

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali

Un peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

F.M.O.S.

Année universitaire : 2017-2018N° /...../

Thèse

**CANCERS DE L'ŒSOPHAGE : ASPECTS
DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE
DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE
AU CHU.GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le 14 /03 /2018 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par :

Mme Traoré Nayé Gandega

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ÉTAT)

JURY

Président : Pr Bakary Tientigui Dembélé

Membre : Dr Adama Diakité

Codirecteur : Dr Madiassa Konate

Directeur : Pr Adégné TOGO

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- ✓ **ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux** : oh ! mon seigneur, tu mas fait trébucher pour me permettre de mieux apprécier ta grandeur. Gloire a toi ! nous n'avons du savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage.
- ✓ **Son Prophète Mohamed** paix et salut soient sur lui (S.A.W) et sur tous ceux qui l'ont suivi jusqu'au jour de la rétribution
- ✓ **Mon père** : Diegué Gandega, grâce à toi j'ai pu aller à l'école, roi revêtu d'une bonté incomparable, merci pour l'éducation que tu as su nous donner, l'intérêt que tu attaches à la réussite de tous tes enfants et les efforts que tu y déploies font de toi un papa modèle. Que Dieu te bénisse qu'il te protège, te garde aussi longtemps que possible à nos cotés
- ✓ **Ma mère** : Tiguidé Gandega. Affable, honorable, aimable : tu représentes pour moi le symbole de la bonté, de la patience, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cesse de m'encourager et prier pour moi.
Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cesse de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même a l'âge adulte. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder sante, longue vie et bonheur
- ✓ **Mon mari** : Allassane Traoré. Quand je t'ai connu, j'ai trouvé l'homme de ma vie, mon âme sœur et la lumière de mon chemin. Ma vie à tes cotes est remplie de belles surprises. Tes sacrifices, ton soutien moral et matériel, ta gentillesse sans égal, ton profond attachement m'ont permis de réussir mes études. Sans ton aide, tes conseils et tes encouragements ce travail n'aurait vu le jour. Que Dieu réunisse nos chemins pour

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

un long commun serein et que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidele. Je t'aime tout simplement

- ✓ **Ma fille** : Mariétou A Traoré. Avant même que mes yeux ne te voient ma chérie, mon amour et mon affection pour toi n'ont pas cessé de s'accroître de jour en jour. Ton sourire illumine ma vie et la rend plus joyeuse et pleine de sens. tu as partagé avec moi cette aventure avant même ta naissance et tu continues à la vivre avec moi chaque instant. A toi ma chérie je dédie ce modeste travail en implorant Dieu le tout puissant de te garder pour tes parents qui t'adorent plus que tout. Je t'aime mon ange
- ✓ **Mes frères et sœurs** : Maro, Lala, Kandji, Npaly, Silly, Amadou. Merci pour votre amour, votre soutien et apport indéfectibles. Ce travail n'est que le commencement de nos efforts. A vous tous je souhaite du courage et la persévérance pour la réussite de nous tous
- ✓ **La mémoire de mes frères** : Moussa Gandega, Hadietou Gandega. J'étais tellement pressé pour enfin partager avec vous ce moment fort de ma vie, le bon Dieu en a décidé autrement. je vous porte éternellement dans mon cœur. Dormez en paix
- ✓ **Ma tante** : Ami Déme, chère tante c'est l'occasion pour nous de saluer l'effort consenti dans notre éducation et j'implore le tout puissant de vous gardé très longtemps
- ✓ **Ma belle famille** : vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille. En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de sante et de réussite
- ✓ **Mes oncles et tantes** : merci pour vos encouragements tout au long de mon parcours scolaire
- ✓ **Mes cousins et cousines** : avec tout mon estime, affection et respect, je vos souhaite santé, bonheur et prospérité.

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

- ✓ **Mes grands parents** : vivants ou décédés je ne vous oublierai jamais et ce travail est le votre

- ✓ **A mes maîtres du primaire, secondaire et lycée** : vous partagerez toujours une partie de ma vie et de mon cœur, merci pour l'éducation et l'encadrement fournis

- ✓ **Mes amis (es) et collègues de la faculté** : vous faites partie de ces personnes rares par votre gentillesse et tendresse. Trouvez ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma reconnaissance pour votre inlassable soutien

- ✓ **Mes aînés et collègues du service** : chirurgiens, DES, Anesthésistes, thesards, Ibodes, merci pour vos conseils et soutiens

- ✓ **Tous les personnels du CHU Gabriel Toure, CHU point G** : nous nous sommes toujours considérés en famille dans le service. Merci pour l'encadrement

- ✓ **Tous le corps professoral de la faculté de médecine, pharmacie et odontostomatologie** : ce travail est le résultat de l'enseignement reçu.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PR DEMBELE bakary Tientigui

- Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure
- Chargé de cours à l'institut national de formation en sciences de sante
- Membre de la SOCHIMA et de l'ACAF

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez acceptée de juger ce travail ne nous surprend guère.

Votre rigueur dans le travail, votre professionnalisme, votre courage et abnégation, vos qualités scientifiques et humaines font de vous un praticien exemplaire.

En acceptant d'apporter votre contribution à l'amélioration de la qualité de ce travail, vous nous faite un honneur inoubliable.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre infini remerciement

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

- **DR DIAKITÉ ADAMA**
 - Médecin colonel
 - Spécialiste en radiothérapie
 - Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali

Cher Maitre

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre simplicité, vos qualités humaines de courtoisie, de sympathie et votre persévérance dans la prise en charge des malades, font de vous un maitre exemplaire, nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Recevez cher Maitre nos sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

DR Madiassa Konaté

- Maître assistant à la FMOS
- Spécialiste de chirurgie générale
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de la société de chirurgie du Mali
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone

Cher Maître c'est un grand honneur pour nous d'être parmi vos élèves. Vos qualités professionnelles incontestables, votre disponibilité vos grandes qualités humaines de courtoisie et votre soutien nous a permis d'apprécier vos connaissances scientifiques. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PR Adegné TOGO

- Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Spécialiste en cancérologie digestive
- Membre de la société de chirurgie du Mali
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone

Cher maître, nous ne cesserons jamais de vous remercier pour la confiance que vous avez placée en nous pour effectuer ce travail.

Votre acidité, votre ponctualité, votre amour du travail bien fait, votre courage et vivacité font de vous un grand homme de science dont la haute culture scientifique impose le respect et l'admiration de tous. Professeur nous vous envions et souhaiterions emboiter vos pas, bien que difficile. Vous nous avez impressionné tout au long de ces années d'apprentissage: par la pédagogie, l'humilité, l'accessibilité dont vous faites preuve.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves, nous vous prions cher maître, d'accepter nos sincères remerciements. Que le bon Dieu vous gratifie d'une longue et heureuse vie

Liste des abréviations

ADK : Adénocarcinome.

AJCC : American Joint Committee on Cancer.

ASA : American Society of Anesthesiologists.

EBO : Endobrachyoesophage.

EE : Echo-endoscopie

JOG: Jonction oeso-gastrique.

F : Femmes

H : Hommes.

OGPS : Oesogastrectomie polaire supérieure.

OGT : Oesogastrectomie totale.

RCT: Radio chimiothérapie.

TDM: Tomodensitométrie.

TEP : Tomographie par émission de positrons.

TH : La voie transhiatale.

TOGD : Transit oeso-gastroduodéal.

TPLG : Thoraco-phréno-laparotomie gauche.

TT : La voie transthoracique

5-FU : 5-fluorouracil

AEG : altération de l'état général

T10 :10^e vertèbre thoracique

CHU : centre hospitalier universitaire

C : Vertèbre cervicale

O.R.L : oto-rhino-laryngologique

FOGD : Fibroscopie Œsogastroduodénale

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

T: Tumeur

N : Nodule (ganglions)

M : Métastase

OPLT : Œsophagolaryngectomie totale

RGO : Reflux gastroœsophagien

FTB : Fibroscopie tracheobronchique

Rx : Radiographie

UICC : International Union Against Cancer

Ggls : ganglions

ATCD : antécédents

SOMMAIRE

I. Introduction.....1

II. Objectifs.....4

III. Généralités6

IV. Méthodologie.....32

V. Résultats.....37

VI. Commentaires et discussions62

VII. Conclusion et recommandations73

VIII. Références.....77

IX. Annexes.....

INTRODUCTION

I INTRODUCTION

Le cancer de l'œsophage est une prolifération maligne développée aux dépens des tuniques de l'œsophage [1]

Le cancer de l'œsophage constitue le huitième cancer le plus fréquent à l'échelle mondiale, l'incidence en Europe est de 4,5/100000/ an, avec des grandes disparités (3/100000 en Grèce et 10/100000 en France) [2]

Les plus fortes prévalences en Afrique sont retrouvées dans les pays du sud et de l'est comme le Kenya où le cancer de l'œsophage représente avec 34,6% des cas le premier des cancers dans la population de certaines régions [3]

Au Mali, selon le registre national, le cancer de l'œsophage représente 16% des cancers digestifs [1].

La majorité des cancers de l'œsophage sont encore des carcinomes épidermoïdes (72 à 96 %), liés à la consommation d'alcool et de tabac. Néanmoins, l'incidence des adénocarcinomes est en forte augmentation, atteignant 20 à 25 % des cas [4].

Malgré tous les progrès ; le cancer de l'œsophage conserve la réputation d'un pronostic sombre avec une survie à 5ans qui ne dépasse pas 15-20% [5]

Le mauvais pronostic de cette maladie est lié à un stade généralement évolué au moment du diagnostic, d'un terrain souvent altéré par de multiples co-morbidités, de son impact rapide sur l'état général [6]

En France une survie de 13,9% à 5 ans a été retrouvée [7].

Des nombreuses études apportent une preuve irréfutable des avantages d'un traitement néo adjuvant combiné comprenant chimiothérapie et radiothérapie (CRT) vis-à-vis de la résection chirurgicale seule, aussi bien pour le carcinome épidermoïde que pour l'adénocarcinome [2]

L'œsophagectomie par Cœlio -assistée dans les pays développés a permis une diminution de la morbidité postopératoire pour les patients opérés d'un cancer de l'œsophage résecable [8]

Au service de Chirurgie générale CHU Gabriel Touré, aucune étude n'a été effectuée jusqu'à nos jours sur la prise en charge et le pronostic des malades atteints de cancer de l'œsophage, c'est pour cela qu'il nous a paru utile d'entreprendre cette étude en se fixant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II OBJECTIFS

- Objectif général

Etudier les cancers de l'œsophage dans le service de chirurgie générale CHU Gabriel Toure

- Objectifs spécifiques

-Déterminer la fréquence hospitalière du cancer de l'œsophage dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

-Décrire ses aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques

-Evaluer les suites opératoires

GENERALITES

III.GENERALITES

1. INTRODUCTION

1.1 Définition

Le cancer de l'œsophage correspond à l'apparition de tumeurs cancéreuses au niveau de l'œsophage

1.2 intérêt :

1.2.1. Fréquence : bien qu'en déclin, le cancer de l'œsophage reste assez fréquent, avec plus de 42000 nouveaux cas estimés en France ce qui représente 6% des cancers digestifs. Il se caractérise par des fortes différences géographiques d'incidence entre les pays et à l'intérieur d'un même pays ; on retrouve cette disparité en Asie, qui est une région à risque élevé de cancer de l'oesophage.il existe une zone de forte incidence allant de la Chine du Nord au littoral de la mer Caspienne, incluant le Kazakhstan et les ex-républiques soviétiques d'Asie. Dans cette zone, l'incidence est la plus élevée du monde et dépasse 100/100000 avec un risque identique dans les deux sexes. Les données sont plus fragmentaires pour l'Afrique, mais l'on connaît une zone à très haut risque dans le Sud-est de l'Afrique. Le cancer de l'œsophage est peu fréquent en Amérique du Nord ou en Océanie. Il est plus fréquent dans les pays d'Europe latine, en particulier en France, que dans les pays de la moitié nord de l'Europe [9]

1.2.2. Pronostic:

Le cancer de l'œsophage (CO) représente la 4e cause de mortalité par cancer, et son pronostic reste sombre avec 10% de survie à 5 ans [10].C'est un cancer de diagnostic tardif et à pronostic défavorable en raison de l'absence de dépistage précoce de lésions précancéreuses, liée au retard de consultation [11].

1.2.3. Thérapeutique :

La chirurgie est longtemps restée la seule alternative face au cancer de l'œsophage sans autre traitement. Le développement des traitements oncologiques chimio et/ou radio-chimiothérapies a modifié les indications et concurrence la chirurgie première au point de la faire disparaître de l'arsenal thérapeutique dans certaines régions de la France; les techniques de chirurgie mini-invasives ont apporté des améliorations en terme de suites postopératoires sans nuire aux résultats oncologiques; l'introduction de l'endoscopie interventionnelle(principalement mucoséctomie) est une évolution majeur dans le traitement des cancers superficiels[12]

1.3 Facteurs favorisants : [13]

Le tabagisme et l'alcoolisme chronique sont nettement incriminés. La conservation des aliments par saumure ou dans des boites de conserve usagées ; la consommation des aliments avariés contaminés par les champignons ou d'aliments chauds ou épicés pourraient être mis en cause. En général les sujets atteints ont une alimentation pauvre en aliments frais, en protéines et en vitamines. Les lésions préexistants sont : les œsophagites, l'endobrachyœsophage, le méga œsophage, le reflux gastro œsophagien.

1.4 Rappels anatomiques : [14, 15, 16, 17]

L'œsophage est un long conduit musculo-membraneux situé derrière la trachée. Il prend naissance au niveau de la gorge à l'extrémité inférieure du pharynx et se termine au niveau de T10-T11 dans la partie supérieure de l'estomac. Il constitue la voie de passage du bol alimentaire. Il est maintenu en place par sa continuité avec le pharynx, l'estomac, les formations musculo-conjonctives qui l'unissent à la trachée, à la bronche gauche, à l'aorte et au diaphragme.

1.4.1 Trajet et direction :

Le trajet de l'œsophage est très sinueux. Il commence à l'extrémité inférieure du pharynx, descend en avant de la colonne vertébrale et traverse successivement :

- Le cou : portion cervicale ;
- Le thorax : portion thoracique ;
- Le diaphragme : portion diaphragmatique ;

- pénètre dans l'abdomen et s'ouvre dans l'estomac en formant avec la grosse tubérosité un angle aigu en haut et à gauche (l'angle de His).
L'orifice d'abouchement de l'œsophage dans l'estomac est appelé cardia.
La direction générale de l'œsophage est un peu oblique en bas et à gauche. Son extrémité supérieure est médiane tandis que son extrémité inférieure est à 2 cm environ à gauche de la ligne médiane. L'œsophage décrit dans le sens antéropostérieur une courbe concave en avant, moins accusée cependant que celle de la colonne vertébrale, car l'œsophage qui est appliqué en haut à la colonne vertébrale jusqu'à T4 s'en éloigne ensuite jusqu'à la terminaison (plan sagittal). Dans le plan frontal, l'œsophage est d'abord oblique en bas et à gauche Jusqu'au niveau de T4. Il est ensuite refoulé par l'aorte vers la droite jusqu'au niveau de T6 parfois T7. Il se dirige de nouveau vers la gauche jusqu'à sa terminaison.
Ces 2 dernières portions décrivent dans le thorax une courbe très nette à convexité droite.

1.4.2. Dimensions :

L'œsophage mesure en moyenne 25 cm de long dont :

- Segment cervical : 5 cm
- Segment thoracique : 16 – 18 cm
- Segment intra abdominal : 3 cm.

Son diamètre vari suivant les régions entre 2 et 3 cm.

L'œsophage présente 3 rétrécissements :

- Le 1er, cricoïdien correspond à l'orifice supérieur ;
- Le 2ème, broncho aortique correspond à la bronche gauche et à l'aorte thoracique;
- Le 3ème, diaphragmatique et correspond à l'orifice inférieur.

Ces rétrécissements ne sont pas à confondre avec des sténoses pathologiques.

Il existe des zones dilatées entre ces rétrécissements.

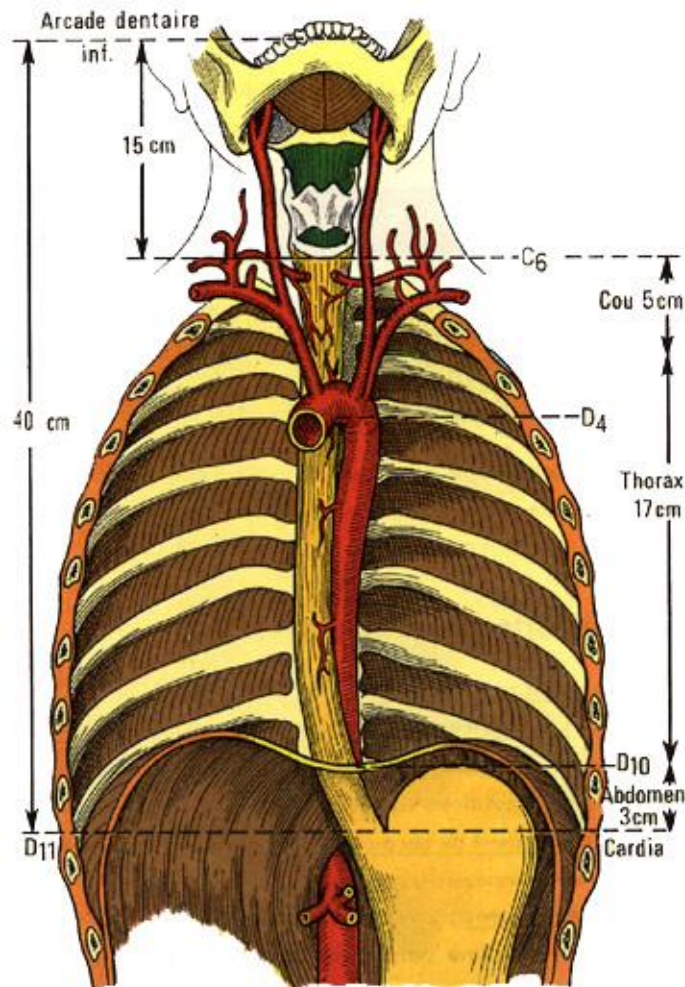


Fig1: Portions de l'œsophage et l'aorte [18]

1.4.3. Structure

La paroi œsophagienne est formée de quatre couches de dehors en dedans :

- La tunique externe ou adventice est non séreuse parce que son tissu conjonctif non aréolaire n'est pas recouvert d'épithélium et se mêle au tissu conjonctif des structures adjacentes ;
- La musculuse, elle est faite de muscles squelettiques au niveau du 1/3 supérieur ; de muscles squelettiques et lisses au niveau du 1/3 moyen ; celle du 1/3 inférieur est faite de muscles lisses ;
- La sous muqueuse contient du tissu conjonctif, des vaisseaux et des glandes muqueuses ;

-La muqueuse de l'œsophage est formée d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé, d'un chorion et d'une musculaire muqueuse.

A proximité de l'estomac, la muqueuse œsophagienne renferme également des glandes muqueuses.

1.4.4. Configuration externe et interne :

L'œsophage a l'aspect d'un épais ruban musculaire irrégulièrement aplati d'avant en arrière depuis son origine jusqu'à la bifurcation trachéale. Il tend à devenir cylindrique dans le reste de son étendue sauf à son extrémité inférieure où il prend une forme conique à base inférieure.

La surface intérieure est rose pale et lisse chez le vivant. Elle est blanchâtre chez le Cadavre et présente des plis muqueux longitudinaux qui s'effacent par la distension du conduit. L'orifice inférieur ou cardia est muni d'un repli semi lunaire plus ou moins marqué suivant les sujets : c'est la valvule cardio-œsophagienne.

Dans la partie cervicale de l'œsophage les parois antérieure et postérieure sont appliquées l'une contre l'autre. Dans sa partie thoracique au contraire, elle est physiologiquement béante. Au niveau de sa traversée diaphragmatique sa lumière est virtuelle.

1.4.5. Rapports :

1.4.5.1. Orifice supérieur : l'orifice supérieur de l'œsophage répond :

- En avant au bord inférieur du cartilage cricoïde ;
- En arrière à C6.

Il est situé à 15 cm environ de la partie moyenne de l'arcade dentaire inférieure.

1.4.5.2. Portion cervicale :

- **En avant:** l'œsophage est en rapport avec la trachée, le nerf récurrent gauche. Ce nerf monte sur la face antérieure de l'œsophage qui déborde la trachée à gauche, tandis que le récurrent droit longe le bord droit de l'œsophage.

L'œsophage, la trachée, les récurrents sont entourés par la gaine viscérale du cou.

-**En arrière :** il est séparé de l'aponévrose vertébrale, des muscles pré vertébraux et de la colonne vertébrale par une gaine viscérale et par l'espace cellulaire très mince ;

-**Sur les cotés** : il répond par l'intermédiaire de la gaine viscérale aux lobes latéraux du corps thyroïde, au paquet vasculo-nerveux du cou et à l'artère thyroïdienne inférieure.

1.4.5.3. Portion thoracique : l'œsophage occupe dans le thorax le médiastin postérieur.

-**En avant**, il est en rapport de haut en bas avec :

. La trachée à laquelle il est uni par du tissu cellulaire dont la densité augmente de bas en haut et par des brides élastiques et musculaires lisses trachéo-œsophagienne

. La bifurcation de la trachée et l'origine de la bronche gauche, parce que l'œsophage est dévié à gauche tandis que l'extrémité inférieure de la trachée est déjetée à droite par la crosse de l'aorte qui s'appuie sur elle ;

. Les ganglions inter trachéo-bronchiques ;

. L'artère bronchique et l'artère pulmonaire droite qui croisent toutes 2 transversalement la face antérieure de l'œsophage ;

. Le péricarde : le cul de sac de HALLER et la couche cellulo-graisseuse qui remplit l'espace portal.

- **En arrière** : l'œsophage est appliqué sur la colonne vertébrale depuis son origine jusqu'à T4. Sur toute sa hauteur il répond successivement d'avant en arrière :

- A la gaine viscérale qui l'accompagne jusqu'à T4 ;

- A l'espace rétro viscérale;

- A l'aponévrose pré-vertébrale ;

- Aux muscles pré-vertébraux.

A partir de T4 il s'éloigne du rachis et répond :

A l'aorte thoracique descendante. Ce vaisseau est placé en haut à gauche de l'œsophage mais il s'incline progressivement de haut en bas vers la ligne médiane et se place dès T7 ou T8 en arrière du conduit œsophagien ;

A la grande veine azygos qui monte sur le côté droit de la face antérieure de la colonne vertébrale ;

Au canal thoracique placé le long du bord droit de l'aorte ;

Aux culs de sacs pleuraux inter azygo-œsophagien inter aortico-œsophagien ainsi qu'au ligament de MOROSOW tendu en arrière de l'œsophage entre ces deux culs de sac ;

A la petite veine azygos et aux premières artères intercostales droites qui croisent transversalement la face antérieure de la colonne vertébrale en arrière de l'aorte, de la grande veine azygos et du canal thoracique.

- **DROITE**, l'œsophage est croisé à la hauteur de T4 par la crosse de l'azygos. Au Dessus et au-dessous d'elle il est en rapport avec :

.La plèvre et le poumon droit :

.Le pneumogastrique droit qui aborde le flanc droit de l'œsophage au dessous de la Crosse de l'azygos. Il dévie ensuite et gagne peu à peu sa face postérieure.

- **GAUCHE**: l'œsophage est croisé à la hauteur de T4 par la crosse de l'aorte.

Au dessus de la crosse il est séparé de la plèvre et du poumon gauche par la sous Clavière gauche et le canal thoracique.

Il est également séparé au-dessous de la crosse par l'aorte thoracique descendante avant que ce tronc ne s'engage en arrière de l'œsophage.

Le nerf pneumogastrique gauche atteint le côté gauche de l'œsophage au dessous de la bronche gauche et descend ensuite sur sa face antérieure.

1.4.5.4 Portion diaphragmatique :

L'œsophage est uni aux parois du canal diaphragmatique qu'il traverse par des fibres musculaires. Ces fibres vont du diaphragme à la paroi œsophagienne.

Il est uni aux parois du canal diaphragmatique surtout par une membrane annulaire conjonctive.

Les pneumogastriques sont appliqués sur l'œsophage : le droit sur la face postérieure et le gauche sur la face antérieure.

1.4.5.5. Portion abdominale:

-La face antérieure est recouverte par le péritoine et répond à la face postérieure du Foie sur laquelle elle creuse l'échancrure œsophagienne. Les divisions du Pneumogastrique gauche descendent sur cette face sous le péritoine;

-La face postérieure s'appuie sur le pilier gauche du diaphragme sans interposition du péritoine. La branche interne de l'artère diaphragmatique inférieure gauche chemine sur le diaphragme à 1 cm environ de l'orifice œsophagien. Les ramifications du pneumogastrique droit sont directement appliquées sur la paroi œsophagienne.

Par l'intermédiaire du diaphragme, l'œsophage abdominal répond :

A l'aorte qui est en arrière à droite,

A la partie la plus déclive du poumon gauche ;

Au segment du rachis compris entre la partie moyenne de T10 et celle T11

-Le bord gauche répond en haut au ligament triangulaire gauche du foie. Le péritoine œsophagien se continue en haut avec le feuillet inférieur de ce ligament.

Au dessous de ce ligament il est en rapport avec le péritoine pariétal qui revêt le diaphragme ;

-Le bord droit est longé par le petit épiploon. Les deux feuillets de cet épiploon s'écartent l'un de l'autre le long du bord droit de l'œsophage. Le feuillet Antérieur se continue avec le péritoine antérieur de l'œsophage.

Le feuillet postérieur se réfléchit à droite sur la paroi abdominale postérieure en regard du lobe de SPIEGEL.

1.4.5.6. Canal œsophagien diaphragmatique

Il existe en fait un canal œsophagien diaphragmatique. L'œsophage abdominal est entouré sur toute sa longueur d'une gaine fibreuse sous péritonéale en avant, pré diaphragmatique en arrière ; inséré : en haut sur l'œsophage, en bas sur le cardia.

Cette gaine adhère au péritoine sous phrénique et aux piliers du diaphragme.

Des faisceaux musculaires représentés par le muscle de ROUGET partent du Diaphragme et se perdent sur elle. Enfin entre cette gaine fibreuse et l'œsophage se trouve un espace celluleux de glissement.

1.4.5.7. Orifice inférieur ou cardia

Il est à 2 cm à gauche de la ligne médiane et répond :

En arrière et à droite à l'aorte, au pilier gauche du diaphragme et au corps de T11 ;

En avant avec le lobe gauche du foie sur lequel il creuse une gouttière et se projette sur le 7^e cartilage costal ;

A gauche, le cardia répond au sommet de l'angle ouvert en haut compris entre l'œsophage et la grosse tubérosité de l'estomac.

1.4.6. Vascolarisation

1.4.6.1 Artérielle

- Le 1/3 supérieur de l'œsophage est vascularisé par l'artère thyroïdienne inférieure
- Le 1/3 moyen est vascularisé par les artères bronchiques, les artères en provenance de l'aorte, les artères intercostales ;
- Le 1/3 inférieur est vascularisé par des artères provenant de l'artère gastrique (coronaire stomachique) et de l'artère phrénique gauche.

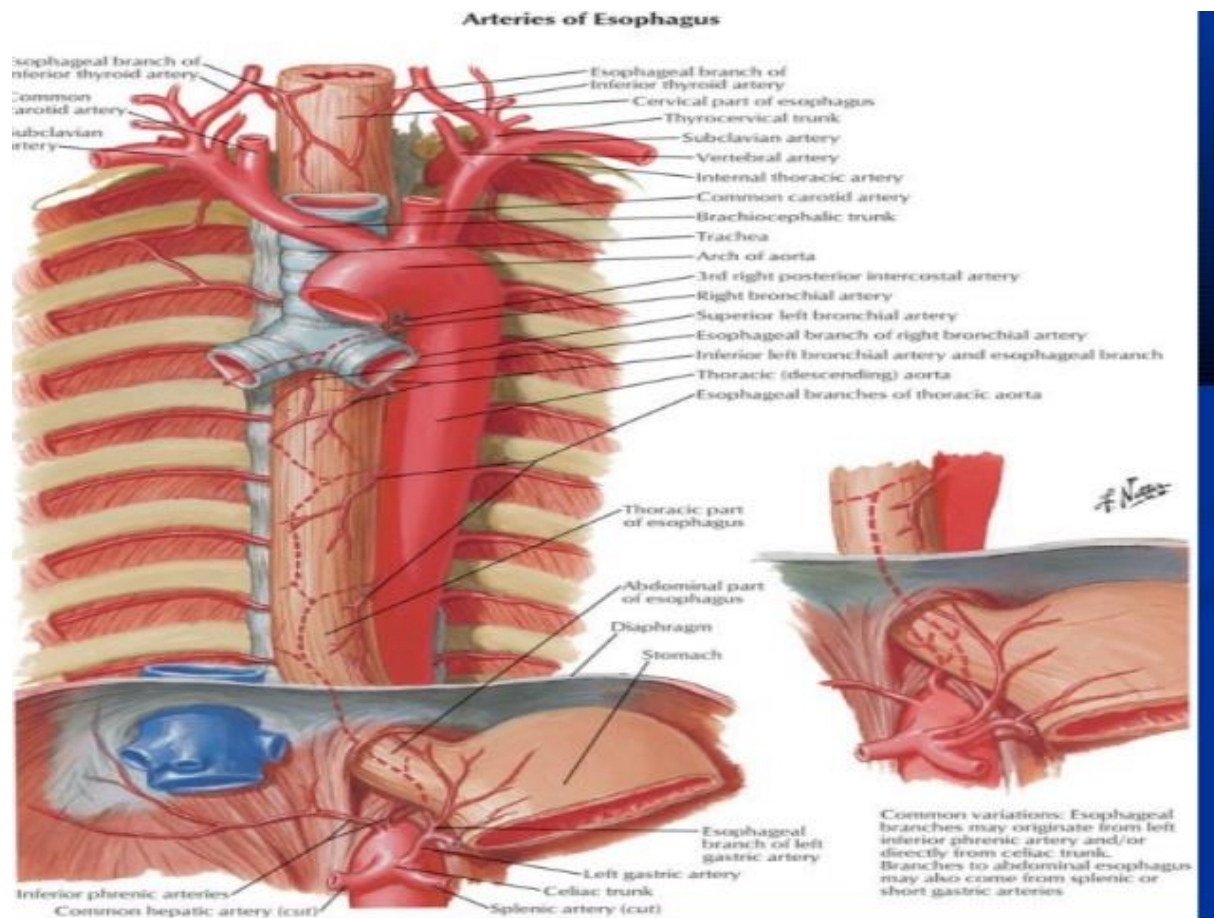


Fig. 2 : vascularisation artérielle

1.4.6.2. Veineuse

Les veines œsophagiennes conduisent le sang vers les veines thyroïdiennes Inférieures, la grande veine azygos, les veines bronchique et diaphragmatique en haut.

En bas vers la veine porte en passant par la veine gastrique gauche.

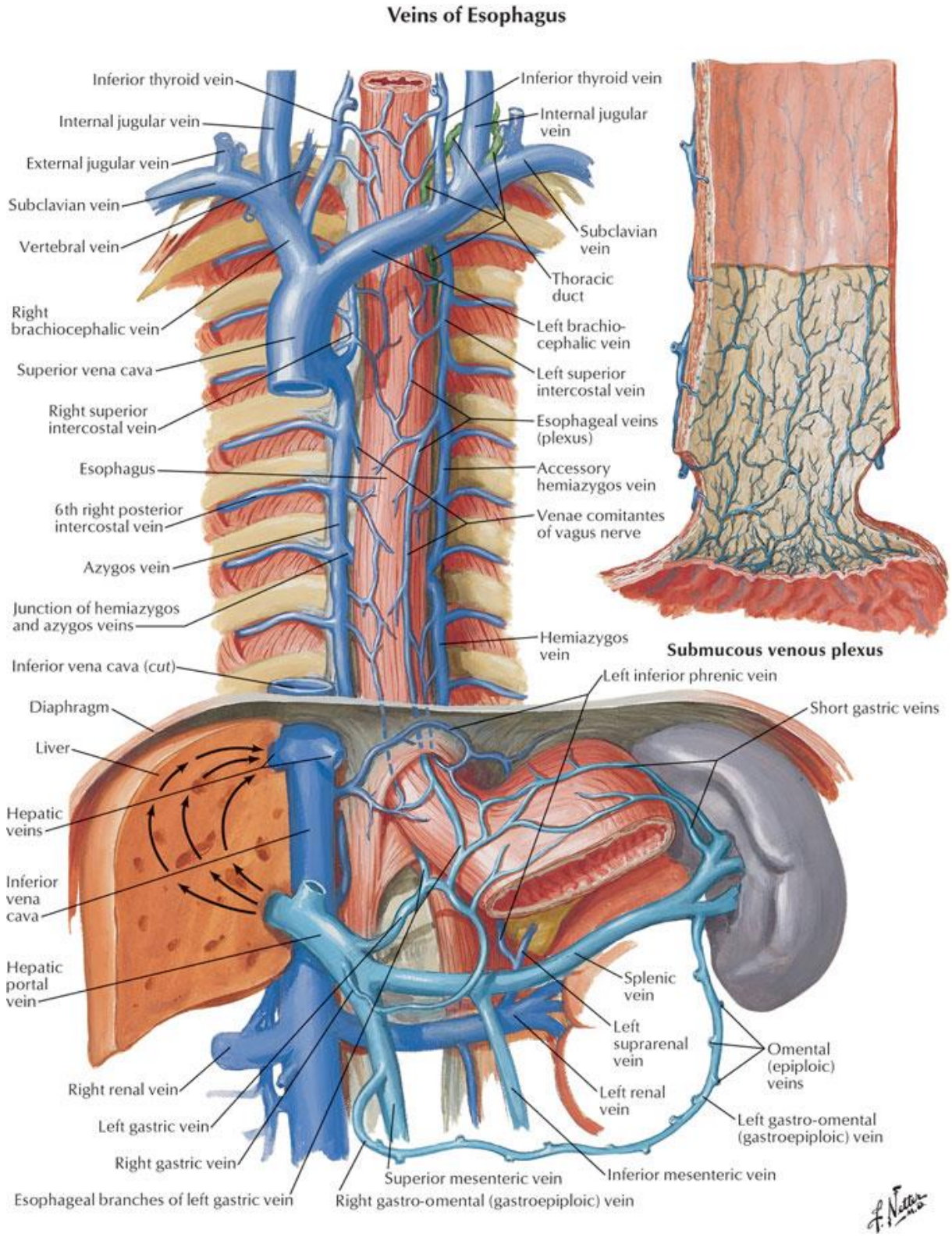


Fig. 3 : vascularisation veineuse

1.4.6.3. Lymphatique :

Les lymphatiques se drainent en 3 groupes :

- Les vaisseaux lymphatiques du 1/3 supérieur de l'œsophage se déversent dans les nodules lymphatiques pharyngés et cervicaux latéraux profonds le long de la veine jugulaire interne ;
- Les vaisseaux lymphatiques du 1/3 moyen de l'œsophage vont vers les nodules lymphatiques pré vertébraux, para trachéaux, trachéo-bronchiques supérieur et inférieur broncho-pulmonaire et médiastinaux postérieurs ;
- Les vaisseaux lymphatiques du 1/3 inférieur vont vers les nodules lymphatiques gastriques gauches le long de l'artère gastrique (coronaire stomachique).

1.4.7. Innervation

Les fibres sympathiques proviennent du ganglion cervico-thoracique et du plexus aortico-thoracique.

Les fibres parasympathiques proviennent du plexus œsophagien formé le long de l'œsophage par les deux nerfs vagues et le nerf pharyngé inférieur (récurrent).

Oeso-innervation

- Innervation motrice : X
- Œsophage / SOI : également nerfs sympathiques moteurs et sensitifs des segments médullaires de D1 à D10
- Innervation sensitive X

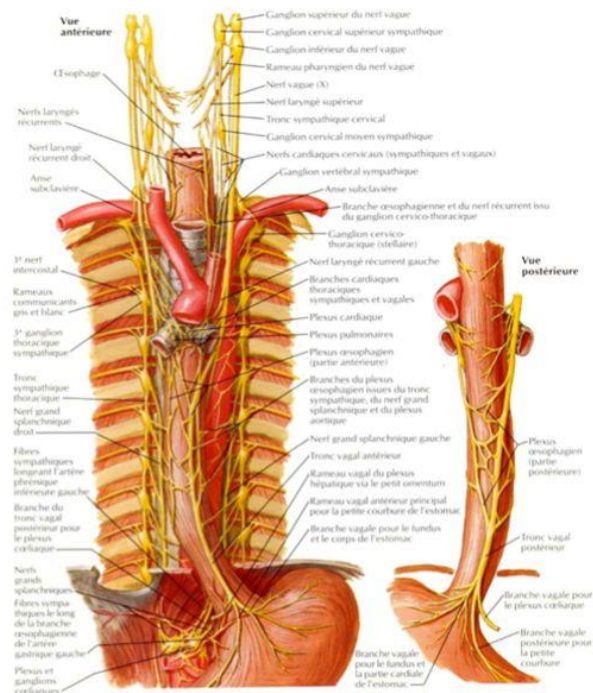


Fig. 4: innervation de l'œsophage

1.5 Rappels physiologiques :

1. La phase mécanique :

Une fois rassemblée sur la partie moyenne du dos de la langue, les aliments mâchés et enduits de salives sont poussés vers l'isthme du gosier où leur contact avec les muqueuses réflexogènes déclenchent le mécanisme de la déglutition. Celle-ci est constituée par l'ensemble des actes mécaniques par lesquels le bol alimentaire liquide ou pâteux est transporté de la cavité buccale vers l'estomac. La propulsion se fait en trois temps : buccal pharyngien, œsophagien.

1.1. Le temps buccal :

Il est volontaire et réflexe.

1.2 Le temps pharyngien : il est réflexe et a deux fonctions :

- Cheminer le bol alimentaire au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage ;
- Prévenir les fausses routes par la protection des voies aériennes.

1.3. Le temps œsophagien: l'œsophage est un organe intra thoracique et la pression qui règne est celle de la cavité du thorax. C'est une pression négative qui subit les variations respiratoires. En respiration calme elle est de

-7 et -14 cm d'eau. Cette dépression intra œsophagienne contribue à faciliter le passage du bol alimentaire du fait de la dépression qui y règne. Il ne s'agit là que d'un facteur accessoire de propulsion. Celle-ci est assurée par des actions musculaires.

Dès le passage du bol à travers l'orifice amorçant l'onde péristaltique qui fera progresser les aliments dans l'œsophage. L'œsophage est un tube musculéux, il est formé de fibres longitudinales et circulaires disposées tout comme dans l'estomac et l'intestin en vue de l'exécution d'onde péristaltique. Lors du passage de l'onde péristaltique les capteurs de pression montent une augmentation de 60 à 80 cm d'eau. La puissance œsophagienne est donc énergétique.

La vitesse de propagation de l'onde péristaltique est lente (2 à 4 cm/s). Pour parcourir l'œsophage, chaque onde met 5 à 10 secondes selon le volume et la consistance du bol dégluti. La gorgée liquide passe très vite le pharynx et l'œsophage, elle atteint le cardia en 1 à 2 secondes.

2. Mécanisme nerveux :

Ce qui caractérise la déglutition, c'est la multiplicité des actions musculaires et la fixité de leur déroulement. Il s'agit d'un enchaînement réflexe dont le point de départ est le temps buccal. Que celui-ci soit volontaire ou réflexe, il projette le contenu de la bouche (salive ou aliment) au contact des zones réflexogènes. Ces zones déclenchent la série immuable des mouvements coordonnés qui font passer le bol de l'isthme du gosier vers l'estomac qui assure la couverture des fosses nasales et du pharynx. Ces zones sont :

- Le voile du palais et ses piliers antérieur et postérieur.
- La luette,
- Les parois postérieure et antérieure,
- L'épiglotte;

Les voies afférentes qui donnent la sensibilité aux zones réflexogènes sont les nerfs glosso-pharyngiens et laryngés supérieurs. L'excitation centripète de ce dernier tronc nerveux met en branle l'enchaînement stéréotypé des contractions et relâchement musculaire qui constituent la déglutition normale. Le centre de la

déglutition se trouve dans le bulbe sous le plancher du 4ème ventricule au niveau du noyau solitaire du nerf vague.

Autre fois on le croyait fragmenter en plusieurs parties qui commandent les actions Musculaires successives des noyaux et nerfs moteurs des trijumeaux (V), facial (VII), glosso-pharyngien (IX), pneumogastrique (X), grand hypoglosse (XII) et des 2 premières racines motrices (C1 et C2).

Il est considéré de nos jours comme faisant partie d'un système inter neuronique moteur cervical de la formation réticulée bulbaire, chargé de répartir l'influx qui produit la chaîne des mouvements et des inhibitions constitutifs d'une déglutition. Cette représentation n'enlève pas au mécanisme nerveux sa modalité centrale : l'excitation réflexe initiale déclenche le mécanisme inter neuronique qui se poursuit jusqu'à son terme sans aucune intervention afférente surajoutée. La démonstration de cette commande uniquement centrale est donné au niveau de l'œsophage, celui-ci est sectionné en plusieurs segments : la déglutition est provoquée en excitant le pharynx. L'onde péristaltique parcourt tout l'œsophage malgré ses solutions de continuité.

Toute fois si la mise en branle du centre bulbaire de la déglutition est avant tout la conséquence des afférences réflexes en provenance de la région pharyngée, la déglutition tout au moins dans son déclenchement initial, peut être volontaire. La commande est en ce cas cortical et la zone qui en est responsable a été localisée à la partie antérieure de la 2ème circonvolution frontale. Doté d'une innervation sympathique et para sympathique, l'œsophage reçoit des afférences motrices cholinergiques du nerf cervico dorsal. Au contraire le nerf vague est inhibiteur du cardia et le sympathique constricteur. Le péristaltisme œsophagien et le jeu associé du cardia révèlent l'antagonisme et la réciprocité de cette double innervation.

1.6 Anatomie pathologie [19]

- La classification OMS des tumeurs, est une classification histopathologique. facteurs de risque
- Le système TNM, décrit l'extension tumorale

Carcinomes épidermoïdes

▪ **Histopathologie**

La plupart des carcinomes épidermoïdes sont situés dans le tiers moyen de l'œsophage. Ils se développent à partir de la muqueuse malpighienne œsophagienne et gardent plus ou moins une différenciation malpighienne (ou épidermoïde), c'est à dire la capacité de produire de la kératine

▪ **Variantes histologiques**

Carcinome verruqueux

Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes

Carcinome basaloïde

▪ **Grading des carcinomes épidermoïdes**

On décrit différents degrés de différenciation, ou grades, essentiellement en fonction de la quantité de kératinisation. Le grading a été intégré aux groupes histopronostiques du TNM7, mais sa valeur pronostique est controversée, probablement parce que les critères pour définir le grade d'un carcinome épidermoïde ne sont pas valides et donc non reproductibles.

Cependant, on individualise classiquement :

- Les carcinomes épidermoïdes bien différenciés : kératinisation importante sous forme de perles de kératine, associée à un contingent d'allure basale, non kératinisant, peu abondant ;
- Les carcinomes peu différenciés : essentiellement constitués de cellules d'allure basale formant des massifs fréquemment nécrosés en leur centre ;
- Les carcinomes épidermoïdes moyennement différenciés : les plus fréquents, d'aspect intermédiaire ;
- Les carcinomes indifférenciés : de nature épithéliale (expression des marqueurs épithéliaux malpighiens) mais sans différenciation malpighienne histologique. Ils doivent être distingués des tumeurs neuroendocrines par la négativité des marqueurs neuroendocrines

Adénocarcinomes de l'œsophage

Ce sont des tumeurs épithéliales malignes avec une différenciation glandulaire. La plupart se développent au niveau du tiers inférieur de l'œsophage, à partir d'une muqueuse glandulaire avec métaplasie intestinale : endobrachyœsophage (EBO) ou œsophage de Barrett des Anglo-Saxons. Les adénocarcinomes sur EBO se développent à travers une séquence de lésions pré-malignes appelées << dysplasies >> ou << néoplasies intra-épithéliales ou intra-muqueuse >>.

▪ **Histopathologie**

La grande majorité des adénocarcinomes de l'œsophage sont de type intestinal, selon la classification de Lauren (architecture glandulaire, avec formation de papilles et/ ou de tubes).

Quelques uns sont de types diffus (cellules indépendantes)

▪ **Variantes histologiques**

Carcinome adenosquameux

Carcinome mucoépidermoïde et carcinome adenoïde kystique

▪ **Grading des adénocarcinomes**

La plupart sont bien ou moyennement différenciés. C'est pourquoi leur caractère infiltrant est parfois difficile à reconnaître sur des biopsies

Tableau : TNM des cancers de l'œsophage

T	Tumeur primitive
TX	Tumeur primitive non évaluable
T0	Pas de tumeur primitive décelable
Tis	dysplasie de haut grade/ carcinome in situ
T1	Tumeur infiltrant le chorion, la musculaire muqueuse ou la sous-muqueuse
T1a	Tumeur infiltrant le chorion ou la musculaire muqueuse
T1b	Tumeur infiltrant la sous-muqueuse
T2	Tumeur infiltrant la musculature
T3	Tumeur infiltrant l'adventice
T4	Tumeur infiltrant les structures adjacentes
T4a	Tumeur envahissant la plèvre, le péricarde ou le diaphragme
T4b	Tumeur envahissant les autres structures adjacentes (aorte, corps vertébral, trachée)
N	Ganglions lymphatiques régionaux
NX	Ne peuvent pas être évalués
N0	Pas de métastase au niveau des ganglions lymphatiques régionaux
N1	1-2 ganglions lymphatiques régionaux envahis
N2	3-6 ganglions lymphatiques régionaux envahis
N3	>7 ganglions lymphatiques régionaux envahis
M	Métastases à distance
M0	Pas de métastase à distance
M1	Métastase à distance

▪ **Stadification : 4 stades**

Stade 0 = Tis No Mo

Stade I = T1 No Mo

Stade II = stade IIa : T2 No Mo ou T3 No Mo,

Stade IIb : T3 N1 Mo ou T2 N1 Mo

Stade III = T3N1Mo ou T4 Nx Mo

Stade IV= Tx Nx M1

NB : Tx= tous T, Nx= tous N

R	Reliquat tumoral
RX	Reliquat tumoral non évaluable
R0	Pas de reliquat tumoral
R1	Reliquat tumoral microscopique
R2	Reliquat tumoral macroscopique

2 SIGNES [20]

2.1 Type de description : le carcinome épidermoïde de l'œsophage

2.1.1 Signes fonctionnels- Signes généraux:

Le plus souvent et, en particulier dans les stades avancés, le cancer de l'œsophage est évoqué devant les signes cliniques suivants :

- Une dysphagie, progressive persistante. Au début, il peut s'agir d'un simple accrochage intermittent à la déglutition des aliments solides ;
- Une altération de l'état général : anorexie, asthénie, amaigrissement ;
- Des régurgitations, hoquet, haleine fétide liée à la stase alimentaire.

Plus rarement devant :

- Des épigastralgies ou une odynophagie
- Une douleur retro-sternale ou inter-scapulaire
- Des manifestations broncho pulmonaires (toux lors de la déglutition, due à une fistule ou à des fausses routes) ;
- Une dysphonie suggérant une atteinte récurrentielle ;
- Une adénopathie sus claviculaire ou cervicale ;
- Un épanchement pleural ou péricardique ;
- Une hémorragie digestive

Critères d'Atkinson (dysphagie)

0	Pas de dysphagie
1	Accrochage à la déglutition des solides
2	Alimentation semi-liquide possible
3	Alimentation liquide possible
4	Aphagie

2.1.3 Signes physiques

L'examen physique repose notamment sur :

- La recherche d'adénopathies sus-claviculaires et/ou cervicales
- La recherche d'une hépatomégalie et/ou d'une ascite

2.1.4 Examens complémentaires [21]

2.1.4.1 Diagnostic

Endoscopie oeso-gastrique avec biopsies multiples, (à répéter si négatives Initialement) et mesure des distances par rapport aux arcades dentaires. Pour les Adénocarcinomes de la jonction oeso-gastrique (JOG), une rétro vision est Indispensable. L'opérateur doit préciser la hauteur tumorale, le pourcentage de circonférence atteinte, l'existence éventuelle d'un endobrachyoesophage et sa limite supérieure et, si la lésion est franchissable avec un endoscope dont le diamètre est à préciser, la position de la tumeur par rapport à la JOG.

Une coloration vitale (lugol, bleu de Toluidine) est recommandée pour mieux apprécier les limites tumorales et pour rechercher une deuxième localisation Œsophagienne ou dans le cadre du dépistage chez des patients à risque (cancer ORL, endobrachyoesophage...).

Le recours à une technologie à haute définition avec colorations électroniques (Hi-scan, FICE, NBI [Firme Olympus]) est à recommander pour une détection Précoce des cancers de l'œsophage superficiels.

Une recherche de la surexpression d'HER 2 est utile en cas d'adénocarcinome Métastatique

2.1.4.2 Bilan d'extension

Le délai entre la fin du bilan d'extension et la mise en œuvre du traitement doit Être le plus court possible, et ne doit pas dépasser un mois.

A/ Examens de première intention :

- Examen Clinique complet, notamment aires ganglionnaires cervicales et sus-claviculaires

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

- Une évaluation de l'état nutritionnel (IMC et indice de Buzby) et du pourcentage de perte de poids par rapport au poids habituel
- Recherche des pathologies associées liées aux facteurs étiologiques (pulmonaires, ORL, hépatiques, cardiovasculaires...)
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien spirale multi-barrettes : sensible et spécifique pour le diagnostic de métastases viscérales, des adénopathies sus et sous-diaphragmatiques et d'atteinte des organes médiastinaux (aorte, arbre trachéobronchique, plèvre, péricarde...)
- Echo endoscopie : sauf en cas de tumeur non franchissable ou de métastases. Elle doit préciser le stade uT, uN, le caractère franchissable en écho endoscopie, l'épaisseur tumorale, le nombre de ganglions envahis et la classification uTNM. Dans les stades classés uT1 ou T2, la biopsie des adénopathies suspectes est recommandée pour orienter les options thérapeutiques.
Il n'y a aucune indication à dilater une tumeur œsophagienne dans l'optique de pratiquer une écho endoscopie car une tumeur non franchissable est en elle-même, le plus souvent, le témoin d'une lésion localement avancée T3N+, ce geste faisant de plus courir un risque majeur au patient.
- Il n'est pas indiqué de poser une prothèse œsophagienne chez des patients opérables et résécables, du fait des risques de microperforations tumorales et des difficultés chirurgicales qu'elle entraîne (accord d'experts)
- Fibroscopie trachéo-bronchique : systématique pour éliminer une extension muqueuse trachéo-bronchique pour les tumeurs des tiers supérieur et moyen ou à la recherche d'un deuxième primitif chez un patient fumeur.
Elle n'est pas systématique pour les adénocarcinomes du 1/3 inférieur chez un patient non-fumeur.
- Examen ORL avec laryngoscopie indirecte, à la recherche d'une paralysie récurrentielle ou d'un cancer ORL synchrone. Il n'est pas systématique pour les adénocarcinomes du 1/3 inférieur chez un patient non-fumeur.
- Tomographie à émission de positrons (TEP) : à une plus grande précision Diagnostique que l'association scanner – écho endoscopie pour la détection des métastases à distance. Il semble néanmoins que son intérêt soit modéré si le bilan est réalisé sur une période de 15 jours sur des machines récentes et avec des

médecins entraînés. Elle pourra être réalisée si ses résultats sont susceptibles de modifier la thérapeutique, dans les cas suivants :

- doute sur une métastase au scanner TAP
- en cas de chirurgie programmée pour une tumeur

Avancée afin de ne pas méconnaître une contre indication opératoire

- en cas de tumeur limitée sans atteinte ganglionnaire en écho endoscopie et au scanner afin de ne pas méconnaître une indication de traitement néo adjuvant

B- Examens de seconde intention

- La scintigraphie osseuse : Elle sera demandée seulement en cas de signe d'appel.
- Scanner cérébral en cas de signes d'appel.
- T.O.G.D : souvent demandé par les chirurgiens, indispensable en cas de tumeur non franchissable en endoscopie. Il localise la tumeur, permet la mesure de sa hauteur, note une désaxation éventuelle (signe pronostique péjoratif), apprécie les dimensions de l'estomac en vue d'une chirurgie
- Echographie sus-claviculaire et cervicale +/- cytoponction écho guidée : son intérêt se discute en cas de doute sur des adénopathies, pouvant modifier le traitement
- Les adénopathies cœliaques étant considérées désormais comme régionales, leur confirmation systématique par cytoponction sous écho endoscopie n'est plus licite
- Place de la TEP dans la cadre de l'évaluation de l'efficacité d'un traitement néo adjuvant
 - Sa valeur en tant que marqueur précoce de la réponse à un traitement par chimiothérapie néo adjuvante a été étudiée. Mais en l'absence d'un seuil de SUV Reconnu par tous, le choix du traitement guidé par la TEP ne peut être recommandé à ce jour.
 - De même la TEP ne peut définir à elle seule la réponse complète.
 - Après radio chimiothérapie, la TEP est décevante pour prédire la réponse histologique.
 - En revanche, elle aide à identifier les patients à très bon pronostic après traitement néo adjuvant, quelques travaux suggérant de modifier la stratégie de traitement (absence de chirurgie) en cas de réponse métabolique complète

(SUV ≤ 3) [21]. Néanmoins ces résultats préliminaires nécessitent d'être validés avant d'être mis en pratique.

- Laparoscopie +/- échographie per laparoscopique : son intérêt n'est pas démontré pour tous les cancers de l'œsophage. Cet examen semble intéressant pour les adénocarcinomes localement avancés de la JOG et du tiers inférieur de l'œsophage afin d'éliminer une maladie métastatique, notamment sous forme de Carcinose

2.1.5 Complications :

Il peut s'agir de :

- Une paralysie récurrentielle,
- une adénopathie sus claviculaire,
- une dysphonie,
- une anomalie à l'examen ORL,
- une fistule œso-bronchique,
- une dénutrition.

3. DIAGNOSTIC : [20]

3.1 Diagnostic positif

- **Interrogatoire**

Permet de préciser notamment les ATCD personnels et familiaux, les facteurs de risque et les co-morbidités

- **Endoscopie haute (FOGD)**

La FOGD avec biopsies multiples est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

En cas d'incertitudes ou de biopsies négatives avec persistance des troubles, les biopsies doivent être répétées. Une coloration au lugol est recommandée lors de l'endoscopie digestive haute pour préciser l'étendue de la lésion et rechercher un cancer synchrone.

- **Examen anatomopathologique**

4. TRAITEMENT [1,22]

4.1-But :

-Traitement curatif :

- Exérèse de la tumeur avec ses relais ganglionnaires, si résécable avec rétablissement de la continuité et prévention des récives.

- Eviter les récives et les complications

- Amélioration de la qualité de vie des patients

-Traitement palliatif : lorsque l'exérèse n'est plus possible, permettre un meilleur confort de vie. Ralentir l'évolution néoplasique

*Radiothérapie externe (contre-indication absolue : fistule oeso-trachéale ou Oeso-bronchique +++contre-indication relative : adénocarcinome)

*Chimiothérapie radio sensibilisante (5FU+Cisplastine)

Permettre la ré-alimentation, le traitement des carences

*Soutien psychologique (alcool +tabac plus ou moins maintenus)

*Antalgique +++

4.2 Préventif

La seule prévention connue est la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Le dépistage et la surveillance systématique de l'œsophage de Barrett n'a pas permis une diminution de la mortalité à l'échelle d'une population. À l'échelle individuelle, la surveillance endoscopique d'un œsophage de Barrett (dépistage des plages de Métaplasie intestinale) est recommandée tous les deux ans en l'absence de dysplasie

Avec un protocole de biopsies systématiques précis (4 biopsies tous les 2 cm). L'apparition d'une dysplasie de bas grade impose un contrôle endoscopique 2 mois après un traitement par un inhibiteur de la pompe à protons à double dose. Si la dysplasie de bas grade est confirmée, la surveillance recommandée est une endoscopie digestive haute à 6 mois puis tous les ans avec biopsies étagées. La découverte d'une dysplasie de haut grade confirmée sur deux prélèvements et par deux anatomopathologistes est considérée comme un cancer in situ et impose un bilan pré thérapeutique puis un traitement (cf. ci dessous).

4-3 Moyens :

- chirurgicaux :

- les exérèses+ curages,
- les plasties,
- les by-pass œsophagiens,
- la dilatation endoscopique
- le Sten œsophagien
- le tube d'alimentation

- non chirurgicaux

- Chimiothérapie palliative des cancers métastatiques
- Chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante
- Radio-chimiothérapie exclusive
- Radio-chimiothérapie préopératoire
- Radio-chimiothérapie post opératoire
- La thérapie photo dynamique
- La curiethérapie endoluminale
- Immuno- nutrition

4.4-Méthodes

4.4.1- Traitement curatif=exérèse carcinologique

4.4.1.1Chirurgie d'exérèse:

a) Principes du traitement chirurgical :

a-1 Voie d'abord:

- Laparotomie +thoracotomie droite (Lewis-Santy) : 1/3 moyen, 1/3 inférieur
- Thoraco-phréno-laparotomie gauche (Sweet) :1/3 inférieur
- Laparotomie + thoracotomie droite+cervicotomie (Akiyama) : 1/3 moyen, 1/3 Supérieur.
- Œsophagectomie sans thoracotomie : 1/3 inférieur, 1/3 supérieur
- Œsophago-laryngectomie totale (OPLT) : cancers ORL associés ou œsophage Cervical haut.

a-2 œsogastrectomie polaire supérieure (OGPS) ou œsophagectomie totale pour le type II de Siewert dans les tumeurs de la jonction œsogastrique (JOG)

a-3 Curage ganglionnaire : 3 compartiments

-compartiment abdominal : les ggls para cardiaux droits et gauches, de la petite courbure et du pédicule gastrique gauche

-compartiment médiastinal : les ggls para œsophagiens, sous carenaires, latero-bronchiques, les ggls apicaux droits (para-trachéaux, sous claviculaires et récurrentiels), les ggls apicaux gauches

-compartiment cervical : ggls récurrentiels (compartiment interne), ggls en dehors de la veine jugulaire interne (compartiment externe), ggls du nerf spinal accessoire sus-claviculaires (latéral)

a-4 Faire un examen extemporané à la limite supérieure de l'œsophage

a-5 Anastomose œsogastrique (ou plus rarement œsocolique) intra thoracique ou cervicale

a-6 Jéjunostomie (1 mois puis ablation), non systématique

a-7 Pièce opératoire adressée à l'anatomo-pathologie

a-8 Alimentation :

- parentérale exclusive jusqu'à la reprise du transit
- puis : entérale par jéjunostomie
- puis : orale progressive après contrôle de l'anastomose par un transit aux hydrosolubles (j10).

b) Cas particuliers

b-1 Cancer de l'œsophage cervicale (pneumopathies par fausses routes, masse parfois palpable), rarement extirpable le traitement repose sur radiothérapie externe plus la chimiothérapie.

b-2 Cancer de l'œsophage juxta-cardial (dysphagie précoce)

- Gastrectomie totale élargie à l'œsophage abdominal par voie abdominale pure, le plus souvent, avec anastomose œsojéjunale sur anse en Y (ou plastie colique)
- ou OGPS par double voie (thoracique et laparotomie)

c) Les complications post opératoires :

c-1 Immédiates: il peut s'agir ;

- Une fistule anastomotique : cervicale le plus fréquente et peu grave ; intra-thoracique moins fréquente mais plus grave ;
- Pneumopathie ;
- Mortalité opératoire est de 10 %.

c-2 A distance : amaigrissement, récurrence.

4.4.2. Traitement palliatif (80%)

4.4.2.1 Laser endo-œsophagien (contre indication : fistule œsotrachéale ou Oesobronchique) .Risque : perforation œsophagienne

4.4.2.2 Endoprothèse transtumorale : Contre indication : cancer de l'œsophage cervical ++ (migration, mauvaise tolérance). Souvent précédée d'une dilatation endoscopie

. Si la tumeur est sous la crosse aortique (2/3 inférieurs)

. Seul traitement si fistule œsotrachéale ou œsobronchique

4.4.2.3 Postlethwait : œsophagoplastie rétro sternale sans œsophagectomie

4.4.2.4 Gastrotomie ou jéjunostomie d'alimentation

4.5 Cas particulier : fistule oesotrachéale ou oesobronchique

***Clinique :**

-Fausse route lors de l'alimentation liquide

-Pneumopathie

***TOGD aux hydrosolubles**

***Fibroscopie bronchique +biopsies**

***Endoprothèse puis alimentation orale**

4.6 Traitements complémentaires :

4.6.1 Reanimtion :

La réanimation est le support indispensable à l'efficacité du traitement chirurgical.

Des progrès considérables ont été accomplis dans ce domaine :

- la surveillance hémodynamique per-opératoire : tension artérielle (TA), fréquence cardiaque (FC), pression veineuse centrale (PVC),

- la prévention des complications respiratoires par gazométrie discontinue per-opératoire et oxymétrie de pouls. Une antibiothérapie pré, per et post opératoires est impérieuse. Elle doit être à large spectre.

La surveillance permanente des drains pleuraux ainsi que l'opacification pulmonaire à la radiographie doivent permettre le Dépistage précoce des fistules qui posent le problème délicat des ré-interventions. Une hyperalimentation postopératoire parentérale ou entérale (jéjunostomie, gastrostomie) assure une cicatrisation rapide. Une ré-equilibration hydro-électrolytique associée à un ionogramme sanguin est nécessaire.

4.6.2. La chimiothérapie néo-adjuvante: il ya un bénéfice significatif en faveur de la chimiothérapie néo-adjuvante sur la chirurgie seule en terme de survie a 5 ans et de résection R0. La chimiothérapie néo-adjuvante semble plus efficace sur les adénocarcinomes que sur les carcinomes épidermoïdes avec 2 cures préopératoires de 5 FU-cisplatine et si possible 2 ou 3 cures post-opératoire. Elle reste une option pour les cancers épidermoïdes lorsqu'une radio-chimiothérapie préopératoire est impossible

4.6.3. Radio-chimiothérapie néo-adjuvante : avec 45 Gy + cisplatine/ FU, elle a démontré un effet bénéfique significatif sur la résection à visée curative, le contrôle local et la survie sans récurrence. la place de la radio-chimiothérapie préopératoire pour des stades localisés (stades I et II) reste toujours débattue.

4.6.4. Radio-chimiothérapie exclusive : la radio-chimiothérapie exclusive délivrant 50 GY avec une chimiothérapie à base de cisplatine+ 5FU est devenue un standard thérapeutique pour les patients présentant un cancer de l'œsophage localement avancé ou les patients non opérables.

4.6.5. Traitement des formes métastatiques : le traitement des patients avec une forme métastatique repose sur la chimiothérapie et les soins de confort. L'association 5FU-cisplatine entraîne 30 à 40% de réponses objectives et une survie médiane de 8 à 12 mois. Le schéma FOLFOX 4/ radiothérapie s'est montré aussi efficace et moins toxique que le 5FU- cisplatine/ radiothérapie dans les cancers épidermoïdes localement avancés

5-Pronostic et surveillance :

5-1 Survie à 5 ans :

A tous stades confondus la survie à 5 ans est de 5%, ainsi nous avons ;

- 70% de survie à 5 ans pour les tumeurs in situ ;
- 30% de survie à 5 ans pour les tumeurs T1 et N0 ;
- 15% de survie à 5 ans pour les tumeurs T2 ;
- 3% de survie à 5ans pour les tumeurs T3.

5-2 Surveillance standard en oncologie : le calendrier de surveillance indique les dates des consultations et des examens.

Le rythme de réalisation de ces examens peut être le suivant :

- un examen clinique tous les 3 mois pendant 7ans puis tous les 6 mois ;
- une FOGD à 3 mois puis tous les 6mois pendant 2 ans et tous les ans ensuite ;
- Un scanner a 3 mois puis tous les 6 mois pendant 2 ans. Il est ensuite réalisé en fonction des symptômes ;
- un examen ORL tous les ans
- une fibroscopie trachéo-bronchique et (non systématique).

METHODOLOGIE

IV- MATERIEL ET METHODES

1- Type d'étude et période d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective et prospective portant sur 123 cas de cancers de l'œsophage, allant de janvier 2003 à décembre 2016 soit une période de 14ans

2- Cadre d'étude :

L'enquête s'est déroulée dans le service de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire (CHU) Gabriel Toure. Il est effectué dans ce service, des activités de chirurgie viscérale. C'est un service avec neuf (09) salles d'hospitalisations pour une capacité de 33 lits et un bloc opératoire comportant trois (03) salles d'opérations, une salle de réveil, une salle de stérilisation et une salle d'accueil et en fin trois (03) boxes de consultation ordinaire au niveau du bureau des entrées au premier étage situe dans l'aile droite du bâtiment vers le nord. Le service de chirurgie générale est un des services du Pavillon Bénitieni FOFANA qui s'y trouve au sud-ouest de CHU " Gabriel TOURE". C'est un service dirigé par onze (11) chirurgiens praticiens hospitaliers. A cette liste s'ajoutent les DES, les thésards, les étudiants stagiaires, le personnel infirmier et deux (02) techniciens de surface

3- Population d'étude :

Elle était constituée de tous les patients admis et opérés dans le service

- **Echantillon :** on a procédé au regroupement exhaustif de tous les cas de cancers de l'œsophage qui répondaient aux critères d'inclusion

- **Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude, tous les patients admis, opérés ou non dans le service chez qui un cancer de l'œsophage a été confirmé à l'examen histologique

- **Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans notre étude les autres pathologies de l'œsophage, le cancer de l'estomac

4- Méthodes

- **Phase rétrospective**

Les données de l'enquête ont été collectées à partir de 120 dossiers médicaux, des registres de consultation, d'hospitalisation, des fiches d'anesthésie, des registres de compte rendu opératoire, d'examen anatomopathologiques.

- **Phase prospective**

Durant notre période d'étude nous avons eu à prendre en charge trois (03) cas de cancers de l'œsophage

Les données ont été notées sur une fiche d'enquête sous forme de variables quantitatives ou qualitatives. Les différentes variables ont été réparties en cinq chapitres comme suit:

- Données civiles et administratives
- Signes cliniques
- Signes para cliniques
- Données thérapeutiques
- Suivi post opératoire

L'enquête s'est déroulée en deux (02) temps :

- La phase de compilation des dossiers, des registres de consultation, de compte rendu opératoire, d'hospitalisation et celui de l'examen anatomopathologique.
- La phase de vérification.

5- Statistiques

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels **Word 2007, Excel 2007, Epi info version 3.5.3, Epi info version 7.0**

Le test statistique de comparaison utilisé a été le **Chi2** avec un seuil de signification **P < 0,05**.

- La phase de compilation des dossiers, des registres de consultation, de compte rendu opératoire, d'hospitalisation et celui de l'examen anatomopathologique.
- La phase de vérification.

6- Suivi

Nos malades ont été suivi a partir des appels téléphoniques, des rendez vous de suivi post opératoire

RESULTATS

V RESULTATS

A. RESULTATS DESCRIPTIFS

1. EPIDEMIOLOGIE

1.1.Fréquence :

De janvier 2003 à Décembre 2016 (soit 14ans) 123 cas de cancer de l'œsophage ont été colligés dans le service, pendant cette même période ces cancers ont représentées :

- ❖ 4,59% (123) de tous les cancers (2681)
- ❖ 0,20% (123) des consultations (62088)
- ❖ 0,54% (123) des hospitalisations (22548)
- ❖ 0,60% (123) des interventions chirurgicales (21025), bloc à froid (7379)
- ❖ 8,78 Cas de cancer de l'œsophage par an

1.2. Données sociodémographiques :

1.2.1. L'âge

Tableau : tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage
[17-31]	22	17,90
[32-43]	25	20,32
[45-56]	31	25,20
[57-66]	25	20,32
[67-85]	18	14,63
[86-89]	2	1,63
Total	123	100

La moyenne d'âge a été de 49,79 ans, avec un écart type de 16,64 et des extrêmes d'âge de 17 et 89ans.

1.2.2. Sexe : Le sexe ratio est de 1,36



Fig. 5 : répartition des patients selon le sexe

Tableau II : Principale activité des patients

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	53	43,09
Cultivateur	33	26,83
Commerçant	11	9,17
Berger	4	3,33
Artisan	5	4,17
Maçon	5	4,17
Militaire	3	2,50
Transitaire	2	1,05
Autres	7	5,69
Total	123	100

Autres : chauffeur (1), élève(1), personne âgée (1), pharmacien (1), infirmier à la retraite (1), planton à la mairie (1), technicien supérieurs (1)

1.2.3. Nationalité :

97,56% de nos patients étaient de nationalité Malienne

Tableau III : Provenance des patients

Provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	67	54,50
Kayes	17	13,20
Sikasso	12	10
Koulikoro	10	8,30
Mopti	4	3,30
Ségou	4	3,30
Tombouctou	2	1,70
Gao	2	1,70
Abidjan	1	0,80
Libreville	1	0,80
Kankan	1	0,80
Kati	1	0,80
Nouakchott	1	0,80
Total	123	100

54,47% des patients résidaient à Bamako.

1.2.4. Mode d'admission

Tous les malades ont été recrutés en consultation ordinaire.

2. ETUDE CLINIQUE :

Tableau IV : Facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Non retrouvés	78	63,41
Tabac	19	15,45
RGO	20	16,26
Alcool	2	1,63
Ingestion de produits caustiques	4	3,25
Total	123	100

Tableau V: antécédents des patients

Antécédents	Effectif	Pourcentage
UGD	12	9,76
HTA	4	3,25
Tuberculose pulmonaire	2	1,63
ATCD chirurgie digestive	12	9,76
Sans ATCD	93	75,60
Total	123	100

2.1. Délai diagnostic

Le délai diagnostique moyen chez nos patients était de 8,63 mois avec un écart type de 22,30 et des extrêmes de 1 à 240mois.

2.2. Signes fonctionnels :

Tous nos patients avaient consulté pour dysphagie.

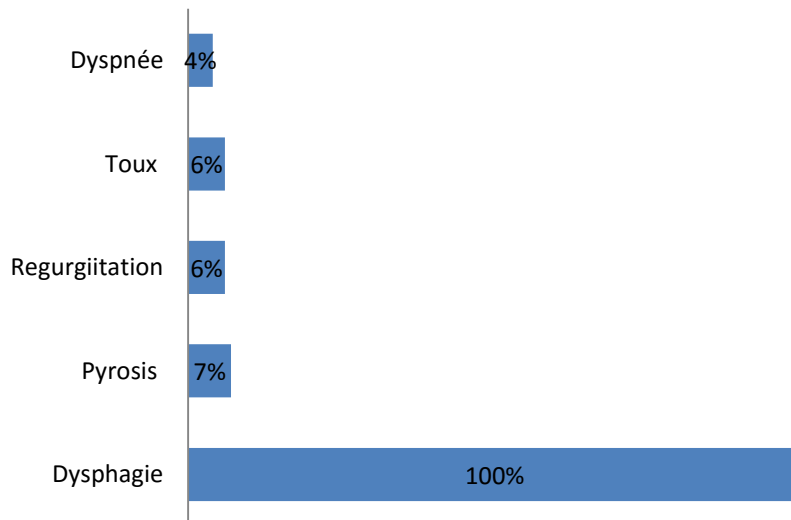


Fig.6: les signes fonctionnels

Tableau VI : Type de dysphagie selon Atkinson

Critères d Atkinson	effectif	Pourcentage
Grade 1	103	84
Grade 2	13	10
Grade 3	1	1
Grade 4	6	5
Total	123	100

Signes généraux :

Tableau VII : Indice de performance OMS

Indice OMS	Effectif	Pourcentage
1	3	2,44
2	52	42,28
3	64	52,03
4	4	3,25
Total	123	100

- ❖ L'IMC moyen de nos patients était de $18,49 \text{ kg/m}^2$ avec un écart type de 2,47 et des extrêmes compris entre 13,46 et $27,68 \text{ kg/m}^2$,
- ❖ On retrouvait une pâleur conjonctivale chez 11 patients (9,09%),
- ❖ 102 patients présentaient des plis de déshydratation (84,30%),
- ❖ 60 patients présentaient des plis de dénutrition (49,59%)

2.5.1. Classification ASA :

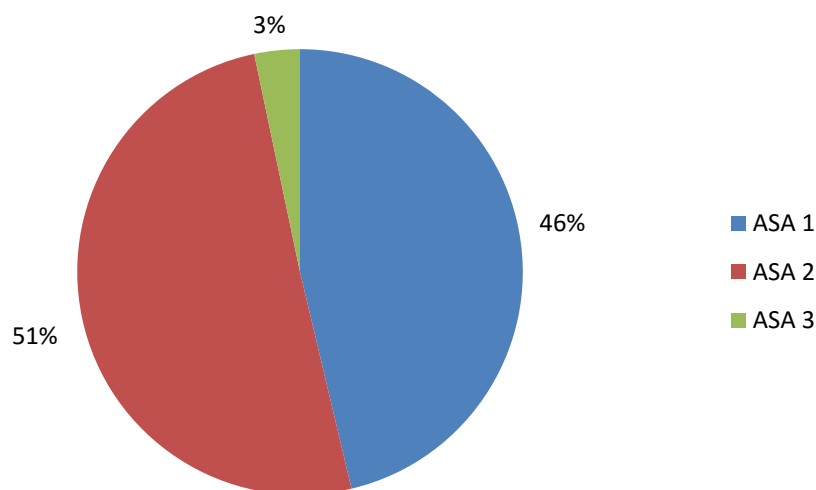


Fig. 7 : Classification ASA

3. BILAN PARACLINIQUE :

3.1. Diagnostic positif :

3.1.1. Fibroscopie œsogastroduodénale avec biopsies :

La FOGD et la biopsie ont été réalisées chez tous les malades. Elles ont permis de préciser le siège et l'aspect de la tumeur.

a. Siège :

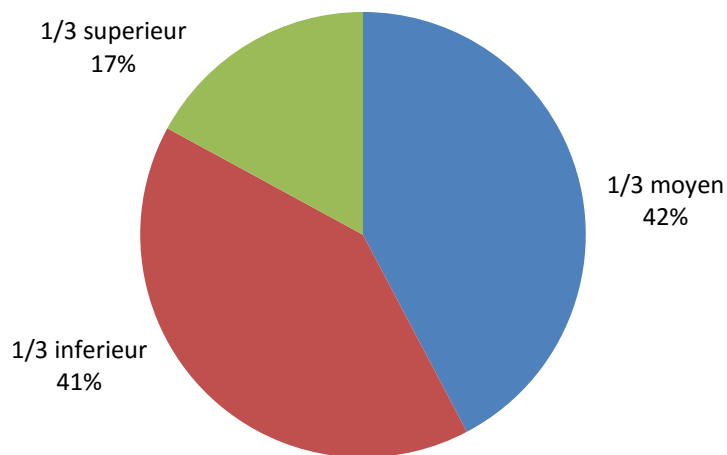


Fig. 8 : Siège de la tumeur

b. Aspect :

Tableau VIII : Aspect de la lésion FOGD

Lésion	Effectif	Pourcentage
Sténosante	51	41,46
Bourgeonnante	37	30,08
Ulcéro-bourgeonnante	29	23,57
Infiltrante	4	3,25
Ulcéro-nécrotique	2	1,63
Total	123	100

c. Type histologique :

- ❖ Le carcinome épidermoïde : 105cas (85,36%)
- ❖ Adénocarcinome : 18 cas (14,88%)

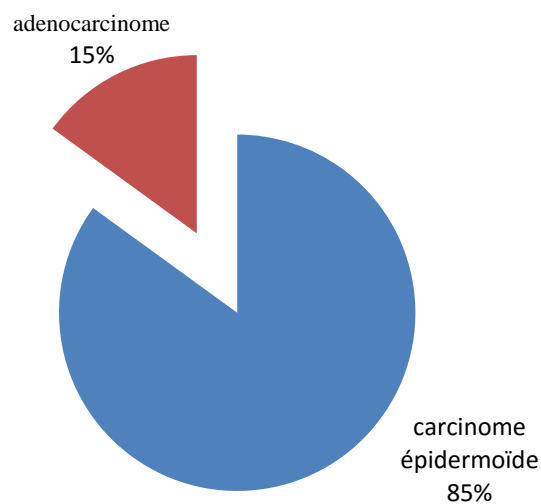


Fig. 9 : le type histologique

d. Différenciation :

La différenciation a été précisée pour 103 malades :

- ❖ Tumeurs peu différenciées : 66 cas (64,8%),
- ❖ Tumeurs moyennement différenciées : 37 cas (35,92%).

3.1.2. Transit Oeso-Gastroduodéal:

Le TOGD a été réalisé chez 80 patients (65,04%) et a permis de préciser le siège et la nature de la lésion.

a. Siège :

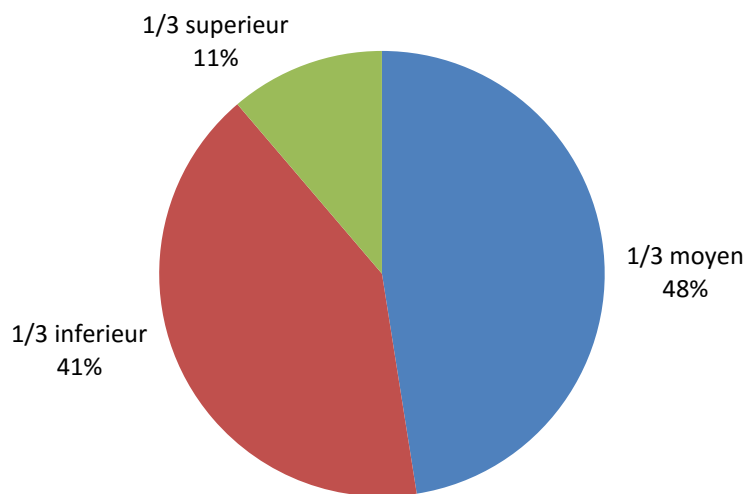


Fig. 10 : le siège de la tumeur

Tableau VIX : Signes radiologiques TOGD

Aspect de la lésion	Effectif	Pourcentage
Rétrécissement irrégulier œsophagien	31	25,20
Sténose œsophagienne	22	17,89
Image de soustraction	9	7,32
Lacune irrégulière	8	6,50
Paroi infiltrée	6	4,88
Fistule aérodigestive	4	3,25
Non disponible	43	34,96
Total	123	100

3.2. Bilan d'extension :

3.2.1. Examen clinique :

- ❖ A révélé la présence d'un ganglion de Troisier dans 1cas (0,81%), un ganglion axillaire dans 4cas (3,25%), un ganglion cervical dans 2 cas (1,63%),
- ❖ Présence d'ascite chez 3malades (2,44%).

Tableau X : Tomodensitométrie thoraco-abdominale

Scanner thoraco-abdominal	Effectif	Pourcentage
Masse œsophagienne sans métastases	30	24,40
Métastases pulmonaires	10	8,13
Métastases hépatiques	7	5,69
Métastases ganglionnaires profondes	4	3,25
Métastases osseuses	1	0,81
Non faite	71	57,72
Total	123	100

Tableau XI : Echographie abdominale

Echographie abdominale	Effectif	Pourcentage
Normale	50	40,65
Métastases hépatiques	7	5,69
Ascite	7	5,69
Adénopathie profonde	5	4,07
masse pancréatique	1	0,81
Splénomégalie	2	1,63
Non faite	51	41,46
Total	123	100

Tableau XII : Radiographie pulmonaire

Radiographie pulmonaire	Effectif	Pourcentage
Normale	41	33,33
Métastases pulmonaires	11	8,94
Pleurésie gauche	4	3,25
Cardiomégalie	3	2,44
Bronchite	3	2,44
Milliaire carcinomateuse	1	0,81
Non faite	60	48,79
Total	123	100

3.3. Bilan d'opérabilité :

3.3.1. Bilan biologique :

Tous les malades ont réalisés le bilan préopératoire

Tableau XIII: Classification TNM préopératoire

Classification TNM	Effectif	Pourcentage
T2N1M0	1	0,81
T3N0M0	14	11,38
T3N1M0	14	11,38
T4N1M1	94	76,43
Total	123	100

Stadification

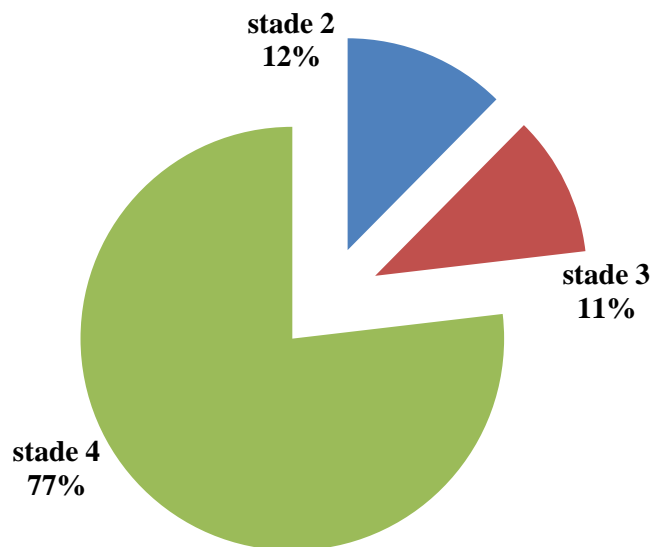


Fig. 11: la stadification

4. TRAITEMENT :

Tableau XIV : Type de traitement

Type de traitement	Effectifs	Pourcentages
Oesophagectomie	12	9,76
Gastroplastie palliative	8	6,50
gastrostomie d'alimentation	70	56,91
abstention chirurgicale	27	21,95
Refus	6	4,88
Total	123	100

Les causes de non opérabilité :

Parmi les 27 abstentions chirurgicales sont :

- 3 malades avaient une perte de poids supérieure à 20% (abstention temporaire),
- Dans 6 cas on a un âge supérieur à 75 ans avec morbidité,
- Présence de ganglion de Troisier dans 1 cas,
- Présence d'ascite dans 7cas,
- 10 avaient des métastases pulmonaires et hépatiques.

4.1. Traitement curatif :

20 malades ont été sélectionnés dans notre étude pour résection curative. Cette résection n'a été possible que dans 12 cas (60%). Dans les 8 cas restants une gastroplastie palliative a été effectuée.

Tableau XV : Voie d'abord :

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Akyama	15	75
Lewis santy	4	20
Abdominale	1	5
Totale	20	100

4.1.2. Type d'intervention :

- ❖ Oesophagectomie : 11cas (55%),
- ❖ Oesogastrectomie polaire supérieure : 1cas (5%)

4.1.3. Plastie :

La plastie réalisée chez nos malades a été une plastie gastrique

4.1.4. Type d'anastomose :

On a procédé à une anastomose oesogastrique dans les 20 cas.

4.1.5. Séjour en réanimation :

Tous les patients ayant subis une chirurgie curative ont séjourné au service de réanimation.

La durée moyenne de séjour de 5,12jours un écart type de 1,89 et des extrêmes d 3 a 10jours.

4.2. Traitement néo adjuvant et adjuvant :

4.2.1. Traitement néo adjuvant :

Parmi les 20malades opérés, une chimiothérapie néo adjuvante a été réalisée dans 1 cas.

4.2.2. Traitement adjuvant :

3 malades chez qui la résection était possible ont bénéficié d'une chimiothérapie adjuvante

Aucun de nos malade n'a bénéficié d'une radiothérapie pré ou post opératoire.

4.3 Le traitement palliatif

4.3.1 Traitement chirurgical :

L'acte chirurgical a consisté à une gastrostomie. Nous avons réalisés 70 gastrostomies d'alimentation (56,91%) en procédant par voie médianes dans 23 cas (32,85%) et par voie élective 47 dans cas (67,14%).

L'indication chirurgicale était limitée à un geste d'alimentation d'emblée dans 59 cas (84,28%) alors que dans 4 cas (5,71%) la gastrostomie a été décidée en per opératoire après laparotomie exploratrice.

Tableau XVI : Traitement chirurgical à but palliatif

Traitement chirurgical	Effectifs	Pourcentages
Gastroplastie palliative	8	10,26
Gastrostomie d'alimentation	70	89,74
Total	78	100

2.2. Chimiothérapie à visée palliative :

7 Patients ont bénéficiés d'une chimiothérapie à visée palliative: 7cas

A. RESULTATS DU TRAITEMENT

Il n'y a eu aucune complication en per opératoire

❖ **Suites opératoires à J-30**

Tableau XVII : Suites des oesophagectomies à J30

Chirurgie curative	Effectif	Pourcentage
Pneumopathie	1	8,33
Simple	9	75
Décès	2	16,67
Total	12	100

Tableau XVIII : Suites des gastroplasties palliatives à J30

Gastroplastie palliative	Effectif	Pourcentage
Fistule anastomotique	6	75
Pneumopathie	1	12,5
Simple	1	12,5
Total	8	100

Tableau XIX: Suites des gastrostomies d'alimentation à J30

Gastrostomie d'alimentation	Effectif	Pourcentage
Simple	48	68,57
Douleur thoracique	1	1,43
Perdu de vue	3	4,29

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Décès	18	25,71
Total	70	100

Tableau XX: Suites des abstentions chirurgicales à J30

Abstention chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Simple	8	29,63
Perdu de vue	17	62,96
Décès	2	7,41
Total	27	100

❖ **Suites opératoires à 6 mois**

Tableau XXI : Suivi des Oesophagectomies à 6 mois

Chirurgie curative	Effectif	Pourcentage
Vivant	6	50
Perdu de vu	4	33,33
Décès	2	16,67
Total	12	100

Tableau XXII : Suivi des gastroplasties palliatives à 6 mois

Gastroplastie palliative	Effectif	Pourcentage
Perdu de vue	2	25
Vivant	1	12,50
Décès	5	62,50
Total	8	100

Tableau XXIII: Suivi des gastrostomies d'alimentation à 6 mois

Gastrostomie d'alimentation	Effectif	Pourcentage
Perdu de vue	34	48,57
Vivant	9	12,86
Décès	27	38,57
Total	70	100

Tableau XXIV : Suivi des abstentions chirurgicales à 6 mois

Abstention chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Vivant	1	3,70
Décès	26	96,30
Total	27	100

❖ **Suivi à 1an**

Tableau XXV : Suivi des Oesophagectomies à 1 an

Chirurgie curative	Effectif	Pourcentage
Vivant	4	33,33
Perdu de vue	6	50
Décès	2	16,67
Total	12	100

Tableau XXVI : Suivi des gastroplasties palliatives à 1 an

Gastroplastie palliative	Effectif	Pourcentage
Vivant	1	12,50
Perdu de vue	2	25
Décès	5	62,50
Total	8	100

Tableau XXVII : Suivi des gastrostomies d'alimentation à 1 an

Gastrostomie d'alimentation	Effectif	Pourcentage
-----------------------------	----------	-------------

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Vivant	3	4,29
Décès	67	95,71
Total	70	100

Toutes les abstentions chirurgicales étaient décédées après 1 an de suivi.

❖ Suivi à 2 ans

Tableau XXVIII : Suivi des Oesophagectomies à 2 ans

Chirurgie curative	Effectif	Pourcentage
Vivant	3	25
Récidive tumorale	2	16,67
Décès	7	58,33
Total	12	100

Toutes les gastroplasties palliatives et gastrostomies d'alimentation étaient décédées après 2 ans de suivi.

❖ Suivi à 3ans

Tableau XXIX: Suivi des Oesophagectomies à 3 ans

Chirurgie curative	Effectif	Pourcentage
Vivant	1	8,33
Récidive tumorale	1	8,33
Décès	10	83,34
Total	12	100

Les tous les patients ayant subis une gastroplastie palliative ou une gastrostomie d'alimentation étaient décédés à leur 3eme année de suivi postopératoire.

B.RESULTATS ANALYTIQUES

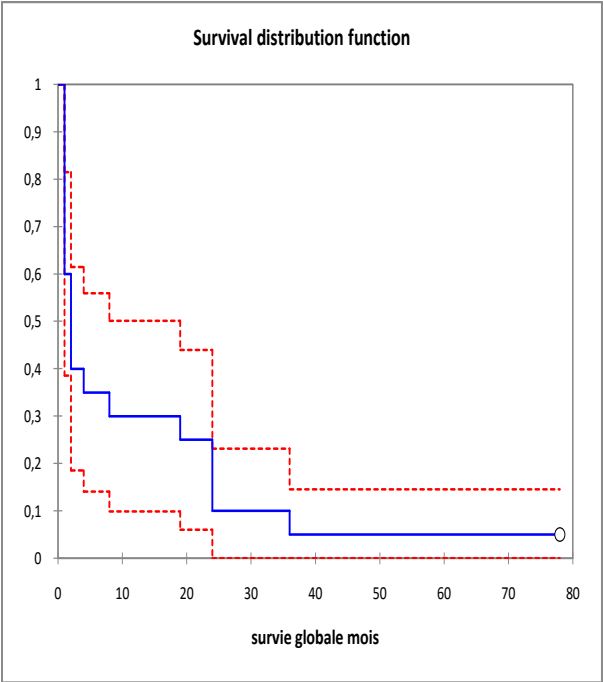


Fig. 9 : courbe de survie globale

Seulement 5% de nos patients ont eu une survie globale à 37 mois

Nous avons établi la courbe de survie en fonction du type de chirurgie effectué sur nos patients

Meansurvival time:

Meansurvival time (survie globale mois<78)	Standard deviation	Lowerbound (95%)	Upperbound (95%)
10,917	3,164	4,714	17,119

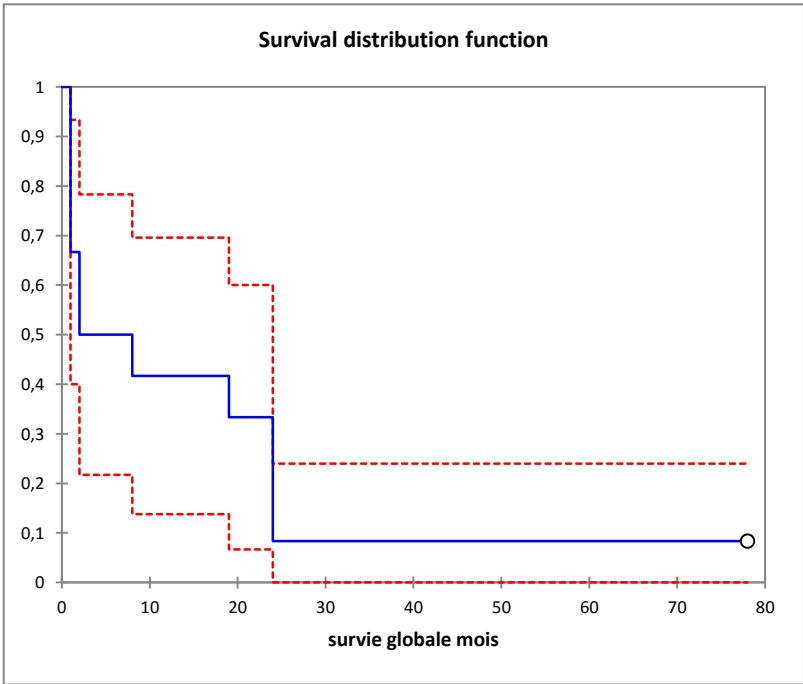


Fig 10 : courbe de survie de Kaplan Meier des patients après oesophagectomie

Meansurvival time:

Meansurvival time	Standard déviation	Lowerbound (95%)	Upperbound (95%)
6,000	4,301	0,000	14,430

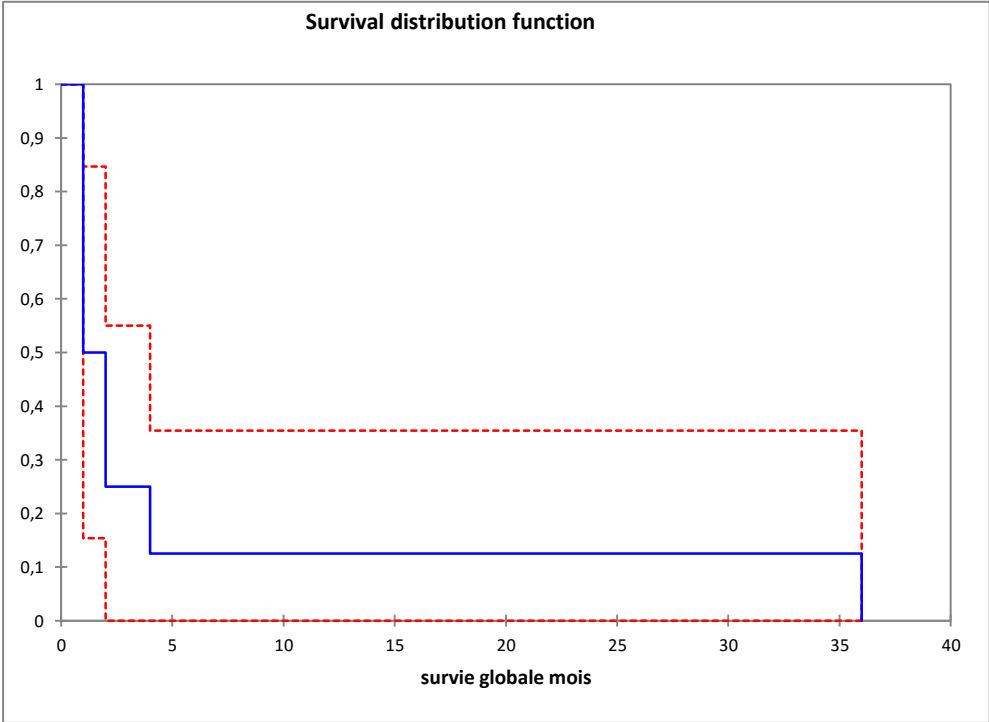


Fig 11: Courbe de survie pour les patients ayant subit une gastroplastie palliative

Meansurvival time:

Meansurvival time	Standard déviation	Lowerbound (95%)	Upperbound (95%)
1,810	0,319	1,184	2,435

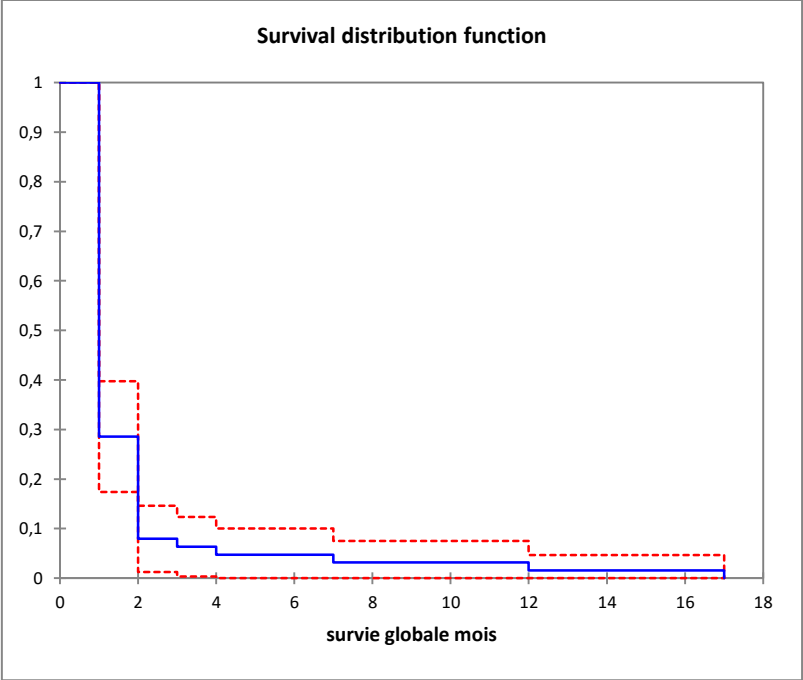


Fig12 : courbe de survie pour les cas de gastrostomie d'alimentation

Meansurvival time:

Meansurvival time	Standard deviation	Lowerbound (95%)	Upperbound (95%)
1,525	0,226	1,081	1,969

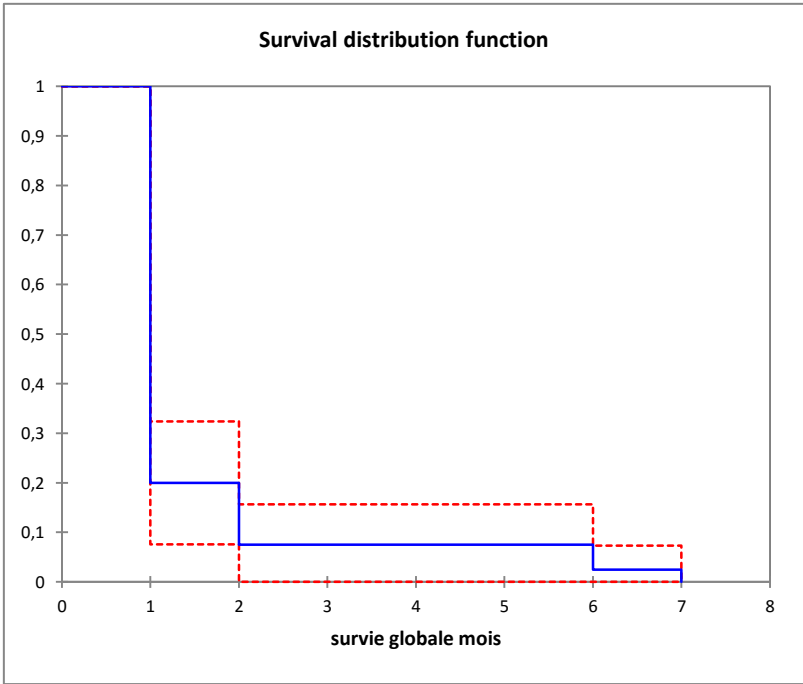


Fig13 : courbe de survie pour les abstentions chirurgicale

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI .COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

Notre étude rétro prospective de janvier 2003 à décembre 2016 a porté sur **123** malades.

Parmi lesquels nous avons participé à la prise en charge de **03** malades soit (**02,44%**) de façon prospective.

Cependant nous avons été confrontés à des difficultés liées :

- ❖ A l'insuffisance de données retrouvées dans (certains) dossiers qui ont été exclus ;
- ❖ L'imprécision des adresses, le non-respect des rendez-vous dans le suivi postopératoire ; ainsi nous avons réalisé un suivi téléphonique.

Ces difficultés ont été signalées par d'autres auteurs africains. [23].

2. Données socio démographiques :

2.1 Fréquence :

Tableau XXX : nombre de cas par an /Auteurs

Auteurs	Effectif	Nombre de cas/an
Tettey M , Ghana, 2012 [24]	152	8,44
Sarfaty M , Israel, 2017 [25]	200	12,50
Tchiam S , Mali, 2013 N=95 [1]	95	8,63
Notre étude Mali 2016	123	8,78

Le cancer de l'œsophage occupe la 8^e place de tous les cancers sur l'échelle mondiale ; l'incidence en Europe est de 4,5/100000/ an, avec des grandes disparités (3/100000 en Grèce et 10/100000 en France) [2].

Selon le registre de cancer du Mali, il occupe le 7^e rang de cancer digestif chez l'Homme et le 13^e rang chez la femme.

Le nombre de cas par an dans notre étude était de 8,78 % de cancer de l'œsophage; ceci ne présente pas de différence statistique avec Tettey [24] au Ghana (8,44) et Thiam [1] au Mali (8,63)

Cependant Sarfaty [25] en Israël (12,5) a rencontré 12,50 cas /an

Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon et le profil des services de recrutem

2.2 Age :

TableauXXXI: Age moyen/auteurs

Auteurs	Age moyen ± ET
Gasmelseed N ,Soudan 2015 N=448 [26]	60
Servajeon C ,France 2016 N=35 [27]	61,7±8,9
Chen Z , USA 2017 N=49766 [28]	68
Notre étude Mali 2016 N=123	49,8±16,65

Le cancer de l'œsophage était rare avant 40ans ; chez l'homme, l'incidence augmenterait régulièrement entre 40 et 70ans et se stabiliserait ensuite. Chez la femme, l'augmentation avec l'âge était moins rapide mais se poursuivait après 70 ans [9]

L'âge moyen de nos malades a été de 49,79ans. Cet âge est inférieur à celui rencontré dans les séries soudanaises [26], françaises [27] et américaines [28]. Cette différence pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population Malienne.

Selon une étude réalisée au Mali en 2012 EDSM V **46,6%** de la population est âgée de moins de **15 ans** [29].

2.3 Sexe :

Tableau XXXII : sexe/Auteurs

Auteurs	Sexe		P
	M	F	
OUGOUGDAL L.A , Maroc 2014 N=24 [30]	17 (71%)	7 (29%)	0,0758
Tettey M ,Ghana 2014 N= 152[24]	122(80%)	30(20%)	0,0012
Sarfaty M , Israel 2017 N=200 [25]	127(63,5%)	73(36,5%)	0,5630
Notre étude Mali N=123 2016	71(58%)	52(42%)	

Le cancer de l'œsophage est fréquent chez les hommes [31]

Cette tendance a été observée dans notre étude (58%), tout comme dans les séries marocaines [30], Ghanéennes [24] et israéliennes [25] respectivement (71%, 80%, 63,5%)

La fréquence de consommation de tabac, d'alcool, et des substances cancérigènes pourrait expliquer cette prédominance masculine.

3. Données cliniques

Tableau XXXIII : facteurs de risque

Auteurs	Facteurs de risque		
	Tabac	Alcool	Autres
Duron V , Kenya, 2013 N=81[32]	24(30%)	9(11%)	48(59%)
Shiuanchuang Y , Chine, 2017 N =9275 [33]	1086(11,7%)	303(3,3%)	7886(85%)
Notre étude Mali 2016 N=123	19(15,44%)	2(1,62%)	56(45,52%)

Le tabac et l'alcool sont les facteurs de risque principaux du cancer malpighien de l'œsophage [9]

L'adénocarcinome, moins fréquent, est développé dans le bas œsophage sur une muqueuse en métaplasie glandulaire ,ses facteurs favorisant seraient le reflux œsophagien, et le surpoids [34]

L'association alcool tabac augmenterait significativement le risque de survenu de cancer, ceci a été démontré dans notre étude ainsi dans les autres études kenyane et chinoise ;

Par ailleurs il ya certains facteurs de risque qui augmenteraient le risque de survenu de cancer de l'œsophage (RGO, ingestion produits caustiques, consommation d'aliments chauds,

surpoids, les ATCD familiaux de cancer de l'œsophage) ont représenté dans l'étude 45,52%, ce résultat est supérieur a celui de Duron V [32] au Kenya

Tableau XXXVI : délai diagnostique

Auteurs	Délai moyen mois \pm ET	P
SANOUE A , Ouagadougou, 2012 N=16 [23]	9	1,0000
AABBAS A , MARRAKECH, 2012 N=54 [35]	5	0,5679
Gasmelseed N , Soudan, 2015 N=448 [26]	4	0,3727
Oumboma B , Togo, 2014 N=24 [11]	2	0,1005
Notre étude Mali 2016 N=123	8 \pm 24,33	123

Le cancer de l'œsophage évoluant à bas bruit, les signes d'alarmes font l'objet d'un traitement inadapté favorisant le retard et aussi l'évolution de la tumeur [23]

Le délai moyen d'évolution de 8 mois chez nos patients n'est pas statistiquement différent de celui retrouvé au Burkina Faso [23] (9mois)

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Par contre d'autres auteurs du Maroc [35], Soudan [26], Togo [11] rapportent des délais plus courts allant de 2 à 5 mois.

Le retard de consultation chez nos malades s'expliquerait par l'apparente banalité des symptômes qui n'inquiétait que peu de patients

4. Données des examens complémentaires

4.1 Imageries

Tableau XXXV : siège de la lésion

Siège de la tumeur	1/3 supérieur	1/3moyen	1/3 inferieur	Non spécifié
Rice TW , USA, 2016 N=29890 [36]	2264 (7,6%) P=0,0856	6109(20,4%) P=0,0012	17920 (60%) P=0,0107	3597(12%)
Luo LL ,Chine 2017 N=267 [37]	32(18,8%) P= 0,8542	126(74,1%) P= 0,0000	12(7,1%) P= 0,0000	
Notre étude Mali 2016 N=123	21(17%)	52(42%)	50(41%)	

Le pronostic du cancer de l'œsophage dépend de plusieurs facteurs dont le siège.

Le 1/3 inferieur est plus accessible pour la chirurgie curative.

Nous rapportons 41% de cas siégeant sur le 1/3 inferieur.

Aux USA, Rice [36] retrouvait 60% de tumeur siégeant sur le 1/3 inferieur ; par contre Luo [37] retrouve 7,1%.

Plusieurs travaux soulignent la fréquence plus élevée des cancers du bas œsophage. Cette augmentation pourrait s'expliquer par la fréquence d'une population plus obèse, le RGO, à l'origine de l'œsophage de Barrett qui prédispose au cancer de l'œsophage

4.2 Type histologique

Tableau XXXVI : Type histologique

Auteurs/ pays	Nature histologique de la lésion	
	Epidermoïde	Adénocarcinome
Davidson M , Angleterre 2017 N=973 [38]	132(14%) P= 0,0000	841(86%) P= 0,0000
ChengML , Afrique Est 2015 N=764 [39]	657(86%) P=1,0000	107(14%) P=1,0000
Xie SH , Suède 2017 N=13363 [40]	8628(65%) P=0,0002	4735(35%) P=0,0010
Notre étude Mali 2016 N=123	105(85,36%)	18(14,88%)

Les carcinomes épidermoïdes se développent à partir de la muqueuse malpighienne œsophagienne ; les adénocarcinomes sont des tumeurs épithéliales malignes avec une différenciation glandulaire [19].

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus fréquent dans notre étude (85,36%). Ceci ne diffère pas du résultat de la série de l'Afrique de l'est [39] (86%) avec un $p > 0,05$.

Cependant il existe une différence statistiquement significative avec les résultats des séries européennes : Davidson [38] et Xie [40] (14% ; 65%). Cette différence pourrait être expliquée par la taille de l'échantillon.

Tableau XXXVII : stade évolutif

Auteurs/pays	Stade évolutif de la tumeur				
	I	II	III	IV	Inconnu
Chen Z, USA, 2017 N=49766 [28]	00	11546(23,2%) P= 0,0616	15427(31%) P= 0,0008	17020(34,2%) P=0,0003	5773(11,6%)
Sanou A, Burkina Faso, 2012 N= 16 [23]	00	2(12,5%) P=0,0349	11(68,75%) P= 0,7473	3(18,75%) P=0,0000	
Singhi AD, USA 2014 N=16 [41]	1(6,25%) P= 0,0289	3(18.75%) P= 0,0000	12(75%) P= 0,3089	00	
Notre étude Mali 2016 N=123	00	15(12,2%)	14(11,4%)	94(76,4%)	

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

La stadification permet d'apprécier l'envahissement tumoral et y adapter une prise en charge adéquate. En général le cancer de l'œsophage est découvert à un stade avancé.

Nos malades ont été diagnostiqué au stade IV de l'évolution du cancer dans 76,4%, ce résultat est supérieur à ceux des séries américaine [28], [41] et burkinabè [22](00% ; 18,75% ; 34,2%) Avec un P= 0,000. Cette différence pourrait être expliquée par le retard de diagnostic et de traitement dans notre pays.

Tableau XXXVIII : type de traitement chirurgical

Auteurs	AABBAS A, MARRAKECH, 2012 [35] N=54	Wang J, Chine 2014 [42] N=1033	Tetty M, Ghana, 2012 [24] N=152	Notre étudeMali 2016 N=123
Chirurgie curative	07(12,96%) P=0,8217	760(73,6%) P= 0,0000	64(42,10%) P=0,0000	12(9,76%)
Chirurgie palliative	18(33,33%) P=0,0010	273(26,4%) P= 0,0001	88(57,89%) P= 0,0046	71(57,72%)

La chirurgie d'exérèse reste le traitement de référence des cancers œsophagiens, qu'il s'agisse des carcinomes epidermoides ou bien des adénocarcinomes [43]

La chirurgie palliative a été le type de traitement réalisé chez nos malades avec un taux de 57,72%. Ce taux a été retrouvé par Tetty [24] au Ghana en 2012 (57,89%), supérieur à ceux retrouver par Wang[42], 2014 et Aabbas[35], 2012 (26,4% ; 33,33%) avec une différence statistique de $p < 0,05$.

Pour améliorer le taux de résecabilité, il conviendrait de faire en fonction du stade tumorale une radio-chimiothérapie néo-adjuvante, le dépistage et le diagnostic précoce du cancer de l'œsophage.

TABLEAU XXXIX: chimiothérapie néo adjuvante

Auteurs/pays	Chimiothérapie néo adjuvante	P
Samson P , USA 2016 N=7338 [44]	916(12,48%)	0,0025
Lindenmann J , Angleterre 2012 N=640[45]	57(6,90%)	0,0648
Luo LL ,Chine 2017 N=267 [37]	85(31,83%)	0,0000
Notre étude Mali 2016 N=123	1(0,8%)	

La chimiothérapie néo adjuvante confère un bénéfice de survie par rapport à la chirurgie seule chez les adénocarcinomes œsophagiens [46]

Seulement 01% de nos malades ont bénéficié d'une chimiothérapie néo adjuvante. Cette fréquence est inférieure à celles de tous les auteurs du tableau ci-dessus (6,90% ; 12,48% ; 31,83%) [45 ; 44 ; 37]. Cette différence pourrait être déduite l'accessibilité, l'état général du malade et le facteur socio-économique.

TABLEAU XXXX: chimiothérapie adjuvante

Auteurs/pays	Chimiothérapie adjuvante	P
Qiu B ,Chine 2017 N=124 [47]	78 (62,90%)	0,0000
Saeed NA , USA 2017N=382 [48]	46 (12,04%)	0,4836
Notre étude Mali 2016 N=123	10 (8,13%)	

La chimiothérapie adjuvante postopératoire à base de amélioere la survie en cas envahissement ganglionnaire des patients atteints de carcinome épidermoïde surtout [49]

Dans notre étude 8,13% ont bénéficié une chimiothérapie adjuvante sans différence significative avec la série de Saeed[48]aux USA en 2017 (12,04%) p= 0,4836. Par contre elle diffère de celle de Qiu [47] en chine en 2017 (62,90 %), on pourrait dire que cette différence est due à l'accessibilité, l'état général du malade et les facteurs socio-économiques.

Aucun de nos patients na bénéficié de :

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Aucun de nos patients n'a bénéficié d'une : association radio-chimiothérapie et chirurgie, radiothérapie néo adjuvante, radiothérapie adjuvante, radio chimiothérapie exclusive. Les données actuelles indiquent que la radio chimiothérapie néo adjuvante suivie de la chirurgie est acceptée comme un traitement standard atteignant une maturation globale de survie de 3 ans entre 30% et 60% [50] augmentent le taux de résection R0 [51]

La radio-chimiothérapie concomitante a été établie comme traitement de référence des cancers non opérables [52]

L'objectif principal de la RT néo adjuvante préopératoire est d'améliorer le contrôle local en réduisant la taille, voire en éradiquant, les tumeurs dans les ganglions lymphatiques impliqués [53]

La radiothérapie post opératoire est réservée en cas de maladie résiduelle ou de marges de résections positives (R1, R2) elle reste peu utilisée en pratique en raison du risque de désunion ou de sténose anastomotique secondaire [53]

TABLEAU XXXXI : morbidité à J30 post opératoire des oesophagectomies

Auteurs/pays	Effectif	Morbidité à J30 post opératoire	P
Stavrou E.P, Australie 2012 [54]	3456	21,5	0,12
Moon DH, Sud- corée 2017[55]	42	57,1	0,025
Notre étude Mali 2016	12	8,3	

Les complications pulmonaires survenant chez plus de 50% des patients après œsophagectomies par voie ouverte, demeurent un problème majeur [56]

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

La morbidité à J30 après œsophagectomie était de 8,3%.ce taux est inferieur à celui de Stayrou [54] en Australie et Moon [55]au Sud-Corée (21,5%, 57,1%). Cette différence pourrait s'expliquer par la taille de l'échantillon

TABLEAU XXXXII : la mortalité à 30 post opératoire des oesophagectomies

Auteurs/pays	Mortalité à 30 jours post opératoire	P
Mitzman B , USA 2017 N=2050 [57]	7%	0,0067
EscrigJ , Espagne 2017 N=120 [58]	8%	0,0034
Ahmed ME , Soudan 2016 N=100 [59]	10%	0,0032
Notre étude Mali 2016 N=12	16,7%	

Le cancer de l'œsophage est l'une des principales causes de mortalité parmi les néoplasmes qui affectent le tractus gastro- intestinal [60]

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Nous avons enregistré 16,7% de décès en postopératoire immédiate à J30. Ce taux est nettement supérieure à celui des autres auteurs du tableau ci-dessus (7% ; 8% ; 10%) [57; 58, 59], Avec un $P < 0,05$.

Cette différence pourrait s'expliquée par la taille de notre échantillon et mesures de réanimation post opératoire.

TABLEAU XXXXIII: la survie a 5 ans

Auteurs/pays	Survie globale a 5ans	P
Saddoughi SA , New York 2017 N=3500 [61]	6%	1,000
Toulba A , Maroc 2015 N=46 [62]	8%	0,3406
Costa P , Portugal 2014 N =52 [63]	19%	0,0039
Notre étude Mali 2016 N=123	5%	

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

La survie à 5 ans de cancer de l'œsophage est faible quel que soit le stade évolutif.

La survie à 5 ans de nos malades a été de 5%. Celle-ci n'a pas de différence statistique à celles des séries de Saddoughi[61]2017 et de Toulba [62] 2015 au Maroc (6% ; 8%), avec $P > 0,05$

Il existe une différence de $P = 0,0039$ avec la série de Costa [63] au Portugal en 2014 (19%). Cette différence peut être liée au type de chirurgie, l'état général du malade, le nombre de cure de la chimiothérapie adjuvante effectué.

CONCLUSION

VII CONCLUSION

Le cancer de l'œsophage est une pathologie fréquente, Le diagnostic est en général tardif, sa gravité réside dans la dénutrition et la déshydratation dont elle est responsable, la mortalité est élevée, la chirurgie à visée palliative en occurrence la gastrostomie d'alimentation a été la technique la plus utilisée. L'accessibilité et l'éligibilité à une radio chimiothérapie occupent une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Le pronostic est mauvais.

La mise en place d'un système de dépistage et de prévention de cette pathologie améliorerait sa prise en charge et son pronostic

RECOMMANDATIONS

RECOMMADATIONS

Aux autorités politiques et sanitaires

- L'octroi de matériels endoscopiques aux CHU, aux hôpitaux régionaux et aux Centres de santé de références du Mali pour un dépistage précoce.
- La formation des personnels en radio chimiothérapie
- La formation des personnels en oncogénétique
- La dotation de l'hôpital Gabriel Touré d'un centre de radio chimiothérapie et d'écho-endoscope
- La mise en place des campagnes de dépistage du cancer de l'œsophage à un stade de début.

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

- Le renforcement de la sensibilisation contre les effets néfastes du tabac et de l'alcool sur la santé humaine.

Aux personnels

- La demande et réalisation de l'examen fibroscopique oeso-gastroduodéal devant tout cas de dysphagie.
- L'information, éducation, sensibilisation sur les facteurs de risque du cancer de l'œsophage
- La promotion des facteurs protecteurs du cancer de l'œsophage

A la population

- La consultation précoce devant tout cas de dysphagie et du reflux gastro-œsophagien.
- L'éviction du tabac et de l'alcool
- La promotion du sport

REFERENCES

REFERENCES

[1] Dr Thiam Souleymane. Chirurgie du cancer de l'œsophage dans le service de chirurgie A de l'hôpital du point G a propos de 39 cas. Thèse médecine 2013

[2] Seiler CA. Le cancer de l'œsophage point de vue chirurgical. Swiss médical Forum-forum Médical suisse. 2015 ; 15 (4) : 82-85

[3] Saltezman JR, Gibson MK. Diagnosis and staging of esophageal cancer. Up todate jan 9. 2014

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

- [4] Sobin LH, Compton CC. TNM classification of malignant tumors 7 th Ed : what' s new, what' s changed : communication from the international an against cancer and the american join comitee on cancer (Ajcc/Ujcc). Cancer 2010 nov 15 ; 116(22) :5336-5339
- [5] Journal of visc al surgery 10. 1016/ J.J visc surg 211.05
- [6] D. collet, C Mariette, B. Meunier. Introduction. In : D Collet, C Mariette, B Meunier, C Gronnier. Cancer de l'œsophage rapport présenté au 115^e congrès français de chirurgie. Paris : Arnette, 2013 XV
- [7] Anderson LA, Tavilla A, Brenner H, Luttmann S, Navarro C, Gavin AT et al. Survival for cancer esophageal, stomach and smal intestine cancers in Europe 1999-2007 results from Eurocare-5. European Journal of Cancer (Oxford, England :1990). 2015 oct ; 51(15) :2144-2157
- [8] Messenger M, Gronnier C, Meunier B, Pezet D, Dalban C, Collet D et al. Oesophagectomie pour cancer par voie ouverte ou coelio- assistée, étude de phase III, prospective, randomisée, contrôlée multicentrique (essai MIRO). Journal de chirurgie viscérale. octobre 2015 ; 152(5) :A7
- [9] J. Faivre, A. Drouillard. Epidémiologie du cancer de l'œsophage In : D Collet, C Mariette, B Meunier, C Gronnier. Cancer de l'œsophage rapport présenté au 115^e congrès français de chirurgie. Paris : Arnette, 2013, 17-24
- [10] Gronnier C, Mariette C, Bedenne L, Drouillard A, Raillat J, Bednarek C et al. Prise en charge thérapeutique du cancer de l'œsophage non métastatique. Mai 2016, volume 23, N°5
- [11] Oumboma B, Mawuli LA, Aklesso B, Lanconi K, Datouda R. Etude descriptive et analytique de l'œsophage au togo. Pan African medical journal thèse de médecine 2014. 21 ; 19 :315
- [12] Triboulet J-P. esophageal cancer : advances in diagnostic and therapeutic stratégies Hegel vol.7 N° 1-2017
- [13] Pierre k. précis d'anatomie clinique ; Tome III. Paris : Malouine ; 2004. P : 53-60

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

- [14]MY Maiga, G. Diallo, M. Dembélé, M. N'diane, N. Ongoiba, Z. sanogo et al. Cancer de l'œsophage : aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques. CREGG 202 ; 32(spécial) ; 455-459
- [15]Denise Leger- Boucher. Anatomie et physiologie : 2^eéd. Paris ; édition du renouveau pédagogique INC, 2001. P : 266
- [16] H. Rouviere ; A. Delmas. Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle, 14^eéd. Tome 2. Paris : Masson ; 1997.p : 318-325
- [17] Debret F. Anatomie physiologie pharmacologique générale ; 4^eéd, Paris : tech ; 1972.p :310
- [18]–SNFGE. Cancer de l'œsophage.<http://www.Snfge.org/data/module.doc/publication/15/1346.htm>.27/03/2010.
- [19]]G. Belleannee. Anatomopathologie pratique des tumeurs de l'œsophage. In : D Collet, C Mariette, B Meunier, C Gronnier. Cancer de l'œsophage rapport présenté au 115^e congrès français de chirurgie. Paris : Arnette, 2013 :10-15
- [20] HAS/ service des maladies chroniques et dispositif d'accompagnement des maladies(INCa) Département des recommandations pour les professionnels de santé/ septembre 2011
- [21] Thesaurus National de cancérologie digestive 2013
- [22] G.PIESSSEN. Curages. . . In : D Collet, C Mariette, B Meunier, C Gronnier. Cancer de l'œsophage rapport présenté au 115^e congrès français de chirurgie. Paris : Arnette, 2013 :48-53
- [23] Sanou A, Ouangré E, Bonkougou PG, Zida M, Ouedraogo S, Zongo N et al. Les cancers de l'œsophage dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU YO : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques, thèse médecine 2012 série D, vol 011 juin 2012

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

[24] Tettey M, Edwin F, Aniteye E, Sereboe L, Tamatey M, Ofosu-Appiah E and al. The changing epidemiology of esophageal cancer in sub-saharan Africa- the case of Ghana. Pan African medical journal 2012 ; 13 :6

[25] Sarfaty M, Lankry E, Moore A, Kurman N, Purim O, Kundel Y and al. Esophageal cancer in Israel has unique clinico-pathological features : a retrospective study. Journal of cancer. 2017 ; 8(13) :2417-2423

[26] Gasmelseed N, Abudris D, Elhaj A, Eltayed EA, Elmadani A, Elhassan MM and al. patterns of esophageal cancer in the national cancer institute at the university of Gezira, in Gezira state, sudan in 1999-2012. Asian pacific journal of cancer prevention, 16(15), 6481-6490

[27] Servajean C, Gonzalez JM, Gasmi M, D'journo Bx, Leone M, Grimaud JC et al. Efficacité du traitement endoscopique dans la prise en charge des fistules digestives anastomotiques après chirurgie du cancer de l'œsophage. thieme-connect.com. 2016

[28] Chen Z, Ren Y, Du XL, Yang J, Shen Y, Li S. Incidence and survival differences in esophageal cancer among ethnic groups in the united states. Oncotarget, 2017, vol.8, (N29) pp : 47037-47051

[29] EDMS-V : Enquête Démographique et de Santé du Mali 2012-2013.

[30] Ougougdal LA. La prise en charge chirurgicale des cancers du bas œsophage et du cardia. Thèse de médecine 2014 N.76. Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech

[31] Abbas G, Krasna M. Overview of esophageal cancer. Annals of Cardiothoracic Surgery, 2017 ; 6(2) :131-136

[32] Duron V, Bii J, Mutai R, Ngetich J, Harrington D, Parker R and al. Esophageal cancer awareness in Bomet district Kenya. African Health Sciences, 2013 ; 13(1) : 122-128

[33] Shiuanchuang Y, Wu MC, Yu FJ, Kuang Y. Effects of alcohol consumption, cigarette smoking and betel quid chewing on upper digestive diseases-a large cross sectional. Oncotarget, 2017, vol 8, (N. 44), pp : 78011-78022

[34] Whiteman DC, Kendall BJ. Barrett's oesophagus : epidemiology, diagnosis and clinical management. Medical journal, Aust 2016 ; 205(7) :317-3324

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

[35] AABBAS A. Prise en charge du cancer de l'œsophage, étude rétrospective sur 5 ans. Thèse médecine 2012

[36] Rice TW, Apperson-Hansen C, Dipaola LM, Semple ME, Lerut TE, Orringer MB and al. Worldwide esophageal cancer collaboration : clinical staging data. HHS Public Access, 2016 october ; 29(7) : 707-714

[37] Luo LL, Xi M, Yang YD, Li QQ, Zhao L, Zhang P and al. Comparative outcomes of induction chemotherapy followed by definitive chemoradiotherapy versus chemoradiotherapy alone in esophageal squamous cell carcinoma. Journal of Cancer, 2017 Sep 20 ;8(17) :3441-3447

[38] Davidson M, Chau L, Cunningham D, Khabra K, Iveson T, Hickish T and al. Impact of tumour histological subtype on chemotherapy outcome in advanced oesophageal cancer. World Journal of Gastrointestinal, 2017 Aug 15 ; 9(8) 333-340

[39] Cheng ML, Zhang L, Borok M, Chokunonga E, Dzamamala C, Korir A and al. The incidence of esophageal cancer in Eastern Africa : identification of a new geographic hot spot ? HHS public access cancer epidemiology ,2015 april ; 39(2) : 143-149

[40] Xie SH, Mattsson F, Lagergren J. Incidence trends in esophageal cancer by histological type. An updated analysis in Sweden. Elsevier cancer epidemiology 47 (2017), vol8, (N. 44) 114-114

[41] Singhi AD, Seethala RR, Nason K, Foxwell TJ, Roche RL, McGrath KM and al. Undifferentiated carcinoma of the esophagus : a clinicopathological study of 16 cases. Human pathology (2015) 46 ; 366-375

[42] Jia Wang, Nan Wu [...] and Yue Yang. Evaluation of the 7th edition of the TNM classification in patients with resected esophageal squamous cell carcinoma. J gastroenterol, 2014 dec 28 ;20 (48) 18397-18403

[43] Sulpice L, Meunier B. la chirurgie d'exérèse. In : D Collet, C Mariette, B Meunier, C Gronnier. Cancer de l'œsophage rapport présenté au 115^e congrès français de chirurgie. Paris : Arnette, 2013 :44-46

[44] Samson P, Robinson C, Bradley J, Lockhart AC, Puri V, Broderick S and al. Neoadjuvant chemoradiation prior to esophagectomy : impact on rate of complete pathologic response and

survival in esophageal cancer patients. Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of lung Cancer, 2016 Dec ; 11(12) :2227-2237

[45] Lindenmann J,Matzi V, Neuboeck N, Anegg U, Baumgartner E,Maier A and al. Individualized multimodal palliative treatment of inoperable esophageal cancer : clinical impact of photodynamic therapy resulting in prolonged survival. Lasers in surgery and medicine, March 2012 44(3) : 189-198

[46] Baba Y, Watanabe M, Yoshida N, Baba H. Neoadjuvant treatment for esophageal squamous cell carcinoma. World Journal gastrointestinal oncology, 2014 may 15 ; 6(5) : 121-128

[47] Qiu B, Li J,Wang B, Wang Z, Liang Y, Cai P and al. Adjuvant therapy for a microscopically incomplete resection margin after an esophagectomy for esophageal squamous cell carcinoma. Journal of cancer. 2017 ; 8(2) : 249-257

[48]Saeed NA, Mellon EA, Meredith KL, Hoffe SE, Shridhar R, Frakes J.Adjuvant chemotherapy and outcomes in esophageal carcinoma. Journal of gastro intestinal oncology, 2017 oct ; 8(5) : 816-824

[49] Lyu X, Huang J, Mao Y, Liu Y, Feng Q, Shao K and al. Adjuvant chemotherapy after esophagectomy : is there a role in the treatment of the lymph node positive thoracic esophageal squamous cell carcinoma ? Journal of surgical oncology , 2014 Dec ; 110(7) :864-8

[50] Encheva E, Kolev N, Tonev A, Ignatov V, Shterev S, Petrov D and al. radiotherapy in the multimodality management of esophageal cancer. Khirurgiia (Sofia), 2014 ;(3) :12-9

[51]Sjoquist KM, Burmeister BH, Smithers BM, Zalcberg JR, Simes RJ, Barbour A and al. Survival after neoadjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy for resectable oesophageal carcinoma : an updated meta- analysis. The Lancet oncology, 2011 jul ; 12 (7) : 681-692

[52] L. Bedenne, L. Dahan. Chimiothérapie et radio-chimiothérapie des cancers de l'œsophage. In : D Collet, C Mariette, B Meunier, C Gronnier. Cancer de l'œsophage rapport présenté au 115^e congrès français de chirurgie. Paris :Arnette, 2013 :100-103

[53] pennatur A, Gibson MK, Jobe BA,Luketich JD. Oesophageal carcinoma. Lancet, 2013 Feb 2; 381(9864) : 400-12

[54]Stavrou EP, Ward R, Pearson SA.Oesophagectomy rates and post-resection outcomes in patients with cancer of the oesophagus and gastro-oesophageal junction : a population-based study using linked health administrative linked data. BMC Health services research,2012 ; 12 :384

[55]Moon DH, Lee JM, Jeon JH, Yang HC, Kim MS. Clinical out comes of video-assisted thoracoscopic surgery esophagectomy for esophageal cancer : a propensity score-matched analysis. Journal of thoracic Disease, 2017 sep ; 9(9) :3005-3012

[56] Messenger M, Gronnier C, Meunier B, Pezet D, Dalban C, Collet PT.oesophagectomie pour cancer par voie ouverte ou coelio-assistee : etude de phase III, propective, randomisée, controlée, multicentrique (essai MIRO). Journal de chirurgie viscerale, october 2015 ;152(5) :A7

[57] Mitzman B, Lutfi W, Wang CH, Krantz S, Howington JA, Kim KW.Minimally invasive esophagectomy provides equivalent survival to open esophagectomy : an analysis of the national cancer database. Seminars in thoracic and cardiovascular surgery, 2017 ; 29(2) : 254-255

[58] Escrig J, Mingol F, Marti R, Puche J, Trullenque R, Barreras JA and al. Initial results of the esophageal and gastric cancer registry from the comunidad Valenciana. Cir Esp,2017 Oct ; 95(8) : 428-436.

[59] Ahmed ME, Mahadi SI, Ali BM. The surgical treatment of esophageal cancer in sudan : a 100 consecutive cases.International journal of surgery, 2016 ; 29 :101-7

[60] Tustumi F, Kimura CM, Takeda FR, Uema RH, Salum RA, Ribeiro-Junior U andal. Pronostic factors and survival analysis in esophageal carcinoma. Arquivos Brasileiros de cirurgia Digestiva : ABCD, 2016 jul-sep ; 29(3) : 138-141

[61] Saddoughi SA, Reinersman JM, Zhukov YO, Taswell J,Mara K Harmsen SW,et al. Survival after surgical resection of stage IV esophageal cancer. The annals of thoracic surgery,2017 jan ; 103(1) : 261-266

[62] Toulba A, Bakkali H, Boutayeb S, Kebdani T, Ahid S, Benjaafar N. Curiethérapie dans le traitement palliatif du cancer de l'œsophage. The Pan African Medical Journal, 2015 ; 20 :59

[63]Costa P, Esteves R, Lages P,Ferreira F. Esophageal cancer : surgical strategies. Acta medica Portuguesa, 2014 sept-oct ;27(5) : 593-600

FICHE D'ENQUETE

I Données administratives

Q1 : N° Fiche...../ / /

Q2 : Service d'hospitalisation.....

Q3 : N° Dossier...../ / / / / / /

Q4 : Nom et prénom.....

Q5 : Age...../ / /

Q6 Sexe Masculin Féminin

Q7 : Adresse habituelle.....

Q8 : Contacte téléphone à Bamako

Q9 : Provenance

1 : Kayes 5 : Gao 10 : Tombouctou

2 : Mopti 6 : Bamako 11 : Autres

3 : Sikasso 7 : Koulikoro 99 : Indéterminé

4 : Ségou 8 : Kidal

Q9a : Si autre à préciser.....

Q10 : Nationalité 1 : Malienne 2 : Autres

Q10a : Si autres à préciser.....

Q11 : Principale activité : 1 : Cultivateur 4 Menuisier: 9 : Indéterminé

2 Manœuvre: 5 : 5 : Elève 3 : Commerçant 6 : Autres

Q11a : Si autres à préciser.....

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Q12 : Niveau de revenu :

1 : Faible 2 : moyen 3 : élevé 4 : Autres 99 : Indéterminé

Q12a : Si autres à préciser.....

Q13 : Catégorie d'hospitalisation

1 : 1^{ère} catégorie 2 : 2^{ème} catégorie 3 : 3^{ème} catégorie

Q14 : Mode de recrutement

1 : Urgence 2 : Consultation normale

Q15 : Date d'entrée...../ / / / / / /

Q16 : Date de sortie...../ / / / / / /

Q17 : Durée d'hospitalisation pré op...../ / /

Q18 : Durée d'hospitalisation post op...../ / /

II- LES ANTECEDENTS

Q19: Médicaux: / _ /

1- reflux gastroœsophagien :...../ /

a. présent b. absent

Si présent préciser la durée :.....

b. 2- Megaœsophage 3-Brulure caustique 4-sténose caustique 5-œsophagite peptique 6-
Ulcère gastroduodéal 7- 8cancer orl 9-Indéterminé

Q19a : Autres à préciser.....

Q20 : Chirurgicaux sur le tube digestif...../ _ /

1- oui 2- non

Q20a : Autres à préciser.....

Q21 : ATCD familiaux de cancers / _ /

1-Œsophage 2-Estomac 3-Colon 4- Sphère ORL 5- Indéterminé

Q21a : Autres à préciser.....

Q22 : Facteurs de risque :...../ / / /

1-Alcool (quantité) 2-Tabac (paquet/an) 3- Poissons fumés 4-Thé 5

Produits caustiques 6- Aliments chauds 7-Viande séchée 8-Tô 12-Indéterminé

Q22a : Autres à préciser.....

III - CLINIQUE

A/ Signes fonctionnels

Q23:

Dysphagie:...../ /

A.abscente B.presente

Si présente

Durée :.....

Type :...../ /

1- Aliments solides 2-Aliments liquides 3-Paradoxale 4-Totale

5-Permanente 6-Indéterminée

Q23a : Autres à préciser...../ /

Q24 : Signes d'accompagnements :...../ /

1- Vomissement 2-Dyspnée 3-Anorexie 4-Toux 5-Hoquet

6-Eructation 7-Hyper sialorrhée 8-Pyrosis 9-amaigrissement 10 -1+2+3

11-7+8 12-1+7+8 12-Indéterminé

Q24a : Autres à préciser.....

Q25 : Délais entre début des signes et la date de consultation...../ /

B/ Examen physique

Q26 : Etat général :

Echelle OMS...../ _ /

1- OMS I 2- OMS II 3- OMS III 4- OMS IV

Indice de Karnovsky :...../ /

1- 100-80% 2- 70-40% 3- 30-10%

Classe ASA...../ _ /

1- ASA I 2-ASA II 3-ASA III 4-ASA IV 5-ASA V

Q26a Taille : (cm)...../ _ / _ /

Q26b Poids: (Kg)...../ _ / _ /

Indice de masse corporel :...../ _ / _ /

Q26c Température(°C)...../ _ / _ /

Q26d Tension artérielle (mm/hg)...../ _ / _ / _ /

Q26e Conjonctives...../ _ /

1-Pales 2-Colorées

Q27 : Inspection...../ _ /

1- Thorax harmonieux et symétrique 2- Déformation thoracique

Q27a Autres à préciser :.....

Q28 : Palpation...../ _ /

1-Masse abdominale 2- Pas de masse abdominale 3-organomegalie

Q28a Autres à préciser.....

Q29 : Aires ganglionnaires/ /

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

1- Libres 2- Ganglions palpables

Q30: Localisation du ganglion :

1-Ganglion de Troisier 2- Axillaire 3- Inguinale 4 Cervical 5-sous maxillaire

Q31 : ascite..... /_ /

1-oui 2-non

Q32 : Auscultation cardiaque..... / /

1- Physiologique 2- Présence de souffle cardiaque

Q33 : Auscultation pulmonaire..... /_ /

1- Physiologique 2-Présence de râle pulmonaire

Q34 : Autres à préciser.....

IV. Examens complémentaires

Q35 : F.O.G.D

Nature de la lésion :..... / /

1-infiltrante 2-bourgeonnante 3-ulcéreuse 4-sténosante 5-polyploïde Autres à préciser.....

Siège de la lésion : / /

1-1/3 sup 2 1/3 moyen 3 1/3 inf. 4-2/3 sup 5-2/3 inf. 6-3/3

Friable :..... / /

1-oui 2-non

Biopsies :..... / /

1-oui 2-non

Q36: T.O.G.D

Nature de la lésion :

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Siège de la lésion :

1-1/3 sup 2 1/3 moyen 3 1/3 inf. 4-2/3 sup 5-2/3 inf. 6-3/3

Q37 : Radiographie pulmonaire de face...../ _/

1 : non faite 2 : Normale 3 : Présence de métastases

Q37a : Autre à préciser.....

Q38 : Echographie abdominale :...../ _/

1-Normale 2- Métastases hépatiques 3- Adénopathies profondes

Q38a : Autre à préciser.....

Q39 : Scanner thoraco-abdominal:...../ _/

1-Normal 2- Métastases hépatiques 3- Métastases pulmonaires 4- Adénopathies profondes

Q39a :épaisseur de la tumeur.....

A Examens biologiques

Q40 : Taux d'Hémoglobine :...../ _/ - 1- Bas

2- Normal 3-Non fait

Q41 : Groupage sanguin...../ _/

1-A 2 – B 3-AB 4-O 5-non faits

Q42 : Rhésus...../ _/

1-Positif 2-Négatif 3- non fait

Q43 : Glycémie :...../ _/

1-Basse 2-Normale 3-Elevée 4-non faite

Q44 : Créatininémie :...../ _/

1-Basse 2-Normale 3-Elevée 4- non faite

Q45 : Temps de Céphaline Kaolin (TCK) /_ /

1-Bas 2-Normal. 3-Elevé 4- non fait

Q46 : Résultat anatomopathologique

type:...../_ /

1- Carcinome épidermoïde 2- adénocarcinome

Q46a Autre à préciser.....

Différenciation :...../ /

1-grade I 2-grade II 3-grade III

DIAGNOSTIC:...../ /

1-Adénocarcinome 1/3sup 1/3moyen 1/3inf

2-carcinome epidermoïde 1/3sup 1/3moyen 1/3inf

V. TRAITEMENT

A/ Médical

A1/ Avant le bloc opératoire

Q42 : Alimentation parentérale (produits) : / /

1-Oui 2- Non

Q43 : Vitaminothérapie :...../ /

1- Oui 2- Non

Q44 : Rééquilibration hydro électrolytique :..... / /

1- Oui 2- Non

Q45 : Durée de la préparation colique.....//

1-7Jours 2-sup à 7jours 3- inf. à 7 jours

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Q46: Transfusion iso groupe iso rhésus : //

1- Oui 2- Non

46a : Si transfusion, nombre de poche.....//

1- 2 2-3 3- 4

A2/ Après le bloc opératoire

Q47 : Alimentation parentérale (produits) : //

1-Oui 2- Non

Q48 : Vitaminothérapie +antibiothérapie antalgique.....//

1- Oui 2- Non

Q49 : Rééquilibrage hydro électrolytique :..... //

1- Oui 2- Non

Q50 : Transfusion iso groupe iso rhésus : //

1- Oui 2- Non

Q50a : Si transfusion, nombre de poche.....//

1- 2 2- 3 3- 4

C/ CHIRURGICAL

Q51 : Curatif

A: Voie d'abord : /_/

1-Abdominale + Cervicale droite 2-Abdominale + cervicale gauche

3-Abdominale+thoracotomie droite 4-Abdominale + thoracotomie droite cervicale

Droite

B: Transplant prélevé...../_/

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

1-Illéo colique droit 2-Colon droit 3-colon droit transverse 4-Colon

Transverse 5-colon transverse gauche 6- Colon gauche 7-tubulisation gastrique

Si autres, précisé.....

C : La tumeur a-t- elle été touchée ?..... / _ /

1-Oui 2- Non

D: Type anastomose en per-opérateur / _ /

1-Œsogastrique 2-Oesoduodenale 3-oesojéjunale 4-oesocolique 5-
colocolique+oesocolique+gastrocolique 6-ileocolique+oeso iléale+gastrocolique

Autres à préciser.....

E :Oesogastrectomie polaire supérieure :..... / /

1-Oui 2- Non

Q52 : palliatif :..... / /

1- gastrotomie d'alimentation 2-by-pass œsophagiens 3- abstention thérapeutique+ biopsie

Q53 : Durée de l'intervention (heure).....

Q54 : complications per-opératoires :..... / /

1. hémorragie 2.perforation iatrogène 3.autres a préciser

Q55: Suites opératoires précoces (inf. ou égale à 7jrs)..... / _ /

1-Simples 2-Suppuration pariétale 3-nécrose du transplant colique 4-Fistule
Par lâchage de suture 5-Hémorragie 6-Décès 7- Indéterminé 7- chute de
Sonde

Q56: Suites opératoires à 15 jours..... / _ /

1-Simples 2-Sténose anastomotique 3-Suppuration pariétale

4Fistule digestive 5-Décès 6-anémie 7-chute de sonde

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

Q56a : Autres à préciser.....

Q57:Suites opératoires à 30 jours

1-Simples 2-Sténose anastomotique 3-Suppuration pariétale 4Fistule

Digestive 5-Décès 6-anémie

Q57a : Autres à préciser.....

Q57 : Reprise de l'alimentation orale liquide.....//

1-Entre j1 et j4 2- Entre j5 et j10 3- Entre j11 et j13

Q58: Reprise du transit.....//

1-inf. à j3 2-entre j3 et j4 3- sup à j4

Q59 : Durée du séjour hospitalier (jour)...../_/_/

Q60: Date de sortie

Q61 : devenir du patient :.....//

1-vivant 2-décédé

Si décédé préciser la date du décès.....

Si vivant: Suites à un mois.....//

1- Simples 2- Sténose 3-anémie 4-autre a préciser

Q61a: Suivi post opératoires à 3 mois

1-Simples 2-Sténose anastomotique 3-Suppuration pariétale 4Fistule

Digestive 5-Décès 6-anémie

Q61b : Autres à préciser.....

Q62 : Suites à 6 mois.....//

1- Simples 2 Sténose 3- Décès 4-Perdu de vu 5-anémie

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Gandega

Prénom : Nayé

Titre de la thèse : Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique

Année universitaire : 2017-2018

Pays d'origine : MALI

Lieu de soutenance : FMOS de Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale CHU Gabriel Touré

RESUME :

Nous avons colligé 123 cas de cancer de l'œsophage dans le service. Ces tumeurs ont représentées **4,59**(123/2681) de tous les cancers. La moyenne d'âge a été **de 49,8** ans, avec un écart type de 16,64 et des extrêmes d'âge de 17 ans et 89 ans avec un sex-ratio de **1,36**. La dysphagie était présente chez tous les patients. Nous avons classé **3** malades **OMS I**, **52 OMS II**, **64** patients **OMS III** et 4 autres étaient **OMS IV**. La tumeur siégeait sur le 1/3 supérieur chez **21** patients, le 1/3 moyen **52** patients et 1/3 inférieur **50**cas. A l'examen histologique **14,88 %**étaient des adénocarcinomes versus **85,36 %**du carcinome épidermoïde. La fréquence d'adénocarcinome a été progressive. A la classification TNM, 1 patient était classé stade **I**, 15 stade **II**, 14 stade **III** et 93 malades étaient a un stade métastatique. La résection œsophagienne a été réalisée chez 12 malades soit 9,75%. Les 111 autres ont bénéficié d'un

Cancers de l'œsophage : aspects diagnostique et thérapeutique au CHU Gabriel Toure

traitement palliatif. La chimiothérapie néo-adjuvante a été faite chez 1 patient. La survie médiane a été de 11 mois après œsophagectomie et 6 mois après traitement palliatif

CONCLUSION : le cancer de l'œsophage est peu fréquent au CHU Gabriel Touré. La progression de l'adénocarcinome est réelle. Des actions de prévention sont nécessaires car le traitement curatif est lourd et ses résultats sont mauvais

Mots clés : cancer/ œsophage/diagnostic/pronostic