

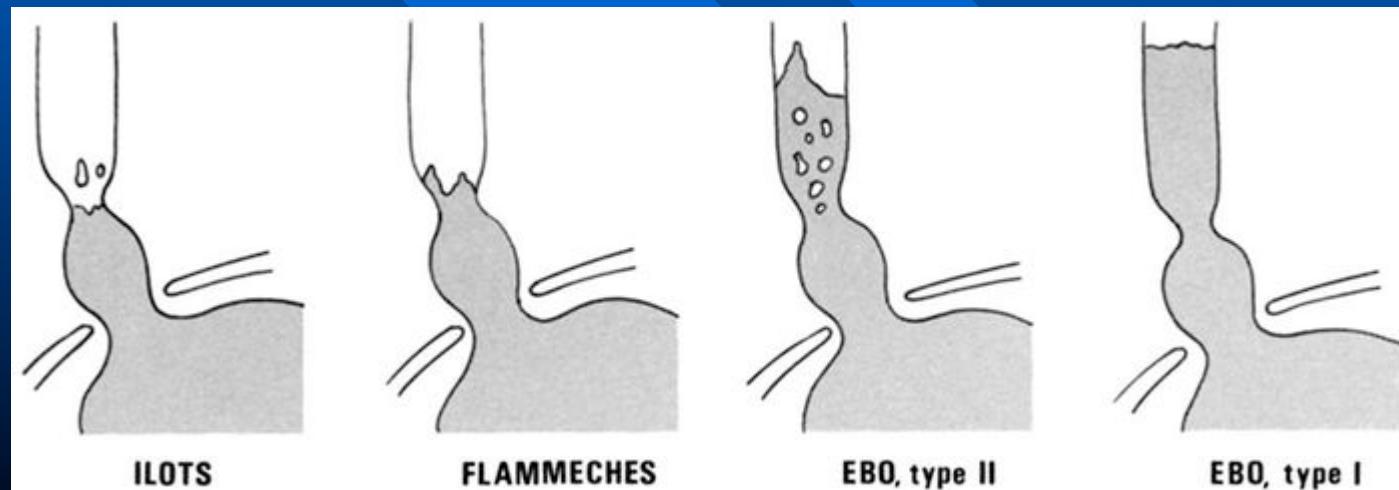
# **ENDOBRACHYOESOPHAGE:** **Surveillance et Traitement**

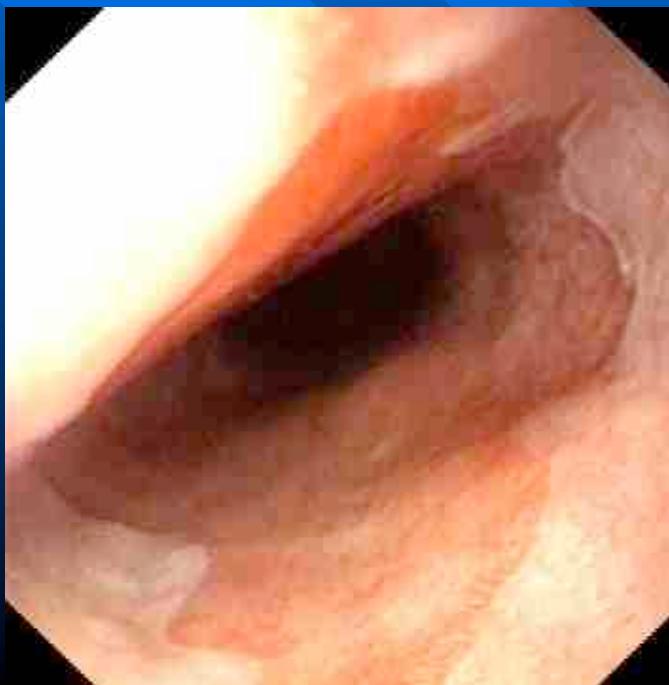
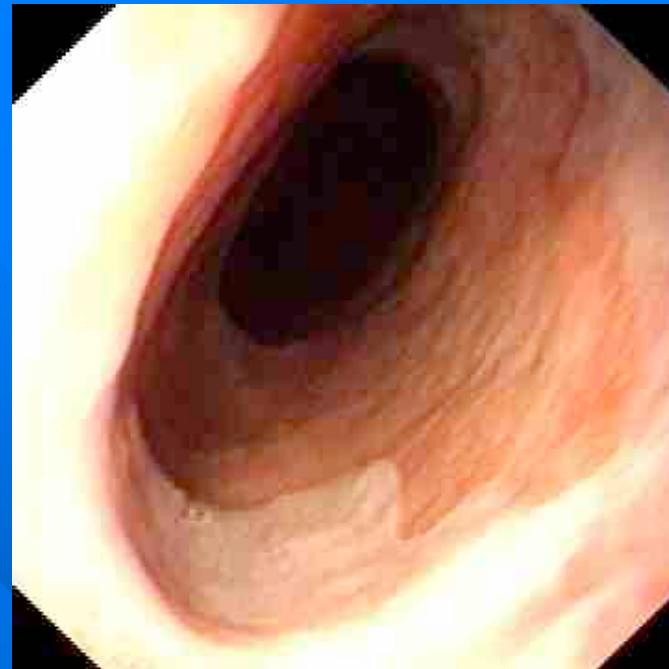
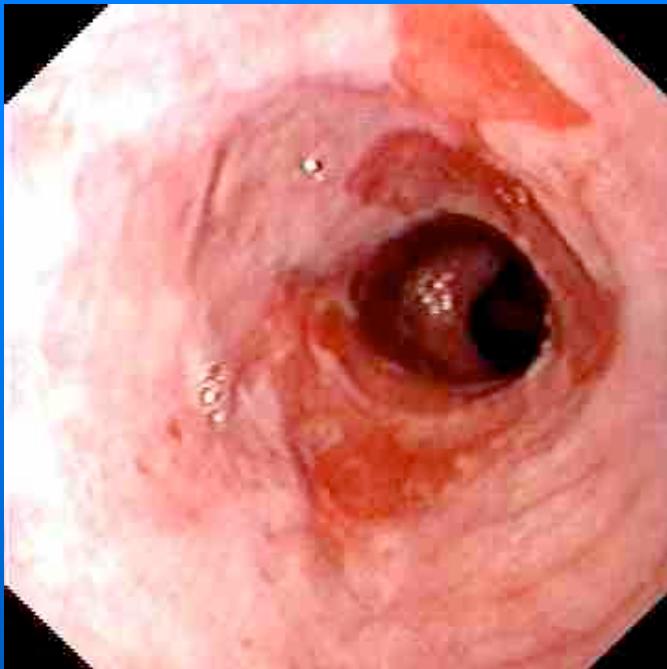
ANDRAU Pierre TURSAC 2005  
CHU Toulouse

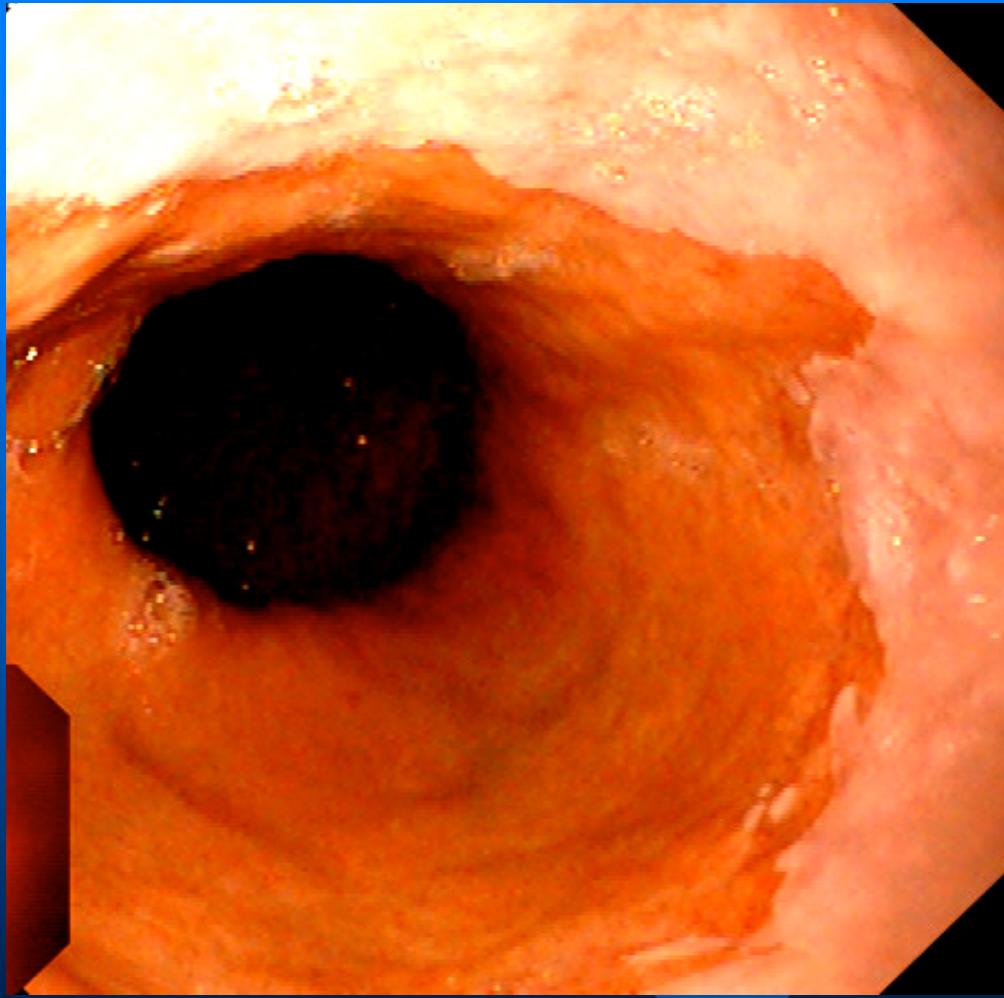
# GENERALITES

# Définition

- Endoscopie: remplacement de la muqueuse du bas de l'œsophage par une muqueuse couleur rouge-orangé remontant au dessus de la ligne Z.
- Classification endoscopique:









# Anatomopathologie (1)

- L'EBO correspond au remplacement de l'épithélium malpighien du bas de l'œsophage par une muqueuse métaplasique de type glandulaire composée de 3 types d'épithélium : fundique, jonctionnel et **intestinal**.
- Répartition hétérogène
- Réparation anormale de l'épithélium malpighien soumis à des agressions répétées par le RGO ou les sels biliaires.

## Anatomopathologie (2)

- Le risque majeur de L'EBO est le développement d'un **adénocarcinome** ( 30 à 40x)
- Seule la MI peut évoluer vers la dysplasie puis le cancer.
- Séquence: MI  $\rightarrow$  DBG  $\rightarrow$  DHG  $\rightarrow$  AdénoK
- La prévalence de la dysplasie dépend de la longueur de l'EBO: voisine de 8.5% pour les EBO courts et de 15-20% pour les EBO longs

# Facteur de risque de la transformation maligne

- EBO de plus de 5cm
- L'homme
- Tabagisme
- Ulcère de Barrett, sténose peptique
- EBO survenant sur gastrectomie partielle.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katz D and all :The development of dysplasie and adenocarcinoma during surveillance of BE. Am J Gastroenterol 1998

# SURVEILLANCE

# Pourquoi surveiller?

- L'objectif de la surveillance endoscopique:
  - Dépistage des lésions dysplasiques
  - Diagnostic des cancers à un stade précoce
- Le % de cancer découvert à un stade précoce est plus élevé chez les patients surveillés.<sup>1</sup>
- Le dépistage permet d'améliorer la survie.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CorleyDA and all.. Surveillance and survival in barrett's adenocarcinomas: a population based study. Gastroenterology. 2002

# Modalités pratiques (1)

- Tous les EBO détectés par l'endoscopie doivent être surveillés.
- En pratique, l'âge du patient, l'espérance de vie, l'état général sont en prendre en compte dans le stratégie de surveillance.

# Modalités pratiques (2)

- La méthode préconisée par la SFED est la suivante:
  - En cas d'EBO long: réalisation de biopsie sur chaque face tous les 2 cm
  - En cas d'EBO court: réalisation de 2 à 4 biopsies tous les 1 cm
  - Nécessité de biopsier toutes les anomalies de relief ou de coloration de la muqueuse ou toutes les pertes de substance.
- Il est donc recommandé de séparer et de répertorier les prélèvements biopsiques selon un schéma planimétrique et de fixer les prélèvements dans une solution de formol à 2%

# Rythme de la surveillance(1)

- Dicté par les résultats histologiques :
  - Surveillance tous les 2 ans chez les personnes sans lésions dysplasiques avec un EBO long et tous les 3 ans pour les EBO courts
  - Qd lésions dysplasiques, réévaluation à 3 mois après un traitement par IPP double dose.
- Le rythme de surveillance dépend alors des nouveaux résultats.

# Rythme de la surveillance(2)

- Dans le cas de lésion de DBG sur 2 examens successifs:

*Intensification de la surveillance tous les 6 mois à 1 an*

- Dans le cas de lésions de DHG:

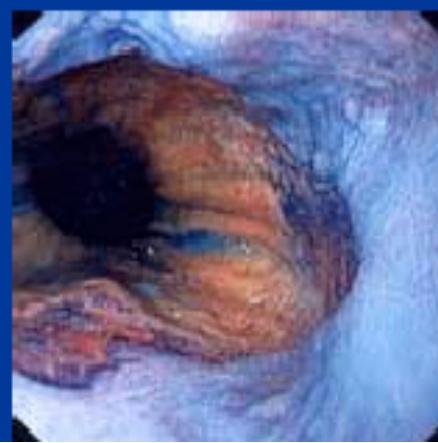
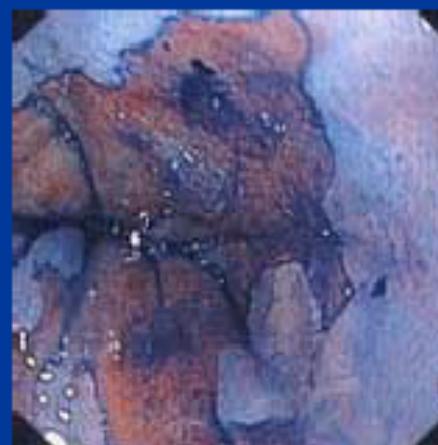
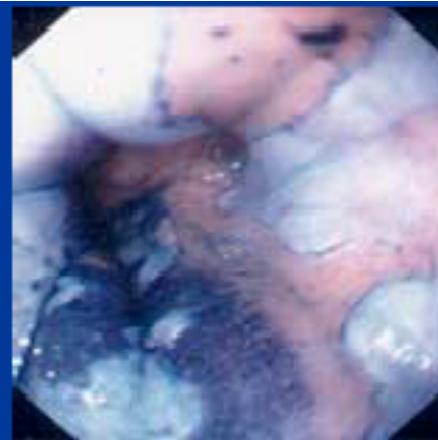
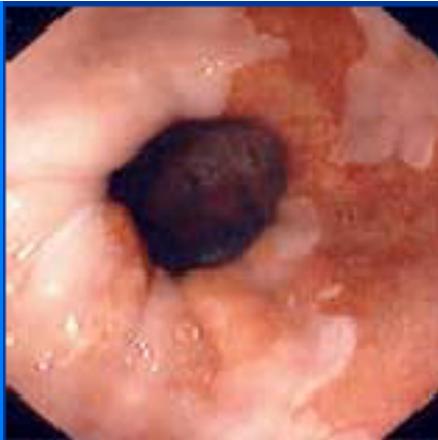
*Réévaluation du malade après 1 mois IPP double dose en réalisant 4 prélèvements par niveaux espacés de 1 cm et en répertoriant les prélèvements sur un schéma transmis à l'anapath.*

*L'objectif du protocole étant de confirmer la DHG et de rechercher l'adénocarcinome.*

# Nouvelles techniques de surveillance (1)

## ■ Chromoendoscopie:

- utilise des colorants vitaux des muqueuses digestives(lugol, bleu de toluidine et bleu de méthylène)
- Le bleu de Méthylène est absorbé par la muqueuse intestinale et donc permet de reconnaître la MI au sein de L'EBO.
- En pratique: lavage de la muqueuse à étudier par une sol. de N-acetylcysteine à 10% puis application d'une sol. de bleu de méthylène à 0.5% puis lavage à l'eau. Les zones colorées en bleu seront biopsiées.



# Nouvelles techniques de surveillance (2)

- Cytologie à la brosse: complèterait les biopsies en augmentant l'échantillonnage de muqueuse explorée.
- Spectroscopie: basée sur le principe que les tissus bénins et malins ont des qualités d'absorption optique différentes.
- Endoscopie grossissante: aidée d'une coloration à l'Indigo Carmen permettrait de visualiser les foyers de DHG.

# PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

# Généralités

- L'objectif du traitement de l'EBO est double:
  - Lutter contre le facteur agressif
  - De prévenir ou de traiter la dysplasie pour éviter la survenue d'un adénocarcinome.

# Absence de dysplasie ou DBG

## TRAITEMENT MEDICAL

- IPP si oesophagite
- Traitement du RGO : IPP ou fundoplication

## TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

- **Plasma argon**: méthode physique
- **Electrocoagulation**: courant électrique bipolaire.

Principal risque de ces 2 techniques : possibilité de survenue d'un adénocarcinome car la réépithérialisation peut masquer les îlots de MI ou de dysplasie résiduelle.

ESCOURROU

ESS...

/03/55

/10/2004

13:36:37

P:

F:

1 Gr:N

Comment:

escourrou

san

Age :

Birth :

11/2004

10:51

Gr:N

ician:

ent:

7/10/2004

0:44:42

P:

F:

1 Gr:N

Comment:

escourrou

san

Age :

Birth :

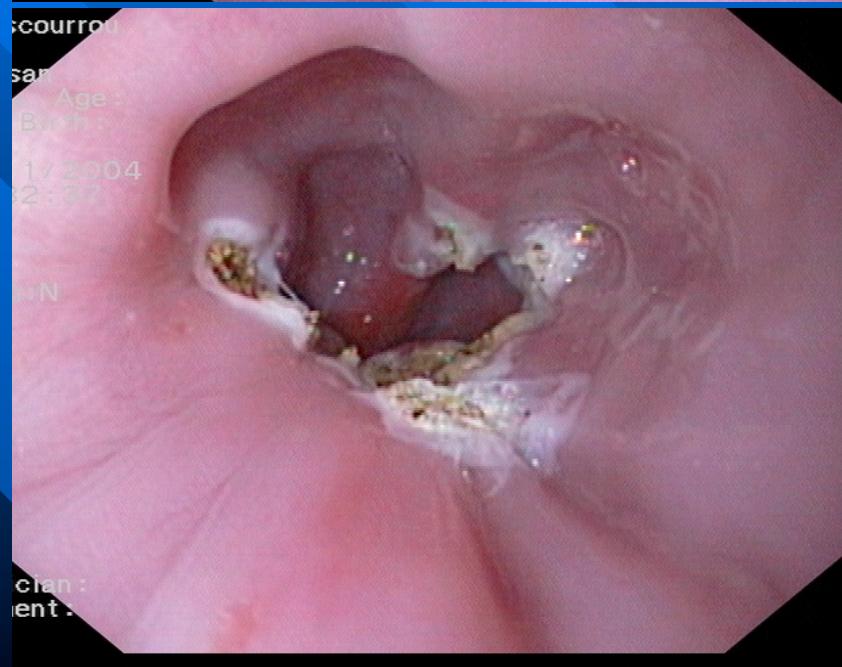
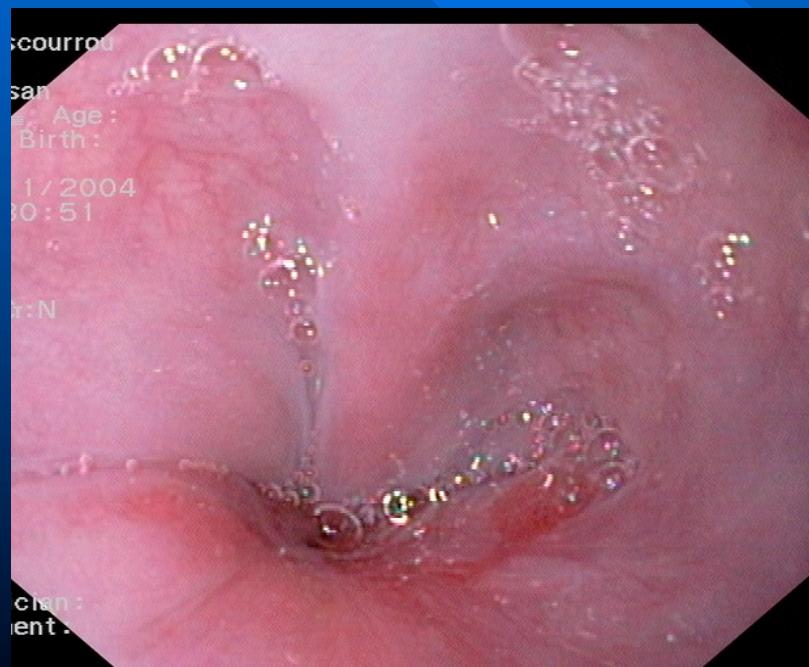
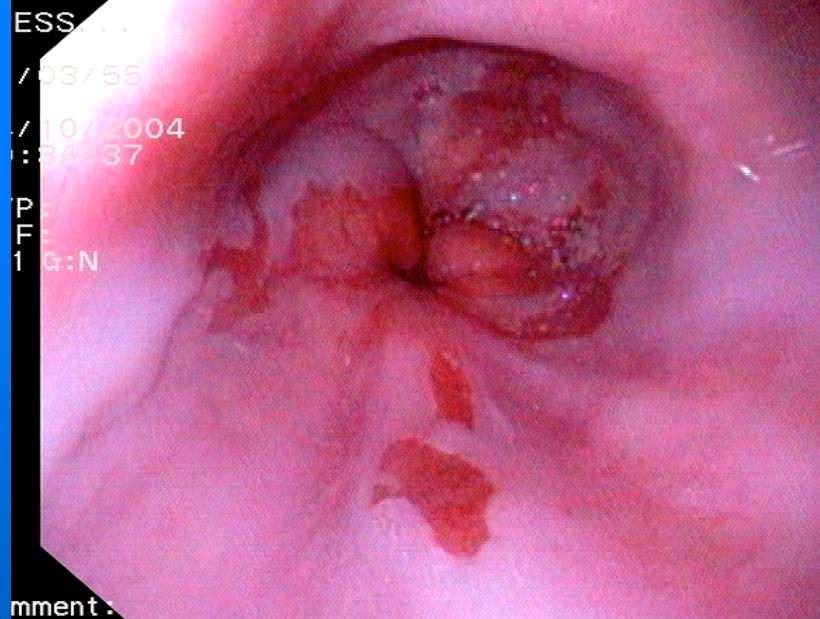
11/2004

12:37

Gr:N

ician:

ent:



# Dysplasie de Haut grade

## Traitements chirurgicaux

- L'oesophagectomie est le traitement radical de la DHG
- Limites: la morbidité ( 30-50%) et la mortalité (3-12%) post opératoire ne permettent pas de la proposer à tous les malades.

## Traitements endoscopiques

- Photothérapie dynamique(PTD)
- Mucosectomie

# Dysplasie de Haut grade

## Photothérapie dynamique(PTD)

- 1ier temps, un agent sensibilisant, capté préférentiellement par les cellules dysplasiques, est administré par voie IV ou orale (Photfrin, l'acide delta-aminolévulinique ALA )
- 2ième temps, une radiation lumineuse à longueur d'onde adaptée va exciter cet agent qui va devenir toxique et détruire les tissus qui l'ont captés. ( radicaux libres)
- Technique en plein essor, peu coûteuse dont la principale complication reste la sténose.



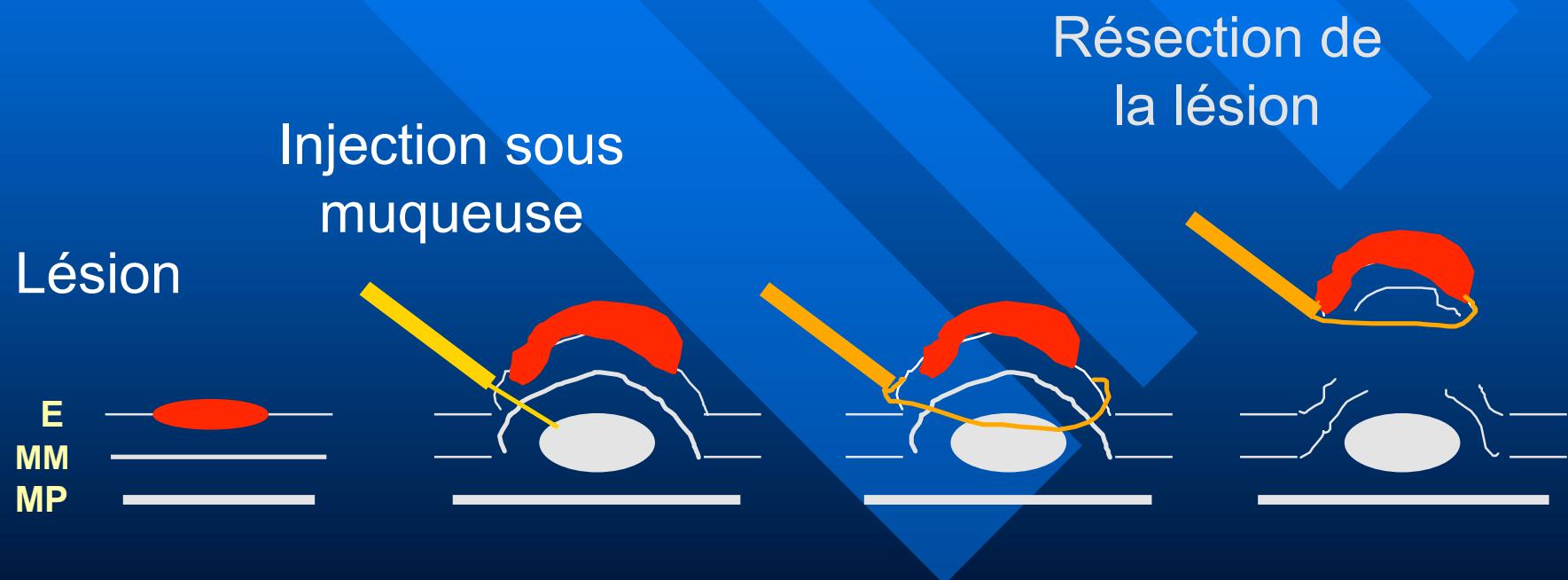
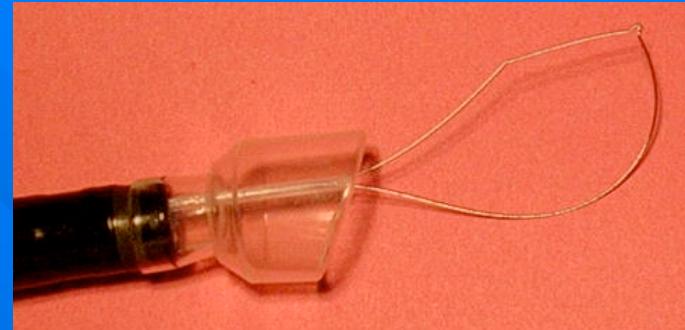
# Dysplasie de Haut grade

## Mucosectomie:

- Technique consistant à injecter du sérum physiologique au niveau de la sous muqueuse afin de cliver la muqueuse de la sous muqueuse, la lésion étant ensuite aspirée par l'endoscope afin de la pédiculiser puis réséquée par une anse diathermique.
- Nécessité de réaliser un EUS afin d'apprécier l'extension en profondeur de la lésion.
- L'étude de T Barrioz<sup>1</sup> a montré des résultats encourageant pour une morbidité acceptable.

<sup>1</sup> T Barrioz and all: Mucosectomie endoscopique pour DHG et adénocarcinome sur EBO : résultats chez 24 malades consécutifs GCB 2001

# Mucosectomie



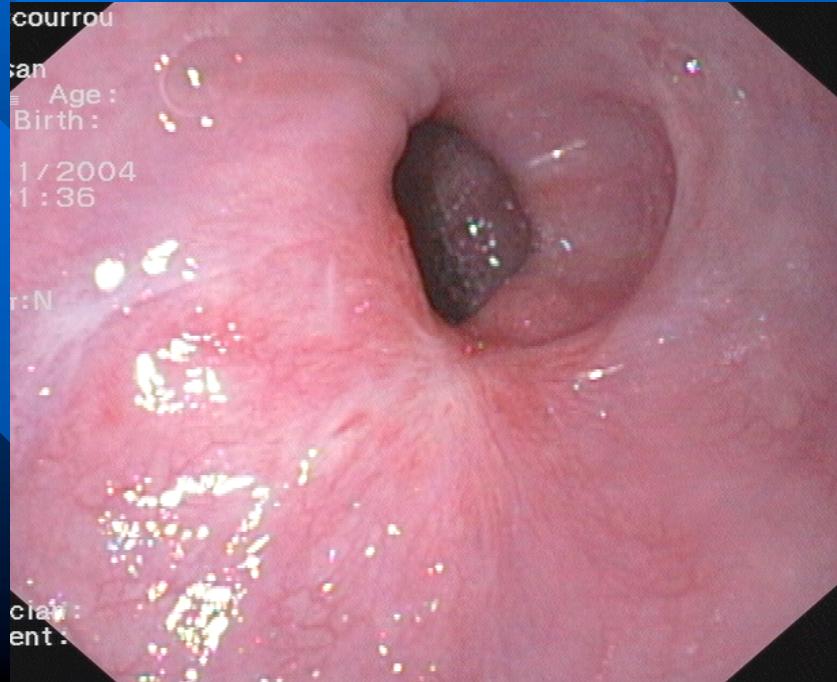
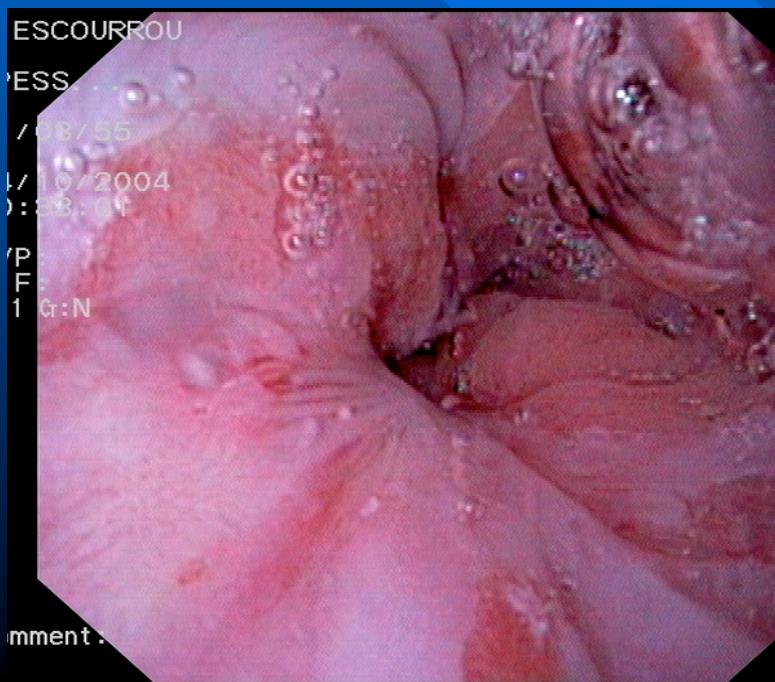
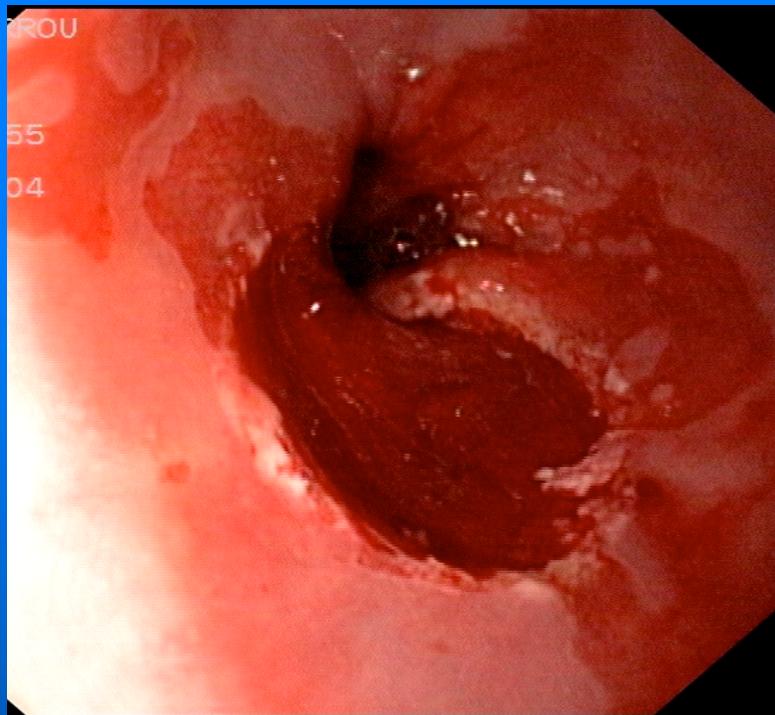
# Avantage et inconvénient des Techniques endoscopiques

## Mucosectomie

- Principal avantage: permet une analyse histologique de la pièce opératoire
- Principal inconvénient: ne permet de traiter que des lésions peu étendues en surface.

## Photothérapie dynamique

- S'adresse plutôt aux lésions plurifocales.
- Sténose



# CONCLUSION

# CONCLUSION

- Une surveillance étroite des malades atteints d'EBO est indispensable afin de dépister les lésions dysplasiques et l'adénocarcinome.
- L'oesophagectomie n'est plus le seul traitement de la dysplasie de haut grade.
- Les traitements endoscopiques représentent une alternative dans la prise en charge des DHG.