



## Rubrique « j'ai lu pour vous » de la SMED

Rubrique « J'AI LU POUR VOUS »	
<b>Lecteur</b>	LAGDALI Nawal
<b>Intitulé de l'article</b>	American Gastroenterological Association Clinical Practice Guideline: Endoscopic Eradication Therapy of Barrett's Esophagus and Related Neoplasia Gastroenterology. Author manuscript; available in PMC 2024 August 26.
<b>Auteurs Référencement et citation de l'article</b>	<p>Joel H. Rubenstein, MD, MSc*,1,2,3, Tarek Sawas, MD, MPH*,4, Sachin Wani, MD*,5, Swathi Eluri, MD, MSCR6, Shailendra Singh, MD7,8, Apoorva K. Chandar, MD9, Ryan B. Perumpail, MD10, John Inadomi, MD11, Aaron P. Thrift, PhD12, Alejandro Piscoya, MD, MSc13, Shahnaz Sultan, MD14,15, Siddharth Singh, MD, MS16, David Katzka, MD17, Perica Davitkov, MD18,19</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Center for Clinical Management Research, LTC Charles S. Kettles Veterans Affairs Medical Center, Ann Arbor, MI</li><li>2. Barrett's Esophagus Program, Division of Gastroenterology, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI</li><li>3. Cancer Control and Population Sciences Program, Rogel Cancer Center, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI</li><li>4. Division of Digestive and Liver Disease, University of Texas Southwestern, Dallas, TX</li><li>5. Division of Gastroenterology and Hepatology, University of Colorado Anschutz Medical Campus, Aurora, CO</li><li>6. Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic Florida, Jacksonville, FL.</li></ol>

7. Division of Gastroenterology, West Virginia University, Morgantown, WV
8. Advanced Center for Endoscopy, WVU Medicine, Morgantown, WV
9. Digestive Health Institute, University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, Ohio, USA.
10. Genesis Health System, Bettendorf, IA
11. Department of Internal Medicine, The University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, UT
12. Section of Epidemiology and Population Sciences, Department of Medicine, Baylor College of Medicine. Houston, TX
13. Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, Lima, Peru
14. Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, University of Minnesota, Minneapolis, MN

#### Abstract de l'article

**Introduction** : L'œsophage de Barrett est le précurseur de l'adénocarcinome œsophagien. La thérapie d'éradication endoscopique (TEE) peut être efficace pour éradiquer l'EBO et les néoplasies associés, mais présente un risque accru de complications et une utilisation accrue des ressources par rapport à l'endoscopie de surveillance. Cette ligne directrice de pratique clinique vise à informer les cliniciens et les patients en fournissant des recommandations de pratique fondées sur des preuves pour l'utilisation de la TEE dans l'EBO et les néoplasies associés.

**Méthodes** : Le cadre GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) a été utilisé pour évaluer les preuves et formuler les recommandations. Le panel a priorisé les questions cliniques et les résultats selon leur importance pour les cliniciens et les patients, a réalisé une revue des preuves et a utilisé le cadre « Evidence-to-Decision » pour développer des recommandations concernant l'utilisation de la TEE chez les patients atteints d'EBO dans les scénarios suivants : présence de 1) dysplasie de haut grade (DHG), 2) dysplasie de bas grade (DBG), 3) absence de dysplasie, ou choix entre 4) mucoséctomie endoscopique séquentielle (EMR) vs EMR focale associée à une technique d'ablation, et 5) dissection sous-muqueuse endoscopique (ESD) vs EMR. Les recommandations cliniques sont basées sur l'équilibre entre les effets souhaitables

et indésirables, les préférences des patients, les coûts et les considérations d'équité en matière de santé.

**Résultats** : Le panel a formulé 5 recommandations pour l'utilisation de la TEE dans l'EBO et les néoplasies associés. Sur la base des preuves disponibles, le panel a formulé une recommandation forte en faveur de la TEE chez les patients atteints d'EBO avec DHG et une recommandation conditionnelle contre la TEE dans l'EBO sans dysplasie. Le panel a émis une recommandation conditionnelle en faveur de la TEE chez les patients atteints d'EBO avec DBG ; les patients atteints de DBG qui accordent une plus grande importance aux risques potentiels et moins d'importance aux bénéfices incertains concernant la réduction de la mortalité par cancer de l'œsophage pourraient raisonnablement opter pour l'endoscopie de surveillance. Chez les patients présentant des lésions visibles, une recommandation conditionnelle a été formulée en faveur de la EMR focale associée à une ablation plutôt qu'une EMR séquentielle. Chez les patients atteints de lésions néoplasiques visibles nécessitant une résection, une recommandation conditionnelle a été faite en faveur de la EMR par rapport à la ESD.

**Conclusions** : Ce document fournit un aperçu complet des indications de la TEE dans la prise en charge de l'EBO et des néoplasies associés. Des orientations sont également fournies concernant les considérations entourant la mise en œuvre de la TEE. Les prestataires de soins devraient s'engager dans une prise de décision partagée basée sur les préférences des patients. Les limites et les lacunes dans les preuves sont soulignées afin de guider les futures opportunités de recherche.

#### Commentaire du lecteur

##### **1. Approche fondée sur des preuves :**

L'utilisation de l'approche GRADE pour évaluer la qualité des preuves et la solidité des recommandations est remarquable. Cette méthodologie systématique renforce la crédibilité des recommandations et offre un cadre clair pour la prise de décision clinique.

**2. Recommandations fortes pour la dysplasie de haut grade :** La recommandation forte en faveur de la TEE par rapport à la surveillance chez les patients atteints de dysplasie de haut grade est particulièrement importante. Elle met l'accent sur la nécessité

d'un traitement proactif pour prévenir la progression vers l'adénocarcinome œsophagien.

### **3. Recommandations conditionnelles pour la dysplasie de bas grade :**

La suggestion de TEE chez les patients atteints de dysplasie de bas grade, bien que conditionnelle, reconnaît la complexité de la prise de décision dans cette population. Elle souligne l'importance d'une prise en charge individualisée et d'une prise de décision partagée, essentielle compte tenu des préférences des patients et de leurs profils de risque.

### **4. Considérations relatives à la mise en œuvre :**

La ligne directrice fournit des considérations pratiques pour la mise en œuvre, telles que le calendrier de surveillance recommandé après la TEE, qui contribuera à la détection précoce de toute maladie résiduelle ou récurrente.

Dans l'ensemble, cette ligne directrice représente une avancée significative dans la gestion de l'œsophage de Barrett et fournit une base solide pour la pratique clinique. Elle encourage les gastro-entérologues à adopter des stratégies fondées sur des preuves tout en tenant compte des circonstances individuelles des patients.

La SMED a toujours investi dans la formation et le développement des compétences des endoscopistes marocains, et doit continuer à le faire pour contribuer à l'émergence d'un réseau de spécialistes référents, pour une meilleure prise en charge des patients.

### **Take home messages**

- L'importance de l'optimisation du traitement antireflet après une TEE : arrêt du tabac, baisse du poids, IPP
- TEE: résection + ablation fait mieux que résection seule
- La sténose est la complication la plus fréquente après une TEE (6.3%) mais gérable endoscopiquement.
- Prioriser la TEE pour les patients atteints de DHG afin de prévenir la progression vers l'adénocarcinome œsophagien.

- S'engager dans une prise de décision partagée, en particulier pour la DBG, en tenant compte des préférences du patient.
- EBO sans dysplasie pas d'indication de traitement endoscopique ; perspectives futures c'est la population particulière qui doit bénéficier de cette thérapie (ADK œsophagien chez les apparentés premier degré ; longueur de l'EBO, diagnostic à un âge jeune)
- La mucosectomie reste la référence dans les thérapies de résection, la radiofréquence dans les thérapies d'ablations
- La dissection sous muqueuse garde sa place pour les lésions larges (à définir) et les tumeurs T1b
- Respecter la qualité des endoscopies de suivi (cap, chromoendoscopie, Near focus) recommandées avec les biopsies après une TEE pour surveiller l'efficacité du traitement et détecter toute récurrence.

En résumé, cette ligne directrice met l'accent sur une gestion proactive, des soins individualisés et l'importance des référents en endoscopie et histologie de l'EBO.