



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Diagnostic et traitement des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique non métastatiques : quels standards actuels ?[☆]

Diagnosis and treatment of non-metastatic esophagogastric junction adenocarcinoma: What are the current options?

C. Gronnier, G. Piessen, C. Mariette*

Service de chirurgie digestive et générale, hôpital C.-Huriez, CHRU de Lille, place de Verdun, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur Internet le 25 février 2012

MOTS CLÉS

Jonction
œsogastrique ;
Adénocarcinome ;
Chirurgie ;
Chimiothérapie ;
Radiothérapie

Résumé Alors que la prévalence du cancer gastrique distal décroît, l'incidence et la prévalence de l'adénocarcinome de la jonction œsogastrique (AJOG) sont en constante augmentation depuis plusieurs décennies dans le monde occidental. Les travaux récents montrent que le pronostic des AJOG est plus sombre. Du fait de leur localisation anatomique, à cheval sur l'œsophage et l'estomac, la prise en charge thérapeutique est complexe. Le standard thérapeutique, en cas de tumeur localisée, repose sur une approche chirurgicale adaptée à la classification de Siewert avec exérèse de la tumeur primitive et lymphadénectomie régionale. L'œsophagectomie par voie transthoracique est recommandée pour les AJOG de type I, la gastrectomie totale pour les cancers de type III, alors que les deux approches peuvent être discutées pour le type II. La chirurgie seule ne peut être recommandée que pour les tumeurs de stade I et IIa. Elle doit être combinée à une chimiothérapie (CT) périopératoire pour les tumeurs de stade IIb, III et les IV non métastatiques. Une radiochimiothérapie (RCT) adjuvante peut être proposée pour les tumeurs à haut risque de récurrence pour les patients n'ayant pas bénéficié de traitement préopératoire. En situation néoadjuvante, la RCT peut être proposée pour les tumeurs localement avancées à débord œsophagien principal, alors qu'elle semble être une voie d'avenir pour les AJOG en général. Une approche pluridisciplinaire est indispensable au diagnostic et à la planification optimale des modalités du traitement.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

DOI de l'article original : [10.1016/j.jvisc Surg.2012.01.003](https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2012.01.003).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : christophe.mariette@chru-lille.fr (C. Mariette).

KEYWORDS

Esophagogastric junction;
Adenocarcinoma;
Surgery;
Chemotherapy;
Radiotherapy

Summary While the prevalence of distal gastric cancer is decreasing in the western world, there has been an alarming rise in the incidence of esophagogastric junction adenocarcinoma (EGJA) during recent decades. Current reports show that the prognosis of EGJA remains poor. Therapy strategies are complex due to the anatomical location of the junction between the esophagus and stomach. Surgery, based on Siewert's classification and associated with regional lymphadenectomy, is the mainstay of treatment. Transthoracic esophagectomy is recommended for type I EGJA while total gastrectomy is recommended for type III EGJA; both approaches can be considered for type II EGJA. Surgery alone can be indicated only for stage I and IIa tumors. Perioperative chemotherapy should be considered for stage IIb, III and non-metastatic stage IV tumors. Adjuvant chemoradiation can be proposed for tumors with high-risk of recurrence in the absence of neoadjuvant therapy. Neoadjuvant chemoradiation can be proposed for predominantly esophageal EGJA, and might well become a standard treatment for all EGJA tumors in the near future. A multidisciplinary approach is essential for optimal diagnosis and management.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Le cancer gastrique est un problème sanitaire mondial avec environ 930 000 nouveaux cas et 700 000 décès chaque année [1]. Alors que l'incidence du cancer gastrique proximal augmente dans de nombreux pays occidentaux, représentant actuellement plus de 50 % des nouveaux cas diagnostiqués, l'incidence du cancer gastrique distal a diminué en Occident au cours des 20 dernières années [2,3].

Les particularités des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique (AJOG) sont leur développement sur le versant œsophagien ou gastrique de la JOG et l'extension lymphatique abdominale et thoracique, faisant discuter l'étendue de la résection et du curage à réaliser.

Des divergences persistent dans la littérature concernant l'étiologie, la classification, les traitements chirurgicaux et oncologiques de ces tumeurs. Plus de la moitié des patients présentent un stade avancé au diagnostic avec décès dans les cinq ans suivant le diagnostic, malgré un traitement à visée curative [4,5]. Compte tenu de la sévérité du pronostic, une approche multidisciplinaire est nécessaire combinant à des degrés divers l'endoscopie, la chirurgie, la chimiothérapie (CT) et la radiothérapie (RT), en fonction des situations cliniques (Fig. 1).

Le but de cette mise au point est de mettre à disposition du chirurgien un outil pratique pour guider son choix thérapeutique face à un AJOG non métastatique. Les différentes options de traitement chirurgical et la place des traitements (néo)adjuvants sont discutées en se fondant sur les données les plus récentes de la littérature.

Classification des adénocarcinomes de la jonction œsogastrique

La classification de Siewert permet de faire une classification topographique en trois types des AJOG [6] (Fig. 2) :

- type I : centre tumoral situé entre 1 et 5 cm au-dessus du cardia anatomique ;
- type II : centre tumoral entre 1 cm au-dessus et 2 cm au-dessous du cardia anatomique ;
- type III : centre tumoral entre 2 cm et 5 cm au-dessous du cardia anatomique.

Les principales difficultés reposent sur le fait que cette classification soit basée sur les données pré et

peropératoires et soit difficile à établir en cas de hernie hiatale ou de tumeur volumineuse.

Bilan préthérapeutique

Le bilan d'opérabilité comporte une évaluation de l'état nutritionnel, de la fonction respiratoire, hépatique et cardiovasculaire [7]. L'âge avancé ne représente plus, à lui seul, une contre-indication à la chirurgie d'exérèse [8]. Les critères de non-opérabilité à retenir sont : une cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire et/ou hypertension portale, une insuffisance respiratoire avec un volume expiratoire maximal/seconde (VEMS) inférieur à 1000 mL/s en cas de thoracotomie, une perte de poids supérieure à 20 % du poids de forme non récupérée après renutrition, une insuffisance cardiaque stade III ou IV de la New York Heart Association (NYHA), score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) supérieur ou égal à 3 non stabilisé.

Le bilan d'extension a pour objectif d'évaluer la résecabilité de la tumeur et d'apprécier son extension locorégionale et à distance. Le délai entre sa réalisation et la décision thérapeutique ne devrait pas dépasser un mois.

Les critères de non-résecabilité retenus sont une adhérence à l'aorte sur plus de 90° de sa circonférence, des métastases viscérales, des métastases ganglionnaires à distance notamment susclaviculaires ou lomboaortiques. La nouvelle classification TNM 2009 [9] considère les adénopathies cervicales et coéliquales comme régionales est non plus comme une contre-indication à la chirurgie.

Ainsi, il convient de réaliser :

- un examen clinique complet ;
- une endoscopie œsogastrique avec biopsies et rétrovision ;
- une tomодensitométrie thoracoabdominale pour le diagnostic de métastases hépatiques et pulmonaires.

Et en l'absence de métastases sur les examens précédents, ce bilan sera complété par :

- une échographie ;
- une scintigraphie osseuse et/ou une tomодensitométrie cérébrale en cas de signes d'appel ;
- une tomographie à émission de positrons (TEP), ayant une plus grande précision diagnostique que l'association tomодensitométrie-échographie pour la détection des métastases à distance [10].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3312065>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3312065>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)