Faculté De Médecine Batna

Cancer De L œsophage

Dr Guezi

Plan

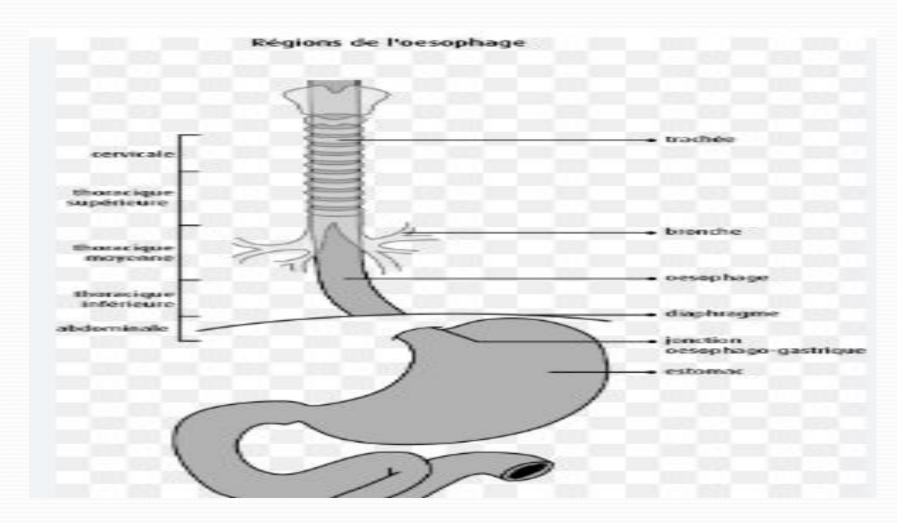
- Définition
- Anatomie
- Epidémiologie
- Anatomopathologie
- Diagnostic positif
- Bilan d extension
- Traitement
- Conclusion

Définition

- c'est l'ensemble des tumeurs malignes primitives développées aux dépens de différentes tuniques de l'œsophage.
- Le diagnostic est souvent tardif(La dysphagie est souvent négligée.)
- Le pronostic de ce cancer est sombre du fait d'un diagnostic tardif et du terrain souvent défavorable, avec dans 12 a 17% des cas, un cancer ORL associe.

- Il existe deux formes principales de cancer de l'œsophage, selon le type de cellules où il se développe.
 - Le cancer épidermoïde de l'œsophage (80%), comme les autres cancers de la sphère aéro-digestive supérieure, se développe à partir de l'épithélium malpighien.
 - Et l'adénocarcinome (20%) se développe sur une muqueuse glandulaire qui correspond:
 - rarement à des foyers d'hétérotopie gastrique (au 1/3 supérieur de l'oesophage)
 - et très souvent à une métaplasie gastrique et ou intestinale secondaire à une œsophagite peptique

Anatomie



Epidémiologie

- Cancer épidermoïde de l'oesophage : 80 %
 - Son incidence est relativement élevée en France, avec 4800 cas en 2012
 - 480 000 cas dans le monde en 2008 dont 400 000 chez l'homme et 80 000 chez la femme
 - Cancer épidermoïde : alcool, tabac ,boissons et aliments chauds.
 - On connaît également certains états pathologiques de l'œsophage prédisposant à ce type de cancer : œsophagite caustique, achalasie du cardia...
 - Dans les régions du monde de très forte incidence (Asie, Afrique du Sud), des facteurs carentiels semblent intervenir et la répartition est identique selon le sexe
 - facteurs alimentaires (fibres de silice dans farine chinoise, carence en protéine animale, en vit A et C, en zinc)
 - et consommation de mélange d'opium « sukted ».

- Adénocarcinome de l'oesophage : 20 %
 - Sa prévalence est environ 20 fois inférieure à celle du cancer épidermoïde.
 - Le seul facteur étiologique bien démontré
 - c'est l'existence d'un endo-brachy-oesophage (EBO) ou œsophage de Barrett, processus de réparation de l'oesophagite peptique.
 - excès alimentaire et graisses animales
 - On admet que l'adénocarcinome se développe:
 - chez environ 10 % des sujets atteints d'endo-brachy-oesophage.
 - Les hommes sont 10 fois plus exposés que les femmes.

Les Facteurs Etiologiques

- Le cancer de l'œsophage n'est pas attribuable à une cause unique mais certains facteurs augmentent le risque de développer la maladie :
 - un œsophage de Barrett;
 - le fait de fumer ou de chiquer du tabac;
 - la consommation de grandes quantités d'alcool, surtout si elle est associée au tabagisme;
 - l'irritation ou les lésions causées par une exposition à des produits chimiques ou par l'absorption fréquente de liquides très chauds;
 - d'autres formes de cancer au niveau de la tête, du cou ou du système digestif.

Le Kc peut se développer après une radiothérapie intéressant la tête, le cou, le thorax et l'abdomen

Anatomopathologie

- Classification simplifiée des cancers de l'œsophage
 - Les tumeurs malignes primitives sont pour la plupart des carcinomes, avec deux principales variétés :
 - le carcinome épidermoïde (>80 %)
 - et l'adénocarcinome (20 %), ce dernier en nette augmentation.
 - Les tumeurs malignes non épithéliales sont exceptionnelles
 - Les tumeurs secondaires correspondent à:
 - des extensions de cancers de voisinage (larynx, cardia, arbre trachéo-bronchique...)
 - ou à des métastases (voies aériennes supérieures, poumon, sein...).

• 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.

Classification

- Les classifications TNM de l'UICC et de l'AJCC sont identiques. On emploie d'autres systèmes de classification pour des types de cancer différents comme la leucémie.
 - Tx : Impossible d'évaluer la tumeur primitive
 - Tis: Carcinome in situ = intra-muqueux
 - T1: Envahissement de la muqueuse ou sous muqueuse
 - T₂: Envahissement la musculeuse
 - T₃: Envahissement de l'adventice
 - T4: Envahissement des structures adjacentes ou organes de voisinage
 - No : Pas de signe d'atteinte ganglionnaire
 - N1:1 ou 2gg régionaux
 - N2: 3-6 adénopathies
 - N:7adénopathies ou plus

métastase

- Mo : Pas de métastase à distance

- M1 : Métastase à distance

Diagnostic positif

- Circonstances révélatrices du cancer de l'oesophage
 - Homme avec un long passé de consommation alcoolique et tabagique.
 - Tout signe d'appel œsophagien ou thoraco-respiratoire peut révéler un cancer de l'oesophage; il s'agit très souvent alors d'une forme invasive de mauvais pronostic.
 - La dysphagie est le symptôme dominant:
 - Symptôme dominant, habituellement élective pour les solides (non paradoxale), d'apparition récente et d'évolution progressive entraînant un état de dénutrition avec amaigrissement
 - Possible association à des éructations douloureuses, des régurgitations, des hyper sialorrhées
 - Signe tardif = cancer invasif

- Les autres symptômes, rarement isolés et plus tardifs, sont la traduction d'une lésion évoluée ou d'une complication :
 - douleur thoracique,
 - infection broncho-pulmonaire par fausse route ou fistulisation de la tumeur dans l'arbre respiratoire,
 - dyspnée inspiratoire par compression trachéale,
 - dysphonie par atteinte des récurrents (gauche le plus souvent),
 - syndrome de Claude Bernard Horner par lésion du sympathique cervical,
 - compression cave ou péricardique.
 - L'hémorragie massive par érosion de gros vaisseaux
 - et l'anémie d'origine inflammatoire ou par saignement occulte sont rares.

« Quelles que soient les circonstances de découverte, le diagnostic impose la réalisation d'une endoscopie et de prélèvements biopsiques qui précisent le type histologique. »

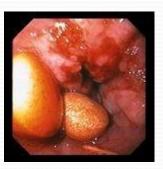
- L'endoscopie doit mesurer dans tous les cas la distance entre le pôle supérieur de la lésion néoplasique et la bouche de Killian
 - Les lésions limitées sont de diagnostic plus difficile mais doivent être bien connues car elles permettent le diagnostic au stade de cancer non invasif, seule forme susceptible de guérir:
 - Il peut s'agir d'une plage de muqueuse discrètement surélevée
 - ou au contraire érodée,
 - d'un simple dépoli avec changement de coloration et de brillance de la muqueuse,
 - ou d'un petit nodule.

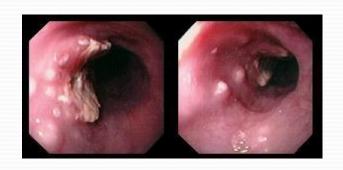
normal



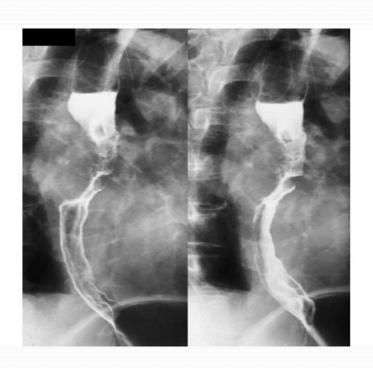


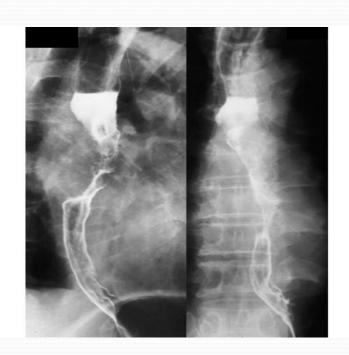






- Transit baryté de l'œsophage:
 - Pour les tumeurs infranchissables surtt localisation





Bilan d extension

Examen clinique complet : aires ganglionnaires Évaluation de l'etat nutritionnel :poids , taux de protides

TDM TAP spiralé :envahissement local.metastases

Echo endoscopie :toujours après un bilan d extension négatif

Mesure de l'envahissement pariétal++; biopsie

Fibroscopie trachéobranchique

Examen orl avec laryngoscopie indirecte

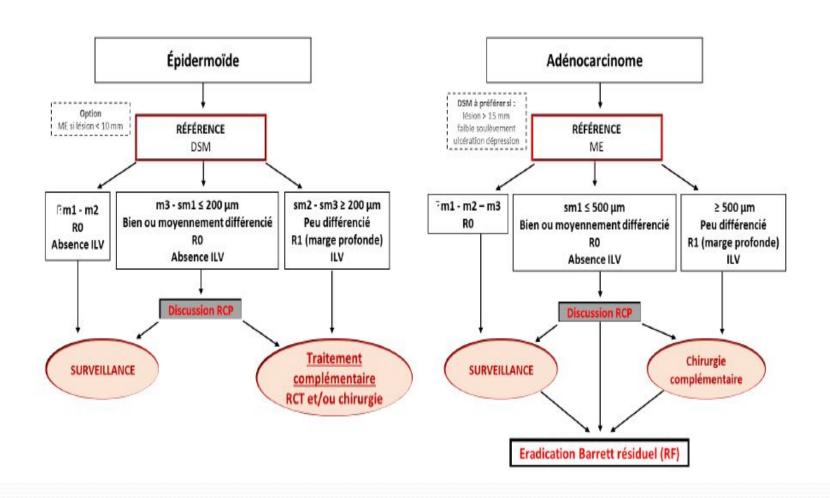
Options

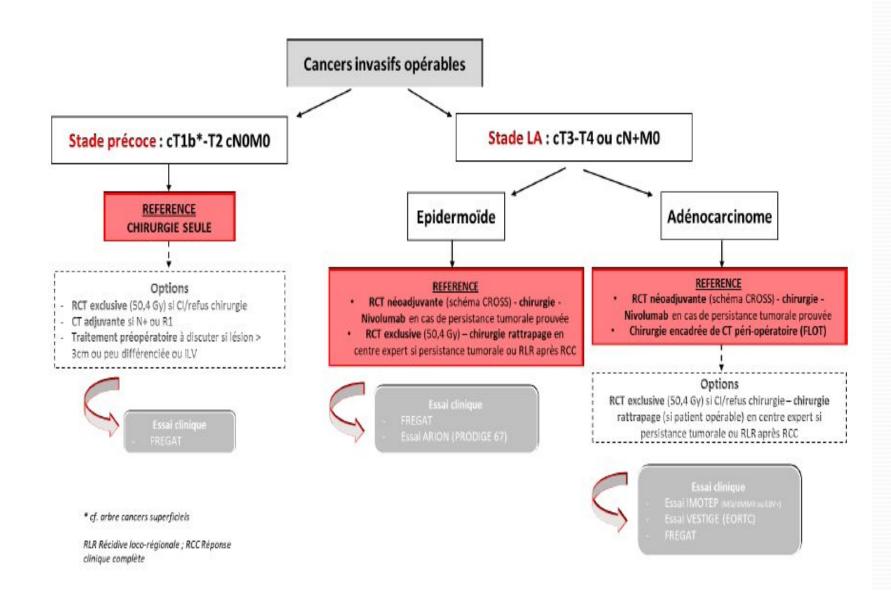
- Scintigraphie osseuse TDM cérébrale en cas de signes d'appel
- Echographie des creux sus claviculaire
- Laparoscopie pour éliminer une carcinose

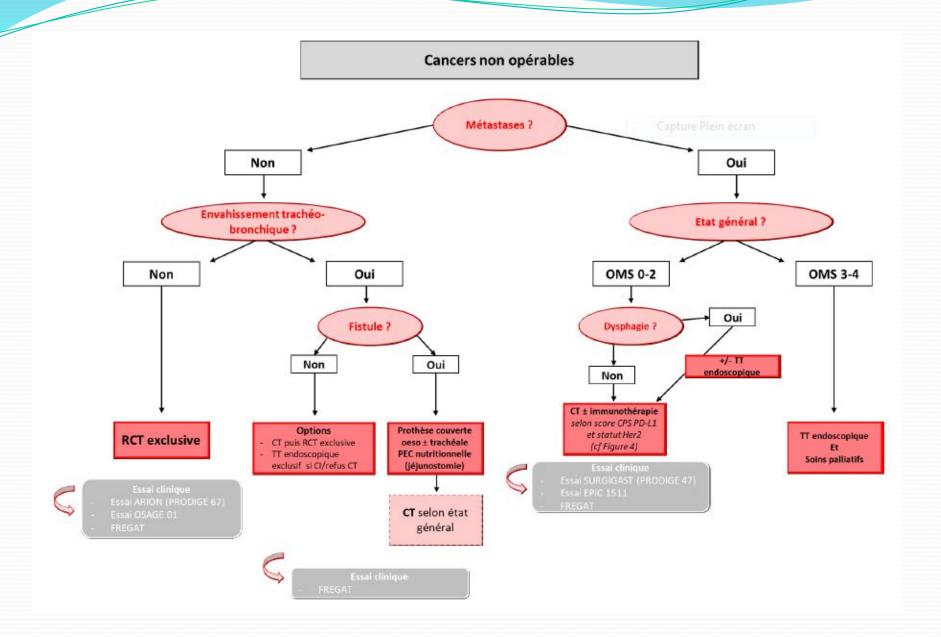
Traitement

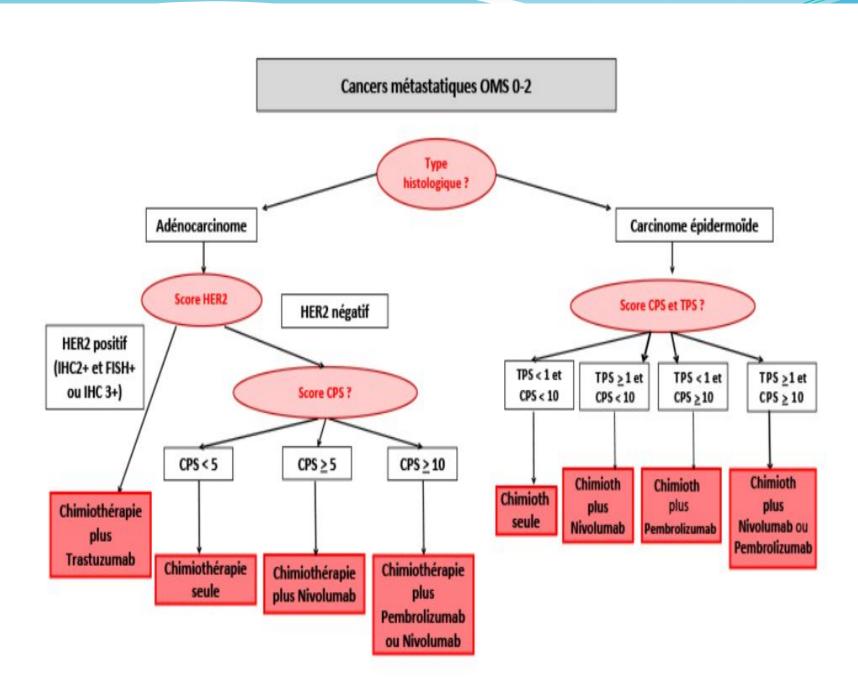
- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Le traitement chirurgical standard devrait répondre à plusieurs buts :
 - La résection de la tumeur primaire et le traitement symptomatique (dysphagie, hémorragie digestive haute), avec la morbidité et la mortalité les plus faibles possibles;
 - Le rétablissement de la continuité par une plastie (estomac, côlon, intestin grêle);
 - Le curage ganglionnaire (thérapeutique et diagnostique);
 - L'établissement du staging pour évaluer la nécessité et l'efficacité potentielle d'un traitement adjuvant ;
 - L'analyse de la réponse tumorale au traitement néoadjuvant.

Cancers superficiels (Tis / T1)









Conclusion

- Dans les cancers localisés, le traitement de référence est la chirurgie
- Parfois, une chimiothérapie associée à la radiothérapie (appelée radio chimiothérapie) seule ou une chimiothérapie préopératoire (ou néo adjuvante) peut être proposée.
- Pour les cancers localement avancées, une radio chimiothérapie préopératoire est le traitement habituel. Elle peut être proposée seule en cas de contre-indication à la chirurgie.
- Pour les cancers métastatiques, la chimiothérapie seule est le traitement de référence. Elle peut contribuer à ralentir le développement de la maladie, à soulager les symptômes (diminuer les douleurs notamment) et à améliorer la qualité de vie.