

ITEM 302 : tumeurs de l'œsophage

Généralités

Types de tumeurs

- Tumeurs bénignes de l'œsophage (non décrites dans ce cours)
 - prévalence : < 1%
 - circonstance de survenue : asymptomatiques
- Tumeurs malignes de l'œsophage = majoritairement des tumeurs primitives
 - malpighiennes : carcinomes épidermoïdes = incidence ↘ (↘ tabac et alcool)
 - glandulaires : adénocarcinomes (> 50%) = incidence ↗ (↗ RGO et obésité)

Épidémiologie

- 4^{ème} cancer digestif après : CCR (1), cancer du pancréas (2) et cancer de l'estomac (3)
- Incidence annuelle : 5000 cas/an (4500 en 2015 = en augmentation)
- Âge de survenue : 50-75 ans (rare avant 40 ans)
- Sex ratio : prédominance masculine (75%)
- Disparité régionale : forte prévalence dans les départements du Nord-Ouest
- Mortalité : 3300 décès/an (en 2015)
- Pronostic : mauvais = survie à 5 ans tous stades confondus : 15%
 - comorbidités (alcool + tabac pour cancers épidermoïdes ; obésité + CV pour adénocarcinomes)
 - symptomatologie typique de révélation tardive (dysphagie + perte de poids)

Facteurs de risque et lésions précancéreuses

	carcinome épidermoïde	adénocarcinome
FdR	<ul style="list-style-type: none">• tabac et alcool +++ (90%)• boissons très chaudes• infection HPV• professionnels (hydrocarbure, métaux)	<ul style="list-style-type: none">• RGO chronique (et sa complication : EBO)• surpoids (IMC > 25 kg/m²) et obésité (IMC > 30 kg/m²)• sexe masculin• tabac
lésions pré-nc	<ul style="list-style-type: none">• syndrome de Plummer-Vinson, association chez femme :<ul style="list-style-type: none">– glossite– anémie microcytaire hypochrome– koïlonychie• œsophagite caustique (plusieurs décennies d'évolution)• radiothérapie médiastinale (techniques anciennes)	<ul style="list-style-type: none">• EBO : csq reflux chronique de liquide gastrique ou duodénal<ul style="list-style-type: none">– risque dégénérescence 10% d'autant plus grand qu'EBO :<ul style="list-style-type: none">. long > 3 cm. circonférentiel. associé à des lésions de dysplasie– prévalence : 1-5% population générale mais 10-20% si RGO

* rôle de l'achalasie reste discuté

Prévention et dépistage

- Prévention (carcinome épidermoïde) : lutte contre tabagisme et consommation excessive d'alcool
- Dépistage individuel : OH-tabac + ATCD cancer ORL et/ou broncho-pulmonaire = FODG annuelle à discuter
- Dépistage et surveillance EBO :
 - échelle population : PAS ↘ mortalité (car progression vers adénocarcinome reste faible)
 - échelle individuelle : ↗ survie car détection lésions précancéreuses ou cancéreuses au stade précoce curable
 - modalités : FODG /2-5 ans selon longueur EBO + IPP au long cours (↘ transformation maligne)

Diagnostic

Examen clinique

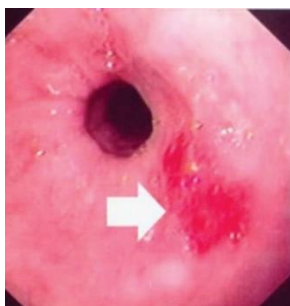
- Circonstance de découverte
 - asymptomatique (gastroscopie pour autre pathologie ou surveillance EBO) : ++ cancers précoces superficiels
 - dysphagie progressive :
 - initialement : solides puis : liquides (≠ dysphagies paradoxales des troubles moteurs de l'œsophage)
 - jusqu'à : aphasie complète
 - associée à : perte de poids parfois majeure (dénutrition)

toute dysphagie progressive avec perte de poids : rechercher un cancer de l'œsophage

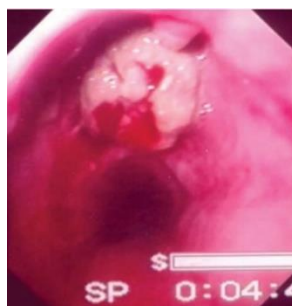
- signes d'envahissement local :
 - « 3D » : dysphagie – dysphonie (nerf récurrent) – dyspnée inspiratoire (compression trachéale)
 - toux après la déglutition (fistule œso-trachéale)
 - PNP à répétition (*fausse route = Σ récurrent*)
 - douleurs sternales / thoraciques, sd cave supérieur, gg de Troisier (= cancer évolué)
- Examen physique
 - état général : indice de performance OMS
 - extension tumorale :
 - palpation des aires ganglionnaires sus-claviculaires et cervicales
 - palpation abdominale (foie multinodulaire dur, masse épigastrique)
 - percussion et auscultation pulmonaire : épanchement pleural
 - critère de dénutrition
 - perte de poids (> 5% en 1 mois ou > 10% en 6 mois)
 - poids et taille (dénutrition = IMC < 18,5 kg/m²)
 - dosage albumine
 - recherche des affections liées à des FdR communs (tabac et alcool) :
 - hépatopathie
 - examen ORL et pneumologique : cancer synchrone (10%)

Examens complémentaires

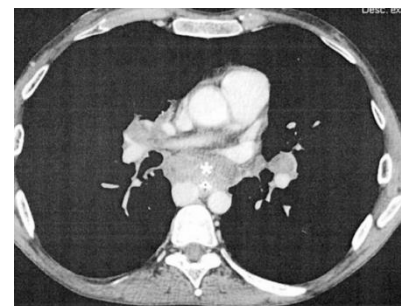
- Diagnostic positif
 - FOGD + biopsies multiples et étagées +++ : devant toute dysphagie de l'adulte
 - biopsies : minimum **8**
 - visualisation sans coloration :
 - distance par rapport aux arcs dentaires (pôles supérieur et inférieur)
 - position par rapport au cardia
 - existence d'un EBO
 - visualisation après coloration :
 - colorations : Lugol (carcinome épidermoïde), bleu de méthylène (adénocarcinome) ou virtuelle
 - . cancer épidermoïde = Lugol - = suspecte de métaplasie
 - . adénocarcinome = bleu de méthylène +
 - meilleur visualisation des limites tumorales
 - recherche 2nd localisation



carcinome épidermoïde invasif de l'œsophage



carcinome œsophagien ulcéré



volumineuse tumeur de l'œsophage (*) envahissant les plans postérieurs et en avant, le péricarde

- Bilan d'extension (délai le plus court possible, présentation en RCP) = classification TNM

1^{ère} intention

- TDM thoraco-abdominale ++ = **systématique**
 - envahissement local (trachée, bronche, aorte)
 - ganglions régionaux (médiastinaux), cœlio-aortiques
 - métastases hépatiques et pulmonaires, carcinoïde
- examen ORL :
 - indications : patients alcoolo-tabagique **ou** carcinome épidermoïde
 - recherche un cancer synchrone ORL

- recherche d'une paralysie récurrentielle
- fibroscopie trachéobronchique = **systematique** (sauf adénocarcinome 1/3 inférieur chez un non-fumeur)
 - recherche cancer bronchique
 - recherche fistule œso-trachéale
- autres non obligatoires (sur points d'appel)
 - scintigraphie osseuse
 - TDM cérébrale

2^{ème} intention si absence d'envahissement trachéal ou de métastase

- échoendoscopie œsophagienne
 - évalue infiltration en profondeur et envahissement gg_R
 - permet ponction écho-guidée d'ADP d'aspects atypiques
- TEP-TDM au fluorodéoxyglucose
 - très sensible pour la détection de l'extension métastatique
 - également utilisé pour définir les champs de radiothérapie

À l'issue, **> 50 %** des patients ont une CI à la résection chirurgicale soit du fait d'une extension de la maladie, soit à cause d'une comorbidité

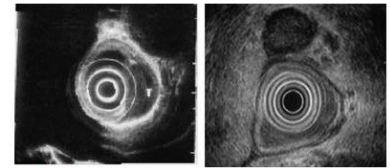


FIG. 29.9 Lésion œsophagienne tumorale visualisée en échoendoscopie permettant de déterminer l'envahissement dans la paroi (T) et dans ce cas avec une adénopathie tumorale.

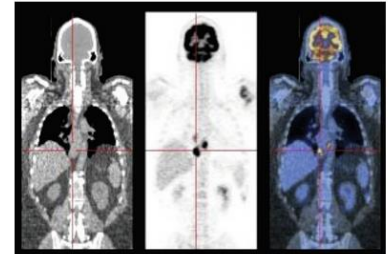


FIG. 29.9 Lésion œsophagienne tumorale visualisée en TEP-scan. Lésion primitive avec une adénopathie tumorale.

Classification TNM (UICC 2010)

- Bilan pré-thérapeutique
 - bilan d'opérabilité ++ (3)
 - fonction respiratoire : EFR
 - fonction hépatique : BHC ± PBH
 - bilan nutritionnel : IMC, ingesta, EPP, albumine, pré-albumine
 - fonction cardiaque : ECG + ETT
 - bilan préopératoire : groupage sanguin – RAI – rhésus – consultation d'anesthésie (ASA...)
 - bilan pré-RCT: NFS-P, iono-créatinine, BHC...

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation multidisciplinaire (RCP)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (PPS)

Mesures hygiéno-diététiques

- Arrêt de l'alcool et du tabac
- Soins de supports (quels que soit le TTT envisagé et le stade = essentiels)
 - suivi nutritionnel
 - PEC psychologique
 - PEC de la douleur
 - kinésithérapie respiratoire
 - sevrage alcool-tabagique
 - PEC sociale
- Support nutritionnel (morbidité et état nutrition)
 - suivi par un diététicien : défini l'apport calorique quotidien, repas enrichis ± aliments mixés et CNO
 - dénutrition et/ou dysphagie importante : SNG ou gastrostomie
 - levée dysphagie : prothèse œsophagienne auto-expandible
 - fistule œsobronchique : prothèse œsophagienne et/ou trachéobronchique possible pour couvrir la fistule
 - permet une alimentation orale en évitant les pneumopathies

Stade 1 : = pT1/2 N0 M0

- TTT endoscopiques = mucosectomie
 - tumeurs liées à la muqueuse : Tis et T1a
 - lésions précancéreuses (dysplasie de haut et bas grade)

Stade 2 : = pT1 – pT2 N1 M0 ou pT3 N0 M0

- TTT chirurgical (référence) : œsophagectomie transthoracique subtotale
- + curage ganglionnaire médiastinale et coronaire stomachique : 15 gg dont 6 gg médiastinaux MINIMUM
- + plastie gastrique (Intervention de Lewis-Santý)

Stade 3

- Radiochimiothérapie : 1^{ère} intention pour cancers épidermoïdes ± suivie d'une chirurgie programmée
- Adénocarcinomes :
 - RCT exclusive
 - ou RCT néoadjuvante + chirurgie
 - ou Chimiothérapie néoadjuvante + chirurgie

Stade 4 : si OMS < 2

- Chimiothérapie palliative : SELS DE PLATINE = formes métastatiques