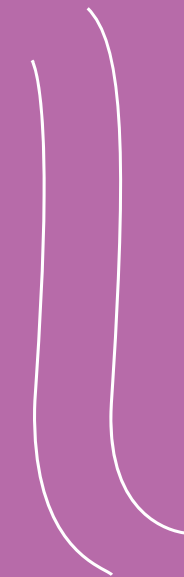


MAI 2015

GUIDES PATIENTS

LES TRAITEMENTS DES CANCERS DE L'ŒSOPHAGE



L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Depuis 2003, la lutte contre le cancer en France est structurée autour de plans nationaux visant à mobiliser tous les acteurs autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches. Le premier Plan cancer (2003-2007) a dressé une première stratégie globale de lutte contre le cancer ; le deuxième (2009-2013) a introduit la notion de prise en charge personnalisée.



Le Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades. Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- | Guérir plus de personnes malades
- | Préserver la continuité et la qualité de vie
- | Investir dans la prévention et la recherche
- | Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à **l'action 7.13** :
**Rendre accessible aux malades et aux proches
une information adaptée**

Pour en savoir plus et télécharger le Plan cancer : e-cancer.fr

Ce guide a été publié en mai 2015 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.

Ce document doit être cité comme suit : © *Les traitements des cancers de l'œsophage*, collection Guides patients Cancer info, INCa, mai 2015.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr



Vous avez appris que vous avez un cancer de l'œsophage. Cette annonce provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de questions sur la maladie et sur la prise en charge qui vous est proposée. Ce guide a pour objectif de vous apporter des réponses, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante. Il n'a pas valeur d'avis médical. Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Les informations proposées peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent.

Que contient ce guide ?

Ce guide présente la prise en charge des formes les plus fréquentes des cancers de l'œsophage : le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome de l'œsophage. Vous trouverez dans ce guide des explications sur les traitements, leurs buts, leur déroulement et leurs effets indésirables, la prise en charge nutritionnelle et le suivi après traitement, le rôle des différents professionnels que vous rencontrerez ainsi que des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Il présente également, en annexe, une description des examens réalisés lors du diagnostic. Un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements ; ils sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte. Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonnes pratiques en vigueur et ont été validées par des spécialistes des cancers de l'œsophage.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide vous accompagne à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui peuvent survenir. Vous pouvez lire les chapitres de manière indépendante ou en sélectionnant les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous recherchez d'autres informations ?

Vous pouvez obtenir des informations concernant les facteurs de risque, les symptômes et le diagnostic d'un cancer de l'œsophage en vous rendant sur www.e-cancer.fr/cancerinfo



QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Les organismes, végétaux, animaux et humains, sont constitués de minuscules éléments : les cellules*. Au cœur des cellules, les gènes* contiennent l'information nécessaire à leur fonctionnement et en déterminent un certain nombre de caractéristiques. Chaque cellule naît, se multiplie en donnant naissance à de nouvelles cellules, puis meurt. Les gènes et l'ensemble des informations qu'ils contiennent sont transmis aux cellules descendantes.

Il arrive que certains gènes présentent des anomalies ; le programme de fonctionnement de la cellule peut alors être dérégulé et celle-ci peut se comporter de façon anormale. Soit ces anomalies sont réparées, soit elles induisent la mort spontanée des cellules. Mais parfois, il arrive que ces cellules survivent.

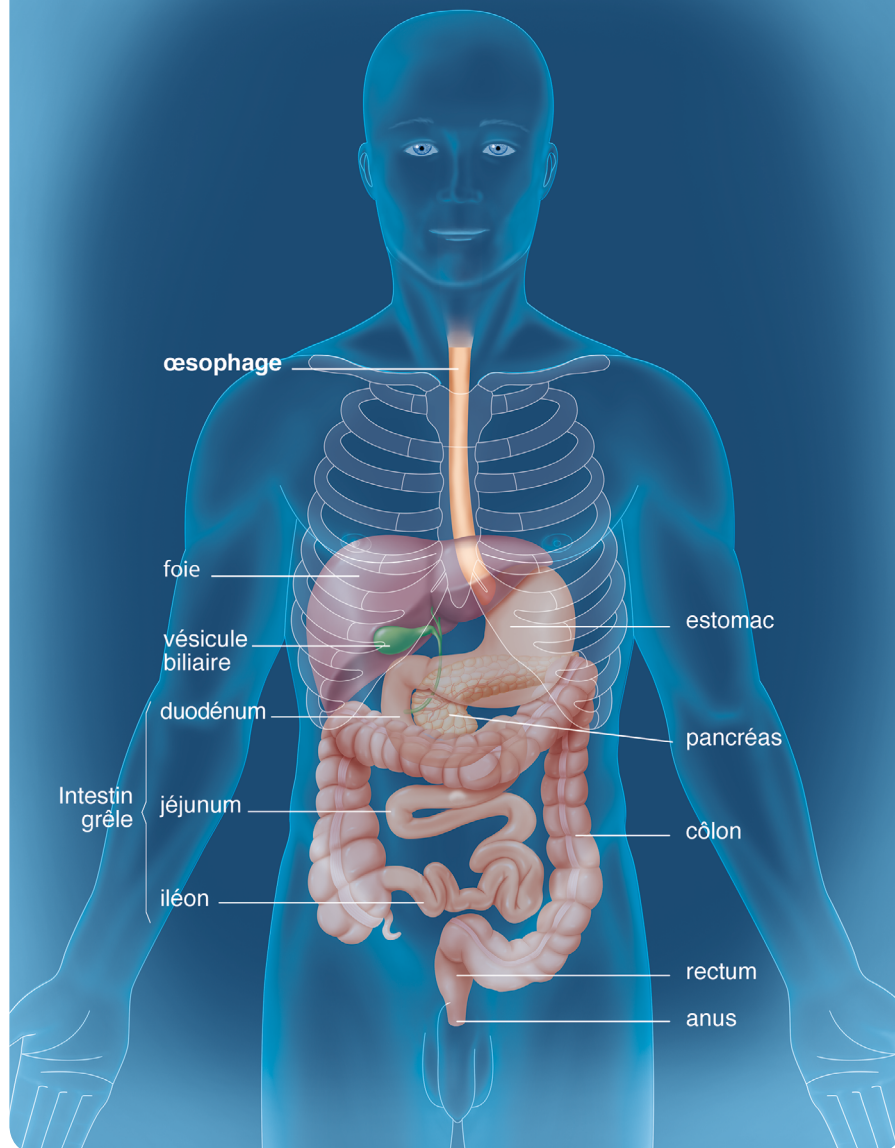
Un cancer, c'est cela : une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégulées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux qui transportent la lymphe*, et former d'autres tumeurs à distance, appelées les métastases.

Sommaire

1.	Un cancer de l'œsophage, qu'est-ce que c'est ?	9
1.1	L'œsophage	9
1.2	Le développement d'un cancer de l'œsophage	12
1.3	Quelques chiffres	13
2.	Les traitements des cancers de l'œsophage	15
2.1	Le choix de vos traitements	15
2.2	Les traitements possibles en fonction du type de cancer et de son étendue	18
2.3	Participer à un essai clinique	20
2.4	Votre qualité de vie	21
3.	La chirurgie	23
3.1	Dans quels cas la chirurgie est-elle indiquée ?	23
3.2	Comment se préparer à l'intervention ?	24
3.3	Comment accéder à la tumeur ?	26
3.4	Quels sont les types d'interventions ?	27
3.5	Que se passe-t-il après l'intervention ?	30
3.6	Quelles sont les complications possibles ?	32
4.	La chimiothérapie	37
4.1	Dans quels cas la chimiothérapie est-elle indiquée ?	37
4.2	Quels sont les médicaments utilisés ?	38
4.3	Comment se déroule le traitement en pratique ?	40
4.4	Quels sont les effets indésirables possibles ?	42
5.	La radiothérapie	51
5.1	Dans quels cas une radiothérapie est-elle indiquée ?	52
5.2	Comment se déroule la radiothérapie en pratique ?	52
5.3	Quels sont les effets indésirables possibles ?	56
6.	La prise en charge nutritionnelle	61
6.1	Le bilan nutritionnel avant le début des traitements	62
6.2	Que peut-on vous proposer pour maintenir un bon état nutritionnel ?	64
7.	Après les traitements	69
7.1	Pourquoi un suivi ?	69
7.2	le déroulement du suivi	70
7.3	Les effets indésirables et complications tardifs surveillés	71
8.	Les professionnels et leur rôle	73
9.	Questions de vie quotidienne	79
9.1	Qu'est-ce que l'ALD ?	80
9.2	La vie professionnelle pendant les traitements	80
9.3	Les aides à domicile	80
9.4	Bénéficier d'un soutien psychologique	81
9.5	Bénéficier de la prise en charge d'une addiction	83
9.6	Les proches	84
10.	Ressources utiles	85
10.1	La plateforme Cancer info	85
10.2	Les associations et autres ressources	87
10.3	Les lieux d'information et d'orientation	87
11.	Glossaire	89
	Annexe : les examens du bilan diagnostique	104
	Méthode et références	108

L'œsophage dans le tube digestif



1. Un cancer de l'œsophage, qu'est-ce que c'est ?

L'ŒSOPHAGE LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DE L'ŒSOPHAGE QUELQUES CHIFFRES

Le cancer de l'œsophage est une maladie qui se développe à partir d'une cellule de l'œsophage initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique pour former une masse appelée tumeur maligne.

1.1. L'ŒSOPHAGE

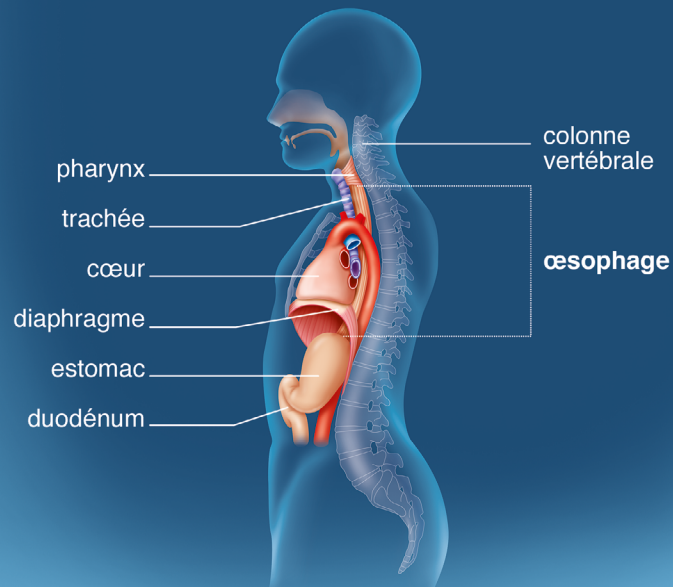
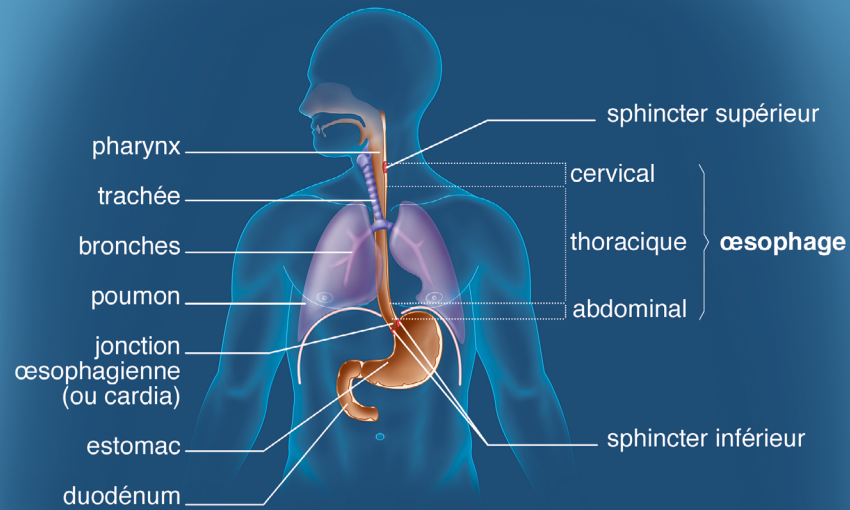
L'œsophage est un organe qui fait partie du tube digestif*. C'est un long tube musculaire qui relie le pharynx* à l'estomac et mesure environ 25 centimètres.

Il est situé derrière la trachée* et le cœur, devant la colonne vertébrale. Il traverse successivement le cou, le thorax*, le diaphragme* et l'abdomen* où il rejoint l'estomac au niveau du cardia* (ou jonction œsogastrique).

L'œsophage comporte ainsi trois segments anatomiques: l'œsophage cervical, thoracique et abdominal. Il est délimité par deux sphincters* (voir illustration page 10):

- le sphincter œsophagien supérieur situé au niveau de la partie haute de l'œsophage. Il est fermé au repos et se relâche lors de la déglutition* afin de permettre le passage du bol alimentaire* et des liquides dans l'œsophage;
- le sphincter œsophagien inférieur situé à la jonction de l'œsophage et de l'estomac. Lorsqu'il est ouvert, ce muscle permet le passage des aliments de l'œsophage vers l'estomac. Lorsqu'il est fermé, il empêche la remontée d'une partie du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage (appelée reflux gastro-œsophagien).

Œsophage et structures associées

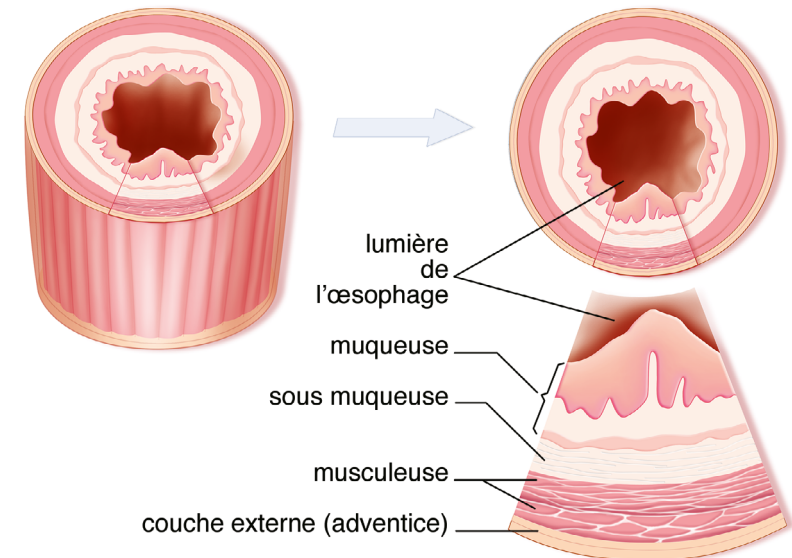


La paroi de l'œsophage

La paroi de l'œsophage est constituée de plusieurs couches (voir illustration). De l'intérieur vers l'extérieur, on distingue :

- la **muqueuse** ou couche interne de l'œsophage. Elle est en contact avec l'intérieur de l'œsophage appelé lumière. Elle est elle-même formée de plusieurs types de cellules dont celles constituant l'épithélium (tissu de revêtement) qui assure sa protection. La majorité des tumeurs de l'œsophage naissent à partir de ces cellules ;
- la **sous-muqueuse** qui soutient la muqueuse. Elle contient des vaisseaux sanguins* et des nerfs*. On retrouve également des glandes* qui sécrètent du mucus, substance qui permet de garder l'œsophage humide et lubrifié pour permettre la déglutition ;
- la **musculeuse**. Elle est constituée de deux couches musculaires qui se contractent de manière réflexe et permettent ainsi la progression du bol alimentaire vers l'estomac ;
- la **couche externe (ou adventice)** qui recouvre une partie de l'œsophage.

La paroi de l'œsophage



La fonction de l'œsophage

Le rôle de l'œsophage est de faire progresser les aliments et les liquides de la bouche vers l'estomac où ils sont digérés (voir encadré « Les étapes de la digestion »), et cela grâce aux mouvements de contraction réflexe de ses fibres musculaires lisses (péristaltisme).

LES ÉTAPES DE LA DIGESTION

La digestion commence par la bouche où les aliments sont écrasés par la mastication et décomposés par la salive. L'œsophage, grâce à ses mouvements de contraction, transporte ensuite le bol alimentaire de la bouche vers l'estomac dans lequel les aliments sont digérés et ainsi transformés en un liquide clair (le chyme). Après 3 à 7 heures dans l'estomac, le chyme passe ensuite dans l'intestin grêle* où il est davantage fragmenté pour être absorbé ; on appelle absorption le passage des nutriments* vers le réseau sanguin.

Les aliments non digérés, considérés comme des déchets, progressent dans le reste du tube digestif (gros intestin, rectum et anus) jusqu'à leur élimination.

1.2. LE DÉVELOPPEMENT D'UN CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Le cancer de l'œsophage peut naître dans n'importe quelle partie de cet organe et se développe le plus souvent à partir des cellules de la muqueuse. Il existe deux formes principales de ce cancer : les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes.

Les **carcinomes épidermoïdes** sont les plus fréquents. Ils se développent le plus souvent au niveau du tiers moyen et du tiers supérieur de l'œsophage à partir des cellules de la couche de revêtement de la muqueuse, l'épithélium.

Les **adénocarcinomes** se développent à partir des cellules glandulaires de la muqueuse, situées au niveau de la partie inférieure de l'œsophage.

Lorsqu'un cancer apparaît, les cellules cancéreuses sont d'abord peu nombreuses et limitées à la muqueuse. Avec le temps, et si aucun traitement n'est effectué, il arrive que les cellules cancéreuses se propagent aux autres couches de la paroi de l'œsophage (la sous-

muqueuse puis la musculuse et l'adventice) et envahissent les structures adjacentes comme la trachée, l'aorte* et le péricarde*.

Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur, emprunter les vaisseaux lymphatiques* ou sanguins et envahir les ganglions lymphatiques* situés à proximité de l'œsophage (dits régionaux) ou d'autres organes comme le foie, les poumons, les os où elles forment de nouvelles tumeurs appelées métastases*.

Au moment du diagnostic, les médecins étudient l'étendue du cancer afin de proposer le ou les traitements les mieux adaptés.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE* DES CANCERS DE L'ŒSOPHAGE ?

Certains facteurs de risque sont communs aux carcinomes épidermoïdes et aux adénocarcinomes. Il s'agit de la consommation de tabac et d'alcool (également impliqués dans la survenue des cancers des voies aérodigestives supérieures*), leur association augmentant encore le risque de développer ce type de cancer. L'obésité est également un facteur de risque connu.

Enfin, un autre facteur de risque concerne uniquement les adénocarcinomes : il s'agit de l'œsophage de Barrett* ou endobrachyœsophage. Cette maladie est principalement associée à un reflux gastro-œsophagien de longue durée et à une obésité qui favorise ce reflux.

1.3. QUELQUES CHIFFRES

Avec 4632 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer de l'œsophage se place au 15^e rang des cancers les plus fréquents en France. Il touche plus souvent les personnes de plus de 50 ans et en majorité les hommes (environ 76 % des cas).

Cependant, au cours des 30 dernières années, l'incidence (nombre de nouveaux cas par an) chez les hommes a fortement diminué alors qu'elle a légèrement augmenté chez les femmes (notamment celle des adénocarcinomes).

La mortalité (nombre de décès par an) a, quant à elle, fortement diminué pour les deux sexes.

Le pronostic* de ce cancer peut être sévère. Chaque cas étant différent, n'hésitez pas à questionner votre médecin à ce sujet.

2. Les traitements des cancers de l'œsophage

LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS
LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DU TYPE DE CANCER
ET DE SON ÉTENDUE
PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE
VOTRE QUALITÉ DE VIE

Plusieurs traitements peuvent être utilisés, seuls ou en combinaison, pour traiter un cancer de l'œsophage : un traitement par endoscopie*, la chirurgie*, la chimiothérapie* et la radiothérapie*.

Selon les cas, ils ont pour objectifs de :

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

La chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie sont réalisées au sein d'établissements autorisés à les pratiquer. Ces établissements respectent des critères qui garantissent la qualité et la sécurité de ces traitements. La liste des établissements par région est disponible sur www.e-cancer.fr

2.1. LE CHOIX DE VOS TRAITEMENTS

Le choix de vos traitements est adapté à votre cas personnel

Le choix de vos traitements dépend des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint : l'endroit où il est situé, son type histologique, c'est-à-dire le type de cellules impliquées, son stade, c'est-à-dire son degré d'extension, et son grade, c'est-à-dire son degré d'agressivité. Ces caractéristiques sont déterminées grâce aux examens du bilan diagnostique (voir le tableau « Les examens du bilan diagnostique », page 104).

Un bilan préthérapeutique est également effectué pour orienter le choix de vos traitements. Il comprend notamment :

- une évaluation de votre état général et nutritionnel ;
- une évaluation cardiaque ;
- une évaluation pulmonaire ;
- une consultation d'aide au sevrage tabagique et/ou alcoolique en cas de dépendance notamment pour éviter de développer un autre cancer ;
- un bilan sanguin pour évaluer la fonction rénale (des reins) et hépatique (du foie).

Votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, les contre-indications éventuelles à certains traitements, ainsi que vos souhaits sont également pris en compte.

Le choix de vos traitements fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire

La prise en charge de votre cancer relève de plusieurs spécialités médicales. Votre situation est discutée au cours d'une **réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)**. Cette réunion rassemble au moins trois médecins de spécialités différentes : hépatogastroentérologue, chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste, radiologue (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 73).

En tenant compte des spécificités de votre situation et en s'appuyant sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations de bonnes pratiques*, les médecins établissent une proposition de traitement. Ils peuvent aussi vous proposer de participer à un essai clinique* (voir page 20).

Le choix de vos traitements est déterminé en accord avec vous

La proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique, la consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge vous explique les caractéristiques de votre maladie, les traitements proposés, les bénéfices attendus et les effets indésirables possibles.

Cette consultation est importante. Il peut être utile d'être accompagné par l'un de vos proches ou la personne de confiance que vous avez choisie (voir encadré page 18). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser au médecin. Cet échange vous permettra de mieux comprendre et intégrer les informations données par le médecin, en particulier celles sur le traitement envisagé et de prendre avec lui les décisions adaptées à votre situation.

Les modalités de la proposition de traitement sont décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins (PPS)**. Il comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante. Après que vous ayez donné votre accord sur la proposition de traitement, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant. Le programme personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre prise en charge en fonction de votre état de santé et de vos réactions aux traitements.

Après cette consultation avec le médecin, une consultation avec un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière, vous est proposée ainsi qu'à vos proches. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations qui vous ont été données par le médecin, vous les faire expliquer à nouveau ou poser d'autres questions. L'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires (au plan social ou psychologique par exemple) et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

Les médecins et les membres de l'équipe soignante sont là pour vous accompagner. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés ; n'hésitez pas à leur poser toutes vos questions. Ces échanges contribuent à renforcer le dialogue et la relation de confiance avec l'équipe qui vous prend en charge.

LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAÎTRE VOS CHOIX

La personne de confiance est une personne que vous désignez, par écrit, qui peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Elle appartient ou non à votre famille. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

Par ailleurs, il vous est possible de rédiger des directives anticipées. Il s'agit de formuler, à l'avance et par écrit, vos choix en matière de traitements pour le cas où vous seriez dans l'incapacité de les exprimer. Les directives anticipées permettent de faire prendre en considération vos souhaits en ce qui concerne les conditions de limitation ou l'arrêt d'un traitement. Elles sont valables pendant trois ans et peuvent être modifiées à tout moment.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les fiches informatives sur les droits des usagers (*La personne de confiance, Les directives anticipées*) sur le site du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr (Espace droits des usagers de la santé/Guides et fiches pratiques).

2.2. LES TRAITEMENTS POSSIBLES EN FONCTION DU TYPE DE CANCER ET DE SON ÉTENDUE

Le choix et l'ordre des traitements sont définis en fonction des caractéristiques du cancer dont vous êtes atteint et en particulier de son type histologique (carcinome épidermoïde ou adénocarcinome), c'est-à-dire de la nature des cellules à l'origine de la tumeur et de son étendue, que l'on appelle le stade.

Pour déterminer le stade du cancer de l'œsophage, les médecins s'appuient sur un système international de stadification, le système TNM, utilisé pour *Tumor, Nodes, Metastasis*, qui signifie, tumeur, ganglions, métastases. Les médecins prennent en compte la profondeur de la tumeur dans les différentes couches de l'œsophage, ainsi que son extension éventuelle aux organes voisins (T), l'atteinte ou non de ganglions lymphatiques par des cellules cancéreuses (N) et la présence ou non de métastases dans des parties du corps plus éloignées (M).

Le tableau qui suit présente les possibilités de traitements en fonction de la forme histologique du cancer et de son étendue au moment du diagnostic. Les traitements sont adaptés au cas par cas selon les spécificités de chaque patient et sont discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Type histologique du cancer Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitement	
	Carcinomes épidermoïdes	Adénocarcinomes
Le cancer est à un stade précoce. Il est limité à la muqueuse de l'œsophage.	La résection endoscopique est le traitement de référence (voir page 30). Une chirurgie seule peut être proposée.	
Le cancer est à un stade dit localisé. Il a atteint la sous-muqueuse ou la musculuseuse. Aucun ganglion n'est touché et il n'y a pas de métastase.	La chirurgie seule est le traitement de référence. Une association de radiothérapie et de chimiothérapie (appelée radiochimiothérapie) exclusive est proposée en cas de contre-indication à la chirurgie. Une chimiothérapie réalisée avant la chirurgie (dite chimiothérapie néoadjuvante ou préopératoire) peut parfois être proposée.	
Le cancer est à un stade localement avancé. La tumeur s'est étendue dans la paroi de l'œsophage et peut avoir envahi les structures adjacentes (trachée*, péricarde*, aorte*...) Un ou plusieurs ganglions lymphatiques peuvent être atteints, mais il n'y a pas de métastase.	Une radiochimiothérapie peut être proposée : - suivie d'une chirurgie ; - seule, dans certains cas de cancers épidermoïdes ou en cas de contre-indication à la chirurgie.	Une radiochimiothérapie ou une chimiothérapie suivie d'une chirurgie peuvent être proposées. Une radiochimiothérapie seule peut être envisagée en cas de contre-indication de la chirurgie.
	En fonction de vos symptômes, d'autres traitements spécifiques peuvent être mis en œuvre.	
Le cancer est à un stade métastatique. Il a envahi d'autres organes sous la forme d'une ou plusieurs métastases.	La chimiothérapie est le traitement de référence. Des soins visant à soulager vos symptômes et à améliorer votre qualité de vie sont mis en œuvre.	

2.3. PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec des patients. Leur objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer, notamment en termes de traitements ou de qualité de vie.

Le cancer de l'œsophage fait l'objet d'études qui visent notamment à évaluer :

- les différentes stratégies d'utilisation des traitements existants pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets indésirables (liés aux associations de médicaments par exemple);
- de nouvelles techniques de chirurgie;
- de nouvelles techniques de radiothérapie;
- de nouveaux médicaments anticancéreux (chimiothérapie et/ou thérapies ciblées*);
- de nouveaux traitements endoscopiques.

Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour y participer, les patients doivent répondre à un certain nombre de critères, appelés critères d'inclusion, qui sont spécifiques à chaque essai. Il se peut ainsi qu'aucun essai clinique ouvert ne corresponde à votre cas individuel.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche. C'est grâce à ces études que des avancées sont réalisées en matière de traitements contre les cancers. Dans certains cas, la participation à un essai clinique peut vous permettre d'accéder à un nouveau traitement.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut décider d'y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider de quitter un essai clinique et de recevoir un autre traitement.

Pour en savoir plus, vous pouvez lire le guide *Cancer info Participer à un essai clinique en cancérologie*. Si vous souhaitez connaître les essais cliniques en cours sur les cancers de l'œsophage, consultez le registre des essais cliniques sur www.e-cancer.fr

2.4. VOTRE QUALITÉ DE VIE

Votre prise en charge est globale. En plus des traitements spécifiques du cancer de l'œsophage, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires à tout moment pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles alimentaires, besoin de soutien psychologique, problèmes sociaux...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, selon les besoins, par d'autres professionnels spécialisés : médecin spécialiste de la nutrition, médecin généraliste, infirmier, assistant social, pharmacien, spécialiste de la douleur, diététicien, psychologue, kinésithérapeute, etc. (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 73).

Les soins de support comprennent notamment :

- une prise en charge des effets indésirables des différents traitements;
- une prise en charge nutritionnelle et/ou diététique (voir chapitre « La prise en charge nutritionnelle », page 61);
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer;
- la possibilité pour vous et vos proches de rencontrer un psychologue;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives.

Les soins de support font partie intégrante de votre prise en charge. Ils ne sont ni secondaires ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. N'hésitez pas à informer votre médecin, ainsi que les autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements. Cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires, et de vous orienter au mieux vers les professionnels concernés.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

QUE PENSER DES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation... De nombreux patients ont recours à des médecines complémentaires, appelées aussi médecines douces, parallèles ou non conventionnelles. Elles peuvent leur apporter un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets indésirables tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces médecines complémentaires peuvent avoir des effets indésirables ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est donc important d'en parler avec lui et les professionnels de santé qui vous accompagnent.

Par ailleurs, si les thérapies complémentaires peuvent soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous prend en charge ou votre médecin traitant.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- **Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ? Pourquoi ?**
- **Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?**
- **Quels en sont les effets indésirables ? Comment les prévenir/les soulager ?**
- **Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins/équipes médicales ?**
- **Quelle est leur durée ?**
- **Comment suis-je suivi pendant les traitements ?**

3. La chirurgie

DANS QUELS CAS LA CHIRURGIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?
COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?
QUELS SONT LES TYPES D'INTERVENTIONS ?
QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?
QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

La chirurgie réalisée pour un cancer de l'œsophage est une **œsophagectomie**. En fonction de la localisation de la tumeur et de son stade, elle consiste à enlever la totalité ou une partie de l'œsophage. Pendant l'opération, les ganglions lymphatiques situés à proximité de l'œsophage sont également retirés ; il s'agit d'un curage ganglionnaire. La partie supérieure de l'estomac est toujours enlevée dans le même temps. Dans de rares cas, l'estomac est totalement retiré.

L'intervention chirurgicale a pour objectif de retirer la tumeur en totalité ainsi qu'une bande de tissu l'entourant. L'intervention doit être faite en marge saine, c'est-à-dire que cette bande de tissu ne doit pas être atteinte par des cellules cancéreuses.

Une chirurgie de reconstruction est pratiquée dans le même temps pour rétablir la continuité du tube digestif. Cette reconstruction est réalisée le plus souvent avec l'estomac, mais aussi parfois avec le côlon ou l'intestin grêle.

3.1. DANS QUELS CAS LA CHIRURGIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Pour les **cancers précoces**, la chirurgie est le traitement de référence lorsque la résection endoscopique n'est pas réalisable ou est impossible.

Pour les **cancers localisés**, la chirurgie est le traitement de référence quel que soit le type de cancer (carcinome épidermoïde ou adénocarcinome). Elle peut, dans certains cas, être programmée après une chimiothérapie.

Pour les **cancers localement avancés et opérables**, la chirurgie précédée d'une radiochimiothérapie (association radiothérapie et chimiothérapie) peut être proposée pour les deux types de cancers. Pour les adénocarcinomes, elle peut être précédée d'une chimiothérapie.

3.2. COMMENT SE PRÉPARER À L'INTERVENTION ?

Avant l'intervention

Évaluation de votre « état nutritionnel »

Votre « état nutritionnel », c'est-à-dire le bon équilibre entre ce que vous mangez et ce que vous dépensez, est souvent altéré par la maladie et peut entraîner une perte de poids voire une dénutrition*. Si l'équipe médicale constate une dénutrition avant l'intervention, vous pourrez bénéficier d'un support nutritionnel complémentaire visant à rétablir votre état nutritionnel. Il peut s'agir de la prescription de compléments nutritionnels enrichis, d'une nutrition entérale* ou d'une nutrition parentérale* (voir le chapitre « La prise en charge nutritionnelle » page 61).

Quel que soit votre état nutritionnel (dénutri ou non), un support nutritionnel complémentaire visant à stimuler votre système immunitaire, appelé immunonutrition, est recommandé au minimum une semaine avant l'intervention. Il permet à l'organisme de faire face aux agressions de la chirurgie. Il peut être envisagé par voie orale ou par voie entérale.

Évaluation de votre état respiratoire

Des séances de kinésithérapie respiratoire peuvent vous être prescrites (de manière plus ou moins précoce selon votre état respiratoire) pour mieux vous préparer à la chirurgie. Ces séances vous aideront à apprendre des exercices qui visent à améliorer les suites de l'intervention et à récupérer plus facilement.

L'arrêt du tabac et de l'alcool est primordial notamment pour limiter le risque de complications postopératoires. Cet arrêt est d'autant plus important que le tabac et l'alcool sont des facteurs de risque* reconnus du cancer de l'œsophage. Il existe de nombreux recours pour vous y aider. Parlez-en à votre équipe médicale et consultez le chapitre « Bénéficier de la prise en charge d'une addiction », page 83.

Deux consultations sont programmées quelques jours avant l'intervention.

La consultation avec le chirurgien

Le chirurgien vous explique les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Lors de cette consultation, le chirurgien vous informe qu'un échantillon de la tumeur peut dans des cas précis faire l'objet d'une analyse dont l'objectif est de déterminer si vos cellules sont sensibles à des traitements dits ciblés qui pourraient vous être proposés. Il peut également vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur soit conservé après l'opération dans une tumorotheque (bibliothèque de tumeurs), en vue de recherches ultérieures.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie* générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

En complément de l'anesthésie générale, l'équipe chirurgicale peut vous proposer le recours à une péridurale thoracique pour réduire les douleurs postopératoires. Pour cela, un cathéter (tuyau souple et fin) est posé la veille ou le matin de l'intervention entre deux vertèbres* (espace péridural). Il permet d'injecter des anesthésiques locaux et/ou des antalgiques* (encore appelés analgésiques) qui vont agir directement au niveau de la zone opérée. Le cathéter est maintenu en place pendant 3 à 5 jours après l'intervention. Vous aurez la possibilité d'administrer vous-même des antalgiques en fonction de votre douleur et dans la limite fixée par votre médecin, à l'aide d'une pompe.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (rhume des foins, médicaments, etc.), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), les problèmes de coagulation* liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac.

Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'anesthésie.

3.3 COMMENT ACCÉDER À LA TUMEUR ?

Une voie d'abord chirurgicale est la voie par laquelle le chirurgien accède à l'organe ou à la zone à opérer.

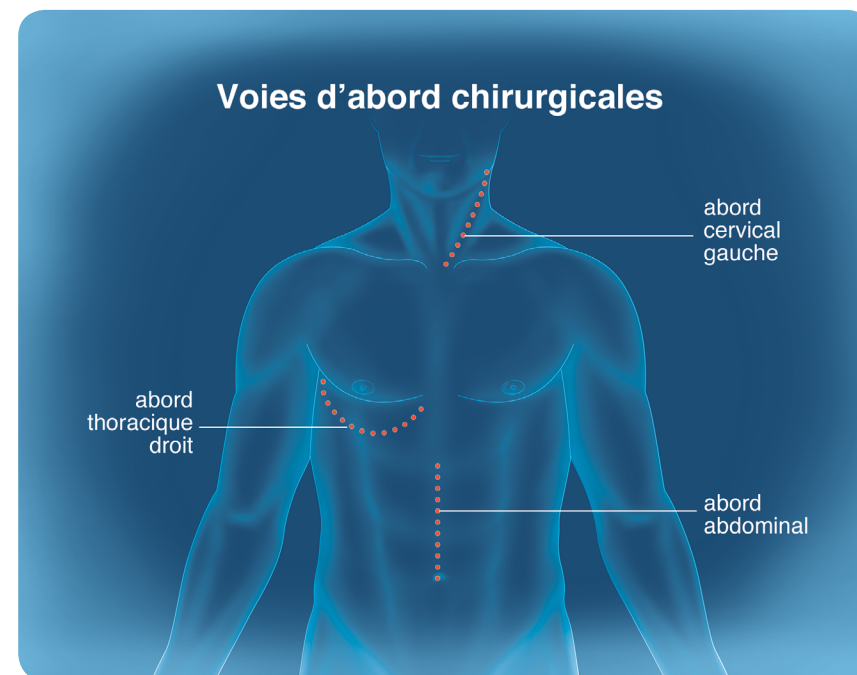
L'œsophagectomie (ablation totale ou partielle de l'œsophage) nécessite parfois de combiner trois **voies d'abord** (voir illustration ci-contre) :

- **abdominale** par ouverture de la cavité abdominale (laparotomie*). Elle est presque toujours nécessaire dans la chirurgie du cancer de l'œsophage. Elle permet de réaliser un curage ganglionnaire* abdominal et de libérer l'estomac qui est ensuite transformé en un tube pour remplacer l'œsophage, en partie ou en totalité ;
- **thoracique**. En fonction de la localisation de la tumeur, une ouverture chirurgicale du thorax (thoracotomie) est souvent associée à une ouverture de l'abdomen. Cette procédure permet de retirer la partie atteinte de l'œsophage et d'effectuer un curage ganglionnaire thoracique. Le plus souvent, c'est une thoracotomie droite qui est réalisée pour éviter le cœur ;
- **cervicale** par une incision de la région du cou (cervicotomie), généralement du côté gauche. Elle permet de retirer le segment cervical de l'œsophage, d'effectuer un éventuel curage ganglionnaire du cou et de rétablir la continuité digestive.

En fonction de la localisation du cancer, le chirurgien vous expliquera quelles voies d'abord sont nécessaires pour réaliser l'intervention.

D'autres méthodes moins invasives peuvent être utilisées dans certains cas :

- la laparoscopie* (ou coelioscopie), réalisée par de petites incisions au niveau de l'abdomen. Elle peut être une alternative à la laparotomie ;
- la thoracoscopie (abord du thorax par de petites incisions) qui peut être une alternative à la thoracotomie.



3.4. QUELS SONT LES TYPES D'INTERVENTIONS ?

Le choix de l'intervention dépend de la localisation de la tumeur, de son étendue et de l'expérience de l'équipe.

Deux types d'interventions chirurgicales peuvent ainsi être réalisés : l'œsophagectomie subtotale et l'œsophagectomie totale. Leur durée est variable. Elle dépend de la localisation de la tumeur et de la voie d'abord utilisée. Votre chirurgien pourra vous donner des informations plus précises lors de la consultation.

Œsophagectomie subtotale

Elle consiste à retirer une partie de l'œsophage et la partie supérieure de l'estomac. Le plus souvent, cette intervention est proposée lorsque **la tumeur est située dans le tiers inférieur ou moyen de l'œsophage**. Elle nécessite une double voie d'abord, abdominale et thoracique. On parle d'œsophagectomie subtotale par voie transthoracique droite aussi appelée intervention de Lewis Santy (voir illustration). Il s'agit de la technique de référence dans la chirurgie de l'œsophage.

Œsophagectomie totale

Elle consiste à retirer la totalité de l'œsophage et la partie supérieure de l'estomac. Elle est souvent réalisée par une triple voie d'abord : abdominale, thoracique et cervicale. Elle est souvent utilisée lorsque **la tumeur est située dans le tiers moyen ou supérieur de l'œsophage**.

En cas de contre-indication respiratoire à la thoracotomie, de tumeur de petite taille ou pour certaines formes de cancers de la jonction œsogastrique, le chirurgien peut avoir recours aux voies d'abord abdominale et cervicale pour réaliser l'intervention. Il s'agit alors d'une œsophagectomie par voie transhiatale, sans thoracotomie.

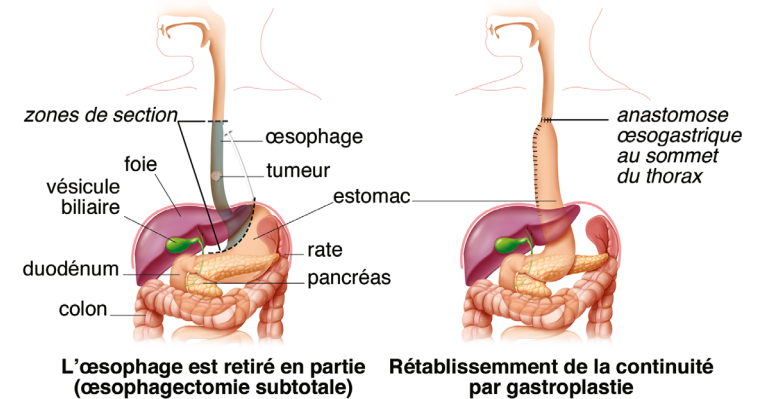
Le **rétablissement de la continuité digestive** est le plus souvent réalisé avec l'estomac. Le chirurgien réalise alors une gastroplastie, c'est-à-dire que l'estomac est transformé en un tube (tubulisé) pour reconstituer l'œsophage (voir illustration).

En fonction de la zone de section de l'œsophage, la suture entre l'estomac et l'œsophage restant (appelée **anastomose œsogastrique**) peut être réalisée :

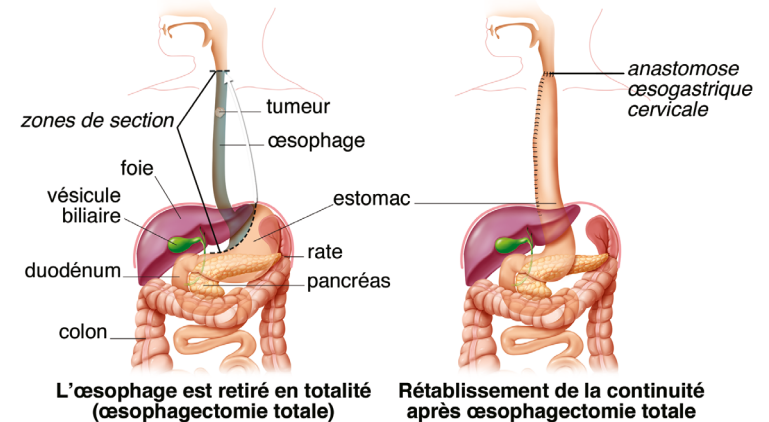
- au **sommet du thorax**, le plus souvent lors d'une œsophagectomie subtotale ;
- ou au **niveau du cou**, le plus souvent lors d'une œsophagectomie totale.

Lorsque l'estomac a été entièrement retiré ou lorsqu'il n'est pas utilisable, le rétablissement de la continuité digestive peut être réalisé avec le côlon* ou l'intestin grêle*.

Œsophagectomie subtotale par voie transthoracique (ou Intervention de Lewis Santy) avec anastomose œsogastrique thoracique



Œsophagectomie totale avec anastomose cervicale



CAS PARTICULIERS

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 (voir « La paroi de l'œsophage », page 11).

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 RCP*.

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

Pour en savoir plus sur la chirurgie de l'estomac, consultez le chapitre « La chirurgie » du guide Cancer info *Les traitements des cancers de l'estomac*.

3.5. QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale continue d'assurer votre surveillance.

À votre réveil, vous pouvez ressentir des nausées ou encore une somnolence, provoquées par l'anesthésie.

Comme après toute intervention chirurgicale, des douleurs sont fréquentes dans la zone opérée. Elles sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin que le traitement puisse être adapté le plus rapidement possible.

Un ou plusieurs drains sont parfois posés à travers la peau au niveau du thorax voire du cou ou de l'abdomen pendant l'intervention. Ces tuyaux très fins permettent d'évacuer les liquides (sang, lymphe*) qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation au niveau de la zone opérée. Ces drains ne sont pas douloureux et sont progressivement retirés sur décision du chirurgien après quelques jours (entre 2 et 5 jours), suivant l'opération, en l'absence de complications.

Une sonde nasogastrique est laissée en place pendant les premiers jours postopératoires pour vider le contenu de l'estomac.

Une sonde urinaire a pu également être transitoirement mise en place. Elle sert à recueillir les urines et à mesurer leur volume pour mieux contrôler le fonctionnement des reins.

Enfin, pour éviter une phlébite*, les médecins vous prescriront un médicament anticoagulant et vous demanderont de vous lever dès que possible après l'intervention. De plus, le port de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore bas à varices) pendant la journée est préconisé après l'opération et pendant toute la durée prescrite par votre médecin.

L'alimentation

Une nutrition par sonde placée directement dans le jéjunum* (jéjunostomie) pourra être mise en place pendant la chirurgie pour faciliter votre réalimentation dans les premiers jours qui suivent l'intervention en cas de besoin. Il s'agit d'une technique de nutrition entérale*. Dans certains cas, une nutrition par voie veineuse (appelée nutrition parentérale) peut être nécessaire.

La réalimentation orale (par la bouche) sera progressive et sous surveillance. Un scanner ou un autre examen radiologique, appelé transit œsophagien* est habituellement demandé pour s'assurer de l'étanchéité de la suture digestive (anastomose) avant toute reprise de l'alimentation orale.

Le suivi nutritionnel postopératoire est assuré par un(e) diététicien(ne), qui vérifie de façon régulière votre reprise alimentaire. Il/Elle vous explique également les caractéristiques et les modalités pratiques du régime alimentaire à poursuivre après l'opération, à la fois en ce qui concerne le choix des aliments à privilégier et leur texture.

Pour en savoir plus, consulter le chapitre « La prise en charge nutritionnelle », page 61.

Les séances de kinésithérapie respiratoire

Des séances de kinésithérapie sont prescrites systématiquement après l'intervention chirurgicale durant la période d'hospitalisation. Elles sont basées sur des exercices (comme apprendre à cracher de façon efficace) qui vous permettront de retrouver une capacité respiratoire suffisante. Si besoin, elles peuvent être poursuivies à domicile.

La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation varie en fonction de l'intervention pratiquée, de la façon dont vous l'avez supportée et de votre état de santé général. Elle est de 15 jours en moyenne.

Les analyses de la tumeur

L'ensemble de ce qui est a été retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au laboratoire d'anatomopathologie* pour être analysé. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste appelé pathologiste. L'examen consiste à observer minutieusement au microscope, les tissus prélevés pour :

- confirmer le diagnostic de cancer et décrire le type de la tumeur ;
- déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées.

3.6. QUELLES SONT LES COMPLICATIONS POSSIBLES ?

Complications liées à la chirurgie de l'œsophage

On distingue les complications précoces qui peuvent se produire immédiatement après l'opération des complications tardives qui peuvent apparaître plusieurs semaines après la chirurgie.

Les complications précoces

Complications pulmonaires et infectieuses

Les complications pulmonaires sont les principales complications qui surviennent après une chirurgie de l'œsophage. Il peut s'agir par exemple d'une infection des poumons (pneumonie, pneumopathie) ou d'une détresse respiratoire aiguë. Ces complications sont liées à la fois à l'acte chirurgical, mais aussi à votre état général de santé avant l'intervention.

Fistules anastomotiques

Elles se définissent comme un défaut de cicatrisation au niveau de la suture entre l'estomac et l'œsophage (anastomose œsogastrique). Les fistules se manifestent par une fuite de liquides contenus dans le tube digestif. Cette fuite peut se faire vers le médiastin*, le péritoine* ou au niveau de la région cervicale en cas d'anastomose cervicale. Peuvent alors apparaître des douleurs, de la fièvre ou un abcès localisé. Le traitement peut être soit médical intégrant un drainage de la fistule (radiologique et/ou endoscopique) et un arrêt de l'alimentation orale, soit chirurgical, nécessitant une nouvelle intervention.

Troubles de la vidange gastrique

Il peut arriver que l'estomac ne se vide pas bien (ralentissement le plus souvent ou accélération de la vidange gastrique). Cela entraîne un retard de l'alimentation orale avec le maintien de la nutrition artificielle pendant plusieurs jours.

L'évolution de ces troubles digestifs est favorable dans la majorité des cas avec un traitement médicamenteux. Cet effet indésirable peut parfois durer plusieurs semaines après la chirurgie.

Fracture des côtes

Une fracture des côtes est parfois observée après une chirurgie de l'œsophage, principalement due à l'ouverture du thorax (thoracotomie). Votre médecin vous prescrira des antalgiques selon l'intensité des douleurs.

Les complications tardives

Sténose de l'anastomose œsogastrique

Elle survient lorsque la zone de suture entre l'œsophage et l'estomac (anastomose œsogastrique) se rétrécit. On parle alors de sténose anastomotique. Cela peut entraîner une sensation de blocage ou une difficulté à avaler un aliment solide ou liquide (**dysphagie**). Dans ce cas, une dilatation, c'est-à-dire un étirement des tissus qui entourent l'anastomose, ou la mise en place d'une prothèse par voie endoscopique peut s'avérer nécessaire. Pour en savoir plus sur la dysphagie, voir le chapitre « La prise en charge nutritionnelle » page 61.

Reflux gastro-œsophagien (RGO)

La résection du sphincter inférieur de l'œsophage lors de la chirurgie peut entraîner une remontée du contenu de l'estomac dans la partie restante de l'œsophage. Vous pouvez alors avoir une sensation de brûlures d'estomac et/ou des remontées acides. Cette complication peut être traitée par des médicaments appelés inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

Diarrhées

Elles sont principalement générées par la section des nerfs de l'estomac (geste chirurgical habituel lors de la chirurgie du cancer de l'œsophage) qui entraîne une accélération du transit intestinal. Votre médecin vous prescrira un traitement antidiarrhéique.

Syndrome du petit estomac

Après l'opération, même des repas peu copieux vont vous donner la sensation d'être vite rassasié. Pour y remédier, vous devez fractionner votre alimentation en faisant des repas moins copieux et plus fréquents répartis sur la journée (au moins 5 repas enrichis par jour. Voir aussi le paragraphe « Des conseils hygiénodététiques », page 64).

Complications communes à tout acte de chirurgie

- Une **hémorragie***, qui, dans certains cas, peut nécessiter une transfusion et parfois une nouvelle intervention chirurgicale.
- Une **infection** au niveau de la cicatrice, prise en charge par un traitement antibiotique.

- Une **thrombose veineuse** ou **phlébite** (c'est-à-dire qu'une veine se bouche, ce qui bloque la circulation du sang). Si cette complication survient, elle nécessite un traitement par des anticoagulants pendant plusieurs mois associé au port, dans la journée, de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore bas à varices). Un traitement préventif est le plus souvent initié après la chirurgie.
- Une **fatigue**. Elle est due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété générée par l'opération. La fatigue dépend de la façon dont vous avez supporté l'intervention et des autres effets secondaires. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en compte le mieux possible. Parfois, un séjour en maison de convalescence peut être prescrit par le médecin.
- Une **douleur** au niveau des cicatrices. Votre médecin vous prescrit alors des médicaments antidouleur.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- **Quelle intervention me proposez-vous ? Pourquoi ?**
- **Comment se déroule-t-elle ?**
- **Quels en sont les risques ?**
- **Comment puis-je me préparer au mieux ?**
- **Que va-t-il se passer après l'intervention ?**
- **Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ?**
- **Aurai-je besoin d'un régime spécial et d'un suivi particulier ?**
- **Dois-je prendre des vitamines ?**

4. La chimiothérapie

DANS QUELS CAS LA CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
 QUELS SONT LES MÉDICAMENTS UTILISÉS ?
 COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?
 QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

La chimiothérapie classique est un traitement général (dit aussi systémique) qui repose sur l'administration de médicaments anticancéreux qui circulent et agissent dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic.

Les médicaments de chimiothérapie détruisent les cellules cancéreuses en agissant sur leurs mécanismes de division.

Avant de démarrer le traitement, votre médecin vous en explique le principe et les objectifs. Il vous informe également sur les effets indésirables possibles et les solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

4.1. DANS QUELS CAS LA CHIMIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

La chimiothérapie peut être proposée dans plusieurs situations.

Pour certains cas de **cancers localisés**, une chimiothérapie réalisée avant la chirurgie (dite néoadjuvante ou préopératoire) peut être programmée afin de réduire la taille de la tumeur. Elle permet ensuite au chirurgien d'enlever plus facilement et de manière plus complète la tumeur. En cas de contre-indication à la chirurgie, une chimiothérapie associée à une radiothérapie (radiochimiothérapie) seule peut être proposée.

Pour les **cancers de forme localement avancée**, une radiochimiothérapie peut être proposée avant la chirurgie. Pour certains cancers épidermoïdes ou en cas de contre-indication à la chirurgie (quel que soit le type histologique), une radiochimiothérapie seule peut être envisagée.

Enfin, pour certains adénocarcinomes, une chimiothérapie préopératoire peut être discutée.

En cas de **cancer métastatique**, la chimiothérapie seule est le traitement de référence. Elle peut ainsi contribuer à limiter la progression de la maladie, soulager les symptômes provoqués par la tumeur et les métastases et améliorer la qualité de vie. On parle alors de chimiothérapie palliative*.

4.2. QUELS SONT LES MÉDICAMENTS UTILISÉS ?

Les principaux médicaments de chimiothérapie classique utilisés dans le traitement du cancer de l'œsophage sont :

- le 5-fluorouracile ou 5-FU (forme injectable);
- le cisplatine (forme injectable);
- l'épirubicine (forme injectable).

D'autres médicaments, qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché* (AMM) pour cette pathologie, peuvent cependant être utilisés dans certaines conditions, comme décrit dans des recommandations produites par les sociétés savantes spécialistes des cancers de l'appareil digestif.

La chimiothérapie administrée pour le traitement d'un cancer de l'œsophage est basée sur une association de médicaments. On parle alors de schéma ou de protocole de chimiothérapie; les différents médicaments anticancéreux sont prescrits à des doses et selon un calendrier précis.

Dans d'autres cas, un médicament peut être employé seul; il s'agit d'une monothérapie.

Un traitement par thérapie ciblée* peut également être proposé en association à une chimiothérapie dans certains adénocarcinomes métastatiques de la jonction œsogastrique* (JOG) surexprimant HER2: il s'agit du **trastuzumab**¹, qui fait partie de la famille des anticorps monoclonaux (voir encadré). Son rôle est de bloquer la protéine* HER2 (ou récepteur* 2 du facteur de croissance épidermique humain) qui a la propriété de favoriser le processus de division et de développement des cellules cancéreuses. Cette protéine est présente en quantité importante à la surface des cellules cancéreuses de certains adénocarcinomes de la JOG. On dit que ces cellules surexpriment HER2 ou encore qu'elles sont HER2 positives.

QU'EST-CE QU'UN ANTICORPS MONOCLONAL ?

Les anticorps monoclonaux sont des anticorps* produits en laboratoire, à partir d'un clone de cellule (d'où le terme monoclonal). Grâce à la recherche médicale, des anticorps monoclonaux « anticancer » ont pu être fabriqués. Ces anticorps ont la capacité de bloquer certains mécanismes spécifiques des cellules cancéreuses.

Les médicaments employés, les doses administrées, ainsi que le rythme des cures* varient d'une personne à l'autre, selon des protocoles prédéfinis, en fonction des caractéristiques du cancer et de la tolérance au traitement. C'est pourquoi le plan de traitement et les modalités d'administration sont déterminés au cas par cas.

Pour en savoir plus sur ces médicaments, vous pouvez consulter la base de données publique des médicaments sur le site du ministère en charge de la santé : www.medicaments.gouv.fr

1. Au moment de la publication de ce guide, le seul médicament de thérapie ciblée qui bénéficie d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement des cancers de la JOG surexprimant HER2 est le trastuzumab.

4.3. COMMENT SE DÉROULE LE TRAITEMENT EN PRATIQUE ?

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre situation. Le médecin qui vous prend en charge vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement est variable. Il se déroule par cures successives (plusieurs cycles de traitement espacés de quelques semaines le plus souvent). Par exemple, lorsqu'une chimiothérapie préopératoire est indiquée, elle est réalisée pendant 2 à 3 mois avant l'intervention. Parfois, une chimiothérapie est proposée en postopératoire. Chaque cure est suivie d'une période de repos.

La durée des chimiothérapies des formes évoluées ou métastatiques est variable. L'efficacité du traitement sera évaluée régulièrement.

Avant chaque cure, un bilan standard est réalisé. Il comprend :

- un examen clinique* : température, poids à comparer au poids de la cure précédente, état général, mesure de la pression artérielle, examen de la peau, examen de la veine ou du cathéter utilisé pour réaliser la chimiothérapie ;
- une évaluation de la tolérance des cures précédentes ;
- une évaluation de l'état nutritionnel (voir chapitre « La prise en charge nutritionnelle » page 61) ;
- des examens de sang pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. En cas d'anomalies, comme une baisse importante du taux de globules blancs*, le traitement peut être reporté ou modifié. Le fonctionnement de vos reins et de votre foie sera également évalué.

Les médicaments sont généralement injectés dans une chambre implantable* (voir ci-dessous) ou un cathéter, par perfusion*.

La chimiothérapie se déroule généralement à l'hôpital en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez que le temps de la perfusion et rentrez chez vous le jour même. On parle aussi d'hospitalisation de jour. Il peut arriver que vous repartiez de l'hôpital avec une pompe de

chimiothérapie qui sera enlevée par un soignant à domicile une fois l'administration du traitement terminée.

Avant de commencer le traitement : la pose d'une chambre implantable*

Administrer les traitements médicaux dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées deviennent vite douloureuses. Avant de commencer le traitement, la pose d'une chambre implantable percutanée (CIP) est donc effectuée.

Ce dispositif est composé d'un petit réservoir en plastique ou en titane (la chambre implantable) et d'un tuyau souple et fin (un cathéter). Il est entièrement placé sous la peau, au cours d'une courte intervention chirurgicale, sous anesthésie locale ou générale. Si une chirurgie est prévue avant la chimiothérapie, le chirurgien peut en profiter pour installer le dispositif pendant l'intervention, sous anesthésie générale. Le boîtier est placé en haut du thorax et relié au cathéter, lui-même placé dans une veine. Après l'intervention, une radiographie du thorax est réalisée pour vérifier que le dispositif est placé correctement.

À chaque perfusion, les médicaments sont injectés directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Ce système reste en place pendant toute la durée du traitement et permet d'avoir une activité physique normale, de se baigner, de voyager, etc.

Le plus souvent, le cathéter et la chambre implantable sont bien supportés. Une gêne peut néanmoins être ressentie en voiture à cause de la ceinture de sécurité. Ceci ne justifie cependant pas l'exemption du port de cette ceinture.

Pour en savoir plus sur le cathéter et la chambre implantable, consultez le guide Cancer info *Comprendre la chimiothérapie*.

D'autres dispositifs peuvent être employés, notamment un cathéter spécial qui est inséré dans une veine périphérique profonde du bras et dont l'extrémité est placée au niveau de la terminaison de la veine cave supérieure*.

4.4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

Les effets indésirables des traitements médicaux varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes.

Certains effets indésirables peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le médecin peut modifier ou interrompre le traitement pour permettre à l'organisme de récupérer.

Les effets indésirables les plus fréquents des médicaments utilisés pour traiter le cancer de l'œsophage sont présentés ci-après. En fonction du protocole qui vous a été proposé, votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner et vous informe sur les moyens d'y faire face.

À NOTER

La présence ou l'absence d'effets indésirables n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Ne ressentir aucun effet indésirables ne signifie pas que le traitement est inefficace et, inversement, ressentir de nombreux effets indésirables ne signifie pas qu'il est particulièrement actif.

Nausées et vomissements

Les nausées commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements.

Des phénomènes de nausées anticipatoires peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les vomissements ne persistent en général pas plus de 48 heures après le traitement.

Une association de traitements est le plus souvent prescrite avant, pendant et après la chimiothérapie pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Il s'agit de médicaments appelés antiémétiques. Si ces effets indésirables apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

À faire

- Privilégier les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- Privilégier plusieurs petits repas moins copieux, plutôt que deux repas traditionnels de volume conséquent plus longs à digérer.
- Manger lentement en mastiquant bien, afin de faciliter la digestion de vos repas.
- Boire plutôt de petits volumes entre les repas.
- Privilégier des aliments digestes avant et après le traitement : ainsi les potages, les sorbets, les fruits crus ou cuits aident parfois à diminuer les nausées et sont mieux tolérés.

À éviter

- Les aliments frits, les plats très gras, les préparations cuisinées du commerce, les plats épicés.
- Boire en mangeant.
- Le tabac.
- L'alcool.
- Les repas très copieux.

Diarrhées

Des diarrhées sont possibles pendant la chimiothérapie. Un traitement (antidiarrhéique) vous est prescrit pour pallier cette complication.

Un avis médical, qui pourra déboucher sur une hospitalisation en urgence, est indispensable en cas de diarrhée persistant plus de 48 heures ou associée à de la fièvre ou des glaires (liquide blanchâtre et visqueux) et/ou du sang dans les selles.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES DIARRHÉES

- Privilégier une alimentation pauvre en fibres, à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, semoule, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes/pain blanc grillé.
- Éviter les boissons glacées, le lait seul, les fruits et légumes crus, les fruits et légumes secs, les céréales complètes et le pain complet.

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments de chimiothérapie ont souvent des effets indésirables sur le sang et la moelle osseuse. Ils peuvent entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection, car les moyens de défense du corps sont alors réduits ;
- une baisse du nombre des globules rouges* et du taux d'hémoglobine* (anémie*). L'anémie se manifeste principalement par une pâleur et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes* (thrombopénie), qui participent au phénomène de coagulation du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque d'hématomes* et de saignements ;
- une baisse importante et simultanée du nombre des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes. On parle alors d'aplasie.

Avant chaque cure de chimiothérapie, des prises de sang permettent de vérifier les taux de globules blancs, globules rouges et plaquettes.

En dessous d'un certain seuil, la séance de chimiothérapie peut être remise à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des facteurs de croissance* lorsque la baisse du nombre de globules blancs ou de globules rouges* est trop importante. Dans de rares cas, en cas de baisse trop importante des globules rouges ou des plaquettes, une transfusion sanguine peut être réalisée.

En cas de fièvre (plus de 38 °C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin.

Lésions de la bouche

Certains médicaments de chimiothérapie (5FU par exemple) peuvent entraîner des lésions à l'intérieur de la bouche et le long du tube digestif (aphtes, rougeurs, douleurs, brûlures). On parle de mucite (inflammation d'une muqueuse) ou encore de stomatite (mucite de la bouche).

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES LÉSIONS DE LA BOUCHE

À faire	À éviter
<ul style="list-style-type: none"> ■ Après les repas, réaliser systématiquement les bains de bouche prescrits par le médecin. ■ Se brosser régulièrement les dents avec une brosse à dents souple. ■ Sucrer des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe. ■ Boire plus que d'habitude (eau minérale, thé, tisane) et régulièrement, pour bien humidifier la cavité buccale. ■ Privilégier les aliments sans acidité, non épicés, de texture molle voire mixés. ■ S'hydrater les lèvres en appliquant un lubrifiant gras (vaseline, beurre de cacao). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère ou l'ananas. ■ Les bains de bouche à base d'alcool : ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlure. ■ Le tabac et l'alcool. ■ Les aliments qui accentuent les brûlures buccales, trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde, épices, jus d'agrumes), secs, croquants ou durs.

Dès que vous constatez l'apparition d'aphtes, de brûlures buccales ou encore de douleurs, prévenez votre médecin afin de recevoir un traitement antidouleur adapté.

Modification du goût des aliments et/ou perte d'appétit

Une modification ou disparition du goût peut survenir pendant la chimiothérapie pouvant entraîner une perte d'appétit. C'est un des effets indésirables du cisplatine par exemple. En général, elle disparaît progressivement dès la fin du traitement, mais ne peut être évitée pendant. Le fait de soigner la présentation de vos repas vous permettra en partie de pallier ce désagrément en facilitant l'ingestion de mets sans saveur.

Chute des cheveux

La chute des cheveux (appelée alopecie) peut être difficile à vivre, car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est souvent progressive et toujours temporaire. Elle commence en général 2 à 3 semaines après la première perfusion. Les cheveux commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement. Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement.

Cependant, la chute des cheveux n'est pas systématique, tous les médicaments de chimiothérapie n'ayant pas cet effet. Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide *Cancer info Traitements du cancer et chute des cheveux* et sur e-cancer.fr/cancerinfo

Troubles cutanés

Certains médicaments de chimiothérapie (5FU) et de thérapie ciblée (trastuzumab) peuvent entraîner des troubles au niveau de la peau : rougeurs, plaques, sécheresse cutanée, réactions allergiques...

Parmi ces troubles, des éruptions cutanées peuvent survenir. Elles se caractérisent par l'apparition de petits boutons sur le visage, le cuir chevelu, le torse et/ou le haut du dos et nécessitent une prise en charge spécifique. On parle de rash cutané.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES TROUBLES CUTANÉS

À faire

- Appliquer régulièrement et généreusement un agent hydratant sur la peau (après la toilette avec un pain surgras).
- Réaliser une manucure et une pédicure avant de commencer le traitement, si les mains et les pieds sont déjà un peu abîmés (présence de corne).
- Porter des vêtements amples et des chaussures souples.

À éviter

- L'exposition des mains et des pieds à la chaleur (soleil, bains chauds).
- Les activités qui entraînent un frottement de la peau ou une pression sur les mains (activités ménagères, conduite, jardinage...).
- Les pansements adhésifs ou les bandages serrés.
- La marche prolongée et la course à pied en cas de syndrome main-pied*.

Si, malgré l'application de ces conseils, votre peau devient rouge, sensible ou douloureuse, signalez-le à votre médecin sans attendre que les symptômes n'empirent. Des médicaments antidouleur, prescrits par votre médecin, ou des soins locaux peuvent les soulager.

Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements quotidiens, la fatigue peut être liée à la chimiothérapie. Elle dépend de votre tolérance à ce traitement et des effets indésirables. En effet, une anémie*, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, une fièvre ou encore des douleurs peuvent contribuer à cette fatigue. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

Il est prouvé qu'une activité physique régulière et modérée permet de lutter contre la fatigue après les traitements. Vous pouvez consulter la fiche repère « Activité physique et cancer » sur e-cancer.fr pour en savoir plus.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide *Cancer info Fatigue et Cancer* et sur e-cancer.fr/cancerinfo

Réactions allergiques

Comme tout médicament, les molécules de chimiothérapie et de thérapie ciblée peuvent être source d'allergie. Alerte votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), de difficultés à respirer ou de tout autre trouble inhabituel.

Des troubles rénaux

Certaines molécules, notamment le cisplatine, peuvent avoir une incidence sur la fonction rénale. Afin de diminuer la toxicité de ces médicaments au niveau des reins, une hyperhydratation avant et pendant la chimiothérapie est parfois proposée. L'hyperhydratation consiste à perfuser du liquide physiologique en quantité abondante et faire boire beaucoup d'eau. Ceci permet de diluer le médicament, ce qui diminue sa toxicité, mais pas son efficacité. Cette technique nécessite parfois une hospitalisation d'un ou deux jours pour chaque cure de chimiothérapie. Une surveillance des reins, réalisée par une prise de sang, est systématiquement prévue avant chaque cure de chimiothérapie afin de vérifier leur fonctionnement.

Des troubles auditifs

Des troubles auditifs de type difficultés à entendre ou bourdonnements d'oreille peuvent apparaître. Il est important de les signaler à l'équipe soignante.

Insuffisance cardiaque

Certaines molécules comme l'épirubicine, le cisplatine et le trastuzumab, peuvent entraîner une insuffisance cardiaque. Une surveillance cardiaque est effectuée pendant la durée du traitement, plus particulièrement en cas d'antécédents de maladies cardiaques.

Neuropathie périphérique

Des lésions au niveau des nerfs liées à la neurotoxicité (toxicité pour les nerfs) des produits employés peuvent se produire et provoquer en particulier un engourdissement ou des picotements au niveau des mains et des pieds. Ces symptômes sont nommés troubles neuropathiques périphériques. En fonction des symptômes, une prise en charge par un spécialiste peut s'avérer nécessaire.

Risque de thrombose veineuse profonde

La chimiothérapie peut favoriser l'apparition de thrombose veineuse profonde encore appelée phlébite. Une surveillance et/ou un traitement préventif peuvent être mis en place.

Chimiothérapie et sexualité

Avec toute chimiothérapie, la vie intime peut être modifiée pendant le traitement et quelque temps après. Les effets indésirables des médicaments comme la fatigue, les nausées et les vomissements peuvent en effet diminuer temporairement le désir ou la capacité physique. Lorsque le traitement est terminé et que les effets indésirables disparaissent, le désir revient souvent à son niveau habituel.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- **Quel type de chimiothérapie me sera administré ? De quelle façon ?**
- **Quels sont les objectifs du traitement ?**
- **Quels sont les effets indésirables ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?**
- **Le traitement se passe-t-il à l'hôpital ou à domicile ? Combien de temps dure-t-il ?**
- **Comment et par qui est effectué le suivi ?**
- **Y a-t-il des conseils alimentaires ou d'hygiène de vie particuliers à suivre ?**

5. La radiothérapie

DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?
COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?
QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

La radiothérapie est un traitement locorégional* des cancers. Elle utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Elle consiste à diriger précisément ces rayonnements (appelés aussi rayons* ou radiations) sur la zone à traiter, la tumeur, tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants, dits organes à risque. Ces rayonnements sont produits par un accélérateur de particules.

LES RAYONNEMENTS IONISANTS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les rayonnements ionisants sont des faisceaux de particules qui transportent une énergie telle qu'elle leur permet de traverser la matière et de la modifier. Le soleil émet des rayonnements ionisants naturels ; c'est le cas de certains rayons ultraviolets ou UV.

Dans le domaine médical, les rayonnements ionisants font l'objet de nombreuses applications ; ils sont en particulier à la base des techniques de radiothérapie. Dans ce cas, des rayons X sont produits par un accélérateur, un appareil qui accélère les particules à une très grande vitesse ce qui leur confère une forte énergie ; c'est le principe de la radiothérapie externe. Mais on peut aussi utiliser des matériaux radioactifs dont la propriété est d'émettre spontanément et en continu des rayonnements ionisants ; c'est le cas de la curiethérapie.

Avant de démarrer la radiothérapie, l'oncologue radiothérapeute vous explique le principe, les objectifs ainsi que la technique qu'il va utiliser. Il vous informe également sur les effets indésirables possibles et les solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

5.1. DANS QUELS CAS UNE RADIOTHÉRAPIE EST-ELLE INDIQUÉE ?

Le plus souvent, la radiothérapie est administrée en association avec la chimiothérapie. Il s'agit alors d'une radiochimiothérapie concomitante.

Les médicaments de chimiothérapie ont pour but de rendre les cellules cancéreuses plus sensibles aux rayons. Ces médicaments de chimiothérapie sont dits radiosensibilisants. L'association des deux traitements permet de renforcer l'action respective de chacun d'eux.

La radiochimiothérapie peut être proposée :

- seule en cas de contre-indication à la chirurgie pour les cancers localisés ou localement avancés ;
- dans certains cancers épidermoïdes à un stade localement avancé ;
- avant la chirurgie, quel que soit le type de cancers à un stade localement avancé. Dans ce cas, la radiochimiothérapie est dite néoadjuvante ou préopératoire.

Une radiothérapie interne (appelée *curiethérapie**) est parfois utilisée pour réduire les symptômes de la maladie notamment dans les tumeurs très avancées. Elle peut, par exemple, être envisagée pour soulager la *dysphagie** (voir chapitre « La prise en charge nutritionnelle » page 61).

5.2. COMMENT SE DÉROULE LA RADIOTHÉRAPIE EN PRATIQUE ?

La technique de radiothérapie externe la plus souvent utilisée pour traiter le cancer de l'œsophage est la radiothérapie conformationnelle en 3D (trois dimensions). Cette technique consiste à conformer, c'est-à-dire à faire correspondre le plus précisément possible, le volume sur lequel vont être dirigés les rayons, au volume de la zone à traiter.

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien médical, un dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 73).

Avant le traitement proprement dit, une radiothérapie comporte une étape de repérage de la zone à traiter et une étape de calcul de la distribution de la dose (dosimétrie). C'est pourquoi il existe toujours un temps d'attente entre la prise de décision de la radiothérapie et le début effectif du traitement.

Le repérage

L'oncologue radiothérapeute repère la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à risque à protéger. Pour cela, un *scanner** centré sur la zone à traiter est réalisé afin d'obtenir une image en trois dimensions de la tumeur et des organes voisins (foie, moelle épinière, cœur, poumons).

Pendant ce repérage, votre position est soigneusement définie. Vous devrez la reprendre lors de chaque séance. Pour cela, un marquage éphémère à la fuchsine ou permanent par des points de tatouage sur la peau, ou encore des contentions spécialement adaptées à votre morphologie (cales, coques de mousse, matelas thermoformés, etc.) sont réalisés.

La dosimétrie

Outre la dimension et l'orientation des faisceaux, l'étape de dosimétrie consiste à déterminer, par une étude informatisée, la distribution autrement dit la répartition de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien médical et le dosimétriste optimisent ainsi l'irradiation de façon à traiter au mieux cette zone tout en épargnant les tissus sains voisins. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

Le plan de traitement définitif établit notamment la dose et ses modalités de délivrance (dose par séance, nombre et fréquence des séances...). La dose habituelle est de 1,8 à 2 grays par séance.

La dose de rayons en radiothérapie est exprimée en gray (abrégié en Gy), du nom d'un physicien anglais. 1 Gy correspond à une énergie de 1 joule absorbée dans une masse de 1 kilo.

Des limites de doses délivrées sur les organes de voisinage devront être respectées.

Le traitement

Le traitement lui-même dure en moyenne 4 à 6 semaines, à raison d'une séance par jour, 5 jours par semaine.

UNE HOSPITALISATION EST-ELLE NÉCESSAIRE ?

Le plus souvent, le traitement est réalisé en ambulatoire ; vous rentrez chez vous quand la séance est terminée. Néanmoins, une hospitalisation complète est possible si vous êtes traité simultanément par chimiothérapie, si votre traitement est réalisé loin de votre domicile ou si votre état général le nécessite.

La salle dans laquelle se déroule la radiothérapie est une pièce qui respecte les normes de protection contre les rayonnements ionisants.

Vous êtes installé par le manipulateur sur la table de traitement dans la position qui a été déterminée lors de la phase de repérage. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez rester immobile.

Pendant la séance, vous êtes seul dans la salle, mais vous restez en lien continu avec les manipulateurs : vous pouvez communiquer avec eux par le biais d'un interphone et vous êtes surveillé par une caméra vidéo. La salle reste éclairée pendant la séance. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de 15 minutes environ. Le temps d'irradiation lui-même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous

sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Il est désormais obligatoire de mesurer directement sur vous la dose réelle de rayons que vous recevez lors de la première ou de la deuxième séance, ainsi qu'à chaque modification du traitement. On parle de dosimétrie *in vivo*. Elle permet de s'assurer que la dose délivrée ne diffère pas de façon significative de la dose prescrite. La dosimétrie *in vivo* est mise en place dans tous les centres de radiothérapie.

À NOTER

Les séances de radiothérapie externe ne rendent pas radioactif : il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage une fois la séance terminée.

Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec l'oncologue radiothérapeute sont programmées régulièrement (environ une fois par semaine). L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions. Une fois par semaine, avant la séance, vous serez pesé. Si une perte de poids majeure et/ou des troubles importants de votre alimentation se manifestent, une consultation de nutrition et/ou diététique pourra vous être proposée.

Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue de la radiothérapie.

COMMENT SE DÉROULE LA RADIOCHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE ?

Selon le protocole de radiochimiothérapie proposé, le calendrier d'administration des traitements peut varier. L'équipe médicale vous donnera tous les détails nécessaires, qui seront également mentionnés dans le programme personnalisé de soins (voir page 17).

5.3. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES ?

En irradiant la zone à traiter, on ne peut pas éviter totalement d'irradier et donc d'altérer des cellules saines situées à proximité. C'est ce qui explique l'apparition des effets indésirables.

Ils varient selon la zone traitée, la dose de rayons délivrée, la technique utilisée, l'effet des autres traitements, votre propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est soigneusement planifié et administré de façon à les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe sur ceux qui peuvent se produire dans votre cas et sur les moyens d'y faire face. Un suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire.

On distingue :

- les effets indésirables dits immédiats, aigus ou précoces qui se produisent pendant le traitement et les quelques semaines qui suivent. Ils sont souvent temporaires (inférieurs à 6 mois);
- les effets indésirables dits tardifs, appelés aussi complications, qui peuvent apparaître plusieurs mois après la fin du traitement, voire plus tard. Ils peuvent être durables, c'est-à-dire supérieurs à 6 mois (on parle alors de séquelles).

Les effets indésirables immédiats

Œsophagite

La radiothérapie peut causer une inflammation de la muqueuse de l'œsophage (œsophagite) qui se manifeste par une douleur qui peut s'accompagner d'une gêne ou d'un blocage lors de la déglutition. Pour traiter cette complication, le médecin vous prescrira des médicaments qui diminuent l'acidité de l'estomac, appelés inhibiteurs de pompe à protons (IPP), associés à des pansements digestifs.

Selon l'intensité de la douleur, des antalgiques* peuvent également être prescrits.

Troubles digestifs

La radiothérapie réalisée au niveau de l'œsophage peut provoquer des troubles digestifs de type nausées, vomissements, brûlures

œsophagiennes avec digestion ralentie. Des médicaments tels que des antiémétiques*, des antiacides* peuvent vous être prescrits pour prévenir ou limiter ces troubles.

Dénutrition

Une irradiation au niveau de l'œsophage peut être à l'origine d'une inflammation de l'œsophage. Cela peut causer des douleurs lors de la déglutition et donc une difficulté à s'alimenter. Si votre alimentation est insuffisante pour répondre aux besoins de votre organisme, une perte de poids importante s'installe : on parle alors de dénutrition. Pour limiter cette dénutrition et la combattre, des compléments nutritionnels oraux ou une nutrition artificielle* peuvent être envisagés en parallèle de l'alimentation orale que vous pouvez maintenir (voir chapitre « La prise en charge nutritionnelle », page 61).

Rougeur de la peau

Plus rarement, une rougeur de la peau semblable à un coup de soleil, peut survenir. Appelée érythème cutané, elle apparaît habituellement à partir de la troisième ou de la quatrième semaine de traitement. La rougeur disparaît lentement et laisse progressivement place à une coloration brunâtre pendant quelques semaines avant le retour à un aspect normal.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES ROUGEURS DE LA PEAU

À faire	À éviter
<ul style="list-style-type: none"> ■ Utiliser un savon surgras. ■ Se sécher sans frotter. ■ Porter des vêtements en coton et éviter le frottement au niveau de la zone irradiée. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les douches et les bains trop chauds. ■ Savonner directement la zone irradiée. ■ Frictionner la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème... ■ Les expositions au soleil, au moins durant la première année qui suit la fin du traitement.

Fatigue

L'appréhension des examens et des traitements, les déplacements fréquents, l'attente lors des rendez-vous et la radiothérapie elle-même peuvent provoquer une fatigue physique ou morale. La fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement et des autres effets indésirables. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

Il est prouvé qu'une activité physique régulière et modérée permet de lutter contre la fatigue après les traitements.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la fiche repère *Activité physique et cancer* sur e-cancer.fr

Les effets indésirables tardifs

Les progrès des techniques de radiothérapie ont rendu les effets indésirables tardifs moins fréquents.

Sténose

Un rétrécissement de l'œsophage (sténose) peut survenir après un traitement par radiothérapie. La sténose peut être à l'origine d'une dysphagie (difficulté à avaler) entraînant une gêne et/ou des douleurs lors de la déglutition.

Il est important de signaler ces symptômes à l'équipe soignante afin d'être pris en charge. Pour réduire les symptômes de la dysphagie, une dilatation de l'œsophage ou la mise en place d'une prothèse œsophagienne* peut s'avérer nécessaire.

Œsophagite mycotique

La radiothérapie et l'altération de l'état général peuvent favoriser une infection de l'œsophage d'origine mycotique (champignon). Elle se traite facilement par antimycotique.

Certains effets indésirables sont liés à l'association de la radiothérapie et de la chimiothérapie (radiochimiothérapie). C'est le cas de certaines complications cardiaques ou pulmonaires.

Complications cardiaques

Des complications cardiaques peuvent survenir à long terme. Il peut s'agir par exemple d'une inflammation du péricarde*, appelée péricardite, qui se traduit par une douleur au niveau du thorax. Ces complications nécessitent une prise en charge spécialisée.

Complications pulmonaires

À long terme (après six mois), la radiothérapie associée à une chimiothérapie peut entraîner une insuffisance respiratoire qui peut se traduire par une perte de la fonction pulmonaire. L'apparition de ce type de complications nécessite une prise en charge spécialisée.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- **Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?**
- **Comment se déroule le traitement ?**
- **Combien de temps dure-t-il ?**
- **Quels sont les effets indésirables possibles ?**
- **Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?**
- **Comment et par qui est effectué le suivi ?**

6. La prise en charge nutritionnelle

LE BILAN NUTRITIONNEL AVANT LE DÉBUT DES TRAITEMENTS
QUE PEUT-ON VOUS PROPOSER POUR MAINTENIR UN BON ÉTAT NUTRITIONNEL ?

Le cancer en lui-même, mais aussi les traitements (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) et leurs effets indésirables peuvent avoir des conséquences sur votre alimentation et plus particulièrement sur votre état nutritionnel, c'est-à-dire le bon équilibre entre ce que vous consommez et ce que vous dépensez.

Vous aurez très souvent à faire face à une perte de poids plus ou moins importante et être exposé à une dénutrition*. De manière plus générale, votre qualité de vie risque d'être altérée.

L'état nutritionnel est évalué à chaque étape de votre prise en charge. Une dénutrition peut en effet être présente dès le diagnostic du cancer ou apparaître après un traitement. Elle est souvent causée par une dysphagie progressive et persistante, symptôme très fréquemment observé lors du cancer de l'œsophage (voir encadré).

LA DYSPHAGIE ET SES CONSÉQUENCES SUR L'ÉTAT NUTRITIONNEL

La dysphagie est la sensation de blocage dans l'œsophage lors de la déglutition*. C'est un symptôme typique du cancer de l'œsophage, notamment à un stade avancé. Si elle n'est pas traitée, la dysphagie peut être à l'origine d'une perte de poids et/ou d'une dénutrition.

Pour pallier la difficulté de s'alimenter en cas de dysphagie, un traitement médical (pose d'une prothèse pour maintenir l'œsophage ouvert, radiothérapie externe pour diminuer la taille de la tumeur) ou un support nutritionnel (voir paragraphe 6.2) peuvent être mis en place.

6.1. LE BILAN NUTRITIONNEL AVANT LE DÉBUT DES TRAITEMENTS

Avant le choix de votre traitement, des examens et une consultation particulière seront réalisés pour évaluer l'impact de votre maladie sur votre « état nutritionnel ». C'est ce que l'on appelle le **bilan nutritionnel**. Au cours de cette consultation, le professionnel vous questionnera sur vos habitudes alimentaires et l'évolution récente de votre poids. Il réalisera un bilan de vos apports alimentaires en correspondance avec vos besoins. Ce bilan est souvent accompagné d'un bilan biologique complémentaire. L'évaluation de votre état nutritionnel permet ensuite de dépister tout risque de dénutrition ou une dénutrition déjà installée et de proposer une prise en charge nutritionnelle adaptée, pour combattre ce risque ou limiter son évolution.

En cas de perte de plus de 5 % de votre poids habituel en un mois ou de plus de 10 % en six mois (par exemple si une personne de 60 kilos perd 3 kilos en un mois ou 6 kilos en six mois), vous êtes considéré comme dénutri. Au-delà de 10 % en un mois, ou de 15 % en six mois, on parle de dénutrition sévère.

D'autres paramètres complémentaires et notamment biologiques (mesurés à partir de prises de sang) sont également pris en compte pour dépister une dénutrition ou évaluer l'évolution de l'état nutritionnel.

Une dénutrition peut avoir des conséquences à court terme et à long terme.

À **court terme**, elle peut entraîner :

- Une augmentation des risques de complications postopératoires avec :
 - une diminution des défenses contre les infections qui risquent d'être plus sérieuses et plus longues à guérir ;
 - une cicatrisation perturbée, plus longue, moins solide, avec l'apparition possible d'escarres (plaies de pression) ;
 - une prolongation de l'hospitalisation, un retour à domicile retardé et un risque de ré-hospitalisation.
- Une augmentation du risque d'effets indésirables liés à la chimiothérapie et/ou à la radiothérapie.

Si elle n'est pas prise en charge, la dénutrition peut aussi avoir des conséquences **à long terme** comme :

- une fonte des muscles associée à une perte de force et à un risque de chutes ;
- des difficultés à exercer les activités habituelles de la vie quotidienne ;
- une fatigue importante et accentuée qui peut altérer la vie de tous les jours ;
- un visage amaigri, creusé, qui modifie l'image corporelle et crée une gêne dans l'entourage, en risquant d'isoler le patient de ses proches.

Une prise en charge nutritionnelle adaptée permet de limiter le risque de dénutrition et les conséquences sur votre état de santé. Il peut s'agir de conseils pratiques pour améliorer vos prises alimentaires au quotidien ou si nécessaire, d'une aide médicale à l'alimentation ou support nutritionnel (voir paragraphe 6.2).

Pour une meilleure prise en charge de votre état nutritionnel, n'hésitez pas à parler de vos difficultés à l'équipe soignante qui vous orientera vers le médecin nutritionniste ou le diététicien.

6.2. QUE PEUT-ON VOUS PROPOSER POUR MAINTENIR UN BON ÉTAT NUTRITIONNEL ?

En fonction de votre état nutritionnel (dénutri ou non dénutri) et de votre traitement, différentes solutions peuvent vous être proposées. Il peut s'agir de simples conseils hygiéno-diététiques personnalisés et/ou de la prescription d'un support nutritionnel (complémentation orale, nutrition entérale ou nutrition parentérale).

Des conseils hygiéno-diététiques

Quel que soit votre état nutritionnel, vous pouvez bénéficier de conseils hygiéno-diététiques pour une alimentation saine, diversifiée et adaptée. Ces conseils sont le plus souvent prodigués par un diététicien. Si une consultation avec un professionnel en nutrition ne vous est pas proposée, n'hésitez pas à en faire la demande auprès de l'équipe soignante qui vous suit.

Quelques conseils pratiques pour s'alimenter au quotidien :

- améliorez vos prises alimentaires orales journalières. Pour cela, n'hésitez pas à augmenter la fréquence des repas : faites au minimum 5 repas de petit volume répartis sur la journée ;
- prenez le temps de manger et de bien mâcher les aliments pour prolonger la première phase de la digestion (la mastication) ; vous facilitez ainsi le passage du bol alimentaire* tout au long du tube digestif*. En parallèle, assurez-vous auprès de votre dentiste que vos dents sont en bon état ;
- enrichissez les plats habituellement consommés, l'objectif étant d'augmenter le nombre de calories sans augmenter le volume des portions ingérées. En pratique, n'hésitez pas à ajouter dans vos plats des matières grasses crues comme de l'huile d'olive, du beurre, de la crème, du fromage râpé ;
- maintenez des apports en protéines suffisants pour conserver vos muscles et vos défenses immunitaires*. Insistez donc sur les aliments de type poissons, blancs d'œuf, fromages, laitages, surtout si vous présentez un dégoût pour la viande. Si cela n'est pas réalisable, votre médecin peut vous prescrire des compléments nutritionnels oraux (voir page 65) ;
- en cas de dysphagie intermittente : privilégiez les aliments à texture molle voire liquide, bien saucés pour faciliter la déglutition

et évitez de consommer des repas trop chauds, trop sucrés ou trop acides, des aliments durs et secs (croûtes de pain, morceaux de viande peu mastiqués, fruits durs) ;

- pensez à consommer au moins 1,5 litre d'apports hydriques (eau, thé, bouillon de légumes, infusion, café léger) répartis sur la journée et évitez de boire pendant le repas ;
- évitez le tabac, l'alcool ;
- après le repas, installez-vous en position semi-allongée. Cela ne peut qu'améliorer la digestion et éviter les reflux alimentaires ;
- reprenez progressivement ou maintenez si possible une activité physique quotidienne adaptée (par exemple une demi-heure de marche lente journalière quotidienne).

Il est important de surveiller votre poids régulièrement (une fois par semaine). Si vous constatez une perte de poids importante et rapide, parlez-en au plus tôt aux professionnels qui vous entourent.

Une complémentation orale

Si malgré une alimentation enrichie (ou si les aliments habituellement consommés ne vous conviennent plus), votre alimentation ne couvre pas vos besoins nutritionnels, une forme spéciale d'aliments, s'apparentant à un médicament, peut vous être prescrite par le médecin pour une période donnée ; il s'agit des **compléments nutritionnels oraux**.

Les compléments nutritionnels sont des aliments concentrés enrichis en éléments dont le corps a besoin pour fonctionner : calories, protéines, vitamines, sels minéraux*, oligoéléments*, etc. Ils contribuent ainsi à améliorer vos apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs, nécessaires au maintien d'un état nutritionnel correct pendant vos traitements. Ils se présentent sous différentes formes (potages, biscuits, crèmes, boissons lactées ou à base de jus de fruits) et une variété de goûts et de saveurs (sucrés, salés). Votre médecin vous prescrira celles qui vous conviennent le mieux.

N'hésitez pas à demander également conseil à votre pharmacien et/ou au diététicien qui vous suit pour choisir les parfums et conditionnements adaptés à vos goûts, à vos préférences et à vos besoins nutritionnels.

Il est primordial de consommer ces compléments nutritionnels oraux en suivant les doses et la fréquence prescrites par votre médecin.

Ils sont remboursés intégralement par la sécurité sociale pour traiter la dénutrition. Ils sont disponibles en pharmacie, ou peuvent être livrés à domicile, selon certaines conditions, par un prestataire de services.

Si la consommation de compléments nutritionnels ne vous convient pas, il est indispensable de le signaler à l'équipe médicale pour envisager une autre stratégie.

Les compléments nutritionnels oraux viennent compléter votre alimentation habituelle, mais **ne doivent en aucun cas remplacer les repas.**

Une nutrition entérale

Lorsque vos apports nutritionnels restent insuffisants malgré une alimentation orale enrichie, l'équipe médicale peut vous proposer de recourir à un autre support nutritionnel par la mise en place d'une sonde. Il s'agit d'une **nutrition entérale**.

Cette nutrition peut s'effectuer :

- par sonde de jéjunostomie. La sonde est placée directement dans le jéjunum* par l'intermédiaire d'un orifice réalisé au niveau du ventre. La plupart du temps elle est posée par le chirurgien pendant l'intervention chirurgicale (voir chapitre 3);
- par sonde de gastrostomie, lorsqu'aucune chirurgie n'est envisagée. La sonde est introduite directement au niveau de l'estomac (gastrostomie) par l'intermédiaire d'un orifice réalisé au niveau de l'abdomen, par voie radiologique ou endoscopique et sous anesthésie.

Plus rarement, la nutrition entérale peut s'effectuer, pour une courte durée, par :

- une sonde nasogastrique, introduite par le nez pour atteindre l'estomac;

- une sonde naso-jéjunale qui passe par le nez pour atteindre le jéjunum.

La gastrostomie et la jéjunostomie ont l'avantage d'être discrètes pour votre entourage, tout en permettant de normaliser les apports nutritifs qui vous sont nécessaires.

La sonde permet une nutrition entérale exclusive ou en complément avec une alimentation par la bouche. Son installation provoque une gêne temporaire qui disparaît rapidement. En effet, elle est d'un diamètre suffisamment petit pour que vous ne la sentiez pas en permanence.

La nutrition entérale mise en place par l'équipe soignante de l'établissement où vous êtes suivi peut se poursuivre au domicile, de jour comme de nuit (à condition de dormir semi-assis), selon la prescription faite par le médecin hospitalier. Un prestataire de santé à domicile est sollicité pour fournir le matériel et les produits à administrer et une infirmière à domicile assure les soins locaux et votre formation en vue de votre autonomisation pour gérer la nutrition entérale à la maison.

Elle peut durer plusieurs semaines, en particulier dans la phase postopératoire, mais aussi pendant toute la phase de chimiothérapie ou de radiochimiothérapie pour permettre la réalisation complète des traitements programmés (jusqu'à ce que les apports oraux soient suffisants pour couvrir les besoins énergétiques, en fonction de la stabilisation du poids et selon les résultats du bilan biologique complémentaire).

La prescription initiale de la nutrition entérale est effectuée par le médecin hospitalier référent pour 14 jours précisément. Son renouvellement peut être effectué par votre médecin généraliste après réévaluation de votre tolérance et de la façon dont vous consommez ces produits (à l'exception du premier qui doit être effectué par le service à l'origine de la prescription initiale).

Pour en savoir plus sur la nutrition entérale, vous pouvez consulter le guide *Comprendre la nutrition entérale* sur le site e-cancer.fr

Une nutrition parentérale

Cette nutrition par voie veineuse est utilisée en dernier recours lorsque l'alimentation par voie orale et/ou la nutrition entérale est impossible, insuffisante ou contre-indiquée.

Après quelques jours de mise en place, souvent à l'hôpital pour s'assurer de la bonne tolérance, elle peut se poursuivre au domicile. Le plus souvent, une chambre implantable ou un cathéter spécial (tube souple que l'on introduit dans les veines) placé au niveau du bras sont utilisés. Un prestataire de santé à domicile procède alors à l'installation du matériel au domicile, fait le lien avec l'infirmière libérale pour le passage de cette nutrition (le plus souvent en nocturne), organise le retour d'information vers l'équipe hospitalière. Le pharmacien fournit les poches de nutrition, vitamines, oligoéléments* associés au dispositif qui sera utilisé. Le service d'hospitalisation à domicile peut également réaliser cette prise en charge, avec réévaluation clinique et biologique régulière. Toutes les substances nutritives sont alors administrées par voie veineuse, y compris les vitamines et les oligoéléments.

Cette technique demande une surveillance étroite à la fois par les infirmiers au domicile et par un médecin coordonnateur; elle impose des règles d'hygiène quotidienne très strictes pour limiter les risques d'infections.

Comme pour la nutrition entérale, cette nutrition peut être transitoirement totale ou partielle, pour compléter une alimentation orale insuffisante, en particulier pendant les traitements.

7. Après les traitements

POURQUOI UN SUIVI ?

LE DÉROULEMENT DU SUIVI

LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS TARDIFS SURVEILLÉS

Après le traitement de votre cancer, un suivi adapté à votre situation est systématiquement mis en place. C'est une surveillance indispensable à court et à long terme, régulière et adaptée.

7.1. POURQUOI UN SUIVI ?

Après le traitement du cancer, un suivi est mis en place pour :

- détecter et traiter d'éventuels effets indésirables tardifs des traitements (voir pages 34 et 58);
- détecter le plus tôt possible les signes d'une éventuelle récidive* ou d'un second cancer. En effet, si une rechute survient, plus elle sera diagnostiquée précocement, meilleures seront les possibilités de la traiter;
- veiller à votre qualité de vie, organiser les soins de support dont vous pouvez avoir besoin comme la surveillance de l'état nutritionnel avec pesée régulière ou encore une aide à l'arrêt du tabac et de l'alcool si nécessaire;
- faciliter, si besoin, votre réinsertion sociale et professionnelle.

SECONDS CANCERS

Après un cancer de l'œsophage, il existe un risque plus important de développer un second cancer en particulier des voies aérodigestives supérieures*, du poumon et de l'estomac. Ce risque est notamment lié à la consommation d'alcool ou de tabac. Il est donc indispensable de se faire accompagner, si besoin médicalement, pour le sevrage de ces deux addictions (voir page 83).

7.2. LE DÉROULEMENT DU SUIVI

Compte tenu d'un risque accru de second cancer lié à la consommation d'alcool et de tabac, les cancers épidermoïdes font l'objet d'un suivi à vie. Ce suivi est d'au moins cinq ans pour les adénocarcinomes. Durant les cinq premières années, le suivi est le plus souvent assuré par l'équipe spécialisée qui vous a accompagné pendant votre traitement initial en lien avec le médecin traitant.

Il repose notamment sur un examen clinique et la réalisation d'examen radiologiques (une endoscopie* œsogastrique, un scanner* thoracoabdominal, un examen ORL, une endoscopie bronchique).

Un calendrier de surveillance est défini avec vous. Il indique les dates des consultations et des examens. La nécessité de recourir à des examens complémentaires est évaluée au cas par cas.

Le rythme de réalisation de ces examens peut être le suivant :

- un examen clinique tous les trois mois pendant sept ans puis tous les six mois ;
- une endoscopie œsogastrique à trois mois puis tous les six mois pendant deux ans et tous les ans ensuite ;
- un scanner à trois mois puis tous les six mois pendant deux ans. Il est ensuite réalisé en fonction des symptômes ;
- un examen ORL tous les ans ;
- une endoscopie bronchique (non systématique).

Le médecin adapte ce rythme à votre situation. Il vous indique également les signes qui doivent vous amener à consulter en dehors des rendez-vous programmés, en particulier : une reprise de l'amaigrissement, des douleurs abdominales, des difficultés à avaler, des douleurs osseuses, une toux, un essoufflement ou une difficulté à respirer, une modification de la voix.

7.3. LES EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS TARDIFS SURVEILLÉS

Des effets indésirables et complications tardifs peuvent être générés par les traitements du cancer de l'œsophage notamment la radiochimiothérapie (voir pages 58 et 59) et sont majorés par la consommation de tabac et d'alcool.

La poursuite du sevrage de l'alcool et du tabac est primordiale pour limiter le risque de complications et de survenue d'un second cancer. En cas de reprises de la consommation, parlez-en avec l'équipe qui vous suit ou avec votre médecin traitant, car il existe plusieurs moyens de vous faire aider (voir aussi page 83).

8. Les professionnels et leur rôle

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Ces professionnels de santé participent à votre parcours de soins, depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au suivi après les traitements. Votre prise en charge est globale et s'effectue de manière coordonnée entre votre médecin traitant, les professionnels de santé de proximité et l'équipe médicale hospitalière. Voici, en quelques mots, en quoi consistent les activités des professionnels qui vous entourent.

L'**aide-soignant** participe à vos soins et à votre bien-être en collaboration avec les infirmiers. Il participe, en collaboration avec le diététicien et le personnel soignant, à la surveillance de la prise en charge nutritionnelle.

L'**anatomopathologiste** ou **pathologiste** est un médecin qui examine au microscope les cellules et les tissus prélevés au cours d'une biopsie ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour poser le diagnostic de cancer, en préciser le type et orienter le choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'**anesthésiste-réanimateur** est un médecin chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et prend en charge la douleur éventuelle. L'anesthésiste-réanimateur peut également effectuer la pose de la chambre implantable.

L'**assistant social** est un professionnel du domaine social qui vous accompagne, vous aide dans vos démarches et à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter un assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.

Le **chirurgien** est un médecin qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur*, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines complications ou effectuer des réparations. Il peut également effectuer la pose de la chambre implantable.

Le **diététicien** dépiste la dénutrition en partenariat avec l'équipe soignante, guide les choix alimentaires en fonction des effets indésirables liés aux traitements et, sur prescription médicale, adapte la prise en charge des problèmes nutritionnels provoqués par le cancer et des conséquences nutritionnelles des traitements.

Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien médical, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement.

L'**hépatogastroentérologue** est le médecin spécialiste de l'appareil digestif : œsophage, estomac, intestin grêle, côlon, rectum, foie, pancréas, vésicule biliaire*. Il intervient dès le diagnostic et peut être associé aux différentes étapes de votre prise en charge. Il peut également, s'il a une compétence en cancérologie, prendre en charge votre chimiothérapie.

L'**infirmier diplômé d'État** est chargé de réaliser des soins et de surveiller et administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral.

Le **manipulateur d'électroradiologie médicale** est le technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Lors de chaque séance, il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie votre bon positionnement. Il s'assure également que vous ne présentez pas de réactions anormales.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé dans une approche globale, médicale et médico-sociale. Il coordonne les acteurs de proximité (infirmière, kinésithérapeute...). Concernant les cancers, il a un rôle très important pour la prévention, le dépistage et le diagnostic, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il est en lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. Il est en général choisi comme médecin traitant. Si besoin, il accompagne également votre entourage.

Le **médecin spécialiste de la nutrition** assure la prise en charge des problèmes nutritionnels et en particulier la mise en place de la nutrition artificielle (nutrition entérale et parentérale), de même que la complémentation nutritionnelle à poursuivre à domicile. Il peut prescrire des médicaments, des analyses ou examens médicaux.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un autre spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute), un spécialiste d'organe (pneumologue, hépatogastroentérologue, neurologue...) ou un chirurgien spécialisés en cancérologie.

L'**oto-rhino-laryngologiste** est un médecin spécialiste de l'oreille (oto), du nez (rhino) et de la gorge (laryngo). On parle parfois d'otorhino ou d'ORL.

Le **physicien médical** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec l'oncologue radiothérapeute les modalités précises du traitement: le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance de radiothérapie, et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils. On parle aussi de radiophysicien.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques (**dépression** ou **anxiété** en réaction à la maladie, difficultés relationnelles ou comportementales, troubles cognitifs...). Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle d'oncop psychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut assurer un soutien et un suivi psychologique par des entretiens individuels ou en groupe. En cancérologie on l'appelle parfois psycho-oncologue ou oncop psychologue.

Le **radiologue** est un médecin qui interprète des images de parties du corps ou d'organes effectuées lors des examens de radiologie, tels qu'une radiographie, une échographie, un scanner ou une IRM. Grâce aux techniques d'imagerie médicale, il peut être amené à réaliser des actes médicaux peu invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique. On parle alors de radiologie interventionnelle. Il est assisté par un manipulateur de radiologie.

Le **radiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers par des rayons qui détruisent localement les cellules cancéreuses (radiothérapie). On parle aussi d'oncologue radiothérapeute. En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend un physicien médical et un dosimétriste, le radiothérapeute calcule et prescrit la dose de rayons nécessaire au traitement de la tumeur, identifie les zones à traiter et celles à protéger, et planifie les séances de radiothérapie.

Celles-ci sont effectuées par un manipulateur d'électroradiologie médicale. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets indésirables.

Le **sexologue** est un professionnel formé à la sexologie. Il répond à vos questions et vous aide, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles, y compris celles liées à la maladie et à ses traitements. Ce peut être un médecin (un gynécologue, un urologue, un psychiatre), un psychologue, etc. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant qui pourra vous orienter vers un professionnel formé.

La **socio-esthéticienne** est une professionnelle qui aide à la qualité de vie des personnes malades par des conseils en image corporelle et des soins esthétiques: coiffure, maquillage, manucure, etc.

9. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIAIRE D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

BÉNÉFICIAIRE DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE ADDICTION

LES PROCHES

La maladie et la mise en place de vos traitements entraînent d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent afin d'assurer la meilleure conciliation entre votre prise en charge médicale et votre vie au quotidien.

9.1. QU'EST-CE QUE L'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois), ainsi que des traitements coûteux, ouvrant droit à une prise en charge à 100 %. Le cancer fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100 % concerne les soins et les traitements en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas couverts. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation) et des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre prise en charge à 100 %. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin-conseil de l'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe sur la prise en charge médicale de votre maladie, sur sa durée et sur vos remboursements.

9.2. LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets secondaires causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.).

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions. En raison du secret médical, vous n'êtes pas tenu de préciser les raisons de votre arrêt de travail.

Quelque temps avant la reprise du travail, une visite de préreprise est prévue par le Code du travail. Elle est obligatoire pour les arrêts de travail de plus de trois mois. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin-conseil de votre caisse d'Assurance Maladie. La visite s'effectue auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste comme la modification de l'outillage ou des rythmes de travail (temps partiel thérapeutique par exemple).

La visite de préreprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est demandée par votre employeur et qui doit être faite dans les huit jours suivant votre reprise.

9.3. LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches

quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents professionnels tels que l'auxiliaire de vie sociale ou la technicienne de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider pour :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;
- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible de bénéficier d'un soutien financier qui prend en charge une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources.

Pour en savoir plus sur vos droits, sur les aides et sur les démarches, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie, consulter le guide Cancer info *Démarches sociales et cancer* ou encore, faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi.

9.4. BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écouté et bénéficier, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre de secteur 1 est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment sur des sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations et un soutien sur le plan humain ou social. Elles constituent aussi un moyen de rencontre et d'échange.

Bénéficier d'une écoute téléphonique

La Ligue nationale contre le cancer vous propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible en contactant la ligne Cancer info au **0810 810821** (prix d'un appel local), du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures. Des psychologues vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.

Pour en savoir plus sur les aspects psychologiques de la maladie, consultez le guide *Vivre pendant et après un cancer*. Pour connaître les coordonnées des associations près de chez vous, rendez-vous sur e-cancer.fr/cancerinfo

9.5. BÉNÉFICIER DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE ADDICTION

L'arrêt de la consommation d'alcool et/ou de tabac est fortement recommandé en cas de cancer de l'œsophage afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements. Si vous souffrez d'une dépendance à l'alcool et/ou au tabac, il est possible de vous faire aider. Plusieurs possibilités existent.

Votre médecin traitant évalue votre consommation et la meilleure conduite à adopter. Il vous permet ainsi de faire un premier point sur la nécessité d'être pris en charge et peut vous accompagner vers un sevrage ou vous orienter au besoin vers une structure spécialisée si une dépendance est présente.

Les structures spécialisées en addictologie regroupent des spécialistes de la prise en charge d'une addiction (médecins, psychologues, travailleurs sociaux). Vous pouvez consulter ces professionnels dans des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans des consultations hospitalières d'addictologie. Selon votre état de santé, une hospitalisation dans un service spécialisé, l'unité hospitalière d'addictologie, peut être organisée.

Les groupes de paroles permettent de rencontrer des personnes qui ont réussi à se libérer de leur dépendance. Ils peuvent être une aide et un soutien important tout au long de votre démarche. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre médecin ou des associations spécialisées pour connaître les groupes près de chez vous et trouver celui qui correspond le mieux à vos besoins.

Une aide à distance est également disponible :

- **La ligne téléphonique Écoute alcool** vous apporte du soutien et vous oriente vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.
N° d'appel : **0980 980930** (appel non surtaxé), de 8 heures à 2 heures, 7 jours/7.

- **Le site internet Alcool info service** et sa rubrique « où trouver de l'aide? » vous oriente vers les personnes ou les structures qui peuvent vous accompagner www.alcool-info-service.fr
- **La ligne téléphonique Tabac info service** vous permet de poser des questions à un tabacologue, de bénéficier d'un coaching, d'être orienté vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner.
N° d'appel **39 89** (0,15 euro/minute depuis un poste fixe), du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures.
- **Le site internet Tabac info service** met à votre disposition une aide qui vous permettra d'être accompagné pendant votre démarche d'arrêt. Elle vous aidera à bien vous préparer, éviter les rechutes, et entretenir votre motivation.
www.tabac-info-service.fr

9.6. LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer peut être ressenti comme une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant sur le plan physique que psychologique.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues et psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir en consultation autant les personnes malades que leurs proches. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou de la Ligue nationale contre le cancer.

Des informations détaillées destinées aux proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*.

10. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO
LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES
LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

10.1. LA PLATEFORME CANCER INFO

▶ **Cancer info, le service téléphonique: 0810 810821 (prix d'un appel local)**

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats (du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures).

▶ **Cancer info, la rubrique internet: www.e-cancer.fr/cancerinfo**

La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées sur le cancer de l'œsophage, ses facteurs de risque, son diagnostic, ses traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations près de chez vous, etc.

▶ **Cancer info, les guides** (disponibles gratuitement sur www.e-cancer.fr)

- **Participer à un essai clinique en cancérologie (2015)**
Ce guide répond aux questions que les patients peuvent se poser lorsqu'un essai clinique leur est proposé: Quel est l'objectif? Existe-t-il des risques? Comment prendre la décision? Etc.
- **Démarches sociales et cancer (2012)**
Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- Comprendre la radiothérapie (2009)
Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets indésirables et à mieux le vivre au quotidien.
- Traitements du cancer et chute des cheveux (2009)
Ce guide répond de manière complète, pratique et illustrée, aux questions qui peuvent se poser sur la chute des cheveux associée à certaines chimiothérapies ou radiothérapies.
- Comprendre la chimiothérapie (2008)
Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.
- Douleur et cancer (2007)
Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients sur les douleurs liées au cancer et de faciliter leur prise en charge.
- Comprendre la nutrition entérale (2007)
Ce guide a pour but d'aider les personnes atteintes de cancer et leurs proches à mieux comprendre ce qu'est la nutrition entérale à l'hôpital et à domicile.
- Vivre pendant et après un cancer (2007)
Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, sur le plan psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.
- Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)
Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.
- Fatigue et cancer (2005)
Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter sa prise en charge.

10.2. LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

Ligue nationale contre le cancer

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle édite également des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le **0810 111 101** (prix d'un appel local) ou connectez-vous sur **www.ligue-cancer.net**

Vous pouvez également vous rendre sur **www.e-cancer.fr/cancerinfo**, rubrique ressources utiles.

10.3. LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix.

Leur rôle est d'informer, écouter et orienter. Ils ne font ni diagnostic ni pronostic et leurs services sont gratuits.

Vous pouvez vous renseigner au sein de votre établissement de santé sur l'existence d'**ERI** (Espaces de rencontres et d'information), d'**AIRES Cancer** (dans la région Nord-Pas-de-Calais) ou d'autres structures semblables.

Les **Accueils Cancer de la Ville de Paris** proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur **www.e-cancer.fr/cancerinfo**, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au **0810 810821** (prix d'un appel local).

11. Glossaire

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements

a

abdomen: partie inférieure du tronc située en dessous de la poitrine, couramment appelée ventre.

ADN: abréviation d'acide désoxyribonucléique. Longue double chaîne de molécules en spirale qui compose les chromosomes*. On parle aussi d'hélice d'ADN. Des segments d'ADN forment les gènes*. L'ADN se trouve à l'identique dans le noyau de chaque cellule* du corps.

altération moléculaire: anomalie survenant au niveau de l'ADN* constituant les gènes* de la cellule*. La transformation d'une cellule normale en cellule cancéreuse peut résulter de la survenue de plusieurs anomalies moléculaires dans l'ADN.

anatomopathologie: spécialité médicale qui consiste à observer des organes, des tissus ou des cellules prélevés sur le patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou encore d'« anapath ».

anémie: diminution du taux d'hémoglobine* dans le sang, qui se traduit notamment par une grande fatigue, une pâleur, un essoufflement.

anesthésie: acte qui consiste à endormir et rendre insensible un patient (anesthésie générale) ou une partie du corps (anesthésie locale).

antalgique: médicament ou tout autre moyen qui prévient, atténue ou supprime la douleur. On parle aussi d'analgésique.

antiacide: médicament qui agit contre les sécrétions de l'estomac responsables de certaines brûlures d'estomac.

anticorps: protéine* produite par certains globules blancs*, les lymphocytes* B en réaction à un antigène, protéine d'identification particulière d'une cellule étrangère ou anormale. L'anticorps reconnaît l'antigène comme élément étranger et cherche à le détruire.

antiémétique: médicament qui agit contre les nausées et les vomissements.

aorte: plus grosse artère* du corps humain qui part du cœur.

artère: gros vaisseau sanguin* qui conduit le sang du cœur vers les organes.

autorisation de mise sur le marché: autorisation nationale ou européenne de commercialisation d'un médicament après évaluation de son rapport bénéfice/risque selon des critères de qualité, sécurité, efficacité. On parle aussi d'AMM.

b

bile: liquide sécrété par le foie*, mis en réserve dans la vésicule biliaire*, puis versé dans l'intestin grêle* où il contribue à la digestion des graisses.

bol alimentaire: masse constituée par les aliments mastiqués et mélangés à la salive, qui est déglutie pour atteindre l'estomac via l'œsophage.

bronche: conduit qui prolonge la trachée* et pénètre dans les poumons (à gauche et à droite) en se ramifiant en conduits de plus en plus petits jusqu'à former les bronchioles. Les bronches permettent à l'air de circuler dans les poumons.

C

cardia: orifice supérieur de l'estomac où se termine l'œsophage.

cellule: unité de base de la vie qui constitue tout organisme. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de peau, des os, du sang...) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie, se multiplie de façon incontrôlée et ne meurt plus (perte de l'apoptose).

chambre implantable: petit boîtier placé sous la peau (généralement au niveau du thorax) et relié à un tube souple et fin, appelé cathéter, glissé dans une veine. Une chambre implantable permet d'injecter un médicament dans le sang à travers la peau. Elle facilite les perfusions de chimiothérapie et permet de ne pas abîmer les veines.

chimiothérapie: traitement à l'aide de médicaments dont l'action vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier. La chimiothérapie est un traitement général qui agit dans l'ensemble du corps.

chirurgie: opération d'un patient sous anesthésie* locale ou générale. Une chirurgie peut par exemple avoir pour but soit de prélever un fragment d'une anomalie afin de l'analyser et établir un diagnostic*, soit d'enlever une tumeur* pour traiter un cancer.

chromosome: élément du noyau de la cellule* composé d'ADN* dont des fragments forment les gènes*. Les chromosomes renferment l'information génétique qui définit chaque individu et dont une partie est transmise à sa descendance. Chaque cellule humaine compte 23 paires de chromosomes.

coagulation: transformation d'une substance liquide (le sang par exemple) en une masse solide.

côlon ou gros intestin : partie du tube digestif* faisant suite à l'intestin grêle*. Il comprend le côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon descendant et le sigmoïde.

curage ganglionnaire : opération chirurgicale qui consiste à enlever les ganglions d'un territoire de drainage lymphatique, afin d'examiner s'ils sont atteints par des cellules cancéreuses.

cure : séance au cours de laquelle sont administrés les médicaments de chimiothérapie.

curiethérapie : traitement local du cancer dont le but est de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons* produits par une substance radioactive placée à l'intérieur d'un organe ou à son contact. Cet implant, sous forme de grains ou de fils, est temporaire ou permanent.

d

déglutition : action d'avaler sa salive ou de faire passer un aliment solide ou liquide de la bouche dans l'œsophage.

dénutrition : état qui se caractérise par un manque d'éléments nutritifs. Certains cancers entraînent des besoins nutritifs importants ou des difficultés à s'alimenter. Une personne souffre de dénutrition lorsqu'elle ne mange pas en quantité suffisante pour couvrir ses besoins et à partir du moment où elle perd 5 % de son poids habituel en un mois ou 10 % en six mois (si une personne de 60 kilos perd 3 kilos en un mois ou 6 kilos en six mois, par exemple).

diagnostic : démarche par laquelle le médecin va identifier la maladie dont souffre le patient. Pour établir un diagnostic, le médecin s'appuie sur les anomalies remarquées par le patient (les symptômes), ses antécédents, un examen clinique et, si nécessaire, divers examens complémentaires (analyses de sang, radiographies...). Dans le cas du cancer, la confirmation du diagnostic nécessite généralement un prélèvement (biopsie) examiné au microscope par un anatomopathologiste.

diaphragme : muscle large et fin situé sous les poumons et qui sépare la poitrine de l'abdomen*.

duodénum : partie de l'intestin grêle* située juste après l'estomac.

dysphagie : sensation de blocage ou difficulté à avaler un aliment solide ou liquide, en raison d'un obstacle dans la gorge ou dans l'œsophage.

e

endoscope : instrument composé d'un tube équipé d'une caméra. L'endoscope, introduit dans une cavité ou un conduit du corps (œsophage, estomac, intestin...), permet de l'examiner et, éventuellement, d'y faire des prélèvements ou un traitement. Il existe plusieurs types d'endoscopes, rigides ou souples, adaptés aux différents organes.

endoscopie : technique d'exploration d'une cavité ou d'un conduit du corps (œsophage, estomac, intestin...) avec un tube muni d'un éclairage, d'une petite caméra ou d'une pince. Ce tube, un endoscope, est introduit par les voies naturelles. Il permet de voir l'intérieur de la cavité ou du conduit pour faire un examen, un prélèvement ou un traitement.

essai clinique : étude scientifique menée avec la participation de patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer. Un essai clinique peut porter sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement, une stratégie thérapeutique ou la qualité de vie.

examen clinique : examen pratiqué par un médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, inspecte, palpe et ausculte le patient.

f

facteur de croissance: substance qui régule la fabrication ou la croissance de certaines cellules. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs* disposés à la surface des cellules qui en sont la cible.

facteur de risque: élément qui peut favoriser le développement d'un cancer ou sa rechute. Par exemple, le tabac est un facteur de risque des cancers du poumon, de la vessie, de l'œsophage...

fistule: canal anormal qui se développe entre deux organes ou entre un organe et la peau, au cours d'une maladie ou à la suite d'un traitement.

foie: organe situé en haut à droite de l'abdomen*, qui joue un rôle essentiel dans la coagulation* du sang et dans la digestion.

g

ganglion lymphatique: petit renflement le long des vaisseaux lymphatiques*. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Ils assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses. Lorsque les ganglions lymphatiques augmentent de volume, on parle d'adénopathie.

gène: élément d'un chromosome* constitué d'ADN*. L'homme possède environ 30 000 gènes qui contiennent l'information nécessaire au fonctionnement de ses cellules* et déterminent un certain nombre de ses caractéristiques.

glande: organe dont la fonction est de fabriquer certaines substances qu'il libère ensuite, soit dans le sang (glande endocrine), soit à l'extérieur de l'organisme (glande exocrine).

globule blanc: cellule* qui combat les infections. Les globules blancs sont présents dans la lymphe* et dans le sang. On parle aussi de leucocyte.

globule rouge: cellule du sang contenant de l'hémoglobine*, ce qui lui donne sa couleur rouge. Les globules rouges servent à transporter l'oxygène. On parle aussi d'hématie.

glucide: substance contenue dans les aliments qui assure une partie des besoins en énergie de l'organisme.

glucose: type de sucre circulant dans le sang et alimentant en énergie les cellules de l'organisme.

h

hématome: accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité, dans un organe ou un tissu (muscle...) à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins*.

hémoglobine: composant des globules rouges, qui donne la couleur rouge au sang et qui, à l'aide du fer, permet de fixer successivement l'oxygène et le gaz carbonique.

hémorragie: écoulement anormal de sang en dehors des vaisseaux sanguins*.

HER2: protéines présentes à la surface des cellules cancéreuses qui ont pour propriété de favoriser la croissance de ces cellules.

hypoglycémie: baisse du taux de glucose* dans le sang.

i

iléon: dernière partie de l'intestin grêle* qui en compte trois: le duodénum* (à la sortie de l'estomac), le jéjunum* et l'iléon qui se rattache au côlon*.

immunitaire: qui concerne les moyens que l'organisme possède pour se défendre contre les agressions extérieures (virus, bactéries, parasites) et les cellules anormales.

insuline: hormone produite par le pancréas qui diminue la quantité de glucose* dans le sang.

intestin grêle: partie du tube digestif située entre l'estomac et le côlon*, dont la fonction est de poursuivre la digestion des aliments et surtout d'absorber les nutriments*. Il comprend successivement le duodénum*, le jéjunum* et l'iléon*.

j

jéjunum: deuxième partie de l'intestin grêle*, partie du tube digestif* qui fait suite à l'estomac.

jonction œsogastrique: zone de jonction entre l'œsophage et l'estomac.

l

laparoscopie: technique qui consiste à insérer, à travers de petites incisions réalisées sur l'abdomen*, des instruments chirurgicaux et un système optique, relié à un écran extérieur et qui permet au chirurgien d'opérer en visualisant ses gestes.

laparotomie: ouverture de l'abdomen qui permet d'accéder à la tumeur au cours d'une opération chirurgicale. On parle aussi d'opération à ventre ouvert.

larynx: organe qui permet de produire des sons. Situé en haut de la trachée*, le larynx est formé d'un ensemble de cartilages que l'on sent au niveau du cou (pomme d'Adam) et contient les cordes vocales.

lymphe: liquide translucide qui transporte des globules blancs*, les lymphocytes*, et évacue les déchets des cellules. La lymphe est issue du sang et circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques* qui rejoignent ensuite les vaisseaux sanguins.

lymphocyte: type de globule blanc*. Les lymphocytes sont impliqués dans les réactions de défense de l'organisme et sont chargés de lutter contre les infections.

m

médiastin: région située entre les deux poumons qui comprend le cœur, l'œsophage et la trachée*, ainsi que de nombreux vaisseaux sanguins* et lymphatiques*. Le médiastin s'étend du sternum* à la colonne vertébrale.

membrane: fine enveloppe qui tapisse ou enveloppe un organe ou une cavité du corps.

métastase: tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur et ont migré par les vaisseaux lymphatiques* ou les vaisseaux sanguins* dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

n

nerf: cordon de cellules nerveuses qui relie le cerveau aux différents organes et permet leur commande.

nutriment: substance apportée par l'alimentation, qui assure le développement et l'entretien de l'organisme. Les protéines, les glucides*, les lipides, les vitamines, les sels minéraux et les oligoéléments* sont des nutriments. Les aliments ingérés, décomposés dans la cavité buccale puis dans l'estomac, passent ensuite dans l'intestin sous forme de petites molécules pour être absorbés dans le sang et utilisés par l'organisme.

nutrition artificielle: mode d'alimentation qui remplace partiellement ou totalement l'alimentation normale chez les patients ne pouvant pas s'alimenter par la bouche. Il existe deux types de nutrition artificielle: la nutrition entérale* et la nutrition parentérale*.

nutrition entérale: nutrition artificielle* qui administre des nutriments* sous forme de liquide dans le tube digestif par l'intermédiaire d'une sonde passant par le nez ou introduite directement dans l'estomac ou dans l'intestin.

nutrition parentérale: nutrition artificielle* qui administre les substances nutritives directement dans les veines. Elle est proposée si une nutrition entérale* est impossible.

O

œsophage de Barrett ou endobrachiœsophage: modification de la muqueuse du bas de l'œsophage suite à son agression par un reflux gastro-œsophagien chronique. La muqueuse œsophagienne se transforme alors en une muqueuse de type intestinal qui a un risque plus élevé de cancer.

oligoélément: élément minéral pur, comme le fluor, l'iode, le zinc, le cuivre... qui n'apporte pas d'énergie, mais qui est nécessaire à certaines réactions chimiques dans l'organisme. Les oligoéléments se distinguent des sels minéraux par leur très faible quantité dans le corps humain. Parfois, ils ne sont présents qu'à l'état de trace. L'organisme ne peut les produire lui-même. Ils sont généralement apportés par une alimentation suffisante, variée et équilibrée.

P

palliatif: se dit d'un traitement dont l'objectif est d'atténuer la douleur ou de soulager les symptômes d'une maladie. N'en supprimant pas la cause, les soins palliatifs ne sont pas des soins curatifs: ils visent à maintenir autant que possible la qualité de vie physique, psychologique et relationnelle d'une personne. Une chirurgie, une radiothérapie ou une chimiothérapie peuvent être des soins palliatifs.

pancréas: glande* située derrière l'estomac et dont les sécrétions (sucs pancréatiques) servent à la digestion. Le pancréas produit également des substances déversées dans le sang comme l'insuline*.

perfusion: injection lente et continue d'un liquide (médicament, solution nutritive), le plus souvent dans une veine. On parle aussi de goutte-à-goutte.

péricarde: membrane* qui enveloppe le cœur.

péritoine: membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen et recouvre les organes abdominaux: côlon*, estomac, foie*, pancréas*, etc.

pharynx: conduit situé au fond de la gorge, qui se sépare en deux pour former l'œsophage et la trachée*.

phlébite: obstruction d'une veine par la formation d'un caillot de sang.

plaquette: composant du sang qui contribue à arrêter les saignements et à la cicatrisation. La quantité de plaquettes peut diminuer pendant et après un traitement de chimiothérapie. Cette diminution s'appelle une thrombopénie.

produit de contraste: substance absorbée ou injectée dans une veine, qui permet de distinguer les vaisseaux et les éventuelles anomalies dans les organes lors d'un examen d'imagerie. Les produits de contraste sont souvent à base d'iode.

pronostic: appréciation de l'évolution d'une maladie et de son issue. Le pronostic est établi en se référant à la situation propre du patient et à l'évolution habituellement observée chez de nombreuses autres personnes présentant une maladie identique.

protéine: composant de toutes les cellules. De formes très variées, les protéines jouent un rôle essentiel dans l'entretien et le renouvellement des tissus*, et remplissent de nombreuses fonctions au niveau des cellules*: construction, fonctionnement, défense. Elles sont fabriquées à partir de l'information contenue dans les gènes*.

prothèse œsophagienne: tube métallique ou plastique placé dans l'œsophage pour le maintenir ouvert et ainsi permettre l'alimentation.

R

rate: organe essentiel du système immunitaire*, situé dans la partie gauche de l'abdomen* près de l'estomac.

radiothérapie: traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules* cancéreuses au moyen de rayons* tout en préservant au mieux les tissus* voisins.

rayon: particule ou onde invisible qui détruit les cellules* lors d'une radiothérapie. Les rayons utilisés peuvent être de plusieurs types: photons, protons, électrons... On parle aussi de rayonnements ou de radiations.

RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire): réunion régulière entre professionnels de santé, au cours de laquelle se discutent la situation d'un patient, les traitements possibles en fonction des recommandations de bonnes pratiques* en vigueur, des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Les réunions de concertation pluridisciplinaires rassemblent au minimum trois spécialistes différents. Le médecin informe ensuite le patient et lui remet son programme personnalisé de soins (PPS).

récepteur: structure située à l'intérieur d'une cellule* ou sur sa membrane*, capable d'accueillir des molécules produites par l'organisme ou des médicaments.

récidive: réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récidive peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission. On parle aussi de rechute.

recommandation de bonnes pratiques: document destiné à aider les professionnels de santé à proposer des examens ou des traitements adaptés à un patient dans une situation donnée. L'élaboration

des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques* internationaux et sur l'avis d'experts. Elles ne sont pas figées et évoluent au fur et à mesure des connaissances. On parle aussi de RPC (recommandations pour la pratique clinique) ou de référentiels de bonnes pratiques.

S

scanner: examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes fines au moyen de rayons X. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen. Les radiologues parlent aussi de tomодensitométrie, abrégée en TDM.

sels minéraux: substances minérales, comme le calcium ou le magnésium, qui n'apportent pas d'énergie, mais qui jouent un rôle important dans la constitution des tissus*.

sphère ORL: zone qui comporte les oreilles, le nez, la gorge.

sphincter: muscle en rond autour d'un orifice naturel qui permet l'ouverture et la fermeture d'un organe (œsophage, estomac, vessie, anus...).

sternum: os plat situé en avant de la cage thoracique, sur lequel viennent s'attacher les sept premières paires de côtes.

syndrome main-pied: trouble de la peau qui peut se manifester à la suite d'une chimiothérapie au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Il se caractérise par des rougeurs, un gonflement, une sécheresse ou des cloques.

système immunitaire: ensemble des cellules*, des tissus* et des organes qui assurent la défense de l'organisme contre les agents étrangers (bactéries, virus) ou anormaux (cellules cancéreuses). Ce système comprend le système lymphatique*, les cellules de défense et les différentes molécules que ces cellules sont susceptibles de produire.

système lymphatique: ensemble des vaisseaux, tissus et organes qui produisent, stockent et transportent les lymphocytes* chargés de lutter contre les infections et autres maladies. Le système lymphatique fait partie du système immunitaire.

t

thérapie ciblée: ensemble de médicaments conçus pour bloquer la croissance ou la propagation des cellules tumorales, en interférant avec des altérations moléculaires* ou avec des mécanismes qui sont à l'origine de leur développement ou de leur dissémination. Cette action dite « ciblée » permet d'agir plus spécifiquement sur les cellules tumorales et ainsi, de limiter les dommages induits aux cellules normales. Elles ont toutefois des effets indésirables spécifiques.

thorax: partie supérieure du tronc qui contient le cœur et les poumons.

tissu: ensemble de cellules* qui assurent une même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux par exemple.

trachée: conduit de l'appareil respiratoire par lequel l'air passe du larynx* aux bronches*.

traitement locorégional: traitement qui consiste à agir directement sur la tumeur ou sur la région où est située la tumeur. Le but d'un traitement locorégional est d'éliminer toutes les cellules cancéreuses dans la région de la tumeur. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locorégionaux du cancer.

transit œsophagien: examen radiologique indolore qui permet, à l'aide de rayons, d'explorer l'œsophage. Au moment de l'examen, la prise par voie orale d'un produit de contraste est nécessaire pour permettre la visualisation de l'œsophage.

tube digestif: conduit qui assure l'alimentation, la digestion et l'élimination des aliments transformés. Il commence par la bouche, se poursuit par le pharynx*, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle*, le côlon*, le rectum et se termine par l'anus.

tumeur: grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne).

v

vaisseau lymphatique: canal par lequel circule la lymphe*. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions entre eux pour former le système lymphatique*, impliqué dans la défense de l'organisme.

vaisseau sanguin: canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit vaisseau capillaire).

veine: vaisseau qui ramène le sang vers le cœur.

veine cave supérieure: grosse veine* qui ramène le sang de la moitié supérieure du corps vers le cœur.

vertèbre: chacun des os courts qui constitue la colonne vertébrale.

vésicule biliaire: petite poche attachée sous le foie qui concentre et stocke la bile* qu'il produit jusqu'à ce qu'elle soit libérée dans l'intestin lors de la digestion.

voies aérodigestives supérieures: partie haute du système respiratoire et du système digestif. Elles sont constituées de plusieurs organes et structures tels que le nez, les fosses nasales, la bouche, le pharynx*, le larynx*. On parle souvent de VADS.

Annexe : les examens du bilan diagnostique

Le tableau ci-dessous présente les examens les plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont effectués peut varier d'une personne à l'autre. Ils ne sont pas tous systématiques et, si besoin, d'autres peuvent

vous être proposés. Cette étape peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour vous proposer un traitement adapté.

EXAMEN	DESCRIPTION	OBJECTIF
Examen clinique	Le médecin examine le patient dans le cadre d'une consultation qui comprend d'abord un entretien.	Avoir des précisions sur les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risque et les comorbidités à travers un entretien. Rechercher notamment une augmentation de la taille du foie ou la présence de ganglions lymphatiques de taille augmentée situés au-dessus des clavicules (adénopathies sus-claviculaires) ou dans le cou (adénopathies cervicales). Rechercher également une modification de la voix (dysphonie), des douleurs osseuses (métastases osseuses) ou encore des troubles neurologiques (métastases cérébrales).
CONFIRMER LE DIAGNOSTIC		
Endoscopie œsogastrique (ou gastroscopie ou fibroscopie)	Examen non douloureux, mais désagréable réalisé par un médecin à l'aide d'un mince tube long et flexible muni d'une caméra (endoscope*) introduit par la bouche ou par le nez du patient jusque dans l'œsophage. Cet examen permet d'obtenir en direct des images de l'intérieur de l'œsophage. Il est réalisé sous anesthésie* locale ou générale.	Examiner la muqueuse de l'œsophage, l'estomac et de la première partie de l'intestin grêle (duodénum) à la recherche de signes éventuels d'inflammation ou de cancer de l'œsophage. En cas de suspicion de cancer, des biopsies (voir partie dédiée ci-dessous) sont effectuées.
Biopsie	Les biopsies sont souvent réalisées en même temps que l'endoscopie et sont indolores. Elles consistent à prélever des tissus suspects de l'œsophage en utilisant des instruments passés dans l'endoscope.	Analyser les tissus ou cellules prélevés et déterminer ainsi s'il s'agit de cellules cancéreuses et si c'est le cas, préciser le type histologique de cancer et ainsi orienter le choix des traitements. Plusieurs biopsies doivent être réalisées. Rechercher le marquage <u>HER2*</u> (voir ci-dessous) en cas d'adénocarcinome de la jonction œsogastrique.
Examen anatomopathologique	Examen qui consiste à observer au microscope un échantillon de tissus ou de cellules prélevés sur un patient lors de la biopsie. D'autres tests peuvent être associés, notamment un test moléculaire visant à rechercher une surexpression de la protéine* HER2. Le médecin en charge de cet examen est appelé anatomopathologiste ou pathologiste.	Établir le diagnostic, préciser le type histologique de cancer et ainsi orienter le choix des traitements.
ÉVALUER L'EXTENSION DE LA TUMEUR		
Scanner (ou TDM) thoracoabdominal TDM signifie tomodensitométrie Examen systématique	Examen indolore qui permet, à l'aide de rayons X, de réaliser des images en coupes fines du thorax et de l'abdomen. Le scanner nécessite l'injection d'un produit de contraste* qui permet de visualiser les vaisseaux et les différents organes voisins.	Évaluer l'extension du cancer : recherche de ganglions, d'un envahissement des organes et des tissus voisins (trachée*, aorte*, bronches*...) et recherche de métastases à distance (foie, poumons...).

EXAMEN	DESCRIPTION	OBJECTIF
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES NON SYSTÉMATIQUES		
L'échoendoscopie œsophagienne	Examen effectué sous anesthésie générale qui permet d'obtenir en direct des images des différentes couches de la paroi de l'œsophage, des ganglions lymphatiques proches et d'autres organes et structures proches. Le médecin introduit une sonde d'échographie fixée au bout de l'endoscope, par la bouche jusque dans l'œsophage.	Évaluer l'étendue du cancer au niveau de la paroi de l'œsophage et des ganglions lymphatiques voisins.
Tomographie par émission de positons (TEP ou TEP Scan ou Petscan)	Examen indolore qui permet de réaliser des images en coupes du corps entier, après injection dans le sang d'un traceur, un produit faiblement radioactif. Ce traceur a la particularité de se fixer sur les cellules cancéreuses. La TEP fournit des images de la répartition du traceur et donc des cellules cancéreuses dans tout le corps, visualisable par ordinateur.	Rechercher l'extension à distance du cancer (métastases) et la présence éventuelle de ganglions de taille augmentée (adénopathies).
Échographie cervicale et sus-claviculaire	Examen indolore qui permet d'obtenir en direct des images de l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur le cou une sonde qui produit des ultrasons. Quand ils rencontrent les organes, les ultrasons émettent un écho. Capté par un ordinateur, l'écho est transformé en images sur un écran de télévision. Ces images peuvent être imprimées.	Détecter d'éventuelles adénopathies (présence de ganglions lymphatiques de taille augmentée) au niveau du cou et/ou au-dessus des clavicules.
Scintigraphie osseuse	Examen indolore qui permet d'obtenir des images des os du corps. Cette technique d'imagerie utilise des produits faiblement radioactifs non toxiques, des traceurs, qui sont injectés, puis repérés sur écran.	Rechercher la présence éventuelle de métastases au niveau des os.
IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale	Examen indolore qui consiste à créer des images précises du cerveau grâce à des ondes (comme les ondes radio) et un champ magnétique. Les images sont reconstituées par un ordinateur.	Rechercher la présence éventuelle de métastases au niveau du cerveau.
Endoscopie trachéobronchique (ou bronchoscopie)	Examen non douloureux, mais désagréable réalisé par un pneumologue à l'aide d'un mince tube long et flexible (endoscope) introduit par la bouche ou par le nez du patient jusque dans la trachée puis dans les bronches.	Observer la trachée et les bronches droites et gauches. Dépister une éventuelle tumeur synchrone, c'est-à-dire qui se développerait en même temps que le cancer de l'œsophage, dans cette zone. Rechercher un envahissement de ces structures par la tumeur de l'œsophage.
Nasofibroskopie	Examen non douloureux, mais désagréable réalisé à l'aide d'une petite fibre optique que le médecin introduit dans une des narines jusque dans l'arrière de la gorge. Cet examen réalisé par un médecin spécialisé de la sphère ORL* sert à bien visualiser l'arrière de la gorge et le larynx*.	Rechercher une éventuelle paralysie des nerfs récurrents qui commandent les cordes vocales et le larynx ou un cancer ORL synchrone.
Panendoscopie	Examen endoscopique réalisé sous anesthésie générale. Les modalités pratiques de cet examen vous seront détaillées par le médecin.	Explorer la trachée, les bronches, l'œsophage et l'ensemble de la sphère ORL au cours de la même anesthésie. Rechercher une éventuelle tumeur qui se développerait en même temps que le cancer de l'œsophage. Effectuer des biopsies (si nécessaire).
Cœlioscopie (ou laparoscopie)	Procédure qui consiste à insérer, sous anesthésie générale, un mince instrument appelé laparoscope par de petites incisions au niveau de l'abdomen.	Explorer l'intérieur de l'abdomen et vérifier si la tumeur ne s'est pas propagée à d'autres parties de l'abdomen.
Transit œsophagien (TO)	Examen radiologique indolore qui permet, à l'aide de rayons X, d'explorer l'œsophage. La prise par voie orale d'un produit de contraste est nécessaire au moment de l'examen pour permettre la visualisation de l'œsophage.	Localiser de manière plus précise la tumeur dans l'œsophage ainsi que son étendue. Détecter une <u>fistule*</u> postopératoire.

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations de bonnes pratiques destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources

Les informations contenues dans ce guide sont issues des sources de référence suivantes :

- **Guide ALD médecin, Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, Cancer de l'œsophage**, HAS-INCa, septembre 2011
- **Guide ALD patient, La prise en charge du cancer de l'œsophage**, janvier 2012
- **Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012**, InVS/INCa, juillet 2013
- **Survie attendue des patients atteints de cancer en France: état des lieux**, INCa, avril 2010

PARTICIPANTS

Le groupe de travail a été constitué avec la contribution de la Fédération française des oncologues médicaux (FFOM), de la Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE), de la Société française de chirurgie digestive (SFCD), de la Fédération francophone de cancérologie digestive (FFCD), de la Société française d'endoscopie digestive (SFED), de la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO), de l'Association française des infirmiers en cancérologie (AFIC) et de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC).

David Ausseil, représentant patients, Suisse

Dr Erwan Bories, hépatogastroentérologue, Institut Paoli Calmettes, Marseille

Pr Nicolas Carrère, chirurgien, PU-PH, Hôpital Purpan, CHU de Toulouse

Cécile Castelain, diététicienne, CHRU Lille

Dr Clément Charra, médecin généraliste, Ladoix-Serrigny

Pr Emmanuel Coron, hépatogastroentérologue, CHU Nantes

Pr Gilles Créhange, oncologue radiothérapeute, Centre Georges-François Leclerc, Dijon

Georges Dedieu, représentant patients, Toulouse

Dr Hugo Delubac, médecin généraliste, Arles

Muriel Ducrot, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, Institut Jean-Godinot, Reims

Dr Roger Faroux, hépatogastroentérologue, CHD, La Roche-sur-Yon

Nicole Hubert, cadre de santé, Gustave Roussy, Paris

Yolande Lallemand, diététicienne principale, Centre Léon Bérard, Lyon

Marie-Christine Larive, représentante des usagers, membre du COMUP (INCa)

Dr Christine Lefort, hépatogastroentérologue, Hôpital privé Jean Mermoz, Lyon

Dr Sylvain Manfredi, hépatogastroentérologue, oncologue, service d'hépatogastroentérologie et oncologie digestive, CHU Dijon

Pr Christophe Mariette, chirurgien digestif, PU-PH, CHRU Lille

Dr Emmanuelle Samalin-Scalzi, oncologue médicale, ICM Val d'Aurelle, Montpellier

Élisabeth Tarengi, accompagnatrice en santé, Espace de rencontres et d'information, CHU Dijon
Emilia Eva Triquet, IDE, Gustave Roussy, Paris

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Rédaction et coordination

Aissatou Sow, chargée de projet, Département diffusion des bonnes pratiques et information des malades, Direction des recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise

Marianne Duperray, responsable du Département diffusion des bonnes pratiques et information des malades, Direction des recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise

Dr Valérie Mazeau-Woynar, Direction des recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise

Conformité aux recommandations

Dr Marie de Montbel, chef de projet, Département diffusion des bonnes pratiques et information des malades, Direction des recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise

Dr Gisèle Do Outeiro, chef de projet, Département recommandations et bon usage du médicament, Direction des recommandations, du médicament et de la qualité de l'expertise

Pour en savoir plus et télécharger ou commander gratuitement ce guide :



Imprimé sur papier
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)

Tous droits réservés - Siren 185512777

Conception : INCa

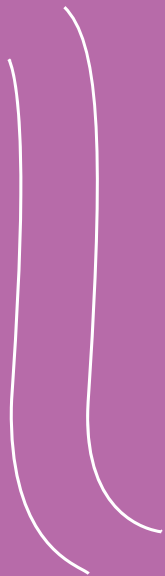
Réalisation : Brief

Couverture : Olivier Cauquil

Illustrations : Sophie Jacopin

ISBN 978-2-37219-076-3

ISBN net 978-2-37219-077-0



Vous avez appris que vous avez un cancer de l'œsophage. La survenue de cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Quels sont les traitements ? Quels sont leurs objectifs et leurs effets indésirables ? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne ? Qui sont les professionnels que vous rencontrez ? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence, conformes aux recommandations en vigueur et validées par des spécialistes du cancer de l'œsophage.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.

