

**V. Mitrofanyuk, T.A. Zhdanova**

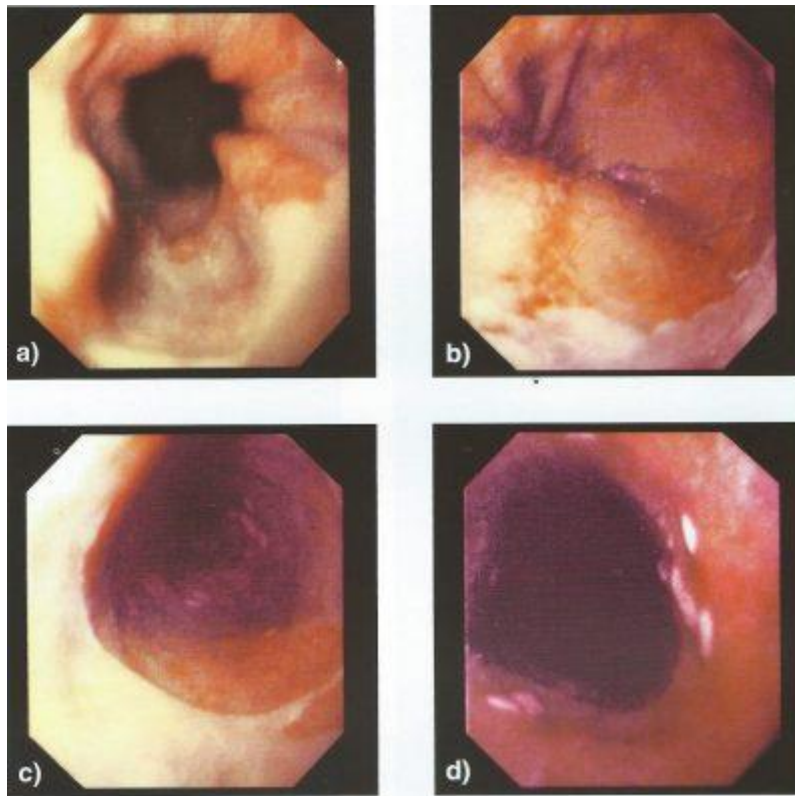
*L'Université nationale de médecine de Kharkiv*

## **L'œsophage de Barrett**

L'œsophage de Barrett est une anomalie caractérisée par le remplacement de la muqueuse œsophagienne (muqueuse malpighienne) par une muqueuse de type intestinal dans le bas de l'œsophage.

L'œsophage de Barrett (OB) se développe comme une complication du reflux acide et biliaire qui entraîne habituellement, mais pas inévitablement, des symptômes de brûlure d'estomac. Le reflux gastro-œsophagien (RGO) se produit lorsque le sphincter inférieur de l'œsophage qui retient normalement l'acide dans l'estomac ne fonctionne pas correctement. Le mécanisme principal du RGO est un trouble de la relaxation d'un muscle du sphincter inférieur de l'oesophage. Ce dérèglement serait responsable de près de 80 % des cas de RGO. La hernie hiatale (passage d'une partie de l'estomac au-dessus du diaphragme, dans le thorax) ne représente qu'un facteur aggravant du RGO et non la cause principale comme on l'a longtemps cru. Les facteurs de risque du RGO comportent: l'âge (pour les personnes âgées de plus de 50 ans); la prise de certains médicaments (par ex. les AINS, des antidépresseurs, les antagonistes du calcium, les corticostéroïdes); la surcharge pondérale ou l'obésité; l'asthme; le tabagisme; l'ingestion de certains types d'aliments ou de boissons; une grossesse.

En réponse à ces agents délétères, la muqueuse pavimenteuse normale de l'œsophage est remplacée par une muqueuse cylindrique ressemblant à la muqueuse de l'intestin. Ce sous-type d'intestin a le risque le plus élevé de cancer. Cette altération est appelée «métaplasie». La dysplasie est la mutation cellulaire d'un tissu qui cause une croissance plus rapide que normalement. Cette altération cellulaire est plus grave que la métaplasie, mais l'œsophage de Barret peut évoluer dans la dysplasie avec le temps. Elle est souvent divisé dans deux catégories : à «segment long» (plus de 3 cm) ou à «segment court» (moins de 3 cm).



La photo 1. L'endoscopie de l'oesophage de Barrett.

Un segment avec la métaplasie en forme de colonne (cylindrique) doit être visible avec l'endoscope au-dessus de la jonction gastro-œsophagienne et doit être confirmé avec l'examen histologique.

L'œsophage de Barrett peut être totalement asymptomatique chez certains patients. Beaucoup indiquent souffrir depuis de nombreuses années de remontées acides.

Les patients atteints d'un OB présentent souvent les symptômes «classiques» du RGO, mais ceux-ci s'expriment généralement de manière plus sévère: brûlures d'estomac, régurgitations acides, nausées, difficultés de déglutition, perte d'appétit, perte de poids, ulcère peptique de l'oesophage et sténose œsophagienne.

L'inflammation de l'oesophage peut être à l'origine de saignements entraînant une anémie. Les hémorragies gastro-intestinales massives sont rares. L'étiologie exacte reste inconnue.

Certains évoquent une douleur lancinante, parfois oppressante, à hauteur du diaphragme ou plus largement dans la poitrine.

Un des deux principaux types de cancer de l'œsophage, l'adénocarcinome de l'œsophage, connaît une incidence croissante dans le monde occidental. Le pronostic des patients traités pour un adénocarcinome de l'œsophage est atterrant avec moins de 15 % des personnes ayant un taux de survie au-delà de cinq ans. L'œsophage de Barrett a été identifié comme le stade précancéreux de l'adénocarcinome. Les patients atteints d'un œsophage de Barrett présentent un risque beaucoup plus important (de 30 à 50 fois plus élevé par rapport au reste de la population) de développer un cancer de l'œsophage.

Un des objectifs premiers du traitement est celui de prévenir ou ralentir le développement de l'œsophage de Barrett, traiter et contrôler le reflux acide. On fait cela avec les médicaments et des changements dans son style de vie.

On peut aussi prescrire des médicaments pour les symptômes. Parmi ces médicaments il y a: les inhibiteurs de la pompe à protons qui réduisent la production d'acide gastrique, les antiacides pour neutraliser l'acidité de l'estomac, les médicaments prokinétiques par exemple le métoclopramide.

Les médicaments ne résolvent pas l'œsophage de Barrett, ils en combattent seulement les symptômes. Toutefois, cette maladie dans certains cas régresse spontanément.

Il y a de différents traitements, qui sont spécifiquement projetés pour se concentrer sur le tissu anormal, parmi lesquels l'intervention chirurgicale (la résection muqueuse endoscopique).

Il y a différentes techniques récemment développées pour éliminer seulement les cellules anormales et dysplasiques de la paroi interne de l'œsophage (ou même les cellules précancéreuses qui se trouvent seulement sur la paroi interne de l'œsophage).

Parmi celles-ci il y a :

1. Thérapie photodynamique (TPD), on utilise un laser qu'on insère dans l'œsophage avec l'endoscope pour tuer les cellules anormales de la paroi interne sans endommager le tissu normal. Avant d'effectuer la procédure, le patient prend un médicament connu comme Photofin, qui rend les cellules sensibles à la lumière

(photosensibilisation). Un perfectionnement récent s'appelle thérapie photodynamique.

2. Ablation par radiofréquence. Dans ce traitement on utilise un dispositif qui crée de l'énergie. Une fois encore, on effectue cette procédure par endoscopie. Pendant l'endoscopie on amène le dispositif vers la section anormale de l'œsophage. La bobine émet donc de l'énergie thermique qui détruit les cellules anormales. Les cellules normales voisines se multiplient et substituent les cellules anormales détruites.