

Cancer de l'œsophage

1. Introduction

Cancer fréquent et grave

Progrès des Moyens d'exploration et méthodes thérapeutiques mais pronostic encore mauvais

Seul un diagnostic plus précoce peut améliorer le pronostic

2. Epidémiologie du cancer de l'œsophage

Incidence dans le monde : 500 000 cas / ans, l'incidence varie selon les pays , en France 4632 nouveaux cas/an avec 5200 décès/an

Sexe et âge : plus fréquent chez l'homme (deux hommes pour une femme) ; fréquence augmente avec l'âge (à partir de 40 ans

Facteurs de risque : dépendent de la nature histologique de la lésion

1/ carcinomes épidermoïdes 90°/° sont plus souvent liés à la consommation alcool tabagique

2/ Adénocarcinomes 10°/° siègent souvent au niveau du 1/3 inférieur de l'œsophage se développent souvent sur des lésions secondaires au reflux acide gastrique en particulier sur des lésions d'endobrachyoesophage, l'obésité est un facteur favorisant

Parmi les facteurs de risque connus, nous pouvons citer :

Le facteur génétique (Etats unis, la proportion des adénocarcinomes tend à croître voir dépasser les carcinomes épidermoïdes)

Carence en vitamines A et B

Brûlures Caustiques de l'œsophage

Blessure de l'œsophage

Irradiations médiastinales

Certains virus (papillomavirus humain type 16

Rôle alimentaire (toxines)

Absorption continue de boisson brûlante

Syndrome de Plummer Vinson (anémie ferriprive, dysphagie, membranes œsophagiennes)

Achalasie œsophagienne

3. Clinique

Dysphagie : progressive voir intermittente au début amenant le patient à réduire le volume des bouchées, enfin aux boissons c'est l'aphagie où l'état général se dégrade

Régurgitation (rejet du contenu gastrique sans efforts de vomissements) avec **hyper sialorrhée** et **halène fétide**

Altération de l'état général : perte de poids, asthénie

Hématémèse rare

Compression ou infiltration des organes de voisinage :

Hoquet (irritation du diaphragme ou du nerf phrénique,

Voix bitonale par paralysie de corde vocale suite à une infiltration de nerf phrénique

Toux rebelle : fistule, compression trachéale, broncho-pneumopathie, pleurésie

Péricardite carcinomateuse

Douleur thoracique

Syndrome cave supérieur

Découverte fortuitement au décours d'un examen systématique par fibroscopie digestive haute faite dans le cadre de la surveillance d'un endobrachyoesophage

Evolution : à un stade avancé, le cancer s'étend rapidement aux tissus voisins ; bronches avec fistule oeso bronchique et surinfection avec apparition de métastases viscérales (métastases hépatiques) et ganglionnaires

Examen clinique : recherche de métastase hépatique, ascite, ganglion de Troisier

4. Examens para clinique

Endoscopie digestive haute affirme le diagnostic, visualise la lésion, sa taille, son aspect, son extension en hauteur et en circonférence, sa position / cardia et arcades dentaires

Elle permet de réaliser des biopsies pour examen anapath

Cancer superficiel : sous forme d'anomalie muqueuse (muqueuse érodée, sur élevée, verruqueuse

Même en absence de lésion macroscopiquement visible, des colorations vitales peuvent montrer une zone de coloration anormale suspecte qui doit être biopsier

Bilan d'extension :

TDM cervico thoraco abdomino pelvien : évalue la taille de la tumeur ; les organes de voisinage susceptibles d'être envahis (trachée, bronches, vertèbres, plèvres, diaphragme, péricarde)
Recherche des métastases hépatiques, pulmonaires, adénopathies

Echo endoscopie œsophagienne : étudie l'extension de la tumeur dans les différentes couches de la paroi œsophagienne et dans le médiastin

Fibroscopie bronchique et examen ORL : recherche un cancer aéro digestif supérieur retrouvé dans 15°/° des cas

Pet scan (tomographie par émission de positon) peut aider à préciser l'extension du cancer

Si signes d'orientation cérébrale ou osseuse : **TDM cérébrale et scintigraphie osseuse**

Bilan biologique : hépatique (rechercher une cholestase), nutritionnel (taux d'albumine) , bilan standard

Bilan d'opérabilité : cardiaque (ECG, écho cardiaque), bilan pulmonaire (EFR, gaz du sang)

5. Stade de la lésion

Au décours du bilan d'extension, il est possible de définir le stade du cancer : la classification TNM est la plus utilisée

T : tumeur primitive

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur envahissant la lamina propria ou la sous muqueuse

T2 : tumeur envahissant la musculuse

T3 : tumeur envahissant l'adventice

T4 : tumeur envahissant les structures de voisinage

N : adénopathies régionales

N1 : Métastases ganglionnaires lymphatiques régionales

Nx : ganglions non évalués

N0 : pas de signes d'atteinte ganglionnaires lymphatiques régionaux

M : métastases à distance

M0 : pas de métastases à distance

M1 : présence de métastase à distance

6. Traitement

1/ Traitement chirurgical curatif mais lourd car œsophage occupe les étages cervical, thoracique et abdominal et la chirurgie touche les trois étages ; ne concerne que 30°/° des patients au moment du diagnostic, proposée donc chez des sujets sélectionnés car il s'agit d'un cancer qui survient souvent chez un patient fragiles, âgé, alcoololo tabagique

L'intervention consiste à retirer l'œsophage et les aires ganglionnaires environnantes et le remplacer par l'estomac tubulé, le colon ou l'intestin grêle.

Les voies d'abord seront abdominales, thoraciques et parfois cervical.

Plusieurs techniques en fonction du siège, de l'étendue du cancer et de l'état du malade

L'intervention la plus pratiquée est l'exérèse étendue de l'œsophage avec curage ganglionnaire par voie abdominale et thoracique avec rétablissement du circuit digestif par l'estomac tubulisé et montée dans le thorax.

2/ Radio-chimiothérapie :

- Cancers évolués ou la tumeur est jugée inextirpable (bilan d'extension)

Protocole : radiothérapie 50 Gy pendant 5 semaines et chimiothérapie sur 05 jours les semaines 1, 5, 8 et 11. Des guérisons ont été rapportées

- La radio-chimiothérapie est aussi utilisée dans le but de réduire le volume de la tumeur et la rendre opérable : c'est la radio-chimiothérapie néo-adjuvante (une TDM est réalisée 5 à 6 semaines après traitement et l'indication de la chirurgie est discutée en fonction de la réponse

3/ Chimiothérapie : peut être utilisée seule à visée palliative (5 FU. Cisplatine) chez la patients avec des métastases ne pouvant pas bénéficier ni de la chirurgie ni de la radiothérapie, permet de réduire chez certain patients sélectionnés la douleur, la dysphagie.

Elle peut être utilisée en néo-adjuvant pour réduire le volume de la tumeur

Utilisée seule ou associée à la radiothérapie à visée curative peut donner des réponses complètes et des guérisons comparables à ceux de la chirurgie. Le choix entre ces deux traitements curatifs est fait par des équipes expertes spécialisées.

4/ Autres soins :

Pour les tumeurs sténosantes non résécables : association radio chimiothérapie ou chimiothérapie, prothèse œsophagienne ou destruction tumorale au laser

Traitement de la douleur et de l'hypersalivation

Petites tumeurs superficielles peuvent être traitées par mucosectomie ou électrocoagulation lors de la fibroscopie et contrôle anapath

Le choix de la prise en charge thérapeutique est fait après réunion d'expert de concertation pluridisciplinaire