

JFHOD

15-18 MARS
PARIS
2012



Bilan d'extension des adénocarcinomes du bas oesophage

Fabien Fumex

Lyon – Hôpital Privé Jean Mermoz

Conflits d'intérêt

- Aucun

Objectifs pédagogiques

- Connaître la place et les performances des examens complémentaires
- Proposer un algorithme pour la conduite du bilan de résecabilité en tenant compte des situations cliniques

Classification AJCC/UICC 2010 : points essentiels

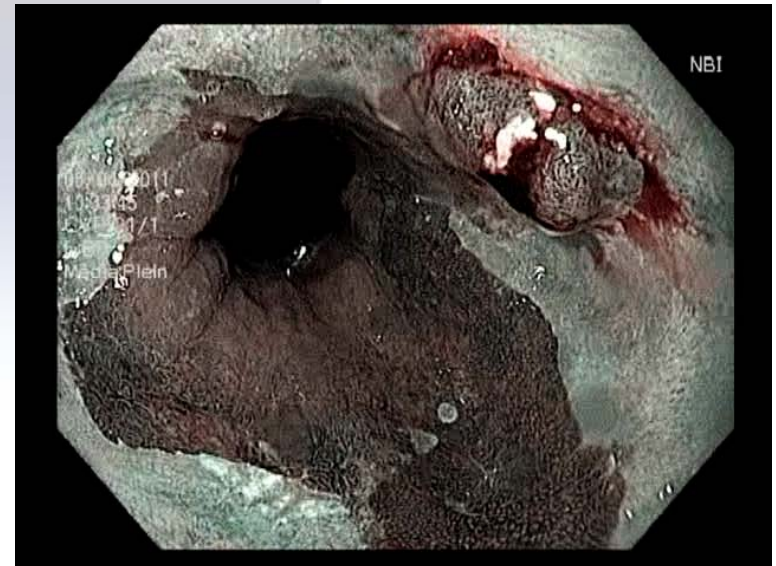
- Les tumeurs T4 sont redéfinies en potentiellement résécables (envahissement de la plèvre, du péricarde, du diaphragme) ou non résécables (envahissement de l'aorte, de la trachée, d'un corps vertébral)
- La classification N est basée sur le nombre d'adénopathies locorégionales métastatiques
- Les adénopathies locorégionales sont toutes les adénopathies péri-oesophagiennes, y compris les adénopathies cervicales et coeliaques

Examens utiles au bilan d'extension

- Endoscopie digestive haute
- Scanner
- Echo-endoscopie
- TEP
- Laparoscopie exploratrice

Endoscopie digestive haute

- Permet le diagnostic histologique
- Précise la localisation et l'extension de la tumeur
- Repère les lésions superficielles éventuellement accessibles à un traitement endoscopique
- Repère et délimite un EBO associé



Tomodensitométrie

- TDM thoraco-abdominopelvien spiralé avec injection
- Littérature assez succincte
- Stade T
 - Pas d'intérêt pour l'évaluation pariétale oesophagienne
 - Mais bonne sensibilité pour les tumeurs T4
- Stade N
 - Résultats insuffisants
 - Sensibilité moyenne 50%, spécificité 83%
- Stade M
 - Résultats publiés décevants (sensibilité 50%)
 - Mais grandes disparités des études

Tomodensitométrie pour le bilan d'extension du cancer de l'oesophage

- Peu performante pour l'évaluation ganglionnaire loco-régionale
- Bonne évaluation de l'infiltration tumorale aux organes de voisinage (stades T4)
- Examen de référence pour la recherche de métastases viscérales

Echo-endoscopie

- Examen invasif (anesthésie générale, complications)
- Examen de 2^{ème} intention
- Justifiée pour les patients non métastatiques après la réalisation d'une TDM et sans critères d'inopérabilité
- Littérature riche dont une méta-analyse spécifique

Table 3 Diagnostic performance characteristics of EUS by T stage.

	T1	T2	T3	
Sensitivity, %	82	43	83	
95 %CI	73 – 89	26 – 62	68 – 92	
Specificity, %	91	85	86	
95 %CI	82 – 96	78 – 90	79 – 91	
Positive predictive value, %	92	37	68	
95 %CI	84 – 96	22 – 55	54 – 79	
Negative predictive value, %	80	88	93	
95 %CI	70 – 88	82 – 93	87 – 97	
Overall accuracy (95%CI)				74% (66 – 80)

CI, confidence intervals; EUS, endoscopic ultrasonography.

- 179 cancers oesophagiens opérés, évalués par EE
- Bonne précision diagnostique
- Surévaluation des stades T2

Table 3 Pooled estimate of accuracy of EUS alone and EUS-FNA in nodal staging of esophageal cancer with 95% CIs

	EUS	EUS-FNA
Studies	44	4
Pooled sensitivity (%)	84.7 (82.9-86.4)	96.7 (92.4-98.9)
Pooled specificity (%)	84.6 (83.2-85.9)	95.5 (91.0-98.2)
Positive likelihood ratio	3.3 (2.6-4.3)	7.3 (0.9-54.3)
Negative likelihood ratio	0.24 (0.9-0.3)	0.05 (0.01-0.64)
Diagnostic odds ratio	19.1 (12.7-28.5)	164.5 (4.5-6027.7)

- Bons résultats mais grande variabilité
- Critères de malignité subjectifs:
 - Taille > 5mm, ronde, hypoéchogène, contours nets
 - Adénopathies coeliaques, Nombre > 5, Tumeur T3 ou T4
- La cytoponction des adénopathies améliore les résultats

Echo-endoscopie : Limites

- Sténose tumorale
 - 20 à 30% des patients
 - Dilatation ?
 - Entre 0 et 6% de perforation
 - Une majorité de lésions T3 ou T4 et N+ dans plus de 75% des cas
 - Dilatation progressive et prudente
 - Sondes hautes fréquence
- Ponction des adénopathies para-tumorales
 - Faux-positifs
- Examen opérateur-dépendant

T3N+ ou T2N0 ?



Echo-endoscopie pour le bilan d'extension du cancer de l'oesophage

- Examen performant pour l'évaluation du stade pariétal, mais surévaluation des stades T2
- Examen performant pour l'évaluation du statut ganglionnaire et résultats améliorés par la cytoponction ganglionnaire
- La sténose tumorale est le principal facteur limitant

Tomographie par émission de positrons (TEP)

- Plusieurs axes de recherche
 - Prédire précocement la réponse au traitement et évaluer la réponse tumorale
 - Dépister plus tôt les rechutes tumorales
 - Bilan d'extension
- Littérature riche mais encore hétéroclite
 - Peu d'études comparatives
 - Différencier TEP et TEP/TDM
- Finalité : la TEP/TDM peut-elle remplacer l'association TDM et EE ?

TEP : stades T et N

- TEP seule
 - Sensibilité > 90% pour la détection de la tumeur primitive
 - Extension ganglionnaire : faible sensibilité (51%) sur méta-analyse
- TEP fusionnée à la TDM
 - Mieux que la TEP seule et mieux que la TDM seule pour le staging ganglionnaire
 - 3 études comparatives rétrospectives versus écho-endoscopie : supériorité de l'écho-endoscopie pour l'évaluation loco-régionale

Apport de la TEP pour le stade M

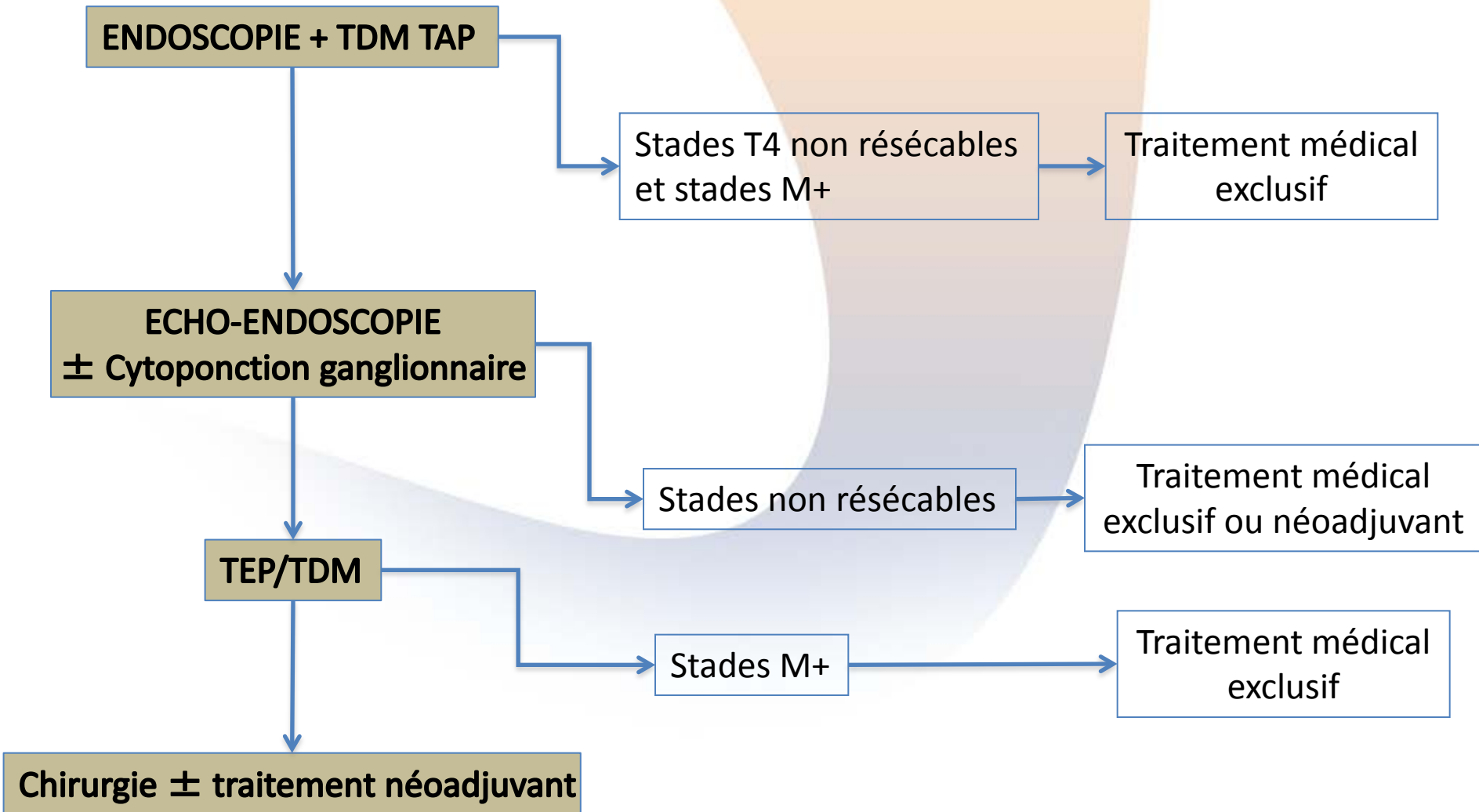
- La TEP/TDM est performante pour la détection des métastases à distance (sensibilité 71%, spécificité 97%)
- La TEP/TDM est supérieure à la TDM seule dans cette indication
- Principal intérêt = détection de métastases occultes pour 10% des patients éligibles à un traitement chirurgical
- Impact thérapeutique direct

TEP pour le bilan d'extension du cancer de l'oesophage

- Pas d'intérêt pour l'évaluation pariétale
- TEP fusionnée à la TDM supérieure à la TEP seule
- Examen peu performant pour l'évaluation du statut ganglionnaire et résultats inférieurs à l'écho-endoscopie
- Détection de métastases occultes pour 10% des patients jugés résecables

Laparoscopie exploratrice

- Acte Invasif !
- De Graaf and al., Eur J Surg Oncol 2007
 - 416 patients avec cancer oesogastrique
 - 84 patients (20.2%) jugés finalement non résécables (carcinose péritonéale, métastases hépatiques ou tumeur localement avancée)
 - 81% des patients évalués par TDM/EE sont réséqués versus 65% des patients évalués par TDM seule)
- Probablement décisive pour un petit nombre de patients correctement évalués par TDM, EE et TEP
- A discuter pour les lésions restant douteuses après les examens paracliniques



Les 5 points forts

- L'endoscopie diagnostique doit préciser la topographie de la tumeur par rapport à la pince diaphragmatique
- Le scanner est l'examen de première intention du bilan d'extension : il permet de diagnostiquer les tumeurs métastatiques ou localement évoluées (T4)
- L'écho-endoscopie est l'examen de choix pour les tumeurs non métastatiques et résécables. Couplée à la cytoponction ganglionnaire, elle offre les meilleurs résultats pour l'évaluation pariétale et locorégionale
- La réalisation d'une TEP/TDM doit être discutée pour détecter les métastases occultes avant un traitement chirurgical
- La laparoscopie de staging devrait être évitée