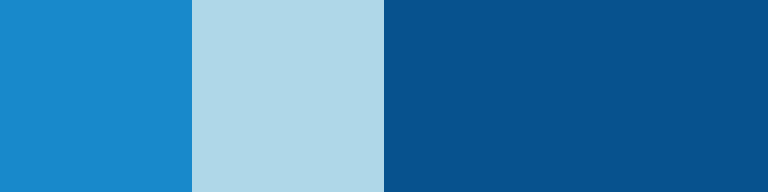




ŒSOPHAGE DE BARRETT

Medtronic
Plus loin, ensemble



QU'EST-CE QUE L'ŒSOPHAGE DE BARRETT?

L'œsophage de Barrett est une affection précancéreuse qui touche la paroi de l'œsophage, le tube de déglutition qui s'étend de la bouche à l'estomac par lequel passent les aliments et les liquides. **Environ 800 000 Canadiens vivent avec cette affection – et près de la moitié d'entre eux ne présente aucun symptôme¹.**

COMMENT SE DÉVELOPPE L'ŒSOPHAGE DE BARRETT?

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est une affection dans laquelle l'acide gastrique et les enzymes de l'estomac endommagent la muqueuse de l'œsophage, entraînant des symptômes tels que des brûlures d'estomac, la régurgitation et des douleurs thoraciques. Chez certains patients souffrant de RGO, les cellules œsophagiennes normales sont atteintes. Avec le temps, ces lésions peuvent entraîner de l'inflammation et des changements génétiques causant l'altération des cellules. Le tissu œsophagien change d'apparence et se transforme, au niveau microscopique, en tissu intestinal. Cette altération s'appelle la métaplasie intestinale ou l'œsophage de Barrett. Un patient qui présente des symptômes de RGO plus de trois fois par semaine devrait consulter un médecin. **On estime que 40 à 50 % des Canadiens souffrant de RGO pourraient développer l'œsophage de Barrett².**

COMMENT L'ŒSOPHAGE DE BARRETT EST-IL DIAGNOSTIQUÉ?

Pour qu'un diagnostic d'œsophage de Barrett soit posé, le patient doit subir une endoscopie digestive haute, habituellement effectuée par un gastro-entérologue ou un endoscopiste. L'endoscopie est une intervention non chirurgicale nécessitant une sédation modérée. Si l'on constate à l'examen que le tissu de l'œsophage de Barrett a une couleur anormale, une biopsie tissulaire aux fins d'évaluation pathologique sera pratiquée. La présence de cellules intestinales dans l'œsophage (métaplasie intestinale) en confirme le diagnostic.

Quels sont les différents types d'œsophage de Barrett?

Il existe différents types ou « grades » d'œsophage de Barrett, déterminés selon les résultats de la biopsie et de l'analyse microscopique. Ces types comprennent : métaplasie intestinale (MI) sans dysplasie, MI avec dysplasie de bas grade et MI avec dysplasie de haut grade. La dysplasie fait référence aux anomalies inhérentes d'un tissu ou d'une cellule qui les désorganisent et rappellent le cancer. Bien que la présence de dysplasie puisse accroître le risque de cancer, il ne s'agit pas d'un cancer.³⁻⁵

Quels sont les risques pour les patients souffrant de l'œsophage de Barrett

Les patients souffrant de cette affection courent chaque année un risque d'environ 0,3 % à 0,6 % que la maladie progresse vers le cancer⁶⁻⁹. De plus, des études récentes suggèrent que le risque de progression est cumulatif avec le temps. En fait, ces études ont signalé une progression vers la dysplasie de haut grade ou le cancer chez 7 % des patients atteints de l'œsophage de Barrett après 10 ans.^{8,10}



COMMENT L'ŒSOPHAGE DE BARRETT EST-IL TRAITÉ?

Selon les recommandations conjointes émises par des sociétés médicales, un patient souffrant de l'œsophage de Barrett devrait subir régulièrement des endoscopies digestives hautes accompagnées de biopsies, et ce, pour le restant de sa vie. La fréquence des endoscopies est déterminée selon le grade de l'affection. Un patient atteint de la maladie sans dysplasie subira une endoscopie de surveillance environ tous les trois ans. La fréquence chez un patient ayant une dysplasie de bas grade est plus élevée (tous les six à douze mois), en raison du risque accru de cancer. Un patient ayant une dysplasie de haut grade devrait subir une endoscopie de surveillance tous les trois mois ou recevoir un traitement définitif immédiatement^{11,12}.

En plus des approches endoscopiques de surveillance pour l'œsophage de Barrett, il existe des options thérapeutiques qui comprennent l'endoscopie et la chirurgie, lesquelles visent à éliminer complètement le tissu atteint. Les patients devraient consulter leur médecin pour déterminer l'approche qui convient le mieux à leur cas particulier.

QU'EST-CE QUE L'ABLATION?

L'ablation est une technique qui consiste à chauffer ou à congeler le tissu jusqu'à ce qu'il ne soit plus viable ou vivant. Depuis près d'un siècle, les médecins utilisent diverses formes d'ablation pour traiter un certain nombre de pathologies cancéreuses ou précancéreuses, ainsi que pour contrôler les hémorragies.¹¹

En quoi consiste l'option thérapeutique utilisant la technologie d'ablation Barrx^{MC}?

La technologie d'ablation Barrx^{MC} est un type bien particulier d'ablation. Elle consiste à administrer de l'énergie thermique (chaleur) d'une manière précise et hautement contrôlée.

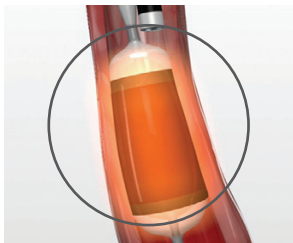
Puisque le tissu de l'œsophage de Barrett est très mince, il convient parfaitement à l'ablation par énergie thermique. L'administration de cette énergie au moyen de la technologie Barrx^{MC} peut éliminer complètement le tissu atteint sans endommager les structures sous-jacentes saines.

Des études cliniques ont démontré que le tissu de l'œsophage de Barrett peut être éliminé complètement avec la technologie d'ablation Barrx^{MC} chez 98,4 % des patients^{12,13}

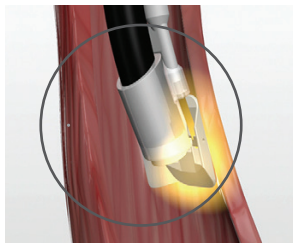
Qu'arrive-t-il durant le traitement avec la technologie d'ablation Barrx^{MC}?

L'ablation est effectuée conjointement avec l'endoscopie digestive haute. Le traitement est administré en consultation externe et ne nécessite aucune incision. La technologie d'ablation Barrx^{MC} comporte deux types de dispositifs : un cathéter à ballonnet pour ablation RF et une série de cathéters focaux pour ablation RF. Le cathéter à ballonnet pour ablation RF Barrx^{MC} 360 permet de traiter des zones circonférentielles plus grandes de l'œsophage de Barrett, tandis que les cathéters focaux pour ablation RF Barrx^{MC} sont employés pour traiter les régions plus petites.

Cathéter à ballonnet Barrx^{MC}



Cathéter focal Barrx^{MC}



Selon l'étendue de l'œsophage de Barrett, le cathéter à ballonnet pour ablation RF Barrx^{MC} ou l'un des cathéters focaux pour ablation RF Barrx^{MC} est introduit dans l'œsophage pour administrer l'énergie dans les régions ciblées.

À QUOI S'ATTENDRE APRÈS LE TRAITEMENT?

Il se peut que les patients ressentent de la douleur thoracique et aient de la difficulté à avaler pendant plusieurs jours après le traitement, deux symptômes pouvant être traités avec des médicaments fournis par le médecin. Selon des essais cliniques, ceux-ci disparaissent habituellement dans les trois à quatre jours^{12,14,15}. Les patients reçoivent des antiacides pour favoriser la guérison de l'œsophage traité et le remplacement du tissu œsophagien de Barrett par une paroi normale et saine de l'œsophage^{12,14-16}.

Un rendez-vous de suivi est prévu deux à trois mois plus tard pour évaluer la réponse du patient au traitement. Un traitement additionnel pourrait s'avérer nécessaire si des tissus associés à l'œsophage de Barrett sont toujours présents.

Comment traite-t-on le RGO à la suite d'une ablation réussie?

L'élimination réussie du tissu de l'œsophage de Barrett ne permet pas la guérison du RGO préexistant ni des symptômes connexes. Le médecin conseillera le patient sur les options de traitement prolongé du RGO.

Mise en garde : Selon la loi fédérale, ce dispositif doit être vendu par un professionnel de la santé autorisé ou à sa demande. Sur ordonnance seulement.

Information sur les risques : Les effets secondaires suivants sont les réactions transitoires et prévisibles après un traitement : gêne thoracique, déglutition difficile ou douloureuse, mal de gorge ou fièvre. Les complications observées peu fréquemment comprennent : lacération de la muqueuse, saignements aigus mineurs et majeurs, sténose, perforation, arythmie cardiaque, épanchement pleural, aspiration et infection. Les complications potentielles n'ayant pas été observées comprennent : décès. Veuillez consulter un médecin pour plus d'information.

***Rappel important :** Ce document a uniquement pour but de fournir de l'information générale et non de servir de base définitive pour poser un diagnostic ou déterminer le traitement d'un cas particulier. Il est très important que vous consultiez votre médecin au sujet de votre état de santé, des contre-indications et des complications possibles.

Références: 1. Canadian Digestive Health Foundation, Understanding Barrett's Esophagus, www.cdhf.ca. 2. Strategic Market Assessment: Barrx GI", Dymedex Market Development Consulting, Oct 2014 3. Haggitt RC. Barrett's esophagus, dysplasia, and adenocarcinoma. *Hum Pathol.* 1994 Oct;25(10):982-93. 4. Noffsinger AE. Defining Cancer Risk in Barrett's Esophagus: A Pathologist's Perspective. *Gastrointest Cancer Res.* 2008 Nov-Dec; 2(6):308-310. 5. Sharma P, Falk GW, Weston AP, Reker D, Johnston M, Sampliner RE. Dysplasia and cancer in a large multicenter cohort of patients with Barrett's esophagus. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4(5):566-572. Epub 2006 Apr 17. 6. Wani S, Puli SR, Shaheen NJ, et al. Esophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus after endoscopic ablative therapy: a meta-analysis and systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2009 Feb;104(2):502-13. 7. de Jonge PJ, van Blankenstein M, Looman CW, et al. Risk of malignant progression in patients with Barrett's oesophagus: a Dutch nationwide cohort study. *Gut.* 2010 Aug;59(8):1030-6. 8. Wani S, Falk GW, Post J, et al. Patients with nondysplastic Barrett's esophagus have low risks for developing dysplasia or esophageal adenocarcinoma. *Gastroenterology.* 2011 Oct;141(4):1179-86. 9. Jung KW, Talley NJ, Romero Y, et al. Epidemiology and natural history of intestinal metaplasia of the gastroesophageal junction and Barrett's esophagus: a population-based study. *Am J Gastroenterol.* 2011 Aug;106(8):1447-55. 10. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Barrett's Esophagus. *Gastroenterology.* 2011;140:1084-1091. 11. McGahan JP, van Raalte VA. Tumor Ablation, 2005, Section I, 3-16. doi:10.1007/0-387-28674-8_1. 12. Fleischer DE, Overholt BF, Sharma VK, et al. Endoscopic ablation of Barrett's esophagus: a multicenter study with 2.5-year follow-up. *Gastrointest Endosc.* 2008; 68:867-76. 13. Data on file, covering the period of April 2005 through February 2012. 14. Sharma VK, Kim HJ, Das A, et al. A prospective pilot trial of ablation of Barrett's esophagus with low-grade dysplasia using stepwise circumferential and focal ablation (HALO system). *Endoscopy.* 2008;40:380-387. 15. Gondrie JJ, Pouw RE, Sondermeijer CM, et al. Stepwise circumferential and focal ablation of Barrett's esophagus with high-grade dysplasia: results of first prospective series of 11 patients. *Endoscopy.* 2008;40:359-369. 16. Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. *N Engl J Med.* 2009;360:2277-2288.

medtronic.com[†]

[†]Le contenu du site vise un public mondial et n'est pas spécifique au public canadien.

© 2017 Medtronic. Tous droits réservés. Le logo Medtronic et plus loin, ensemble sont des marques de commerce de Medtronic. Toutes les autres marques de commerce sont la propriété d'une société affiliée à Medtronic.

Licence de Santé Canada détenue par BARRX Medical Inc...

Fabriqué par : BARRX Medical Inc., 540 Oakmead Parkway, Sunnyvale, CA, US, 94085. CA-ET-0060-F Rev. 04/2017 (US160245)

8455, autoroute Transcanadienne
Saint-Laurent (Québec) H4S 1Z1
877-664-8926 (tél.)
800-567-1939 (télééc.)

Medtronic