

Mars 1999

**RECOMMANDATIONS
DE LA**



**SURVEILLANCE
DES
ENDOBRACHY-
CESOPHAGES**

I DEFINITION

Le diagnostic d'EBO est endoscopique et histologique. L'Endobrachyoesophage (EBO) est défini sur le plan endoscopique par la présence d'une muqueuse d'allure glandulaire, ceci quelle que soit son étendue, au-dessus de la jonction œsocardiale et sur le plan histologique par la présence d'une muqueuse spécialisée en métaplasie intestinale.

II HISTOIRE NATURELLE

L'EBO est un état précancéreux, le risque de survenue d'un adénocarcinome étant X 30 à 125 par rapport à la population générale. La plupart des adénocarcinomes sur EBO surviennent selon une séquence métaplasie intestinale, dysplasie de grade croissant, cancer. Le risque d'adénocarcinome existe quelle que soit l'étendue de l'EBO ; toutefois, des facteurs de risque accrus sont actuellement reconnus : EBO de plus de 5 cm de hauteur, sujet de sexe masculin, fumeur, EBO après gastrotomie partielle, ulcère de Barrett, sténose peptique.

III JUSTIFICATIFS DE LA SURVEILLANCE DES EBO

Il est probable que la surveillance des EBO ne modifiera pas l'incidence et le pronostic de l'adénocarcinome sur EBO dans la population générale et ceci pour 2 raisons :

- 1) Pour un EBO diagnostiqué, 16 sont méconnus car asymptomatiques (données autopsiques) ;
- 2) Une fois le diagnostic fait, le protocole de surveillance ne sera suivi correctement que par un patient sur trois. Malgré cela, il a été démontré que dans une population de malades surveillés, la survie à 5 ans après traitement chirurgical pour adénocarcinome était significativement plus élevée que celle des patients opérés pour adénocarcinome sur EBO révélé par des symptômes, le cancer ayant été découvert à un stade plus précoce donc curable.

IV PROTOCOLE DE SURVEILLANCE

Qui surveiller ?

- Tous les EBO quelle que soit leur étendue,
- Tous les sujets dont l'âge et l'état physiologique sont compatibles avec la thérapeutique envisagée en cas de malignité (il est raisonnable chez un sujet âgé ayant une espérance de vie de plusieurs années de n'entreprendre une surveillance que si lors de la première endoscopie les séries de biopsies œsophagiennes mettent en évidence une dysplasie).

Comment surveiller ?

(Recommandations du Groupe Français d'Etude de la Muqueuse de Barrett)

1) Protocole biopsique :

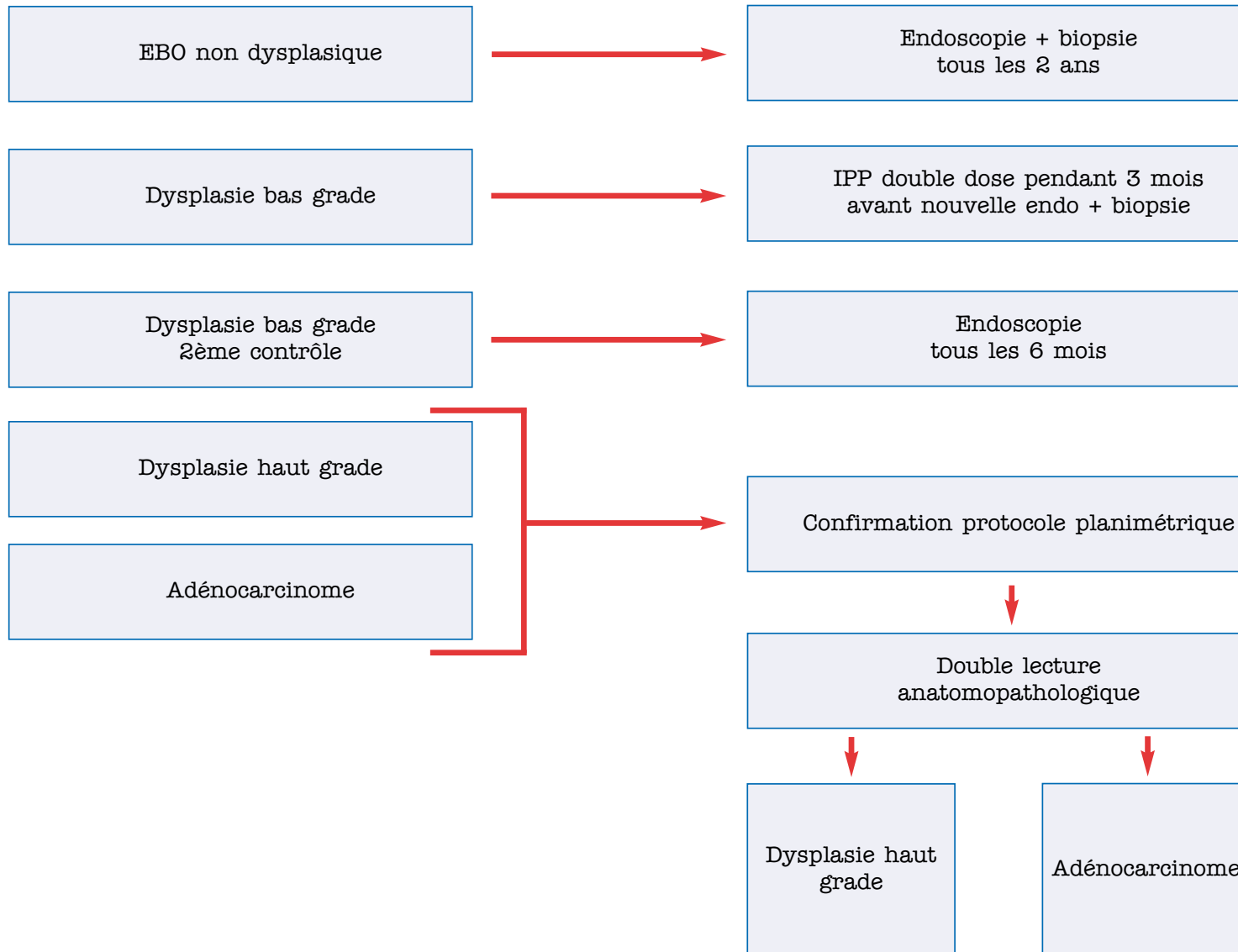
- La surveillance est endoscopique et histologique ; lors de chaque endoscopie devront être effectuées des biopsies sur la muqueuse de Barrett selon le protocole suivant :
- en cas d'EBO circulaire, 4 biopsies (1 sur chaque face) tous les 2 cm à partir de la jonction œsocardiale mises dans un flacon (1 flacon par niveau) contenant une solution de formol à 2%.
- en cas d'EBO court < 3 cm ou en languette, 2 à 4 biopsies par niveau de 1cm

2) Rythme de surveillance (schéma)

En l'absence de dysplasie :

- en cas d'EBO > 3 cm : endoscopie tous les 2 ans,
- en cas d'EBO < 3 cm : endoscopie tous les 3 ans.
- en cas de dysplasie de bas grade certaine (confirmée lors de 2 examens successifs et par 2 anatomopathologistes indépendants) : endoscopie tous les 6 mois (voire 1 an).
- en cas de dysplasie de bas grade douteuse ou probable : nouveau contrôle après 2 mois de traitement par IPP double dose.
- en cas de dysplasie sévère, une nouvelle endoscopie sera effectuée après un mois de traitement par IPP double dose pour réaliser une planimétrie pour orienter la 2ème série de prélèvements) : 4 biopsies par niveau de 1 cm, 1 biopsie par tube répertorié sur un schéma transmis au laboratoire d'anatomopathologie, l'analyse devant être effectuée par 2 examinateurs indépendants.

L'objectif de ce protocole astreignant est de confirmer l'existence de la dysplasie sévère et de détecter un ou des foyers d'adénocarcinome associés dont l'existence ou l'absence dictera la conduite thérapeutique après consultation multidisciplinaire.



V BIBLIOGRAPHIE

1 - KATZ D, ROTHSTEIN R, SCHMED A, DUM J, SEAVER K, ANTONIOLI D.

The development of dysplasia and adenocarcinoma during surveillance of Barrett's Esophagus. Am J Gastroenterol 1998, 93 : 536-41

2 - SAMPLINER RE AND THE PRACTICE PARAMETERS COMMITTEE OF THE AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY.

Pratice Guidelines on the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus
Am J Gastroenterol 1998, 93 : 1028-32.

3 - DENT J, BREMNER CG, COLLEN MJ, HAGGIT RC, SPECHLER SJ.

Barrett's Esophagus : working party report to the world congresses of Gastroenterology Sydney 1990.
J Gastroenterol Hepatol 1991, 6 : 1-22.

“SURVEILLANCE DES ENDOBRACHYCESOPHAGES”
(recommandations en 1998) : fiche réalisée par
J. BOYER, M. ROBASZKIEWICZ et le Conseil
d'Administration de la SFED