

est également proposée l'association RT-CT concomitante  
si contre-indication à la CT : soit RT exclusive soit, si EG altéré, traitement  
endoscopique.  
si échec ou échappement à la RT-CT : traitement endoscopique

•

Thésaurus ONCOSUD cancers digestifs (oesophage) 2003

---

**carcinome oesophagien  
(épidermoïde et adénocarcinome  
du tiers inférieur) métastatique:  
traitement**

chimiothérapie palliative RTCT si M1a

Cisplatine-5FU

Navelbine +/- cisplatine

Essai gercors cddp 5FUcampto

traitement symptomatique(RTE accélérée si dysphagie,  
prothèse)

RT = 50 Gy avec étalement classique sur 5 semaines : 2 Gy/fr, 5 fr./sem., 25 fractions

CT = 5FU 1000 mg/m<sup>2</sup>/j, en perfusion continue de J1 à J4 et CDDP 75 mg/m<sup>2</sup> à J1 ou J2.

Modalités d'application: 4 cures de CT (semaines 1, 5, 8, 11), les 2 premières en concomitance avec la RT

Références: HERSKOVIC NEJM 1992,326,1593 ; AL-SARRAF J Clin Oncol 1997,15,277 ; COOPER JAMA 1999,281,1623)

OXF 85 mg/m<sup>2</sup> J1, J15, J29; PI 5-FU 180 mg/m<sup>2</sup> continu 35 jours; and RTE 1.8 Gy 28 séances. J Clin Oncol. 2002 Jun 15;20(12):2844-50.

Cl liée à l'extension loco-régionale (T4)

Cl liée à l'extension loco-régionale (T4)

atteinte de l'arbre respiratoire :

- envahissement trachéo-bronchique sans fistule :  
pas de consensus ; le risque est de favoriser l'apparition d'une fistule oesopiratoire par fonte tumorale sous l'effet du traitement (++).

1. Le plus raisonnable est de commencer par assurer la liberté des filières : mise en place d'une prothèse oesophagienne, en général associée à une prothèse respiratoire (l'ordre dans lequel on procède, ainsi que le degré d'urgence, dépendant de la clinique : à l'évidence ne pas tarder si existent des s. de freinage bronchique ...) - possibilité aussi de faire du laser Nd:YAG sur les bourgeons trachéo-bronchiques.

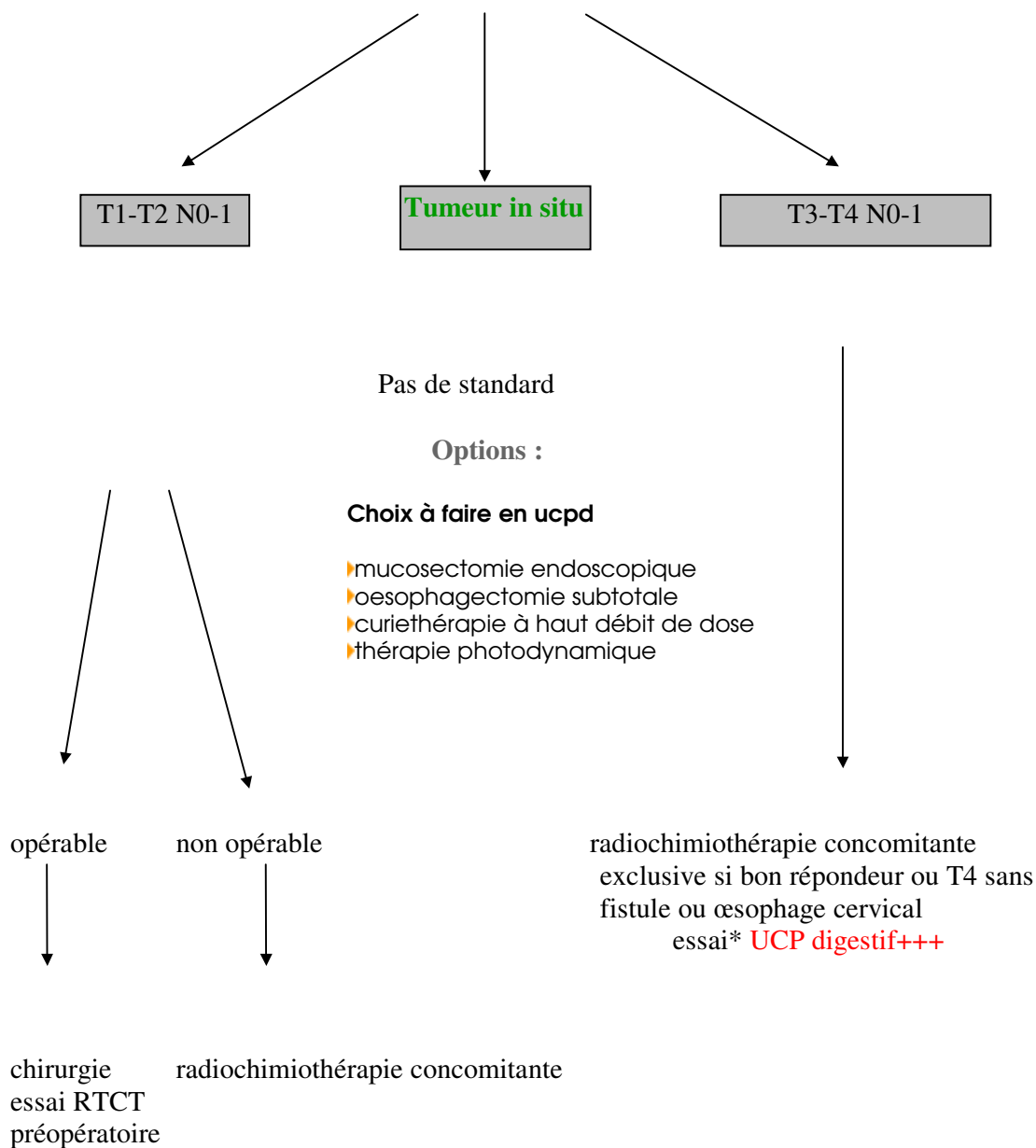
2. proposer par la suite une CT-RT avec une RT pratiquée avec de faibles doses par fraction, ie 22,5 Gy en 15 fractions de 1,5 Gy sur 3 semaines (pratiqué par Jirinski à l'IGR). Si la fibro bronchique faite au cours de la surveillance montre ultérieurement une disparition de l'envahissement trachéo-bronchique ou une simple rigidité pariétale, se discutent des modalités plus agressives de RT-CT.

-envahissement trachéo-bronchique avec fistule oesopiratoire :

prothèse indispensable (essai PP versus PM couverte : résultats en attente), en discutant, selon la clinique, l'association/l'ordre chronologique avec prothèse respiratoire. Des complications graves (fistule, abcès vertébral ou médiastinal) ont été rapportées chez des malades ayant reçu une RT-CT après la pose de prothèse (CHRISTIE Ann Thorac Surg 2001,71,1797)

-atteinte médiastinale autre qu'une atteinte de l'arbre respiratoire :

**carcinome oesophagien  
(épidermoïde et adénocarcinome du tiers  
inférieur) non métastatique:  
traitement**



## CARCINOME OESOPHAGIEN

(épidermoïde et adénocarcinome du tiers inférieur):  
bilan initial

Fibroscopie oesogastroduodénale  
Echoendoscopie oesophagienne  
TDM thoracoabdominal  
Transit oesophagien  
Echographie hépatique  
Fibroscopie bronchique  
Examen ORL  
Epreuves fonctionnelles respiratoires

### Classification TNM 1997:

T1 lamina propria, sous muqueuse  
T2 musculieuse  
T3 adventice  
T4 structures adjacentes

N1 Ganglion régional (i.e pour l'oesophage cervical: les ganglions cervicaux y compris les ganglions sus-claviculaires; et pour l'oesophage intra-thoracique: les ganglions médiastinaux et périgastriques, à l'exception des ganglions coeliaques)

### M1 : métastase à distance

Tumeur du bas l' oesophage thoracique (32 à 40 cm arcades dentaires)

1a : ganglions coeliaques

1b : autre métastase à distance

Tumeur du haut oesophage (18 à 24 cm arcades dentaires)

1a : ganglions cervicaux

1b : autre métastase à distance

Tumeur de la partie moyenne de l' oesophage (24 à 32 cm arcades dentaires)

1a: non applicable

1b: métastase à distance incluant les ganglions non régionaux