

CHIRURGIE DU CANCER DE L'ESTOMAC

SOMMAIRE

01	Introduction	4
02	Équipe multidisciplinaire	4
03	L'estomac	5
04	Traitement préopératoire	6
05	Que pouvez-vous faire vous-même avant l'opération ?	6
06	Consultation d'anesthésie préopératoire	8
07	Préparation à l'opération	9
08	Déroulement de l'opération	10
09	Le jour de l'opération	13
10	Après l'opération	13
11	Examen de la tumeur au microscope	17
12	La sortie	18
13	Les premières semaines après la sortie	19
14	Quand devez-vous contacter l'hôpital ou votre médecin traitant ?	19
15	Complications après l'opération	20
16	Questions fréquemment posées	21
17	Numéros de téléphone utiles	23

01 INTRODUCTION

Vous allez bientôt subir une intervention chirurgicale à l'estomac. C'est une intervention que nous pratiquons très souvent à l'UZ Gent. Une équipe de médecins et infirmiers et infirmières spécialisés se tient prête pour vous accompagner. L'opération est toujours réalisée par un médecin du cadre permanent.

Nous travaillons conformément au protocole ERAS (enhanced recovery after surgery). Ce programme de qualité nous aide à améliorer et à accélérer le rétablissement après l'opération. La plupart des patients peuvent quitter l'hôpital après 7 à 10 jours. Nous avons la conviction que votre convalescence sera plus facile dans votre propre environnement, à condition que vous n'ayez pas besoin d'autres soins médicaux. Le personnel soignant de l'hôpital vous accompagne après l'intervention et vous explique ce que vous pouvez faire vous-même pour vous rétablir plus rapidement et mieux. Nous vous demandons donc une coopération active.

Cette brochure vous informe au sujet de l'intervention et de la convalescence ultérieure. Veuillez prendre le temps de la lire dans son intégralité. N'hésitez pas à vous adresser à votre médecin traitant ou au personnel infirmier si vous avez d'autres questions.

02 ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

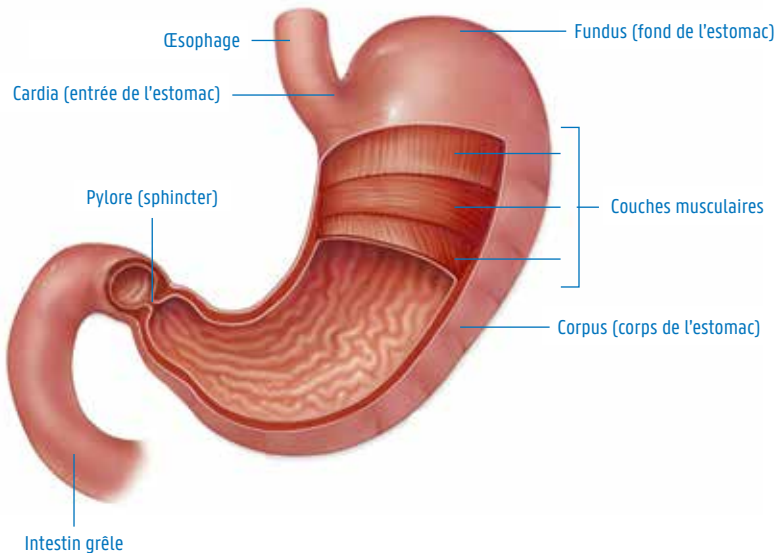
À l'UZ Gent, vous êtes pris(e) en charge par une équipe multidisciplinaire.

L'infirmier ou infirmière consultant(e) en oncologie digestive fait office de fil conducteur tout au long de votre parcours. Vous pouvez le/la contacter tous les jours pendant les heures de travail (tél. 09 332 19 50).

03 L'ESTOMAC

L'estomac comporte plusieurs parties :

- ▲ Le cardia (entrée de l'estomac) : C'est ici que l'œsophage rejoint l'estomac. Le fond de l'estomac (fundus) : La partie qui jouxte le diaphragme. Partie centrale de l'estomac/corps de l'estomac (corpus).
- ▲ La sortie de l'estomac (antre) avec le sphincter (pylore) : C'est ici que les aliments quittent l'estomac et pénètrent dans le duodénum.
- ▲ La paroi de l'estomac comporte une muqueuse, trois couches musculaires, des nerfs et des vaisseaux sanguins. L'estomac est tapissé par le péritoine. Un grand nombre de ganglions lymphatiques entourent l'estomac. Un tablier graisseux « pend » sous l'estomac. Il recouvre une grande partie des intestins.



04 TRAITEMENT PRÉOPÉRATOIRE

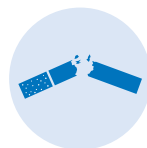
Vous avez peut-être déjà subi une chimiothérapie de plusieurs semaines, éventuellement associée à une radiothérapie pour réduire la tumeur et les ganglions lymphatiques qui l'entourent. Vous trouverez plus d'informations concernant ce traitement préliminaire dans la brochure consacrée à la chimiothérapie (et à la radiothérapie).

05 QUE POUVEZ-VOUS FAIRE VOUS-MÊME AVANT L'OPÉRATION ?

Vous pouvez effectuer plusieurs choses avant l'opération pour améliorer votre convalescence.

Arrêter de fumer

Tâchez d'arrêter de fumer dès que possible. Plus vite vous arrêterez de fumer, plus vos poumons auront le temps de se rétablir. Vous réduirez ainsi le risque de problèmes respiratoires et de mucosités après l'opération. Votre corps se rétablira également plus vite.



Essayez d'arrêter, de préférence, quatre semaines avant l'intervention. Si vous avez du mal à arrêter de fumer, vous pouvez contacter votre médecin généraliste ou le conseiller en sevrage tabagique de notre hôpital au 09 332 95 00.

Exercice au quotidien

Tâchez, en fonction de votre état, de bouger un peu tous les jours. Cela peut vous aider à vous sentir en meilleure forme avant l'opération et à vous rétablir plus rapidement après l'opération. Marcher une demi-heure par jour peut déjà aider.



Autres activités possibles :

- ▲ Promener le chien
- ▲ Monter et descendre les escaliers
- ▲ Faire du vélo
- ▲ Nager
- ▲ Danser



Kinésithérapie (respiratoire) préopératoire

Votre médecin spécialiste traitant peut également vous recommander d'effectuer quelques séances de kinésithérapie (respiratoire) préopératoire.



Votre kinésithérapeute :

- ▲ vous enseigne des exercices de respiration pour augmenter votre volume pulmonaire. Vous effectuez les exercices au moyen d'un spiromètre incitatif.
- ▲ vous enseigne des techniques de toux et d'expiration vous permettant de mieux expectorer les mucosités après l'opération.
- ▲ vous enseigne des techniques permettant de mieux soutenir la plaie postopératoire.
- ▲ peut, au besoin, vous donner des exercices destinés à entraîner vos muscles respiratoires.
- ▲ peut vous donner des exercices visant à maintenir ou à améliorer votre condition physique générale.

Avec cet ensemble d'exercices préopératoires, nous visons à accélérer votre rétablissement après l'opération.

Pour plus d'informations, vous pouvez toujours contacter un ou une kinésithérapeute de votre région ou le service de kinésithérapie de l'UZ Gent au n° 09 332 29 84.

Alimentation

De nombreux patients souffrant d'une tumeur à l'estomac ont un faible appétit ou des difficultés à manger ou à boire. Essayez malgré tout de garder un poids stable avant l'opération. Il peut, dans des cas exceptionnels, être nécessaire de mettre en place une alimentation par sonde.



La diététicienne spécialisée en oncologie peut vous accompagner.

Vous pouvez toujours la contacter : Stefanie Mortier, tél. 09 332 19 93.

06 CONSULTATION D'ANESTHÉSIE PRÉOPÉRATOIRE

Avant l'opération, vous viendrez en consultation chez l'anesthésiste (le médecin qui vous endort). Il ou elle passe en revue vos antécédents médicaux, vos allergies éventuelles, les médicaments que vous prenez, etc. Si nécessaire, un examen sanguin et un électrocardiogramme sont également effectués. L'anesthésiste peut vous renvoyer à votre médecin traitant ou à un spécialiste pour des examens complémentaires. S'il le faut, l'anesthésiste adaptera votre médication (médicaments qui affectent votre coagulation sanguine, par exemple). Si vous prenez ou envisagez de prendre un somnifère, n'oubliez pas de lui en parler.

L'anesthésiste examine avec vous les avantages et les inconvénients des différentes techniques d'anesthésie et de l'utilisation d'un cathéter péridural pour soulager la douleur (pompe à antalgique) après l'intervention. Une pompe à antalgique est placée dans le dos par l'intermédiaire d'un cathéter et permet un contrôle optimal de la douleur. Cette technique génère également moins d'effets secondaires, tels que la somnolence ou les nausées, qui surviennent fréquemment en cas d'analgésie par perfusion. L'anesthésiste vous rendra visite quotidiennement après l'opération pour vérifier la pompe à antalgique.

Consultation d'anesthésie préopératoire : entrée 50, route 560, tél. 09 332 11 53

07 PRÉPARATION À L'OPÉRATION

À domicile (si vous êtes admis(e) le jour de l'opération)

- ▲ L'après-midi de la veille du ou le jour de l'intervention, vous êtes admis(e) au service de chirurgie digestive. Présentez-vous aux kiosques d'enregistrement à l'entrée 12 à l'heure prévue. Rendez-vous ensuite dans l'un des deux services de soins infirmiers prenant en charge les patients ayant subi une résection gastrique. Nous vous informerons à l'avance du service dans lequel vous serez admis(e).
- ▲ Rasez votre abdomen au rasoir au moins deux jours avant l'intervention. Si, par exemple, vous devez être opéré(e) le mercredi, vous devez vous raser le ventre le lundi. Si vous avez oublié de le faire, l'infirmier ou infirmière du service s'en chargera. Important : NE vous rasez surtout PAS vous-même si l'opération a lieu le lendemain.
- ▲ Vous pouvez manger et boire jusqu'à minuit. Vous pouvez ensuite boire du jus de pomme clair jusqu'à deux heures avant l'intervention. Il est important que vous ne buviez AUCUNE autre boisson entre minuit et deux heures avant l'intervention.
- ▲ Généralement, aucune préparation intestinale préopératoire n'est nécessaire.

À l'hôpital

Le personnel infirmier prend les mesures pour les bas TED® (bas anti-thrombose). Si vous avez déjà utilisé des bas de contention blancs de ce type à la suite d'une précédente intervention, prenez-les avec vous à l'hôpital.

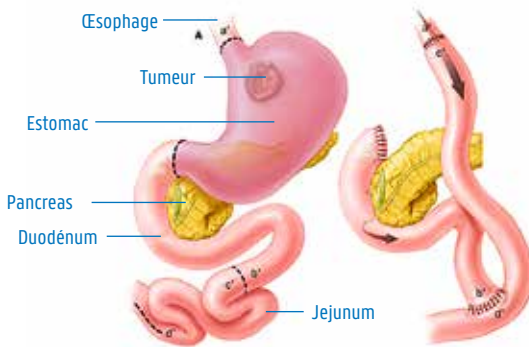
Que devez-vous emporter ?

- ▲ Vêtements de nuit, pantoufles, peignoir
- ▲ Ustensiles de toilette
- ▲ Vêtements faciles à porter dans le service et pour retourner chez vous
- ▲ Votre médication à domicile (la pharmacie de l'hôpital n'a pas toutes les marques de médicaments disponibles immédiatement)

08 DÉROULEMENT DE L'OPÉRATION

La technique utilisée dépend de la localisation et de l'étendue de la tumeur.

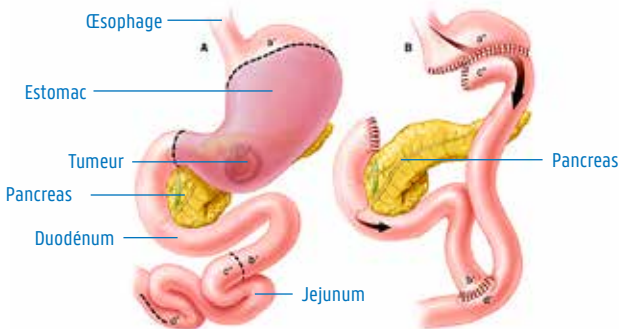
Gastrectomie totale (ablation de la totalité de l'estomac)



Cette technique, également connue sous le nom de dérivation de Roux-en-Y, consiste à retirer la totalité de l'estomac. Les ganglions lymphatiques voisins sont également enlevés. L'œsophage (a) est relié à l'intestin grêle (c). Le duodénum (b) est dérivé et relié à l'intestin grêle (d) à un autre endroit. Cette procédure vise à s'assurer que la bile et les sucs pancréatiques continuent d'aboutir dans l'intestin grêle. Ces sucs sont en effet nécessaires à la digestion des aliments.

Gastrectomie partielle (ablation d'une partie de l'estomac)

Tumeurs de la sortie de l'estomac (antre, pylore)



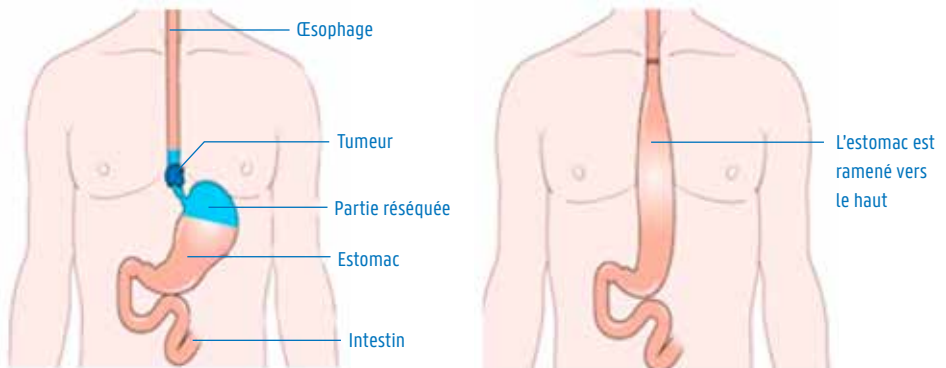
La sortie de l'estomac est enlevée conjointement avec le corps de l'estomac. Les ganglions lymphatiques voisins sont également réséqués. La partie restante de l'estomac (a) est reliée à l'intestin grêle (c). Le duodénum (b) est séparé, dérivé et relié à l'intestin grêle (d) à un autre endroit. La bile et les sucs pancréatiques peuvent ainsi continuer à pénétrer dans l'intestin grêle, ce qui est nécessaire pour digérer les aliments. Cette technique est appelée gastrectomie distale ou gastrectomie selon Billroth 2.

Tumeurs de l'entrée de l'estomac (cardia) et du fond de l'estomac (fundus)

Le passage de l'œsophage à l'estomac est réséqué ainsi qu'une partie de l'œsophage et une partie de l'estomac. Selon la localisation et la taille de la tumeur au niveau de la jonction gastro-œsophagienne (cardia), différentes interventions peuvent s'avérer nécessaires.

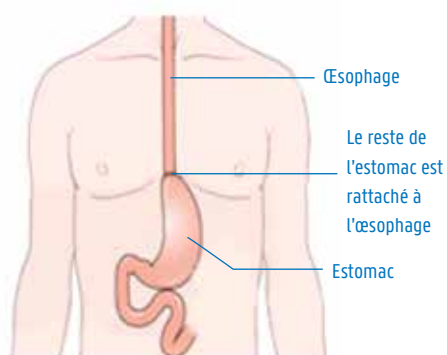
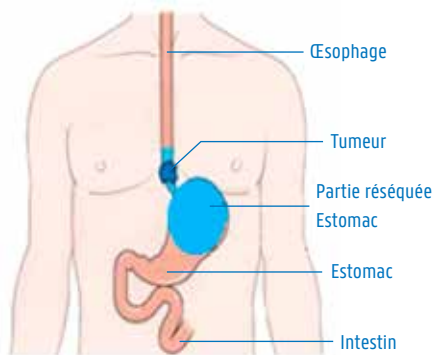
Résection partielle de l'œsophage et gastrectomie selon Ivor Lewis

Pour les tumeurs du cardia faisant saillie dans l'œsophage, le passage de l'œsophage à l'estomac est enlevé conjointement avec les deux tiers inférieurs de l'œsophage et le tiers supérieur de l'estomac. Le reste de l'estomac est refixé à l'œsophage comme une sorte de tube dans la cavité thoracique. Cette technique est appelée intervention d'Ivor Lewis.

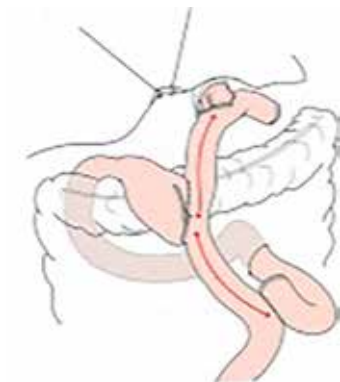


Gastrectomie proximale ou transhiatale (THE)

Pour les tumeurs du cardia faisant saillie dans l'estomac, le passage de l'œsophage à l'estomac est enlevé conjointement avec le tiers inférieur de l'œsophage et les deux tiers supérieurs de l'estomac. Si le reste de l'estomac est suffisamment long, il est rattaché à l'œsophage. Cette technique est appelée gastrectomie proximale avec anastomose simple. Si le reste de l'estomac est trop petit, l'intestin grêle est relié à l'œsophage. On appelle cette procédure anastomose double.



La gastrectomie proximale avec anastomose simple



La gastrectomie proximale avec anastomose double

09 LE JOUR DE L'OPÉRATION

- ▲ Ôtez tous vos bijoux, lentilles de contact et prothèses dentaires. Vous pouvez les ranger dans le tiroir de votre tablette de chevet. Vous pouvez déposer les objets de valeur au guichet d'enregistrement (entrée 11).
- ▲ Retirez les ongles en gel et éliminez le vernis à ongles également.
- ▲ Avant d'être conduit(e) en salle d'opération, vous devrez encore attendre un certain temps en chambre d'attente. C'est là que l'infirmière ou l'anesthésiste vous posera une perfusion. Vous serez ensuite conduit(e) au bloc opératoire.

10 APRÈS L'OPÉRATION

Visite

Le premier jour après l'opération, vous vous trouverez dans l'unité de soins intensifs ou l'unité de soins post-anesthésiques (salle de réveil) du bloc opératoire. Dans ce service, les visites (de 2 personnes maximum) sont autorisées entre 15 et 16 h et entre 20 et 21 h.

Au département infirmier, les visiteurs sont les bienvenus de 14 h 30 à 20 h.

Durée d'hospitalisation

Normalement, vous resterez à l'hôpital pendant environ 14 jours. Le fait de participer activement à votre rétablissement vous permettra généralement de quitter l'hôpital au bout de dix jours et de poursuivre votre convalescence à domicile.

Analgsie

Opération – jour 4

Les premiers jours, la douleur est maîtrisée à l'aide d'une pompe à antalgique épidurale. Ce dispositif libère en continu une quantité déterminée d'antalgique. Vous pouvez également augmenter vous-même l'antalgésie en appuyant sur un bouton si la douleur est trop forte. L'anesthésiste fixe à l'avance une dose maximale pour éviter tout risque de surdosage. Si la douleur est relativement bien contrôlée, nous retirons la pompe à antalgique après environ quatre jours.

Les premiers jours, vous recevrez également une analgsie par voie intraveineuse en plus de l'antalgésie via la pompe à antalgique épidurale.

Jour 5 – jour 7

À partir du cinquième jour, vous recevrez un traitement analgésique sous forme de comprimés. Si la douleur reste trop forte, vous pouvez toujours en parler au personnel infirmier.

À partir du jour 8

À partir du huitième jour, vous pouvez demander vous-même une analgésie supplémentaire au personnel infirmier. Nous n'administrons alors plus d'analgésie standard.

Alimentation

Opération – (environ) jour 4

Pendant l'opération, le chirurgien place une sonde gastrique (alors que vous êtes endormi(e)). Il s'agit d'un petit tube qui va jusqu'à l'estomac en passant par le nez. La sonde gastrique sert à évacuer les fluides gastro-intestinaux. Votre estomac et vos intestins ont besoin de temps pour se remettre en marche après l'opération.

Jour 1

Vous pouvez boire de l'eau le premier jour après l'opération, même avec la sonde gastrique.

Jours 2-3

Le deuxième et le troisième jour (et éventuellement le quatrième jour) après l'opération, vous pouvez boire des boissons sucrées claires telles que du jus de pomme. Vous pouvez également consommer des glaçons d'eau.

Jours 3-4

Lorsque la sonde gastrique a été retirée, vous pouvez commencer à consommer des yaourts, des biscuits et du bouillon.

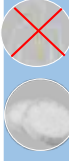
Jours 4-5

Le quatrième ou le cinquième jour, la diététicienne vous rendra visite pour vous fournir des informations concernant votre régime alimentaire à l'hôpital et à domicile. Elle vous suivra également par téléphone lorsque vous serez chez vous.

Jours 5-6 – jour 10

À partir du cinquième ou sixième jour après l'opération, vous pouvez commencer le régime GASTREC. Il s'agit d'un régime spécialement mis au point pour les patients ayant subi une gastrectomie.

Gastrectomie totale (ablation de la totalité de l'estomac)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7	JOUR 8	JOUR 9	JOUR 10	
VOEDING											
PUNSTILLING											
ACTIVITEITEN											

Gastrectomie partielle (ablation d'une partie de l'estomac)

	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7	JOUR 8	JOUR 9	JOUR 10	
VOEDING											
PUNSTILLING											
ACTIVITEITEN											

Autres cathéters et drains

Cathéter central

L'anesthésiste place ce cathéter avant l'opération (pendant que vous dormez). Le cathéter est placé dans un vaisseau sanguin, dans le cou ou sous la clavicule, et sert à administrer du liquide et éventuellement de la nourriture.

Jéjunostomie

Chez les patients ayant subi une gastrectomie totale, une sonde d'alimentation est implantée dans l'intestin grêle au cours de l'intervention. Ce dispositif permet d'administrer de l'eau à partir du premier jour et d'instaurer une alimentation par sonde à partir du deuxième jour. La quantité est augmentée lentement. À partir du jour 7, vous ne serez plus alimenté(e) par sonde que pendant la nuit, pour vous permettre d'être plus mobile pendant la journée. Nous réduisons l'alimentation par sonde au fur et à mesure que votre capacité à manger par la bouche et à absorber suffisamment d'aliments augmente. La sonde d'alimentation et l'alimentation complémentaire nocturne seront maintenues au moins jusqu'au premier rendez-vous de contrôle. C'est à ce moment que le médecin évaluera si la sonde doit rester en place ou si elle peut être retirée. Si vous n'avez pas de sonde d'alimentation, une alimentation spéciale vous est administrée par perfusion, directement dans la circulation sanguine.

Sonde vésicale

Cette sonde est implantée dans la vessie pendant que vous dormez et reste en place pendant environ trois jours.

Un ou plusieurs drains

Un drain est un petit tube qui permet d'évacuer le liquide de la plaie après l'opération. Ce liquide est recueilli dans une poche. Le médecin décidera, en fonction de la quantité, du moment où le drain sera retiré.

Drain thoracique (éventuellement)

Il s'agit d'un petit tube qui sort de la partie droite du thorax. Il aspire l'excès d'air et le liquide de la partie droite du thorax. Le drain thoracique est retiré après quelques jours si la radio pulmonaire est bonne. Un drain thoracique n'est placé qu'en cas d'intervention où l'on remonte la partie d'estomac restant dans la poitrine.

Mobilisation

Après votre opération, nous vous recommandons vivement de sortir du lit le plus tôt possible et de vous asseoir progressivement dans le fauteuil pendant des périodes de plus en plus longues. Vous allez ainsi retrouver votre autonomie petit à petit. Plus vous participez activement, plus les choses iront vite. Une mobilisation rapide est essentielle pour permettre aux poumons de se remettre à fonctionner de manière optimale. Vous courrez ainsi moins de risques d'infection respiratoire et moins de risques de formation de caillots sanguins dans les jambes. Quelques heures après l'opération, l'infirmière ou le kinésithérapeute vous aidera à vous asseoir sur le bord de votre lit. On vous demandera de « laisser pendre » vos jambes.

Jour 1 – jour 4

Le lendemain de l'opération, nous tâchons de vous aider à vous asseoir deux fois déjà et, éventuellement, à marcher sur de courtes distances en étant accompagné(e). Dès le jour deux, nous tentons de vous faire marcher sur de courtes distances dans le couloir, accompagné(e) d'un(e) kinésithérapeute ou d'un(e) infirmier(ère). À partir du jour trois, vous pouvez faire de courtes promenades en compagnie d'un(e) aide-soignant(e) ou de votre famille.

Jour 5 – jour 10

À partir du jour cinq, vous pouvez faire de courtes promenades dans le service, seul(e) ou accompagné(e) d'un membre de votre famille. Vous regagnerez peu à peu votre autonomie.

Psychologue

Un diagnostic de cancer peut considérablement affaiblir la résistance physique et mentale. Vous et vos proches pouvez donc faire appel à un soutien psychologique gratuit et sans engagement.

11 EXAMEN DE LA TUMEUR AU MICROSCOPE

Le résultat de l'examen au microscope du tissu retiré est connu après environ 14 jours. Le médecin en parlera avec vous lors de la consultation. Le résultat est déterminant pour la suite éventuelle du traitement.

12 LA SORTIE

La durée moyenne d'hospitalisation est de dix à quatorze jours. Les médecins ne vous laisseront rentrer chez vous que lorsque votre corps sera prêt pour cela.

L'équipe se base sur ces critères :

- ▲ La douleur doit être maîtrisée avec des analgésiques
- ▲ Vous devez être en mesure d'absorber suffisamment de calories (éventuellement en combinaison avec une alimentation par sonde)
- ▲ Vous devez être capable de vous déplacer de manière autonome et sûre
- ▲ Le retour à la maison doit être réaliste et bien organisé

Le processus de rétablissement se poursuit après la sortie de l'hôpital. Selon votre âge, votre état de santé, le type d'intervention et les éventuels traitements postopératoires, la convalescence peut prendre de quelques semaines à plusieurs mois. Une règle à suivre : écoutez votre corps, ne faites que ce que vous pensez être capable de faire.

Lors de votre sortie, un rendez-vous sera fixé pour un contrôle à la polyclinique après trois semaines. Suivez ces conseils après la sortie de l'hôpital :

- ▲ La diététicienne vous conseille en matière d'alimentation.
- ▲ Vous devrez recevoir des injections dans l'abdomen pendant trois semaines pour prévenir la survenue de thromboses (caillots dans les jambes). Une infirmière à domicile pourvoira. L'hôpital peut se charger de la demande.
- ▲ Il n'a pas de sutures à enlever, mais l'infirmière à domicile contrôlera les plaies tous les deux jours.
- ▲ Pour permettre à la plaie de cicatriser correctement, abstenez-vous de soulever des charges de plus de cinq kilos pendant les six semaines qui suivent l'opération. Il n'a plus de problème après ces six semaines.
- ▲ Si vous ne parvenez pas à manger correctement et que vous n'êtes pas nourri(e) par sonde, le médecin peut prévoir une alimentation de soutien temporaire par voie intraveineuse à domicile. Le service Accompagnement des patients de l'hôpital en assurera l'organisation.

13 LES PREMIÈRES SEMAINES APRÈS LA SORTIE

Les premières semaines après la sortie de l'hôpital peuvent encore être pénibles. Prenez assurément le temps de récupérer tranquillement. Le coordinateur des soins de l'hôpital vous appellera environ une semaine après votre sortie pour voir comment vous vous sentez. Nous vous recommandons de prendre rendez-vous avec votre **médecin généraliste** environ **une semaine après la sortie**.

Environ trois semaines après votre sortie de l'hôpital, vous reviendrez pour une visite de contrôle chez le chirurgien. Il ou elle contrôlera dans quelle mesure tout est en ordre sur le plan fonctionnel à ce moment-là.

Si vous avez été renvoyé(e) par un autre centre pour l'opération, un rendez-vous avec le médecin du centre de renvoi sera fixé après la consultation avec le chirurgien de l'UZ Gent.

14 QUAND DEVEZ-VOUS CONTACTER L'HÔPITAL OU VOTRE MÉDECIN TRAITANT ?

- ▲ En cas de fièvre supérieure à 38,5 °C
- ▲ En cas de vomissements persistants, d'incapacité à manger, de nausées et de perte de poids (> 5 kg depuis votre sortie)
- ▲ En cas de douleur persistante dans l'abdomen
- ▲ En cas de diarrhée (selles molles et liquides > 5 fois par jour)
- ▲ En cas de constipation (> 4 jours sans selles)
- ▲ En cas de saignement post-opératoire, de rougeur ou de gonflement dans la région opérée

15 COMPLICATIONS APRÈS L'OPÉRATION

Bien que la gastrectomie soit une opération sûre grâce aux progrès de l'anesthésie, des techniques chirurgicales et des soins intensifs, des complications peuvent survenir pendant ou après l'intervention.

Pendant l'intervention

- ▲ Saignement
- ▲ Lésion de la rate nécessitant une ablation de la rate. Ces complications sont rares et peuvent presque toujours être résolues pendant l'intervention.

Pendant l'hospitalisation

Des complications postopératoires surviennent dans 5 à 20 % des cas. Celles-ci ne sont généralement pas graves et peuvent être traitées facilement. La liste ci-dessous n'est pas exhaustive, mais couvre 99 % des complications observées.

Complications graves :

- ▲ Fuite au niveau de la suture : le suc gastrique s'écoule dans la cavité thoracique et provoque une élévation de la température et un malaise général (en moyenne cinq jours après l'intervention). Pour détecter cette complication à un stade précoce, nous prenons un cliché de la déglutition chez tous les patients le jour cinq. Une reprise chirurgicale urgente est nécessaire si nous détectons une fuite au niveau de la suture. Des fuites de suture surviennent chez 2 à 5 % des patients.
- ▲ Les hémorragies ultérieures sont rares, mais peuvent conduire à une reprise chirurgicale.
- ▲ Complications cardiaques : ces complications sont rares et, pour les éviter, nous prévoyons un bilan avec le cardiologue pour les patients souffrant de problèmes cardiaques avant l'intervention.
- ▲ Complications pulmonaires : les complications pulmonaires les plus fréquentes après une résection de l'œsophage sont la présence de liquide sur les poumons, une infection des voies respiratoires, la présence d'air entre les poumons et le thorax (pneumothorax). Ces complications surviennent chez environ 30 % des patients. Des mesures sont prises pendant l'hospitalisation pour éviter ces complications dans toute la mesure du possible (kinésithérapie, insufflateurs, radiographies pulmonaires régulières) et pour les traiter (antibiotiques, etc.). Ces complications sont rarement potentiellement fatales et peuvent généralement être résolues sans réintervention.
- ▲ Décès : maximum 1-2 %.

Complications moins graves

- ▲ Formation de caillots
- ▲ Infection de la plaie
- ▲ Cystite

16 QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES

Dois-je suivre un régime après l'intervention ?

Après une opération à l'estomac, nous mettons en place un régime en concertation avec la diététicienne. Elle vous accompagnera après l'intervention. Pendant les premières semaines, vous devrez surtout manger des aliments à texture tendre. Vous prendrez également six petits repas par jour au lieu des trois repas classiques. Le programme est développé en collaboration avec la diététicienne à mesure que votre estomac reprend du volume. Les directives diététiques vous seront communiquées à la sortie de l'hôpital. Vous pouvez également contacter la diététicienne après votre sortie pendant les heures de bureau (Stefanie Mortier, tél. 09 332 19 93).

Un traitement postopératoire est-il nécessaire ?

Cela dépend du résultat de l'examen microscopique. Cet élément n'est connu que 10 à 14 jours après l'opération. Le chirurgien en discutera avec vous lors de la première consultation, 2 à 3 semaines après la sortie. Si vous avez déjà reçu un traitement préopératoire, un traitement postopératoire est généralement nécessaire.

Les soins à domicile sont-ils nécessaires ?

L'infirmière à domicile viendra chez vous quotidiennement pendant trois semaines pour vous faire des injections dans l'abdomen et contrôler la plaie tous les deux jours. Elle peut également vous aider à faire votre toilette si nécessaire.

En général, la plaie est suturée à l'aide d'un fil résorbable et des sutures Steri-Strips (petits pansements) sont collées sur la plaie. Ces dispositifs doivent rester secs pendant sept jours. Après sept jours, l'infirmière à domicile peut retirer les Steri-Strips. Une fois la plaie refermée, il n'est plus nécessaire de la recouvrir d'un pansement.

Si la plaie a été refermée au moyen de crochets ou de points de suture, le médecin généraliste pourra les retirer après 10 à 14 jours. Une plaie fermée qui ne semble pas infectée ne doit pas être désinfectée.

Après avoir mangé, je commence à transpirer ou j'ai la diarrhée. Que dois-je faire ?

Des symptômes de dumping (vidange) peuvent survenir après une gastrectomie totale ou quasi-totale.

- ▲ **Les symptômes de vidange précoce** (jusqu'à 30 minutes après le repas) surviennent en raison du fait que les aliments arrivent en grande quantité dans l'intestin grêle. Cela se manifeste par des phénomènes tels que des crampes abdominales, des nausées, des vomissements et des ballonnements, mais cela peut également causer des palpitations cardiaques, de la transpiration et des vertiges. Enfin, une diarrhée peut survenir.
- ▲ **Les symptômes de vidange tardive** (une à deux heures après le repas) résultent d'une absorption trop rapide des hydrates de carbone (sucres) et produisent des symptômes similaires à ceux d'une hypoglycémie, comme des tremblements, des sueurs et des palpitations.

Suivez ces conseils pour limiter les symptômes :

- ▲ Une alimentation riche en protéines et en énergie sous forme de graisses et de fibres peut réduire les symptômes.
- ▲ Limitez les sucres rapides (jus de fruits, sodas, pâtes à tartiner sucrées, bonbons, mais aussi compote de pommes ou autres fruits avec les repas chauds), les produits céréaliers raffinés (pain blanc, pâtes blanches, riz blanc) et les produits de pommes de terre très transformés (purée de pommes de terre) ou combinez ces produits avec un aliment riche en protéines, en fibres ou en matières grasses.
- ▲ Répartissez l'apport total en liquide sur la journée. Mangez lentement et mâchez bien, en consommant une petite portion six à neuf fois par jour.

17 NUMÉROS DE TÉLÉPHONE UTILES

Chirurgiens de l'estomac



Pr P. Pattyn



Dr E. Van Daele



Dr H. Vanommeslaeghe

Policlinique BAS

Entrée 12, route 1325

Tél. 09 332 95 00

Service infirmier Chirurgie digestive 1

Entrée 12, route 1248

Infirmière en chef : Nathalie Ghys

Tél. 09 332 27 80

Service infirmier Chirurgie digestive 2

Entrée 12, route 1396

Infirmière en chef : An Den Haese

Tél. 09 332 33 20

Diététicienne Centre de cancérologie

Stefanie Mortier

Tél. 09 332 19 93

Joignable tous les jours ouvrables de 8 h à 16 h 30

Psychologues Centre de cancérologie

An Lievrouw, tél. 09 332 01 98

Elien Storms, tél. 09 332 18 80

Joignables tous les jours ouvrables de 8 h à 16 h 30

Infirmières conseillères en oncologie digestive

Ann Annaert, tél. 09 332 19 50

Evelien Michels

vpc.digestieve@uzgent.be

Infirmière spécialisée en oncologie digestive

Eva Pape, tél. 09 332 19 33

Service d'accompagnement des patients

09 332 41 44

Joignable tous les jours ouvrables de 8 h à 16 h 30

 Vous trouverez plus d'informations sur notre site Web : www.uzgent.be > gastro-intestinale heelkunde (chirurgie digestive).

NOTES

Policlinique BAS

Entrée 12, route 1325

T +32 (0)9 332 95 00

www.uzgent.be/gihk

Cette brochure a uniquement été rédigée pour une utilisation au sein de l'UZ Gent. Tous droits réservés. Aucune information tirée de cette publication ne peut être reproduite, sauvegardée dans une banque de données automatisée ou rendue publique, sous quelque forme que ce soit ou de quelque manière que ce soit, sans l'accord écrit préalable de l'UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Suivez-nous sur

