

# EPIDEMIOLOGIE, FACTEURS DE RISQUE ET BILAN PRE- THERAPEUTIQUE DES ADENOCARCINOMES DE L'OESOPHAGE ET DU CARDIA.

- λ Curto C. Nantes
- λ DESC BREST mai 2002.

# CLASSIFICATION DE SIEWERT

2 entités distinctes.

**Type 1:** adénocarcinome de l'oesophage distal, qui résulte habituellement d'une zone de métaplasie intestinale (Barrett); et qui peut infiltrer la jonction oesophagogastrique.

**Type 2:** carcinome du cardia résultant de l'épithélium cardial, ou de courts segments de la jonction oesophagogastrique avec métaplasie intestinale.

**Type 3:** carcinome gastrique sous-cardial qui infiltre la jonction oesophagogastrique et l'oesophage distal.

# EPIDEMIOLOGIE (1)

- λ 8 rang des cancers, 4 chez l'homme. (poumon, colo-rectal, prostate et voies aéro-digestives).
- λ Dans les 20 dernières années, augmentation de l'incidence des adénocarcinomes de l'oesophage et du cardia en France, se produisant 15 ans après ce phénomène observé aux USA: de 5 à 30%.
- λ Incidence en France la plus élevée en Europe: 13/37,6 pour 100 000.
- λ Nombre de nouveaux cas en 1995 en France:  
4823 soit 3,4% des cancers chez l'homme et 0,6% chez la femme.
- λ *Géographie*: \* de haute incidence: Asie (nord de la Chine au littoral de la Mer Caspienne), Sud-est de l'Afrique, Europe latine (surtout en France).
  - \* fréquent en Inde/ Japon.
  - \* peu fréquent aux USA et en Australie
  - \* en France: haute incidence dans le Nord, Normandie, dans l'Ouest( >20% de la moyenne nationale).

# EPIDEMIOLOGIE (2)

incidence basse en Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Aquitaine et Poitou-Charentes.

ex.: 21,5/100 000 dans le nord et 6,2/100 000 en Midi-Pyrénées.

- λ *Sex ratio*: prédominance masculine nette pour les 2 types de cancer  
H/F= 7 ; *mais en augmentation chez la femme, et en diminution chez l'homme*. En 75: H=23/100 000; F=1,6/100 000  
En 95: H=15,5/100 000; F=1,7/100 000.

- λ *Age*: rare avant 40 ans ; >50 ans; pic à 55/65 ans.  
après 65 ans les adénocarcinomes de l'oesophage doublent tandis que les carcinomes du cardia augmentent de 20%.

- λ Plus fréquent dans les classes défavorisées.

- λ *Taux de mortalité*: 5% des décès masculins par cancer ) 91/94

*Mortalité dans les pays de Loire*: 14,8% hommes et 3,8% femmes)

# FACTEURS DE RISQUE (1)

- λ Alcool( dose journalière dépendante), tabac( durée d'intoxication)  
risque multiplié si exposition à ces 2 facteurs.  
alcools bus chauds, apéritifs anisés.
- λ Facteurs alimentaires: baisse de consommation de légumes et de fruits frais, de vitamines A/C/E, de fibres, de fer, de zinc;  
alimentation riche en calories et en graisse =augmentation du risque de cancer.
- λ Prise médicamenteuse. ( anticholinergiques).
- λ Irritation thermique, radiations ionisantes.
- λ Autres: sténose peptique/ caustique; méga-oesophage; dysphagie sidéropénique...
- λ Facteurs génétiques. ( p53).

## FACTEURS DE RISQUE (2)

### λ *Pour l'adénocarcinome de l'oesophage:*

\_RGO. ( 10 000/100 000 RGO= 2,3/100 000 adénocarcinome).

\_obésité et BMI

\_endobranchy-oesophage (Barrett): 1% de la population générale; 8 à 20% chez les RGO. Dégénérescence dans 10 à 15% des cas.

\_hernie hiatale

### λ *Adénocarcinome du cardia:*

\_nitrites

\_gasrites et infection à Helicobacter pylori

# BILAN PRE-THERAPEUTIQUE (1)

λ Clinique:  
\_ état général (amaigrissement > 20%)  
\_ examen ORL

λ Examens complémentaires:

\* FOGD:  
\_ siège (arcades dentaires, cardia)  
\_ nombre de lésions et leur aspect  
\_ état prénéoplasique (Barrett)  
\_ coloration; biopsies.

\* Echoendoscopie: (résécabilité) meilleur examen pour rechercher les adénopathies satellites et la profondeur de l'envahissement.

Limites: tumeurs non franchissables

5 couches visibles

# BILAN PRE-THERAPEUTIQUE (2)

## \* TDM thoraco-abdominal:

\_résécabilité: angle avec l'aorte

rappports avec organes adjacents

\_bilan d'extension à distance. (métastases pulmonaires/pleurales, hépatiques....) (curabilité).

## \* Echographie abdominale: métastases hépatiques. (curabilité)

## \* RP (curabilité)

\*TOGD double contraste: (résécabilité) siège et étendue en hauteur; formes infiltrante/bourgeonnante/ulcérovégétante. taille de l'estomac pour gastroplastie.

# BILAN PRE-THERAPEUTIQUE (3)

\* Pet-TDM (résécabilité et curabilité)

\* Autres en fonction de la clinique: scintigraphie osseuse, TDM cérébrale, fibroscopie bronchique...

λ Bilan d'opérabilité:

\_ fonction hépatique

\_ fonction rénale

\_ fonction respiratoire

\_ fonction cardiaque

# BILAN PRE-THERAPEUTIQUE (4)

Pour aboutir à la classification TNM:

**T1** infiltration de la muqueuse et sous-muqueuse

**T2** infiltration de la musculature

**T3** infiltration de l'adventice

**T4** infiltration des organes adjacents

**N0** pas d'envahissement des ganglions médiastinaux

**N1** envahissement des ganglions médiastinaux

**N2** « « coeliaques ou cervicaux

**M0** pas de métastase

**M1** métastase viscérale

# CONCLUSION

Adénocarcinomes de l'oesophage et du cardia en augmentation, plus fréquents dans le nord et l'ouest de la France.

Incidence en augmentation chez la femme.

RGO, endobrachyoesophage et obésité= facteurs de risque principaux pour l'adénocarcinome de l'oesophage.

Nitrites et infections à *Helicobacter pylori*= facteurs de risque pour l'adénocarcinome du cardia.

Nécessité d'un bilan pré-thérapeutique complet pour aboutir à une décision thérapeutique adaptée.