

Quelle prise en charge pour le cancer de l'œsophage en 2023

Cas n° 1 : patient de 57 ans (Tabac : 30 UPA, OH +)

- Dysphagie progressive, vomissements accompagnés d'hématémèse et perte pondérale d'environ 3 à 4 kg depuis 1 mois.
- 05.04.2021, OGD: lésion tumorale prenant 60 à 70 % de la circonférence de 38 à 42 cm de l'ADS: adénocarcinome invasif de type intestinal moyennement différencié, HER2 positif.
- 12.04.2021, PET/CT : tumeur du tiers distal de l'oesophage, avec atteinte métastatique ganglionnaire locorégionale dans le ligament hépato-gastrique et le médiastin inférieur et métastatique au niveau hépatique droit et gauche.
- 14.04.2021, échoendoscopie : lésion tumorale hypodense avec des adénopathies périlésionnelles et sous-diaphragmatiques suspectes. La tumeur est classée usT3N2.
- 21.04.2021, IRM hépatique : présence de 4 lésions métastatiques droites et gauches.

Décision multidisciplinaire

- du 27.04.2021 au 17.08.2021: 8 cycles de chimiothérapie néoadjuvante selon le régime FLOT en combinaison avec Trastuzumab.
- 17.09.2021, PET CT : persistance d'une activité métabolique résiduelle discrète sur l'oesophage distal, aspécifique. Persistance de quelques ganglions résiduels dans le ligament hépato gastrique, sans activité métabolique significative. Disparition des lésions hépatiques.
- 01.09.2021, IRM hépatique : disparition des métastases et des adénopathies adjacentes.
- 29.09.2021, œsophagectomie et métastasectomie hépatique : Réponse pathologique complète au niveau de la tumeur, des ganglions ainsi que des métastases hépatiques.
- Du 24.08.2021 au 27.04.2022 : perfusions d'Herceptin toutes les trois semaines.

Cas n° 2: Patiente de 66 ans (Tabac: 40UPA, OH+)

- Dysphagie progressive, puis vomissements.
- Février 2020, OGD : lésion du 1/3 moyen occupant $\frac{3}{4}$ de la circonférence et s'étendant sur 5 cm : carcinome épidermoïde moyennement différencié.
- 02.03.2020, échoendoscopie : Lésion tumorale prenant environ 70 % de la circonférence, débutant à 29 cm de l'ADS, classée usT3N+.
- 05.03.2020, PET/CT : Épaississement hypermétabolique du tiers moyen de l'oesophage, et un ganglion hypermétabolique dans le ligament hépatogastrique. Absence d'autre lésion suspecte.
- Découverte d'un carcinome in situ de la trachée à la bronchoscopie.

Décision multidisciplinaire

- 11.03.2020 : 1 cycle de chimiothérapie par Taxotère et Carboplatine.
- du 02.04.2020 au 07.05.2020 : RT (41,4 Gy) + CT (Taxol et Carboplatin) néoadjuvante.
- 16.06.2020, PET CT : réponse complète.
- 28.05.2020 : résection de carcinome épidermoïde in situ de la trachée par bronchoscopie.
- 18.08.2020 : laparoscopie exploratrice, curetage ganglionnaire abdominal et thoracique et oesophagectomie : réponse pathologique complète (ypT0 ypN0).
- Attitude de surveillance.
- Novembre 2022 : apparition d'une adénopathie hypermétabolique médiastinale paratrachéale supérieure droite traité par RT de 39 Gy.
- Mars 2023 : récurrence ganglionnaire au niveau cervical, confirmée par biopsie et traité par RT de 39 Gy .

La prise en charge pour le cancer de l'œsophage en 2023

- 7e cancer le plus fréquent dans le monde.
- Il existe deux types histologiques : 1) carcinome épidermoïde et 2) adénocarcinome.

Facteurs de risque :

- OH et tabac surtout pour le carcinome épidermoïde.
- Dans les pays à revenu plus faible: des habitudes alimentaires et carences nutritionnelles, la consommation de boissons très chaudes et de Nitrosamines .
- Dans les pays à revenu élevé: 2/3 des cancers de l'œsophage sont des ADC. Les facteurs de risque sont le surpoids et le reflux gastro-œsophagien responsable de métaplasie intestinale.

Diagnostic

- **Il faut y penser:** une dysphagie nouvellement apparue, un saignement gastro-intestinal, des aspirations fréquentes et vomissements, une perte pondérale inexpliquée ou une perte d'appétit.
- **Suite au diagnostic:** bilan biologique complet, échoendoscopie, bronchoscopie, PET CT et laparoscopie avec biopsie péritonéale pour exclure les métastases chez les patients avec un adénocarcinome localement avancé (T3/T4) de la région œsogastrique.
- En présence d'un carcinome épidermoïde, une consultation ORL est indiquée afin d'exclure des tumeurs concomitantes.

Traitement

- Pluridisciplinaire
- Centre d'expertise
- cT1 : chirurgie
- cT2-T4 ou cN1-3 M0:

Carcinome épidermoïde :

- 1) CRT néoadjuvante Paclitaxel et Carboplatine (selon le schéma d'étude CROSS) suivie d'une résection chirurgicale puis une Immunothérapie adjuvante par Nivolumab.
- 2) CRT définitive suivie d'une surveillance et/ou résection chirurgicale.

Adénocarcinome :

- 1) CT néoadjuvante par FLOT suivie d'une résection chirurgicale, puis continuer la CT adjuvante.
- 2) CRT néoadjuvante (le même schéma que pour les carcinomes épidermoïdes), suivie d'une résection chirurgicale puis une Immunothérapie adjuvante par Nivolumab.

Traitement de la maladie métastatique

- Chimio-immunothérapie ou Immunothérapie seule avec différents types de molécules (Pembrolizumab, Nivolumab, Sels de platine, les Fluoropyridines, les Taxanes, l'Irinotécan et l'Oxaliplatine.
- Si la dysphagie persiste, une radiothérapie locale peut être envisageable.
- Si très bonne réponse et l'état général du patient le permet : réévaluer l'indication à une chirurgie de l'œsophage et de la métastase.
- Importance des soins de support et nutrition.