






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

STRATEGIE THERAPEUTIQUE ET TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES ADENOCARCINOMES DU CARDIA

Professeur Jean Boyer, CHU Angers

Définition

Classification de Siewert et Stein :

- Adénocarcinomes de type I, situés entre 1 et 5 cm au dessus de la jonction œso-gastrique (JOG) anatomique et développés sur endobrachyœsophage (EBO) 
- Adénocarcinomes de type II, situés entre 1 cm au dessus et 2 cm au dessous de la JOG 
- Adénocarcinomes de type III, situés entre 2 et 5 cm sous la JOG
= Adénocarcinomes de la JOG (OMS)

Les justificatifs du traitement endoscopique

- Moyenne d'âge élevée des patients :
> 65 ans dans plus de 70 % des cas
- Chirurgie à risque :
 - morbidité : 40 %
 - mortalité : 3 à 20 %
 - qualité de vie diminuée
 - récurrence : 17 %
- Risque métastatique nul en cas de dysplasie de haut-grade (DHG) ou de cancer intra-muqueux
- Risque faible d'oublier un cancer invasif avec un protocole de surveillance intensifié

**La stratégie thérapeutique
dépend
de la qualité
du bilan pré-thérapeutique**

Bilan pré-thérapeutique

Tous les patients

- Vidéo-endoscopie
- Chromo-endoscopie (bleu de méthylène - acide acétique)
- Protocole biopsique :
 - 4 biopsies par niveau de 2 cm
 - nouveau contrôle à 1 mois avec protocole biopsique intensifié (tous les cm) après traitement par IPP double dose si DHG

Patients avec cancer

- Echo-endoscopie standard et mini-sonde de 20 ou 30 MHz
- Tomodensitométrie thoracique et abdominale

Double lecture par Anatomico-Pathologistes indépendants

Deux cas de figure

- 1) DHG seule
- 2) Adénocarcinome

Conduite à tenir devant une dysplasie de haut grade

Œsophagectomie
prophylactique

Sujets jeunes
sans risque opératoire
risquant de ne pas adhérer
à la surveillance

Gastro-Entérologue
Anatomo-Pathologiste
Chirurgien
Anesthésiste

Surveillance
trimestrielle

Sujets âgés
risque opératoire élevé
Protocole de surveillance
rigoureux +++

Traitement
endoscopique

Dysplasie de haut-grade

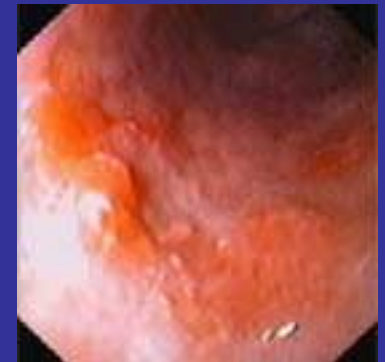
Etude des pièces d'œsophagectomie

Protocole biopsique	Cancer	T1
Non précisé	43 %	60 %
Intensif	0 à 25 %	95 à 100 %

Facteurs pronostiques de la dysplasie de haut-grade

Risque de cancer associé ou d'évolution vers le cancer

- **Faible risque :**
 - DHG non visible par endoscopie
 - DHG mono-focale
- **Haut risque :**
 - DHG visible (lésions nodulaires ou érosives)
 - DHG multi-focale



Conduite à tenir devant un adénocarcinome de la jonction œso-gastrique

Œsophagectomie

Radiothérapie
Traitements palliatifs

Sujets jeunes
sans risque opératoire

Gastro-Entérologue
Anatomo-Pathologiste
Chirurgien
Anesthésiste

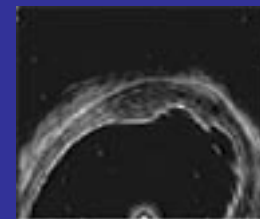
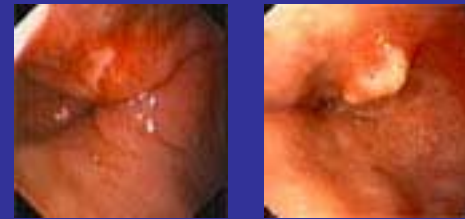
Sujets âgés
risque opératoire élevé

Traitement
endoscopique

Facteurs pronostiques des adénocarcinomes superficiels

Facteurs de mauvais pronostiques =
Risque métastatique + :

- Aspect polypoïde ou ulcéré
- Envahissement de la *muscularis mucosæ* visible à l'écho-endoscopie
- Indifférencié (grade 3)



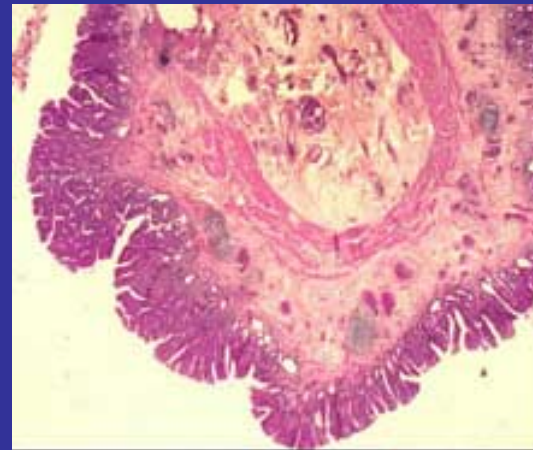
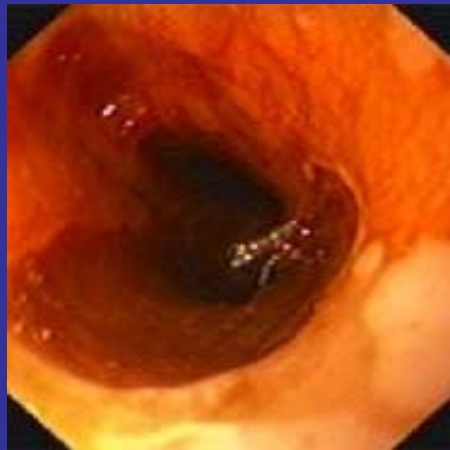
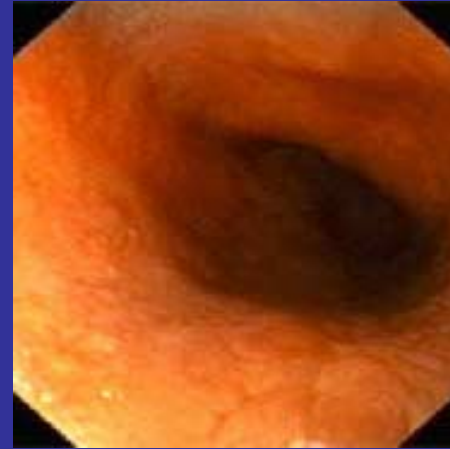
Traitements endoscopiques

- Méthodes :

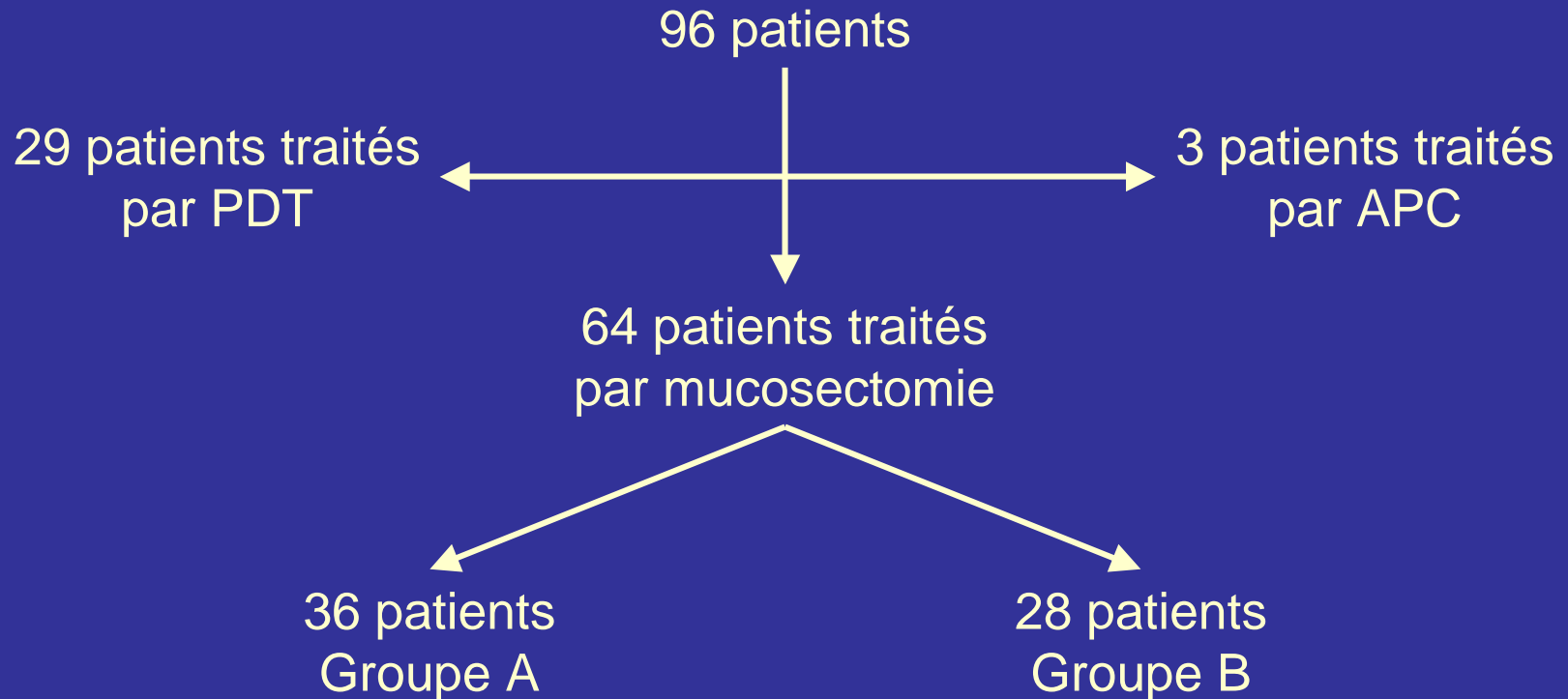
Résection	Thermiques	Photothérapie dynamique (PDT)
Mucosectomie	Coagulation par plasma d'Argon (APC) Electrocoagulation bipolaire Laser	Photofrin 5-ALA mTHPC

- **Traitements combinés** : mucosectomie + PDT + APC ou Laser

Technique de mucosectomie



Résultats du traitement par mucosectomie des cancers superficiels et de la dysplasie sévère sur endobrachyoœsophage (EBO)



Définition des groupes

Groupe A

- Diamètre lésion < 20 mm
- Type I, IIa, IIb, IIc < 10 mm
- Bien ou modérément différenciée (1 ou 2)
- Limitée à la muqueuse

Groupe B

- Diamètre lésion > 20 mm
- Type III
- Indifférenciée (3)
- Infiltration de la sous-muqueuse

Résultats de la mucosectomie pour adénocarcinome superficiel et dysplasie sévère sur EBO

Patients	Mucosectomies	Séances/patient	Rémission	Suivi (mois)
Groupe A n = 35	49	1,3 ± 0,6	97 %	12 ± 7
Groupe B n = 29	71	2,8 ± 2,0	59 %	10 ± 8

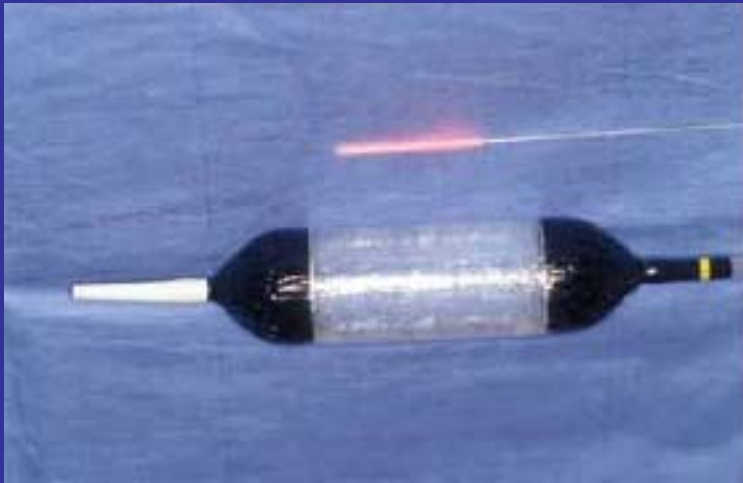
Résultats de la photodestruction sur la dysplasie de haut-grade / cancer intra-muqueux sur EBO

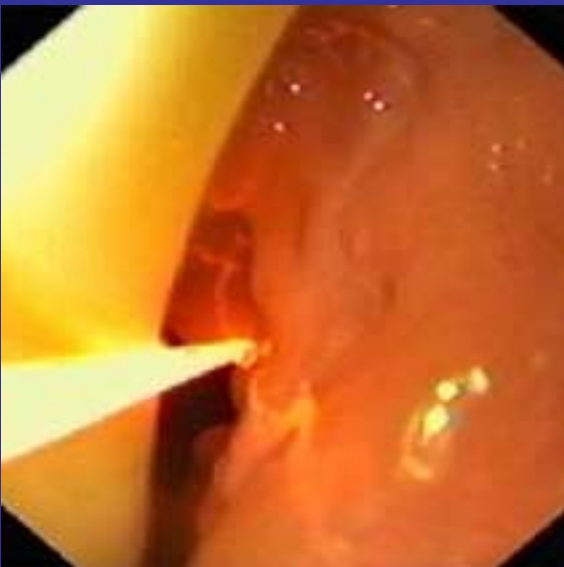
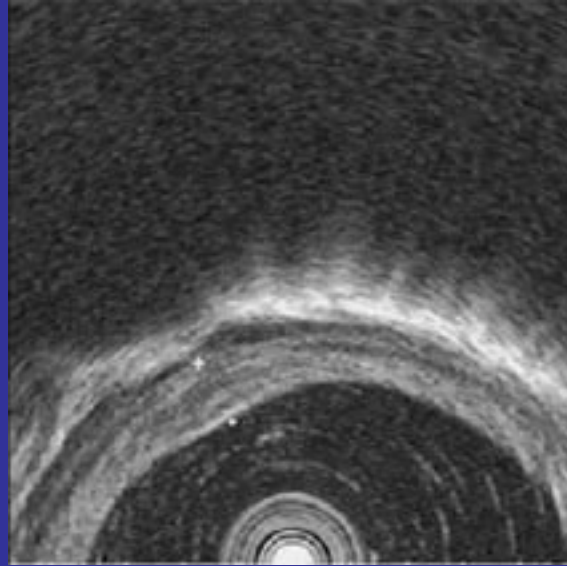
Patients (n)	PDT*	DHG	Eradication Cancer	EBO	Complications (sténoses)
375	Photofrin 5-ALA HpD mTPHC	78-100 %	77-100 %	35-43 %	0-34 %

* + Laser Nd-Yag ou APC

*Gossner et al. 1998 ; Wang et al. 1999 ; Overholt et al. 1999 ;
Panjehpour et al. 2000 ; Overholt et al. 2003*

Prévention des sténoses post-photothérapie dynamique





Photothérapie dynamique et prévention de l'adénocarcinome

PDT/DHG n patients	Eradication	DHG (observés)	Cancers (attendus)	Suivi
65	60 (94 %)	3 (5 %)	15-30 (25-50 %)	5 ans

Synthèse des données de la littérature

- Méthodes :

- mucosectomie
- PDT
- traitements combinés : mucosectomie/PDT \pm Laser/APC

- Résultats :

- éradication DHG / cancer intra-muqueux : 75 à 100 %
- récidives : 5 à 35 %

- Complications :

- mucosectomie : hémorragies, perforations < 5 %
- décès : aucun
- PDT : sténoses, photosensibilisation : 10 à 50 %

Expérience personnelle

29 patients : 27 hommes, 2 femmes
Age : 69 ans (44 - 87)
Hauteur EBO : 59 mm (8 - 150)

2 à 3 contrôles biopsiques
Double dose d'IPP
Echo-endoscopie : 14 (7,5 et 20 MHz)

DHG
n = 22

Cancer
n = 7

DHG focale
n = 12

DHG diffuse*
n = 10

T1a
n = 4

T1b
n = 3

* Dysplasie diffuse si DHG sur au moins 2 niveaux de biopsies

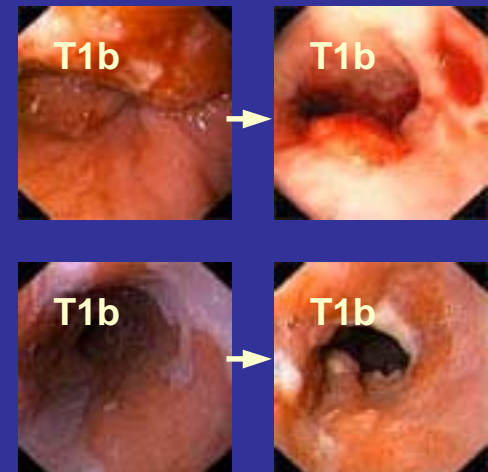
Objectifs et méthodes

- **Objectifs :**
 - éradication complète des lésions DHG / adénocarcinome
 - éradication complète de l'EBO
- **Méthodes :**
 - électrocoagulation par APC
 - mucosectomie
 - oméprazole

I) Résultats de l'éradication DHG / adénocarcinome et EBO

Patients (n)	APC (n)	Séances Mucosectomie n (patients)	Eradication		Echec*
			DHG/K	EBO	
29	6 (1-16)	11(8)	27 (93,3 %)	26 (89,6 %)	2

*Echec = **Radiothérapie complémentaire



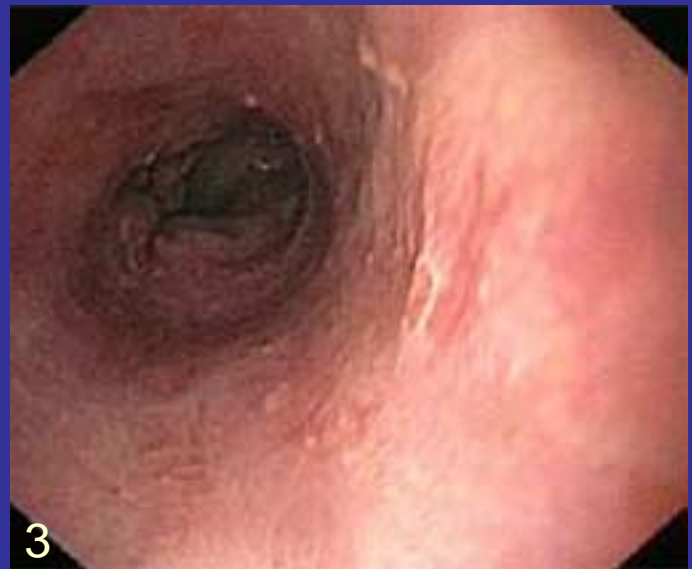
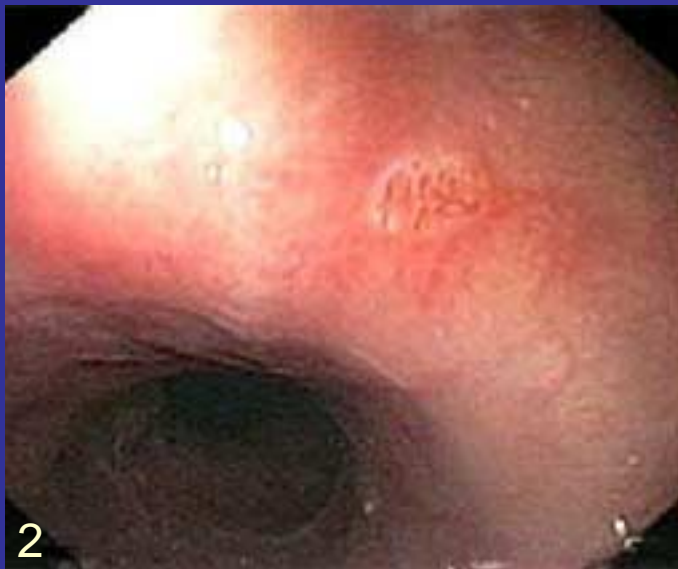
II) Résultats à long terme

Patients	Durée traitement (mois)	Suivi (mois)	Récidive			Décès
			DHG	K	EBO	
29	7,1 (1,7 - 34)	63 (20,8 - 97,0)	0 (3,4 %)	1* (17,6 %)	5	6**

*Cancer T1b 1 an après la mucosectomie pour DHG sur EBO court traité par mucosectomie + RT

**1 seul décès lié à l'évolution métastatique de l'adénocarcinome





CONCLUSION

- La chirurgie reste le « gold standard » en cas d'adénocarcinome envahissant la sous-muqueuse.
- Le traitement endoscopique est une alternative à la chirurgie en cas de dysplasie de haut grade ou d'adénocarcinome intra-muqueux uni-focal à condition d'un bilan pré-thérapeutique rigoureux.
- Dans ces cas, la résection endoscopique suivie de l'éradication complète de l'endobrachyœsophage et d'un traitement optimal du reflux gastro-œsophagien est la méthode de choix.
- Une surveillance endoscopique trimestrielle est indispensable la première année.