



# Endoscopie chirurgicale

- Troubles de motricité : POEM
- Cancers : Dissections sous muqueuses

Dr M Le Rhun  
Secteur Endoscopie  
CHU Nantes



JOURNEES EURO-PHARMAT SAINT MALO 2017

# DECLARATION LIENS D'INTERÊT



▶ PAS DE CONFLIT D'INTERET



# POEM

( Per oral Endoscopic Myotomy )



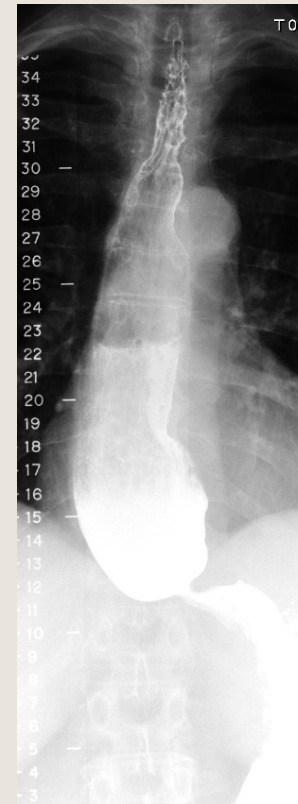
# ACHALASIE



Trouble de motricité fréquent (1/10000)  
Sex ratio : 1, >> 50 ans

Apéristaltisme complet  
Défaut de relaxation et hypertonie sphincter JOG

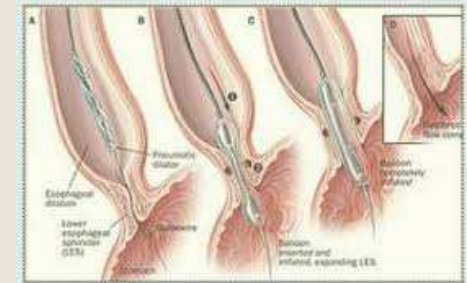
Dysphagie, régurgitations, douls thoraciques, - 5-10 Kg



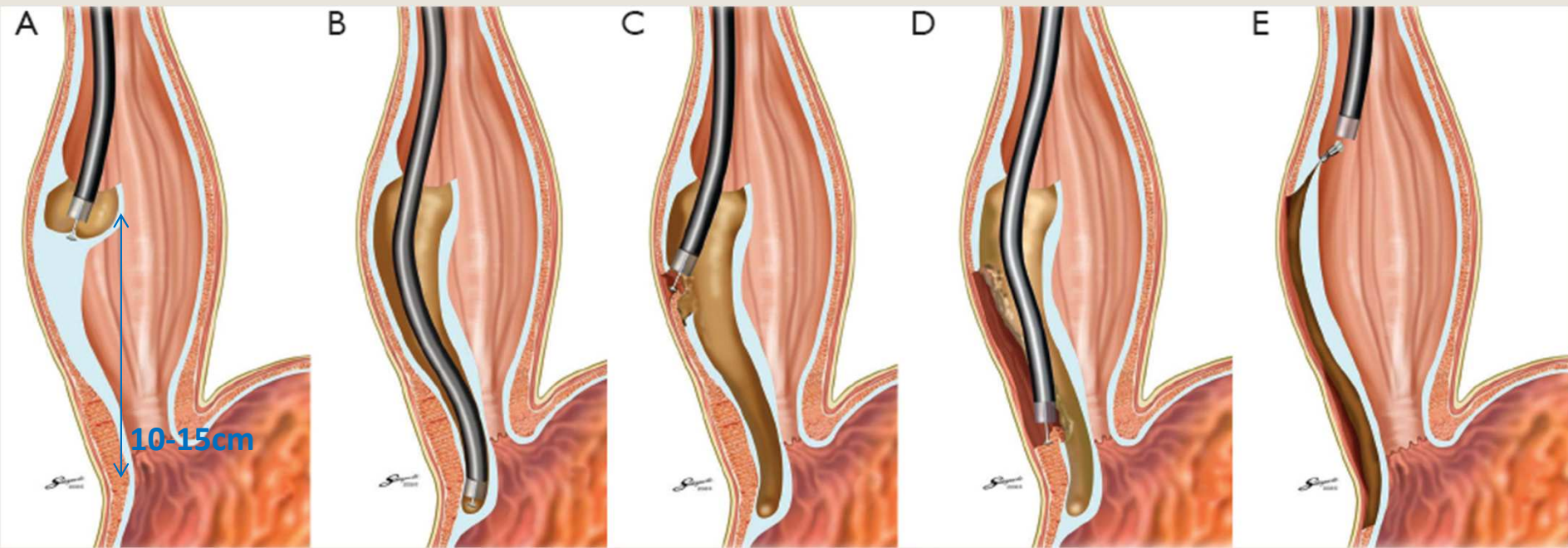
# ACHALASIE



- Traitement médic peu efficaces
- Toxine botulique : efficace à court terme, S. âgé
- Dilatation pneumatique : 80% (5 ans), 3 séances →
- Chirurgie (myotomie de Heller) : 80% (5 ans) →



# POEM (2010)



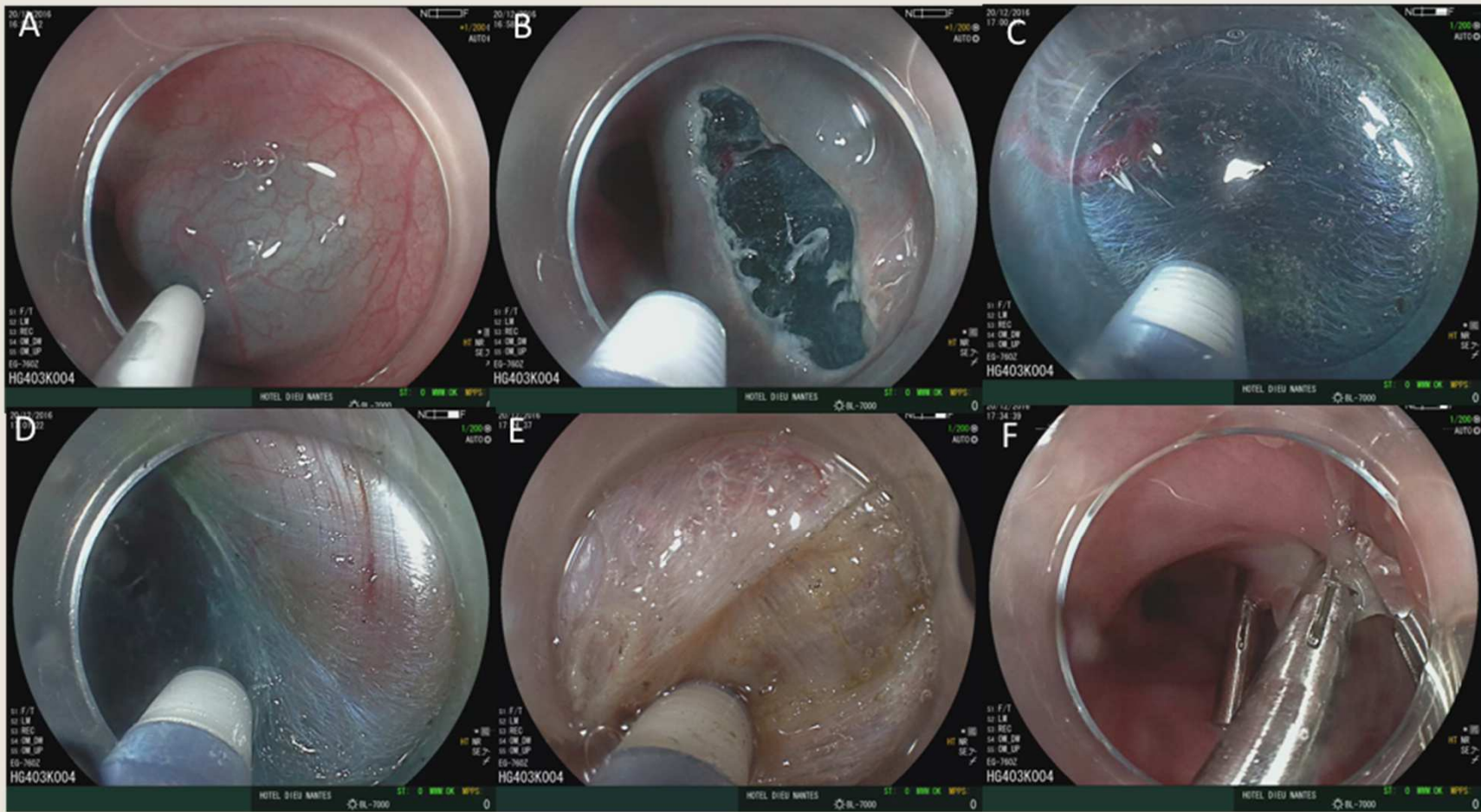


PHD  
EURO





# POEM





# Résultats



- Méta-analyse > 700 patients
- Faisabilité dans 97 %
- Durée : 1h30-2h (30 min pour les meilleurs)
- Efficacité : 90-95 %
- Suivi 12 mois (seulement)
- Complications
  - Oesophagite : 15-40 % +++
  - Perforation : 5%, Hémorragie: <1%



*Barbieri, DDW 2015*  
*Bhayani 2013, Ponds DDW 2017*

# Gastroparésie : POEM pylorique



First European human gastric peroral endoscopic myotomy, for treatment of refractory gastroparesis

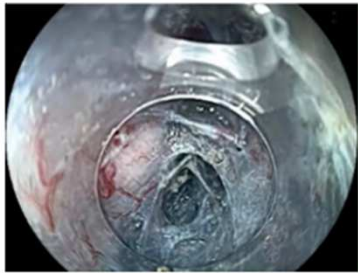


Fig. 1 Gastric peroral endoscopic myotomy (G-POEM) for refractory gastroparesis in a patient with diabetes: creation of the submucosal tunnel by endoscopic dissection.

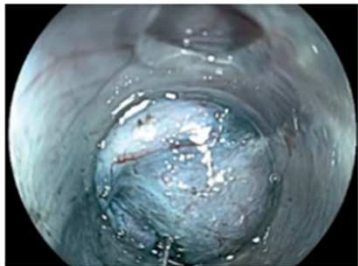


Fig. 2 The pyloric muscle seen endoscopically from inside the submucosal tunnel.

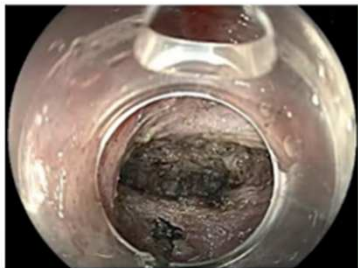


Fig. 3 Appearance of the pyloric muscle after myotomy with a Triangle Tip knife.

62 patients

Myotomie sur 3 cm

Faisabilité : 90%

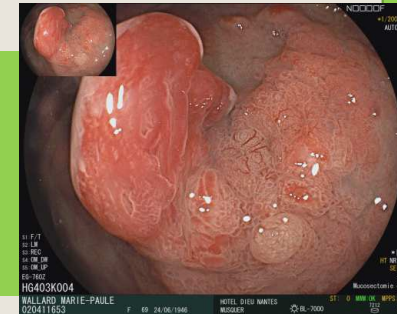
70-80 % d'amélioration clinique (6-12 mois)

*Kahaleh , DDW 2017*

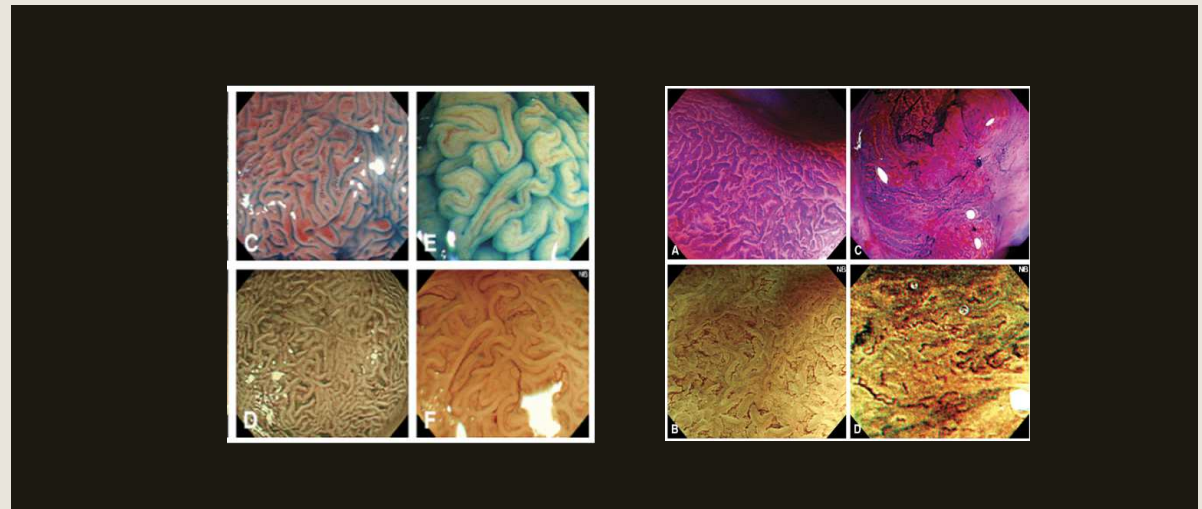
*Gonzalez JM, APT 2017*



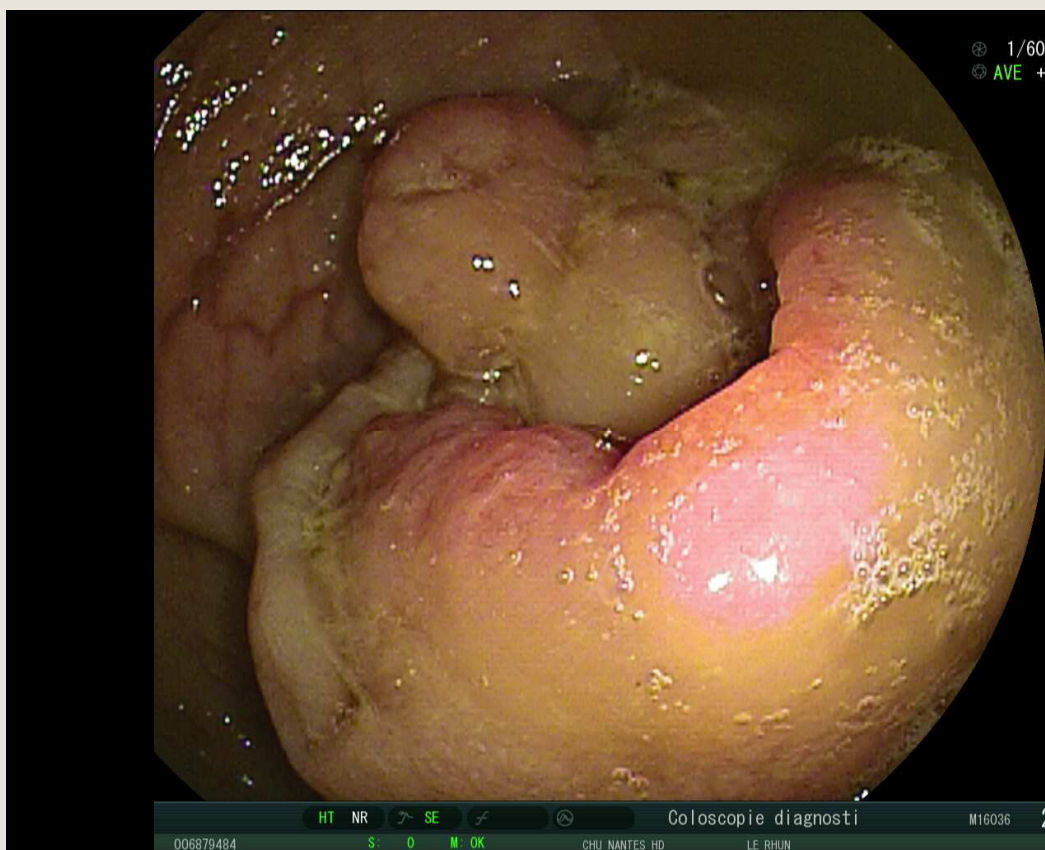
# L'exploration de la surface permet une Prédiction d'extension en profondeur



Types de lésion	Risque de dégénérescence
<p>Polypoïde</p> <p>0-Ip</p> <p>0-Is</p>	1 à 15%
<p>Surélevé &amp; Plan</p> <p>0-IIa</p> <p>0-IIb</p>	4 à 6%
<p>déprimé</p> <p>0-IIc</p>	30 à 75%
<p>Ulcéré</p> <p>0-III</p>	>90 % et sm



# Les lésions ulcérées (infiltrantes) sont confiées au chirurgien



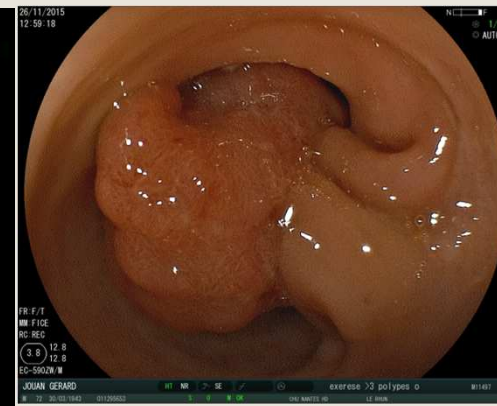
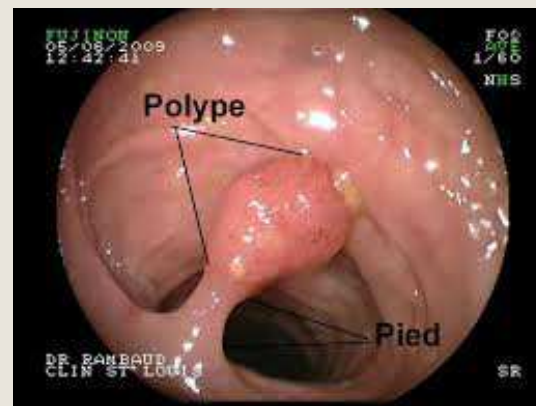
# Les lésions non infiltrantes sont ôtées endoscopiquement



Les lésions minimales (< 7mm)



Les lésions pédiculées

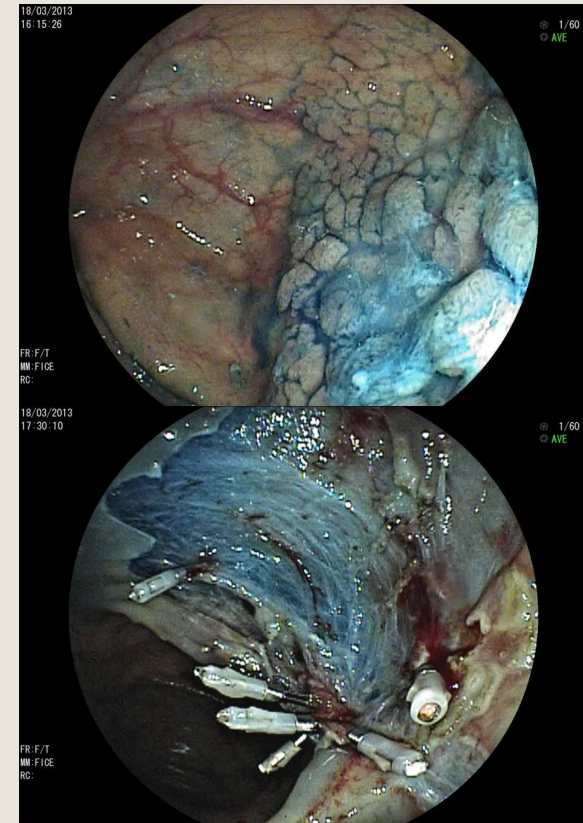
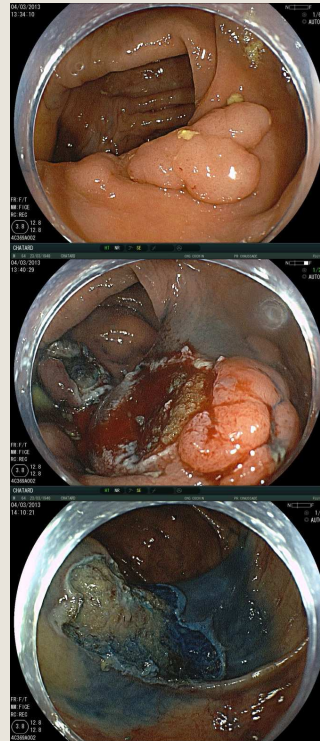
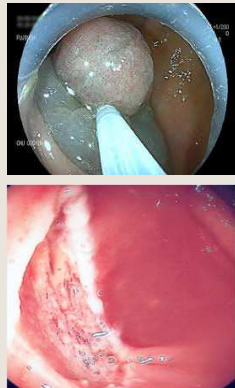
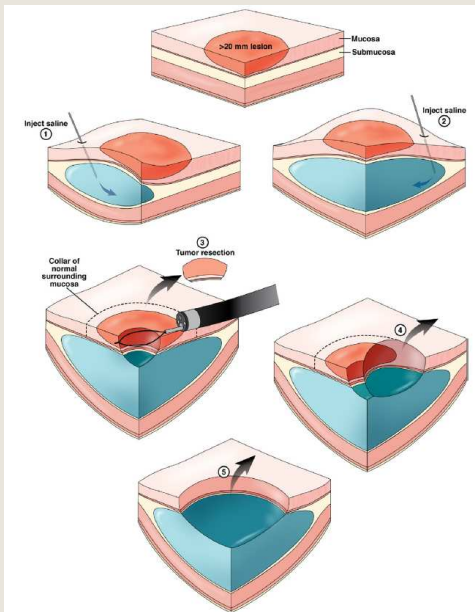
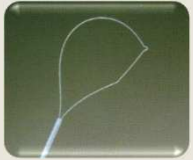




# Les lésions non infiltrantes sont ôtées endoscopiquement



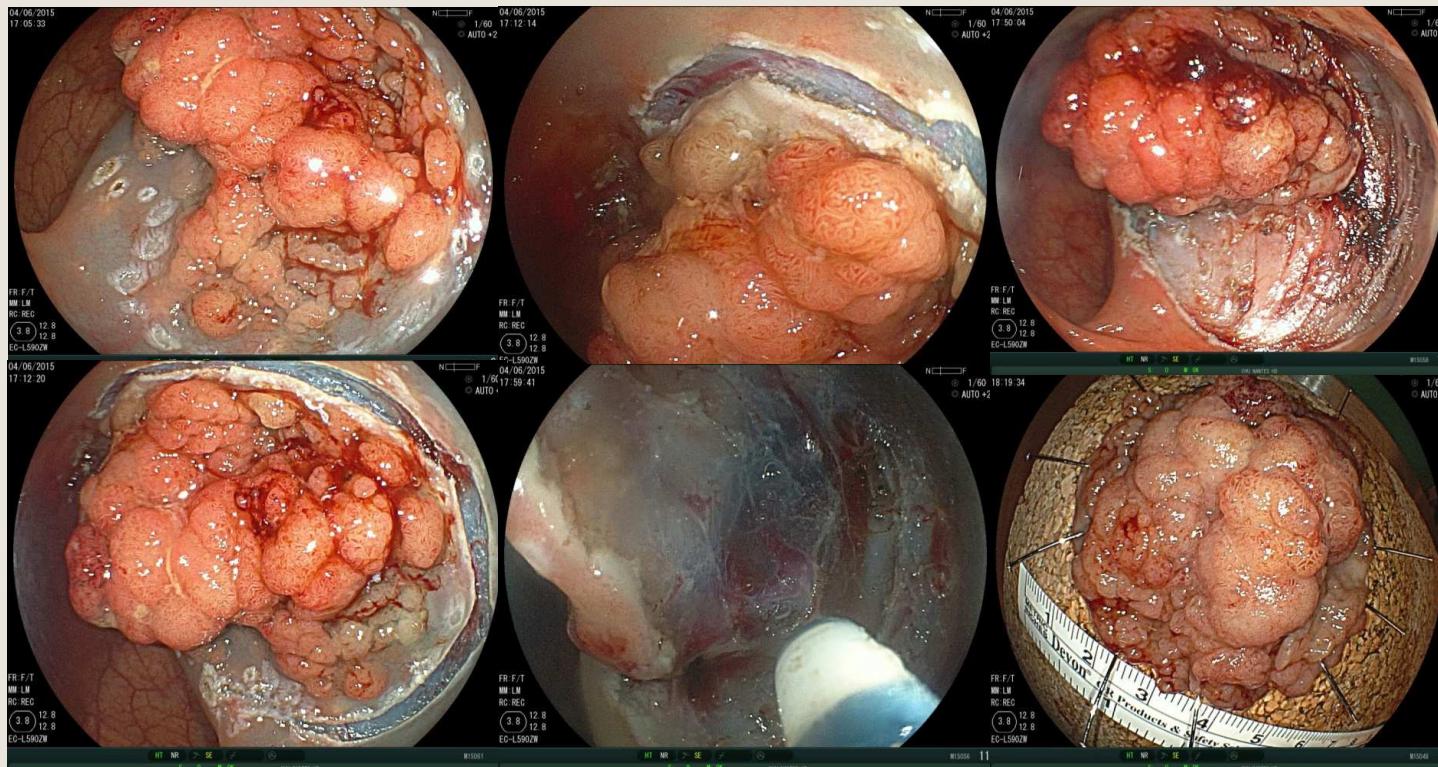
Les lésions planes < 20 mm ou > 20 mm à faible risque de cancer sont ôtées par mucosectomie



# Les lésions non infiltrantes sont ôtées endoscopiquement



Les **lésions planes** > 20 mm à haut risque de cancer, difficiles à décoller, (et les lésions intrapariétales) sont ôtées par **dissection sous muqueuse**



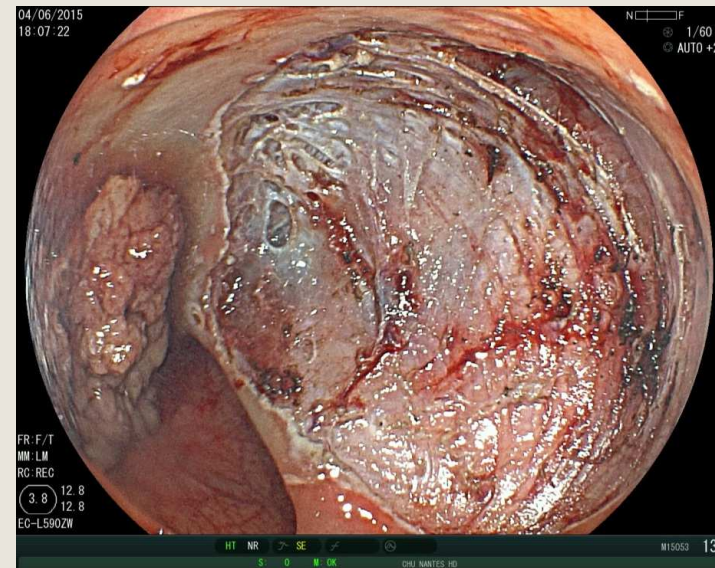
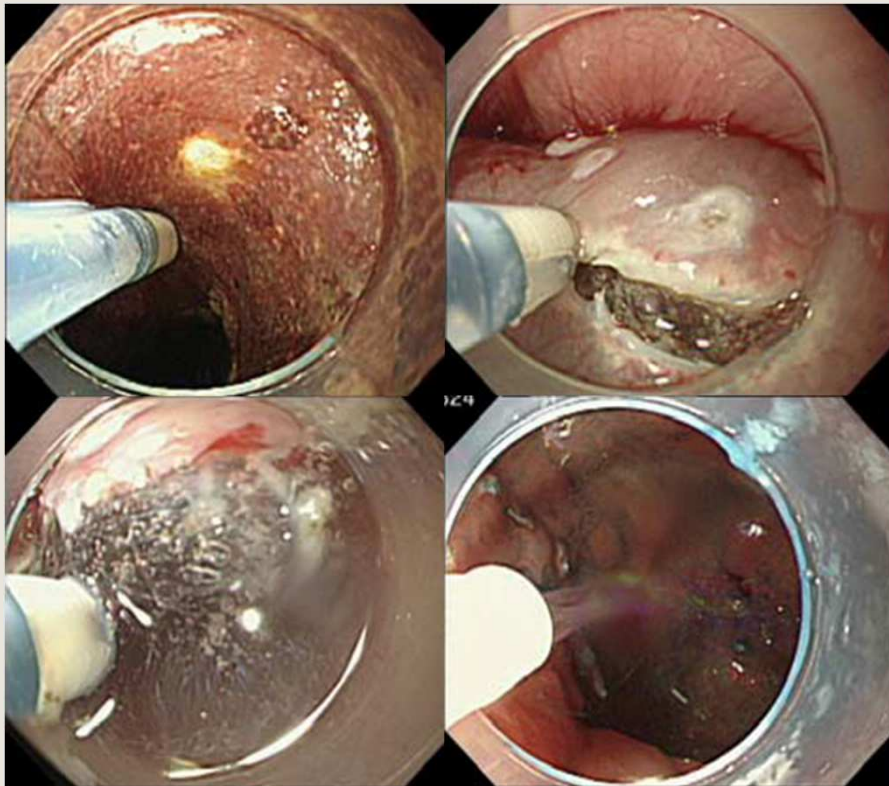




# Matériel



## TOUT EN 1





# Indications des DSM



- Cancer superficiel estomac, rectum et de l'œsophage
- Lésion adénomateuse suspecte selon critères endoscopiques (Paris 0-IIc, Kudo type V)
- Fibrose après biopsies ou résection partielle
- Capture EMR difficile (LST)
- Tumeur sous muqueuses



# Résultats des DSM



- La DSM évite la chirurgie si lésion superficielle et n'empêche pas une reprise chirurgicale si nécessaire
- Récidives < 5% (vs 20% en mucoséctomie multifragmentaire)
- Complications :
  - Hémorragiques : 10 % (vs 2-3%)
  - Perforations : 5 % (vs 1-2%)

# Conclusion



- La DSM est une technique d'avenir, exigeante, quasi chirurgicale
- Formation prolongée chez l'animal puis très progressive chez l'homme.
- Standardisation des procédures (couteaux, réglage bistouri, environnement...)
- Amélioration des outils (couteaux, capuchons, pinces hémostatiques...)

Les limites sont essentiellement représentées par

- la durée de la procédure et
- l'absence de prise en charge CCAM