



## CHIRURGIE THORACIQUE/ THORACIC SURGERY

### LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE : PROBLEMES DIAGNOSTIQUES ET DIFFICULTES THERAPEUTIQUES A LIBREVILLE.

F. ONDO N'DONG, F K. DIALLO-OWONO, S. MBAMENDAME,  
M. NDONG ASSAPI, M M. KABA, M. NKOLE ABOUGHE.

Service de Chirurgie Thoracique Vasculaire et Viscérale.  
Fondation Jeanne Ebori. Libreville. Gabon.

**Correspondance** : Professeur F. ONDO N'DONG  
BP 306 Libreville. Gabon.  
E.mail : [ondondongf@yahoo.fr](mailto:ondondongf@yahoo.fr)

---

#### RESUME

**Introduction** : le cancer de l'œsophage est fréquent au Gabon. Il est diagnostiqué à un stade avancé de la maladie. La chirurgie curative est le traitement qui donne une chance de guérison, dans un cadre pluridisciplinaire. Cette étude montre les difficultés rencontrées dans l'élaboration d'une stratégie thérapeutique adaptée.

**Méthodologie** : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 15 patients répertoriés du 1er janvier 1990 au 31 décembre 2005. Le support de l'étude a été le registre des hospitalisations, les observations médicales, les comptes-rendus opératoires et les comptes-rendus des examens anatomo-pathologiques.

**Résultats** : les patients se répartissaient en 8 hommes et 7 femmes. L'âge moyen était de 54 ans. Tous les patients étaient dysphagiques. Les autres signes dominants étaient l'amaigrissement (14 cas), les douleurs thoraciques, les vomissements et l'asthénie (5 cas). L'endoscopie œsophagienne a mis en évidence une majorité de lésions ulcéro-végétantes (4/9). L'étude histopathologique a retrouvé 7/8 cas de carcinomes épidermoïdes, et 1/8 cas d'adénocarcinome. Trois patients seulement ont bénéficié d'une chirurgie curative (oesogastrectomie selon la technique de Lewis-Santý), sans radiothérapie ni chimiothérapie associée. Les 12 autres patients ont eu des stomies d'alimentation.

Tous les patients sont décédés dans les 12 mois, dans un tableau de cachexie terminale.

**Conclusion** : la disponibilité de moyens d'investigation serait d'un grand apport, pour une meilleure stratégie thérapeutique. Le progrès viendra de la mise à disposition d'un meilleur plateau technique en chirurgie et en soins intensifs, et de la possibilité d'associations thérapeutiques avec la radio et la chimiothérapie dans notre pays.

**Mots clés** : Cancer – Radiothérapie – Adénocarcinome – Chirurgie – Oesogastrectomie – Gabon.

---

## SUMMARY

**Introduction :** oesophageal cancer is frequent in Gabon. This affection is diagnosed in an advanced stage. Curative surgery is the treatment that give chance of healing, in a multidisciplinary context. This study shows the difficulties encountered in elaboration of an adapted therapeutical strategy.

**Methodology:** It is a retrospective study, upon 15 patients, collected from January 1<sup>st</sup>, 1990 to December 31<sup>st</sup>, 2005. The support of study were registers of hospitalization, medical fills, operatory findings reports, histological examinations reports.

**Results:** The patients were divided in 8 male and 7 female, mean age 54 years. All patients had dysphagia. The other predominant signs were weight loss (14 cases), thoracic pains, vomiting and asthenia (5 cases). Oesophageal endoscopy showed a majority of ulcero-vegetant lesions (4/9). Histopathologic study found 7/8 cases of epidermoid carcinoma, and 1/8 case of adenocarcinoma.

Only 3 patients underwent a curative surgery (Oesogastrectomy using the Lewi-Santy's technique), without association of either radiotherapy, or chemotherapy. The other 12 patients underwent stomies for feeding. All patients deceased within 12 months, in the pattern of terminal cachexy.

**Conclusion:** availability of investigation means should be important, for a better therapeutical strategy. Progress will come from a better plateau technique in surgery, in intensive care, and possibility of therapeutical associations with radio and chemotherapy in our country.

**Key words:** Cancer – Oesophagus – radiotherapy – Surgery – Oesogastrectomy – Gabon.

---

## Introduction

Le cancer de l'œsophage est fréquent au Gabon. Il est souvent reconnu devant une dysphagie, c'est-à-dire à un stade avancé de la maladie. Ce symptôme apparaît en effet lorsque les deux tiers de la lumière œsophagienne sont obturés par la tumeur. La chirurgie, lorsqu'elle est intégrée dans une stratégie thérapeutique pluridisciplinaire, est le traitement qui donne une chance de guérison. Cette chirurgie curative nécessite des moyens d'évaluation pré-thérapeutiques permettant d'apprécier l'extension de la maladie, en vue d'une exérèse complète, mais aussi l'opérabilité du patient. L'insuffisance de ces différents moyens dans notre pratique explique les difficultés rencontrées dans l'élaboration d'une stratégie thérapeutique adaptée, chez des patients souvent au stade avancé de la maladie. C'est ce que nous voulons montrer à partir de cette étude rétrospective portant sur 15 cas de cancer de l'œsophage observés dans notre service.

## Méthodologie

Cette étude a été réalisée dans le service de

Chirurgie Thoracique Vasculaire et Viscérale de la Fondation Jeanne Ebori à Libreville. Il s'agit d'une étude rétrospective, du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 31 décembre 2005. Durant cette période, les dossiers de 15 patients porteurs d'un cancer de l'œsophage ont été colligés. Seuls les patients hospitalisés et opérés, et ayant un dossier médical exploitable, ont été retenus. Les patients ayant un dossier médical incomplet ont été exclus de l'étude. Le support de l'étude a été le registre des hospitalisations, les observations médicales, les comptes-rendus opératoires et les comptes-rendus des examens anatomopathologiques. Les variables d'étude étaient réparties en deux groupes selon leur nature : les moyens diagnostiques et les moyens thérapeutiques.

## Résultats

Les 15 cas de cancer de l'œsophage concernaient 8 hommes et 7 femmes. L'âge moyen était de 54 ans, et les âges extrêmes étaient 28 et 70 ans. Onze patients appartenaient à la classe sociale défavorisée, dont 7 sans profession. Les 4 autres étaient d'une classe aisée. La notion d'intoxication alcool-tabagique a été retrouvée chez 13 patients.

Sur le plan clinique, tous les patients étaient dysphagiques au moment du diagnostic. Les autres signes prédominants étaient l'amaigrissement, retrouvé dans 14 cas, les douleurs thoraciques, les vomissements et l'asthénie avec 5 cas, les régurgitations, l'hypersialorrhée et la toux avec 4 cas. Par ailleurs on notait une hématurie dans 2 cas, une dysphonie, un ganglion de Troisier et un hippocratisme digital respectivement dans 1 cas.

Sur le plan paraclinique, l'endoscopie oesophagienne a été réalisée chez 9 patients. Elle a mis en évidence des lésions ulcéro-végétantes dans 4 cas, un bourgeon tumoral dans 3 cas, et une sténose dans 2 cas. Des biopsies ont été réalisées chez 8 patients. Leur étude histopathologique a retrouvé 7 cas de carcinome épidermoïde et un cas d'adénocarcinome.

Un transit oesogastroduodénal a été réalisé chez 13 patients. Il montrait des images de sténose irrégulière dans 11 cas, et de lacune irrégulière dans 2 cas. Les lésions étaient localisées dans 6 cas au 1/3 moyen, dans 4 cas au 1/3 inférieur, dans 3 cas au 1/3 supérieur, dans 2 cas au 1/3 moyen-1/3 inférieur.

Dans le cadre du bilan d'extension tumorale, une tomographie thoracoabdominale a été réalisée chez 3 patients. Elle était normale dans un cas, et elle montrait des signes d'envahissement de la trachée et de l'aorte dans les deux autres cas.

L'échographie abdominale réalisée dans 14 cas était normale dans 12 cas. Elle mettait par ailleurs en évidence une adénopathie coeliaque et une métastase hépatique.

Dans le bilan de terrain, l'électrocardiogramme a été réalisé chez 7 patients. Il était normal dans 4 cas. Dans les 3 autres cas, il montrait des anomalies à type de tachycardie, et de bradycardie sinusale associée à un bas voltage. La numération et formule sanguine réalisée chez tous les patients a mis en évidence une anémie dans 14 cas, associée à une thrombocytose dans 7 cas.

Un multitest immunologique a été réalisé chez 2 patients. Normal dans 1 cas, il mettait en évidence une anergie dans le second.

Sur le plan thérapeutique, 3 patients seulement étaient éligibles pour une chirurgie curative. Ils ont bénéficié d'une oesogastrectomie selon la technique de Lewis-Santay. Aucun de ces patients n'a eu

une chimiothérapie ou une radiothérapie associée.

Chez les 12 autres patients, une gastrostomie d'alimentation a été réalisée chez 10 patients, et une jéjunostomie chez les deux autres. Une chimiothérapie a été associée chez deux de ces patients. Aucun d'eux n'a bénéficié d'une radiothérapie.

Au plan des résultats, 5 patients ont présenté des complications. Il s'agissait d'un cas d'hémorragie peropératoire par rupture de la capsule splénique, nécessitant une splénectomie d'hémostase, 3 cas d'infection pulmonaire, et 1 cas d'œdème aigu du poumon.

Les 3 patients ayant bénéficié d'une chirurgie curative sont tous décédés dans les 12 mois qui ont suivi l'intervention. Ce décès se faisait dans un tableau de cachexie terminale.

La survie moyenne des patients a été de 8 mois.

### Discussion

Le cancer de l'œsophage touche également l'homme et la femme dans cette étude, alors qu'il prédomine généralement chez l'homme dans la littérature<sup>3</sup>. Cela peut s'expliquer par le fait que la quasi-totalité de nos patients, hommes ou femmes, présentaient une intoxication alcool-tabagique, principal facteur de risque de ce cancer.

L'âge moyen de nos patients est jeune, alors qu'il se situe dans la littérature autour de la soixantaine<sup>4</sup>. Ici la dysphagie se confirme comme le maître symptôme, associée à l'amaigrissement, comme dans une étude précédente<sup>5</sup>. Elle traduit malheureusement un cancer déjà évolué.

La difficulté à dépister ce cancer explique que les patients soient vus à ce stade de la maladie dans nos régions, mais aussi dans les pays développés<sup>6</sup>.

Le diagnostic est endoscopique, grâce aux biopsies et aux analyses histologiques. Cet examen n'est souvent réalisé que lorsque le patient est capable de se prendre en charge. En effet, le plateau technique hospitalier est insuffisant, et ces examens sont souvent pratiqués dans des structures privées. Le carcinome épidermoïde est la forme histopathologique la plus retrouvée, comme ailleurs dans la littérature<sup>7</sup>. De même, les lésions prédominent aux tiers moyens et inférieurs, comme chez d'autres auteurs<sup>8</sup>. La tomographie thoraco-abdominale n'a

été réalisée que chez très peu de patients, alors qu'elle représente un examen essentiel pour l'appréciation des lésions et de leur extension, indispensable à l'élaboration d'une meilleure stratégie thérapeutique. Dans le même sens, la difficulté d'avoir recours à d'autres explorations telles que l'écho-endoscopie oesophagienne et la fibroscopie trachéo-bronchique, ne permet pas une bonne stadification des lésions.

Ces insuffisances se traduisent par des découvertes per-opératoires de lésions telles que l'envahissement coeliaque de la tumeur, des adénopathies coeliaques, et des métastases hépatiques. La découverte d'une arcade épiploïque incomplète chez un patient, au temps abdominal d'une opération de Léwis-Santy, nous a ainsi obligés à arrêter l'intervention. Une artériographie coeliaque pré-opératoire, si elle avait été possible, aurait permis de déceler cette variété anatomique, et proposer un autre type d'intervention.

La chirurgie curative reste le seul traitement qui donne un espoir de guérison. Très peu de patients peuvent en bénéficier, car elle est conditionnée par la taille et l'extension de la tumeur, mais aussi par l'état général altéré dans l'ensemble. Sur le plan technique, nous donnons notre préférence à l'oesogastrectomie selon la technique de Lewis-Santy, parce que les tumeurs siégeaient au tiers moyen et au tiers inférieur, mais aussi parce que le plateau technique permet sa réalisation. Ailleurs, d'autres auteurs peuvent utiliser des moyens laparoscopiques et thoracoscopiques<sup>9,10</sup>. Nous n'indiquons pas de chirurgie palliative parce

qu'elle est lourde de morbidité pour un gain peu appréciable. Nous préférons réaliser des stomies d'alimentation.

L'association de la radio-chimiothérapie à la chirurgie apporterait sans doute une amélioration dans les résultats thérapeutiques.

Les complications postopératoires sont nombreuses, dominées par les infections broncho-pulmonaires chez ces patients bronchitiques chroniques. La réanimation postopératoire est lourde et difficile dans nos pays, car elle nécessite des moyens matériels et humains importants. La mortalité est élevée et la survie très faible, comme dans une étude nigériane<sup>11</sup>. Cette survie moyenne reste médiocre, même dans la littérature occidentale<sup>12</sup>.

### **Conclusion**

Le cancer de l'œsophage est une affection grave, à la mortalité lourde dans notre pays. Une meilleure information médicale sur la symptomatologie oesophagienne devrait amener les patients à consulter plus tôt, à un stade précoce de la maladie. Le dépistage du cancer de l'œsophage chez les sujets à haut risque, notamment alcool-tabagiques, permettrait de déceler les cancers in situ et micro invasifs, qui donnent 50 à 90% de guérison à 5 ans. La disponibilité des moyens d'investigation nécessaires aiderait au choix d'une meilleure stratégie thérapeutique. Nous pensons que l'amélioration des résultats passera par la mise à disposition d'un meilleur plateau technique.

## Références

- Moussavou-Kombila J B., Perret J.L., Boguikouma J.B** et al. Aspects épidémiologiques des cancers de l'œsophage au Centre Hospitalier de Libreville. *Méd Chir Dig* 1996 ; 25 :235-237
- Thomas P. ; Aciri P. ; Doddoli C** et al. Chirurgie du cancer de l'œsophage : controverses actuelles *Ann Chir* 2003 ; 128 : 351-358
- Bathaix Y F. ; Attia K A. ; N'dri-Yoman T** et al. Profil épidémiologique, clinique, diagnostique et thérapeutique des cancers de l'œsophage au CHU de Yopougon de 1990 à 1999. *Méd Afr Noire* 2002 ; 49 (11) : 487-491
- Mohsine R. ; Choho A. ; Benemer A et al.** Notre expérience à propos de 236 cas de cancers de l'œsophage. *Médecine du Maghreb* 1995 ; 54 :25-26
- Ondo N'dong F.; Mba Ella R.; Mbourou J.B** et al. Problèmes posés par le bilan d'extension du cancer de l'œsophage à Libreville. *Revue des sciences de Méd et Biol du Togo. N° spécial COAC* 1991 : 173-176
- Gignoux M. ; Verwaerde J.C.** Cancer de l'œsophage : épidémiologie, étiologie, diagnostic. *La revue du praticien* 1996 ; 46 : 901-906
- Konan A.** Aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et endoscopiques des cancers du tractus digestif supérieur : à propos de 86 cas colligés en 30 mois au CHR de Bouaké. Thèse méd. Abidjan, 1993, N°1441
- Cornet L. ; N'guessan A. ; Mobio L.N et al.** Cancer de l'œsophage : étude de 48 cas au CHU de Treichville. *Méd Afr Noire* 1983, 30 :4
- Samama G.** Gastrolyse par laparoscopie lors du traitement d'un cancer de l'œsophage. *J Chir* 2005 ; 142 (3) : 160-164
- Huscher G.S. ; Mingoli A. ; Sgarzini G et al.** Laparoscopic approach for the treatment of type II gastroesophageal junction tumors. *J Am coll Surg* 2005; 200(6): 983-984
- Osinowo O, Alonge T.** Oesophageal reconstruction using the stomach. *West African Journal of Medicine* 1992 ; 11(4): 235-243
- Muller J.M.; Erasmi H.; Stelzner M.; Zierren U.; Pichlmaier H.** Surgical therapy of oesophageal carcinoma. *Br J Surg* 1990 ; 77: 845-857