



Prise en charge endoscopique des lésions sous-muqueuses oesogastriques

DEPREZ PIERRE

LIENS D'INTERET

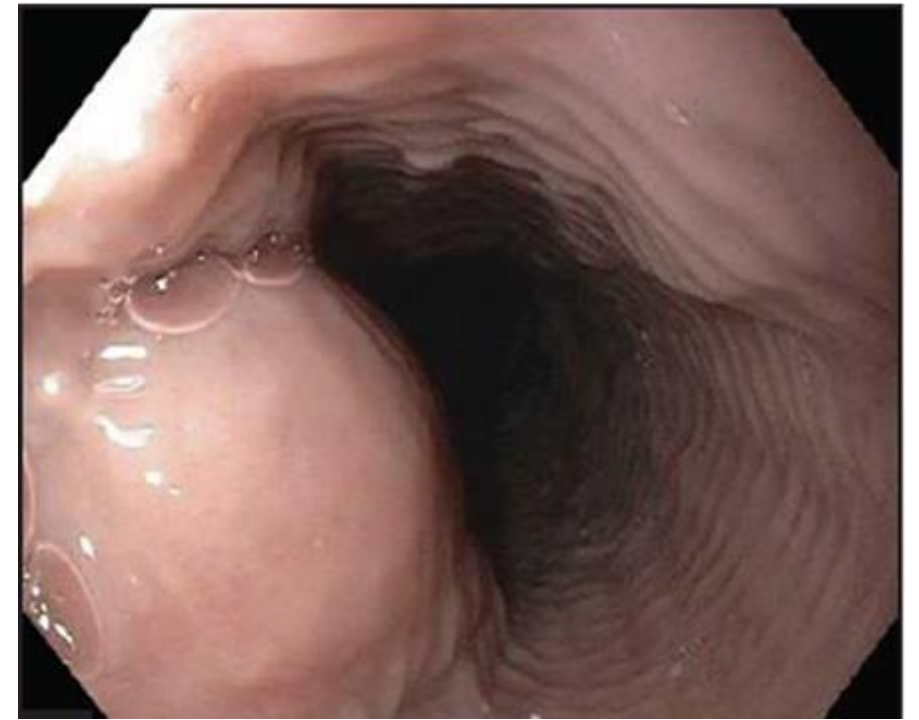
- Consultance Olympus Medical, Erbe, Boston Scientific

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Connaître les diagnostics à évoquer en cas de lésion sous-muqueuse
- Connaître les modalités diagnostiques des lésions sous-muqueuses
- Connaître les indications de résection endoscopique des tumeurs sous-muqueuses
- Connaître les modalités de surveillance

Caractérisation

- Lésions sous-épithéliales
- 1/300 endoscopies
 - mais 20% de microGISTs sur autopsies
- Estomac>oesophage>duodénum
- Localisation importante / diagnostic
 - Oeso: Abrikossof, Léiomyome, GIST
 - Estomac: GIST, Léiomyome, NET, P. ect, Lymphome, Métastases, Schwannome...
- Endoscopie peu spécifique
 - Lésions kystiques, P. ectopique, Lipomes...



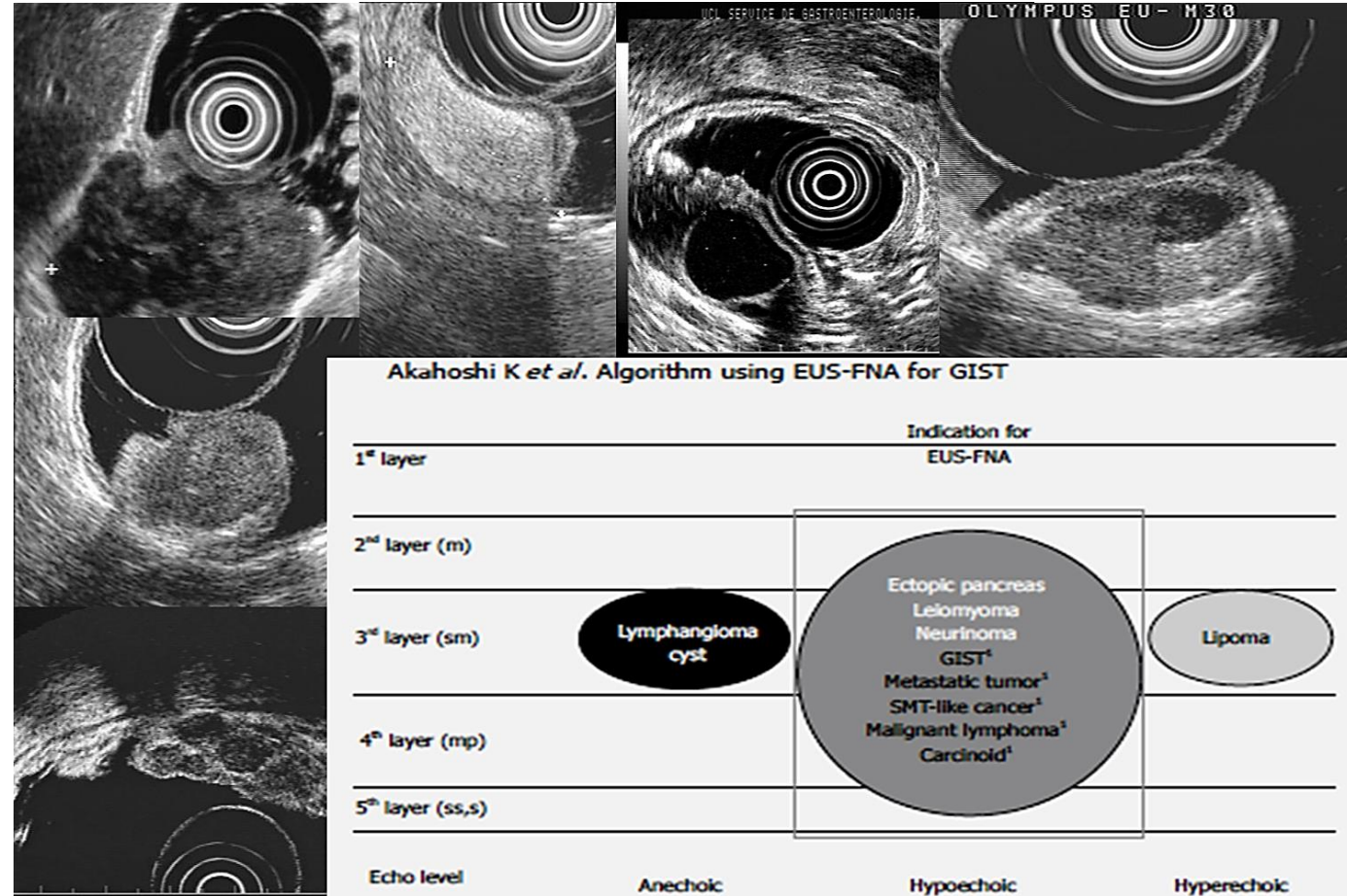
Caractérisation

Type de TSM	Couche origine	Echogénicité	Taille mm	Limites	Localisation
Duplication	3 ^{ème} / externe	Anéchogène, doppler -	>20 mm	Nettes, parfois couches	5 Toute
Varices	3 ^{ème}	Anéchogène, Doppler +		Nettes, serpigneuses	Toute
Lymphangiomes	3 ^{ème}	Anéchogène avec septa internes, Doppler -		Nettes	Toute
Tum Cell Granuleuse Abrikossof	2 ^{ème} , 3 ^{ème}	Hypoéchogène, plus échogène que muscle adjacent	<20 mm	Variables	Oesophage
Polype fibroid inflammatoire	2 ^{ème} , 3 ^{ème}	Hypoéchogène, homogène, polypoïde	8-18	Indistinctes	Antre, Intestin
Tumeurs Neuroendocrines	2 ^{ème} , 3 ^{ème}	Hypoéchogène/intermédiaire hypo/hyper		Nettes	Estomac, Intestin, Rectum
Pancréas Ectopique	2 ^{ème} à 4 ^{ème}	Hypoéchogène, texture hétérogène, avec kystes ou canal ou ombilication	<5-20	Indistinctes	Antre, Estomac, Duodenum
Leiomyome	2 ^{ème} à 4 ^{ème}	Hypoéchogène, idem muscle adjacent, moins que GIST. Homogène	vary	Nettes	Oesophage, Estomac, Intestin
GIST faible risque	2 ^{ème} à 4 ^{ème}	Hypoéchogène, hétérogène, hypervasculaire	<30	Nettes	Oesophage, Estomac, Intestin, Rectum
GIST haut risque	2 ^{ème} à 4 ^{ème}	Hypoéchogène, hétérogène, avec espaces kystiques ou foyers échogènes	>30	Irrégulières	Oesophage, Estomac, Intestin, Rectum
Lymphome	2 ^{ème} à 4 ^{ème}	Hypoéchogène	vary	Irrégulières	Estomac, Intestin
Schwanomme	4 ^{ème}	Hypoéchogène, homogène,		Nettes	Estomac
Tumeur Glomique	3 ^{ème} / 4 ^{ème}	Hypo/hyperechogène, hypervasculaire	vary	Nettes	Toute
Lipome	3 ^{ème}	Hyperéchogène homogène	vary	Nettes	Toute
Hyperplasie Brunner glandes	2 ^{ème} , 3 ^{ème}	Iso/Hyperéchogène homogène, parfois canal interne		Nettes	Bulbe duod
Métastases	toutes	Hypoéchogène		Irrégulières	Toute



Caractérisation: échoendoscopie

- L'ESGE recommande l'échoendoscopie comme le meilleur outil pour préciser les caractéristiques des tumeurs sous-muqueuses
 - Taille
 - Localisation
 - Couche d'origine
 - Echogénicité
 - Forme
- Mais l'échoendoscopie seule n'est pas capable de distinguer tous les types de tumeurs (Recommandation forte, preuves de qualité modérée)

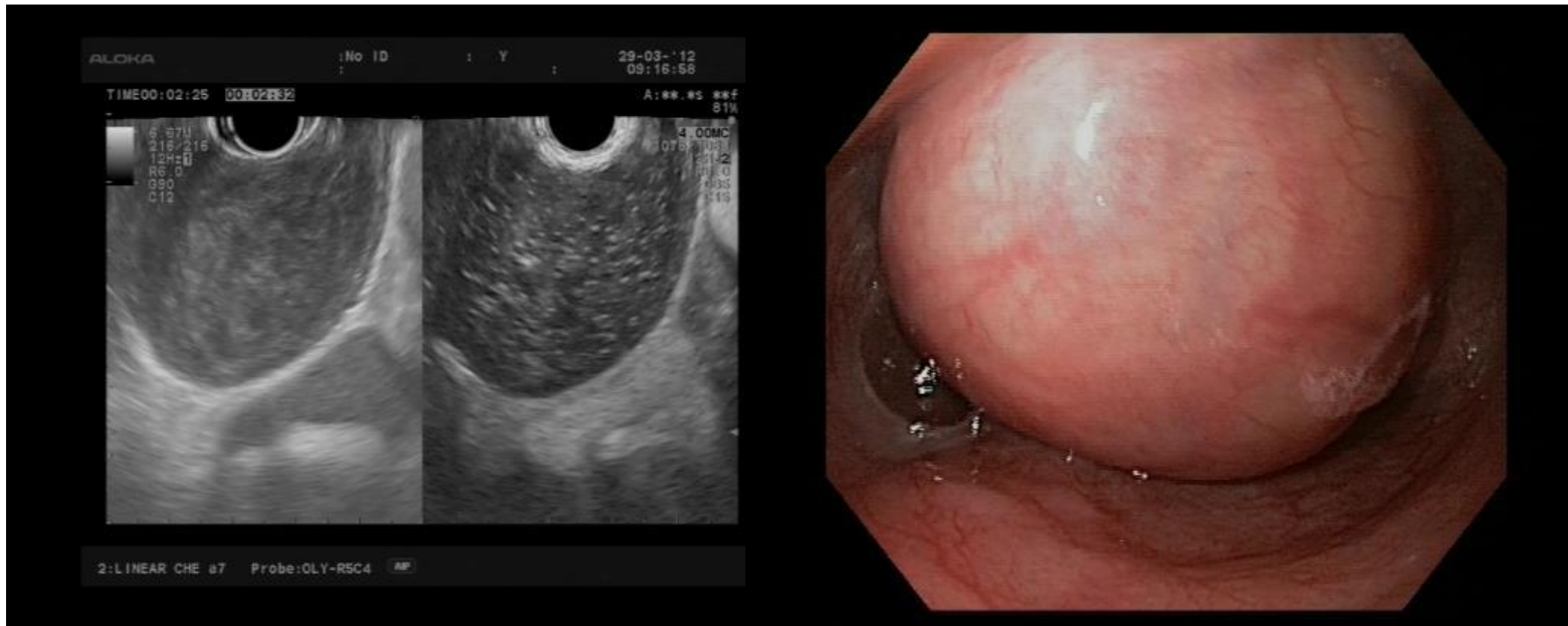


CEUS et TSM

L'ESGE suggère que l'échographie de contraste peut être utilisée pour la caractérisation des TSM dans le tube digestif supérieur et l'estimation du potentiel malin des GISTs, mais elle ne peut pas remplacer l'acquisition tissulaire.



DFI DETECTIVE FLOW IMAGING



TX :100%
MI :0.6
TIS:<0.4



DF: 11 CV: 11



[Redacted]

M 59
16/03/1960
06/02/2020
12:41:08

D.F:6
■■■/---
0/3
Eh:A4 Cm:1

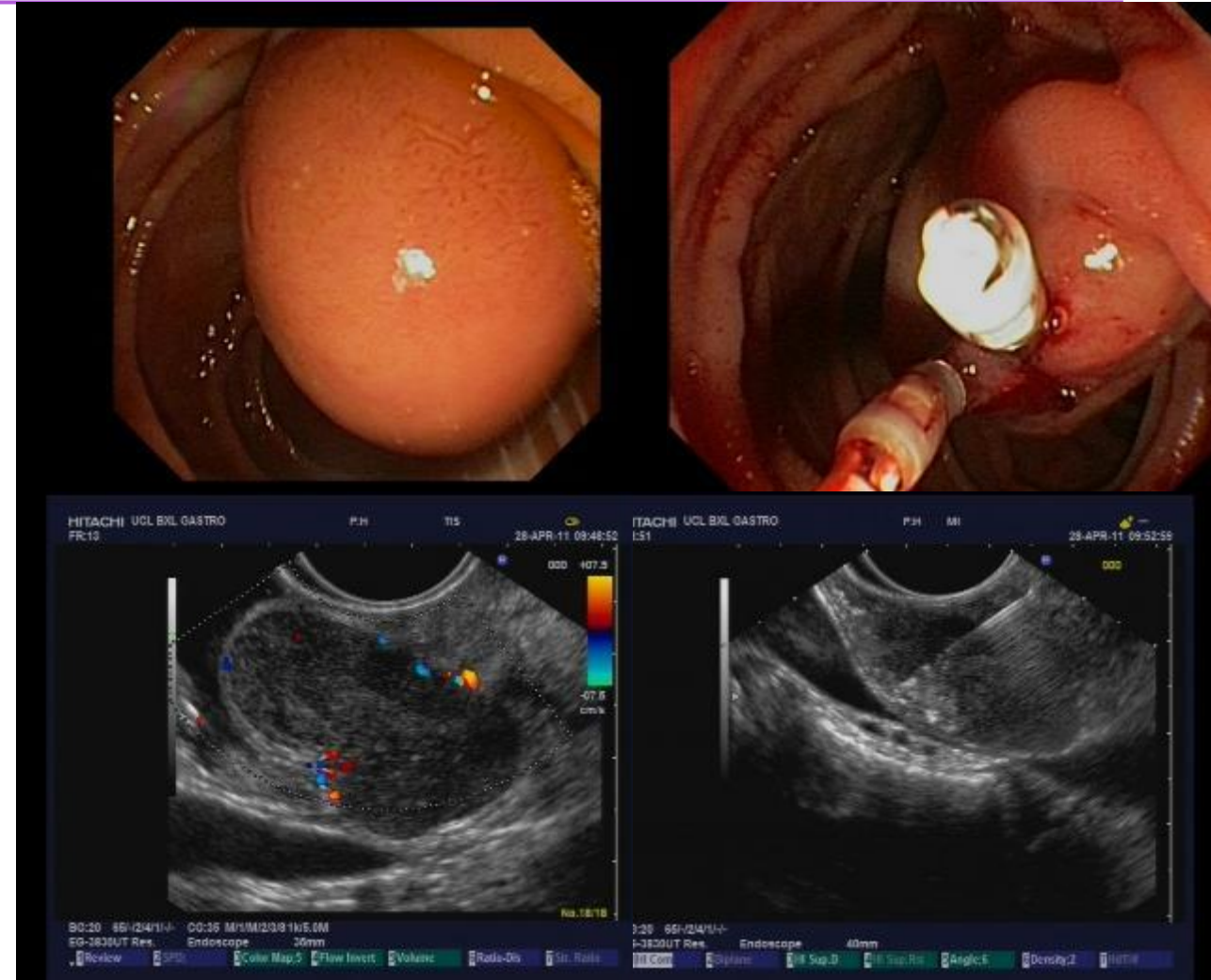
ENDOBASE examination running



Caractérisation: histologie

- L'ESGE suggère de recourir au diagnostic histologique pour
 - toutes les TSM susceptibles d'être une GIST
 - ou si elles ont une taille > 20 mm
 - ou présentent des critères à haut risque de malignité
 - ou nécessitent une résection chirurgicale ou un traitement oncologique

(Recommandation faible, preuves de très faible qualité).



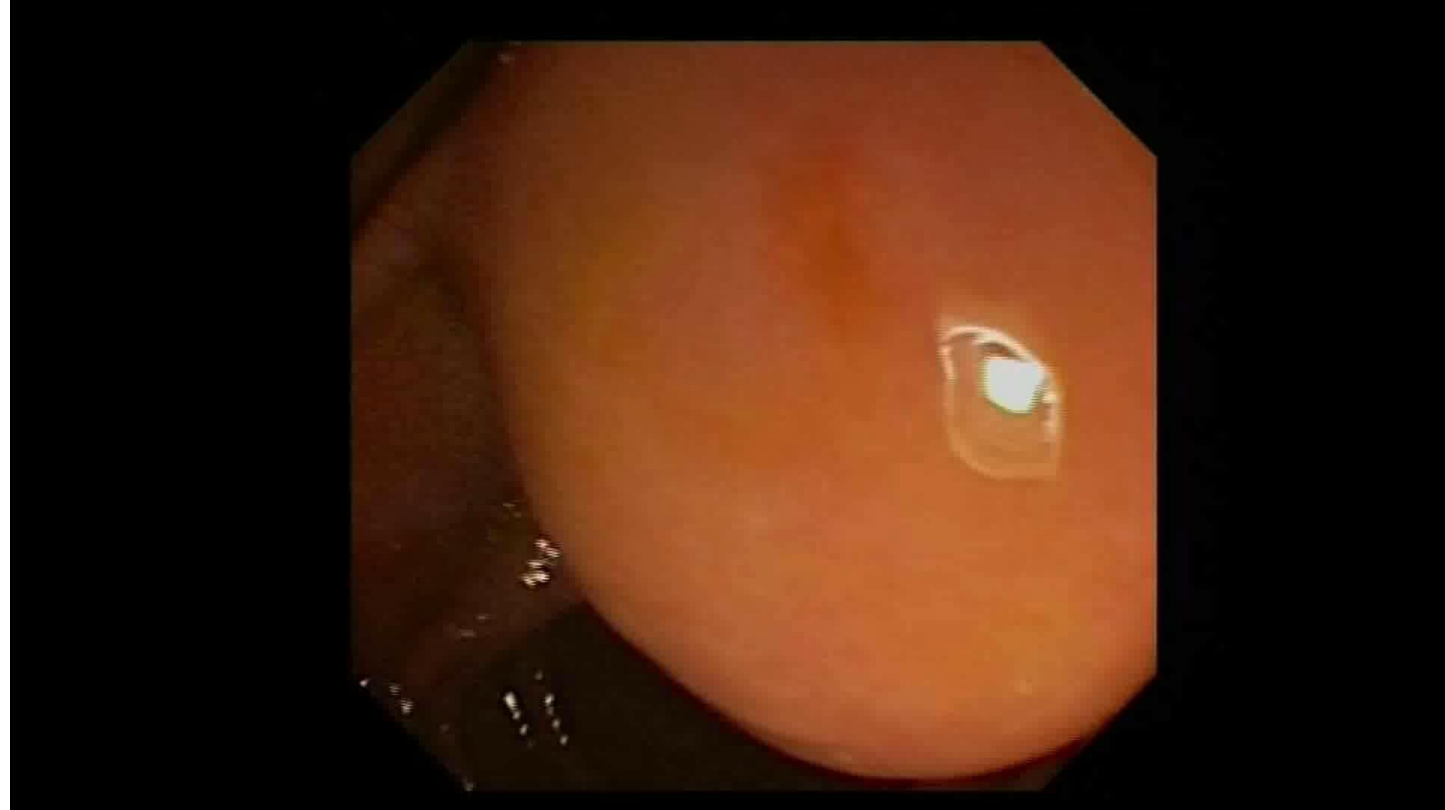
Caractérisation: histologie

- TSM de taille ≥ 20 mm
 - L'ESGE **recommande** indifféremment la biopsie à l'aiguille fine guidée par l'EE (EE-FNB) ou la biopsie assistée par incision muqueuse (MIAB) pour le diagnostic histologique

(Recommandation forte, preuves de qualité modérée).

- TSM de taille <20 mm
 - L'ESGE **suggère** d'utiliser la MIAB (premier choix) ou l'EE-FNB (deuxième choix) pour le diagnostic tissulaire

(Recommandation faible, preuves de faible qualité).



Caractérisation tissulaire

- Méta-analyse: 10 études, 669 pts
 - FNB vs FNA, FNB supérieure pour tous les outcomes:
 - Échantillons adéquats
 - Taux de “core” histologique
 - Efficacité diagnostique **89 vs 37%**
 - N ponctions nécessaires au diagnostic
 - FNB 22 G ProCore (Cook Medical), Acquire (Boston Scientific), and SharkCore (Medtronic)

- MIAB 89% mais 5% saignements

Zhang X-C, Li Q-L, Yu Y-F et al. Diagnostic efficacy of EUS-guided needle sampling for UGI SEL: a meta-analysis. Surg Endosc 2016

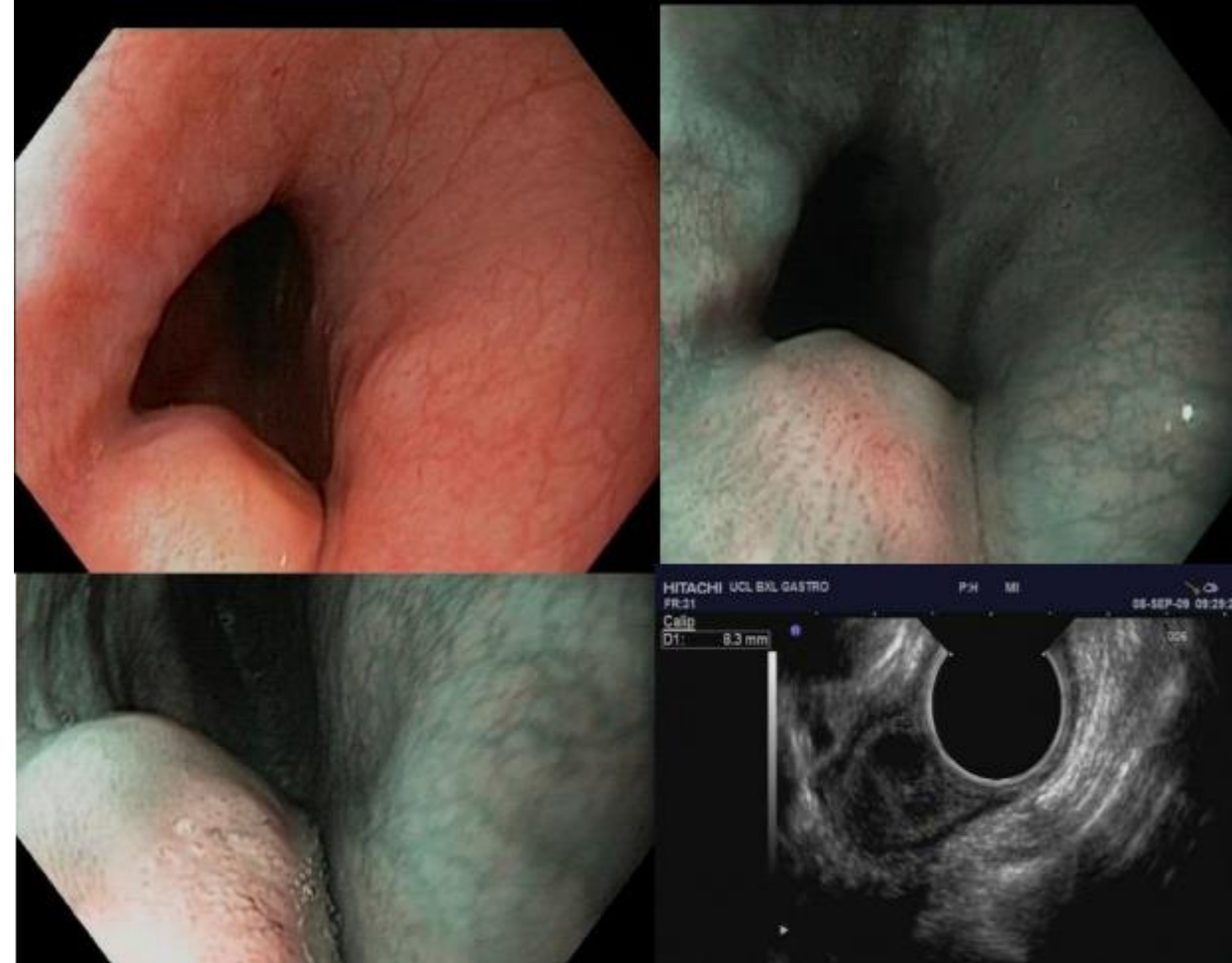
Trindade AJ et al. Fine-needle biopsy is superior to FNA of suspected GIST: a large multicenter study. Endosc Int Open 2019; 7: E931–E936

de Moura DTH, et al. EUS-guided fine-needle biopsy sampling versus FNA in the diagnosis of SEL: a large multicenter study. GIE 2020



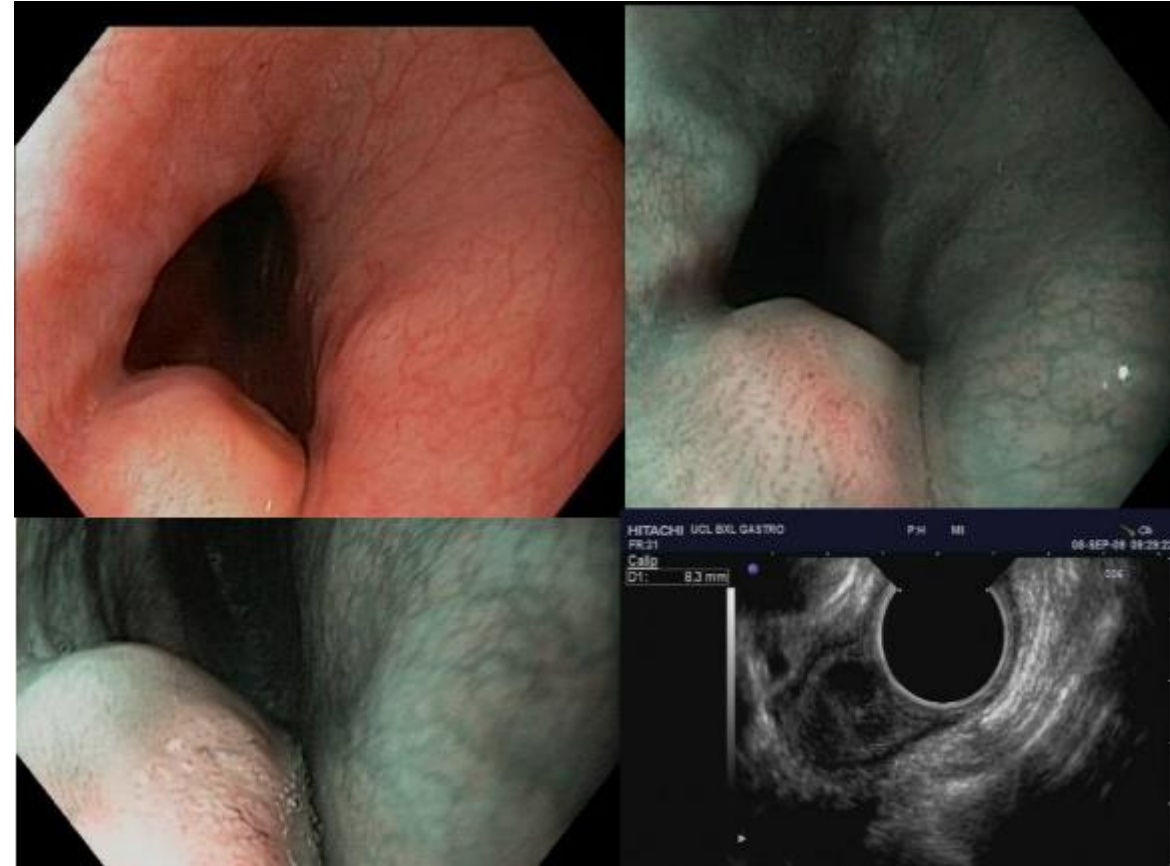
Surveillance

- L'ESGE recommande de ne pas surveiller les:
 - Léiomyomes asymptomatiques
 - Lipomes
 - Pancréas hétérotopiques
 - tumeurs à cellules granuleuses
 - Schwannomes
 - Tumeurs glomiques**si le diagnostic est établi (Recommandation forte, preuves de qualité modérée).**
- L'ESGE suggère que pour les GIST gastriques prouvées histologiquement, de taille <20 mm, la **surveillance ou la résection** sont toutes deux des alternatives acceptables (Recommandation faible, preuves de très faible qualité).



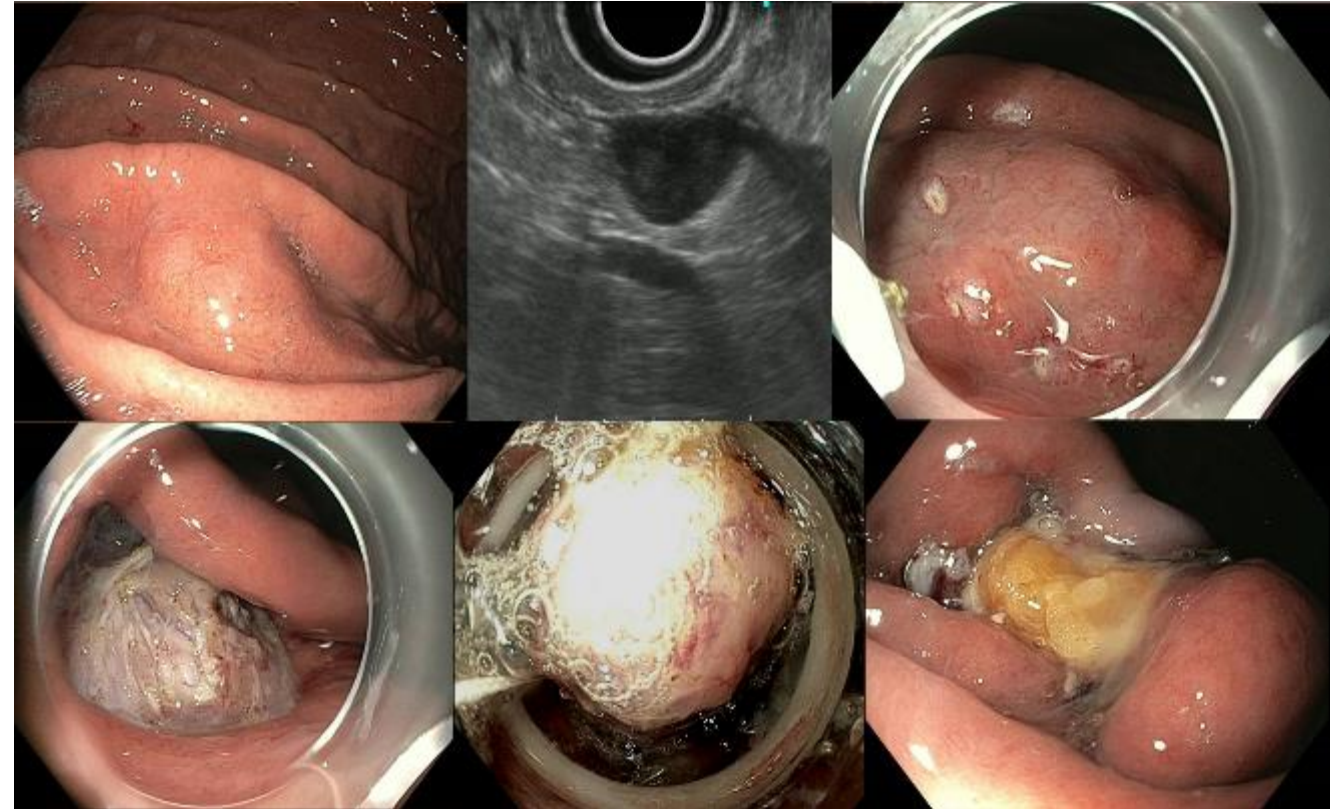
Surveillance

- L'ESGE suggère une surveillance des TSM œsophagiennes et gastriques asymptomatiques **sans diagnostic précis**:
 - avec une EGD à 3-6 mois, puis à intervalles de 2-3 ans pour les lésions de taille <10 mm
 - avec une EGD à intervalles de 1-2 ans pour les lésions de 10-20 mm
- Pour les TSM asymptomatiques de taille >20 mm qui ne sont pas réséquées, l'ESGE suggère une surveillance par EGD plus EE à 6 mois, puis à intervalles de 6 à 12 mois (*Recommandation faible, preuves de très faible qualité*).



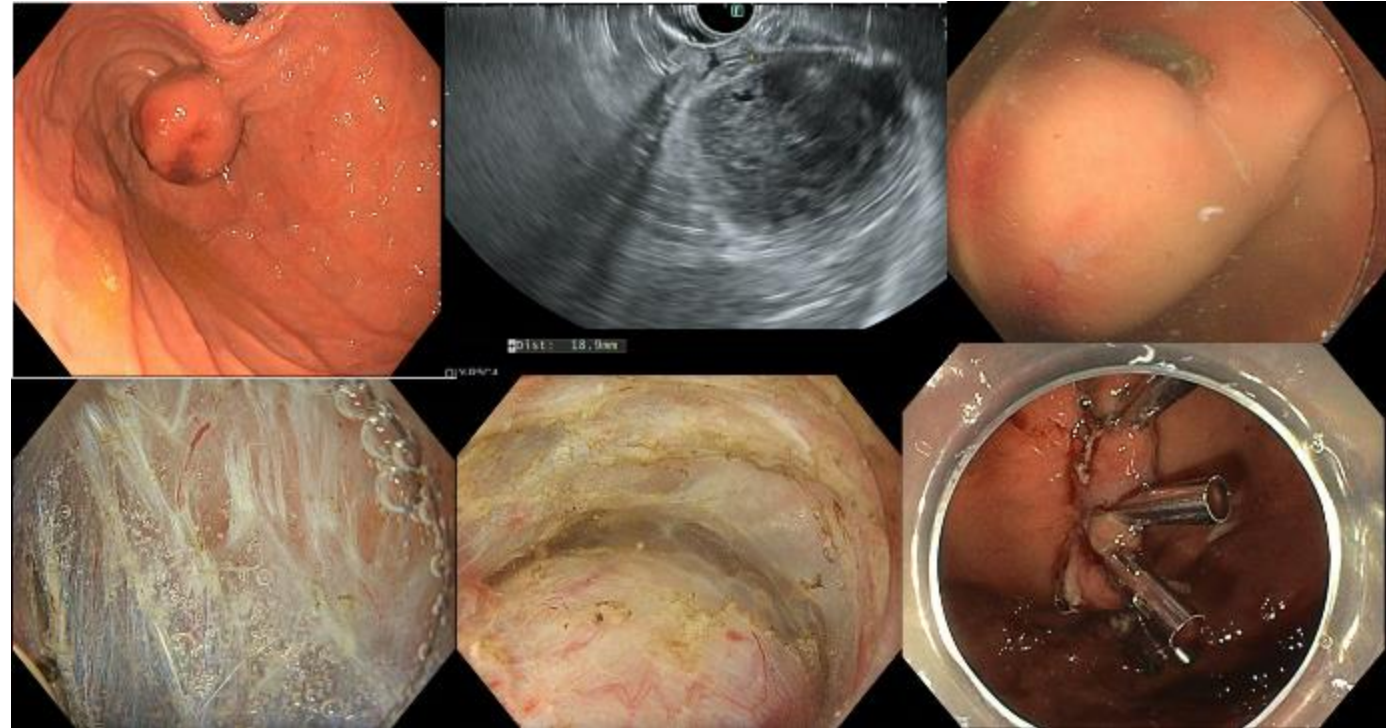
Résection

- Les recommandations des sociétés scientifiques sont unanimes quant à l'indication de résection pour les GIST gastriques **prouvées histologiquement et de taille supérieure à 2 cm**, compte tenu de leur risque de malignité.
- En présence d'une indication de résection, l'ESGE suggère d'envisager **l'excision endoscopique comme alternative à la chirurgie** laparoscopique pour résecter un GIST gastrique de taille <35 mm par:
 - « Submucosal tunneling endoscopic resection » STER
 - « l'excavation sous-muqueuse endoscopique » ESE
 - « EFTR »

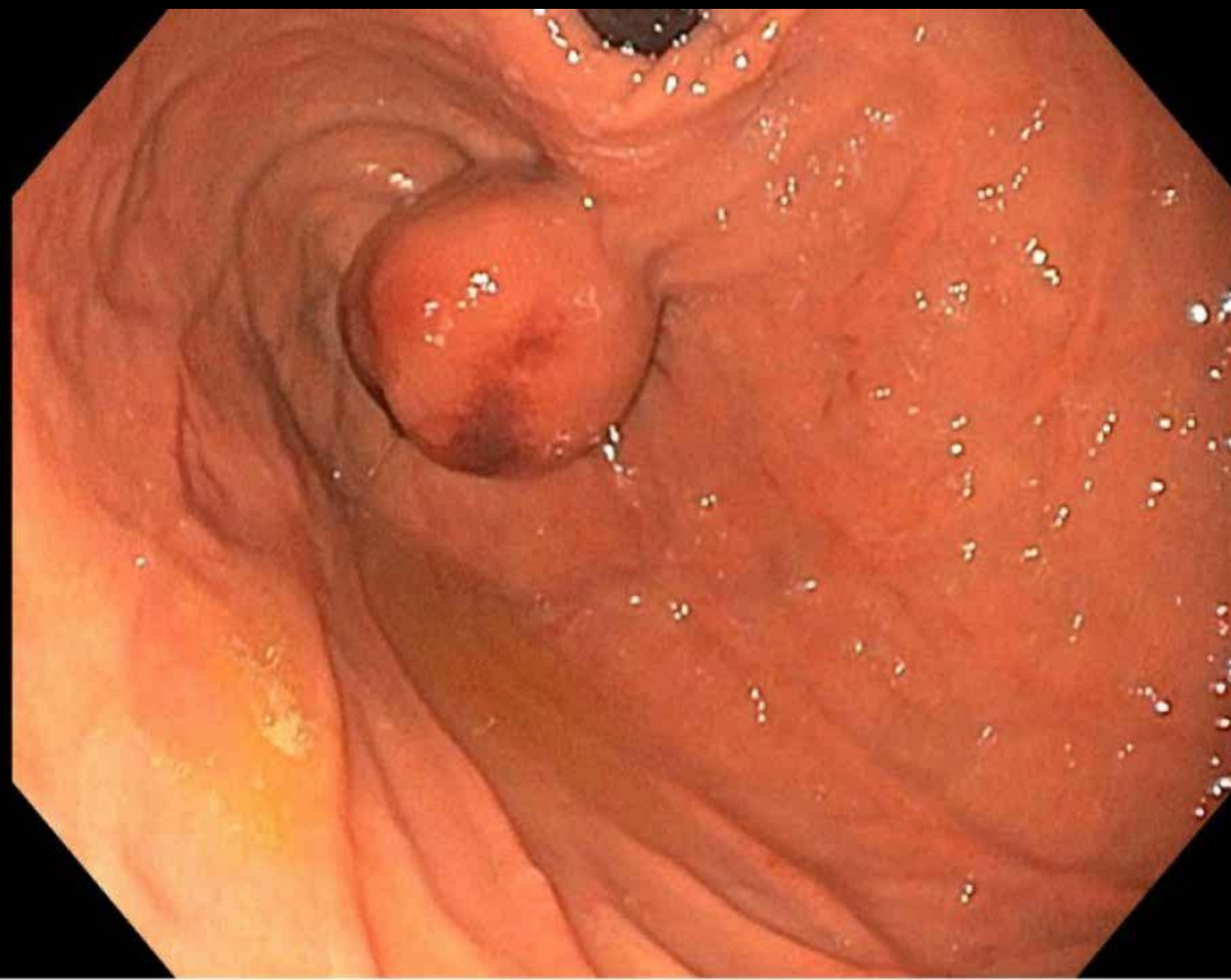


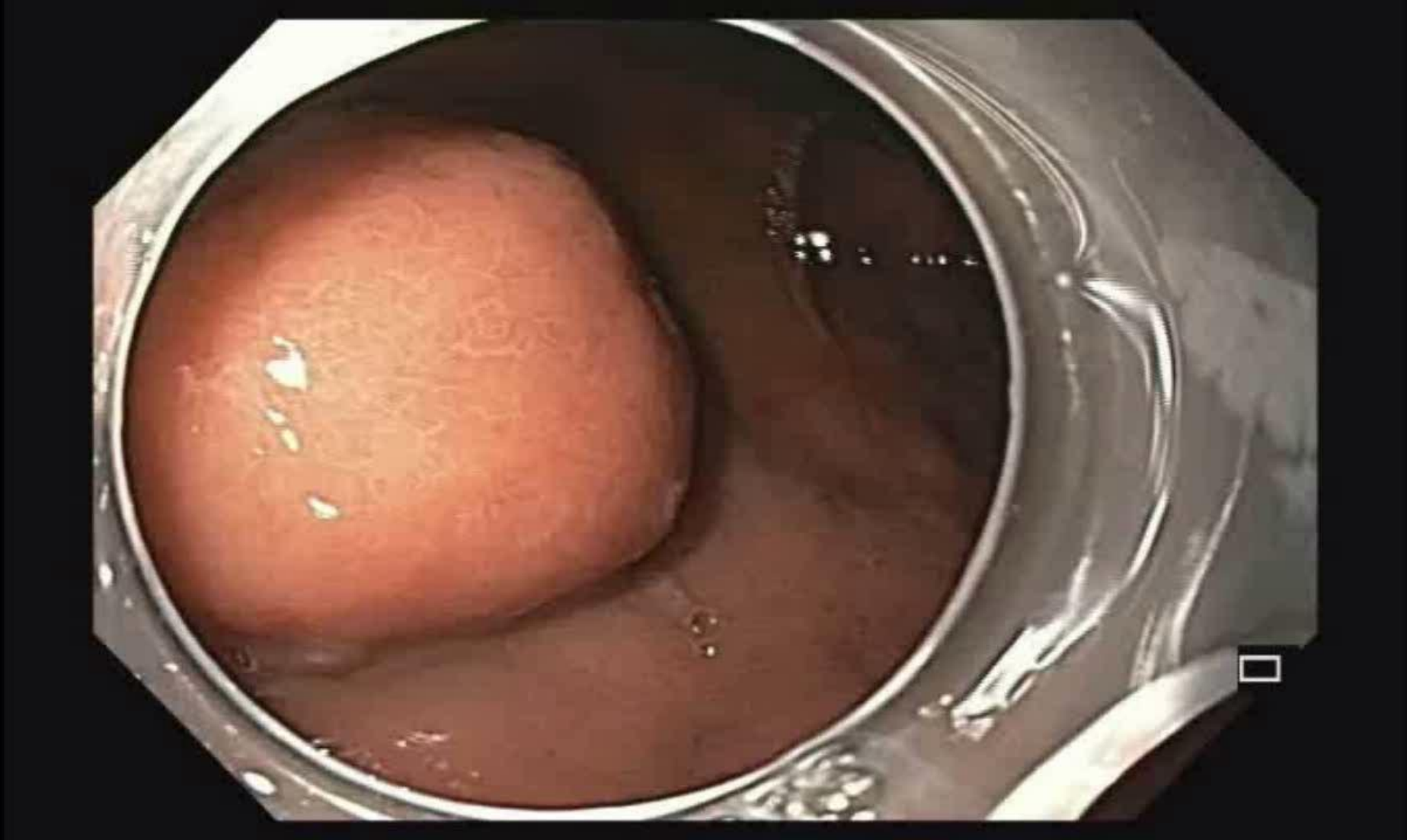
Résection

- L'objectif de la résection endoscopique est de
 - réaliser une résection curative R0
 - avec un taux de morbidité plus faible que la chirurgie
 - dans les lésions sans risque d'envahissement ganglionnaire.
- L'ESGE suggère d'envisager la résection des GIST gastriques de moins de 20 mm prouvées histologiquement comme alternative à la surveillance.
- La décision de résecter doit être discutée lors d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dédiée
- Le choix de la technique doit dépendre de la taille, de la localisation et de l'expertise locale (*Recommandation faible, preuves de très faible qualité*).

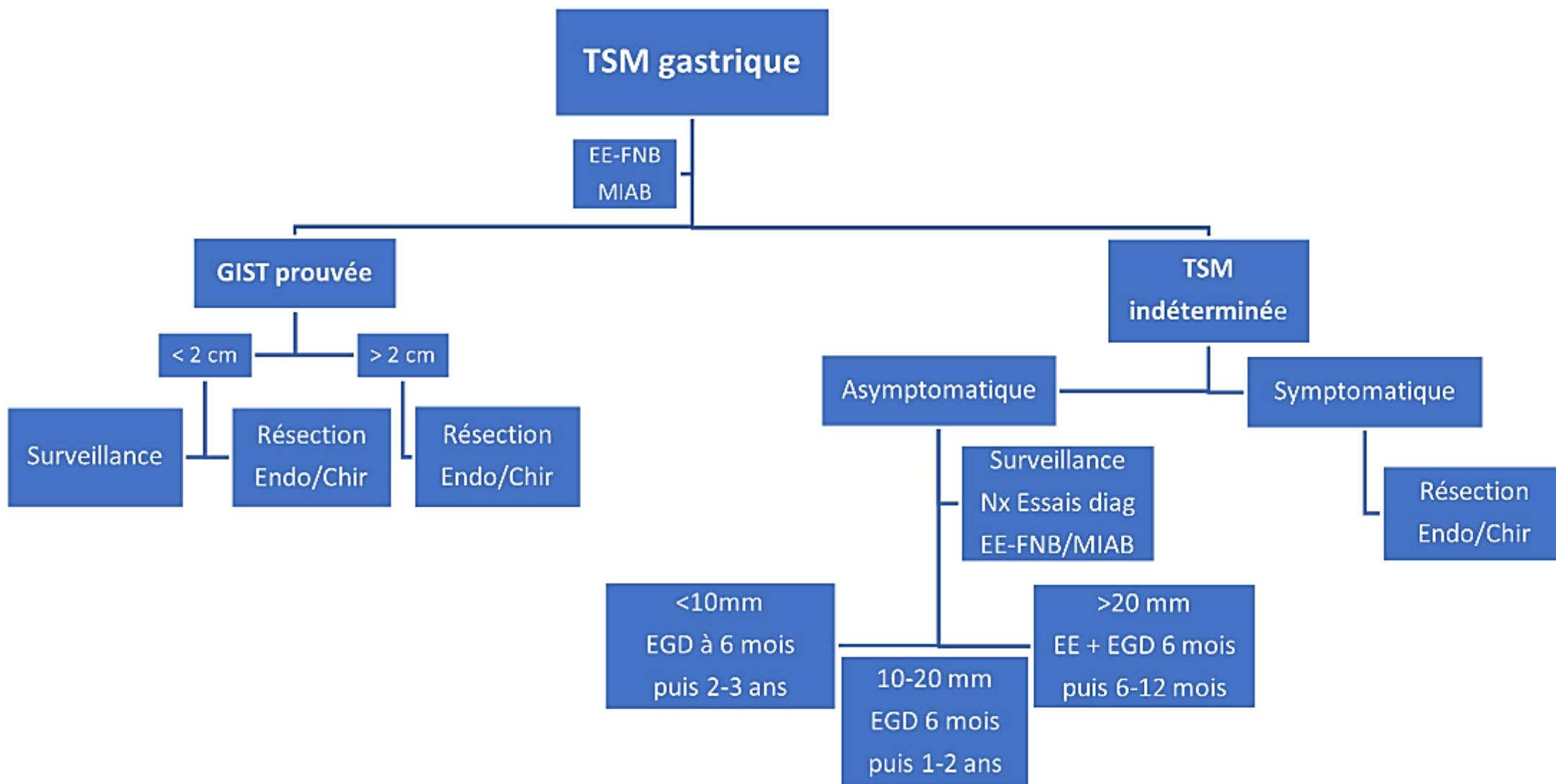








Algorithme de prise en charge



POINTS FORTS

- 1- La plupart des lésions sous-muqueuses oeso-gastriques ne nécessitent aucun traitement ou surveillance (léiomyome œsophagien, tumeur d'Abrikossof, lipomes, pancréas accessoires/hétérotopiques ...)
- 2- L'échoendoscopie avec ou sans contraste et la ponction à l'aiguille histologique (FNB) sont déterminantes dans le diagnostic différentiel des tumeurs stromales gastriques.
- 3- Les lésions asymptomatiques de nature indéterminée, de taille <20 mm, hypoéchogènes, bien délimitées, ont un très faible potentiel de malignité et la surveillance est probablement la meilleure option de prise en charge.
- 4- La résection des GIST gastriques de moins de 20 mm, prouvées histologiquement, peut être réalisée comme alternative à la surveillance. La décision et les modalités de résection doivent être discutées lors d'une réunion multidisciplinaire.
- 5- Pour une GIST de taille comprise entre 20 et 35 mm et faisant protrusion dans la lumière gastrique, l'ESGE suggère d'envisager la résection endoscopique comme alternative à la chirurgie.