

Item 268 (ex item 280) – Reflux gastro-œsophagien (RGO), chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale

Collège Français des Pathologistes (CoPath)

2013

Table des matières

1. Physiopathologie des lésions.....	3
2. Indications de l'endoscopie œsogastroduodénale dans un contexte de RGO.....	3
3. Endobrachyœsophage.....	4
4. Principes de traitement et surveillance.....	5

Objectifs ENC

- Connaître les indications et l'apport des biopsies dans le reflux.
- Endobrachyœsophage : connaître la place et l'apport de l'anatomie dans le diagnostic, le suivi et le traitement.

1. Physiopathologie des lésions

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est la remontée du contenu gastrique dans l'œsophage.

Le liquide gastrique (acide + pepsine) provoque l'inflammation de la muqueuse œsophagienne (œsophagite).

L'inflammation peut se compliquer de pertes de substance au niveau de la paroi :

- érosions : pertes de substance superficielles uniquement au niveau de l'épithélium malpighien ;
- ulcérations : pertes de substance intéressant la muqueuse et la sous-muqueuse ;
- ulcère : pertes de substance atteignant la musculature.

L'inflammation chronique peut se compliquer d'une sténose par fibrose (sténose peptique).

L'inflammation chronique peut se compliquer d'une métaplasie glandulaire de l'épithélium du bas œsophage, appelée endobrachyœsophage (EBO) ou œsophage de Barrett. Cette métaplasie glandulaire peut être de type gastrique ou intestinal. C'est surtout la métaplasie intestinale qui est à risque de transformation maligne en adénocarcinome.

2. Indications de l'endoscopie œsogastroduodénale dans un contexte de RGO

L'endoscopie peut avoir un intérêt diagnostique ou permettre de chercher les complications du RGO.

Elle est indiquée en cas de :

- signes cliniques atypiques ou extradiigestifs (but diagnostique) ;
- sujet âgé de plus de 50 ans (complications plus fréquentes) ;
- présence de signes évocateurs de complication (= signes d'alarme) :
 - dysphagie,
 - amaigrissement, altération de l'état général,
 - anémie/hémorragie digestive,
 - échec du traitement,
 - reflux évoluant depuis plus de cinq ans.

Les biopsies sont systématiques :

- s'il existe une sténose (recherche de cancer) ;
- s'il y a un aspect endoscopique évocateur d'EBO ;
- en cas de suspicion d'une tumeur ou d'une autre cause d'œsophagite.

Les ulcérations peptiques aiguës ne sont pas biopsiées.

Les ulcérations ou ulcères résistant au traitement sont en général biopsiés.

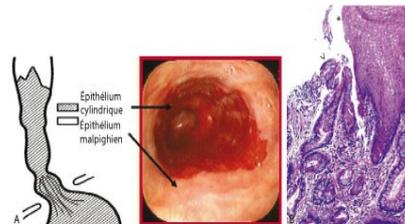
L'examen anatomopathologique des biopsies a alors comme but principal le diagnostic d'EBO, d'une éventuelle lésion tumorale ulcérée, l'identification éventuelle de certains agents pathogènes à traitement spécifique (œsophagite à *Candida*/œsophagite herpétique).

3. Endobrachyœsophage

L'endobrachyœsophage (EBO) ou œsophage de Barrett est défini par la présence dans le bas œsophage d'une muqueuse de type glandulaire, visible en endoscopie. Cette muqueuse est le plus souvent de type intestinal.

Il s'agit donc d'un diagnostic conjoint endoscopique et histologique ++ (figures 1a et 1b).

Figure 1 : A. Aspect endoscopique d'un EBO. B. Aspect microscopique d'un EBO avec à droite (étoile) de la muqueuse œsophagienne malpighienne normale et à gauche (flèche) de la muqueuse métaplasique avec des cellules mucosécrétantes caliciformes (métaplasie intestinale sans dysplasie)

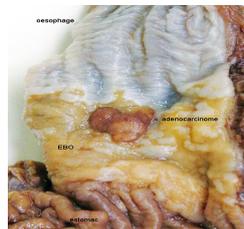


Source : A. Hépatogastro-entérologie par CDU-HGE

Cette muqueuse glandulaire intestinale (appelée aussi muqueuse de Barrett ou muqueuse « spécialisée ») apparaît par métaplasie de la muqueuse malpighienne. C'est une lésion acquise, secondaire au reflux chronique.

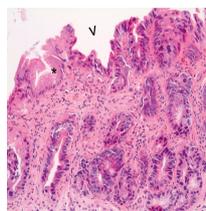
L'EBO est une lésion non tumorale, précancéreuse (risque d'adénocarcinome de l'œsophage $\times 40$ par rapport à la population générale) (figure 2).

Figure 2 : Photo macroscopique d'une pièce opératoire avec une tumeur (adénocarcinome) développée sur un EBO



La muqueuse métaplasique peut devenir dysplasique (figure 3), puis la dysplasie épithéliale peut évoluer vers le cancer (séquence métaplasie/dysplasie de grade croissant/cancer [adénocarcinome]). L'évolution des lésions vers un cancer n'est pas inéluctable.

Figure 3 : Aspect microscopique de dysplasie épithéliale de haut grade au sein d'un EBO (noyaux volumineux, hyperchromatiques avec mitoses et stratification de l'épithélium, sans infiltration du chorion) (* : zone de muqueuse non dysplasique)



En cas de transformation cancéreuse d'un EBO, il s'agira toujours d'un adénocarcinome, puisque l'EBO est une muqueuse glandulaire.

Le diagnostic de dysplasie est histologique : l'endoscopie permet de voir l'EBO mais ne permet pas de savoir s'il y a ou non de la dysplasie associée.

Le diagnostic histologique de dysplasie est parfois difficile. Des marquages immunohistochimiques (p53 ou

Ki67 montrant les cellules en cycle) peuvent parfois aider au diagnostic. Lorsque le diagnostic de dysplasie est incertain (douteux), on utilise les termes suivants : « indéfini pour la dysplasie ».

En cas de dysplasie de haut grade (sévère), il est recommandé que le diagnostic soit confirmé par la relecture des biopsies par un deuxième pathologiste.

Terminologie utilisée dans les comptes-rendus

- Métaplasie intestinale (ou muqueuse de Barrett/EBO/muqueuse spécialisée) sans dysplasie.
- Métaplasie intestinale (ou muqueuse de Barrett/EBO/muqueuse spécialisée) indéfinie pour la dysplasie (dysplasie douteuse).
- Métaplasie intestinale (ou muqueuse de Barrett/EBO/muqueuse spécialisée) avec dysplasie de bas grade.
- Métaplasie intestinale (ou muqueuse de Barrett/EBO/muqueuse spécialisée) avec dysplasie de haut grade.
- Adénocarcinome.

4. Principes de traitement et surveillance

Le but de la surveillance est le diagnostic précoce d'adénocarcinome, permettant plus souvent un traitement curatif ou le traitement de lésions à très haut risque de cancérisation (dysplasie de haut grade).

La surveillance repose toujours sur la fibroscopie avec biopsies multiples et examen anatomopathologique :

- pour les EBO inférieurs à 3 cm : 2 à 4 biopsies par cm d'EBO ;
- pour les EBO supérieurs à 3 cm : biopsies des quatre quadrants tous les 2 cm.

La conduite à tenir est pour :

- l'EBO sans dysplasie :
 - traitement du reflux,
 - surveillance par endoscopie œso-gastro duodénale avec biopsies multiples et examen anatomopathologique (*cf. supra*), tous les deux à cinq ans en fonction de la longueur de l'EBO :
 - EBO inférieur à 3 cm tous les cinq ans,
 - EBO entre 3 et 6 cm : tous les trois ans,
 - EBO supérieur à 6 cm tous les deux ans,
- l'EBO avec dysplasie douteuse : contrôle après deux mois de traitement par IPP double dose,
- l'EBO avec dysplasie de bas grade certaine : surveillance à six mois, un an, puis tous les ans,
- l'EBO avec dysplasie de haut grade : nouvelle endoscopie après un à deux mois de traitement par IPP double dose, puis biopsies des quatre quadrants tous les centimètres, repérées sur un schéma pour une cartographie et recherche d'adénocarcinome.

Si les lésions sont confirmées : discussion du traitement en réunion pluridisciplinaire (mucosectomie/photothérapie dynamique voire chirurgie).

Points essentiels

- L'examen anatomopathologique des biopsies œsophagiennes dans un contexte de reflux a comme but principal le diagnostic d'EBO, d'une éventuelle lésion tumorale ulcérée, l'identification possible de certains agents pathogènes à traitement spécifique (œsophagite à *Candida*/œsophagite herpétique).
- L'endobrachyœsophage (EBO) ou œsophage de Barrett est défini par la présence dans le bas œsophage d'une muqueuse de type glandulaire, visible en endoscopie.
- Il s'agit donc d'un diagnostic conjoint endoscopique et histologique.

- L'EBO est une lésion précancéreuse par la séquence métaplasie/dysplasie de grade croissant/cancer. En cas de dégénérescence cancéreuse d'un EBO, il s'agira forcément d'un adénocarcinome.
- Terminologie utilisée dans les comptes-rendus :
 - métaplasie intestinale sans dysplasie ;
 - métaplasie intestinale indéfinie pour la dysplasie (dysplasie douteuse) ;
 - métaplasie intestinale avec dysplasie de bas grade ;
 - métaplasie intestinale avec dysplasie de haut grade ;
 - adénocarcinome.
- Il est recommandé que le diagnostic de dysplasie soit confirmé par la lecture des biopsies par un deuxième pathologiste.