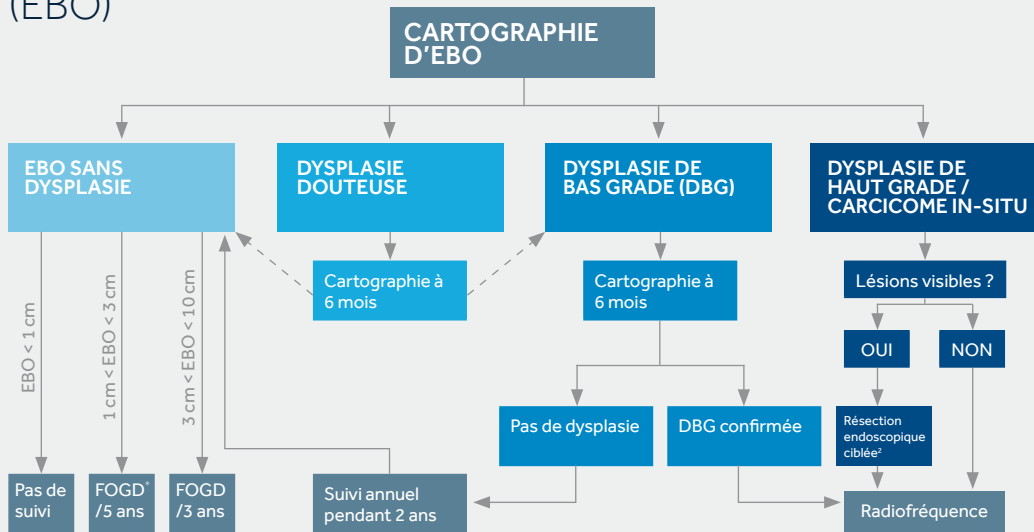


# PRISE EN CHARGE L'ENDOBRYCHYOESOPHAGE<sup>1</sup> (EBO)



\* La fibroscopie œso-gastroduodénale (FOGD)

<sup>1</sup> Vanbiervliet G, Utilisation de la radiofréquence en endoscopie digestive. Post'U 2017

<sup>2</sup> Weusten Bas et al. Endoscopic management of Barrett's Esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy 2017;49: 191-198

\*\* Avancer, Ensemble

**Medtronic**  
Further, Together\*\*

## QUELQUES CHIFFRES

- En France, près de 1500 cas d'adénocarcinome de l'œsophage sont diagnostiqués chaque année<sup>3</sup>
- Aux USA, > 90 % des patients ayant un adénocarcinome n'ont pas eu de diagnostic préalable d'EBO<sup>4</sup>
- Pour un patient en dysplasie de haut grade le risque d'évolution vers un adénocarcinome est de 5 à 20 % par an<sup>5</sup>

## QUAND ORIENTER MON PATIENT VERS UN CENTRE EXPERT ?

Vous devez référer votre patient à un centre expert pour surveillance et/ou traitement si<sup>2</sup> :

- La longueur de l'EBO  $\geq$  10 cm
- **Diagnostic confirmé** de dysplasie de bas/haut grade ou **présence** de carcinome in situ

<sup>2</sup> Weusten Bas et al. Endoscopic management of Barrett's Esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy 2017;49: 191-198

<sup>3</sup> Avis de la CNEDiMITS du 15 mai 2018. BARRX, système d'ablation par radiofréquence de l'endobrachyoesophage.

<sup>4</sup> Shaheen NJ, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. Am J Gastroenterol 2016; 111: 30-50.

<sup>5</sup> Coron E. L'oesophage de Barrett : de la surveillance au traitement endoscopique. Post'U 2018

<sup>6</sup> Rahmi G. Comment explorer un oesophage de Barrett ?. Post'U 2014

## CONSEILS PRATIQUES POUR AMÉLIORER LA DÉTECTION ENDOSCOPIQUE DE L'EBO ET DE SES COMPLICATIONS<sup>6</sup>

1. Il faut privilégier l'endoscopie sous anesthésie générale ou sédation profonde pour réaliser un examen complet
2. Utiliser au minimum un endoscope haute définition
3. Bien laver la muqueuse œsophagienne avec de l'eau et/ou un agent mucolytique (N-acétylcystéine)
4. Prendre le temps de faire une inspection minutieuse avec des photos et des films (enregistrement)
5. L'examen de l'œsophage doit être systématisé avec une analyse par quadrant en s'attardant sur la face latérale droite de l'EBO (de 12h à 6h), localisation privilégiée des complications dans certaines études
6. Utiliser systématiquement un capuchon transparent fixé au bout de l'endoscope
7. Décrire l'étendue de l'EBO avec la classification de Prague C-M
8. Réaliser le protocole de Seattle : 1 biopsie = 1 flacon (planimétrie). Repérer les faces en fonction de la déclivité du liquide dans la lumière œsophagienne (patient en décubitus dorsal : le liquide montrera la face postérieure)
9. Se former et s'entraîner à la lecture des images obtenues par chromoendoscopie optique et virtuelle (avec ou sans acide acétique)

## Medtronic

Medtronic France S.A.S.  
9, boulevard Romain Rolland  
75014 Paris  
Tél. : 01 55 38 17 00  
Fax : 01 55 38 18 00  
RCS Paris 722 008 232

[www.medtronic.fr](http://www.medtronic.fr)

Réservé aux professionnels de santé.

UC202108055FF © Medtronic France 2021.  
Tous droits réservés. Crédit photo : Medtronic.  
Production : PARAGON CC. Création juillet 2021.