



**INDICATION À VISEÉ DIAGNOSTIQUE DE
L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE EN
PATHOLOGIE ŒSO-GASTRO-DUODÉNALE DE
L'ADULTE À L'EXCLUSION DE
L'ÉCHOENDOSCOPIE ET L'ENTÉROSCOPIE**

MARS 2001

Service recommandations et références professionnelles

COMITE D'ORGANISATION

P^f Jean-Louis DUPAS, hépato-gastro-entérologue, AMIENS

P^f Pierre-Louis FAGNIEZ, chirurgien digestif, CRÉTEIL

D^f Laurent PALAZZO, hépato-gastro-entérologue, PARIS

D^f Laurent TEILLET, gériatre, PARIS

GROUPE DE TRAVAIL

P^f Jean BOYER, gastro-entérologue, président, ANGERS

D^f Frédéric PRAT, hépato-gastro-entérologue, chargé de projet, LE KREMLIN-BICÊTRE

D^f Véred ABITBOL, gastro-entérologue, PARIS

D^f Raphaël APIOU, radiologue, L'AIGLE

P^f Pierre CZERNICHOW, santé publique, ROUEN

D^f Hervé GUYOT, médecin généraliste, JOUÉ-LÈS-TOURS

D^f Henri HENNET, chirurgien digestif, ROMORANTIN

D^f Jacques LAFON, hépato-gastro-entérologue, AIX-EN-PROVENCE

D^f Michel LEVEQUE, médecin généraliste, THANN

D^f Michel PELLETIER, hépato-gastro-entérologue, BOURGOIN-JALLIEU

D^f Bertrand PROUFF, médecin généraliste, ANGLLET

P^f Muriel RAINFRAY, gériatre, PESSAC

P^f Karem SLIM, chirurgien digestif, CLERMONT-FERRAND

P^f Valérie VILGRAIN, radiologue, CLICHY

D^f Najoua MLIKA-CABANNE, représentante ANAES, PARIS

GROUPE DE LECTURE

D^f Denis AUCANT, radiologue, SAINT-VIT

D^f Jean-Noël BEIS, médecin généraliste, CHENOVE

P^f Françoise BERGER, anatomopathologiste, LYON PIERRE BÉNITE

D^f Marc BOSMENT, médecin généraliste, BELFORT

D^f Franck BRAZIER, gastro-entérologue, AMIENS

D^f Daniel BUCHON, médecin généraliste, BUGEAT

D^f Jean-Marc CANARD, gastro-entérologue, PARIS

D^f Jean CASSIGNEUL, hépato-gastro-entérologue, TOULOUSE

D^f Nathalie CHARASZ, gériatre, PARIS

D^f Dimitri COUMAROS, hépato-gastro-entérologue, STRASBOURG

P^f Marie-Danielle DIEBOLD, anatomo-pathologiste, REIMS

P^f Jean ESCAT, chirurgien digestif, TOULOUSE

D^f Monique FERRY, gériatre, VALENCE

Pr Jean-François FLÉJOU, anatomopathologiste, PARIS

P^f Gilles FOURTANIER, chirurgien digestif, TOULOUSE

D^f Bernard GAY, Conseil scientifique, ANAES

D^f Jean-Christian GRALL, médecin généraliste, BATTENHEIM

P^f Jacques GRELLET, radiologue, PARIS

D^f Philippe GUILLOT, médecin généraliste, LYON

D^f Marie-Françoise HUEZ-ROBERT, médecin généraliste, CHAMBRAY-LÈS-TOURS

P^f Jean-Claude L'HERMINE, gastro-entérologue, LILLE

D^r Denis LABAYLE, hépato-gastro-entérologue,
ÉVRY
D^r Jean-Christophe LETARD, hépato-gastro-entérologue, POITIERS
D^r Philippe LOIRAT, président du Conseil scientifique, ANAES PARIS
D^r Philippe MARELLE, électro-radiologiste, MONTEREAU
D^r Patrick METAIS, gériatre, AGDE
P^r Robert MOULIAS, gériatre, IVRY-SUR-SEINE
D^r Bruno MOULINIER, gastro-entérologue, LYON
P^r François PAILLE, médecine interne, NANCY
D^r Alexandre PARIENTE, hépato-gastro-entérologue, PAU
D^r Jean-Pierre POINSOT, médecin généraliste, AMIENS
D^r Bertrand RIFF, médecin généraliste, LILLE
D^r Jean-Louis SICARD, chirurgien viscéral, NICE
P^r Jean-Christophe SOUQUET, hépato-gastro-entérologue, LYON
D^r Fernand VICARI, gastro-entérologue, NANCY

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations concernent : « les indications à visée diagnostique de l'endoscopie digestive haute en pathologie œso-gastro-duodénale de l'adulte à l'exclusion de l'échoendoscopie et l'entéroscopie » en dehors des malades infectés par le VIH. Trois questions ont été développées :

- 1- **Devant quel signe clinique et/ou biologique peut-on proposer une exploration morphologique œso-gastro-duodénale, et laquelle ?**
Les signes proposés sont : la dysphagie, les nausées et les vomissements, le syndrome dyspeptique, l'hémorragie digestive haute, le syndrome anémique.
- 2- **Quelles sont les indications digestives hautes pour le diagnostic et le suivi :**
 - du reflux gastro-œsophagien ?
 - de la maladie ulcéreuse ?
 - de l'hypertension portale hors hémorragie ?
- 3- **Quelles sont les indications des biopsies duodénales ?**

La littérature concernant ce thème est souvent faite d'éditoriaux, de séries personnelles, de recommandations basées sur les avis d'experts ou d'études réalisées avec une méthodologie très critiquable.

De ce fait, les recommandations proposées ci-dessous sont essentiellement basées sur des avis d'experts.

I. **Dysphagie isolée et/ou odynophagie**

En cas de dysphagie ou d'odynophagie, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'orienter le diagnostic vers :

- une origine préœsophagienne : l'endoscopie digestive haute n'est pas recommandée en première intention. L'examen ORL est l'examen de première intention, complété par une radiographie dynamique de la déglutition ;
- une origine œsophagienne : l'endoscopie haute est recommandée en première intention, quel que soit le contexte.

II. **Nausées ou vomissements persistants et isolés**

En cas de nausées ou de vomissements isolés et persistants au-delà de 48 heures, une exploration digestive haute est justifiée après avoir éliminé une origine extra-digestive et une occlusion intestinale aiguë. Lorsqu'une cause gastro-duodénale est évoquée, l'endoscopie doit être préférée à l'examen radiologique.

III. **Dyspepsie**

Une endoscopie digestive haute est recommandée en cas de dyspepsie :

- chez un sujet âgé de plus de 45 ans et/ou en cas de symptôme(s) d'alarme tels qu'une anémie, une dysphagie, un amaigrissement ou tout autre symptôme d'alarme ;
- chez un sujet âgé de moins de 45 ans sans symptôme d'alarme, une endoscopie haute est recommandée en cas :
 - de positivité d'un test diagnostique d'*Helicobacter pylori*,

- **d'échec d'un traitement symptomatique ou d'une récurrence à l'arrêt de ce traitement.**

IV. Anémie chronique et/ou carence martiale

En cas d'anémie ferriprive et/ou de carence martiale, et après avoir éliminé une origine extra-digestive, une endoscopie haute est recommandée :

- **en première intention :**
 - **lorsque le contexte clinique oriente vers le tractus digestif supérieur,**
 - **chez un patient en mauvais état général (grand âge, comorbidités) ;**
- **dans tous les autres cas, après une coloscopie non concluante, et si possible dans le même temps anesthésique.**

V. Saignement digestif aigu d'origine haute

Une endoscopie digestive haute est recommandée en première intention en cas de saignement digestif aigu d'origine présumée haute (hématémèse ou méléna) L'endoscopie doit être faite rapidement et dans tous les cas pas au-delà la 24^e heure suivant l'épisode hémorragique. Les conditions de réalisation de l'examen doivent permettre d'effectuer le geste thérapeutique nécessaire dans le même temps.

L'endoscopie haute doit être répétée lorsque le saignement persiste alors qu'une première exploration incluant endoscopie haute et coloscopie n'a pas été concluante.

En revanche, une endoscopie de contrôle de l'efficacité du traitement hémostatique d'un ulcère n'est pas justifiée en l'absence de récurrence hémorragique.

VI. Reflux gastro-œsophagien

Une endoscopie n'est pas indiquée d'emblée en cas de symptomatologie typique de reflux gastro-œsophagien, associant pyrosis et régurgitations acides, si le patient est âgé de moins de 50 ans et ne présente aucun signe d'alarme associé (amaigrissement, dysphagie, hémorragie, anémie).

Une endoscopie haute est recommandée en cas de symptomatologie de RGO associée à des signes d'alarme (amaigrissement, dysphagie, hémorragie, anémie), ou si l'âge est supérieur à 50 ans, ou en cas de récurrence dès l'arrêt du traitement ou en cas de résistance au traitement médical.

Une endoscopie haute est indiquée, après avoir éliminé une origine extra-digestive, en cas de symptômes atypiques pouvant être liés au RGO (toux nocturne, asthme, douleurs pseudo-angineuses, enrouement, sensations de brûlure pharyngée, otalgies).

VII. Endobrachyœsophage

Le diagnostic d'endobrachyœsophage est établi par l'endoscopie haute avec biopsies.

Une endoscopie avec biopsies est nécessaire pour diagnostiquer une dysplasie sur endobrachyœsophage ; la dysplasie doit être confirmée par une 2^e endoscopie 2 à 3 mois après la première avec traitement antisécrétoire dans l'intervalle.

La nécessité d'une surveillance endoscopique est justifiée par le risque de dysplasie et de cancer de l'œsophage.

- Une endoscopie complétée de biopsies multiples suivant un protocole précis est recommandée tous les 2 à 3 ans en cas d'endobrachyœsophage avec métaplasie intestinale et sans dysplasie.
- L'endoscopie est recommandée pour la surveillance de la dysplasie de bas grade (endoscopie tous les 6 mois pendant 1 an puis tous les ans). Cette surveillance endoscopique est interrompue lorsqu'une dysplasie de haut grade est constatée ou lorsqu'il paraît improbable que sa poursuite augmente la survie.

VIII. Maladie ulcéreuse gastro-duodénale

Chez un patient ayant une symptomatologie ulcéreuse typique ou atypique, une endoscopie haute est recommandée en première intention :

- chez tout patient âgé de plus de 45 ans ayant un syndrome ulcéreux typique ou atypique ;
- chez un patient âgé de moins de 45 ans :
 - présentant des symptômes d'alarme tels qu'une anémie ou un amaigrissement,
 - en cas de positivité d'un test diagnostique d' *Helicobacter pylori*,
 - en cas d'échec du traitement symptomatique chez un patient âgé de moins de 45 ans.

Des biopsies multiples doivent être systématiquement pratiquées en cas d'ulcère gastrique.

Une endoscopie de contrôle n'est pas recommandée chez un patient asymptomatique après traitement d'un ulcère duodéal.

Une endoscopie de contrôle peut être réalisée au cours du suivi d'un ulcère gastrique, d'autant que :

- le patient est âgé de plus de 45 ans ;
- les symptômes persistent malgré un traitement médical approprié ;
- l'interprétation des biopsies est incertaine ;
- l'aspect endoscopique initial était inhabituel.

En cas de suspicion clinique d'ulcère chez un patient traité par AINS, l'endoscopie haute est recommandée en cas de persistance des symptômes après quelques jours d'arrêt du traitement gastrotoxique, ou d'impossibilité d'arrêt du traitement par AINS.

IX. Hypertension portale

L'endoscopie digestive haute à visée diagnostique est recommandée en cas de suspicion d'hypertension portale, et notamment lors du diagnostic de cirrhose, afin de rechercher la présence de varices œso-gastriques.

Une endoscopie de surveillance est recommandée tous les 2 ans chez les malades cirrhotiques chez lesquels l'endoscopie n'a pas montré de varices au moment du diagnostic.

Une endoscopie de contrôle est recommandée après traitement endoscopique de varices œsophagiennes pour contrôler l'éradication des varices.

X. Biopsies duodénales

Des biopsies duodénales au cours d'une endoscopie haute sont indiquées en cas (accord professionnel) :

- d'anémie par carence martiale sans cause identifiée ;**
- de carence en folates (associées à des biopsies gastriques) ;**
- d'autres carences nutritionnelles ;**
- de diarrhée chronique isolée ;**
- de dermatite herpétiforme ;**
- d'évaluation de la réponse au régime sans gluten au cours de la maladie coeliaque ;**
- de suspicion de certaines parasitoses lorsque l'examen parasitologique des selles est négatif (lambliaose, strongyloïdose).**