

L'échoendoscopie des tumeurs sous-muqueuses

Endoscopic submucosal tumors

I. Borbath · R. Gincul · G. Vanbiervliet · C. Plane · M. Barthet · E. Bories · S. Carpentier · P. Castellani · O. Croizet · J.-M. Godchaux · B. Napoléon · L. Palazzo · C. Lefort

© Springer-Verlag France 2012

Partie administrative (modèle selon les recommandations SFED)

Préciser :

- l'identité de la structure médicale (nom, adresse et téléphone) ;
- l'identité du malade (nom, prénom, date de naissance, sexe) et numéro de Sécurité sociale ;
- le nom de l'aide endoscopiste, noms des médecins correspondants ;
- la date et heure de réalisation de l'endoscopie ;
- les informations concernant les informations délivrées sur l'examen et le recueil du consentement ;
- les informations concernant le statut vis-à-vis d'agent transmissible de manière non conventionnelle (ESST).

Technique

Préciser :

- la procédure anesthésique : soit générale (avec le nom du médecin anesthésiste), avec ou sans intubation, préciser les drogues utilisées, le statut ASA ;
- l'endoscope et le matériel utilisé (radial ou linéaire, sonde rigide, minisonde) ;
- la traçabilité et le mode de désinfection ;
- la traçabilité du petit matériel utilisé (pince à biopsie, aiguille...) ;
- le mode d'hospitalisation du malade, le service de provenance.

I. Borbath (✉)
Clinique universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate,
10, 1200 Bruxelles
e-mail : ivan.borbath@uclouvain.be

R. Gincul
Praticien hospitalier,
hôpital Édouard Herriot,
place d'Arsonval,
F-69437 Lyon cedex 3

G. Vanbiervliet
Praticien hospitalier, hôpital l'Archet 2,
F-06202 Nice cedex 3

C. Plane
Centre hospitalier, Germon et Gauthier,
F-62408 Béthune

M. Barthet
Service d'hépatogastroentérologie,
hôpital Nord, chemin des Bourrely,
F-13915 Marseille cedex 20

E. Bories
Unité d'exploration médico-chirurgicale oncologique,
Institut Paoli-Calmettes, 232 boulevard de Sainte-Marguerite,
F-13273 Marseille cedex 09

S. Carpentier
11 rue Rame, F-49000 Angers

P. Castellani
Hôpital Saint Joseph, boulevard de Louvain, F-13998 Marseille

O. Croizet
1 avenue Sans, F-31300 Toulouse

J.-M. Godchaux
16 rue du Coq Français, F-59100 Roubaix

B. Napoléon · C. Lefort
Gastroentérologie, hôpital privé Jean Mermoz, 55 avenue Jean
Mermoz, F-69008 Lyon

L. Palazzo
30 rue Astorg, F-75008 Paris

Indication

Indiquer :

- la localisation de la lésion à explorer ;
- la preuve histologique éventuelle et le mode d'obtention ;
- le mode de découverte : fortuité, symptômes (saignement digestif extériorisé ou occulte ; douleurs abdominales ; masse abdominale à l'imagerie) ;
- les antécédents personnels entraînant des conséquences pour la réalisation du geste : prise d'antiagrégant plaquettaire, nécessité d'une antibioprophylaxie, prise d'anticoagulant, chirurgie ancienne risquant d'entraîner une modification anatomique.

Résultat

Examen de la lésion en vidéoendoscopie

Préciser :

- l'aspect de la tumeur : couverte d'une muqueuse normale ou ulcérée ;
- présence d'une dépression centrale, signe de saignement récent ou signe rouge ;
- les dimensions et la localisation précise de la lésion.

Examen et description de la lésion en échoendoscopie

- Rechercher un développement intrapariétal ou extrapariétal, mixte, en sablier ;
- mesurer la taille en mm : petit axe et grand axe de la lésion sont à préciser ;
- déterminer la couche d'origine :
 - 4^e hypoéchogène (muscleuse)
 - 3^e hyperéchogène (sous-muqueuse)
 - 2^e hypoéchogène (muqueuse y compris la musculaire muqueuse)
 - ou prenant les 2, 3 et 4^{es} couches (lymphome infiltrant) ;
- effectuer un staging pariétal en cas de rupture de couches (envahissement de la 5^e couche et au-delà ou de la 2^e à la 3^e vers la lumière)
- évaluer l'échogénicité : tumeur anéchogène, hypoéchogène, hyperéchogène, plus échogène ou aussi hypoéchogène que la muscleuse ;
- décrire :
 - le caractère homogène ou hétérogène
 - la structure (solide ou mixte avec zone kystique), présence ou non de zones de nécrose
 - les contours : réguliers ou irréguliers

- la présence ou non d'aspect « d'empreinte » sur le ballonnet
- la présence ou non de spots échogènes ou de calcifications intralésionnelles
- la présence ou non d'un renforcement postérieur des échos
- la présence ou non de structure canalaire intralésionnelle ;
- effectuer une étude doppler de la vascularisation en mode Doppler (couleur, e-flow) : description du caractère vascularisé ou peu vascularisé de la lésion et du signal vasculaire intralésionnel ;
- recherche de signe d'envahissement des organes de voisinage :
 - diaphragme
 - rate
 - pancréas
 - foie
 - plèvre, péricarde ;
- évaluation des rapports vasculaires de la lésion :
 - recherche d'un envahissement artériel (avec ou sans thrombose)
 - recherche d'un envahissement veineux (avec ou sans thrombose) ;
- recherche d'une hypertension portale ;
- recherche d'adénopathie :
 - déterminer leur localisation (mésentériques, cœliaques, du hile hépatique)
 - déterminer leur taille
 - décrire leur aspect et préciser la présence de caractéristique échoendoscopique suspecte ou aspécifique ;
- préciser la présence d'ascite ;
- préciser la présence de métastases éventuelles (foie gauche).

Action ou geste complémentaires

- Ponction sous contrôle échoguidé (si réalisée) : préciser la localisation de la ponction (tumeur, ganglions, ascite, métastases hépatiques), les organes ou parois traversées, l'aiguille utilisée (taille, type), l'ordre de ponction si plusieurs lésions sont biopsiées, le nombre de passages, le résultat obtenu, les éventuelles complications, le conditionnement et le nombre des prélèvements ;
- agent de contraste et/ou élastographie (si réalisés) : effectuer la description de la lésion après injection : aspect en hypo- ou hypersignal, homogène ou hétérogène.

Conclusion

- Préciser le diagnostic évoqué et rappeler la localisation et la taille lésionnelle ;

- préciser la conduite à tenir éventuelle :
 - rythme de surveillance et par quel examen cette surveillance peut être réalisée (échoendoscopie ou imagerie)
 - la tumeur est-elle accessible à un traitement endoscopique ? À une chirurgie ? Ou bien non résécable ?
- préciser la nécessité éventuelle d'explorations complémentaires (tomodensitométrie, résonnance magnétique ou TEP).

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Sign up for SpringerAlerts

The best way to keep you up-to-date with new developments in your field!

You can customize your SpringerAlerts to deliver exactly the information you need!

We offer

- ▶ Table of Contents Alerts for Journals
- ▶ Table of Contents Alerts for Book Series
- ▶ New Book Alert

As an alerts subscriber, you will receive

- ▶ Reliable news about journals and upcoming books
- ▶ Special offers – be the first to know about free online access to journals and discounts on books

springer.com/alerts – fast, free and flexible

