

# ASPECTS ENDOSCOPIQUES DE LA GASTRITE À *HELICOBACTER PYLORI*

Dr Mohamed Ghanem

# Objectifs éducatifs

- Reconnaître les aspects endoscopiques d'une muqueuse gastrique normale
- Reconnaître les lésions endoscopiques élémentaires de la gastrite à *Helicobacter pylori*.
- Reconnaître et évaluer l'extension de l'atrophie glandulaire et de la métaplasie intestinale
- Intégrer **la nouvelle place** de l'endoscopie comme **alternative à l'histologie** pour la stratification du risque de cancer gastrique et la détermination des intervalles de surveillance

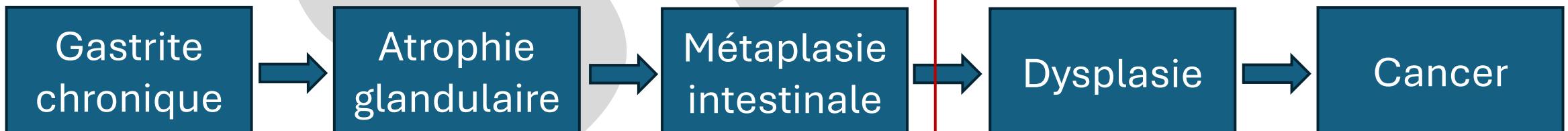
# INTRODUCTION

Infection à Helicobacter pylori : problème de santé publique

- Prévalence :



- Carcinogenèse : cascade de Correa



# INTRODUCTION

## Progrès technologiques en endoscopie

Full HD

NBI/BLI

Magnification optique

IA

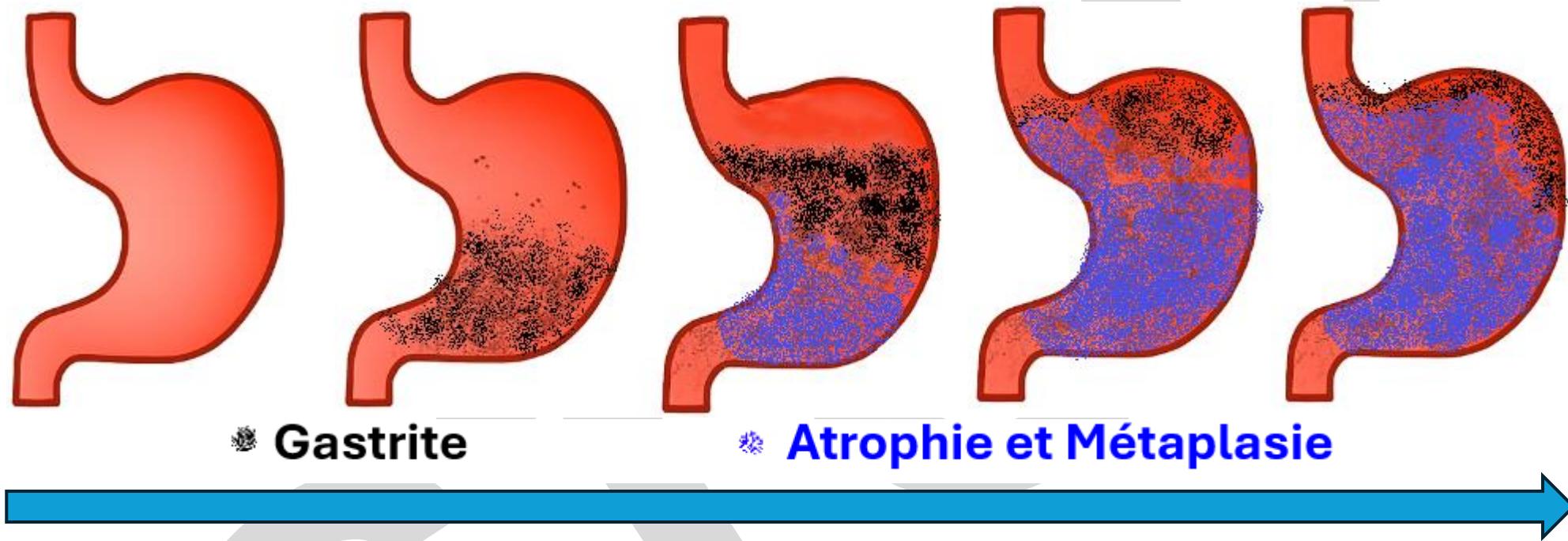
Meilleure détection et caractérisation des lésions élémentaires de la gastrite à H. pylori

Description standardisée et quantitative des lésions gastriques

Stratification du risque de cancer gastrique

**Muqueuse normale ≠ Gastrite chronique superficielle ≠ Gastrite chronique avancée**

# Histoire naturelle de la gastrite chronique à Hp



Facteurs environnementaux

- Âge
- Tabac
- Alcool
- Régime alimentaire.

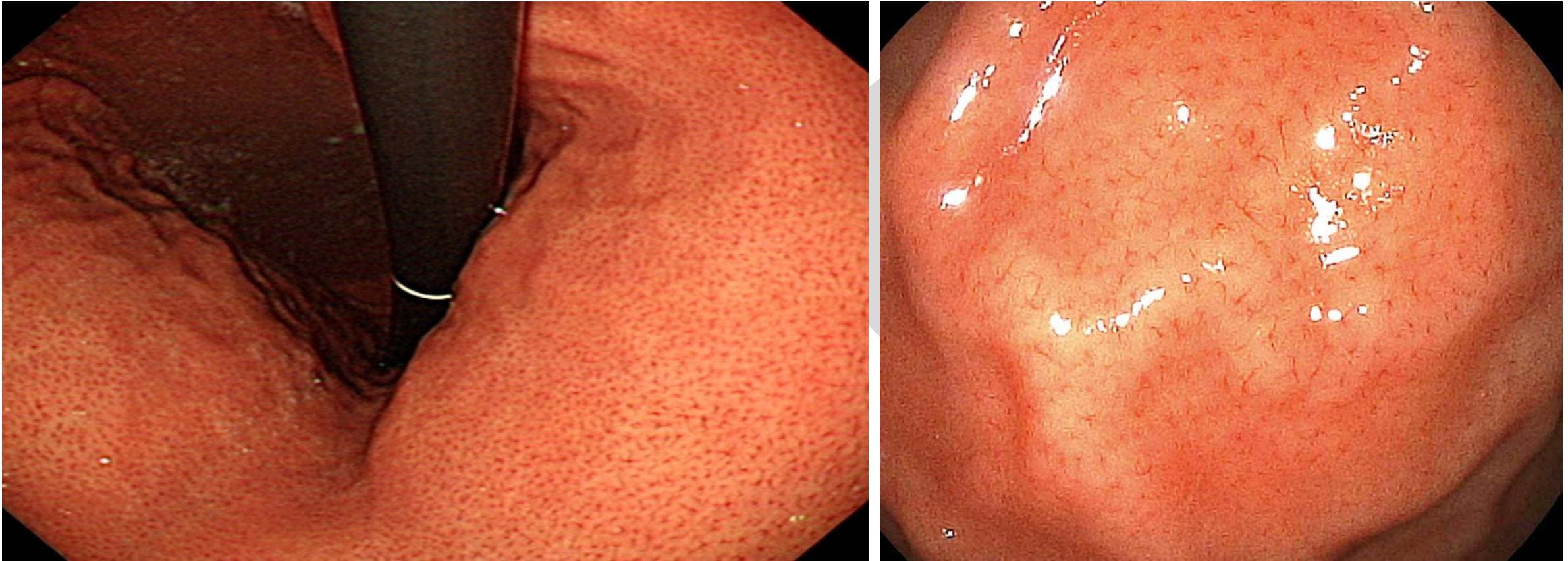
Facteurs génétiques

Facteurs bactériens

- CagA
- VacA

# Aspects endoscopiques d'une muqueuse indemne d'inflammation

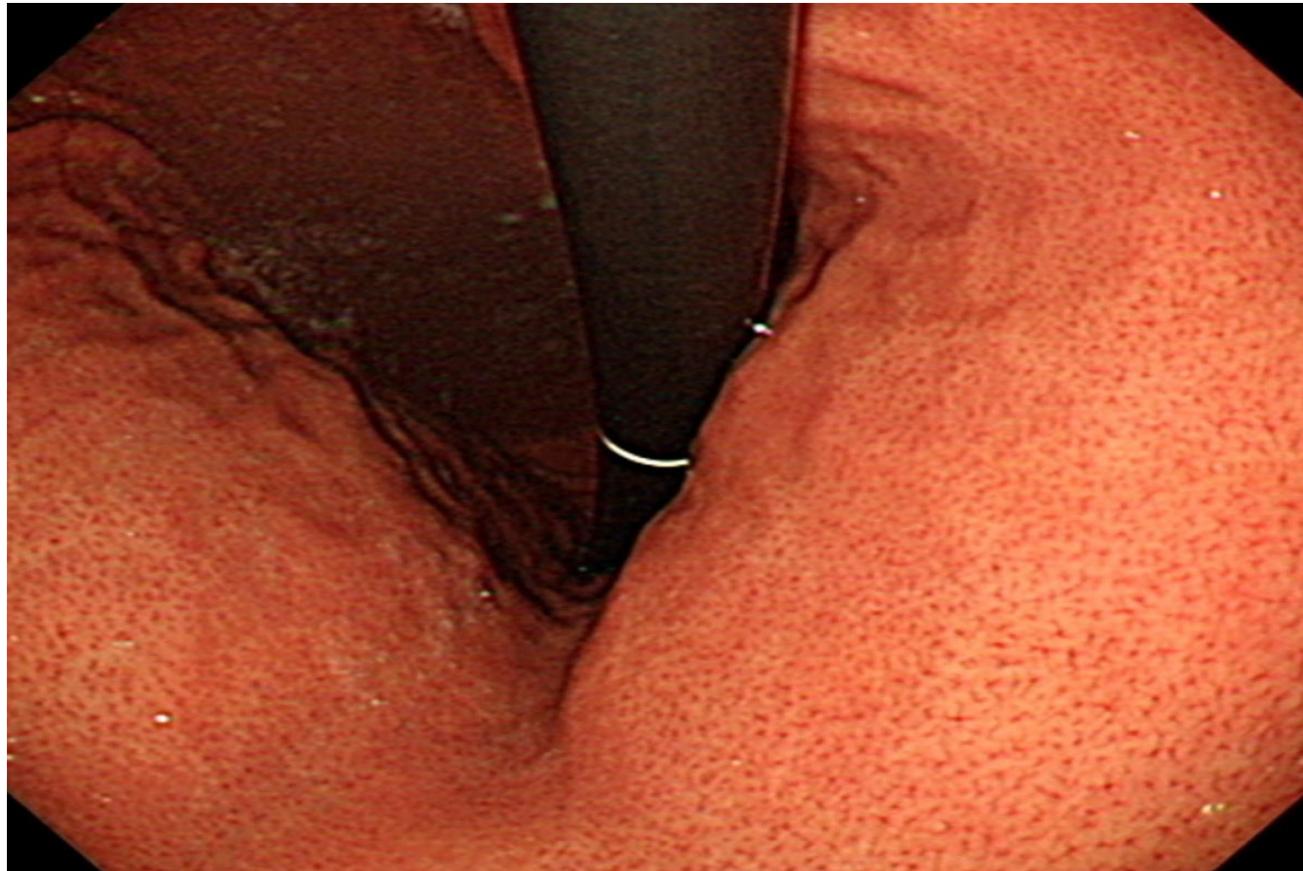
RAC: Regular Arrangement of Collecting venules



**Visibilité des** veinules collectrices sans amputation au niveau du corps → absence d'inflammation fundique → prédit l'absence d'Hp

# Aspects endoscopiques d'une muqueuse indemne d'inflammation

## RAC: Regular Arrangement of Collecting Venules



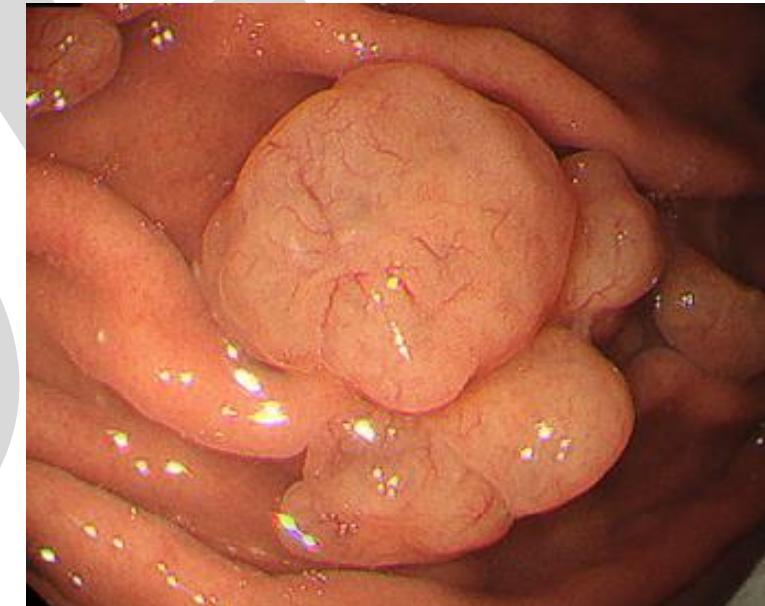
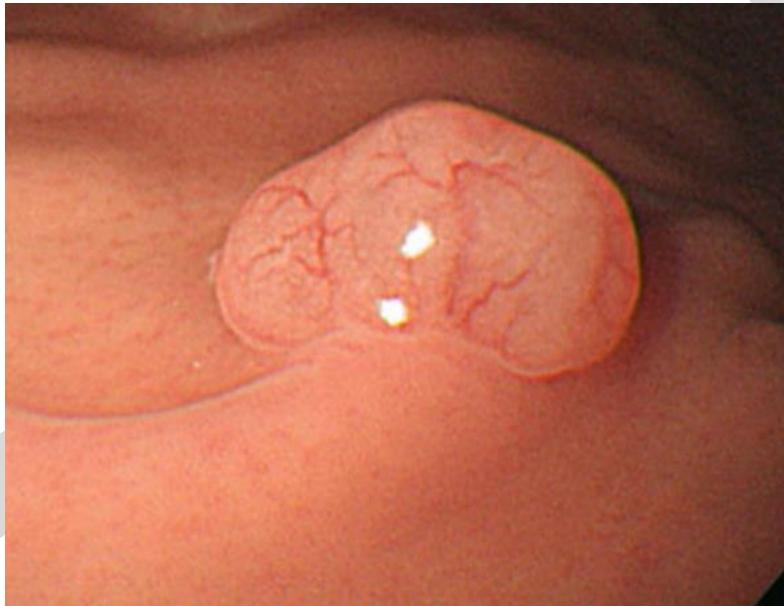
**De loin:** petits points rouges répartis uniformément dans tout le corps gastrique



**De près:** griffes d'oiseaux ; ciel étoilé

# Aspects endoscopiques d'une muqueuse indemne d'inflammation

## Polype glandulokystique sporadique

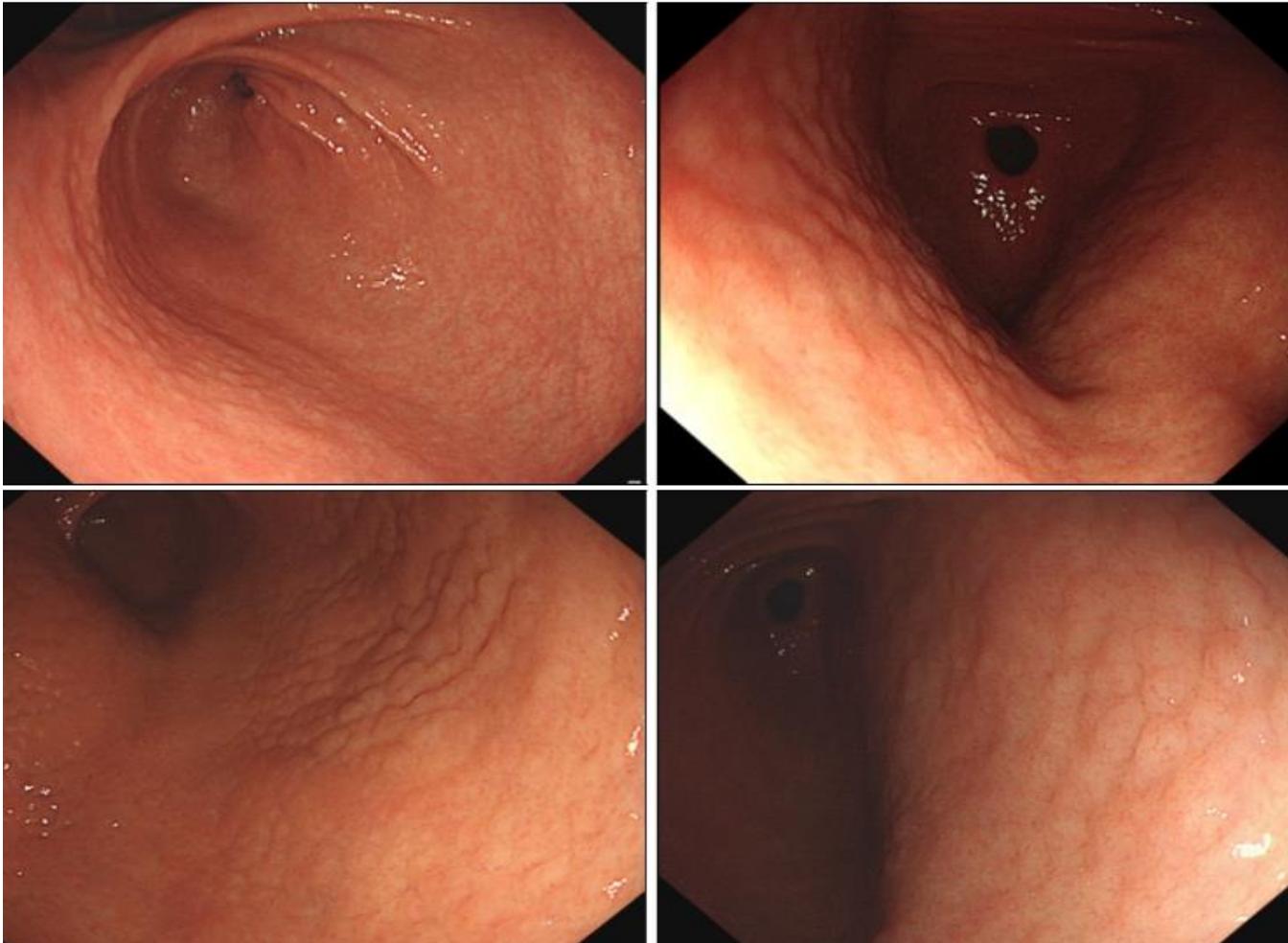


Le polype glandulokystique sporadique se développe le plus souvent sur un estomac indemne d'inflammation et d'Hp

→ Sa faible prévalence limite son intérêt

# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique superficielle

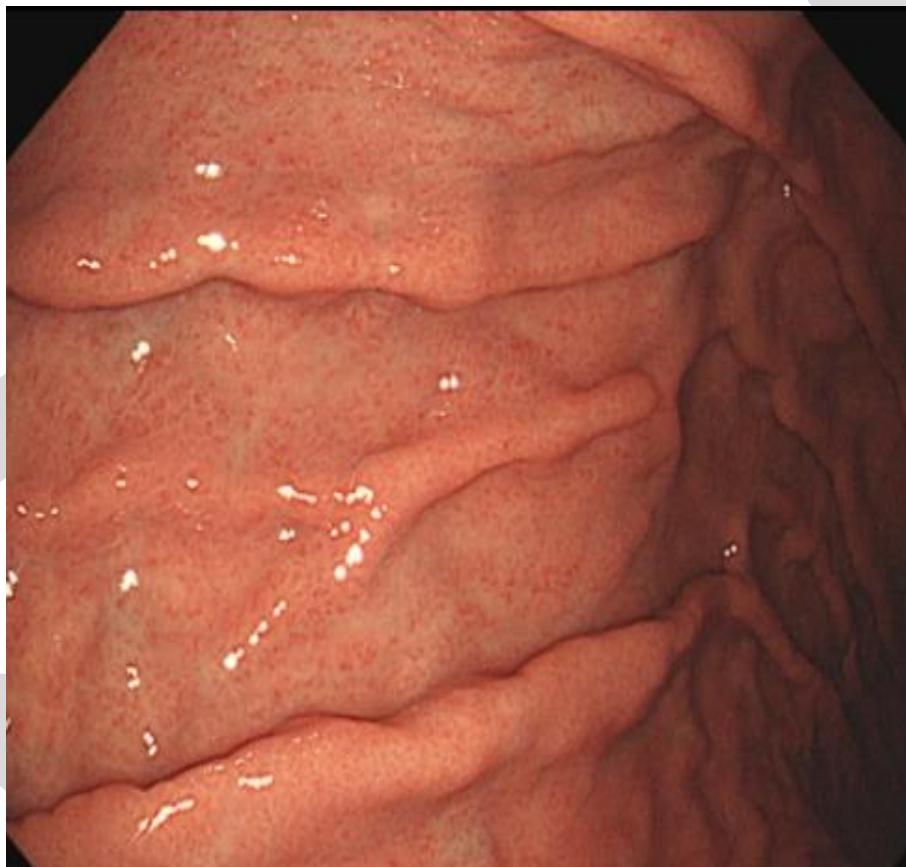
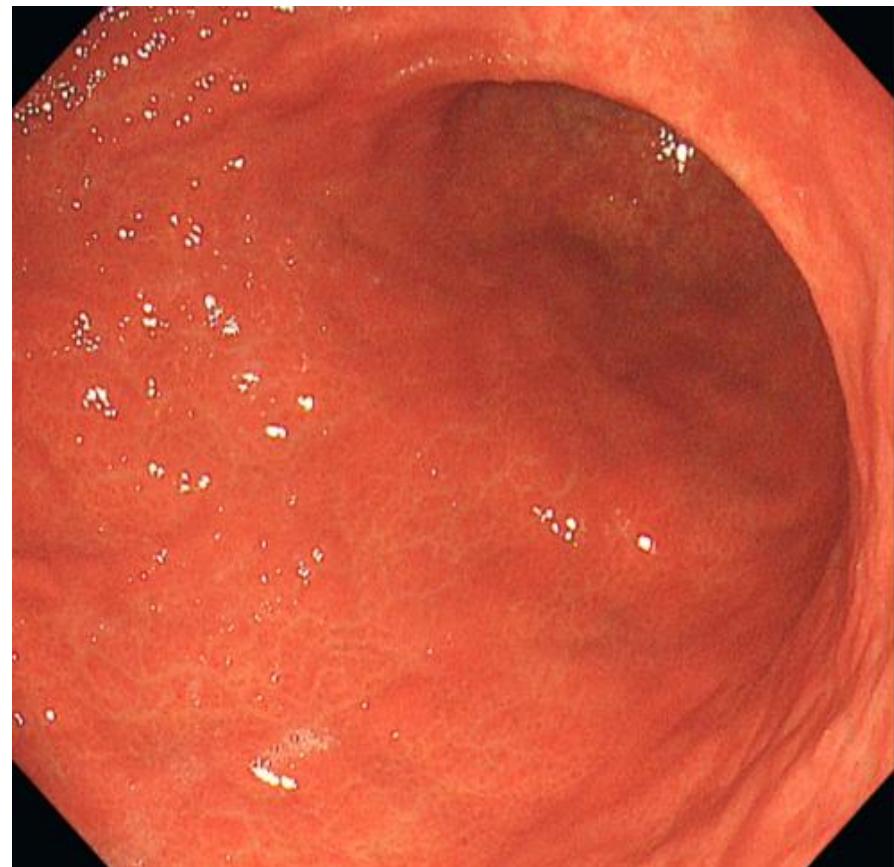
## Nodularité (micronodules)



- ✓ Granulations blanchâtres denses et uniformes (aspect en chair de poule)
- ✓ Prolifération des follicules lymphoïdes
- ✓ Antre mais peut toucher tout l'estomac

# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique superficielle

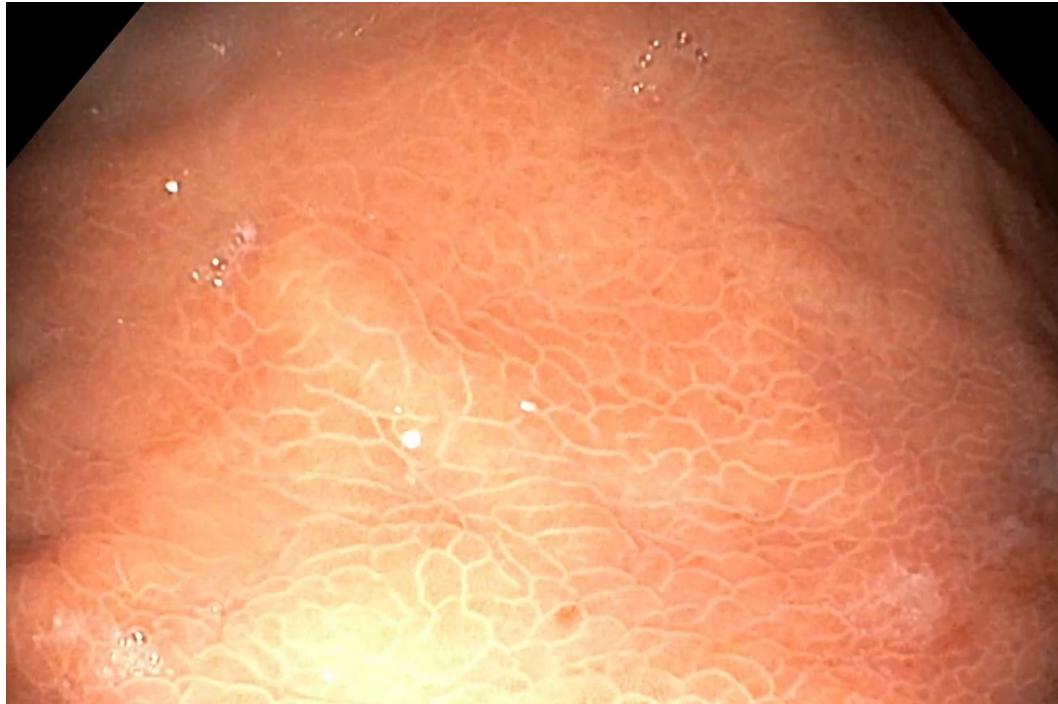
## Erythème diffus ou ponctué



- Rougeur uniforme ou ponctuée
- Responsable d'une amputation des RAC
- Mieux visible au niveau du corps
- **Signe d'activité (neutrophiles)**

# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique superficielle

## Aspect en mosaïque



Lumière blanche de loin

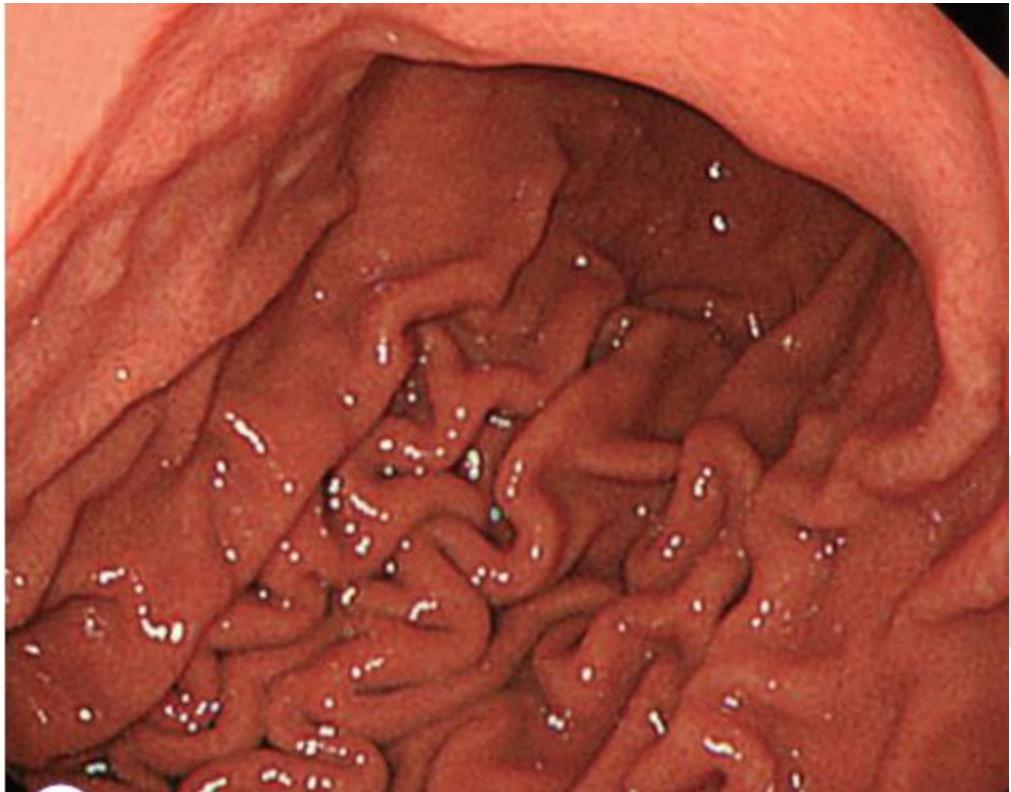
- Aspect réticulé en peau de serpent, composé de petites zones polygonales « areae gastricae » délimitées par des sillons
- Traduit l'infiltrat cellulaire et l'oedème



NBI de près

# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique superficielle

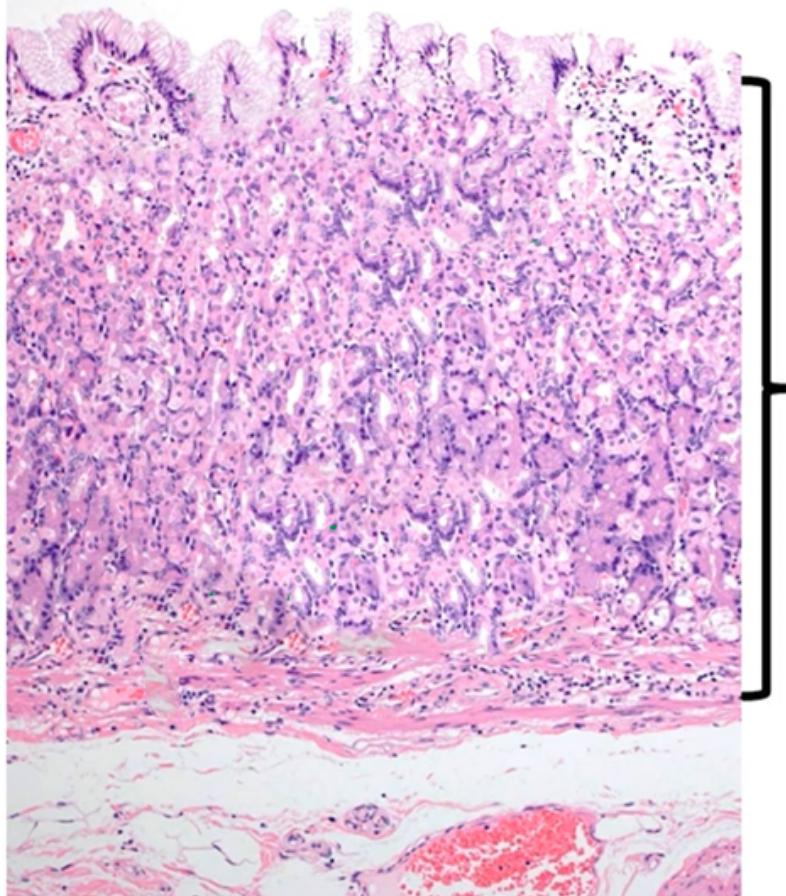
## Hypertrophie des plis fundiques



- Plis épais ( $> 5$  mm) et tortueux
- Ne s'aplatissent pas ou seulement partiellement à l'insufflation
- Infiltration cellulaire et œdème

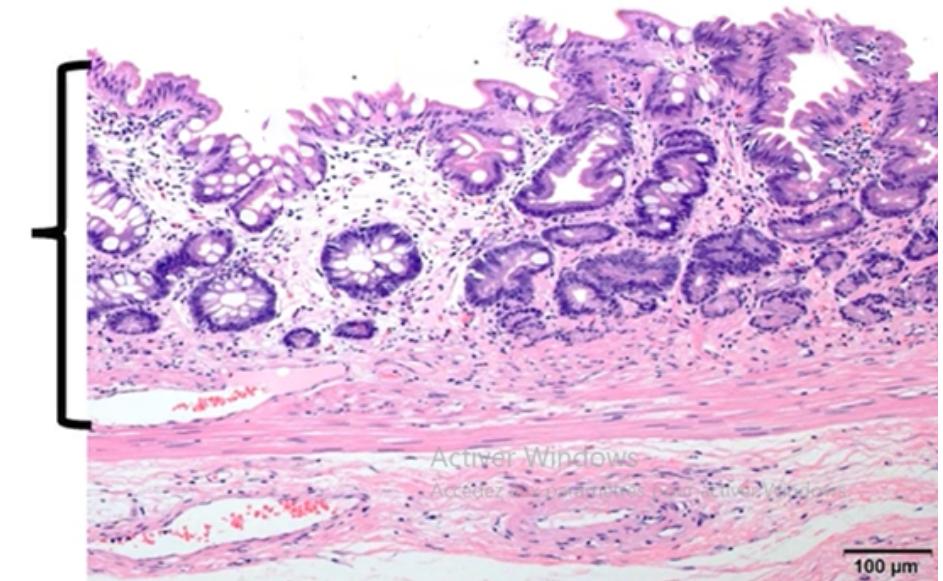
# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique avancée

## Atrophie glandulaire



Muqueuse normale

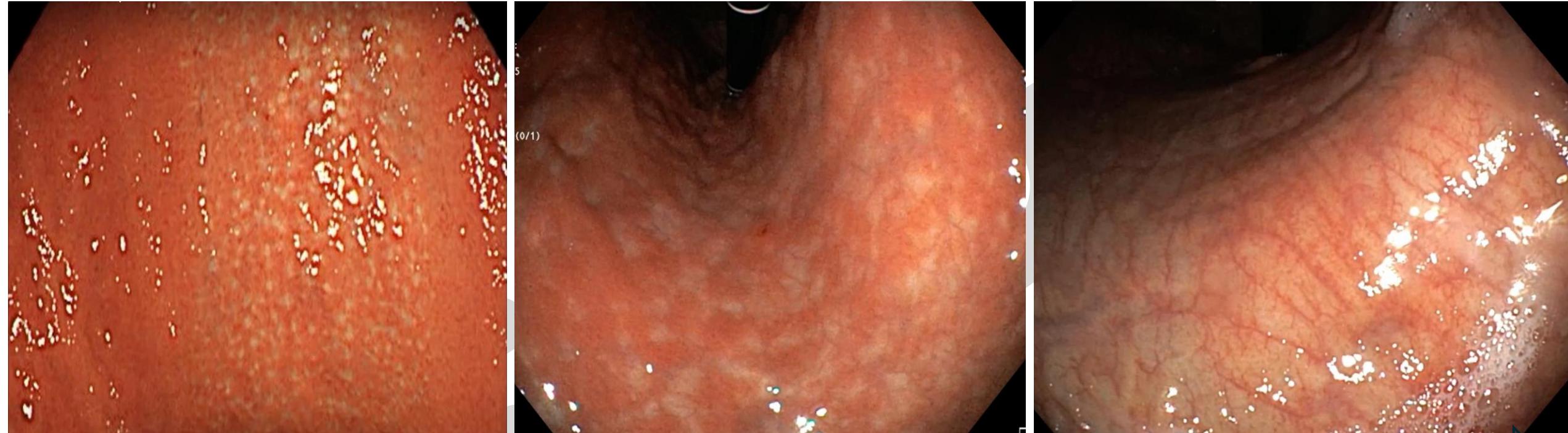
Destruction et perte progressive des glandes gastriques



Muqueuse atrophique

# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique avancée

## Comment reconnaître endoscopiquement l'atrophie



**Atrophie débutante**

Points ou stries Jaunes –  
pâles  
Moins élevés que la  
muqueuse avoisinante

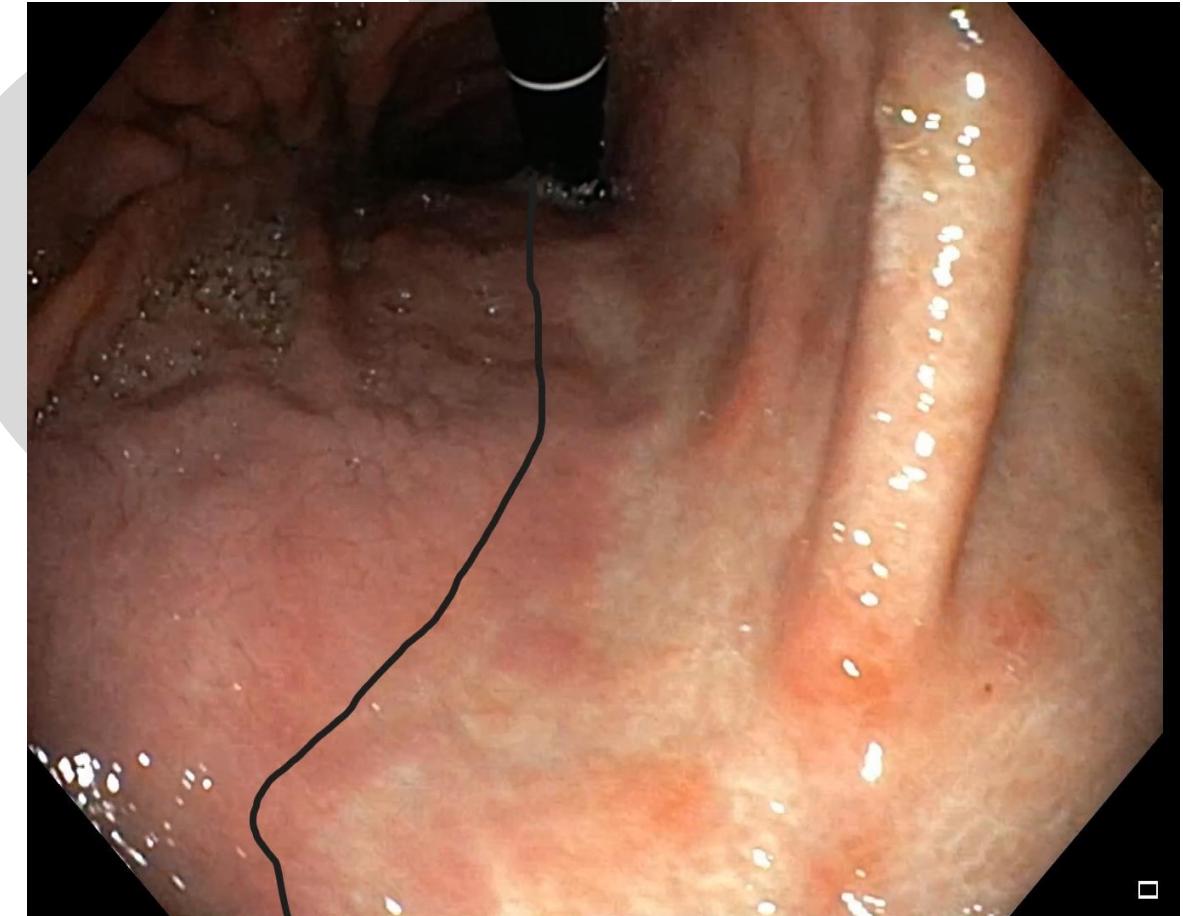
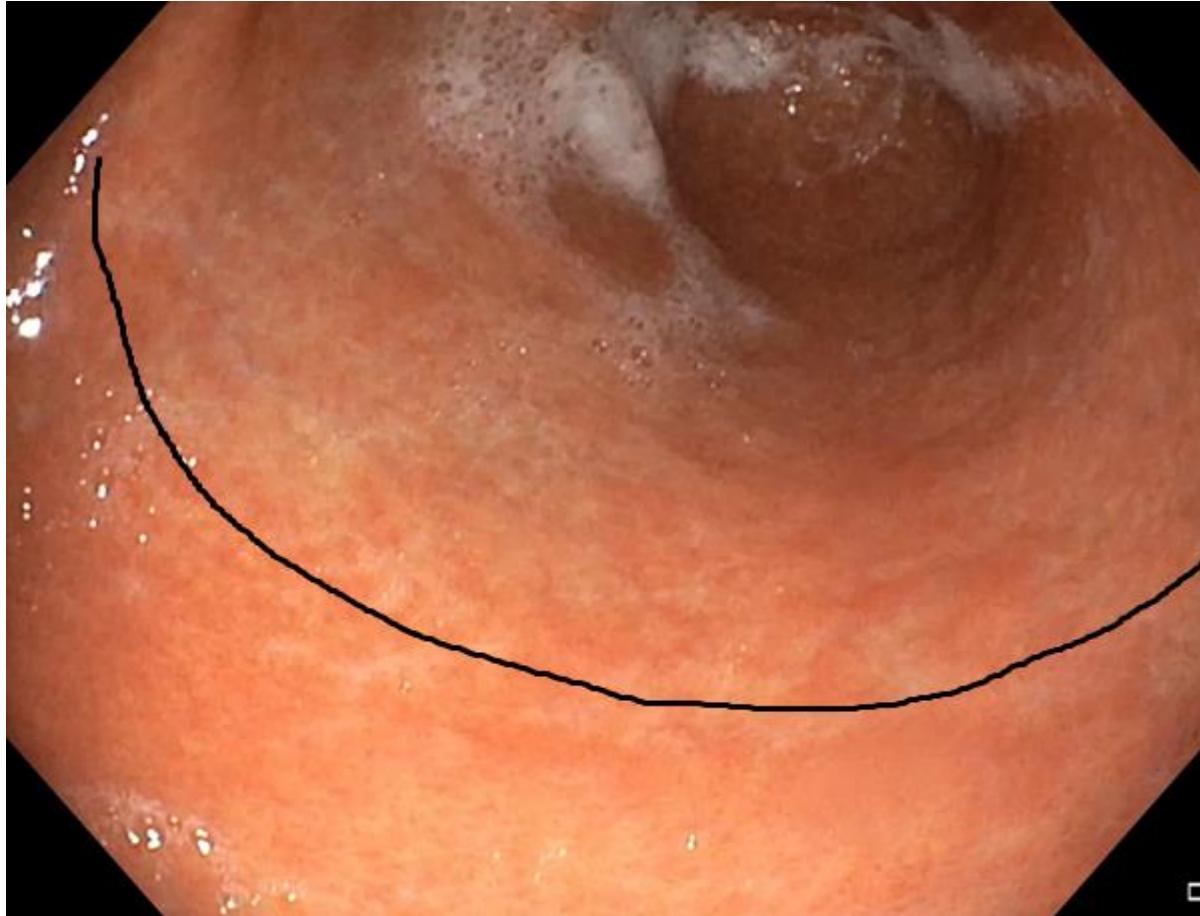
Plages Jaunes – pâles  
Moins élevées que la muqueuse  
avoisinante

**Atrophie complète**

Visibilité des vaisseaux  
sous muqueux et muqueux  
« arborescence vasculaire »

# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique avancée

Comment évaluer l'extension de l'atrophie

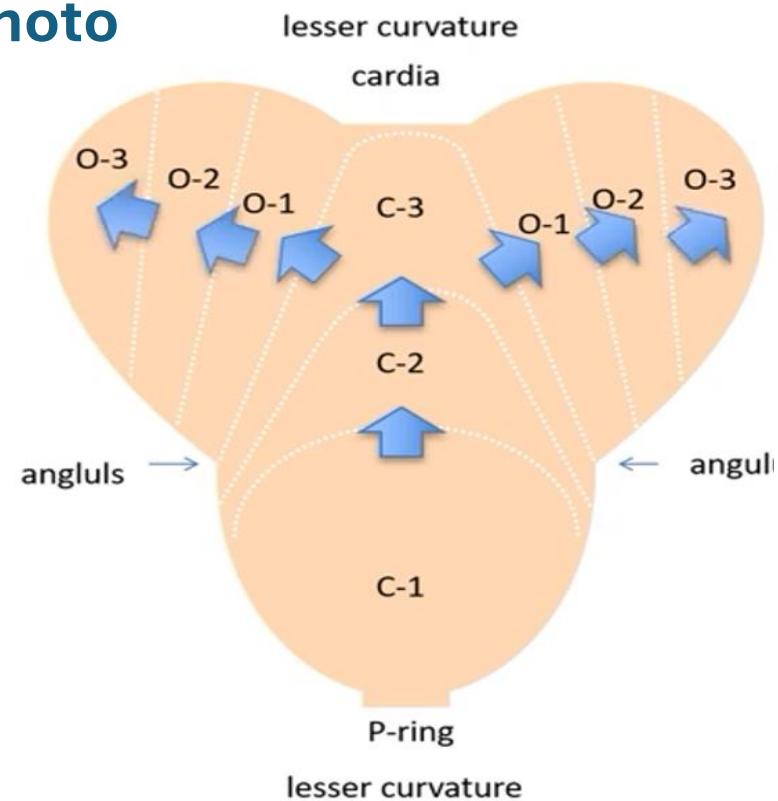
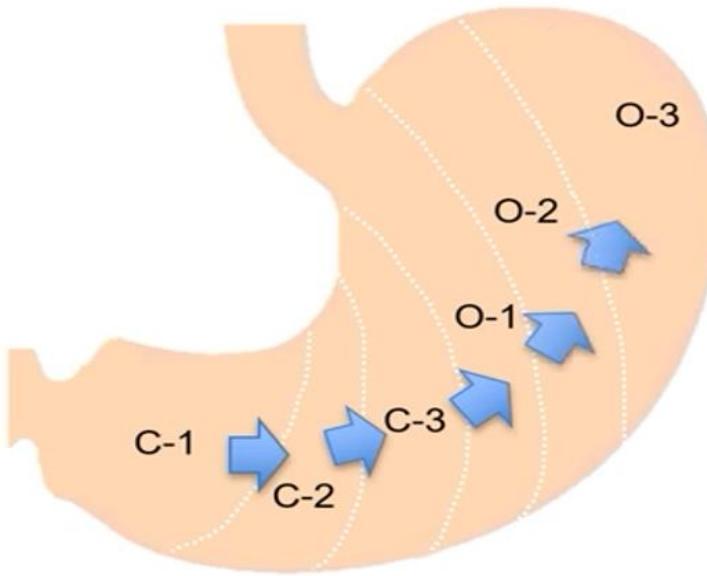


Front d'atrophie

# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique avancée

## Comment évaluer l'extension de l'atrophie

### Classification de Kimura Takemoto



Closed type

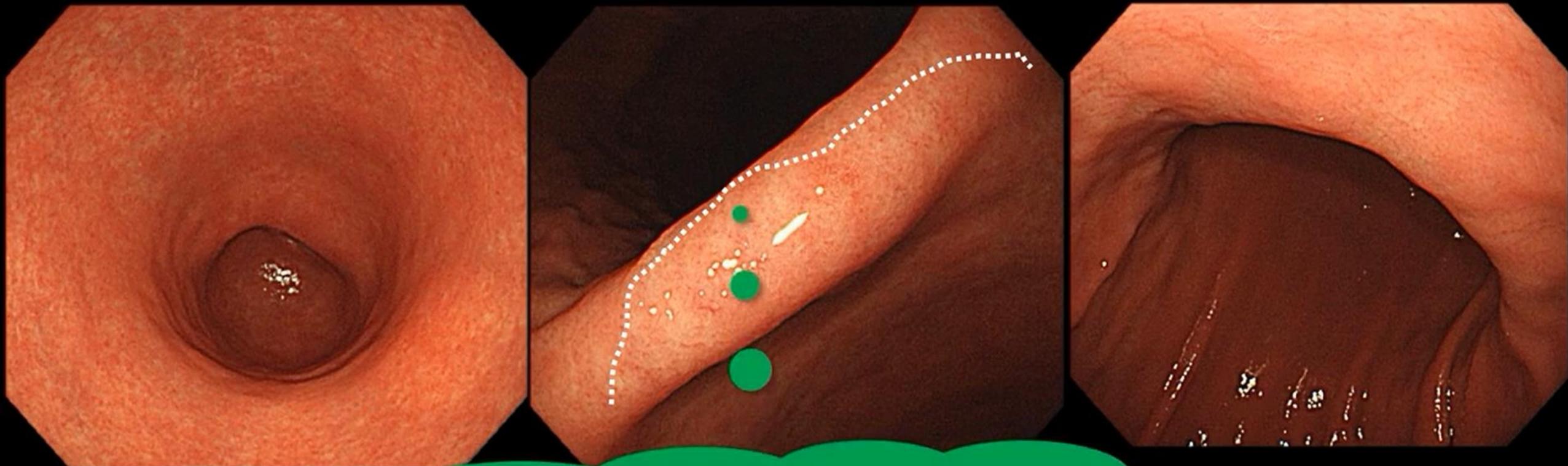
C-1, C-2, C-3

Open type

O-1, O-2, O-3

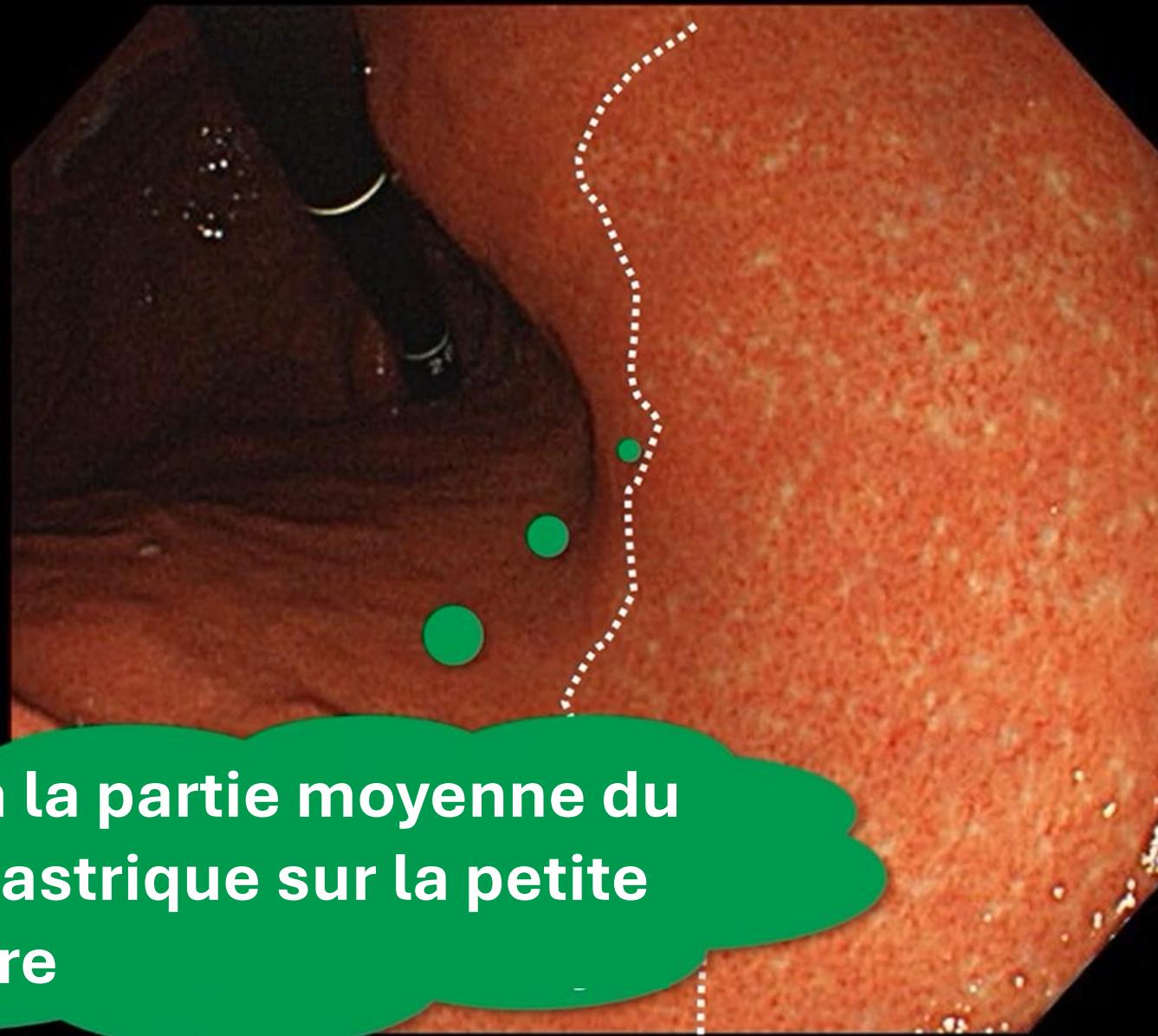


C-1



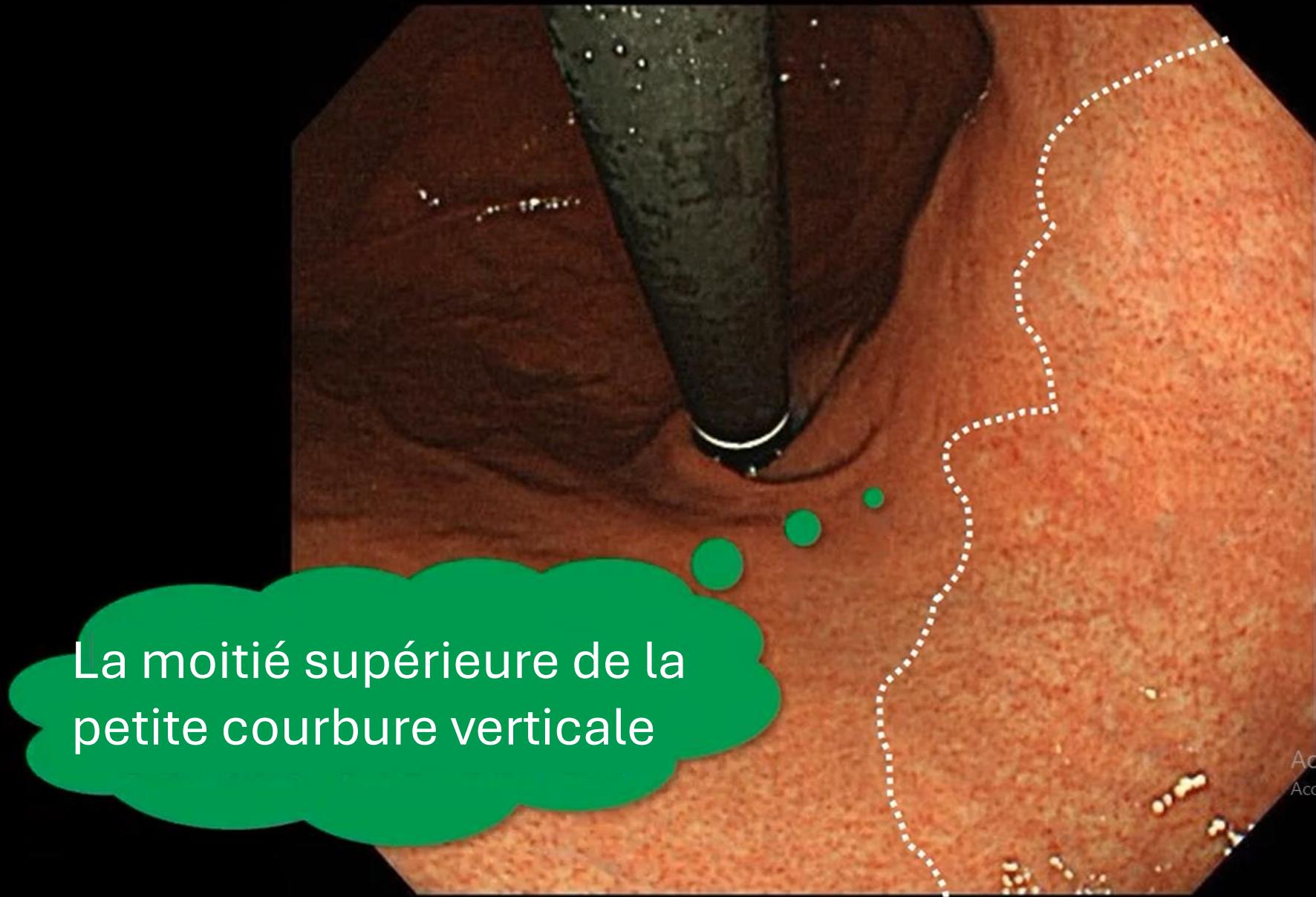
Limitée à l'antre

C-2



Jusqu'à la partie moyenne du  
corps gastrique sur la petite  
courbure

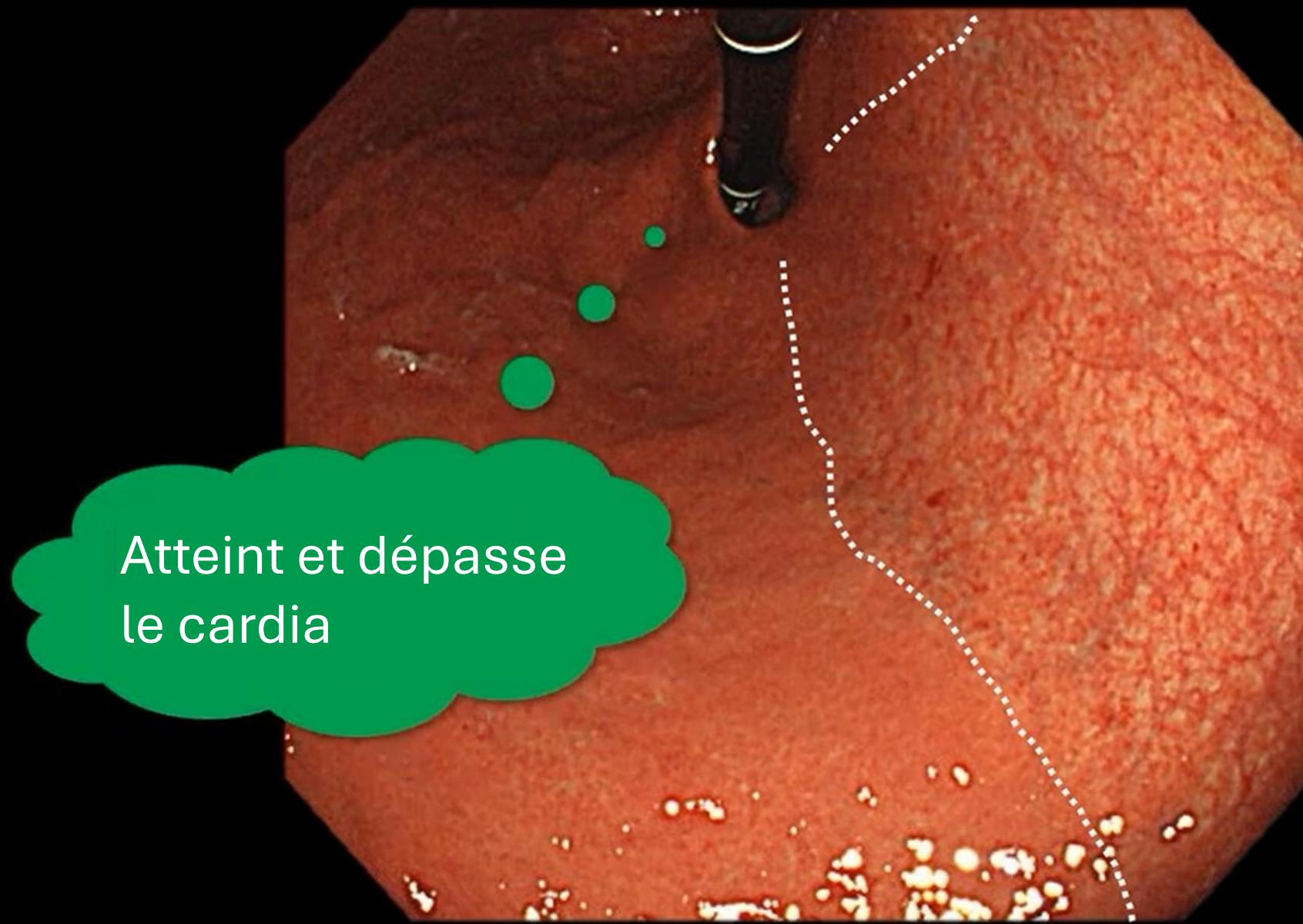
C-3



Activer Windows

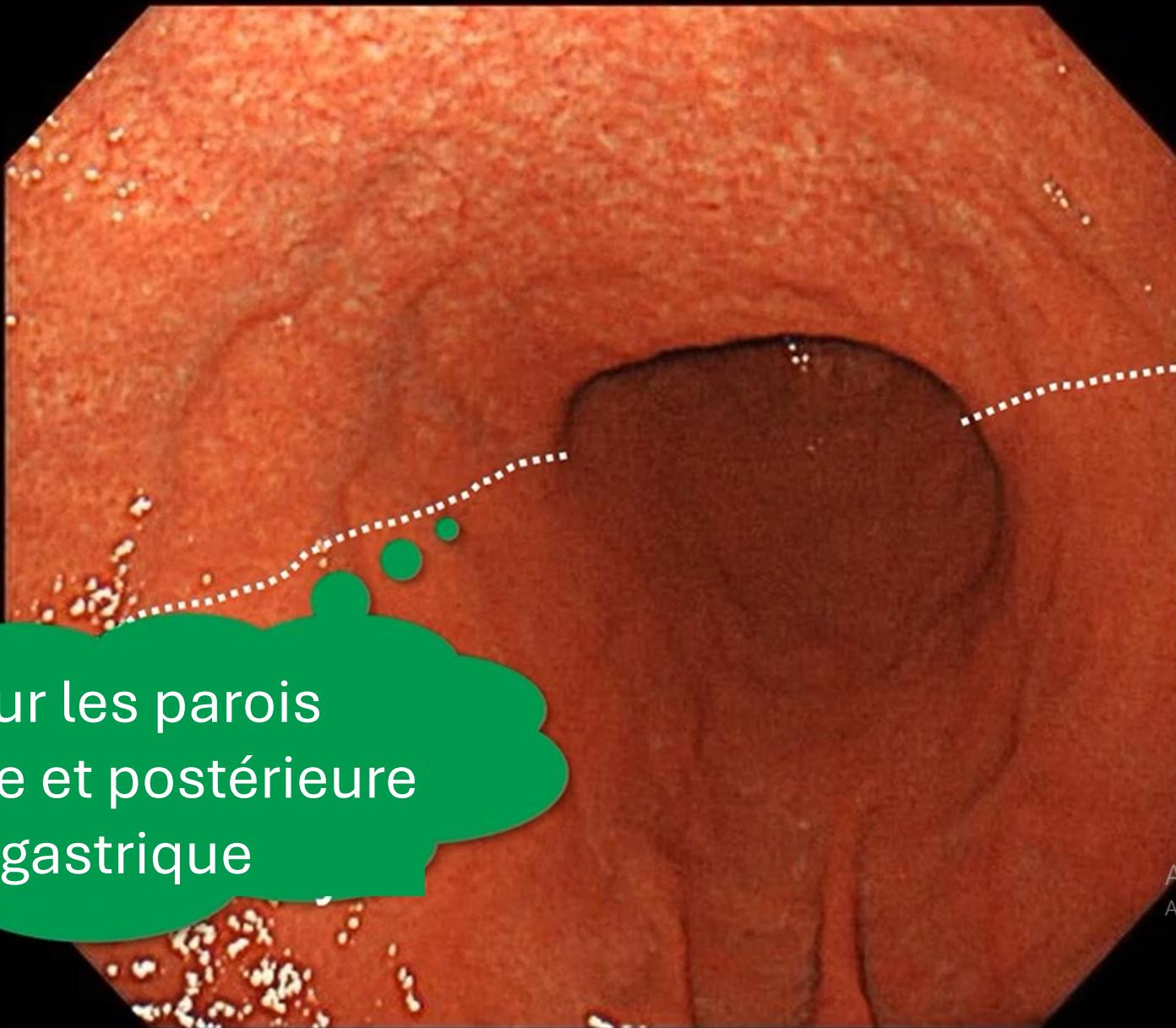
Accédez aux paramètres pour activer Windows.

O-1



Activer Windows  
Accédez aux paramètres pour activer Windows.

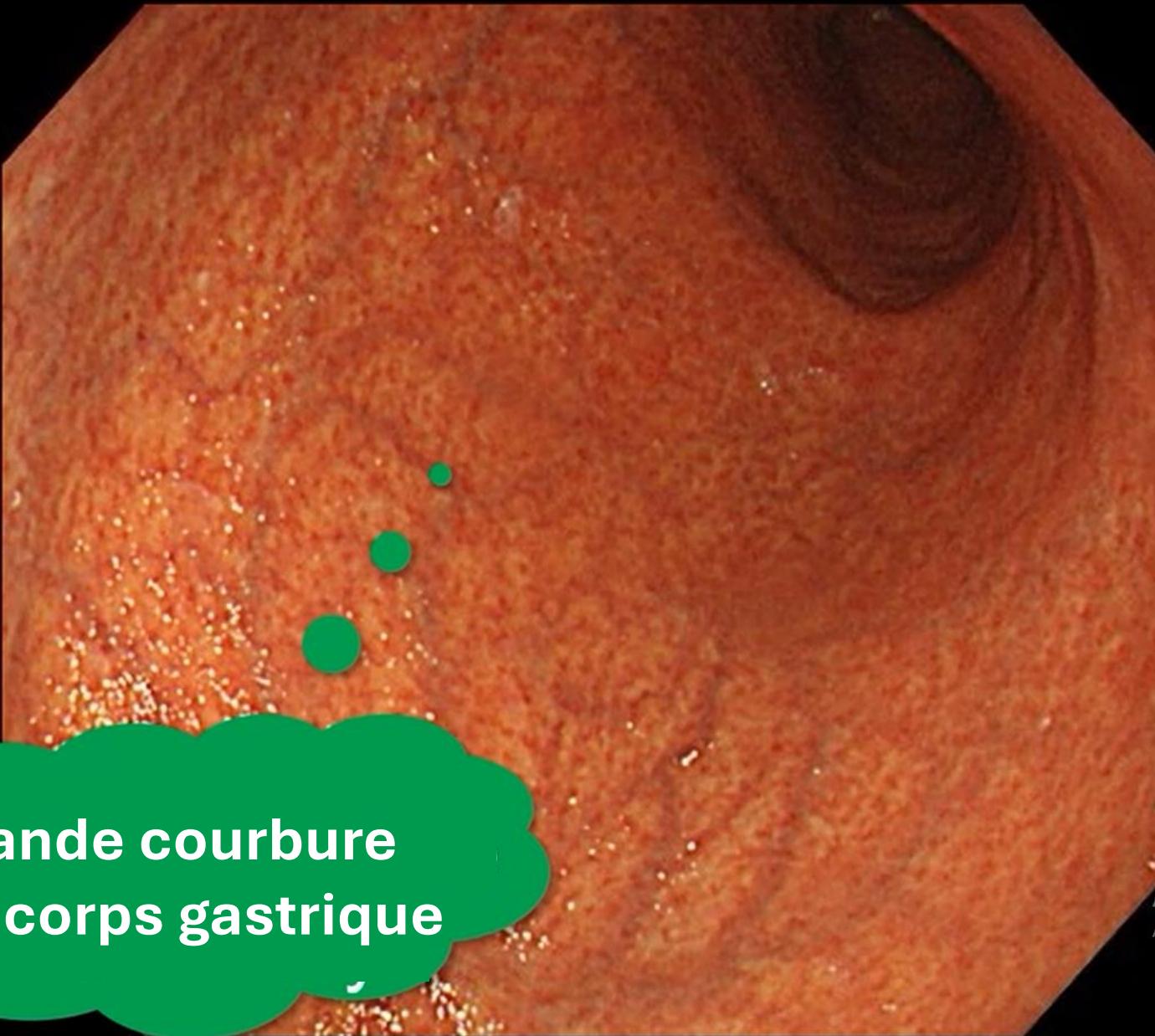
O-2



s'étend sur les parois  
antérieure et postérieure  
du corps gastrique

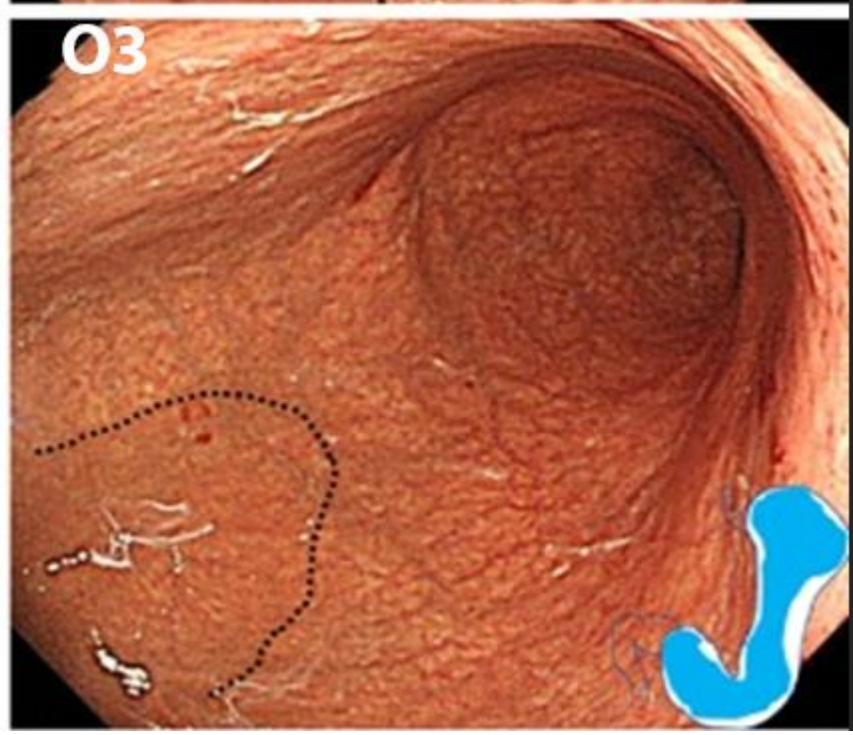
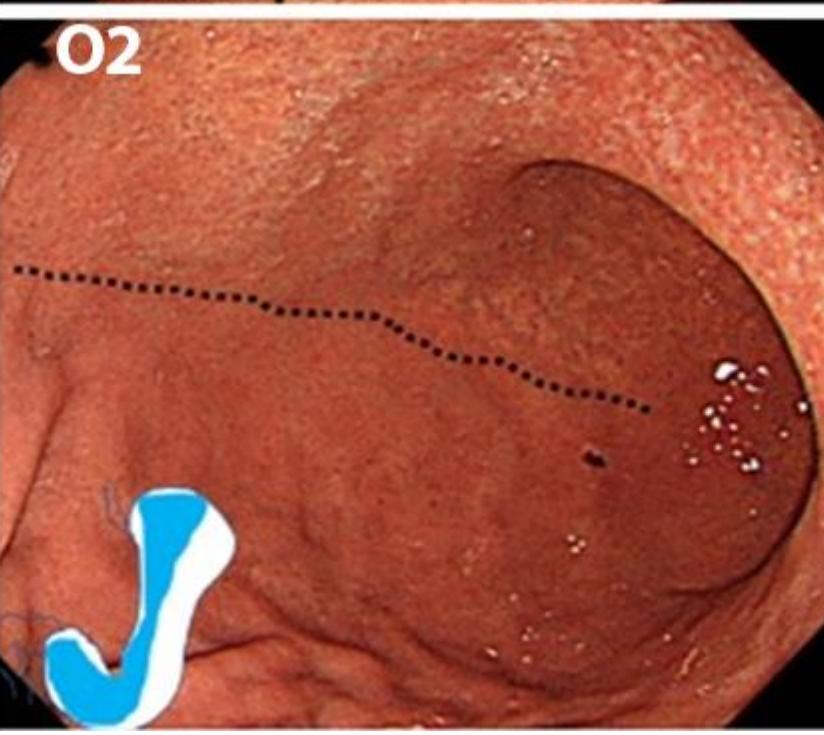
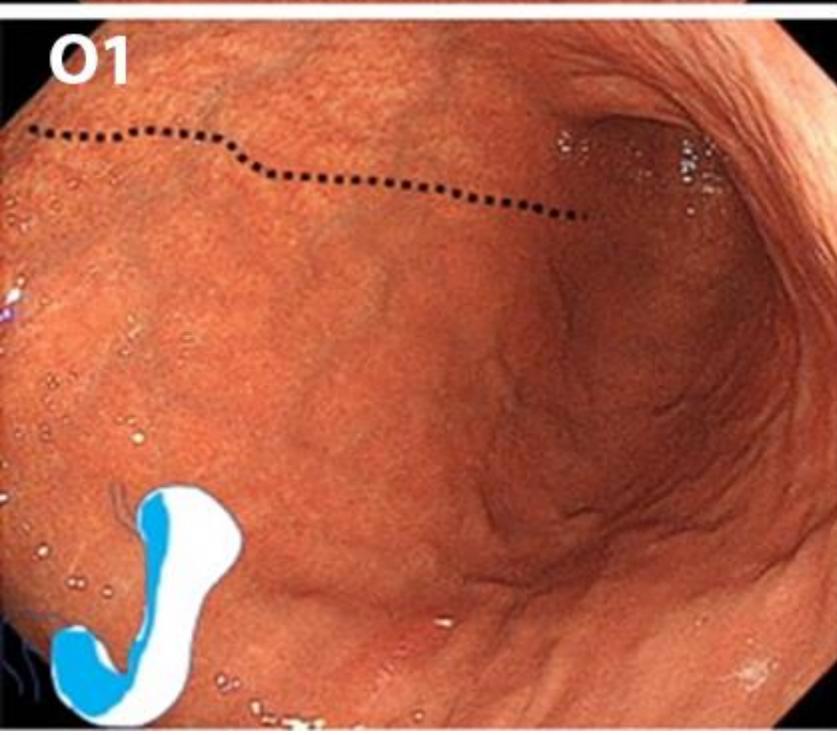
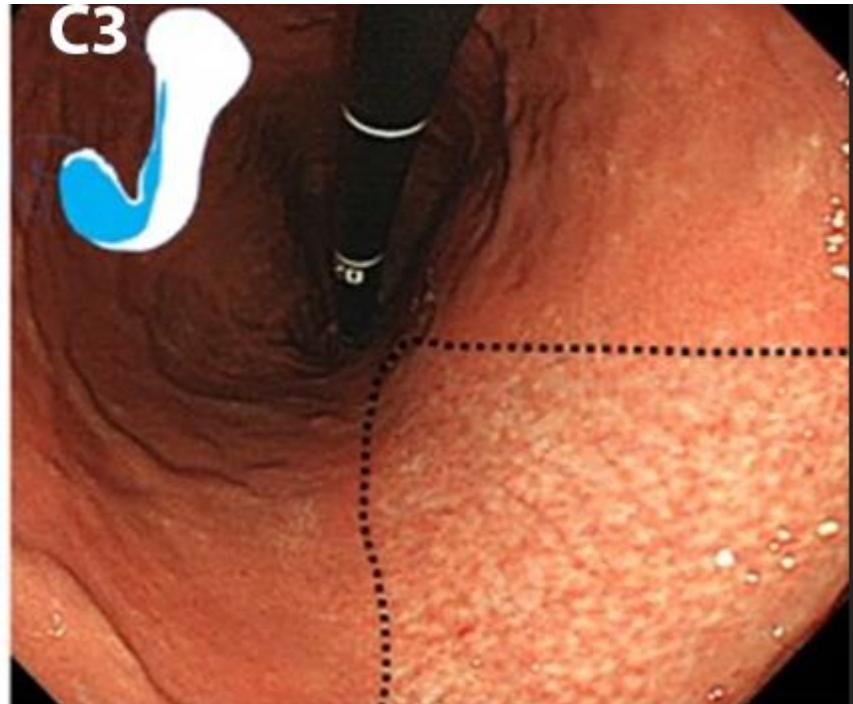
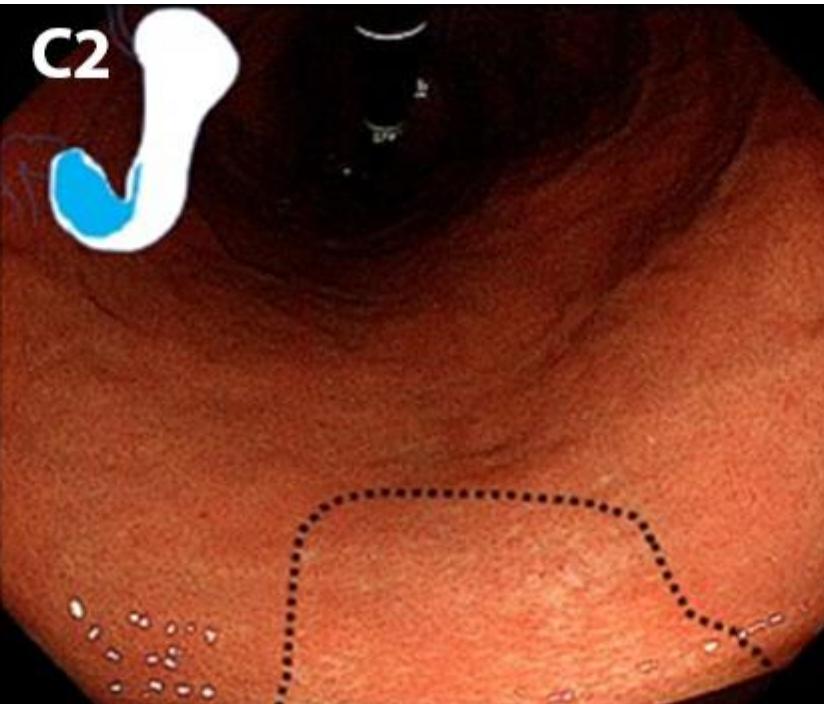
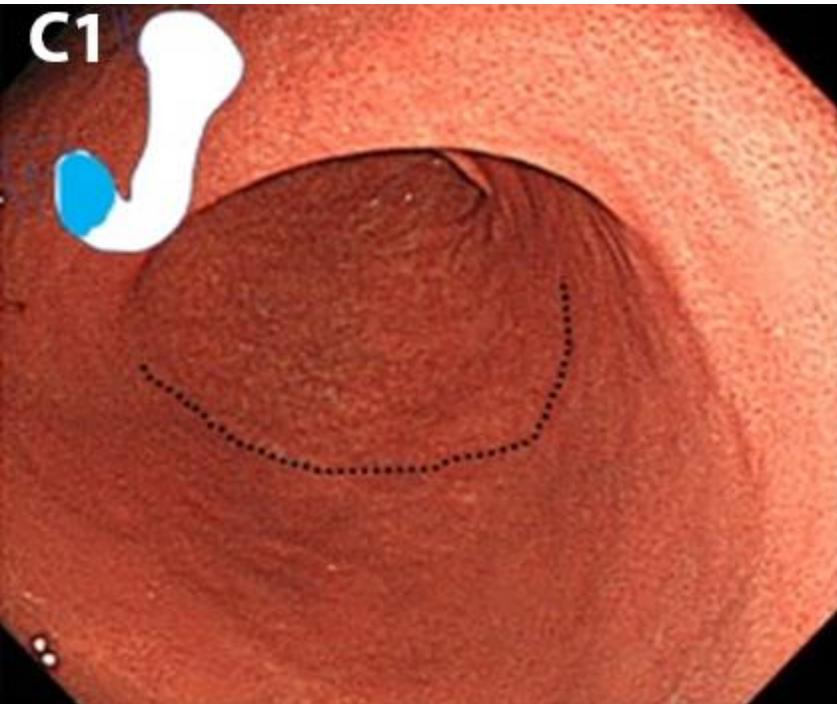
Activer Windows  
Accédez aux paramètres pour activer Windows.

O-3



**Grande courbure  
du corps gastrique**

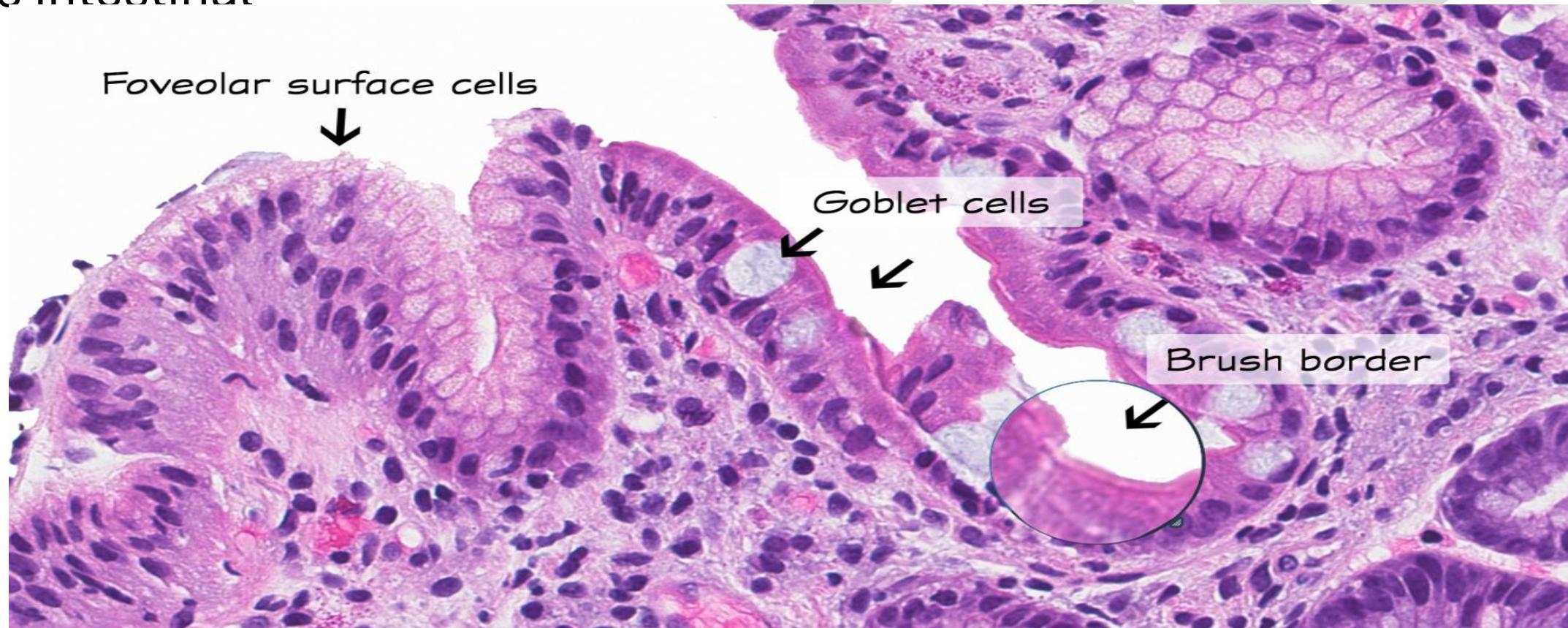
Activer Windows  
Accédez aux paramètres pour activer Windows.



# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique avancée

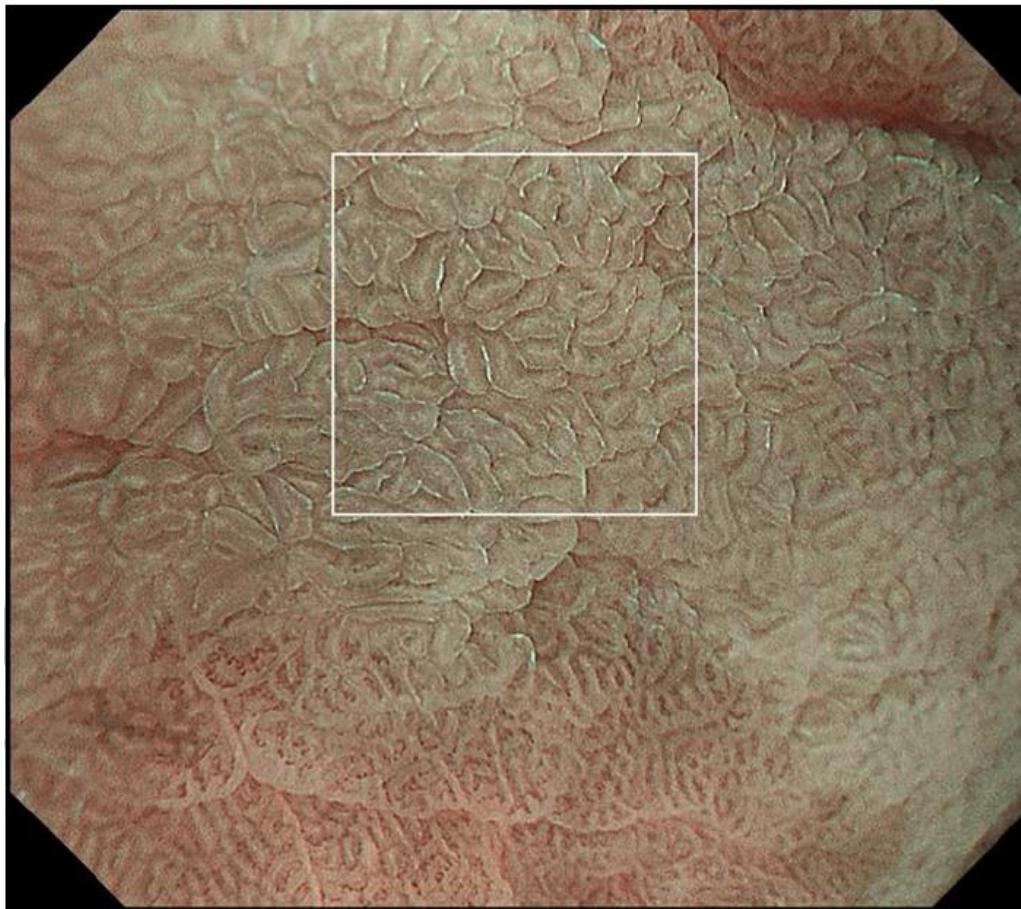
## Métagplasie intestinale

Remplacement de l'épithélium gastrique normal par un épithélium de type intestinal



# Métagénèse intestinale : 3 signes imbriqués

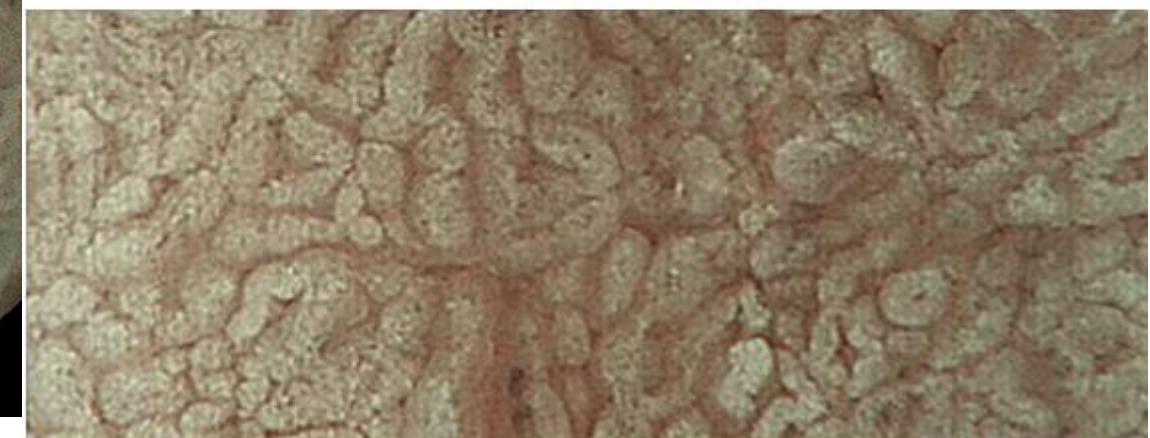
Chromoendoscopie (NBI) avec magnification



Pattern Tubulovilleux régulier



Light Blue Crest (LBC)  
Crêtes bleues

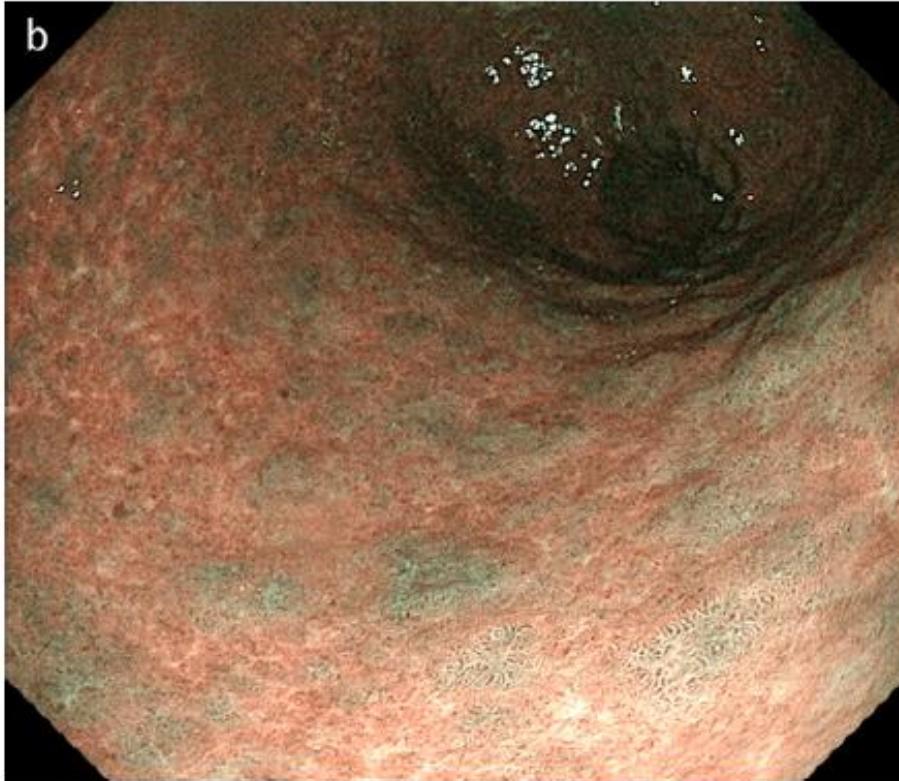


White Opaque Substance (WOS)  
Substance Blanche opaque

# Aspects endoscopiques d'une gastrite chronique avancée

## Comment reconnaître la métaplasie intestinale, sans magnification ?

Dès que les zones de métaplasie atteignent une taille suffisante, ces trois signes auront une traduction visuelle en endoscopie conventionnelle (chromo endoscopie virtuelle +++)

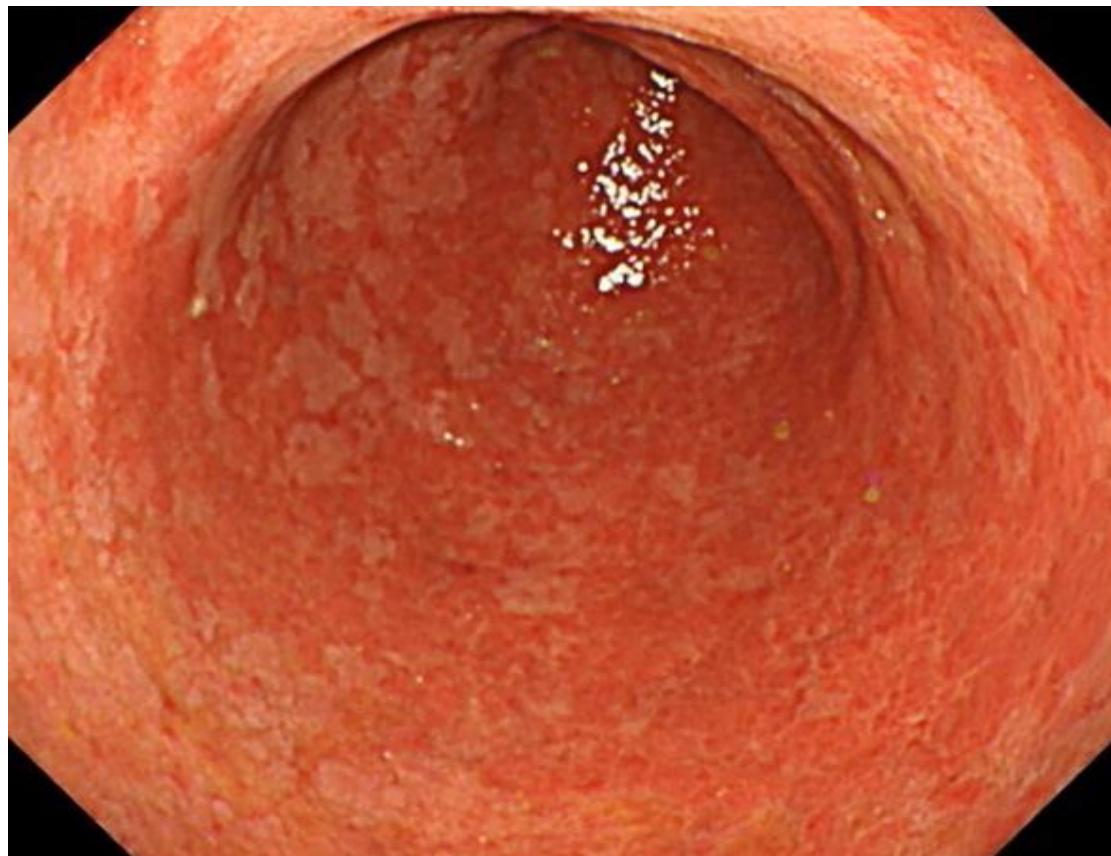


Plages légèrement surélevées tubulo-villeuses régulières LBC + (reflet bleu/vert) en NBI

# Métagénèse intestinale

Comment reconnaître ces signes en pratique courante, sans magnification ?

Dès que les zones de métagénèse atteignent une taille suffisante, ces trois signes auront une traduction visuelle en endoscopie conventionnelle (chromo endoscopie)



Lumière blanche



Plages surélevées WOS +++ et LBC+ en NBI

# Métaglottis intestinale

## Comment évaluer l'extension de la métaglottis intestinale

### EGGIM

| EGGIM                      | Aucune MI | < 30% | > 30% |
|----------------------------|-----------|-------|-------|
| Petite courbure antrale    | 0         | 1     | 2     |
| Grande courbure antrale    | 0         | 1     | 2     |
| Incisura angularis         | 0         | 1     | 2     |
| Petite courbure corporéale | 0         | 1     | 2     |
| Grande courbure corporéale | 0         | 1     | 2     |



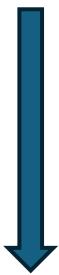
Évaluation de la grande courbure antrale

# Stratification endoscopique du risque de cancer gastrique

|                         | Muqueuse « normale » HP<0 | Gastrite superficielle | Gastrite avancée |
|-------------------------|---------------------------|------------------------|------------------|
| RAC                     | +                         |                        |                  |
| Polype gladulokystique  | +                         |                        |                  |
| Erythème diffus         |                           | +                      |                  |
| Aspect en mosaïque      |                           | +                      |                  |
| Nodularité              |                           | +                      |                  |
| Plis élargis            |                           | +                      |                  |
| Atrophie                |                           | (C1,C2)                | (C3-O3)          |
| Métagplasie intestinale |                           | EGGIM 0-4              | EGGIM 5-10       |

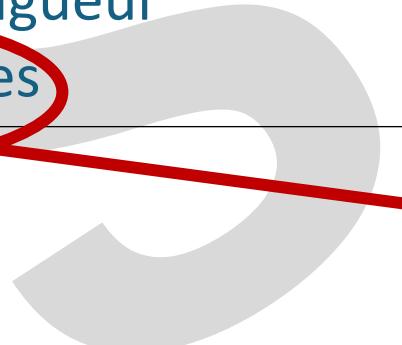
# Stratification endoscopique du risque de cancer gastrique

Diagnostic optique en temps réel des lésions prénéoplasiques gastriques



## Examen index

- Adaptation du protocole d'inspection **au risque** : plus de temps, plus de rigueur
- Cibler les biopsies

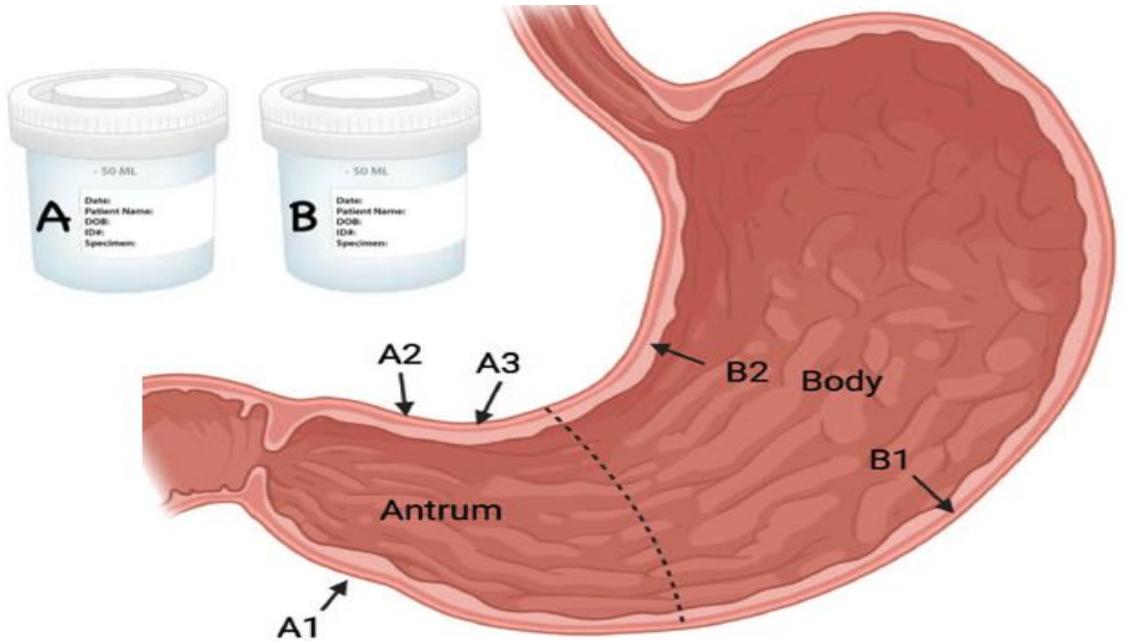


## Détermination de l'intervalle de surveillance

En cas de discordance, le risque le plus élevé dicte la surveillance

# Protocole de biopsies

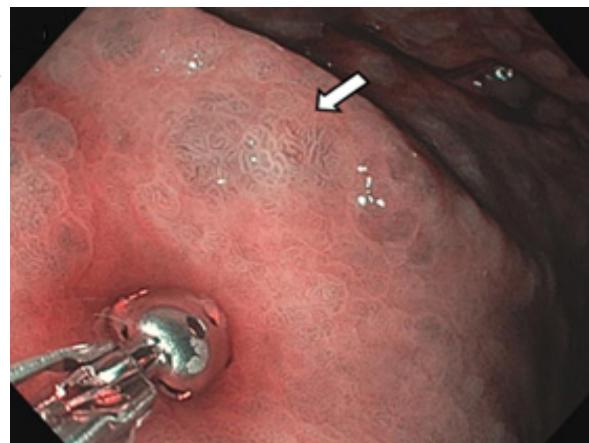
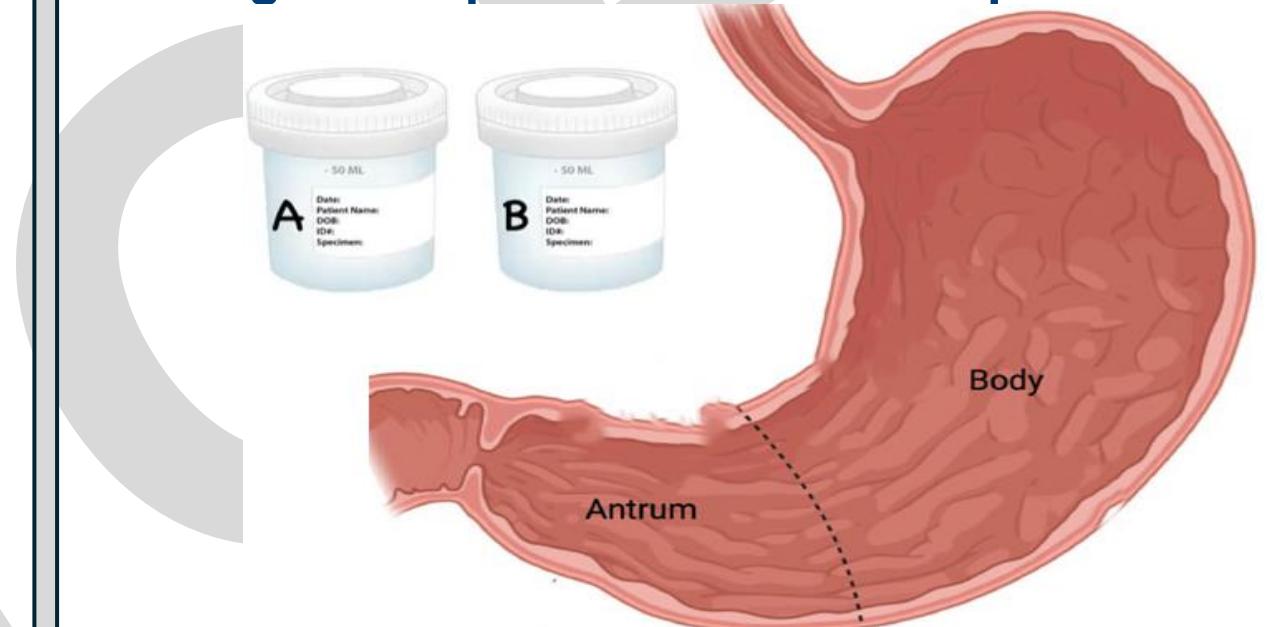
Sydney/ESGE-MAPS I/II  
Biopsies non ciblées dans 5 sites anatomiques prédéfinis



| Corps   |            |            |            |            |  |
|---------|------------|------------|------------|------------|--|
| MI      | Absente    | < 30%      | 30-60%     | > 60%      |  |
| Absente | Classe 0   | Classe I   | Classe II  | Classe II  |  |
| < 30%   | Classe I   | Classe I   | Classe II  | Classe III |  |
| 30-60%  | Classe II  | Classe II  | Classe III | Classe IV  |  |
| > 60%   | Classe III | Classe III | Classe IV  | Classe IV  |  |

Antré

ESGE-MAPS III  
2 Biopsies de l'antré + 2 biopsies du corps guidées par Chromoendoscopie



# Intervalles de surveillances

|   | <b>Pas de surveillance</b>                             | <b>Tous les 3 ans</b>   |
|---|--|---|
| Histologie  | OLGA/OLGIM 0-II et<br>Absence de métaplasie incomplète | Métraplasie extensive ou<br>OLGA/OLGIM III-IV ou<br>métaplasie incomplète |
|   | <b>Et</b>  |   |
| Endoscopie  | Muqueuse normale ou<br>gastrite superficielle          | Kimura Takemoto C3-O3<br>ou EGGIM 5-10                                    |
|   | <b>Et</b>  |   |
| Cancer gastrique chez un apparenté de 1 <sup>er</sup> degré | Non  | Oui   |
|   | <b>Et</b>  |   |
| Statut Hp   | Jamais infecté ou éradiqué                             | Persistance d'Hp  |

# Messages clés

- Les progrès technologiques en endoscopie ont permis une meilleure caractérisation des lésions élémentaires de la gastrite à H. pylori.
- Avec le training et la formation, tous les endoscopiste seront en mesure de reconnaître ces lésions et de fournir des comptes rendus standardisés.
- L'endoscopie constitue désormais une alternative à l'histologie pour la stratification du risque de cancer gastrique.