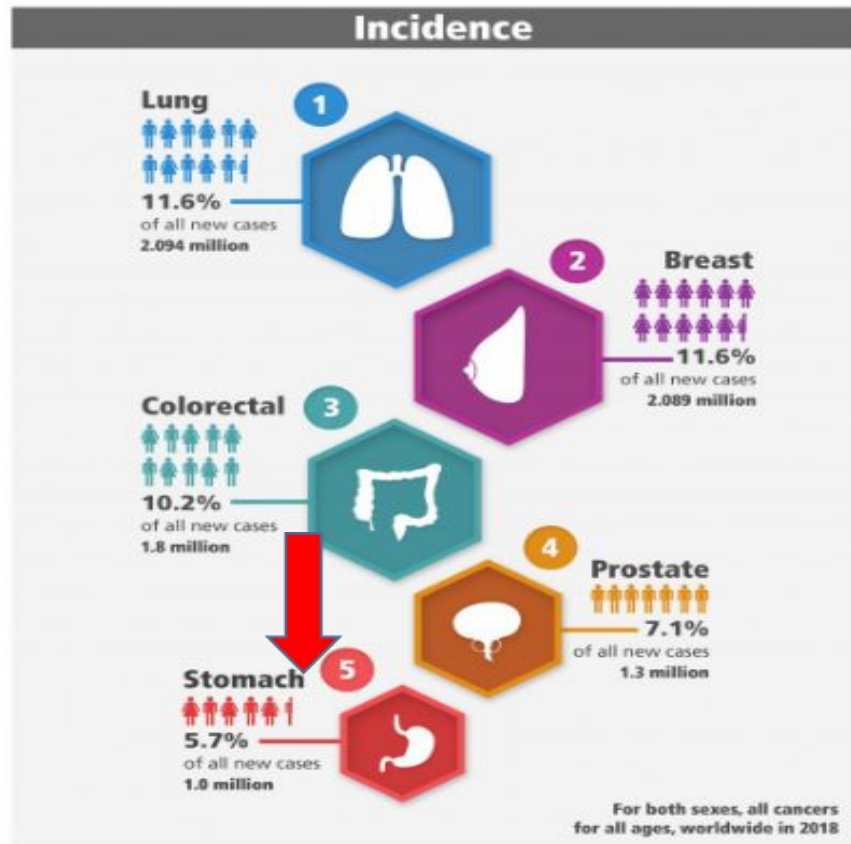
Robert Chollet, Jean-Christophe Létard, Eric Vaillant, Jean Charles Delchier, Jean Marc Canard, Jean Lapuelle, Laurent Palazzo, Stanislas Chaussade, Denis Sautereau, Patrice Pienkowski, Vianna Costil, Pierre Dalbiès, Christophe Cellier, Thierry Lecomte, Michel Robaszekiewicz, Bruno Richard-Molard

Et les commissions Prévention des Cancers Digestifs de la SFED et du CREGG.

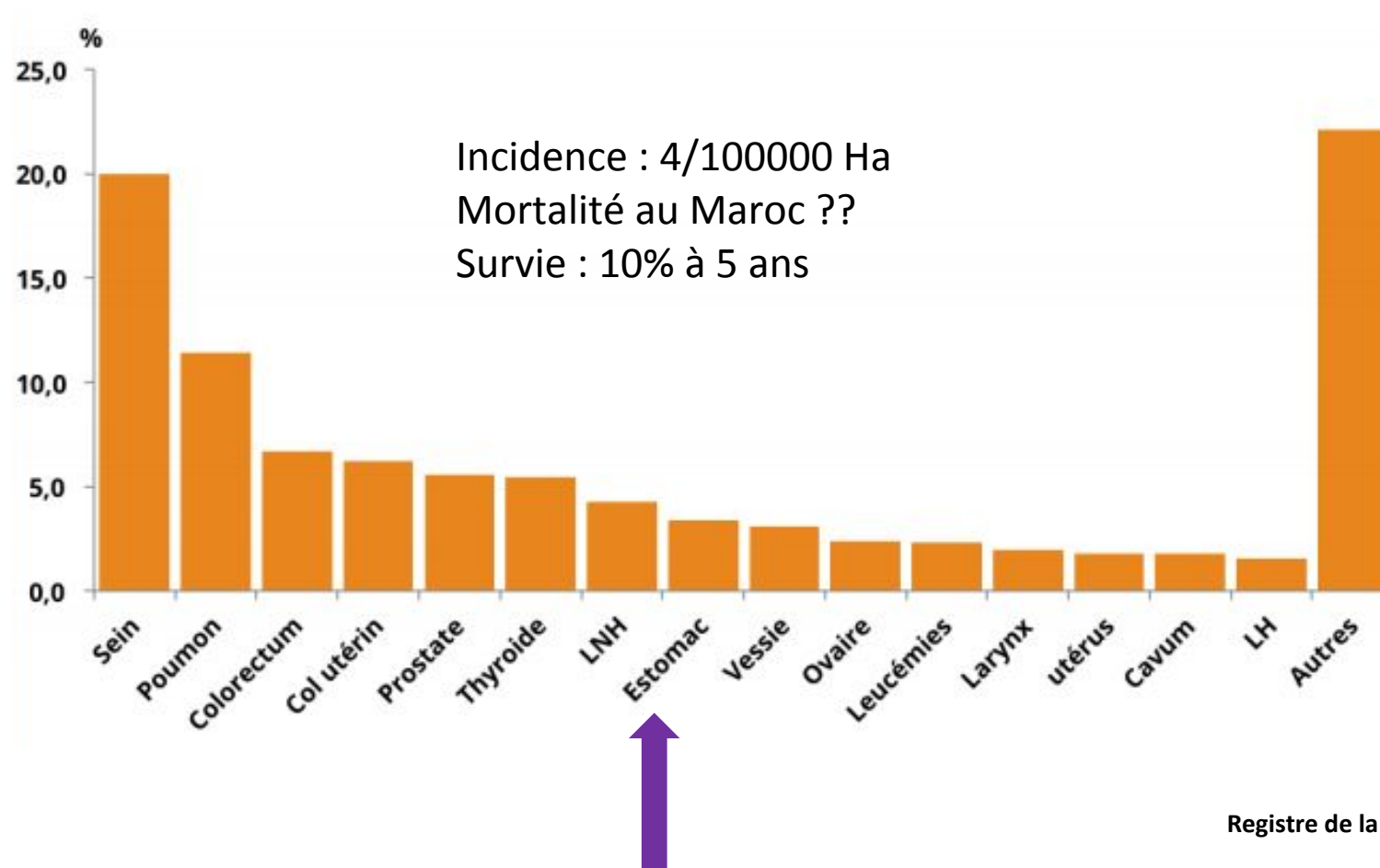


Le cancer gastrique : dans le monde !

Percentages of new cancer cases and cancer deaths worldwide in 2018



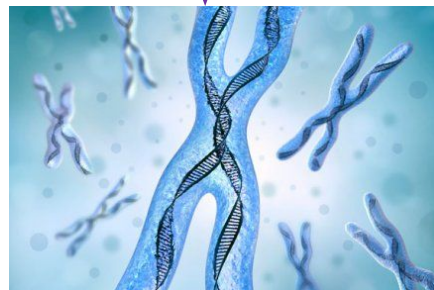
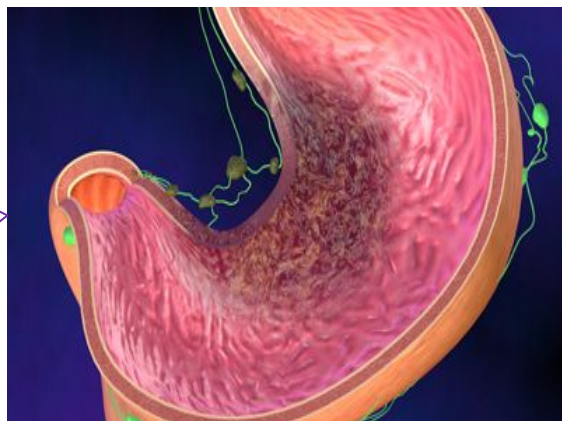
Le cancer gastrique : Au Maroc !



Le cancer gastrique : un cancer mortel !

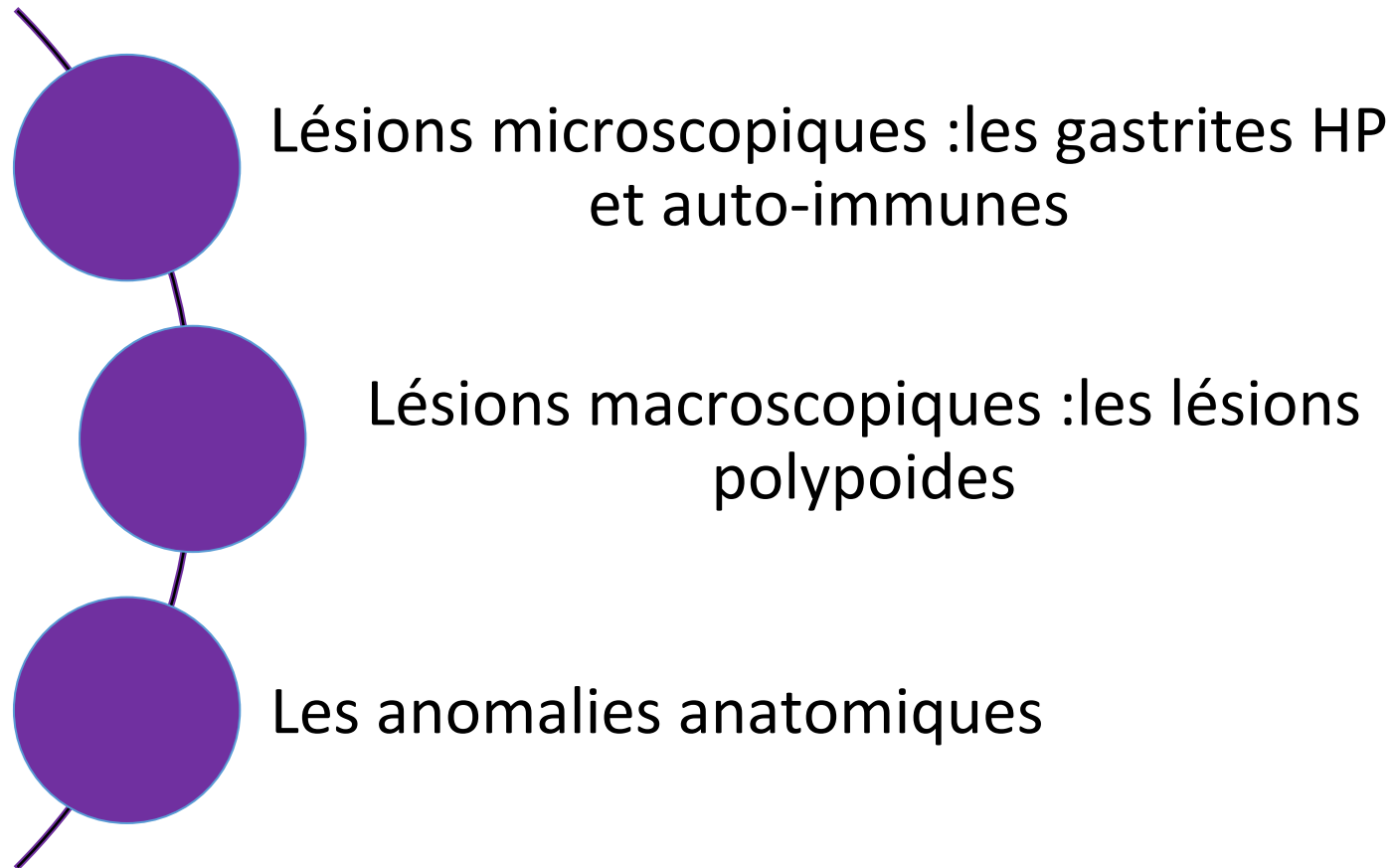
- **5ème** cancer en terme **d'incidence** et **3ème** en terme de **mortalité**
- Diagnostic souvent en retard +++
- **Amélioration de la survie** : reconnaissance et détection des lésions précancéreuses
- Surveillance de la population a risque +++
- Endoscopie : rôle fondamental dans la PEC □ grand retard des recommandations: **1^{ère} en 2012**

Le cancer gastrique : un cancer évitable !



Lésions gastriques pré-cancéreuses

Quelles lésions précancéreuses



Améliorer la technique de la FOGD pour mieux reconnaître les lésions précancéreuses gastriques

Evaluation endoscopique: connaitre les objectifs

- Dépister les anomalies de relief et de couleur
- Caractériser : potentiel néoplasique?
- Apprécier extension de la lésion
- Faire des biopsies ciblées ou non pour apprécier la Gastrite , la MI et la dysplasie

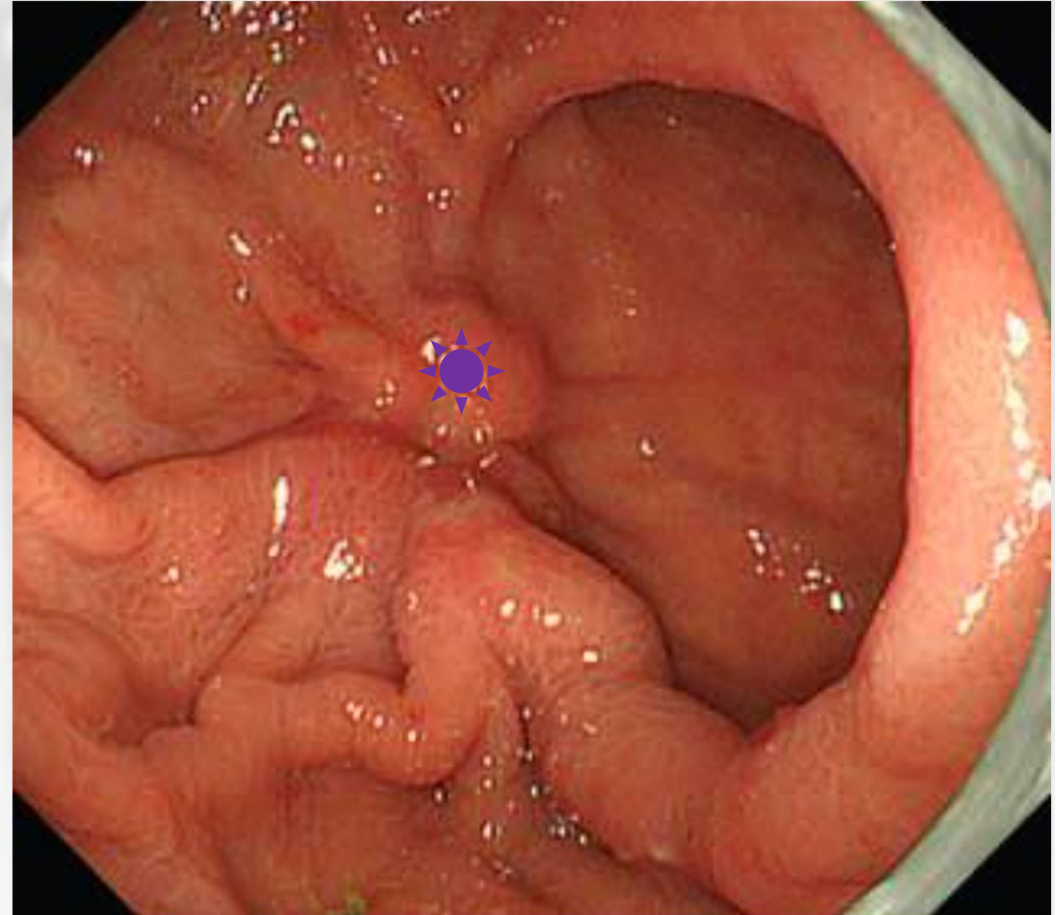
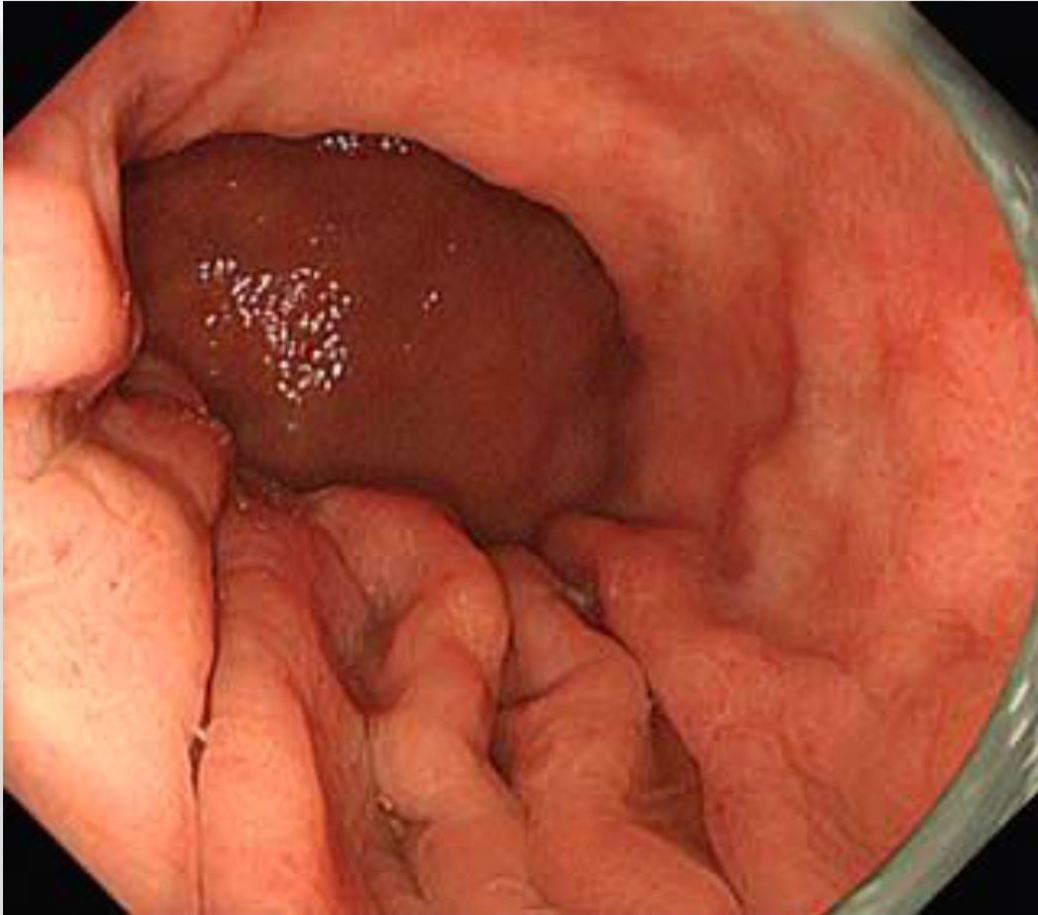


Evaluation endoscopique: bien explorer l'estomac

- ✓ Bonne préparation voir prémédication : agent mucolytique 30 min avant
- ✓ Jeun et 200ml eau 2 H avant endoscopie
- ✓ Améliorer la technique : bonne insufflation , nasogastrosopie
- ✓ Pompe de lavage
- ✓ Temps minimal d'exploration : 7 min



Evaluation endoscopique: bien explorer l'estomac

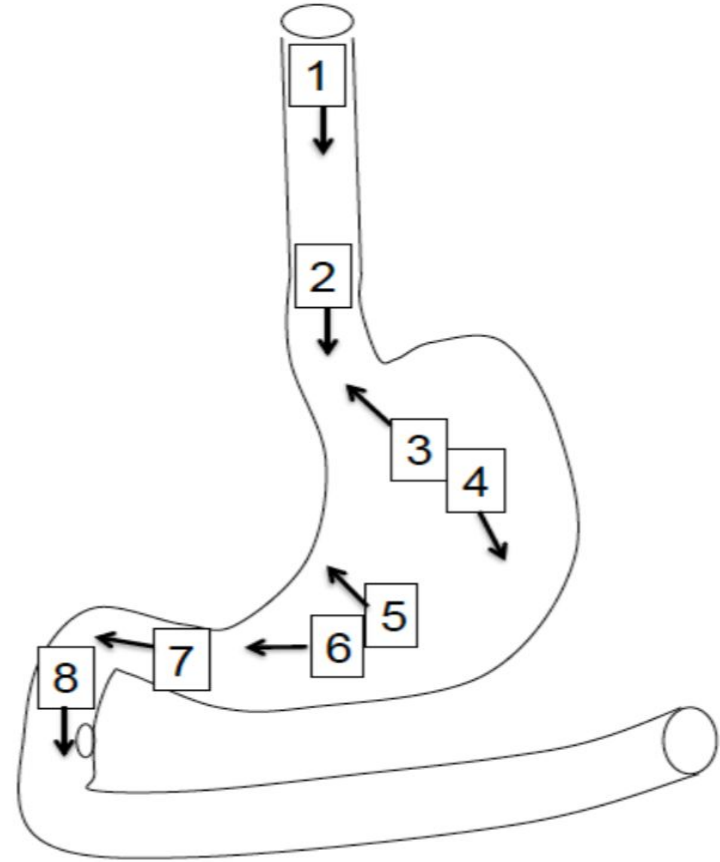


Evaluation endoscopique: bien explorer l'estomac

ESGE Recommendations for Quality Control in Gastrointestinal Endoscopy: Guidelines for Image Documentation in Upper and Lower GI Endoscopy

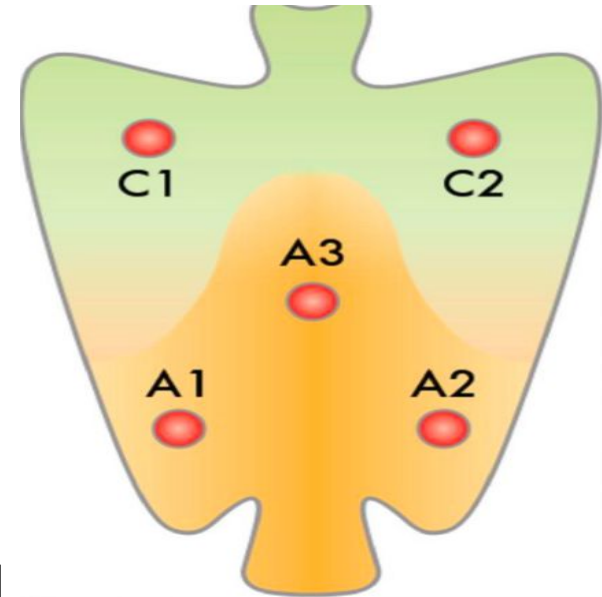
1. Œsophage supérieur : vers 20 cm AD
2. Cardia en vision directe : 2cm au dessus de la JEG
3. Cardia en rétrovision, et haut de la grosse tubérosité
4. Partie supérieure de la grande courbure
5. Angulus en rétrovision partielle
6. Antre : vision directe
7. Bulbe : endoscope positionné sur le pylore
8. 2^{ème} duodénum : endoscope à proximité de la papille

8 images clés -> CR



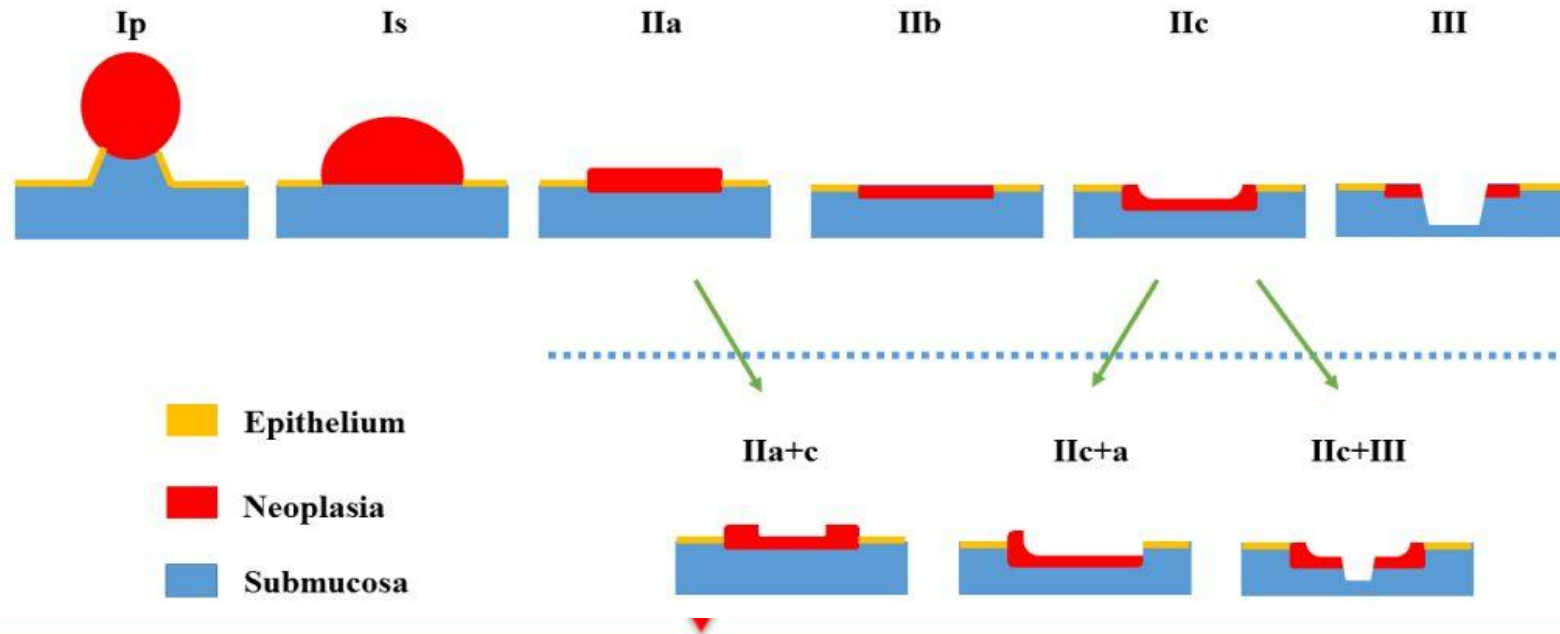
Evaluation endoscopique: bien caractériser et biopsier

- Détection : WL et HD avec images +++
- Biopsies : protocoles de Sydney
 - Atrophie OLGA
 - MI OLGIM
 - Lésions précancéreuses
- Caractérisation des lésions ciblées: chromo , zoom , NBI, endomicroscopie confocale



Evaluation endoscopique: bien caractériser

Classification de Paris



- Prendre son temps+++
- S'aider des colorations (Indigo carmin, Bleu de méthylène, Rouge Congo)
- Cancers: faux négatifs dans 1 à 20% des EOGD

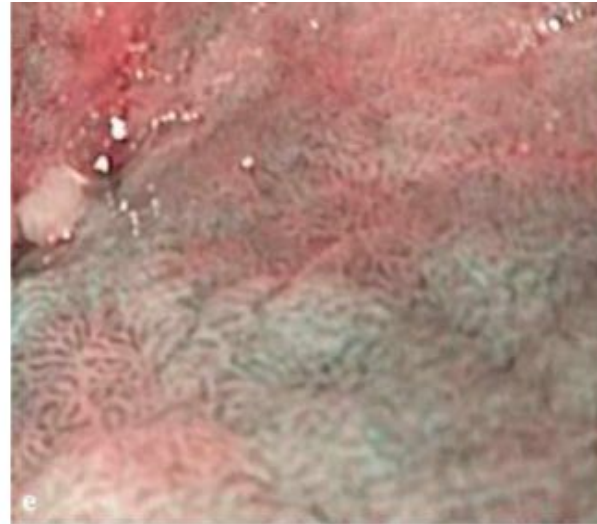
Evaluation endoscopique: bien caractériser NBI+++



Aspect circulaire/ovale
= Muq gastrique normale

Se 76%

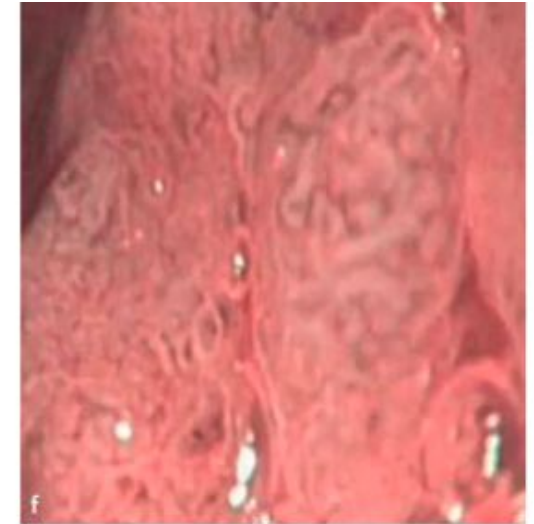
Sp 95%



Aspect cérébriforme
Signe de la 'crête bleue'
= Métaplasie intestinale

Se 90%

Sp 81%

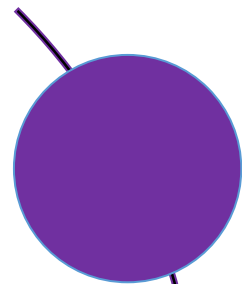


Aspect irrégulier
= DHG/Cancer

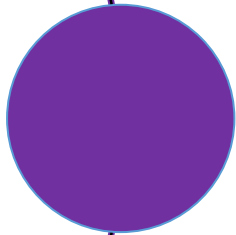
Se 84%

Sp 98%

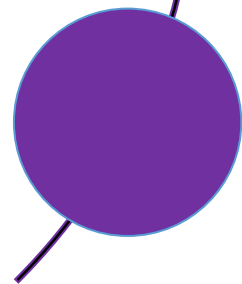
Quelles lésions précancéreuses



**Lésions microscopiques :les gastrites
HP et auto-immunes**

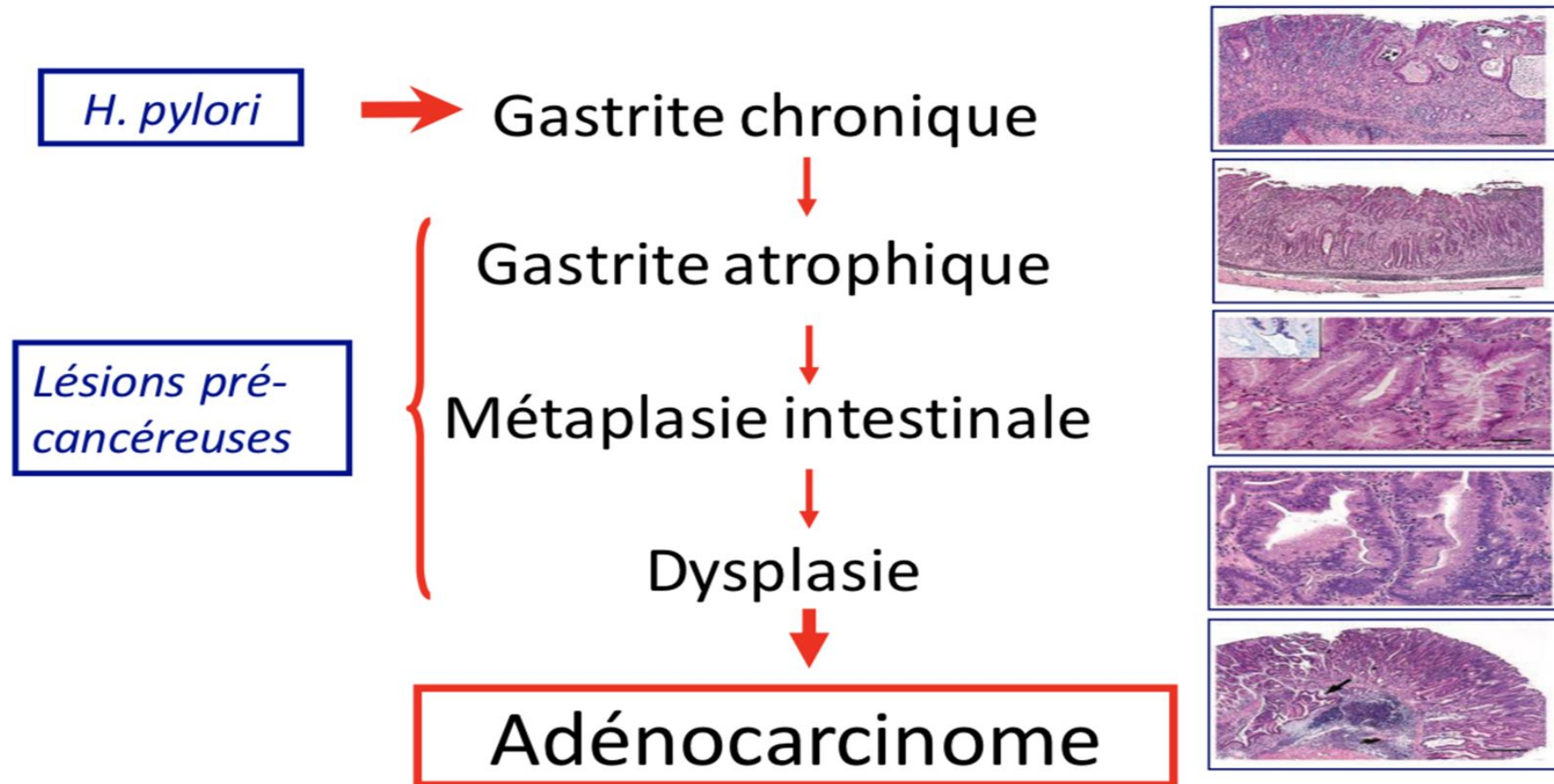


Lésions macroscopiques :les lésions
polypoides



Les anomalies anatomiques

Lésions microscopiques : les gastrites HP et auto-immunes



Les gastrites à H.pylori : place de l'endoscopie

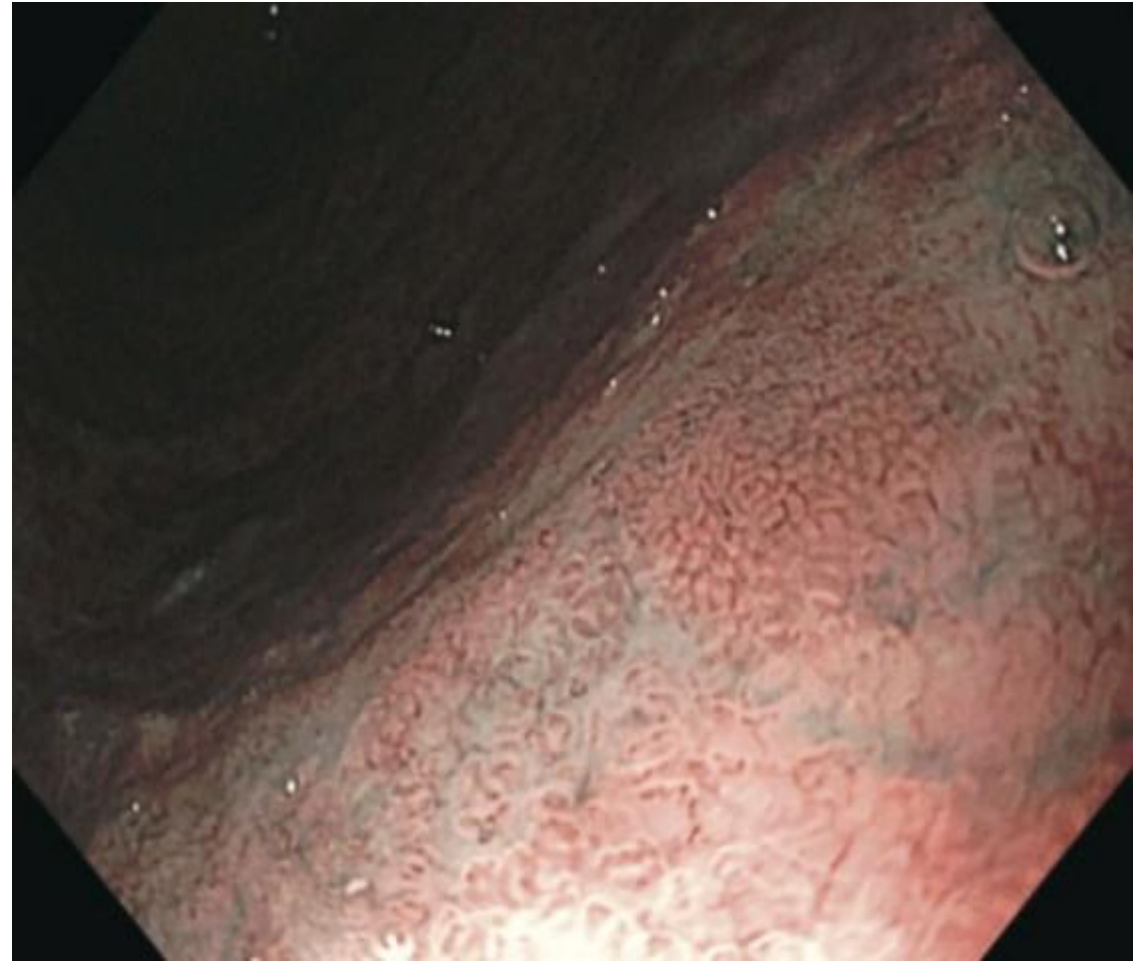
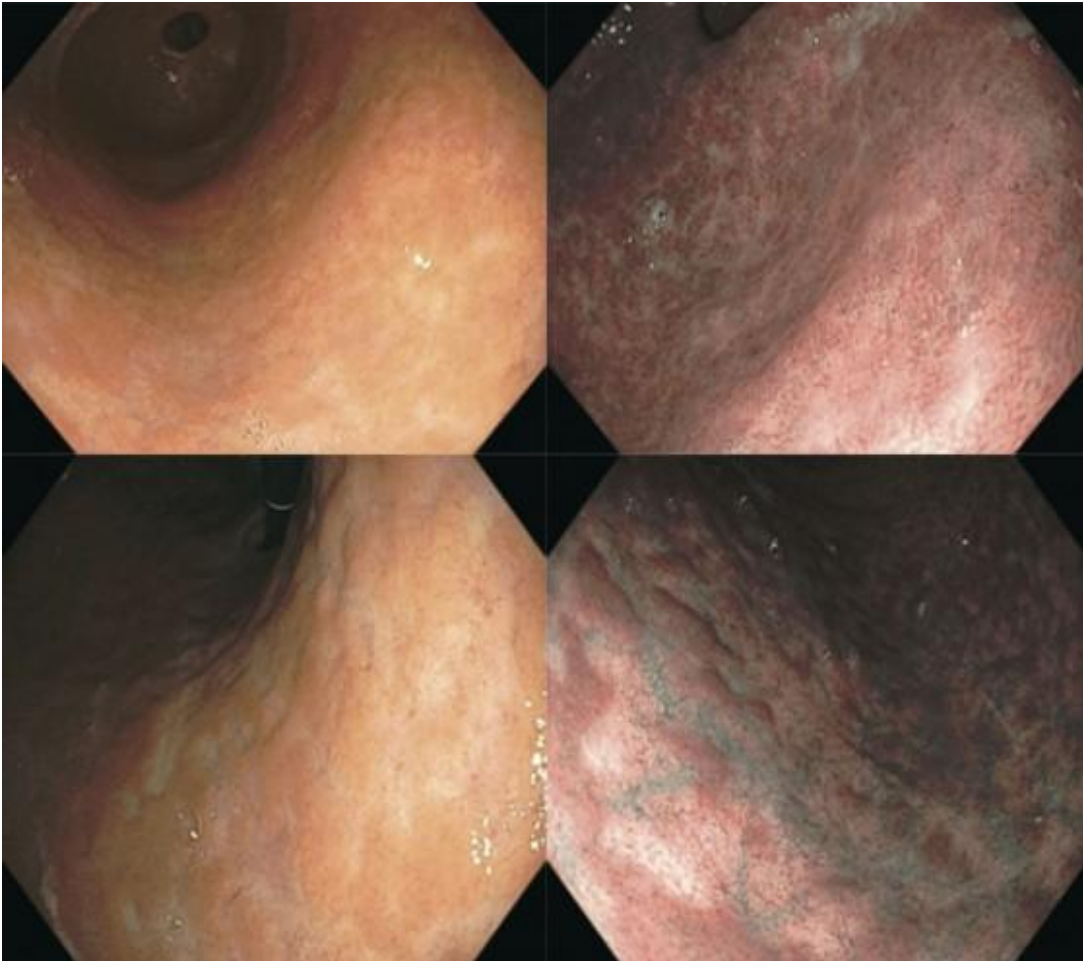
STATEMENT

6 High definition endoscopy with chromoendoscopy (CE) is better than high definition white-light endoscopy alone for the diagnosis of gastric precancerous conditions and early neoplastic lesions.

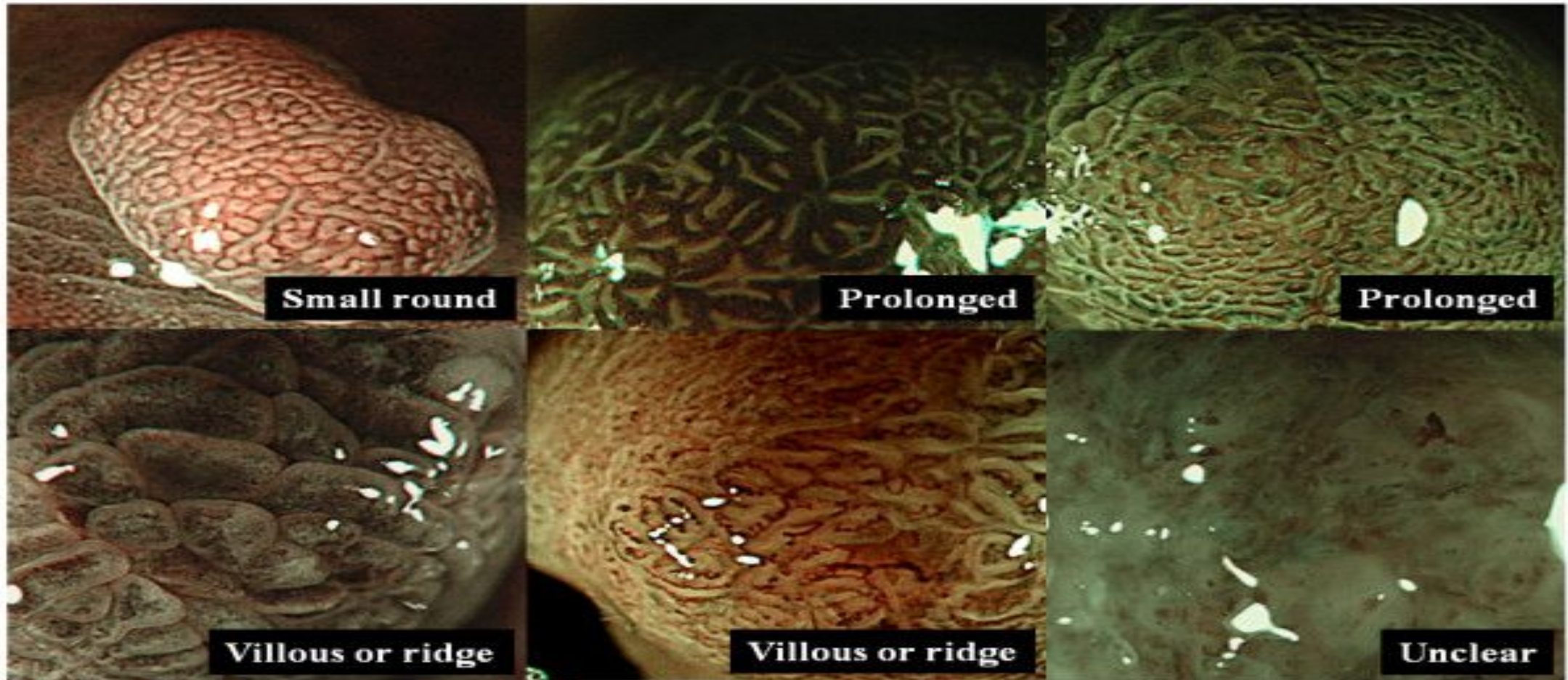
RECOMMENDATION

7 Whenever available and after proper training, virtual CE, with or without magnification, should be used for the diagnosis of gastric precancerous conditions, by guiding biopsy for staging atrophic and metaplastic changes and by helping to target neoplastic lesions.

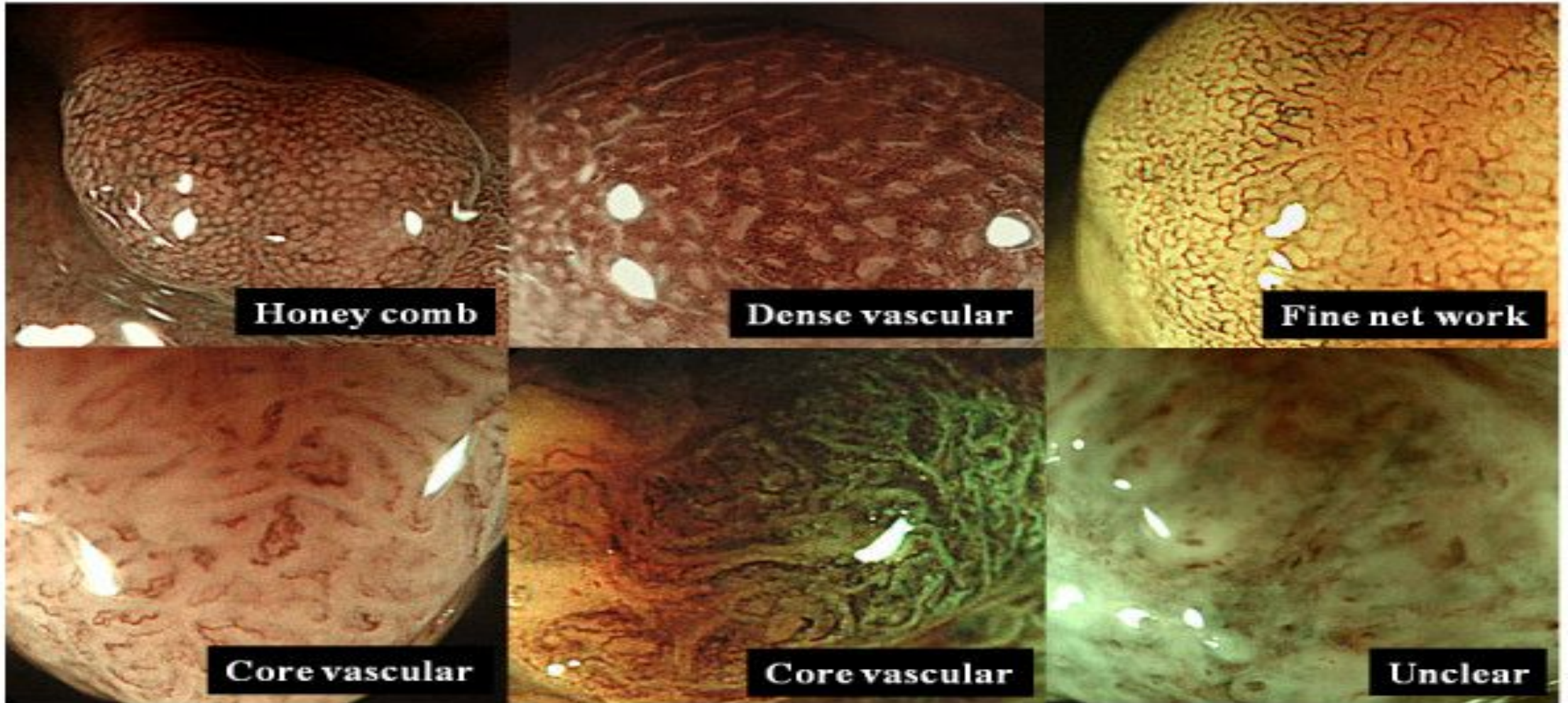
Les gastrites à H.pylori : place de l'endoscopie



Gastrite à H.pylori : place du NBI



Gastrite à H.pylori : place du NBI

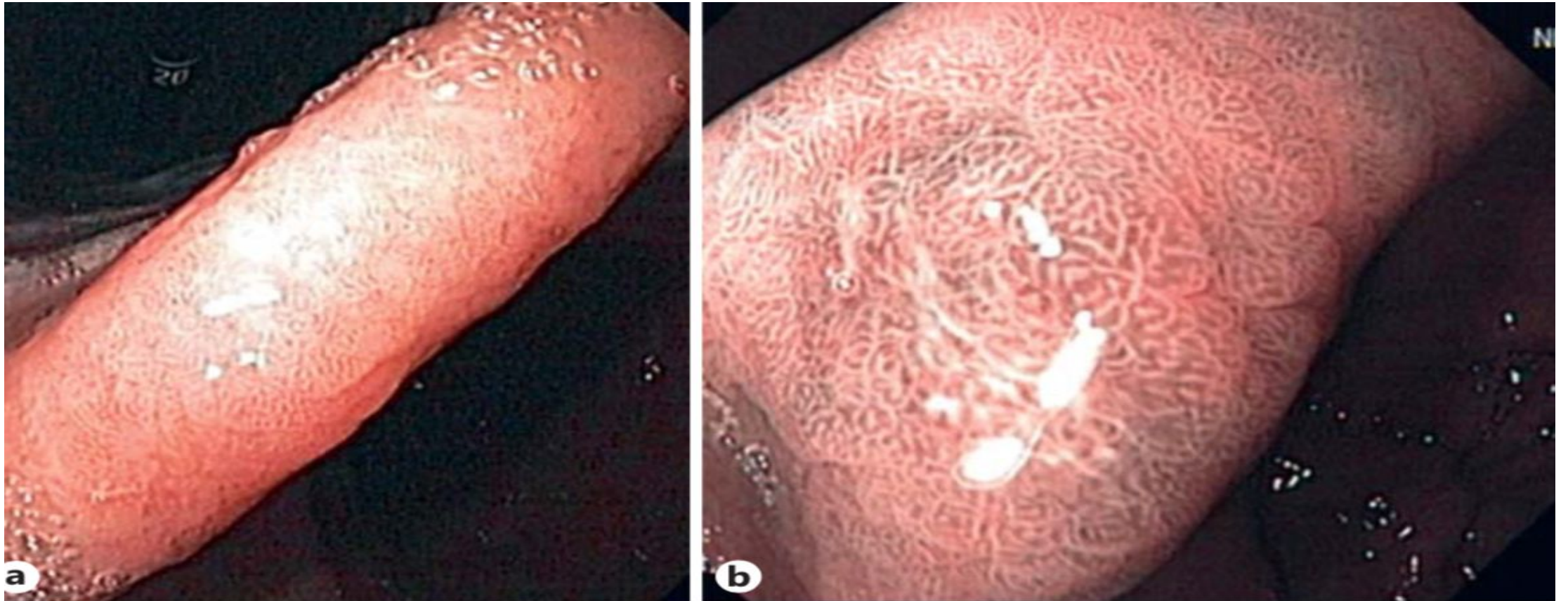


Gastrite à H.pylori : Classification NBI

	Proposed classification				
	A	B		Hp+	C
Mucosal pattern	Regular circular	Regular ridge/ tubulovillous	Light blue crest	Regular	Irregular/absent White opaque substance
Vascular pattern	Regular Thin/peripheral (gastric body) or thick/central (gastric antrum) vessels	Regular		Regular with variable vas- cular density	Irregular
Expected outcome	Normal	Intestinal metaplasia		<i>H. pylori</i> infection	Dysplasia

East James E et al. Advanced endoscopic imaging: ESGE
Technology Review... Endoscopy? ESGE 2016

Gastrite à H.pylori : Classification NBI



Comparison of the diagnostic efficacy of white light endoscopy and magnifying endoscopy with narrow band imaging for early gastric cancer: a meta-analysis. *Gastric Cancer* 2016; 19: 543 – 552

Gastrite à H.pylori : OLGA -OLGIM

		CORPS			
Score d'atrophie		Pas d'atrophie (score 0)	Atrophie légère (score 1)	Atrophie modérée (score 2)	Atrophie sévère (score 3)
A N T R E	Pas d'atrophie* (score 0)	Stade 0	Stade I	Stade II	Stade III
	Atrophie légère* (score 1)	Stade I	Stade I	Stade II	Stade III
	Atrophie modérée* (score 2)	Stade II	Stade II	Stade III	Stade IV
	Atrophie sévère* (score 3)	Stade III	Stade III	Stade IV	Stade IV

* Score incluant l'angle gastrique.

Gastrite à H.pylori : OLGA -OLGIM

Score de la métaplasie intestinale		CORPS GASTRIQUE			
		Absente	Légère (glandes en MI <30%)	Modérée (glandes en MI 30%-60%)	Sévère (glandes en MI >60%)
A N T R E	Absente	Classe 0	Classe I	Classe II	Classe II
	Légère (glandes en MI <30%)	Classe I	Classe I	Classe II	Classe III
	Modérée (glandes en MI 30%-60%)	Classe II	Classe II	Classe III	Classe IV
	Sévère (glandes en MI >60%)	Classe III	Classe III	Classe IV	Classe IV

Stades à haut risque évolutif (III et IV)

specive — and prospective — European studies of patients with GIM and HGD, the cancer detection rate with endoscopic surveillance ranged from 33% to 85%. A review of the management of patients with GIM suggests that for most U.S. patients, the risk of progression to cancer is low, and surveillance is not clinically indicated unless other risk factors for gastric cancer are present, such as a family history of gastric cancer and Asian heritage.⁵¹ A recent European

ASGE Guidelines 2015

RECOMMENDATION

3 Patients with advanced stages of gastritis, that is, atrophy and/or intestinal metaplasia affecting both antral and corpus mucosa, should be identified as they are considered to be at higher risk for gastric adenocarcinoma.

Gastrite à H.pylori : Quelle évolution du système OLGIM

- Validation +++
- Bonne VPP++ pour le risque néoplasique
- Risque plus important OLGIM que OLGA
- OLGIM plus reproductible que OLGA et doit être préférée

RECOMMENDATION

10 Systems for histopathological staging (e.g. OLGA and OLGIM assessment) can be used to identify patients with advanced stages of atrophic gastritis. If these systems are used to stratify patients, additional biopsy of the incisura should be considered.

STATEMENT

2 Histologically confirmed intestinal metaplasia is the most reliable marker of atrophy in gastric mucosa. High quality evidence (100% agree [100% strongly or moderately agree]).

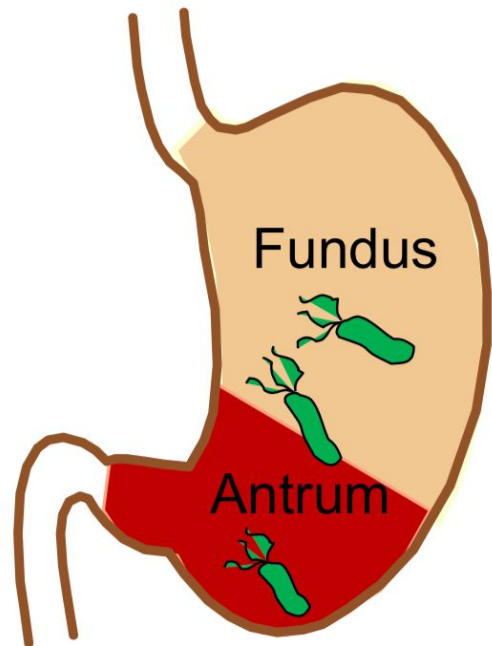
Lésions microscopiques : dépistage par moyens

RECOMMENDATION

11 Low pepsinogen I serum levels or/and a low pepsinogen I/II ratio identify patients with advanced stages of atrophic gastritis, and endoscopy is recommended for these patients, particularly if *H. pylori* serology is negative.

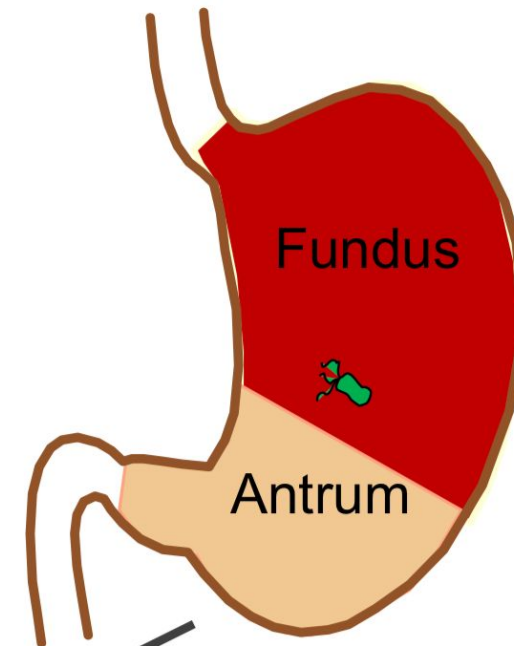
Lésions microscopiques : dépistage par moyens non invasifs

Gastrite antrale



Pepsinogène I ↑
Pepsinogène II ↑
Gastrine ↑↓→
Sérologie
H. pylori (+)

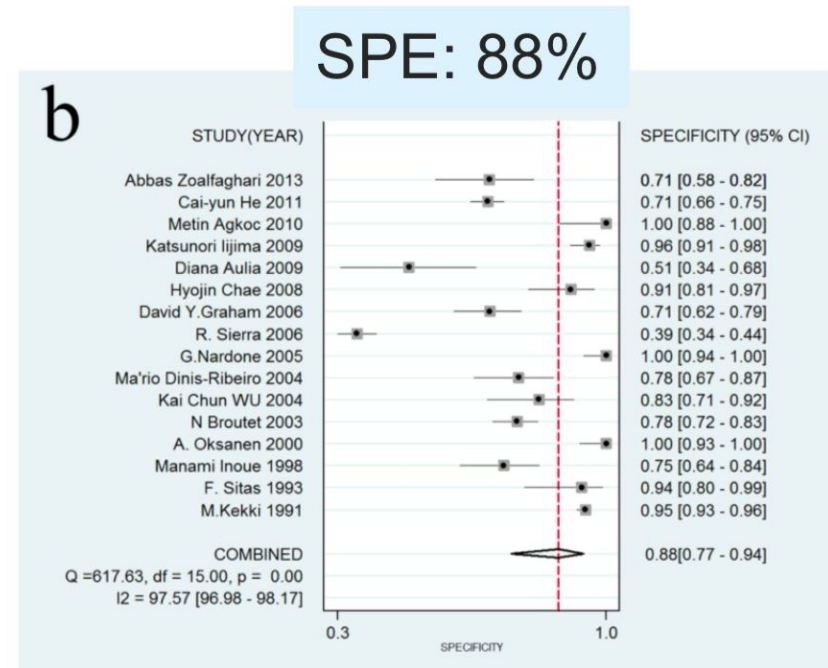
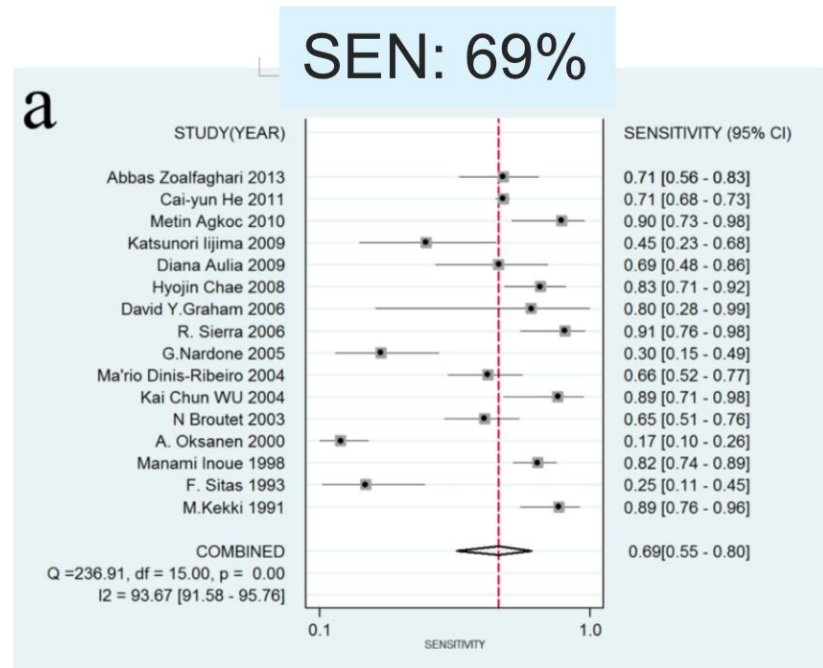
Gastrite fundique atrophique



Pepsinogène I ↓
Pepsinogène II ↑→
PI/PII ↓
Gastrine ↑
Sérologie *H. pylori* (+/-)

Lésions microscopiques : dépistage par moyens non invasifs

Méta-analyse, 31 études, 2265 patients avec gastrite atrophique



PI/PII > PI

Huang et al PlosOne 2015

most studies used pepsinogen I < 70 ng/mL and pepsinogen I/II ratio < 3 as the best cutoff values.

Lésions microscopiques : dépistage par moyens non invasifs



Test GASTROPANEL®: PI + PII + Gastrine + Sérologie *H. pylori*
Patients à risque

Lésions microscopiques : dépistage par moyens non invasifs

- **Patients infectés H pylori**
- **Maladie de Biermer**
- **Dyspepsie ancienne**
- **Origine ethnique à risque: Asie , Afrique du Nord**
- **IPP au long court**
- **ATCD MALT Gastrique**
- **.....**



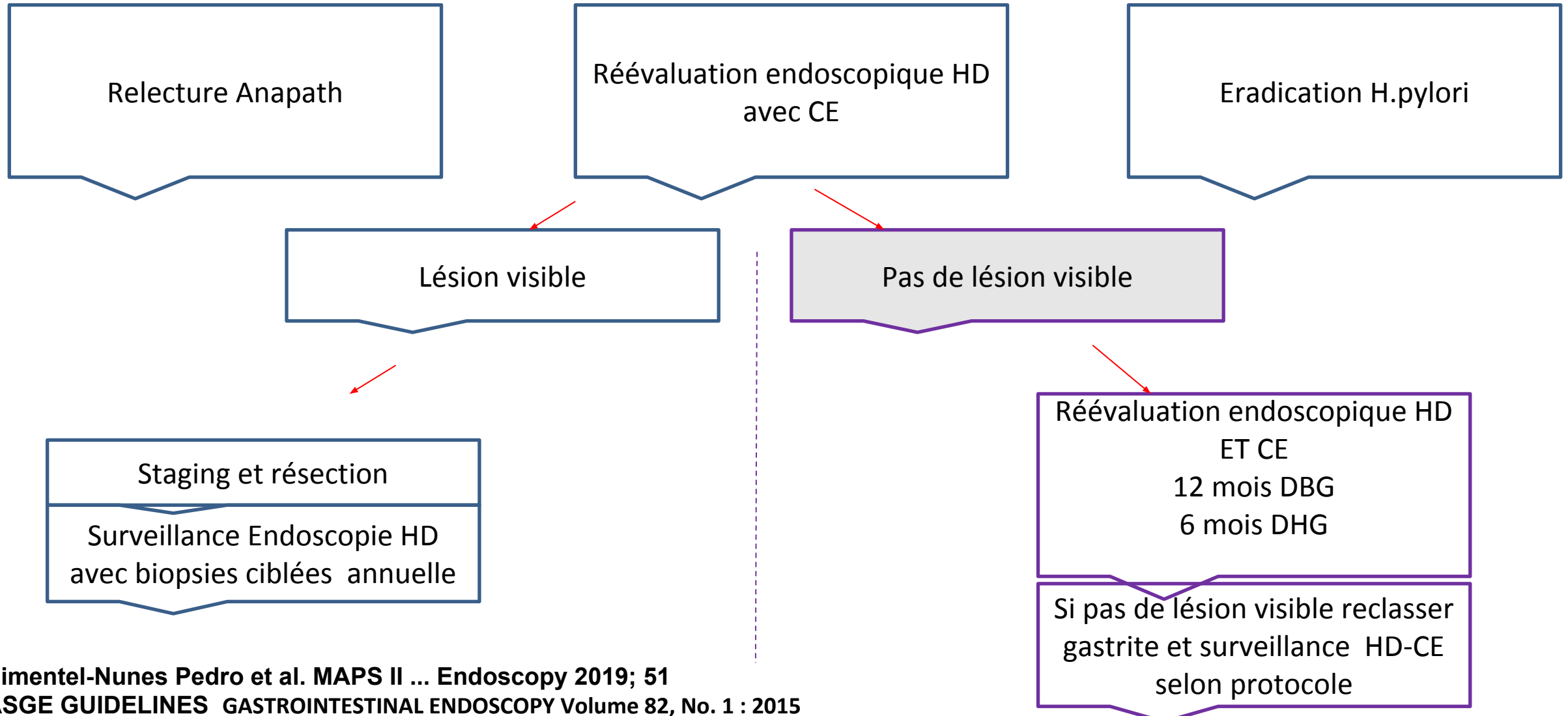
Systematic review with meta-analysis: diagnostic performance of the combination of pepsinogen, gastrin-17 and anti-Helicobacter pylori antibodies serum assays for the diagnosis of atrophic gastritis. Aliment Pharmacol Ther 2017; 46: 657 – 667

Lésions microscopiques : Modalités de prise en suivi

- Dysplasie sans lésions
- Atrophie et métaplasie intestinale

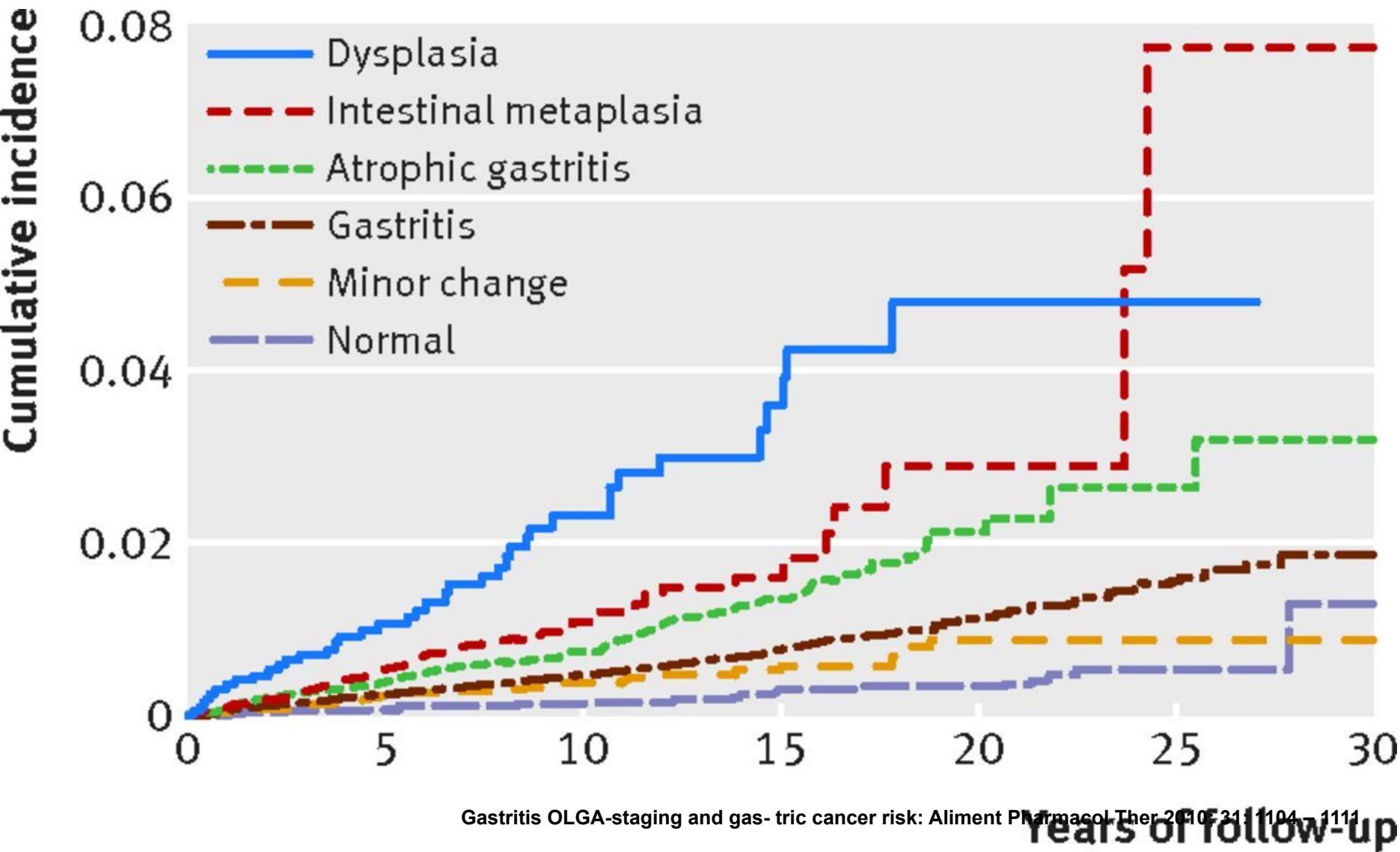
Modalités de prise en charge et suivi

La dysplasie sans lésions



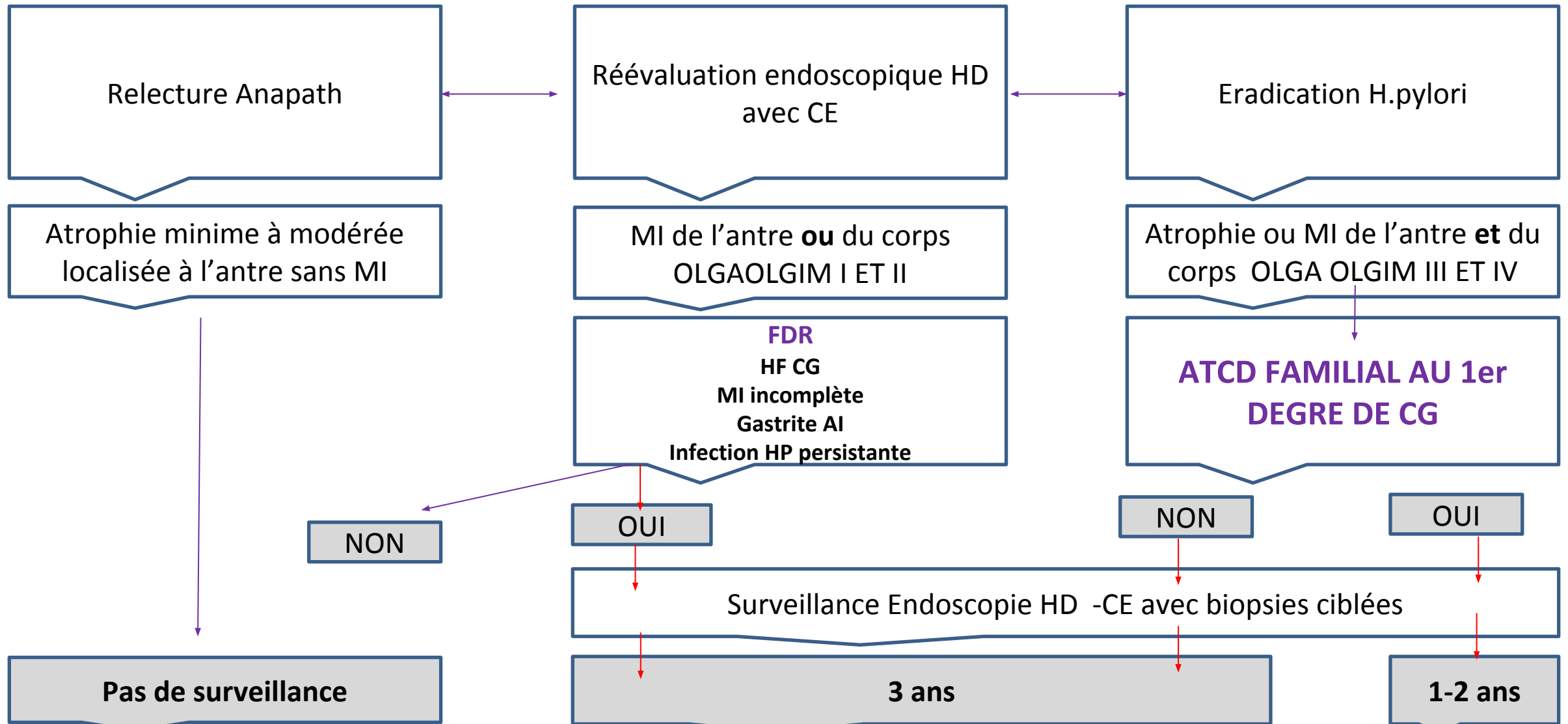
Modalités de prise en charge et suivi

La gastrite atrophique et la métaplasie intestinale



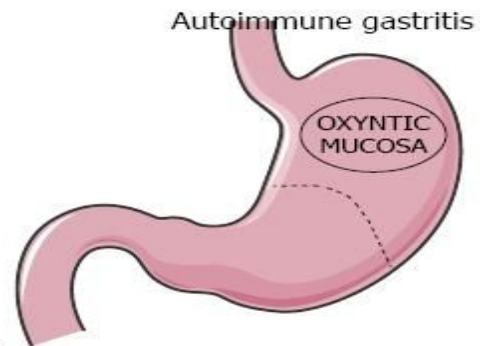
Modalités de prise en charge et suivi

La gastrite atrophique et la métaplasie intestinale



Lésions précancéreuses : Gastrite autoim

Gastritis etiopathogenetic models



Clinical presentation

Coexisting Autoimmune diseases
No Symptoms or Dyspepsia

Serology

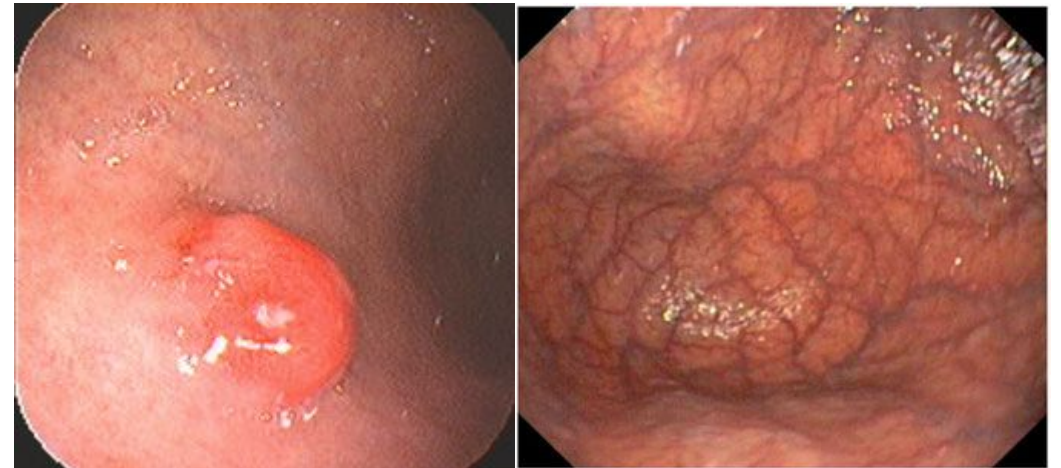
Gastrin: 17 ↑
Pepsinogen: I ↓
Pepsinogen II: normal
Autoantibodies to intrinsic factor
Autoantibodies to parietal cells

Pathology

Corpus restricted Gastritis (different stages)

Neoplastic risk

Gastric Cancer: ↑ according to gastritis stage
Carcinoid: ↑ according to oxyntic atrophy score



OR(ADK GASTRIQUE):2,18
OR(TNE: tm carcinoide): 11,4

[Ann Gastroenterol](#). 2019 Jan-Feb; 32(1): 67-72.

Lésions précancéreuses : Gastrite autoim

- FOGD :au moment du diagnostic
- 1^{ère} surveillance dans les 3 ans : Risque maximal de cancer gastrique
- Intervalle de surveillance : 3-5 ans ?!

RECOMMENDATION

19 Patients with autoimmune gastritis may benefit from endoscopic follow-up every 3 – 5 years.

Low quality evidence, weak recommendation (82% agree [76% strongly or moderately agree]).

Lésions précancéreuses rôle de l'éradication *H.pylori*

- @ Améliore **la gastrite et la gastrite atrophique**
- @ Réduit le risque de CG en présence ou non de gastrite atrophique
- @ Pas d'amélioration de MI mais réduction globale du risque de cancer gastrique (peut être à long terme >10 ans !)
- @ Réduit le **risque de cancer métachrone** après résection endoscopique de néoplasie superficielle (14 % versus 7%),

Gastroenterology 2018;155:67–75

Pimentel-Nunes Pedro et al. MAPS II ... Endoscopy 2019; 51

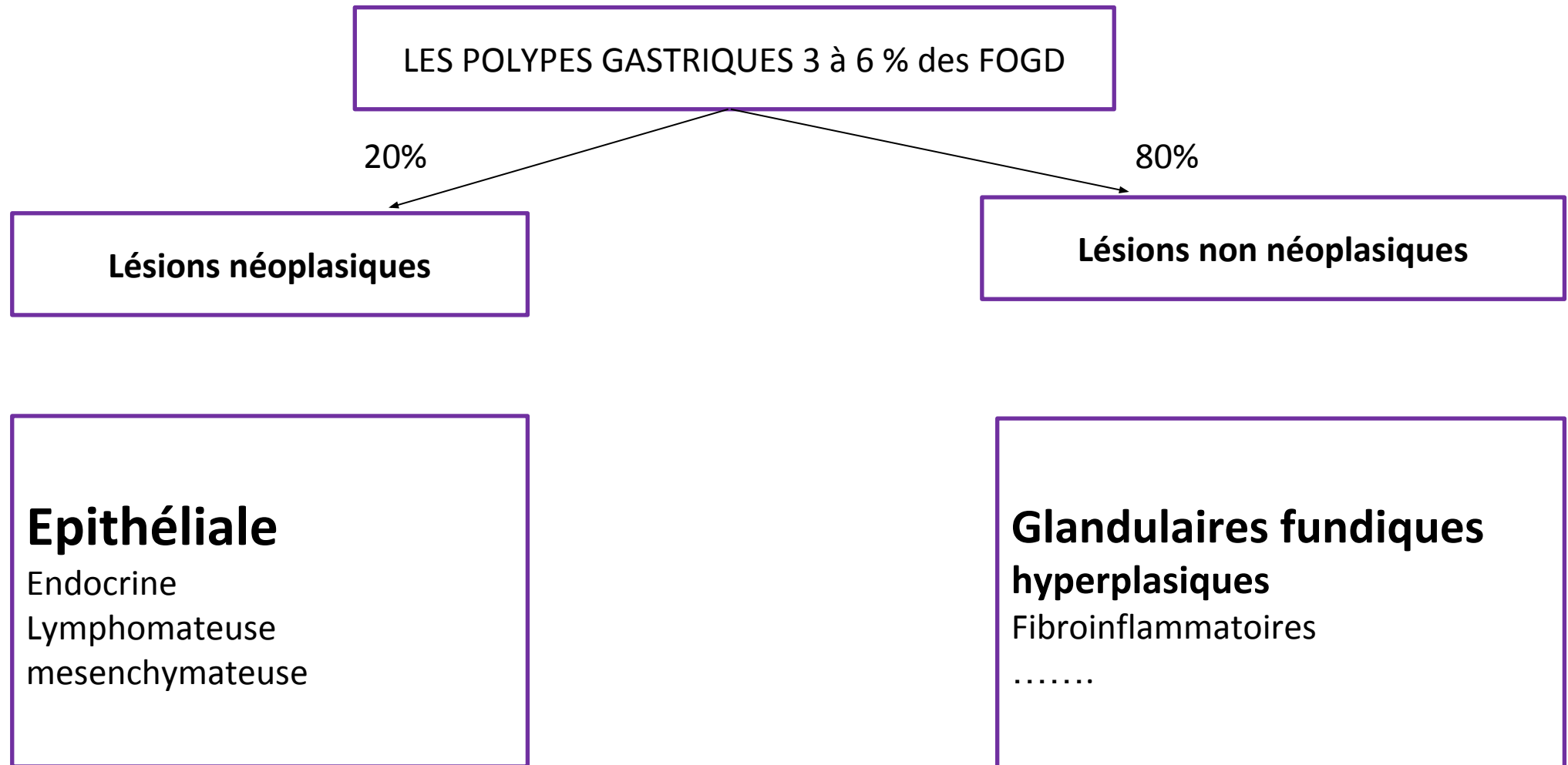
Quelles lésions précancéreuses

- Lésions microscopiques : les gastrites HP et auto-immunes
- **Lésions macroscopiques : les lésions polypes**
- Les anomalies anatomiques

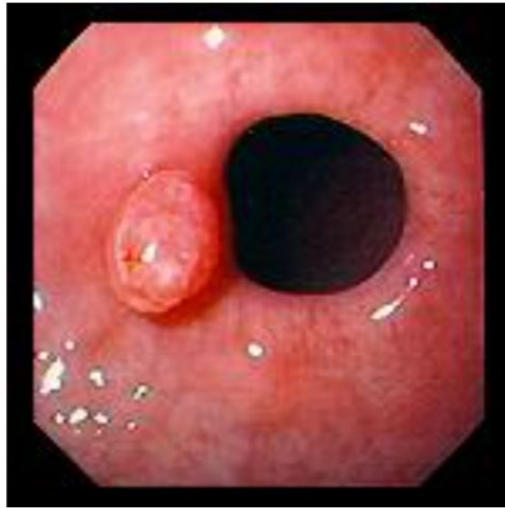
Les polypes gastriques : Circonstances de découverte classification

- **Incidentalome : 6% des FOGD**
- Type histologique selon les pays
 - *Pays à faible prévalence HP* et forte consommation IPP: polypes glandulaires fund
 - *Pays à forte prévalence HP* : polypes adénomateux et hyperplasiques

Les polypes gastriques : Circonstances de découverte et classification



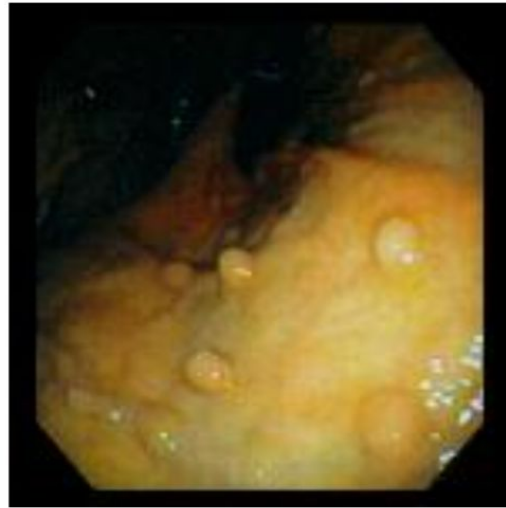
Les polypes gastriques : Circonstances de découverte et classification



Hyperplasique

R cancer

↓
3%



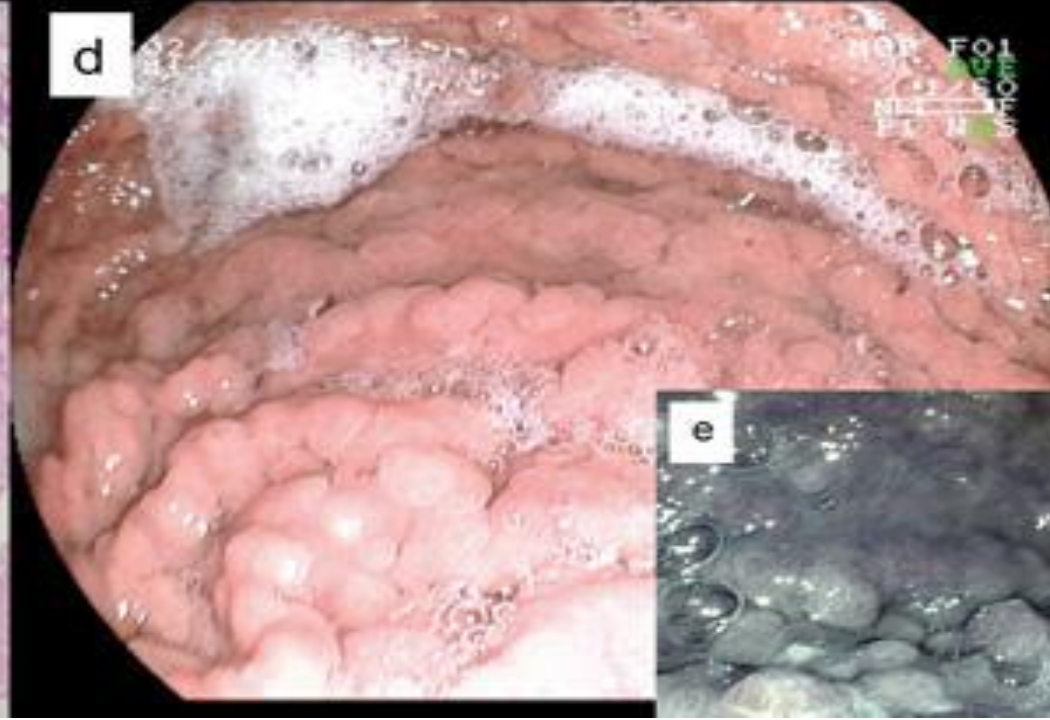
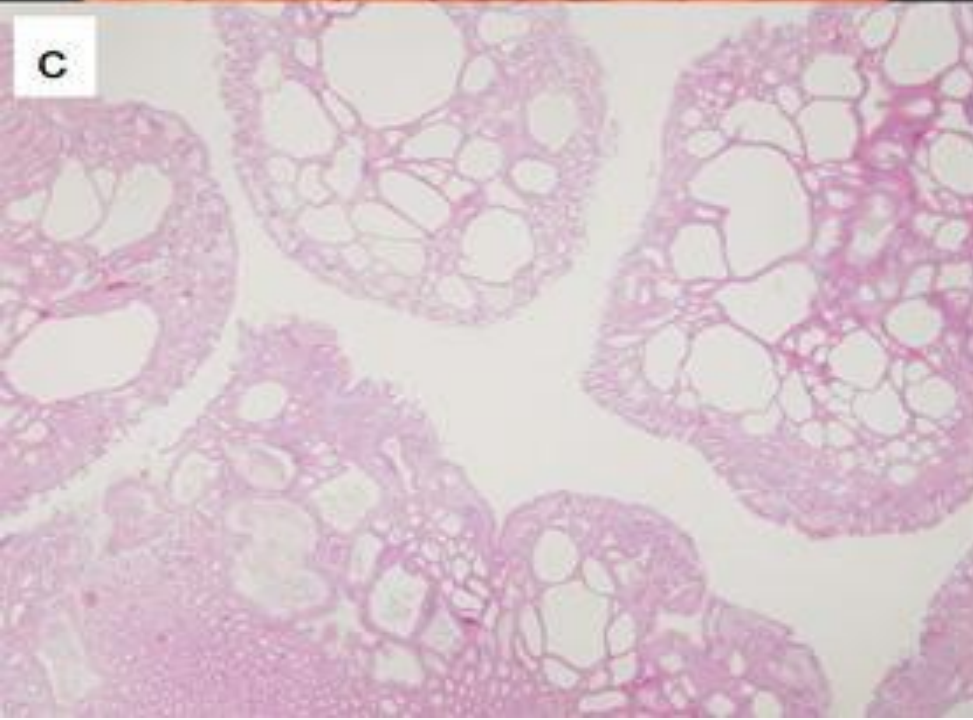
Adénomateux
(PAF)

↓
5 - 50%



Glandulo-kystique

↓
~0%



**Les polypes
glandulo kystiques**

Les polypes glandulo kystiques : CAT

- Arrêt des **IPP** et relais par les anti H2
- Si polypose diffuse coloscopie totale à la recherche de PAF
- **Pas de surveillance recommandée si pas de PAF**
- **Si PAF**
 - Surveillance des PGK de moins de 1 cm
 - Resection des PGK de plus de 1 cm

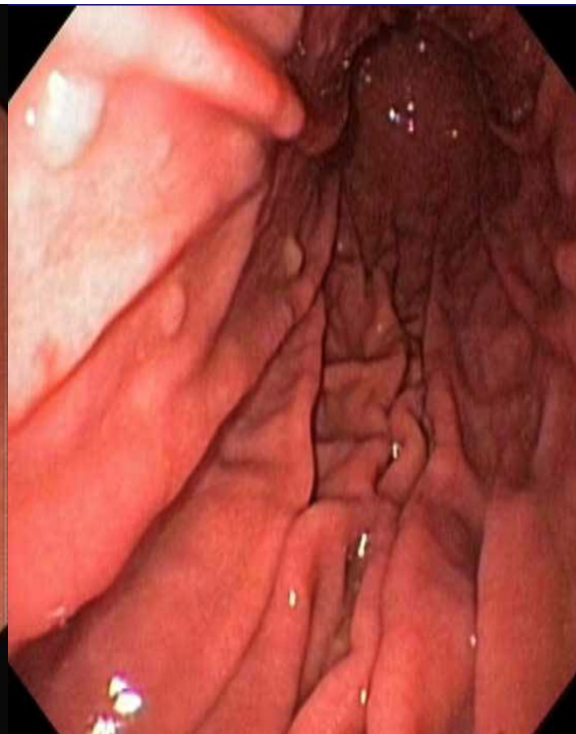
HEPATO-GASTRO et Oncologie digestive vol. 25 n8 1, janvier 2018

ASGE GUIDELINES GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 82, No. 1 : 2015

Les polypes gastriques hyperplasiques

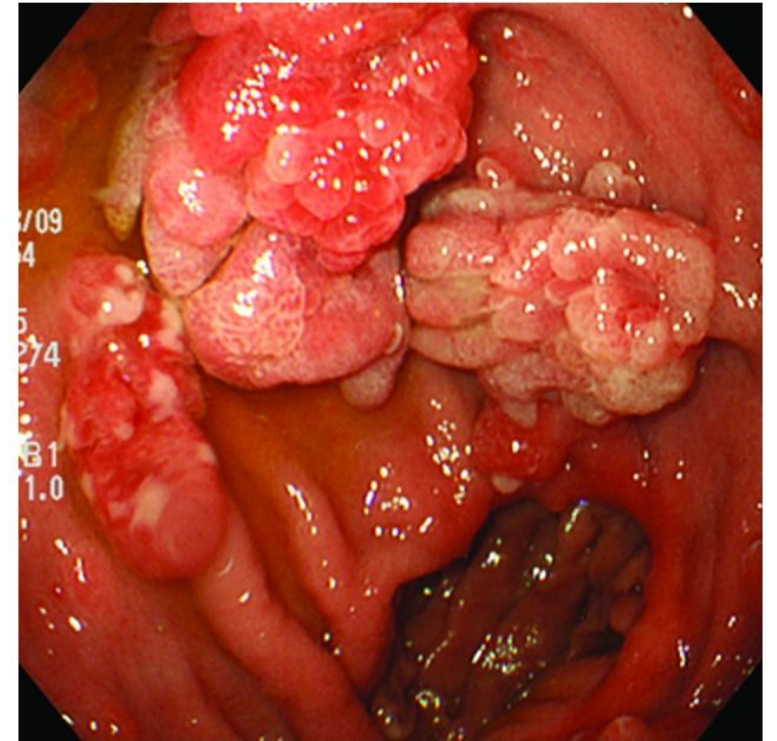


17% des lésions reséquées en endoscopie haute



Risque néoplasique rare moins de 6 %

- Polypes de plus de 2 cm
- Polype pédonculé et ulcéré

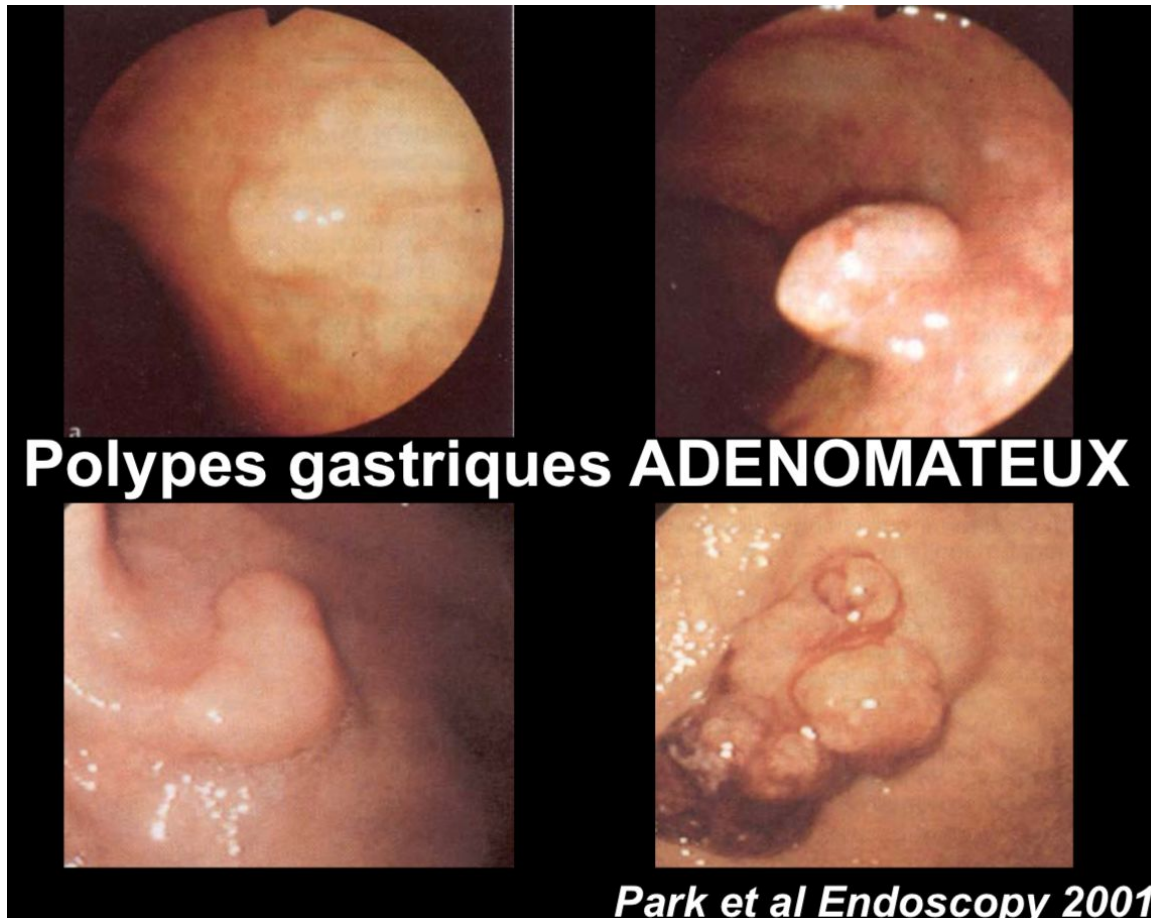


Aspect en grappe pédonculé

Les polypes gastriques Hyperplasiques :

- Biopsies polypes et muqueuse gastrique adjacente++++
- Recherche infection a *Helicobacter pylori* et son éradication
- **Résection systématique des polypes de plus de 5 mm** ou si dysplasie à la biopsie
- Résection sur plusieurs séances si multiples
- Surveillance
 - **Aucune** Si pas de lésions de gastrite de MI ou de Dysplasie
 - **Surveillance adapté** si gastrite atrophique , MI selon **OLGA OLGIM**

Les Polypes adénomateux gastriques



- 6 à 10% des polypes gastriques
- Souvent GAC : biopsie gastrique systématique
- **Risque de malignité ++**
- DHG risque EGC à proximité de 8 à 58%+++

Les Polypes adénomateux gastriques :

- Caractérisation endoscopique des polypes
 - HD –CE, idéalement pi pattern
 - avec biopsie de la muqueuse gastrique , staging OLGA OLGIM
- Recherche H.pylori et son éradication
- Résection de tous les polypes suspects d'être adénomateux quelque soit
- Surveillance
 - **Faible risqué** FOGD à 1 an puis /3-5 ans
 - **Haut risque** [OLGA –OLGIM III-IV, resection incomplete , DHG....] à 6 mois puis /3

1. Gastric polyps : a review of clinical, endoscopic, and histopathologic features and management decisions. Gas- troenterol Hepatol 2013 ; 9 : 640-51.
2. Prevention du cancer gastrique SFED 2012
3. HEPATO-GASTRO et Oncologie digestive vol. 25 n8 1, janvier 2018
4. ASGE GUIDELINES GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 82, No. 1 : 2015

Les polypes gastriques : réséquer d'emblée ou premier?

Variable	LGD on forceps biopsy cases (%)	
Endoscopically-resected specimens	Gastritis*	5 (2.0)
	LGD*	151 (60.2)
	HGD [†]	56 (22.3)
	Carcinoma [†]	39 (15.5)
	CIS	11
	WD	27
	MD	1
	Total	251

La biopsie ne dispense pas de la résection !

1. Gut Liver. 2011 Jun; 5(2): 187–193.

2. Discrepancy between endoscopic forceps biopsy and endoscopic resection in gastric epithelial neoplasia. Surg Endosc 2014; 28: 1256 – 1262

3. How commonly is the diagnosis of gastric low grade dysplasia upgraded following endoscopic resection? A meta-analysis PLoS One 2015; 10: e0132699

Quelles lésions précancéreuses

- Lésions microscopiques : les gastrites HP et auto-immunes
- Lésions macroscopiques : les lésions polypoides
- **Les anomalies anatomiques**

Les anomalies anatomiques

- Gastrectomie :
 - Pour ulcère :
 - Risque faible , long terme (plus 20 ans)
 - Situation plus rare avec les IPP
 - Pas de recommandations!
 - Pour cancer :
 - Risque à 10 ans : 6%
 - Surveillance tous les 2-3 ans

Take home messages

- **La prévention du cancer gastrique**
 - **Amélioration de la qualité de la FOGD**
 - **Caractérisation des lésions WLE HD avec chromoendoscopie**
 - **Résection systématique des polypes adénomateux**
 - **Surveillance adéquate**

Merci pour votre patience