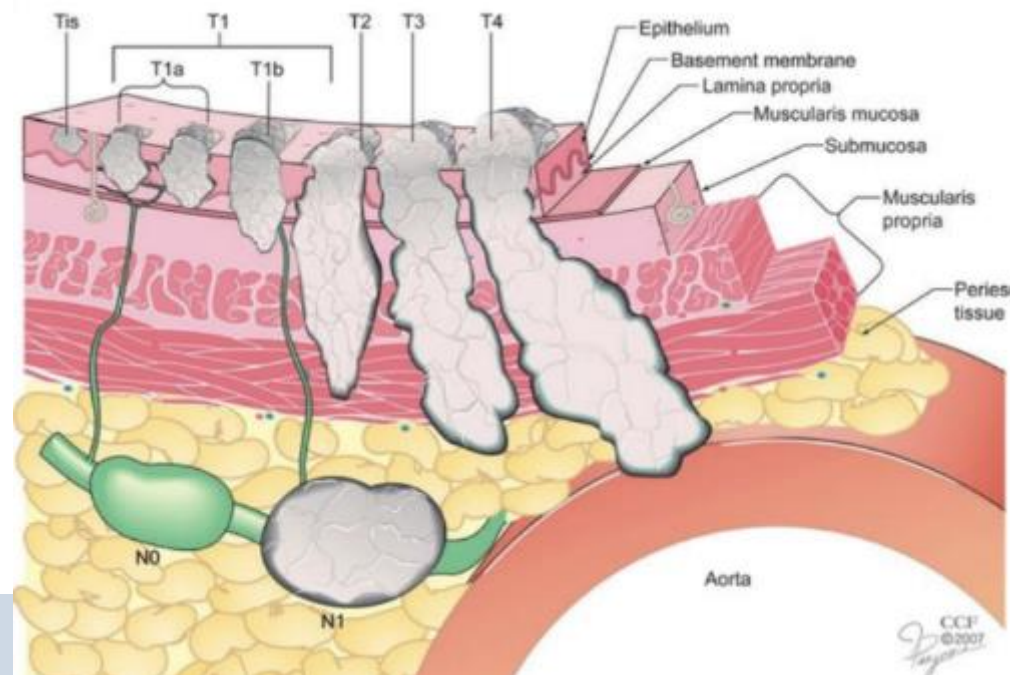


# T1 tumoren in de slokdarm: is aanvullende chirurgie nu echt nodig?

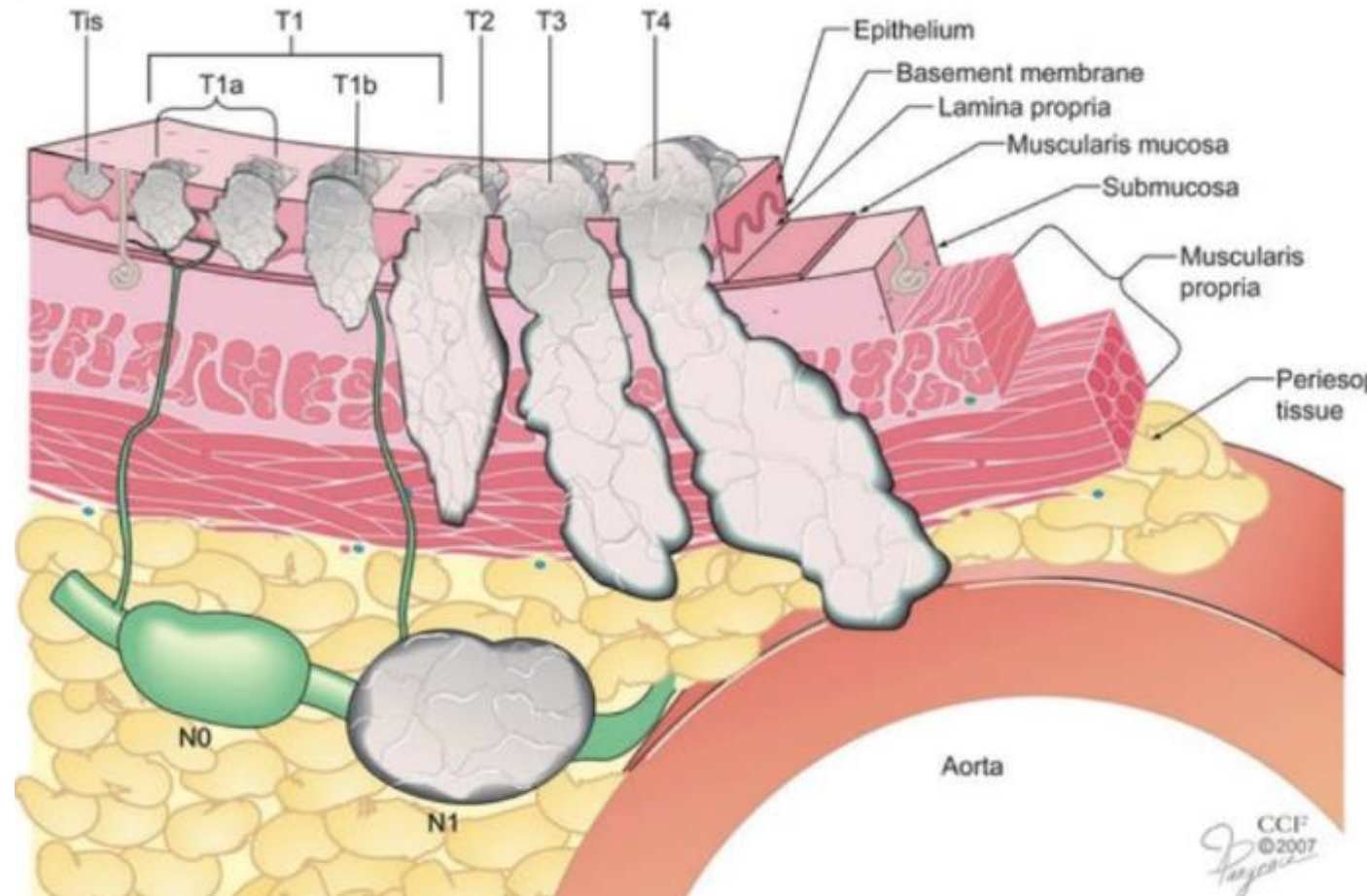
Roos Pouw, Maag-Darm-Leverarts





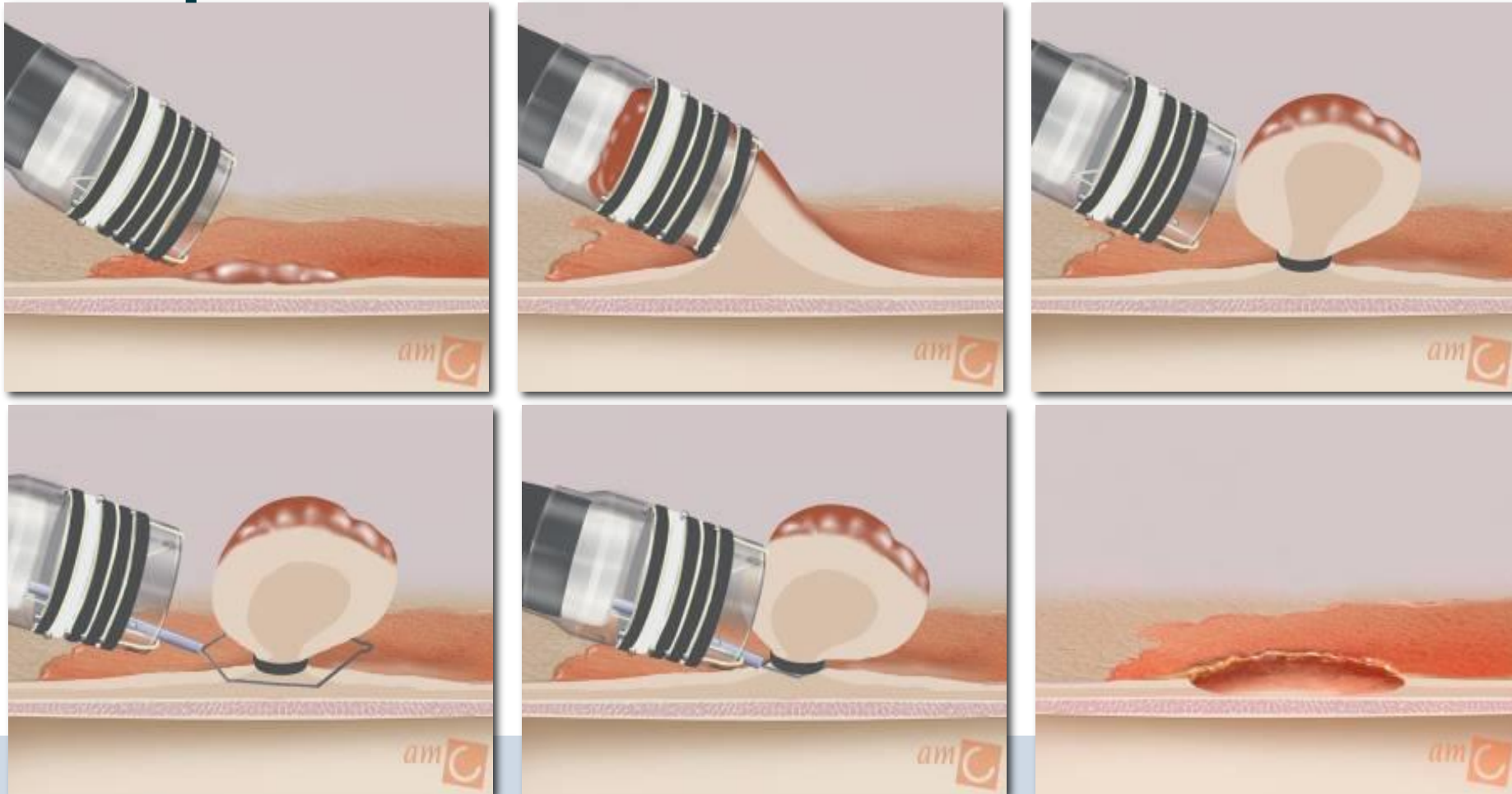
# Slokdarmcarcinoom

- Plaveiselcelcarcinoom
- Adenocarcinoom
- *T1 tumoren:*  
beperkt tot de (sub)mucosa,  
geen invasie in de spierwand
  - T1a: mucosa
  - T1b: submucosa



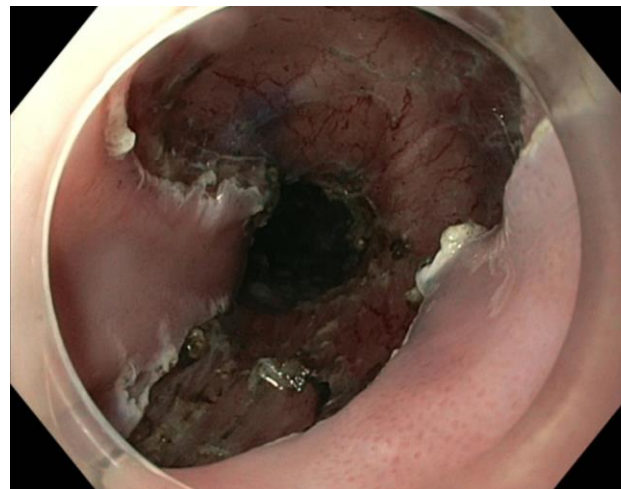
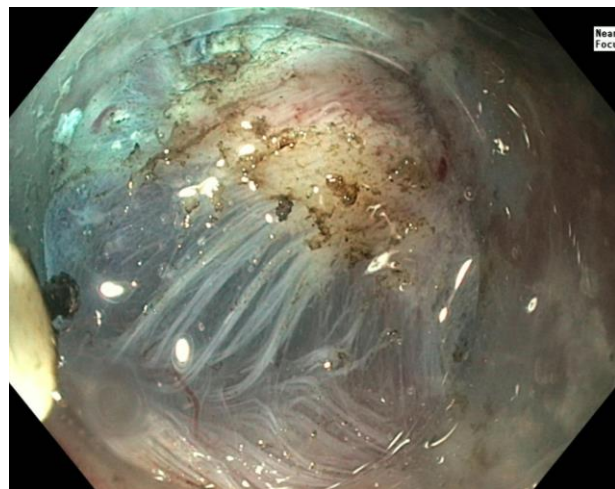
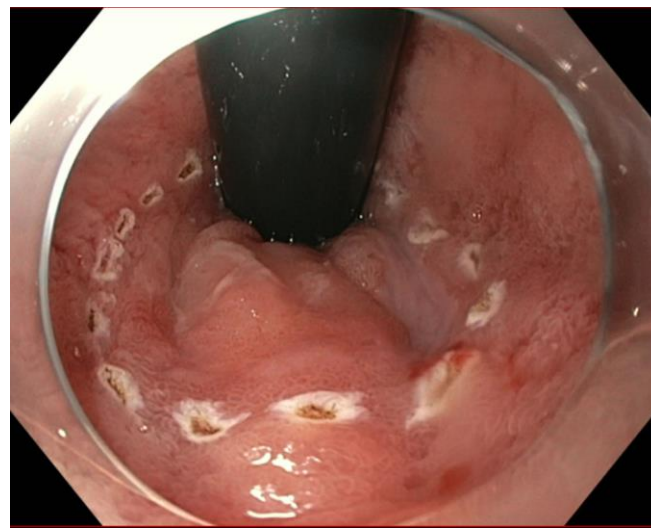
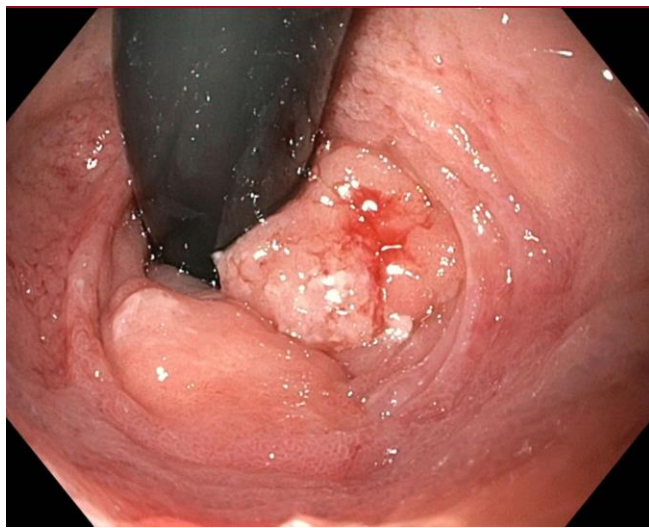
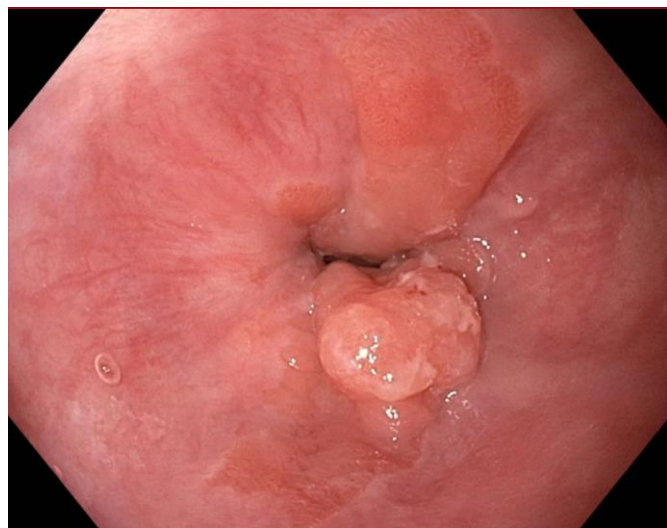


# Endoscopische resectie





# Endoscopische submucosale dissectie (ESD)





## Vraag 1:

### *Wat zijn indicaties voor endoscopische resectie?*

- A. laag- of hooggradige dysplasie
- B. laag- of hooggradige dysplasie en T1a tumoren
- C. laag- of hooggradige dysplasie en alle T1 tumoren
- D. laag- of hooggradige dysplasie, alle T1 tumoren en sommige T2 tumoren



# Behandeling T1 slokdarmcarcinoom

- **Primaire chirurgische resectie**
  - Resectie van slokdarm en omliggende lymfeklieren
  - $\pm 12$ dgn opname (incl. IC)
  - Morbiditeit  $\pm 50\%$
  - Mortaliteit 2,5% (0-4%)
- **Endoscopische resectie**
  - Lokale resectie, slokdarm blijft intact
  - Poliklinisch, evt 1-2 dgn observatie
  - Morbiditeit  $< 5\%$
  - Mortaliteit 0%



# Indicaties voor endoscopische resectie

Risico op lymfeklier  
metastasen



Mortaliteit  
slokdarmresectie  
(2,5%)



## Vraag 2:

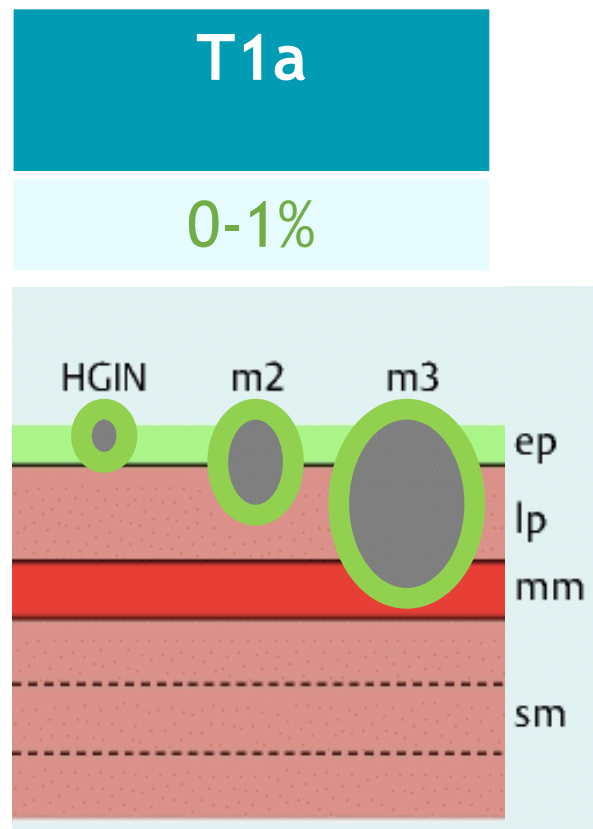
*Met welk onderzoek kan je bij een T1 tumor het beste het risico op lymfekliermetastasen voorspellen?*

- A. CT scan
- B. PET scan
- C. Endo-echoscopie
- D. Diagnostische endoscopische resectie



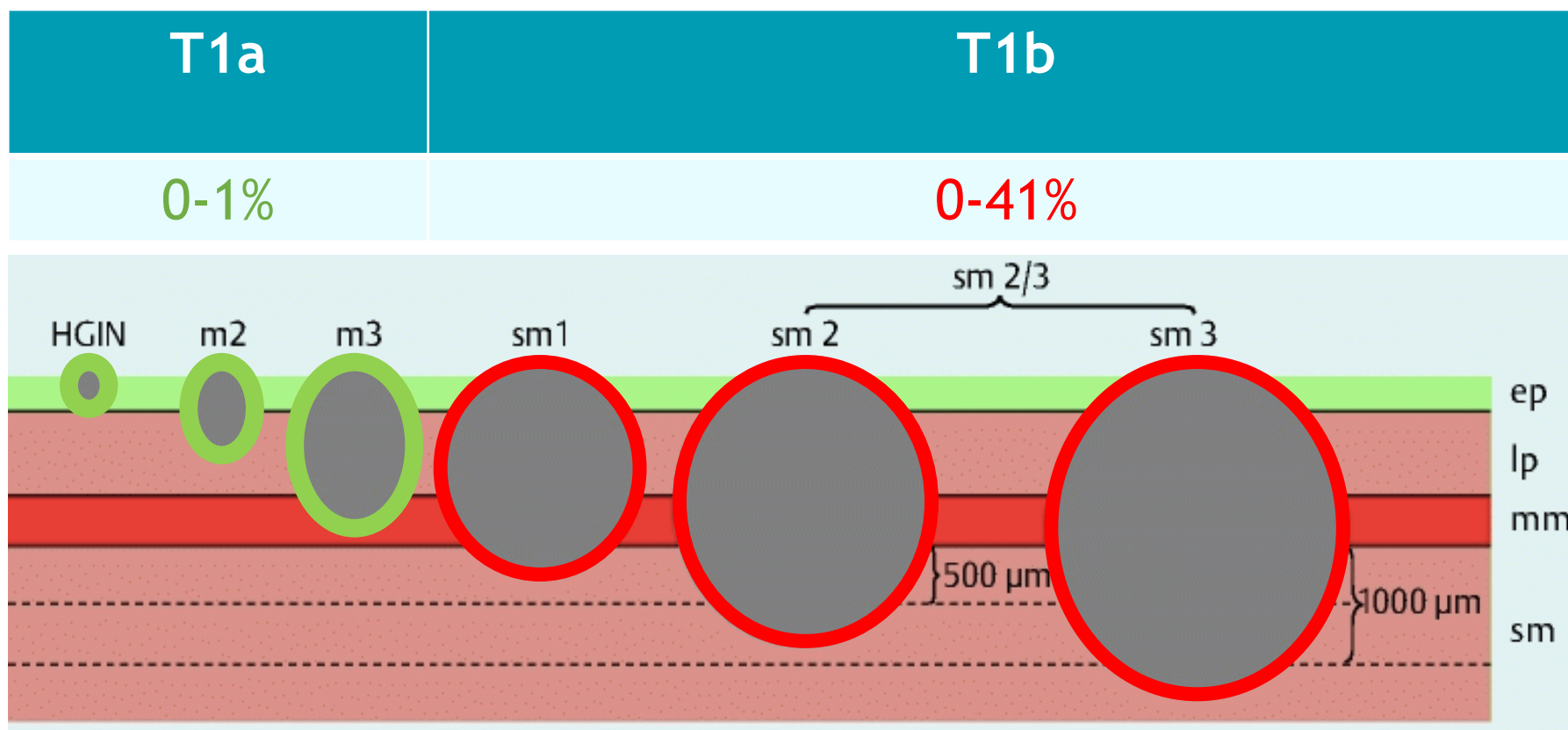


# Risico op lymfeklier metastasen



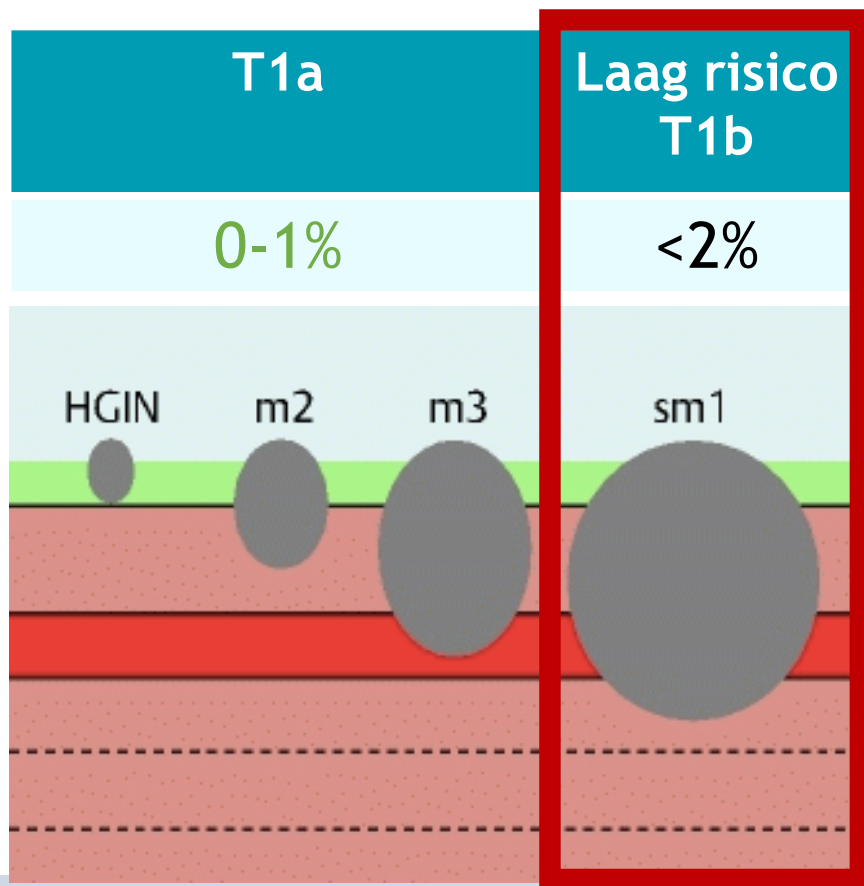


# Risico op lymfeklier metastasen





# Risico op lymfeklier metastasen

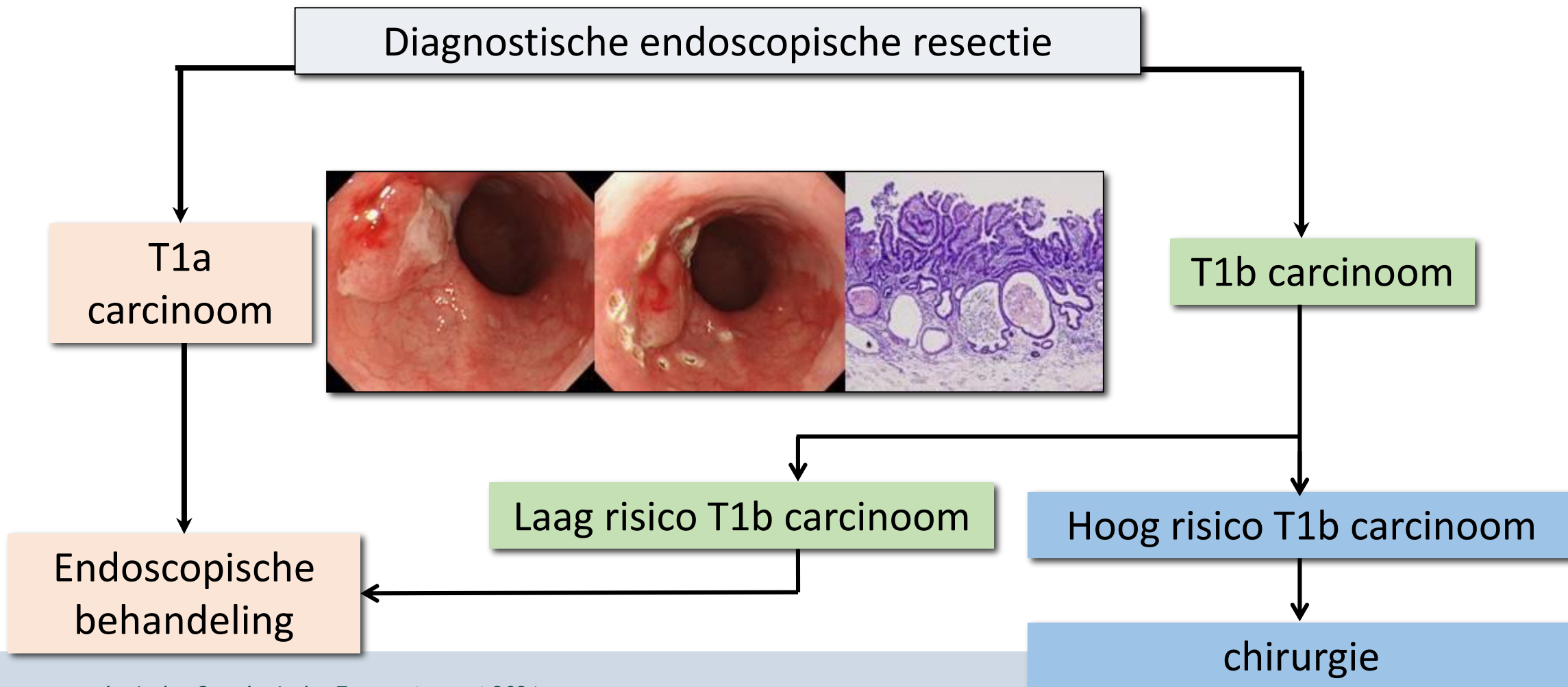


*Histologische laag risico criteria:*

- Invasie in de submucosa <500 micron
- Goed tot matige differentiatie
- Geen lymfovasculaire invasie
- Radicale endoscopische resectie (R0)

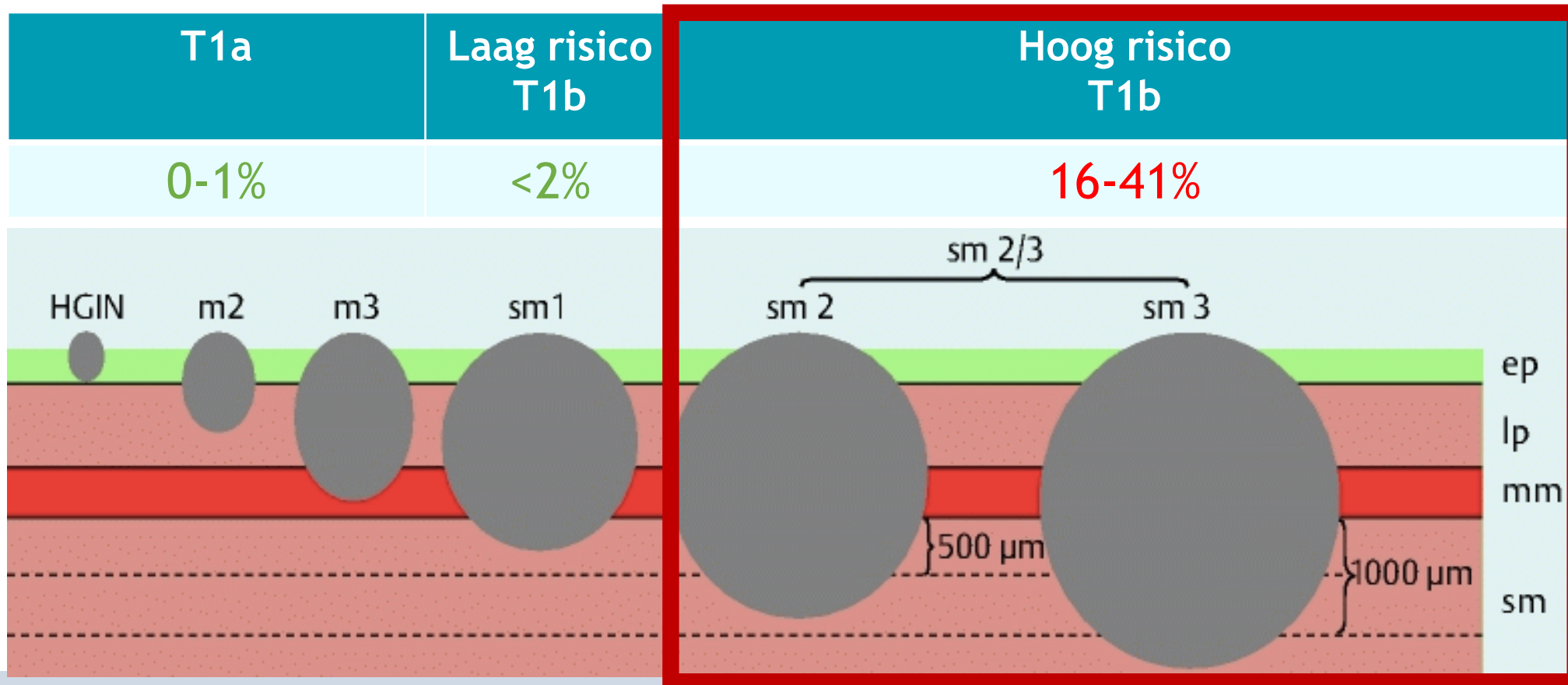


# Huidig behandel algoritme





# Risico op lymfeklier metastasen

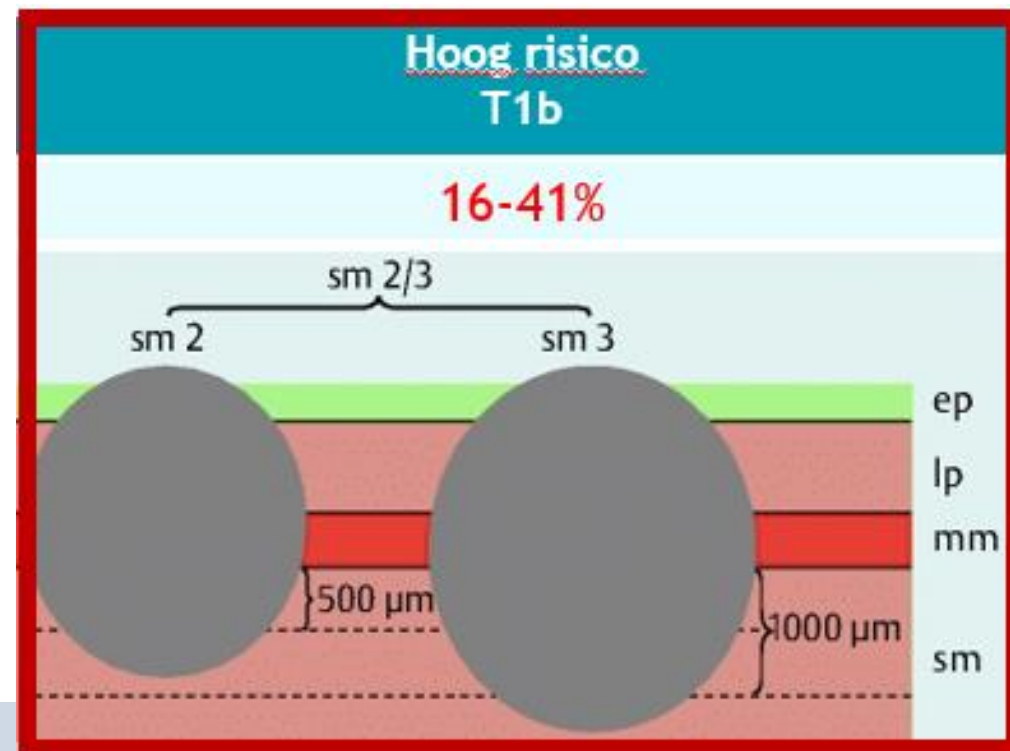




## Vraag 3:

*Zouden jullie zelf kiezen voor chirurgie of endoscopische behandeling bij een HR-T1b tumor?*

- A. Chirurgie
- B. Endoscopische behandeling





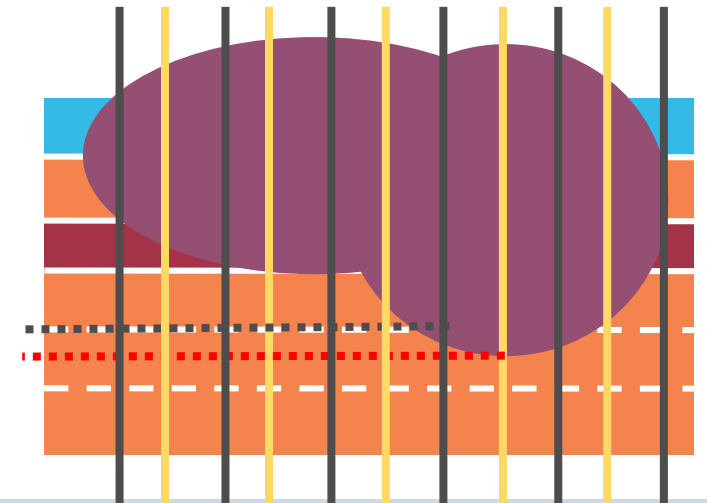
# Nieuwe inzichten

- Risico op N+ in hoog risico T1b carcinoom is 16-30% (*niet tot 41%*)
  - Slokdarmresectie met lymfeklier dissectie (zonder neo-adjuvante chemoradiatie) wordt nog steeds geadviseerd, ondanks dat de tumor al radicaal is verwijderd
- >70% van deze hoog risico patienten ondergaat mogelijk onnodig een operatie, zonder de voordelen van neo-adjuvante chemoradiatie
- Operatie biedt geen garantie op genezing!



# Hoe verklaren we het verschil in N+ in literatuur?

- Historische data is voornamelijk gebaseerd op chirurgische series
  - Preparaten werden in 5mm coupes gesneden
  - Exacte beoordeling invasiediepte had weinig klinische consequenties
- Diepste punt van invasie kan zijn gemist
  - Onderschatting van de invasiediepte
  - Overschatting van het geassocieerde risico op N+
- ER preparaten
  - 2-mm coupes
  - Extra doorsneden bij sm-invasie
  - Nauwkeurigere beoordeling van invasiediepte en geassocieerde N+ risico







# PREFER studie

- Prospectieve, internationale, multicenter cohort studie
- Patienten die endoscopisch zijn behandeld voor een T1b adenocarcinoom
- Geen chirurgie, maar watchful waiting:
  - 3-mnd follow-up met gastroscopie en EUS en CT na 1 jaar
- 141 patienten, 5jr follow-up
- Ziekte specifieke survival en mortaliteit en kwaliteit van leven



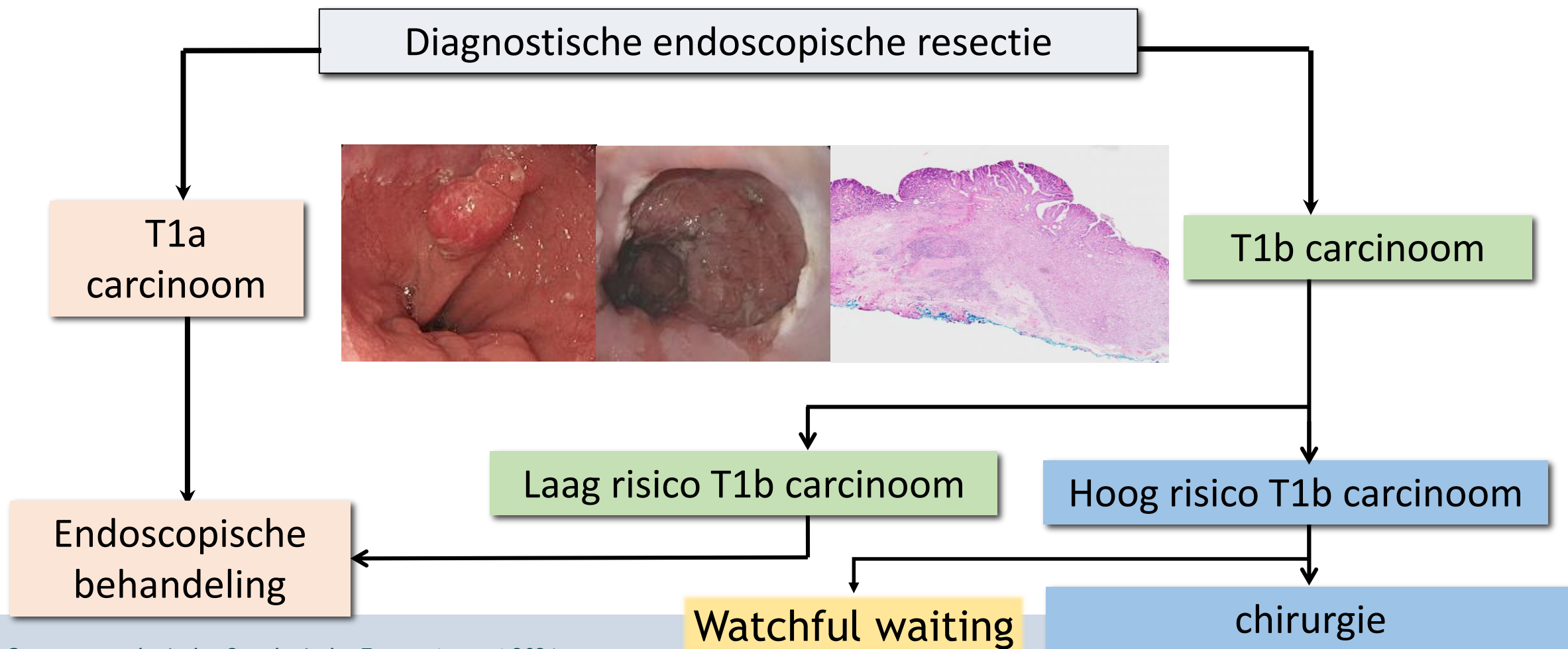


# PREFER studie

- 60/141 patienten geïncludeerd, mediane follow-up 14 mnd (8-21)
- 3 patienten met lokaal recidief, niet endoscopisch behandelbaar (1 chirurgie pT1bN0M0, 1 gepland voor chemoradiatie+chirurgie, 1 wil geen chirurgie)
- 1 lymfeklier metastase gevonden middels EUS-FNA:
  - 6 mnd na endoscopische resectie van een T1b carcinoom
  - Neo-adjuvante chemoradiatie en chirurgie, ypT0N0M0
- *Curatieve behandeling is nog steeds mogelijk!*



# Toekomstig endoscopisch behandel algoritme





## Vraag 1:

### *Wat zijn indicaties voor endoscopische resectie?*

- A. laag- of hooggradige dysplasie
- B. laag- of hooggradige dysplasie en T1a tumoren
- C. laag- of hooggradige dysplasie en alle T1 tumoren
- D. laag- of hooggradige dysplasie, alle T1 tumoren en sommige T2 tumoren



## Vraag 2:

*Met welk onderzoek kan je bij een T1 tumor het beste het risico op lymfekliermetastasen voorspellen?*

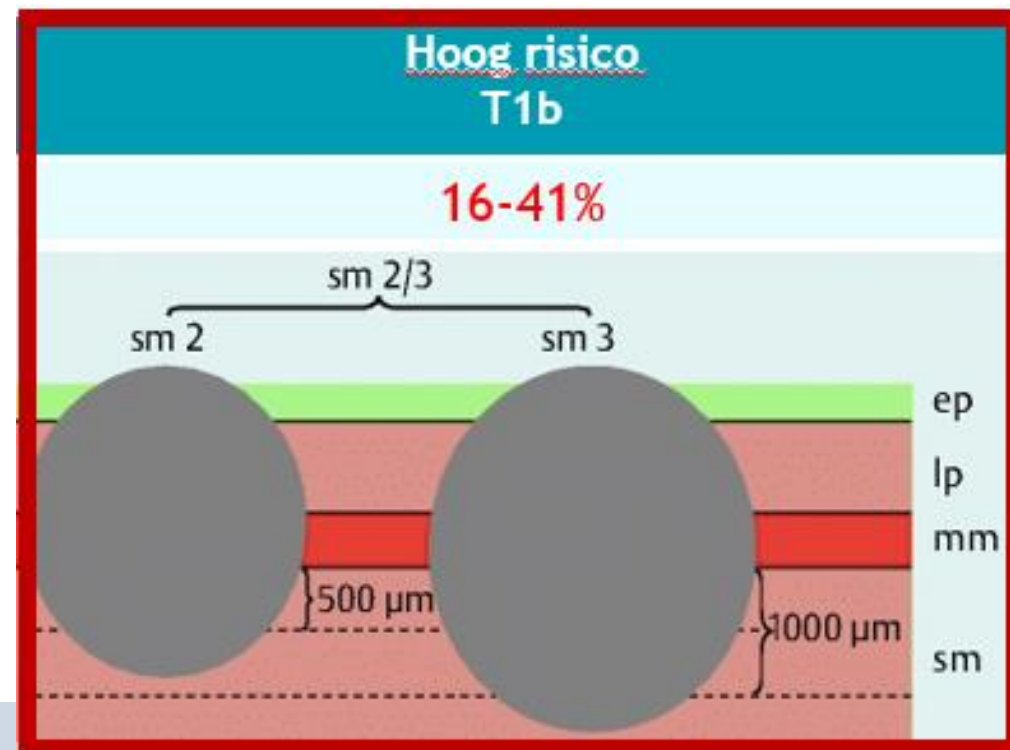
- A. CT scan
- B. PET scan
- C. Endo-echoscopie
- D. Diagnostische endoscopische resectie



## Vraag 3:

*Zouden jullie zelf kiezen voor chirurgie of endoscopische behandeling bij een HR-T1b tumor?*

- A. Chirurgie
- B. Endoscopische behandeling





**Vragen?**