



Prise en charge de l'endobrachyoesophage: Recommandations américaines

Emmanuel CORON (Genève, Suisse)

LIENS D'INTERET

- Aucun

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Appréhender les enjeux du dépistage
- Connaitre les modalités de surveillance d'un EBO

Muthusamy *et al.*, AGA Clinical Practice Update on New Technology and Innovation for Surveillance and Screening in Barrett's Esophagus: Expert Review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022 Dec;20(12):2696-706.e1.

doi: 10.1016/j.cgh.2022.06.003. Epub 2022 Jul 3. PMID: 35788412.

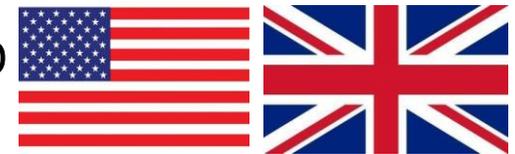


Dépistage de l'EBO

1 – Elargi aux sujets ayant au moins 3 facteurs de risque:

- 1) sexe masculin
- 2) caucasien
- 3) de plus de 50 ans
- 4) avec antécédents personnels de
 - RGO
 - Tabagisme
 - Obésité
 - ou ATCD familiaux d'EBO ou d'adénocarcinome oesophagien

60-86 % des patients avec découverte d'adénocarcinome (ADK) n'ont pas de RGO
....Donc pas de dépistage !



Prévalence de l'EBO: 3 à 24% (en fonction du nombre de FDR)



Quelles alternatives à l'OGD ?



Cytosponge (Medtronic)



EsophaCap (Capnostics)



EsoCheck (Lucid Diagnostics)

2 - L'utilisation d'outils non endoscopiques permettant la collecte de tissu oesophagien est une option à considérer pour le dépistage

Cytosponge-trefoil factor 3 versus usual care to identify Barrett's oesophagus in a primary care setting: a multicentre, pragmatic, randomised controlled trial

Rebecca C Fitzgerald, Massimiliano di Pietro, Maria O'Donovan, Roberta Maroni, Beth Muldrew, Irene Debiram-Beecham, Marcel Gehrung, Judith Offman, Monika Tripathi, Samuel G Smith, Benoit Aigret, Fiona M Walter, Greg Rubin, on behalf of the BEST3 Trial team*, Peter Sasieni



	Usual care group (n=6388)	Intervention group		Overall (n=6834)
		Underwent the Cytosponge procedure (n=1750)	Did not undergo the Cytosponge procedure (n=5084)	
Grade of dysplastic Barrett's oesophagus				
No dysplasia	13	116	13	129
Indefinite	0	7	0	7
Low-grade	0	1	0	1
High-grade	0	3	0	3
Total	13	127	13	140
Oesophago-gastric cancer stage				
I	0	4	1	5
II	1	0	0	0
III	1	0	0	0
IV	1	0	2	2
Total number of participants with Barrett's oesophagus, cancer, or both	16	131	16	147

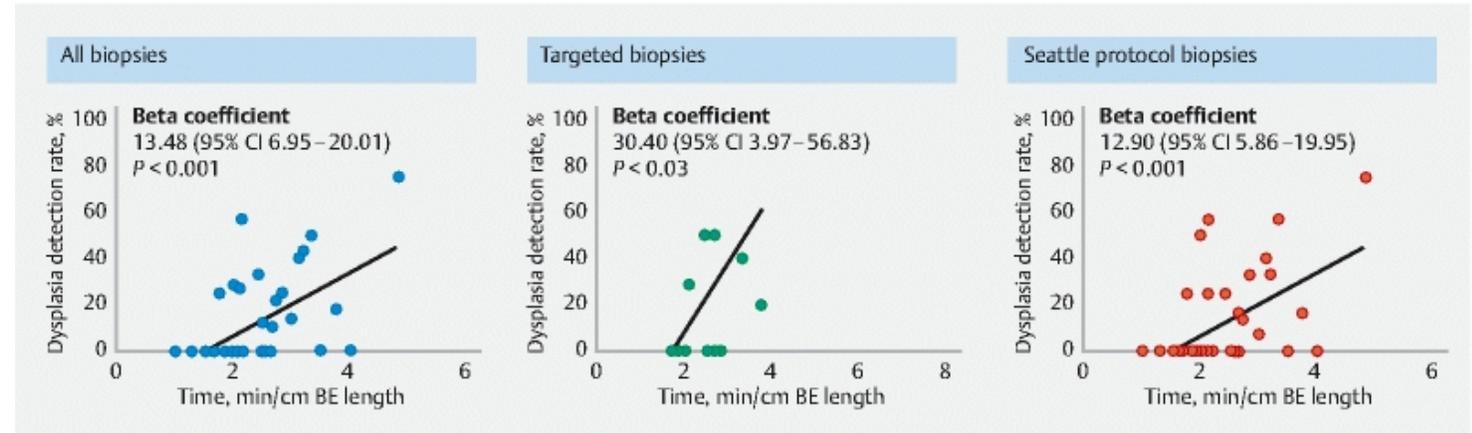
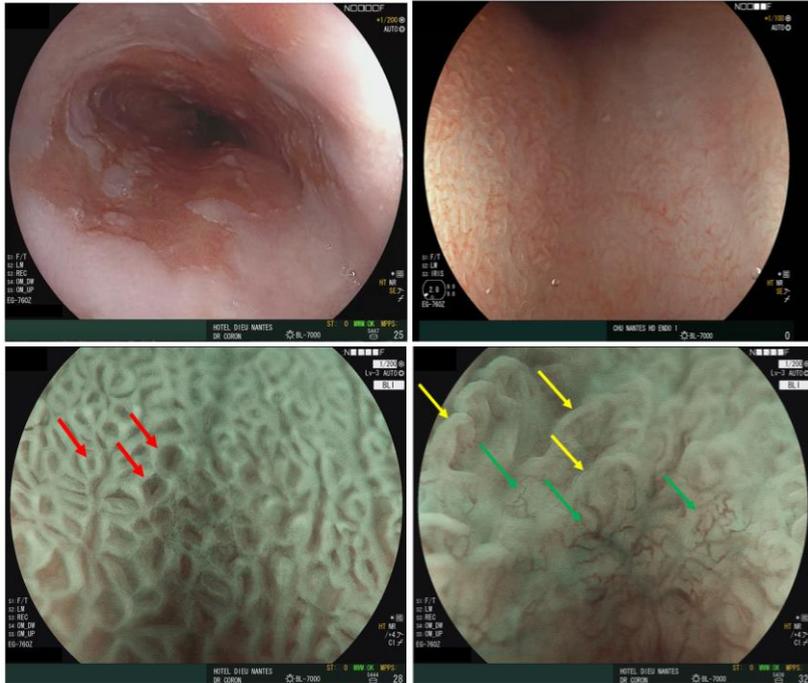
Table 3: Number of individuals with Barrett's oesophagus in the usual care group and intervention group with or without cancer, by grade of dysplasia and cancer stage

Bonne acceptabilité par les patients et les généralistes

rare EI sévères
 - 1 pb technique
 - 1 saignement pharyngé

Autres applications ?
 - surveillance EBO
 - surveillance après radiochimioT.

Quel endoscope dois-je utiliser et comment ?



Vithayathil *et al.*, Endoscopy 2023

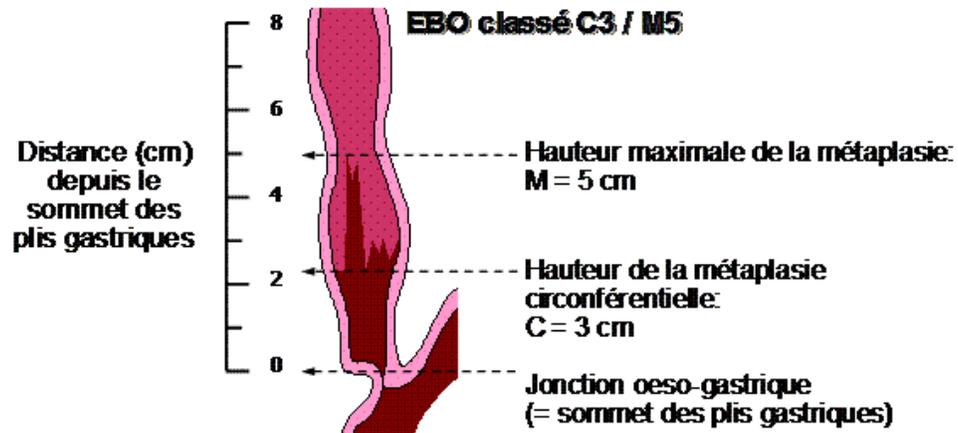
3- Le dépistage et la surveillance endoscopique de l'EBO doivent se faire avec des endoscopes haute-résolution à la fois en lumière blanche et avec de la chromoendoscopie virtuelle, en passant un temps suffisant pour l'inspection de l'EBO (1 min par cm)

10 étapes importantes pour l'examen endo

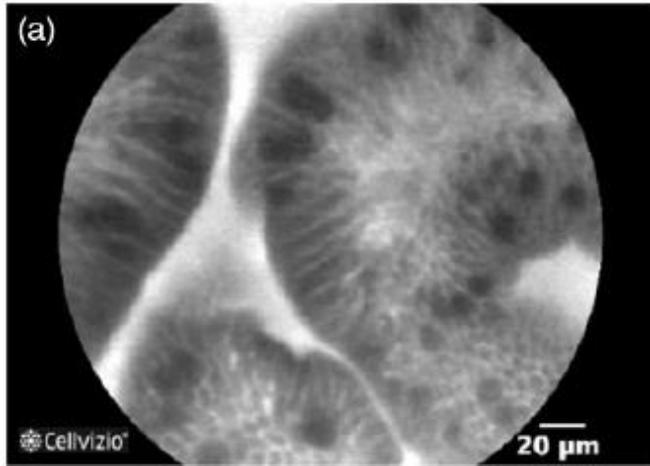
1. Identifier les repères essentiels - pince diaphragmatique, plis gastriques et ligne Z	Évaluer la nécessité ou non des examens ultérieurs
2. Capuchon distal si besoin	Faciliter l'inspection
3. Laver la muqueuse - Pompe de lavage et aspirer avec précaution	Limiter la présence de mucus et éviter les micro-traumatismes muqueux
4. Insuffler et exsuffler	Aider à la détection de lésions subtiles
5. Passer un temps suffisant - faire une rétroversion gastrique	Augmenter le pourcentage de lésions dysplasiques détectées
6. Examiner l'EBO en lumière blanche	C'est la base !
7. Examiner l'EBO en chromoscopie virtuelle	Caractériser la micro-architecture
8. Utiliser la classification de Prague	Homogénéiser la description de l'EBO
9. Utiliser la classification de Paris si lésions	Homogénéiser la description des lésions
10. Faire le protocole de Seattle	Augmente la détection des lésions dysplasiques

Classification de Prague: Indispensable

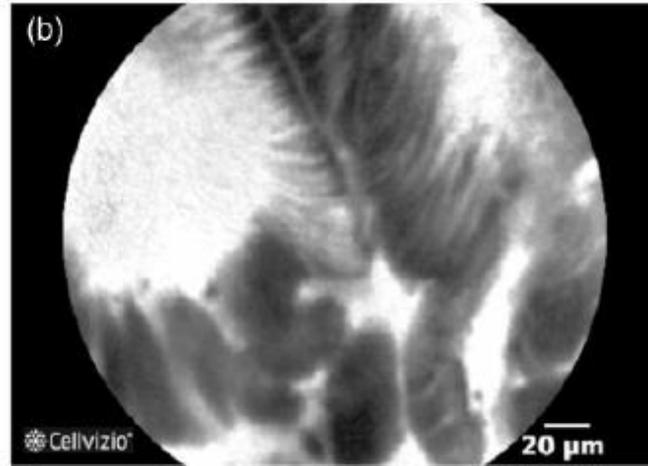
4 - Le dépistage et la surveillance endoscopique de l'EBO doivent décrire précisément la **hauteur** de l'EBO en utilisant la classification de Prague ainsi que la **localisation** et l'**aspect des lésions** éventuelles (nodules, ulcerations)



Endomicroscopie: Le retour ?

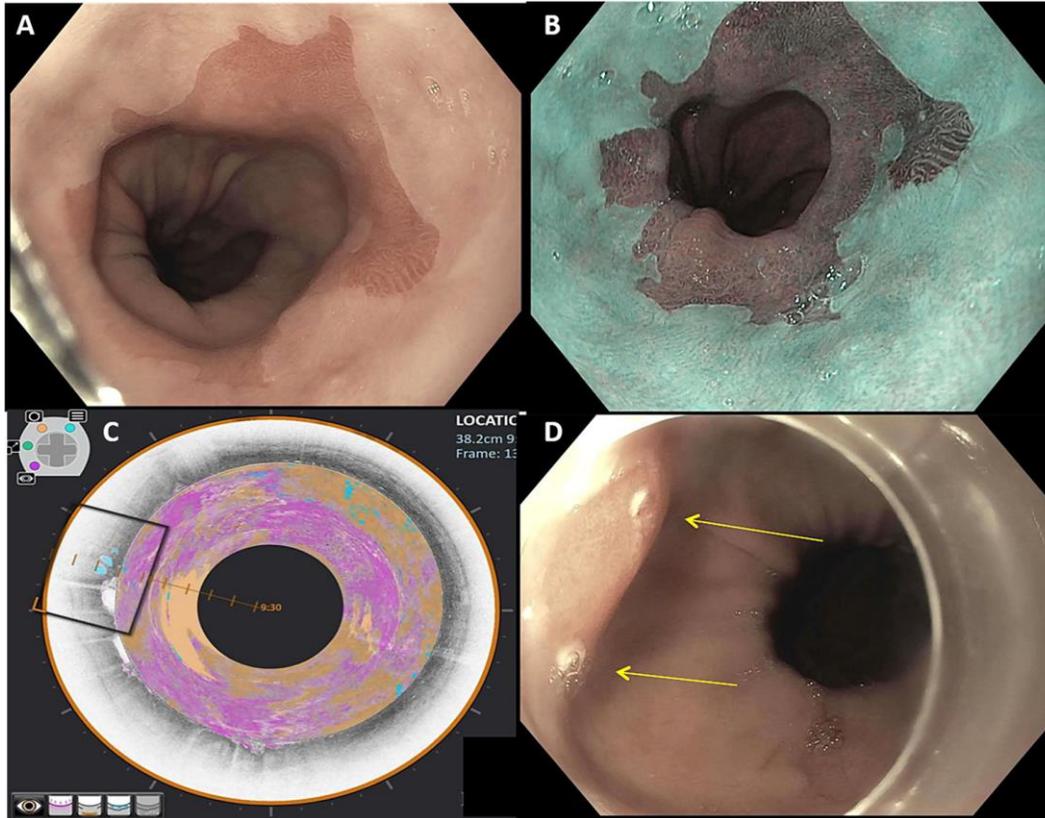


EBO non dysplasique



Dysplasie de haut grade

Endomicroscopie: des nouveautés



Volumetric Laser Endomicroscopy (VLE)

- ✓ 100% zones dysplasiques identifiées avec IA
- ✓ Versus 77% sans IA...

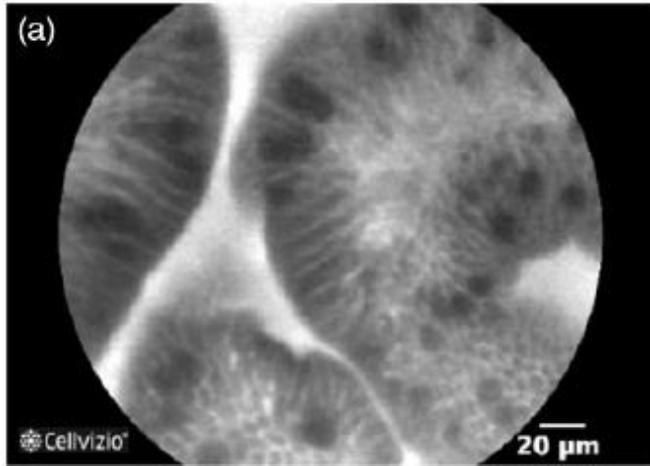
Kahn et al., Sci Rep. 2022

Possibilité d'incorporation dans une vidéocapsule (TCE)

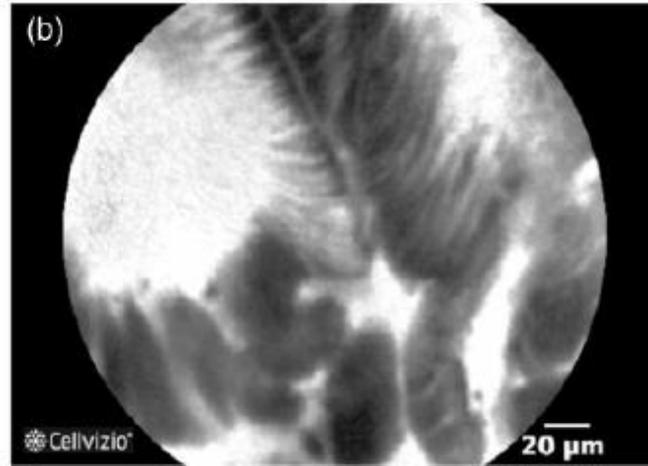
- ✓ Succès technique 94%
- ✓ Meme qualité que VLE

Dong J...Quénéhervé L et al., Clin Gastroenterol Hepatol 2022

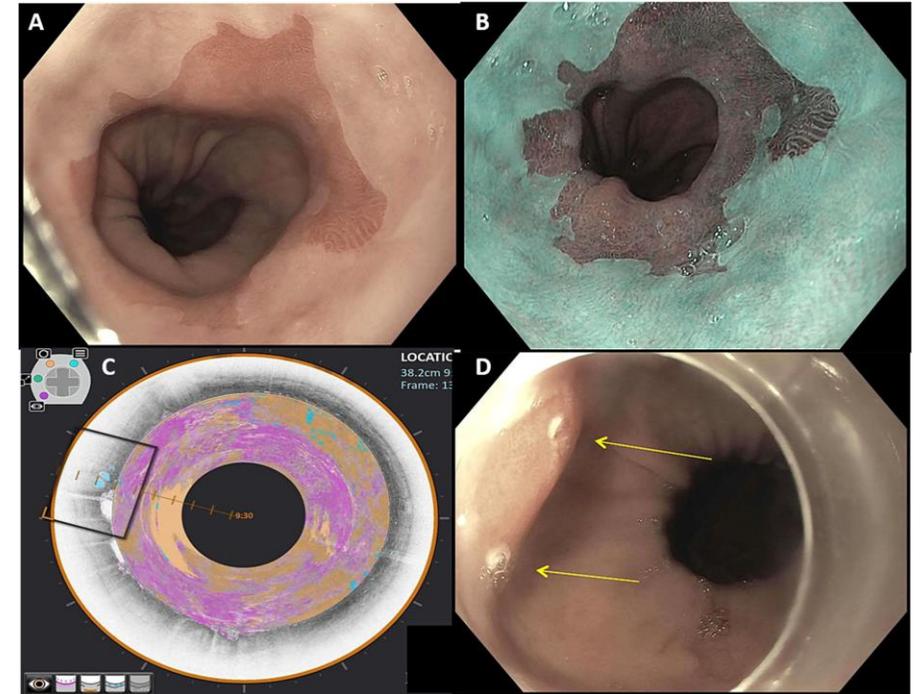
Endomicroscopie: Le retour ?



EBO non dysplasique

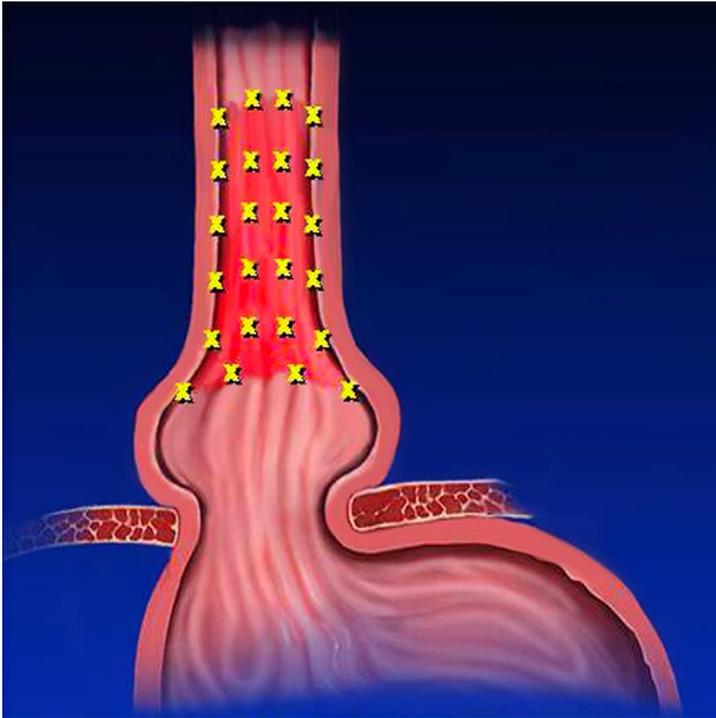


Dysplasie de haut grade



5 - Les techniques d'imagerie avancées peuvent être utilisées en complément de la lumière blanche et de la chromoscopie pour améliorer la détection de la dysplasie

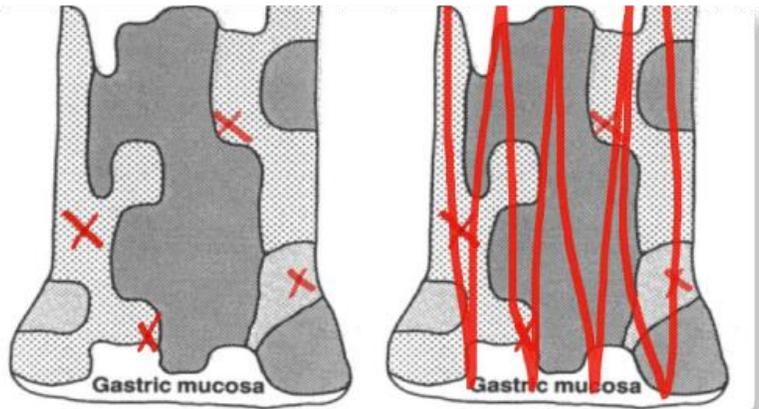
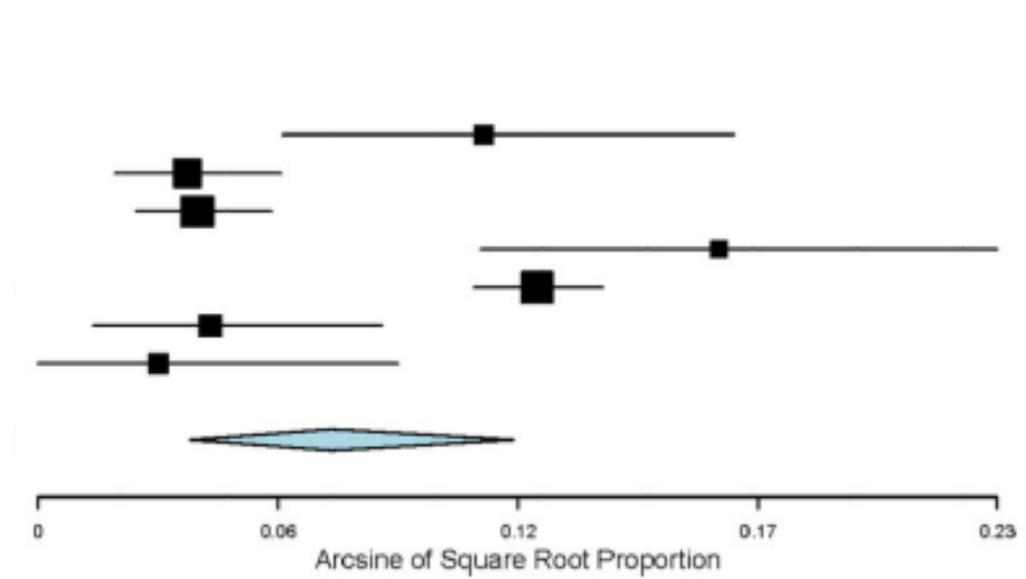
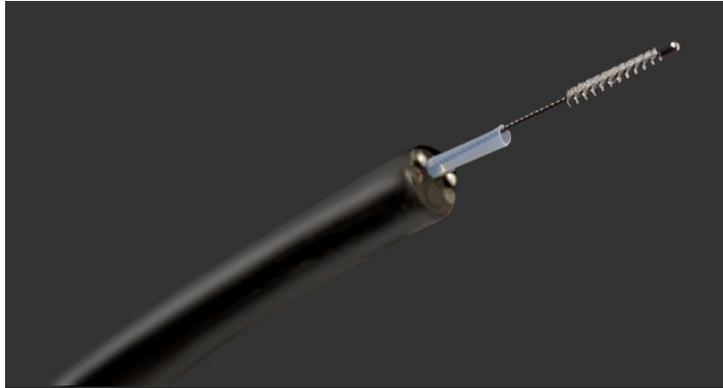
Protocole de Seattle: Toujours d'actualité



WATCHING YOU

6 - L'échantillonnage du tissu au sein de l'EBO doit s'effectuer selon le protocole de Seattle :
4 biopsies tous les 1-2 cm
+ *biopsies ciblées des lésions visibles*

Puis-je brosser plutôt que biopsier ?



Augmentation du diagnostic de dysplasie + 7,2%

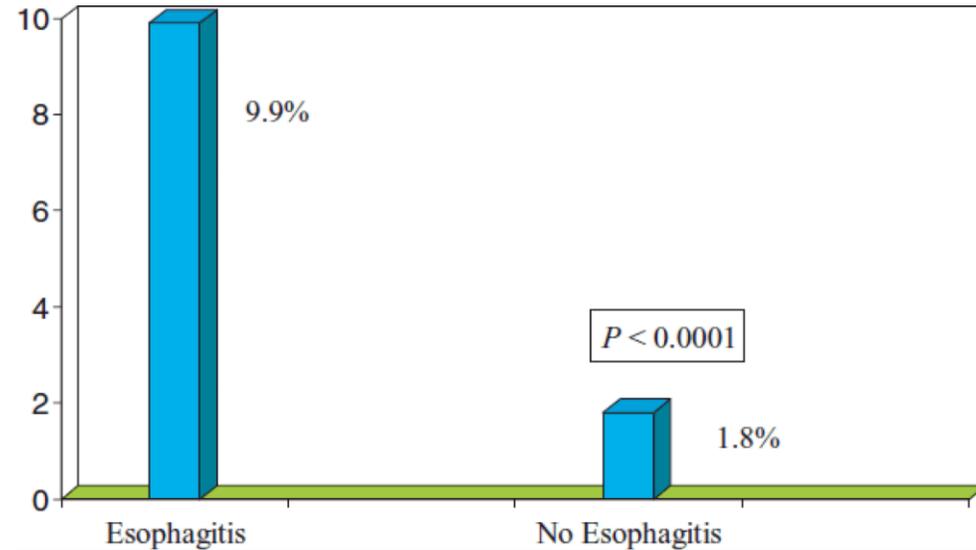
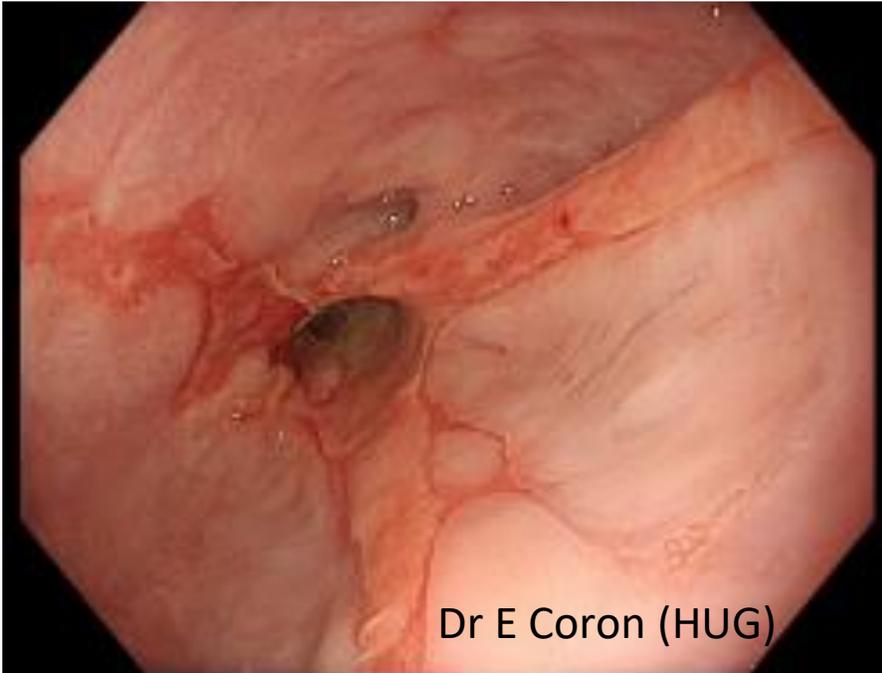
MAIS brosse négative dans 62% des cas avec biopsies positives !

Codipilly et al., GIE 2022

7 - La méthode de brossage cytologique WATS-3D peut être proposée comme méthode d'échantillonnage de l'EBO

- en complément du protocole de Seattle !

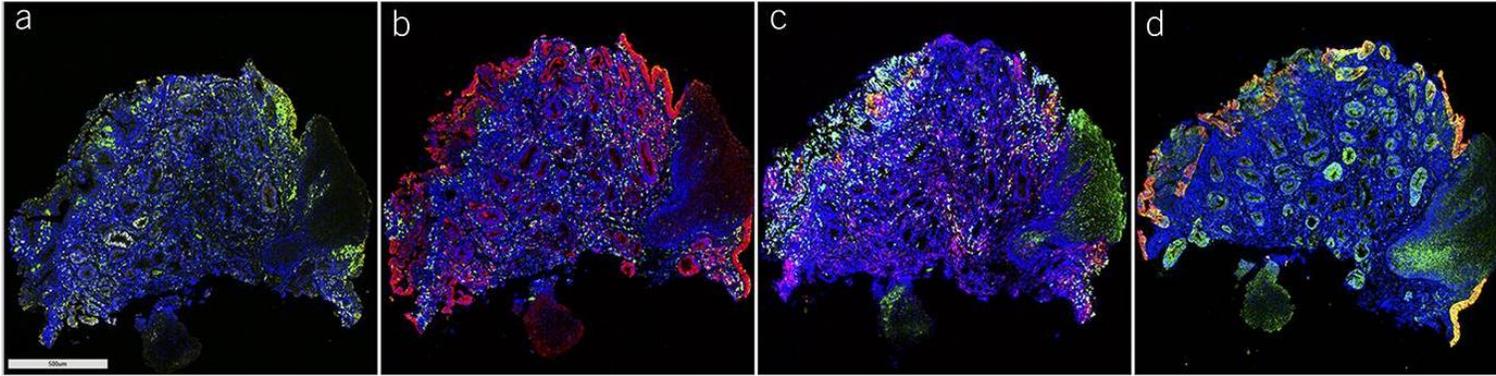
Biopsier et re-biopsier en cas d'oesophagite



Rodriguez *et al.*, Am J Gastro 2008

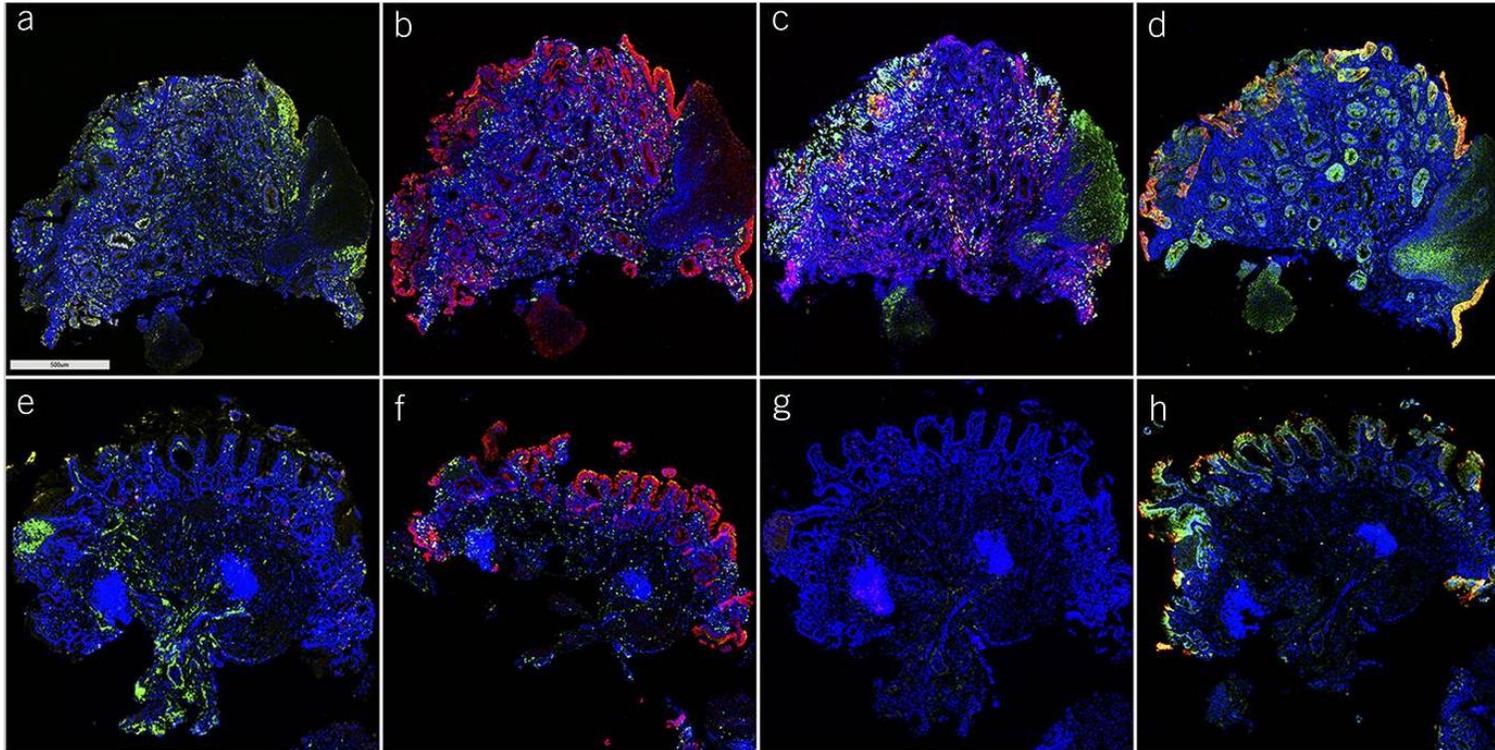
8 - Les patients ayant une oesophagite érosive peuvent faire l'objet de biopsies en cas de suspicion de dysplasie ou de dégénérescence, en insistant sur le fait qu'ils devront avoir une nouvelle endoscopie après 8 semaines d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à double dose

Peut-on prédire le risque de dégénérescence ?



Cas 1: Homme 66 ans, EBO C6M6
Score Tissue Cypher 10 (haut risque)
ADK au cours de la surveillance
(4 ans)

Peut-on prédire le risque de dégénérescence ?

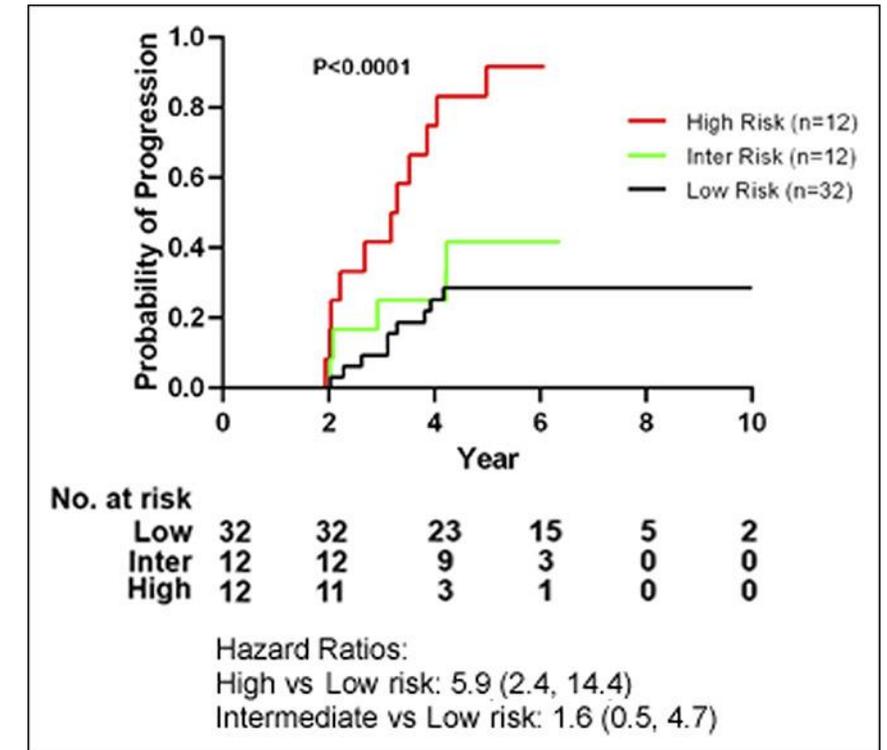


Cas 1: Homme 66 ans, EBO C6M6
Score Tissue Cypher 10 (haut risque)
ADK au cours de la surveillance
(4 ans)

Cas 2: Homme 69 ans, EBO C8M8
Score Tissue Cypher 5,4 (bas risque)
Pas d'ADK
(6 ans)

Peut-on prédire le risque de dégénérescence ?

	Progressors (n = 38)	Nonprogressors (n = 38)	P value
Age, yr, median (IQR)	64 (57-71)	62 (53-71)	0.012
Male, n (%)	31 (82)	27 (71)	NS
Barrett's segment length, cm, median (IQR)	7 (5-8)	6 (5-8)	NS
Hiatal hernia, n (%)	27 (71)	30 (79)	NS
Time in study, yr, ^a median (IQR)	3.2 (2.3-4.3)	6.1 (5.5-7.2)	<0.001
Spatial characteristics			
Levels per endoscopy, n, median (IQR)	2 (2-3)	3 (2-3)	NS
Total number levels, n	107	102	NS
% Required levels, ^b n, median (IQR)	90 (66.7-100)	70.1 (65-100)	NS
Temporal characteristics			
Levels per endoscopy, n, median (IQR)	1 (1-2)	NA	
Total number levels, n	120	NA	



Frei *et al.*, Clin Transl Gastroenterol 2020

9 - Les outils moléculaires peuvent être utilisés pour stratifier le risque de dégénérescence chez les patients ayant un EBO non dysplasique

Peut-on prédire le risque de dégénérescence ?

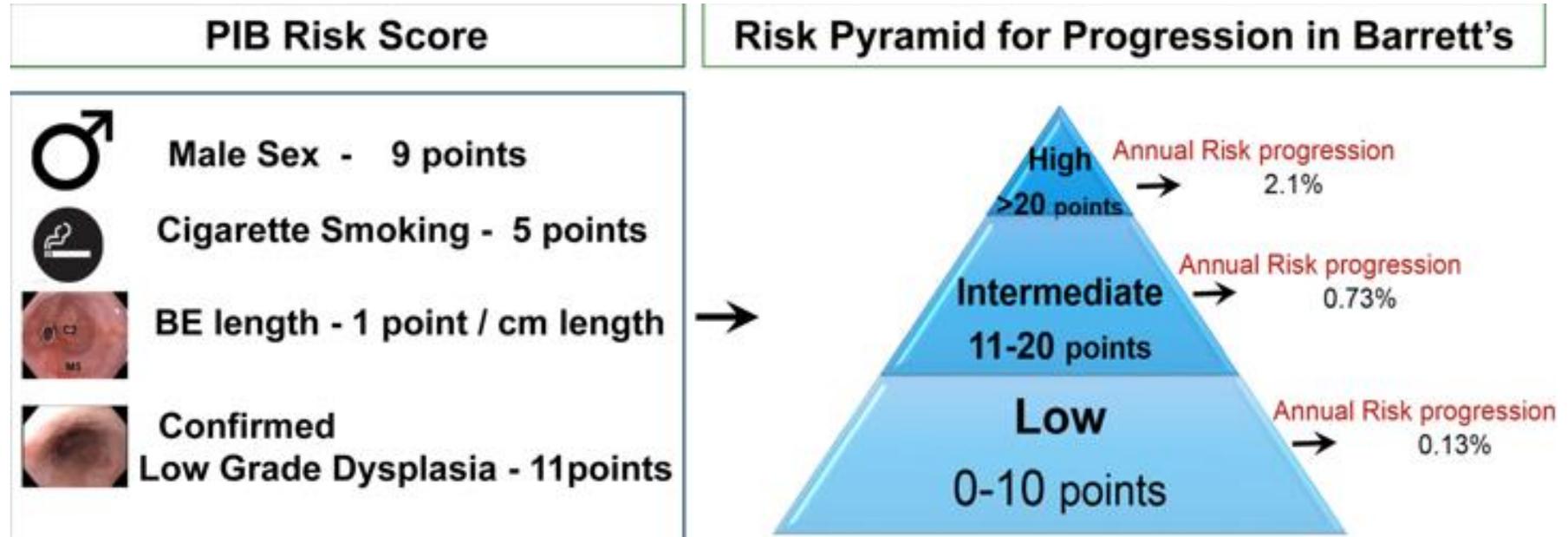
Database EBO
1985-2014

2697 patients

- 84% H
- 55 ans
- BMI 28
- EBO 3.7 ± 3.2 cm

ADK 154 patients (5.7%)

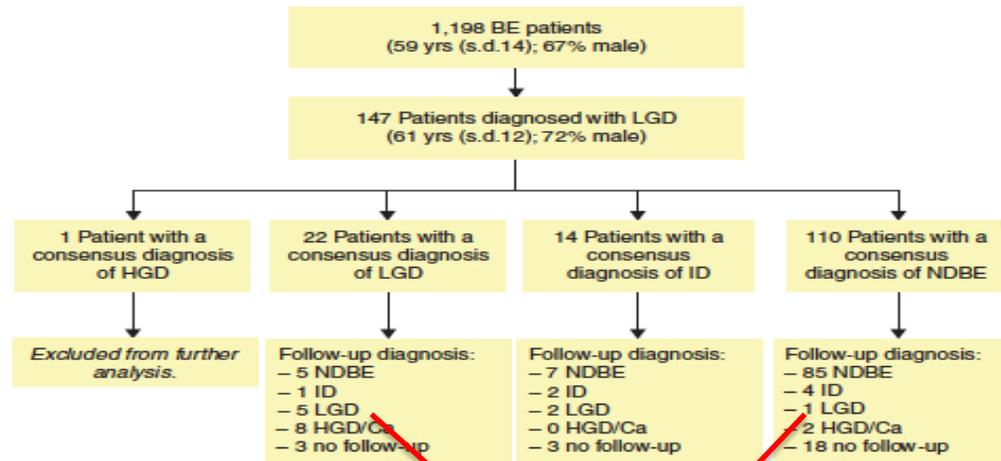
Risque annuel de progression 0.95%



10- Les modèles prédictifs peuvent être utilisés pour identifier les patients à haut risque de dégénérescence

Dysplasie ou cancer = double lecture anapath

Etude Hollandaise, 6 centres



85% de reclassification en non-dysplasiques

évolution vers DHG ou ADK
13% VS 0.5%
(/Patient-année)

Curvers et al. Am J Gastro 2010

11 - Compte-tenu de la **grande variabilité inter-observateur**, le diagnostic de dysplasie/cancer devrait être validé par une relecture d'anatomopathologiste expert

Dysplasie ou cancer = endoscopiste expert



12- Les patients ayant un diagnostic de DHG/Ca doivent être pris en charge par des endoscopistes experts en caractérisation optique, résection et ablation endoscopique

Dysplasie ou cancer = endoscopiste expert



12- Les patients ayant un diagnostic de DHG/Ca doivent être pris en charge par des endoscopistes experts en caractérisation optique, résection et ablation endoscopique

Dysplasie ou cancer = endoscopiste expert



12- Les patients ayant un diagnostic de DHG/Ca doivent être pris en charge par des endoscopistes experts en caractérisation optique, résection et ablation endoscopique

Dysplasie ou cancer = endoscopiste expert



12- Les patients ayant un diagnostic de DHG/Ca doivent être pris en charge par des endoscopistes experts en caractérisation optique, résection et ablation endoscopique

Comment gérer les patients au long cours ?

Les patients ayant un diagnostic d'EBO:

13 - doivent prendre un **traitement quotidien par IPP**

14 - doivent avoir une endoscopie de **surveillance tous les 3-5 ans**

15 – **Après traitement**, la réalisation de biopsies quadratiques est **indispensable** au niveau de la jonction oeso-gastrique, du cardia, et 2 cm en amont de la néo-ligne Z en complément des biopsies ciblées sur des anomalies visibles



34% des patients ont des récurrences invisibles

98% des récurrences sont détectées:

- soit par des biopsies réalisées 2 cm > ligne Z
- soit par des biopsies ciblées

Les récurrences tardives (> 1 an) ont plus de chances d'être visibles

Omar *et al.*, *Gastrointest Endosc* 2019

POINTS FORTS

- Le dépistage et la surveillance de l'EBO doivent se faire en lumière blanche et avec de la chromo-endoscopie virtuelle. Le temps d'inspection doit être supérieur à une minute par cm d'EBO circonférentiel.
- L'échantillonnage de l'EBO doit s'effectuer selon le protocole de Seattle avec 4 biopsies tous les 1-2 cm en plus des biopsies ciblées. L'endomicroscopie confocale par laser peut être utilisée pour guider les biopsies
- Les patients ayant une oesophagite érosive grade C ou D de Los Angeles doivent avoir une nouvelle endoscopie après 8 semaines de traitement par IPP à double dose
- Les patients ayant un diagnostic d'EBO non dysplasique doivent avoir une endoscopie de surveillance tous les 3-5 ans et un traitement quotidien par IPP au long cours
- Après traitement endoscopique de l'EBO, la réalisation annuelle de biopsies en quatre quadrants est nécessaire au niveau de la jonction oeso-gastrique, du cardia, et 2 cm en amont de la néo-ligne Z pour dépister les récives