



Item302-Tumeurs de l'œsophage.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une tumeur de l'œsophage.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- ALD HAS 11 - Thésaurus: Cancer de l'oesophage / Thésaurus de cancérologie - Société Nationale Française de Gastroentérologie / 2007 - Polycopiés nationaux: > HGE: item 152 > Cancéro	- Carcinome / tabac-alcool / tiers sup. - AdénoK / EBO post-RGO / tiers inf. - Dysphagie: élective-progressive-AEG - Troisier / compression / toux / TR - BPCO / cirrhose / nutrition / stomato - EOGD / TDM-échoendo / pan-fibro - Bilan nutritionnel et d'opérabilité (3) ++ - Toux: fistule oesoT ou nerf récurrent - CI: non-opérabilité / non-résécabilité - C: mucosectomie / oesophagectomie - P: radiochimioT / pose endoprothèse - PenC 100% / soutien psy / palliatif	- RCP et PPS - Dysphagie = EOGD - Alcool: sevrage / P° du DT - Cancer ORL / pan-endoscopie - Ex. aires Gg = schéma daté - Bilan nutrition / comorbidités

Généralités

Epidémiologie

- **3ème** cancer digestif (après CCR et cancer gastrique) / 5000 cas/an
- 7ème cancer le plus fréquent chez l'homme / sex ratio **H > F** = x10
- **Facteurs de risque**
 - **FdR de carcinome épidermoïde**
 - Intoxication **alcoolo-tabagique** +++
 - Liquides brûlants / brûlures caustiques
 - Aliments: céréales / BBQ (nitrosamines)
 - Infections: aspergillus / papillomavirus
 - Toxiques professionnels: mineurs / blanchisseur / pétrole..
 - **FdR d'adénocarcinome**
 - Endobrachyoesophage (**EBO**) post-RGO (cf [Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.](#))
 - **facteur favorisants d'adénocarcinome sur EBO**
 - Intoxication alcoolo-tabagique associée
 - EBO >8cm / sexe M / obésité / atcd familiaux
- **Pathologies associées**
 - **Cancer ORL (A savoir !)**: RR = x30 (cf [Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures.](#))
 - Achalasie de l'oesophage (cf [Dysphagie.](#))
 - Oesophagite caustique
 - Diverticule de Zenker

Anatomo-pathologie

- **Types histologiques**

- **Carcinome épidermoïde** = 70% des cas ; 1/3 supérieur ++, incidence tend à diminuer
- **Adénocarcinome** = 30% des cas ; 1/3 inférieur ++, incidence tend à augmenter
- Autres: adéno-acanthome, léiomyosarcome...
- tumeurs de la jonction oeso-gastrique qui touchent l'oesophage doivent être considérées comme tumeurs de l'oesophage et traitées comme telles.
- **Localisation**
 - 1/3 supérieur = 15-25cm des arcades dentaires = 20% (CE)
 - 1/3 moyen = 25-32cm des arcades dentaires = 30%
 - 1/3 inférieur = 32-45cm des arcades dentaires = 50% (adénoK)
- **Immunohistochimie**
 - Recherche statut du récepteur HER-2 sur biopsie
 - si bilan d'extension évoque une forme métastatique

Classification

- **Classification TNM**

T	<ul style="list-style-type: none"> ◦ T1a: envahit la lamina propria ou musculaire muqueuse ◦ T1b : envahit la sous-muqueuse ◦ T2: envahit la musculuse ◦ T3: envahit l'adventice ◦ T4a : envahit plèvre/péricarde/diaphragme ◦ T4b : envahit autres structures adjacentes
N	<ul style="list-style-type: none"> ◦ N0: pas de ganglion envahi ◦ N1: 1-2 métas ganglionnaires régionales ◦ N2 : 3-6 métas ganglionnaires régionales ◦ N2 : au moins 7 métas ganglionnaires régionales ◦ (Troisier = N1 si 1/3 sup. / M1 sinon)
M	<ul style="list-style-type: none"> ◦ M0: pas de métastase ◦ M1: métastase retrouvée

- **Stades (pour thérapeutique)**

Stade I	<ul style="list-style-type: none"> ◦ IA : T1 N0 M0 ◦ IB : T2 N0 M0
Stade II	<ul style="list-style-type: none"> ◦ IIA: T3 N0 M0 ◦ IIB: <ul style="list-style-type: none"> ▪ T1/2N0M0 ▪ T4aN0M0
Stade III	<ul style="list-style-type: none"> ◦ IIIA : <ul style="list-style-type: none"> ▪ T3 N1 M0 ▪ T1/2 N2 M0 ◦ IIIB : <ul style="list-style-type: none"> ▪ T3 N2 M0 ▪ T4a N1/2 M0 ◦ IIIC : <ul style="list-style-type: none"> ▪ T4b NxM0 ▪ TxN3M0
Stade IV	<ul style="list-style-type: none"> ◦ tout M1 (!! Gg coeliaques = M)

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - Intoxication **alcool-tabagique** +++ / à quantifier ! / co-morbidités
 - Atcd de **RGO** +/- EBO (pour adénocarcinome) / de cancer ORL
 - **Signes fonctionnels**
 - !! asymptomatique (50%) → découverte tardive = pronostic sombre...
 - **signes généraux**

- **AEG** / perte de poids / douleur (médiastinale, interscapulaire..)
- Syndrome anémique: pâleur / asthénie (inflammatoire et carence martiale)
- **dysphagie +++** (cf **Dysphagie.**)
 - !! révélateur dans 90% des cas / **EOGD** devant toute dysphagie (**A savoir !**)
 - élective (sur **solides**) puis globale / évolution **progressive / indolore**
 - signes associés: hypersialorrhée / régurgitations / odynophagie
- **Examen physique**
 - **Bilan d'extension clinique**
 - Examen des aires ganglionnaires (schéma daté: **A savoir !**): ganglion de **Troisier** ++
 - Signe de **compression** médiastinale (dysphonie / dysphagie / dyspnée / douleur)
 - **Toux** à la déglutition: fistule oeso-trachéale ou fausses-routes (nerf récurrent)
 - Métastases: **TR** (carcinose péritonéale) / palpation (**HSMG**) / ex. neuro / os
 - **Bilan du terrain alcoolo-tabagique +++ (A savoir !)**
 - **Rechercher une complication alcool / tabac**
 - Signes pour une cirrhose (IHC et HTP) / évaluer la **dénutrition**
 - Signes pour une BPCO / un cancer bronchique / une AOMI
 - **Rechercher un cancer des VADS associé**
 - Examen ORL: abaisse-langue / **naso-fibroscopie**
 - Examen stomatologique: état bucco-dentaire
 - **Remarque: devant troubles de la déglutition / inhalation, évoquer:**
 - Fistule oeso-trachéale
 - Compression du nerf récurrent

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **EOGD avec biopsies multiples et étagées +++**
 - sous sédation / à jeun / après bilan **hémostase** (!! IHC)
 - aspect: tumeur ulcérée / dure / saignant au contact
 - colorations au Bleu de toluidine (+) et **Lugol (-)**
 - biopsie: ex **anapath** pour diagnostic histologique
- **Pour bilan d'extension**
 - **TDM cervico-thoraco-abdominale injectée +++**
 - Envahissement local (trachée / bronche / aorte)
 - Ganglions régionaux (médiastinaux) / coelio-aortiques
 - Métastases hépatiques et pulmonaires
 - **Echo-endoscopie**
 - Seulement pour tumeurs superficielles **et N0M0** en TDM TAP
 - Etude de l'extension pariétale (profondeur) + recherche ADP
 - **TEM-TDM non systématique**
 - statut ganglionnaire
 - métastases à distance
 - **Scinti Os et IRM cérébrale sur point d'appel**
 - **Transit oesophagien simple (et non TOGD)**
 - Seulement si sténose infranchissable à la EOGD ++
 - Image d'addition / localisation / recherche de fistule
 - **Biopsie d'une ADP sus-claviculaire écho-guidée**
 - En pré-chirurgie: biopsie de toute ADP suspecte
- **Pour bilan du terrain alcoolo-tabagique**
 - **Recherche d'une seconde localisation néoplasique**
 - **Consultation ORL + pan-endoscopie des VADS (A savoir !)**
 - si cancer épidermoïde ou ADK chez fumeur
 - Examen bucco-rhino-pharyngé + fibroscopie
 - Recherche cancer ORL associé / compression
 - **Endoscopie bronchique +/- biopsies**
 - si cancer épidermoïde ou ADK chez fumeur
 - Pour envahissement locorégional: trachée / bronche
 - Pour cancer bronchique primitif (!! même terrain)
 - **Bilan d'opérabilité +++ (4)**
 - Fonction respiratoire: GDS + EFR
 - Fonction cardiaque: ECG + ETT
 - Fonction hépatique: BHC +/- PBH
 - Bilan **nutritionnel** : IMC / ingesta / EPP / albumine / pré-albumine
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan pré-opératoire:** Gpe-RAI-Rh / Cs anesthésie

- Bilan pré-RCT: NFS-P / iono-créat / BHC, etc.
 - Marqueurs tumoraux pour suivi: SCC (CE) / ACE (adénoK)
- !! En pratique, bilan standardisé dans le cancer de l'oesophage: faire DANS L'ORDRE
- 1 = EOGD: affirme le diagnostic positif
 - 2 = TDM TAP: recherche N+ / M+ (si positif: palliatif, on s'arrête là)
 - 3 = ssi NO M0: écho-endoscopie: infiltration en profondeur / ADP locales
 - 4 = ssiopérable
 - bilan du terrain: fonctions [respiratoire / hépatique / cardiaque] / bilan nutritionnel
 - recherche 2nde localisation: fibroscopie bronchique / panendoscopie des VADS

Evolution

Complications

- Dysphagie et dénutrition +++
 - Dysphagie progressive puis aphagie + inflammation chronique
 - → dénutrition sévère +/- cachexie
- Complications d'une extension médiastinale
 - Plèvre = carcinose pleurale et pleurésies
 - Bronche souche = pneumopathies / abcès pulmonaires
 - Compression du nerf récurrent
 - dysphonie + fausses routes + toux à la déglutition
 - → pneumopathies d'inhalation à répétition +++
- Fistule oeso-trachéale
 - à évoquer devant
 - Toux à la déglutition et pneumopathies (!! idem n. récurrent)
 - Accès de suffocation à l'alimentation liquide
 - à confirmer par
 - TOGD aux hydrosolubles +/- EOGD et endoscopie bronchique
- Hémorragie digestive
 - En général: hémorragie occulte / syndrome anémique
 - Rarement hématomèse ou méléna: NPO toucher rectal

Pronostic

- Survie à 5ans tous stades confondus = **10 %**
- Localisé= 37% / Loco-régional = 18% / Métastatique = 3%

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation multi-disciplinaire (**RCP**) (**A savoir !**)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (**PPS**)
- Consultation d'annonce dédiée

Mesures hygiéno-diététiques

- Arrêt de l'alcool et du tabac
 - Aide au sevrage tabagique: substitut nicotinique
 - !! Prévention du DT Vit B1/B6 +/- BZD (**A savoir !**)
- Support nutritionnel (cf Prescription d'un régime diététique)
 - si patient opérable ou traité à but curatif
 - Renutrition orale tant que possible (AE-CNO), SNG
 - Jejunostomie en 2eme intention
 - Nutrition parentérale en 3ème intention
 - Pas de pose de gastrostomie (ne pas abîmer le greffon gastrique)
 - Si le patient n'est pas traité dans un but curatif
 - pose d'une prothèse
 - curiethérapie à haut débit de dose
 - radiothérapie externe avec fractionnement de dose adapté

Traitement à visée curative

- Traitement endoscopique
 - Indications: T1aN0M0
 - Modalités: **mucosectomie**: résection endoscopique / ex anapath.
- Traitement chirurgical
 - Indications: cancers localisés: T1/2 N0 M0

- **Contre-indications +++**
 - **non-opérabilité:** lRespC / IC / IRC / cirrhose > stade A
 - **non-résécabilité:** envahissement médiastinal / ADP coeliaques / métastase
- **Modalités**
 - **Oesophagectomie transthoracique subtotale** avec marge de résection (≥ 5 cm)
 - autres voies d'abord possibles selon les centres/extension tumeur
 - Thoracotomie + laparotomie / 1er temps exploratoire +++
 - Ex. extempo + ex. anapath de la pièce / curage ganglionnaire
 - Anastomose oeso-gastrique /estomac tubulisé / drains / fermeture
- **Radio-chimiothérapie pré-opératoire**
 - de plus en plus indiquée pour adénocarcinome localement avancés, discutée pour certaines tumeurs épidermoïdes
- **Radio-chimiothérapie seule à visée curative**
 - en cas de contre-indication à la chirurgie

Traitement à visée palliative

- **chimiothérapie**
 - **Indications:** stades métastatiques
 - **Modalités:** cisplatine/5-FU/Epirubicine
- **Traitement endoscopique**
 - **Indications:** dysphagie majeure / fistule oeso-trachéale non opérable
 - **Modalités:** dilatation endoscopique / **endoprothèses**

Stratégie thérapeutique

- **Stade localisés**
 - Traitement endoscopique (mucosectomie) si tumeur superficielle +++
 - Traitement chirurgical si T1/2 N0/M0 (dépassant la sous-muqueuse)
- **Stades avancés (autres cas M0)**
 - **opérables:** radiochimiothérapie puis chirurgie (ADK +++)
 - **non opérables:** radio-chimiothérapie seule +++
- **Stade IV (métastatique)**
 - Radio-chimiothérapie ou chimiothérapie
 - Endoprothèse en cas de dysphagie

Mesures associées

(cf [Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillance](#))

- Prise en charge de la douleur
- Prise en charge **bucco-dentaire**
- Prise en charge **sociale** +++
- Soutien psychologique
- Prise en charge à **100%** (ALD)
- Soins palliatifs si fin de vie

Surveillance

- **Clinique:** consultation 1x/3M pendant 2 ans puis 1x/6M pendant 5 ans puis 1x/an A VIE
- **Paraclinique:**
 - **EOGD** (avec coloration au lugol si epidermoïde)
 - **si mucosectomie :**
 - à 3 mois, puis 1x/6M pendant 2 ans , puis 1x/an
 - **autres cas :**
 - en fonction de la symptomatologie et du traitement réalisé
 - **TDM Thoraco-Abdominale**
 - **en cas de RT-CT exclusive**
 - à 3 mois, puis 1x/6M pendant 2 ans , puis en fonction symptômes
 - **en cas de chirurgie:**
 - à 6 mois puis en fonction des symptômes
 - **Examen ORL annuel** (2nd cancer)
 - **Endoscopie bronchique :** non systématique, en fonction symptomatologie

7 éléments évoquant récurrence chez patient atteint de cancer de l'oesophage et devant l'inciter à consulter ?

- Reprise de l'amaigrissement
- Douleurs abdominales
- Dysphagie
- Douleurs osseuses
- Toux
- Dyspnée
- Dysphonie

(ALD HAS 11)

Chez un patient opérable ou avec un projet curatif, quel est le traitement à proposer en cas de dénutrition persistante après traitement par supplémentation orale et alimentation entérale par sonde?

- Jéjunostomie
- Gastrostomie = Faux (abîme le potentiel greffon gastrique)

(ALD HAS 11)

7 complications tardives après radio-chimiothérapie ?

- Péricardite
- Insuffisance cardiaque
- Infarctus du Myocarde
- Epanchement pleural
- Pneumonie
- Sténose radique
- Oesophagite mycotique

(ALD HAS 11)

3 cancers les plus fréquents après un cancer de l'oesophage (autres que cancer oesophage) ?

- Poumon
- VADS
- Estomac

(ALD HAS 11)