

Item 302 (ex item 152) – Tumeurs de l'œsophage

Collège Français des Pathologistes (CoPath)

2013

Table des matières

1. Prérequis.....	3
2. Tumeurs de l'œsophage : types histologiques, lésions précancéreuses.....	3
2.1. Carcinome épidermoïde.....	3
2.2. Adénocarcinome de l'œsophage.....	4
3. Diagnostic d'une tumeur de l'œsophage.....	4
4. Anatomie pathologique et exérèse à but thérapeutique.....	4
4.1. Mucosectomie endoscopique à but curatif avec examen anatomopathologique de la pièce de résection.....	5
4.2. Chirurgie d'exérèse à but curatif avec examen anatomopathologique.....	5

Objectifs ENC

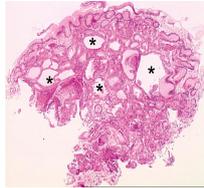
- Connaître les principaux types histologiques des tumeurs et les principales lésions tissulaires précancéreuses.
- Connaître la place et l'apport de l'anatomie pathologique pour le diagnostic et les moyens thérapeutiques.

1. Prérequis

Il faut connaître :

- la signification des termes suivants : état précancéreux, métaplasie, dysplasie épithéliale, néoplasie intra-épithéliale, carcinome, adénocarcinome ;
- l'histologie de l'œsophage (figure 1).

Figure 1 : Aspect microscopique d'un polype glandulo-kystique du fundus (contexte de traitement par IPP) (* = distension microkystique des glandes fundiques)



La paroi œsophagienne est constituée :

- d'une muqueuse (épithélium + chorion + musculaire muqueuse) :
 - l'épithélium est un épithélium de type malpighien non kératinisé (pluristratifié, pavimenteux). Il repose sur une membrane basale,
 - le chorion (ou *lamina propria*) est le tissu conjonctif de soutien,
 - la musculaire muqueuse (ou *muscularis mucosae*) est une fine couche de cellules musculaires lisses (muscle involontaire) ;
- d'une sous-muqueuse contenant quelques glandes ;
- d'une musculature (deux couches musculaires lisses) ou *muscularis propria* ;
- d'une adventice (attention : au niveau de l'œsophage, il n'y a pas de séreuse, on ne parle donc pas de sous-séreuse).

L'œsophage se continue par l'estomac (cardia).

La jonction œsogastrique se voit en endoscopie par le changement de muqueuse. La muqueuse malpighienne a un aspect blanc nacré, et la muqueuse gastrique cardiale (glandulaire) est rosée.

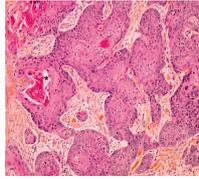
2. Tumeurs de l'œsophage : types histologiques, lésions précancéreuses

La grande majorité des tumeurs de l'œsophage sont malignes, ce sont le plus souvent des carcinomes.

2.1. Carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde est une tumeur épithéliale maligne à différenciation malpighienne (figure 2). C'est le type histologique le plus fréquent (75 % des cas en France).

Figure 2 : Aspect microscopique d'un carcinome épidermoïde bien différencié avec kératinisation (étoile)



Il peut se voir sur toute la hauteur de l'œsophage.

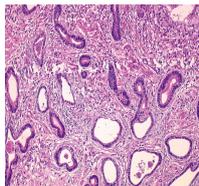
Les principaux facteurs de risque sont le tabac et l'alcool (association avec cancers ORL ++). L'ingestion de boissons brûlantes et l'HPV sont également mis en cause.

La lésion précancéreuse du carcinome épidermoïde est la dysplasie épithéliale malpighienne. La séquence est la suivante : dysplasie de bas grade/dysplasie de haut grade (carcinome épidermoïde in situ)/carcinome épidermoïde infiltrant.

2.2. Adénocarcinome de l'œsophage

L'adénocarcinome de l'œsophage est la deuxième tumeur en ordre de fréquence (figure 3). Sa fréquence est en augmentation.

Figure 3 : Aspect microscopique d'un adénocarcinome bien différencié formant des tubes



Il est le plus souvent situé au niveau du tiers inférieur de l'œsophage.

Il se développe fréquemment sur des lésions d'endobrachyœsophage (ou œsophage de Barrett) dues au reflux gastro-œsophagien chronique (*cf. infra* item 268 [280]).

La séquence de carcinogenèse est la suivante : métaplasie intestinale/métaplasie avec dysplasie de bas grade/avec dysplasie de haut grade (carcinome in situ)/adénocarcinome infiltrant.

3. Diagnostic d'une tumeur de l'œsophage

Le diagnostic est souvent tardif (symptôme le plus fréquent : dysphagie).

Toute dysphagie de l'adulte nécessite la réalisation d'une endoscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies de la lésion et examen anatomopathologique.

Les biopsies intéressent la partie superficielle de la paroi œsophagienne, c'est-à-dire la muqueuse.

L'examen anatomopathologique donnera la certitude diagnostique et le type histologique.

4. Anatomie pathologique et exérèse à but thérapeutique

Principes du traitement : plus de 50 % des patients ont une contre-indication à la résection chirurgicale soit du fait d'une extension de la maladie, soit à cause d'une comorbidité.

La stratégie thérapeutique est définie en réunion de concertation pluridisciplinaire.

4.1. Mucosectomie endoscopique à but curatif avec examen anatomopathologique de la pièce de résection

Le traitement endoscopique à visée curative est réservé aux tumeurs superficielles (T1N0). Il n'est réalisable qu'après un bilan complet, et en particulier une échoendoscopie.

Les mucosectomies endoscopiques se font par :

- délimitation de la lésion ;
- séparation de la muqueuse et de la musculaire par une injection de sérum physiologique dans la sous-muqueuse ;
- résection de la lésion avec une marge de muqueuse saine.

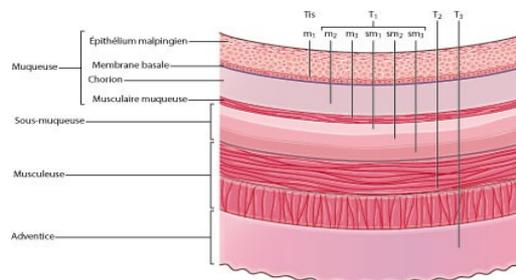
Le prélèvement intéresse donc la muqueuse et la sous-muqueuse.

La pièce de mucosectomie doit être adressée épinglée et orientée.

L'examen anatomopathologique précisera :

- le type histologique selon la classification OMS en vigueur, avec le grade de différenciation de la tumeur ;
- la présence d'embolies ou d'engainements périnerveux (identifiés/non identifiés) ;
- le niveau d'infiltration de la tumeur dans la paroi (T1, m1, m2, m3, SM1, SM2, SM2 ou au-delà, voir classification pTNM et figure 4) ;
- la qualité de l'exérèse (limité saine : oui/non. Si oui, marges profondes et latérales [en mm]).

Figure 4 : Paroi de l'œsophage avec ses différentes couches et le stade pT correspondant

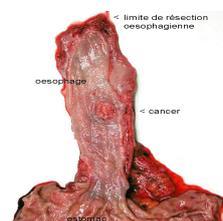


4.2. Chirurgie d'exérèse à but curatif avec examen anatomopathologique

Elle s'adresse aux patients opérables avec une lésion résécable sans métastase à distance.

L'intervention de choix est l'œsophagectomie transthoracique subtotala avec curage ganglionnaire et plastie gastrique (figure 5). L'examen d'au moins six ganglions médiastinaux est nécessaire à l'évaluation correcte du statut ganglionnaire.

Figure 5 : Pièce d'œsogastrectomie partielle avec tumeur du tiers moyen de l'œsophage (histologie : carcinome épidermoïde)



Une radiochimiothérapie préopératoire est en général faite (traitement néoadjuvant) pour les tumeurs T2 ou T3.

La pièce opératoire est adressée au laboratoire d'anatomie pathologique.

L'examen anatomopathologique doit préciser (données minimales définies avec l'INCa, 2011) :

- le type de pièce opératoire, la localisation de la tumeur ;
- le type histologique de la tumeur (suivant la classification OMS en vigueur) ;
- le degré de différenciation pour les cancers épidermoïdes et adénocarcinomes ;
- la réponse au traitement néoadjuvant éventuel ;
- le niveau d'infiltration de la tumeur dans la paroi (pT) ;
- l'extension tumorale dans les ganglions régionaux (nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions prélevés) ;
- la présence ou non d'embolies vasculaires ou d'engainements périnerveux identifiables ;
- la qualité de l'exérèse avec les marges (limites proximales et distales/limite profonde) ;
- le stade pTNM en précisant l'année de la classification utilisée.

Classification TNM (2010) des cancers de l'œsophage et de la jonction œsogastrique

T : tumeur primitive

- T0 : pas de tumeur primitive
- Tis : dysplasie de haut grade/carcinome in situ
- T1 : tumeur envahissant la muqueuse ou la sous-muqueuse
 - T1a : envahissement de la muqueuse (chorion ou musculaire muqueuse)
 - T1b : envahissement de la sous-muqueuse
- T2 : tumeur envahissant la musculature
- T3 : tumeur envahissant l'adventice
- T4 : tumeur envahissant les structures/organes adjacents

N : ganglions régionaux

- Nx : ganglions non évalués
- N0 : pas de ganglions métastatiques régionaux
- N1 : 1 ou 2 ganglions régionaux métastatiques
- N2 : 3 à 6 ganglions régionaux métastatiques
- N3 : 7 ganglions régionaux métastatiques ou plus

M : métastases à distance

- M0 : pas de métastases à distance
- M1 : métastase(s) à distance

Les cancers de l'œsophage dits « superficiels » sont les Tis et T1. Ils sont parfois subdivisés comme suit (cf. figure 4) :

- m1 : Tis
- m2 : infiltration de la *lamina propria*
- m3 : infiltration de la *muscularis mucosae*
- SM1 : infiltration du tiers superficiel de la sous-muqueuse
- SM2 : infiltration de la partie moyenne de la sous-muqueuse
- SM3 : infiltration du tiers profond de la sous-muqueuse.

Les cancers épidermoïdes infiltrant la sous-muqueuse profonde (SM3) sont associés à des ganglions régionaux métastatiques dans environ 30 % des cas.

Points essentiels

- Le diagnostic de tumeur de l'œsophage nécessite des biopsies avec examen anatomopathologique qui précisera le type histologique.
- Les deux types histologiques les plus fréquents sont le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome.
- Le carcinome épidermoïde infiltrant est précédé d'une lésion dysplasique.
- L'adénocarcinome du bas œsophage se développe souvent sur des lésions d'endobrachyœsophage (séquence métaplasie-dysplasie-carcinome).
- Les résections à but curatif font l'objet d'un examen anatomopathologique qui doit préciser le type histologique de la tumeur, sa différenciation, son degré d'extension (pTNM) et la qualité de l'exérèse.