

Techniques chirurgicales et adénocarcinome du cardia

DESC de chirurgie viscérale

Brest juin 2008

Stéphanie Darras (Nantes)

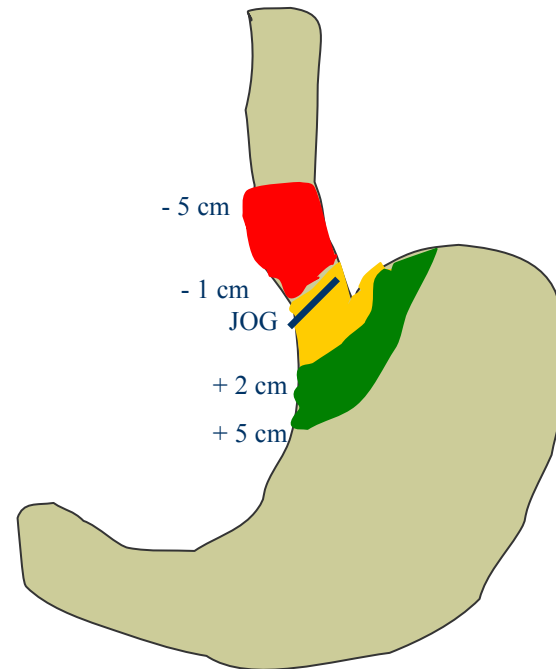
Introduction

- ◆ =Adénocarcinome de la jonction oesogatrique (JOG) : incidence en augmentation
- ◆ **Facteurs de risque**
 - RGO ancien et sévère Lagergren NEJM 1999
 - Endoscopie dépistage EBO > 50 ans AFC 2003
 - Niveau socio économique élevé EPIC-EURGAST 2007
- ◆ **Traitement de référence** : chirurgie
- ◆ Survie fonction du stade TNM, qualité résection
- ◆ **Complications de la chirurgie**
 - Fistules anastomotiques: 8,7 % AFC 2003
 - Complications respiratoires: 23 %

Définitions

Anatomie chirurgicale (1)

- ◆ Jonction oesogastrique
 - JOG: définition anatomique
 - Cancer dont le centre + 5 cm
/- 5 cm JOG
 - **Siewert** (FOGD, TOGD,
explo peropératoire):
 - I : sus cardinal
 - II: cardia « vrai »
 - III: sous cardinal



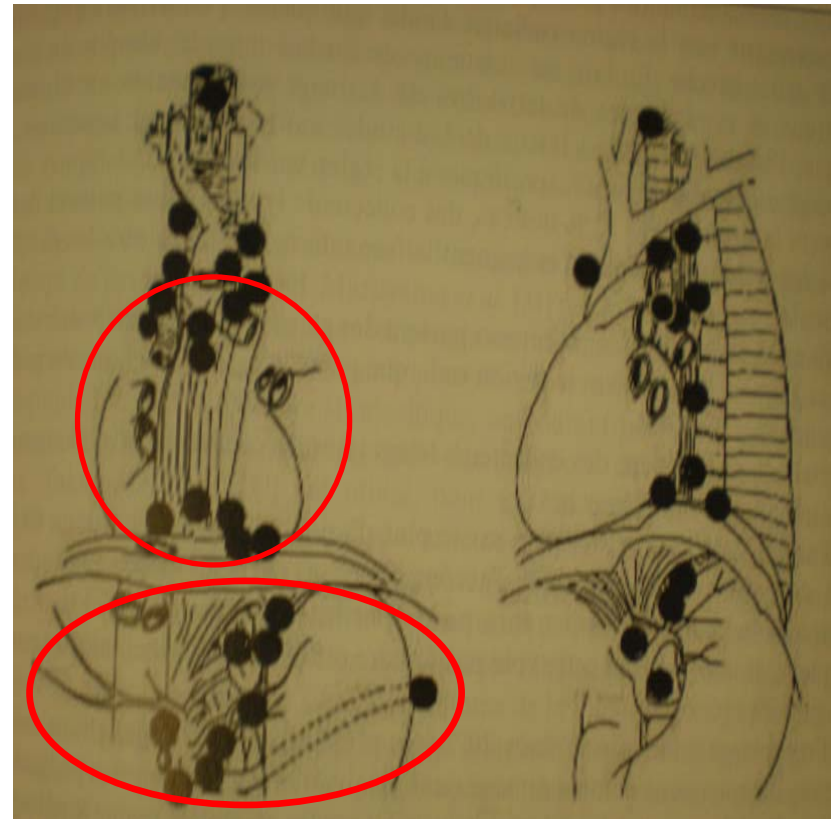
Siewert Sem Surg Oncol 1999
Siewert BJS 1998

Définitions

Anatomie chirurgicale (2)

◆ Les lymphatiques

- **Adénocarcinome:** cancer lymphophile
- Ganglions paracardiaux, gastriques gauches, diaphragmatiques, médiastinaux, paraoesophagiens inférieurs
- Autres ganglions = métastatiques...
- Quid des ganglions coeliaques et du médiastin supérieur?



Définitions

Exérèse à visée curative (1)

- ◆ Exérèse **totale** et complète **R0**
- ◆ Marges distales sous tumorales : 5 cm*
- ◆ Clairance périphérique ou marges circonférentielles > 1 mm
- ◆ Marges proximales: 8 à 5 cm **
- ◆ Résection « en bloc »***

* Casson ATS 2000

** Mariette EJSO 2003

*** Triboulet Masson 2007
Skinner JTCS 1983

Définitions

Exérèse à visée curative (2)

Lymphadénectomie

– objectif

améliorer le staging tumoral

permettre (en cas d'envahissement péri-tumoral) une
exérèse tumorale complète *

– qualité du curage: au moins 15 ganglions dont 6
médiastinaux si curage médiastinal **

_ le curage doit être SYSTEMATIQUE

* Triboulet Masson 2007

** Thésaurus cancérologie 2007

Problématique

Exérèse curative ↔ morbi mortalité opératoire

- ◆ **Voie d'abord:** thoracotomie vs voie transhiatale ?
- ◆ **Type de résection:** oesogastrectomie polaire supérieure (OGPS) vs gastrectomie totale (GT) ?
- ◆ **Type de lymphadénectomie ?**
- ◆ **Siewert II: résection oesophagienne et gastrique**
« idéale »

... **résection par laparoscopie:** faisabilité mais intérêt et reproductibilité restent à démontrer

Après bilan préthérapeutique + RCP

- ◆ **Évaluation prédécisionnelle: classification TNM***
 - Échoendoscopie
 - Tomodensitométrie
 - PET scan
- ◆ **Indication opératoire**
 - Chirurgie première: us T1T2N0
 - Alternative: CT périop us T1T2N+ / T3N0**
- ◆ **Bilan d'opérabilité**
 - Perte de poids > 10-15%

* Räsänen ASO 2003

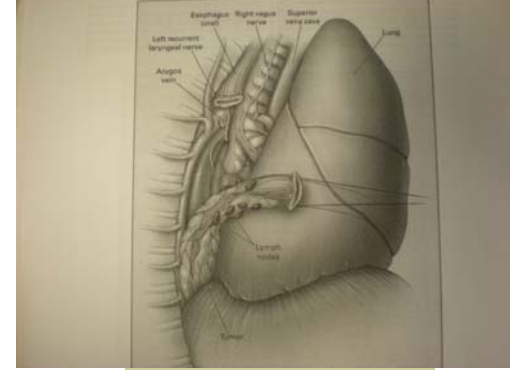
** Cunningham NEJM 2006

Laparoscopie:évaluation « pré »opératoire

- ◆ Préconisée +++ pour le bilan d'extension
- ◆ = critère de qualité de la chirurgie (évite 20 % de laparotomie inutile)
- ◆ ± échographie Hulscher Eur J Surg 2000
- ◆ ± lavage péritonéal Nath BJS 2008

De Graaf EJBO 2007
Tokunaga Surg Endosc 2007

Technique chirurgicale Siewert I :type d'exérèse



- ◆ Laparotomie
- ◆ Type exérèse: OGPS / TT
- ◆ Temps abdominal
 - Exploration
 - Gastrolyse
 - ± décollement rétro duodéno pancréatique
- ◆ Temps thoracique (cf Lewis Santy)
- ◆ Complications
 - Respiratoire
 - Fistule

- ◆ **Hulscher NEJM 2002**
 - Random 106 TH / 114 TT (adk 1/3 inf œsophage et S I)
 - Suivi médian: 4,7 ans
 - Survie à 5 ans sans progression: 27% vs 39%
 - Morbidité respiratoire: 27% vs 57% (p < 0,001)
- ◆ **Omloo Ann Surg 2007**
 - n = 90, S I, 43 TH / 47 TT
 - Suivi min = 5 ans
 - Survie à 5 ans : 37 % vs 51 %

Technique chirurgicale

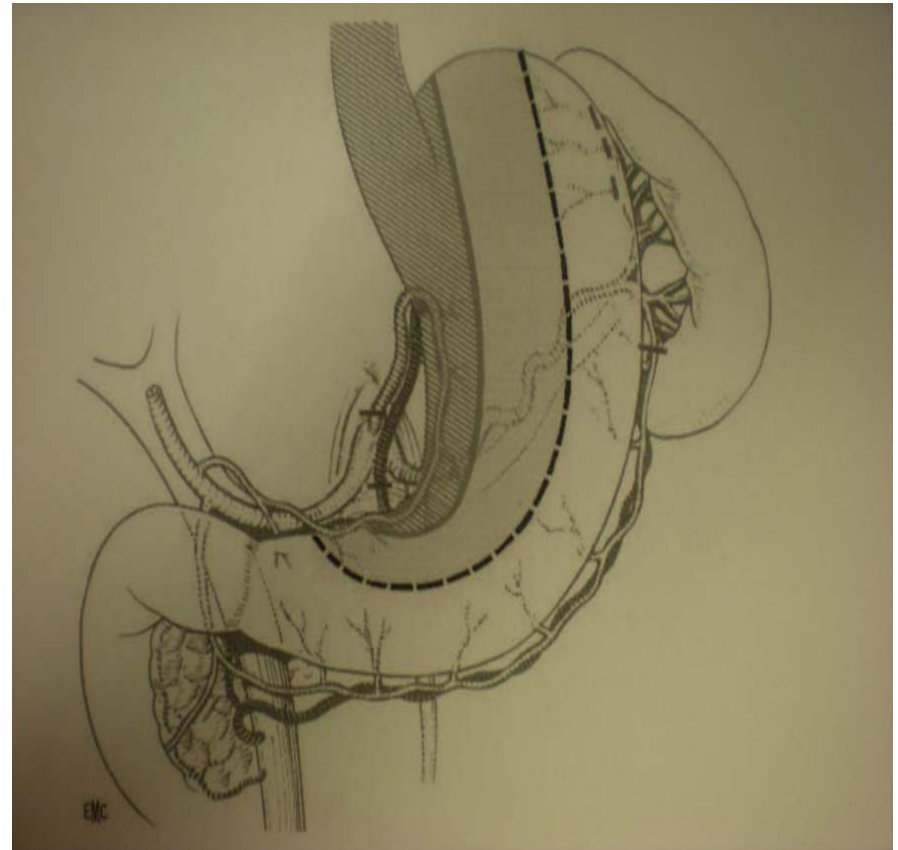
Siewert I: lymphadénectomie

- ◆ Pas de curage cervical: mauvais pronostic si + et morbidité (récurrentielle++) *Triboulet Masson 2007*
- ◆ Curage abdominal
- ◆ Curage thoracique « 2 champs » = médiastinal sous aortique
 - Curage sous aortique du bas vers le haut lors de la mobilisation oesophagienne
 - En bloc avec la pièce
 - Ligature haute et basse du canal thoracique
 - Attention: exérèse latérale complète au bord sup de l'orifice hiatale (± ouverture plèvre gauche)

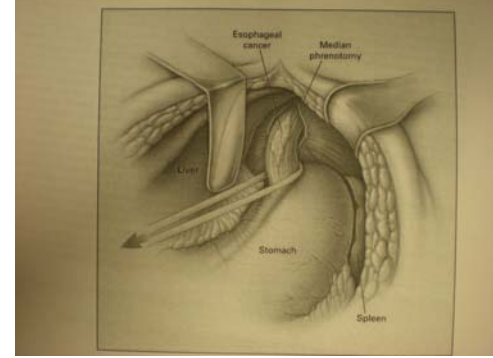
Technique chirurgicale

Siewert I: rétablissement de continuité

- ◆ Tubulisation gastrique: préserver l'artère gastro épiploïque droite et la gastroduodénale lors de la dissection
- ◆ Tube large ou étroit?
- ◆ Pyloroplastie?



Technique chirurgicale Siewert III :type d'exérèse



- ◆ Laparotomie = voie abdominale
- ◆ Type exérèse: **GT**
- ◆ Particularités
 - Ouverture du hiatus
 - Dissection des derniers centimètres oesophagiens
 - Pédiculisation possible d'une anse en Y jusque 7-8 cm au dessus du hiatus (si nécessité résection oesophagienne pour marges correctes)
- ◆ - de complications

◆ **Sasako Lancet Oncol 2006**

- TH vs Sweet
(thoracotomie gche)
pour Siewert II et III
- Morbidité plus élevée
après Sweet: doit être
abandonnée selon
Sasako

Technique chirurgicale

Siewert III : lymphadénectomie

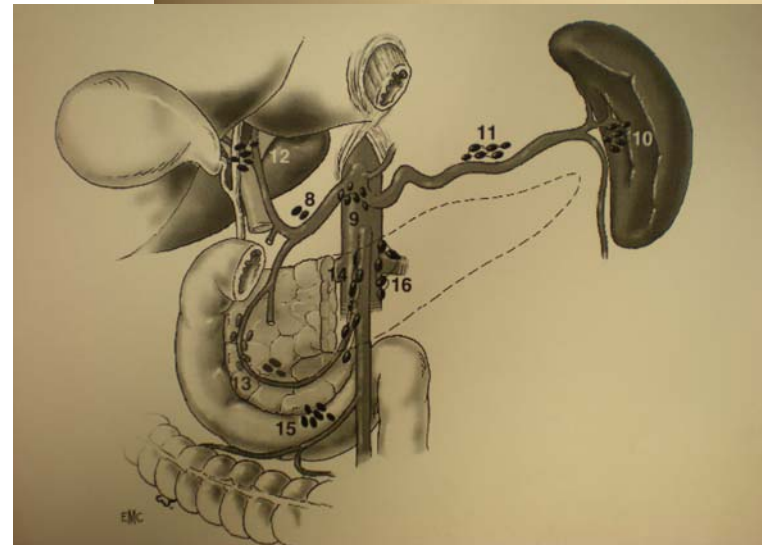
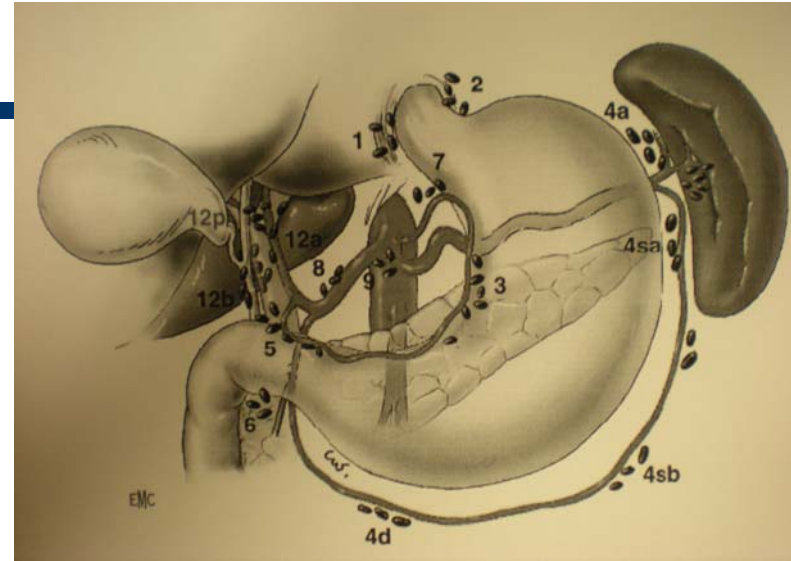
- ◆ Type: **curage abdominal +++** mais curage médiastinal?
 - Qualité du curage médiastinal par voie transhiatale?
 - Curage médiastinal à indiquer en fonction de l'envahissement oesophagien? **Nunobe J Surg Oncol 2008**
 - ◆ Conservation splénique **Yu BJS 2006**
 - ◆ ...curage **D1,5** **Bonnenkamp NEJM 1999**
- ◆ **Nunobe J Surg Oncol 2008**
 - n=270, S II / III
 - intérêt ++ du curage médiastinal inférieur et para aortique
 - gg médiastinaux + si envahissement oesophagien > 1 cm
 - 17,8 % + si envahissement compris entre 20 et 29 mm

Curage abdominal

Tableau I.

Groupe	Localisation de la tumeur primitive			
	CMA	A, AM	MA, M	C, CM, MC
N1	1	3	3	1
	2	4	4	2
	3	5	5	3
	4	6	6	4
	5		1	
	6			
N2	7	7	2	5
	8	8	7	6
	9	9	8	7
	10	1	9	8
	11		10	9
			11	10
N3	12	2	12	12
	13	10	13	13
	14	11	14	14
		12		
		13		
		14		
N4	15	15	15	15
	16	16	16	16

C : tumeur du tiers supérieur ; M : tumeur du tiers moyen ; A : tumeur du tiers inférieur ; groupes N1 et N2 : ganglions régionaux ; groupes N3 et N4 : métastases.

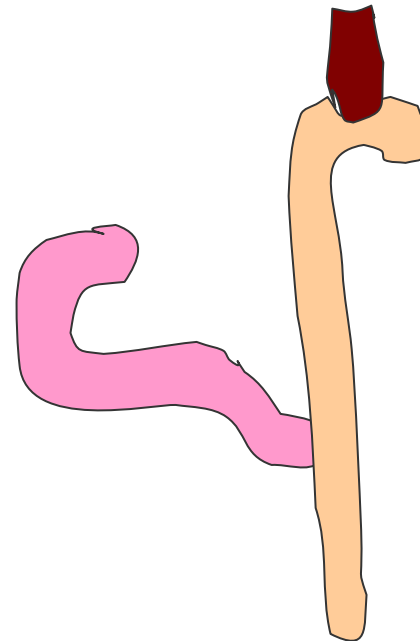


...CURAGE D 1,5

Technique chirurgicale

Siewert III: rétablissement de continuité

- ◆ Anse montée en Y transmésocolique
 - Passage duodénal préservé
 - Prévention du reflux alcalin vers l'œsophage (anse exclue de 70 cm)
 - ATTENTION
 - à fermer les brèches mésentérique et mésocolique: PIEGES
 - Vascularisation de l'anse montée +++
- ◆ Rarement coloplastie



Technique chirurgicale

Siewert II: type d'exérèse

- ◆ GT ou OGPS

... en fonction de
l'extension thoracique ou
abdominale (TDM ,
échoendoscopie)

Nunobe J Surg Oncol 2008

- ◆ TH ou TT (si OGPS)

... en fonction de l'état
général du patient :ASA +++

AFC 2003

- ◆ **Siewert Ann Surg 2000**

- N= 271, S II
- Pas de différence significative survie entre OGPS et GT si résection complète

- ◆ **Omloo Ann Surg 2007**

- n = 115, S II, OGPS
- 52 TH / 63 TT
- Suivi min = 5 ans
- Survie à 5 ans :31 % vs 27 %
- ... « *différence négligeable* »

Technique chirurgicale

Siewert II: lymphadénectomie

- ◆ Curage « vers le bas » = abdominal: idem Siewert III
- ◆ Curage « vers le haut »: problème de la voie d'abord... TH vs TT
 - Intérêt fonction de l'extension tumorale > 1 cm sur l'œsophage Nunobe J Surg Oncol Avril 2008
 - Intérêt du ganglion sentinelle? Burian ASO 2004

Technique chirurgicale

Siewert II: rétablissement de continuité

- ◆ OGPS/TT: tubulisation gastrique
- ◆ GT: anse montée

Technique chirurgicale

Gestes associés

- ◆ Sonde naso jéjunale en aspiration?
 - ...complications pulmonaires *Doglietto Arch Surg 2004*
- ◆ Jéjunostomie ? Alimentation entérale > parentérale
Chin Lancet Oncol 2003
- ◆ Suites opératoires
 - Contrôle systématique de l'anastomose?
 - Délai de réalimentation J9-J10
Lamb BJS 2004

Technique chirurgicale

Chirurgie palliative

◆ Contexte actuel:

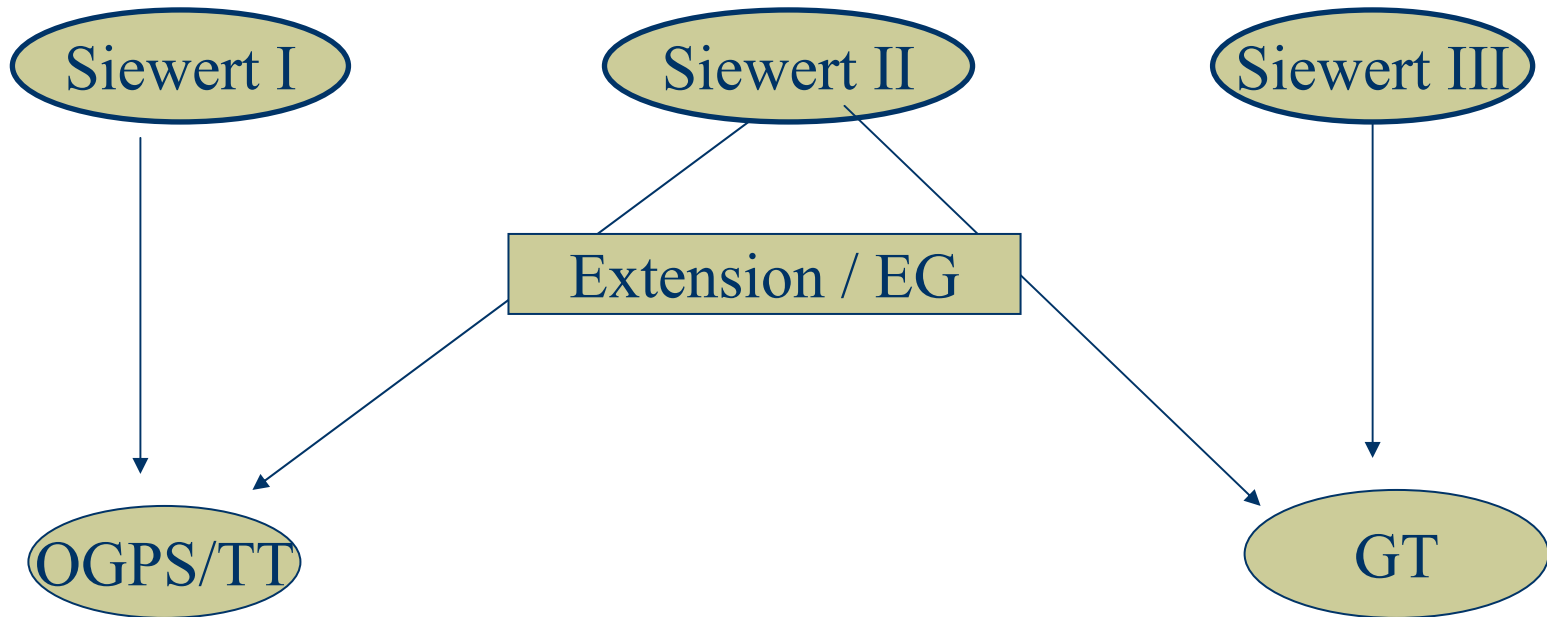
- médiane de survie adk JOG métastatique traité par CT exclusive: 10-12 mois (idem chirurgie palliative)
- Si dysphagie: CT-RT, prothèse

AFC 2003

◆ Indications: hémorragie / perforation

Conclusion

- ◆ En fonction du caractère métastatique ou non et du bilan d'opérabilité



prise en charge multidisciplinaire (RCP)

Bibliographie (1)

- ◆ Lagergren J. Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *NEJM* 1999; 340 (11): 825-31.
- ◆ Sauvanet A, Triboulet JP, Mariette C. Cancer du cardia. Monographies de l'association française de chirurgie (Arnette), 2003.
- ◆ Nagel G. Socio economic position and the risk of gastric and oesophageal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-EURGAST). *Int J Epidemiol* 2007; 36 (1): 66-76. [abstract]
- ◆ Siewert JR. Surgical resection for cancer of the cardia. *Sem Surg Oncol* 1999; 17: 125-131.
- ◆ Siewert JR, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. *BJS* 1998; 85:1457-59.
- ◆ Lagarde SM. Prospective analysis of patients with adenocarcinoma of the gastric cardia and lymph node metastasis in the proximal field of the chest. *BJS* 2005; 92: 1404-1408.
- ◆ Casson AG. What is the optimal distal resection margin for esophageal carcinoma? *Ann Thorac Surg* 2000; 69-1: 205-9.[abstract]
- ◆ Mariette C. Extent of oesophageal resection for adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. *EJSO* 2003; 29:588-593.
- ◆ Triboulet JP. Chirurgie du tube digestif haut. Techniques chirurgicales digestif (Masson), 2007.
- ◆ Skinner DB. En bloc resection for neoplasms of the esophagus and cardia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 85 (1): 59-71. [abstract]

Bibliographie (2)

- ◆ Godiris-Petit G. Oesophagectomie mini-invasive: évaluation prospective de la gastrolise coelioscopique. *Ann Chir* 2006; 131: 189-193.
- ◆ Räsänen JV. Prospective analysis of accuracy of positron emission tomography, computed tomography, and endoscopic ultrasonography in staging of adenocarcinoma of the esophagus and the esophagogastric junction. *Ann Surg Oncol* 2003; 10 (8): 954-960.
- ◆ Cunnigham D. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *NEJM* 2006; 355: 11-20.
- ◆ Hulscher JBF. Laparoscopy and laparoscopic ultrasonography in staging carcinoma of the gastric cardia. *Eur J Surg* 2000; 166: 862-65.
- ◆ Nath J. Peritoneal lavage cytology in patients with oesophagogastric adenocarcinoma. *BJS* 2008; 95: 721-726.
- ◆ De Graaf GW. The role of staging laparoscopy in oesophagogastric cancers. *Eur J Surg Oncol* 2007. 33 (8): 988-92. [abstract]
- ◆ Tokunaga M. Quality control and educational value of laparoscopy-assisted gastrectomy in a high-volume center. *Surg Endosc* 2008.
- ◆ Hulscher JBF. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus. *Nejm* 2002; 347 (21): 1662-69.
- ◆ Omloo JM, Lagarde SM, Hulscher JB. Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the mid/distal esophagus: five-year survival of a randomized clinical trial. *Ann Surg* 2007; 246 (6): 992-1000.

Bibliographie (3)

- ◆ Mutter D, Marescaux J. Gastrectomie pour cancer. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales-Appareil digestif, 40-330-B 2001.
- ◆ Sasako M. Left thoracoabdominal approach versus abdominal-transhiatal approach for gastric cancer of the cardia or subcardia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2006; 7: 644-51.
- ◆ Nunobe S. Benefit of mediastinal and par-aortic lymph-node dissection for advanced gastric cancer with esophageal invasion. *J Surg Oncol* 2008; 97: 392-395.
- ◆ Yu W. Randomized clinical trial of splenectomy versus splenic preservation in patients with proximal gastric cancer. *BJS* 2006; 93: 559-563.
- ◆ Bonenkamp JJ. Extended lymph-node dissection for gastric cancer. *NEJM* 1999; 340: 908-14.
- ◆ Chin CA. Total gastrectomy: options for the restoration of gastrointestinal continuity. *Lancet Oncol* 2003; 4: 271-76.
- ◆ Siewert JR. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction Results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1002 consecutive patients. *Ann Surg* 2000; 232 (3): 353-361.
- ◆ Burian M. Sentinel node detection in Barrett's and cardia cancer. *Ann Surg Oncol* 2004; 11 (3): 255S-258S.
- ◆ Doglietto GB. Nasojejun tube placement after total gastrectomy. A multicenter prospective randomized trial. *Arch Surg* 2004; 139: 1309-1313.
- ◆ Lamb PJ. Prospective study of routine contrast radiology after total gastrectomy. *BJS* 2004; 91: 1015-1019.