



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des réseaux régionaux de cancérologie du Grand Est regroupant les réseaux ONCOLOR (Lorraine), CAROL (Alsace) et ONCOLIE (Franche-Comté), conformément aux données acquises de la science au **24 décembre 2010**. Ce référentiel fera l'objet d'une mise à jour annuelle prenant en compte les recommandations nationales de pratique clinique.

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| ▶ Généralités | ▶ Arbres de décision | ▶ Surveillance |
| ▶ Anatomico-pathologie | ▶ Chirurgie | ▶ Essais cliniques |
| ▶ Diagnostic | ▶ Chimiothérapie | ▶ Thésaurus |
| ▶ Bilan initial | ▶ Traitement complémentaire | ▶ Bibliographie |
| ▶ Critères RCP | ▶ Radiothérapie | |
| ▶ Classifications (stades) | ▶ Traitements combinés | |

Date de rédaction : **24 décembre 2010**

Généralités

- ▶ Ce référentiel concerne les adénocarcinomes *in situ* et invasifs de l'oesophage, Siewert I et II.
- ▶ Il contient des [arbres de décision](#) en fonction de l'extension tumorale (Cf. [classifications](#)) ainsi que les principes de prise en charge [diagnostique](#) et thérapeutique.
- ▶ Pour les adénocarcinomes situés sous le cardia ([Siewert III](#)), voir le référentiel [Estomac](#).

oesophage ; oesophagien ; oesophagienne



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

■ Anatomopathologie

- ▶ L'adénocarcinome de l'oesophage est fréquemment associé à un endobrachyoesophage (ou œsophage de Barrett) qu'il faut systématiquement rechercher.
- ▶ La plupart des tumeurs malignes de la jonction oeso-gastrique sont représentées par les adénocarcinomes. Ils sont le plus souvent d'architecture tubulo-papillaire, bien ou moyennement différenciés. Les types mucineux ou à cellules dissociées sont plus rares. Les carcinomes adénoquameux et les carcinomes endocrines à petites cellules existent mais sont exceptionnels.
- ▶ Plus de 95% des adénocarcinomes du bas œsophage sont associés à un endobrachyoesophage. Les adénocarcinomes non liés au Barrett sont très rares, survenant sur hétérotopie gastrique ou sur les glandes muqueuses oesophagiennes.
- ▶ La définition histologique d'un endobrachyoesophage (EBO) est la présence d'une muqueuse métaplasique au dessus de la ligne Z. Cette métaplasie peut être fundique, cardiale ou de type intestinale. La métaplasie intestinale (ou spécialisée) est la seule qui définit la muqueuse de Barrett laquelle est le précurseur de presque tous les adénocarcinomes.
- ▶ Les biopsies étagées réalisées sur la zone de jonction doivent préciser le caractère métaplasique, la présence ou non de dysplasie (selon la classification de Vienne) ou la présence de lésions infiltrantes.
- ▶ En maladie métastatique, il faut rechercher une hyperexpression ou une amplification d'HER2.

► Classification de Vienne révisée (2002) des lésions gastro-intestinales

Catégories Diagnostiques	
1	Absence de néoplasie/ dysplasie
2	Indéterminée pour la néoplasie / dysplasie
3	Néoplasie non invasive de bas grade (adénome / dysplasie de bas grade)
4	Néoplasie non invasive de haut grade 4.1 adénome / dysplasie de haut grade 4.2 carcinome in situ (non invasif) 4.3 suspicion de carcinome invasif 4.4 carcinome intra-muqueux
5	Néoplasie invasive 5.2 carcinome envahissant la sous muqueuse et au delà

Compte Rendu Fiche Standardisée INCa

- [Compte rendu anapath oesophage](#)
- [Compte rendu anapath estomac](#)

Références

► WHO classification of tumours. Tumours of the digestive system.
IARC press.

► JF Fléjou

La dysplasie sur endobrachyoesophage : définition, histoire naturelle, autres marqueurs potentiels du risque de cancer.

[La lettre de l'hépatogastroentérologue. 2001;4:293-7.](#)

► JF Fléjou, M Svrcek

Barrett's oesophagus - a pathologist's view.

[Histopathology. 2007,50:3-14.](#)



**Compte rendu - fiche standardisé en pathologie cancérologique :
Tumeurs de l'oesophage**

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Code postal domicile : _ _ _ _ _	Code postal commune de naissance : _ _ _ _ _

Nom établissement de prélèvement :	Chirurgien/Endoscopiste :
Structure/Service/Laboratoire d'ACP:	Pathologiste:
Date d'intervention: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Date du compte rendu : _ _ / _ _ / _ _ _ _
N° de dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	N° d'examen : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Renseignements cliniques

(À remplir par le chirurgien/clinicien et à transmettre, complétés avec la pièce)

Topographie de la tumeur (choix multiple) :

Œsophage cervical

Œsophage intrathoracique

Supérieur

Moyen

Inférieur

Cardio œsophage (Siewert I)

Multifocalité : oui non

Commentaires sur la topographie de la tumeur :

.....

.....

Type d'intervention:

Oesophagectomie totale

Gastrectomie totale

Gastrectomie polaire supérieure (Akiyama, Mac Keown)

Pharyngolaryngectomie

Oesophagectomie partielle

Gastrectomie totale

Gastrectomie polaire supérieure (Sweet, Lewis-Santy)

Transplant libre, préciser : de grêle de colon

Résection endoluminale

Autre (préciser) :

Type de curage (choix multiple)

Champ abdominal

Champ thoracique, préciser : standard étendu total

Champ cervical, préciser : unilatéral bilatéral

Autre, préciser :

Non précisé

Traitement pré-opératoire (choix multiple) :

Pas de traitement Chimiothérapie Radiothérapie Radio-Chimiothérapie

Résection endoluminale Autre, préciser :

Non précisé

Pour tumorothèque :

Heure d'exérèse de la pièce : |_|_| h |_|_|

Item = Item identifié comme indispensable à la prise de décision en réunion de concertation pluridisciplinaire



Groupes ganglionnaires adressés à part : oui non

Si oui, localisation (choix multiple) :

Curage abdominal :

<input type="checkbox"/> 1. Juxta-cardial droit	<input type="checkbox"/> 2. Juxta-cardial gauche
<input type="checkbox"/> 3. Petite courbure	<input type="checkbox"/> 7. Coronaire-stomachique
<input type="checkbox"/> 8. Artère hépatique	<input type="checkbox"/> 9. Coeliaque
<input type="checkbox"/> 11. Artère splénique	

Curage thoracique :

Ganglions médiastinaux inférieurs

Ganglions inter-trachéo-bronchiques

Ganglions inter-trachéo-caves (loge de Baréty)

Ganglions latéro-trachéaux gauches

Canal thoracique

Curage cervical

Autres, préciser :

Autres prélèvements adressés à part : oui non Si oui, préciser : _____

Radicalité du geste : Chirurgie macroscopiquement complète (R0 ou R1)

Chirurgie macroscopiquement incomplète (R2)

Autres renseignements cliniques :

.....

.....

Examen macroscopique

Conditionnement : pièce fraîche pièce dans un fixateur

Si fixateur, préciser : formol AFA Bouin

Pièce épinglée : oui non Prélèvements congelés : oui non

Fixateur pour biologie moléculaire : oui non

Description de la pièce opératoire

Longueur de l'oesophage : |__|__| cm

Longueur de la petite courbure : |__|__| cm

Distance tumeur/section proximale |__|__| cm

Distance tumeur/section distale |__|__| cm

Distance pôle inférieur de la tumeur et jonction oeso-gastrique : |__|__| cm

Taille de la tumeur évaluable : oui non

Si oui : Hauteur : |__|__| cm Largeur : |__|__| cm Epaisseur : |__|__| cm

Aspect de la tumeur (choix multiple)

pas de lésion visible plane bourgeonnante infiltrante ulcérée

Autre, préciser :

Perforation : oui non Si oui : en zone tumorale en zone non tumorale

Lésions associées sur la pièce opératoire : oui non

Si oui, préciser :

Présence d'endobrachyoesophage : oui non

Si oui, hauteur : |__|__| cm

Autres prélèvements oui non

Si oui, préciser la macroscopie pour chaque prélèvement :

.....

.....



Commentaires sur l'examen macroscopique

.....

.....

Examen microscopique

Type histologique (classification OMS 2000)

- Carcinome épidermoïde :
 - Différenciation : Bien différencié Moyennement différencié Peu différencié
 - Variantes : Verruqueux Basaloïde A cellules fusiformes
- Adénocarcinome
 - Différenciation : Bien différencié Moyennement différencié Peu différencié
- Carcinome adénoquameux
- Carcinome mucoépidermoïde
- Carcinome adénoïde kystique
- Autre

Niveau d'infiltration

- Non évaluable (Tx)
 - Pas de tumeur retrouvée (T0)
 - Intra-épithélial (Tis)
 - Muqueuse (T1)
 - Sous-muqueuse (T1)
 - Musculeuse (T2)
 - Adventice (T3)
 - Structures adjacentes (T4)
- Si résection endoluminale, classification de Paris : m1 m2 m3
 sm1 sm2 sm3

- Emboles vasculaires :** oui non
- Infiltration tumorale péri-nerveuse :** oui non
- Sections des extrémités saines :** oui non Si non, préciser : proximale distale les deux

Atteinte ganglionnaire

- Nombre de ganglions examinés : |__|__|
- Nombre de ganglions métastatiques : |__|__|
- Rupture(s) capsulaire(s) : oui non
- Envahissement ganglionnaire :** N0 N1 (ganglions régionaux) Nx

Détails du curage si groupes ganglionnaires adressés à part

- (nbre de ganglions métastatiques /nbre de ganglions examinés/nbre de ganglions avec franchissement capsulaire) :
- Curage abdominal
 - 1. Juxta-cardial droit : ___/___/___
 - 2. Juxta-cardial gauche : ___/___/___
 - 3. Petite courbure: ___/___/___
 - 7. Coronaire-stomachique : ___/___/___
 - 8. Artère hépatique: ___/___/___
 - 9. Coeliaque: ___/___/___
 - 11. Artère splénique: ___/___/___
 - Curage thoracique
 - Ganglions médiastinaux inférieurs: ___/___/___
 - Ganglions inter-trachéo-bronchiques: ___/___/___
 - Ganglions inter-trachéo-caves (loge de Baretty) : ___/___/___
 - Ganglions latéro-trachéaux gauches : ___/___/___
 - Canal thoracique envahi: oui non
 - Curage cervical
 - Autre, préciser :

Lésions associées sur la pièce opératoire : oui non

Si oui, préciser histologie :



**Compte rendu - fiche standardisé en pathologie cancérologique :
Tumeurs de l'estomac** (ne tient pas compte de la classification TNM 2009)

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Né(e) le : _ _ / _ _ / _ _ _ _
Code postal domicile : _ _ _ _ _	Code postal commune de naissance : _ _ _ _ _

Nom établissement de prélèvement :	Chirurgien/Endoscopiste :
Structure/Service/Laboratoire d'ACP:	Pathologiste:
Date d'intervention: _ _ / _ _ / _ _ _ _	Date du compte rendu : _ _ / _ _ / _ _ _ _
N° de dossier : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	N° d'examen : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Renseignements cliniques (À remplir par le chirurgien/clinicien et à transmettre, complétés avec la pièce)

Topographie de la tumeur (choix multiple) :

Cardia Si cardia, préciser (choix multiple) : Siewert II (lésion n'intéressant que le cardia) Siewert III (lésion étendue à l'estomac) Cardia non précisé

Grosse tubérosité Corps Antre Pylore Grande courbure Petite courbure

Face antérieure Face postérieure Totale

Multifocalité : oui non

Commentaires sur la topographie de la tumeur :

Type d'intervention :

Oesogastrectomie totale
 Gastrectomie totale
 Gastrectomie proximale
 Gastrectomie distale des 4/5
 Autre gastrectomie distale
 Résection partielle (linéaire) de l'estomac
 Résection endoluminale
 Autre (préciser) :

Gastrectomie élargie oui non Si oui préciser :

Type de curage

D0 D1 D1,5 D2 autres non précisé

Traitement pré-opératoire (choix multiple) :

Pas de traitement Chimiothérapie Radiothérapie
 Radio-chimiothérapie Résection endoluminale Non précisé

Pour tumorothèque : Heure d'exérèse de la pièce : |_|_| h |_|_|

Groupes ganglionnaires adressés à part : oui non

Si oui, localisation (choix multiple) :

<input type="checkbox"/> 1. Juxta-cardial droit	<input type="checkbox"/> 2. Juxta-cardial gauche
<input type="checkbox"/> 3. Petite courbure	<input type="checkbox"/> 4. Grande courbure
<input type="checkbox"/> 5. Sus-pylorique	<input type="checkbox"/> 6. Sous-pylorique
<input type="checkbox"/> 7. Coronaire-stomachique	<input type="checkbox"/> 8. Hépatique
<input type="checkbox"/> 9. Coeliaque	<input type="checkbox"/> 10. Hile splénique
<input type="checkbox"/> 11. Artère splénique	<input type="checkbox"/> 12. Pédicule hépatique
<input type="checkbox"/> Groupes distaux, préciser : _____	
<input type="checkbox"/> Ganglions médiastinaux inférieurs	<input type="checkbox"/> Ganglions inter-trachéo-bronchiques

Les notes renvoient au manuel d'utilisation du CRFS

Item = Item identifié comme indispensable à la prise de décision en réunion de concertation pluridisciplinaire



Autres prélèvements adressés à part : oui non
 Si oui, préciser : _____

Radicalité du geste : Chirurgie macroscopiquement complète (R0 ou R1)
 Chirurgie macroscopiquement incomplète (R2)

Autres renseignements cliniques : :

Examen macroscopique

Conditionnement : Pièce fraîche Pièce dans un fixateur
 Si fixateur, préciser : formol AFA Bouin
 Pièce épinglée : oui non
 Prélèvements congelés : oui non
 Fixateur pour biologie moléculaire : oui non

Description de la pièce opératoire

Longueur le long de la grande courbure : |__|__| cm
 Longueur de la petite courbure : |__|__| cm
 Longueur d'œsophage : |__|__| cm
 Longueur du duodénum : |__|__| cm
 Distance tumeur/section proximale |__|__| cm
 Distance tumeur/section distale |__|__| cm
 Taille de la tumeur évaluable : oui non
 Si oui : Hauteur : |__|__| cm Largeur : |__|__| cm Epaisseur : |__|__| cm

Aspect de la tumeur (choix multiple)

Pas de lésion visible Plane Bourgeonnante Infiltrante Ulcérée
 Linite Autre Si autre, préciser :

Perforation : oui non Si oui : en zone tumorale en zone non tumorale

Siège de la tumeur

Cardia, préciser (choix multiple) : Siewert II (lésion n'intéressant que le cardia)
 Siewert III (lésion étendue à l'estomac)
 Cardia non précisé

Grosse tubérosité Corps Antre Pylore Grande courbure Petite courbure
 Face antérieure Face postérieure Totale
 Autre(s) lésion(s) Si autres préciser :

Multifocalité oui non

Lésions associées sur la pièce opératoire : oui non
 Si oui, préciser :

Autres prélèvements oui non
 Si oui, préciser la macroscopie pour chaque prélèvement :

Commentaires sur l'examen macroscopique



Contrôle d'examen extemporané (à répéter n fois)

Extemporané 1 : Topographie de l'examen extemporané, préciser

bénin malin non précisé

En concordance avec le diagnostic de biopsie extemporanée oui non

Extemporané 2 : Topographie de l'examen extemporané, préciser

bénin malin non précisé

En concordance avec le diagnostic de biopsie extemporanée oui non

Extemporané 3 : Topographie de l'examen extemporané, préciser

bénin malin non précisé

En concordance avec le diagnostic de biopsie extemporanée oui non

Commentaires :

Métastases prélevées dans le même temps : oui non

Si oui, localisation :

foie ganglions distaux péritoine autres, préciser :

Commentaires sur l'extension :

Stade pTNM (2002)

- pTNM ypTNM rpTNM yrp TNM
- T0 Tis T1 T2a
- T2b T3 T4 Tx
- N0 N1 N2 N3 Nx
- M0 M1 Mx
- R0 R1 R2 RX

Commentaires

.....
.....
.....

Conclusion

.....
.....
.....

CODE ADICAP | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | CIM10 | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Signature du pathologiste : _____



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostique
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

■ Diagnostic

- ▶ Réalisé dans le cadre du [bilan initial](#), il repose sur l'interrogatoire, l'examen clinique du patient et la fibroscopie oeso-gastrique avec 5 à 8 biopsies.

Référence

- ▶ David Y Graham, Jim T Schwartz, G. Douglas Cain et al.
Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma.
Gastroenterology 1982 82 228-231.

Interrogatoire :

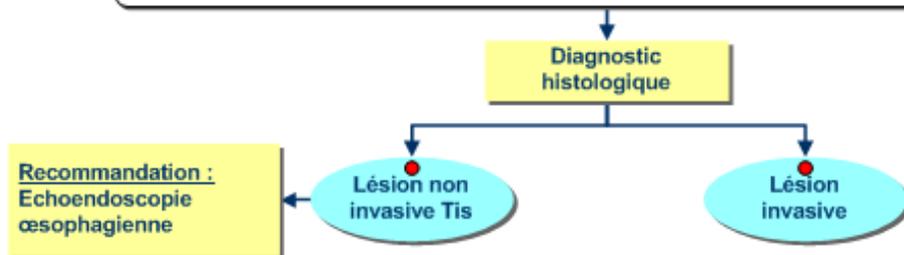
- ▶ état général OMS
- ▶ poids actuel, poids habituel, indice de masse corporelle
- ▶ % d'amaigrissement sur les 6 derniers mois
- ▶ degré de dysphagie avec date de début
- ▶ douleurs thoraciques
- ▶ antécédents personnels : reflux gastro-oesophagien ? Autre ?
- ▶ consommation d'alcool (g/j) et de tabac (paquets/années)
- ▶ antécédents familiaux de cancer gastrique ou de syndrome de Lynch.

Examen clinique :

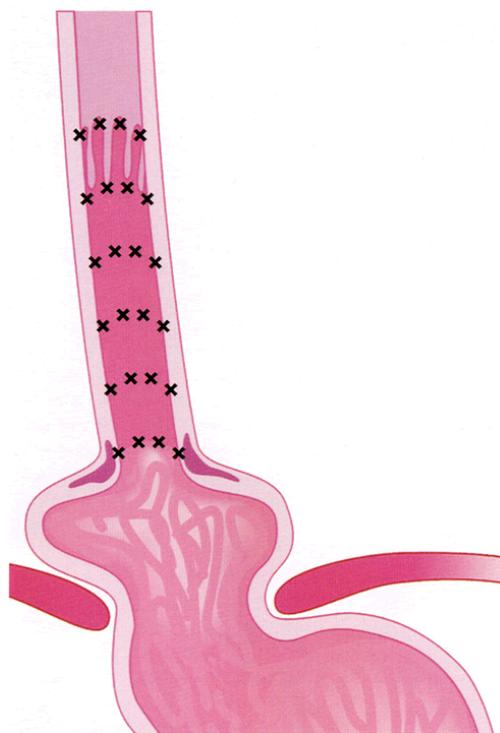
- ▶ rechercher :
 - des adénopathies cervicales et/ou sus-claviculaires,
 - des signes de cirrhose,
 - des signes d'artérite,
 - d'autres tares associées.
- ▶ évaluer l'état dentaire.

Standard :
 Endoscopie œsogastrique avec biopsies et rétrovision :
 - biopsies multiples
 - description précise :
 · de la position de la tumeur
 * par rapport aux arcades dentaires
 * et, si possible, par rapport à la bouche de Killian
 · du pourcentage de circonférence atteinte
 - si la lésion est franchissable, description :
 · de la longueur de la lésion
 · de la position du cardia
 · de l'état de l'estomac
 - description d'un éventuel endobrachyœsophage : - % d'extension circonférentielle
 - hauteur en cm
 - limite supérieure // arcades dentaires
 - position de la tumeur par rapport à la ligne œsogastrique (classification de Siewert)

Recommandation :
 Cartographie de l'endobrachyœsophage et biopsies dans des flacons séparés et identifiés selon **recommandations SFED**



Cartographie des biopsies selon la méthode de Vancouver



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

■ Bilan initial

Standard

- ▶ [Interrogatoire et examen clinique](#)
- ▶ Scanographie cervico-thoraco-abdominale
- ▶ Echoendoscopie oesophagienne recommandée si cancer non sténosant et non métastatique, éventuellement avec ponction pour déterminer le stade N si celui-ci modifie la stratégie thérapeutique.
- ▶ Index de Buzby ou Nutritional Risk Index (NRI)

Nutritional Risk Index (NRI) =	$1,519 \times \text{albuminémie (g/L)} + [41,7 \times (\text{poids actuel/poids de forme})]$
--------------------------------	--

Exemple :

patient pesant 63 kg et ayant un poids de forme de 70 kg et albuminémie = 30g/L.

$\text{NRI} = 1,519 \times 30 + [41,7 \times (63/70)] = 83,1$.

- ▶ Patients répartis en 3 classes :
 - absence de dénutrition : $\text{NRI} > 97,5$
 - dénutrition moyenne : $83,5 \leq \text{NRI} \leq 97,5$
 - dénutrition sévère : $\text{NRI} < 83,5$

Références

- ▶ Lightdale CJ, Kulkarni KG.
Role of endoscopic ultrasonography in the staging and follow-up of esophageal cancer.
[J Clin Oncol 2005;23:4483-9.](#)

- ▶ Vazquez-Sequeiros E, Wiersema MJ, Clain JE, Norton ID, Levy MJ, Romero Y, et al. Impact of lymph node staging on therapy of esophageal carcinoma. [Gastroenterology 2003;125:1883-6.](#)

Options

- ▶ TOGD (à faire après le scanner) ou morphoscan
- ▶ Fibroscopie bronchique et examen ORL si facteurs de risques (tabac et/ou alcool)
- ▶ Si adénopathie cervicale : ponction éventuellement échoguidée
- ▶ Echographie hépatique si examen scanographique douteux
- ▶ TEP-scan si traitement à visée curative possible
- ▶ La laparoscopie est une option pour détecter une carcinose péritonéale, en particulier pour les tumeurs indifférenciées. Elle permet de mettre en place si nécessaire une jéjunostomie.

Références

- ▶ [Utilisation de la TEP-FDG dans les cancers digestifs.](#)
SOR, bulletin de synthèse 3 de septembre 2006.
- ▶ Nath J, Moorthy K, Taniere P
Peritoneal lavage cytology in patients with oesophagogastric adenocarcinoma.
[Br J. Surg. 2008; 95: 721-6.](#)

Informations minimales pour présenter un dossier d'adénocarcinome de la jonction oesogastrique ou de l'oesophage en RCP

(avant toute décision thérapeutique)

- ▶ Données socio-démographiques
- ▶ [État général OMS](#)
- ▶ Poids habituel et perte de poids, indice de Buzby
- ▶ Antécédents majeurs, en particulier cardiaques et artériels
- ▶ Endoscopie oesophagienne et biopsies
- ▶ Limite supérieure de l'endobrachyoesophage s'il existe
- ▶ [Classification de Paris](#) si lésion superficielle
- ▶ Localisation précise de la tumeur (classification de Siewert)
- ▶ Scanner cervico-thoraco-abdominal
- ▶ Echoendoscopie si possible
- ▶ Compte-rendu anatomopathologique (biopsie ou pièce opératoire)
- ▶ Compte-rendu opératoire (si malade déjà opéré)
- ▶ Statut HER2 si maladie métastatique.

REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

Classifications

Description de l'oesophage

▶ 1 - L'oesophage cervical

Il commence au bord inférieur de l'hypopharynx, à 15 cm des arcades dentaires, et finit à l'entrée dans le thorax (creux sus-sternal), approximativement à - 20 cm des incisives supérieures.

▶ 2 - L'oesophage intra-thoracique

- Tiers supérieur : de l'orifice supérieur du thorax au bord inférieur de la veine azygos, à - 25 cm des incisives supérieures.
- Tiers moyen : du bord inférieur de la veine azygos, de 25 à - 30 cm des incisives supérieures.
- Tiers inférieur : de 30 à 40 cm approximativement des incisives supérieures.

▶ 3 - L'oesophage abdominal

Il inclut la jonction oesogastrique jusqu'à 5 cm sous la ligne oesogastrique, de 40 à 45 cm des arcades dentaires.

Classification de Siewert

Localisation et sous-localisations anatomiques

- ▶ **Type I** : adénocarcinome de l'oesophage distal dont le centre de la tumeur est situé entre 1 cm et 5 cm au-dessus de la jonction oesogastrique.

- ▶ **Type II** : adénocarcinome à localisation cardiale moyenne dont le centre est situé entre 1 cm au-dessus (limite supérieure) et 2 cm (limite inférieure) au-dessous de la jonction oesogastrique. Cette entité correspond aux adénocarcinomes du cardia vrai.
- ▶ **Type III** : lésion du cardia à localisation gastrique prédominante dont le centre tumoral est situé entre 2 cm et 5 cm au-dessous de la jonction oesogastrique : il s'agit d'un cancer gastrique sous-cardial.

Références

- ▶ Siewert JR *et al.*

Kardia-Karzinom : Versuch einer therapeutisch relevanten Klassifikation.

Chirurg. 1987;58:25-36.

- ▶ Siewert JR *et al.*

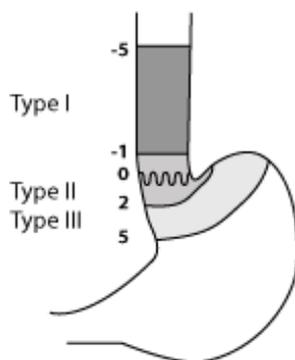
Biologic and clinical variations of adenocarcinoma at the esophago-gastric junction : relevance of a topographic-anatomic subclassification.

[*J Surg Oncol.* 2005;90:139-46.](#)

- ▶ Siewert JR, Stein HJ.

Carcinoma of the gastroesophageal junction-classification, pathology and extent of resection.

Dis Esophagus. 1996;9:173-82.



Classification des cancers du cardia selon Siewert :

Le type est défini en fonction de la distance entre le centre de la tumeur et la ligne Z

- 5 à - 1 cm : Siewert I

(adénocarcinome sur endobrachyoœsophage),

- 1 à + 2 cm Siewert II (vrai adénocarcinome du cardia),

+ 2 à + 5 cm Siewert III

(adénocarcinome gastrique sous cardial)

Classification clinique TNM (UICC 2010)

► Cette classification s'applique à tous les adénocarcinomes de l'oesophage dont l'épicentre est dans les 5 cm de part et d'autre de la jonction oesogastrique.

T- Tumeur primitive

► Elle est classée à l'aide d'un examen clinique, de l'imagerie, de l'endoscopie (incluant une bronchoscopie) et/ou de l'exploration chirurgicale.

T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome <i>in situ</i> ou dysplasie de haut grade
T1	Tumeur envahissant la lamina propria, la muscularis mucosae ou la sous-muqueuse
T1a	La tumeur envahit la lamina propria ou la muscularis mucosae
T1b	La tumeur envahit la sous-muqueuse
T2	Tumeur envahissant la musculature
T3	Tumeur envahissant l'adventice
T4	Tumeur envahissant les structures adjacentes
T4a	La tumeur envahit la plèvre, le péricarde ou le diaphragme
T4b	La tumeur envahit d'autres structures adjacentes comme l'aorte, un corps vertébral ou la trachée.

N- Adénopathies régionales

► Les ganglions régionaux sont ceux du territoire de l'œsophage incluant les ganglions de l'axe cœliaque et les ganglions para-œsophagiens du cou, mais pas les ganglions sus-claviculaires.

NX	Le statut des ganglions régionaux ne peut être évalué
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastases dans 1-2 ganglions lymphatiques régionaux
N2	Métastases dans 3-6 ganglions lymphatiques régionaux
N3	Métastases dans 7 ganglions régionaux ou plus.
pN0	L'examen histologique d'une pièce opératoire de lymphadénectomie inclura habituellement 6 ganglions lymphatiques ou plus. Si les ganglions ne sont pas atteints, classer pN0 même si le nombre habituel de ganglions n'est pas atteint.

Notes :

- ▶ Les **ganglions sus claviculaires** sont toujours cotés M.
- ▶ L'examen d'au moins **6** ganglions est souhaitable.

M- Métastases

MX	Les métastases ne peuvent être évaluées
M0	Pas de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

Symbole c : le signe TNM ou cTNM correspond à la classification clinique préthérapeutique, résultat de l'examen clinique, de l'imagerie, de l'endoscopie, des biopsies et des autres examens complémentaires.

Symbole y : dans tous les cas où la classification est effectuée durant ou après traitement néoadjuvant, le cTNM ou le pTNM est précédé du préfixe y.

Symbole p : le pTNM correspond à la classification histologique postopératoire, complétées ou modifiées par les observations supplémentaires recueillies au cours de l'acte chirurgical et de l'examen histopathologique.

Regroupement en stades

Stade 0	Tis	N0	M0
Stade IA	T1	N0	M0
Stade IB	T2	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T1, T2	N1	M0
Stade IIIA	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
Stade IIIB	T3	N2	M0
Stade IIIC	T4a	N1, N2	M0
	T4b	Tous N	M0
	Tous T	N3	M0
Stade IV	Tous T	Tous N	M1

Classification de Paris des lésions oesophagiennes superficielles

Classification morphologique



- **0.Ip** : lésion en relief, pédiculée
- **0.Is** : lésion en relief, sessile



- **0.IIa** : lésion plane légèrement surélevée, la hauteur étant inférieure à la hauteur des cuillers d'une pince à biopsie fermée (2,5 mm)
- **0.IIb** : lésion plane non surélevée, repérable par son caractère dyschromique



- **0.IIc** : lésion plane légèrement déprimée



- **0.III** : lésion creusante

Classification histologique

- **m1** : intra épithélial (= *in situ*)
- **m2** : atteinte de la lamina propria
- **m3** : atteinte de la musculaire muqueuse
- **sm1** : atteinte du premier tiers de la sous muqueuse, évalué à 200µm pour les lésions épidermoïdes, à 500µm pour l'adénocarcinome superficiel sur endobrachyoesophage (EBO)
- **sm2** : atteinte du 2ème tiers de la sous muqueuse
- **sm3** : atteinte du 3ème tiers de la sous muqueuse

▶ Pour l'adénocarcinome superficiel sur EBO, la limite pour un risque ganglionnaire quasi nul est sm1 inclus.

Références

▶ The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions : esophagus, stomach, and colon : november 30 to december 1, 2002.

[*Gastrointest Endosc 2003; 58\(6 Suppl\):S 3-43.*](#)

▶ Kodama M., Kakegawa T.

Treatment of superficial cancer of the esophagus a summary of responses to a questionnaire on superficial cancer of the esophagus in Japan.

[*Surgery 1998; 123:432-9.*](#)

Classification écho-endoscopique

- ▶ **u (ou us) T1** : tumeur limitée à la muqueuse (3^{ème} et 5^{ème} couche hyperéchogène intacte) ;
- ▶ **uT2** : tumeur atteignant la musculuse sans la dépasser (5^{ème} couche hyperéchogène intacte) ;
- ▶ **uT3** : tumeur dépassant la séreuse (5^{ème} couche hyperéchogène franchie) ;
- ▶ **uT4** : envahissement d'un organe de voisinage.

- ▶ **uN0** : pas d'adénopathie d'allure néoplasique ;
- ▶ **uN+** : adénopathie d'allure néoplasique (ronde, hypoéchogène, contours nets).

Référence

▶ Giovannini M.

Apport des minisondes d'échoendoscopie en pathologie du tube digestif.

[*Acta Endosc 2000; 30-3\(suppl.2\):371-5.*](#)

Classification histopathologique pTNM

▶ Elle est établie sur pièce opératoire.

Les catégories pT, pN et pM correspondent aux catégories T, N et M.

- ▶ **pNO** (sur N exploré) L'examen histologique d'une lymphadénectomie régionale doit inclure au moins 15 ganglions lymphatiques. Classer pNO si les ganglions ne sont pas envahis, même si le nombre de 15 ganglions n'est pas atteint.
- ▶ **Symbole y** : Dans tous les cas où la classification est effectuée *durant ou après traitement néoadjuvant*, le cTNM ou le pTNM est précédé du préfixe y.
- ▶ **Symbole c** : le signe **TNM** ou **cTNM** correspond à la *classification clinique préthérapeutique*, résultat de l'imagerie, de l'endoscopie, des biopsies, de l'exploration chirurgicale et des autres examens complémentaires.
- ▶ **Symbole p** : le **pTNM** correspond à la *classification histologique postopératoire*, complétée ou modifiée par les observations supplémentaires recueillies au cours de l'acte chirurgical et de l'examen histopathologique.

Classification OMS

0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
2	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité < 50 % de son temps
3	Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise > 50 % du temps
4	Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Critères de qualité du compte rendu d'anatomo-pathologie

▶ Visualiser le [compte rendu](#) type.

Cas particulier des linites

▶ Le diagnostic est évoqué sur l'aspect macroscopique (paroi rigide blanchâtre, épaissie et ayant l'aspect du lin) avec à l'examen anatomopathologique un adénocarcinome peu différencié infiltrant, constitué le plus souvent de cellules indépendantes en bague à chaton, envahissant les différentes couches de la paroi sans les détruire, et stroma fibreux. L'aspect est évoqué à l'endoscopie (paroi rigide), à l'échoendoscopie (épaississement pariétal), au scanner et au TOGD. Les biopsies doivent être profondes et étagées pour confirmer le diagnostic car la muqueuse est souvent saine. L'envahissement est intramural avec une diffusion ganglionnaire et péritonéale fréquentes. Une gastrectomie totale est recommandée. Il faut penser à l'existence de formes familiales (mutation de CDH1) justifiant une consultation d'oncogénétique.

▶ Il existe des **adénocarcinomes à cellules indépendantes en bague à chaton non linitiques** dont le traitement est celui des adénocarcinomes gastriques habituels.



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

■ Arbres de décision

Trois situations de prise en charge sont disponibles :

- ▶ [cancers *in situ* ou microinvasif T1m2](#)
- ▶ [cancers invasifs](#) (tous stades)
- ▶ [maladie métastatique](#).

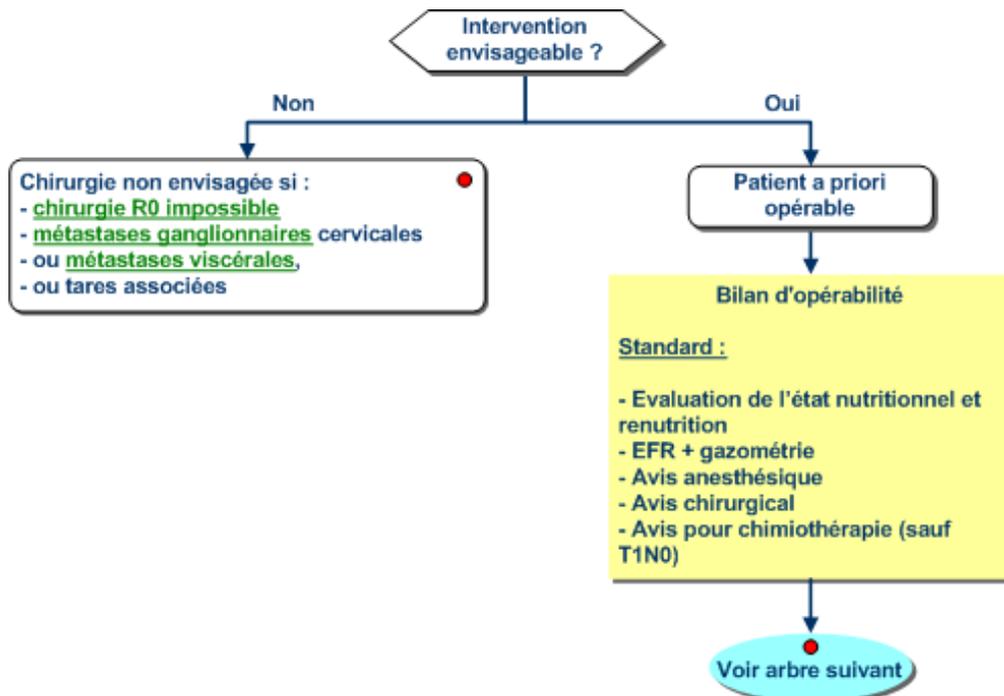
REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

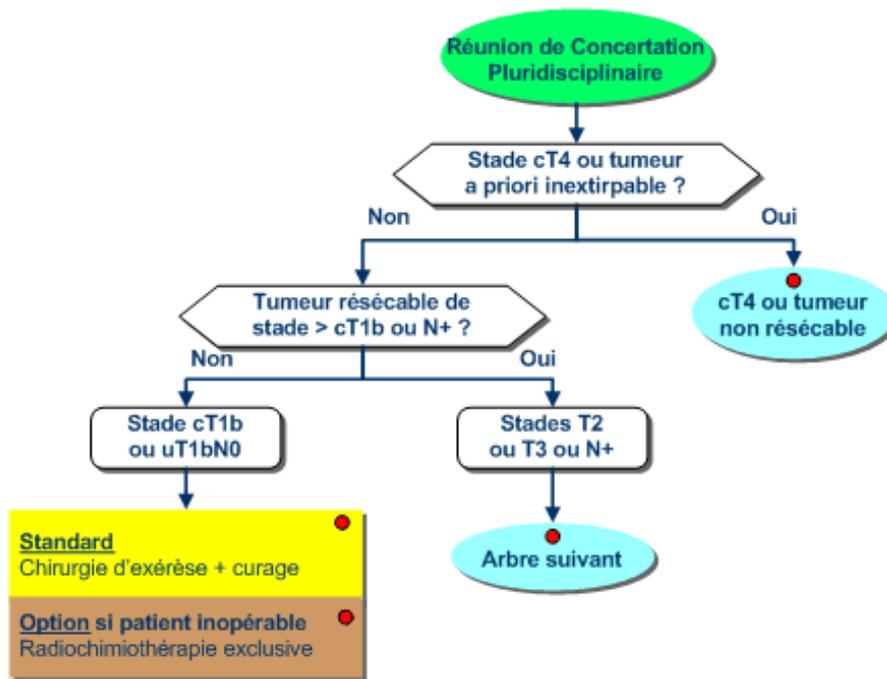
- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

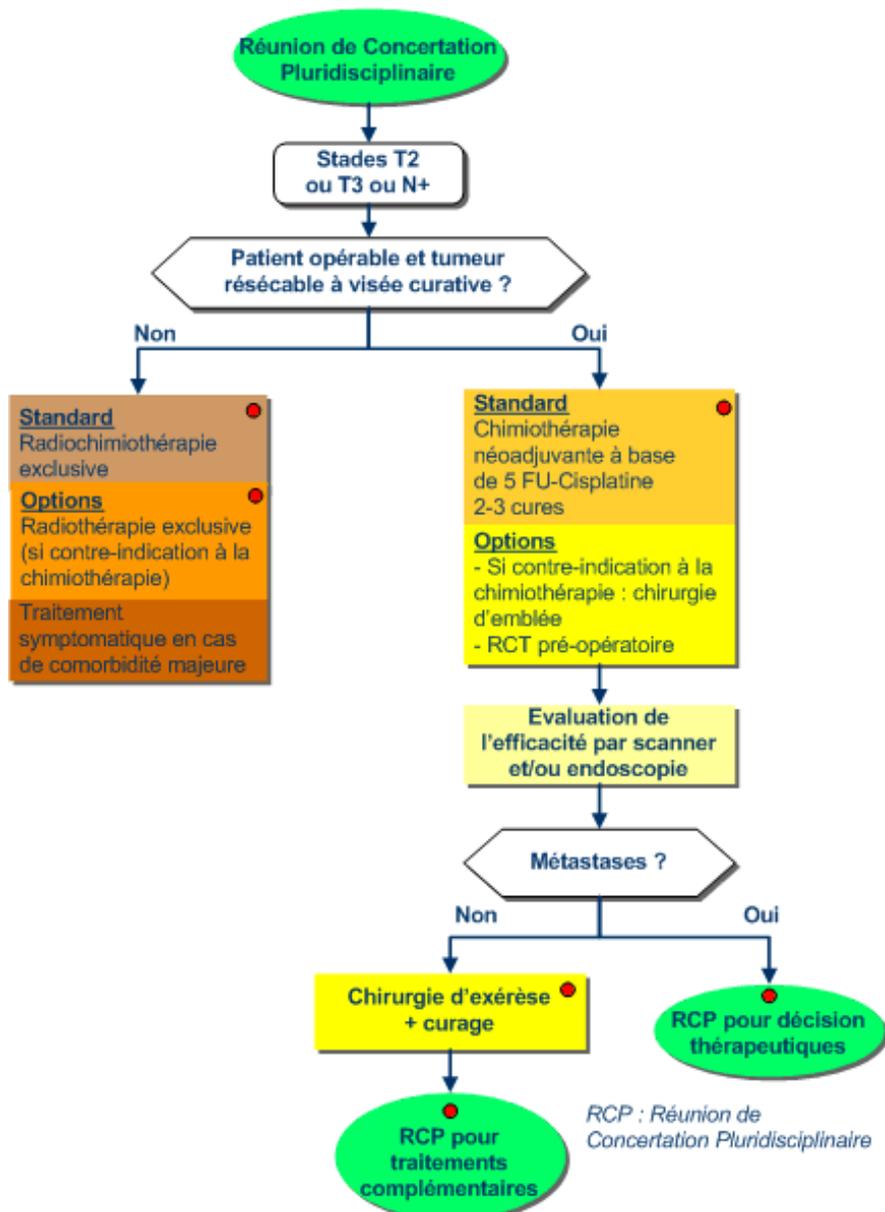
Adénocarcinome invasif



Suite



Suite

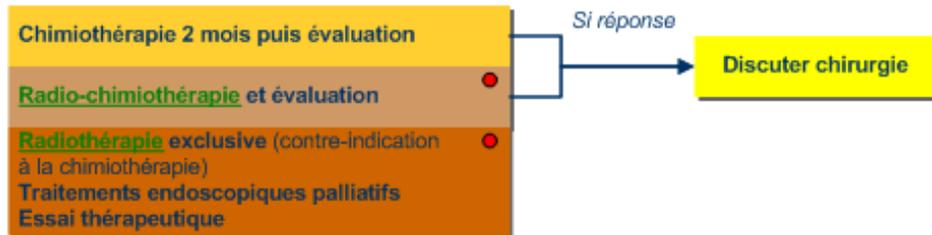


cT4 ou tumeur non résecable

Standard

Discussion en RCP

Options



Arbres de décision

REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

Adénocarcinome *in situ* (Tism1) ou microinvasif (T1m2 et T1m3)

- ▶ C'est à dire Tis ou T1a du TNM.
- ▶ Rappel : une dysplasie de haut grade est un carcinome *in situ*.

Standard

- ▶ Standard : discussion en RCP avec les résultats de l'échoendoscopie et des biopsies multiples.

Options

Choix à faire en RCP

- ▶ abstention - surveillance (*in situ* seulement),
- ▶ mucosectomie endoscopique si possible en un seul tenant et seulement pour histologie bien différenciée. Si atteinte sous-muqueuse au delà de Sm1 ou embols veineux ou lymphatiques ou berges envahies, un complément par chirurgie ou radiochimiothérapie est indispensable,
- ▶ oesophagectomie subtotale,
- ▶ curiethérapie à haut débit de dose,
- ▶ thérapie photodynamique (dans le cadre d'un essai thérapeutique).

[Autres situations](#)



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

■ Maladie métastatique viscérale

Standard :

- ▶ Traitement symptomatique (discuter d'une prothèse oesophagienne si dysphagie).

Options :

- ▶ [Chimiothérapie palliative](#)
- ▶ [Radiochimiothérapie](#) si tumeur en place
- ▶ Abstention thérapeutique
- ▶ [Essai thérapeutique](#).

[Autres situations](#)

REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostique
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

■ Mucosectomie

▶ La mucosectomie endoscopique est une alternative à la chirurgie en cas de carcinome in situ (Tis de la classification TNM ou T1m1) ou microinvasif bien différencié T1m2 ou T1m3 (T1a de la classification TNM). Elle est également envisageable chez les patients avec tumeur T1Sm1 à haut risque chirurgical (T1b de la classification TNM) et dont les critères de bon pronostic suivants sont réunis sur la pièce de mucosectomie : cancer bien ou moyennement différencié (grade 1 ou 2) et absence d'embolie lymphatique et/ou veineux.

▶ La mucosectomie pour être efficace doit être effectuée de préférence de manière complète en monobloc (*one time EMR*) selon les [recommandations de la SFED](#). Les meilleures indications sont les cancers intramuqueux (T1m) classés m1 et m2 et à morphologie favorable après coloration vitale comme les type I (polypoïde), IIa (surélevé de moins de 2,5 mm), ou IIb (lésion absolument plane et de moins de 2 cm) ou le type IIc (lésion déprimée, mais de moins de 1 cm). Les critères de succès de la résection sont définis par des marges de résection saine (d'au moins 2 mm autour de la lésion), la limitation de la lésion au niveau de la muqueuse et le caractère bien différencié en histologie. Si l'examen de la pièce révèle une atteinte au-delà de T1Sm1 (T1b de la classification TNM) ou des embolies veineux ou lymphatiques, un complément chirurgical ou par radiochimiothérapie est indispensable en raison du risque d'extension ganglionnaire. Il en est de même, lorsque la *muscularis mucosae* est dupliquée, quand il y a une atteinte entre les deux *muscularis mucosae*, car le risque d'atteinte ganglionnaire est de 10%. En cas de mucosectomie exclusive, le traitement endoscopique de l'endobranchyoesophage doit être envisagé.

Références

- ▶ Boyer J, Coron E
Endoscopie curative du cancer de l'oesophage : résection ou destruction ?
[Post'U FMC-HGE 2010 : 221-232.](#)

- ▶ Manner H, May A, Pech O et al.

Early Barrett's carcinoma with "low-risk" submucosal invasion: long-term results of endoscopic resection with a curative intent.

[Am J Gastroenterol 2008; 103:2589-97.](#)

- ▶ Vieth M, Rösch T.

Endoscopic mucosal resection and the risk of lymph-node metastases: indications revisited?

[Endoscopy 2006; 38:175-9.](#)

- ▶ Katada C, Muto M, Momma K et al.

Clinical outcome after endoscopic mucosal resection for esophageal squamous cell carcinoma invading the muscularis mucosae--a multicenter retrospective cohort study.

[Endoscopy 2007; 39:779-83.](#)

Chirurgie

▶ Ce référentiel a été élaboré en intégrant la [recommandation](#) produite par la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD) et l'Association de Chirurgie Hépatobiliaire et de Transplantation Hépatique (ACHBT) intitulée "**Cancérologie digestive : pratiques chirurgicales**". Elle a reçu le label INCa-HAS en février 2009. Le texte argumenté des recommandations ([version longue](#)) est disponible sur le site de l'[INCa](#) ainsi qu'une [version synthétique](#).

▶ Seule une chirurgie à visée curative est envisageable (R0). Une chirurgie palliative n'a pas sa place sauf situation d'urgence.

Bilan d'opérabilité standard

- ▶ Etat nutritionnel
- ▶ Exploration fonctionnelle respiratoire
- ▶ Score ASA
- ▶ Bilan hépatique

Recommandations

- ▶ Sevrage alcool/tabac
- ▶ Kinésithérapie respiratoire préopératoire
- ▶ Renutrition préopératoire, au mieux, par voie entérale
- ▶ Immunonutrition recommandée.

- ▶ Oesogastrectomie polaire supérieure avec plastie gastrique et lymphadénectomie coeliaque et médiastinale par double voie abdominale et thoracique droite (intervention de Lewis-Santi) et comporte l'exérèse monobloc :
 - du canal thoracique
 - des ganglions médiastinaux moyens
 - des ganglions médiastinaux inférieurs et coeliaques

- ▶ Marge oesophagienne supérieure d'au moins 8 cm (incluant en outre la totalité de l'endobrachyoesophage). Marge inférieure d'au moins 5 cm. Un examen extemporané de la recoupe supérieure est une option à la recherche d'une résurgence tumorale sous-muqueuse.

Références

- ▶ Mariette C, Castel B, Toursel H, Fabre S, Balon JM, Triboulet JP.
Surgical management of and long-term survival after adenocarcinoma of the cardia.
[*Br J Surg. 2002 ; 89 :1156-63.*](#)

- ▶ Mariette C, Castel B, Balon JM, Van Seuning I, Triboulet JP.
Extent of oesophageal resection for adenocarcinoma of the oesophagogastric junction.
[*Eur J Surg Oncol. 2003 ; 29 :588-93.*](#)

- ▶ Barbour AP, Rizk NP, Gonen M, Tang L, Bains MS, Rusch VW, Coit DG, Brennan MF.
Adenocarcinoma of the gastroesophageal junction: influence of esophageal resection margin and operative approach on outcome.
[*Ann Surg. 2007 ; 246 :1-8.*](#)

- ▶ Omloo JM, Lagarde SM, Hulscher JB, Reitsma JB, Fockens P, van Dekken H, Ten Kate FJ, Obertop H, Tilanus HW, van Lanschot JJ.
Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the mid/distal esophagus: five-year survival of a randomized clinical trial.
[*Ann Surg. 2007 ; 246 : 992-1000;*](#)

- ▶ **En conclusion, pour le Siewert I et II, l'oesogastrectomie polaire supérieure par double voie droite (Lewis Santy) est à privilégier.**

- ▶ Il n'y a pas de place pour la voie gauche (Sweet).

Référence

- ▶ Sasako M, Sano T, Yamamoto S, Sairenji M, Arai K, Kinoshita T, Nashimoto A, Hiratsuka M; Japan Clinical Oncology Group (JCOG9502).
Left thoracoabdominal approach versus abdominal-transhiatal approach for gastric cancer of the cardia or subcardia: a randomised controlled trial.
[*Lancet Oncol. 2006 ; 7 : 644-51.*](#)

▶ **Cas particuliers**

- dysplasie de haut grade (et si chirurgie indiquée), pTis ou pT1N0 : lambeau pédiculé de grêle?
- adénocarcinome avec limite gastrique: oesogastrectomie totale avec anse en Y selon Roux anastomosée sous la croise de l'azygos

Références

- ▶ Stein HJ, Hutter J, Feith M, von Rahden BH.
Limited surgical resection and jejunal interposition for early adenocarcinoma of the distal esophagus.
[*Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2007 ; 19 : 72-8*](#)

- ▶ Mariette C, Piessen G, Triboulet JP.
Therapeutic strategies in oesophageal carcinoma: role of surgery and other modalities.
[*Lancet Oncol. 2007 ; 8 : 545-53.*](#)

Options

- ▶ Oesogastrectomie totale (pour une tumeur envahissant le cardia avec extension gastrique) avec coloplastie ou anse en Y anastomosée à hauteur de la crosse de l'azygos
- ▶ Oesophagectomie subtotale avec plastie colique
- ▶ Oesophagectomie à thorax fermé (transhiatale) ou par laparoscopie et/ou thoracoscopie.

Références

- ▶ Hulscher JB, van Sandick JW, de Boer AG, et al.
Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus.

[*N Engl J Med.* 2002 ;347:1662-9.](#)

- ▶ Sauvanet A, Mariette C, Thomas P, et al.
Mortality and morbidity after resection for adenocarcinoma of the gastroesophageal junction: predictive factors.

[*J Am Coll Surg.* 2005 ;201:253-62.](#)



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

Chimiothérapie

Standard

- ▶ Nécessité d'un état général conservé : patient ambulatoire, OMS 0-2
 - ▶ Nutrition entérale si amaigrissement >15 %
 - ▶ [Mise en état dentaire](#)
 - ▶ Evaluation de l'état cardiovasculaire avec ECG (contre-indication si angor, infarctus < 1 an ou ischémie réversible après repos au thallium-effort)
 - ▶ Clearance de la créatinine et créatininémie
 - ▶ Hémogramme
 - ▶ 5-Fluorouracile continu + Cisplatine ou oxaliplatine
 - ▶ Evaluation après 2 mois de traitement (scanner thoracoabdominal avec injection +/- fibroscopie oesogastrique).
-
- ▶ Pour le détail des chimiothérapies, voir aussi le [thésaurus](#).

REFERENTIELS

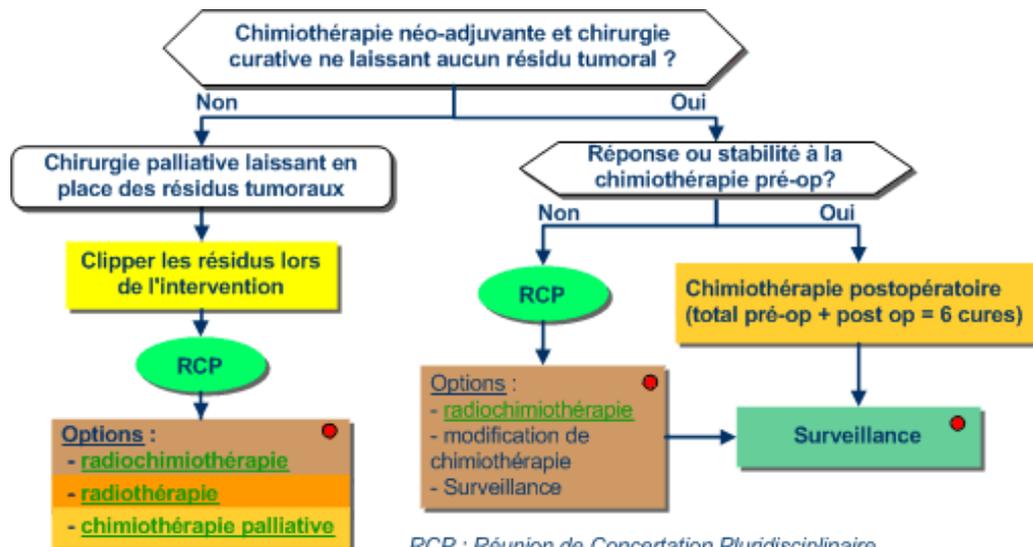
Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

Traitements complémentaires

Si chimiothérapie néo-adjuvante



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

Radiothérapie

Qualité/sécurité

Standard

- Acquisition des données anatomiques par scanner
- Dosimétrie conformationnelle 3D
- Dose moëlle épinière ≤ 45 Gy
- Balistique : au moins 3 faisceaux
- Rx de plus de 6 MV
- Dosimétrie *in vivo* au début du traitement
- Contrôle des champs par imagerie portale : 1 fois/semaine
- Etalement fractionnement : 1.8 à 2 Gy/fraction ; 5 fractions/semaine
- Surveillance en cours de traitement : status OMS, poids, nutrition, biologie ; 1 fois/semaine

Options

- Détermination des histogrammes doses-volumes et recommandations de doses aux organes à risque :
 - Poumon : $V20 \leq 35$ %
 - Cœur : dose maximum ≤ 35 Gy, $V40 \leq 30$ %
 - Foie : $V30 \leq 50$ %
 - Reins : dose maximum < 20 Gy dans volume cumulé égal à 1 rein normal

Volumes cibles anatomo-cliniques

Standard

- ▶ Ne prend pas en compte la situation tumorale ni le risque d'extension ganglionnaire.
1 seul CTV : tumeurs macroscopiques + marges de 5 cm dans l'axe cranio-caudal et de 2 cm dans l'axe transversal.

Référence

- ▶ Minsky BD, Pajak TF, Ginsberg RJ et al.
INT 0123 (Radiation Therapy Oncology Group 94-05) phase III trial of combined-modality therapy for esophageal cancer : high-dose versus standard-dose radiation therapy.
[*J Clin Oncol* 2002;20:1167-74.](#)

Options

- ▶ Prend en compte la situation tumorale et le risque ganglionnaire (voir [schémas](#)).

Siewert I

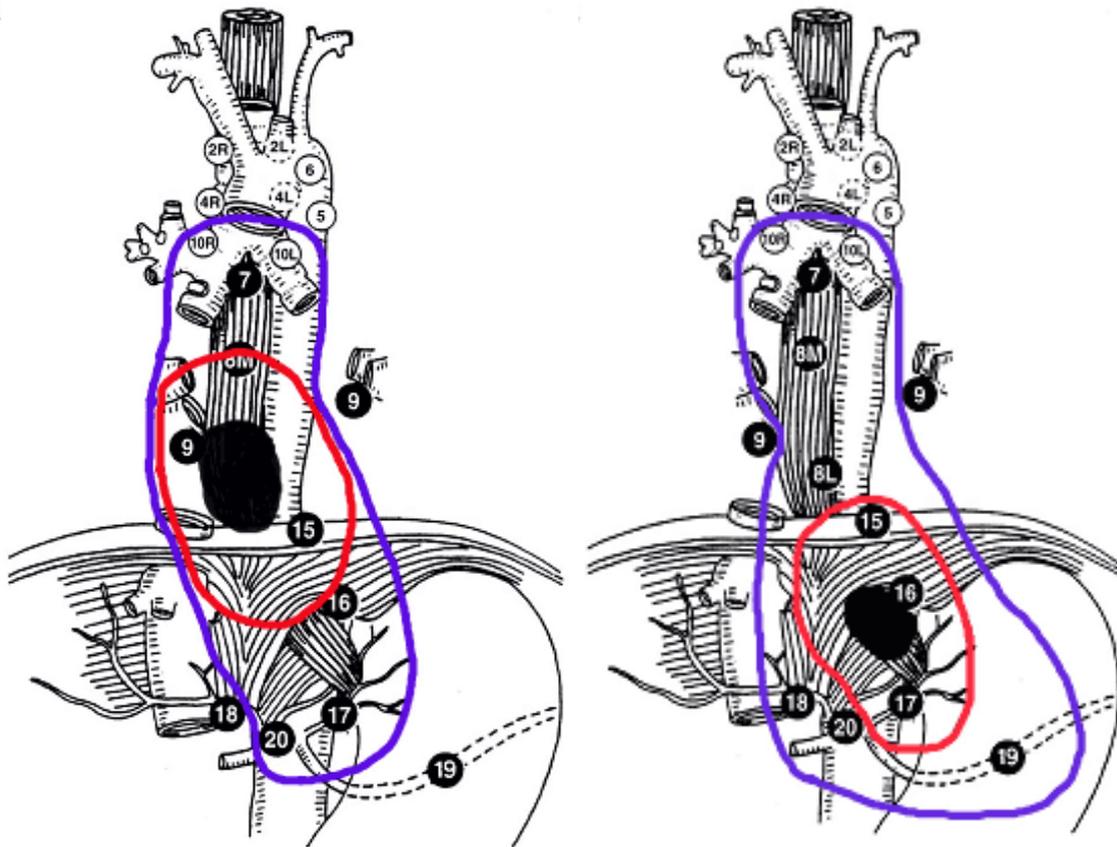
- CTV1 : tumeur macroscopique + ganglion à risque : groupes 10R, 10L, 8M, 8L, 9D, 15, 16, 17, 20
- CTV2 : tumeur macroscopique + marge de 2 cm dans l'axe cranio-caudal et de 1 cm dans le sens transversal.

Siewert II

- CTV1 : tumeur macroscopique + ganglions à risque 10R, 10 L, 8M, 8L, 15, 16, 17, 18, 19, 20
- CTV2 : tumeur macroscopique + marge de 2 cm dans l'axe cranio-caudal et de 1 cm dans le sens transversal.

Référence

- ▶ JF Bosset, F Lorchel, G Mantion et al.
Radiation and chemoradiation therapy for esophageal adenocarcinoma.
[*J Surg Oncol* 2005;92:239-245.](#)



Vue antérieure des sites ganglionnaires de drainage des cancers de l'œsophage
(Schémas adaptés de Casson AG et Bosset JF)

a) Tumeur de type Siewert I

- CTV1 : contourage violet
- CTV2 : contourage rouge

b) Tumeur de type Siewert II

- CTV1 : contourage violet
- CTV2 : contourage rouge

Références

► Casson AG, Rusch VW, Zankowicz N et al.
Lymph node mapping of esophageal cancer.

[Ann Thorac Surg 1994 ;58 :1560-70.](#)

► Bosset JF, Lorchel F, Mantion G et al.

Radiation and chemoradiation therapy for esophageal adenocarcinoma.

[J Surg Oncol 2005 ;92 :239-45.](#)

REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

● Traitements combinés

Radiochimiothérapie exclusive

Standard

- Support nutritionnel > 1500 calories/jour
- 50.4 Gy, 1.8 Gy/fraction, 5 fractions/semaine
- 1 seul CTV

Options

- CTV1 36 à 40 Gy; 1,8 Gy/fraction, 5 fractions/semaine
- CTV2 50.4 Gy; 1,8 Gy/fraction, 5 fractions/semaine

Radiochimiothérapie préopératoire

Pas de standard

Options

- CTV1, 36 à 40 Gy
- CTV2, 45 Gy

Radiothérapie exclusive si contre-indication de la chimiothérapie

Pas de standard

Options

- CTV1 : 45 Gy
- CTV2 : 60 à 64 Gy

Chimiothérapie associée à la radiothérapie

- ECG préalable
- 5-FU + Cisplatine (cf [protocole corespondant](#) page 43)
- Hémogramme, créatinine avant chaque cure

Surveillance en cours de traitement : 1 fois/semaine

- Status OMS, poids, nutrition (NRI, nutritional Index)
- [Adaptation des doses](#) de chimiothérapie. Arrêt temporaire de la radiothérapie : status OMS 3, chute de poids ≥ 20 %



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

Surveillance

- ▶ La recherche systématique de métastases à distance n'a pas d'intérêt démontré.

Standard

- ▶ Surveillance clinique : poids, examen clinique, dysphagie
- ▶ Sevrage tabagique
- ▶ Autres examens complémentaires seulement si signes d'appel ou facteurs de risque
- ▶ Surveillance d'un endobrachyoesophage résiduel (le cas échéant).

Option

- ▶ Endoscopie oesophagienne annuelle.



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

■ Essais cliniques

Essai de phase III de radiochimiothérapie avec FOLFOX simplifié vs radiochimiothérapie avec 5-FU/Cisplatine dans le cancer de l'oesophage inopérable (Essai Accord 17/Prodige 5)

Critères d'inclusion

- ▶ Adénocarcinome, carcinome épidermoïde ou adénosquameux de l'oesophage.
- ▶ Cancer de l'oesophage non opérable (Tout T, N0 ou N1, M0 ou M1 a) ou contre-indications à la chirurgie.
- ▶ Pas de traitement antérieur.
- ▶ Neuropathie périphérique \leq grade 1.
- ▶ OMS \leq 2.
- ▶ Apport calorique suffisant.
- ▶ Fonctions rénale et hépatique normales.
- ▶ PNN \geq 1500/mm³, plaquettes \geq 150 000/mm³, hémoglobine \geq 10 g/dL.
- ▶ Taux de prothrombine \geq 60 %.
- ▶ Consentement éclairé signé.
- ▶ Début du traitement dans les 28 jours suivant l'inclusion.

REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

Thésaurus de protocoles de chimiothérapie

1. Chimiothérapie néoadjuvante des adénocarcinomes de la jonction oesogastrique

4 Options

1) Protocole MRC

- ▶ 2 cures préopératoires de 5-Fluorouracile + Cisplatine
- ▶ Chirurgie si possible 3 à 5 semaines après le début de la dernière cure
- ▶ Critères d'adaptation de doses non publiés

5 Fluorouracile 1 000 mg/m²/jour en perfusion continue de J1 à J4

Cisplatine 80 mg/m² à J1 en 1 à 2 heures (ou 1mg/m²)
(avec hyperhydratation et antiémétiques)

Reprise à J22

Références

- ▶ Medical Research Council Oesophageal Cancer Working Group.
Surgical resection with or without preoperative chemotherapy in oesophageal cancer : a randomised controlled trial.
[Lancet 2002;359: 1727-33.](#)
- ▶ Allum WH, Stenning SP, Bancewicz J et al.
Long-term results of a randomized trial of surgery with or without preoperative chemotherapy in esophageal cancer.
[J Clin Oncol. 2009;27: 5062-7.](#)

2) Protocole FNCLCC/FFCD

5-Fluorouracile - Cisplatine

5-Fluorouracile : 1000 mg/m²/j IV en perfusion continue de **J1** à **J5**

Cisplatine : 100 mg/m² en IV à **J2** en 2 heures (ou 1 mg/mn)

Reprise à **J29**

- ▶ 2 à 3 cures en préopératoire, puis 3 à 4 cures en postopératoire si réponse (ou stabilité et ypN+)

Références

- ▶ Ychou M, Pignon P, Lasser P et al.

Phase III preliminary results of preoperative fluorouracil (F) - cisplatin (P) versus surgery alone in adenocarcinoma of stomach and lower esophagus (ASLE) : FNCLCC 94012-FFCD 9703 trial.

[*J Clin Oncol 2006;24\(18S\) Part I:4026.*](#)

- ▶ Boige V et al.

Final results of a randomized trial comparing preoperative 5-fluorouracil (F)/cisplatin (P) to surgery alone in adenocarcinoma of stomach and lower esophagus (ASLE): FNCLCC ACCORD07-FFCD 9703 trial.

[*J Clin Oncol, 2007 ASCO Annual Meeting Proceedings Part I. Vol 25, No. 18S \(June 20 Supplement\), 2007: 4510*](#)

3) Protocole MAGIC

ECF

Epirubicine : 50 mg/m² à **J1** tous les 21 jours

Cisplatine : 60 mg/m² à **J1** tous les 21 jours

5-Fluorouracile : 200 mg/m²/j IV en **continu** sur 21 jours

- ▶ 3 cures en préopératoire, puis 3 cures en postopératoire si réponse ou stabilité et si l'état général le permet.

Référence

- ▶ Cunningham D, Allum WH, Stenning SP et al.

Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer.

[*N Engl J Med 2006;355:11-20.*](#)

4) protocoles REAL 2

Protocoles EOX et ECX

Référence

- ▶ D. Cunningham, N Starling, S.Rao et al.
Upper Gastrointestinal Clinical Studies Group of the National Cancer Research Institute of the United Kingdom
Capecitabine and oxaliplatin for advanced esophagogastric cancer.
N Engl J Med. 2008; 358: 36-46

EOX

Epirubicine : 50 mg/m²; IV J1 toutes les 3 semaines
Capecitabine : 625 mg/m²; p.o 2 fois par jour en **continu** pendant toute la durée de la chimiothérapie
Oxaliplatine : 130 mg /m² en 2 heures ; IV J1 toutes les 3 semaines.

ECX

Epirubicine : 50 mg/m²; IV J1 toutes les 3 semaines
Capecitabine : 625 mg/m² ; p.o 2 fois par jour en **continu** pendant toute la durée de la chimiothérapie
Cisplatine : 60 mg /m² ; IV J1 toutes les 3 semaines (avec hyperhydratation)

- ▶ 3 cures en préopératoire, puis 3 cures en postopératoire si réponse ou stabilité et si l'état général le permet.

2. Radiochimiothérapie pré-opératoire

- ▶ 41,4 Gy en 23 fractions (5 fractions/semaine) avec chaque semaine pendant 5 semaines :
- Paclitaxel 50 mg/m²
- Carboplatine AUC 2

Référence

- ▶ Gaast AV, van Hagen P, Hulshof M et al.
Effect of preoperative concurrent chemotherapy on survival of patients with resectable esophageal or esophagogastric junction cancer: Results from a multicenter randomized phase III study.
J Clin Oncol 2010; 28(15S), 302 S.

3. Radio-chimiothérapie exclusive par 5-Fluorouracile et Cisplatine

(protocole du RTOG dit Herskovic, avec radiothérapie 50,4 Gy)

5-Fluorouracile 1000 mg/m² en perfusion continue de 96 h de J1 à J4
Cisplatine 75 mg/m² à J1 (avec hyperhydratation et antiémétiques) en 1 à 2 heures (ou 1 mg/mn)
Reprise à J29 ou à J22

▶ **Schéma original d'Herskovic : chimiothérapie semaines 1, 5, 8 et 11**

Semaines	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Rayons	X	X	X	X	X						
Chimiothérapie	X				X			X			X

Référence

▶ Herskovic A, Martz K, al-Sarraf M, Leichman L, Brindle J, Vaitkevicius V *et al.*
Combined chemotherapy and radiotherapy compared with radiotherapy alone in patients with cancer of the esophagus.
[N Engl J Med 1992 ; 326:1593-8.](#)

▶ **Variante de Minsky** : essai INT 123 (même efficacité et moins de reports de traitement):
la chimiothérapie est effectuée au cours des **semaines 1, 5, 9 et 12.**

Référence

▶ Minsky BD, Pajak TF, Ginsberg RJ, Pisansky TM, Martenson J, Komaki R *et al.*
INT 0123 (Radiation Therapy Oncology Group 94-05) phase III trial of combined-modality therapy for esophageal cancer: high-dose versus standard-dose radiation therapy.
[J Clin Oncol 2002 ; 20:1167-74.](#)

ADAPTATIONS DE DOSES (selon publication de Minsky)

- ▶ Toxicité de grade 3-4 dans l'intercure
 - Report d'une semaine
 - Reprise lorsque la toxicité a diminué à un grade 2 ou moins.
- ▶ Modifications selon toxicité hématologique à la reprise de la cure
 - Leucocytes > 3 000/mm³ et plaquettes > 75 000/mm³ : pleines doses
 - Leucocytes entre 2 000/mm³ et 3 000/mm³, ou plaquettes entre 75 000/mm³ et 100 000/mm³ : demi dose de 5-Fluorouracile et de Cisplatine (poursuite de la radiothérapie à l'identique)
 - Leucocytes < 2 000/mm³ ou plaquettes < 75 000/mm³ : interruption de la chimiothérapie et de la radiothérapie.
- ▶ Toxicité hématologique dans l'intercure
 - Si leucocytes < 1 000/mm³ ou plaquettes < 75 000/mm³ au nadir, réduction de dose de 25 % pour le 5-Fluorouracile et le Cisplatine.
- ▶ Toxicité rénale
 - Si clearance à la créatinine entre 55 et 65 mL/min ou créatininémie entre 16 mg/L (141 µmol/L) et 20 mg/L (177 µmol/L) : réduction de dose de 50 % du Cisplatine
 - Si clearance à la créatinine < 50 mL/min : arrêt du Cisplatine et du 5-Fluorouracile jusqu'à amélioration de la fonction rénale.
- ▶ Mucite sévère
 - Réduction de 25 % du 5-Fluorouracile pour le cycle suivant
 - Interruption du 5-Fluorouracile pour le cycle s'il est en cours.

3. Chimiothérapie exclusive (maladie métastatique ou récidives)

▶ Voir le référentiel [Estomac](#).



REFERENTIELS

Adénocarcinomes de l'oesophage et de la jonction oeso-gastrique ●●●

- ▶ Généralités
- ▶ Anatomopathologie
- ▶ Diagnostic
- ▶ Bilan initial
- ▶ Critères RCP
- ▶ Classifications (stades)
- ▶ Arbres de décision
- ▶ Chirurgie
- ▶ Chimiothérapie
- ▶ Traitement complémentaire
- ▶ Radiothérapie
- ▶ Traitements combinés
- ▶ Surveillance
- ▶ Essais cliniques
- ▶ Thésaurus
- ▶ Bibliographie

Date de rédaction : 24 décembre 2010

■ Références bibliographiques

Bilan d'extension et prise en charge

- ▶ Stahl M, Kataja VV, Oliveira J; ESMO Guidelines Task Force.
ESMO Minimal Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of esophageal cancer.

[*Ann Oncol* 2005;16 Suppl 1:i26-7.](#)

- ▶ Lightdale CJ, Kulkarni KG.
Role of endoscopic ultrasonography in the staging and follow-up of esophageal cancer.

[*J Clin Oncol* 2005;23:4483-9.](#)

Place de la chirurgie

- ▶ Hofstetter W, Swisher SG, Correa AM, Hess K, Putnam JB, Ajani JA *et al.*
Treatment outcomes of resected esophageal cancer.

[*Ann Surg* 2002;236:376-84](#)

- ▶ Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, Kajiyama Y.
Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus.

[*Ann Surg* 1994 ;220 :364-72](#)

- ▶ Hulscher JB, van Sandick JW, de Boer AG, Wijnhoven BP, Tijssen JG, Fockens P *et al.*
Extended transthoracic resection compared with limited transhiatal resection for adenocarcinoma of the esophagus.

[*N Engl J Med* 2002;347:1662-9](#)

Place de la chimiothérapie préopératoire

- ▶ Medical Research Council Oesophageal Cancer Working Group.
Surgical resection with or without preoperative chemotherapy in oesophageal cancer : a randomised controlled trial.
[Lancet 2002 ;359: 1727-33](#)
- ▶ Allum WH, Stenning SP, Bancewicz J et al.
Long-term results of a randomized trial of surgery with or without preoperative chemotherapy in esophageal cancer.
[J Clin Oncol. 2009;27: 5062-7.](#)
- ▶ V. Boige, J. Pignon, B. Saint-Aubert, P. Lasser, T. Conroy, O. Bouché, *et al.*
Final results of a randomized trial comparing preoperative 5-fluorouracil (F)/cisplatin (P) to surgery alone in adenocarcinoma of stomach and lower esophagus (ASLE): FNLCC ACCORD07-FFCD 9703 trial.
[J Clin Oncol, 2007 ; 25, 18S \(Suppl. Part I\): résumé 4510](#)
- ▶ P. G. Thirion, S. Michiels, A. Le Maître, J. Tierney, on behalf of the MetaAnalysis of Chemotherapy in Esophagus Cancer Collaborative Group.
Individual patient data-based meta-analysis assessing pre-operative chemotherapy in resectable oesophageal carcinoma.
[J Clin Oncol, 2007 ; 25, 18S \(Suppl. Part I\): résumé 4512](#)

Place de la radiochimiothérapie préopératoire

- ▶ Gebski V, Burmeister B, Smithers BM, Foo K, Zalberg J, Simes J.
Survival benefits from neoadjuvant chemoradiotherapy or chemotherapy in oesophageal carcinoma: a meta-analysis.
[Lancet Oncol 2007;8: 226-34.](#)

Place et modalités de la chimioradiothérapie

- ▶ Minsky BD, Pajak TF, Ginsberg RJ, Pisansky TM, Martenson J, Komaki R, *et al.*
INT 0123 (Radiation Therapy Oncology Group 94-05) phase III trial of combined-modality therapy for esophageal cancer: high-dose versus standard-dose radiation therapy.
[J Clin Oncol 2002;20: 1167-74.](#)
- ▶ Wong RK, Malthaner RA, Zuraw L, Rumble RB
Combined modality radiotherapy and chemotherapy in nonsurgical management of localized carcinoma of the esophagus: a practice guideline.
[Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003;55:930-42.](#)
- ▶ Thomas CR, Berkey BA, Minsky BD, Gaspar LE, Herskovic A, Rich TA, *et al.*
Recursive partitioning analysis of pretreatment variables of 416 patients with locoregional esophageal cancer treated with definitive concomitant chemoradiotherapy on Intergroup and Radiation Therapy Oncology Group trials.
[Int J Radiat Oncol Biol Phys 2004;58: 1405-10.](#)