



Ligne directrice sur le dépistage de l'adénocarcinome œsophagien chez les patients atteints de reflux gastro-œsophagien chronique – Résumé à l'intention des cliniciens

POPULATION

Cette ligne directrice sur le dépistage de l'adénocarcinome œsophagien (ACO), de l'œsophage de Barrett ou de la dysplasie (problèmes précurseurs) s'applique aux adultes de 18 ans et plus qui ont reçu un diagnostic de reflux gastro-œsophagien (RGO) chronique.

Cette recommandation ne s'applique pas aux personnes qui souffrent de RGO accompagné de symptômes alarmants (p. ex., dysphagie, odynophagie, vomissements récurrents, perte de poids inexplicquée, anémie, perte d'appétit ou saignements gastro-intestinaux) ni aux personnes chez qui on a diagnostiqué un œsophage de Barrett (avec ou sans dysplasie).

FARDEAU DE LA MALADIE

En 2019, on a diagnostiqué environ 6 nouveaux cas de cancer de l'œsophage pour 100 000 Canadiens. Le taux de survie net à cinq ans, estimé à 15 %, est l'un des plus faibles de tous les pronostics de cancer. L'incidence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, avec une estimation de 10 cas comparativement à 2 cas pour 100 000, respectivement. L'adénocarcinome œsophagien (ACO) est le type de cancer de l'œsophage le plus courant au Canada, suivi du carcinome spinocellulaire. L'incidence a changé au cours des 40 dernières années, les taux d'adénocarcinomes augmentant et ceux des carcinomes spinocellulaires diminuant. Ce changement peut résulter de l'augmentation des facteurs de risque liés à l'adénocarcinome (p. ex., reflux gastro-œsophagien, obésité) et de la diminution des facteurs de risque liés au carcinome spinocellulaire (p. ex., tabagisme).

Les facteurs de risque les plus importants pour l'ACO sont les affections précancéreuses (p. ex., œsophage de Barrett, dysplasie), l'âge (≥ 50 ans), le RGO, le sexe masculin, les antécédents familiaux, la race ou l'origine ethnique blanche, l'obésité abdominale et le tabagisme. On croit que l'histoire naturelle de l'ACO suit une progression séquentielle du RGO à l'œsophage de Barrett, puis à la dysplasie de bas grade et à la dysplasie de haut grade.

La prévalence des cas de RGO présentant des symptômes hebdomadaires en Amérique du Nord et en Europe est estimée à 10 à 20 % de la population. Environ 5 % à 15 % des patients atteints de RGO développent un œsophage de Barrett, comparativement à 1 % à 2 % de la population générale. Le risque de développer un ACO en raison d'un œsophage de Barrett augmente d'environ 0,3 % par année sans dysplasie et passe à 0,5 % avec une dysplasie de faible grade et à 6 % avec une dysplasie de haut grade. Le RGO est associé à une probabilité de 5 à 7 fois plus élevée de développer un ACO (35 cas d'ACO pour 100 000 hommes avec RGO à 60 ans par rapport à 7 sans RGO), et 60 % des patients atteints de ce cancer signalent des antécédents de RGO.

RECOMMANDATION

- *Nous ne recommandons pas le dépistage de l'ACO chez les adultes (≥ 18 ans) qui souffrent de RGO chronique ou d'états précurseurs (œsophage de Barrett, dysplasie) (Recommandation faible; données probantes de certitude très faible).*



Cette recommandation ne s'applique pas aux personnes présentant des symptômes alarmants ni à celles chez qui on a diagnostiqué un œsophage de Barrett (avec ou sans dysplasie).

BASE DE LA RECOMMANDATION

Bien que des facteurs de risque tels que l'âge (≥ 50 ans), le sexe masculin, les antécédents familiaux, la race ou l'ethnie blanche, l'obésité abdominale et le tabagisme puissent augmenter le risque d'ACO, les essais et les études de cohorte pertinents n'ont pas inclus suffisamment de données dans chaque catégorie pour soutenir une modification de notre recommandation de dépistage basée sur ces facteurs, seuls ou en combinaison.

Dans l'ensemble, la certitude était très faible pour ce qui est des données probantes directes sur le dépistage de l'ACO (c.-à-d. comparaison entre le dépistage et l'absence de dépistage). Une étude de cohorte rétrospective a indiqué que, même si les patients qui avaient déjà eu une œsophagogastroduodénoscopie (OGD) de dépistage étaient statistiquement plus susceptibles d'avoir un stade inférieur d'ACO, il n'y avait pas de différence statistiquement significative en matière de survie (c.-à-d. aucun avantage). On a signalé un événement indésirable grave nécessitant une hospitalisation après une endoscopie transnasale (données probantes de certitude très faible).

Certains patients ont indiqué une volonté modérée de se soumettre à un dépistage selon leur jugement des avantages et des inconvénients. Toutefois, la participation réelle aux essais de dépistage était faible. De plus, le dépistage de tous les adultes atteints de RGO chronique nécessiterait d'importantes ressources à l'échelle du système de santé.

Compte tenu de la disponibilité limitée de données probantes directes sur l'efficacité du dépistage, le groupe de travail a également examiné les données probantes indirectes sur l'efficacité du traitement de l'œsophage de Barrett, de la dysplasie ou de l'ACO de stade 1. Un survol des examens systématiques a montré que certains traitements endoscopiques peuvent éradiquer la dysplasie, mais la qualité des données probantes variait de très faible à faible.

Comme il n'y avait pas de différence significative au niveau de la survie ou d'autres résultats importants pour les patients, le groupe de travail recommande de ne pas procéder au dépistage de l'ACO et de ses états précurseurs. La recommandation est forte parce que, dans son cadre décisionnel fondé sur les données probantes, le groupe de travail a accordé une grande valeur aux ressources requises à l'échelle du système pour procéder à un dépistage chez tous les patients souffrant de RGO chronique en l'absence de données appuyant son utilité.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MISE EN ŒUVRE

Les cliniciens doivent connaître les symptômes alarmants (p. ex., dysphagie, odynophagie, vomissements récurrents, perte de poids inexplicée, anémie, perte d'appétit ou saignements gastro-intestinaux) de l'ACO et évaluer, aiguiller et prendre en charge les patients en fonction de ceux-ci. Ils doivent également faire preuve de jugement clinique pour l'examen et la prise en charge des personnes qui ne réagissent pas au traitement du RGO ou qui présentent des symptômes suggérant d'autres troubles du tractus gastro-intestinal supérieur (p. ex., dyspepsie).

Liens Q&R sur l'ACO à l'intention des cliniciens :

Français : <https://canadiantaskforce.ca/adenocarcinome-oesophagien-faq-pour-cliniciens/?lang=fr>

Anglais : <https://canadiantaskforce.ca/esophageal-adenocarcinoma-clinician-faq>

**Groupe d'étude canadien sur
les soins de santé préventifs**
info@canadiantaskforce.ca
www.groupeetudecanadien.ca



**Groupe d'étude canadien sur
les soins de santé préventifs**

Liens Q&R sur l'ACO à l'intention des patients :

Français : <https://canadiantaskforce.ca/adenocarcinome-oesophagien-faq-pour-patients/?lang=fr>

Anglais : <https://canadiantaskforce.ca/esophageal-adenocarcinoma-patient-faq>