



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

STRATEGIE THERAPEUTIQUE ET TRAITEMENT DES CANCERS EPIDERMOIDES SUPERFICIELS DE L'ŒSOPHAGE (CESO)

Professeur Marc Barthet, Docteur Mohamed Gasmi,
Hôpital Nord de Marseille

Traitement endoscopique

- Repérage du cancer superficiel
- Evaluation de l'extension en profondeur
- Destruction ou résection endoscopique

Lugol à 1,5 %

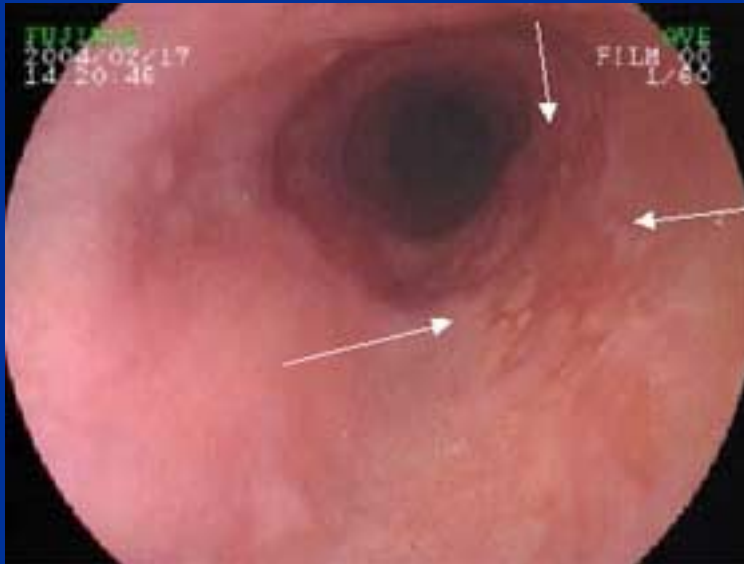
Cancer *in situ*



Cancer sous-muqueux



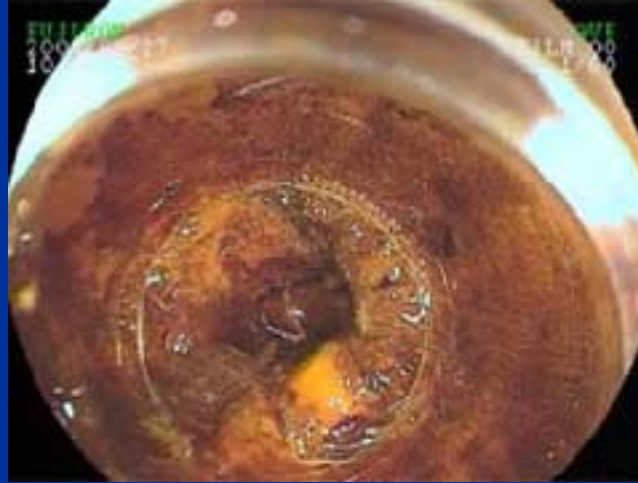
Lugol à 1,5 %
Evaluation réelle
de l'extension en surface



Dysplasie de Haut-Grade
chez un même patient

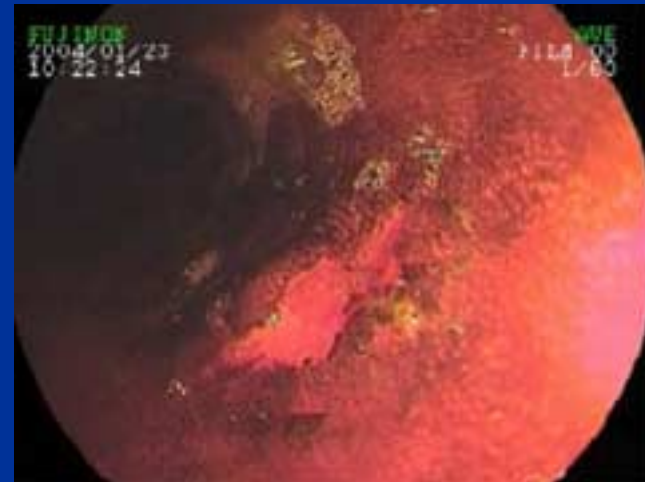


Small Groupe B 4 %



10 mm, contours réguliers
Groupe C 24 %

10 mm, irrégulier
Groupe D 55 %



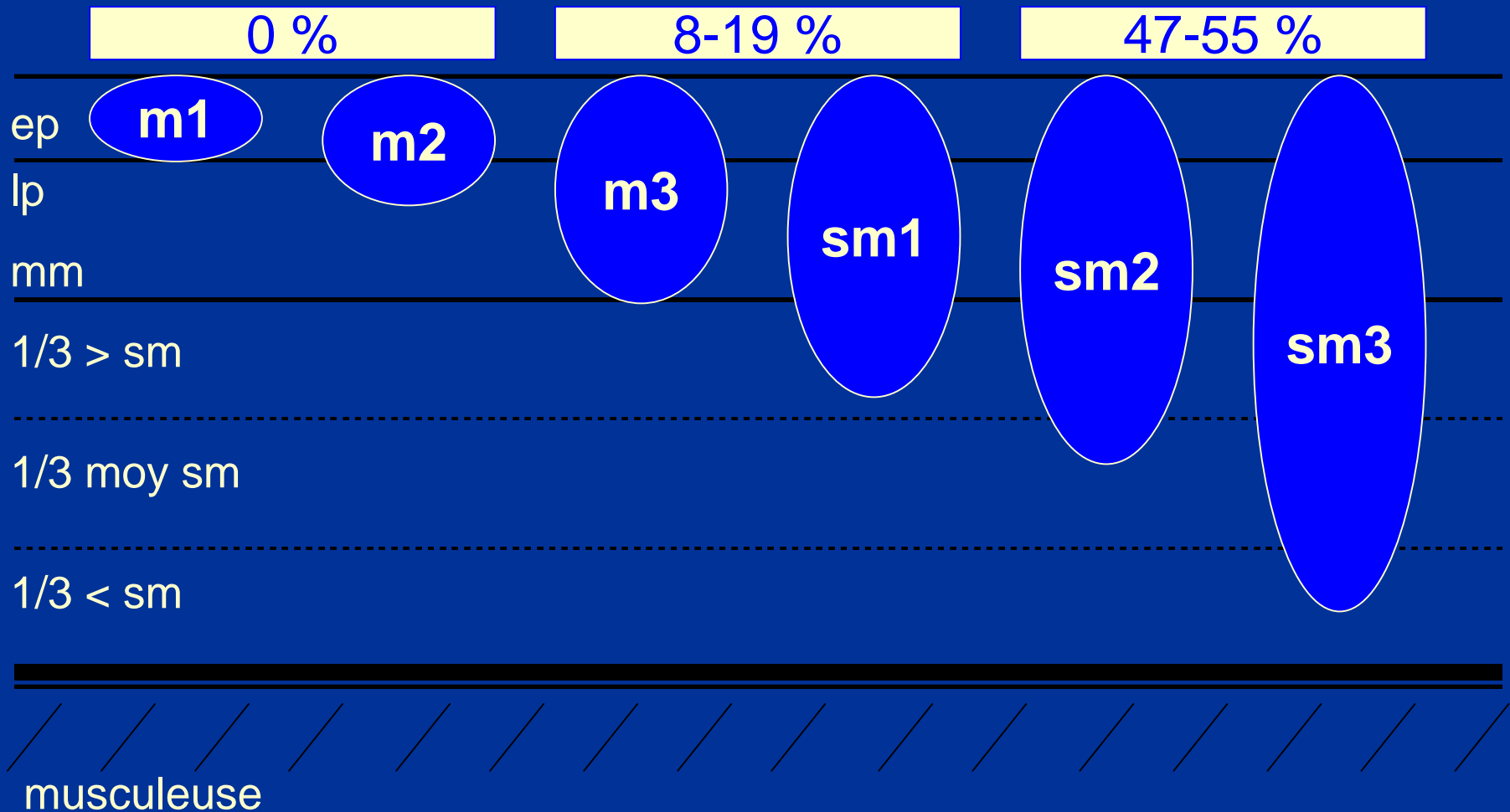
Traitement endoscopique

- Repérage du cancer superficiel
- Evaluation de l'extension en profondeur
- Destruction ou résection endoscopique

Evaluation de l'extension en profondeur

- Aspect endoscopique :
 - classification japonaise I – II – III
 - surface
- Données écho-endoscopiques : mini-sonde +++
- Décollement mucosectomie

Risque d'envahissement lymphatique : schéma classification japonaise



Aspect endoscopique

- Petits granules de surface ou dépression
= m3, sm1
- Surface envahie :
 - > 30 mm : fréquent ++
 - > 10 mm : 30 % normal +
- Précision diagnostique : moyenne 73 %
(maximum 93 %)

Yoshida Nippon Geka Gakkai Zasshi. 2002; 103: 337-42
Endo. Endoscopy 1986; 18: 11-8
Momma. Gastrointest. Endosc. 2002; 55: AB220

Type endoscopique (classification japonaise)

Extension en profondeur

90 % sm ←

86 % im ←

96 % sm ←

~~I~~



IIa

35 % im



IIb

77 % im



IIc

46 % im



~~III~~

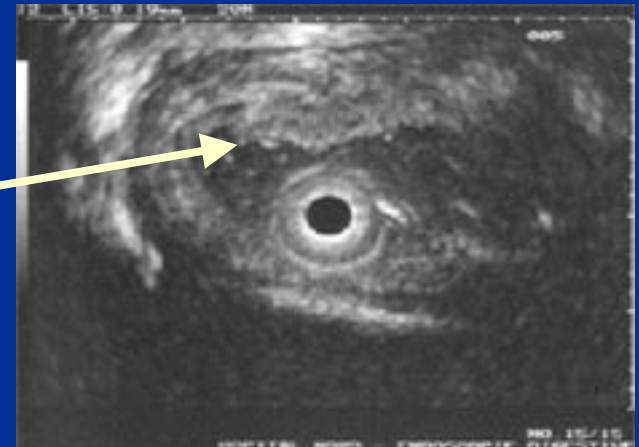


Evaluation par mini-sonde haute fréquence : un préalable indispensable ...



Cancer in situ usT0

Cancer usT1im



Traitement endoscopique

- Repérage du cancer superficiel
- Evaluation de l'extension en profondeur
- Destruction ou résection endoscopique

Photothérapie dynamique

- Principe : accumulation de photosensibilisateurs au niveau d'un site tumoral
- 3 types de photosensibilisateurs :
 - dérivés de l'hématoporphirine : Photofrin[®], DHE, HpD
 - acide 5-amino-lévulinique

Photothérapie dynamique : résultats

- Réponse complète : 84 à 100 % (2 séries de 31 et 24 patients)
Gassner et al. Cancer 1999
Savary et al. Endoscopy 1998; 30: 258-65
- Réponse à long terme :
Sibille et al. Gastroenterology 1995; 108: 337-44
 - 96/123 patients : cancer épidermoïde
 - RC = 87,5 %, pas de différence de survie uT1/uT2
- Complications : 15 à 30 % (photosensibilisation, sténose œsophagienne, fistule œso-trachéale)

Inconvénient : aucune analyse histologique

Mucosectomie endoscopique : technique

4 étapes :

- 1) le marquage de la lésion
- 2) l'injection d'une solution sous-muqueuse
- 3) la capture de la lésion
- 4) la résection à la base de la lésion



Marquage de la lésion

- Coloration (vitale) essentielle ++
- Marquage diathermique périphérique

Décollement

- Sérum physiologique, sérum adrénaliné (hyaluronate de sodium ?)
- Volumes : 0 ml, 10 ml, 10-15 ml
- Intérêt :
 - capture plus facile
 - limitation du risque d'hémorragie ou de perforation
 - pas d'étude randomisée

Lambert. Endoscopy 2003; 35: 118-25

Ponchon. Acta Endosc. 1997; 27: 305-10

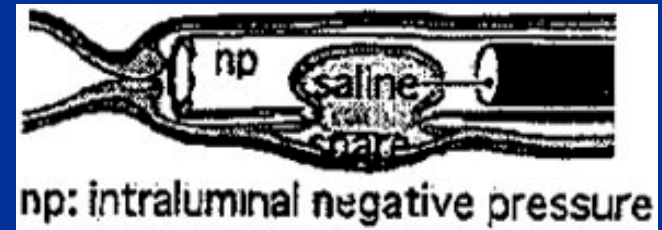
Conio. Gastrointest. Endosc. 2002; 56: 513-6

Capture

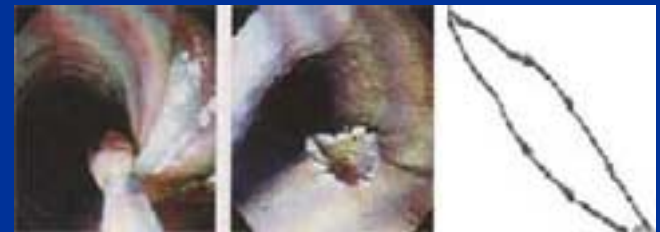
Cap oblique ou non
(pièce 14-18 mm)



Surtube



Anse (griffe, pointe)



Ligature élastique
(pièce < 10 mm)



Film : coloration, mini-sonde, mucosectomie



Mucosectomie : résultats

- Résection complète : 84 à 90 %
Giovannini. Endoscopy 1999; 31: 698-70
Ahmad. Gastrointest. Endosc. 2002; 55: 390-6
- Résection monobloc : 25 à 72 %
Takeshita. Gut 1997; 40: 123-7
Narahara. Gastrointest. Endosc. 2000; 52: 730-4
- Survie à 5 ans :
 - équivalent à la chirurgie : 77 % vs 84 %
Shimizu. Gastrointest. Endosc. 2002; 56: 387-90
 - intra-épithélial : 90 %; intra-muqueux : 84 % ;
sous-muqueux : 56 %
Endo. Endoscopy 1993; 25: 672-4

Mucosectomie : récursive

- Récursive locale ou métachrone :
 - récursive locale : 3,9 à 7,8 %
 - marge de résection non saine
 - résection multi-fragment : 12 %
 - lésions synchrones
 - récursive métachrone : 14 à 20 %
- Risque de récursive locale non lié à la taille, au degré d'invasion, à la méthode de résection

Nomura. Endoscopy 2000; 32: 277-80

Shimizu. Gastrointest. Endosc. 2001; 54: 190-4

Giovannini. Endoscopy 1999; 31: 698-701

Surveillance après mucosectomie

- Endoscopie œsophagienne à 3 mois, puis tous les 6 mois pendant un an, puis tous les ans
- Lugol à 1,5 % systématique

Mucosectomie : complications

- Symptômes mineurs :
douleur rétro-sternale, nausées, épigastralgie : 10,7 %
- Morbidité précoce :
 - hémorragie : 3,6 à 22 %
 - perforation : 0 à 3 %
- Morbidité tardive :
sténose œsophagienne : 3,6 à 7 %
(lors de mucosectomies emportant + de 75 %
de la circonférence et résection > 30 mm)

Takeshita et al. Gut 1997; 40: 123-7

Yoshida et al. Gan To Kagaku Ryoho 1995

Katada. Gastrointest. Endosc. 2002; 57: 165-9

CONCLUSION

- Mucosectomie = alternative à la chirurgie pour les lésions intra-muqueuses
- Evaluer la résécabilité, le risque ganglionnaire, l'existence d'une co-morbidité
- Préférer les méthodes de résection
- Rigueur de l'analyse de la "pièce opératoire"
- Surveillance étroite la première année