



UNIVERSITÉ DJILLALI LIABES SIDI-BEL-ABBÈS



FACULTÉ DE MÉDECINE TALEB MOURAD

Module: Gastro-entéro-hépatologie

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

*PRÉSENTÉ PAR DR : **OUACHER.L***

ANNÉE 2024/2025

OBJECTIFS

- ❖ *Connaître les causes favorisantes et états précancéreux du cancer de l'œsophage.*
- ❖ *Connaître les moyens du diagnostic et les principaux éléments du bilan d'extension.*
- ❖ *Connaître les pathologies responsables d'une dysphagie et posant le problème de diagnostic différentiel avec le cancer de l'oesophage*
- ❖ *Connaître les principes du traitement et de surveillance*

PLAN

- I. Définition**
- II. Intérêt de la question**
- III. Rappel anatomique**
- IV. Epidémiologie**
- V. Etiologie**
- VI. Anatomopathologie**
- VII. Diagnostic positif**
- VIII. Diagnostic Différentiel**
- IX. Bilan d'extension**
- X. Bilan d'opérabilité**
- XI. Traitement**
- XII. Conclusion**

I. DÉFINITION

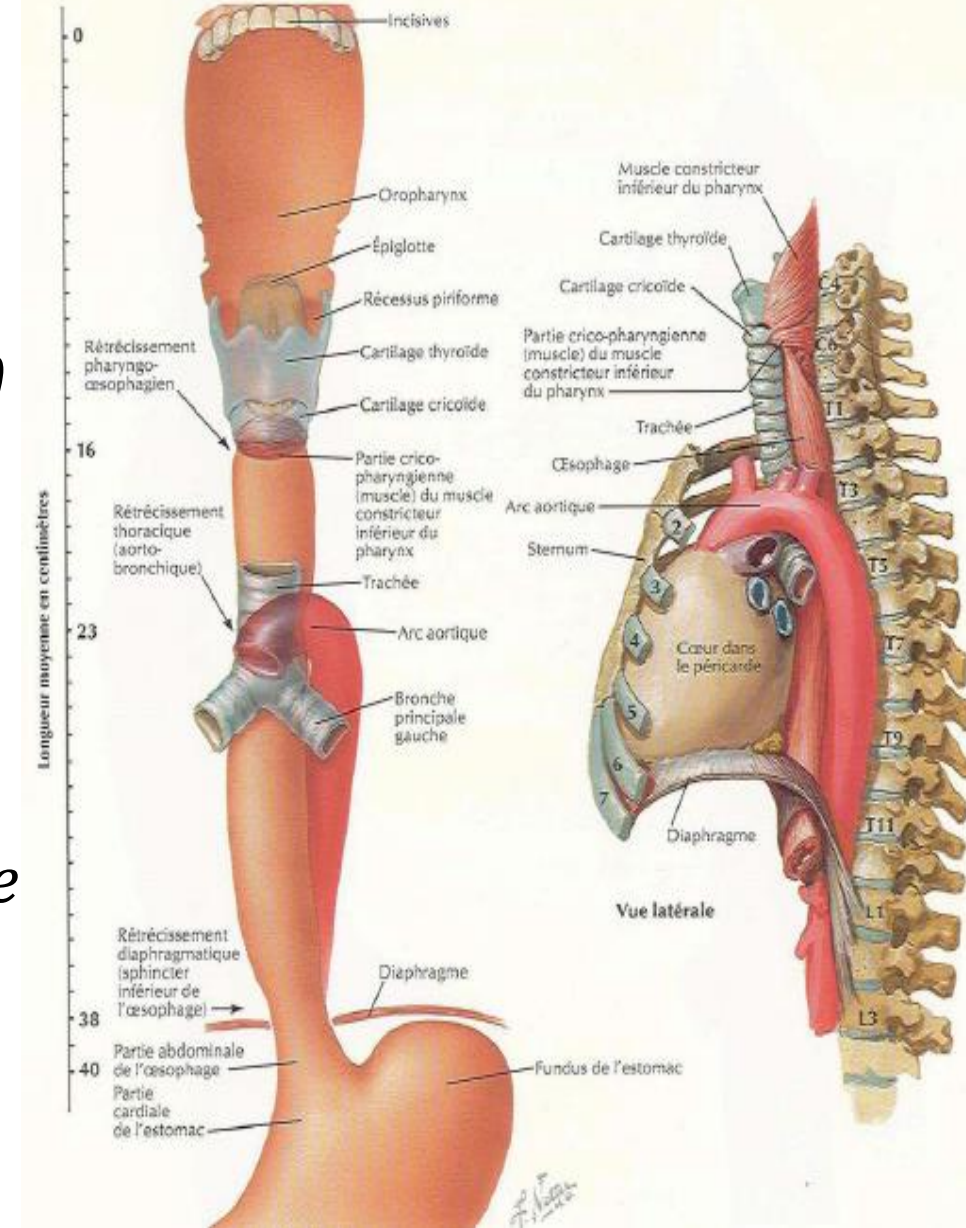
- ❖ *Le cancer de l'œsophage est l'ensemble des tumeurs malignes primitives développées aux dépens des tuniques de l'œsophage.*
- ❖ *Sont exclues les tumeurs du cardia et de l'hypopharynx.*
- ❖ *Entité pathologique à la réputation justifiée de « **mauvais cancer** » de part :*
 - *La topographie profonde, peu parlante et donc peu accessible aux moyens thérapeutiques.*
 - *Les rapports péjoratifs qui limitent les gestes de la chirurgie carcinologique.*

II. INTÉRÊT DE LA QUESTION

- ❖ *Cancer rare chez nous, mais en constante croissance, en raison de:*
 - *Méfais de l'intoxication alcoolique et tabagique.*
 - *L'absence de dépistage, le suivi et le traitement des états précancéreux*
- ❖ *Pronostic très sombre avec une moyenne de survie de **10% à 5 ans**, en raison de :*
 - *La précarité du terrain sur lequel il survient (Alcoololo-tabagique).*
 - *Retard habituel du diagnostic (dysphagie négligée)*
 - *Un caractère souvent plurifactoriel de la tumeur.*
 - *Difficulté thérapeutique (topographie profonde et peu accessible, rapport vasculaire important).*

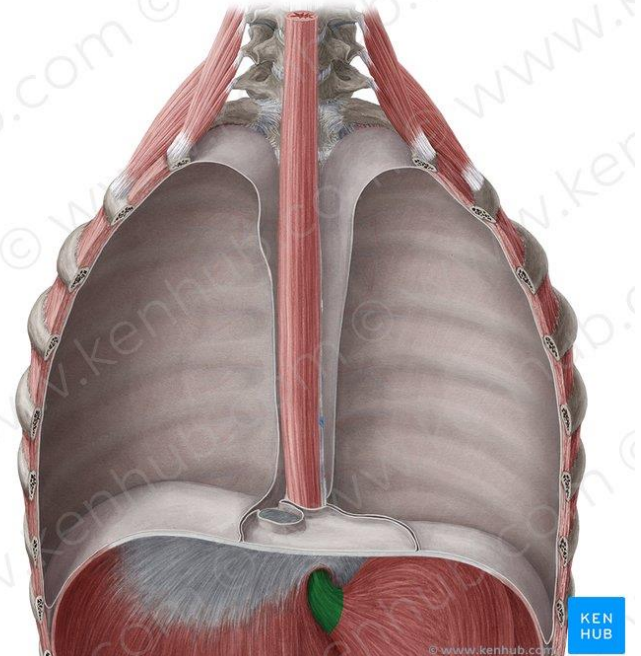
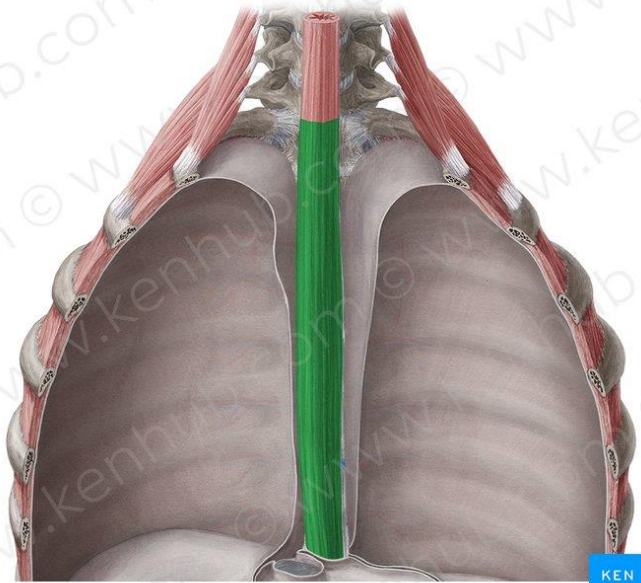
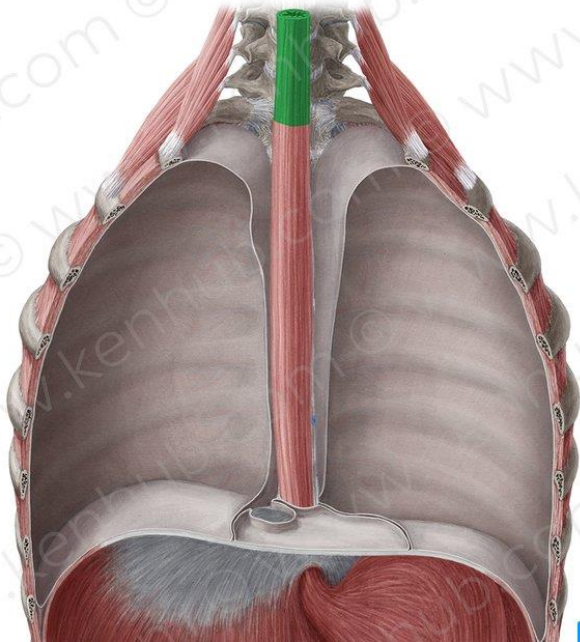
III. RAPPEL ANATOMIQUE

- ❖ C'est un conduit musculo-membraneux du tube digestif; contractile
- ❖ relie le pharynx à l'estomac.
- ❖ D'environ 25cm de longueur: du cartilage cricoïde (15cm de l'arcade dentaire) au cardia (40cm de l'AD)
- ❖ Calibre irrégulier : 2à3 cm; avec 3 rétrécissements:
 - Cricoïdien .
 - Aorto-bronchique (TH04 : crosse de l'aorte et bronche souche gauche)
 - Diaphragmatique (hiatus œsophagien)
- ❖ Organe médian et profondément situé, en arrière de la trachée,
- ❖ Appliqué en haut sur la colonne vertébrale. Se porte progressivement en avant jusqu'au diaphragme qu'il traverse au niveau du hiatus œsophagien



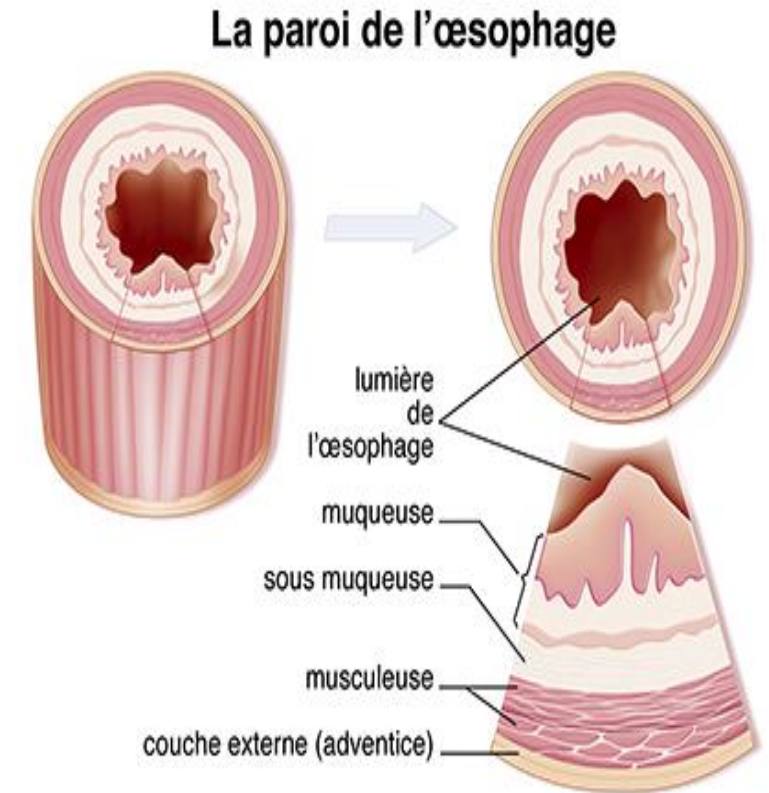
III. RAPPEL ANATOMIQUE

- ❖ Composé de 3 portions : **Cervicale** , **Thoracique** et **Abdominale**:
 - ❖ **L'oesophage cervical**: mesure 5 à 6 cm et s'étend du bord inférieur du cartilage cricoïde (15cm de l'arcade dentaire = C6) à la 1^e vertèbre Thoracique (TH1).
 - ❖ **L'oesophage thoracique**: s'étend de TH1 à TH10-TH11 et mesure 16 cm (situé de 21 à 37 cm des AD).
 - ❖ **L'oesophage abdominal**: présente une longueur variable selon les auteurs, estimée à 3 cm (situé de 37 à 40 cm des AD).
- L'oesophage diaphragmatique** traverse l'hiatus oesophagien au niveau de TH10.



III. RAPPEL ANATOMIQUE

- ❖ 03 tuniques:
- ❖ **La muqueuse oesophagienne** est la couche la plus solide de la paroi oesophagienne,
Épithélium épidermoïde: pavimenteux stratifié non kératinisé, dont le rôle est la protection contre l'abrasion et des brûlures lors du passage du bol alimentaire
- ❖ **La sous-muqueuse** est un plan de tissus de connexion lâche. Il contient des plexus artériels, et les réseaux veineux et lymphatique.
- ❖ **La musculuse** est constituée de 02 couches:
Circulaire interne et longitudinal externe.
Entre ces deux plans se trouvent les ganglions myoentériques d'Auerbach.
- ❖ L'oesophage n'est pas recouvert de séreuse mais d'un adventice fait d'un tissu conjonctif lâche



III. RAPPEL ANATOMIQUE

Vascularisation artérielle:

A. Œsophage cervical : artères œsophagiennes supérieures: naissant de l'artère thyroïdienne inférieure, (rameau du tronc thyrocervical de l'artère subclavière)

B. Œsophage Thoracique:

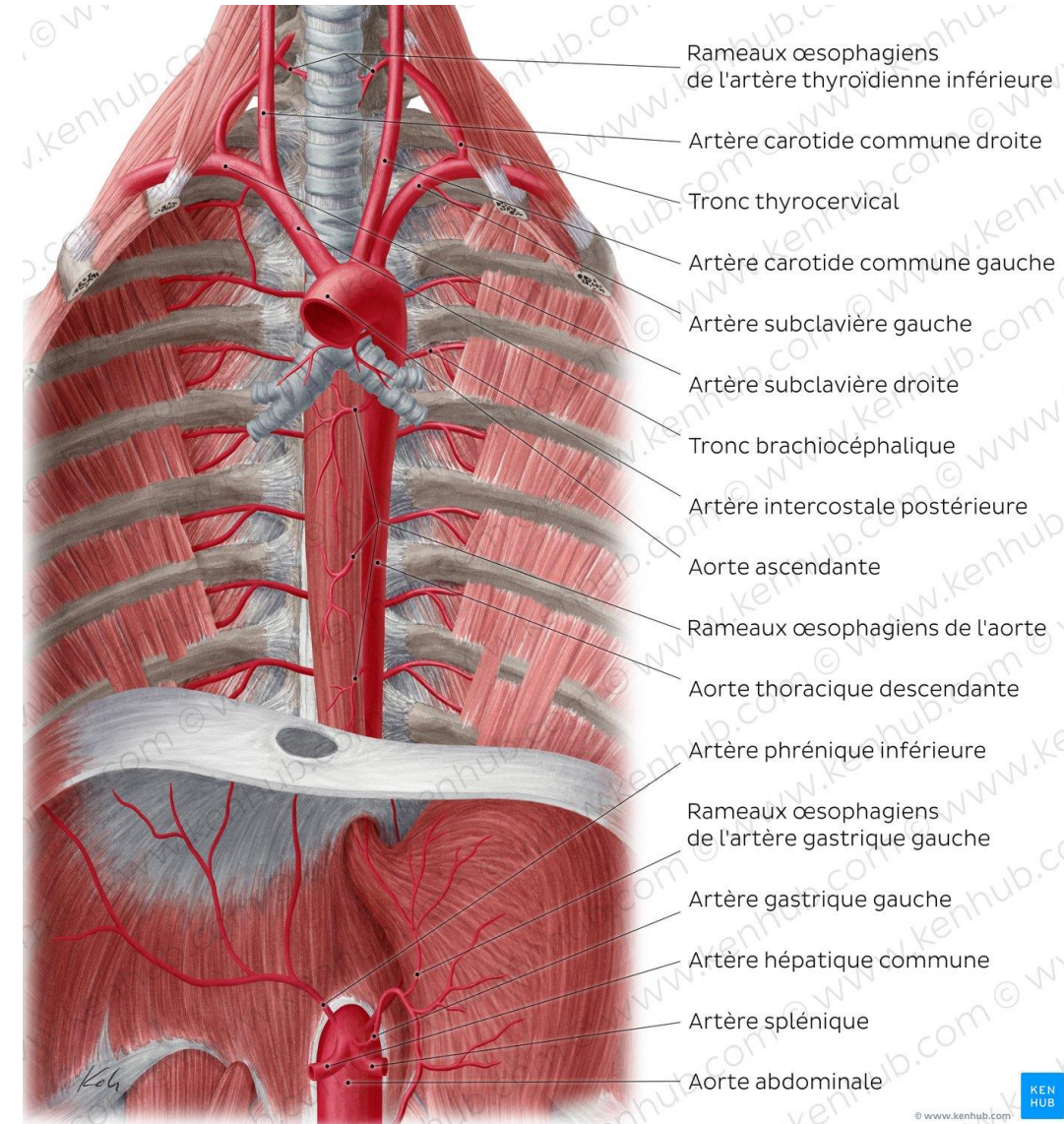
❖ **La portion supra-azygo-aortique :** réseau descendant à partir des artères thyroïdiennes inf.

❖ **La portion inter-azygo-aortique :**

- Des branches des artères bronchiques,
- Branches a destinés oeosophagienne naissant de l'aorte thoracique:

C. Œsophage abdominal :

la Gastrquie gauche (coronaire stomachique)
Les diaphragmatique inférieure.



III. RAPPEL ANATOMIQUE

Vascularisation veineuse

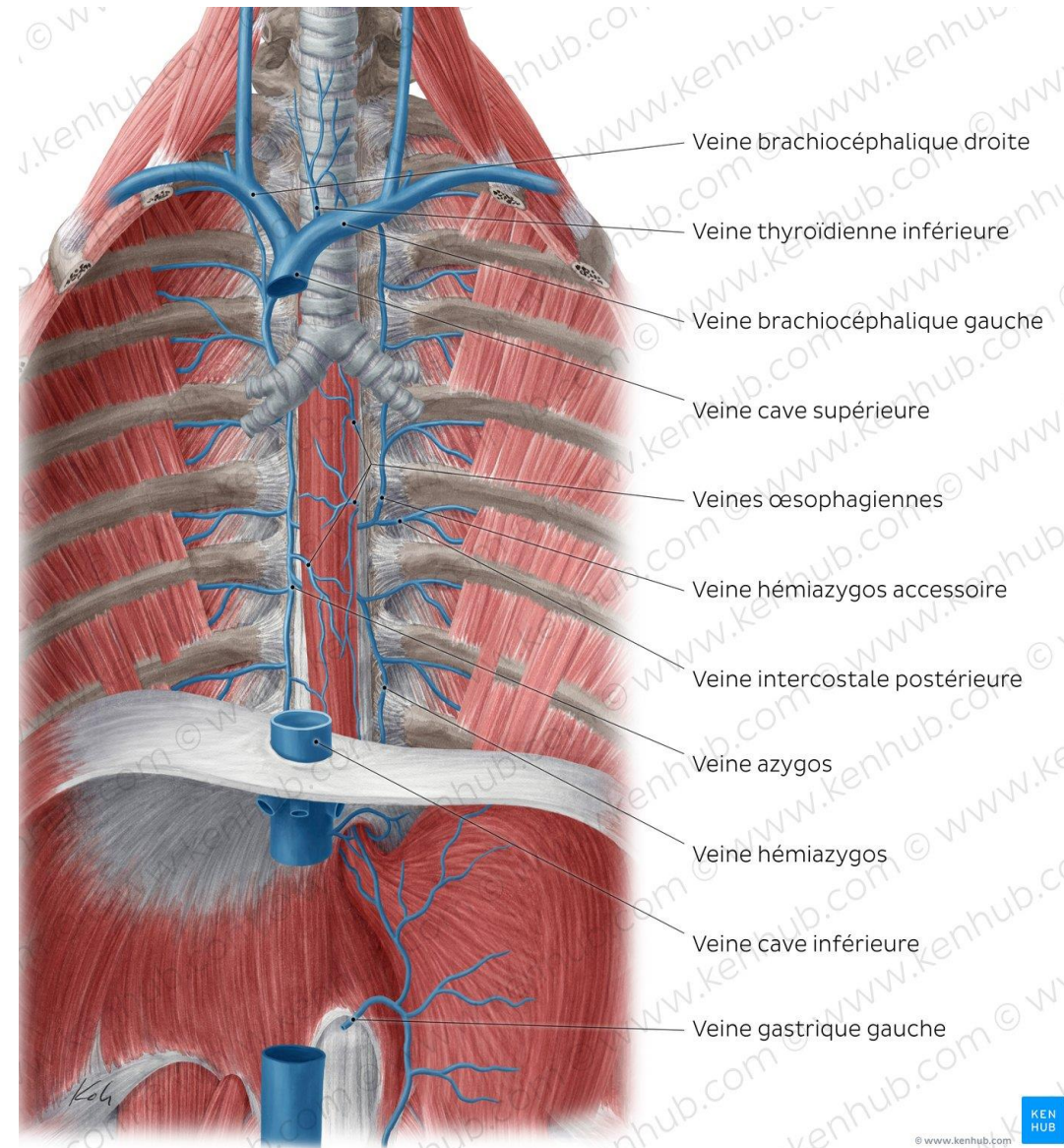
Nait d'un riche plexus veineux à mailles longitudinales.

❖ **Deux tiers supérieurs** se drainent dans:

- *Le système cave supérieur par le biais des veines thyroïdiennes inférieures*
- *Le système azygos par le biais de veines bronchiques et phréniques supérieures.*

❖ **Tiers inférieur** se draine dans:
le système porte par le biais essentiellement de la veine gastrique gauche..

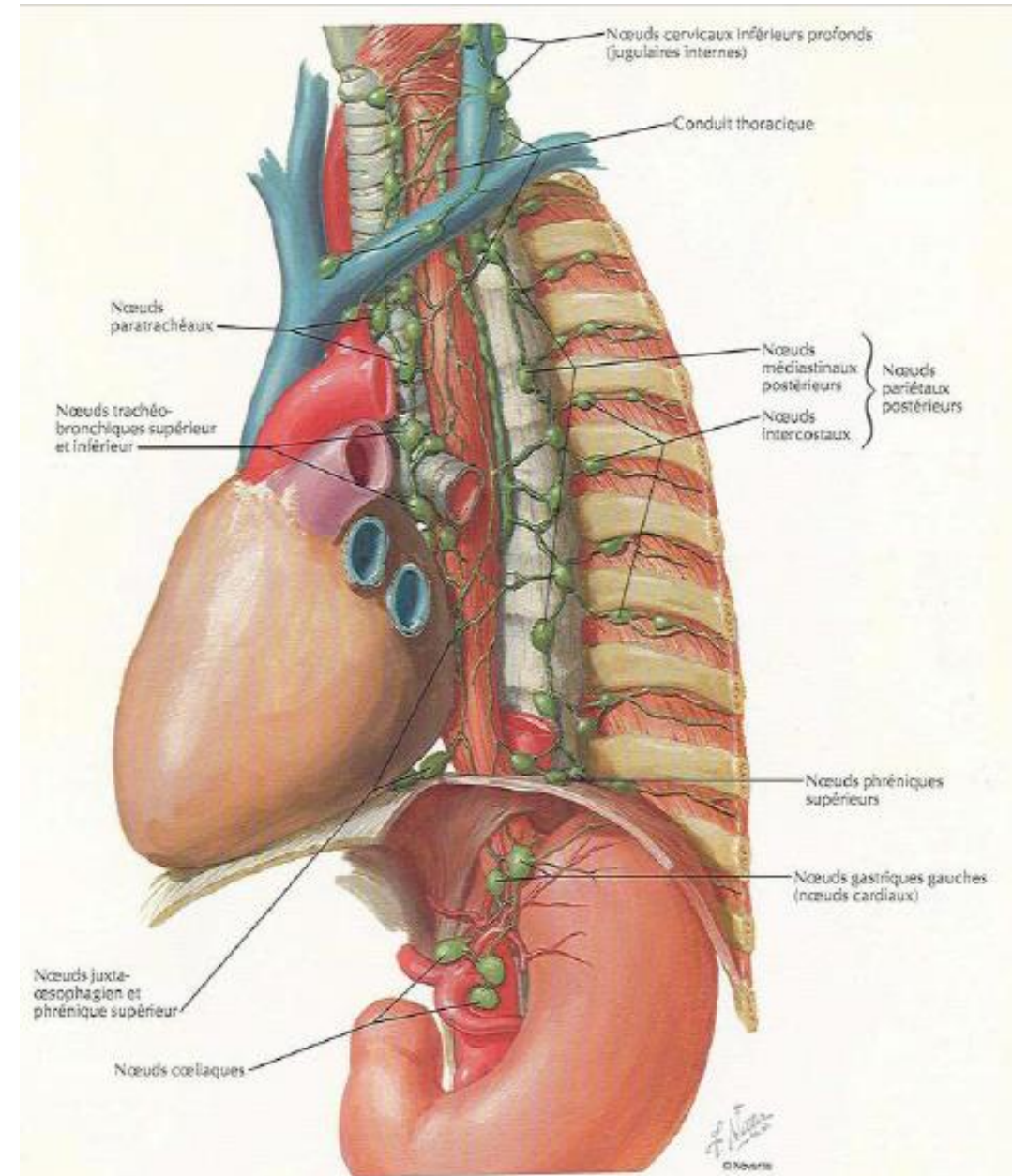
❖ Il existe donc une **anastomose porto systémique** au niveau de la partie abdominale de l'œsophage.



III. RAPPEL ANATOMIQUE

DRAINAGE LYMPHATIQUE:

- A. Tiers supérieur :** les lymphatiques se déversent dans les ganglions lymphatiques cervicaux
 - B. Tiers moyen :** ganglions médiastinaux
 - C. Tiers inférieur :** suit l'artère gastrique gauche pour aboutir aux ganglions gastriques et aux ganglions du tronc cœliaque.
- ❖ **Les interconnexions entre ces trois régions de drainage sont nombreuses.**



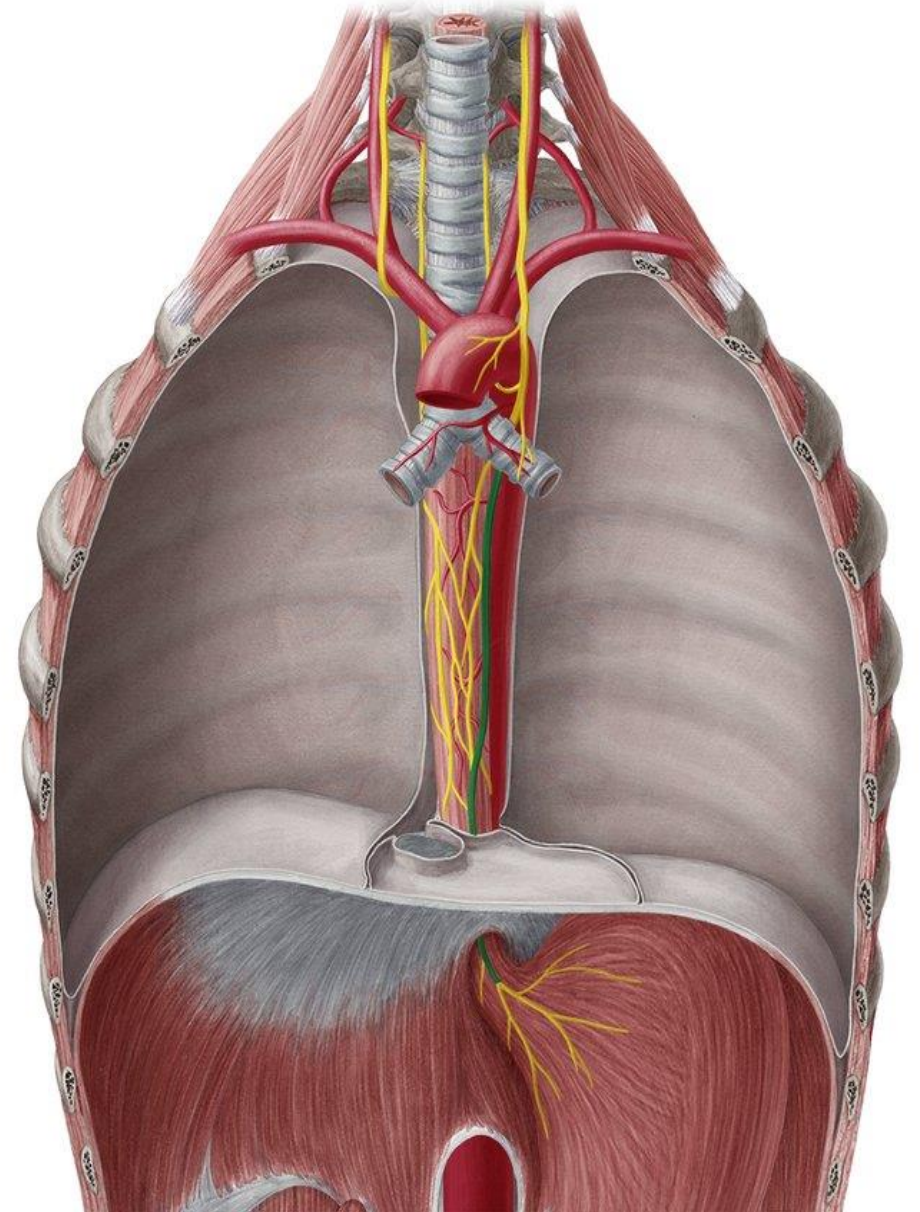
III. RAPPEL ANATOMIQUE

INNERVATION INTRINSÈQUE

1. **le plexus de Meissner** dans la sous muqueuse → sensitif
 2. **le plexus d'Auerbach** entre la couche musculuse → fonction motrice
- ❖ L'absence de ces plexus myentériques constitue la lésion initiale de l'achalasie

INNERVATION EXTRINSÈQUE

- ❖ **sympathique** : provient du ganglion cervico-thoracique et du plexus solaire
☐ accélère le péristaltisme.
- ❖ **para-sympathique (X)** : ralentit le péristaltisme



IV. ÉPIDÉMIOLOGIE

- ❖ *en constante croissance, en raison des méfaits de l'intoxication alcoolique et tabagique*
- ❖ *On distingue les régions à haut risque (Afrique du Sud, Moyen-Orient, Asie...) et les régions à risque faible (Europe).*
- ❖ ***À l'échelle mondiale:** le cancer de l'œsophage se situe au 8^{ème} rang des cancers en termes d'incidence) (3^{ème} cancer digestif) et au 6^{ème} rang en termes de mortalité. (CIRC 2020)*
- ❖ ***En Algérie** son incidence est rare occupant la 6^{ème} place des cancers digestifs en 2011*
- ❖ *La fréquence du cancer de l'œsophage augmente avec l'âge.*
- ❖ *âge moyen de survenue est de 62 ans.*
- ❖ *Le cancer est exceptionnel avant 30 ans dans les 02 sexes.*
- ❖ *Une prédominance masculine sex ratio 1/5*

V. ÉTIOLOGIES

Carcinome épidermoïde

- ❖ **Alcool.**
- ❖ **La chique de bétel** (*Faite d'une noix d'arec*)
- ❖ *Les irradiations ionisantes.*
- ❖ *Les traumatismes chroniques : ingestion de silice.*
- ❖ *Les traumatismes thermiques. Boissons chaudes*
- ❖ *Infection: **HPV***
- ❖ **Cancer de la sphère ORL** : *association dans 12 à 17% des cas*
- ❖ **Facteurs alimentaires :**
 - *Aliments favorisants : Les nitrosamines (Charcuteries, boissons fermentées, eaux contaminées, aliments moisiss, conserves artisanales).*
 - *Aliments protecteurs : fruits et légumes frais. poissons et viandes frais ou congelés.*

Adénocarcinome

- *Tabac*
- *Obésité*
- *RGO*

V. ÉTIOLOGIES

❖ *Conditions précancéreuses: Carcinome épidermoïde*

La néoplasie intra-épithéliale malpighienne (Dysplasie) est la principale lésion précancéreuse de l'épithélium malpighien oesophagien.

Elle est définie par des anomalies architecturales et cytologiques épithéliales, de bas et de haut grade

dans plus de 10% des cas le cancer épidermoïde survient sur une lésion précancéreuse, dont la séquence est la suivante :

dysplasie de bas grade → dysplasie de haut grade (carcinome épidermoïde in situ) → carcinome épidermoïde infiltrant.

- ***Oesophagites caustique.** Après des longues années*
- ***Méga-oesophage** (ou achalasie) par oesophagite chronique due à la stase*
- ***la dysphagie sidéropénique** (ou syndrome de Plummer-Vinson) ;*
- ***Maladie cœliaque.***

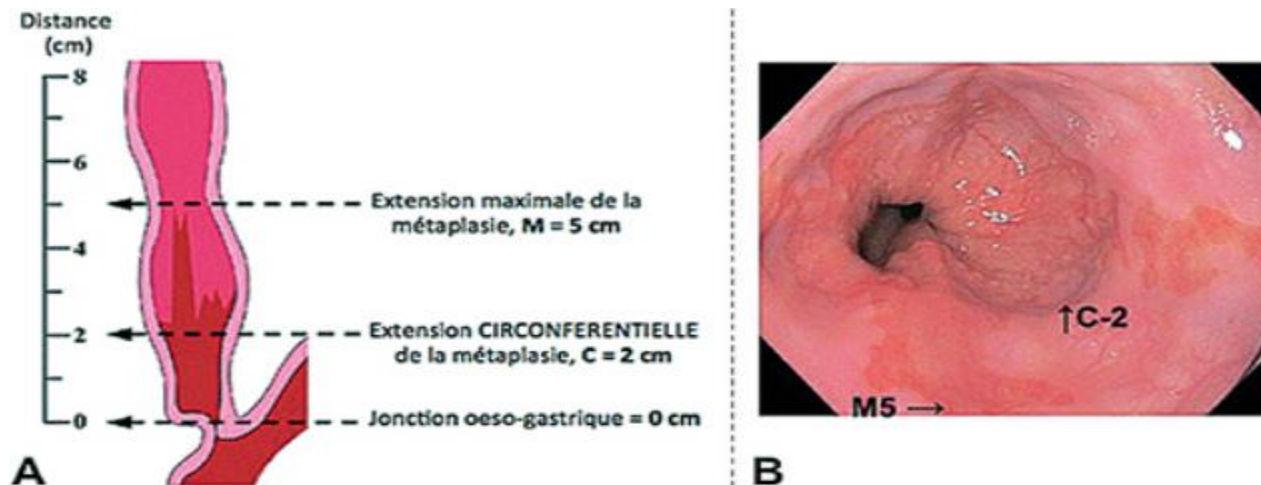
V. ÉTIOLOGIES

❖ Conditions précancéreuses: Adénocarcinome

- ***l'endobrachy-oesophage (EBO) ou l'œsophage de Barrett***, un risque de dégénérescence en adénocarcinome de l'ordre de 15 % :

C'est une métaplasie glandulaire (intestinale) du bas œsophage, définie par: le remplacement cicatriciel de la muqueuse malpighienne du bas oesophage par une muqueuse glandulaire dans les oesophagites peptiques par reflux

- ***les tumeurs bénignes ; les diverticules ; l'oesophagite par reflux sans EBO*** le risque de dégénérescence n'est pas prouvé dans :



Classification de Prague pour décrire la hauteur et le type d'EBO

VI. ANATOMOPATHOLOGIE

1. Aspect macroscopique

- *La forme ulcérovégétante (lobe d'oreille): la plus fréquente.*
- *La Forme ulcérée : allant dans le sens longitudinal, rarement circonférentielle. •*
- *Forme infiltrante : souvent circonférentielle avec épaissement de toute la paroi réalisant des sténoses serrées.*

2. Siège

- *Préférentiellement sur les zones de rétrécissement. Le cancer de l'oesophage est situé par ordre de fréquence :*
- *au tiers inférieur, sous la crosse dans 35 % des cas ;*
- *au tiers moyen, au niveau de la crosse en rapport avec la carène et les bronches souches, dans 50 % des cas ;*
- *au tiers supérieur, au-dessus de la crosse aortique dans 20 % des cas.*

VI. ANATOMOPATHOLOGIE

3. Histologie Microscopie :

❖ **Le type épidermoïde** (malpighien) représente 80 à 90 % des cas :

- Atteinte des 2 tiers supérieurs
- Extension à la trachée, aux nerfs récurrents, à la crosse de l'aorte, à la plèvre
- Trois types : -bien différencié kératinisant (grade I)- Moyennement différencié (grade II)- Peu différencié (grade III)

❖ **L'adénocarcinome** est plus rare : 10% à 20%

- mais son incidence augmente dans plusieurs pays développés
- différenciation adénocarcinomateuse glandulaire Produisant de mucine.
- Atteinte du tiers inférieur de l'œsophage sur des lésions de métaplasie → EBO
- Extension à l'estomac, au péritoine

❖ **Les autres types** sont exceptionnels :

Carcinomes indifférenciés à petites cellules, sarcomes, lymphomes, mélanomes, métastases...

VI. ANATOMOPATHOLOGIE

4. *Extension:*

A.Extension locale

- ***L'extension en hauteur*** (extension longitudinale) :
Favorisée par la laxité sous-muqueuse et sa richesse en réseau sanguin et lymphatique. L'extension se fait de proche en proche dans la muqueuse et la sous-muqueuse. mais l'existence de nodules de perméation à distance de la lésion primitive
- ***L'extension latérale*** (circonférentielle) et ***en profondeur:***
La tumeur envahit progressivement les différentes tuniques de l'œsophage, infiltre rapidement le tissu cellulaire péri-œsophagien (pas de séreuse). L'envahissement des organes de voisinage est fonction du siège de la tumeur
 - ✓ *Cancers cervicaux et thoraciques >: envahissent la trachée, thyroïde, les nerfs récurrents (dysphonie), l'axe carotidien*
 - ✓ *Cancers du 1/3 moyen: branche souche gauche, nerf récurrent gauche, aorte, la plèvre, les poumons, la crosse de la veine azygos et le canal thoracique*
 - ✓ *Cancers du 1/3 Inf le péricarde, le cœur (oreillette gauche) et le diaphragme.*

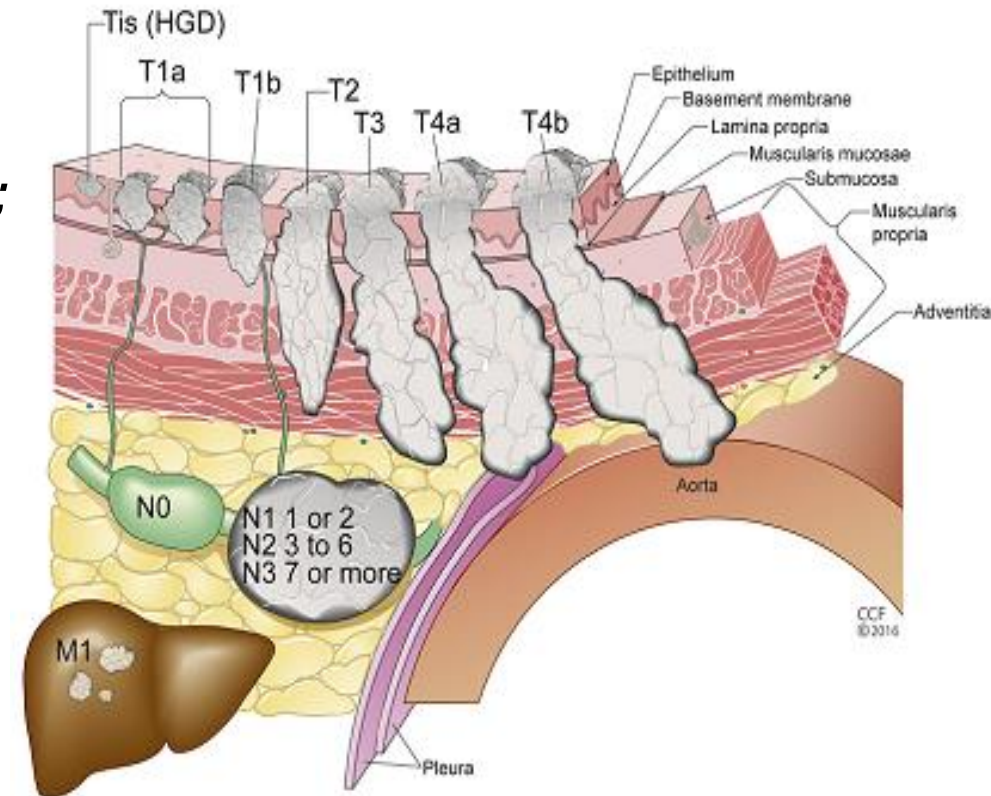
VI. ANATOMOPATHOLOGIE

B. Extension lymphatique

- Fréquente, précoce et rapide , elle n'est pas ordonnée,
- des relais étant contournée dans 50% des cas, Jumping (Atteinte des ganglions distants de la tumeur sans envahissement des ganglions de voisinage)
- **Vers le haut** : ganglion cervicaux et sus-claviculaires ;
- **Latéralement** : latéro-œsophagien, intertrachéo-bronchique, récurrentiels gauches ;
- **Vers le bas** : ganglions cœliaques et coronaires stomachiques ;

C. Extension générale

- se fait par voie veineuse, surtout: Hépatiques, pulmonaires, pleurales,
- Osseuses, cérébrale, cutanées sont plus tardives



VI. ANATOMOPATHOLOGIE

Classification TNM (8^{ème} édition 2017)

T	
Tx	Le statut tumoral ne peut être évalué
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome <i>in situ</i> ou dysplasie de haut grade
T1	Tumeur envahissant la lamina propria, la muscularis mucosae ou la sous-muqueuse
T1a	La tumeur envahit la lamina propria ou la muscularis mucosae
T1b	La tumeur envahit la sous-muqueuse
T2	Tumeur envahissant la musculature
T3	Tumeur envahissant l'adventice
T4	Tumeur envahissant les structures adjacentes
T4a	La tumeur envahit la plèvre, le péricarde, la veine azygos, le diaphragme ou le péritoine
T4b	La tumeur envahit d'autres structures adjacentes comme l'aorte, un corps vertébral ou la trachée.

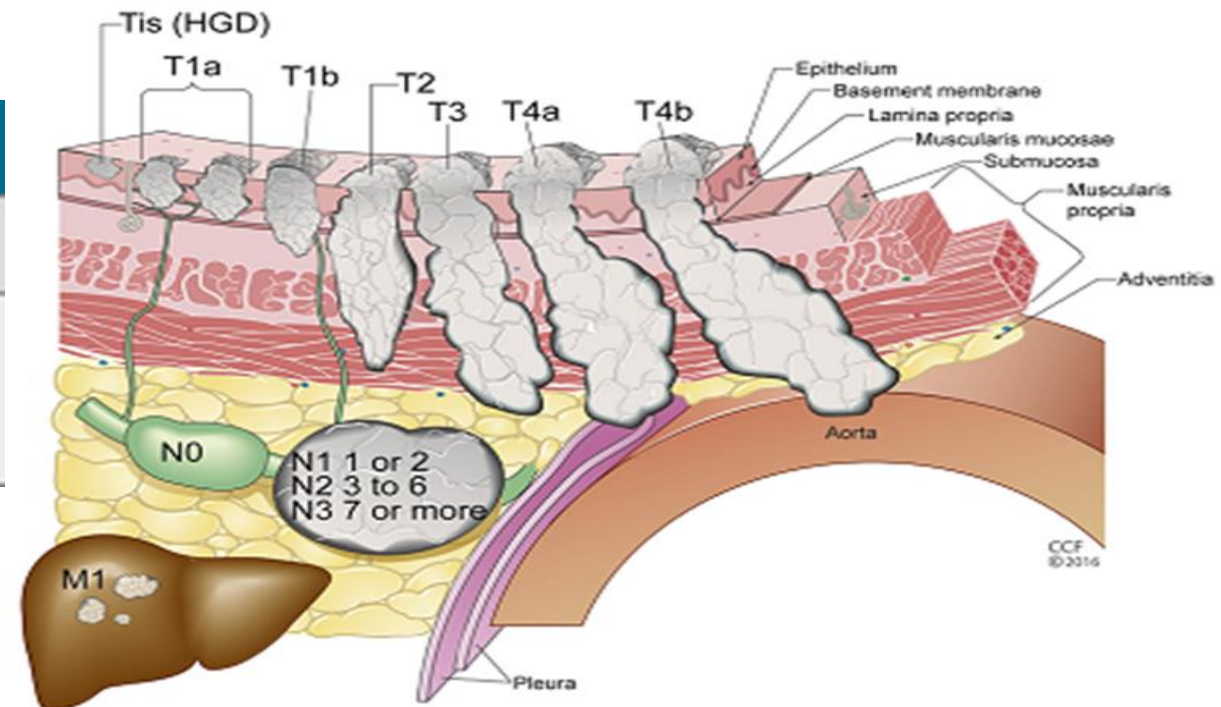
Classification TNM (8^{ème} édition 2017)

N

Nx	Le statut des ganglions régionaux ne peut être évalué
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastases dans 1 à 2 ganglions lymphatiques régionaux
N2	Métastases dans 3 à 6 ganglions lymphatiques régionaux
N3	Métastases dans 7 ganglions régionaux ou plus

M

M0	Pas de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance



VI. ANATOMOPATHOLOGIE

Classification TNM (8^{ème} édition 2017)

Groupement par stades pathologiques

Stades	T	N	M
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade IA	T1a	N0	M0
Stade IB	T1b	N0	M0
Stade IIA	T2	N0	M0
Stade IIB	T1	N1	M0
	T3	N0	M0
Stade IIIA	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
Stade IIIB	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
	T4a	N0,N1	M0
Stade IVA	T4a	N2	M0
	T4b	Tous N	M0
	Tous T	N3	M0
Stade IVB	Tous T	Tous N	M1

VII. DIAGNOSTIC

❖ **Découverte fortuite** (ATCD de cancer ORL, surveillance d'une pathologie oesophagienne à risque de transformation)

❖ **Symptomatique:** Le cancer de l'oesophage est souvent asymptomatique durant ses premiers stades.

Tout signe d'appel el oesophagien ou thoraco- respiratoire révélant un cancer l oesophage ; signe très souvent une forme invasive évoluée de mauvais pronostic

- **Dysphagie:** le principal symptôme du cancer de l'oesophage.
 - Progressive , élective aux solides puis aux liquides
 - responsable d'une dénutrition
 - Isolée ou associés à:
 - une odynophagie , des fausses routes. Hématémèse

VII. DIAGNOSTIC

Tardivement: *Signes d'envahissement de structures de voisinage:*

- **dysphonie** par atteinte des récurrents (gauche le plus souvent),
- **Syndrome de Claude Bernard Horner** par lésion du sympathique cervical,
- **infection broncho-pulmonaire** par fistule bronchique
- **dyspnée inspiratoire** par compression trachéale,
- **douleur thoracique et dorsale** par envahissement médiastinale
- **compression cave** ou péricardique.
- **L'hémorragie massive** par érosion de gros vaisseaux
- **l'anémie** d'origine inflammatoire ou par saignement occulte sont rares.

VII. DIAGNOSTIC

❖ *Examen clinique :*

*Habituellement **négatif**. Il permet de :*

- *quantifier l'intoxication alcoolique et/ou tabagique ;*
- *rechercher des complications (pulmonaires notamment),*
- *rechercher des métastases (adénopathie sus-claviculaire gauche, métastases hépatiques, carcinose péritonéale).*
- *apprécier partiellement l'opérabilité sur l'état nutritionnel (IMC)*



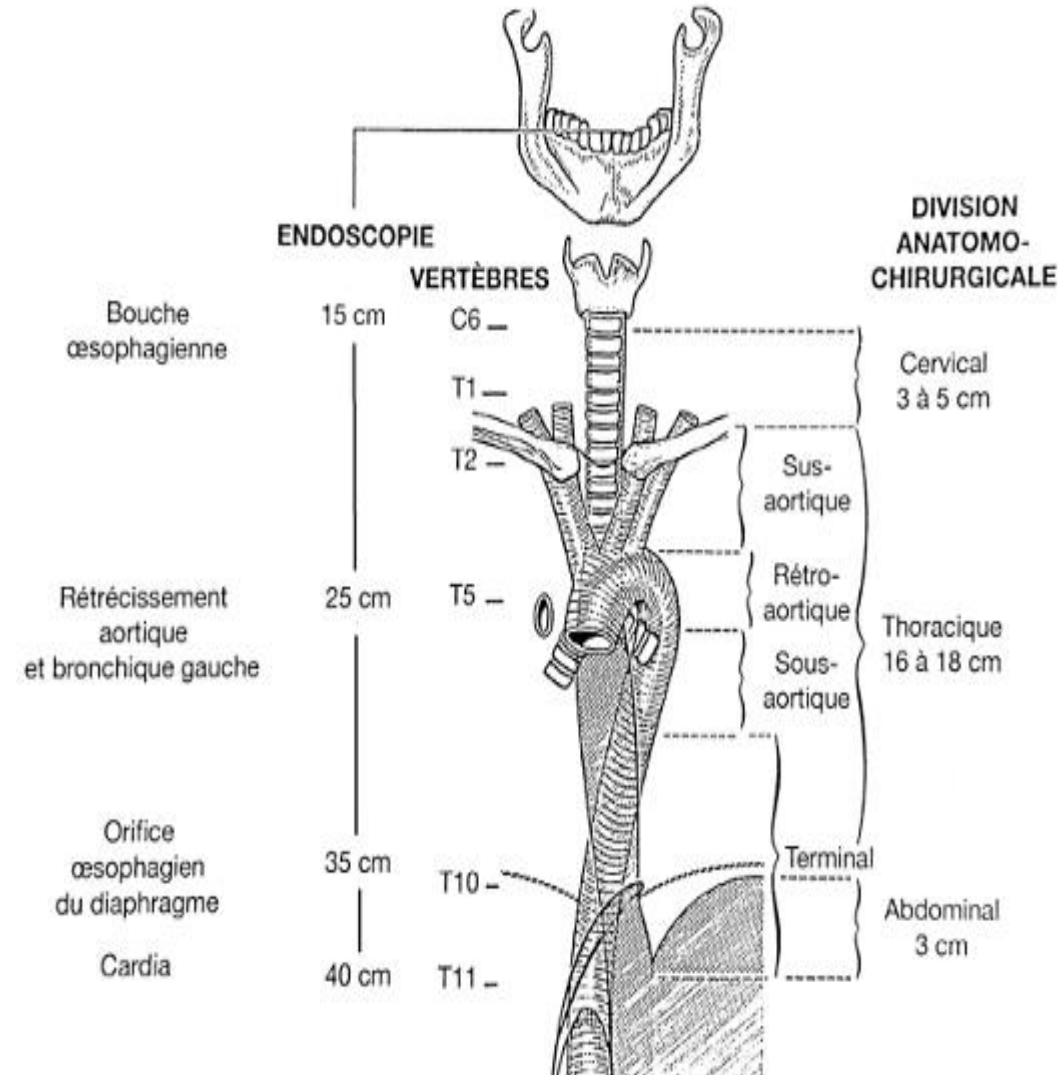
Toute dysphagie ou suspicion d'un cancer de l'oesophage à l'examen clinique doit imposer la réalisation d'une fibroscopie œsophagienne

VII. DIAGNOSTIC

❖ Fibroscopie oesophagienne

Examen clé réalisé en première intention devant toute dysphagie. Permet de:

- *Voir la lésion et localiser son siège par rapport aux arcades dentaires*
- *préciser son caractère infiltrant, ulcéré ou bourgeonnant*
- *préciser son étendue en hauteur et en circonférentiel (sténose)*
- *L'existence d'un endobrachyoesophage et sa limite supérieure.*



VII. DIAGNOSTIC

❖ *Fibroscopie oesophagienne*

*permet surtout d'obtenir le **diagnostic de certitude (histologique)** en réalisant **des biopsies** multiples et étagées, et en utilisant des colorations vitales pour démasquer les lésions tumorales multifocales*

❖ *Deux colorations sont utilisés:*

- *lugol (marqueur négatif) ,*
- *bleu de Toluidine (marqueur positif)*

VIII. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

les diagnostic différentiels sont ceux de la dysphagie

❖ ***La sténoses intrinsèques***

❖ ***Sténose peptique***

- *antécédents d'un reflux gastro oesophagien*
- *biopsie systématique vu l'association fréquente de EBO*

❖ ***l'oesophagite caustique*** à sa phase chronique.

- *la notion d'ingestion de caustiques , permet d'évoquer le diagnostic.*

❖ ***L'achalasie de l'oesophage***

- *entraîne une dysphagie capricieuse, souvent paradoxale,*
- *L'endoscopie retrouve une stase oesophagienne ,*

❖ ***Les tumeurs bénignes***

- *Elles entraînent une sténose progressive : léiomyome +++, papilomes*

❖ ***Cancer du cardia*** avec extension oesophagienne ou gastrique

- *pose le problème du diagnostic différentiel d'un adénocarcinome du bas œsophage sur endo-bary-oesophage*

VIII. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

❖ *Compression extrinsèques*

❖ *Cancer de la thyroïde*

- *comprimant ou envahissant l'oesophage*

❖ *cancer broncho-pulmonaire*

❖ *Adénopathies médiastinales*

❖ *Carcinose médiastinale métastatique: le plus souvent s'origine mammaire*

IX. BILAN D'EXTENSION

basé sur l'interrogatoire, examen clinique mais surtout sur des examens paracliniques

❖ Examens de 1ère intention :

- *Examen clinique complet.*
- *Scanner thoraco-abdominal.*
- *Fibroscopie trachéo-bronchique.*
- *Examen ORL avec laryngoscopie indirecte.*
- *Scintigraphie osseuse, scanner cérébral seulement en cas de signes d'appel.*

❖ Examens de 2e intention :

- *Echoendoscopie.*

❖ Alternatives :

- ***❖ Radiographie thoracique.***
- *Echographie abdominale.*
- *T.O.G.D.*
- *TEP scann*
- *Laparoscopie +/- échographie per-laparoscopique.*

IX. BILAN D'EXTENSION

❖ ***L'interrogatoire:*** a la recherche de

- *Douleur thoracique postérieure et vertébrale*
- *Dysphonie*
- *fausses routes (fistule trachéo-bronchique)*

❖ ***Examen clinique***

- *hépatomégalie, signe de carcinose péritonéale et ganglion de troisier*

❖ ***Examen ORL :***

- *Il doit comporter une fibroscopie pour*
- *recherche une autre localisation tumorale de la sphere ORL*
- *l'étude de la mobilité des cordes vocales.*

IX. BILAN D'EXTENSION

❖ TDM Thoraco-abdominale

- *précise l'extension locorégionale de la tumeur et juge son extirpabilité*
- *l'extension lymphatique de la tumeur*
- *Taille, nombre et localisation des adénopathies*
- *ADP > 02 cm (métastatique)*
- *l'extension métastatique de la tumeur: foie et poumon*

❖ Endoscopie trachéo-bronchique :

- *Rechercher un cancer primitif bronchopulmonaire ou une extension tumorale à l'arbre trachéobronchique.*
- *Rechercher une fistule trachéale ou bronchique*

IX. BILAN D'EXTENSION

❖ *Echo endoscopie*

- *Elle est supérieure à la TDM dans le bilan d'extension locorégionale des cancers de l'œsophage.*
- *Elle permet un bilan d'extension pariétale et loco-régional.*
- *Elle visualise parfaitement les adénopathies péritumorales .*
- *Intérêt dans le dépistage précoce des récidives.*

❖ *Transit œso-gastro-duodéal :*

- *peut être simple ou en double contraste.*
- *indiqué en cas de lésion sténosante à l'endoscopie.*
- *Contre indiqué en cas de suspicion de fistule oesotrachéale*
- *L'exploration de tout l'estomac est systématique pour rechercher une infiltration de la petite courbure ou de la grosse tubérosité dans les cancers du bas œsophage.*

X. BILAN D'OPÉRABILITÉ

Réalisé en collaboration étroite avec les médecins réanimateurs

- ***Age physiologique et réel***
- ***Etat général*** (classification OMS).
- ***Tares associées:*** HTA, Diabète, Cirrhose.
- ***Fonction respiratoire:*** patients tabagiques avec chirurgie pourvoyeuse de complications respiratoires:
 - ✓ *EFR, GDS, TLT,*
- ***Etat nutritionnel:*** patients dysphagiques, dénutris et amaigris
 - ✓ *Poids, IMC , % de perte pondérale, Albuminémie et protidémie*
- ***Fonction cardiaque:*** ECG et échocardiographie
- ***Fonction rénale :***
- ***examen du Tube digestif :*** pour le choix du transplant :
 - ✓ *Estomac : TOGD. • Côlon : lavement baryté.*
- ***a la fin, les patient seront classé selon la classification anesthésique ASA***

XI. TRAITEMENT

A. BUT

- ❖ *Curatif dans les formes localisées.*
- ❖ *Palliatif dans les formes métastatiques*
 - *Supprimer la dysphagie (restauration de la continuité digestive)*
 - *Prolonger la survie autant que possible.*
 - *Assurer le confort de vie du malade.*

B. MOYENS

- ✓ *CHIRURGIE*
- ✓ *traitement endoscopique (formes superficielles)*
- ✓ *RADIOTHERAPIE*
- ✓ *CHIMIOOTHERAPIE*

XI. TRAITEMENT

A. Chirurgie

- *Traitement de référence pour les formes localisées.*
- *Avant tout trt , penser à la PEC nutritionnelle.*
- ***But de la chirurgie :***
 - ✓ *Résection R0 de toute la tumeur et de ses relais ganglionnaires,*
 - ✓ *Chirurgie palliative: seulement pour pallier a la dysphagie
jéjunostomie ou gastrostomie d'alimentation.*
- ***Principes :***
 - ✓ *Exérèse œsophagienne.*
 - ✓ *L'exérèse doit **passer 8 cm** au dessus de la marge supérieur de la tumeur.
et 5 cm de la marge inférieure.*
 - ✓ *Curage lymphatique. Doit comporter au moins 23 ganglions*
 - ✓ *Rétablissement de la continuité digestive. la plastie gastrique est la référence*

XI. TRAITEMENT

A. Chirurgie

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

- *très grand âge (> 75 ans à discuter),*
- *insuffisance respiratoire ($PaO_2 < 60$ mmHg, $PaCO_2 > 45$ mmHg, $VEMS < 1\ 000$ 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, insuffisance cardiaque stade III ou IV de la New York Heart Association [NYHA].*
- *perte de poids > 20 % du poids de forme,*
- *insuffisance rénale (créatininémie $> 1,25 \times N$),*
- *altération profonde de l'état général, OMS > 2*

XI. TRAITEMENT

A. Chirurgie

❖ Les critères de non-résécabilité

- *Tumeur T4 :*
- *adhérence à l'aorte sur plus de 90° de sa circonférence,*
- *envahissement trachéobronchique (bourgeon trachéal biopsié, fistule œso-trachéale),*
- *Envahissement azygos ou récurrentiel,*
- *diamètre tumoral > 4 cm,*
- *adénopathies cœliaques ou sus-claviculaires,*
- *métastases viscérales.*

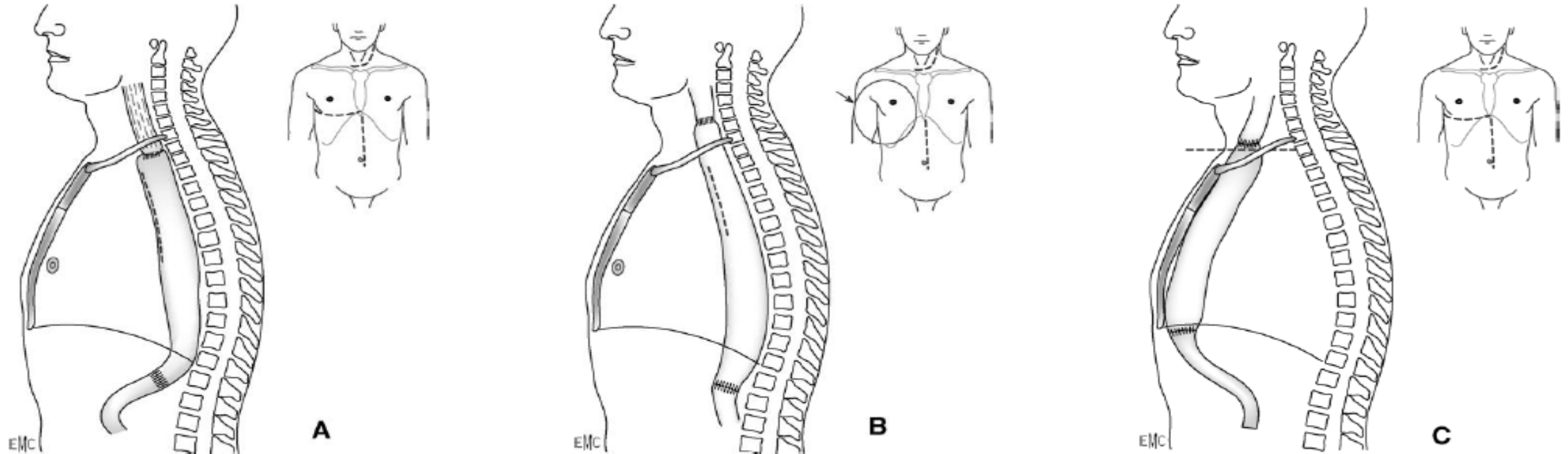
XI. TRAITEMENT

Les interventions: selon l'étendue de l'excérèse œsophagienne vers le haut et le siège de l'anastomose supérieure, ainsi que le trajet du transplant

A. Intervention de Lewis-Santy (laparotomie + thoracotomie droite).

B. OEsophagectomie sans thoracotomie (laparotomie + cervicotomie gauche)

C. Intervention de Aklyama (laparotomie + cervicotomie gauche + thoracotomie droite)..



Représentation schématique des principaux types de reconstruction œsophagienne

XI. TRAITEMENT

A. Chirurgie

❖ Les complications:

- *Complications pulmonaires : Elles sont représentées par les :*
- *encombrements bronchiques, les atélectasies, les pneumopathies bactériennes, défaillance respiratoire,*
- *Fistules anastomotiques :*
- *Chylothorax.*
- *Paralysie des cordes vocales (paralysie récurrentielle) :*
- *Autres complications non spécifiques :*
 - ✓ *Embolie pulmonaire, septicémie, pneumothorax après ponction, complications cardiovasculaires...*
 - ✓ *Complications tardives : Les sténoses anastomotiques.*

XI. TRAITEMENT

B. Traitement endoscopique

❖ Curatif:

- mucosectomie endoscopique : exérèses tumorales emportant la muqueuse*
- pour les cancer superficiels : Tis ou T1a*

❖ Palliatif:

- Les dilatations de la sténose par bougies ou ballonnet (effet transitoire).*
- La photo coagulation par laser en détruisant les bourgeons tumoraux intra luminaux*
- La mise en place d'une endoprothèse oesophagienne trans tumorale par voie endoscopique, après dilatation de la sténose*
- En cas d'envahissement trachéal la pose d'une prothèse trachéale doit être envisagée avant la prothèse oesophagienne*

XI. TRAITEMENT

C. Radiothérapie exclusive

- *elle n'a pas d'effet prouvé sur la survie..*
- *Mais une bonne action sur la dysphagie.*
- *Son efficacité est majorée par une chimiothérapie concomitante (radiochimiothérapie).*
- *Contre indiqué si fistule oeso-trachéale*

D. Chimiothérapie

- *Chimiothérapie néo-adjuvante améliore la survie surtout si adénocarcinome*
- *En adjuvant, elle est associée à une diminution de récidence et un gain de survie*
- *Indiquée en palliatif pour des cancer métastatique*
- *Nécessite: un état général conservé OMS 0-2.*
 - *Renutrition.*
 - *Mise en état dentaire.*
 - *Évaluation de l'état cardiovasculaire avec ECG.*

XI. TRAITEMENT

E. Radio-chimiothérapie concomitante

- *permet une réponse tumorale dans 75% des cas*
- *une stérilisation tumorale dans environ 15 % des cas.*
- *en néo-adjuvant: augmente le taux de résection et de survie comparé à la chirurgie seule*

XI. TRAITEMENT

3. Indications

❖ Tumeurs superficielles :

- ***Tumeurs in situ Tis ou T1a.***

- ✓ *Mucosectomie: Résection muqueuse endoscopique en monobloc*
- ✓ *Sinon chirurgie*

❖ Cancers invasifs opérables :

- ***T1- T2 N0***

- ✓ *Œsophagectomie.*

- ***T1-T2 N1, T3N0***

- ✓ *Radiochimiothérapie concomitante néoadjuvante*
- ✓ *suivie d'une chirurgie à visée curative*

- ***T3 N1, T4***

- ✓ *radiochimiothérapie exclusive.*

XI. TRAITEMENT

3. Indications

❖ Cancers Invasifs non opérables:

✓ Radiochimiothérapie concomitante exclusive

❖ Maladie métastatique viscérale

✓ Standard: Traitement symptomatique (dysphagie, douleur).

✓ Options: Chimiothérapie palliative.

Indications

STADE I

(pT1N0
M0)

Chir.

STADE II

- pT2N0M0
→ **Chir.**
- pT3N0,T1T2N1
→ **PAS de REFERENCE**
Epidermoïde :
RTCT puis Chir.
Adénocarcinome :
CT ou RTCT puis Chir

STADE III

(pT3N1M0
pT4toutNM0)

Adénocarcinome

Chir

**après chimio ou RTCT
néo-adj**

Epidermoïde

**Radiochimiothérapie
exclusive**

STADE IV

(toutTNM1)

Chimiothérapie++

RCP



ratrapage

Chir.

**Patient inopérable non métastatique quel que soit
le stade : radiochimiothérapie exclusive**

XII.SURVEILLANCE

Elle a pour objectif :

- *la poursuite du sevrage alcoolo-tabagique*
- *la recherche d'une 2ème localisation ORL ou œsophagienne*
- *La recherche systématique de métastases à distance n'a pas d'intérêt démontré.*
- ***Standard***
 - ✓ *Surveillance clinique : poids, examen clinique, dysphagie/ 3 à 6 mois pendant 3 ans.*
 - ✓ *Sevrage alcool/tabac.*
 - ✓ *Endoscopie œsophagienne annuelle.*
 - ✓ *Examen ORL annuel, à la recherche d'un cancer métachrone.*
 - ✓ *Autres examens seulement si signes d'appel ou facteurs de risque.*

XIII. PRONOSTIC

❖ *Survie :*

- *La survie globale à 5 ans du cancer de l'œsophage est d'environ 10 %,*
- *34 à 50% après chirurgie radicale R0, associée à un traitement néoadjuvant*

❖ *Facteurs pronostiques :*

• *Facteurs liés à la tumeur :*

✓ *Le type histologique et le degré de différenciation:
ADK est du bon pronostic par rapport au épidermoïde.*

✓ *Le stade TNM.*

✓ *La localisation tumorale.*

✓ *La taille.*

✓ *La réponse au traitement néoadjuvant.*

• *Facteurs liés au patient :*

✓ *L'état nutritionnel.*

✓ *Le score ASA.*

XIV.CONCLUSION

- ❖ *Le cancer de l'oesophage est encore de mauvais pronostic*
- ❖ *Ou 06 malades sur 10 sont non opérables au moment de diagnostic*
 - *03 entre eux par extension tumorale*
 - *Les 03 autres par un mauvais état général*
- ❖ *Seulement 04 malades sur 10 seront opérés, dont deux seulement a titre curatif*
- ❖ *L'amélioration de ce pronostic médiocre nécessite donc:*
 - *Des mesures de prévention contre l'alcoolisme et le tabagisme.*
 - *Un dépistage précoce, Surveillance et traitement des lésions précancéreuses.*
 - *Une collaboration multidisciplinaire pour le développement, la mise au point et la standardisation des protocoles thérapeutiques associant la radio-chimiothérapie préopératoire a la chirurgie*