

► Stratégie thérapeutique et traitement endoscopique ◄ des adénocarcinomes du cardia

Professeur Jean BOYER, Angers

Les adénocarcinomes du cardia sont séparés en 3 groupes selon la classification de Siewert et Stein, les 2 premiers groupes correspondent aux adénocarcinomes du bas œsophage et de la jonction œso-gastrique 1 cm et 2 cm au dessous, habituellement développés sur endobranchyœsophage (EBO), le traitement chirurgical était jusqu'à présent le « gold standard », toutefois un certain nombre de données justifient actuellement une autre alternative moins invasive effectuée par voie endoscopique : la chirurgie est une chirurgie à risque, les taux de mortalité et de morbidité étant respectivement de 3 % et de 40 % ceci d'autant plus que l'âge des patients dépasse 65 ans dans 70 % des cas, la qualité de vie après gastrectomie polaire supérieure est médiocre, le taux de récurrence est de 17 %; le traitement local conservateur est justifié en cas de dysplasie de haut-grade (DHG) ou d'adénocarcinome intra-muqueux du fait d'un risque métastatique nul ; d'autre part, le risque d'oublier un cancer invasif après un bilan rigoureux est lui aussi faible. La stratégie thérapeutique dépendra de la qualité du bilan pré-thérapeutique comportant une étude vidéo-endoscopique minutieuse, utilisant les colorations vitales (bleu de méthylène ou acide acétique) et un protocole biopsique intensifié avec planimétrie ; en cas d'adénocarcinome, une étude écho-endoscopique par mini-sonde de 30 MHz est nécessaire. En cas de DHG seule, le traitement endoscopique sera indiqué en fonction des critères de bon ou de mauvais pronostic (risque d'évolution rapide vers un cancer), il est à faible risque, la DHG non visible en endoscopie ou mono-focale ; à haut risque, la DHG visible (lésions nodulaires ou érosives) ou multi-focale ; en cas d'adénocarcinome, le traitement endoscopique sera indiqué en fonction de l'existence ou non de critères de mauvais pronostic (risque métastatique) : sont de mauvais pronostic, les lésions polypoïdes ou ulcérées, l'envahissement de la *muscularis mucosae* en écho-endoscopie, le type indifférencié (grade 3). Les traitements endoscopiques les plus évalués sont la mucosectomie, la thérapie photodynamique, et les traitements combinés associant à ces méthodes l'électrocoagulation argon ; Ell et *al.* de Wiesbaden (Allemagne) ont la plus grande expérience de la mucosectomie; ils ont publié la seule étude prospective existant actuellement portant sur 64 patients présentant une DHG (3) ou un adénocarcinome superficiel (61) ; un total de 120 mucosectomies ont été effectuées ; 29 patients étaient considérés des cas à risque de récurrence ou de métastases (lésion > 20 mm, type III en endoscopie, grade 3 histologique, et lésion infiltrant la sous-muqueuse) ; une rémission complète était obtenue chez 97% des patients à faible risque et 59 % des patients

à haut risque; durant le suivi de 12 ± 8 mois ; une récurrence est survenue chez 14 % des patients. La thérapie photodynamique a fait l'objet de plusieurs études prospectives regroupant près de 400 patients et utilisant plusieurs types de photosensibilisants dont le Photofrin ; les résultats sont assez homogènes, une éradication de la DHG et du cancer intra-muqueux ayant été obtenu dans 77 à 100 % des cas, la différence venant du nombre de séances effectuées, du type de photosensibilisant et des traitements associés (laser - APC) ; dans 35 à 43 % des cas une régression complète de l'EBO était obtenue ; les complications étaient surtout notées en cas d'utilisation du Photofrin (photosensibilisation, sténose) avec un taux de sténoses allant de 0 à 34 % en fonction des mesures préventives utilisées et des doses administrées ; les récurrences souvent avant la première année étaient notées dans 5 à 35 % des cas ; ce problème des récurrences a fait envisager l'utilisation de traitements combinés avec pour objectifs l'éradication des foyers dysplasiques ou adénocarcinomeux et de l'EBO résiduel ; notre expérience testant cette stratégie a porté sur 29 patients porteurs d'une DHG ou d'un adénocarcinome superficiel traités par mucoséctomie et APC jusqu'à éradication complète endoscopique et histologique de l'EBO et a permis d'obtenir après un suivi de 63 mois (20,8-97) une rémission complète sans récurrence dysplasique ou carcinomeuse chez 93,3 % des patients ; 1 seul patient a présenté un adénocarcinome à 1 an de suivi soit un taux de récurrence de 3,4 %. Selon notre expérience récente, l'utilisation systématique de l'acide acétique au cours de la surveillance endoscopique devrait permettre une détection accrue des îlots d'EBO résiduels.

En conclusion, la chirurgie reste le « gold standard » en cas d'adénocarcinome envahissant la sous-muqueuse ; le traitement endoscopique est une alternative à la chirurgie en cas de DHG ou d'adénocarcinome intra-muqueux uni-focal à condition d'un bilan pré-thérapeutique rigoureux ; dans ces cas, les traitements combinés ayant pour objectifs l'éradication de la DHG/adénocarcinome et de l'EBO résiduel est la stratégie de choix ; une surveillance endoscopique trimestrielle la première année est indispensable.