Circumferential and focal ablation of Barrett's esophagus containing dysplasia

V.K. Sharma · H.J. Kim · A. Das · C.D. Wells · C.C. Nguyen · D.E. Fleischer

Am J Gastroenterol 2009;104:310-7.

Commentaire d'article du Pr F. Prat

© Springer-Verlag 2009

La dysplasie développée sur la métaplasie intestinale caractéristique de l'œsophage de Barrett est une lésion précancéreuse. L'incidence de l'adénocarcinome de l'œsophage sur muqueuse de Barrett est classiquement estimée à environ 0,5 % ou un cas pour 200 patients-années. Les programmes de surveillance de l'endobrachyœsophage sont difficiles à mettre en œuvre et donc imparfaitement suivis. De plus, leur impact est mal connu. C'est pourquoi l'éradication complète de la muqueuse pathologique est une option logique, pourvu qu'elle soit vraiment complète et définitive. L'une des techniques les plus prometteuses, à l'heure actuelle, après les déceptions de la destruction par plasma d'argon et les inconvénients des mucosectomies étendues et de la thérapie photodynamique, est la destruction par radiofréquence. Cette technique mise au point par une société américaine, propose la destruction complète de la muqueuse de Barrett par nécrose de coagulation induite par la chaleur. La spécificité de ce système dénommé HALO est d'assurer un dépôt de chaleur très homogène sur toute la surface traitée et sur une profondeur (1 000 microns) suffisante pour détruire l'épithélium, sans détruire la sous-muqueuse, réduisant ainsi le risque de réaction inflammatoire et de sténose séquellaire. Les premiers résultats obtenus chez des patients porteurs de lésions de dysplasie de haut grade ou de cancer superficiel sur muqueuse de Barrett ont été très encourageants.

Dans l'étude (1) rapportée par l'équipe de Sharma à la Mayo Clinic de Scottsdale, 63 patients ayant un œsophage de Barrett court ou long (de 1 à 12 cm, médiane 5 cm) ont été inclus. Plus de la moitié des patients (39/63) avaient uniquement de la dysplasie de bas grade (DBG) alors que 24/63

avaient de la dysplasie de haut grade (DHG). Le protocole d'éradication consistait en une première séance de destruction circonférentielle suivie tous les 3 mois de contrôles et de destruction complémentaire sectorielle en fonction des territoires de Barrett subsistants, jusqu'à éradication complète. Avec 24 mois de suivi chez 62 des 63 malades inclus, la réponse complète était globalement de 79 % sur la métaplasie intestinale (muqueuse de Barrett) et de 89 % sur la dysplasie quel que soit son grade. Parmi les patients n'ayant initialement que de la DBG, les taux d'éradication étaient de 87 % pour la métaplasie et 95 % pour la dysplasie ; parmi ceux qui avaient initialement des foyers de DHG, ces taux étaient de 67 % pour la métaplasie et 79 % pour la dysplasie. Il n'était pas observé de glandes enterrées dans les prélèvements lors de la surveillance à l'issue du traitement.

Cette étude est intéressante en ce qu'elle inclut pour la première fois, un groupe important de patients avec lésions de dysplasie de bas grade, qui posent un problème difficile en raison du risque réel d'évolution péjorative mais aussi de la réticence à leur proposer un traitement agressif et de la lourdeur de la surveillance nécessaire. Les auteurs ont été particulièrement attentifs à la rigueur du diagnostic de DBG, qui demeure très mal standardisé. Le principal écueil de ce travail est sa courte durée de suivi (24 mois), tout à fait insuffisante pour affirmer l'efficacité à long terme de la radiofréquence. Il faut également rappeler que si la radiofréquence pourrait représenter un progrès notable dans la prise en charge de l'œsophage de Barrett, l'absence de pièce histologique demeure un inconvénient substantiel.

Référence

1. Sharma VK, Kim HJ, Das A, Wells CD, Nguyen CC, Fleischer DE. Circumferential and focal ablation of Barrett's esophagus containing dysplasia. Am J Gastroenterol 2009;104:310-7.

F. Prat (✉)
Hôpital Cochin, F-75679 Paris cedex 14, France
E-mail : frederic.prat@cch.aphp.fr