

CANCER DE L'OESOPHAGE

I/ EPIDEMIOLOGIE :

L'incidence dans le monde varie de 1 à 160 pour 100 000. En France, 5500 cas annuels sont recensés. Sa fréquence varie selon les régions (5 fois plus dans le Calvados qu'en Haute Garonne). L'âge moyen du diagnostic est de 67 ans. La survie à 5 ans, tous stades confondus est de 10 à 20%.

II/ ETIOLOGIE :

A/ Intoxication éthylo-tabagique :

Elle est quasi-constante.

B/ Affections oesophagiennes préexistantes :

Elles peuvent être à l'origine du cancer. Elles sont représentées par :

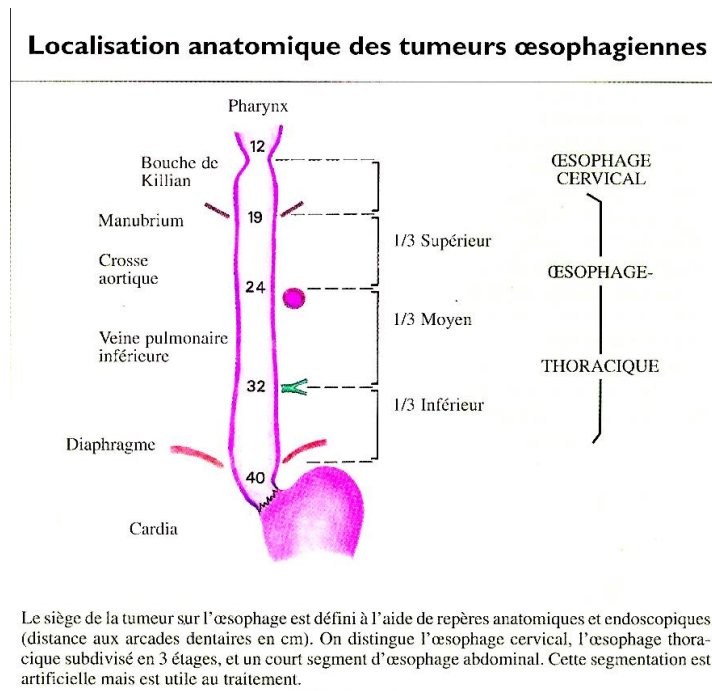
- L'oesophagite caustique ;
- Le mégaoesophage idiopathique ;
- L'endo-brachyoesophage.

III/ ANATOMO-PATHOLOGIE :

A/ Localisation :

On distingue 3 situations en fonction de repères anatomiques :

- Le cancer du 1/3 supérieur, au-dessus de la crosse de l'aorte;
- Le cancer du 1/3 moyen, entre 15 et 25 cm de la bouche pharyngo-oesophagienne ;
- Le cancer du 1/3 inférieur, situé sous le bord inférieur de la veine pulmonaire.



B/ Aspect macroscopique :

3 aspects peuvent être décrits:

- La forme végétante, prolifération bourgeonnante dans la lumière ;
- La forme ulcérée, par destruction tissulaire ;
- La forme infiltrante, par diffusion du cancer dans la paroi.

C/ Aspect microscopique :

Le cancer de l'œsophage correspond à 2 aspects histologiques :

- Le carcinome épidermoïde (radiosensible) ;
- L'adénocarcinome (chimiosensible).
- Aux Etats Unis, le rapport carcinome épidermoïde/ adénocarcinome est passé de 2/1 à 1,2/1 en 5 ans.

IV/ CLINIQUE :

A/ Signes cliniques :

1) Signes fonctionnels :

a) dysphagie :

C'est le symptôme prédominant. Au début intermittente et limitée aux solides, elle s'aggrave progressivement pour devenir permanente et complète.

b) autres symptômes associés :

- Hyper sialorrhée ;
- Douleur rétro sternale ;
- Hoquet ;
- Eructation.

2) Signes généraux :

L'état général s'altère rapidement, altération caractérisée par un amaigrissement important et une anorexie.

B/ Examens complémentaires :

1) Biologie :

Elle montre souvent une anémie. Il n'y a pas de marqueur sélectif.

2) Radiologie :

Le transit baryté de l'œsophage révèle 3 types d'images correspondant aux 3 formes :

- Une image lacunaire en cas de forme végétante ;
- Une image d'addition pour la forme ulcérée ;
- Une image de sténose irrégulière dans la forme infiltrante.

3) Endoscopie :

La fibroscopie ou œsophagoscopie souple permet de préciser l'aspect, la taille et le siège de la lésion. Elle permet surtout un abord biopsique pour l'étude histologique.

C/ Bilan d'opérabilité :

Il doit s'engager dès que le diagnostic est reconnu. Il a pour objectif de déterminer les possibilités de recours à la chirurgie.

1) Bilan général :

Il prend en considération :

- l'âge physiologique du patient ;
- le terrain ;
- l'état cardio-vasculaire et respiratoire.

2) Bilan d'extension :

Il précise le stade de diffusion du cancer :

- extension locale par un examen ORL, une bronchoscopie, un scanner, une écho endoscopie ;
- extension générale par un scanner cervico-thoraco-abdominal, une scintigraphie osseuse.

Le but de tous ces examens est de pouvoir « stadifier » le patient. On peut alors établir le traitement le mieux adapté, apprécier le pronostic en fonction du stade de la maladie. Si le malade est opéré le stade pourra être affiné par l'examen anatomopathologique de la tumeur des ganglions. Le chirurgien pourra également repérer des métastases hépatiques par une échographie peropératoires.

En effet la chirurgie est indiquée dans les lésions stade I et II. Pour les lésions stade III (T3, N1), elle se discute avec la radio chimiothérapie concomitante exclusive. En cas d'exérèse chirurgicale isolée, la survie globale à 5 ans est de 35 à 41%. La médiane de survie variant de 13 à 19 mois. Mais la survie à 5 ans varie en fonction de l'extension pariétale (T1= 60 à 80%, T2= 30 à 35%, T3= 15%) et de l'extension ganglionnaire (N0= 45 à 60%, N+= 10 à 25%).

Tableau 1. Classification pTNM de l'UICC (sixième édition, 2002)

TUMEUR
pTis : carcinome in situ
pT1 : envahissement de la sous-muqueuse
pT2 : envahissement de la musculuse
pT3 : atteinte de l'adventice
pT4 : envahissement de structure adjacente
GANGLION LYMPHATIQUE : AU MOINS SIX GANGLIONS MÉDIASTINAUX DOIVENT ÊTRE EXAMINÉS
pN0 : pas d'atteinte ganglionnaire
pN1 : atteinte des ganglions régionaux
œsophage cervical : ganglions cervicaux
œsophage thoracique : ganglions médiastinaux et péricardiques
MÉTASTASES VISCÉRALES OU GANGLIONNAIRES
pM0 : pas de métastase
pM1 : métastases viscérales ou métastases ganglionnaires
- œsophage cervical : ganglions médiastinaux et péricardiques - œsophage thoracique supérieur : ganglions cervicaux M1a, ganglions cœliaques M1b - œsophage thoracique moyen : ganglions cervicaux et cœliaques M1b - œsophage thoracique inférieur : ganglions cœliaques M1a, ganglions cervicaux M1b

Tableau 2. Classification par stades

Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade IIA	T2, T3	N0	M0
Stade IIB	T1, T2	N1	M0
Stade III	T3	N1	M0
	T4	tout N	M0
Stade IV	tout T	tout N	M1

V/ EVOLUTION ET COMPLICATIONS :

L'évolution est rapidement fatale en moins d'un an, très souvent marquée par deux complications :

- Les surinfections broncho-pulmonaires, dues à une fistule oeso-trachéale, à l'origine de broncho-pneumopathies, abcès du poumon, pleurésies purulentes.
- L'hémorragie extériorisée par une hématemèse rarement de grande abondance.

VI/ TRAITEMENT :

A/ Chirurgie :

Elle représente le seul traitement curatif. L'exérèse doit être complète sans laisser de résidu microscopique (intérêt de l'examen anatomopathologique extemporané). Il s'agit d'une oesophagectomie avec exérèse de la petite courbure de l'estomac. Les techniques sont fonctions de la localisation de la tumeur. Les complications postopératoires sont marquées par les complications pleuro pulmonaires et les fistules anastomotiques.

B/ Radiothérapie :

Elle est utilisée seule dans les formes inopérables ou en association en pré ou post-opératoire.

C/ Chimiothérapie :

Les deux drogues actives sont le Cisplatyl° et le 5 FU (fluoro-uracile).

D/ Traitements combinés :

L'intérêt de la radio chimiothérapie en complément de la chirurgie, néoadjuvante, concomitante ou postopératoire, est controversée.

E/ Traitement palliatif :

Le seul but est de permettre au malade de s'alimenter. Cet objectif est parfois l'unique thérapeutique restante dans le cancer avancé ou être un complément aux autres traitements « agressifs » à visée curative.

Plusieurs techniques sont proposées sous contrôle endoscopique :

- Dilatations par sonde de calibre croissant ;
- Implantation d'une endo-prothèse ;
- Photothérapie laser ;
- Gastrostomie percutanée.

Pour en savoir plus : <http://www.ffcd.fr>
<http://www.canceronet.com>