

Endobrachyoesophage  
sans ou avec dysplasie de  
bas grade:  
Que faire?

Réunion DESC  
16/06/5  
Julien Darquies  
TOURS

# Endobrachyoesophage définition

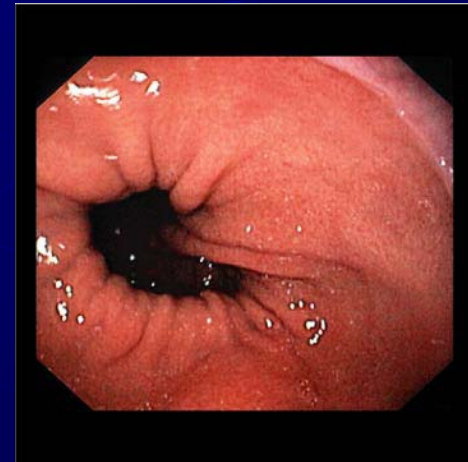
- Définition initiale
- Type histologique ; 3 types:
  - Fundique
  - Cardiale
  - Spécialisé
- Définition retenue (94)

# Endobrachyoesophage épidémiologie-étiologie

- origine de l'EBO: reflux gastro-oesophagien.
- Fréquence:
  - Population symptomatique: 4,5 – 19%
  - Population générale: 0,74% - 0,95%
- sexe ratio 1/1 à 1/4 homme.
- Prévalence augmente avec l'âge

# Endobrachyoesophage diagnostic

- Circonstance de découverte.
- Détection endoscopique  
→ BIOPSIES
- Confirmation par examen histologique



# Endobrachyoesophage histoire naturelle

- Complication principale: transformation maligne.

- Séquence de la cancérogenèse:

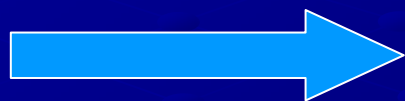
EBO → Dysplasie de bas grade →

Dysplasie de haut grade → adénocarcinome

- Risque de développer un cancer x 40.

# Attitude thérapeutique?

- Impact du traitement médical ou chirurgical.



régression partielle, 10 % cas.

- Les moyens endoscopiques (plasma argon, photothérapie) :
  - Résultat décevant, en cours d'évaluation.

# Surveillance

QUI?  
COMMENT?  
A QUEL RYTHME?

# Qui surveiller?

## ● Risque d'adénocarcinome survenant sur œsophage de Barret:

- 0,5% patient par année de suivi soit 1/200

*Shaheen et al. Gastroenterology 2000.*

## ● Intérêt du dépistage:

- À l'échelle individuelle

*Corley et al. Gastroenterology 2002.*

- Absence d'amélioration de la mortalité et de la morbidité à l'échelle d'une population.

*MacDonald C. et al. BMJ 2000*

# Qui surveiller?

## Facteur prédictif de cancérisation

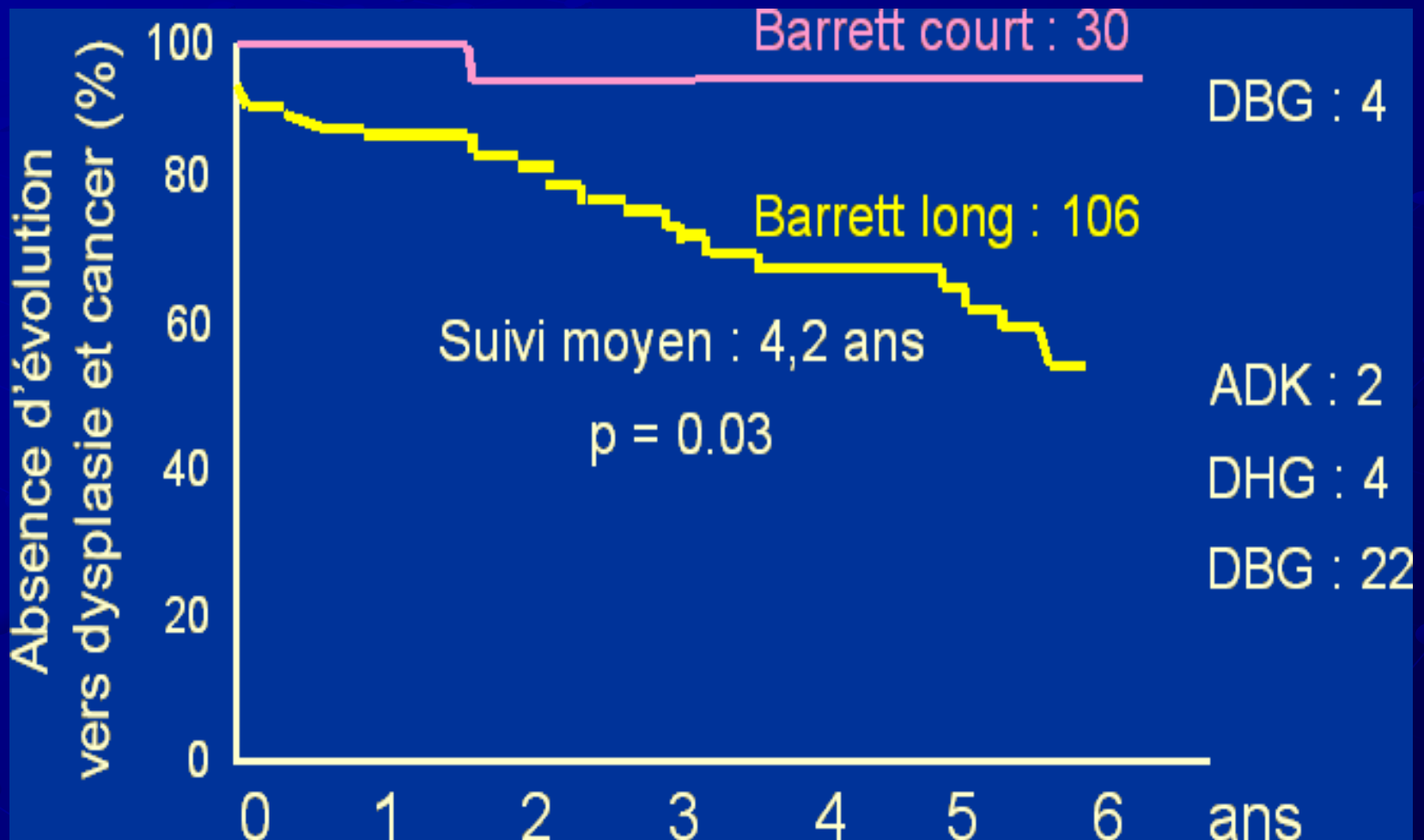
### ● Population à risque:

- Homme , de plus de 50 ans , race blanche.
- Symptomatologie de reflux supérieur à 5 ans.
- Cas particulier : Sujet âgé

### ● Facteur prédictif de transformation maligne:

- Importance de l'endobrachyoesophage

# Qui surveiller?(3)



O'Connor J.B. Am. J. Gastr. 1999.

# Comment?

## Endoscopie digestive haute

- Repérage anatomique
- Biopsies : toutes les irrégularités de la muqueuse, nodules, érosions, dyschromie, ...
- Biopsies systématiques tous les 1 cm en cas de DHG ou tous les 2 cm
- Biopsies des 4 quadrants

Protocole de Seattle.

# Rythme de la surveillance recommandation SFED

## ● Pas de dysplasie :

- endoscopie + biopsies
- 2 ans EBO long
- 3 ans languette

## ● DBG :

- répétition endoscopie / IPP
- double lecture

## ● DBG au deuxième contrôle :

- endoscopie + biopsies : 6-12 mois

## ● DHG :

- répétition endoscopie / IPP
- biopsies (tous les cm)
- double lecture anatomopathologique

# Conclusion

- L' endobrachyoesophage est fréquent dans la population générale.
- Son évolution maligne nécessite une prise en charge basée sur la surveillance.
- Il est nécessaire de déterminer les sujets à haut risques.
- Les nouveaux moyens endoscopiques de détection ,prometteurs, sont en cours d'évaluation

# Bibliographie (1)

- Endobrachyoesophage *Volume 28 No 3 \* p 251-257*  
Michel Robaszkiewicz, Franck Cholet gastro-entérologie clinique et biologique
- Lésions et états précancéreux de l'oesophage *Volume 28 No 5 sup \* p 130-139*  
Michel Robaszkiewicz gastro-entérologie clinique et biologique
- Endoscopie et surveillance de la muqueuse de Barrett *Volume 27 No 8-9 \* p 689-691* Guillaume Cadiot gastro-entérologie clinique et biologique
- Van Sandick JW, van Lanschot JJB, Kuiken BW, Tytgat GNJ, Offerhaus GJA, Obertop H. Impact of endoscopic biopsy surveillance of Barrett's esophagus on pathological stage and clinical outcome of Barrett's carcinoma. *Gut* 1998;43:216-22
- Complications évolutives du reflux gastro-oesophagien et endobrachyoesophage *Volume 23 No 1bis \* p 50*  
Paul ZEITOUN , Jean-François FLÉJOU gastro-entérologie clinique et biologique
- Nouveauté dans la prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'endobrachyoesophage  
G Macaigne , S Nahon , P Iahmek

# Bibliographie (2)

- Corey KE, Schmitz SM, Shaheen NJ.

Does a surgical antireflux procedure decrease the incidence of esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus? A meta-analysis.

Am J Gastroenterol. 2003 Nov;98(11):2390-4

- Parrilla P, Martinez de Haro LF, Ortiz A, Munitiz V, Molina J, Bermejo J, Canteras M.

Long-term results of a randomized prospective study comparing medical and surgical treatment of Barrett's esophagus.

Ann Surg. 2003 Mar;237(3):291-8

- Cameron AJ, Zinsmeister AR, Ballard DJ, Carney JA. Prevalence of columnar-lined (Barrett's) esophagus. Comparison of population-based clinical and autopsy findings. Gastroenterology 1990 ; 99 : 918-22.

# Bibliographie (3)

- Oberg S, DeMeester TR, Peters JH, Hagen JA, Nigro JJ, DeMeester SR, et al. The extent of Barrett's esophagus depends on the status of the lower esophageal sphincter and the degree of esophageal acid exposure. J Thorac Cardiovasc Surg 1999 ; 117 : 572-80.
- Oberg S, Johansson J, Wenner J, Johnsson F, Zilling T, von Holstein CS, et al. Endoscopic surveillance of columnar-lined esophagus : frequency of intestinal metaplasia detection and impact of antireflux surgery. Ann Surg 2001 ; 234 : 619-26.
- [26] Shaheen NJ, Crosby MA, Bozyski EM, Sandler RS. Is there publication bias in the reporting of cancer risk in Barrett's esophagus ? Gastroenterology 2000 ; 119 : 333-8.
- Corley DA, Levin TR, Habel LA, Weiss NS, Buffler PA.  
Surveillance and survival in Barrett's adenocarcinomas: a population-based study.  
Gastroenterology. 2002 Mar;122(3):633-40

# Fréquence des métaplasies intestinales au voisinage des tumeurs de la jonction oesogastrique

Localisation de l'adénocarcinome	Œsophage		Cardia		Région ss cardiale	
	n	%	n	%	n	%
<i>Clark et al. Arch. Surg. 1994</i>	48	79 %	31	42 %	21	5 %
<i>Cameron et al. Gastroenterology 1995</i>	9	100 %	24	42 %	-	-
<i>Ruol et al. Cancer 2000</i>	26	96 %	13	69 %	-	-
<i>Siewert et al. Ann. Surg. 2000</i>	361	77 %	271	10 %	370	2 %