



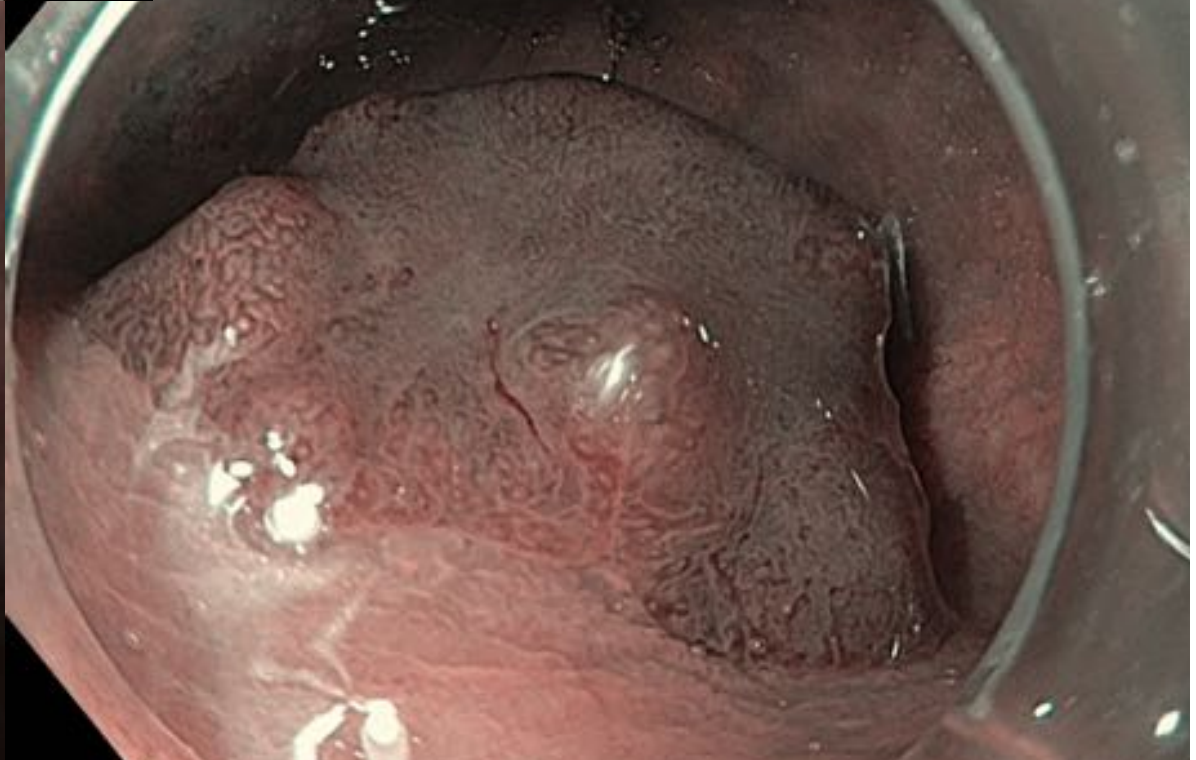
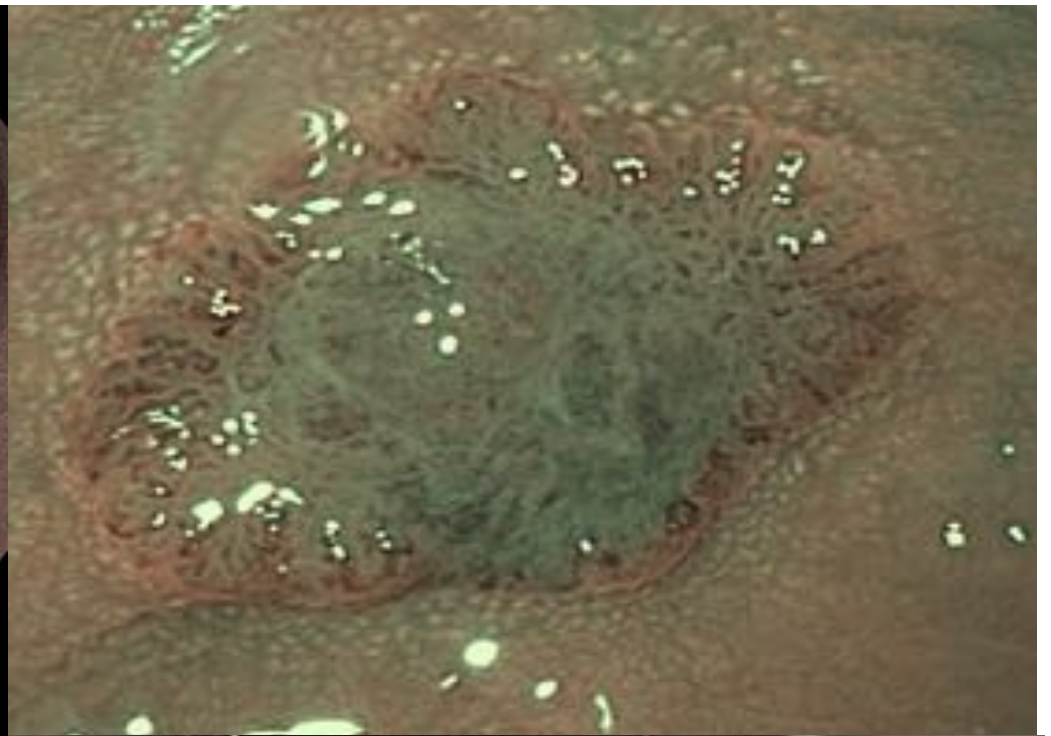
27^{ème} congrès
20-21 septembre 2019
Corse -Ajaccio



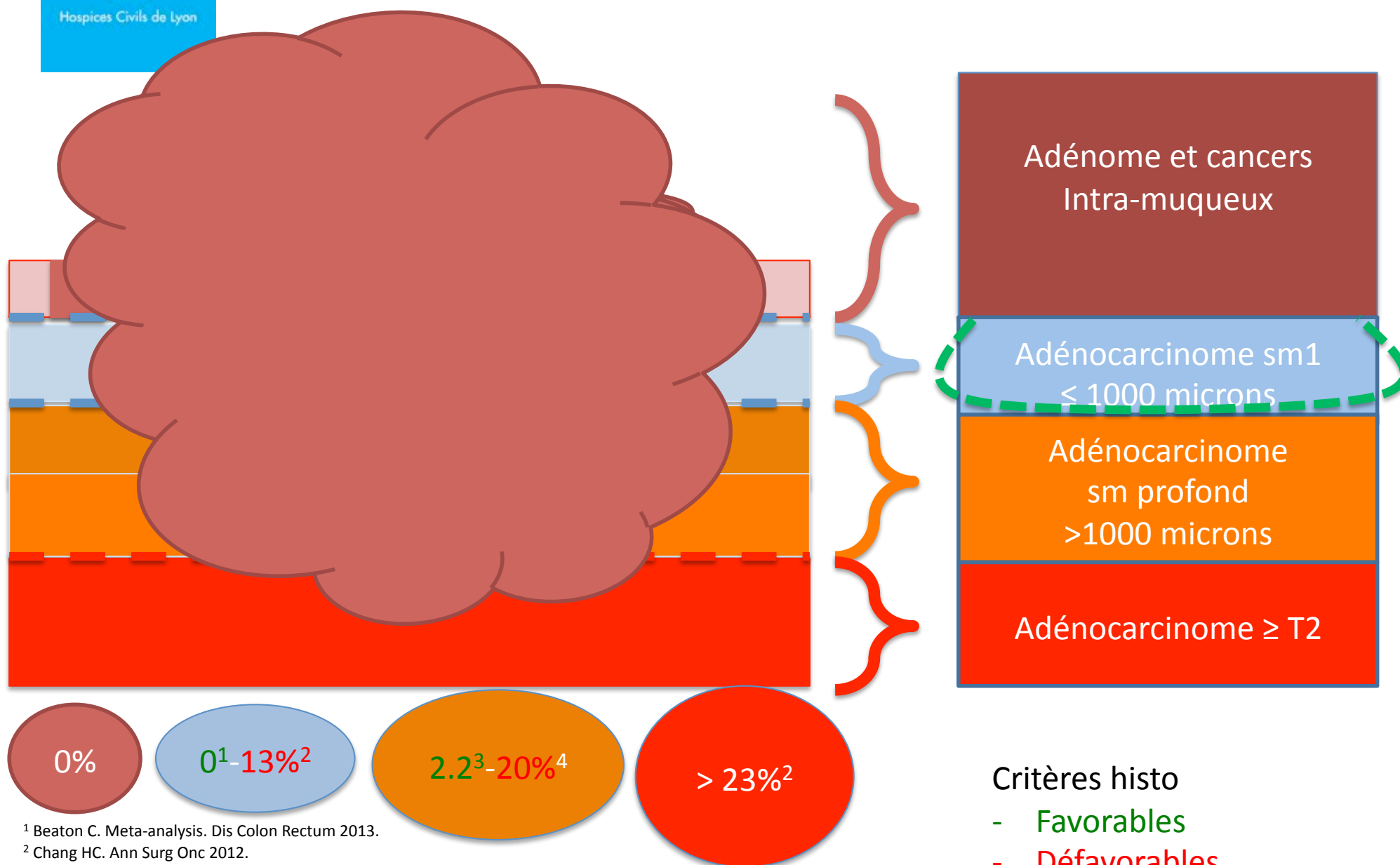
Prise en charge des lésions néoplasiques du rectum : l'endoscopie incontournable !



Dr Mathieu Pioche
Hospices civils de Lyon



Néoplasies colorectales



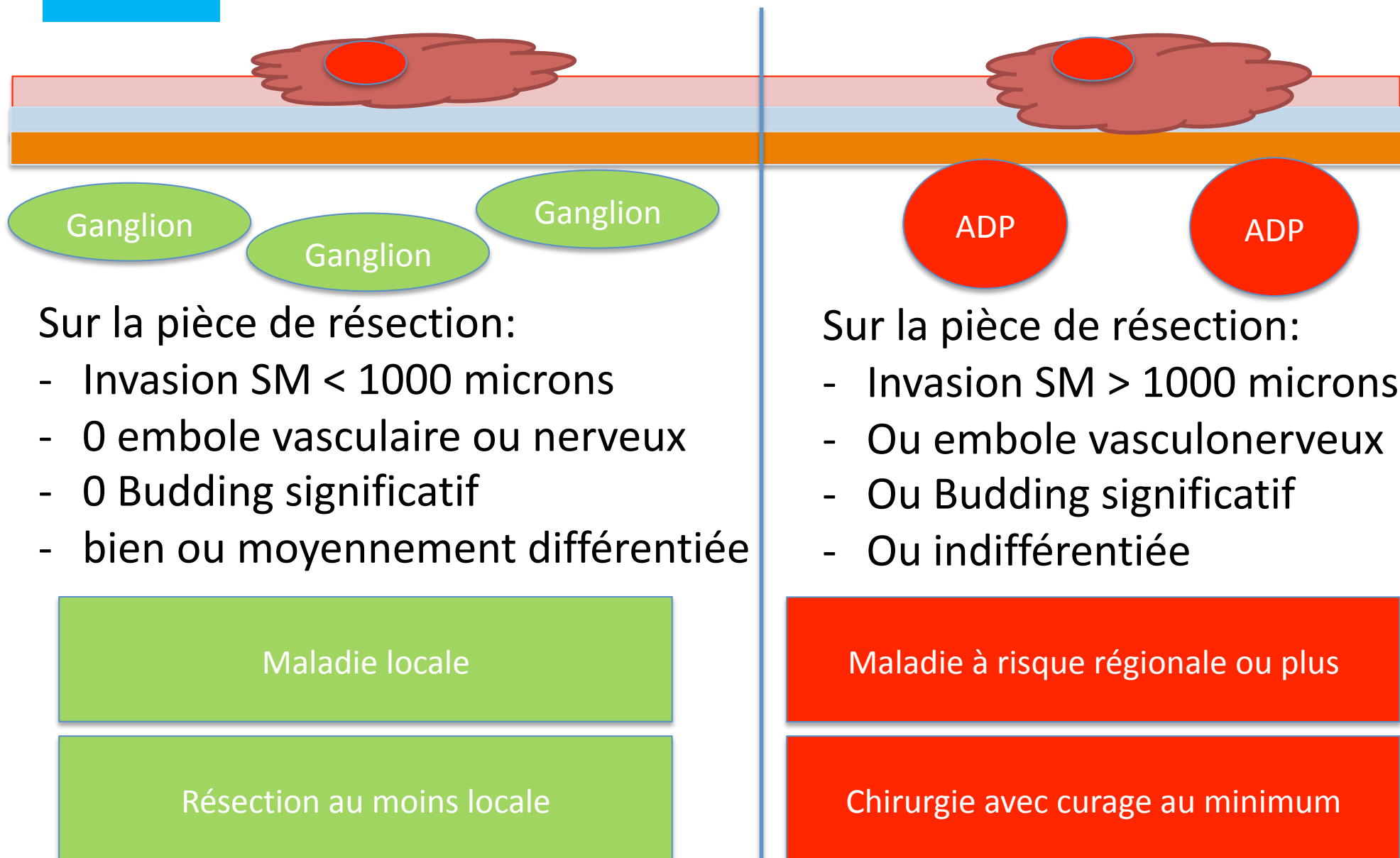
¹ Beaton C. Meta-analysis. Dis Colon Rectum 2013.

² Chang HC. Ann Surg Onc 2012.

³ Oka S et al. Dig Endosc 2011.

⁴ Meyer J et al. JNCI 2015.

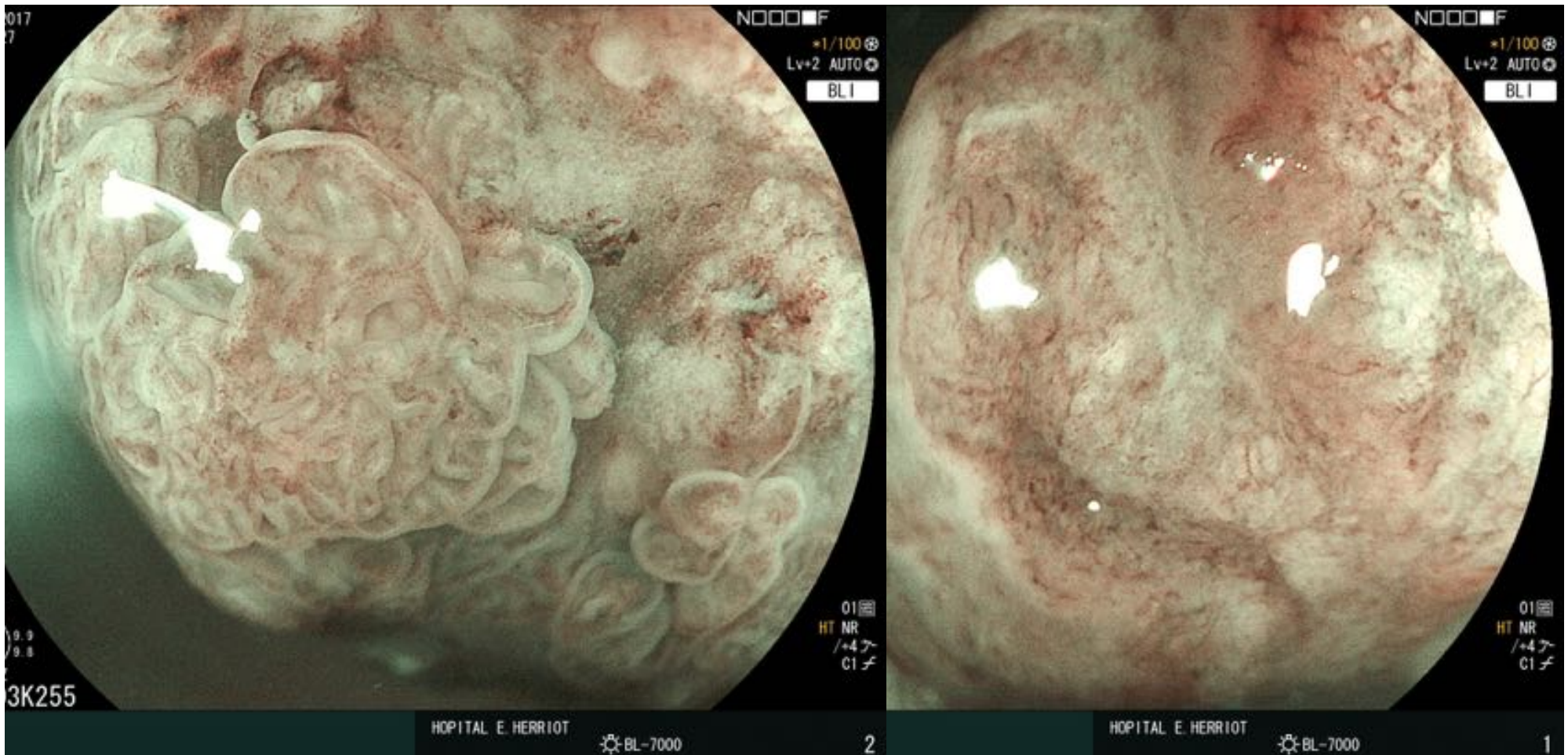
Donc finalement:





Hospices Civils de Lyon

Comment prédire au mieux si maladie locale ou régionale?



a) Biopsie de la lésion

b) Par endoscopie

c) Par échographie

d) Par IRM

La biopsie de la lésion est-elle la solution ?

- Si adénome → erreur d'échantillonnage
 - Car il y a du cancer sur cette lésion
- Si cancer → ok mais intramuqueux ? Sm1 ? Sm2 ?
 - résection endoscopique curative si < sm2
 - Sauf si indifférencié étendu analysable sur biopsie?

Mais engendre de la fibrose !

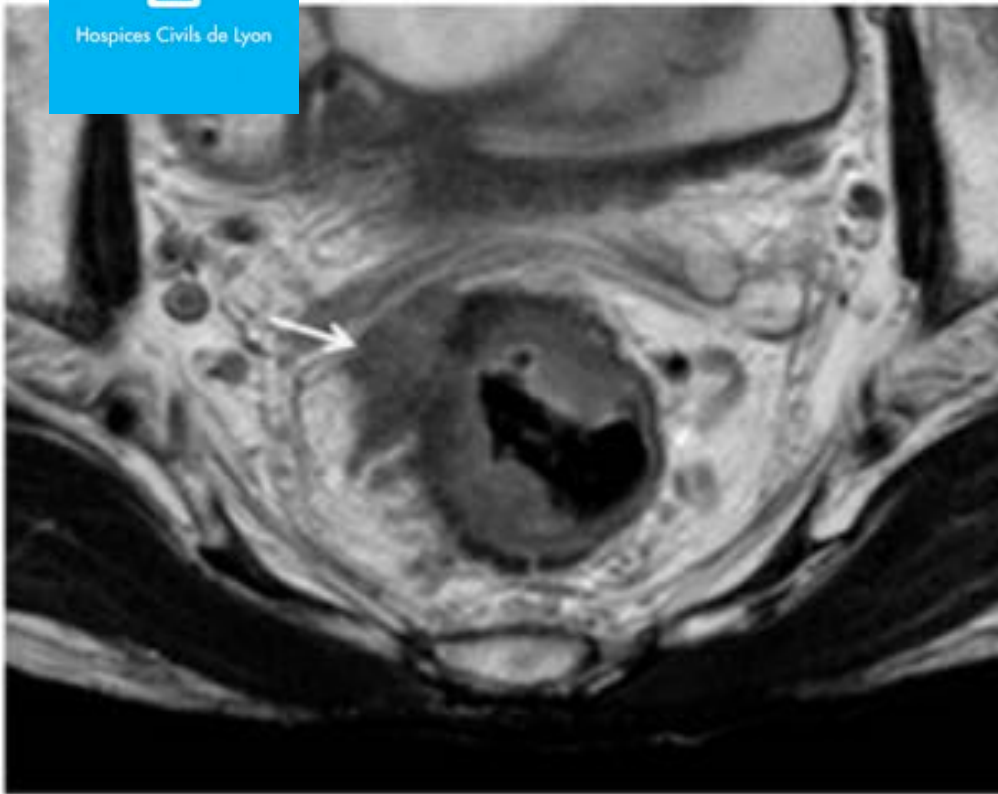
- difficulté de l'ESD
- Risque de perforation
- Temps de procédure





Hospices Civils de Lyon

Lésion locale vs. Régionale ?



IRM:

EUS > IRM pour T1/T2

0/9 vu en IRM/Se 89% Sp 96 EUS

IRM mauvais pour sm1/sm profond

Meyenberger C et al. Endoscopy 1995.

Fernandez Esparrach G et al. GIE 2012.

Xiao Ting Li et al. Ledicine 2016.

Endoscopie

avec chromo et zoom:

- Se: 99.9 % (2572/2575)
- Sp: 75.0 % (337/449)
- VPP: 95.8% (2575/2687)
- VPN: 98.8% (337/341)

95 sous-cotées: résection endo puis chir
1 surcotée: chirurgie inutile

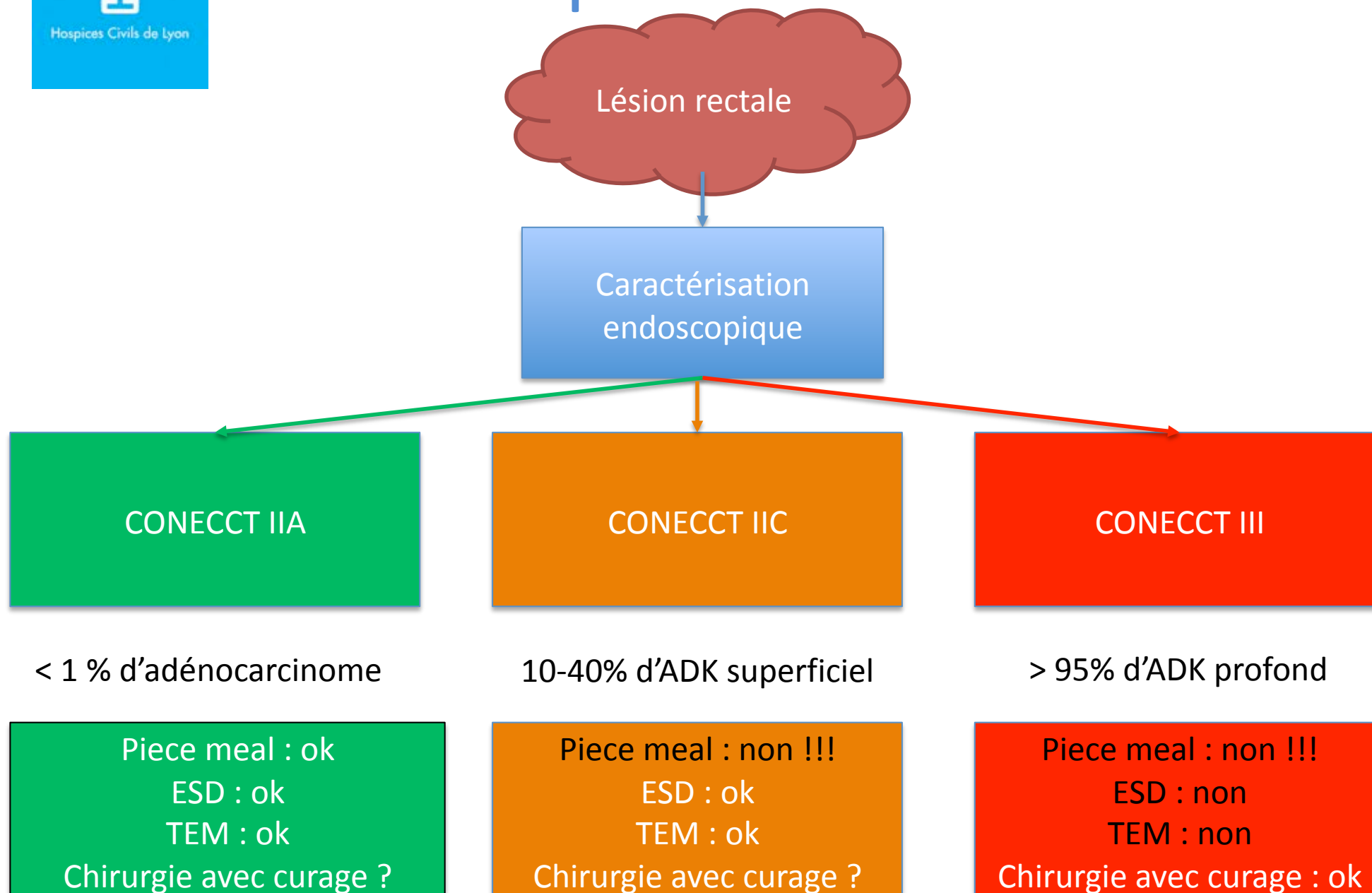
Sumimoto et al. GIE 2017

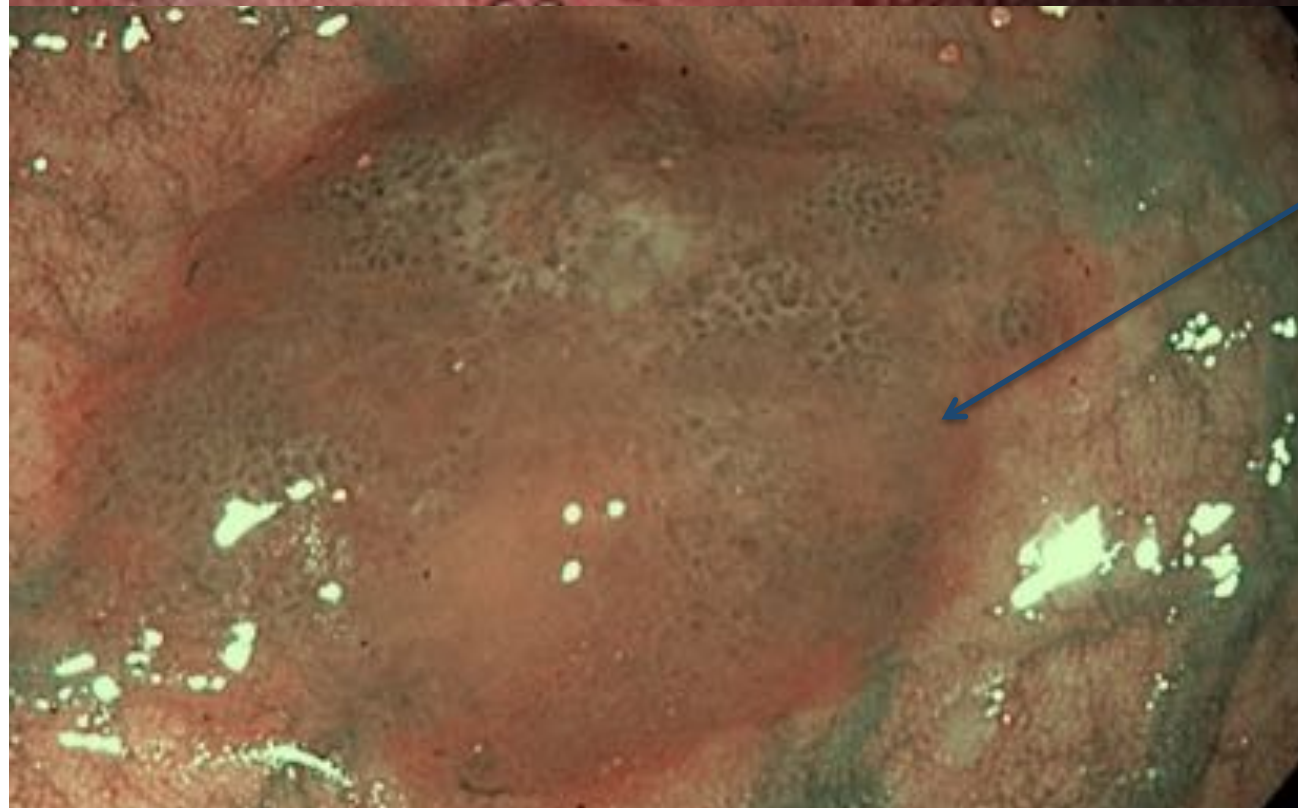
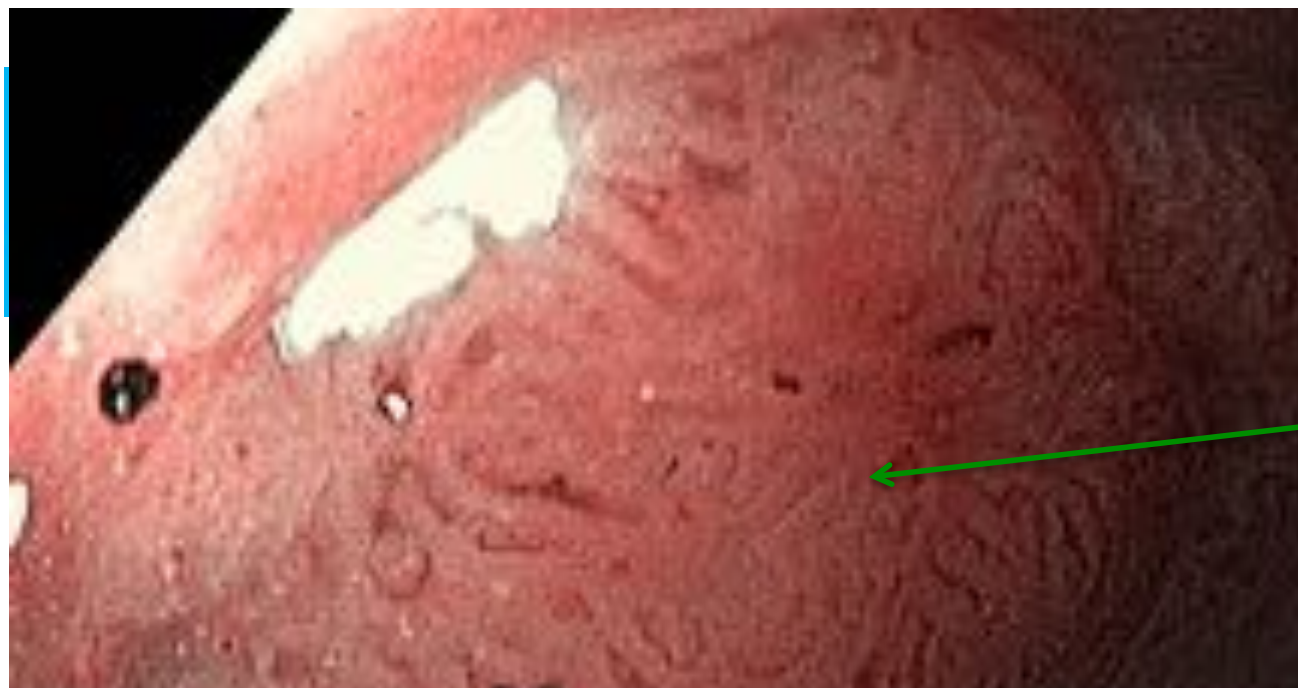
Echo-endo :

- Se: 60.0 % (n=35)
- Concordance: 66%
- 37% chir inutiles (villeux+++)

Konishi K et al. J Color Dis 2003.

Endoscopie incontournable





IS Lésion festonnée sessile	IIA Adénome simple
Paris <u>IIa</u> ou <u>IIb</u> Limites imprécises en nuage ou en plateau	Paris <u>Ip</u> , <u>Is</u> Ou <u>IIa</u> Rarement déprimé
Variable Mucus jaune (rouge en NBI)	Foncée par rapport au background
Absents parfois Spots noirs au fond des cryptes rondes	Réguliers Suivant les cryptes allongées
Cryptes rondes points noirs (NBI)	Allongées Ou Branchées <u>Cérébriformes</u> régulières
EN BLOC R0 si possible PIECE MEAL si non résécables En Bloc	
 	

IIC
Adénome à risque ou
cancer superficiel

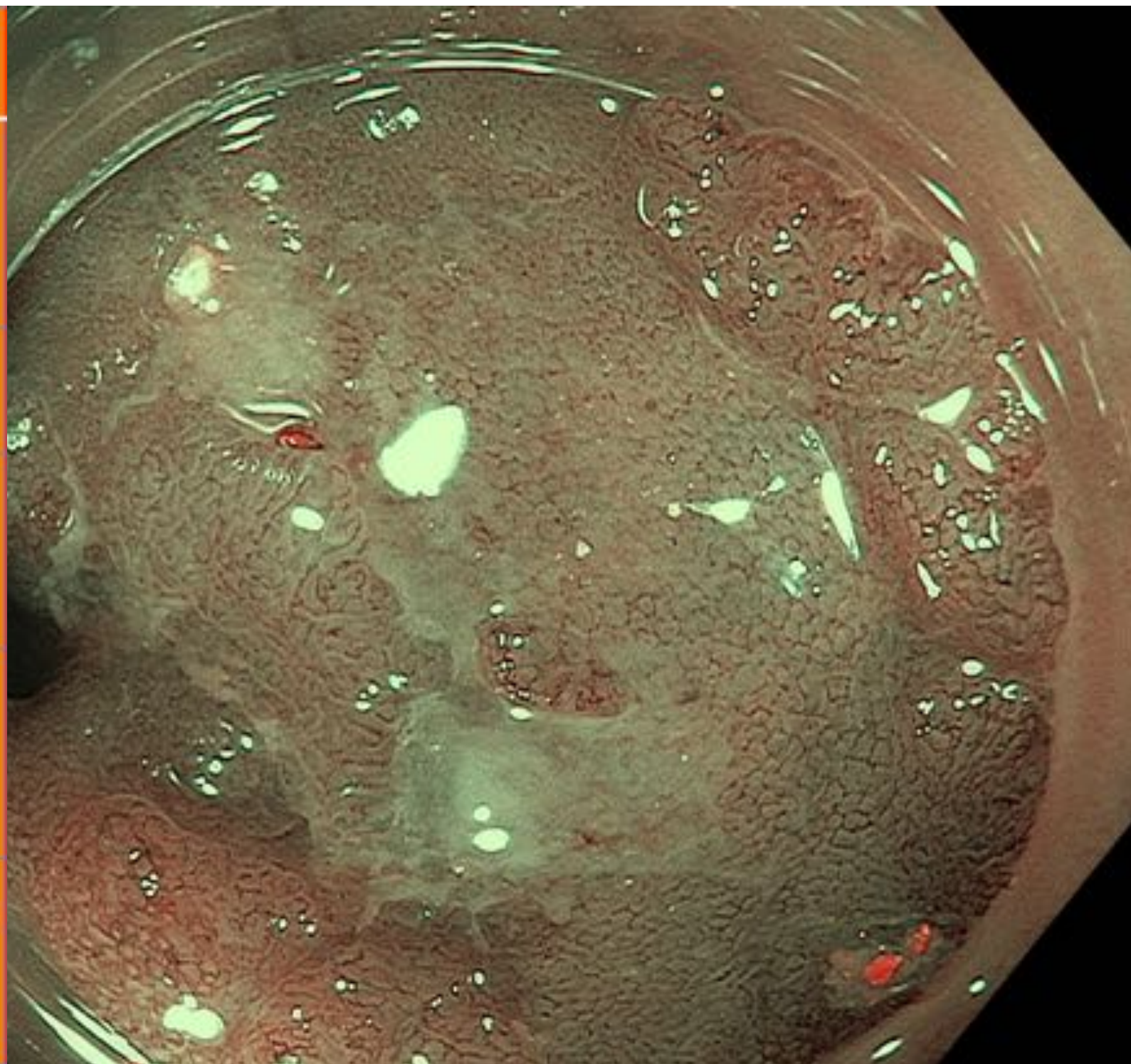
Souvent IIC
Ou Ila + IIC
Ou LST Non granulaire
Ou macronodule (>
1cm) sur LST
Granulaire

Foncée souvent

Irréguliers mais
persistants
Pas de zone
avasculaire

Irrégulières mais
conservées
Pas de zone amorphe

EN BLOC R0
(EMR ou ESD (>20 mm))



III
Adénocarcinome
profond

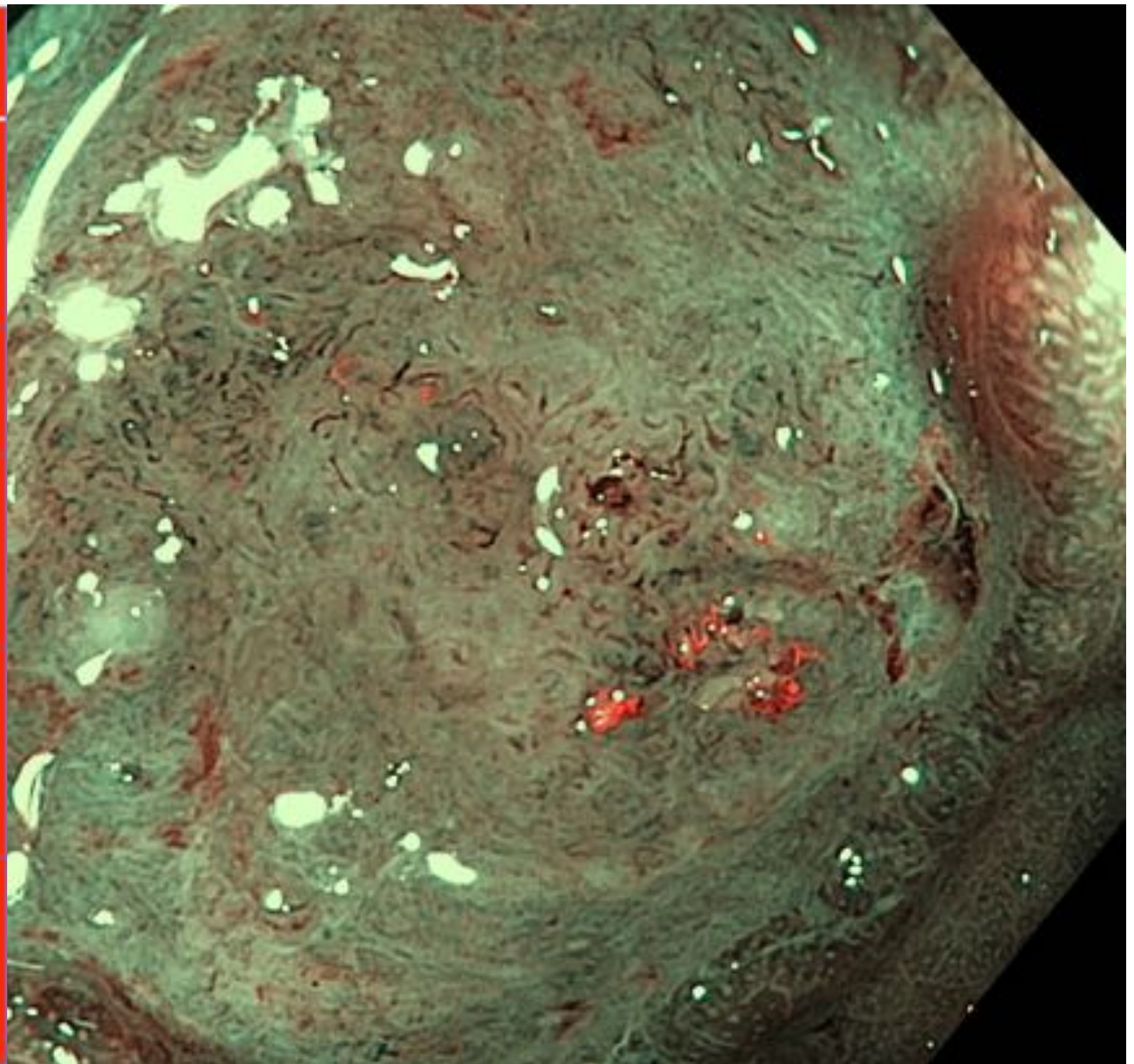
Souvent III
Ou IIc avec composant
nodulaire dans la
dépression
Saignements
spontanés

Hétérogène, foncées
ou très claires par
zones

Irréguliers
Gros vaisseaux
interrompus
Ou absents (zones
avasculaires)

Absentes
Détruites
Ou irrégulières dans
une zone délimitée
(démarcation nette)

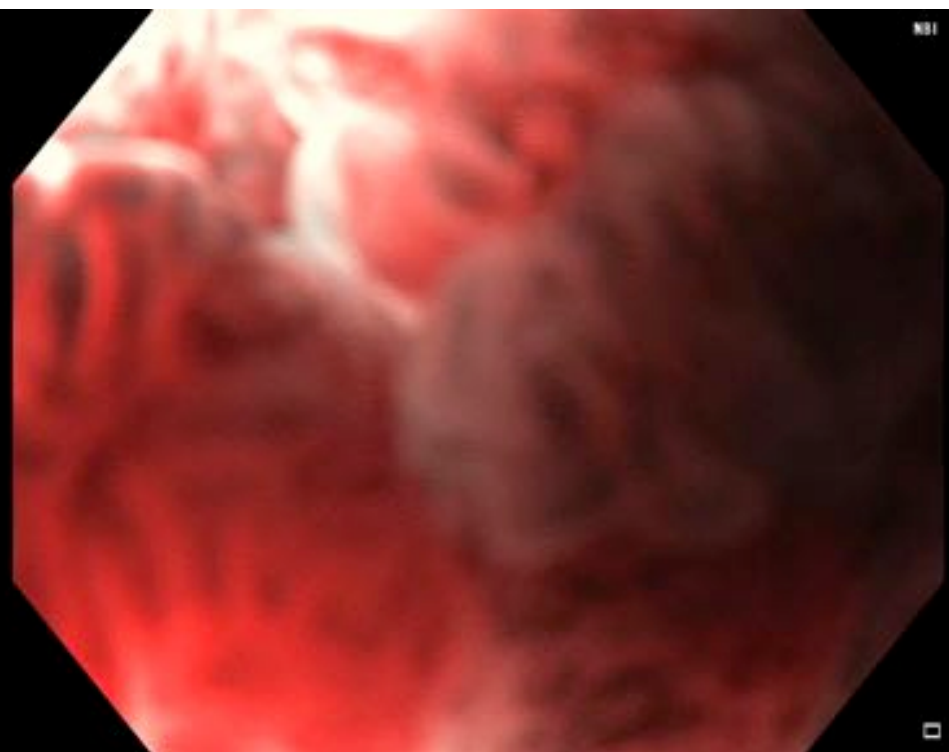
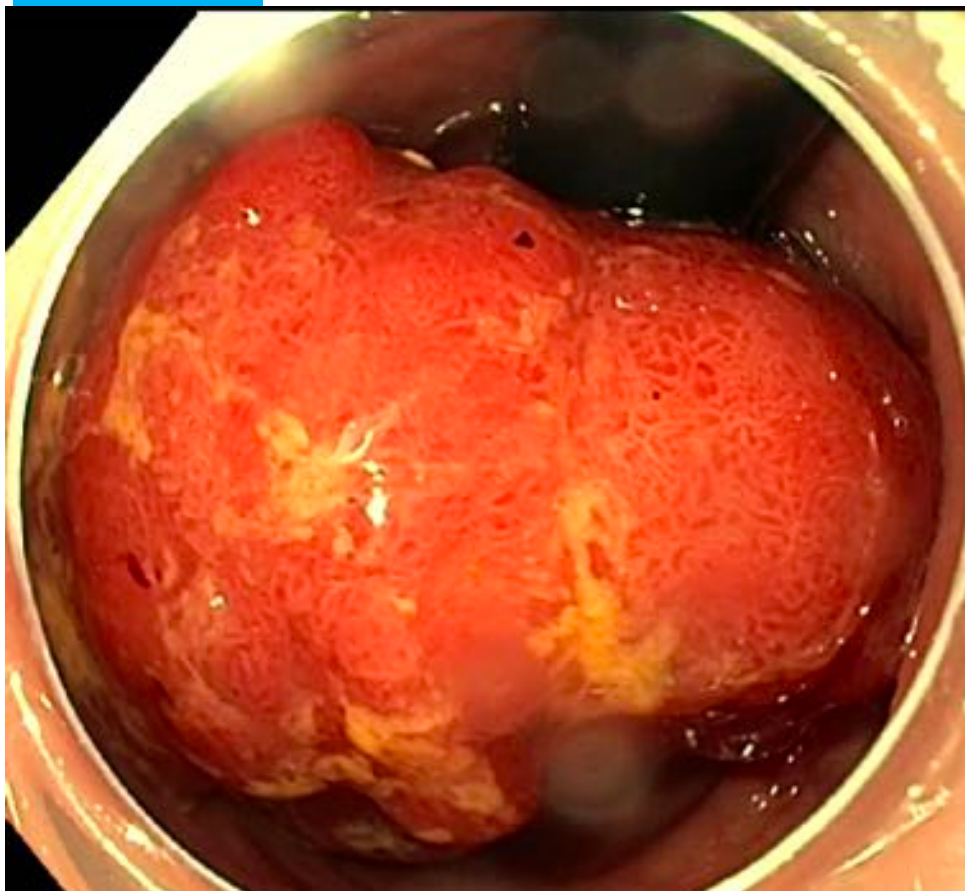
CHIRURGIE avec curage



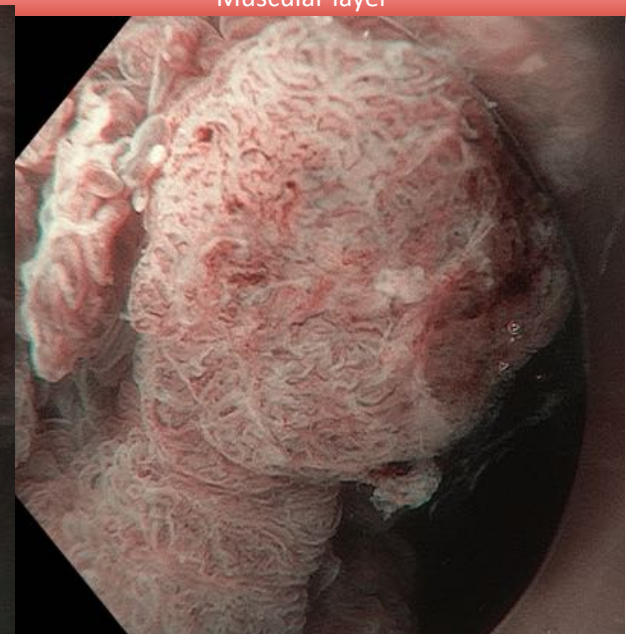
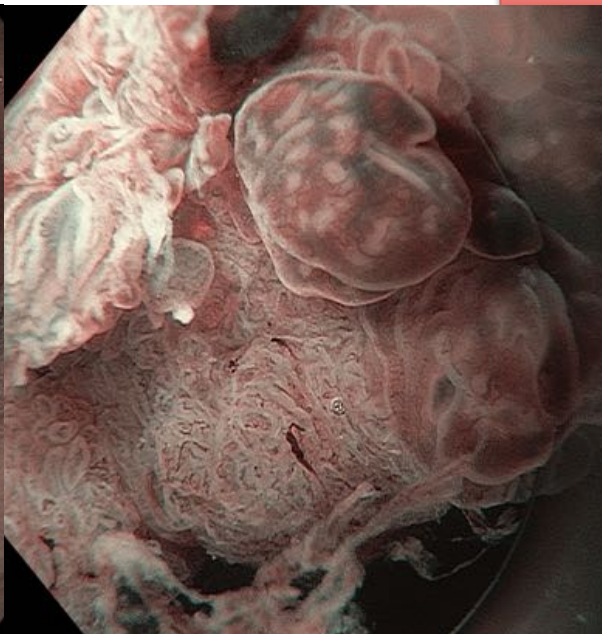
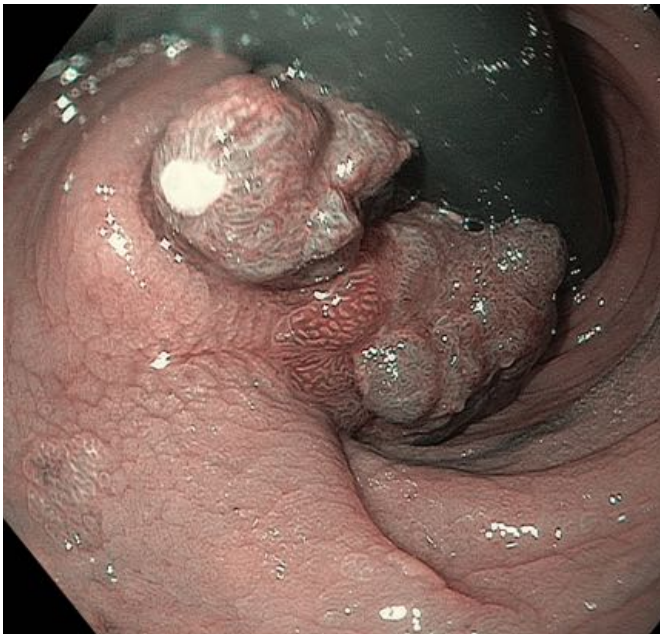
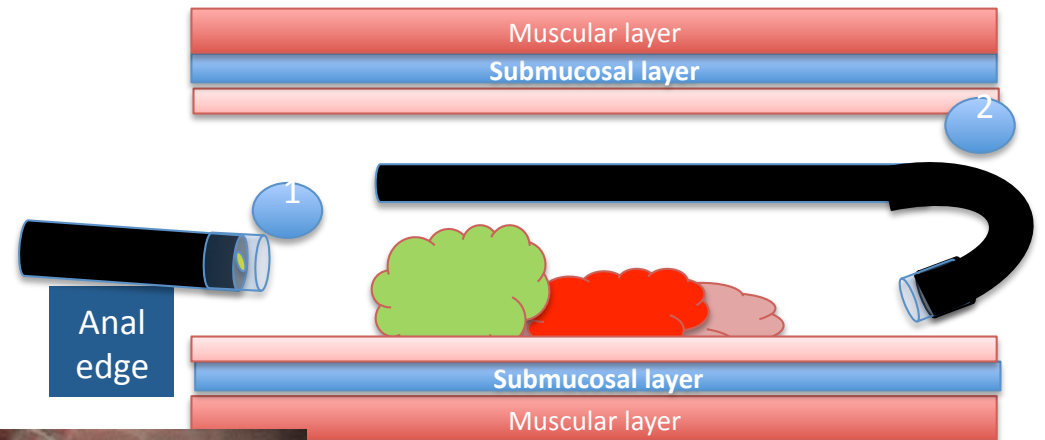


Hospices Civils de Lyon

À vous de jouer!



Examiner toute la lésion +++





Chirurgie avec curage pour toutes les lésions rectales?

- Si non invasive
 - Aucun bénéfice de la chirurgie
- Si invasion sm1
 - Risque N+ < 0.5%
 - Donc curage inutile dans 99.5%
- Si invasion > sm1 ou emboles
 - Risque N+ > 20%
 - Alors traitement idéal

Risque non justifié
Mortalité 0.5¹ -0.7² %
Morbidity sévère 14²-20¹ %

Risque discutable
Mortalité 0.5¹ -0.7² %
Morbidity sévère 14²-20¹ %
Incontinence
Impuissance

Risque justifié



Quel type de résection locale ?

R1

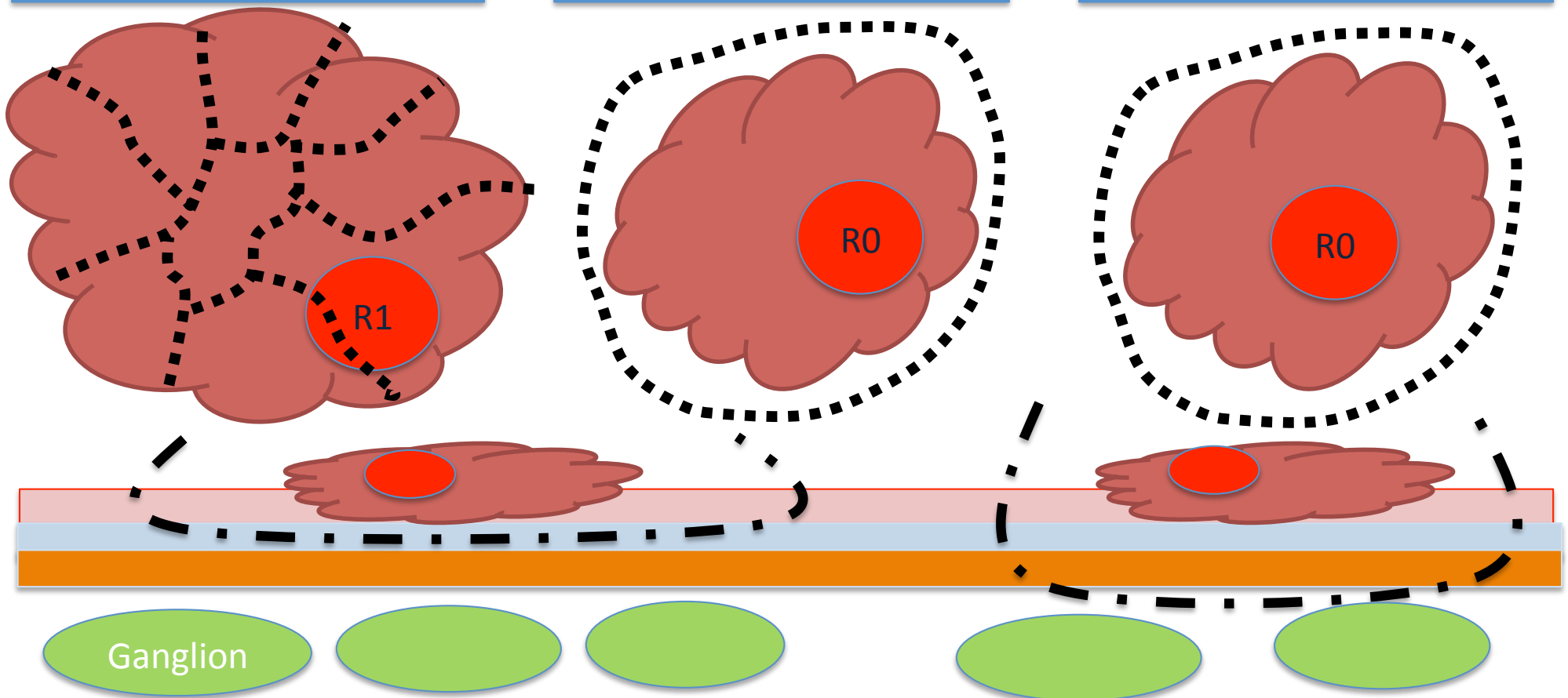
Mucosectomie piecemeal
à l'anse

R0

Dissection sous-muqueuse

R0

Chirurgie transanale
endoscopique
TEM



Les résections R0 ont-elles un intérêt ?

- Situation RCP
 - Monsieur P, LST G avec nodule de 5 cm
 - Résection piece meal en 3 fragments
 - ADK invasif intra-muqueux (chorion)
 - Multifocal
 - Résection R1 berges et R1 foyer de cancer
 - RCP
 - Chirurgie dans le doute ?
 - Surveillance locale ?

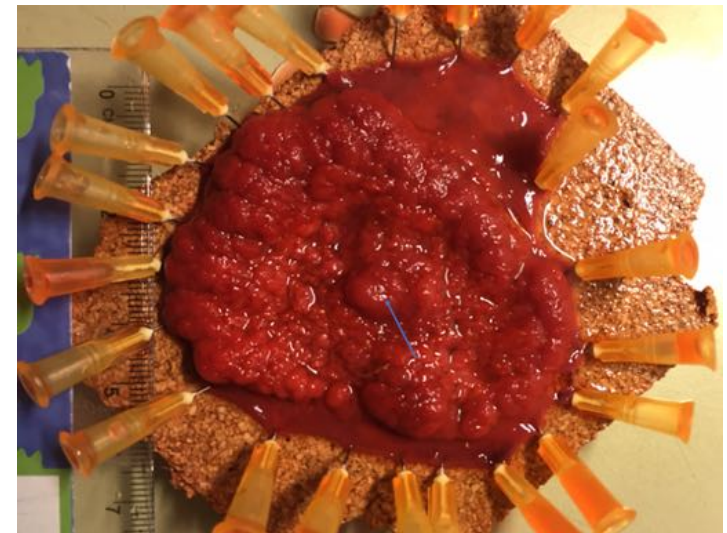


Réponse fréquente:
Chirurgie de précaution dans le colon
Surveillance dans le rectum car chirurgie délabrante ?

Peut-on encore couper en morceaux une lésion néoplasique colique en 2019 ?

- Si uniquement adénome: risque de ganglion nul
 - Probablement car ESD plus risquée ?
 - Piece meal EMR = 20-30% de récurrence locale si lésion > 3 cm
 - ESD ou mucosectomie de la récurrence (succès 91%)
 - Cas décrits de lésions invasives sur la cicatrice
- Si cancer invasif intra-muqueux: risque N+: 0%
 - Piece meal acceptable probablement
 - Mais doute sur microfoyer invasif non détecté
 - Examen incomplet de la lésion
 - Accepter la surveillance et le doute
- Si cancer invasif sous-muqueux superficielle
 - Doute impossible
 - Chirurgie de précaution

Autrement dit : le R0 est-il utile ?



Lésions > 2 cm

- ESD >>> EMR pour R0 et En Bloc et analyse histo

Auteur	Année	Nombre	ESD/EMR	Résections En bloc	P value	Récidives	P value
Lee EJ	2012	454	ESD 314 EMR 140	87.6% 32.9%	0.001	0.8% 25.7%	0.001
Koyabashi N	2012	84	ESD 28 EMR 56			0.0% 21.4%	0.008
Tajika M	2011	189	ESD 85 EMR 104	83.5% 48.1%	0.001	1.0% 16.0%	0.007
Saito Y	2010		ESD EMR	84.0% 33.0%		2.0% 14.0%	

Lee EJ, Lee JB, Lee SH, Youk EG. Endoscopic treatment of large colorectal tumors: comparison of endoscopic mucosal resection, endoscopic mucosal resection-precutting, and endoscopic submucosal dissection. *Surg Endosc* 2012;26:2220-30.

Kobayashi N, Yoshitake N, Hirahara Y, et al. Matched case-control study comparing endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for colorectal tumors. *J Gastroenterol Hepatol* 2012;27:728-33.

Tajika M, Niwa Y, Bhatia V, et al. Comparison of endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for large colorectal tumors. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011;23:1042-49.

Saito Y, Fukuzawa M, Matsuda T, Fukunaga S, Sakamoto T, Uraoka T, Nakajima T, Ikehara H, Fu K-I, Itoi T, Fujii T. Clinical outcome of endoscopic submucosal dissection versus endoscopic mucosal resection of large colorectal tumors as determined by curative resection. *Surg Endosc* 2010; 24: 343-352

ESD vs. TEM classique !

- Techniquement
 - ESD >>> TEM si marge anale ou atteinte colique
- Qualité de résection similaire mais petits effectifs
 - Taux de R0 ESD vs. TEM: OR: 1.16, $p = 0.8$
 - Taux de récurrence locale ESD vs. TEM: OR: 0.46, $p = 0.4$
- Morbidité similaire
 - Mais plus de dysfonction sphinctérienne en TEM 21% à 6 mois
- Suites opératoires
 - ESD vs. TEM : 4 vs. 6 jours ($p < 0.001$)
- Coût
 - Coût ESD < TEM sur essai rétrospectif 1214 vs. 1686 dollars
 - Étude coût efficacité prospective en cours (TREND, Pays Bas)



Mc Carthy T et al. *Surg Endosc* 2019.
 Jung Y et al. *Saudi J Gastro* 2018.
 Park SU et al. *Endoscopy* 2012.
 Baral J. *Coloproctology* 2018.
 Hertman Rm et al. *Int J Colorec Dis* 2001.
 Nam MJ. *Ann Surg Tre Res* 2015.

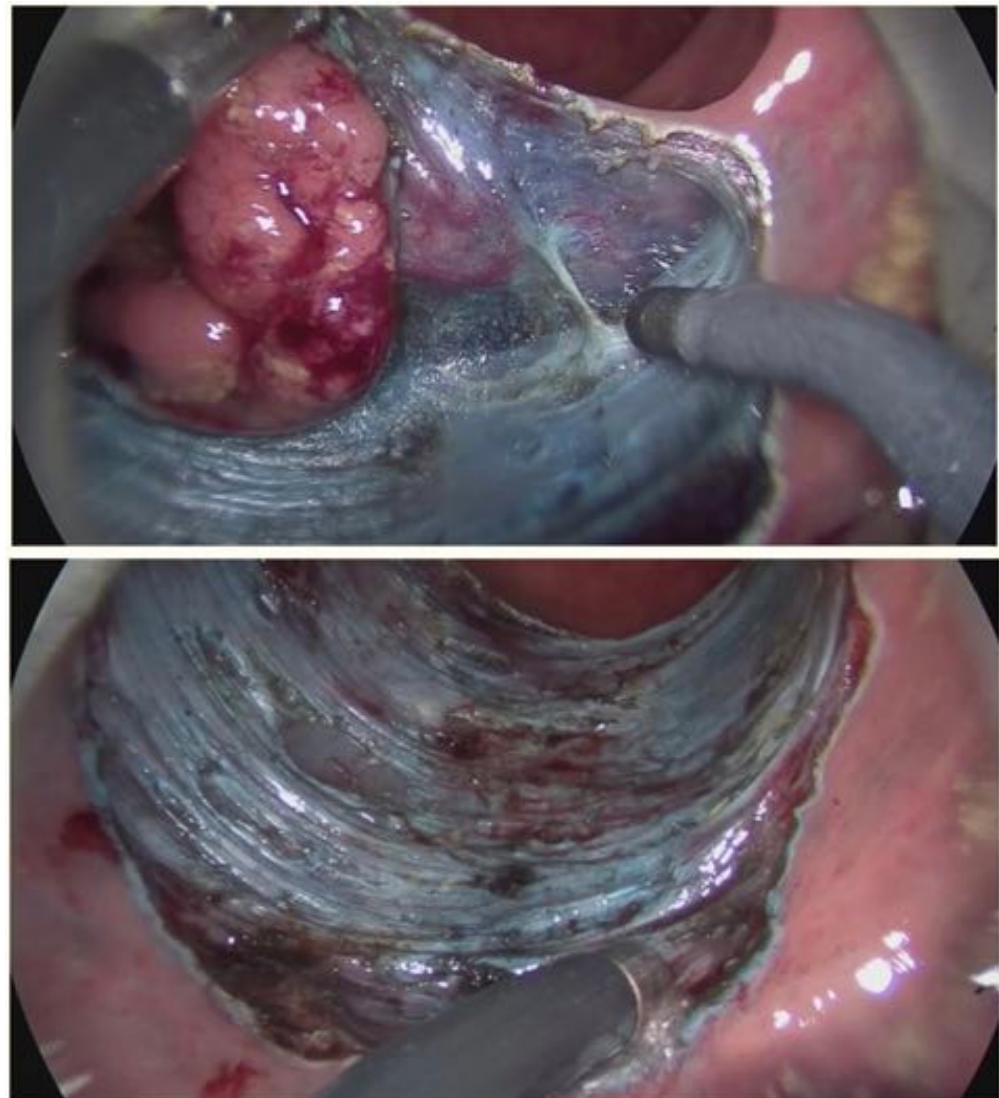


Hospices Civils de Lyon

Nouveauté TEM-ESD

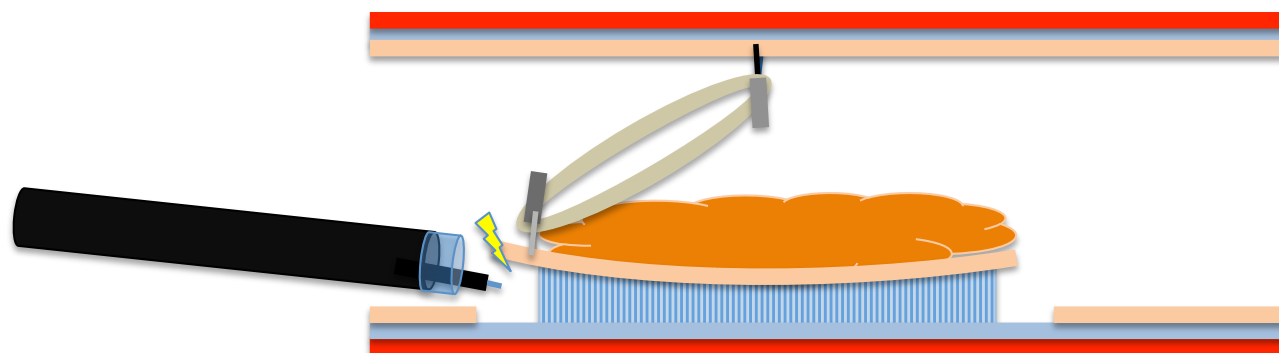


Intérêt → triangulation
vs.ESD classique



Baral J. Coloproctology 2018.

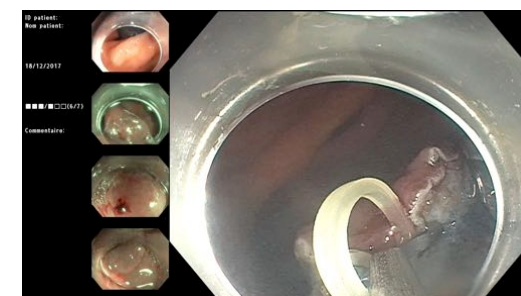
Nouveauté DCT-ESD



Evaluation prospective: Limoges, Lyon Edouard Herriot

- Comparaison 49 Double clip traction ESD versus 83 standards
 - Monobloc: 96.1 vs 81.3% ($p=0.016$)
 - R0: 84.8 vs 68.3% ($p=0.024$)
 - Speed: 28.1 vs 15.7 mm²/min ($p=0.002$)
 - Perforations: 0.0 vs 13.2 ($p=0.003$)

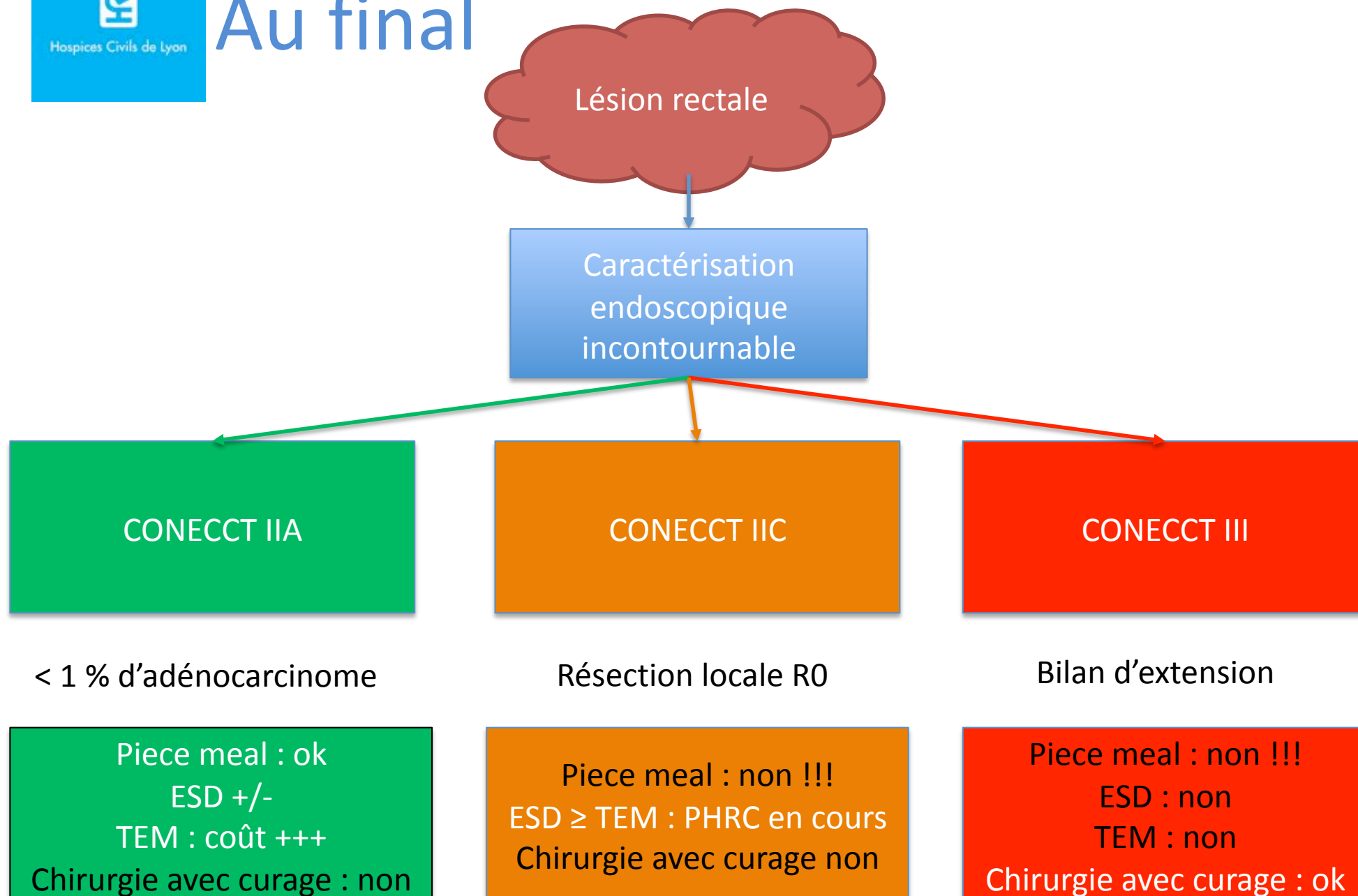
Intérêt → triangulation +++

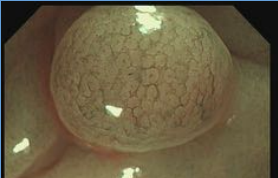
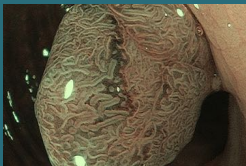
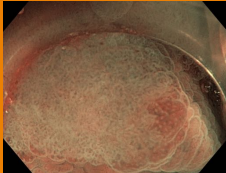


¹Jacques J, Pioche M et al. Endoscopy 2017.

²Utzeri E, Pioche M et al. Endoscopy 2017.

Au final



CONECCT	IH Hyperplasique	IS Lésion festonnée sessile (≥ 2 critères soulignés)	IIA Adénome Simple (aucun critère IIC)	IIC Adénome à risque ou cancer superficiel (≥ 2 critères soulignés)	III Adénocarcinome profond (≥ 1 critères souligné)
Macro	Souvent petits <10 mm Surélevé IIa	Paris IIa ou IIb <u>Limites imprécises</u> <u>en nuage</u> <u>Bords irréguliers</u>	Paris Ip, Is Ou IIa Ou « Valley Sign »	Souvent IIC Ou <u>LST Non granulaire</u> <u>> 2 cm</u> Ou <u>macronodule (></u> <u>1cm) sur LST</u> <u>Granulaire</u>	<u>Souvent III</u> Ou <u>IIc avec composant</u> <u>nodulaire dans la</u> <u>dépression</u> Saignements spontanés
Couleur (NBI ou équivalent)	Claire ou équivalente au background	Variable Mucus jaune (rouge en NBI)	Foncée par rapport au background	Foncée souvent	Hétérogène, foncées ou très claires par zones
Vaisseaux (NBI ou équivalent)	Absence de vaisseaux ou vaisseaux fins ne suivant pas les cryptes	Absents parfois Lacis vasculaires traversants	Réguliers Suivant les cryptes allongées	<u>Irréguliers mais</u> <u>persistants</u> Pas de zone avasculaire	Irréguliers Gros vaisseaux interrompus Ou <u>absents (zones</u> <u>avasculaires)</u>
Cryptes (chromo virtuelle ou réelle)	Rondes Blanches	<u>Spots noirs au</u> <u>fond des cryptes</u> <u>rondes (NBI)</u>	Allongées Ou Branchées Cérébriformes régulières	<u>Irrégulières mais</u> <u>conservées</u> Pas de zone amorphe	<u>Absentes</u> <u>Détruites</u> Ou irrégulières dans une zone délimitée (démarcation nette)
Résection	Pas de résection Si < 5 mm 	EN BLOC R0 si possible PIECE MEAL si non résécables En Bloc  		EN BLOC R0 (EMR ou ESD (>20 mm)) 	CHIRURGIE avec curage 