Endoscopie curative du cancer de l'œsophage: résection ou destruction?

Jean Boyer

Déclaration de conflit d’intérêt

- Aucun conflit d’intérêt

Objectifs pédagogiques

- Connaître les différentes techniques de résection et de destruction
- Connaître les indications et les limites du traitement endoscopique curateur d'un adénocarcinome et d'un cancer épidermoïde
- Connaître les indications des différentes méthodes de résection et de destruction
- Connaître les résultats du traitement endoscopique de l'adénocarcinome et du cancer épidermoïde

Conditions requises

1-diagnostic endoscopique précis

2-stratégie thérapeutique adaptée

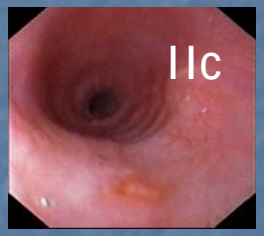
Objectifs : - éradiquer cancer
- prévenir récidive

3-technique endoscopique rigoureuse

Diagnostic et Bilan d'extension d'un cancer épidermoïde superficiel

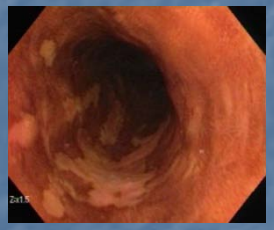
Videoendoscopie

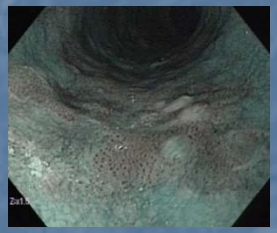
Classification de Vienne



↓

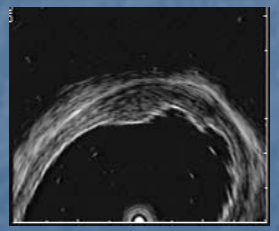
lugol et NBI





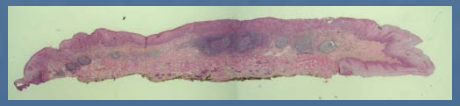
↓

Echoendoscopie 12 mHz et minisonde si Is-IIc-III



↓

mucosectomie diagnostique



Diagnostic et bilan d'extension cancer œsophage sur EBO

endoscopie

Ac. acétique →

NBI →

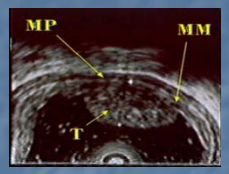
↓

Classification Paris
Protocole biopsique Seatle
planimétrie

↓

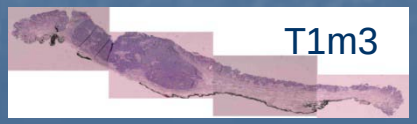
Echoendoscopie 12 mHz ; minisonde 20 ou 30 mHz si Is-IIc-III
± cytoponction ggl

→

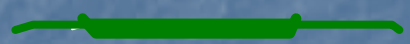
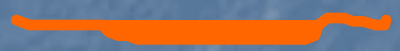


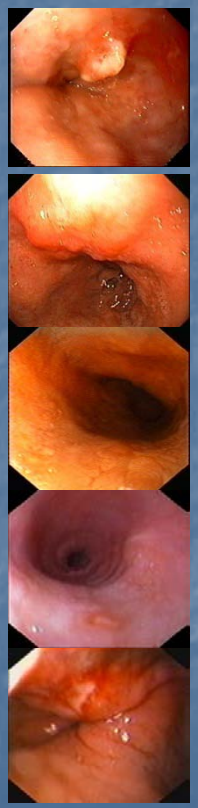
↓

mucosectomie diagnostique →

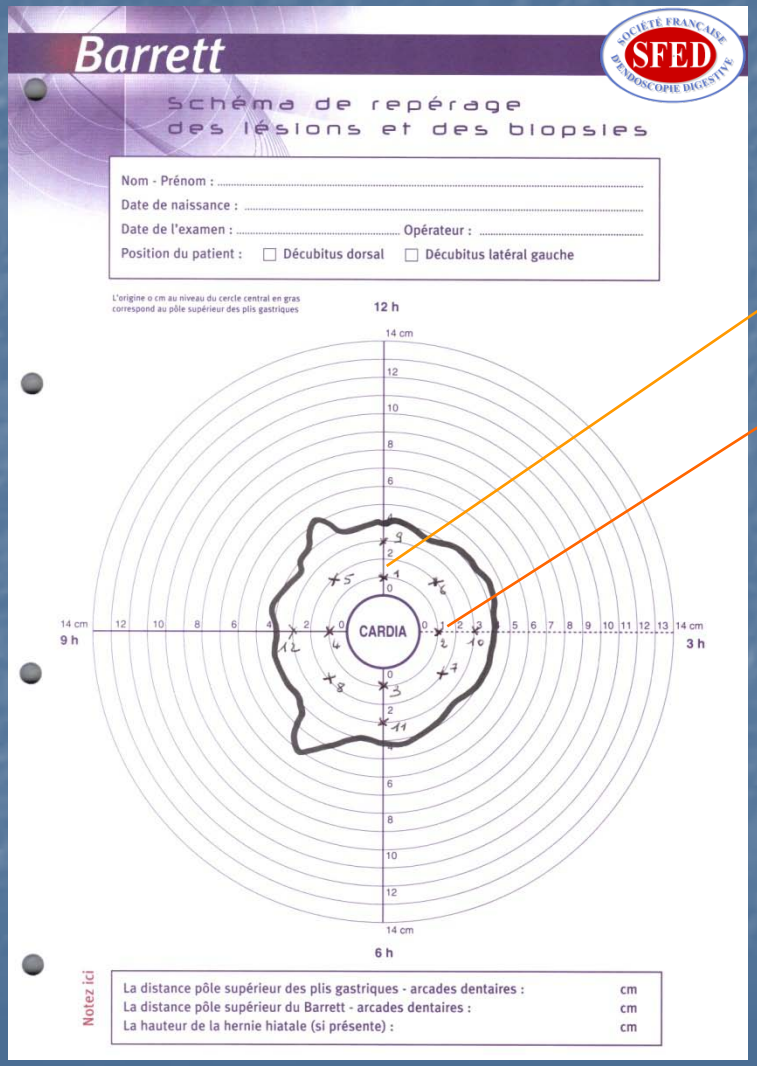


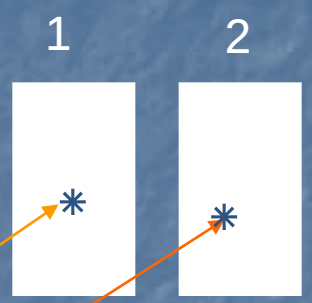
extension pariétale et ggl en fonction de l'aspect endoscopique

classification de Paris		invasion pariétale	ggl
Is		sm > m	N+
IIa		sm = m	N±
IIb		m	N-
IIc		m > sm	N±
III		sm	N+



Planimétrie

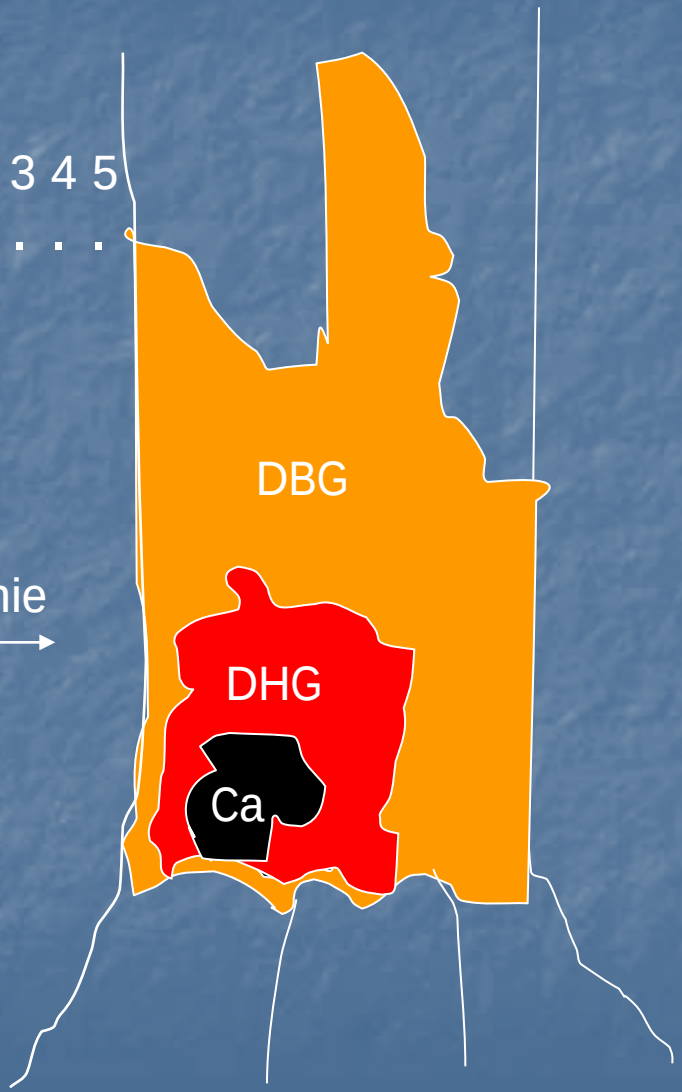




3 4 5

. . .

cartographie



Indications du traitement endoscopique curateur du cancer œsophage en fonction du risque ganglionnaire

adénocarcinome	Cancer épidermoïde
m1 = 0%	m1 = 0%
m2 = 0%	m2 = 0-2%
m3 = 0%	m3 = 0 -18%
muscularis mucosae	
sm1 = 1-3%	sm1 =10-30%
sm2 = 10-20%	sm2 > 50%
sm3 = 30-50%	sm3 = 70%
musculeuse	

≤ 15 mm
Résection monobloc
Marges de sécurité saines
Envahissement lymph = 0
Bien ou moyen. différencié
Envahissement sm ≤ 200-500µ

≤ 15 mm
Résection monobloc
Marges de sécurité saines
Envahissement lymph = 0
Bien ou moyen. différencié

Techniques endoscopiques

Résection

Aspiration-section avec capuchon

Section sur ligatures élastiques

Aspiration-Section simplifiée

Dissection sous muqueuse

destruction

Plasma argon

Thérapie Photodynamique

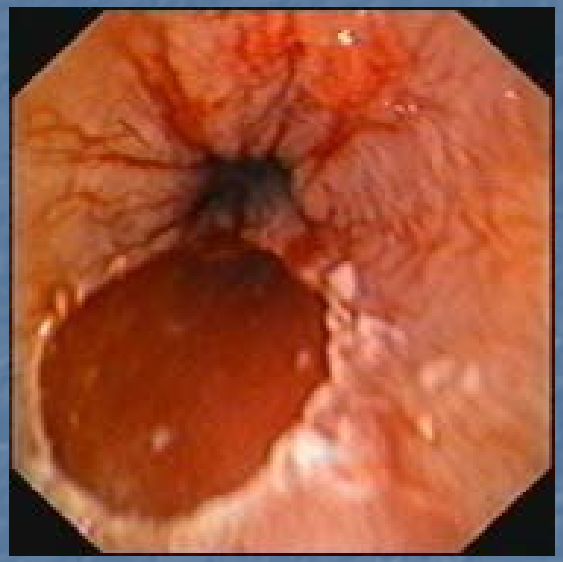
Radiofréquence

Cryothérapie

Technique aspiration- section avec capuchon

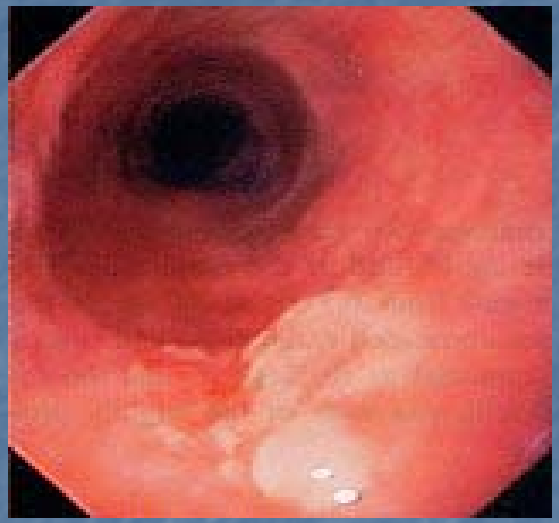
Repérage limites lésion lugol et points de coagulation

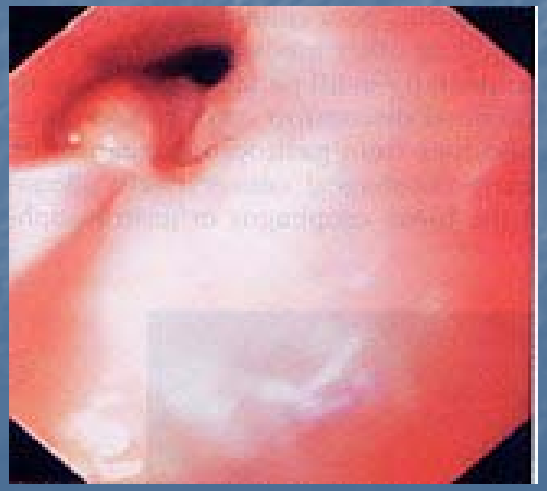
Aspiration et section



Diamètre cap : 12,9 – 18 mm

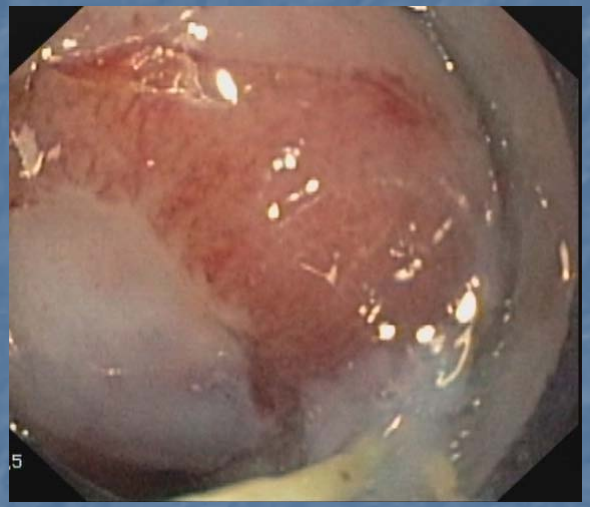
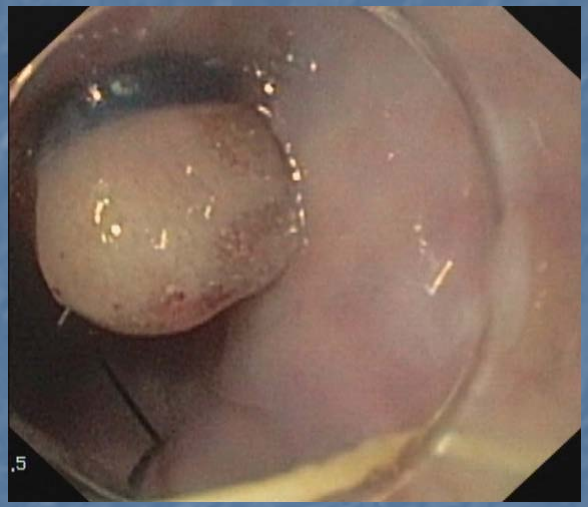
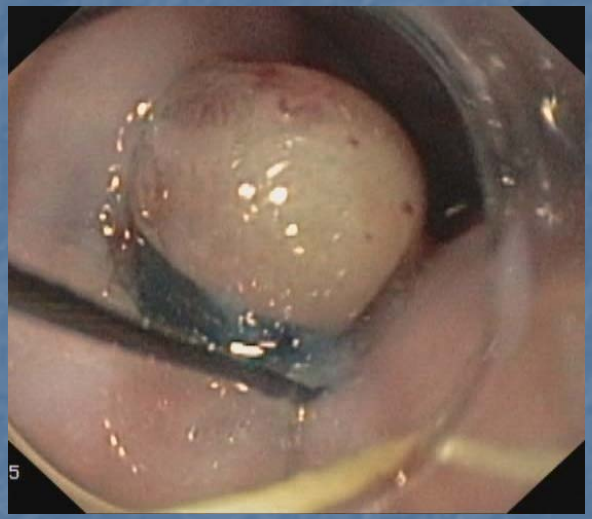
Technique aspiration-section simplifiée

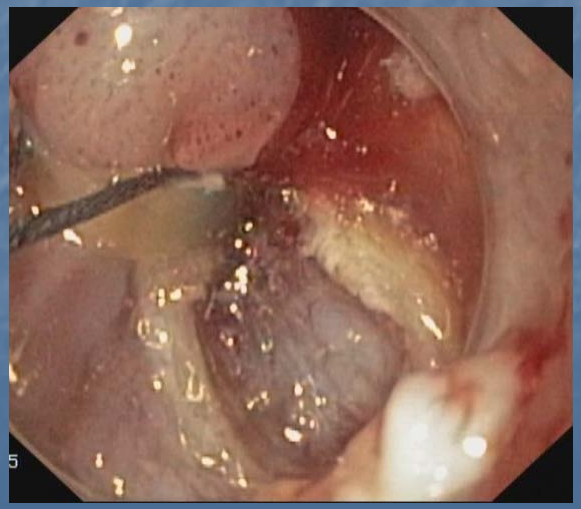




Soehendra N , Endoscopy 1997 ; 29: 380-3

Ligatures élastiques-section anse (système Duette™)



Diamètre cap : 9,5 – 14 mm

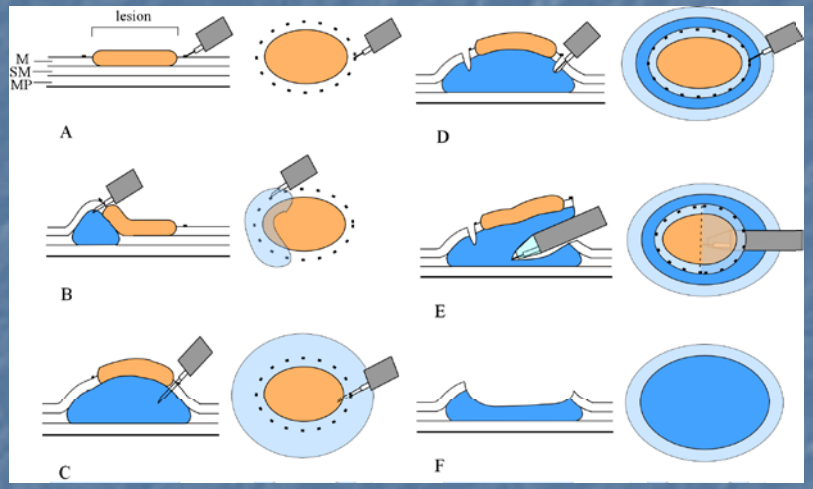
Dissection sous muqueuse

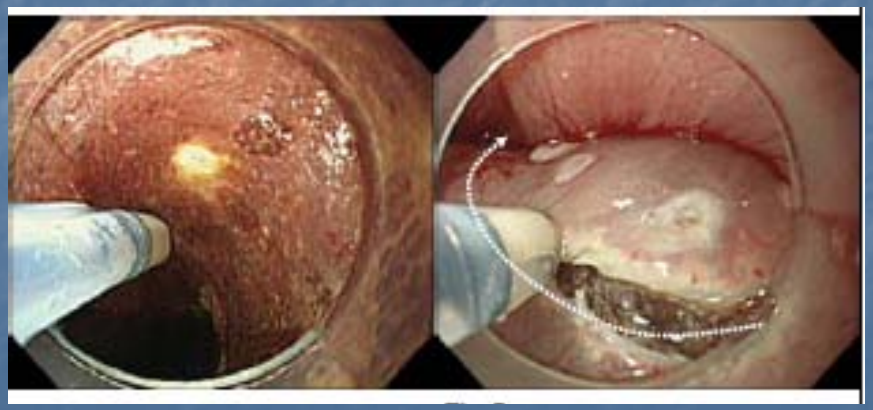
Outils

Instruments Ière Génération

Instruments 2ème génération

Technique





Comparaison techniques de résection

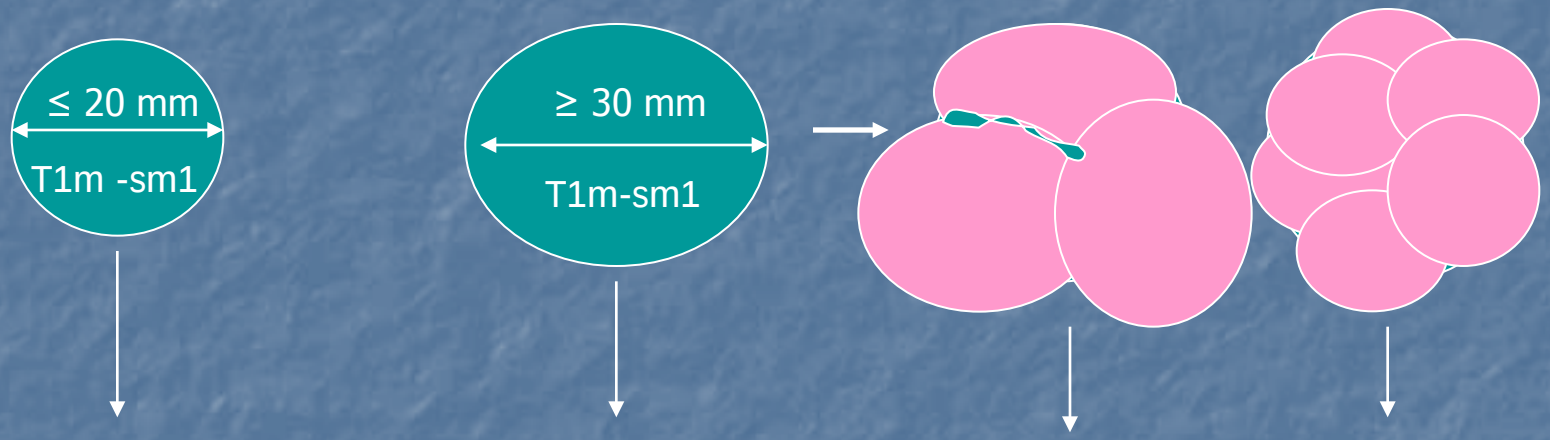
technique	difficulté	Limites résection monobloc* (Latérales-basales)	Complications Perf	hém.	décollement
aspiration-section-capuchon	++	≤ 20-25 mm sm1-sm2	1-4%	0-14%	±
Ligatures-section	+	≤ 20 mm sm1-sm2	1%	0-4%	-
Section simplifiée	++	≤ 20 mm sm1	1-2%	0-5%	-
Dissection sm	+++	> 30 mm sm2-sm3	1-10%	0-10%	+++

* Performances > sur cancer épidermoïde

Techniques endoscopiques de résection performances

Résection complète monobloc (80%)
(marges latérales et profondes saines)

Résection par fragments



ESD >section avec cap > Duette™

ESD

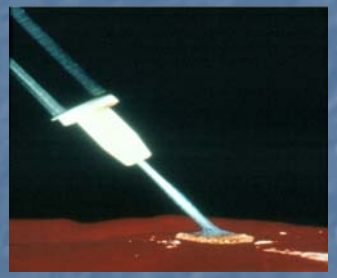
capuchon-aspiration-section

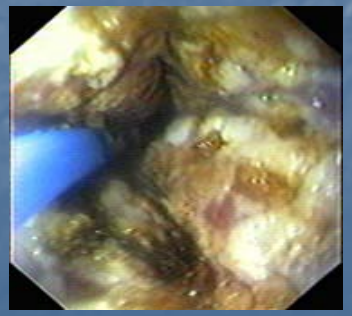
Duette ™

Etude anatomopathologique pièces de mucosectomie :
marges latérales et basales envahies ou non analysables :62 à 83% des cas
Vieth M et al Endoscopy 2004; Mino-Kenudson M et al Gastrointest Endosc 2005

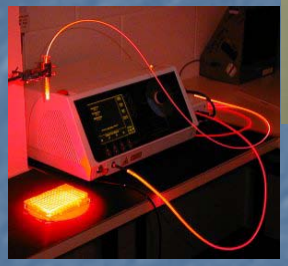
Techniques de destruction

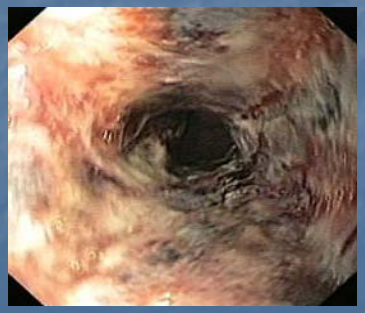
APC





PDT

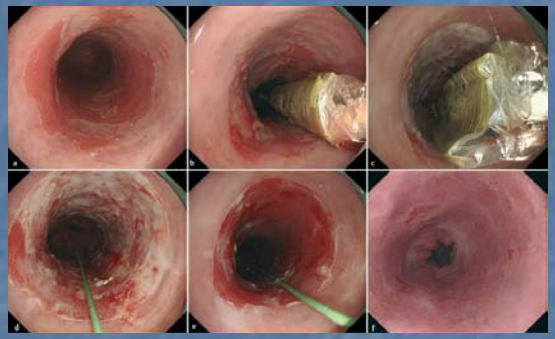




RF

Sonde de calibration

60 électrodes sur 3 cm



Comparaison techniques de destruction muqueuse de Barrett

Performances : RFA > PDT > APC

Technique (Puissance recommandée)	difficulté	Profondeur de destruction	Complications		Glandes enterrées	coût
			sténose	perforation		
Plasma argon (60-90 w)	+	musculeuse	0-15%	0-3%	+++	+
PDT Photobar® (150-180j/cm2)	-	musculeuse	0-50%	0-5%	++	+++
Radio Fréquence (10-12j/cm2)	±	muqueuse ≤ 800 µm	2-6%	?	-	+++

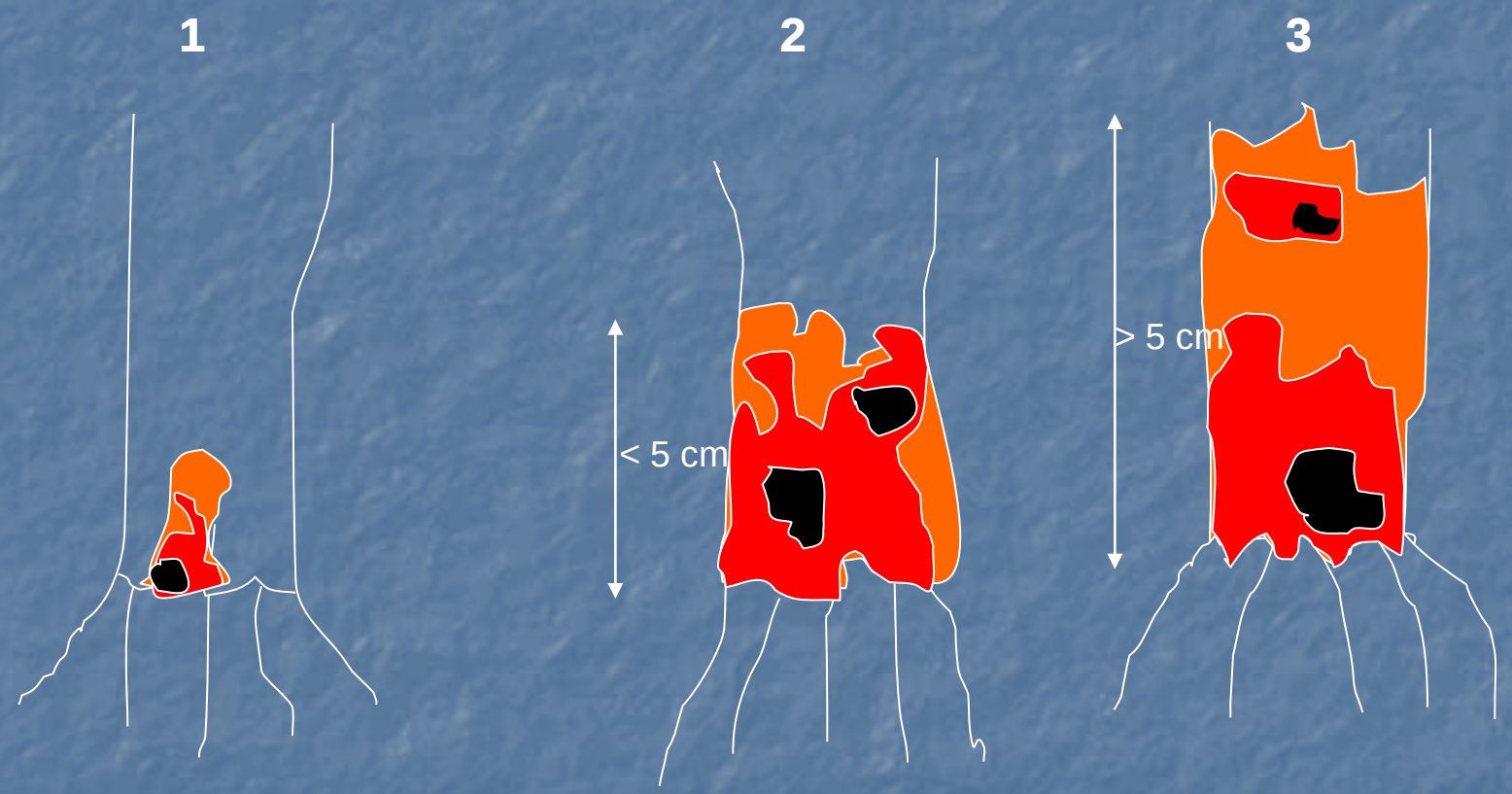
Quelle (s) technique (s) choisir?

Résection ?

Destruction ?

Résection +destruction?

présentations de la DHG et cancer sur EB0 accessibles à un traitement endoscopique curateu



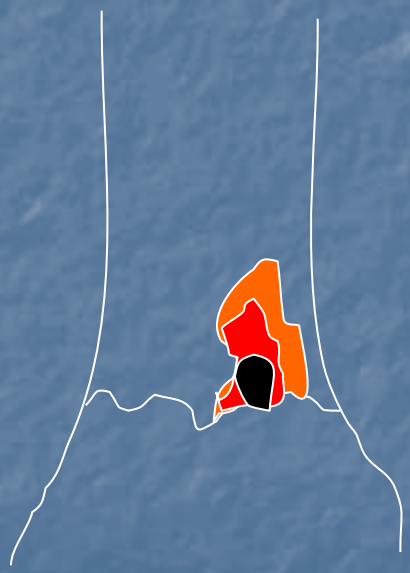
EBO ± DBG

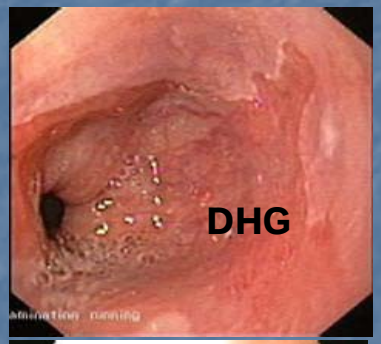
DHG

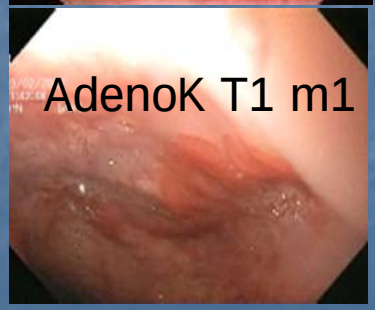
Cancer T1m1,m2,m3

1- DHG/cancer intra muqueux sur languette EBO

résection complète de la DHG/cancer et de l'EBO
par mucosectomie (s) recommandée



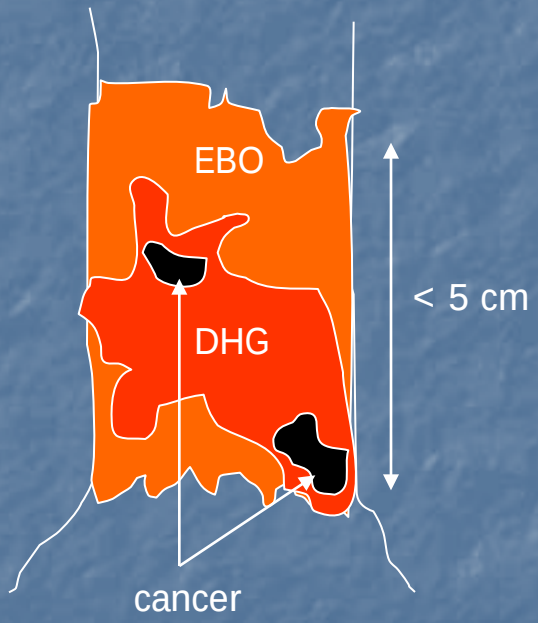


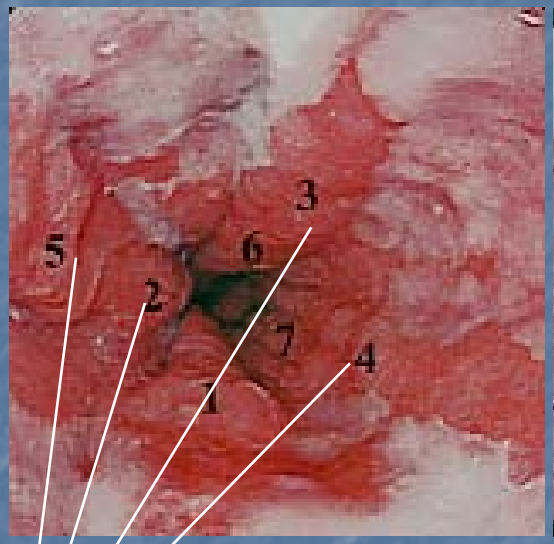


pas d'étude comparant la mucosectomie à la PDT

2-3 Cancer intra muqueux et DHG diffuse sur EBO long

Mucosectomie circonférentielle en un temps





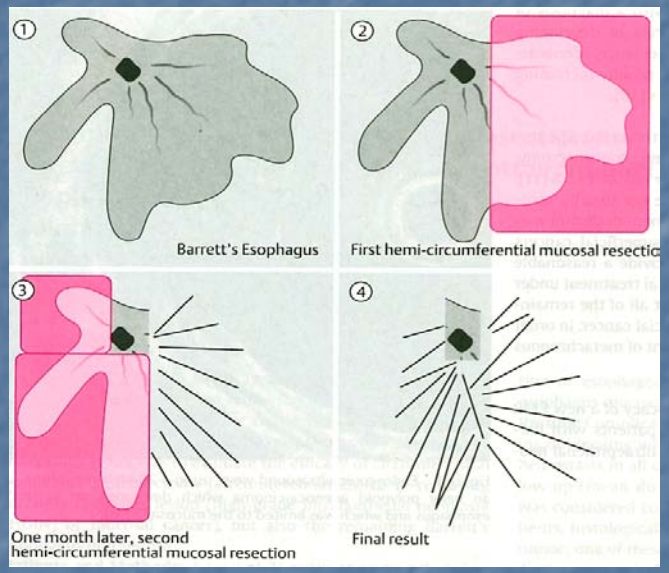
Ca multifocal

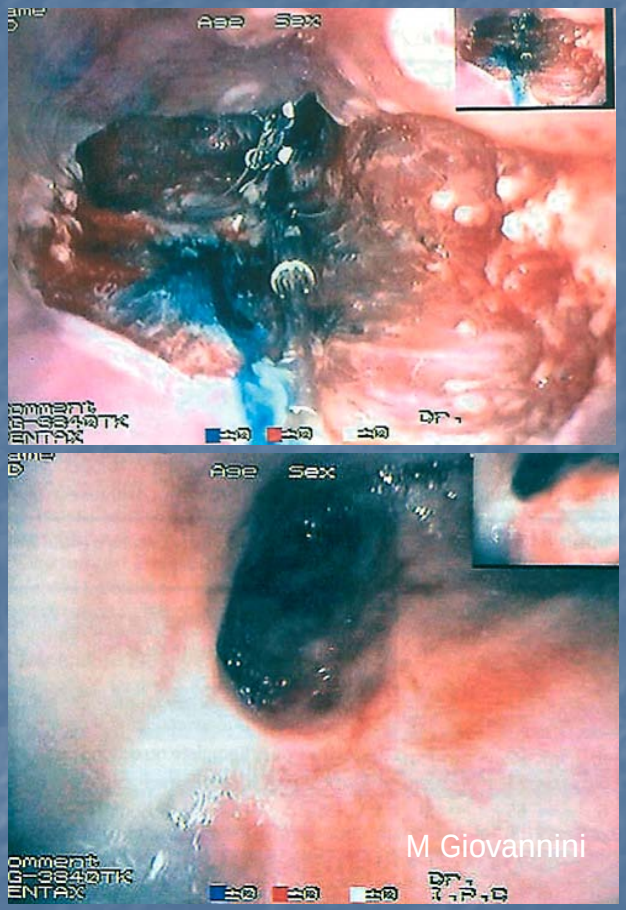
Sténose : 30 -70%
Récidive : 0%

Satodate H , Endoscopy 2004;36:909-12;

Mucosectomie circonférentielle séquentielle

2 à 3 sessions

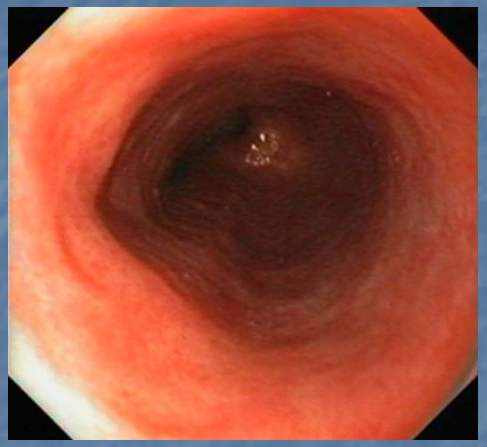


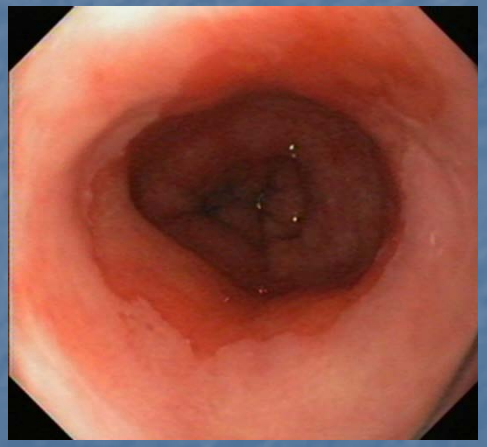


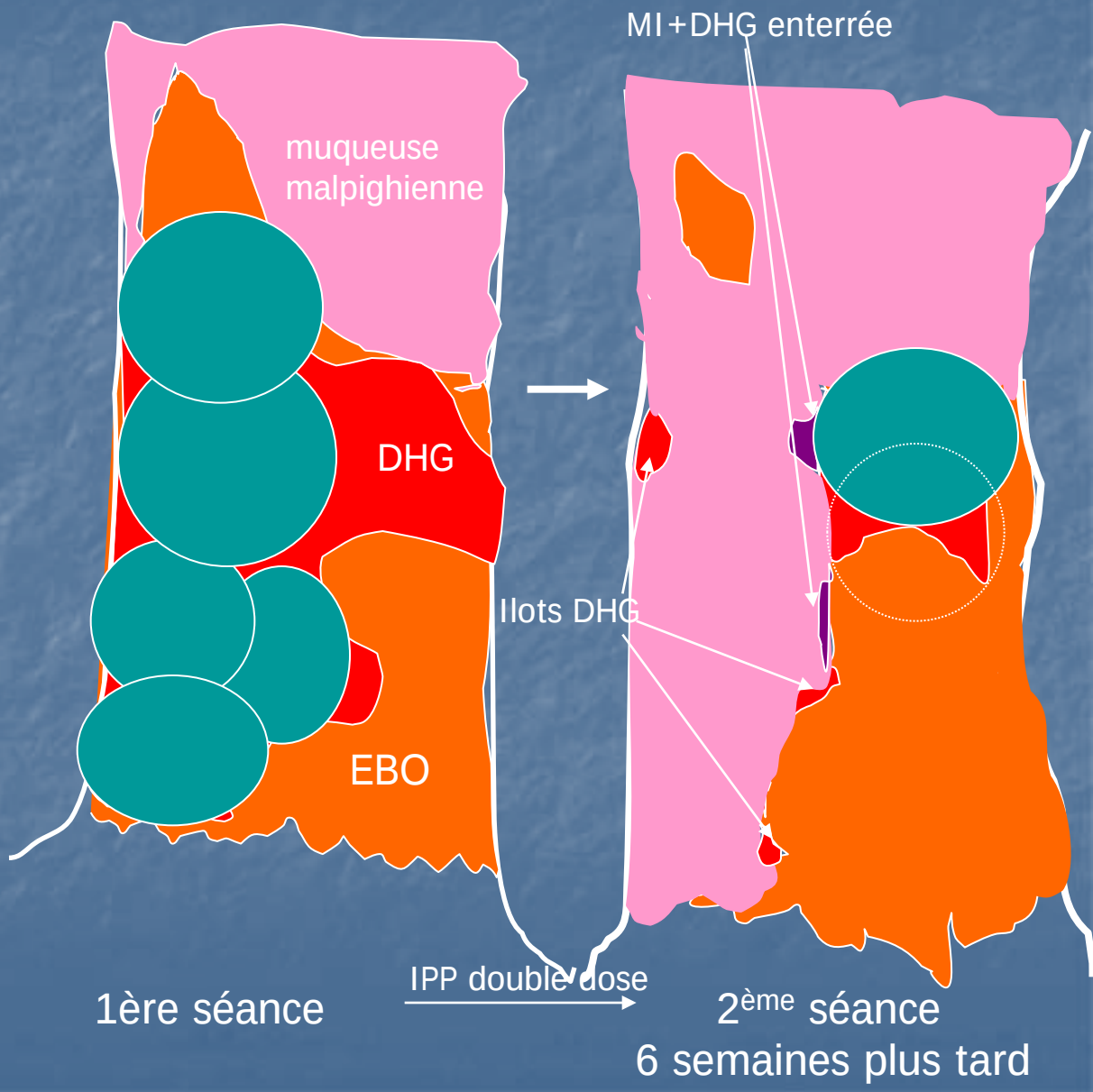
Sténose : 20- 50%
Récidive : 0 -12%

Seewald S et al Gastrointast Endosc 2003;Giovannini M et al, Endoscopy 2004; 36: 782-7; Peters et al Am J Gastroenterol 2006
Lopes CV et al Surg Endosc 2007; Pouw RE et al Endoscopy 2008;

mucosectomie circonférentielle séquentielle facteurs récidive cancer





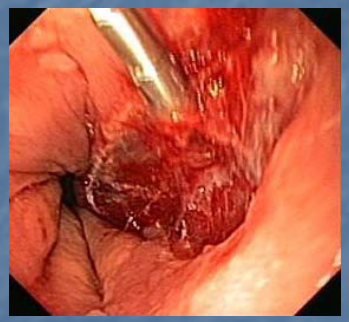


2-3-Cancer intra muqueux et DHG diffuse sur EBO long

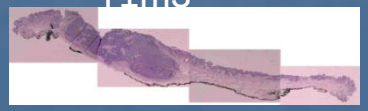
Traitements combinés séquentiels

1) mucosectomie(s) (1 à 3 sessions)
2) PDT si résection incomplète et/ou DHG multifocale
3) APC sur ilots EBO résiduels

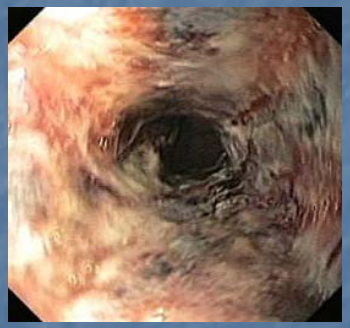
adénoK + DHG diffuse EBO 6 cms



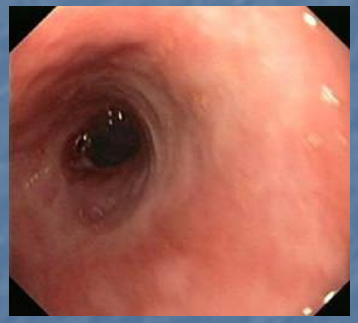
Mucosectomie T1m3



Contrôle après 2 sessions de mucosectomies



contrôle 48h après PDT



2 mois plus tard

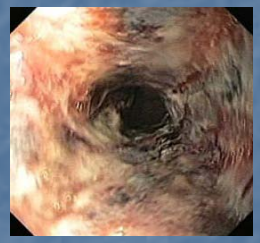
Traitement endoscopique des cancers intra muqueux sur long segment EBO le futur?

protocole actuel

1

2 à 4

5



6

Protocole futur ?

1

2 à 4

?

Résultats

Résultats traitement endoscopique par mucosectomie(s) ou ESD des cancers œsophage* centres experts

Type	invasion pariètale	DHG/ cancers métachrones	survie spécifique(%) (2 à 5 ans)
Adénocarcinome sur EBO	m1-m2	0 - 25%	100%
	m3		97-100%
	sm1		85 -100%
Cancer épidermoïde	m1-m2	15-30%	98 -100%
	m3		95-100%
	sm1		80-90 %

*Facteurs de bon pronostic présents : résection complète - absence d'envahissement lymphatique
bien ou moy différencié - envahissement sm limité < 200-500 µm

Résultats de la PDT sur la DHG/cancer intra-muqueux sur EBO

Patients (n)	PDT*	Éradication DHG	Éradication Cancer	Éradication EBO	récidives (2 à 5 ans)	Survie (2 à 5 ans)
686	Photofrin 5-ALA HpD mTPHC	70-100%	77-100%	35-43%	5 - 30%	70-100%

* 1 à 2 séances + Laser Nd-Yag ou APC

Gossner et al, 1998
Overholt et al, 1999
Panjehpour et al, 2000
Overholt et al, 2003
Pech et al, 2005
Prasad et al, 2007
Yachinmski et al, 2009

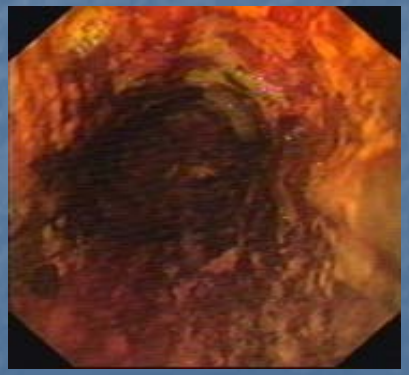
Facteurs pronostiques cancers épidermoïdes superficiels

Facteurs de récidive

Résection fractionnée (> 5 fragments)

Cancers multiples synchrones

Coloration lugol hétérogène ++



Facteurs liés à la survie

Résection incomplète

Envahissement sous muqueux

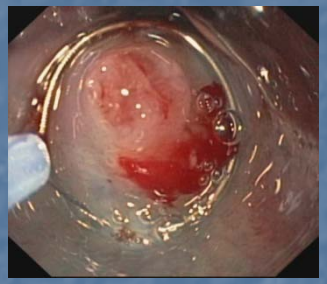
Emboles lymphatiques

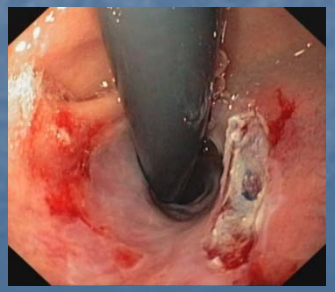
Grade 3 (indifférencié)

Tajima Y et al , Cancer 2000;88:1285-93 ; Nomura T et al Endoscopy 2000;32:277-80; Shimizu Y et al Gastrointest Endosc 2001;54:190-4;Katada C et al, Gastrointest Endosc 2005;61:219-25; Urabe Y, Endoscopy 2009;41:304-7

Récidives métachrones DHG/cancer

- Fréquentes surtout en cas d'EBO long et carcinome épidermoïde
- Surveillance endoscopique +++
- DHG/cancers curables endoscopiquement dans la plupart des cas
- ne modifient pas la survie à long terme





Conclusions

- Le traitement endoscopique est une alternative à l'oesophagectomie pour le traitement des cancers intra muqueux de l'œsophage (morbidité faible-mortalité nulle) (résultats identiques centres experts)
- Le traitement endoscopique doit être adapté au bilan lésionnel
- La résection complète du cancer est l'objectif prioritaire
- Parmi les méthodes de destruction , seule la PDT a fait preuve d'efficacité pour le traitement des cancers intra muqueux, mais les résultats sont inférieurs ceux de la mucosectomie ou ESD
- Les techniques de dissection sous muqueuse et la radio fréquence devraient permettre dans un avenir proche d'optimiser les résultats du traitement endoscopique et d'élargir ses indications

Les points forts

- En cas de cancer de l'oesophage, un bilan lésionnel précis et complet est nécessaire pour poser l'indication d'un traitement curateur endoscopique et adapter le protocole.
- La mucosectomie est le traitement endoscopique de référence des cancers intramuqueux et sous-muqueux superficiel (sm1) de l'oesophage < 20 mm
sur EBO court du fait d'un risque ganglionnaire quasi nul ; outre sa valeur diagnostique, elle précise le caractère complet ou non de la résection.
- En cas de cancer intramuqueux > 2 cm, la dissection sous-muqueuse est supérieure à la mucosectomie par aspiration section, qui elle-même est supérieure à la mucosectomie par ligatures élastiques, pour assurer une résection complète.

FMC HGE

Les points forts suite

- En cas de cancer intramuqueux sur long segment d'EBO en DHG diffuse, le traitement séquentiel par résection endoscopique du cancer et des lésions visibles suivi de l'ablation complète de l'EBO diminue à la fois le risque de sténose et de récidive.
- En cas d'adénocarcinome intramuqueux et DHG multifocale sur EBO, la thérapie photodynamique par Photobar® assure un taux de rémission dans plus de 70 % des cas avec une éradication complète de l'EBO dans 40 % ;

aucune autre méthode de destruction n'a fait preuve de son efficacité dans cette indication.