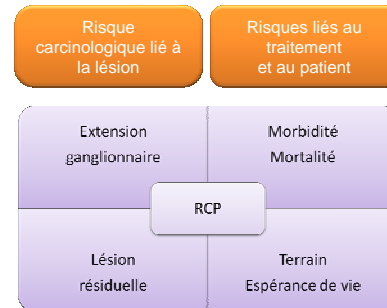
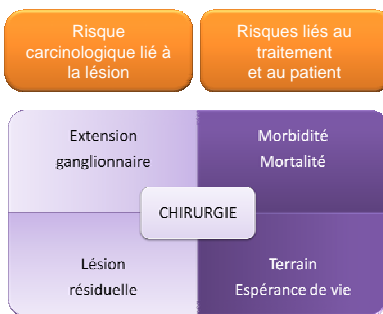


## Traitement des lésions néoplasiques superficielles du tube digestif

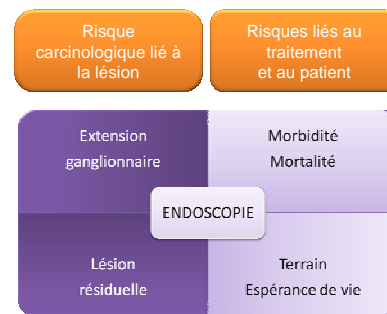
### Traitement des lésions superficielles



### Traitement des lésions superficielles



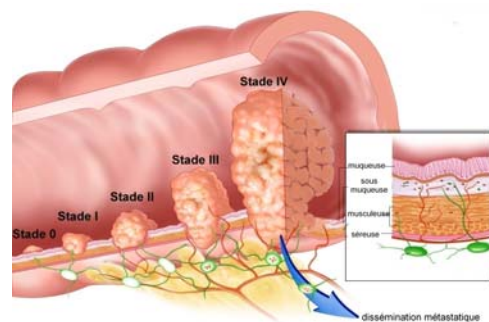
### Traitement des lésions superficielles



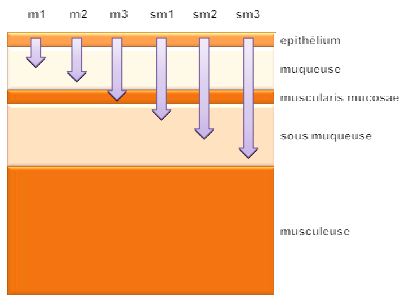
### Généralités

- Une lésion du tube digestif est appelée superficielle lorsque son aspect endoscopique évoque :
  - une néoplasie non invasive (adénome – dysplasie)
  - un cancer débutant (stade 0 de la classification UICC ou T1N0 de la classification TNM)

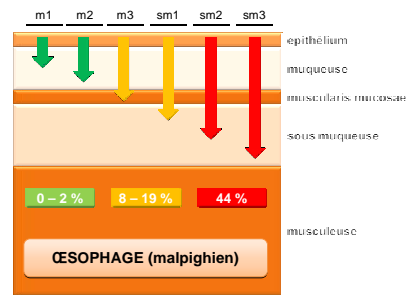
### Généralités



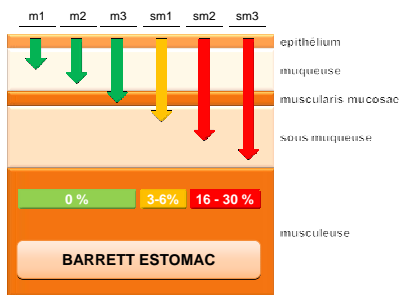
## Classification histologique



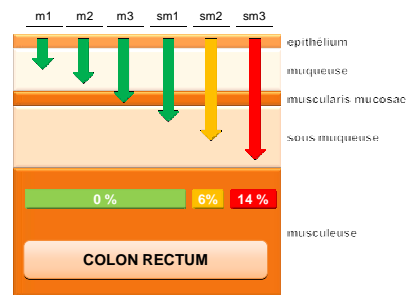
## Risque d'envahissement ganglionnaire



## Risque d'envahissement ganglionnaire



## Risque d'envahissement ganglionnaire



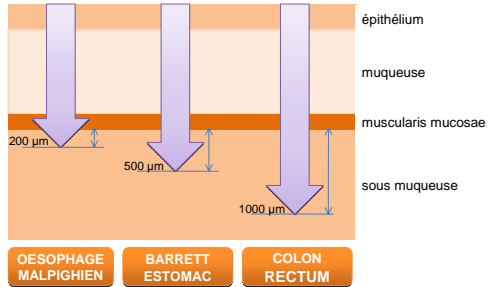
## Risque d'envahissement ganglionnaire



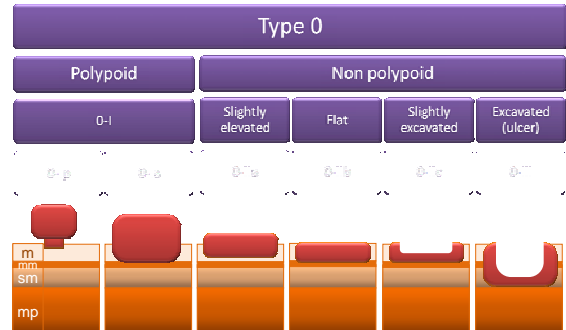
## Risque d'envahissement ganglionnaire



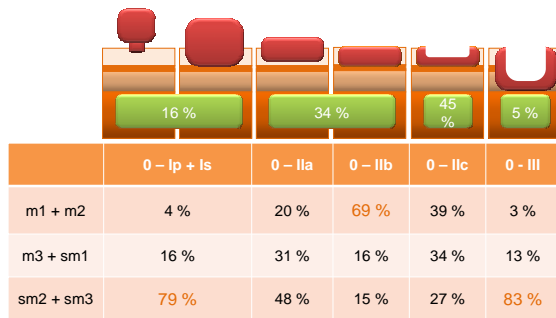
## Risque d'envahissement ganglionnaire



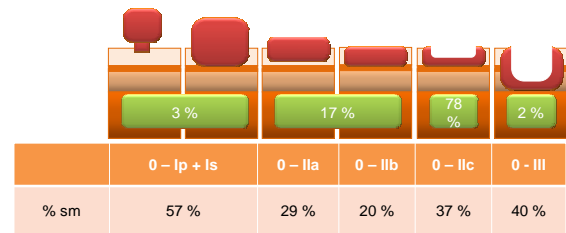
## Classification endoscopique



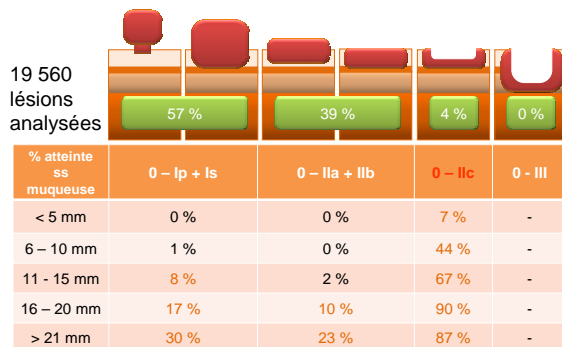
## Oesophage malpighien



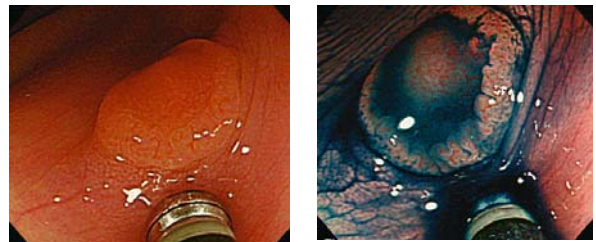
## Estomac



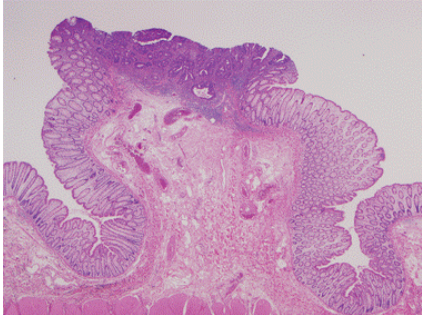
## Côlon - rectum



## Côlon - rectum



## Côlon - rectum



## Traitement des lésions superficielles

- **Traitements endoscopiques**
  - **Techniques de résection**
    - Polypectomies
    - Mucosectomie monobloc
    - Mucosectomie par fragmentation
    - Dissection sous muqueuse
  - **Techniques de destruction**
    - Photochimiques
    - Thermiques

## Les techniques de résection

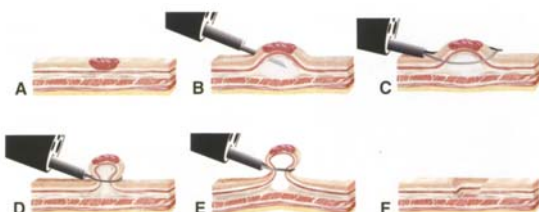
- **Techniques de mucosectomie**
  - Section simple
  - **Techniques avec injection sous muqueuse**
    - Injection, section
    - Injection, soulèvement, section (strip off biopsy)
  - **Techniques avec capuchon**
    - Aspiration, section
    - Ligature élastique

## Les techniques de mucosectomie

- **Injection sous muqueuse (5 – 50 mL)**
  - Sérum salé isotonique ± colorant ± adrénaline
  - Sérum salé + dextrose 20 – 30 - 50 %
  - Sérum salé + glycérol 10 % + fructose 5 %
  - Acide hyaluronique
  - Hydroxypropyl méthyl cellulose
- **Avantages**
  - Diminution du risque de perforation
  - Diminution du risque hémorragique
  - **Prédiction de l'infiltration sous-muqueuse**

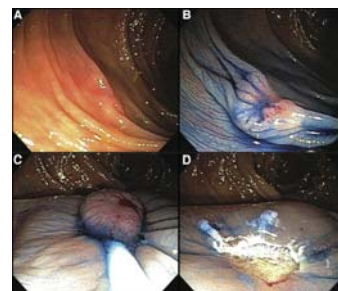
## Les techniques de mucosectomie

- **Techniques avec injection sous-muqueuse**



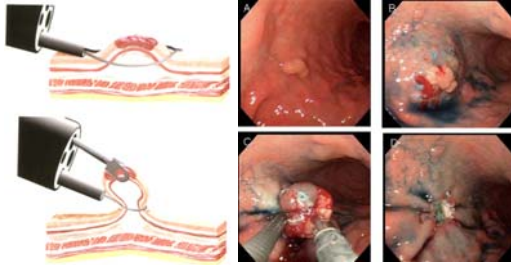
## Les techniques de mucosectomie

- **Injection et section**



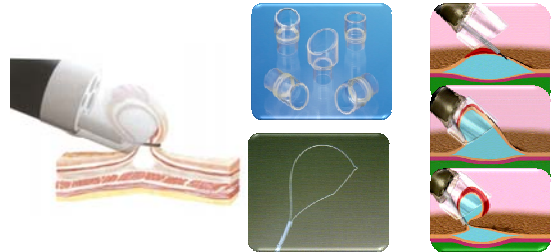
## Les techniques de mucosectomie

### • Injection, soulèvement, section



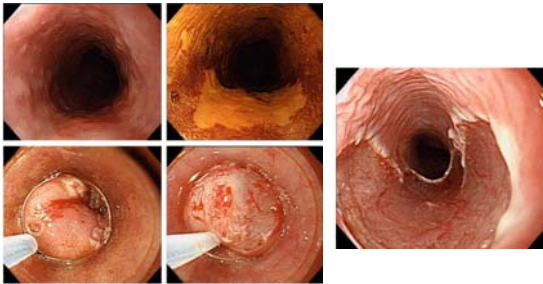
## Les techniques de mucosectomie

### • Technique avec capuchon (aspiration section)



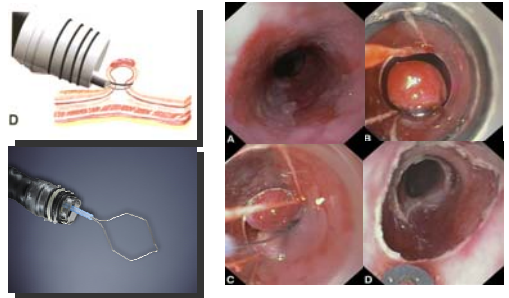
## Les techniques de mucosectomie

### • Technique avec capuchon (aspiration section)



## Les techniques de mucosectomie

### • Technique avec capuchon (ligature élastique)



## Les techniques de mucosectomie

	Œsophage	Estomac	Duodénum	Côlon
	-	+	++	++
	+	++	+	+
	++	+	-	-
	++	-	-	-

## Les techniques de mucosectomie

### • Mucosectomie monobloc

- **Avantages**
  - Etude histologique de la pièce opératoire
  - Traitement curatif des lésions superficielles sans envahissement ganglionnaire
  - Faible morbidité – mortalité nulle
  - Traitement complémentaire possible
- **Inconvénients**
  - Non adaptée aux lésions > 2 cm

## Les techniques de mucosectomie

### • Résultats des mucosectomies monobloc

Site	Résection en bloc	Récidive locale
Œsophage	64 – 84 %	0 – 10 %
Barrett	60 – 95 %	0 – 31 %
Estomac	65 – 93 %	0 – 3 %
Côlon rectum	50 – 100 %	0 – 40 %

## Les techniques de mucosectomie

### • Utilité pour le staging tumoral (EBO) :

- Comparaison de l'extension tumorale évaluée par échographie / pièce de mucosectomie

Staging par l'échoendoscopie	Pourcentage de cas
Surestimation	12 %
Sous-estimation	32 à 40 %

Nihawan PK et al. Gastrointest Endosc 2000; 52: 328-32.  
 Wieth M et al. Endoscopy 2004; 36: 776-81  
 Lightdale CJ Gastrointest Endosc 2004; 59: AB90

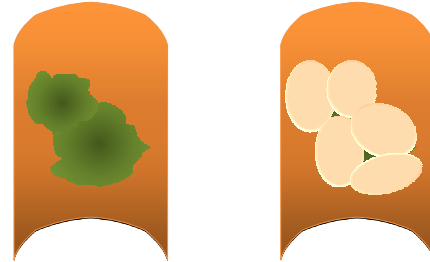
## Les techniques de mucosectomie

### • Mucosectomies monobloc :

		Diamètre maximal des lésions	Histologie
Œsophage		20 mm	
Barrett	Type 0 – I ou 0 – II	20 mm	différenciation
Estomac	Type 0 – I ou 0 – IIa	20 mm	différenciation type intestinal
	Type 0 – IIb ou 0 – IIc	10 mm	différenciation type intestinal
Côlon	Type 0 – IIc	10 mm	

## Techniques de mucosectomie

### • Mucosectomies par fragmentation (piecemeal EMR)

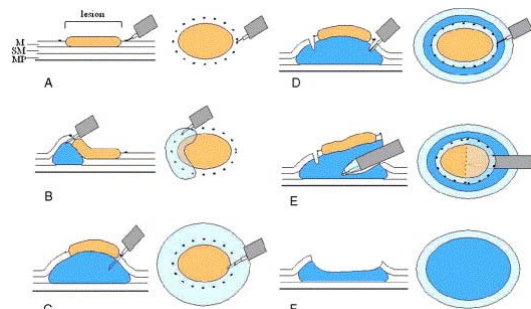


## Techniques de mucosectomie

### • Inconvénients des mucosectomies par fragmentation (piecemeal EMR)

- Augmentation du risque de complication
- Interprétation anatomo-pathologique difficile
  - Marges de résection (toujours envahies)
  - Caractère complet ou non de l'exérèse
- Risque important de récurrence (tissu néoplasique résiduel)

## Dissection sous muqueuses



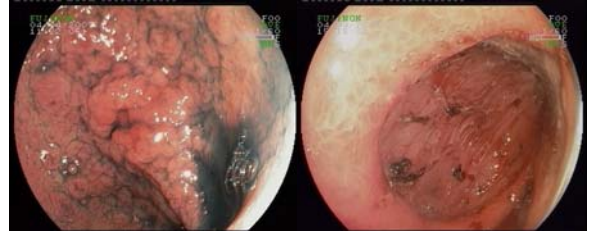
## Dissection sous muqueuses

### • 3 étapes

- Injection sous muqueuse
- Incision circonférentielle péri-lésionnelle
- Dissection dans le plan sous-muqueux



## Dissection sous muqueuses



## Dissection sous muqueuses

### • Avantages

- Résection en bloc de néoplasies étendues
- Résection possible en cas de fibrose sous-muqueuse

### • Inconvénients

- Apprentissage difficile - Expérience
- Longueur de la procédure
- Risque accru de complication par rapport à la mucosectomie

## Dissection sous muqueuses

### • Résultats

Site	Résection en bloc	Récidive locale
Estomac	91 – 96 %	0 – 3 %
Œsophage	95 – 100 %	0 – 3 %
Côlon rectum	80 – 98 %	0 – 11 %

## Complications des techniques de résection

### • Hémorragies :

- 10 % des cas en moyenne (1 – 45 %)
- Au cours de la procédure ou précoce (< 12 H) : 90 %
- Organes à risque : estomac et duodénum
- Techniques d'hémostase endoscopique

### • Perforations :

- mucosectomie : 0,3 – 0,5 %
- dissection sous muqueuse : 4 – 10 %
- Traitement :

- Fermeture endoscopique
- Méthode de Taylor
- Chirurgie

## Complications des techniques de résection

### • Sténoses :

- Œsophage (résection > ¼ circonférence) : 6 – 26 %
- Estomac (pré pylorique) : 4 – 10 %
- Traitement par dilatations endoscopiques répétées

### • Autres complications :

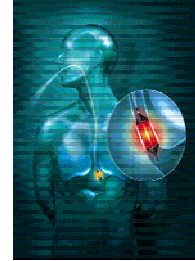
- Douleurs (œsophage)
- Pancréatite aiguë (ampullectomies)

## Les techniques de destruction

- **Avantages :**
  - Adaptées aux lésions multifocales ou diffuses
  - Traitement en 1 à 3 séances
  - Complémentaires des techniques de résection
- **Inconvénients :**
  - pas d'analyse histologique des zones traitées (incertitude sur l'extension pariétale des lésions)
  - profondeur de destruction variable
  - EBO : risque de buried Barrett après réépithélialisation malpighienne des zones traitées

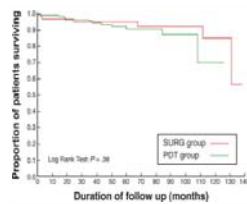
## Thérapie photodynamique

- **Porfimère sodique**
  - Photofrin®
  - Photobarr®
- Administration IV
- Éclairage 48 heures plus tard de la zone à traiter par un diffuseur de lumière émise par une source laser
- réaction photochimique dans les tissus



## Thérapie photodynamique

	PDT (n = 129)	Chirurgie (n = 70)
Age moyen (ans)	64,5	60,3
Longueur EBO (cm)	5	7
Comorbidités (n)	27	8
Suivi moyen (mois)	59	61
Mortalité (%)	9	8,5



Prasad GA et al. Gastroenterology 2007;132:1226-1233

## Radiofréquence

### Système HALO<sup>360</sup> HALO<sup>90</sup> BarrX Medical Inc.



## Radiofréquence

- **44 patients (EBO 2-9 cm)**
  - 31 mucosectomies préalables (16 cancers, 12 NIHG, 3 NIBG) - 32 NIHG 10 NIBG résiduelles après mucosectomie
  - Éradication complète après 2 séances en moyenne
    - néoplasie intra-épithéliale et métaplasie intestinale : 98 %
  - Récidive de la néoplasie intra-épithéliale : 0 % à 21 mois
    - « Buried Barrett » : 1 biopsie sur 1475 réalisées
    - Complications : 0 %
    - Sténoses : 0 %

Pouw RE et al. J Gastrointest Surg 2008; 12:1627-37

## Conclusion

- Le traitement endoscopique des lésions néoplasiques superficielles constitue une alternative au traitement chirurgical.
- Certaines règles doivent être respectées sur le plan carcinologique
  - Le traitement doit être complet, idéalement en un fragment avec une marge de sécurité.
  - Le risque d'envahissement lymphatique et/ou vasculaire doit être nul ou très faible