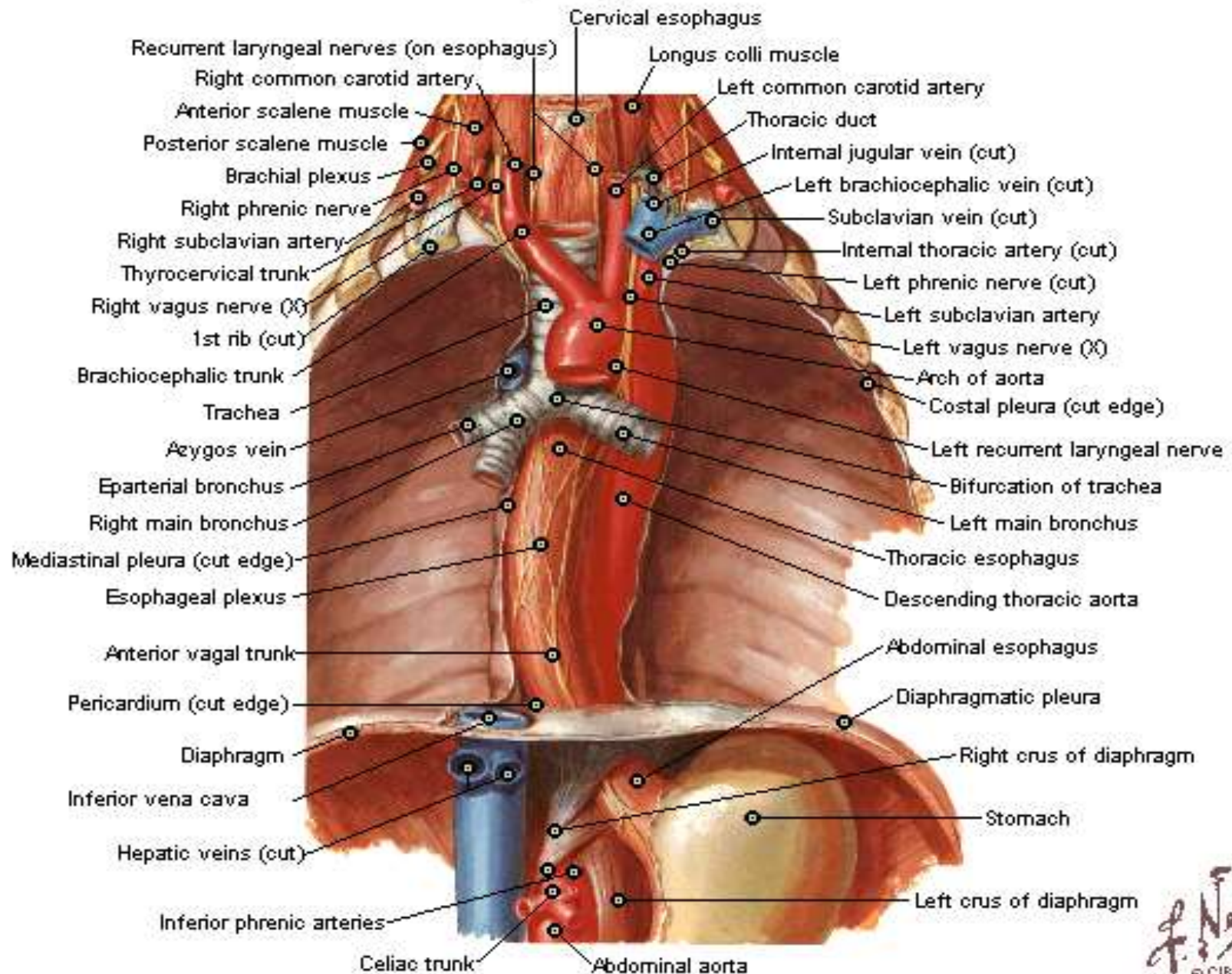
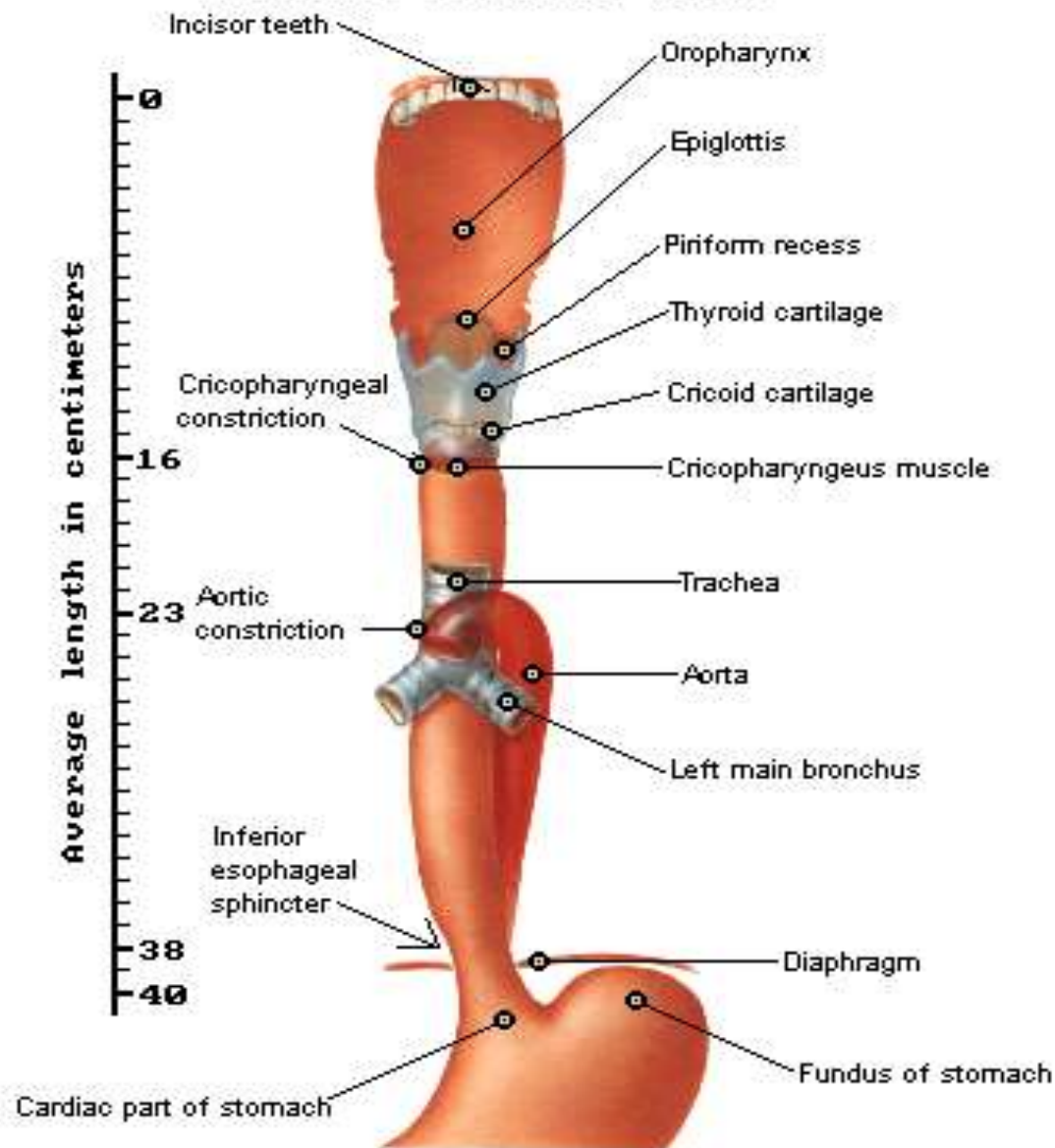


Esophagus in Situ

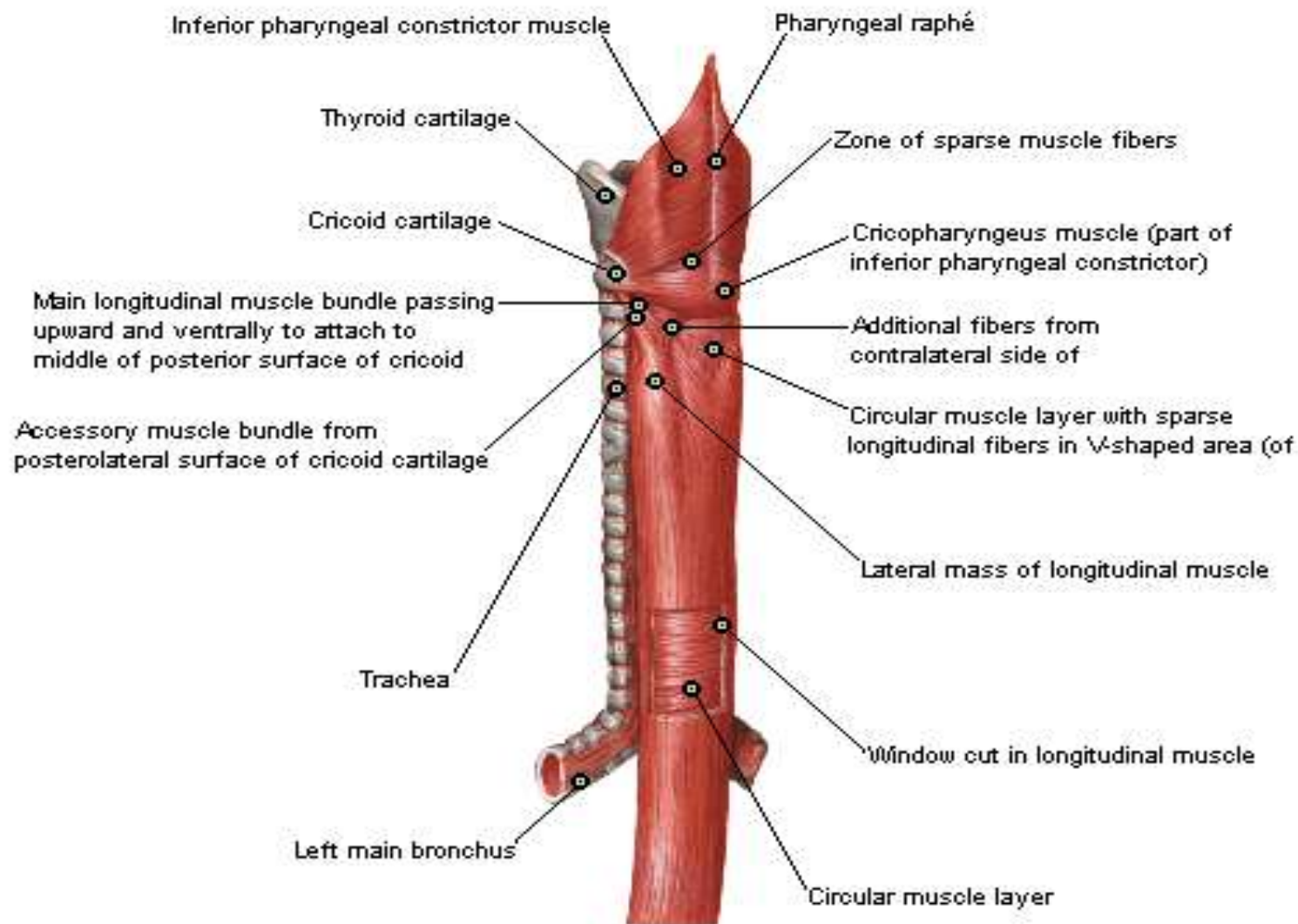


Topography and Constrictions of Esophagus

Schema - Anterior View

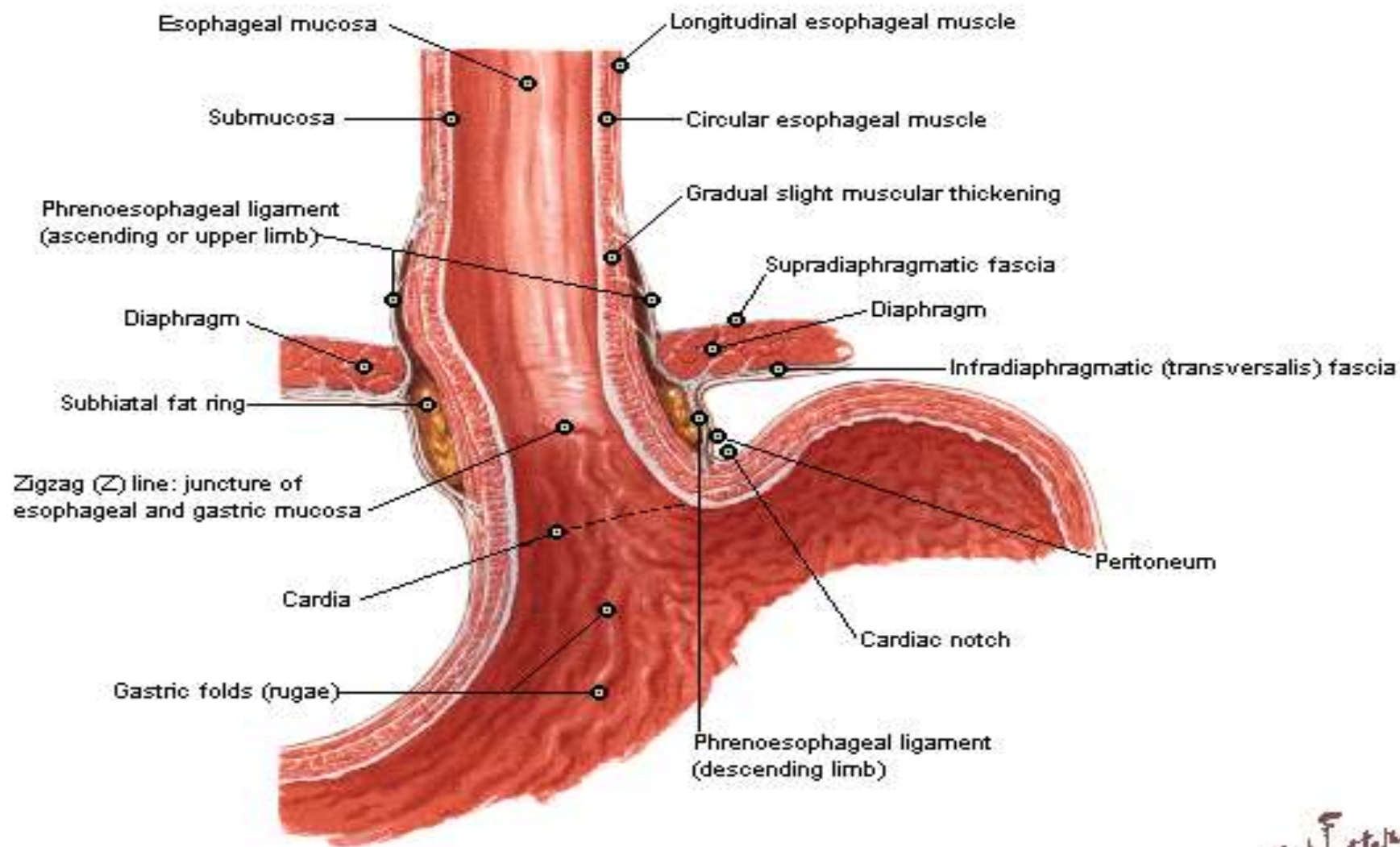


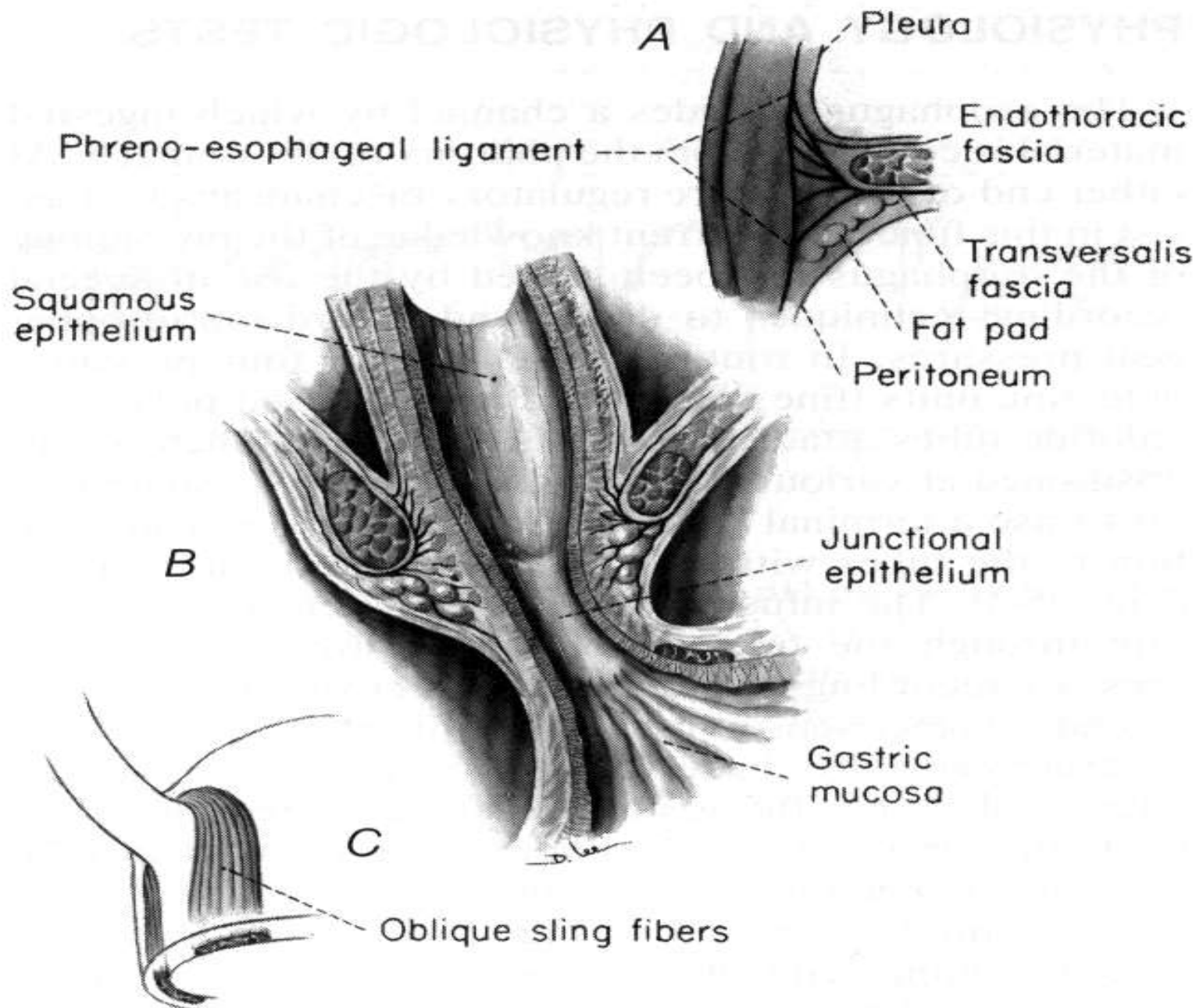
Musculature of Esophagus 1

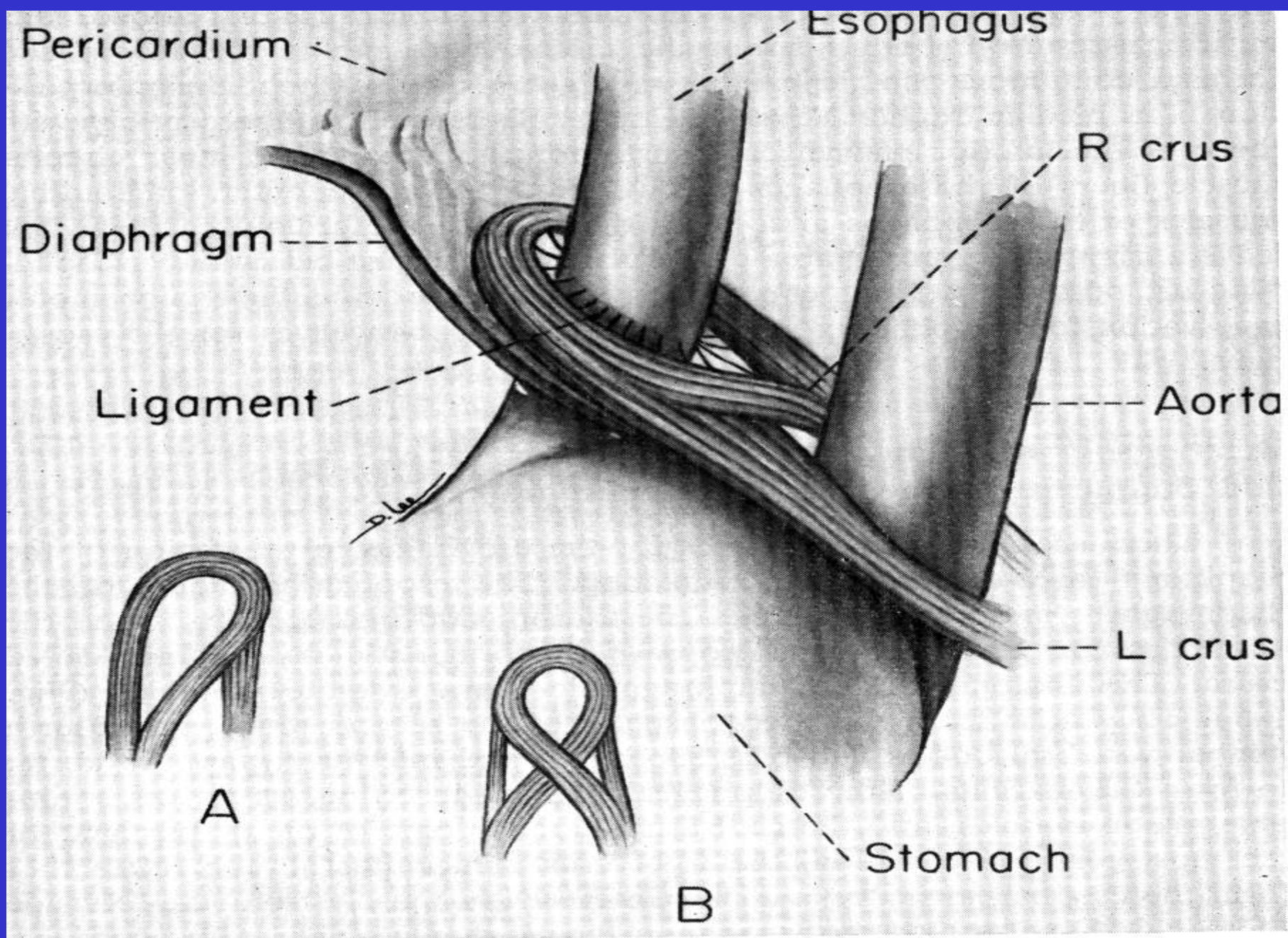


Esophagogastric Junction

Coronal Section







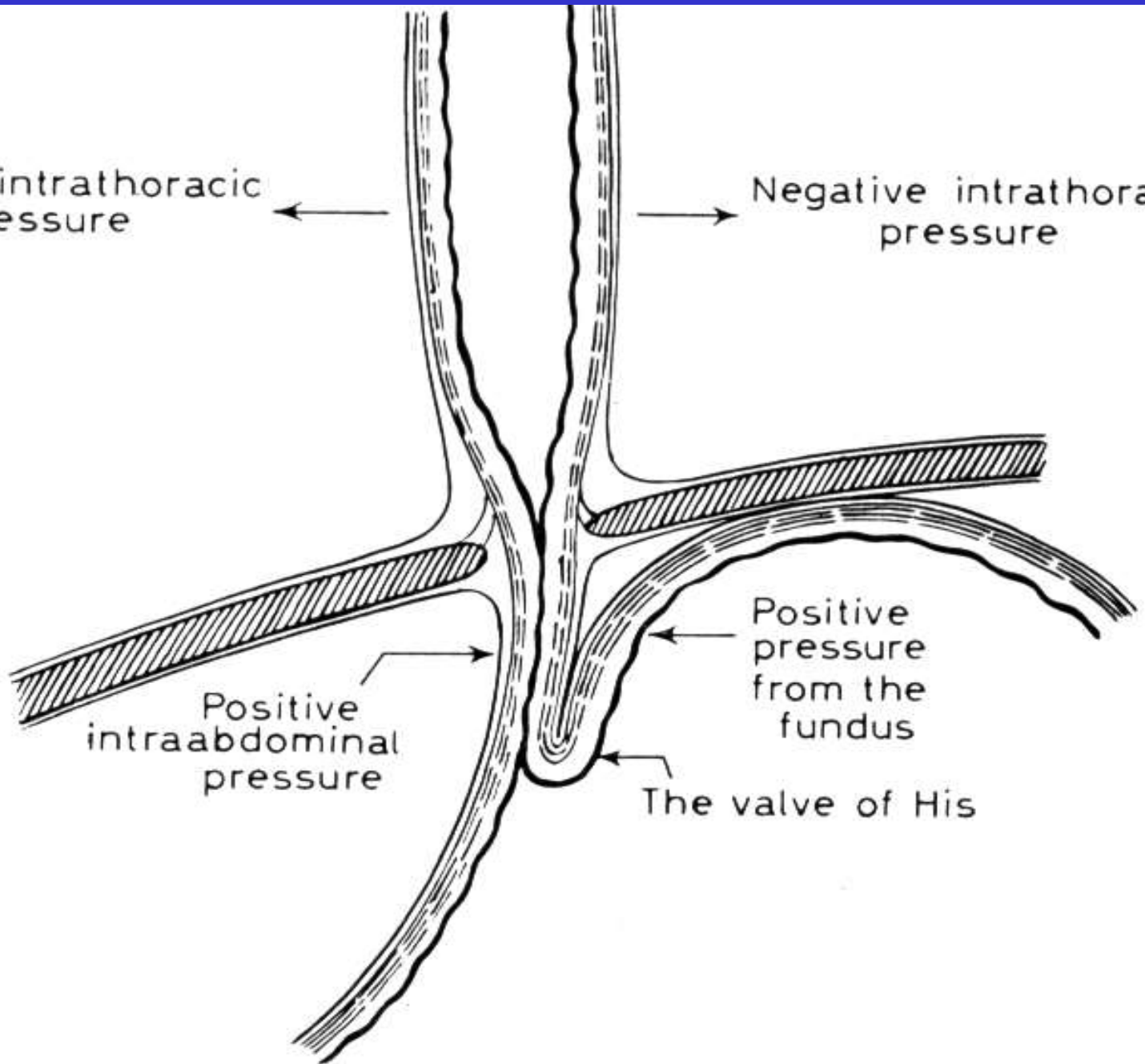
Negative intrathoracic
pressure

Negative intrathoracic
pressure

Positive
intraabdominal
pressure

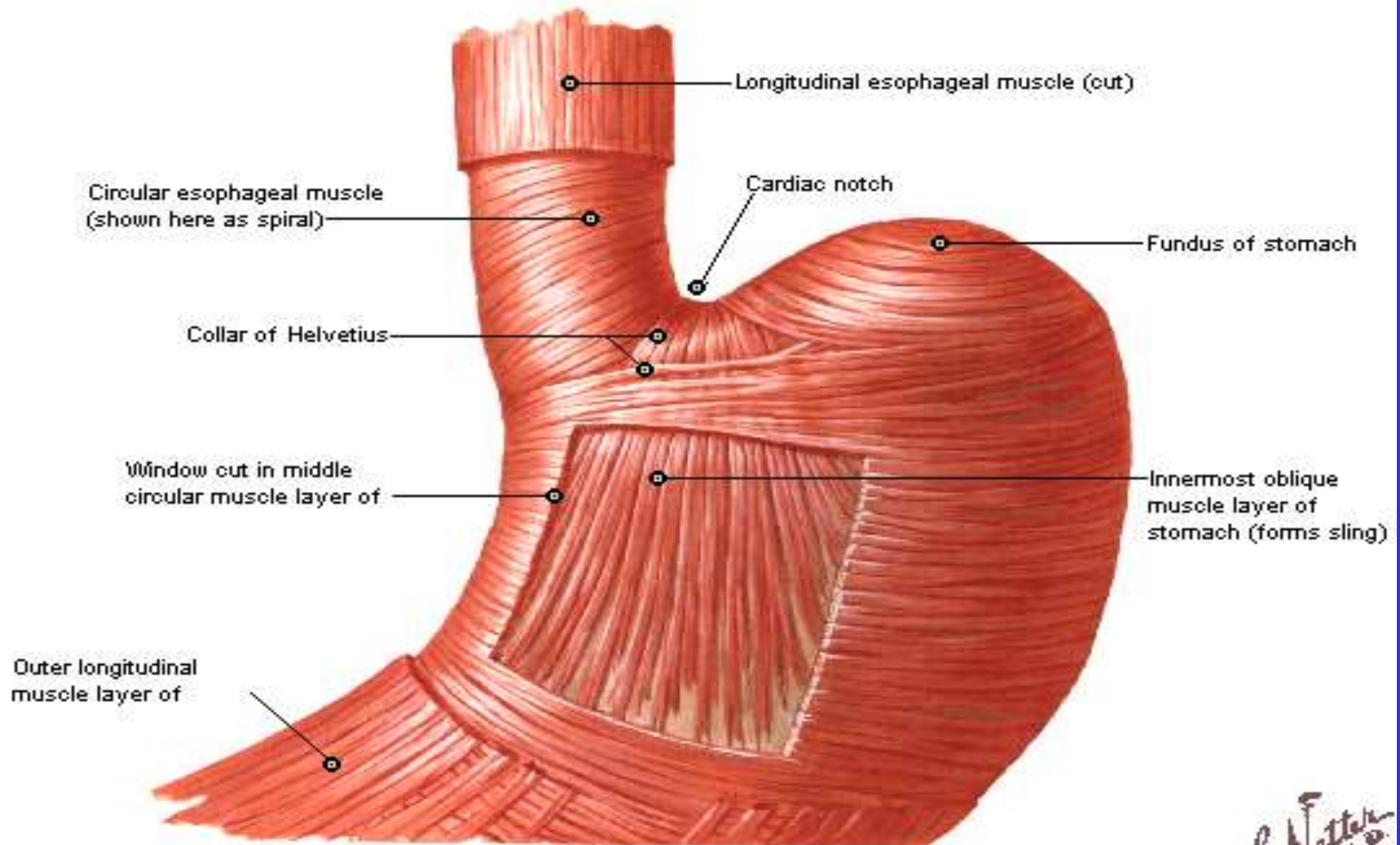
Positive
pressure
from the
fundus

The valve of His

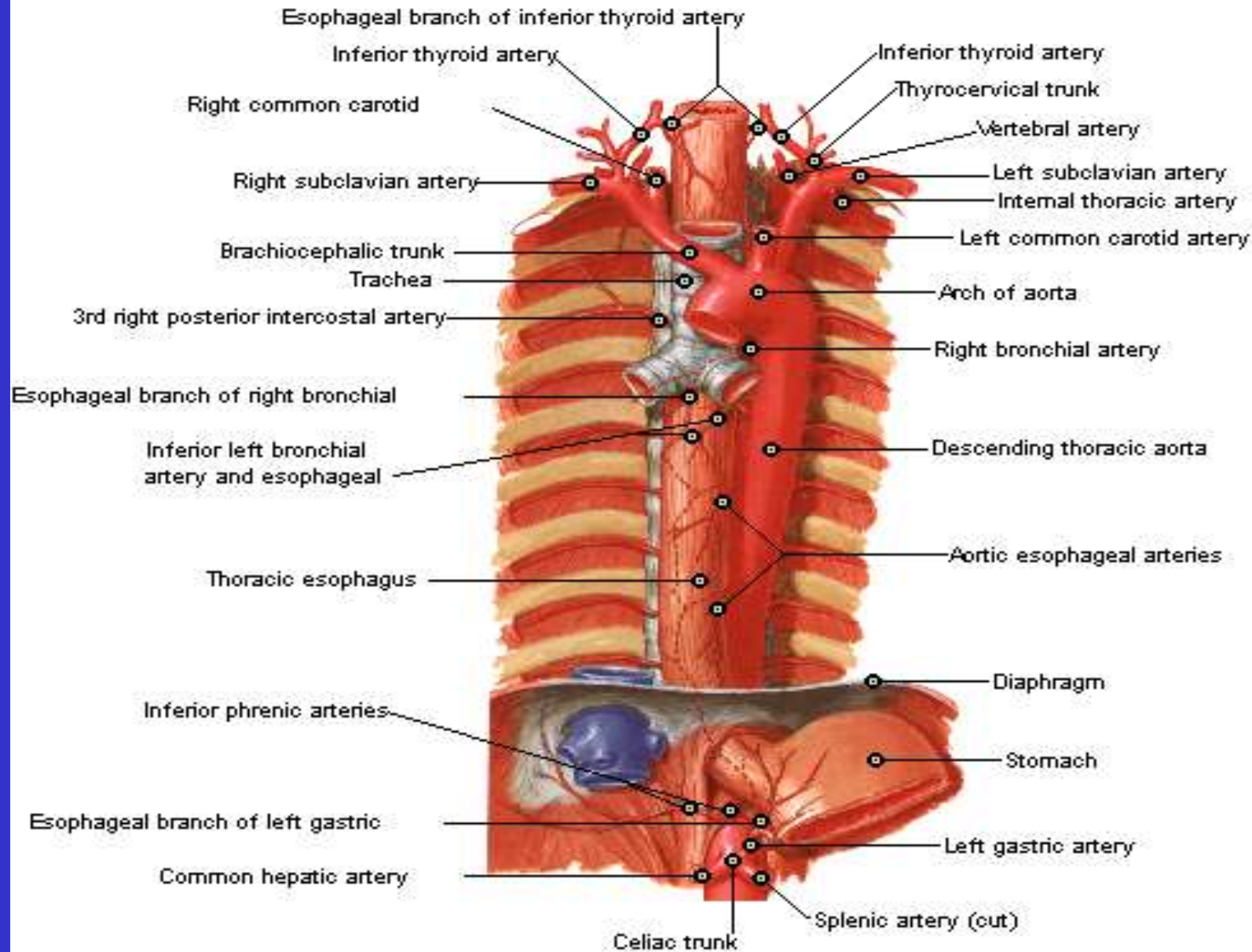


Esophagogastric Junction

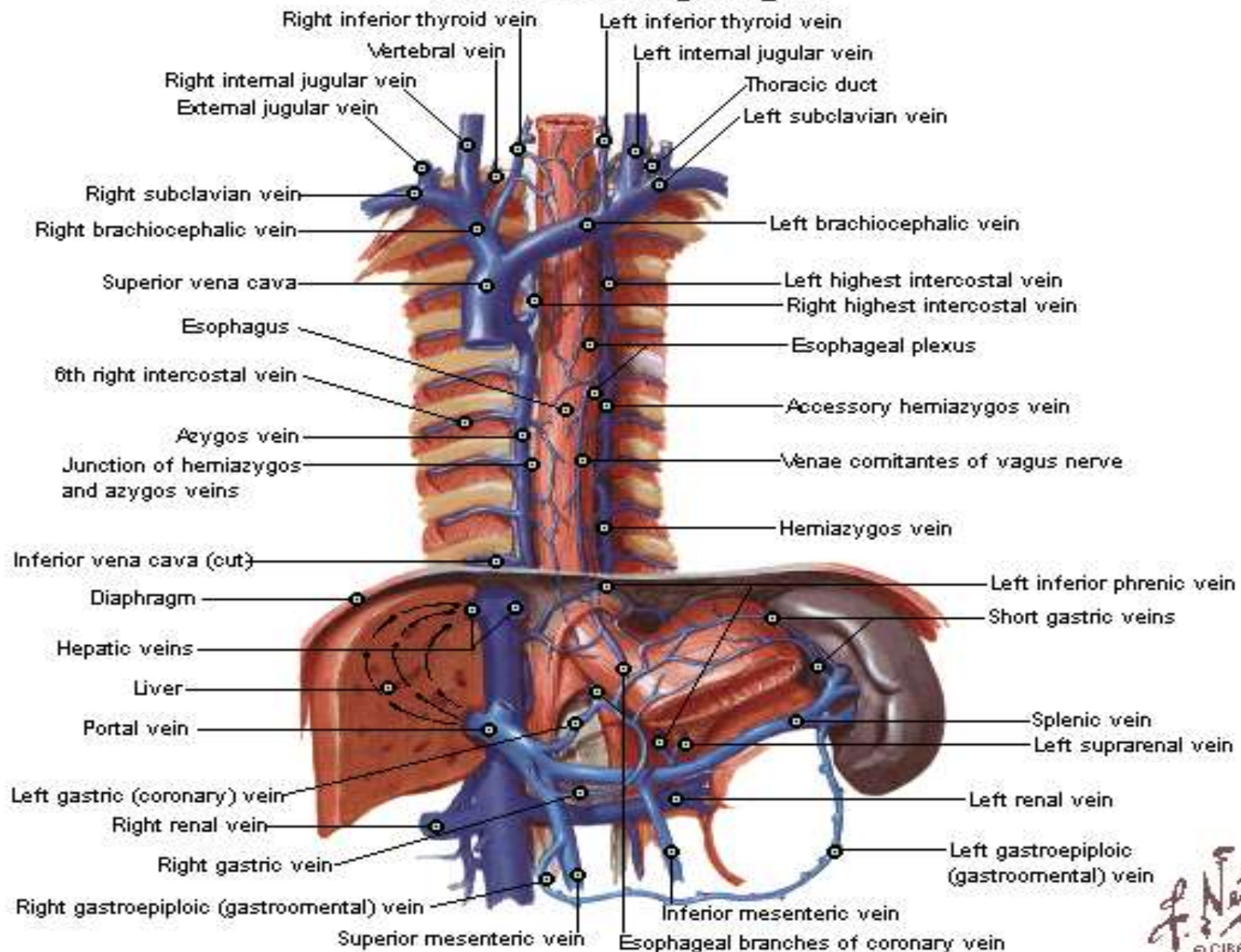
Anterior View



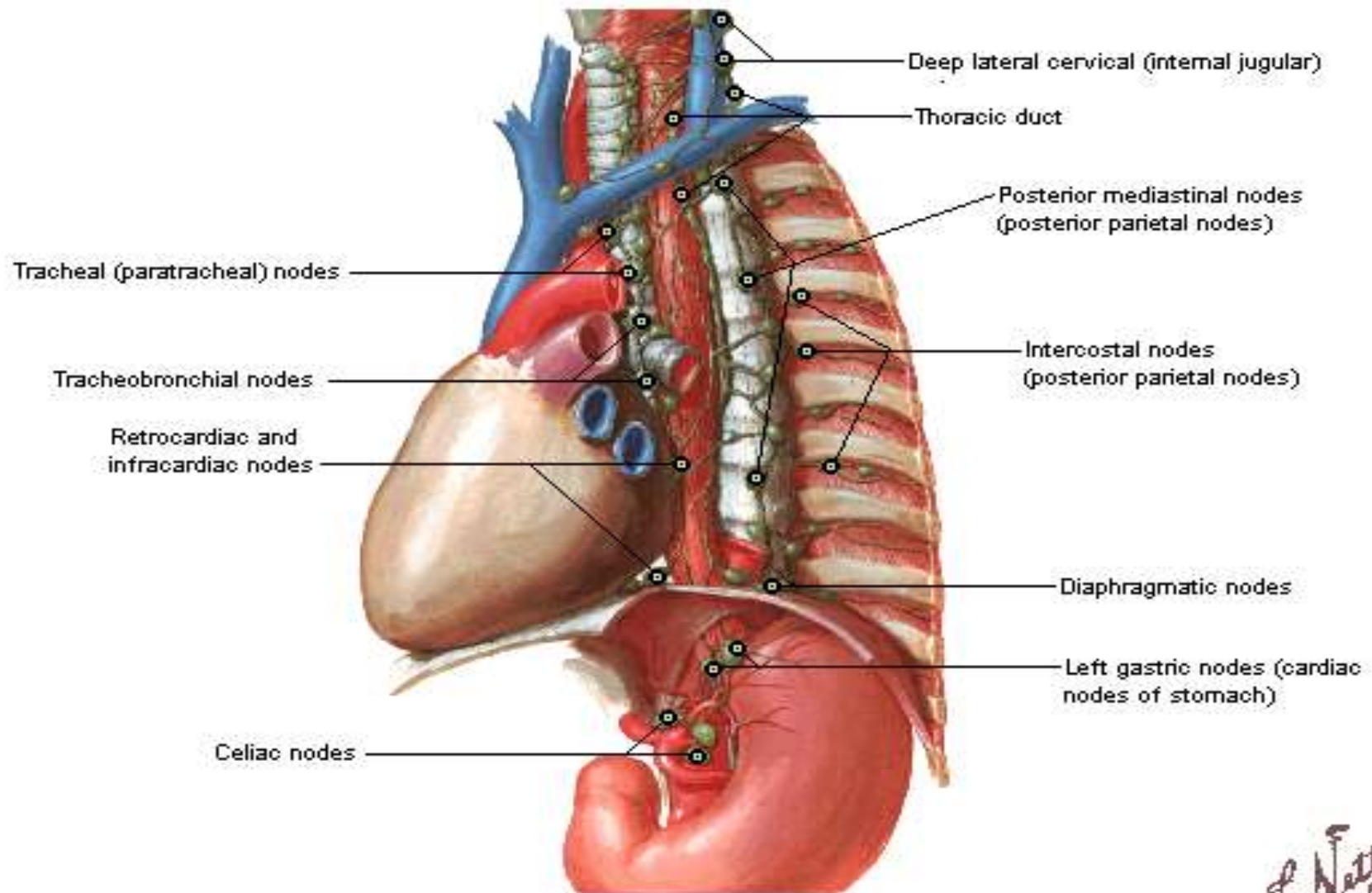
Arteries of Esophagus



Veins of Esophagus

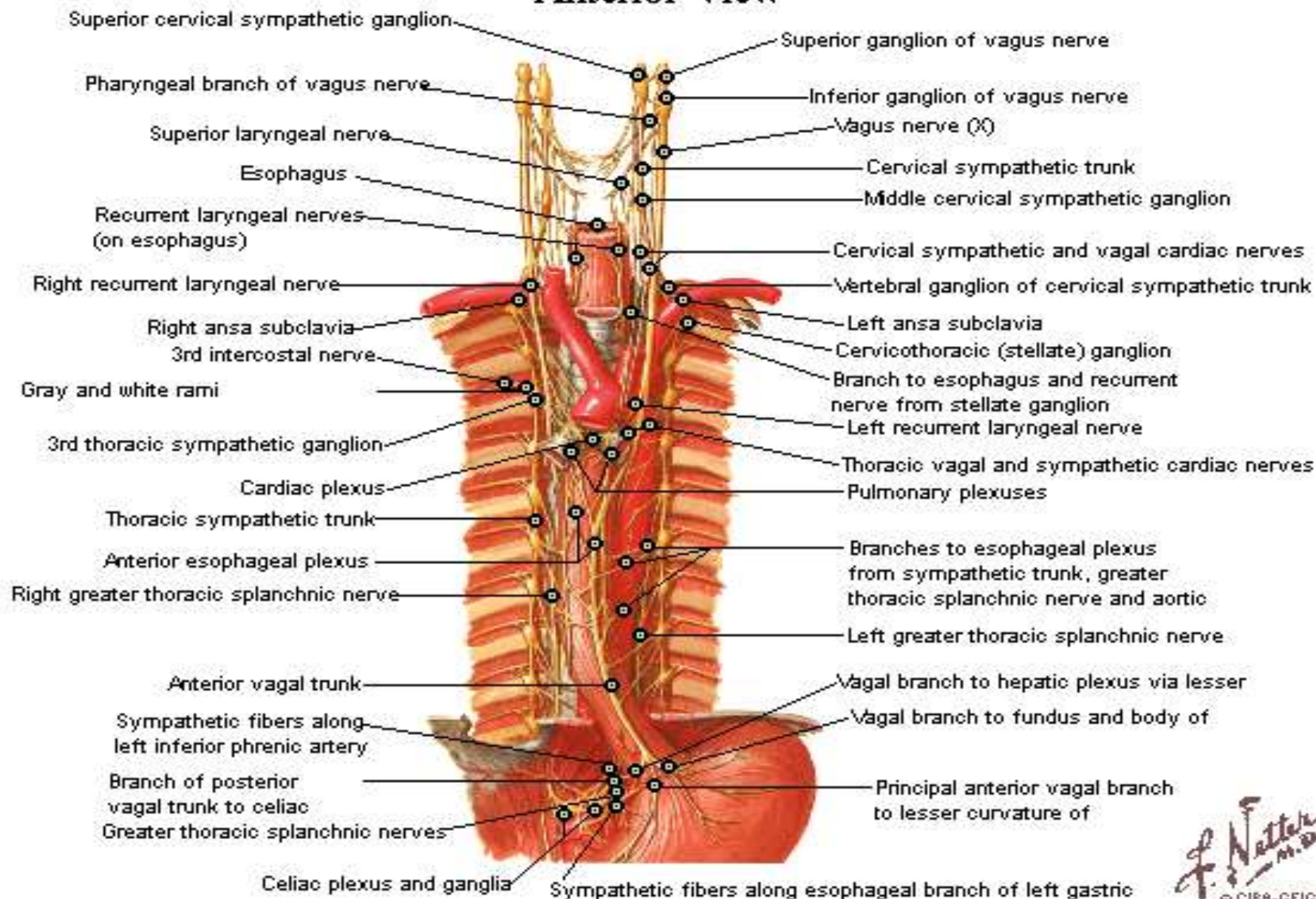


Lymph Vessels and Nodes of Esophagus



Nerves of Esophagus

Anterior View



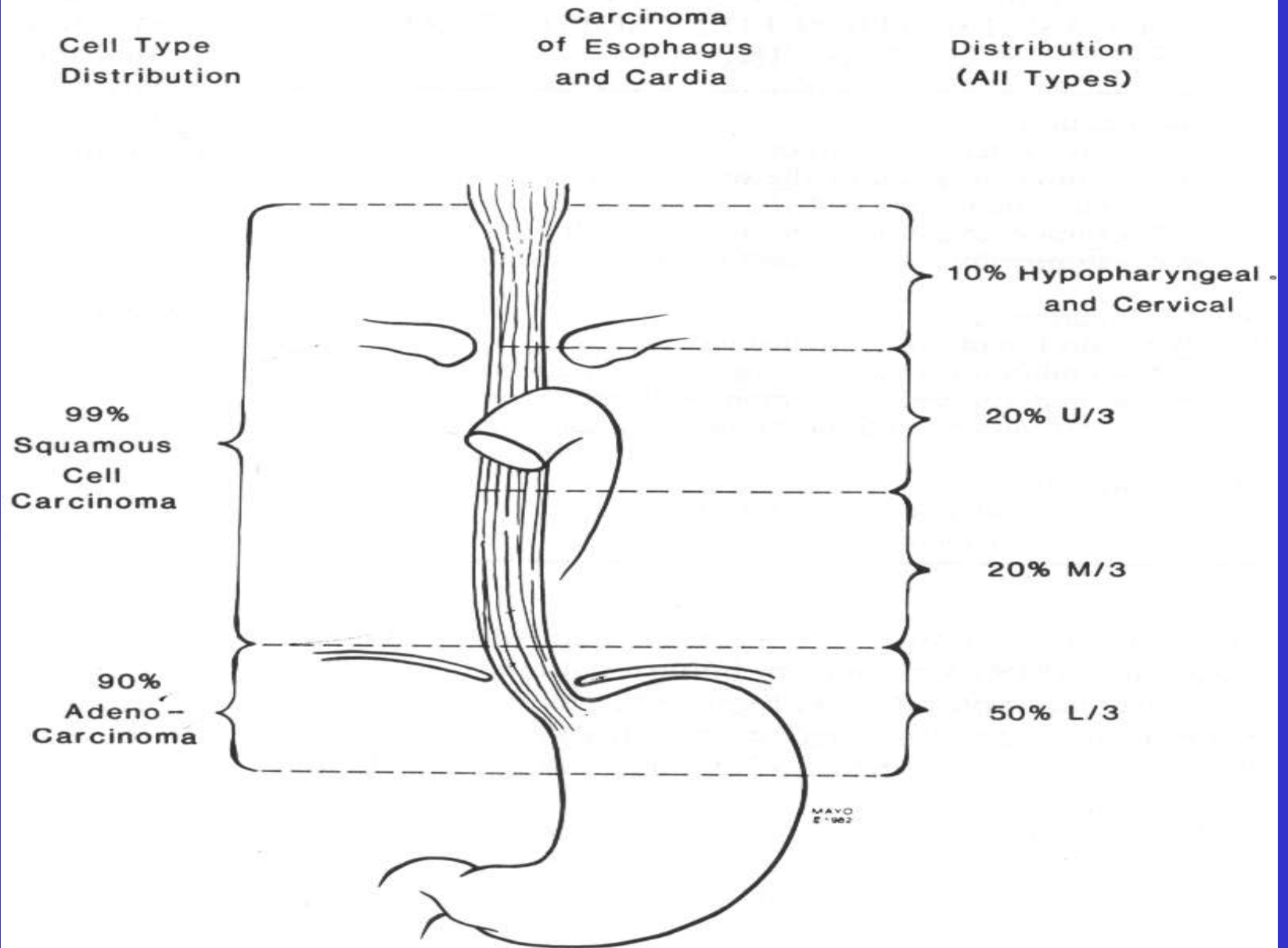
CONSIDERATIONS GENERALES

Roumanie <ul style="list-style-type: none">- Quatrième place en tant que tumeur maligne du tube digestif- rapport hommes /femmes 4:1- Incidence maximale entre 50 - 65 ans	Etats-Unis:SUA <ul style="list-style-type: none">- Incidence 20 pour 100000- Pour les afro-américains le carcinome squameux est 5 fois plus fréquent que les autres formes-pour les blancs: 1 sur 3 des cas = adénocarcinome	Autres régions: <ul style="list-style-type: none">-Iran,Afrique du Sud: Incidence 5 fois plus grande-Kazakhstan – Guriev – incidence 20 fois plus grande-Iran, Chine Femmes/ Hommes 1:1
---	---	--

ETIOLOGIE

- alcool et tabac
- présence de nitrosamines dans les aliments et dans l'eau
- contamination des aliments par des mycoses
- malnutrition
- déficience en fer
- déficience chronique en vitamines

INCIDENCE



Anatomopathologie

- Carcinome squameux
- Adénocarcinome

Formes rares

- Kystadénocarcinome
- Carcinome à petites cellules
- Sarcome
- Mélanome malin

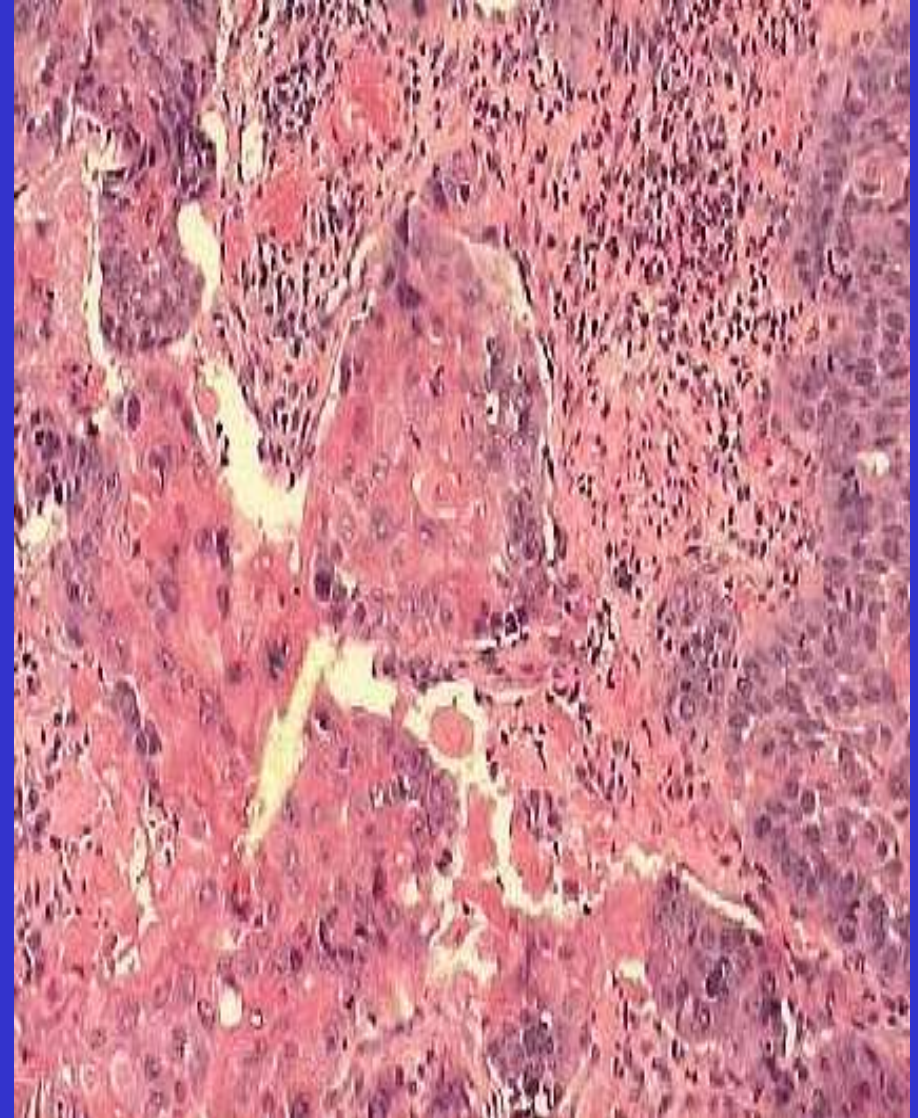
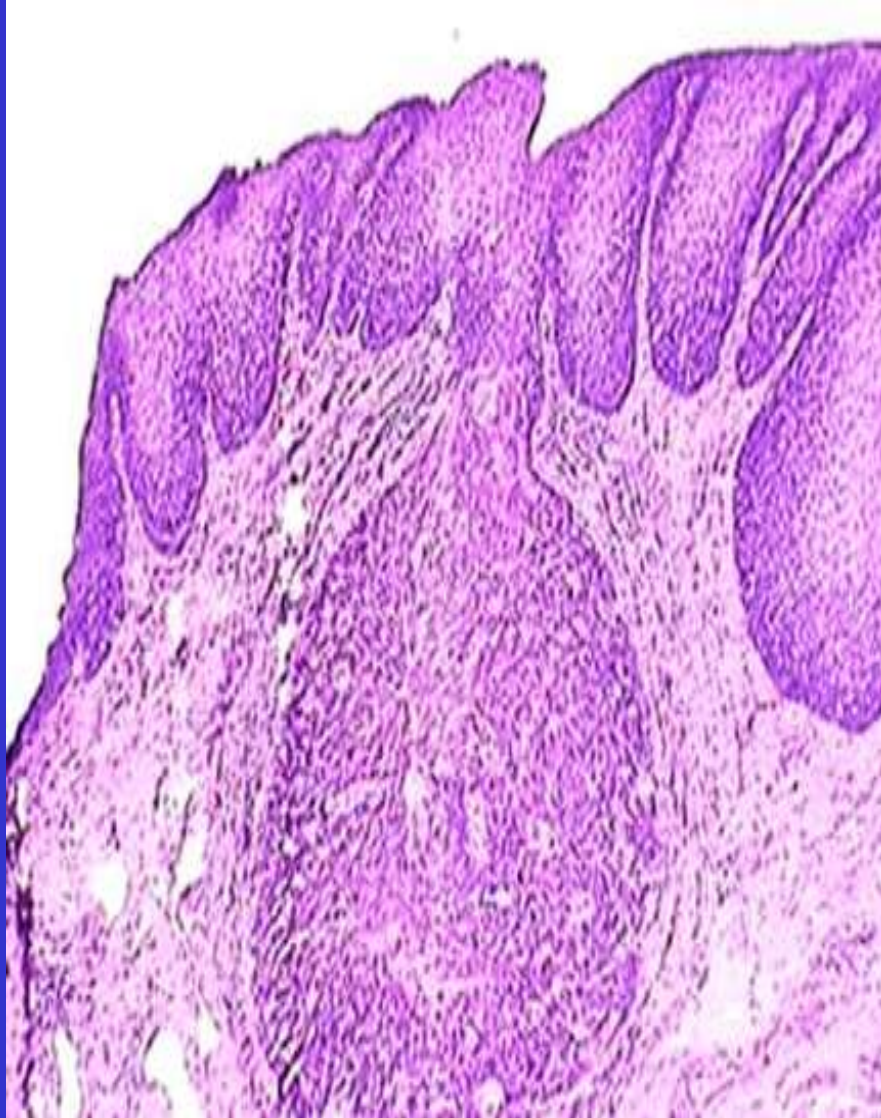
Formes pathologiques

- Ulcératif
- Infiltrant
- Superficiel

Pièce d'exérèse



Aspect microscopique



Voies de dissémination

1. Invasion directe, de voisinage:

- extramural

- intramural: proximal et distal

2. Invasion par voie lymphatique

- ggl. cervicaux

- ggl. médiastinaux

- ggl. tronc coeliaque

3. Invasion hématogène:

- poumons, os, foie, gl surrénales

Signes cliniques

A. Symptômes et signes - syndrome oesophagien:

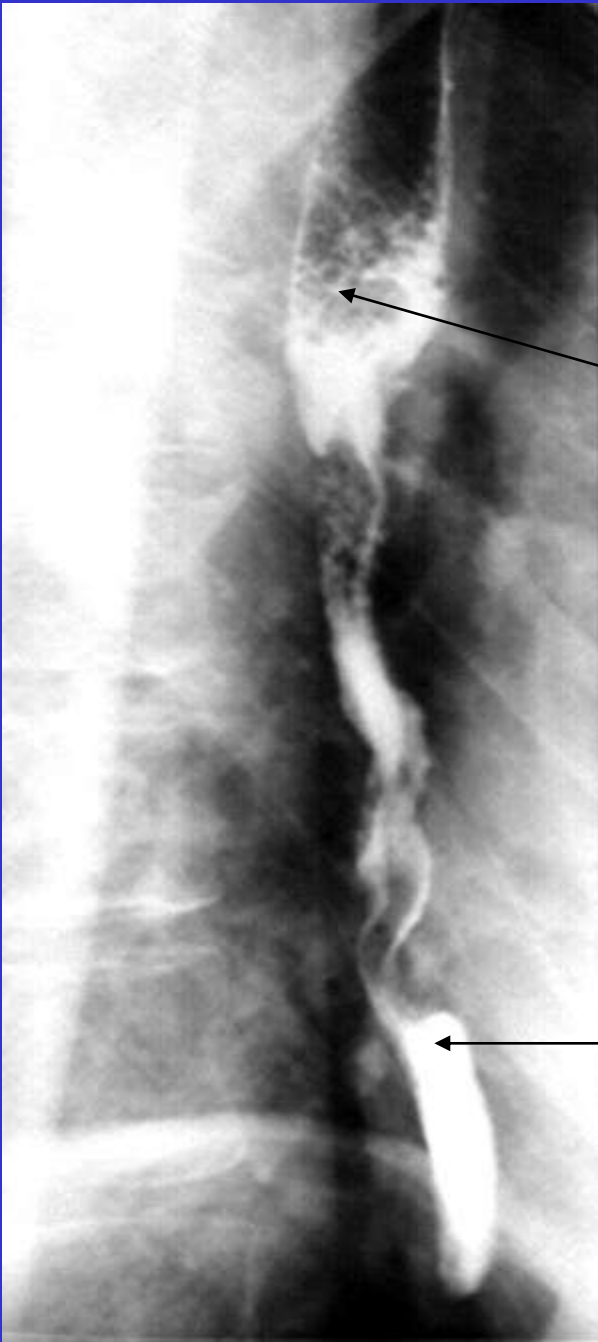
- *Dysphagie progressive*: aliments solides, liquides
- Régurgitations
- Sialorrhée
- Perte de poids
- Asthénie
- Douleurs rétrosternales lors de la déglutition
- Toux lors de la déglutition = fistule oesotrachéale ou bronchique
- Dysphonie = invasion nerfs récurrents

B. Explorations par imagerie

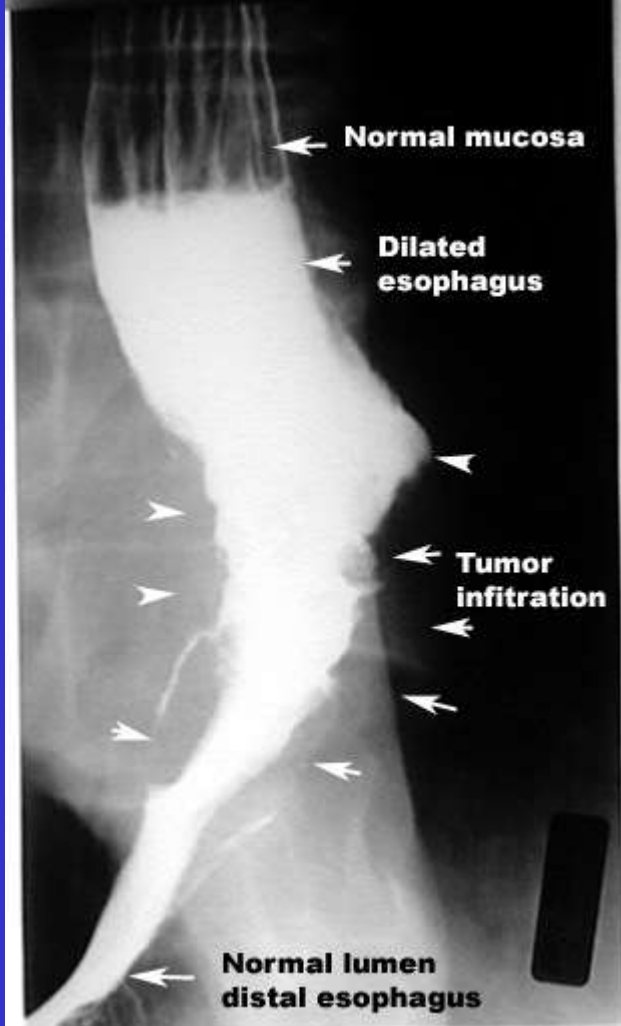
- radiologie: transit baryté, Rx thoracique
- oesophagoscopie si bronchoscopie
- echo endo-oesopagien
- ex. bioptique et citologique
- ECHO: foie, reins, supra-rénales, adénopathie
- Scanner
- Résonance magnétique

Examen baryté

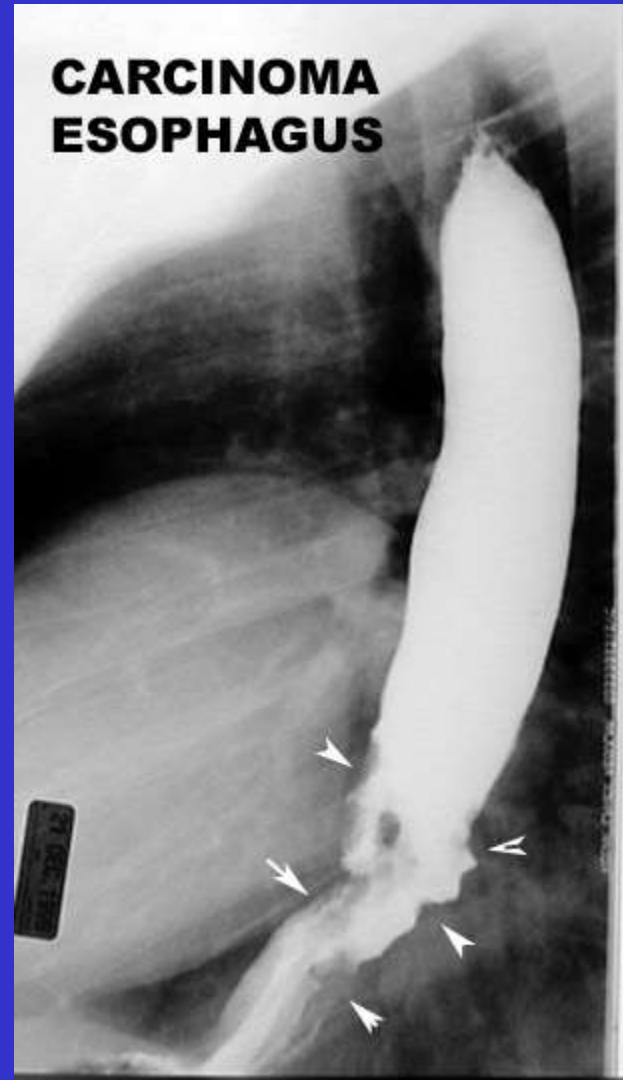
Extension de la tumeur
en axe

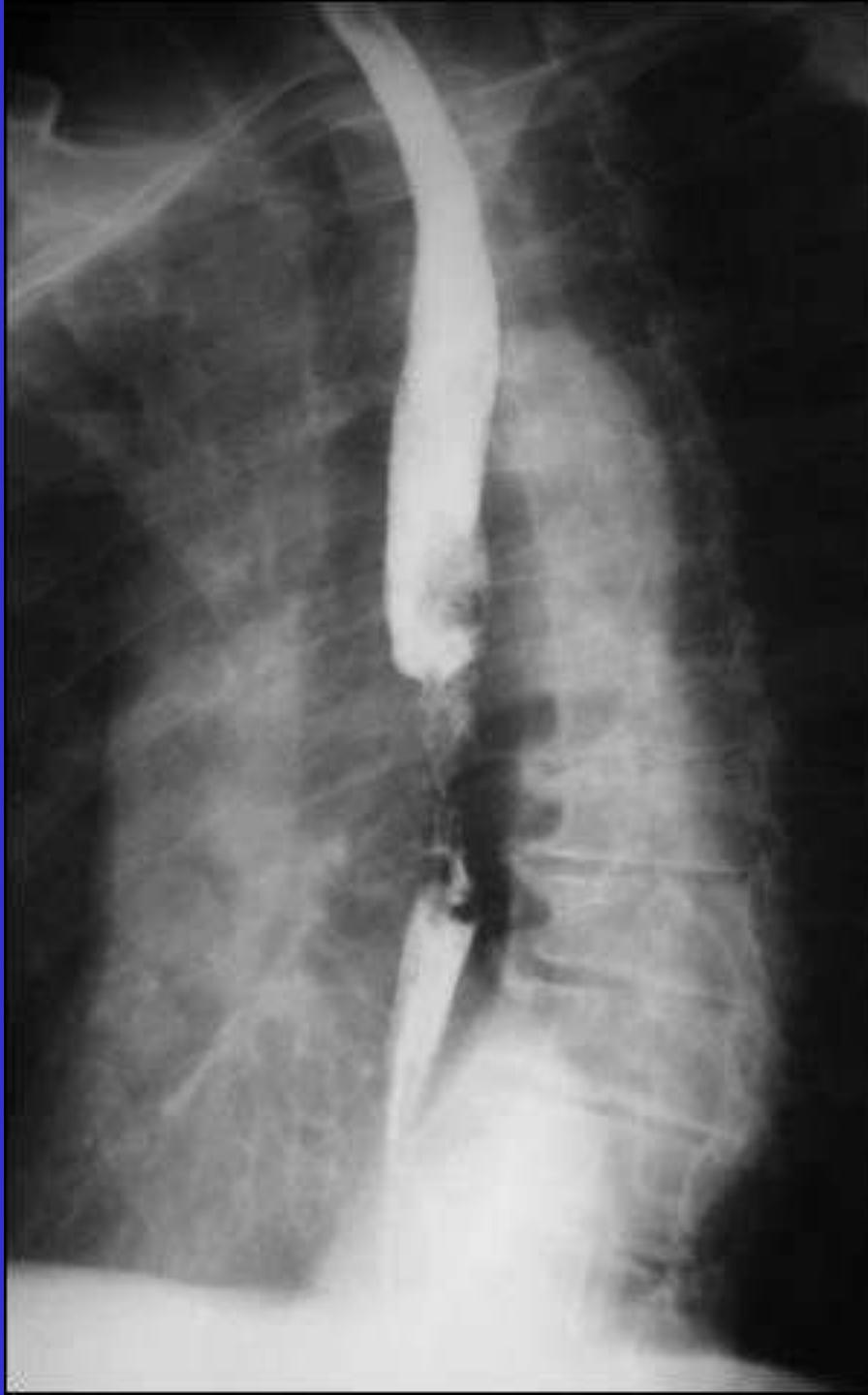


CA ESOPHAGUS



CARCINOMA ESOPHAGUS





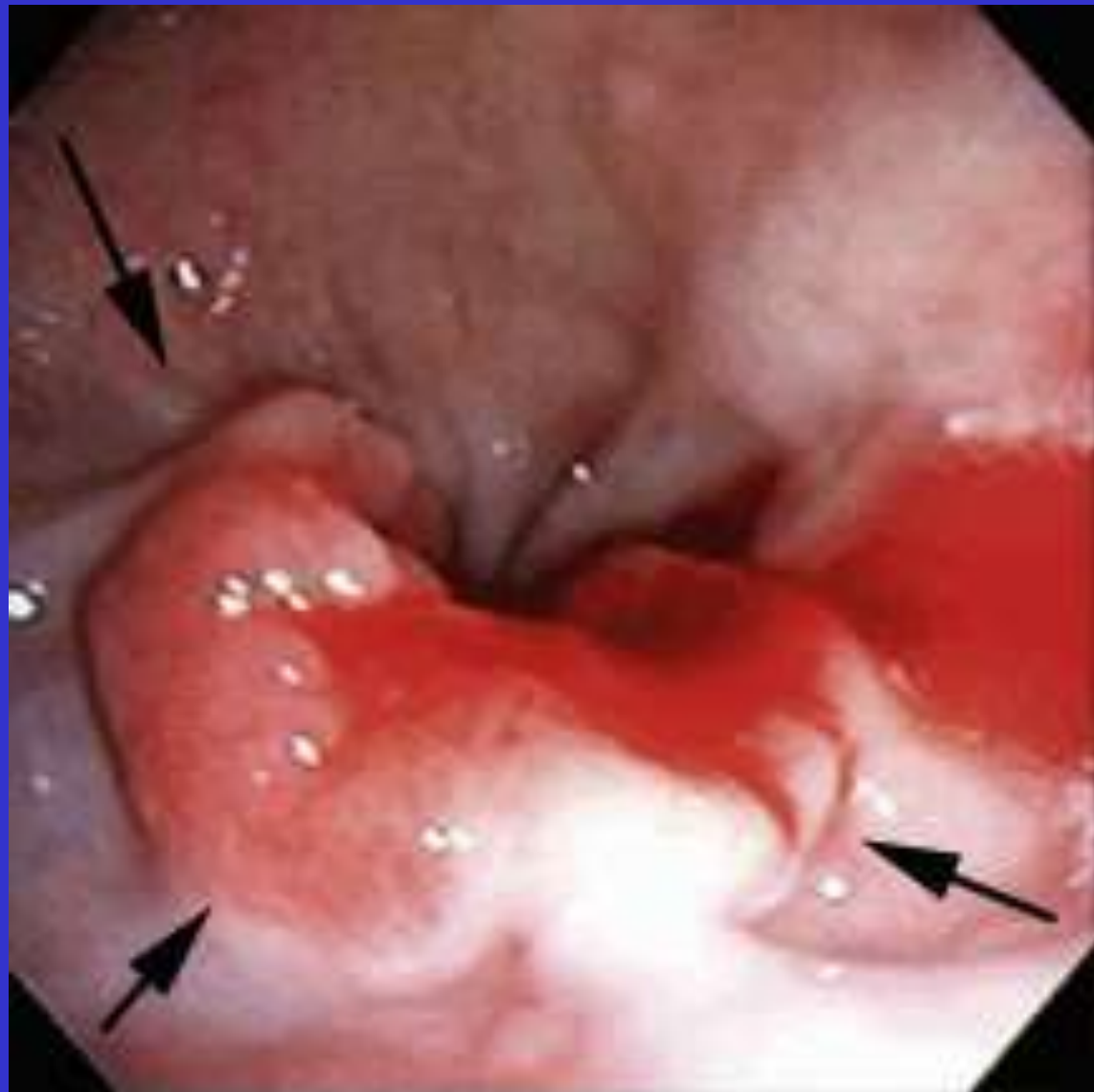
ve 29654
FEM 45

CA ESOFAGO 1/3 MEDI...

08/10/94
13:45:20



DR. MURRA SACA



Cancer in Lower Esophagus

Image endoscopique

Carcinome squameux

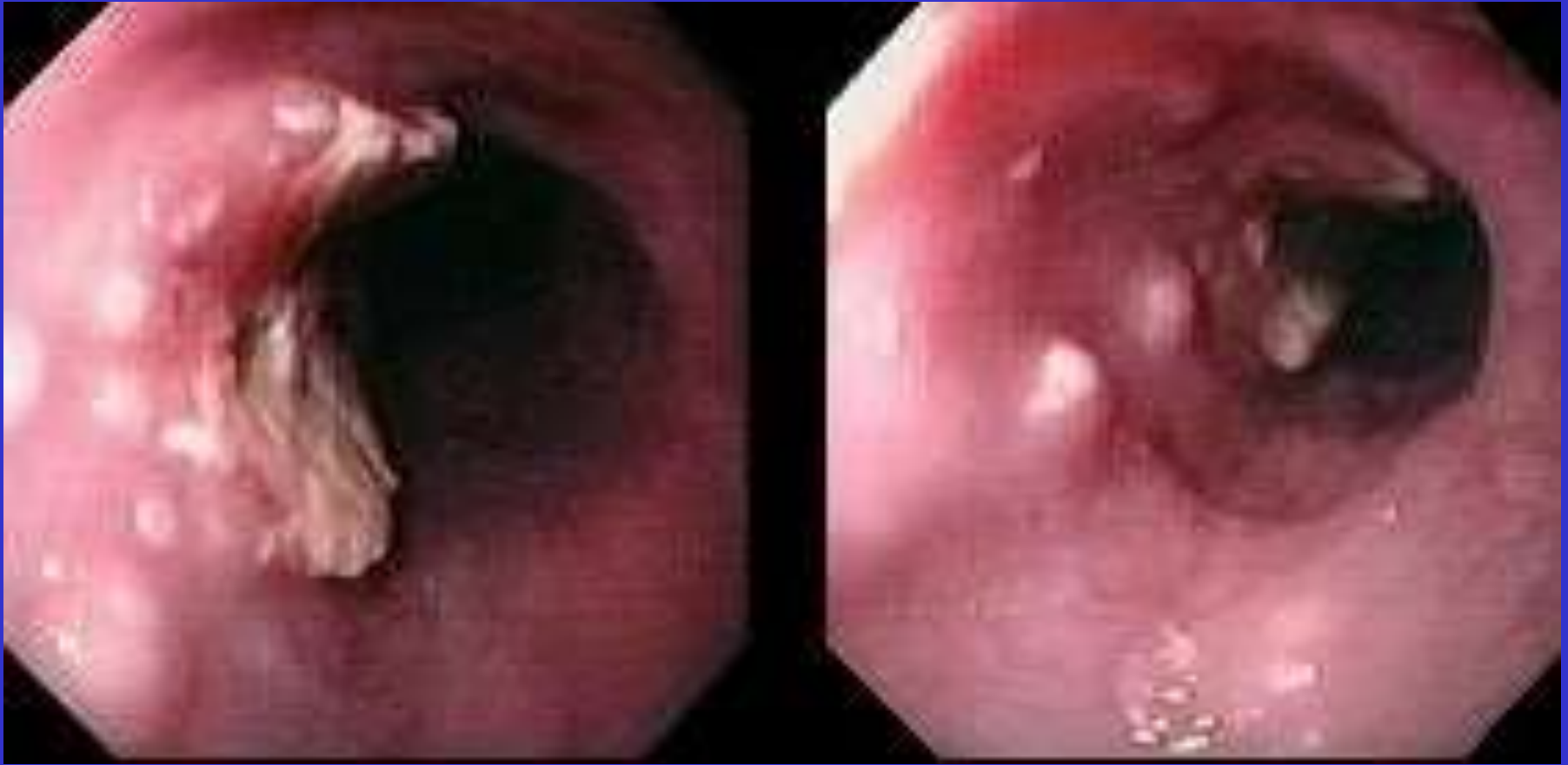


Image endoscopique

Adénocarcinome



Image endoscopique



Carcinome infiltrant

Image endoscopique

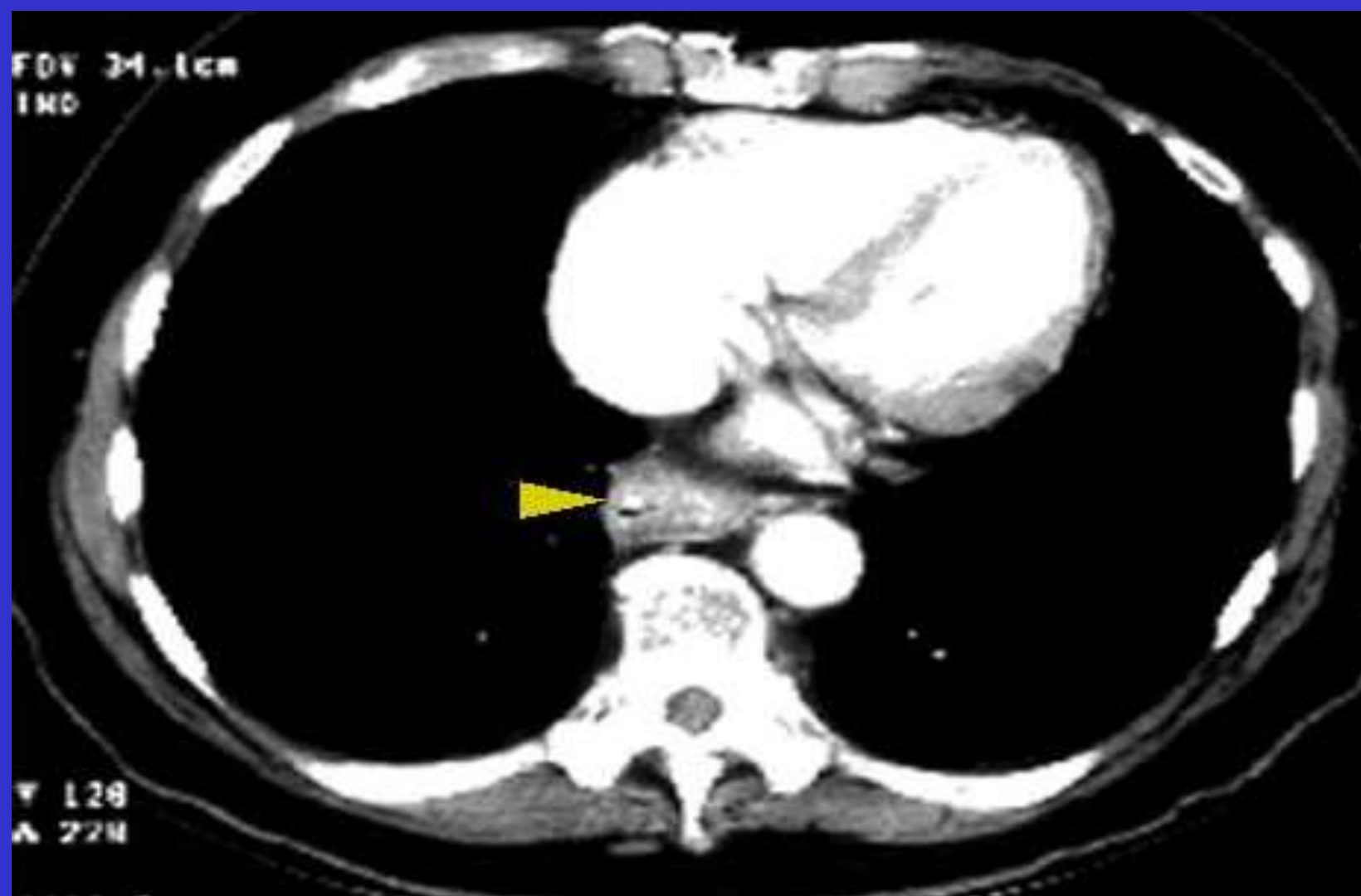


Carcinome végétant, , obstructif avec rétention de corps étrangers (médicaments)



Echographie
endoluminale

Scanner



Signes principaux de diagnostic

- Dysphagie progressive initiale pour les solides
- Perte progressive de poids
- Examens radiologiques
- Endoscopie avec biopsie et cytologie

Stadialisation TNM

T (tumeur)

T0 = la tumeur n'est pas mise en évidence (in situ)

T1 = la tumeur envahit la muqueuse, possiblement la submuqueuse, **sans** musculaire

T2 = la tumeur envahit la musculaire

T3 = la tumeur dépasse la musculaire

N (adénopathie)

N0 = sans métastase ggl.

N1 = métastase ggl. régionale

N2 = métastase ggl. régionale multiple

N3 = métastases ggl. à distance (tronc coeliaque, latéro-cervical)

M (métastase)

M0 = sans métastase à distance

M1 = avec métastase à distance (voie hématogène)

Stadialisation post-opératoire

Stade I T0-1 N0 M0

Stade II T2 N0 M0

Stade III T3 N0 M0
 tout T, tout N, M0

Stade IV tout T, tout N, M1

Diagnostic différentiel

- Tumeurs bénignes
- Autres affections de l'oesophage
 - achalasie
 - reflux gastro -oesophagien
 - diverticules oesophagiens
 - hernie hiatale
 - sténoses oesophagiennes bénignes
- Compressions extrinsèques (tumeurs médiastinales, etc)

Evolution , complications

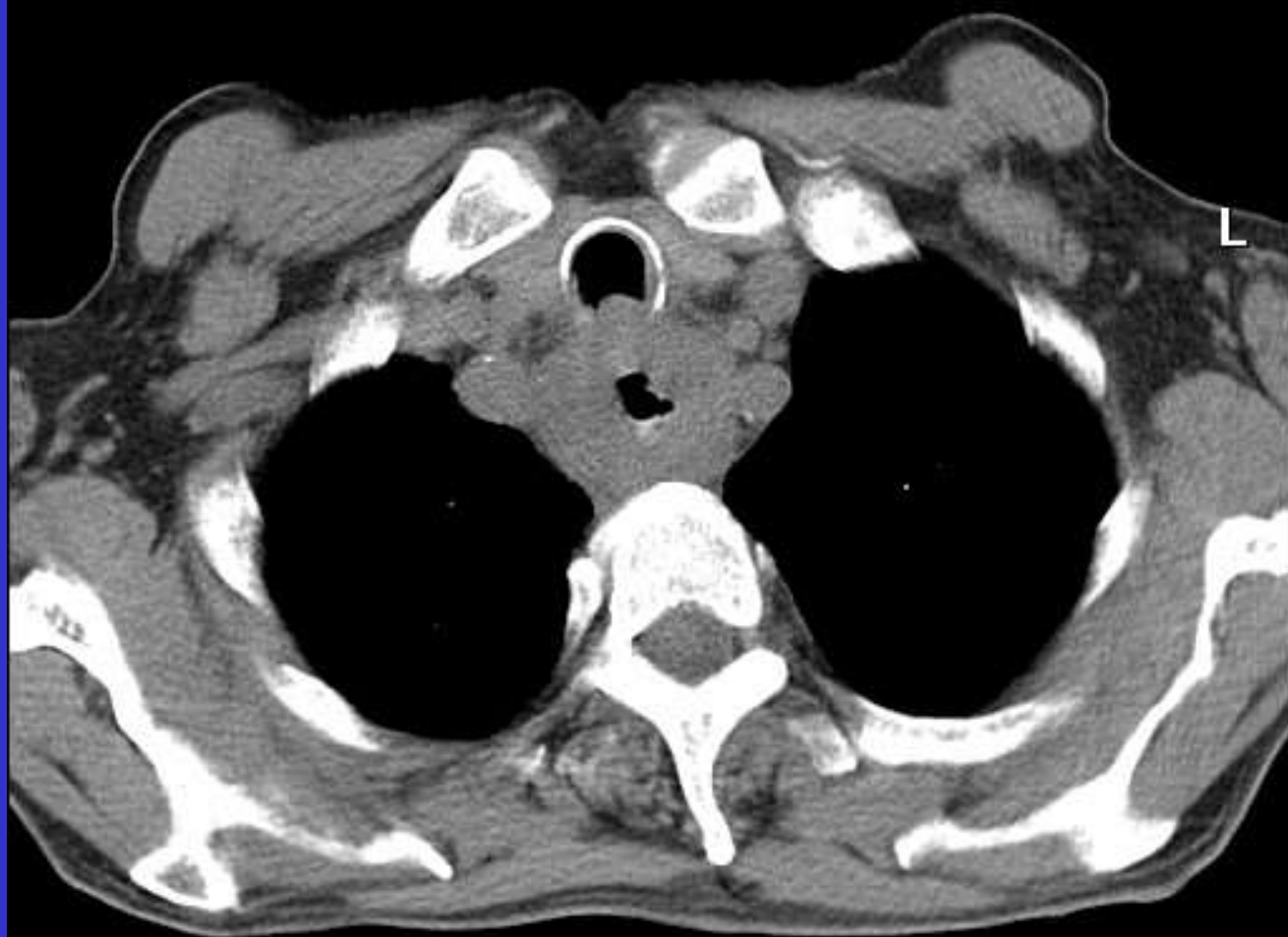
- Saignements (HDS)
- Invasion des structures médiastinales
- Fistules: oesotrachéale, oesobronchique, vasculaire
- Pneumonie d'aspiration - abcès pulmonaire

Complications - fistule oeso-bronchique





V Sc 21/8



W 400
L 40

V Sc 2/1/10



W 400
L 40

Traitement

- Chirurgical:
 - » - curatif
 - » - palliatif
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

Critères de contre indication a la chirurgie

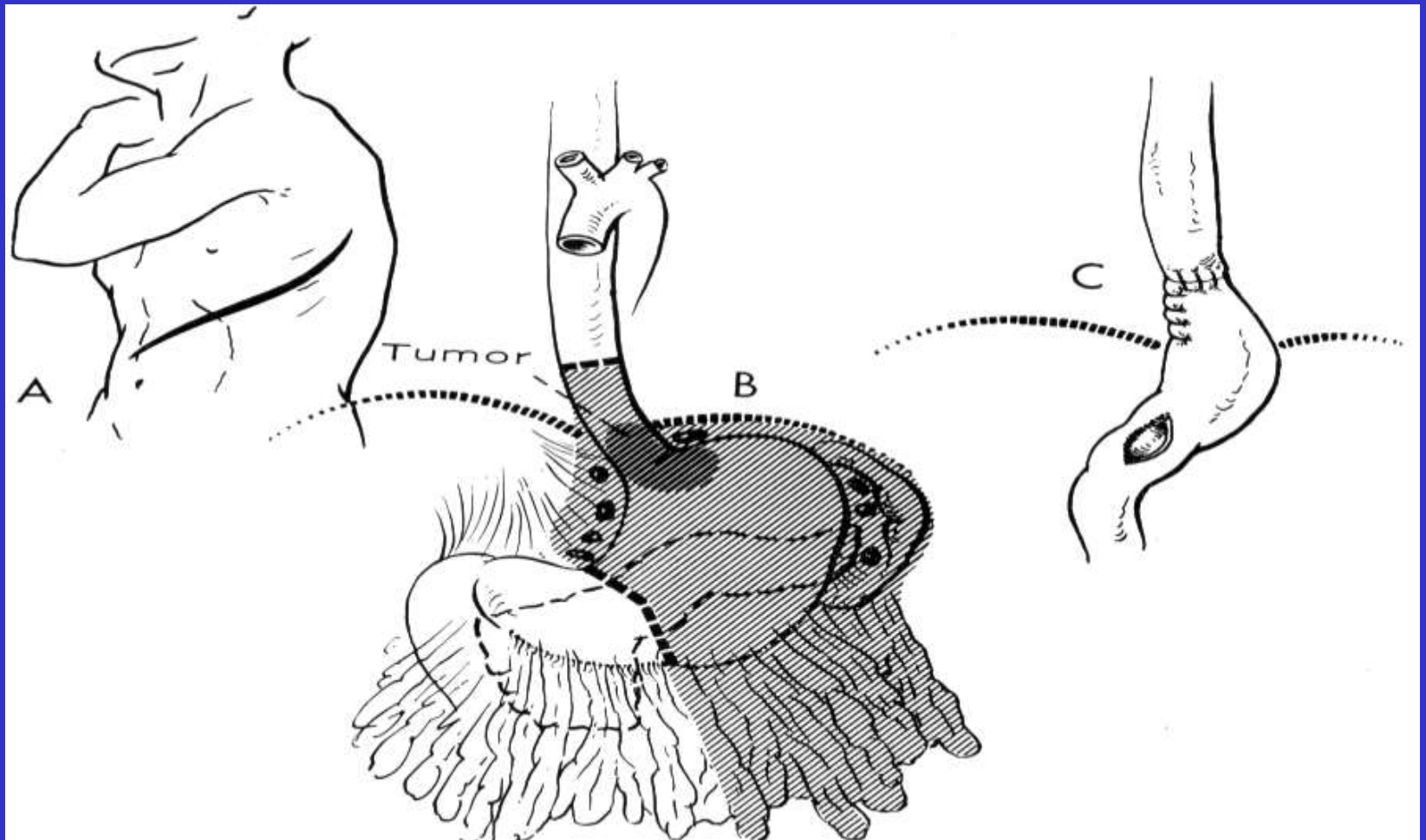
- Invasion trachéo- bronchique, aortique (bronchoscopie, tomographie)
- Critères radiologiques (longueur de la tumeur dans l'axe plus de 5 cm)
- Fistules oeso-bronchiques, invasion des nerfs récurrents (enrouement)
- Métastases à distance

Radiothérapie

Le carcinome squameux est radiosensible

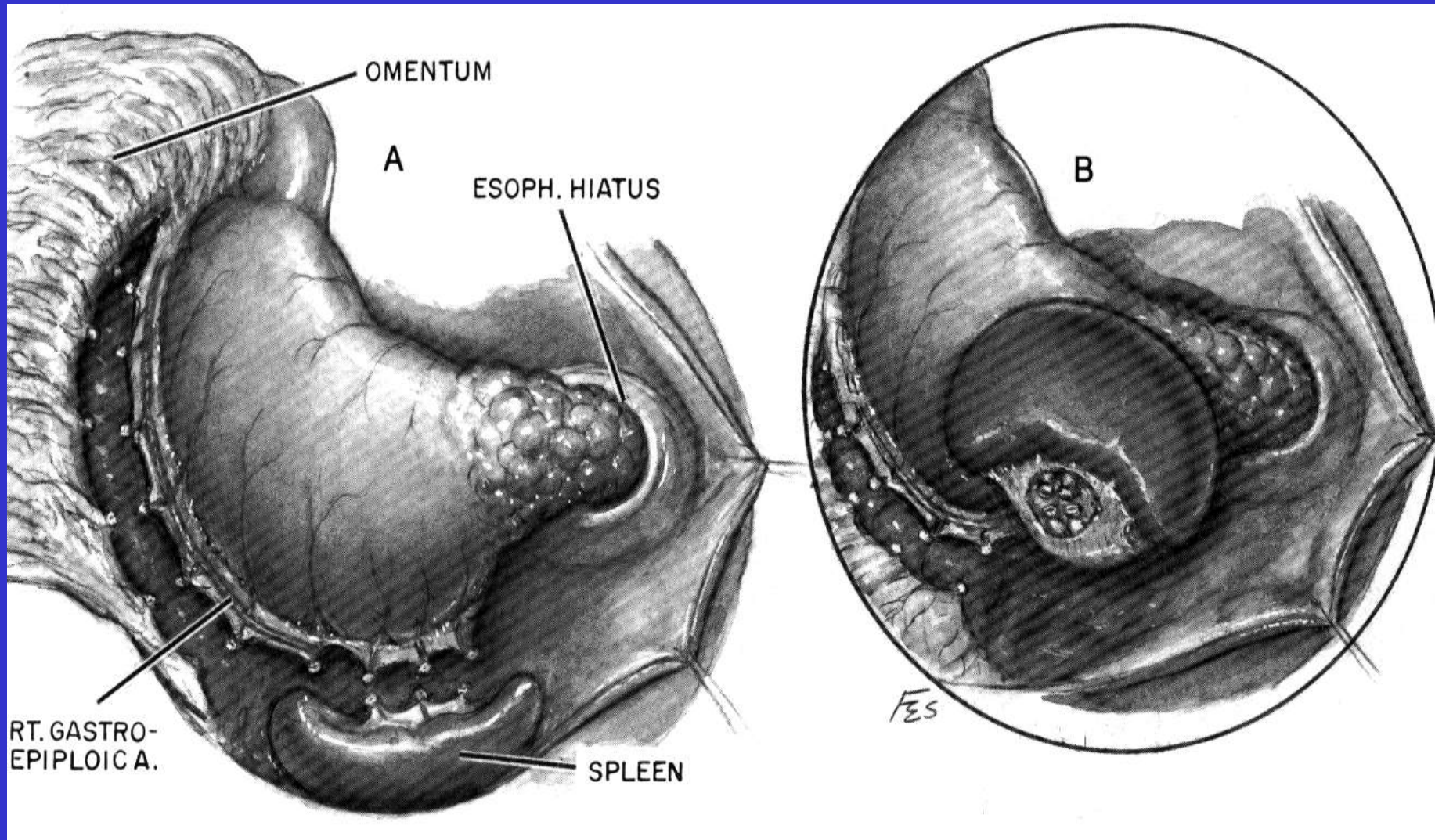
- Radiothérapie + chirurgie (stade III)
- Chimiothérapie (stade IV)

Opérations curatives (radicales)



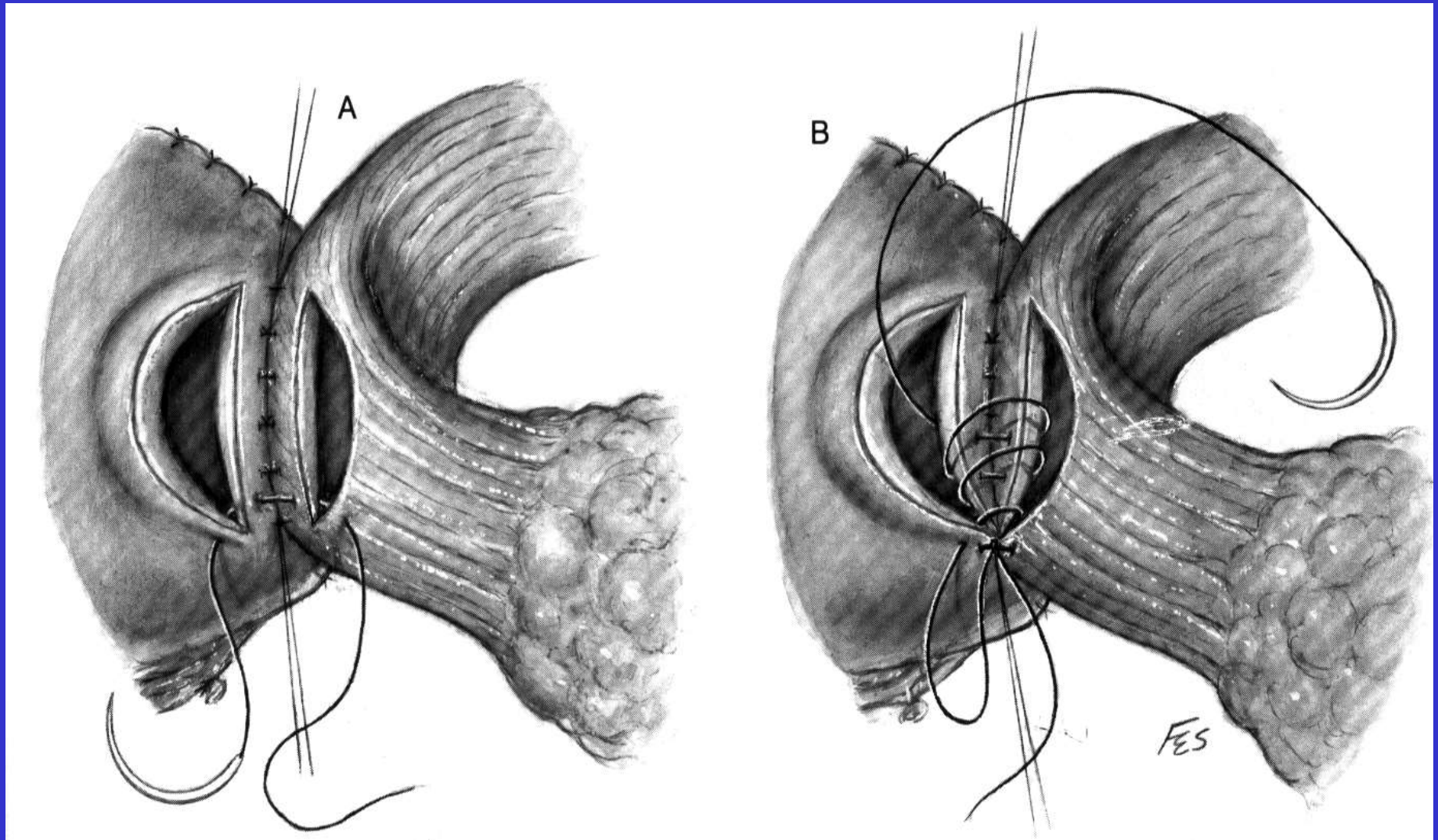
Oesogastrectomie polaire supérieure avec anastomose
oesogastrique termino-terminal intrathoracique

Opérations curatives



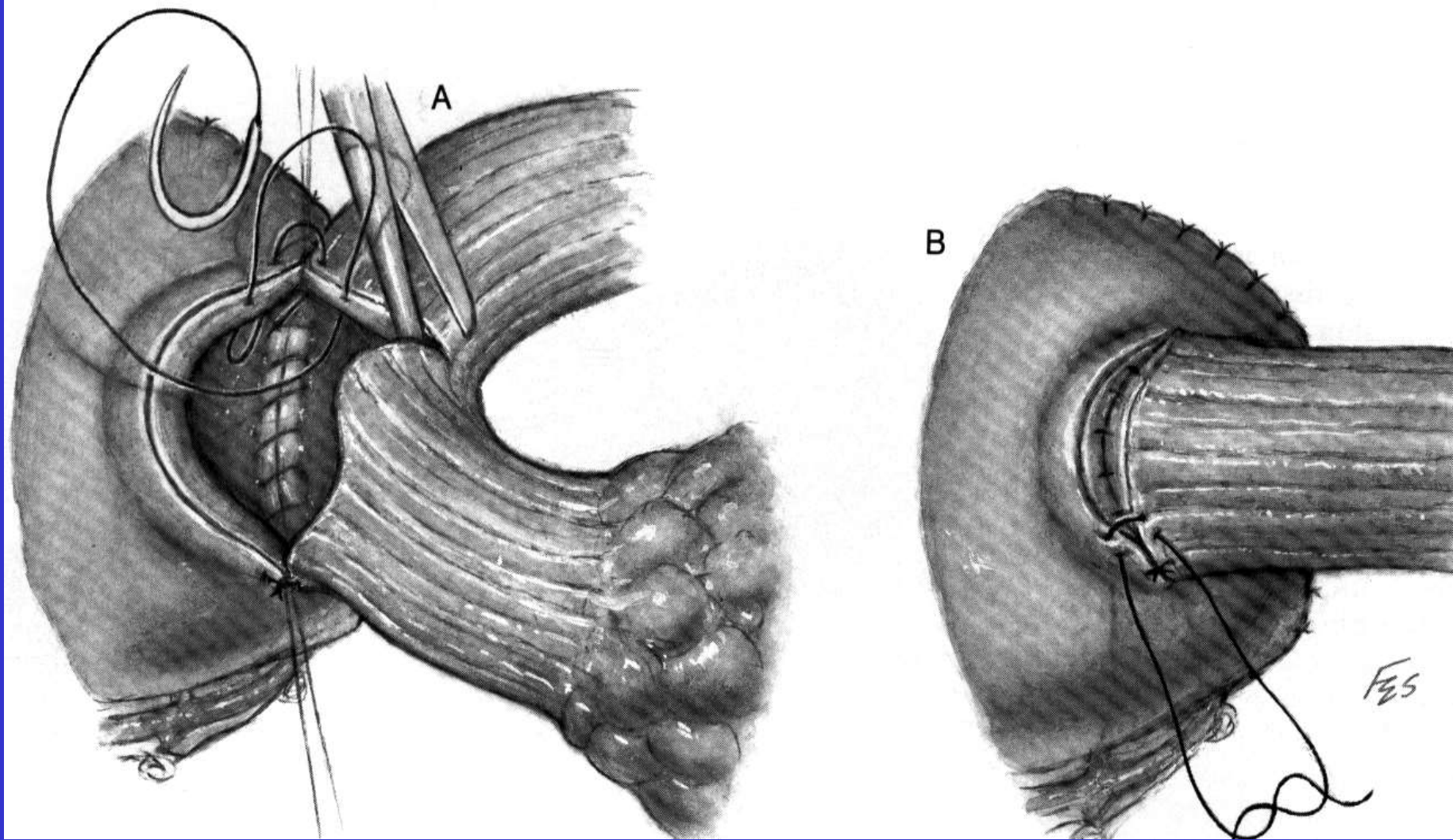
Oseogastrectomie totale avec splénectomie

Opérations paléatives



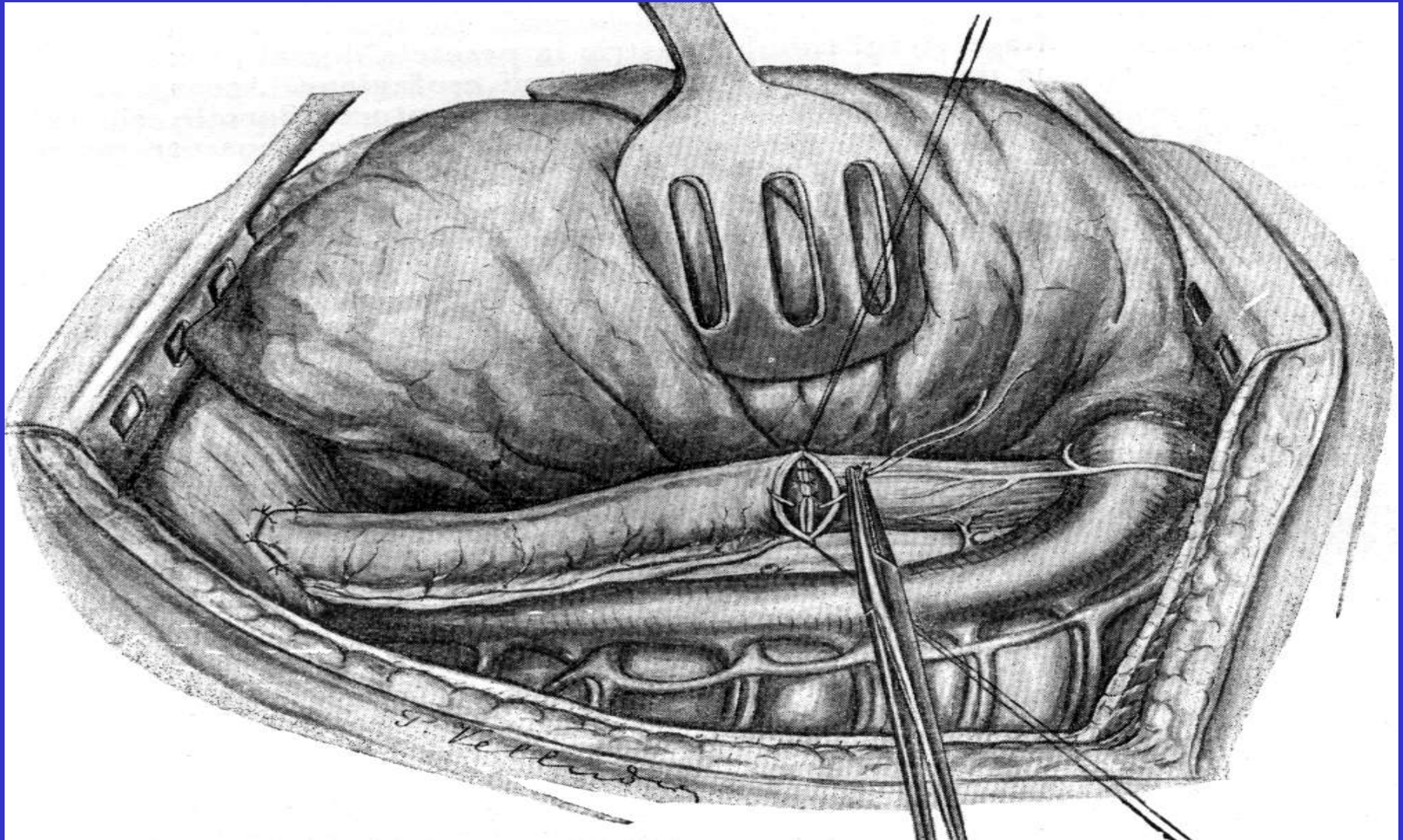
Oesogastroanastomose

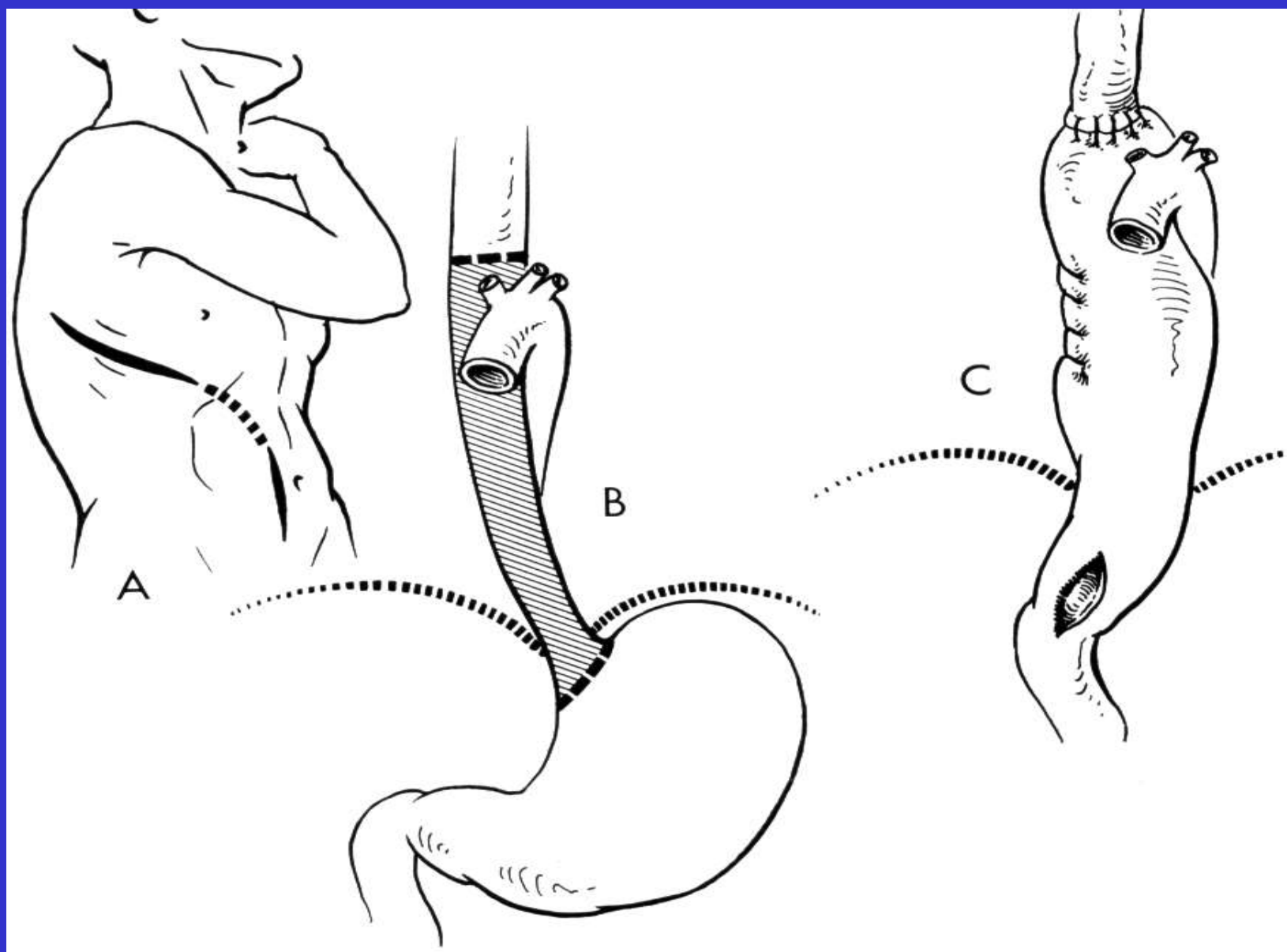
Opérations paléatives

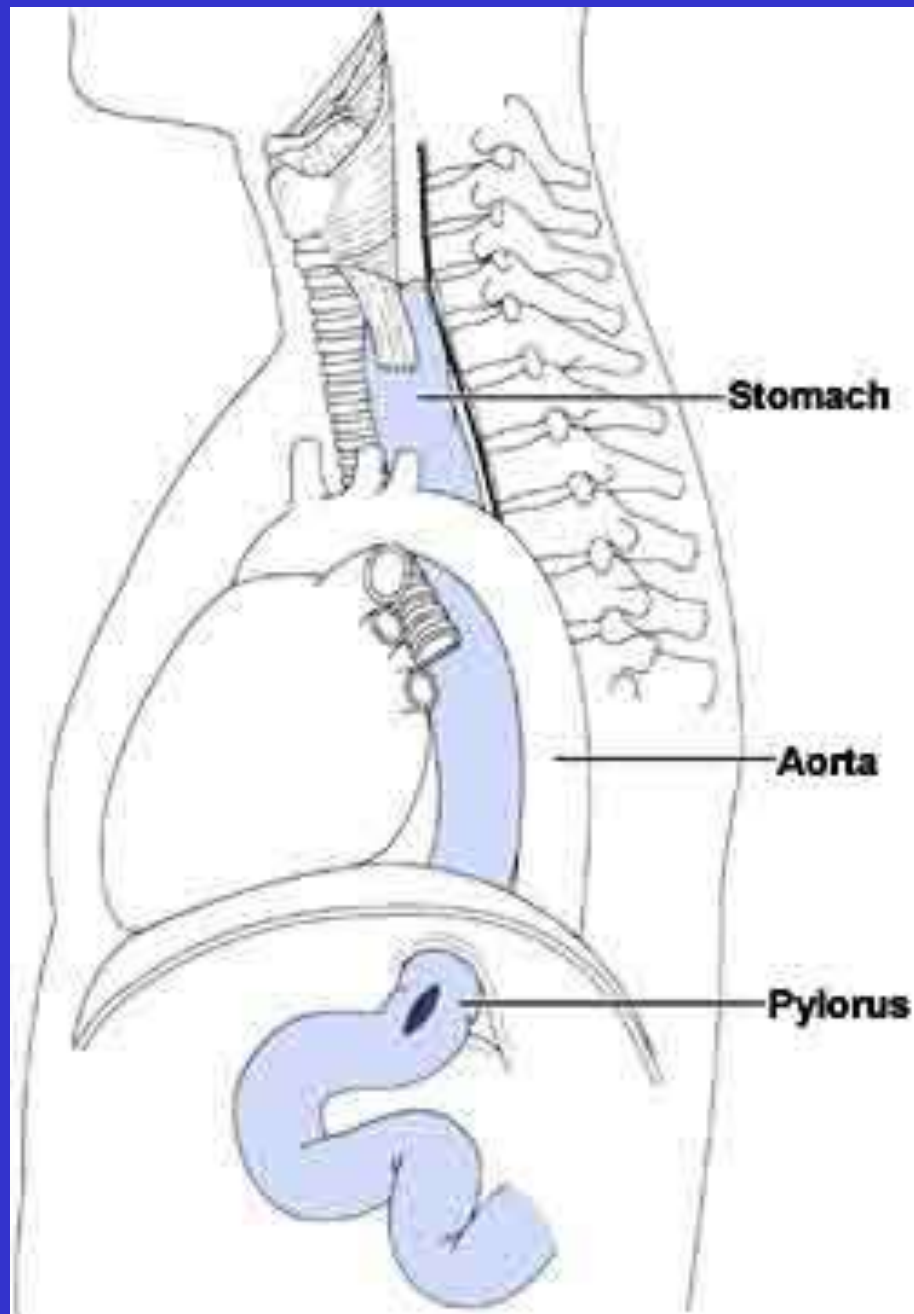


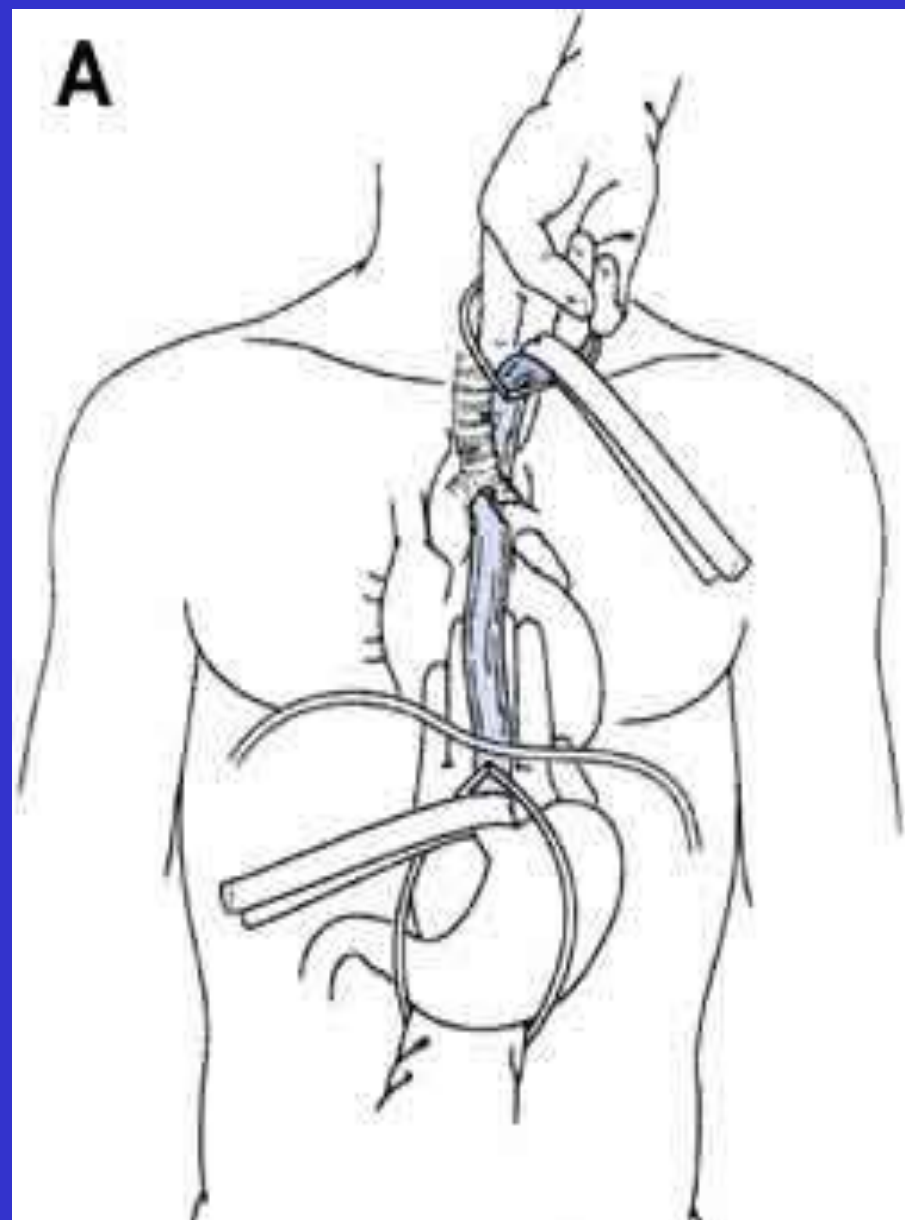
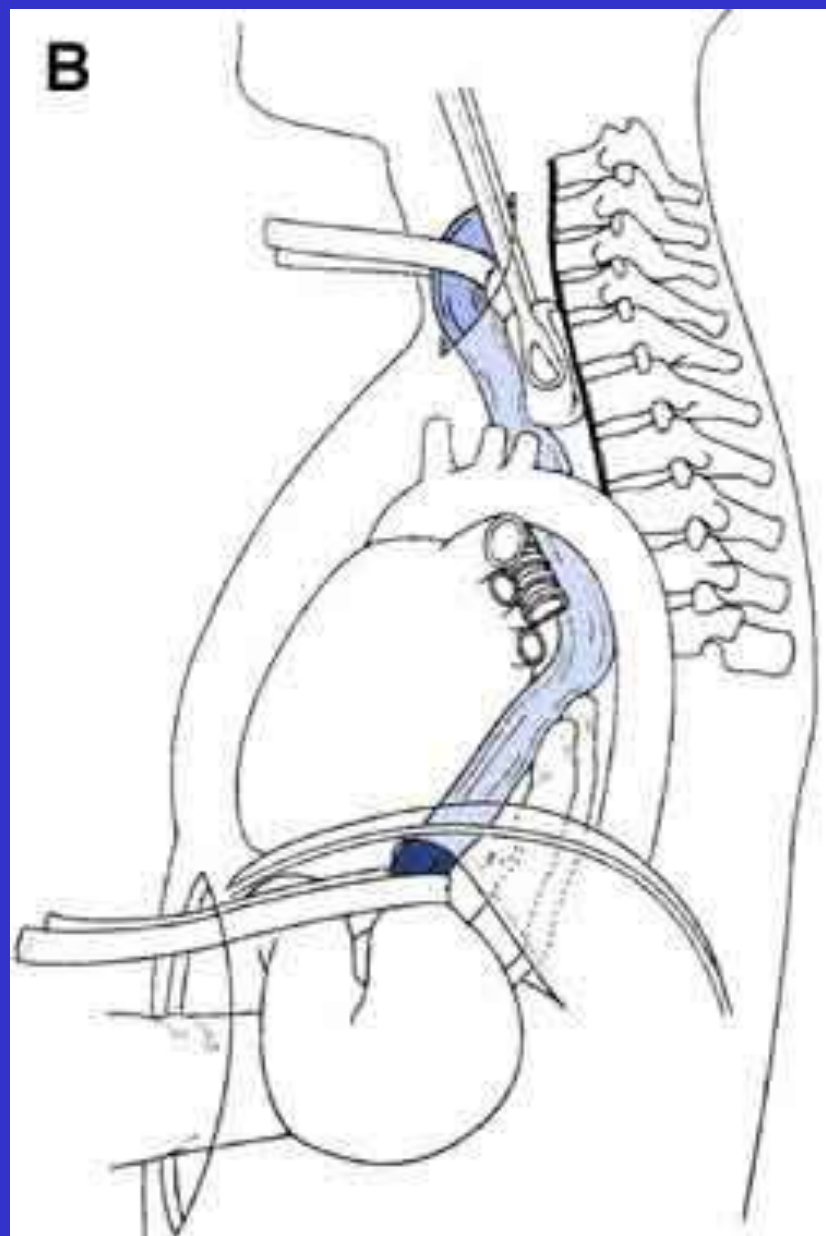
Oesogastroanastomose termino-latérale

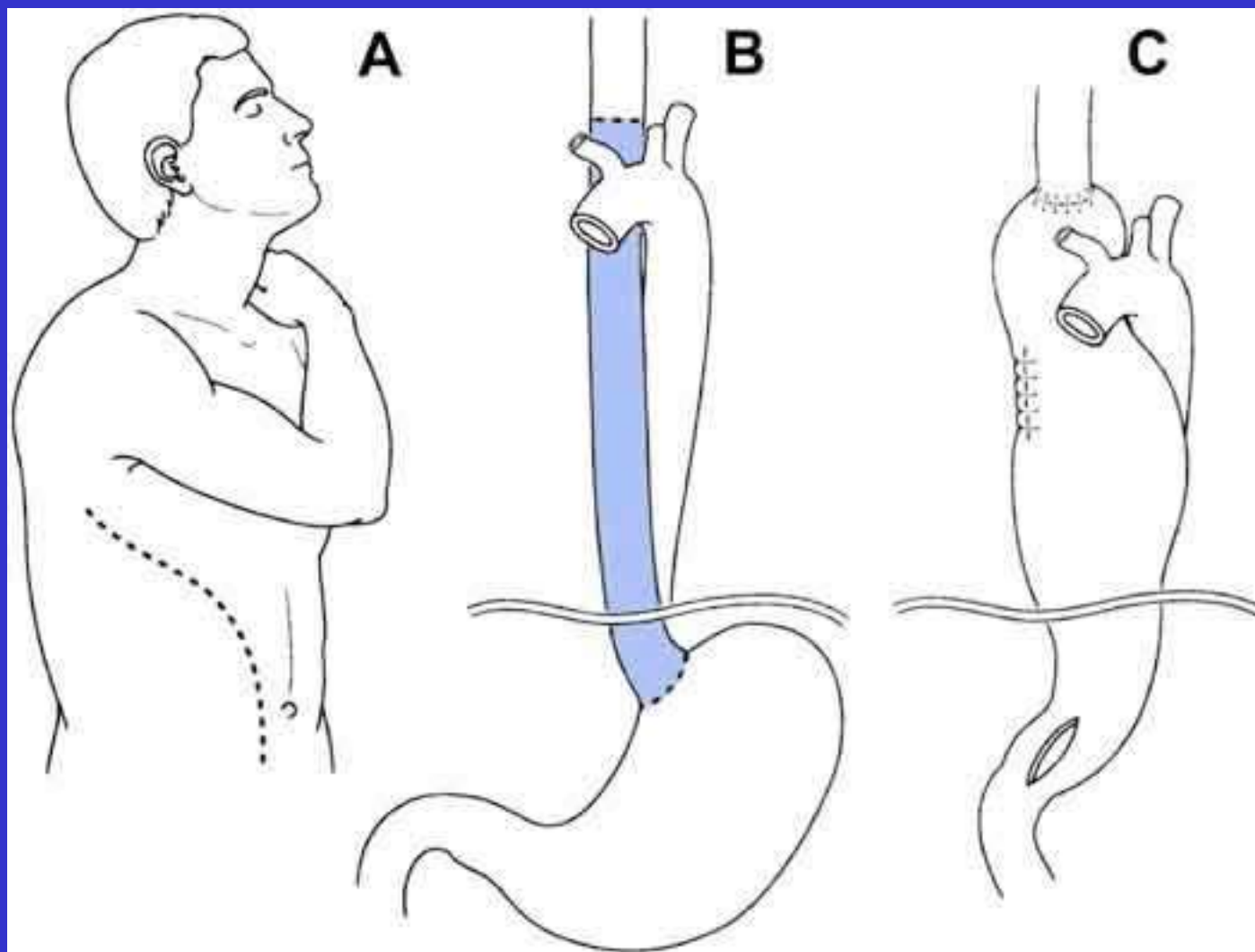
Reconstruction oesophagienne avec intestin grêle



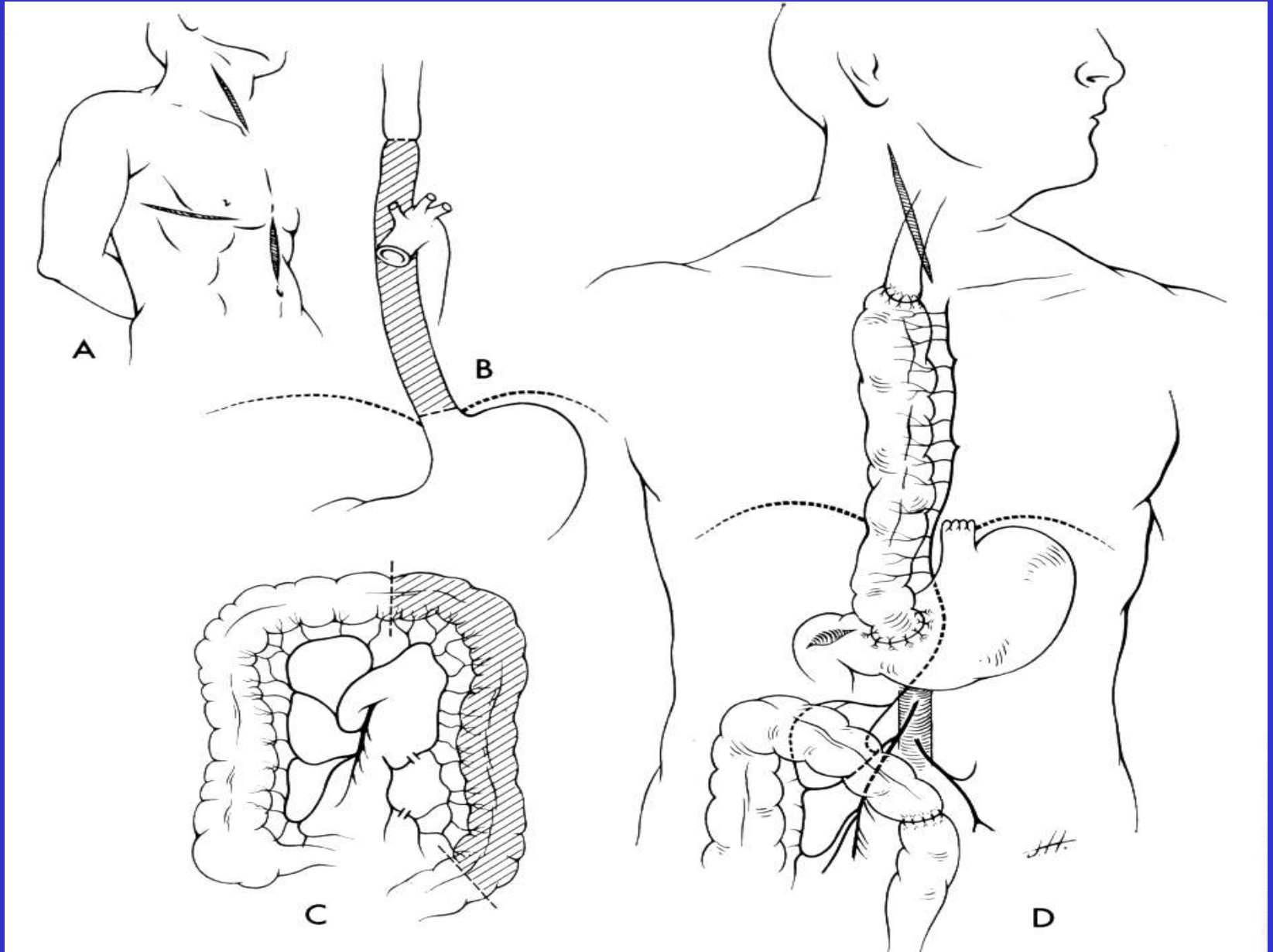




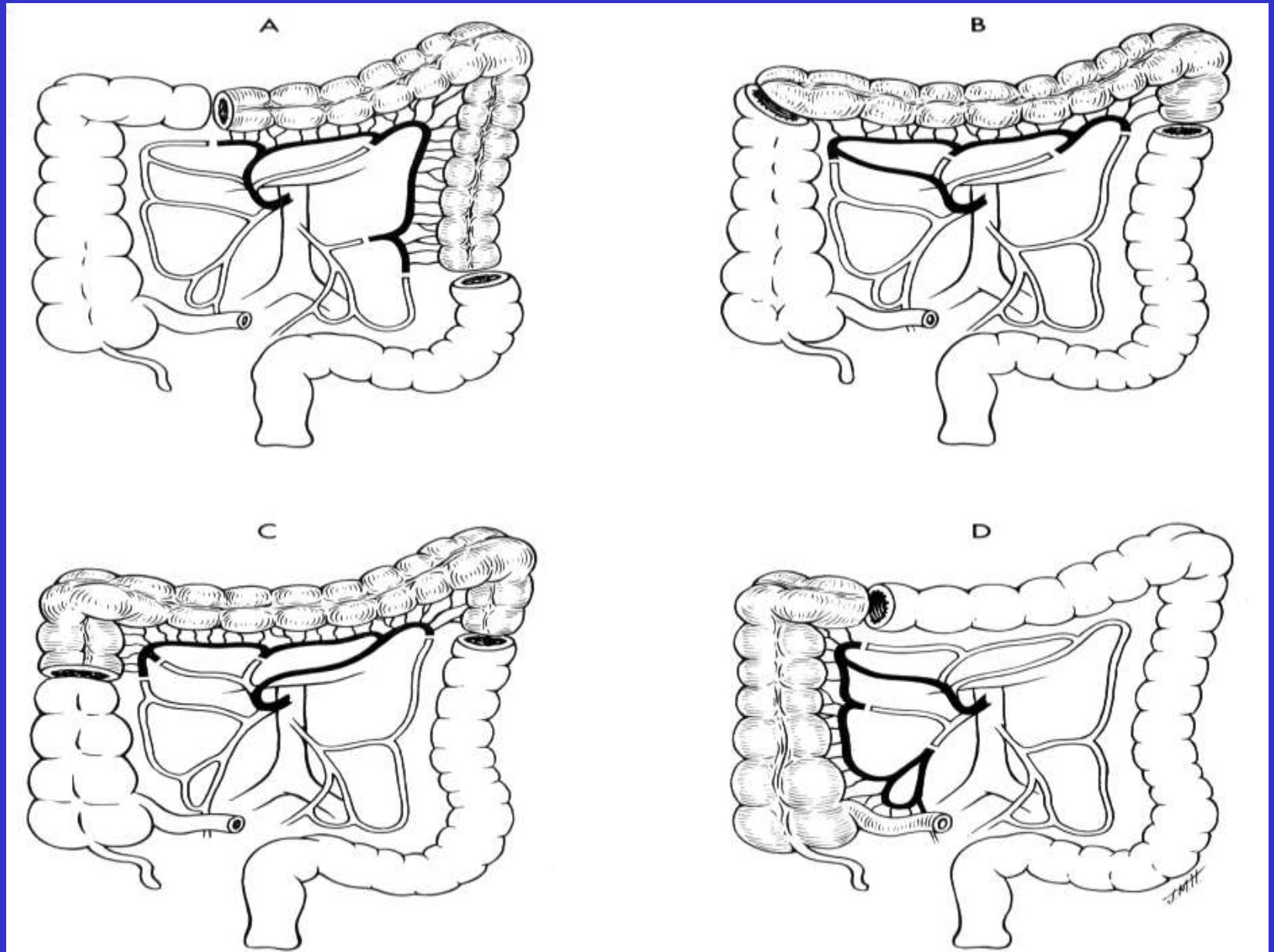




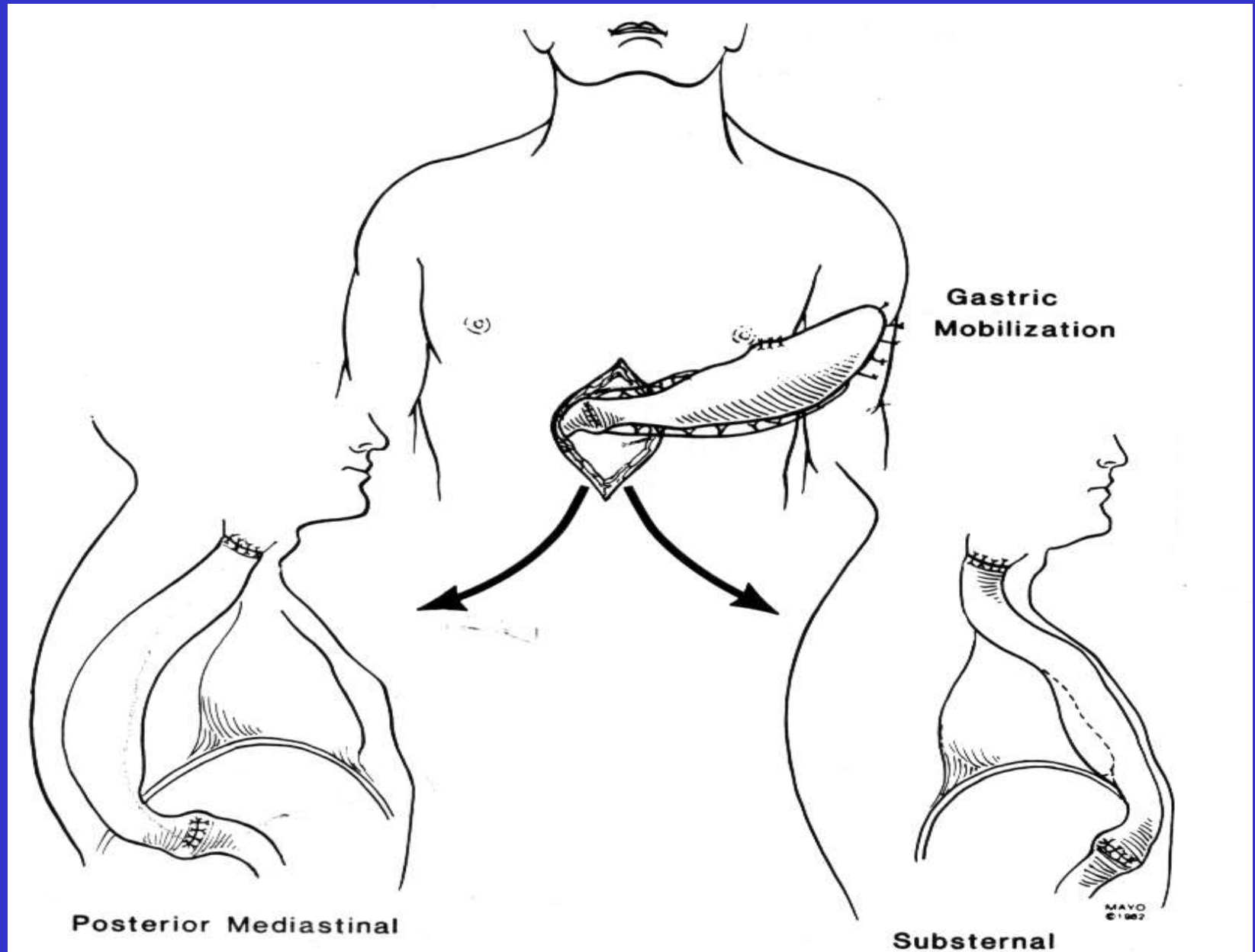
Reconstruction oesophagienne avec colôn



Oesophagoplastie avec côlon (variantes)



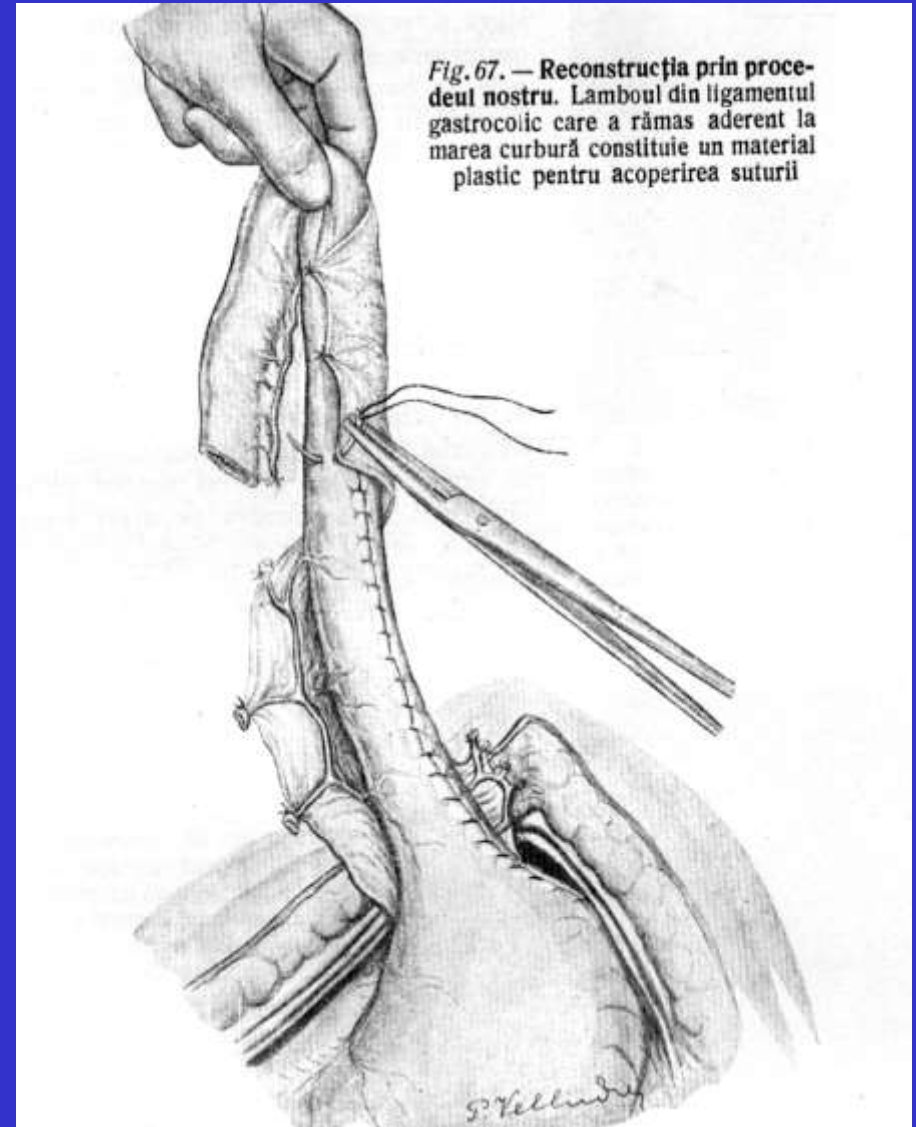
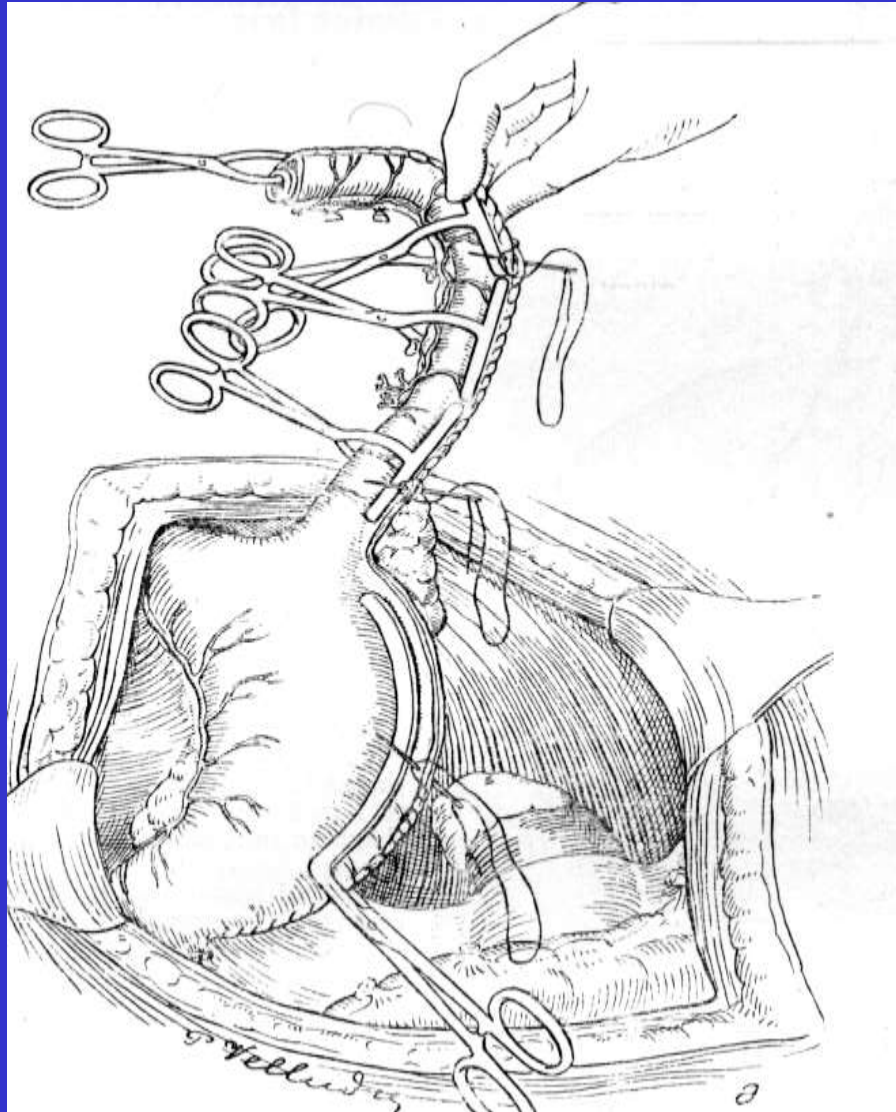
Oesophagoplastie avec tube gastrique

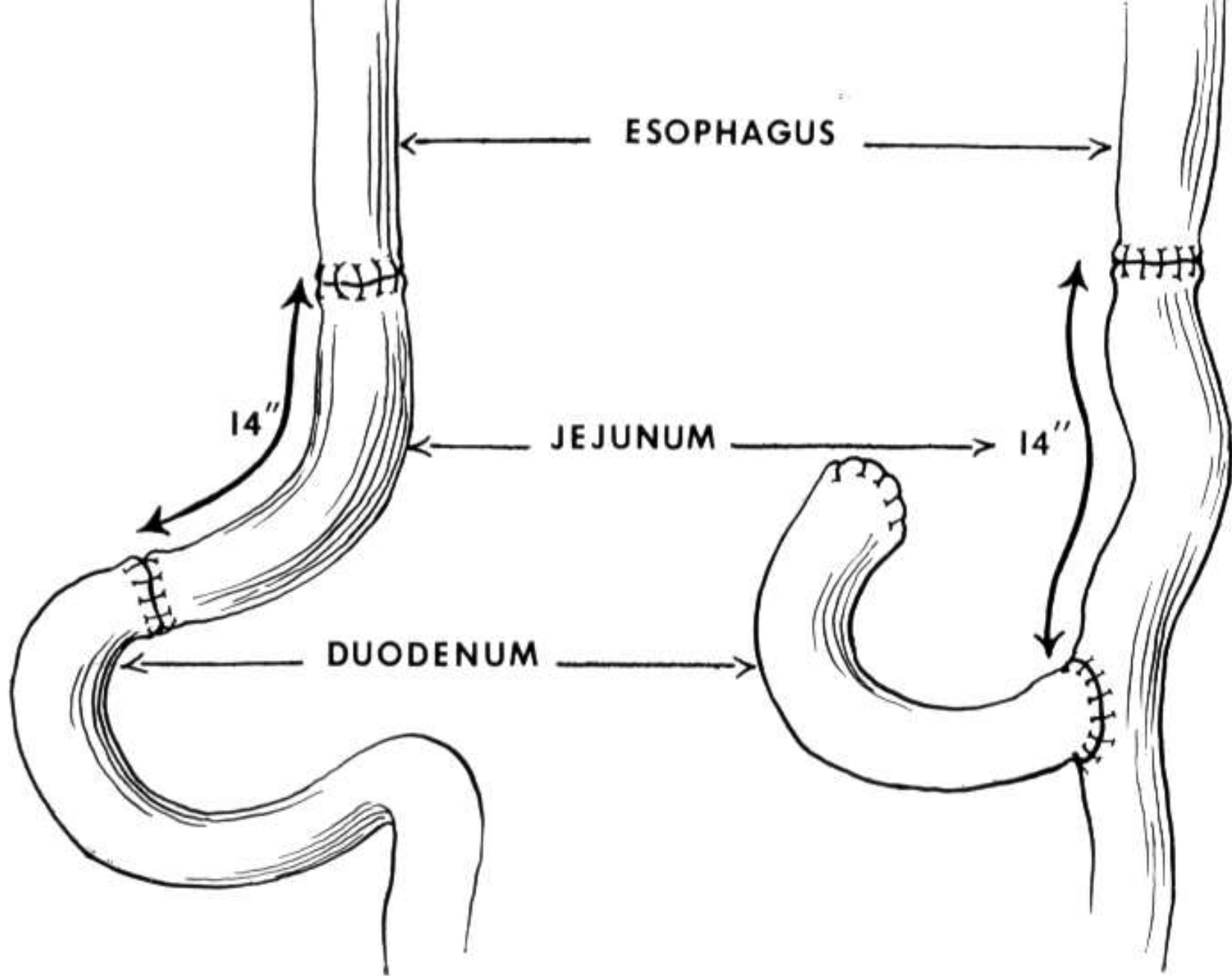


Reconstruction avec tube gastrique



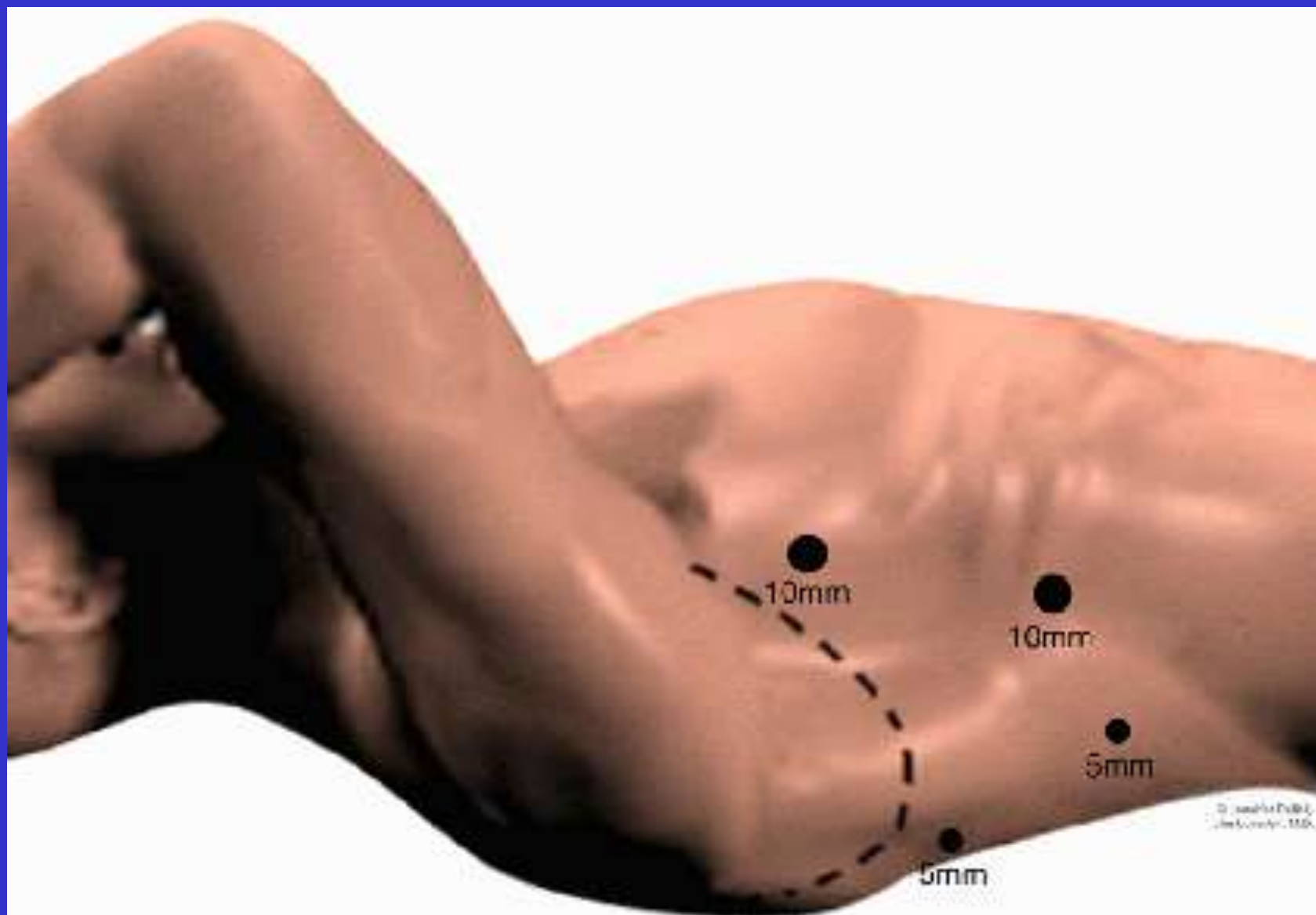
Reconstruction avec tube gastrique

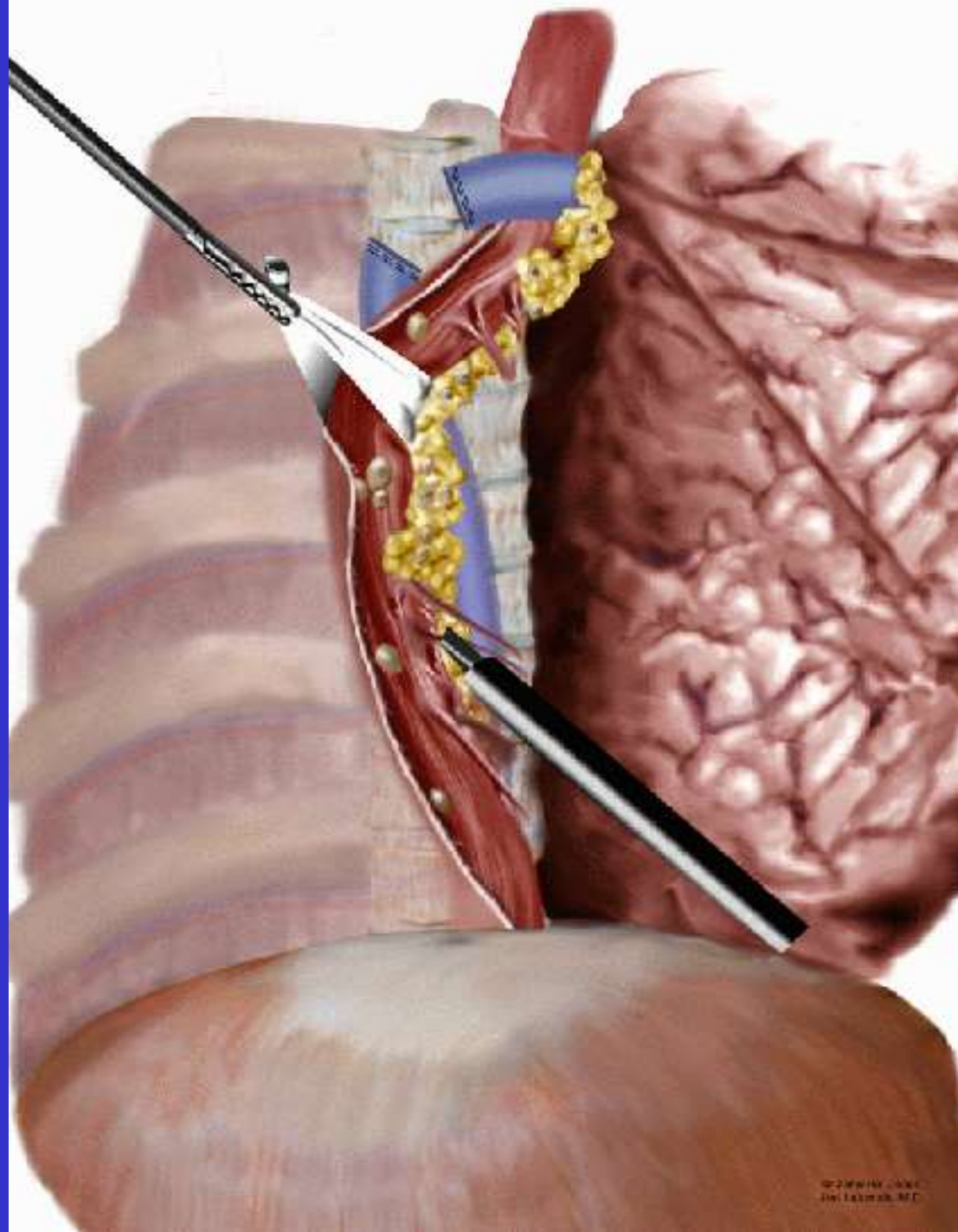


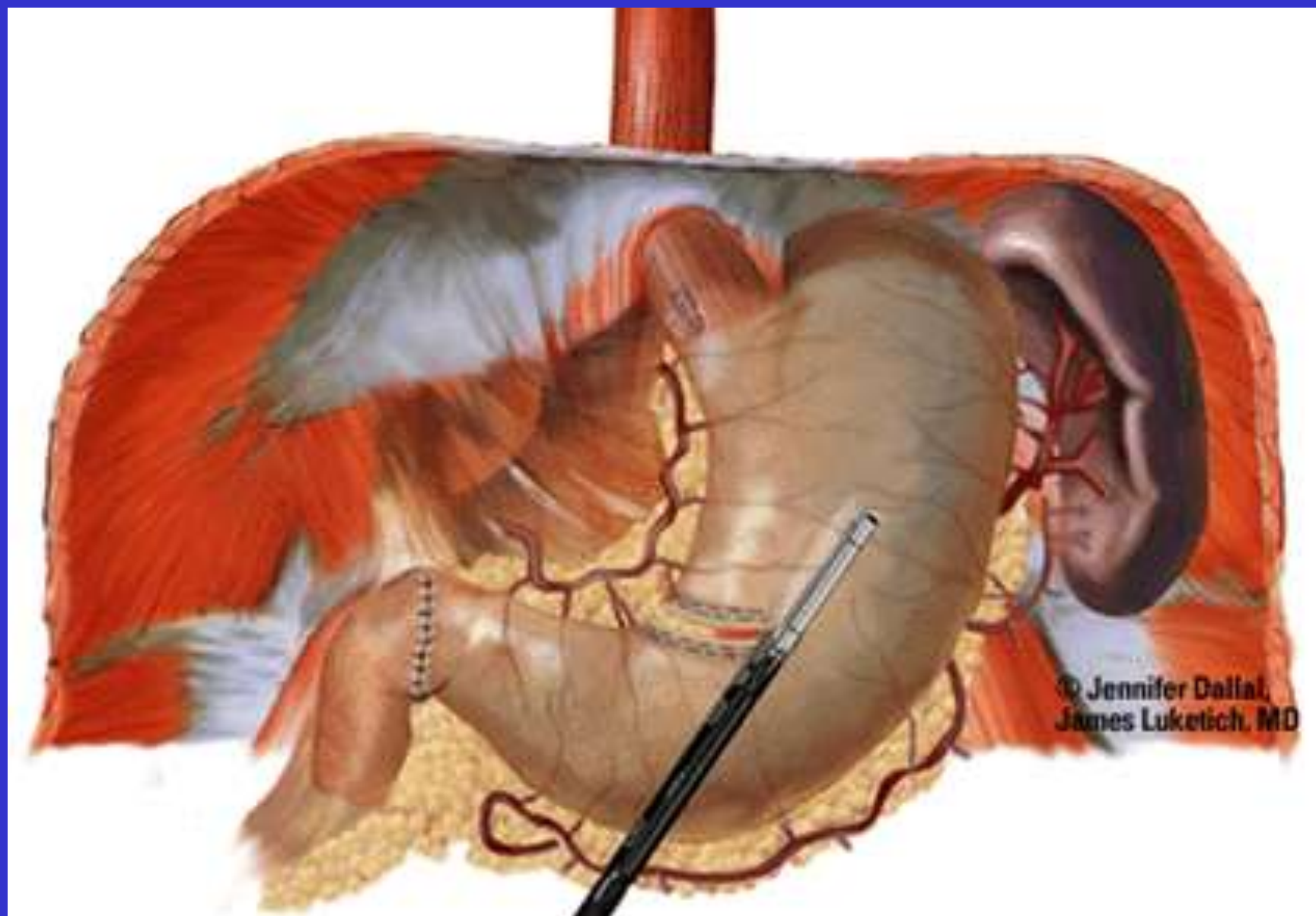


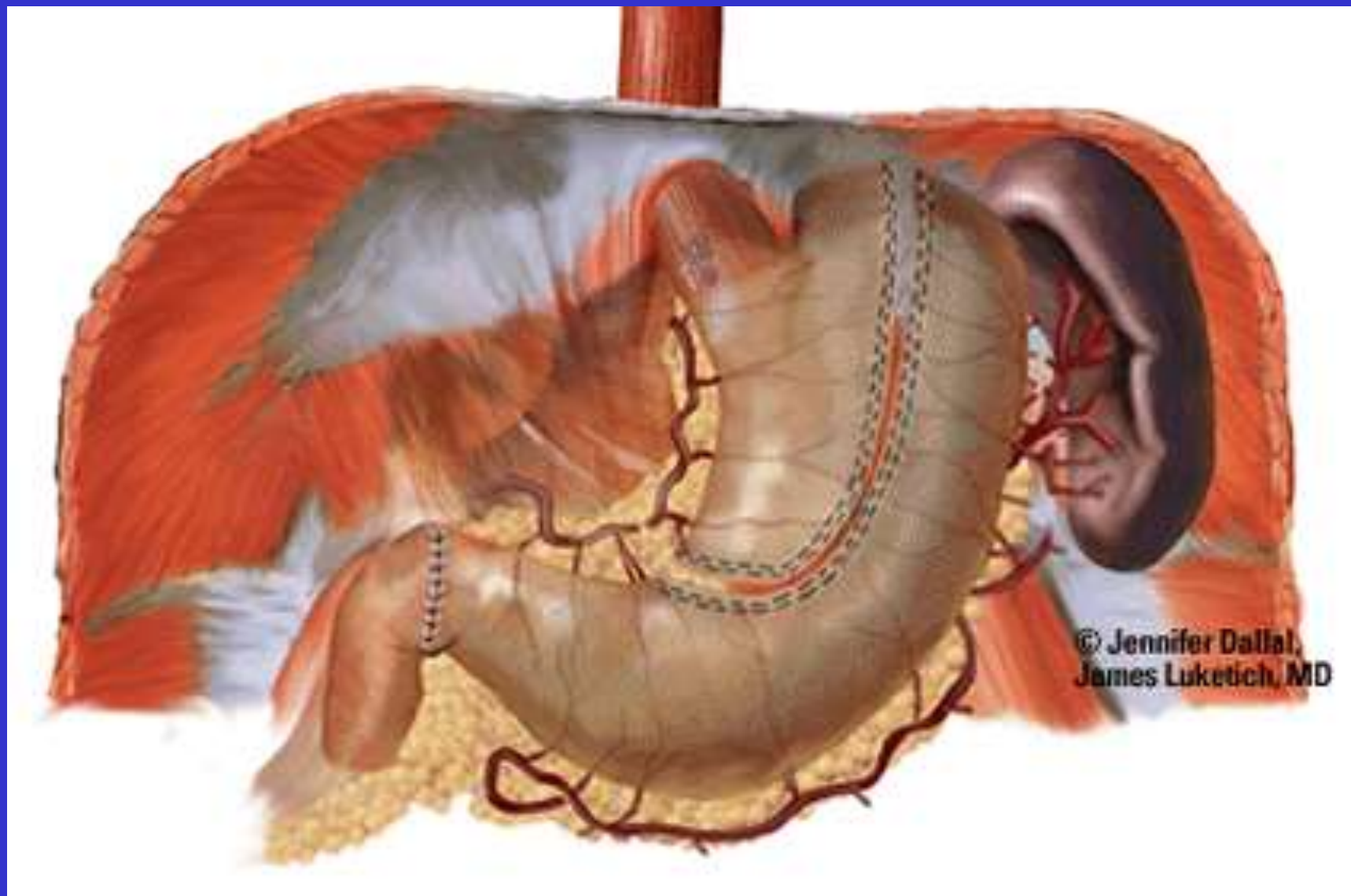
INTERPOSITION

ROUX-en-Y

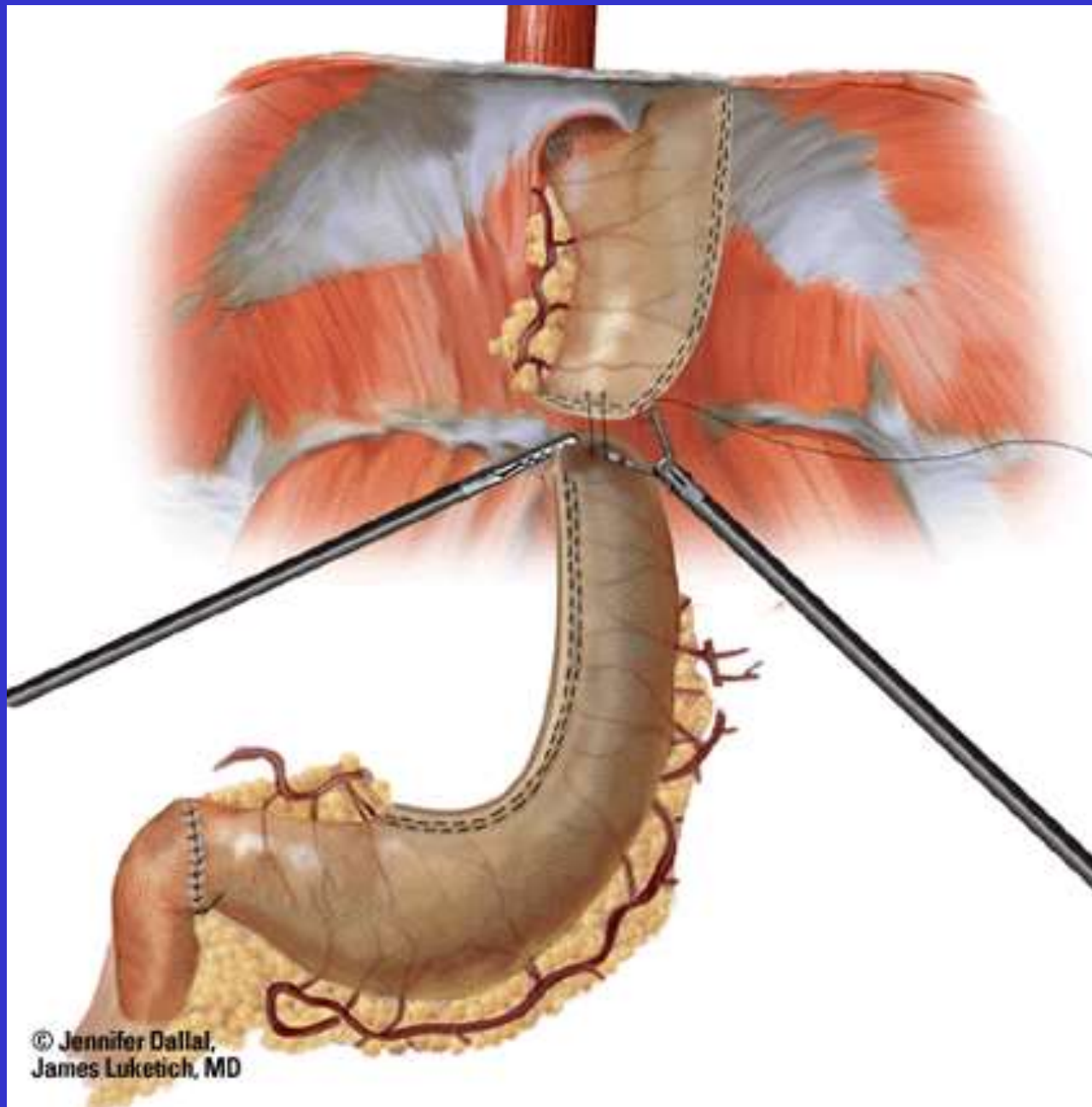




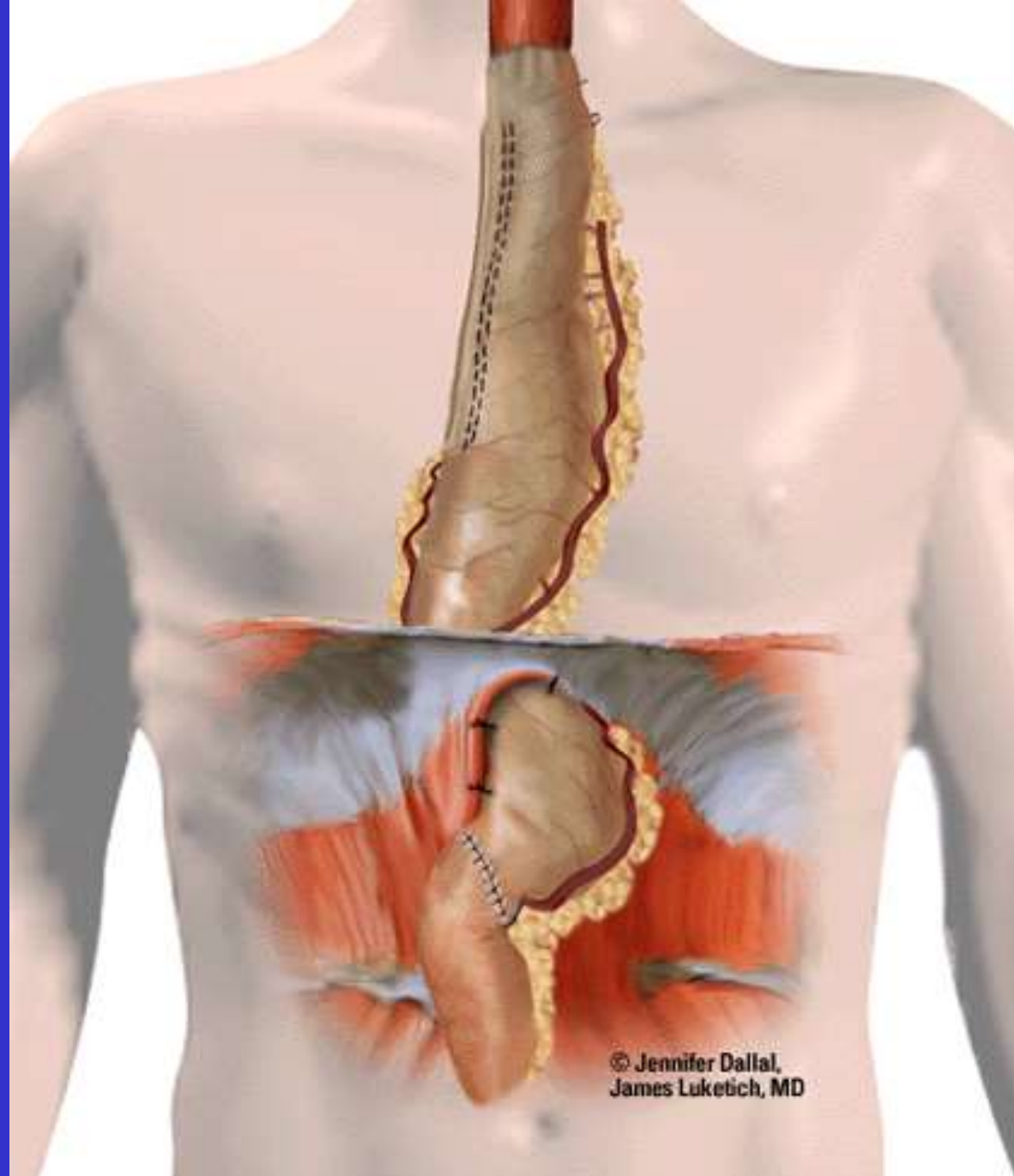




© Jennifer Dallal,
James Luketich, MD



© Jennifer Dallal,
James Luketich, MD

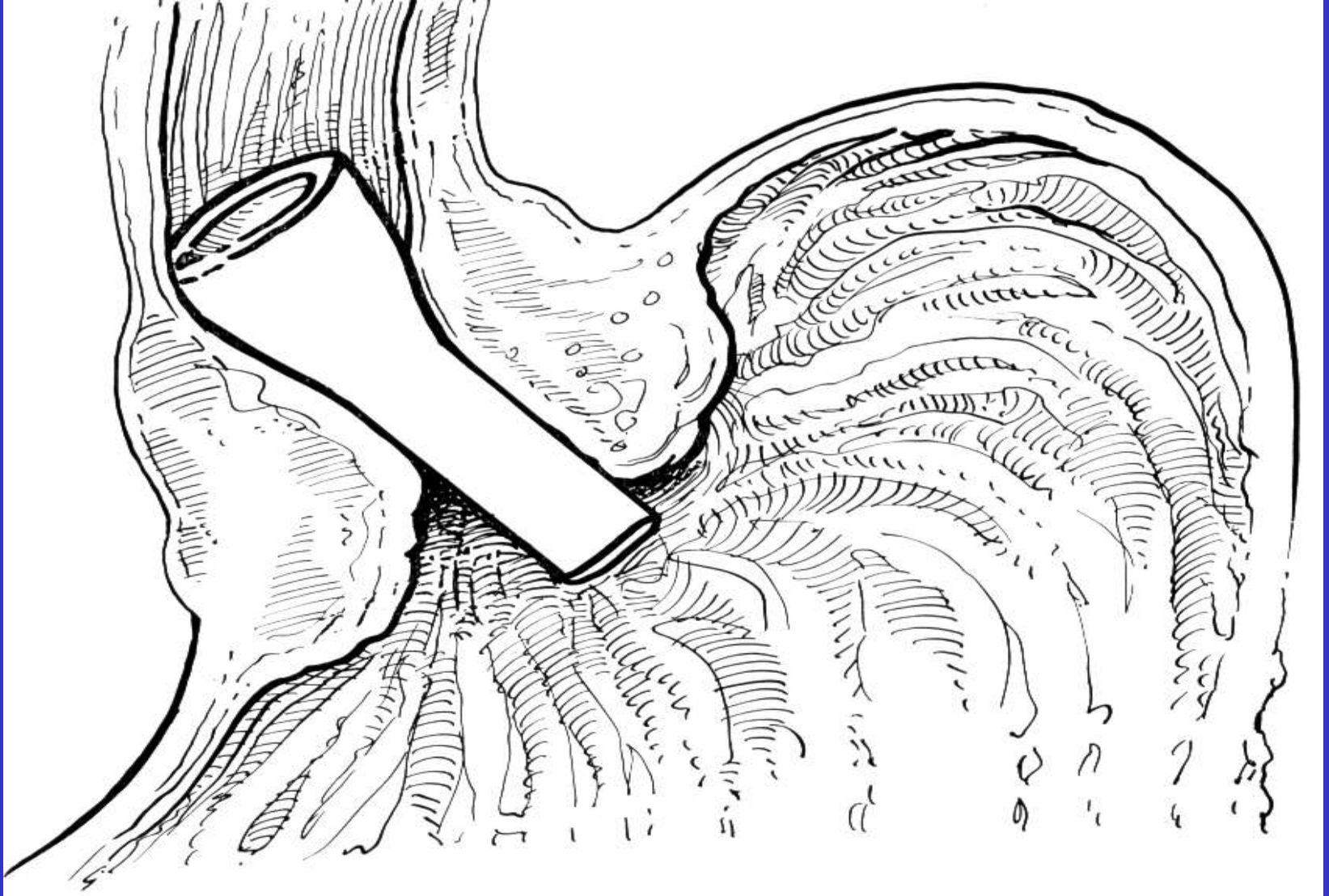


© Jennifer Dallal,
James Luketich, MD

Opérations palliatives

- Dilatation oesophagienne transtumorale
- Gastrostomie ou jéjunostomie
- Mise en place d'une prothèse oesophagienne transtumorale
- Résections palliatives
- Opérations de contournement (by pass) de l'obstacle tumoral

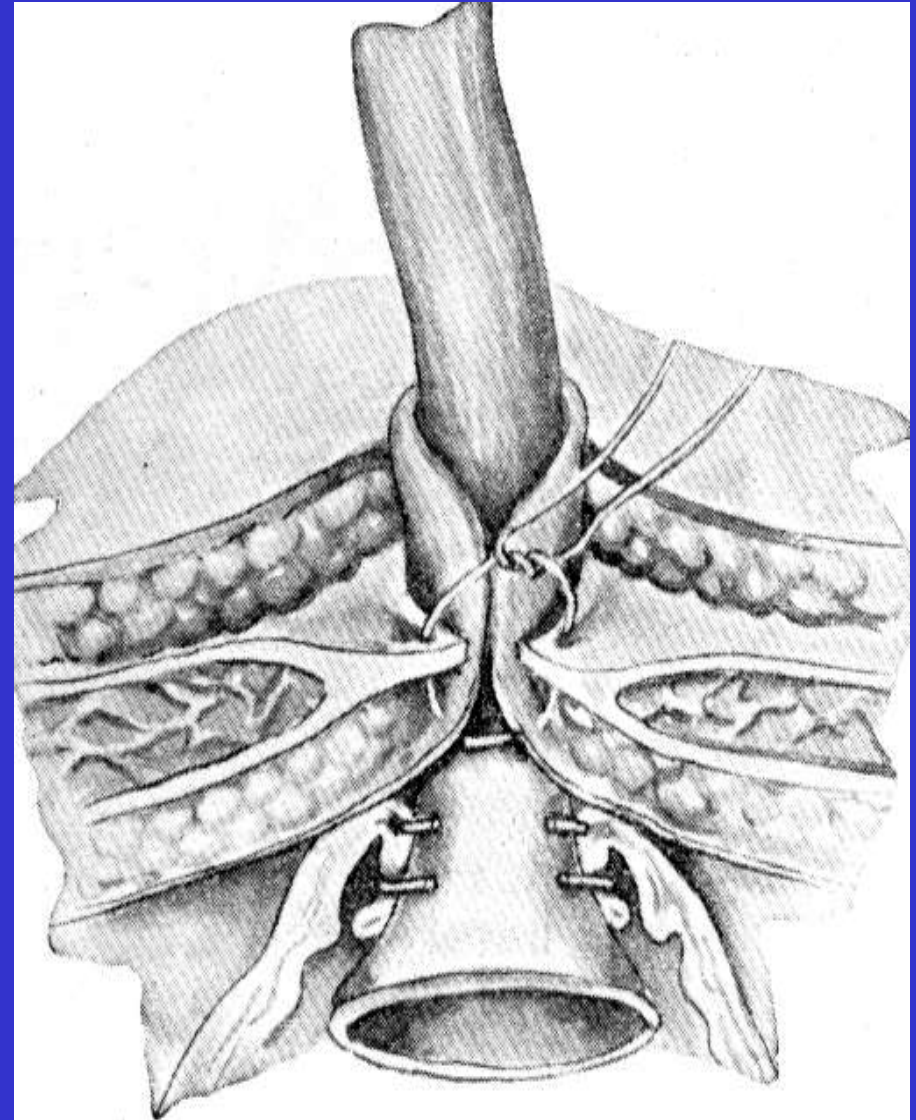
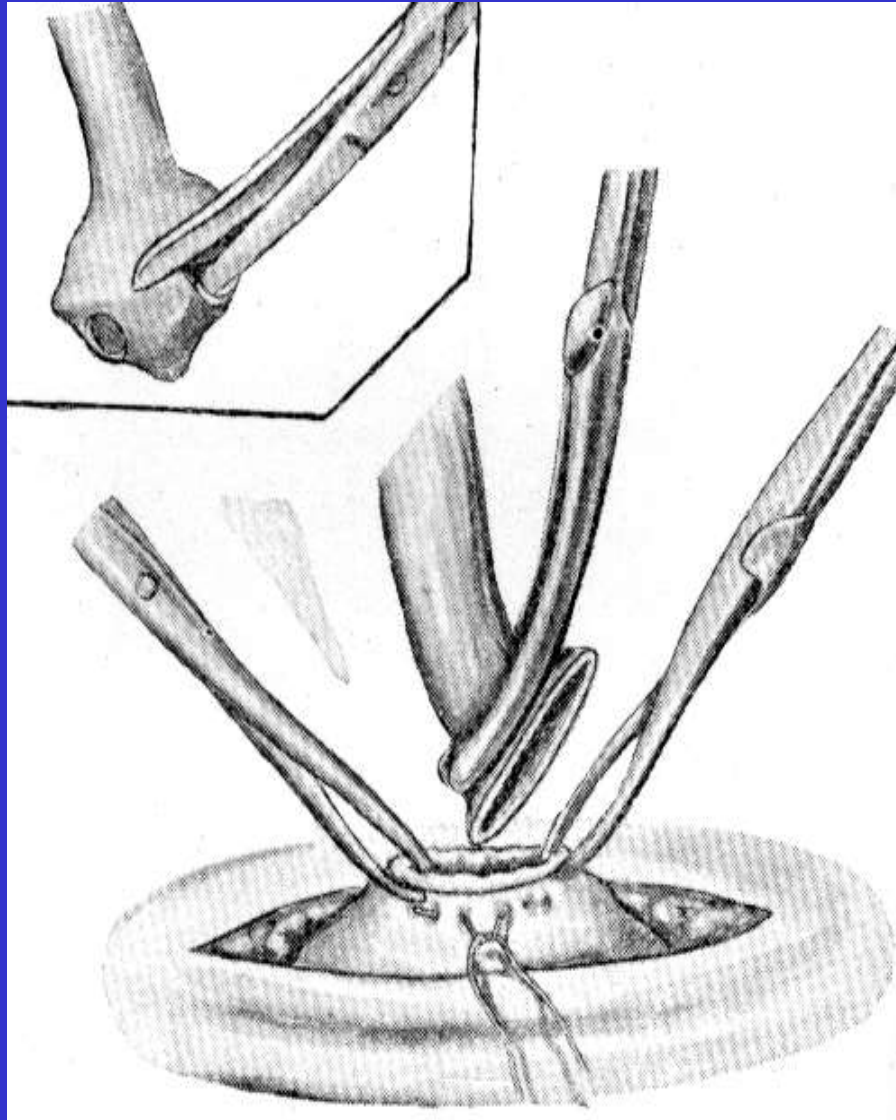
Mise en place d'une prothèse transtumorale



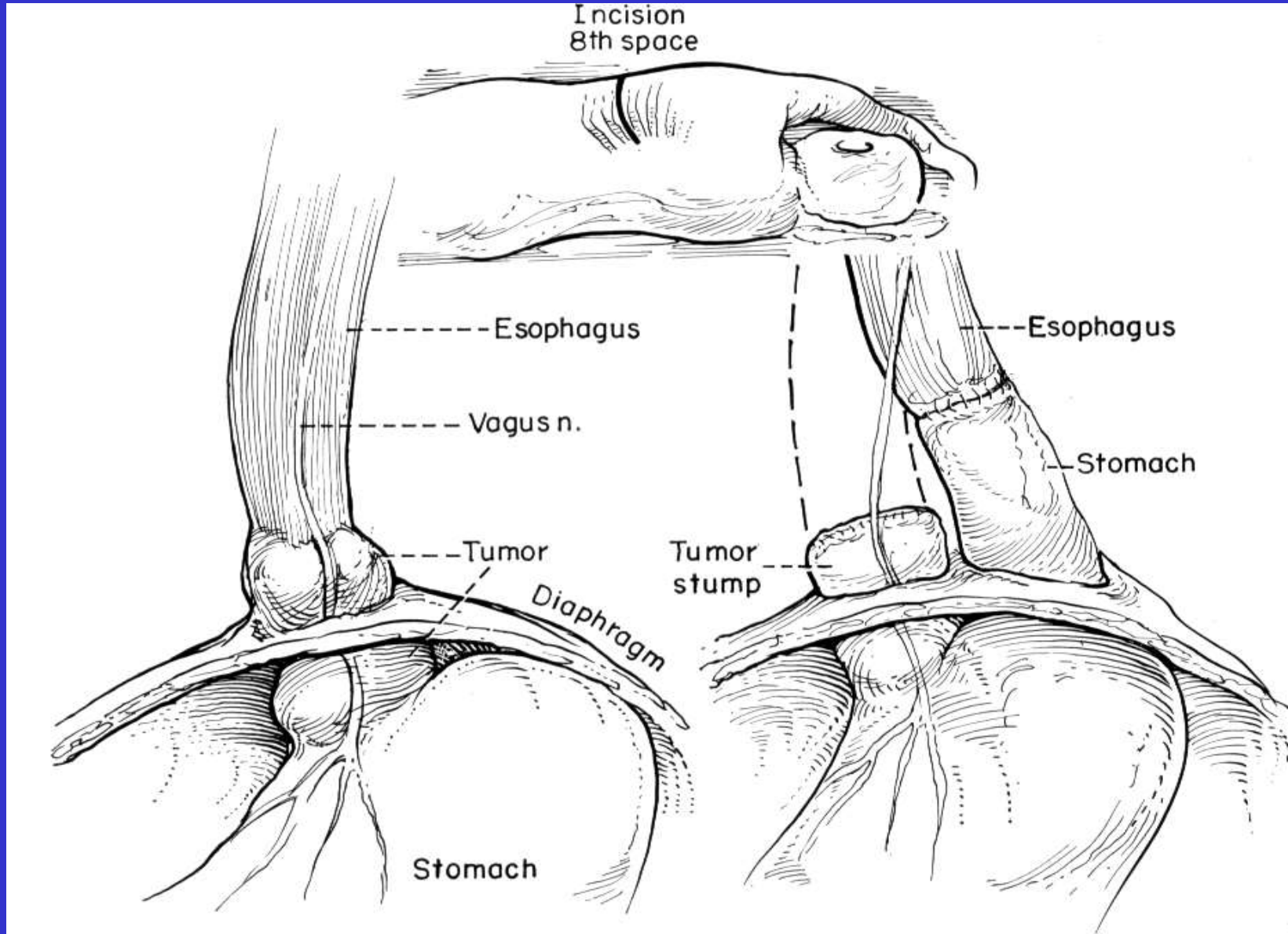


"stent"

Gastrostomie avec sonde de Petzer



Anastomose oesogastrique termino-latérale sans enlever la tumeur



Taux de survie

