

Behandeling vroegcarcinoom

Aanbevelingen:

Uitgangsvraag

Endoscopische mucosale resectie (EMR) of endoscopische submucosale dissectie (ESD), wat zijn de voor- en nadelen?

Literatuurbespreking:

Er bestaan geen gerandomiseerde studies die de effectiviteit en/of veiligheid van endoscopische mucosale resectie (EMR) bij patiënten met vroegcarcinomen vergelijken met die van een gastrectomie [224](#). Een zeer kleine RCT met slechts 10 patiënten vergelijkt twee typen EMR en concludeert dat de resultaten van een 'cutting' EMR beter zijn dan die van een 'lift and cut' EMR [143](#). Een andere niet gerandomiseerde studie concludeert dat EMR in vergelijking met een gastrectomie effectief en veilig is [112](#). Een grote Koreaanse patiëntenserie beschrijft een complete resectie bij 77.6% met behulp van EMR [113](#).

Een nieuwe techniek in de endoscopische resectie van vroegcarcinomen is de 'endoscopic submucosal dissection' (ESD) [78](#). Hiermee is het mogelijk om grotere laesies endoscopisch en-bloc te verwijderen dan met standaard EMR technieken.

Studies uit Japan suggereren dat hiermee het aantal irradicale resecties kan worden verminderd ten opzichte van 'piecemeal' EMR (dat wil zeggen: een EMR waarbij de afwijking in meerdere stukken wordt verwijderd) [165](#) [225](#) [162](#). Bij piecemeal EMR is het veelal niet mogelijk de radicaliteit aan de laterale randen adequaat te beoordelen aangezien reconstructie van de oorspronkelijke afwijking meestal niet mogelijk is. Mogelijk gaat het hogere percentage radicale resecties gepaard met een lagere kans op locoregionale recidieven. De bewijslast voor deze laatste veronderstelling is echter mager. Na EMR en na ESD ondergaan patiënten stringente endoscopische follow-up om lokale recidieven en metachrone afwijkingen elders in de maag vroegtijdig te ontdekken. Meestal kunnen dergelijke lokale recidieven alsnog adequaat worden behandeld en veelal kan dit met endoscopische technieken. De beter gegarandeerde radicaliteit aan de laterale randen van de afwijking lijkt dus maar een betrekkelijk voordeel dat dient te worden gewogen tegen de nadelen van de ESD zoals een hogere technische complexiteit, langere procedureuur, een hoger complicatiepercentage, en beperkte beschikbaarheid in de Nederlandse setting (zie module [lange termijntuitkomsten en endoscopische follow-up](#)).

Voor het bekijken van de evidencetabel klik [hier](#).

Conclusies:

Het is aannemelijk dat met endoscopisch submucosale dissectie (ESD) een resectie vaker 'en-bloc' kan worden uitgevoerd dan met endoscopische mucosale resectie (EMR).

Niveau 3: C Oka 2006¹⁶⁵; Oda 2006¹⁶²; Watanabe 2006²²⁵

Het is aannemelijk dat bij piecemal resecties van grotere laesies er meer lokaal recidieven optreden dan bij en-bloc resecties. De klinische relevantie hiervan is - gezien de mogelijkheid van re-resectie tijdens endoscopische follow-up - niet aangetoond.

Niveau 3: C Oka 2006¹⁶⁵; Oda 2006¹⁶²; Watanabe 2006²²⁵

Er zijn aanwijzingen dat ESD geassocieerd is met een langere procedureduur ten opzichte van EMR. Daarnaast vereist ESD een hogere mate van endoscopische expertise.

Niveau 3: C Oka 2006¹⁶⁵; Watanabe 2006²²⁵; Oda 2006¹⁶²