



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2012

THESE N° 42

PRISE EN CHARGE DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE ETUDE RETROSPECTIVE SUR 5 ANS

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE / /2012

PAR

Mr. Abdelghani ABBAS

Né le 20 Mai 1985 à Zagora

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Cancer - Œsophage - Chirurgie

JURY

Mr. B. FINECH

Professeur de chirurgie générale

PRESIDENT

Mr. R. BENELKHAIA

Professeur de chirurgie générale

RAPPORTEUR

Mme. K. KRATI

Professeur de Gastro-Entérologie

Mr. A. LOUZI

Professeur agrégé de chirurgie générale

Mr. A. ACHOUR

Professeur agrégé de chirurgie générale

Mr. A. TAHRI

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك

التي أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن

أعمل صالحاً ترضاه وأطع لي في

ذريتي إنني تبت إليك وإنني من

المسلمين"

صدق الله العظيم.



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

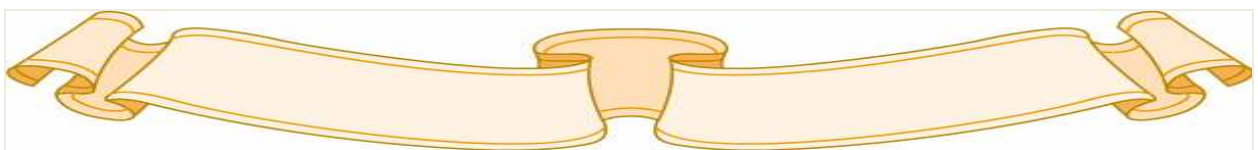
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen à la recherche

: Pr. Badia BELAABIDIA

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Ag Zakaria DAHAMI

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ABOUSSAD

Abdelmounaim

Néonatalogie

AMAL

Said

Dermatologie

ASMOUKI

Hamid

Gynécologie – Obstétrique A

ASRI

Fatima

Psychiatrie

AIT BENALI

Said

Neurochirurgie

ALAOUI YAZIDI

Abdelhaq

Pneumo-phtisiologie

BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
CHABAA	Laila	Biochimie
CHOULLI	Mohamed Khaled	Neuropharmacologie
ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
KISSANI	Najib	Neurologie
KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B
MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
SARF	Ismail	Urologie
SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A

PROFESSEURS AGREGES

ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
------------	------------	-----------------------------

ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
AKHDARI	Nadia	Dermatologie
BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
CHELLAK	Saliha	Biochimie-chimie (Militaire)
DAHAMI	Zakaria	Urologie
EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie (Militaire)
ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
LMEJJATI	Mohamed	Neurochirurgie
LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
LRHEZZIOUI	Jawad	Neurochirurgie(Militaire)
MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A
SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
TAHRI JOUTEI HASSANI	Ali	Radiothérapie
TASSI	Noura	Maladies Infectieuses

YOUNOUS

Saïd

Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABKARI

Imad

Traumatologie-orthopédie B

ABOU EL HASSAN

Taoufik

Anesthésie - réanimation

ABOUSSAIR

Nisrine

Génétique

ADALI

Imane

Psychiatrie

ADALI

Nawal

Neurologie

ADMOU

Brahim

Immunologie

AGHOUTANE

El Mouhtadi

Chirurgie – pédiatrique

AISSAOUI

Younes

Anesthésie Réanimation (Militaire)

AIT BENKADDOUR

Yassir

Gynécologie – Obstétrique A

AIT ESSI

Fouad

Traumatologie-orthopédie B

ALAOUI

Mustapha

Chirurgie Vasculaire périphérique (Militaire)

ALJ

Soumaya

Radiologie

AMRO

Lamyae

Pneumo - phtisiologie

ANIBA

Khalid

Neurochirurgie

ARSALANE

Lamiae

Microbiologie- Virologie (Militaire)

BAHA ALI

Tarik

Ophtalmologie

BAIZRI

Hicham

Endocrinologie et maladies métaboliques
(Militaire)

BASRAOUI

Dounia

Radiologie

BASSIR	Ahlam	Gynécologie – Obstétrique B
BELBARAKA	Rhizlane	Oncologie Médicale
BELKHOUS	Ahlam	Rhumatologie
BEN DRISS	Laila	Cardiologie (Militaire)
BENCHAMKHA	Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
BENHIMA	Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie B
BENJILALI	Laila	Médecine interne
BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie (Militaire)
BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B
BOURRAHOUE	Aicha	Pédiatrie
BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique (Militaire)
CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
DAROUASSI	Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie (Militaire)
DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
EL AMRANI	Moulay Driss	Anatomie
EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques

EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale (Militaire)
EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI	Rachid	Chirurgie Cardio Vasculaire
EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A
EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B
EL IDRISSE SLITINE	Nadia	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
EL KHADER	Ahmed	Chirurgie Générale (Militaire)
EL KHAYARI	Mina	Réanimation médicale
EL MANSOURI	Fadoua	Anatomie – pathologique (Militaire)
EL MEHDI	Atmane	Radiologie
EL MGHARI TABIB	Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL OMRANI	Abdelhamid	Radiothérapie
FADILI	Wafaa	Néphrologie
FAKHIR	Bouchra	Gynécologie – Obstétrique B
FAKHIR	Anass	Histologie -embryologie cytogénétique
FICHTALI	Karima	Gynécologie – Obstétrique B
HACHIMI	Abdelhamid	Réanimation médicale
HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie
HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique

HAROU	Karam	Gynécologie – Obstétrique A
HOCAR	Ouafa	Dermatologie
JALAL	Hicham	Radiologie
KADDOURI	Said	Médecine interne (Militaire)
KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie (Militaire)
LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
LAKMICHI	Mohamed Amine	Urologie
LAKOUICHMI	Mohammed	Chirurgie maxillo faciale et Stomatologie (Militaire)
LAOUAD	Inas	Néphrologie
LOUHAB	Nissrine	Neurologie
MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie A
MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MARGAD	Omar	Traumatologie – Orthopédie B
MATRANE	Aboubakr	Médecine Nucléaire
MOUAFFAK	Youssef	Anesthésie - Réanimation
MOUFID	Kamal	Urologie (Militaire)
MSOUGGAR	Yassine	Chirurgie Thoracique

NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
OUBAHA	Sofia	Physiologie
OUEIAGLI NABIH	Fadoua	Psychiatrie (Militaire)
QACIF	Hassan	Médecine Interne (Militaire)
QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation (Militaire)
RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
RADA	Noureddine	Pédiatrie
RAIS	Hanane	Anatomie-Pathologique
ROCHDI	Youssef	Oto-Rhino-Laryngologie
SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
TAZI	Mohamed Illias	Hématologie clinique
ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
ZAOUI	Sanaa	Pharmacologie
ZIADI	Amra	Anesthésie - Réanimation
ZOUGAGHI	Laila	Parasitologie – Mycologie

DEDICACES

A la mémoire de mon très cher père

J'ai vécu dans l'admiration de ta simplicité, de ta bonté naturelle et de ta grande personnalité.

Tu es pour moi l'exemple de la réussite et du grand cœur.

Puisse Dieu tout puissant vous accorder sa clémence, sa miséricorde et vous accueillir dans son paradis

A ma très chère mère

Je ne trouve pas les mots pour traduire tout ce que je ressens envers une mère exceptionnelle dont j'ai la fierté d'être ton fils.

Ta noblesse et ta bonté sont sans limites. Je n'ai jamais manqué de rien auprès de toi. Tu es et tu resteras irremplaçable dans ma vie.

Que ce travail soit un hommage aux énormes sacrifices que tu t'es imposés afin d'assurer mon bien être, et que Dieu tout puissant, préserve ton sourire et t'assure une bonne santé et une longue vie afin que je puisse te combler à mon amour.

A MES CHERES FRERES ET SOEURS :

SALEM, RACHID, ABDELHADI, AMINA, NAIMA ET FATIHA.

Je vous dédie ce travail en témoignage d'amour et de tendresse que j'ai à votre égard. Puisse nous rester unis et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur et prospérité.

*A MON CHER ONCLE ABDELOUAHAB ET SA FEMME
FATNA*

A MES COUSINS ET COUSINES

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE et GRAND PERE

A TOUTE MA FAMILLE

A mes chers amis *Soufiane Elboudari, Azerkan mohamed, Bachir et Mohamed, Echchafyi, Yassine Mohib, yassine et taoufik Rokni, Oussama Azeroual, Abdellah Bouazza, et tous ceux qui me sont trop chers et que j'ai omis de citer.*

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur B. FINECH

Professeur de chirurgie générale

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger à la présidence de notre jury de cette thèse.

Nous avons pu apprécier vos grandes qualités humaines et professionnelles, la richesse et la clarté de vos connaissances qui font de vous un maître estimé par tous.

Veillez recevoir chère Maître, l'expression de notre respect et de notre considération.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

Monsieur Le Professeur R. BENEKHAJAT

Professeur de chirurgie générale

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier le sujet de cette thèse. Nous vous remercions vivement d'avoir dirigé ce travail sans jamais épargner aucun effort pour nous guider dans le chemin sinueux de la recherche.

Sans votre Clairvoyance, vos corrections méticuleuses, ce travail n'aurait pu être mené dans des conditions favorables.

Nous n'oublierons jamais la gentillesse et la disponibilité dont vous avez fait preuve en nous accueillant en toutes circonstances.

Veillez cher Maître, trouvez dans ce travail l'expression de notre grande estime et nos sentiments les plus sincères.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

Madame Le Professeur K. KRATI

Professeur de Gastro-Enterologie

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Qu'il nous soit permis, Madame, de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre estime.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

Monsieur Le Professeur A. LOUZI

Professeur de chirurgie générale

Votre spontanéité, votre compétence pratique, vos qualités humaines et professionnelles, votre simplicité, votre gentillesse, votre générosité, et bien d'autres qualités nous ont particulièrement touchés.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et vive reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Monsieur Le Professeur A. ACHOUR

Professeur de chirurgie générale

Nous vous remercions pour le privilège que vous nous avez accordé en siégeant parmi ce jury.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE

Monsieur Le Professeur A. TAHRI

Professeur de chirurgie générale

Nous vous remercions pour le privilège que vous nous avez accordé en siégeant parmi ce jury.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur K. RABBANI

Que ce travail soit le témoignage de mes estimes et ma reconnaissance envers votre précieuse aide.

Que Dieu vous accorde santé et longue vie.

A tout le personnel du service de chirurgie générale de l'Hôpital Ibn Tofaïl, à tout le corps enseignant et administratif de la faculté de Médecine et de Pharmacie à Marrakech.

A toute personne ayant contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail et que j'ai omis, involontairement, de citer.

Merci

PLAN

INTRODUCTION.....	-1-
PATIENTS ET METHODES D'ETUDE.....	-3-
RESULTATS.....	-5-
I – DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	-6-
1. Fréquence	-6-
2. Age.....	-6-
3. Sexe – ratio	-7-
4. Les facteurs de risque	-7-
II ETUDE CLINIQUE.....	-8-
1. Motif consultation.....	-8-
2. Délai de consultation.....	-8-
3. Données de l'examen clinique.....	-9-
III LE BILAN PARACLINIQUE.....	-9-
1. Le diagnostic positif.....	-9-
2. Le bilan d'extension.....	-13-
2. 1 clinique.....	-13-
2.2 Paraclinique.....	-13-
3. Le bilan d'opérabilité.....	-16-
IV– LE TRAITEMENT.....	-17-
1. Le traitement curatif.....	-17-
1.1 Le traitement chirurgical.....	-17-
1.2 Le traitement néo adjuvant et adjuvant	-17-
2. Le traitement palliatif.....	-17-
2.1 Le traitement chirurgical.....	-17-
2.2 La radio et/ou chimiothérapie palliative.....	-18-

3. LES RESULTATS DU TRAITEMENT.....	-18-
3.1 La mortalité opératoire.....	-18-
3.2 La morbidité.....	-18-
3.3 Les résultats carcinologiques.....	-19-
Discussion.....	-20-
I–EPIDEMIOLOGIE.....	-21-
1. Incidence et fréquence.....	-21-
2. Répartition selon l'âge et le sexe.....	-22-
3. Facteurs de risque.....	-24-
II– CLINIQUE.....	-27-
1. Les circonstances de découverte.....	-27-
2. Le délai de diagnostic.....	-30-
3. l'examen clinique.....	-31-
III– LES EXAMENS PARACLINIQUES.....	-32-
1. A visée diagnostique.....	-32-
2. le bilan d'extension.....	-37-
3. Le bilan d'opérabilité	-44-
IV– LE TRAITEMENT.....	-47-
1. Moyen thérapeutiques.....	-47-
1.1 La chirurgie.....	-47-
a.Principes guidant l'intervention.....	-47-
b. L'opérabilité, la résécabilité et le stade tumoral.....	-48-
c. Intervention à visée curative.....	-49-
d. intervention à visée palliative.....	-54-

1.2 La radiothérapie.....	-54-
a.Radiothérapie à visée curative.....	-55-
b.Radiothérapie à visée palliative.....	-56-
1.3 Chimiothérapie.....	-57-
a. Chimiothérapie à visée curative.....	-57-
b. Chimiothérapie à visée palliative	-58-
1.4 Associations radio–chimiothérapiques.....	-59-
1.5 Traitement endoscopiques.....	-60-
a. Traitement endoscopiques à visée palliative	-61-
b. Traitements endoscopiques à visée curative.....	-64-
2. indications thérapeutiqu.....	-68-
3. Les résultats du traitement.....	-73-
3.1 Mortalité post–opératoire	-73-
3.2 La morbidité.....	-75-
3.3 La survie.....	-78-
CONCLUSION.....	-79-
RESUMES.....	-81-
REFERENCES	
ANNEXES	

ABBREVIATIONS

ADK : adénocarcinome.

RGO : reflux gastro-œsophagien.

FOGD : fibroscopie œsogastroduodénale.

TOGD: transit œsogastroduodénale.

TDM: tomodensitometrie.

ORL: oto-rhino-laryngologie.

EBO : endobrachyoesophage.

AD : arcades dentaires.

SNFGE : Société Nationale Française de Gastroentérologie.

FFCD : Fédération Francophone de Cancérologie Digestive.

TEP : tomographie à émission de positons.

IRM : imagerie par résonance magnétique.

EFR : exploration fonctionnelle respiratoire.

ECG : électrocardiogramme.

VEMS : volume expiratoire maximal second.

CT : chimiothérapie.

RT : radiothérapie.

RTH : radiothérapie.

RCT : radio chimiothérapie.

ARC : association radio-chimiothérapie.

INO : institut national d'oncologie.

5FU : 5-Fluoro-uracile.

CDDP : cisplastine.

INTRODUCTION

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

La pathologie œsophagienne tumorale est dominée par le cancer de l'œsophage qui représente plus de 95% des tumeurs œsophagiennes [1]. Sa fréquence dans le monde ne cesse de s'accroître au point de dépasser celles d'autres cancers digestifs plus fréquents. Il se situe au huitième rang mondial des cancers et au sixième rang de décès par cancer [2,3]. Son pronostic tous traitements et tous stades confondus est extrêmement sombre, avec une survie à 5ans ne dépassant pas 10% [2].

A l'heure actuelle le seul traitement susceptible d'être efficace sur le cancer de l'œsophage est l'exérèse chirurgicale. En effet le traitement chirurgical consiste en l'exérèse Complete de tous les tissus néoplasiques avec réalisation d'un curage ganglionnaire.

Actuellement ce traitement chirurgical doit trouver son indication dans l'arsenal thérapeutique disponible à savoir la radiothérapie et la chimiothérapie.

La chirurgie du cancer de l'œsophage garde tout son intérêt dans le traitement des formes précoces, alors que dans les formes avancées de la maladie son rôle devient moins important et se limite à des indications palliatives visant le confort du malade plus que l'amélioration de sa survie.

Malheureusement le cancer de l'œsophage est le plus souvent de découverte tardive, et généralement au moment où le diagnostic est posé, le cancer est déjà avancé, non résécable, vu la localisation anatomique de l'œsophage et sa contiguïté avec des organes nobles.

La chirurgie du cancer de l'œsophage à visée curative est une chirurgie lourde, pourvoyeuse de morbidité et de mortalité importantes d'où l'importance d'une présélection rigoureuse des malades candidats à cette chirurgie.

PATIENTS & METHODES

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

Notre travail est une étude rétrospective intéressant 54 dossiers de malades atteints de cancer de l'œsophage recrutés dans le service de chirurgie viscérale au CHU Med VI de la ville de Marrakech, pendant une période de 5 ans allant du janvier 2006 au décembre 2010.

Ce travail a pour but de:

- Réaliser une étude épidémiologique, clinique et thérapeutique de la série.
- Comparer les résultats de notre série avec des séries nationales et internationales.

Les données analysées ont été extraites à partir:

- Des dossiers cliniques.
- Des registres des entrants/sortants.
- Des dossiers du service d'oncologie.
- Des dossiers du service d'anatomie pathologique.

Nous avons inclus :

- tous les malades ayant un cancer de l'œsophage quelque soit la localisation (tiers supérieur, tiers moyen, tiers inférieur).
- Tous les types histologiques sont inclus.
- Les cancers du cardia type I (Siewert I) sont inclus.
- On a exclu les malades présentant un cancer du cardia type II et III.

Pour chaque patient inclus dans la série, il a été réalisé un formulaire complet comportant l'identité, les antécédents, les signes fonctionnels, les données des explorations radiologiques et endoscopiques, les données des différents traitements, le stade tumoral, les suites post opératoires et le suivi (annexe 1).

RESULTATS

I – DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1 – Fréquence

Notre série a comporté 54 dossiers de malades atteints de cancer de l'œsophage parmi 320 cas de l'ensemble de cancers digestifs hospitalisés durant la même période (soit 17 %). Il vient en troisième position après celui colo-rectal avec 109 cas (34 %) et celui de l'estomac avec 89 cas (28 %) (figure 1).

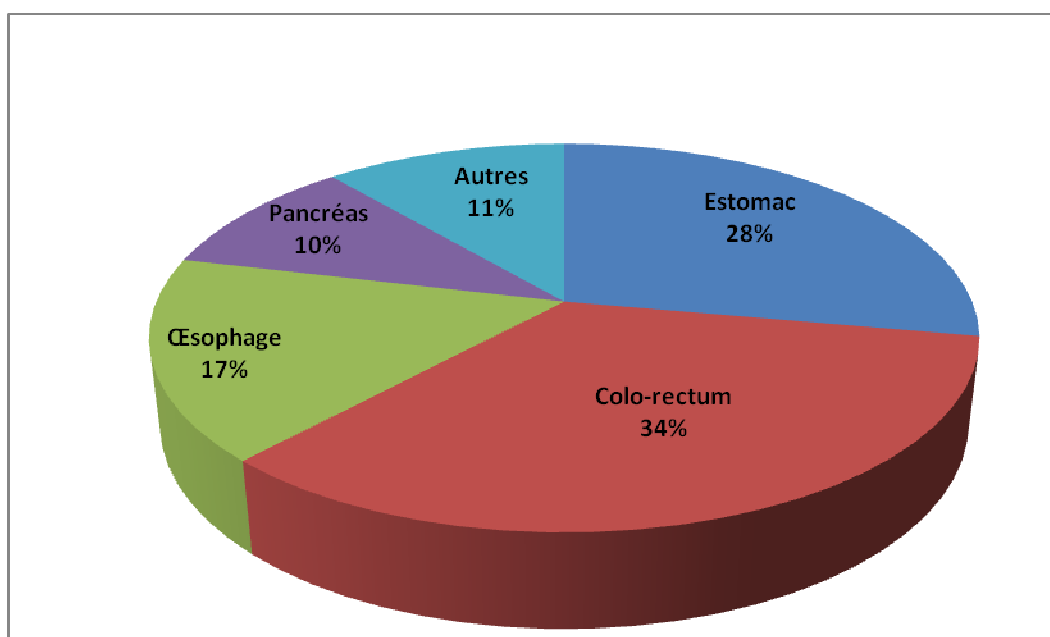


Figure 1 : Fréquence des cancers digestifs chez les patients hospitalisés au service entre janvier 2006 et décembre 2010.

2 – Age :

Selon notre série, l'âge moyen a été de 55 ans avec des extrêmes de 20 et 90 ans. La répartition des cas selon les tranches d'âge montre un pic entre 50 et 60 ans (Fig.2).

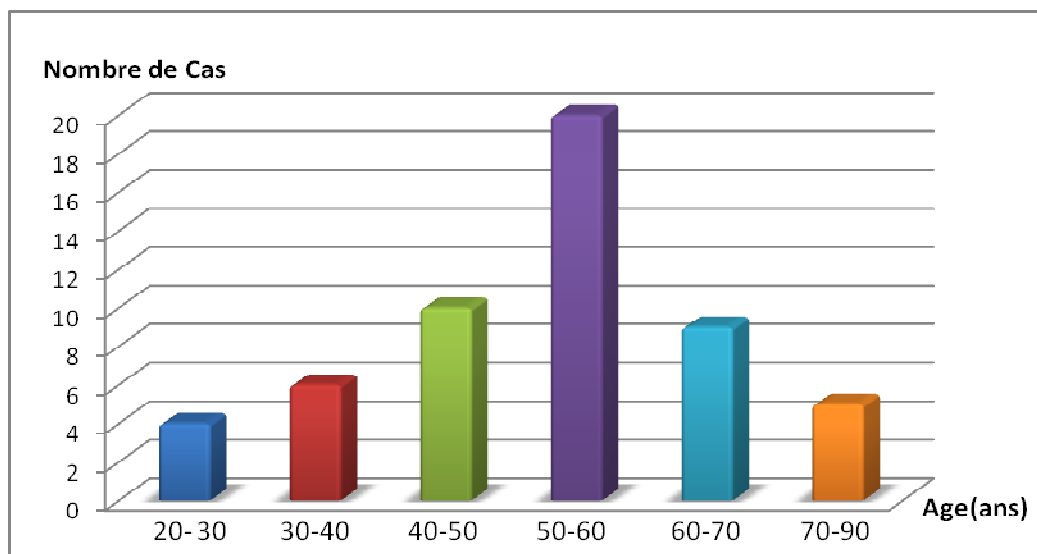


Figure 2 : Répartition des cas selon l'âge.

3- Sexe – ratio :

Dans notre série, les patients se répartissaient en 32 hommes (59,25% des cas) et 22 femmes (40,75% des cas) soit un sexe-ratio de 1,4 (tableau I).

Tableau I : Répartition selon le sexe

Sexe	Nombre de cas	Pourcentage (%)	Sexe -ratio
Masculin	32	59.25	1,4
Féminin	22	40.75	

4- Les facteurs de risque :

Selon notre série:

- 33 patients n'avaient aucun facteur de risque (61,11%)
- 08 patients étaient tabagiques (14,8%)
- 07 patients étaient alcool-tabagiques (12,96%).
- 04 malades avaient une notion de RGO (7,4 %).
- 02 malades avaient une notion d'alimentation chaude (3,7%).

Tableau II: Fréquence des facteurs de risque

Facteur de risque	Nombre de cas	Pourcentage(%)
Tabac	8	14,8
Alcool +tabac	7	12,96
RGO	4	7,4
Alimentation chaude	2	3,7

II – ETUDE CLINIQUE

1– Motif consultation :

La dysphagie a été révélatrice chez 50 patients, soit 92% des cas. Elle a été d'abord prédominante pour les solides, puis elle a évolué progressivement pour devenir totale.

Elle a été associée à une altération de l'état général avec amaigrissement dans 32 cas (59,25%), à des épigastralgies dans 11 cas (20,37%), à des hémorragies digestives dans 09 cas (16,66%), à des régurgitations dans 07 cas (12.96%), et à une sialorrhée dans 4 cas (8%).

Les autres symptômes présentés par les malades étaient :

- Douleurs thoraciques: 06 cas (11.11%).
- hypersialorrhée : 03 cas (5,55%).
- fausses route : 03 cas (5,55%)
- dysphonie: 03 cas (5,55%)
- dyspnée : 4 cas (7,41%).

2– Délai de consultation

C'est le temps compris entre l'apparition des premiers signes fonctionnels de la maladie et la date de la consultation.

Il a varié entre 1 et 24 mois avec une moyenne de 5 mois.

Tableau III: Délai de consultation

Délai (mois)	Nombre de cas	Pourcentage (%)
0-2	7	12,96
02-04	8	14,81
04-06	15	27,77
06-12	14	25,92
>12	10	18,51

3- Données de l'examen clinique.

L'examen clinique des patients de notre série a révélé :

- Une altération profonde de l'état général dans 32 cas (59,25%)
- Une sensibilité épigastrique dans 2 cas (3,7%).
- Une masse épigastrique dans un cas (1,8%).
- Des adénopathies sous maxillaires bilatérales dans un cas (1.8%).
- Des adénopathies jugulo-carotidiennes dans 3 cas (3%).

III – LE BILAN PARACLINIQUE

1- Le diagnostic positif

1.1 La fibroscopie Oeso-gastroduodénale avec biopsies

Dans notre série, la FOGD avec biopsie a été réalisée chez tous nos patients (100%). Elle a permis de préciser le siège, l'aspect et le type histologique de la tumeur.

a. Siège de la tumeur

Dans notre série, la tumeur a siégé au niveau du tiers inférieur dans 23 cas (42,59%). Dans le reste des cas le siège était soit le tiers moyen ou supérieur (voir tableau IV).

Tableau IV : Siège des tumeurs œsophagiennes

Siège par rapport aux Arcades dentaires	Nombre de cas	Pourcentage (%)
1/3 supérieur (16–24cm)	17	31,45
1/3 Moyen (25–34 cm)	14	25,92
1/3 inférieur (> 34cm)	23	42,59
TOTAL	54	100

b. Aspect macroscopique:

Dans notre série nous avons noté Des lésions :

- Ulcéro-bourgeonnantes dans 19 cas (35,18%).
- Bourgeonnantes dans 10 cas (18,51%).
- Infiltrantes dans 7 cas (12,96%).
- Ulcerante dans 2 cas (3,70%).
- Sténosantes dans 16 cas (29,62%).



Figure 3 : une FOGD montrant une tumeur sténosante de l'œsophage.

Tableau V: Aspects endoscopiques

Lésions	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Ulcéro-bourgeonnates	19	35,18
Bourgeonnantes	10	18,51
Stenosantes	16	29,62
Infiltrantes	7	12,96
Ulcérantes	2	3,7

c- Le type histologique

L'étude histologique des prélèvements biopsiques perendoscopiques a révélé:

- Un carcinome épidermoïde dans 41 cas (75,92%).
- Un adénocarcinome dans 13 cas (24,08%).

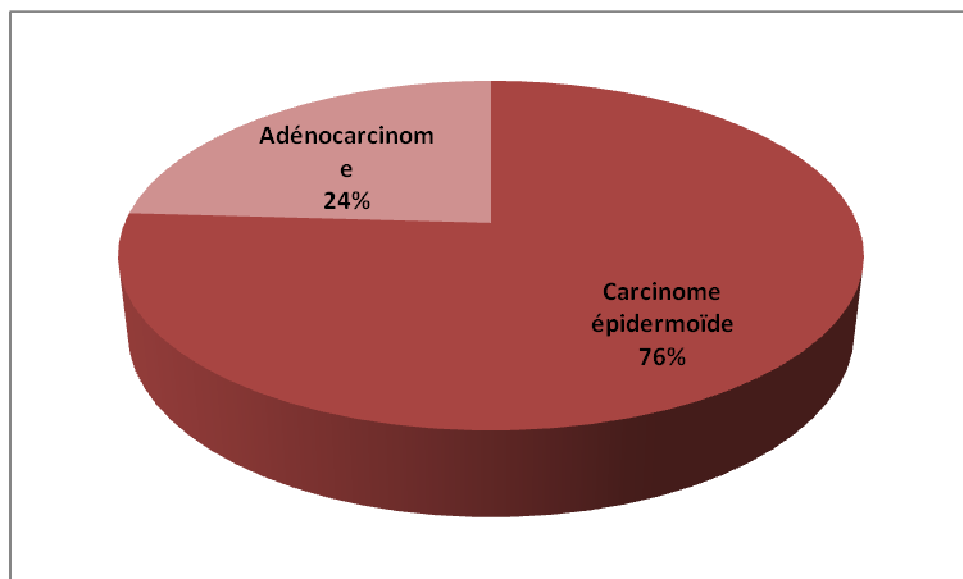


Figure 4: fréquence des types histologiques.

d. La différenciation

La différenciation a été précisée chez 52 malades :

- Tumeurs bien différenciées : 19 cas (35,18%).
- Tumeurs moyennement différenciées : 26 cas (48,14%)

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

- Tumeurs peu ou non différenciées : 07 cas (12,96).
- Non précisée : 2 cas (3,70%).

Tableau VI: La différenciation du cancer œsophagien.

Différenciation	Carcinome épidermoïde	Adénocarcinome
Bien différencié	15	4
Moy différencié	19	7
Peu différencié	6	1
Non précisé	2	-
Total	42	12

e. Le type histologique par localisation

L'analyse du type histologique des tumeurs œsophagiennes en fonction du siège a révélé une prédominance du carcinome épidermoïde au niveau du tiers supérieur et de l'adénocarcinome au niveau du tiers inférieur (tableau VII).

Tableau VII : Répartition des formes histologiques selon le siège

Siège de la tumeur	Carcinome Epidermoïde		Adénocarcinome	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Tiers supérieur	17	41,46	0	0
Tiers moyen	13	31,7	1	7,69
Tiers inférieur	11	26,82	12	92,31
TOTAL	41	100	13	100

2. Bilan d'extension:

2.1 clinique

L'examen des aires ganglionnaires a été pathologique chez 04 patients, soit 7,40% des cas: 03 cas d'adénopathies jugulo-carotidiennes et 01 cas d'adénopathies sous maxillaire.

L'examen abdominal a révélé 01 cas d'hépatomégalie.

L'examen ORL a permis de diagnostiquer une paralysie récurrentielle dans deux cas.

2.2 Paraclinique

a. La tomодensitométrie thoraco-abdominale

La TDM réalisée chez 50 malades (92,59%) a révélé :

- Des métastases viscérales (foie, poumons) dans 10 cas (20%) (fig 6).
- Un envahissement locorégional dans 13 cas (26%).
- Recouvrement aortique >90° dans un cas (2%).
- Envahissement de la lame trachéale dans 3 cas (5,55%).
- Envahissement péricardique : aucun cas.

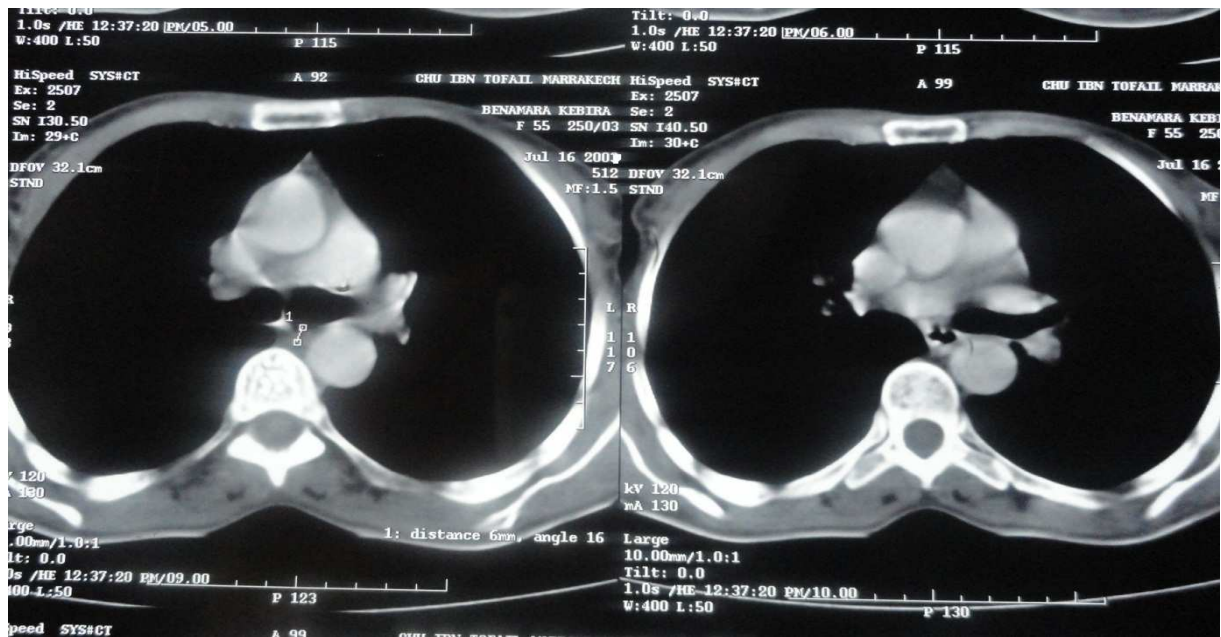


Figure 5 : TDM montrant un cancer du tiers moyen de l'œsophage rétrécissant la lumière œsophagienne.

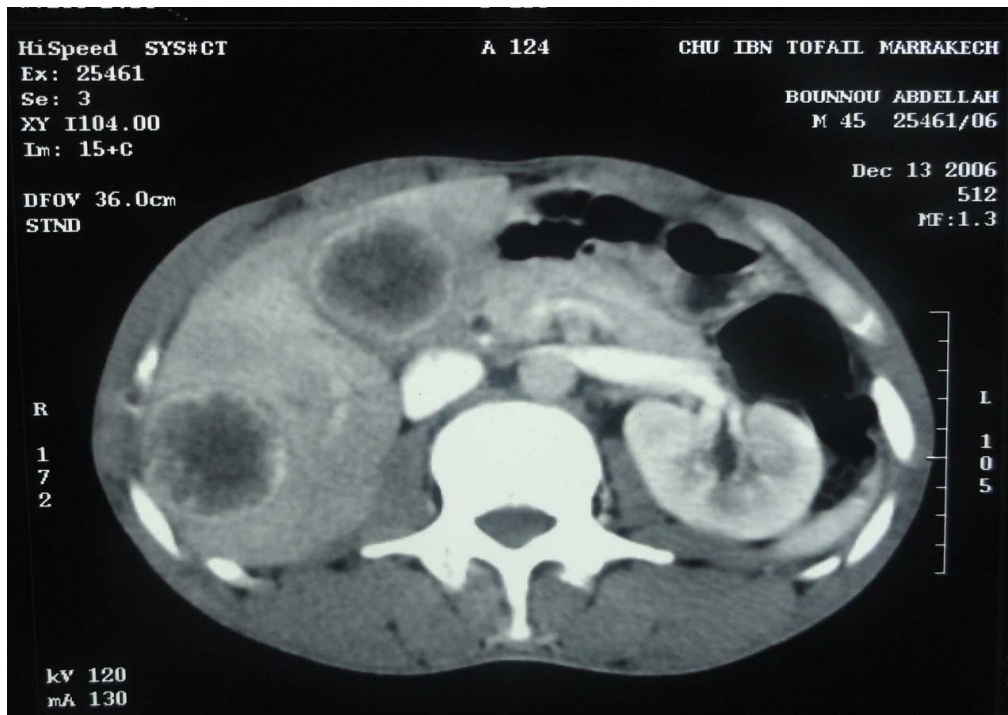


Figure 6 : TDM abdominale montrant des métastases hépatiques.

b. L'échographie abdominale

Réalisée dans 43 cas (79,63%) :

- Elle était normale dans 40 cas (74,07%).
- A révélé des métastases hépatiques dans 03 cas (5,5%).

c. Radiographie pulmonaire

Tous nos malades ont eu une radiographie pulmonaire. Elle a montré :

- Des métastases pulmonaires bilatérales dans 2 cas (3,70%).
- Pas d'anomalie dans les autres cas (96,3%).

d. La bronchoscopie

Elle a été réalisée chez 03 malades (5,55%) :

- Elle était normale dans 02 cas
- Elle a révélé une infiltration de la carène et des bronches avec bourgeons tumoraux dans un cas.

e. L'échoendoscopie

Cet examen n'a été réalisé chez aucun malade.

f. Le transit baryté

Réalisé chez 02 malades (3,70%), il a montré :

- Une sténose œsophagienne serrée dans les 2 cas (figure 7).

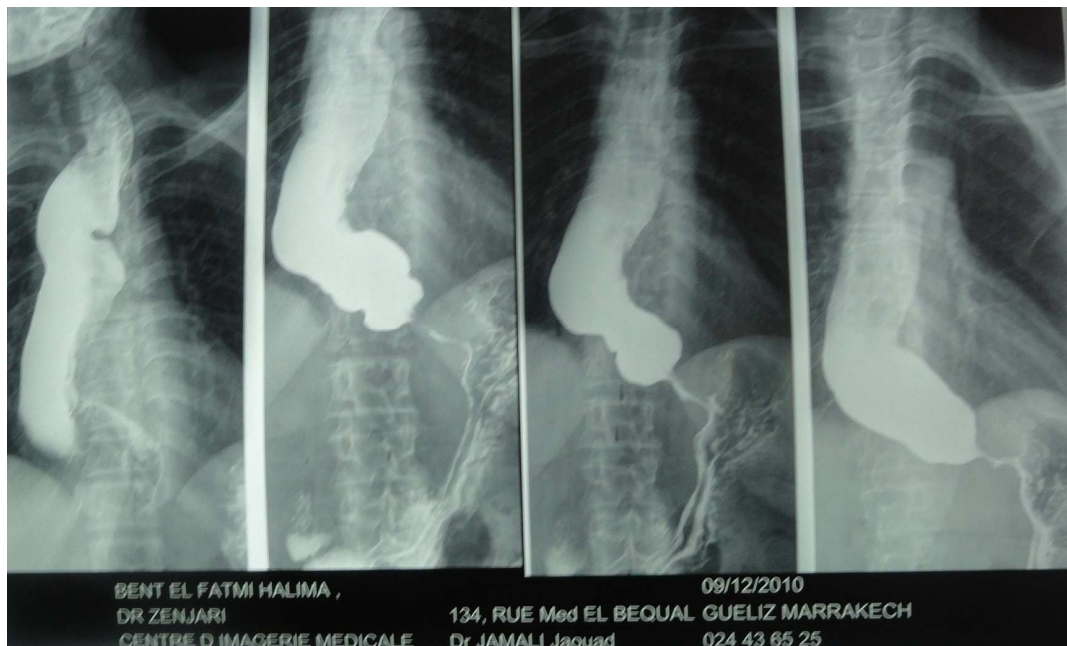


Figure7 : TOGD montrant une tumeur de bas œsophage.

3- Le bilan d'opérabilité

La décision d'opérabilité est prise après une réunion de concertation multidisciplinaire (chirurgien, réanimateur, gastro-entérologue, oncologue).

3.1 Le bilan biologique

Il comportait : l'hémogramme, la glycémie, l'ionogramme sanguin, le bilan d'hémostase et un bilan hépatique.

Il a objectivé, un bilan d'hémostase perturbé dans un cas, et une anémie hypochrome microcytaire dans 02 cas.

3.2 L'électrocardiogramme

Nous n'avons pas trouvé d'anomalies significatives.

3.3 L'exploration Fonctionnelle Respiratoire

Pratiquée chez 03 malades, elle était sans anomalies significatives.

IV.LE TRAITEMENT

1. Le traitement curatif

07 malades ont été sélectionnés dans notre série pour une résection curative.

1.1 le traitement chirurgical

a. La voie d'abord

- Lewis santy : 05 cas (71,4%)
- Akiyama : 02 cas (28,6%)

b. Le type d'intervention

- Oesophagectomie : 05 cas
- Oesogastrectomie polaire superieure : 02 cas

c. La plastie

La plastie réalisée chez nos malades est une plastie gastrique.

1.2. Le traitement néo adjuvant et adjuvant

a. Le traitement néo adjuvant

Parmi les 07 malades opérés à visée curative une chimiothérapie néo adjuvante a été réalisée dans 01 cas (14,28%).

b. Le traitement adjuvant

- chimiothérapie adjuvante : 01 cas (14,28%).
- Radio–chimiothérapie adjuvante : 01 cas (14,28%).

2. Le traitement palliatif

2.1 Le traitement chirurgical

L'acte chirurgical a consisté en une stomie d'alimentation. Nous avons procédé par voie médiane dans 14 cas (77,78%). Et par voie élective dans 04 cas (22,22%).

Dans 17 cas (94,44%) il s'agissait d'une jéjunostomie d'alimentation et d'une gastrostomie dans 01 cas (5,56%).

2.2 La radio et/ou chimiothérapie palliative

- Chimiothérapie palliative : 12 cas (38,7%).
- Association radio–chimiothérapie : 19 cas (61,3%)
- Radiothérapie exclusive : aucun cas.
- Aucun traitement indiqué : 10 cas.

3. LES RESULTATS DE TRAITEMENT

3.1 La mortalité opératoire

Parmi les 07 malades résequés, 3 malades sont décédés dans les suites opératoires (42,86%) :

- deux malades décédés suite à une mediastinite, le premier à j10 et le deuxième à j21.
- Un malade décédé à j30 suite à une pneumopathie nosocomiale.

3.2 La morbidité

Des complications postopératoires ont survenue dans 5 cas (71,4%).

- Médiastinite : 2 cas (28,57%).
- Fistule anastomotique œso–gastrique : 2 cas (28,57%).
- Pneumopathie : 1 cas (14,28%).

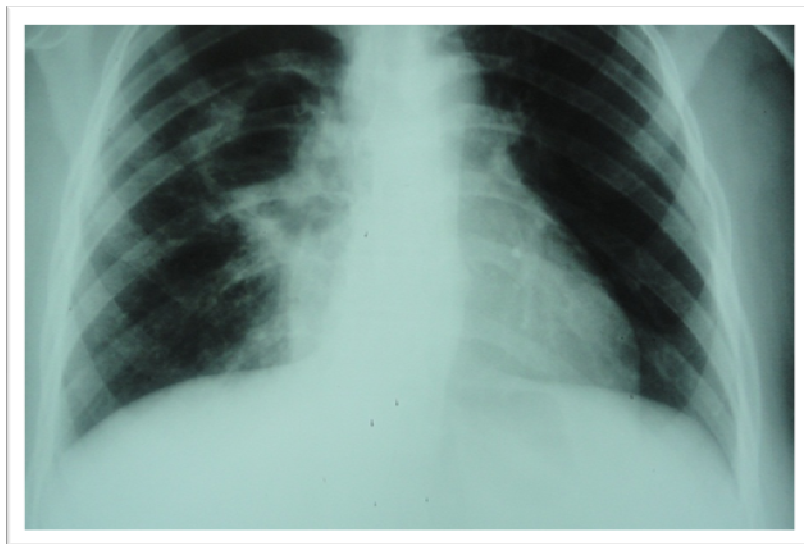


Figure 8: radiographie de thorax mettant en évidence une pneumopathie postopératoire

3.3 Les résultats carcinologiques

a. Les limites de résection

Une résection curative R0 a été réalisée dans 07 cas. Les tranches de section étaient saines dans 100% des cas. Les limites de résection sont situées entre 6 et 12 cm du pôle de la tumeur.

b. Le stade tumoral

❖ Les T :

- Tumeur T1 : 1 cas.
- Tumeur T2 : 2 cas.
- Tumeur T3 : 2 cas.
- Tumeur T4 : 2 cas.

❖ Les N

- Toutes les pièces opératoires comportaient plus de 11 ganglions, sauf dans un seul cas ou on avait 4 ganglions. Dans 4 cas on avait des ganglions envahis.

❖ Les M

Aucun malade n'avait de métastase viscérale.

Selon la classification TNM, nos patients ont été répartis comme suit :

- Stade I : 1 cas (14,28%).
- Stade IIa : 1 cas (14,28%).
- Stade IIb : 2 cas (28,57%).
- Stade III : 3 cas (42,86%).

c. La survie

Le taux de survie était imprécis dans notre série vu que la plupart des malades ont été perdu de vue.

DISCUSSION

I. EPIDEMIOLOGIE

1. Incidence et fréquence

L'épidémiologie du cancer de l'œsophage a connu de récentes modifications. A partir des années 1980, plusieurs études de population en Amérique du Nord, en Australie, en Grande Bretagne, en Suède, ont fait état d'une proportion croissante d'adénocarcinomes qui est passée de 5% environ à plus de 50% des cas diagnostiqués [4].

L'incidence des cancers de l'œsophage varie très largement d'un site géographique à un autre. Son étude est utile pour la connaissance des causes de cette pathologie et contribuer ainsi à sa prévention. Les zones à très forte incidence (100 à 160/100000 habitants) sont celles de la mer caspienne en Iran, de la province de Linxian en Chine ainsi que la région du Transkei en Afrique du sud [5,6]. Les états-unis d'Amérique ainsi que la plupart des pays d'Europe sont des pays à faible incidence (<10/100000) [7].

C'est en Chine ou la fréquence des cancers de l'œsophage était la plus élevée en 1970(6).De façon globale, la mortalité par ce cancer a diminué de façon modeste, elle est passée de 18,8 pour 100000 dans les années 1973_75 à 17,4 en 1990 et 1992[8].

Selon les registres européens, la France reste le pays européen présentant le plus fort taux d'incidence du cancer de l'œsophage [8], malgré que ce taux d'incidence a chuté de près de 40% entre 1980 et 2000 chez l'homme. Il existe un fort gradient croissant du sud vers le nord du pays, l'incidence dans certains départements du nord étant chez l'homme jusqu'à 4 fois plus élevée dans le sud de la France [9,10].

En l'absence de registre des cancers digestifs à l'échelle nationale, nous ne disposons pas de série précisant l'incidence réelle qui reste inconnue. Cependant il existe des études faites aux centres hospitaliers universitaires de Casablanca et de Rabat. Sur une étude faite à l'institut national d'oncologie de rabat entre1985 et 2000, on a enregistré 6213 cancers digestifs. Dont 843 cas de cancer de l'œsophage, soit 13,6% [11].

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

Au centre d'Oncologie Ibn Rochd de casa, parmi les 9925 cas de cancers recrutés durant la période du 01/01/1996 au 31/12/2000, le cancer de l'œsophage a représenté 1.96% du recrutement total, 16.2% des cancers digestifs, et on se plaçant au troisième rang après le cancer de l'estomac et le cancer du rectum[12].

Dans notre série le cancer de l'œsophage représente 17% du recrutement total et se place au quatrième rang après celui colo-rectal et celui de l'estomac.

Nous constatons qu'il n'y a pas de changement dans le recrutement de ce type de cancer avec les autres études.

2. Répartition selon l'âge et le sexe

2.1. L'Age

Le cancer de l'œsophage est diagnostiqué en général au-delà de 50 ans avec une incidence qui augmente régulièrement avec l'âge, avec une moyenne d'âge variant entre 55.5 et 65 ans (tableau VIII).

Dans notre série l'âge moyen des malades était de 55 ans avec des extrêmes de 20 et 90 ans.

Tableau VIII : Répartition du cancer de l'œsophage dans la littérature/ âge

Auteurs (Réf)	Année	Nombre	Age moyen	Extrêmes
Katlik [13]	1990	701	65	29-92
Elias [14]	1993	200	56	35-75
Benchakroun [15]	1995	50	57	32-76
Lozac'h [16]	1997	264	59	35-79
Rkaiba [17]	1998	172	55,5	23-90
Benmansour [18]	2000	41	61	27-90
MRC [19]	2002	802	63	30-84
Alidina [20]	2004	263	60	22-85
série Ibn Rochd [21]	1996-2000	178	56,2	20-98
Série Rabat[22]	20001-2007	80	58,04	23-89
Notre série	20006-2010	54	55	20-90

2.2. Le sexe

A conditions géographiques et raciales égales, le cancer de l'œsophage est plus fréquent chez l'homme [5,7]. Cependant, dans certaines régions du monde le sexe ratio est inversé en faveur des femmes [7].

Dans notre série le cancer de l'œsophage est plus fréquent chez l'homme avec un sexe ratio de 1,4.

Tableau IX: Répartition du cancer de l'œsophage dans la littérature /sexe

Auteurs (Réf)	Hommes	Femmes	Sexe ratio
Katlik [13]	74%	26%	26,4
Elias [14]	94,50%	5,50%	17,2
Benchakroun [15]	68%	32%	2,1
Lozac'h[16]	92%	8%	11,5
Rkaiba[17]	55,20%	44,80%	1,2
Benmansour[18]	58,50%	41,50%	1,4
MRC [19]	59%	41%	1,4
Alidina [20]	75%	25%	3,03
Série casa [21]	52%	48%	1,09
Série Rabat [22]	71,30%	28,80%	2,47
Notre série	59,25%	40,75%	1,4

3. Facteurs de risque

L'ampleur des variations géographiques de l'incidence du cancer de l'œsophage et l'extrême diversité des populations présentant un risque élevé plaident en faveur de la nature multifactorielle de son étiologie.

3.1. Facteurs exogènes

a. Alcool et tabac

Le facteur essentiel du carcinome épidermoïde est la consommation excessive d'alcool et/ou de tabac [9,23]. Ces deux agents agissent de façon indépendante avec des risques multiplicatifs [7,9].

Il existe une relation infra-linéaire entre le tabagisme et le risque de cancer de l'œsophage avec un rôle prépondérant de la durée d'intoxication plutôt que de la quantité de tabac consommée.

La relation entre la quantité d'alcool consommée et le risque de cancer de l'œsophage est quant à elle linéaire[9].la durée de l'intoxication ne semble pas jouer un rôle significatif sur l'accroissement du risque de ce cancer[7,21].une forte consommation régulière d'alcool pendant une brève période est associée à un risque de cancer de l'œsophage plus élevé qu'une consommation modérée pendant une longue période[24].

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale française (INSERM), le cannabis favoriserait la survenue du cancer de l'œsophage [7].

Dans notre série, l'intoxication tabagique est retrouvée chez 14,8% des malades. 12,96% sont alcoolo-tabagique et 61,11% n'avaient aucun facteur prédisposant.

b. Habitudes alimentaires

D'autres facteurs étiologiques de type alimentaires, indépendants de la consommation d'alcool ou de tabac, ont pu être identifiés. En ce sens, la consommation excessive d'alimentation hypercalorique, riche en cholestérol, et d'un excès de viande rouge semble être associée à un risque accru de cancer de l'œsophage [2] alors qu'un régime riche en fruits et en légumes frais diminuerait ce risque.

D'autres facteurs alimentaires ont été incriminés dans la cancérogenèse œsophagienne, en particulier dans les zones à forte incidence. :

- Déficit en diverses vitamines (A, B, rétinol) ou en certains micro-éléments (Zinc, cuivre, molybdène) [25].
- Rôle délétère des nitrosamines contenues dans certains types d'aliments [25].

- Des agressions thermiques par ingestion de thé, café ou alcools chauds [25].

c. Autres facteurs

- Différents agents infectieux ont un impact sur le risque de cancer de l'œsophage. Il s'agit en particulier de mycotoxines et surtout de virus comme le papillomavirus humain [25,26].
- La radiothérapie post-mastectomie d'un cancer du sein primaire est associée à un léger accroissement du risque du cancer épidermoïde de l'œsophage, mais pas d'un adénocarcinome. Le risque relatif de cancer épidermoïde 5 à 9 ans après une radiothérapie post-mastectomie est estimé à 2,83 et 2,17 respectivement, rapportent les auteurs et cela ne devrait pas affecter l'usage de cette approche thérapeutique [27, 28].

3.2. Facteurs endogènes

La relation entre le cancer de l'œsophage et l'œsophagite chronique est certaine. Les autres conditions précancéreuses (achalasie, membranes et diverticules œsophagiens, brûlures et sténoses de l'œsophage) sont à l'origine d'un petit nombre de cancers de l'œsophage du fait de leur rareté [28].

Il semble bien exister quelques cas de prédisposition familiale au cancer de l'œsophage en particulier dans les zones à forte incidence [29]. De même, l'exceptionnelle tylose (kératodermie palmo-plantaire héréditaire à transmission autosomique dominante) est associée à un risque de carcinome épidermoïde œsophagien mille fois supérieur à la population générale [30]. La maladie cœliaque et diverses génodermatoses sont également incriminées dans la genèse du cancer de l'œsophage [28].

3.3 Cas de l'adénocarcinome

Les facteurs de risque de l'adénocarcinome sont :

- Le RGO
- L'endobrachyoesophage appelé également œsophage de Barrett [31].cette métaplasie glandulaire, au-dessus de la jonction œsogastrique, est une complication du RGO, c'est en fait, une véritable lésion précancéreuse [31].

La prévalence de l'EBO augmente avec l'âge ; l'âge moyen de découverte se situe entre 55 et 65 ans. Cette affection est plus fréquente chez l'homme, elle est rare chez les noirs [31].

Depuis 1989 sa fréquence a augmenté ce qui pourrait s'expliquer aussi par la large diffusion de l'endoscopie. Le risque de cancérisation d'un EBO se situerait entre 10 et 15% [32]. Le risque de voir se développer un ADK sur EBO est 30 à 40 fois celui de la population générale [33].

- La cholécystectomie : la cholécystectomie est associée à un risque accru d'ADK de l'œsophage [34]

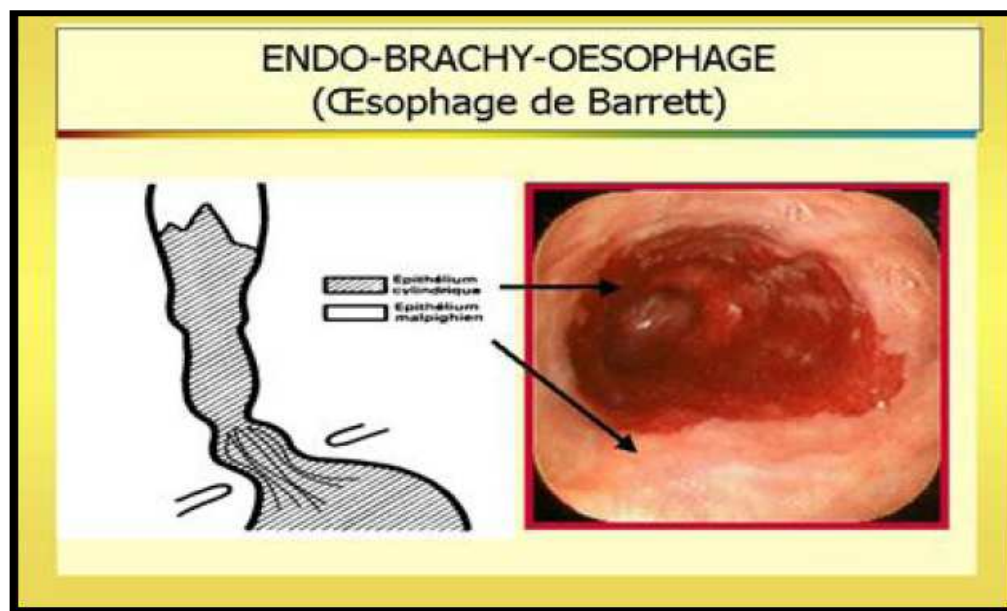


Figure 9: Aspect endoscopique de l'endobrachy-œsophage muqueuse cylindrique (en rouge sur l'image de droite) dans l'œsophage, à la place de la muqueuse malpighienne (en blanc sur l'image de droite).

II. CLINIQUE

Gignoux [35] constatait en 1977, qu'au moment du diagnostic, 2/3 des malades étaient inopérables. Muller [36] a précisé en 1990, dans une analyse cumulant près de 77000 patients que sur 100 patients 56 seulement ont une tumeur résécable et dix survivent à 5 ans.

1. Les circonstances de découverte

1.1. La dysphagie

La présentation clinique du cancer de l'œsophage est caractérisée par la grande fréquence de la dysphagie comme mode de révélation. Celle-ci est présente dans 80% des cas.

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

Elle est généralement semi-récente, chronique et progressive, gênant avant tout le transit des solides puis celui des liquides.

Même s'il n'existe pas de façon formelle de relation directe entre sa sévérité et l'évolution tumorale, la dysphagie présage d'une tumeur avancée.

Dans notre série, la dysphagie a représenté le symptôme le plus fréquent, soit 92% des cas et elle a été de type totale dans la plupart des cas. Chez Akiyama et Ojala et al la dysphagie était présente chez 80 à 96% des malades de leurs séries [37].

Tableau X : Fréquence de la dysphagie dans la littérature.

Référence	Fréquence de la dysphagie(%)
ROLACHON[38]	100
WORONOFF[39]	80,5
TABECH[40]	90,6
FEKET[41]	85
BYTZER[42]	79
RAOUL[43]	80
Série Rabat[22]	78,8
Notre série	92

Nous constatons que notre taux rejoint celui reporté par les auteurs. Mais la question qui se pose : comment définir la dysphagie ? car dans notre contexte il s'agit plus d'une aphagie ; alors que dans les pays développés les malades sont pris en charge précocement au stage de gêne à la déglutition.

1.2 L'altération de l'état général

L'altération de l'état général est habituelle chez ces patients. Elle peut être quantifiée par la perte de poids (présente dans 40% des cas) et la mesure du pli cutané. Elle s'intègre dans un tableau de malnutrition favorisée par la dysphagie, mais aussi par l'anorexie [41].

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

Dans notre série, l'amaigrissement et l'altération générale ont été présents dans 59,25% des cas.

Nous constatons qu'il y a une grande diversité des pourcentages car les critères pris en considération ne sont pas univoques.

Tableau XI : Fréquence de l'amaigrissement dans la littérature.

Référence	Fréquence de l'amaigrissement(%)
TABECH [40]	49 ,3
FEKETE[41]	40
JOUGON[44]	22,5
MC LARTY[45]	33
BYTZER[42]	64
Série Rabat[22]	16,3
Notre série	59,25

1.3 Les autres manifestations révélatrices

Il peut s'agir de douleurs rétrosternales ou d'épigastalgies plus ou moins rythmées par l'alimentation. Les manifestations broncho-pulmonaires à type de toux lors de la déglutition et de surinfection bronchique doivent évoquer l'existence d'une fistule oeso-bronchique [46].

La maladie peut également être diagnostiquée devant : adénopathies sus-claviculaires ou cervicales, voix bitonale par atteinte récurrentielle, épanchements pleuraux ou douleurs osseuses [43].

Il peut s'agir également d'un diagnostic fait lors d'un bilan pour un cancer ORL ou bronchique dont l'association est observée dans 15 à 30% des cas [47].

Enfin, les cancers de l'œsophage peuvent être associés à des syndromes paranéoplasiques, dont le plus fréquent est sans doute l'hypercalcémie [48].

Dans notre série nous constatons que la majorité de nos malades ont consulté au stade de dysphagie, ce qui signifie que la tumeur était déjà évoluée au moment du diagnostic.

2. Le délai de diagnostic

Le diagnostic du cancer de l'œsophage reste encore trop tardif. Ce qui rend le pronostic souvent sombre [41]. Il faut signaler que le retard au diagnostic est encore accru chez les édentés en raison de leur alimentation habituellement mixée ou pâteuse [43].

L'amélioration dans la précocité du diagnostic pourrait être obtenue par une fibroscopie œsophagienne chez les patients à risque (homme de plus de 45ans, alcoolo_tabagique ; antécédents de cancer ORL ; suivi endoscopique des patients ayant des conditions précancéreuses) et par l'exploration endoscopique des signes discrets comme la sensation d'accrochage ou de ralentissement du bol alimentaire [41 ; 43 ; 49].

Le délai de diagnostic est variable selon les auteurs ; dans notre série, il était de 5 mois en moyenne. Nous constatons que ce délai est élevé. Ceci peut être expliqué par le retard de consultation de nos patients ou la négligence face à certains symptômes, ce qui nous fait suggérer une meilleure éducation de notre population.

Tableau XII : Délai moyen entre le premier symptôme et le diagnostic du cancer de l'œsophage.

Auteurs(Réf)	Délai moyen(mois)
TRIBOULET[49]	3
CALAMENT[50]	2,9
TABECH[40]	2,5
BYTZER[42]	2,5
JOUGON[44]	2 ,8
Série Rabat[22]	7
Notre série	5

3. l'examen clinique

Le plus souvent normal. Il recherche un amaigrissement souvent important, supérieur à 10% du poids du corps, évalue l'état général : âge physiologique, dénutrition, déshydratation, pli cutané, apprécie l'extension par palpation du creux sus-claviculaire et de la région épigastrique et dépiste une pathologie associée : signes de cirrhose, d'insuffisance respiratoire, d'affections cardiovasculaires.

Nous avons retrouvé un ganglion de troisier chez 2 malades et un foie nodulaire chez un autre.

III. LES EXAMENS PARACLINIQUES

1. A visée diagnostique

La fibroscopie œsogastrique et la réalisation de biopsies est l'examen clé en matière de cancer de l'œsophage [49].

Tout malade ayant une difficulté à la déglutition doit avoir une endoscopie digestive haute ; Tout signe digestif haut chez un malade alcoolo-tabagique doit être exploré endoscopiquement [40,49].

La fibroscopie met en évidence la tumeur (fig10), localise le niveau de l'obstacle, précise l'étendue en longueur de la sténose ainsi que le degré d'extension circonférentielle et surtout permet d'effectuer plusieurs biopsies qui préciseront la nature maligne, et le type histologique de la tumeur. En cas de sténose rendant difficile la réalisation de biopsies, on peut avoir recours aux techniques de brossage ou, plus sûrement à la nécessité de dilater préalablement l'œsophage sur fil guide et utilisation de sonde miniaturée 'ultrasonic esophagoprobe' [46].



Figure10 : fibroscopie œsophagienne : petit cancer du tiers moyen [51]

L'aspect endoscopique peut être celui d'une tumeur bourgeonnante (figure 11), polyplôïde (figure13), obstruant plus ou moins la lumière de l'œsophage, de texture friable,

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

saignant au contact. L'aspect peut être également celui d'un ulcère irrégulier (figure 12), profond en "lobe d'oreille" avec berges inflammatoires, dure sous la pince à biopsie.

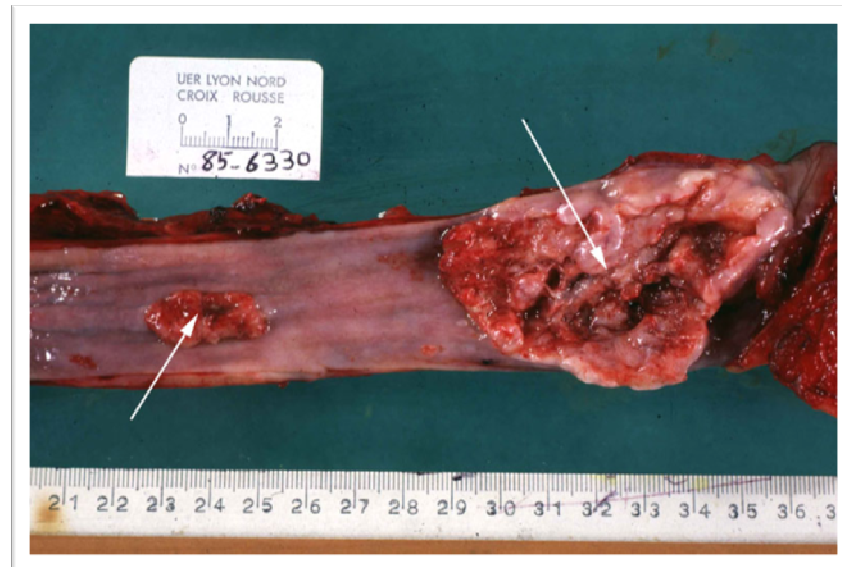


Figure 11 : Aspect macroscopique d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante de l'œsophage
([Spiral.univ-lyon .fr](http://Spiral.univ-lyon.fr))

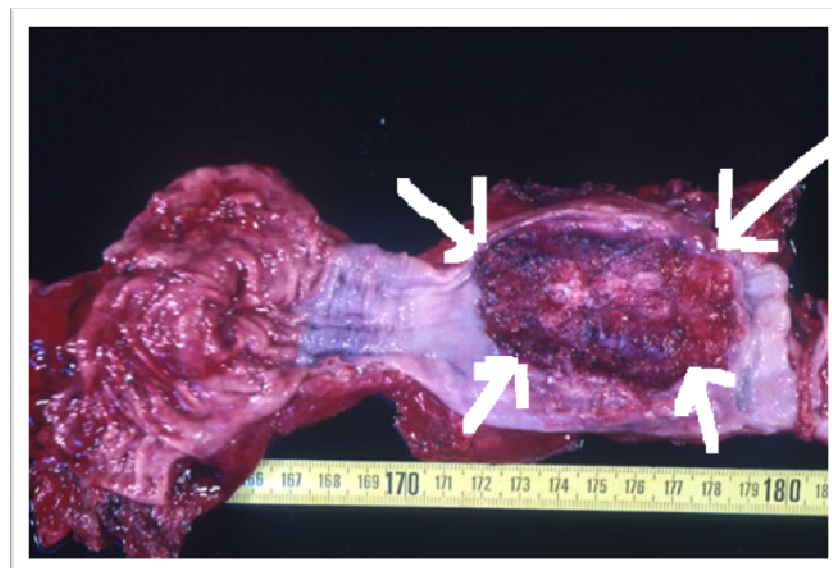


Figure 12 : aspect macroscopique d'un cancer de l'œsophage : forme ulcérée de l'œsophage. (<http://anapath-paris7.aphp.fr/cadresite/cadretp.htm>).



Figure13 : Aspect macroscopique. Carcinome épidermoïde invasif de type polyploïde [52]

Plus rarement, la lésion est infiltrante (figure14) raidissant et sténosant l'œsophage sur toute sa circonférence [43].

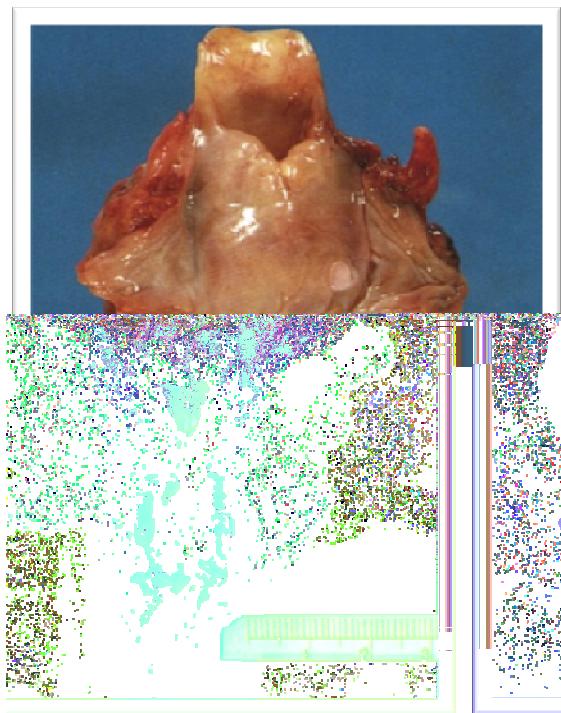


Figure14: Aspect macroscopique. Carcinome épidermoïde de type infiltrant [52]

Toutes les lésions repérées doivent être biopsiées, un nombre de 6 à 10 biopsies portant sur les zones de rupture muqueuse est souhaitable permettant ainsi, dans 95% des cas, de porter le diagnostic. Devant des formes infiltratives, des prélèvements doivent porter sur les bords de la lésion et à l'aveugle dans la sténose ; en cas de négativité, il faudra les répéter après dilatation ; parfois notamment lorsqu'il s'agit de cancers infiltratifs de l'œsophage cervical, le diagnostic reste négatif et peut nécessiter un abord chirurgical pour biopsies [43].

Dans notre série, le type ulcéro-bourgeonnant a été le plus fréquent (35,18%).

- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La majorité des cancers de l'œsophage sont de nature épithéliale. Les deux aspects microscopiques les plus fréquents sont le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome.

↳ **Carcinome épidermoïde** : il était de loin de type histologique prédominant, mais sa fréquence a tendance à baisser ces dernières années en faveur de l'ADK [31].

C'est une tumeur rappelant morphologiquement les épithéliums malpighiens normaux et qui peut être bien, moyennement ou peu différenciée. Le carcinome épidermoïde se développe préférentiellement des tiers moyen et inférieur de l'œsophage et seulement 10% des tumeurs occupent la partie supérieure [47,52].

↳ **Adénocarcinome** : Il était plus rare que le carcinome épidermoïde, mais l'analyse des données épidémiologiques récentes montrent une variation des types histologiques des cancers de l'œsophage puisque les ADK représentent actuellement plus de 50% des nouveaux cas diagnostiqués [31].

Il se développe presque toujours sur une muqueuse œsophagienne présentant une métaplasie cylindrique, secondaire à un reflux gastro-œsophagien chronique, réalisant un endobrachyoesophage ou œsophage de barret. Il se situe habituellement au niveau du bas œsophage.

Histologiquement, ce sont généralement des adénocarcinomes bien différenciés et des formes moins différenciées peuvent s'observer.

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

Les autres types histologiques de cancer sont plus rares, tels que anaplasiques, mélanomes et leiomyosarcomes [47, 52,53].

Dans notre série, le cancer de l'œsophage de type épidermoïde a été le plus fréquent (75,92%) tandis que l'adénocarcinome n'a représenté que 25,08 %.

Une étude faite à rabat entre 2001 et 2007 a montré que le type histologique prédominant était l'ADK (51,25%).

- LAOCALISATION :

La localisation endoscopique de la lésion se fait par rapport aux arcades dentaires et il est utile de connaitre les hauteurs habituelles d'au moins quatre structures : la bouche œsophagienne (bouche de Killian des endoscopistes), est à 15 cm des AD, le défilé thoracique supérieur à 20 cm, le bord supérieur de la crosse de l'aorte entre 23 et 25 cm et le cardia entre 39 et 41 cm.

Le cancer de l'œsophage siège fréquemment au niveau du tiers moyen de l'œsophage alors que dans notre série il siège dans la majorité des cas au tiers inferieur (42,59% des cas).

Tableau XIII: Fréquence des localisations du cancer de l'œsophage

Auteurs (Réf)	Tiers supérieur(%)	Tiers moyen(%)	Tiers inferieur(%)
FEKETE [54]	12	66	22
ELIAS [55]	14	78	8
ROLANCHON [38]	6,2	53,2	40,6
TABECH [40]	-	50,6	48
THOMAS[56]	12,28	47,4	22,8
TAIEB [57]	28,8	36,5	28,8
MARTIA [58]	15,8	55,3	28,9
Série de Rabat [22]	12,5	17,5	70
Notre série	31,45	25,92	42,59

2. le bilan d'extension

Ce bilan a pour objectif d'apprécier le degré d'extension locorégionale et à distance, et de faire l'inventaire des comorbidités qui pourraient modifier la décision thérapeutique, que celles-ci soient liées au cancer (dénutrition) ou à l'alcool et/tabac (cirrhose, artériopathie, coronaropathie, cancers épidémiologiquement liés) [46].

Localement la tumeur gagne en profondeur puis atteint les organes de voisinage : trachée, bronches, aorte, diaphragme et corps vertébraux. L'extension locale se fait aussi en longueur dans les couches muqueuses et sous muqueuse. L'extension régionale se fait vers les ganglions médiastinaux et gagne rapidement les relais cervicaux ou abdominaux [59].

Les métastases sont, relativement tardives, pouvant emprunter la voie portale vers le foie, ou la voie générale vers les poumons et d'autres tissus [59].

Selon le Thésaurus de cancérologie de la SNFGE et FFCD [60] les références sont :

➤ Examens de première intention

- Examen Clinique complet.
- Scanner thoraco-abdominal : permet de localiser la tumeur et de préciser ses rapports avec les organes de voisinage en particulier avec l'aorte et la trachée. Il est sensible et spécifique pour le diagnostic de métastases viscérales (hépatiques et pulmonaires).

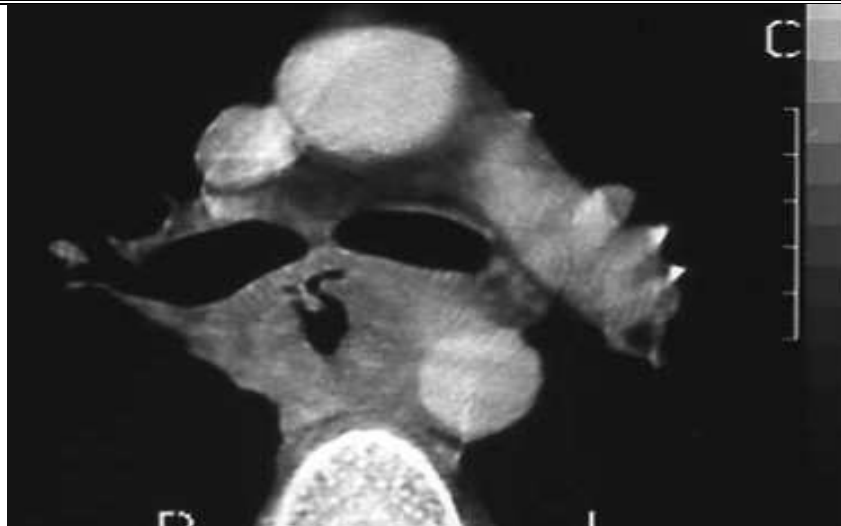


Figure 15 : TDM abdominale : recouvrement de l'aorte par une tumeur œsophagienne [51]



Figure 16 : TDM montrant une tumeur de bas œsophage [2].



Figure 17 : TDM thoracique montrant une énorme tumeur du tiers moyen de l'œsophage venant au contact avec la trachée et l'aorte thoracique [61].



Figure18 : TDM montrant une tumeur du tiers moyen de l'œsophage [62].

- Fibroscopie trachéo-bronchique : pour éliminer une extension muqueuse trachéo-bronchique ou une deuxième localisation ; non systématique si adénocarcinome du 1/3 inférieur chez un non-fumeur.

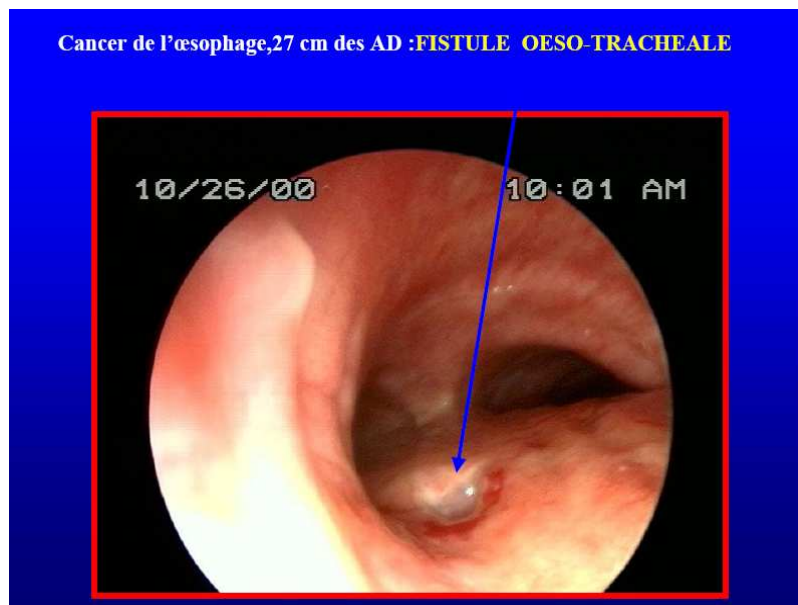


Figure19 : Cancer de l'œsophage à 27cm des arcades dentaire compliqué d'une fistule oeso-trachéale visible à la bronchoscopie [63].

- Examen ORL avec laryngoscopie indirecte, à la recherche d'une paralysie recurrentielle, d'un cancer ORL synchrone.
 - Scintigraphie osseuse, scanner cérébral seulement en cas de signes d'appel.
- **Examen de deuxième intention en l'absence de métastases sur les examens précédents :**
- Echoendoscopie : sauf en cas de tumeur localement évoluée (sténose du 1/3 inférieur, envahissement trachéal). En cas de discussion d'une résection endoscopique on réalise un echoendoscopie par minisonde de haute fréquence (20_30MHZ) qui permet seule de poser le diagnostic de cancer superficiel et d'indiquer un traitement endoscopique. Parmi les 9 couches individualisées dans la paroi œsophagienne, la plus importante est la quatrième couche hypo_echogene qui correspond à la musculaire muqueuse, dont le franchissement traduit l'infiltration de la sous-muqueuse par la tumeur.

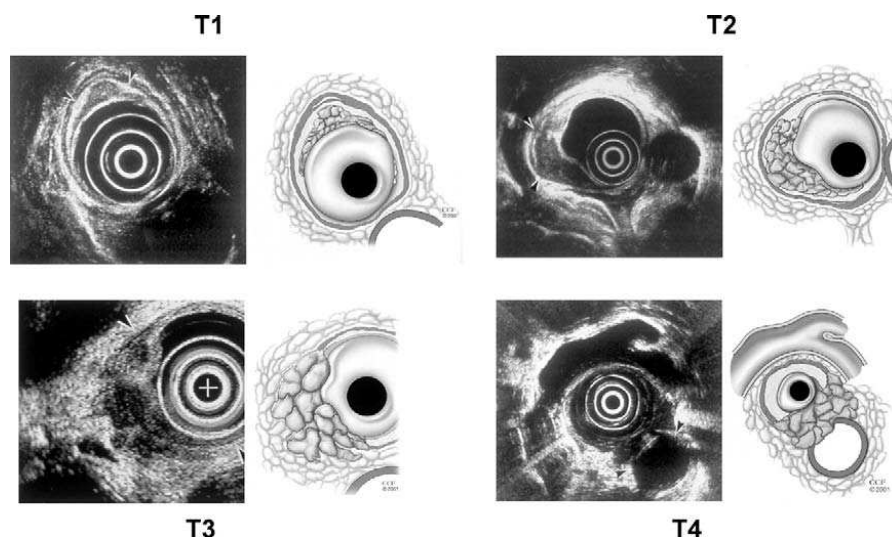


Figure20: Cancers avancés de l'œsophage classé en echoendoscopie [62]

- **Les alternatives :**
- Radiographie thoracique : elle est réalisée pour des métastases pulmonaires ou osseuses ce qui permet d'orienter le reste du bilan et la prise en charge.
 - Echographie abdominale : permet de rechercher des adénopathies profondes ou des métastases hépatiques.

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

- T.O.G.D : localise la tumeur, permet la mesure de sa longueur, note une désaxation éventuelle (signe péjoratif) et apprécie les dimensions de l'estomac [64] pour l'utiliser comme plastie. Des études récentes ont remis à jour le rôle du TOGD dans le bilan d'extension du cancer de l'œsophage.

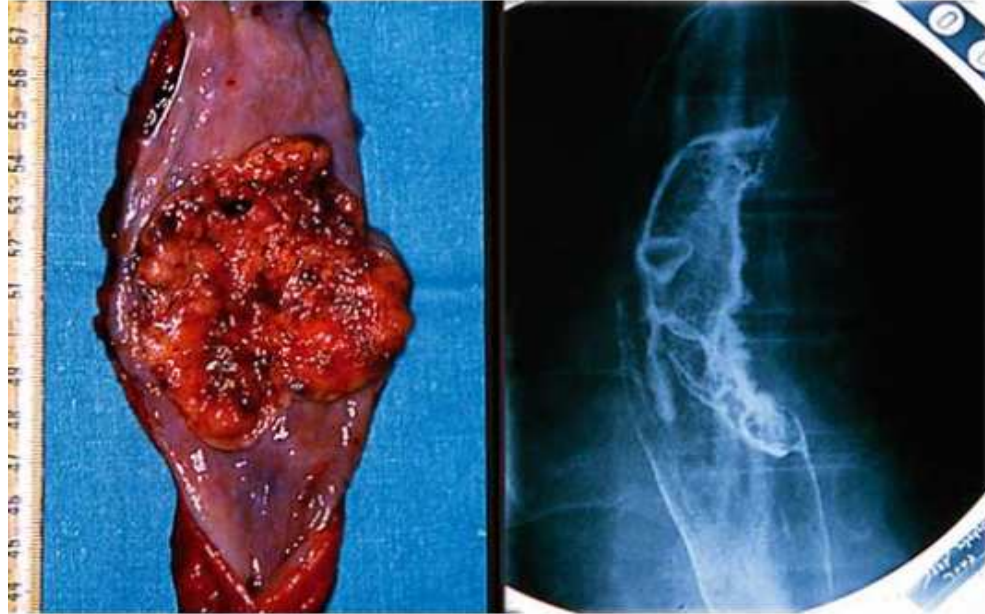


Figure21 : TOGD et pièce opératoire. Tumeur endoluminale [51].



Figure22 : TOGD montrant une tumeur du tiers moyen de l'œsophage [62].

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

- Echographie sus-claviculaire +/- cytoponction écho guidée pour obtenir une confirmation cyto ou histologique d'adénopathies cervicales.
- En cas d'adénopathies cœliaques à l'écho endoscopie : ponction sous écho-endoscopie pour confirmation histologique [65].
- TEP : il a une grande précision diagnostique que l'association scanner_échoendoscopie pour la détection des métastases à distance [66]. Il a sa place lorsque le scanner et l'écho endoscopie concluent à une tumeur non métastatique, et qu'une résection est envisagée. Il faut essayer de confirmer la nature métastatique, et qu'une résection est envisagée. Il faut essayer de confirmer la nature métastatique des anomalies repérées seulement par la TEP.

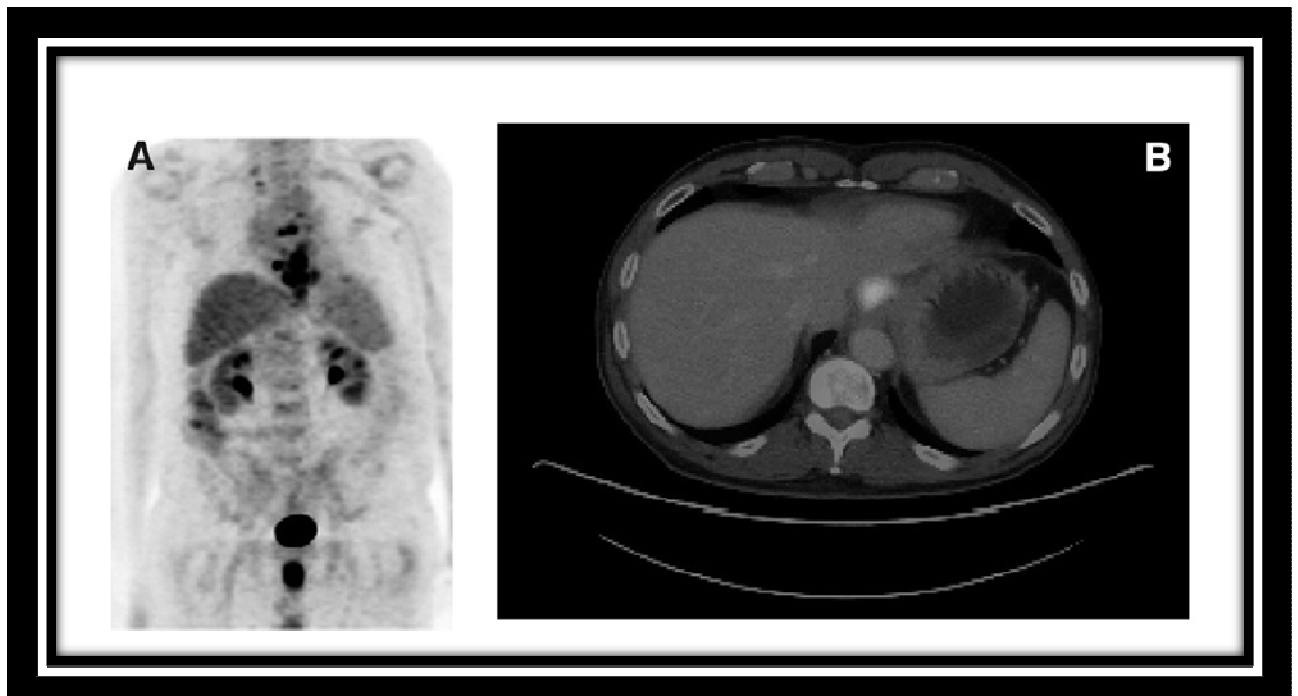


Figure23 : Cancer de l'œsophage au PET [62]

- Laparoscopie +/- échographie per-laparoscopie : son apport n'est pas démontré pour l'ensemble des cancers de l'œsophage. Cet examen semble intéressant pour les adénocarcinomes du cardia et du tiers inferieur de l'œsophage [67].
- Imagerie par résonance magnétique : permet un bilan d'extension médiastinale avec des résultats comparables à la TDM. L'envahissement médiastinal (péricarde, trachée, aorte) est précisé avec une sensibilité supérieure à 90% et une spécificité supérieure à 85% et la prédiction de la résecabilité tumorale atteint 87% en IRM pour 84% en TDM [68.69].

Pour l'envahissement ganglionnaire médiastinal, le taux de sensibilité est de l'ordre de 65%, équivalent à celui du scanner [70].

L'absence d'avantage par rapport à la TDM ainsi que la plus faible disponibilité de cet examen d'imagerie ont fait que l'IRM n'a pas supplanté le scanner dans l'évaluation de la résecabilité tumorale [71].

Dans notre série .nous malades ont bénéficié du bilan d'extension suivant :

- L'examen clinique : nous avons retrouvé des adénopathies sous maxillaires bilatérales dans un cas (1.8%) et des adénopathies jugulo-carotidiennes dans 3 cas (3%).
- La TDM a été réalisée dans 92,59% des cas.
- Le TOGD a été réalisé dans 3,70% des cas.
- La radiographie pulmonaire a été faite systématiquement chez tous nos patients.
- La bronchoscopie a été réalisée dans 5,55% des cas. Elle n'a été indiquée chez les patients ayant un cancer du tiers inférieur.
- L'écho endoscopie n'a été réalisé chez aucun malade.

3. Le bilan d'opérabilité

Le cancer de l'œsophage dans sa forme épidermoïde, touche essentiellement des malades fragiles éthylo-tabagiques, de plus de 60 ans. Une évaluation rigoureuse de l'état général de ces malades et la recherche de tares associées sont importantes avant toute décision thérapeutique [71,35], car 25 % des malades dont la tumeur a été jugée initialement résécable ont une intervention contre indiquée pour des raisons générales [72].

3.1 Etat général du patient

a. Age

Le grand âge n'est plus un obstacle à la chirurgie, même si le risqué opératoire augmente au-delà de 70 ans ; 75 ans parait être une limite supérieure raisonnable. Toutefois, c'est l'âge physiologique et la présence ou non de tares associées qui conditionnent la décision opératoire [71,73].

b. Etat nutritionnel

Il est souvent altéré chez les malades qui ont un cancer de l'œsophage. Une perte de poids de plus de 15% signe une dénutrition avancée. Un soutien nutritionnel préopératoire n'a cependant pas fait la preuve de son efficacité sur la diminution des complications et de la mortalité postopératoire [71,35].

1.2 Etat pleuro-pulmonaire

L'évaluation de l'état pleuro-pulmonaire est essentielle, notamment avant thoracotomie chez les malades tabagiques [8].

Les complications pulmonaires sont en effet, au premier rang des complications postopératoires après une chirurgie œsophagienne. Une gazométrie et EFR peuvent être réalisées en préopératoire. Les résultats pathologiques de ces tests contre-indiquent toute chirurgie d'exérèse : une hypoxémie de repos, une amputation des paramètres respiratoires supérieure à 40-50%, un volume expiratoire maximal second (VEMS) inférieur à 1 l/mm [71,74].

Une préparation intensive par kinésithérapie respiratoire associée à une antibiothérapie adaptée en cas d'infection est susceptible d'améliorer nettement, en quelques semaines la situation sur ce plan [73].

Si les valeurs trouvées par l'EFR et le dosage des gaz du sang étaient insuffisantes pour envisager une thoracotomie, il semble logique d'avoir recours soit à l'œsophagectomie sans thoracotomie, soit à une ventilation assistée prolongée avec éventuellement une trachéotomie temporaire [75].

1.3 Etat cardiovasculaire

La fonction cardiaque est évaluée par, au minimum, un ECG et une échographie cardiaque afin de sélectionner les sujets opérables et les sujets susceptibles de tolérer un traitement par chimiothérapie à toxicité cardiaque [75].

Environ 45% des fumeurs opérés ont une atteinte cardiovasculaire plus ou moins sévère. Une artérite diffuse et l'hypertension artérielle sont les anomalies les plus fréquentes [73].

Les contres indications classiques à la chirurgie sont représentées par : un infarctus datant de 6 mois, un angor instable, une fraction d'éjection inférieure à 30% [71,74].

L'écho-doppler permet de quantifier la fraction d'éjection du ventricule gauche (VG) : une fraction d'éjection inférieure ou égale à 50% nous incite à contre-indiquer une œsophagectomie par thoracotomie [73].

1.4 Etat fonctionnel hépatique

La fonction hépatique doit être évaluée chez les sujets éthyliques. Des bilans cliniques et biologiques sont réalisés, et éventuellement complétés par une ponction biopsie hépatique [74].

La cirrhose bien compensée sans insuffisance hépatocellulaire n'est pas une contre-indication en soi. Par contre, l'insuffisance hépatocellulaire et/ou une hypertension portale nette contre-indique l'intervention.

L'hépatite alcoolique confirmée histologiquement avec altération des fonctions hépatiques, incite à différer l'intervention jusqu'à la normalisation des tests grâce au sevrage [73].

Au terme de ce bilan :

- les critères de non-opérabilité généralement retenus sont [2,64] :
 - Insuffisance respiratoire.
 - VEMS inférieur à 1000ml/s.
 - perte de poids supérieure à 20% de forme non récupérée après renutrition.
 - Insuffisance cardiaque stade III ou IV de la NEW York Heart Association.
 - Score ASA supérieur ou égal à trois non stabilisé.
 - Cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire et/ou hypertension portale.
 - Age > 75 ans (contre-indication relative)

- Les critères de non résecabilité sont les suivants :
 - Adhérences à l'aorte sur plus de 90° de sa circonférence.
 - Métastases ganglionnaires à distance y compris les adénopathies cervicales sus-claviculaires, lomboaortique ou cœliaques.
 - Atteinte des recurrentiels.
 - Métastases viscérales, en particulier l'existence d'un carcinose péritonéale.

IV.LE TRAITEMENT

1. Moyen thérapeutiques

Le traitement du cancer de l'œsophage peut faire appel isolement, ou en association à :

- La chirurgie ;
- La radiothérapie ;
- La chimiothérapie ;
- Les traitements endoscopiques.

1.1 La chirurgie

a. Principes guidant l'intervention

Les principes de la chirurgie carcinologique sont :

- La résection : pour être carcinologiquement satisfaisant, l'exérèse doit enlever « en bloc » avec l'œsophage tumoral, le tissu cellulograisieux du médiastin et les chaînes ganglionnaires satellites [73]. La découpe doit passer au moins 5 cm au-dessus du pôle supérieur de la tumeur.
- Le curage ganglionnaire :
 - _standard.
 - _Etendu.
 - _Total.
- Le rétablissement de continuité : il est effectué dans le même temps opératoire et utilise l'estomac dans la majorité des cas. La colostomie est considérée comme l'intervention du deuxième choix après la gastroplastie, lorsque celle-ci est irréalisable du fait de l'extension tumorale gastrique ou d'une chirurgie gastrique

antérieure [74,76]. Quand ces deux organes sont absents ou jugés impropres pour un tel rétablissement, il est nécessaire d'utiliser l'intestin grêle et en particulier le jéjunum [77,78].

b. L'opérabilité, la résecabilité et le stade tumoral

b.1 Le taux d'opérabilité

Nous avons opéré 25 malades dont 7 à visée curative. Donc notre taux d'opérabilité serait de 28%. Sur une étude antérieure faite au Rabat le taux d'opérabilité était de 28,75%.

Dans les études récentes, le taux d'opérabilité rapporté par les auteurs est de l'ordre de 30%. En effet Martia et Al rapportent dans leur série un taux d'opérabilité de 30% [79]. Marita et al rapportent un taux de 35% [58].

Nous constatons que notre taux d'opérabilité rejoint celui de la littérature.

b.2 Le taux de résecabilité

Les résultats de la chirurgie du cancer de l'œsophage ont beaucoup progressé durant ces dernières années. Les taux de résecabilité sont proches de 80% avec comme principaux facteurs de réussite une meilleure sélection des patients candidats à une chirurgie d'exérèse et une prise en charge dans des centres spécialisés.

Marita et al [58] rapporte un taux de résecabilité de 75%. Triboulet et el rapporte un taux de 67% [80].

b.3 Le stade tumoral :

Il est précisé selon la classification de TNM (Annexe II). Nous constatons que la majorité de nos patients réséqués sont classés en stade III (42.86%).

Tableau XIV : répartition des malades selon le stade tumoral dans la littérature.

stade tumoral	Marita et al [58]	Ruol et al [81]	Notre série
Stade I	17,70%	12,70%	14,28%
Stade II	32,80%	44,20%	14,28%
Stade III	30,50%	31,90%	42,86%
Stade IV	19%	7%	-

c. Intervention à visée curative

c.1 œsophagectomie par double abord abdominal et thoracique (Lewis Santy) :

C'est le procédé chirurgical le plus habituel [81], qui réalise une exérèse subtotale de l'œsophage et de la petite courbure gastrique, avec curage ganglionnaire et rétablissement de continuité en un temps par voie abdominale et thoracique postéro-latérale droite [74.82.83].

Cette technique s'adresse aux cancers intra thoraciques situés sous la crosse de l'aorte ou de l'azygos ou encore de la carène pour certains, c'est-à-dire à environ 25 ou 27 cm des arcades dentaires [82,83].

Dans ce type de chirurgie, l'exérèse est élargie pour certains aux tissus avoisinants : canal thoracique, crosse de l'azygos, orifice hiatal [74,84].

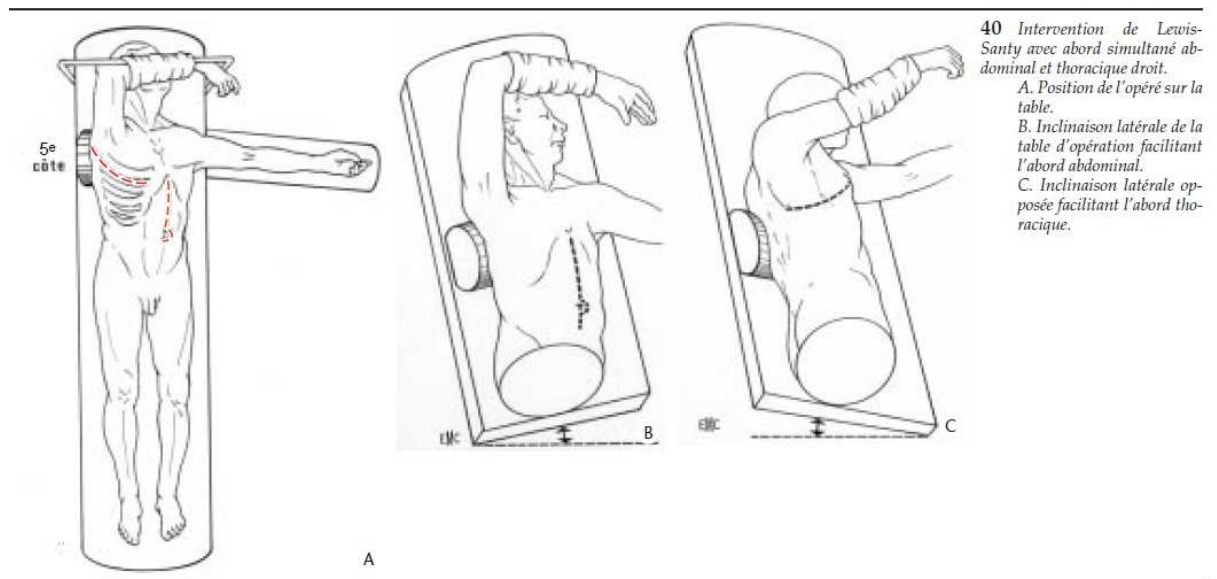
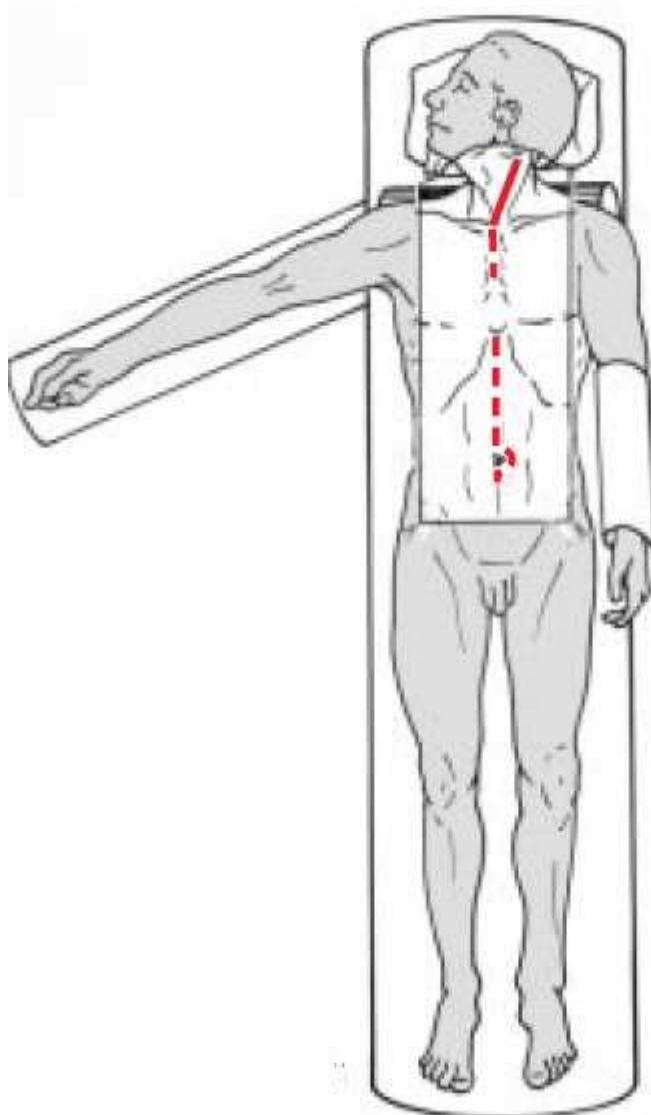


Figure24 : Intervention de Lewis-Santy [85].

c.2 œsophagectomie par double abord abdominal et cervical

Appelée également œsophagectomie sans thoracotomie ou œsophagectomie par voie transhiatale. Elle a pour but de procéder à l'exérèse de la totalité de l'œsophage thoracique en minimisant le retentissement respiratoire de l'intervention [85]. Mais le problème que pose cette technique est celui du curage ganglionnaire médiastinal [85].



Œsophagectomie sans thoracotomie. Installation de l'opéré. Le champ opératoire doit être large pour permettre le drainage des deux cavités pleurales. En pointillé : tracé des incisions abdominale et cervicale. Il est possible de prolonger l'incision cervicale par une manubriectomie.

Figure25 : œsophagectomie sans thoracotomie [85].

Certaines équipes, surtout aux Etats-Unis, ont recours à ce procédé de façon systématique quel que soit le type et l'état général du malade. D'autres le réserve à des cas sélectionnés comme une tumeur superficielle sans adénopathie décelable en endoscopie, une tumeur de l'œsophage cervical, ou une petite tumeur chez un insuffisant respiratoire sévère [74,73].

c.3 œsophagectomie par triple abord abdominal, thoracique et cervical

La première possibilité consiste à réaliser en premier la gastroplastie, à l'ascensionner dans un trajet rétrosternal et à l'anastomoser à l'œsophage cervical, puis de procéder à l'exérèse de l'œsophage et de la tumeur par une thoracotomie droite (Intervention d'Akiyama).

La deuxième possibilité consiste à procéder en premier à l'exérèse de l'œsophage et de la tumeur par une thoracotomie droite, puis à réaliser la gastroplastie à l'ascensionner dans un trajet médiastinal postérieur et à l'anastomoser à l'œsophage cervical (intervention de Mac Kneow) [85].

✓ Les éléments pouvant préférer une intervention d'Akiyama (et donc un trajet médiastinal antérieur) sont :

_en cas de récurrence dans le lit œsophagien, la gastroplastie est à distance de la récurrence et le risque de dysphagie est à priori nul ;

_une irradiation du lit œsophagien est sans risque pour la gastroplastie.

✓ Les éléments pouvant préférer une intervention de Mak Keown (un trajet médiastinal postérieur) sont [85].

_un trajet plus court que le trajet rétro sternal,

_un taux de fistule anastomotique cervicale inférieur à celui observé après utilisation d'un trajet rétro-sternal.

_un meilleur confort pour les malades.

c.4 œsopharyngo-laryngectomie totale

Cette technique mutilante est indiquée à titre curatif pour des cancers de la bouche œsophagienne, du sinus piriforme ou de la paroi pharyngée postérieure envahissant la bouche œsophagienne, et pour des cancers de l'œsophage cervical ne permettant pas une section de l'œsophage en zone saine. Habituellement, l'exérèse œsophagienne est faite sans thoracotomie. Seuls les cancers cervico-thoraciques dont le pôle supérieur est à moins de 2 cm de la bouche œsophagienne peuvent justifier une thoracotomie droite associée qui alourdit nettement l'intervention [85].

c.5. Œsophagectomie par voie thoracique gauche (Intervention de Sweet)

Cette intervention consiste à réaliser l'exérèse de l'œsophage sous aortique et du cardia par voie thoracique gauche, et à rétablir la continuité par une anastomose œsogastrique sous aortique. Cette intervention était indiquée pour le traitement des adénocarcinomes du cardia et des cancers du tiers inférieur [74,85].

c.6. Oeso-gastrectomie polaire supérieure par voie abdominale

Cette intervention n'est plus indiquée qu'à titre palliatif pour des adénocarcinomes du cardia sans extension œsophagienne et dont l'extension gastrique est suffisamment limitée pour permettre la confection du tube gastrique. En effet, elle ne permet pas d'obtenir de façon régulière une marge de résection œsophagienne satisfaisante au plan carcinologique, et entraîne souvent un RGO invalidant [85,86].

c.7. Laparoscopie

La laparoscopie permet d'explorer la cavité abdominale à la recherche de métastases hépatiques et péritonéales. L'abord laparoscopique permet également la même dissection de l'œsophage et du cardia, et la même gastrolyse que la laparotomie. Le curage ganglionnaire des chaînes gastrique gauches et cœliaque est sensiblement identique à celui permis par une laparotomie [85].

Selon les résultats de notre étude : La voie d'abord la plus utilisée dans notre série était celle de Lewis Santy (71,4%), avec réalisation d'une plastie gastrique chez tous les malades.

Les données de la littérature indiquent que la voie d'abord la plus utilisée est bien celle de Lewis Santy, L'estomac est le premier choix pour une plastie [78]. Mariette et Triboulet indiquent dans leur mise au point que la voie d'abord de prédilection dans la chirurgie de l'œsophage était celle de Lewis Santy avec utilisation de l'estomac comme plastie [80].

d. intervention à visée palliative

Actuellement, il n'y a pas d'indication de la chirurgie à visée palliative avec l'avènement des endoprothèses et du laser. Les stomies d'alimentation restent le moyen le plus mauvais pour pallier à la dysphagie.

•Pontages palliatifs

L'œsophage et la tumeur sont laissés en place et on réalise un pontage entre l'abdomen et la région cervicale en utilisant l'estomac ou le colon pour permettre une alimentation par voie orale [87]. Ces gestes de dérivation œsophagienne palliative permettent aux malades ayant une fistule œsorespiratoire un certain confort de vie au prix d'une mortalité postopératoire majeure [88 ; 89 ; 90].

•Les stomies digestives

La réalisation d'une gastrostomie ou d'une jéjunostomie peut aider à assurer un apport nutritionnel au dépend d'une infirmité très mal tolérée [90 ; 91].

Sur le plan fonctionnel, elles constituent le plus mauvais geste palliatif puisqu'elles ne restituent pas une alimentation orale. Elles sont réservées à certains cancers cervicaux pour lesquels il n'y a pas d'autre possibilité thérapeutique [61 ; 73].

Nous avons réalisé un geste d'alimentation dans 18 cas (72%). Ce chiffre devait être moins important si nous disposons dans notre formation hospitalière d'autres moyens palliatifs. En un grand nombre de ces malades ne devraient pas séjourner dans un service de chirurgie puisque leur prise en charge devrait se faire dans les services de médecine.

1.2 La radiothérapie

Le cancer de l'œsophage reste, malgré les progrès de l'endoscopie, fréquemment diagnostiqué à un stade évolué, non chirurgical. La radiothérapie devient alors une des principales modalités thérapeutiques. Par ailleurs, chez les patients opérables, dont la tumeur est localement très étendue, elle peut être un appoint non négligeable à la chirurgie [73].

1.3 Radiothérapie à visée curative

La radiothérapie est le plus souvent externe, utilisant les photons gamma du cobalt ou les photons de l'accélérateur linéaire [90,92].

Les résultats publiés font souvent appel à des techniques d'irradiation devenues obsolètes. La définition du volume-cible dépend des écoles : certains radiothérapeutes considèrent que l'ensemble de la muqueuse œsophagienne est à risque, et incluent alors dans les faisceaux tout l'œsophage, et systématiquement les aires ganglionnaires sus claviculaires pour les tumeurs des tiers supérieur et moyen, et les aires ganglionnaires cœliaques, pour les tumeurs des tiers inférieur et moyen [73]. La dose totale à visée curative varie de 50-65 Gy. Les techniques d'irradiation sont variables selon les protocoles. On en distingue :

- L'irradiation dite "étalée" réalisée avec un fractionnement conventionnel délivrant des doses variant de 50-65 Gy selon le contexte, à raison de 2 Gy par séance, 5 séances par semaine pendant 5 à 6 semaines consécutives, doit être considérée comme le schéma de référence.

- L'irradiation "non continue" dite en "split course", qui délivre une dose par fraction élevée de 3 à 4 Gy offre l'avantage de réduire, la durée totale de la radiothérapie, d'améliorer parfois la tolérance immédiate, mais augmente le risque de complications médiastinales à long terme (péricardite, fibrose, sténose) et favoriserait la repopulation tumorale.

- L'irradiation accélérée utilisant le multifractionnement (2 à 3 fractions par jour de 1 à 1,5 Gy chacune) et/ ou la technique du complément de dose concomitant pourrait permettre de lutter contre la repopulation tumorale. Le but est de délivrer une forte dose en un temps court, en réduisant la durée totale du traitement avec le désir d'épargner au mieux les tissus environnants. L'intérêt de ce schéma n'est pas encore démontré, la tolérance immédiate peut être médiocre surtout lorsque la chimiothérapie est associée [90, 92,93].

L'irradiation a un effet rapide et prolongé sur la dysphagie, sur le contrôle de la douleur médiastinale, sur la déglutition, sur le poids et sur l'amélioration de l'état général.

L'effet et la durée de cet effet sont fonction de la dose d'irradiation : l'amélioration de la dysphagie est obtenue dans 70% des cas avec une dose totale supérieure à 50Gy et pour une durée moyenne supérieure à 6 mois [93].

Les résultats récents concernant des malades ayant de petites lésions (stade I et II), montrent un taux de survie à 5 ans variant de 12 et 20%.

Dans un but curatif, la radiothérapie est utilisée en pré-opératoire ou en post-opératoire. La radiothérapie pré-opératoire est utilisée dans les cancers localement avancés, dont la résection s'annonce difficile ; afin de réduire la masse tumorale, facilitant ainsi le geste chirurgical et évitant l'essaimage préopératoire. Il ne faut pas cependant dépasser une dose de 40 à 45 Gy. Si non le risque de complications post-opératoires augmente [90,94]. La radiothérapie post-opératoire est utilisée systématiquement par certaines équipes, elle n'est pour la plupart indiquée qu'en cas de résection non carcinologique et / ou de ganglions histologiquement atteints. Des doses de l'ordre de 50 Gy en fractionnement classique sont alors préconisées, associées ou non à des surimpressions de 10 à 15 Gy sur les zones suspectes. Le principal argument contre la radiothérapie post-opératoire est la nécessité d'irradier la plastie gastrique [73].

Dans notre série aucun des malades n'a bénéficié d'une radiothérapie néo adjuvante.

Selon des données récentes, quelle soit administrée en néo adjuvant ou en adjuvant, la radiothérapie n'a jamais montré de bénéfice en terme de survie globale dans les essais randomisés. Ces résultats sont peu surprenants dans la mesure où la radiothérapie et la chirurgie traitent la maladie au niveau local et régional alors qu'une grande majorité de patients décèdent d'une récurrence métastatique [79 ; 95].

b. Radiothérapie à visée palliative

La radiothérapie exclusive était utilisée avant les années 90 comme traitement le plus souvent palliatif des formes non résécables [68]. Le taux de survie à 5 ans était de 5 à 7 % avec une médiane de survie de 10 mois, mais cette thérapeutique s'adressait le plus souvent à des malades à l'état général précaire, récusées pour le traitement chirurgical [73 ; 93 ; 96].

Dans des séries importantes comme celles de HOUSTON ou de TORONTO, les facteurs associés à un bon résultat palliatif ont été le jeune âge, un bon indice de performance, le sexe féminin et la localisation au tiers inférieur [93].

Il n'y a pas de consensus sur la façon de la délivrer ; on peut réaliser une irradiation concentrée délivrant 20 Gy en 5 fractions et en cas d'amélioration symptomatique, la renouveler 3 à 4 semaines plus tard. Cette modalité à l'avantage par rapport à une irradiation classique (60 Gy en 6 semaines) de minimiser le temps de traitement, donc les déplacements et l'immobilisation du patient.

En effet, le but de la RT externe palliative est de ralentir la progression tumorale et de pallier la dysphagie et/ou la douleur. Elle est contre-indiquée en cas de fistule œsorespiratoire. La dysphagie est améliorée chez 50 à 80% des patients avec 60 Gy. Les inconvénients de la RT sont le délai moyen de 4 à 6 semaines nécessaire avant d'observer un bénéfice clinique et le taux de 30 à 50% de complication observées (œsophagite, sténose, fistule). La RT est le meilleur traitement des métastases osseuses douloureuses et des compressions médullaires [79].

1.3 Chimiothérapie

Le cancer de l'œsophage a un potentiel de diffusion métastatique précoce. Cette notion et l'échec relatif des traitements locorégionaux ont conduit à l'emploi de la chimiothérapie d'abord en monothérapie puis en utilisant une association de plusieurs drogues [90].

Elle peut être à visée curative ou palliative :

a. Chimiothérapie à visée curative

Initialement, les agents cytotoxiques n'ont leur place que dans les stades avancés, avec une efficacité faible. L'utilisation du cisplatine, au début des années 1980, a permis d'accroître le taux de réponses objectives et d'envisager d'utiliser la chimiothérapie dans les stades opérables [73].

Les drogues les plus intéressantes semblent être le cisplatine (CDDP), le 5-Fluoro-uracile (5-FU), le méthotrexate, la vindésine et la bléomycine. On notera la faible activité du carboplatine.

La polychimiothérapie donne habituellement des résultats supérieurs à la monochimiothérapie [73].

La chimiothérapie préopératoire permet une diminution du volume tumoral mais il est plus difficile de démontrer qu'elle améliore le taux de résecabilité. Les effets secondaires de la chimiothérapie s'accumulent en cas d'association mais il semble que la morbidité et la mortalité opératoires ne sont pas augmentées [90,97].

La chimiothérapie adjuvante n'a pas fait la preuve de son efficacité et fait l'objet de travaux d'évaluation [73].

Aucune étude de phase III n'a montré de bénéfice à une CT adjuvante sur la survie globale [98 ; 99 ; 100].

Des études ont montré un bénéfice en terme de survie sans récurrence en faveur du bras chirurgie+CT par rapport au bras chirurgie seule(90), sans différence significative en termes de survie globale [101].

Dans notre série un seul malade a eu une CT néoadjuvante, et un autre malade a eu une chimiothérapie adjuvante.

b. Chimiothérapie à visée palliative

La chimiothérapie exclusive peut se discuter chez des malades ayant une récurrence métastatique extra-médiastinale, ou d'emblée métastatique et ne présentant pas de dysphagie [91]. Une efficacité modérée de la CT en situation palliative a été montrée en utilisant le 5-Fluor uracile et le cisplatine. Chez des patients sélectionnés, le taux de réponse objective varie de 25 à 60% avec un taux de réponse complète de l'ordre de 4% et une médiane de survie de 11 mois [101].

De nouveaux agents cytostatiques sont à l'étude : l'adjonction de l'épirubicine aurait un bénéfice en réduisant le recours aux séances de laser ; la combinaison cisplatine-paclitaxel, agent radio sensibilisant, avec ou sans 5-FU, donne des taux de réponse de 48 à 70% avec des taux de réponses complètes de 12 à 23% [101].

1.4 Associations radio-chimiothérapiques

Pour améliorer les performances de la radiothérapie, l'association d'une chimiothérapie a été proposée, afin d'augmenter l'efficacité locale de l'irradiation par un effet radio-Sensibilisant et d'agir sur d'éventuelles micrométastases situées en dehors du champ de la radiothérapie [101 ; 102].

Les schémas d'associations peuvent être séquentiels (en général, la chimiothérapie précède la radiothérapie) ou concomitants (les deux modalités sont délivrées en même temps, dans le but d'exploiter au maximum le phénomène de supra-additivité).

Ces associations peuvent être utilisées en préopératoire ou de manière exclusive [73].

a. Associations radio-chimiothérapiques exclusives

L'association radiothérapie et chimiothérapie exclusives a été indiquée chez 19 patients inclus dans notre série (61%). Pour ces malades nous ne disposons pas d'une évaluation post RCT car ils ont été suivis à l'INO.

L'association radiothérapie et chimiothérapie donne objectivement des résultats supérieurs à la radiothérapie exclusive, comme l'ont démontré les essais contrôlés publiés, à condition que la chimiothérapie soit administrée de façon concomitante à la radiothérapie et à dose suffisante [79,101].

Pour améliorer les résultats des associations radio-chimiothérapiques, la curiethérapie endoluminale à haut débit de dose a été testée. Elle permet de délivrer une dose élevée à la tumeur œsophagienne par rapport à la dose délivrée aux organes de voisinage, grâce à une décroissance rapide de la dose avec la distance de la source. L'inconvénient majeur est de sous-doser l'irradiation des adénopathies médiastinales par rapport à la tumeur. La dose est généralement délivrée à 5 mm sous la muqueuse [57].

Les caractéristiques du type d'applicateur endo-œsophagien, du débit de dose, de la dose par fraction (6 Gy en Moyenne), du nombre de fractions, du fractionnement et des isotopes utilisés varient d'une étude à l'autre [57].

La curiethérapie utilisée en surdosage après radio chimiothérapie concomitante est dans l'ensemble assez bien tolérée.

Les complications sont essentiellement muqueuses (ulcérations, fistules). Des sténoses cicatricielles peuvent survenir dans un délai de 13 à 21 mois [57].

b. Associations radio-chimiothérapiques préopératoires

L'exérèse reste la pierre angulaire du traitement des cancers de l'œsophage. Cependant, malgré la réhabilitation d'une chirurgie maximaliste" qui privilégie les résections élargies et les curages ganglionnaires extensifs, les résultats demeurent insatisfaisants [40,56]. En conséquence, des traitements néo-adjuvants ont été proposés, non seulement à visée de réduction tumorale pour faciliter la résécabilité de ces cancers, mais aussi dans le but d'éliminer les potentielles métastases infracliniques et donc améliorer la survie globale de la maladie [56,11].

Le plus souvent la chimiothérapie consiste en du 5FU et du CDDP. Différents schémas de RT ont été testés, en association avec la CT. Il apparait d'une part qu'après irradiation concentrée en split course (4 Gy par séance, 5 jours par semaine, semaine 1 et 5), le contrôle local, la survie à 3 ans et la survie sans récidence sont significativement diminués par rapport à l'étalement classique (2 Gy par séance, 5 jours par semaine) [20], et d'autre part qu'une irradiation haute dose (64,8Gy), voire augmente la mortalité [103;79]. L'intervention chirurgicale a eu lieu entre la troisième et la sixième semaine suivant la fin de l'ARC. L'évaluation de la réponse au traitement est jugée sur la pièce opératoire [73].

En effet l'ARC préopératoire augmente les possibilités de réaliser une chirurgie curative sans augmenter significativement la morbidité et la mortalité opératoire [104].

Dans notre série aucun malade n'a bénéficié d'une ARC préopératoire.

1.5 Traitement endoscopiques

Le traitement endoscopique est à "visée palliative" lorsque la chirurgie est contre-indiquée: 70% des cancers de l'œsophage ne peuvent être opérés [100]. Le traitement

endoscopique peut aussi, être à “ visée curative” pour certains cancers superficiels inopérables en raison de l'état du patient [105].

a. Traitement endoscopiques à visée palliative

Les traitements palliatifs les plus utilisées reposent sur l'endoscopie, dans le but de maintenir la perméabilité de la filière digestive et de permettre au malade de manger et de déglutir sa salive : ils permettent ainsi un apport alimentaire, une certaine vie sociale et évitent les phénomènes de stase salivaire [93].

On en distingue :

▪ **Photo-destruction laser :**

Il s'agit de laser agissant par un effet thermique, entrant en contact avec un tissu, la lumière du faisceau laser est généralement absorbée par la substance et immédiatement transformée en chaleur.

L'action de la chaleur sur les tissus provoque des modifications qui sont différentes suivant la température atteinte : simple dénaturation des protéines à 55 – 60 °C, nécrose de coagulation entre 60–100°C, volatilisation de constituants, l'eau en particulier à 100°C, carbonisation à des températures à 100°C [106,107].

Le mode de fractionnement impulsionnel est utile pour l'incision et la vaporisation d'une lésion nécessitant une grande précision, par contre le laser continu s'applique davantage à la coagulation de régions plus importantes [106 ; 107].

L'utilisation de la fibre gainée impose l'usage d'un fibroscope ayant un canal opérateur de 2,8 mm. Les fibroscopes utilisés sont les fibroscopes optiques conventionnels [105,106].

Après exploration endoscopique complète de la zone tumorale, l'irradiation est conduite exclusivement sous contrôle de la vue. Le laser Nd-Yag peut être utilisé avec une puissance modérée (40 à 60 w), la réaction tissulaire obtenue est une nécrose de coagulation, à une puissance plus élevée, la réaction tissulaire obtenue est une vaporisation des tissus [106].

Le rythme des séances jusqu'à l'obtention d'une amélioration maximale se fait au rythme d'une séance tous les 2 ou 3 jours [106].

La surveillance au décours de la séance de laser concerne le réveil anesthésique et le risque hémorragique et perforatif. Il est donc préférable d'hospitaliser les patients 24 h au décours de chacune de séances [73 ; 106 ; 107].

Le traitement par laser Nd-YAG devrait être proposé en première intention chez les patients inopérables ayant une tumeur proliférante de moins de 6 cm de haut, il peut précéder la RTH et être associé à la chimiothérapie. En revanche ce traitement ne doit pas être effectué chez les patients ayant une anorexie sévère, une fistule, une sténose de l'œsophage non dilatable [106]. Il sera d'autant plus efficace et bien toléré que le malade présente un bon état général, une courte sténose œsophagienne, et une tumeur bourgeonnante plutôt du 1/3 moyen [108].

Les résultats semblent bons sur la dysphagie, parfois très rapidement, toujours de façon transitoire et doivent être entretenus par des séances itératives toutes les 2 à 4 semaines [73].

▪ **Intubation transmurale :**

Les prothèses sont actuellement le moyen thérapeutique palliatif le plus utilisé pour les sténoses tumorales œsophagiennes. Il consiste à mettre en place à travers la tumeur un tube rigide autorisant l'alimentation orale. Les prothèses sont indispensables lorsqu'il existe une fistule œsorespiratoire. Leur positionnement se fait par voie endoscopique en une séance et l'amélioration de la dysphagie est immédiate et durable dans 60 à 90 % des cas [73,67].

La mise en place du tube chirurgicalement est abandonnée.

L'intubation œsophagienne est donc un procédé qui, permettant d'éviter la gastrostomie, améliore la qualité des derniers mois de survie des malades inopérables ou porteurs de tumeurs inextirpables [73].

▪ **Les prothèses plastiques :**

Leur positionnement nécessite une dilatation importante avec un risque de complications immédiates dominées par les perforations, la mortalité se situant entre 2 et 8%. Les complications sont plus fréquentes en cas de volumineuse tumeur, de traitement préalable par la radiothérapie ou chimiothérapie, ou lorsque les sténoses sont très serrées ou de la région cardiaque [109].

La méthode a peu de contre-indications: Cancer trop sténosant indilatable, dysphagie sans sténose tumorale permettant d'appuyer la prothèse, cancer de l'œsophage cervical remontant trop près de la bouche œsophagienne, entraînant une intolérance de la prothèse du fait de la sensation de corps étranger [73].

▪ **Les prothèses métalliques auto-expansives :**

La facilité de pose des prothèses métalliques auto-expansives est liée à leur faible diamètre initial et à la souplesse des matériaux utilisés; rendant possible leur positionnement même en cas de sténose anfractueuse [45].

Le taux de réussite est supérieur à 95% et l'amélioration de la dysphagie est nette dans 80 à 100% des cas. Les complications immédiates sont plus rares (5 à 10 %) mais des complications tardives sont observées dans 30 à 40 % des cas ; il peut s'agir d'hémorragie, de douleurs thoraciques, de prolifération tumorale intra prothétique avec les prothèses non couvertes, de migration avec les prothèses couvertes [109].

Plusieurs types de prothèses métalliques sont actuellement disponibles, cependant leur coût élevé doit conduire à la réalisation d'études coût-efficacité afin de mieux définir leurs indications [109 ; 110 ; 111].

▪ **Electrocoagulation bipolaire :**

L'électrocoagulation bipolaire consiste à provoquer une nécrose de la partie interne de la tumeur par une sonde comportant deux électrodes circonférentielles [90].

C'est une technique de réalisation simple et ne nécessite qu'une courte hospitalisation de 2 à 3 Jours. Une anesthésie générale est souhaitable ou au moins une neuro-leptanalgie. Une séance de dilatation peut être nécessaire dans un premier temps [90,105].

Elle entraîne en une ou deux séances une amélioration de la dysphagie dans 70 à 90% des cas, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir une nécrose complète de la tumeur [90,106]. Elle se maintient pendant 4 à 12 semaines [105].

Les meilleures indications de l'électro-destruction à la sonde bicap sont les tumeurs circonférentielles longues notamment de l'œsophage cervical [99,97]. Il est souhaitable de s'assurer au préalable par l'écho-endoscopie que la tumeur a une épaisseur d'au moins 5 mm

sur toute sa circonférence et sur toute sa hauteur, car l'effet d'électrocoagulation bipolaire peut atteindre 4 mm de profondeur [105].

Les effets secondaires sont les perforations, les hémorragies et les fistules [99].

▪ **Electrocoagulation monopolaire** [105]

Le principe est de délivrer une énergie thermique entraînant selon l'intensité du courant soit une coagulation des protéines, soit une carbonisation, soit une volatisation. Comme en profondeur les tissus se coagulent ou se carbonisent, il se produit une augmentation de la résistance électrique et donc une diminution de l'intensité du courant qui limite le risque de perforation.

L'électrocoagulation est en principe indolore et ne nécessite pas d'anesthésie générale, une sédation par neuro-leptanalgie est cependant souhaitable.

Le traitement d'attaque comporte 1 à 3 séances réalisées en l'espace d'une semaine. Chaque séance dure entre 10 et 20 minutes. Les tissus électrocoagulés s'éliminent spontanément dans les 2 ou 3 jours qui suivent. Le résultat est considéré comme atteint quand on peut facilement passer un fibroscope de 11 mm à travers la sténose tumorale. Avec un tel calibre de lumière œsophagienne, une alimentation normale est possible. Le traitement d'attaque est suivi d'un traitement d'entretien quelques mois plus tard, en fonction de la récurrence de la dysphagie.

b. Traitements endoscopiques à visée curative

Ils s'adressent aux cancers ne dépassant pas la muqueuse ou la sous muqueuse chez des patients difficilement opérables, surtout lorsque l'échoendoscopie ne repère pas d'envahissement ganglionnaire [105]. Ces lésions correspondent aux classes Tis et T1 de la classification TNM (Annexe 2).

Classification des cancers superficiels [112] :

○Cancers T1 muqueux :

_m1 : in situ ou dysplasie sévère

_m2 : microinvasif (envahissant la lamina propria)

_m3 : les cancers envahissant la muscularis mucosae.

o Les cancers T1 sous muqueux :

_sm1 : partie superficielle de la sous-muqueuse

_sm2 : partie moyenne

_sm3 : partie profonde

Autre classification :

_T1a sans franchissement de la muscularis mucosae : moins de 4% d'adénopathies méconnues et possibilité de traitement endoscopique,

_T1b avec envahissement de la muscularis mucosae : ganglions envahis dans 30 à 60% des cas.

Les contre-indications à ce traitement sont le caractère déprimé ou ulcéré de la lésion et l'envahissement de la musculaire muqueuse.

Les cancers superficiels de l'œsophage sont méconnus dans notre contexte, tous les malades consultent à des stades beaucoup plus avancés.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées seules ou associées :

▪ **Mucosectomie :**

Le principe est de surélever la zone à réséquer en faisant une injection sous-muqueuse de sérum physiologique. La zone surélevée est ensuite réséquée à l'anse diathermique (figure 26). La surface à réséquer ne doit pas dépasser 1 à 1,5 cm² [113].

L'avantage important de la Mucosectomie par rapport à l'électrocoagulation ou le laser est de permettre l'analyse anatomopathologique de la pièce de résection et de s'assurer ainsi que l'ablation du cancer superficiel a été complète [105].

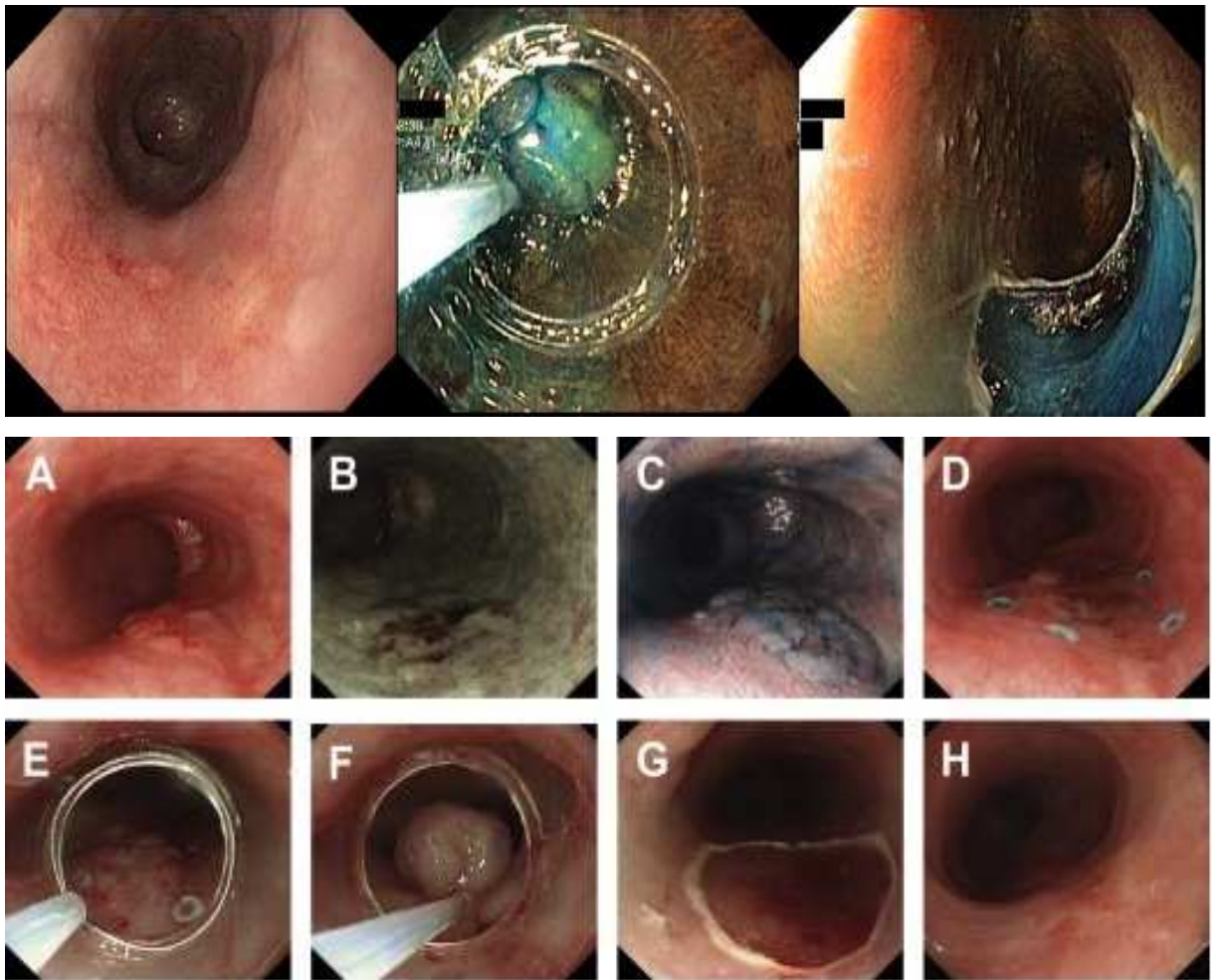


Figure26 : Exemples de mucosectomie [113,114].

▪ **La curiethérapie endocavitaire :**

Après repérage endoscopique, une sonde radioactive à haut débit (Iridium) est placée dans la sténose tumorale, permettant de délivrer 10 à 20 Gy en 2 à 4 séances séparées d'une semaine [109].

Elle peut être utilisée en complément à une radiothérapie externe quand une tumeur œsophagienne persiste ou récidive. Elle peut aussi être utilisée pour traitement d'une tumeur superficielle inopérable [105].

L'amélioration de la dysphagie est rapide, les résultats de cette technique sur un œsophage déjà irradié sont moins bons et les risques d'ulcération creusante ou d'hémorragie importants [109].

Ce traitement est très peu diffusé et nécessite une infrastructure lourde [90].

- **Lasers à colorant agissant par effet photochimique [106]**

Le principe d'action repose d'une part sur la détection et d'autre part sur l'activation d'un dérivé de l'hématoporphyrine, agent photo-sensibilisant ayant une grande affinité pour les tissus cancéreux. Il est administré par voie intraveineuse 2 jours avant l'irradiation par le laser.

Le laser utilisé émet des rayons de 630 nm de longueur d'onde. Une deuxième séance de laser peut être réalisée 48 à 72 heures plus tard, et l'on peut effectuer jusqu'à 3 cures à 1 mois d'intervalle. Du fait du risque de photosensibilisation cutanée, le patient devra rester à l'abri du soleil pendant une période conseillée de 4 semaines.

Cette thérapie photodynamique s'adresse à des tumeurs de petite taille.

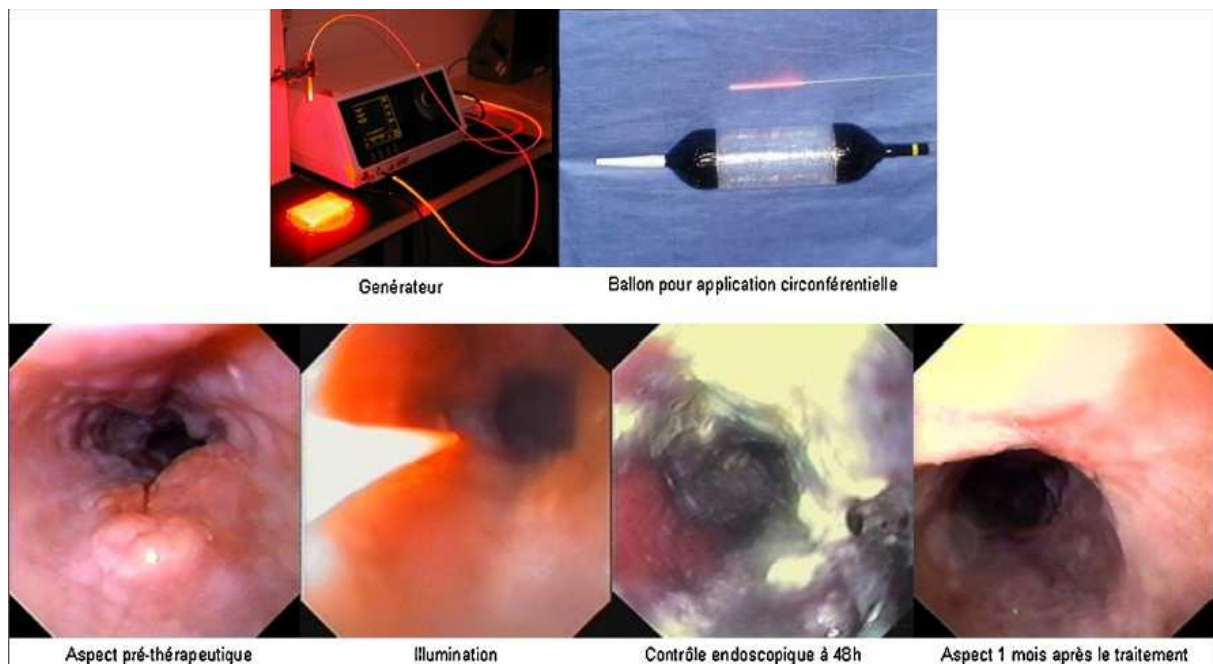


Figure27 : Matériels et exemple de traitement par thérapie photo dynamique [114].

2. indications thérapeutique

Au moment du diagnostic, 3 malades sur 4 sont jugés inopérables en raison de contre-indications liées au terrain ou à l'extension tumorale. L'exérèse à visée curative n'est finalement possible que chez 15 à 20% des patients. Les autres bénéficieront d'un traitement palliatif. Les indications thérapeutiques sont les mêmes pour les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes à ce jours, malgré leurs différences en termes de physiopathologie et d'anatomopathologie [101]. Des études récentes les considérer comme deux entités tumorales séparées exigeant des concepts thérapeutiques différenciés [115].

2.1 Les malades résécables

Du fait de l'efficacité des traitements adjuvants, il n'existe actuellement plus de place pour la chirurgie palliative (non R0) dont la mesure où elle est prévisible avant le geste

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

d'exérèse, de part le fait qu'elle n'améliore pas la survie et est grevée d'une mortalité et morbidité supérieures aux modalités thérapeutique non chirurgicales.

La chirurgie est considérée comme le traitement de référence chez les patients opérables porteurs d'une tumeur T1N0-1, T2N0-1 M0 (stade I et II). Pour ces tumeurs, elle peut être associée à une RCT néoadjuvante dans le cadre d'essais thérapeutiques [116 ; 101].

Dans notre pratique, nous nous limitons au traitement chirurgical pour ces malades dont le pourcentage reste faible.

Pour les patients opérables porteurs d'une tumeur T3N0-1M0, il n'existe pas de standard.

La RCT peut être proposée soit en situation néo adjuvante à la chirurgie, soit à visée exclusive, une étude de phase III a montré l'équivalence en termes de survie et de qualité de vie entre RCT exclusive et RCT puis chirurgie chez les patients répondeurs.

2.2. Les malades non résécables

La chirurgie n'est pas indiquée pour les tumeurs envahissant des organes médiastinaux (T4) ou avec des métastases à distance(M).

- si le malade est inopérable, la RCT concomitante constitue le traitement de choix en l'absence d'envahissement trachéo-bronchique. Elle doit être également proposée en cas d'extension ganglionnaire extra-thoracique ou métastatique chez des patients ayant un état général conserve. Il n'existe actuellement pas d'essai montrant la supériorité de la RCT sur la CT seul. En cas de réponse objective sur la tumeur primitive et les métastases, la RCT peut être suivie de CT seule.
- En cas d'atteinte de l'arbre respiratoire sans fistule, il est indiqué de réaliser une RT (faibles dose par fraction), associée à une CT si l'état général le permet.
- En cas de fistule, la mise en place d'une prothèse œsophagienne couverte est impérative, éventuellement associée à une prothèse respiratoire en cas de

- volumineuse lésion trachéale ou bronchique. Sous couvert de la prothèse, la RT peut alors être réalisée.
- En cas de contre-indication à la CT, le traitement palliatif repose sur RT seule.
- En cas de nécessité d'une palliation rapide de la dysphagie, une désobstruction tumorale endoscopique peut être associée. Le traitement endoscopique est parfois la seule option thérapeutique chez les patients ne pouvant bénéficier d'autres traitements.
- En cas de récurrence tumorale, le traitement est fonction du traitement initial. Une RCT peut être proposée en cas de récurrence après RCT, un traitement chirurgical palliatif «de sauvetage » est parfois possible [117].

2.3 Cas particuliers

a. cancers de l'œsophage cervical

Ce sont les cancers situés entre le bord inférieur du cartilage thyroïde et le défilé cervicothoracique (15 à 19 cm des arcades dentaires). L'extension locale vers les organes de voisinage dans cette région étroite rend plus fréquente l'exérèse chirurgicale palliative. Deux pathologies différentes peuvent être distinguées :

a.1 les cancers envahissant la bouche de l'œsophage :

Ceux sont soit des cancers primitivement localisés à ce niveau, soit cancers de l'hypopharynx ou de l'œsophage cervical envahissant la bouche œsophagienne par contiguïté ; ou situés à moins de 2 cm de la bouche de l'œsophage : la chirurgie de première intention a disparu au profit de la RCT exclusive qui donne des résultats carcinologiques superposables en termes de survie, tout en évitant un geste chirurgical lourd avec sacrifice vocal. La chirurgie (oesopharyngolaryngectomie totale circulaire avec gastroplastie ou coloplastie) est réservée aux échecs de la RCT [118].

a.2 Les cancers de l'œsophage cervical situés à plus de 2 cm de la bouche œsophagienne :

Ils relèvent d'une œsophagectomie classique par triple voie d'abord, après s'être assuré de la resecabilité tumorale éventuellement par abord cervical premier. La RCT néo adjuvante avec

réévaluation est fréquemment proposée pour faciliter l'exérèse à visée curative de ces cancers d'abord complexe.

b. cancers superficiels

La prise en charge thérapeutique endoscopique de ces cancers doit comporter :

- Une évaluation endoscopique de lésion selon la classification japonaise des cancers superficiels ;
- Une coloration au lugol permettant d'apprécier la taille de la tumeur et l'existence de foyers de dysplasie adjacents ;
- Une évaluation écho endoscopique par minisonde à haute fréquence.

❖ **Chez les malades opérables :**

Les tumeurs classées m1 ou m2 peuvent être traitées par mucoséctomie car les risques d'envahissement ganglionnaire est très faible (<5%).

Les tumeurs de type m3 peuvent être traitées par mucoséctomie ou chirurgie selon leur extension en surface.

❖ **Chez les malades inopérables :**

Les cancers m3 et sous muqueux peuvent être traités par une méthode endoscopique associée à une RT externe ou à une RCT. Pour ces cancers, le risque d'envahissement lymphatique est de 5 à 16% et le risque d'envahissement vasculaire de 19 à 58% [79]. La curiethérapie endoluminale à haut débit de dose peut être également indiquée, de même que le laser Yag et la coagulation à l'argon.

La thérapie photodynamique peut traiter avec succès des lésions de plus de 2 cm de diamètre [119].

La surveillance après traitement endoscopique doit être rapprochée, à savoir tous les trois mois la première année puis tous les six mois pendant deux ans, puis une fois par an, en raison du risque de récurrence locale et seconde localisation.

c. Association cancer de l'œsophage et des voies aérodigestives supérieures :

Problème souvent complexe, la décision thérapeutique ne peut être prise qu'après stadification très précise des tumeurs, une évaluation minutieuse du terrain et une concertation

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

multidisciplinaire. Le pronostic défavorable de ces deux types de carcinomes et leur proximité anatomique compliquent la stratégie et limitent les options thérapeutiques pour chaque localisation [120].

Lorsque l'une des localisations ne peut être traitée efficacement que par un procédé thérapeutique (chirurgie ou CRT), celui-ci doit être employé en priorité pour traiter également la seconde lésion en cours du même temps opératoire. Le pronostic est mauvais avec, après résection R0, une survie à cinq ans de 25% [79].

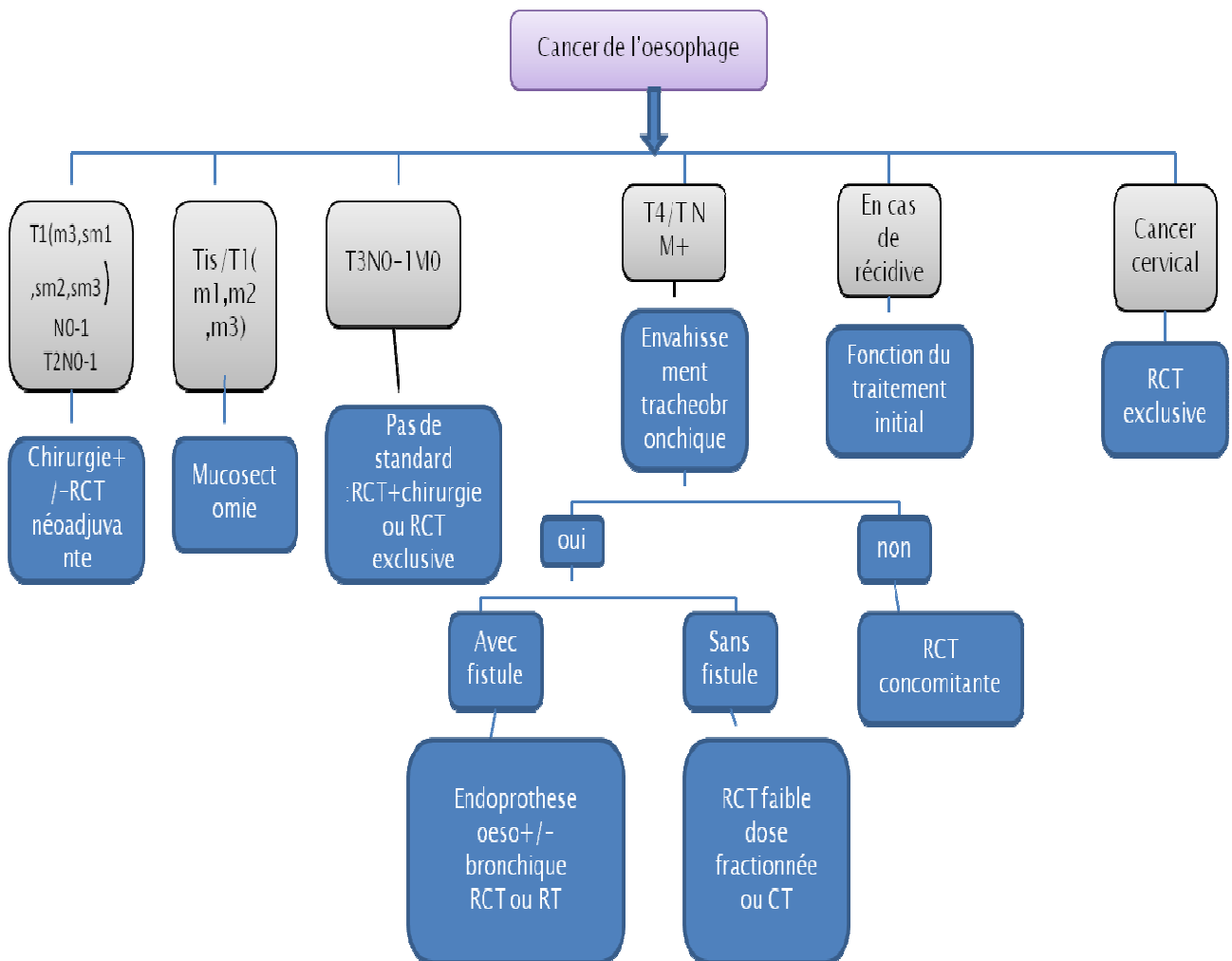


Figure28 : schéma récapitulatif des indications thérapeutiques

3. Les résultats du traitement

Si l'on considère la totalité des cancers de l'œsophage rencontrés dans une population, les résultats, toutes méthodes thérapeutiques confondues, restent très décevants [73].

Si l'on se limite aux résultats des exérèses chirurgicales, éventuellement associées aux traitements néoadjuvants, donc de patients sélectionnés, de grand progrès ont été effectués au cours des 15 dernières années. Ils sont liés à une meilleure sélection des opérés grâce aux techniques d'imagerie (scanner, échoendoscopie), et aux explorations fonctionnelles respiratoires et cardiaques notamment ; à une meilleure approche des procédés anesthésique et de réanimation post-opératoire et à une amélioration des techniques chirurgicales utilisant des procédés plus fiables et des matériaux plus élaborés [73].

3.1 Mortalité post-opératoire

L'amélioration de la mortalité post-opératoire s'est poursuivie depuis les études multicentriques des années 70 (29%) et 80 (13%). Le taux de mortalité des dernières études est proche de 10% et inférieur à 5% dans les séries provenant d'équipes spécialisées [40 ; 74].

L'expérience des équipes chirurgicales et la qualité de l'encadrement péri-opératoire apparaissent déterminantes.

Les chiffres de mortalité opératoire les plus bas (inférieur à 2%) sont observés au Japon. Ces résultats pourraient être la conséquence d'une moindre altération de l'état général chez les malades japonais pour les quelles existe une politique de dépistage [90] (tableau XV).

Tableau XV: Taux de mortalité post-opératoire selon les auteurs

Auteurs (Réf)	Année	Nombre de cas	Taux de mortalité post-op (%)
F. Mauvais [120]	2000	59	9
M. BILOSI [28]	1999	42	14,2
TRIBOULI [121]	1999	626	5,2
FAVRE [in 28]	1998	42	14
HOLSCHER [in 121]	1997	186	4,8
TABECH [42]	1997	75	4
LOZACH [84]	1997	264	4,5
ELLIS [121]	1997	454	3,7
CALAMENT [50]	1993	716	8
ELLIS [88]	1993	200	10,6
ORINGER [in 84]	1993	359	5
MARTIA[58]	2008	1000	5,9
SERIE RABAT[22]	2008	14	21
NOTRE SERIE	2011	7	42

Nous constatons que notre taux de mortalité postopératoire est plus élevé par rapport à ceux de la littérature.

Des efforts doivent être faits pour améliorer cette mortalité. En préopératoire par une sélection rigoureuse des malades à opérer. Ces patients sélectionnés doivent bénéficier d'une bonne préparation avant l'intervention qui doit être réalisé dans des sites experts spécialisés

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

dans la prise en charge du cancer de l'œsophage et disposant de tous les moyens techniques et humains nécessaires.

En postopératoire, la prise en charge dans les services de réanimation afin d'éviter certaines complications mortelles.

Toutes ces conditions ne peuvent être réunies que dans un site comportant un plateau technique performant et des praticiens spécialisés.

3.2 La morbidité

Le taux de complications postopératoires reste de l'ordre de 26 à 41% dans les essais randomisés récents, elles sont fréquentes, nombreuses et graves [79].

a. Complications respiratoires

Elles concernent 10 à 35% des opérés et sont responsables de 50% des décès, soit 3% des opérés [79].

Ce sont : l'œdème pulmonaire isolé, favorisé par une cardiopathie ou provoqué par une surcharge liquidienne ou associé à une fistule ; les atelectasies qui diminuent de fréquence par la fibro-aspiration per et post-opératoire ; les pneumopathies bactériennes qui restent un souci majeur ; très rarement le syndrome de détresse respiratoire de l'adulte [79].

La fréquence et la gravité de ces complications soulignent l'importance de l'évaluation de la fonction respiratoire préopératoire et la prise en charge kinésithérapeutique pré et post-opératoire [90]. Les résections avec anastomoses cervicales comportent des complications respiratoires plus nombreuses et plus souvent mortelles qu'en cas d'anastomose thoracique sans doute en raison du nombre plus élevé de fistules, de paralysies récurrentielles et de régurgitations intra-trachéo bronchiques [73].

Tableau XVI: Fréquence des complications respiratoires après chirurgie des cancers de l'œsophage.

Auteurs (Réf)	Nombre d'opérés	Taux de complications respiratoires (%)	Taux de Mortalité par complications respiratoires (%)
LOZACH [84]	264	16	41,7
MAUVAIS [121]	59	33,8	-
TABECH [40]	75	28	-
MASSOUL [90]	-	20	33
FEKETE [73]	-	30	35
Série Rabat[22]	14	14	-
Notre série	7	71	-

b. Fistules

La fistule anastomotique œsogastrique a de tous temps constitué la complication majeure de la chirurgie œsophagienne. Elle survient dans 4 % à 17 % des cas. Ces fistules sont la source majeure de mortalité et la morbidité, particulièrement quand l'anastomose est intrathoracique [122].

Le principal facteur influençant le taux de fistules anastomotiques semble être le siège thoracique ou cervical de l'anastomose, car le taux de fistule est compris entre 4 et 6% en cas d'anastomose intrathoracique et entre 12 et 16% en cas d'anastomose cervicale [79]. Les fistules cervicales sont beaucoup plus nombreuses mais un peu moins graves [73]. La moins bonne qualité de la vascularisation des transplants gastriques ascensionnés au cou explique cette différence [90].

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

Une fistule anastomotique peut être asymptomatique tant que l'alimentation orale est interrompue et c'est la raison pour laquelle la plupart des auteurs la recherchent systématiquement par opacification radiologique avant la réalimentation [90,73].

Les conséquences d'une fistule anastomotique sont variables en fonction de leur siège : Les fistules intra-thoraciques sont le plus souvent mortelles car elles peuvent entraîner une médiastinite grave alors que les fistules cervicales sont en règle mieux tolérées car elles s'extériorisent facilement à la peau [61 ; 90].

La nature de la plastie, utilisant l'estomac ou le côlon, et la technique de réalisation de l'anastomose, utilisant une suture manuelle ou mécanique, ne semblent pas avoir d'incidence sur la prévalence ou la gravité des fistules [90].

Dans notre série nous rapportons 2 cas de médiastinite responsable de 2 décès.

La fistule peut être traitée chirurgicalement ou par voie endoscopique avec mise en place d'un endoprothèse (figure29).

Example of endoscopic stent treatment in a patient with anastomotic leakage after abdomino-thoracic esophageal resection with gastric tube reconstruction (hand-sutured anastomosis). a The leak within the anastomotic line after endoscopic rinsing with saline appears at 12:00. b Endoscopic view after stent implantation (10 cm, Ultraflex®, 28/23 mm). The loop for extraction appears at 6:00. c The anastomosis after stent extraction 2 months after implantation. The former leak is entirely closed. Granulomatous tissue indicates the uncovered part of the stent. d The esophago-gastric anastomosis on control endoscopy 3 months after stent extraction. There are no signs of stenosis.

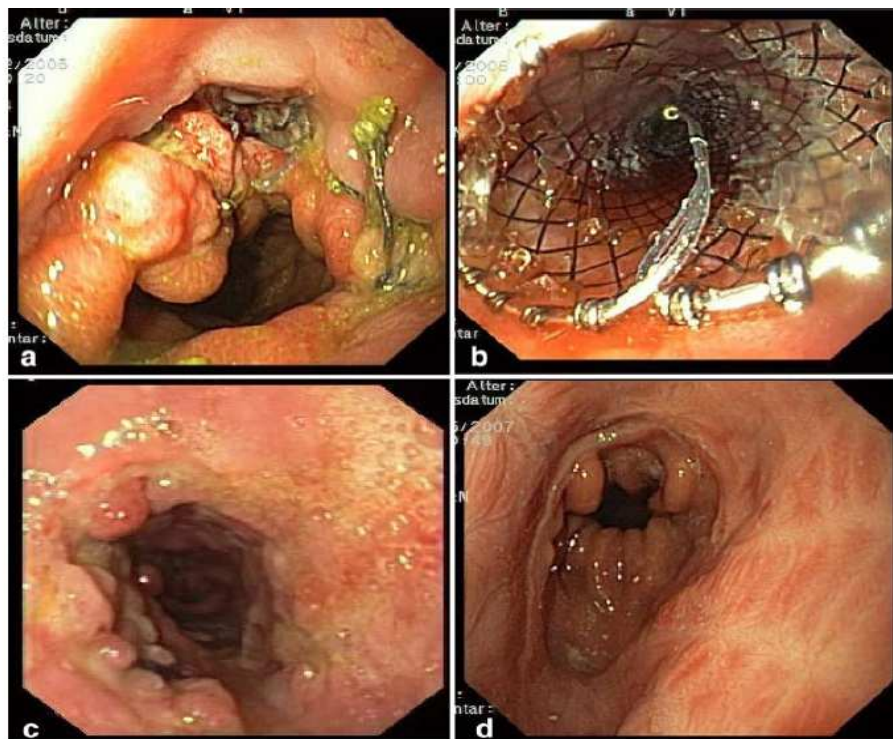


Figure29 : fistule anastomotique avant et après traitement endoscopique par endoprothèse [122].

c. Le chylothorax

Sa fréquence est de l'ordre de 1 à 2%. Il peut n'apparaître qu'à la reprise de l'alimentation. Un traitement médical d'épreuve par l'étiléfrine ou par la somatostatine peut être testé pendant 48 heures associé à un jeûne. En cas d'échec, une réintervention thoracique précoce avec ligature de tous les éléments situés entre l'aorte et le rachis doit être proposée. La prévention est assurée par la ligature systématique du canal thoracique [79].

d. Complications non spécifiques

Elles sont nombreuses et parfois iatrogènes. Elles représentent 40% des décès (embolie pulmonaire, septicémie, pneumothorax après ponction, complications cardio-vasculaire...) [73].

3.3 La survie

La survie globale à 5 ans du cancer de l'œsophage est de 10%. Elle est de 30% après résection.

Elle varie de 34 à 50% après chirurgie radicale en bloc R0, en association avec un traitement néo adjuvant pour les tumeurs localement avancées [123 ; 124 ; 125]. Elle est de 47% selon Mariette et al [79] après chirurgie curative [126].

Après exérèse incomplète de type R1 ou R2, les taux de survie à 5 ans sont de 7% et 0% respectivement. La survie après exérèse chirurgicale est dépendante du stade tumoral.

CONCLUSION

Prise en charge de cancer de l'œsophage etude retrospective sur 05 ans

Le pronostic du cancer de l'œsophage reste sévère, avec un taux de survie à 5 ans ne dépassant pas 10%. Ce pronostic péjoratif est lié en grande partie à un diagnostic tardif. En effet, la majorité des malades consultent au stade de dysphagie voir d'aphagie.

Les contre-indications liées au terrain, à la localisation de la tumeur et à son extension aux organes de voisinage font qu'un grand nombre des malades n'ont pas d'indication chirurgicale pour le traitement curatif.

En fait la prise en charge du cancer de l'œsophage fait appel à un arsenal thérapeutique composé de radio chimiothérapie, d'endoscopie interventionnelle et de la chirurgie.

Dans notre contexte 71,25% de malades n'avaient pas d'indication chirurgicale curative d'où l'intérêt de développer chez nous les autres méthodes non chirurgicales.

Seulement 13% des malades ont eu un traitement chirurgical mais nous gardons un taux de morbidité et de mortalité élevée qu'il convient d'améliorer en instaurant des plateaux techniques spécialisés voir même des centres de référence.

Il en sort de notre étude les recommandations suivantes :

- Le diagnostic précoce : généralisation de la fibroscopie devant toute symptomatologie œsophagienne.
- La prise en charge de ce genre de cancer doit être réalisé dans des centres de référence équipés par m'ensemble des thérapeutiques requises ; c'est dire l'intérêt d'installer un ou deux centres selon les besoins dans le royaume.

RESUMES

Résumé

Le cancer de l'œsophage est une lésion hautement maligne et d'un pronostic souvent sévère. Sa prise en charge a connu beaucoup de progrès en matière de diagnostic et du traitement. Nous rapportons dans ce travail l'étude d'une série de 54 cas de cancer de l'œsophage collectés au sein du service de chirurgie viscérale du centre hospitalier Ibn Tofail durant 5 ans du janvier 2006 au décembre 2010. l'âge moyen de nos malades était de 55 ans. Les hommes représentaient 59,25% des cas avec un sexe ratio de 1,4. Le délai de diagnostic était de 5 mois en moyenne et 92% des malades avaient consulté au stade de dysphagie. La fibroscopie œsogastroduodénale avec réalisation de biopsies a permis de poser le diagnostic dans tous les cas. 07 malades ont été sélectionnés pour une chirurgie curative, la voie d'abord de prédilection était celle de Lewis Santy 71,4%, la chimiothérapie néoadjuvante a été indiquée dans un cas 14,28%, une chimiothérapie adjuvante dans un cas 14,28% et une radio-chimiothérapie adjuvante dans un cas aussi 14,28%. Chez le reste des malades le traitement a été palliatif. La mortalité post-opératoire dans notre série a été de l'ordre de 42,86%. Comme complications post-opératoires, nous avons noté 2 cas de médiastinite (28,57%), 2 cas de fistule anastomotique (28,75%) et un cas de pneumopathie (14,28%).

Summary

Cancer of the esophagus is a highly malignant lesion and the prognosis is often severe. Its management has known a lot of progress in diagnosis and treatment. We report in this work the study of a series of 54 cases of esophageal cancer collected within the visceral surgery department of the hospital Ibn Tofail for 5 years from January 2006 to December 2010. The average age of our patients was 55 years. Males accounted for 59.25% of cases with a sex ratio of 1.4. The period of diagnosis was 5 months on average and 92% of patients had consulted at the stage of dysphagia. Endoscopy with biopsies œsogastroduodénale allowed the diagnosis in all cases. 07 patients were selected for curative surgery, the surgical approach of choice was that of Lewis Santy 71.4%, neoadjuvant chemotherapy was shown in a case 14.28%, adjuvant chemotherapy in a case 14.28% and a radio-adjuvant chemotherapy in a case as 14.28%. In the remaining patients the treatment was palliative. The postoperative mortality in our series was in the range of 42.86%. As postoperative complications, we noted two cases of mediastinitis (28.57%), 2 cases of anastomotic leakage (28.75%) and one case of pneumonia (14.28%).

ملخص

يعتبر سرطان المريء آفة خبيثة للغاية وسيء الإنذار غالبا. وقد شهدت معالجته الكثير من التقدم في مجال التشخيص والعلاج. أجرينا دراسة لسلسلة من 54 حالة من سرطان المريء تم جمعها في قسم الجراحة الباطنية لمستشفى ابن طفيل خلال 5 سنوات من يناير 2006 الى دجنبر 2010. متوسط سن المرضى لدينا كان 55 عاما. نسبة الذكور 59.25%. من الحالات مع نسبة 1.4 الجنس. امتد أجل التشخيص إلى 5 أشهر في المتوسط، 92% من المرضى قد استشاروا في مرحلة عسر البلع. مكن التنظير الإليافي للمريء والمعدة والعفج مع إجراء خزعات من تشخيص المرض في جميع الحالات. تم اختيار 07 مرضى للجراحة العلاجية، سبيل الافتضاض الجراحي الأكثر استعمالا هو سبيل Lewis Santy حيث استعمل في 71,4% من الحالات. العلاج الكيميائي ما قبل الجراحة استعمل في حالة واحدة (14.28%)، والعلاج الكيميائي ما بعد الجراحة في حالة واحدة (14.28%) والعلاج الكيميائي والإشعاعي ما بعد الجراحة في حالة واحدة (14.28%). في الحالات المتبقية كان العلاج الملطفة. وكان معدل وفيات ما بعد الجراحة لدينا في حدود (42.86%). في ما يخص مضاعفات ما بعد الجراحة، لاحظنا حالتين من التهاب المنصف (28.57%)، و حالتين من التسرب التفاعري (28.75%)، وحالة واحدة من الالتهاب الرئوي (14.28%).

BIBLIOGRAPHIE

1-G.SCHMUTZ, S.OU, D.BELANGER, A. BERNARD, C. BEAULIEU, H. M. LOI, B. et al

Tumeurs bénignes de l'œsophage.

EMC, 2011,33-070-C-10

2-N. BRIEZ, C. GRONNIER, C. MARIETTE

Cancer de la jonction œsogastrique : épidémiologie, diagnostic et traitement

EMC, 2011, 9-027-A-27

**3- E.F.W. Courrech Staal , K.M. Bloemendal , M.C. Bloemer , B.M.P. Aleman ,
A. Cats ,et al.**

Oesophageal cancer treatment in a tertiary referral hospital evaluated by indicators
for quality of care

EJSO ,2012,38, 150-156

4-G. CRECHANGE A, F. BONNETAIN B, B.CHAUFFERT C, P. RATD,L. BEDENNE E, P. MAINGONA.

Prise en charge des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique résécables : quel traitement
péri opératoire

Cancer/radiothérapie 12-2008-365-373

5-DE P RE. CH, HUBERO O, POPOWSKI Y, ROTH A.

Traitement du cancer de l'œsophage : un modèl d'approche multidisciplinaire.

Méd et Hyg 51, 2694-2697, 1993

6-DUMONT P,WIHLM J, HENTZ J, ROESLIN N, LION R, MORAND G.

Respiratory complications after surgical treatment of oesophageal cancer

Eur. J .Cardiothorac.Surg. 1995, 9: 539-543

7-INSERM

Le cannabis favoriserait les cancers

www.inserm.fr

8-CANCER STATISTICS DIGEST

Comparison of Time Trends in oesophagus incidence(1973–1997) in East Asia, Europe,and the USA, from cancer incidence in five continents

Jpn J Clin Oncol 2007,37(11),893–895

9-W.STEWART PAUL KLEIHUES

WORLD CANCER REPORT

IARC Press Lyon 2003

10-LAUNOY G.

Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.

Réseau français des registres du cancer, Francim Hôpitaux de Lyon, Inserm , Institut de veille sanitaire. 2003

11- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES).

Evaluation de la radiothérapie conformationnelle 3D-Rapport d'étape 2003.

www.anaes.fr.

12-HADANE A.

Répartition des cancers au centre d'oncologie du CHU Ibn Rochd de Casa à propos de 9925 cas (01 janvier- Décembre 2000).

Thèse, Méd, Casa, 2003, N°351,2003

13-KATLIK MR, WILKIN EW, GRILLO HC.

Three decades of treatment of esophageal squamous carcinoma at the Massachusetts General Hospital.

J.Thorac.Cardiovasc. Surg, 1990, 99, 5:929–938

14-ELIAS D.

Traitement du cancer épidermoïde de l'œsophage.

Ann Chir .Avril 1984, Vol 38, N 3

15-BENCHAKROUN H.

Cancer de l'œsophage : Aspects thérapeutiques et pronostiques (à propos de 50 cas).

Thèse. Méd .Casa 1995, N° 103.

16-LOZAC'H P, TOPART P,KHOURY-HELOU A, VOLANT A

Intervention d'Ivor Lewis pour cancer épidermoïde de l'œsophage. A propos de 264 cas

J. chir. 1997,134,9-10 :349-356

17-RKAIBA A.

Répartitions des cancers au centre d'oncologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca à propos de 8355 cas.

Thèse, Méd, Casa, 1998, N° 171.

18-BENMANSOUR Y.

Cancers de l'œsophage (à propos de 41 cas)

Thèse. Méd. Casa 2000, N° 7.

19-MEDICAL RESEARCH COUNCIL OESOPHAGEAL CANCER WORKING PARTY.

Surgical resection with or without preoperative chemotherapy in oesophageal cancer: a randomized controlled trial.

Lancet 2002, 359:1727-1733.

20 -ALIDINA A, GAFFAR A, HUSSEIN F,ISLAM M, VASIRI I, BURNEY I ,et al.

Survival data and prognostic factors seen in Pakistani patients with esophageal cancer.

Annals of oncology 15:118-122, 2004.

21-HAYAT MOUHSSIN

Cancer de l'œsophage: expérience du centre d'oncologie IBN ROCHD de Casa Blanca (1996-2000)

Thèse n 325 année 2005

22- AIT ABBI BOUCHRA

Prise en charge du cancer de l'œsophage à la clinique chirurgicale « c » a propos de 80 cas.

Thèse n 18 année 2008

23-C.MARIETTE, J-P TRIBOULET

Traitement du cancer de l'œsophage

EMC-chirurgie 1,2004 ,643-661.

24-LAUNOY G, MILAN CH, FAIVER J, PIENKOWSKI P, MILAN CI, GIGNOUX M.

Alcohol, tobacco and esophageal cancer effects of the duration of consumption, mean intake and former consumption.

Br J Cancer 1997, 75:1389-96

25-BENAMOUZIG. R ; EZRATTY. V ; MUNOZ. N.

Facteurs étiologiques et mécanismes du cancer épidermoïde de l'œsophage.

Deuxième partie : Pathologies et mécanismes cellulaires et Moléculaires associés au développement tumoral.

Gastroenterol. Clin. Biol., 1994, 18 ,1 : 26 - 32

26-FICHER D.

Cancer de l'œsophage -Traitement-Chirurgie

Notes de lecture de D Fischer.ANGH

27- ONCOLOR ; RESEAU DE SANTE EN CANCEROLOGIE DE LA REGION LORRAINE.

La radiothérapie adjuvante du sein associée à un risque de cancer de l'œsophage.

American Journal of Epidemiology 2005, Vol 161,P :30-337.

28- BENAMOUZIG R, EZRRATY V, MUNOZ N

Facteurs étiologiques et mécanismes du cancer de l'œsophage.

Deuxième partie : pathologie et mécanismes cellulaires et moléculaires associés au développement tumoral.

Gastroenterol Clin Biol 1994 ;18 :26-32.

29- WERNER GARAVELLO, EVA NEGRI,RENATO TALAMINI ,FABIO LEVI, PAOLA ZAMBON,DAL MASO et a.l

Family history of cancer, its combination with smoking and Drinking, and Risk of Cell Carcinoma of Eosphagus

Cancer epidemiology, Biomarkers & Prevention

30- ELLIS A, FIELD JK, FIELD EA, FRIEDMANN PS, FRYER A, HOWARD P ET AL.

Tylosis associated With carcinoma of the esophagus and leukoplasia in a large Liverpool family: a review of six generations.

Oral Onc, Eur. Cancer 1994,30:102-12.

31- G. CREHANGE A , F.BONNETAIN B, B.CHAUFFERT C, P.RATD,L.BEDENNE E, P.MAINGONA

Prise en charge des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique résecables : quel traitement périopératoire ?

Cancer/Radiothérapie, 12,2008 :365-373

32- BOYER,J

Endobrachy-œsophage

La revue du praticien (paris)1999,49,1159-65

33- ROBASZKIEWICZ M.

De l'endobrachyoesophage à l'adénocarcinome : peut-on déjouer les dangers d'une histoire naturelle ?

Gastrol Clin Biol, 1996,20,B89_B97.

34- J. Lagergren, F. Mattsson

Cholecystectomy as a risk factor for oesophageal Adenocarcinoma.

British Journal of Surgery 2011; 98: 1133-1137

35- GIGNOUX M. VERWAERDE J.C.

Cancer de l'œsophage : Epidémiologie, étiologie, diagnostic.

Rev. Prat.,1996, 46, 7: 901-906

36- MULLER J M, ERASMI H, STELZNER M, ZIERN U, PICHLMAIER H.

Surgical therapy of oesophageal carcinoma.

Br.J.SURG.1990; 77: n8:845-57.

37- ROTH J A, LICHTER A S,PUTNAM J B, FORASTIERE AF

Chapter 25.Cancer of oesophagus. Cancer : Principles & practice of oncology. Fourth edition.

Edited by de Vita, Hellman, Rosenberg.J B Lippincot Co

Philadelphia 1993:776-95.

38- ROLACHON.A, PAPILLON.E, LEROY.V, GUEDDAH.N, FOURNET.J

Les protheses oesophagiennes métalliques expansives sont elles un traitement des sténoses malignes de l'œsophage ? Etude prospective de 32 cas.

Gastroenterol. Clin.Biol, 1998,22,1:12_24.

39- WORONOFF.AS, MERCIER.M, GIGNOUX.M, CHAILLARD.G, BOSSET.JF, et al

Facteurs pronostiques des cancers épidermoïdes de l'œsophage opérables.

Gastroenterol, Clin.Biol, 1998,22,2 :168-174.

40- TABECH.AZ, TOPART.P, VANDENBROUCKE.F, LOZAC'H.P.

Cancer épidermoïde T3 de l'oesophage.

Service rendu par l'exerese chirurgicale exclusive et analyse des facteurs pronostiques.

J.Chir, 1997, 134,9-10 ;362-367.

41- FEKETE.F, AMOUYAL.P, FLEYOU.JF, GODEBERGE.P, LANGONNET.F.

Cancer de l'oesophage.

EMC, 1995,9-205-A-20.

42- BYTZER.P, CHRISTENSEN.PB, DAMKIER.P, VINDING.K.

Adenocarcinome of the oesophagus and Barret's oesophagus: Based study.

A.J.G., 1999, 94,1 :86-91.

43- RAOUL.JL, BENAMOZIG.R, BURTIN.P.

Prise en charge diagnostique des cancers épidermoïde de l'oesophage.

Gastro enterol. Clin.Biol, 1999,23 :599-606.

44- JOUGON. JB, BALLESTER.M, DUFFEY.J, IDUBREZ.J, OELAIEMENT.C.

Esophagectomy for cancer in patient aged 70 years and older.

Ann. Thorac.Surg, 1997,63,5:1423-27.

45- MC LARTY.AJ, DESCHAMPS.C, TRASTEK.VF, ALLEN.MS.

Esophageal resection for cancer of the oesophagus, lang term function and quality of life.

Ann.Thorac.Surg, 1997,63,6:1568-72.

46- ADENIS A, CATALA P, MIRABEL X, TRIBOULET JP

Les cancers de l'œsophage.

Bulletin du cancer. Vol 88, Numéro 10,965-83, Octobre 2001

47- FÉKÉTÉ F, AMOUYAL P, FLÉJOU J.-F, GODEBERGE P, LANGONNET F, SAUVANET A ET VILGRAIN.

Cancer de l'œsophage .

Editions techniques – encycl. Méd. Chir (Paris – France), Gastro-entérologie, 9-205-A-20, 1995,15P.

48- SCHMITT CM, BRAZER SR.

Clinical aspects of esophageal cancer.

In :Gastrintestinal cancers:biology,diagnosis and therapy.

Rustgi AK (Ed),Lippincot-Raven Publishers, Philadelphia, 1995;91-114.

49- TRIBOULET.TP.

Cancers de l'oesophage: epidemiologie,étiologie,diagnostic.

Rev.Prat, 1999,46,6 :635-638

50- CALAMENT.G, CAUVIN.JM, ROBASZKIEWI.CZ.M, NOUSBAUM.JB.

Traitement et survie du cancer épidermoïde de l'œsophage dans le département du finistere entre 1984 et 1988, A propos de 716 cas.

Gastroenterol.Clin.Biol, 1993,17,1 :9-16.

51- J.P.TRIBOULET, C.MARIETTE, E.LETEURTRE, V.MAUNOURY.

Cancer de l'œsophage.

EMC,2009,9-205-A-20.

52- A.JOURET, J.HAOT

Aspects macroscopiques et microscopiques des cancers oesophagiens.

Acta Endoscopica, Volume 28 – N 4 – 1998

53- LE PRISE E, ETIENNE PL, MEUNIER B, MADDERN G, BEN HASSEL M, GEDOUIN D,et al.

A randomized therapy, and surgery versus surgery for localized squamous cell carcinoma of the esophagus

Cancer 1994, 73:1779-1784.

54-FEKETE. F ; AUVANET.A ; ZINS.M ; BERTHOUX . L ; AMAUYAL.G.

Imagerie du cancer de l'oesophage : Echo endoscopie ou tomopdensitométrie?

Ann. Chir, 1995, 49, 7 : 573-579

55- ELIAS.D ; LASSER.P ; HATCHOUEL. JM ; ESCUDIER .B .,

study of chemotherapy radiation , Etude multifactorielle prospective des facteurs pronostiques de 200 cancers épidermoïdes de l'oesophage opérés : Définition des malades tirant bénéfice de l'exérèse chirurgicale.

Gastroenterol.Clin. Biol, 1993 , 17,1 : 17-25 .

56-THOMAS.P ; GARBE ; PERRIER.H ; HANNOUN - LEVI.JM.

Traitement d'induction des cancers de l'oesophage opérables localement avancés.

Signification pronostique de la réponse histologique

Ann. Chir, 1997, 51, 3 : 222 - 231.

57-TAIEB. S ; VAILLANT. E ; POMMIER . P ; BON VOISIN .S ; DESSEIGN .E.F

Traitement à visée curative du cancer de l'oesophage non métastatique: chimio-radiothérapie concomitante et et surdosage par curithérapie endoluminale à haut débit de dose.

Gastro enterol. Clin. Biol, 1999, 23, 10 : 1048 - 54

58 -MASARU MORTIA, MD,PHD, FACS, A RINTARO YOSHIDA,MD, A KEISUKE IKEDA ET AL

Advances In esophageal cancer surgery in japan : An analysis of 1000 consecutive patients treated at a single institue

Surgery Volume 143, Number4

59-FRILEUX P.

Cancer de l'oesophage,pour la pratique.

La revue du praticien (paris) 1999,49;1197-99.

60-THESAURUS DE CNACEROLOGIE.

Cancer de l'oesophage.2007

http://www.snfge.asso.fr/01-Bibiltheque/0g-Thesaurus_cancerologie..

61–LEGMANN.P., PALAZZOLI.L, VI GNAUX.O, HOEFFEL.C, COSTES.V, HAZEBROUCQ.V.

Imagerie du cancer de l'œsophage.

EMC, 2000, 33-070-B-10.

62–Management of Esophageal Cancer

Curr Probl Surg 2010;47:845–946.

63–SUIT H.D.

The scope of the problem of primary tumor control.

Cancer 1988; 61:2141–2147.

64–MARIETTE C, FABRE.S, BALON JM, FINZI L, TRIBOULET JP.

Facteurs prédictifs de résection des cancers de l'œsophage opérable. A propos de 740 cas.

Gastroenterol Clin Biol 2002 ;26 : 454–62.

65–GIOVANNI.M, MONGERS.G, SEITZ.JF, MOUTARDIER.V, BERNARDINI.D, ET AL

Distant lymph node metastatic in esophageal cancer : impact of Endoscopic ultrasound– guided biopsy.

Endoscopy 1999;31:536–40.

66–VAN WESTREENEN HL, WESTERTERP.M, BOSSUYT.PMM, PRUIM.J, SLOOF.GW,ET AL

Systematic review of the staging performance of 18F–Fluorodeoxyglucose positron emission tomography in esophageal cancer.

J Clin Oncol;2004;22: 3805–12.

67– KRASNA.MJ, REED.CE, NEDZWIECKI.D, HOLLIS.DR, LUKETICH.JD,ET AL

A prospective trial of the feasibility of thoracoscopy/laparoscopy in staging oesophageal cancer.

Ann Thorac Surg; 2001;71:1073–9.

68–TAKASHIMA.S, takeuchi.N, SHIOZAKI.H, ET AL

Carcinoma of oesophagus: CT vs MR imaging in determining resectability.

Am J Roentengenol 1991;156:297–302.

69–TRIBOULET JP.

Semiologie de l'oesophage, Chirurgie digestive et générale.

Faculté de medecine de lille 15/10/2004.

70-LEGMANN.P., PALAZZOLI.L, VI GNAUX.O, HOFFEL.C, COSTES.V, HAZEBROUCQ.V.

Imagerie du cancer de l'œsophage.

Encycl Med Chir, Radio-diagnostic-appareil digestif, 33-070-B10,2000,16P.

71-MABRUT.JY, DUCERF.C, BAULIEUX.J.

Bilan pré-opéthérapeutique des cancers de l'œsophage.

J Chir 2000 ;137 ;N°6/325-332.

72-C.MARIETTE, J.P TRIBOULET

Traitement du cancer de l'œsophage.

EMC-Chirurgie1, 2004 :643-661.

73-FEKETE.F, LANGONNET.F, HENNE QUIN.C, MAYLING.C, MARTY.O, ET AL.

Traitement du cancer de l'œsophage.

EMC, 1995, 9-205-A-30.

74-TRIBOULET.J.P

Traitement chirurgical des cancers épidermoïde de l'œsophage.

Gastroenterol.Clin.Biol , 1999,23 : 607-612.

75-BENAMOUZIG.R, EZRATTY.V, MUNOZ.N.

Facteurs étiologiques et mécanismes du cancer épidermoïde de l'œsophage.

Première partie : les facteurs exogènes.

Gastroenterol.Clin.Biol, 1993,17,12 :944-954.

76-BILOSI.M, BERNARD.A, FAVRE.JP ; CHFYNEL.N, VIARD.H,ET AL

Les coloplastie après oesophagectomie pour cancer : Etude rétrospective de la morbidité et la mortalité.

Ann.Chir, 1999,53,9 :854-858.

77-BRICHON. PY ; GABELLE.P ;FRASSINETTI.E ;LATREILE.R.

Anastomose oeso-jéjunale cervicale sur anse en y sans revascularisation microscopique.

Lyon.chir.,1992,88,5 :404-406.

78–Melissa Poh, MD, Jesse C. Selber, MD, MPH, Roman Skoracki, MD,*Garrett L. Walsh,et al

Technical Challenges of Total Esophageal Reconstruction Using A Supercharged Jejunal Flap.
Annals of Surgery _ Volume 253, Number 6, June 2011

79–CHRISTOPHE MARIETTE

Mise au point sur le traitement chirurgical du cancer de bas œsophage

Service de chirurgie digestive et générale, Hopital C. Huriez,CHRU et Université de lille

Hépatogastro,vol.14,n°4,juillet–aout 2007.

80–CHRISTOPHE MARIETTE ,JEAN–PIERRE TRIBOULET

Service de chirurgie digestive et générale,CHRU,Lille(59)

Presse Med.2007 ;36 :496–500.

81–ALBERTO RUOL, MD, FACS, GIUSEPPE PORTALE, MD, B GIOVANNI,MD, MATTEO CAGOL ET AL

Results of esophagectomy for esophageal cancer in elderly patients: Age has little influence on outcome and survival.

General thoracic Surgery

82– JEAN–PIERRE TRIBOULET

La chirurgie du cancer de l'œsophage, pour qui, comment ?

Gastroenterol.Bil 2005 ;29 :546–550.

83–C.MARIETTE, J.–P. TRIBOULET

Traitement du cancer de l'oesophage.

EMC 2004, 9–205–A–30.

84–LOZACH.P ; TOPART.P ; KHOURY – HELOV.A ; VOLANT.A ; DE TINTENIAC.A

Intervention d'Ivoir Lewis pour cancer épidermoïde de l'oesophage. A propos de 264 cas.

J. Chir, 1997, 134, 9–10 : 349–356

85– SAUVANET.A ; BELGHITI . J.

Chirurgie des cancers de l'oesophage

EMC, 2000,40–195

86-GAYET.B ; FEKETE.F.

Cancers de l'oesophage : voies d'abord de l'oesophage et du pharynx.
EMC, 1988, 40-190

87-TRIBOUTE.JP.

Chirurgie des cancers de l'oesophage.
Rev.Prat, 1999,49,11 :1180-85.

88-MASSARD.G ; DABBAGH. A ; VETTER.D ; GASSER.B ; DUMONT.P ; WIHLM.JM ;et al.

Evaluation préopératoire des cancers de l'oesophage : Apport des colorations vitales.
Press. Méd., 1995, 24,21 : 975 - 978

89-GOUEROU.H.

Cancers de l'oesophage : Epidemiologie,etiologie,diagnostic.
Rev.Prat, 1993,43,10 :1315-19.

90-MASSAULT.PP ; SAUVANET.A ; BEL GHITI J.

Cancer de l'oesophage.
EMC, 1996 , 25 - 517-A-10

91-RAOUL.JL ; BURTIN.P ; BENAMOUZIG.R.

Cancers épidermoïdes de l'oesophage: traitements palliatifs et de soutien.
Gastro-enterol.Clin.Biol,1999,23 :619-622.

92-PEIX.JL

Cancer de l'oesophage : Epidémiologie,etiologie,diagnostic,evolution et pronostic, principes du traitement.
Rev.Prat,1990,40,21 :1999-2004

93-MORNEX. F ; CALAIS .G.

Traitements médicaux exclusifs à visée curative des cancers épidermoïdes de l'oesophage : radiothérapie, chimiothérapie.
Gastroenterol. Clin, Biol, 1999, 23 : 613 - 618.

94-BELDE.E, NAVEAU.S, BOROTTO.E, CHPUT.JC.

Traitement des lésions digestives par laser.
EMC, 1997 ,9-014-M-10.

95-MARIETTE C, BALON JM, PIESSEN G, FABRE S, VAN SEUNINGEN, ET AL

Pattern of recurrence following complete resection of esophageal carcinoma and factors predictive of recurrent disease.

Cancer.2003;97:1616-23.

96-O. DUPUIS, G. GANEM, G. BERA, Y. POINTREAU, O. PRADIER, ET AL

Cancer de l'œsophage.

Cancer/Radiothérapie 14 Suppl. 1 (2010) S74-S83

97-DUCREUX. M ; ROUGIER. P.

Chimiothérapie des cancers du tube digestif

EMC, 1991, 9-120-A-10

98-ANDO.N, IIZUKA.T, KAKEGAWA.T, ISONO.K, WATANABE.H, ET AL

Randomized trial of surgery with and without chemotherapy for localized squamous carcinoma of the thoracic esophagus : the Japan Clinical oncology Group Study.

J Thorac Cardiovasc Surg 1997;114:205-9.

99-ANDO.N, IIZUKA.T, IDE.H, ISHIDA.K, SHIDA.K, ET AL

Surgery plus chemotherapy compared with surgery alone for localized squamous cell carcinoma of the thoracic oesophagus: a Japan clinical oncology Group study.

J Clin Oncol,2003,21: 4592-6.

100-Christophe Mariette, Jean-Pierre Triboulet

Prise en charge thérapeutique du cancer de l'œsophage.

Presse Med. 2007; 36: 496-500

101-C.MARIETTE, J.P.TRIBOULET

Traitement du cancer de l'œsophage : place actuelle de la radiothérapie et de la chimiothérapie.

Annales de chirurgie 129(2004) :489-496.

102-SETIZ.JF, MILAN.CH, GIOUANNINI.M, DUMAS.F,CAUVAN.JM.

Radio chimiothérapie concomitante concentrée des cancers épidermoïdes de l'œsophage. A propos de 122 malades.

Gastroenterol. Clin. Biol, 2000,24:201-210

103-MINSKY.BD, PAJAK.TF, GINSBERG.RJ, PISANSKY.TM, MARTENSON.J, ET AL

INT 0123(Radiation Therapy Oncology Group 94-05) phase III trial of combined- modality therapy for esophageal cancer: high-dose versus standard-dose radiation.

Therapy.J Clin Oncol.2002; 20 :1167-74.

104-F.VANDENBROUCKE, P.LOZAC'H, J.P.METGES, J.P.MALHAIRE

Resultats de la radiochimiotherapie préopératoire dans les cancers épidermoïdes de l'œsophage : etude retrospective et comparative.

Annales de chirurgie, 129, 2004, :583-588.

105-GOUEROU .H .

Traitement endoscopiques palliatifs et curatifs des cancers de l'oesophage.

Rev. Prat., 1999, 49, 11 : 1192-96

106-BELDE.E ; NAVEAU.S ; BOROTTO.E ; CHPUT.JC.

Traitement des lésions digestives par laser.

EMC, 1997, 9-014-M-10

107-NAVEAU.S ; RATZIU.V ; CHAPUT.JC.

Traitement endoscopique palliatif des sténoses malignes de l'oesophage et du cardia.

Gastro enterol. Clin, Biol, 1993 , 17, 10 : 740 - 746.

108-L.DAHAN, P.RIES, R.LAUGIER, J-F.SEITZ.

Traitements palliatifs endoscopiques des cancers de l'œsophage.

Gastroenterol Clin Biol,2006,30 :253-261.

109-RAOUL.JL ; BURTIN.P ; BENAMOUZIG.R.

Cancers épidermoïdes de l'œsophage : traitements palliatifs et de soutien.

Gastro-enterol. Clin. Biol, 1999, 23 : 619-622.

110-ALESSANDRO REPICI, MD, AND GIACOMO RANDO, MD.

Expandable stents for malignant Dysphagia.

Tech Gastrointest Endosc,2008, 10:175-183.

111–ROLACHON.A, PAOILLON.E, LEROY.V, GUEDDAH.N, FOURNET.J.

Les protheses oesophagiennes métalliques expansives sont-elles un traitement efficace des sténose malignes de l'œsophage ? :Etude prospective de 32 cas.

Gastroenterol.Clin.Biol, 1998, 22,1 :12–24.

112–THE PARIS ENDOSCOPIC CLASSIFICATION OF SUPERFICIAL NEOPLASTIC LESIONS: ESOPHAGUS,STOMACH,AND COLON.

Gastrointest Endosc,2003,58,N°6

113–ROOS E.POUW JACQUES J.G.H.M.BERGMAN.

Endoscopic resection of erly oesophageal and gastric neoplasia.

Best Praticce & Research Clinical Gastroenterology.

2008,Vol.22,N°5:929–943.

114–ARIANE VIENNE, FREDERIC PRAT.

Traitement endoscopique de l'oesophage de Barrett.

Press Med,2011,40 :516–528.

115–Ralf Gertler, MD, Hubert J. Stein, MD, Rupert Langer, MD, Marc Nettelmann, MD, Tibor Schuster,EL AL

Long-term Outcome of 2920 Patients With Cancers of the Esophagus and Esophagogastric Junction.

Ann Surg 2011;253:689–698.

116– E.F.W. Courrech Staal , K.M. Bloemendal , M.C. Bloemer , B.M.P. Aleman , A. Cats , J.W.et al..

Oesophageal cancer treatment in a tertiary referral hospital evaluated by indicators for quality of care.

EJSO 38 ,2012, 150–156

117–Y.K.CHAO A, S.C.CHAN B,H.K.CHANG C, T.H.LIU A, Y.C.WU A, ET AL

Salvage surgery after failed chemoradiothérapie in squamous cell carcinoma of the esophagus.Eur J Surg Oncol,2008, doi:10.1016

118–MARIETTE.C, FABRE.S, BALON.JM, PATENOTRE.P, CHEVALIER, ET AL

Reconstruction après pharyngolaryngectomie totale circulaire : comparaison de la plastie gastrique et du greffon de jéjunum libre.

Ann Chir,2002,127 :431–8.

119–SIBILLE.A, LAMBERT.R, SOUQUET.JC, SABBEN.G, DESCOS.F

Long-term survival after photodynamic therapy for esophageal cancer.

Gastroenterology,1995,108:337–44.

120–MARETTE.C, FABRE.S, BALON.JM, FINZI.I, CHEVALIER.D, ET AL

Association cancers de l'œsophage et des voies aérodigestives supérieures : implication thérapeutique.

Ann Chir,2002,127 :757–64.

121–MAUVAIS.F, SUVANET.A, MAYLIN.V, PAYER.F, SACUNH.A.

Traitement de l'adenocarcinome du bas œsophage et du cardia : résection avec ou sans thoracotomie ?

Ann Chir,2000,125,3 :222–230.

122–DIRK TUEBERGEN , EMILE RIJCKEN , RUDOLF MENNIGEN ANN M. HOPKINS , NORBERT SENNINGER.ET AL

Treatment of Thoracic Esophageal Anastomotic Leaks and Esophageal Perforations with Endoluminal Stents: Efficacy and Current Limitations

J Gastrointest Surg ,2008,12:1168–1176.

123–HULSCHER.JB, VAN SANDICK JW, DE BOER AG, WIJNHOFEN BP, TIJSSEN JG, ET AL

Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus.

N Engl J Med,2002,347:1662–9.

124–ALTORKI N, SKINNER D.

Should en bloc esophagectomy be the standard of care for esophageal carcinoma.

Ann Surg,2001,234:581–7.

125-MARIETTE.C, PIESSEN.G, LAMBLIN.A, MIRABEL.X, ADENIS.A, ET AL

Impact of preoperative radiochemotherapy on postoperative course and survival in patients with locally advanced squamous cell oesophageal carcinoma.

Br J Surg, 2006, 93:1077-83.

126-MARIETTE.C, PIESSEN.G, BRIEZ.N, TRIBOULET.JP.

What is the predominant prognostic factor after complete resection for esophageal carcinoma?

Ann Surg Oncol 2007

ANNEXES

FICHE D'EXPLOITATION

IDENTITE

- ❖ Nom :..... Prenom :.....
- ❖ Sexe : M F
- ❖ Age :.....
- ❖ Origine :.....

CLINIQUE

- ❖ Délai de consultation :.....
- ❖ ATCDs

- Médicamenteux :.....
- Chirurgicaux :.....
- Toxiques :

- Alcool
- Tabac P/A

- Etats précancéreux :

- Oesophagite peptique
- Oesophagite caustique
- Endobrachyo-oesophage
- Mégaoesophage idiopathique
- Irradiation

- ❖ Autres :.....

- ❖ Symptômes :

Dysphagie : oui non

Aux solides

Aux liquides

Aphagie

- Dysphonie
- Douleurs Thoraciques
- Pyrosis
- Hématémèses
- Hoquet

- Régurgitations
- Fausses Routes
- Hypersialorrhée
- Amaigrissement
- Altération Etat général
- Autres

❖ Examen Clinique :

- AEG
- HPM
- ASCITE
- GG SUSCLAVICULAIRE GCHE :
- EXAMEN ORL :
- AUTRES :

PARACLINIQUE

- ❖ FIBROSCOPIE DIGESTIVE HAUTE :
- ❖ TOGD :
- ❖ TDM thoracique :
- ❖ Radiographie thoracique :
- ❖ Echographie abdominale :
- ❖ Bronchoscopie :
- ❖ Autres :

HISTOLOGIE

- ❖ Macroscopie :
- ❖ Microscopie :

CLASSIFICATION

.....

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

- ❖ Schéma Thérapeutique
- ❖ Chirurgie
 - Date :.....
 - Voie d'abord :.....
 - Geste réalisé :.....
 - Plastie :.....
 - Jejunostomie d'alimentation : oui non
 - Gastrostomie d'alimentation : oui non
 - Complications :.....
 - Mortalité : oui jour :..... cause :.....
non
- ❖ Chimiothérapie : oui non
 - Type :.....
 - Protocole :.....
- ❖ Radiothérapie : oui non
 - Type :.....
 - Doses :.....
- ❖ Association radiochimiothérapie : oui non
 - Type :.....

EVOLUTION

- ❖ Durée de suivie :.....
- ❖ Moyens de surveillance :.....
.....
- ❖ Resultats de la surveillance :.....

Annexe N°2

Classification TNM du cancer de l'oesophage

- pT0 : pas de tumeur primitive
- pTis : carcinome in situ, dysplasie de haut grade
- pT1 : tumeur envahissant la lamina propria, la muscularis mucosae ou la sous muqueuse
 - pT1a : tumeur envahissant la lamina propria ou la muscularis mucosae
 - pT1b : tumeur envahissant la sous muqueuse
- pT2 : tumeur envahissant la musculature propre
- pT3 : tumeur envahissant l'adventice
- pT4 : tumeur envahissant les structures adjacentes
 - pT4a : tumeur résectable envahissant plevre, péricarde, diaphragme, péritoine adjacent
 - pT4b : tumeur non résectable envahissant d'autres structures (aorte, corps vertébral, trachée, etc.)
- pNx : ganglions non évaluables
- pN0 : pas d'envahissement des ganglions régionaux
- pN1 : un ou deux ganglions envahis
- pN2 : trois à six ganglions envahis
- pN3 : plus de six ganglions envahis
- pM0 : pas de métastase à distance
- pM1 : présence de métastase à distance

regroupement par stade :

- stade IA : T1,N0,M0
- stade IB : T2,N0,M0
- stade IIA : T3,N0,M0
- stade IIB : T1,T2,N1,M0
- stade IIIA : T4a,N0,M0
T3,N1,M0
T1,T2,N2,M0
- stade IIIB : T3,N2,M0
- stade IIIC : T4a,N1,N2,M0
T4b,tous N,M0
Tous T,N3,M0
- stade IV : tous T,tous N,M1



اقسمُ باللهِ العظيمِ

أن أراغبَ اللهَ في مِمتنِي.

وأن أكونَ حياةَ الإنسانِ في حَافَةِ أدوارها في حلِّ الظروفِ والأحوالِ بِإِذِلِّ وَسْعِي في استنقاذها مِنَ الصَّلاكِ

والمرَضِ والألمِ والقَلقِ.

وأن أحفظَ لِلنَّاسِ حُرَّاتِهِمُ، وَأَسْرَ حَوْرَتِهِمُ، وَأَحْتَمَ سِرَّهُمُ.

وأن أكونَ عَلَى الدَّوَاءِ مِنَ مَسَائِلِ رَحْمَةِ اللهِ، بِإِذِلِّ رِغَابَتِي الطَّيِّبَةِ لِلقَرِيبِ والبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ والطَّالِحِ، وَالصَّادِقِ

والعَدُوِّ.

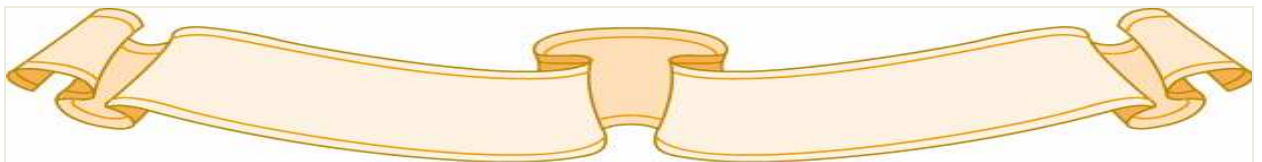
وأن أثابِرَ عَلَى طَلِبِ العِلْمِ، أَسْخِرُهُ لِنَفْعِ الإنسانِ .. لا لِأَخَاهِ.

وأن أوقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأَعَلَّمَ مَنْ يَخُصِمَنِي، وَأكونَ إِذَا لِحُلِّ زَمِيلٍ فِي المِمْنَةِ الطَّيِّبَةِ

مُتَعَاوِنِينَ عَلَى البِرِّ والتَّقْوَى.

وأن تكونَ حَيَاتِي مِضَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ، نَفْثَةَ مِمَّا يُشِينَهَا تَجَاهَ اللهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

واللهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ





جامعة القاضي عياض كلية الطب و الصيدلة مراكش

أطروحة رقم 42

سنة 2012

التكفل بسرطان المرئ دراسة استرجاعية من 5 سنوات

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية في / / 2012

من طرف

السيد عبد الغني عباس

المزداد في 20 ماي 1985 بزاكورة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

سرطان - المرئ - جراحة

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد **ب. الفينش**

أستاذ في الجراحة العامة

السيد **ر. بن الخياط**

أستاذ في الجراحة العامة

السيدة **خ. كراتي**

أستاذة في طب الجهاز الهضمي

السيد **ع. لوزي**

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

السيد **ع. عاشور**

أستاذ مبرز في الجراحة العامة

السيد **ع. الطاهري**

أستاذ مبرز في العلاج الإشعاعي

