

Cancer de l'œsophage

Dr TALBI.N

DEFINITION

Le cancer de l'œsophage se forme dans les cellules de l'œsophage.

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'œsophage) et très souvent à une métaplasie gastrique et ou intestinale secondaire à une œsophagite peptique.

ÉPIDEMIOLOGIE

Cancer épidermoïde de l'œsophage : 80 %

c'est le 3ème cancer digestif, derrière le cancer colorectal et le cancer gastrique.

Le rôle primordial de l'alcool et du tabac a été démontré dans 90 % des cas, ce qui explique sa prédominance masculine. 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 carenciels (carence en protéine animale, en vit A et C, en zinc) semblent intervenir et la répartition est identique selon le sexe.

Adénocarcinome de l'œsophage : 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-œsophage (EBO) ou œsophage de Barrett, processus de réparation de l'œsophagite peptique. On admet que l'adénocarcinome se développe chez environ 10 % des sujets atteints d'endo-brachy-oesophage. Son incidence est en augmentation dans plusieurs pays dont l'Algérie.

Les hommes sont 10 fois plus exposés que les femmes.

LE PRONOSTIC

Sombre du fait d'un diagnostic tardif (le plus souvent devant une dysphagie) et du mauvais terrain : patients présentant une intoxication alcoolo tabagiques passée et/ou présente, souvent âgés (+ de 60ans), en mauvais état général ; 12 à 17 % présentent un cancer ORL associé. Mais on note une amélioration significative de la survie globale à 5 ans depuis l'apparition de la Radio-chimiothérapie concomitante.

ÉTIOLOGIE

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

ANATOMIE

L'œsophage est un segment du tube digestif reliant l'hypopharynx à l'estomac. C'est un tube musculaire de 25 cm de longueur (de C6 à D11), de 15 à 40 cm des arcades dentaires. Réparti en 3 régions anatomiques : cervicale, thoracique et abdominale.

Rapports anatomiques : organes médiastinaux (aorte, trachée, bronches souches, pèlvre, nerfs récurrents, péricarde).

Drainage lymphatique :

Cervical : chaînes jugulaires internes et récurrentielles

Thoracique : ganglions latéro-trachéaux, inter-trachéo-bronchiques et médiastinaux postérieurs

Sous diaphragmatique : ganglions du cardia, chaîne coronaire stomacique

ANATOMOPATHOLOGIE

Rappel histologique: La paroi œsophagienne est constituée de quatre couches : La muqueuse, constituée d'un épithélium malpighien non kératinisée reposant sur une musculaire muqueuse à laquelle font suite une sous muqueuse puis une musculuse et une adventice (sans séreuse).

Les conditions précancéreuses: c'est principalement l'œsophagite chronique, secondaire à une agression locale:

L'alcool et le tabac sont les toxiques les plus incriminés dans la survenue d'un carcinome épidermoïde.

Le reflux gastro-oesophagien (à l'origine d'une œsophagite peptique : c'est l'endobrachyoesophage ou muqueuse de Barrett) favorise la survenue d'un adénocarcinome au 1/3 inférieur de l'oesophage.

Beaucoup plus rarement, une sténose caustique (plus de 30 ans après l'ingestion de caustique), un mégaoesophage, un diverticule, une maladie de Plummer-Vinson favorisent la survenue d'un carcinome épidermoïde.

Macroscopie:

Les sièges préférentiels des carcinomes primitifs œsophagiens sont par ordre décroissant sont: les tiers inférieur, moyen et supérieur.

La tumeur est habituellement ulcéro-bourgeonnante et infiltrante, supérieure à 1 cm de grand axe ; plus rarement, elle est polypoïde ou sténosante ou superficielle (plaque, dépression) ; dans plus de 10 % des cas, il existe un ou plusieurs foyers carcinomateux à distance du foyer principal.

Microscopie: Il existe principalement deux variétés de carcinomes :

Les carcinomes épidermoïde qui sont le plus souvent bien différenciés, kératinisant ou non, et plus rarement moyennement ou peu différenciés.

Les adénocarcinomes se développent: surtout dans le 1/3 inférieur de l'œsophage à partir de la muqueuse d'un endobrachyoesophage et plus rarement à partir de glandes muqueuses ou de foyers d'hétérotopie.

Les autres variétés de carcinomes sont exceptionnelles : carcinome adénoquameux, carcinome à petites cellules.

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 stomacique, trachéo-bronchiques.

Les métastases viscérales, rares, siègent principalement dans les poumons, le foie, le rachis dorsal.

DIAGNOSTIC

Circonstances révélatrices du cancer de l'œsophage

Homme d'âge moyen 65 ans, avec un long passé de consommation alcoolique et tabagique.

Tout signe d'appel œsophagien ou thoraco-respiratoire peut révéler un cancer de l'œsophage ; 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 hypersialorrhées

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.

Le cancer de l'œsophage est souvent asymptomatique durant ses premiers stades.

En l'absence de tout symptôme: le diagnostic peut être porté à un stade de début chez les sujets atteints d'une néoplasie ORL ou à l'occasion d'une endoscopie pour une autre cause.

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

- Aspects endoscopiques du cancer de l'œsophage

L'endoscopie doit mesurer dans tous les cas la distance entre le pôle supérieur de la lésion néoplasique et la bouche de Killian et rechercher un ou des nodules de perméation ou un foyer de dysplasie en amont de la tumeur.

Dans les formes évoluées, l'aspect est généralement très caractéristique : ulcération plus ou moins anfractueuse à fond blanchâtre, entourée d'un bourrelet irrégulier dur au contact de la pince, lésion végétante irrégulière friable et hémorragique obstruant plus ou moins la lumière ou rétrécissement infranchissable. 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 est toujours nécessaire d'obtenir une confirmation anatomopathologique de plusieurs prélèvements biopsiques ou d'un frottis réalisé à partir des éléments du brossage d'une sténose infranchissable. »

- Transit baryté de l'œsophage: s'effectue par prise de multiples clichés radiologiques pendant l'absorption per os d'un produit de contraste visible à la radiologie. Cet examen dépiste les sténoses et les rétrécissements œsophagiens, ainsi que les diverticules. Il est effectué quand la fibroscopie est contre-indiquée.

Bilan d'extension du cancer de l'œsophage

- L'extension locorégionale:
 - l'examen ORL qui recherche principalement: une atteinte récurrentielle et dépiste une lésion néoplasique concomitante des voies aériennes supérieures.
 - l'endoscopie trachéo-bronchique (pour les cancers des tiers supérieur et moyen) permet: d'affirmer une extension à l'arbre respiratoire, ou seulement un simple refoulement trachéal ou bronchique.
 - la tomодensitométrie: permet d'apprécier l'extension pariétale et médiastinale

- L'écho endoscopie: permet un bilan plus précis ainsi qu'une meilleure précision de l'extension dans les différentes couches pariétales.
- L'extension lymphatique: est recherchée par l'examen physique (ganglion de Troisier). L'échographie pour la recherche d'adénopathies cervicales et cœliaques, et l'écho endoscopie pour la recherche d'adénopathies médiastinale.
- Les métastases viscérales: sont recherchées par une radiographie pulmonaire de face et de profil, une échographie hépatique et un examen tomodensitométrique thoracique et abdominal.

Système de stadification : On emploie un système de classification type : TNM

- T : évalue la tumeur primitive
- N : évalue l'atteinte ganglionnaire
- M : évalue les métastases à distance

Facteurs pronostics et prédictifs

- sont liés au cancer et comprennent :
 - le type de cancer
 - la taille de la tumeur
 - l'emplacement de la tumeur
 - la classification histologique du cancer
 - le stade du cancer
 - les caractéristiques particulières de la tumeur
- D'autres facteurs peuvent affecter le pronostic, soit :
 - l'âge de la personne atteinte
 - l'état de santé global de la personne atteinte
 - la présence de tares
 - la capacité de poursuivre ses activités quotidiennes (indice fonctionnel)

Le bilan d'opérabilité : consiste à apprécier : le retentissement nutritionnel, jugé surtout sur l'amaigrissement ; l'âge ; la fonction hépatique (TP) ; la fonction respiratoire (EFR, gazométrie) ; la fonction cardiaque.

TRAITEMENT

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

Moyens

- La chirurgie curative ou palliative, associée ou non à la radio chimiothérapie.
- La chimiothérapie, la radiothérapie et leur association.

Indications.

Chirurgie:

- Le traitement à visée curative est basé classiquement sur l'exérèse chirurgicale.
- La technique standard est l'oesophagectomie transthoracique subtotale avec curage ganglionnaire et plastie gastrique si possible.
- L'exérèse complète de la tumeur doit passer 5 cm au-dessus du pôle supérieur de la tumeur
- Comprendre l'ablation des tissus péri-tumoraux et un curage lymphatique.
- Différentes voies d'abord sont possibles : Abord abdominal, thoracique ou cervical
- Le traitement chirurgical n'est possible que chez les malades capables de supporter cette intervention (âge, état général, fonctions respiratoire, cardiaque et hépatique) et dont la tumeur ne comporte pas d'envahissement des structures adjacentes ni de métastases.

la radiothérapie exclusive est recommandée pour le traitement des cancers de l'œsophage avancés ou inopérables.

Chimiothérapie sans radiothérapie concomitante

- La chimiothérapie postopératoire n'est pas indiquée pour le traitement adjuvant des cancers de l'œsophage dans l'état actuel des connaissances.
- La chimiothérapie préopératoire peut améliorer la survie par rapport à la chirurgie exclusive.

Radio chimiothérapie concomitante

- Exclusive:
 - L'association d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie concomitante (radio chimiothérapie) exclusive apparaît actuellement supérieure à la radiothérapie exclusive pour le traitement non chirurgical des cancers de l'œsophage.
- Préopératoire:
 - La radio chimiothérapie concomitante préopératoire est proposée car elle augmente les taux de résécabilité et permet même d'obtenir une stérilisation tumorale préopératoire et sur les pièces d'exérèse.

Traitements endoscopiques.

- sont essentiellement :
 - dilatations endoscopiques itératives,
 - intubation endoscopique trans-tumorale,
 - Ces méthodes sont proposées en cas de contre indication chirurgicale ou dans les formes d'emblée très évoluées ainsi que dans les récurrences. Elles permettent d'améliorer la qualité de la survie.

PRONOSTIC DU CANCER DE L'OESOPHAGE est en fonction de son extension

- Toutes formes confondues, la survie des patients atteints d'un cancer de l'œsophage est inférieure à 10 % à 5 ans.
- Elle dépend de l'extension pariétale.
- L'envahissement ganglionnaire joue également un rôle important :
25 % de survies à 5 ans en l'absence et 10 % de survies à 5 ans en présence d'un envahissement ganglionnaire.
- En présence de métastases (les ganglions sus-claviculaires et cœliaques sont considérés comme des métastases), la survie à 5 ans est nulle.

SURVEILLANCE

- La surveillance des cancers de l'œsophage repose sur l'examen clinique qui s'intéresse surtout à la dysphagie, à l'état nutritionnel et aux aires ganglionnaires tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans.
- L'examen ORL s'impose après 12 à 18 mois de traitement initial chez les patients vivant sans récurrence.
- La surveillance paraclinique est en fonction des symptômes (transit œsophagien, fibroscopie digestive haute, cliché du thorax, échographie et/ou scanner) .
- La surveillance par fibroscopie œsophagienne tous les 1 à 2 ans

CONCLUSION

- Le cancer de l'œsophage a toujours un pronostic effroyable malgré les progrès thérapeutiques réalisés.
- Un dépistage des sujets à risque devrait s'organiser pour détecter le cancer in situ.
- Les mesures de prévention contre l'alcoolisme et le tabagisme doivent être rappelées à cette occasion: en effet, une consommation modérée suffirait à faire baisser de 90% l'incidence du cancer.