

# SCANNER ET ECHO- ENDOSCOPIE DANS LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

J. NDAYISHIMIYE; F. GERARD

# RAPPELS

- Deux types histologiques:

  - épidermoïde +++

  - adénocarcinome

- Terrain particulier:

  - alcoolo-tabagique

  - endobrachyoesophage

- Consultation tardive

- ❑ Mauvais pronostic
- ❑ Directement lié à l'extension
  - ✓ pariétale (plusieurs sites possibles dans la paroi en hauteur)
  - ✓ ganglionnaire ++
- ❑ Le seul traitement curatif reste la chirurgie

cancer de l'oesophage

```
graph TD; A[cancer de l'oesophage] --> B[fibroscopie oesophagienne: diagnostic, aspect, taille, siège]; B --> C["Bilan d'extension: ex clinique, biologie (BH), ORL, Pulmonaire, écho abdo et cervicale, TDM thoracique, fibroscopie bronchique"];
```

fibroscopie oesophagienne: diagnostic, aspect, taille, siège

Bilan d'extension: ex clinique, biologie (BH), ORL, Pulmonaire, écho abdo et cervicale, TDM thoracique, fibroscopie bronchique

## □ Intérêt de l'imagerie:

- ✓ Scanner
  - ✓ Echoendoscopie
  - ✓ Staging ganglionnaire
- Evaluation pré opératoire

➤ indications thérapeutiques

# TDM et lésion pariétale

- largeur de la tumeur: opacité dense , solide, développée circonférentiellement.
- mesure de la tumeur.
- contours de la tumeur par rapport aux structures de voisinage.



- **Problème: corrélation TDM pré-op /constatations per-op = 42% pour les lésions T1, T2.**

Legmann, Palazzo.EMC

# TDM et envahissement trachéo-bronchique

- atteinte trachéo-bronchique qui récuse les patients pour la chirurgie.
  - sensibilité de 90%
  - même si fibroscopie bronchique est négative
- atteinte de la membraneuse trachéale postérieure pour les patients opérables qui modifie la stratégie thérapeutique.

# TDM et envahissement aortique

- Absence de graisse entre aorte et tumeur ne permet pas de conclure à son inextirpabilité; d'autant plus que la majorité des patients sont dénutris.
- Présence de graisse laisse envisager une dissection plus facile.

# TDM et atteinte ganglionnaire

- Mise en évidence d'adénopathies suspectes:
  - calibre > 10mm
  - régions périoesophagienne, sous-carinaire, latérotrachéale (loge de baretty).
  - Région coeliaque ++
  
- **MAIS: sensibilité de 65% pour détecter l'envahissement ganglionnaire locale.**

*Legmann;Palazzo.*

# Echo-endoscopie et cancer de l'oesophage

- Apport +++ dans le diagnostic du cancer de l'œsophage.
- Meilleure sensibilité que le scanner pour les petites lésions pariétales.
- Evolution technique avec apparition de sonde de plus haute fréquences.

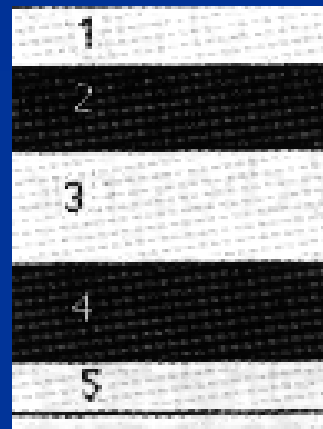
■ L'utilisation des sondes classiques (7,7 à 12 MHz) : 5 couches:

- 1°: hyper échogène= épithélium et interface avec le ballonnet
- 2°:hypo échogène=muqueuse (y compris la muscularis mucosae)
- 3°:hyper échogène=sous muqueuse et interface avec la musculuse
- 4°:hypo échogène=musculuse
- 5°:hyper échogène=adventice ou séreuse et graisse de la sous - séreuse

# Echoendoscopie oesophagienne

## ■ Les images

- Paroi digestive : structures en 5 couches



1  
2 muqueuse

3 sous-muqueuse

4 musculaire

5 séreuse

- Ces fréquences ne permettent pas de distinguer un cancer intra épithélial d'un cancer intra muqueux.
- Il existe une bonne corrélation entre échostucture et analyse histologique

# Classification uT

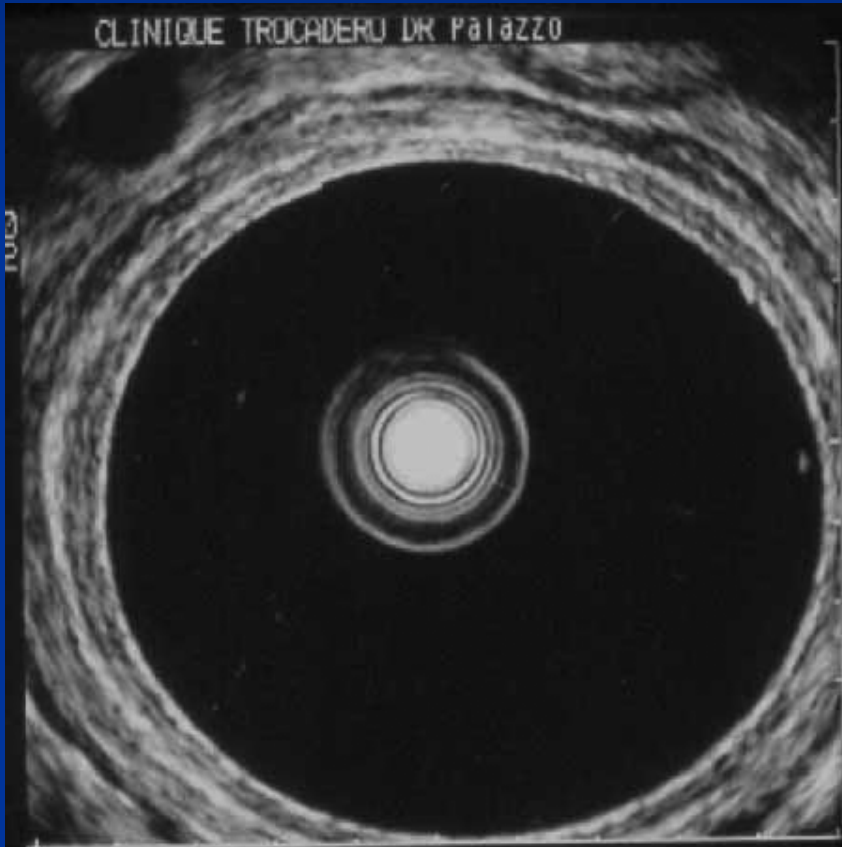
- uT1: Sous muqueuse non franchie (3<sup>o</sup> intacte)
- uT2: musculaire atteinte (5<sup>o</sup> respectée)
- uT3: séreuse atteinte (5<sup>o</sup> franchie)
- uT4: atteinte par contiguité d'une structure anatomique médiastinale

La sensibilité dans le staging T et N peut atteindre les 85% pour le uT et 79% pour le uN

*T. Rösch, 1994*

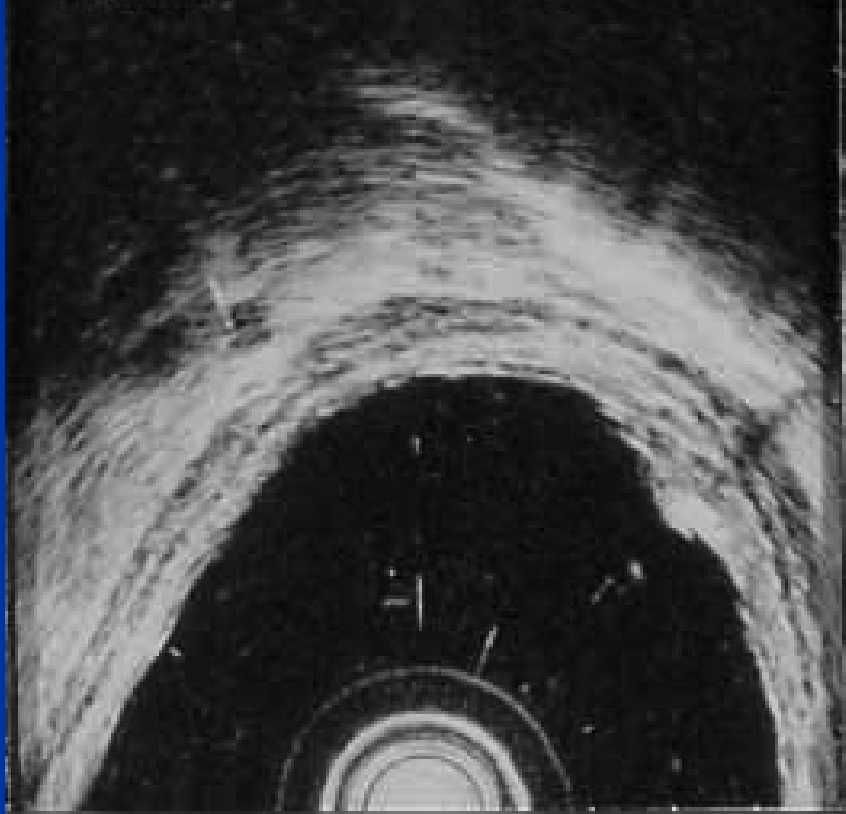
- L'apparition de sonde plus petites et de plus haute fréquence (15,20 et 30 MHZ) a marqué un net progrès
  - **visualisation de la muscularis mucosae dans 30 à 76% des cas** (*Yanai H et al; Saitoh Y et al, 1996*)
  - **intérêt pour les tumeurs sténosantes.**
  
- Risque de surestimation possible de tumeur dite sous muqueuse alors qu'elle n'est qu'intra muqueuse :
  - **phénomènes inflammatoires péri lésionnels,**
  - **remaniements fibrotiques**
  - **mauvaise transmission des ultra sons dans des lésions ulcérées.** (*Yanai H, 1999*)

# Sonde à haute fréquence



- 9 couches
- distinction entre le T1a et le T1b (envahissement de la lamina propria).
- distinction entre tumeur intra-épithéliale et tumeur-intramuqueuse.
- distinction entre traitement endoscopique : mucosectomie et la chirurgie.

CLINIQUE TROCADERO DR PALAZZO



CLINIQUE TROCADERO DR PALAZZO



# Stratégie pré-thérapeutique

- 1er Temps: utilisation de sondes classiques pour confirmer que la lésion est bien superficielle (usT1) et ne pas méconnaître un envahissement ganglionnaire.( +/- ponction guidée).
- 2eme Temps pour les lésions superficielles: faire une écho-endo à haute fréquence pour différencier les lésions strictement muqueuses qui peuvent être traitées endoscopiquement, des lésions sous-muqueuses.

# Echo-endoscopie et cancer de l'oesophage

- Il existe une relation :

infiltration locale pariétale.



risque atteinte ganglionnaire.

# Echo-endoscopie et infiltration locale pariétale

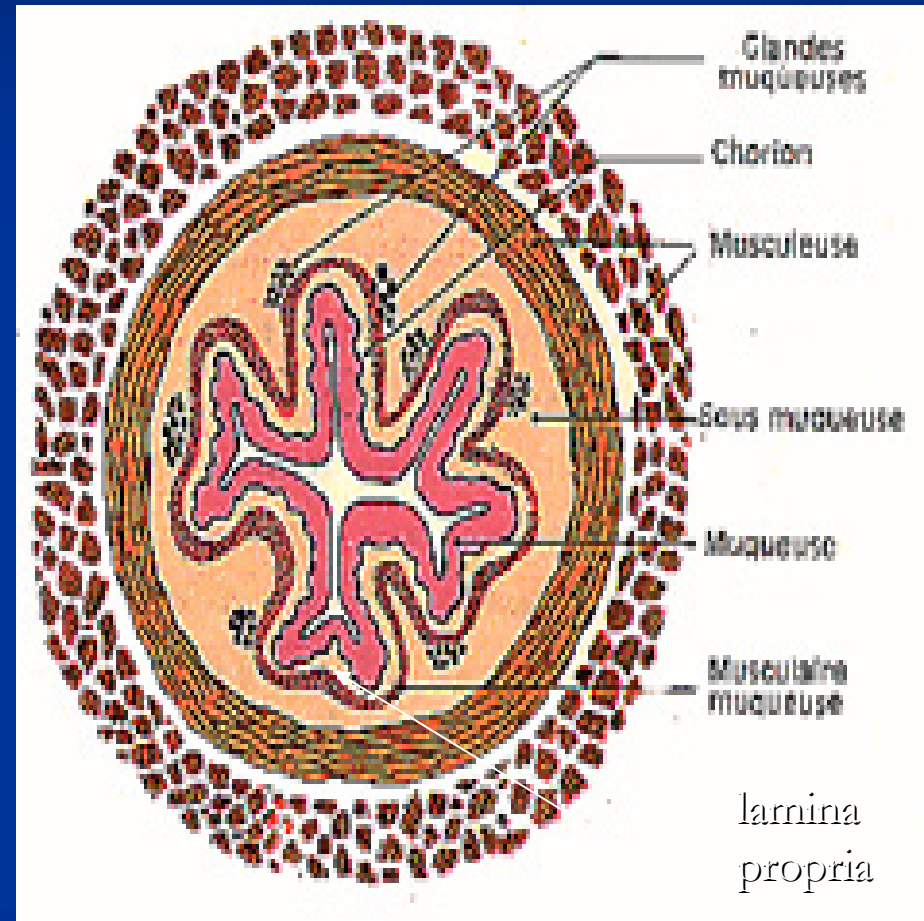
■ Les tumeurs ne dépassant pas la muqueuse : risque ADNP nul.

■ Atteinte sous-muqueuse

■ 1er/3: 15%N+

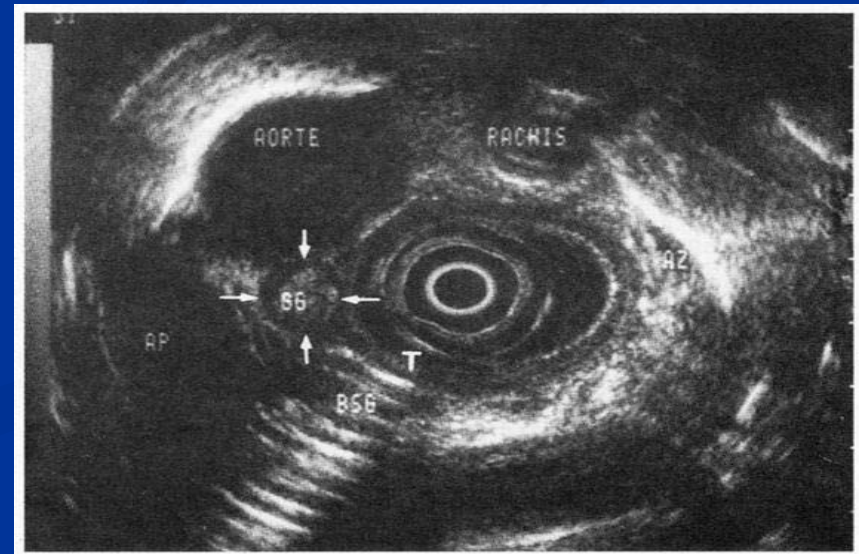
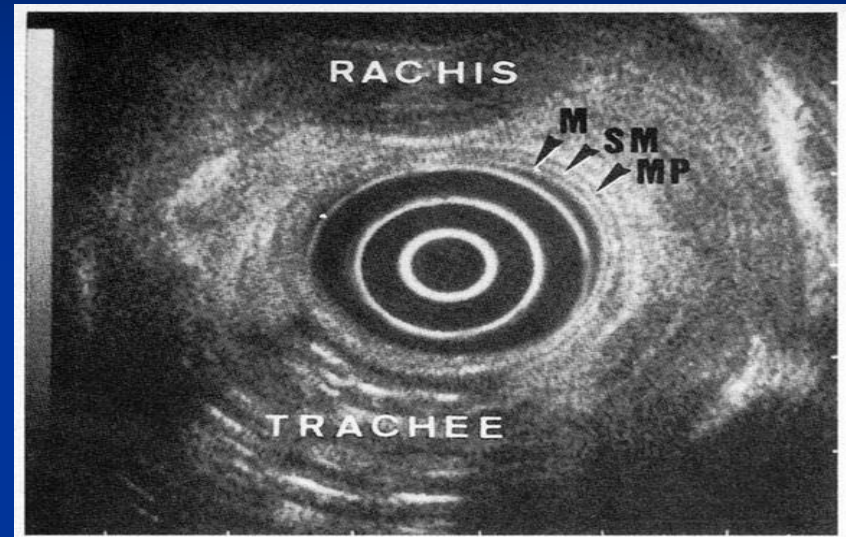
■ 2eme/3: 30%N+

■ 3eme/3: 50%N+



# Echo-endoscopie et évaluation de l'extension

- tumeur: sensibilité = 84%
- ganglions : sensibilité = 77% (+/- biopsie).  
*(Caletti, Ferrari, Endoscopy, 1996)*
- Supérieure à TDM (Palazzo, GCB 1990)
- Tumeurs sténosantes mal explorées, mais 90% sont T3,T4... et intérêt des minisondes.



## Comparaison de la TDM et de l'EE dans le bilan du cancer de l'oesophage

Série	Envahiss. médiast.		Atteinte ganglion.	
	TDM	EE	TDM	EE
Ziogler (52 cas)	51 %	89 %	51 %	59 %
Boitet (42 cas)	60 %	92 %	74 %	88 %
Tio ( 74 cas)	59 %	89 %	51 %	80 %
Vilgrain (46 cas)	76 %	83 %	48 %	84 %

# Conclusion

- TDM et Echo endo sont indispensables au bilan initial et surtout d'extension
- Intérêt du scanner pour les grosses tumeurs
- Intérêt de l'écho endo pour les tumeurs de petite taille et notamment l'apport des mini sondes à haute fréquence.