



H.U.B.

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
DE BRUXELLES
ACADEMISCH ZIEKENHUIS
BRUSSEL



Guide patient

Prise en charge du cancer de l'œsophage

Service de Gastro-entérologie chirurgicale
Clinique du Tube digestif supérieur



Ce petit fascicule a pour but de mieux vous informer sur le cancer de l'œsophage, son traitement et son suivi. Vous comprendrez que votre rôle est primordial dans votre guérison rapide. En effet, toute votre préparation alimentaire, respiratoire et fonctionnelle avant l'opération aide grandement à prévenir les problèmes de santé après la chirurgie.

N'hésitez pas à nous poser toutes les questions nécessaires après avoir parcouru ce petit guide.

Dr Ennaji M.,
Médecin Résident en Chirurgie Digestive

Dr Gonsette K.,
Praticien Hospitalier Universitaire en Anesthésie réanimation

Pr El Nakadi I.,
Chef de clinique de la chirurgie du tube digestif supérieur et de la paroi

Le cancer de l'œsophage

L'œsophage est le conduit digestif qui amène les aliments de la bouche vers l'estomac.

Le cancer de l'œsophage est une tumeur maligne qui se développe dans la muqueuse de l'œsophage (couche la plus interne de la paroi) puis envahit progressivement les différentes couches de la paroi œsophagienne. Des cellules cancéreuses peuvent également se détacher de la tumeur initiale et migrer vers les ganglions lymphatiques ou vers d'autres organes (foie, poumons, os) où elles forment de nouvelles tumeurs, appelées métastases.

Les principaux facteurs de risque du cancer de l'œsophage sont le tabac, l'alcool ainsi que leur association, et le reflux gastro œsophagien (œsophage de Barrett). En Belgique, on dénombre 1400 nouveaux cas par an. Il est 4 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

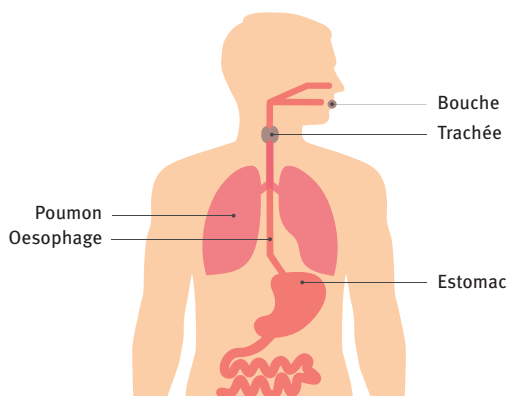


Schéma des voies aéro-digestives supérieures

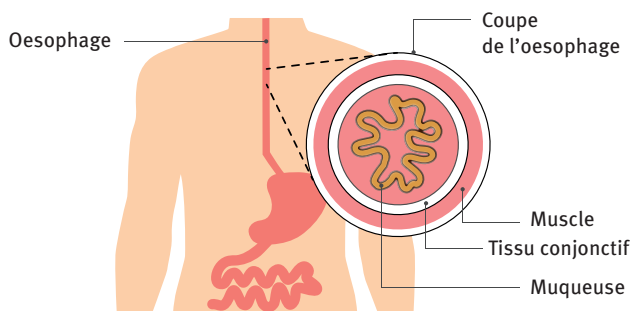


Schéma de l'œsophage

Un traitement chirurgical du cancer de l'œsophage est proposé en fonction du stade de la tumeur.

Pour connaître ce stade, toute une série d'examens diagnostiques seront effectués :

- Une endoscopie de l'œsophage et de l'estomac durant laquelle des biopsies de la tumeur seront réalisées et envoyées en analyse
- Un scanner cervico-thoraco-abdominal pour évaluer l'extension de la maladie
- Un PET-Scan pour évaluer l'extension de la maladie
- Une échodoppler pour évaluer la profondeur de la tumeur et la présence de ganglions (avec ponction biopsie si nécessaire)
- Un bilan nutritionnel
- Un bilan cardio-respiratoire
- Un bilan onco-gériatrique si vous avez plus de 70 ans

Selon les besoins, d'autres examens peuvent être réalisés (IRM, fibroscopie pulmonaire, avis ORL, etc.).

Le diagnostic du cancer est confirmé par le résultat anatomopathologique de l'analyse des biopsies prélevées.

Il existe deux types de cancer au départ de la couche muqueuse de l'œsophage : le **carcinome épidermoïde** ou l'**adénocarcinome**.

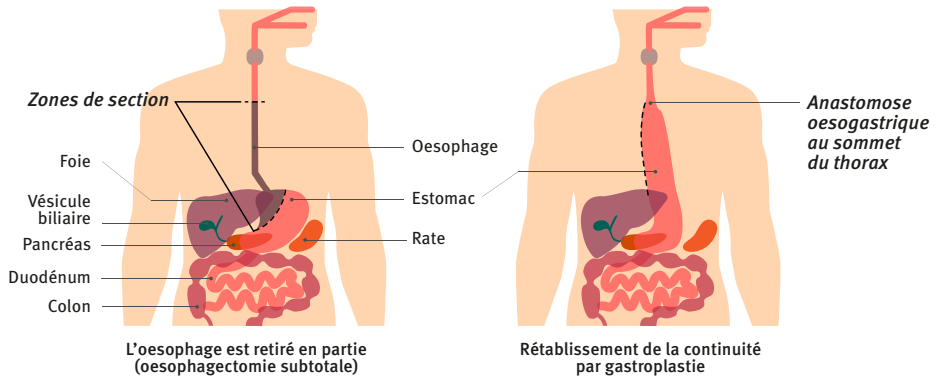
QUELLE CHIRURGIE ?

Ces différents examens permettent de proposer un traitement adapté à votre situation, selon le type de cancer, l'extension de la maladie et votre état général.

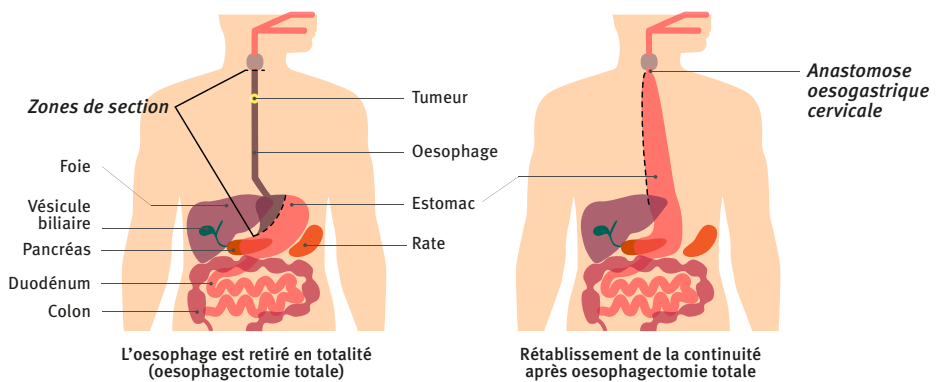
Le choix du traitement est établi après l'analyse des différents résultats qui seront discutés lors d'une réunion multidisciplinaire à laquelle participent les chirurgiens, les oncologues, les radiologues, les gastroentérologues, les radiothérapeutes, les pathologistes et d'autres spécialistes concernés.

La chirurgie est le traitement proposé dans les cancers localisés. Elle consiste à retirer tout ou une partie de l'œsophage. Une chirurgie de reconstruction utilisant l'estomac ou l'intestin (grêle ou côlon), est réalisée dans le même temps pour rétablir la continuité du tube digestif.

Oesophagectomie subtotale par voie transthoracique (ou intervention de Lewis Santy) avec anastomose oesogastrique thoracique



Oesophagectomie totale avec anastomose cervicale



Les ganglions lymphatiques à proximité de la tumeur, de l'œsophage et de l'estomac seront également retirés et envoyés en analyse anatomopathologique. La chirurgie est parfois précédée d'une chimiothérapie associée dans certains cas à une radiothérapie en fonction de l'extension de la maladie.

Si la tumeur n'est pas opérable, une chimiothérapie peut être proposée, associée ou non à une radiothérapie. Ce traitement a pour but de ralentir le développement de la maladie, soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie.

En fonction de la localisation et du type de la tumeur, le chirurgien utilisera deux ou trois voies d'abord chirurgical :

- Voie abdominale et voie thoracique droite (œsophagectomie subtotale)
- Voie abdominale, voie thoracique droite et voie cervicale gauche (œsophagectomie totale)

AVANT VOTRE CHIRURGIE

Une bonne préparation pour la chirurgie est primordiale. C'est pourquoi il vous sera demandé de respecter toute une série de recommandations :

- **Arrêter de fumer :** cela réduira les risques de complications au niveau pulmonaire après votre chirurgie. Il est conseillé d'arrêter votre consommation tabagique 4 à 6 semaines avant votre intervention. Une tabacologue au sein de notre établissement peut vous aider à y parvenir.
- **Éviter l'alcool :** l'alcool peut interagir avec les médicaments que nous devons vous donner. Il est conseillé d'arrêter votre consommation d'alcool au minimum 4 semaines avant votre intervention. Une aide psychologique peut vous être proposée pour vous y aider.
- **Marcher :** faire des exercices quotidiennement (marche active jusqu'à 30min deux fois par jour) vous préparera à être dans de meilleures conditions pour votre intervention.
- **Exercices respiratoires :** un petit spiromètre vous sera remis pour réaliser vos exercices à la maison et préparer au mieux vos poumons à l'intervention.
- **Régime sans fibres :** à débiter 5 jours avant votre intervention (la liste des aliments autorisés vous sera remise lors de votre entretien avec la coordinatrice de chirurgie).

Notre coordinatrice en chirurgie vous proposera également vos rendez-vous avec un anesthésiste, une diététicienne et un kinésithérapeute pour vous préparer au mieux à votre intervention. Si vous avez perdu beaucoup de poids, une diététicienne vous prescrira des compléments alimentaires. En effet, avant votre intervention, maintenir votre poids de forme et votre masse musculaire est une priorité afin d'éviter une dénutrition. La dénutrition est un état qui résulte d'un apport nutritionnel insuffisant par rapport à vos besoins en énergie et en protéines. Vous devez vous alimenter suffisamment, avec une alimentation saine, variée et équilibrée, afin de maintenir vos forces, votre immunité, votre résistance contre les infections et éviter ainsi certaines complications lors de votre chirurgie. À ce titre, nous vous recommandons un complément alimentaire qui stimule votre immunité et votre cicatrisation grâce à l'arginine, aux oméga-3 et aux nucléotides. Vous pourrez également consommer ce même complément en cas de dénutrition après votre chirurgie. Parfois, il sera nécessaire de mettre une sonde de nutrition naso-gastrique, une gastrostomie ou une jéjunostomie par voie endoscopique ou chirurgicale pour vous alimenter.

Votre admission à l'hôpital se fera 24 à 48 heures avant votre chirurgie. La veille de votre intervention, il vous sera demandé de boire du jus de pommes (environ quatre berlingots de 20 cl) ou de l'Ice Tea non pétillant (environ trois canettes de 33 cl). À partir de minuit, il vous sera demandé de ne plus consommer de nourriture solide, vous pourrez encore boire des liquides clairs (liquides ne contenant pas de pulpe, pas de lait) jusqu'à 4h avant votre anesthésie.

L'anesthésiste, ou votre chirurgien, vous prescrira les médicaments que vous pouvez prendre le matin de l'intervention avec une gorgée d'eau.

APRÈS VOTRE CHIRURGIE

Après l'intervention, vous resterez en surveillance pour la nuit dans une unité de soins post-anesthésiques avant de pouvoir remonter dans votre chambre dès le lendemain matin. Dans certaines situations, une surveillance aux soins intensifs sera nécessaire.

Pour diminuer les douleurs post-opératoires, l'anesthésiste aura placé avant l'intervention une péridurale qui vous délivrera des antidouleurs en continu. Vous allez la garder pendant 5 jours. En parallèle vous recevrez également des antidouleurs par voie intraveineuse.

On vous demandera d'évaluer votre douleur quotidiennement sur une échelle de 0 à 10 : un score inférieur à 4 sur 10 nous indique une bonne gestion de la douleur.



Des drains sont également placés pendant l'intervention (au niveau thoracique et au niveau abdominal et/ou cervical) pour évacuer les liquides accumulés. Ils seront retirés au fur et à mesure pendant votre hospitalisation.

Une sonde urinaire, petit tuyau inséré dans votre canal urinaire jusqu'à votre vessie pour laisser sortir l'urine, est placée pendant l'intervention, et sera retirée endéans les 48 heures qui suivent l'opération sauf contre-indication.

Une sonde naso-gastrique, placée pendant l'intervention dans le nez et qui descend dans la gorge jusqu'à l'estomac, est laissée en place pour vider le contenu de votre estomac pendant les premiers jours post opératoires. Elle sera retirée après la réalisation de l'examen radiographique de contrôle (OED).

Après votre intervention, vous resterez à jeun strict jusqu'à la réalisation de l'OED. Vous serez dès lors alimenté soit par voie parentérale (via un système veineux) soit par une sonde de jéjunostomie (petite sonde mise en place pendant l'intervention au niveau de l'intestin grêle) soit via la sonde naso-gastrique.

Des séances de kinésithérapie respiratoire intensive et de mobilisation seront prescrites quotidiennement et réalisées dès le lendemain de l'intervention.

L'examen de contrôle radiologique sera réalisé entre le 6^{ème} et le 7^{ème} jour post-opératoire. Si le contrôle ne montre pas de fuite au niveau de l'anastomose (suture entre l'œsophage et l'estomac), la sonde naso-gastrique sera retirée et vous serez autorisé à boire, uniquement quelques gorgées d'eau. La réalimentation se poursuivra par voie orale. Un régime mou, moulu et fractionné vous sera expliqué et prescrit pendant 6 à 8 semaines.

APRÈS LA CHIRURGIE, VOS HABITUDES ALIMENTAIRES DEVRONT ÊTRE ÉGALEMENT ADAPTÉES

Dans un premier temps, la texture de votre alimentation sera modifiée. Elle devra être moulue ou tendre, c'est à dire facile à manger comme par exemple : du pain sans croûtes, des biscottes trempées, des laitages, de la viande hachée (ex : steak haché, américain préparé, pain de viande, etc.), de la volaille tendre (ex : cuisse de poulet, etc.), du poisson sans arêtes, des œufs, de la purée, des légumes cuits, tendres et peu fibreux (ex : carottes, courgettes cuites, etc.), des compotes ou des fruits bien murs sans la peau (ex : kiwi, poire, etc.), etc.

Dans un deuxième temps, le régime peut être élargi mais une bonne mastication des aliments sera importante car votre mâchoire jouera le rôle de mixeur. Vous devrez manger dans un environnement calme (sans stress) en fractionnant votre alimentation (faire 6 petits repas à répartir sur la journée) car l'intervention implique une réduction des portions consommées. Vous devrez également boire en dehors des repas par petites gorgées (1 à 1,5 litre/jour) en évitant les boissons gazeuses (surtout le premier mois). N'hésitez pas à enrichir votre alimentation, car vos portions alimentaires seront réduites. Ajoutez par exemple : un jaune d'œuf dans la purée, des boulettes de viande ou du fromage fondu dans un potage, de la crème fraîche dans vos légumes, etc.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter votre diététicien(ne) :

.....

RISQUES ET COMPLICATIONS LIÉS À L'INTERVENTION

1. Pendant l'intervention :

- Saignement pouvant nécessiter une transfusion sanguine
- Fracture de côtes liée à la thoracotomie droite qui sera traitée par des antalgiques.

2. Après l'intervention :

- Complications pulmonaires et infectieuses.
- Fistule anastomotique : il s'agit d'une fuite au niveau de la zone de suture entre l'œsophage et l'estomac. Elle sera traitée médicalement dans un premier temps avec éventuel drainage ou mise en place de prothèse par voie endoscopique. Très rarement, une reprise chirurgicale est indiquée.
- Trouble de la vidange gastrique avec ou sans spasme du pylore. Elle sera traitée médicalement (médicament pour stimuler la vidange de l'estomac) avec éventuellement un geste endoscopique au niveau du pylore.
- Infection de plaie traitée par soins locaux pouvant être associés à des antibiotiques.
- Sténose de l'anastomose œsogastrique à long terme : il s'agit d'un rétrécissement au niveau de la zone de suture entre l'œsophage et l'estomac qui se révèle par une difficulté au passage des aliments. Le traitement est endoscopique par dilatation ou mise en place d'une prothèse.
- Reflux gastro-œsophagien à long terme, traité par des mesures posturales et des médicaments.

RETOUR À DOMICILE APRÈS LA CHIRURGIE

Vous pourrez regagner votre domicile après 9 à 12 jours d'hospitalisation. Une prescription pour des soins infirmiers vous sera remise pour les soins des plaies. Pour prévenir les thromboses, vous bénéficierez de l'injection quotidienne d'un anticoagulant en sous-cutané jusqu'au trentième jour postopératoire. La prescription d'antalgiques sera aussi adaptée.

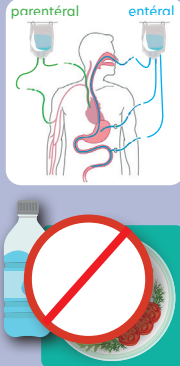
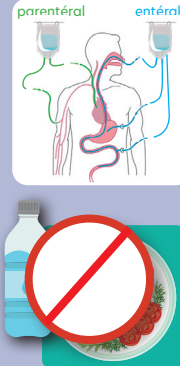
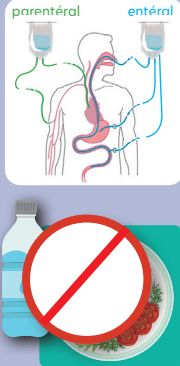
Il est important de bien continuer vos exercices à la maison (spiromètre, marche, etc.).

Vous serez revu par votre chirurgien, la diététicienne et la kinésithérapeute à peu près un mois après votre chirurgie.

En cas de fièvre, douleur, difficulté à avaler ou à respirer, vomissements ou écoulement au niveau des plaies, contactez-nous rapidement au :

+32 (0)2 555 43 32 entre 9h et 16h

+32 (0)2 555 54 66 entre 16h et 9h

	Jour de la chirurgie	J1	J2	J3
Anti-douleurs	PÉRIDURALE 	PÉRIDURALE 	PÉRIDURALE 	PÉRIDURALE 
Alimentation	parentéral entéral 	parentéral entéral 	parentéral entéral 	parentéral entéral 
Activités		2x  1x 	2x  2x 	2x  2x 

J4

PÉRIDURALE



J5

STOP



J6



J7

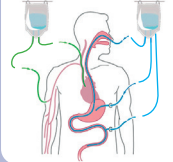
STOP



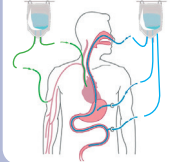
J8



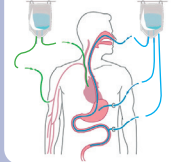
parentéral entéral



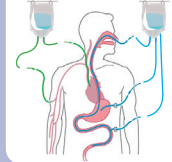
parentéral entéral



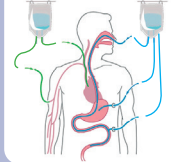
parentéral entéral



parentéral entéral



parentéral entéral



2x



2x



2x



2x



2x



2x



2x



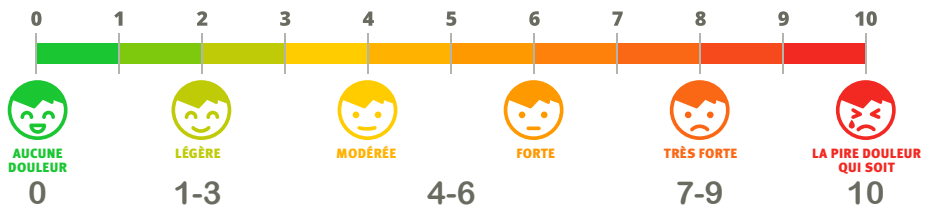
2x



Évaluation de la douleur

J1 POSTOPÉRATOIRE - Salle d'opération

OUTIL D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR



				
Moment	Matin	Midi	Soir	Nuit
Score de douleur	.../10	.../10	.../10	.../10

Notes

[illegible]

J2 POSTOPÉRAIRE - Salle d'opération

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AUCUNE DOULEUR LÉGÈRE MODÉRÉE FORTE TRÈS FORTE LA PIÈRE DOULEUR QUI SOIT

0 1-3 4-6 7-9 10

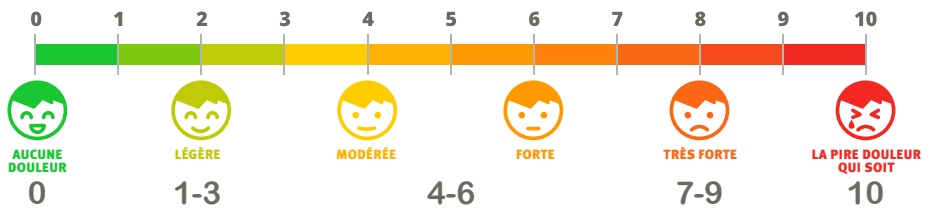
				
Moment	Matin	Midi	Soir	Nuit
Score de douleur	.../10	.../10	.../10	.../10

[illegible]

Évaluation de la douleur

J3 POSTOPÉRAIRE - Salle d'opération

OUTIL D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR



				
Moment	Matin	Midi	Soir	Nuit
Score de douleur	.../10	.../10	.../10	.../10

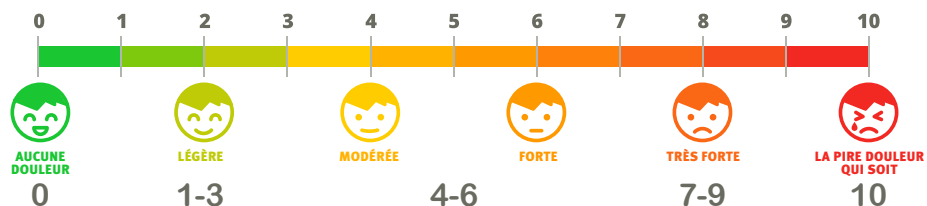
Notes

[illegible]

Évaluation de la douleur

J4 POSTOPÉRATOIRE - Salle d'opération

OUTIL D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR



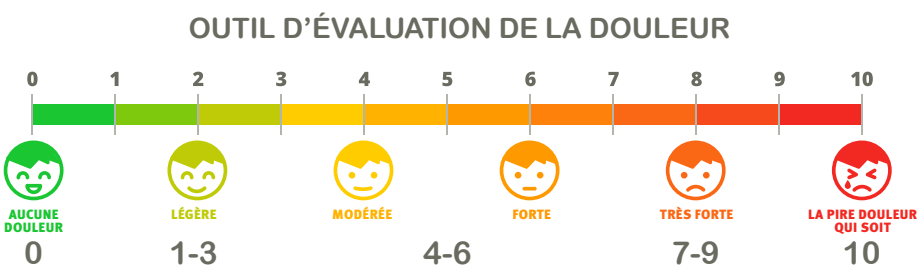
				
Moment	Matin	Midi	Soir	Nuit
Score de douleur	.../10	.../10	.../10	.../10

Notes

This image shows a full page of primary-ruled notebook paper. It features ten sets of horizontal lines across the page. Each set consists of a solid top blue line, a dashed middle blue line, and a solid bottom blue line, providing a guide for letter height and placement. The paper is otherwise blank, with no margins or additional markings.

Évaluation de la douleur

J5 POSTOPÉRATOIRE - Salle d'opération



				
Moment	Matin	Midi	Soir	Nuit
Score de douleur	.../10	.../10	.../10	.../10

Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

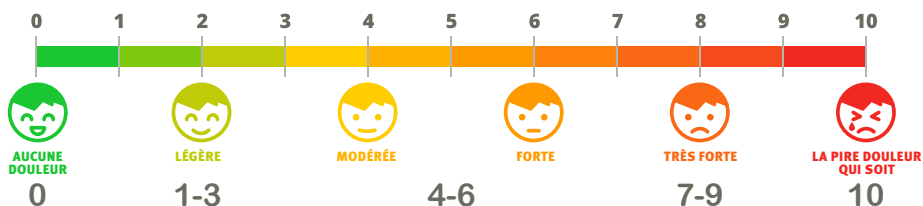
.....



Évaluation de la douleur

1 MOIS APRÈS L'OPÉRATION - À domicile

OUTIL D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR



				
Moment	Matin	Midi	Soir	Nuit
Score de douleur	.../10	.../10	.../10	.../10

Notes

This image shows a full page of primary-ruled notebook paper. It features ten sets of horizontal lines across the page. Each set consists of a solid top blue line, a dashed middle blue line, and a solid bottom blue line, providing a guide for letter height and placement. The background is white, and there are no margins or other markings present.

Questionnaire (DN4) évaluant le risque de douleur neuropathique

À compléter et à remettre à votre chirurgien lors de votre consultation postopératoire

Nom - Prénom

1. La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure		
2. Sensation de froid douloureux		
3. Décharges électriques		

2. La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements		
5. Picotements		
6. Engourdissements		
7. Démangeaisons		

3. La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact		
9. Hypoesthésie à la piqûre		

4. La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement		

Oui = 1 point

Non = 0 point

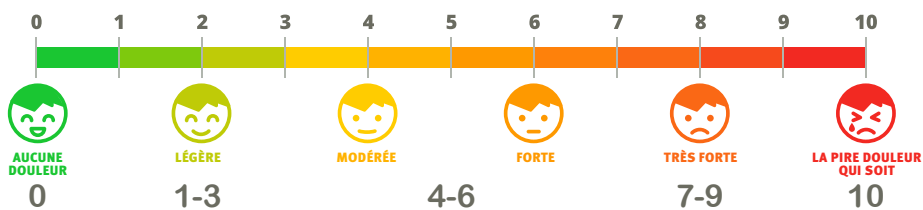
Score du patient : /10



Évaluation de la douleur

3 MOIS APRÈS L'OPÉRATION - À domicile

OUTIL D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR



				
Moment	Matin	Midi	Soir	Nuit
Score de douleur	.../10	.../10	.../10	.../10

Notes

[illegible]

Questionnaire (DN4) évaluant le risque de douleur neuropathique

À compléter et à remettre à votre chirurgien lors de votre consultation postopératoire

Nom - Prénom

1. La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure		
2. Sensation de froid douloureux		
3. Décharges électriques		

2. La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements		
5. Picotements		
6. Engourdissements		
7. Démangeaisons		

3. La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact		
9. Hypoesthésie à la piqure		

4. La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement		

Oui = 1 point

Non = 0 point

Score du patient : /10



[illegible]

[illegible]





Editeur responsable : Service de communication H.U.B
Hôpital Erasme
Route de Lennik 808 - 1070 Bruxelles
01/2024 • Réf 30198/1