

## Surveillance par endoscopie de l'œsophage et du cardia, qui? quand et comment?

Jean ESCOURROU, Toulouse

La plupart des cancers de l'œsophage sont diagnostiqués à un stade encore trop tardif alors qu'il est bien établi que la survie dépend essentiellement du degré d'extension tumorale et par conséquent de la précocité du diagnostic.

Une possibilité d'amélioration de ce pronostic repose sur le dépistage de la surveillance des sujets à risques.

En France, on constate une diminution d'incidence du cancer épidermoïde, en revanche on assiste à une augmentation de l'incidence des adénocarcinomes de l'œsophage et de la jonction oesogastrique depuis une vingtaine d'années comme aux Etats-Unis et dans la plupart des pays occidentaux.

Les raisons de cette augmentation d'incidence de l'adénocarcinome oesophagien ne sont pas encore totalement élucidées. Cependant les études épidémiologiques ont souligné le rôle de certains facteurs de risques comme l'augmentation de la pathologie liée au reflux gastro-oesophagien et l'obésité.

Ces adénocarcinomes oesophagiens se développent à partir d'une condition pré-cancéreuse : l'endobrachyoesophage (EBO). Ce dernier est caractérisé sur le plan endoscopique par le remplacement de la muqueuse malpighienne du bas œsophage par une muqueuse glandulaire et sur le plan histologique par la présence au sein de cette métaplasie d'un épithélium spécialisé de type intestinal.

Depuis 1994, on distingue les E.B.O. longs (> 3 cm de hauteur) et courts (< 3 cm). La présence de foyers de métaplasie intestinale est indispensable pour affirmer le diagnostic d'E.B.O.

Le risque majeur de l'E.B.O. est la transformation maligne en adénocarcinome. Ce dernier se développe selon une séquence métaplasie-dysplasie de bas grade (D.B.G.)-dysplasie de haut grade (D.H.G.)-cancer.

Le but de la surveillance est donc d'intervenir le plus tôt possible dans le cours de cette séquence pour

permettre un diagnostic plus précoce et réduire ainsi la mortalité par cancer.

Le risque de cancérisation des E.B.O. est difficile à apprécier, cependant les études les plus récentes portant sur des effectifs importants montrent que cette incidence est voisine de 0.5 % patients/années.

L'endoscopie seule permet le diagnostic d'EBO. Lorsque ce diagnostic est fait, elle permet de détecter par des biopsies les zones de métaplasie intestinale et au sein de ces dernières les zones de dysplasie et ou de cancer. Pour cela, il faut recourir de façon incontournable au protocole de Seattle c'est-à-dire à la réalisation de biopsies systématiques aux 4 cadrans et tous les 2 cm (tous les cm si D.H.G. connue).

La surveillance n'a pas encore montré d'impact significatif sur la survie à l'échelle des populations étudiées. On notera que ces études qui ne montrent pas d'avantage à la surveillance concernent surtout des publications qui incluent des patients mal sélectionnés, trop âgés et surtout pour lesquels le protocole de Seattle n'a pas été réalisé de façon convenable au moment de l'inclusion dans l'étude. Par contre, la surveillance a démontré un intérêt à l'échelon individuel car les cancers dépistés sont de bien meilleur pronostic que les ceux révélés par l'apparition de symptômes.

En conclusion : il existe une incidence croissante de l'adénocarcinome de l'œsophage.

L'endobrachyoesophage constitue l'état prénéoplasique principal. La détection et la surveillance de cet état permettent de prévenir l'apparition de l'adénocarcinome ou autorisent son diagnostic plus précoce améliorant ainsi le pronostic. Cette surveillance doit être bien ciblée, faite avec beaucoup de minutie, surtout à la première endoscopie et adaptée en fonction du risque ; il y a donc un raisonnement médical à avoir. Ce n'est qu'à la condition d'une méthodologie rigoureuse qu'un tel protocole de surveillance peut s'avérer rentable et efficace.