

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Badji Mokhtar Annaba

FACULTÉ DE MÉDECINE. ANNABA

Module de Gastro-entérologie

CANCER DE L'OESOPHAGE

DR. Rouainia Bouchra

Service de chirurgie générale

CHU Annaba.

ANNEE UNIVERISTAIRES 2019-2020

I-Définition

-Ensemble des tumeurs malignes primitives développées aux dépens des tuniques de l'œsophage

-Il existe deux formes principales de cancer de l'œsophage, selon le type de cellules où il se développe:

*Le carcinome épidermoïde de l'œsophage: se développe à partir de l'épithélium malpighien.

*L'adénocarcinome de l'œsophage: se développe sur une muqueuse glandulaire qui correspond très souvent à une métaplasie gastrique et ou intestinale secondaire à une œsophagite peptique.

II-Epidémiologie

-Le cancer de l'œsophage est le huitième cancer le plus fréquent dans le monde avec 456 000 nouveaux cas par an et la sixième cause de mortalité par cancer avec 400 000 décès par an .

- C'est le troisième cancer digestif par ordre de fréquence après le cancer du côlon et le cancer de l'estomac.

-Son pronostic est toujours mauvais ; à l'heure actuelle la survie globale à cinq ans est de 18 %, variant selon le stade et le pays.

-Selon le type histologique, le carcinome épidermoïde représente jusqu'à 87 % des cancers de l'œsophage diagnostiqués dans le monde.

-Les zones les plus touchées sont l'Est et le Sud-Est asiatique, puis l'Afrique subsaharienne et l'Asie centrale.

-L'adénocarcinome prédomine dans les pays développés de l'Europe, de l'Australie et de l'Amérique du Nord.

-L'incidence du cancer de l'œsophage est plus élevée chez l'homme que chez la femme, que ce soit le carcinome épidermoïde ou adénocarcinome.

III-Facteurs de risque

	Carcinome épidermoïde	adénocarcinome
Facteurs de risque connu		

	-niveau socioéconomique -tabagisme chronique -aliments et boissons chauds. -endo-brachy-oesophage. -Syndrome de Plummer-wilson. -tylose. -Lésions caustiques, irradiation.	-Reflux gastrooesophagien - Endo-brachy-oesophage - Tabagisme chronique - Obésité -Syndrome métabolique -Âge -Vitamine B 12
Facteurs protecteurs	Consommation de fruits et légumes > 100 g/j Protection hormonale de la femme Consommation de céréales complètes	Consommation de fruits et légumes Antioxydants (vitamines E et bêta-carotène) Vitamines B 9 , B 6 , magnésium (index inflammatoire) Consommation de céréales complètes

IV-Anatomie

-Segment du tube digestif reliant l'hypopharynx à l'estomac.

-Tube musculaire de 25 cm de longueur (de C6 à D11), de 15 à 40 cm des arcades dentaires.

-3 régions anatomiques : cervicale, thoracique et abdominale.

-Rapports anatomiques : organes médiastinaux (aorte, trachée, bronches souches, plèvre, nerfs récurrents, péricarde).

-Drainage lymphatique :

-Cervical : chaînes jugulaires internes et récurrentielles

-Thoracique : ganglions latéro-trachéaux, inter-trachéo-bronchiques et médiastinaux postérieurs

-sous diaphragmatique : ganglions du cardia, chaîne coronaire stomacique

V-Anatomopathologie

****Rappel histologique:**

-La paroi œsophagienne est constituée de quatre couches :

- La muqueuse, constituée d'un épithélium malpighien non kératinisée reposant sur
- une musculaire muqueuse à laquelle font suite
- une sous muqueuse
- puis une musculuse

- et une adventice (sans séreuse).

**Macroscopie:

–Les sièges préférentiels des carcinomes primitifs œsophagiens sont par ordre décroissant sont: les tiers inférieur, moyen, supérieur.
–La tumeur est habituellement ulcéro-bourgeonnante et infiltrante, supérieure à 1 cm de grand axe ;

–plus rarement, elle est polypoïde ou sténosante ou superficielle (plaque, dépression) ;

–dans plus de 10 % des cas, il existe un ou plusieurs foyers carcinomateux à distance du foyer principal.

**Microscopie:

–Il existe principalement deux variétés de carcinomes :

- Les carcinomes épidermoïde qui sont le plus souvent bien différenciés, kératinisant ou non, et plus rarement moyennement ou peu différenciés.

- Les adénocarcinomes se développent:

– surtout dans le 1/3 inférieur de l'oesophage à partir de la muqueuse d'un endobrachyoesophage

–et plus rarement à partir de glandes muqueuses ou de foyers d'hétérotopie.

- Les autres variétés de carcinomes sont exceptionnelles : carcinome adénosquameux, carcinome à petites cellules.

**Extension:

–L'extension locale se fait de proche en proche à partir de la muqueuse avec infiltration progressive des couches pariétales sous-jacentes et parfois foyers de carcinome in situ à distance de la tumeur invasive.

–L'extension régionale concerne la plèvre, la trachée, les bronches et les poumons, l'aorte, le péricarde...

–L'extension ganglionnaire est fréquente avec atteinte des ganglions latéro-tumoraux, du cardia, de la coronaire stomachique, trachéo-bronchiques.

–Les métastases viscérales, rares, siègent principalement dans les poumons, le foie, le rachis dorsal.

VI-Diagnostic

1*Clinique:

****Interrogatoire**

-Homme d'âge moyen 65 ans, avec un long passé de consommation alcoolique et tabagique.
-La dysphagie est le symptôme le plus fréquent (80 % des cas). Cette dysphagie est typiquement d'installation progressive et débute par une dysphagie aux aliments solides avant d'évoluer vers une dysphagie aux liquides et à une impossibilité complète de s'alimenter (aphagie).

-Cette dysphagie est cotée selon la classification d'Atkinson qui va de 1 en l'absence de dysphagie à 5 en cas d'aphagie.

-Ainsi, tout patient présentant une dysphagie doit avoir une exploration endoscopique.

-Les douleurs rétrosternales atypiques d'angor doivent aussi réorienter vers une étiologie oesophagienne car ces douleurs peuvent être des symptômes de dysphagie atypique.

-Les patients peuvent ressentir une douleur au passage des aliments (odynophagie) doublée d'une sensation de brûlure rappelant le RGO.

-L'amaigrissement est un autre symptôme qui peut être parfois antérieur à l'apparition de la dysphagie. Celui-ci peut aller jusqu'à un syndrome de dénutrition/malnutrition.

-Cet amaigrissement est évalué par plusieurs paramètres (recommandations de la Haute Autorité de santé, 2003) :

- calcul de l'IMC ; - calcul de la perte de poids en pourcentage par rapport à un poids antérieur ;
- calcul de score de dépistage du *mini nutritional assessment* (MNA-SF) ; - mesure de la circonférence brachiale ; - dosages de l'albuminémie.

- D'autres symptômes peuvent être retrouvés sans être spécifiques :
- des régurgitations alimentaires sans vomissements, signant une sténose serrée ;
- une hématurie ;
- des manifestations pulmonaires (toux, fausses routes, hémoptysies, hoquet) ;
- des éructations douloureuses ;
- des otalgies récentes ;
- des signes d'extension médiastinales : douleurs thoraciques rétrosternales, dysphonie, toux ;
- des signes d'extension métastatiques : douleurs de l'hypochondre droit, douleurs osseuses, céphalées récentes, toux irritatives, lymphangite carcinomateuse.

-La découverte peut être faite à l'occasion d'un dépistage chez les populations à risque : surveillance endoscopique d'un oesophage de Barrett, découverte lors d'une panendoscopie ou lors du bilan d'extension d'un cancer d'oto-rhino-laryngologie (ORL).

****Examen physique**

- L'inspection fait état du retentissement du syndrome de dénutrition.
- Des signes physiques d'extension métastatique peuvent être recherchés : un syndrome cave supérieur, un syndrome de Claude Bernard-Horner, des signes d'intoxication œnolique.
- La palpation recherche des adénopathies sus-claviculaire et de la sphère ORL (jugulocarotidienne), ainsi qu'une hépatomégalie métastatique.
- Une consultation ORL avec une palpation endobuccale permet de découvrir un éventuel cancer associé de la base de la langue.

2*Fibroscopie oesogastroduodénale:

- Elle précise le siège, les distances aux arcades dentaires, l'aspect, la taille et l'extension circonscrite.
- Les biopsies (≥ 4) confirment le diagnostic et précisent l'histologie. Il faut les répéter si elles sont négatives.
- S'il existe un endo-brachy-oesophage, il faut préciser sa limite supérieure et la distance de la tumeur au cardia.

VII-Bilan d'extension

- *Examen clinique complet (notamment aires ganglionnaires cervicales et sus-claviculaires);
- *la tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne;
- *L'écho endoscopie:

-permet un bilan plus précis ainsi qu'une meilleure précision de l'extension dans les différentes couches pariétales.

*l'endoscopie trachéo-bronchique (pour les cancers des tiers supérieur et moyen) permet:

- d'affirmer une extension à l'arbre respiratoire lorsqu'elle montre un aspect végétant ou infiltrant ou une fistule,

-l'examen ORL qui recherche principalement:

- une atteinte récurrentielle

- et dépiste une lésion néoplasique concomitante des voies aériennes supérieures.

VIII-Systèmes de stadification

La classification TNM

–Tx : Impossible d'évaluer la tumeur primitive

–Tis : Carcinome in situ = intra-muqueux

–T1 : Envahissement de la lamina propria ou sous muqueuse

–T2 : Envahissement la musculature

–T3 : Envahissement de l'adventice

–T4 : Envahissement des structures adjacentes ou organes de voisinage

–Tx : La tumeur primitive ne peut être évaluée.

–N0 : Pas de signe d'atteinte ganglionnaire

–N1 : Métastases ganglionnaires régionales

–Pour les tumeurs intra thoraciques, les ganglions sus claviculaires et coeliaques sont considérés comme des métastases (M1)

–Pour les tumeurs de l'oesophage cervical, les ganglions sus claviculaires sont considérés comme des ganglions régionaux (N1)

–NX : renseignements insuffisants.

–M0 : Pas de métastase à distance

–M1 : Métastase à distance

IX-Traitement

1*Chirurgie:

–Le traitement à visée curative est basé classiquement sur l'exérèse chirurgicale.

–La technique standard est l'oesophagectomie transthoracique subtotale avec curage ganglionnaire et plastie gastrique si possible.

–L'exérèse complète de la tumeur doit passer 5 cm au-dessus du pôle supérieur de la tumeur.

–Comprendre l'ablation des tissus péri-tumoraux et un curage lymphatique.

–Le traitement chirurgical n'est possible que chez les malades capables de supporter cette intervention (âge, état général, fonctions respiratoire, cardiaque et hépatique) et dont la tumeur ne comporte pas d'envahissement des structures adjacentes ni de métastases.

2*Radiothérapie:

- la radiothérapie exclusive est recommandée pour le traitement des cancers de l'oesophage avancés ou inopérables.

3*Radio chimiothérapie concomitante:

–L'association d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie concomitante (radio chimiothérapie) exclusive apparaît actuellement supérieure à la radiothérapie exclusive pour le traitement non chirurgical des cancers de l'oesophage.

–Une radiothérapie délivrant 50 Gy ou 60 Gy en 5 à 6 semaines, associée à 4 cures de cysplatine 5 FU toutes les 4 semaines peut être considéré comme le traitement standard des sujets inopérables.

4*Traitements endoscopiques:

–La radiothérapie endoluminale (curiethérapie) et la destruction tumorale par photo coagulation laser peuvent être envisagées à titre de traitement curatif dans les formes superficielles ne dépassant pas la sous-muqueuse.

–Différentes méthodes thérapeutiques à visée palliative:

- dilatations endoscopiques itératives,
- intubation endoscopique trans-tumorale,
- désobstruction par photo coagulation ou électrocoagulation.

–Ces méthodes sont proposées en cas de contre indication chirurgicale ou dans les formes d'emblée très évoluées ainsi que dans les récidives. Elles permettent d'améliorer la qualité de la survie.

X-Pronostic

- Toutes formes confondues, la survie des patients atteints d'un cancer de l'oesophage est inférieure à 18 % à 5 ans.

- Elle dépend de l'extension pariétale.

- L'envahissement ganglionnaire joue également un rôle important :
–25 % de survies à 5 ans en l'absence

–et 10 % de survies à 5 ans en présence d'un envahissement ganglionnaire.

- En présence de métastases (les ganglions sus-claviculaires et coeliaques sont considérés comme des métastases), la survie à 5 ans est nulle.

XI-Surveillance

- La surveillance des cancers de l'oesophage repose sur l'examen clinique qui s'intéresse surtout à la dysphagie, à l'état nutritionnel et aux aires ganglionnaires tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans

.

- L'examen ORL s'impose après 12 à 18 mois de traitement initial chez les patients vivant sans récurrence.

- Il n'y a pas de consensus sur l'intervalle entre les visites (3 à 6 mois).

- La surveillance paraclinique est une option, en particulier pour les patients inclus dans des essais thérapeutiques en fonction des symptômes (transit oesophagien, fibroscopie digestive haute, cliché du thorax, échographie et/ou scanner).

- La surveillance par fibroscopie oesophagienne tous les 1 à 2 ans

XII-Conclusion

- Le cancer de l'oesophage a toujours un pronostic effroyable malgré les progrès thérapeutiques réalisés.

- Un dépistage des sujets à risque devrait s'organiser pour détecter le cancer in situ.

- Les mesures de prévention contre l'alcoolisme et le tabagisme doivent être rappelées à cette occasion.