



EXPLORATIONS DE L'OESOPHAGE

Docteur WILLEMIN / Dr BROCCHI JUNG / Dr TRIKI

PLAN

- Physiologie – anatomie
- Symptômes
 - Douleurs
 - RGO typique, atypique
 - Évoquant une pathologie coronarienne
 - Dysphagie
 - Symptomatologie ORL
 - Symptomatologie pulmonaire

PLAN

- Explorations
 - Interrogatoire + clinique
 - Endoscopies
 - Explorations fonctionnelles
 - pH métrie
 - Manométrie
 - Radiologie

PLAN

- Pathologies
 - RGO
 - Causes de dysphagie
 - Causes organiques : néoplasie
 - Hyperéosinophilie oesophagienne
 - Achalasie
 - Cancer et lésions précancéreuses EBO (EndoBrachioOesophage)
- Traitements
 - Médicaux
 - Chirurgicaux

PHYSIOLOGIE - ANATOMIE

- Etendu de C6 à T11
- Cervical et thoracique (1/3 sup, moyen, inf) ; abdominal
- Postérieur
- Musculature
 - SSO : muscles constricteurs pharyngiens inférieurs
 - Corps : muscles striés puis lisses
 - SIO = fibres lisses ; alignement avec orifice hiatal (diaphragmatique) et jonction muqueuse oeso-gastrique (ligne Z)
 - Innervation motrice et sensitive : nerfs vagues
 - Innervation sympathique

PHYSIOLOGIE - ANATOMIE

- Premier organe purement digestif
- Assure
 - Progression du bol
 - Continence
 - ORL
 - Estomac

SYMPTÔMES

- Douleurs
 - RGO typique, atypique
 - Évoquant une pathologie coronarienne
 - Dysphagie
 - Symptomatologie RGO
 - Symptomatologie pulmonaire
 - DANGER le cancer la **dysphagie** est LE signal d'appel
 - Le RGO est le signe banal qu'il ne faut pas mépriser (surtout chez l'alcoololo-tabagique)

EXPLORATIONS

- Interrogatoire + clinique
- Endoscopie : facile ... souveraine
- Explorations fonctionnelles
 - pH métrie : indications et résultats
 - Manométrie : indications et résultats
- Radiologie

PATHOLOGIES

- **RGO.** LE prototype car fréquent et exemple type du déploiement des explorations et des traitements
 - Acide +++ . Bilieux
 - Exploration. De rien du tout !!! Interrogatoire suffit à poser le diagnostic ... mais examens complémentaires nécessaires à OP
- **Dysphagie**
 - Causes organiques : néoplasie
 - Hyperéosinophilie oesophagienne
 - Achalasie
 - Spasmes étagés, estomac casse noisette
- Cancer et lésions précancéreuses EBO



PATHOLOGIES OESOPHAGIENNES ET EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

Dr A. BROCCHI-JUNG

PLAN DU COURS

- pH métrie
- Manométrie oesophagienne
- Traitements

PH MÉTRIE



PH MÉTRIE: INDICATIONS

RGO = diagnostic clinique

MAIS, nombreux patients avec **symptômes atypiques** = manifestations supra-oesophagiennes, douleurs thoraciques... et **aucune anomalie endoscopique**

De plus, on considère que jusqu'à 40 % des patients traités par IPP pour un RGO ne sont pas ou incomplètement soulagés, surtout en l'absence d'oesophagite en endoscopie.

➔ Tests diagnostiques pour documenter un RGO est particulièrement utile dans ce contexte.

■ pHmétrie des 24h: **si symptômes atypiques, résistance au ttt et en pré-opératoire**

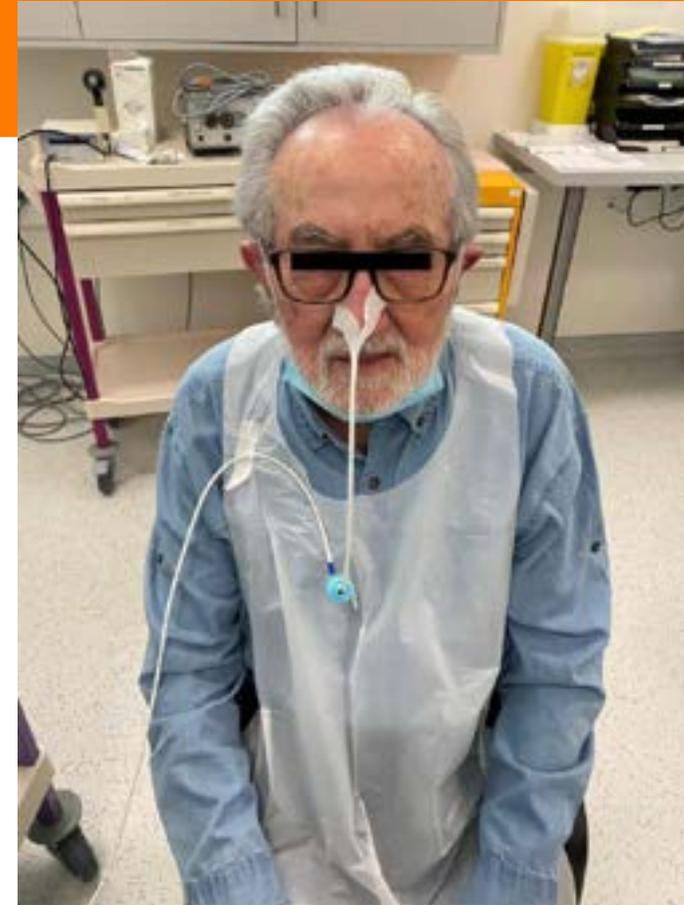
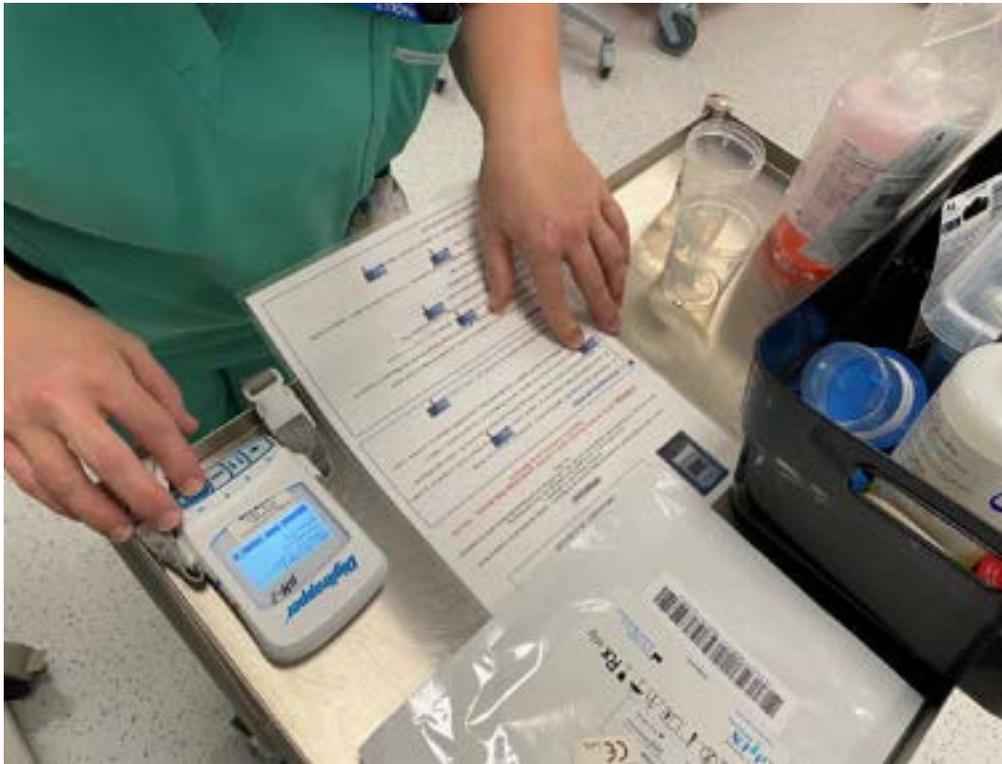
PH MÉTRIE DES 24H: QU'EST CE C'EST?

- **Mesure et enregistrement en continu**, pendant 24h, du pH du bas œsophage.
- La pH-métrie est un examen **très fiable** qui permet de détecter un RGO dans 96% des cas avec une spécificité de 96%
- La **pH-impédancemétrie** pour détecter les reflux non acides (alcalins). Cet examen est surtout indiqué pour rechercher un reflux persistant sous traitement anti-sécrétoire.
- Il est **INDISPENSABLE** d'arrêter tout IPP 7 jours avant l'enregistrement.
- Patient à jeun, examen indolore mais gênant

PH MÉTRIE : DÉROULEMENT

- La pH-métrie se pratique à l'aide d'une petite sonde munie d'une électrode permettant de mesurer le PH de l'œsophage
- La sonde est introduite par une narine et celle-ci est placée dans l'œsophage 5 au dessus du cardia
- L'autre extrémité de la sonde est reliée à un boîtier extérieur (PH-mètre informatisé), qui enregistre les mesures.
- Le patient repart pour reprendre ses activités habituelles y compris l'alimentation.
- Il doit indiquer sur le pH-mètre les différentes informations: début et fin des repas, début et fin du coucher.

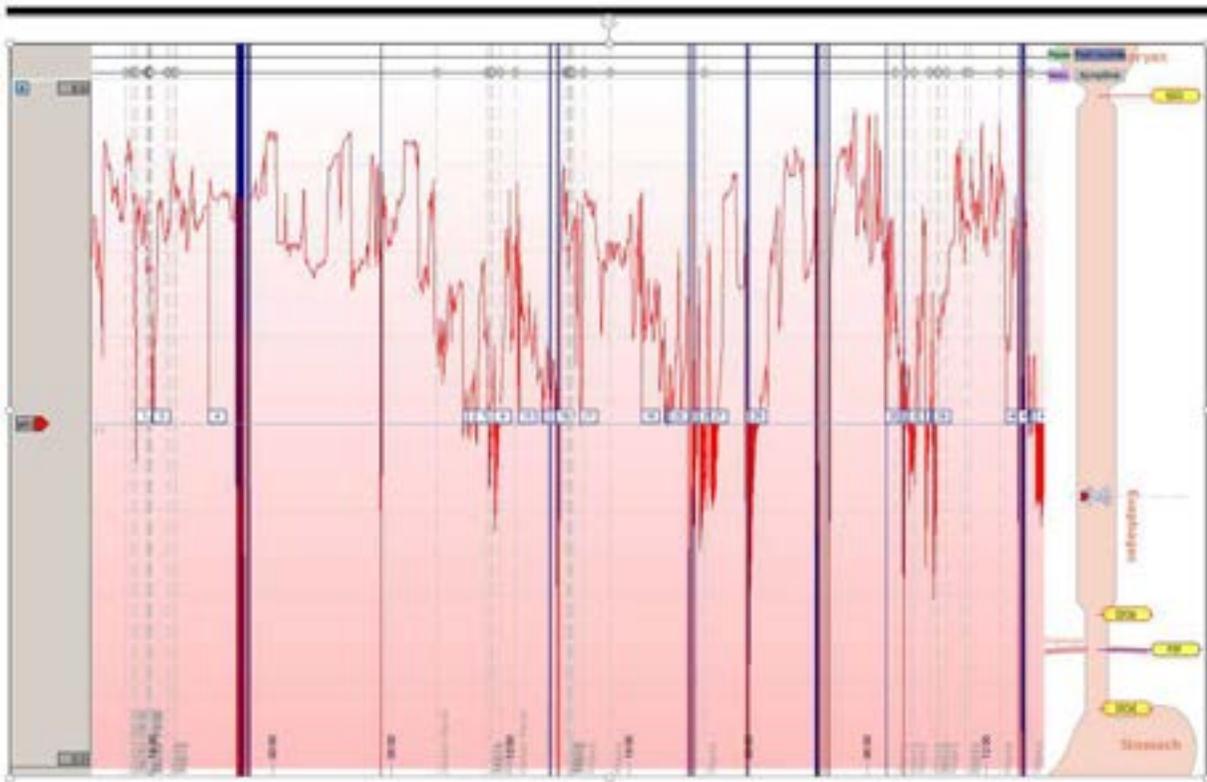
PH MÉTRIE



PH MÉTRIE: INTERPRÉTATION

- Valeurs limites diagnostic RGO:
 - Pourcentage temps total pH < 4 = 5%
 - Pourcentage temps debout pH < 4 = 8%
 - Pourcentage temps couché pH < 4 = 3%
 - Nombre d'épisodes de reflux: 50
 - Nombre reflux d'une durée supérieure à 5 minutes = 3
- Calcul SAP (probabilité association symptomatique) > 95%

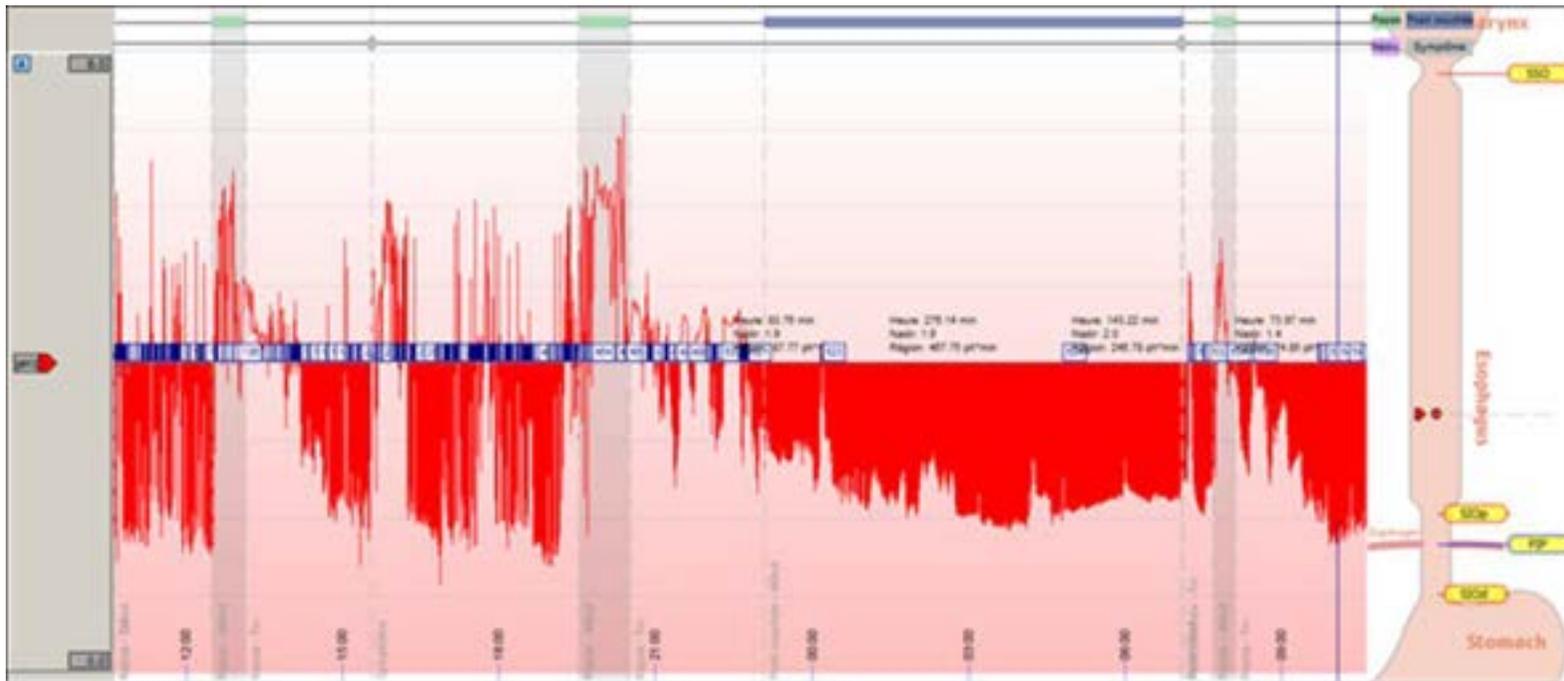
PH MÉTRIE NORMALE



Temps passé en pH acide (<4) < 5% du temps

RGO physiologique post-prandial

PH MÉTRIE : PATHOLOGIQUE +++



Analyse des reflux acides	Canal 1
Total	
Temps passé en reflux (HH:MM)	17:44
Nombre de reflux	506
Nombre de reflux par heure	23.1
% du temps en reflux	80.8
Nombre de reflux longs	25
Reflux le plus long (HH:MM)	04:36

PH MÉTRIE : QUEL BÉNÉFICE?

- METHODE DIAGNOSTIQUE ESSENTIELLE dans l'exploration et la compréhension du RGO
- Confirmer un RGO acide (notamment symptômes atypiques et résistance au traitement)
- Orienter vers impedance-métrie si examen normal et persistance des symptômes: RGO non acide? → pH-impedance métrie est la méthode la plus sensible

MANOMÉTRIE OESOPHAGIENNE



MANOMÉTRIE: PRINCIPE

- Méthode la plus sensible pour enregistrer les **phénomènes moteurs œsophagiens**
- Elle consiste à enregistrer la **pression** qui règne à l'intérieur des différentes parties de l'œsophage et des **sphincters œsophagiens** supérieur et inférieur à l'aide d'une petite sonde reliée à des capteurs de pression.
- MHR: développée dans les années 1990 par Clouse et Staiano

MANOMETRIE HAUTE RESOLUTION

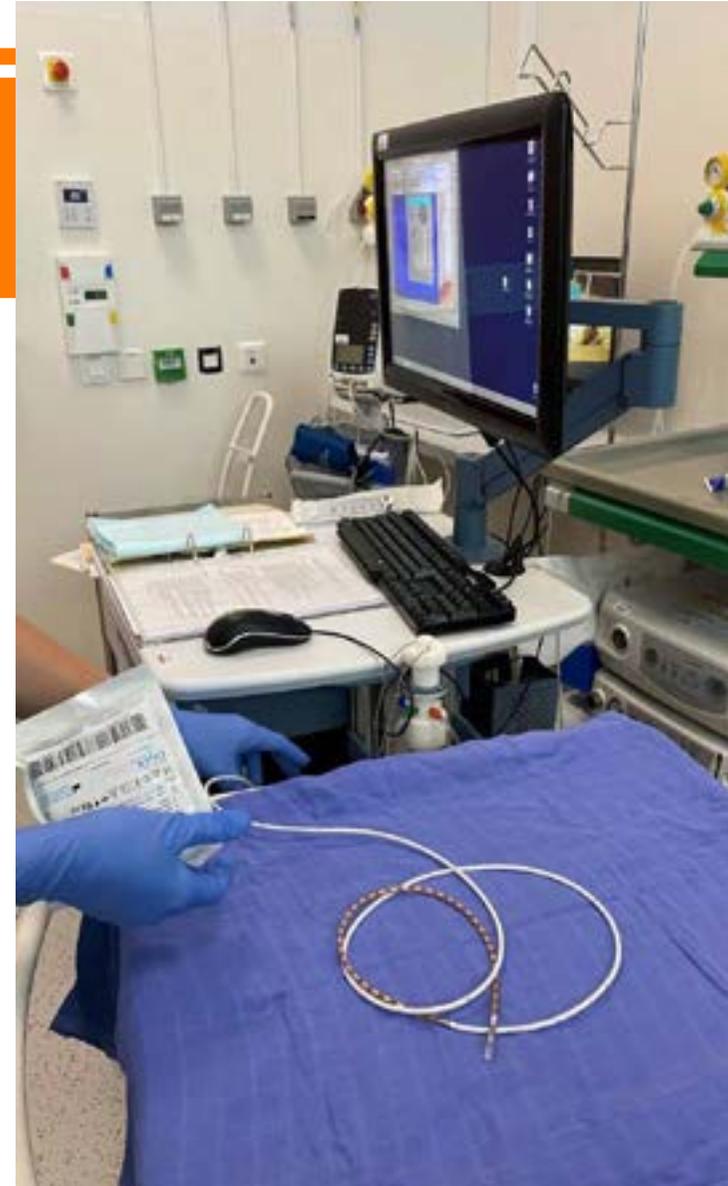
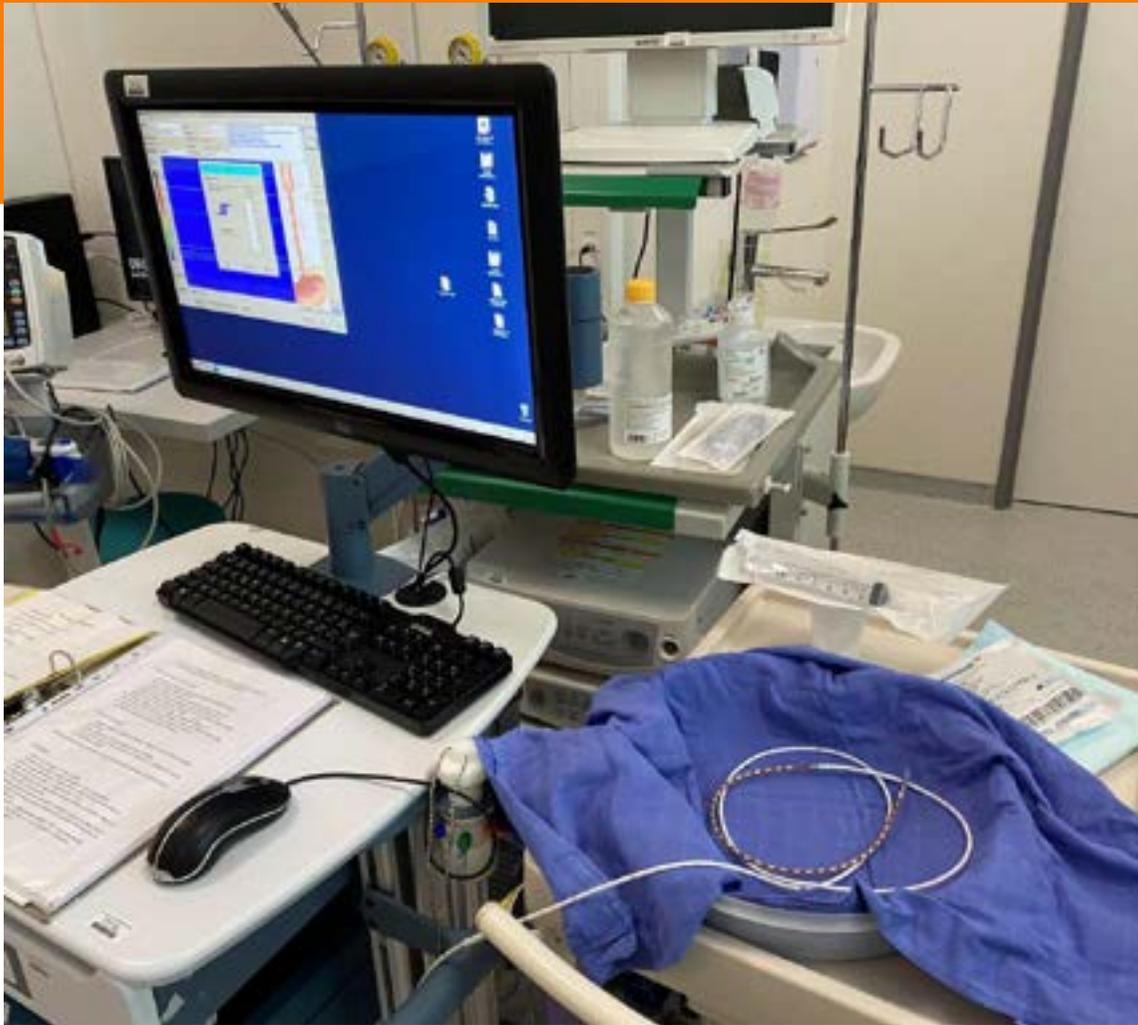
- La manométrie haute résolution se distingue de la manométrie classique par 2 innovations : l'**augmentation du nombre de points de mesure** de pression et une **représentation topographique des variations de pression**.
- L'augmentation du nombre de capteurs de pression et le faible espace entre 2 capteurs (moins de 2 cm) permettent une **analyse plus précise de la motricité**, notamment au niveau des sphincters. Ainsi, l'étude de l'anatomie fonctionnelle des sphincters et des différents segments du tube digestif devient possible.
- Les sondes comportent jusqu'à 36 capteurs solides. Elles sont à usage multiple. Chaque sonde est conçue pour la réalisation d'au moins 200 examens. Leur utilisation nécessite le placement d'une gaine de protection à usage unique avant chaque examen. Une désinfection de la sonde est réalisée à la fin de chaque examen.

MANOMÉTRIE OESOPHAGIENNE: INDICATIONS

- Rechercher l'existence de **troubles du fonctionnement de l'œsophage**:
 - Dysphagie, régurgitations d'aliments
 - Douleurs thoraciques
- **Pré-opératoire**: avant traitement chirurgicale d'une hernie hiatale, d'un reflux gastro-oesophagien ou chirurgie bariatrique car la mise en évidence de très mauvaises contractions au niveau de l'œsophage peut contrindiquer cette opération.

MANOMETRIE OESOPHAGIENNE DANS LE RGO

- La manométrie œsophagienne dans le RGO:
 - n'objective pas le RGO
 - mais peut identifier des facteurs aggravant d'un RGO, comme une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme œsophagien altérant la clairance acide de l'œsophage
 - recommandée en cas d'indication opératoire pour un reflux.

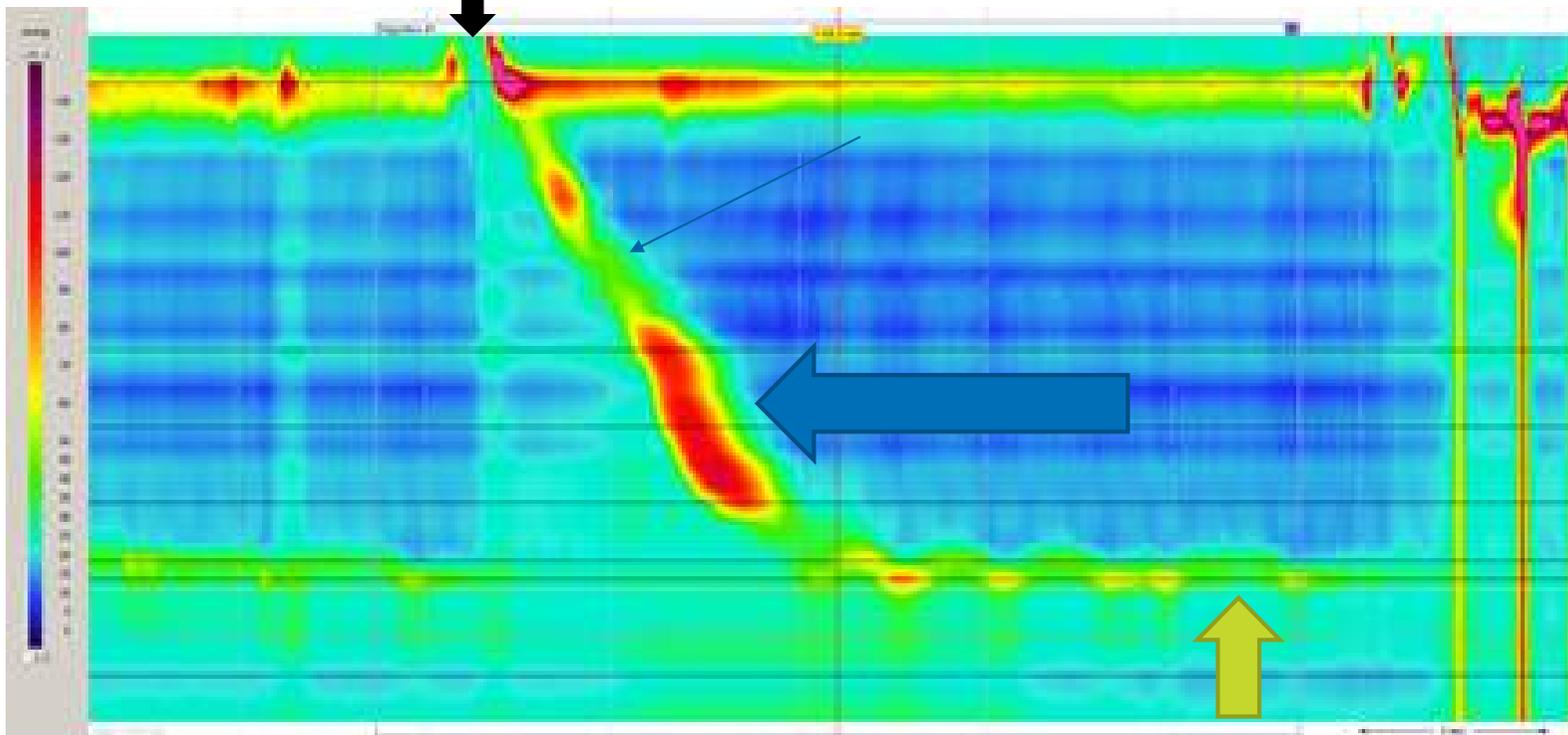


MANOMETRIE OESOPHAGIENNE: DÉROULEMENT

- **L'examen dure environ 15 minutes**
- L'enregistrement débute par une **période basale** où il est demandé au patient de ne pas déglutir. Cette période permet l'enregistrement de la localisation et des pressions du sphincter supérieur de l'oesophage (SSO) et de la jonction oesogastrique (JOG).
- Puis l'étude de la motricité oesophagienne est réalisée au cours de **déglutitions** de 5-10 mL d'eau, effectuées à intervalles réguliers. Des déglutitions solides sont également possibles au cours de l'examen.
- L'analyse de l'enregistrement se fait une fois l'examen terminé, aidée par une analyse automatique des périodes d'intérêt



MANOMÉTRIE OESOPHAGIENNE NORMALE

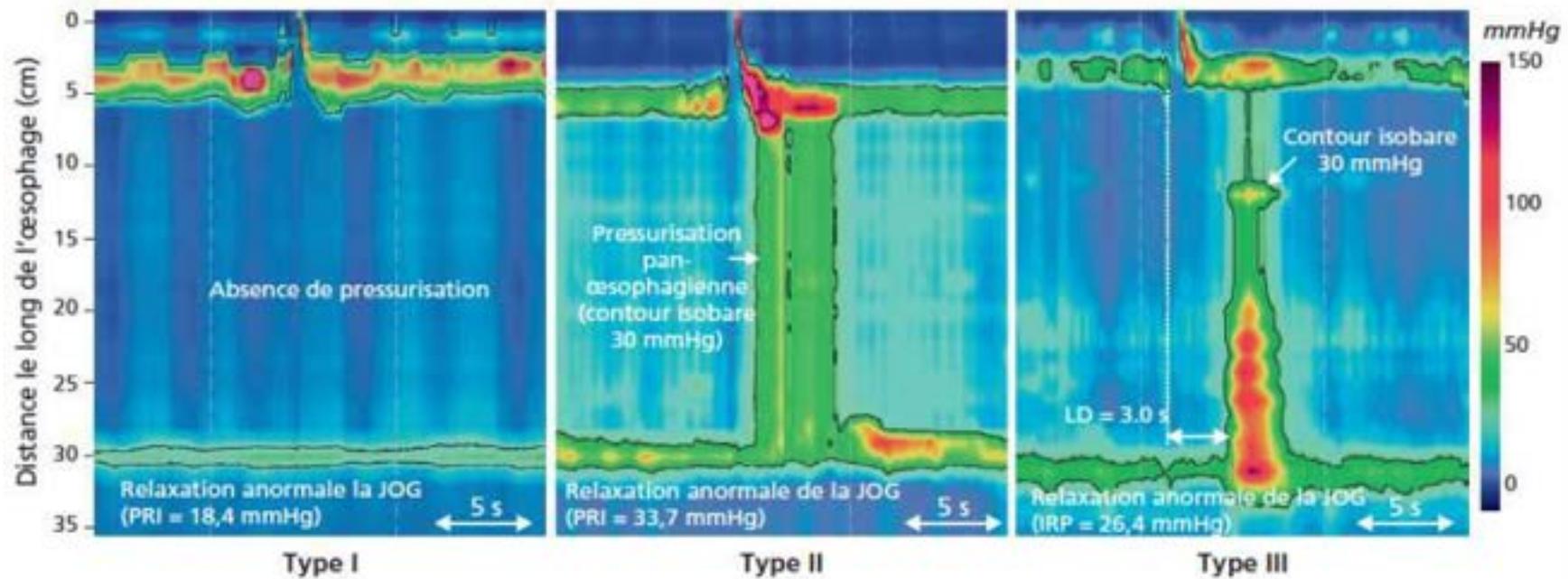


- 1) Déglutition
- 2) Zone de transition
- 3) Contraction peristaltique
- 4) JOG

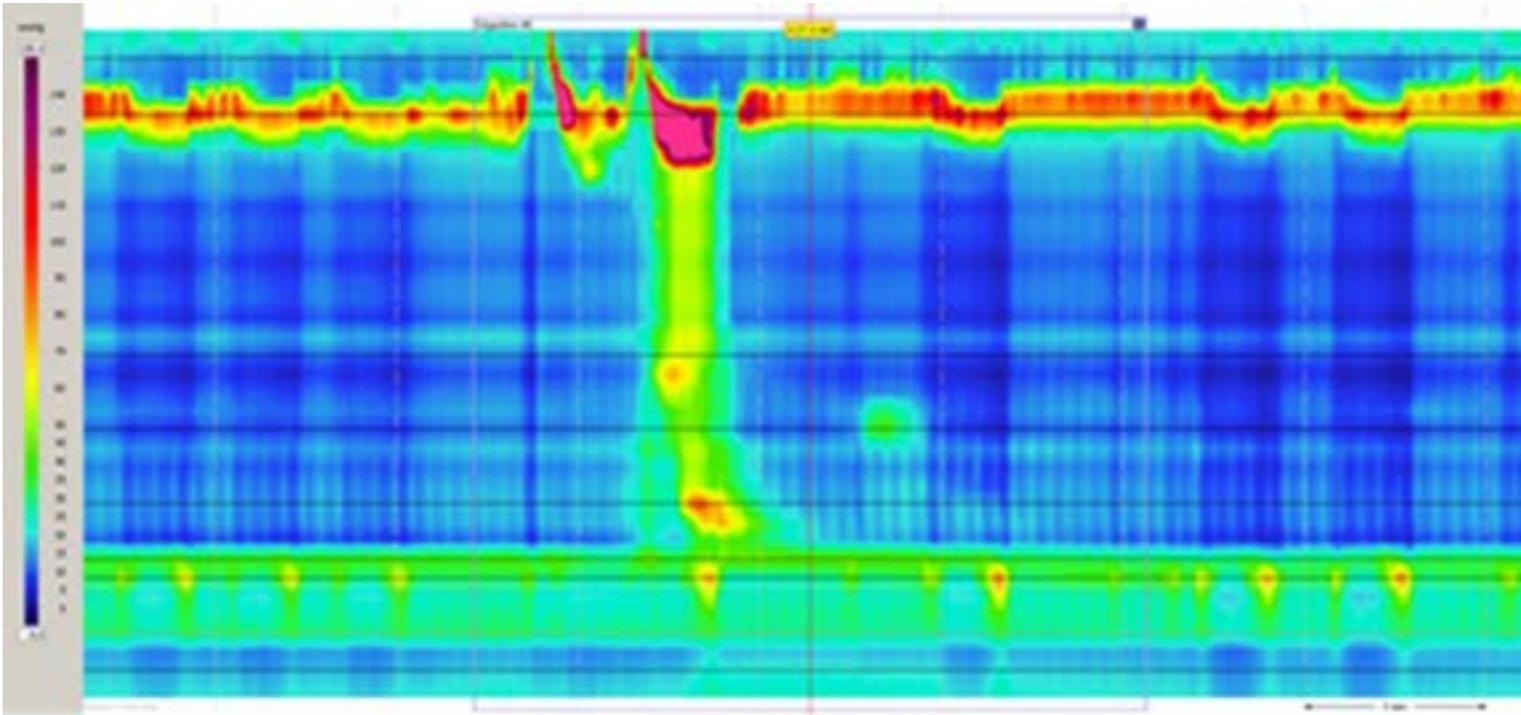
ACHALASIE

- Type I = classique: aucune augmentation de pression dans l'oesophage, défaut de relaxation de la jonction oeso-gastrique.
- Type II: pressurisation de l'oesophage liée la compression du bolus ingéré entre le SSO et l'obstacle fonctionnel cardinal.
- Type III = achalasia « spastique »: ondes oesophagiennes non propagées et de grande amplitude.
- La MHR permettrait de mieux différencier l'achalasia de la maladie des spasmes diffus en identifiant des pseudorelaxations du SIO liés à l'ascension du SIO lors des déglutitions. Il est également plus aisé de distinguer une augmentation de pression intraoesophagienne (pressurisation de l'oesophage) d'une authentique contraction oesophagienne.

ACHALASIES: LES TROIS TYPES



MANOMÉTRIE OESOPHAGIENNE : ACHALADIE TYPE II



TROUBLES MOTEURS ŒSOPHAGIENS

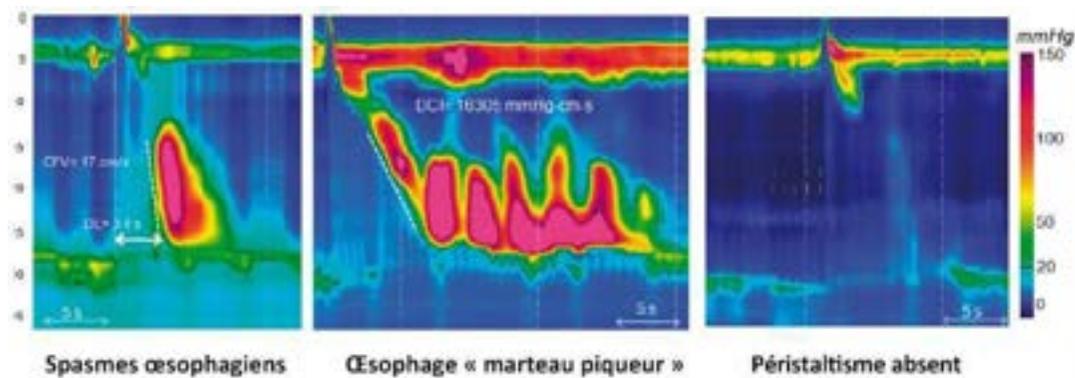
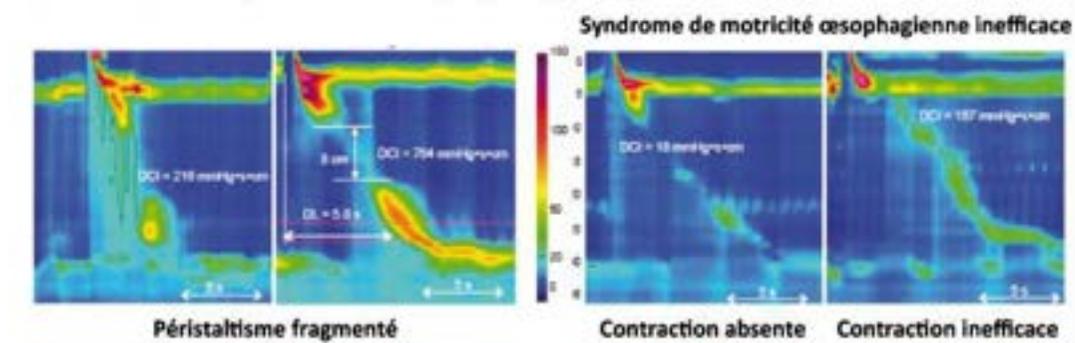


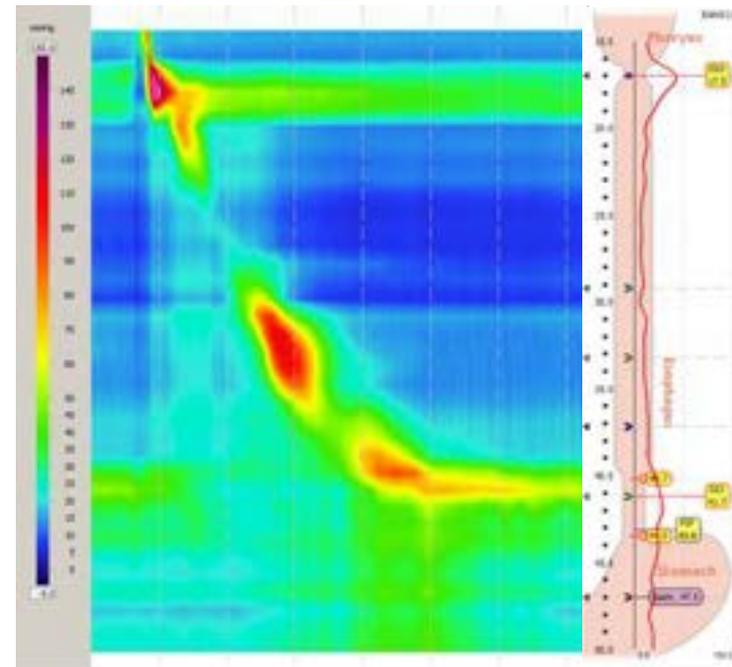
Figure 5. Troubles majeurs du péristaltisme œsophagien (voir texte).

Troubles mineurs du péristaltisme œsophagien (Figure 6)



MANOMÉTRIE: HH

- La hernie hiatale manométrique est définie par la présence de **2 zones de haute pression**, séparées d'au moins 2 cm, au niveau de la jonction oesogastrique.
- L'une de ces zones correspond au diaphragme crural et l'autre au sphincter inférieur de l'oesophage.
- Fiabilité de la manométrie HR pour ce diagnostic





TRAITEMENTS

TRAITEMENTS DU RGO

- Soulager les symptômes
- Cicatriser une œsophagite
- Prévenir les récurrences et complications

RGO EN PRATIQUE

1. Âge < 50 ans et absence de signes d'alarme (anémie, dysphagie): RHD, topiques à la demande, IPP demi-dose ou anti-H2 courte durée
2. Age >50 ans ou signes d'alarme, si résistance d'emblée ou rechute rapide à l'arrêt du traitement initial : GASTROSCOPIE

TRAITEMENTS DU RGO = RÈGLES HYGIENO-DIÉTÉTIQUES

- Surélévation tête du lit (45°)
- Se coucher (délai de 3h) après un repas
- Repas moins riches (trop gras, trop abondant)
- Eviter vêtements serrés
- Perte pondérale, arrêt tabac
- Aliments ↓ SIO: chocolat, alcool, graisses, sucres
- Médicaments ↓ SIO: dérivés nitrés, inhibiteurs calciques, anticholinergiques



RGO SANS OESOPHAGITE

- Si symptômes typiques et espacés (< 1 x/semaine)

Anti-acide/alginate, anti-H2

- Si symptômes typiques et rapprochés (> 1x/semaine)

IPP demi-dose pendant 4 semaines

- Traitement long terme:

En cas de rechute fréquentes ou précoces sans oesophagite: dose minimale IPP efficace

Ou « à la demande »

RGO COMPLIQUÉ D'OESOPHAGITE

- Oesophagite non sévère: IPP demi-dose pendant 4 semaines
- Oesophagite sévère: IPP pleine dose pendant 8 semaines
- Rechutes fréquentes: IPP dose minimale efficace
- Sténose peptique et EBO: IPP pleine dose en continu
- Sténose peptique + dysphagie: dilatation oesophagienne

LES IPP

- Cinq molécules:

Ésoméprazole (Inexium®) Demi-dose : 20 mg. Pleine dose : 40 mg.

Lansoprazole (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®). Demi-dose : 15 mg. Pleine dose : 30 mg.

Oméprazole (Mopral®, Zoltum®, génériques). Demi-dose : 10 mg. Pleine dose : 20 mg.

Pantoprazole (Eupantol®, Inipomp®). Demi-dose : 20 mg. Pleine dose : 40 mg.

Rabéprazole (Pariet®). Demi-dose : 10 mg. Pleine dose : 20 mg.

- Les IPP ont trois indications principales : traitement du RGO et de l'œsophagite par RGO ; prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque ; éradication d'*Helicobacter pylori* et traitement des ulcères gastroduodénaux.

SIE



Figure 3. Première phase de la POEM : incision musculaire pour relaxer la gorge d'entrée (14).
POEM = PerOral Endoscopic Myotomy.

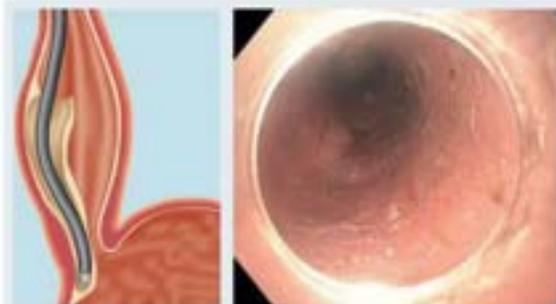
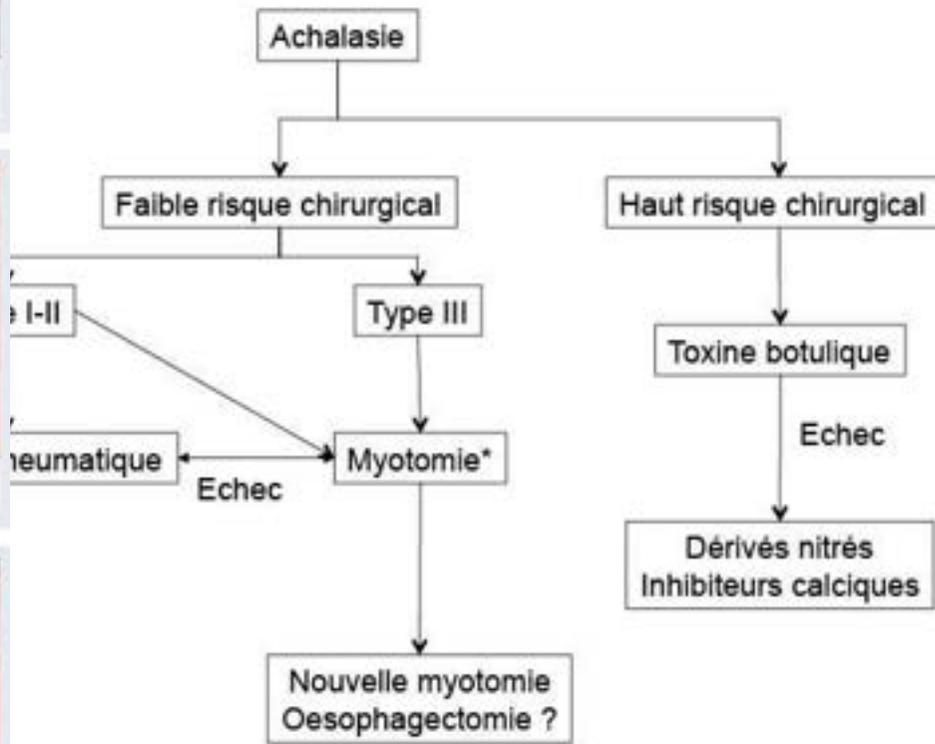


Figure 4. Deuxième phase de la POEM : dilatation d'un tunnel sous-musculaire (14).
POEM = PerOral Endoscopic Myotomy.



Figure 5. Troisième phase de la POEM : dilatation de l'œsophage (14).
POEM = PerOral Endoscopic Myotomy.



TRAITEMENTS TROUBLES MOTEURS OESOPHAGIENS

- Arsenal médicamenteux pauvre +++
- Inhibiteurs calciques et dérivés nitrés ont une efficacité faible...
- RHD +++ (Règles Hygiéno Diététiques): manger lentement, mastication, aliments semi-solides

CHIRURGIE HH

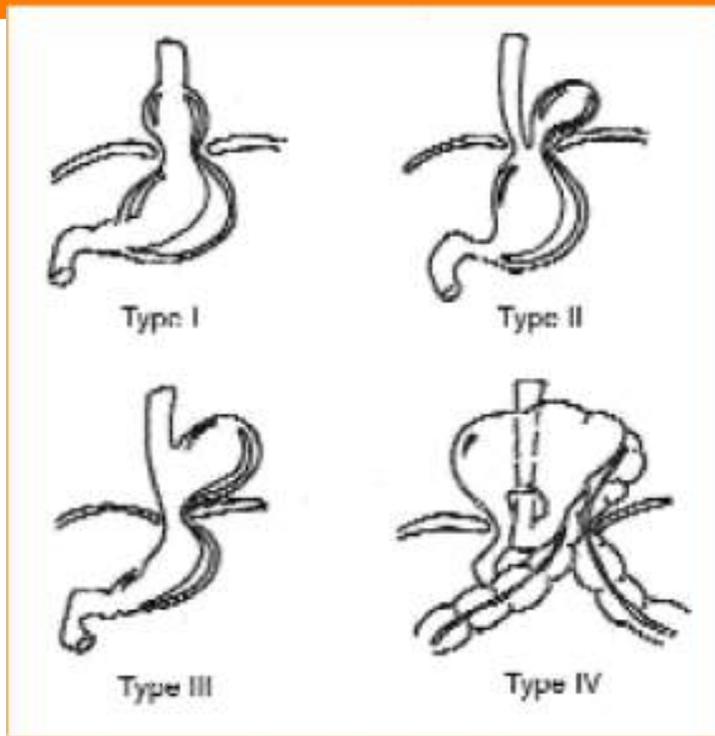
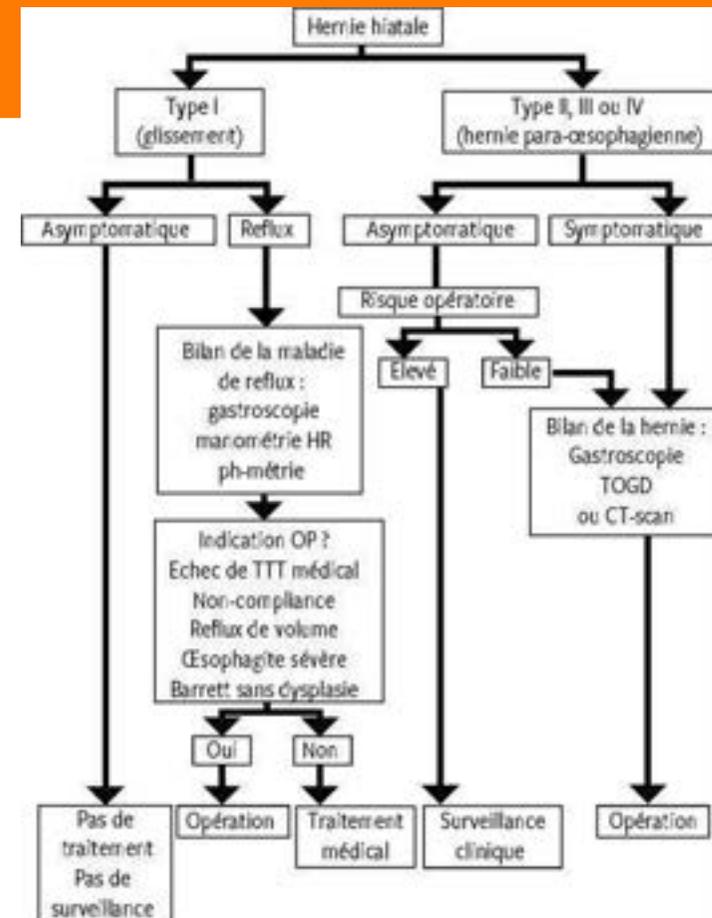


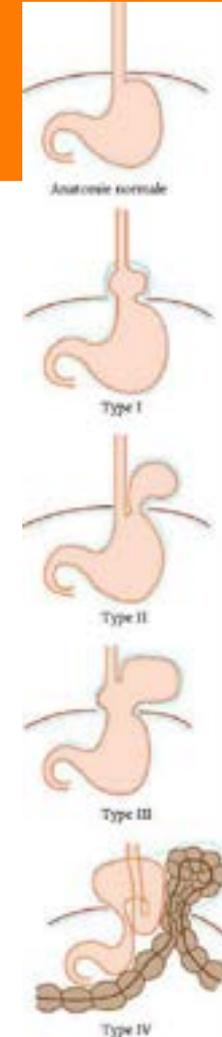
Fig. 1. Types anatomiques de hernie hiatale.



CLASSIFICATION

• **HH de type I, asymptomatique** : il n'y a pas d'indication opératoire. Un nombre extrêmement limité de patients va développer des symptômes (dysphagie, ulcère gastrique), qui ne justifie pas une intervention préventive.

• **HH de type I, symptomatique** : l'indication et la technique opératoire dépendront de la maladie de reflux associée. La hernie ne constitue pas en soi une indication, mais elle sera corrigée dans le même temps opératoire, par un rapprochement des piliers diaphragmatiques et une fundoplicature.



CLASSIFICATION

- **HPO (II, III, IV), asymptomatique** : l'indication opératoire est à pondérer en fonction du risque opératoire que présente le patient. L'âge, la taille de la hernie et les comorbidités actives sont les facteurs les plus souvent pris en compte dans la littérature. La mortalité liée à une intervention électorale est certes faible (entre 0,5 et 3 %), mais elle est à mettre en relation avec un risque également faible de développer des complications aiguës qui nécessitent une intervention en urgence (de l'ordre de 2-5 %). Cette dernière situation est tout de même associée à une mortalité globale de 15 %.
- **HPO (II, III, IV), symptomatique** : dans cette situation, une intervention est justifiée, car le risque de développer une complication grave est plus important. Le volvulus gastrique, l'hémorragie digestive et la nécrose gastrique nécessitent une intervention en urgence



QUELQUES IDÉES RECUES...

IDÉE RECUE NUMERO 1

- **« Une hernie hiatale induit toujours un reflux gastro-œsophagien »**
- **FAUX**
- La hernie hiatale n'est une condition ni nécessaire, ni suffisante à la présence d'un reflux gastro-œsophagien (RGO).

IDÉE RECUE NUMERO 2

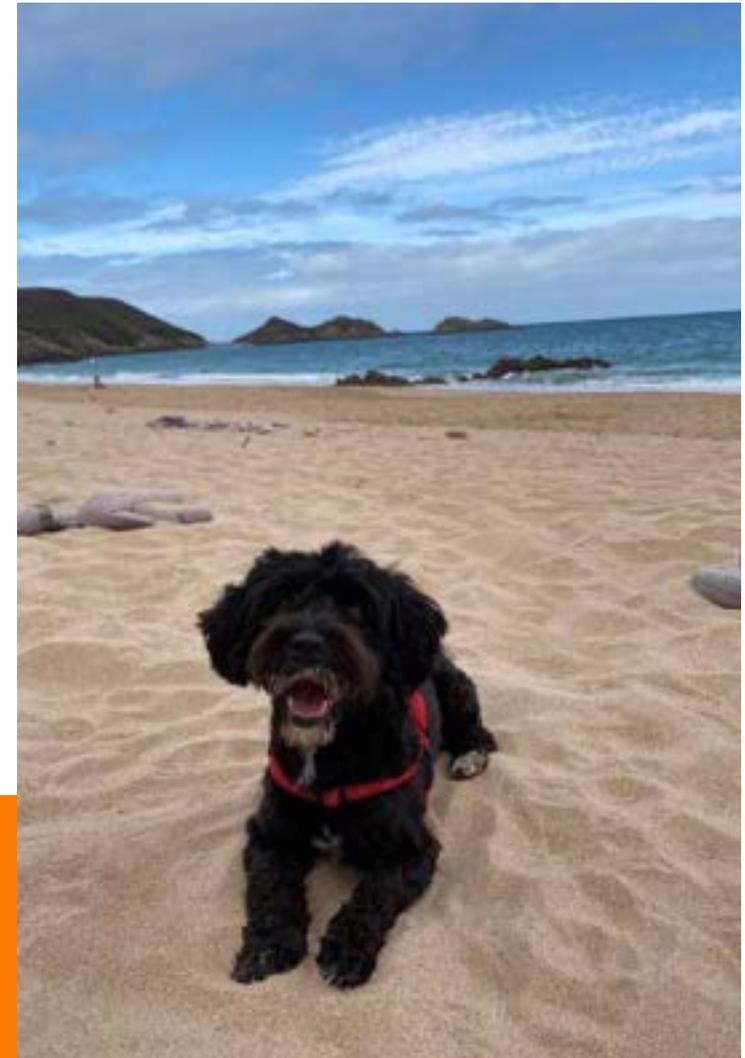
- **« Une hernie hiatale peut disparaître spontanément »**
- **VRAI**
- Une hernie hiatale peut être présente par intermittence, surtout lorsqu'elle est de petite taille. Des examens successifs par endoscopie peuvent donc se contredire. Le diagnostic est formel lorsque la hernie hiatale est volumineuse et irréductible.

IDÉE RECUE NUMERO 3

- **« Les hernies hiatales nécessitent toutes d'être opérées »**
- **FAUX**
- En l'absence de symptôme ou lorsque ceux-ci sont contrôlés par un traitement médical, la hernie hiatale n'est pas une indication à un traitement chirurgical systématique.



Merci!





Centre hospitalier de Haguenau

HERNIE HIATALE DE GRANDE TAILLE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Dr TRIKI ELHOCINE



PLAN

1. Définition d'une HH de grande taille
2. Indications opératoires
3. Vidéos

DÉFINITION

- Hernie de grande taille, stade II à IV
- Plus du tiers de l'estomac en intra-thoracique
- Distance entre les deux piliers de plus de 5 cm

CLASSIFICATION

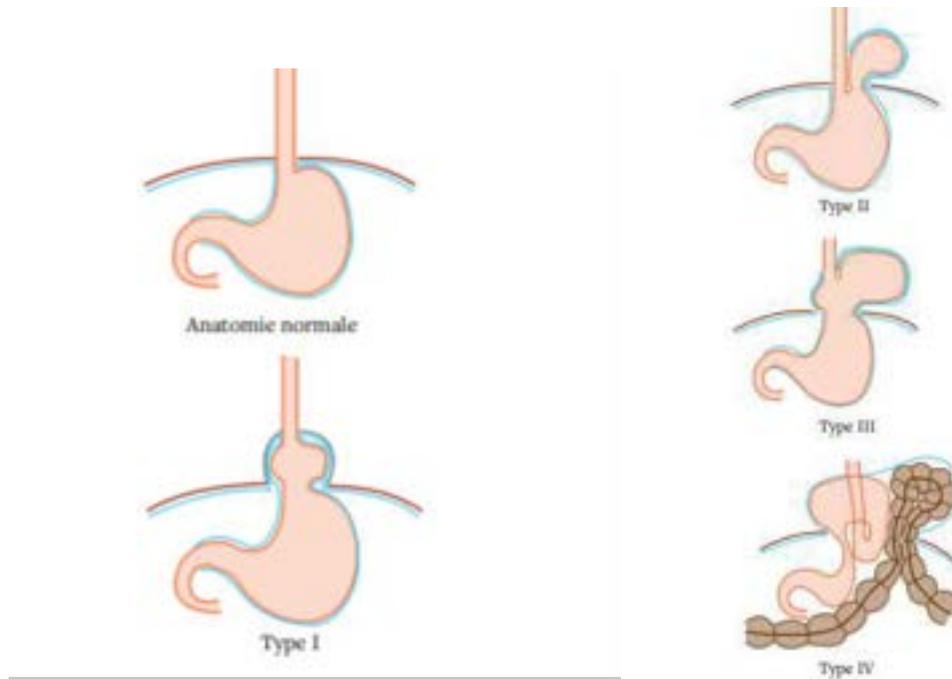
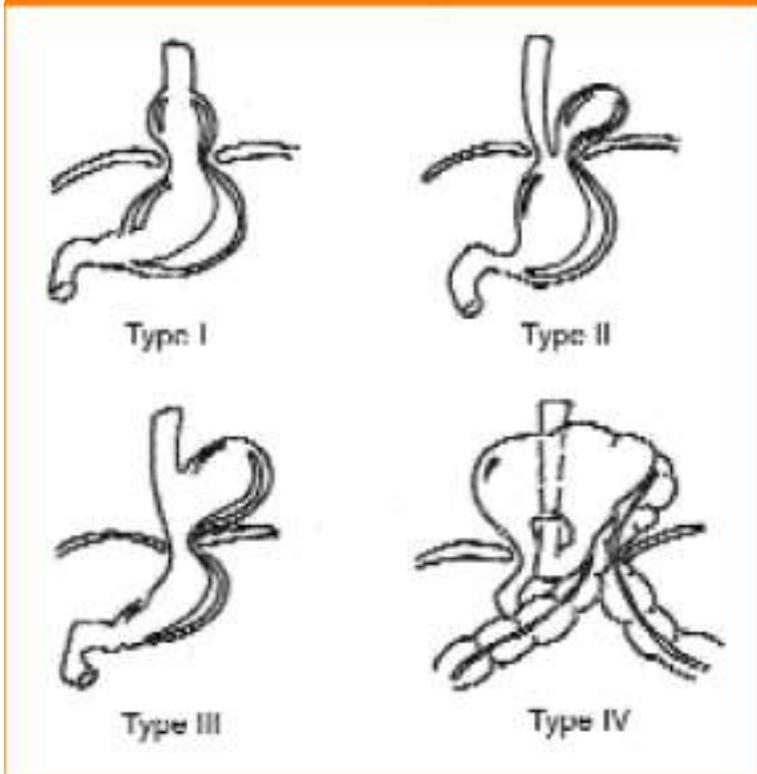
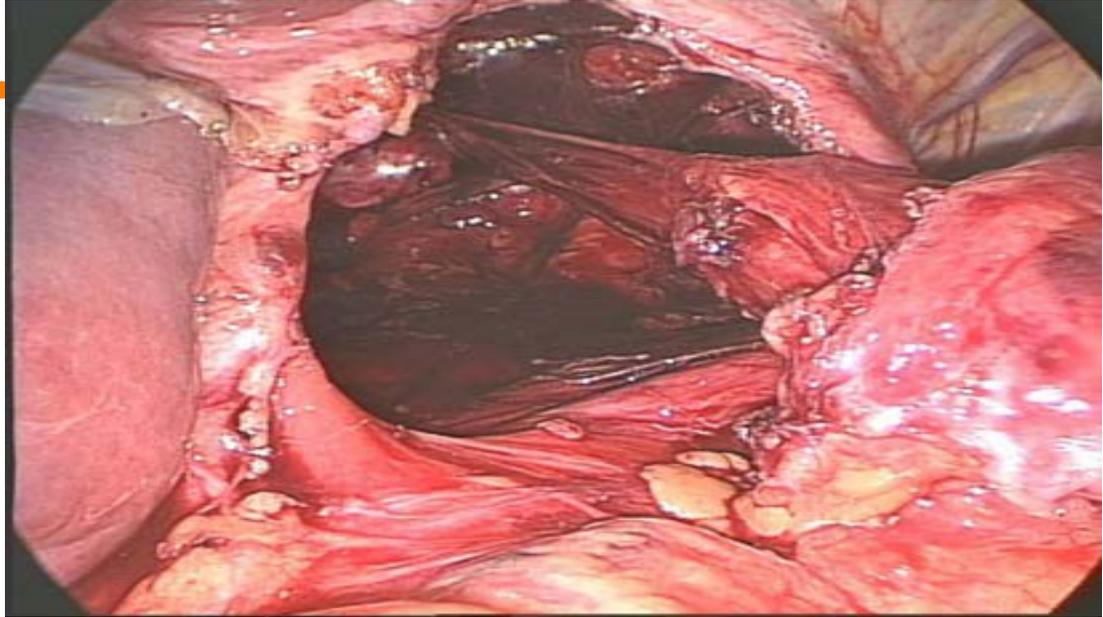
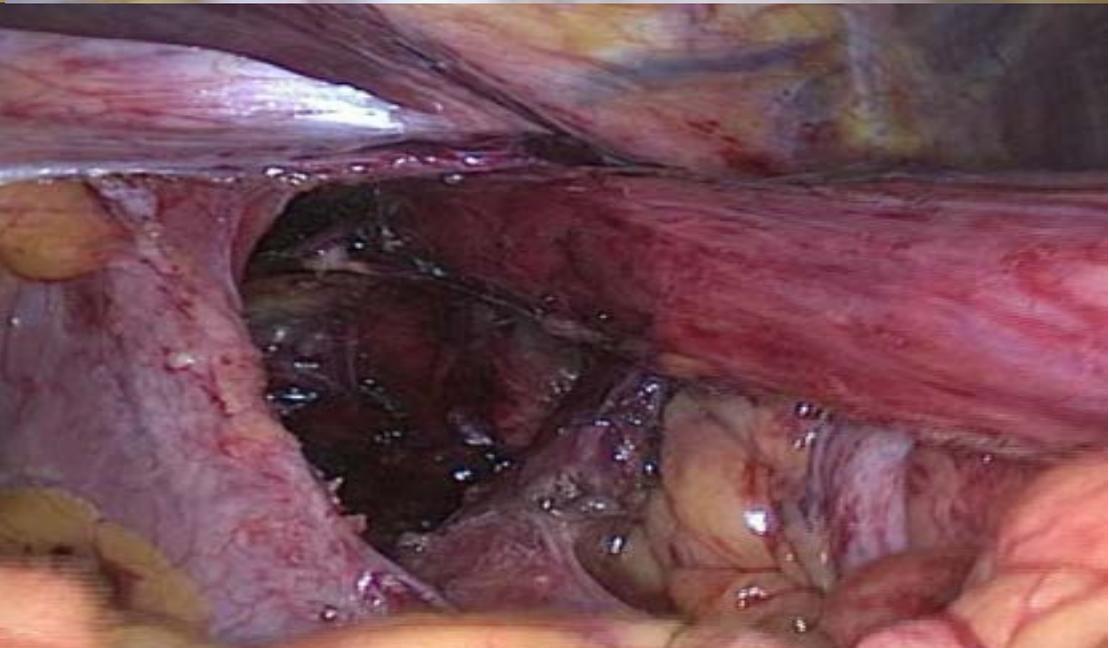
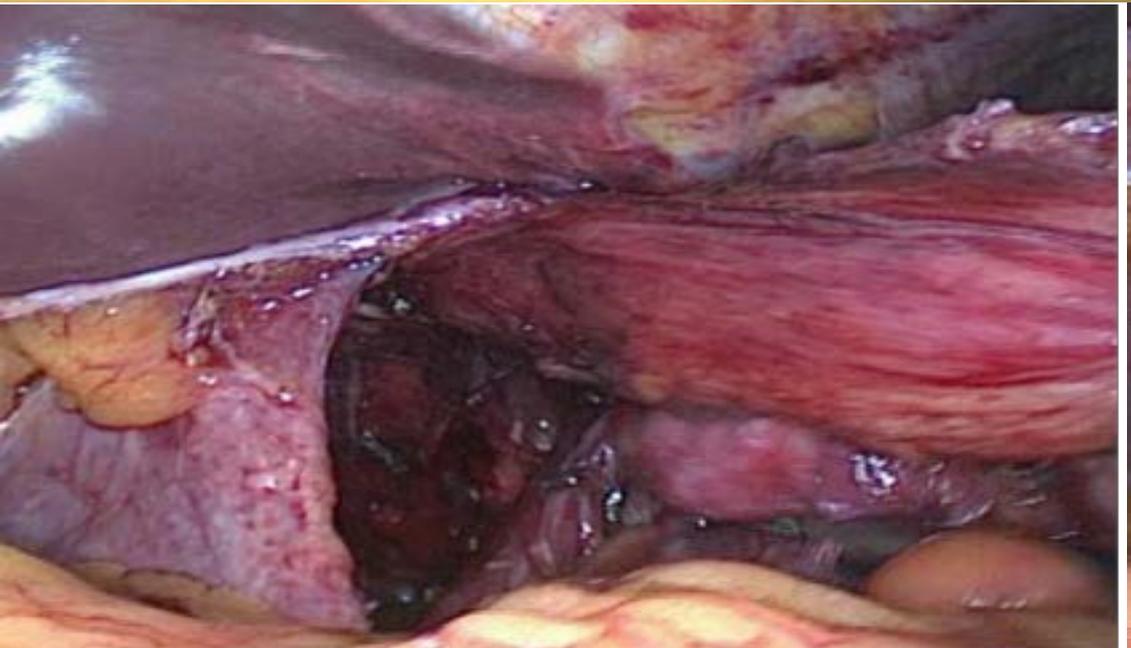
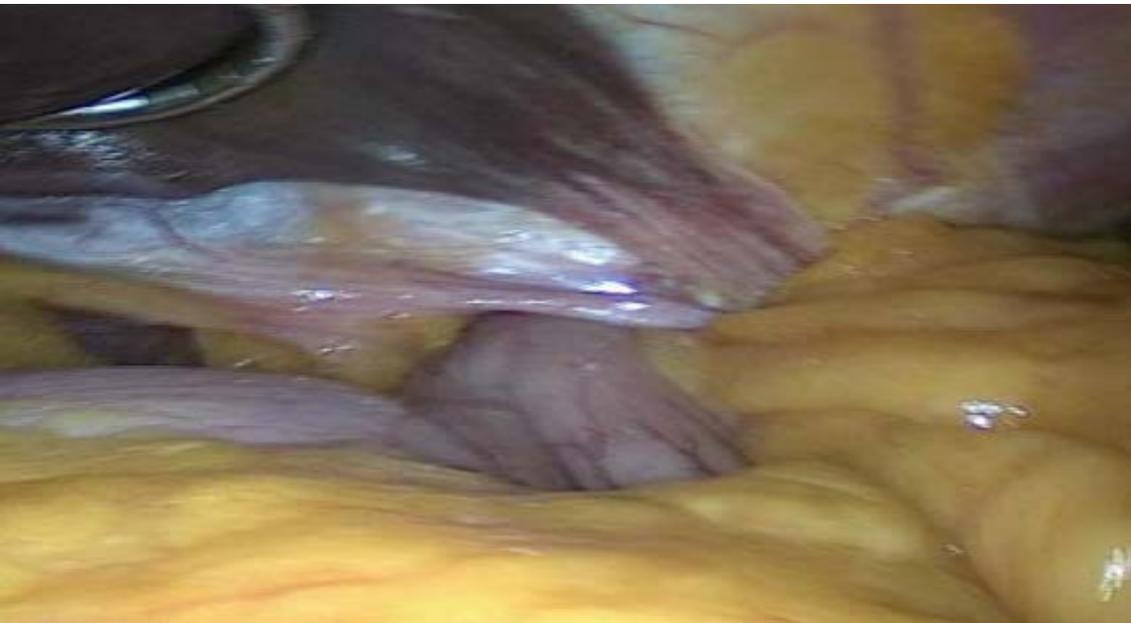


Fig. 1. Types anatomiques de hernie hiatale.







INDICATIONS OPÉRATOIRES 1/6

ANNALS OF SURGERY
Vol. 236, No. 4, 492–501
© 2002 Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

Paraesophageal Hernias: Operation or Observation?

Nicholas Stylopoulos, MD,* G. Scott Gazelle, MD, MPH, PhD,*†‡ and David W. Rattner, MD*†

*From the *Massachusetts General Hospital, †Harvard Medical School, and ‡Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts*

Comparaison deux groupes Chirurgie et surveillance avec évaluation:

- Qualité de vie
- Apparition de nouveaux symptômes
- Incidents urgents
- Morbidity et mortalité

Stylopoulos. Ann Surg 2002;236:492

INDICATIONS OPÉRATOIRES 2/6

- Dans les années 1970/1990: **mortalité en situation d'urgence 17%**
- L'analyse de la base de données Américaine(1997) a montré que le risque était de **5,4%**

INDICATIONS OPÉRATOIRES 3/6

- Groupe chirurgie :
 - Mortalité 1,4%
 - Morbidité de grade III 2 à 3%
 - Nouveaux symptômes liés à la chirurgie est de 7,5%
- La chirurgie pour les patients asymptomatiques:
 - **Bénéfice** pour **1/5** des patients de **65ans**
 - **Bénéfice** pour **1/10** des patients de **85ans**

INDICATIONS OPÉRATOIRES 4/6

- Groupe surveillance:
 - Probabilité annuelle d'apparition de nouveaux symptômes est de **13,8%**
 - Risque d'accidents aigus est de **1,16%/an/patient**
 - Patients de **65ans** ont un risque cumulé de **18%**
 - Diminution exponentielle avec l'âge

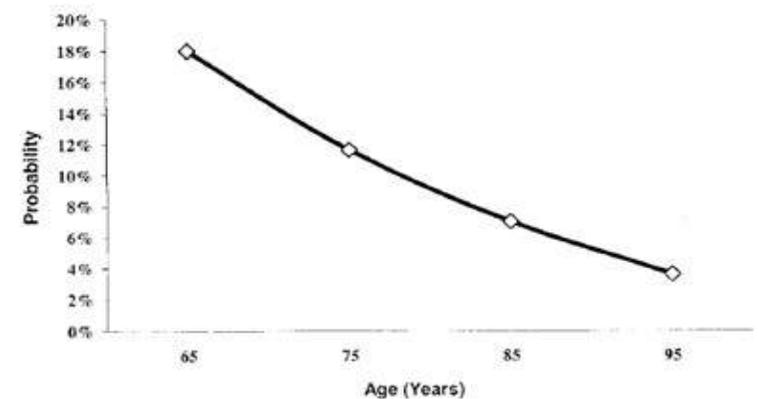


Figure 3. Lifetime risk of developing acute symptoms requiring emergency surgery. The risk decreases significantly as the age of the patient increases.

INDICATIONS OPÉRATOIRES 5/6

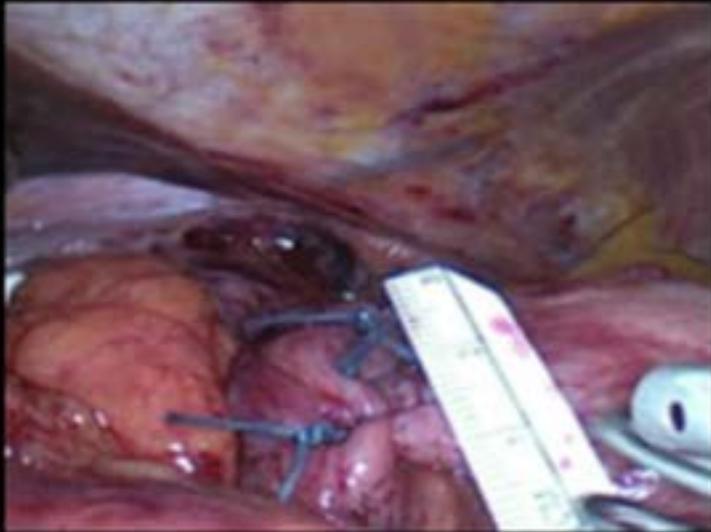
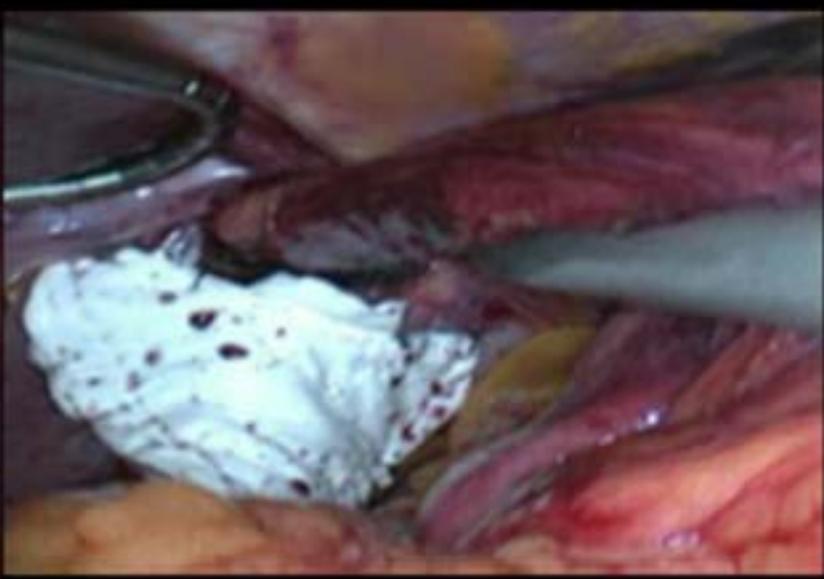
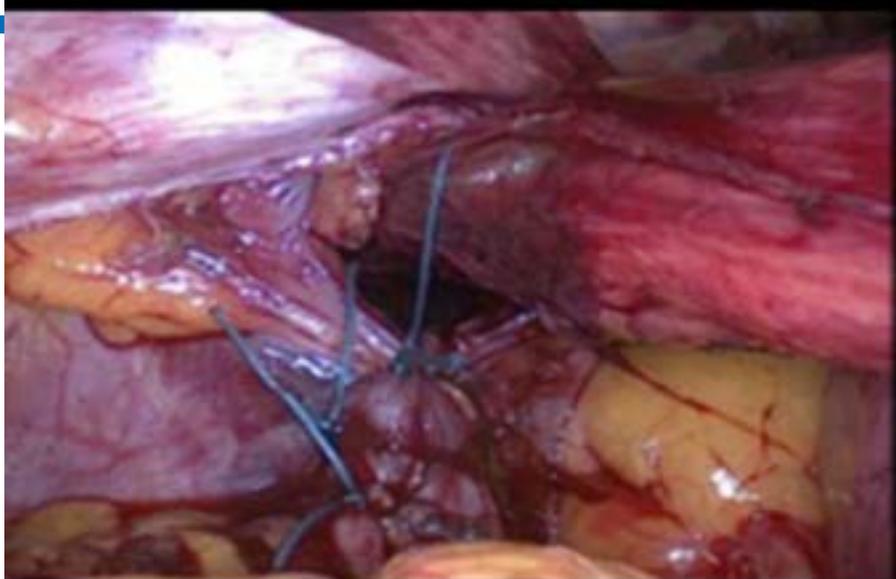
- Facteurs de risque de morbi-mortalité post-opératoire
 - Larusson (World J Surg.2009) 354 cas:
 - En analyse multi variée, trois facteurs de risque indépendants:
 - Âge > 70ans (OR 1,99)
 - Score ASA III/ IV (OR 2,29)
 - Gastropexie (OR 2,36)

INDICATIONS OPÉRATOIRES 6/6

- Au total:
 - **Avant 65 ans chirurgie à proposer pour tous les patients**
 - **Après 70 ans pour les patients symptomatiques à discuter au cas par cas**

TECHNIQUE CHIRURGICALE:

- Réduction de l'estomac en intra-abdominal
- Résection du sac herniaire
- Bonne dissection de l'œsophage pour donner une bonne longueur à l'œsophage abdominal
- Fermeture des piliers diaphragmatiques
- Un dispositif anti-reflux





PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Dr TRIKI ELHOCINE

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **>4000 nouveaux cancers de l'œsophage / an en France** (4200 nouveaux cas/an en 2010)
- **Incidence plus élevée dans le monde**
- **Types**
 - **3/4 Carcinome épidermoïde** (OH / Tabac)
 - 1/4 Adénocarcinome (Endobranchy oeso / RGO)
 - **Augmentation exponentielle de l'incidence des adénocarcinomes du cardia** depuis 1990 (+68% chez les hommes et +97% chez les femmes)
- Pronostic = 13 % à 5 ans (EUROCORE 5)
- **Traitement de référence reste la chirurgie**

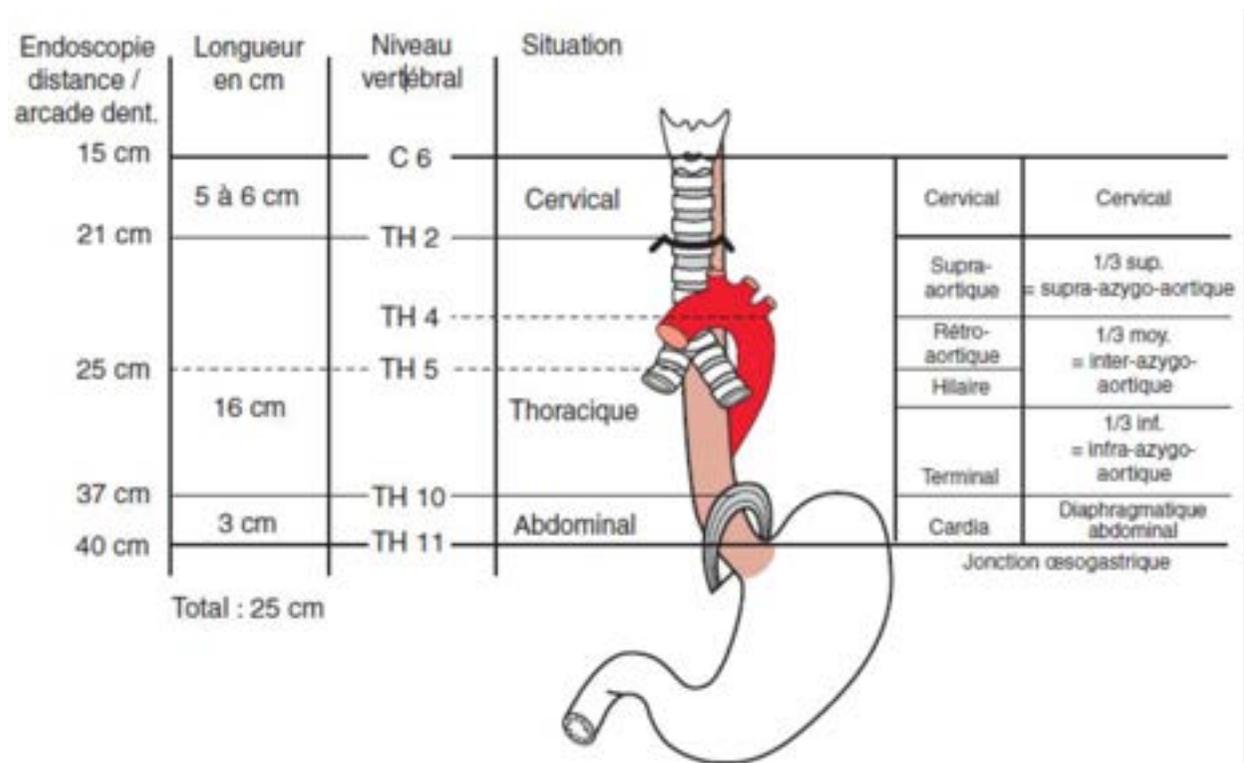
ÉPIDÉMIOLOGIE

- Différences entre les deux types histologiques

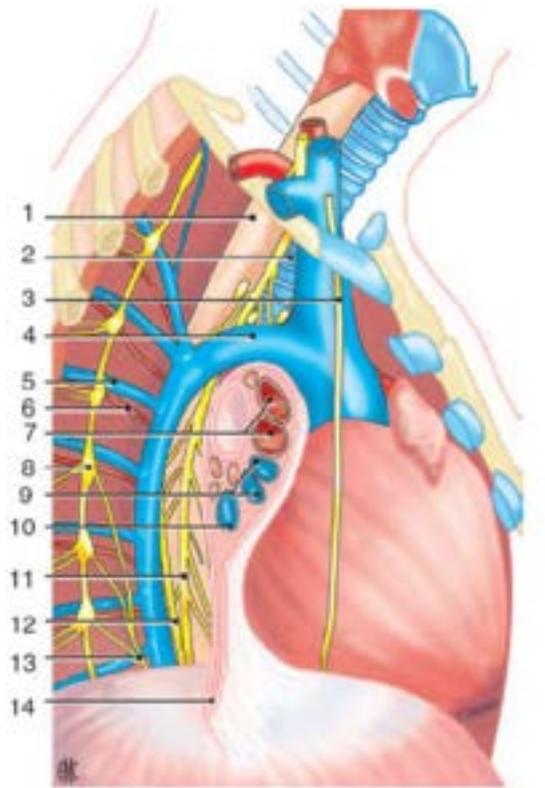
Carcinome épidermoïde	Adénocarcinome
<ul style="list-style-type: none">• Terrain éthylo-tabagique• Localisation 1/3 sup et moy	<ul style="list-style-type: none">• RGO/ obésité• Localisation 1/3 inf et cardia

- **À stade équivalent l'ADK a un meilleur pronostic que le carcinome épidermoïde**

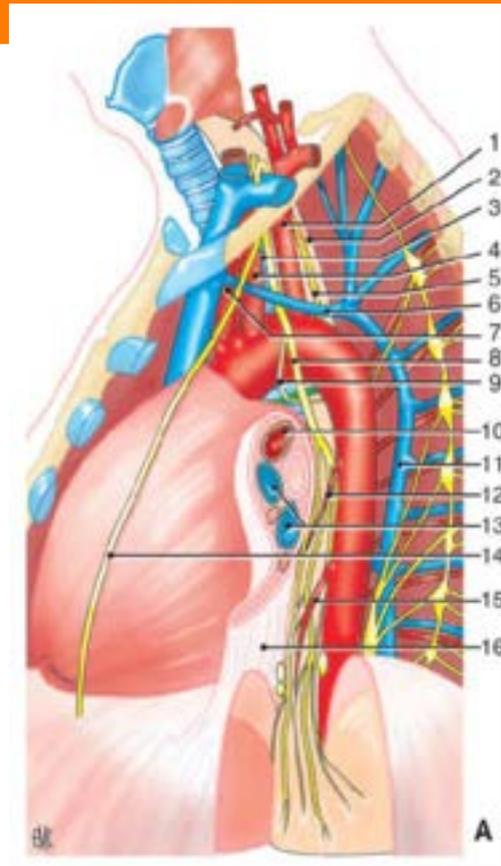
ANATOMIE



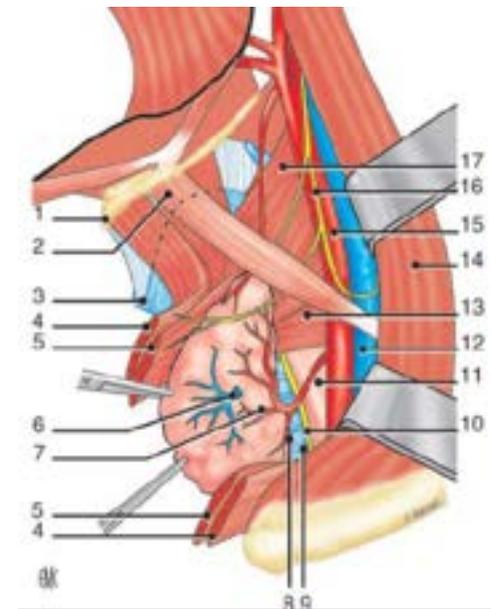
ANATOMIE



VUE LATÉRALE DROITE



VUE LATÉRALE GAUCHE



PROBLÉMATIQUE

- Pronostic défavorable, survie à 5ans 12%chez l'homme et 18% chez la femme(2001/2004)
- Des comorbidités multiples
- **Impact rapide sur l'état général, en particulier sur l'état nutritionnel (>60% des patients dénutris au moment du diagnostic)**
- Association de traitements multidisciplinaires lourds (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie)
- Chirurgie complexe
- Morbidité post-opératoire importante (respiratoire+++)

PÉRIODE PRÉ-OPÉRATOIRE

Sevrage alcoolo-tabagique

- >4 semaine
- Diminution des complication respiratoires

Hygiène bucco-dentaire optimale

Préparation respiratoire

- Systématique chez tous les patients

PÉRIODE PRÉ-OPÉRATOIRE

Dépistage dénutrition: > 60 %

Évaluation des fonctions: cardiaque, pulmonaire, hépatique et rénale

MÉCANISMES DE LA DÉNUTRITION

- **Mécanismes de la dénutrition**
 - **Carence des apports**: dysphagie
 - **Altération du goût et anorexie**: liée à la maladie ou à la chimiothérapie
 - **Hyper catabolisme**: inflammation et la maladie cancéreuse

PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION

- **Prise en charge de la dénutrition:**
 - Mise en place systématique d'une **Jéjunostomie d'alimentation** (avant début de la chimiothérapie)
 - Immunonutrition
 - N'est pas un outil de renutrition
 - Quelque soit l'état nutritionnel
 - 7 jours préop oral ou entéral Oral Impact® Nestlé

OBJECTIFS DE LA CHIRURGIE

- Obtenir une **résection R0** avec des marges longitudinale et circonférentielle (*bilan de résécabilité*)
- Un curage ganglionnaire (*deux champs/trois champs*)
- Reconstruction par une plastie (*estomac/colon*)
- Morbidité et mortalité acceptables (*bilan d'opérabilité*)

CONTRE-INDICATION À LA CHIRURGIE

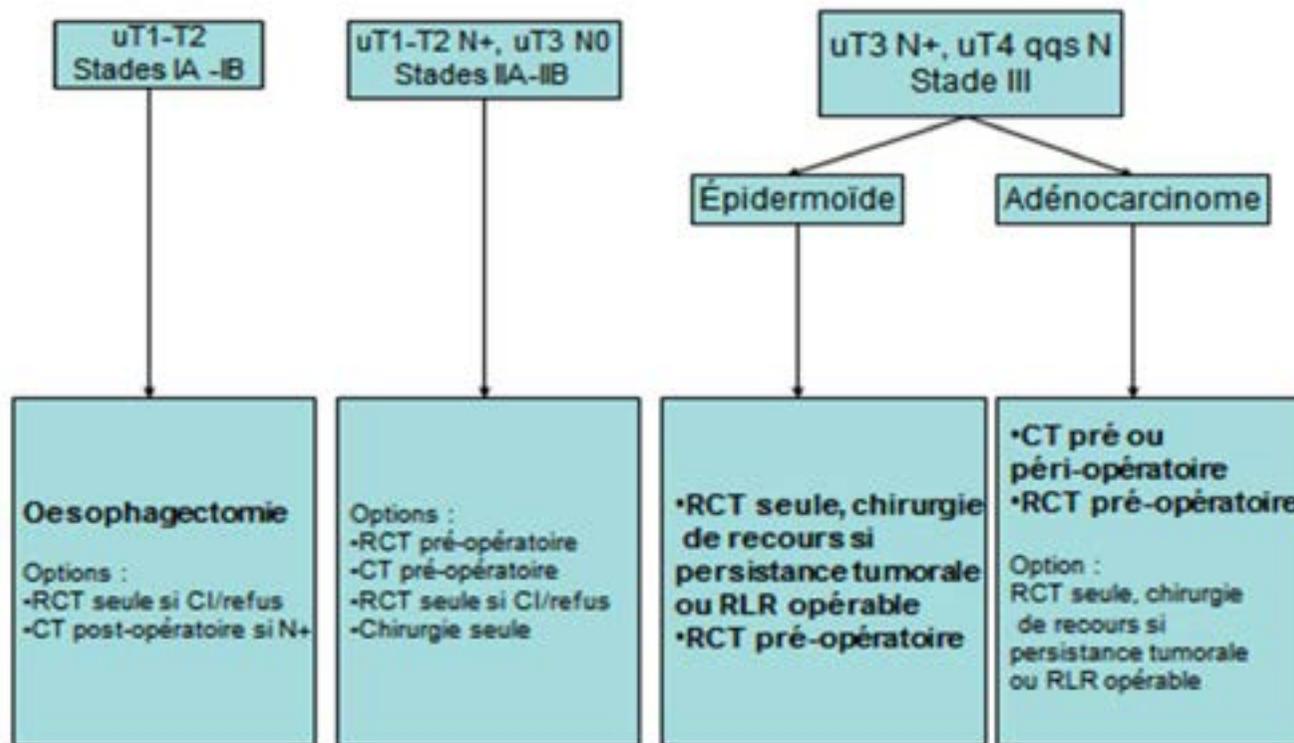
Critères de non-opérabilité du cancer de l'œsophage.

Classification TNM	Terrain du patient
T4 : envahissement des organes médiastinaux M + : métastase à distance	Insuffisance respiratoire (PaO ₂ < 60 mmHg, PaCO ₂ > 45 mmHg, VEMS < 1 l/s) Cirrhose (TP < 60 %, hypertension portale, antécédents de décompensation) Dyspnée stade III-IV Perte de poids > 20 %/poids de forme

Contre indications relatives

- > 75 ans
- Artériopathie stade III – IV
- Cardiopathie ischémique < 6 mois

ALGORITHME DE LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE



RÉSECTION R0

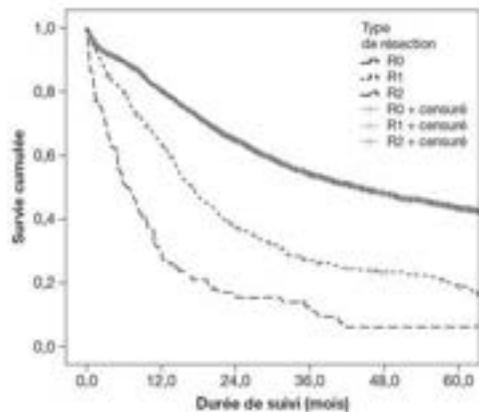


FIG. 3 : Courbes de survie globale en fonction du type de résection : R0, R1, R2 ($p < 0,001$).

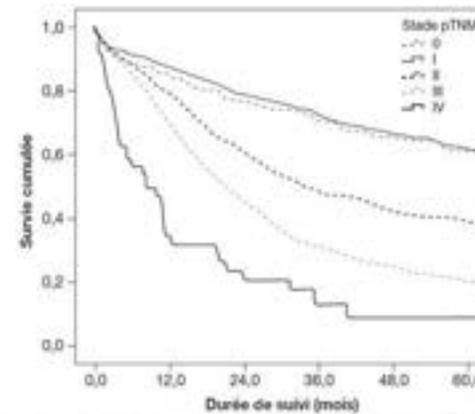


FIG. 4 : Courbes de survie globale en fonction du stade pTNM : 0, I, II, III et IV ($p < 0,001$).

>40% survie à 5ans en cas de résection R0

>60% survie à 5ans pour stade I

Rapport AFC 2013

2944 patients

MARGE DE RÉSECTION

- Marge longitudinale supérieure: 8 cm
- Marge longitudinale inférieure: 5 cm
- Marge circonférentielle > 1mm
(médiastenectomie postérieure monobloc)



DIFFÉRENTS TYPES DE CURAGE GANGLIONNAIRE

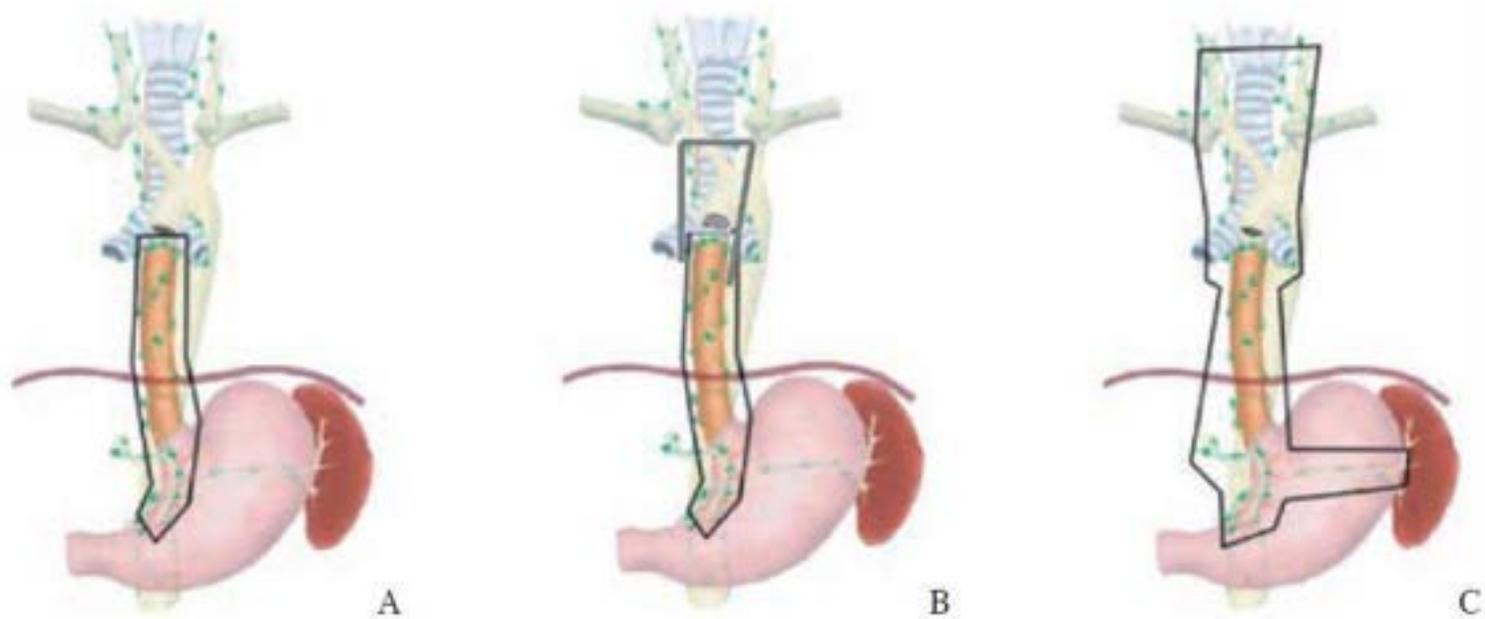


FIG. 1 : Étendue du curage ganglionnaire médiastinal pour les cancers de l'œsophage.

A. Curage standard deux champs. B. Curage étendu deux champs. C. Curage trois champs.

Rapport AFC 2013

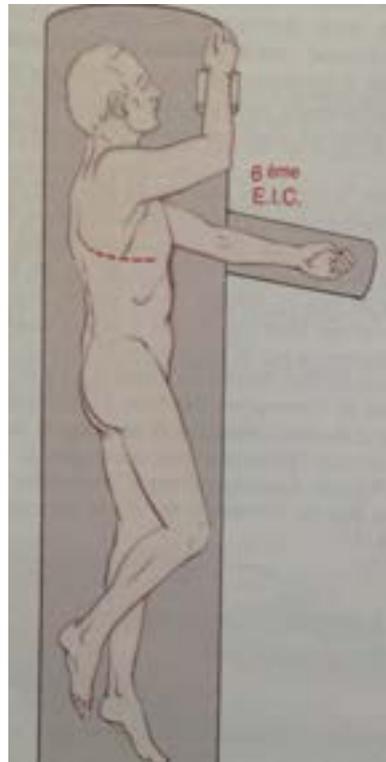
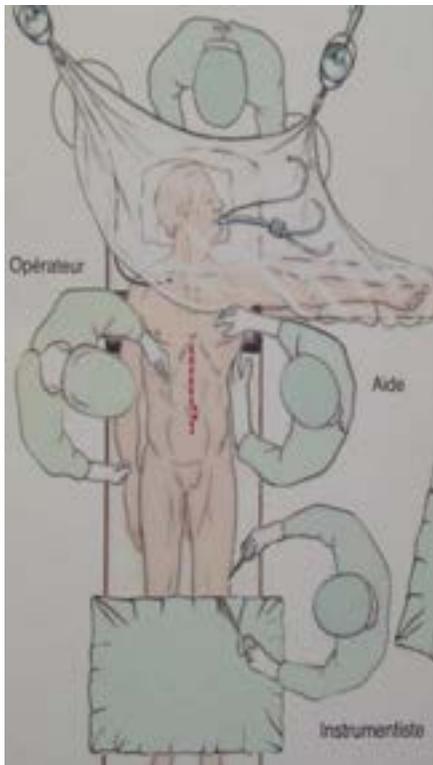
Curage ganglionnaire recommandations

- **Au moins 15 ganglions** dont au moins 6 ganglions médiastinaux
- Un curage du **compartiment abdominal standard est recommandé** quelle que soit la localisation tumorale oesophagienne
- **Le curage 3 champs est recommandé** pour les tumeurs du **tiers supérieur de l'oesophage**

LES VOIES D'ABORD

- Abdominale + TT: intervention **Lewis-Santy**
- Abdominale + TT + Cervicale: intervention de **Mac Keown** et intervention **d'Akiyama**
- Abdominale + Cervicale: dissection de l'œsophage par voie **transhiatale**

IVOR LEWIS SANTY



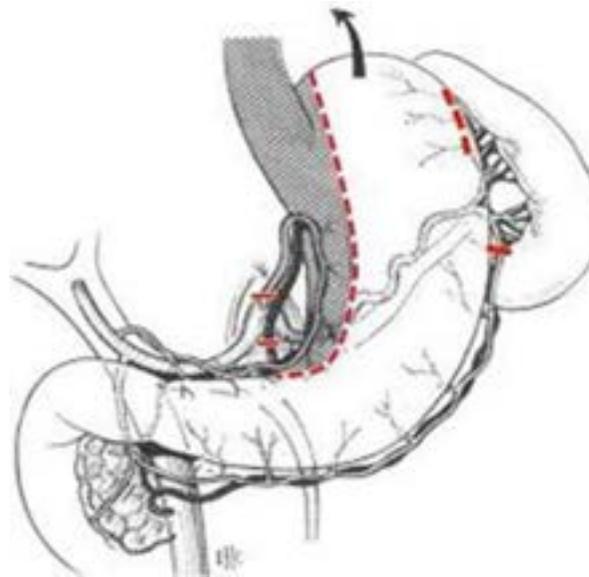
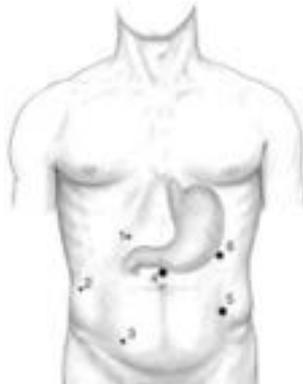
TEMPS OPÉRATOIRE

Temps abdominal

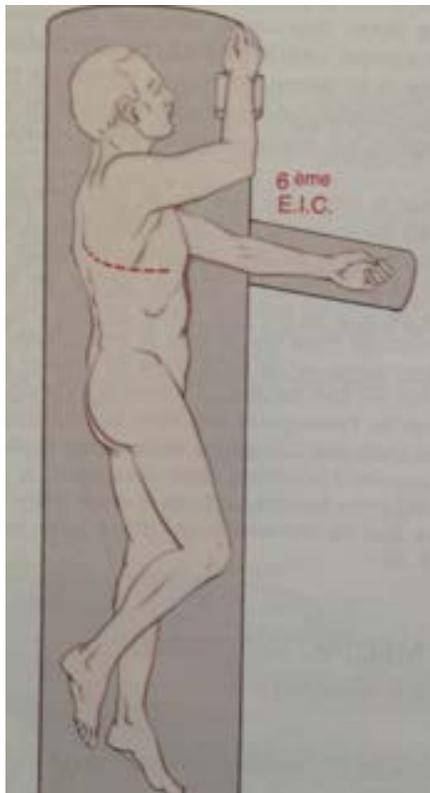
- Par **coéloscopie**
- Par laparotomie

■ Temps thoracique

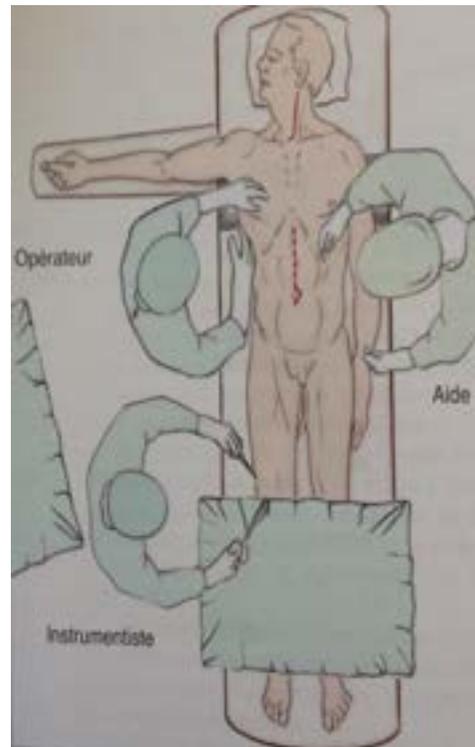
- Thoracotomie postéro-latérale droite
- Thoracoscopie



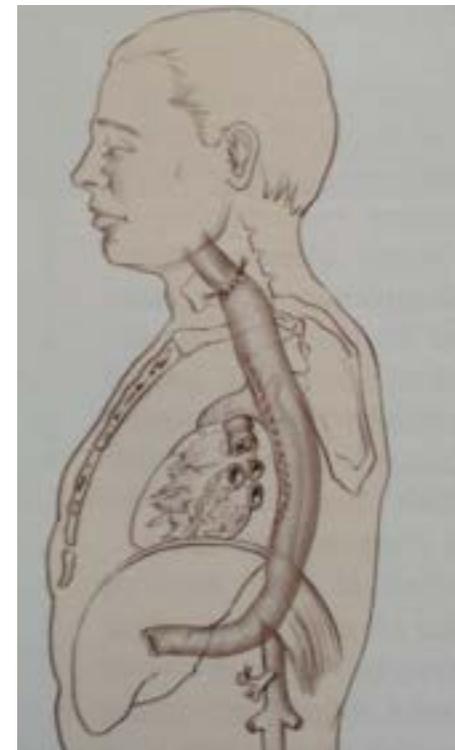
INTERVENTION DE MAC KEOWN



Premier temps

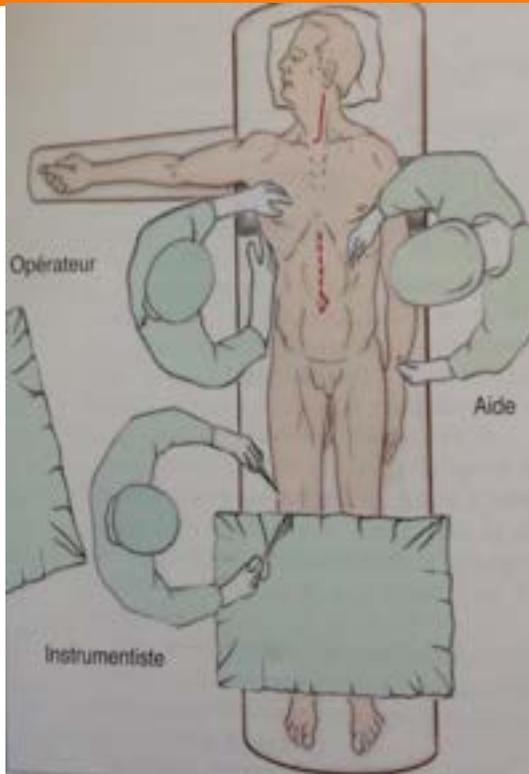


Deuxième temps

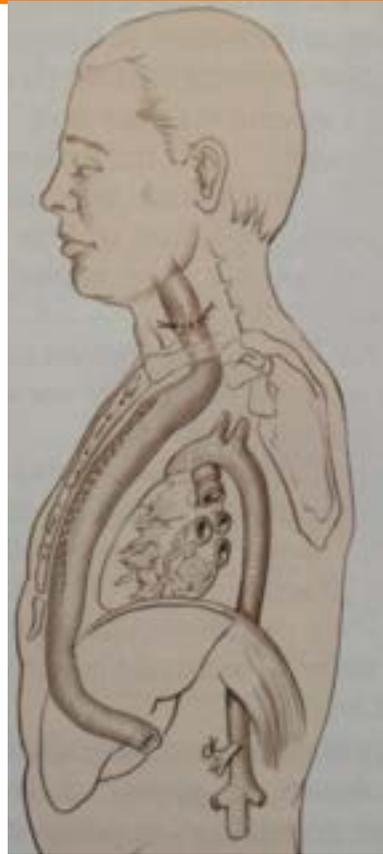


Montage

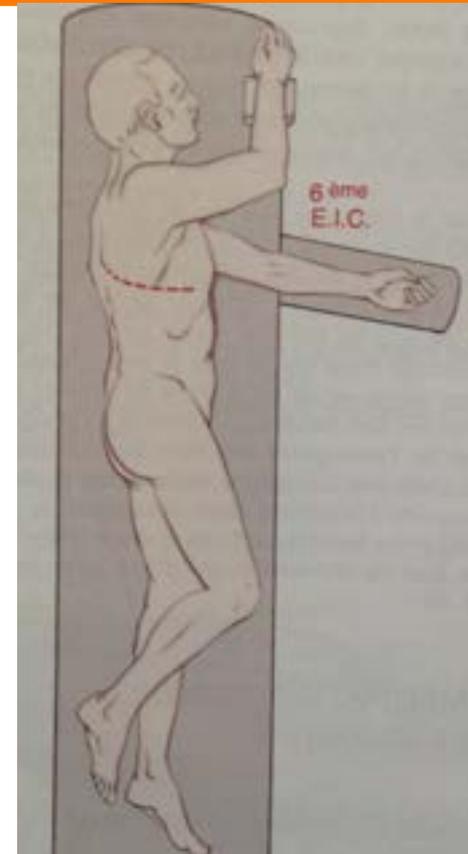
AKIYAMA



Premier temps



Montage



Deuxième temps

VOIE D'ABORD RECOMMANDATIONS

- Pour les tumeurs de l'oesophage sus-carinaire un abord 3 voies est recommandé
- Pour les tumeurs de l'oesophage thoracique sous-carinaires et de la JOG de type I de Siewert, l'oesophagectomie TT en bloc avec un curage 2 champs étendu est recommandée
- L'oesophagectomie TH avec curage 2 champs, abdominal et médiastinal inférieur constitue une **alternative** en cas de contre-indication à la thoracotomie ou de risque opératoire élevé.

CHIRURGIE MINI INVASIVE

Original Article

Journal of Gastrointestinal Surgery
March 2012, Volume 16, Issue 3, pp 486-494

First online: 20 December 2011

Does Minimally Invasive Esophagectomy (MIE) Provide for Comparable Oncologic Outcomes to Open Techniques? A Systematic Review

- **Faisable**
- **Morbidité et mortalité équivalents voire meilleurs**
- **Résultats carcinologiques comparables**

Original Article

Digestive Diseases and Sciences
November 2010, Volume 55, Issue 11, pp 3031-3040

First online: 26 February 2010

Minimally Invasive Versus Open Esophagectomy: Meta-Analysis of Outcomes

REVIEWS

Evidence-Based Surgical Treatment of Esophageal Cancer: Overview of High-Quality Studies

Sjoerd M. Lagarde, MD, PhD, Bart C. Vrouenraets, MD, PhD,
Laurents P. S. Stassen, MD, PhD, and J. Jan B. van Lanschot, MD, PhD

Department of Surgery, Saint Lucas Andreas Hospital, Amsterdam; Department of Surgery, Reinier de Graaf Group, Dijk; and Department of Surgery, Erasmus Medical Center, Rotterdam, The Netherlands

MORBI MORTALITÉ

- **Complications (26 à 41 % dans les essais)**
 - Liées au terrain
 - L'intervention chirurgicale (complexe/longue...)
 - RCT néoadjuvante
- **Pulmonaires** (10 à 35% de pneumopathies et 4% SDRA)
 - ⇒ responsables de 50% des décès postopératoires
- **Fistules anastomotiques (5 à 10%),**
- le chylothorax (2%)
- *Paralysie des cordes vocales, après abord cervical (4%).*
- Complications cardiaques (troubles du rythme)

MORBI MORTALITÉ

Mortalité hospitalière :

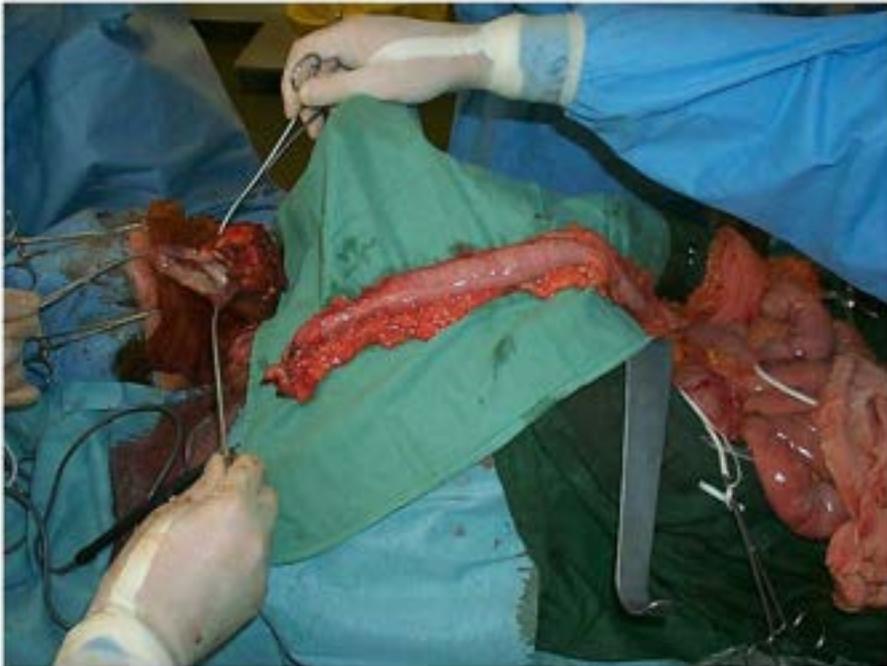
- < 5 % dans les services spécialisés

CONCLUSION

- Cancer au pronostic défavorable
- Association de traitements multidisciplinaires lourds
- Chirurgie est le traitement de référence
- Morbidité post-opératoire importante (respiratoire+++)
- Mortalité de l'ordre de 5% dans les équipes spécialisées

- **Nécessite une prise en charge pluridisciplinaire pré/ per/ et post opératoire**

Coloplastie



Plastie gastrique



EXPLORATIONS DE L'ŒSOPHAGE

FMC de HAGUENAU 22/09/2021

PRETESTS – POSTTESTS

1 – Le transit oeso-gastroduodéal conventionnel est l'examen de 1^{ère} intention dans les pathologies du tractus digestif supérieur

VRAI

FAUX

2- Le diagnostic de reflux acide gastro-oesophagien est un diagnostic endoscopique

VRAI

FAUX

3 – La dysphagie accompagne fréquemment le reflux gastro-oesophagien, de ce fait un test de traitement médicamenteux est suffisant à sa prise en charge

VRAI

FAUX

4 – La radio – chimiothérapie est le traitement de référence dans le cancer du cardia

VRAI

FAUX

5 – Toute hernie hiatale mérite d'être opérée

VRAI

FAUX