

#001

Objectifs du carnet

Tumeurs de l'Œsophage

Carte de révision oncologie

- 1 Reconnaître tumeurs de l'œsophage : dysphagie progressive, amaigrissement, odynophagie ou anémie.
- 2 Facteurs, contextes ou mécanismes majeurs : tabac-alcool pour épidermoïde, RGO/Barrett pour adénocarcinome.
- 3 La preuve histologique et la stadification précèdent la stratégie chaque fois que l'urgence le permet.
- 4 Toujours évaluer performance status, comorbidités, douleur, nutrition, thrombose et souhait du patient.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Situer tumeurs de l'Œsophage dans le champ de oncologie et préciser ce qui doit être acquis avant d'aller plus loin.
- Décrire la présentation attendue: dysphagie progressive, amaigrissement, odynophagie ou anémie.
- Identifier pour tumeurs de l'Œsophage les situations qui changent immédiatement le niveau de soins: urgence oncologique, infection, thrombose, compression, douleur non contrôlée ou altération de l'état général.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, formuler une décision finale datée: lieu de prise en charge, traitement, surveillance et délai de réévaluation.

#002

Reconnaître, confirmer, stadifier

- Interroger et examiner en ciblant tumeurs de l'Œsophage: symptômes cardinaux, chronologie, facteurs déclenchants et retentissement.
- Préciser le terrain utile pour tumeurs de l'Œsophage: tabac-alcool pour épidermoïde, RGO/Barrett pour adénocarcinome.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, séparer forme simple, forme compliquée, diagnostic différentiel dangereux et situation relevant d'un recours senior.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, choisir les examens qui répondent à une question explicite: confirmer, stadifier, surveiller ou préparer un geste.

#003

Traiter, accompagner, surveiller

- Première décision pour tumeurs de l'Œsophage: endoscopie biopsies, scanner, échoendoscopie et TEP selon stade.
- Suivi rapproché de tumeurs de l'Œsophage: nutrition, stent, fistule, douleur, déglutition et stratégie néoadjuvante.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, escalader vers RCP ou avis oncologie/organe si gravité, doute persistant, échec thérapeutique ou besoin de geste spécialisé.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, adapter la stratégie au patient réel: âge, comorbidités, traitements, souhaits, autonomie et ressources disponibles.

#004

Pièges fréquents

- Piège classique dans tumeurs de l'Œsophage: rassurer trop tôt devant une présentation incomplète ou un examen initial normal.
- Piège thérapeutique: traiter un symptôme de tumeurs de l'Œsophage sans planifier la réponse attendue et le seuil d'échec.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, piège d'organisation: oublier d'écrire qui revoit le patient, quand, avec quel résultat attendu.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, piège EDN: mélanger diagnostic, gravité et orientation; ces trois décisions doivent rester séparées.

#005

Synthèse opérationnelle

- Synthèse de tumeurs de l'Œsophage: nommer le problème, le mécanisme probable, la gravité et l'objectif de prise en charge.
- Documenter ce qui manque encore pour tumeurs de l'Œsophage: examen, biologie, imagerie, avis ou résultat microbiologique/anatomopathologique.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, prévoir les complications prévisibles et les signes d'alerte que le patient ou l'équipe doivent surveiller.
- Pour Tumeurs de l'Œsophage, terminer par une transmission courte: diagnostic retenu, hypothèse dangereuse exclue ou non, traitement, surveillance.

Sources: Référentiels d'oncologie médicale, hématologie et organes selon les thèmes;
Recommandations INCa et HAS selon les situations; Supports locaux SSD1/Alex/25- Cancerologie;
Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte