

## Introduction

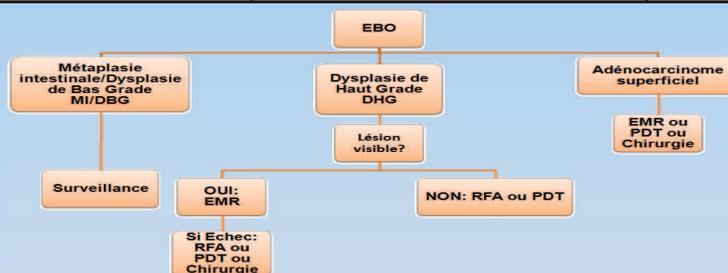
L'endobrachyoesophage (EBO) ou œsophage de Barrett est une complication potentiellement grave du reflux gastro-oesophagien. Il est défini par le remplacement de la muqueuse malpighienne de l'œsophage par une muqueuse de type glandulaire. La principale complication de l'EBO est son risque de transformation en adénocarcinome dont l'incidence a triplé au cours des 20 dernières années dans les pays occidentaux. L'endoscopie interventionnelle permet la réalisation de résections localisées et constitue souvent un recours à l'oesophagectomie. Une revue des thérapies non chirurgicales existantes est réalisée suite à la programmation d'une journée d'endoscopie au cours de laquelle 6 patients sont traités pour la première fois dans la région Nord Pas-de-Calais par la technologie de radiofréquence Barr'x.

## Objectifs

L'étude consiste à une description de 3 techniques non chirurgicales: la mucosectomie, la photothérapie et la radiofréquence (critères de choix, méthode, résultats, tolérance) afin d'évaluer les perspectives, pour l'établissement, de l'introduction de la radiofréquence dans cette indication. Une analyse des 6 premiers cas traités est également effectuée.

## Résultats

	Mucosectomie (EMR)	Photothérapie (PDT)	Radiofréquence (RFA)
Techniques			
Principe	Résection par voie endoscopique de la muqueuse et d'une partie de la sous-muqueuse <sup>1</sup>	Réactions cytotoxiques suite à l'excitation lumineuse d'une molécule photosensibilisante qui après administration s'est accumulée électivement au niveau de la lésion à traiter <sup>1</sup>	Utilisation d'un courant sinusoïdal (400-500MHz) réalisant une thermo-ablation de la muqueuse oesophagienne (dénaturation des protéines cellulaires) permettant la destruction de la dysplasie, 2 sondes d'ablation existent: Halo 360 (traitement sur une circonférence de 360°) et Halo 90 (traitement de zones résiduelles), la technique requiert un générateur d'énergie spécifique <sup>1</sup>
Résultats sur la Dysplasie de Haut Grade (DHG) sur EBO	Eradication: 85% <sup>2</sup> Taux de complication: 10-12% <sup>2</sup>	Eradication: 68 à 83% des cas sous couvert d'un traitement chirurgical ou médical anti reflux acide, Traitement efficace mais non curatif <sup>3</sup>	Eradication: 65% Technique permettant de réduire le risque de sténose, le contrôle de la profondeur d'ablation ainsi que son uniformité <sup>4</sup>
Complications	Récidive locale, Perforation, Hémorragie <sup>2</sup>	Récidive après éradication (3-10%), Photosensibilité (30-90 jours), Sténose (0-30%), Perforation (0,2%) <sup>3</sup>	Exceptionnels: Sténoses et perforations prévenus par un choix adapté de la taille de la sonde <sup>4</sup>



Analyse des 6 cas traités: Sexe ratio:5, Age moyen: 72,8 ans

N° Patient, sexe, âge	Indication	Traitements antérieurs	Type de sonde choisie	Compte rendu post-op	Suivi à 3 mois
1, M, 78 ans	DHG sur EBO	Mucosectomie	Halo 360	Aucune complication post-opératoire observée pour les 6 patients	A ce jour: suivi effectué pour 1 seul patient avec un contrôle confirmant une efficacité de la technique
2, M, 79 ans	DHG sur EBO	Néant	Halo 360		
3, M, 74 ans	DHG sur EBO	Néant	Halo 360		
4, M, 69 ans	Adénocarcinome sur EBO	Mucosectomie	Halo 90		
5, F, 67 ans	DHG sur EBO	Mucosectomie	Halo 90		
6, M, 70 ans	DHG sur EBO	Radiofréquence	Halo 90		

## Discussion-Conclusion

Le développement, ces dix dernières années, de la résection endoscopique permet de proposer une alternative à l'oesophagectomie dans la DHG sur EBO. La technique de radiofréquence Barr'x combinée ou non avec la mucosectomie représente une place essentielle dans l'arsenal thérapeutique. Le développement de cette technique est également prometteur dans d'autres indications (cancer épidermoïde précoce, ectasies vasculaires antrales, rectites radiques) mais limité par l'absence de cotation adaptée à son coût élevé (1614,60 à 3241,16 euros en fonction du type de sonde utilisée).

## Références bibliographiques

E. Coron, M. Giovannini Post'U 2009<sup>1</sup>,  
Fleischer DE et al Gastrointest Endosc 2008<sup>2</sup>

Overholt BR et al Gastrointest Endosc 2005<sup>3</sup>  
Shaheen N et al Gastroenterology 2008<sup>4</sup>