

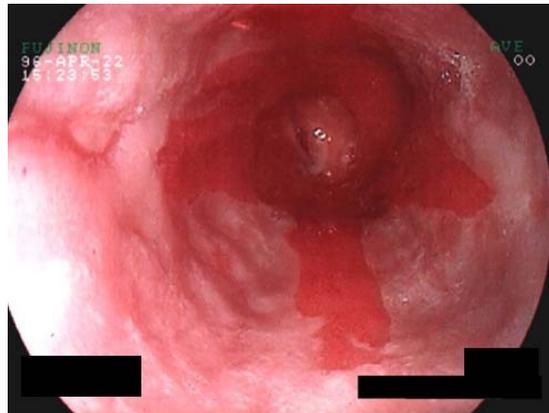
Avertissement: Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence.

Mardi 10 janvier 2012
Hôpital cantonal de Genève

Œsophage de Barrett: une surveillance est elle encore justifiée?

Dr N'guyen Tang

Quand l'extrémité distale de l'œsophage apparaît d'une couleur rose saumonée c'est probable qu'il s'agit d'une transformation de l'épithélium malpighien attendu en un épithélium intestinal avec des formations glandulaires normalement absentes dans l'œsophage, et même si du point de vue «darwinien» on pourrait dire que c'est une tentative de l'œsophage de se protéger de l'acidité gastrique c'est «pas bien» car considéré comme une précancérose. Il y a chaque année 4,3% de Barrett sans dysplasie qui développe une dysplasie de bas grade, et 0,9% de dysplasies de bas grade qui développent une dysplasie de haut grade. Le risque final de développer un adénocarcinome du bas œsophage serait 30 fois plus élevé dans un œsophage de Barret que dans un œsophage normal (soit 0,5% par an).



Le papier dont on parle aujourd'hui, publié par les danois dans le NEJM du 13 octobre 2011, s'intéresse à toute la population danoise entre 1992 et 2009 en se basant sur le registre des tumeurs.

Ça fait plus de 5 millions d'habitants, dont 11028 avec un œsophage de Barrett, parmi lesquels 197 ont développé un adénocarcinome de l'œsophage dont 66 après 1 an de suivi.

A côté de ça il y a eu 2602 adénocarcinome de l'œsophage dans le reste de la population pendant la même période.

Le risque réel de développer un adénoca était de 0,12% soit beaucoup moins que ce à quoi l'on s'attendait (0,5%)...Plutôt rassurant donc...

Actuellement, lors d'œsophage de Barrett sans dysplasie on recommande une OGD (oesogastroduodenoscopie) tous les 3-5 ans; lors de dysplasie légère: tous les 6-12 mois et lors de dysplasie sévère on recommande une résection ou une ablation endoscopique ou encore un contrôle tous les 3 mois.

La question est donc: pourrais –t-on relâcher un peu la fréquence des contrôles vu le risque réel nettement plus faible que prévu (en tout cas 4 fois moins important que ce que l'on pensait?)

L'étude à semble-t-il quelques failles en ce qui concerne les détails des patients, le protocole des biopsies, et la qualité des endoscopes utilisés (haute définition? zoom? chromoendoscopie virtuelle?).

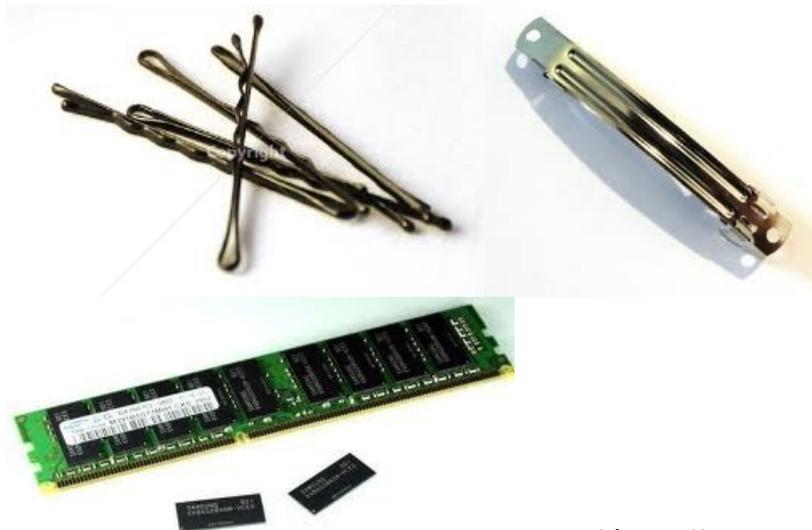
On s'attend à un certain relâchement dans les guidelines futures mais surtout à plus de précisions dans les sous groupes: ce n'est pas la même chose par exemple, du point de vue carcinologique d'être un homme, alcoolotabagique, obèse que d'être une femme svelte et abstinente ...

De même, la caractéristique de la métaplasie, sa longueur, son irrégularité sont aussi des facteurs prédictifs dont il faut tenir compte....

Il y a plusieurs Barrett's...et chacun mérite d'être quantifié individuellement en ce qui concerne le risque de développer une dysplasie, qui semble malgré tout plutôt moins important que ce que l'on pensait



il y a Barrett....



.....et barrettes

Compte rendu
Transmission

Dr Eric Bierens de Haan
Laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch