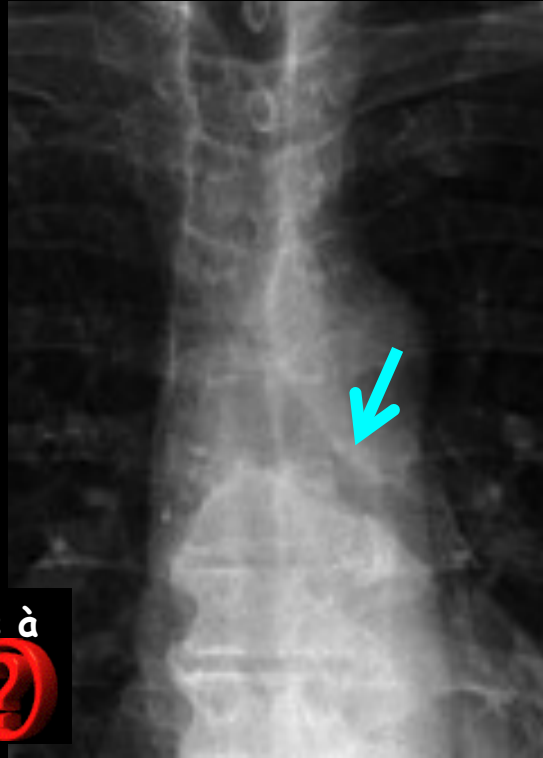
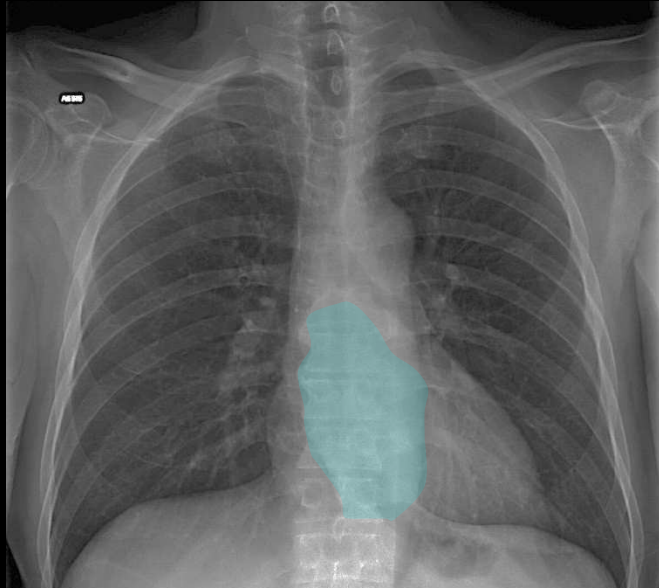


Patient de 58 ans; non fumeur ; altération de l'état général ; dysphagie aux solides d'apparition récente

J.B. Meyer IHN



Quels sont les éléments sémiologiques à retenir sur la radiographie (cardio) thoracique chez ce patient ?

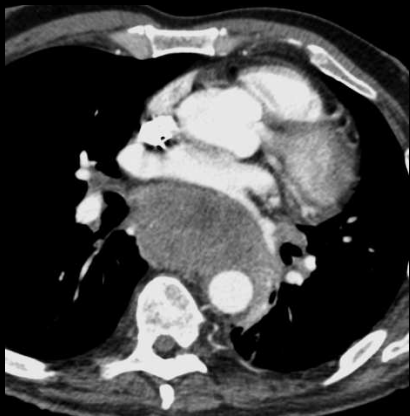
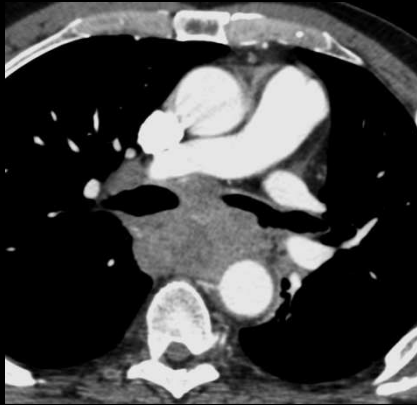
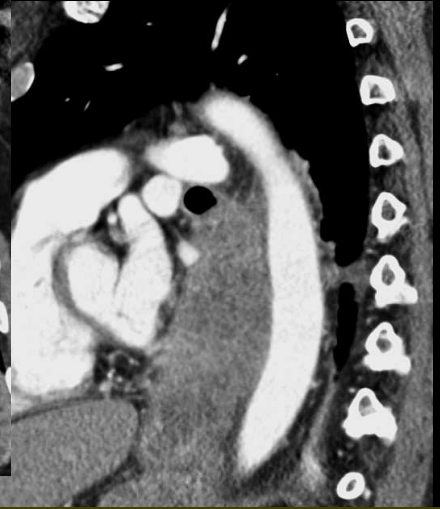


Sténose longue de la bronche souche gauche sans trouble ventilatoire associé

Pas de masse hilare : la fenêtre aorto-pulmonaire est normale , de même que l'index cardio-thoracique , et la vascularisation pulmonaire

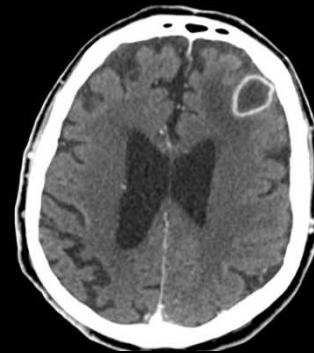
La dysphagie doit faire examiner la zone de projection de l'œsophage, laquelle paraît occupée par une masse allongée , dense , dont le pôle supérieur coïncide avec la région sténosée de la bronche souche gauche

Enfin la grosse tubérosité est de volume très réduit avec un cône d'attraction cardial



Les coupes axiales complétées par les reformations dans l'axe Z montrent la présence d'un volumineux processus tumoral développé dans la lumière œsophagienne , remontant jusqu'au tiers supérieur .

Le scanner cérébral pratiqué devant des troubles neurologiques confirme la présence de 3 métastases entourées d'œdème



Quelles formes anatomo-pathologiques peut-on évoquer devant une volumineuse lésion tumorale de ce type développée dans l'œsophage



Carcinome épidermoïde ~ 50 % des cas (squamous cell carcinoma (SCC) ou ses variantes) :

- carcinome basaloïde
- carcinome à cellules fusiformes
- carcinome verruqueux
- carcinome lymphoepithelioma like

Adénocarcinome ~ 50 % des cas

Autres cancers oesophagiens

mélanome

tumeur stromale maligne (très rare)

carcinoïde (T neuro endocrine)

lymphome

autres cancers rares

Les biopsies endoscopiques
apportent le diagnostic
d'adénocarcinome

Adénocarcinome de l'œsophage

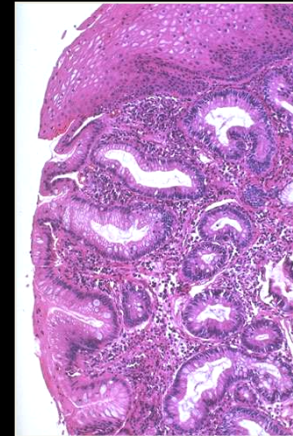
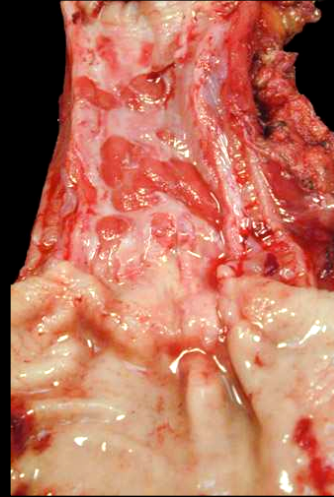
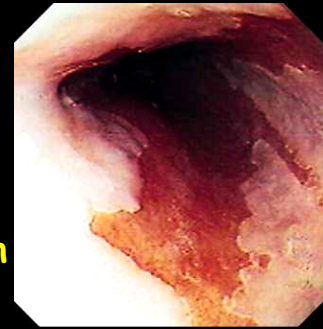
- Tumeur épithéliale maligne avec différenciation glandulaire
- Siège préférentiellement dans le **1/3 inférieur** , en **association avec un œsophage de Barrett** dans plus de 95 % des cas
- très importante augmentation de l'incidence et de la mortalité depuis 1975 ; maintenant aussi fréquent que les carcinomes épidermoïdes
- Facteurs de risque

sexe masculin (7 H / 1 F)

reflux gastro-oesophagien (RGO) **prévalence des ADK dans l'œsophage de Barrett : 5 à 28 %**

obésité (qui favorise le RGO par augmentation de la pression abdominale) , tabac , alcool

radiothérapie antérieure : sein , tumeur maligne médiastinale

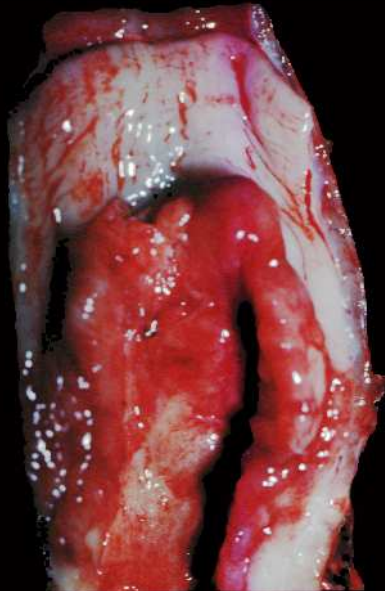
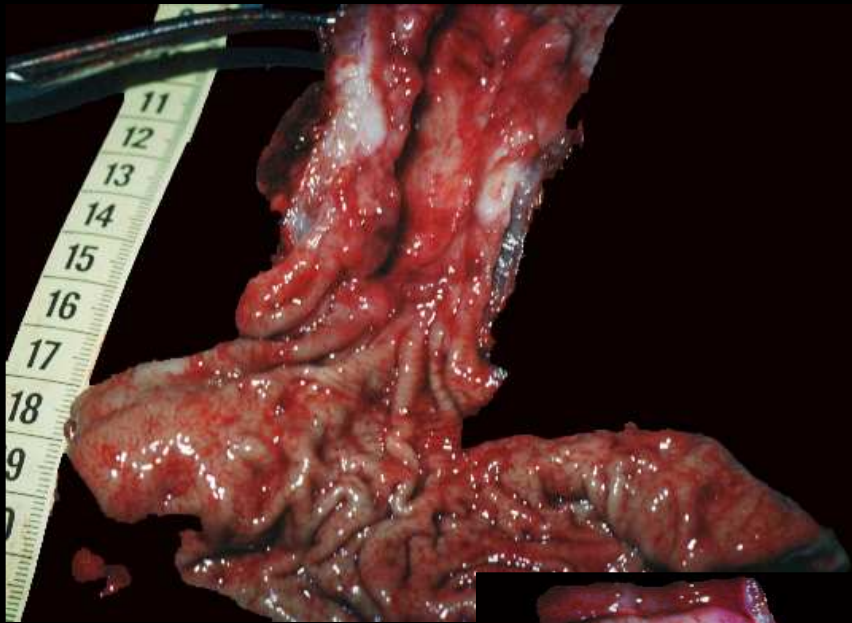


œsophage de
Barrett
; endobrachyoesophage

-aspects macroscopiques:

infiltrant 40 à 50 %
bourgeonnant 20 à 25 %

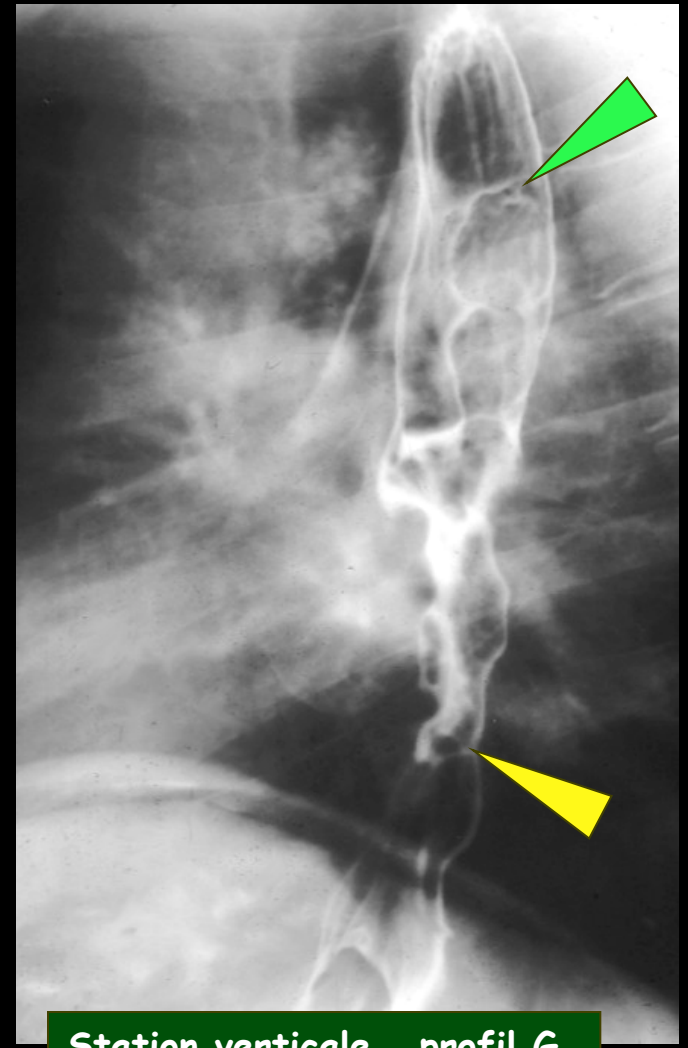
polypoïde 5 à 10 %
plat 10 à 15 %



adénocarcinomes sur
œsophages de Barrett



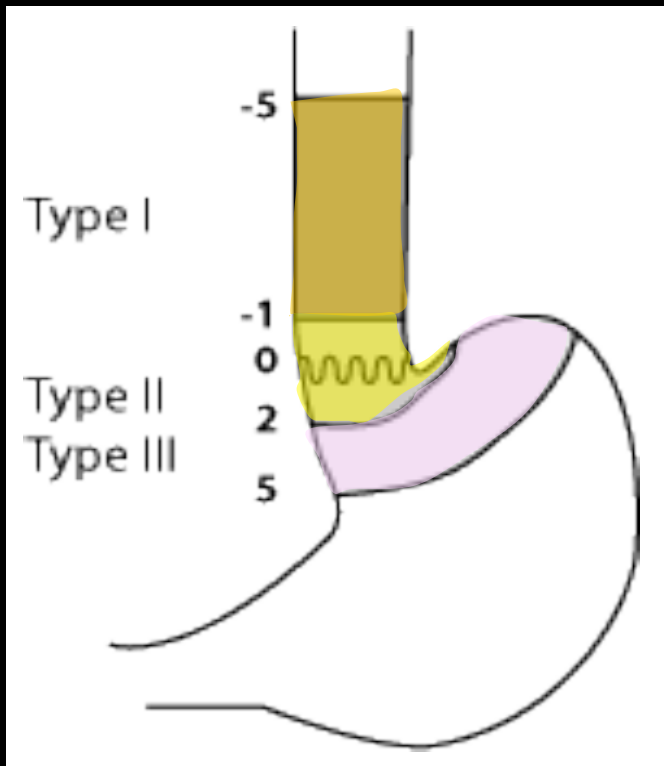
procubitus OAD



Station verticale profil G

adénocarcinome sur œsophage de Barrett ; cône d'attraction cardiaal et " petite grosse tubérosité" traduisant une malposition cardio-tubérositaire avec ouverture de l'angle de His , disposition anatomique qui facilite beaucoup le RGO "spontané" ,surtout chez les obèses , puis le développement d'un œsophage de Barrett se compliquant d'un adénocarcinome du cardia et/ou de l'œsophage dans 5 à 28 % des cas

Classification de Siewert



- **Type I** : **adénocarcinome de l'œsophage distal**, centre de la tumeur entre 1 cm et 5 cm au-dessus de la jonction œsogastrique.

- **Type II** : adénocarcinome à localisation cardiale moyenne, centre entre 1 cm au-dessus (limite supérieure) et 2 cm (limite inférieure) en-dessous de la jonction œsogastrique. Cette entité correspond aux **adénocarcinomes du cardia vrais**.

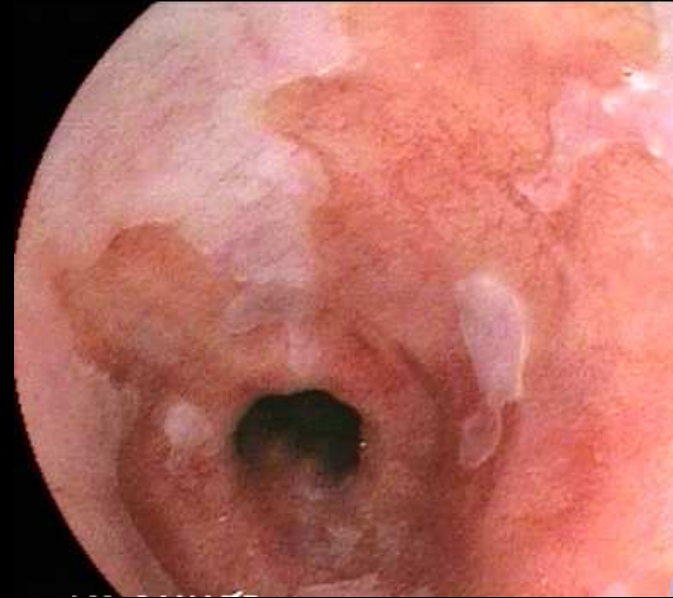
- **Type III** : lésion du cardia à localisation gastrique prédominante dont le centre tumoral est situé **entre 2 cm et 5 cm** au-dessous de la jonction œsogastrique : il s'agit d'un **cancer gastrique sous-cardial**.

Facteurs de risque des adénocarcinomes du cardia vs adénocarcinomes gastriques :

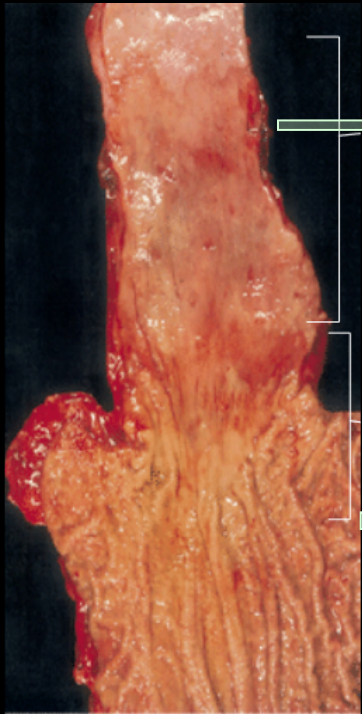
Cardia :

- RGO et **endobrachyoesophage** (type I)
- IMC > 25
- Tabagisme
- Sexe masculin (9/1)
- Alimentation pauvre en fruits et légumes
- Age

NB : n'est pas lié à *Helicobacter pylori* !



Endobrachyoesophage



Siewert I :
EBO +++

Siewert II et III :
autres FDR

Estomac :

- H.Pylori** ++++
- Alimentation riche en sel
- Alimentation pauvre en fruit et légumes
- Age
- Génétique

Traitement des adénocarcinomes du cardia

-Type I : œso- gastrectomie polaire supérieure avec anastomose œso-gastrique au dessus de l'azygos (intervention de type Lewis-Santy).

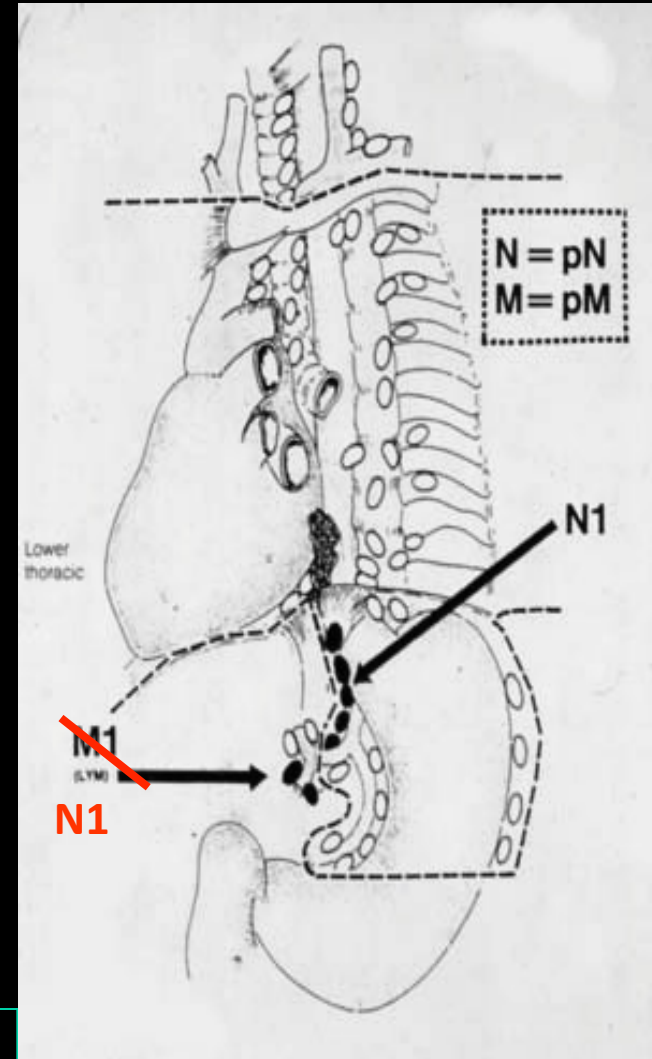
-Type III : œso-gastrectomie totale avec marge de recoupe œsophagienne 6 cm au-delà de l'atteinte macroscopique et anastomose œso-jéjunale ou oeso-colique avec coloplastie (de préférence double abord abdominal et thoracique).

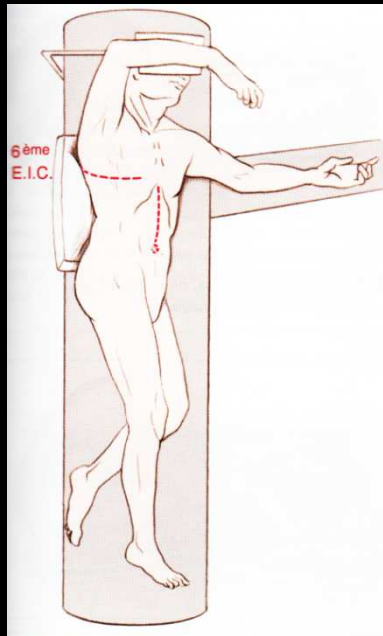
-Type II (cancer strictement localisé au cardia) : les deux types d'interventions précédentes possibles mais Lewis-Santy = meilleurs résultats sur le plan fonctionnel

Critères de non résécabilité :

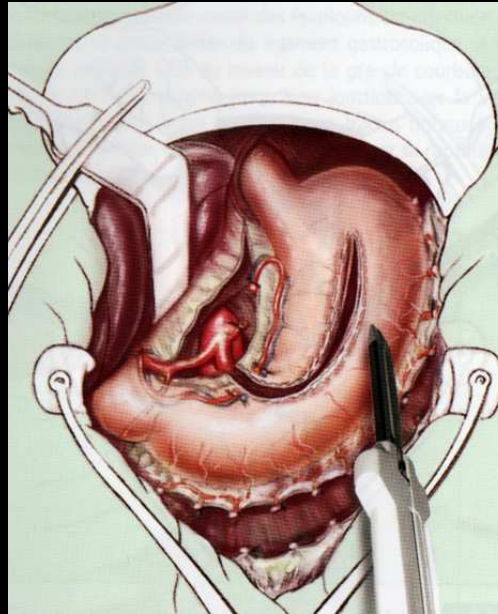
- *Adhérence à l'aorte > 90°
- *Adénopathies à distance : cervicales, sus claviculaires
- *Métastases viscérales

NB :les ganglions cœliaques ne sont pas considérés comme métastatiques dans les tumeurs du cardia !

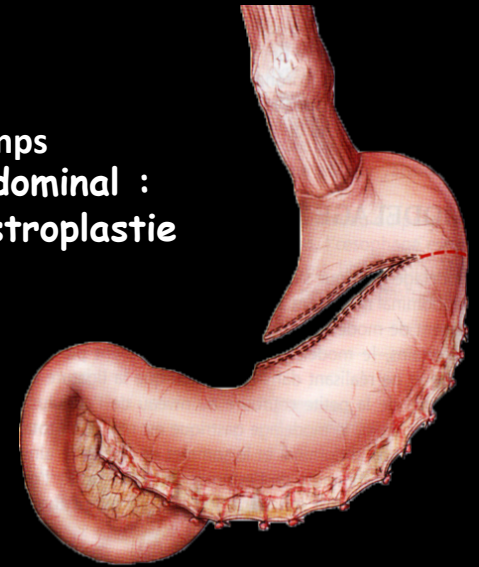




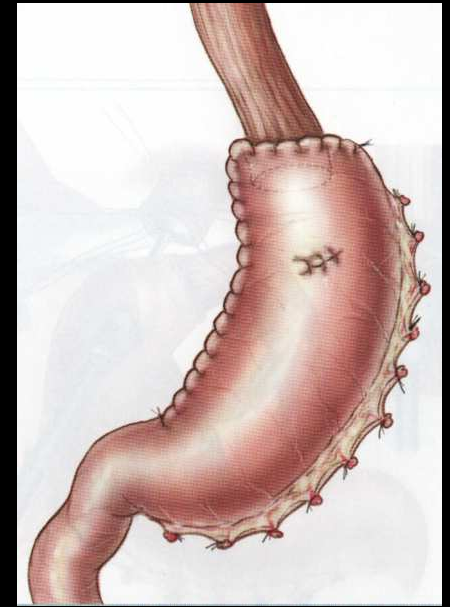
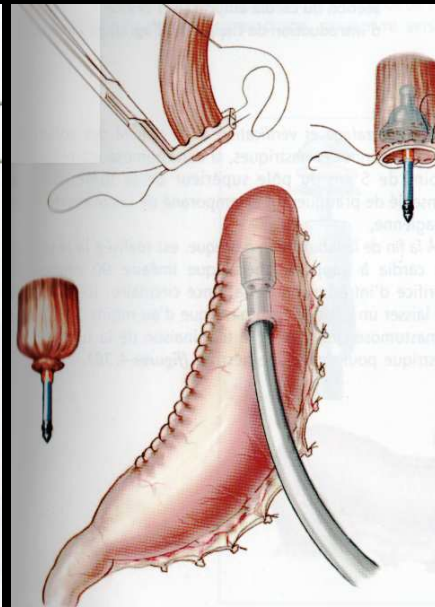
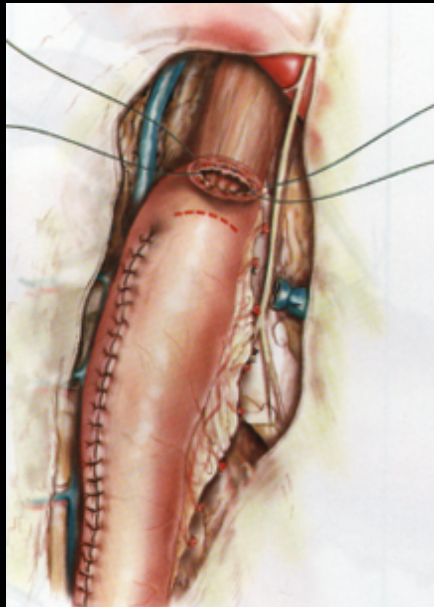
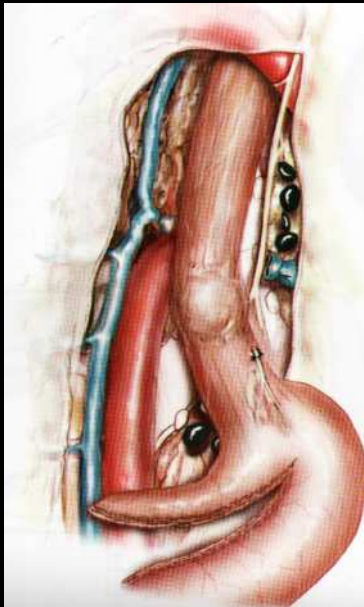
Lewis-Santay :
double voie
d'abord :
laparotomie
médiane sus
ombilicale;et
thoracotomie
droite ; oeso-
gastrectomie
polaire
supérieure



Temps
abdominal :
gastroplastie



Temps thoracique ,anastomose oeso-gastrique



Take home message

Les adénocarcinomes du cardia et de l'œsophage distal ont vu leur incidence augmenter très nettement dans les 2 dernières décennies

Ils sont étroitement liés à l'œsophage de Barrett, qui complique le RGO, touchent 9 H / 1 F et sont favorisés par l'obésité, le tabagisme, l'âge, un régime pauvre en fruits ...etc. Ils ne sont par contre pas influencés par les infections à H pylori

La classification de Siewert distingue les adénocarcinomes vrais du cardia, les adénocarcinomes de l'œsophage distal et les cancers gastriques sous cardiaux

Les adénocarcinomes vrais du cardia et les adénocarcinomes de l'œsophage distal sont traités par une oesogastrectomie polaire supérieure par un double voie abdominale haute et latéro-thoracique

Les adénocarcinomes gastriques de la région sous-cardiale étendus au bas œsophage sont traités par une oesogastrectomie totale et rétablissement de la continuité par anastomose oeso-jéjunale ou coloplastie

