

---

**QUELLE EST LA MEILLEURE INTERVENTION  
POUR LE CANCER DU CARDIA ?**

---

*Alain SAUVANET*  
*Hôpital Beaujon, Clichy*

L'adénocarcinome du cardia (ou de la jonction oesogastrique) voit son incidence actuellement augmenter en Europe et dans les pays Anglo-Saxons. Cette entité a été récemment démembrée par la classification de Siewert en 3 types : type I (ou adénocarcinome du bas œsophage, dont le centre est situé 1 cm au dessus de la ligne Z), type II (ou adénocarcinome du cardia anatomique, dont le centre est situé entre 1 cm au dessus et 2 cm en dessous de la ligne Z), et type III (adénocarcinome du fundus étendu au cardia, dont le centre est situé 2 cm en dessous de la ligne Z). Le siège du cardia – intraabdominal ou intrathoracique en cas de hernie hiatale – n'intervient pas dans ce classement en 3 types. Cette classification est utile en termes de choix thérapeutique chirurgical et d'étude du pronostic.

La série de l'Association Française de Cardia, comprenant 1192 malades opérés entre 1985 et 2000, se caractérise par une prédominance (42%) des tumeurs de type II de Siewert, et à un moindre degré (40%), de celles de type I. Les chirurgiens ayant participé à cette étude ont majoritairement réalisé des oesogastrectomies polaires supérieures avec anastomose oeso-gastrique, le plus souvent par une voie d'abord comprenant une thoracotomie, pour les tumeurs de type I mais aussi celles de type II. Pour les tumeurs de type III, le geste le plus souvent réalisé était une oesogastrectomie totale avec anastomose oesojéjunale sur anse en Y par voie abdominale pure, avec ou sans ouverture du hiatus. Pour le rétablissement de la continuité, une anastomose mécanique a été réalisée chez 60% des malades. Le taux d'exérèse radicale (R0) était globalement de 73% et décroissait avec le type de Siewert. Le taux de geste associé majeur (splénectomie, autre résection viscérale) était globalement de 14% et augmentait avec le type de Siewert.

Dans cette série, la mortalité opératoire était de l'ordre de 5% au cours des 10 dernières années, mais avait diminué par rapport à la période 1985-1990 ; en revanche, la morbidité, d'environ 35%, est restée stable au cours de la durée totale de l'étude. La première cause de mortalité était représentée par les fistules anastomotiques et les nécroses de plastie, puis par les complications

respiratoires. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de mortalité opératoire étaient le score ASA et la période d'étude ; les facteurs prédictifs de morbidité globale étaient : un âge supérieur à 60 ans, le sexe masculin, le score ASA, et la réalisation d'une anastomose cervicale.

Le taux de fistules anastomotiques était globalement de 8%. Les anastomoses abdominales avec ouverture du hiatus et les anastomoses cervicales étaient celles associées aux taux de fistules les plus importants. En analyse multivariée, le score ASA, la technique manuelle de l'anastomose, et le caractère R0 de l'exérèse étaient prédictifs de fistule anastomotique.

Le taux de complications respiratoires (incluant : pneumopathie, défaillance respiratoire, et encombrement bronchique) était globalement de 23%. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de complications respiratoires étaient : l'âge > 60 ans, le score ASA, le siège thoracique ou cervical de l'anastomose, et la survenue d'une fistule anastomotique.

Le taux de survie à 5 ans était de 34% (médiane = 30 mois). Les facteurs influençant la survie étaient le type de Siewert, le stade pT, le stade pN, et la radicalité de l'exérèse. Pour les types I, II, et III, les taux de survie à 5 ans étaient respectivement de 41%, 28% et 26%. La survie à 5 ans était de 44% après exérèse R0 contre 3% et 0% pour les exérèses R1 (reliquat tumoral microscopique) et R2 (reliquat tumoral macroscopique). En revanche, la survie à distance n'était pas influencée par la morbidité péri-opératoire.

Pour les tumeurs de type I, l'analyse comparative des résultats des 2 interventions le plus souvent réalisées (oesophagectomie avec et sans thoracotomie) a montré que l'oesophagectomie avec thoracotomie (intervention de Lewis, qui permet une meilleure stadification anatomopathologique avec un curage ganglionnaire médiastinal) donnait des résultats équivalents à l'oesophagectomie sans thoracotomie ; toutefois, cette dernière permettait une mortalité basse chez les malades à haut risque opératoire.

Pour les tumeurs de type II, l'analyse comparative des résultats des 2 interventions le plus souvent réalisées (oesogastrectomie polaire supérieure et oesogastrectomie totale) a montré que l'oesogastrectomie polaire supérieure était l'intervention ayant la faisabilité la plus élevée, permettant le plus faible taux de fistules anastomotiques et le plus fort taux d'exérèses R0, pour une morbi-mortalité immédiate et une survie à distance équivalentes à celle de l'oesogastrectomie totale.

Enfin, pour les tumeurs de type III, l'enquête de l'AFC a montré que les exérèses élargies aux organes de voisinage (rate, pancréas gauche, colon transverse, lobe hépatique gauche) permettaient une survie à 5 ans appréciable (22% à 5 ans) après exérèse R0 et qu'elles pouvaient donc être proposées pour des tumeurs envahissant macroscopiquement les organes de voisinage.

### **Références :**

Sauvanet A, Triboulet JP, Mariette Ch (eds). Cancer du cardia, Monographie de l'Association Française de Chirurgie ; Arnette, Paris, 2003, 181 pages.

Siewert JR, Feith M, Werner M, Stein HJ: Adenocarcinoma of the esophagogastric junction. Results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients. Ann Surg 2000 ; 232 : 353-61.