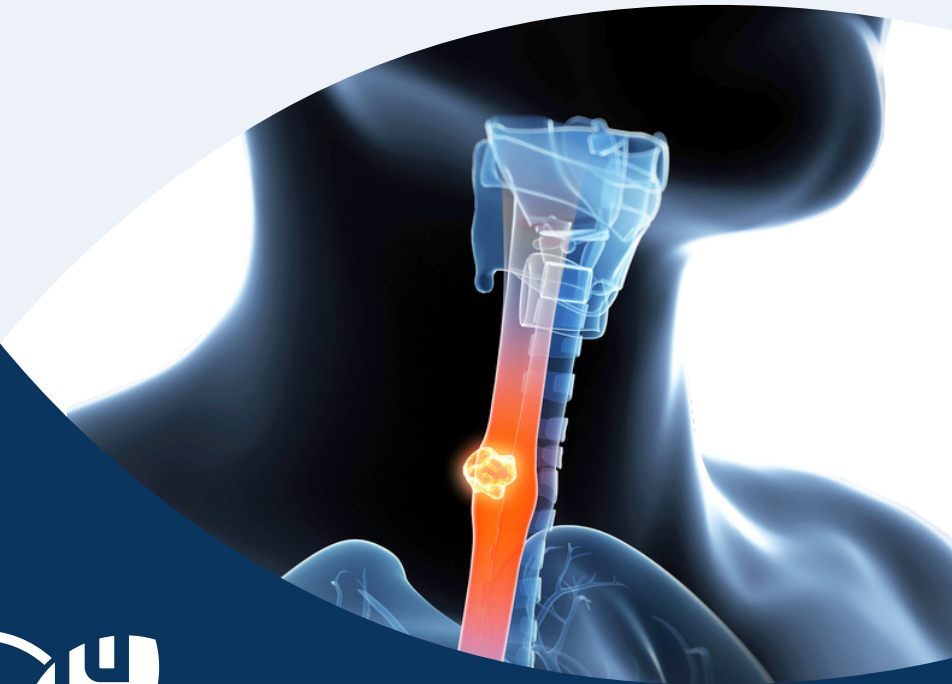




Service de chirurgie
et transplantation abdominale

LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

BROCHURE
À L'ATTENTION DES PATIENTS
ET DE LEUR FAMILLE

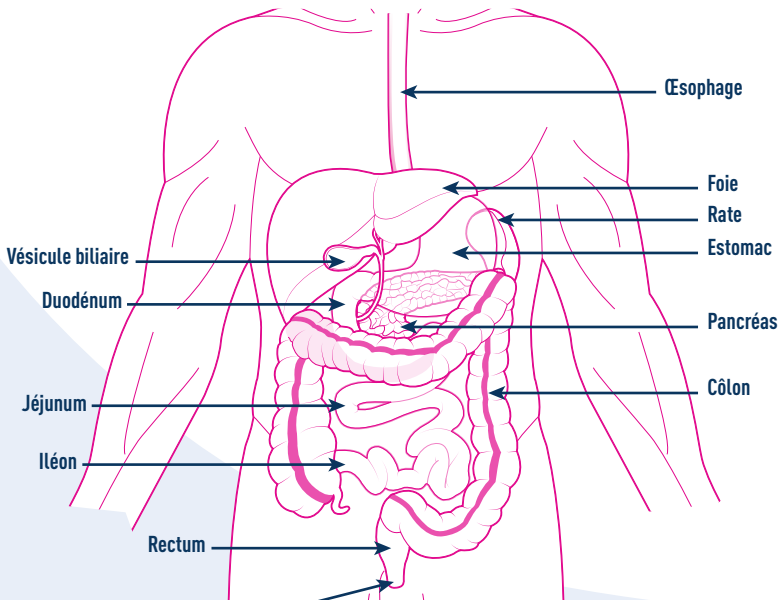
Qu'est-ce qu'un cancer de l'œsophage ?

Un cancer de l'œsophage est une maladie des cellules de l'œsophage qui est un conduit de l'appareil digestif qui va de la gorge à l'estomac. Si aucun traitement n'est effectué, cette lésion se développe et peut se détacher pour aller s'implanter vers les ganglions ou vers d'autres organes. Le cancer de l'œsophage est plus rare que d'autres cancers digestifs comme le cancer colorectal.

Il existe 2 types principaux de cancer de l'œsophage : le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome.

Bien que plus fréquent, le carcinome épidermoïde (touchant principalement les $\frac{2}{3}$ supérieurs de l'œsophage) est progressivement rattrapé par l'adénocarcinome, qui se situe plus souvent au niveau du $\frac{1}{3}$ inférieur de l'œsophage.

Les facteurs de risque du carcinome épidermoïde sont principalement le tabac et l'alcool alors que pour l'adénocarcinome, il s'agit du reflux gastro-œsophagien, du surpoids (obésité) et l'œsophage de Barrett.



BIEN S'INFORMER POUR MIEUX PARTAGER

N'hésitez pas à poser toutes vos questions aux professionnels qui s'occupent de vous. C'est en dialoguant que vous pourrez prendre ensemble les décisions adaptées à votre situation.

Notez éventuellement vos questions pour préparer les consultations.

À chaque étape, vous pouvez être accompagné par un proche ou la personne de confiance que vous avez désignée.

Le diagnostic et le choix du traitement

Le bilan est toujours débuté par une endoscopie digestive haute (gastroskopie) de l'œsophage et de l'estomac durant laquelle des biopsies sont réalisées. Le diagnostic est confirmé par l'analyse anatomopathologique. Un bilan complémentaire est réalisé par la suite avec souvent une écho-endoscopie, un scanner, un PET-scan...

Une cœlioscopie exploratrice peut vous être proposée à la recherche de lésion du péritoine (qui recouvre la paroi abdominale) permettant la pose d'une sonde d'alimentation entérale (jéjunostomie) et la pose d'un port-à-cath permettant l'administration des traitements.

Le choix du traitement repose sur l'avis et la discussion de médecins spécialisés lors d'une réunion de Concertation Multidisciplinaire d'Oncologie (CMO). Selon la situation et suivant les recommandations nationales et internationales, une stratégie thérapeutique vous sera proposée. Plusieurs traitements peuvent être utilisés, seuls ou combinés, pour traiter le cancer de l'œsophage : le traitement endoscopique, la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Selon le cas, ils ont comme objectifs de :

- supprimer la tumeur ou les métastases ;
- réduire le risque de récurrence ;
- ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- traiter les symptômes causés par la maladie.

La chirurgie des cancers de l'œsophage correspond bien souvent à la pierre angulaire de ce traitement.

BIEN COMPRENDRE LES ENJEUX DU TRAITEMENT

Votre traitement vise à prendre en charge la maladie tout en préservant la meilleure qualité de vie possible. Il est adapté à votre cas.

Le cas échéant, une consultation d'aide au sevrage tabagique et alcoolique peut vous être proposée en vue d'améliorer l'efficacité et la sécurité des traitements.

Vous êtes associé aux décisions vous concernant tout au long de votre parcours de soins.

Chirurgie du cancer de l'œsophage

La chirurgie réalisée est une œsophagectomie dont l'étendue est variable selon la localisation et le stade de la maladie. Durant le même geste de résection, l'ensemble des ganglions avoisinants l'organe sont retirés. L'œsophage ainsi enlevé est remplacé le plus souvent par l'estomac mais aussi parfois avec de l'intestin grêle ou le colon. Dans de rares cas, l'estomac est totalement retiré.

Cette intervention délicate est réalisée par un chirurgien entraîné et spécialisé.

Quand la chirurgie est-elle indiquée ?

La chirurgie est proposée pour les **cancers précoces** lorsque la résection endoscopique n'est pas réalisable ou est impossible. Elle est également proposée pour les **cancers localisés**. Enfin, elle est réalisée pour les **cancers localement avancés** après une radio-chimiothérapie (radiothérapie + chimiothérapie) ou après une chimiothérapie pour les adénocarcinomes.

Préparation à la chirurgie

Avant l'intervention, votre **statut nutritionnel** sera évalué et un support nutritionnel pourra vous être proposé en cas de perte de poids ou de carence. Il peut s'agir de suppléments nutritifs oraux, d'une alimentation entérale ou plus rarement parentérale.

Un support par immunonutrition vous sera également recommandé par votre chirurgien une semaine avant la date opératoire afin de permettre à l'organisme de mieux réagir à l'agression chirurgicale.

Votre **statut respiratoire** sera également évalué et vous rencontrerez, de manière systématique, notre kinésithérapeute qui vous apprendra certains exercices respiratoires pour vous préparer à l'intervention.

Il est primordial d'**arrêter toute consommation d'alcool et de tabac** pour limiter les complications post-opératoires. Si vous le souhaitez, une aide adaptée pourra vous être fournie par un médecin spécialisé.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. **Une consultation d'anesthésiologie** permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie selon votre état général et vos antécédents médicaux.

Principes de la prise en charge : protocole ERAS

L'**ERAS** (**E**nanced **R**ecovery **A**fter **S**urgery) ou **RAAC** en français (**R**éhabilitation **A**méliorée **A**près **C**hirurgie) est une approche de la prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie. Le protocole intègre plusieurs paramètres sur la période pré-, per et postopératoire.

Les points clés sont :

- votre information ;
- permettre une alimentation jusqu'au jour de la chirurgie et réalimentation précoce après celle-ci pour apporter à votre corps les nutriments nécessaires à la cicatrisation ;
- une mobilisation précoce dès le lendemain de l'intervention pour maintenir le tonus musculaire et éviter, par une bonne respiration, les complications respiratoires ;
- une gestion optimale de la douleur pour vous assurer un confort après la chirurgie et vous permettre une récupération rapide de votre autonomie.

Les étapes du protocole ERAS sont :

- une consultation chez le chirurgien avec lequel vous discutez des bénéfices de ce projet ;
- une consultation chez l'anesthésiste pour une évaluation pré-interventionnelle (EPI) de votre état général ;
- une entrevue avec la diététicienne pour évaluer votre statut nutritionnel et l'adapter au besoin par un support adéquat ;
- une entrevue avec le kinésithérapeute pour débiter une « préhabilitation », soit des exercices de renforcement musculaire et respiratoire avant la chirurgie ;
- une rencontre avec l'infirmière de référence au sein de l'unité d'hospitalisation pour vous expliquer le déroulement de votre séjour ;
- l'intervention chirurgicale et le séjour hospitalier :
 - réalimentation précoce
 - mobilisation précoce
 - gestion optimale de la douleur

- une consultation chez votre médecin traitant pour suivre votre évolution ;
- une consultation chirurgicale de suivi +/- 10 jours après votre sortie de l'hôpital.

Contacts

Infirmière de référence « **ERAS** » : +32 2 764 54 03

Abord de la tumeur

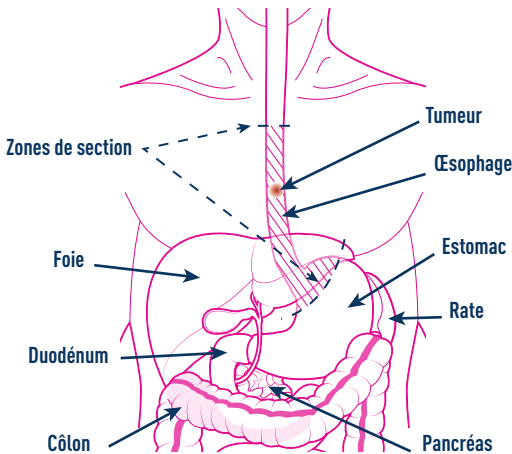
Différents types d'interventions sont possibles pour l'œsophagectomie dont les modalités vous seront exposées par votre chirurgien en consultation. La durée de l'intervention est variable. Elle dépend de la localisation de la tumeur et de la voie d'abord utilisée.

L'œsophagectomie par double voie d'abord

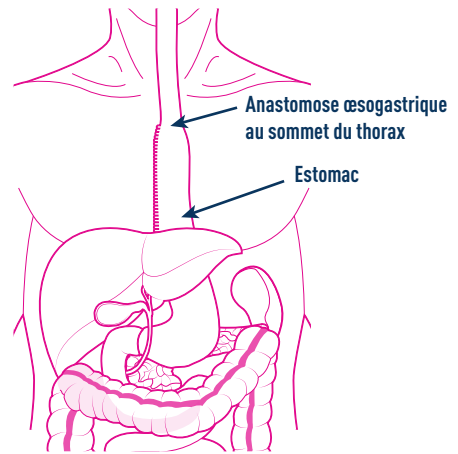
Un premier temps opératoire abdominal réalisé la plupart du temps par cœlioscopie consiste à libérer l'estomac de ses attaches et de permettre sa mobilisation en prévision de la reconstruction après l'ablation de l'œsophage. Le curage ganglionnaire est débuté lors de ce premier temps. Le deuxième temps opératoire consiste à libérer l'œsophage et réséquer la tumeur soit en ouvrant le thorax soit par thoracoscopie. Le curage ganglionnaire est poursuivi lors de ce deuxième temps. L'estomac préparé au début de l'intervention est utilisé pour reconstruire la continuité digestive.

Cette technique est souvent utilisée pour les tumeurs des $\frac{2}{3}$ inférieurs de l'œsophage.

L'ŒSOPHAGECTOMIE SUBTOTALE PAR VOIE TRANSTHORACIQUE (OU INTERVENTION DE LEWIS SANTY) AVEC ANASTOMOSE ŒSOGASTRIQUE THORACIQUE



L'ŒSOPHAGE EST RETIRÉ EN PARTIE
(ŒSOPHAGECTOMIE SUBTOTALE)



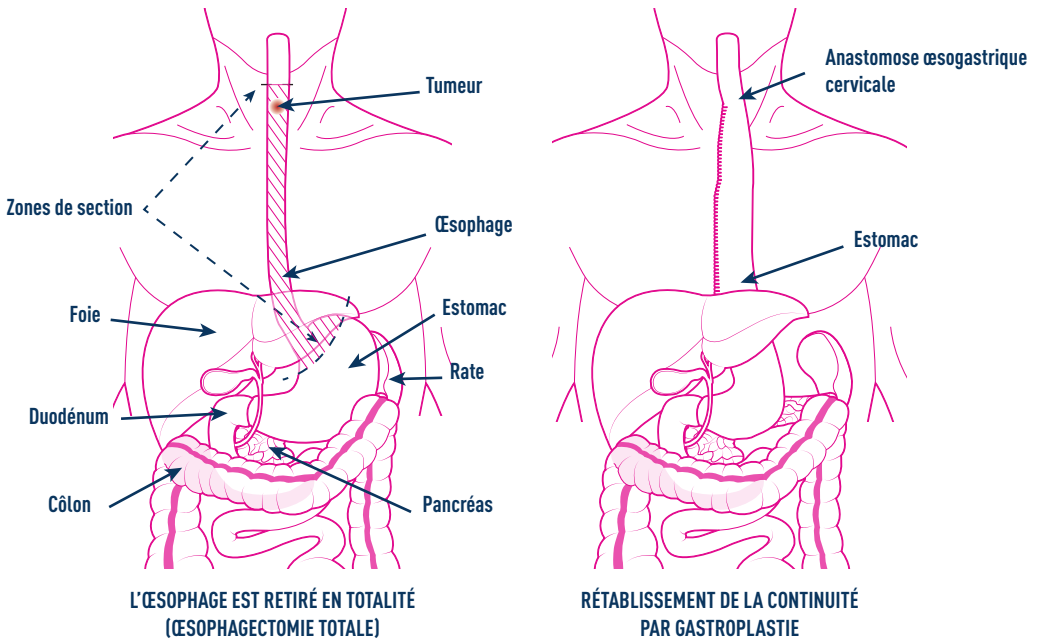
RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ
PAR GASTROPLASTIE

L'œsophagectomie par triple voie d'abord

La résection de l'œsophage se réalise jusqu'au cou, emportant la quasi-totalité de l'organe. Elle est réalisée par trois voies d'abord : l'abdomen, le thorax et le cou. Cette technique est souvent utilisée pour les tumeurs du 1/3 supérieur de l'œsophage.

D'autres techniques peuvent être utilisées selon la localisation de la tumeur dont les modalités vous seront expliquées par le chirurgien.

L'ŒSOPHAGECTOMIE TOTALE AVEC ANASTOMOSE CERVICALE



Le traitement des cancers à un stade précoce

Lorsque le cancer est à un stade précoce (cas très rare), c'est-à-dire limité à la muqueuse de l'œsophage, la résection endoscopique est le traitement de référence. Cette procédure consiste à décoller et enlever la muqueuse et une partie de la sous muqueuse de l'œsophage. Si le traitement endoscopique n'est pas suffisant, une chirurgie complémentaire peut être nécessaire. D'autres types de traitements endoscopiques peuvent également vous être proposés. Le choix de la technique, comme tous les choix de traitement, est effectué en CMO.

Le traitement des tumeurs de la jonction œsogastrique (JOG)

Il arrive que certaines tumeurs soient localisées au niveau de la jonction œsogastrique qui est la partie qui relie l'œsophage à l'estomac. En fonction de leur localisation, les tumeurs peuvent être traitées :

- comme un cancer de l'œsophage lorsque les tumeurs touchent l'œsophage ;
- comme un cancer de l'estomac pour toutes les autres tumeurs de la JOG.

Après la chirurgie

Après la chirurgie, vous êtes emmené en salle de réveil ou directement **aux soins intensifs**. Vous pouvez encore ressentir des nausées ou une somnolence liées à l'anesthésie. Les douleurs seront directement traitées généralement par de la morphine ou des dérivés et par la péridurale qui vous aura été proposée et placée avant la chirurgie.

Un ou plusieurs **drains** pourront être positionnés pendant la chirurgie pour l'écoulement des liquides (sang, lymphes) qui peuvent s'accumuler pendant les premiers jours post-opératoires. Ils seront retirés progressivement sur décision du chirurgien. Une sonde naso-gastrique est laissée en place pour vider les sécrétions de l'estomac.

Une **réalimentation** progressive sera effectuée selon l'évolution le 1er jour postopératoire par une petite sonde placée directement dans l'intestin appelée jéjunostomie (= alimentation entérale). Une alimentation orale (par la bouche) sera permise de manière progressive et sous surveillance sur décision du chirurgien.

Des séances de **kinésithérapie** vous seront prescrites de manière systématique après l'intervention chirurgicale. Elles vous permettront de récupérer le plus rapidement possible votre autonomie respiratoire et de mobilisation. Elles peuvent être poursuivies à domicile au besoin.

La **durée de l'hospitalisation** varie en fonction de l'intervention réalisée et des suites. Elle est de 15 jours en moyenne.

Quelles sont les complications potentielles de cette chirurgie ?

Il existe des complications communes à tous les types de chirurgie. On peut citer le saignement (hémorragie), l'infection, la thrombose veineuse (phlébite), les douleurs.

Les complications peuvent être précoces si elles surviennent durant votre hospitalisation ou tardives et survenir plusieurs semaines après la chirurgie.

- douleurs : la gestion de la douleur est primordiale pour votre confort et pour vous permettre une respiration adéquate et une mobilisation rapide. Nous veillerons à vous prescrire les médicaments nécessaires pour vous soulager au mieux ;
- complications pulmonaires : elles sont les principales. Elles sont liées à l'acte chirurgical lui-même mais aussi à votre état général de santé prédisposant à la chirurgie ;
- complications infectieuses ;
- fistule anastomotique : il s'agit d'un défaut de cicatrisation au niveau du raccord entre l'œsophage et l'estomac (anastomose œso-gastrique). Du liquide et de l'air peuvent passer au travers du trou et s'écouler dans le thorax, le ventre ou le cou. Différents traitements sont possibles, de l'arrêt de réalimentation à une nouvelle chirurgie en passant par un drainage de la fistule ;
- troubles de vidange gastrique : l'estomac utilisé en remplacement de l'œsophage opéré peut moins bien se contracter. Cela occasionne une vidange ralentie des aliments ingérés. Cet effet indésirable peut parfois durer plusieurs semaines ;
- reflux gastro-œsophagien : la résection de l'œsophage comprend aussi le sphincter œsophagien inférieur. Vous pouvez donc ressentir du brûlant et des régurgitations qui peuvent être traitées par des médicaments ;
- difficultés d'alimentation : la chirurgie entraîne une diminution relative de la capacité d'ingestion des aliments. Des repas même peu copieux peuvent vous donner la sensation d'être vite rassasié. Il est nécessaire de suivre les conseils diététiques fournis par l'équipe médicale et diététique soit au minimum 5 à 6 petits repas sur la journée (fractionnement).

Suivi

Après discussion des résultats de la chirurgie, il vous est proposé un suivi dont les objectifs sont non seulement de détecter les récurrences locales ou à distance, les effets secondaires des traitements mais aussi veiller à votre qualité de vie en organisant les soins complémentaires et d'accompagnement.

Habituellement, il s'organise de manière régulière durant les 5 années qui suivent votre traitement par un suivi clinique et par scanner. D'autres examens peuvent être proposés.

Les soins complémentaires et l'accompagnement

Vos besoins sont évalués dès le début de la prise en charge et réévalués à toutes les étapes du traitement. Ils visent à améliorer votre qualité de vie et votre confort. Il vous est proposé :

- un soutien psychologique : notre équipe de psychologues est disponible pour vous recevoir seul, en couple ou en famille. Il peut vous être proposé une prise en charge personnalisée ou en groupe par de la relaxation, de l'autohypnose... ;
- un soutien social : gestion des difficultés de retour à domicile, revalidation, convalescence... ;
- une gestion de la douleur à tout moment de la maladie ;
- une prévention et prise en charge de votre nutrition ;
- un soutien par kinésithérapie : programme de préhabilitation (avant la chirurgie) et séances de kinésithérapie après la chirurgie et à domicile ;
- une aide au sevrage alcoolique et tabagique.

Pour plus d'informations sur la pathologie du cancer de l'œsophage, consultez les sites web suivants :

- Centre du cancer des Cliniques universitaires Saint-Luc - Institut Roi Albert II : www.institutroi.albertdeux.be ;
- Fondation contre le cancer (Belgique) : www.cancer.be

Contact

Coordinatrice des soins en oncologie (CSO) : +32 2 764 42 12

Sources

Le contenu de ce carnet d'information est développé par les Cliniques universitaires Saint-Luc pour mettre le patient au centre de sa prise en charge. Il est élaboré selon les recommandations nationales et internationales. Il s'appuie sur différentes sources :

- Guides patients, Les traitements des cancers de l'œsophage, Cancer Info, INCa, mai 2015 ;
- Institut National du Cancer - France ;
- Centre du cancer des Cliniques universitaires Saint-Luc – Institut Roi Albert II.

Notes personnelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SERVICES ASSOCIÉS

SERVICE DE CHIRURGIE ET TRANSPLANTATION
ABDOMINALE

UNITÉ DE CHIRURGIE
ŒSO-GASTRO-DUODÉNALE ET BARIATRIQUE

COORDINATRICE DES SOINS EN ONCOLOGIE (CSO):
+32 2 764 42 12

INFIRMIÈRE DE RÉFÉRENCE « ERAS »:
+32 2 764 54 03

RENDEZ-VOUS OU ACCUEIL :
+32 2 764 19 92



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

SUIVEZ-NOUS SUR



Le Service communication et Centre audiovisuel
(Caroline Bleus, Rudy Lechantre)
Éditeur responsable : Thomas De Nayer / Service de communication
Photos : Shutterstock

Cliniques universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles
www.saintluc.be

© Cliniques universitaires Saint-Luc
Vous souhaitez vous inspirer de cette brochure ? Merci de nous contacter préalablement.