

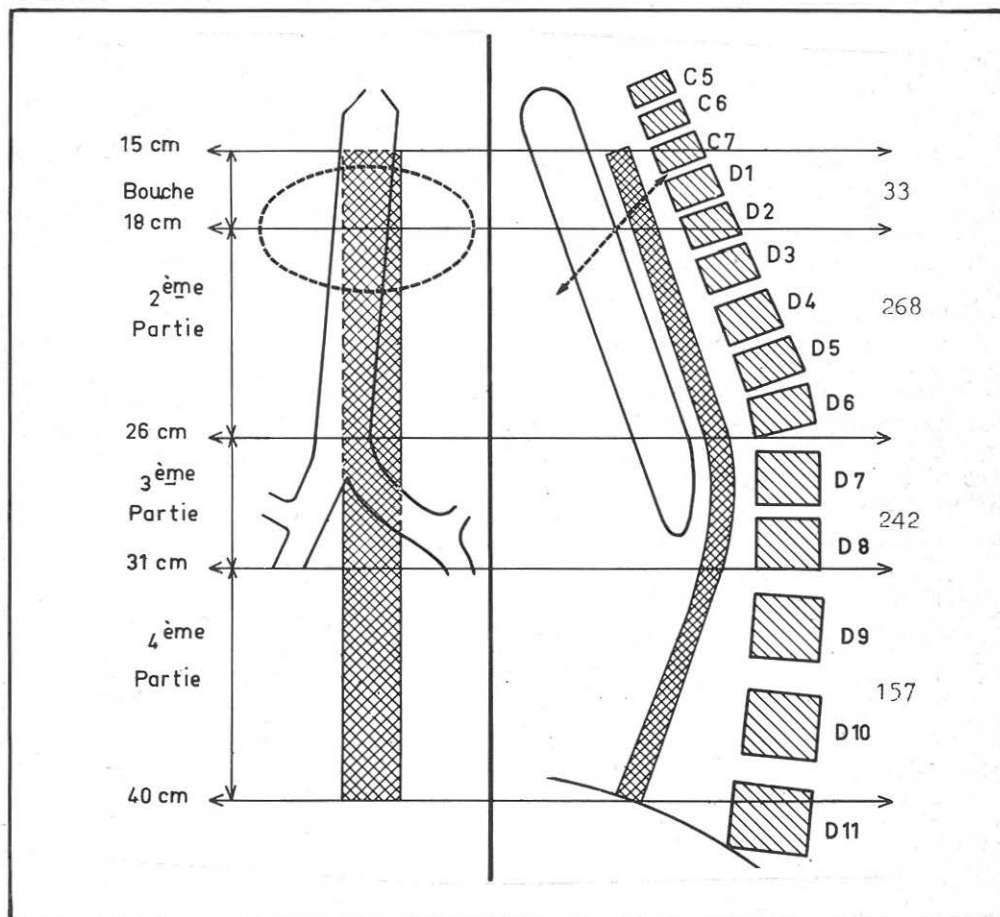
Les cancers de l'oesophage, tumeurs du mediastin (700 cas)

J. M. Lemoine et J. Fauvet

Il paraît surprenant que les tumeurs de la trachée et celles de l'oesophage ne soient pas habituellement classées parmi les tumeurs médiastinales; elles ont une origine et des extensions dans le médiastin. Les tumeurs de la trachée sont rares; les tumeurs malignes de l'oesophage sont fréquentes: les cancers oesophagiens repré-

sentent en France chez les hommes 8 par 100 de la mortalité par cancer; ils sont en quatrième position après les cancers bronchiques (16 par 100), les cancers gastriques (11,4 par 100), et les cancers prostatiques (9,3 par 100). Chez les femmes ils sont rares (23 cas personnels sur 700) et ne représentent que 1,3 par 100 de la

Figure 1



mortalité par cancer en France (onzième place).

Les pneumologues auraient pourtant intérêt à les connaître en raison de la fréquence de leur extension à l'appareil trachéo-bronchique, ce qui a des incidences thérapeutiques importantes. La proximité anatomique des 2 appareils sur une grande longueur explique ces faits. Il convient donc d'examiner systématiquement la trachée et les bronches de tous les malades porteurs de cancers oesophagiens. C'est ce que nous avons fait, par radiographie de profil strict après remplissage baryté de l'oesophage, et par trachéo-bronchoscopie réalisée immédiatement après l'oesophagoscopie diagnostique, dans la même séance, sous anesthésie locale.

CASUISTIQUE

Septcent malades ont été examinés de cette façon systématique de 1949 à 1967 à l'Institut Gustave-Roussy de Villejuif.

En raison des rapports anatomiques entre l'oesophage et l'appareil trachéo-bronchique nous divisons l'oesophage en quatre parties suivant le schéma (fig. 1).

Les nombres qui délimitent ces quatre parties de l'oesophage sont des dimensions moyennes pour les adultes en décubitus dorsal, la tête très défléchie, ce qui allonge la trachée et l'oesophage de deux centimètres.

Les cancers oesophagiens sont classés suivant la distance mesurée entre la partie supérieure de la tumeur visible par oesophagoscopie et les arcades dentaires. Leur répartition est alors:

— Oesophage cervical (jusqu'à 17 cm en rapport avec la trachée cervicale).	33
— Oesophage thoracique supérieur (18 à 25 cm) en rapport avec la majeure partie de la trachée thoracique.	268
— Oesophage thoracique moyen (26 à 30 centimètres) en rapport avec la bifurcation trachéale et les bronches principales.	242
— Oesophage thoracique inférieur (à partir de 31 cm) à distance des grandes bronches.	157

1. EXAMEN RADIOLOGIQUE

Les radiographies de profil strict, surtout après remplissage baryté de l'oesophage, mettent en évidence les déformations éventuelles de la face postérieure de la trachée sauf à son entrée dans le thorax et les derniers centimètres au-dessus de l'éperon trachéal; des tomographies de profil pourraient être utiles pour ces deux parties de la trachée.

Les retentissements tumoraux sur les bronches ne sont pas visibles sur les radiographies de profil.

Les modifications radiologiques de la trachée sont de trois types:

- déformations régulières, curvilignes, dues à la compression par les dilatations sus-stricturales de l'oesophage (sans gravité).
- déformations irrégulières par la tumeur elle-même.
- déformations mixtes par association des deux déformations précédentes.

Les deux derniers types de déformations sont d'un pronostic particulièrement grave.

Ces anomalies radiologiques sont fréquentes: la moitié des cas (fig. 2).

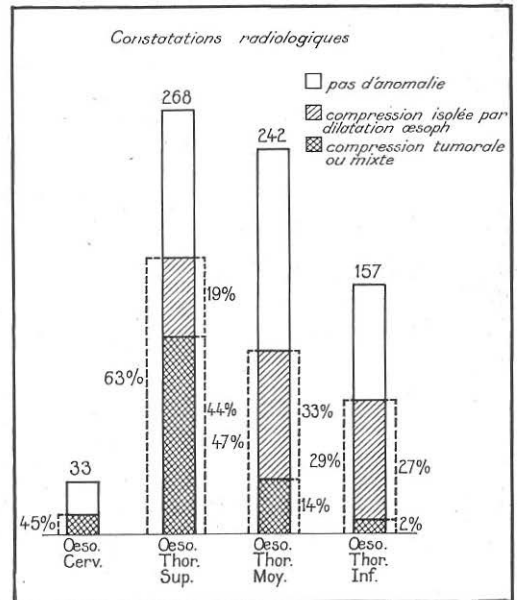


Figure 2

Deux cas de fistule au moment du premier examen ont posé des difficultés d'interprétation radiologique avec l'éventualité de fausse route de déglutition.

2. ENDOSCOPIE DOUBLE

Oesophagoscopie — Toujours nécessaire pour confirmer anatomiquement le diagnostic clinique et radiologique, elle est faite avant la trachéobronchoscopie.

Les prélèvements oesophagoscopiques ont permis d'obtenir 693 fois le diagnostic microscopique (615 fois par biopsie à la pince et 78 fois par aspiration sur filtre-piège). Dans 7 cas les prélèvements endoesophagie répétés ont été infructueux et la confirmation histologique a été obtenue par autopsie.

Les types histologiques des 700 cancers oesophagiens apparemment tous primitifs sont:

- 642 carcinomes épidermoïdes
- 11 adénocarcinomes
- 18 carcinomes indifférenciés
- 1 myo-sarcome
- 28 tumeurs malignes inclassées en raison de l'insuffisance d'éléments malins ramenés par les prélèvements (18 par biopsie à la pince et 10 par aspiration) mais très suspects de carcinome épidermoïde.

TRACHEO-BRONCHOSCOPIE

Les diverses anomalies endoscopiques n'ont pas la même valeur pronostique.

Les végétations et les infiltrations sont très graves et contreindiquent toute thérapeutique anticancéreuse non chirurgicale

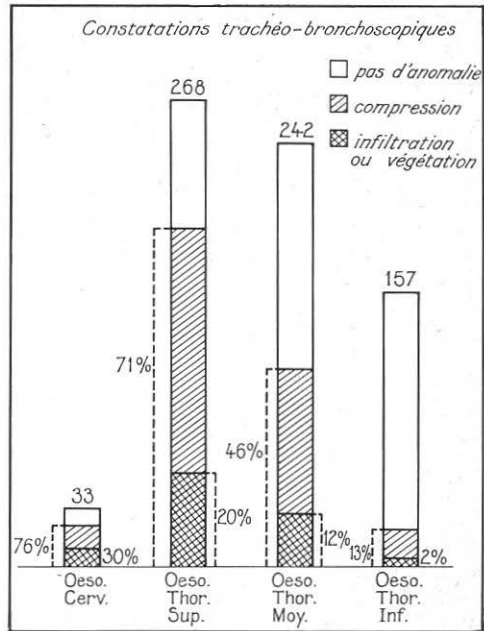


Figure 3

qui pourrait faciliter la formation de fistules oeso-aériennes. Des prélèvements prudents confirment souvent l'interprétation endoscopique.

Les compressions à muqueuse apparemment normale contre-indiquent les traitements anticancéreux non chirurgicaux quand elles réduisent de plus de moitié le calibre de la trachée ou des deux bronches principales; de plus elles masquent des envahissements pariétaux comme l'ont démontré les prélèvements dans 5 cas.

Les chiffres de la figure 3 démontrent la grande fréquence de ces extensions tra-

TABLEAU I

LOCALISATIONS DES LÉSIONS TRACHEO-BRONCHIQUES

	Oesoph Cervical	Oesoph Thor. Sup	Oesoph Thor. Moy	Oesoph Thor. Inf
Tracheales	25	133	32	7
Tracheo bronchiques	-	37	40	4
Bronchiques	-	23	40	10

TABLEAU II
MOYENNES DES DELAIS CLINIQUES AVANT LES ENDOSCOPIES

Moyenne globale	Suivant les aspects endoscopiques			
	Normaux	Compres.	Infiltr.	Veget.
250 cas (1949-61) 4 mois, 7	98 cas 4 mois, 7	99 cas 4 mois, 5	27 cas 5 mois, 7	16 cas 4 mois, 5
450 cas (1962-67) 3 mois, 2	249 cas 3 mois, 6	151 cas 2 mois, 8	23 cas 2 mois, 7	27 cas 2 mois, 9

chéo-bronchiques: près de trois malades sur quatre, porteurs de carcinome oesophagien débutant dans l'oesophage cervical ou thoracique supérieur, présentent des retentissements trachéo-bronchiques, près d'un malade sur deux pour les carcinomes de l'oesophage thoracique moyen et 13 par 100 pour les carcinomes de l'oesophage thoracique inférieur.

Cela confirme l'intérêt du classement utilisé.

La situation de l'anomalie trachéo-bronchique n'est pas toujours en rapport immédiat avec la partie supérieure de la tumeur oesophagienne; elle est souvent située un peu plus bas en raison de l'étendue du cancer, parfois sur dix centimètres et plus; mais elle est quelquefois située nettement plus haut par envahissement ganglionnaire, en particulier dans certains carcinomes de l'oesophage thoracique inférieur (tableau I).

Soixant-dix six malades avaient, au moment des endoscopies initiales, des paralysies récurrentielles dont 40 par 100 à droite. Elles sont fréquentes dans les localisations cancéreuses des 2 étages supérieurs (39 par 100 et 16 par 100); elles existent mais en nombre plus restreint dans les localisations des 2 étages inférieurs (6 par 100 et 4 par 100).

Les délais écoulés entre le début des symptômes oesophagiens et la double endoscopie sont très variables mais sans relation avec l'existence des complications trachéo-bronchiques (tabl. II).

La comparaison des 250 premiers malades examinés de 1949 à 1961 avec les 450 derniers malades examinés de 1962 à 1967 est très favorable en ce sens qu'il s'est produit un raccourcissement de 32 par 100 du délai clinique avant le diagnostic endoscopique (de 4 mois, 7 à 3 mois, 2).

Le détail des constatations radiologiques et endoscopiques met en évidence un nombre important de discordances en raison des limites de l'interprétation radiologique. De plus, par l'anamnèse, on constate la latence habituelle des extensions tumorales à la trachée et aux bronches: c'est ainsi que sur 43 malades présentant des végétations endotrachéobronchiques, 6 seulement avaient des troubles respiratoires suggestifs. Pour toutes ces raisons on est obligé d'examiner par trachéobronchoscopie systématique les cancers oesophagiens, même ceux qui sont situés dans la partie inférieure de l'oesophage; cet examen doit précéder toute décision thérapeutique à visée radicale ou palliative. Cette étude ne paraît pas avoir été faite, même dans les pays où les cancers de l'oesophage sont plus fréquents qu'en Europe.

La connaissance des extensions à l'appareil respiratoire sera longtemps nécessaire, même quand on sera parvenu au traitement général efficace des cancers.

Travail de la Consultation de Pathologie Thoracique de l'Institut Gustave-Roussy (Villejuif)