

LIVRET DU PATIENT DE CHIRURGIE THORACIQUE

 Version 2 - mai 2021

Programmes de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)

Vous allez être opéré(e) dans le service de chirurgie thoracique du CHU de Caen Normandie. Cette intervention est un évènement important pour vous et vos proches, et probablement un sujet de préoccupation ou d'anxiété.

Ce document vous explique comment se déroule votre hospitalisation ainsi que la façon de devenir actif dans votre processus de guérison. Il présente chaque étape de votre prise en charge, de la consultation chirurgicale, jusqu'à votre sortie.

Vous avez un rôle actif à jouer dans votre prise en charge médicale.

Moins longtemps vous resterez à l'hôpital, moins seront les risques opératoires et moindre sera le retentissement de l'opération.

Ce livret ne se substitue pas aux informations que peut vous fournir votre chirurgien ou le médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte de vos antécédents et de l'intervention spécifique prévue.

Ce document ne constitue pas une décharge de responsabilité de l'équipe médicale qui vous prend en charge.

Nous vous souhaitons un bon séjour dans notre unité de chirurgie thoracique et restons à votre disposition en cas de besoin.



PÔLE
CHIRURGIE



Service
de chirurgie
thoracique

CHU
CAEN NORMANDIE

UNITÉ D'HOSPITALISATION DE CHIRURGIE



Niveau 19, unité 10
Tél. : 02 31 06 44 63
Visites de 13h à 20h


Secrétariat

C. VERSTRAETER - A. GURDZIEL
Tél. : 02 31 06 53 26 - Tél. : 02 31 06 44 53
Courriel : sec-chirtho@chu-caen.fr

Dr J-P. LE ROCHAIS, praticien hospitalier, chef du service de chirurgie thoracique


Dr M. HEYNDRICKX, praticien hospitalier

Cadre de santé

S. LELANDAIS 
Tél. : 02 31 06 32 70
Courriel : lelandais-sy@chu-caen.fr

UNITÉ D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION ET SOINS INTENSIFS



Niveau 6, unité 30.32
Tél. secrétariat d'anesthésie : 02 31 06 47 35
Tél. unité de réanimation : 02 31 06 44 54 
Visites de 15h à 20h

Pr M-O. FISCHER, professeur des universités-praticien hospitalier, responsable de l'unité d'anesthésie-réanimation cardio-thoracique 

Dr L. ZHU, praticien hospitalier

Dr V. POTTIER, praticien hospitalier

Dr B. SAVARY, praticien hospitalier

Dr E. CASPERSEN, praticien hospitalier

Dr R. RISTOVSKI, praticien hospitalier

Dr S. DEBROCZI, chef de clinique assistant

Dr J-B. DECROS, assistant spécialiste

Dr F. BROTONS, assistant spécialiste

Dr W. GREUB, praticien hospitalier contractuel

Dr R. DESCAMPS, praticien hospitalier contractuel

Cadres de santé

J. DENIS



LA PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE P. 5

Votre poids.....	p. 5
Le tabac.....	p. 5
L'alcool.....	p. 6
L'exercice physique.....	p. 6
La spirométrie.....	p. 6
L'hygiène bucco-dentaire.....	p. 7
Les bas de contention.....	p. 7
La convalescence.....	p. 7
Le bon de transport.....	p. 7
Le consentement éclairé avant l'intervention chirurgicale.....	p. 7
La personne de confiance.....	p. 7

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE P. 9

Informations médicales sur l'anesthésie en chirurgie thoracique.....	p. 9
Comment serai-je surveillé(e) pendant l'anesthésie et mon réveil ?.....	p. 10
Quels sont les risques de l'anesthésie ?.....	p. 10
Quels sont les inconvénients et les risques propres à l'anesthésie générale ?.....	p. 10
Quels sont les inconvénients et les risques propres à l'anesthésie locorégionale ?.....	p. 11

L'HOSPITALISATION P.13

La chambre individuelle.....	p. 13
La veille de l'intervention.....	p. 13
Le jour de l'opération.....	p. 13
Le bloc opératoire.....	p. 13
L'unité de soin continu / la réanimation.....	p. 14
La période postopératoire.....	p. 14
La douleur.....	p. 14
La toux.....	p. 14
L'alimentation.....	p. 15
Le drain thoracique.....	p. 15
La chirurgie mini-invasive.....	p. 15
La durée de séjour.....	p. 15

LE RETOUR À DOMICILE P.17

Votre sortie.....	p. 17
L'arrêt de travail.....	p. 17
La reprise d'une activité physique.....	p. 18
L'essoufflement.....	p. 18
La consultation postopératoire.....	p. 18
Les résultats anatomo-pathologiques.....	p. 18

RISQUES LIÉS À UNE INTERVENTION PULMONAIRE P. 19

ANNEXE

Feuille d'information « Circuit Court » Chirurgie Thoracique.....	p. 20
---	-------

LA PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

• • Votre poids • •



L'amaigrissement et la dénutrition sont des facteurs de risques importants de complications postopératoires, et de retards de cicatrisation. Ainsi, si vous avez perdu du poids, il est indispensable de stopper ce processus. Si vous n'avez pas perdu de poids, il est tout de même important de préparer au mieux votre organisme au stress que représente une intervention chirurgicale.

Votre chirurgien vous prescrit des compléments nutritionnels à prendre 2 à 3 fois par jour, en plus de vos repas habituels. Il existe différents parfums, différentes textures (crèmes, yaourts à boire, jus de fruits), certains se prennent plus frais, d'autres sont préférés réchauffés. Il faut que votre pharmacien vous propose des échantillons pour tester ces textures et saveurs, afin que vous trouviez un complément à votre goût, avant de le prendre très régulièrement.

Si vous êtes en surpoids, il n'est pas indiqué de maigrir avant une intervention.

• • Le tabac • •



Si vous fumez, il faut y renoncer le plus tôt possible. Le tabagisme diminue les défenses immunitaires, entraîne des retards de cicatrisation, et favorise les complications postopératoires. Un tabagisme actif ou sevré depuis moins de 15 jours est un facteur de risque important de complications respiratoires, pouvant être particulièrement sévères après une chirurgie thoracique. Obtenir un sevrage tabagique complet est important afin de vous mettre dans les meilleures conditions possibles pour votre intervention.

Votre chirurgien vous a prescrit des substituts nicotiques pour vous aider, mais l'unité de coordination de tabacologie (située au niveau 1, Tour Côte de Nacre) peut aussi vous prendre en charge pour vous aider dans cette étape difficile, mais indispensable.

Contact : ☎ 02 31 06 49 82.



La consommation de cannabis favorise, au même titre que la consommation de tabac, les complications postopératoires. Il est recommandé d'obtenir aussi un sevrage de celui-ci.

Les substituts nicotiques

Les formes orales : prise à la demande, en cas d'envie subite de fumer. Elles ne sont efficaces qu'en diffusion transmuqueuse : il faut les laisser le plus possible contre les joues ou sous la langue (ne pas mâcher, ni sucer). Il convient d'orienter l'inhalateur vers les joues en aspirant.

Les patches : ils doivent être posés le plus tôt possible après le réveil, changés de place tous les jours (haut du bras, haut du dos, extérieur des cuisses, haut des fesses, etc.), sur un endroit sans poils pour améliorer le collage et donc la diffusion de la nicotine.

SIGNES DE SOUS-DOSAGE	SIGNES DE SURDOSAGE
Envies de fumer	Ecœuré du tabac
Enervement, irritabilité, anxiété, agitation	Nausées, bouche sèche et pâteuse
Difficultés de concentration	Maux de tête, vertiges
Tendance dépressive	Tachycardie
Augmentation de l'appétit / grignotages	Diarrhée
Insomnies	Insomnie



En cas de signes de sous-dosage, augmentez la dose des patches, en ajoutant un demi-patch par jour. En cas de surdosage, diminuez la dose d'un demi-patch par jour.

La substitution d'un tabagisme actif par l'utilisation d'une cigarette électronique peut vous aider dans l'arrêt du tabac. Néanmoins il ne sera pas possible d'utiliser votre cigarette électronique à l'hôpital.

• • L'alcool • •



Si vous consommez régulièrement de l'alcool, même en petites quantités, un arrêt précoce est indiqué. Cela favorisera une reprise de poids, un bon état nutritionnel et diminuera aussi les complications telles que les états confusionnels et les symptômes de manque.

• • L'exercice physique • •



Une activité physique modérée quotidienne de 20 à 30 minutes comme de la marche rapide, du vélo ou de la natation, permet de préserver et d'entretenir votre capital musculaire et respiratoire, important pour vous permettre de récupérer rapidement après votre intervention.

• • La spirométrie • •



Votre chirurgien vous prescrit un appareil (Triflow II) permettant de réaliser des exercices de respiration, en particulier d'inspiration profonde. Cet appareil sera utilisé dans la période postopératoire pour lutter contre un éventuel encombrement bronchique. Il est important de s'entraîner au moins 3 fois 5 minutes par jour, durant la semaine précédant votre intervention pour vous préparer au mieux.

Vous devez apporter cet appareil pour votre hospitalisation. Une ou plusieurs séances de kinésithérapie respiratoire vous ont été prescrites par votre chirurgien pour vous apprendre à utiliser cet appareil.

UTILISATION D'UN SPIROMÈTRE TYPE TRIFLOW II

- installez-vous en position assise ou ½ assis,
- expirez (= soufflez) en dehors de l'appareil,
- inspirez (= respirez) par l'intermédiaire de l'embout buccal,
- le but de l'exercice est de faire monter le plus de billes possible, et surtout de les maintenir en haut de la colonne le plus longtemps possible,
- en fin d'inspiration, faites une pause de 3 secondes puis expirez normalement,
- il est important de prendre son temps pour bien réaliser la spirométrie, le but est de travailler efficacement et pas en fréquence pour « faire monter les billes le plus vite possible »,
- il faut réaliser cet exercice par séries de 5 à 10, toutes les heures si possibles durant la période postopératoire.

• • L'hygiène bucco-dentaire • •



Afin de diminuer le risque de complications respiratoires liées à l'assistance respiratoire utilisée durant la chirurgie, il est important d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.

Il faut vous brosser les dents 2 fois par jour durant les 5 jours précédant votre intervention.

Des bains de bouche à la Chlorhexidine® (Eludril® ou générique) sont à réaliser les 3 jours précédant votre intervention. **Vous devez apporter votre brosse à dents ainsi que les bains de bouche lors de votre hospitalisation.**

• • Les bas de contention • •



Il s'agit de bas utilisés pour réduire le risque de développer un caillot dans les jambes (phlébite). Vous devrez aller les chercher à la pharmacie et les apporter lors de votre hospitalisation. Il faut les mettre dès le matin de l'intervention avant de vous rendre au bloc opératoire, et les porter jusqu'à reprise d'une déambulation complète.

• • La convalescence • •



Une admission en convalescence est une prescription médicale, et sera décidée par votre chirurgien référent en fonction de votre état de santé. Dans la plupart des cas, un retour à domicile, parfois avec des aides, est possible après une chirurgie thoracique.

Si vous pensez ne pas être en mesure de rentrer à votre domicile après votre intervention (seul(e) à domicile, mobilité réduite, etc.) vous devez en faire part au chirurgien et à l'équipe soignante dès votre admission la veille de l'intervention, ou bien téléphoner à madame Sylviane Lelandais, cadre de l'unité de soin (02 31 06 32 70), afin d'anticiper cette démarche, qui peut prendre plusieurs jours et retarder ainsi votre sortie du service.

• • Le bon de transport • •



La prise en charge à 100% ne justifie pas à elle seule l'utilisation d'un moyen de transport professionnel. Vous ne devez pas faire appel à un professionnel si vous n'êtes pas muni(e) au préalable d'un bon de transport

Sauf problème d'**ordre médical**, les transports pour les **consultations d'anesthésie ou postopératoire**, doivent se faire autant que faire se peut par moyens personnels. L'entrée et la sortie d'hospitalisation peuvent se faire soit par **des moyens personnels**, soit par prescription d'un transport type VSL ou taxi.

En cas d'utilisation de **moyens personnels**, un bon de transport en véhicule particulier peut vous être fourni.

• • Le consentement éclairé avant intervention chirurgicale • •



Ce formulaire, créé par la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (SFCTCV), rempli par votre chirurgien, vous informe sur la nature de votre intervention et autorise l'équipe médicale à vous prendre en charge. Il permet de s'assurer que vous êtes en possession de ce livret d'information.

Le service de chirurgie thoracique du CHU de Caen Normandie alimente la banque de données sécurisées SFCTCV via le registre EPITHOR (enregistré à la CNIL sous le N° 809833). Cette banque de données est utilisée pour réaliser des publications scientifiques et faire avancer la prise en charge des patients et la recherche en chirurgie thoracique.

• • La personne de confiance • •



Dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions. La désignation doit se faire par écrit. Vous pouvez changer d'avis à tout moment et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre.

Vous devez remplir et signer ces deux formulaires et les rapporter à la consultation d'anesthésie ou à votre entrée dans le service d'hospitalisation.

• • Programmation • •



Les dates de chirurgie et de consultation d'anesthésie sont prévues dès la consultation chirurgicale. Celles-ci peuvent être modifiées indépendamment de notre volonté, pour des raisons médicales ou pour des raisons d'organisation du bloc opératoire.

• • Les directives anticipées • •

Les directives anticipées vous permettent, en cas de maladie grave ou d'accident, de faire connaître vos souhaits sur votre fin de vie, et en particulier :

- limiter ou arrêter les traitements en cours,
- être transféré(e) en réanimation si l'état de santé le requiert,
- être mis(e) sous respiration artificielle,
- subir une intervention chirurgicale,
- être soulagé(e) de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès.

Cette démarche n'est pas obligatoire, mais peut guider l'équipe qui vous prend en charge, en particulier en cas d'évènement imprévu ou si vous n'avez pas de personne de confiance.

Le formulaire est disponible sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipe_es_10p_exev2.pdf



Votre médecin traitant peut vous aider à remplir ce formulaire si besoin.

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIE



La consultation a lieu au niveau 6, unité 40.



Elle est programmée dès la consultation chirurgicale.

Elle est réalisée par un des médecins anesthésistes-réanimateurs du secteur de chirurgie cardio-thoracique.

Elle permet de mettre en évidence d'éventuelles difficultés en rapport avec votre anesthésie ou les suites de votre chirurgie.

Le médecin anesthésiste-réanimateur peut décider de la réalisation d'examens complémentaires nécessaires à votre intervention, pouvant retarder la date opératoire.



Il pourra vous informer de la possibilité de réaliser des techniques d'anesthésie locorégionale conjointement à l'anesthésie générale, telles que la péridurale thoracique, les blocs du dentelé ou le cathéter sous-pleural. Ces techniques permettent un meilleur contrôle de la douleur postopératoire pour certaines interventions.

Vous pouvez rencontrer plusieurs médecins anesthésistes-réanimateurs du secteur cardio-thoracique aux divers stades de votre prise en charge ou de votre hospitalisation.

Il faudra rapporter les documents suivant :

- formulaire de désignation de la personne de confiance,
- formulaire de consentement éclairé,
- ordonnances de traitements,
- résultats de biologie,
- résultats d'examens complémentaires, en particulier cardiologiques ou respiratoires,
- questionnaire pré-anesthésie jaune remplie, avec vos antécédants et vos traitements.

• Informations médicales sur l'anesthésie en chirurgie thoracique •

Qu'est-ce que l'anesthésie ?

L'anesthésie permet la réalisation d'un acte chirurgical, ou médical (endoscopie...), en supprimant la douleur provoquée pendant et en l'atténuant après l'intervention dans des conditions optimales de sécurité. Il existe deux grands types d'anesthésie : l'anesthésie générale et l'anesthésie locorégionale. Elles peuvent être associées.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments par la perfusion. Ainsi, l'anesthésie générale vous fait perdre conscience pendant la réalisation de l'acte.

L'anesthésie locorégionale permet d'endormir la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. En chirurgie thoracique, l'anesthésie locorégionale vous sera proposée en association à une anesthésie générale, et non seule. Son principe est de bloquer les nerfs en injectant un produit anesthésique local. Il est donc possible d'endormir une partie de la cage thoracique en complément de l'anesthésie générale, dans le but de diminuer les consommations des dérivés morphiniques et donc la douleur pendant et après l'intervention chirurgicale. Un cathéter peut être laissé en place lors de l'anesthésie locorégionale permettant une diffusion continue de l'anesthésique local pendant plusieurs jours.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie locorégionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité des nerfs qui sortent de la moelle épinière dans votre dos. Il n'est pas possible de réaliser une rachianesthésie pour acte de chirurgie thoracique.

Toute anesthésie générale ou locorégionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation plusieurs jours à l'avance. Le médecin anesthésiste-réanimateur vérifiera votre état de santé et vous proposera la (les) technique(s) d'anesthésie possible(s) et adaptée(s) à votre situation. Il vous informera sur leur déroulement, les avantages et les inconvénients. **Vous pourrez poser toutes les questions que vous jugerez utiles et exprimer vos préférences.**

Les éléments recueillis au cours de la consultation seront consignés dans votre dossier médical afin que le médecin qui pratiquera l'anesthésie dispose de l'ensemble des informations utiles vous concernant.

• • Comment serai-je surveillé(e) pendant l'anesthésie et à mon réveil ? • •

L'anesthésie, quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

En fin d'intervention, vous serez surveillé(e) de manière continue dans une salle de surveillance postinterventionnelle, SSPI (salle de réveil). Durant l'anesthésie et votre séjour en SSPI, vous serez pris(e) en charge par une équipe de professionnel(le)s, placée sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

Une surveillance dans le service de réanimation thoracique et cardio-vasculaire peut être nécessaire dans certaine situation ou intervention.

• • Quels sont les risques de l'anesthésie ? • •

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période du réveil, permettent de dépister rapidement la survenue d'anomalies et de les traiter. Aussi, les complications graves de l'anesthésie, qu'elles soient cardiaques, respiratoires, neurologiques, allergiques ou infectieuses, sont devenues très rares. En dehors des complications graves, l'anesthésie et la chirurgie sont parfois suivies d'évènements désagréables.

• • Quels sont les inconvénients et les risques propres à l'anesthésie générale ? • •

- des nausées et des vomissements peuvent survenir au réveil. Ils sont devenus beaucoup moins fréquents ces dernières années depuis la mise en place mesures pour les éviter,
- des maux de gorge ou un enrouement au décours de l'intervention provoqués par les dispositifs utilisés pour assurer votre respiration pendant l'anesthésie générale,
- des traumatismes dentaires sont également possibles. Il est important de signaler toute prothèse ou toute fragilité dentaire particulière lors de la consultation,
- la position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe,
- des troubles de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures qui suivent l'anesthésie. Tous les symptômes précédemment cités sont habituellement passagers et leur persistance doit vous inciter à consulter,

- les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées. Il est habituellement recommandé de ne pas absorber d'aliments dans les six heures qui précèdent l'anesthésie. Jusqu'à deux heures avant l'anesthésie, il est autorisé de boire de l'eau, du café ou du thé sans lait ou encore un jus de fruit sans pulpe. Le médecin anesthésiste-réanimateur vous rappellera ces consignes,
- des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares.

• • Quels sont les inconvénients et les risques propres aux anesthésies locorégionales ? • •

Toutes les techniques d'anesthésie locorégionale peuvent donner lieu à des complications graves mais rares : paralysie et/ou insensibilité plus ou moins étendues, temporaires ou permanentes, accident cardiovasculaire, convulsions, blessure d'un organe proche.

Une difficulté à uriner peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire.

L'HOSPITALISATION



L'hospitalisation, sauf cas particulier, se déroule au sein de l'unité de chirurgie thoracique au niveau 19, unité 10.

• • La chambre individuelle • •



Si vous souhaitez être hospitalisé(e) en chambre seule, il faut en faire la demande auprès de la secrétaire ou de la cadre du service dès la consultation chirurgicale.

Le service ne comporte que 4 chambres individuelles pour deux spécialités. L'attribution des chambres seules se fait en premier lieu sur des critères médicaux. Celles-ci sont données en priorité aux patients atteints d'incapacités ou d'infections, nécessitant des soins particuliers ou des mesures d'hygiène renforcées.

• • La veille de l'intervention • •



Vous serez accueilli(e) par les aides-soignant(e)s et infirmier(e)s du service d'hospitalisation. Une dépilation du torse sera réalisée. Le chirurgien et le médecin anesthésiste-réanimateur passeront vous voir afin de vérifier votre dossier, confirmer votre intervention et répondre à vos questions.

Une douche désinfectante sera à réaliser la veille et le matin de votre intervention.

Un bain de bouche sera aussi à réaliser.

• • Le circuit court • •

Votre chirurgien vous a proposé un circuit court : il s'agit de rentrer en hospitalisation le matin de votre intervention. Référez-vous à la feuille d'information « circuit court » en page 20.

• • Le jour de l'opération • •



Vous serez réveillé(e) par l'équipe paramédicale pour prendre à nouveau une douche, refaire un bain de bouche, prendre les traitements autorisés et vous aider à enfiler vos bas de contention et la tenue à usage unique pour le bloc opératoire.

Un brancardier vous accompagnera au bloc opératoire.

• • Le bloc opératoire • •



Vous serez accueilli(e) au bloc opératoire par l'équipe opératoire, constituée de brancardiers, infirmier(e)s anesthésistes, médecins anesthésistes-réanimateurs, infirmier(e)r de bloc opératoire et chirurgiens. On vous demandera à plusieurs reprises votre identité, le nom de votre chirurgien, le type et le coté de la chirurgie prévue, cela fait partie des vérifications obligatoires.

Après votre intervention, vous vous réveillerez en salle de surveillance postinterventionnelle (salle de réveil). Vous y resterez une à deux heures avant de rejoindre, soit le service de chirurgie thoracique, soit le service de réanimation thoracique et cardio-vasculaire, situé au niveau 6, unité 30. Durant cette période, des appareils d'aide à la respiration seront utilisés et le traitement pour la douleur aura déjà été initié.

• • L'unité de soins continus / la réanimation • •

En fonction de vos antécédents et du type de chirurgie effectuée, vous pourrez passer dans l'unité de soins continus ou la réanimation cardio-thoracique (niveau 6, unité 30). Il s'agit d'une unité scopée permettant de surveiller la fonction respiratoire, le rythme cardiaque, le saignement et de gérer la douleur de façon rapproché. Le lendemain de l'intervention, en fonction de votre état clinique et des bilans, un retour dans l'unité de soins de chirurgie thoracique est le plus souvent possible. Ce retour s'organise après examen du médecin anesthésiste-réanimateur, bilan biologique et radiographique, en accord avec votre chirurgien.

• • La période postopératoire • •

La surveillance postopératoire est réalisée tous les jours par les infirmier(e)s et les médecins du service de soins lors des visites.

Des radiographies du thorax et des prises de sang seront régulièrement réalisées.

L'équipe paramédicale et les kinésithérapeutes vous accompagneront pour vous aider à réaliser des exercices de respiration et de spirométrie.

Très rapidement, vous serez sollicité(e)s pour vous mobiliser, vous mettre au fauteuil et vous faire marcher. Plus vous bougez, plus vous êtes actif(ve), plus vous récupérez rapidement, avec moins de risques de complications.

Une mobilisation précoce, la mise au fauteuil ou en position debout permet de récupérer plus rapidement et de diminuer les complications postopératoires.

L'équipe soignante est là pour vous aider au mieux durant cette période.

• • La douleur • •

Les interventions de chirurgie thoracique sont réputées douloureuses.

L'équipe médicale et paramédicale est attentive à votre ressenti. Différents moyens thérapeutiques sont à notre disposition pour prendre en charge les douleurs postopératoires.

La PCA « pompe à morphine » ainsi que des techniques d'anesthésie locorégionale (péridurale, blocs, cathéter sous-pleural) sont régulièrement utilisées.

Ces techniques vous permettent de contrôler votre douleur de manière efficace.

Les antalgiques utilisés sont le plus souvent aussi efficace en perfusion qu'en comprimé.

En cas de besoin, l'équipe douleur du CHU peut être sollicitée afin de vous soulager au mieux.

Il est essentiel que vous soyez suffisamment bien soulagé afin d'effectuer tous les exercices de respiration. Etre correctement soulagé signifie pouvoir « bouger » dans son lit, pouvoir tousser sans déclencher de douleurs importantes. Si vous jugez ne pas avoir mal mais que vous êtes contraint(e) de rester immobile dans votre lit, c'est que vous manquez d'antalgiques : il faut le signaler aux équipes soignantes afin d'améliorer votre traitement.



• • La toux • •



Avoir une toux efficace afin de se dégager des sécrétions liées à l'intervention, l'anesthésie ou encore à un sevrage tabagique est essentiel pour éviter les problèmes respiratoires.

Une position antalgique efficace consiste à croiser les bras sur la poitrine, afin de se maintenir les côtes de chaque côté et de plier légèrement les genoux juste avant de tousser. Des aérosols seront réalisés pour vous aider à expectorer.

• • L'alimentation • •



La reprise d'une alimentation normale peut se faire dès le soir de la chirurgie. Les traitements antalgiques peuvent entraîner une constipation. **Vous pouvez apporter des chewing-gums qui aident à une reprise du transit rapide.**

• • Le drain thoracique • •

Il s'agit d'un ou de plusieurs tuyaux sortant de la poitrine, connectés à une valise de recueil. Ce drain permet l'élimination des sécrétions naturelles, des saignements éventuels et des fuites aériennes. Celui-ci est relié à l'aspiration murale de la chambre.

Dès que possible, ce drain est retiré par un membre de l'équipe médicale.

Il participe aux douleurs postopératoires et son ablation permet le plus souvent de diminuer les douleurs et donc les doses d'antalgiques.

Il existe un modèle de drain thoracique portatif qui permet une plus grande autonomie et une plus grande mobilité. Le chirurgien peut décider de l'utiliser dans divers cas de figure.

• • La chirurgie mini-invasive • •

Votre chirurgien a pu, en fonction de vos antécédents et de votre pathologie, décider de réaliser une intervention par une voie mini-invasive : thoracoscopie (intervention à thorax fermé, avec une caméra et de petites incisions) ou robot-assisté.

A tout moment lors de votre intervention, votre chirurgien peut décider de changer de technique opératoire (conversion) pour réaliser une thorcotomie (grande incision située dans le dos) afin de garantir la sécurité et la bonne réalisation du geste prévu.

Ces modifications de techniques opératoires ne sont pas toujours prévisibles et sont possibles pour chaque intervention par voie mini-invasive.

• • La durée de séjour • •



La durée de séjour moyenne est de 5 jours lors d'une intervention de chirurgie thoracique. Celle-ci peut être plus réduite lors de certaines interventions. La survenue de complications (fréquentes ou exceptionnelles) peut prolonger l'hospitalisation.



LE RETOUR À DOMICILE

En cas de problèmes postopératoires (essoufflement important, fièvre, écoulement des cicatrices, douleurs importantes), n'hésitez pas à joindre le secrétariat (02 31 06 44 53 ou 02 31 06 53 26) ou l'unité d'hospitalisation (02 31 06 44 63) afin d'avoir un conseil par l'équipe de chirurgie thoracique et éventuellement revoir votre chirurgien si nécessaire.

• • Votre sortie • •



Votre sortie est décidée par un chirurgien sénior (Dr Le Rochais ou Dr Heyndrickx). Elle se fait généralement le lendemain de l'ablation du drain thoracique, voire le jour même, y compris les week-ends et fériés. Votre sortie peut être décalée pour diverses raisons médicales (radiographie, prise de sang, état général, etc.).

La sortie, sauf avis contraire du médecin, se fait en transport assis, en voiture particulière si possible ou à défaut par un Véhicule Sanitaire Léger (VSL). Elle est organisée par le cadre de l'unité. Les sorties se font en général en début d'après-midi (parfois en fin de matinée).

Vos documents de sortie :

- **ordonnance pharmacie** : avec des antalgiques et les traitements nécessaires,
- **ordonnance infirmier(e)** : afin de faire retirer les fils de cicatrice et d'effectuer les soins adaptés. Souvent aucun pansement n'est nécessaire,
- **ordonnance kinésithérapeute** : pour réaliser des séances de kinésithérapie respiratoire.
- **ordonnance radiologie** : pour faire un examen radiologique, à montrer à votre chirurgien lors de la consultation de contrôle,
- **convocation** : une date vous est directement fournie à votre sortie pour revoir votre chirurgien, en général 1 mois après votre sortie.

En fonction des circonstances, d'autres documents peuvent vous être remis, comme des arrêts de travail, bons de transport, certificats médicaux, etc.

• • L'arrêt de travail • •



Les arrêts de travail débutent le jour de votre sortie d'hospitalisation. Durant la période de votre hospitalisation vous pouvez demander au bureau des entrées et sorties (niveau 1) un bulletin de situation qui indique que vous êtes hospitalisé(e). Ce document fait office d'arrêt de travail pour votre employeur, sur la période de votre hospitalisation.

Un arrêt de travail d'environ un mois après la chirurgie est généralement prescrit. Il sera réévalué par votre chirurgien lors de la consultation postopératoire.

• • La reprise d'une activité physique • •



La reprise d'une activité physique est possible environ 1 mois après la chirurgie. Durant le premier mois postopératoire, le maintien d'une activité de faible intensité telle que la marche à pied permet une bonne récupération physique. Le port de charges lourdes est déconseillé, en particulier du côté de l'intervention. Au-delà de 1 mois, et après accord de votre chirurgien, il n'y a pas de limitation d'activités physiques.

• • L'essoufflement • •



Le poumon n'est pas un organe qui « repousse ». Ainsi une perte de souffle est souvent ressentie, en particulier durant les premières semaines après une intervention avec résection de parenchyme pulmonaire (wedge ou lobectomie par exemple). Le ressenti de chaque patient est différent et dépend de son souffle préopératoire et de la nature de l'intervention. La kinésithérapie respiratoire postopératoire permet de récupérer une bonne fonction respiratoire. Une amélioration est possible jusqu'à environ 3 mois après l'intervention.

• • La consultation post-opératoire • •



Vous reverrez le chirurgien qui a pratiqué votre intervention environ 1 mois après votre sortie d'hospitalisation. Il faudra apporter en général une radiographie pulmonaire.

• • Les résultats anatomo-pathologiques • •



Tous les prélèvements réalisés lors des interventions chirurgicales sont envoyés en analyse au microscope (anatomopathologie). Ces analyses permettent de déterminer exactement la nature des lésions retirées. Ces analyses peuvent durer plusieurs semaines.

Les résultats de ces analyses vous seront communiqués et expliqués lors de la consultation postopératoire avec votre chirurgien. Dès réception par votre chirurgien, ils seront aussi envoyés à l'ensemble de vos médecins correspondants (généraliste, pneumologue, oncologue, cardiologue, ...).

• • Le retour d'expérience • •



Si vous avez été hospitalisé(e) plus de 48h et que vous avez donné une adresse électronique, 2 semaines après votre sortie de l'hôpital vous recevrez un courriel dans lequel se trouve un lien vers le questionnaire d'expérience et de satisfaction sécurisé, nommé e-Satis, organisé par la HAS (Haute Autorité de Santé). Vous pourrez donner votre avis sur les différentes étapes de votre hospitalisation, les questions varient selon le type d'hospitalisation mais concernent principalement :

- l'accueil dans l'établissement,
- votre prise en charge tout au long du séjour,
- votre confort,
- l'organisation de votre sortie et votre retour à domicile.

Ces retours d'expériences nous aident à améliorer notre prise en charge.

RISQUES LIÉS À UNE INTERVENTION PULMONAIRE

Il existe de multiples complications possibles après une intervention pulmonaire. Chaque patient(e) est différent et il n'est donc pas possible d'anticiper toutes les complications liées à votre intervention ou à vos antécédents. Certaines complications sévères nécessitent une hospitalisation en réanimation ou une nouvelle intervention chirurgicale.

Les complications suivantes sont les plus fréquentes ou particulièrement graves.

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

Arythmie cardiaque : le cœur ne bat plus régulièrement. Il faut alors rétablir un rythme normal par des médicaments et souvent fluidifier le sang pour éviter la formation de caillots.

Atélectasie : c'est une condensation d'une partie du poumon. Il peut être nécessaire de réaliser une fibroscopie bronchique afin d'aspirer un éventuel bouchon de sécrétions.

Bullage : ce sont des fuites d'air sur le poumon opéré consécutives à la chirurgie. Elles peuvent parfois se prolonger plusieurs jours et nécessitent le maintien du drain thoracique.

Œdème laryngé : c'est la formation d'œdème au niveau des cordes vocales pouvant survenir lors de difficultés de la mise en place de l'assistance ventilatoire nécessaire à la chirurgie.

Embolie pulmonaire : un caillot de sang s'est formé et obstrue un vaisseau qui irrigue le poumon. Cela peut entraîner des douleurs ou des difficultés à respirer. Le traitement repose sur une fluidification du sang.

Etat de choc : atteinte grave d'un organe conduisant à une hospitalisation en réanimation. Le pronostic vital peut alors être engagé.

Fistule broncho-pleurale : c'est un défaut de cicatrisation de la suture de la bronche après l'opération. Un traitement antibiotique et souvent une nouvelle intervention chirurgicale sont nécessaires afin de fermer la fistule.

Infection : une infection de la cicatrice, de l'orifice de drain thoracique ou encore de la cavité thoracique peut survenir dans de rares cas. Un traitement antibiotique et parfois une nouvelle intervention chirurgicale peuvent être nécessaires.

Paralysie récurrentielle : c'est la paralysie d'un nerf commandant une corde vocale qui peut survenir en particulier lors des interventions du côté gauche. Elle donne une voix faible et rarement des fausses routes. Elle se traite par orthophonie.

Pneumopathie : c'est l'accumulation de sécrétions dans le poumon qui conduit à une infection. Elle est traitée par des antibiotiques, des aérosols et de la kinésithérapie respiratoire. Elle peut conduire à une hospitalisation en réanimation en cas de difficultés respiratoires.

Rétention d'urine : c'est la paralysie de la vessie, le plus souvent à cause des traitements antidouleur et/ou des antécédents des patients. Elle nécessite alors la pose d'une sonde urinaire pour quelques jours.

Saignement : il peut nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale et/ou une transfusion sanguine.

Troubles du transit : la prise de traitement antidouleur important (morphine) ralentit le transit. Si le transit est complètement arrêté, la pose d'une sonde gastrique peut être nécessaire.

Emphysème sous-cutané : parfois de l'air provenant des poumons s'échappe par les cicatrices et reste sous la peau. Un gonflement de la poitrine, des bras et rarement du visage est possible. En cas de gêne respiratoire, une petite incision de la peau sous anesthésie locale sera réalisée pour évacuer cet emphysème.

ANNEXE

FEUILLE D'INFORMATION « CIRCUIT COURT » CHIRURGIE THORACIQUE

Vous allez être opéré(e) dans le service de chirurgie thoracique du CHU de Caen Normandie.

Votre chirurgien vous a proposé un circuit court afin de rentrer à l'hôpital le matin de l'intervention. Pour des raisons médicales, le médecin anesthésiste-réanimateur pourra demander à ce que vous rentriez la veille de votre intervention.

Il est important que vous respectiez les consignes suivantes :

CONSIGNES

Entrez dans le service de chirurgie thoracique, niveau 19 unité 10, le matin de votre intervention :

- votre horaire d'arrivée dans le service est déterminé le jour de votre consultation chirurgicale. Cet horaire peut être modifié pour des raisons d'organisation du bloc opératoire. En cas de retard imprévu, merci de téléphoner dans l'unité de soin au 02 31 06 44 63 pour prévenir de votre retard,
- **vous pouvez prendre des liquides jusqu'au départ de votre domicile,**
 - uniquement café / thé / eau,
 - contre-indication du lait, des jus de fruits avec pulpe ou encore des aliments solides ou produits laitiers,
- prenez une douche à la Bétadine® **la veille et le matin** de votre intervention,
- effectuez vos bains de bouche les 5 jours précédant votre intervention et le matin de celle-ci,
- effectuez une dépilation (avec une tondeuse, pas avec un rasoir ++) du torse, des aisselles et du dos, la veille de votre intervention, avant la première douche à la Bétadine®.

LA DOUCHE À LA BÉTADINE® DOIT ÊTRE EFFECTUÉE SELON LE PROTOCOLE SUIVANT :

- mouillez la totalité du corps, visage et cheveux compris,
- fermez le robinet,
- savonner-vous le visage et les cheveux. Insistez au niveau des oreilles,
- savonner-vous le corps du haut vers le bas,
- insistez sur les aisselles, l'ombilic, les régions génitales, les fesses et les pieds,
- faites mousser pour que la Bétadine® devienne blanche,
- rincez abondamment,
- renouvelez l'opération complète (savonnage et rinçage) en commençant par la tête,
- essuyez-vous soigneusement avec une serviette propre,
- revêtez des sous-vêtements et des vêtements propres.

A votre arrivée dans le service, l'infirmier(e) réalisera une prise de sang, vérifiera les divers documents administratifs et vous remettra des sous-vêtements à usage unique pour votre descente au bloc opératoire.

CHU de Caen Normandie
Service de chirurgie thoracique
Pôle Chirurgie

Avenue de la Côte de Nacre
CS 30001
14 033 Caen cedex 9

