

Prise en charge de l'endobrachyoesophage (EBO)

Dr LE RHUN Marc



Prise en charge de l'EBO

Pas de lien d'intérêt





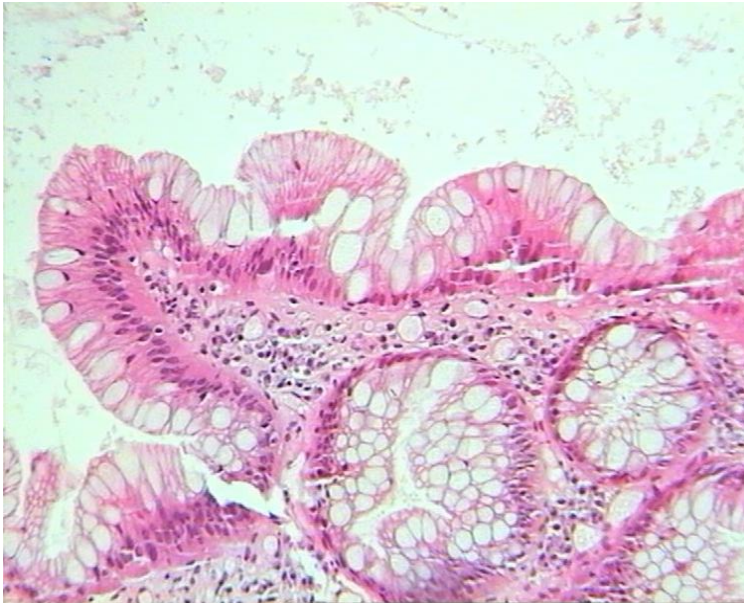
Introduction

- Incidence ADK oesophagien x 4 en 30 ans
- EBO seul FDR connu
- Histoire naturelle mal connue, découverte fortuite ++
- 1-2 % population, risque moyen de dégénérescence : 0,3%/an
- Pas de recommandation de dépistage
- FOGD ++ : H Blanc > 50 ans, RGO > 5ans, obèse, EBO/ADK 1^{er} d°





Diagnostic



++
++
+++
+++

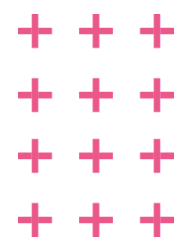
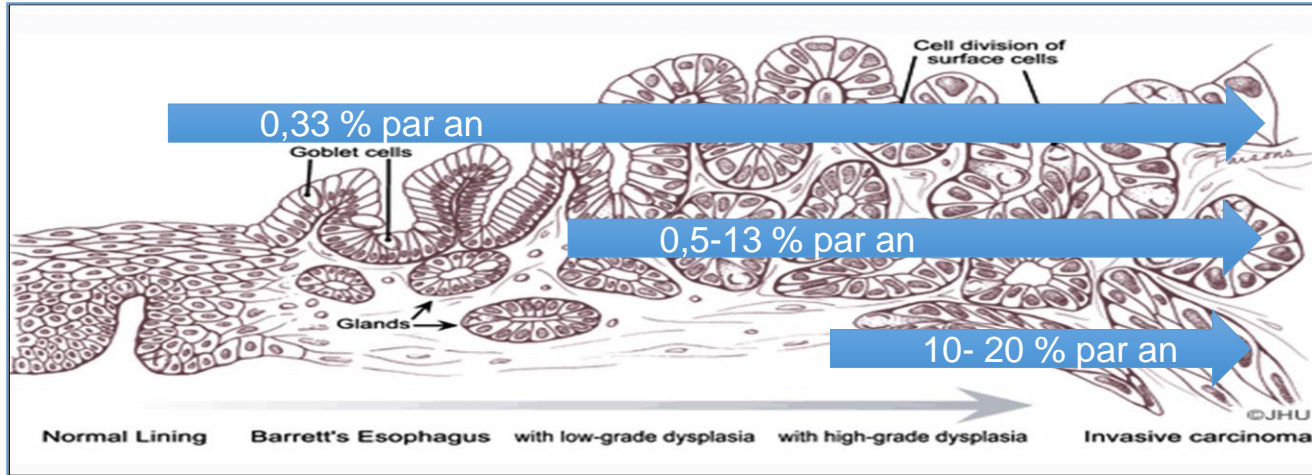
Ascension LZ > 1cm

+

Métaplasie intestinale

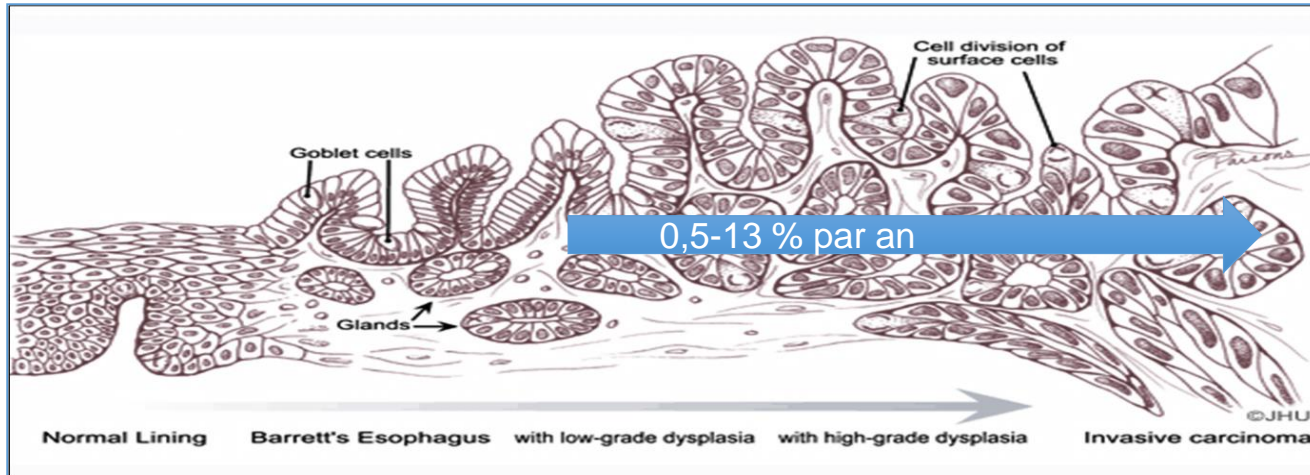


Evolution de la dysplasie





Evolution de la dysplasie



La DBG à haut risque est une dysplasie persistante dans le temps et/ou multifocale et /ou avec lésion visible et/ou sur EBO long (> 3 cm)



Prérequis des chasseurs de dysplasie (ESGE)

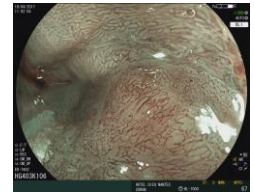
- Endoscopie HD
- Prendre son temps (au moins 1 min/cm) (AG ++)
- Description rigoureuse des repères (PRAGUE/ CM) avec photos
- La biopsie (ou résection) de toute anomalie visible (PARIS)
- Protocole maintenu de Seattle (Biopsies quadrantiques tous les 2 cm)

✓ **Experts :**

- Lavage/pompe, mucomyst, capuchon, zoom,
- Chromoscopie NBI/BLI/I Scan ++
- Ac acétique (1,5-3%) ++



Sté DHG 90-98%





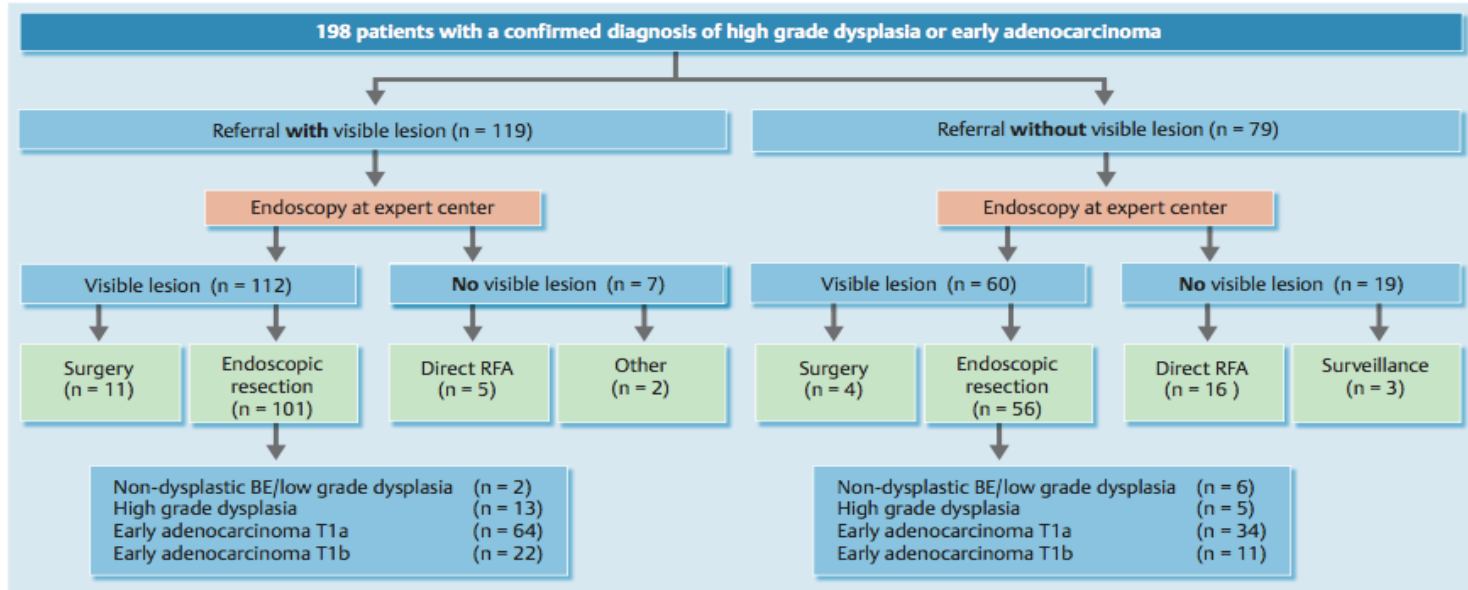
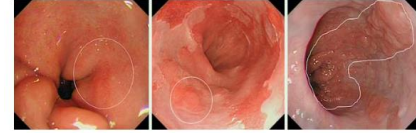
Centres experts (ESGE)

- **Recrutement annuel > 10** DHG ou ADK superficiel
- **Opérateurs > 30 résections / destructions endoscopiques**
- **un matériel adapté** et une expérience de la gestion des complications
- **Réunions de concertation multidisciplinaires** regroupant des gastro-entérologues, des chirurgiens, des oncologues et des pathologistes
- **Anapath spécialisés**
- **Chirurgien de l'oesophage expert**
- Enregistrement prospectif (**base de données**) des EBO traités





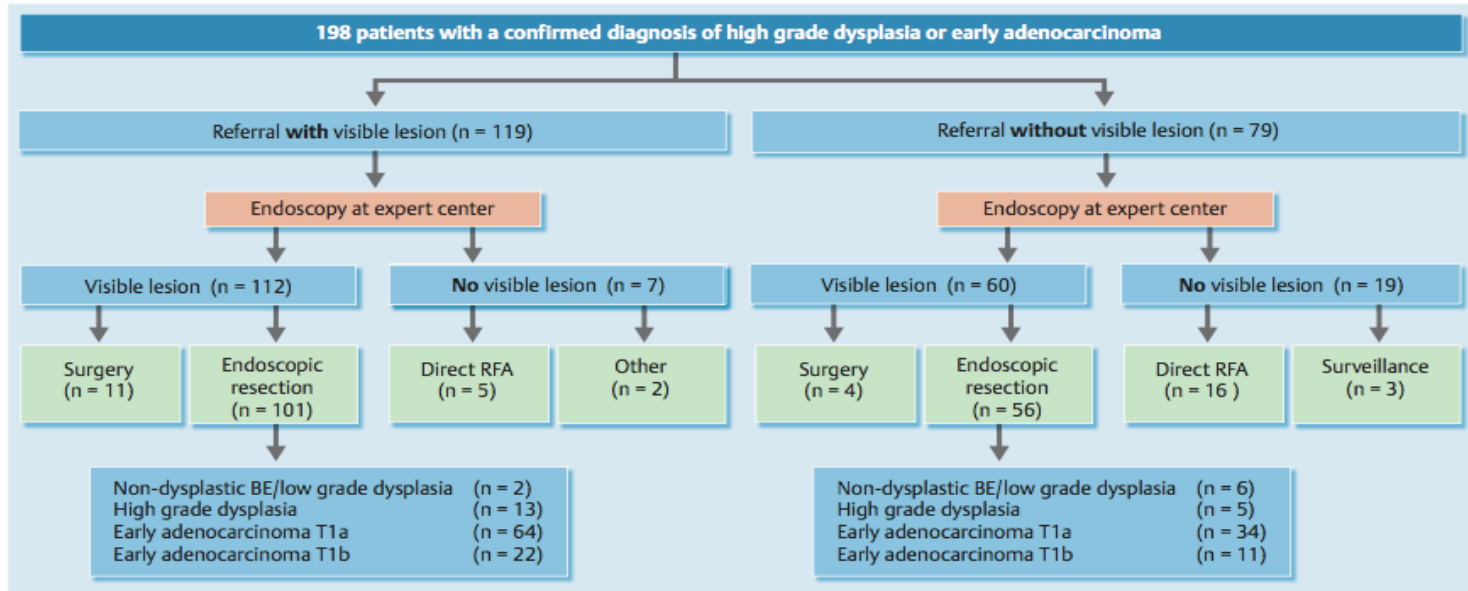
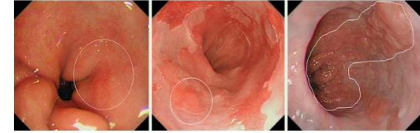
IMPORTANCE DE LA « TRAQUE »



Schölvinck . Endoscopy 2017



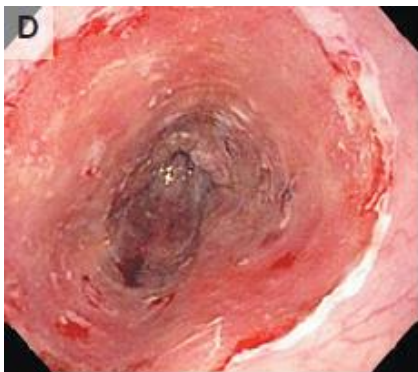
IMPORTANCE DE LA « TRAQUE »



- La dysplasie HG “invisible” est en fait visible dans 75% des cas
- 90-95% de ces lésions sont résécables avec un excellent pronostic



Un arsenal thérapeutique large pour les EBO dysplasiques



Radiofréquence (RF)



Cryothérapie

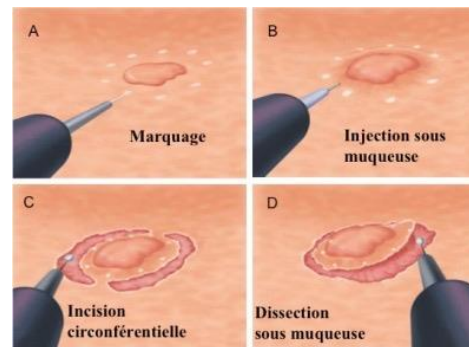


Hybrid APC

Mucosectomie
(EMR)

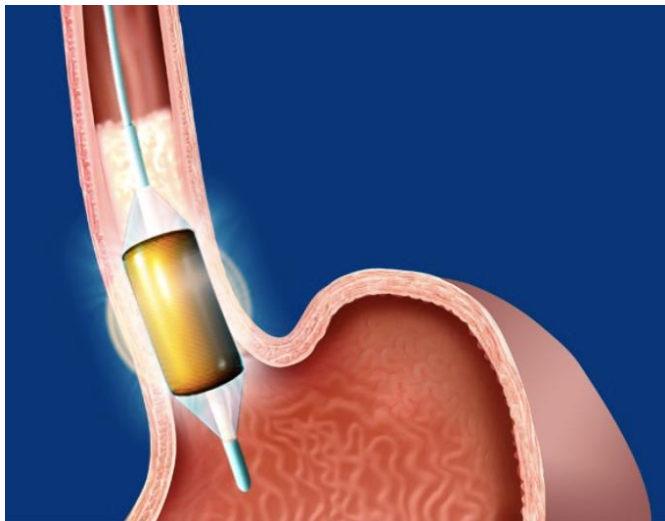


Dissection
(DSM)





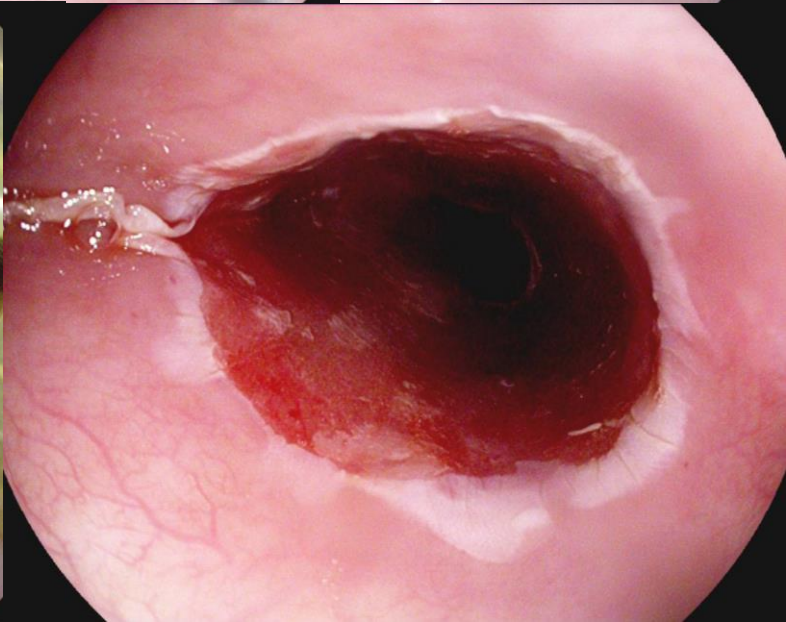
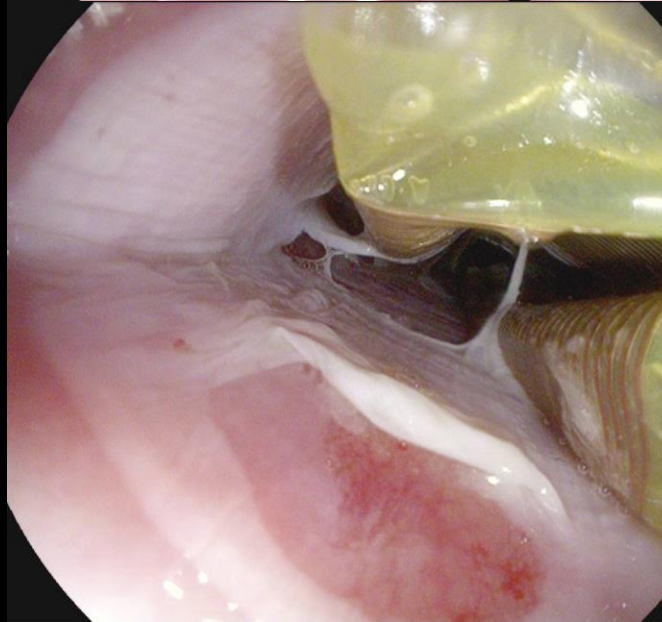
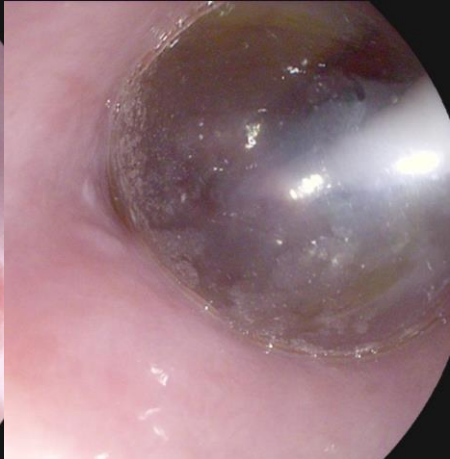
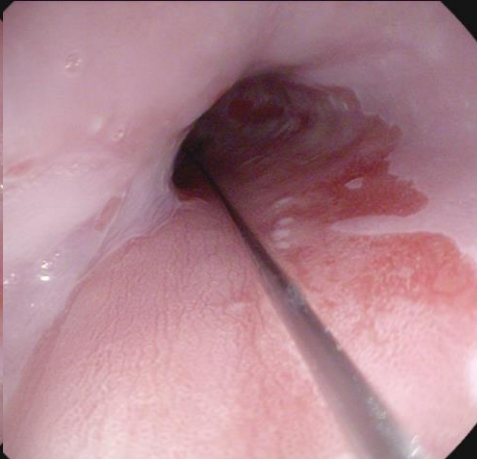
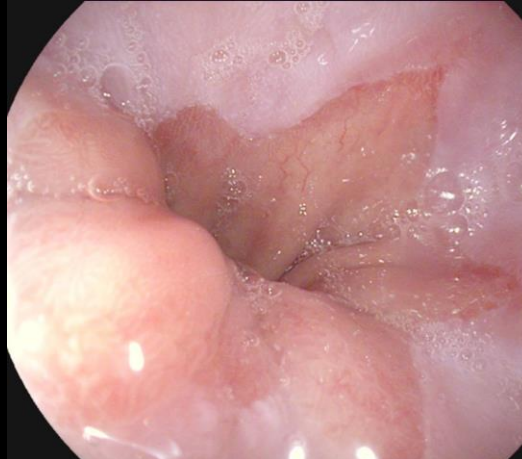
Radiofréquence



+++
+++
+++
+++
+++
Ballon auto-adaptatif
P 10J/cm²

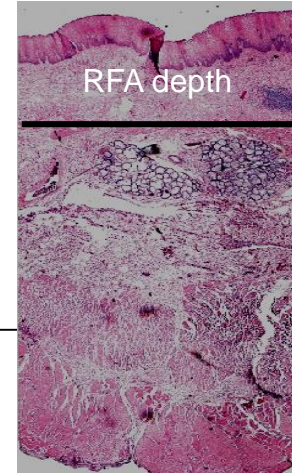
Sonde 90°
P 12J/Cm²

Sonde Channel 60°





Radiofréquence



Non adapté aux lésions en relief

Efficacité ++

99% DBG et 90% MI ont disparu à 5 ans

Complications :

- Sténose : 5,6% (3 sem), Hgie 1%, perfo 0,6%
- Récidive : 5-30% (RF 2aire ++, diminuée de 50% si TT IPP)

TT de référence des EBO dysplasiques ++



Cryothérapie (spray, ballon)



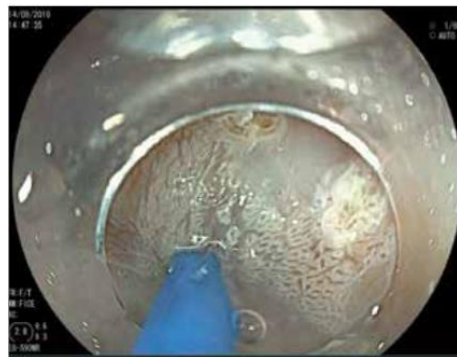
Application 30 sec, tube décompression si cryospray nitrogène -196°C ,
Réservé initialement aux échecs de la RF (oesophages tortueux..)

Efficace ++ : disparition à 5 ans de la DHG 80- 90 %, de la MI 70%
Tolérance très bonne (douleurs rares, risque sténose faible)

2 études (dont 1 méta-analyse) favorables pour tt de 1ere intention



Hybrid APC



Etape 1- Injection sm



Etape 2- Ablation

- Courbe d'apprentissage minime

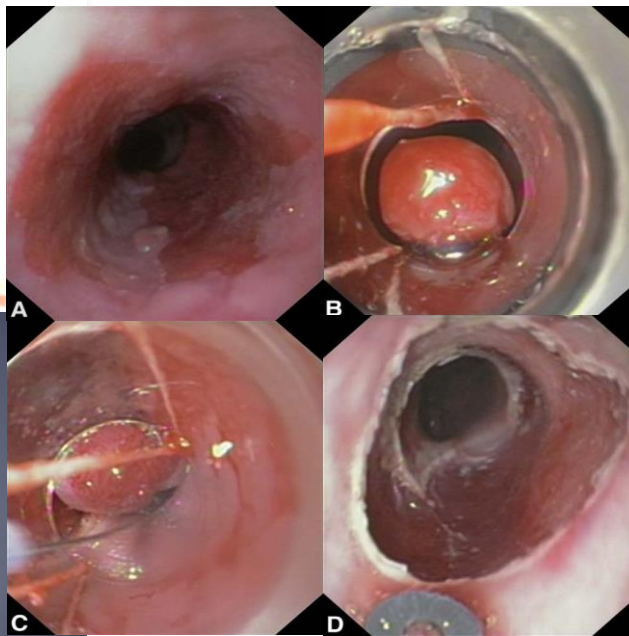
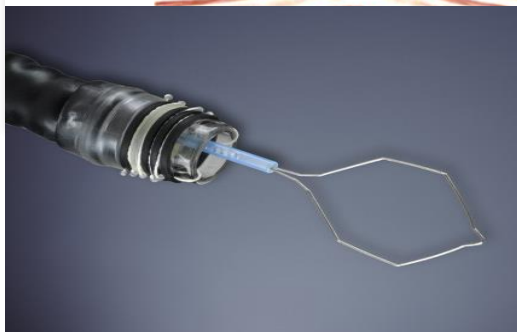
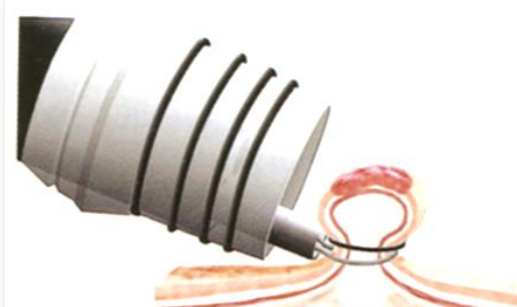
Eradication initiale > 95 %, récurrence > 35% (buried glands), sténoses 4-9%

Traitement réservé aux ilots ou languettes résiduelles

*Shaheen NJ, Endoscopy 2021,
Wronska E, Endoscopy 2021*



Mucosectomie Duette/Cook (aspiration –ligature) +++





Mucosectomie

Avantage de la pièce histologique

Eradication ADK 95%, MI 85%, survie 5 ans > 95%

Mais :

Récidive 25% MI, lésions métachrones 30% et sténoses 37-88% (1/4 > 5 dilatations)

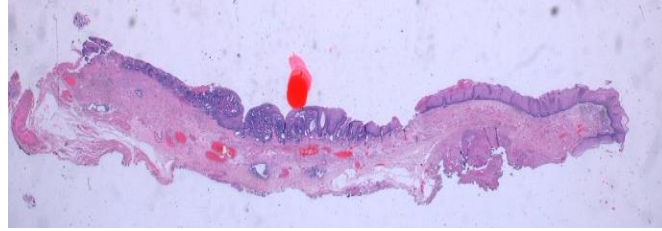
Gold standard :

TT combiné Mucosectomie des lésions focales et TT par RF du reste de l'EBO
(EURO II) : Eradic D/MI : 92-87%, récidive 4/8 (27 mois), sténoses 6%

Tomizawa Y, J Clin Gastroenterol 2018; Chennat J, Am J Gastroenterol 2009, Van Vilsteren FG, Gut 2011; Phoa KN, Gut 2016



Dissection sous muqueuse

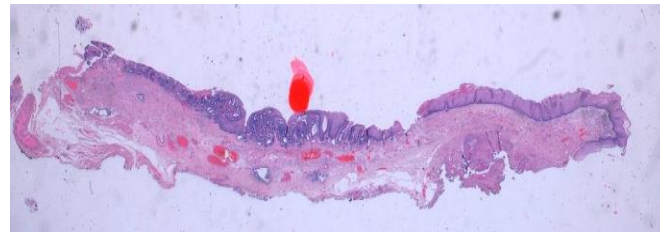
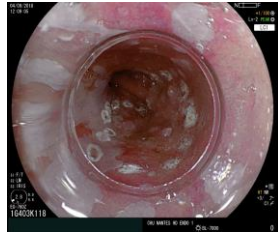


ADK pT1a
R0, LOV0





Dissection sous muqueuse



ADK pT1a
R0, LOV0

Résection monobloc lésions > 15-20 mm

Plus de complications que l'EMR (apprentissage ++)

Experts : RC 70% , perfo rares : 0-4%

Sténoses : 12%, 90% si résection > 2/3 circonférence

Faible niveau de supériorité (vs EMR) sur le plan oncologique





Comparaison DSM/EMR

	ESD (n=20)	EMR (n=20)	<i>p</i>
Durée du geste (min)	54	22	0.0002
Résection En bloc	20	3	<0.0001
Diamètre lésion (mm)	29	18	<0.0001
Résection incomplète (R1) sur berges verticales	1	0	1
Rémission complète à 3 mois	15/16	16/17	1
Perforation	2	0	0.49

Terheggen. Gut 2017





Comparaison DSM/EMR

	ESD (n=20)	EMR (n=20)	p
Durée du geste (min)	54	22	0.0002
Résection En bloc	20	3	<0.0001
Diamètre lésion (mm)	29	18	<0.0001
Résection incomplète (R1) sur berges verticales	1	0	1
Rémission complète à 3 mois	15/16	16/17	1
Perforation	2	0	0.49

Terheggen. Gut 2017

La DSM est réservée aux lésions de **plus de 15 mm**, en cas de **soulèvement incomplet** de la lésion et pour des lésions à **risque d'invasion de la sous-muqueuse**



Surveillance des EBO non dysplasiques

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| • Ligne Z irrégulière, MI < 1 cm : | Pas de surveillance |
| • Age > 75-80 ans : | Pas de surveillance |
| • CM 1-3 cm : | Contrôle 5 ans |
| • CM 3-10 cm : | Contrôle 3 ans |
| • CM > 10 cm | Centre Expert |





Dysplasie de bas grade

- Toute dysplasie doit être confirmée par relecture anapath expert
- Si DBG confirmée, refaire FOGD avec biopsies à 6 mois (IPP)
- Si DBG non retrouvée (30%), contrôle à 1 an et surveillance ND
- Si DBG retrouvée ou multifocale ou EBO long DBG **HR (7-13% /an)**

C expert pour tt endoscopique +++

Destruction par RF diminue par 5 le risque de DHG(vs surv seule) ++

Duits LC, Gut 2015 ; Qumseya DJ ,Am J G 2017



Dysplasie de haut grade

- Toute dysplasie doit être confirmée par relecture anapath expert et nouvelles biopsies (sauf si lésion visible)
- Si lésion : **EMR et RF secondairement**
- Si pas de lésion visible (<30%) : **RF d'emblée**

+ TT IPP au long cours

Phoa KN, Gut 2016



Adénocarcinome superficiel (T1) sur EBO

TT par EMR ou DSM si > 15 mm, végétant, susp Infiltration SM

T1a (intra muqueux)

Pas de tt complémentaire

(N + :0-3%) RC 96%, chir 3%

T1b (sous muqueux)

RCP dédiée

Chirurgie ++

Pas de tt complémentaire

si Sm1 (<500μ), fact bon pronostic, (R att GG : 3-6%)

RC 97%, RC long terme 84%

Eradication complète de l'EBO résiduel par RF (+ IPP)





Conclusion (1)

- Pas de dépistage organisé de l'EBO
- Traquer la dysplasie, utiliser les Classifications CM de Prague, et de Paris, et appliquer toujours le protocole de Seattle
- Un EBO non dysplasique est (uniquement) surveillé
- La découverte de dysplasie de bas grade nécessite une relecture anapath
- Le patient doit être adressé en Centre Expert pour :
 - confirmer une DBG plane (6 mois/IPP),
 - surveiller un EBO > 10 cm,
 - traiter une DBG (RF++), une DHG ou un ADK superficiel (EMR ++)





Conclusion (2)

- Une DHG ou un ADK superficiel < 15 mm doivent être traités par EMR. Une DSM est envisagée pour un ADK > 15 mm, une lésion végétante, un décollement insuffisant, une suspicion d'infiltration sous muqueuse (IIc)
- Le traitement de l'EBO résiduel est indispensable (RF ++)
- Le traitement IPP au long cours réduit le risque de récurrence
- La surveillance après éradication est indispensable :
 - Si DHG ou ADK : ts les 3 mois pdt 1 an, 2/an puis annuellement
 - Si DBG ts les 6 mois pdt 1 an puis ts les ans