

I Introduction Définition

Toute tumeur maligne primitive développée au dépend de la paroi œsophagienne.

Il existe deux types anatomopathologiques principaux :

Carcinome épidermoïde 90% des cas.

Adénocarcinome 10% des cas.

II Intérêt de la question

Diagnostic souvent tardif d'où l'intérêt du dépistage

Difficulté thérapeutique (topographie profonde et peu accessible, rapport vasculaire important).

L'exérèse chirurgicale à visée curative n'est possible que dans 20% des cas.

Pronostic reste très sombre, la survie à 5 ans étant de 10 %.

III Epidémiologie

- o Fréquence : 2 - 5 % de tous les cancers, 3^{ème} cancer digestif.
- o Variations géographiques : les régions à haut risque sont surtout Chine, Japon rare en Europe et Amérique du nord.
- o Sex-ratio : 5-20 h/1f (suivant la zone géographique).
- o Age : l'âge moyen de survenue est de 60 an

IV Etiologie

1 Etat précancéreux

La carcinogène selon la séquence (Esophagite chronique -Dysplasie -Cancer

- Achalasie dans 2 - 8% (après 17-20 ans)
- Endobrachyoesophage
- Membranes et diverticules œsophagiens
- Brûlures et sténoses caustiques de l'œsophage et peptique après dilatation
- Maladie cœliaque
- La dysphagie sidéropénique (ou syndrome de Plummer-Vinson

2 Facteurs de risque

Intoxication alcoolo-tabagique chronique : retrouvée dans 90% des cas

Facteurs alimentaires : protéines animales, la carence vitaminique A /C.

l'ingestion de particules de silice contenues dans la farine en chine

Facteurs génétiques

Traumatismes thermiques.

Radiations ionisantes,

Autre facteurs : l'immunosuppression après greffe d'organe,

l'asbestose, le contact avec des métaux lourds, les hydrocarbures,

mauvais état buccodentaire, les infections par papilloma virus ou CMV.

Pathologies associées : association fréquente avec le cancer ORL

➤ Facteurs étiologiques de l'adénocarcinome de l'œsophage : reflux gastroœsophagien

V Anatomie pathologique

Aspects macroscopiques :

o Bourgeonnant, ulcéré et infiltrant.

o La forme ulcéro-bourgeonnante et infiltrante en lobe d'oreille est la plus fréquente 60%.

Siège : au niveau de rétrécissements physiologiques

50% : 1/3 moyen. ; 30-35% : 1/3 inférieur (Pierre Maillet) ; 15% : 1/3 supérieur.

Les formes multifocales 13% des cas.

Aspect histologique :

La classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue :

o Carcinomes épidermoïdes (90%)

- Ils sont de loin les plus fréquents « Classification de BORDERS »
 - o Grade I : Bien différencié (90%).
 - o Grade II : Moyennement différencié.
 - o Grade III : Peu différencié.

o Adénocarcinomes : 10 % des cancers de l'œsophage. sur endobrachyoesophage

o Autres variétés :

- Adénocarcinome ; mixte glandulaire et épidermoïde.
- Les carcinomes mucoépidermoïdes, les carcinomes adénosquameux, des carcinomes anaplasiques, les mélanomes malins.
- D'autres types exceptionnelles : tumeur carcinoïde, léiomyosarcome, sarcome de Kaposi, lymphome malin.

➤ Extension :

L'extension locale

en hauteur (extension longitudinale) :

L'extension se fait de proche en proche dans la muqueuse et la sous-muqueuse.

Existence de nodules de perméation fréquents à distance de la lésion primitive.

avec localisation multiples

en latérale :

Les tumeurs bourgeonnantes obstruent progressivement la lumière œsophagienne.

Les formes infiltrantes envahissent la graisse, puis les organes médiastinaux. thyroïde

L'envahissement des organes de voisinage est fonction du siège de la tumeur

Les cancers cervicaux et thoraciques > peuvent envahir la trachée, thyroïde, les nerfs récurrents (entraînant une paralysie des cordes vocales et une dysphonie), l'axe carotidien et le fascia prévertébral.

Les cancers du 1/3 moyen peuvent envahir la branche souche gauche,

le nerf récurrent gauche, la plèvre, les poumons, la crosse de la veine azygos et le canal thoracique

Les cancers du 1/3 < peuvent envahir le péricarde, le cœur et le diaphragme.

L'extension lymphatique fréquente non ordonnée, des relais étant contournée dans 50%

- o Latéralement : latéro-œsophagien, intertrachéo-bronchique, récurrentiels gauches ;
- o Vers le bas : ganglions cœliaques et coronaires stomachiques ;
- o Vers le haut : ganglion cervicaux et sus-claviculaire

L'extension générale se fait par voie veineuse vers le foie, les poumons, les os, le cerveau, la peau sont plus tardives.

➤ Classification TNM :

Selon les données en écho-endo, TDM on peut envisager une classification c TNM qui sera révisée après chirurgie p TNM.

• Classification c TNM (et EES pour le T)

T - Tumeur primitive

TX : Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

T0 : Pas de signe de tumeur primitive

Tis : Carcinome in situ

T2 : Tumeur envahissant la musculature propre
T3 : Tumeur envahissant l'adventice
T4 : Tumeur envahissant les structures adjacentes
N - Adénopathies régionales
NX : Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales
N0 : Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1 : Métastases ganglionnaires lymphatiques régionales
M - Métastases à distance
MX : Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0 : Pas de signe de métastase à distance
M1 : Présence de métastases à distance
Pour les tumeurs de la partie inférieure de l'œsophage thoracique
M1a : Métastases dans les ganglions lymphatiques coeliaques
M1b : Autres métastases
Pour les tumeurs de la partie supérieure de l'œsophage thoracique
M1a : Métastases dans les ganglions lymphatiques cervicaux
M1b : Autres métastases
Pour les tumeurs de la partie moyenne de l'œsophage thoracique
M1a : non applicable
M1b : Métastases dans les ganglions lymphatiques non régionaux

VI Diagnostic positif :

A Clinique

Circonstances de découvertes :

-Dysphagie +++ (stade tardif) : sensation de gêne à la déglutition.
C'est le symptôme fondamental, le plus fréquent (85 % des cas)

Elle est parfois associée à des régurgitations, des éructations douloureuses, à un stade tardif

-Signes généraux : altération de l'état général avec amaigrissement

-Métastases révélatrices.

-Signes pulmonaires : toux à la déglutition par fistule œso-trachéale, infection broncho-pulmonaire

-Douleur : Douleur dorsale interscapulaire, souvent l'expression d'une médiastinite néoplasique. épigastrique transfixiante osseuse par métastases.

-Hémorragie digestive rarement responsable d'une anémie ferriprive.

Parfois, hématemèse

-Dysphonie envahissement récurrentiel gauche

Examen physique

Habituellement, il ne trouve aucune donnée objective aidant au diagnostic de cancer de l'œsophage. Il permet :

- o Quantifier l'intoxication alcoolique et/ou tabagique ;
- o Bilan d'extension ; la recherche de métastases (ADP sus-claviculaire gauche, métastases hépatiques, carcinose péritonéale)

B Examens complémentaires à visée diagnostique :

o Fibroscopie digestive haute :

réalisée en première intention, l'endoscopie digestive permet d'affirmer le diagnostic de cancer de l'œsophage.

Elle précisera :

- o Le siège de la tumeur par rapport aux arcades dentaires et au cardia
- o L'aspect macroscopique.
- o Le diamètre de la lumière œsophagienne.

Elle permettra de réaliser :

Dr A. MAZOUZ
Maître de Conférences
Généraliste

sont techniquement difficiles :

- o Les colorations au lugol ou au bleu de toluidine, permettant de rechercher des zones de muqueuse anormale à distance de la lésion principale.

o TOGD :

L'endoscopie a supplanté l'exploration radiologique pour le diagnostic de cancer de l'œsophage.

- o Permet de visualiser la lésion et de la repérer par rapport aux différents éléments anatomiques (défilé cervicothoracique, crosse de l'aorte, diaphragme).
- o Permet d'étudier l'œsophage sous-jacent à une sténose infranchissable la morphologie de l'estomac

VII Diagnostic différentiel :

Ils ne posent pas de problème si une endoscopie avec biopsie est réalisée devant toute dysphagie ou anomalie œsophagienne radiologique.

• Devant une dysphagie

- o Les fausses dysphagies : anorexie, pathologies bucco-pharyngées, asialie, édentation, globus hystericus, dyspepsie, odynophagie.
- o corps étrangers.
- o Cancer ORL ou du cardia.
- o Une tumeur bénigne.
- o Une œsophagite peptique, infectieuse, médicamenteuse, radique.
- o Une compression extrinsèque de l'œsophage par une tumeur extrinsèque.
- o Un anneau ou un diverticule.
- o Les compressions extrinsèques ou tumeurs sous-muqueuses.
- o Les maladies motrices œsophagiennes : méga-œsophage, spasme diffus, sclérodermie.

• Devant une sténose œsophagienne radiologique ou endoscopique

- o Il peut s'agir d'une sténose peptique, post-radique, caustique ou médicamenteuse.
- o Les biopsies, ainsi que des brossages cytologiques répétés, apportent le plus souvent le diagnostic, éventuellement après dilatation.

VIII. Bilan pré thérapeutique :

1. Bilan carcinologique :

- Examen clinique : examen clinique complet

HPM, SPM, ascite, carcinose, ADP sus-claviculaire ou cervicale.

Examen ORL avec laryngoscopie indirecte : à la recherche d'une paralysie récurrentielle, d'un cancer ORL

synchrone.

- Scanner thoraco-abdominal :

- Fibroscopie trachéo-bronchique

- Echoendoscopie :

o Visualisant les couches de la paroi donc différenciant tumeurs superficielles et invasives.

o Plus fiable que le scanner pour visualiser les ADP médiastinales ou coeliaques et les rapports avec les vaisseaux, le péricarde, l'arbre respiratoire

2. Bilan d'opérabilité : Bilan pré-anesthésique (classification ASA)

IX Traitement :

A. Buts :

- o Enlever la tumeur et les territoires lymphocellulaires adjacentes (R0).
- o Améliorer la qualité de survie
- o Eviter les récurrences locorégionales .

1. TRT chirurgicale curative

- o Intervention Lewis Santy : Oesophagectomie par double voie (thoracique droite et abdominale) avec anastomose intra thoracique.
- o Intervention Sweet Oesophagectomie par thoracotomie gauche avec anastomose intra-thoracique.
- o Intervention Akiyama Oesophagectomie sub-totale par un triple abord ; thoracotomie droite, LMSO et abord cervical gauche
- o Intervention d'Orringer Oesophagectomie sans thoracotomie « OST » avec anastomose cervicale.
- o : oesopharyngolaryngectomie totale réservée pour les tumeurs siégeant sur la bouche œsophagienne.

Traitement chirurgical palliatif

Oesophagoplastie (BY-PASS) Colo plasties palliatives. Plasties jéjunales.
gastrostomie ou jéjunostomie d'alimentation.

2 Traitement instrumental

- o Mucosectomie endoscopique
- o Endo-prothèses après dilatation tumorale.
- o Dilatations seule +/- électrocoagulation.
- o Photo destruction au laser Yag perendoscopique.

3 Traitement complémentaire :

Radiothérapie

- o En pré-opératoire elle diminue le volume de la tumeur
- o En postopératoire elle est de nettoyage

Chimiothérapie

Mono ou poly chimiothérapie; donne de meilleurs résultats associée à la radiothérapie en preop .

C. Indications thérapeutiques :

- o Tiers supérieur : AKIYAMMA,
- o Tiers moyen LEWIS SANTY.
- o Tiers inférieur : LEWIS SANTY ; SWEET
- o Bouche de Killion ou ORL : oesopharyngolaryngectomie totale
- o Superficiel (Iis) : mucosectomie endoscopique.

D. Résultats :

1. Suites immédiates : Mortalité : 10-20% après exérèse,
2. Complications postopératoires : (25%)

X Surveillance Clinique et radiologique et endoscopique selon un calendrier

XI Pronostic :

- o TNM internationale :

les ganglions sus-claviculaires et coéliquaux sont considérés comme des métastases (M+) pour cancers intra-thoraciques.

l'extension pariétale (1)

XII Prevention

Dépistage précoce chez les sujets à risque

Prévention primaire par le sevrage alcool tabac

Dr A. MAZOUZ
Chirurgien de Conférence
Général