



Oesophage: Cancer de l'oesophage

[Cancer de l'oesophage de type épidermoïde ?](#)

[Cancer de l'oesophage de type adénocarcinome ?](#)

[Quels symptômes doivent faire rechercher un cancer de l'oesophage ?](#)

[Pourquoi faut-il faire une endoscopie dans le cancer de l'oesophage ?](#)

[Quel bilan à faire en cas de cancer de l'oesophage ?](#)

[Pourquoi faire une écho-endoscopie dans le cancer de l'oesophage ?](#)

[Quel traitement à visée curative dans le cancer de l'oesophage ?](#)

[Quel traitement palliatif dans le cancer de l'oesophage ?](#)

[Quel est le pronostic du cancer de l'oesophage en fonction de son extension ?](#)

1.4.1. Cancer de l'oesophage de type épidermoïde ?

La majorité des cancers de l'oesophage sont des cancers épidermoïdes. Comme les autres cancers des voies aérodigestives supérieures, ils se développent à partir de l'épithélium malpighien. L'incidence est d'environ 5 000 cas par an en France. Elle est plus élevée dans les régions de l'Ouest où les rôles primordiaux de l'alcool et du tabac ont été démontrés. Ce cancer atteint surtout les hommes (sex-ratio : 12), souvent âgés (âge moyen : 65 ans).

Dans les régions du monde de très forte incidence (Asie, Afrique du Sud), des facteurs carenciels semblent intervenir et la répartition est identique selon le sexe. On connaît également certains états pathologiques de l'oesophage prédisposant à ce type de cancer : oesophagite caustique, achalasie du cardia...

1.4.2. Cancer de l'oesophage de type adénocarcinome ?

Il représente actuellement 20 % des cancers de l'oesophage, les autres étant des cancers épidermoïdes. Son incidence est en augmentation dans plusieurs pays, dont la France. Le seul facteur étiologique bien démontré est l'EBO ou oesophage de Barrett (voir 1.2.8.).

On estime que l'adénocarcinome se développe chez environ 10 % des sujets atteints d'EBO. Les hommes sont dix fois plus exposés que les femmes. Dans la plupart des cas, l'EBO n'était pas connu avant que le cancer ne se développe.

1.4.3. Quels symptômes doivent faire rechercher un cancer de l'oesophage ?

Tout signe d'appel œsophagien ou thoraco-respiratoire peut révéler un cancer de l'oesophage ; il s'agit très souvent alors d'une forme invasive de mauvais pronostic. La dysphagie est le symptôme dominant, habituellement élective pour les solides, d'apparition récente et d'évolution progressive, entraînant un état de dénutrition.

Les autres symptômes, rarement isolés et plus tardifs, sont la traduction d'une lésion évoluée ou d'une complication : douleur thoracique, infection bronchopulmonaire par fausse route ou fistulisation de la tumeur dans l'arbre respiratoire, dyspnée inspiratoire par compression trachéale, dysphonie par atteinte des nerfs récurrents (gauche le plus souvent), syndrome de Claude Bernard-Horner par lésion du sympathique cervical, compression cave ou péricardite. L'hémorragie massive par érosion de gros vaisseaux et l'anémie d'origine inflammatoire ou par saignement occulte sont rares.

En l'absence de tout symptôme œsophagien, le diagnostic peut être porté à un stade de début de la croissance tumorale à l'occasion d'une endoscopie chez les sujets atteints d'une néoplasie ORL, bronchopulmonaire ou faite pour une autre raison.

Quelles que soient les circonstances de découverte, le diagnostic repose sur l'endoscopie et les prélèvements biopsiques qui précisent le type histologique. Le transit baryté permet de déterminer l'étendue de la lésion et sa topographie.

1.4.4. Pourquoi faut-il faire une endoscopie dans le cancer de l'oesophage ?

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.

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. 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 peut s'agir d'une plaque de muqueuse discrètement surélevée ou au contraire érodée, d'un simple dépoli avec changement de coloration et de brillance de la muqueuse, ou d'un petit nodule.

Il est toujours nécessaire d'obtenir une confirmation anatomopathologique par plusieurs prélèvements biopsiques ou un frottis réalisé à partir des éléments du brossage d'une sténose infranchissable.

1.4.5. Quel bilan à faire en cas de cancer de l'oesophage ?

- Le bilan d'opérabilité est préalable à tout autre et apprécie :
 - le retentissement nutritionnel, jugé surtout sur l'amaigrissement ;
 - l'âge ;
 - la fonction hépatique ;
 - la fonction cardiovasculaire et respiratoire.
- L'extension locorégionale est recherchée par :
 - l'examen ORL : atteinte du nerf récurrent gauche, lésion néoplasique concomitante des voies aériennes supérieures ;
 - l'endoscopie trachéobronchique (pour les cancers des tiers supérieur et moyen), qui permet d'affirmer un deuxième cancer ou une extension à l'arbre respiratoire lorsqu'elle montre un aspect végétant ou infiltrant ou encore une fistule. Un simple refoulement trachéal ou bronchique ne préjuge pas de l'envahissement pariétal
 - la scanographie, qui permet d'évaluer l'extension médiastinale et les métastases pulmonaires
 - l'échoendoscopie, qui permet un bilan plus précis de l'extension pariétale et médiastinale que la scanographie.

1.4.6. Pourquoi faire une écho-endoscopie dans le cancer de l'oesophage ?

L'échoendoscopie permet de distinguer les lésions purement sous-muqueuses (T1) des lésions infiltrant la musculuse (T2), la graisse médiastinale (T3) ou les organes de voisinage (T4). Elle peut aussi préciser l'existence d'adénopathies sans toutefois affirmer à coup sûr leur envahissement cancéreux. Dans ces cas, une ponction sous échoendoscopie à travers la paroi de l'oesophage est possible.

- L'extension lymphatique est recherchée par l'examen physique (ganglion de Troisier), par l'échographie (recherche d'adénopathies cervicales et coéliquales) et l'échoendoscopie (recherche d'adénopathies médiastinales).
- Les métastases viscérales sont recherchées par une radiographie pulmonaire de face et de profil, une échographie hépatique et éventuellement un examen tomodensitométrique thoracique et abdominal.
- La synthèse du bilan d'extension est faite actuellement dans le cadre de la classification TNM.

1.4.7. Quel traitement à visée curative dans le cancer de l'oesophage ?

Le traitement à visée curative reste basé sur l'exérèse chirurgicale, mais la radiochimiothérapie est une alternative en cours d'évaluation. L'exérèse complète de la tumeur doit passer à distance du pôle supérieur de la tumeur, comprendre l'ablation des tissus péri-tumoraux et un curage lymphatique. Différentes voies d'abord sont possibles (avec ou sans thoracotomie) et le remplacement de l'oesophage réséqué est généralement réalisé au moyen d'une plastie gastrique.

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. Une radiochimiothérapie préopératoire est proposée par certains auteurs car elle augmente les taux de résecabilité et permet même d'obtenir (dans un tiers des cas) une stérilisation tumorale préopératoire et sur les pièces d'exérèse. Cependant ce résultat n'a pas coïncidé avec une amélioration de la survie.

La radiothérapie endoluminale et la destruction tumorale par photocoagulation laser, plasma-argon, mucoséctomie complète ou photothérapie dynamique peuvent être envisagées à titre de traitement curatif dans les formes superficielles ne dépassant pas la sous-muqueuse (avec un risque de 10 % de laisser évoluer des métastases ganglionnaires).

1.4.8. Quel traitement palliatif dans le cancer de l'oesophage ?

On peut entreprendre à titre palliatif une radiothérapie et/ou une chimiothérapie en association ou non avec une méthode endoscopique. Les méthodes endoscopiques sont: dilatations endoscopiques itératives, intubation endoscopique transtumorale, désobstruction par photocoagulation ou électrocoagulation. Elles ont pour but de restaurer et de maintenir une filière œsophagienne suffisante et d'éviter la gastrostomie. Elles sont proposées en cas de contre-indication chirurgicale, en cas de contre-indication à la radiochimiothérapie, ou dans les formes d'emblée très évoluées ainsi que dans les récidives. Elles permettent d'améliorer la qualité de la survie.

1.4.9. Quel est le pronostic du cancer de l'oesophage en fonction de son extension ?

Toutes formes confondues, la survie à un cancer de l'oesophage est inférieure à 10 % à 5 ans.

Outre l'envahissement pariétal, l'envahissement ganglionnaire joue un rôle important : 25 % de survie à 5 ans en son absence et 10 % de survie à 5 ans en présence d'un envahissement ganglionnaire.

En présence de métastases (les ganglions sus-claviculaires et coéliquales sont considérés comme des métastases), la survie à 5 ans est quasi nulle.