

Les erreurs à ne pas faire : lors d'une radiofréquence œsophagienne

Dr Flavius-Stefan Marin

Service de Gastroentérologie, d'endoscopie et d'oncologie digestive
Hôpital Cochin – Groupe hospitalier APHP.Centre
Université Paris Cité
27 rue du Faubourg St Jacques, 75014 Paris

flavius.marin@aphp.fr



Avant les erreurs, un petit rappel



Société Française d'Endoscopie Digestive
Formation - Qualité - Recherche

ACCUEIL › ACTUALITÉS › DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE L'ESGE SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ŒSOPHAGE DE BARRETT : LES POINTS CLEFS

DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE L'ESGE SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ŒSOPHAGE DE BARRETT : LES POINTS CLEFS

Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Avant les erreurs — les indications

RECOMMENDATION 11

ESGE recommends offering endoscopic eradication therapy using ablation to patients with BE and low grade dysplasia (LGD), on at least two separate endoscopies, both confirmed by a second experienced pathologist.
Strong recommendation, high level of evidence.

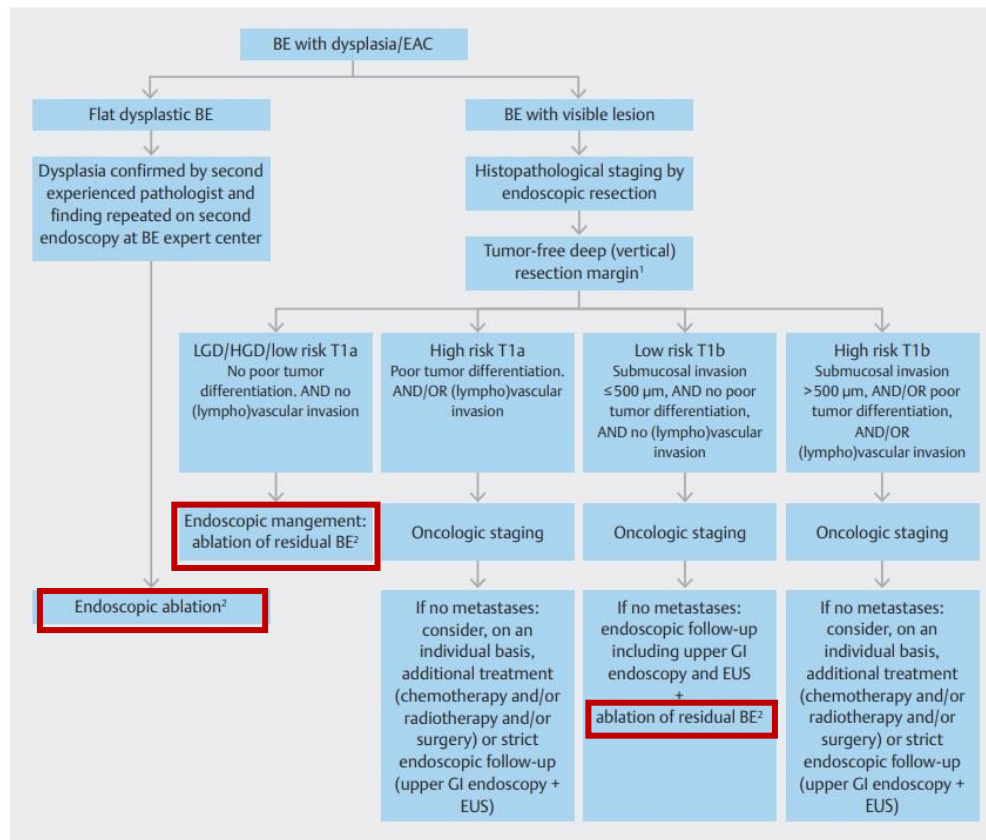
RECOMMENDATION 12

ESGE recommends endoscopic ablation treatment for BE with confirmed HGD without visible lesions, to prevent progression to invasive cancer.
Strong recommendation, high level of evidence.

RECOMMENDATION 13

ESGE recommends offering complete eradication of all remaining Barrett epithelium by ablation after endoscopic resection of visible abnormalities containing any degree of dysplasia or EAC.
Strong recommendation, moderate quality of evidence.

Arbre décisionnel ESGE — ablation & résection



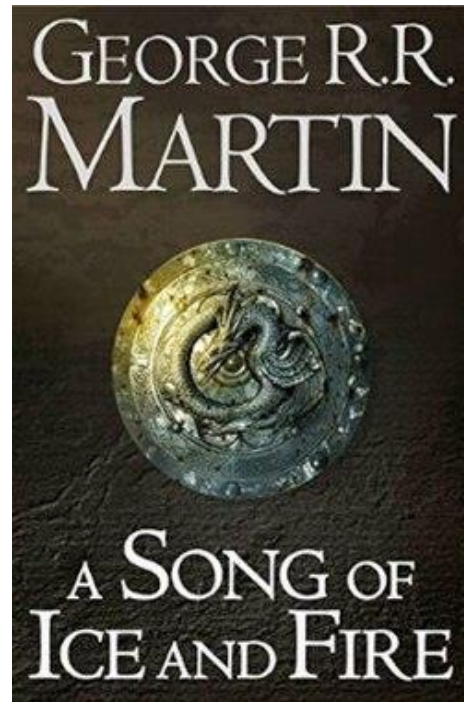
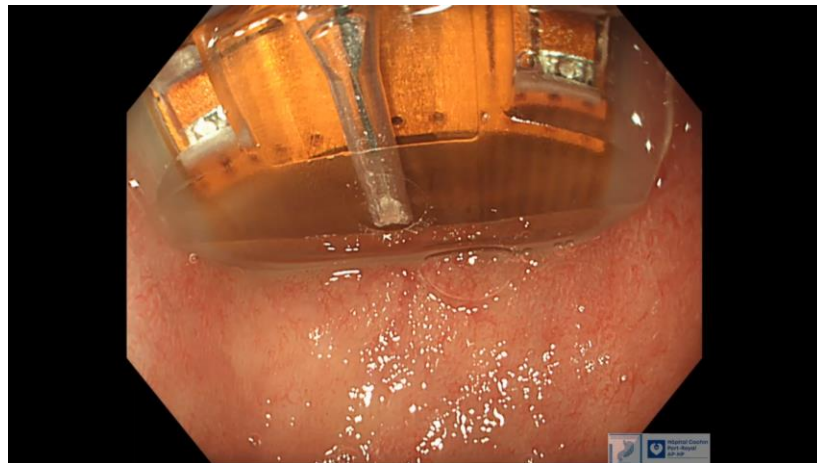
Ablation de l'œsophage de Barrett

Techniques d'ablation thermique

Cryothérapie

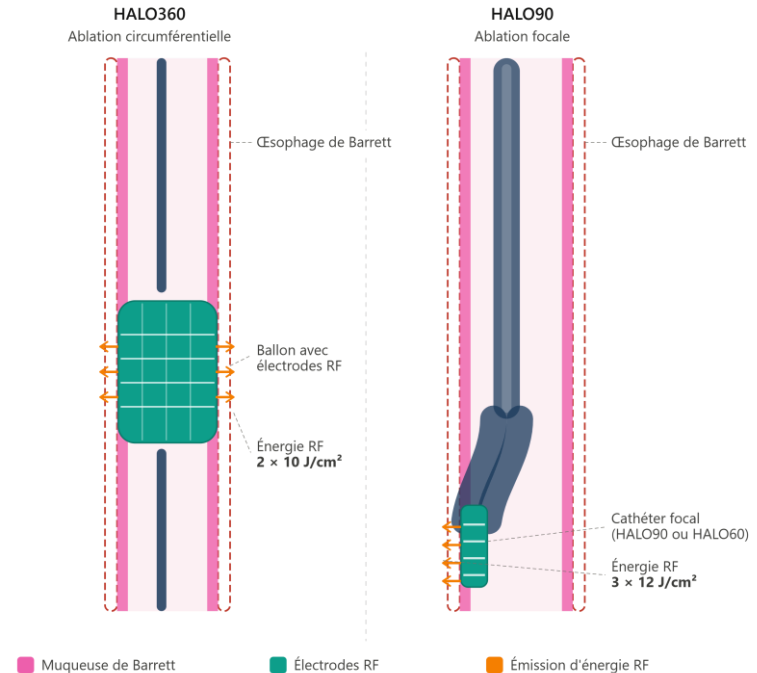


Radiofréquence



Avant les erreurs — RFA — les mécanismes

- Application d'un courant électrique alternatif HF via des microélectrodes
 - coagulation tissulaire contrôlée
 - destruction des micro-vaisseaux + dénaturation des protéines cellulaires
 - nécrose de coagulation superficielle.
- Atteinte : 1 000 μm de profondeur
- Régénération de l'épithélium squameux normal en 8–12 semaines
- Générateur d'énergie
- Cathéter circonférentiel ballon (HALO 360)
- Cathéter focal (HALO 90/60)
- **Protocole actuel (simplifié)**



Les erreurs...

(et maintenant on y arrive)



1 · Erreurs de sélection du patient

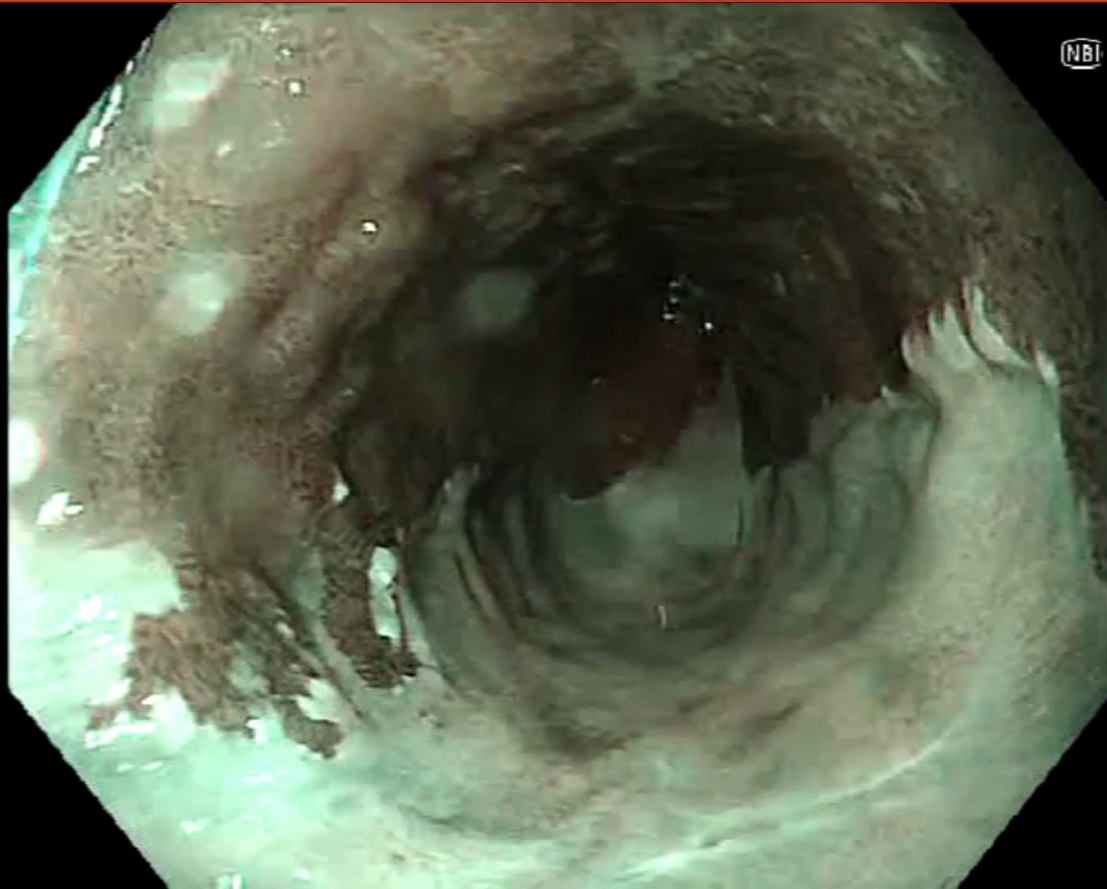


Lésion visible non réséquée – l'erreur la plus grave

Toute lésion endoscopiquement visible doit être réséquée (EMR ou ESD) avant RFA.

Traiter par RF une zone nodulaire expose à une sous-stadification et un risque de récurrence locale.

1 · Erreurs de sélection du patient



1 · Erreurs de sélection du patient

✘ Bilan insuffisant (histologie non confirmée)

La dysplasie doit être confirmée par un deuxième pathologiste expert.
Ne jamais décider la RF sur une biopsie unique ou non revue.

✘ Contre-indications non vérifiées

Coagulopathie non corrigée et/ou prise d'anticoagulants et/ou d'antiagrégants, varices œsophagiennes, sténose préexistante, état général ne permettant pas l'anesthésie : à éliminer systématiquement.



Gestion des antiagrégants et anticoagulants en endoscopie (document SFED 2023 à partir des recommandations BSG/ESGE 2021)

Faible risque	Haut risque	Très haut risque
Gastro. et Colo. +/- biopsie Échoendo sans ponction CPRE sans SE Prothèses digestives Entéroscopie simple ou double ballon	Polypectomie. CPRE avec SE EE thérapeutique GPE/Endosleeve/ligature VO Coagulation Plasma Argon (APC) Radiofréquence œsophagienne Dilatation digestive Entéroscopie spiralée	AMPULLECTOMIE

2 · Préparation muqueuse — erreurs à l'étape pré-procédure

✗ Ce qu'il ne faut PAS faire

- IPP non optimisés
- Œsophagite de reflux
- Œsophage insuffisamment nettoyé (débris, mucus)
- Biopsies concomitantes à la RFA
- Sténose relative non dilatée avant la procédure
- Délai insuffisant après résection EMR/ESD (< 12 semaines)

✓ Bonne préparation — standard

- IPP à double dose pré-procédure
- Nettoyage/lavage à l'eau +/- NAC si mucus abondant
- Dernier contrôle histologique ≥ 4 semaines avant la séance
- Dilatation systématique si calibre < 15 mm
- Cicatrisation post-resection confirmée (≥ 8 semaines, re-staging obligatoire)

3 · Erreurs techniques — Énergie, cathéter, pression, protocole

Erreur technique	Conséquence	Bonne pratique
Pression de ballon insuffisante (360)	Contact incomplet → zones non traitées → récidence	Contrôler la pression avant chaque déclenchement (compliance test)
Énergie incorrecte (hors protocole)	Ablation insuffisante	Ne pas modifier les paramètres automatiques du générateur
Mauvais positionnement du cathéter HALO 90	Zones de chevauchement ou lacunes de traitement	Contrôle visuel systématique
Mauvais choix du cathéter	Procédure prolongée vs risque de sténose majoré	Privilégier le cathéter 360 pour $\geq C2$ et Barrett naïf thérapeutique Cathéter focal pour $< C2$ / Antécédent résection $\geq 50\%$ circonférence
Surtraiter (>3 applications/site)	Absence de bénéfice supplémentaire	Respecter le protocole (3 applications/site pour le cathéter focal et 2 pour le circonférentiel)

4 · Erreurs de protocole post-procédure

J0 – J3 · Phase immédiate

À FAIRE

- Poursuite IPP haute dose +/- anti-H2 +/- sucralfate
- Régime liquide froid (12-24h)
- Surveillance : douleur rétrosternale

À ÉVITER

- Antiacides seuls sans IPP
- Réintroduction précoce des aliments chauds/durs

J3 – S12 · Phase de cicatrisation

À FAIRE

- IPP double dose +/- anti-H2 +/- sucralfate
- Surveillance : dysphagie (sténose ?)

À ÉVITER

- Arrêt prématuré des IPP
- Tolérer une dysphagie progressive persistante pour >3-4 semaines

S12 · Contrôle +/- nouvelle séance

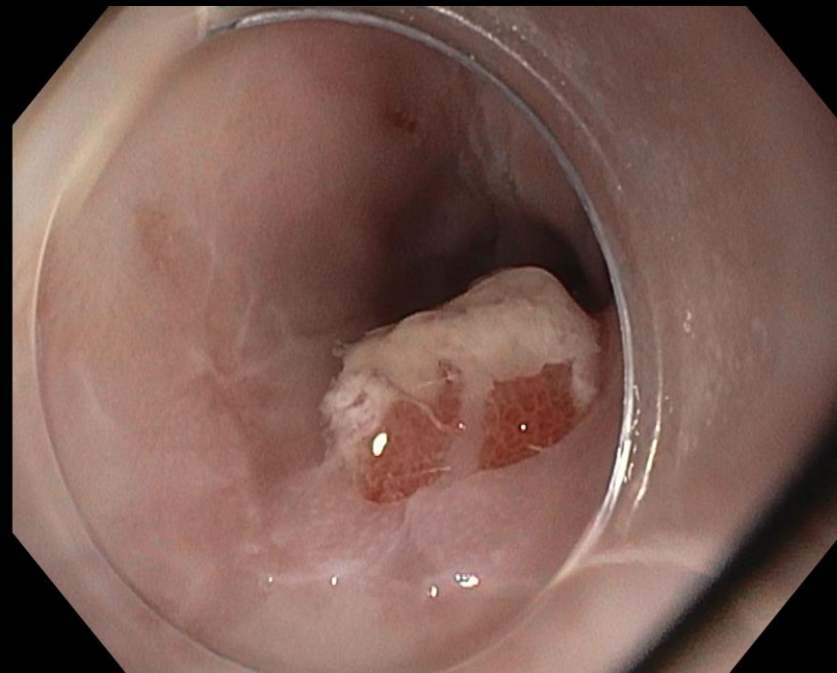
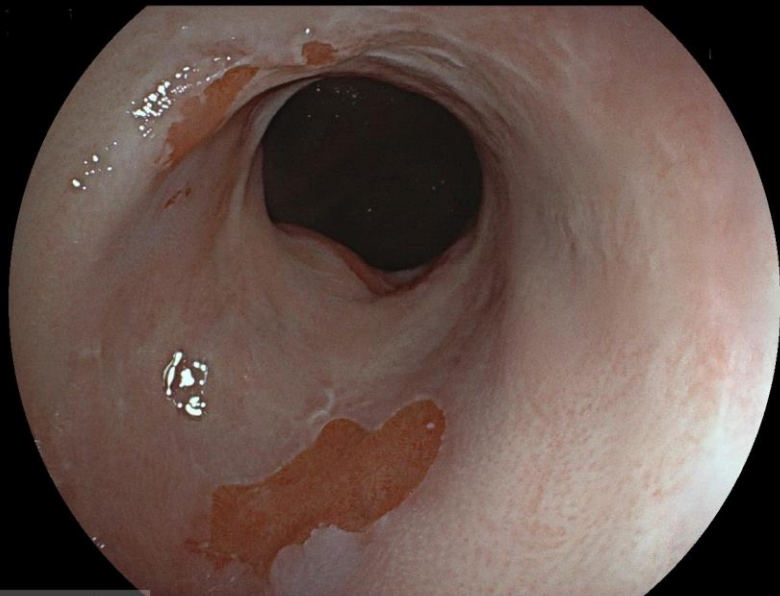
À FAIRE

- Évaluation réponse de la RFA et restaging
- Poursuivre l'éradication (focus sur la ligne Z, car site principal de récidence)
- Suivi à vie

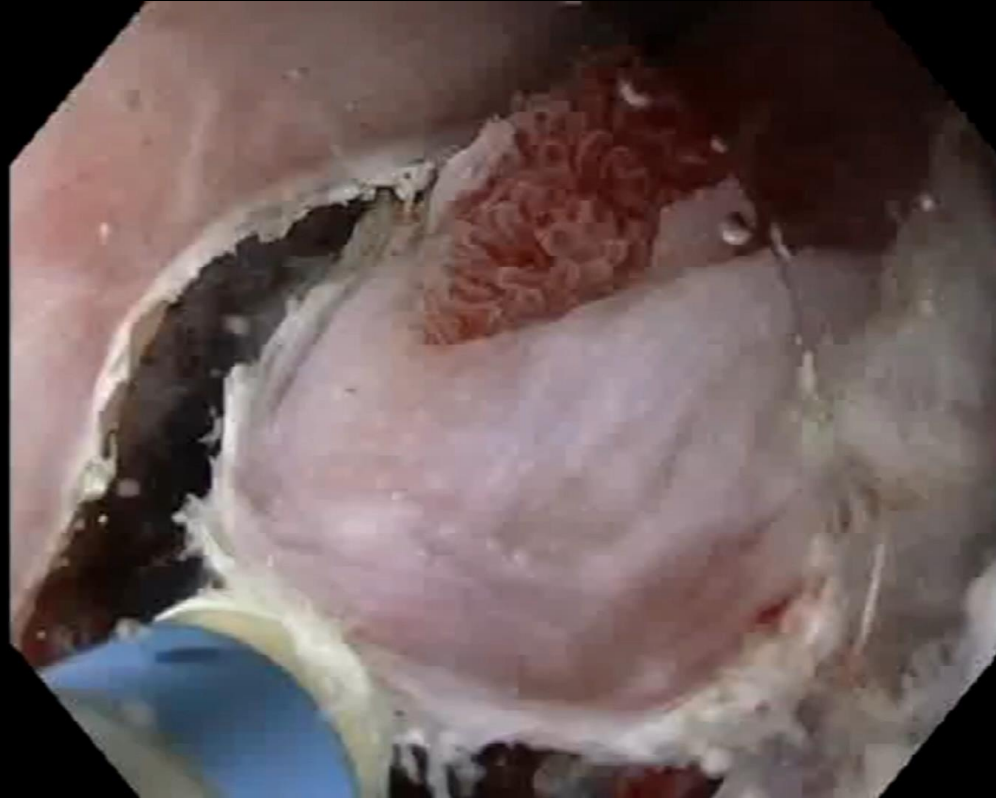
À ÉVITER

- Inspection rapide et non systématique : "patient programmé pour RFA, Barrett déjà analysé"

4 · Erreurs de protocole post-procedure – Endoscopie de suivi



4 · Erreurs de protocole post-procedure – Endoscopie de suivi



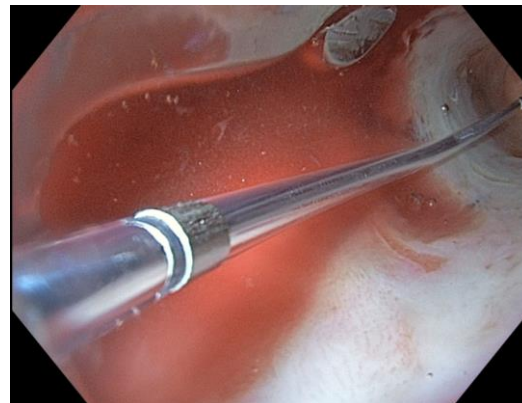
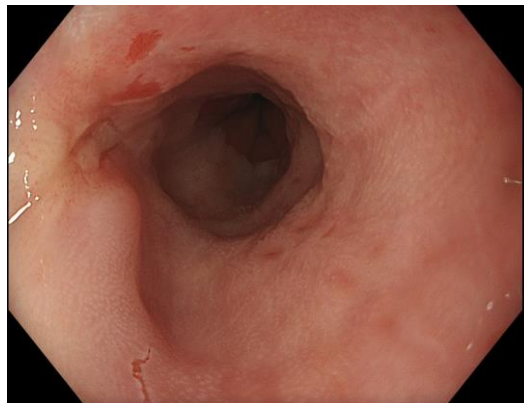
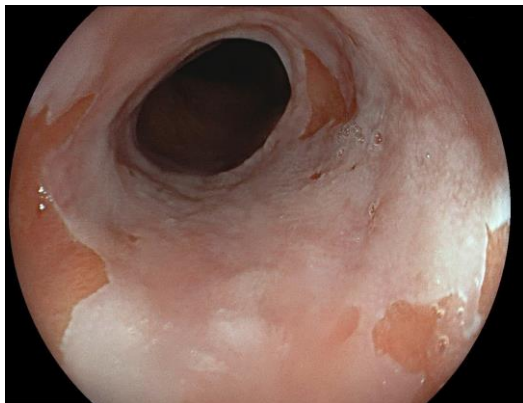
05 · Gestion des complications

Sténose – la complication principale

Prévalence : 5-15*%

Facteurs de risque : Antécédents de résection (EMR ou ESD), extension de la résection, longueur de Barrett circonférentiel, erreurs de protocole (cathéter 360)

Traitement : Dilatation endoscopique. 2% sténoses = réfractaires

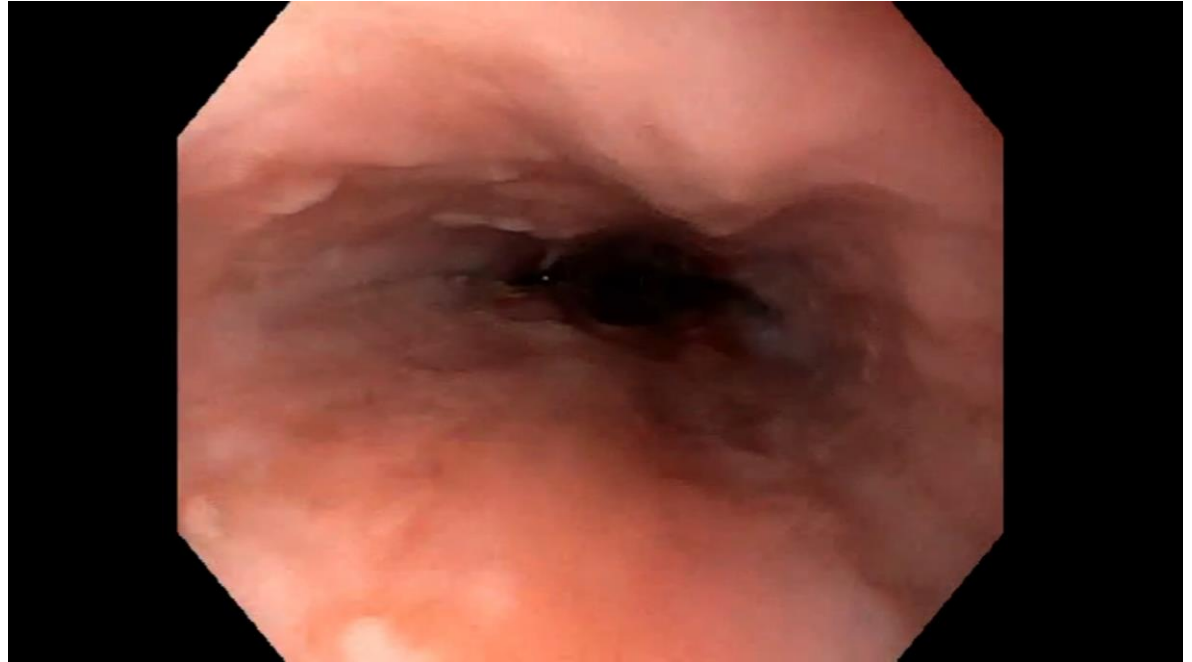


5 · Gestion des complications

Hémorragie 1-2%

Perforation <1%

Récidive / Pseudo-récidive
(cellules subépithéliales) <1%



Take-home messages

1 Ne jamais faire de RFA sur une lésion visible (surtout nodulaire).

2 La dysplasie doit être confirmée par deux pathologistes experts.

3 Chaque séance de RFA = nouvelle analyse endoscopique de l'oesophage de Barrett

4 Les IPP double dose post-RF ne sont pas optionnelles.

5 Toute dysphagie post-RF à > 3-4 semaines = endoscopie pour exclure une sténose.

6 Le suivi est à vie, malgré l'éradication complète. Informer le patient dès la 1ère consultation.