

DOI : 10.4267/2042/48243

ARTICLE ORIGINAL**Prévalence de l'adénocarcinome de la jonction œso-gastrique à travers une étude marocaine***Prevalence of adenocarcinoma of the esophagogastric junction through a Moroccan study**Laila Amrani, Khadidjatou Saké, Nawal Kabbaj, Ilham Serraj, Mouna Salihoun, Zakia Chaoui, Mohamed Nya, Mohamed Acharki, Naima Amrani*

Service EFD-Hépto-Gastroentérologie, CHU Ibn Sina, UM5S, Rabat (Maroc)

n.amrani@um5s.net.ma**Résumé**

L'adénocarcinome de la jonction œsogastrique est une entité récente. Sa fréquence augmente dans le monde surtout occidental. Le but de cette étude marocaine est d'évaluer la prévalence de l'adénocarcinome de la jonction œso-gastrique et d'étudier les caractéristiques cliniques et pathologiques des patients.

Patients et méthodes : Tous les patients ayant un adénocarcinome de la jonction œso-gastrique, vu entre décembre 2005 et décembre 2011 étaient inclus. L'aspect endoscopique était décrit selon la classification de Siewert. Le diagnostic était posé sur l'étude anatomopathologique des biopsies réalisées.

Étaient exclus de l'étude, tous les patients ayant un carcinome épidermoïde de l'œsophage.

Résultats : 41 patients (0,26 %) sur les 15 387 ayant bénéficié d'une endoscopie digestive haute, étaient inclus. L'âge moyen de ces patients était de 58,9 ans \pm 15,2 et 85,4 % étaient de sexe masculin. Les manifestations cliniques rapportées étaient : de la dysphagie chez 95,1 % des patients, un amaigrissement chez 85,4 % des patients, des épigastralgies chez 24,4 % des patients, une anémie chez 17,1 % des patients, des vomissements chez 14,6 % des patients, une hématurie chez 12,2 % des patients et des douleurs thoraciques chez 4,9 % des patients. 27 patients (65,8 %) présentaient le type I de Siewert, 9 patients (22 %) le type II, et 5 patients (12,2 %) le type III.

Conclusion : La prévalence de l'adénocarcinome de la jonction œso-gastrique reste faible dans notre contexte. Ce cancer se voit chez le sujet de sexe masculin. Le type I de Siewert est le plus fréquent, suivi du type II.

Mots-clés

Adénocarcinome ; Jonction œso-gastrique ; Classification de Siewert, type I

Abstract

Adenocarcinoma of the esophagogastric junction is a recent entity. Its prevalence is increasing worldwide especially in western countries. The aims of this Moroccan study are to assess the frequency of adenocarcinoma of esophago-gastric junction, and the clinical and pathological characteristics of the patients.

Patients and methods: All patients with adenocarcinoma of the esophagogastric junction were included from December 2005 to December 2011. Endoscopic aspect was described according to Siewert's classification. The diagnosis was confirmed by histology of the biopsies. The patients with esophagus carcinoma were excluded.

Results: 41 patients (0.26 %) out of 15,387 upper digestive endoscopies were included. The mean age was 58.9 years \pm 15.2 and 85.4 % of patients were males. Clinical manifestations were dysphagia in 95.1 %, weight loss in 85.4 %, epigastric pain in 24.4 %, anemia in 17.1 %, vomiting in 14.6 %, hematemesis 12.2 % and chest pain in 4.9 %. 27 patients (65.8 %) had Siewert type I adenocarcinoma, 9 patients (22 %) type II and 5 patients (12.2 %) type III.

Conclusion: The prevalence of adenocarcinoma of the esophagogastric junction is low in our context. This cancer is frequent in males. Type I of this cancer is the most frequent, followed by type II.

Keywords

Adenocarcinoma; Esophagogastric junction; Siewert's classification; Type I

Introduction

Le cardia est la ligne de démarcation entre l'œsophage et l'estomac. Comme toutes les frontières anatomiques, ses limites sont floues, changeant avec le temps et l'histoire. En raison de l'absence de toute définition ou classification claire, le cancer de la jonction œso-gastrique a parfois été considéré et traité comme cancer de l'œsophage distal, parfois comme un cancer gastrique proximal et parfois comme une entité distincte à la fois du cancer de l'œsophage et du cancer gastrique [1-4]. Afin de clarifier la définition de ce cancer, Siewert et Stein ont publié un classement de l'adénocarcinome de la jonction œso-gastrique (AJOG) en 1996. La classification a ensuite été approuvée à la deuxième conférence internationale du cancer gastrique à Munich en avril 1997 [5]. Trois types ont été identifiés selon la localisation anatomique du centre tumoral: type I, type II et type III [6,7].

L'AJOG a considérablement attiré l'attention récemment en raison de l'augmentation rapide de son incidence, alors que le taux global de cancer gastrique a nettement reculé en Occident [5,8]. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés comme l'obésité abdominale (indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²), le reflux gastro-œsophagien (RGO), le tabagisme (plus de 10 paquets-années), et les habitudes alimentaires (faible consommation de fruits, de légumes et fibres de céréales) [9-14].

En Afrique, les données épidémiologiques sont rares, voire inexistantes. D'où l'intérêt de cette étude qui vise d'une part, à évaluer la prévalence de ce cancer dans notre contexte et d'autre part, à étudier les caractéristiques cliniques et pathologiques des patients atteints de ce cancer.

Patients et méthodes

Patients

C'était une étude rétrospective et descriptive de décembre 2005 à décembre 2011 réalisée dans le service EFD-Hépatogastroentérologie de l'Hôpital Ibn Sina de Rabat au Maroc. Les données du registre d'endoscopie digestive haute et celles de l'examen anatomo-pathologique étaient utilisées pour inclure tous les patients présentant un adénocarcinome de la jonction œso-gastrique confirmé. Pour chaque patient inclus, l'âge, le sexe, le tabagisme, les

antécédents de RGO, les manifestations cliniques et l'aspect endoscopique étaient évalués. Les patients ayant un carcinome épidermoïde de l'œsophage étaient exclus de l'étude.

Aspect endoscopique

L'aspect endoscopique était décrit selon la classification de Siewert (Fig. 1).

Dans le type I, le centre de la tumeur est situé entre 1 et 5 cm au-dessus de la jonction œsogastrique anatomique.

Dans le type II, le centre de la tumeur est situé à 1 cm au-dessus et 2 cm en dessous de la jonction.

Dans le type III, le centre de la tumeur se situe entre 2 et 5 cm en dessous de la jonction œsogastrique.

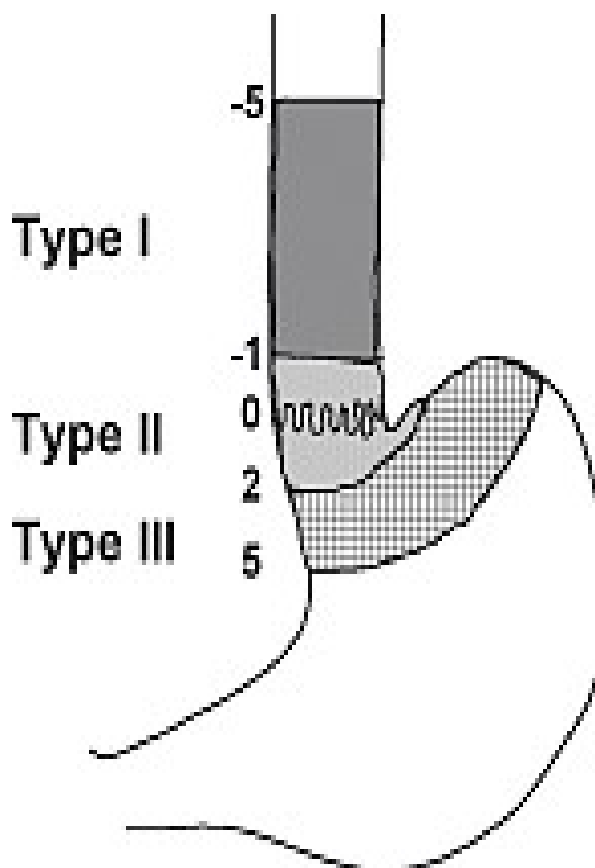


Figure 1
Classification de Siewert de l'adénocarcinome de la jonction œsogastrique

Résultats

Données épidémiologiques

Sur les 15 387 endoscopies digestives hautes réalisées pendant la période d'étude, 41 patients (0,26 %) avaient un AJOG. Trente-cinq patients (85,4 %) étaient des hommes et 6 (14,6 %) étaient des femmes. Le sex-ratio H/ F était donc de 5,8 /1. L'âge moyen des patients était de 58,9 ans \pm 15,2. Trente patients (73,2 %) étaient des fumeurs et 8 (19,5 %) avaient des antécédents de RGO.

Par ailleurs, pendant la période d'étude, étaient enregistrés 64 cas de carcinome épidermoïde de l'œsophage et 186 cas de cancer gastrique dont 114 cas d'adénocarcinome.

L'AJOG représentait donc 39 % des cancers de l'œsophage.

Manifestations cliniques

Les manifestations cliniques fréquemment rapportées étaient : la dysphagie dans 39 cas (95,1 %) et l'amaigrissement dans 35 cas (85,4 %). Les autres symptômes associés étaient : des douleurs épigastriques chez 10 patients (24,4 %), une anémie chez 7 patients (17,1 %), des vomissements chez 6 patients (14,6 %), une hématomèse chez 5 patients (12,2 %) et des douleurs thoraciques chez 2 patients (4,9 %).

Aspect endoscopique

L'aspect macroscopique était ulcéro-bourgeonnant chez 22 patients (53,6 %) ; ulcéré et infiltrant chez les 19 autres patients (46,4 %). Les figures 2, 3 et 4 montrent respectivement les aspects endoscopiques des types I, II et III de la classification de Siewert. La figure 5 représente la répartition des patients en fonction de l'aspect endoscopique selon la classification de Siewert. Sur les 41 patients, 27 (65,8 %) présentaient un adénocarcinome de type I.



Figure 2
Aspect endoscopique d'une tumeur de type I de Siewert



Figure 3
Aspect endoscopique d'une tumeur de type II de Siewert



Figure 4
Aspect endoscopique d'une tumeur de type III de Siewert vue en rétrovision

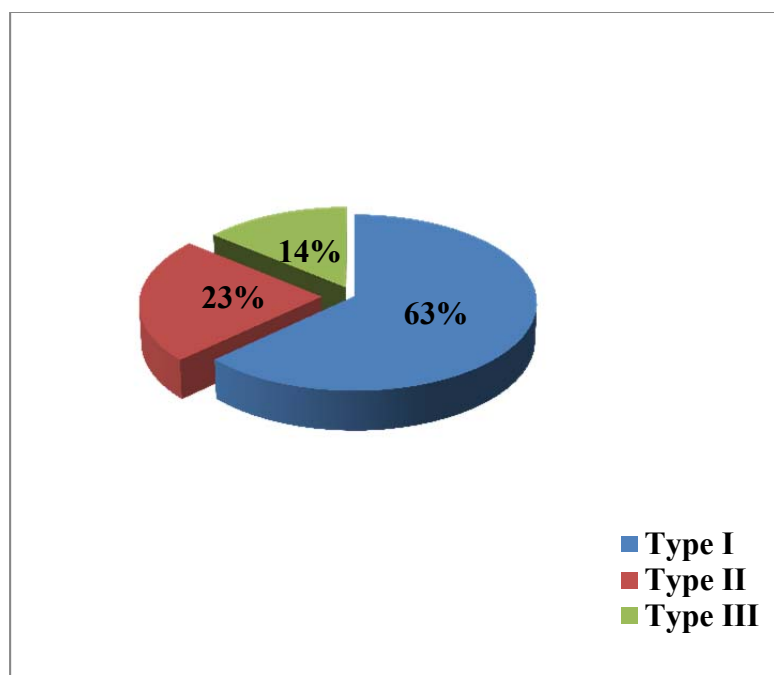


Figure 5

Répartition des patients en fonction de l'aspect endoscopique selon la classification de Siewert

Données histologiques

Il s'agissait d'un adénocarcinome chez les 41 patients. L'adénocarcinome était bien différencié dans 9 cas (22 %), moyennement différencié dans 21 cas (51,2 %) et peu différencié dans 11 cas (26,8 %).

Discussion

Dans notre étude, réalisée sur six ans, la prévalence de l'AJOG est de 0,26 %. Nous ne disposons pas de données épidémiologiques antérieures pour la comparaison, mais cette prévalence est inférieure aux données des pays occidentaux. Il ressort de ce travail que c'est un cancer du sujet de sexe masculin, généralement fumeur. Les manifestations cliniques (douleurs épigastriques, vomissements, anémie, hématurie, douleurs thoraciques) ne sont pas spécifiques mais la dysphagie et l'amaigrissement sont plus fréquents.

L'épidémiologie de l'adénocarcinome de l'œsophage est en mutation. Avant le milieu des années 1970, l'incidence de l'adénocarcinome de l'œsophage représentait moins de 5 % de tous les cancers de l'œsophage. Par la suite, son incidence a augmenté rapidement aux États-Unis et en Europe, et est toujours en hausse [14]. En effet, aux États-Unis, une étude basée sur la population a fourni des preuves solides d'une augmentation continue de l'incidence globale de l'adénocarcinome œsophagien entre 1971 et 2000. Le taux semble doubler chaque décennie. L'incidence de ce cancer a augmenté d'un taux de 0,6 à 2,2 pour 100 000 personnes-

années [15]. En Chine, de récentes études ont également montré une tendance à la hausse statistiquement significative de la maladie dans les 16 dernières années [16].

Plusieurs études ont montré que l'AJOG affecte surtout les hommes. Le sex-ratio homme/femme varie de 3/1 à 7/1 et l'âge moyen est de l'ordre de 60 ans [5,12,14]. Ces données corroborent nos résultats où le sex-ratio est de 5,8/1 et l'âge moyen de 58,9 ans.

Dans le but de standardiser le traitement du cancer du cardia, Siewert et coll. ont proposé une classification qui a été acceptée partout dans le monde [5,6]. L'application de cette classification est donc nécessaire avant le traitement chirurgical. La fréquence du type de l'AJOG selon la classification de Siewert varie selon les pays probablement parce que les facteurs de risque changent d'un pays à l'autre. Le type I ou adénocarcinome de l'œsophage distal survient habituellement sur une zone avec métaplasie intestinale spécialisée de l'œsophage, c'est-à-dire l'œsophage de Barrett [7,12]. Le type III ou adénocarcinome gastrique subcardial infiltre la jonction œsogastrique et l'œsophage distal [7,12]. Il évolue de l'épithélium gastrique et infiltre la jonction œsogastrique par le bas [6]. Le type II ou adénocarcinome vrai du cardia provient de l'épithélium cardiaal ou de courts segments avec métaplasie intestinale à la jonction œsogastrique [7,12]. Il est actuellement difficile de savoir si la pathogenèse de type II du cancer est identique à celle du type I et du type III ou si elle représente une entité tumorale séparée. Il est entendu que la pathogénie du type II représente en réalité un mélange de patients présentant un adénocarcinome sur œsophage de Barrett et de patients ayant un cancer gastrique [6].

Le tableau 1 résume la répartition des différents types d'AJOG selon la classification de Siewert en fonction des pays.

Tableau 1 : Répartition de la fréquence des différents types d'adénocarcinome de la jonction œsogastrique selon la classification de Siewert en fonction des pays

	Type I de Siewert	Type II de Siewert	Type III de Siewert
France [18]	40 %	42 %	18 %
Allemagne [17]	36 %	27 %	37 %
Hongrie [19]	25,2 %	49,2 %	25,6 %
Chine [5]	14,3 %	39,4 %	46,3 %
Japon [12]	0,7 %	47,9 %	51,4 %
Chili [20]	17,9 %	15,4 %	66,7 %

Les chiffres entre crochets correspondent aux références

En Asie, le type III et le type II sont les plus fréquents. Ceci s'explique probablement par la faible prévalence du RGO en Asie, et donc un faible taux de métaplasie intestinale au niveau de l'œsophage distal [5,12].

En Europe, la distribution des différents types de lésion est variable d'un pays à une autre [17, 18,19].

Les données épidémiologiques américaines sont également différentes. Au Chili, Butte *et al.* ont retrouvé le type III comme étant le plus fréquent sur une cohorte de 39 patients [20].

Dans le nord de l'Amérique, les résultats de Parfitt montrent une augmentation marquée de l'incidence de l'adénocarcinome de l'œsophage au cours des 25 dernières années. L'adénocarcinome étant devenu la forme dominante de cancer de l'œsophage chez les hommes vivant au Canada [21]. Mais la fréquence des différents types selon la classification de Siewert n'a pas été évaluée.

Dans notre étude, le type I de la classification de Siewert est prédominant (62,9 %), probablement parce que le RGO est plus fréquent au Maroc. D'autres études prospectives sont nécessaires pour confirmer ces données et hypothèses.

Conclusion

Cette étude montre que la prévalence de l'adénocarcinome de la jonction œso-gastrique est faible dans notre contexte, même si son incidence semble en augmentation comme c'est le cas dans les pays occidentaux. La nouvelle classification du cancer du cardia définie par l'équipe de Siewert est applicable en routine. En plus, elle facilite la standardisation du traitement chirurgical. Dans notre population, le type I de la classification de Siewert est le plus fréquent suivi du type II.

Références

1. Stein HJ, Feith M, Siewert JR. Individualized surgical strategies for cancer of the esophagogastric junction. *Ann Chir Gynaecol* 2000;89:191-8.
2. Zacherl J, Sendler A, Stein HJ, Ott K, Feith M, Jakesz R, et al. Current status of neoadjuvant therapy for adenocarcinoma of the distal esophagus. *World J Surg* 2003;27:1067-74.
3. Stein HJ, Sendler A, Fink U, Siewert JR. Multidisciplinary approach to esophageal and gastric cancer. *Surg Clin North Am* 2000;80:659-82.
4. Armanios M, Xu R, Forastiere AA, Haller DG, Kugler JW, Benson AB. Adjuvant chemotherapy for resected adenocarcinoma of the esophagus, gastro-esophageal junction, and cardia: phase II trial (E8296) of the Eastern Cooperative Oncology Group. *J Clin Oncol* 2004;22: 4495-9.
5. Ji-Gang Bai, Yi Lv, Cheng-Xue Dang. Adenocarcinoma of the Esophagogastric Junction in China: According to Siewert's Classification. *Jpn J Clin Oncol* 2006;36:364-7.
6. Fein M, Fuchs KH, Ritter MP, Freys SM, Heimbucher J, Staab C, et al. Application of the new classification for cancer of the cardia. *Surgery* 1998;124:707-14.
7. Stein HJ, Feith M, Siewert JR. Cancer of the esophagogastric junction. *Surg Oncol* 2000;9:35-41.
8. Mei-Ju Chen, Deng-Chyang Wu, Jia-Ming Lin, Ming-Tsang Wu, Fung-Chang Sung. Etiologic factors of gastric cardiac adenocarcinoma among men in Taiwan. *World J Gastroenterol* 2009;15:5472-80.

9. Vial M, Grande L, Pera M. Epidemiology of adenocarcinoma of the esophagus, gastric cardia, and upper gastric third. *Recent Results Cancer Res* 2010;182:1-17.
10. Cook MB, Kamangar F, Whiteman DC, Freedman ND, Gammon MD, Bernstein L, et al. Cigarette smoking and adenocarcinoma of the esophagus and esophagogastric junction: a pooled analysis from the international BEACON consortium. *J Natl Cancer Inst* 2010;102:1344-53.
11. Ryan AM, Rowley SP, Fitzgerald AP, Ravi N, Reynolds JV. Adenocarcinoma of the oesophagus and gastric cardia: Male preponderance in association with obesity. *Eur J Cancer* 2006;42:1151-8.
12. Chak A, Falk G, Grady WM, Kinnard M, Elston R, Mittal S, et al. Assessment of Familiality, Obesity, and Other Risk Factors for Early Age of Cancer Diagnosis in Adenocarcinomas of the Esophagus and Gastro-esophageal Junction. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1913-21.
13. Pandeya N, Williams GM, Sadhegi S, Green AC, Webb PM, Whiteman DC. Associations of Duration, Intensity, and Quantity of Smoking with Adenocarcinoma and Squamous Cell carcinoma of the Esophagus. *Am J Epidemiol* 2008;168:105-14.
14. Lagergren J. Adenocarcinoma of oesophagus: what exactly is the size of the problem and who is at risk? *Gut* 2005;54 Suppl I:i1-i5.
15. Crane SJ, Locke GR, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Romero Y, Talley NJ. The changing incidence of oesophageal and gastric adenocarcinoma by anatomic sub-site. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25:447-53.
16. He YT, Hou J, Chen ZF, Qiao CY, Song GH, Meng FS et al. Trends in incidence of esophageal and gastric cardia cancer in high-risk areas in China. *Eur J Cancer Prev* 2008;17:71-6.
17. Siewert JR, Feith M, Werner M, Stein HJ. Adenocarcinoma of the Esophago-gastric Junction: Results of Surgical Therapy Based on Anatomical/Topographic Classification in 1,002 Consecutive Patients. *Ann Surg* 2000;232:353-61.
18. Triboulet JP, Mariette C, Sauvanet A. Cancer du cardia. *Monographie Association Française de Chirurgie* ; 2003.
19. Szántó I, Vörös A, Gonda G, Nagy P, Altorjay A, Banai J et al. Siewert-Stein classification of adenocarcinoma of the esophagogastric junction, *Magy Seb* 2001;54:144-9.
20. Butte JM, Becker F, Visscher A, Waugh E, Meneses M, Court I et al. Adenocarcinoma of the esophagogastric junction. Retrospective analysis of 39 patients. *Rev Med Chile* 2010;138:53-60.
21. Parfitt JR, Miladinovic Z, Driman DK. Increasing incidence of adenocarcinoma of the gastroesophageal junction and distal stomach in Canada – An epidemiological study from 1964 to 2002. *Can J Gastroenterol* 2006;20:271-6.