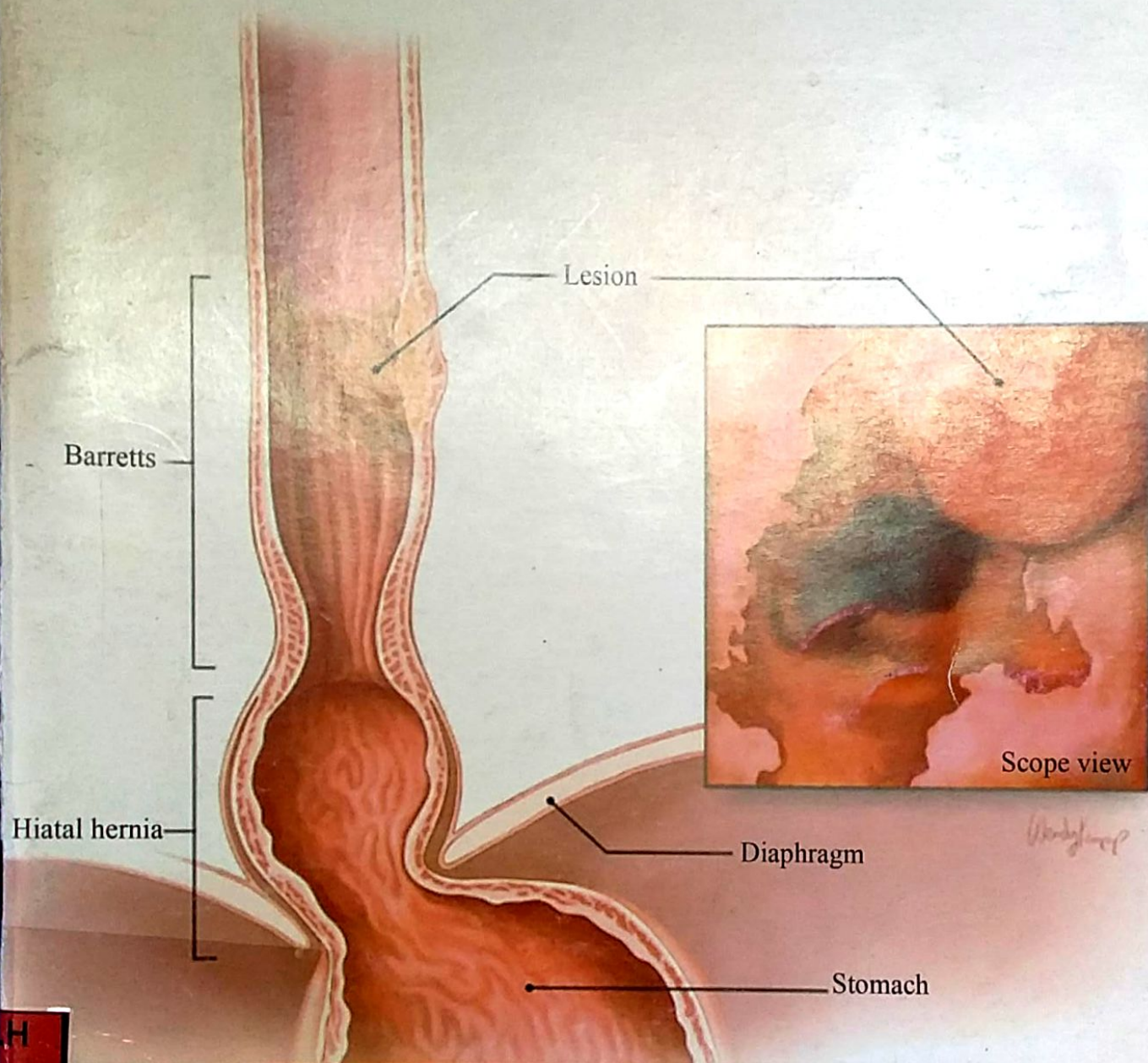


Noureddine-Ait Benamar

Zoubir Belkaïd

C A N C E R

DE L'OE SOPHAGE



SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	9
II.	EPIDIOLOGIE.....	9
III.	RAPPEL ANATOMIQUE.....	9
IV.	RAPPEL HISTOLOGIQUE.....	10
V.	ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	11
VI.	DIAGNOSTIC POSITIF.....	11
VI.1.	CLINIQUE.....	11
VI.1.1.	Signes fonctionnels.....	11
VI.1.2.	Signes physiques.....	12
VI.2.	PARACLINIQUES.....	12
VI.2.1.	Endoscopie haute.....	12
VI.2.2.	Transit œsogastroduodénal (TOGD).....	12
VI.2.3.	Echoendoscopie.....	12
VI.2.4.	Tomodensitométrie thoracoabdominale (TDM).....	13
VI.2.5.	Laryngoscopie indirecte.....	13
VI.2.6.	Trachéobronchoscopie.....	13
VI.3.	CLASSIFICATION TNM.....	13
VII.	BILAN D'OPERABILITE.....	14
VIII.	BILAN DE RESECABILITE.....	15
IX.	TRAITEMENT.....	15
IX.1.	Objectifs.....	15
IX.2.	Moyens thérapeutiques.....	15
IX.2.1.	Préparation à la chirurgie.....	15
IX.2.2.	Chimiothérapie.....	16
IX.2.3.	Radiothérapie.....	16
IX.2.4.	Moyens endoscopiques.....	16
IX.2.4.1.	Dilatation endoscopique.....	16
IX.2.4.2.	Laser Yag.....	17
IX.2.4.3.	Prothèse œsophagienne expansible.....	17
IX.2.5.	Chirurgie.....	17
IX.2.5.1.	Chirurgie curative.....	17
IX.5.1.1.	Principes carcinologiques.....	17
IX.5.1.2.	Techniques.....	18
-	Intervention d'Ivor Lewis Santy.....	18
-	Intervention de Nabeya Akiyama.....	18
-	Intervention de Sweet.....	18
IX.2.5.2.	Chirurgie palliative.....	18
IX.2.5.2.1.	Intervention d'Orringer.....	18
IX.2.5.2.2.	By pass gastrique ou colique.....	18
IX.2.5.2.3.	Gastrostomie d'alimentation.....	18
IX. 2.5.3.	Retentissement de la chirurgie.....	19
IX.2.5.3.1	Retentissement pulmonaire.....	19
IX.2.5.3.2	Retentissement cardiovasculaire.....	19
IX.2.5.3.3	Retentissement immunologique.....	19
IX.3.	Indications.....	19
X.	Résultats.....	21
XI.	Pronostic.....	21
XII.	Conclusions.....	22



SOMMAIRE DES FIGURES

- FIGURE 1 :** Anatomie topographique de l'œsophage.
FIGURE 2 : Rapports anatomiques de l'œsophage cervical.
FIGURE 3 : Vue latérale de l'œsophage thoracique (Thoracotomie droite).
FIGURE 4 : Rapports anatomiques de l'œsophage abdominal.
FIGURE 5 : Vascularisation artérielle de l'œsophage.
FIGURE 6 : Système lymphatique de l'œsophage.
FIGURE 7 : Drainage lymphatique de l'œsophage.
FIGURE 8 : Coupe histologique de l'œsophage.
FIGURE 9 : Vue endoscopique d'un processus néoplasique de l'œsophage à 30 cm des arcades dentaires.
FIGURE 10 : Cancer de l'œsophage sous carénaire au transit gastroduodénal. Désaxation œsophagienne.
FIGURE 11 : Aspects endoscopique et radiologique d'un cancer de l'œsophage.
FIGURE 12 : Double voie d'abord abdominale et thoracique droite (Lewis Santy).
FIGURE 13 : Thoracophrénolaparotomie gauche (intervention de Sweet).
FIGURE 14 : Double voie d'abord abdominale et cervicale gauche (Orringer).
FIGURE 15 : Technique de gastroplastie en remplacement de l'œsophage réséqué.
FIGURE 16 : Section de l'œsophage au sommet du thorax par thoracotomie droite.
FIGURE 17 : Curage lymphatique du médiastin moyen.
FIGURE 18 : Anastomose œsogastrique terminolatérale au sommet du thorax.
FIGURE 19 : Anastomose œsogastrique par thoraco-phréno-laparotomie gauche.
FIGURE 20 : Dissection manuelle de l'œsophage thoracique menée par voie combinée abdominale et cervicale.
FIGURE 21 : Anastomose œsogastrique par cervicotomie gauche.
FIGURE 22 : Vue finale d'une intervention d'Orringer.





Noureddine Ait Benamar professeur agrégé en chirurgie générale, exerçant à l'établissement hospitalier Djillali Rahmouni (ex Orangers). Il est membre du comité rectum du centre Pierre et Marie Curie (CPMC), membre du groupe multidisciplinaire de travail sur le cancer de la thyroïde (GMTCT) et membre fondateur de l'association algérienne de recherche en chirurgie (AARC).



Zoubir Belkaid professeur au service de chirurgie générale à la clinique Djillali Rahmouni (ex Orangers). Il est membre du comité kyste hydatique au niveau du ministère de la santé et membre du conseil scientifique et du comité de rédaction et de lecture de la revue «urgences médicales».

La prise en charge du cancer de l'œsophage exige un bilan préthérapeutique rigoureux pour définir le statut du cancer et évaluer le risque opératoire afin d'adapter une stratégie thérapeutique en fonction du staging du cancer et du statut du malade. La plupart des malades ne peuvent bénéficier d'un traitement radical car le diagnostic est fait au stade de tumeurs localement avancées ou de maladies métastatiques. La chirurgie reste la pierre angulaire du traitement des malades potentiellement curables mais l'approche sur l'étendue de la lymphadénectomie reste controversée. Il s'agit cependant d'une chirurgie au taux de mortalité élevé qui nécessite une prise en charge étroite entre réanimateur et chirurgien afin de traiter les complications et d'avoir un taux mortalité postopératoire inférieur à %10. La radiochimiothérapie néoadjuvante ne peut être recommandée de routine, elle peut précéder la chirurgie pour les tumeurs localement avancées, ou constituer une alternative à la chirurgie pour les malades non opérables. Les résultats à long termes sont décevants avec une survie globale à 5 ans faible. Il est clair que des mesures de santé publiques doivent converger vers la réduction de l'incidence du cancer de l'œsophage et la précocité du diagnostic au stade utile de la maladie. Au même moment, des efforts doivent être consentis pour améliorer le traitement locorégional et systémique.

