

Carcinome épidermoïde de l'œsophage: Indications et techniques chirurgicales

B.Faber, CHU Rennes

SCVO – Juin 2005

Rappels^(*)

- Carcinome Epidermoïde = <70 % des cancers oesophagiens
Rapport CE/ADK en diminution
- Prévalence: 3e cancer digestif en France (15%)
zones endémiques : Asie, Afrique de l'ouest
- Incidence: ~ **5000 cas/an**
sex-ratio M/F : 20
- Mortalité : 4e cause de décès chez l'homme par cancer
- FdR: **ALCOOL +++ TABAC +++**

(*)Fékété F., *Encycl Méd Chir* 1995

Introduction

Chirurgie = seul ttt curatif

Mais résultats décevants: Survie 5 ans ~ 25 % (*)

Morbi-mortalité importante

1. Quel cancer opérer?

2. Quel malade opérer?

3. Quelle technique opératoire?



(*)Fékété F., *Encycl Méd Chir* 1995

Quel cancer opérer ?

Classification histopronostique : T.N.M. (UICC 1997)

T1 sous-muqueuse

T2 musculuse

T3 adventice

T4 structures adjacentes

N1 adénopathies régionales

M1 - métastases viscérales

- adénopathies à distance:

Oeso. | supérieur : M1a : adénopathies cervicales
Th. | moyen : M1b : coeliaques et cervicales
inférieur : M1a : coeliaques

Stades:

St I: T1 N0M0

St II A : T2 N0, T3 N0 M0

St II B : T1 N1, T2 N1 M0

St III : T3 N1 M0



St III: T4 tous N M0

St IV : tous T, N, M1

Quel cancer opérer ?

- T4
- M1

Survie médiane = 14 mois (*)

NON

palliatif : Radiochimiothérapie ()**

**même survie moyenne que chirurgie
Moins de morbimortalité immédiate**

(*)(**) E Le Prisé, B. Meunier *Cancer* 1995, 75 : 430-4

A Herskovic *N.Engl J Med* 1992;326:1593-8

(**)Stahl M. *J Clin Oncol.* 2005 Apr 1;23(10):2310-7

Quel cancer opérer ?

- T1 N0 ou N1
- T2 N0 ou N1
- T3 N0



OUI mais...

- T3 N1



???

- ~~• T4~~
- ~~• T M1~~

Quel malade opérer ?

Contre-indications:

- **Etat général** (fonction respiratoire+++)
- **Age > 75 ans**

- **Dénutrition > 10%**

= non résecable

But de la chirurgie:

1. Résection R0

*Morbi-mortalité
acceptable*

2. Marge saine: 8-10 cm



< 30 % des patients opérables...

Techniques Chirurgicales

• *Que faire?*

- Thoracotomie: avec
sans
- Anastomose: cervicale
thoracique haute
- Plastie: gastrique
colique
grêle
- Coelioscopie: laparoscopie
thoracoscopie
- Curage ganglionnaire: standard
étendu
radical

Thoracotomie ?

Lewis-Santý vs. OST...

Anastomose : quel site?

	Avantages(*)	Inconvénients(*)
• <u>Cervicale</u>	marge saine fistule - grave	fistules fréquentes
• <u>Thoracique</u> <u>Haute</u>	fistule rare	fistule + grave

→ Doit se faire SANS TENSION !

(*)Chasseray VM, Launois B, Meunier B, Champion JP *Surg gynecol Obst* (1989) 169(1):55-62

Anastomose

	<u>Cervicale</u>	<u>Thoracique</u>	
N+	43	49	
<i>Marge saine (cm)</i>	4	1,5	<i>P<0,002</i>
<i>Fistule (%)</i>	26	4	<i>p<0,002</i>
<i>Sténose (%)</i>	23	14	<i>P=0,01</i>
Complications respiratoires (%)	15	21	NS
Mortalité J30 (%)	9,3	14,9	NS
Survie moyenne (mois)	23	20	NS

- Chasseray VM, Launois B, *Surg gynecol Obst* (1989) 169(1):55-62

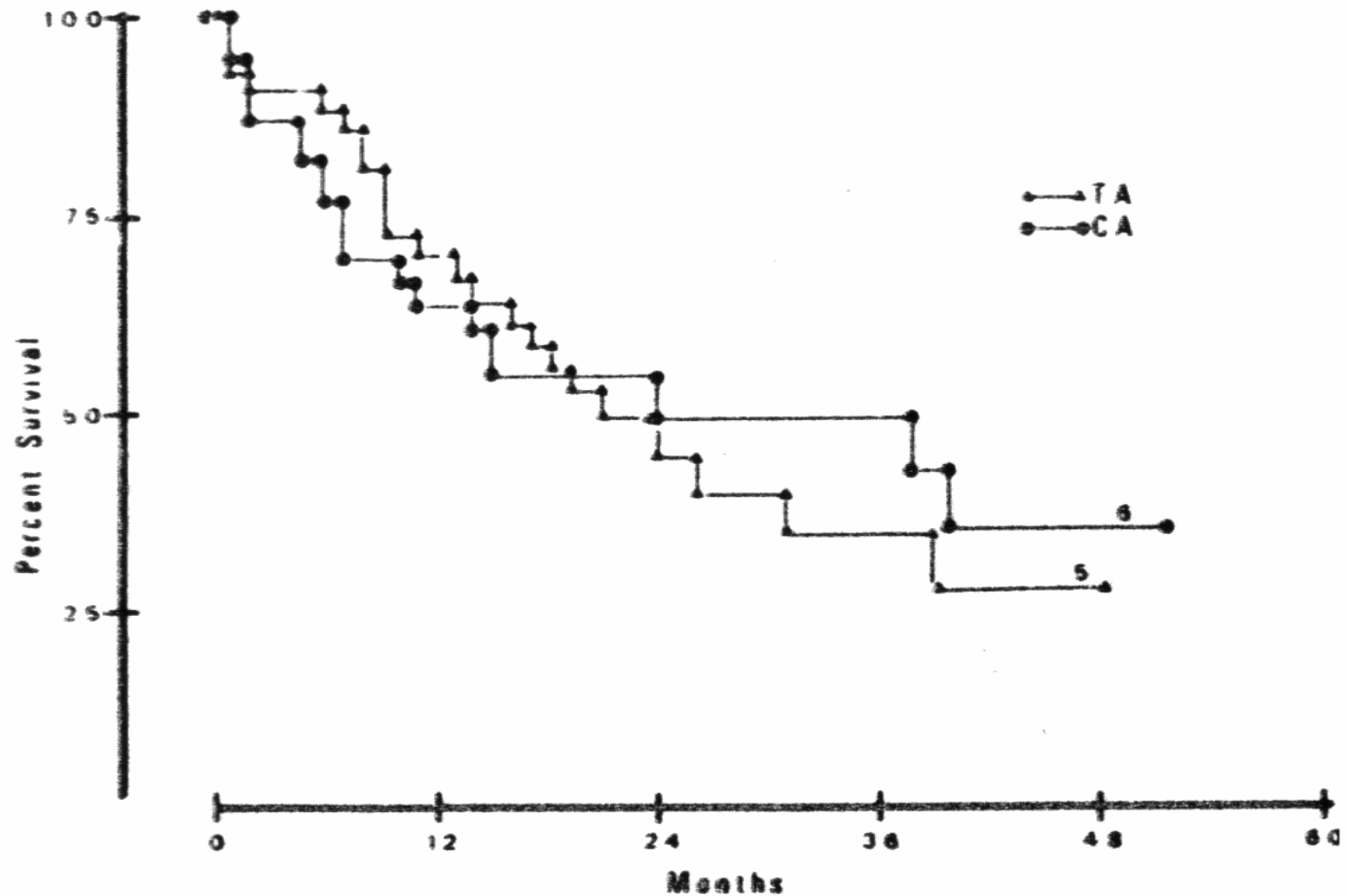


FIG. 3. There was no significant difference in the length of survival time between patients treated by laparotomy and right thoracotomy, *TA*, and those treated by laparotomy, right thoracotomy and cervicotomy, *CA*.

Anastomose: quelle technique

	Manuelle	Mécanique :	
N=	32	31	
Durée opératoire(min)	524	447	p<0,001
Fistule %	22	26	NS
Mortalité % hospitalière	13	14	NS
Sténose %	14	18	NS

➤ Résultats équivalents

- Hsu HH; *Eur J Cardio-Thorac Surg* 25,(2004) 1097-1101

Plastie ?

1. **Gastrique**: 1 seule suture
= Technique standard.
2. **Colique**: 3 sutures
uniquement si gastrique impossible
résultat fonctionnel moins bon (*)
plus de fistules ?
3. **Grêlique**: microsuture vasculaire
en dernier recours

(*) Cense HA *J Surg Oncol* 2004 Oct 1;88(1):32-38

Coelioscopie ?

1) **Laparoscopie:** gastrolyse – tubulisation possible

bilan d'extension +++ (*)

2) **Thoracoscopie:**

Pas de diminution des complication respiratoires (**)

3) **Laparoscopie + Thoracoscopie:**



meilleure évaluation N+ : double le nombre de ggl(*)**

• Isoler les patients T3 ou N+ pour traitement complémentaire pré-op

(*)Celerier. *Gastroenterol Clin Biol* 1995, 19:176-81

(**)Bonavina L. *J Surg Oncol* 1997,65:171-4

(***)Krasna M, *Ann Thorac Surg* 2001;71:1073-9

Coelioscopie

	Sensibilité(%)	Spécificité(%)	VPP(%)
<u>Thorax</u>			
EES	0,0	51,4	5,5
TDM	75,0	75,6	23,1
<i>Thoracoscopie</i>	62,5	100	100
<u>Abdomen</u>			
EES	22,2	81,5	28,6
TDM	0,0	97,1	0,0
<i>Laparoscopie</i>	84,6	100	100

Krasna MJ, *Eur J CardioThorac Surg*, 16 (1999) S31-33

Curage ganglionnaire ?

Avantages curage étendu/radical:

meilleure évaluation de l'étendue → meilleur staging

Recommandation UICC:

analyse de minimum 15 ganglions
dont 6 médiastinaux

Principales interventions :

- Lewis-Santy
- Oesophacectomie Sans Thoracotomie
- Mac Keown
- Akiyama

A part:

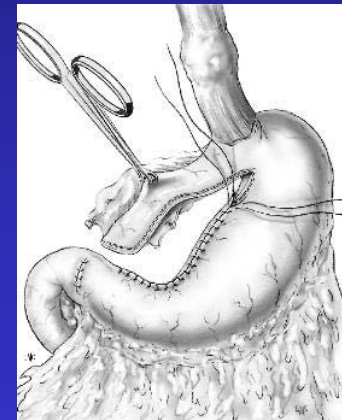
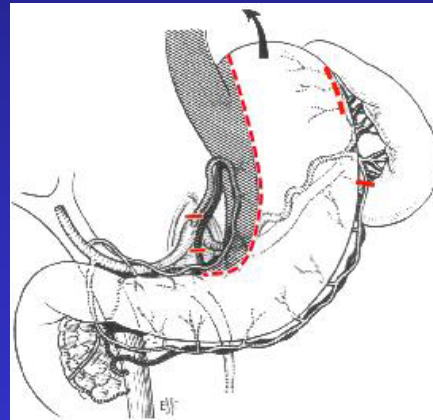
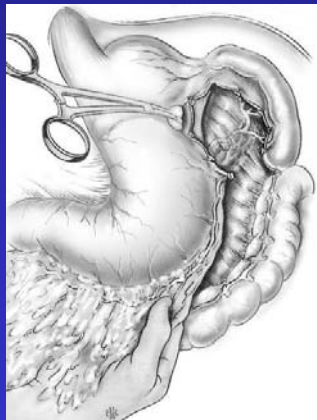
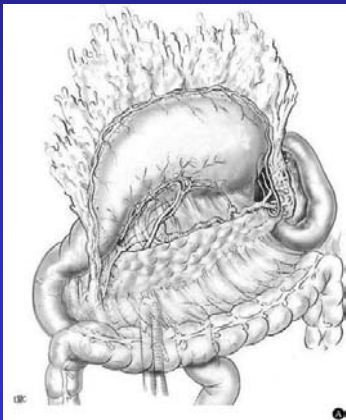
-Sweet

-(OesoLaryngoPharyngectomie Totale)

Lewis-Santý

1. Temps Abdominal:

- Exploration : => CI?
- Gastroyse : **préserver l'a. gastro-épiplóique**
- Gastroyse : Tubulisation : allonge, pas plus de fistules (*)
- Pyloroplastie : améliore vidange gastrique ?? (**)



(*) Tabira Y *Am J Surg.* 2004 Mar;187(3):417-21.

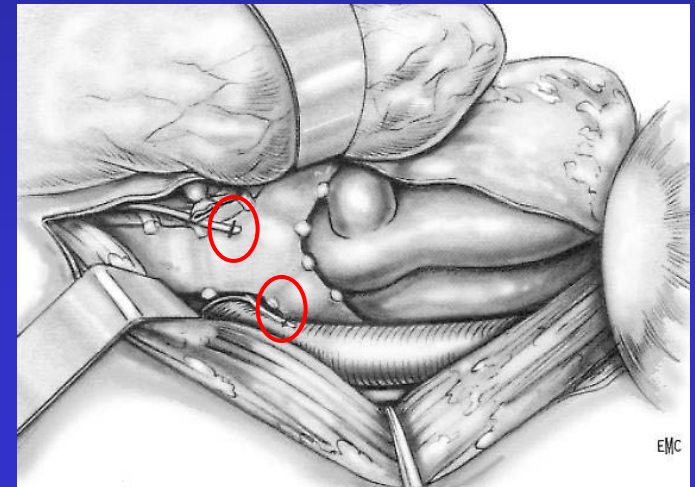
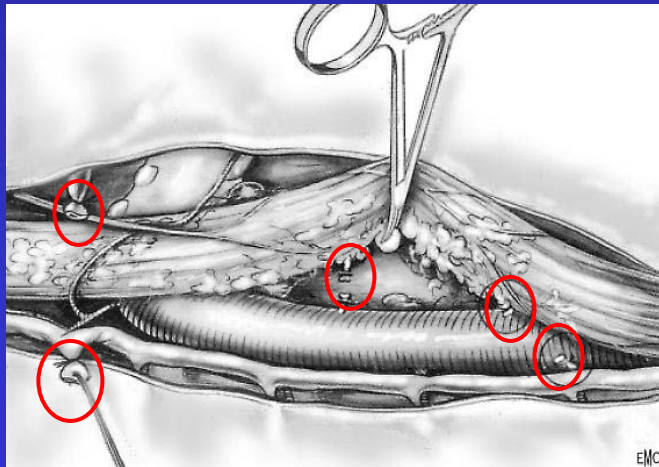
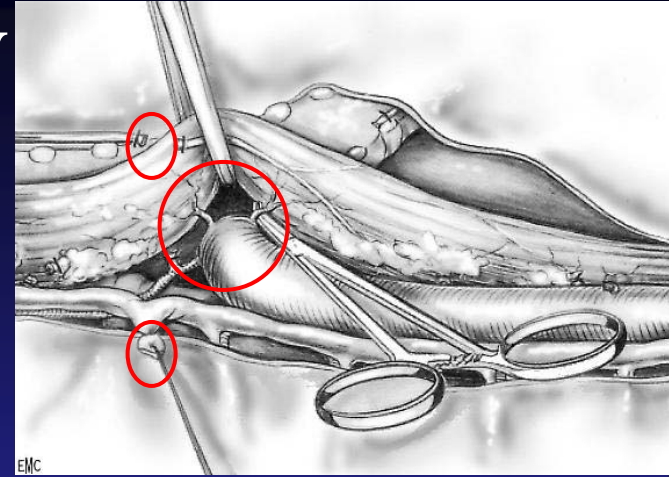
(**) Zieren Hu *Chirurg.* 1995 Apr;66(4):319-25. German

Urschel JD *Dig Surg.* 2002;19(3):160-4.

Lewis-Santý

2. Temps thoracique:

- Exploration => CI ?
- Ligature-section: - v. azygos
- Canal thoracique
- n. vagues D et G
- Anastomose au sommet du thorax



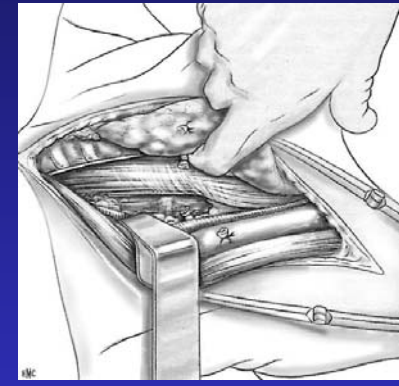
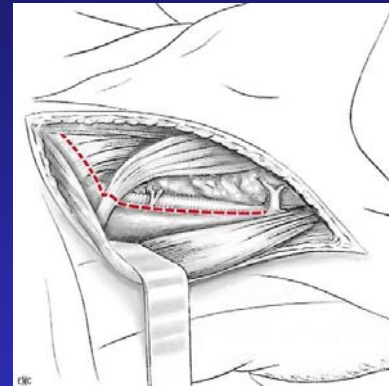
OST

1. Temps abdominal:

- Exploration – Gastrolyse – Gastroplastie
- Dissection + ouverture hiatus oesophagien

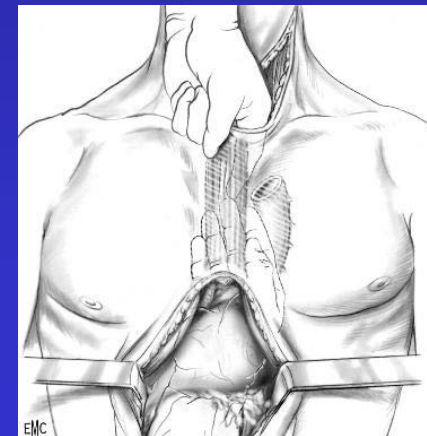
2. Temps Cervical:

- Exploration dissection



3. Temps Toracique:

- dissection bidigitale
- exérèse oesophagienne




4. Ascension plastie + anastomose cervicale

Mac Keown

1. Temps thoracique premier:
 - Exploration : tumeur extirpable ?
2. Temps abdominal et cervical

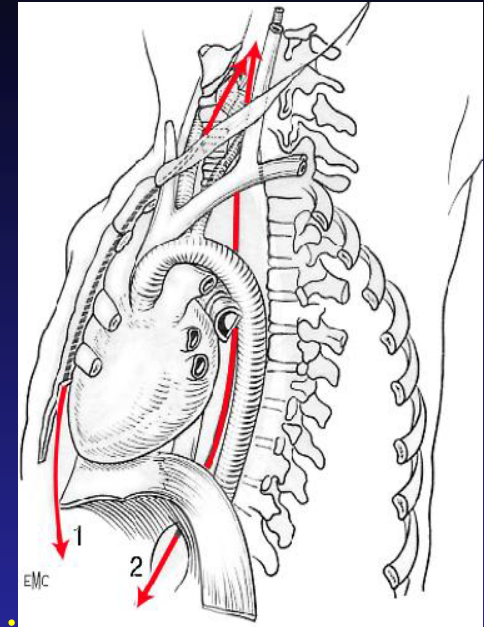
 passage plastique en médiastinal postérieur

+) meilleur confort fonctionnel
facilement dilatable
plus court
moins de fistules

-) au contact si récurrence

compression, irradiation

Akiyama

1. Temps abdominal premier
 2. Temps thoracique et cervical
- Passage plastique en rétrosternal



- +)
- à distance de récurrence
 - « dérivation » si tumeur inextirpable

↓
Palliatif ...

-) angulation:

↓
difficile à dilater
mauvais confort fonctionnel
plus de fistules
plus de sténoses

Van Lanscott JJ *Br J Surg.* 1999 Jan;86(1):102-8

Urschel JD *Am J Surg.* 2001 Nov;182(5):470-5.

Sweet

- Thoracotomie gauche et phrénotomie
- Permet exérèse œsophage sous-aortique et cardia
 -) pas de contrôle visuel de la cavité abdominale
 - curage ganglionnaire localisé
 - marge de résection faible
 - risque de fistule anastomotique plus élevé
 - RGO important
- +) mieux tolérée

OesoLaryngoPharyngectomie Totale

- Bouche oesophagienne: promiscuité anatomique

- Morbimortalité élevée
- Survie faible



Bénéfice?

Conclusions

- Chirurgie RO +++
- Plus de place pour chirurgie palliative
- Lewis-Santy et OST = principales interventions

→ • Nécessité de ttt adjuvant???