

Adénocarcinome du bas œsophage et du cardia

Indications - Techniques chirurgicales

Ph. Metzler

Introduction

- Tumeur dont le *centre* est situé entre 5 cm au-dessus et 5 cm en dessous de la jonction oeso-gastrique anatomique
- Incidence en augmentation dans les pays occidentaux
- Pronostic sombre : 10 % survie à 5 ans
- Seul traitement curatif : chirurgie
- Classifications : SIEWERT
TNM œsophage / estomac

Epidémiologie

- **Adénocarcinome : 30 % des cancers de l'œsophage**
- **Prédominance masculine (7/1)**
- **Pic incidence : 55-65 ans**
- **Facteurs de risque :**
 - **RGO et muqueuse de Barrett +++**
 - **Tabac**
 - **Obésité**

Epidémiologie

- **RGO symptomatique :**

RR = **7,7** pour ADK œsophage

2 pour ADK cardia

Langergren J et al. N Engl J Med 1999; 340: 825-31

- **Obésité**

IMC	<22	22-25	25-30	>30
ADK oeso. (OR)	1	3,2	6,9	16,2
ADK cardia	1	1,3	2,2	4,3

Langergren J et al. Ann Intern Med 1999; 130: 883-90

- **Helicobacter pylori**

- **Pas d'influence**

Helicobacter and Cancer Collaborative Group Gut, 2001

- **Rôle protecteur ?**

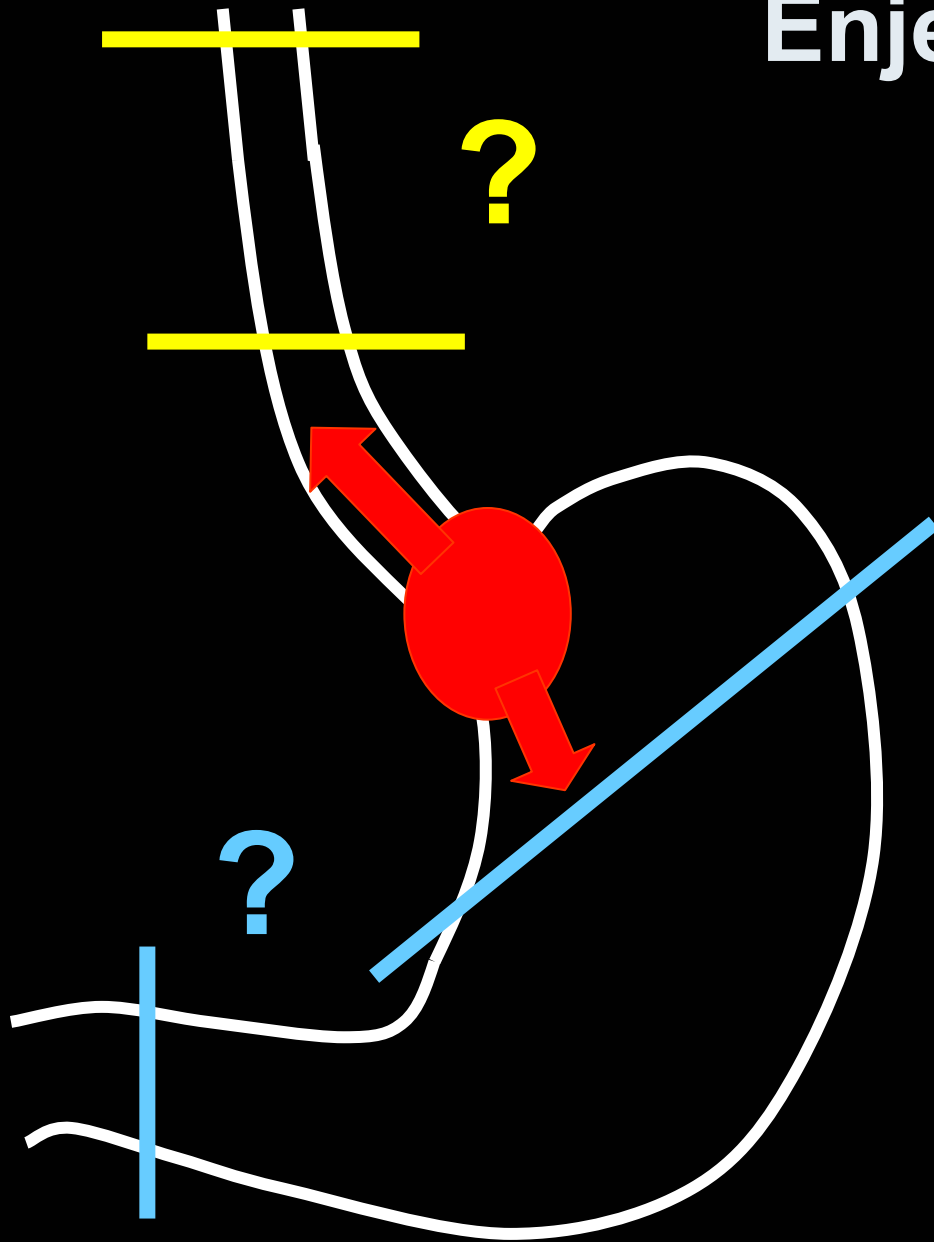
Chow WH et al. Cancer Res 1998; 58: 588-90

Bilan pré-opératoire

Contre-indications

- générales : amaigrissement $> 10\%$
- tumeur : T4 bas oesophage
 - adénopathies coeliaques
 - métastases viscérales

Enjeux



- Résection R0

- Curage ganglionnaire

- médiastinal

- abdominal

- Rétablissement de la
continuité digestive

Classification de SIEWERT

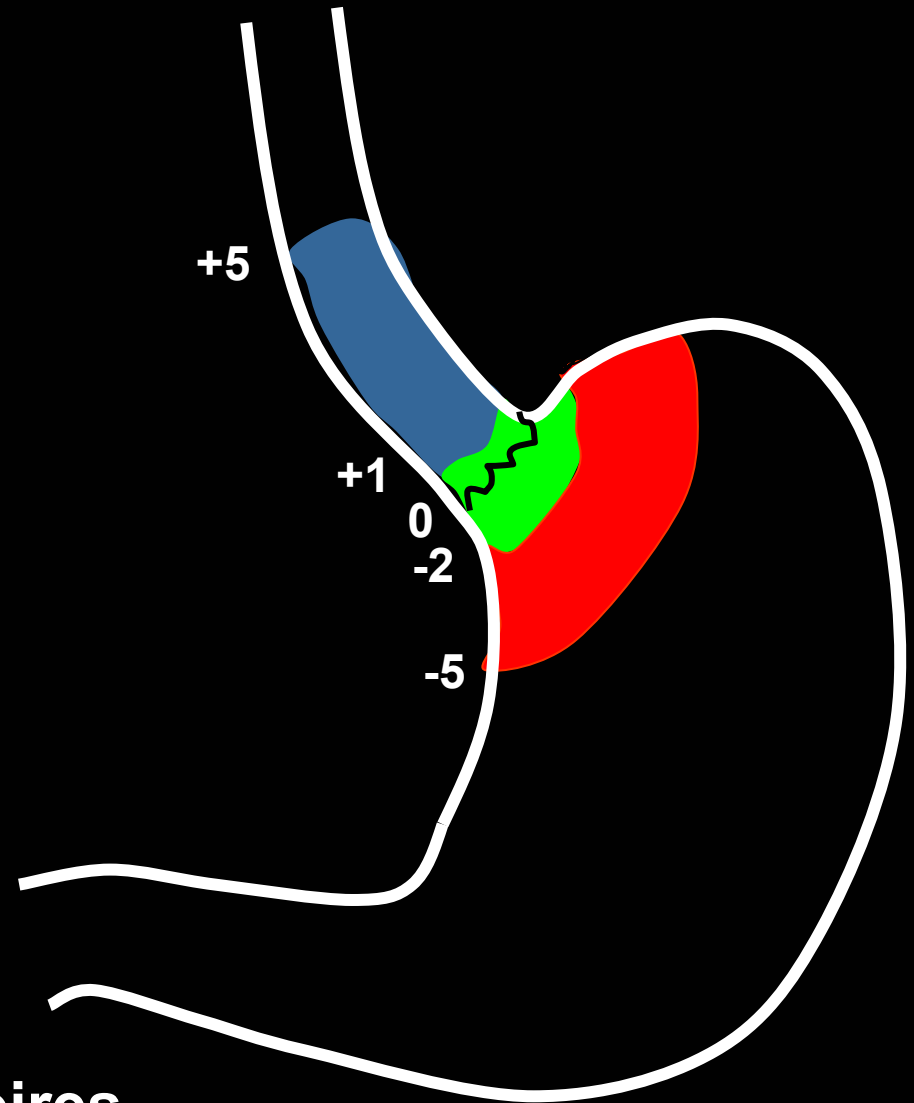
Centre de la tumeur :

I : +1 à +5 cm

II : +1 à -2 cm

III : -2 à -5 cm

- FOGD
- TOGD
- TDM
- Echo-endoscopie
- Constatactions per-opératoires

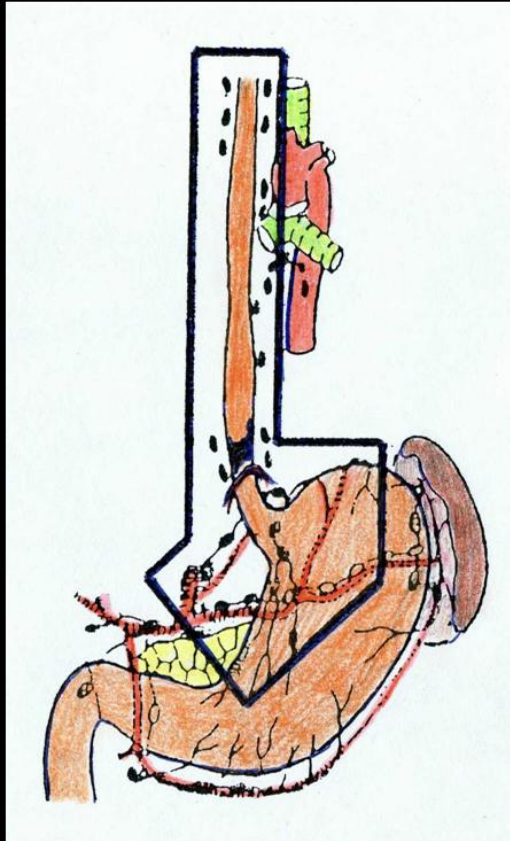


Types de résection

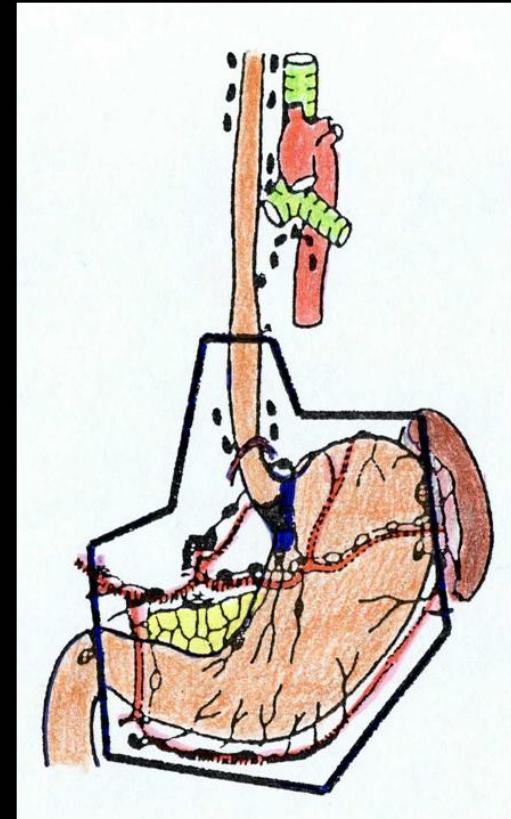
2



Oeso-gastrectomie polaire supérieure
(OGPS)



Oeso-gastrectomie totale
(OGT)



Marges de résection

- **Recoupe oesophagienne**

- **10% d' envahissement lymphatique sous-muqueux jusqu'à 10 cm au-dessus de la tumeur**

- ➡ 12 cm *in vivo* = sécurité (EBO +++)**

Papachristou et al., Am J Surg, 1980

Stipa et al., Surgery, 1992

Sauvanet et al., GCB, 1995

8 cm : suffisant, extemporanés +++

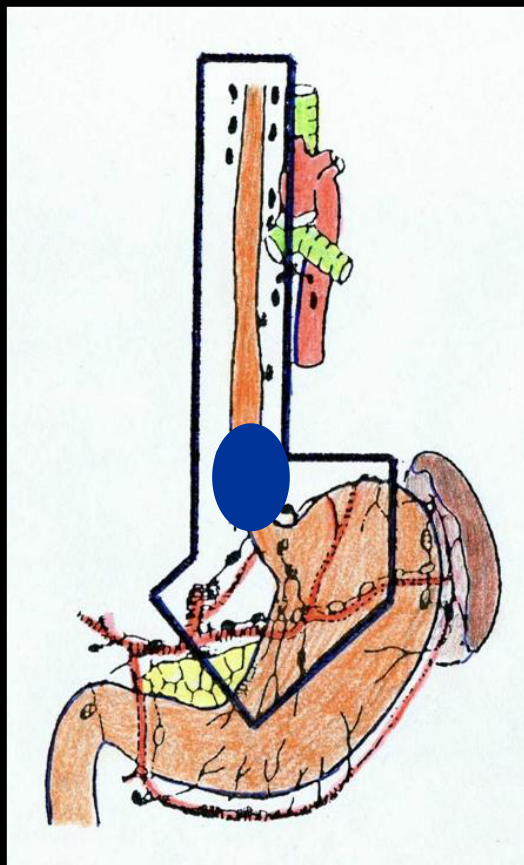
Mariette C et al. Eur J Surg, 2003

- **Recoupe gastrique : 5 cm *in vivo***

Casson et al., Ann Thor Surg, 2000

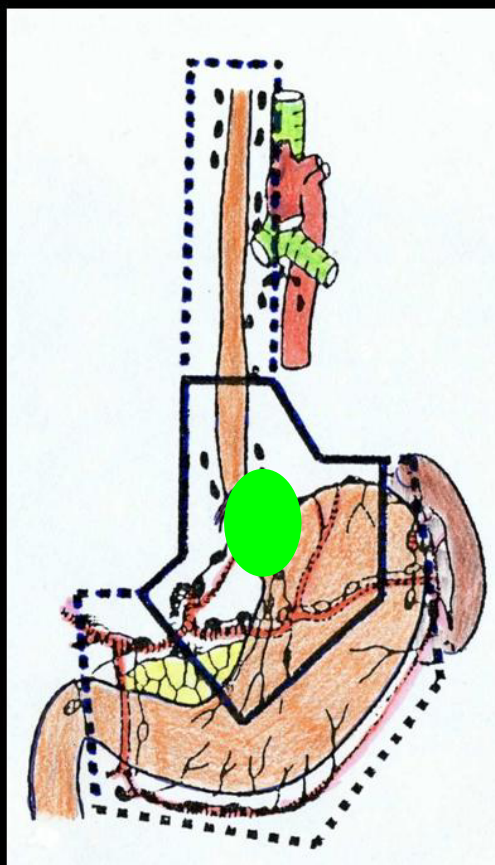
Indications

Type I



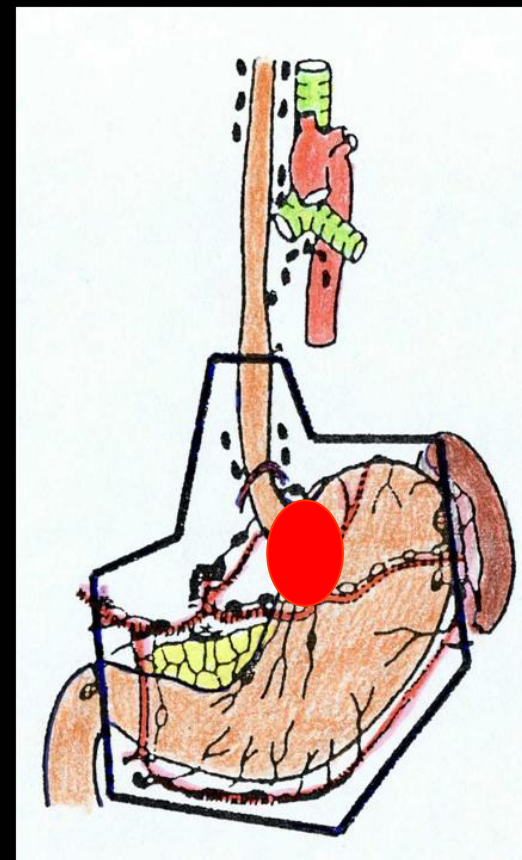
OGPS

Type II



?

Type III



OGT

Type I

- **CT néo-adjuvante**
2 cures 5 FU-cisplatine si \geq usT3

Medical Research Council Oesophagal Cancer Working Party, Lancet 2002
ASCO 2001, Clark P
Recommandation FFCD, 2003

- **OGPS**
 - **avec thoracotomie : Lewis-Santy, Sweet**
 - **sans thoracotomie**

Drainage lymphatique - Curage

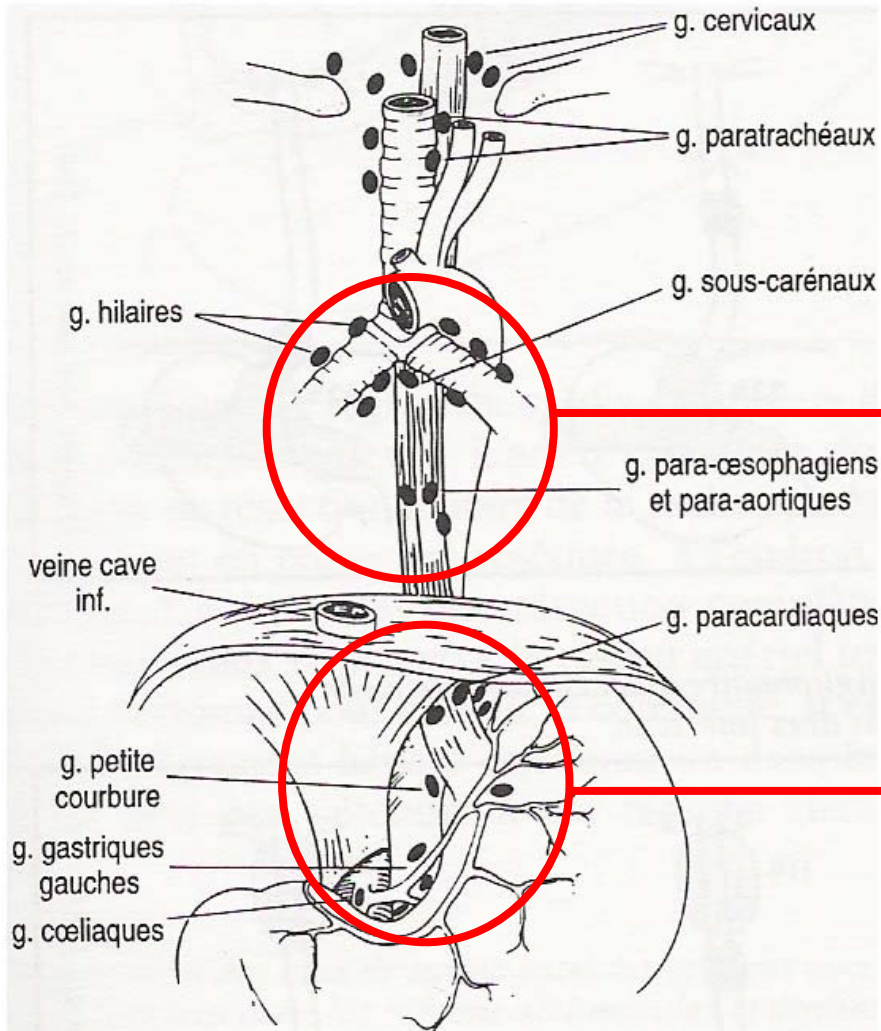
Pas de curage cervical
5% envahissement
Morbidité +++ (récurrentielle)

THORACIQUE

- médiastin moyen
- médiastin inférieur

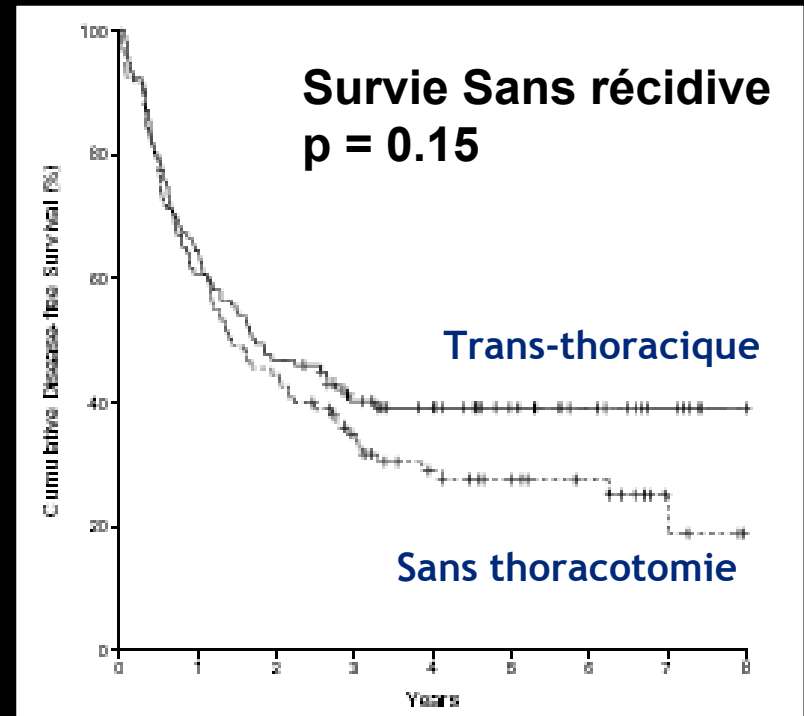
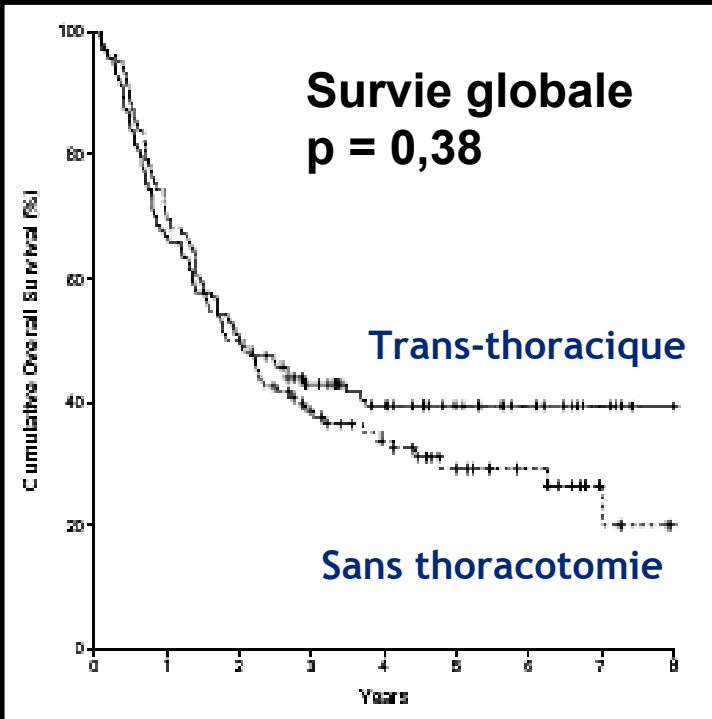
ABDOMINAL

D 1,5



**Type I : OGPS avec ou sans
thoracotomie ?**

OST (114) / TT (106)



Morbidité : OST < TT

NS

Mortalité : OST (2%) < TT (4%)

NS

Curage : TT (31 ± 14 ggl) > OST (16 ± 9)

NS

→ Tendance à préférer l'approche trans-thoracique

Avec thoracotomie : LEWIS-SANTY

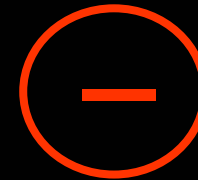


CARCINOLOGIQUE +++

- Curage abdominal D 1,5

- Curage médiastinal moyen et inférieur

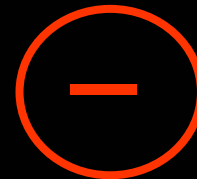
→ Staging



- Complications respiratoires ++ (25%)

- Complications anastomotiques : rares (7%) mais gravité ++

Sans thoracotomie



- Une seule installation
- Reflux moins sévère
- Mortalité immédiate moindre

- Curage intertrachéo-bronchique imparfait
- Paralysies récurrentielles
- Taux de fistules double (14%), gravité moindre

Sweet / OST

- **165 patients**
- **Résultats : NS**
- **Sweet : + de complications**
survie <

Type I

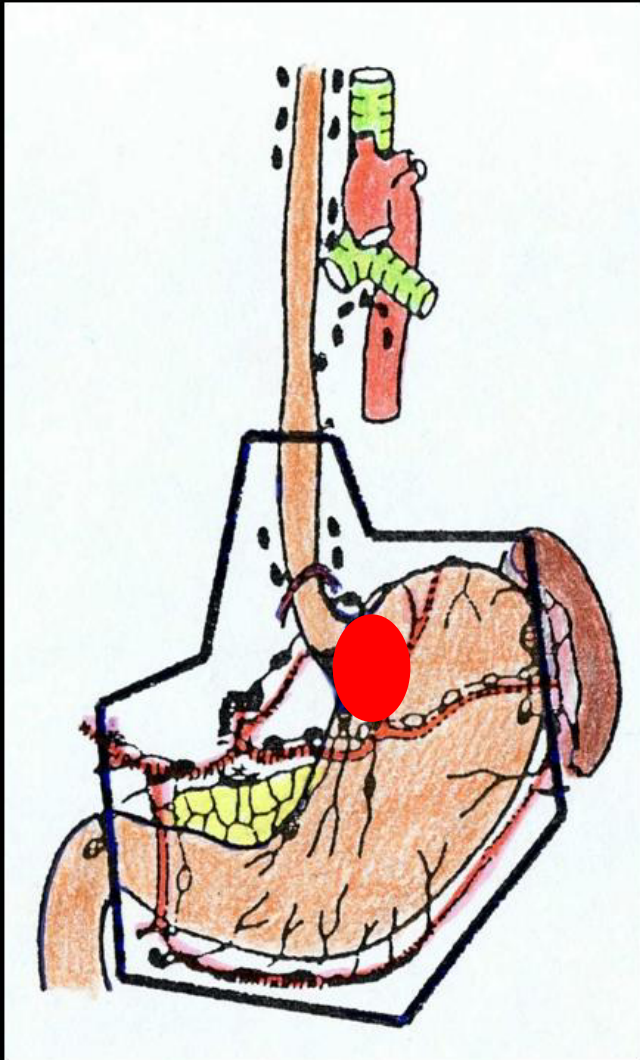
**Tendance à préférer la thoracotomie droite
pour un patient à faible risque opératoire**

Type III

- **Chirurgie exclusive : OGT**
- **Discussion RT-CT adjuvante**
 - **protocole Mac Donald : 45 Gy + FUFOL**

Recommandation FFCD, 2003

Type III : OGT

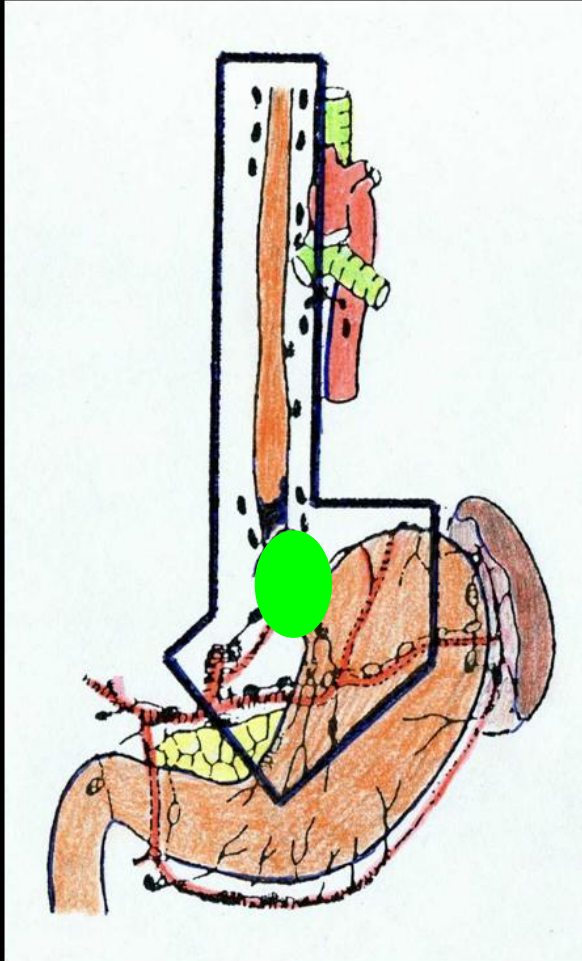


- Marge oesophage : 8 cm
- Curage abdominal D 1,5 (≥ 15 ggl)
- Curage médiastinal modéré
- Elargissement aux organes de voisinage si nécessaire
- Voies d'abord :
 - Laparotomie pure
 - Sweet
 - Lewis-Santy
- Rétablissement de continuité :
 - anse en Y
 - (coloplastie)

Type II : controversé

- **L'idéal carcinologique : oesophagectomie + gastrectomie totale**
- **Mais morbidité +++**
- **Privilégier résection gastrique ou oesophagienne ?**

Type II : Préférer l' OGPS à l' OGT



- Possible quelque soit le siège du cardia (abdo. / thoracique)
- Mortalité immédiate comparable
- Résection plus souvent R0
- Taux de fistules anastomotiques légèrement moindre
- La totalisation de la gastrectomie n'apporte aucun bénéfice sur la survie

Conclusion

- **Tout patient opérable, tumeur résécable : chirurgie**
 - **Types I et II : OGPS, trans-thoracique**
 - **Type III : OGT**
- **modifier Siewert ?**
- **Bilan pré-opératoire : traitement néo-adjuvant ?**
- **Examen extemporané des marges de résection +++**
- **Curage abdominal et thoracique → staging : adjuvant ?**
- **(coelioscopie...)**