

## EPIDERMOÏDE (<50 %) en ↓

Tiers supérieur et tiers moyen

### Intoxication alcoolo-tabagique 90%

*20% Tumeurs voies aéro-digestives supérieures et broncho-pulmonaires synchrones – métachrones  
BPCO, cirrhose hépatique, CHC*

+ **Lésions pré-cancéreuses** : achalasie, oesophagites caustique et radique, diverticule Zenker, sclérodermie, oesophagite radique, tylose  
+ HPV, boissons chaudes, Sd Plummer-Vinson

## CANCER OESOPHAGE

Homme > 50 ans (3 ♂/1 ♀)  
Peu fréquent – Mauvais pronostic\*  
Survie à 5 ans 15%

Extension loco-régionale en profondeur et longitudinale  
Extension lymphatique et hémotogène (poumon, foie surtout)

## ADENOCARCINOME (>50 %) en ↑

Tiers inférieur

**Reflux gastro-oesophagien chronique avec métaplasie intestinale**  
= **Endobrachyoesophage de Barrett** Surveillance  
*endoscopie + biopsies des EBO*  
+ Homme blanc > 50 ans, **Surpoids/obésité**  
+ **Consommation de tabac**

### Clinique

Longtemps asymptomatique → diagnostic tardif  
**Dysphagie organique progressive, permanente avec amaigrissement**

#### **Syndrome de compression médiastinale:**

- **Dysphonie** : nerf récurrent gauche
- **Toux à la déglutition** : fistule oeso-bronchique ou fausse-route, surinfections pulmonaires, douleurs rétro-sternales ou inter-scapulaires
- **Dyspnée inspiratoire** : trachée

#### **Signes d'extension métastatique :**

- Adénopathies : **Ganglion Troisier**
- Foie : douleur abdominale, hépatomégalie
- Poumon : dyspnée, pleurésie
- Os : douleurs osseuses inflammatoires dorsales

### Diagnostic positif

**Fibroscope oesogastroduodénale + biopsies multiples (≥8)**

RGO chronique =>  
Oesophagite peptique =>  
10% EBO => 10% EBO  
avec dysplasie bas grade  
puis haut grade =>  
adénocarcinome

### Bilan extension

#### **TDM cervicoTAP systématique**

##### Si épidermoïde, systématiquement :

- Panendoscopie voies aérodigestives supérieures
- Fibroscopie trachéo-bronchique
- Recherche comorbidités associées : BPCO, cirrhose ...

##### Si adénocarcinome + possible traitement curatif

- Coelioscopie exploratrice : carcinose péritonéale ?

##### Si M- :

- Echoendoscopie oesophagienne : ADP, extension en profondeur
- TEP-TDM

##### Marqueurs tumoraux pour le suivi :

- SCC pour épidermoïdes
- ACE et CA 19.9 pour les adénocarcinomes

### Traitement à discuter en **RCP** dans centre de référence

T1-T2 N0  
Chirurgie

T3-T4 ou N+  
Radio-chimiothérapie  
+/- chirurgie si opérable

M+ ou récurrence  
Chimiothérapie palliative

- **Chirurgie de Lewis-Santý** : oesophagectomie + gastrectomie + curage gg + reconstruction digestive  
→ *Traitement de référence accessible chez 10-30% des patients*
- Chimiothérapie à base de sels de **platine**
- Radiothérapie : 5 séances par semaine pendant 5 semaines

**Prise en charge nutritionnelle indispensable**

### Surveillance

- Examen clinique: tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans
- Si radiochimiothérapie exclusive: endoscopie oesophagienne avec biopsies tous les 6 à 12 mois
- Dépistage des cancers secondaires métachrones (pour carcinomes épidermoïdes) : examen ORL et fibroscopie bronchique / an
- Aide au sevrage alcoolo-tabagique
- Surveillance de l'état nutritionnel