

Recommandations de l'ESGE sur la prise en charge endoscopique des troubles de la motricité gastro-intestinale - partie 1 sur 2

Principales recommandations

- L'ESGE recommande d'effectuer un protocole de dilatations pneumatiques progressives dans l'achalasia, en commençant par une dilatation à 30 mm suivie d'une dilatation à 35 mm dans un intervalle prévu de 2 à 4 semaines, et de n'envisager ensuite une dilatation à 40 mm qu'en cas d'amélioration insuffisante, plutôt que d'utiliser un ballon de dilatation unique ou que de débiter d'emblée par un ballon gros diamètre.
- L'ESGE recommande d'être prudent sur la réalisation d'un POEM pour le traitement des troubles moteurs spastiques autres que l'achalasia.
- L'ESGE déconseille l'utilisation systématique d'injections de toxine botulique pour traiter les patients souffrant de troubles moteurs œsophagiens hypercontractiles non achalasiens (œsophage Jackhammer, spasme œsophagien distal). Cependant, si dans des cas sélectionnés l'injection endoscopique de toxine botulique est choisie, l'ESGE recommande d'effectuer 4 injections en quadrants dans le sphincter œsophagien inférieur et dans le tiers inférieur de l'œsophage.
- L'ESGE recommande que le traitement endoscopique direct du pylore ne soit envisagé que chez les patients présentant des symptômes évocateurs de gastroparésie en combinaison avec une preuve objective de vidange gastrique retardée à l'aide d'un test validé, et uniquement lorsque le traitement médical a échoué.
- L'ESGE déconseille l'utilisation de l'injection de toxine botulique dans le traitement des patients non sélectionnés atteints de gastroparésie.
- L'ESGE recommande de ne considérer le G-POEM que chez des patients soigneusement sélectionnés, car il s'agit d'une procédure émergente avec des données limitées sur son efficacité, la sécurité et la durabilité. Le G-POEM ne doit être réalisé que dans des centres experts, de préférence dans le cadre d'un essai clinique.

Achalasia et autres troubles moteurs primitifs de l'œsophage

1- POEM

- Utilisation du CO₂
L'ESGE recommande d'effectuer le POEM en utilisant une insufflation de dioxyde de carbone à faible débit (forte recommandation, faible niveau de preuve, niveau d'accord 100%).
- Antibiothérapie péri-opératoire
L'ESGE recommande l'utilisation prophylactique péri-opératoire d'antibiotiques lors de la réalisation de POEM. Le choix et la durée des antibiotiques doivent être adaptés selon les protocoles nationaux ou locaux (forte recommandation, très faible niveau de preuve, niveau d'accord 100%).
- Emplacement du tunnel sous-muqueux
L'ESGE recommande que le POEM puisse être effectué sur la face antérieure (position 12-3 heures en position couchée) ou postérieure (5-7 heures) (forte recommandation, haute niveau de preuve, niveau d'accord 100%).
- Extension distale de la myotomie

L'ESGE recommande dans le cadre du POEM de prolonger la myotomie de 2-3 cm vers le côté gastrique du cardia (forte recommandation, faible niveau de preuves, niveau d'accord 100%).

- Lavage antibiotique du tunnel

L'ESGE ne recommande pas le lavage du tunnel sous-muqueux avec des antibiotiques (forte recommandation, faible niveau de preuves, niveau d'accord 93,8%).

- Indication du POEM pour les troubles moteurs œsophagiens autres que l'achalasia

L'ESGE recommande d'être prudent pour traiter les troubles moteurs œsophagiens autres que l'achalasia par POEM (forte recommandation, très faible niveau de preuves, niveau d'accord 87,5%).

2- Injection de toxine botulique

- Technique et dosage

L'ESGE recommande que l'injection de toxine botulique soit effectuée en utilisant 100 unités* de toxine diluée dans une solution saline sans conservateur et injectée de 0,5 à 1 ml par site, en utilisant une aiguille à sclérose en vision directe juste au-dessus de la ligne Z dans au moins 4 quadrants (forte recommandation, haute niveau de preuves, niveau d'accord 100%).

- Toxine botulique dans l'achalasia de type III

L'ESGE ne suggère pas l'injection systématique de toxine botulique dans le corps œsophagien des patients atteints d'achalasia de type III en plus de l'injection de toxine botulique dans le SIO (faible recommandation, très faible niveau de preuves, niveau d'accord 78,6%).

- Toxine botulique dans les troubles spastiques de la motilité œsophagienne autres que l'achalasia.

L'ESGE recommande de ne pas utiliser systématiquement les injections de toxine botulique pour traiter les patients souffrant de troubles moteurs œsophagiens hypercontractiles non achalasiques (œsophage Jackhammer, spasme œsophagien distal). Cependant, si dans des cas individuels l'injection endoscopique de toxine botulique est choisie, L'ESGE recommande d'effectuer 4 injections en quadrants dans le sphincter inférieur de l'œsophagien et dans le tiers inférieur de l'œsophage (forte recommandation, faible niveau de preuves, niveau d'accord 78,6%).

3- Dilatation au ballonnet

- Protocole de dilatation

L'ESGE recommande d'utiliser un protocole de dilatation pneumatique progressive dans l'achalasia, en commençant par une dilatation de 30 mm suivie d'une dilatation de 35 mm avec un intervalle prévu de 2 à 4 semaines, et ensuite de 40 mm en cas de soulagement insuffisant, plutôt qu'une dilatation avec un seul ballon ou avec un ballon à gros diamètre d'emblée (forte recommandation, haut niveau de preuves, niveau d'accord 100%)

4- Gastroparésie

- Indications pour le traitement endoscopique direct du pylore
L'ESGE recommande que le traitement endoscopique direct du pylore ne soit envisagé que chez les patients présentant des symptômes évocateurs d'une gastroparésie en combinaison avec une preuve objective de vidange gastrique retardée à l'aide d'un test validé, et uniquement lorsque les traitements médicaux ont échoué (forte recommandation, très faible niveau de preuves, niveau d'accord 100%).
- Injection intrapylorique de toxine botulique
L'ESGE déconseille l'injection de toxine botulique dans le traitement des patients non sélectionnés atteints de gastroparésie (forte recommandation, haut niveau de preuves, niveau d'accord 92,9%).
L'ESGE recommande de ne pas utiliser l'injection de toxine botulique comme test de dépistage pour sélectionner les patients pour une myotomie endoscopique du pylore ou pour d'autres thérapies dirigées sur le pylore (forte recommandation, faible niveau de preuves, niveau d'accord 94,1%).
- Dilatation endoscopique du ballon pylorique
L'ESGE suggère de ne pas effectuer de dilatation par ballonnet dans le traitement des patients non sélectionnés atteints de gastroparésie (faible recommandation, très faible niveau de preuves, niveau d'accord 94,1%).
- Stenting transpylorique
L'ESGE déconseille l'utilisation de l'endoprothèse transpylorique dans le traitement de la gastroparésie (forte recommandation, faible niveau de preuves, niveau d'accord 100%).
- Pyloromyotomie endoscopique (G-POEM)
L'ESGE recommande de ne considérer le G-POEM que chez des patients soigneusement sélectionnés, car il s'agit d'une procédure émergente avec des données limitées sur l'efficacité, la sécurité et la durabilité. Le G-POEM ne doit être réalisé que dans des centres experts, de préférence dans le cadre d'essais cliniques (forte recommandation, faible niveau de preuves, niveau d'accord 100%).
L'ESGE déconseille l'application locale d'antibiotiques avant la procédure (estomac, œsophage et / ou cavité buccale) ou pendant la procédure (tunnel sous-muqueux) (forte recommandation, faible niveau de preuves, niveau d'accord 94,1%).
- Incision et fermeture de la muqueuse
L'ESGE recommande que le tunnel sous-muqueux créé pendant la procédure de G-POEM soit d'au moins 3 cm de long pour garantir une couverture certaine du site de myotomie par une muqueuse intacte (forte recommandation, faible niveau de preuves, niveau d'accord 92,9%).
- Longueur de la myotomie
L'ESGE suggère que la longueur de la myotomie soit de 2-3 cm et inclut le muscle pylorique jusqu'à sa terminaison dans le bulbe duodénal (forte recommandation, faible qualité des preuves, niveau d'accord 100%).

**Résumé des recommandations pertinentes sur l'achalasia
de la Directive Européenne sur l'Achalasia par l'UEG et l'ESMN**

Recommandation	Force	Niveau de preuve
Nous recommandons que dans le traitement de l'achalasia, le soulagement des symptômes soit considéré comme l'objectif principal du traitement	Opinion d'experts	
Nous recommandons que l'amélioration de la vidange œsophagienne mesurée objectivement soit considérée comme un objectif de traitement supplémentaire important	Opinion d'experts	
Le traitement par toxine botulique peut être considéré comme un traitement efficace et sûr pour le soulagement à court terme des symptômes de l'achalasia œsophagienne	Recommandation conditionnelle	Modérée
La dilatation pneumatique progressive est un traitement efficace et relativement sûr pour l'achalasia œsophagienne	Forte recommandation	Forte
Le POEM est un traitement efficace et relativement sûr de l'achalasia œsophagienne	Recommandation conditionnelle	Modérée
La myotomie laparoscopique de Heller associée à une procédure anti-reflux est une thérapie efficace et relativement sûre pour l'achalasia	Recommandation conditionnelle	Modérée
Nous suggérons de prendre en compte l'âge et le sous-type manométrique lors du choix d'une stratégie thérapeutique	Recommandation conditionnelle	Modérée
Les décisions de traitement dans l'achalasia doivent être prises en fonction des caractéristiques spécifiques du patient, de la préférence du patient, des éventuels effets secondaires et / ou complications et de l'expertise d'un centre. Dans l'ensemble, la DP répétitive, la MLH et la POEM graduelles ont une efficacité comparable	Forte recommandation	Modérée
Le traitement par toxine botulique doit être réservé aux patients inaptes à des traitements plus invasifs ou chez lesquels un traitement plus radical doit être différé	Recommandation conditionnelle	Modérée
Nous suggérons de traiter la dysphagie récurrente ou persistante après une myotomie laparoscopique de Heller par PD, POEM ou refaire une chirurgie	Recommandation conditionnelle	Très faible
Nous suggérons de traiter la dysphagie récurrente ou persistante après POEM par soit re-POEM, myotomie laparoscopique de Heller ou dilatation pneumatique	Recommandation conditionnelle	Très faible
Nous recommandons une endoscopie de suivi pour dépister le RGO chez les patients traités par myotomie sans procédure anti-reflux - En cas de symptômes de reflux en l'absence d'œsophagite par reflux, une TBE, un traitement empirique par IPP et / ou une surveillance du pH (impédance) œsophagienne de 24 h peuvent être envisagés - Les inhibiteurs de la pompe à protons sont le traitement de première intention du RGO après le traitement de l'achalasia. Nous recommandons un traitement IPP à vie chez les patients atteints d'œsophagite > grade A	Opinion d'experts	

DP : dilatation pneumatique ; MLH : myotomie laparoscopique de Heller ; POEM : myotomie endoscopique péri-orale ; TBE : transit baryté œsophagien ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons