



L'ENDOBRACHYOEESOPHAGE :DIAGNOSTIC , DEPISTAGE ET TRAITEMENT

Dr M.Medhioub – Dr M.Mahmoudi

Journée DPC – 27 Avril 2019

CAS CLINIQUE

- Patient âgé de 45 ans
- tabagique 12 PA sévère
- Diabétique sous ADO
- Ouvrier dans une usine
- Suivi depuis 7 ans pour reflux gastro œsophagien
- Prise intermittente d'IPP
- BMI: 28 Kg/m² , TT: 93 cm

QUESTION

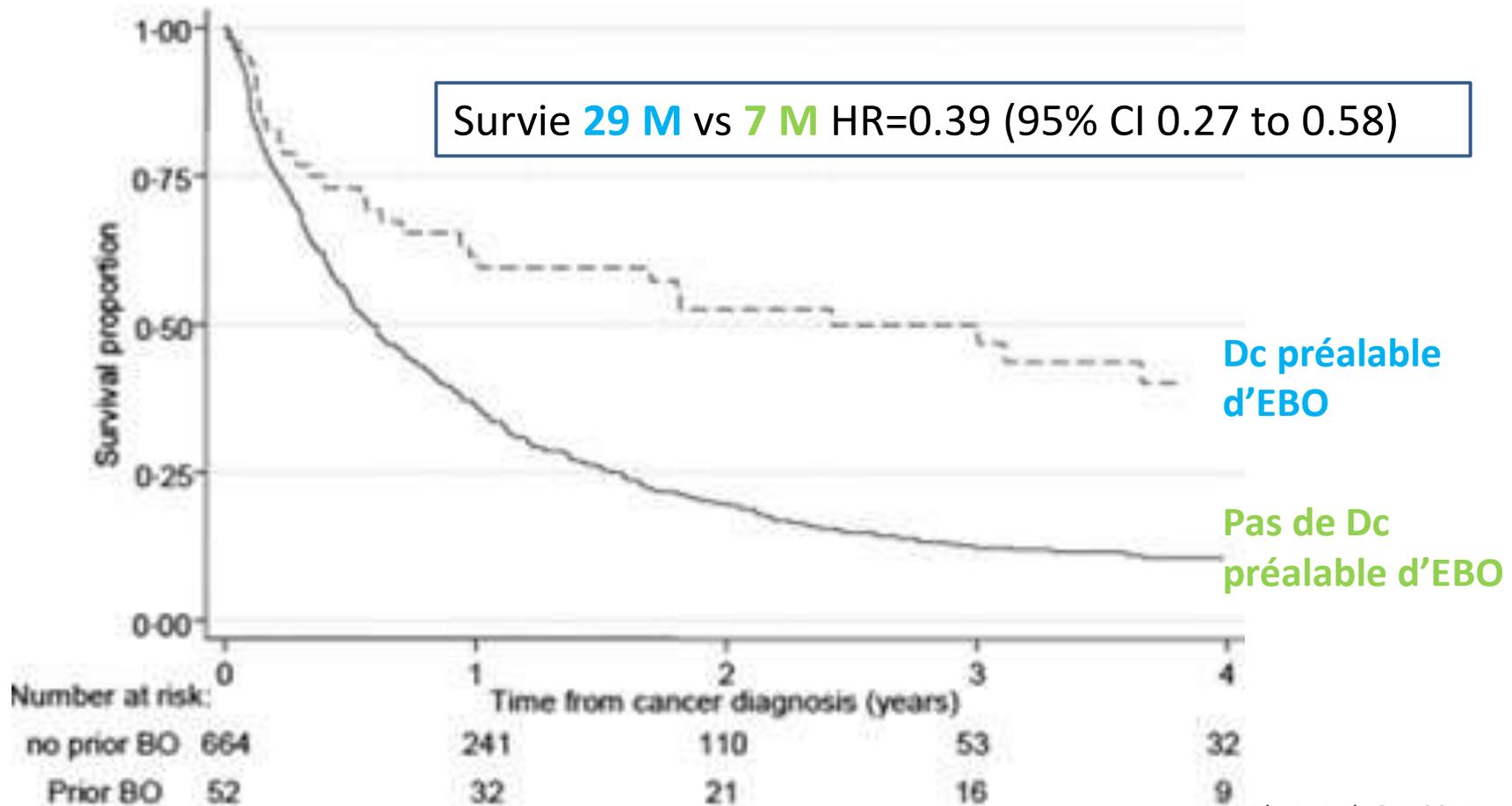
Q :Un dépistage de l'EBO est –il indiqué chez ce patient ?

1 - Oui

2- non

POURQUOI DEPISTER ?

- Population based study : 716 patients patients ADK
- 7% : Dc préalable d'EBO



POURQUOI DÉPISTER?

Risk of Upper Gastrointestinal Cancers in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease After a Negative Screening Endoscopy

Mohammad H. Shakhatreh,^{*,‡} Zhigang Duan,^{*} Nathaniel Avila,^{*} Aanand D. Naik,^{*} Jennifer R. Kramer,^{*} Marilyn Hinojosa-Lindsey,^{*} John Chen,^{*} and Hashem B. El-Serag^{*,‡}

**Section of Health Services Research, Houston Veterans Affairs Health Services Research and Development Center of Excellence, and ‡Section of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas*

CONCLUSIONS:

The risk of cancer is low, over a mean 3-year period, for patients with GERD who had a negative screening endoscopy. These findings justify recommendations for a 1-time screening endoscopy for patients with GERD.

QUI DÉPISTER?

Groupes à risque

- RGO > 5 ans / symptômes fréquents (> 1 fois/semaine)
- Age de plus de 50 ans
- Sexe masculin
- Tabagisme
- Obésité centrale
- Race blanche
- ATCD familiaux d'EBO ou d'adénocarcinome de l'œsophage.

COMMENT DÉPISTER?

Endoscopie haute définition: Examen de référence

Nouvelles techniques en cours d'évaluation:

- Endoscopie trans nasale sans sédation
- Vidéo capsule œsophagienne (Se =70% , pas de biopsies)

- Autres:
 - ✓ endomicroscopie à capsule captive
 - ✓ test respiratoire électronique, adépokines sériques, « biopsies liquides »
 - ✓ Cytosponge[®] couplée au marquage du Trefoil Factor 3
 - ✓ Écouvillon de microbiome oral

DEPISTAGE ENDOSCOPIQUE : LIMITES ?

- Les risques liés à l'endoscopie et à la sédation
- Répercussions psychologiques/anxiété (lésion pré-néoplasique)
- Impact du dépistage de l'EBO sur incidence ADK ?
- Applicabilité de la méthode de dépistage (coût , disponibilité acceptabilité ?)
- Problème de surdiagnostic et de contrôle de la qualité
- Le respect des recommandations de dépistage est sous-optimal

DEPISTAGE : RECOMMANDATIONS

société	AGA	ASGE	BSG	ACG	ESGE
Dépistage	suggéré	considéré	considéré	considéré	considéré
Critères	Multiple FDR	Multiple FDR	≥ 3 FDR	H + RGO chx et ≥ 2 FDR	Multiple FDR
	> 50 ans	> 50 ans	> 50 ans	> 50 ans	≥ 50 ans
	homme	homme	homme		homme
	Race blanche	Race blanche	Race blanche	Race blanche	Race blanche
	RGO chx	RGO chx	RGO chx		RGO ≥ 5 ans
	HH				
	Obésité androïde	obésité	obésité	Obésité androïde	obésité
		tabagisme		Tabagisme actif ou sévère	
		ATCD FX	ATCD FX ,1 er D	ATCD FX ,1 er D	ATCD FX ,1 D

QUESTION

NOTRE PATIENT : 4 facteurs de risque d'EBO

- Sexe masculin
- Race blanche
- RGO évoluant depuis plus de 5 ans
- Obésité androïde

Q :Un dépistage de l'EBO est –il indiqué chez ce patient ?

1 - Oui

2- non

Diagnostic d'EBO

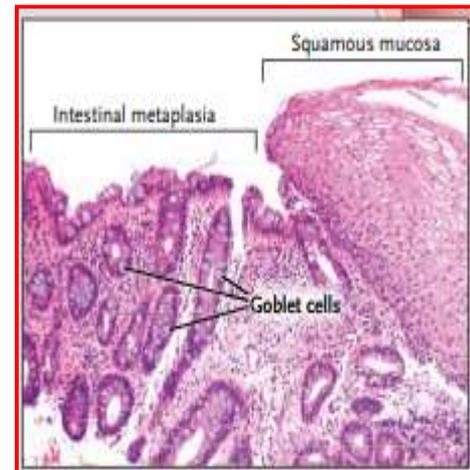
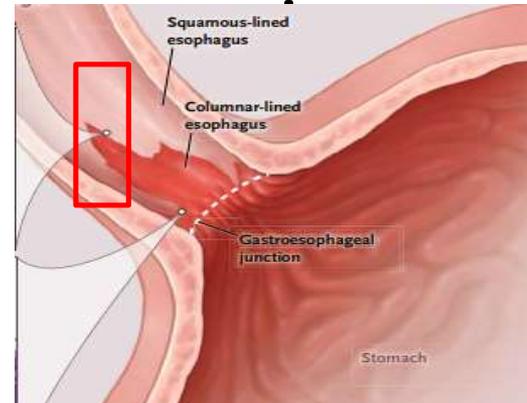
Endoscopie



Ascension de la ligne Z dans l'œsophage:
décalage d'au moins 1 cm par rapport au
sommet des plis gastriques

Aspect *rouge-orangé* de la muqueuse.

Anatomopathologie



Métaplasie glandulaire
cylindrique type intestinale

DIAGNOSTIC D'EBO : HAUTEUR ?

- Hauteur <1cm n'est plus considéré comme EBO, 2 raisons:
 - Grande variabilité inter-observateur
 - Faible risque d'ADK

DIAGNOSTIC D' EBO: MÉTAPLASIE INTESTINALE ?

Characteristic	CLE without SIM, incidence: % per year (95% Confidence Interval [CI])	CLE with SIM, incidence: % per year (95% CI)	Hazard ratio (95% CI)	P*
Sex				
Female	0.05 (0.02 to 0.11)	0.26 (0.18 to 0.38)	5.65 (2.18 to 14.68)	<.001
Male	0.10 (0.06 to 0.17)	0.45 (0.36 to 0.56)	4.63 (2.52 to 8.49)	<.001
Age category, y				
<50	0.03 (0.01 to 0.10)	0.25 (0.15 to 0.41)	7.02 (2.05 to 24.09)	.001
50-59	0.10 (0.04 to 0.23)	0.37 (0.25 to 0.54)	3.78 (1.45 to 9.87)	.002
60-69	0.11 (0.05 to 0.26)	0.49 (0.35 to 0.68)	4.46 (1.75 to 11.35)	.001
70-79	0.08 (0.03 to 0.23)	0.43 (0.29 to 0.64)	5.45 (1.64 to 18.09)	.001
≥80	0.08 (0.01 to 0.44)	0.29 (0.13 to 0.63)	3.39 (0.41 to 28.25)	.135
Visible segment seen				
Unknown	0.07 (0.04 to 0.12)	0.41 (0.32 to 0.52)	6.27 (3.31 to 11.87)	<.001
Yes	0.09 (0.04 to 0.20)	0.33 (0.24 to 0.45)	3.72 (1.58 to 8.77)	.001
Segment length†				
Short	0.05 (0.01 to 0.28)	0.15 (0.05 to 0.44)	2.92 (0.31 to 28.76)	.47
Long	0.23 (0.08 to 0.67)	0.50 (0.34 to 0.74)	2.19 (0.66 to 7.29)	.36
Unknown	0.06 (0.03 to 0.10)	0.37 (0.30 to 0.46)	5.72 (3.18 to 10.28)	<.01
Index dysplasia status				
No dysplasia	0.06 (0.04 to 0.10)	0.31 (0.25 to 0.38)	5.04 (2.86 to 8.89)	<.001
Low grade	0.91 (0.31 to 2.64)	1.45 (0.98 to 2.13)	1.53 (0.47 to 5.10)	.75
Unknown	0	0.33 (0.06 to 1.85)	Not calculable	NA

DIAGNOSTIC D' EBO: MÉTAPLASIE INTESTINALE ?

Barrett's oesophagus: Intestinal metaplasia is not essential for cancer risk

CLIVE J. KELTY¹, MARTIN D. GOUGH¹, QUINTIN VAN WYK²,
TIMOTHY J. STEPHENSON² & ROGER ACKROYD¹

Departments of ¹Surgery, and ²Histopathology, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield, UK

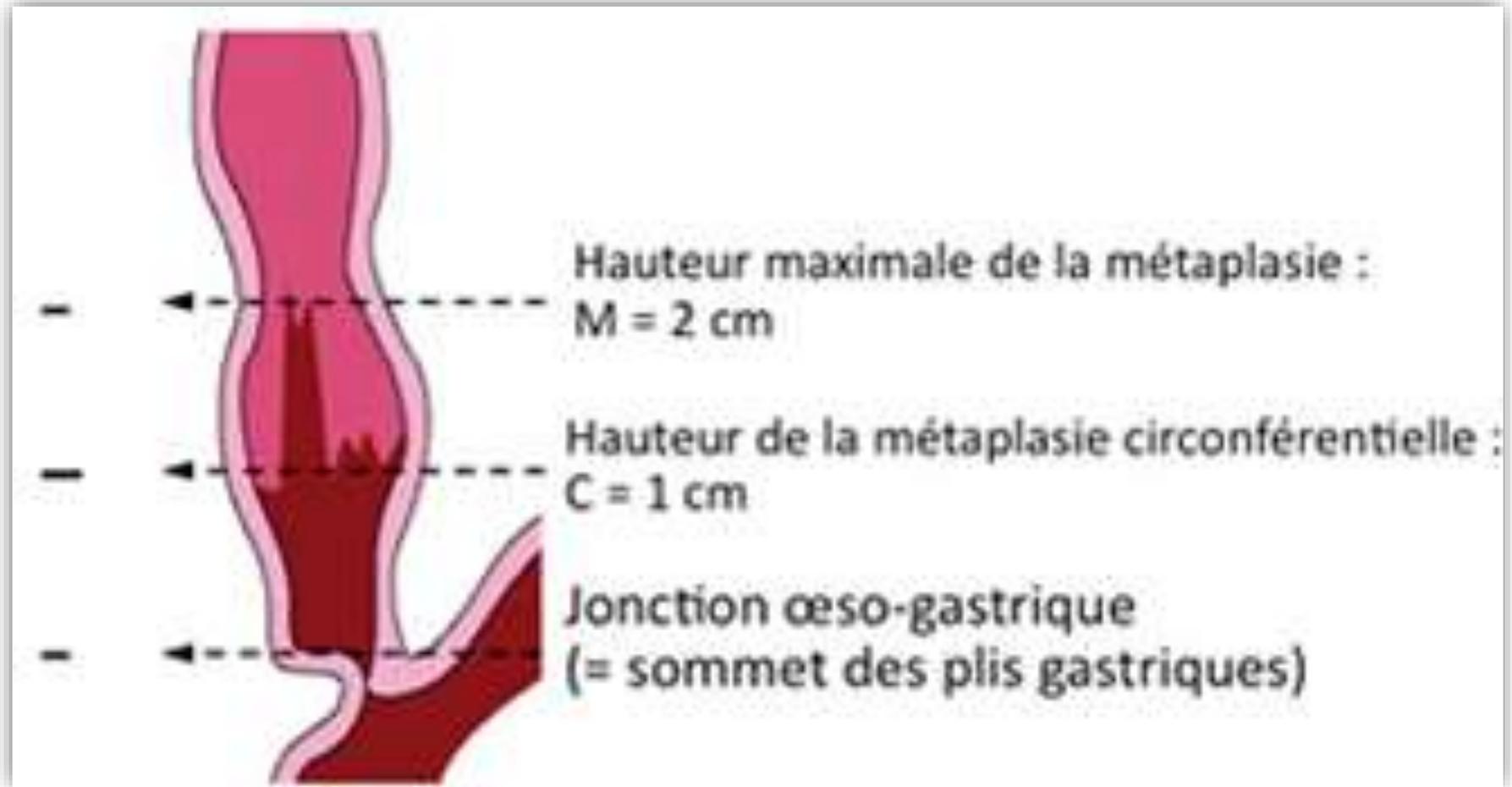
Abstract

Objective. Barrett's oesophagus is the main identifiable risk factor for oesophageal adenocarcinoma. It has been suggested that only patients with intestinal metaplasia are at risk of cancer, but the British Society of Gastroenterology (BSG) guidelines suggest that glandular mucosa is all that is needed. The aim of this study was to quantify the risk of adenocarcinoma in columnar-lined lower oesophagus, with or without specialized intestinal metaplasia. **Material and methods.** All patients who had endoscopic biopsies of the lower oesophagus between 1980 and 1994 in a single-centre teaching hospital were included in the study. All histological specimens were re-examined and reported according to whether they contained columnar-lined lower oesophagus, glandular mucosa, with or without intestinal metaplasia. The cancer risk was compared between the two groups (0.30%; $p = \text{NS}$). **Conclusions.** Patients who have glandular mucosa on biopsy without intestinal metaplasia have a similar cancer risk to those with specialized intestinal metaplasia.

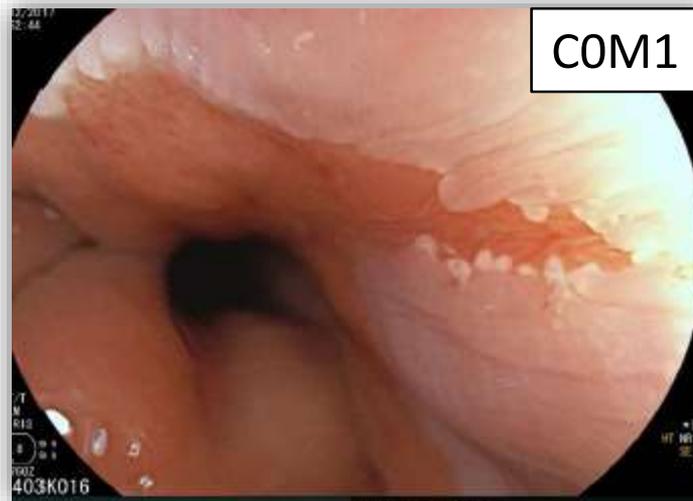
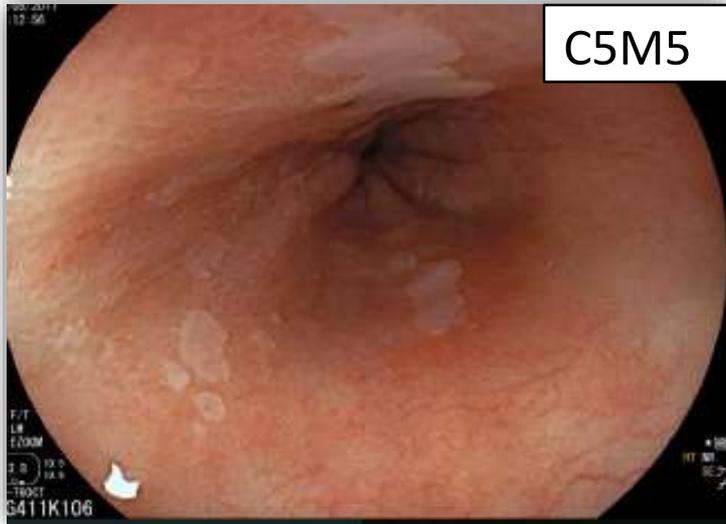
DIAGNOSTIC D' EBO RECOMMANSATIONS

Guideline	Length Criteria	Intestinal Metaplasia	Z line
AGA (2011)	Any extent	Yes	—
BSG (2014)	≥ 1 cm	No	Barrett's esophagus should be distinguished from the normal Z line
ACG (2016)	≥ 1 cm	Yes	Do not biopsy
ESGE (2017)	≥ 1 cm	Yes	Only sample if mucosal abnormality

DIAGNOSTIC D'EBO: CLASSIFICATION DE PRAGUE

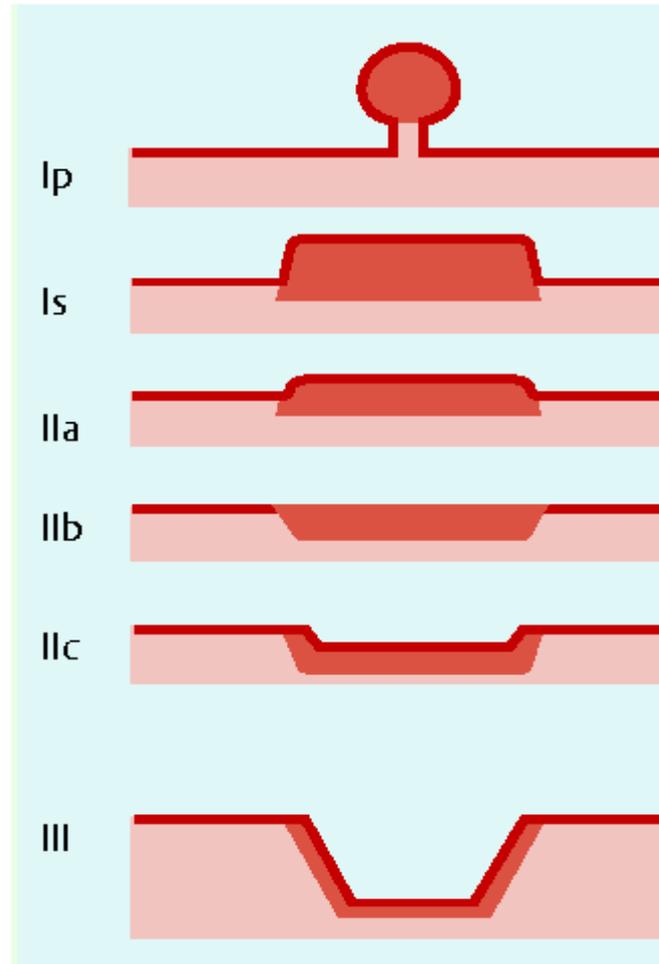


DIAGNOSTIC D'EBO: CLASSIFICATION DE PRAGUE

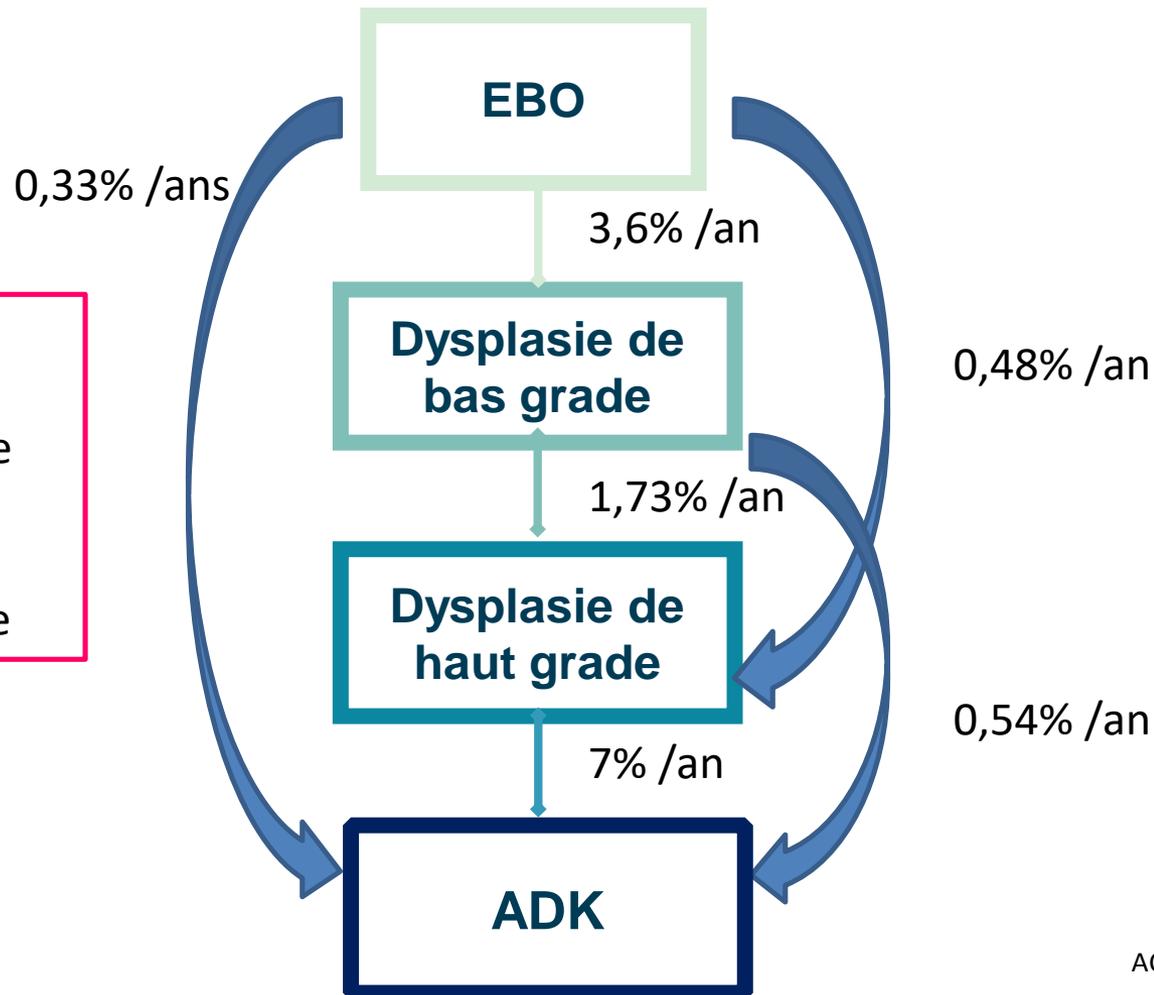


DIAGNOSTIC D'EBO: CLASSIFICATION DE PARIS

ANOMALIES
DE RELIEF



EBO: LÉSION PRÉ NÉOPLASIQUE



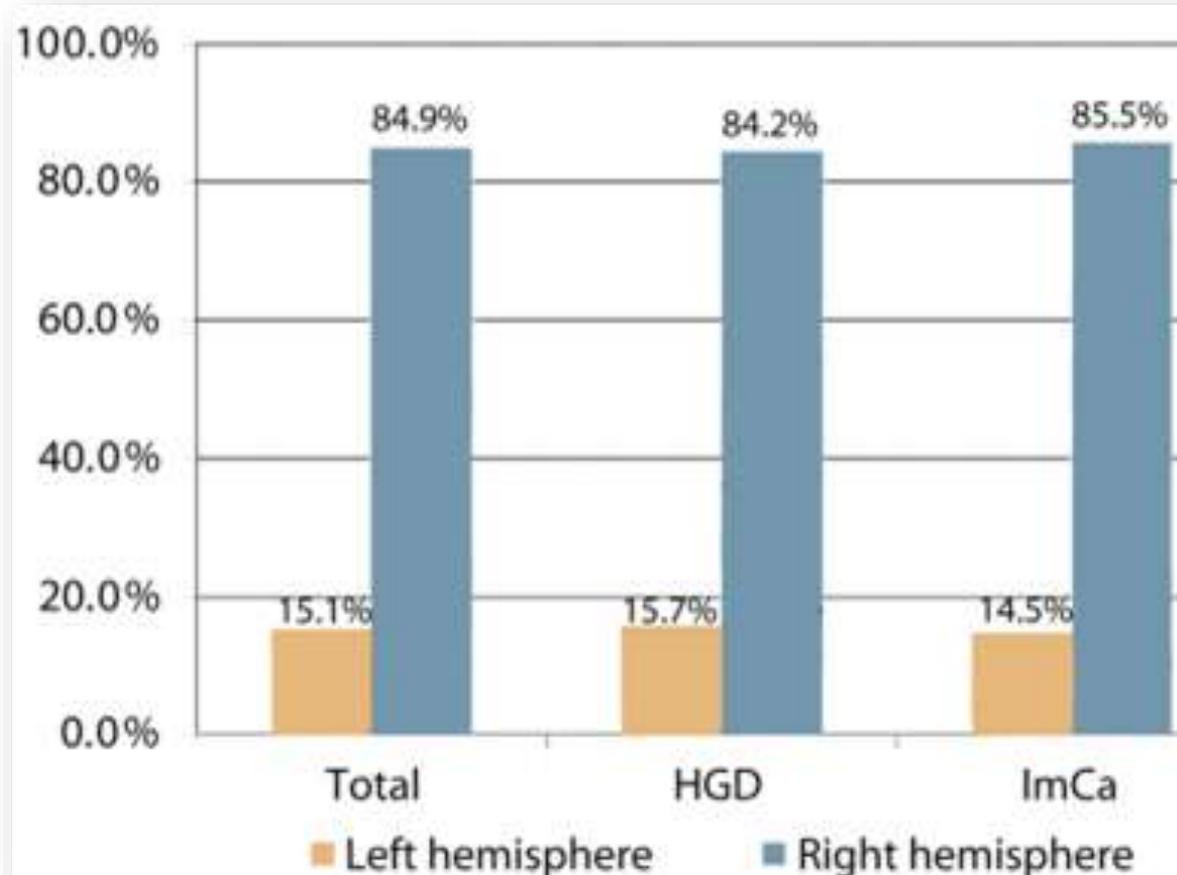
FDR :

- Age \geq 65 ans
- obésité androïde
- Tabagisme
- EBO long
- ATCD d'OP sévère

DÉPISTAGE DYSPLASIE : CONDITIONS DE L'EXAMEN ENDOSCOPIQUE

1. examen sous anesthésie générale /sédation profonde
2. créneaux horaires alloués spécifiquement
3. équipement en haute-résolution
4. Capuchon transparent au bout de l'endoscope
5. Lavage de la muqueuse avec eau +/- agent mucolytique
6. Inspection : règle de '1 min par cm d'EBO' + Rétrovision

DÉPISTAGE DYSPLASIE : CONDITIONS DE L'EXAMEN ENDOSCOPIQUE



LES ELEMENTS DU COMPTE RENDU

1. Étendue de l'EBO (Prague)+ éventuels îlots
2. Anomalies de relief: localisation/AD, taille, aspect macroscopique (classification de Paris).
3. Œsophagite érosive (classification de LA)
4. Nombre et siège/AD des biopsies effectuées
5. Photos

BIOPSIES? PROTOCOLE DE SEATTLE

Principes

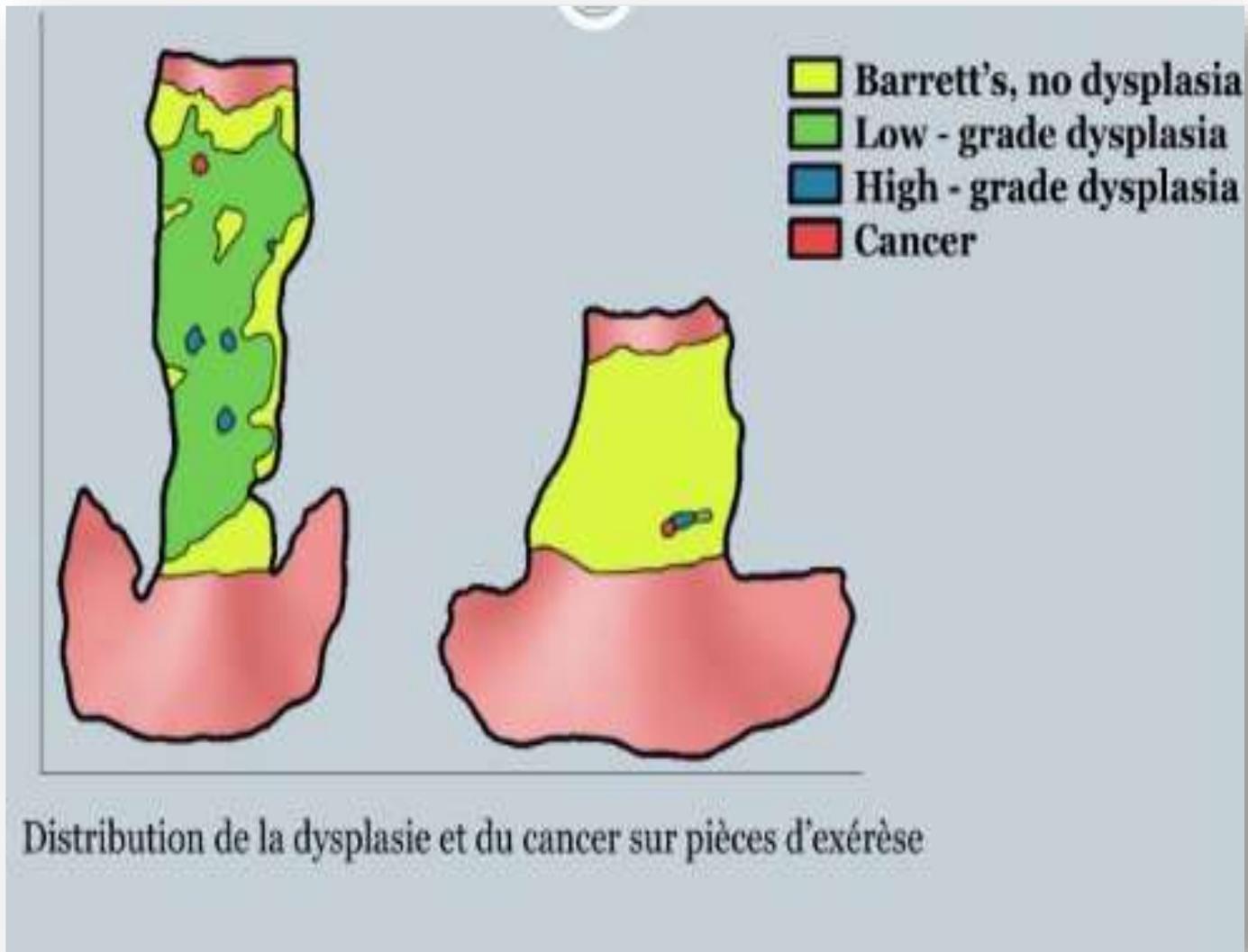
- 4 biopsies (1 / face)
Tous les 2 cm **à partir de la JOG** (/1cm si ATCD de dysplasie)
- Dans du formol (1 fl / étage)
- Biopsies de toutes les anomalies de couleur ou de relief



Inconvénients

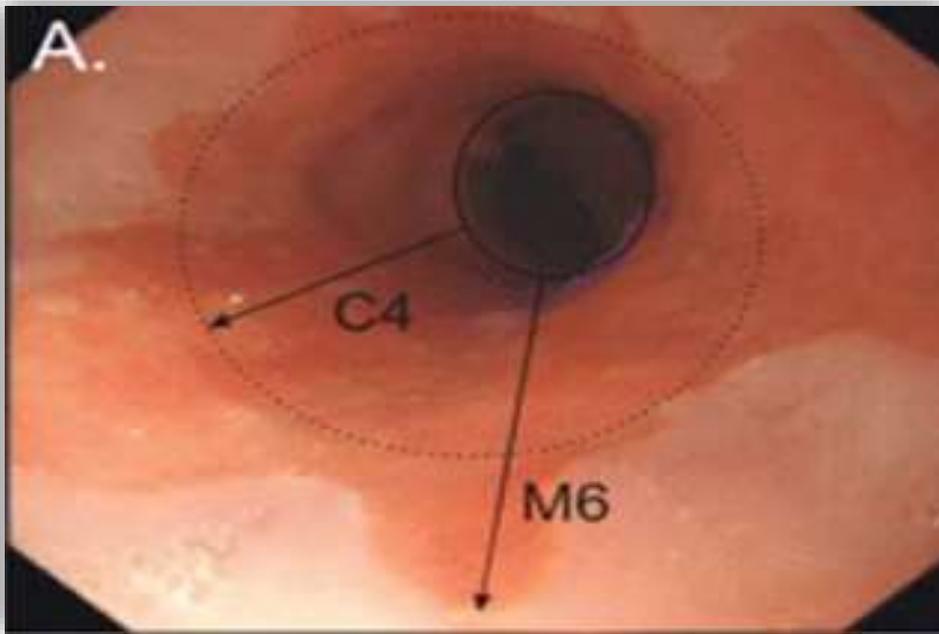
- Procédure chronophage
- 4-6% de tout EBO
- Cout (ex anapath)
- Peu suivi en pratique

PROTOCOLE DE SEATTLE: POURQUOI ?



CAS CLINIQUE

- Pour notre patient



- C4M6
- Absence d'OP
- Absence de lésion visible

QUESTION

Q :quelle (s) technique(s) de Chromoendoscopie allez vous utiliser pour mieux cibler vos biopsies ?

- 1- Chromoendoscopie virtuelle :NBI
- 2- Chromoendoscopie virtuelle : FICE
- 3-Coloration par indigo carmin
- 4- Coloration par bleu de méthylène
- 5- Coloration par acide acétique

DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE DE LA DYSPLASIE: 2 ÉTAPES

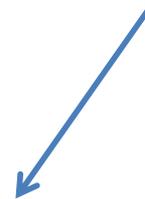
DÉTECTION



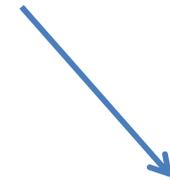
CARACTÉRISATION



-Imagerie haute définition
-Chromoendoscopie optique
-Chromoendoscopie virtuelle

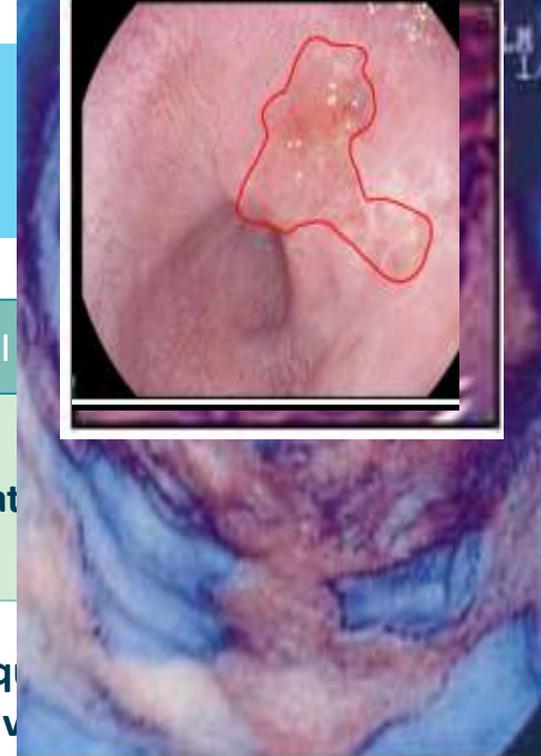
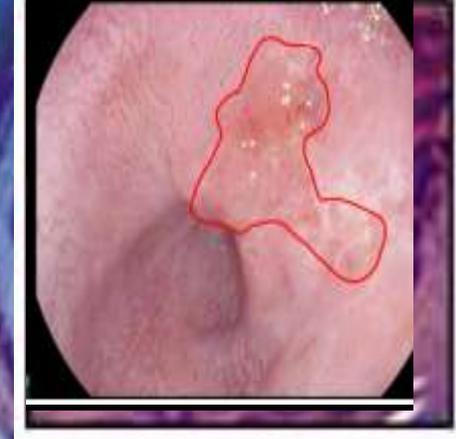


Architecture
glandulaire en surface
(pit pattern)



microvascularisation

CHROMOENDOSCOPIE



Mécanisme

MI

~~Méthylène~~

colorant vital /risque mutagène théorique

colorat

ration %

Indigo Carmin
0,4-08%

colorant de surface

relief muqueux
crête et/ou v
associé à la MI

er et
ocié à la

(sensibilité 70%)

Cristal violet
0,05-02%

colorant de surface

Relief rond, oval

Relief tubuleux,
irrégulier (Se 80% -
96%)

Acide acétique
1,5-3%

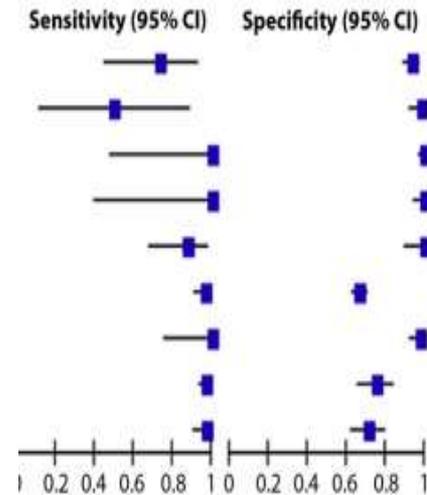
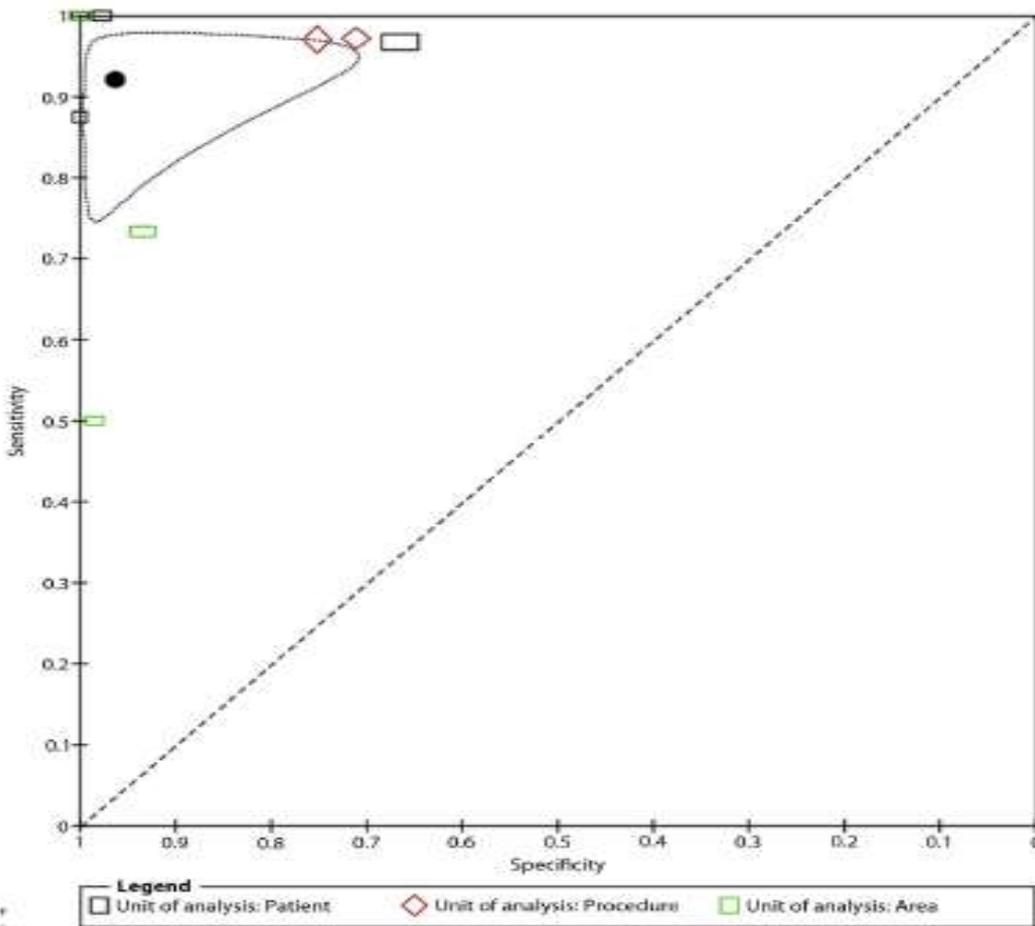
dénaturation transitoire
des protéines
nucléaires et des
cytokératines des
cellules épithéliales

Relief vilieux ou en
crête
Sp 100%

Se 92% Sp 96%

ACIDE ACÉTIQUE

Méta analyse : 13 études / 1690 patients
Détection MI /DHG / ADK superficiel



Pooled estimates (95% CI)

Sn 0.92 (0.83-0.97)
Sp 0.96 (0.85-0.99)
LR+ 25.0 (5.92-105.3)
LR- 0.08 (0.04-0.18)

International development and validation of a classification system for the identification of Barrett's neoplasia using acetic acid chromoendoscopy: the Portsmouth acetic acid classification (PREDICT)



Kesavan Kandiah,¹ Fergus J Q Chedgy,¹ Sharmila Subramaniam,¹ Gaius Longcroft-Wheaton,¹ Paul Bassett,² Alessandro Repici,³ Prateek Sharma,⁴ Oliver Pech,⁵ Pradeep Bhandari¹

Table 4 Consensus-driven acetic acid chromoendoscopy classification for the diagnosis of Barrett's neoplasia—PREDICT

Morphological features	Classification	Barrett's diagnosis
Abnormal pits with increased pit density	Détection DHG/ADK	
Focal irregularity or disorganised pits		
Absent pit pattern		

Détection DHG/ADK
Sensibilité 98%, VPN 97,4%
Kappa=0.8

PREDICT, Portsmouth acetic acid classification.

CHROMOENDOSCOPIE VIRTUELLE

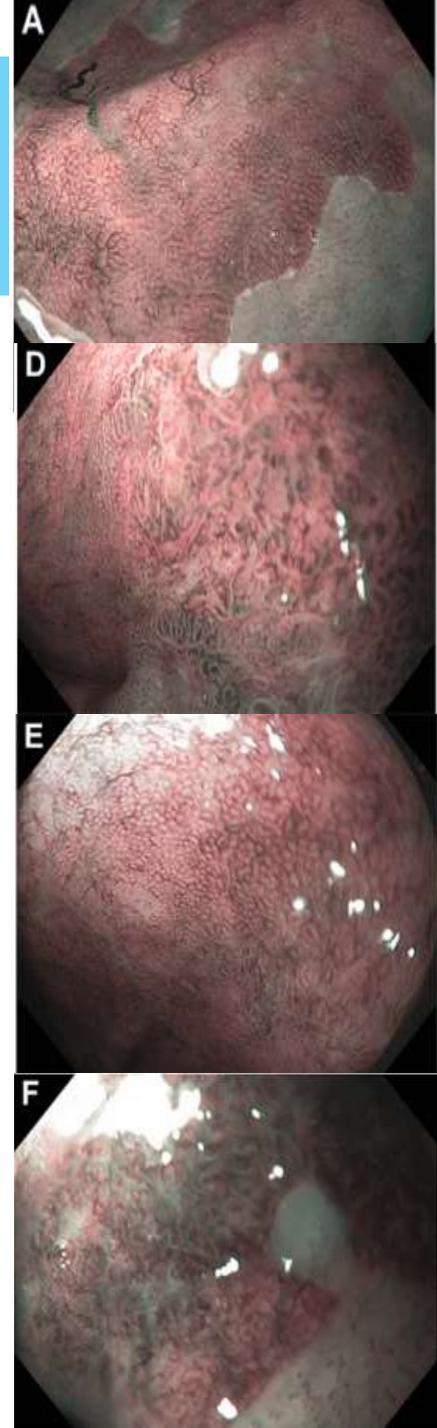
- Exploitation des propriétés physiques et optiques de certaines bandes spécifiques du spectre de la lumière blanche
- **NBI** (narrow band imaging) (Se : 91% , Sp:95%)
Song J et al, Dis Esophagus 2015
- **FICE** (Fuji intelligent chromo endoscopy)
- **Systeme i-Scan**

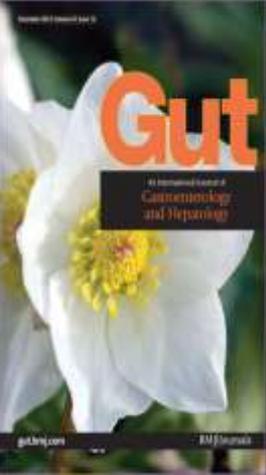
NBI ET EBO

Classification BING

Morphologic characteristics	Classification
Mucosal pattern	
Circular, ridged/villous, or tubular patterns	Regular
Focally or diffusely distributed vessels not following normal architecture of the mucosa	Irregular

-Précision diagnostique/ DHG et de ADK:
 Se: 80%, Sp: 88%
 -Concordance inter-observateur:
 kappa= 0,681





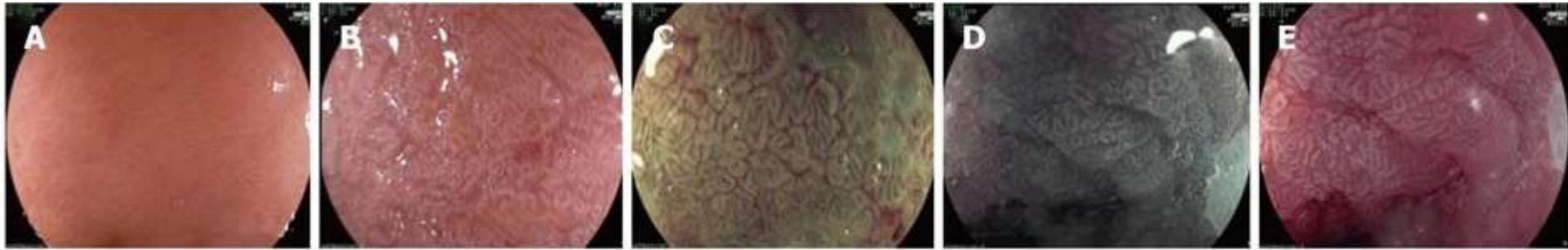
Standard endoscopy with random biopsies versus narrow band imaging targeted biopsies in Barrett's oesophagus: a prospective, international, randomised controlled trial



Prateek Sharma,^{1,2} Robert H Hawes,³ Ajay Bansal,^{1,2} Neil Gupta,^{1,2} Wouter Curvers,⁴ Amit Rastogi,^{1,2} Mandeep Singh,^{1,2} Matt Hall,⁵ Sharad C Mathur,^{6,7} Sachin B Wani,^{1,2} Brenda Hoffman,³ Srinivas Gaddam,¹ Paul Fockens,⁴ Jacques J Bergman⁴

- Etude prospective randomisée sur 123 patients:
- Comparaison au protocole de Seattle
- Meilleure détection des zones de DHG (30% vs 21% p=0.01)

Conclusions NBI targeted biopsies can have the same IM detection rate as an HD-WLE examination with the Seattle protocol while requiring fewer biopsies. In addition, NBI targeted biopsies can detect more areas with dysplasia. Regular appearing NBI surface patterns did not harbour high-grade dysplasia/cancer, suggesting that biopsies could be avoided in these areas.



I-SCAN

- Étude prospective
- 54 patients
- I-SCAN+ grossissement
- Améliore détection de DHG
- Se 70%
- Sp 87%

FICE

- Etude prospective
- 18 patients
- FICE+ acide acétique
- Améliore détection de DHG

CHROMOENDOSCOPIE VS LUMIÈRE BLANCHE

CLINICAL—ALIMENTARY TRACT

Chromoendoscopy and Narrow-Band Imaging Compared With High-Resolution Magnification Endoscopy in Barrett's Esophagus

WOUTER CURVERS,* LUBBERTUS BAAK,[†] RALF KIESSLICH,[§] ARNOUD VAN OIJEN,^{||} THOMAS RABENSTEIN,[¶] KRISH RAGUNATH,^{|||} JEAN-FRANCOIS REY,^{**} PIETER SCHOLTEN,^{††} UWE SEITZ,^{§§} FIEBO TEN KATE,^{|||} PAUL FOCKENS,* and JACQUES BERGMAN*

WLE (k)

WLE-NBI (k)

WLE-ICC (k)

WLE-AAC (k)

All (k)

Conclusions: The addition of indigo carmine chromoendoscopy, acetic acid chromoendoscopy, or narrow-band imaging to white light images did not improve interobserver agreement or yield identifying early neoplasia in Barrett's esophagus.

LES «NOUVELLES» TECHNIQUES

- Endocytoscopie

Table 7. Summary of publications stating the sensitivity and specificity of endocytoscopy in identifying pathology related to Barrett's esophagus.

Study (year)	System	Assessment	Sensitivity (%)
Eberl <i>et al.</i> (2007)	Probe based	Neoplasia	81
Pohl <i>et al.</i> (2007)	Probe based	Dysplasia	43

et al. (2008)

Wallace *et al.* (2010)

Sharma *et al.* (2010)

Table 5. Summary of publications stating the sensitivity and specificity of optical coherence tomography in identifying pathology related to Barrett's esophagus.

Study (year)	Assessment	Sensitivity (%)	Specificity (%)
Poneros <i>et al.</i> (2001)	SIM	97	92
Isenberg <i>et al.</i> (2005)	Dysplasia	68	82
Evans <i>et al.</i> (2006)	Dysplasia and neoplasia	83	75

CHROMOENDOSCOPIE:RECOMMANDATIONS

STATEMENT 4

High definition endoscopy (endoscope, processor, and screen) is recommended for endoscopic surveillance of BE. Routine use of chromoendoscopy, optical chromoendoscopy, autofluorescence endoscopy, or confocal laser endomicroscopy is not advised.

ESGE 2017

QUESTION

Q :quelle (s) technique(s) de Chromoendoscopie allez vous utiliser pour mieux cibler vos biopsies ?

1- Chromoendoscopie virtuelle :NBI

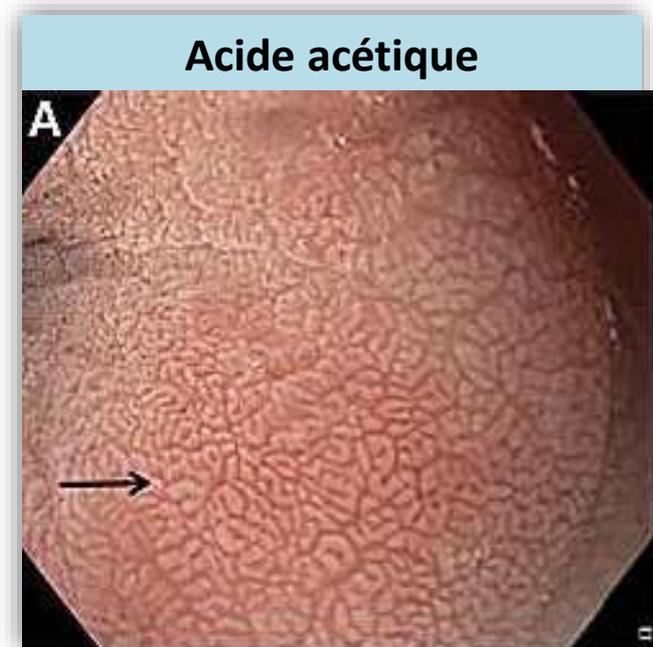
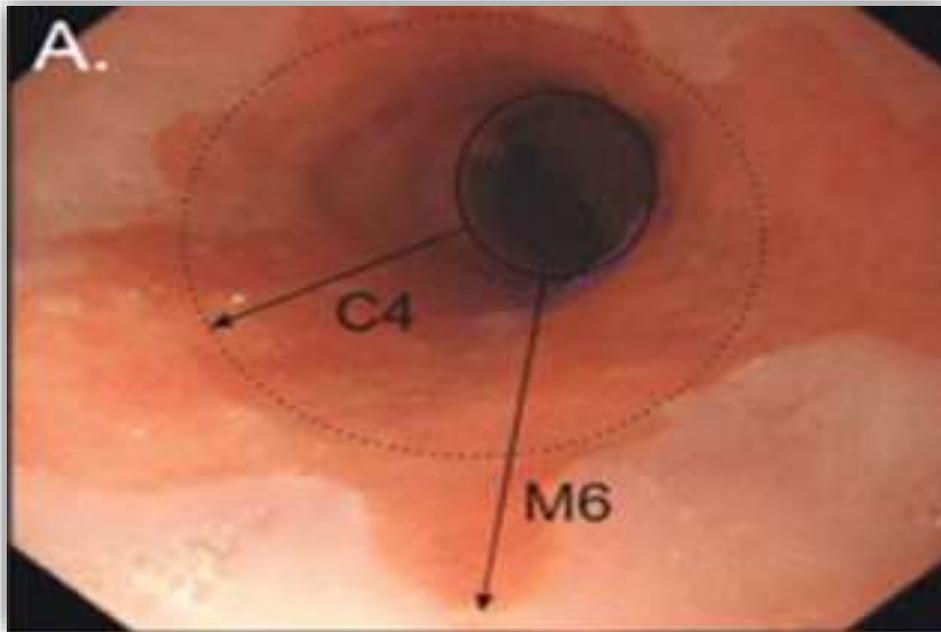
2- Chromoendoscopie virtuelle : FICE

3- Coloration par indigo carmin

4- Coloration par bleu de méthylène

5- Coloration par acide acétique

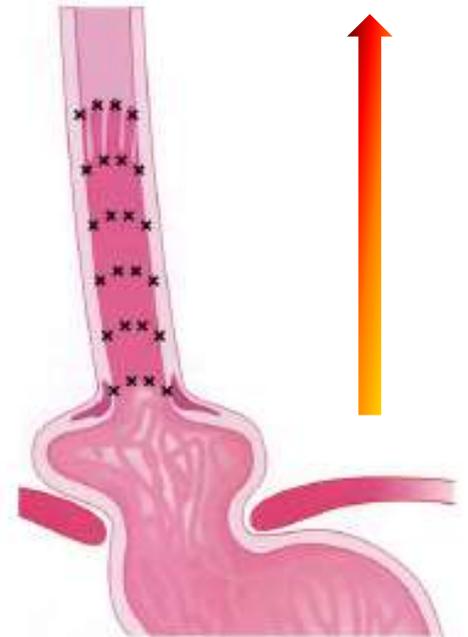
CAS CLINIQUE



Bx étagées à la FOGD diagnostique : Métaplasie intestinale
Absence de dysplasie

SURVEILLANCE EBO SANS DYSPLASIE

Longueur EBO	Rythme de surveillance
< 1 cm	Aucune surveillance
≥1cm et <3 cm	/5ans
≥3cm et <10 cm	/3ans
≥ 10cm	centre expert



DYSPLASIE /ADK ET LONGUEUR EBO

Longueur EBO	Prévalence EBO dans la population générale (%)	Incidence annuelle de cancer sur EBO (%)
≥3 cm	1-2	0,16-0,33
≥1 to <3 cm	2-8	0,02-0,07
<1 cm	8-18	0,01

Pohl H, et al. Gut 2015.

			>6 cm Vs < 6 cm	P
EBO sans dysplasie	DBG		5,66% VS 3,2%	0,001
	DHG		1,03 % VS 0,34 %	0,003
	ADK		0,65 VS 0,09%	0,001
EBO en DHG	ADK		1,47 VS 0,34%	0,001

Win et al .Clin Gastroenterol Hepatol .2011

Classification de Vienne des néoplasies intra-épithéliales et des cancers superficiels

(Gut 2000; 47 : 251 - 56)

Catégorie 1 : pas de néoplasie

Catégorie 2 : indéfini pour néoplasie

Catégorie 3 : néoplasie de bas grade

Catégorie 4 : néoplasie de haut grade

4 – 1 : dysplasie de haut grade

4 – 2 : cancer in situ (non invasif)

4 – 3 : suspect d'être invasif

4 – 4 : cancer intra muqueux

Catégorie 5 : cancer infiltrant la sous muqueuse

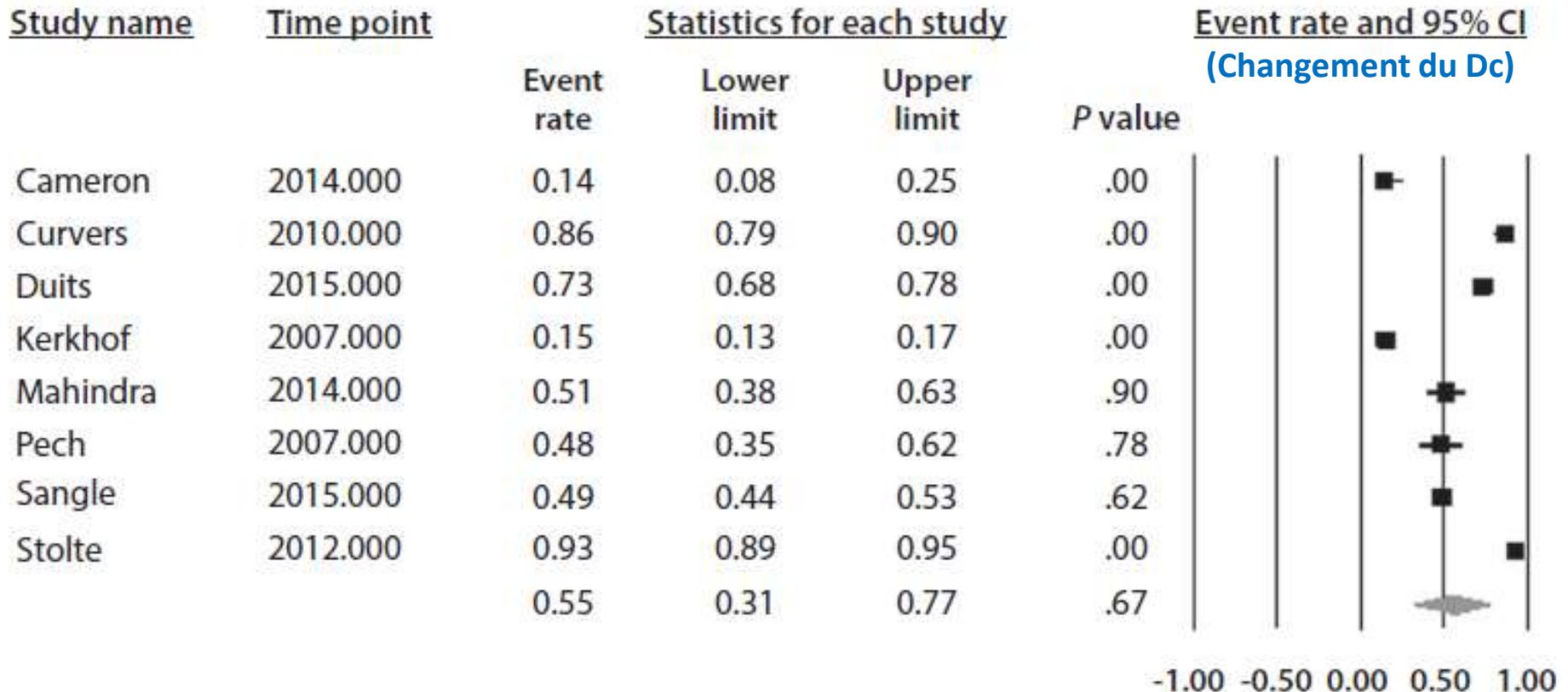


Anatomopathologiste expérimenté

EXPERT D'ANATOMOPATHOLOGIE ?

Relecture par un anatomopathologiste expert :

- **55 %** des patients : changement du Dc (down et up stage)
- Dont **36 %** : down stage



EBO

Lecture des lames par un anatomopathologiste expert

Dysplasie
Bas grade

Dysplasie
Indéfinie

Dysplasie de
haut grade

ADK

REGLE DES 3R : Revoir , Rebiopsier , Relire CENTRE EXPERT

IPP 6 M
FOGD

IPP 6 M
FOGD

FOGD Ht
définition

FOGD Ht
définition

Pas de Dysplasie

Dysplasie Indéfinie

DHG confirmée
sans relief

ADK confirmé

FOGD à 1 an ,Si (-)
surveillance habituelle

Surveillance
habituelle

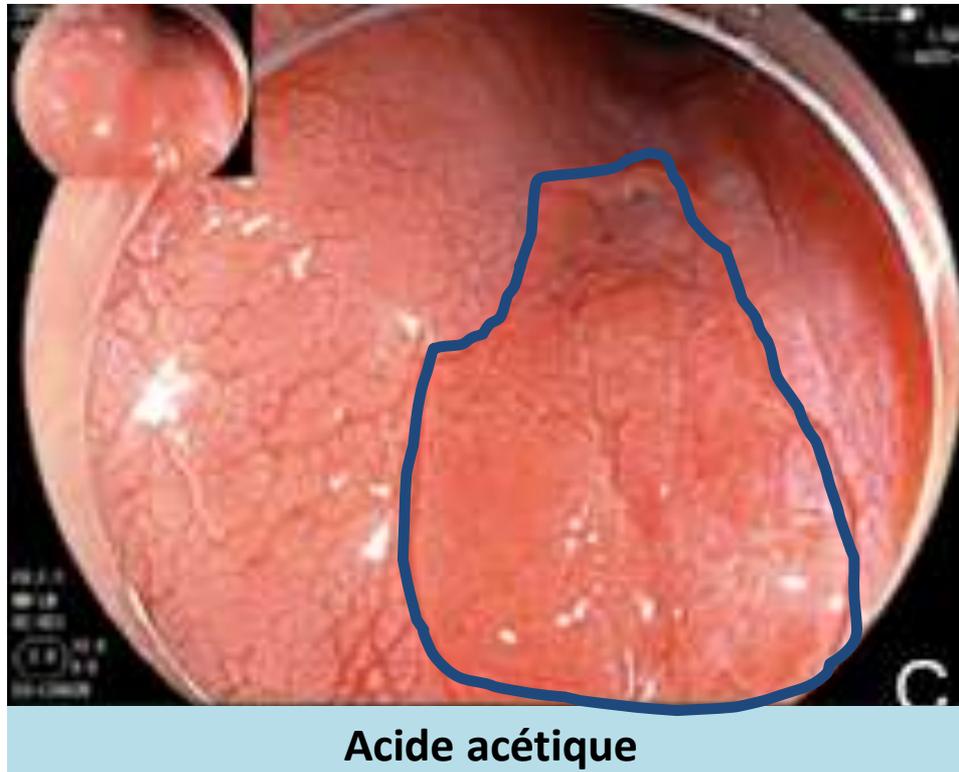
Refaire Bx étagées
Si (-) ,FOGD à 3 M

CAS CLINIQUE

FOGD à 3 ans + coloration acide acétique

Lésion invisible ,biopsie : dysplasie de bas grade (confirmée)

Absence d'autres foyers de dysplasie (Bx étagées)



Acide acétique

QUESTION

Q : Quelle est votre conduite à tenir ?

1- destruction de la lésion par plasma argon

3- destruction de la lésion par radio fréquence

4- destruction de l'EBO par radio fréquence

5- traitement chirurgical

2- surveillance endoscopique

TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

Ttt de première intention : dysplasie / Cis sur EBO
(ESGE 2017/ASGE 2018)

REVUE ET META ANALYSE de 13 études :

Le choix du traitement endoscopique :
Comparaison ttt endoscopique VS chirurgie

Étendue ? dysplasie ? aspect en surface de l'EBO?

✓ Pas de différence : éradication DHG /Cis,

✓ Pas de différence : taux de survie et de mortalité due à l'ADK

✓ **EBO dysplasique plan** : technique d'ablation endoscopique
Morbidity significativement plus faible

RESECTION ENDOSCOPIQUE



Pour toute lésion visible
Analyse histologique +++

Dc modifié ~ 50% des cas / Bx (up grading +++)

DISSECTION SOUS MUQUEUSE

- Lésion >15 mm
- Suspicion d'invasion sous mq

MUCOSECTOMIE

- Lésion < 15 mm
- Ligature élastique
- Aspiration/section

ENDOSCOPISTE EXPERIMENTE +++ : EFFICACITE SIMILAIRE

RESECTION ENDOSCOPIQUE

DISSECTION SOUS MUQUEUSE	Diamètre (mm)	hémorragie	perforation	sténose	Récidive
Neuhaus 2012	25	4%	0%	0%	0%
Kagemoto 2014	NP	4%	0%	15%	7%
Probst 2015	39	1%	0%	9%	2%
Chevaux 2015	53	3%	4%	60%	10%
Höbel 2015	44	9%	5%	14%	6%

MUCOSECTOMIE	Patients /EMR	hémorragie	perforation	sténose	Récidive
Tomizawa 2013	681/2513	1,2%	0%	1%	NP
Pech (ADK is) 2014	1096/2687	1,2%	0,09%	0%	14,5%

RESECTION ENDOSCOPIQUE: MUCOECTOMIE



Mucosectomie par ligature élastique

(A.1) aspirer la lésion dans un capuchon

(A.2) larguer un élastique

(A.3) section sous l'élastique avec une anse diathermique dédiée



RESECTION ENDOSCOPIQUE: MUCOSECTOMIE



Mucosectomie par aspiration section (suck and cut)

Injection sous muqueuse de sérum physiologique

Mise en place d'une anse ouverte dans le capuchon

Aspiration de la lésion dans le capuchon et fermeture de l'anse

METHODES ENDOSCOPIQUES ABLATIVES

Plasma Argon

- Destruction MI : 70%
- EI : dysphagie , douleur , sténose (5-10%)
- **burried Barrett +++**

Plasma dynamique

- Destruction MI : 68-83 %
- EI : sténose +++
- **burried Barrett +++**

Cryothérapie

- Prometteuse , en cours d'évaluation
- Bon profil d'efficacité et d'innocuité (sténose 3 %)

Radiofréquence

- Destruction dysplasie (85,7%)et MI (77,4%)
- Sténose (5%) , hémorragie (1%)
- Moindre risque de **burried Barrett**

RADIOFREQUENCE



Destruction par coagulation de façon :Circonférentielle / Focale

DBG SUR EBO : TRAITER VS SURVEILLER

Question 2a: Comparing EET with surveillance, what is the optimal management strategy in BE patients with LGD?

Recommendation: In BE patients with LGD, we suggest EET compared with surveillance (conditional recommendation, moderate quality evidence); however, patients who place a high value on avoiding adverse events related to EET may choose surveillance as the preferred option. **ASGE 2018**

STATEMENT 12

ii. If a confirmed diagnosis of LGD is found in the subsequent endoscopies, endoscopic ablation should be offered.

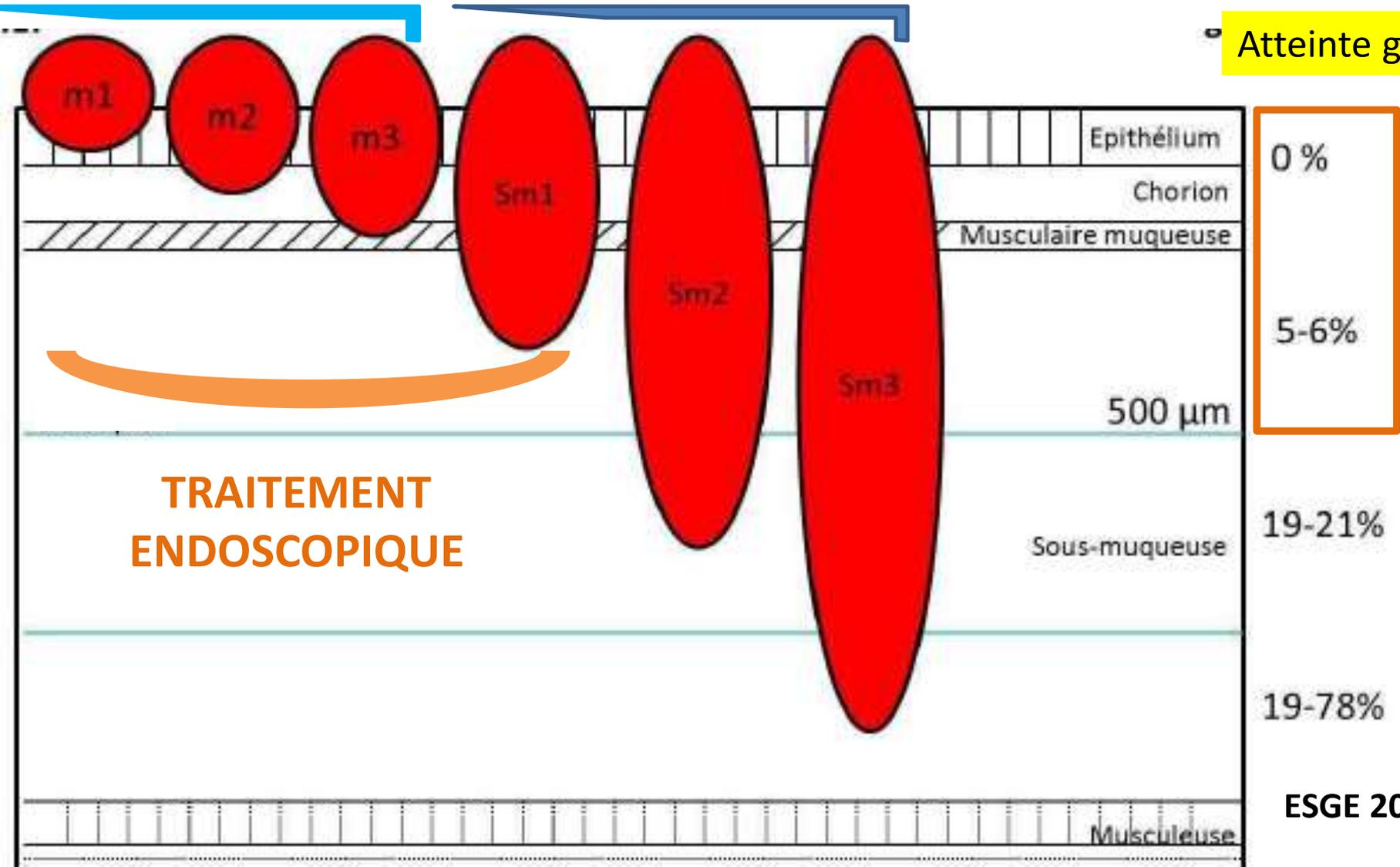
ESGE 2017

ADK ET TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

Tis/pT1a

pT 1b

Atteinte gg



ADK ET TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

ADK Sur
Biopsie



Echoendoscopie :

- Ganglion périoesophagien
- Degré d'infiltration de la sous mq ??

Lésions classées Paris Ip , Is , II a , II b



RÉSECTION ENDOSCOPIQUE



- Invasion de la sous-muqueuse limitée à $< 500 \mu\text{m}$
- Degré de différenciation tumorale : bonne ou modérée
- Absence d' embolies tumorales Vx ou lymphatiques
- Absence de ' **tumor budding** '
- R0 en latéral et en profondeur (marges $>1 \text{ mm}$)

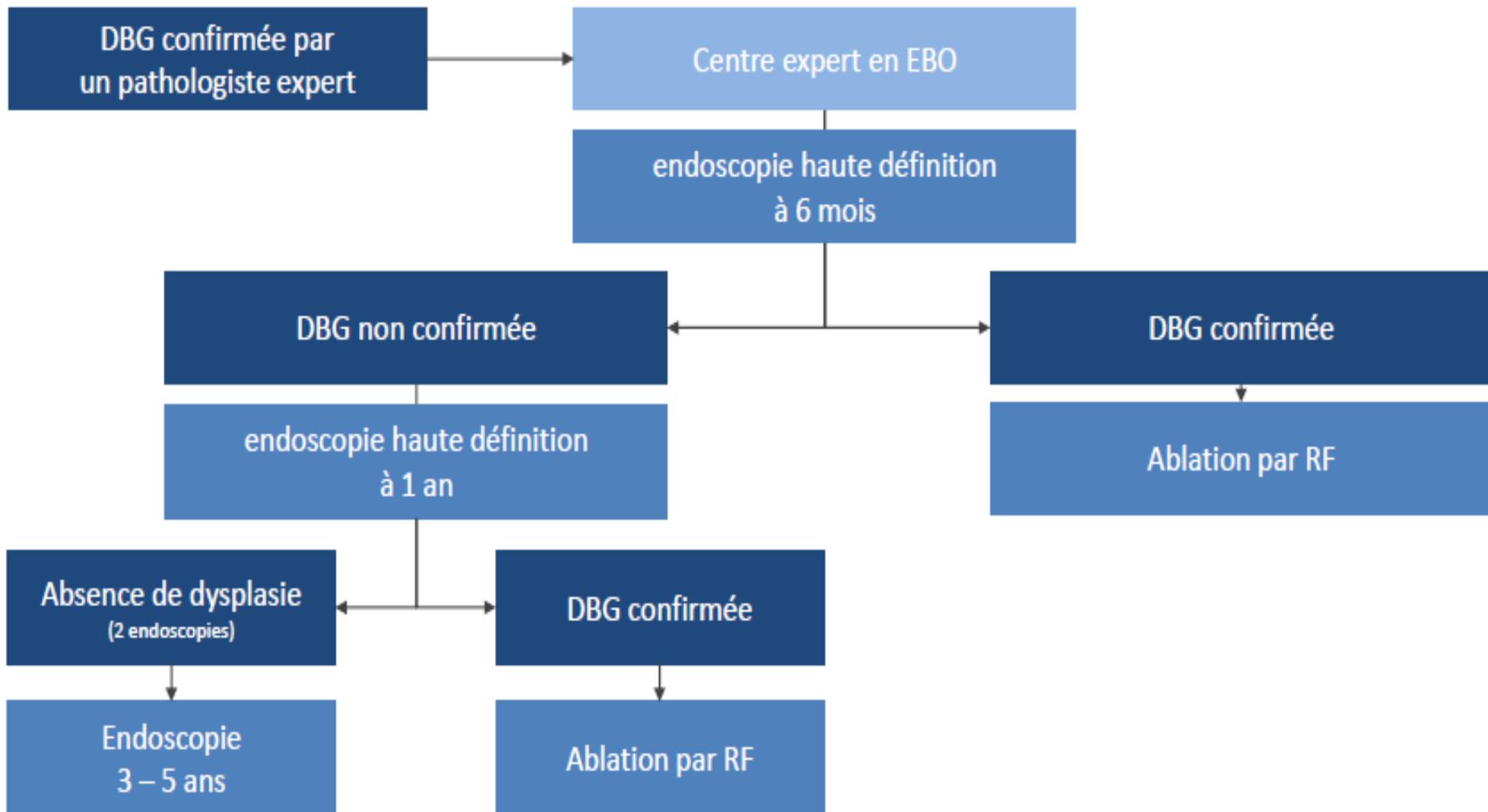
CAT EBO NON DYSPLASIQUE

STATEMENT 8

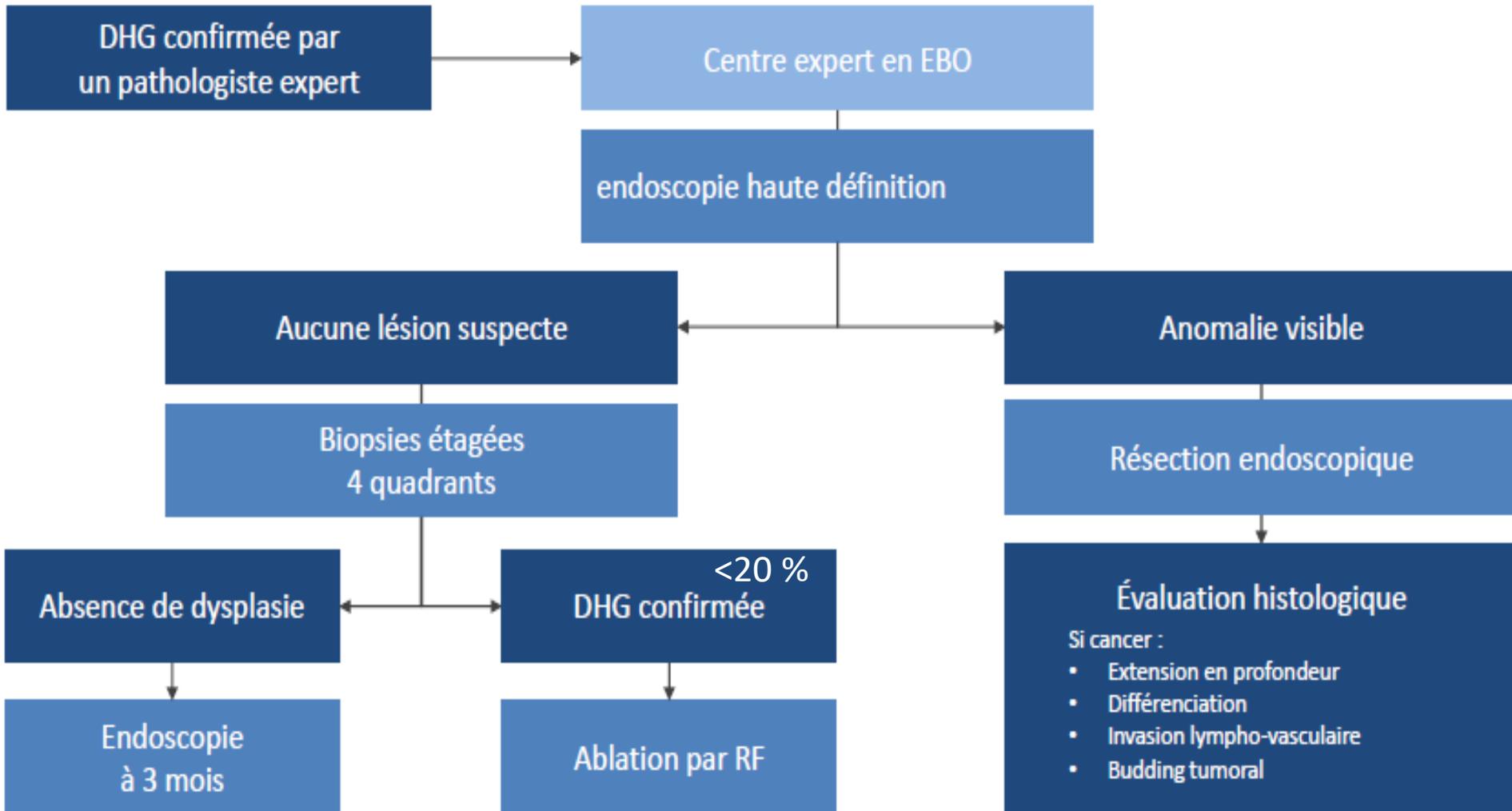
Prophylactic endoscopic therapy (such as ablation therapy) for non-neoplastic BE should not be performed.

ESGE 2017

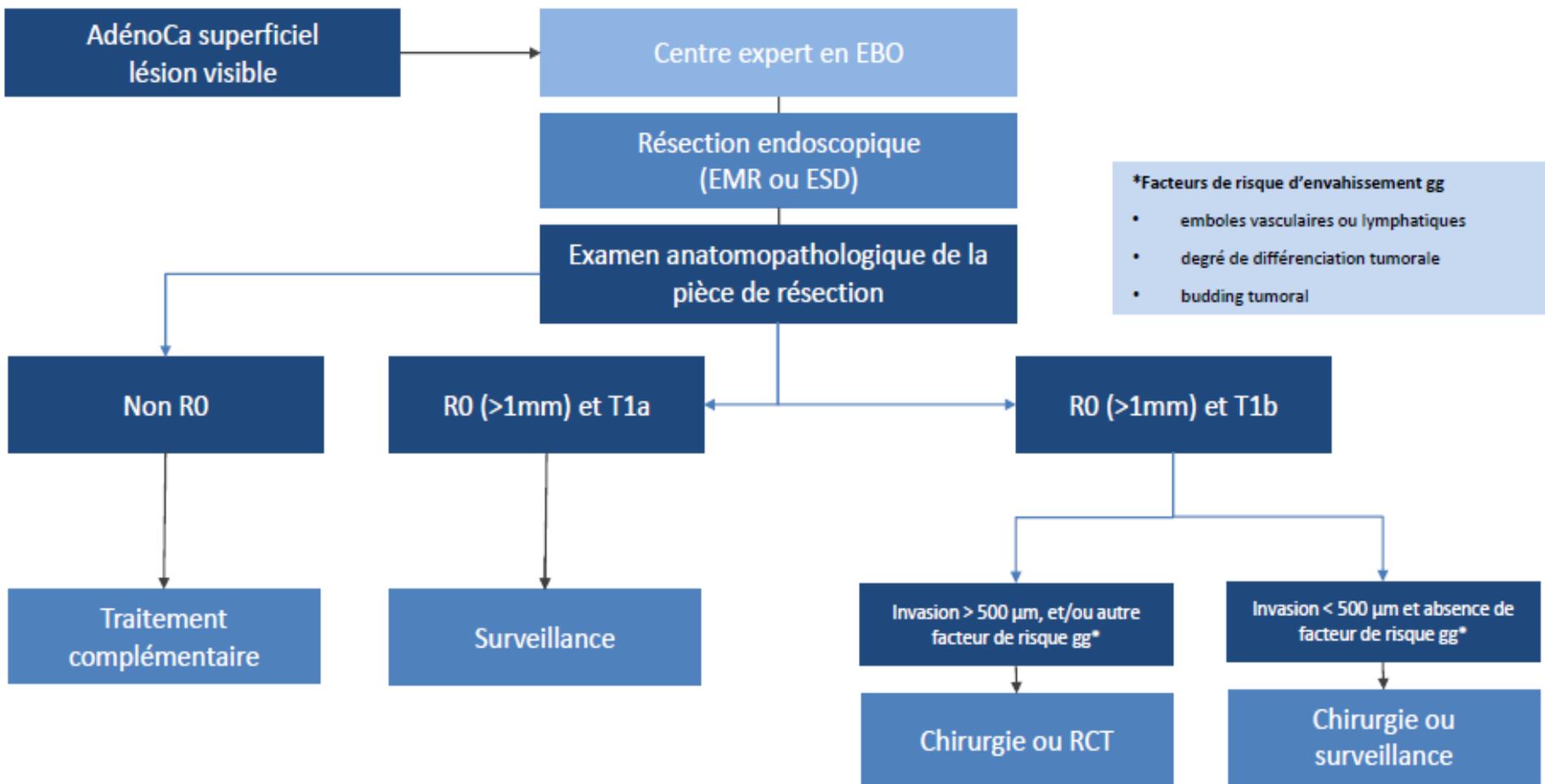
CAT DBG



CAT DHG



CAT ADK



EBO RESTANT ?

RE
G1
G2

Question 5: What is the role of ablation of the remaining BE segment after EMR of all visible lesions in BE patients referred for EET?

Recommendation: In BE patients with visible lesions who undergo EMR, we suggest ablation of remaining Barrett's segment compared with no ablation (conditional recommendation, low quality evidence).

ASGE 2018

STATEMENT 16

After endoscopic resection of visible abnormalities containing any degree of dysplasia or neoplasia, complete eradication of all remaining Barrett's epithelium should be strived for, preferably with RFA.

ESGE 2017

QUESTION

Q : Quelle est votre conduite à tenir ?

1- destruction de la lésion par plasma argon

3- destruction de la lésion par radio fréquence

4- destruction de l'EBO par radio fréquence

5- traitement chirurgical

2- surveillance endoscopique

SURVEILLANCE APRES TTT ENDOSCOPIQUE ?

- Méta analyse , 39 études (RE + RF)
 - Incidence de la récurrence :
 - ✓ **MI** :4.8 (95% CI, 3.8-5.9) / 100 patients -année
 - ✓ **Dysplasie** : 2.0 (95% CI, 1.5-2.5) / 100 patients –
année
 - ✓ Pas de données disponibles pour **l'ADK**

SURVEILLANCE APRES TTT ENDOSCOPIQUE ?

Question 7: After achieving CE-IM, what is the role of surveillance endoscopy?

Recommendation: In BE patients with dysplasia who have achieved CE-IM after EET, we suggest surveillance versus no surveillance (conditional recommendation, very low-quality evidence).ASGE 2018

DBG

- Endoscopie /an , pendant 2 ans
- Puis endoscopie / 3ans

**TRAITEMENT
OPTIMAL DU
REFLUX +++**

DHG

- Première année :FOGD /3M
- 2 éme année : FOGD/6mois
- Endoscopie annuelle

**PROTOCOLE
DE SEATTLE**

PREVENTION DE LA DYSPLASIE /EBO : RECOMMANDATIONS

We recommend **against** attempts to eliminate esophageal acid exposure (proton pump inhibitors [PPIs] in doses **greater than once daily, esophageal pH monitoring to titrate PPI dosing, or antireflux surgery**) for the prevention of esophageal adenocarcinoma (strong recommendation, moderate-quality evidence).

We recommend screening patients to identify cardiovascular risk factors for which aspirin therapy is indicated (strong recommendation, high-quality evidence).

We suggest **against** the use of **aspirin solely to prevent** esophageal adenocarcinoma in the absence of other indications (weak recommendation, moderate-quality evidence).

TAKE HOME MESSAGES

- Penser au dépistage d'EBO chez les patients à risque
- FOGD diagnostique : classification Prague / de Paris
- Dépistage dysplasie :Endoscope haute définition +capuchon transparent.
- Dépistage dysplasie : protocole de Seattle ± chromoendoscopie (bx Ciblées)

TAKE HOME MESSAGES

- Anatomopathologiste expert +++
- Traitement endoscopique (1 ère intention) pour EBO avec **DBG** , DHG ,adénocarcinome superficiel.
- Surveillance après éradication d'un EBO dysplasique ++
- Absence de traitement recommandé pour la prévention de la dysplasie sur EBO

CARTOGRAPHIE d'EBO

