



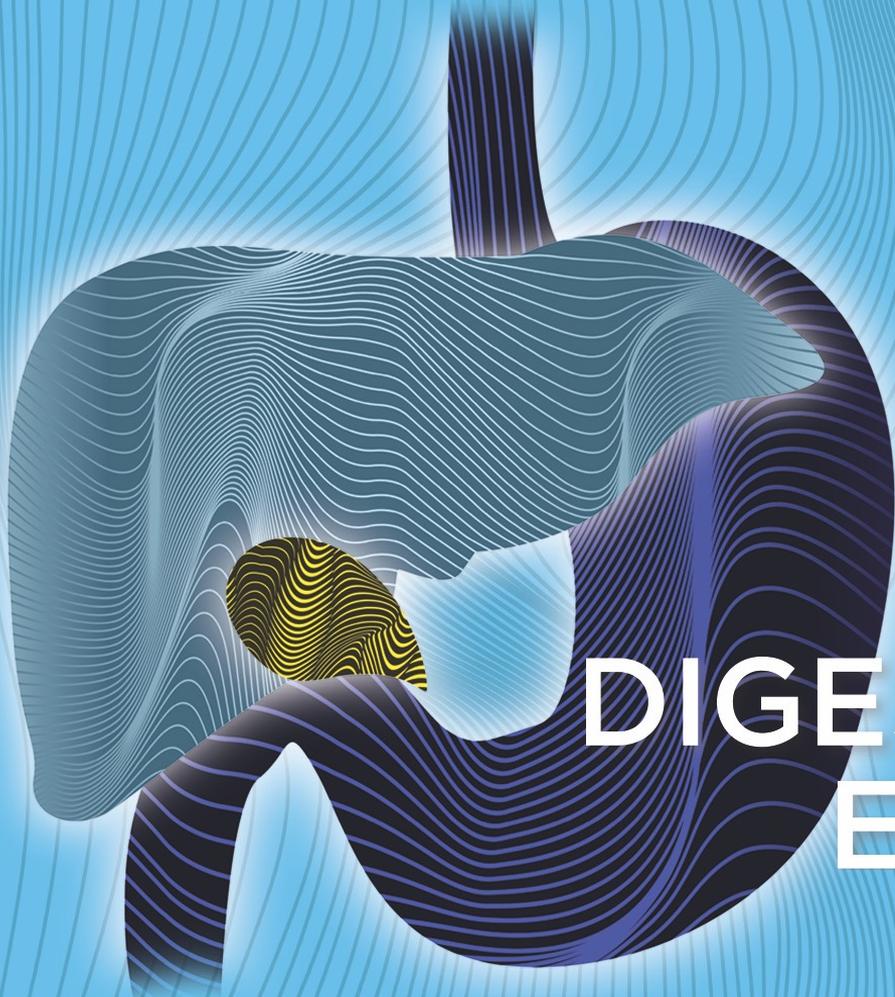
52^e CONGRÈS

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DE CHIRURGIE

19 AU 22 MAI 2022

FAIRMONT LE MANOIR RICHELIEU

CHIRURGIE DIGESTIVE HAUTE ET INCLUSION



Investigation des cancers œsophago-gastriques

Dre Annie Beaudoin
Gastro-entérologue
CHUS

DIVULGATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

TYPE D'AFFILIATION	COMPAGNIES	PÉRIODE
Aucune	Aucune	Aucune

Objectifs

- Identifier le bilan d'investigation des cancers œsophago-gastriques
- Décrire les modalités d'investigation utilisées et leur utilité
- Indiquer la place de la laparoscopie diagnostique dans l'investigation des cancers œsophago-gastriques

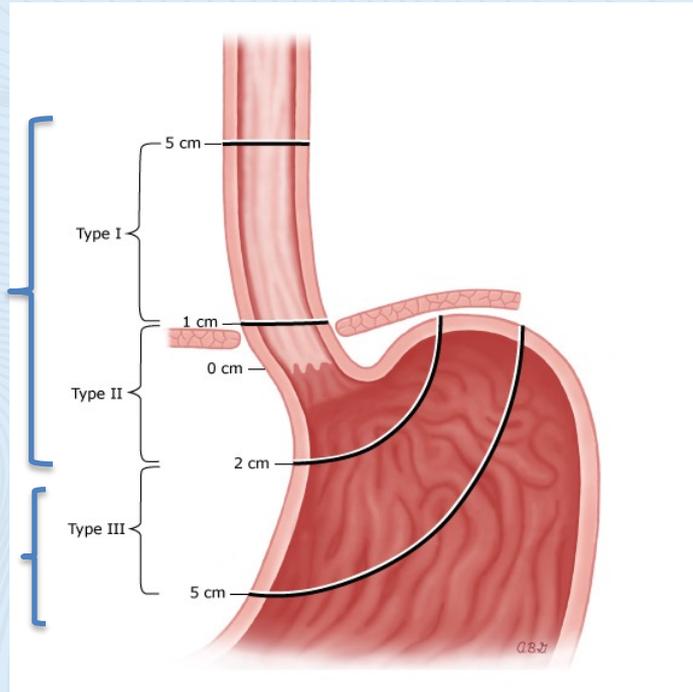
L'endoscopie



Endoscopie : les grands principes

- Localisation précise essentielle
 - Oesophage : distance proximale et distale par rapport aux incisives
 - Cas particulier : localisation exacte pour tumeurs de la jonction :
influencera le plan de traitement

Classification Siewert



Néo oesophage

Néo gastrique

Pronostic similaire et caractéristiques morphologiques semblables

Différences :

- Épidémiologie
- Étiologie,
- Distribution métastases ganglionnaires

Cancers gastriques



Le diagnostic



Question 1. Combien de biopsies sont nécessaires pour diagnostiquer adéquatement un cancer gastrique?

- A. 3
- B. 5
- C. 7
- D. 9
- E. 11



Combien de biopsies sont nécessaires pour diagnostiquer adéquatement un cancer gastrique?

A. 3

B. 5

C. 7

D. 9

E. 11

Néo gastrique: endoscopie et biopsies

- 5% des ulcères néoplasiques = apparence **bénigne**
à biopsier impérativement
- 1 seule biopsie : sensibilité 70%
- 7 biopsies : sensibilité de 98%
- Biopsier marges et fond de l'ulcère
- Brossage fond de l'ulcère si risque saignement élevé
- Jumbo forceps si disponible

Importance du nombre :

« *Tissue is an issue* »

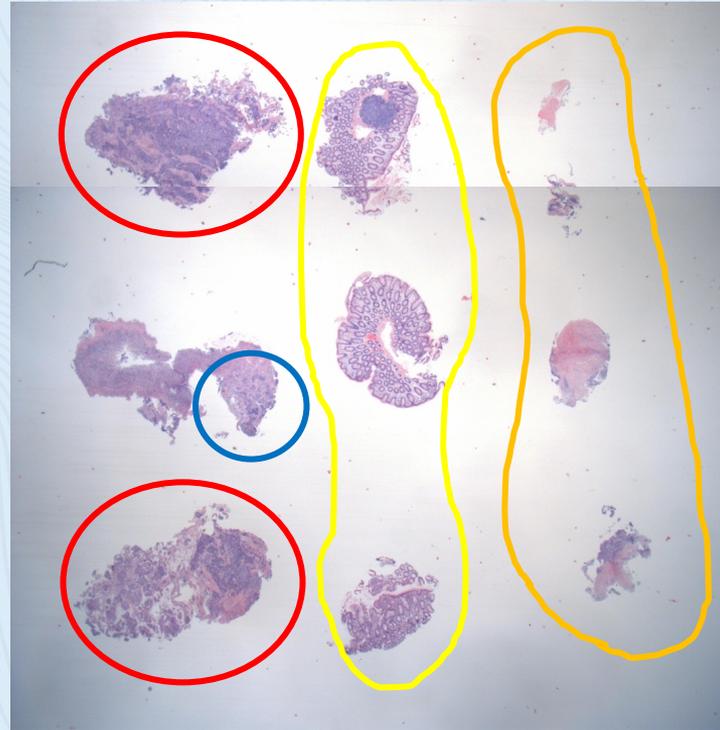
- De plus en plus d'analyses nécessaires pour traitement personnalisé
(HER2, MMR/MSI, PD-L1...)
- Statut MMR/MSI : testing universel recommandé par NCCN



Exemple cancer colique : 9 fragments (biopsies)

2 fragments
représentatifs
(en rouge)

1 fragment
Moins de 20%
tumoral(bleu)



6 fragments
non exploitables
Jaune : colon normal
Orange : nécrose

= 2 fragments sur 9 exploitables pour analyse de la tumeur

Dre Perrine Granger CHUS
Dr Frédéric Lemay CHUS



1^{er} message : Biopsiez plus que moins! (autant en côlon qu'en digestif haut)

Norme pour néo estomac et oesophage : **7 biopsies**

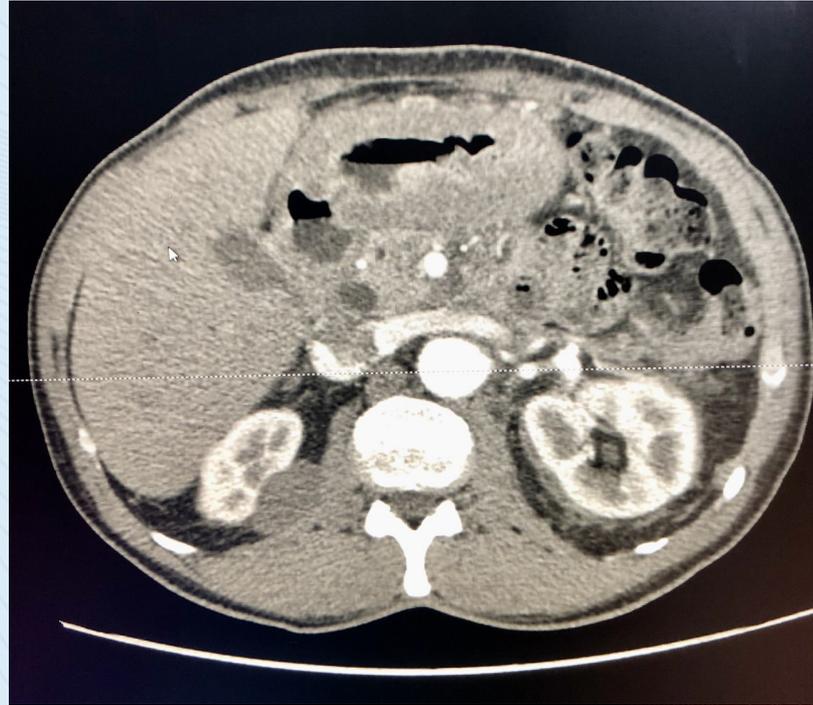
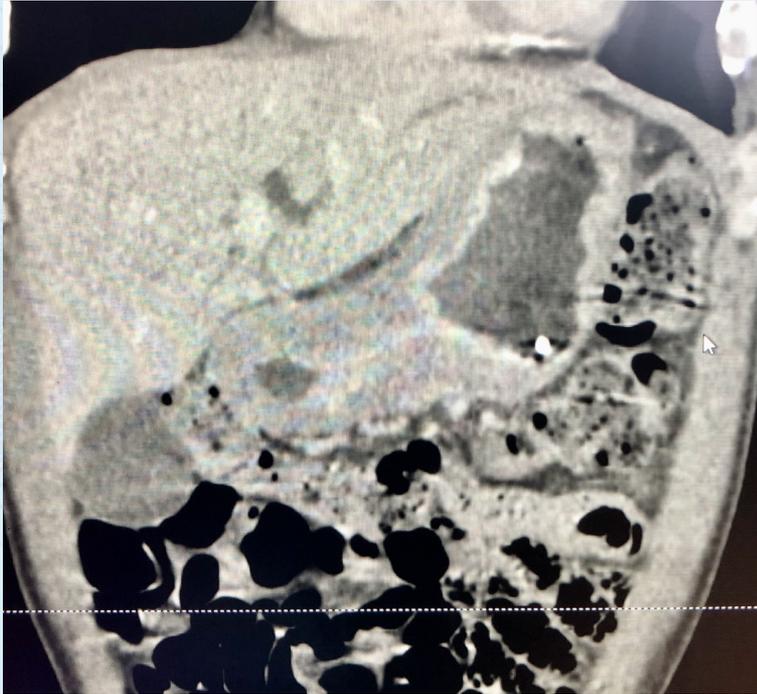
Place de la résection endoscopique

- Après évaluation par EUS pour lésions précoces
- Résection par endoscopiste expert pour staging des cancers précoces T1a vs T1b (différentiation, ILV, profondeur)
- Potentiel thérapeutique Tis ou T1a

La linite: un cas à part

- Homme 58 ans
- Plénitude précoce et perte de poids
- OGD démontre très gros plis antre et corps, muqueuse érythémateuse, non distension antrale, suspect +++
- Biopsies normales (10 antres, 3 corps)

Scan



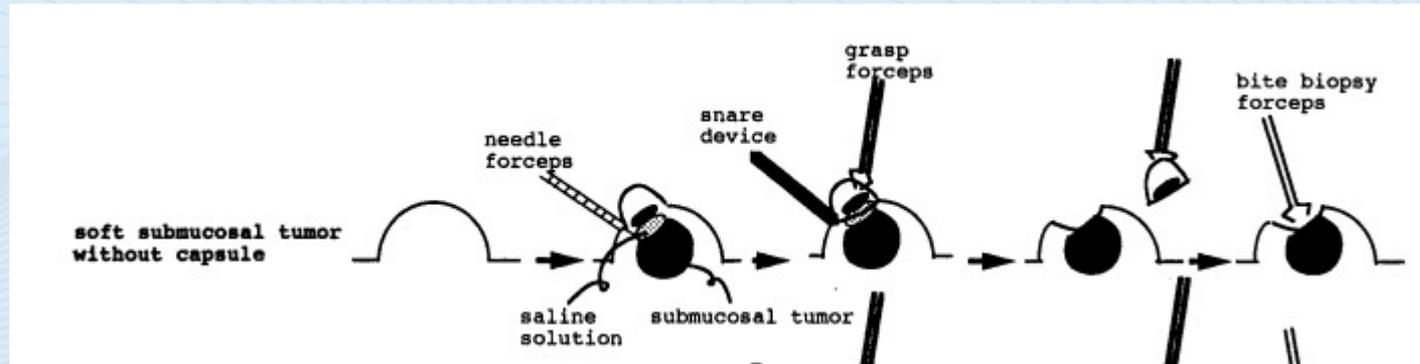
Que faites-vous?

- a) Refaire OGD avec biopsies multi-étagées encore plus nombreuses
- b) Refaire OGD avec biopsies sur biopsies (Bx tunnelisées)
- c) Technique «strip and bite»,
- d) EUS avec FNA

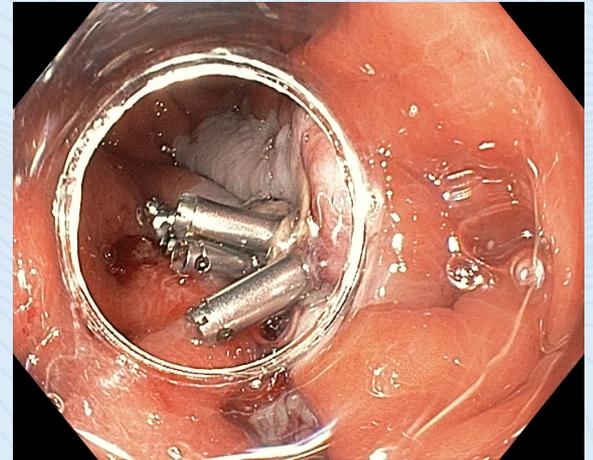
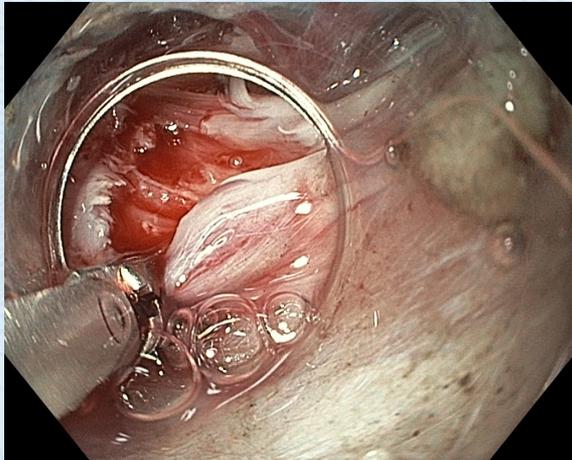
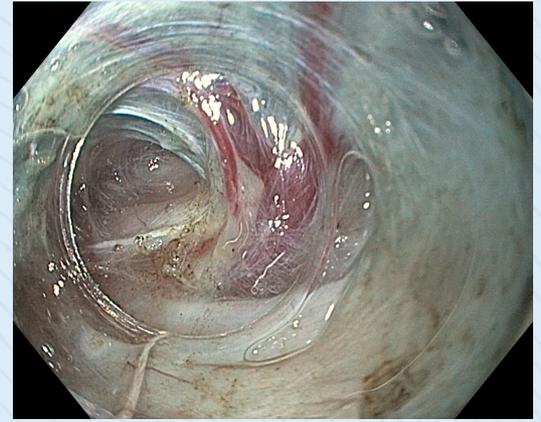
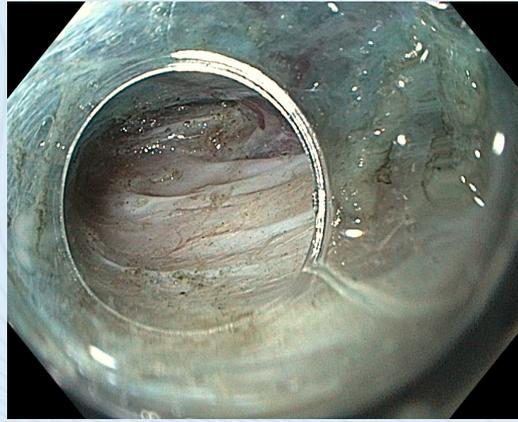
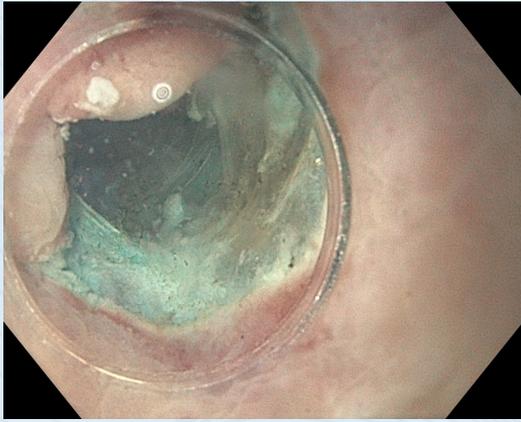
Linite: endoscopie et biopsies

- Linite: 5% des tumeurs gastriques primaires, très mauvais pronostic, rarement résecables
- Infiltrent la sous-muqueuse et la muscularis propria : beaucoup de faux négatifs (50% sont diagnostiques seulement)
- Technique «strip and bite», biopsies sur biopsies, EUS et FNA possibles

Strip and bite



0016-5107/94/4006-0749\$3.00 + 0
GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY
Copyright © 1994 by the American Society of Gastrointestinal Endoscopy
37/69/56666



Courtoisie Dr Charles Ménard

Excellence • Innovation • Collaboration

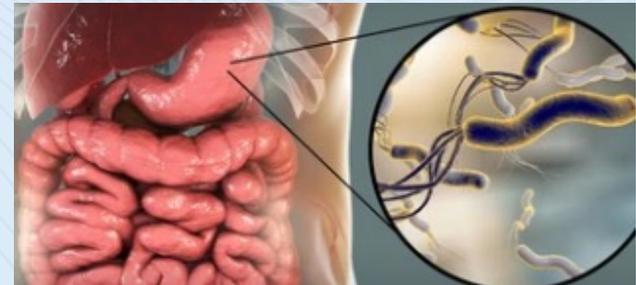
Que faites-vous?

- a) Refaire OGD avec biopsies multi-étagées encore plus nombreuses
- b) Refaire OGD avec biopsies sur biopsies (Bx tunnelisées)
- c) Technique «strip and bite»,
- d) EUS avec FNA

CHERCHEZ JUSQU'À OBTENIR VOTRE RÉPONSE!

H pylori et cancer gastrique

- Infection à H. pylori : facteur de risque majeur
- Rechercher et traiter en présence d'un cancer gastrique, surtout si précoce
biopsier muqueuse normale



Le staging du cancer gastrique



Importance du staging

- But: stratifier les patients opérables ou non
- Maladie locorégionale (stade I à III) sont potentiellement curatifs
- Évaluation multidisciplinaire essentielle pour guider prise en charge

CT scan thoraco-abdomino-pelvien

- Indiqué pour tous
- Essentiellement à la recherche de métastases (exception : péritonéales)
- Moins fiable pour staging T et N (62-91%)
- Permet de guider l'investigation des lésions suspectes (biopsies de gg, IRM foie...)
- Si négatif pour M+ à distance : EUS

EUS et cancer gastrique



- Recommandée par la majorité si pas M+ scan
- Très utile pour statuer **T** : méthode non chirurgicale **la plus fiable**
- Sensibilité 85% Spécificité 90% entre T1 et T2
- Sensibilité 86% Spécificité 90% entre T1/T2 et T3/T4
- Sensibilité 83% Spécificité 67% pour statut N (mieux avec FNA)

Cochrane Database Syst Rev. 2015

EUS et cancer gastrique

- Certainement à considérer si résultat risque de changer plan de traitement
 - Statut d'envahissement local
 - Statut ganglionnaire
 - Métastase
- Peut aider à déterminer étendue proximale et distale de la tumeur
- Peut-être moins utile tumeurs antrales

ESMO Guidelines 2016, CCO 2017, NICE 2018, NCCN 2022

Excellence • Innovation • Collaboration



Question 2 : patiente de 55 ans, bonne santé, néo corps, EUS démontre stade T3N0. Que faites vous?

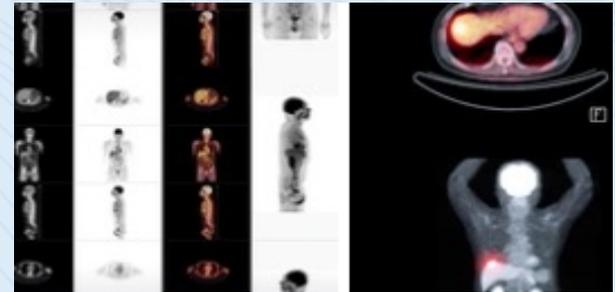
- a) pas de laparoscopie de staging
- b) laparoscopie sans lavage péritonéal si absence de lésion visible
- c) laparoscopie avec lavage péritonéal
- d) TEP scan avant d'envisager laparoscopie

TEP-Scan et cancer gastrique

- Rôle en évolution
- **Attention** tumeurs avec histologie diffuse ou mucineuse: ne captent pas toujours
- © en bague à chaton : ne captent pas et + souvent carcinose : laparoscopie...
- Peut être + utile que scan pour métastases à distance si tumeur qui capte

TEP-Scan et cancer gastrique

- à considérer si trouvailles équivoques au scan
- Sensibilité seulement 50% pour carcinose: ne peut remplacer laparoscopie de staging



Laparoscopie de staging et cancer gastrique

- NCCN: $\geq T1b$ non métastatique opérable: laparoscopie avec cytologie *(devrait être considérée)* **recommandée**
- ESMO: $\geq T2N0$ potentiellement résécables
- Avis d'experts : juste pour T3-T4 et/ou N+ car portée diagnostique faible chez cancers précoces

Laparoscopie de staging et cancer gastrique

- 20-30% des patients avec stade $>T1$ en EUS auront métastases péritonéales (avec scan négatif)
- Encore pire avec T4 ou limite; peut éviter jusqu'à 50% de laparotomies inutiles



Dis Esophagus. 2016;29(3):236; Gastric Cancer. 2012;15 Suppl 1:S38

Guide de pratique laparoscopie diagnostique SAGES 2010

- 200 cc de normal salin instillé pour cytologie
- Inspection complète cavité péritonéale et surface hépatique
- Echo foie per-op possible
- Biopsie prn adnp péri-gastriques

Guide de pratique laparoscopie diagnostique SAGES 2010

- Indication : pour tous les T3 ou T4 sans gg ou métastases à l'imagerie
- T1 ou T2 : devraient aller en chx curatrice sans laparoscopie
- Complications rares; peut retarder la prise en charge oncologique

Question 2: patiente de 55 ans, bonne santé, EUS démontre néo corps stade T3N0. Que faites vous?

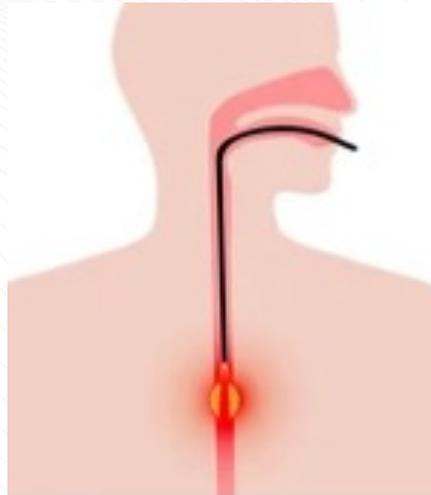
- a) pas de laparoscopie de staging
- b) laparoscopie sans lavage péritonéal si absence de lésion visible
- c) laparoscopie avec lavage péritonéal**
- d) TEP scan avant d'envisager laparoscopie

Non résécabilité cancer gastrique



- Métastases à distance incluant cytologie péritonéale positive
- Ganglions extra-régionaux (para-aortiques)
- Envahissement racine du mésentère
- Envahissement ou encerclement des structures vasculaires majeures (excluant vaisseaux spléniques)

Cancer oesophage



Question : vignette clinique

Homme de 60 ans, bonne santé

Dysphagique de novo

OGD démontre lésion non obstructive, circonférencielle, œsophage distal à 2 cm au-dessus de la jonction, qui s'étend sur 5 cm en proximal. Le scan ne montre pas de lésions à distance. Qu'allez vous faire?

Question 3 : 60 ans, néo oesophage distal, non métastatique au scan

- a) EUS
- b) TEP Scan
- c) EUS et TEP-scan
- d) EUS et TEP-scan et laparoscopie diagnostique si non métastatique aux imageries

Importance staging

- Absolument essentiel pour prévoir le plan ultérieur
- Minorité de patients pourront être guéris avec résection endoscopique seule (T1a/bN0)
- T3 ou N+ : traitement néo-adjuvant
- T2 N0 : débattable
- 50-80% auront maladie incurable au Dx

Endoscopie et cancer œsophage

- Sensibilité:
 - 1 biopsie 93%
 - 4 biopsies 95%
 - 7 biopsies 98%
- Principes idem à Bx gastriques (*Tissue is an issue...*)
- Documenter présence de Barrett
- Planifier support nutritionnel
- Demander statut HER2, MSI et PDL1 si métastatique



CT-scan / TEP scan et néo œsophage

- CT scan pour tous
- **TEP Scan pour tous** si pas de métastases au scan (change la conduite jusqu'à 20% des patients) ; coût-efficace
- Biopsier métastases si cliniquement indiqué (faux positifs)

EUS et néo œsophage

- Pour tous si pas de métastases pour guider prise en charge; le plus utile pour le staging loco-régional

T : sensibilité 81-92% spécificité 94-97%

N (+FNA) : sensibilité 91% spécificité 99%

NICE: ne pas faire si seulement pour distinguer entre T2/T3 (ne changera pas conduite)

EUS et néo œsophage

- FNA : si on ne traverse pas la tumeur ou gros vaisseaux et si aura impact sur plan de traitement; si possible regarder TEP avant la procédure
- Attention au risque de perforation si tumeur obstructive (30% des cas sont obstructifs)
- GG cœliaque + : n'est plus M1 (TNM 2017)

Particularités pour le néo **épidermoïde**

- Bronchoscopie suggérée si tumeur au-dessus de la carène pour exclure envahissement trachéal (10% des patients)
- Envisager examen ORL pour r/o néo synchrone si dû à tabac ou ROH si néo au-dessus de la carène



Laparoscopie et cancer oesophage

- *Controversé, pas de consensus*
- ESMO: À faire pour les adenok de la jonction T3/T4 qui infiltrent le cardia anatomique
- NCCN: optionnel pour les jonctions
- 15% des patients auront carcinose

Guide de pratique laparoscopie diagnostique SAGES 2010

- Indication: à faire si chirurgie curatrice envisagée basée sur absence de gg ou de métastases à l'imagerie pré-op (early stage esophageal cancer, *grade B*)
- Peut permettre mise en place de jéjunostomie d'alimentation
- Combiner thoracoscopie et laparoscopie peut améliorer le staging

Guide de pratique laparoscopie diagnostique SAGES 2010 et néo oesophage

- Jusqu'à 10% des patients auront changement de leur plan de traitement suite à la laparoscopie
- Coût-efficacité: **EUS avec FNA + TEP est la meilleure combinaison**

Question 3: 60 ans, néo oesophage distal, non métastatique au scan

- a) EUS
- b) TEP Scan
- c) **EUS et TEP-scan**
- d) EUS et TEP-scan et laparoscopie diagnostique si résécable aux imageries

Messages à ramener à la maison

- Staging précis essentiel en néo digestif haut
- Multiples biopsies nécessaires
- Linite est difficile à prouver, persévérer!
- Estomac : envisager plus souvent laparoscopie;
TEP : attention faux négatifs
- Œsophage : TEP et EUS; laparoscopie : moins clair

RÉFÉRENCES

1. NCCN Guidelines Version 2.2022 Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers
2. NCCN Guidelines Version 2.2022 Gastric Cancer
3. ESMO Clinical Practice guidelines Gastric Cancer Ann Oncol (2016) 27 (suppl 5): v38-v49
4. Pan-Asian adapted ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of patients with metastatic gastric cancer: a JSMO–ESMO initiative endorsed by CSCO, KSMO, MOS, SSO and TOS Ann Oncol (2019) vol 30 (1) p 19-33
5. UpToDate
6. Alberta Health Services (AHS) Clinical practice guideline on esophageal cancer 2021
7. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) Guideline on the role of endoscopy in the assessment and treatment of esophageal cancer (2013)
8. ESMO : Clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of esophageal cancer 2016
9. National Institute for Health and Care excellence (NICE) Guideline on oesophagogastric cancer Assessment and management in adults (2018)
10. NICE : Quality standard on oesophago-gastric cancer 2018
11. SAGES guidelines for diagnostic laparoscopy
12. Ann Surg Oncol. 2015;22(3):1020
13. GIE vol 77 no3 2013

Questions?

