

► Stratégie thérapeutique et traitement ◄ des cancers épidermoïdes superficiels de l'œsophage

Professeur Marc BARTHET, Docteur Mohamed GASMI, Marseille

En France, 4 % seulement des carcinomes épidermoïdes sont détectés à un stade précoce et 80 % d'entre eux sont totalement asymptomatiques (Tashibana et al. *Am. J. Surg.* 1997; 174: 49-53). En endoscopie de routine, seules des altérations minimales de la muqueuse telles des zones rougeâtres diffuses ou focalisées sont observables et indiquent une dysplasie ou un cancer débutant. Ces lésions ne sont détectables qu'au cours d'un examen consciencieux grâce à un endoscope à haut pouvoir de résolution. La coloration au Lugol peut apporter une aide très précieuse à la détection de petites lésions muqueuses. L'iode de la solution du Lugol réagit avec le glycogène de l'épithélium squameux normal et le colore en brun foncé (Inoue et al. *Endoscopy* 2001; 33: 75-9). La muqueuse pathologique ne fixe pas le Lugol ; elle est mise en évidence par contraste. Dans l'étude de Fangundes et al. (*Endoscopy* 1999; 31: 281-5), chez des patients à risque (intoxication alcool-tabagique), la coloration au Lugol a permis la mise en évidence d'une dysplasie dans 6 cas sur 23 (26 %) patients avec zone iodo-négative. La morbidité de cette technique est nulle. Ses performances pour le diagnostic de dysplasie sont : sensibilité de 46 %, spécificité de 90 %, VPP de 26 % et VPN de 95,8 %. La faible sensibilité dans cette série s'explique très probablement par la réalisation de biopsies uniquement au niveau des zones iodo-négatives mesurant au moins 5 mm. Le risque augmente pour des lésions de plus de 10 mm avec des contours irréguliers (Muto et al. *Gastrointest. Endosc.* 2002; 56: 517-21). Les lésions œsophagiennes ne fixant pas le Lugol peuvent être de différents types : hétérotopie de muqueuse gastrique, œsophagite peptique, une dysplasie ou un cancer (Fagundes et al. *Endoscopy* 1999; 31: 281-5).

Le traitement endoscopique inclut le repérage du cancer superficiel mais également l'évaluation de l'extension du cancer en profondeur puis la destruction ou la résection endoscopique. L'évaluation de l'extension en profondeur peut être effectuée en fonction de l'aspect endoscopique, des données écho-endoscopiques (mini-sondes haute fréquence) et du décollement au moment de la mucoséctomie. Au niveau de l'œsophage, les lésions nodulaires de type I ou ulcérées de type III correspondent dans plus de 90 % des cas à une extension sous-muqueuse, contre-indiquant une résection endoscopique. Seules les lésions planes de type II correspondent dans plus de 80 % des cas à un infiltrat intra-muqueux accessible à un traitement endoscopique. L'évaluation écho-endoscopique doit être effectuée avec des sondes à haute fréquence qui peuvent mettre en évidence la musculature muqueuse dans environ 75 % des cas, permettant donc

la différenciation de tumeur intra-muqueuse (usT1im) et tumeur sous-muqueuse (usT1sm) (Murata et al. Endoscopy 2003; 35: 429-36).

Le traitement endoscopique décidé après évaluation de l'extension en surface ou en profondeur doit privilégier systématiquement la mucosectomie qui permet un contrôle histologique des marges latérales et en profondeur. Néanmoins, la thérapie photodynamique permet une réponse complète chez 87 % de patients sélectionnés (Sibille et al. Gastroenterology 1995; 108: 337-44). La mucosectomie endoscopique comprend le marquage de la lésion, son décollement, la capture puis la résection à la base. Six séries de mucosectomie de cancers épidermoïdes de l'œsophage ont été publiées. La résection complète est obtenue dans 84 à 90 % des cas, la résection mono-bloc dans 25 à 72 % des cas avec une survie à 5 ans identique à celle des séries chirurgicales pour les tumeurs intra-muqueuses (Endo. Endoscopy 1993; 25: 672-4). Une récurrence locale survient dans 3,9 à 7,8 % des cas et une récurrence métachrone dans 14 à 20 % des cas (Nomura et al. Endoscopy 2000; 32: 277-80 ; Shimizu et al. Gastrointest. Endosc. 2001; 54: 190-4 ; Giovannini. Endoscopy 1999; 31: 698-701). Les complications précoces comprennent l'hémorragie dans 3,6 à 22 % des cas, l'emphysème médiastinal dans 0 à 3 %. La morbidité tardive concerne essentiellement le risque de sténose œsophagienne dans 3,6 à 7 % due principalement à des résections emportant plus de 75 % de la circonférence ou plus de 30 mm de hauteur (Katada et al. Gastrointest. Endosc. 2002; 57: 165-9). Les indications de mucosectomie œsophagienne pour cancer épidermoïde superficiel de l'œsophage après évaluation de l'extension en surface par coloration au Lugol et en profondeur par mini-sonde à haute fréquence et concernent donc les tumeurs intra-muqueuses d'aspect macroscopique plan (type II), les tumeurs de moins de 30 mm de hauteur et de moins de 75 % de la circonférence.