

# Cancer de l'œsophage (152)

Professeur Jacques FOURNET

Avril 2003

## Pré-Requis :

- Histologie et anatomie pathologique de l'œsophage
- Sémiologie des dysphagies
- Radiologie et imagerie du médiastin

## Résumé :

L'alcool et le tabac sont les facteurs de risques principaux du cancer épidermoïde de l'œsophage. Le diagnostic est souvent tardif au stade révélateur de la dysphagie. Le pronostic est donc grave. Leur fréquence a diminué depuis 20 ans, mais l'adénocarcinome favorisé par le reflux gastro-œsophagien est en augmentation de fréquence. La chirurgie voit sa place diminuée avec les progrès de la radiochimiothérapie.

## Mots-clés :

Cancer épidermoïde de l'œsophage - Adénocarcinome glandulaire de l'œsophage - Alcoolisme - Reflux gastro-œsophagien.

## 1. Introduction

L'incidence pour la France est actuellement de 5 000 nouveaux cas/an à prédominance masculine (SR = 10), elle peut être très élevée dans certains départements (Calvados). La mortalité est d'environ 4500 décès en France par an. L'âge moyen se situe entre 55 et 69 ans ; les facteurs incriminés sont surtout exogènes, alimentaires (alcool, tabac dans 90 % des cas, avec une relation dose-effet), plus qu'endogènes : dégénérescence d'un endobrachyoesophage, d'une achalasie, d'états cicatriciels (sténose caustique). L'association avec des cancers de la sphère ORL ou trachéo-bronchique (association tabac-alcool) est à souligner.

L'incidence des cancers malpighiens diminuent mais celle des adénocarcinomes sur endobrachyoesophage augmente.

## 2. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :

### 2.1. La dysphagie est le maître symptôme

- Dysphagie d'abord aux solides puis plus tardivement aux liquides.
- Dysphagies d'apparition récente (1 à 2 mois au moment de la consultation). Ce symptôme clef est cependant tardif par rapport à l'évolution anatomique.
- L'amaigrissement est souvent rapide (restriction alimentaire)
- Elle survient dans ce contexte chez un homme de plus de 50 ans alcoolique et tabagique.
  
- Plus rarement découverte systématique d'un petit cancer synchrone, d'un cancer ORL ou par surveillance d'une lésion prédisposante (endobrachyoesophage, achalasie, sténose caustique).

- Toutes dysphagies avec ou sans baisse de l'état général nécessite une endoscopie.

## 2.2. Devant ce symptôme, l'examen clinique recherche particulièrement

- une hépatomégalie (métastases)
- une adénopathie sus-claviculaire gauche (Troisier).

## 3. Le diagnostic de certitude est affirmé par les biopsies faites au cours de l'endoscopie

- Endoscopie : cancer végétant ou ulcérovégétant ou infiltrant. L'endoscopie précise la localisation et l'étendue de la lésion mesurée en cm.
- Biopsie : dans 70% des cas, il s'agit d'un cancer malpighien (épidermoïde) et dans 20 à 30 % d'un adénocarcinome glandulaire (dégénérescence d'un endobrachyoesophage).
- Le siège par ordre décroissant est le 1/3 inférieur, le 1/3 moyen et le 1/3 supérieur.
- Une deuxième localisation ou une résurgence à distance implique l'examen de tout l'œsophage.

## 4. Le bilan d'extension du cancer

### 4.1. La radio pulmonaire

La radio pulmonaire et l'échographie hépatique recherchent les métastases les plus fréquentes (les métastases osseuses et cérébrales ne sont recherchées que devant des signes d'appel clinique).

### 4.2. La tomodensitométrie thoraco-abdominale

La tomodensitométrie thoraco-abdominale détermine l'extension. Le cancer œsophagien est très lymphophile avec 60 % d'envahissement : ganglions cervicaux (œsophage cervical), les ganglions médiastinaux et péri-gastriques pouvant inclure les ganglions cœliaques (œsophage thoracique) donc des collecteurs très à distance de la lésion (migration lymphatique longitudinale sous-muqueuse).

La TDM recherche donc :

- Au niveau thoracique :
  - l'extension aux organes de voisinage (aorte, arbre trachéobronchique).
  - les adénopathies médiastinales
  - les métastases pulmonaires (surtout de petite taille)
- Au niveau sous diaphragmatique :
  - les ganglions du cardia et ceux de la région cœliaque
  - les métastases hépatiques.

### 4.3. L'échoendoscopie

L'échoendoscopie (intérêt essentiellement pour les petits cancers) précise mieux l'extension au sein de la paroi œsophagienne (extension en profondeur mais aussi en hauteur car le cancer se propage dans la sous-muqueuse), elle précise aussi l'extension ganglionnaire au voisinage de l'œsophage.

### 4.4. La fibroscopie trachéobronchique

La fibroscopie trachéobronchique (cancer des 2/3 supérieurs) est le meilleur examen pour préciser l'envahissement de la paroi trachéobronchique (contre-indication opératoire).

### 4.5. L'examen ORL

L'examen ORL est systématique à la recherche d'une localisation synchrone et/ou d'une paralysie d'une corde vocale (extension vers un nerf récurrent).

## 5. Bilan d'opérabilité et de résécabilité

Moins d'un patient sur deux au maximum est proposé au chirurgien :

- les antécédents pleuro-pulmonaires, l'âge, l'EFR, l'état nutritionnel (perte de poids) et immunitaire, l'état fonctionnel hépatique, la recherche de tares organiques orientent l'opérabilité. La recherche de foyer infectieux (ORL, dentaire, pulmonaire, urinaire, cutané ...) est indispensable.
- la résécabilité est fonction du siège (1/3 inf > 1/3 moyen > 1/3 sup) de l'extension intra-murale (T1 > T2 > T3). L'envahissement de l'arbre trachéo-bronchique, l'existence d'adénopathies sus-claviculaires ou cœliaques, contre indiquent la résection œsophagienne de même que la découverte de métastases viscérales.

**Classification clinique analytique** : elle nécessite souvent l'examen de la pièce opératoire pour être précise.

- Tis : carcinome in situ
- T1 : tumeur envahissant la lamina propria ou la sous-muqueuse
- T2 : tumeur envahissant la musculature propre.
- T3 : tumeur envahissant l'adventice
- T4 : tumeur envahissant les structures adjacentes
  
- N0 : pas de signes d'atteinte des ganglions régionaux.
- N1 : métastases ganglionnaires lymphatiques régionales (à l'exclusion des ganglions cœliaques).
  
- M0 : pas de métastase à distance.
- M1 : métastase(s) à distance comprenant les adénopathies cœliaques ou sus claviculaires.

Les classifications pT, pN, après chirurgie correspondent aux catégories T et N.

## 6. Facteurs pronostiques

En analyse multi-factorielle, l'envahissement de la paroi T1, T2 > T3, l'envahissement ganglionnaire (pN0 > pN1), le type histologique (adénocarcinome > malpighien), la nature de la tranche de section (saine > envahie), la présence d'un reliquat tumoral macroscopique, sont les facteurs de pronostic.

### Classification synthétique :

- Stade I : T1, N0, M0
- Stade IIa : T2 ou T3 N0, M0
- Stade IIb : T1 ou T2 N1, M0
- Stade III : T3 N1
- Stade IV : tous T ou tous N, M1

## 7. Traitement

### 7.1. Modalités thérapeutiques

#### 7.1.1. Chirurgie

La détection préalable et le traitement de tout foyer infectieux et la restauration de l'état nutritionnel sont indispensables avant un traitement chirurgical pour éviter les complications post-opératoires.

C'est le seul traitement radical : ses objectifs sont d'enlever la tumeur par une exérèse large, ainsi que l'atmosphère cellulaire et les territoires lymphatiques, et de restaurer la continuité digestive d'emblée.

- Oesophagectomie subtotale avec gastroplastie pour la majorité des auteurs, quelque soit le siège de la tumeur dans l'œsophage (ou oesophagectomie subtotale avec coloplastie).
- Pharyngo-laryngo-oesophagectomie (cancer de la bouche de Killian ou cancer étendu à l'hypopharynx)
- Le By-pass œsophagien, pour court-circuiter la tumeur lorsqu'elle n'est pas résécable, est palliatif et n'est pas aujourd'hui la meilleure méthode palliative.

#### 7.1.2. Radiothérapie

Dispensée en photons de haute énergie, avec un volume cible déterminé, elle est en ce cas, palliative, jamais curative à elle seule : dose 45 à 55 Gray :

- Pré-opératoire, potentialisée par la chimiothérapie (5FU, Cis-platine), pour accroître le taux de résécabilité et la survie (essai de phase III en cours).
- Post-opératoire (stades II et III) pour stériliser la maladie résiduelle infraclinique en cas de recoupe positive, curetage positif, reliquat tumoral.
- Palliative pour des tumeurs évoluées sur le plan loco-régional non résécables, et dès lors traitées par radiothérapie contractée, par photodestruction laser de la tumeur intraluminaire ou excessive en cas de contre-indication à l'intervention pour les tumeurs à développement local.

### **7.1.3. Chimiothérapie**

Ce cancer est assez peu chimiosensible ; les drogues utilisées sont le 5FU, potentialisé par l'acide folinique et le cisplatine (et de façon moindre la Mitomycine C). Elle peut être :

- pré-opératoire pour améliorer la résécabilité, avec un taux de réponse objective. Elle est plutôt conseillée aujourd'hui.
- administrée de façon contemporaine à l'irradiation externe pour la potentialiser
- requise en phase métastatique

### **7.1.4. Méthodes palliatives**

Utiles au confort en fonction du contexte anatomo-clinique, du statut du patient : endoprothèse par voie endoscopique, photo-destruction laser, ou plasma d'argon. L'endoprothèse est la seule possibilité en cas de fistule œsophagienne dans l'arbre trachéobronchique.

## **7.2. Indications thérapeutiques**

### **7.2.1. Opérabilité certaine**

- La tumeur est résécable : le traitement chirurgical est le traitement de choix précédé de plus en plus par une chimiothérapie+++ ou éventuellement une radiochimiothérapie.
- La tumeur est non résécable : un By-pass chirurgical (plastic colique) peut être effectué par le chirurgien ; sinon le plus souvent, une prothèse endoscopique est placée associée à un traitement palliatif radiochimiothérapique. Rarement après ce traitement la tumeur peut être résécable.

### **7.2.2. Cancer in situ ou intramuqueux**

Résection endoscopique possible après échoendoscopie.

### **7.2.3. Inopérabilité**

Mauvais état général ; association à une affection viscérale chronique (cirrhose), discuter de façon multidisciplinaire les moyens palliatifs les plus adaptés.

### **7.2.4. Phase métastatique**

Chimiothérapie = 5 FU - Cisplatyl

## **7.3. Résultats**

Le pronostic est péjoratif, nuancé par le statut tumoral. 25% des patients seulement peuvent bénéficier d'un traitement curatif (chirurgie avec ou sans radiothérapie. En ce cas, la médiane de survie est de 12-15 mois et on obtient 10-15% de survie à 5 ans en moyenne. Lorsque l'on

considère l'ensemble des patients > 80% de décès à 1 an et survie à 5 ans : 1 à 5 % selon les séries.

#### 7.4. Prévention

Une consommation ne dépassant pas ½ l de vin et ½ paquet de cigarettes par jour réduirait de près de 90 % l'incidence des cancers de l'œsophage. Il n'existe pas de dépistage de masse, mais le diagnostic précoce est souhaitable chaque fois que possible à l'échelle individuelle. Chez les malades avec lésions à risque de dégénérescence Ex = endobrachyoesophage, achalasie, sténose caustique, malade ayant un cancer ORL (et réciproquement).