

# RCP Cancer du Cardia

---

Drs Romain COHEN – François LEGOU – Thibault VORON

Dossier n°1 M. D. P

---

# Dossier 1:

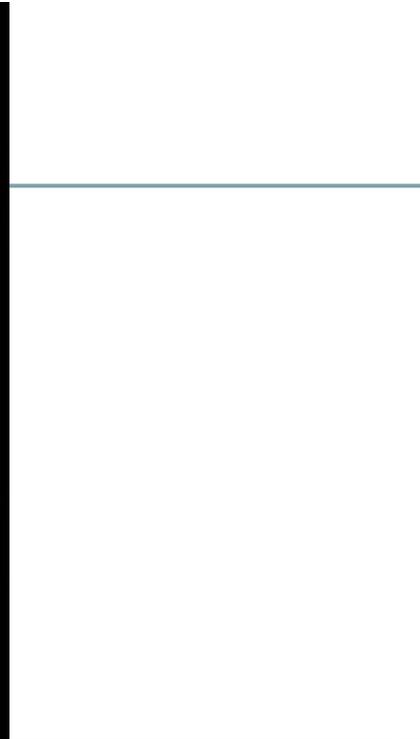
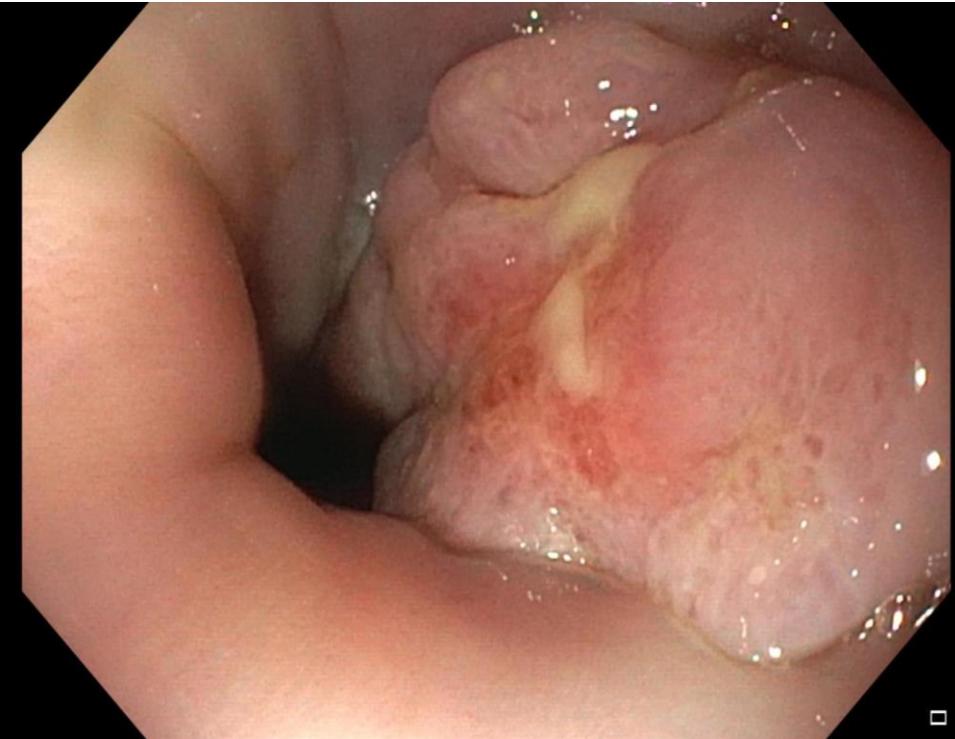
---

- Patient de 59 ans, 67kg pour 1m76 (IMC=21,6kg/m<sup>2</sup>)
- ATCD :
  - Trouble affectif bipolaire
  - AVC en 2017 et 2018 avec bilan étiologique négatif (sous Aspirine)
  - Angioplastie de l'artère fémorale droite en 2016
  - IdM antérieur avec angioplastie de l'IVA en 2005
  - VIH connu depuis 1994 – Traité avec charge virale indétectable
  - Diabète de type 2
  - TIPMP des canaux secondaires
  - Tabagisme 25 PA sevré depuis 3 ans, pas d'alcool.

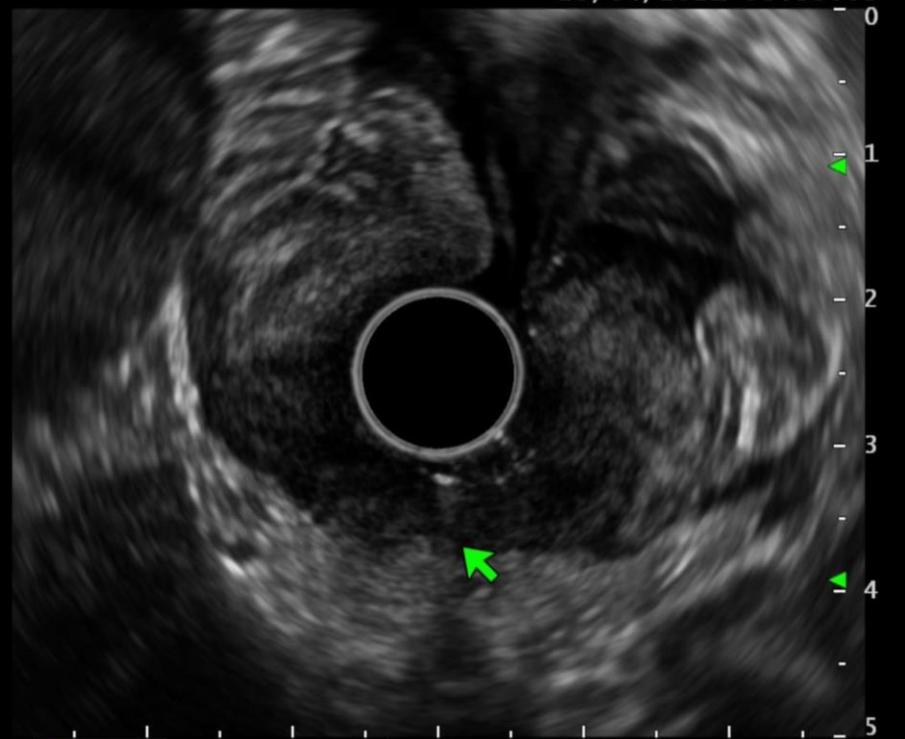
- HdM :

Découverte d'une lésion de la jonction oesogastrique lors du bilan endoscopique (et echo-endoscopique) pour suspicion d'un ampullome Vatérien

Il existe par ailleurs une lésion péri-ampullaire avec, sur les biopsies, une lésion en dysplasie de bas grade au moins.

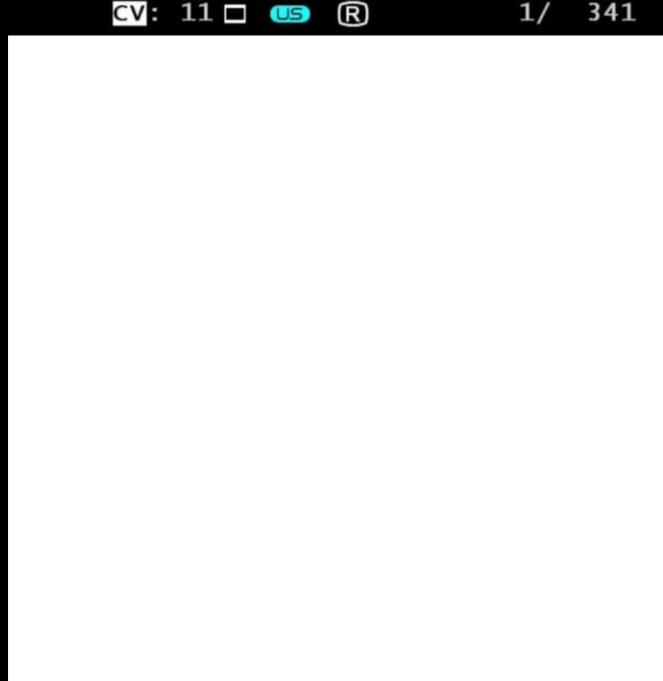
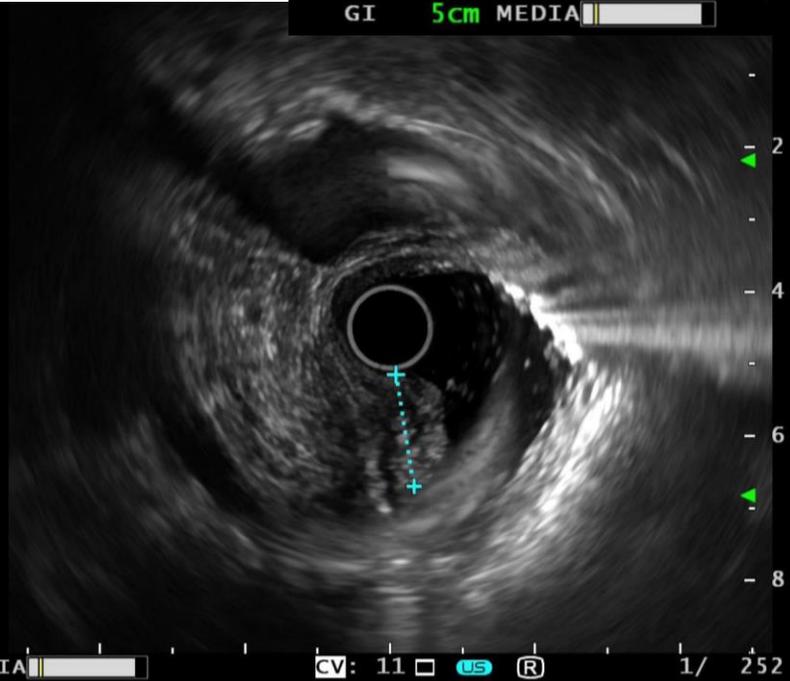


TX :100%  
MI :<0.4  
TIS:<0.4  
7,5MHz  
G :10  
C : 6



EEH initiale 23.04.2021

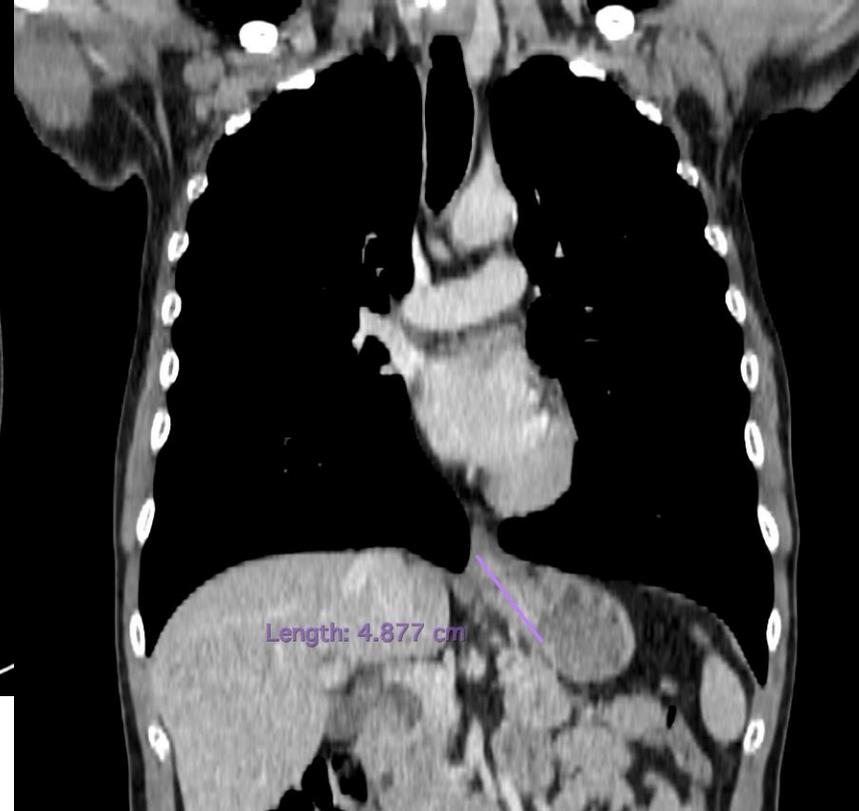
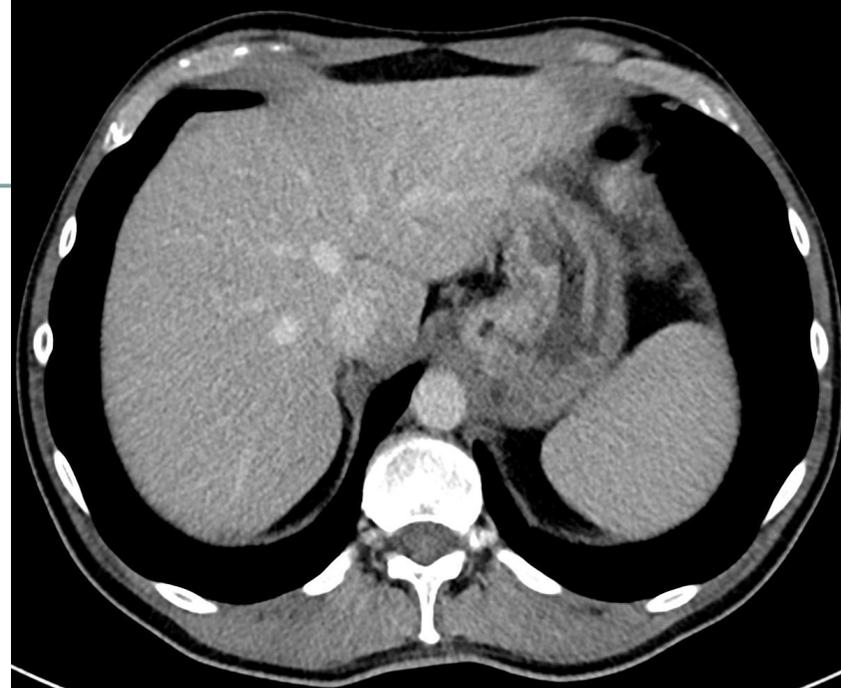
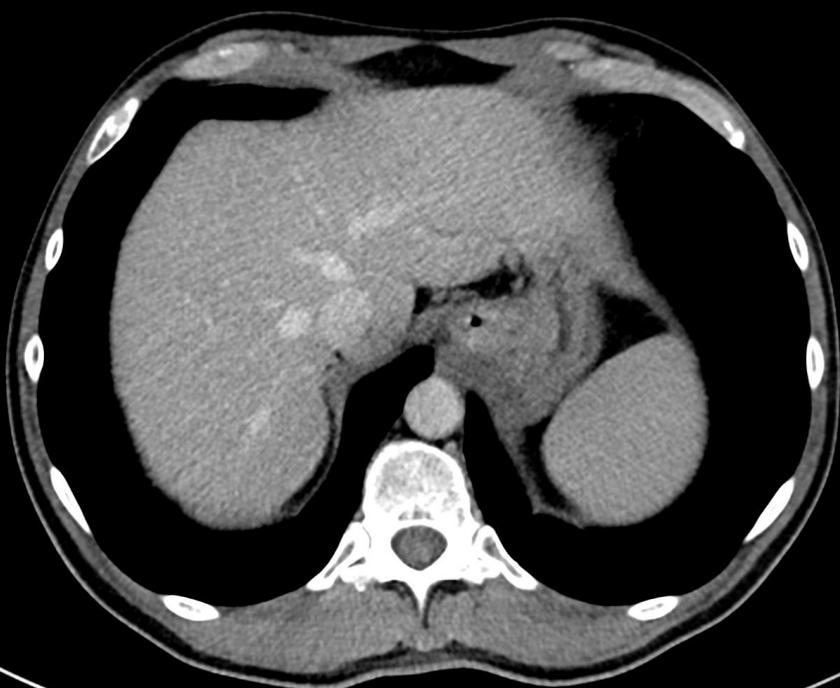
TX :100%  
MI :<0.4  
TIS:<0.4  
7,5MHz  
G :10  
C : 6  
D1: 15.7mm  
GI 9cm MEDIA



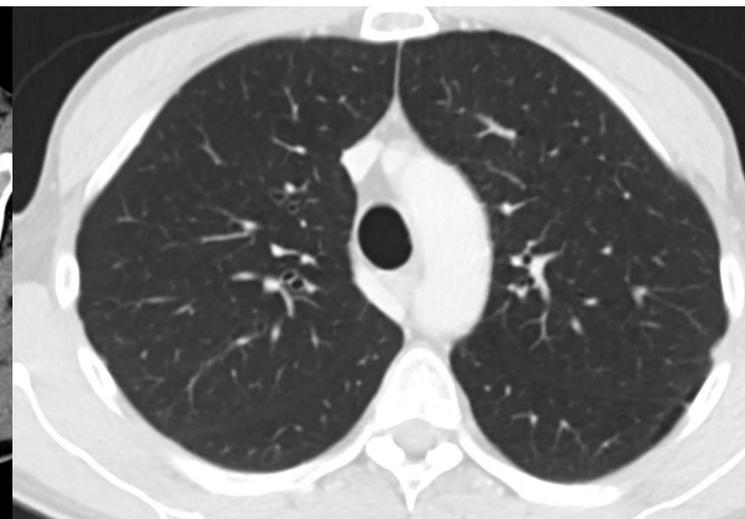
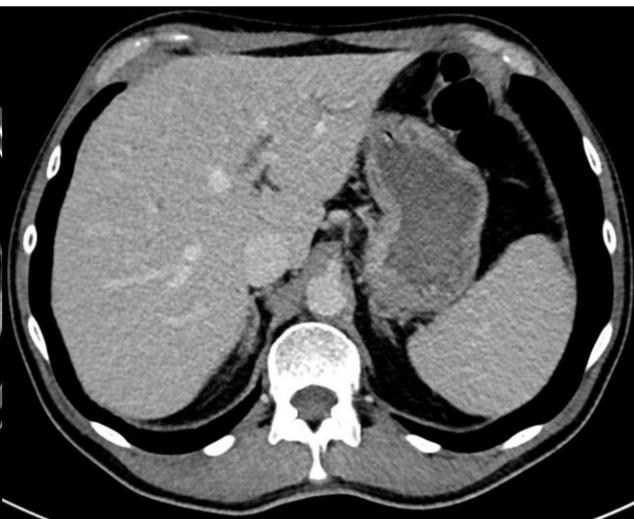
## Dossier 1:

---

- EEH initiale 23.04.2021: Lésion de 5cm du cardia, classée usT3N0
- Biopsies : Adénocarcinome moyennement différencié, MSS



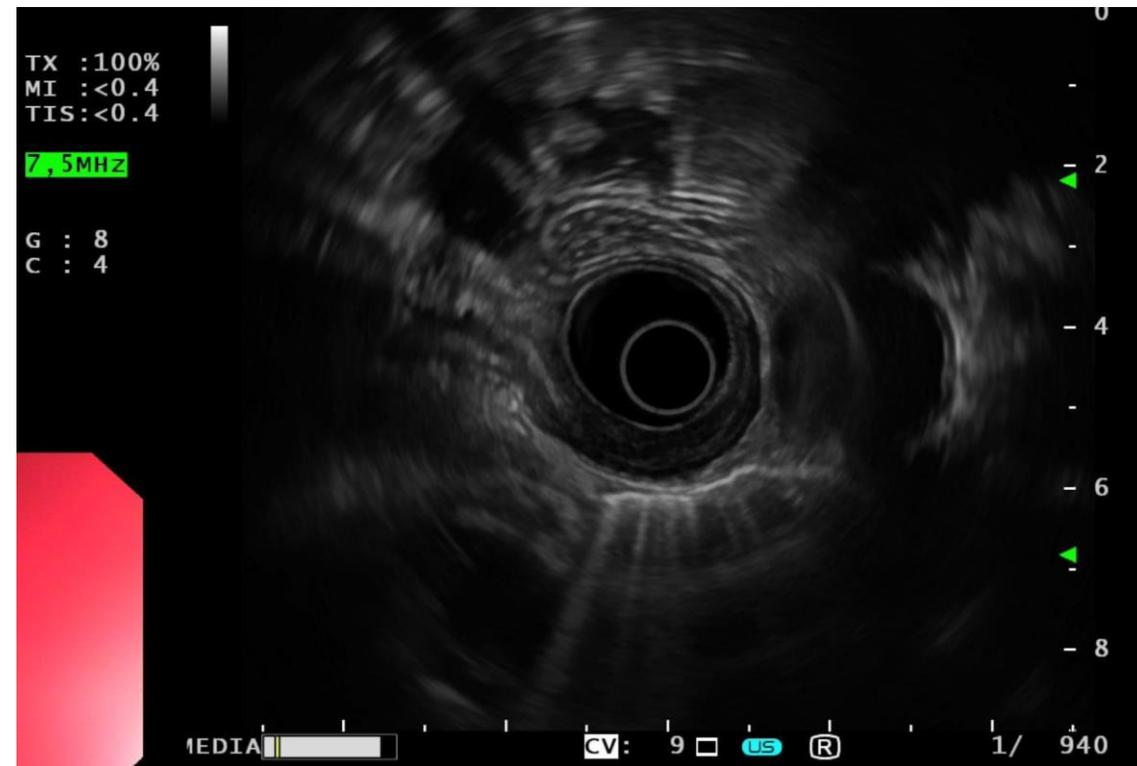
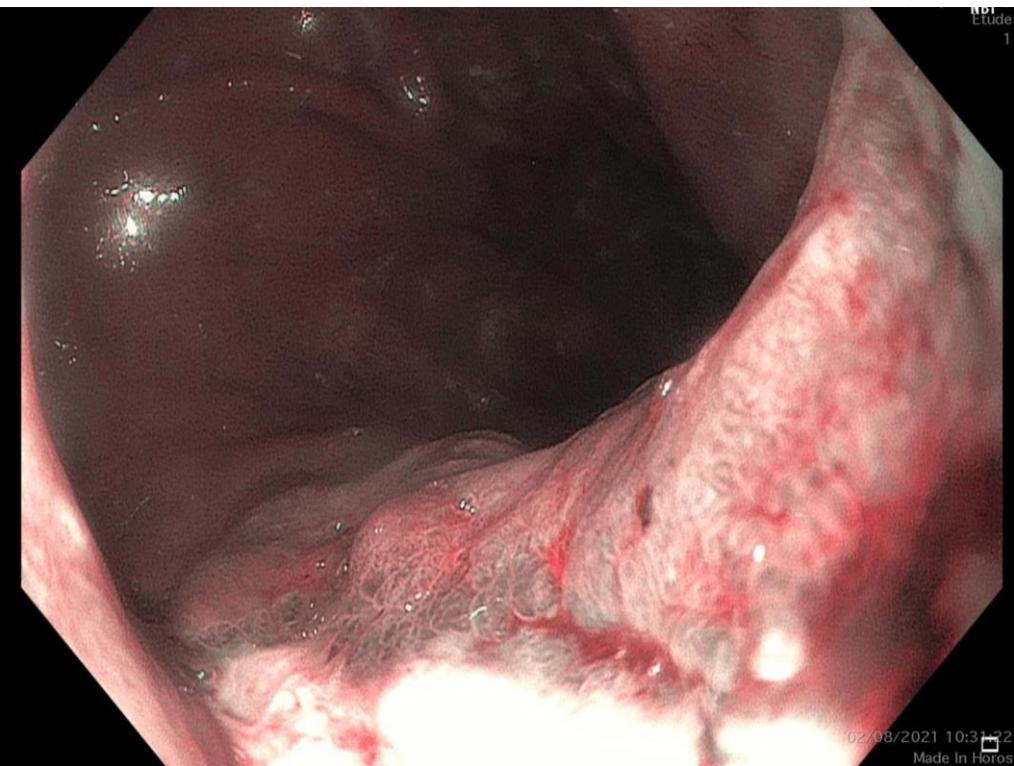
Scanner TAP initial 30.04.2021 : lésion cardiaque Siewert 2, 5cm, pas d'extension L/R



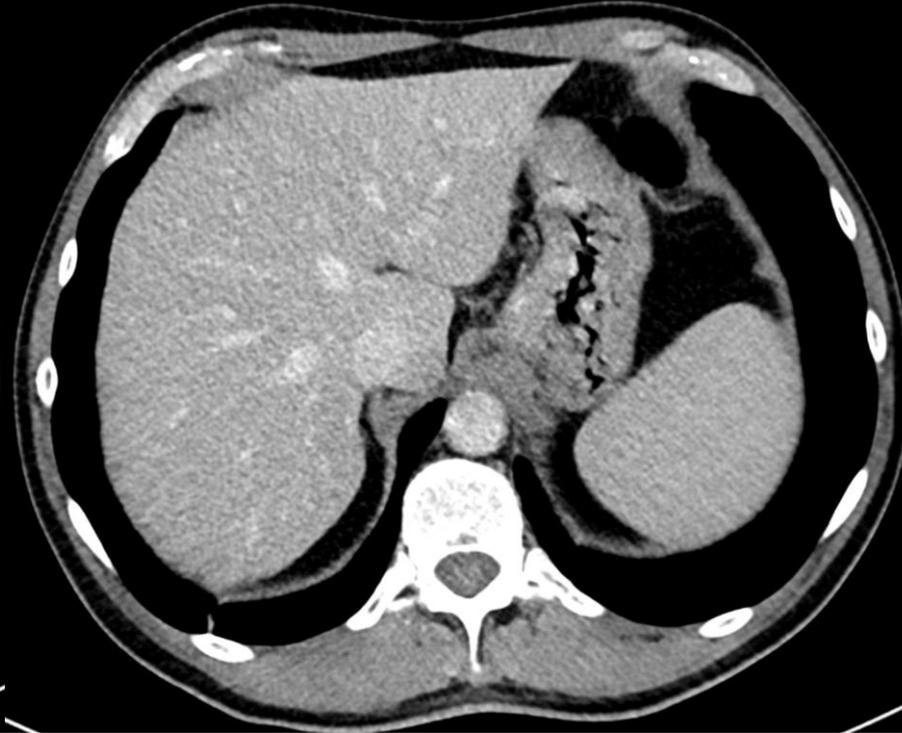
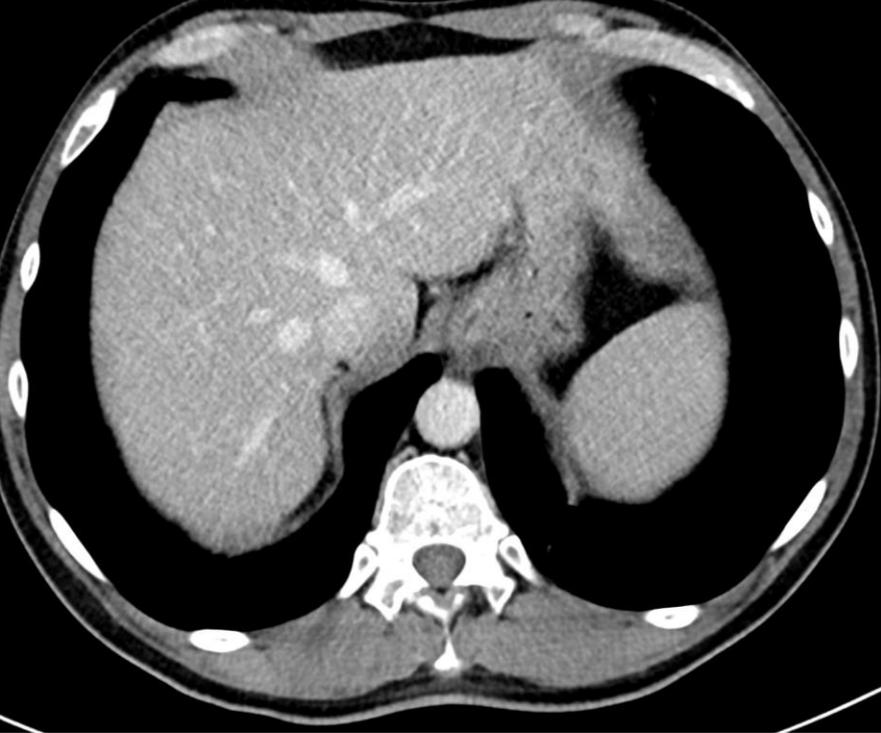
## Dossier 1:

---

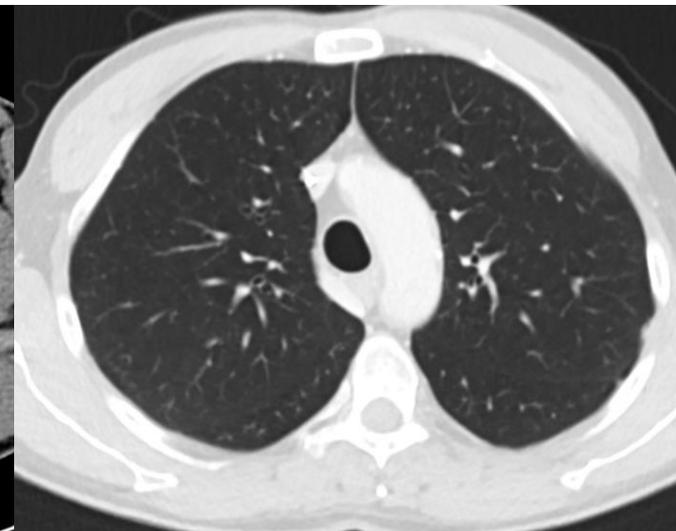
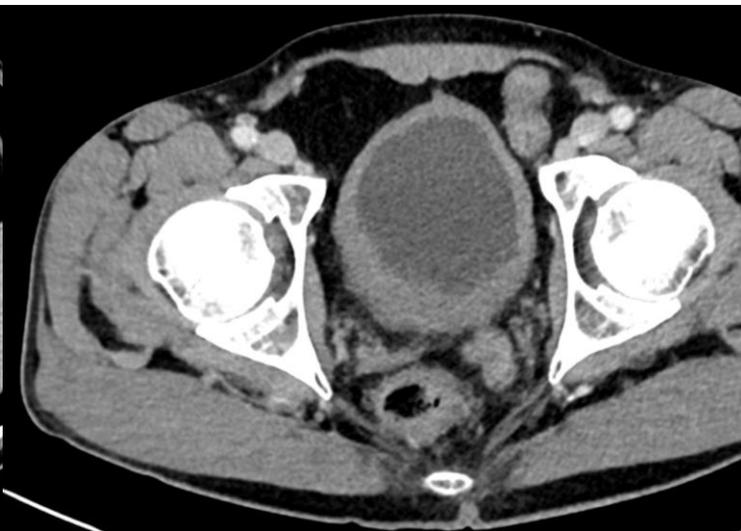
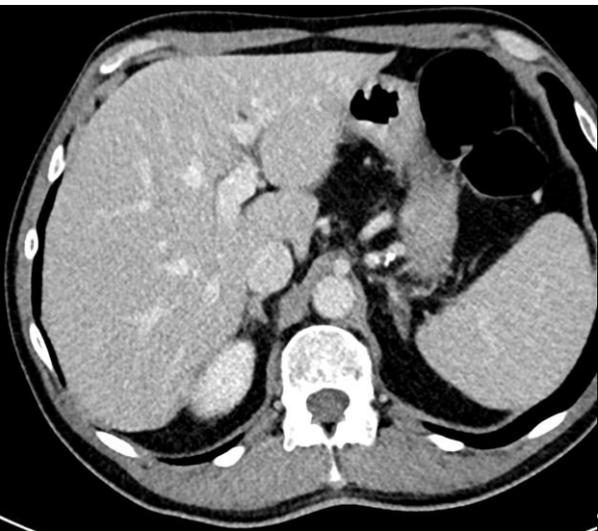
- EEH initiale 23.04.2021: Lésion de 5cm du cardia, classée usT3N0
  - Biopsies : Adénocarcinome moyennement différencié, MSS
  - TDM TAP: Absence de lésion secondaire
  - Bilan ORL et fibroscopie bronchique : RAS
- 
- Quelle est votre proposition en RCP ?  
→ FOLT néoadjuvant avant chirurgie



EEH contrôle 02.08.2021  
Lésion de 40 à 45cm des AD, usT3N0



Scanner TAP contrôle 10.08.2021



# Dossier 1:

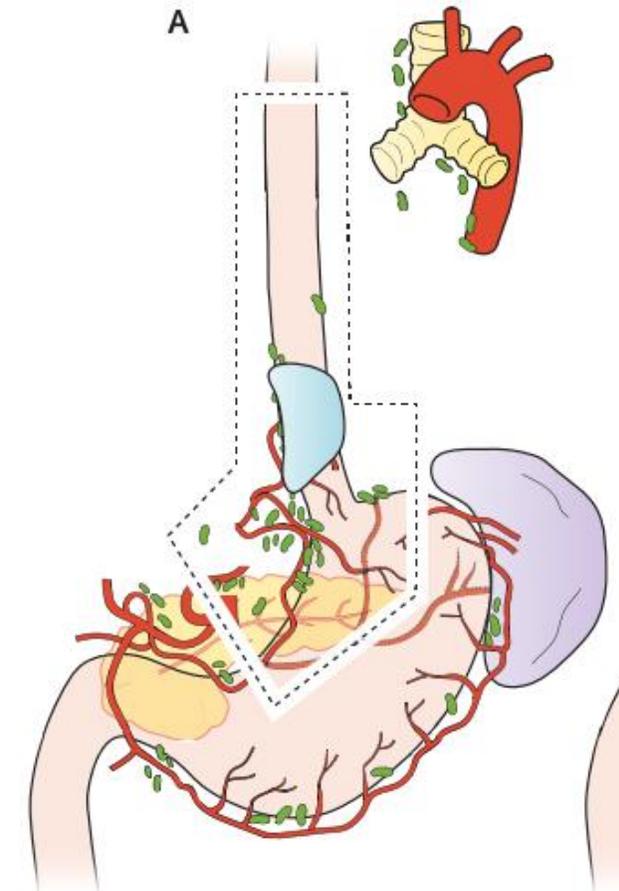
---

- EEH du 02.08.2021: Lésion de 40 à 45cm des AD, usT3N0
- TDM de réévaluation: pas de lésion secondaire
- Patient toujours asymptomatique.
- Quelle est votre proposition en RCP ?

# Dossier 1:

---

- EEH du 02.08.2021: Lésion de 40 à 45cm des AD, usT3N0
  - TDM de réévaluation: pas de lésion secondaire
  - Patient toujours asymptomatique.
- 
- **Quelle est votre proposition en RCP ?**  
→ **Chirurgie carcinologique: Oesogastrectomie polaire supérieure selon Lewis-Santý**



## Dossier 1:

---

- Oesogastrectomie polaire supérieure selon Lewis-Santy le 08.09.2021
- Suites simples, sortie à J21
- Anapath: Adénocarcinome moyennement différencié, ypT3N1(2/26)R0 - TRG3 selon Mandard – TRG2 selon Becker

Absence de récurrence locale ou à distance en Mars 2024. Alimentation strictement normale (3 repas/j) sans CNO. Poids stable à 64kg

Dossier n°2 M. G. L-C

---

## Dossier 2:

---

- Patient de 55 ans, 85kg pour 1m78 (IMC=26,8kg/m<sup>2</sup>), OMS1
- ATCD :
  - Aucun
  - Pas d'intoxication alcool-tabagique
- HdM :

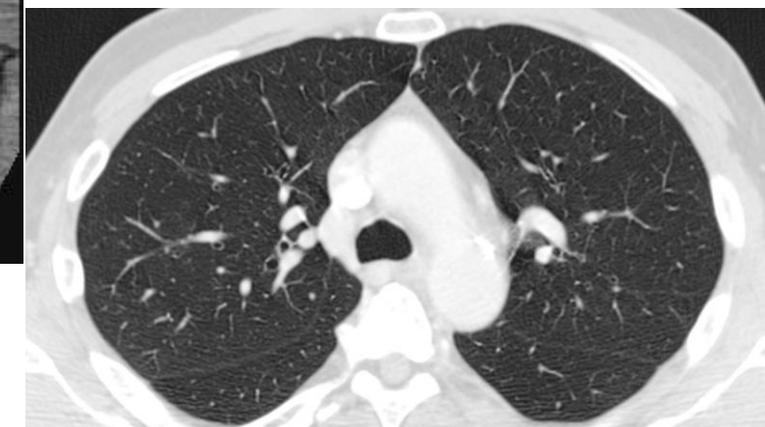
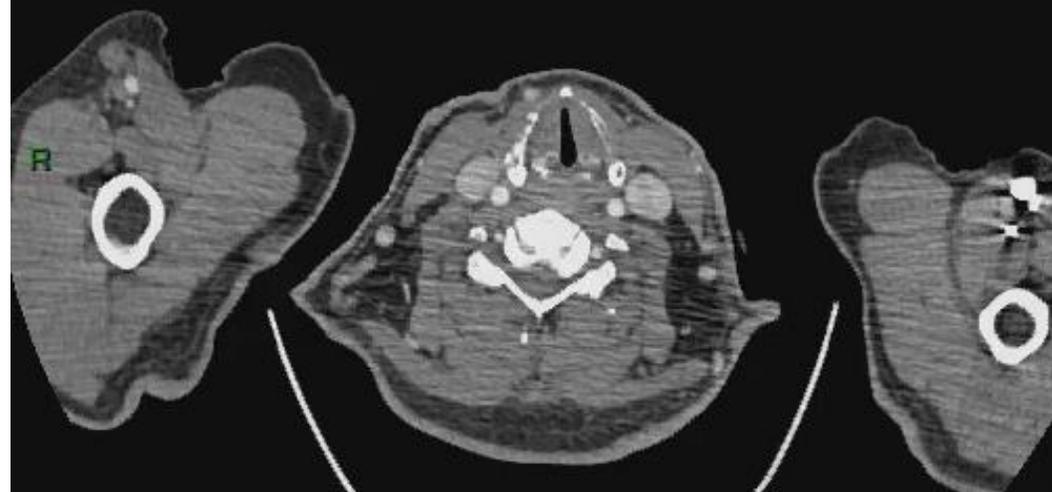
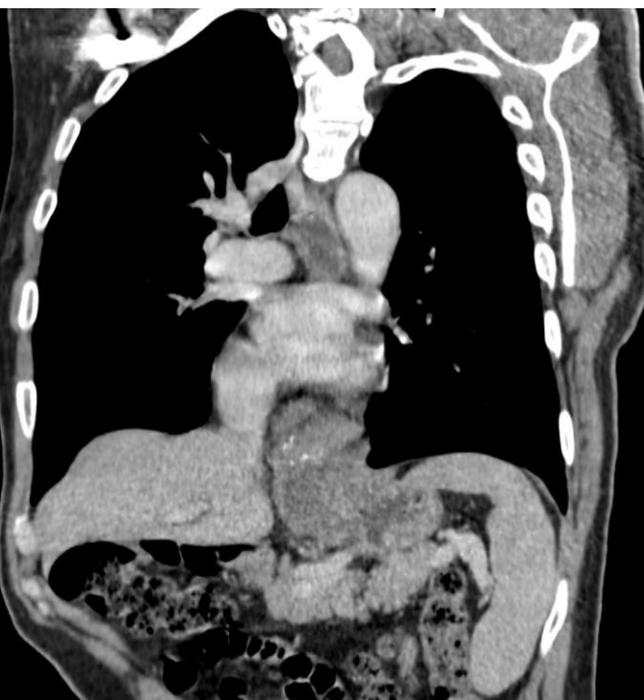
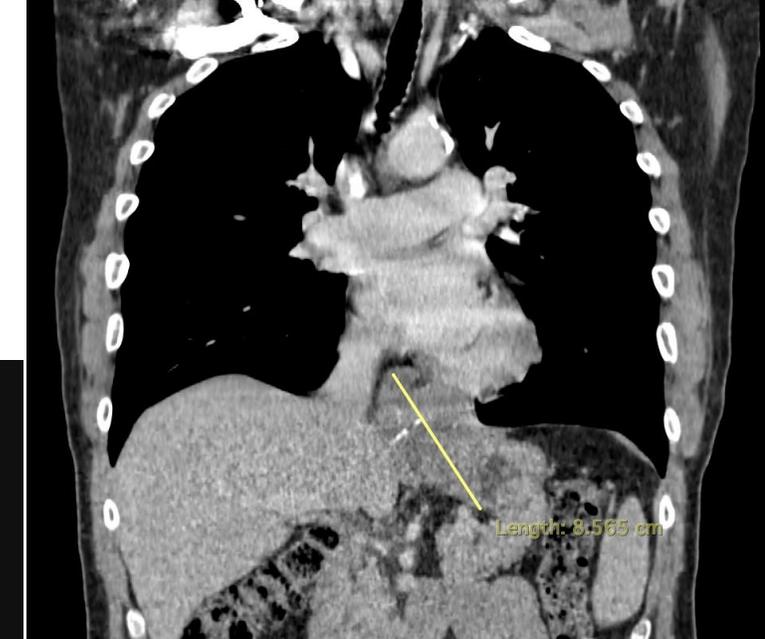
Mars 2023: Dysphagie aux solides depuis 2 mois avec perte de 6kg.

FOGD (24.03.2023) : Bourgeon tumoral à hauteur du cardia, franchissable et visible en rétrovision avec présence d'une ulcération nécrotique.

→ Biopsies: Adénocarcinome moyennement à peu différencié avec un contingent minoritaire de cellules indépendantes, HER2 -, pMMR.

TEP TDM (29.03.2023): Epaissement du bas œsophage (SUVmax: 10,5), avec adénopathie gastrique gauche (SUVmax: 8,9).

Pas d'hyperfixation des adénomégalies hilaires (SUXmax 2)



Scanner TAP (14.03.2023): Epaissement du 1/3inf de l'oesophage et du cardia modérément sténosant avec adénomégalies médiastino-hilaires et de la région coeliaque.

## Dossier 2:

---

Quelle est votre proposition en RCP ?

## Dossier 2:

---

Décision de gastrostomie d'alimentation devant la dénutrition  
+ chimiothérapie première par FOLFOX

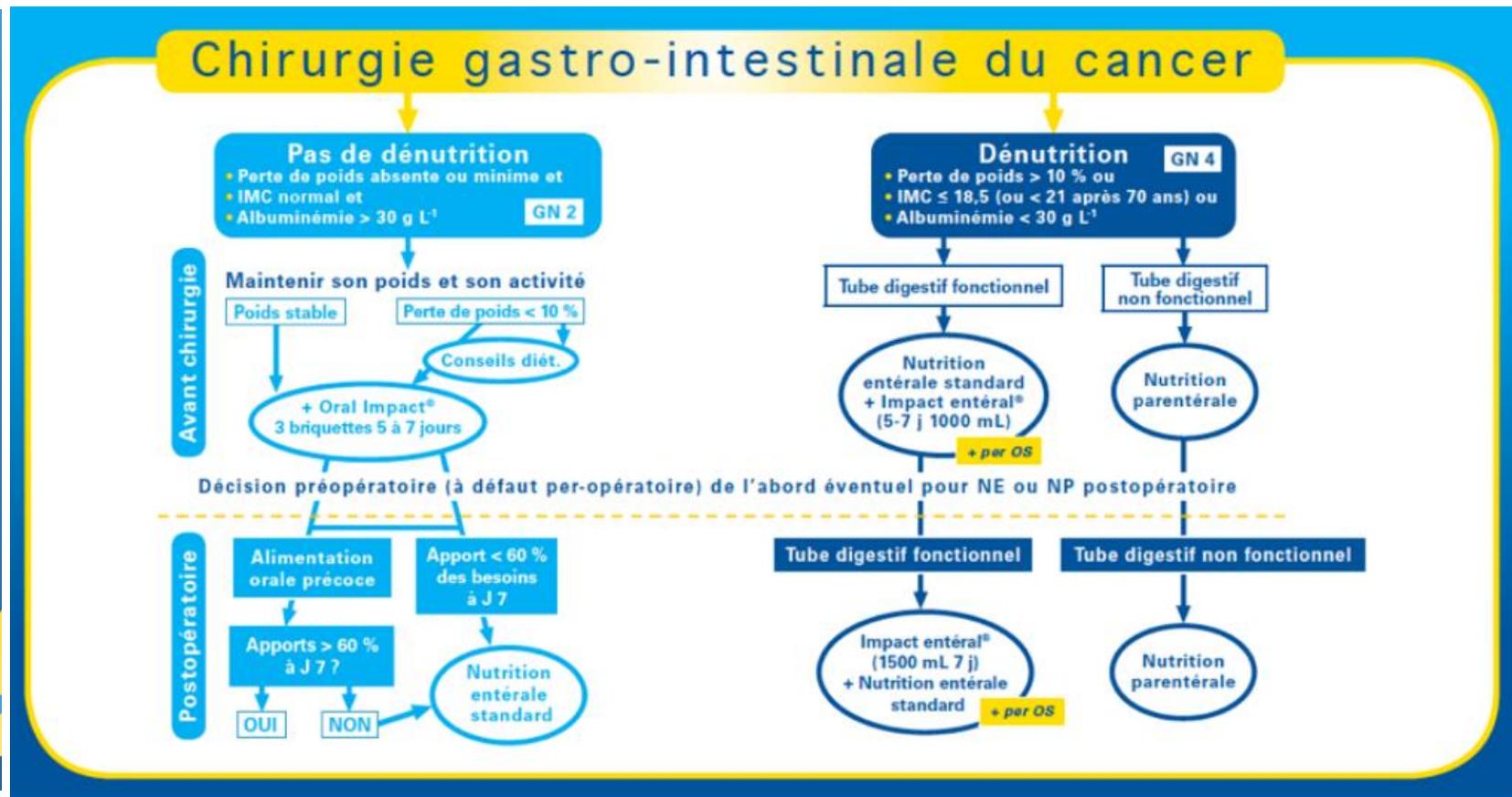
# Dossier 2:

## Traitement de la dénutrition :

GRADE NUTRITIONNEL 1 (GN 1)	<u>Patient non dénutri</u> ET chirurgie sans risque élevé de morbidité ET pas de facteur de risque de dénutrition
GRADE NUTRITIONNEL 2 (GN 2)	<u>Patient non dénutri</u> ET présence d'au moins un facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 3 (GN 3)	<u>Patient dénutri</u> ET chirurgie sans risque élevé de morbidité
GRADE NUTRITIONNEL 4 (GN 4)	<u>Patient dénutri</u> ET chirurgie à risque élevé de morbidité

**Critères de dénutrition (GN 3 et 4) :**

- Perte de poids récente > 10 %
- IMC ≤ 18,5 (ou < 21 au delà de 70 ans)
- Albumine < 30 g/L



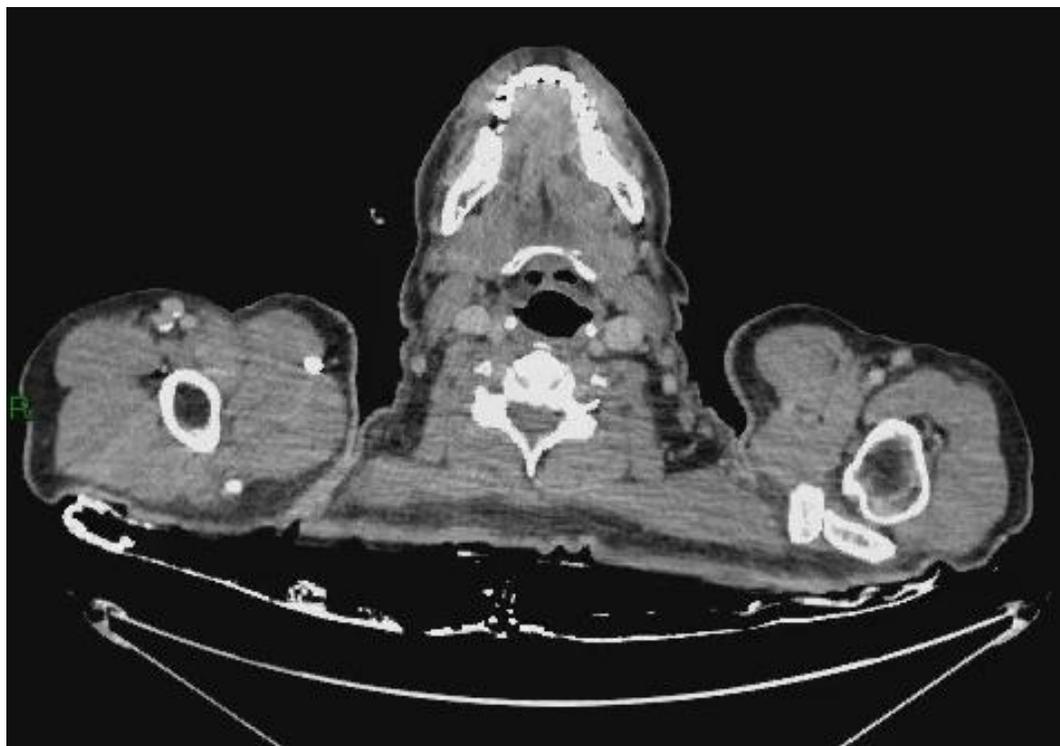
## Dossier 2:

---

- Réévaluation après 4 cycles
- Cliniquement: Disparition de la dysphagie – Arrêt de l'alimentation entérale
- Biologiquement: Normalisation de l'ACE (baseline: 19,6) et du CA 19.9 (baseline 51,2)

Quelle est votre proposition en RCP ?

## Dossier 2: Réévaluation après 4 cycles (Scanner du 20.06.2023)



Stabilité de l'épaississement tumoral et apparition d'adénomégalie latéro-oesophagienne droite & latéro aortique gauche à centre nécrotique.

## Dossier 2:

---

Décision de radiochimiothérapie concomittante (50,4 Gy + FOLFOX)

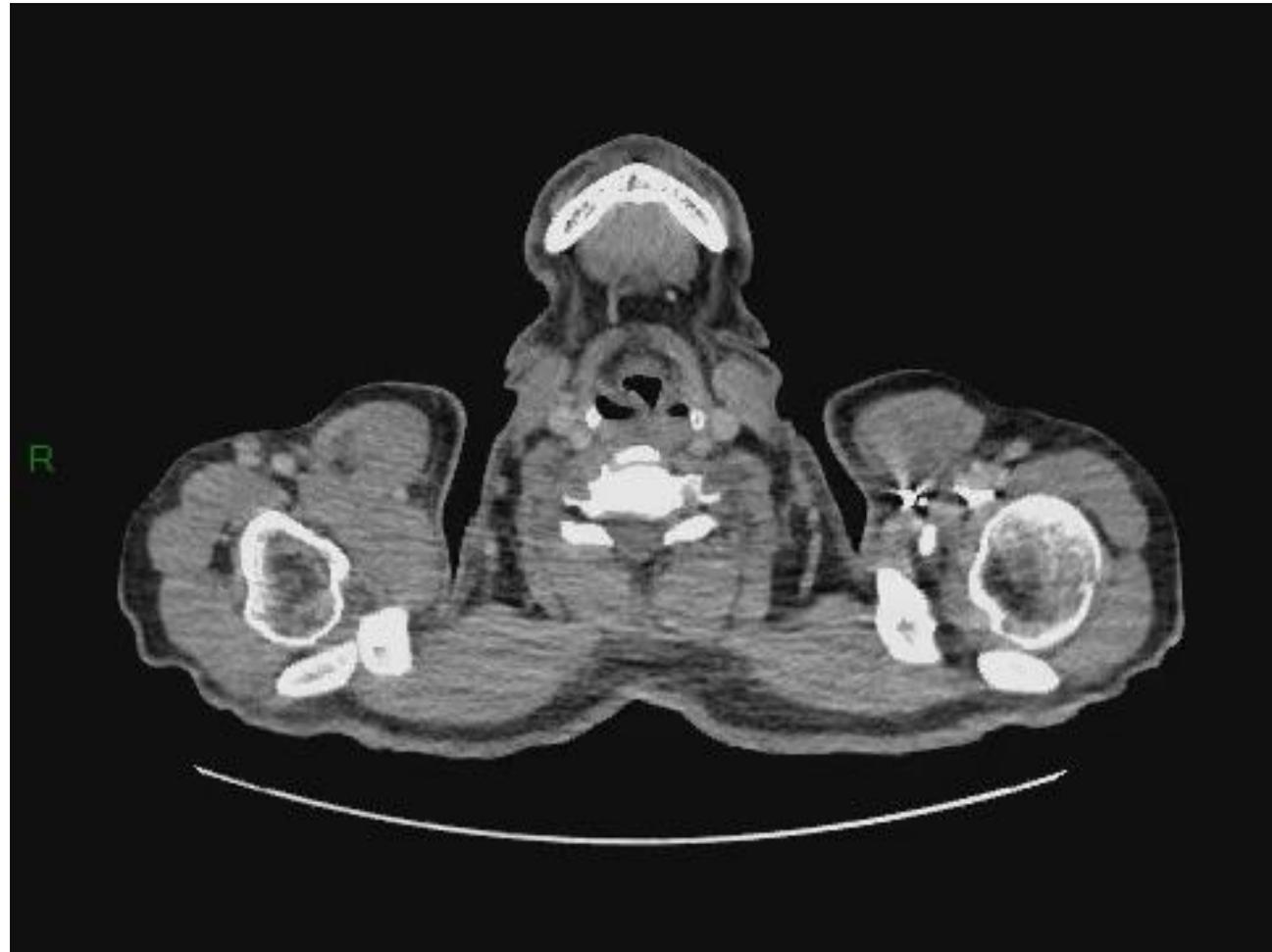
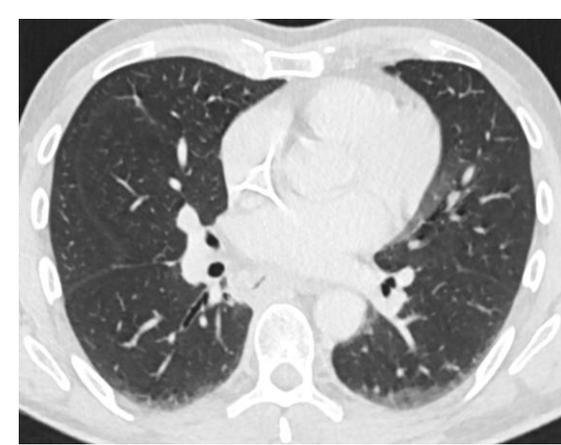
## Dossier 2:

---

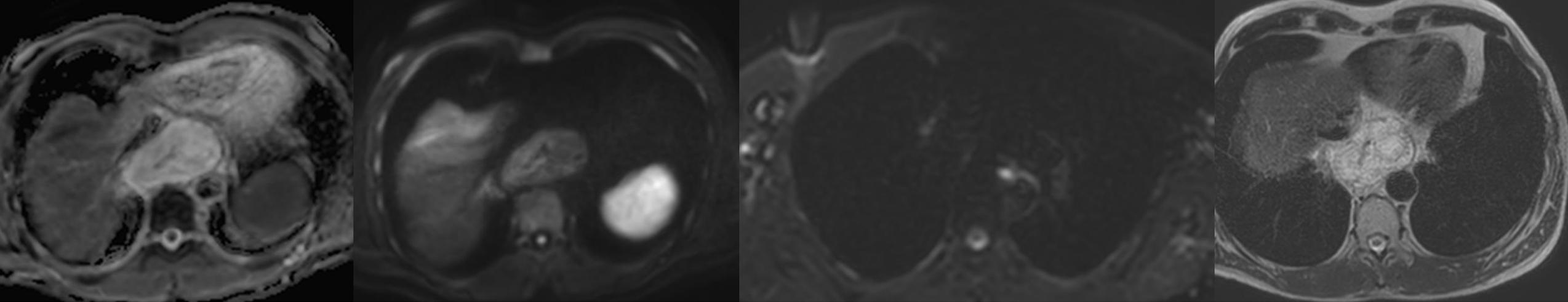
- Réévaluation après radiochimiothérapie (50,4Gy + 6 FOLFOX entre le 04/09 et le 17/10/2023) :

FOGD (03.01.2024): Aspect fragile de la muqueuse de la JOG et bourgeon du 1/3inf de l'oesophage → Biopsies: Muqueuse cardiaque dystrophique et inflammatoire avec métaplasie intestinale sans cellules tumorales.

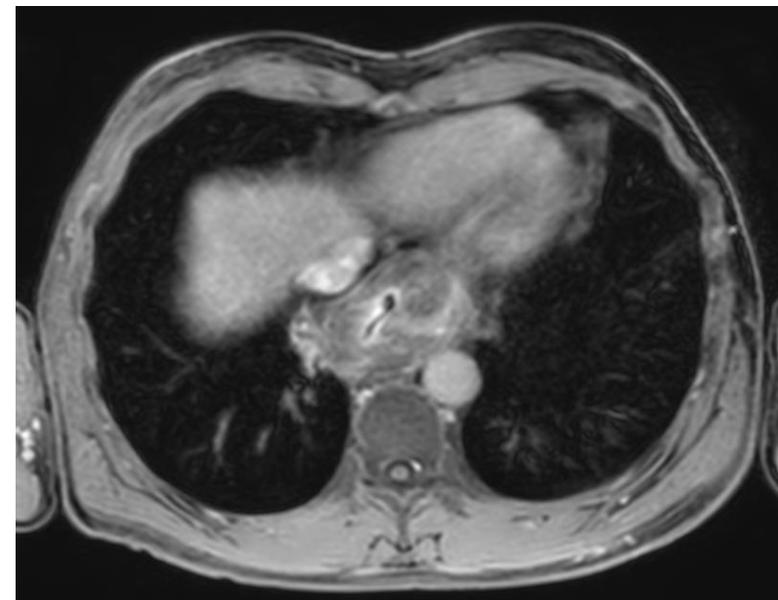
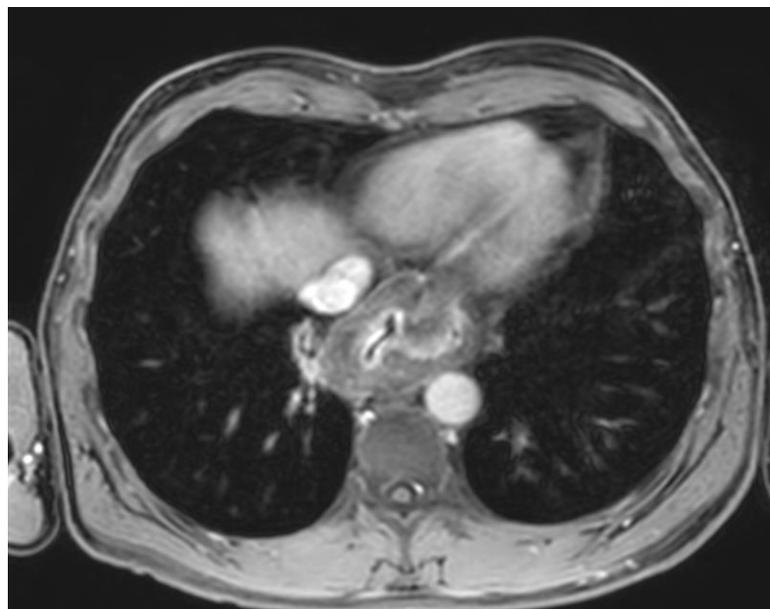
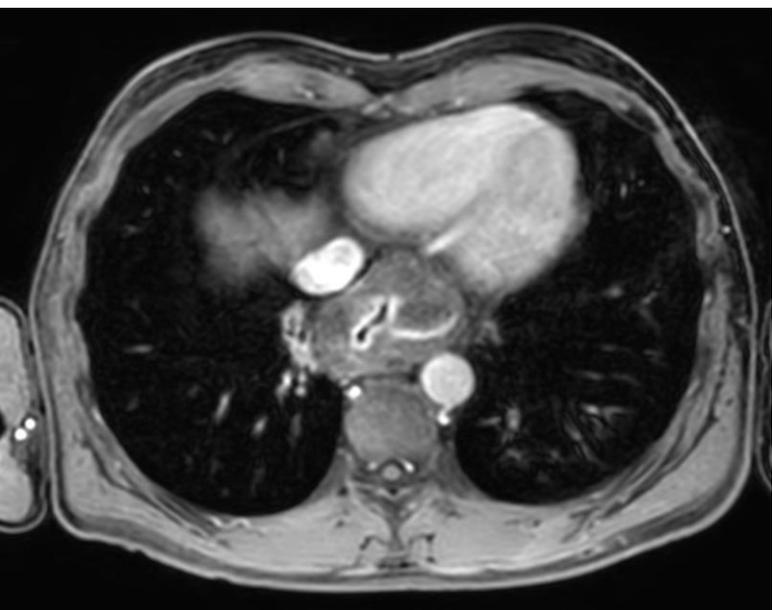
TEP TDM (10.01.2024) : Progression de l'hypermétabolisme du bas œsophage et de la JOG (SUVmax: 7,6 vs 5,7) sans autre hyperfixation.



Scanner TAP (24.11.2023) : Aspect stable de l'épaississement du 1/3inf de l'œsophage et de la JOG



IRM pré opératoire 05.03.2024



## Dossier 2:

---

Quelle est votre proposition en RCP ?

## Dossier 2:

---

### Quelle est votre proposition en RCP ?

→ Oesogastrectomie totale avec iléocoloplastie droite médiastinale postérieure et anastomose oeso-iléale cervicale (26.03.2024)

→ Suites marquées par une détresse respiratoire à J5 nécessitant une IOT – TDM  
TAP + FOGD : RAS

Evolution favorable avec extubation J9

Sortie hospitalisation à J19 avec alimentation normale fractionnée + support par jéjunostomie

→ Anapath : ypTON0 (0/34)

Dossier n°3 M. F. JL

---

## Dossier 3:

---

- Patient de 65 ans, OMS1
- ATCD :
  - Aucun
  - Pas d'intoxication alcoolo-tabagique
- HdM :

Dysphagie avec perte de poids (-15kg) et hœcquet évoluant depuis 4 mois

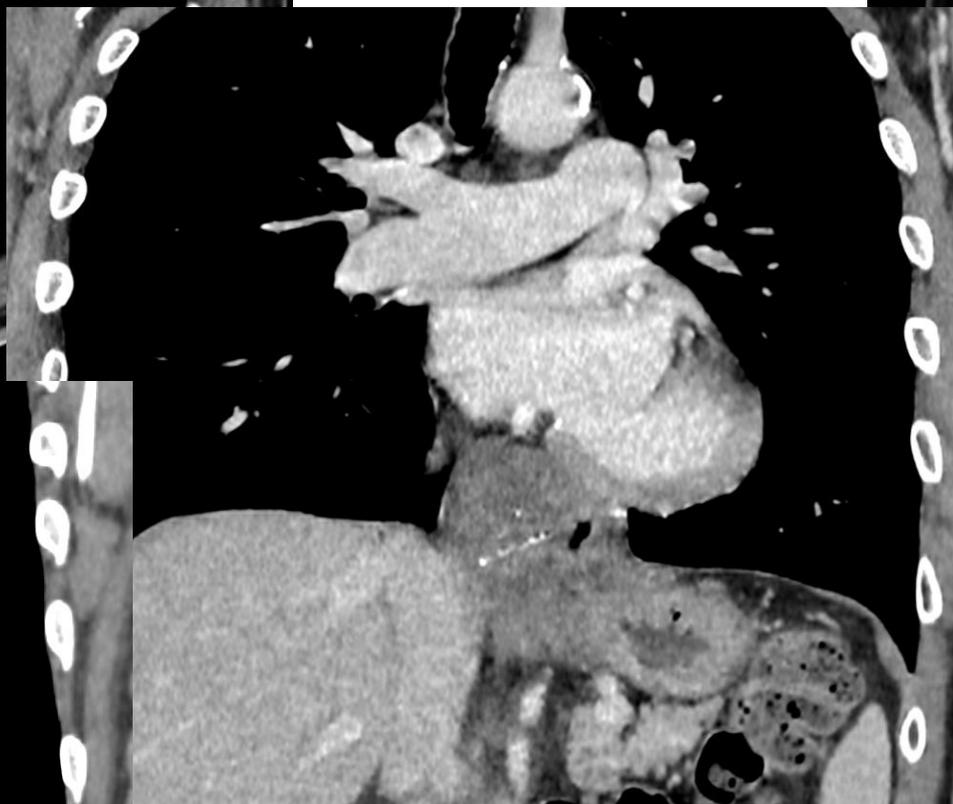
FOGD: Lésion du cardia, non franchissable en endoscopie.

→ Biopsies: ADK moyennement différencié, MSS

Echo-endoscopie: Lésion classée usT4N+

TDM TAP: Volumineuse masse du cardia, sans lésion à distance

Quelle est votre proposition en RCP ?

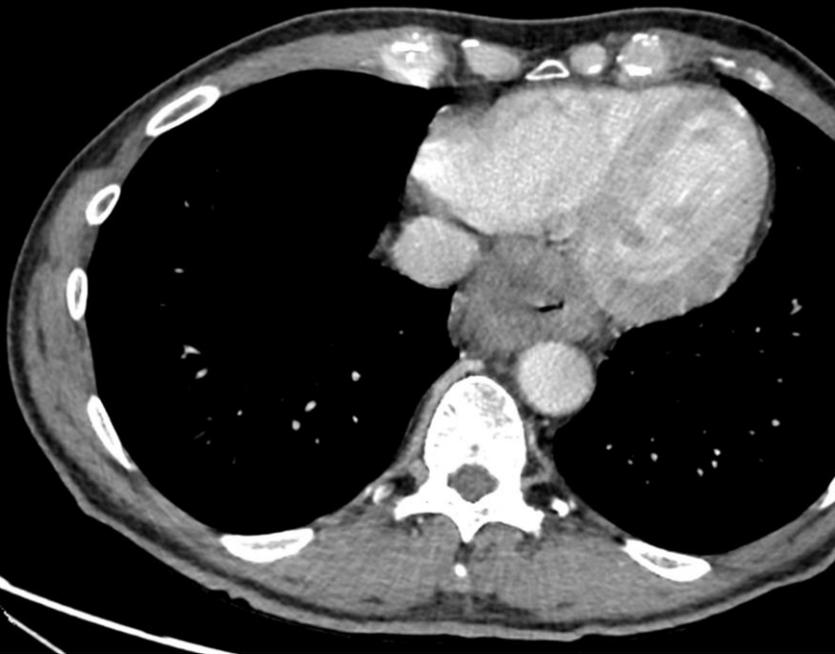


## Dossier 3:

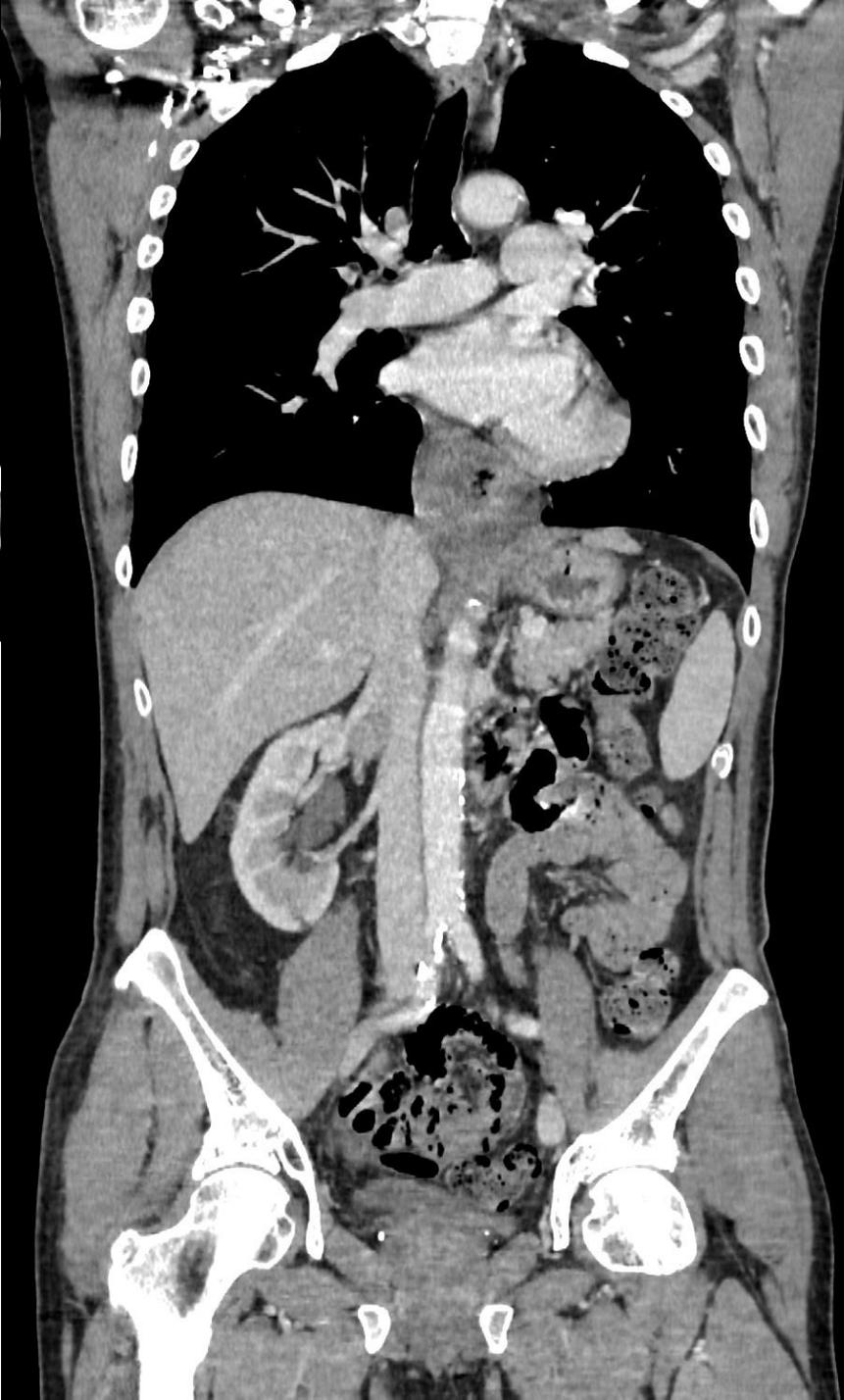
---

Quelle est votre proposition en RCP ?

Radiochimiothérapie concomittante (sur la non résécabilité)



Scanner TAP de contrôle 10.07.2017



## Dossier 3:

---

- Scanner de réévaluation (10.07.2017): Pas de modification de la masse tumorale, toujours en contact étroit avec l'aorte et le péricarde. Pas de lésion à distance
  - Décision de coelioscopie exploratrice initiale: Pas de carcinose péritonéale. Impossibilité de connaître l'envahissement aortique ou pericardique
  - Tentative de LS le 15.12.2017: Pas de contact avec aorte ou pericarde. Résection possible
  - Suites opératoires marquées par AC/FA et fistule anastomotique (grade 1). Sortie à J15 en SSR.
  - Anapath : ypT3N1 (1/8) R0