



4ème Réunion Paris – Ile-de-France :  
état de l'Art en Endoscopie Digestive  
2 octobre 2004, Pavillon Gabriel, Paris

# MUCOSECTOMIE ENDOSCOPIQUE : TRUCS ET ASTUCES

Docteur Jean-Marc Canard, Clinique du Trocadéro, Paris

# Mucosectomie endoscopique

Résection de la muqueuse et de la musculaire muqueuse avec une partie voire la totalité de la sous-muqueuse

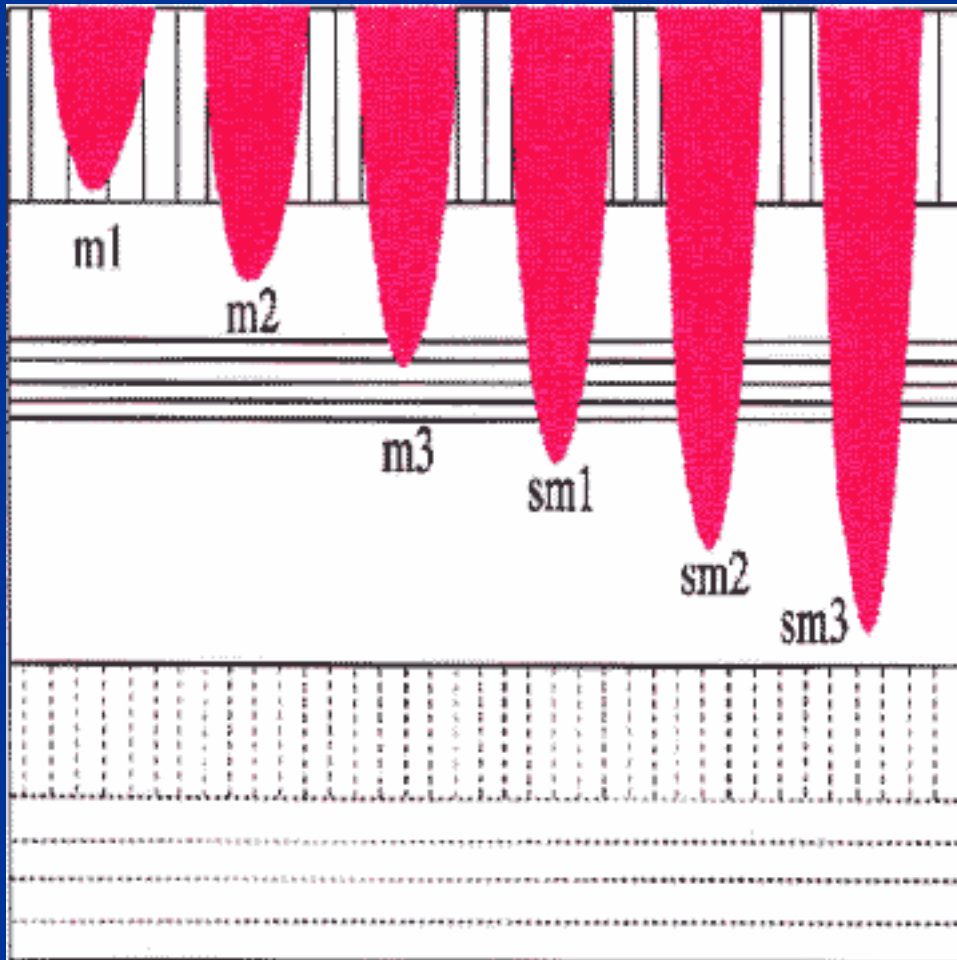
Intérêts :

- permet une analyse histologique de toute la lésion
- permet un traitement chirurgical complémentaire, si nécessaire à l'opposé de la destruction par laser ou par électrocoagulation au plasma Argon (APC)
- permet un traitement curateur radical endoscopique des cancers superficiels de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum et du côlon

# Quelles lésions peuvent bénéficier d'une mucosectomie ?

- Polypes sessiles : côlon, duodénum
- Dysplasies de haut-grade : tous sites
- Cancer *in situ* et T1 intra-muqueux (T1m1, T1m2) : œsophage, estomac, duodénum, côlon
- Tumeur neuroendocrine (carcinoïde, gastrinome)

# Classification de la profondeur d'invasion des cancers superficiels de l'œsophage (Société Japonaise des Maladies de l'Œsophage, 1992)



→ épithélium

→ chorion

→ musculaire muqueuse

→ sous-muqueuse

→ musculouse

# Conditions de réalisation d'une mucosectomie

- Sédation, sédation-analgésie ou anesthésie générale avec intubation en cas de lésion située sur l'œsophage supérieur afin d'éviter l'inhalation de colorant
- Hospitalisation en moyenne de 48 heures (la veille et le soir de l'intervention)
- Courant de section pur ou endocoupe

# Bilan d'extension par écho-endoscopie

- Conventionnel, 7,5/12 MHz :
  - différencie T1 de T2 dans 90 % des cas
- Mini-sondes de 30 MHz :
  - différencie T1 de T2 dans près de 100 % des cas
  - différencie T1m de T1sm dans 90 % des cas (problème de surestimation)

# Matériel de mucosectomie

- Anses diathermiques, petite et grande, à picots, hexagonale, à mucosectomie
- Capuchon d'aspiration (kit Olympus)
- Clips pour hémostase (à usage unique) et pour suture de perforation (réutilisables)
- Aiguille à sclérose
- Produits injectés (10 à n ml) :
  - sérum physiologique (0,9 %) : surélévation
  - sérum adrénaliné (hémostase)
  - hyaluronidate de sodium
- Endoscope à double canal opérateur Fujinon EG 450D
- Endoscope à haute-résolution
- Bistouri avec endocoupe et Argon (ICC 200 Erbe)

# Colorations

- Œsophage :  
Lugol à 1,5 % (extension)
- Cardia : rien  
bleu de méthylène à 0,5 % ou acide acétique ?
- Estomac : rien
- Duodénum : rien  
indigo carmin à 0,2 % ?
- Colon :  
indigo carmin à 0,2 %

# Techniques de mucosectomie

- Aspirer et couper simplifié
- Aspirer et couper
- Injecter et couper
- Injecter, pré-couper et couper
- Tirer et couper

*Coloration et marquage préalables*

# Aspirer et couper simplifié

- Avec une simple anse diathermique
- Anse ouverte autour de la lésion
- Par aspiration la lésion se pédiculise dans l'anse
- Technique de base pour la résection des polypes sessiles ou plans du côlon
- 7 cancers au début, sans une complication ; une seule séance\*

\* Soehendra N. et al. *Endoscopy* 1997; 29(5): 380-3.

# Aspirer et couper

- Capuchon d'aspiration et anse diathermique\*
- Matériel de ligature élastique et anse diathermique\*\*
- Surtube spécial transparent avec un petit canal à biopsie pour l'anse diathermique (18 mm de diamètre)\*\*\* (perforation par la mise en place du tube)

\* Inoue H. et al. *Surgical Endosc.* 1992; 6: 264-5.

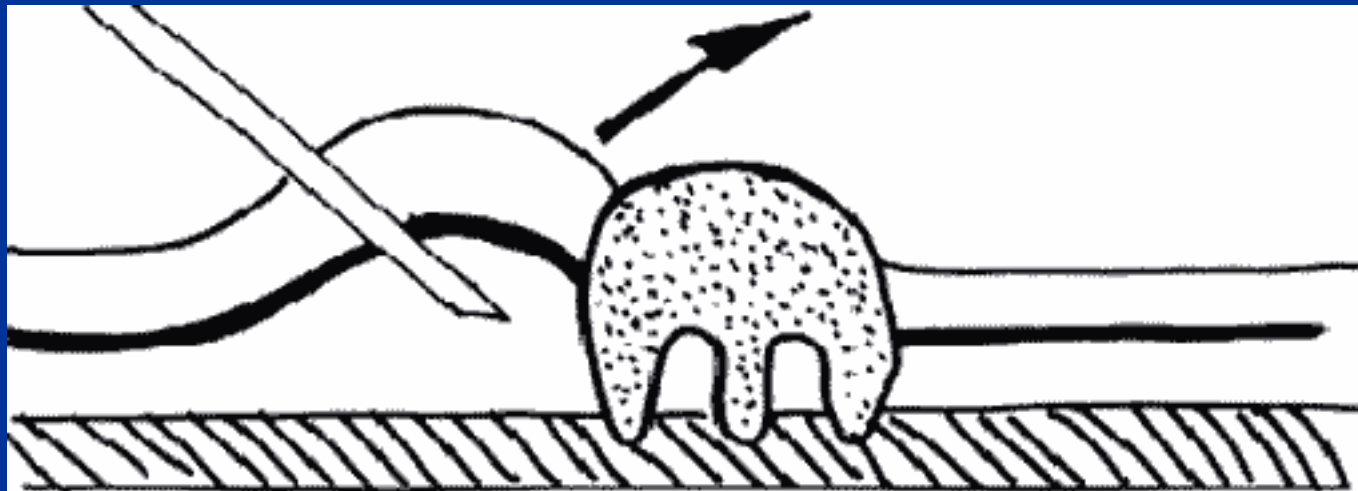
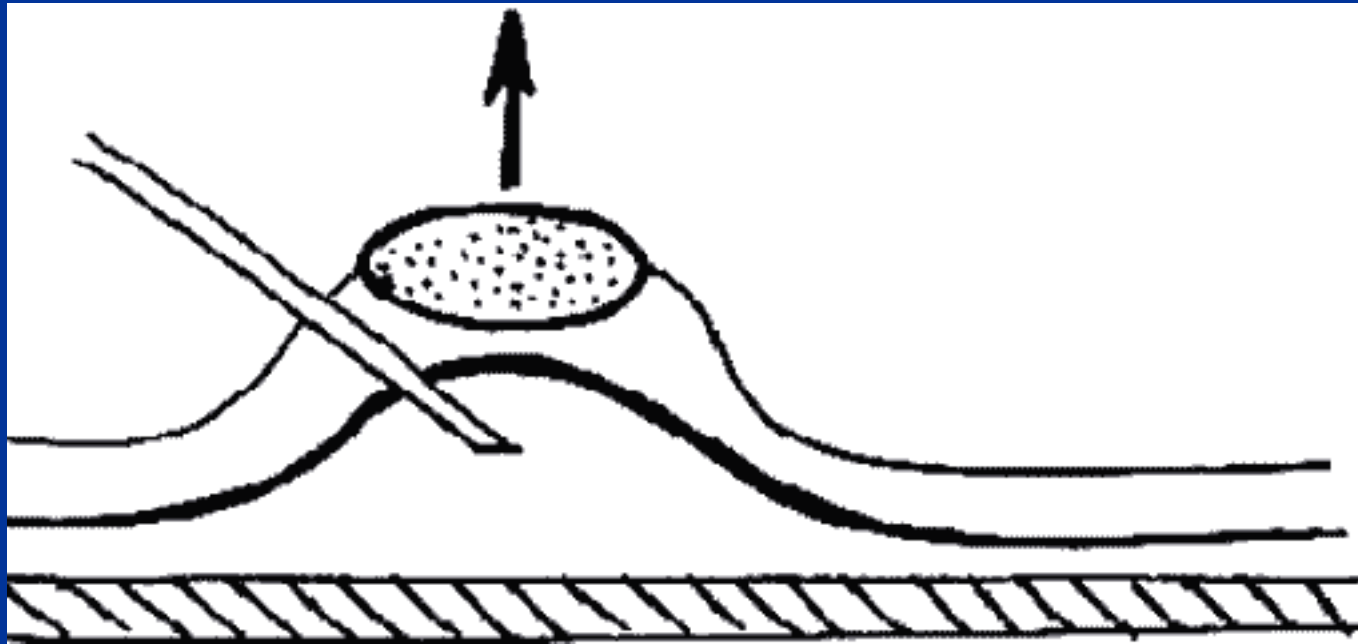
\*\* Sakai P. et al. *Gastrointest. Endosc.* 1996; 44: 65-8.

\*\*\* Makuchi H. et al. *Dig. Endosc.* 1996; 8: 175-9.

# Injecter et couper

- Injection dans la sous-muqueuse de sérum physiologique pour décoller les polypes sessiles
- Améliore la sécurité de la mucosectomie : diminue les risques de perforation
- Rend difficile la capture de lésions planes
- Surtout utile si doute sur un envahissement de la musculuse : signe du non-soulèvement

*Tada M. et al. Endoscopy 1993; 25: 445-50.*



# Injecter, pré-couper et couper

- Injection dans la sous-muqueuse de hyaluronidate de sodium
- Section superficielle de la muqueuse saine autour de la lésion avec un bistouri diathermique (création d'un rebord)
- Ablation en un seul temps de la lésion avec l'anse placée dans ce rebord

# Tirer et couper

- Double canal opérateur
- Anse diathermique dans un canal pour section.  
Pince à biopsie dans l'autre canal pour pédiculiser la lésion
- Deux endoscopes fin insérés ensemble

*Martin T.R. et al. Gastrointest. Endosc. 1976; 23: 29-30.*

*Tada M. et al. Gastrointest. Endosc. 1984; 26: 833-9.*

*Takemoto T. et al. Dig. Endosc. 1989; 1: 4-9.*

# Résumé

- Echo-endoscopie standard et mini-sonde systématiques
- Colorer œsophage et côlon
- Marquer estomac et duodénum
- Injecter partout
- Aspiration-section sur bague dans l'œsophage et sur le cardia
- Pas de bague dans l'estomac, le duodénum et le côlon
- Traction, section associée pour réséquer en un seul temps dans l'œsophage et le cardia
- Contrôle systématique à 3 mois et tous les 3 mois si résidu puis tous les 6 mois pendant 3 ans dans l'œsophage, le cardia, l'estomac et le duodénum puis tous les ans

# CONCLUSION

- La mucosectomie endoscopique permet le traitement radical des lésions pré-cancéreuses et des cancers intra-muqueux du tube digestif (œsophage, cardia, estomac, duodénum, ampoule de Vater, côlon).
- L'écho-endoscopie permet de sélectionner les candidats à la mucosectomie.
- Chez les patients bien sélectionnés, le taux de succès est élevé (94 %) avec une morbidité faible.