

LE DÉPISTAGE DE L'ADÉNOCARCINOME DE L'ŒSOPHAGE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN CHRONIQUE



Recommandation

Le Groupe d'étude recommande de ne pas procéder au dépistage de l'adénocarcinome de l'œsophage (ACO) ou de ses précurseurs (œsophage de Barrett ou dysplasie) chez les adultes atteints de reflux gastro-œsophagien (RGO) chronique

Recommandation forte; données probantes de très faible certitude

1. À qui cette recommandation s'adresse-t-elle?

- Cette recommandation s'adresse aux personnes ≥ 18 ans ayant un RGO chronique.
- Cette recommandation ne s'adresse pas aux personnes présentant des symptômes d'alarme (p. ex., dysphagie, odynophagie, vomissements récurrents, perte de poids inexplicée, anémie, perte d'appétit ou saignements gastro-intestinaux) ou celles ayant reçu un diagnostic d'œsophage de Barrett (avec ou sans dysplasie), qui doivent être évaluées, référées et prises en charge en conséquence.

2. Pourquoi est-ce une recommandation forte de ne pas procéder au dépistage?

- Une revue systématique n'a identifié qu'une seule étude de cohorte rétrospective présentant des données probantes de très faible certitude qui mentionnait que, bien que les patients ayant préalablement subi une endoscopie étaient plus susceptibles d'avoir un stade précoce d'adénocarcinome au moment du diagnostic, il n'y avait pas de différences significatives en matière de survie (c.-à-d., aucun bénéfice).
- La recommandation est forte parce que le Groupe d'étude accorde une grande importance aux ressources systémiques nécessaires au dépistage de tous les patients atteints de RGO chronique, sans preuves de bénéfices.

3. Quels sont les bénéfices et les préjudices associés au dépistage des patients pour l'ACO?

- Bénéfices:
 - Les données probantes examinées dans le cadre de cette ligne directrice n'ont pas permis d'identifier des bénéfices significatifs d'un point de vue clinique en ce qui concerne la diminution de l'incidence du cancer ou de la mortalité liée au cancer.
 - Cependant, le dépistage peut favoriser la détection d'autres conditions à haut risque (comme l'œsophage de Barrett avec ou sans dysplasie) et permettre un traitement et une surveillance.
- Préjudices:
 - L'augmentation de l'anxiété liée à l'endoscopie chez certains patients, en particulier en ce qui concerne les techniques endoscopiques sans sédation.
 - Les effets indésirables liés aux médicaments préalables à l'endoscopie.
 - Une lésion endoscopique à la paroi de l'œsophage ou de l'estomac qui peut mener à une infection ou des saignements.

4. Pourquoi la présence de facteurs de risque d'ACO ne change-t-elle pas la recommandation?

- Bien que les facteurs de risque, comme l'âge (≥ 50 ans), le sexe masculin, les antécédents familiaux d'ACO, la race ou l'ethnicité blanche, l'obésité abdominale et le tabagisme peuvent augmenter le risque d'ACO, les études de cohortes et les essais cliniques pertinents ne comportaient pas suffisamment de données probantes dans chaque catégorie pour soutenir la modification de notre recommandation de ne pas dépister en fonction de ces facteurs, seuls ou en association.

*Pour obtenir la liste des références, veuillez vous reporter à la ligne directrice complète intitulée : Recommandations sur le dépistage de l'adénocarcinome œsophagien chez les patients atteints de reflux gastro-œsophagien chronique.