

Mise au point

Endobranchyœsophage : place de la résection

Barrett's œsophagus: the rationale for surgical resection

J.-P. Triboulet

Service de chirurgie digestive et générale, hôpital Claude-Huriez, CHRU de Lille, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur internet le 14 février 2006

Résumé

La résection chirurgicale a une place limitée dans la prise en charge de l'endobranchyœsophage (EBO) compliqué de dysplasie de haut grade (DHG), sauf quand il existe des facteurs prédictifs d'un mauvais résultat de la mucosectomie endoscopique (EBO étendu, lésions nodulaires ou ulcérées en endoscopie). En cas de cancer superficiel, pour lequel il est souvent difficile de faire la différence entre lésion muqueuse (dont le risque d'extension ganglionnaire est inférieur à 7 %) et lésion sous-muqueuse (comportant un risque d'extension ganglionnaire compris entre 16 et 47 %), l'exérèse chirurgicale est systématiquement proposée si le risque opératoire est faible. Dans le cas contraire, une mucosectomie est licite pour les lésions n'atteignant que la muqueuse et le premier tiers de la sous-muqueuse ; pour les lésions sous-muqueuses davantage étendues en profondeur, une œsophagectomie doit être discutée. Ces indications doivent tenir compte de l'âge, de l'état du patient et de l'expertise de l'équipe chirurgicale en chirurgie œsophagienne.

© 2006 Publié par Elsevier SAS.

Abstract

Surgical resection has a limited place in the management of Barrett's oesophagus with high-grade dysplasia, except when failure of endoscopic mucosectomy is likely (extended Barrett's oesophagus, nodular or ulcerated lesions at endoscopy). For superficial carcinoma, it is often difficult to differentiate mucosal carcinoma (carrying a risk of nodal metastasis less than 7%) from submucosal carcinoma (carrying a risk of nodal metastasis ranging from 16 to 47%), oesophagectomy is routinely indicated if operative risk is low. When operative risk is not minimal, endoscopic mucosectomy is indicated for lesions limited to the mucosa and the proximal third of submucosa; for lesions extending beyond, an oesophagectomy must be discussed. These indications must take into account both age and general condition of the patient, as well as the expertise in oesophageal surgery of the group.

© 2006 Publié par Elsevier SAS.

Mots clés : Endobranchyœsophage ; Dysplasie sévère ; Cancer superficiel ; Œsophagectomie

Keywords: Barrett's oesophagus; High-grade dysplasia; Superficial carcinoma; Oesophagectomy

1. Introduction

Le traitement chirurgical de l'endobranchyœsophage (EBO) est représenté par les gestes antireflux et la résection du bas œsophage. Les gestes antireflux ont une efficacité discutée

pour prévenir l'apparition d'un adénocarcinome [1–3]. La résection du bas œsophage constitue un traitement ultime de l'EBO, comportant une morbidité significative. De ce fait, la résection n'est discutée que chez des patients dont le risque opératoire est faible ou modéré, en cas de dysplasie de haut grade ou de cancer superficiel, et très exceptionnellement en cas de dysplasie de bas grade. Dans ce contexte, l'indication d'une résection œsophagienne doit également être mise en balance avec le traitement endoscopique, et à un moindre degré

Adresse e-mail : jp-triboulet@chru-lille.fr (J.-P. Triboulet).

avec la curiethérapie, dont les risques immédiats sont moindres.

2. L'endobrachyœsophage avec métaplasie intestinale (œsophage de Barrett) sans dysplasie de haut grade (DHG)

Dans la majorité des cas, il n'existe pas de place pour la résection en cas d'EBO avec métaplasie intestinale (MI) sans dysplasie de haut grade (DHG). Exceptionnellement, l'EBO peut être étendu à l'œsophage thoracique supérieur voire à l'œsophage cervical. La présence d'une MI ou muqueuse spécialisée impose une surveillance par planimétrie, mais en cas d'EBO très étendu, cette surveillance est fastidieuse pour l'endoscopiste, décourageante pour l'anatomopathologiste qui analyse périodiquement des dizaines de biopsies, ou peut être refusée par le patient. L'absence prévisible de compliance, la difficulté de la surveillance d'un EBO aussi étendu, l'impossibilité de réaliser une mucosectomie dans cette circonstance peuvent faire préférer une résection chirurgicale d'emblée.

3. Endobrachyœsophage avec dysplasie de haut grade

En cas d'EBO avec DHG confirmée (par deux lectures effectuées par deux anatomopathologistes différents) et persistante malgré un traitement médical bien conduit, une attitude « agressive » (mucosectomie endoscopique ou résection chirurgicale) est conseillée pour deux raisons :

- ne pas méconnaître l'existence d'un cancer invasif, présent malgré le caractère rassurant des biopsies ; ce risque varie de 10 à 57 % selon la rigueur du contrôle biopsique : biopsies standard (quelques biopsies au sein de l'endobrachyœsophage) ou planimétrie (une biopsie par quadrant tous les deux centimètres) [4]. Ainsi, l'étude de Heitmiller a montré que les pièces d'œsophagectomies réalisées pour EBO avec DHG comportaient 43 % d'adénocarcinomes : point alarmant, il s'agissait pour 17 % d'entre eux de stades II et III [5] ;
- éviter l'apparition d'un cancer invasif au sein d'un EBO avec DHG. L'incidence de l'apparition des cancers dans l'évolution se situe entre 16 % à sept ans [6] à 59 % à cinq ans [7].

Seules la mucosectomie endoscopique et la résection chirurgicale permettent de préciser s'il s'agit uniquement d'une DHG. Une surveillance intensive endoscopique ne permet pas de détecter de façon certaine un adénocarcinome à un stade curable [8]. De même, il n'existe que peu de partisans de la surveillance endoscopique rapprochée lorsque la DHG est confirmée [6]. Pour le choix entre mucosectomie ou chirurgie, deux attitudes s'opposent :

- soit un choix de principe de l'une ou l'autre technique ;
- soit une attitude pragmatique tenant compte des facteurs « de gravité » endoscopiques et histopathologiques.

3.1. Choix de principe

3.1.1. La mucosectomie endoscopique

Elle permet de ne pas méconnaître un cancer sous-jacent, évite la dégénérescence tout en ne comportant ni la mortalité ni la morbidité d'un geste chirurgical. Le niveau d'expertise de l'opérateur et le terrain du patient modulent la décision ;

3.1.2. la résection chirurgicale

Les arguments en faveur de la chirurgie de principe sont les taux de complications de la mucosectomie (10 %) [9], et le risque de lésions métachrones estimé à 14 % à un an [10] et 20 % à trois ans [11]. Le choix de la chirurgie dépend également du terrain et des résultats de l'équipe chirurgicale prenant en charge le patient.

Quel que soit le traitement retenu, une information objective et éclairée, bien comprise par le patient, est nécessaire.

3.2. Attitude pragmatique

Elle consiste à retenir l'indication de la chirurgie qu'en présence de « facteurs de risque » de mauvais résultat de la mucosectomie endoscopique [9–14] :

- le *caractère circulaire* de l'EBO ne permet pas une mucosectomie dans de bonnes conditions (résection incomplète, nombre de séances plus élevé) et comporte un risque de sténose [9] ;
- *étendue de hauteur* : un EBO avec MI étendue en hauteur sur l'œsophage comporte des difficultés de surveillance et un risque accru de méconnaître un cancer invasif ;
- *facteurs techniques* : la résection endoscopique doit être complète et monobloc, si cette condition ne peut être réalisée de façon prévisible, une résection chirurgicale est préférable ;
- *aspects morphologiques* : le risque de cancer invasif méconnu est plus important en cas de lésions nodulaires ou érodées qu'en cas de lésion « plane » ;
- *taille de la lésion* : une taille supérieure à 20 mm est un facteur de mauvais pronostic ;
- *compliance à la surveillance* : si l'assurance d'une surveillance rigoureuse ne peut être obtenue, le risque de voir apparaître un cancer sur cette lésion précancéreuse est de l'ordre de 40 % ;
- *caractère uni- ou multifocal de la DHG* : le risque multifocal de la DHG est un facteur de mauvais pronostic : le risque de récurrence après mucosectomie est 33 vs 3 % en cas de lésion unifocale.

En dehors de ces facteurs de risques, la survie à cinq ans de l'EBO avec DHG traité par mucosectomie endoscopique est de 95 %. Lorsqu'un ou plusieurs de ces facteurs sont présents, et si l'âge et le terrain du patient le permettent, il faut préférer après information éclairée la résection chirurgicale qui permet

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4282446>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4282446>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)