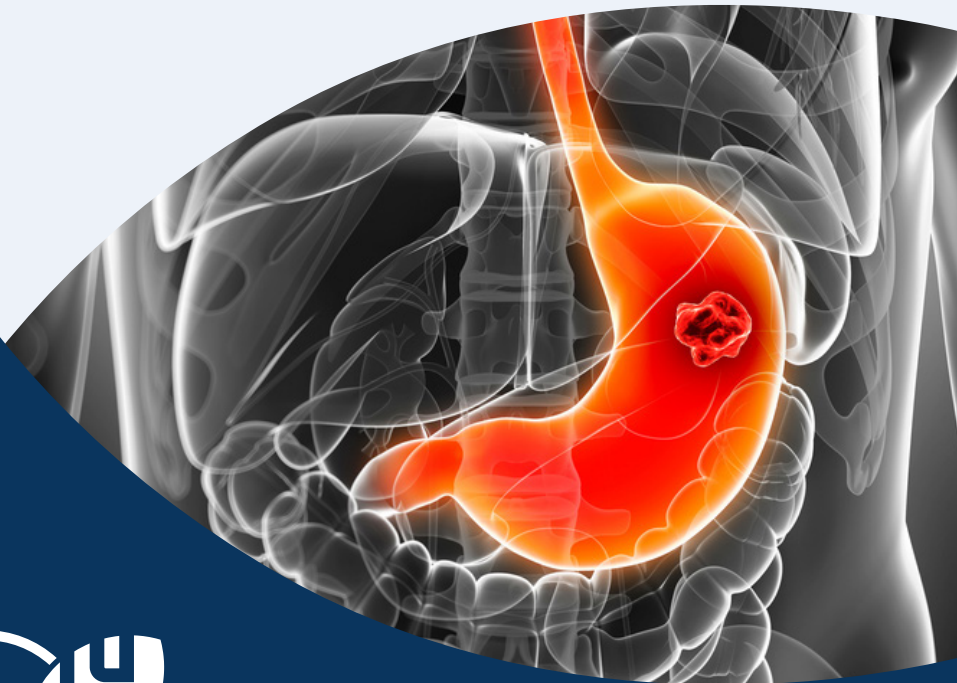




Service de chirurgie  
et transplantation abdominale

# LE CANCER DE L'ESTOMAC



Cliniques universitaires  
**SAINT-LUC**  
UCL BRUXELLES

BROCHURE  
À L'ATTENTION DES PATIENTS  
ET DE LEUR FAMILLE

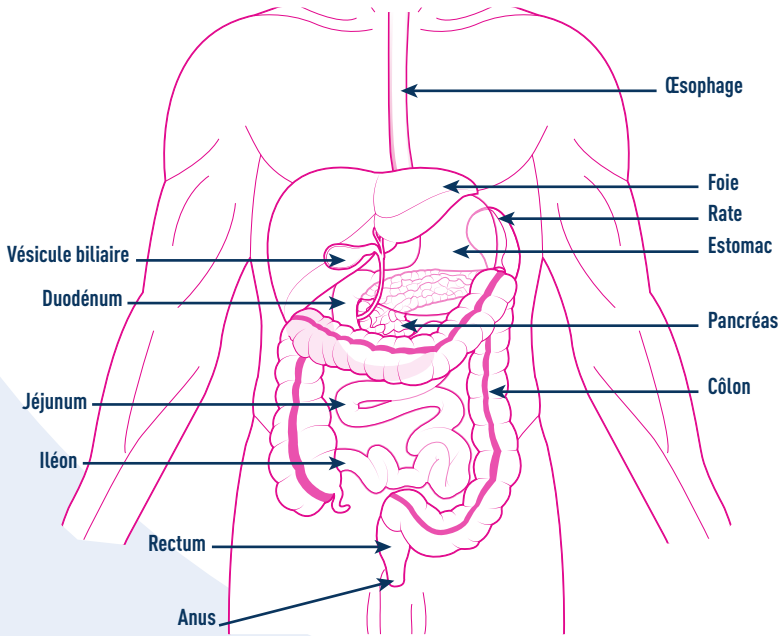
## Qu'est-ce que le cancer de l'estomac ?

Le cancer gastrique est une maladie des cellules de l'estomac qui est un organe abdominal situé à la suite de l'œsophage.

Si aucun traitement n'est effectué, cette lésion se développe et peut se détacher pour aller s'implanter dans les ganglions ou vers d'autres organes.

La plupart du temps, le cancer de l'estomac est un adénocarcinome dont les symptômes restent souvent non typiques.

Il peut être favorisé par une gastrite chronique principalement causée par une bactérie du nom d'*Helicobacter Pylori*, le tabagisme, une alimentation riche en sel et pauvre en fruits et légumes, des antécédents de cancer de l'estomac ou encore plus rarement par une prédisposition génétique.



## **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.*

## **Diagnostic et le choix du traitement**

Le bilan est toujours débuté par une endoscopie digestive haute (gastroscopie) 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 coelioscopie exploratrice vous sera proposée. Celle-ci consiste à rechercher une lésion du péritoine (membrane recouvrant la paroi de l'abdomen). Durant cette procédure, une sonde d'alimentation entérale (jéjunostomie) et un port-à-cath seront posés afin de permettre l'administration de médicaments.

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 est proposée. Plusieurs traitements peuvent être utilisés, seuls ou combinés, pour traiter le cancer de l'estomac : le traitement endoscopique, la chirurgie et la chimiothérapie.

### **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'estomac correspond bien souvent à la pierre angulaire du 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'estomac

La chirurgie réalisée, appelée gastrectomie, consiste en une résection totale ou partielle de l'estomac. L'ensemble des ganglions avoisinants l'estomac sont enlevés. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. L'abord par cœlioscopie peut éventuellement vous être proposé par le chirurgien selon la localisation de la tumeur et son stade. La reconstruction est réalisée durant le même temps opératoire à l'aide de votre intestin pour rétablir la continuité digestive.

Cette intervention est réalisée par un chirurgien spécialisé et entraîné.

## Quand est indiquée la chirurgie ?

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 chimiothérapie. Elle peut aussi parfois être réalisée pour limiter la progression de la tumeur et/ou pour soulager les symptômes.

## **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 compléments nutritionnels 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.

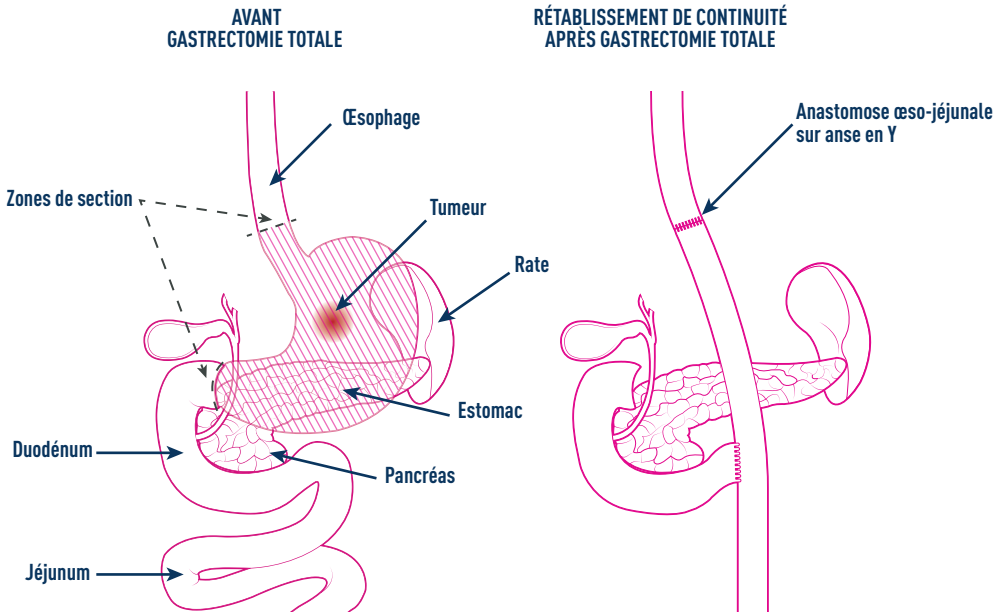
L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. Une **consultation d'anesthésiologie** permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie selon votre état général et vos antécédents médicaux.

# Types d'intervention de l'estomac

Différents types d'interventions sont possibles pour l'estomac. Les modalités vous seront exposées par votre chirurgien, en consultation. Le type de résection dépend de la localisation de la tumeur, du stade et du type de tumeur. La durée de l'intervention est variable. Elle dépend de la localisation de la tumeur et de la voie d'abord utilisée.

## Gastrectomie totale

La totalité de l'estomac est retirée avec tous les ganglions autour de l'organe. Il arrive que la rate et/ou la vésicule biliaire soient également enlevées pendant l'intervention. La reconstruction du tractus digestif est réalisée en utilisant l'intestin grêle (anse en Y) qui est raccordé à l'œsophage (anastomose œso-jéjunale).

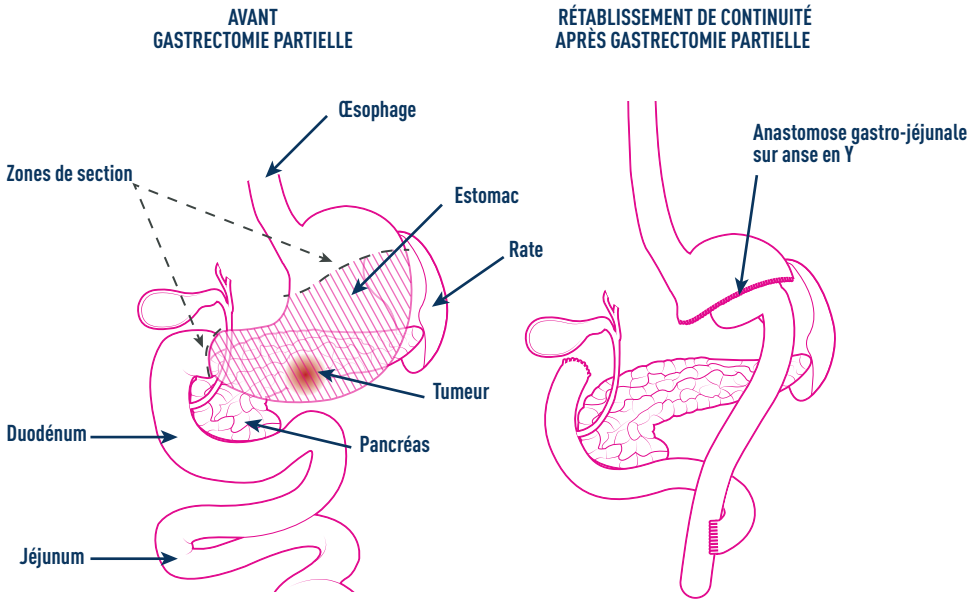


# Gastrectomie partielle ou subtotale

La résection partielle de l'estomac consiste à enlever la partie basse de l'organe avec tous les ganglions autour de l'organe. Elle est proposée pour les tumeurs situées sur le niveau inférieur de l'estomac, l'antrum.

La reconstruction du tractus digestif est réalisée en utilisant l'intestin grêle (anse en Y) qui est suturée à la partie de l'estomac restant (anastomose gastro-jéjunale).

La voie d'abord de l'estomac est proposée par le chirurgien selon la localisation et le stade de la tumeur. Il s'agit soit d'une laparotomie, qui consiste en une large ouverture de l'abdomen, soit d'une laparoscopie, qui permet de pratiquer la chirurgie par de multiples petites ouvertures au travers de la paroi abdominale.



## Le traitement des cancers à un stade précoce

Pour les cancers précoces, un traitement endoscopique peut être une alternative à la chirurgie. Il consiste à décoller et enlever toute la muqueuse et la sous-muqueuse de l'estomac. Si le traitement endoscopique n'est pas satisfaisant, une chirurgie complémentaire peut être nécessaire. Cette décision, comme toutes les autres, est prise en réunion de concertation multidisciplinaire d'oncologie.

## Après la chirurgie

Après la chirurgie, vous êtes emmené en **salle de réveil**. 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** peuvent parfois 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 **réalimentation** progressive sera effectuée, selon l'évolution, le 1<sup>er</sup> 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.



## **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 infectieuses ;
- fistule anastomotique : il s'agit d'un défaut de cicatrisation au niveau du raccord entre l'estomac et l'intestin grêle (anastomose gastro-jéjunale) dans le cadre d'une gastrectomie partielle, ou entre l'œsophage et l'intestin grêle (anastomose œso-jéjunale). Du liquide et de l'air peuvent passer au travers du trou et s'écouler dans l'abdomen. Différents traitements sont possibles, de l'arrêt de réalimentation à une nouvelle chirurgie en passant par un drainage de la fistule ;
- « *Dumping syndrome* » : cette complication est caractérisée par une sensation de malaise après les repas avec des nausées, des diarrhées, des douleurs abdominales, des bouffées de chaleur et des palpitations ;
- 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. Une perte pondérale est commune à toutes les interventions digestives. 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) ;
- déficit en vitamine B12 : cette vitamine est importante dans le processus de fabrication des globules rouges. En cas de résection gastrique complète, votre corps ne pourra plus absorber la vitamine B12 nécessitant une supplémentation à vie.

## **Suivi**

---

Après discussion des résultats de la chirurgie, il vous est proposé un suivi dont les objectifs sont non seulement de détecter les récidives 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 suivi clinique et par scanner. D'autres examens peuvent être proposés.

Dans le cas où de la chimiothérapie a été administrée avant la chirurgie, il est proposé de consolider le traitement par de nouvelles cures.

## **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 sont disponibles 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, vous pouvez cliquer sur les liens repris ci-dessous :**

- Centre du cancer des Cliniques universitaires Saint-Luc - Institut Roi Albert II : [www.institutroi-albertdeux.be](http://www.institutroi-albertdeux.be) ;
- Fondation contre le cancer (Belgique) : [www.cancer.be](http://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'estomac, Cancer Info, INCa, juillet 2014 ;
- Institut National du Cancer - France ;
- Centre du cancer des Cliniques universitaires Saint-Luc – Institut Roi Albert II.

## **Notes personnelles**

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Cliniques universitaires  
**SAINT-LUC**  
UCL BRUXELLES

SUIVEZ-NOUS SUR



## 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

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



Le Service communication et Centre audiovisuel  
(Caroline Bleus, Rudy Lechantre)

Éditeur responsable : Thomas De Nayer / Service de communication  
Photos : Sebastian Kaulitzki / Shutterstock

**Cliniques universitaires Saint-Luc**  
Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles  
[www.saintluc.be](http://www.saintluc.be)

© Cliniques universitaires Saint-Luc

Vous souhaitez vous inspirer de cette brochure ? Merci de nous contacter préalablement.