

**UNIVERSITE FERHAT ABBAS 1 DE SETIF**  
**FACULTE DE MEDECINE**

**Pr I. OUAHAB**

Professeur: I. OUAHAB  
Spécialiste en Chirurgie Générale  
C.H.U. DE SETIF

# **Cancer de l'œsophage**

**Année Universitaire 2018 / 2019**

## **Plan**

- I- Définition – Introduction**
- II- Intérêt de la question**
- III- Epidémiologie**
- IV- Etiopathogénie**
- V – Anatomie pathologique**
- VI – Diagnostic positif**
- VII – Diagnostic différentiel**
- VIII – Bilan pré thérapeutique**
- IX – Traitement**
- X- Surveillance**
- XI- Evolution – Pronostic**
- XII- Conclusion**

## **I- Définition – Introduction :**

- Le cancer de l'œsophage est l'ensemble des tumeurs malignes primitives développées aux dépens des tuniques de l'œsophage.
- Il s'agit dans 95 % d'un carcinome, souvent épidermoïde actuellement en nette augmentation.
- Malgré de nouveaux progrès dans le dépistage, le diagnostic, le bilan d'extension et le traitement, le pronostic reste sombre: La survie globale à 5 ans < 10 %.
- La prise en charge d'un cancer de l'œsophage doit être pluridisciplinaire (chirurgien, endoscopiste, oncologue et radiothérapeute).

## **II- Intérêt de la question :**

### **1- Fréquence:**

- C'est le 3<sup>e</sup> cancer digestif, derrière le cancer colorectal et le cancer gastrique.
- Sa fréquence est favorisée par l'intoxication alcoolique et tabagique.

### **2- Diagnostique:**

- Souvent tardif au stade de dysphagie.
- Des progrès sont effectués pour un diagnostic précoce grâce à l'endoscopie, l'écho endoscopie et la TDM dans le bilan d'extension.

### **3- Thérapeutique:**

- Le traitement curateur est purement chirurgical.
- La chimio- radiothérapie peut améliorer le confort de survie.

### **4 - Pronostique:**

- Il est sombre du fait du diagnostic tardif et du mauvais terrain.

## **III- Epidémiologie :**

### **1- Fréquence:**

- Elle est en constante croissance, en raison probablement des méfaits de l'intoxication alcoolique et tabagique.
- C'est le 3<sup>ème</sup> cancer digestif, derrière le cancer colorectal et le cancer gastrique. Il est au 9<sup>ème</sup> rang de fréquence parmi tous les cancers et au 7<sup>ème</sup> rang par la mortalité.
- Régions à haut risque : Chine, Iran.
- Ce cancer est plus fréquent parmi les classes défavorisées ou de niveau d'éducation faible.

### **2- Age:**

- La fréquence du cancer de l'œsophage augmente avec l'âge.
- Le cancer est exceptionnel avant 30 ans.

### **3- Sexe:**

Prédominance masculine > 80 %.

#### **IV- Etiopathogénie :**

##### **1 / Facteurs favorisants :**

- Intoxication alcoolique tabagique.
- Carence nutritionnelle en protéines animales, en vitamine A, B, C et en fer.
- Prise d'aliments et de boissons chaudes (le thé de Chine).
- Radiations ionisantes : Radiothérapie externe médiastinale et les expositions nucléaires.

##### **2 / Lésions pré cancéreuses :**

- Lésions cicatricielles après brûlures caustiques.
- Oesophagite peptique.
- Mégaoesophage.
- Endobrachyoesophage.
- Sclérodermie.
- Syndrome de plummer- Vinson.
- Association d'un cancer des voies aéro digestives supérieures.

#### **V – Anatomie pathologique :**

##### **1 / Macroscopie :**

Le type ulcéro- végétant est le plus fréquent. Les formes infiltrantes pures sont rares.

##### **2 / Histologie :**

- Le carcinome épidermoïde (épithélioma malpighien) est la tumeur la plus fréquente : 90 % des cas.
- Beaucoup moins fréquent : Carcinome muco- épidermoïde, cylindrome, carcinome mixte, mélanome malin, sarcome, lymphome et mélanome.

##### **3 / Classification :**

- Tis : Cancer superficiel.
- T. 1 : Tumeur de moins de 5 cm de long, non circulaire.
- T. 2 : Tumeur entre 5- 10 cm ou circulaire sans extension extra œsophagienne.
- T. 3 : Tumeur de plus de 10 cm ou toute tumeur avec signes d'extension extra œsophagienne.
- T.4 : Tumeur envahissant les structures adjacentes.
- N. 0 : Pas d'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux.
- N. + : Signes d'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux.
- M.0 : Pas de signes de métastases à distance.
- M. + : Signes de métastases à distance : Hépatiques, pulmonaires, osseuses et ORL.

##### **4 / Siège :**

- Cancer du 1 / 3 moyen : 50 %.
- Cancer du 1 / 3 inférieur : 30 %.
- Cancer du 1 / 3 supérieur : 20 %.

### **5 / Extension :**

- Locale : En hauteur, en profondeur et vers les organes de voisinage (plèvre, trachée, aorte et péricarde)
- Lymphatique : vers le haut (ganglion sus-claviculaire gauche) et vers le bas (coronaire stomachique et cœliaque).
- A distance : Hépatique, pulmonaire et à distance.

## **VI – Diagnostic positif :**

### **1/ Circonstances de découverte:**

#### **- Signes digestifs:**

- \* Dysphagie: Maître symptôme, fréquent dans 85 % des cas. C'est une sensation de ralentissement ou d'accrochage rétro-sternal d'abord intermittent, minime et éleatif pour les solides puis permanent pour les aliments de plus en plus fluides aboutissant à l'aphagie.
- \* Douleurs rétro-sternales: Plus marquée lors de la déglutition.
- \* Hémorragie digestive haute (anémie ou hématemèse).
- \* Signes accompagnateurs: Régurgitations, hoquet, éructation, haleine fétide et hyper-sialorrhée à jeun.

#### **- Signes respiratoires:**

- \* Toux, hémoptysie, pleurésies purulentes, abcès pulmonaire, dysphonie par paralysie récurrentielle et fausses routes.

#### **- Signes généraux:**

- \* AEG avec asthénie, anorexie et amaigrissement.
- \* Découverte fortuite: Surveillance d'un EBO, mégaoesophage, bilan pré-thérapeutique d'un cancer ORI. ou broncho-pulmonaire.
- Métastases: Ganglionnaires, osseuses et viscérales.

### **2 /Examen clinique:**

L'examen physique est souvent peu contributif. Il évalue l'état du malade et recherche des signes d'extension tumorale.

### **3 / Examens para-clinique à visée diagnostique:**

#### **3-1- Fibroscopie:**

Examen clé du cancer de l'œsophage. Il permet les biopsies dirigées. Il précisera l'aspect de la lésion et son siège par rapport aux arcades dentaires et au cardia.

#### **3-2- Transit œsogastroduodénal (TOGD):**

Examen précieux après l'endoscopie. Il peut révéler :

- Une sténose longue irrégulière et tortueuse (cancer infiltrant).
- Une sténose courte et régulière (cancer ulcéré).
- Simple rigidité ou spasme.
- Apprécie les Pôles > et < de la tumeur.



## **VII – Diagnostic différentiel :**

- Tiers inférieur : Sténose peptique.
- Tiers moyen : Carcinose médiastinale.
- Tiers supérieur : Cancer de la thyroïde, spasme du crico pharyngien.

## **VIII – Bilan pré thérapeutique :**

### **1 / Bilan d'extension :**

- Examen ORL plus laryngoscopie : Recherche une autre localisation tumorale et la mobilité des cordes vocales.
- Endoscopie trachéo bronchique : En cas de cancer du 1 / 3 moyen et supérieur de l'œsophage.
- Echographie abdominale : Métastases hépatiques et carcinose péritonéale.
- Radiographie pulmonaire : Peut retrouver un élargissement du médiastin ou une opacité anormale.
- TDM : Permet d'apprécier l'envahissement loco régional ou lymphatique et de suivre l'évolution de la maladie.
- Echo-endoscopie : Améliore le bilan d'extension.

### **2 / Bilan du terrain ou pré opératoire :**

- Age physiologique et antécédents.
- Bilan biologique standard.
- Etat pulmonaire, cardiaque, rénal et bilan d'hémostase.
- Fonction hépatique : Signes de cirrhose ou d'hépatite alcoolique.
- Etat nutritionnel et retentissement protidique.

## **IX – Traitement :**

### **1 / Buts :**

- Enlever la tumeur et les territoires lymphatiques concernés.
- Restaurer la fonction digestive d'emblée.

### **2 / Méthodes :**

#### **2-1- Chirurgie : Hospitalisation +++**

##### **2- 1-1 : Chirurgie radicale :**

- Oesogastrectomie par voie mixte abdominale et thoracique : Technique de Lewis- Santy.
- Oesophagectomie par voie thoracique gauche : Opération de Sweet.
- Procédé d'Akayama qui comporte une thoracotomie, laparotomie et cervicotomie pour réaliser une anastomose oesogastrique au cou.
- Oesophagectomie sans thoracotomie (tubulisation gastrique).
- Oesophagectomie suivie de colo plastie (tubulisation colique ou jéjunale).

##### **2- 1- 2 : Chirurgie palliative :**

- By-pass oesophagiens (dérivations).
- Gastro ou jéjunostomie d'alimentation.

#### **2-2 – Radiothérapie : Surtout a un intérêt antalgique.**

#### **2-3- Chimiothérapie : 5 FU, cisplatine, ou mitomycine.**

**2-4- Dilatations endoscopiques.**

**2-5- Laser :** Pour améliorer la dysphagie par forage de la tumeur.

**2-6- Endoprothèses et dilatations.**

### **3 / Indications:**

#### **\* Cancer superficiel:**

- Traitement endoscopique par mucosectomie : Traitement de référence +++ si la lésion a un diamètre < 2 cm (après coloration vitale), n'est pas ulcérée, son caractère superficiel (m1 ou m2) peut être affirmé par une échocendoscopie.

#### **\* Cancer invasif opérable:**

- Œsophagectomie: Chirurgie radicale à visée curative emportant la totalité de la lésion si la tumeur est extirpable + chimiothérapie post op.

#### **\* Cancer inopérable non métastatique:**

- Radio-chimiothérapie exclusive.

- Prothèse œsophagienne expansive couverte plus ou moins de prothèse trachéo-bronchique si l'envahissement trachéal est très obstructif avec fistules ou jéjunostomie d'alimentation.

#### **\* Cancer métastatique:**

- Radiochimiothérapie concomitante puis chimiothérapie seule.

- Chimiothérapie et traitement endoscopique de la dysphagie.

- Traitement endoscopique de la dysphagie.

### **4 / Contre indications à l'exérèse :**

#### **\* Les critères de non-opérabilité (contre-indications absolues) :**

- Très grand âge (> 75 ans à discuter),

- Insuffisance respiratoire ( $PaO_2 < 60$  mm Hg,  $PaCO_2 > 45$  mm Hg,  $VEM < 1\ 000$  ml/s),

- Cirrhose décompensée avec insuffisance hépatocellulaire (TP < 60 %) et/ou hypertension portale,

- Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois ou cardiopathie évolutive, coronarite évolutive, insuffisance cardiaque.

- Perte de poids > 20 % du poids de forme,

- Insuffisance rénale (créatininémie > 1,25 x N),

- Altération profonde de l'état général,

#### **\* Les critères de non-résécabilité :**

- Adhérence à l'aorte sur plus de 90° de sa circonférence,

- Envahissement trachéobronchique (bourgeon trachéal biopsié, fistule œso-trachéale), azygos ou récurrentiel,

- Diamètre tumoral > 4 cm,

- Adénopathies cœliaques ou sus-claviculaires,

- Métastases viscérales.

## **X- Surveillance :**

### **1 /Après traitement curatif :**

- Examen clinique tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans.
- Examens para cliniques : En fonction des symptômes (transit œsophagien, fibroscopie digestive haute, cliché du thorax, échographie et/ou scanner abdominal).
- La surveillance par fibroscopie œsophagienne tous les 1 à 2 ans apparaît justifiée en cas d'endobrachyœsophage persistant ou de traitement conservateur à la recherche de foyers de cancer in situ.
- Pour le diagnostic précoce de nouvelles localisations ORL ou bronchiques : examen ORL et radiographie thoracique annuels, à la recherche d'un cancer métachrone, en cas de cancer épidermoïde.
- Fibroscopie bronchique non systématique.
- Une aide au sevrage d'alcool et de tabac doit être proposée.

### **2 / Après traitement palliatif :**

- Examen clinique et examens complémentaires orientés par les symptômes.

## **XI- Evolution – Pronostic :**

- Les résultats de la chirurgie dans le cancer de l'œsophage ont fortement progressé au cours de ces dernières années, en particulier dans les centres experts. La sélection des patients candidats à la chirurgie, l'expertise chirurgicale et l'amélioration de la prise en charge péri opératoire sont les principaux facteurs responsables de ce progrès.
- Les facteurs pronostiques sont liés à la tumeur (taille, localisation stade TNM), au terrain (état nutritionnel, score ASA) et à la stratégie thérapeutique.
- La survie globale à 5 ans du cancer de l'œsophage est de 5 à 10 % après résection.
- La survie après exérèse chirurgicale est dépendante du stade tumoral et de l'envahissement ganglionnaire.
- Les récives néoplasiques surviennent chez 50 % des patients.

## **XII- Conclusion :**

- Le cancer de l'œsophage reste redoutable vu son diagnostic tardif.
- Une attention particulière doit être donnée aux sujets à risque (dépistage précoce) par la pratique à grande échelle d'un examen endoscopique chez tout patient consultant pour un problème œsophagien suspect.
- Le traitement chirurgical est le traitement de choix en dehors de contre indication objective.

**Mots clés :** Cancer de l'œsophage – Dysphagie – Endoscopie - Carcinome épidermoïde - Chirurgie ou traitement palliatif.