

Tumeurs de l'œsophage IC-305

- Connaître les deux principaux types histologiques de cancer de l'œsophage
 - Connaître les principales lésions augmentant le risque de survenue ultérieure d'un cancer de l'œsophage
 - Connaître l'incidence et la prévalence des cancers de l'œsophage en France
 - Connaître les principales circonstances de découverte et les manifestations cliniques du cancer de l'œsophage
 - Connaître la stratégie d'exploration par imagerie d'une tumeur de l'œsophage
 - Connaître les indications de la fibroscopie œsogastrique
-

Connaître les deux principaux types histologiques de cancer de l'œsophage OIC-305-01-B

Les tumeurs de l'œsophage souvent presque toujours des **tumeurs malignes**. Il existe **deux types anatomopathologiques** principaux, le **carcinome épidermoïde** (dégénérescence de la muqueuse malpighienne) et l'**adénocarcinome** (dégénérescence d'une muqueuse glandulaire métaplasique de la partie inférieure de l'œsophage). Le symptôme essentiel est la **dysphagie**.

Connaître les principales lésions augmentant le risque de survenue ultérieure d'un cancer de l'œsophage OIC-305-02-A

Carcinome épidermoïde

- **Le tabac et l'alcool** sont les deux principaux facteurs de risque.

D'autres circonstances exposent au risque de cancer malpighien (épidermoïde) de nombreuses années après l'évènement

- L'œsophagite caustique ou post radique (Radiothérapie médiastinale)
- L'achalasie

Adénocarcinome

- **Le Reflux Gastro œsophagien** (RGO) chronique est un facteur de risque quand il se complique d'une muqueuse de Barrett ou EndoBrachyOesophage (EBO). Etat précancéreux avec le remplacement de la muqueuse malpighienne du bas œsophage par une muqueuse glandulaire (métaplasie intestinale). L'EBO se développe chez 10 à 20% des sujets avec RGO chronique. Au sein de cet EBO, des foyers de dysplasie, de cancer *in situ* puis de cancer invasif peuvent se développer
 - Le surpoids (lui-même favorisant le RGO), IMC > 25 Kg/m²
 - Le sexe masculin
 - La consommation de tabac
-

Connaître l'incidence et la prévalence des cancers de l'œsophage en France OIC-305-03-B

L'incidence du cancer de l'œsophage est relativement **stable en France** avec 5500 nouveaux cas par an. Il concerne 3 fois plus les hommes que les femmes. On constate une diminution de l'incidence des cancers épidermoïdes et une forte augmentation de celle des adénocarcinomes, en rapport avec l'évolution de l'exposition aux facteurs de risque.

Connaître les principales circonstances de découverte et les manifestations cliniques du cancer de l'œsophage OIC-305-04-A

A la période asymptomatique, l'endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD)

- De surveillance de l'EBO tous les 2 à 5 ans en fonction de son étendue.
- De dépistage chez les sujets alcoololo-tabagiques permet le diagnostic à cette période

A la période symptomatique :

- **Dysphagie** progressive aux solides puis aux liquides (sensation d'arrêt transitoire des aliments dans l'œsophage)
- Signes associés :
 - o La perte de poids (souvent > 5 à 10% du poids)
 - o Plus rarement :
 - § Dysphonie par envahissement du nerf récurrent.
 - § Toux après la déglutition (signe de fistule oeso-trachéale ou oeso-bronchique)

- § Douleur thoracique ou dorsale
 - § Palpation d'un ganglion de sus claviculaire gauche (Troisier)
 - § Hémorragie digestive (hématémèse et/ou méléna)
 - § Symptômes en rapport avec les métastases
-

Connaître la stratégie d'exploration par imagerie d'une tumeur de l'œsophage OIC-305-05-B

L'examen diagnostique de référence est l'endoscopie oeso-gastroduodénale avec biopsies (à prescrire dès l'apparition de la dysphagie en particulier chez un sujet à risque). **Les biopsies doivent être multiples** (une dizaine) pour permettre le diagnostic histologique et déterminer le statut moléculaire à visée thérapeutique en situation métastatique (expression de PD-L1 quel que soit l'histologie, statut MSI pour les adénocarcinomes du bas œsophage).

Evaluation de l'état général et nutritionnel (performance status selon OMS, cinétique de perte de poids, albumine sérique, fonction rénale et hépatique)

Evaluation de la fonction cardiaque (échographie cardiaque, fraction d'éjection) et respiratoire (EFR)

Si Epidermoïde :

- Recherche d'un second cancer ORL et bronchique (ex ORL, bronchoscopie) – mêmes facteurs de risque
- Bilan d'extension :
 - o Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste (+ cervical si localisation sur 1/3 supérieur de l'œsophage)
 - o TEP-scan au 18-FDG (en complément du scanner pour confirmer l'absence de métastase avant traitement à visée curative)
 - o Echo-endoscopie œsophagienne si lésion de petite taille franchissable en endoscopie, notamment pour confirmer le caractère superficiel avant traitement par résection endoscopique et poser l'indication d'un traitement néoadjuvant (chimiothérapie ou radio-chimiothérapie) avant chirurgie.

Si Adénocarcinome :

- Bilan d'extension :
 - o Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste
 - o Echo-endoscopie œsophagienne si lésion de petite taille franchissable en endoscopie, notamment pour confirmer le caractère superficiel avant traitement par résection endoscopique et poser l'indication d'un traitement néoadjuvant (chimiothérapie ou radio-chimiothérapie) avant chirurgie.
-

Connaître les indications de la fibroscopie œsogastrique OIC-305-06-B

1/ **toute dysphagie** nécessite une exploration par endoscopie digestive haute (endoscopie oeso-gastro-duodénale)

2/ la surveillance des situations à risque :

- Surveillance d'un EBO tous les 2 à 5 ans (cf ci-dessus)
- Dépistage chez les sujets avec une double intoxication alcool et tabac

3/ l'exploration d'une hématémèse et/ou méléna ou d'une anémie ferriprive.
