



INFORMATIONS MÉDICALES AVANT LA RÉALISATION D'UNE DISSECTION SOUS-MUQUEUSE ENDOSCOPIQUE

Madame, Monsieur,

Ce document a pour objectif de vous informer sur l'intervention prescrite par votre médecin du fait des résultats de vos examens.

POURQUOI PRATIQUER UNE DISSECTION SOUS-MUQUEUSE ENDOSCOPIQUE ?

La réalisation d'une intervention endoscopique appelée dissection sous-muqueuse endoscopique (Endoscopic Submucosal Dissection ou ESD en Anglais) vous a été proposée.

Elle permet d'enlever certaines tumeurs du tube digestif qui risqueraient d'évoluer vers un cancer, ou qui contiennent déjà des foyers de dégénérescence, mais localisées dans les couches superficielles de la paroi digestive.

La dissection sous-muqueuse permet très souvent d'éviter une intervention chirurgicale.

L'objectif est d'enlever la lésion en un seul morceau, avec des marges de résection saines, afin d'éviter l'évolution ultérieure vers un cancer invasif, mais également une récurrence locale de la lésion.

La dissection sous-muqueuse est une intervention techniquement exigeante, parfois longue, réalisée dans des centres experts par des opérateurs expérimentés, qui présente un risque de complications.

Elle permet cependant, du fait de la qualité de la résection, d'éviter des contrôles endoscopiques répétés, et surtout de préserver l'organe en vous épargnant une intervention chirurgicale pour des tumeurs superficielles.

COMMENT RÉALISE-T-ON UNE DISSECTION SOUS-MUQUEUSE ENDOSCOPIQUE ?

Cette intervention se fera sous anesthésie générale la plupart du temps, avec un endoscope introduit par les voies naturelles (soit par la bouche = gastroscopie, soit par l'anus = coloscopie).

La résection consiste à enlever la lésion. Le premier temps de l'endoscopie est diagnostique, et permet d'analyser la lésion et de s'assurer qu'elle est bien éligible à une résection endoscopique par dissection sous-muqueuse.

Au terme de cette étape, il est possible que l'endoscopiste renonce à la résection par dissection, ou bien pour proposer une autre prise en charge (par exemple chirurgicale) si la lésion apparaît trop avancée, ou bien pour réaliser une résection par dissection sous-muqueuse (voir la fiche correspondante) si la taille, l'aspect et la localisation de la lésion le permettent.

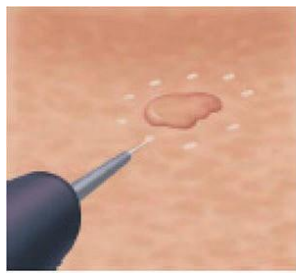
Si la dissection sous-muqueuse est indiquée et possible, la lésion est délimitée par des points de coagulation (étape 1).

Puis, pour la décoller du plan musculaire profond, un liquide stérile parfois teinté de colorant bleu est injecté sous la lésion (étape 2).

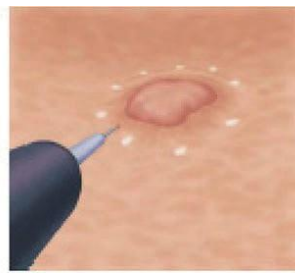
Ensuite, à l'aide d'un bistouri endoscopique muni d'une pointe de 1 à 2 mm, une incision en périphérie de la lésion est réalisée (étape 3), avant de réaliser la dissection proprement dite, qui consiste à décoller la lésion de la paroi digestive par en dessous, en sectionnant progressivement les fibres de la sous-muqueuse qui la retiennent (étape 4).

C'est un courant électrique passant dans le bistouri qui crée la chaleur permettant de couper les tissus. En fin de geste, des clips (sorte d'agrafes) peuvent être mis en place pour refermer partiellement ou totalement le socle de la résection.

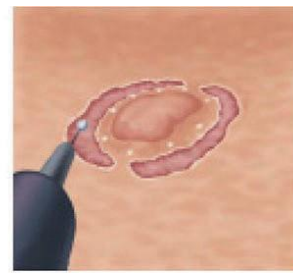
Ces clips sont évacués spontanément par l'organisme dans les semaines qui suivent. La coagulation d'éventuels vaisseaux sanguins du socle de résection est également habituelle. La pièce de résection est récupérée et analysée au laboratoire d'anatomopathologie au microscope. La cicatrisation complète nécessitera entre 2 et 4 mois. La durée de cette intervention est variable, elle est essentiellement fonction de la taille de la lésion à retirer (entre 30 min et plusieurs heures si besoin).



1. Marquage



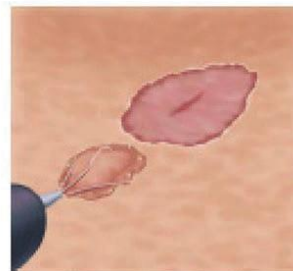
2. Injection sous muqueuse



3. Incision circonférentielle



4. Dissection sous muqueuse



5. Pièce récupérée pour analyse histologique

Principales étapes d'une dissection sous-muqueuse endoscopique

QUELLES COMPLICATIONS PEUVENT SURVENIR PENDANT OU APRÈS L'EXAMEN ?

Le risque de complication est variable, autour de 10% et dépend du site (œsophage, estomac, duodénum, colon, rectum) où l'intervention est réalisée, mais aussi de la taille de la lésion, et de la difficulté technique du geste.

Les complications rencontrées sont :

L'hémorragie : Il s'agit d'un saignement (vomissements de sang, sang rouge ou noir dans les selles) pouvant justifier d'une nouvelle endoscopie pour coaguler le vaisseau responsable. Ce risque persiste pendant quelques jours. Il est plus fréquent en cas de lésion de grande taille ou de prise de traitement fluidifiant le sang (antiagrégants plaquettaires, anticoagulants).

La brèche de la paroi du tube digestif : l'ouverture de la paroi du tube digestif peut se produire lors de la procédure et parfois de façon retardée. Elle entraîne des douleurs abdominales et/ou des ballonnements et/ ou de la fièvre. Il était d'usage de l'appeler « perforation ». Il s'agit plutôt d'une brèche endoscopique, qui peut être réparée sans complication particulière au cours de l'endoscopie. Malgré la fermeture de cette brèche, ou dans certains cas, où l'ouverture est spontanée dans les heures ou jours suivant l'intervention (appelée perforation retardée), les symptômes peuvent nécessiter une hospitalisation prolongée, un traitement antibiotique, un traitement radiologique ou une intervention chirurgicale en urgence.

La sténose : en cas de résection d'une lésion étendue sur la circonférence du tube digestif (œsophage, duodénum, colon ou rectum) la cicatrisation peut entraîner un rétrécissement. Au niveau de l'œsophage, cela peut entraîner des difficultés de progression, voire un blocage du bol alimentaire en particulier des aliments solides et au niveau du colon et du rectum, des douleurs abdominales et des difficultés d'exonération. Une endoscopie digestive permettra de confirmer le diagnostic et, au besoin, de réaliser une dilatation pour augmenter le calibre.

Les lésions situées au niveau du duodénum (début de l'intestin grêle) ont un risque de complication plus élevé (plutôt de l'ordre de 30-40%), et sont rarement proposées pour une dissection sous-muqueuse.

COMMENT SE PRÉPARER POUR LA RÉSECTION ENDOSCOPIQUE PAR DISSECTION SOUS-MUQUEUSE ?

La dissection sous-muqueuse est réalisée le plus souvent avec une anesthésie générale, en ambulatoire ou avec une surveillance hospitalière d'une, voire de deux nuits. Une consultation avec un médecin anesthésiste est impérative au moins 48 heures avant votre examen pour vous informer sur votre anesthésie et répondre à toutes vos questions. Aucune alimentation solide ne doit être prise dans les 6 heures précédant l'examen et aucun liquide dans les 2-3 heures précédant l'examen. Ce délai peut être allongé si votre médecin le juge nécessaire (ralentissement de la vidange de l'estomac par exemple comme c'est souvent le cas avec le diabète, certaines préparations...).

Pour les dissections sous-muqueuse de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, aucune préparation spécifique n'est nécessaire. Pour les dissections sous-muqueuse du colon ou du rectum, la préparation colique doit être parfaite. Lors de la consultation avec votre gastroentérologue, il est essentiel de lui donner toutes les informations concernant vos antécédents médicaux et chirurgicaux ainsi que vos traitements. La préparation colique peut modifier l'efficacité des médicaments, comme par exemple la pilule contraceptive.

L'hospitalisation dans les suites du geste est parfois proposée par votre médecin, au vu de la taille ou de la localisation de la lésion, d'éventuelles difficultés techniques prévisibles ou rencontrées en cours de procédure, ou de facteurs de fragilité ou de risque de complications. Elle permet de surveiller la survenue d'éventuelles complications, la majorité des complications survenant dans les 24-48 premières heures suivant le geste. Toutes les complications décrites précédemment peuvent nécessiter une prolongation de l'hospitalisation et rendre une opération nécessaire (avec ses propres risques). L'hémorragie peut conduire à pratiquer une transfusion de produits sanguins.

En cas d'apparition de symptômes dans les suites du geste (fièvre, douleur abdominale, sang rouge dans les selles et/ou selles noires, difficultés d'alimentation ou de transit), il est très important de contacter immédiatement les médecins qui se sont occupés de vous.

En cas d'impossibilité de les joindre, il faut prendre contact très rapidement avec votre médecin traitant, ou en cas de doute, se rendre au service des urgences proche de votre domicile, ou contacter le numéro téléphonique le 15.

Sur le plan médical, la suite de la prise en charge dépendra de l'analyse de la pièce opératoire :

- si l'intervention n'a pas permis d'enlever la tumeur en totalité, une intervention endoscopique de rattrapage, et parfois une intervention chirurgicale complémentaire pourra vous être proposée.
- si le résultat est satisfaisant, un contrôle par endoscopie sous anesthésie sera nécessaire à distance de l'intervention pour contrôler la cicatrice et une éventuelle récurrence locale.

