

Cas clinique



RÉUNION DESC/SCVO

20 JUIN 2008

- Patient de 61 ans
- 1,70m 89 kg
- RGO sévère sur hernie hiatale
- ATCD :
 - Vagotomie tronculaire + pyloroplastie + hémivalve antérieure (1981)
 - Intervention de Toupet en 1989
- Persistance des symptômes depuis...

- FOGD : oesophagite ulcérée
- pH métrie : reflux majeur
- TOGD : HH par glissement avec RGO majeur

- Que lui proposez-vous ?

- Réalisation d'une diversion duodénale totale en 1992
 - Suites simples
 - Pas de récurrence des symptômes

Fibroskopie de contrôle :

- guérison de l'oesophagite
- mais aspect d'EBO sans dysplasie à l'histologie

que faites-vous ?

- Rien
- Surveillance

Janvier 2000 :

- découverte de foyers de microcarcinome sur des biopsies systématiques
- Cliniquement : asymptomatique, pas d'AEG
- FOGD : pas de lésions visibles



Que faites-vous ?

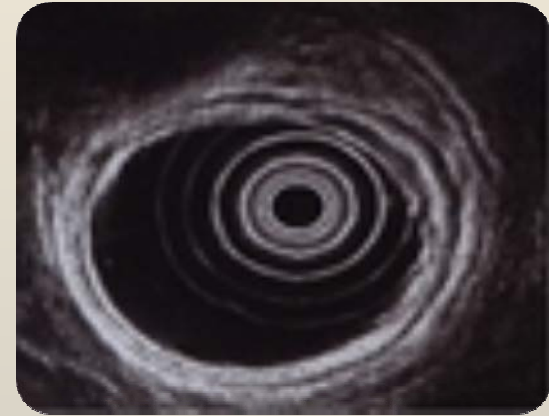


ouvelle série de biopsies après traitement par IPP 1 mois



t relecture par 2^{ème} anatomo pathologiste

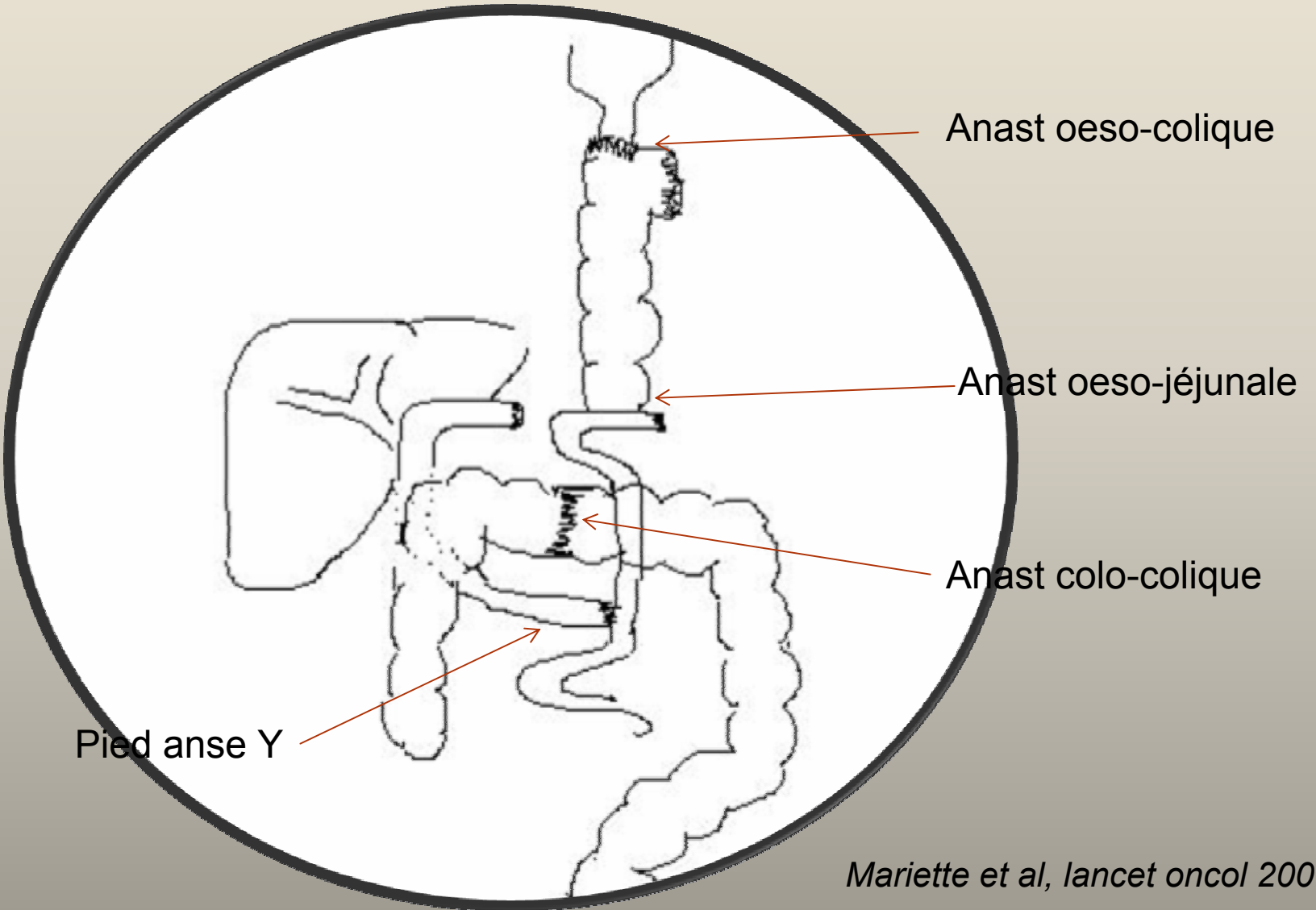
Le diagnostic est confirmé



- EES : pas de lésion visible
⇒ Stade T1
- Transit oesophagien : discrète irrégularité bas œsophage
- TDM Thoraco abdominal : aspect épaissi bas œsophage
- Que lui proposez-vous ?



Oesophagectomie subtotale à thorax fermé avec coloplastie transverse rétrosternale



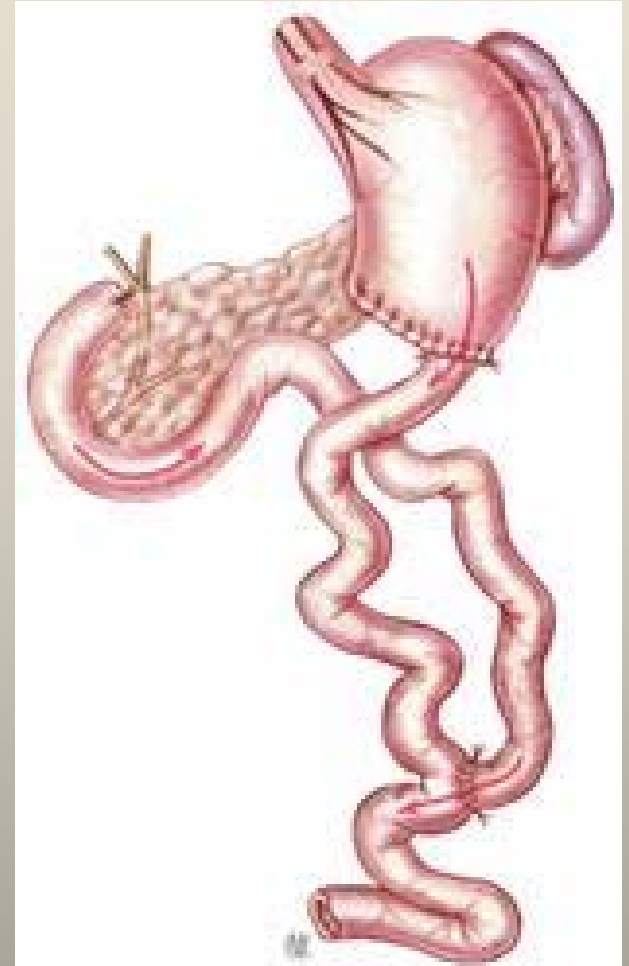
Suites

- Opératoires :
 - Pneumopathie d'évolution favorable sous ATB
 - Transit oesocolique normal et réalimentation à J6
 - Sortie à J16
- Histologie : ADK moyennement différencié de la JOG
pT1N0 développé sur EBO
- À 8 ans : va bien, TDM TAP de contrôle normal

Diversion duodénale totale

ou intervention de Holt et Large

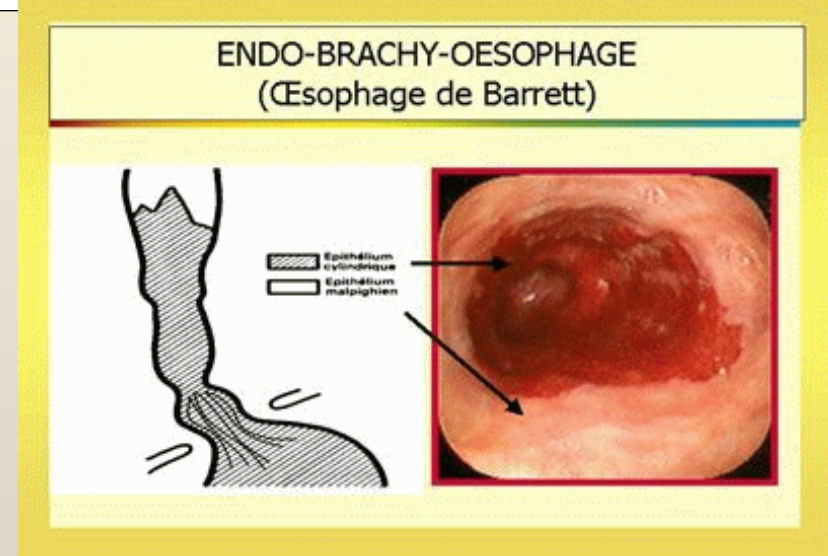
- vagotomie tronculaire bilatérale
 - antrectomie
 - anse en Y de 70 cm
- modifier la composition du reflux



Résultats

- Excellents sur le reflux
- complications fonctionnelles dans 10 à 30 % des cas
 - gastroparésie persistante
 - dumping syndrome
- En pratique, préconisée si
 - pathologie ulcéreuse associée et résistante au traitement médical
 - échec des procédés antireflux

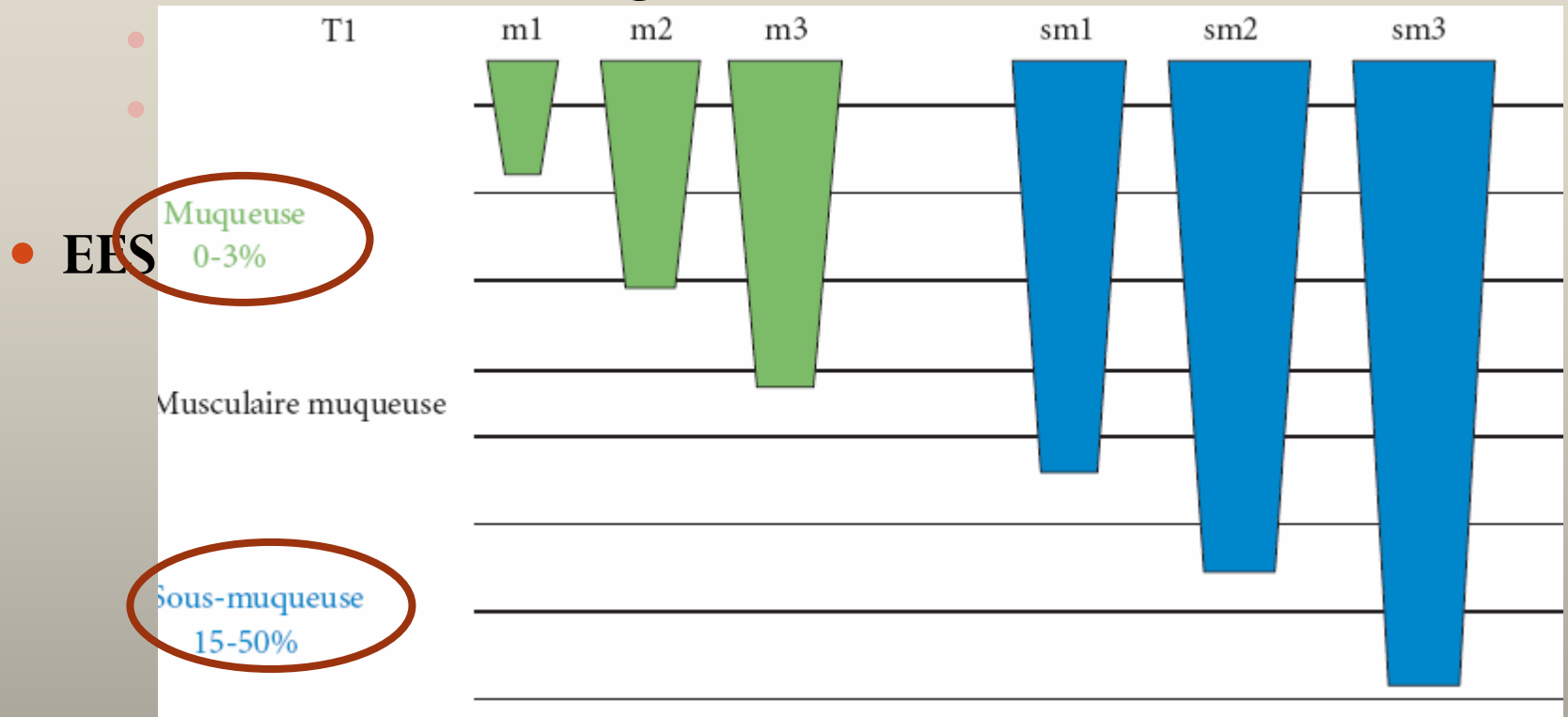
Endobrachyoesophage



- EBO : remplacement de la muqueuse malpighienne par une muqueuse glandulaire de type intestinal
- Risque de cancer accru de 30 à 50 fois par rapport à la population générale
- Séquence métaplasie → DBG → DHG → Cancer
- Évolution après traitement antireflux

Prise en charge DHG

- Risque cancer invasif associé 30%*
- Confirmation du diagnostic



Décision thérapeutique

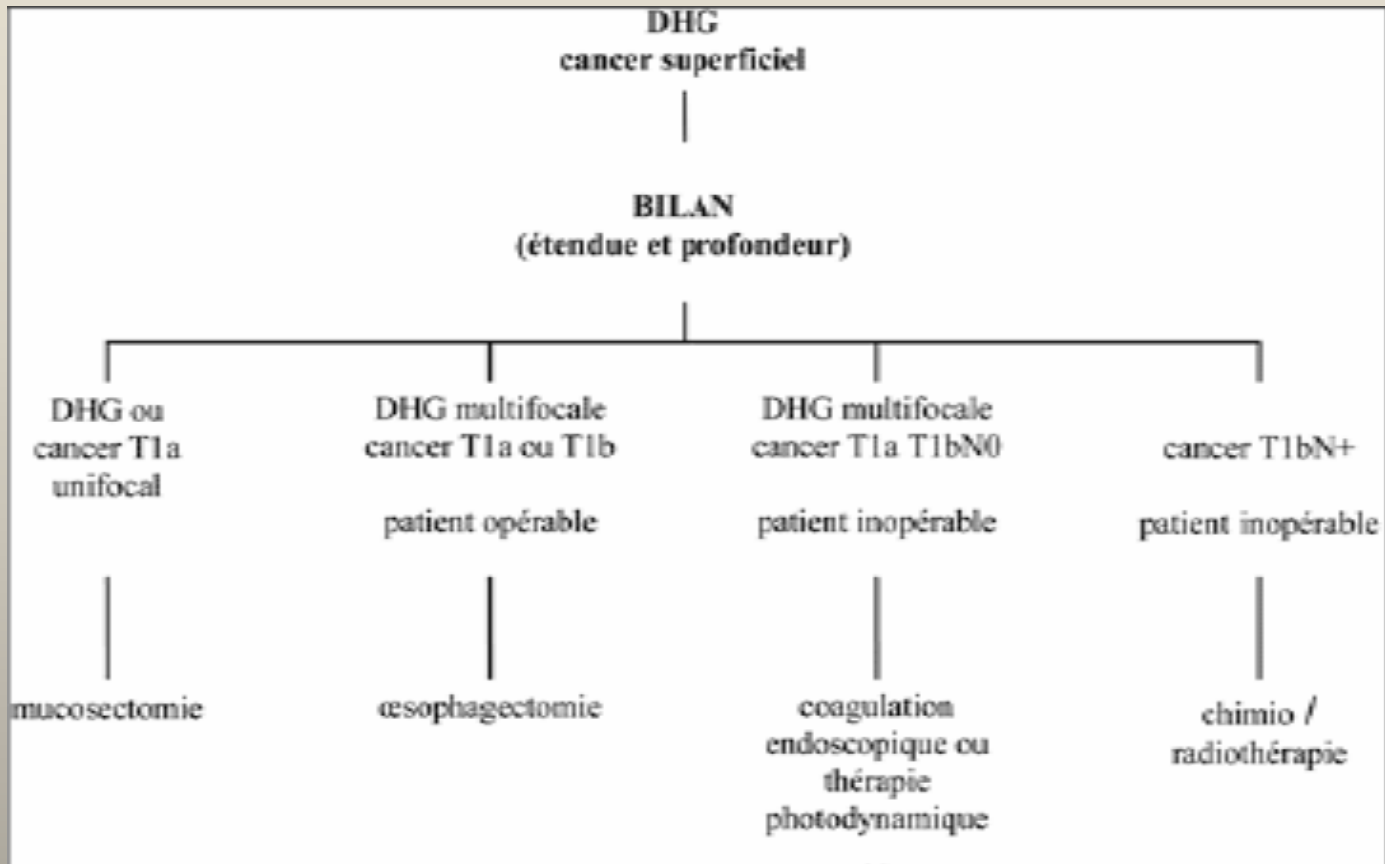
- *DHG étendue ou multifocale ou de cancer superficiel*

→ oesophagectomie (résection de toute la muqueuse métaplasique)

- *chez les malades inopérables :*

- mucosectomie endoscopique
- destruction par photocoagulation laser ou électrocoagulation
- coagulation au plasma argon
- phothérapie photodynamique

Arbre décisionnel



Recommandation / surveillance EBO

Absence de dysplasie

Endoscopie et biopsies

— tous les 2 ans en cas d'EBO long

— tous les 3 ans en cas d'EBO court

Dysplasie incertaine

Traitement antisécrétoire par IPP double dose pendant 3 mois avant nouvelle endoscopie et biopsies

Dysplasie de bas grade confirmée

Endoscopie et biopsies tous les 6 mois (voire 1 an)

Dans la littérature

1 cas d'ADK après diversion duodénale

Villar et al, 2002

