

**EPIDEMIOLOGIE , FACTEURS DE RISQUE
ET BILAN PRETHERAPEUTIQUE DES
ADENOCARCINOMES DE L'OESOPHAGE ET DU CARDIA.
(DESC Brest mai 2002 ; Curto C. Nantes)**

Le cancer de l'oesophage est au 8^{ème} rang des cancers, et au 4^{ème} rang chez l'homme derrière ceux des poumons/colo-rectal/prostate.

Actuellement, les adénocarcinomes de l'oesophage et du cardia sont considérés comme 2 entités distinctes, même s'ils ont de grandes similitudes épidémiologiques.

Classification de SIEWERT :

type I : adénocarcinome de l'oesophage distal résultant de l'endobrachyoesophage et qui peut infiltrer la jonction oesogastrique ;

type II : carcinome vrai du cardia

type III : adénocarcinome sous-cardial gastrique pouvant infiltrer le cardia et l'oesophage distal.

1. Epidémiologie.

- Durant les 20 dernières années, on a constaté une augmentation de l'incidence des adénocarcinomes de l'oesophage(OA) et du cardia(GCA) en France, phénomène qui se produit 15 ans après celui observé aux USA et en UK.

Le taux est passé de 5% dans les années 70 à 30% actuellement.

- Incidence en 95 : 4823 soit 3,4% pour l'homme et 0,6% pour la femme
- Incidence la plus élevée d'Europe en France : 13 à 37,6/100 000.
- **Géographie :** *haute incidence en 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
 - *les OA ont dépassé le taux annuel des épidermoïdes aux USA ; peu fréquent en Australie
 - *France : haute incidence dans le Nord, Normandie et l'Ouest (>20% de la moyenne nationale)
 - basse incidence en Languedoc-Roussillon, Pouvence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, Aquitaine et Poitou-Charentes

ex. : 21,5 cas /100 000 habitants dans le Nord ; 6,2 cas /100 000 en Midi-Pyrénées

- **Sex ratio :** nette prédominance masculine pour ces 2 pathologies(H/F=7) , mais petite augmentation des femmes et baisse des hommes .

en 75, H=23 /100 000 ; F=1,6/100 000

en 95, H=15,5/100 000 ; F=1,7/100 000

- **Age :** rare avant 40 ans ; >50 ans avec pic à 55/65 ans.

Taux double pour OA et augmente de 20% pour GCA pour >65 ans.

- plus fréquent dans les classes défavorisées.

- **Taux de mortalité :** pour la période 91/94, 5% des décès masculins par cancer dans les pays de Loire, 14,8% décès masculins et 3,8% décès féminins

2. Facteurs de risque.

*Globalement :

- Alcool(dose journalière dépendante), tabac(durée d'intoxication)
multiplication du risque si exposition simultanée à ces 2 facteurs ;
alcools forts bus chauds, apéritifs anisés, bière.
- Facteurs alimentaires : augmentation du risque si baisse de consommation de légumes et de fruits frais, de fibres, de vitamines A/C/E, de zinc, de fer, si augmentation d'une alimentation riche en calories et en graisses.(beurre)
- Irritation thermique, radiations ionisantes .
- Prise médicamenteuse .(anticholinergiques : 10% OA si prise \geq à 5 ans)
- Autres : méga-oesophage, dysphagie sidéropénique, sténose peptique/caustique...
- Facteurs génétiques.(p53)

*Spécifiquement :

- OA :
 - _ RGO ; 10 000/100 000 RGO ; 2,3/100 000 OA
 - _ obésité et BMI
 - _ endobrachyoesophage(Barrett) ; 1% de la population générale, 8 à 20% des RGO, 10 à 15% de dégénérescence
 - _ hernie hiatale
- GCA :
 - _ nitrites
 - _ gastrites et infection à *Helicobacter pylori*

3. Bilan pré-thérapeutique.

- Examen clinique : * évaluation de l'état général.(amaigrissement de $>20\%$ poids)
* examen ORL, surtout si ATCD intoxication OH chronique
- Examens complémentaires :
 - FOGD : colorations et biopsies
siège de la tumeur(arcades dentaires, cardia)
nombre et aspect
état préneoplasique
 - écho-endoscopie : meilleur examen pour évaluer la profondeur d'envahissement et rechercher des adénopathies satellites.
Limites : tumeur non franchissable ; sur-estimation due à la fibrose péri-tumorale
5 couches visibles.
 - TDM thoraco-abdominal : _résécabilité avec le calcul de l'angle avec l'aorte
_ recherche de métastases à distance
 - écho abdo, RP
 - Pet-scan : non disponible dans tous les centres ; bon examen pour rechercher des métastases et des adénopathies satellites.
 - Autres en fonction de la clinique
 - TOGD : facultatif
- Bilan d'opérabilité : évaluer les fonctions cardiorespiratoire, hépatique, rénale.

Pour aboutir à la classification TNM :

Tis : carcinome in situ

T1 : infiltration de la muqueuse

T2 : « « « musculéuse

T3 : « « « adventice

T4 : envahissement des organes adjacents

N0 : pas de ganglion envahi

N1 : ganglions médiastinaux

N2 : ganglions coeliaques ou cervicaux

M0 : pas de métastase

M1 : métastase viscérale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Byrne JP, Mathers JM, Parry JM, Attwood SE, Bancewicz J, Woodman CB. Site distribution of oesophagogastric cancer. *J Clin Pathol* 2002 ; 55(3) :191-3.
2. El-Serag HB, Mason AC, Petersen N, Key CR. Epidemiological differences between adenocarcinoma of the oesophagus and adenocarcinoma of the cardia in the USA. *Gut* 2002 mar ; 50(3) : 368-72.
3. Gignoux M, Launoy G. Recent epidemiologic trends in cancer of the oesophagus. *Rev prat* 1999 Jun 1 ; 49 (11) : 1154-8.
4. Pera M, Pera M. Recent changes in the epidemiology of esophageal cancer. *Surg oncol* 2001 Nov ; 10(3) : 81-90.
5. Freedman J, Lagergren J, Bergstrom R, Naslund E, Nyren O. Cholecystectomy peptic ulcer disease and the risk of adenocarcinoma of the oesophagus and gastric cardia. *Br J surg* 2000 Aug ; 87(8) : 1087-93.
6. Jarund M, Ejnell H. Staging of oesophageal carcinoma with high resolution endoluminal ultrasonography . *Acta otolaryngol* 1998 Sept ; 118(5) : 748-53.
7. Levine MS, Chu P, Furth EE, Rubesin SE, Laufer I, Herlinger H. Carcinoma of the esophagus and esogastric junction : sensitivity of radiographic diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 1997 Jun ; 168(6) : 1423-6.
8. Siewert JR, Stein HJ. Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction. *Br J surgery* 1998 ; 85 : 1547-59.
9. Stein HJ, Brucher BLD, Siewert JR. Esophageal cancer : patient evaluation and pre-treatment staging. *Surg oncol* 2001 Nov ; 10(3) : 103-11.
10. Fékété F, Amouyal P, Fléjou JF, Godeberge P, Langonnet F, Sauvanet A, Vilgrain V. Cancer de l'oesophage. *Editions techniques EMC chir(Paris France), gastro-entérologie* 1995 ; 9-205-A-20 : 1-15.
11. Benhamine-Bouvier AM, Clinard F, Dancourt V, Faivre J. Epidémiologie des cancers du tube digestif. *EMC , gastro-entérologie* 2001 ; 9-000-C-16 : 1-7.