

Septembre 2005

## RECOMMANDATIONS DE LA



## DE LA PRATIQUE DES BIOPSIES ŒSOGASTRO- DUODÉNALES

**Frédéric PRAT,**

Jean-Pierre ARPURT, Jean BOYER,  
Christian BOUSTIÈRE, Jean-Marc CANARD,  
Jean CASSIGNEUL, Pierre-Adrien DALBIÈS,  
Jean ESCOURROU, Gérard GAY,  
René LAUGIER, Jean-Christophe LETARD,  
Bertrand NAPOLÉON, Laurent PALAZZO,  
Thierry PONCHON, Bruno RICHARD-  
MOLARD, Denis SAUTEREAU,  
Gilbert TUCAT, Bruno VÉDRENNE.

# INTRODUCTION

Selon l'enquête annuelle « 2 jours d'endoscopie en France » de 2003, 1,1 million d'endoscopies œsogastroduodénales sont faites chaque année, dont 70 % révèlent une anomalie. Cependant, les anomalies observées ne donnent lieu à des biopsies que dans 15 % des lésions œsophagiennes, contre 95 % des lésions gastriques et 84 % des lésions duodénales.

La pratique de biopsies de la muqueuse digestive est une composante primordiale de l'exploration endoscopique œsogastroduodénale, et confère à l'endoscopie son caractère exclusif de méthode permettant à la fois un examen macroscopique et une analyse histopathologique. Les biopsies sont essentielles lorsque l'aspect endoscopique d'une lésion de la muqueuse est insuffisant pour porter un diagnostic précis et complet, et lorsqu'un tel diagnostic a des conséquences pratiques en matière de traitement ou de surveillance.

La pratique des biopsies est un geste peu risqué mais dont le coût n'est pas négligeable. Il est donc justifié d'encadrer cette pratique de recommandations en termes d'indications et de critères de qualité.

## I. TECHNIQUE DES BIOPSIES

**Les biopsies de la muqueuse digestive sont faites avec des pinces à usage unique**, en application de la décision du 18 juin 2001 portant interdiction de réutilisation des pinces à biopsie endoscopique digestive (AFSSAPS, JO du 30/06/2001). L'utilisation de pinces à larges mors est préférable aux pinces de petite taille, en raison de la taille des prélèvements qui permet une analyse histologique de meilleure qualité. L'intérêt des pinces permettant des biopsies multiples en un seul passage n'est pas établi. Différents procédés technologiques existent sur le marché. Le principe classique des pinces réutilisables était le pantographe. La généralisation de l'usage unique a fait reculer ce principe au profit de procédés techniquement plus simples et moins coûteux. Le prélèvement biopsique doit être précisément dirigé. Il doit idéalement être effectué de façon perpendiculaire à la muqueuse. Lorsque l'incidence de la pince est particulièrement tangentielle, comme c'est le cas dans l'œsophage, l'application de la pince à peine sortie du canal opérateur de l'endoscope associée à une aspiration de la muqueuse permet une biopsie de bonne qualité. La présence d'une aide opératoire est nécessaire lors de la réalisation des biopsies, la pince étant actionnée par cette aide. La méthode de recueil des prélèvements n'est pas codifiée, mais il est recommandable de recueillir les fragments tissulaires dans les cuillers de la pince à l'aide d'une pince métallique fine (précelles ou pince à coaguler) ; l'utilisation d'une aiguille, source de contamination par piqûre accidentelle, doit être proscrite. Les prélèvements doivent être immédiatement placés dans un pot contenant un fixateur, généralement fourni par le laboratoire d'anatomie pathologique. Il faut préférer le formol dilué et coloré au liquide de Bouin, qui dénature les acides nucléiques. Le pot doit être immédiatement étiqueté. En cas de prélèvements sur des sites anatomiques différents, chaque pot est clairement identifié par un numéro. On peut aussi indiquer le numéro des biopsies sur le compte-rendu endoscopique qui sera joint à la demande d'examen anatomo-pathologique. Dès la fin de l'endoscopie, l'opérateur remplit une demande d'examen anatomo-pathologique précise en indiquant au minimum le site des

prélèvements (avec report des numéros de pots en cas de sites multiples), le motif de l'endoscopie et l'aspect macroscopique.

## II. CONTRE-INDICATIONS

Les lésions vasculaires (varices œsogastriques, angiodysplasties et angiomes) ne doivent pas être biopsiées.

En cas d'hémorragie digestive, la lésion hémorragique ne doit pas être biopsiée. Des biopsies à distance du site hémorragique peuvent être faites si la numération plaquettaire et le bilan de coagulation sont connus et le permettent.

## III. RECOMMANDATIONS

### a. Biopsies œsophagiennes

**Les indications formelles des biopsies œsophagiennes sont :**

**1.** Toute anomalie de relief ou de coloration de la muqueuse de l'œsophage entre la bouche œsophagienne et la jonction muqueuse (ligne Z) chez les sujets à **risque de cancer épidermoïde** de l'œsophage (incidence annuelle de 15 cas pour 100 000 habitants) ; il s'agit des patients ayant :

- un antécédent personnel de cancer des voies aéro-digestives supérieures ;
- un syndrome de Plummer-Vinson (anémie hypochrome hyposidérémique et sténose annulaire du 1/3 supérieur de l'œsophage) ;
- un antécédent d'ingestion de caustique, lorsque cet antécédent est lointain (> 15 ans) et surtout s'il s'accompagne d'une sténose œsophagienne, symptomatique ou non.

Chez ces patients, la recherche d'anomalies peut être facilitée par la chromoendoscopie au lugol à 1 %, seules les zones iodonegatives étant alors biopsiées.

**2.** L'endobrachyœsophage (muqueuse de Barrett). Son incidence serait de 0,2 à 3 % de la population générale adulte ; sa fréquence est de 8 à 20 % au cours des endoscopies hautes pour RGO. Les biopsies répondent à un protocole précis :

- 1 biopsie par quadrant tous les 2 cm de hauteur, pots séparés + schéma cartographique.

(ex : EBO de 10 cm de hauteur = 20 biopsies).

Il n'y a pas à l'heure actuelle de technique validée permettant de cibler précisément les biopsies sur les zones à risque de dysplasie.

L'indication de biopsies systématiques de la jonction muqueuse en cas de RGO sans anomalie endoscopique, à la recherche d'une métaplasie intestinale de la jonction, est discutée. Il n'y a pas lieu à l'heure actuelle de recommander la systématisation de cette pratique.

Les recommandations actuelles de surveillance sont basées sur la longueur de l'EBO mesurée par endoscopie et sur l'analyse histologique des biopsies per-endoscopiques :

EBO court ou languette sans dysplasie	Pas de surveillance
EBO long sans dysplasie	Tous les 2 à 3 ans
Dysplasie de bas grade	Tous les 6 mois pendant 1 an, puis annuelle
Dysplasie de haut grade (biopsies tous les cm)	Chirurgie ou mucosectomie après confirmation par une nouvelle endoscopie après 2 mois de traitement par IPP à double dose.

**Il est également admis qu'il convient de biopsier :**

- toute lésion tumorale intéressant la muqueuse de l'œsophage (ex : papillome) ;
- toute lésion muqueuse de nature incertaine (surtout chez l'immunodéprimé) ;
- toute ulcération œsophagienne, en muqueuse malpighienne comme en muqueuse glandulaire.

**3. Et qu'il convient de ne pas biopsier :**

- les tumeurs sous-muqueuses ;
- les lésions vasculaires ;
- les lésions peptiques aiguës, mais refaire une endoscopie haute après traitement par IPP en cas de doute diagnostique (languettes sus-cardiales).

**Les indications en évaluation ou ne faisant pas l'objet d'un consensus**

- Diagnostic du carcinome épidermoïde chez les sujets à risque : Les patients ayant une intoxication alcoolo-tabagique et/ou une hépatopathie alcoolique médicalement connue et suivie peuvent bénéficier d'une endoscopie haute avec biopsies ciblées.
- Les biopsies systématiques de la jonction muqueuse (ligne Z) en cas de RGO : l'intérêt serait de dépister la métaplasie intestinale du cardia, équivalent d'un EBO court sans traduction endoscopique manifeste. Cette indication n'est pas validée à l'heure actuelle car l'estimation du risque évolutif de cette métaplasie intestinale du cardia reste controversée.

**b. Biopsies gastriques**

**Les indications formelles des biopsies gastriques sont :**

- Toute lésion tumorale intéressant la muqueuse gastrique ; les biopsies de la tumeur doivent être associées à des biopsies de la muqueuse environnante afin de ne pas méconnaître des secteurs de dysplasie avoisinants.
- Tout ulcère gastrique solitaire : le protocole de biopsies doit comprendre au minimum **8 à 10 biopsies**, portant sur le fond et surtout sur les berges de l'ulcère, réparties sur tout le pourtour de la lésion.
- L'ulcère peptique duodénal ; des biopsies antrales au minimum (2 biopsies) ou mieux antrales et fundiques (4 biopsies) sont nécessaires pour diagnostiquer une infection par *Helicobacter pylori*, sauf si la preuve de l'infestation a déjà été faite par une autre méthode (sérologie ou breath-test).
- Les gastrites à gros plis, dans tous les cas. Il est alors souhaitable de réaliser soit des biopsies multiples en profondeur en

répétant le prélèvement au même endroit, soit de réaliser une macro-biopsie d'un pli à l'anse diathermique.

### **Les contre-indications aux biopsies de la muqueuse de l'estomac sont :**

1. Les lésions hémorragiques dans un contexte d'hémorragie aiguë (une endoscopie de contrôle est alors programmée à distance de l'épisode aigu).
2. Les lésions vasculaires.

### **Les indications en évaluation ou ne faisant pas l'objet d'un consensus**

1. Lésions pré-cancéreuses de l'estomac

On peut distinguer 3 types de situations augmentant le risque de lésions pré-cancéreuses de l'estomac :

- a. celles pour lesquelles une association est certaine et où l'intérêt d'une surveillance endoscopique a été suggéré par plusieurs études :
  - dysplasie ;
  - polypose adénomateuse familiale ;
  - adénomes ;
- b. celles pour lesquelles une association est également certaine mais pour lesquelles la fréquence de la maladie ou le niveau de risque rendent le rapport coût-efficacité de la surveillance discutable :
  - gastrite chronique atrophique ;
  - infection à *Helicobacter pylori* ;
  - métaplasie intestinale ;
  - syndrome HNPCC (Lynch II) ;
- c. enfin celles pour lesquelles le risque, s'il est probable, est estimé insuffisant pour justifier une surveillance systématique :
  - antécédent de gastrectomie > 20 ans ;
  - anémie de Biermer.

Dans tous les cas, il n'existe pas de consensus sur la périodicité optimale de la surveillance.

Cependant :

- 1) En cas de découverte, lors de biopsies gastriques, de lésions de **dysplasie**, un contrôle endoscopique est nécessaire pour :
  - confirmer le diagnostic ;
  - établir une cartographie des lésions par des biopsies sériées (en quadrants, aux différents niveaux de l'estomac).
- 2) En cas de polype gastrique, la règle est de faire des biopsies du polype ; un geste de résection est envisagé secondairement seulement en cas d'adénome.
- 3) Lorsque des polypes gastriques adénomateux s'inscrivent dans le cadre d'une polypose adénomateuse familiale, un contrôle endoscopique avec résection des polypes éventuels est indiqué tous les 2 ans.

### **2. Dyspepsie**

Au cours de la dyspepsie à endoscopie normale, les biopsies ont pour but principal de déceler une infestation par *Hp*. Or, le lien entre dyspepsie et *Hp* reste très incertain, et l'intérêt de son éradication pas démontré. Cependant, la place des biopsies est liée à celle de l'endoscopie au cours de la dyspepsie. En revanche, en cas d'infection prouvée par *Hp* et d'échec

d'éradication (breath-test), une endoscopie peut être indiquée pour biopsies avec mise en culture et antibiogramme.

### 3. Gastrites et gastropathies

Il n'y a pas d'accord général sur la nécessité de biopsier systématiquement les lésions de gastrite et de gastropathie. Certains auteurs recommandent cette pratique en avançant les conséquences pratiques de certains diagnostics (mais l'aspect endoscopique est parfois suffisant pour les affirmer) et l'existence de disparités de distribution de certaines gastrites (par exemple les gastrites à *Helicobacter*, gastrites lymphocytaires, auto-immunes, à éosinophiles, les gastrites de la maladie de Crohn, etc) et gastropathies (alcool, AINS, etc). Dans ce cas, le protocole biopsique applicable comporte 2 biopsies fundiques, 2 biopsies antrales et 2 biopsies en zone de transition antro-fundique.

### 4. Tumeurs sous-muqueuses

Elles ne doivent habituellement pas être biopsiées, puisque les biopsies sont toujours négatives, sauf dans les rares cas de tumeurs carcinoïdes ou à cellules ECL de l'estomac, dont les biopsies sont habituellement positives. Leur aspect endoscopique est généralement évocateur.

## c. Biopsies duodénales

### Les indications formelles des biopsies duodénales sont :

1. L'anémie par carence martiale sans cause identifiée.
2. Les carences en folates (associées à des biopsies gastriques).
3. Les autres carences nutritionnelles.
4. La diarrhée chronique isolée.
5. La dermatite herpétiforme.
6. L'évaluation de la réponse au régime sans gluten au cours de la maladie cœliaque.
7. Les cas de suspicion de certaines parasitoses lorsque l'examen parasitologique des selles est négatif (lambliaose, strongyloïdose), le prélèvement pouvant être mis sur des milieux particuliers (sérum physiologique, par exemple) pour des analyses particulières (cultures, PCR...).

### Les indications en évaluation :

1. Les lésions d'allure villeuse, en nappe.
2. Les hypertrophies caractérisées de la papille, en évitant le quadrant inférieur droit du fait du risque de pancréatite aiguë.
3. Les recherches de déficit en IgE lors d'allergie digestive.

ISBN 2-914703-18-X

EAN 9782914703185

Éditée avec le soutien de



24, rue Erlanger

75781 PARIS CEDEX 16

Téléphone : 01 44 96 13 13

[www.bipmed.com](http://www.bipmed.com)