



Etre soigné,

c'est aussi être informé

Chirurgie de l'estomac et de l'œsophage



Pôle Hospitalo-Universitaire des maladies de l'appareil digestif
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TOULOUSE

Sommaire

Introduction	3
1 Rappels sur l'intervention chirurgicale.....	4
Gastrectomie partielle	4
Gastrectomie totale	5
Eso-gastrectomie polaire supérieure selon Lewis-Santy	6
Eso-gastrectomie trans-hiatale	8
2 Séjour Hospitalier	10
Jours précédents l'hospitalisation	10
I. Régime préopératoire	10
II. Immuno-nutrition.....	10
III. Tabac	10
IV. Préparation respiratoire	11
V. Vos bagages	11
Réhabilitation Accélérée Après Chirurgie (RAAC)	12
Hospitalisation	12
Après votre chirurgie.....	13
3 Retour à domicile	11
Reprise des activités physiques	14
Alimentation.....	14
Traitements post-opératoires.....	15
I. Antalgiques	15
II. Anticoagulation	15
III. Inhibiteurs de la Pompe à Proton	16
IV. Supplémentation vitaminique	16
Plaies opératoires	16
Surveillance	16
I. Post opératoire normal	16
II. Signes d'alerte	17
1. DOULEURS ET AUTRES SIGNES GÉNÉRAUX	17
2. DIFFICULTÉS À S'ALIMENTER	18
3. VOMISSEMENTS	18
4. RÉGURGITATION OU REFLUX	18
5 NAUSÉES ET MAUVAIS GOÛT DANS LA BOUCHE	18
6. CONSTIPATION OU DIARRHÉES	18
7. DUMPING SYNDROME	18
4 Retour à la vie active	20
Activités physiques	20
Retour au travail	20
5 Support et aides	21
Numéros utiles.....	21
Ressources internet	21
Education thérapeutique.....	21
6 Mes rendez-vous après l'intervention	22
7 Mes questions	23
8 Conclusion	24
9 Annexe : Protocole de réalimentation post-opératoire ...	25

Introduction

Une intervention chirurgicale d'ablation d'une partie ou de la totalité de votre estomac et/ou de votre œsophage a été programmée en consultation avec votre chirurgien. Vous avez reçu de nombreuses informations, qui se bousculent peut-être dans votre esprit. Ce document a pour objectif de vous aider dans la préparation de cette intervention, son bon déroulement et votre retour à domicile.

Ce document est probablement incomplet. Toute l'équipe du service de chirurgie viscérale et digestive du CHU de Toulouse est à votre disposition pour répondre à vos éventuelles questions.

Nous mettons tous nos efforts en œuvre pour votre guérison, votre sécurité et la réussite de cette intervention.

L'équipe de chirurgie digestive du CHU de Toulouse

1

Rappels sur l'intervention chirurgicale

Nous vous proposons de revenir sur quatre interventions principales :

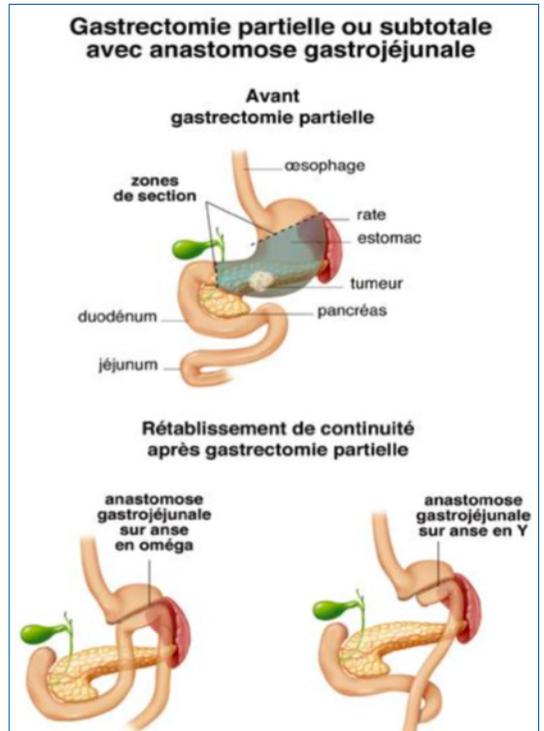
- ▶ *gastrectomie partielle,*
- ▶ *gastrectomie totale,*
- ▶ *œsophagectomie par voie abdominale et thoracique*
- ▶ *œsophagectomie cervicale.*

Gastrectomie partielle

L'intervention proposée a pour but de retirer la partie inférieure de l'estomac. Cette chirurgie conserve donc la partie supérieure de l'estomac ce qui permet de remettre en circuit le tube digestif par la réalisation d'une couture (ou anastomose) entre l'estomac restant et l'intestin grêle.

Cette intervention peut être réalisée par laparotomie, c'est-à-dire par une ouverture de la cavité abdominale, au milieu, entre le dessus du nombril et le bas du sternum, ou parfois, selon les cas, par coelioscopie. La coelioscopie est une alternative mini-invasive à l'ouverture traditionnelle de votre abdomen permettant de faire la même procédure en passant par de petits trous dans lesquels sont passés les instruments. Cela nécessite de gonfler la cavité abdominale pendant l'intervention par du gaz, du CO₂ et permet de réduire l'agression sur votre paroi abdominale.

L'intervention dure environ 2h.



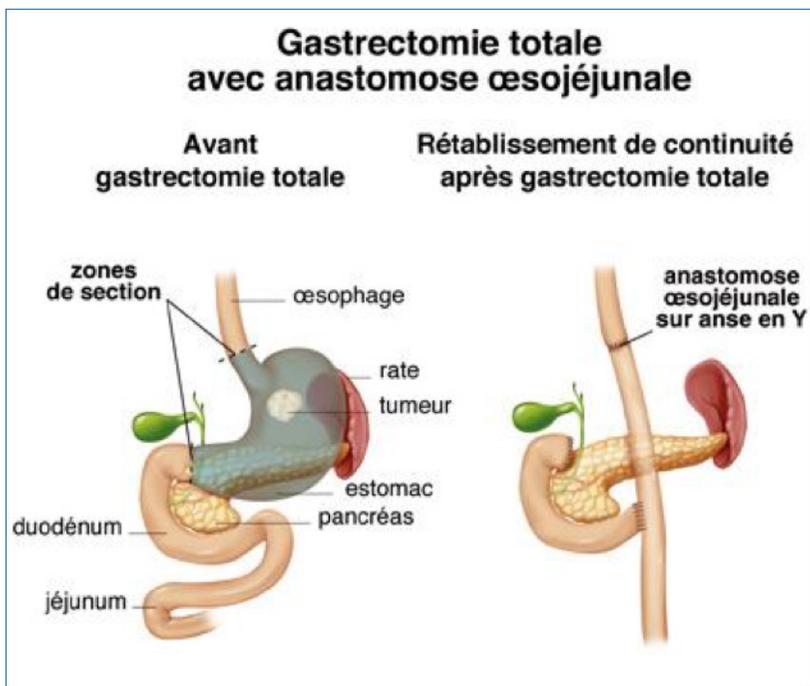
Au réveil, il n'y a pas, habituellement, de sonde naso-gastrique (sonde entre le nez et l'estomac). Selon les cas, il peut y avoir un drain et une sonde urinaire qui seront retirées rapidement, dès que votre état clinique le permet.

La réalimentation est progressive, débute d'abord par de l'eau, des liquides, avant d'être élargie aux solides. Les consignes de réalimentation sont détaillées en annexe de ce fascicule.

La sortie du service est prévue généralement 5 à 7 jours après votre intervention, quand l'alimentation est suffisante et bien tolérée et en l'absence de complication.

Gastrectomie totale

Une gastrectomie totale consiste en l'ablation de la totalité de l'estomac. Le tube digestif est donc sectionné juste au-dessus de l'estomac, au niveau de la partie terminale de l'œsophage et juste en-dessous de l'estomac, sur le duodénum. L'estomac est ensuite remplacé par l'interposition d'un segment d'intestin (le jéjunum) qui permet de rétablir la continuité digestive.



Cette intervention est réalisée, comme pour une gastrectomie partielle, par laparotomie (ouverture de la cavité abdominale au-dessus de l'ombilic) ou parfois, selon les cas, par coelioscopie (petits orifices de trocart). La durée d'intervention est en moyenne de 3h.

Excepté dans certains cas spécifiques, au réveil, vous n'avez pas de sonde naso-gastrique, uniquement un drain, une sonde urinaire et un cathéter pour permettre la perfusion de médicaments pour la douleur, les nausées, etc. Alors que la sonde urinaire est rapidement retirée, on attend que vous soyez réalimenté pour procéder au retrait du drain.

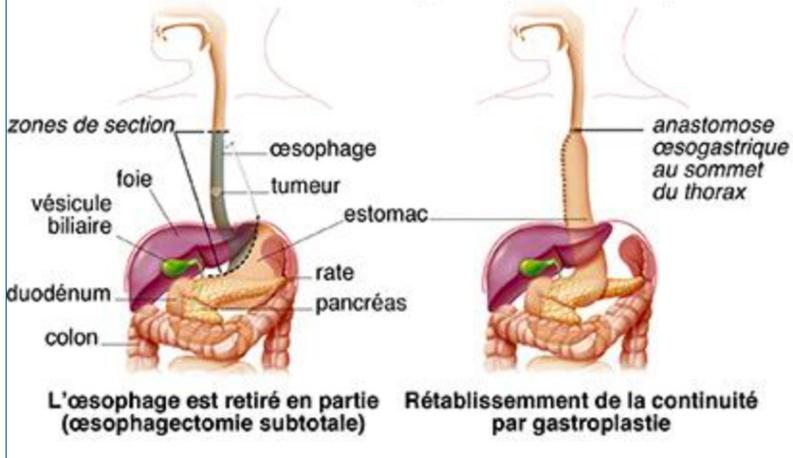
La réalimentation est progressive et débute en général entre 3 et 5 jours après l'intervention, par de l'eau puis des liquides, des aliments mixés puis des solides. Le protocole de réalimentation vous sera expliqué en détail pendant votre hospitalisation et précisé en annexe de ce document. La sortie du service est normalement prévue entre le 8^e et le 12^e jour post-opératoire dès que l'alimentation est suffisante et bien tolérée et en l'absence de complication.

Œso-gastrectomie polaire supérieure selon Lewis Santy

Cette intervention s'adresse aux personnes qui présentent une lésion de la partie moyenne et basse de l'œsophage, ainsi que sur la zone de jonction entre l'œsophage et l'estomac. Elle consiste à retirer les 2/3 inférieurs de l'œsophage et la partie haute de l'estomac. Pour remplacer la partie retirée et remettre en continuité le tube digestif, le reste de l'estomac est utilisé, transformé en un tube large, cousu à la partie supérieure de l'œsophage dans le thorax. Cette intervention est faite en deux temps opératoires. Le premier temps est réalisé dans l'abdomen, le plus souvent par coelioscopie, c'est-à-dire par le biais de petits orifices de trocart permettant de travailler dans une cavité abdominale gonflée par du CO₂. Ce temps opératoire peut aussi, dans certains cas, être réalisé par laparotomie, c'est-à-dire par une incision au-dessus de l'ombilic et prolongée jusqu'en dessous du sternum. Cette première partie de l'intervention permet de libérer votre estomac, retirer les ganglions autour de l'estomac et préparer la partie de l'estomac qui remplacera l'œsophage.

La deuxième partie de l'opération est faite à travers une incision entre les côtes, sur le côté et en arrière de la cage thoracique droite, la thoracotomie. Au cours de ce temps opératoire, la libération de l'œsophage est complétée de même que le curage ganglionnaire puis la couture, ou anastomose, de remise en continuité digestive est réalisée entre la partie haute de l'œsophage et l'estomac tubulisé.

Œsophagectomie subtotale par voie transthoracique (ou Intervention de Lewis Santy) avec anastomose œsogastrique thoracique



Cette intervention dure environ 5 heures. Juste avant l'intervention, l'anesthésiste positionne, en dehors de contre-indications spécifiques, un cathéter d'analgésie péridurale, dans le dos, qui permettra un meilleur contrôle de vos douleurs en post-opératoire. Au réveil, vous serez appareillé avec plusieurs tuyaux qui seront retirés progressivement au cours de votre convalescence : deux drains au niveau du thorax, parfois un drain abdominal, une sonde naso-gastrique, une sonde urinaire et un cathéter veineux central placé au niveau du cou.

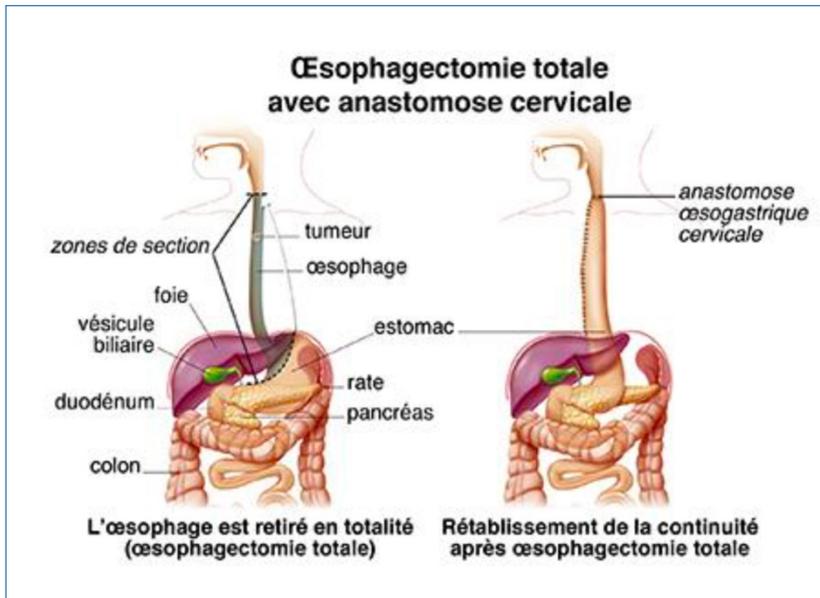
La réalimentation est débutée en absence de complication vers le 5^e jour post-opératoire. Entre l'opération et le début de la réalimentation per os, une nutrition artificielle est administrée par les veines ou directement dans l'intestin par une sonde de jéjunostomie. Un contrôle scanner peut-être demandé au moindre doute avant de commencer la réalimentation par la bouche. La réalimentation est progressive, d'abord liquide puis mixée et enfin solide selon un protocole détaillé en annexe.

La sortie du service est envisagée, en absence de complication, dès que vos apports alimentaires sont suffisants, généralement entre le 10^e et le 14^e jour après l'intervention.

Œso-gastrectomie trans-hiatale

Cette intervention s'adresse aux personnes qui présentent une lésion de l'œsophage ou de la zone de jonction entre l'œsophage et l'estomac. Elle consiste à retirer l'ensemble de l'œsophage et la partie haute de l'estomac. Pour remplacer la partie retirée et remettre en continuité le tube digestif, le reste de l'estomac est utilisé, transformé en un tube, cousu aux premiers centimètres de l'œsophage au niveau du cou. Cette intervention est faite en deux temps opératoires. Le premier temps est réalisé dans l'abdomen, habituellement par laparotomie, c'est-à-dire par une incision au milieu de l'abdomen, entre l'ombilic et le bas du sternum. Cette première partie de l'intervention permet de libérer l'estomac et retirer les ganglions qui sont autour (le curage ganglionnaire) puis de préparer la partie de l'estomac qui remplacera l'œsophage. Parfois, cette chirurgie est réalisée par coelioscopie, c'est-à-dire par le biais de petits orifices de trocart permettant de travailler dans une cavité abdominale gonflée par du CO₂.

La deuxième partie de l'opération est faite par une incision cervicale, sur la partie gauche du cou. A travers cette incision, l'œsophage finit d'être libéré et la couture ou anastomose de remise en continuité digestive est



réalisée entre les premiers centimètres d'œsophage restant et l'estomac tubulisé.

Cette intervention dure environ 5 heures. Juste avant l'intervention, l'anesthésiste positionne, en dehors de contre-indications spécifiques, un cathéter d'analgésie péridurale, dans le dos, qui permettra un meilleur contrôle de la douleur en post-opératoire. Au réveil, vous êtes appareillé avec plusieurs tuyaux qui seront retirés progressivement au cours de votre convalescence : un drain ou redon au niveau du cou, un drain abdominal, une sonde naso-gastrique, une sonde urinaire et un cathéter veineux central placé de l'autre côté du cou.

La réalimentation est débutée en absence de complication vers le 5^e jour post-opératoire. Entre l'opération et le début de la réalimentation, une nutrition artificielle est administrée par les veines ou directement dans l'intestin par une sonde de jéjunostomie. Un contrôle scanner peut-être demandé au moindre doute avant de commencer la réalimentation par la bouche. La réalimentation est progressive, d'abord liquide puis mixée et enfin solide selon un protocole détaillé en annexe.

La sortie du service est envisagée, en absence de complication, dès que vos apports alimentaires sont suffisants, généralement entre le 10^e et le 14^e jour après l'intervention.

2

Séjour hospitalier

Jours précédents l'hospitalisation

I. Régime pré-opératoire

Aucun régime spécifique n'est demandé avant l'intervention chirurgicale. Il est important de ne pas perdre de poids ou en tout cas de limiter la perte de poids avant la chirurgie. Il convient donc de manger ce qui vous fait plaisir, éventuellement de fractionner en plusieurs petits repas pour permettre un apport calorique adapté.

Il est possible que vous ayez perdu du poids de manière significative, du fait de votre maladie ou des traitements préopératoires. Il est capital de ne pas être dénutri au moment de l'intervention pour permettre une cicatrisation normale des tissus et limiter le risque de complications. Une éventuelle perte de poids, de même que votre état nutritionnel sera évaluée en consultation. En cas de nécessité, il peut être mis en place une supplémentation calorique per os (crèmes, gâteaux, briques de lait...). Quand l'alimentation est trop difficile voire impossible par la bouche, il pourra vous être proposé un support alimentaire par les veines ou par une sonde de gastrostomie ou jéjunostomie arrivant directement dans votre tube digestif.

Vous trouverez à la fin de ce fascicule des conseils pour maintenir un état nutritionnel optimal.

II. Immuno-nutrition

Sept jours avant l'intervention chirurgicale, vous prendrez une immuno-nutrition par ORAL IMPACT® qui a pour but de renforcer vos défenses immunitaires et limiter le risque de complications post-opératoires notamment le risque d'infection. Il convient de prendre une brique 3 fois par jour. Les conseils délivrés à la fin du livret vous aident à prendre ces compléments. Il est important d'anticiper le retrait de ce médicament en pharmacie, car il s'agit d'un produit sur ordonnance spéciale (d'exception) et que votre pharmacien peut devoir commander.

III. Tabac

Le tabac peut avoir des effets néfastes lors de votre intervention. Après l'intervention, il favorise la survenue de complications respiratoires

(infection, encombrement bronchique...), cardiaques mais également les risques de fuite au niveau des agrafes ou des coutures. Il retarde la cicatrisation des plaies.

Il est donc vivement conseillé d'arrêter de fumer au moins 6 semaines avant l'intervention ou en tout cas de limiter sa consommation à quelques cigarettes par jour (moins de 6 cigarettes par jour).

Vous pouvez être aidé dans votre démarche en prenant contact avec l'unité de Coordination d'Aide au Sevrage Tabagique (UCAST) du CHU (tél. 05 67 77 17 43) ou en consultant le site [www.tabac-info-service.fr/Accompagnement /Arrêter-Fumer](http://www.tabac-info-service.fr/Accompagnement/Arrêter-Fumer).

IV. Préparation respiratoire

Si vous présentez une fonction respiratoire diminuée par des problèmes de santé antérieurs ou un tabagisme ancien, nous pourrions vous demander de faire une préparation respiratoire, aidé en cela par le kinésithérapeute du CHU. Cette préparation optimisera votre état respiratoire qui sera très sollicité notamment en cas de chirurgie sur l'œsophage.

Quoi qu'il en soit, comme un sportif se prépare à une rencontre ou un évènement important, il est important de vous préparer physiquement à cette chirurgie. Si votre état le permet, de la marche quotidienne permet de manière douce et adaptée de vous conditionner à cette intervention.

V. Vos bagages

Prévoyez dans vos bagages :

- Vos affaires de toilette,
- Des vêtements de nuit,
- Des chaussons,
- Votre CPAP ou BiPAP si vous êtes appareillé(e) pour des apnées du sommeil,
- Vos médicaments ou au moins la liste,
- Vos lunettes, étui,
- Votre accessoire d'aide à la marche si nécessaire,
- Les chaussettes ou bas de contention et la ceinture abdominale prescrits lors de la consultation d'anesthésie,
- Des serviettes hygiéniques si besoin.

N'emmenez pas d'objet de valeur, uniquement votre carte vitale pour votre entrée et de quoi régler un éventuel abonnement à la télévision.

Réhabilitation Accélérée Après Chirurgie (RAAC)

Vous rentrerez dans une démarche de soins intitulée **Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)**. Il s'agit d'un ensemble de procédés ou attentions, mis en œuvre tout au long de votre parcours de soin (avant, pendant et après votre intervention), permettant d'améliorer votre prise en charge et ainsi diminuer le risque de complications.

Ce programme de réhabilitation pourra vous être exposé en consultation auprès de notre infirmière dédiée. Vous aurez ensuite la possibilité de la joindre pour faciliter toutes les démarches en rapport avec cette chirurgie.

Hospitalisation

Vous serez admis la veille de votre intervention. L'horaire (en début d'après-midi généralement) et le lieu vous seront précisés par le secrétariat ou par l'infirmière de programmation.

Dès votre arrivée, vous remplirez toutes les formalités administratives (désignation de la personne de confiance, recueil de données, inventaire, etc...).

Vous recevrez ensuite la visite de l'anesthésiste du service qui fixera les derniers détails avant l'intervention (traitements à prendre, heure de début du jeûne...). Sauf contre-indication mentionnée par l'anesthésiste, vous aurez la possibilité de manger solide jusqu'à 6 heures avant l'intervention, boire des liquides clairs jusqu'à 2 heures avant. Il est conseillé, 2 heures avant de descendre au bloc opératoire, de boire la solution gluco-sée qui vous est proposée (par exemple, un jus de pomme).

Vous aurez aussi la visite du chirurgien qui répondra à vos dernières questions. Pensez à leur signaler la moindre anomalie ou changement depuis votre dernière consultation (modification de traitement, maladie récente...).

L'infirmière peut être amenée à vous prélever un bilan sanguin. Les aides-soignants vous aideront ensuite pour le protocole de préparation cutanée (tonte, douche au savon doux...), vous pèseront.

Aucun maquillage, vernis à ongle, bijou, piercing n'est permis en salle de bloc opératoire.

Le matin de l'intervention, pensez à laisser vos lunettes, retirer vos prothèses dentaires, mettre les bas de contention. Vous serez ensuite accompagné en brancard en salle d'opération.

Après votre chirurgie

Après l'intervention, vous êtes conduit en salle de réveil pour une période de 2 h au minimum. Vous regagnez la plupart du temps une chambre seule dans l'unité de soins intensifs.

Ne soyez pas inquiet vis-à-vis des appareils qui vous entourent, de la perfusion et autres tuyaux. Ils permettent de vous surveiller en post opératoire et vous administrer les traitements adéquats.

Après votre intervention, l'administration des traitements contre la douleur dépendra de vos besoins. Ceux-ci seront évalués sur une échelle de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur, 10 étant la douleur maximale imaginable. Il faudra donc solliciter l'équipe soignante pour adapter au mieux votre traitement en fonction de vos symptômes. Il en est de même pour tous les inconforts potentiels (nausées, intolérance médicamenteuse...).

Comme évoqué plus haut, la réalimentation sera reprise en fonction du type d'intervention réalisée.

Le premier lever dépend de l'heure de votre sortie du bloc, généralement 6h après votre réveil pour les chirurgies gastriques, le lendemain de l'intervention pour les chirurgies de l'œsophage.

Les différents tuyaux sont retirés petit à petit, au fur et à mesure de votre convalescence.

L'équipe soignante vous sollicitera pour aller au fauteuil le plus souvent possible, marcher, etc... afin que vous retrouviez votre autonomie le plus rapidement possible.

Le transfert du service de soins intensifs vers le service traditionnel se fait après quelques jours, généralement une fois que la réalimentation est reprise et en l'absence de complication. Ensuite, dans le service de chirurgie, vous êtes progressivement autonomisé jusqu'à votre retour à domicile.

Une période de prise en charge en maison de convalescence peut être nécessaire notamment en cas d'isolement, d'état fragile. Cette demande de convalescence doit être anticipée pour répondre au mieux à vos besoins en termes de délais et de localisation géographique. Idéalement, elle est à envisager dès la consultation préopératoire notamment auprès de l'infirmière de RAAC, au plus tard à votre entrée dans le service.

3

Retour à domicile

Il sera possible de bénéficier d'un VSL si personne dans votre entourage ne peut vous accompagner pour votre retour à domicile.

Les sorties du service se font généralement en fin de matinée, voire en début d'après-midi dans certaines situations.

Prévoyez de ne pas être seul(e) dans la semaine après votre retour à la maison. Il faut également anticiper une aide pour faire vos courses, le ménage, la préparation de vos repas durant les 3 premières semaines.

Dès votre sortie du service, assurez-vous que les rendez-vous post-opératoires sont bien pris notamment avec le chirurgien 1 mois après l'intervention.

Reprise des activités

Dès que possible, vous pouvez reprendre vos activités quotidiennes normales (marche, petites courses, conduite...). Veillez à ne pas porter des charges lourdes supérieures à 6 Kg (soit 1 pack de lait) avant la fin de la troisième semaine post opératoire.

La conduite est interdite si vous prenez des antalgiques plus forts que le PARACETAMOL car ils peuvent altérer votre vigilance (TRAMADOL, ...).

Après ce délai de 3 semaines, quand la cicatrisation et la solidité de votre paroi abdominale sont considérées comme acquises, vous pourrez reprendre des activités physiques et sportives.

Une ceinture abdominale peut vous être prescrite. Elle est alors à porter dès le post-opératoire. Vous pourrez continuer de la porter après la reprise des activités physiques, après la 3^e semaine. Elle a pour objectif de maintenir la sangle abdominale pour faciliter les efforts et limiter le risque d'éventration.

Alimentation

Lors de votre hospitalisation, vous recevrez la visite de la diététicienne du service. Elle vous donnera les conseils d'alimentation pour les premières semaines (*cf document en annexe*). Vous aurez également la possibilité

de la contacter par téléphone et la revoir lors de la consultation du premier mois post opératoire.

Nous insistons sur quelques conseils :

- Prenez votre temps pour manger, 30 à 45 minutes par repas sont indispensables pour permettre de s'alimenter correctement après cette intervention ;
- Mangez dans le calme ;
- N'arrivez jamais à la sensation de douleur, de nausée ou de vomissement. Si c'est le cas, il est probablement que vous ayez mangé trop ou trop vite, sans prendre suffisamment de temps pour mastiquer ;
- Quelques intolérances ou blocages sont habituels après la chirurgie (pain, viandes rouges, pâtes...) et doivent vous inciter à bien mastiquer ;
- Vous ne devez normalement pas vomir. Si cela se reproduit de manière trop fréquente, contactez-nous pour identifier le problème.

Traitement post opératoire

L'ordonnance de sortie dépend de chaque patient. Toutefois, certains traitements sont communs.

I. Antalgiques

Nous vous prescrivons des antalgiques à la demande pour les jours qui suivent la sortie du service. En cas de douleur, commencez par prendre du PARACETAMOL, 1 gramme toutes les 6 heures maximum. Si ce traitement n'est pas suffisant, vous pouvez prendre du TRAMADOL à la dose prescrite.

II. Anticoagulation

Un traitement anticoagulant, généralement par piqûres sous-cutanées, est poursuivi pour un total d'un mois post-opératoire. Celui-ci permet de prévenir la survenue de phlébites dont les conséquences peuvent être gravissimes notamment en cas d'embolie pulmonaire (détresse respiratoire, décès...). Pendant cette période, vous devez poursuivre, en journée, le port de vos bas de contention et marcher le plus régulièrement possible pour faciliter la circulation du sang.

Une prise de sang, 1 à 2 fois par semaine, est réalisée pour surveiller vos plaquettes qui peuvent chuter en réaction à l'administration de l'anticoagulant. Précisez bien au laboratoire de nous mettre en destinataire des résultats ainsi que votre médecin généraliste.

III. Inhibiteurs de la Pompe à Protons

Un traitement par inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) est prescrit, excepté en cas de gastrectomie totale, ce traitement doit être poursuivi au long cours, car permettant de limiter l'acidité d'un reflux au travers les coutures et l'irritation de cette dernière.

IV. Supplémentation vitaminique

En cas de gastrectomie totale, vous devrez avoir une supplémentation en vitamine B12, tous les 3 mois par voie intra-musculaire, car en absence d'estomac, la molécule qui permet l'absorption de cette vitamine n'est plus produite. En absence de supplémentation, cela expose au long cours, à une anémie profonde.

Plaies opératoires

Les plaies opératoires sont en rapport avec les orifices permettant l'introduction des instruments par des trocarts dans votre cavité abdominale ou avec l'ouverture réalisée. Les orifices de coelioscopie sont fermés par des points intra-dermiques qui ne nécessitent pas d'être retirés. Les steristrips (adhésifs) couvrant les plaies peuvent rester en place 15 jours et n'empêchent pas de prendre des douches. Au-delà de 15 jours, vous pourrez les retirer. Sur les plus grandes incisions, les agrafes sont à retirer à partir du 10ème jour post opératoire par une infirmière si cela n'a pas été déjà fait dans le service. Sauf consigne particulière notamment en cas de suintement, les cicatrices doivent rester à l'air et ne pas être couvertes par des pansements.

Au moindre doute, n'hésitez pas à les montrer à votre infirmière lors de ses passages quotidiens pour les injections d'anticoagulant.

Au début, éviter de faire macérer les plaies en privilégiant les douches plutôt que les bains. Séchez-les sans frotter. Attendez la cicatrisation complète avant d'aller en piscine, spa ou autre...

En cas de chaleur, rougeur, douleur ou suintement jaune-vert malodorant, faites examiner votre plaie par un médecin (médecin traitant, chirurgien).

Surveillance

I. Post opératoire normal

Vous serez revu en consultation 1 mois après l'intervention par votre chirurgien et la diététicienne du service. Cette consultation a pour but

de vérifier l'absence de complication, la bonne cicatrisation, que votre alimentation soit suffisante.

Des suites opératoires normales s'accompagnent d'une fatigue importante en rapport avec « l'agression corporelle » que représente l'intervention et l'anesthésie générale. Elle ne doit vous inquiéter que si elle est importante et faire avancer la consultation de contrôle.

Un montage chirurgical bien supporté ne doit pas être source de vomissement ou d'impossibilité de manger.

Les douleurs doivent aller en diminuant progressivement.

Vous pouvez sentir parfois des ballonnements, des crampes, des gaz, des spasmes. Ceci est habituel. Ecoutez-vous afin de déterminer les aliments qui peuvent en être responsables. Ces malaises doivent rester occasionnels. S'ils sont trop fréquents ou inconfortables, consultez-nous.

II. Signes d'alerte

1. DOULEURS ET AUTRES SIGNES GÉNÉRAUX

Si les douleurs reviennent ou deviennent plus importantes, notamment au niveau de l'abdomen, des côtes, de l'épaule gauche, du thorax, vous devez nous contacter.

La survenue de fièvre (température $\geq 38,5^\circ$), notamment si elle est accompagnée de frissons, n'est pas normale et doit vous alerter et vous faire consulter.

Au moindre signe clinique anormal (difficultés à respirer, palpitations, douleur thoracique, sang dans les selles ou dans un vomissement, mollets gonflés et douloureux...), contactez-nous ou votre médecin traitant.

Vous pouvez nous joindre en journée par les secrétariats :

- **Pr Nicolas CARRERE / Dr Charles-Henri JULIO**

Tél. 05 61 32 33 98

- **Dr Geraud TUYERAS**

Tél. 05 61 32 34 10

- **Chef de Clinique**

Tél. 05 61 32 27 46

- **Le soir ou la nuit en cas d'urgence, l'interne de garde**

Tél. 05 61 32 22 36 ou 05 61 32 23 06

2. DIFFICULTÉS À S'ALIMENTER

Si vous avez des nausées, mangez lentement, prenez le temps de mastiquer. Buvez toujours par petites quantités. Faites des essais pour déterminer les aliments qui « passent ». Si les solides sont difficiles au début, repassez transitoirement par les aliments mixés jusqu'à ce que votre tolérance soit améliorée. Evitez les aliments trop fermes, épicés.

3. VOMISSEMENTS

Un vomissement occasionnel (1 à 2 fois par semaine) n'est pas rare et ce n'est pas inquiétant. Prenez le temps pour manger. Consultez-nous en urgence si vous n'arrivez plus à vous alimenter avec des vomissements systématiques. En cas de blocage alimentaire, n'insistez pas, reposez-vous en attendant que cela passe.

4. RÉGURGITATION OU REFLUX

Mangez doucement, en petites quantités. Retardez l'heure du coucher si les reflux apparaissent après le dîner.

5. NAUSÉES ET MAUVAIS GOÛT DANS LA BOUCHE

Regardez votre langue. Si celle-ci est recouverte d'un enduit blanchâtre, il se peut que ce soit en rapport avec un champignon (une candidose). Ayez une hygiène de bouche soignée et faites-vous prescrire des bains de bouche au Bicarbonate de Sodium si cela devait arriver.

6. CONSTIPATION OU DIARRHÉES

La constipation est un symptôme très fréquent en rapport avec plusieurs facteurs :

- La prise de médicaments contre la douleur qui peuvent ralentir le transit ;
- L'absence de résidus alimentaires du fait de votre réalimentation progressive ;
- La faible quantité d'aliments ingérée quotidiennement dans les jours suivant la chirurgie ;
- Une hydratation insuffisante.

Pour y pallier :

- Hydratez-vous en quantité suffisante, éventuellement avec de l'eau d'Hepar ;

- Faites de l'exercice ;
- Ayez recours à des solutions naturelles (jus de pruneaux...);
- En cas d'échec de ces méthodes, il est possible de vous prescrire des laxatifs paraffinés en première intention.

Si malgré cela, votre constipation persiste, parlez-en à votre médecin traitant.

Les diarrhées peuvent être présentes dans les jours suivant votre intervention en rapport avec une reprise progressive du transit, de la modification du circuit de digestion. A moins d'une diarrhée importante (> 6 selles par jour) et persistante, il est préférable d'attendre que ce trouble rentre spontanément dans l'ordre avant la prise d'un médicament spécifique.

7. DUMPING SYNDROME

C'est un ensemble de symptômes survenant quelques minutes après l'alimentation (palpitations, fatigue, sueurs, diarrhées, coliques...) pouvant aller jusqu'au malaise vagal. Ces symptômes régressent en quelques minutes, nécessitant parfois de s'allonger. Ils sont d'autant plus fréquents que votre alimentation est prise rapidement, qu'elle est riche en sucre. Si vous présentez ces manifestations, essayez d'identifier les circonstances de survenue (types d'aliments, structure du repas...) afin de mettre en place les modifications qui suffisent la plupart du temps à les faire régresser : ralentissement de la prise alimentaire, éviction des sucres. Dans ces situations, faites attention à ne pas avoir de conduite potentiellement dangereuse après les repas (conduite de voiture ou d'engin de chantier,...). En cas de persistance, parlez-en lors de vos consultations de contrôle.

4

Retour à la vie active

Activités physiques

La reprise des activités physiques est permise à partir de la 4^e semaine post-opératoire en fonction de votre récupération et votre fatigue résiduelle.

Retour au travail

Le retour au travail peut exiger des aménagements temporaires de votre poste de travail pour permettre des temps de repas adaptés, une reprise progressive des tâches physiques. Il sera d'autant plus harmonieux que vous en parlerez avec votre médecin du travail et que ces aménagements seront anticipés, notamment lors d'une visite à votre demande et ce avant la reprise du travail (visite de pré-reprise). Le médecin du travail peut prendre contact avec nous pour en discuter au moindre problème. De manière habituelle, la durée prévisible d'arrêt de travail est au minimum de 1 à 2 mois.

5

Supports et aides

Numéros utiles

Disponibles aux horaires de bureau.

Secrétariats chirurgicaux

Pr Nicolas CARRERE / Dr Charles-Henri JULIO

Tél. 05 61 32 33 98

Dr Geraud TUYERAS

Tél. 05 61 32 34 10

Chef de Clinique

Tél. 05 61 32 27 46

Diététicienne du service de chirurgie

Tél. 05 61 32 34 90

Infirmière Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

Tél. 05 61 32 31 10

Ressources internet

Site du Service de chirurgie Viscérale et Digestive : <https://www.chu-toulouse.fr/-chirurgie-digestive-et-transplantation-d-organes->

8

Conclusion

Vous allez avoir une chirurgie de l'estomac et/ou de l'œsophage dont la perspective est sans doute difficile à appréhender. Nous espérons que ce livret vous aura permis de trouver des repères et des informations qui vous permettront d'être préparés au mieux à cette intervention et à ses suites.

Nous sommes à votre disposition pour répondre à toute question auxquelles ce livret n'aurait pas permis de répondre.

Comité de relecture

- **Pr Nicolas CARRERE, Chirurgien**
Chirurgie viscérale et digestive – CHU Toulouse
- **Dr Charles-Henri JULIO, Chirurgien**
Chirurgie viscérale et digestive – CHU Toulouse
- **Mme Elsa LE FEVRE, Diététicienne**
Chirurgie viscérale et digestive – CHU Toulouse
- **Dr Geraud TUYERAS, Chirurgien**
Chirurgie viscérale et digestive – CHU Toulouse



Annexes

Conseils d'alimentation post-opératoire

LES CONSEQUENCES NUTRITIONNELLES POSSIBLES DE LA CHIRURGIE OESO-GASTRIQUE

⇒ **Risque de perte d'appétit**



⇒ **Sensation de satiété précoce liée à la réduction du volume de l'estomac**

⇒ **Dumping Syndrome** : Phénomène provoqué par l'arrivée trop rapide des aliments dans l'intestin provoquant sa surcharge.

Symptômes : malaise, nausées, diarrhées, sueurs...

⇒ **Par conséquent, diminution possible des apports nutritionnels**



Votre objectif est de consolider votre état nutritionnel le plus tôt possible, c'est-à-dire avant la chirurgie.

L'IMPORTANTANCE DE VOTRE ETAT NUTRITIONNEL

QU'EST CE QU'UN MAUVAIS ETAT NUTRITIONNEL ?

⇒ Apports nutritionnels insuffisants par rapport aux besoins de votre organisme.

QUELLES PEUVENT ETRE LES CONSEQUENCES ?

- ◆ Retard de cicatrisation
- ◆ Augmentation de la durée d'hospitalisation
- ◆ Augmentation du risque de complications
- ◆ Diminution de la qualité de vie
- ◆ Diminution de la masse et de la force musculaire
- ◆ Augmentation du risque d'infections
- ◆ Fatigue importante

QUELS SONT LES SIGNAUX D'ALERTE ? COMMENT Y REMEDIER ?

- > Perte de poids
- > Fatigue
- > Faiblesse musculaire
- > Perte d'appétit
- > Cicatrisation difficile

- **Enrichissez** vos préparations
(voir pages 16-17)
- **Augmentez votre marche** quotidienne (pour préserver les muscles, ouvrir l'appétit)

Votre protocole de soin en chirurgie digestive **nécessite** également la consommation d'un support nutritionnel supplémentaire afin d'améliorer les suites opératoires appelé **immunonutrition**

RECOMMANDATIONS EN PRE-OPÉRATOIRE

L'IMMUNONUTRITION

QU'EST CE QUE L'IMMUNONUTRITION ?

- ⇒ Une **solution nutritionnelle** contenant des calories, des protéines et des nutriments spécifiques.
- ⇒ Permet une **diminution du risque de complications**, notamment infectieuses.
- ⇒ Ce produit est appelé **Oral Impact** :
 - boisson lactée se présentant sous la forme de briquettes.
 - doit être consommé pendant les **7 jours précédents l'intervention chirurgicale**.



COMMENT CONSOMMER ORAL IMPACT ?

- ⇒ Consommer **en collation**, à distance des repas principaux (Exemple : 10h, 16h, 22h)
- ⇒ Servir de préférence **frais**, mais peut être légèrement tiédi
- ⇒ **Prendre son temps** pour le consommer
- ⇒ Maintenir le reste de vos **apports alimentaires habituels**
- ⇒ Conserver à **température ambiante** dans un endroit frais et sec s'il n'a pas été ouvert
- ⇒ Conserver au **réfrigérateur** jusqu'à 24h après ouverture.

EXEMPLE DE RÉPARTITION ALIMENTAIRE AVEC ORAL IMPACT

PETIT DEJEUNER



COLLATION



1 brique de Oral Impact

DEJEUNER



COLLATION



1 brique de Oral Impact

DÎNER



COLLATION



1 brique de Oral Impact

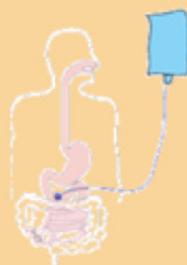
RECOMMANDATIONS EN POST-OPÉRATOIRE

REALIMENTATION APRES UNE OESOPHAGECTOMIE

- ♦ La réalimentation débutera à l'aide d'une **nutrition artificielle exclusive** (entérale ou parentérale) permettant de ne pas solliciter trop rapidement les sutures digestives.
 - ♦ **Objectif** = Assurer vos besoins nutritionnels

QU'EST-CE QUE LA NUTRITION ENTERALE ?

- Alimentation par **sonde**
- Permet de préserver les fonctions du tube digestif



QU'EST-CE QUE LA NUTRITION PARENTERALE ?

- Alimentation par **voie veineuse**



- ◆ Après quelques jours, la réalimentation par voie orale pourra commencer selon votre propre tolérance.
- ◆ Vos repas seront en texture **mixée**.

COMPLEMENTATION NUTRITIONNELLE ORALE

Dans le cas où vos apports par voie orale seraient insuffisants, des **compléments nutritionnels oraux** peuvent vous être prescrits.



Ce sont des produits **concentrés en énergie et en protéines**. Ils permettent d'augmenter vos apports nutritionnels.

Ces compléments doivent être consommés en plus d'une alimentation normale **sans la remplacer**.

CONSEILS HYGIENO-DIETETIQUES APRES LA CHIRURGIE

- ⇒ **Fractionner l'alimentation** : 5 à 6 prises / jour. Prendre les 3 repas principaux et ajouter 3 collations (matinée, après-midi et soirée). Le fractionnement va permettre de répartir les apports tout au long de la journée afin d'atteindre au mieux les besoins nutritionnels quotidiens recommandés.



- ⇒ **Manger lentement** en prenant le temps de bien mastiquer les aliments afin de faciliter le passage des aliments dans le tube digestif. Le temps de repas minimal recommandé est de 30 à 45 minutes.



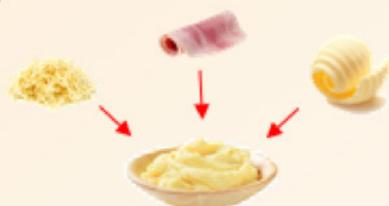
- ⇒ **S'hydrater entre les repas** par petites gorgées et éviter de boire pendant les repas pour favoriser votre prise alimentaire



- ⇒ Eviter les aliments **trop chauds ou trop froids**.



- ⇒ **Enrichir les préparations** afin d'augmenter le nombre de calories sans augmenter le volume des portions (*Voir techniques d'enrichissements pages 16 et 17*).



- ⇒ Eviter les aliments à **gros volume et peu caloriques** (Ex : une soupe ou un potage **non enrichis**).



- ⇒ Maintenir des **apports protéiques suffisants** pour conserver les muscles en bon état (viande, volaille, poisson, œuf).



- ⇒ Pratiquer une **activité physique modérée régulière** pour préserver les muscles (marche, promenades, vélo).

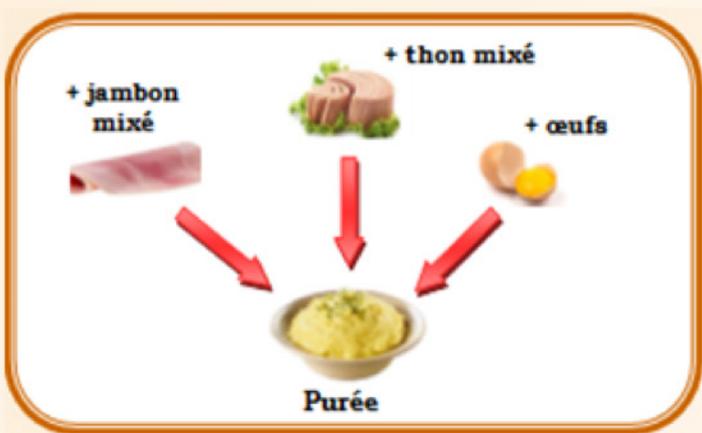
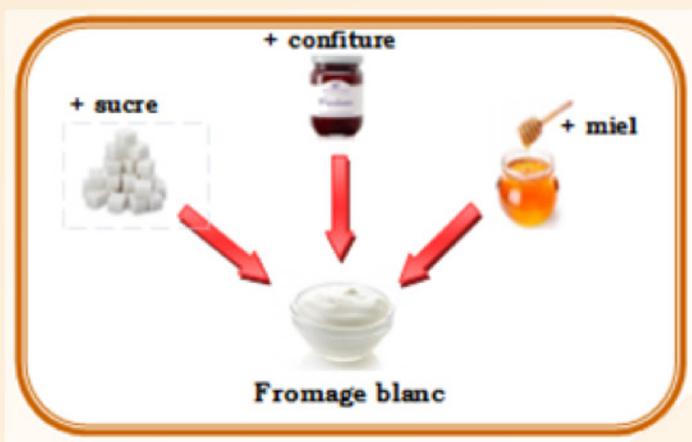


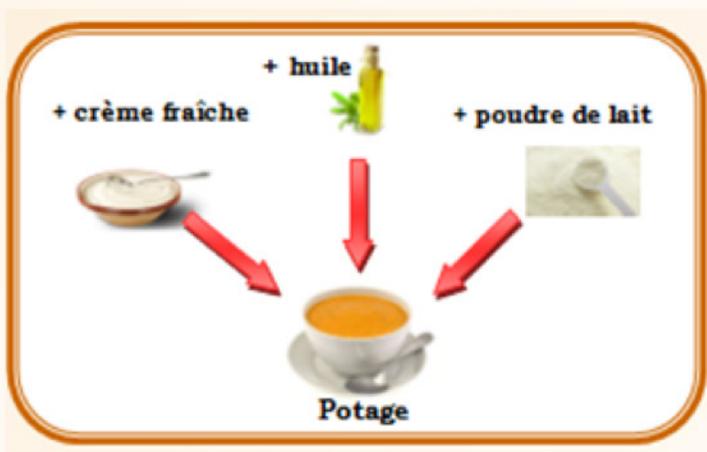
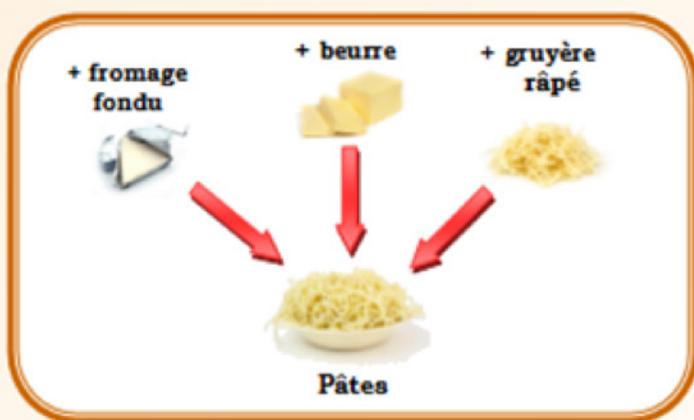
- ⇒ **Se peser** chaque semaine et surveiller une éventuelle perte de poids.



QUELQUES ASTUCES POUR ENRICHIR VOS REPAS

L'enrichissement consiste à **augmenter le nombre de calories** d'une préparation **sans en augmenter le volume**.





**Qu'avez-vous mangé les 3 derniers jours
avant la chirurgie ?**

Ce support permettra aux diététiciennes d'évaluer vos apports

<i>P-DEJ</i>	<i>COLL</i>	<i>DEJ</i>	<i>COLL</i>	<i>DINER</i>	<i>COLL</i>

Département de chirurgie digestive, et transplantation d'organes

Professeur Bertrand SUC, Chef de Département

Professeur Nicolas CARRERE, Chef adjoint de Département

Chirurgie Œso-gastrique, bariatrique et endocrinienne

Professeur Nicolas CARRERE, Responsable de l'unité

Docteur Charles-Henri JULIO

Docteur Géraud TUYERAS

Hôpital Rangueil - Bâtiment h2, 6^e étage

1 avenue Jean Poulhès - TSA 30032 - 31059 Toulouse Cedex 9

En cas d'urgence, vous pouvez nous joindre :

En journée, par les secrétariats :

Pr Nicolas CARRERE ou Dr Charles-Henri JULIO : 05 61 32 33 98

Dr Géraud TUYERAS : 05 61 32 34 10

Chef de Clinique : 05 61 32 27 46

Le soir ou la nuit en cas d'urgence

Interne de garde : 05 61 32 22 36 ou 05 61 32 23 06

Infirmière RAAC : 05 61 32 31 10 ou ide-raac@chu-toulouse.fr

Conception : Service de chirurgie Générale et Digestive

Création graphique : (mars 2020) - Mise à jour juin 2020 : Direction de la Communication

Impression : Centre de Reprographie du CHU de Toulouse

© 2020, **CHU de Toulouse** - 2, rue Viguerie - TSA 80035 31059 Toulouse cedex 9