

«Actualités en cancérologie digestive et prise en charge en 2019»

Traitements endoscopiques curatifs des cancers digestifs

Technique et indication de la radiofréquence, dissection sous muqueuse et mucosectomie

Dr Benoit LESAGE
Dr Eric VAILLANT

Un traitement endoscopique : Pour quels cancers ?

Le cancer superficiel du tube digestif

Les cancers superficiels du tube digestif (cancers T1) sont des cancers touchant la muqueuse ou la sous-muqueuse, quelque soit leur statut ganglionnaire.

Certains de ces cancers superficiels sont accessibles à un traitement endoscopique (endoscopic mucosal resection[EMR], dissection sous-muqueuse endoscopique [endoscopic submucosal dissection,ESD] à condition de ne pas négliger le risque d'envahissement ganglionnaire

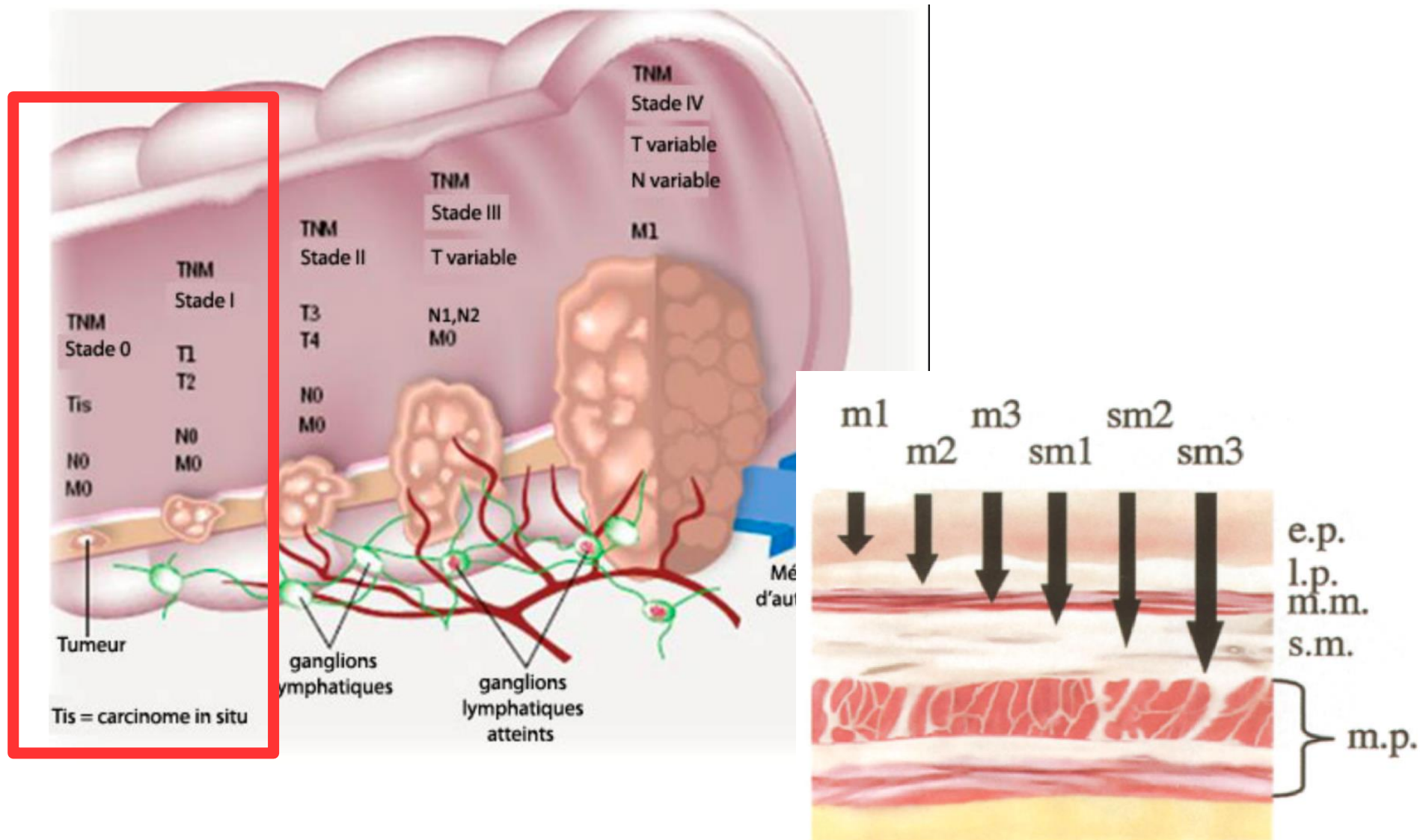


Fig. 1 Classification des cancers superficiels du tube digestif (T1) en fonction de la profondeur du front d'invasion. ep : épithélium ; lp : lamina propria ; mm : musculaire muqueuse ; sm : sous-muqueuse ; mp : musculuse

Ne sont pas candidats à un traitement endoscopique

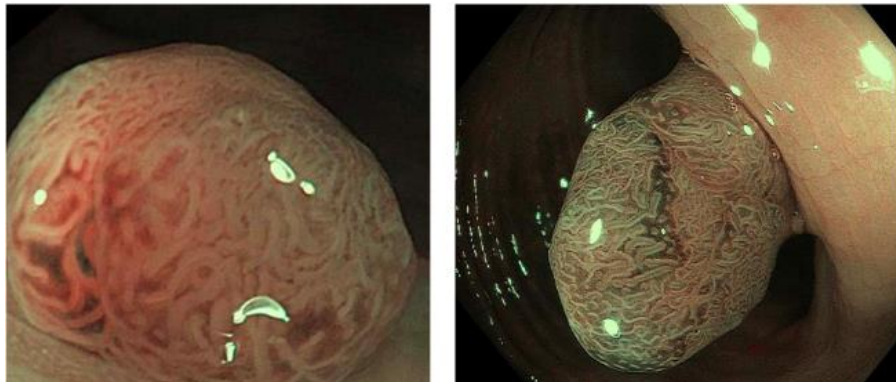
• Lésion T2 ou plus.

• Lésion N+ / M+

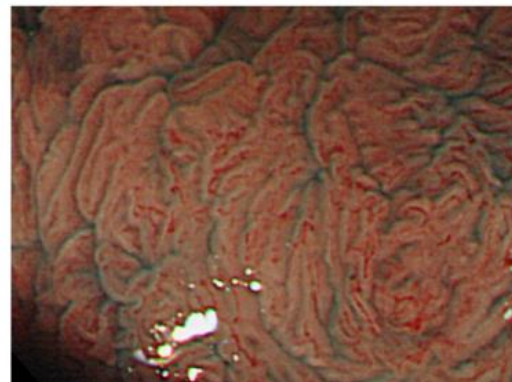
- **Outils de la caractérisation:**

- Systèmes endoscopiques haute définition
- Magnification
- Colorations réelles (crystal violet, indigo carmin)
- Colorations virtuelles (NBI; FICE,...)
- Echo-endoscopie (rectum)
- Classifications (Paris, Kudo, Sano, LST, NICE...)

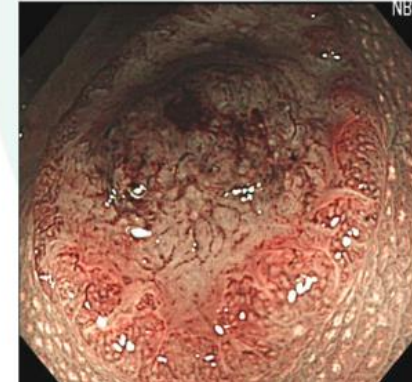
Adénome bénin



Adénocarcinome superficiel



Adénocarcinome profond



Ne sont pas candidats à un traitement endoscopique

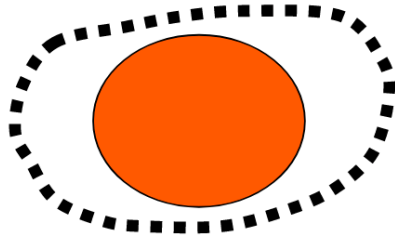
•Lésion T2 ou plus.

•Lésion N+ / M+

Anapath

- embols
- différenciation de la tumeur,
- Budding
- Hauteur et largeur de l'envahissement dans la sous-muqueuse)

Comment réséquer ?

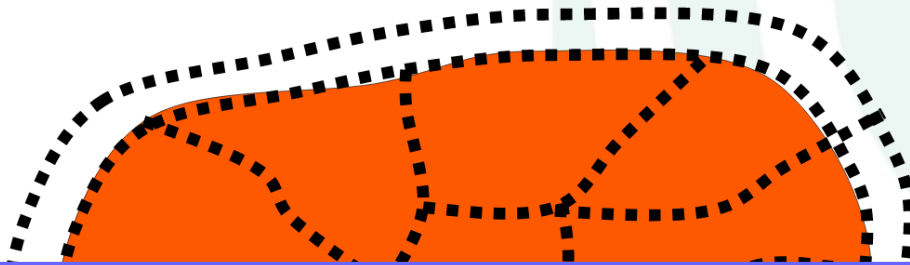


Réséction monobloc



Un seul fragment
Marges latérales et profondes saines

*Réséction fragmentée
(piece meal)*



Si suspicion de cancer : résection monobloc indispensable

Le graal de l'endoscopiste : Résection « monobloc R0 curative »

RCP avec indication chirurgicale si un des 6 critères suivants est manquant :

Marge de 1 mm de tissu sain

Envahissement sous muqueux < 1000 microns

Absence d'invasion lymphatique

Absence d'invasion vasculaire

Caractère bien ou moyennement différenciée de la tumeur

Absence de budding

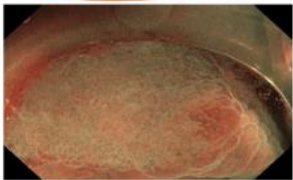


**Si ensemble des critères présents
surveillance endoscopique seule**

Le graal de l'endoscopiste : Résection « monobloc R0 curative »

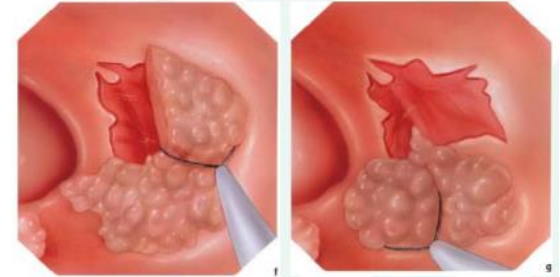
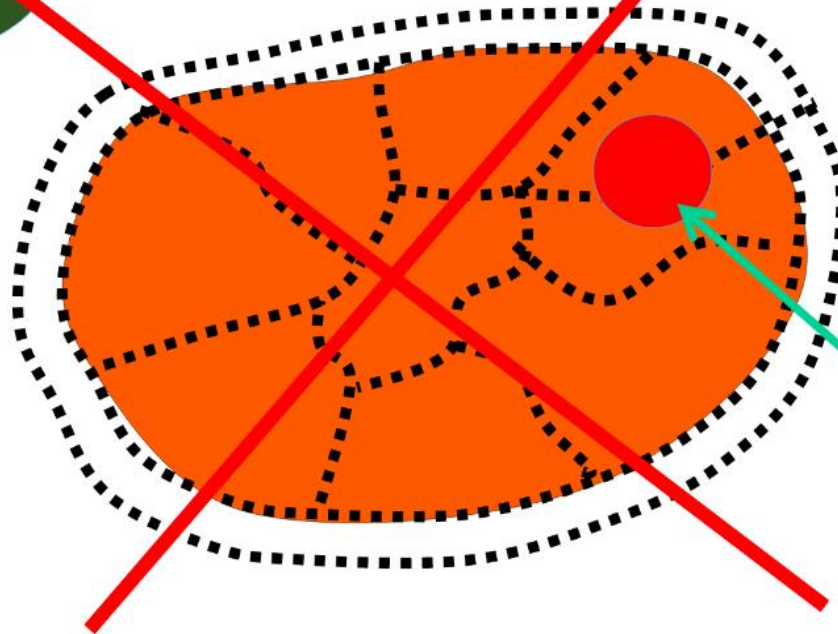
Adénocarcinomes

Superficiels
≤ sm1



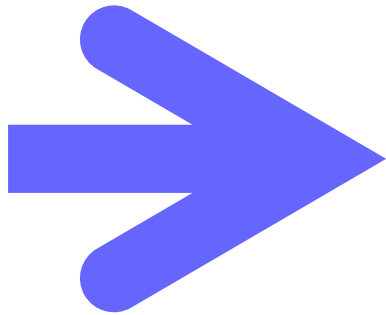
Résection R0
monobloc avec
marges

Résection fragmentée
(pièce meal)

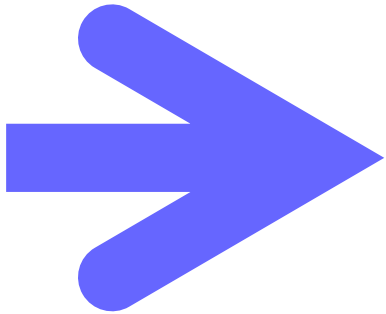


Résection dans le cancer !!
Il ne sera pas possible
d'évaluer correctement le
risque ganglionnaire:
discuter colectomie et
curage complémentaire dans
le doute !!?

Si possibilité de résection par voie endoscopique



MUCOSECTOMIE ?



DISSECTION SOUS
MUQUEUSE ?

Traitement endoscopique de l'endobrachy œsophage : La radiofréquence

- Traitement de l'endobrachyœsophage plan au stade de dysplasie de haut grade (non nodulaire)
- Traitement de l'endobrachyœsophage résiduel après une résection endoscopique ciblée ayant permis d'éradiquer toutes les zones d'adénocarcinome intramuqueux et/ou les formations dysplasiques nodulaires (non planes)

Dans ces 2 situations, l'indication doit être documentée par une double lecture anatomopathologique.

Application d'un courant électrique entraînant une nécrose tissulaire par méthode thermique sur 1 mm de profondeur dans la muqueuse.



Traitement endoscopique de l'endo brachy œsophage : La radiofréquence

