

**► Bilan d'extension des lésions superficielles ◄
du tube digestif supérieur.
Place de l'écho-endoscopie standard et des mini-sondes.**

Docteur Christian BOUSTIERE, Aubagne

Certaines lésions néoplasiques œsophagiennes ou gastriques peuvent être traitées efficacement par endoscopie en particulier par la technique de mucosectomie.

Cependant certaines lésions présentent un risque carcinologique plus important directement lié au degré d'infiltration tumorale dont dépend directement une éventuelle dissémination ganglionnaire. Pouvoir bien classer ces lésions avant de décider d'un geste thérapeutique local sous endoscopie est donc le rôle essentiel de l'écho-endoscopie.

Même s'il est en théorie possible d'apprécier le caractère infiltrant d'une lésion sur son seul aspect endoscopique (classification japonaise en 3 stades) ou de confirmer sa résécabilité lorsque l'injection sous-muqueuse permet un décollement complet (*lift sign*), l'analyse écho-endoscopique, en particulier avec les mini-sondes de hautes fréquences, reste indispensable dans un certain nombre de cas.

L'écho-endoscopie standard permet tout d'abord d'évaluer l'infiltration tumorale en particulier pour confirmer le caractère superficiel ou stade T1 accessible à un traitement local avec une précision diagnostique de 85 % et de faire un staging ganglionnaire dont la précision globale est de 73 %. Par contre, elle ne peut pas faire la distinction entre une lésion T1 muqueuse et une lésion T1 sous-muqueuse car sa résolution est insuffisante. Il faut pour cela faire appel à des mini-sondes haute fréquence (20 ou 30 MHz) endo-canalaires dont le pouvoir de résolution de l'ordre du 1/10 mm permet de mettre en évidence la musculaire muqueuse (structure pariétale en 9 couches). Malgré des études relativement hétérogènes, les performances des mini-sondes pour apprécier le caractère muqueux ou sous muqueux de la lésion explorée sont bonnes avec une fiabilité diagnostique de 60 à 85 % : les lésions habituellement les mieux classées sont les lésions les plus superficielles (m1, m2) et les plus profondes (sm2, sm3). Par contre, le bilan ganglionnaire est limité aux adénopathies satellites du fait de la faible profondeur de champ de ces mini-sondes haute fréquence, ce qui implique la nécessité d'une écho-endoscopie standard et éventuellement d'une ponction écho-guidée d'une adénopathie suspecte si cela doit faire basculer le patient dans un tout autre schéma thérapeutique. Le risque ganglionnaire est directement corrélé à l'organe

et au degré d'infiltration tumorale allant de moins de 1 % pour les lésions gastriques m1, m2 jusqu'à 44 % pour les lésions sm2, sm3 de l'œsophage.

En dehors de ce staging lésionnel « pré-opératoire », certains auteurs ont préconisé son utilisation pour sécuriser la résection endoscopique en visualisant une anomalie vasculaire sous-jacente ou bien pour vérifier le bon décollement sous-muqueux après injection ou encore pour vérifier le caractère complet de la résection.

En pratique, il faut conseiller un examen écho-endoscopique standard avant une résection par mucosectomie pour confirmer le caractère T1 de la lésion et pour éliminer une atteinte ganglionnaire à moins d'un patient pour lequel la chirurgie est d'emblée exclue.

L'utilisation des mini-sondes haute fréquence est surtout utile dans l'œsophage pour dépister des lésions sm+ qui en principe ne doivent pas faire l'objet d'une résection endoscopique, dans l'estomac pour des lésions > 15 mm ou de type III (lésion ulcérée) et dans tous les cas où le traitement ne permettra pas une analyse histologique complète (Argon, Laser, thérapie photodynamique).

En conclusion, l'écho-endoscopie est le complément indispensable pour le traitement endoscopique des petits cancers superficiels œso-gastriques. Le franchissement de la musculaire muqueuse, visualisée par les mini-sondes haute fréquence, doit rester en principe une contre-indication à une exérèse endoscopique du fait d'un risque carcinologique non contrôlé.