Opération de l'oesophage le programme ERAS

azdelta
Uw ziekenhuis.

Contenu

1. Avant l'opération 5
2. Pendant l'opération (jour 0) 10
3. Après l'opération (Jour 1 - ...) 16
4. Suivi 23
5. Questions fréquentes 24
6. Contact 26
7. Sites intéressants 26

© AZ Delta
Cette publication ne peut être copiée en tout ou en partie, ni rendue publique, de quelque manière que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

	DAG 0 Operatie	DAG 1	DAG 2	DAG 3	DAG 4	DAG 5	DAG 6	DAG 7	DAG 8	DAG 9	DAG 10
Pijn/Verblijf	Epidurale pijnpomp IZ	Epidurale pijnpomp IZ	Epidurale pijnpomp IZ	Epidurale pijnpomp & pijnklever Ontslag IZ	Pijnklever + Zo nodig smelttablet (zn 6x/d) Ontslag IZ	Pijnklever + zo nodig smelttablet (zn 6x/d) Ontslag IZ	Pijnklever + Zo nodig smelttablet (zn 6x/d)	Pijnklever + Zo nodig smelttablet (zn 6x/d)	Pijnklever + Zo nodig smelttablet (zn 6x/d) ontslag	Pijnklever + Zo nodig smelttablet (zn 6x/d) ontslag	Pijnklever + Zo nodig smelttablet (zn 6x/d) ontslag
Voeding	Nuchter blijven (MS)	Nuchter (MS) + Sondevoeding start	Slokje water (MS) + SV opdrijven	MS uit water/thee/ koffie/yoghurt/ pudding + SV	Start vaste, zacht, gemalen voeding + SV	Vaste, zacht, gemalen voeding + SV	Vaste, zacht, gemalen voeding + SV enkel 's nachts indien mogelijk	Vaste, zacht, gemalen voeding + SV enkel 's nachts indien mogelijk	Vaste, zacht gemalen voeding + SV enkel 's nachts indien mogelijk	Vaste, zacht, gemalen voeding + evt. afbouw SV	Vaste, zacht, gemalen voeding + evt. afbouw SV
Activiteit	Zo mogelijk ademhalings-therapie + Opzitten rand van het bed	Ademhalings-therapie + Opzitten in de zetel + stapjes in kamer	Ademhalings-therapie + Begeleid stappen op kamer/gang	Ademhalings-therapie + Begeleid stappen op de gang	Ademhalings-therapie + Begeleid/ zelfstandig stappen op de gang	Ademhalings-therapie + Zelfstandig stappen op de gang	Zo nodig ademhalings-therapie + Zelfstandig stappen op de gang/ begeleid trappen	Zo nodig ademhalings-therapie + Zelfstandig trappen	Oefenzaal + Zelfstandig trappen en wandelen	Oefenzaal + Zelfstandig trappen en wandelen	Oefenzaal + Zelfstandig trappen en wandelen

IZ = Intensieve Zorgen **SV= sondevoeding** **Evt.=Eventueel**
MS = Maagsonde **meestal ontslag tussen dag 8-12**

Chère patiente, Cher patient,

ERAS est une abréviation anglaise qui signifie « Enhanced Recovery After Surgery » ou « rétablissement accéléré après chirurgie ». Dans cette brochure, nous avons le plaisir de vous informer sur la chirurgie de l'œsophage et sur le programme de rétablissement accéléré qui y est associé. L'objectif de ce programme est de réduire le risque de complications postopératoires.

Ces informations vous sont fournies afin de mieux comprendre votre maladie. En tant qu'hôpital, nous souhaitons vous impliquer activement dans votre traitement et nous savons d'expérience que de nombreuses personnes apprécient cette initiative. Votre traitement est une collaboration entre différents prestataires de soins, mais **surtout avec vous**.

Nous avons divisé la brochure en 4 chapitres : **avant** l'opération, **pendant** l'opération, **après** l'opération et **suivi.**

Vous pouvez vous-même jouer un grand rôle afin que l'opération se passe du mieux possible. Nous espérons dès lors que la lecture de cette brochure vous permettra de mieux vous préparer à l'intervention. N'hésitez pas à nous contacter si quelque chose ne vous semble pas clair et/ou si vous souhaitez poser des questions.
Vous trouverez nos coordonnées à la fin de cette brochure.

Les médecins et collaborateurs du groupe de chirurgie de l'œsophage

1 Avant l'opération

Avant l'opération, vous pouvez vous-même déjà jouer un grand rôle afin de faciliter votre rétablissement. Des études ont montré que les points ci-dessous permettent d'accélérer le rétablissement et de réduire les complications.

Bouger





Il est recommandé de **bouger chaque jour pendant 30 minutes au moins**. Si possible, deux fois 30 minutes par jour.
L'effort (marche, vélo, tâches ménagères...) doit être d'une intensité telle que votre respiration devient un peu plus difficile, mais que vous pouvez encore parler. Si votre effort est trop intense, vous ne parvenez plus à parler. Dans ce cas, il est recommandé de réduire l'intensité.

Il est préférable de bouger 30 minutes à une intensité plus faible que de devoir arrêter l'effort après 10 minutes car l'intensité est trop forte.

Grâce à cet exercice quotidien, vous vous sentirez plus en forme et augmenterez vos chances d'un rétablissement plus rapide après l'opération.
Le but est que votre endurance et vos muscles soient dans une condition optimale.

Des **exercices de respiration** vous seront enseignés avant l'opération si votre fonction pulmonaire est diminuée. Après l'anesthésie et l'opération, la production de mucus dans les poumons augmente souvent. Pour que vos poumons soient

à nouveau ventilés au maximum, il est important que ces mucosités soient expectorées. L'apprentissage d'exercices de respiration et l'entraînement des muscles respiratoires avant l'opération favoriseraient l'élimination des mucosités et permettraient ainsi de prévenir une infection pulmonaire.

Arrêter de fumer



Arrêter de fumer, c'est aussi dire adieu aux plus de 7000 substances toxiques contenues dans la fumée de cigarette. Des études ont montré que l'arrêt du tabac a des effets bénéfiques sur votre corps. Les complications sont ainsi souvent évitées.

Quels sont les risques si vous continuez à fumer ?

- Problème pulmonaire : léger (p. ex. infection, obstruction d'une bronche) ou grave (p. ex. détresse respiratoire aiguë)
- Complications cardiovasculaires (p. ex. risque accru de crise cardiaque, d'accident vasculaire cérébral)
- Problèmes de cicatrisation de la plaie

Si vous n'avez pas trouvé le bon moment pour arrêter de fumer, c'est maintenant ! Arrêtez le plus vite possible, car plus longtemps vous êtes sevré avant l'opération, plus le risque de complications liées au tabagisme est faible.

Il est préférable d'arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'opération.
Les risques d'effets secondaires dus au tabac disparaissent alors.
Si vous arrêtez 2 à 3 semaines avant l'intervention, vous pouvez encore réduire les risques. Même si vous vous arrêtez 48 heures avant l'opération, vous en retirerez un bénéfice, car l'oxygène disposera de plus d'espace dans le sang.

Si vous souhaitez être accompagné et soutenu, nous pouvons vous aider. Vous trouverez les coordonnées de l'accompagnement au sevrage tabagique à la fin de cette brochure.

Alimentation



L'alimentation est très importante tant avant qu'après l'opération. Un bon état nutritionnel et un poids corporel stable augmentent les chances que l'opération se passe bien. Il est important de ne pas maigrir ou de maigrir le moins possible entre le diagnostic et le traitement chirurgical. Une diminution de l'appétit n'est pas inhabituelle chez les personnes souffrant d'une tumeur de l'œsophage, en raison des problèmes de passage des aliments, des douleurs à la déglutition, du reflux acide, des nausées, etc. Sachez que ces troubles ne sont pas présents chez tout le monde.
Il est donc parfois nécessaire d'adapter les habitudes alimentaires. La diététicienne recherchera avec vous les meilleures solutions possibles pour répondre à vos besoins nutritionnels.
En cas de perte de poids, privilégiez les aliments riches en calories.

Voici d'ores et déjà quelques conseils.

- **En cas de problèmes de passage des aliments, adoptez une alimentation molle, moulue et/ou liquide.**
- **Mangez de préférence de petits repas fréquents (cinq à six par jour) plutôt que trois gros repas.**
- **Mangez tout ce dont vous avez envie, peu importe le moment.**
- **Évitez de boire beaucoup pendant les repas. Les boissons peuvent vous donner une sensation de satiété et freiner l'appétit.**
- **Prenez votre temps et mangez tranquillement.**
- **Évitez les aliments irritants ou piquants.**
- **Limitez les boissons alcoolisées.**

Si les adaptations de votre régime alimentaire ordinaire n'apportent pas de solution suffisante, il est recommandé de prendre des **compléments nutritionnels**. La diététicienne vous aidera à faire un choix.
Dans des cas exceptionnels, une **alimentation par sonde** doit être démarrée avant l'opération. L'alimentation par sonde est administrée dans l'intestin grêle.
Si vous rencontrez des difficultés pour vous alimenter chez vous, nous vous invitons à contacter la diététicienne Saar Vankeirsbilck, au 051 23 71 52.

La veille de l'opération : admission à l'unité de soins (jour -1)

L'hospitalisation est **prévue un jour avant l'opération proprement dite**. Les préparatifs de l'intervention peuvent ainsi se faire dans le calme.

Admission dans l'après-midi
Vous devez d'abord vous présenter à l'accueil de l'hôpital. Vous avez besoin de votre carte d'identité. Si vous possédez une assurance hospitalisation, nous vous conseillons de prendre

contact le plus rapidement possible avec votre compagnie d'assurance.
Une fois enregistré(e), vous pouvez vous rendre dans l'unité de soins. Le personnel infirmier de l'unité de soins vous accueille et vous fournit les explications nécessaires sur votre chambre et sur l'unité de soins. Dans le courant de l'après-midi et de la soirée, les préparatifs en vue de l'intervention sont réalisés. Si nécessaire, votre abdomen et votre thorax sont rasés, les mesures pour les bas anti-thrombose sont prises, une prise de sang est effectuée et des informations sont recueillies. Comme il n'est pas toujours évident de savoir ce que vous pouvez emporter à l'hôpital, nous avons dressé une liste pour vous.

Que devez-vous apporter à l'hôpital ?

- **La liste des médicaments que vous prenez chez vous (mentionnant la dose (mg, ml, g..), le moment, le mode d'administration, le médicament, etc. corrects)**
- **Votre nécessaire de toilette (brosse à dents et dentifrice, savon, essuie de toilette...)**
- **Des vêtements de nuit, peignoir, pantoufles**
- **Vous passerez une nuit dans l'unité de soins, puis vous serez transféré(e) au service des soins intensifs. Comme vos affaires ne vous accompagnent pas au service des soins intensifs, nous vous recommandons de n'en prévoir que pour une nuit.**

Nous vous conseillons de ne pas apporter d'objets de valeur à l'hôpital. Vous disposez d'un casier, mais la place y est limitée. Ce casier est en outre vidé quand vous êtes conduit(e) en soins intensifs.

Service social
Pendant votre séjour à l'hôpital, vous pourriez être confronté(e) à des problèmes administratifs, financiers ou personnels à la suite de votre hospitalisation ou de votre maladie. Le service social écoute vos besoins avec une grande attention et recherche avec vous des solutions adaptées. Le

service social peut vous aider à régler vos affaires personnelles et pratiques. Durant votre séjour à l'hôpital, vous recevrez la visite de l'assistante sociale. Elle examinera avec vous l'aide et/ou les accessoires dont vous aurez besoin chez vous et vous donnera également des informations sur les avantages sociaux et/ou les interventions possibles.

Pour votre confort, il est important de prendre les précautions nécessaires. Contactez-nous de préférence avant votre hospitalisation afin que le service social puisse vous soutenir et vous accompagner en temps opportun.
Les contacts avec les prestataires de soins à domicile (infirmier/ère à domicile, aide familiale, aide ménagère, repas chauds, magasin de matériel de soins à domicile...) sont très importants. Vous pouvez faire appel au service social pour toute demande relative à un séjour dans un centre de convalescence, un centre de revalidation, un court séjour, etc.

Psychologue
Être confronté à une maladie et à une hospitalisation n'est pas évident. Une telle situation a un impact sur toute la famille. En tant que patient(e), vous pouvez faire appel à un psychologue, mais vos enfants ou petits-enfants peuvent aussi avoir besoin d'un accompagnement. Pour ce faire, ils peuvent s'adresser à Het Vlinderhuis. Pour en savoir plus, contactez votre prestataire de soins.

2 Pendant l'opération (jour 0)

Opération

Le jour de l'opération, vous boirez **une boisson riche en glucides (jus de pomme) 2 à 3 heures avant l'intervention** . Des études ont montré que cette boisson influence positivement l'évolution après l'opération.

Avant de vous conduire en salle d'opération, nous vous mettons des bas anti-thrombose et une blouse d'opération. Ce sont

les seules choses que vous pouvez avoir sur vous. Les sous-vêtements, les lunettes, les lentilles de contact, les bijoux, les prothèses dentaires éventuelles et tout autre objet ne sont pas autorisés.

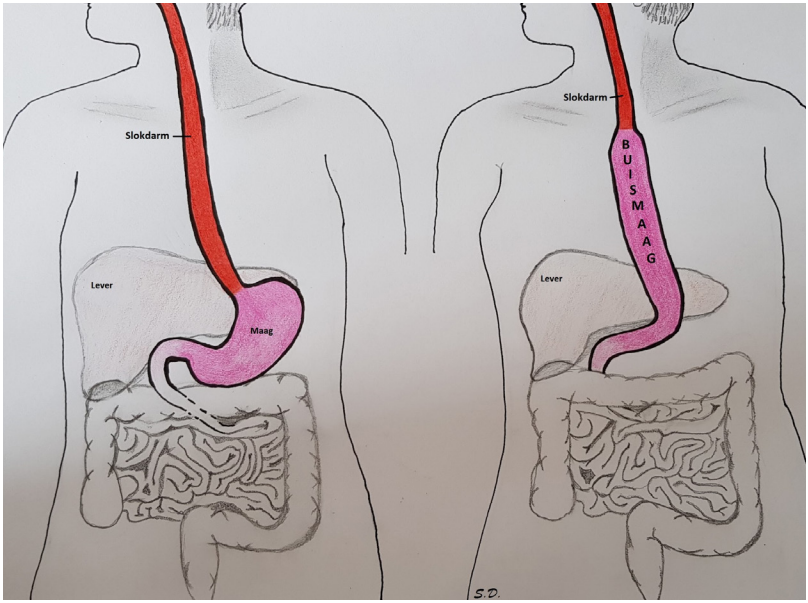
Lorsque c'est votre tour, vous êtes emmené(e) au bloc opératoire, dans votre lit. Vous patientez un instant dans la salle d'attente et l'infirmier/ère responsable vient vous poser quelques questions et contrôler certaines choses supplémentaires. Vous êtes ensuite conduit(e) en salle d'opération. Vous pouvez y voir divers appareils qui nous aident à surveiller les fonctions de votre corps pendant l'opération.
Un certain nombre de tuyaux et d'adhésifs sont posés sur vous à cet effet.



Pour calmer la douleur pendant et après l'intervention, une **pompe d'analgésie péridurale** est mise en place. Pour ce faire, vous devez vous asseoir sur le bord de la table d'opération. Un cathéter péridural va alors être posé au niveau de votre colonne vertébrale. Votre dos est désinfecté, puis anesthésié localement. Une aiguille est introduite dans votre dos, au niveau de vos vertèbres. Un fin tube est ensuite placé dans votre canal rachidien. L'analgésie est administrée par cette voie. L'aiguille est retirée. Le tube reste en place et est fixé sur votre dos à l'aide de ruban adhésif. Les infirmiers et l'anesthésiste vous donneront des instructions pendant la mise en place.



L'opération peut être une intervention ouverte, une endoscopie ou une combinaison des deux. Le chirurgien aura choisi au préalable la meilleure voie d'accès et en aura discuté avec vous. Le type d'opération dépend de la localisation de la tumeur, de son étendue et de votre état général. Le principe de l'opération reste cependant identique. Votre tumeur et le tissu adipeux et glandulaire qui l'entoure sont retirés. Ensuite, votre estomac est utilisé pour créer un tube qui remplacera la partie de votre œsophage qui a été enlevée. L'illustration ci-dessous vous montre la situation avant (à gauche) et après (à droite) l'opération.



Si l'estomac doit être retiré complètement, il ne peut pas être utilisé pour la reconstruction. Dans ce cas, une partie de votre intestin grêle est employée pour remplacer l'œsophage.
La durée de l'opération est difficile à prévoir, mais elle est généralement **de 4 à 7 heures.** Vous êtes ensuite immédiatement transféré(e) au service des soins intensifs.

Service des soins intensifs

Le service des soins intensifs du campus Rumbeke de l'AZ Delta est subdivisé en quatre unités :

- Soins intensifs 1 ; deuxième étage, 051 23 71 01
- Soins intensifs 2 ; deuxième étage, 051 23 71 02
- Soins intensifs 3 ; troisième étage, 051 23 71 03
- Soins intensifs 4 ; troisième étage, 051 23 71 04

Vous serez conduit(e) dans une de ces quatre unités de soins intensifs.

Les **heures de visite** sont identiques dans toutes les unités

de soins, à savoir de **15 h 00 à 15 h 30 et de 19 h 00 à 19 h 45**. Les visites sont limitées à ces deux courtes périodes par jour, afin de ne pas perturber le repos des patients, mais aussi de permettre aux soignants de travailler de manière optimale. Nous vous demandons dès lors de limiter le nombre de visiteurs et de respecter autant que possible le calme.

Pour des raisons de respect de la vie privée, il est interdit de prendre des photos et de réaliser des vidéos.

Il est généralement impossible de porter vos propres vêtements de nuit, en raison des nombreux câbles et tuyaux. C'est pourquoi tous les patients portent une blouse de l'hôpital. Les principales affaires personnelles dont un patient a besoin sont, éventuellement, ses lunettes, sa prothèse dentaire, son appareil auditif et/ou son rasoir. Le nom du patient doit de préférence être indiqué sur ces affaires personnelles.

Tuyaux et sondes

Chaque sonde, tuyau et câble possède une fonction spécifique qui favorise votre rétablissement et surveille de près vos fonctions corporelles.

Sonde gastrique
La sonde gastrique est introduite dans le nouvel estomac tubulisé par le nez. Le suc gastrique et l'air peuvent ainsi être évacués. Cette sonde est généralement retirée vers le troisième jour après l'opération.

Drain(s) thoracique(s)
Un tube est placé dans le thorax afin d'éviter l'accumulation de liquide. Le liquide excédentaire s'écoule, ce qui permet aux poumons de se déployer de manière optimale. Selon la quantité de liquide qui s'écoule, la sonde peut être retirée ou non.

Du liquide et des médicaments sont en outre administrés par **perfusion** dans la circulation sanguine. Cette perfusion est retirée dès que possible.

Drains (de plaie)
Les drains sont mis en place pendant l'opération afin d'évacuer l'exsudat. Le nombre de drains dépend du type d'opération. Ils sont retirés en fonction de la quantité d'exsudat qui s'écoule de la plaie.

Sonde de jéjunostomie
Cette sonde est mise en place pendant l'opération afin de pouvoir vous alimenter après l'opération. Elle est introduite dans l'intestin grêle, à travers la paroi de l'abdomen. Les premiers jours, vous ne pouvez pas manger par la bouche, afin de permettre une guérison optimale à l'intérieur de votre corps. L'alimentation par sonde est démarrée le lendemain de l'opération, d'abord à faible vitesse, puis est augmentée progressivement.

Mini-canule de trachéotomie
Cette canule n'est pas mise en place lors de chaque type d'opération. Il s'agit d'un fin tube placé directement dans la trachée afin que les mucosités puissent être aspirées. Comme l'expectoration du mucus est parfois douloureuse et difficile, une mini-canule de trachéotomie s'avère un outil pratique pour éliminer les mucosités. Elle permet ainsi de réduire le risque d'infection pulmonaire. Elle est retirée dès que le mucus peut être suffisamment expectoré.

Sonde vésicale
La sonde vésicale est mise en place pendant l'opération. Elle permet de voir si vos reins fonctionnent correctement après l'opération. La sonde vésicale est retirée lorsque vous pouvez vous rendre aux toilettes ou lors du retrait de la pompe d'analgésie, en général entre les jours 3 et 5.

Pompe d'analgésie péridurale
La dose administrée par la pompe est progressivement diminuée. La pompe est retirée après 4 à 5 jours, à condition que la douleur soit suffisamment sous contrôle.

3 Après l'opération (Jour 1 - ...)

Le programme de rétablissement accéléré comporte **3 piliers très importants** : **l'analgésie, l'alimentation et l'activité**. Un plan journalier est par conséquent établi afin que votre guérison se déroule du mieux possible.

Plan journalier

Jour 0 (jour de l'opération)
Le matin de l'opération, vous êtes réveillé(e) 2 à 3 heures avant l'intervention pour boire une boisson riche en glucides. Une pompe d'analgésie péridurale est mise en place au bloc opératoire, afin de vous administrer une analgésie suffisante pendant et après l'opération. Après l'opération, vous êtes conduit(e) au service des soins intensifs. Le soir, vous devez vous asseoir sur le bord du lit ou du fauteuil. Vous êtes à jeun et vous ne pouvez rien manger. Une quantité suffisante de liquide vous est toutefois administrée dans la circulation sanguine. Une sonde gastrique vous aura été posée (par le nez) afin d'évacuer le suc gastrique et l'air.

Jour 1
Le jour 1 après l'opération, la pompe d'analgésie péridurale est toujours présente. Si vous avez mal, vous pouvez vous administrer l'analgésique vous-même à l'aide d'un bouton. La pompe est réglée de manière que vous ne puissiez pas vous administrer une trop grande quantité d'analgésique. Le jour 1, vous ne pouvez encore rien manger, mais l'alimentation par sonde est démarrée. La sonde gastrique est encore présente

pour évacuer le suc gastrique et l'air, de sorte que la plaie à l'intérieur puisse bien guérir. Aujourd'hui, vous vous asseyez droit dans le fauteuil et vous pouvez déjà faire quelques pas dans la chambre.

Jour 2
La pompe d'analgésie péridurale est encore présente. Vous restez au service des soins intensifs et vous marchez avec un accompagnateur dans le couloir et/ou la chambre. Dans la mesure du possible, vous pouvez boire quelques gorgées d'eau. La sonde gastrique est toujours en place. L'alimentation par sonde est augmentée.

Jour 3
En fonction de votre état général, vous serez reconduit(e) dans l'unité de soins entre les jours 3 et 5. Votre pompe d'analgésie péridurale est toujours présente, mais le soir, les infirmiers posent également un patch antidouleur. Le patch a ainsi suffisamment le temps d'agir et de délivrer l'analgésie. La pompe d'analgésie est arrêtée le lendemain de l'application du patch (généralement le jour 4 ou 5). Chez la plupart des patients, la sonde gastrique peut être enlevée le jour 3. Vous pouvez boire de l'eau, du thé ou du café et manger du yaourt ou du pudding. L'alimentation par sonde se poursuit. Vous pouvez marcher dans le couloir avec un accompagnateur.

Jour 4
Le jour 4 ou 5, votre pompe d'analgésie peut être arrêtée et est retirée. Le patch antidouleur, éventuellement combiné à des antalgiques, assure à présent votre analgésie. Si vous séjournez encore au service des soins intensifs, il se peut que vous soyez transféré(e) dans l'unité de soins. Cela dépend de votre état général. Le médecin décidera quand vous êtes prêt(e) à être transféré(e) dans l'unité de soins. Si vous parvenez à manger du yaourt ou du pudding et à boire du café, de l'eau ou du thé, les aliments mous/mixés sont démarrés. Toujours en association avec l'alimentation par sonde pour que vous receviez suffisamment de nutriments. Aujourd'hui, vous pouvez marcher dans le couloir avec un accompagnateur ou seul(e).

Jour 5
En l'absence de complications, vous êtes transféré(e) dans l'unité de soins aujourd'hui au plus tard. Le patch antidouleur et les antalgiques que vous pouvez prendre en complément, si nécessaire, assurent l'analgésie. Dans la mesure du possible, vous pouvez déjà manger quelque chose, toujours en association avec l'alimentation par sonde. Vous continuez à vous exercer à marcher dans le couloir.

Jour 6
Le patch antidouleur et les antalgiques sont poursuivis jusqu'à ce que vous n'ayez plus mal. Vous alimenter devient plus facile jour après jour et l'alimentation par sonde n'est plus administrée que la nuit. Pendant la journée, vous ressentez à nouveau une sensation de faim et vous pouvez mieux bouger. Le jour 6, le but est que vous montiez un escalier avec un accompagnateur et que vous marchiez seul(e) dans le couloir.

Jour 7
Le septième jour est identique au sixième.

Jour 8
La plupart des patients rentrent chez eux entre le jour 8 et le jour 12. Votre médecin décidera quand vous pouvez rentrer chez vous. Plusieurs critères sont pris en compte pour que vous puissiez rentrer chez vous : pouvoir emprunter un escalier de manière autonome, pouvoir manger quelque chose normalement et bien contrôler la douleur.

Jours 9, 10 et suivants
Votre rétablissement se poursuit jusqu'à ce que vous soyez prêt(e) à rentrer chez vous.

Complications possibles

Lors de l'utilisation de ce programme ERAS, nous constatons une forte diminution du nombre de complications après l'opération. Néanmoins, les complications ne peuvent pas

toujours être évitées. C'est pourquoi nous avons dressé la liste des complications les plus graves. Celles-ci peuvent être subdivisées en complications précoces (pendant l'hospitalisation) et complications tardives. Une réintervention est rarement nécessaire.

Complications précoces

Des complications après l'intervention chirurgicale sur l'œsophage se produisent dans 20-25 % des cas. La plupart d'entre elles ne sont pas graves et peuvent toujours être facilement traitées.

Saignement post-opératoire

Le risque de saignement post-opératoire est extrêmement faible.

Infection pulmonaire

Une infection pulmonaire se produit dans 20-30 % des cas lorsque la ventilation pulmonaire (respiration) n'est pas optimale. Les bactéries présentes peuvent alors se multiplier plus facilement et provoquer une infection.
Une respiration optimale est très importante pour prévenir une infection pulmonaire. Pour ce faire, les kinésithérapeutes vous feront réaliser des exercices et il est important que vous soyez en bonne condition avant l'opération. Il est conseillé d'arrêter de fumer afin de réduire le risque d'infection pulmonaire.
De nombreux éléments jouent un rôle dans la prévention d'une infection pulmonaire, par exemple s'asseoir droit, recommencer rapidement à bouger, apprendre des exercices de respiration... L'analgésie doit aussi permettre de bien respirer. Une bonne respiration est synonyme de poumons bien ventilés. Les kinésithérapeutes vont vous apprendre quelques astuces qui vous permettront de mieux respirer et d'expectorer plus facilement le mucus.

Enrouement

L'enrouement se produit lorsque les nerfs des cordes vocales qui passent juste à côté de l'œsophage ont été contusionnés ou

endommagés. De ce fait, les cordes vocales fonctionnent moins, ce qui provoque un enrouement. L'enrouement disparaît, mais, dans de rares cas, il peut être permanent. Les exercices vocaux permettent d'améliorer considérablement la parole. Le risque d'enrouement persistant lors d'une endoscopie (chirurgie mini-invasive) est de +/- 10 %. La probabilité d'un enrouement persistant lors d'une intervention ouverte avec une large incision dans le thorax est presque inexistante.

Fistule ou fuite
Une fistule, c'est-à-dire une fuite, peut se produire à l'endroit où l'œsophage restant est relié à l'estomac tubulisé.
Une fistule se produit dans environ 10 % des cas. En général, une fistule guérit spontanément après un certain temps, mais elle entraîne généralement une hospitalisation prolongée.
Si vous présentez cette complication, le médecin discutera avec vous du traitement approprié lors de votre admission.

Troubles du rythme cardiaque
La chirurgie thoracique augmente le risque de troubles du rythme cardiaque. Ceux-ci doivent être traités à l'aide de médicaments adaptés.

Fuite de chyle ou fuite d'un vaisseau lymphatique
L'opération peut endommager les vaisseaux lymphatiques. Dans de rares cas, un drainage prolongé de la lymphe est nécessaire.
Le traitement consiste généralement en un régime alimentaire adapté.

Décès
Un décès comme conséquence directe de la chirurgie se produit malheureusement dans 1 à 2 % des cas.

Complications tardives

Rétrécissement
L'estomac tubulisé et la partie restante de l'œsophage sont cousus ensemble et forment une cicatrice à l'intérieur. Le

tissu cicatriciel est moins élastique, ce qui peut entraîner un rétrécissement de la jonction avec l'estomac tubulisé. À cause de ce rétrécissement, il peut arriver que les aliments glissent moins bien. Ce problème peut être très gênant, mais il peut souvent être résolu par endoscopie, au cours de laquelle le rétrécissement est élargi. Si aucun autre problème ne se produit après l'opération, le risque de rétrécissement est relativement faible.

Syndrome de dumping
En cas de dumping, la nourriture passe plus rapidement que la normale et en grandes quantités dans la première partie de l'intestin grêle. Les nutriments sont alors dégradés et absorbés dans le sang plus rapidement, ce qui peut provoquer des désagréments tels que transpiration, maux de tête, nausées, diarrhée, palpitations, ballonnements, étourdissements et tremblements. L'absence d'une partie de l'estomac augmente le risque d'apparition de ces troubles. Ceux-ci se manifestent souvent peu après le repas, mais ils peuvent aussi apparaître entre 1 et 3 heures après.
Si vous présentez de tels symptômes, il est recommandé de consommer de plus petites quantités, mais plusieurs fois par jour. Il est également recommandé de manger calmement et de bien mâcher. Par ailleurs, nous constatons que limiter la consommation de boissons pendant le repas peut aider. Les sucres simples doivent de préférence être limités.
Une alimentation plus riche en fibres est recommandée. Après l'opération, la diététicienne vous remettra une brochure qui contient des conseils sur l'alimentation après une chirurgie de l'œsophage. Si vous avez des questions ou si vos troubles persistent, n'hésitez pas à vous adresser à la diététicienne (voir coordonnées à la fin de la brochure).

Reflux/remontées acides
Les remontées acides sont dues aux sucs intestinaux qui remontent dans l'estomac tubulisé. Il est conseillé de ne pas vous coucher à plat après le repas. Placez de préférence deux coussins sous votre tête. Vous évitez ainsi que les sucs intestinaux ne refluent plus facilement. Vous pencher en avant

pour nouer vos lacets, par exemple, favorise le reflux. Faites des mouvements lents ou placez vos chaussures sur un support afin de devoir vous pencher le moins possible.

Fatigue
La fatigue est très fréquente au cours des premières semaines après une chirurgie de l'œsophage. Il est conseillé d'y prêter attention pendant un certain temps après l'intervention et de ne pas vous surmener.

Revalidation

Si vous le souhaitez, vous pouvez suivre un programme de revalidation deux mois après votre opération.
Le programme de revalidation a pour but de vous faire sentir mieux tant physiquement que mentalement. En concertation avec votre médecin (généraliste), vous pouvez venir à la consultation de médecine physique. Un programme de revalidation vous est alors prescrit. Un plan d'activités individuel est établi à votre intention. Pour en savoir plus, discutez-en avec votre médecin ou votre prestataire de soins.

Après la sortie de l'hôpital

- **Lorsque vous rentrez chez vous, vous n'êtes pas encore en forme. Souvent, vous n'avez pas envie de faire quelque chose. C'est normal après cette opération. Il est important de trouver un équilibre entre assez de repos mais aussi assez de mouvement. La revalidation progresse lentement. Une fois que vous êtes suffisamment rétabli(e), vous pouvez reprendre vos activités antérieures.**

- **Une diminution de l'appétit n'est pas inhabituelle après une chirurgie de l'œsophage. Votre corps est encore en train de s'habituer à son nouvel intérieur. Mangez tout ce dont vous avez envie et essayez d'augmenter peu à peu votre prise alimentaire. Comptez 6 à 8 repas par jour. Et n'hésitez pas à nous contacter si vous rencontrez des difficultés.**

- **Au début, vous pouvez être essoufflé(e) plus rapidement lors d'un effort (léger). Cet effort peut s'accompagner de toux. Ceci est dû au fait que vos poumons sont encore occupés à récupérer. L'essoufflement diminue progressivement lorsque vous augmentez votre activité.**

- **Quand vous éternuez, toussez ou inspirez profondément, la pression s'accroît, ce qui peut être douloureux. Il est important de suivre au mieux les conseils des kinésithérapeutes concernant la respiration.**

4 Suivi

Deux à quatre semaines après votre sortie de l'hôpital, vous revenez consulter le chirurgien. Si ce n'est pas possible pour

vous pendant cette période, n'hésitez pas à nous contacter. Une consultation est ensuite planifiée après 3 mois chez le chirurgien. Bien entendu, un suivi oncologique est également assuré par le service des maladies gastro-intestinales et hépatiques pendant les cinq premières années.

5 Questions fréquentes

Quand puis-je recommencer à manger ?

Le jour 2, vous pouvez déjà boire une gorgée d'eau. Le médecin et les prestataires de soins vous diront quand vous pouvez le faire « en toute sécurité ». Si tout se passe bien, la sonde gastrique est retirée et vous pouvez manger du yaourt ou du pudding accompagné de thé, de café ou d'eau dès le jour 3 après l'opération. Au cours des jours suivants, votre alimentation évoluera en fonction de vos capacités.

Quand puis-je rentrer chez moi ?

L'objectif est une sortie à partir du jour 8 après l'opération. La plupart des patients rentrent chez eux entre les jours 8 et 12, s'il n'ont pas développé de complications importantes.

Puis-je recommencer à fumer après l'opération ?

Il est fortement recommandé de poursuivre votre sevrage tabagique après l'opération. Le sevrage tabagique a un effet bénéfique tant sur la cicatrisation que sur les complications tardives. Des études ont également montré que vous courez moins de risque de rechute.

Et si j'ai mal ?

Réduire la douleur signifie pouvoir respirer davantage, ce qui a un effet favorable sur la ventilation des poumons. Réduire la douleur signifie aussi moins de restriction des mouvements, ce qui influence positivement l'irrigation sanguine et la cicatrisation des plaies. Ne pas avoir mal améliore également le mental, ce qui favorise votre rétablissement. Si vous avez mal, prévenez au plus vite les prestataires de soins, les médecins, etc.

Quand la sonde de jéjunostomie est-elle retirée ?

L'alimentation par sonde est arrêtée lorsque vous pouvez manger suffisamment. Si vous ne pouvez pas encore manger suffisamment à votre sortie de l'hôpital, l'alimentation par sonde est poursuivie à domicile (uniquement la nuit). Quelques semaines après l'arrêt de l'alimentation par sonde, cette dernière peut être retirée en consultation chez le chirurgien, à condition que vous puissiez bien manger et que votre poids se maintienne. La sonde d'alimentation est retirée lorsque l'alimentation par la bouche se passe bien.

Quel est le coût ?

Pour toute question concernant les honoraires, le ticket modérateur et la quote-part personnelle du patient, vous pouvez toujours vous adresser au service facturation, en envoyant un message à facturatie@azdelta.be ou en appelant le 051 23 76 66.

6 Contact

Si vous observez un ou plusieurs des symptômes suivants, il est préférable de nous contacter.

- **Fièvre supérieure à 38 °C**
- **Modification de la région de la plaie : augmentation de la rougeur, chaleur, douleur, gonflement et/ou exsudat/pus**
- **Augmentation soudaine de l'essoufflement et/ou de la douleur**
- **Perte de poids et diminution de la prise alimentaire**

En cas de doute, de question ou de problème, contactez votre médecin, votre médecin généraliste ou votre infirmier/ère.

7 Sites intéressants

https://www.slokdarmcentrum.be
https://www.azdelta.be
http://www.tabacstop.be
http://www.stoppenmetroken.be
http:/www.tabakologen.be
http:/www.facebook.com/tabacstop
https://www.komoptegenkanker.be

Notes

Contact

Coordinateur des soins Chirurgie de l'œsophage AZ Delta
Simon Desnouck
tél. 051 23 73 32
e-mail simon.desnouck@azdelta.be

Coordinateur des soins Chirurgie de l'œsophage AZ Sint-Jan Brugge :
Wim Deduytsche
tél. 050 45 99 67
e-mail Wim.Deduytsche@azsintjan.be
Evie Schelstraete
tél. 050 45 99 66
e-mail Evie.Schelstraete@azsintjan.be

Secrétariats
AZ DELTA CAMPUS RUMBEKE
tél. 051 23 71 09
e-mail secr.chirurgie.rumbeke@azdelta.be
AZ SINT-JAN BRUGGE
tél. 050 45 25 60
e-mail algemene.heelkunde@azsintjan.be
- Urgences AZ Delta
tél. 112 ou 051 23 77 08

Services
*Unité de soins de chirurgie AZ Delta campus Rumbeke ;
tél. 051 23 71 76
*Soins intensifs 1 AZ Delta campus Rumbeke ;
tél. 051 23 71 01
*Soins intensifs 2 AZ Delta campus Rumbeke ;
tél. 051 23 71 02
*Soins intensifs 3 AZ Delta campus Rumbeke ;
tél. 051 23 71 03
*Soins intensifs 4 AZ Delta campus Rumbeke ;
tél. 051 23 71 04

Accompagnement au sevrage tabagique
- Horanka Uyttenhove, campus Rumbeke
tél. 051 23 81 82
e-mail Horanka.uyttenhove@azdelta.be
- Tabacstop : 0800 111 00 (numéro gratuit, figure également sur votre paquet de cigarettes)
- Votre médecin généraliste

- **Diététicienne** (conseils nutritionnels) : Saar Vankeirsbilck
tél. 051 23 71 52
e-mail saar.vankeirsbilck@azdelta.be
- **Service social :** Anouk Hessel
tél. 051 23 80 37
e-mail anouk.hessel@azdelta.be
- **Psychologue** : Annick Custers
tél. 051 23 75 63
e-mail annick.custers@azdelta.be
- **Psychologue pédiatrique et coordinatrice de Het Vlinderhuis** : Ilse Doom
tél. 051 23 81 87
e-mail ilse.doom@azdelta.be
- **Soins spirituels** : Bruno Vanruymbeke
tél. 051 23 39 65
e-mail bruno.vanruymbeke@azdelta.be
- **Kinésithérapie et physiothérapeute** :
tél. 051 23 77 25
Salle d'exercices : 051 23 77 47

Médecins

Dr Hans De Loof
Dr Jan Lesaffer
Dr Peter Lissens
Dr Yannick Mandeville

AZ Delta Deltalaan 1, 8800 Roeselare **t** 051 23 71 11 **e** info@azdelta.be **w** www.azdelta.be
0520 5777-FR **Cette brochure est revisée le 26/04/2024**