

CHIRURGIE DU CANCER DE L'OESOPHAGE

CONTENU

01	Introduction	4
02	Team multidisciplinaire	4
03	Le cancer de l'oesophage	5
04	Traitement préliminaire	5
05	Que pouvez-vous faire avant l'opération?	6
06	Consultation préopératoire chez l'anesthésiste	7
07	Préparation lors de l'opération	8
08	Déroulement de l'opération	9
09	Après l'opération	10
10	Examen microscopique de la tumeur	14
11	Sortie	14
12	Les premières semaines après la sortie	15
13	Quand devez-vous appeler l'hôpital ou votre médecin traitant ?	15
14	Les complications de l'opération	16
15	Questions fréquentes	17
16	Numéros utiles	18

01 INTRODUCTION

Prochainement, vous allez être opéré de l'oesophage. Cette opération est couramment pratiquée à l'UZ Gent. Un team de médecins spécialisés et d'infirmières est là pour vous guider. L'opération même est pratiquée par un chirurgien spécialisé dans le domaine.

Nous travaillons selon le protocole ERAS (enhanced recovery after surgery). Ce programme, basé sur la qualité, nous aide à faciliter la récupération (améliorer et accélérer) après l'opération. La plupart des patients peuvent quitter l'hôpital dans les 8 à 14 jours. Nous sommes persuadés que vous récupérerez plus vite dans votre environnement à condition que vous ne receviez plus de traitements médicaux. Les soignants de l'hôpital vous encadreront et vous expliqueront ce qu'il faut faire pour guérir plus vite et mieux. Nous vous demandons donc votre coopération active.

Dans cette brochure, vous trouverez des informations sur l'intervention et la récupération après celle-ci. Prenez le temps de bien la lire. N'hésitez pas à parler avec votre médecin ou avec l'infirmière si vous avez encore des questions.

02 TEAM MULTIDISCIPLINAIRE

A l'UZ Gent, vous serez pris en charge par un team multidisciplinaire.

Le/la coordinateur/trice des soins est votre point de contact pour toutes les questions pratiques et médicales pendant le traitement. Il/elle est en contact étroit avec les médecins traitants. Vous pouvez le/la contacter tous les jours ouvrables de 8 à 16h30 (tel. 09 332 32 64).

03 LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

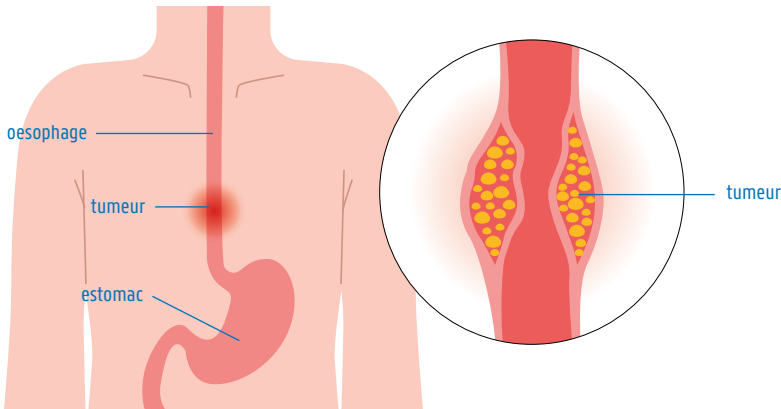
Il existe plusieurs types de cancer de l'œsophage. On les distingue en fonction des cellules cancéreuses qui les composent. Les formes les plus fréquentes sont :

Le cancer épidermoïde de l'œsophage

Cette tumeur apparaît au niveau des cellules épidermoïdes qui pavent la partie haute de l'œsophage. Ce cancer se situe donc la plupart du temps dans la partie haute de l'œsophage.

L'adénocarcinome de l'œsophage

Cette tumeur survient à partir des glandes de l'œsophage. Elle est la plus souvent observée dans la partie basse de l'œsophage.



04 TRAITEMENT PRÉLIMINAIRE

Il est possible que vous receviez une chimiothérapie pendant plusieurs semaines en combinaison avec de la radiothérapie afin de réduire le volume de la tumeur et des ganglions. Vous trouverez plus d'informations sur ce traitement dans la brochure sur la radiothérapie et la chimiothérapie.

05 QUE POUVEZ-VOUS FAIRE AVANT L'OPÉRATION ?

Arrêter de fumer

Essayez le plus vite possible d'arrêter de fumer. Au plus vite vous arrêterez de fumer, au mieux vos poumons auront le temps de récupérer. Cela diminuera vos chances d'avoir des problèmes respiratoires et des glaires après l'opération.

Essayez de préférence 4 semaines avant l'intervention d'arrêter de fumer. Si vous trouvez cela difficile, vous pouvez prendre contact avec votre médecin traitant ou avec le consultant arrêt du tabac de notre hôpital. Rendez-vous arrêt du tabac : tél. 09 332 95 00

Rester tous les jours en mouvement

Essayer de bouger quotidiennement si c'est possible physiquement. Cela peut vous rendre plus en forme pour que vous puissiez plus vite récupérer de l'opération. Marcher ½ heure par jour peut vous aider. Exemples de mouvement : marcher, monter les escaliers, faire du vélo, nager et danser.

Kinésithérapie (respiratoire) préopératoire

Votre médecin spécialiste peut vous conseiller quelques sessions de kinésithérapie préopératoire.



Le kinésithérapeute:

- ▲ Vous apprendra les exercices pour augmenter vos volumes respiratoires. Vous effectuerez les exercices à l'aide d'un spiromètre qui vous aidera à augmenter vos volumes respiratoires.
- ▲ Vous apprendra à tousser et à souffler de manière à pouvoir évacuer les glaires formées après l'opération.
- ▲ Vous apprendra les techniques pour mieux soutenir les plaies postopératoires soutenir ou supporter.
- ▲ Peut, si nécessaire, vous donner des exercices pour entraîner vos muscles respiratoires.
- ▲ Peut vous donner des exercices pour maintenir ou améliorer votre état général.

Ces exercices postopératoires peuvent vous aider à accélérer votre récupération après l'opération. Avant l'opération, on vous remet un spiromètre afin que vous puissiez commencer dès votre retour à la maison à entraîner vos muscles respiratoires.

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter le kinésithérapeute du service ou prendre contact avec le service de kinésithérapie de l'UZ Gent, tél. 09 332 29 84.

Alimentation

Beaucoup de patients avec une tumeur de l'oesophage ont moins d'appétit ou des difficultés à s'alimenter ou à boire. Essayez toutefois de maintenir votre poids stable avant l'opération. Dans des cas exceptionnels, nous devons démarrer une alimentation par sonde. La diététicienne pourra vous aider.



Diététicienne: tél. 09 332 19 93

06 CONSULTATION PRÉOPÉRATOIRE CHEZ L'ANESTHÉSISTE

Avant l'opération vous irez en consultation chez l'anesthésiste (le médecin qui vous endormira). Il passera en revue vos antécédents médicaux, vos allergies éventuelles, vos médicaments etc. En outre, une prise de sang sera effectuée ainsi qu'un électrocardiogramme. L'anesthésiste peut vous référer chez votre médecin traitant ou chez un spécialiste pour des examens complémentaires. Si cela est indiqué, l'anesthésiste peut effectuer des changements dans votre traitement (par exemple supprimer des médicaments qui influencent votre coagulation). Si vous prenez un somnifère ou si vous voulez en prendre un, c'est le moment d'en discuter.

L'anesthésiste passera en revue avec vous les avantages ou les désavantages des différentes techniques d'anesthésie et l'intérêt d'un cathéter épidural pour l'administration d'antidouleurs (via une pompe) après l'intervention. Une pompe analgésique est placée au moyen d'un cathéter dans le dos et assure un très bon contrôle de la douleur. Cette technique entraîne aussi beaucoup moins d'effets secondaires, comme la somnolence ou les nausées, qui surviennent fréquemment avec des antidouleurs en baxter. L'anesthésiste passera tous les jours après l'opération pour contrôler si la pompe fonctionne bien.

Centre de préadmission: entrée 50, route 556, tél. 09 332 11 53.

07 PRÉPARATION LORS DE L'INTERVENTION

A la maison (si vous êtes admis le jour de l'opération)

- ▲ L'après-midi qui précède l'opération, vous serez admis à l'hôpital dans le service de chirurgie gastro-intestinale. Présentez-vous à l'heure convenue au service des admissions à l'entrée 11. Ensuite, venez jusqu'à une des trois unités qui prennent en charge les patients opérés de l'oesophage. Vous serez prévenu à l'avance dans quelle unité vous serez hospitalisé.
- ▲ Rasez votre ventre deux jours avant l'intervention au moyen d'une rasoir. Si par exemple vous êtes opéré un mercredi, vous devez vous raser le lundi. Si vous avez oublié de le faire, avertissez directement l'infirmière de l'unité. Important : ne vous rasez pas vous-même si l'opération est prévue pour le lendemain.
- ▲ Vous pouvez manger et boire jusqu'minuit. Ensuite vous pouvez boire du jus de pomme jusque deux heures avant l'intervention. C'est très important de ne PAS boire autre chose de minuit jusque deux heures avant l'intervention.
- ▲ La plupart du temps, vous n'avez pas besoin de préparation intestinale.

A l'hôpital

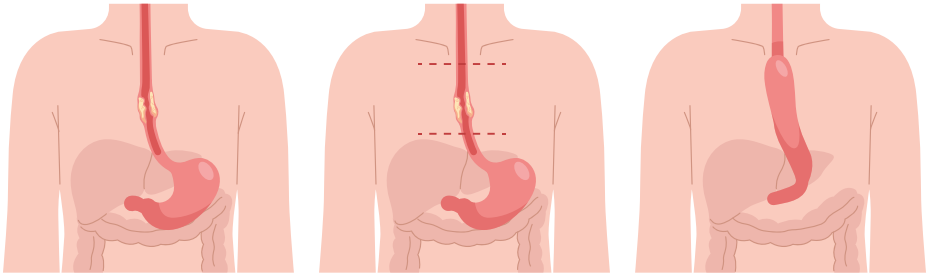
L'infirmière prend les mesures pour vos bas TED® (bas anti-thrombose). Si vous avez déjà ces bas blancs d'une intervention précédente, apportez-les pour cette hospitalisation.

Qu'apportez-vous?

- ▲ Des affaires pour dormir, des pantoufles, une robe de chambre
- ▲ Des affaires de toilette
- ▲ Des vêtements faciles à porter et pour quand vous sortirez de l'hôpital
- ▲ Vos médicaments (le pharmacien de l'hôpital n'a pas toutes les marques de médicaments disponibles immédiatement)

Le jour de l'opération

- ▲ Enlevez les bijoux, les lentilles de contact et les prothèses dentaires. Vous pouvez les garder dans le tiroir de votre table de nuit (qui ferme à clef). Les objets précieux peuvent être remis lors de l'admission et de l'inscription.
- ▲ Enlevez laque ou vernis sur les ongles
- ▲ Avant d'être amené au quartier opératoire, vous devez attendre dans votre lit. L'infirmière ou l'anesthésiste vous placera une perfusion. Vous serez ensuite amené au quartier opératoire.



08 DÉROULEMENT DE L'OPÉRATION

Pendant l'opération, deux tiers de l'oesophage vont être réséqués, ainsi qu'une partie de l'estomac et les ganglions avoisinants. Cela se fait en deux parties lors de l'intervention.

A l'UZ Gent, nous utilisons la technique selon « Ivor Lewis ». Nous essayons de pratiquer une technique d'intervention minimale (avec une caméra).

L'intervention débute dans le haut du ventre. A ce niveau, l'estomac est détaché, **le nouvel estomac formé** est tubulisé et les ganglions sont prélevés. Le chirurgien place aussi une sonde d'alimentation lors de l'intervention depuis la peau jusque dans le petit intestin (une jéjunostomie) par laquelle nous pourrions administrer de la nourriture après l'intervention.

Après cela, vous serez tourné sur votre côté (pendant que vous dormez encore) et vous serez opéré au niveau de l'hémi-thorax droit. Lors de cette phase, **l'oesophage est retiré**. Les ganglions autour de l'oesophage et autour des vaisseaux sanguins sont aussi retirés.

Pour terminer, **l'estomac est monté** à la place de l'oesophage.

Parfois, nous créons une nouvelle anastomose avec un segment de petit ou de gros intestin. Cela est nécessaire quand l'estomac est réséqué en tout ou en partie dans le cas de tumeurs situées dans la partie haute de l'oesophage. Ce morceau d'intestin est alors relié au haut-oesophage et à l'estomac. Une incision supplémentaire est alors nécessaire au niveau de cou. Dans ce cas, il y a plus de risque de paralysie des cordes vocales ou de rétrécissement au niveau des fils.

09 APRÈS L'OPÉRATION

Visites

Le premier jour après l'intervention, vous serez admis aux soins intensifs ou dans la salle postanesthésie (salle de réveil) dans le quartier opératoire. Dans cette unité, la visite est autorisée (max 2 personnes) de 15h à 16h et de 20h à 21h. Dans l'unité d'hospitalisation les visiteurs sont les bienvenus de 14h30 à 20h.

Durée d'hospitalisation

En général, vous resterez hospitalisé environ 12 jours. En participant activement à votre rétablissement, vous pourrez généralement quitter l'hôpital après dix jours et poursuivre votre convalescence à domicile.

Antidouleurs

Opération – jour 3



Les premiers jours, la douleur est contrôlée par la **pompe anti-douleur épidurale**. Celle-ci donne en continu une dose fixe d'anti-douleur. En poussant sur un bouton, vous pouvez vous-même en plus recevoir une dose si vous avez trop mal. L'anesthésiste proposera au préalable une dose maximale de manière à éviter que vous ne preniez trop d'anti-douleur. Quand la douleur est plus ou moins sous contrôle, nous enlèverons la pompe après environ 4 jours.

Opération – jour 3



Les premiers jours, vous recevrez des anti-douleurs via la pompe mais aussi par la **perfusion**.

Jour 5 – jour 7



A partir du cinquième jour, vous recevrez les anti-douleurs sous le forme de **comprimés**. Si vous avez encore des douleurs malgré cela, vous pouvez certainement en parler avec l'infirmière.

A partir du jour 8



A partir du jour 8, vous devez demander **les anti-douleurs à l'infirmière** car vous ne les recevrez plus systématiquement.

Alimentation

Opération – Jour 3



Pendant l'opération, le chirurgien place une **sonde dans l'estomac** (pendant que vous dormez). C'est un tube qui va de la bouche à l'estomac. Cette sonde est nécessaire pour aspirer le liquide produit par l'estomac et l'intestin. Ceux-ci ont besoin de temps pour récupérer après l'opération.

Jour 1

Vous pouvez **boire** le premier jour après l'opération, malgré la présence de la sonde gastrique.

Jours 2-3



Aux deuxième et troisième jours après l'opération vous pouvez **boire du liquide clair** (par exemple un jus de pomme) et vous pouvez sucer une **glace à l'eau**.

Jour 3



Au troisième jour après l'opération, vous recevez une sorte de produit coloré (du produit de contraste) à boire. Après cela nous prendrons une **radiographie** pour contrôler si les fils dans la cage thoracique ont bien tenu. Si cela est le cas, nous enlèverons la sonde gastrique et vous pourrez manger un **yaourt**.

Jour 4



Le quatrième jour après l'opération, vous pourrez, en plus du yaourt, commencer à manger **des biscuits** et boire **du bouillon**. Le cinquième jour, **la diététicienne** viendra vous donner des informations sur votre régime à l'hôpital et à la maison. Elle vous suivra par téléphone quand vous serez rentré.

Jours 5 – 10



A partir du cinquième jour après l'opération, vous pourrez suivre le **régime OESO**. Ce régime a été spécialement conçu pour les patients qui ont subi une résection de l'oesophage.

	OPÉRATION	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7	JOUR 8	JOUR 9	JOUR 10
ALIMENTATION											
ANTIDOULEURS											
ACTIVITÉS											

Autres cathéters et drains

Voie centrale

L'anesthésiste place la voie centrale avant l'opération (alors que vous dormez déjà). Ce cathéter est placé dans un vaisseau sanguin au niveau du cou ou sous la clavicule et sert à vous administrer du liquide (baxter) ou de l'alimentation.

Jéjunostomie

La plupart des patients reçoivent, pendant l'opération, une sonde d'alimentation dans l'intestin grêle. Via cette voie, nous administrons de l'eau le premier jour puis de l'alimentation à partir du deuxième jour. La quantité est lentement augmentée. A partir du septième jour, vous recevez l'alimentation par la sonde uniquement la nuit de manière à ce que vous soyez plus mobile pendant la journée. Nous diminuerons cette quantité quand vous pourrez vous alimenter de mieux en mieux par la

bouche et que vous pourrez manger en quantité suffisante. La sonde et l'alimentation par la voie centrale sont maintenues jusqu'au premier contrôle. Le médecin évaluera alors si la sonde doit être maintenue ou si elle peut être enlevée. Si celle-ci peut être supprimée, vous recevrez alors une alimentation spéciale par la voie sanguine.

Sonde vésicale

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

Un ou plusieurs drains

Un drain est un tuyau que sert à évacuer le liquide post-opératoire. Ce liquide est récolté dans un sac. En fonction de la quantité de liquide évacué, le médecin détermine si le drain peut être enlevé.

Drain thoracique

C'est un tuyau qui sort au niveau du thorax droit. Il aspire le surplus d'air et de liquide au niveau de la cage thoracique droite. Ce drain est enlevé après quelques jours si la radiographie des poumons est bonne.

Mobilisation

Après l'opération, nous vous encourageons à vite vous lever de votre lit et petit à petit à rester plus longtemps au fauteuil. Peu à peu, vous regagnerez donc encore plus d'autonomie. Plus activement vous participerez, mieux cela ira.



Une mobilisation rapide est cruciale pour que les poumons fonctionnent à nouveau de manière optimale. Vous risquerez moins d'infections des voies respiratoires et d'avoir des caillots qui se forment au niveau des jambes.

Quelques heures après l'opération, l'infirmière et le kiné vous aideront à vous asseoir sur le bord de votre lit. Vous recevrez la consigne de **laisser pendre vos jambes**.

Jour 1 – jour 4



Le jour après l'opération, nous essaierons de vous lever, de vous mettre au **fauteuil et à faire quelques pas** avec de l'aide. Le deuxième jour, nous essaierons de vous laisser vous promener dans le couloir sur de petites distances, avec l'aide du kinésiste ou de l'infirmière. A partir du troisième jour, nous vous laisserons **faire de courtes promenades** avec l'aide du personnel soignant ou d'un membre de votre famille.

Jour 5 – jour 10



A partir du cinquième jour, vous pouvez vous promener **seul ou avec l'aide d'un membre de votre famille**. Vous allez petit à petit regagner votre autonomie.

Psychologue

Un diagnostic de cancer peut fortement saper votre tolérance tant corporelle que psychologique. Vous-même et votre entourage pouvez bénéficier d'un soutien psychologique gratuit et sans obligation.

10 EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA TUMEUR

Le résultat de l'examen microscopique des tissus enlevés est connu après environ quatorze jours. Le médecin les discutera avec vous à la consultation de contrôle. Le résultat est déterminant pour la suite du traitement et du suivi.

11 SORTIE

La durée de l'hospitalisation est en moyenne de douze jours. Le médecin vous laissera rentrer à la maison si votre corps a totalement récupéré.

L'équipe se base sur les **critères** suivants:

- ▲ La douleur doit être sous contrôle avec les anti-douleurs.
- ▲ Vous devez pouvoir manger suffisamment de calories (éventuellement en combinaison avec la nutrition par la sonde).
- ▲ Vous devez être indépendant et pouvoir bouger en toute sécurité.
- ▲ Le retour à la maison doit être faisable et bien organisé.

Après la sortie de l'hôpital, le processus de guérison se poursuit. En fonction de votre âge, votre condition, la sorte d'intervention et d'éventuels traitements après l'intervention, la récupération peut durer des semaines à des mois. Une règle générale est d'application : écoutez votre corps, ne faites que ce que vous pensez pouvoir faire.

A la sortie, vous recevrez un rendez vous à la **polyclinique** (consultations).

Suivez **ces conseils** après la sortie:

- ▲ La diététicienne vous donnera des conseils alimentaires.
- ▲ Pendant trois semaines vous devrez recevoir des piqûres dans le ventre pour prévenir une thrombose (caillots dans les jambes). Vous recevrez une prescription pour une infirmière.
- ▲ Il n'y aura pas de points de suture à enlever mais l'infirmière contrôlera la plaie tous les deux jours.
- ▲ Pour laisser la cicatrice bien guérir, vous ne pourrez pas, pendant six semaines, soulever des charges de plus de cinq kilos. Après six semaines, pas de problème.
- ▲ Si manger ne va pas bien et que vous ne recevez pas de nourriture par sonde, le médecin peut soutenir l'alimentation temporairement avec une perfusion à la maison. Le service de soutien au patient de l'hôpital règlera cela.

12 LES PREMIÈRES SEMAINES APRÈS LA SORTIE

Les premières semaines après la sortie peuvent être difficiles. Prenez certainement le temps de calmement récupérer. Le coordinateur de soins de l'hôpital vous téléphonera environ une semaine après votre sortie pour voir comment vous vous sentez. Nous vous conseillons de prévoir un rendez-vous avec **votre médecin traitant environ une semaine après votre sortie**.

Environ **trois semaines** après votre sortie, vous aurez un rendez-vous avec **le chirurgien**. Il regardera dans quelle mesure, à ce moment-là, tout est en ordre au niveau fonctionnel.

Lorsque vous êtes envoyé par un autre centre, un rendez-vous est planifié après cette consultation avec le médecin de l'autre centre qui vous a envoyé.

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

- ▲ Si vous avez de la température au-dessus de 38°C.
- ▲ Si vous avez des vomissements continus, si vous ne savez pas manger, si vous avez des nausées ou une perte de poids (> 5kg depuis votre sortie).
- ▲ Si vous avez continuellement une douleur dans le ventre ou sur la poitrine.
- ▲ Si vous avez une diarrhée (> 5 fois par jour, liquide, des selles aqueuses).
- ▲ Si vous êtes constipé (plus de 4 jours sans selle).
- ▲ Si vous avez des saignements, une rougeur, un gonflement dans la zone opérée.

14 COMPLICATIONS APRÈS L'OPÉRATION

Pendant l'opération

- ▲ Saignement
- ▲ Lésion au niveau de la rate avec nécessité d'enlever la rate

Ces complications sont rares et sont presque toujours récupérables lors de l'opération.

Pendant l'hospitalisation

Des complications post-opératoires peuvent se présenter dans 50% des cas. Elles sont, la plupart du temps, peu graves et traitables. La liste suivante n'est pas exhaustive mais comprend les complications les plus importantes.

Les complications les plus graves

Fuite au niveau des points de suture

Des fuites au niveau des points de suture surviennent dans 15% des cas. Le suc gastrique se répand dans le thorax et cause une hausse de la température, un malaise général et un état septique (une forte inflammation dans le sang). Une fuite survient en général cinq à dix jours après l'opération. Pour détecter cette complication précocement, nous réalisons quotidiennement une prise de sang et une radiographie de la déglutition chez tous les patients au 3^{ème} jour. Si nous constatons une fuite, une prise en charge rapide est nécessaire.

Les fuites au niveau des sutures peuvent être traitées en fonction de leur gravité comme suit :

- ▲ De manière conservatrice, sans boire ni manger et des antibiotiques.
- ▲ Par traitement endoscopique : stent, drainage, thérapie sous vide...
- ▲ Réintervention : reconstruction de la connexion entre le restant de l'oesophage et l'estomac tubulisé, si celui-ci est suffisamment long. Dans des cas extrêmement rares, il est nécessaire d'enlever cette connexion et de travailler avec une cervicostomie (l'oesophage est temporairement relié à la peau au niveau du cou).

Saignement

Des saignements surviennent rarement et conduisent à une réintervention.

Complications cardiaques

Ces complications surviennent rarement. Pour les éviter, nous prévoyons chez les patients avec des plaintes, une consultation chez le cardiologue avant l'intervention.

Complications pulmonaires

Les complications pulmonaires les plus fréquentes après une résection de l'œsophage sont du liquide au niveau des poumons, une infection respiratoire, une infection pulmonaire avec liquide et air entre le poumon et la cage thoracique (pneumothorax). Ces complications se produisent chez environ 30% des patients. Pendant l'hospitalisation, nous prenons des précautions afin d'éviter le plus possible ces complications (kiné, puffs, radio des poumons régulièrement) et de les traiter (antibiotiques,...). Ces complications présentent rarement un risque vital et sont le plus souvent traitables et solutionable sans réintervention.

Mortalité

1 à 2% au maximum.

Les complications moins graves

- ▲ Formations de caillots
- ▲ Infection des plaies
- ▲ Infections de la vessie (sonde urinaire)

15 QUESTIONS LES PLUS FRÉQUENTES

Dois-je suivre un régime après l'opération ?

Après une opération de l'œsophage, on commence un régime en concertation avec le/la diététicien/-ne. Il/elle vous guidera après l'intervention. Les premières semaines, vous ne pourrez manger que des aliments **à faible texture**. Vous prendrez **six petits repas par jour** au lieu des trois repas classiques. Le schéma est progressivement adapté, avec le/la diététicien/-ne, alors que votre estomac se dilate à nouveau. Vous recevrez des directives de régime à votre sortie. Vous pourrez aussi contacter le/la diététicien/-ne après votre sortie pendant les heures de bureau (Stefanie Mortier, tél. 09 332 19 93).

Est-ce qu'un traitement post-opératoire est nécessaire ?

Cela dépend de l'analyse microscopique de la tumeur. Cela est connu dix à quatorze jours après l'opération. Le chirurgien en discutera avec vous lors de la première consultation, deux à trois semaines après la sortie. La plupart du temps, un traitement post-opératoire n'est pas nécessaire.

Des soins à la maison sont-ils nécessaires ?

L'infirmière du domicile viendra tous les jours pendant trois semaines pour vous faire les piqûres dans le ventre et tous les deux jours pour contrôler les plaies. Elle peut aider pour la toilette si nécessaire.

La plupart du temps la plaie est fermée avec des fils résorbables et des SteriStrips (petits autocollants) seront collés tout le long de la plaie. Ceux-ci doivent rester secs pendant sept jours. Après sept jours, ils peuvent être enlevés par l'infirmière. Si la plaie est refermée, il n'est pas nécessaire de la recouvrir d'un pansement.

Si la plaie est fermée avec des points de suture ou des agrafes, le médecin traitant peut les enlever après dix à quatorze jours. Une plaie qui n'a pas l'air infectée ne doit pas être désinfectée.

J'ai le brûlant à la hauteur de l'oesophage, que dois-je faire ?

Du fait que la valve de l'estomac est manquante, vous pouvez avoir du **reflux**, retour du contenu acide de l'estomac. Chez certaines personnes il est utile de mettre des blocs de dix à quinze cm sous les pieds du lit sous la tête afin que la tête soit surelevée. Discutez-en avec votre médecin. Il est important que vous preniez à vie des médicaments contre l'acidité (pantoprazol, omeprazol, lansoprazol...). La diététicienne peut aussi vous donner des conseils pour adapter votre alimentation.

Comment se fait-il que j'ai une toux d'irritation ?

Les premiers mois après l'opération, vous pouvez avoir **une toux d'irritation** du fait de l'irritation des voies respiratoires suite de la poche formée avec l'estomac et suite à l'opération. Cette sensation disparaît le plus souvent d'elle-même après quelques semaines à quelques mois.

16 NUMÉROS DE TÉLÉPHONE UTILES

Chirurgiens spécialistes de l'oesophage



Dr. Elke Van Daele



Dr. Hanne Vanommeslaeghe



Prof. dr. Piet Pattyn

Coordination de soin pour la chirurgie de l'oesophage

Kathleen Segers, 09 332 32 64

Ilina Biasino, 09 332 32 14

Tous les jours ouvrables de 8h à 16h30

slokdarm@uzgent.be



Polyclinique BAS (entrée 12, route 1325)

09 332 95 00

Unité d'hospitalisation en chirurgie digestive 1 (entrée 12, route 1248)

Infirmière chef : An Den Haese

Infirmière en chef adjointe : Liesbet Verstraete

09 332 27 80

Unité d'hospitalisation en chirurgie digestive 2 (entrée 12, route 1396)

Infirmière chef : An Den Haese

Infirmière en chef adjointe : Sandra Vercammen

09 332 33 20

Diététicienne du centre du cancer

Stefanie Mortier

09 332 19 93

Tous les jours disponible de 8h à 16h30

Psychologues du centre du cancer

An Lievrouw

09 332 01 98

Elie Storms

09 332 18 80

Tous les jours disponible de 8h à 16h30

Service d'orientation des patients

(Alimentation parentérale ou par sonde)

09 332 41 36

09 332 41 48

Tous les jours disponible de 8h à 16h30

Polyclinique BAS

Entrée 12, route 1325

T +32 (0)9 332 95 00

E polibas@uzgent.be

www.uzgent.be/gastro-intestinale-heelkunde

Cette brochure a été créée pour un usage à l'UZ Gent. Tous droits réservés. Rien de cette édition ne peut être simplifié, sauvé dans une base de données automatisée ou rendu public sous telle forme ou telle manière que ce soit, sans autorisation préalable écrite 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