

**GUIDE – AFFECTION DE LONGUE DURÉE**

**Tumeur maligne, affection maligne du tissu  
lymphatique ou hématopoïétique**

# **Cancer de l'œsophage**

**Septembre 2011**

**Ce document s'inscrit dans un double dispositif :**



La mise en œuvre de parcours de soins de qualité pour l'ensemble des ALD

Élaborer pour chaque maladie 3 documents complémentaires et cohérents : un guide pour le médecin traitant, une liste d'actes et de prestations support du protocole de soins ALD et un guide patient.



La mise en œuvre du plan cancer 2009-2013

**Mesure 18**

Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.

**Action 18.2**

Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance

Ce guide médecin est téléchargeable sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

Haute Autorité de Santé  
Service documentation - information des publics  
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 – Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Institut National du Cancer  
52 avenue André Morizet - 92513 Boulogne-Billancourt Cedex  
Tél. :+33 (0)1 41 10 50 00 – Fax :+33 (0)1 41 10 50 20

# Sommaire

<b>Objectifs et méthode .....</b>	<b>5</b>
<b>Points clés.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Diagnostic et bilan initial.....</b>	<b>10</b>
<b>3. Prise en charge thérapeutique .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Suivi.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Bonnes pratiques communes de prise en charge de tous les cancers .....</b>	<b>28</b>
<b>Annexe 1. Liste des participants.....</b>	<b>32</b>
<b>Annexe 2. Classification clinique TNM et en stades des tumeurs de l'œsophage et de la jonction œso-gastrique .....</b>	<b>36</b>
<b>Annexe 3. Chirurgie de l'œsophage .....</b>	<b>38</b>
<b>Annexe 4. Prescription – encadrement réglementaire .....</b>	<b>39</b>
<b>Annexe 5. Prise en charge de la douleur .....</b>	<b>40</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>41</b>

## Mise à jour des guides et listes ALD

Les guides médecin élaborés en collaboration par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National du Cancer (INCa) sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la LAP est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site Internet de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) et de l'INCa ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

## Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de longue durée
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ARS	Agence régionale de santé
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FDG	5-fluoro-2-désoxy-glucose
GC-CSF	<i>Granulocyte-colony-stimulating factor</i> ou « Facteur de croissance granulocytaire »
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de masse corporelle
INCa	Institut national du cancer
IRM	Imagerie par résonance magnétique
LAP	Liste des actes et prestations
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPS	Programme personnalisé de soins
PTT	Protocole thérapeutique temporaire
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RPC	Recommandations pour la pratique clinique
RSI	Régime social des indépendants
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Service de soins de suite et de réadaptation
TDM	Tomodensitométrie
TEP	Tomographie par émission de positons
TO	Transit œsophagien
USP	Unité de soins palliatifs

## Objectifs et méthode

L'objectif de ce guide est d'expliciter la prise en charge optimale et le parcours de soins **des patients adultes admis en ALD pour un cancer de l'œsophage**. Au 31 décembre 2009, 11 475 patients étaient en ALD pour cette affection (régime général).

Ce guide, réalisé conjointement par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National du Cancer (INCa), est destiné plus particulièrement au médecin traitant. Son contenu a été discuté et validé par un groupe de travail pluridisciplinaire (cf. *Annexe 1*), avec l'appui d'un groupe de lecture en conformité avec la méthode HAS<sup>1</sup>. Il repose sur les recommandations pour la pratique clinique ou les conférences de consensus disponibles datant de moins de 5 ans, secondairement complétées par des avis d'experts lorsque les données sont manquantes. Les propositions thérapeutiques dans le cadre de l'AMM et les protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) ont fait l'objet d'une relecture par l'Afssaps.

Un guide ne peut cependant pas envisager tous les cas spécifiques, toutes les comorbidités, les protocoles de soins hospitaliers, etc. Il ne revendique pas l'exhaustivité des conduites de prise en charge possibles ni ne se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient.

Les principales recommandations nationales et internationales utilisées sont reportées dans les « Références bibliographiques ».

---

<sup>1</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_458877/methode-d-elaboration-des-guides-d-affections-de-longue-duree-ald-a-destination-des-medecins-et-des-listes-des-actes-et-prestations](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_458877/methode-d-elaboration-des-guides-d-affections-de-longue-duree-ald-a-destination-des-medecins-et-des-listes-des-actes-et-prestations)

HAS / Service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades / INCa/ Département des recommandations pour les professionnels de santé / Septembre 2011

## Points clés

1. Le cancer de l'œsophage est un cancer relativement peu fréquent qui touche plus particulièrement l'homme de plus de 50 ans. Il est de **pronostic péjoratif**, y compris dans ses formes localisées.
2. Les principaux **facteurs de risque** sont le tabagisme, l'alcoolisme et surtout leur association dans le cas du cancer épidermoïde ainsi que l'obésité et le reflux gastro-œsophagien dans le cas de l'adénocarcinome.
3. Le cancer de l'œsophage **doit être évoqué devant une dysphagie** progressive ou persistante, des régurgitations ou encore une altération de l'état général.
4. Toute suspicion diagnostique de cancer de l'œsophage justifie **une endoscopie œsogastrique avec biopsies**. L'examen anatomopathologique des biopsies permet de confirmer le diagnostic et de distinguer les cancers épidermoïdes des adénocarcinomes.
5. Outre l'endoscopie, le bilan initial comprend, avant tout, un **scanner thoraco-abdominal**.
6. Le bilan préthérapeutique comprend un **bilan nutritionnel** et biologique, ainsi qu'une évaluation de l'état général, cardiologique et pulmonaire. Une **aide au sevrage tabagique et/ou alcoolique** peut être proposée.
7. Une prise en charge nutritionnelle est recommandée avant toute chirurgie. **L'œsophagectomie transthoracique** est la technique de référence. Après œsophagectomie, l'estomac est l'organe de remplacement le plus souvent utilisé.
8. La stratégie thérapeutique repose le plus souvent sur la **chirurgie seule** pour les stades localisés, la **radiochimiothérapie suivie d'une chirurgie** pour les stades localement avancés et la **chimiothérapie palliative** pour les stades métastatiques. D'autres stratégies sont envisageables, et la décision se prend avec le patient sur proposition de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

9. Les cinq premières années, le **suivi** est, le plus souvent, assuré par l'équipe spécialisée en lien avec le médecin traitant. Il comporte en particulier :

- la recherche d'une récurrence,
- la recherche d'un second cancer en particulier du poumon, des voies aérodigestives supérieures et de l'estomac,
- une aide au sevrage tabagique et/ou alcoolique si pertinente,
- la prise en charge des complications tardives des traitements.

Il repose généralement sur un examen clinique, une endoscopie haute, un scanner thoraco-abdominal et un examen ORL.

Au-delà, le suivi par le médecin traitant seul est possible selon un schéma arrêté avec l'équipe et le patient.

# 1 Introduction

## 1.1 Épidémiologie

Environ 4 250 nouveaux cas de cancer de l'œsophage sont diagnostiqués en France chaque année, dont 75 % chez l'homme<sup>2</sup>. L'incidence a globalement baissé au cours de ces 30 dernières années. Dans les années 1980, elle était environ de 5 500 nouveaux cas annuels<sup>3</sup>.

Le cancer de l'œsophage touche plus souvent les personnes entre 50 et 84 ans (86 % des cas diagnostiqués). L'âge moyen au diagnostic est de 73 ans chez les femmes, et de 67 ans chez les hommes.

Le cancer de l'œsophage est un cancer de mauvais pronostic. La gravité de ce cancer est notamment liée à son extension au moment du diagnostic (cf. *Tableau 1*). Le nombre total de décès estimé en 2010 est de 3 470<sup>4</sup>.

**Tableau 1.** Proportion au diagnostic et taux de survie en fonction de l'extension d'un cancer de l'œsophage<sup>5</sup>.

Stade	Localisé	Loco-régional	Métastatique	Non déterminé
<b>Proportion au diagnostic</b>	23 %	30 %	32 %	15 %
<b>Survie relative à 5 ans</b>	37 %	18 %	3 %	11 %

<sup>2</sup> Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 ; Fiche « Œsophage » – INVS – 05-05-2010.

<sup>3</sup> Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005 – INVS – 2008.

<sup>4</sup> Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers - INCa – Novembre 2010.

<sup>5</sup> Survie des patients atteints de cancer en France : état des lieux – INCa – Avril 2010.

## 1.2 Formes histologiques

Les deux formes histologiques principales sont :

- le carcinome épidermoïde, forme la plus fréquente touchant plus de 65 % des patients<sup>6</sup>, mais dont l'incidence tend à diminuer ;
- l'adénocarcinome, encore minoritaire en France (26 %), mais dont l'incidence tend à augmenter.

## 1.3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque varient en fonction du type histologique.

### ► Pour les cancers épidermoïdes :

- tabagisme ou alcoolisme, l'association des deux multipliant le risque de cancer<sup>7</sup> ;
- antécédents de cancer des voies aérodigestives supérieures ;
- antécédents de radiothérapie médiastinale.

### ► Pour les adénocarcinomes :

- Endobrachyœsophage<sup>8</sup> appelé aussi œsophage de Barrett. Ce dernier résulte d'une cicatrisation anormale des lésions d'œsophagite peptique secondaires à l'agression chronique de la muqueuse du bas de l'œsophage par un reflux gastro-œsophagien pathologique. En sa présence, le risque de cancer de l'œsophage est 30 à 125 fois supérieur à celui de la population générale<sup>9</sup> ; il est principalement associé à :
  - un reflux gastro-œsophagien ;
  - un indice de masse corporelle élevé ;
- Tabagisme.

## 1.4 Jonction œso-gastrique

Les tumeurs de la jonction œso-gastrique qui touchent l'œsophage doivent être considérées comme des tumeurs de l'œsophage et traitées comme telles.

---

<sup>6</sup> Bouvier AM, 2006.

<sup>7</sup> Fiche Repère Cancers et Tabac – INCa - Avril 2011.

<sup>8</sup> Diagnostic et surveillance de l'endobrachyœsophage : Recommandations de la SFED – Janvier 2007.

<sup>9</sup> Adenis A, 2001.

## 2 Diagnostic et bilan initial

### 2.1 Circonstances de découverte

Le plus souvent et, en particulier dans les stades avancés, le cancer de l'œsophage est évoqué devant les signes cliniques suivants :

- **une dysphagie**, progressive, persistante. Au début, il peut s'agir d'un simple accrochage intermittent à la déglutition des aliments solides ;
- une altération de l'état général : anorexie, asthénie, amaigrissement ;
- des régurgitations, hoquet, haleine fétide liée à la stase alimentaire.

Plus rarement devant :

- des épigastralgies ou une odynophagie<sup>10</sup> ;
- une douleur rétro-sternale ou interscapulaire ;
- des manifestations broncho-pulmonaires (toux lors de la déglutition, due à une fistule ou à des fausses routes) ;
- une dysphonie suggérant une atteinte récurrentielle ;
- une adénopathie sus-claviculaire ou cervicale ;
- un épanchement pleural ou péricardique ;
- une hémorragie digestive.

Il peut être également découvert en l'absence de tout symptôme spécifique, notamment dans le cadre d'un bilan initial ou du suivi à distance d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures ou du bilan d'une cirrhose alcoolique.

**Toute suspicion diagnostique de cancer de l'œsophage justifie une endoscopie œsogastrique avec biopsies.**

### 2.2 Démarche diagnostique

La démarche diagnostique implique une évaluation multidisciplinaire.

#### ► Interrogatoire

L'interrogatoire permet de préciser notamment les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risque et les comorbidités.

---

<sup>10</sup> Douleur à la déglutition.

### ► Examen clinique

L'examen clinique repose notamment sur :

- la recherche d'adénopathies sus-claviculaires et/ou cervicales ;
- la recherche d'une hépatomégalie.

## 2.3 Confirmation du diagnostic

### ► Endoscopie haute

L'endoscopie œsogastrique avec biopsies multiples est nécessaire pour confirmer le diagnostic. En cas d'incertitude ou de biopsies négatives avec persistance des troubles, les biopsies doivent être répétées. Une coloration au lugol est recommandée lors de l'endoscopie digestive haute pour préciser l'étendue de la lésion et rechercher un cancer synchrone.

### ► Examen anatomopathologique

Le diagnostic est établi sur l'examen anatomopathologique des biopsies obtenues par voie endoscopique ou de la pièce chirurgicale. L'examen anatomopathologique précise le type histologique de la tumeur et le grade selon la classification OMS. Par ailleurs, sur les pièces opératoires, il précise les mensurations de la lésion, le nombre de foyers retrouvés, leur taille, leur localisation et la classification<sup>11</sup>.

## 2.4 Bilan d'extension

### ► Examen clinique

L'examen clinique inclut notamment la recherche d'adénopathies sus-claviculaires et/ou cervicales.

### ► Imagerie

Devant un cancer de l'œsophage, le bilan d'extension comprend :

- une tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdominale à la recherche de métastases hépatiques et pulmonaires, d'adénopathies sus ou sous-diaphragmatiques, d'envahissement trachéo-bronchique, péricardique ou aortique.

---

<sup>11</sup> Le compte-rendu anatomopathologique comprend les données minimales définies par l'INCa, en collaboration avec la Société française de pathologie : « Données minimales à renseigner pour une tumeur primitive » - INCa – Décembre 2009.

D'autres examens d'imagerie, non systématiques, peuvent être utiles en fonction du tableau clinique :

- une écho-endoscopie œsophagienne pour l'évaluation de l'envahissement pariétal et ganglionnaire ;
- une TEP-TDM pour l'évaluation du statut ganglionnaire et métastatique ;
- une échographie cervicale et sus-claviculaire, avec ou sans biopsie à l'aiguille fine des adénopathies ;
- une scintigraphie osseuse et/ou au mieux une IRM cérébrale en cas de signes cliniques.

### ► **Autres examens**

Devant un cancer de l'œsophage, d'autres examens peuvent être indiqués :

- une endoscopie trachéo-bronchique doit être réalisée chez tous les patients atteints de cancer épidermoïde et chez les fumeurs atteints d'adénocarcinome, à la recherche d'une tumeur bronchique ou d'un envahissement ;
- une nasofibroscope, voire une pan endoscopie à la recherche d'une paralysie récurrentielle ou d'un cancer ORL synchrone en cas de cancer épidermoïde ou d'adénocarcinome chez un fumeur ;
- une laparoscopie pour les adénocarcinomes localement avancés potentiellement résécables, afin de détecter une maladie métastatique ;
- un transit œsophagien (TO simple et non pas un TOGD).

Les marqueurs tumoraux n'ont pas de place dans le bilan d'extension du cancer de l'œsophage.

### ► **Classification de la tumeur**

La classification TNM/AJCC est généralement utilisée pour caractériser l'extension de la maladie. (cf. *Annexe 2*).

## **2.5 Bilan préthérapeutique**

Le bilan préthérapeutique identifie les comorbidités et évalue la faisabilité des différentes options thérapeutiques. Ces éléments guident la décision thérapeutique.

### ► Comorbidités

Les examens suivants sont à réaliser en fonction du traitement envisagé :

- une évaluation de l'état général (classification OMS) ;
- un **bilan nutritionnel** clinique et biologique (pourcentage d'amaigrissement, protidémie, albuminémie) ;
- une recherche de signes de cirrhose, notamment de signes d'hypertension portale à l'endoscopie ;
- une évaluation cardiologique ;
- une évaluation pulmonaire ;
- une consultation d'aide au sevrage tabagique et/ou alcoolique (si pertinente). Elle est utile pour améliorer l'efficacité et la sécurité des traitements ;
- un bilan sanguin (hémogramme, tests de la fonction rénale et hépatique).

### ► Facteurs pronostiques

Les facteurs pronostiques qui doivent être pris en compte dans la décision thérapeutique pluridisciplinaire du cancer de l'œsophage sont :

- le stade tumoral TNM clinique (cf. *Annexe 2*) qui est déterminé à partir du scanner et ou de l'écho-endoscopie ;
- l'âge physiologique, l'état général et nutritionnel ;
- les comorbidités.

### ► Immuno-histochimie

Le bilan comprend une détermination du statut du récepteur **HER-2** en cas d'un bilan d'extension évoquant une forme métastatique de la jonction gastro-œsophagienne. Cet examen se fait sur biopsie gastrique.

### 3 Prise en charge thérapeutique

La stratégie thérapeutique est définie en accord avec le patient et en lien avec le médecin traitant sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire. Cet avis est présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce et fait l'objet d'un accord mutuel. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins remis au patient<sup>12</sup> et adressé au médecin traitant.

Les patients doivent être informés des différentes options thérapeutiques disponibles dans leur situation, avec une information sur les bénéfices attendus et les effets indésirables potentiels.

Tout patient âgé de 75 ans et plus devrait bénéficier d'une évaluation gériatrique, avant la présentation de son dossier en RCP, afin de conduire le traitement le plus adapté.

#### 3.1 Stratégies thérapeutiques

Les stratégies thérapeutiques sont définies en fonction du type histologique (épidermoïde/adénocarcinome) et du stade de la tumeur (cf. *Tableau 2*).

**Pour les formes précoces** (dysplasie de haut grade et carcinome intramuqueux), le traitement de référence est un traitement endoscopique par mucosectomie.

##### **Pour les stades localisés :**

- la chirurgie seule est le traitement de référence ;
- la chimiothérapie suivie d'une chirurgie peut être discutée en cas de stade localisé avec suspicion d'envahissement ganglionnaire.

##### **Pour les stades localement avancés :**

- l'utilité de la radio-chimiothérapie préopératoire est de plus en plus établie pour les adénocarcinomes ;
- la radio-chimiothérapie suivie d'une chirurgie peut être discuté en cas de tumeur localement avancée de type épidermoïde, notamment en cas de persistance tumorale à l'issue de la radio-chimiothérapie ;

---

<sup>12</sup> Cf. 6. « Bonnes pratiques communes à tous les cancers ».

- la radio-chimiothérapie seule est réalisable à visée curative en cas de cancer épidermoïde localement avancé, et quel que soit le type histologique en cas de contre-indication à la chirurgie ;
- la chimiothérapie suivie d'une chirurgie peut être discutée en cas de lésion localement avancée adénocarcinomeuse du tiers inférieur semblant résécable facilement ;
- des soins symptomatiques exclusifs (endoprothèse, etc.) peuvent également être proposés si le patient le souhaite.

**Pour les stades métastatiques**, la chimiothérapie palliative est le plus souvent réalisée. Des soins symptomatiques exclusifs (endoprothèse, etc.) peuvent également être proposés.

Lors d'une découverte peropératoire de **métastases** abdominales, la stratégie thérapeutique peut comprendre une chimiothérapie palliative seule ou une radiothérapie externe.

**Tableau 2** : Stratégie thérapeutique devant un adénocarcinome ou un cancer épidermoïde de l'œsophage.

	Superficiel T1a N0 M0	T1-2 N0 M0	Autres cas M0	Métastatique
<b>Mucosectomie</b>	☒			
<b>Chirurgie seule</b>	○	☒		
<b>CT + Chirurgie</b>		○	○ (adénocarcinome)	
<b>RT-CT + chirurgie</b>			☒ adénocarcinome ○ (épidermoïde)	
<b>RT-CT seule</b>			○	
<b>CT seule</b>				☒
<b>Soins symptomatiques exclusifs</b>			○	○

☒ : modalité thérapeutique de référence (sauf si contre-indication) ; ○ : modalité thérapeutique pouvant être proposée ; CT : chimiothérapie ; RT : radiothérapie.

## 3.2 Description des modalités thérapeutiques

### ► Mucosectomie

Les indications de la mucosectomie sont exceptionnelles dans le cancer de l'œsophage, car il est très rarement diagnostiqué à un stade superficiel. La mucosectomie impose une évaluation par écho-

endoscopie, dont les résultats anatomopathologiques guideront la conduite à tenir.

### ► Chirurgie

Avant toute chirurgie carcinologique du tube digestif, une prise en charge nutritionnelle est assurée chez tous les patients. En postopératoire, elle est recommandée uniquement chez les patients dénutris.

La chirurgie des cancers de l'œsophage doit être réalisée avec un objectif de résection R0 (marges saines). Après résection R0, la survie à 5 ans varie de 34 % à 50 %<sup>13</sup>. La radicalité de la résection dépend de la sélection des patients et de l'expertise de l'équipe.

L'œsophagectomie transthoracique est la technique de référence. D'autres techniques et voies d'abord sont employées en fonction de la tumeur, de son extension et de l'expérience de l'équipe.

Après œsophagectomie, l'estomac est l'organe de remplacement le plus souvent utilisé (cf. *Annexe 3*).

### ► Chimiothérapie

Les protocoles les plus utilisés dans le cancer de l'œsophage associent principalement :

- le cisplatine, le 5-FU, l'épirubicine, dans le cadre de l'AMM ;
- le docétaxel actuellement dans le cadre d'un PTT (cf. *Annexe 4*).

Au sein d'une même classe thérapeutique, le choix du traitement tient compte des principes du bon usage des molécules et de leur encadrement réglementaire. Lorsqu'une chimiothérapie néoadjuvante est indiquée, elle se fait pendant 2 à 3 mois avant la chirurgie.

La réalisation de la chimiothérapie peut justifier la pose d'une voie veineuse centrale (chambre à cathéter implantable). La chambre implantable ne nécessite pas de soins particuliers en dehors des cures, et ne limite pas la réalisation des activités quotidiennes, hormis certains sports.

---

<sup>13</sup> Mariette C, 2007.

Avant chaque cure, le bilan standard comprend :

- un examen clinique (température, poids, taille, surface corporelle, état général, examen de l'abord veineux, mesure de la pression artérielle et examen cutané) et une évaluation de la tolérance aux cures précédentes ;
- une évaluation de l'état nutritionnel ;
- un hémogramme dont l'interprétation tient compte de l'administration ou non de facteurs de croissance ;
- un bilan biologique : évaluation de la fonction rénale et de la fonction hépatique, en particulier si éthylysme.

### ► Radiothérapie

Une irradiation peut être réalisée principalement par radiothérapie externe. Elle s'effectue sur 5 jours par semaine durant 4 à 6 semaines. Au cours de la radiothérapie, les patients doivent être surveillés par le radiothérapeute au moins une fois par semaine pour leur état général, notamment pour la perte de poids ainsi que pour l'état cutané.

### ► Traitement symptomatique

Le médecin traitant coordonne les soins en ambulatoire, et en particulier les traitements symptomatiques, en lien avec l'équipe spécialisée.

D'autres structures de soins peuvent être impliquées : service de soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), réseau de santé, consultation antidouleur, services et/ou unités mobiles et/ou réseaux de soins palliatifs, etc. Il peut être fait également appel aux prestataires de service pour le matériel médical utilisé pour les soins (nutrition, etc.).

Le traitement symptomatique repose principalement sur la prise en charge de :

- la douleur (cf. *Annexe 5*) ;
- la toxicité de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie ;
- l'altération de l'état psychologique ;
- la dysphagie et ses conséquences sur l'état nutritionnel :
  - si le patient est opérable ou traité à but curatif, les modalités de renutrition incluent :
    - en 1<sup>re</sup> intention, une complémentation orale ou une alimentation entérale par sonde,
    - en 2<sup>nde</sup> intention, une jéjunostomie,
    - en 3<sup>e</sup> intention, une nutrition parentérale.

Un malade opérable ne doit pas avoir une pose de gastrostomie pour ne pas abîmer le greffon gastrique.

- ▶ si le patient n'est pas traité dans un but curatif, les modalités de désobstruction sont :
  - la pose d'une prothèse,
  - la curiethérapie à haut débit de dose,
  - la radiothérapie externe avec fractionnement de dose adapté.

### **3.3 Évaluation de la réponse au traitement**

Après traitement préopératoire par radio-chimiothérapie, une TDM est conseillée afin de détecter une progression métastatique contre-indiquant la chirurgie.

Il n'y a pas de place pour les marqueurs tumoraux dans l'évaluation de la réponse au traitement.

### **3.4 Effets indésirables et complications précoces des traitements**

Le médecin traitant a un rôle essentiel dans le suivi et la prise en charge des complications, en liaison avec l'équipe spécialisée et l'entourage du malade.

Pour ce faire, le protocole de traitement avec les complications les plus fréquentes doit lui être transmis rapidement.

#### **▶ Complications liées à la chirurgie**

La chirurgie de l'œsophage est une chirurgie lourde. La mortalité postopératoire peut atteindre 5 %. La morbidité postopératoire est dominée par les complications pulmonaires et infectieuses (25 à 30 % des cas).

Les complications fonctionnelles liées à la chirurgie, les plus observées sont :

- une sténose de l'anastomose œsogastrique avec réapparition de la dysphagie pouvant nécessiter une dilatation, voire une prothèse ;
- des fistules anastomotiques ;
- un reflux gastro-œsophagien qui peut être traité par des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ;
- une diarrhée motrice traitée par des anti-diarrhéiques ;

- un syndrome du petit estomac (satiété précoce) qui peut nécessiter de fractionner les repas (réduire le volume des repas qui sont alors plus nombreux).

► **Complications liées à la radiothérapie**

Les complications liées à la radiothérapie, les plus fréquentes dans le cancer de l'œsophage sont :

- une œsophagite dont le traitement symptomatique repose sur les IPP associés à des pansements œsogastriques ;
- des troubles digestifs (nausées, vomissements et diarrhée). des antiémétiques, antiacides et antidiarrhéiques doivent être prescrits, si besoin ;
- une dénutrition : une nutrition orale ou entérale doit être considérée.

► **Complications liées à la chimiothérapie**

La liste complète des effets indésirables est décrite dans le résumé des caractéristiques du produit des molécules prescrites.

Les effets indésirables fréquemment rencontrés sont présentés dans le *Tableau 3*.

**Tableau 3** : Effets indésirables aigus de la chimiothérapie.

Effet indésirable	Conduite à tenir
<b>Nausées, vomissements, diarrhées</b>	Antémétiques et anti-diarrhéiques prescrits systématiquement.
<b>Anémie, neutropénie, thrombopénie</b>	Avis spécialisé pour la prescription de G-CSF <sup>14</sup> , d'EPO ou de fer injectable Si T° > 38,5 °C : numération formule sanguine-plaquettes. Si neutropénie : hémoculture et antibiotique. Hospitalisation si signe de gravité.
<b>Alopécie</b>	Postiche (prothèse capillaire).
<b>Modification du goût</b>	Information donnée.
<b>Fatigue</b>	Conseils hygiéno-diététiques et repos.
<b>Éruption cutanée</b>	Avis spécialisé.
<b>Mucite</b>	Prévention et traitement par bain de bouche (bicarbonate de soude, chlorhexidine) et xylocaïne en gel. Avis spécialisé si besoin.
<b>Insuffisance cardiaque, ischémie cardiaque</b>	Avis spécialisé.
<b>Neuropathie périphérique et/ou troubles de l'audition</b>	Avis neurologique en fonction des symptômes.
<b>Néphrotoxicité</b>	Hydratation en cas de cisplatine.
<b>Risque de thrombose veineuse profonde</b>	Surveillance et/ou prophylaxie.

### 3.5 Implication du patient

#### ► Information du patient

Le patient doit avoir les informations nécessaires :

- à la compréhension de sa maladie, des traitements et de leurs effets indésirables éventuels, lui permettant ainsi de participer activement aux décisions thérapeutiques le concernant ;
- sur les précautions à prendre, telles que :
  - signaler sa maladie systématiquement avant toute investigation de radiodiagnostic si celle-ci nécessite l'injection de produit hydrosoluble iodé,

<sup>14</sup> Attention à la prescription du G-CSF en cas de thrombopénie !

- prévenir les thromboses veineuses, notamment en cas de déplacement en avion,
- pour les porteurs d'une chambre implantable, rester vigilants lors de la pratique de certaines activités sportives, telles que la chasse, les sports de combat, le tennis et le golf.

En outre, une information lui sera fournie :

- sur les modalités d'accès aux ressources et aides disponibles pour la prise en charge, avec le concours des assistants sociaux<sup>15</sup> ;
- sur les organismes et associations de patients pouvant apporter un soutien aux personnes malades et à leur entourage, afin de connaître et faire valoir leurs droits.

### ► **Éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une dimension de la stratégie de prise en charge de la personne atteinte d'un cancer, et s'inscrit dans le parcours de soins du patient<sup>16</sup>. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome, en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle peut être proposée dès l'annonce du diagnostic de la maladie ou à tout autre moment de son évolution.

**Pour la personne atteinte de cancer de l'œsophage**, l'éducation thérapeutique contribue au développement de compétences qui lui permettent :

- d'améliorer l'adhésion au traitement ambulatoire, en particulier pour mieux soulager les symptômes ;
- de participer à la planification du suivi après le traitement ;
- d'impliquer le cas échéant son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent ;
- de prendre en charge sa dysphagie, soit :
  - d'adapter les modalités d'ingestion des aliments (alimentation, mixée, semi-liquide, liquide),
  - de vérifier le poids ; si le patient maigrit malgré une alimentation mixée, la pose d'une prothèse *versus* une gastrostomie doit être discutée ;

---

<sup>15</sup> *Démarches sociales et cancer* – Institut National du Cancer – Juillet 2009.

<sup>16</sup> Code de la santé publique – Éducation thérapeutique du patient.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000020892069&idSectionTA=LEGISCTA000020892071&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100804>

- de gérer sa prise en charge nutritionnelle en fonction de son traitement (chirurgie ou chimiothérapie) et éviter la déshydratation ;
- de se sensibiliser aux signes cliniques de récurrence et de risque de second cancer.

Elle s'appuie sur :

- une évaluation des besoins et des attentes du patient (diagnostic éducatif) ;
- la définition avec la personne d'un ou plusieurs objectifs éducatifs, voire la définition d'un programme personnalisé si la gestion de la maladie est complexe ;
- la proposition d'un contenu éducatif et la planification de séances dédiées (individuelles ou collectives) ;
- l'évaluation de ce que la personne a pu mettre en œuvre dans sa vie quotidienne.

## 4 Suivi

Ce chapitre propose les actes et examens nécessaires à un suivi de qualité. Il concerne les patients qu'ils soient pris en charge dans le cadre de l'ALD, dans le dispositif post-ALD<sup>17</sup> ou en dehors de ces dispositifs d'exonération.

### 4.1 Objectifs

- Détecter les récurrences locales ou à distance.
- Détecter précocement un second cancer.
- Détecter des effets indésirables tardifs liés au traitement.
- Veiller à la qualité de vie.
- Organiser les soins de support nécessaires, notamment la prise en charge nutritionnelle.
- Permettre un accompagnement social et une aide à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent.

### 4.2 Organisation

En l'absence de données de haut niveau de preuve, le suivi repose majoritairement sur un consensus d'experts.

Les médecins chargés du suivi doivent être identifiés.

Les 5 premières années, le suivi est assuré le plus souvent par l'équipe spécialisée en lien avec le médecin traitant.

Au-delà, un suivi par le médecin traitant seul peut être décidé en fonction d'un schéma discuté avec l'équipe spécialisée et le patient.

---

<sup>17</sup> Le dispositif de suivi post-ALD est défini dans les décrets du 19 janvier 2011 :  
n°2011-74 ;  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456230&dateTexte=&categorieLien=id>  
n°2011-75 ;  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456236&dateTexte=&categorieLien=id>  
n°2011-77 ;  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023456250&dateTexte=&categorieLien=id>

### 4.3 Modalités du suivi du cancer

Le suivi des patients traités pour un cancer de l'œsophage est clinique et radiologique. Les examens complémentaires sont guidés par les symptômes, et dépendent de chaque situation clinique.

Pour les cancers épidermoïdes de l'œsophage, le suivi est à vie du fait du risque d'un second cancer (terrain alcoolo-tabagique).

Pour les adénocarcinomes de l'œsophage, le suivi est au moins de 5 ans.

#### ► Recherche de signes évocateurs de récurrence ou de second cancer

Le suivi comprend un temps d'échange avec le patient pour l'accompagner en fonction de ses besoins. Il inclut (cf. *Tableau 4*) :

- **un examen clinique** tous les 3 mois pendant 2 ans. Au-delà, tous les 6 mois durant 5 ans puis tous les ans ;
- **une endoscopie haute** (avec coloration au lugol en cas de cancer épidermoïde) ;
  - elle est systématique après traitement endoscopique des formes superficielles, une endoscopie de contrôle est alors réalisée après 3 mois, puis tous les 6 mois pendant 2 ans et ensuite chaque année,
  - pour les autres situations cliniques, l'endoscopie est réalisée en fonction de la symptomatologie et du traitement réalisé, elle est laissée à l'appréciation du spécialiste et de l'avis du patient ;
- une **TDM thoraco-abdominale** :
  - en cas de RT-CT exclusive : à 3 mois, tous les 6 mois pendant 2 ans, puis en fonction des symptômes,
  - en cas de chirurgie (œsophage restant) : à 6 mois puis en fonction des symptômes ;
- **un examen ORL** annuel à la recherche d'un second cancer ;
- **une endoscopie bronchique**, elle est non systématique, ne doit être proposée qu'en fonction de la symptomatologie présentée par le malade ;
- le dosage des marqueurs ACE et CA19-9 n'a pas d'intérêt dans le suivi.

**Tableau 4.** Programme de suivi à la recherche d'une récurrence<sup>18</sup>.

	1 <sup>re</sup> année	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> – 7 <sup>e</sup> année	7 <sup>e</sup> – 10 <sup>e</sup> année
<b>Examen clinique</b>	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois
<b>Endoscopie<sup>19</sup> haute</b>	À 3 mois, tous les 6 mois	Tous les 6 mois	Tous les ans	Tous les ans
<b>TDM thoraco-abdominale</b>	À 3 mois puis tous les 6 mois	À 3 mois puis tous les 6 mois	En fonction des symptômes	
<b>Examen ORL</b>	Tous les ans			
<b>Endoscopie bronchique</b>	Non systématique			

► **Signes évocateurs de récurrence**

Le patient doit être informé sur la nécessité (outre le suivi systématique) de consulter en cas d'apparition des signes les plus fréquents de récurrence :

- reprise de l'amaigrissement ;
- douleurs abdominales ;
- dysphagie ;
- douleurs osseuses ;
- toux, dyspnée, modification de la voix.

En cas de suspicion de récurrence, le patient doit être réadressé à l'équipe référente du traitement ou à l'équipe spécialisée, la prise en charge des récurrences étant décidée en RCP.

<sup>18</sup> En l'absence de données dans la littérature de haut niveau de preuve, le suivi repose sur l'avis du groupe de travail.

<sup>19</sup> Ce rythme s'applique uniquement en cas de traitement endoscopique des formes superficielles.

## 4.4 Complications et effets indésirables tardifs

### ► Complications tardives/effets indésirables tardifs des traitements

La plupart des complications tardives sont liées à la chimiothérapie et à la radiothérapie, et sont majorées par le tabagisme et l'alcool. Ces principales complications tardives sont représentées dans le *Tableau 5*.

**Tableau 5.** Principales complications et effets indésirables tardifs dans le cancer de l'œsophage.

Complication	Conduite à tenir
<b>Chirurgie</b>	
<b>En l'absence de récurrence, le retentissement des séquelles fonctionnelles diminue avec le temps.</b>	
<b>Radiothérapie</b>	
<b>Sténose radique</b>	Dilatation ou prothèse.
<b>Œsophagite mycotique</b>	Diagnostic endoscopique.
<b>Radio-chimiothérapie (RT-CT)</b>	
<b>Péricardite, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde</b>	Avis spécialisé.
<b>Épanchement pleural, pneumonie</b>	Avis spécialisé.

### ► Seconds cancers

Les patients traités pour un cancer de l'œsophage présentent un risque de second cancer supérieur à celui de la population générale. Ce risque global supplémentaire persiste plus de 15 ans après le diagnostic. L'œsophage est une des localisations de cancer qui prédisposent le plus à la survenue de second cancer après ceux de la cavité buccale/pharynx et le larynx.

Ce risque apparaît plus important pour les patients atteints de carcinome épidermoïde que pour ceux atteints d'adénocarcinomes, et semble plus prononcé pour les patients dont le diagnostic a été porté avant 70 ans.

Les localisations les plus à risque de second cancer sont le poumon, les voies aérodigestives supérieures et l'estomac et partagent, avec le cancer de l'œsophage, une forte étiologie tabagique et/ou alcoolique.

Pour prévenir la survenue de second cancer, il convient de proposer une aide au sevrage alcoolique et/ou tabagique aux patients qui en ont besoin.

La participation au dépistage organisé du cancer colorectal doit être encouragée chez les patients de 50 à 74 ans, et celle au dépistage organisé du cancer du sein pour les patientes de 50 à 74 ans.

#### **4.5 Prise en charge médicale globale**

Le suivi du cancer de l'œsophage s'intègre dans une prise en charge médicale globale qui comprend notamment :

- le contrôle des symptômes et de l'état nutritionnel ;
- un soutien psychologique ;
- une aide au sevrage d'alcool et de tabac si pertinente. Le risque de développer des complications tardives (seconds cancers, troubles cardio-vasculaires) étant majoré par le tabagisme et par l'alcool ;
- un bilan sanguin incluant notamment le dosage des folates si pertinent.

## 5 Bonnes pratiques communes de prise en charge de tous les cancers

Ces bonnes pratiques constituent des objectifs communs à tous les professionnels impliqués dans le traitement des patients atteints de cancer.

- ⇒ Pour la majorité des cancers, un diagnostic précoce augmente le taux de guérison. La participation aux programmes nationaux de dépistage doit donc être encouragée. Des outils sont disponibles pour aider le médecin traitant à en informer les patients<sup>20</sup>.
- ⇒ La prise en charge des patients atteints de cancer est assurée par des équipes spécialisées dans des établissements de santé autorisés à traiter les cancers (cf. *Encadré 1* – « Établissements autorisés »)
- ⇒ Tout patient traité pour un cancer doit pouvoir bénéficier de mesures communes pour une prise en charge de qualité (appelées mesures transversales de qualité) auxquelles le médecin traitant participe (cf. *Encadré 2*).
- ⇒ Le médecin traitant est le référent médical pour la coordination des soins à domicile, aux côtés des autres professionnels de santé de proximité que sont en particulier les infirmiers libéraux, les pharmaciens et les acteurs des réseaux de santé.
- ⇒ Pour ce faire, il doit recevoir de la part du médecin spécialiste, présentant le dossier en RCP, les documents suivants dans un délai rapide : le programme personnalisé de soins, le compte-rendu de RCP, le compte-rendu d'anatomopathologie et un courrier récapitulatif de sortie après chaque hospitalisation.
- ⇒ Pendant les traitements, le médecin traitant doit pouvoir gérer en ambulatoire leurs éventuels effets indésirables, prodiguer les soins de support nécessaires, et en premier lieu le traitement de la douleur et la prise en charge de l'asthénie.
- ⇒ De plus en plus de patients guérissant de leur cancer, une surveillance sur le long terme est nécessaire. Le médecin traitant coordonne cette surveillance qui peut être alternée entre les professionnels impliqués dans la conduite des traitements. Elle permet la recherche d'une récurrence, de séquelles ou d'effets indésirables tardifs des traitements, le dépistage d'un second cancer (16 % des patients ayant déjà eu un cancer), l'accompagnement socioprofessionnel et le soutien à la personne. Tous ces éléments constitueront un programme personnalisé de l'après cancer qui est aujourd'hui l'objet d'expérimentations.

---

<sup>20</sup> <http://www.e-cancer.fr/dépistage>



## Encadré 2. Mesures transversales de qualité en cancérologie.

### Le dispositif d'annonce

Il vise à offrir au patient les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien. Il s'articule autour de quatre temps :

- un temps médical : annonce du diagnostic (au mieux en lien avec le médecin traitant) et proposition de traitement ;
- un temps d'accompagnement soignant : il complète les informations médicales, informe le patient sur ses droits et sur les associations de patients existantes ;
- un temps de soutien basé sur l'accompagnement social et l'accès à des soins complémentaires (psychologue, kinésithérapeute, etc.) ;
- **un temps d'articulation avec la médecine de ville** pour optimiser la coordination entre l'établissement de soins et le médecin traitant. Cette coordination doit être effective dès l'annonce du diagnostic et la demande d'exonération du ticket modérateur.

### La concertation pluridisciplinaire et le respect des référentiels de bonne pratique

Une proposition de traitement est définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elle s'appuie sur des référentiels de bonne pratique. La discussion en RCP n'est pas obligatoire si ces référentiels proposent un traitement validé pour la situation clinique du patient ou si celle-ci revêt un caractère d'urgence. Le compte-rendu de la RCP est intégré au dossier médical informatisé. **Il est transmis systématiquement au médecin traitant par le médecin spécialiste présentant le dossier en RCP.**

### La remise d'un programme personnalisé de soins

Le programme personnalisé de soins (PPS) reprend les différentes étapes de la prise en charge ainsi qu'un calendrier de soins. Les établissements autorisés doivent fournir ce programme à leurs patients. **Il est transmis au médecin traitant.**

### L'accès aux soins complémentaires et d'accompagnement

Les besoins du patient en soins de support sont évalués dès l'annonce de la maladie et tout au long du suivi.

Ils visent à améliorer la qualité de vie et le confort du patient pendant la maladie. Ils se justifient quel que soit le stade d'évolution de la maladie, y compris en dehors des situations de fin de vie.

Plusieurs types de soutiens et de soins peuvent être proposés : soutien psychologique, social, traitement de la douleur, prévention et traitement des troubles de la nutrition, kinésithérapie, prise en charge de la fatigue.

Ces soins sont délivrés en établissement de santé ou en ambulatoire. Pour les patients souhaitant recevoir ces soins à domicile, le médecin traitant peut

s'appuyer sur les réseaux de soins, l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile.

**L'accès aux innovations et à la recherche clinique**

Des outils existent pour aider le médecin traitant à guider le patient dans sa réflexion et sa décision de participation à un essai clinique<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> <http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique>

## Annexe 1. Liste des participants

### ➤ Sociétés savantes

- Collège national de médecine générale ;
- Fédération de chirurgie viscérale et digestive ;
- Société nationale française de gastro-entérologie ;
- Société française d'endoscopie digestive ;
- Fédération francophone de cancérologie digestive ;
- Société française de radiothérapie oncologique ;
- Société française de radiologie ;
- Société française de pathologie ;
- Association française des infirmiers en cancérologie ;
- Société française du cancer ;
- Société française de cancérologie privée ;
- Association française de chirurgie.

### ➤ Associations de patients

- Ligue nationale contre le cancer.

### ➤ Régimes d'assurance maladie

- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- Régime social des indépendants.

### ➤ Membres du groupe de travail

- P<sup>f</sup> Laurent Bedenne, hépato-gastro-entérologie, CHU, Dijon ;
- D<sup>f</sup> Jacques Birgé, médecine générale, Boulay ;
- D<sup>f</sup> Pascal Burtin, hépato-gastro-entérologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif ;
- D<sup>f</sup> Catherine Cruveillier-Boch, médecin conseil, CNAMTS, Paris ;
- D<sup>f</sup> Hugo Delubac, médecine générale, Arles ;
- D<sup>f</sup> Sébastien Ducourant, médecin conseil, RSI, Lille ;
- D<sup>f</sup> Aurélie-Réjane Ferrara, médecine générale, Reims ;
- P<sup>f</sup> Christophe Hennequin, radiothérapie, Hôpital Saint-Louis, Paris ;
- Dr Gilles Lesur, hépato-gastro-entérologie, Hôpital Ambroise-Paré, Boulogne-Billancourt ;
- P<sup>f</sup> Pierre Michel, hépato-gastro-entérologie, Hôpital Charles-Nicolle, Rouen ;
- P<sup>f</sup> François Paraf, anatomie et cytologie pathologiques, CHU Dupuytren, Limoges ;

- D<sup>r</sup> Guillaume Piessen, chirurgie viscérale et oncologique, Hôpital Huriez, Lille ;
- M<sup>me</sup> Véronique Tual, cadre de santé infirmier, Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris ;
- M<sup>me</sup> Marie-Hélène Voegelin, Ligue nationale contre le cancer, Paris ;
- D<sup>r</sup> Marc Zins, radiologie, Hôpital Saint-Joseph, Paris.

➤ **Membres du groupe de lecture**

- D<sup>r</sup> Alliot Carol, oncologie médicale, CHI, Annemasse ;
- D<sup>r</sup> Bertin-Belot Christine, médecine générale, Besançon ;
- D<sup>r</sup> Blondel Jean-Michel, médecine générale, Cambrin ;
- P<sup>f</sup> Bouché Olivier, oncologie médicale, CHU Robert-Debré, Reims ;
- P<sup>f</sup> Brigand Cécile, chirurgie, CHU, Strasbourg ;
- D<sup>r</sup> Buissart Thérèse, médecine générale, Isbergues ;
- D<sup>r</sup> Charneau Jacky, hépato-gastro-entérologie, CH Docteur Duchenne, Boulogne-sur-Mer
- M. Cilli Fabrizio, cadre de santé, CHU Jean-Minjoz, Besançon ;
- D<sup>r</sup> Coiffard Alain, médecine générale, Centre médical des 2 Ormes, Aix-en-Provence ;
- D<sup>r</sup> Coton Thierry, hépato-gastro-entérologie, HIA Laveran, Marseille ;
- D<sup>r</sup> Darloy Franck, radiothérapie, Centre Léonard-de-Vinci, Douai ;
- M<sup>me</sup> Dorlean Christine, cadre de santé, Centre Georges-François-Leclerc, Dijon ;
- D<sup>r</sup> Ducourant Sébastien, médecin conseil RSI, Lille ;
- D<sup>r</sup> Erb Sylvie, anatomie et cytologie pathologiques, Cabinet des Contades, Strasbourg ;
- D<sup>r</sup> Étienne Pierre-Luc, oncologie médicale, Clinique armoricaine de Radiologie, Saint-Brieuc ;
- P<sup>f</sup> Evrard Serge, chirurgie, Institut Bergonié, Bordeaux ;
- D<sup>r</sup> Faivre Jean, gastro-entérologie, CHU, Dijon ;
- D<sup>r</sup> Farge Thierry, médecine générale, Châteauneuf-de-Galaure ;
- D<sup>r</sup> Faroux Roger, hépato-gastro-entérologie, Centre hospitalier départemental, La Roche-sur-Yon ;
- D<sup>r</sup> Favoritti Hervé, médecine générale, Caluire-et-Cuire
- D<sup>r</sup> Flamein Renaud, chirurgie, CHU Estaing, Clermont-Ferrand ;
- P<sup>f</sup> Flejou Jean-François, anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital Saint-Antoine, Paris ;
- D<sup>r</sup> Fraise Jean, chirurgie, Centre Georges-François-Leclerc, Dijon ;

- P<sup>f</sup> Gainant Alain, chirurgie, CHU Dupuytren, Limoges ;
- D<sup>f</sup> Genet Dominique, oncologie médicale, Clinique François-Chénieux, Limoges ;
- D<sup>f</sup> Gravey Alain, médecine générale, Sainte-Foy-lès-Lyon ;
- D<sup>f</sup> Laurent Robert, médecine générale, Alixan ;
- M<sup>me</sup> Loulière Bertrice, pharmacien, Omédit-Aquitaine, Bordeaux ;
- P<sup>f</sup> Maingon Philippe, radiothérapie, Centre Georges-François-Leclerc, Dijon ;
- P<sup>f</sup> Mariette Christophe, chirurgie, CHRU, Lille ;
- D<sup>f</sup> Massard Jean-Loup, chirurgie, Hôpital Sainte-Marie – Centre médical Nicolas-de-Pontoux, Chalon-sur-Saône ;
- M<sup>me</sup> Maubert Florence, cadre de santé, CHU, Besançon ;
- D<sup>f</sup> Monges Geneviève, anatomie et cytologie pathologiques, Institut Paoli-Calmettes, Marseille ;
- D<sup>f</sup> Moreaud Philippe, médecine générale, Pessac ;
- P<sup>f</sup> Perniceni Thierry, chirurgie, Institut mutualiste Montsouris, Paris ;
- D<sup>f</sup> Perraudeau Françoise, anatomie et cytologie pathologiques, Agen ;
- D<sup>f</sup> Provençal Jocelyne, oncologie médicale, Centre hospitalier d'Annecy, Pringy ;
- D<sup>f</sup> Reibel Stéphane, radiothérapie, Centre de radiothérapie de la Robertsau, Strasbourg ;
- D<sup>f</sup> Rives Michel, radiothérapie, Institut Claudius-Regaud, Toulouse ;
- D<sup>f</sup> Rougé-Bugat Marie-Ève, médecine générale, Toulouse ;
- D<sup>f</sup> Ruck Stéphane, oncologie médicale, CH Jean-Monnet, Épinal ;
- D<sup>f</sup> Svrcek Magali, anatomie et cytologie pathologiques, Hôpital Saint-Antoine, Paris ;
- P<sup>f</sup> Triboulet Jean-Pierre, chirurgie viscérale et oncologique, Hôpital Huriez, Lille ;
- D<sup>f</sup> Vaillant Éric, gastro-entérologie, Lille ;
- D<sup>f</sup> Watelet Jérôme, hépato-gastro-entérologie, CHU Nancy-Brabois, Vandœuvre-lès-Nancy ;
- D<sup>f</sup> Zitoli Jean-Louis, gériatrie, Hôpital Saint-Nicolas, Verdun.

**Tableau 6 : Répartition des relecteurs.**

Spécialité/profession	Total
Médecine générale	10
Chirurgie	8
Oncologie médicale	6
Hépatogastro-entérologie	6
Anatomie et cytologie pathologiques	5
Radiothérapie	4
Cadre de santé	3
Gériatrie	1
Médecin conseil	1
Pharmacien	1
<b>Total général</b>	<b>45</b>

➤ **Institut National du Cancer**

- Diana Kassab-Chahmi – Département des recommandations pour les professionnels de santé – Direction des soins et de la vie des malades ;
- D<sup>e</sup> Valérie Mazeau-Woynar – Responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé – Direction des soins et de la vie des malades.

➤ **Haute Autorité de Santé**

- D<sup>r</sup> Julien Carricaburu – Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades.

## Annexe 2. Classification clinique TNM et en stades des tumeurs de l'œsophage et de la jonction œso-gastrique<sup>23</sup>

<b>T Tumeur primitive</b>	
<b>Tx</b>	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.
<b>T0</b>	Pas de signes de tumeur primitive.
<b>Tis</b>	Carcinome <i>in situ</i> /dysplasie de haut grade.
<b>T1</b>	T1a : Tumeur envahissant la lamina propria, la musculaire muqueuse ou la musculaire muqueuse. T1b : Tumeur envahissant la sous-muqueuse.
<b>T2</b>	Tumeur envahissant la musculature.
<b>T3</b>	Tumeur envahissant l'adventice.
<b>T4</b>	T4a : Tumeur envahissant la plèvre, le péricarde ou le diaphragme. T4b : Tumeur envahissant les autres structures adjacentes telles que l'aorte, le corps vertébral ou la trachée.
<b>N Adénopathies régionales</b>	
<b>Nx</b>	Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies.
<b>N0</b>	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.
<b>N1</b>	Métastases dans 1-2 ganglions lymphatiques régionaux.
<b>N2</b>	Métastases dans 3-6 ganglions lymphatiques régionaux.
<b>N3</b>	Métastases dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux.
<b>M Métastases à distance</b>	
<b>M0</b>	Pas de métastases à distance.
<b>M1</b>	Présence de métastase(s) à distance.

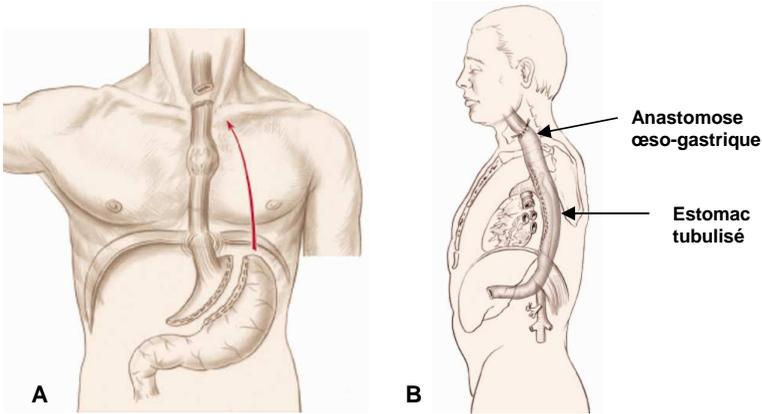
Les catégories pT et pN correspondent aux catégories T et N.

<sup>23</sup> Sobin L, 2010.

Stade	T	N	M
<b>Stade 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Stade IA</b>	T1	N0	M0
<b>Stade IB</b>	T2	N0	M0
<b>Stade IIA</b>	T3	N0	M0
<b>Stade IIB</b>	T1, T2	N1	M0
	T4a	N0	M0
<b>Stade IIIA</b>	T3	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
<b>Stade IIIB</b>	T3	N2	M0
	T4a	N1, N2	M0
<b>Stade IIIC</b>	T4b	Tous N	M0
	Tous T	N3	M0
<b>Stade IV</b>	Tous T	Tous N	M1

## Annexe 3. Chirurgie de l'œsophage

Dessins extraits de : Triboulet J-P. *Chirurgie du tube digestif haut*. 2007. Masson ; Collection « Techniques chirurgicales », 221 p.



### **Schéma d'une œso-gastrectomie polaire supérieure (A) avec gastroplastie (B).**

En fonction de la localisation de la tumeur, la zone de section œsophagienne peut être située au sommet du thorax (œsophagectomie par voie abdominale et thoracique) ou en cervical (œsophagectomie par voie abdominale et cervicale +/- thoracique). Le rétablissement de continuité est réalisé par l'estomac qui est tubulisé et anastomosé à l'œsophage restant.

## Annexe 4. Prescription – encadrement réglementaire

Le protocole de traitement prescrit doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits qu'il comprend. Les molécules sont prescrites, conformément à leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ou dans le cadre d'un essai clinique.

Pour des situations plus rares, en attente d'une AMM dans l'indication concernée, la prescription peut se référer à une autorisation temporaire, que ce soit dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) pour les molécules non commercialisées ou d'un protocole thérapeutique temporaire (PTT) pour celles bénéficiant d'une AMM par ailleurs.

Enfin, à défaut et par exception, pour les situations non prévues par la réglementation, le prescripteur porte au dossier médical l'argumentation qui l'a conduit à sa prescription, en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture.

### Référentiels de bon usage (RBU)

Les référentiels de bon usage (RBU) définissent pour les molécules remboursées, en sus des prestations d'hospitalisation, les indications thérapeutiques relevant de leur AMM ou de protocoles thérapeutiques temporaires (PTT) qui sont des situations de prescription hors AMM temporairement acceptables.

Ces PTT concernent des molécules bénéficiant déjà d'une autorisation de mise sur le marché dans une indication autre que celle ici concernée, en attente de leur extension d'indication.

Les PTT sont prévus par le décret n° 2005-1023 du 24 août 2005, modifié par le décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008, relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale.

Les référentiels de bon usage et protocoles thérapeutiques temporaires en cancérologie sont disponibles sur le site de l'Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr> et celui de l'Afssaps : <http://afssaps.fr>.

### Autorisation temporaire d'utilisation (ATU)

L'Afssaps délivre à titre exceptionnel, conformément à l'article L. 5121-12 du Code de la santé publique, des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour des spécialités pharmaceutiques ne bénéficiant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Les ATU sont disponibles sur le site de l'Afssaps <http://afssaps.fr>.

## Annexe 5. Prise en charge de la douleur

La recherche de manifestations douloureuses doit être systématique chez tout patient atteint d'un cancer, dès l'annonce du diagnostic et tout au long du suivi. La prise en charge de la douleur implique une évaluation globale de la personne, notamment de sa qualité de vie (fatigue, incapacités, anxiété, dépression, troubles du sommeil).

Le traitement est adapté à la nature de la douleur, au contexte et au terrain. La douleur peut être due au cancer et/ou aux traitements mis en œuvre. La douleur liée aux soins ou aux examens doit être prévenue.

Les principes de la prise en charge médicamenteuse sont décrits dans le tableau ci-dessous. Les approches non pharmacologiques (kinésithérapie notamment) peuvent aussi être utiles.

En cas de symptômes douloureux insuffisamment contrôlés ou nécessitant une prise en charge particulière (neurostimulation électrique transcutanée par exemple), le patient sera orienté vers un médecin ou une structure spécialisée.

**1. Douleurs par excès de nociception** (mécanisme classique de la douleur - lésions de tissus provoquant un influx douloureux transmis par un système nerveux intact) :

- ⇒ répondent aux antalgiques ;
- ⇒ coantalgiques parfois nécessaires : corticoïdes, topiques locaux (anesthésiques, cicatrisants, AINS), antispasmodiques, bisphosphonates.

Échelle antalgique de l'OMS

- Palier 1 : paracétamol, AINS, aspirine

Dans tous les cas, réévaluation rapide (efficacité, effets indésirables) pour adaptation traitement (idéalement 48 h).

- Palier 2 (opioïdes faibles) : codéine, dihydrocodéine, tramadol
- Palier 3 (opioïdes forts) : sulfate de morphine, chlorhydrate de morphine, fentanyl, buprénorphine

Traitement opioïde :

- Dose plafond au palier 2, pas de limite de dosage au palier 3.
- Palier 3 : traitement sur mesure (titration du dosage).
- Prévenir si possible les effets indésirables (en particulier au palier 3 : constipation, nausées, etc.).

**2. Douleurs neuropathiques** (ressentie comme des décharges électriques, des élancements, des sensations de brûlures, des sensations de froid douloureux et des picotements dans le territoire de nerfs atteints) :

- ⇒ traitement première ligne par gabapentinoïdes (gabapentine, prégabaline) ou antidépresseurs tricycliques (imipramine, amitriptyline, clomipramine).

**3. Douleurs mixtes** (nociceptives + neuropathiques) : tramadol, oxycodone, sulfate de morphine : possible en monothérapie en première intention.

## Références bibliographiques

Adenis A, Catala P, Mirabel X, Triboulet JP. Les cancers de l'oesophage. Bulletin Du Cancer 2001;88(10):965-83.

Bouvier AM, Binquet C, Gagnaire A, Jouve JL, Faivre J, Bedenne L. Management and prognosis of esophageal cancers: has progress been made? European Journal of Cancer 2006;42(2):228-33.

Chuang SC, Hashibe M, Scelo G, Brewster DH, Pukkala E, Friis S et al. Risk of second primary cancer among esophageal cancer patients: a pooled analysis of 13 cancer registries. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention 2008;17(6):1543-9.

Commission d'évaluation de la SFCD. Cancérologie digestive : pratiques chirurgicales [online]. Société française de chirurgie digestive (SFCD), Association de chirurgie hépatobiliaire et de transplantation hépatique (ACHBT). 2009. Disponible: URL: [http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/1705-090423recoSchirdigestivesfcdlong.pdf](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1705-090423recoSchirdigestivesfcdlong.pdf).

Curtis RE, Freedman DM, Ron E, Ries LAG, Hacker DG, Edwards BK et al. New Malignancies Among Cancer Survivors: SEER Cancer Registries, 1973-2000. NIH Publ. No. 05-5302 ed.

Bethesda, MD: 2006. National Cancer Institute.

INAHTA. Endoscopic Ultrasound for Evaluating Pancreatic, Gastric, Esophageal and Hepatobiliary Neoplasms [online]. 2008. Disponible: URL: [http://www.inahta.org/upload/Briefs\\_8/08048\\_MSAC\\_Endoscopic\\_Ultrasound\\_Neoplasms.pdf](http://www.inahta.org/upload/Briefs_8/08048_MSAC_Endoscopic_Ultrasound_Neoplasms.pdf).

Institut de Veille Sanitaire (InVS). Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005. Disponible : URL: [http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations\\_cancers/default.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm)

Institut de Veille Sanitaire (InVS), Institut National du Cancer (INCa), Réseau Francim, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Hospices civils de Lyon (HCL). Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 - Œsophage [online]. 05/05/2010. Disponible: URL: [http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/donnees\\_localisation/oesophage.pdf](http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/donnees_localisation/oesophage.pdf).

Institut National du Cancer (INCa). Démarches sociales et cancer. Juillet 2009. Disponible: URL: <http://www.e-cancer.fr/expertises-publications-de-l-inca/guides-cancer-info-pour-les-patients>

Institut National du Cancer (INCa). Données minimales à renseigner pour une tumeur primitive. Décembre 2009. Disponible: URL: <http://www.e-cancer.fr/soins/anatomocytopathologie#compte-renduhttp://www.e-cancer.fr/accueil-incanet>

Institut National du Cancer (INCa). Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux [online]. Avril 2010. Disponible: URL: <http://www.e-cancer.fr/les-soins/4211-survie-des-patients-atteints-de-cancers-en-france-linca-dresse-un-etat-des-lieux>

Institut National du Cancer (INCa). Fiche repère "Cancers et tabac" [online]. Avril 2011. Disponible: URL: <http://www.e-cancer.fr/prevention/facteurs-de-risque-et-de-protection/tabac/>

Institut National du Cancer (INCa). Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France [online]. Novembre 2010. Disponible: URL: [http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4703&Itemid=2834](http://www.e-cancer.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=4703&Itemid=2834)

Kumekawa Y, Kaneko K, Ito H, Kurahashi T, Konishi K, Katagiri A et al. Late toxicity in complete response cases after definitive chemoradiotherapy for esophageal squamous cell carcinoma. Journal of Gastroenterology 2006;41(5):425-32.

Levi F, Randimbison L, Maspoli M, Te VC, La VC. Second neoplasms after oesophageal cancer. International Journal of Cancer 2007;121(3):694-7.

Mariette C, Piessen G, Triboulet JP. Therapeutic strategies in oesophageal carcinoma: role of surgery and other modalities. Lancet Oncology 2007;8(6):545-53.

Morganstern B, Anandasabapathy S. GERD and Barrett's esophagus: diagnostic and management strategies in the geriatric population. Geriatrics 2009;64(7):9-12.

Morota M, Gomi K, Kozuka T, Chin K, Matsuura M, Oguchi M et al. Late toxicity after definitive concurrent chemoradiotherapy for thoracic esophageal carcinoma. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics 2009;75(1):122-8.

Murthy SC, Rozas MS, Adelstein DJ, Mason DP, Calhoun R, Rybicki LA et al. Induction chemoradiotherapy increases pleural and pericardial complications after esophagectomy for cancer. Journal of Thoracic Oncology: Official Publication of the International Association for the Study of Lung Cancer 2009;4(3):395-403.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Esophageal Cancer V.2.2010. 19/07/2010.

Peeters M, Lerut T, Vlayen J, Mambourg F, Ectors N, Deprez P et al. Guideline pour la prise en charge du cancer œsophagien et gastrique : éléments scientifiques à destination du Collège d'Oncologie [online]. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE reports 75B. 2008. Disponible: URL: [http://www.kce.fgov.be/index\\_fr.aspx?SGREF=3463&CREF=10743](http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3463&CREF=10743).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of oesophageal and gastric cancer [online]. 2006. Disponible: URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign87.pdf>.

Sobin L, Gospodarowicz M, Wittekind C, eds. TNM : Classification des tumeurs malignes (7<sup>e</sup> Éd.). 2010.

Société Française d'Endoscopie Digestive. Diagnostic et surveillance de l'endobrachyoesophage : Recommandations. Janvier 2007. Disponible: URL: [http://www.sfed.org/documents\\_sfed/files/recommandations/EBO\\_diagnostic\\_surveillance.pdf](http://www.sfed.org/documents_sfed/files/recommandations/EBO_diagnostic_surveillance.pdf)

Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Guidelines for Diagnostic Laparoscopy [online]. 2007. Disponible: URL: <http://www.sages.org/publication/id/12/>.

Stahl M, Budach W, Meyer HJ, Cervantes A, On behalf of the ESMO Guidelines Working Group.

Esophageal cancer: Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 2010;21(suppl 5):v46-v49.

Stahl M, Oliveira J, On behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Esophageal cancer: ESMO Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 2009;20(suppl 4):iv32-iv33.

Thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD). Cancer de l'œsophage [online]. 2007. Disponible: URL: <http://www.snfge.asso.fr/data/ModuleDocument/publication/5/pdf/TNCD-chapitre-1346.pdf>.

Tuebergen D, Rijcken E, Mennigen R, Hopkins AM, Senninger N, Bruewer M. Treatment of thoracic esophageal anastomotic leaks and esophageal perforations with endoluminal stents: efficacy and current limitations. Journal of Gastrointestinal Surgery 2008;12(7):1168-76.

Van Cutsem E, Van de Velde C, Roth A, Lordick F, Kohne CH, Cascinu S et al. Expert opinion on management of gastric and gastro-oesophageal junction adenocarcinoma on behalf of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)-gastrointestinal cancer group. European Journal of Cancer 2008;44(2):182-94.

Wang KK, Wongkeesong M, Buttar NS, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement: Role of the gastroenterologist in the management of esophageal carcinoma. *Gastroenterology* 2005;128(5):1468-70.

Wong R, Walker-Dilks C. PET Imaging in Esophageal Cancer: Recommendations [online]. Cancer Care Ontario (CCO). 2009. Disponible: URL: <http://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=43135>.

HAS



Toutes les publications de la HAS et de l'INCa sont téléchargeables  
sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)