

La dissection sous-muqueuse (ESD) œsophagienne et gastrique

Colloque d'Endoscopie Avancée

Mardi 08.09.2020

Elodie Romailer

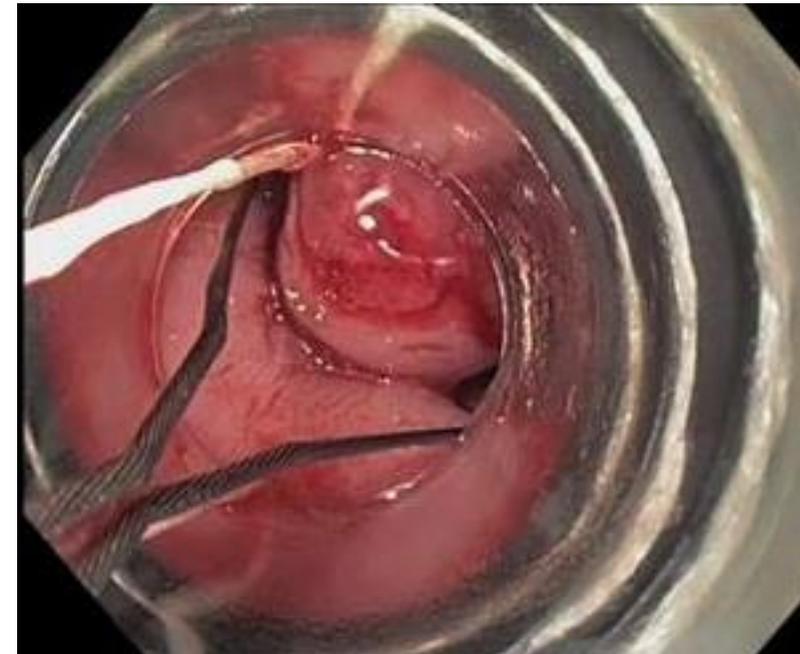
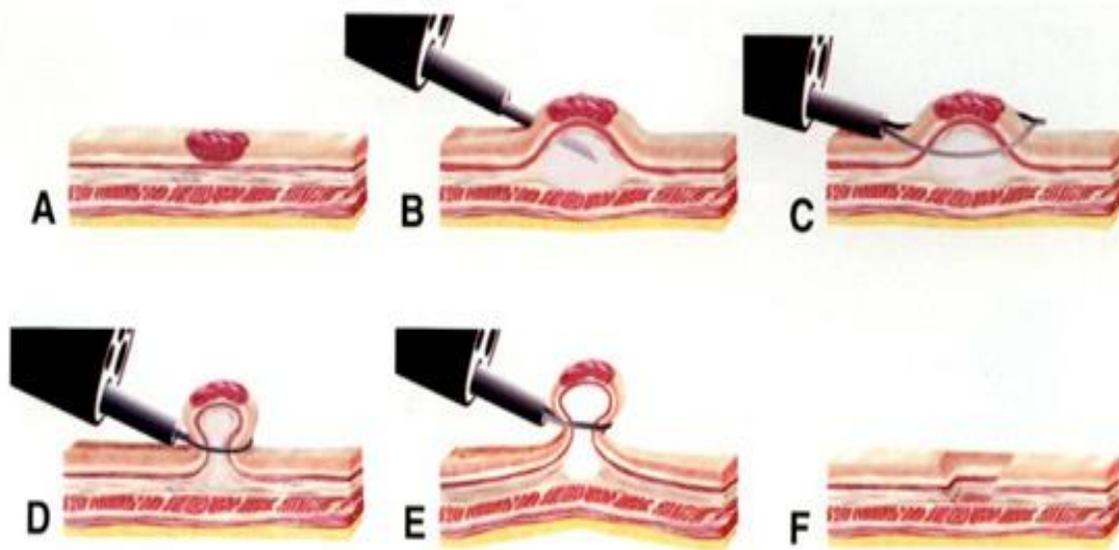
Plan

- Principes généraux de la résection endoscopique:
 - mucosectomie (EMR) vs dissection sous-muqueuse (ESD)
- Néoplasies superficielles œsophagiennes:
 - carcinome épidermoïde de l'œsophage
 - Cas cliniques
 - adénocarcinome de l'œsophage
 - Cas clinique
- Néoplasies superficielles gastriques:
 - Cas cliniques

- Traitement de référence des néoplasies superficielles (à faible risque ganglionnaire)
- Risque ganglionnaire dépend:
 - du type histologique
 - de la profondeur d'invasion
 - du degré de différenciation
 - de la présence d'embolies lymphatiques/vasculaires

- 2 techniques utilisées:
 - mucosectomie (EMR):
 - lésions <20mm
 - sur-élévation satisfaisante
 - dissection sous-muqueuse (ESD):
 - résection en bloc quelle que soit la taille de la tumeur
- Complications ESD > EMR, procédure plus longue, techniquement plus difficile

Technique mucosectomie (EMR):



Technique dissection sous-muqueuse (ESD):

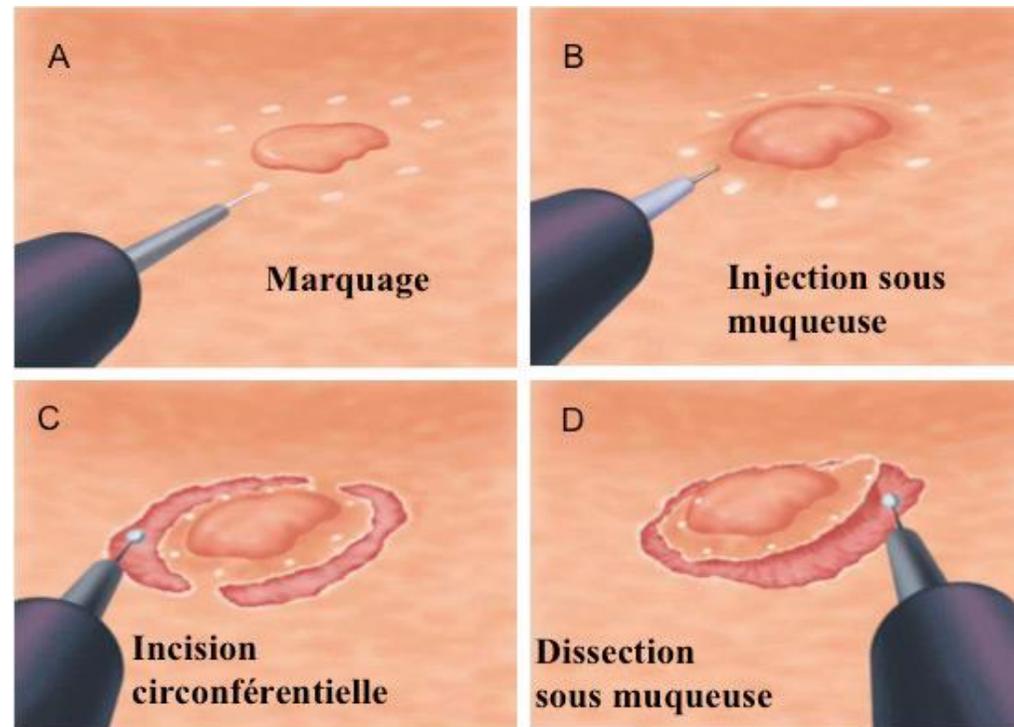
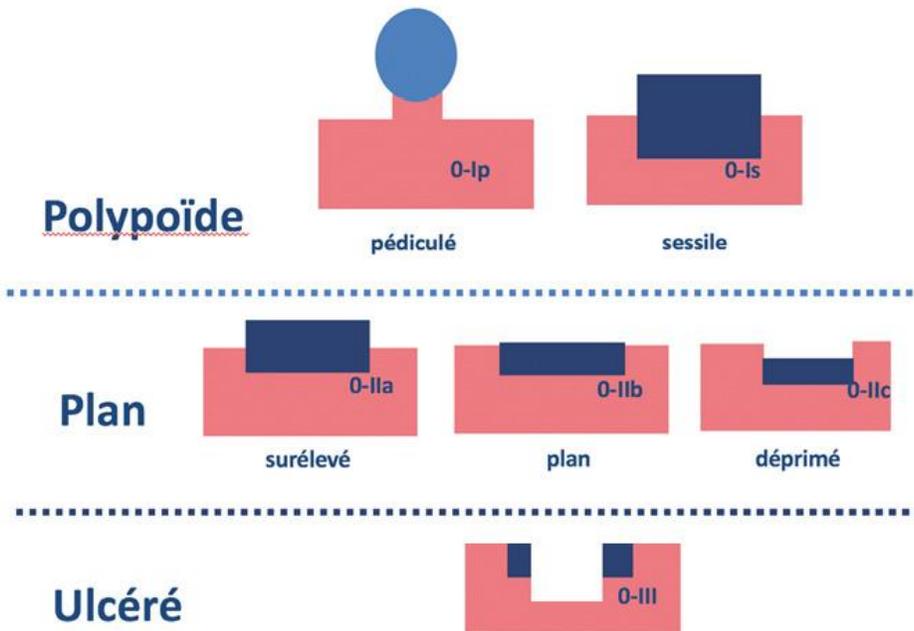


Image: www.fmcgastro.org

Complications:

- **Saignement:** éviter clips durant procédure
- **Perforation:**
 - petite taille (clips)
 - grande taille (chirurgie de sauvetage)
 - minimiser insufflation
- **Sténose post-procédure:**
 - dilatation pneumatique
- **Récidive:** résection endoscopique > chirurgie
- **Morbi-mortalité:** chirurgie > résection endoscopique

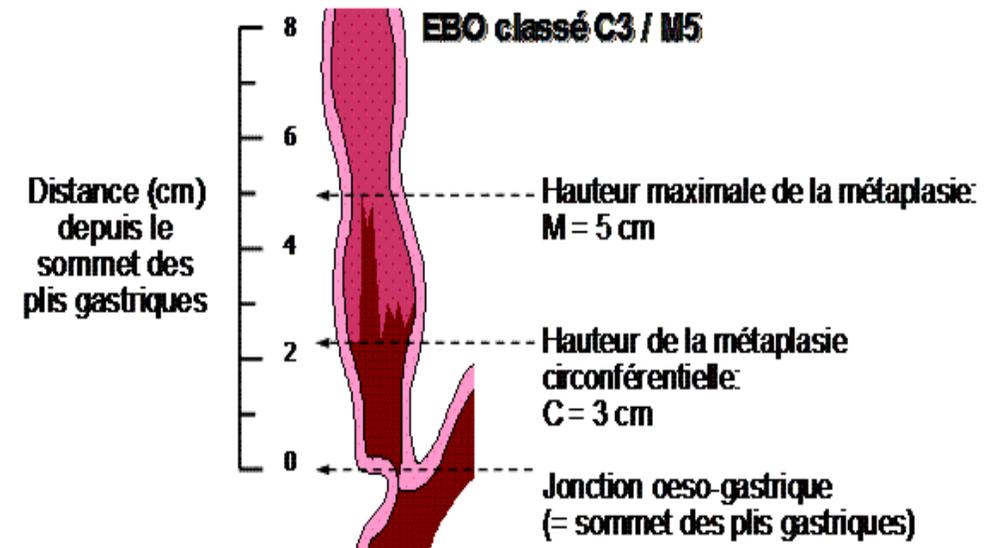
Classification de Paris



- Lésions Paris 0-I et 0-III:
 - infiltration sous-muqueuse fréquente
 - mauvaises indications pour traitement endoscopique
- Lésions Paris 0-IIa, 0-IIb, 0-IIc:
 - souvent intra-muqueuses

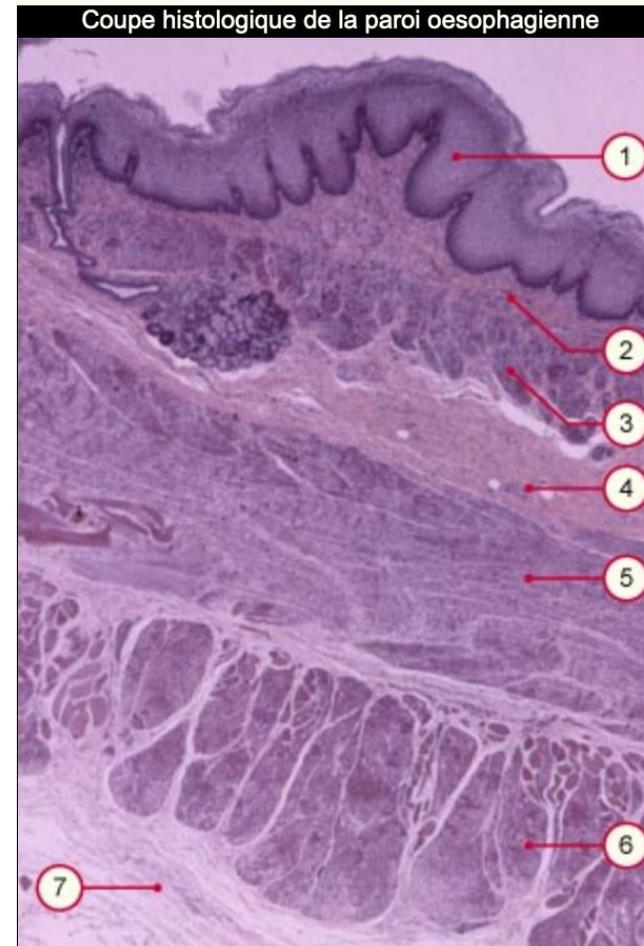
Evaluation pré-interventionnelle:

- Endoscopie + chromoendoscopie:
 - description lésion selon classification de Paris
 - description EBO selon classification de Prague
 - lugol (carcinome épidermoïde) ou acide acétique (adénocarcinome)
- Nombre de biopsies: pas de consensus
- EUS, CT ou PET-CT de routine PAS recommandés



Carcinome épidermoïde:

- m1 (intraépithélial): **risque quasi nul**
- m2 (envahissement de la lamina propria): **risque quasi nul**
- m3 (envahissement de la muscularis mucosae): **risque 8%-18%**
- sm1 (envahissement de la sous-muqueuse <200 µm): **risque 11%-53%**
- sm2 (envahissement de la sous-muqueuse >200 µm): **risque 30%-54%**



1. Epithélium
2. Lamina propria
3. Muscularis mucosae
4. Sous-muqueuse
5. Musculaire circulaire
6. Musculaire longitudinale
7. Adventice

Carcinome épidermoïde:

- ESD recommandée en première intention
- Indication absolue:
 - lésions planes (Paris 0-II) avec invasion m1-m2 (intra-épithéliale ou lamina propria), $\leq 2/3$ de la circonférence
- Indication relative:
 - lésions m3-sm1 (muscularis mucosae ou sous-muqueuse $< 200\mu\text{m}$), $\geq 3/4$ de la circonférence
- ESD acceptée pour lésions $> 3\text{cm}$, circonférentielles, limitées à la muqueuse
- EMR: option acceptable pour lésions $< 10\text{mm}$

Cas clinique 1:

- Madame O., 66 ans
- Patiente connue pour un **s/p résection endoscopique d'un carcinome épidermoïde de l'oesophage** par mucosectomie 18 mois auparavant
- Zone irrégulière hémi-circonférentielle Paris 0-IIb de l'œsophage, de 21 à 24 cm des AD
- **Biopsies: dysplasie de haut grade**

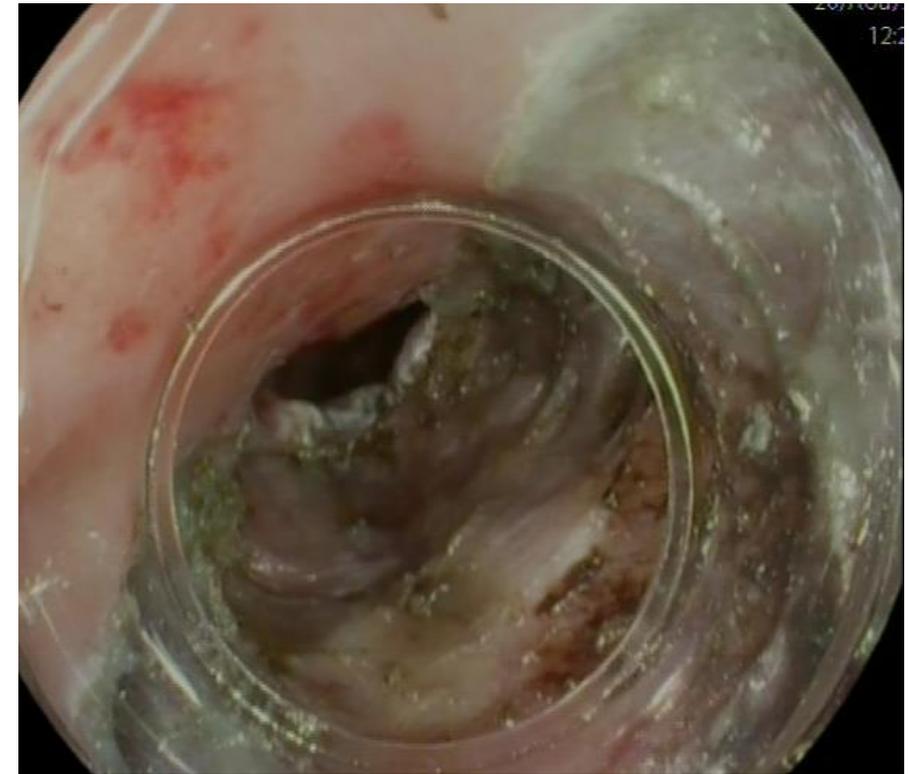
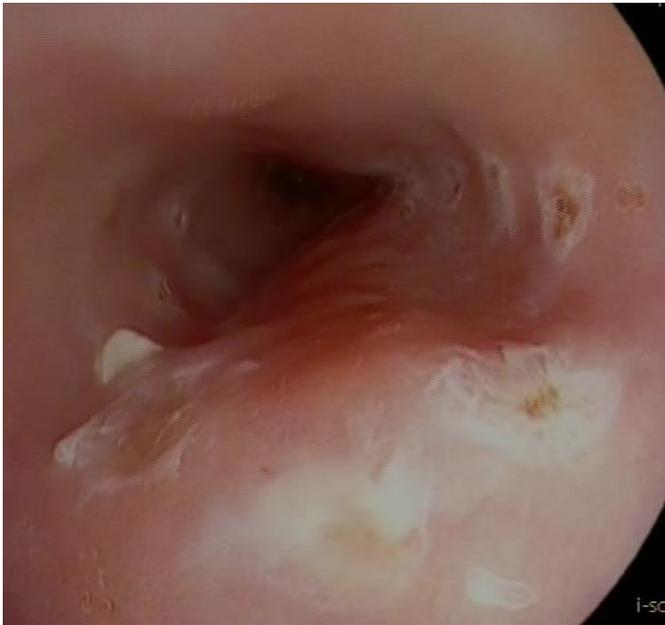
Généralités

Œsophage

Estomac

Conclusion

Cas clinique 1:



Cas clinique 2:

- Monsieur I., 70 ans
- Lésion érosive Paris 0-IIb/IIc de l'œsophage, à 39 cm des AD, d'un diamètre de 30 mm
- Biopsies: **carcinome épidermoïde in situ**

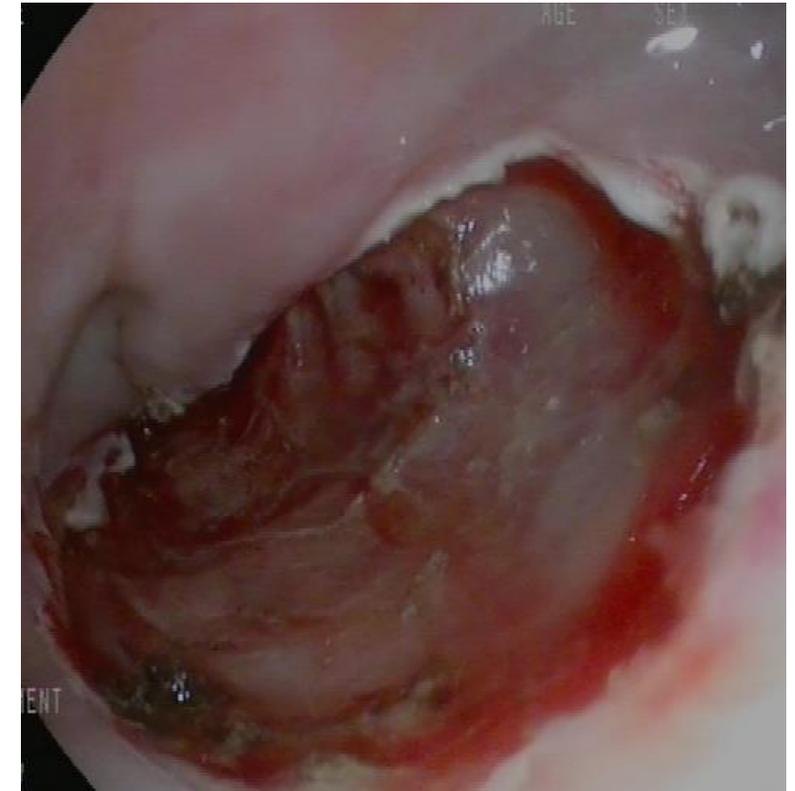
Généralités

Oesophage

Estomac

Conclusion

Cas clinique 2:



Cas clinique 3:

- Madame D., 44 ans
- Lésion circonférentielle irrégulière Paris 0-IIa/IIb, de 23 à 26 cm des AD, associée à une substénose
- Biopsies: **carcinome épidermoïde in situ**

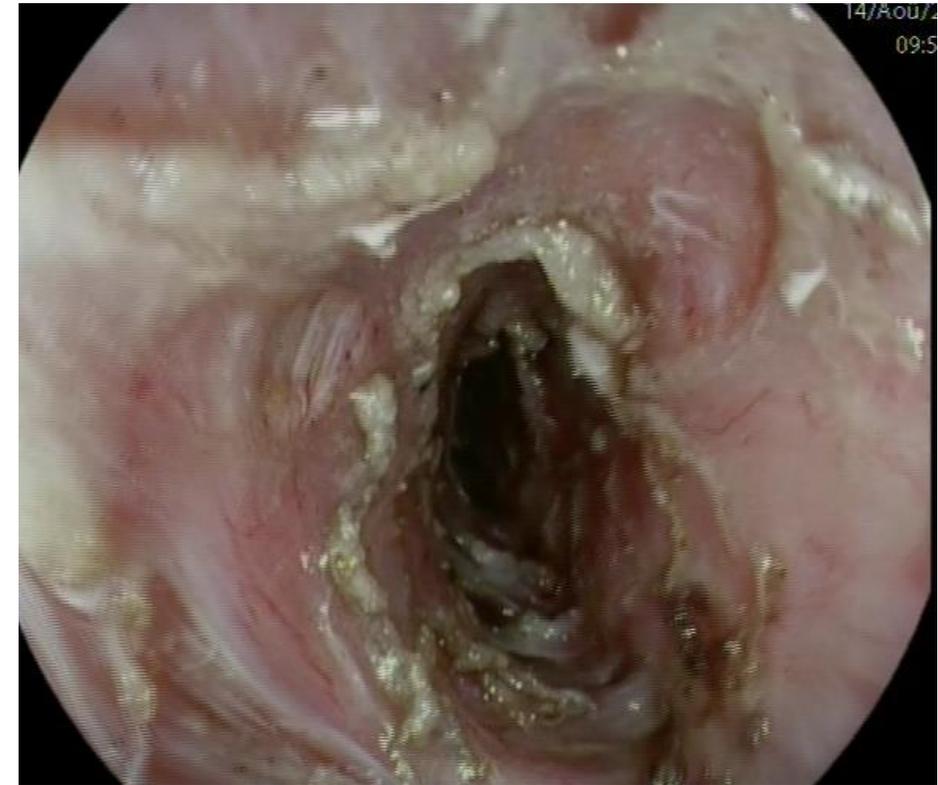
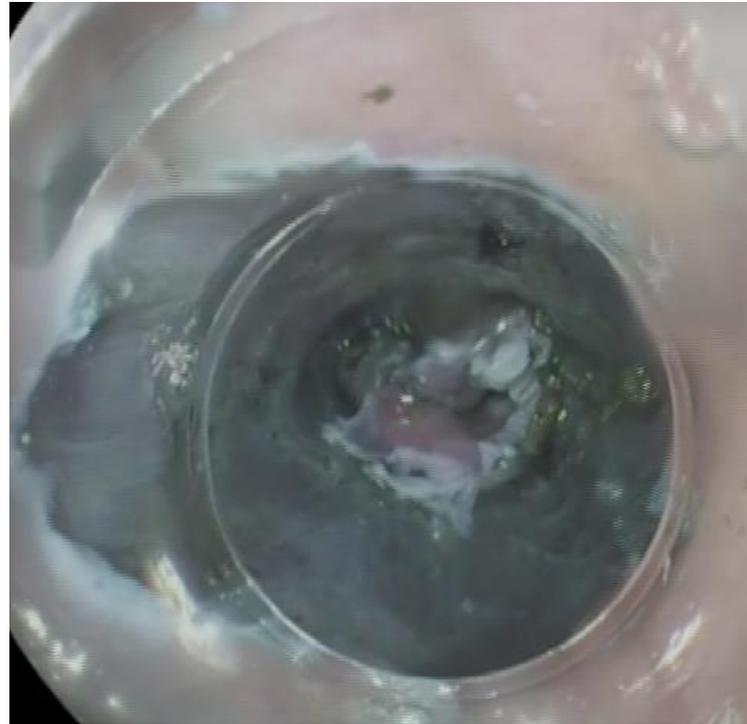
Généralités

Œsophage

Estomac

Conclusion

Cas clinique 3:



Généralités

Oesophage

Estomac

Conclusion

Cas clinique 3:



Prise en charge après résection - carcinome épidermoïde:

- **Curatif:**
 - lésion superficielle m1-m2
 - résection en bloc R0
 - pas d'invasion lymphovasculaire

Prise en charge après résection - carcinome épidermoïde:

- Curatif dans la majorité des cas:
 - tumeur bien différenciée m3-sm1 ($\leq 200\mu\text{m}$)
 - résection en bloc R0
 - pas d'invasion lymphovasculaire

Prise en charge après résection - carcinome épidermoïde:

- **Traitement complémentaire (chimiothérapie/chirurgie):**
 - tumeur sm2 (>200um) peu différenciée
 - invasion lympho-vasculaire
 - marges verticales positives

Prise en charge après résection - carcinome épidermoïde:

- **Surveillance endoscopique/re-traitement:**
 - marges horizontales positives sans autres facteurs de risque

Surveillance après résection – carcinome épidermoïde:

- Endoscopies à 3 - 6 mois puis 1 x /an
- Biopsies des zones suspectes
- EUS ou CT NON recommandés dans le suivi

Adénocarcinome (œsophage de Barrett):

- EMR = Gold Standard
- Limitation: résection « piecemeal »
- ESD à considérer pour lésions >15mm, mauvaise surélévation, à risque d'invasion sous-muqueuse

Adénocarcinome (œsophage de Barrett):

- Résection endoscopique:
 - lésions avec envahissement de la sous-muqueuse ≤ 500 μm
 - bien ou moyennement différenciées
 - sans invasion lymphatique ou vasculaire
 - taille $< 3\text{cm}$

Cas clinique 4:

- Monsieur G., 52 ans
- Complément de résection d'un **EBO en DHG** préalablement traité par mucosectomie
- Œsophage de Barrett Prague C6M9 avec aspect irrégulier et glandulaire de la muqueuse avec ulcérations, Paris 0-IIb/IIc

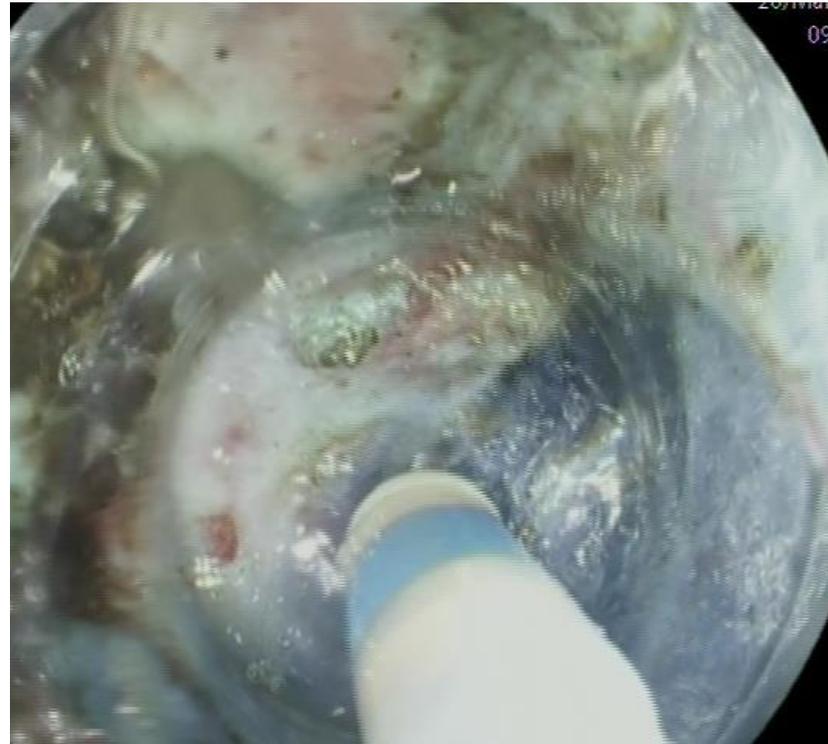
Généralités

Oesophage

Estomac

Conclusion

Cas clinique 4:



Prise en charge après résection – adénocarcinome:

- **Curatif:**
 - lésion superficielle
 - résection en bloc R0
 - pas d'invasion lympho-vasculaire

Prise en charge après résection – adénocarcinome:

- **Potentiellement curatif, ad discussion multidisciplinaire:**
 - résection en bloc R0 tumeur sm1 ($\leq 500\mu\text{m}$)
 - bien ou modérément différenciée
 - pas d'invasion lympho-vasculaire

Prise en charge après résection – adénocarcinome:

- Chirurgie recommandée:
 - invasion lympho-vasculaire
 - tumeur peu différenciée
 - infiltration sm2 (>500 um)
 - marges verticales positives

Prise en charge après résection – adénocarcinome:

- **Surveillance endoscopique/re-traitement:**
 - marges horizontales positives
 - résection « piecemeal », sans autres facteurs de gravité

Prise en charge après résection – adénocarcinome:

- Néoplasie développée sur EBO → ablation EBO résiduel :
 - ad ttt complémentaires (EMR, RFA, APC)

Surveillance après résection – adénocarcinome:

- Suivi endoscopique régulier (intervalle non défini)
- Empiriquement: tous les 3 mois la première année puis 1x/an

- Résection endoscopique autorisée pour:
 - Dysplasie indépendamment de la taille
 - Adénocarcinome **différencié intra-muqueux**
 - **non ulcéré** ($\leq 2\text{cm}$: indication absolue; $> 2\text{cm}$: indication étendue)
 - **ulcéré** $\leq 3\text{cm}$
 - Adénocarcinome **indifférencié intra-muqueux** $\leq 2\text{cm}$
 - Adénocarcinome **différencié avec invasion sous-muqueuse superficielle** (sm1, $\leq 500\mu\text{m}$) et taille $\leq 3\text{cm}$

- EMR : option pour lésions <10-15mm, Paris 0-IIa
- ESD: traitement de choix pour la plupart des tumeurs gastriques superficielles

Evaluation pré-interventionnelle:

- Endoscopie + chromoendoscopie
- EUS, CT ou PET-CT de routine PAS recommandés pour les lésions superficielles

Cas clinique 5:

- Monsieur V., 48 ans
- Lésion irrégulière Paris 0-IIb au sein d'un large foyer de métaplasie intestinale de l'antre gastrique
- Biopsies: **dysplasie de base grade**

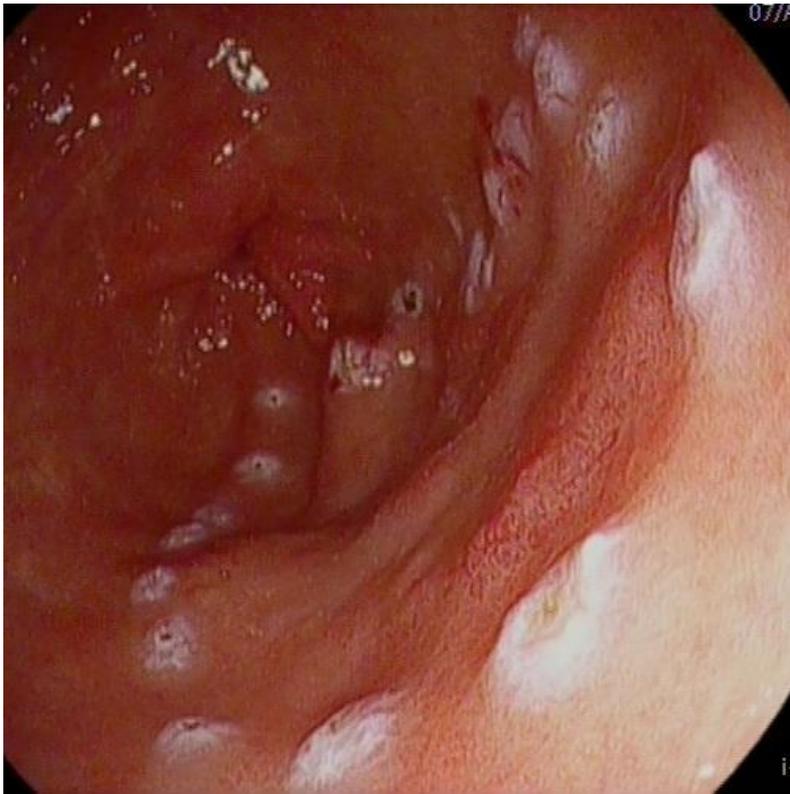
Généralités

Œsophage

Estomac

Conclusion

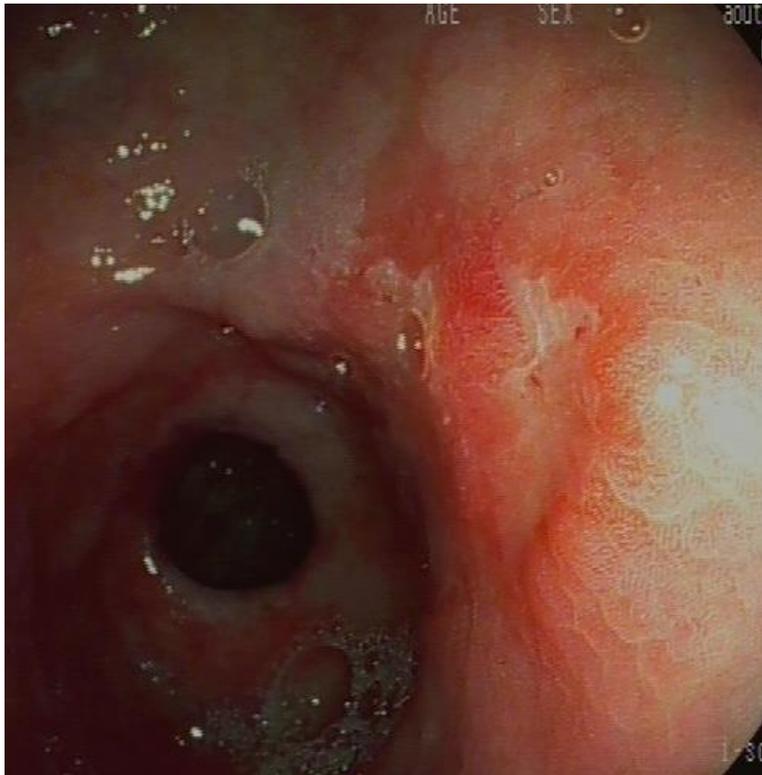
Cas clinique 5:



Cas clinique 6:

- Madame M., 81 ans
- Lésion ulcérée de l'antra pré-pylorique, Paris 0-IIc, d'une taille de 30 mm
- Biopsies: **dysplasie de bas grade**

Cas clinique 6:



Pathologie: large zone de dysplasie de bas grade et foyers de dysplasie de haut grade. TS latérales en zone non dysplasique. TS profonde saine.

Cas clinique 7:

- Monsieur S., 60 ans
- Gastrite chronique avec métaplasie intestinale
- Biopsies: **foyers de dysplasie de bas grade et très focalement de haut grade**

Cas clinique 7:



Prise en charge après résection:

- **Curatif:**
 - lésion dysplasique ou adénocarcinome intramuqueux
 - résection en bloc R0
 - sans ulcération ou invasion lympho-vasculaire

Prise en charge après résection:

- **Curatif dans la majorité des cas:**
 - adénocarcinome ulcéré intramuqueux de type intestinal $\leq 30\text{mm}$
 - sous-muqueux $\leq 30\text{mm}$ confiné aux $\leq 500\mu\text{m}$ de la sous-muqueuse (sm1)
 - résection en bloc R0
 - sans invasion lympho-vasculaire

Prise en charge après résection:

- Curatif dans la majorité des cas:
 - tumeur intramuqueuse peu différenciée non ulcérée $\leq 20\text{mm}$
 - résection en bloc R0

Prise en charge après résection:

- **Evaluer gastrectomie, discussion multi-disciplinaire:**
 - carcinomes peu différenciés
 - type diffus

Prise en charge après résection:

- Chirurgie recommandée:
 - invasion lympho-vasculaire
 - infiltration sous-muqueuse >500um
 - marges verticales positives
 - tumeur ulcérée >30mm

Prise en charge après résection:

- **Surveillance endoscopique/re-traitement:**
 - marges horizontales positives
 - résection en « piecemeal »
 - pas d'invasion sous-muqueuse ni autres critères de haut risque

Surveillance après résection:

- Endoscopies à 3 - 6 mois puis 1 x /an
- En cas d'ESD effectué pour tumeurs ulcérées, sous-muqueuses ou indifférenciées, considérer CT-scan de staging

En résumé:

- Résection endoscopique possible pour la plupart des lésions dysplasiques et tumeurs superficielles
- Evaluation pré-interventionnelle précise = essentielle
- Invasion en profondeur de la lésion (le risque d'invasion ganglionnaire) guide la possibilité de résection endoscopique

En résumé:

- Résection en monobloc préférée à la résection en « piecemeal »
- ESD = technique d'endoscopie avancée, nécessite gastroentérologue expert en endoscopie interventionnelle et nombre suffisant de cas pour assurer une bonne qualité de prise en charge

Merci pour votre attention!