



Invitée du mois : Pr Salih Abdesslam

Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (MAPS III): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) and European Society of Pathology (ESP) Guideline update 2025 :Mário Dinis-Ribeiro, Diogo Libânio, et al. Publication: Endoscopy 2025; 57: 504-554. DOI: 10.1055/a-2529-5025.

Pr Salih Abdesslam
Service d'hépatogastro-entérologie CHU HASSAN II - Fès

Bonjour Salih, vous êtes Professeur de gastro-entérologie au CHU HASSAN II de Fès, et vous avez analysé pour nous l'importante mise à jour des recommandations MAPS III. Pouvez-vous en synthétiser les points clés pour notre pratique de spécialiste ?

Introduction

Le cancer gastrique demeure un problème majeur de santé publique mondiale, avec plus d'un million de nouveaux cas et environ 865 000 décès par an selon les données de 2017. Il est responsable d'un poids considérable en termes de mortalité et d'années de vie ajustées sur l'incapacité (19 millions de DALYs).

La cascade de Correa (inflammation → atrophie → métaplasie intestinale → dysplasie → cancer) offre une fenêtre d'intervention cruciale qui rend le cancer gastrique potentiellement évitable grâce à des stratégies de prévention et de détection précoce.

C'est pour répondre à cet enjeu

que la European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), la European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG) et la European Society of Pathology (ESP) ont publié en mars 2025 la troisième révision du guide MAPS III (Management of Epithelial Precancerous Conditions and Early Neoplasia of the Stomach).

Ce nouveau texte actualise les précédentes recommandations MAPS II (2019) et ESD 2022, en intégrant les avancées sur :

- Le dépistage endoscopique populationnel,
- La chromo-endoscopie virtuelle (VCE) et intelligence artificielle IA,
- La stratégie de biopsie et de surveillance,
- La classification histologique et endoscopique,
- Et la prise en charge endoscopique des cancers précoces.

Méthodologie

Les recommandations du MAPS III ont été élaborées selon une méthodologie rigoureuse conforme aux standards AGREE II et GRADE, garantissant la qualité scientifique et la transparence du processus. Un

groupe multidisciplinaire d'experts européen (ESGE, EHMSG, ESP) a été constitué en 2023, regroupant gastro-entérologues, pathologistes et méthodologistes. Sept modules thématiques ont structuré le travail (dépistage, diagnostic, traitement endoscopique, surveillance, H. pylori, interventions non liées à H. pylori, situations particulières). Une revue systématique de la littérature (jusqu'en mars 2024) a alimenté la formulation des recommandations selon la méthode PICO, suivie d'un processus de consensus Delphi avec un seuil d'accord de 80 %. Chaque recommandation a été notée selon la qualité de preuve (High à Very Low) et la force (Strong ou Conditional). Le texte final, validé par les conseils scientifiques des trois sociétés et revu par les comités nationaux, constitue un document modulaire et actualisable, centré sur les lésions épithéliales précancéreuses et néoplasies précoces gastriques.

Synthèse des recommandations

1. Dépistage et stratification du risque

Le MAPS III introduit une approche plus nuancée et individualisée du dépistage endoscopique

- Dépistage populationnel : il est suggéré dans les régions à haut risque (taux d'incidence standardisé [ASR] > 20 pour 100 000 personnes-années) tous les 2 à 3 ans, et dans les zones à risque intermédiaire (ASR 10–20) tous les 5 ans, sous réserve de faisabilité économique. Aucun dépistage systématique n'est recommandé dans les zones à faible risque (ASR < 10).
- Stratification individuelle : lors de toute première gastroscopie diagnostique, le praticien doit évaluer le risque gastrique individuel, indépendamment du pays d'origine, en recherchant des signes d'atrophie ou de métaplasie étendue.
- Populations à risque familial :
 - Dépistage non invasif d'H. pylori recommandé entre 20 et 30 ans chez les apparentés du premier degré d'un patient atteint de cancer gastrique.
 - Endoscopie de dépistage à 45 ans, ou 10 ans avant l'âge du diagnostic du cas index, est suggérée dans cette population.
- Critères d'âge et comorbidités : le dépistage ou la surveillance n'est pas recommandé après 80 ans, ni chez les patients dont l'état général ou les comorbidités rendent un traitement curatif

improbable.

- Biomarqueurs sériques : un taux bas de pepsinogène I ou un rapport PG I/II diminué, surtout si la sérologie H. pylori est négative, constitue un indicateur de gastrite atrophique avancée, justifiant une endoscopie de dépistage ciblée.

2. Diagnostic endoscopique et histologique des lésions précancéreuses et néoplasiques

a. Endoscopie de Haute Qualité :

Il est fortement recommandé d'utiliser une endoscopie de haute qualité, incluant la chromoendoscopie virtuelle (NBI= Narrow Band Imaging, BLI= Blue Laser Imaging ou LCI= Linked Color Imaging) après formation spécifique, pour le dépistage, le diagnostic et la surveillance.

La chromoendoscopie avec coloration vitale reste une alternative valide en l'absence de VCE.

Temps d'Examen : Un temps d'inspection suffisant (recommandé > 7 minutes pour l'estomac hors temps de biopsie) est associé à une meilleure détection des lésions néoplasiques.

b. Intelligence artificielle et formation des endoscopistes

Le MAPS III ouvre la voie à l'intégration de systèmes d'intelligence artificielle (IA) en temps réel, pour aider à la détection et la localisation des lésions néoplasiques ou la stadification des lésions précancéreuses. Bien que les preuves restent limitées, leur usage est "suggéré" lorsqu'ils sont disponibles dans des

centres entraînés.

La formation spécifique à la reconnaissance endoscopique des lésions gastriques précancéreuses est recommandée pour tous les opérateurs, en vue d'assurer la reproductibilité et la fiabilité des diagnostics.

c. Description et documentation des lésions suspectes

Toute lésion suspecte doit être décrite selon la classification de Paris, caractérisée selon le pit-pattern et le vascular pattern, et photodocumentée systématiquement.

Deux biopsies ciblées doivent être réalisées sur chaque lésion suspecte pour confirmation histologique.

L'imagerie en coupe n'est pas recommandée systématiquement, sauf si des signes d'invasion sous muqueuse profonde sont suspectés ou si la lésion n'est pas éligible à une résection endoscopique.

d. Prélèvements biopsiques systématiques et analyse histologique

En l'absence de lésion visible, le protocole de biopsie recommandé est de deux biopsies dans l'antra (petite et grande courbures) et deux biopsies dans le corps gastrique. Idéalement guidées par la VCE, et placées dans deux flacons distincts. La Biopsie de l'Incisure Angulaire est désormais considérée comme optionnelle et non plus obligatoire.

Le rapport histologique doit inclure : la présence et le grade de dysplasie, la présence et le type d'adénocarcinome, la sévérité de l'atrophie et de la métaplasie, avec distinction complète/ incomplète, la présence de l'infection à H. pylori.

e. Systèmes de classification combinée

endoscopie-histologie

L'utilisation de scores comme Kimura-Takemoto (atrophie) ou EGGIM (métaplasie intestinale) est suggérée pour stadifier le risque

Sur le plan histologique, les systèmes OLGA (Operative Link on Gastritis Assessment) et OLGIM (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia) peuvent être utilisés pour stratifier les patients à risque élevé de cancer gastrique.

Les biopsies montrant une dysplasie doivent être relues par un pathologiste digestif expert.

3. Traitement endoscopique des lésions précancéreuses et des cancers gastriques superficiels

a. Traitement des lésions visibles :

Toute lésion visible avec dysplasie ou carcinome doit être stadifiée et traitée

Le choix du traitement (EMR= mucosectomie ou ESD= Endoscopic Submucosal Dissection) dépend de la taille, du type histologique et du degré d'invasion.

- **L'ESD** est recommandée comme traitement de première intention pour les Lésions différenciées classées comme dysplasie (LGD ou HGD) ou carcinome intramuqueux, De Toutes tailles si non ulcérées, Ou ≤ 30 mm si ulcérées.
- **L'ESD** est également envisageable dans certaines situations : Lésions différenciées avec invasion sous-muqueuse minime ($\leq 500 \mu\text{m}$, pT1b-sm1) et taille ≤ 30 mm et les Lésions indifférenciées

intramuqueuses ≤ 20 mm sans ulcération.

- La mucosectomie n'est proposée qu'en alternative dans les cas très sélectionnés : Lésions de type Paris 0-IIa, ≤ 10 mm, et présentant une faible probabilité de malignité.

b. Prise en charge de la dysplasie non visible endoscopiquement.

En cas de dysplasie sans lésion visible, une réévaluation endoscopique de haute qualité est nécessaire dans les 6 mois (HGD) à 12 ans (LGD)

c. Critères de curabilité et conduite post-réséction

Stratification du risque post-réséction.

- **Curative / Très faible risque (LNM < 1%)** : R0, pT1a diff, sans invasion lympho-vasculaire ; Aucun traitement complémentaire.
 - **Curative / Faible risque (LNM < 3%)** : R0, sans invasion lympho-vasculaire Soit pT1b SM1 < $500 \mu\text{m}$, diff Soit pT1a indiff. < 20 mm (non ulcéré) ; CAT : Staging + RCP + Surveillance.
 - **Risque Local** : Résection fragmentée ou Marge Horizontale (+) ; Surveillance rapprochée ou retraitement.
 - **Non Curative / Haut risque** : Profondeur > $500 \mu\text{m}$, avec invasion lymphovasculaire, Marge Verticale (+) ou Ulcérée > 30 m ; CAT : Staging complet (EUS/CT) pour décider une Chirurgie
- ### d. Algorithme de Surveillance Post-Endoscopie

- **Haut Risque** : Les patients avec des stades avancés de gastrite atrophique (changements atrophiques sévères ou métaplasie intestinale dans l'antré et le corps, OLGA/OLGIM III/IV) ou des changements endoscopiques étendus (C3+ ou EGGIM 5+) doivent bénéficier d'une **surveillance par endoscopie de haute qualité tous les 3 ans.**
- **Haut Risque + Antécédents Familiaux** : Pour les patients à haut risque ayant un parent au premier degré atteint de cancer gastrique, une surveillance plus intensive (ex : tous les 1 à 2 ans) peut être bénéfique.
- **Faible Risque (Atrophie/MI limitée à l'antré)** : Pas de surveillance nécessaire si pas d'autres facteurs de risque (tels que ATCD familiaux ou *H. pylori* persistant).
- **Après Résection d'une Néoplasie** : Contrôle à **3-6 mois** puis **annuel** pendant 3 ans, puis espacement possible.

4. Rôle de Helicobacter pylori

- L'éradication est toujours recommandée.
- L'éradication d'*H. pylori* est bénéfique à tous les stades de la cascade de Correa.
- avant les lésions : Prévient le développement de la cascade
- Avec atrophie/métaplasie intestinale : Peut ralentir, stopper, voire faire régresser partiellement les lésions.
- Après résection : Réduit significativement le risque de lésions métachrones.

5. Facteurs de Risque, Prévention et Controverses

a. Facteurs alimentaires et hygiéno-diététiques

- Le régime alimentaire demeure un modulateur

majeur du risque gastrique. Le MAPS III recommande : une réduction de la consommation de sel et d'aliments salés ou fumés, une augmentation de la consommation de fruits et légumes riches en antioxydants, et la limitation de la viande transformée et des nitrates alimentaires

- L'alcool et le tabac restent des facteurs de risque indépendants et leur éviction est systématiquement recommandée.

b. Facteurs pharmacologiques

- **L'usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), notamment l'aspirine à faible dose**, a été associé à une réduction modérée du risque de cancer gastrique dans plusieurs méta-analyses observationnelles.

Toutefois, en raison du risque de complications gastro-intestinales, le MAPS III ne recommande pas leur usage systématique à visée préventive. Leur utilisation peut être envisagée chez certains patients

cardiovasculaires sous indication formelle, avec surveillance étroite.

- **Controverse sur les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)** : Si un patient a une indication claire pour prendre des IPP (ex: reflux, antécédent d'ulcère sous AINS), il doit continuer son traitement.
- **Suppléments et antioxydants** : Aucune supplémentation spécifique n'a démontré un effet protecteur reproductible contre la

progression des lésions gastriques. Le MAPS III déconseille l'usage empirique de ces agents, soulignant que la prévention nutritionnelle doit reposer sur l'alimentation naturelle plutôt que sur la supplémentation isolée.

Quels sont vos Take home messages

1. Chaque gastroscopie diagnostique doit être considérée comme une opportunité de dépistage du cancer gastrique et de stratification du risque
2. Une endoscopie de haute qualité incluant la chromoendoscopie virtuelle (VCE), après une formation adéquate, est désormais la norme pour le dépistage, le diagnostic et la surveillance
3. Pour une stadification histologique fiable (systèmes OLGA/OLGIM), il est recommandé de prélever au moins 4 biopsies : 2 dans l'antrum (ou l'incisure) et 2 dans le corps gastrique, placées dans deux flacons séparés et bien étiquetés
4. L'utilisation de classifications validées comme Kimura-Takemoto (pour l'atrophie) ou EGGIM (pour la métaplasie) est fortement encouragée pour stadifier le risque dès l'examen endoscopique
5. La dissection sous-muqueuse endoscopique (ESD) est le traitement de choix pour la majorité des lésions gastriques superficielles, car elle permet une résection en bloc et une stadification pathologique précise. L'EMR ne doit être

envisagée que pour les petites lésions (≤ 10 mm) à très faible risque de malignité

6. L'éradication d'*H. pylori* est toujours recommandée et bénéfique à tous les stades de la cascade de Correa.
7. Des intervalles de surveillance rationalisés

 - Qui Doit Être Surveillé ? La Majorité des Patients ne Nécessite PAS de Surveillance