

Prise en charge endoscopique de l'endobrachyœsophage :
position de l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)

2017

*Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)
Position Statement 2017*

Traduction : Aymeric Becq

Relecture : Xavier Dray

1 The diagnosis of BE is made if the distal esophagus is lined with columnar epithelium with a minimum length of 1 cm (tongues or circular) containing specialized intestinal metaplasia at histopathological examination.

Le diagnostic d'endobrachyœsophage (EBO) est fait si la muqueuse de l'œsophage distale est le siège d'un épithélium cylindrique d'une longueur de 1 cm au minimum (en languettes ou circulaire) contenant de la métaplasie intestinale vue à l'analyse histologique.

2 Endoscopic screening for BE is not recommended. However, screening can be considered in patients with longstanding GERD symptoms (i. e. > 5 years) and multiple risk factors (age \geq 50 years, white race, male sex, obesity, first-degree relative with BE or EAC.)

Le dépistage endoscopique de l'EBO n'est pas recommandé. Cependant, un dépistage peut être envisagé chez les patients avec symptômes de RGO évoluant de longue date (c'est-à-dire > 5 ans) avec de multiples facteurs de risque (âge \geq 50 ans, caucasien, sexe masculin, obésité, antécédent au premier degré d'EBO ou d'adénocarcinome de l'œsophage).

3 Endoscopic surveillance of BE is recommended.

La surveillance endoscopique de l'EBO est recommandée.

4 High definition endoscopy (endoscope, processor, and screen) is recommended for endoscopic surveillance of BE. Routine use of chromoendoscopy, optical chromoendoscopy, autofluorescence endoscopy, or confocal laser endomicroscopy is not advised.

Une endoscopie de haute définition (endoscope, processeur et écran) est recommandée pour la surveillance endoscopique de l'EBO. L'utilisation systématique de la chromoendoscopie réelle ou virtuelle, de l'autofluorescence ou de la microendoscopie confocale n'est pas conseillée.

5 Endoscopy reports of patients with BE should include:

- i. the extent of BE using the Prague criteria (circumferential extent [C], maximum extent [M]), and any separate islands proximal to the maximal extent;
- ii. a description of location (in cm from the incisors and clockwise orientation) of any visible abnormality within the Barrett's epithelium, in addition to lesion size (mm) and macroscopic appearance using the Paris classification;
- iii. the presence or absence of erosive esophagitis using the Los Angeles classification;
- iv. the location of biopsies taken from the Barrett's segment (number of biopsies and location in cm from the incisors);
- v. appropriate photo documentation of the landmarks and of all visible Barrett's epithelium, as well as any visible lesions.

Le compte rendu d'endoscopie de patients avec EBO doit comporter :

- i. l'étendue de l'EBO en utilisant la classification de Prague (étendue circonférentielle [C], étendue maximale [M]), et tout îlot séparé, en amont de l'étendue maximale ;**
- ii. la description de la localisation (en cm des incisives et l'orientation horaire) de toute anomalie visible au sein de l'épithélium d'EBO, en plus de la taille (mm) de la lésion et l'aspect macroscopique en utilisant la classification de Paris ;**
- iii. la présence ou non d'une œsophagite peptique, en utilisant la classification de Los Angeles ;**
- iv. la localisation des biopsies réalisées sur l'EBO (nombre de biopsies et distance en cm par rapport aux incisives) ;**
- v. une documentation photographique adaptée des repères et de tout l'épithélium d'EBO visible, ainsi que de toute lésion visible.**

6 Biopsy samples should be taken from all visible mucosal abnormalities. In addition, random 4-quadrant biopsies should be collected every 2cm within the Barrett's segment, starting from the upper end of the gastric folds. Biopsies from each level should be collected in and presented to the pathologist in a separate container.

Toute anomalie visible de la muqueuse devrait être biopsiée. De plus, des biopsies systématiques des 4 cadrans devraient être effectuées toutes les 2 cm au sein de l'EBO en débutant au niveau de l'extrémité supérieure de plis gastriques. Les biopsies de chaque niveau devraient être collectées et acheminées pour analyse histologique dans des pots séparés.

7 Surveillance intervals for nondysplastic BE should be stratified according to the length of the Barrett's segment.

i. Irregular Z-line/columnar-lined esophagus < 1 cm: no endoscopic surveillance

ii. Maximum extent of BE ≥ 1 cm, and <3 cm: 5 years

iii. Maximum extent of BE ≥ 3 cm and <10 cm: 3 years

Patients with BE with a maximum extent ≥ 10 cm should be referred for surveillance endoscopies to a BE expert center. If a patient has reached 75 years of age at the time of his/her last surveillance endoscopy and has no previous evidence of dysplasia, no subsequent surveillance endoscopies should be performed.

Le rythme de surveillance d'un EBO non-dysplasique devrait être dicté par la longueur du segment d'EBO.

i. Ligne Z irrégulière ou EBO < 1cm : pas de surveillance endoscopique ;

ii. Longueur maximale de l'EBO ≥ 1 cm et ≤ 3 cm : Endoscopie oesogastroduodénale (EOGD) : tous les 5 ans ;

iii. Longueur maximale de l'EBO ≥ 3 cm et < 10cm : Endoscopie oesogastroduodénale (EOGD) : tous les 3 ans ;

Les patients avec un EBO à de longueur maximale ≥ 10 cm devrait être référés à un centre expert pour surveillance endoscopique. Si un patient a atteint l'âge de 75 ans lors de sa dernière endoscopie, et qu'il n'y a jamais eu de dysplasie, il n'y a pas lieu d'effectuer de nouvelle endoscopie de surveillance.

8 Prophylactic endoscopic therapy (such as ablation therapy) for non-neoplastic BE should not be performed.

Il n'y a pas d'indication à un traitement endoscopique prophylactique (tel que l'éradication endoscopique) pour l'EBO non dysplasique.

9 The diagnosis of any degree of dysplasia (including “indefinite for dysplasia”) in BE requires confirmation by an expert GI pathologist.

Le diagnostic d’une dysplasie sur EBO, quel qu’en soit le grade (y compris le grade « indéfini pour la dysplasie »), requiert une confirmation par un anatomopathologiste avec une expertise dans les maladies digestives.

10 Patients with a diagnosis of “indefinite for dysplasia” confirmed by a second expert GI pathologist should be managed with optimization of antireflux medication and repeat endoscopy at 6 months. If no definite dysplasia is found in subsequent biopsy samples (including if the biopsies are again classified as “indefinite for dysplasia”), then the surveillance strategy should follow the recommendation for nondysplastic BE.

La prise en charge des patients avec un EBO « indéfini pour la dysplasie » confirmé par un second anatomopathologiste avec une expertise dans les maladies digestives devrait consister en une optimisation du traitement anti-reflux puis en une endoscopie de contrôle à 6 mois. S’il n’est pas identifié de dysplasie certaine sur les biopsies (y compris si les biopsies sont à nouveau classées « indéfinies pour de dysplasie »), alors le rythme de surveillance devrait être celui d’un EBO non dysplasique.

11 Patients with visible lesions in BE diagnosed as dysplasia or early cancer should be referred to a BE expert center. All visible abnormalities, regardless of the degree of dysplasia, should be removed by means of endoscopic resection techniques in order to obtain optimal histopathological staging.

Les patients avec lésions visibles sur EBO diagnostiquées comme dysplasiques ou cancéreuses devraient être référés à un centre expert. Toutes les anomalies visibles, quel que soit le degré de dysplasie, devraient être réséquées par voie endoscopique, afin d’obtenir un *staging* histologique optimal.

12 Patients with LGD on random biopsies confirmed by a second expert GI pathologist should be referred to a BE expert center. A surveillance interval of 6 months after confirmed LGD diagnosis is recommended.

i. If no dysplasia is found at the 6-month endoscopy, the interval can be broadened to 1 year. After two subsequent endoscopies negative for dysplasia, standard surveillance for patients with nondysplastic BE can be initiated.

ii. If a confirmed diagnosis of LGD is found in the subsequent endoscopies, endoscopic ablation should be offered.

Les patients avec dysplasie de bas grade sur biopsies systématiques confirmée par un second anatomopathologiste avec une expertise dans les maladies digestives, devraient être référés à un centre expert. Un intervalle de surveillance de 6 mois post diagnostic est recommandé.

i. S'il n'y a pas de dysplasie lors de l'endoscopie à 6 mois, l'intervalle de surveillance peut être allongé à 1 an. Après 2 endoscopies successives négatives pour la dysplasie, le rythme de surveillance d'un EBO non-dysplasique peut être initié.

ii. Si une dysplasie de bas grade est confirmée lors des endoscopies suivantes, un traitement d'éradication par voie endoscopique devrait être proposé.

13 Patients with HGD confirmed by a second expert GI pathologist should be referred to a BE expert center. In the expert center, a high-definition endoscopy should be repeated according to the following guidelines.

i. All visible abnormalities should be removed by endoscopic resection techniques for adequate histopathological staging.

ii. If no lesions suspicious for dysplasia are seen, random 4-quadrant biopsies should be taken; if these biopsies are negative for dysplasia, endoscopy should be repeated at 3 months. If these biopsies confirm the presence of HGD, endoscopic ablation is recommended, preferably with RFA.

Les patients avec dysplasie de haut grade sur biopsies systématiques confirmée par un second anatomopathologiste avec une expertise dans les maladies digestives devraient être référés à un centre expert. Dans le centre expert, une nouvelle endoscopie, haute définition, devrait être effectuée selon les recommandations suivantes.

i. Toutes les anomalies visibles devraient être réséquées par voie endoscopique, afin d'obtenir un *staging* histologique optimal ;

ii. Si aucune lésion suspecte de dysplasie n'est identifiée, des biopsies systématiques en 4 cadrans devraient être effectuées. Si elles sont négatives pour la dysplasie, une nouvelle endoscopie devrait être réalisée à 3 mois. Si elles confirment la dysplasie de haut grade, un traitement d'éradication par voie endoscopique est recommandé, de préférence par radiofréquence.

14 Endoscopic resection is the first-choice therapy for T1a EAC.

La résection endoscopique est le traitement de première intention pour les adénocarcinomes de l'œsophage T1a.

15 In patients with T1b EAC, the optimal treatment strategy depends on histopathological characteristics of the endoscopic resection specimen. Endoscopic resection may be a valid alternative to surgery and is recommended in patients who are borderline fit for surgery, if the endoscopic resection specimen meets all of the following criteria:

- i. submucosal invasion limited to $< 500 \mu\text{m}$;
- ii. tumor differentiation grade: well or moderate;
- iii. absence of tumor invasion in lymphatic vessels or blood vessels;
- iv. absence of tumor infiltration in the deep resection margin.

Chez les patients avec un adénocarcinome de l'œsophage T1b, la stratégie thérapeutique optimale dépend de critères histologiques de la pièce de résection endoscopique. La résection endoscopique pourrait présenter une alternative à la chirurgie et elle est recommandée chez les patients dont l'opérabilité est jugée comme limite, si la pièce remplit tous les critères suivants :

- i. envahissement de la sous-muqueuse $< 500\mu\text{m}$;**
- ii. tumeur bien ou modérément différenciée ;**
- iii. absence d'envahissement des vaisseaux sanguins ou lymphatiques ;**
- iv. absence d'infiltration tumorale de la marge de résection profonde.**

16 After endoscopic resection of visible abnormalities containing any degree of dysplasia or neoplasia, complete eradication of all remaining Barrett's epithelium should be strived for, preferably with RFA.

Après résection endoscopique de lésions visibles avec dysplasie ou cancer, l'éradication complète de tout l'EBO résiduel devrait être un objectif, de préférence par radiofréquence.

17 All patients with a BE ≥ 10 cm, a confirmed diagnosis of LGD, HGD, or early cancer should be referred to a BE expert center for surveillance and/or treatment. A BE expert center should meet the following requirements.

- i. Annual case load of ≥ 10 NEW patients with endoscopic treatment for HGD or early carcinoma per BE expert endoscopist.
- ii. Endoscopic and histological care is provided by endoscopists and pathologists who have followed additional training in this field (either by courses or guest visits). A minimum of 30 supervised cases of endoscopic resection and 30 cases of endoscopic ablation should be performed to acquire competence in technical skills, management pathways, and complications.

iii. Patients with Barrett's neoplasia are discussed in multidisciplinary meetings with gastroenterologists, surgeons, oncologists, and pathologists.

iv. Access to experienced esophageal surgery.

v. All patients with BE are registered prospectively in a database.

Tous les patients avec un EBO \geq 10 cm, un diagnostic confirmé de dysplasie de bas grade, de haut grade, ou avec un cancer superficiel, devraient être référés à un centre expert pour surveillance et/ou traitement. Un centre expert dans la prise en charge d'EBO devrait présenter les caractéristiques suivantes :

i. nombre de NOUVEAUX cas annuels \geq 10 cas avec traitement endoscopique d'EBO avec dysplasie de haut grade ou cancer superficiel par endoscopiste expert ;

ii. la prise en charge endoscopique et histologique devrait être effectuée par des médecins ayant suivi une formation complémentaire dans ce domaine (soit lors de sessions de formation, soit lors de visites d'autres centres). Un minimum de 30 cas supervisés de résection endoscopique et de 30 cas de techniques de destruction endoscopique devraient avoir été réalisés afin d'acquérir les compétences techniques, les connaissances en termes de prise en charge et la gestion des complications ;

iii. les dossiers de patients avec EBO sont discutés dans des réunions de concertation pluridisciplinaire incluant des gastro-entérologues, des chirurgiens, des oncologues et des anatomopathologistes ;

iv. un accès à un service de chirurgie de l'œsophage expérimenté ;

v. tous les patients avec un EBO sont prospectivement colligés dans une base de données.

BIBLIOGRAPHIE

Weusten B, Bisschops R, Coron E, et al. Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2017 Feb;49(2): 191-198. doi: 10.1055/s-0042-122140. Epub 2017 Jan 25.