

# Chirurgie des carcinomes épidermoïdes de l'oesophage

## Voies d'abord et techniques

T.THIEBOT

SCVO Brest 2008

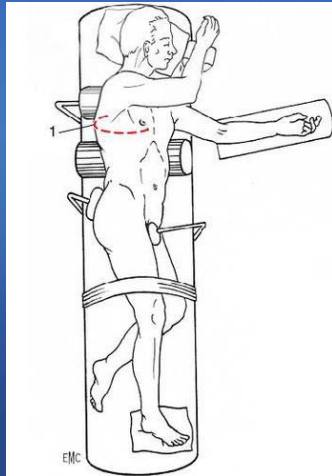
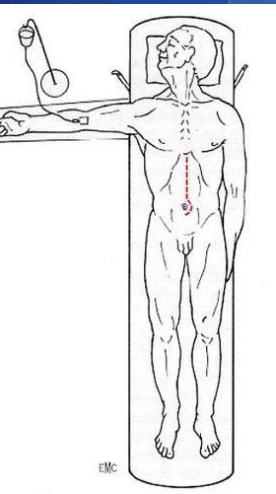
# Rappels

- épidermoïdes 75% des cancers de l'œsophage (ADK 25%)
- Pronostic sombre (dg tardif, terrain)
- Survie globale à 5 ans 30 à 40%
- Chirurgie = "Gold Standard" pour patients sélectionnés (< 25%)
- Association ou non avec radio et/ou chimiothérapie
- Mortalité hospitalière 5 à 10%
- Morbidité (infectieuse et pulmonaire) 25 à 30%

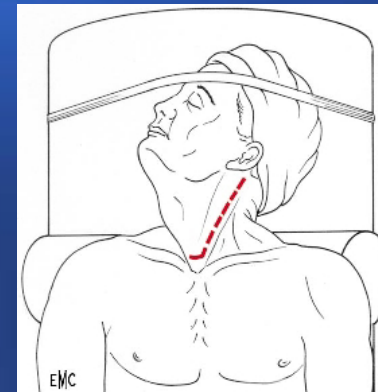
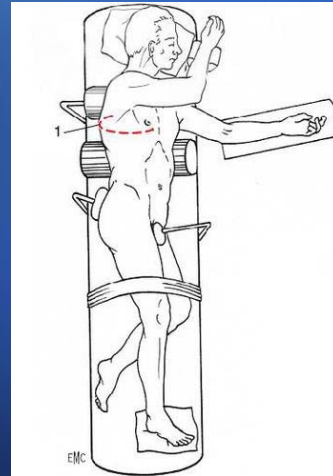
# Principes de la chirurgie

- Retirer oesophage (R0+++)  
et atmosphère cellulo-ganglionnaire  
péριοesophagienne
  - Curages
  - Marges de sécurité (supérieure et inférieure)
- Abords multiples
  - Abdominal constant
  - Avec ou sans thoracotomie (dorsale/ventrale)
  - Avec ou sans cervicotomie
  - Laparoscopie, thoracoscopie
- Restaurer la continuité digestive
  - Anastomose au sommet du thorax ou cervicale
  - Type de plastie (estomac+++  
peu souvent côlon, rarement grêle)
- Jéjunostomie?

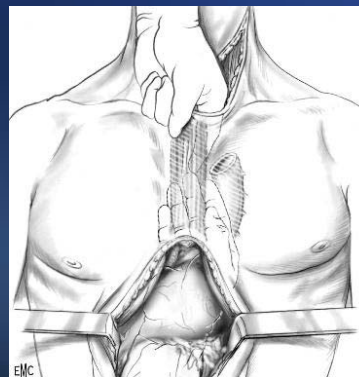
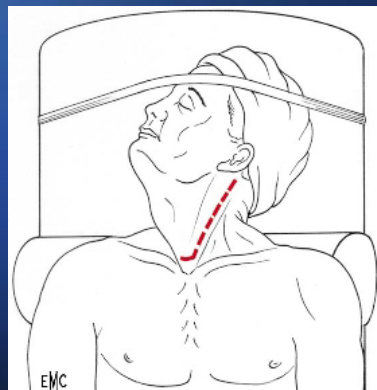
# Interventions



Oesophagectomie transthoracique (Lewis Santy)

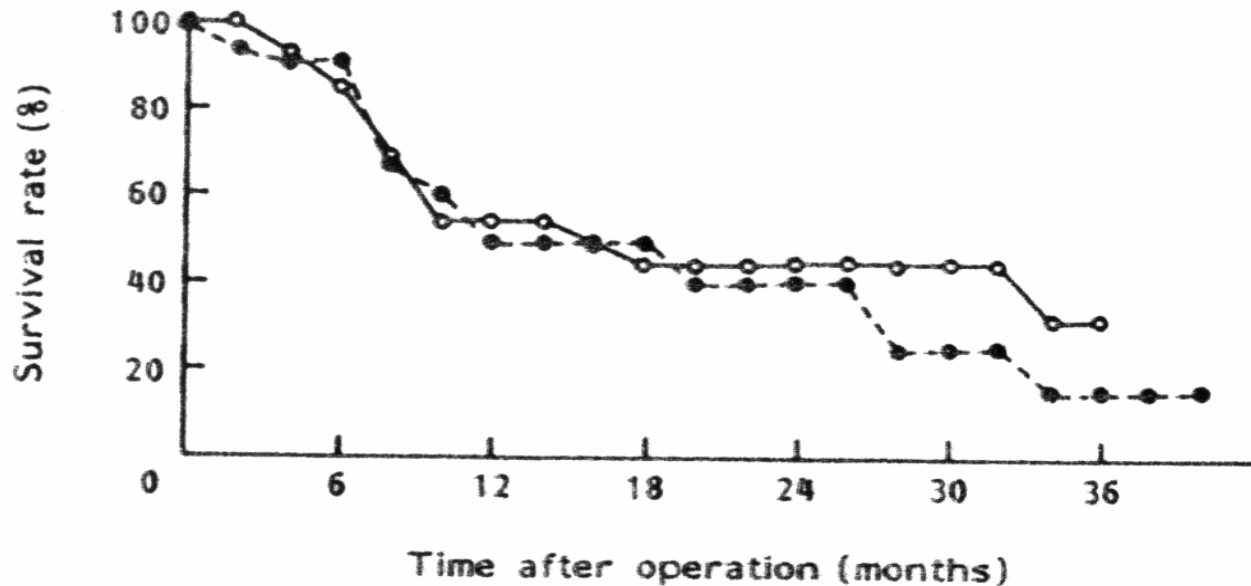


Mac Keown  
(Akiyama)



Oesophagectomie transhiatale (OST)

# O.S.T. / Thoracotomie



**Figure 1** *Survival curves for patients undergoing oesophagectomy by a transhiatal approach (○) or right thoracotomy (●). There was no significant difference in survival between the two groups*

# OST/TT

**TT :**

(complications pulmonaires)  
chylothorax  
infections pariétales  
Séjour en U.S.I.

**OST :**

fistules anastomotiques  
pertes sanguines  
paralysies récurrentielles

9.2%



**Mortalité à 1 mois (7.5%)**



5.7%

**mais pas de différence dans les séries randomisées**

25.0%



**Survie à 3 ans**



26.7%

N.S.

35.2 %

**mais à 5 ans dans séries comparatives**

24.9 %

# Anastomose : thoracique / cervicale

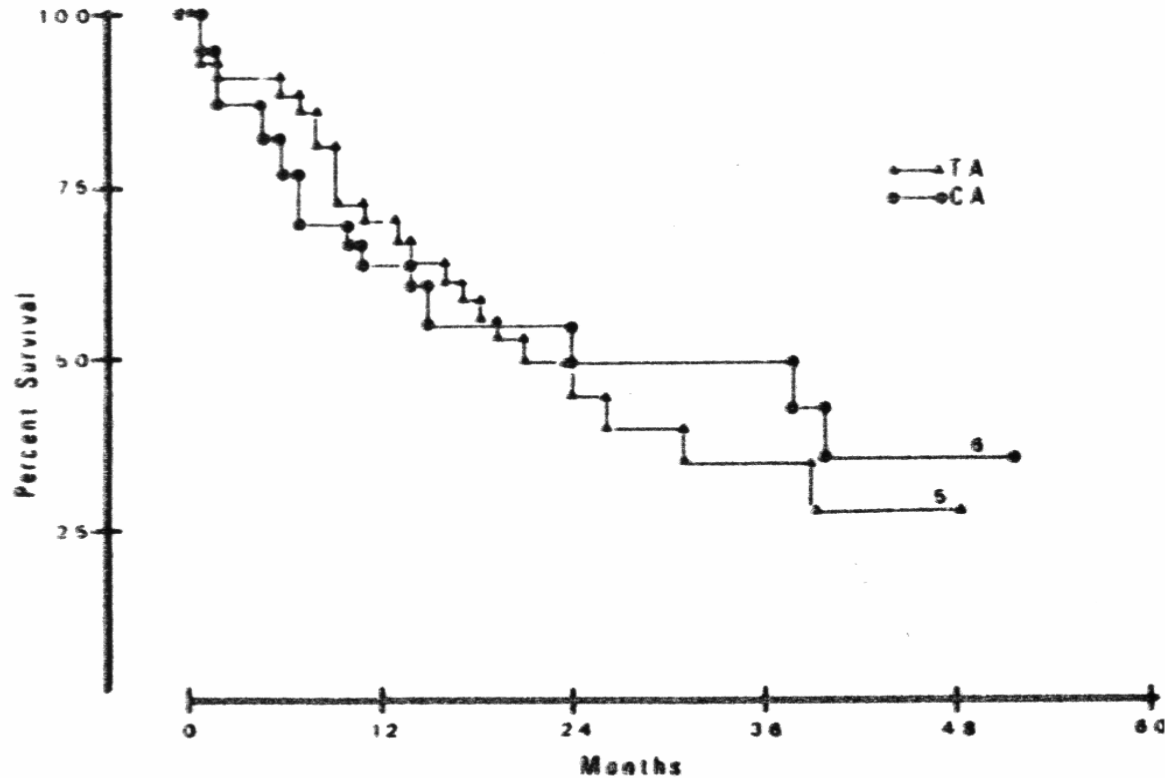


FIG. 3. There was no significant difference in the length of survival time between patients treated by laparotomy and right thoracotomy, *TA*, and those treated by laparotomy, right thoracotomy and cervicotomy, *CA*.

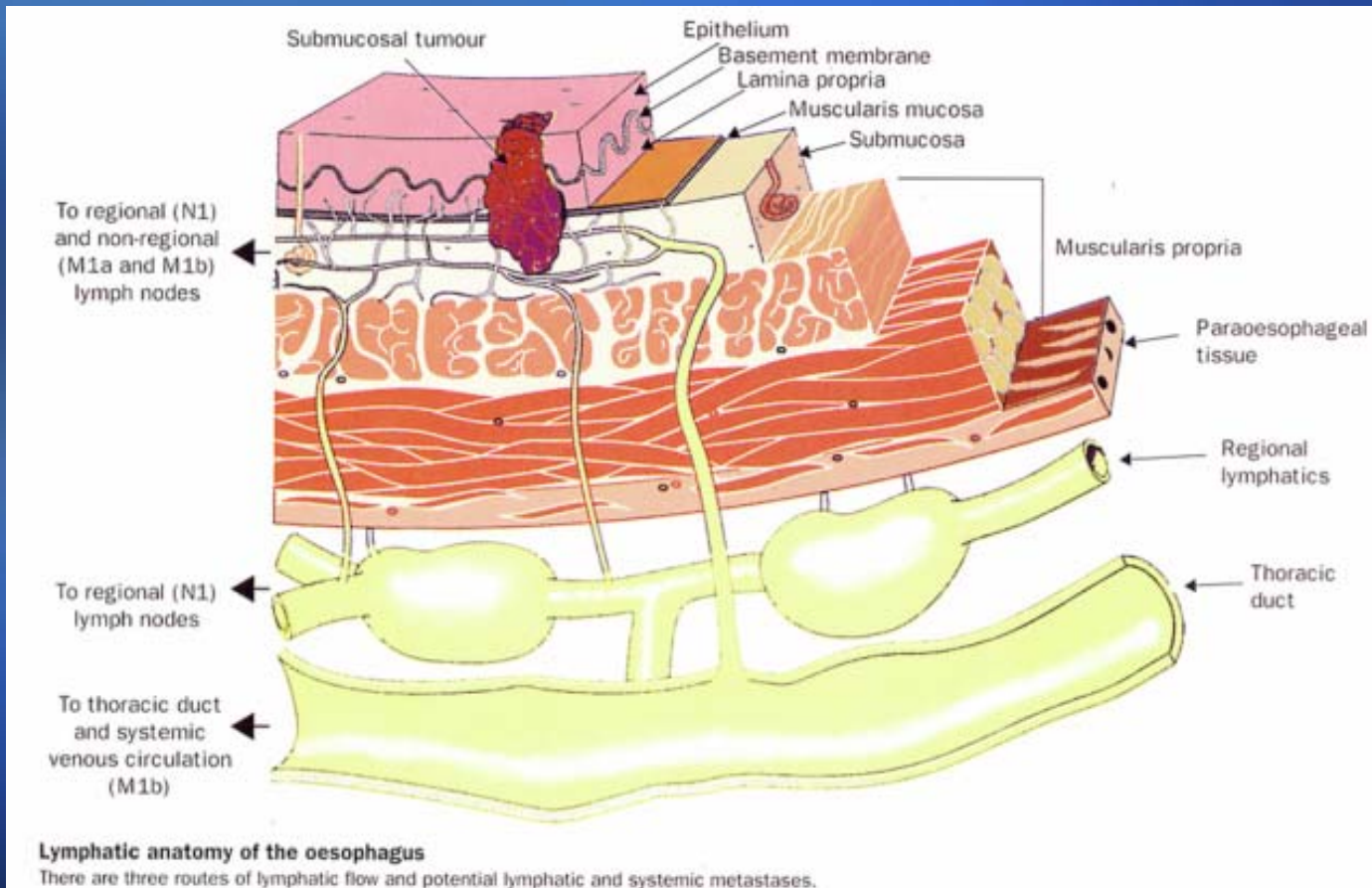
# Marges de sécurité

- Proximale : Au moins 6 cm (8 pour ADK)
- Distale : 5 cm suffisant

# Curage ganglionnaire

Tumeur limitée à épithélium ou muqueuse

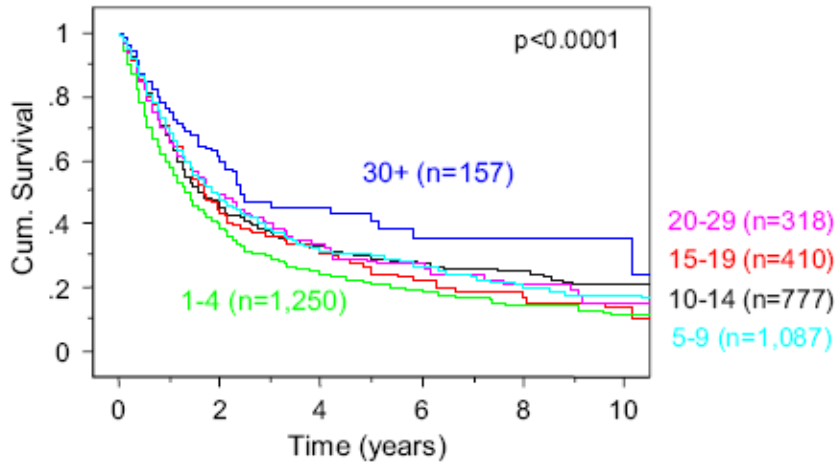
→ risque envahissement ganglionnaire 0-5%



# Curage ganglionnaire

- But : - améliorer staging tumoral  
- caractère curatif ?
- Conférence de consensus Munich 94 : 15 GG minimum  
(6 médiastinaux)

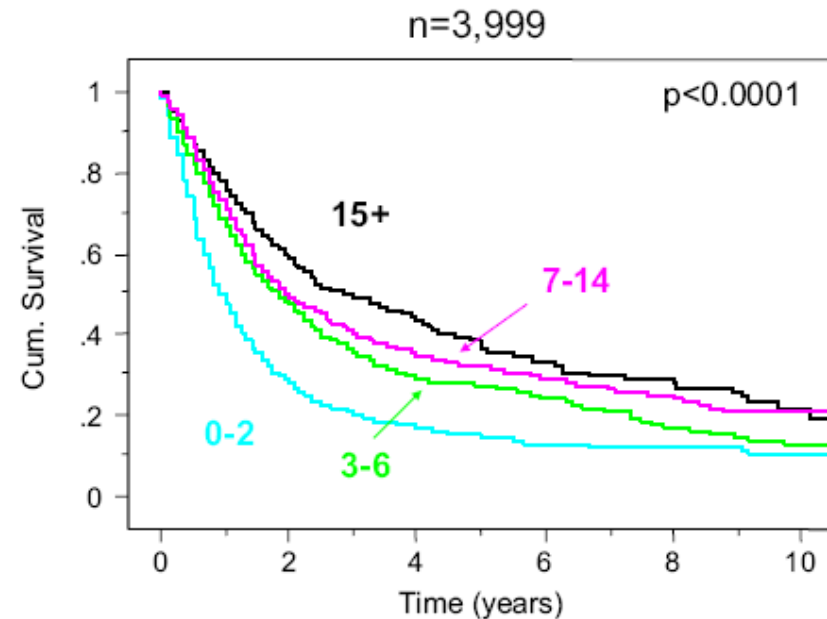
# Valeur pronostique des curages



**Figure 2** Actuarial overall survival curve for patients with esophageal cancer by various total lymph node count categories.

Nb gg examinés > 30

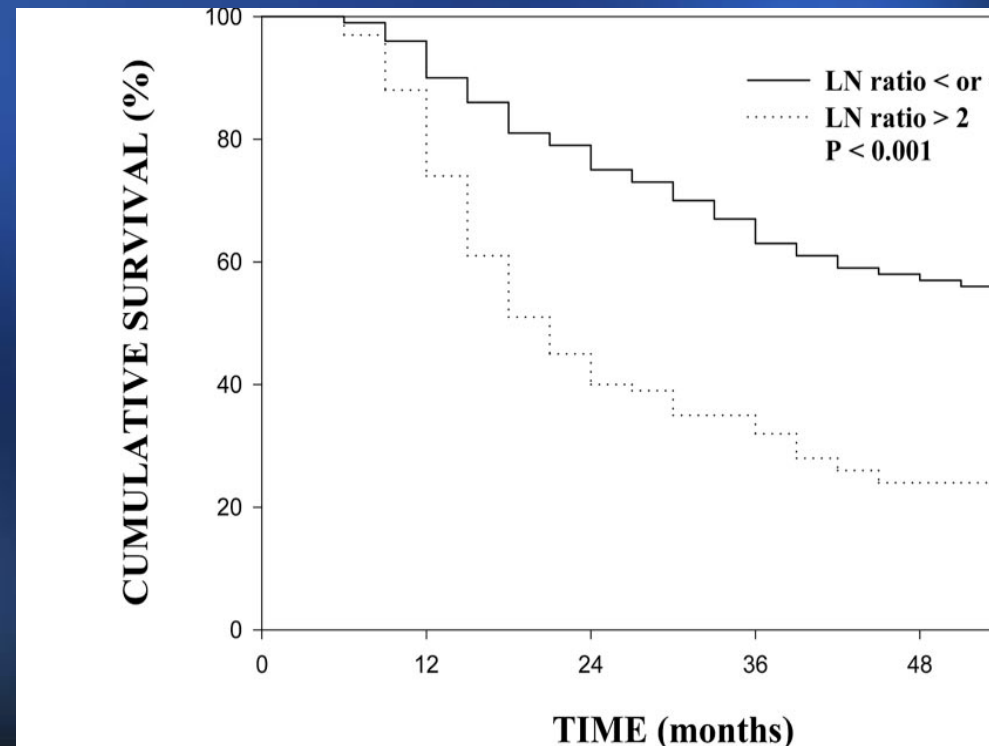
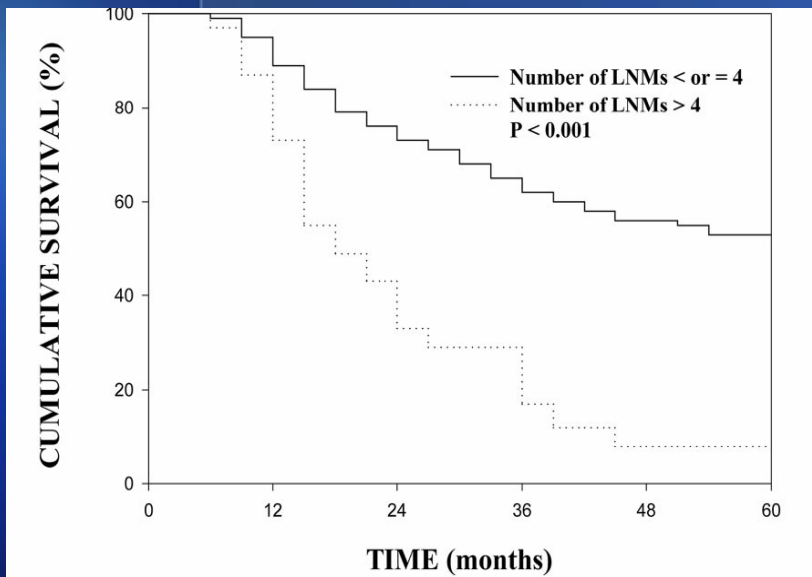
Nb gg > 15

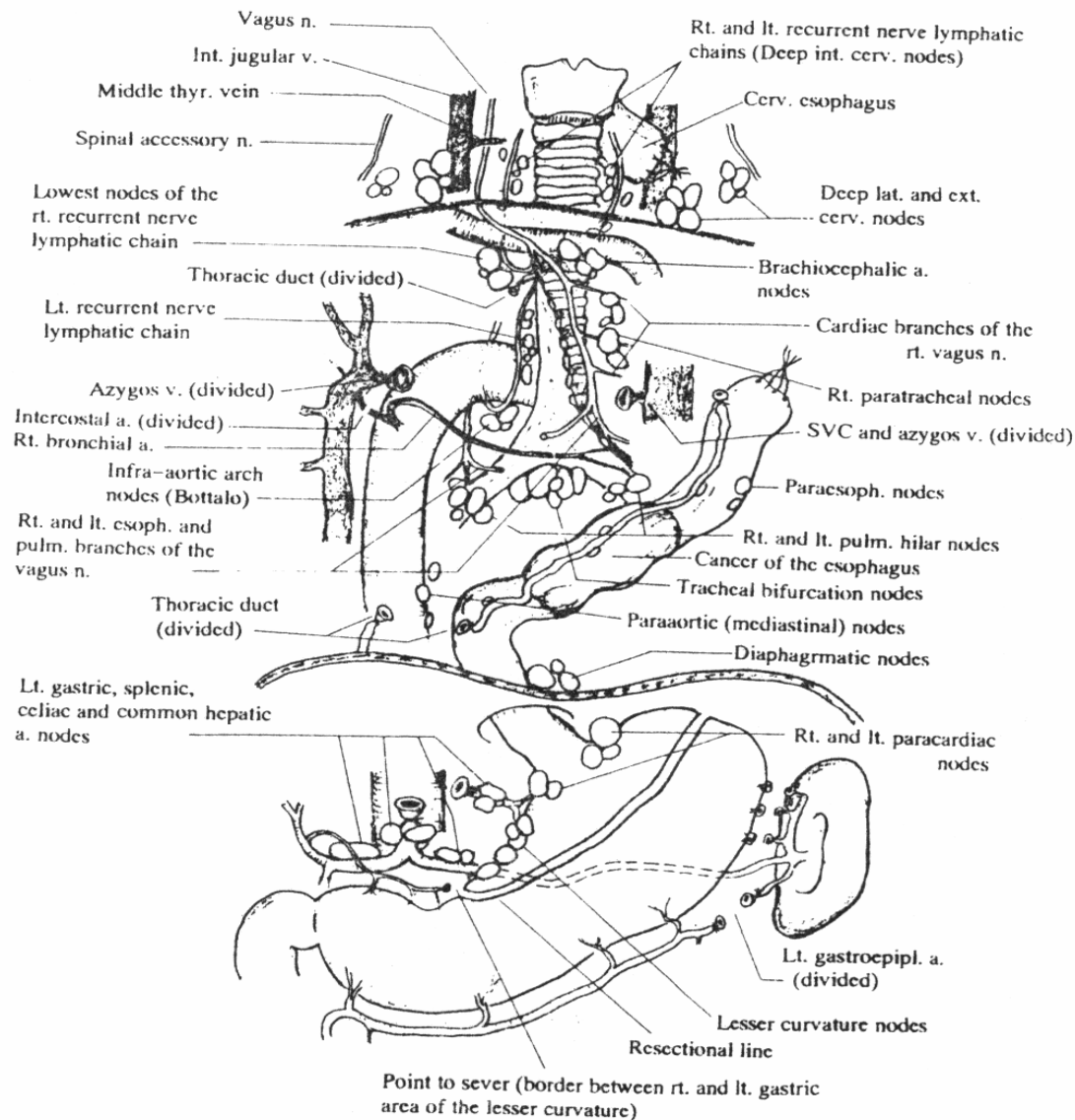


**Figure 4** Actuarial overall survival curve for patients with esophageal cancer by various negative lymph node count categories.

# Valeur pronostique des curages

- Si nb gg examinés  $\geq 15$ , nb envahis  $> 4$  est de mauvais pronostic en terme survie globale et récidive
- Si  $< 15$ , utiliser ratio : mauvais pronostic si  $> 0.2$   
(utilisable à partir de 6 GG prélevés)





Curage ganglionnaire « three fields » selon Akyama

# Argument pour les curages ganglionnaires extensifs

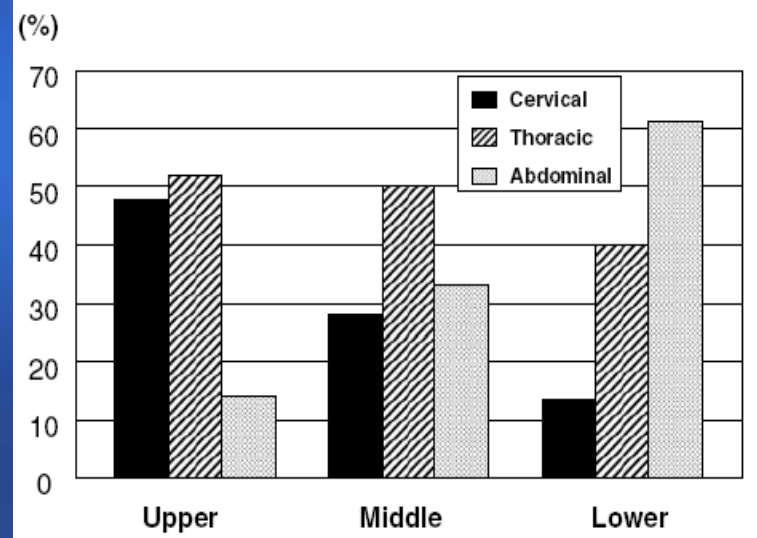
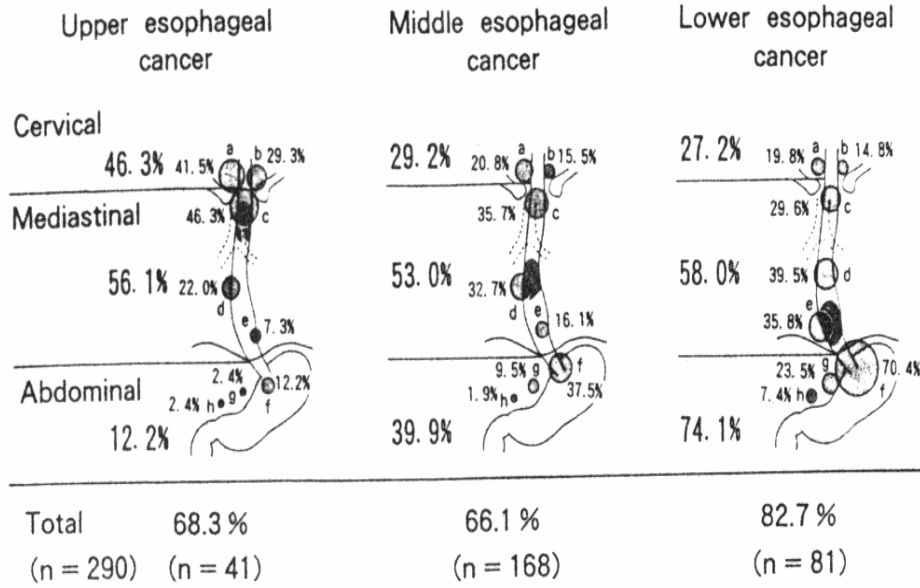


Figure 1. Distribution of positive nodes in 200 patients with thoracic esophageal carcinoma according to tumor location. Ut, supracarina, Mt, middle third, Lt, Lower third thoracic tumors.

Akiyama H, Ann Surg 1994

Shimada H world j surg 2006

Argument contre : morbidité (recurrents++)

► COMPROMIS

# Curage ganglionnaire

- Abdominal toujours:

- peri-cardiaux

- gastriques G

- portion verticale petite courbure

- coeliaques

- hépatiques communs

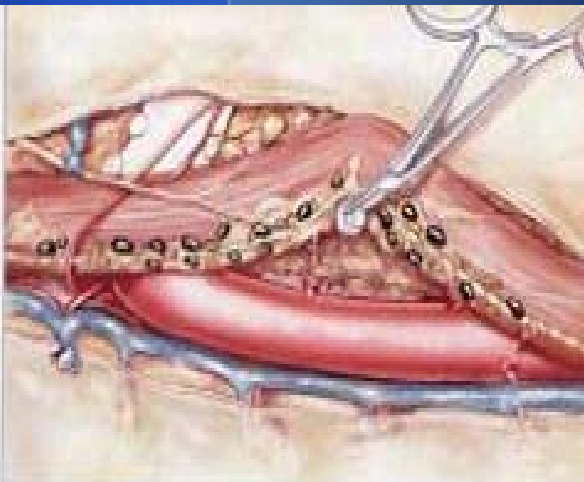
- spléniques



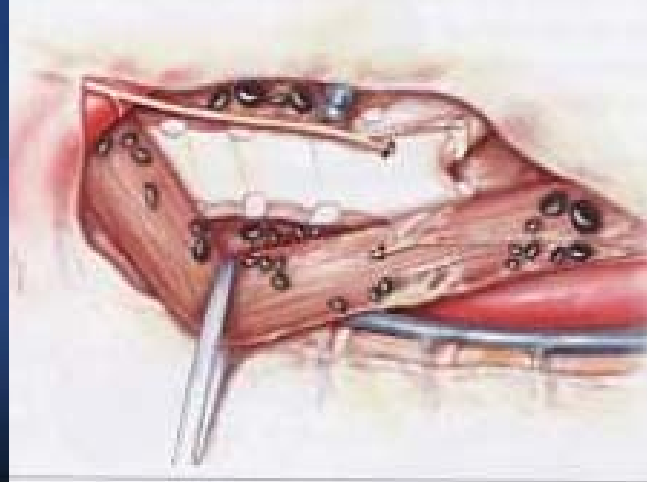
# Curage ganglionnaire

- Complément :
  - médiastinal sous-aortique (**2 champs**), suffisant si tumeur sous-carénaire (>25cm des AD)
  - médiastinal sous- et sus-aortique (**2 champs étendu**)
    - = médiastinal inf, inter-bronchique, inter-trachéo-cave (loge de Baretty?)
    - +/- picking latéro-trachéal G (≠ curage total latéro-trachéal G avec dissection complète récurrent G)
  - idem + cervical (**3 champs**)

Sous-aortique



Sus-aortique



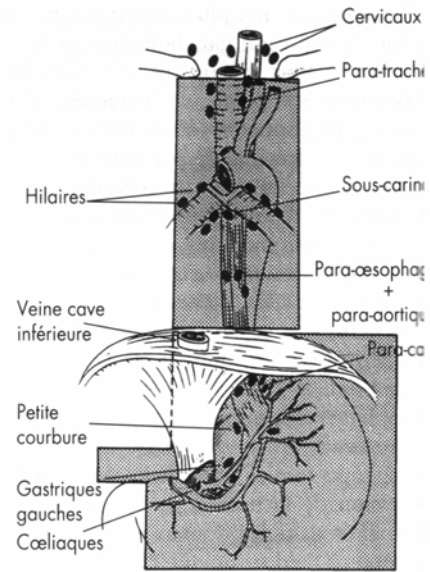
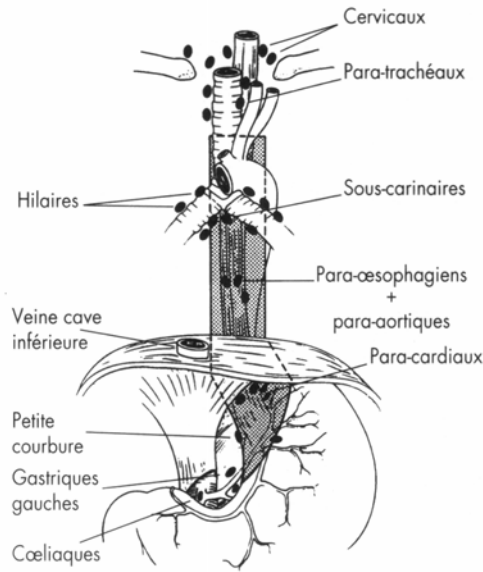
Sous-carénaire



limité



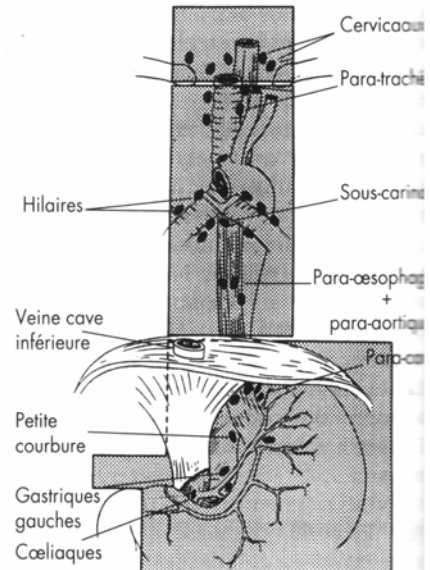
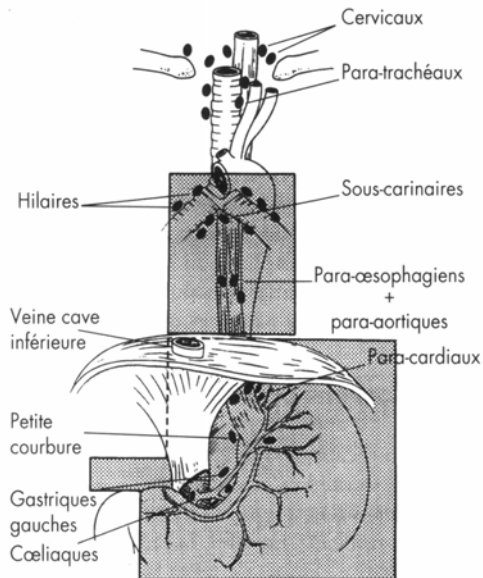
2 champs



2 champs  
étendu



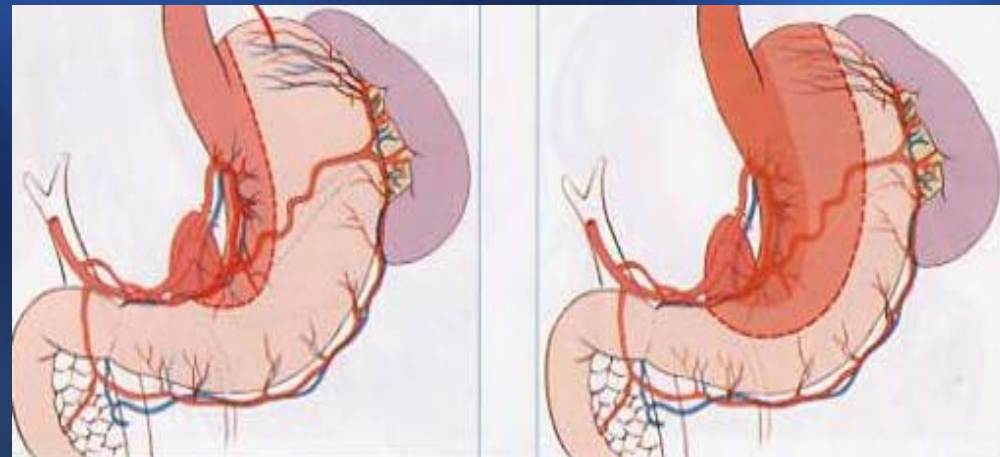
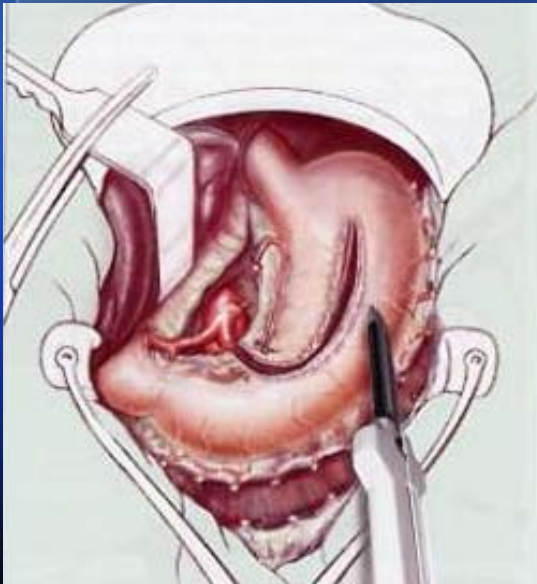
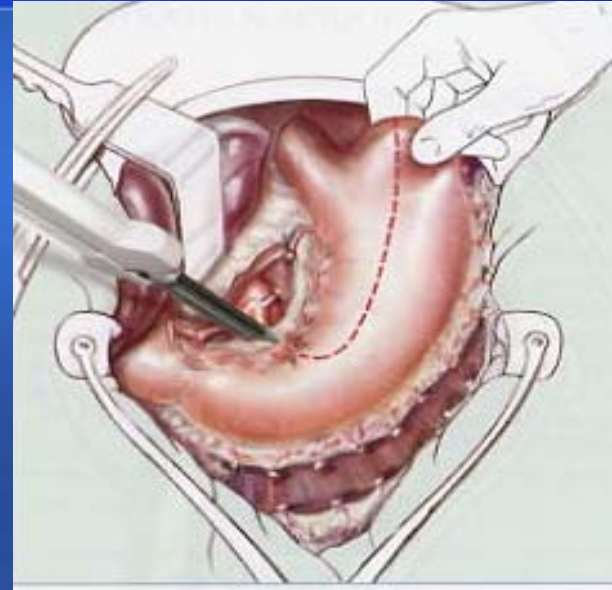
3 champs



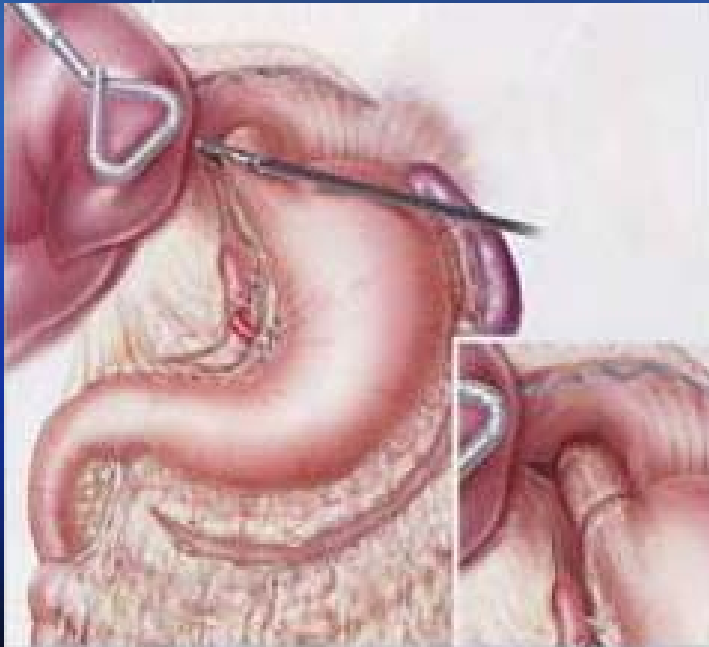
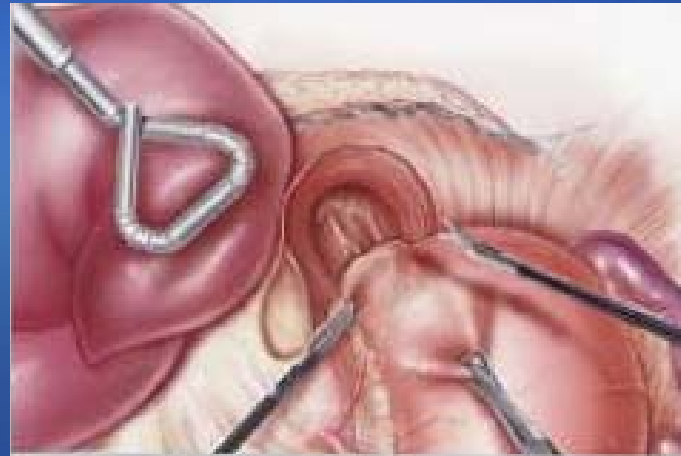
# Oesophagectomie transthoracique (Lewis-Santý)

- Intervention de référence
- Indication : tumeur avec pôle sup > 25 cm des AD
- Double voie
- Temps abdominal (médiane sus-ombilicale ou laparoscopie) :
  - exploration
  - gastroyse
  - curage
  - modelage de la plastie gastrique
- Temps thoracique (thoracotomie postérolatérale droite, 5 ou 6ème EIC) :
  - exérèse oesophagienne
  - curage
  - montée gastroplastie
  - anastomose oesogastrique au sommet du thorax

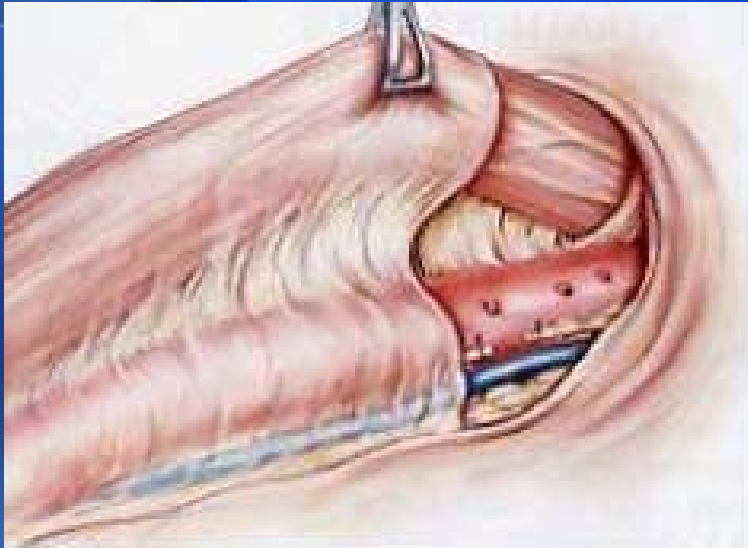
# Lewis-Santy (temps abdominal)



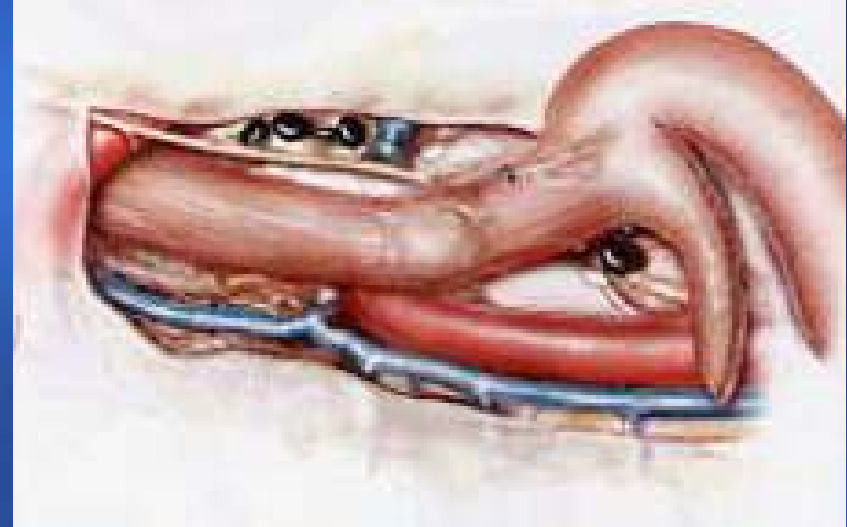
# Lewis-Santy (laparoscopie)



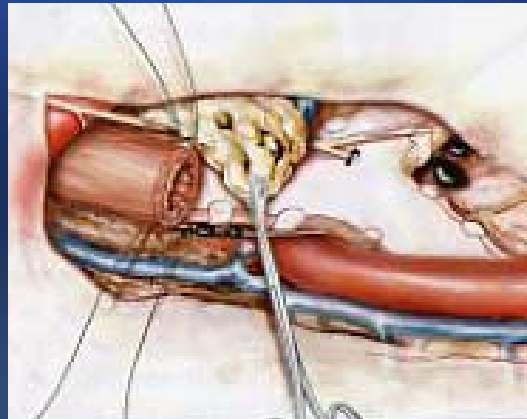
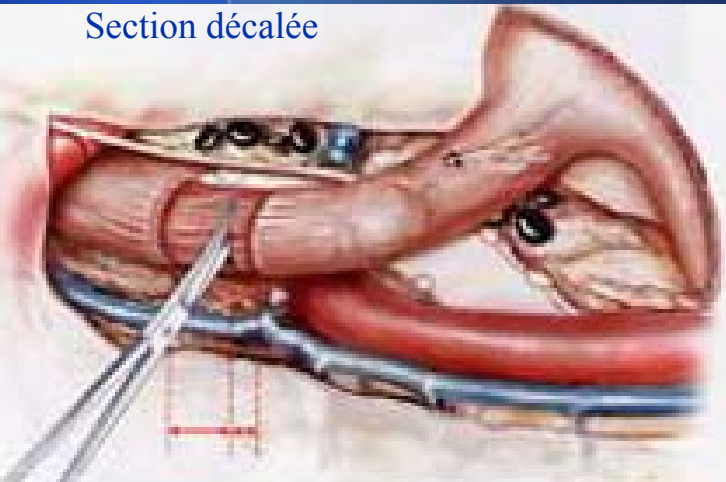
# Lewis-Santy (temps thoracique)



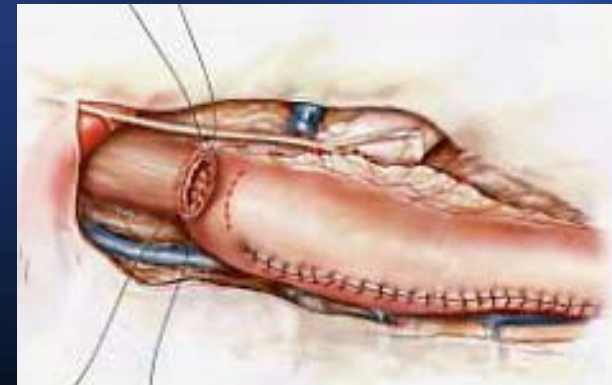
Section canal thoracique



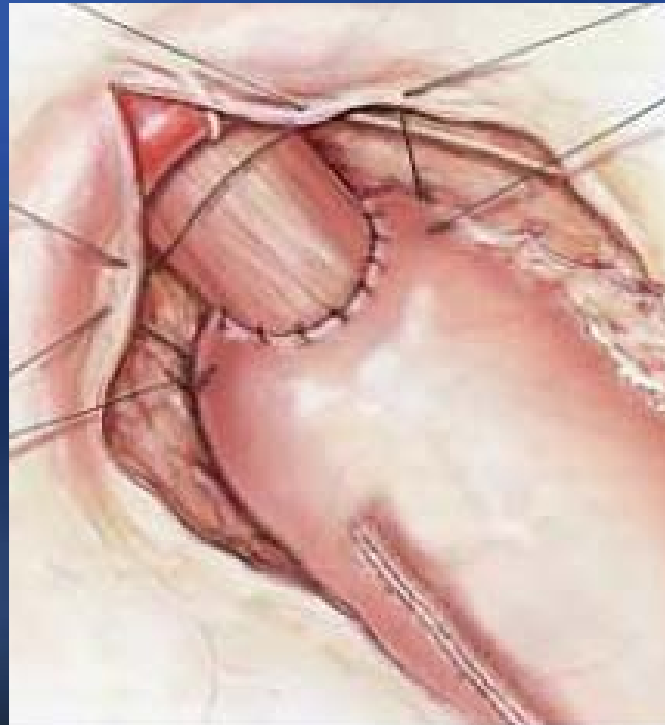
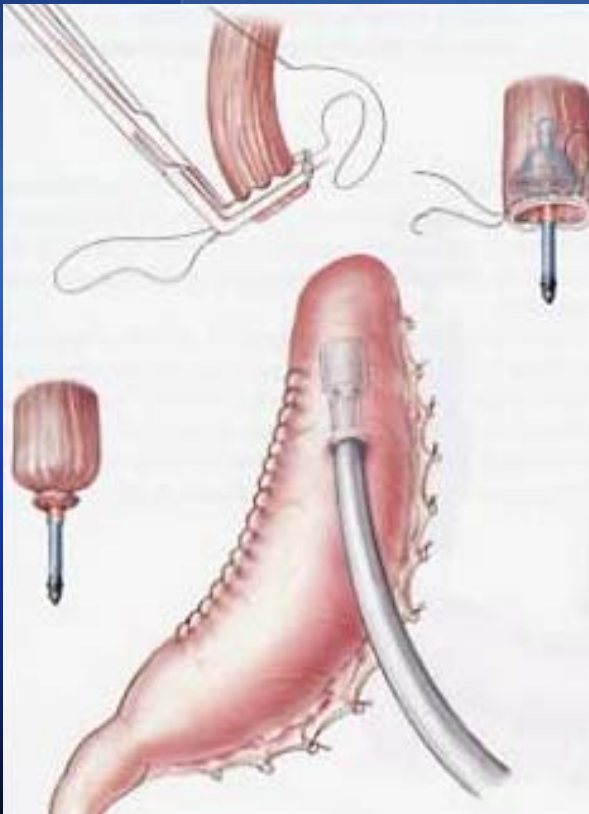
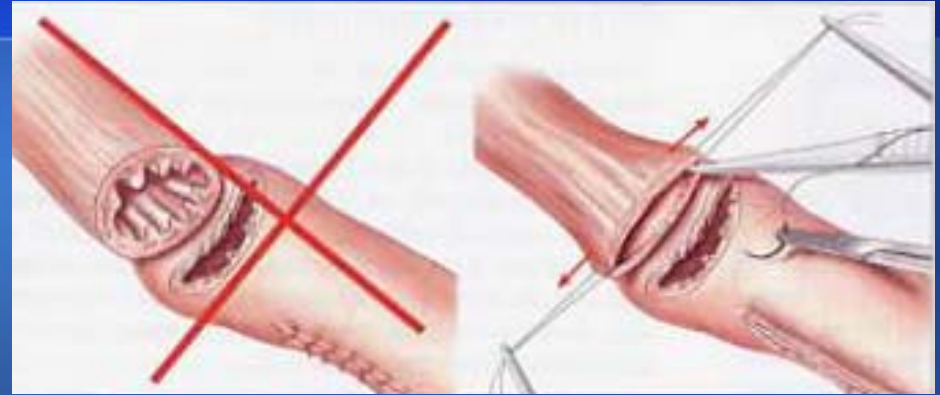
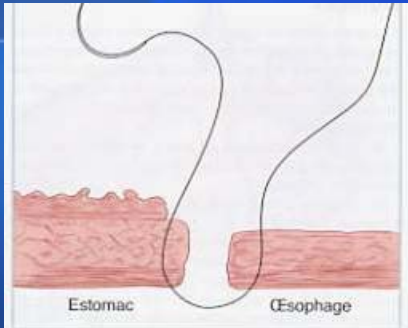
Section décalée



Curage inter-trachéo-cave



# Lewis-Santy (anastomose)

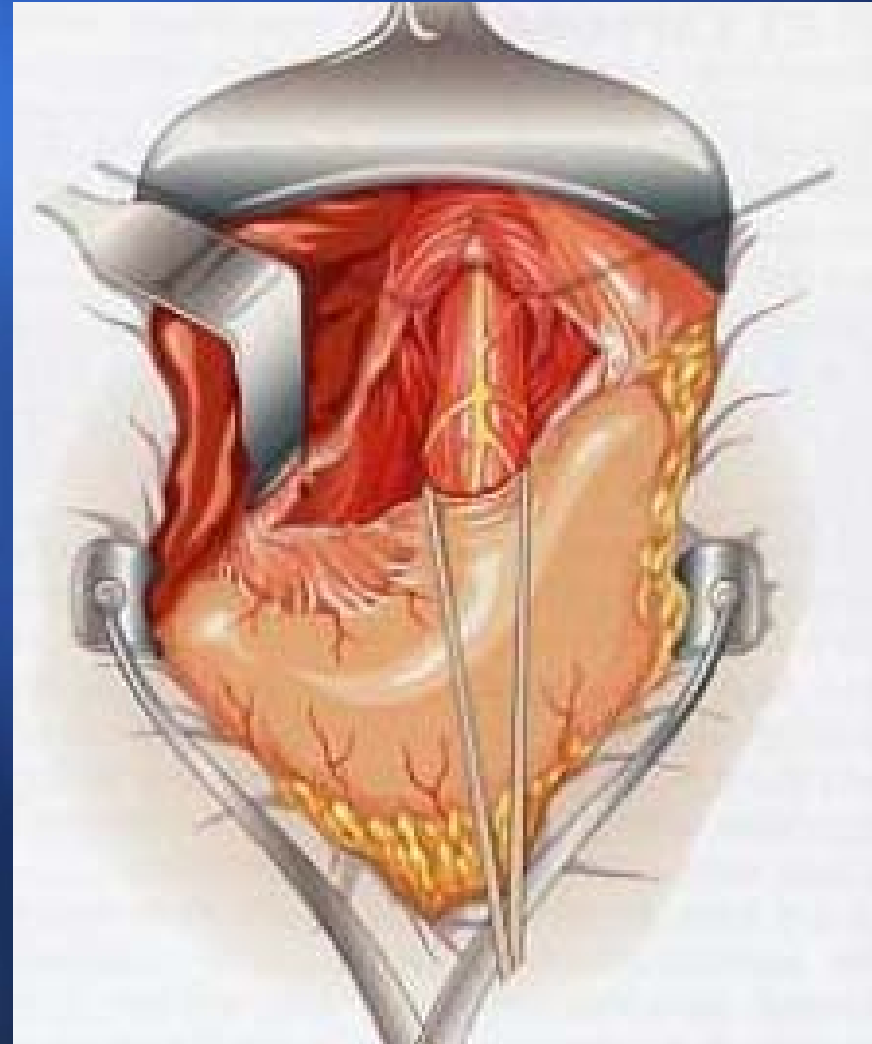


# Oesophagectomie transhiatale (sans thoracotomie)

- Double voie
- Si contre-indication à la thoracotomie
- Exérèse de tout l'œsophage thoracique
- Curage limité

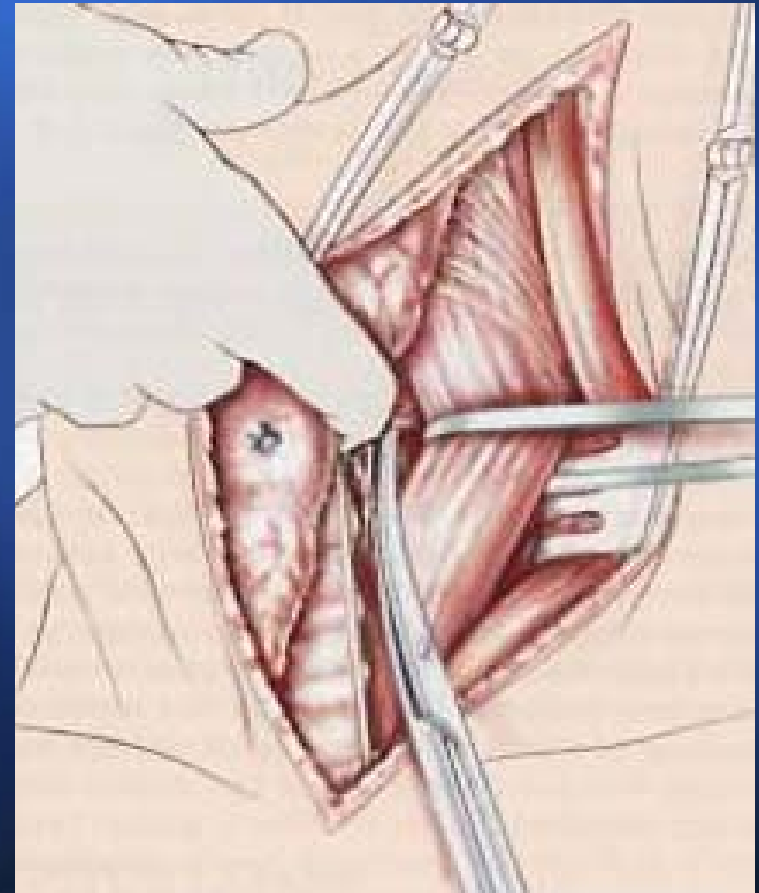
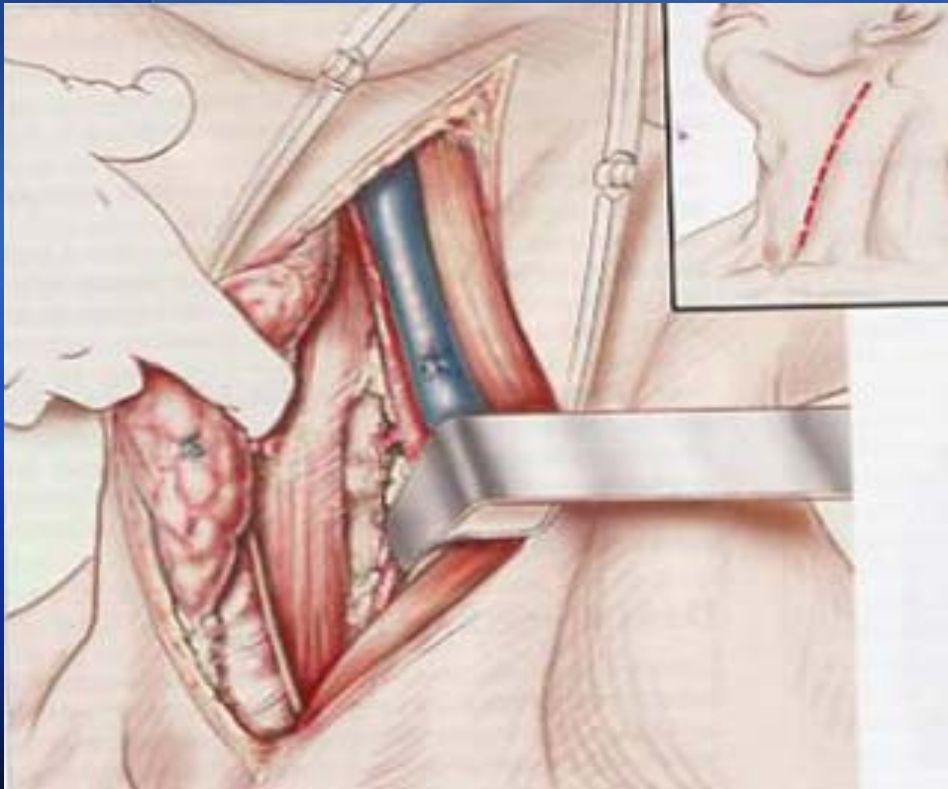
# OST (temps abdominal)

- Exploration
- Gastrolyse, gastroplastie (étroite), pyloroplastie
- Libération œsophage abdominal (ouverture hiatus)
- Dissection médiastin inférieur



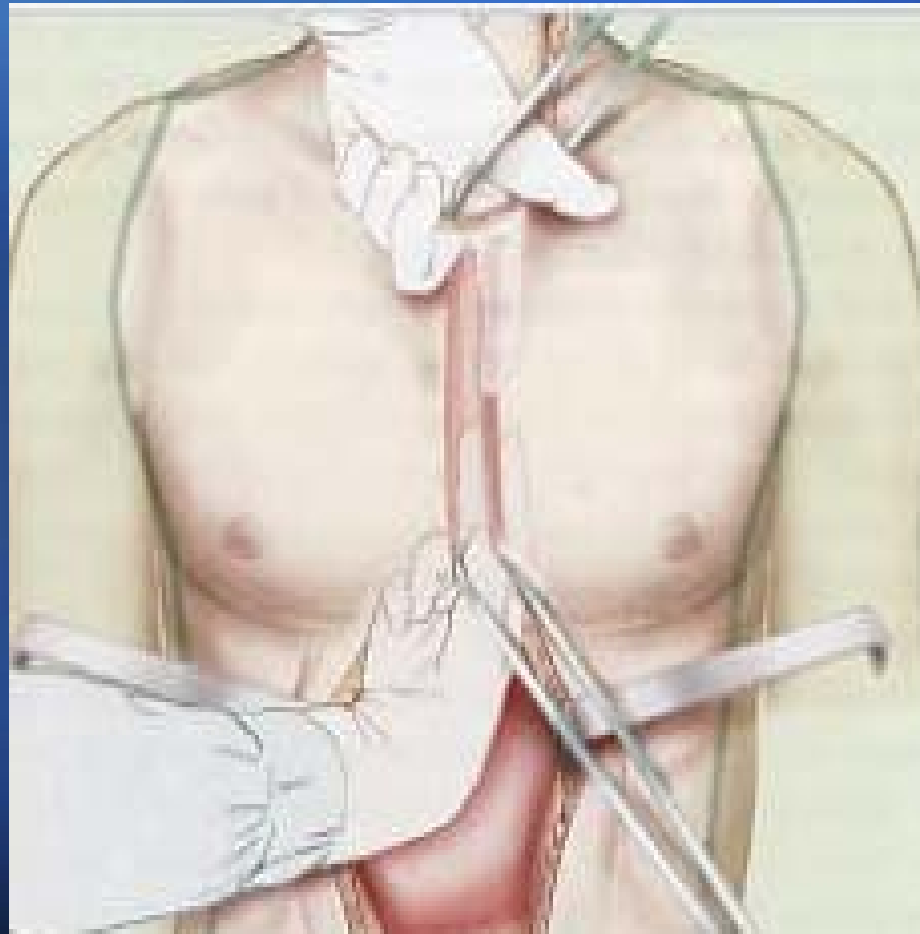
# OST (temps cervical)

- Cervicotomie G
- Abord œsophage cervical et dissection vers le bas
- Respect recurrent G !!



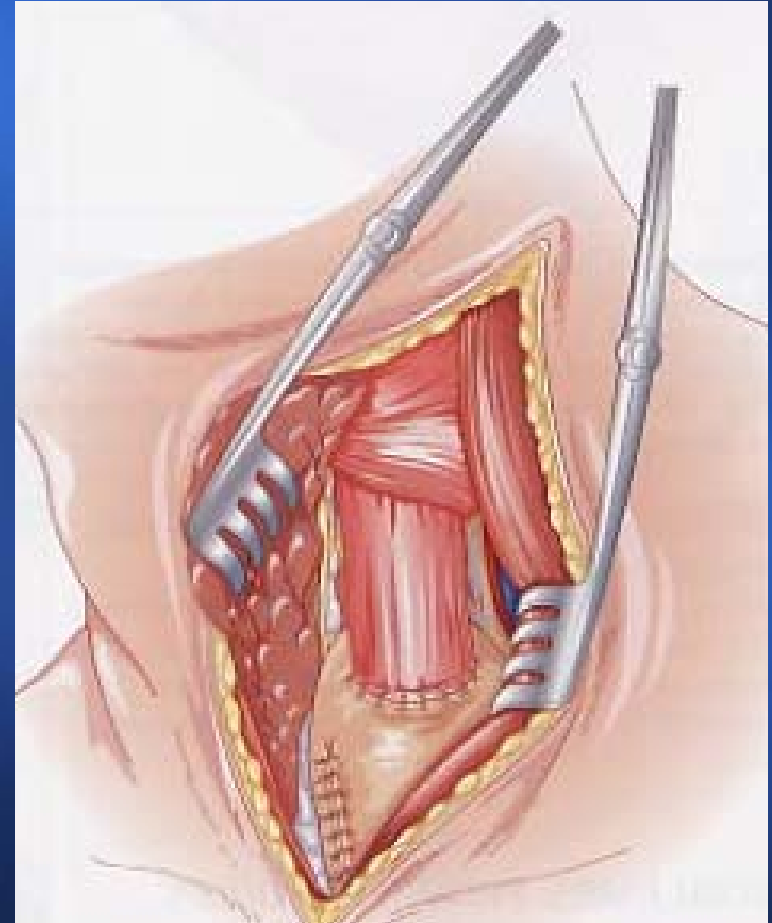
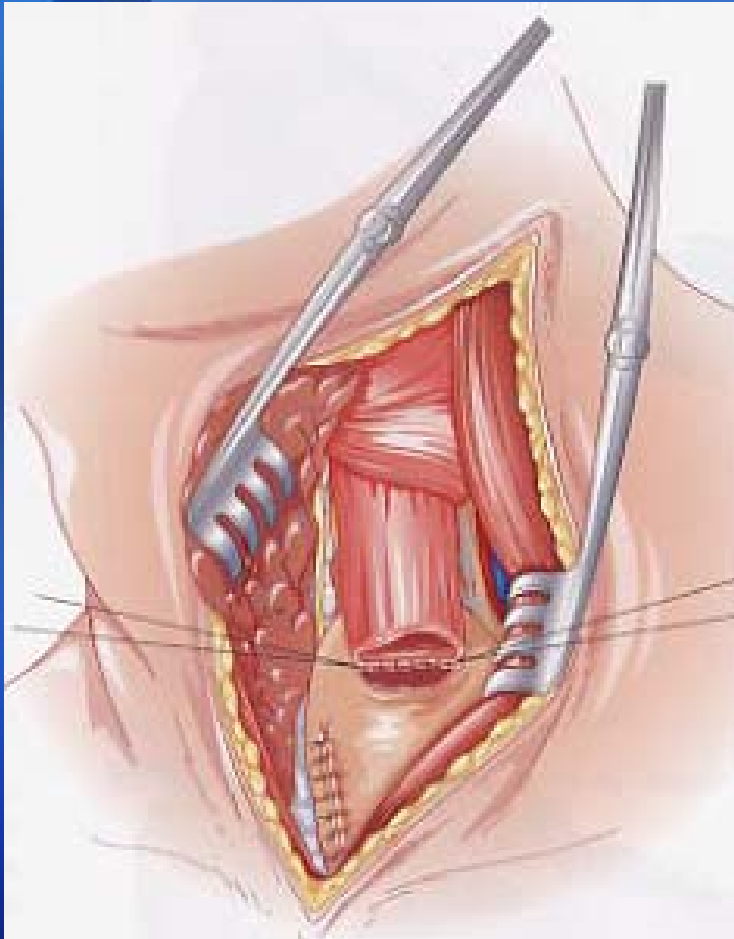
# OST (temps simultané)

dissection bimanuelle au contact de l'œsophage thoracique



# OST (anastomose)

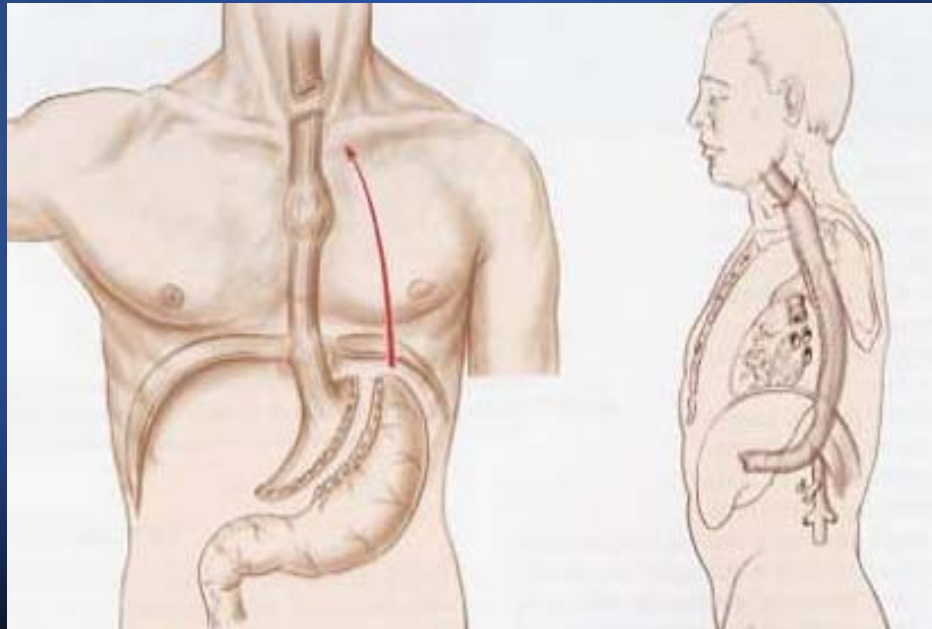
- Manuelle plutôt



- Mécanique ou semi-mécanique possible

# Intervention de Mc Keown

- Indication: tumeurs des 1/3 moyen et supérieur
- Triple voie : thoracique droite première, puis cervicolaparotomie
- Exérèse oesophagienne large
- Curage ganglionnaire complet possible
- Plastie montée en médiastinal postérieur



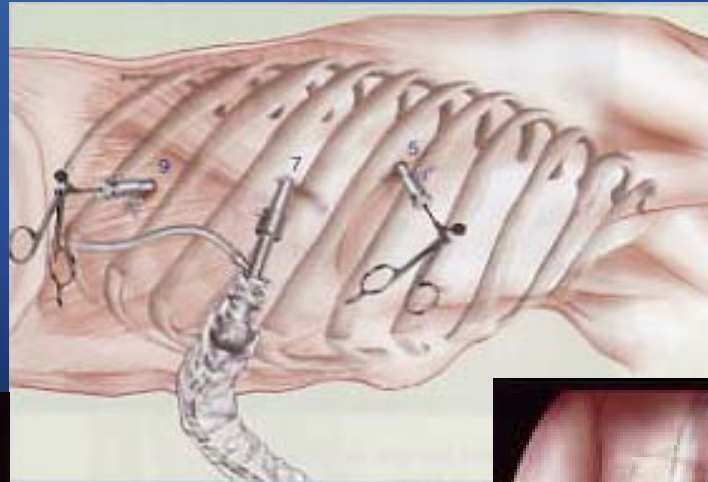
# Intervention de Akiyama

- Technique pratiquement abandonnée
- Plastie retrosternale (obligatoire car reconstruction lère)
- But : protéger plastie de récidence locorégionale fréquente et de l'irradiation
- Plus de complications pulmonaires (dissection médiastinale post et retrosternale) et de fistules
- Trajet plastie problématique



# Et la thoracoscopie?

- Voie droite: pas de diminution des complications respiratoires, risque lors curage, mais bonne exploration
- Position ventrale



# Complications post-opératoires précoces

- **Fistules anastomotiques**  
responsables de 20 % des décès  
rare et grave pour Lewis-Santy,  
plus fréquentes (moins graves) pour OST
- **Complications pulmonaires**  
15 à 30 % des opérés, responsables de 35 % des décès  
Atélectasie, pneumopathie bactérienne et SDRA  
Favorisées par paralysies récurrentielles (troubles déglutition)
- **Chylothorax : 1 à 2 % des cas**
- **Complications non spécifiques : 40 % des décès**  
embolies pulmonaires, septicémie, pneumothorax après ponction,  
complication cardiovasculaire

# Complications post-opératoires tardives

- Sténoses anastomotiques
- Reflux gastro-oesophagien (Lewis-Santy)
- Troubles dyspeptiques divers, diarrhée, syndrome de petit estomac, ballonnement.
- Récidive

# Conclusion

- Chirurgie R0 seule valable (exclusive ou schéma)
- Importance curage (ni trop ni trop peu)
- Interventions double voie ++ : Lewis-Santy et OST
- Morbimortalité élevée → formation rigoureuse  
→ sélection patients