



Le cancer de l'œsophage : évolutions de la stratégie diagnostique et thérapeutique

Oesophageal cancer: advances in diagnostic and therapeutic strategies

Jean-Pierre Triboulet

CHU Lille, Service de Chirurgie digestive
jptribou@hotmail.fr

Résumé

Le cancer de l'œsophage est le 19^e cancer en Europe, sur 45 900 cas diagnostiqués dans 40 pays en 2012, soit 1 % du total des cancers ; les Pays-Bas et la Grande-Bretagne ont les taux les plus élevés. Toutefois la mortalité par cancer de l'œsophage est partout en baisse en Europe [1].

Il est rare d'assister à autant de modifications d'une pathologie pendant la durée d'une carrière médicale ; c'est le cas pour le cancer de l'œsophage. L'épidémiologie des cancers de l'œsophage a changé depuis 20 ans, les méthodes thérapeutiques qui leur sont opposées également. La place de la chirurgie a diminué ; elle est proposée aux patients qui peuvent en tirer le plus bénéfique. La chimiothérapie (CT) et la radio chimiothérapie (RCT) ont fait la preuve de leur efficacité dans certaines indications. Loin de s'opposer, méthodes chirurgicales et non chirurgicales sont devenues complémentaires. L'endoscopie interventionnelle a pris sa place pour certaines indications. La chirurgie s'est orientée vers de nouvelles techniques moins invasives. Prises en charge décisionnelles, gestion du suivi ont évolué. Des avancées considérables en termes de stratégie thérapeutique ont transformé en 20 ans le pronostic de cette affection redoutable aux résultats qualifiés traditionnellement de désespérants, et se sont traduites par une amélioration du taux de survie à 5 ans (voisine de 40 % pour la chirurgie à visée curative).

Mots-clés

Cancer de l'œsophage ; Stratégie thérapeutique ; Chirurgie de l'œsophage

Abstract

The cancer of the oesophagus is the 19th cancer in Europe, on 45,900 cases diagnosed in 40 countries in 2012, that is to say 1% of the total of cancers; the highest rates are found in Netherlands and Great Britain. However, mortality by cancer of the oesophagus is decreasing everywhere in Europe [1]. It is rare to observe so many modifications in a same pathology throughout a medical career, which is the case for oesophageal cancer. The epidemiology of this type of cancer has changed since 20 years as well as the therapeutic methods. The place of surgery has decreased and it is currently proposed to the patients who can draw the most benefit from it. Chemotherapy (CT) and radio chemotherapy (RCT) have proved their effectiveness in certain indications. Far from being opposed, surgical and nonsurgical methods have become complementary. Interventional endoscopy has taken its place in certain indications. Surgery has been directed towards less invasive novel methods. Decisional assumptions of responsibility, management of the follow-up have evolved. Considerable advances in terms of therapeutic strategy have transformed the outcome of this frightening affection in the last 20 years with outcomes traditionally described as despairing, and resulted in an improvement of the survival rate at 5 years (close to 40% for curative surgery).

Keywords

Oesophageal cancer; Therapeutic strategy; Oesophageal surgery



Epidémiologie-Anatomopathologie : l'adénocarcinome, la femme

L'incidence des cancers malpighiens de l'œsophage a diminué en France et dans le monde. Celle des adénocarcinomes (ADK) et en particulier de la jonction œsogastrique a été multipliée par 3 dans beaucoup de pays dont la France. Cette incidence a augmenté de façon constante passant en 20 ans de 7,6 % à 41,6 % ($p < 0,001$). Plus de 60 % des cancers pris en charge sont des ADK [2]. Bouvier a rapporté les résultats du registre de la Côte d'Or : le taux d'adénocarcinomes est passé de 6,7 % pour la période de 1977-1990, à 26 % pour la période de 1997-2002 [3]. Une des grandes modifications épidémiologiques est l'augmentation de l'incidence chez la femme : le cancer de l'œsophage a touché plus souvent la femme entre les périodes de 1988-1993 et 2004-2008 et la différence est significative: 8,3 % versus 17,9 % pour la dernière période ($p < 0,001$). La progression de l'addiction au tabac, la fréquence du reflux gastro œsophagien, le surpoids sont des explications avancées [4].

Les différences entre cancer malpighien et adénocarcinome concernent le terrain, la localisation, l'extension ganglionnaire, la sensibilité au traitement radio et chimiothérapique ; ces différences justifient une prise en charge thérapeutique différenciée. Associée à leur augmentation considérable d'incidence, la seconde évolution notable des ADK est l'apparition des ADK à cellules indépendantes (ADCI) qui déroutent nombre de thérapeutes par leurs caractéristiques très différentes des ADK « classiques » : sujets jeunes, agressivité inhabituelle, tropisme péritonéal, résistance aux chimiothérapies etc. L'organe cible est l'estomac, mais le tiers inférieur de l'œsophage est aussi touché.

La localisation la plus fréquente reste le tiers inférieur et la jonction œso-gastrique ; il s'agit majoritairement d'adénocarcinomes développés sur un endobrachyoesophage en métaplasie intestinale. À l'autre extrémité, les cancers touchant la bouche de l'œsophage, issus de l'œsophage cervical ou extensions des cancers hypo-pharyngés sont pratiquement tous des cancers épidermoïdes ; leur incidence, partout en diminution en France et dans le monde, est toujours élevée dans le nord de la France, en raison de l'incidence dramatique des cancers de la sphère ORL dans cette région (76/100 000 habitants /an) [5].

Bilan pré-thérapeutique

Les nouvelles approches exploratoires ont pour double objectif :

- ▶ l'évaluation du stade tumoral et le dépistage d'éventuelles métastases qui déterminent la stratégie thérapeutique en particulier pour la chirurgie qui n'est pas indiquée pour les tumeurs localement avancées.
- ▶ la prévisibilité d'une chirurgie complète dite « R0 » sans résidus tumoraux laissés en place ; dans le cas contraire, il s'agit d'un cadre palliatif dans lequel la chirurgie n'a plus aucune indication comme méthode isolée ou utilisée de 1^{ère} intention.

L'évaluation pré-thérapeutique du stade tumoral et ganglionnaire reste tributaire du scanner cervico-thoraco-abdominal et en l'absence de métastase, de l'écho-endoscopie, actuellement considérée comme le meilleur examen d'évaluation de l'extension loco régionale du cancer de l'œsophage ; réalisée en routine pour le bilan d'extension, elle est devenue indispensable dans le cadre des essais thérapeutiques.

L'envahissement de la paroi trachéale ou bronchique est au mieux apprécié par l'écho-endoscopie œsophagienne au stade de refoulement de la membrane trachéale ou bronchique, la simple bronchoscopie n'apportant pas d'informations supplémentaires [6]. L'écho-endoscopie bronchique est plus volontiers utilisée pour les ponctions ganglionnaires médiastinales ; au stade de bourgeon tumoral endo-bronchique ou trachéal, la simple trachéo-bronchoscopie avec biopsie suffit.

La tomographie à émission de positrons (TEP), dans le bilan d'extension préthérapeutique, détecte les métastases viscérales ou ganglionnaires, méconnues par les examens morphologiques conventionnels comme le scanner [7]. Les recommandations du Thésaurus National sur la Cancérologie Digestive précisent que *La TEP a théoriquement sa place dans le bilan d'extension lorsque le scanner et l'écho-endoscopie concluent à une tumeur non métastatique et résécable. Il faut confirmer la nature métastatique des lésions vues à la TEP seule* [8]. Cette TEP n'a aucun intérêt en cas d'ADK à cellules indépendantes car ces cancers ont encore une caractéristique distinctive en ne « fixant » pas en TEP.

La laparoscopie exploratrice, associée ou non à l'échographie per-laparoscopie, n'a pas fait la preuve de son efficacité dans la détection des carcinoses péritonéales méconnues par le scanner ou l'écho-endoscopie.



Elle semble intéressante pour les adénocarcinomes volumineux du tiers inférieur de l'œsophage et de la jonction œsogastrique. La thoracoscopie exploratoire n'est pas utilisée. Présentées initialement comme des avancées modernes, elles sont citées dès 1946 dans un rapport du Congrès Français de Chirurgie sous l'appellation de péritonéoscopie et de pleuroscopie exploratrices...

Le bilan pré-thérapeutique au total comporte : un scanner thoraco-abdominal, une écho-endoscopie, une fibroscopie digestive avec biopsies, un transit œso-gastroduodéal, une échographie cervicale et pour les cancers épidermoïdes, un examen ORL avec laryngoscopie indirecte et pan-endoscopie sous anesthésie générale, une fibroscopie trachéo-bronchique pour ne pas méconnaître une localisation associée épidermoïde ORL ou bronchique.

Traitements : la chirurgie a failli disparaître...

La chirurgie est longtemps restée la seule alternative face au cancer de l'œsophage sans autre traitement. On appréciait l'audace des chirurgiens habiles, redoutait celle des plus maladroits et acceptait des résultats très modestes en termes de survie au prix d'une mortalité postopératoire importante jusque dans la période 1960-1970. Le développement des traitements oncologiques chimio et/ou radio-chimiothérapeutiques a modifié les indications et concurrencé la chirurgie au point de la faire disparaître de l'arsenal thérapeutique dans certaines régions de France [10]. Il faut admettre que la chirurgie était appliquée pour des localisations et des stades d'extension tumorale pour lesquels elle n'avait pas de résultats supérieurs au traitement médical exclusif. Elle était pratiquée par nombre de chirurgiens non experts dans cette pathologie avec des taux de mortalité approchant les 20 %. À l'inverse, plusieurs études «fondatrices» de l'attitude médicale, chimio ou radio-chimiothérapeutique exclusive, comportaient des biais majeurs inversant les conclusions ou les rendant non valides, sans que les commentaires rectifiant ces erreurs trouvent écho dans le monde oncologique plutôt hostile à la chirurgie pour des raisons déjà évoquées.

Par ailleurs pour les cancers épidermoïdes ORL et du canal anal, la stratégie thérapeutique avait évolué sur des bases scientifiques solides en faveur d'une chimio ou radio-chimiothérapie exclusive, permettant pour ces localisations « sensibles » de préserver l'organe (larynx, canal anal) et éviter des mutilations pénibles pour les patients. Il était logique d'envisager la même solution pour les cancers épidermoïdes de l'œsophage. Les études des équipes chirurgicales expertes ont permis de confirmer scientifiquement la place indiscutable de la chirurgie pour la majorité des indications. L'exérèse chirurgicale ne se conçoit actuellement que sous certaines conditions : la chirurgie complète, dite « R0 » sans résidus micro ou macroscopiques. Le bilan exploratoire permet à une équipe expérimentée une prévisibilité satisfaisante d'un geste « R0 » ; cette notion fondamentale est le facteur majeur de l'amélioration des taux de survie.

Technique chirurgicale

Les patients sont opérés d'emblée ou 6 à 8 semaines après un traitement néo adjuvant : œsophagectomie avec anastomose intra thoracique (intervention de Lewis-Santy) pour les cancers dont le pôle supérieur était situé à plus de 25 centimètres des arcades dentaires et d'une œsophagectomie avec anastomose cervicale associée ou non à une thoracotomie pour les localisations dont le pôle supérieur était à moins de 25 centimètres des arcades dentaires. Conformément aux pratiques labellisées en chirurgie cancérologique digestive, il est réalisé dans la plupart des cas, une œsophagectomie en bloc avec résection complète des tissus tumoraux, du canal thoracique, de la crosse de la veine azygos.

Un curage ganglionnaire « deux champs », abdominal et thoracique, est réalisé dans la majorité des cas, rarement thoracique standard (sous-carinaire seul), plus souvent thoracique étendu : sous-carinaire, médiastinal supérieur, intertrachéo-cave (loge de Barety), jamais thoracique total (curage latéro-trachéal gauche associé aux autres curages). Le curage cervical (curage « trois champs ») est d'indication exceptionnelle en raison de sa morbidité et de sa faible influence sur les résultats carcinologiques.

L'estomac, enfin, est le principal organe de remplacement ; les anastomoses sont manuelles ou mécaniques tant dans le thorax qu'au niveau cervical. Le trajet médiastinal postérieur est privilégié.



La chirurgie mini-invasive : pas une mode mais un réel avantage

Les techniques de chirurgie mini-invasives ont apporté des améliorations significatives en termes de suites post-opératoires sans nuire aux résultats oncologiques. Qu'il s'agisse des techniques mini-invasives exclusives : coelioscopie pour la préparation de la plastie gastrique de remplacement associée à la thoracoscopie pour l'exérèse, ou des techniques hybrides avec l'un des 2 temps mini-invasif : coelioscopie ou thoracoscopie. L'abord coelioscopique est utilisé pour la préparation de la plastie gastrique. La preuve de son utilité pour diminuer les complications pulmonaires graves a été apportée par une étude randomisée multicentrique française récente et constitue la procédure standard employée en France [11].

La haute technicité de ces gestes est un argument supplémentaire pour confier le traitement chirurgical de ces cancers à des centres experts. L'utilisation du Robot chirurgical n'a d'autre utilité dans cette chirurgie, comme dans beaucoup d'autres, en pathologie digestive, que l'attractivité dans une démarche commerciale.

Quels que soient les détails techniques ou technologiques, l'important réside dans le fait que la chirurgie s'est dotée de chartes de qualité très précises, de recommandations nationales issues des sociétés de chirurgie digestives validées par la HAS ou par l'INCA encadrant les indications et les gestes chirurgicaux garant d'une prise en charge oncologique optimale.

Les recommandations nationales et européennes en termes d'indications respectives des méthodes de traitement selon des stades tumoraux devraient faire disparaître les décisions de « filières » corporatistes oncologiques ou chirurgicales et calmer les certitudes non validées scientifiquement des décideurs solitaires.

Le rôle de l'endoscopie « thérapeutique »

L'introduction de l'endoscopie interventionnelle (principalement la mucosectomie) est une évolution majeure dans le traitement des cancers superficiels. Après comme toujours une période de discussion parfois âpre à propos des périmètres d'influence respectifs de la mucosectomie et de la chirurgie pour les tumeurs superficielles, un consensus raisonnable et favorable pour les patients a été obtenu ; l'endoscopie interventionnelle est devenue une incontournable méthode dans le traitement des lésions superficielles et également dans le traitement des fistules anastomotiques post-opératoires (prothèses ou reconstructions par matrices biologiques). Le seul problème est la rareté, en France, des spécialistes formés à ces techniques.

L'examen histo-pathologique de la pièce opératoire

Les groupes ganglionnaires sont isolés par le chirurgien en salle d'opération. Les cancers sont analysés selon la classification TNM 6^e édition 2002 avec étude des clearances latérales et longitudinales. Un nombre minimal de 15 ganglions est requis pour définir un curage ganglionnaire satisfaisant, dont au moins 6 en intra-médiastinal. La chirurgie est dite « complète R0 » lorsqu'il n'existe aucun résidu microscopique ou macroscopique, la chirurgie est « R1 » mais lorsqu'il existe des résidus microscopiques, la chirurgie est « R2 » lorsqu'il existe des résidus tumoraux macroscopiques. Pour les patients ayant bénéficié d'un traitement radio chimiothérapique, l'évaluation de la réponse est étudiée selon les critères de Mandard [9] grade 1 : réponse complète, grade 5 : pas de réponse, grade 2 à 4 : réponse partielle.

Résultats

Le taux de mortalité opératoire après œsophagectomie pour cancer se situe entre 4 % et 10 % dans les séries récentes. Il s'abaisse aux environs de 2 à 3 % dans les centres experts [12, 13]. Dans l'étude multicentrique de 2004 réalisée pour l'Association Française de Chirurgie et portant sur 1 034 cancers de la jonction œsogastrique, le taux de mortalité hospitalière a diminué de façon significative (de 11 à 6 %) entre les périodes 1985-1990 et 1996-2000 [14].

Plusieurs auteurs ont souligné l'importance de l'expérience de l'équipe médico-chirurgicale (effet volume) sur les résultats postopératoires en termes de morbi-mortalité et de survie [15, 16].



Le rôle joué par la radio chimiothérapie sur la morbi-mortalité postopératoire est discuté ; des études montrent une tendance à la surmortalité après la chirurgie des cancers de l'œsophage préalablement traités par radio chimiothérapie [17, 18].

En ce qui concerne l'amélioration des résultats post-opératoires, les progrès de la chirurgie ne peuvent être dissociés de l'optimisation de la prise en charge péri-opératoire (anesthésie réanimation, immunonutrition, meilleure gestion des complications) [19].

Plus généralement, la qualité d'une équipe médico-chirurgicale se mesure plus à la capacité à gérer avec succès les complications graves qu'au taux absolu de celles-ci [20].

La survie à 5 ans des cancers de l'œsophage opérés s'est améliorée très significativement depuis 20 ans, comprise entre 10 et 40 % dans la littérature pour l'ensemble des cancers de l'œsophage thoracique traités à visée curative ; elle est proche de 50 % pour les tumeurs localisées, et de 55 à 60 % en cas de réponse complète, après traitement concomitant médico-chirurgical.

Les survies à 5 ans des adénocarcinomes et cancers épidermoïdes sont peu différentes. Si les adénocarcinomes sont opérés à des stades plus défavorables : tumeurs plus avancées (53,3 % de pT3 des adénocarcinomes, versus 36,7 % de pT3 des cancers épidermoïdes ($p < 0,001$) [2], les cancers malpighiens surviennent sur un terrain plus fragile (double intoxication alcoolo-tabagique) et s'accompagnent dans leur évolution, d'un taux élevé de second cancer ORL et/ou bronchique. Malheureusement, la surveillance systématique des deux autres sites à risque après traitement chirurgical (ou non) d'un des trois organes n'est pas systématiquement effectuée.

La restriction des indications chirurgicales aux situations où une exérèse complète était prévisible a beaucoup contribué à l'amélioration du taux de survie à 5 ans des patients atteints de cancer de l'œsophage.

Il n'y a pas de place actuellement pour la chirurgie palliative. Cette chirurgie R0 consiste en une exérèse monobloc de la tumeur et des ganglions régionaux ainsi que l'analyse rigoureuse anatomopathologique des marges longitudinales et latérales de la pièce opératoire. Le taux de chirurgie « R0 » attendu est de 80 % ; c'est l'un des critères principaux de qualité de la chirurgie d'une équipe.

Dans ces conditions, la prédiction de la chirurgie complète R0 est devenue une étape capitale de la prise en charge pré-thérapeutique ; elle est multidisciplinaire et fortement liée à l'expérience de l'équipe chirurgicale ; elle repose sur un faisceau d'arguments : données du scanner, de l'écho endoscopie, du transit œso-gastroduodénal, de la TEP, de la laparoscopie préopératoire.

Recommandations françaises et européennes des indications thérapeutiques des cancers de l'œsophage en 2016 [21]

Les cancers superficiels sont définis comme des lésions n'atteignant pas la sous-muqueuse, situées en deçà de la musculaire muqueuse (T1 N0) ; les lésions non ulcérées, de moins de 3 cm sont une indication à une mucoséctomie endoscopique soumise à des impératifs techniques et des limites oncologiques. La chirurgie est réservée aux contre-indications de la mucoséctomie, aux limites tumorales non respectées sur l'examen histologique, aux ressources médicales spécialisées non disponibles.

Les cancers dits « localisés » comprennent les cancers dont l'extension ne s'étend pas au-delà de la couche musculaire (T1-T2) avec ou non un envahissement ganglionnaire (N0-N1), et les cancers s'étendant au-delà de la couche musculaire, envahissant l'adventice œsophagienne (T3), mais sans envahissement ganglionnaire (N0). Pour les tumeurs « localisées » T1-T2 N0, la chirurgie seule d'emblée est recommandée ; une chimiothérapie post-opératoire peut être proposée si, après examen anatomopathologique de la pièce, il existe un envahissement ganglionnaire (méconnu au bilan morphologique préopératoire).

Pour les tumeurs « localisées » mais T3-N0 et T1-T2 N1, il n'y a pas de préconisation de référence : soit chirurgie d'emblée, soit chirurgie précédée de chimio ou de radio-chimiothérapie.



Les cancers dits « localement avancés » concernent les tumeurs étendues à l'adventice et au-delà avec envahissement ganglionnaire (T3 N1) au bilan morphologique préopératoire. Il n'y aucune indication à une chirurgie d'emblée ; le traitement est une radio chimiothérapie à visée curative exclusive plus ou moins précédée d'une chimiothérapie d'induction selon le type histologique. Toutefois, il a pu être démontré récemment que la chirurgie pouvait être utile pour les patients en améliorant leur survie de façon significative dans 4 situations différentes :

▶ **En cas de persistance tumorale prouvée histologiquement** : la tumeur a régressé de façon plus ou moins importante, mais n'a pas disparu totalement, une chirurgie dite de « rattrapage » peut être proposée, toujours avec les mêmes fondamentaux : chirurgie complète « R0 », adaptée au terrain du patient. Les résultats sont intéressants : 70 % de chirurgie complète, 25 à 35 % de survie à 5 ans. Avant cette nouvelle possibilité, les patients étaient abandonnés à leur évolution tumorale avec ou non, surdosages de radiothérapie et/ou lignes de chimiothérapies palliatives....

▶ **De même, en cas de récurrence locale**, une chirurgie de rattrapage est envisageable avec les mêmes principes. Dans ces 2 situations, une sélection des patients en particulier en termes de nutrition, doit être rigoureuse.

▶ **Les cancers ne sont pas répondeurs au traitement radio-chimiothérapique dans 50 % des cas.** La chirurgie peut être proposée si une exérèse complète « R0 » est prévisible. Un score morphologique simple, basé sur le contact aortique et la détaxation tumorale au transit baryté, permet une estimation fiable d'une chirurgie complète ; ici encore, une évaluation précise de l'état nutritionnel du patient est capitale : ce patient, porteur d'une tumeur localement avancée, en sténose, après un certain délai de traitement inefficace, à toutes les raisons d'accuser une perte de poids importante. Tous ces patients bénéficient d'une gastrotomie ou d'une jéjunostomie préopératoire.

▶ **En cas de réponse complète après radio-chimiothérapie**, les discussions ont porté sur deux questions : peut-on se fier à la fibroscopie, à l'écho-endoscopie, au scanner, à la TEP pour affirmer, avant décision chirurgicale, le caractère complet de la réponse ? La réponse est non. Les études ont progressivement montré la très mauvaise corrélation entre l'estimation de la réponse au bilan morphologique et l'examen histologique en cas de résection ; la précision diagnostique pour le caractère complet de la réponse est de 48 % pour le scanner et de moins de 40 % pour l'échoendoscopie ; la TEP n'a aucun intérêt dans cette situation.

Quelle attitude adopter en cas de forte suspicion de réponse complète : surveillance ou chirurgie ? Les résultats de la chirurgie sont issus d'études de cohorte et débutent une étude randomisée. Les résultats des centres experts sont en faveur d'une chirurgie complémentaire : les examens anatomopathologiques confirment un taux important de persistance tumorale (36 à 40 %) et infirment le caractère complet évoqué en préopératoire. La décision chirurgicale reste délicate : une morbi-mortalité, même faible, semble moins « tolérable » pour les 60 % de patients en réelle réponse complète que dans les autres situations, si l'on peut accepter le mot « tolérable » pour des complications d'un traitement. La chirurgie pour ces réponses complètes permet d'obtenir 65 à 71 % de survie à 5 ans versus 49 % par la simple surveillance.

Et les patients ?

Les patients ont été opérés en respectant des critères de non résecabilité : extension tumorale à l'arbre trachéo-bronchique et/ou à l'aorte, extensions métastatiques ganglionnaires cervicales ou métastases viscérales et tenant compte des critères de non opérabilité : cirrhose avec hypertension portale, insuffisance respiratoire, perte de poids supérieure à 20 %, insuffisance cardiaque, score ASA 3 ou 4. L'optimisation de l'état nutritionnel est primordiale : renutrition dès que la perte de poids est supérieure à 10 %, et immuno-nutrition systématique.

Le pronostic pourrait être amélioré si le délai entre des symptômes aussi évidents que sont une dysphagie persistante, une perte de poids isolée ou non, et le diagnostic endoscopique n'était encore trop long (2-3 mois minimum). Que dire des délais d'obtentions des examens morphologiques, pas toujours indispensables aux thérapeutes décideurs.

Les recommandations d'indications, les décisions thérapeutiques collégiales, les prises en charge per et post-thérapeutiques, le suivi post-chirurgical devraient théoriquement rassurer le patient. Il n'intègre pas toujours les données scientifiques fournies par l'oncologue et/le chirurgien même s'il affirme le contraire devant eux par courtoisie. Malgré les consultations d'annonce d'une grande utilité, le patient reste sous-informé de l'enjeu des décisions, de la lourdeur des traitements. Il refuse confusément le poids de la responsabilité de la décision que ses médecins lui transmettent parfois. La « consultation », les autres



moyens d'informations (internet, les classements des périodiques, l'avis du voisin de sa rue), à laquelle le patient ne résiste pas, ne l'éclaire pas toujours efficacement. Il reste plus inquiet par l'anesthésie que par la chirurgie. Il pense que les traitements oncologiques non chirurgicaux, chimiothérapie ou radiothérapie, sont dénués, eux, de complications. Il comprend qu'une décision bien adaptée à sa tumeur et à l'état de son corps soit prise par plusieurs spécialistes au cours d'une même réunion. Après consentement éclairé pour une responsabilité partagée avec la communauté médicale, si compétente soit-elle, le patient souhaite une confiance transmise par un seul thérapeute référent. Au médecin traitant parfois, échoit la tâche de rétablir la cohérence des informations pour consolider une confiance effritée.

Conclusion

L'incidence du cancer de l'œsophage diminue en France et dans le monde ; elle reste élevée dans la Région Nord-Pas-de-Calais ; depuis 20 ans, une augmentation de l'incidence des adénocarcinomes de l'œsophage est observée. Pendant cette période d'observation, le taux des cancers observés chez la femme a doublé. Une amélioration significative de la survie des patients ayant bénéficié d'une résection chirurgicale a été constatée. De multiples facteurs ont concouru à cette amélioration, au premier rang desquels l'application de critères de qualité de la chirurgie du cancer de l'œsophage, une sélection rigoureuse des patients pouvant bénéficier d'une chirurgie complète, une concentration de ces prises en charge dans des centres experts, et les résultats de la radio-chimiothérapie exclusive, pour les cancers avancés.

La constitution d'une base de données clinico-biologiques, prospective, multicentrique, nationale des cancers œso-gastriques doit permettre dans un l'avenir proche d'identifier les facteurs cliniques, biologiques et tumoraux liés à la résistance aux traitements anti-tumoraux chez les patients traités pour un cancer de l'œsophage, afin de cibler les combinaisons thérapeutiques les plus efficaces et les moins toxiques, spécifiques des deux types histologiques, afin de ne pas appliquer à tous un traitement efficace pour quelques-uns.

Références

1. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013;49:1374-1403.
2. Triboulet JP, Piessen G, Bot J, Mariette C. Cancer de l'œsophage et de la jonction oeso-gastrique : évolution de la stratégie chirurgicale. *Bull Acad Natle Méd* 2011, 195, 93-112.
3. Bouvier AM, Biquet C, Gagnaire A. et al. Management and prognosis of esophageal cancers: Has progress been made? *Eur J Cancer* 2006;42:228-33.
4. Lagergren J. Controversies surrounding body mass, reflux, and risk of oesophageal adenocarcinoma. *Lancet Oncol* 2006;347-9.
5. Triboulet JP, Mariette C, Chevalier D, Amrouni H. Surgical management of carcinoma of hypopharynx and cervical esophagus. *Arch Surg* 2001;136:1164-70.
6. Omluo JMT, van Heijl M, Bergman JGHM et al. Value of bronchoscopy after EUS in the operative assessment of patients with oesophageal cancer at or above the carina. *J Gastrointestinal Surg* 2008;12:1874-1879.
7. Aguirre ACR, Ramos-Font C, Portero RV et al. 18 F-Fluorodeoxyglucose positron emission tomography for the evaluation of neoadjuvant therapy response in esophageal cancer. Systematic review of the literature. *Ann Surg* 2009;250:247-54.
8. Thésaurus National de Cancérologie : Cancer de l'œsophage.
<http://www.snfge.org/data/ModuleDocument/publication/5/pdf/TNCD-chapitre-1346.pdf>
9. Mandard AM, Dalibard F, Mandard JC et al. Pathologic assessment of tumor regression after preoperative chemoradiotherapy of oesophageal carcinoma. Clinicopathologic correlations. *Cancer* 1974;73:2680-86.
10. Bosset JF, Gignoux M, Triboulet JP, et al. Chemoradiotherapy followed by surgery compared with surgery alone in squamous-cell cancer of the esophagus. *N Engl J Med* 1997;337:161-67.
11. Mariette C, Meunier B, Pezter D, Triboulet JP et al. Hybrid minimally invasive versus open oesophagectomy for patients with esophageal cancer. A multicenter open-label, randomized phase III controlled trial, the Miro trial. *J Clin Oncol* 2015;33,supl.3,abstr 5.
12. Karl RC, Schreiber R, Boulware D, Baker S et al. Factors affecting morbidity, mortality, and survival in patients undergoing Ivor Lewis esophagogastrectomy. *Ann Surg* 2000;231:635-43.
13. Mariette C, Piessen G, Balon JM, Van Seuning I, Triboulet JP et al. Surgery alone in the curative treatment of localised oesophageal carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2004;30:868-76.
14. Sauvanet A, Mariette C, Thomas P, Lozac'h P, Triboulet JP et al. Mortality and morbidity after resection for adenocarcinoma of the gastroesophageal junction: predictive factors. *J AM Coll Surg* 2005;201:253-62.
15. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-37.



16. Casson AG, Van Lanschot JF. Improving outcomes after esophagectomy: the impact of operative volume. *J Surg Oncol* 2005;92:262-66.
17. Stahl M, Stuschke M, Lehmann N et al. Chemoradiation with and without surgery in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the esophagus. *J Clin Oncol* 2005;23:2310-17.
18. Bedenne L, Michel P, Bouché O et al. Chemoradiation followed by surgery compared with chemoradiation alone in squamous cancer of the esophagus: FFCD 9102. *J Clin Oncol* 2007;25:1160-68.
19. Mariette C, Alves A, Benoist S, Bretagnol F, Mabrut JY, Slim K. Soins périopératoires en chirurgie digestive. Guidelines de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD). *Ann Chir* 2005;130:108-24.
20. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery. *N Engl J Med* 2009;361:1368-74.
21. Lordick F, Mariette C, Haustermans K, Obermannova R, Arnold D. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013;24(supp.6):vi51-vi56.

Lien d'intérêt : aucun