

Indications et limites des techniques endoscopiques dans le traitement de l'endobrachyoesophage

Qu'est-ce que l'EBO?

RGO



Défaut de réparation cellulaire



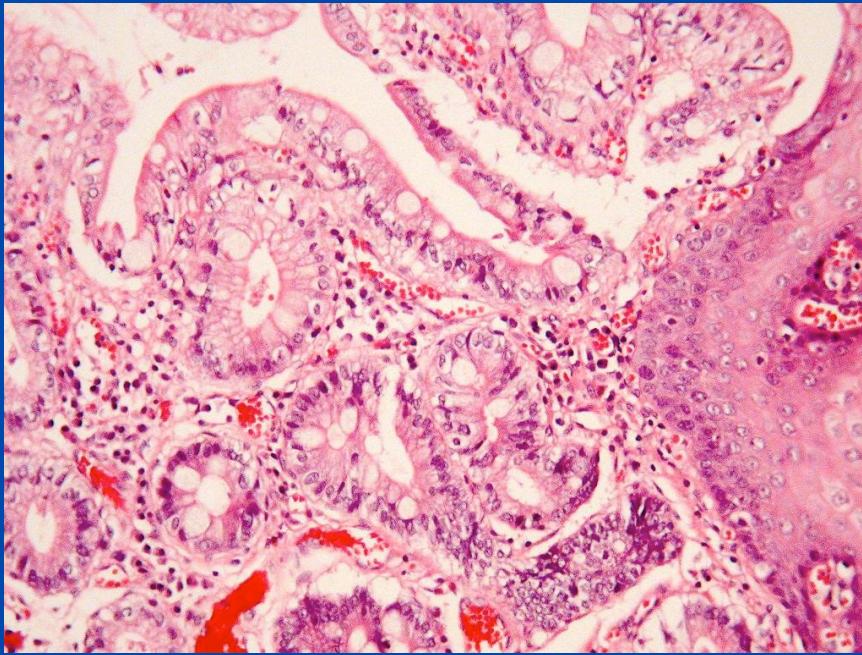
Remplacement de la muqueuse malpigienne
par une muqueuse glandulaire de type
intestinal: métaplasie intestinale



EBO long (>3cm)

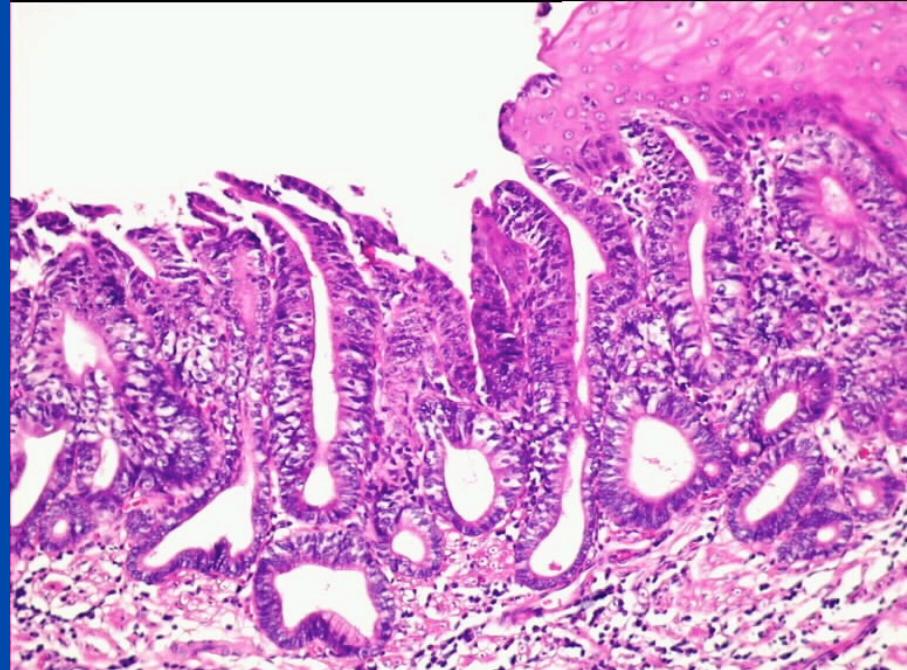


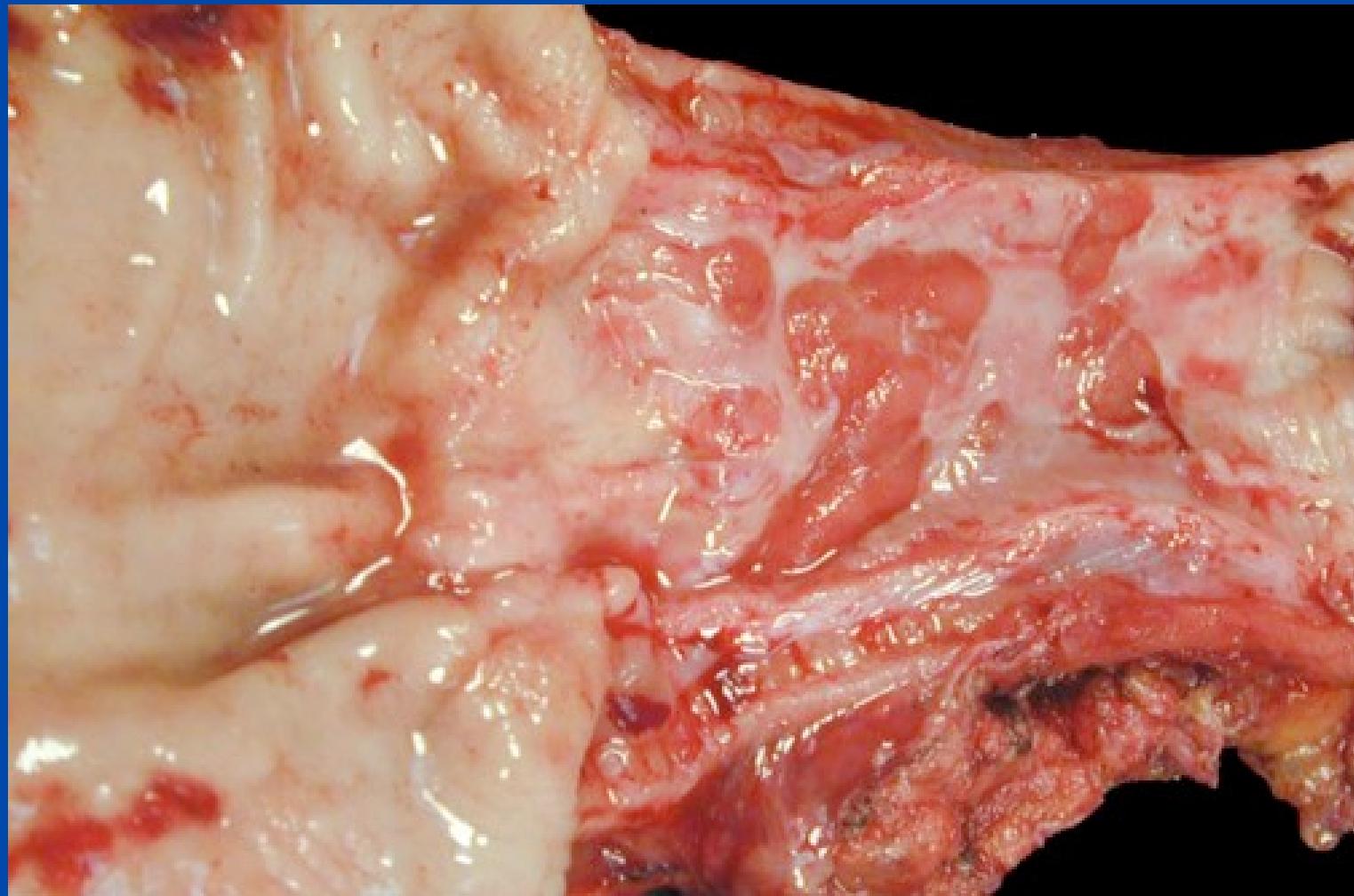
EBO court (<3cm)



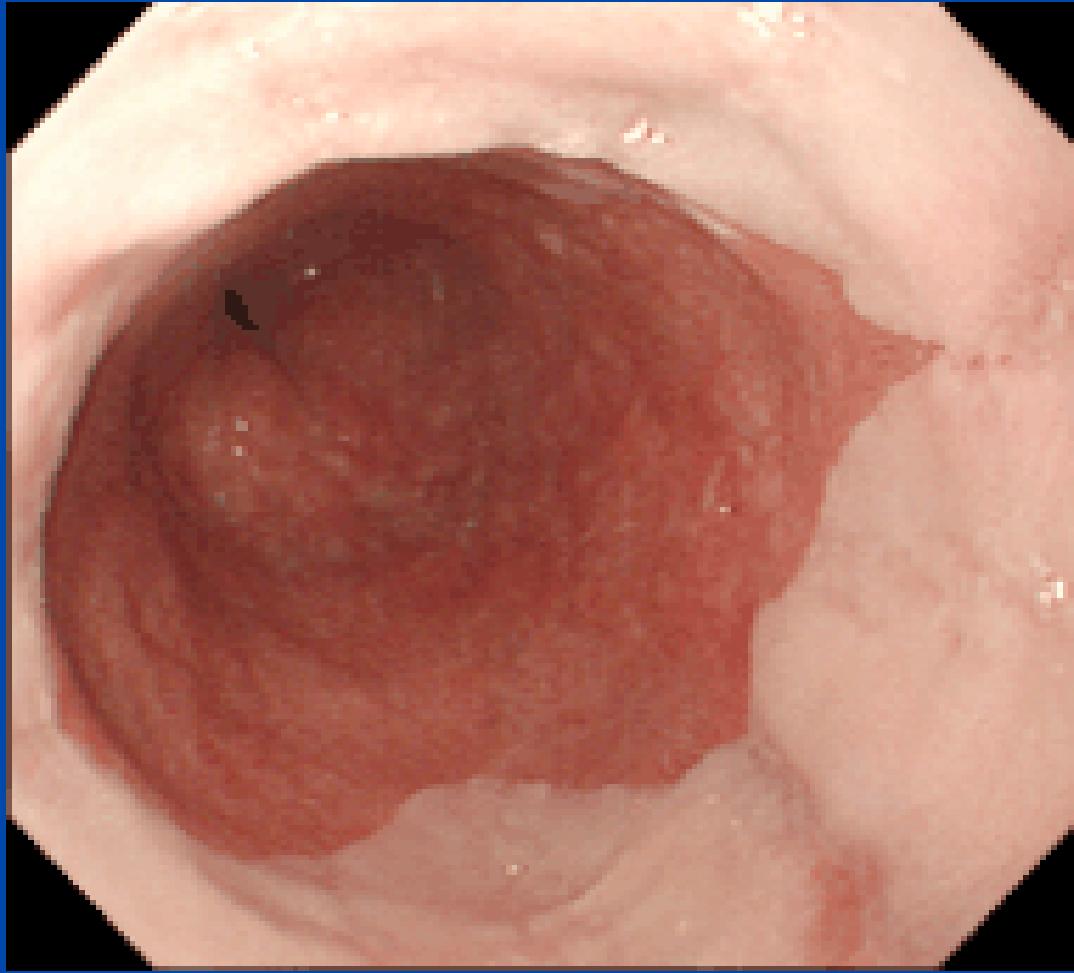
EBO non dysplasique

**EBO en dysplasie
de haut grade
CIS**





**Macroscopie:
plages de muqueuse glandulaire au niveau de
la partie basse et médiane de l'oesophage**



Endoscopie: EBO circonférentiel

En quoi l'EBO est-il cliniquement important?

- _ Risque de cancer (adénocarcinome) x 40-100
- _ Risque cumulé # 5%



**Importance de la détection et
de l'éradication
du tissu pré-cancéreux
(dysplasie HG)**

Quand et comment faut-il traiter l'EBO?

Quand?

- Au stade non dysplasique
- Au stade de DBG
- Au stade de DHG (50% de cancer méconnu)
- Au stade de carcinome in situ

Comment?

- **Prévention de la progression ou induction de la régression**
= anti-reflux
- **Eradication active**
= ablation muqueuse ou oesophagectomie

La suppression acide permet-elle de traiter efficacement l'EBO?

- _ IPP:** non (mais pourrait retarder la dysplasie et prévenir l'allongement de l'EBO)
- _ Chirurgie anti-reflux:** peu de données positives, beaucoup de biais

L'ablation de la métaplasie permet-elle une prévention efficace du cancer?

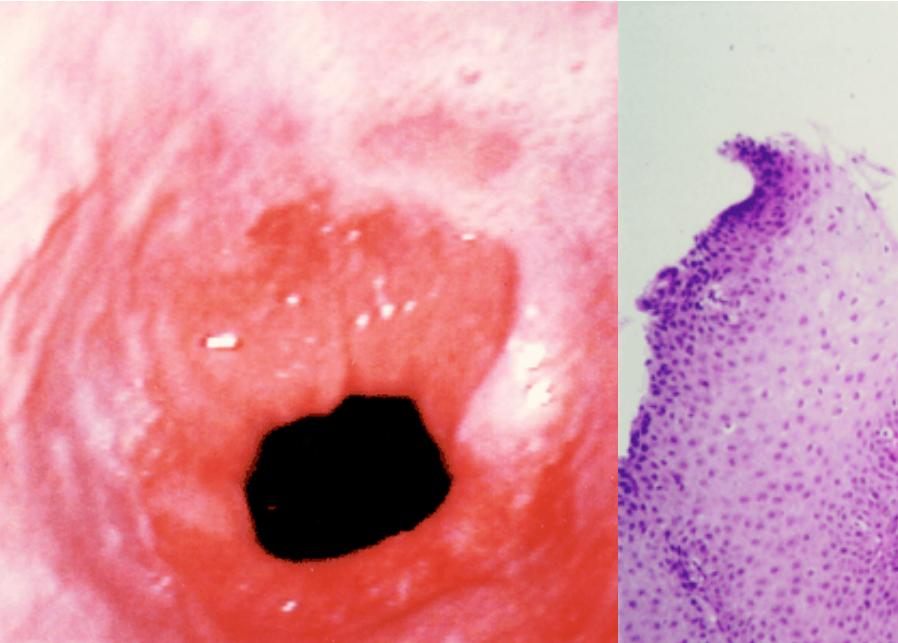
Ablation muqueuse + suppression acide => régénération malpighienne

- > Sampliner 1993: laser+IPP => restitutio ad integrum durable (case report)
- > Berenson 1993: 38 zones restaurées /40 traitées par argon c/o 10 pts

Quelles sont les limites des traitement endoscopiques?

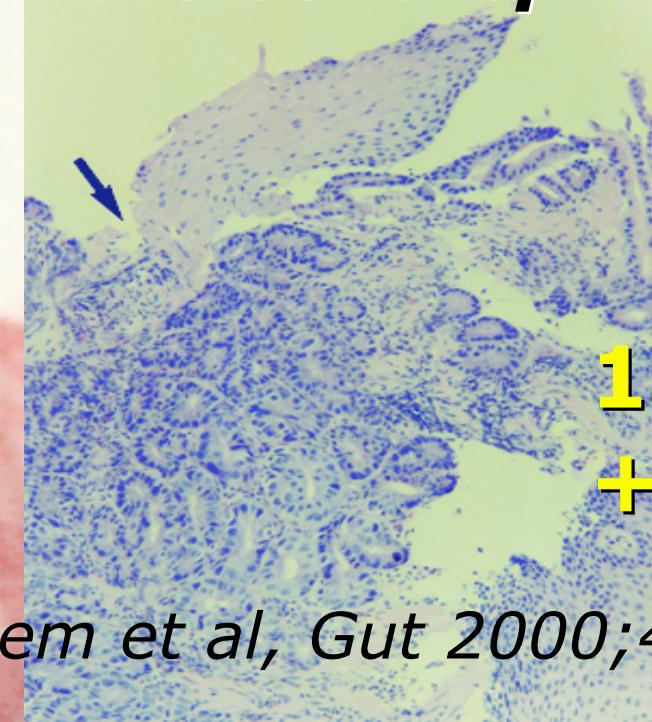
Limites intrinsèques

- _ Risque de complication (lésion bénigne, risque faible)
- _ Eradication incomplète
- _ Absence de marqueur biologique
- _ Foyers d'EBO sous-épithéliaux



**Fin de
traitement
(APC+IPP)**

Gravité des résurgences sous-épithéliales



Van laethem et al, Gut 2000;46:575-7

Quelles sont les limites des traitement endoscopiques?

Limites d'évaluation

- _ Quasi-impossibilité de démontrer la baisse de mortalité (risque, durée)
- _ Critères de jugement
 - dysplasie: non
 - cancer: trop rare
 - éradication complète: comment s'en assurer?

Quel sont les moyens endoscopiques de traitement de l'EBO? (ablation)

- _ 1- Méthodes thermiques:**
 - Laser
 - Coagulation bipolaire
 - Argon
- _ 2- Thérapie photodynamique**
- _ 3- Résection muqueuse**

APC

étude prospective 50pts

- _ Éradication 90% : 68% des pts (4 séances)
- _ Eradication incomplète si EBO long
- _ Glandes enterrées malgré ablation « complète »: 44% des patients, 8% des biopsies
- _ 68% de récidive 1 an après succès endoscopique (surtout si arrêt IPP)

Basu et al, Gut 2002;51:776-80

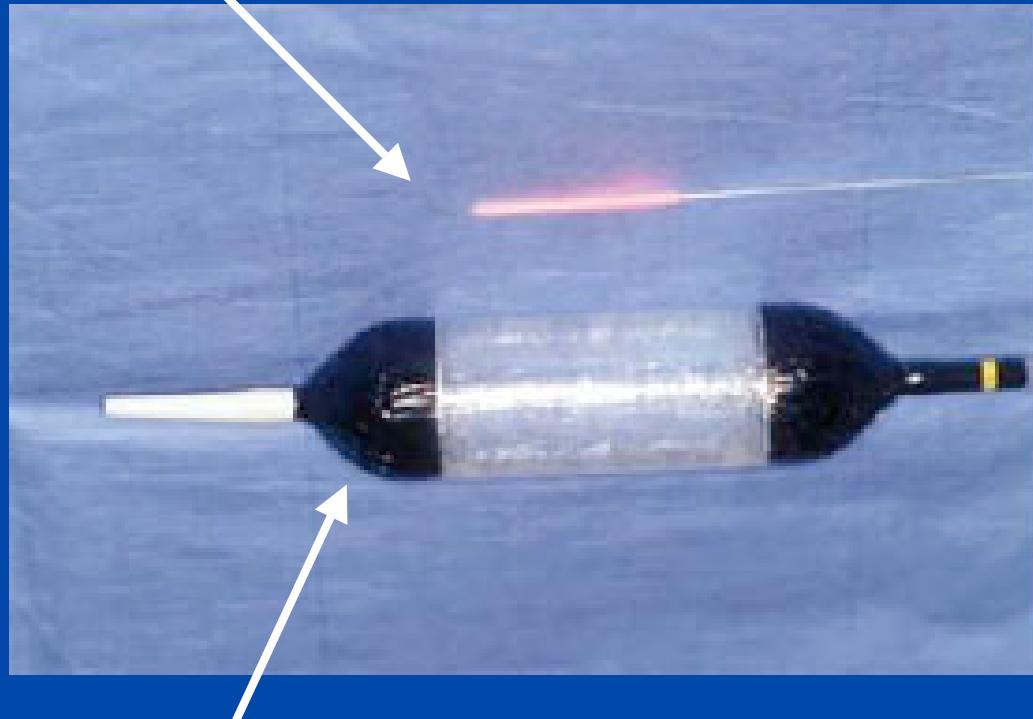
Thérapie photodynamique (PDT)

PDT

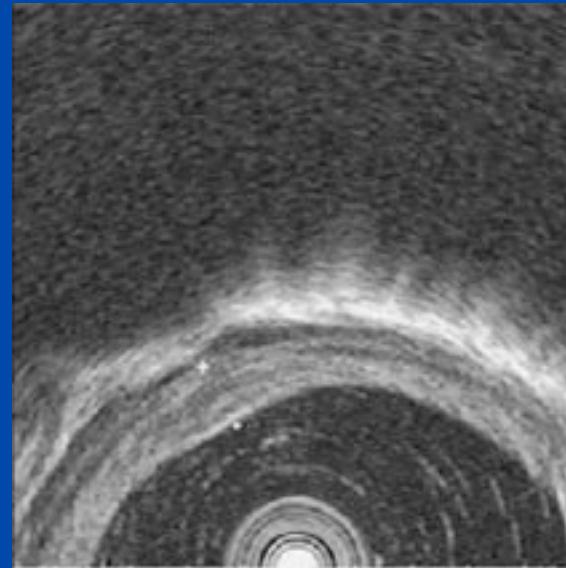
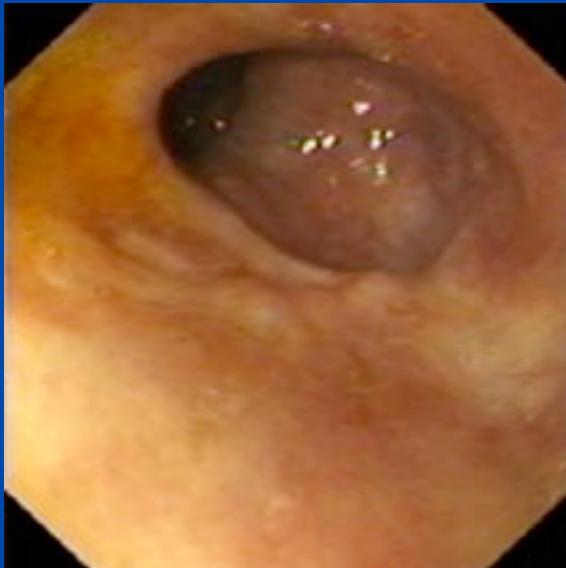
- _ Photosensibilisation puis activation par laser « colorant »
- _ 5 ALA: per os, action superficielle
- _ Porfimer sodique (photofrin): IV, action + profonde
- _ 1-3 séances

PDT

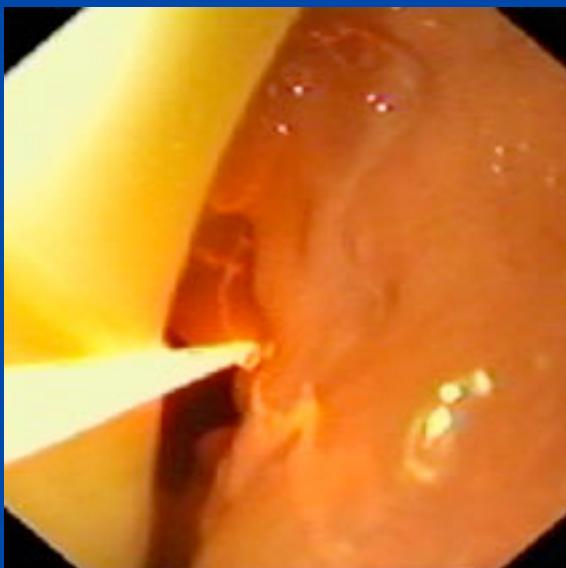
Fibre laser



Ballon de centrage



PDT



PDT

	N	Ablation K	Epithérialisation malpighienne	Morbidité
Gossner et al, Gastroenterology 1998	32 DHG: 10 K: 22	17/22 (77%)	Partielle 68% Totale 0%	0% à court terme
Overholt et al, GI Endoscopy 1999	100 K: 13	10/13 (70%)	Partielle 75% Totale 43%	34% sténoses

PDT

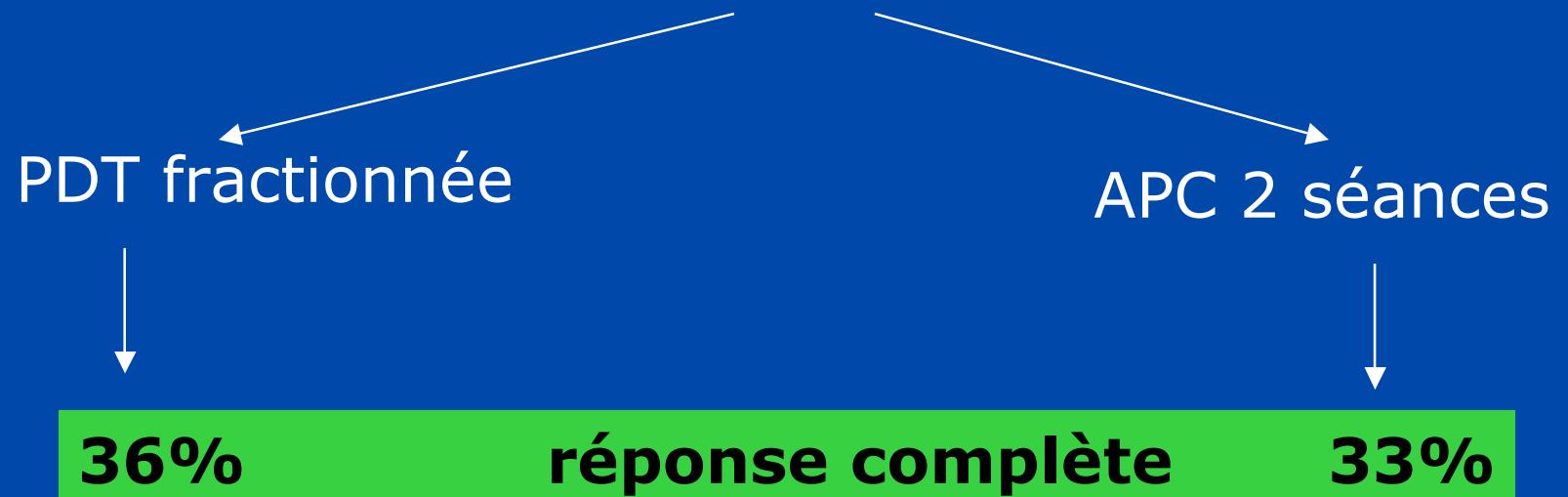
Persistante et accentuation
d'anomalies génétiques après
traitement (3 cas) :

- prolifération accrue,
- aneuploïdie,
- surexpression p53,
- mutations p53,
- hypermethylation promoter p16

Krishmadath et al, Gastroentrology 2000

PDT vs APC

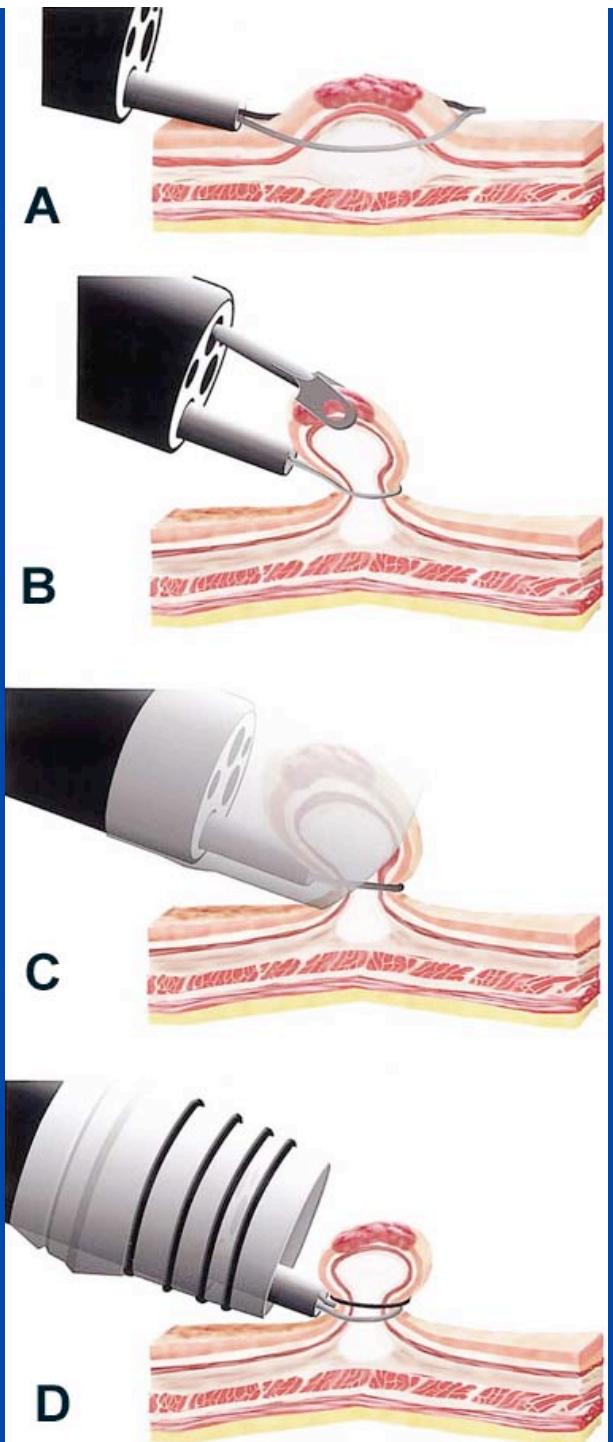
40 pts EBO sans dysplasie ou avec DBG



Hage et al, Gut 2004

Mucosectomie

les techniques actuelles



« Lift and cut »

*D'après Soetkino et al,
GI endoscopy, 2003*

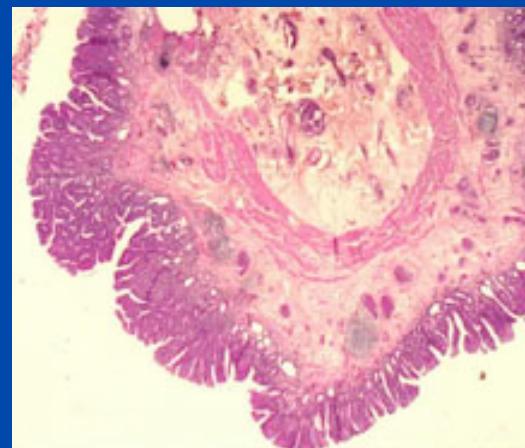


« Suck and cut »

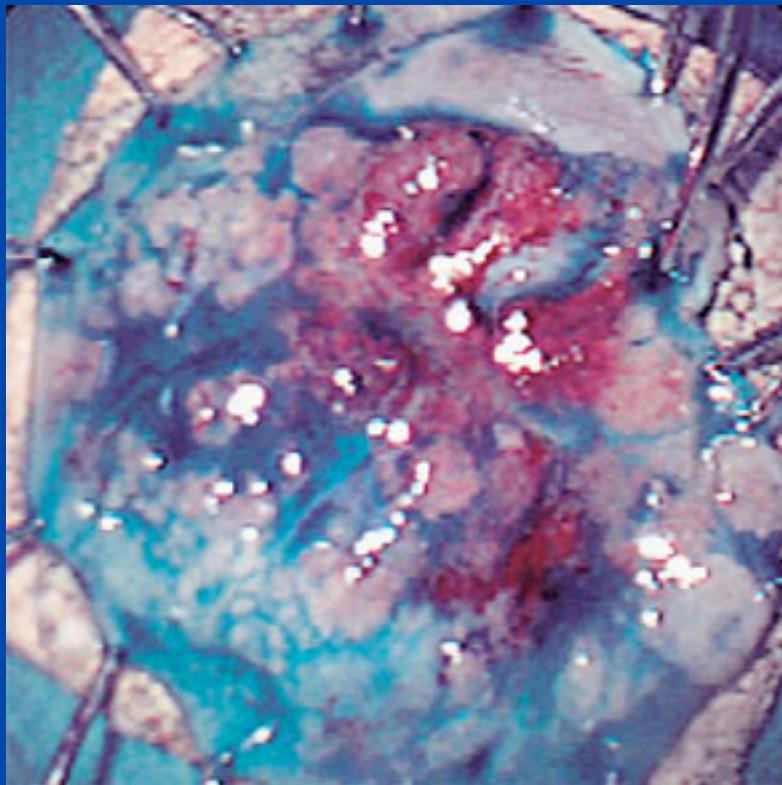


« Ligate and cut »

Technique de mucosectomie

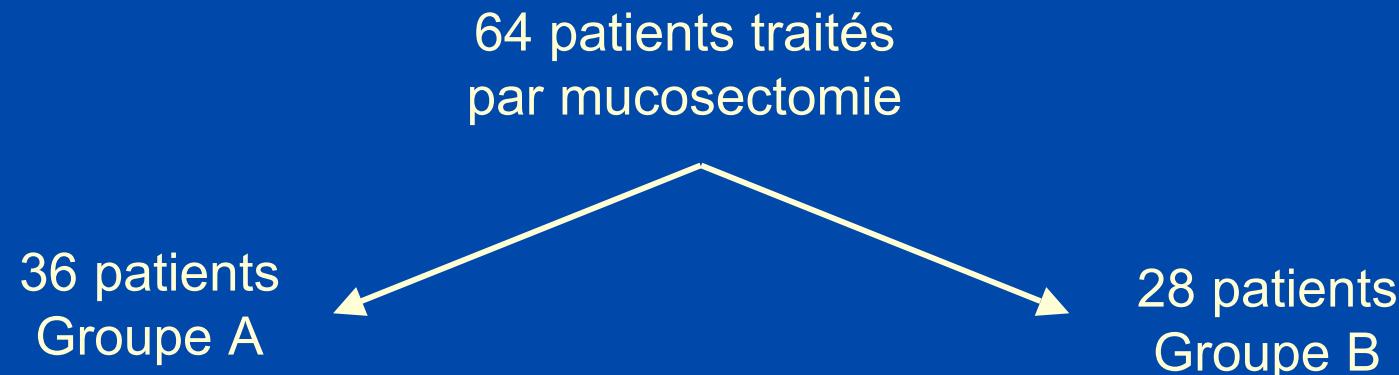


Récupération – Etalement de la pièce



Résultats de la mucosectomie pour DHG et CIS sur EBO

Etude de Ell C et al. Gastroenterology 2000 -1-



- Diamètre lésion < 20 mm
- Type I, IIa, IIb, IIc < 10 mm
- Bien ou modérément différenciée (1 ou 2)
- Limitée à la muqueuse
- Diamètre lésion > 20 mm
- Type III
- Indifférenciée (3)
- Infiltration de la sous-muqueuse

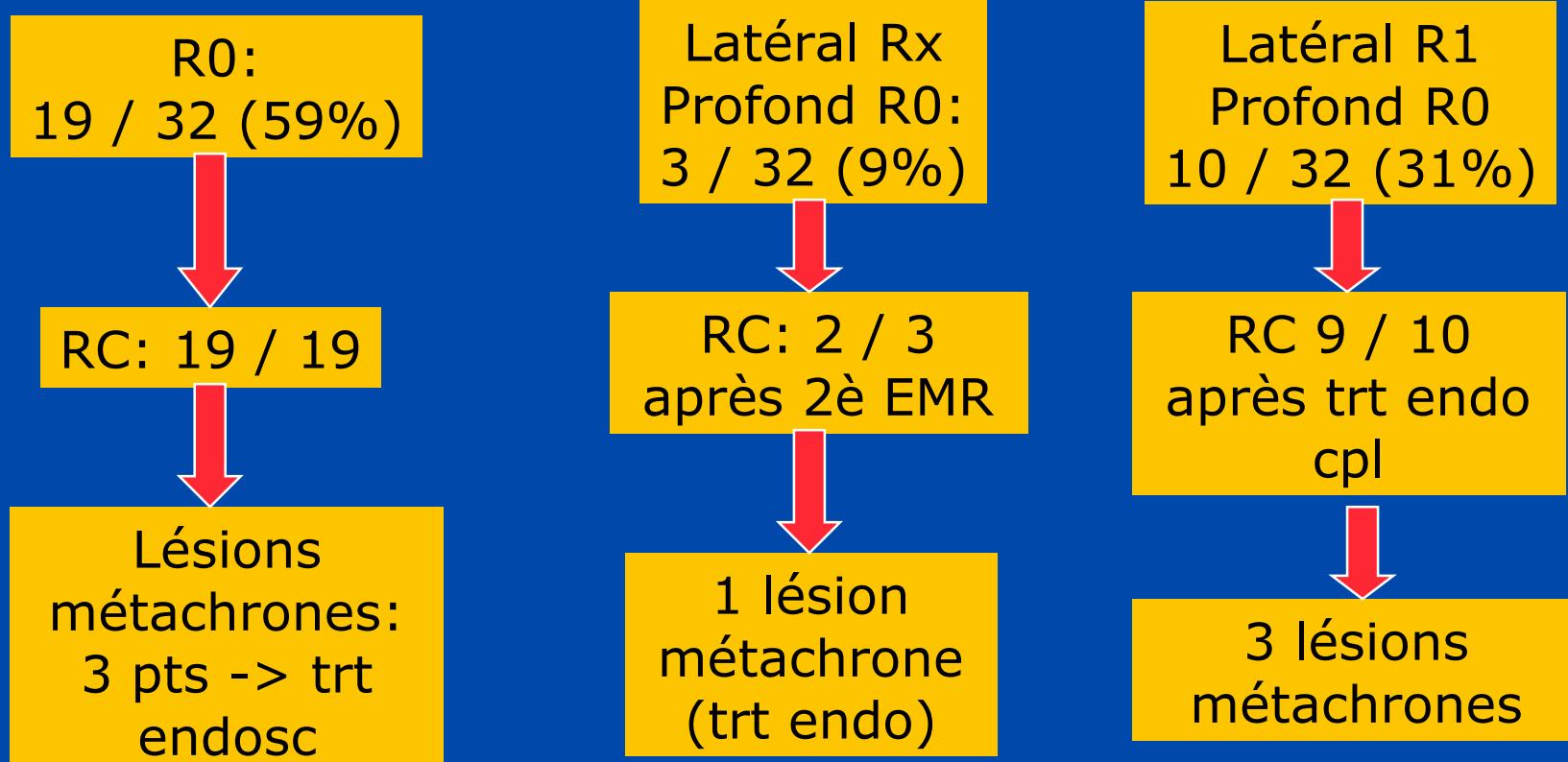
Résultats de la mucosectomie pour DHG et CIS sur EBO

Etude de Ell C et al. Gastroenterology 2000 –3-

Patients	Mucosectomies	Séances/patient	Rémission	Suivi (mois)
Groupe A n = 35	49	$1,3 \pm 0,6$	97 %	12 ± 7
Groupe B n = 29	71	$2,8 \pm 2,0$	59 %	10 ± 8

Résultats de la mucosectomie pour DHG et CIS sur EBO

62 EMR chez 32 pts avec DHG ou CIS sur EBO
Suivi 34+/-10mois



May et al, Endoscopy 2002 (EII)

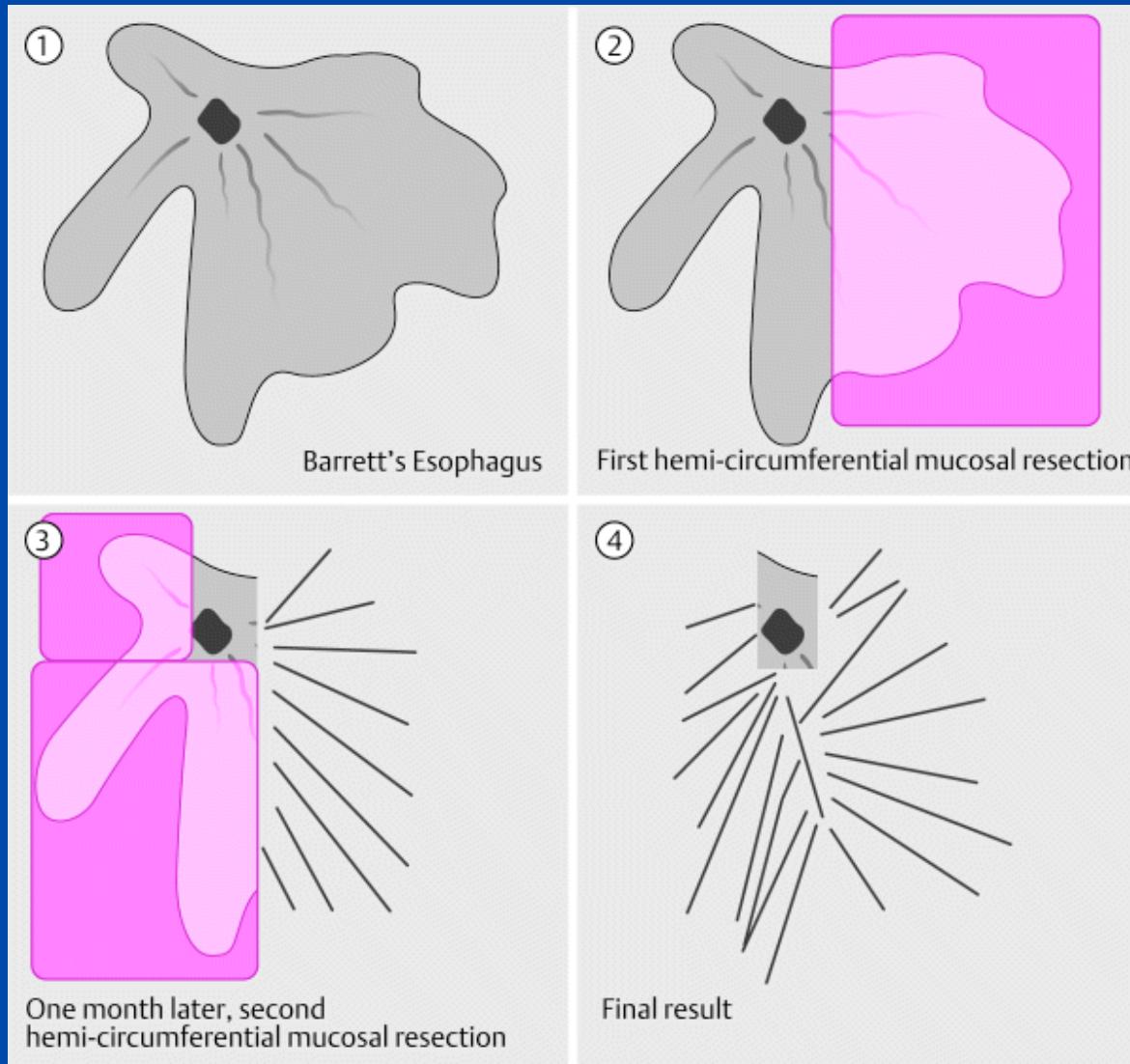
Mucosectomie circonférentielle

d'après Giovannini et al, Endoscopy 2004

- _ 21 patients
 - 9 CIS
 - 12 DHG
- _ Résection jugée complète 18 / 21
- _ 4 hémorragies (trt conservateur)
- _ 2 récidives, 3m et 12m => 2ème EMR

Mucosectomie circonférentielle

d'après Giovannini et al, Endoscopy 2004



Etudes histologiques:

Vieth et al, endoscopy 2004 (EII) -1-

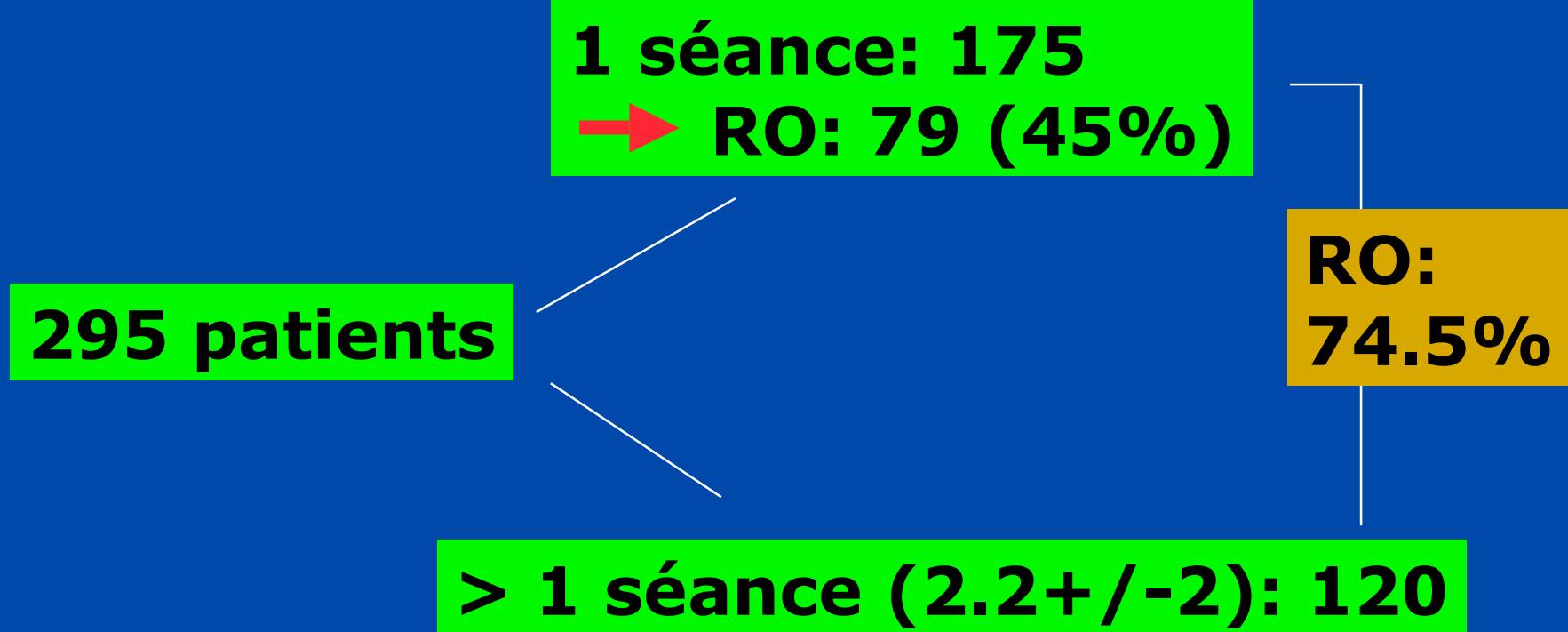
Histological diagnosis (and depth of infiltration)	Patients		Differentiation	
	n	% of study patients	n	% of subgroup
LGIN	3	1.0		
HGIN	8	2.7		
Adenocarcinoma type				
m	237	80.3		
G1			190	80.2
G2			42	17.7
G3			5	2.1
sm1	22	7.5		
G1			8	36.4
G2			9	40.9
G3			5	22.7
sm2	11	3.7		
G1			4	36.4
G2			2	18.1
G3			5	45.5
sm3	14	4.8		
G1			3	21.4
G2			4	28.6
G3			7	50.0

93% des adénoca

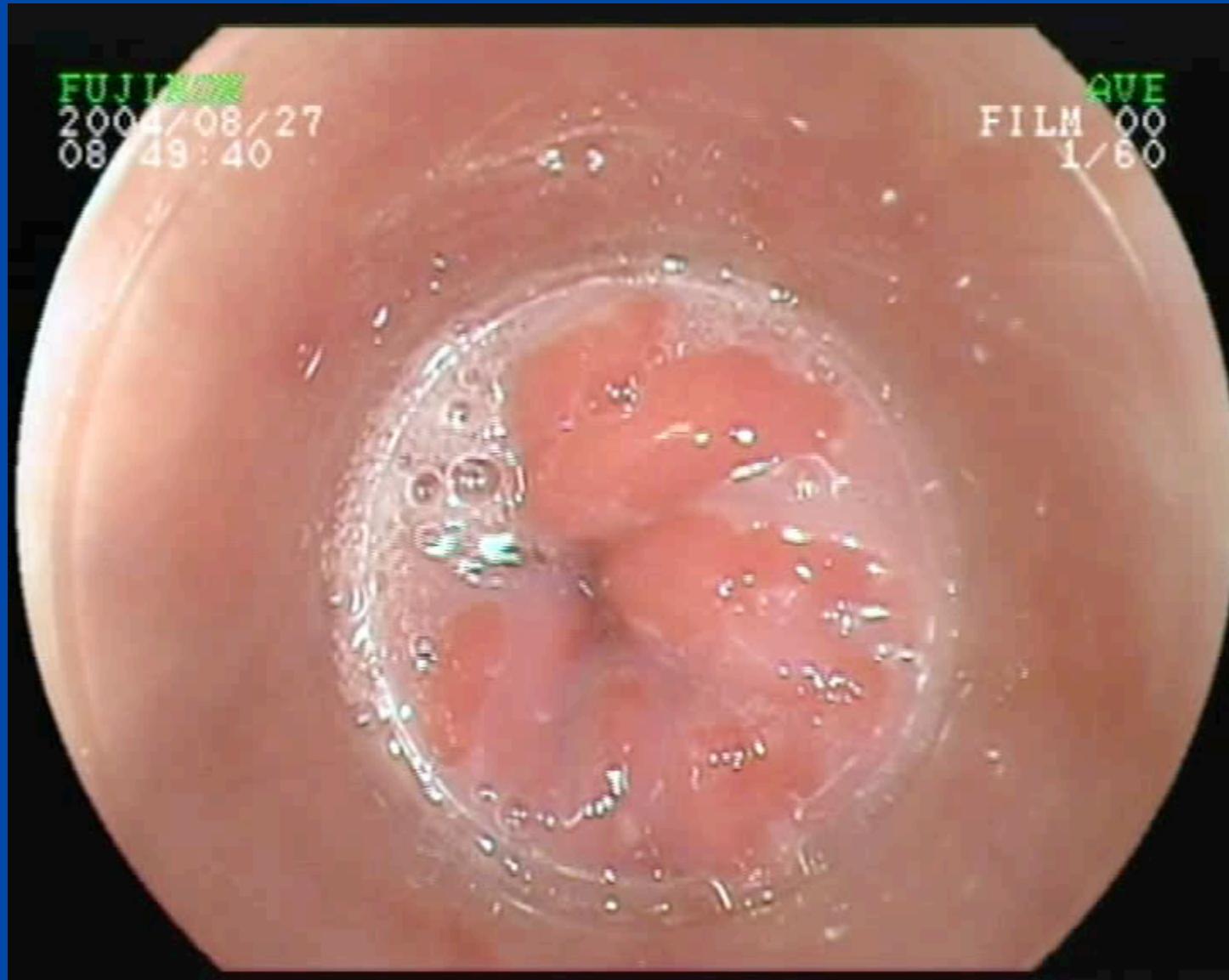
295 patients
711 specimens

Etudes histologiques:

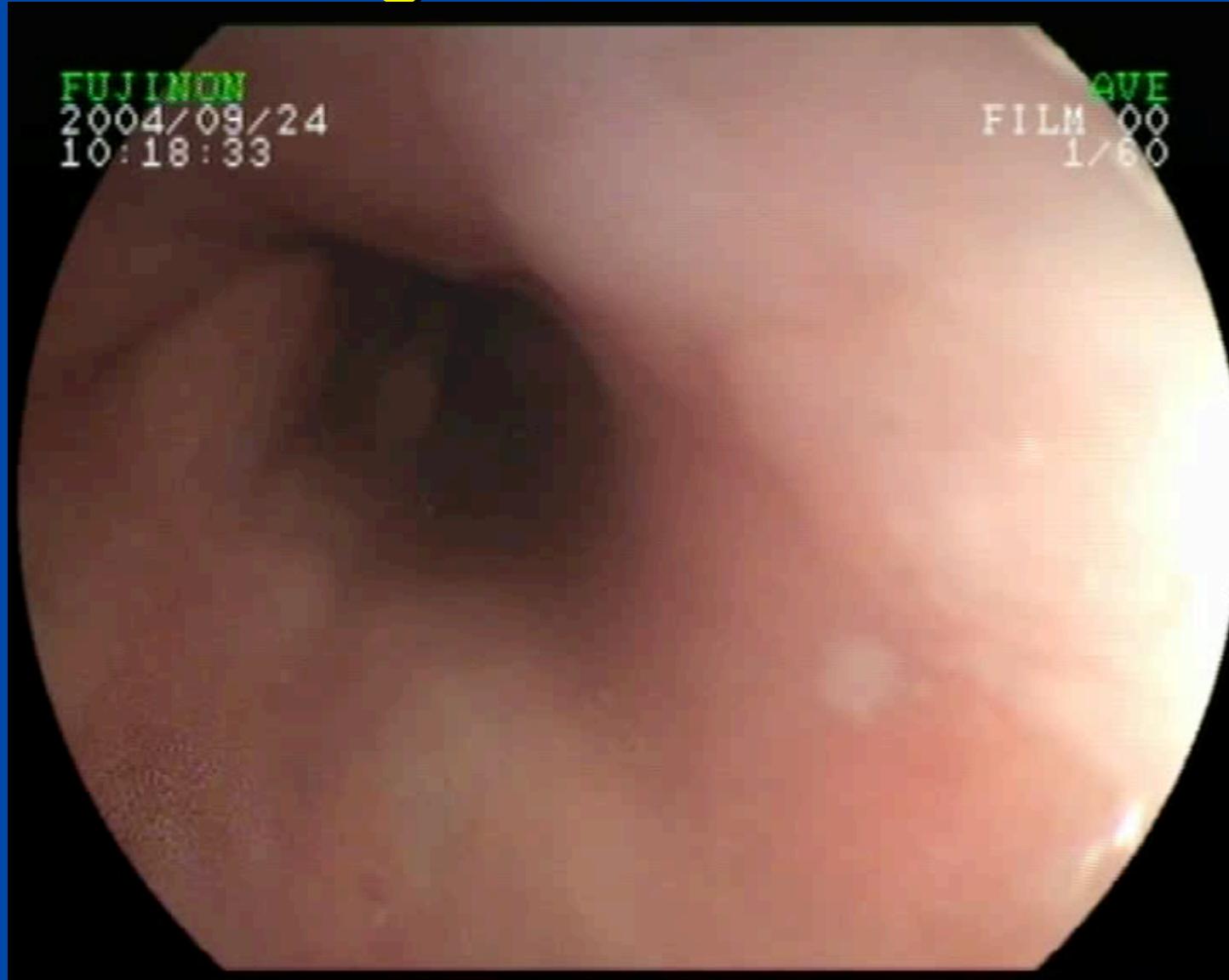
Vieth et al, endoscopy 2004 (EII) -2-



Ablation d'un foyer de CIS (« suck and cut »)

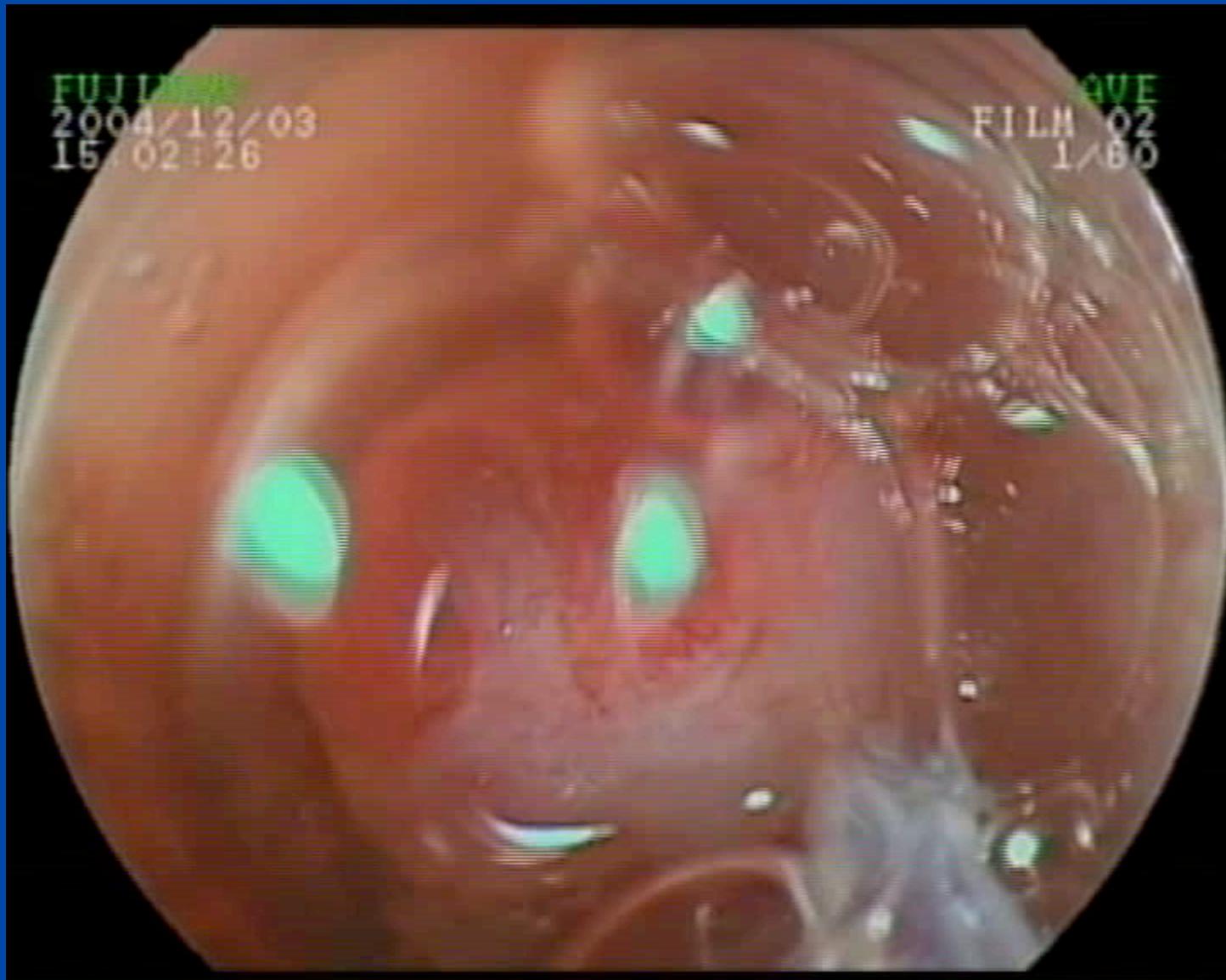


Mucosectomie étendue (DHG): « ligate and cut »



Mucosectomie: au total

- $\geq 75\%$ de succès d'éradication du CIS ou de la DHG
- _ Éradication incomplète de l'EBO
- _ 17-30% de récidives
- _ 10% de morbidité (sténoses)



FUJI

2004/12/03

15:02:26

QUE

FILM 02

1/80

Coût-efficacité des méthodes endoscopiques

2 études comparant 4 stratégies

Shaheen et al (Gut 2004):

- Aucune stratégie de prévention
- Surveillance endoscopique
- Oesophagectomie
- Ablation endoscopique

Vij, Triadafilopoulos et al (GI Endo 2004):

- surveillance endoscopique
- Oesophagectomie
- PDT + chirurgie si DHG résiduelle
- PDT + surveillance si DHG résiduelle

Avantage méthodes endoscopiques

Conclusions –1–

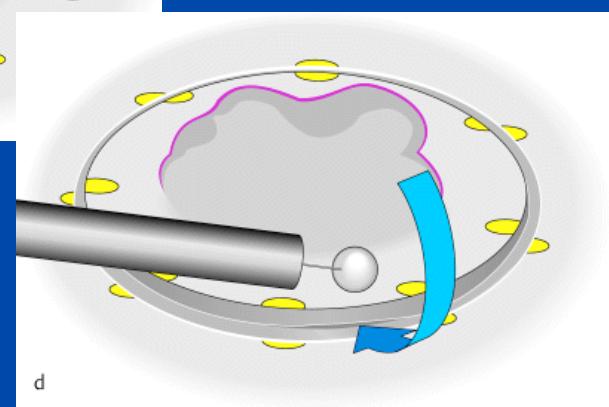
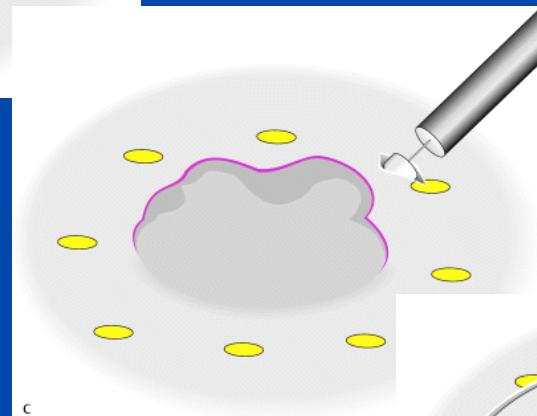
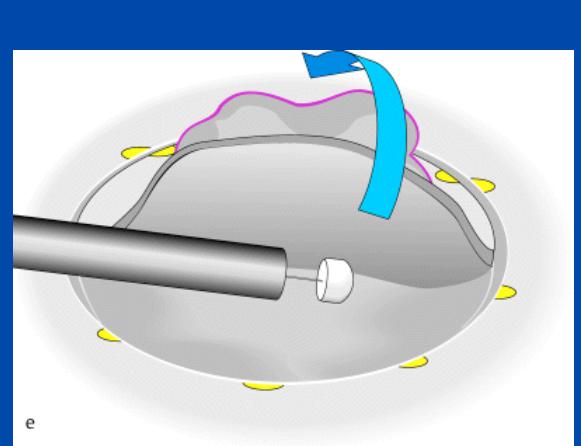
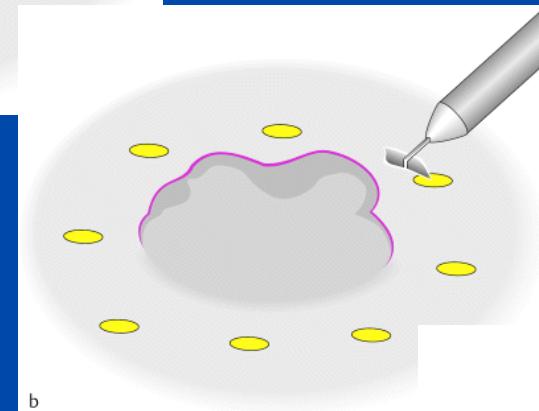
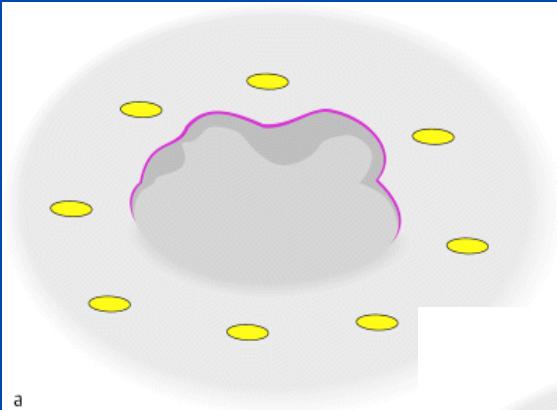
- Le problème de la surveillance de l'EBO et du dépistage des lésions pré-cancéreuses n'est pas résolu
- Devant un EBO avec dysplasie, la chirurgie est excessive, l'ablation endoscopique souvent insuffisante
- Devant un EBO avec cancer, la chirurgie reste la référence, mais ..

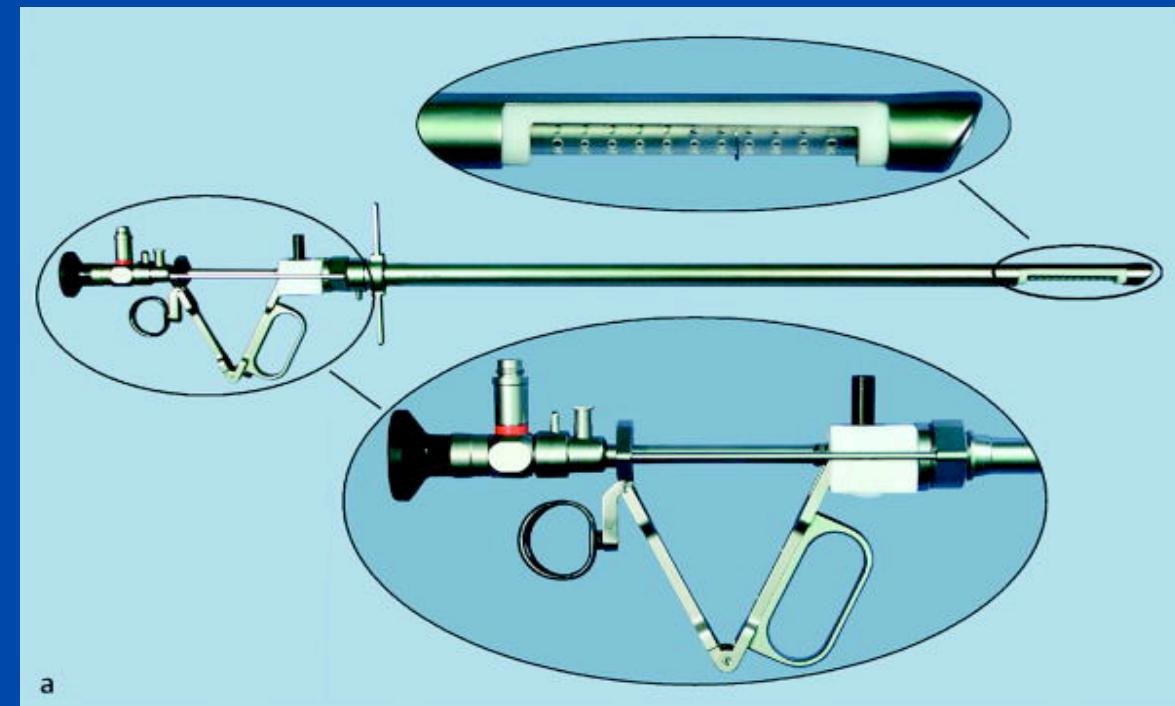
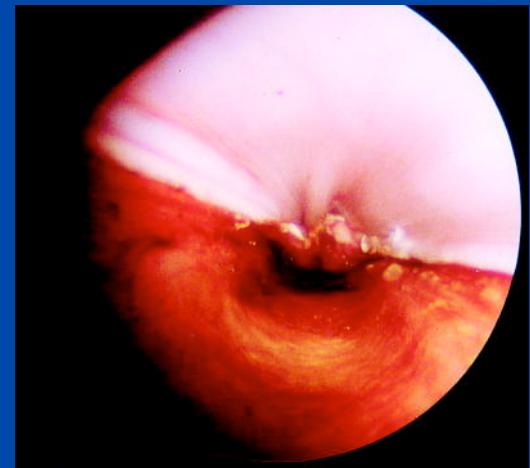
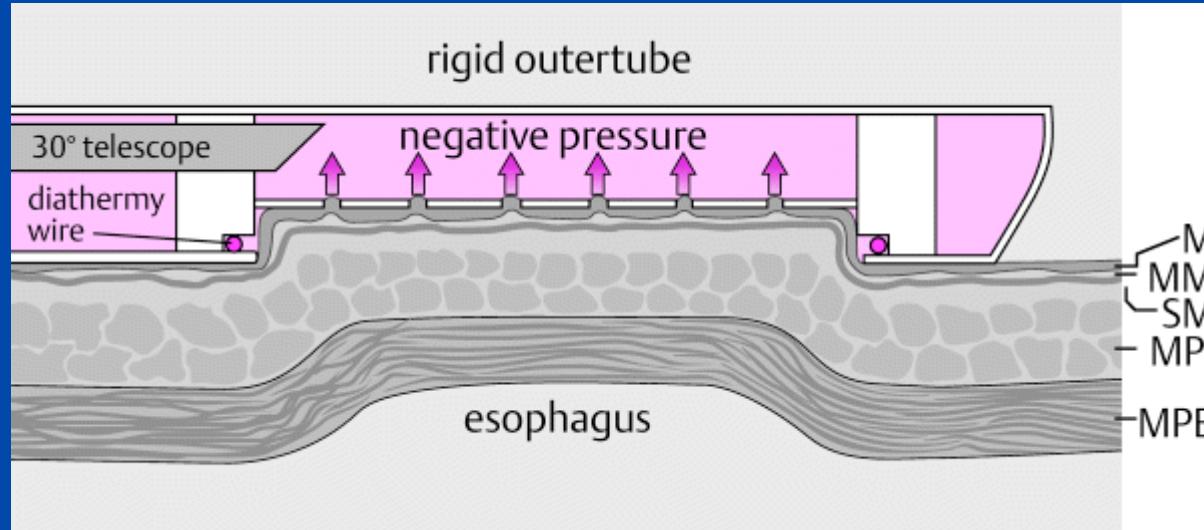
Conclusions -2-

- L'ablation endoscopique est indiquée chez les malades à haut risque chirurgical
- L'ablation endoscopique pourrait devenir la méthode de choix en permettant une éradication complète et définitive de l'EBO
- des progrès techniques sont nécessaires

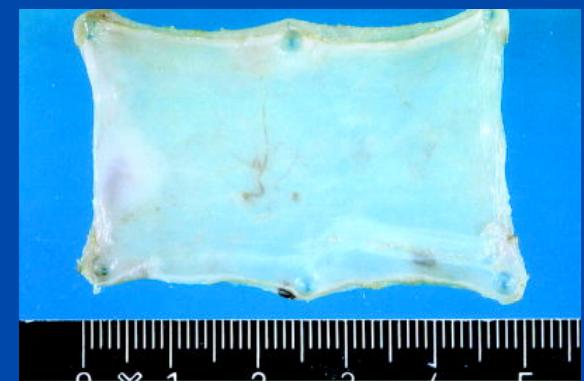
Nouvelles techniques

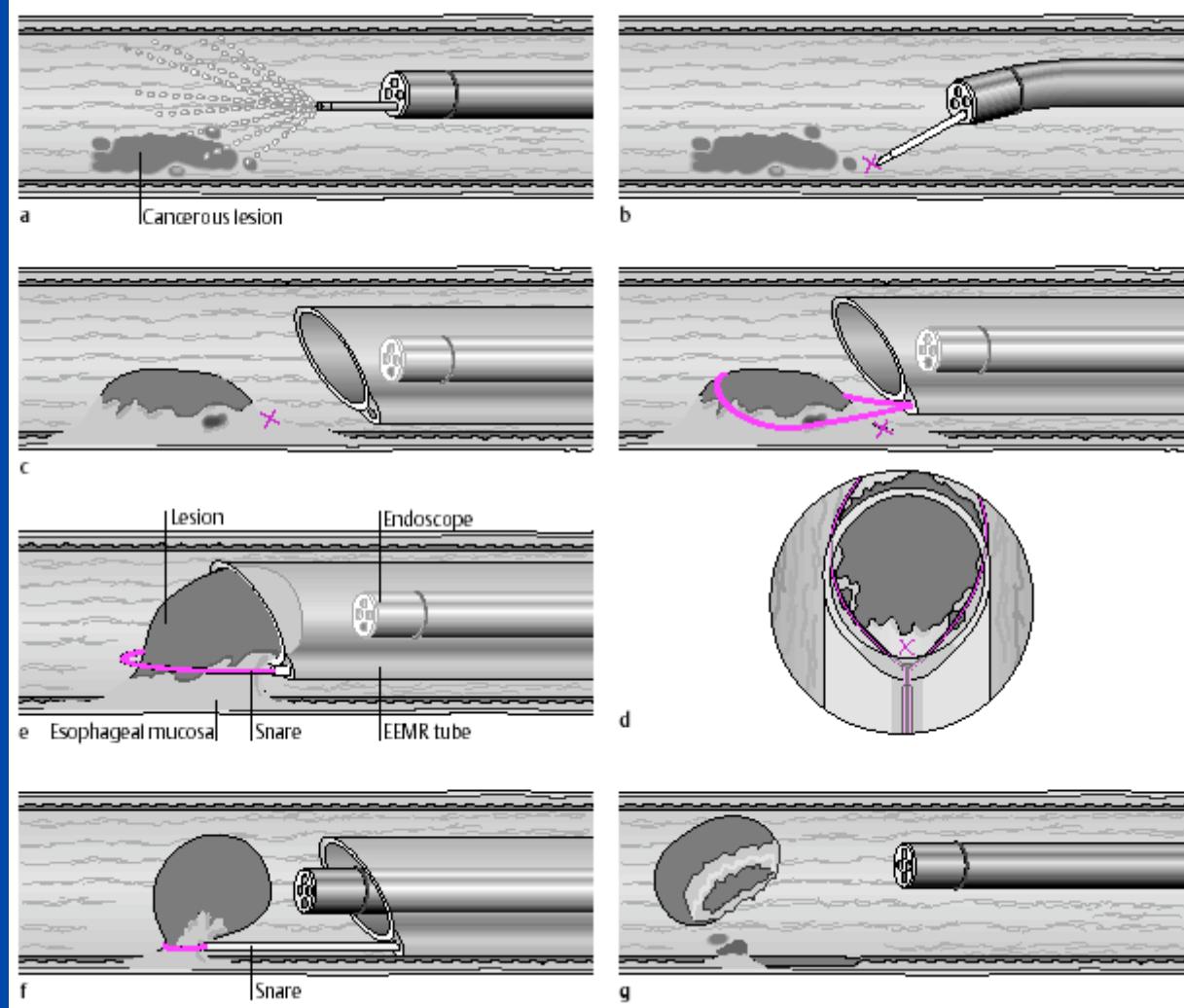
*D'après Rösch et al,
Endoscopy 2004*



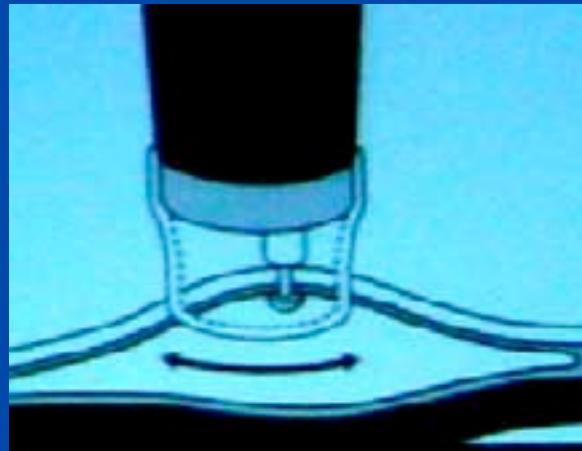


***Radu et al*
endoscopy
2004**





Makuuchi et al, Endoscopy 2004



Inoue et al.