



# 10<sup>η</sup> Επιστημονική Διημερίδα

**Σύγχρονη Γαστρεντερολογία - Ηπατολογία:**  
Από τις Κατευθυντήριες Οδηγίες στην Κλινική Πράξη



**6-7 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2023**  
Καλαμάτα  
Ξενοδοχείο Grecotel Filoxenia



## Επίκαιρα θέματα προηγμένης ενδοσκόπησης

- 1. Ενδοσκοπική εκτομή ολικού πάχους για T1 καρκίνο παχέος εντέρου. Πότε και σε ποιους;*
- 2. C-EMR (Conventional Endoscopic Mucosal Resection) ή A-EMR (Anchoring EMR); Πώς επιλέγουμε;*
- 3. Άμεση παγκρεατοσκόπηση. Ποια η θέση τους στις παθήσεις του παγκρέατος;*

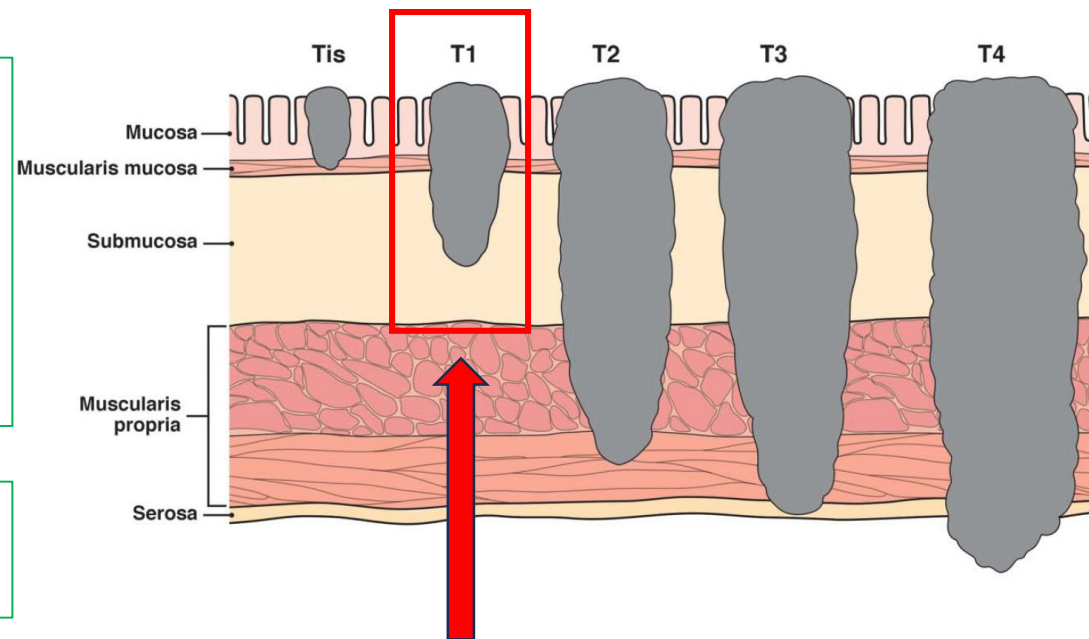
*Παπαδομιχελάκης Μιχαήλ*

*Γαστρεντερολόγος*

*Επιμελητής Γαστρ/κης Κλινικής 401ΓΣΝΑ*

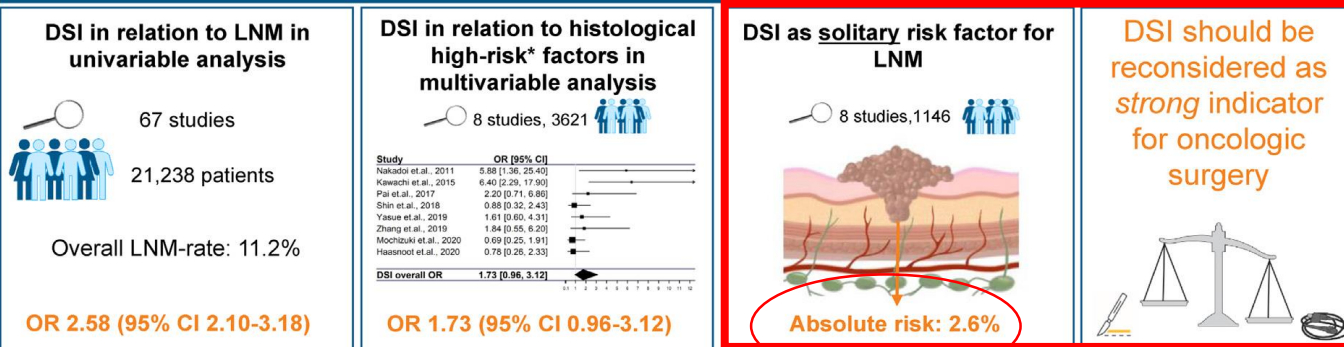
- Κίνδυνος λεμφαδενικών μεταστάσεων σε T1 καρκίνο 1-34%
- Ιστολογικά κριτήρια αυξημένου κινδύνου LNM
  - βαθιά υποβλεννογόνιος διήθηση (DSI) >1000μm
  - χαμηλή διαφοροποίηση (PD)
  - λεμφαγγειακή διήθηση (LVI)
  - high grade tumor budding

70-80% των ασθενών θεωρούνται υψηλού κινδύνου για λεμφαδενικές μεταστάσεις προεγχειρητικά



Ωστόσο το 90% των ασθενών που θα χειρουργηθούν για T1 καρκίνο ΠΕ δεν εμφανίζει λεμφαδενικές μεταστάσεις στο χειρουργικό παρασκεύασμα

### Deep submucosal invasion is not an independent risk factor for lymph node metastasis in T1 colorectal cancer: a meta-analysis



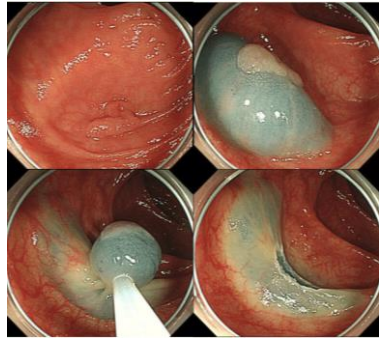
30 στους 1146 (2,6%) ασθενείς με DSI εμφάνισαν LNM σε απουσία άλλων παραγόντων κινδύνου

37,9% εμφάνισαν DSI χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου για LNM

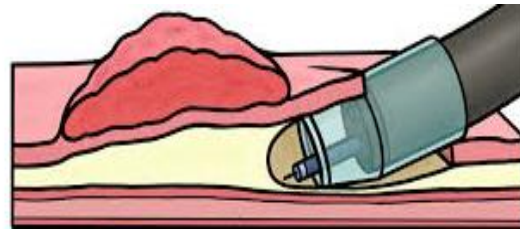
Θα πρέπει να επανεκτιμηθεί η αξία της DSI ως δείκτης παραπομπής των ασθενών σε ογκολογικό χειρουργείο

DSI (deep submucosal invasion); LNM (lymph node metastasis); OR (odds ratio).  
\*poor differentiation grade, lymphovascular invasion and high-grade tumor budding

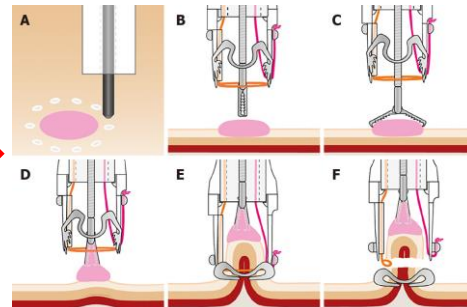
EMR??



ESD??



FTRD??



**Θεραπευτικά διλήμματα T1 καρκίνου παχέος εντέρου.....**



Ενδοσκοπική

- Τοπική υποτροπή
- Λεμφαγγειακή διασπορά
- Μακροπρόθεσμη θνητότητα

Χειρουργική

- Νοσηρότητα
- Θνητότητα
- Λειτουργικές διαταραχές

Χειρουργείο??



# Endoscopic full-thickness resection of T1 colorectal cancers: a retrospective analysis from a multicenter Dutch eFTR registry

eFTR procedures, n	330
<b>Indication, n (%)</b>	
▪ Primary treatment	132 (40.0)
- Optically suspect T1 CRC	118 (35.8)
- Nonlifting proven adenocarcinoma	14 (4.2)
▪ Secondary treatment after:	198 (60.0)
- R1 resection	67 (20.3)
- Rx resection	103 (31.2)
- R0 < 1 mm resection	28 (8.5)
<b>Lesion size, median diameter (IQR), mm*</b>	
▪ Primary treatment	15 (12-16)
▪ Secondary treatment	10 (7-15)

Parameter	%	95%CI
Technical success	(287/330) 87%	82,7%-90,3%
R0 resection	(274/320) 85,6%	81,2%-89,2%
Curative resection rate (CRR)	(193/320) 60,3%	54,7%-65,7%
CRR for primary T1 CRC	(23/97) 23,7%	15,9%-33,6%
CRR after excluding DSI	(59/97) 60,8%	50,4%-70,4%
Risk stratification	(134/135) 99,3%	
Severe adverse event rate (perforations)	(7/320) 2,2%	
Additional oncological surgery	(49/320) 15,3%	
Follow up 200/242 (82,6%)	1 residual cancer (0,5%) after a median of 4 months	

**Conclusions :** eFTR is relatively safe and effective for resection of small T1 CRC, both as primary and secondary treatment. **eFTR can expand endoscopic treatment options for T1 CRC and could help to reduce surgical overtreatment.** Future studies should focus on long-term outcomes.

# Endoscopic full-thickness resection for early colorectal cancer

Armin Kuellmer, MD,<sup>1,\*</sup> Julius Mueller,<sup>1,\*</sup> Karel Caca, MD,<sup>2</sup> Patrick Aepli, MD,<sup>3</sup> David Albers, MD,<sup>4</sup> Brigitte Schumacher, MD,<sup>4</sup> Anne Glitsch, MD,<sup>5</sup> Claus Schäfer,<sup>6</sup> Ingo Wallstabe, MD,<sup>7</sup> Christopher Hofmann, MD,<sup>8</sup> Andreas Erhardt,<sup>9</sup> Benjamin Meier, MD,<sup>2</sup> Dominik Bettinger, MD,<sup>1</sup> Robert Thimme, MD,<sup>1</sup> Arthur Schmidt, MD<sup>1</sup>, the FTRD study group

Freiburg, Germany

Indication for EFTR, no. (%)	
Repeat resection of malignant polyp (group 1)	64 (41%)
Non-lifting lesion (group 2)	92 (59%)
Known carcinoma	19 (20.7%)
Initial classified as (benign) adenoma	73 (79.3%)

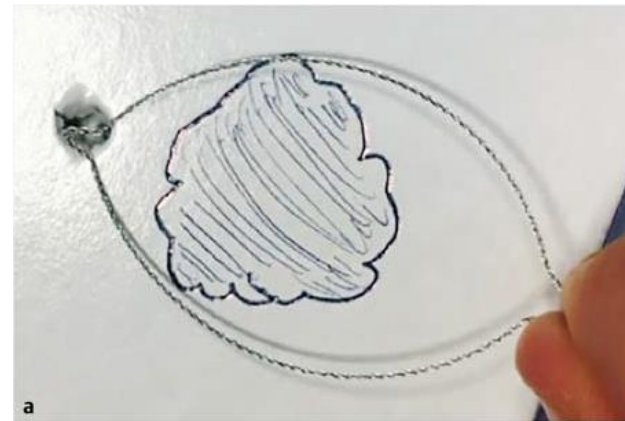
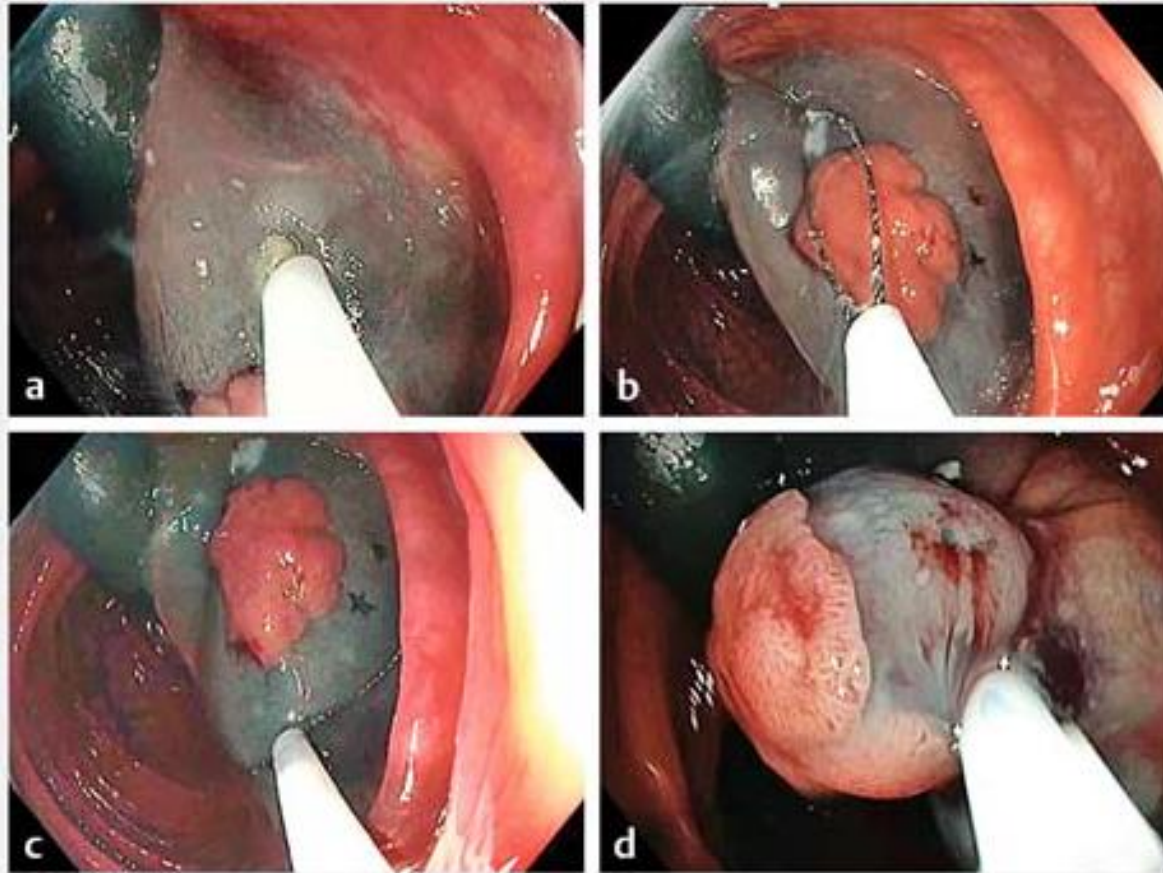
Parameter	%
Technical success	144/156 (92,3%)
Mean procedural time	42min
R0 Resection	112/156(71,8%)
Severe adverse events	(6/156) 3,9%
High Risk vs Low Risk	99,3%
Low Risk G1/G2	84,1/16,3%
Oncologic Resection	53/156 (34%)
Endoscopic follow up	98 /156 (62%)

**Conclusions:** In early colorectal cancer, EFTR is technically feasible and safe. It allows exact histological risk stratification and can avoid surgery for low-risk lesions. Prospective studies are required to further define indications for EFTR in malignant colorectal lesions and to evaluate long-term outcome.

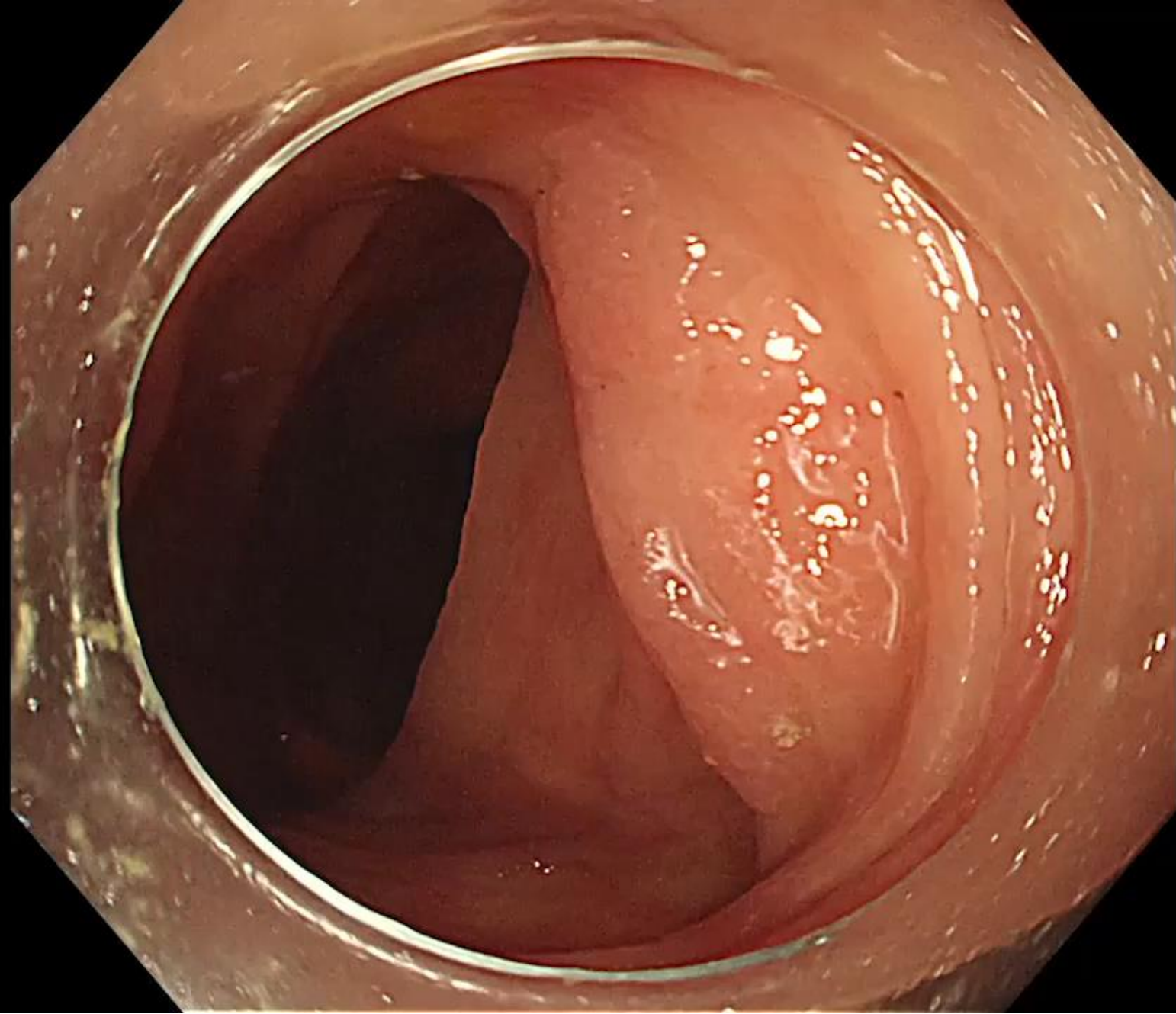
## *Ενδοσκοπική εκτομή ολικού πάχους για T1 καρκίνο παχέος εντέρου. Πότε και σε ποιους;*

- Κακοήθεις πολύποδες μεγέθους μέχρι 20 mm
- Αποτυχία υπέγερσης (non lifting sign)
- Προηγούμενη ατελής προσπάθεια εκτομής (scar resection)
- Ασθενείς με σοβαρές συννοσηρότητες και υψηλό χειρουργικό κίνδυνο
- Επιθυμία του ασθενούς

# C-EMR (Conventional Endoscopic Mucosal Resection) ή A-EMR (Anchoring EMR); Πώς επιλέγουμε;



Σταθεροποιώντας την άκρη του βρόχου και ασκώντας ελαφρά πίεση εκείνος αποκτά ένα περισσότερο κυκλικό σχήμα οδηγώντας σε καλύτερο περιβροχισμό του πολύποδα





# Anchoring endoscopic mucosal resection versus conventional endoscopic mucosal resection for large nonpedunculated colorectal polyps: a randomized controlled trial

► **Table 2** Study outcomes for the intention-to-treat population.

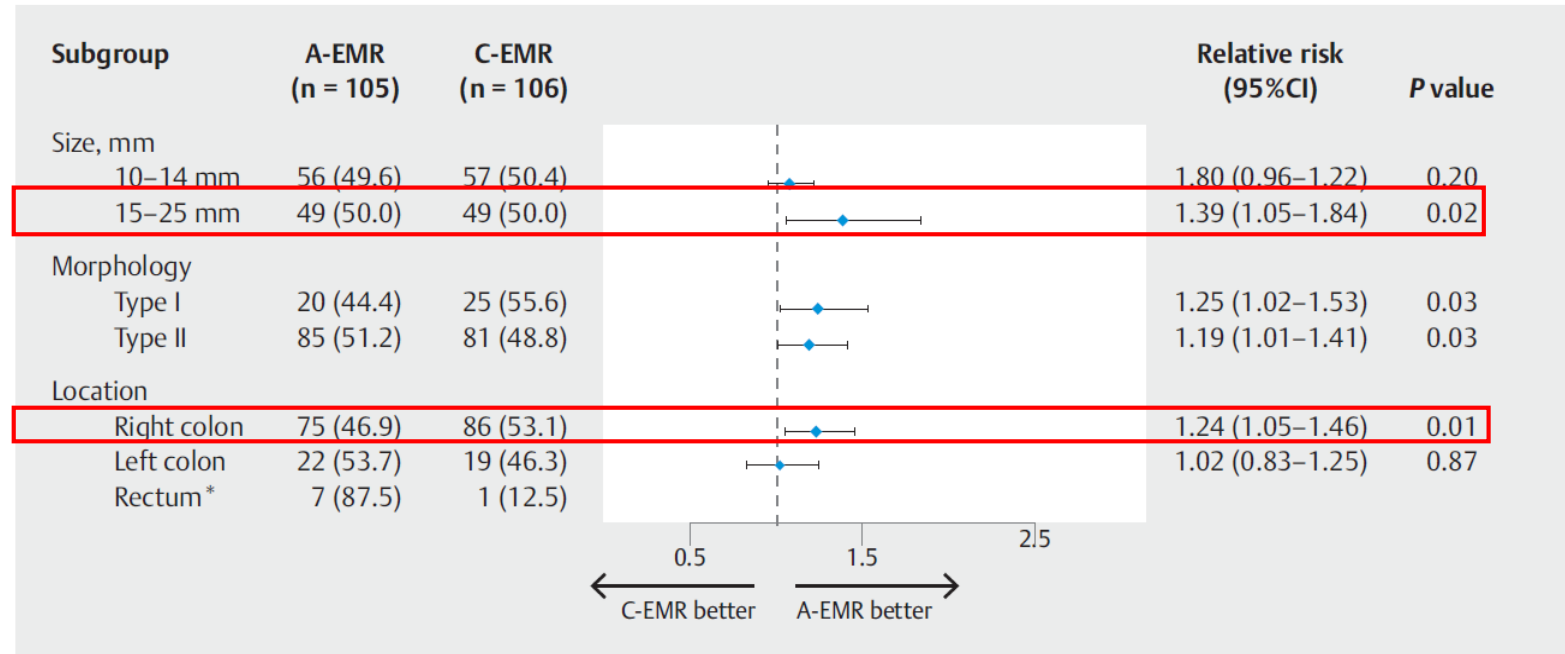
	A-EMR (n = 105)	C-EMR (n = 106)	Relative risk* (95%CI)	Median difference* (95%CI)	P*
Complete resection, n (%)	94 (89.5)	79 (74.5)	1.20 (1.04 to 1.38)	–	0.01
En bloc resection, n (%)	97 (92.4)	81 (76.4)	1.21 (1.06 to 1.37)	–	0.005
R0 resection, n (%)	81 (77.1)	68 (64.2)	1.18 (0.98 to 1.42)	–	0.07
Procedure time until the completion of the first snaring, median (IQR), minutes	3.2 (2.6–3.9)	2.7 (2.1–4.0)	–	0.5 (0.07 to 0.75)	0.03
Total procedure time, median (IQR), minutes	3.2 (2.6–4.1)	3.0 (2.2–4.6)	–	0.2 (–0.22 to 0.73)	0.25
Forceps biopsy for suspicious resection margin, n (%)	28 (26.7)	21 (19.8)	1.35 (0.81–2.22)	–	0.25
Prophylactic clip use, n (%)	18 (17.1)	37 (34.9)	0.48 (0.29–0.80)	–	0.005
Adverse events, n (%)					
Delayed bleeding	0 (0.0)	1 (0.9)	–		
Perforation	0 (0.0)	1 (0.9)	–		

A-EMR, anchoring-endoscopic mucosal resection; C-EMR, conventional endoscopic mucosal resection; IQR, interquartile range.

\* Relative risk, median difference, and P value were calculated by generalized estimating equations.

# Anchoring endoscopic mucosal resection versus conventional endoscopic mucosal resection for large nonpedunculated colorectal polyps: a randomized controlled trial

Η A-EMR φαίνεται να υπερτερεί της C-EMR σε πολύποδες διαμέτρου 15-25mm καθώς και σε εκείνους που εντοπίζονται στο δεξιό κόλον

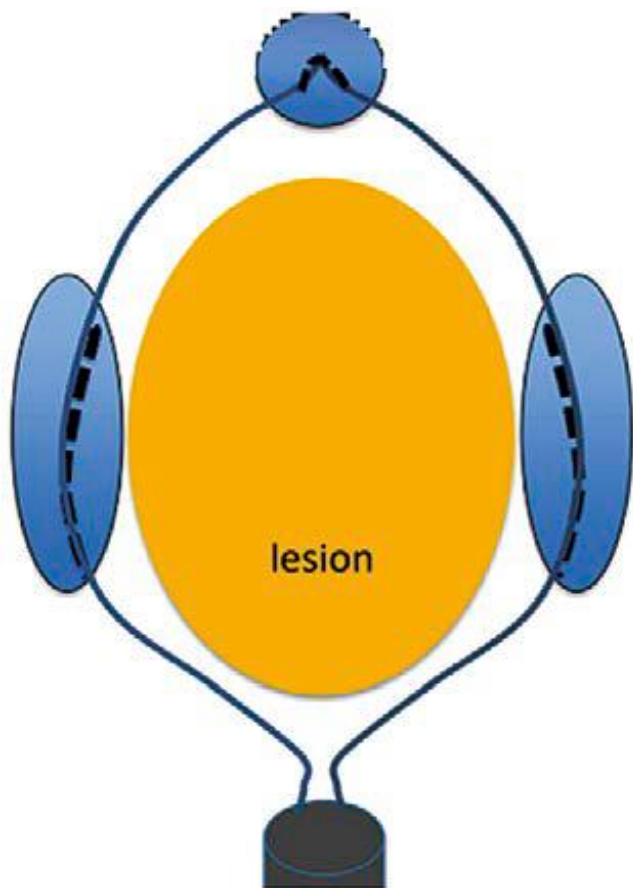


► **Fig. 3** Subgroup analyses for complete resection of polyps by anchoring-endoscopic mucosal resection (A-EMR) or conventional endoscopic mucosal resection (C-EMR).  
 † No relative risk owing to small sample size.

# Efficacy and Safety of a Novel Triple-anchoring Technique for Colonic Hybrid Endoscopic Mucosal Resection: A Case Series

**Table V.** En bloc resection, free resection margins (R0), complications and macroscopic and histological recurrence at a 6-month colonoscopy

Event	No. Events	No. procedures	Percent (%)
En-bloc resection	14	15	93.33
R0	13	15	86.67
Intra-procedural complications	3	15	20
Late complications	0	15	0
Macroscopic and microscopic recurrence at 6 months	1	15	6.67



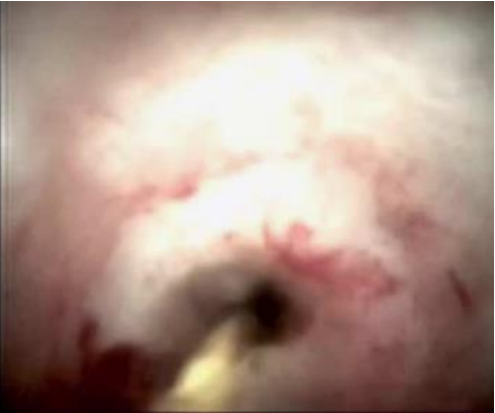
**Conclusions:** T-EMR seems to be an effective and safe option to treat colorectal lesions between 20 and 30 mm, with a short procedure time and low costs.

# Συνοψίζοντας για την Anchoring EMR

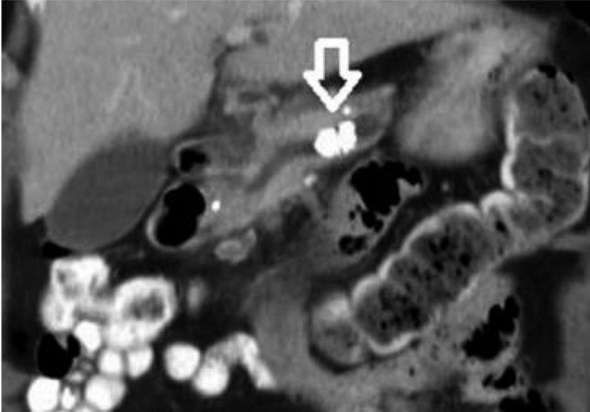
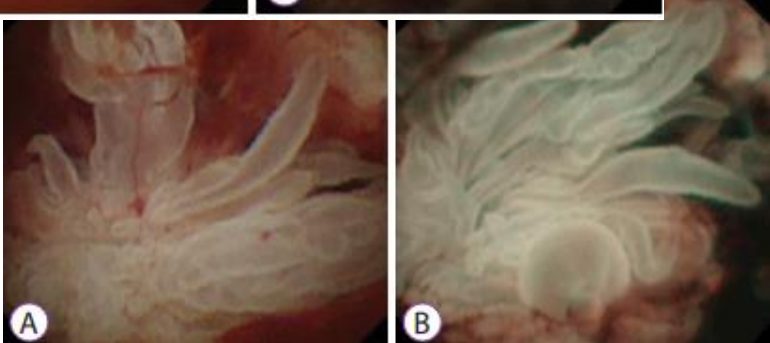
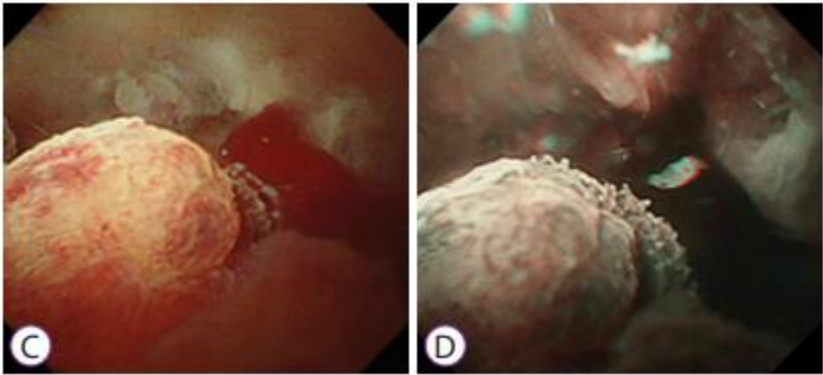
- Απλή μέθοδος που δεν προϋποθέτει ιδιαίτερη εκπαίδευση
- Υψηλή αποτελεσματικότητα για πολύποδες 15-30mm στο δεξιό κολον
- Δεν απαιτεί ιδιαίτερο χρόνο εκτέλεσης
- Χαμηλό ποσοστό επιπλοκών
- Χαμηλό κόστος

# Άμεση παγκρεατοσκόπηση. Ποια η θέση τους στις παθήσεις του παγκρέατος;

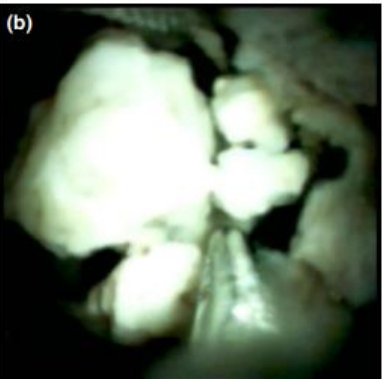
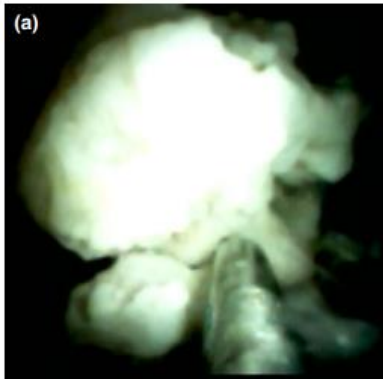
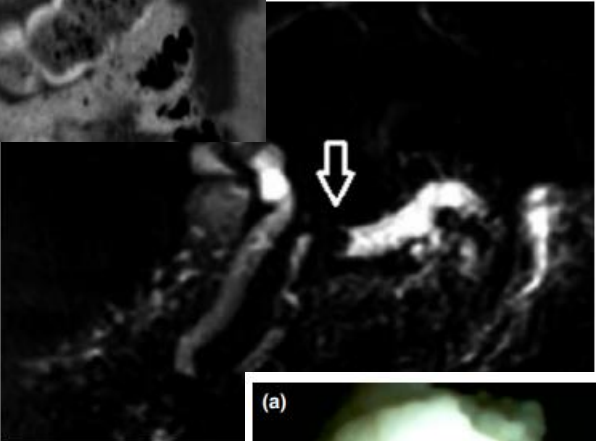
ΣΤΕΝΩΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ



IPMN



ΛΙΘΟΙ ΠΑΓΚΡΕΤΙΚΟΥ ΠΟΡΟΥ



# Λιθίαση παγκρεατικού πόρου στη χρόνια παγκρεατίτιδα

## Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: ESGE Guideline 2018

- ESGE recommends ESWL for the clearance of radiopaque obstructive MPD stones larger than 5mm located in the head/body of the pancreas, and ERCP for MPD stones that are radiolucent or smaller than 5mm  
Strong recommendation, moderate quality of Evidence
- ESGE suggest restricting the use of endoscopic therapy after ESWL to patients with no spontaneous clearance of pancreatic stones after adequate fragmentation by ESWL  
Weak recommendation, moderate quality of evidence
- ESGE suggest considering pancreatoscopy-guided lithotripsy when ESWL is not available or for stones that were not fragmented after adequately performed ESWL  
Weak recommendation, low quality of evidence

## ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis 2020

7. We recommend surgical intervention over endoscopic therapy in patients with obstructive CP for the long term relief of pain if first line endoscopic approaches to pancreatic drainage have been exhausted or unsuccessful

Strong recommendation, moderate quality of evidence

ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΙΘΟΤΡΥΨΙΑ



ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣΚΟΠΗΣΗ



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

# Per-oral Pancreatoscopy with intraductal lithotripsy for difficult pancreatic stones: a systematic review and meta-analysis

## **Ασθενείς και χαρακτηριστικά της επέμβασης**

- 10 αναδρομικές μελέτες με 301 ασθενείς
- $10,66 \pm 2,19$  mm το μέσο μέγεθος των λίθων
- Θέση λίθου (κεφαλή-αυχέννας – σώμα-ουρά) : 66,17- 14,13 - 15,24 - 4,46%
- Μέσος αριθμός επεμβάσεων:  $2,01 \pm 1,01$

## **Αποτελεσματικότητα- Επιπλοκές**

- Κατακερματισμός του λίθου και καθαρισμός παγκρεατικού πόρου : 85,77%
- 14,1% των ασθενών εμφάνισαν ανεπιθύμητες ενέργειες με το 4,84% αυτών να χαρακτηρίζονται σοβαρές
- 8,73% περιστατικά παγκρεατίτιδας

**Conclusions:** Based on this systematic review and meta-analysis, POP with intraductal lithotripsy appears to be an effective and relatively safe procedure for patients with difficult to remove pancreatic duct stones.

### 3.7 Is there any role for endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and/or pancreatoscopy in the diagnosis of PCN?

- ERCP should not be used as a diagnostic modality for differentiating PCN  
(GRADE 1C, strong agreement)
- Pancreatoscopy may be used in selected cases to provide information on the location and extent of main duct (MD)-IPMN and can be useful in differentiating chronic pancreatitis from MD-IPMN  
(GRADE 2C, weak agreement)



# The role of pancreatoscopy in the diagnostic work-up of intraductal papillary mucinous neoplasms: a systematic review and meta-analysis

de Jong David M et al. *Endoscopy* 2023; 55: 25–35

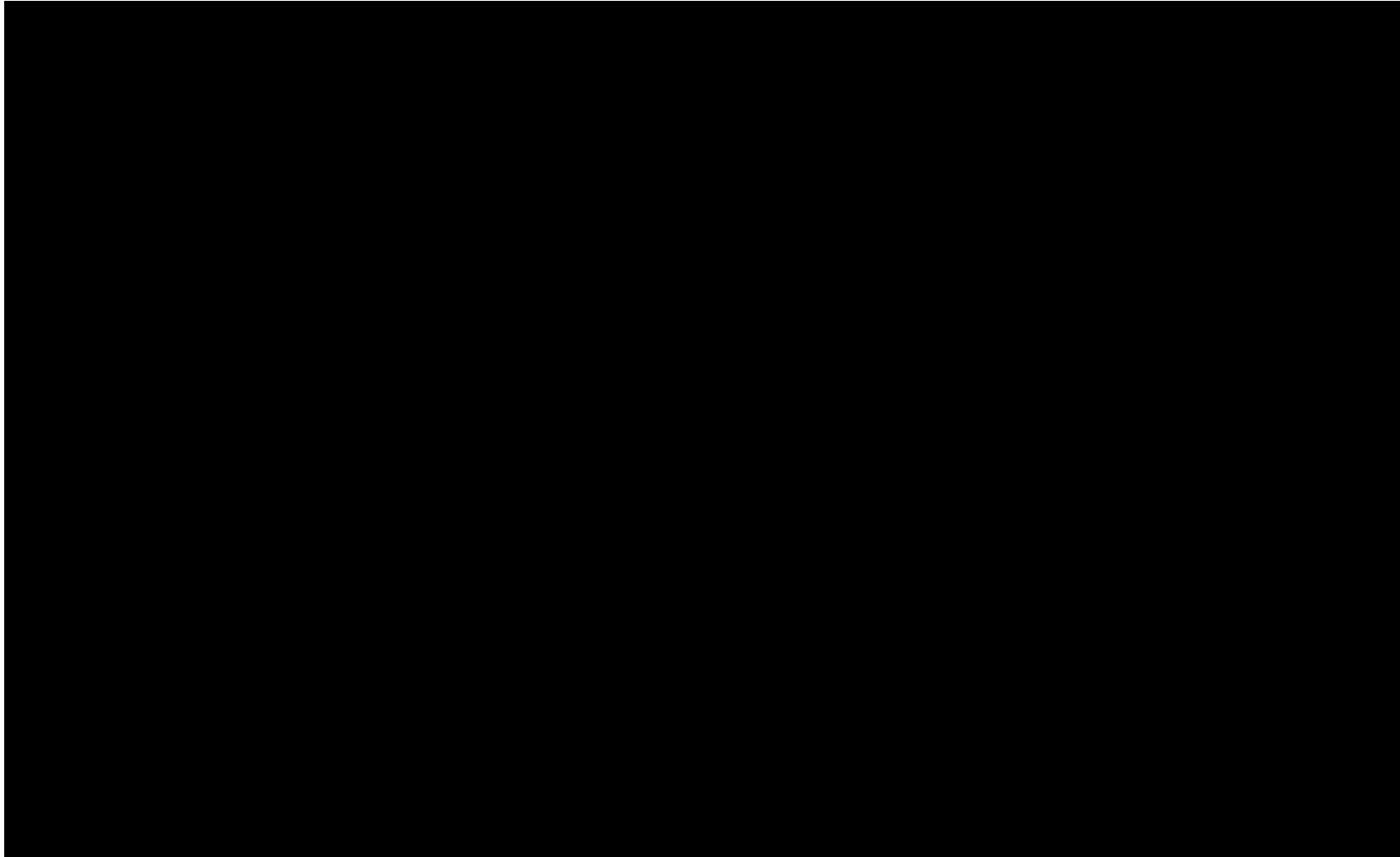
## **PRIMARY UTILITY OF POP IN IPMN**

- to confirm the diagnosis in equivocal cases based on imaging and history, especially when there is a question of chronic pancreatitis versus IPMN;
- to assess the presence of malignancy or high grade dysplasia
- to map the IPMN in order to guide resection margins.

- 60-100% visualization of the target area
- AE rate of 12%
- Moderate sensitivity and specificity for a visual diagnosis (64-100%)
- 13-100% sensitivity and 53-100% for a histological diagnosis
- Results varied greatly between the studies, from only 13% of patients having their surgical approach altered to almost all patients being impacted

...the exact role of POP in the diagnostic work-up still remains unclear, mostly because of methodological shortcomings and heterogeneity between studies. Large multicenter consecutive prospective studies performed according to a predefined protocol, including well-described procedural aspects, imaging documentation (preferably by video), and the application of intraductal pancreatoscopy-guided biopsies, are needed to better define the role of POP in the diagnostic algorithm of IPMN.

# Διευχρητική παγκρεατοσκόπηση



Ευχαριστώ για την προσοχή σας

