



oncologie

Endoscopie et cancérologie digestive

Sous la direction de :

Thierry Lecomte et **Christophe Cellier**

Sous l'égide de la Société française d'endoscopie digestive (SFED)

L*avoisier*
Médecine
SCIENCES

Thierry Lecomte
Christophe Cellier

Endoscopie et cancérologie digestive

Dans la collection « Oncologie pratique »

Diagnostic et décision dans le cancer du sein à un stade précoce, par M. Espié
Les cancers ovariens, par J.-P. Guastalla et I. Ray-Coquard
La cancérologie au quotidien. Médecine et patients alliés face aux cancers, par B. Hoerni et P. Soubeyran
Oncologie thoracique, par J.-F. Morère et V. Westeel
Signalisation cellulaire et cancer, par J. Robert
Les cancers digestifs du sujet âgé, par J.-F. Morère, M. Rainfray et E. Mitry
Aider à vivre après un cancer, par L. Zelek et N. Zernik
Thérapeutiques anti-angiogéniques en cancérologie, par S. Faivre et E. Raymond
Les thérapies ciblées, par G. Guetz et J.-Y. Blay
Le cancer du sein, par J.-F. Morère, F. Penault-Llorca, M.-S. Aapro et R. Salmon
Le cancer du rein, par S. Culine et J.-J. Patard
Cancer du sujet âgé, par J.-F. Morère et M. Rainfray
Les cancers digestifs, par P. Rougier, E. Mitry, S. Dominguez et J. Taïeb
Imagerie fonctionnelle par positons en oncologie nucléaire, J.-L. Moretti, P. Weinmann, F. Tamgac et P. Rigo

Dans d'autres collections

Biologie des cancers – Signalisation cellulaire des cancers, par J. Robert
Pharmacologie des cancers, par J. Robert
Traité des maladies et syndromes systémiques, par L. Guillevin, O. Meyer, É. Hachulla et J. Sibilia
Immunothérapies ciblées – Maladies inflammatoires et auto-immunes, par J. Sibilia, A. Cantagrel, B. Combe, B. Fautrel, É. Hachulla, D. Jullien et X. Mariette

Principes de médecine interne Harrison, par D.L. Longo, A.S. Fauci, D.L. Kasper, S.L. Hauser, J.L. Jameson, J. Loscalzo
La petite encyclopédie médicale Hamburger, par M. Leporrier
Guide du bon usage du médicament, par G. Bouvenot et C. Caulin
Le Flammarion médical, par M. Leporrier
Dictionnaire français-anglais, anglais-français des termes médicaux et des médicaments, par G.S. Hill
L'anglais médical : spoken and written medical english, par C. et F.-X. Coudé

Direction éditoriale : Fabienne Roulleaux

Édition : Céline Poiteaux

Fabrication : Estelle Perez

Couverture : Isabelle Godenèche

Composition : Nord Compo, Villeneuve-d'Ascq

Image de couverture : Chromoscopie – adénome tubuleux en dysplasie intra-épithéliale de haut grade (photo : T. Lecomte).

Pour plus d'informations sur nos publications :



newsletters.lavoisier.fr/9782257206695

Liste des collaborateurs

AH-SOUNE Philippe

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, Hôpital Sainte-Musse, Toulon.

ANON Benjamin

Interne, service d'Hépatogastro-entérologie et de cancérologie digestive, CHU, Tours.

BARRIOZ Thierry

Praticien hospitalier, responsable du service d'Endoscopie digestive, CHU, Poitiers.

BARTHET Marc

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, département d'Hépatogastro-entérologie et oncologie digestive, hôpital Nord, Marseille.

BORIES Erwan

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, Institut Paoli-Calmettes, Marseille.

BOUCHÉ Olivier

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie et cancérologie digestive et unité de Médecine ambulatoire-cancérologie-hématologie (UMA-CHCHU), CHU, Reims.

BOULAGNON Camille

Assistante hospitalo-universitaire, service d'Anatomie et de cytologie pathologiques, CHU, Reims.

BOUSTIÈRE Christian

Gastro-entérologue, hôpital privé Saint-Joseph, Marseille.

BUECHER Bruno

Praticien hospitalier, service Génétique et département d'Oncologie médicale, Institut Curie, Paris.

BULOIS Philippe

Docteur, hôpital privé La Louvière, Ramsay Générale de Santé, Lille.

CANARD Jean-Marc

Ancien président de la SFED, gastro-entérologue, clinique du Trocadéro, Paris.

CELLIER Christophe

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Gastro-entérologie et d'endoscopie digestive, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

CHARACHON Antoine

Chef de service adjoint, service d'Hépatogastro-entérologie et endoscopie, centre hospitalier Princesse Grace, Monaco.

CHAUSSADE Stanislas

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Gastro-entérologie et d'oncologie digestive, hôpital Cochin ; Université Paris-Descartes, Paris.

CORIAT Romain

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Gastro-entérologie et d'oncologie digestive, hôpital Cochin, Paris.

CORON Emmanuel

Praticien hospitalier, unité de Gastro-entérologie, CHU ; Inserm U913, Nantes.

DEGUELTE-LARDIÈRE Sophie

Praticien hospitalier, service de Chirurgie générale, digestive et endocrinienne, CHU, Reims.

FAIVRE Jean

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Registre Bourguignon des cancers digestifs, Inserm U866, Université de Bourgogne Franche-Comté, CHU, Dijon.

FÉAU-LECERF Sandrine

Praticien attaché, service d'Hépatogastro-entérologie, Réseau Prédig Centre, CHU, Tours.

FLÉJOU Jean-François

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Anatomie et de cytologie pathologiques, hôpital Saint-Antoine, Paris.

GODART Bruno

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie et de cancérologie digestive, CHU, Tours.

GONZALEZ Jean-Michel

Praticien hospitalier, département d'hépatogastro-entérologie et oncologie digestive, hôpital Nord, Marseille.

HENNEQUIN Christophe

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Cancérologie-Radiothérapie, hôpital Saint-Louis, Paris.

JACQUES Jérémie

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, CHU, Limoges.

KOCH Stéphane

Praticien hospitalier, service de Gastro-entérologie, hôpital Jean-Minjoz, Besançon.

LAHLOU Widad

Interne, service d'Hépatogastro-entérologie et de cancérologie digestive, CHU, Tours.

LAUGIER René

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Gastro-entérologie, hôpital de la Timone, Marseille.

LECLEIRE Stéphane

Praticien hospitalier attaché, service de Gastro-entérologie, CHU et Clinique du Cèdre, Rouen.

LECOMTE Thierry

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie et de cancérologie digestive, CHRU de Tours, Université François Rabelais, Tours.

LEFORT Christine

Hépatogastro-entérologue, hôpital privé Jean-Mermoz, Lyon

LEGROS Romain

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, CHU, Limoges.

LEPAGE Côme

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Registre Bourguignon des cancers digestifs, Inserm U866, Université de Bourgogne Franche-Comté, CHU, Dijon.

LÉPILLIEZ Vincent

Praticien hospitalier, service de Gastro-entérologie, hôpital privé Jean-Mermoz, Lyon.

LIÈVRE Astrid

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service des Maladies de l'appareil digestif, CHU Pontchaillou, Rennes.

MOUSSATA Driffa

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, CHU, Tours.

NAPOLÉON Bertrand

Praticien hospitalier, Service d'Endoscopie digestive, hôpital privé Jean-Mermoz et Ramsay Générale de santé, Lyon.

PALAZZO Laurent

Gastro-entérologue, clinique du Trocadéro, Paris.

PERROD Guillaume

Chef de clinique assistant, service d'Hépatogastro-entérologie et d'endoscopie digestive, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

PIOCHE Mathieu

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, hôpital Edouard-Herriot, Lyon.

QUÉNÉHERVÉ Lucille

Chef de clinique assistant, service d'Hépatogastro-entérologie, Institut des maladies de l'appareil digestif, CHU Hôtel-Dieu, Nantes.

QUERO Laurent

Praticien hospitalier, service de Cancérologie-Radiothérapie, hôpital Saint-Louis, Paris.

RAHMI Gabriel

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie et endoscopie, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

RIVORY Jérôme

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, hôpital Edouard-Herriot, Lyon.

ROBASZKIEWICZ Michel

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, CHU de la Cavale Blanche, Brest.

SAMAHA Elia

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

SAURIN Jean-Christophe

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, hôpital Edouard-Herriot, Lyon.

SAUTEREAU Denis

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie, CHU, Limoges.

VANBIERVLIET Geoffroy

Praticien hospitalier, service d'Endoscopie digestive, hôpital l'Archet 2, Nice.

VIENNE Ariane

Praticien hospitalier, service de Gastro-entérologie et d'endoscopie digestive, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

VOLET Julien

Praticien hospitalier, service d'Hépatogastro-entérologie et cancérologie digestive et unité de Médecine ambulatoire-cancérologie-hématologie (UMA-CHCHU), Reims.

WONG Stéphanie

Praticien hospitalier, service de Cancérologie-Radiothérapie, hôpital Saint-Louis, Paris.

Sommaire

Liste des collaborateurs	V		
Avant-propos	XIII		
CHAPITRE 1 Épidémiologie des cancers digestifs	1		
Épidémiologie du cancer de l'œsophage	1		
Incidence en France et dans le monde	1		
Conditions précancéreuses	2		
Facteurs de risque des cancers malpighiens	2		
Facteurs de risque des adénocarcinomes	3		
Épidémiologie du cancer de l'estomac	3		
Incidence en France et dans le monde	3		
Lésions précancéreuses	4		
Facteurs de risque des cancers gastriques	4		
Épidémiologie du cancer colorectal	5		
Incidence en France et dans le monde	5		
Séquence adénome-cancer	6		
Groupes à risque élevé et très élevé	6		
Alimentation et cancer colorectal	7		
Aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens et autres médicaments	9		
Conclusion	10		
CHAPITRE 2 Carcinogénèse du tube digestif	13		
Carcinogénèse colorectale	13		
Les différents mécanismes de carcinogénèse colorectale	13		
Instabilité chromosomique (phénotype CIN ou LOH)	13		
Instabilité des microsatellites (phénotype MSI)	15		
Instabilité épigénétique (phénotype CIMP)	15		
Voies de signalisation impliquées dans la carcinogénèse colorectale	16		
Chronologie des événements génétiques au cours de la carcinogénèse colorectale	20		
Apport des nouvelles techniques de séquençage pangénomique	21		
Carcinogénèse gastrique	21		
Cancers de l'estomac avec prédisposition génétique	21		
Cancers de l'estomac sporadiques	21		
Amplifications récurrentes d'autres protéines à activité tyrosine kinase	22		
Altérations du remodelage de la chromatine	22		
Carcinogénèse de l'intestin grêle	23		
		CHAPITRE 3 Sémiologie endoscopique des lésions précancéreuses et cancéreuses superficielles du tube digestif	26
		Généralités sur la sémiologie endoscopique des lésions précancéreuses et cancéreuses du tube digestif	26
		Détection	27
		Caractérisation et détermination de l'extension	27
		Sémiologie endoscopique des lésions précancéreuses et cancéreuses du côlon	30
		Sémiologie endoscopique des lésions précancéreuses et cancéreuses du duodénum	32
		Sémiologie endoscopique des lésions précancéreuses et cancéreuses de l'œsophage	34
		Carcinome épidermoïde	35
		Œsophage de Barrett, dysplasie et adénocarcinome de l'œsophage	36
		Sémiologie endoscopique des lésions précancéreuses et cancéreuses de l'estomac	38
		Conclusion	39
		CHAPITRE 4 Place de l'endoscopie dans les stratégies de prévention et de dépistage des cancers digestifs	41
		Œsogastroduodoscopie (FOGD)	41
		Coloscopie totale (CT)	42
		Contrôle après polypectomie d'adénome	43
		Contrôle après polypectomie de polype festonné et hyperplasique	43
		Surveillance et contrôle des patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)	44
		Surveillance et contrôle des patients avec antécédent personnel de carcinome ou tumeur rectocolique ou iléale	45
		Surveillance et contrôle des patients avec antécédent familial de néoplasie (carcinome ou adénome) rectocolique	45
		Surveillance et contrôle des patients atteints de syndrome génétique avec ou sans polypose colique	45
		Surveillance et contrôle des patients atteints de symptômes chez les patients à risque moyen de cancer colorectal (CCR)	45
		Écho-endoscopie biliaire et pancréatique (EEB et EEP)	46
		Diagnostic et surveillance des tumeurs intracanales et papillaires mucineuses du pancréas (TIPMP)	46
		Diagnostic et surveillance de cancer du pancréas en cas de pancréatite héréditaire et génétique	46

Vidécapsule du grêle (VCG)	46	Détection des résidus après EMR	65
VCG et MICI	46	Dépistage de la dysplasie dans les MICI	65
VCG et polypose ou syndrome génétique	47	Endomicroscopie en pathologie pancréato-biliaire	65
Entéroscopie du grêle (ESG)	47	Caractériser les lésions kystiques du pancréas	65
Perspectives pour la FOGD et la CT de prévention de première ligne	47	Éliminer une sténose biliaire maligne	66
FOGD systématique	47	Caractériser les sténoses pancréatiques	66
CT systématique de prévention	47	Techniques d'imagerie en coupe dérivées de la tomographie par cohérence optique : exemple de l'EBO	66
Conclusion	47		
CHAPITRE 5 Critères de qualité d'une exploration endoscopique de dépistage (tube digestif haut et bas)	49	CHAPITRE 7 Dépistage et détection endoscopique des lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses superficielles de l'œsophage et de l'estomac	68
Endoscopie digestive basse	49	Endoscopie des lésions néoplasiques superficielles de l'œsophage	69
Qualité de la formation de l'endoscopiste et maintien de la compétence	50	Facteurs de risque du carcinome épidermoïde de l'œsophage et lésions précancéreuses	69
Qualité de l'ensemble de la prise en charge	50	Dépistage endoscopique des lésions précancéreuses de l'œsophage malpighien	69
Indicateurs de la qualité de la coloscopie (évaluation perprocédure)	51	Facteurs de risque de l'adénocarcinome de l'œsophage et lésions précancéreuses	71
Endoscopie digestive haute	52	Dépistage endoscopique des lésions précancéreuses de l'œsophage de Barrett	71
CHAPITRE 6 Méthodes d'optimisation de la détection endoscopique des lésions superficielles précancéreuses ou cancéreuses du tube digestif	54	Endoscopie des lésions néoplasiques superficielles de l'estomac	72
• Chromoscopie au colorant et à l'acide acétique	54	Facteurs de risque de l'adénocarcinome de l'estomac et lésions précancéreuses	72
Chromoscopie à l'indigo carmin	55	Dépistage endoscopique des lésions précancéreuses de l'estomac	73
Indications	55	Conclusion	74
Préparation et déroulement de la chromoscopie à l'indigo carmin	57	CHAPITRE 8 Dépistage et détection endoscopique des lésions précancéreuses ou cancéreuses superficielles du tube digestif bas	76
Chromoscopie au lugol	57	Amélioration de la détection des lésions	76
Indications	58	Critères de qualité de la coloscopie	77
Préparation et déroulement de la chromoscopie au lugol	58	Prévention du cancer colique proximal par la coloscopie	78
« Chromoscopie » à l'acide acétique	59	Intérêt de l'identification des patients à risque	78
Indications	59	Traitement endoscopique des lésions identifiées du tube digestif bas : résection des petites lésions	79
Préparation et déroulement de la chromoscopie à l'acide acétique	59	Traitement endoscopique des lésions identifiées du tube digestif bas : résection des lésions de grande taille	79
Chromoscopie au bleu de méthylène	59	CHAPITRE 9 Techniques de destruction perendoscopique des lésions superficielles précancéreuses ou cancéreuses du tube digestif	82
Indications	59	• Radiofréquence	82
Préparation et déroulement de la chromoscopie au bleu de méthylène	59	Traitement de l'endobrachyœsophage par radiofréquence	82
Chromoscopie au bleu de toluidine	60	Indications	83
Indications	60	Matériel et technique	84
Préparation et déroulement de la chromoscopie au bleu de toluidine	60	Résultats	84
Conclusion	60	Traitement des pathologies biliaires et pancréatique par radiofréquence	86
• Endomicroscopie et autres techniques	63	Pathologies biliaires	86
Généralités	64	Pathologies pancréatiques	87
Principe	64		
Atouts	64		
Limites	64		
Endomicroscopie et endobrachyœsophage	64		
Endomicroscopie et adénocarcinome colorectal	65		
limiter le nombre de biopsies dans les petits adénomes	65		

Conclusion	87	Indications	113
• Photothérapie dynamique	89	Polypectomie à la pince chaude	
Cancer superficiel de l'œsophage	89	ou diathermique	114
Importance du diagnostic initial	89	Technique d'électroréssection à la pince	
Bilan d'extension	89	diathermique	114
Photothérapie dynamique (PDT) : la technique	90	Indications	114
Complications	91	Polypectomie à l'anse	115
Prévention des sténoses post-PDT	92	Choix de l'anse	115
Conclusion	93	Technique de résection à l'anse diathermique	116
Cholangiocarcinome	93	Résection à l'anse des polypes	
Importance du <i>staging</i> initial	93	infracentimétriques	118
Photothérapie dynamique : le rationnel	93	Résection à l'anse des polypes de plus	
PDT : la technique	94	de 10 mm	119
Résultats	94	Méthodes d'hémostase préventive	
Effets secondaires de la technique	95	avant polypectomie à l'anse	120
Conclusion et perspectives	95	Conclusion	121
• Curiethérapie endoluminale	97	• Mucosectomie	123
Curiethérapie endo-œsophagienne	97	Évaluation préthérapeutique	123
Technique de la curiethérapie endo-œsophagienne	97	Marquage et positionnement	124
Indications palliatives	98	Injection sous-muqueuse	125
Indications curatives	99	Résection	126
Curiethérapie des voies biliaires	99	Gestion des complications	127
Technique et complications de la curiethérapie		Conclusion	128
endobiliaire	99	• Dissection sous-muqueuse	129
Indications curatives	100	Indications	129
Indications palliatives	100	Matériel	130
Conclusion	100	Spécificités liées au couteau utilisé	130
CHAPITRE 10 Techniques d'exérèse endoscopique		Capuchon distal	130
des lésions superficielles précancéreuses ou cancéreuses		Solutions d'injection	131
du tube digestif	103	Technique	131
• Bistouris électriques : généralités et règles		Expérience endoscopique requise au préalable	131
de bon usage	103	Manipulation de l'endoscope	131
Bases physiques du courant utilisé en endoscopie	103	Systèmes de contre-traction et utilisation	
Effets thermiques du courant sur les tissus	104	de la gravité	131
Historique : quelques dates	104	Procédure	132
Endocoupe	105	Particularités de chaque organe	133
Principes de l'endocoupe	105	Œsophage	133
Réglages de l'endocoupe	105	Estomac	134
Préréglages de l'endocoupe	106	Duodénum	134
Coagulation	107	Côlon et rectum	134
Argon	108	Complications	134
Principes	108	Contrôle des saignements	134
Différents types d'APC	108	Perforations	134
Détection des anomalies	108	Sténose	134
Pédale	109	Risque de récurrence	135
Propositions de réglages en résumé	109	Apprentissage	135
Réglages actuel et personnel	110	Différents modèles	135
Conclusion	110	Chez l'Homme	136
• Polypectomie à la pince froide, à la pince		Conclusion	136
chaude ou à l'anse : aspects techniques	111	CHAPITRE 11 Exérèse endoscopique des lésions	
Contre-indication à la polypectomie	112	du tube digestif haut : indications et résultats	138
Principes généraux de la polypectomie	112	• Œsophage	138
Polypectomie à la pince froide	113	Indications	139
Technique de la polypectomie à la pince froide	113	Carcinome épidermoïde	139

Adénocarcinome sur muqueuse de Barrett	139	Quels sont les risques de l'ampullectomie endoscopique ?	168
Évaluation préthérapeutique	139	Conclusion	169
Évaluation endoscopique	140	• Intestin grêle	170
Évaluation écho-endoscopique	141	Types de polypes de l'intestin grêle	170
Test de décollement	141	Adénomes	170
Résultats	141	Hamartomes	171
Carcinome épidermoïde	141	Lipomes	171
Adénocarcinome et muqueuse de Barrett	143	Technique de résection endoscopique	171
Complications	144	Résultats	173
À court terme	144	Conclusion	173
À moyen et long termes : la sténose	144	CHAPITRE 12 Exérèse endoscopique des lésions du tube digestif bas : côlon et rectum	174
Conclusion	144	Les différents types de lésions du tube digestif bas	174
• Estomac	146	Description histologique	174
Indications et résultats du traitement endoscopique des lésions gastriques précancéreuses	147	Analyse et classification endoscopique des lésions	175
Indications	147	Indications	176
Résultats du traitement endoscopique des lésions précancéreuses	148	Quelles lésions réséquer et dans quelles conditions ?	176
Indications et résultats du traitement endoscopique des cancers gastriques superficiels	149	Résection des polypes de petite taille	177
Diagnostic et évaluation préthérapeutique d'un cancer superficiel gastrique	149	Résection des polypes de grande taille	177
Indications du traitement endoscopique des cancers gastriques superficiels	151	Surveillance après résection endoscopique	179
Résultats du traitement endoscopique des lésions néoplasiques gastriques	152	Conclusion	180
Conclusion	154	CHAPITRE 13 Critères anatomopathologiques d'évaluation des exérèses endoscopiques des lésions néoplasiques superficielles du tube digestif	182
• Adénomes sporadiques duodénaux non ampullaires (ASDNA)	158	De quelles lésions parle-t-on ?	183
Épidémiologie	158	De quels prélèvements s'agit-il ?	183
Relation entre adénome sporadique et cancer colo-rectal	158	Du bloc d'endoscopie au laboratoire d'anatomie pathologique	184
Relation entre adénome sporadique et adénome du grêle	158	Au laboratoire d'anatomie pathologique	185
Prise en charge des ASDNA	158	Quels sont les éléments qui doivent être recherchés en ACP ?	185
Évaluation avant la résection	159	Faire un diagnostic histologique précis de la lésion	185
Risque ganglionnaire	159	Apprécier le caractère total de l'exérèse au niveau des berges latérales de la pièce de résection	186
Technique de résection endoscopique	160	En cas d'adénocarcinome, rechercher tous les éléments qui permettent d'évaluer le risque de métastase ganglionnaire	186
• Ampoule de Vater	164	CHAPITRE 14 Écho-endoscopie digestive	190
Comment faire le diagnostic de tumeur ampullaire ?	164	• Prise en charge des tumeurs de l'œsophage et de l'estomac	190
Quel bilan d'extension ?	164	Cancers œsogastriques	191
Quels sont les critères de résécabilité endoscopique ?	165	Place de l'écho-endoscopie dans le diagnostic	191
Quelle est la technique de l'ampullectomie endoscopique ?	165	Place de l'écho-endoscopie dans la stratégie thérapeutique	191
Quelle est l'efficacité de l'ampullectomie endoscopique ?	166	Place de l'écho-endoscopie dans la surveillance après traitement	192
Peut-on proposer une résection endoscopique en cas d'envahissement orificiel ?	167	Lymphomes gastriques	193
Est-il raisonnable de proposer une ampullectomie endoscopique en cas d'adénocarcinome ampullaire ?	168	Diagnostic initial	193

Stratégie thérapeutique	193		
Surveillance après traitement	194		
Tumeurs stromales	194		
Diagnostic initial	194		
Place dans le <i>staging</i> préthérapeutique	194		
Place dans la surveillance	195		
Conclusion	195		
• Prise en charge des cancers du pancréas et des voies biliaires	196		
Cancer du pancréas	196		
Diagnostic	197		
Bilan de résecabilité	201		
Algorithmes décisionnels	202		
Conclusion	202		
Cholangiocarcinome sus-pancréatique	202		
Rôles et avantages potentiels de l'écho-endoscopie	203		
Conclusion	205		
Ampullome vaterien	205		
Performances de l'écho-endoscopie pour le diagnostic et le <i>staging</i>	205		
Performances et indications des minisondes : <i>intraductal ultra-sonography</i> (IDUS)	206		
Conclusion	206		
• Prise en charge des cancers du rectum	209		
Conditions de réalisation et contre-indications	209		
Adénocarcinome rectal	209		
Prérequis	210		
Informations devant être fournies par l'écho-endoscopie	210		
Siège de la tumeur	210		
Taille	211		
Stade pariétal	211		
Marge latérale	212		
Atteinte sphinctérienne	212		
Stade ganglionnaire	213		
Réévaluation après traitement pré-opératoire	213		
Surveillance post-opératoire	214		
Tumeurs neuro-endocrines rectales	214		
Tumeurs sous-muqueuses rectale	214		
Lymphomes du rectum	215		
Conclusion	215		
• Écho-endoscopie thérapeutique	216		
Neurolyse coéliquaie	217		
Ablation et repérage tumoral	218		
Ablation « chimique » par alcoolisation	218		
Ablation thermique	219		
Autres procédures	219		
Drainages guidés par écho-endoscopie	219		
Sténoses bilio-pancréatiques	219		
Drainages d'abcès et de collection péridigestive	221		
		CHAPITRE 15	Prise en charge endoscopique des syndromes de prédisposition héréditaire aux cancers digestifs
			224
		• Polyposes adénomateuses familiales	224
		Suivi et décision thérapeutique avant colectomie, suivi rectal ou du réservoir après colectomie	224
		Polypose APC : risque de cancer colorectal et début du suivi	224
		Polypose APC : choix du type de colectomie	225
		Suivi et traitement duodéal et gastrique	227
		Atteinte gastrique	227
		Modalités de surveillance gastrique	228
		Atteinte duodénale	228
		Modalités de surveillance duodénale	229
		Quand et à quelle fréquence surveiller ?	229
		Modalités de traitement duodéal	229
		Au-delà de l'angle de Treitz	231
		• Syndrome de Lynch	234
		Rappels sur le syndrome de Lynch	235
		Risques tumoraux	235
		Stratégie diagnostique	235
		Phénotypes digestifs au cours du syndrome de Lynch	236
		Phénotype colorectal	236
		Phénotype gastrique	237
		Phénotype grêlique	237
		Surveillance endoscopique	237
		Surveillance colorectale	237
		Recommandation pour la surveillance du cancer gastrique	239
		Recommandation pour la surveillance du cancer de l'intestin grêle	240
		Conclusion	240
		• Syndromes de prédisposition héréditaire au cancer gastrique et au cancer du pancréas	242
		Généralités	242
		Formes héréditaires et familiales des cancers gastriques	243
		Pénétrance et risques tumoraux	243
		Dépistage du cancer gastrique	246
		Prise en charge des patients avec formes héréditaires de cancers gastriques de type diffus avec mutation du gène <i>CDH1</i> : place de la chirurgie prophylactique	247
		Formes héréditaires et familiales des cancers pancréatiques	248
		Epidémiologie	248
		Pénétrance et risques tumoraux	248
		Dépistage du cancer du pancréas	250
		Conclusion	252
		CHAPITRE 16	Prothèses digestives en cancérologie digestive : techniques, indications et place dans la stratégie
			255
		• Prothèses œso-gastroduodénales	255
		Les différents types de prothèses	255
		Matériau	256
		Dimensions et forme	256

XII ■ Endoscopie et cancérologie digestive : de la prévention au traitement palliatif

Couverture	256	CHAPITRE 17 Endoscopie et traitements anticancéreux	
Système antireflux	256	systémiques (ou ciblés)	278
Indications en cancérologie digestive	257	Tumeurs épithéliales œso-gastriques	279
Dysphagie d'origine tumorale	257	Tumeurs stromales : cas particulier des formes	
Fistules tumorales	257	localement avancées	279
Sténoses et fistules iatrogènes	257	Tumeurs pancréatiques	281
Technique de pose	257	Adénocarcinome pancréatique	281
Suivi immédiat	258	Tumeurs neuro-endocrines	281
Complications	258	Tumeurs colorectales	281
Résultats	259	Recherche d'instabilité des microsattellites	281
Palliation de la dysphagie d'origine tumorale	259	Voie de l'EGFr	282
Traitement des fistules d'origine tumorale	259	Perspective d'avenir : la voie MET	282
Traitement des sténoses iatrogènes	259	Évaluation de l'efficacité des traitements	
Traitement des fistules iatrogènes	259	anticancéreux	283
Conclusion	259	Évaluation après radio-chimiothérapie	
● Prothèses coliques	260	œsophagienne	283
Technique	261	Évaluation après radio-chimiothérapie rectale	283
Conditions et environnements	261	Diarrhée sous anticancéreux	283
Matériel spécifique et endoscopes	262	Cas particulier des antiangiogéniques	284
Procédé de pose	262	Cas particulier des traitements intra-artériels	
Prothèses	265	hépatiques	284
Situations et localisations particulières	265	Conclusion	284
Indications et contre-indications	265	CHAPITRE 18 Place de l'endoscopiste en réunion	
Indications	265	de concertation pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie	
Contre-indications	266	digestive	286
Place dans la stratégie thérapeutique	266	L'endoscopiste	286
Malade pouvant être guéri :		La RCP	287
situation du « pont vers la chirurgie »	266	Place de l'endoscopiste en RCP de cancérologie	
Malade traité de manière palliative :		digestive	288
prothèse définitive	268	Apport de l'endoscopiste par localisation	288
Cancer extraluminal avec occlusion colique	268	Cancers de l'œsophage (TNCD, chapitre 1)	288
Conclusion	268	Cancers de l'estomac (TNCD, chapitre 2)	289
● Prothèses biliaires	270	Ampullome	289
Bilan préthérapeutique	270	Cholangiocarcinome de la voie biliaire	
Techniques endoscopiques	270	principale et adénocarcinome de la tête	
Types de prothèses	274	du pancréas (TNCD, chapitres 8 et 9)	289
Indications et résultats	274	Tumeurs du corps et de la queue du pancréas	
Sténoses basses	274	(TNCD, chapitre 9)	289
Sténoses hilaires et intrahépatiques	275	Cancers du grêle (TNCD, chapitre 13)	289
Conclusion	276	Cancers du côlon et du rectum (TNCD,	
		chapitres 3, 4 et 5)	290
		Cancers du rectum (TNCD, chapitre 5)	290
		Cancers de l'anus (TNCD, chapitre 6)	290
		Conclusion	290
		Abréviations	291
		Index	293

Avant-propos

La cancérologie digestive est un important domaine d'activité de la discipline « hépato-gastro-entérologie » qui ne se limite pas à la prescription des chimiothérapies anticancéreuses. Au même titre que la chirurgie carcinologique ou les chimiothérapies anticancéreuses, l'endoscopie digestive tient une place centrale dans la prise en charge des patients atteints ou à risque élevé de cancer digestif. Le champ d'intervention de l'endoscopie en cancérologie digestive est très large et il ne cesse de croître. L'endoscopie est au cœur du diagnostic et du bilan d'extension des cancers digestifs. Elle joue un rôle essentiel dans la détection et la caractérisation des lésions précancéreuses du tube digestif, mais également dans la prise en charge palliative des patients à un stade avancé de la maladie. Les progrès des techniques d'exérèse endoscopique des lésions précancéreuses et cancéreuses superficielles du tube digestif telles que la mucosectomie ou la dissection sous-muqueuse ne cessent de repousser les frontières avec la chirurgie digestive carcinologique. Ces techniques moins invasives sont amenées à se développer du fait d'une mortalité et d'une morbidité inférieures à celles du traitement chirurgical. Elles ne pourront continuer de progresser que si les étapes préalables de la détection et de la caractérisation des lésions précancéreuses et cancéreuses s'avèrent performantes. Les progrès technologiques de l'imagerie endoscopique sont susceptibles de modifier nos pratiques avec des diagnostics qui se feront en temps réel amenant à accélérer les processus décisionnels thérapeutiques. De nouvelles stratégies « cancéro-endoscopiques » en lien avec la prise en charge des cancers digestifs vont, par conséquent, se développer et bouleverser nos pratiques.

Pour toutes ces raisons, l'objectif principal de cet ouvrage pluridisciplinaire auquel de nombreux experts ont participé est de faire un point de synthèse sur l'endoscopie dans le domaine de la cancérologie digestive. Cet ouvrage se veut le reflet fidèle de tous les aspects et de la grande diversité de cette activité médico-technique majeure associée au dépistage, au diagnostic et au traitement des cancers digestifs. Les progrès importants et constants réalisés dans les différentes stratégies préventives, diagnostiques et thérapeutiques nous amènent à redéfinir sans cesse la place de l'endoscopie digestive dans la prise en charge des patients atteints ou à risque de cancer digestif. L'innovation qui caractérise l'endoscopie digestive est au moins comparable à celle de l'essor des thérapies

ciblées anticancéreuses. Ces deux aspects de la prise en charge des cancers digestifs sont très liés et vont certainement se rapprocher de plus en plus. Par exemple, le prérequis à l'administration de thérapies ciblées telles que le trastuzumab dans le cancer gastrique avancé et un anti-EGFR (cétuximab ou panitumumab) dans le cancer colorectal avancé est une caractérisation moléculaire tumorale (le statut *HER2* dans cancer gastrique et le statut *RAS* d'un cancer colorectal). Par ailleurs, à terme, il sera certainement nécessaire d'inclure dans le quorum des RCP de cancérologie digestive un endoscopiste digestif expert ou d'étendre à tout le territoire les RCP dédiées à la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses superficielles du tube digestif mises en place dans certains centres. Tous ces éléments illustrent bien la place importante et sans cesse grandissante de l'endoscopie dans le dispositif de prise en charge des cancers digestifs.

C'est sous l'impulsion de la SFED (Société française d'endoscopie digestive) et grâce au soutien de son conseil d'administration que cet ouvrage a vu le jour. Cet ouvrage est également le fruit d'une étroite collaboration avec la FFCD (Fédération francophone de cancérologie digestive). Ce dernier aspect illustre la nécessité d'un renforcement des liens avec les sociétés savantes impliquées en cancérologie digestive. Il s'agit du premier ouvrage qui traite de la place de l'endoscopie en cancérologie digestive dans sa diversité et sa globalité. Il a pour objectif d'être une référence sur l'état des connaissances dans ce domaine. De nombreux experts français ont accepté de participer à cet ouvrage ambitieux et reflétant l'état de l'art en endoscopie digestive cancérologique.

Nous tenons à remercier vivement et chaleureusement l'ensemble des auteurs de cet ouvrage non seulement pour la qualité de leur contribution, mais également pour leur enthousiasme dans la rédaction de ce livre qui fera référence.

Nous vous souhaitons une très bonne lecture.

**Thierry Lecomte, Christophe Cellier,
coordonnateurs ; et Michel Robaszekiewicz,
président de la SFED**

De la prévention au traitement palliatif

L'endoscopie occupe désormais une place majeure dans la prise en charge des cancers digestifs. Elle est indispensable au dépistage, au suivi et à la mise en œuvre de traitements palliatifs de confort.

Cet ouvrage a pour principal objectif d'aborder tous ces aspects en faisant l'état de l'art des techniques endoscopiques et des stratégies diagnostiques et thérapeutiques qui en résultent. Il aborde pour chaque type de cancer digestif le rôle de l'endoscopie dans la prévention, le dépistage, la détection, la résection des lésions et le traitement.

Premier ouvrage de référence sur cette thématique, abondamment illustré et rédigé par les spécialistes du domaine, ce livre constitue un manuel didactique, abondamment illustré, indispensable pour la pratique quotidienne des médecins gastro-entérologues, des chirurgiens oncologues, des radiothérapeutes, des oncologues médicaux et des anatomopathologistes.

Thierry Lecomte est professeur d'Hépatogastro-entérologie à l'Université François-Rabelais de Tours, praticien hospitalier et chef de service au CHU de Tours.

Christophe Cellier est professeur des Universités et praticien hospitalier, service de Gastro-entérologie et d'endoscopie digestive à l'hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.