

Comprendre votre achalasie

Examens, traitements et alimentation



1^{re} édition



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

1^{re} édition, 2023

Sous la direction de

Dre Anne-Sophie Laliberté, chirurgienne

Collaboration

Jessica Blouin, infirmière clinicienne

Mélanie Cantin, nutritionniste

Nicolas Côté, infirmier clinicien

Kim Lambert, infirmière clinicienne

Anne-Marie Gauvin, infirmière clinicienne

Isabelle Giroux, pharmacienne

Isabelle Sullivan, bibliothécaire

Conception graphique et mise en page

Nathalie Racicot, designer-graphiste indépendante

Mathieu Boudreau, graphiste et illustrateur médical

Images

Freepik.com

Adopté par le Comité d'enseignement aux usagers de l'IUCPQ-ULaval.

© IUCPQ-ULaval, 2023-04

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ce document en tout ou en partie sans autorisation de l'IUCPQ-ULaval.

Ce document est protégé sous la licence Creative Commons 

ISBN 978-2-925212-28-7 (imprimé)

ISBN 978-2-925212-27-0 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2023

Le générique masculin est utilisé dans ce document sans discrimination à l'égard du genre féminin, et ce, dans l'unique but d'alléger le texte.

Le contenu de ce document ne remplace pas les recommandations, les diagnostics ou les traitements faits par votre professionnel de la santé.

Table des matières

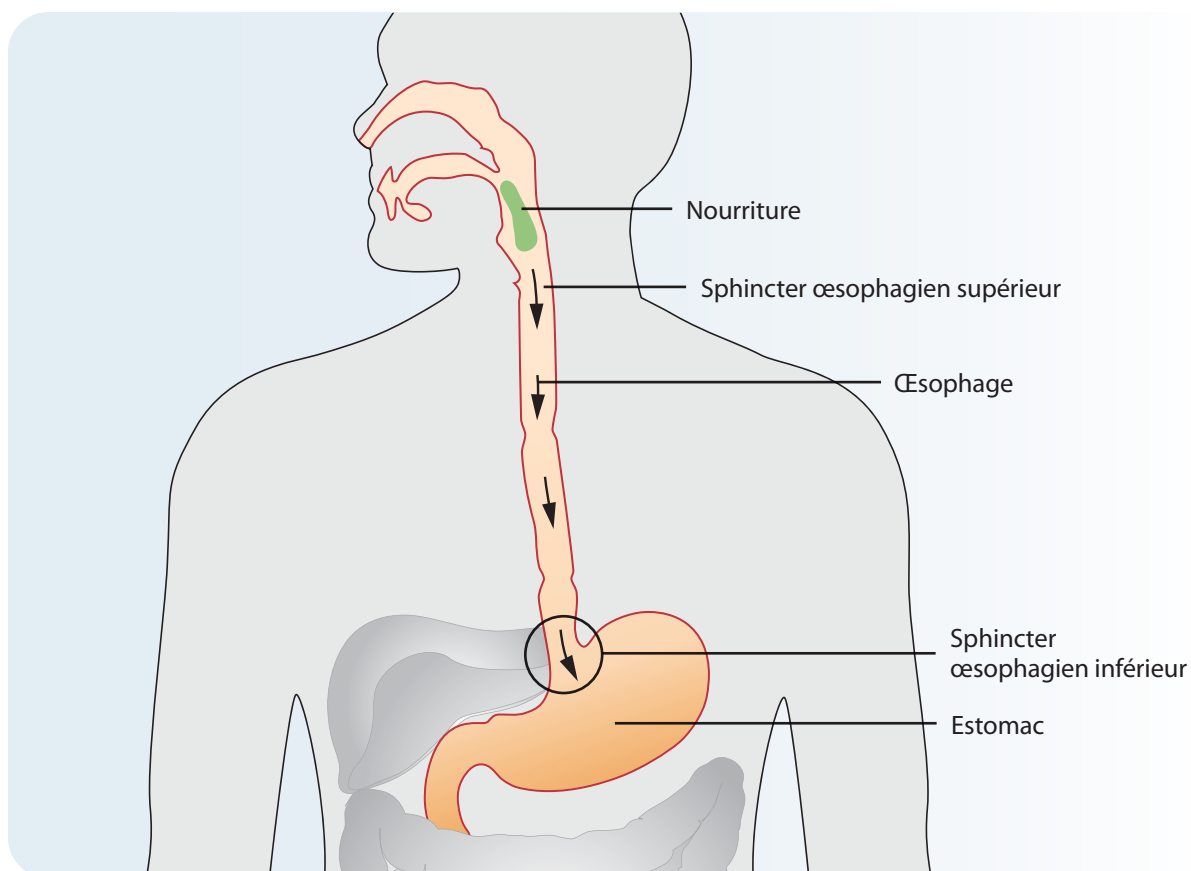
Introduction	4
Comment fonctionne le système digestif ?	4
Qu'est-ce que l'achalasie ?	5
Quels sont les symptômes de l'achalasie ?	5
Quelles sont les complications possibles ?	5
Description des examens et traitements	6
Quels sont les examens possibles ?	6
Quels sont les traitements possibles ?	8
Tableaux récapitulatifs et comparatifs des traitements	15
Alimentation	17
Dois-je adapter mon alimentation en attendant mon traitement ?	17
Comment dois-je m'alimenter avant une myotomie ou une ablation de l'œsophage ?	17
En quoi consiste une alimentation liquide ?	17
Tableau des textures alimentaires	18
Comment dois-je m'alimenter après une myotomie ou une ablation de l'œsophage ?	21
Préparation à la chirurgie (myotomie ou ablation de l'œsophage)	21
Quel est le rôle du pharmacien ?	21
Comment dois-je me préparer à la chirurgie ?	21
Que dois-je apporter à l'hôpital ?	22
Comment se déroule la chirurgie ?	23
Que se passe-t-il après la chirurgie ?	23
Suivi après la chirurgie	24
Comment se déroule le retour à la maison ?	24
Quels symptômes dois-je surveiller ?	25
Quel sera mon suivi médical ?	25
Aides et ressources	26
Qui dois-je contacter pour modifier mon rendez-vous ou poser mes questions?	26
Ressources utiles	26
Références	27

Introduction

Vous avez reçu un diagnostic d'achalasia. Ce guide vous permet de comprendre ce qu'est l'achalasia, d'en connaître les symptômes et les traitements.

Comment fonctionne le système digestif ?

Lorsque vous mangez, plusieurs choses se déroulent sans que vous en ayez conscience. Dès que vous avalez une bouchée, une valve nommée sphincter œsophagien supérieur s'ouvre pour la laisser passer. Cette bouchée se retrouve ensuite dans un long tube, l'œsophage. Ce tube a pour fonction de pousser les aliments vers l'estomac en contractant ses muscles. On appelle ces contractions le péristaltisme. Une dernière valve se trouve entre l'œsophage et l'estomac. Elle laisse passer la nourriture et l'empêche de remonter. Cette valve se nomme le sphincter œsophagien inférieur (ci-après nommé « sphincter »).



Introduction

Qu'est-ce que l'achalasia ?

L'achalasia est une maladie qui touche les muscles de l'œsophage. Ces muscles ne se contractent pas (absence de péristaltisme) et le sphincter ne s'ouvre pas suffisamment pour laisser passer la nourriture vers l'estomac. L'œsophage est donc incapable de se vider complètement de nourriture.

La cause de l'achalasia est toujours inconnue.

Il existe 3 types d'achalasia. Elles sont toutes associées à un problème de relaxation du sphincter.

- Type 1 : Absence de péristaltisme dans l'œsophage
- Type 2 : Contraction simultanée (panpressurisation) de tout l'œsophage
- Type 3 : Spasme sévère de l'œsophage

Quels sont les symptômes de l'achalasia ?

L'achalasia provoque des symptômes qui peuvent diminuer votre qualité de vie.

- **De la difficulté à avaler les aliments (dysphagie)** : Il s'agit de la sensation de gêne ou de blocage lorsque l'on avale (déglutition).
- **Un renvoi d'aliments non digérés (régurgitation)** : Les régurgitations peuvent se produire après les repas ou la nuit, en position couchée.
- **Des brûlements d'estomac** : La sensation de brûlements d'estomac est due à la présence d'aliments non digérés dans l'œsophage. Ce symptôme est souvent perçu comme du reflux gastro-œsophagien.
- **Un inconfort ou de la douleur à la poitrine** : La cause de l'inconfort est inconnue. La douleur peut être due à des spasmes ou à l'étirement de l'œsophage.

Quelles sont les complications possibles ?

Les complications les plus fréquentes de l'achalasia sont :

- Un cancer de l'œsophage
- Une infection aux poumons : Le contenu de l'estomac peut se retrouver dans les poumons et causer un type de pneumonie appelé pneumonie d'aspiration. Le risque est augmenté s'il y a des régurgitations fréquentes, surtout la nuit.

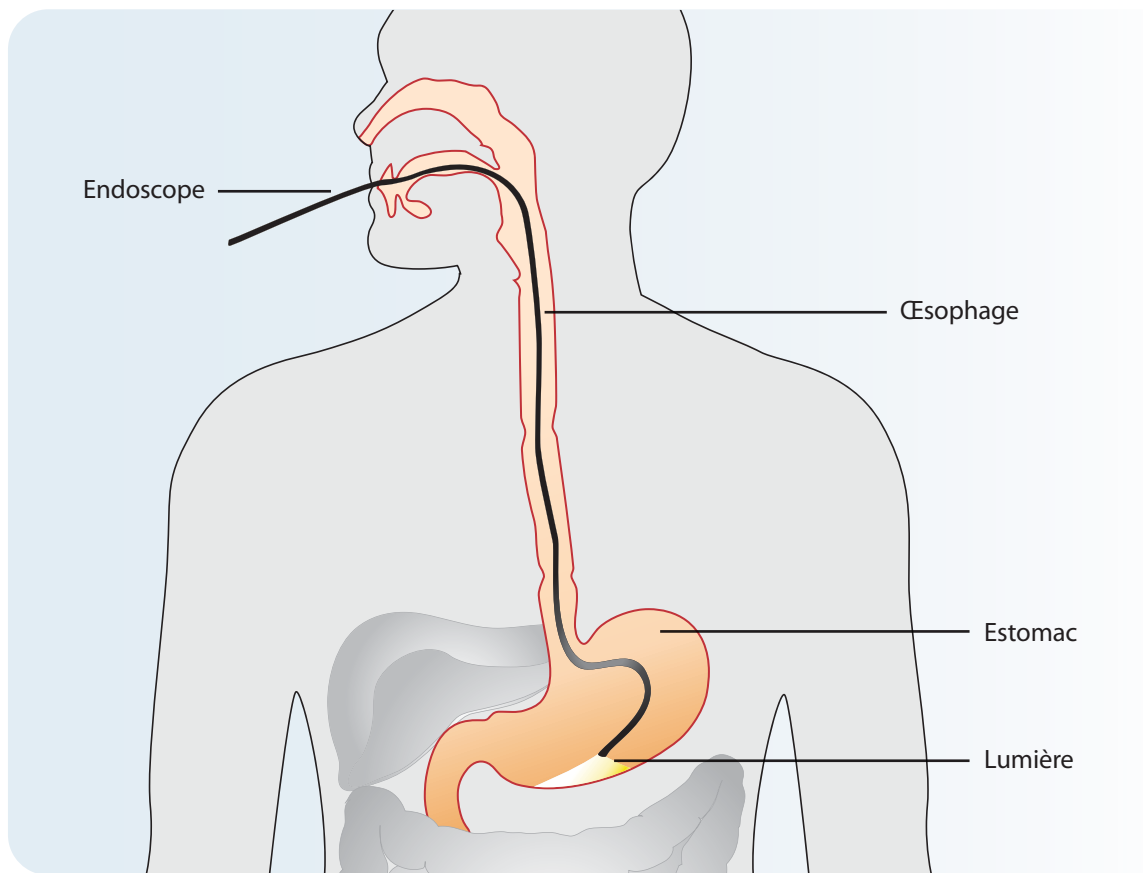
Le risque de complications varie d'une personne à l'autre en fonction de son état de santé.

Description des examens et traitements

Quels sont les examens possibles ?

Gastroskopie

Lors de cet examen, votre chirurgien introduit un tube muni d'une caméra par la bouche pour voir votre œsophage et votre estomac. Cet examen permet de s'assurer qu'il n'y a pas d'autres causes à vos symptômes. Il permet aussi d'évaluer la paroi (muqueuse) de l'œsophage.



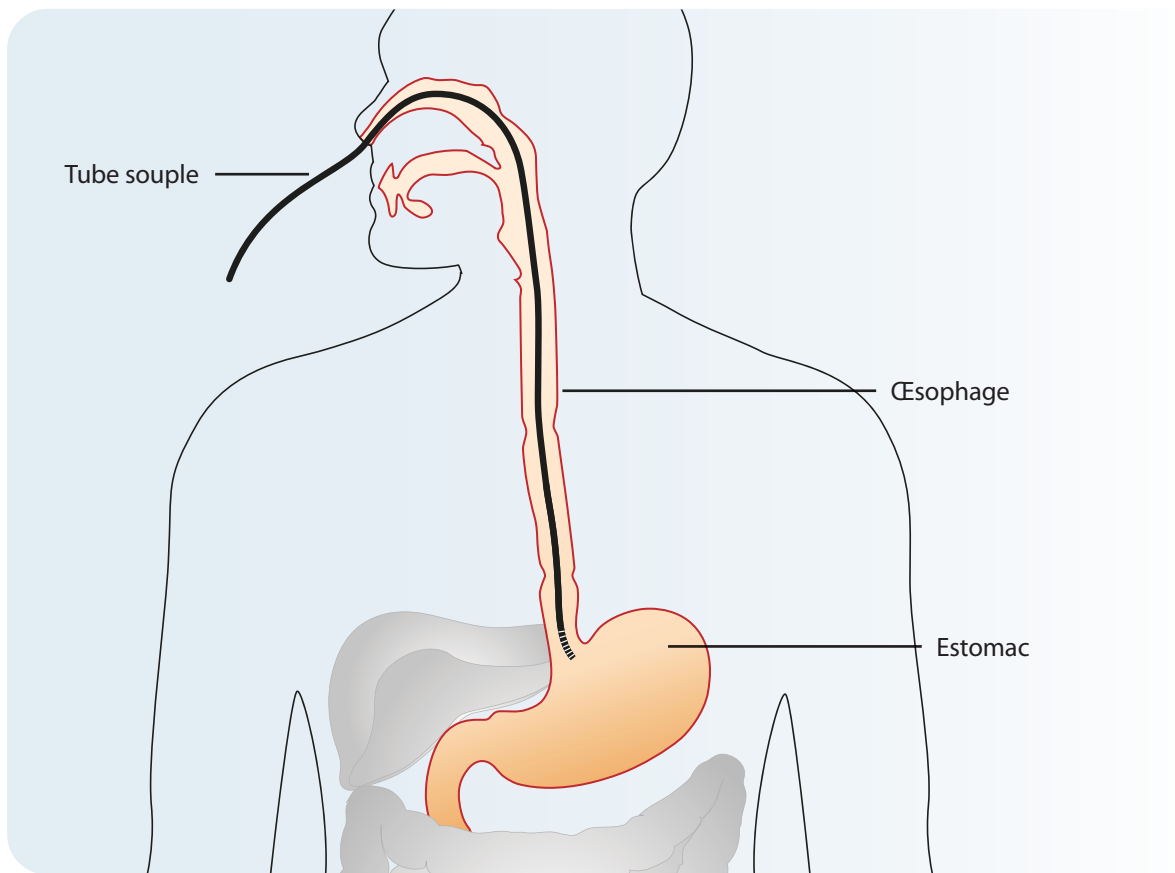
Transit digestif supérieur

Cet examen consiste à boire un liquide de contraste pour faire des photographies de l'œsophage (rayons X). Il permet d'évaluer la grosseur et la forme de votre œsophage.

Description des examens et traitements

Manométrie œsophagienne

Cet examen consiste à insérer par le nez un petit tube contenant des capteurs de pression. Ce tube se rend jusqu'à l'estomac. On vous fait boire un liquide (jus). Les capteurs analysent ensuite les contractions de l'œsophage et la pression du sphincter.



Endoflip

Cet examen est parfois nécessaire pour confirmer les résultats de la manométrie œsophagienne. Un petit ballon est gonflé au niveau du sphincter et permet d'obtenir une image en trois dimensions de l'œsophage.

Description des examens et traitements

Quels sont les traitements possibles ?

Votre traitement dépend de votre type d'achalasia et de votre condition de santé générale. Il y a 6 traitements possibles. Ils se divisent en 2 types : temporaires et permanents. Les traitements temporaires peuvent être pharmacologique ou endoscopique. Les traitements permanents peuvent être endoscopiques ou chirurgicaux. Votre chirurgien en discute avec vous. Il vous présente les avantages et inconvénients de chacun des traitements.

Traitement pharmacologique

Médicaments

Certains médicaments peuvent diminuer les symptômes de la dysphagie. Ils aident à relâcher le sphincter entre l'œsophage et l'estomac. Cependant, leur efficacité est limitée et les effets secondaires peuvent être dérangeants.

Les médicaments les plus souvent prescrits sont :

- Nifédipine (Adalat)
- Isosorbide dinitrate (Isordil)

Les effets secondaires possibles de ces médicaments sont :

- maux de tête
- étourdissements
- baisse de la pression artérielle
- enflure au niveau des jambes (nifédipine seulement)

Traitement endoscopique temporaire

Dans le traitement de l'achalasia, 2 types d'intervention peuvent être utilisés :

- La chirurgie (laparoscopie) : se fait à partir de l'extérieur de l'œsophage par le biais de petites coupures au niveau du ventre.
- L'endoscopie (gastroscopie) : se fait à partir de l'intérieur de l'œsophage.

L'endoscopie est une intervention pendant laquelle on utilise un long tube (endoscope) muni d'une caméra pour examiner ou traiter des organes à l'intérieur du corps. Lorsque l'endoscopie a lieu dans l'œsophage, elle se nomme gastroscopie.

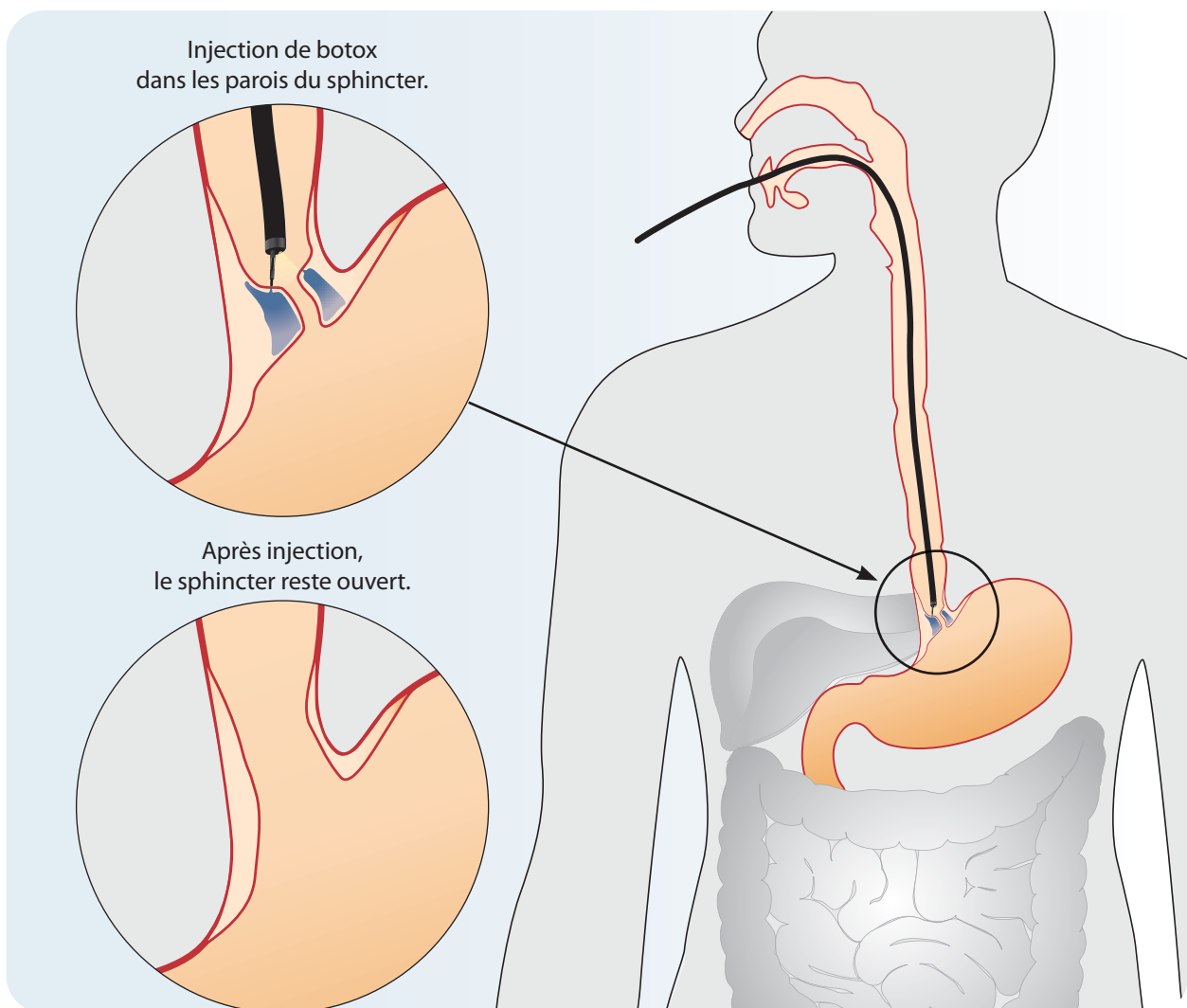
Description des examens et traitements

Injection de botox

Cette intervention est effectuée pendant une gastroscopie. Le chirurgien injecte du botox dans le sphincter à l'aide d'une aiguille. Le botox permet au sphincter de rester ouvert. Les résultats immédiats sont excellents, mais ils sont temporaires. Ce traitement doit être répété aux 3 à 6 mois.

L'injection de botox est souvent offerte lorsque les options chirurgicales ne sont pas possibles.

Le principal effet secondaire de l'injection du botox est une sensation d'inconfort après l'injection qui peut durer quelques semaines. Cet effet secondaire est rare.



Description des examens et traitements

Traitements endoscopiques ou chirurgicaux permanents

Les traitements qui permettent de traiter l'achalasie de façon permanente utilisent une technique appelée myotomie. Il s'agit d'une intervention chirurgicale qui permet de couper ou déchirer les fibres des muscles situées dans l'œsophage. Couper ou déchirer ces muscles permet de les relâcher. Ceci prévient la contraction du sphincter qui permet le passage des aliments vers l'estomac. Il existe deux sortes de myotomies :

- la myotomie contrôlée
- la myotomie non contrôlée

La différence entre ces 2 myotomies se situe au niveau de contrôle que possède le chirurgien sur la façon dont le muscle est déchiré. Lors d'une myotomie contrôlée, le chirurgien guide la déchirure du muscle. Pendant une myotomie non contrôlée, la déchirure se crée d'elle-même.



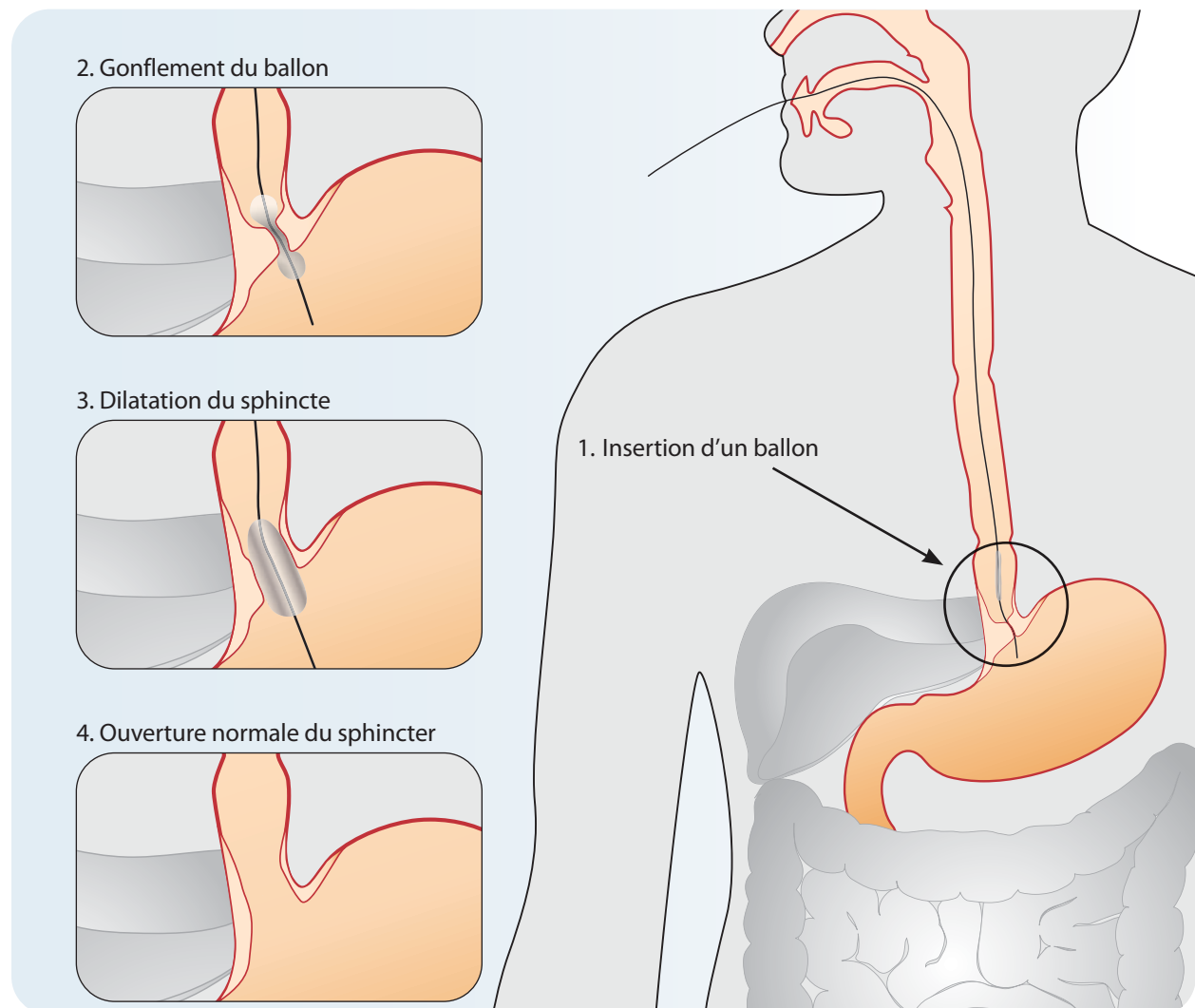
Description des examens et traitements

Dilatation de l'œsophage

Cette procédure est effectuée pendant une gastroscopie. Le chirurgien glisse un ballon dans l'œsophage et le gonfle lorsqu'il est situé au niveau du sphincter afin d'ouvrir le passage. En se dilatant, les fibres musculaires du sphincter se déchirent (myotomie non contrôlée). Cette déchirure garde le sphincter ouvert. En général, il faut faire 3 séances de dilatation (à différents moments) afin d'ouvrir le sphincter petit à petit.

Les risques de cette intervention sont :

- Un trou (perforation) dans l'œsophage
- Des saignements
- De la douleur



Description des examens et traitements

Myotomie de Heller et chirurgie anti-reflux

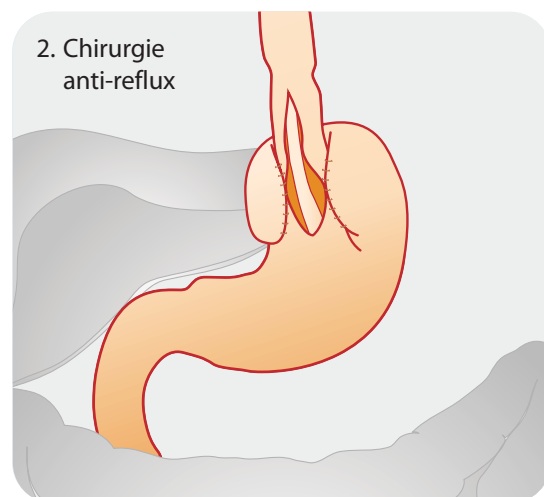
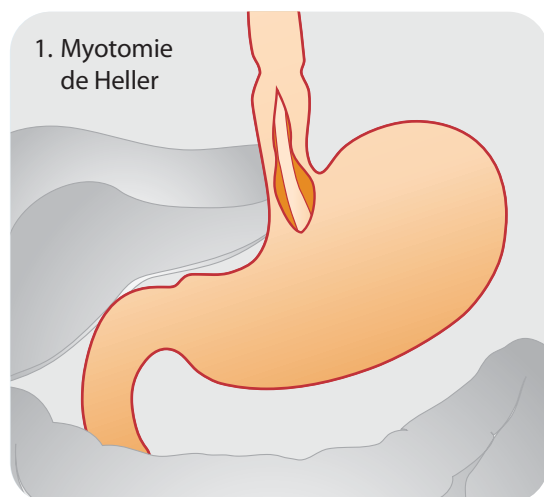
La myotomie de Heller est une intervention qui ouvre le sphincter afin qu'il reste ouvert et laisse passer la nourriture. Le chirurgien accède au muscle du sphincter à partir de l'extérieur de l'œsophage (myotomie contrôlée). L'intervention est effectuée sous anesthésie générale par laparoscopie.

L'ouverture du sphincter de l'œsophage cause du reflux gastrique, c'est-à-dire que le contenu gastrique de l'estomac remonte au niveau de l'œsophage. En fonction de la sévérité de l'achalasia, votre chirurgien peut effectuer une chirurgie anti-reflux (fundoplicature). Cette chirurgie permet de replier une partie d'estomac autour de l'œsophage, ce qui diminue le risque de faire du reflux gastrique. La chirurgie anti-reflux est effectuée au même moment que la myotomie de Heller.

La durée de la convalescence suite à cette chirurgie est de 6 semaines (plus long que pour la myotomie endoscopique).

Les risques de cette intervention sont :

- Des saignements
- Une infection (plaie, pneumonie)
- Des caillots sanguins aux poumons (embolie pulmonaire)
- Des caillots sanguins dans les jambes (thrombose veineuse)
- Un trou (perforation) dans l'œsophage
- Une blessure à un nerf (peut ralentir la progression de la nourriture de l'estomac vers l'intestin)
- Une blessure à un organe voisin (rate, foie)



Description des examens et traitements

Myotomie endoscopique

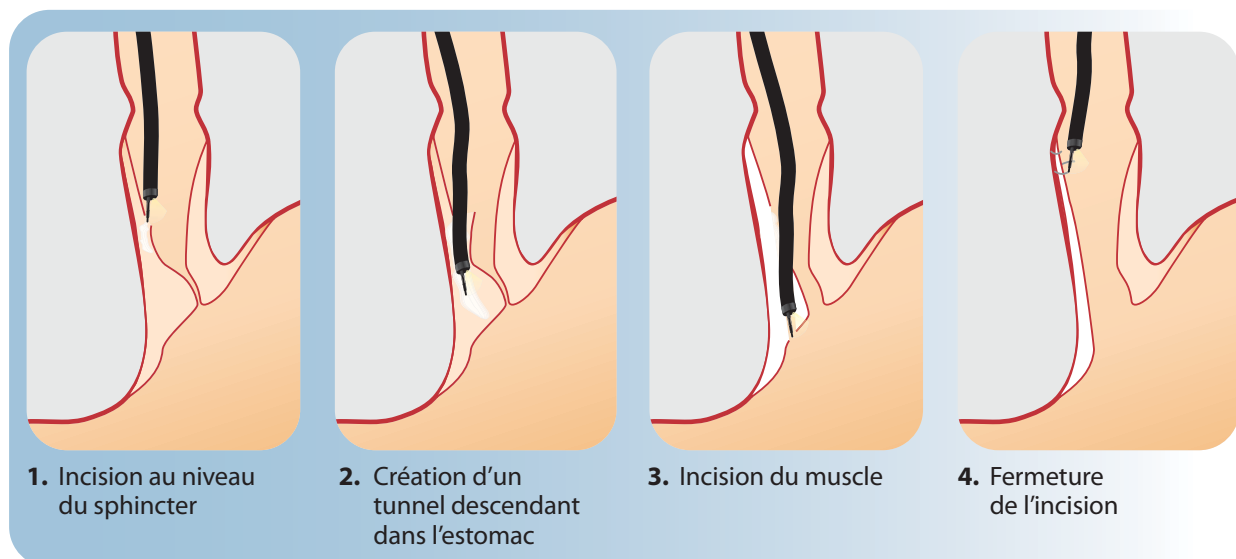
La myotomie endoscopique, aussi appelée POEM (*Per Oral Endoscopic Myotomy*), est une intervention qui permet au sphincter de rester ouvert et de laisser passer la nourriture. À la différence de la myotomie de Heller, la myotomie endoscopique est effectuée en passant par la bouche. Le chirurgien accède au muscle du sphincter à partir de l'intérieur de l'œsophage (myotomie contrôlée). Vous êtes endormi pour cette procédure (anesthésie générale). La chirurgie anti-reflux ne peut pas être effectuée avec cette intervention. Il y a donc davantage de risque que vous fassiez du reflux gastro-œsophagien.

La durée de la convalescence suite à la myotomie endoscopique est de 1 à 2 semaines (plus court que pour la myotomie de Heller et la chirurgie anti-reflux).

Les risques de cette intervention sont :

- Une perforation de l'œsophage ou de l'estomac
- Un affaissement pulmonaire (pneumothorax)
- Une entrée d'air sous la peau (emphysème sous-cutané)
- Des brûlements d'estomac (reflux gastro-oesophagien)
- Une entrée d'air dans l'abdomen (pneumopéritoine)
- Des saignements

La myotomie endoscopique est très efficace dans le traitement de l'achalasie. Elle donne un meilleur résultat dans le traitement de l'achalasie de type 1 et 3 que la myotomie de Heller combiné à la chirurgie anti-reflux.



Description des examens et traitements

Ablation de l'œsophage (œsophagectomie)

L'ablation de l'œsophage est une chirurgie pratiquée pour enlever l'œsophage en partie ou en totalité. Dans les cas très avancés d'achalasia, il est parfois nécessaire d'enlever complètement l'œsophage. Un cahier complet est disponible sur cette chirurgie et vous sera remis le cas échéant (voir Ressources utiles).



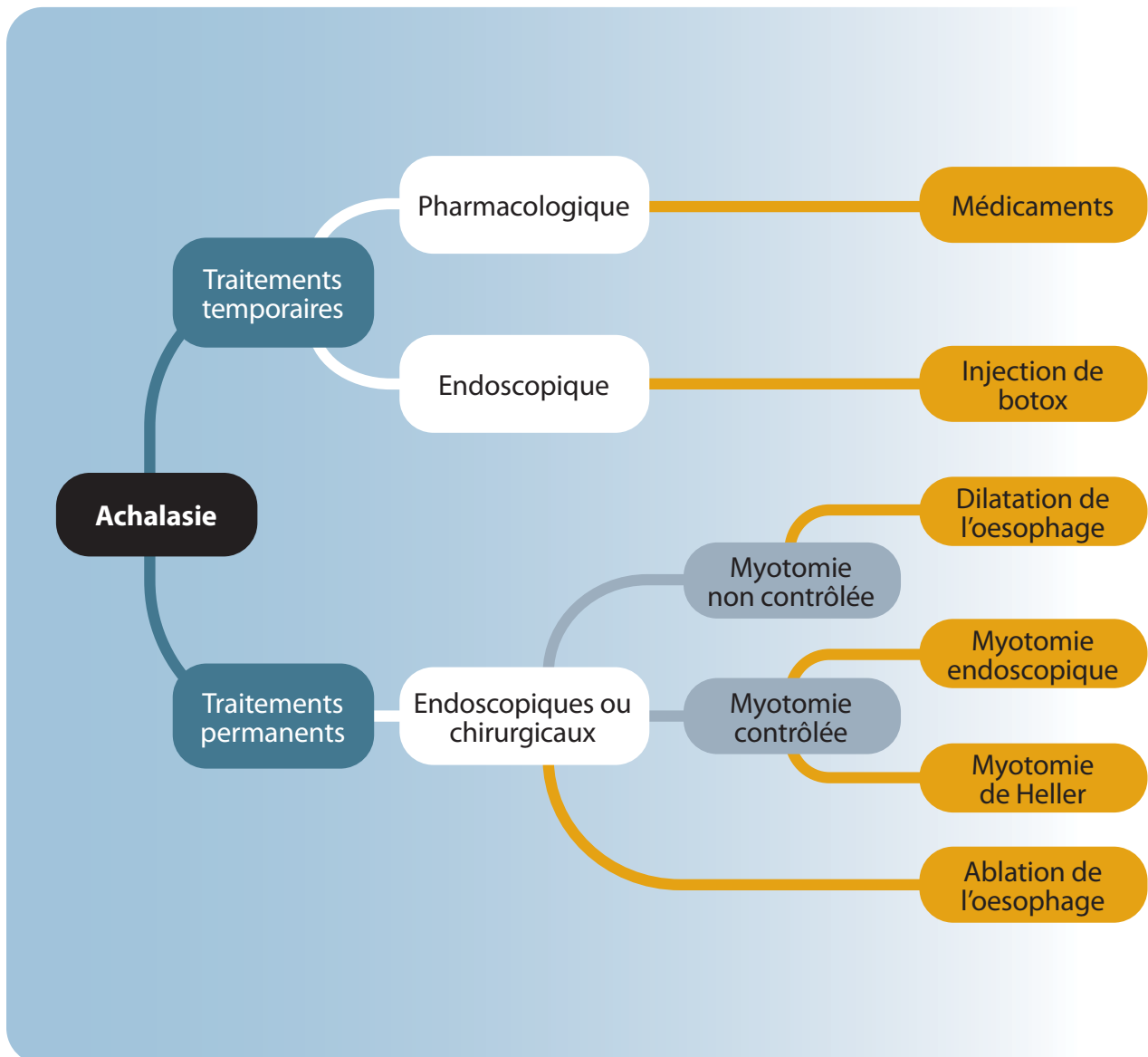
Description des examens et traitements

Tableaux récapitulatifs et comparatifs des traitements

Les options de traitement dans la prise en charge de l'achalasia

Il existe 6 options de traitement possibles pour l'achalasia. Ces traitements se divisent en 2 types : temporaire et permanent.

- Les 2 traitements temporaires sont les médicaments et l'injection de botox.
- Les 4 traitements permanents sont la dilatation de l'œsophage, la myotomie endoscopique, la myotomie de Heller et l'ablation de l'œsophage.



Description des examens et traitements

Efficacité des myotomies selon le type d'achalasia

	Achalasia type 1	Achalasia type 2	Achalasia type 3
Dilatation de l'œsophage	Bon	Bon	Bon
Myotomie de Heller	Très bon	Excellent	Très bon
Myotomie endoscopique	Excellent	Excellent	Excellent

Comparaison entre les deux types de myotomies contrôlées

	Myotomie de Heller et chirurgie anti-reflux	Myotomie endoscopique
Approche	Par l'extérieur de l'œsophage (laparoscopie)	Par l'intérieur de l'œsophage (gastroscopie)
Reflux gastro-œsophagien après l'opération	Moins de reflux	Plus de reflux
Durée de l'hospitalisation	Entre 24 et 48 heures	24 heures
Durée de la convalescence	6 semaines	2 semaines



Alimentation

Dois-je adapter mon alimentation en attendant mon traitement ?

Vous devez adapter votre alimentation selon vos symptômes. Si vous ressentez un blocage au niveau de l'œsophage, n'hésitez pas à modifier la texture des aliments que vous mangez. Favorisez des aliments de texture plus molle. Certains aliments collants tels que le riz, le pain frais, le beurre d'arachide ainsi que certains aliments secs peuvent être problématiques. Alternier un peu de liquide avec les aliments solides lors des repas peut être une bonne stratégie pour aider à vider l'œsophage.

Comment dois-je m'alimenter avant une myotomie ou une ablation de l'œsophage ?

Vous devez manger des aliments de texture liquide **3 jours avant votre intervention ou votre chirurgie**. Ceci permet d'éviter la présence de résidus alimentaires dans votre œsophage.

Consommez des aliments riches en protéines à tous les repas. Une alimentation riche en protéines permet une meilleure cicatrisation des plaies, une meilleure récupération et diminue les risques de complications.

En quoi consiste une alimentation liquide ?

Voici des exemples d'aliments permis pour chaque repas.

Déjeuner

- Lait riche en protéines (ex. : Natrel Plus 18 g de protéines), boisson de soya, smoothie fait à partir de yogourt grec ou tofu soyeux, jus de fruits, thé, tisane

Dîner et souper

- Soupe-crème ou potage fait avec lait riche en protéines, bouillon
- Lait riche en protéines, jus de fruits, thé, tisane

Collations

- Crème glacée, yogourt glacé ou sorbet sans morceaux, smoothie

En tout temps

- Suppléments caloriques de type Ensure Max ou Boost

Tableau des textures alimentaires

	Liquide	Purée	Molle	Aliments à éviter
Fruits	<ul style="list-style-type: none"> Jus de fruits sans pulpe Sorbet aux fruits sans pépins 	<ul style="list-style-type: none"> Fruits en purée sans pépins (compote) Banane mûre écrasée 	<ul style="list-style-type: none"> Banane mûre Melon Poire 	<ul style="list-style-type: none"> Fruits avec pépins ou pulpe (ex. : orange, pamplemousse, pomme, raisin frais)
Légumes	<ul style="list-style-type: none"> Crème de légumes Potage 	<ul style="list-style-type: none"> Légumes en purée 	<ul style="list-style-type: none"> Soupe aux légumes Légumes bien cuits qui s'écrasent à la fourchette Avocat mûr 	<ul style="list-style-type: none"> Jus de légumes Tomate Pâte de tomate Légumes crus Laitue
Céréales complètes (féculents)	<ul style="list-style-type: none"> Céréales pour bébé ou céréales chaudes passées au mélangeur (gruau, crème de blé) 	<ul style="list-style-type: none"> Céréales chaudes (gruau, crème de blé, céréales pour bébé) Nouilles en purée avec sauce Pommes de terre en purée 	<ul style="list-style-type: none"> Pain doré, crêpe, gaufre Pâtes alimentaires avec sauce Pomme de terre bien cuite écrasée à la fourchette Céréales froides ramollies dans du lait (Corn Flakes, Rice Krispies) Biscuits ou galettes molles (gruau, mélasse) 	<ul style="list-style-type: none"> Pain frais Rôtie Couscous Riz Biscottes

Alimentation

	Liquide	Purée	Molle	Aliments à éviter
Produits laitiers	<ul style="list-style-type: none"> • Lait • Lait au chocolat • Lait frappé • Boisson de soya • Crème glacée • Yogourt glacé 	<ul style="list-style-type: none"> • Yogourt sans morceaux • Pouding lisse à base de lait • Flan • Costarde • Blanc-manger 	<ul style="list-style-type: none"> • Sauce blanche • Fromage cottage • Tapioca ou pouding au riz 	<ul style="list-style-type: none"> • Fromage gratiné
Protéines	<ul style="list-style-type: none"> • Œufs liquides pasteurisés en berlingot 	<ul style="list-style-type: none"> • Purée de viande, volaille ou poisson avec sauce • Mélange à sandwich en purée avec mayonnaise (ex. : œuf, jambon, thon, saumon, poulet) • Mousse de fruits de mer 	<ul style="list-style-type: none"> • Œuf brouillé, œuf cuit mollet, omelette • Poisson cuit au four, poisson en conserve • Viande ou volaille hachée avec sauce • Boudin • Tofu • Mets en sauce (ragoûts) • Mélange à sandwich haché avec mayonnaise (ex. : œuf, jambon, thon, saumon, poulet) 	<ul style="list-style-type: none"> • Œuf à la coque • Beurre d'arachides • Sandwich • Viandes entières (ex. : steak, rôti de porc, poitrine de poulet)



Comment dois-je m'alimenter après une myotomie ou une ablation de l'œsophage ?

La nutritionniste ou un membre de l'équipe traitante vous avise lorsque vous pouvez recommencer à vous alimenter. Vous devrez alors commencer une progression alimentaire en plusieurs étapes. Une progression de la texture de vos aliments se fait dans l'ordre suivant :

1. Texture liquide
2. Texture purée
3. Texture molle

La durée de chacune de ces étapes varie selon le type d'intervention (myotomie endoscopique, myotomie de Heller ou ablation de l'œsophage). La nutritionniste vous explique votre progression alimentaire lors d'une rencontre. Elle vous remet aussi un guide alimentaire détaillé.



Préparation à la chirurgie (myotomie ou ablation de l'œsophage)

Quel est le rôle du pharmacien ?

Le pharmacien analyse votre dossier. Il s'assure que vos médicaments peuvent être écrasés pendant 6 semaines après la chirurgie (myotomie de Heller, myotomie endoscopique ou ablation de l'œsophage) puisque vous ne pouvez pas manger d'aliments solides. Il est possible qu'il arrête ou modifie temporairement vos médicaments. Le pharmacien communique avec vous avant la chirurgie pour compléter son analyse au besoin.

Pendant votre séjour à l'hôpital, le pharmacien vous explique les changements au niveau de vos médicaments. Il vous explique aussi la façon de prendre vos médicaments avant votre départ.

Comment dois-je me préparer à la chirurgie ?

Pour faciliter votre convalescence à la maison, prévoyez une personne pour vous accompagner à votre domicile après la chirurgie.

La préparation est semblable pour une myotomie endoscopique ou pour une myotomie de Heller avec ou sans chirurgie anti-reflux. Pour connaître la préparation concernant l'ablation de l'œsophage, consultez le guide [Mieux vivre ma chirurgie de l'œsophage](#).

5 jours avant la chirurgie

Commencez le gargarisme Nystatin. La dernière dose doit être prise au coucher, la veille de l'intervention.

3 jours avant la chirurgie

Commencez une alimentation liquide.

Important : Si vous ne respectez pas cette directive, la chirurgie devra être annulée et reportée.

La veille de la chirurgie

Téléphonez entre 15 h et 16 h au 418 656-4870 pour confirmer l'heure de votre chirurgie.

Soyez à jeun à partir de minuit : ne mangez pas et ne buvez pas.

Préparation à la chirurgie (myotomie ou ablation de l'œsophage)

Le jour de la chirurgie

Prenez votre médicament pour l'estomac (ex. : Pantoloc, Dexilant) avec un peu d'eau. Suivez les recommandations qui vous ont été transmises pour vos autres médicaments.

Évitez l'utilisation de ces produits :

- Ne mettez pas de parfum, déodorant, maquillage, crème ou lotion de rasage sur votre peau.
- N'utilisez pas de tampons si vous êtes menstruée. Utilisez plutôt des serviettes hygiéniques.
- Ne portez pas de lentilles cornéennes.
- Ne portez pas de vernis à ongles.

Présentez-vous au bloc opératoire, niveau 2, Pavillon C. Avisez le médecin ou l'infirmière dès votre arrivée à l'hôpital si :

- Vous avez des allergies ou avez déjà fait des réactions à des médicaments.
- Vous êtes enceinte ou croyez l'être.
- Vous êtes diabétique.
- Vous prenez un médicament pour éclaircir le sang (ex. : Aspirine, Coumadin, Eliquis, Xarelto, Plavix, Brilinta, Fragmin, Lovenox, etc.)

Que dois-je apporter à l'hôpital ?

Le jour de votre chirurgie, assurez-vous d'apporter :

- ✓ Vos lunettes ou lentilles cornéennes avec leurs étuis
- ✓ Vos prothèses dentaires et boîte (sans eau)
- ✓ Votre brosse à dents et du dentifrice
- ✓ Votre liste de médicaments à jour
- ✓ Votre carte d'assurance maladie
- ✓ Votre carte d'hôpital de l'Institut
- ✓ Votre appareil de ventilation (CPAP), si vous souffrez d'apnée du sommeil

Laissez à la maison bijoux, argent et autres objets de valeur. L'Institut n'est pas responsable des pertes ou des vols.

Préparation à la chirurgie (myotomie ou ablation de l'œsophage)

Comment se déroule la chirurgie ?

L'infirmière ou le médecin vous explique la chirurgie. N'hésitez pas à poser vos questions. Un cathéter est installé dans une veine de votre bras afin d'administrer des médicaments. Vous êtes endormi pour la chirurgie (anesthésie générale). Ensuite, un tube est mis dans votre gorge pour vous aider à respirer tout au long de la chirurgie. La chirurgie dure entre 2 et 3 heures.

Que se passe-t-il après la chirurgie ?

Une fois la chirurgie terminée, vous êtes transporté en civière jusqu'à la salle de réveil. Des infirmières assurent votre surveillance. À votre réveil, une infirmière enlève le tube installé dans votre gorge. Ce tube peut causer une irritation de la gorge qui dure de 24 à 48 heures. Informez rapidement l'infirmière si vous avez des nausées ou de la douleur. Il est important d'éviter les vomissements.

Vous devez attendre l'autorisation de l'infirmière avant de pouvoir commencer à boire et à manger. Vous pouvez par contre vous brosser les dents (sans avaler l'eau).

Vous demeurez à l'hôpital pour la nuit.

Le lendemain de la chirurgie, vous passez un examen afin de vérifier qu'il n'y a pas de fuite ni de perforation.



Note

Le produit utilisé lors de la chirurgie peut rendre votre urine verte.



Suivi après la chirurgie

Comment se déroule le retour à la maison ?



Médication

Pour 6 semaines après la chirurgie, tous vos médicaments sont sous forme liquide, écrasée ou en capsule ouverte.

- Prenez votre médication contre le reflux gastro-œsophagien (ex. : Pantoloc, Dexilant) pour au moins 6 mois.

Ne prenez aucun médicament anti-inflammatoire pendant 3 jours afin de diminuer le risque de saignement. À moins d'avis contraire de votre équipe traitante, ne prenez pas :

- Ibuprofène (Motrin, Advil)
- Naproxène (Aleve)
- Acide acétylsalicylique (Aspirine)

Privilégiez toujours l'utilisation d'acétaminophène (Tylenol) pour les premiers jours. Si la douleur persiste ou devient plus importante, il est possible d'ajouter un analgésique de type narcotique (ex. : Dilaudid ou Morphine) prescrit par votre chirurgien. Lorsque la douleur diminue, cessez l'utilisation de ce type d'analgésique. La prise de narcotique sur une courte période ne crée pas de dépendance. Ne conduisez pas si vous prenez des narcotiques. Ils peuvent diminuer vos réflexes et causer de la somnolence.



Alimentation

Vous devez suivre les recommandations de votre nutritionniste. Tous les détails vous sont remis lors d'une rencontre à la suite de votre traitement endoscopique ou de votre chirurgie.



Exercice léger

Reprenez vos activités graduellement dès le lendemain. Ne forcez pas et ne soulevez pas de charges de plus de 10 livres (4,5 kilos) pour les 6 prochaines semaines.



Repos

Au lit, assurez-vous d'être toujours couché en position semi-assise afin d'avoir le haut du corps surélevé à 30 degrés (voir ressources utiles).

Suivi après la chirurgie



Quels symptômes dois-je surveiller ?

Consultez rapidement un médecin ou rendez-vous **à l'urgence** de l'hôpital le plus près de chez vous si vous présentez un ou plusieurs de ces symptômes :

- Une douleur thoracique
- Une difficulté respiratoire inhabituelle
- Des saignements (vomissements de sang, selles noires)
- De la fièvre avec une température de plus de 38,0°C (101,4°F) qui dure plus de 24 heures
- Des maux de cœur (nausées) qui durent plus de 24 heures
- Une augmentation de la difficulté à avaler

Quel sera mon suivi médical ?

Pour connaître le suivi médical concernant l'ablation de l'œsophage (œsophagectomie), consultez le guide [Mieux vivre ma chirurgie de l'œsophage](#).

Si vous avez eu une myotomie endoscopique ou une myotomie de Heller, votre suivi médical sera le suivant :

- Un 1^{er} rendez-vous de suivi entre 3 et 4 semaines après la chirurgie
- Un 2^e rendez-vous de suivi 6 mois après la chirurgie
- Par la suite, un rendez-vous de suivi chaque année

L'achalasie est une maladie chronique, c'est-à-dire que votre œsophage ne guérira jamais entièrement. Vous aurez donc un suivi médical à vie. Votre spécialiste vous indique la fréquence à laquelle vous devez faire vos suivis.

Myotomie endoscopique

Si vous avez subi une myotomie endoscopique, vous devrez passer une pH-métrie 6 mois après la chirurgie. La pH-métrie est un examen qui permet de mesurer l'acidité dans votre œsophage. Il permet d'évaluer le besoin de donner un médicament pour traiter les brûlures et les ulcères d'estomac (ex. : Pantoloc, Dexilant, etc.).

Aides et ressources

Qui dois-je contacter pour modifier mon rendez-vous ou poser mes questions ?

Contactez la clinique d'investigation thoracique :

418 656-8711 poste 5945

Du lundi au vendredi de 8 h à 16 h



Ressources utiles

L'Institut produit d'autres documents d'enseignement. Vous pouvez les consulter sur notre site Web : bibliotheque-patients.iucpq.qc.ca

Les documents suivants pourraient vous intéresser :

- [Gastroskopie : Endoscopie digestive : information et préparation](#)
- [Mieux vivre ma chirurgie de l'œsophage](#)
- [Coussin pour positionnement au lit](#)
- [Reflux gastro oesophagien](#)

Inscrivez dans le champ de recherche le nom du document que vous désirez consulter.

Références

Johns Hopkins Medecine. (s. d.). *Peroral Endoscopic Myotomy (POEM)*.

[https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/peroral-endoscopic-myotomy#:~:text=Peroral%20endoscopic%20myotomy%20is%20a,the%20esophagus%20\(a%20myotomy\)](https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/peroral-endoscopic-myotomy#:~:text=Peroral%20endoscopic%20myotomy%20is%20a,the%20esophagus%20(a%20myotomy))

Schlottmann, F. & Patti, M. G. (2018). Esophageal achalasia: current diagnosis and treatment. *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 12(7), 711–721.

<https://doi.org/10.1080/17474124.2018.1481748>

Société canadienne du cancer. (s. d.). *Endoscopie*.

<https://cancer.ca/fr/treatments/tests-and-procedures/endoscopy>



**Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec – Université Laval**

2725, chemin Sainte-Foy

Québec (Québec)

G1V 4G5

418 656-8711

iucpq.qc.ca