

► Epidémiologie des lésions pré-cancéreuses ◄ et des cancers superficiels de l'œsophage et de l'estomac

Professeur Jean FAIVRE, Dijon

Les données d'épidémiologie descriptive sont indispensables pour connaître la fréquence d'une maladie et identifier les groupes à risque.

Le nombre de nouveaux cas de cancers de l'œsophage en France en 2000 était de 5.000. Ce cancer se caractérise par une forte prédominance masculine. Le risque de cancer épidermoïde de l'œsophage est augmenté en cas de brûlure caustique et de cardiospasme. Mais en raison de la rareté de ces pathologies, le nombre estimé de cancers de l'œsophage est respectivement de 3 et 15 par an. Le cancer ORL, qui a des causes identiques au cancer de l'œsophage, est fréquemment associé : les deux cancers sont diagnostiqués de manière concomitante dans 10 % des cas et un cancer ORL a précédé le cancer de l'œsophage dans 6 % des cas. Ces données justifient un examen ORL lors de la découverte d'un cancer de l'œsophage et la surveillance de l'œsophage en cas de cancer ORL de bon pronostic. La plupart des adénocarcinomes de l'œsophage (7 % des cancers de l'œsophage) se développent sur un endobrachyœsophage (EBO). Le risque de cancer est multiplié par 10 à 125 selon les études. Mais la prévalence du cancer de l'œsophage est très élevée (1 à 2 %) et parmi les sujets chez lesquels un EBO a été diagnostiqué, seulement 5 % décèderont d'un cancer de l'œsophage. On peut estimer le nombre de cas à 350 par an en France. La grande fréquence de l'EBO, la relative rareté du cancer de l'œsophage, font que la surveillance n'est justifiée qu'en cas de dysplasie et chez les sujets en bon état. Il faut être particulièrement attentif aux anomalies macroscopiques de la muqueuse.

Le nombre annuel de nouveaux cas de cancers de l'estomac était estimé à 7.100 en 2000. On sait que le cancer de l'estomac se développe sur une gastrite atrophique, mais la fréquence de cette affection et la relative rareté de sa transformation maligne (moins de 1 %) ne permettent pas la réalisation d'une surveillance endoscopique. Il faudrait pouvoir mieux identifier parmi les sujets atteints d'une gastrite atrophique, ceux qui présentent un haut risque de transformation maligne. La métaplasie intestinale incomplète de type 3 est à risque plus élevé, mais sa prévalence reste élevée. Un certain nombre de conditions pré-cancéreuses ont été identifiées. Parmi les cancers diagnostiqués en Côte-d'Or, 8 % avaient été traités pour un ulcère gastrique, 4 % avaient été gastrectomisés depuis plus de 15 ans et 0,5 % étaient atteints d'une maladie de Biermer. En dehors de l'ulcère de l'estomac, les modalités de surveillance sont encore débattues.

L'infection à *Helicobacter pylori* favorise le cancer de l'estomac. Mais, en raison de sa forte prévalence (environ 30 %), on ne peut envisager une éradication systématique sans entraîner une catastrophe écologique. En pratique, l'éradication est recommandée dans les groupes à risque.

La proportion des cancers superficiels des cancers de l'appareil digestif haut a augmenté au cours du temps. Mais cette proportion reste faible. Pour le cancer de l'œsophage, on est passé de 0 % (1976-1980) à 7 % (1996-2000) et pour le cancer de l'estomac de 4 à 8 %. Leur pronostic est assez bon. Le taux de survie relative à 5 ans est de 42 % pour le cancer de l'œsophage, 64 % pour le cancer de l'estomac.

Au total, les conditions pré-cancéreuses connues sont à l'origine d'un petit nombre de cancers. La stratégie de surveillance fait encore l'objet de discussion importante sur le plan individuel pour certaines lésions ; elle fera peu évoluer le problème posé par ces cancers. Ne pas oublier que boire raisonnablement et ne pas fumer feraient disparaître 90 % des cancers de l'œsophage et qu'une consommation élevée de fruits et de légumes diminue de moitié le risque de cancer de l'estomac.