

# **FOGD**

## **modalités, indications, biopsies**

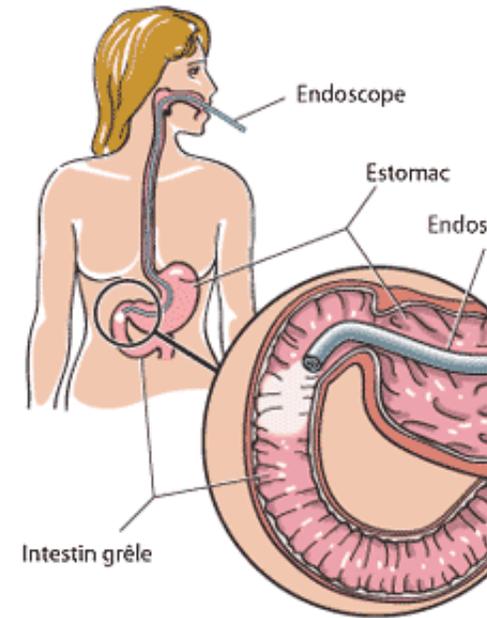
**Explorations fonctionnelles digestives : principaux examens à connaître et principales indications**

# Références

- Indication à visée diagnostique de l'endoscopie digestive haute en pathologie oeso gastroduodénale de l'adulte à l'exclusion de l'échoendoscopie et de l'entéroscopie (HAS mars 2001)
- Etat précancéreux gastrique et *Helicobacter pylori* en 2012 : consensus et recommandations européennes (Acta Endosc 2012)
- Consensus en endoscopie digestive : indications des biopsies digestives au cours de la fibroscopie ou du dépistage des néoplasies oeso-gastroduodénales (recommandations de la SFED 2009)
- Recommandations sur la prévention du cancer de l'estomac par fibroscopie (SFED 2012)
- Diagnostic et surveillance d'un EBO (SFED 2007)

## La fibroscopie : en nette amélioration depuis 30 ans !

- >> Radiographies (baryte,...) >> endoscopies >> fibres optiques souples
- >> vidéoendoscopies, nasofibroscopie, vidéocapsule de l'oesophage
- >> usage unique (pinces à biopsies, anse à polypectomie, clips,...)
- >> Formation bien encadrée des hépatogastroentérologues à l'endoscopie
- >> endoscopie thérapeutique (hémorragie, polypectomie, traitement endoscopique de « petits cancers », pose de prothèses, colorations, gastrostomie..)
- >> unités d'endoscopie
- >> décontamination renforcée et standardisée (automates, armoires de stockage,..)
- >> anesthésie générale possible adaptée au geste endoscopique (propofol)



# Contre-indications? Biopsies?

- >> Très peu de contre-indications hormis les troubles de vigilance (encéphalopathie,..)
- >> Prudence ++ si insuffisance respiratoire évoluée, angor non stabilisé, anémie.
- >> Pas de précaution avec les AVK (pas de relais) . Biopsies possibles sous AVK et antiagrégants mais à éviter en période hémorragique (ulcère gastrique hémorragique)
- >> **Nasogastroskopie contre indiquée sous AVK** et prudence ++ sous antiagrégants.

Quels symptômes  
doivent faire demander  
une FOGD ?



# La dysphagie et/ou odynophagie

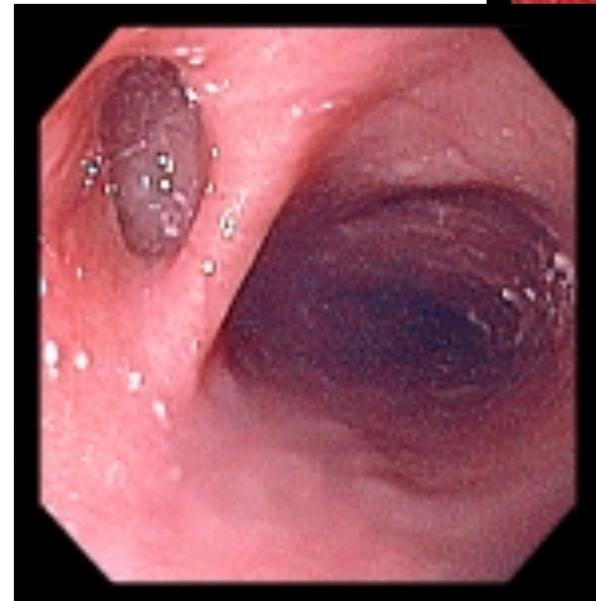
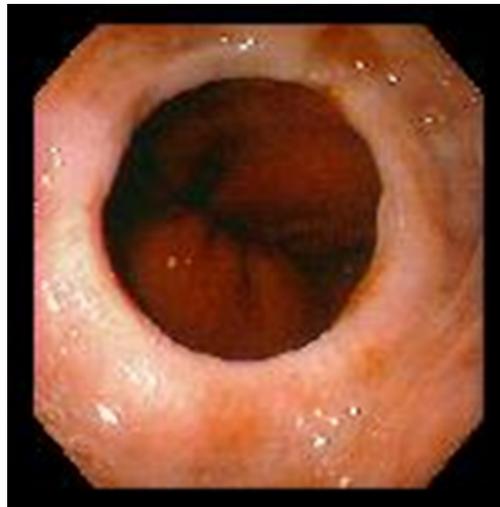
## OGD

- en urgence si ingestion de caustique ou corps étranger
- si dysphagie progressive (solide puis liquides) >> origine obstructive
- si dysphagie sur terrain immunodéprimé
- si dysphagie « paradoxale » intéressant surtout les liquides ou d'emblée les liquides et solides avant manométrie oesophagienne pour éliminer une cause obstructive.



SI FIBROSCOPIE NORMALE : BIOPSIES OESOPHAGIENNES/OESOPHAGITE A EOSINOPHILES

# DYSPHAGIE



# Nausées ou vomissements persistants, isolés

## FOGD si :

Nausées et vomissements persistants au-delà de 48H après avoir éliminé une cause extra digestive (métabolique, médicaments, grossesse,...) ou une occlusion.

# Syndrome dyspeptique

Météorisme épigastrique, éructations, pesanteur épigastrique, Satiété précoce, anorexie, inconfort ....

## FOGD si :

1. > 45 ans et/ou signes d'alarme (amaigrissement, dysphagie, anémie,...)
2. < 45 ans sans signes d'alarme si :
  - Hélicobacter positif sur test respi ou sérologie
  - Échec ttt symptomatique ou récidence à l'arrêt



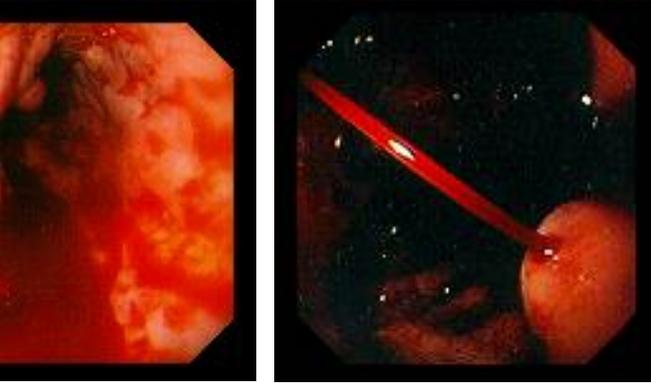
# Anémie chronique et carence martiale

## FOGD :

- Après avoir éliminé une origine extra digestive et en 1<sup>ère</sup> intention si les symptômes orientent vers une origine digestive haute .
- Le + souvent >>> FOGD + coloscopie.



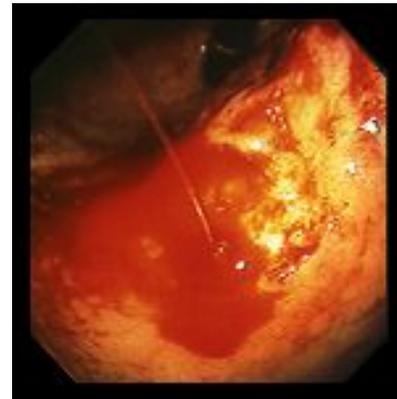
# Saignement digestif aigu (hématémèse ou méléna)



>> A envisager le + tôt possible lorsque les conditions le permettent (hémodynamique, transfusion,...)



Amélioration +++ du pronostic des hémorragies digestives / gestes endoscopiques d'hémostase (sclérose, ligature, clips, électrocoagulation)



# Diagnostic et suivi du RGO et de l'EBO



## Pas de FOGD d'emblée si :

- symptômes typiques (pyrosis, régurgitations acides),
- âge <50 ans et
- pas de signes d'alarme (amaigrissement, dysphagie, anémie, hémorragie)

## FOGD si symptômes typiques et

- Âge > 50 ans ou
- Signes d'alarme ou
- Récidive dès l'arrêt du traitement ou
- Résistance au traitement médical

**FOGD si symptômes atypiques pouvant être liés à un RGO** (toux nocturne, asthme, douleurs pseudo angineuses, enrouement, brûlures pharyngées) après avoir éliminé une cause extra digestive

# Diagnostic et suivi du RGO et de l'EBO

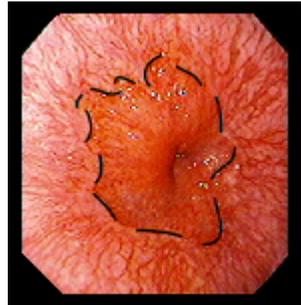


Distinguer EBO languettes / EBO circulaire

Distinguer EBO court (5 mm - 3 cm) / EBO long (>3cm)

Classification de Prague : exemple C3M4 (circulaire sur 3 cm et 1 languette de 1 cm)

# Diagnostic et suivi du RGO et de l'EBO



## Diagnostic de l'EBO = biopsies

Suivi nécessaire pour dépister la dysplasie (sauf si pas d'impact sur la survie/ patients âgés)

Pour confirmer une dysplasie sur EBO : 2<sup>ème</sup> FOGD avec biopsies après 2 à 3 mois d'IPP.

## EBO sans dysplasie :

EBO long : FOGD avec biopsies tous les 2 à 3 ans

EBO court : FOGD avec biopsies tous les 5 ans

## EBO avec dysplasie de bas grade : FOGD

tous les 6 mois puis 1 fois par an

## EBO avec dysplasie de haut grade : traitement (endoscopique)

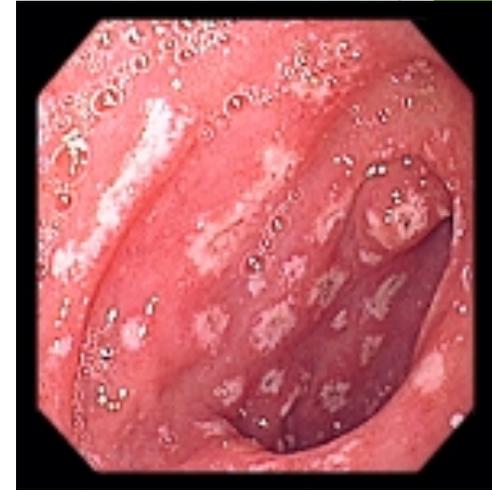


# Diagnostic et suivi de la maladie ulcéreuse gastroduodénale

FOGD si syndrome ulcéreux > 45 ans

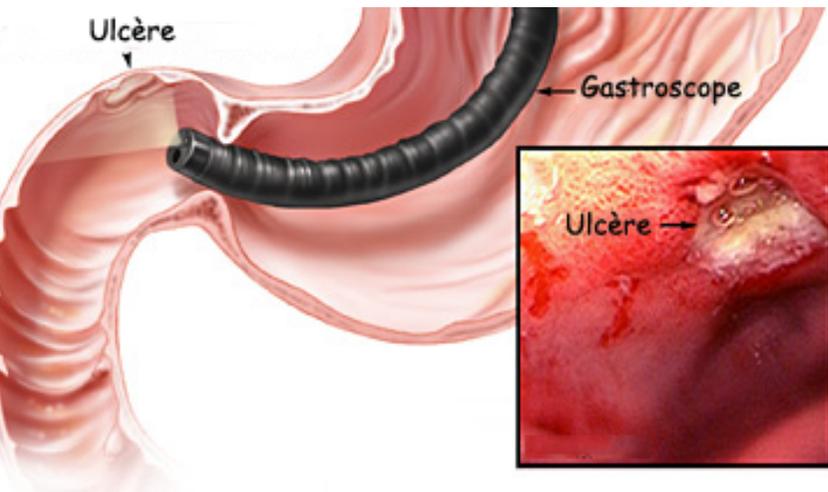
FOGD si syndrome ulcéreux < 45 ans et

- signes d'alarme (amaigrissement, anémie,...)
- HP +
- échec du traitement symptomatique



Biopsies systématiques si ulcère gastrique

# Diagnostic et suivi de la maladie ulcéreuse gastroduodénale



Pas de contrôle endoscopique en cas d'ulcère duodénal après IPP sauf si

- récurrence des symptômes ou
- ulcère compliqué (hémorragie, perforation)



Contrôle systématique en cas d'ulcère gastrique + biopsies >>> Cancer ?

Si patient sous AINS : FOGD si syndrome ulcéreux avec persistance des symptômes après arrêt des AINS ou impossibilité d'arrêt des AINS

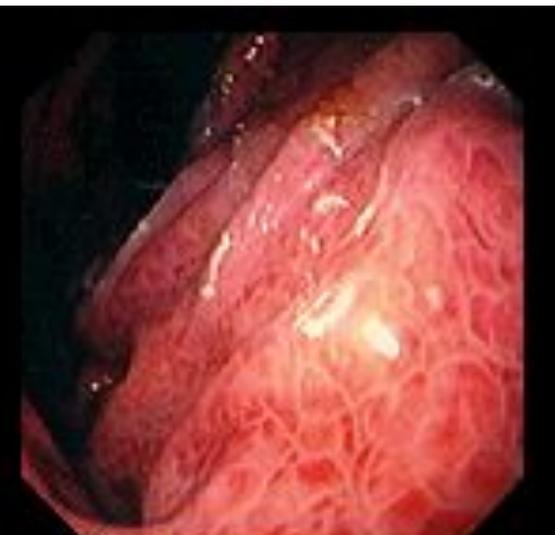
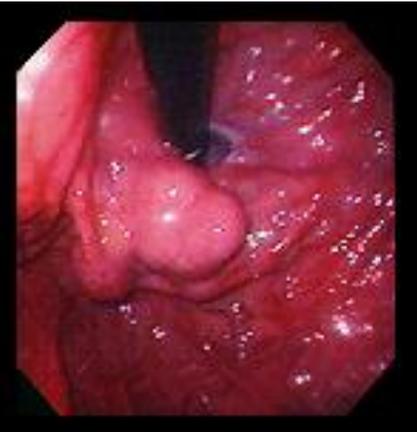


# Diagnostic et suivi de l'hypertension portale

> FOGD si suspicion d'HTP  
notamment au diagnostic de  
cirrhose

> FOGD de surveillance tous les  
2 ans si pas de varices au  
diagnostic

FOGD de surveillance  
après traitement  
endoscopique pour  
vérifier l'éradication

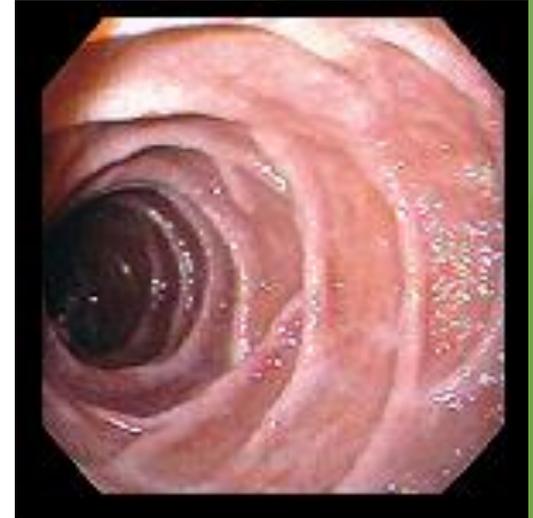


# Quelques cas particuliers...

Bilan systématique avant chirurgie d'obésité (Sleeve, By pass), recherche d'HP

Recherche de lésions synchrones néoplasiques épidermoïdes (cancer ORL ou bronchique sur terrain tabagique)

# Quand faut-il faire des biopsies duodénales



- Anémie ferriprive sans cause retrouvée
- Carences folate, amaigrissement inexpliqué
- Diarrhée chronique isolée
- Dermatite herpétiforme
- Évaluation de la réponse au régime sans gluten dans la maladie coeliaque
- Suspicion de certaines parasitoses et examen de selles négatif (lambliaze)

# Fibroscopie et prévention du cancer gastrique

## Facteurs de risque de cancer gastrique

- 80% des cancers gastriques sont liés à *Helicobacter P.*
- < 1% des patients HP+ développeront un cancer gastrique dans leur vie
- maladie de Biermer, ménétrier, polypes adénomateux gastriques
- ATCD d'ulcère gastrique ou de gastrectomie partielle
- Maladies génétiques (PAF, Sd de Lynch).

## Apparentés au 1<sup>er</sup> degré d'un patient ayant eu un cancer gastrique :

- < 40 ans : Test respiratoire/HP et éradication
- > 40 ans : FOGD dépistage et recherche HP

*Patients sous IPP au long cours : controversé mais intérêt de « garder un œil » sur l'estomac... (FOGD/5ans ?)*

# CAS de la GASTRITE DE BIERMER

Prévalence de l'adénocarcinome : 1 à 3 %

Prévalence des tumeurs endocrines gastriques : 1 à 7 %

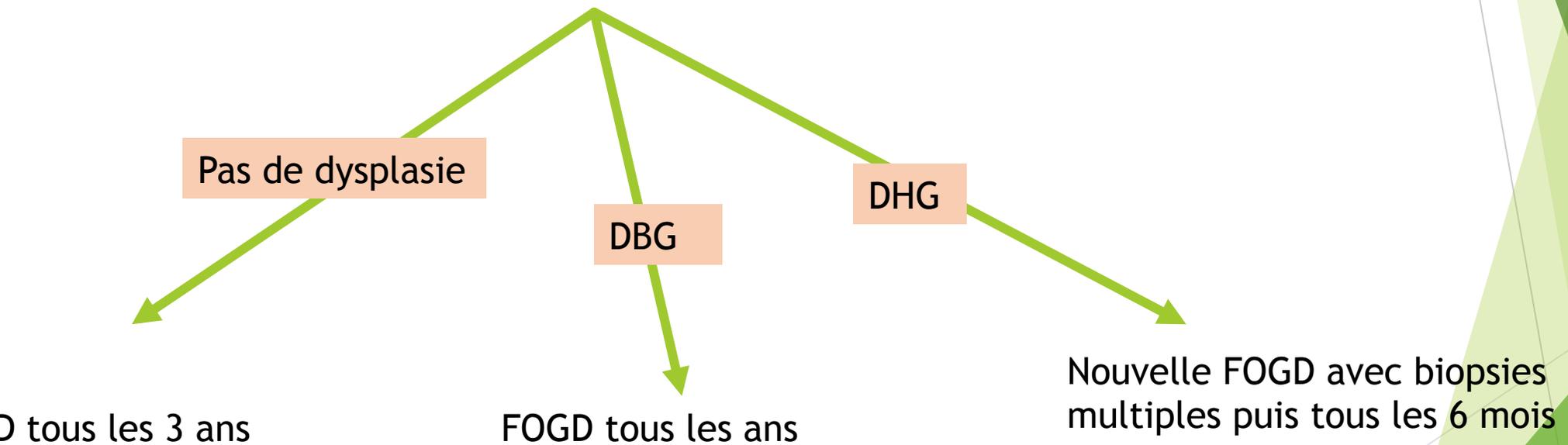
Rythme de la surveillance non standardisé : FOGD tous les 2 à 3 ans en l'absence de dysplasie.

# Cas des gastrectomies partielles

Risque accru de cancer 15 à 20 ans après le geste

# Surveillance des lésions endoscopiques précancéreuses gastriques

Atrophie sévère ou métaplasie intestinale



***lésion visible (polypoïde, ulcéreuse,..)*** >> résection endoscopique possible  
pour histologie + précise

# Les explorations fonctionnelles digestives

## MANOMETRIE OESOPHAGIENNE (haute résolution)

- Dysphagie oropharyngée ou thoracique (après FOGD pour éliminer sténose ou oesophagite à éosinophiles/biopsies oesophagiennes)
- Bilan préopératoire pour le RGO
- Douleurs thoraciques atypiques après bilan cardiologique
- Connectivites (sclérodermie)

## pH METRIE DES 24H (et impédancemétrie)

- Bilan préopératoire d'un RGO
- Douleurs thoraciques sans anomalie cardiaque
- Symptômes de reflux typiques persistants sous IPP et sans oesophagite
- Symptômes atypiques de RGO sans explication à la FOGD et ne répondant pas aux traitements symptomatiques