

Dysplasie et endobrachyœsophage : les dernières recommandations européennes

Dysplasia and Barrett's Syndrome: Last European Recommendations

E. Coron · L. Quénéhervé

© Lavoisier SAS 2017

Introduction

L'endobrachyœsophage (EBO) est une affection précancéreuse prédisposant à l'adénocarcinome œsophagien. Bien que le risque de dégénérescence cancéreuse soit estimé à environ 0,3 % par an [1], dans la plupart des pays, les patients ayant un EBO sont pris en charge par surveillance endoscopique régulière. Les pratiques pour la prise en charge de l'EBO et de l'adénocarcinome œsophagien varient selon les pays européens car plusieurs recommandations ont été publiées au niveau national. Cette déclaration de l'ESGE a été guidée par une volonté d'homogénéiser les pratiques et, par conséquent, la prise en charge de patients selon les meilleures preuves scientifiques, mais aussi de tenir compte d'autres considérations telles que les politiques de santé. Le premier objectif était donc de délivrer un guide pratique, même lorsque le niveau de preuve était faible [2].

Recommandation 1

Le diagnostic de l'EBO est porté si l'œsophage distal comporte de l'épithélium glandulaire contenant de la métaplasie intestinale à l'analyse histologique, avec une hauteur minimum de 1 cm (circonférentiel ou languette).

Recommandation 2

Le dépistage endoscopique de l'EBO n'est pas recommandé. Cependant le dépistage peut être proposé chez des patients ayant un reflux gastro-œsophagien ancien (>5 ans) et de multiples facteurs de risque (âge de 50 ans ou plus, race

caucasienne, obésité, antécédent au premier degré d'EBO ou d'adénocarcinome œsophagien).

Recommandation 3

La surveillance endoscopique de l'EBO est recommandée.

Recommandation 4

L'endoscopie haute-résolution (endoscope, processeur et écran) est recommandée pour la surveillance endoscopique de l'EBO. L'utilisation en routine de chromo-endoscopie, de chromo-endoscopie optique, d'endoscopie en autofluorescence ou d'endomicroscopie confocale n'est pas conseillée.

Recommandation 5

Le compte-rendu d'endoscopie des patients ayant un EBO doit inclure :

- l'étendue de l'EBO selon les critères de Prague (étendue circonférentielle [C], étendue maximale en hauteur [M]) et tout îlot séparé qui serait proximal par rapport à l'étendue maximale ;
- la description de la localisation (en cm par rapport aux arcades dentaires et dans l'orientation horaire) de toute anomalie visible au sein de l'EBO, ainsi que la taille de la lésion (mm) et son apparence macroscopique en utilisant la classification de Paris ;
- la présence ou absence d'œsophagite érosive en utilisant la classification de Los Angeles ;
- la localisation des biopsies prélevées sur le segment d'EBO (nombre de biopsies et localisation en cm par rapport aux arcades dentaires) ;
- une documentation par photographies des limites et de toute la hauteur de l'EBO, ainsi que de toute lésion visible.

E. Coron (✉) · L. Quénéhervé
Institut des maladies de l'appareil digestif,
centre hospitalier universitaire, F-44000 Nantes, France
e-mail : emmanuel.coron@chu-nantes.fr

INSERM U1235, F-44000 Nantes, France

Recommandation 6

Les prélèvements biopsiques doivent être effectués au niveau de toutes les anomalies visibles. Quatre biopsies quadrantiques doivent de plus être réalisées tous les 2 cm au sein de l'EBO depuis le sommet des plis gastriques jusqu'à la ligne Z, et envoyées en anatomopathologie dans des pots séparés (un pot par niveau, en le précisant sur le bon).

Recommandation 7

Les intervalles de surveillance de l'EBO non dysplasique doivent être stratifiés selon la longueur du segment d'EBO :

- ligne Z irrégulière et/ou aspect glandulaire <1 cm : pas de surveillance endoscopique ;
- étendue maximale de l'EBO ≥ 1 cm et <3 cm : 5 ans ;
- étendue maximale de l'EBO ≥ 3 cm et <10 cm : 3 ans.

Les patients avec EBO dont l'étendue maximale est supérieure à 10 cm doivent être adressés à un centre expert pour surveillance endoscopique.

Si un patient a 75 ans révolus au moment de sa dernière endoscopie de surveillance, sans preuve de dysplasie antérieure, la surveillance endoscopique doit être interrompue.

Recommandation 8

Un traitement endoscopique prophylactique (par exemple ablation par radiofréquence) d'un EBO non dysplasique ne doit pas être réalisé.

Commentaire : le risque moyen de progression néoplasique chez des patients ayant un EBO non dysplasique est bas et estimé à environ 0,3 % par an [1]. Le nombre de patients à traiter pour la prévention d'un seul cas de cancer est donc très important, cette approche n'a donc pas un rapport coût-efficacité favorable. De plus, il existe une incertitude quant au suivi des patients après ablation d'un EBO non dysplasique.

Recommandation 9

Le diagnostic de tout degré de dysplasie (y compris « indéfini pour la dysplasie ») dans l'EBO nécessite la relecture par un anatomopathologiste digestif expert.

Recommandation 10

Les patients ayant un diagnostic « indéfini pour la dysplasie » confirmé par un deuxième anatomopathologiste digestif

expert doivent être pris en charge avec optimisation du traitement antireflux et une nouvelle endoscopie à six mois. Si les biopsies suivantes ne mettent pas en évidence de dysplasie (et ce même si les biopsies sont à nouveau « indéfinies pour la dysplasie »), alors la stratégie de surveillance doit suivre les recommandations pour l'EBO non dysplasique.

Recommandation 11

Les patients ayant des lésions visibles au sein de l'EBO et pour lesquelles sont portées le diagnostic de dysplasie ou de cancer précoce doivent être adressés à un centre expert en EBO. Toutes les anomalies visibles, sans tenir compte de leur degré de dysplasie, doivent être réséquées au moyen de techniques de résection endoscopique afin d'obtenir une évaluation histologique optimale.

Recommandation 12

Les patients avec de la DBG sur des biopsies systématiques, confirmée par un second anatomopathologiste digestif expert, doivent être adressés à un centre expert en EBO. Un intervalle de surveillance de six mois après un diagnostic confirmé de DBG est recommandé.

- Si l'endoscopie à six mois ne met pas en évidence de dysplasie, l'intervalle peut être élargi à un an. Après deux endoscopies consécutives négatives pour le diagnostic de dysplasie, la surveillance standard pour les patients ayant un EBO non dysplasique peut être reprise ;
- si un diagnostic de DBG est confirmé par les endoscopies suivantes, une ablation endoscopique doit être proposée.

Recommandation 13

Les patients ayant de la DHG confirmée par un second anatomopathologiste digestif expert doivent être adressés à un centre expert en EBO. Dans le centre expert, une endoscopie haute résolution doit être répétée selon les recommandations suivantes :

- toutes les anomalies visibles doivent être réséquées par des techniques de résection endoscopique pour staging histologique adéquat ;
- si aucune lésion suspecte de dysplasie n'est mise en évidence, des biopsies quadrantiques systématiques doivent être prélevées. Si ces biopsies sont négatives pour la dysplasie, l'endoscopie doit être répétée à trois mois. Si ces biopsies confirment la présence de DHG, une ablation endoscopique est recommandée, de préférence par radiofréquence.

Recommandation 14

La résection endoscopique est le traitement de première intention pour l'adénocarcinome œsophagien T1a.

Recommandation 15

Chez les patients ayant un adénocarcinome de l'œsophage T1b, la stratégie thérapeutique optimale dépend des caractéristiques histologiques du spécimen de résection endoscopique. La résection endoscopique peut être une alternative valide à la chirurgie et est recommandée chez les patients dont l'état général est limite pour la chirurgie, sous réserve que le spécimen de résection endoscopique remplisse les critères suivants :

- invasion de la sous-muqueuse limitée à $<500 \mu\text{m}$;
- grade de différenciation tumorale : bonne ou modérée ;
- absence d'invasion tumorale des vaisseaux lymphatiques ou sanguins ;
- absence d'infiltration tumorale des marges de résection en profondeur.

Recommandation 16

Après résection endoscopique des anomalies visibles contenant de la dysplasie quel qu'en soit le grade, ou de la néoplasie, une éradication complète de tout l'EBO restant doit être mise en œuvre, de préférence par RF.

Recommandation 17

Tous les patients ayant un EBO $>10 \text{ cm}$, un diagnostic confirmé de DBG, DHG ou un cancer précoce doivent être adressés à un centre expert en EBO pour surveillance et/ou traitement. Un centre expert en EBO doit remplir les conditions suivantes :

- un taux annuel de ≥ 10 nouveaux patients avec un traitement endoscopique de la DHG ou du cancer précoce par un endoscopiste expert en EBO ;
- la prise en charge endoscopique et histologique doit être fournie par des endoscopistes et des anatomopathologistes qui ont suivi un entraînement spécial dans le domaine (cours dédiés ou visite d'expert). Un minimum de 30 cas supervisés de résection endoscopique et de 30 cas d'ablation endoscopique doivent être réalisés pour acquérir une compétence dans les techniques endoscopiques, les modes de prise en charge et la gestion des complications ;

- les dossiers des patients ayant une néoplasie développée sur un EBO sont discutés en réunions multidisciplinaires avec des gastroentérologues, des chirurgiens, des oncologues et des anatomopathologistes ;
- accès à de la chirurgie œsophagienne par des opérateurs expérimentés ;
- tous les patients ayant un EBO sont enregistrés prospectivement dans une base de données.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Desai TK, Krishnan K, Samala N, et al. The incidence of oesophageal adenocarcinoma in non-dysplastic Barrett's oesophagus: a meta-analysis. *Gut* 2012;61:970–6.
2. Dumonceau JM, Hassan C, Riphaut A, Ponchon T. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Development Policy. *Endoscopy* 2012;44:626–9.
3. Verbeek RE, Leenders M, Ten Kate FJ, et al. Surveillance of Barrett's esophagus and mortality from esophageal adenocarcinoma: a population-based cohort study. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1215–22.
4. Kastelein F, van Olphen SH, Steyerberg EW, et al. Impact of surveillance for Barrett's oesophagus on tumour stage and survival of patients with neoplastic progression. *Gut* 2016;65:548–54.
5. Sharma P, Bergman JJ, Goda K, et al. Development and Validation of a Classification System to Identify High-Grade Dysplasia and Esophageal Adenocarcinoma in Barrett's Esophagus Using Narrow-Band Imaging. *Gastroenterology* 2016;150:591–8.
6. Pohl H, Pech O, Arash H, et al. Length of Barrett's oesophagus and cancer risk: implications from a large sample of patients with early oesophageal adenocarcinoma. *Gut* 2016;65:196–201.
7. Phoa KN, van Vilsteren FG, Weusten BL, et al. Radiofrequency Ablation vs Endoscopic Surveillance for Patients With Barrett Esophagus and Low-Grade Dysplasia. *JAMA* 2014;311:1209–17.
8. Duits LC, Phoa KN, Curvers WL, et al. Barrett's oesophagus patients with low-grade dysplasia can be accurately risk-stratified after histological review by an expert pathology panel. *Gut* 2015;64:700–6.
9. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2015;47:829–54.
10. Terheggen G, Horn EM, Vieth M, et al. A randomised trial of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection for early Barrett's neoplasia. *Gut* 2016;pii:gutjnl-2015-310126.
11. Small AJ, Araujo JL, Leggett CL, et al. Radiofrequency Ablation Is Associated With Decreased Neoplastic Progression in Patients With Barrett's Esophagus and Confirmed Low-Grade Dysplasia. *Gastroenterology* 2015;149:567–76.e3.
12. Manner H, Pech O, Heldmann Y, et al. The frequency of lymph node metastasis in early-stage adenocarcinoma of the esophagus with incipient submucosal invasion (pT1b sm1) depending on histological risk patterns. *Surg Endosc* 2015;29:1888–96.