



> **SYMPOSIUM 2004** <  
Les lésions pré-cancéreuses  
et cancers superficiels  
en endoscopie digestive haute

# **BILAN D'EXTENSION : ECHO-ENDOSCOPIE STANDARD ET MINI-SONDES**

Docteur Christian Boustière, Marseille

# Lésions superficielles du tube digestif

## Faut-il faire une écho-endoscopie ?

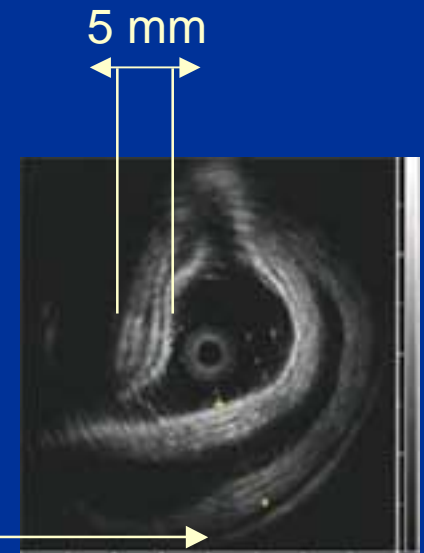
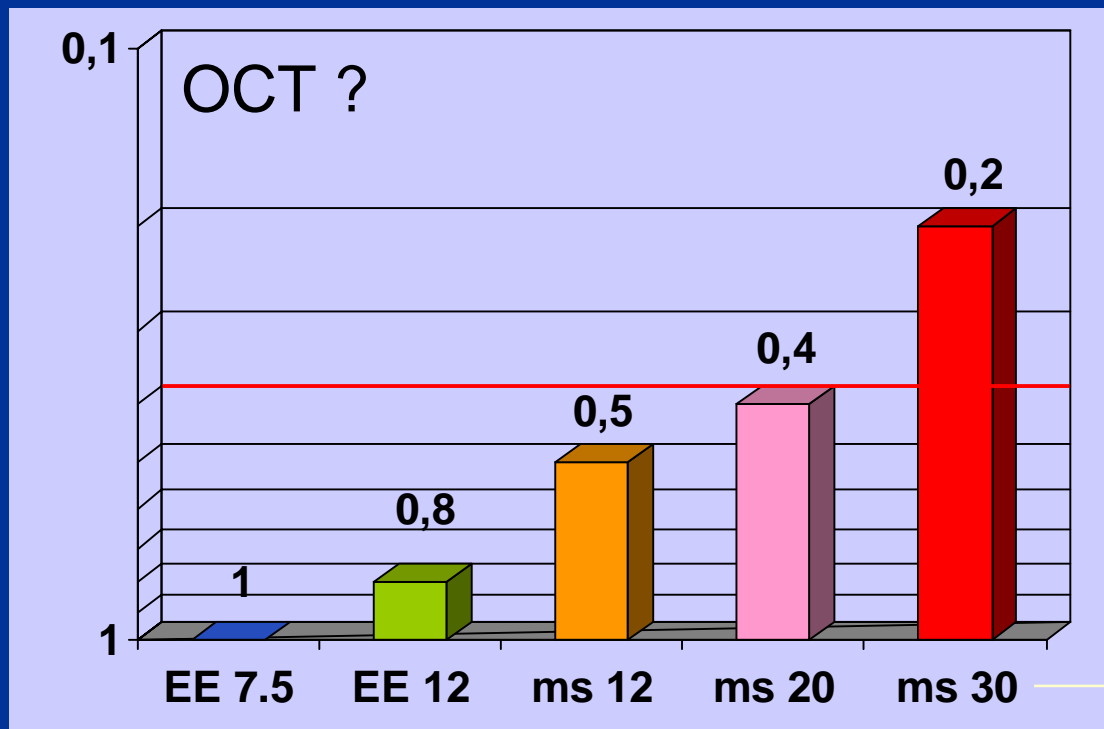
- **Evaluer l'infiltration tumorale :**
  - diagnostic pré-opératoire de lésion T1
  - accessible à un traitement endoscopique
- **Rechercher les adénopathies :**
  - critères morphologiques +/- ponction
- Assister la résection endoscopique ?
- Surveillance après traitement

# Evaluer l'infiltration tumorale par écho-endoscopie

- Atteinte de la sous-muqueuse :
  - facteur prédictif du risque ganglionnaire
  - **œsophage** > estomac > côlon
- Confirmer le **caractère intra-muqueux** :
  - **visualiser la musculaire muqueuse (mm)**
  - Mini-sondes Haute Fréquence (MsHF) : 30 MHz
- **Indispensable en l'absence de contrôle histologique** :
  - Argon, photothérapie dynamique

# Echo-endoscopie - mini-sondes haute fréquence

## Résolution



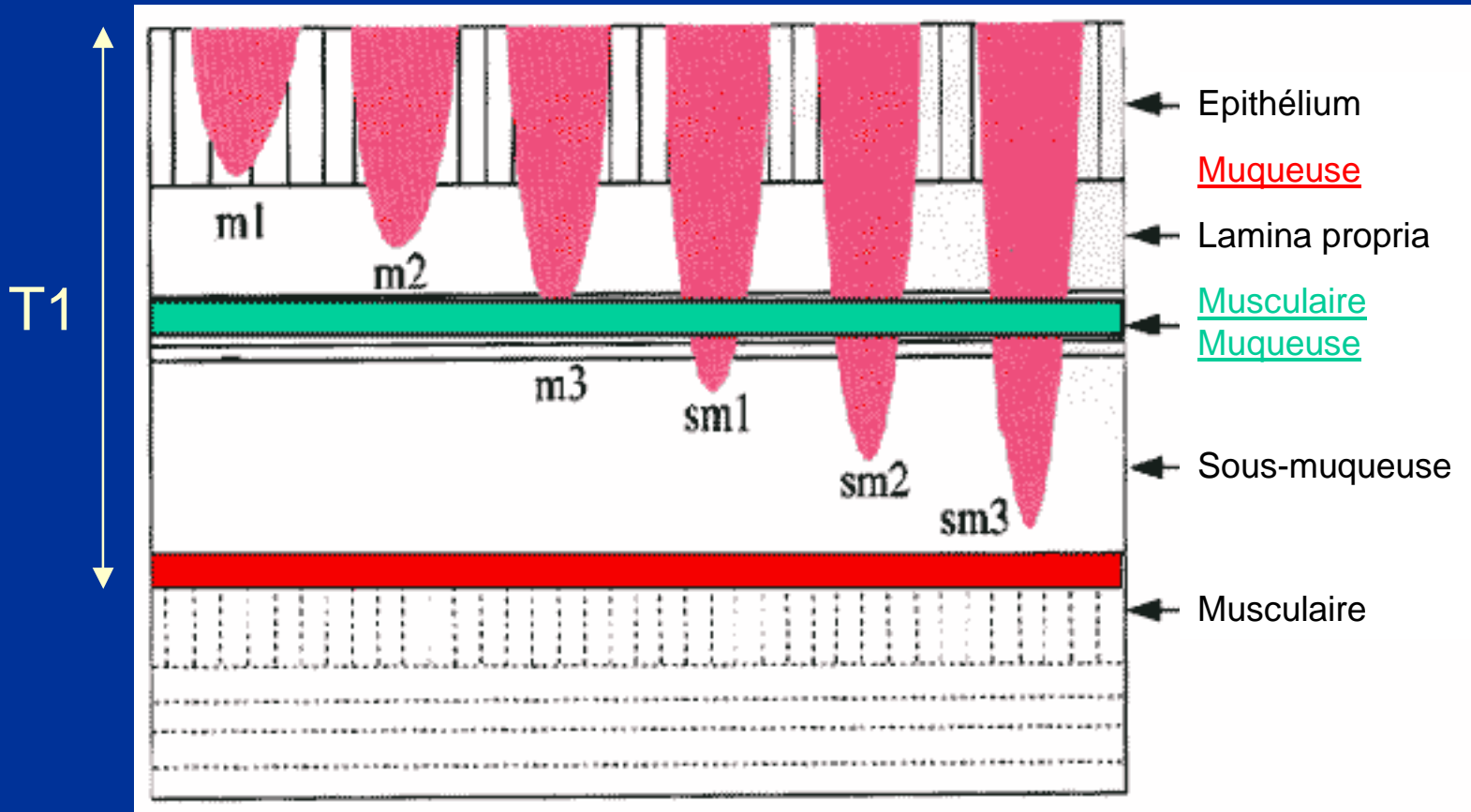
# Modalités d'utilisation des mini-sondes haute fréquence

- Sonde endocanalaire : 2,2 mm, rotative, 360°
  - Endoscope standard : canal de 2,8 mm
  - Moteur spécifique relié au processeur EUS
- Mieux : endoscope à gros canal  
ou endoscope à double canaux :  
instillation d'eau, aspiration, manœuvres combinées
- Vision endoscopique + échographique : « all in one »
- Eviter les contraintes mécaniques : rupture

# Limites des mini-sondes haute fréquence

- Lésions difficiles :
  - ulcérées, > 20 mm, ou déjà traitées
  - inflammatoires ou indifférenciées
- Zones difficiles : extrémités
  - œsophage supérieur, cardia
  - grosse tubérosité, antrum pré-pylorique
- Péristaltisme digestif :
  - modificateurs de la motricité par voie IV : **Glucagon**
  - éviter l'insufflation, coloration au Lugol
- Instillation d'eau (anesthésie générale / intubation)

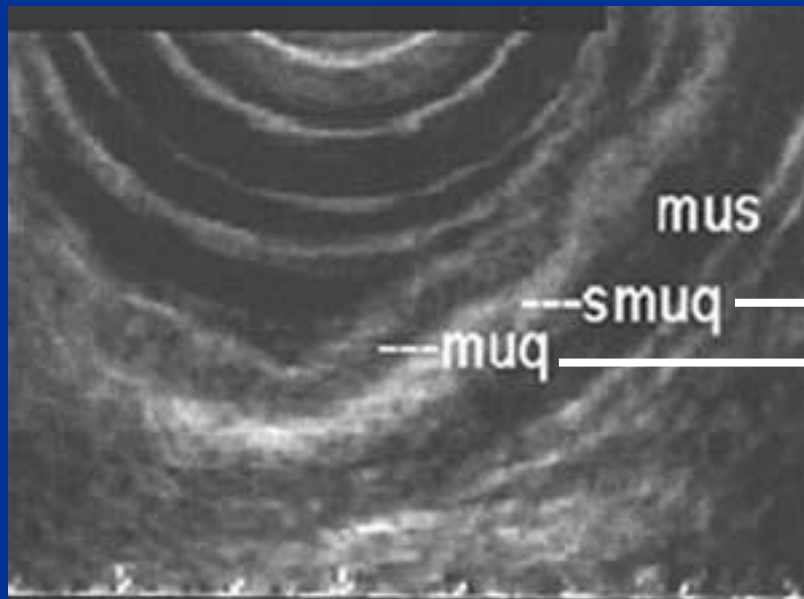
# Analyse des lésions superficielles



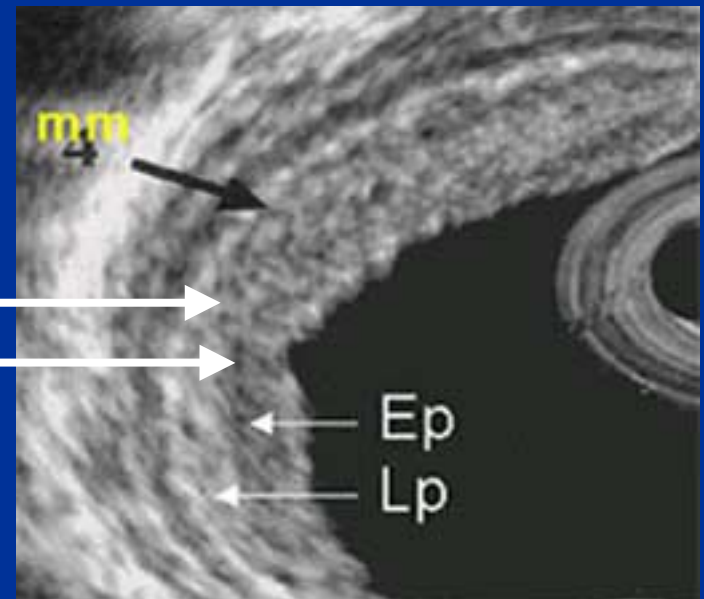
3 groupes : I (m1, m2), II (m3, sm1), III (sm2,3)

# La paroi digestive

## Echo-endoscopie standard et mini-sondes haute fréquence



EE 12 MHz : 5 couches



MsHF 30 MHz : 7/9 couches

# Performances de l'écho-endoscopie standard

## Œsophage-estomac

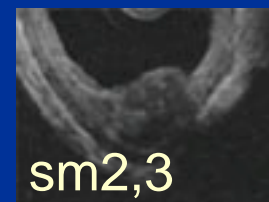
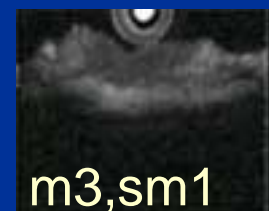
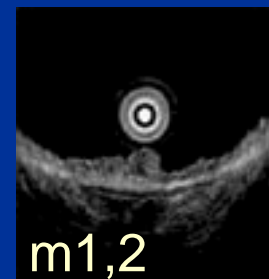
- Fréquences : 7,5 à 12 MHz  
écho-endoscope à 20 MHz : utilité ?
- Impossibilité de classer T1 m vs T1 sm
- **Fiabilité diagnostique : US T1 : 85 %**
- **Staging ganglionnaire : 73 %**



# Performances des mini-sondes haute fréquence

## œsophage

- But principal : différencier T1 m vs T1 sm
- Précision diagnostique : 87 % (> 100 p) :
  - m1-m2 : 81 %
  - sm2-sm3 : 87 %
  - m3-sm1 : 60 %
- Fiabilité Groupe 2 (m3-sm1) :
  - sur-staging : 19 %, indéterminé : 6 %
- Distinction (m1,m2) vs (sm2,3) : 93 %



# Performances des mini-sondes haute fréquence Estomac

- Précision diagnostique : 78 % (> 200 p)
  - T1-m : 78 %
  - T1-sm : 76 %
- Influence du type de lésion :  
cardia, déprimée ou > 20 mm : 60 %
- Sur-staging fréquent : 25 %  
micro-ulcérations, anomalies kystiques sm



# Echo-endoscopie

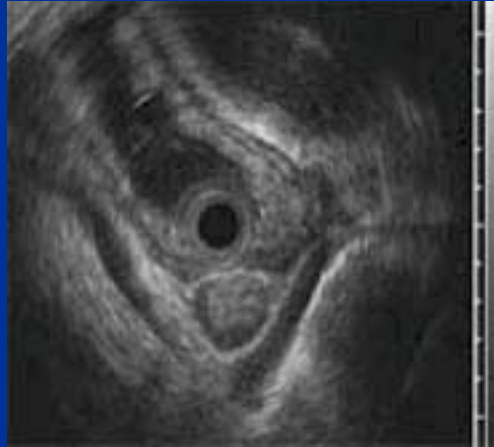
## Diagnostic des adénopathies

- **Echo-endoscopie standard :**
  - N+ : ronds, hypo-échogènes, homogènes, > 5 mm
  - médiastin : sensibilité : 79 % ; spécificité : 63 %
  - cœliaque : sensibilité : 83 % ; spécificité : 88 % (> 1 cm)
- **Ponction écho-guidée si doute :**
  - spécificité : 97 % ; sensibilité : 88 %  
(6 séries, 207 patients)
  - N+ → changement radical de traitement

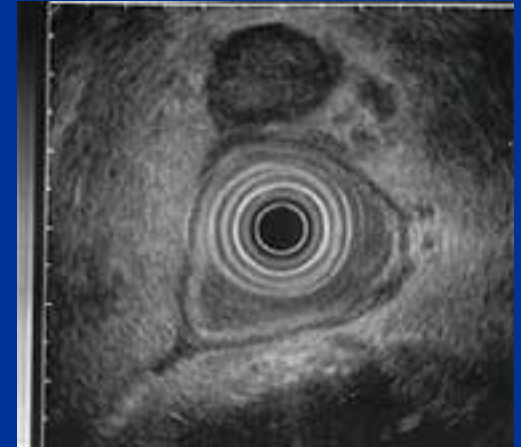
# Adénopathies et écho-endoscopie



ADP inflammatoire



ADP « suspecte »



ADP maligne

# Fréquence des adénopathies en fonction de l'infiltration

Infiltration	m1 + m2	m3 + sm1	sm2 + sm3
<b>O</b> Esophage N%	0 à 2 %	8 à 19 %	38 à 44 %
<b>E</b> stomac N%	0 à 1 % < 10 mm	3 à 6 %	14 à 27 %

*Kodama et al. Surgery 1998; 123: 432-9*  
*Gotoda et al. Gastric Cancer 2000; 3: 219-25*

# Indications : écho-endoscopie standard ou mini-sondes haute fréquence ?

- **Echo-endoscopie standard :**
  - confirmer le stade T1 de la lésion
  - rechercher les adénopathies : N0
  - visualiser une anomalie vasculaire :  
HyperTension Portale
- **MsHF :**
  - confirmer m1 m2 et récuser sm2 sm3
  - traitement sans preuve histologique
  - surveillance après mucosectomie ?

# CONCLUSION

- L'écho-endoscopie est un complément indispensable pour le traitement endoscopique des cancers superficiels du tube digestif supérieur.
- La présence d'adénopathies est directement corrélée au degré d'infiltration de la tumeur et en particulier à l'atteinte de la sous-muqueuse.
- L'apport des mini-sondes haute fréquence est donc essentiel pour valider l'indication d'un traitement endoscopique.