

**ADENOCARCINOMES  
DEVELOPPES AU NIVEAU DE  
LA PLASTIE GASTRIQUE  
APRES OESOPHAGECTOMIE  
POUR CANCER**

# Observation N°1

- Mr C, âgé de 70 ans
- En 1999: adénocarcinome du tiers inférieur de l'œsophage classé T3N0M0
- Traitement: chirurgie seule (LS) = oesophagectomie subtotale + curage médiastinal inférieur et abdominal sus-mésocolique
- Plastie gastrique montée au sommet du thorax

# Observation N°1

- Surveillance :
  - ✓ Ex Clinique, Echo abdo, Rx thorax / 6 mois
  - ✓ FOGD / an
- Evolution: bonne les cinq premières années

# Observation N°1

- FOGD, systématique à cinq ans: tumeur ulcéro-végétante au niveau de la face antérieure du corps gastrique, à environ 35 cm des AD
- Biopsies: adénocarcinome moyennement différencié du corps gastrique
- L'œsophage et l'anastomose oesogastrique: RAS
- EE: tumeur envahissant la totalité de la paroi gastrique + ADP péri-gastriques.
- TDM: pas de signe d'extension tumorale.

# Observation N°1

- Traitement: exérèse chirurgicale de la plastie + curage ganglionnaire, et montée d'une anse jéjunale au sommet du thorax.
- Le patient, est installé en position de triple voie simultanée
- 1er temps, abdominal: éliminer une contre indication opératoire.
- L'abord thoracique: difficile (symphyse pulmonaires et pleurales+++)

# Observation N°1

- Evolution:
  - ✓ malade extubé le lendemain
  - ✓ contrôle de l'anastomose: au 6ème jour par un transit à la gastrographie = RAS
  - ✓ La réalimentation: RAS
  - ✓ Durée d'hospitalisation = 15 j
- Pas de traitement complémentaire.
- Suivi: RAS (10 mois de recul)

# Observation N°2

- Mr K, âgé de 79 ans, opéré en 1996 d'un carcinome épidermoïde du tiers moyen de l'oesophage classé T1N0M0. Il a été effectué une intervention de Lewis-Santý avec anastomose oeso-gastrique au sommet du thorax.
- Suites post-opératoires: insuffisance respiratoire aigue (intubation pendant 6 semaines et séjour en réanimation de 3 mois)

# Observation N°2

- Suivi: éventration abdominale opérée
- En 2002: douleurs thoraciques + AEG. Pas de symptomatologie digestive
- FOGD: tumeur ulcéreuse sur le bords droit de la plastie
- Biopsies: adénocarcinome moyennement différencié, infiltrant
- TDM: métastase pulmonaire droite?

# Observation N°2

- Chirurgie: contre-indiquée.
- Chimiothérapie: CARBOPLATINE-5FU.
- Le patient est revu en consultation le mois de janvier 2005 et son état clinique est très altéré

# Introduction

- La dégénérescence du transplant gastrique après oesophagectomie pour lésion maligne: 0,2 à 3,5 % des cas [1-8].
- Pathologie "récente" puisque la grande majorité des cas ont été rapportés durant la dernière décennie.
- Aucun cas n'a été décrit avant 1982
- Jusqu'en 2001: 94 cas ont été rapportés par des équipes japonaises [7].
- l'intervalle moyen de survenue du cancer après oesophagectomie: 88 mois [7].
- La localisation est dans 9 fois/10 au niveau des 2/3 inférieurs [2,4,6]

# Ethiopathogénie

- le rôle inducteur de la radiothérapie: controversé [3]
- Pour Okamoto et al [4]: peut être incriminé pour des doses dépassant 45 grays.
- Kobayashi et al [9], dans une revue de la littérature, rapporte que 50 % des patients, avaient eu une radiothérapie.
- Dans notre série, aucun patient n'avait subit ce traitement.

# Ethiopathogénie

- Le rôle du reflux biliaire est très contesté
- Pour certaines séries [3,4,6]:
  - ✓ Reflux biliaire entraîne une métaplasie intestinale et dysplasie de l'épithélium gastrique.
  - ✓ La localisation tumorale, fréquente, au niveau des deux tiers inférieurs, semble conforter cette hypothèse.
- Pour d'autres séries [8]:
  - ✓ Le reflux biliaire est plus fréquent dans le montage médiastinal postérieur et dans les cas de pyloroplastie
  - ✓ Mais, dans la littérature, aucune différence d'incidence de survenue de ces cancers
  - ✓ Dans notre série, le montage effectué est médiastinal postérieur chez environ 95 % des patients opérés d'un carcinome oesophagien. Trois cas de cancer sur plastie ont été noté jusqu'à présent.

# Diagnostic

- Le cancer du transplant gastrique peut être diagnostiqué:
  - de façon fortuite: FOGD+++
  - Lors de manifestations cliniques : Douleurs, dysphagie, saignement digestif, palpation d'une tumeur (montage pré-sternal)...
- Le stade de la tumeur représente le facteur pronostic principal
- Tous les auteurs s'accordent à considérer que le diagnostic précoce est le seul compatible avec une meilleure survie [3,8]

# Diagnostic

- Dans les premières séries: mortalité élevée attribuée au retard diagnostic observé dans 70 à 80 % des cas [3]
- Dans une revue de la littérature, passant en revue 56 cas publiés avant 1998, il a été mis en évidence que le diagnostic a été fait à un stade avancé dans 69 % des cas [8]

# Diagnostic

- Dans la même série: la symptomatologie a été différente suivant le lieu du montage:
  - La palpation d'une masse par le patient : signe révélateur dans 80 % des plasties pré-sternale
  - La dysphagie: premier signe clinique, dans la majorité des cas, des plasties rétro-sternales et médiastinales postérieur
  - La découverte endoscopique: 19 % des cas mais les tumeurs étaient avancées dans la plupart des cas. Mais cet examen n'était pas périodique

# Diagnostic

- Une fibroscopie annuelle est préconisé par la majorité des auteurs [3,5,6,7]
- La surveillance par endoscopie doit être conduite le plus longtemps possible puisque le cancer gastrique peut survenir tardivement après une oesophagectomie, jusqu'à 21 ans dans certains cas, avec un intervalle moyen de 88 mois [7,8].

# Diagnostic

- Dans la série de Okamoto [4]: tous les survivants ont présenté des tumeurs classé T1 découvertes dans le cadre de la surveillance endoscopique sans aucune manifestation clinique.
- Dans le travail de Suzuki et al [7]: les patients, dont la tumeur a été découverte suite à un contrôle endoscopique, étaient tous vivant, avec un recul moyen de 80 mois. Par contre pour ceux, dont la tumeur a été diagnostiquée suite à des manifestations cliniques, étaient décédés après une évolution moyenne de 8 mois

# Diagnostic

- FOGD: doit être conduit par un opérateur entraîné car les lésions peuvent être parfois minimales au sein d'un tube gastrique déformé et fixé [3]
- Le transit baryté: n'est pas très adapté pour le diagnostic précoce des lésions car sa sensibilité dans ces cas est faible conjuguée à la difficulté d'interprétation des images à cause de la fixation du transplant gastrique [3,6]
- La tomодensitométrie thoraco-abdominale: bilan d'extension locorégional et à distance.
- L'échoendoscopie: évaluer l'étendue et la profondeur de l'atteinte pariétale et renseigner sur la faisabilité du traitement endoscopique

# Traitement

- Le drainage lymphatique du transplant gastrique se fait vers les stations: 4,5,6,8 et 9 [10].
- Ce curage ne peut se faire que dans le cadre d'une gastrectomie totale.

# Traitement

- Le traitement chirurgical ne peut être que curatif
- Trois options thérapeutiques : la résection endoscopique, la gastrectomie partielle, et la gastrectomie totale
- Le traitement doit, également, prendre en compte l'âge et l'état du patient, la taille de la tumeur et non pas la situation de la plastie [6].

# Traitement

- La revue de la littérature ne nous a pas permis de trouver une étude précisant les indications ou décrivant les procédures thérapeutiques
- Néanmoins, la résection endoscopique reste le traitement de choix des lésions débutantes dans la plupart des publications. Elle est indiquée pour les petites lésions, unifocales et ne dépassant pas la muqueuse [1,3,5].

# Traitement

- La résection chirurgicale peut être indiquée dans les cas de tumeurs indifférenciées, intra-muqueuses non accessible à la résection endoscopique, en raison de leur grand diamètre ou parce qu'elles envahissent la sous muqueuse (> T1 ou N+) [1,3,8,9]

# Traitement

- La chirurgie est source d'une morbidité et mortalité, non négligeable, en rapport avec l'état physiologique du patient et de la complexité de l'acte opératoire [5,9].
- La procédure opératoire doit commencer par une laparotomie exploratrice à la recherche de contre-indications d'ordre carcinologiques avant de passer au temps thoracique, plus difficile. Elle permet, également, d'effectuer une adhésiolyse et de mobiliser le segment abdominal du tube gastrique. De même, l'évaluation et la préparation d'une plastie colique seront réalisées dans le même temps
- L'abord thoracique des plasties médiastinales postérieure ou rétrosternales est toujours difficile en raison des accolements aux organes de voisinages.

# Traitement

- La résection partielle de l'estomac: petites tumeurs, uniques, n'atteignant pas la séreuse et en l'absence de toute atteinte ganglionnaire
- Ces tumeurs, doivent, également, se situer à distance de la grande courbure gastrique afin de préserver le pédicule gastro-épiploïque droit, le seul support nourricier de la plastie
- Il peut être utile de marquer les lésions, au cours de l'endoscopie
- Examen extemporané de la pièce (tranche de section).

# Traitement

- La gastrectomie totale est un geste invasif nécessitant un curage ganglionnaire
- En cas d'envahissement des structures avoisinantes, la résection monobloc ne peut être envisagé que dans les cas d'envahissement, limité, du diaphragme, de la plèvre, du poumon ou du péricarde.
- La reconstruction, se fait la plupart du temps par une plastie colique.
- Le lieu de montage du nouveau transplant peut être le même ou empreinte un trajet pré ou rétro-sternal.

# Résultat des différentes séries

- Dans la série de Shigemitsu [1]: la résection partielle a été effectuée chez tous les patients dont les tumeurs étaient classées T1 ou T2 avec ou sans atteinte ganglionnaire. La récurrence n'a été notée chez aucun patient après un suivi moyen de 16 mois.

# Résultat des différentes séries

- Sugiura et al [3], dans une série de 31 patients, a rapporté des fuites anastomotiques chez, respectivement, 5/7 et 1/3 des patients traités par gastrectomie totale et gastrectomie partielle
- Dans 9 cas sur 10 le transplant gastrique a été rétrosternal et le montage, après gastrectomie totale, a consisté en une coloplastie par voie présternale.

# Résultat des différentes séries

- Suzuki et al [7], dans une revue de 94 cas publiés avant 2001, a rapporté que, 57 % des patients avaient eu une plastie gastrique par voie pré sternale et environ 17 % rétro sternale. Le diagnostic, dans le cadre du suivi systématique, a été effectué dans 20 % des cas. La gastrectomie totale a été effectuée dans 43 % des cas, la résection partielle dans 20 %, et la résection endoscopique dans 6 % des cas. Seulement 2/94 patients ont eu une gastrectomie totale et reconstruction par voie médiastinale postérieure. La reconstruction dans tous les cas a été effectuée par une coloplastie.

# Résultat des différentes séries

- Koyanagi et al [8], dans une revue de 46 cas publiés dans la littérature:
  - Résection totale de la plastie dans 42,9 % des cas
  - La difficulté de l'intervention dépendait également de la localisation du montage préexistant et a influencé sur le pourcentage de résecabilité.
  - Le taux de résecabilité, des tumeurs gastriques médiastinales postérieures a été de 50 %, de 77 % dans les montages rétrosternals et de 93 % dans les plasties présternals.
  - L'auteur conclut à l'utilité de la voie présternale qui permet un diagnostic précoce et un taux de résecabilité meilleur.

# Résultat des différentes séries

- Pour Kise et al [6], le traitement chirurgical paraît plus simple dans les cas où la plastie empreinte un trajet présternal

# Conclusion

- Le cancer de la plastie gastrique, est une pathologie qui sera peut être plus fréquente dans le futur, en raison des progrès thérapeutiques dans la prise en charge des cancers de l'œsophage
- Le diagnostic précoce des lésions, par une fibroscopie digestive, effectuée de façon périodique, est le meilleur moyen permettant d'obtenir des survies les plus longues avec un traitement moins invasif
- La chirurgie est source d'une morbidité et mortalité qui doit être pris en compte

# REFERENCES

1. K Shigemitsu, Y Naomoto, Y Shirakawa, et al. Five cases of early gastric cancer in the reconstructed gastric tube after radical resection for esophageal cancer. *Jpn J Clin Oncol* 2002; 32 (10) 425-429.
2. S Motoyama, R Saito, M Kitamura, et al. Prospective endoscopic follow-up results of reconstructed gastric tube. *Hepto-Gastroenterology* 2003; 50:666-669
3. T Sugiura, H Kato, Y Tachimori, et al. Second primary carcinoma in the gastric tube constructed as an esophageal substitute after esophagectomy. *J Am Coll Surg*; Vol. 194, No. 5, May 2002.
4. N Okamoto, S Ozawa, Y Kitagawa, et al. *Ann Thorac Surg* 2004; 77:1189-92.
5. Y Ikeda, S Tobar, M Niimi, et al. Second primary double carcinomas of the residual cervical esophagus and the gastric tube after thoracic esophagectomy. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. Volume 125, Number 6. June 2003: 1561-62.

# REFERENCES

6. Y Kise, H Kijima, H Shimada, et al. Gastric tube cancer after esophagectomy for esophageal squamous cell cancer and its relevance to helicobacter pylori. *Hepto-Gastroenterology* 2003; 50:408-411.
7. H Suzuki, M Kitamura, R Saito, et al. Cancer of the gastric tube reconstructed through the posterior mediastinal route after radical surgery for esophageal cancer. *The Japanese Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. Volume 49. Number 7. July 2001.
8. K Koyanagi, S Ozawa, N Ando, et al. Case Report : Metachronous early gastric carcinoma in a reconstructed gastric tube after radical operation for esophageal carcinoma. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* (1998) 13, 311-315.
9. T Kobayashi, T Kimura, M Yoshida, et al. Carcinoma of reconstructed stomach tube following esophageal resection for a benign stricture : report of a case and review of the literature. *Surg Today Jpn J Surg* (1995) 25:257-260.
10. P Lozac'h, F Vandenbroucke, A Khoury-helou, et al. Anatomie chirurgicale de l'estomac. *Rapport du 100e congrès français de chirurgie*