

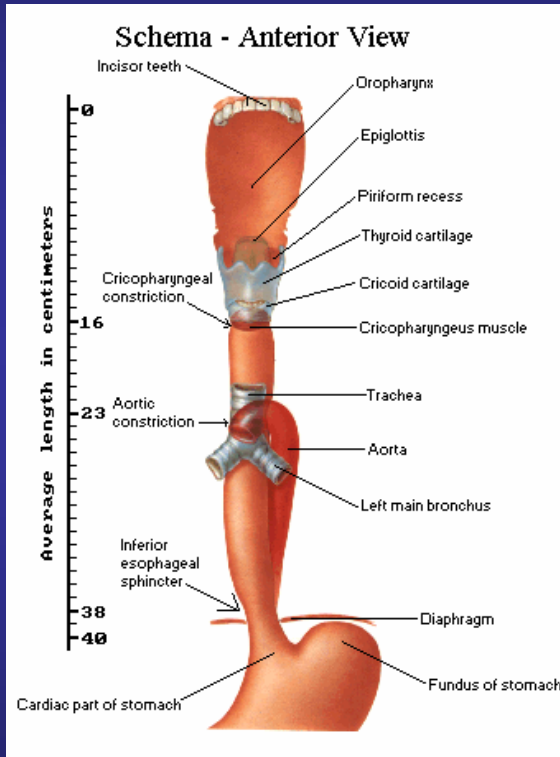
Influence de la résection trans-hiatale et trans-thoracique dans le pronostic des cancers épidermoïdes de l'œsophage

G. LE ROUX

DESC de Chirurgie Viscérale

**Département de Chirurgie Viscérale,
Rennes**

Cancer épidermoïde de l'oesophage



15%

55%

30%

CEE/ADK 70%

5000 nouveaux cas/ an

8^{ème} cancer chez l'homme

30% de patients opérables

Survie globale 8 à 20%*

Survie chirurgicale 29 à 55%**

*Lightdale CJ. American College of Gastroenterology. Am J Gastro-enterol 1999;94:20-9.

**Medical Research Council Oesophageal Cancer Working party .Lancet 2002;359:1727-33.

Quels malades et quels cancers opérer?

Contre-indications d'ordre général

Perte de poids > 10 - 15%

Critères de non-résécabilité

Critères de qualité de la chirurgie

La chirurgie doit être R0

→ Sélection des malades

Survie à 5 ans :

R0 : 30 à 40 %*

R1 : 7%

R2 : 0%

Définition du R0

Limite supérieure : 8 à 10 cm*

Limite inférieure : 5 cm*

Clearance latérale : 1 mm (78% vs 44% à 3 ans)**

Obtention du R0 = 80 à 94%***

Tumeur sous carinaire : facile

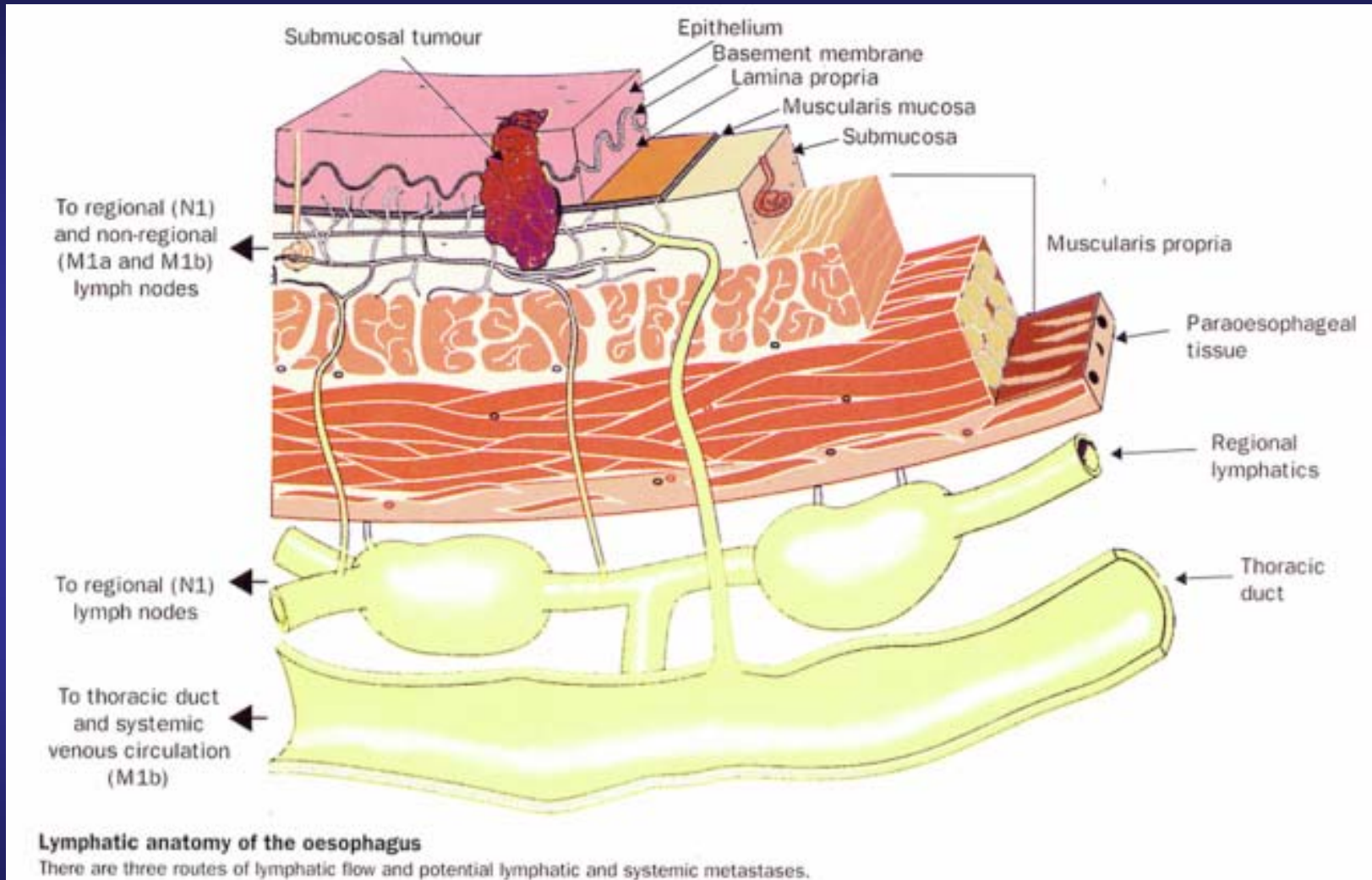
sus carinaire : difficile

*Casson AG. Ann Thorac Surg. 2000 Jan;69(1):205-9.

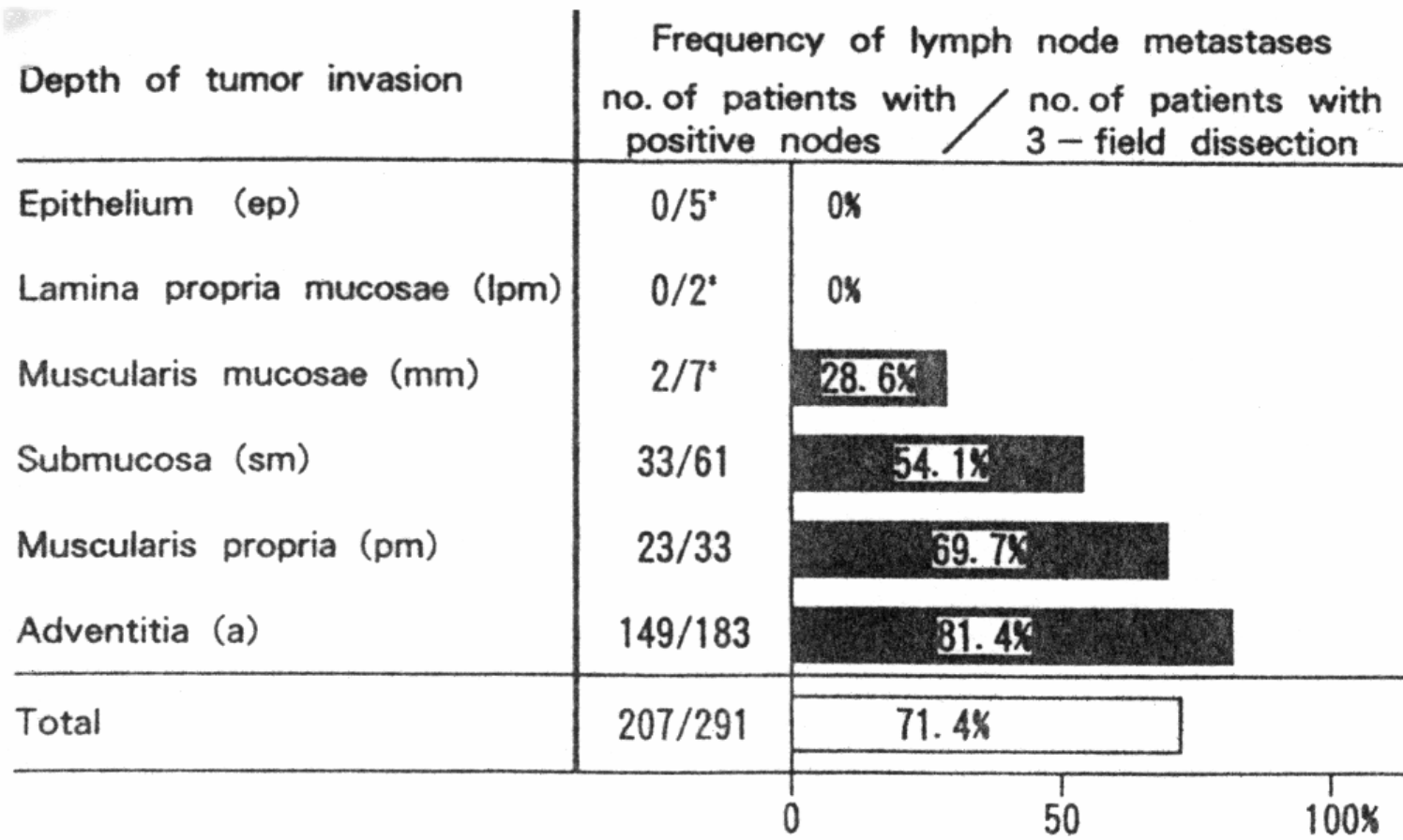
**Dexter SP. Gut. 2001 May;48(5):667-70.

***Vansandick. J Am Coll Surg 2004.

Extension ganglionnaire



TW Rice. Lancet 1999; 354: 792-3.



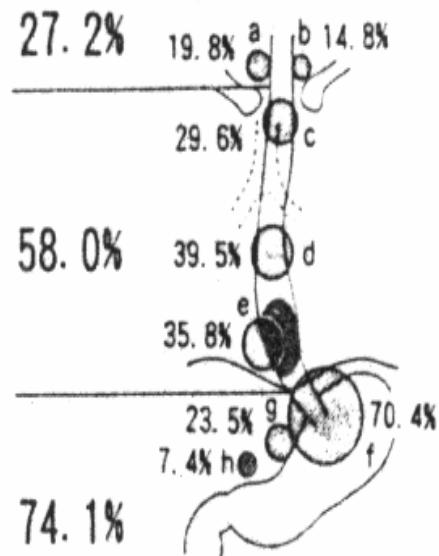
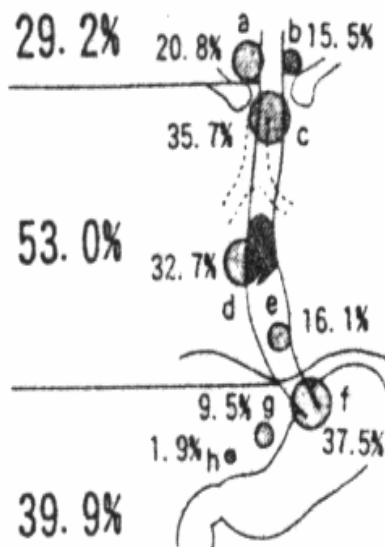
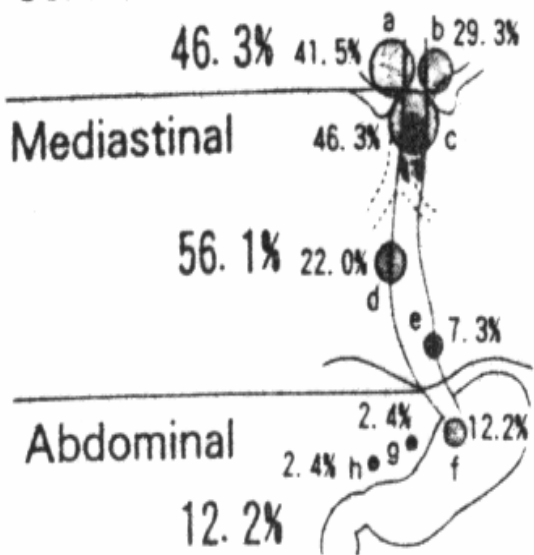
Akiyama H, Ann Surg 1994;220:364-73.

Upper esophageal cancer

Middle esophageal cancer

Lower esophageal cancer

Cervical

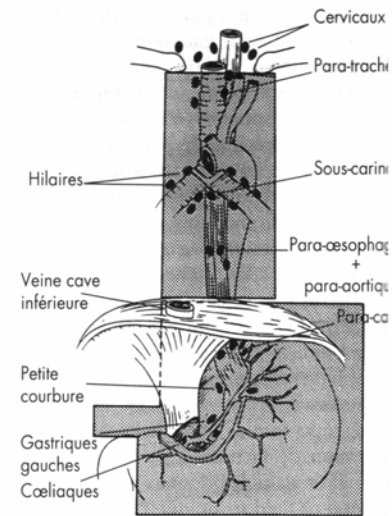
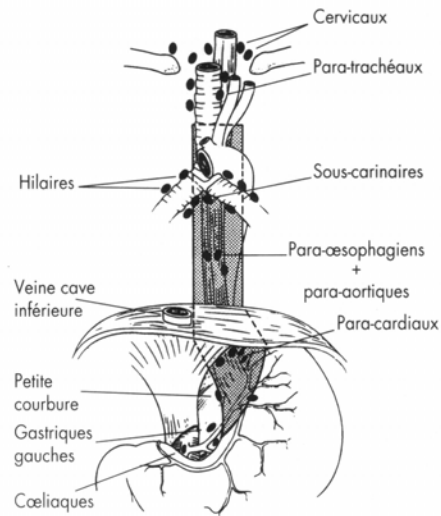


Total 68.3%
(n = 290) (n = 41)

66.1%
(n = 168)

82.7%
(n = 81)

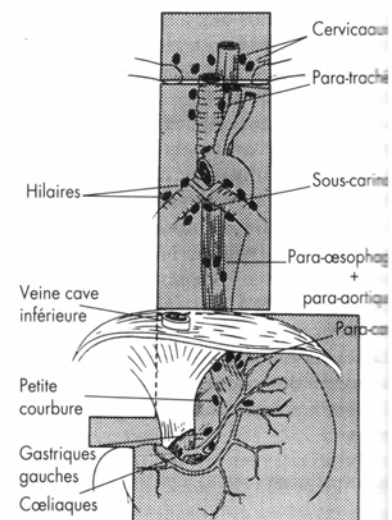
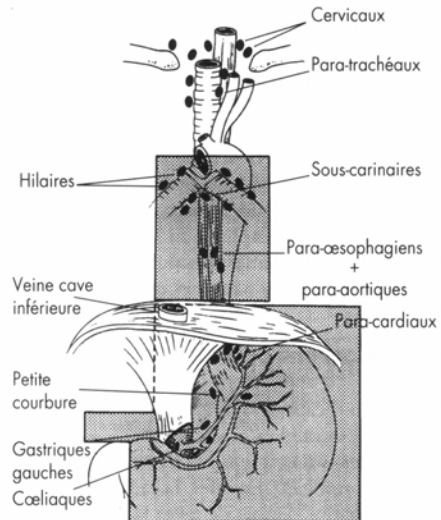
Curages ganglionnaires



2 Fields 2

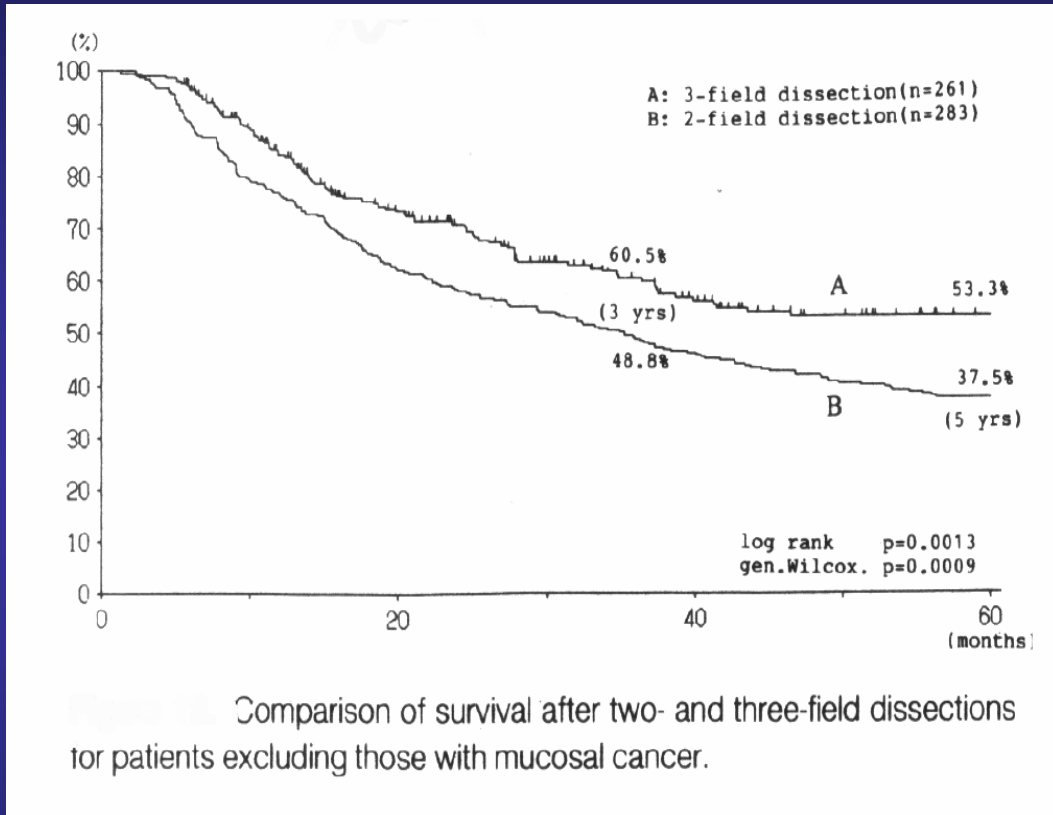


2 Fields 1



3 Fields

Résultats des curages étendus



*Akiyama H, Ann Surg 1994;220:364-73.

Survie à 5ans :

49 % Collard

48 % Lerut

41% Hölscher

41% Hagen

38 % Akiyama*

40 % Andon

36 % Perrachia

40 % Skinner

Mortalité :

5 % Collard

5.2 % Akiyama

7.9 % Andon

5.4 % Skinner

Alors que faire des ganglions?

- **Envahissement** : 70% des opérés

Péjoratif si plus de 4 (8% vs 53% à 5 ans)*

- **Curage** :

Facteur de récurrence important**

Standard, élargi, total ?***

Meilleure stadification

Valeur du curage à préciser

Recommandations UICC : 15 ganglions dont 6 médiastinaux

*Mariette C. Ann Chir. 2003 Oct;128(8):536-42.

**Lerut T. J Thorac Cardiovasc Surg 1998; 116: 1-20.

***Nishihira T Am J Surg. 1998 Sep;176(3):299.

La résection trans-thoracique peut-elle répondre à ces critères de qualité?

→ OUI

La résection trans-hiatale peut-elle répondre à ces critères de qualité?

→ OUI? Problème du curage étendu!

Alors, quelle type de résection choisir?

Le dilemme

TTE : choisir une résection extensive pour augmenter la survie à long terme?

THE : choisir une chirurgie moins agressive pour limiter la mortalité péri-opératoire?

Moindre morbidité THE

Mortalité péri-opératoire NS

Tendance TTE (Survie à 5 ans)

Hulscher JB. N Engl J Med. 2002 Nov 21;347(21):1662-9.

O . S . T / Thoracotomie

	O . S . T	TT
n	32	35
Mortalité péri-opératoire	2	3
Pertes sanguines (unités)	2.3 (1-10)	2.3(0-8)
Séjour en réanimation	9.2 (2-45)	8.6 (2-60)
Hospitalisation	20.5 (14-57)	18.0 (3-80)
Complications pulmonaires	6 (19%)	7 (20%)
Fistules anastomotiques	2 (6 %)	3 (9 %)
Temps opératoire (h) (S)	4 (3-8)	6 (3.5-9.5)

O.S.T. / Thoracotomy

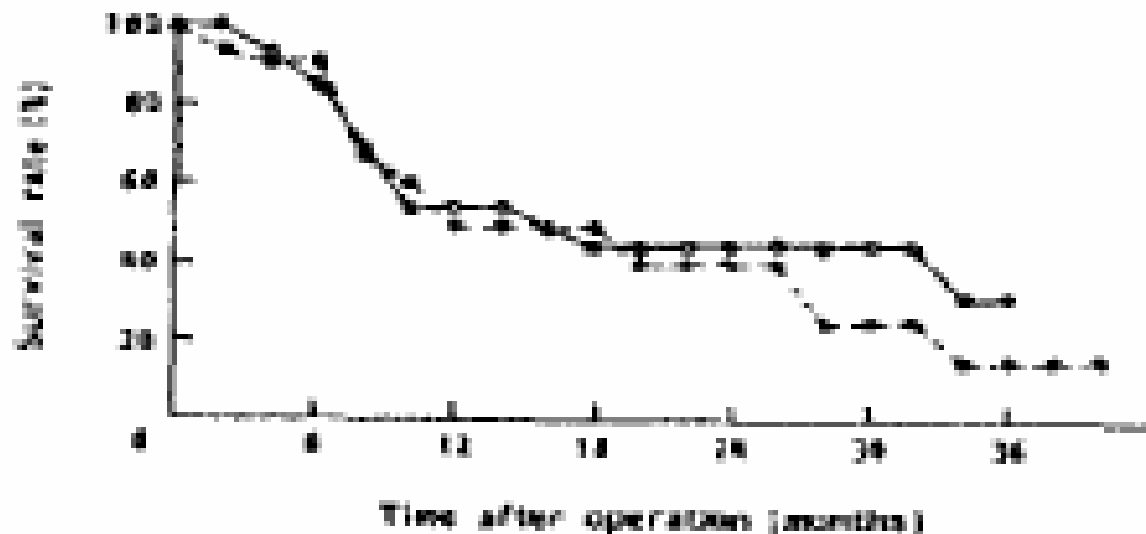


Figure 1 Survival curves for patients undergoing oesophagectomy by a transhiatal approach (○) or right thoracotomy (●). There was no significant difference in survival between the two groups.

META - ANALYSE

Morbidité : de 40 à 80%, comparable dans les 2 groupes

Thoracotomie

O . S . T

Complications pulmonaires

Chylothorax

Infections pariétales

Durée séjour USI

Fistules anastomotiques

Paralysies récurrentielles

Complications rarement létales...

NS dans séries randomisées

THORACOTOMIE

O . S . T

9,2% ← Mortalité à 1 mois (7,5%) → 5,7% S

NS dans séries randomisées

25% ← Survie à 3 ans → 26,7% NS

23% ← Survie à 5 ans → 21,7%

(35,2%)

S dans séries comparatives

(24,9%)

Expertise chirurgicale

- Grande variation de la mortalité post-opératoire en fonction des centres : 0% à 28%*
- Dans un centre expérimenté : 5%**
- Minimum de 20 oesophagectomie/an***

→ **Faire ce que l'on fait le mieux!**

*Swisher SG. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 119: 1126-1132

**Birkmeyer JD. *N Engl J Med* 2002; 346: 1128-1137

***Metzger R. *Dis Esophagus*. 2004;17(4):310-4.

Conclusion

- **Pas de différence significative entre les deux techniques en terme de survie à 3 et 5 ans**
- Sélection des patients (mortalité péri opératoire)
- Tendance à privilégier la voie trans-thoracique
- Expertise chirurgicale
- Besoin d'études prospectives randomisées