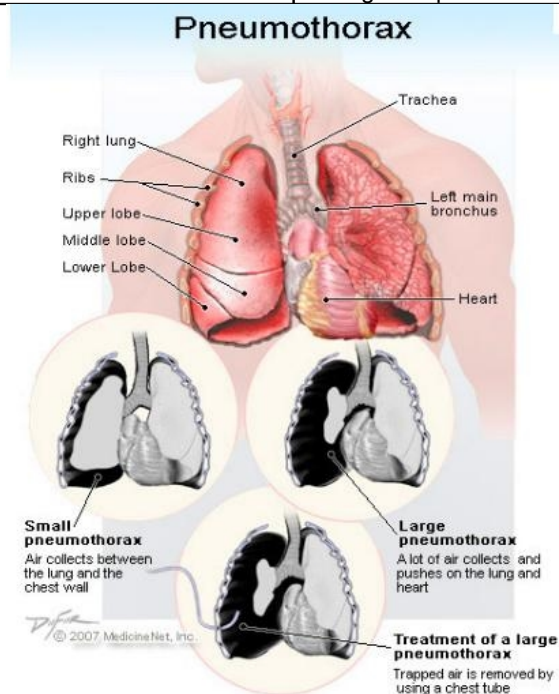


terminologie :

dysphagie	difficulté d'accomplir l'action de manger et non seulement d'avaler
achalasia	fonctionnement défectueux des sphincters, dont le relâchement ne s'effectue pas comme il devrait au moment des contractions des conduits sus-jacents. P.ex : l'achalasia du cardia explique la dilatation de l'oesophage; celle de l'uretère, l'hydronéphrose intermittente.
odynophagie	déglutition douloureuse. On emploie souvent « dysphagie » dans ce sens.
pyrosis	sensation de brûlure qui part de l'épigastre, remonte l'oesophage jusqu'à la gorge et s'accompagne d'éructation et de renvoi d'un liquide acide et brûlant; il témoigne d'un reflux gastro-oesophagien.
hernie hiatale	masse circonscrite formée par un organe ou une partie d'organe sorti de la cavité qui le contient normalement par un orifice naturel ou accidentel; <i>hiatale</i> : issue d'une partie de l'estomac hors de la cavité abdominale à travers l'hiatus oesophagien du diaphragme
oesophage de barrett	syndrome de Barrett : association d'une hernie hiatale et d'un ulcère peptique du bas oesophage localisé en une zone où l'épithélium oesophagien est remplacé par un épithélium glandulaire de type gastrique. Cette dernière lésion peut dégénérer en adénocarcinome.
léiomyome	ou liomyome; tumeur bénigne formée de tissu musculaire lisse. Elle se développe surtout au niveau de l'utérus
hypersialorrhée	hyper salivation
hémoptysie	évacuation par la bouche d'une quantité plus ou moins abondante de sang provenant des voies respiratoires. Ce sang a pour origine : soit une hémorragie de cet appareil, soit une hémorragie d'un organe voisin qui s'est fait jour dans l'arbre respiratoire.
atélectasie	affaissement des alvéoles pulmonaires
hypoxémie	diminution de la quantité d'O ₂ dans le sang
pneumothorax	épanchement d'air dans la cavité pleurale entraînant l'affaissement du poumon avec des conséquences respiratoires et hémodynamiques graves et urgentes et qui peuvent être fatales
épistaxis	hémorragie extériorisée par les fosses nasales
xérostomie	sécheresse de la bouche
stomatite	nom générique des inflammation de la muqueuse buccale.



examens diagnostics :

<p>repas baryté (RB) (oesophagogramme) radiographie avec produit de contraste *le malade à jeun avale une solution aromatisée de baryte, il est installé sur une table mobile et doit changer de position à mesure que sont pris les clichés. frontal et profil. Dure environ 15min. pas inconfortable.</p>
<p><i>but :</i> examen de l'oesophage plus détaillé que la plupart des radiographies en série de la partie haute du tube digestif. Il est indiqué chez les patients qui présentent les symptômes suivants : dysphagie, dlr thoracique non cariaque, déglutition dlr, anomalie de déglutition et reflux gastro-oesophagien.</p>
<p><i>soins pré :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ expliquer l'examen au malade, l'aviser NPO 8hrs pré examen ➤ évaluer la capacité à avaler. Si le malade a tendance à aspirer, aviser le radiologiste
<p><i>soins post :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ informer le malade qu'il doit évacuer toute la baryte. L'utilisation de laxatifs est recommandée. Les fèces seront pâles, mais elles devraient reprendre leur couleur normale après l'élimination complète de la baryte.

étude de cas, Pagana p.59.

<p>oesophago-gastro-duodénoscopie (OGD) endoscopie de la partie haute du tube digestif, gastroscopie l'endoscope possède de 1 à 3 canaux : le 1^e sert à l'observation, le 2^e à l'insufflation d'air et à l'aspiration de liquide et le 3^e au passage d'instruments commandés par des câbles pour les biopsies en cas d'un état pathologique suspecté. Le 3^e peut aussi être utilisé pour le passage d'instruments pour coaguler les sources hémorragiques ou pour y injecter un agent sclérosant.</p>
<p><i>but :</i> observation directe de la partie haute du tube digestif (oesophage, estomac et duodénum) à la recherche de tumeurs, de varices, d'une inflammation de la muqueuse, d'une hernie hiatale, de polypes, d'ulcères et d'obstructions. Elle sert à évaluer les malades présentant les anomalies suivantes : dysphagie, perte pondérale, satiété précoce, dlr ds la partie supérieure de l'abdomen, symptômes d'ulcère ou dyspepsie, alcoolisme ou suspicion de varices. Elle est aussi utilisée quand le repas baryté ou les rX de la partie haute du tube digestif ne sont pas concluants.</p>
<p><i>soins pré :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ expliquer la méthode au patient et obtenir une autorisation écrite. Lui dire quels médicaments il va recevoir et quels seront leurs effets avant l'examen = sédatif (midazolam <i>versed</i>) + atropine pour réduire les sécrétions anesthésie de la partie postérieure du pharynx avec lidocaine ➤ aviser le malade qu'il ne doit rien avoir pris par la bouche après minuit pour permettre une observation optimale du tube digestif et prévenir une régurgitation au passage du gastroscopie ➤ informer le malade que l'examen n'est pas douloureux mais qu'il peut être inconfortable et provoquer des Vo lorsqu'on déclenche le réflexe nauséeux. ➤ s'il y a lieu, enlever le dentier et les lentilles cornéenne. Les soins d'hygiène buccale sont nécessaires avant et après l'examen.
<p><i>soins post :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ aviser le malade qu'après l'anesthésie de la gorge à la lidocaine il ne doit ni boire ni manger jusqu'à ce que le réflexe nauséeux réapparaisse (2-4heures) ➤ informer le malade qu'après l'anesthésie, il peut avoir une voix rauque et un mal de gorge pendant quelques jours. L'absorption de boissons froides et des gargarismes aidera à soulager ces malaises ➤ examiner le malade pour déceler une hémorragie, de la fièvre, une dlr abdominale, de la dysphagie et de la dyspnée. Surveiller les SV ➤ prendre les mesures de sécurité habituelles jusqu'à la disparition des effets des sédatifs ➤ informer le malade que, à cause de l'air insufflé, il est normal d'éprouver des gonflements, des éructations et des flatulences après l'examen.

étude de cas, Pagana p.67

imagerie par résonance magnétique (IRM)

scintigraphie du reflux gastro-oesophagien / scintigraphie gastro-intestinale pour hémorragie

**les anomalies anatomiques et fonctionnelles de différents organes peuvent être détectées grâce à la médecine nucléaire. Pour ce faire, un produit radiopharmaceutique, combinaison d'un radionucléide et d'une molécule de transport, est administré au patient puis les photons émis à partir d'un organe sont détectés. Ce type d'examen ne permet cependant pas de déterminer la cause spécifique de l'anomalie, il fournit plutôt une information additionnelle à d'autres moyens de diagnostics.

gastro-oesophagien, but : examiner les patients qui présentent des symptômes tels que brûlures d'estomac, régurgitations, vomissements et dysphagie. Sert également à évaluer le traitement médical ou chirurgical du reflux gastro-oesophagien. Peut aussi servir à détecter une aspiration pulmonaire du contenu gastrique et à évaluer les fonctions de déglutition.

gastro-intestinale pour hémorragie, but : permet de localiser une hémorragie gastro-intestinale.

soins pré :

- expliquer l'examen au malade, l'assurer que ce n'est pas douloureux
- aviser le malade qu'il doit manger un repas complet juste avant l'examen
- avertir le malade d'aviser le technicien s'il passe des selles en cours d'examen
- prendre les sv pour s'assurer que le malade est stable pour les transferts entre l'unité de soins et le service de médecine nucléaire

soins post :

- s'assurer que le malade et ses proches comprennent bien que seules des doses infimes de substances nucléaires sont utilisées.
- reprendre les signes vitaux au retour à l'unité de soins

thoracoscopie

en salle d'opération, sous anesthésie générale. dure 1 ou 2 heures, est effectuée par un chirurgien.

but :

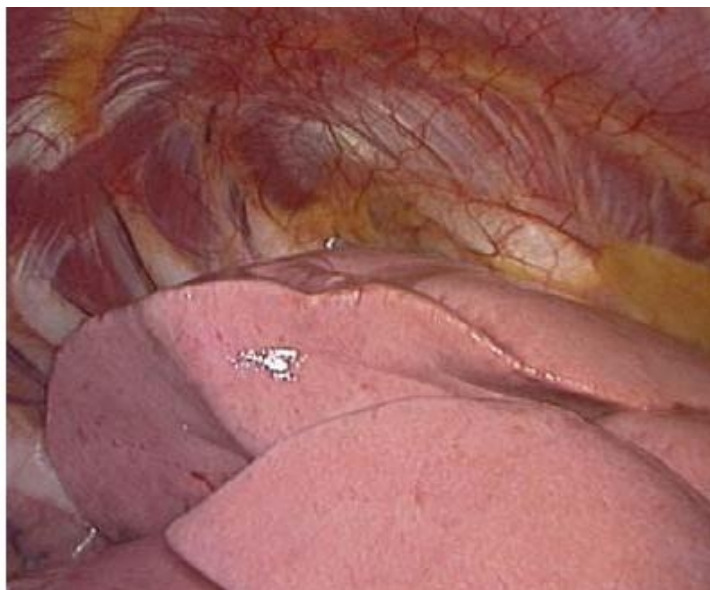
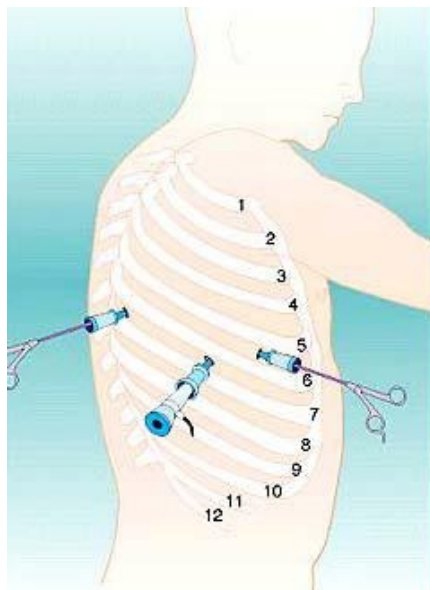
permet d'examiner directement la plèvre, les poumons et le médiastin. Utile pour déterminer le stade de dev. d'un cancer du poumon et procéder à son exérèse, pour effectuer des biopsies sur des tissus anormaux et pour drainer ou aspirer du liquide à des fins d'analyse.

soins pré :

- expliquer l'examen au malade, prendre les précautions liées à l'anesthésie générale
- consentement écrit et éclairé obtenu
- raser et préparer le torse du malade selon ce qui est demandé
- npo après minuit le jour de l'examen.

soins post :

- examiner fréquemment le malade à la recherche de signes hémorragiques (pls augm et hypotension)
- adm. analgésiques pour soulager les dlr



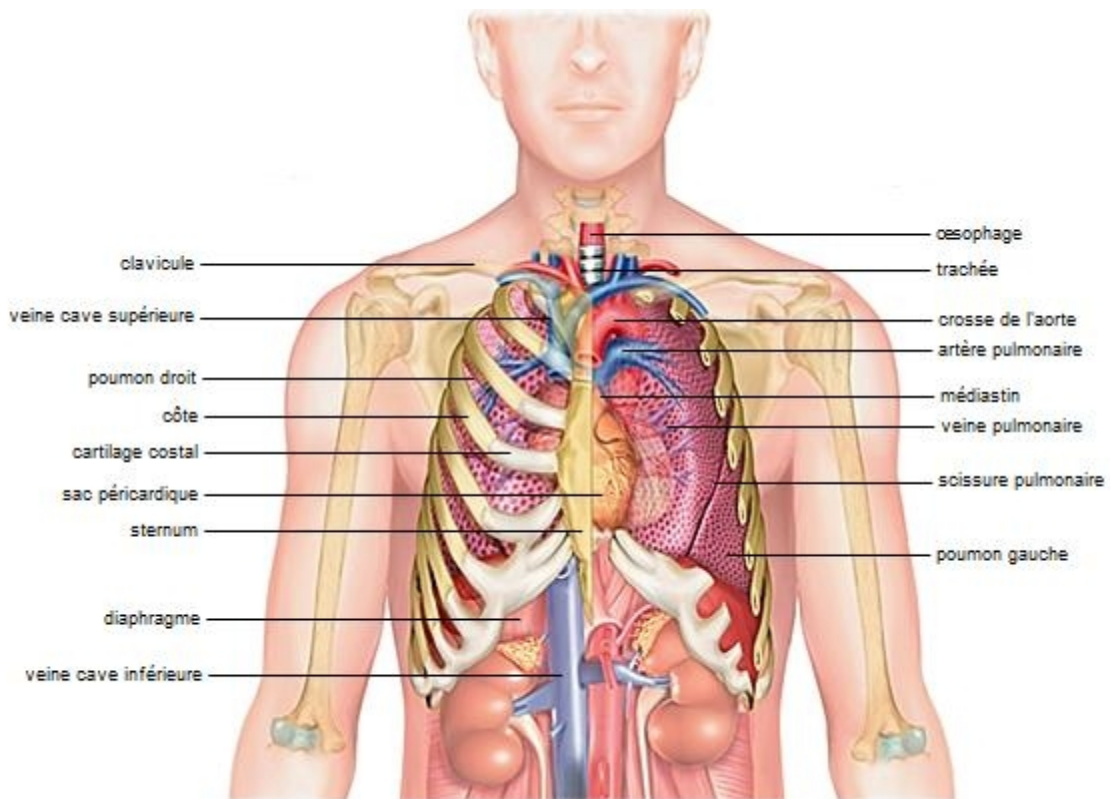
<p>thoracocentèse et analyse du liquide pleural (ponction pleurale) introduire une aiguille dans la cavité pleurale pour en extraire du liquide.</p>
<p><i>but :</i> le liquide pleural est prélevé à des fins diagnostiques et thérapeutiques. thérapeutique = soulager la douleur, la dyspnée et d'autres symptômes de pression pleurale diagnostique = mieux voir les poumons sur les radiographies + analyse du liquide pleural pour déterminer l'étiologie de l'épanchement. Liquide sera classé comme transsudat ou exsudat : -transsudat : insuffisance cardiaque congestive, cirrhose, maladie rénale, hypoprotéinémie -exsudat : état inflammatoire, infectieux ou néoplasique, maladie du collagène, infarctus du poumon, traumatisme, hypersensibilité aux médicaments.</p>
<p><i>soins pré :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ expliquer le but et la méthode d'examen. S'assurer que le patient sait qu'il ne doit ni bouger ni tousser pendant l'examen afin d'éviter les lésions accidentelles du poumon ou de la plèvre avec l'aiguille ➤ administrer un antitussif si nécessaire ➤ consentement écrit et éclairé ➤ évaluer les bruits pulmonaires du malade avant la ponction pr fin de comparaison
<p><i>soins post :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ rx si prescrit ➤ sv + s, assurer de l'absence de toux et d'expecto. de sang (hémoptysie) (traumatisme du poumon) – recherche signes de pneumothorax suffocant, d'emphysème sous cutané et d'infection pyogène (tachypnée, dyspnée, diminution des bruits respiratoires, agitation, anxiété, fièvre). Surveiller oedème pulmonaire et détresse cardiaque ➤ ausculter les poumons pour une diminution des bruits respiratoires = signe de pneumothorax ➤ reprise des activités normales 1h après l'examen si 0 dlr ou dyspnée

étude de cas, Pagana p.165

<p>biopsie pulmonaire soit avec un fibroscope, soit à thorax ouvert (anesthésie générale)</p>
<p><i>but :</i> déterminer la pathologie d'une maladie du parenchyme pulmonaire qui a été détectée par une rx ou par tomographie. permet de diagnostiquer un cancer, un granulome, une infection ou une sarcoidose. Aussi utile pour déceler les conséquences des risques environnementaux, des infections ou des maladies familiales pr améliorer le tx et la prévention.</p>
<p><i>soins pré :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ consentement écrit et éclairé ➤ jeûner selon la consigne ➤ prémédication 30 à 60min avant l'examen. Atropine avant la bronchoscopie et mépéridine pr calmer l'anxiété
<p><i>soins post :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ sv q15min 4x, q30min 4x, q1h 4x, 14hrs. Observer signes d'hémorragie (pls accéléré et hypotension) et de dyspnée. ➤ signes de pneumothorax (dyspnée, tachypnée, diminution des bruits respiratoires, anxiété, agitation)

médiastinoscopie instrument éclairant muni d'un objectif inséré à travers une petite incision pratiquée dans la fossette de la jugulaire.
<i>but</i> : inspecter les noeuds lymphatiques et en faire une biopsie. Les noeuds lymphatiques drainent la lymphe des poumons donc leur examen apporte une information diagnostique sur des maladies intrathoraciques : cancers, infections granulomateuses et carcoïdose. Évaluation du stade de développement d'un cancer du poumon + établir s'il est opérable. Permet aussi les biopsies de tumeurs présentes dans le médiastin, thymome ou lymphome par exemple.
<i>soins pré</i> : <ul style="list-style-type: none">➤ explication + encouragement à exprimer ses émotions et son anxiété➤ consentement écrit et éclairé➤ soins pré-et post op car anesthésie générale➤ npo depuis minuit le jour de l'examen➤ déterminer le groupe sanguin et test croisé de compatibilité
<i>soins post</i> : <ul style="list-style-type: none">➤ rx habituellement prescrite pour vérifier pas de pneumothorax ni hémorragie

médiastin = région médiane du thorax



bronchoscopie

endoscopie des bronches

buts :

diagnostiques :

1. observation directe de l'arbre trachéobronchique à la recherche d'anomalies (tumeurs, inflammation ou sténose)
2. biopsie dans les lésions observées
3. aspiration d'expectorations profondes pour la culture et l'épreuve de sensibilité ainsi que pour un examen cytologique
4. observation directe du larynx à la recherche d'une paralysie des cordes vocales

thérapeutiques :

5. aspiration de sécrétions accumulées chez le malade atteint d'obstruction des voies respiratoires ou d'atélectasie postopératoire
6. arrêt des hémorragies dans les bronches
7. extraction de petits corps étrangers aspirés
8. brachythérapie, radiothérapie endobronchique qui consiste à mettre en place un fil d'iridium à l'aide d'un bronchoscope
9. traitement au laser des obstructions bronchiques

soins pré :

- favoriser la coopération en expliquant l'examen. le rassurer sur le fait qu'il pourra respirer pendant l'examen
- consentement écrit et éclairé avant la prémédication
- npo à partir de minuit pr prévenir une aspiration possible au contenu gastrique provoquée par le réflexe nauséeux
- prémédication tel qu'indiqué : atropine pr empêcher une bradycardie vagale et diminuer les sécrétions, mépéridine ou morphine pr soulager l'anxiété
- enlever le dentier, les lunettes, les lentilles cornéennes
- ne pas avaler l'anesthésique local puvérisé dans sa gorge (lidocaine)

soins post :

- npo jusqu'à disparition de l'anesthésie bronchique et que le réflexe nauséeux soit revenu (habituellement 2 heures) danger d'aspiration
- examiner expectorations à la recherche de sang : grandes quantités = inquiétant car pt provoquer une pneumonie chimique si se retrouve dans les alvéoles pulmonaires
- surveiller sv car fièvre ds les 6 heures = pneumonie chimique
- signes de difficultés respiratoires ou d'un laryngospasme. voix rauque passagère peut = complication. spasme des cordes vocales après intubation possible. Un équipement de réanimation d'urgence doit être rapidement dispo.
- précautions postaesthésiques
- gargarismes chauds d'eau salée + pastilles = soulagement du mal de gorge
- rx peut être prescrite pr vérifier pneumothorax

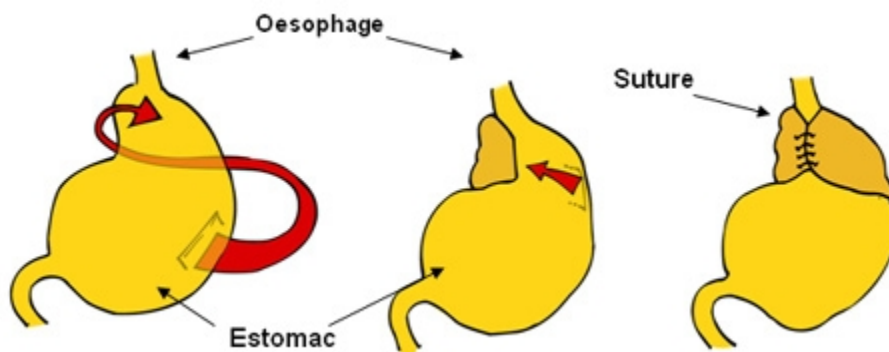
étude de cas, Pagana p.142

traitements ou opérations :

oesophagomyotomie : tx de l'achalasie. Intervention qui se pratique habituellement par laparoscopie. On procède à une myotomie complète du sphincter oesophagien inférieur avec ajout ou non d'une valvule antireflux. Les fibres musculaires sont dégagées de façon à diminuer la sténose de la portion inférieure de l'oesophage.

l'achalasie est une affection qui découle de l'absence ou de l'inefficacité du péristaltisme dans la portion distale de l'oesophage. Elle s'accompagne de l'impossibilité de relâcher le sphincter oesophagien inférieur pendant la déglutition. Le rétrécissement de l'oesophage qui s'ensuit au-dessus de l'estomac entraîne la dilatation graduelle de la portion de l'oesophage en amont de l'obstruction. L'achalasie évolue lentement; elle se manifeste le plus souvent chez les personnes de plus de 40 ans.

fundoplicature : intervention chirurgicale pour le tx du reflux gastro-oesophagien. S'effectue par voie laparoscopique et consiste à enrouler la partie supérieure gauche de l'estomac autour du segment inférieur de l'oesophage afin de prévenir le reflux oesophagien.



oesophagectomie : tx chirurgical du cancer de l'oesophage. Résection totale de l'oesophage. Peut être accompagnée de l'exérèse de la tumeur, d'une vaste lisière de tissus non atteints dans l'oesophage ainsi que des ganglions lymphatiques régionaux. La voie d'accès chirurgicale peut être thoracique ou abdominale, selon le siège de la tumeur. Quand celle-ci touche la région cervicale ou la partie supérieure du thorax, la continuité de l'oesophage peut être rétablie en transférant un lambeau libre jéjunal : on excise la tumeur et on insère à sa place une portion du jéjunum. On peut procéder à l'interposition d'un segment de colon ou remonter l'estomac dans le thorax et anastomoser la section proximale de l'oesophage à l'estomac. Les tumeurs de la portion inférieure de l'oesophage sont plus faciles à opérer que les tumeurs hautes; l'anastomose de la portion inférieure de l'oesophage à l'estomac permet de conserver l'intégrité du tractus gastro-intestinal.

le taux de mortalité après résection chirurgicale de l'oesophage est relativement élevé en raison des infections, des complications pulmonaires ou des épanchements anastomotiques. Au cours de la période post-op, le tng en place ne doit pas être manipulé et la personne doit être npo ad étanchéité du conduit confirmée par rx.

soins = position semi-fowler puis fowler pr prévenir le reflux des sécrétions gastriques. Détecter les signes de régurgitations et de dyspnée car la pneumonie par aspiration constitue une complication postopératoire courante. Hausse de T. = aspiration ou suintement de liquide dans le médiastin. L'obstruction partielle ou complète de l'oesophage entraîner souvent une hypersialorrhée. On peut avoir recours à l'aspiration buccale si la personne ne peut dégager ses sécrétions ou installer une gaze de type mèche à la commissure des lèvres pr acheminer les sécrétions vers un pansement ou un bassin réniforme. L'aspiration possible de salive dans l'arbre bronchique avec les risques de pneumonie secondaire, constitue un grave problème.

laryngectomie : tx chirurgical du cancer du larynx. Il s'agit de l'excision chirurgicale du larynx, en tout ou en partie, et des tissus environnants.

4 types :

1. *laryngectomie partielle* : cancer précoce ds la région glottique et 1 seule corde vocale atteinte. taux de guérison élevé.
2. *laryngectomie sus-glottique* : lésions précoces sus-glottiques de stade I et II. On excise l'os hyoïde, la glotte et les fausses cordes vocales. On installe dans la trachée une canule à trachéotomie jusqu'au rétablissement du conduit glottique. On la retire qqes jours plus tard pr que la stomie puisse se refermer. Alimentation : voie nasogastrique ad cicatrisation. risque d'aspiration. préservation de la voix même si la qualité pt changer. risque élevé de récidence
3. *hémilaryngectomie* : tumeurs de moins de 1 cm, limitées à la région glottique, ou lésions glottiques de stade I. On coupe le cartilage thyroïde du larynx dans le plan médian du cou et on excise la tumeur et une partie des cordes vocales (une vraie et une fausse). on enlève aussi le cartilage aryénoïde et la moitié de la thyroïde. Installation d'une canule à trachéotomie et une sonde gastrique qui resteront en place pendant 10 à 14 jours après l'intervention. Risque d'aspiration post-op. Voix peut changer.
4. *laryngectomie totale* : cancer du larynx à un stade avancé IV lorsque la tumeur s'étend au-delà des cordes vocales ou lorsque la radiothérapie s'avère inefficace contre la lésion primitive ou les récides. Excision de toutes les structures laryngées, incluant l'os hyoïde, l'épiglotte, le cartilage cricoïde et deux ou trois anneaux de la trachée. **perte permanente de la voix**, et modification des voies aérienne. création d'une stomie trachéale permanente parce que le sphincter protecteur du larynx a été excisé. La stomie trachéale empêche l'aspiration d'aliments et de liquides dans les voies respiratoires inférieures. La personne ne pourra plus parler mais elle gardera sa capacité de déglutir. La laryngectomie totale modifie la façon dont les voies aériennes sont utilisées lors de la respiration et de la phonation. Les complications possibles sont la sialorrhée, une infection de la plaie causée par la présence d'une fistule pharyngocutanée, une sténose de la stomie et la dysphagie découlant du rétrécissement du pharynx et de l'oesophage cervical.

cancer du larynx	
<i>incidence</i>	+ chez les hommes que les femmes personnes de 50 à 70 ans
<i>3 régions + atteintes</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. la région glottique (cordes vocales) 2/3 des cancers 2. la région sus-glottique (au-dessus de la glotte ou des cordes vocales, renfermant l'épiglotte et les fausses cordes vocales) 1/3 des cancers 3. la région sous-glottique (située sous la glotte ou les cordes vocales et s'étendant jusqu'au cartilage cricoïde) moins de 1% <p>les tumeurs glottiques ne disséminent rarement si elles sont décelées précocement en raison du nombre limité de vaisseaux lymphatiques qui irriguent les cordes vocales.</p>
<i>manifestations</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ rauquité de la voix persistante (+ de 2 semaines), voix rude, rauque et basse ➤ toux, maux de gorge persistants, douleur cuisante ds la gorge surtout c consommation boissons chaudes ou jus d'agrumes ➤ symptômes + tardifs : dysphagie, dyspnée, écoulement de liquide ou obstruction d'1 des voies nasales, enrrouement permanent de la voix, ulcérations permanentes, mauvaise haleine. ➤ signes de métastases = adénopathies cervicales, perte pondérale inexpliquée, faiblesse généralisée, dlrs irradiant jusqu'à l'oreille.
<i>examens</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ anamnèse = facteurs de risque, antcd médicaux ➤ examen initial = laryngoscopie indirecte (orl) + palpation des ganglions lymphatiques du cou et de la glande thyroïde ➤ laryngoscopie directe (anesthésie loc. ou gén.) : prélèvement de tissus ➤ chirurgie microlaryngée pour prélever une biopsie ➤ tomodensitométrie et irm = adénopathies régionales et état des tissus mous + stade et étendue de la tumeur ➤ irm = suivi post Tx pr déceler récidence
<i>traitement</i>	<p>dépend du stade de la tumeur et du nbr de métastases</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ excision chirurgicale (premiers stades) <ul style="list-style-type: none"> 4 types de laryngectomies ➤ radiothérapie (premiers stades) <ul style="list-style-type: none"> conservent les fonctions du larynx + éradiquer le cancer ➤ chimiothérapie (récidence ou métastases)
<i>soins reliés</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ diminuer l'anxiété : expression des sentiments + répondre aux ? ➤ maintenir les voies respiratoires perméables : fowler ou semi fowler + surveiller les prob resp.; tousser, chg de position, resp.profondes; aspirations + lever précoce; soins de canule et de drains; ➤ communiquer : encourager apprentissage d'une méthode <ol style="list-style-type: none"> 1. voix oesophagienne : compression de l'air + expulsion 2. électrolarynx : appareil à batteries 3. fistule trachéo-oesophagienne : valve ds la stomie + prothèse phonatoire. ➤ manger et s'hydrater : liquide iv + alimentation entérale pendant 10 jours puis liquides épais puis aliments solide. Perte olfactive & gust. ➤ prévenir les complications : <ol style="list-style-type: none"> 1. détresse respiratoire et hypoxie 2. hémorragie 3. infection 4. déhiscence de la plaie ➤ enseigner : <ol style="list-style-type: none"> 1. autosoins : stomie, hygiène, mesures de sécurité

cancer de la cavité buccale			
<i>incidence</i>	+ de 40 ans, usage tabac+alcool, tabac à chiquer , 5x+ h que f.		
<i>manifestations</i>	souvent asymptomatiques au début <ul style="list-style-type: none"> ➤ ulcération non douloureuse, masse qui ne disparaît pas ➤ stade avancé = dlr au toucher, diff. de mastication, de déglutition ou d'élocution. Toux + expectorations sanguinolentes, augm. du vol. des ganglions cervicaux 		
<i>examens</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ examen de la bouche + ganglions cervicaux ➤ biopsie sur les lésions persistant + de 2 sem 		
<i>traitement</i>	dépend de la nature et de l'ampleur de la lésion et des préférences du Md et du patient <ul style="list-style-type: none"> ➤ lèvre : exérèse large et/ou radiothérapie ➤ langue : radiothérapie et chimiothérapie + dissection radicale du cou si ganglions atteints. Tx chirurgicaux invalidants = hémiglossectomie et glossectomie totale Produisent généralement des métastases qui envahissent la région cervicale par les vaisseaux lymphatiques = dissection radicale du cou + cx de reconstruction de la cavité buccale, impliquant souvent une greffe.		
<i>soins reliés</i>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 1. hygiène buccale 2. manger et s'hydrater 3. soulager la douleur 4. communiquer 5. prévenir complications 6. enseigner </td> <td style="vertical-align: top;"> xérostomie, stomatite, mucosite consistance et fréquence des repas analgésiques/aliments à éviter/ tableau de communication ou calepin ++infections : leucopémie due à la chimio/radio = risque d'inf.opportunistes auto-soins (hygiène buccale, prév.des inf., alimentation) </td> </tr> </table>	<ol style="list-style-type: none"> 1. hygiène buccale 2. manger et s'hydrater 3. soulager la douleur 4. communiquer 5. prévenir complications 6. enseigner 	xérostomie, stomatite, mucosite consistance et fréquence des repas analgésiques/aliments à éviter/ tableau de communication ou calepin ++infections : leucopémie due à la chimio/radio = risque d'inf.opportunistes auto-soins (hygiène buccale, prév.des inf., alimentation)
<ol style="list-style-type: none"> 1. hygiène buccale 2. manger et s'hydrater 3. soulager la douleur 4. communiquer 5. prévenir complications 6. enseigner 	xérostomie, stomatite, mucosite consistance et fréquence des repas analgésiques/aliments à éviter/ tableau de communication ou calepin ++infections : leucopémie due à la chimio/radio = risque d'inf.opportunistes auto-soins (hygiène buccale, prév.des inf., alimentation)		

<p>dissection du cou : il s'agit d'une excision de tous les ganglions lymphatiques cervicaux, depuis la mandibule jusqu'à la clavicule; on retire aussi le muscle sternocleidomastoidien, la veine jugulaire interne et les muscles accessoires vertébraux se trouvant d'un côté du cou. L'intervention provoque un affaissement de l'épaule et affecte l'apparence de la personne. (on peut aussi faire une dissection modifiée qui épargne un ou plusieurs groupes de ganglions, le muscle, la veine jugulaire et le nerf accessoire).</p>	
<p><i>soins reliés</i></p>	
1. assurer la fonction respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> -position fowler -auscultation pr déceler un stridor =obstruction des voiesR -signes de détresse R : dyspnée, cyanose, agitation, sv = oedème, hémorragie, drainage inadéquat -exercice de toux et de Rprofonde pr éviter pneumonie -aspiration des sécrétions si imposs. de tousser
2. soulager la douleur	administration des analgésiques et éval. de la dlr
3. prodiguer les soins de plaie	surveiller les signes d'infection
4. manger et s'hydrater	<ul style="list-style-type: none"> -évaluer la capacité à mastiquer -soins d'hygiène buccale avant le repas = augm appétit
5. promouvoir la mobilité physique	<ul style="list-style-type: none"> -programme d'exercices après le retrait des drains -retrouver l'usage de l'épaule et la mobilité du cou
6. prévenir les complications	<ul style="list-style-type: none"> -hémorragie : sv, ne pas forcer, dlr épigastrique haute, surveiller les pansements -fistule chyleuse : atteinte au canal thoracique = écoulement laiteux du canal thoracique dans la cavité thoracique. -lésion nerveuse : paralysie de la portion inférieure du visage (nerf accessoire); difficulté de déglutition (nerf laryngé sup)
7. enseigner	autosoins : plaie, pansements, drains, aspiration des sécrétions, trachéo, alimentation entérale ou parentérale.

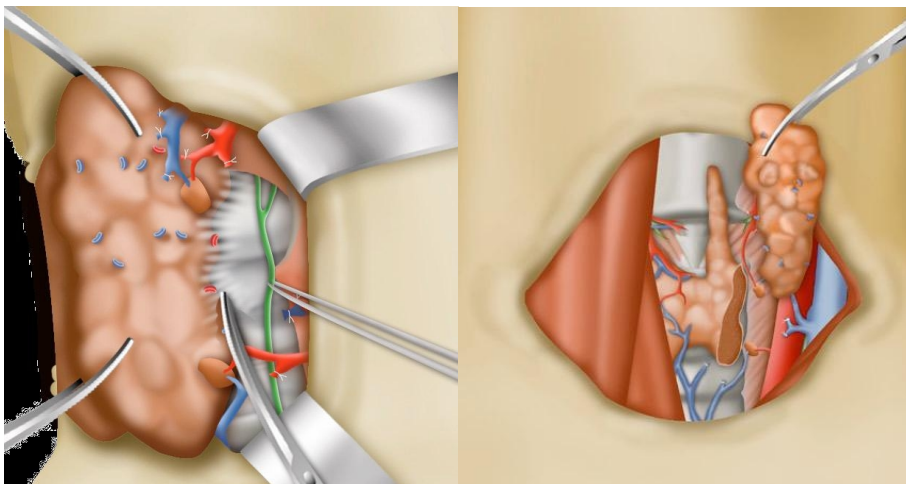


cancer de l'oesophage		
incidence	+h que f irritation chronique = facteur prédisposant	
manifestations	<ul style="list-style-type: none"> ➤ dysphagie ➤ sensation de masse dans la gorge ➤ déglutition douloureuse ➤ dlr ou sensation de plénitude sous le sternum ➤ régurgitation d'aliments non digérés + haleine fétide + hoquet (symptômes tardifs) ➤ hémorragie, perte de poids et d'énergie ➤ dlrs rétrosternales, hoquet persistant, diff R 	
examens	<ul style="list-style-type: none"> ➤ oesophagogastroduodénoscopie (OGD) + biopsie + brossage ➤ bronchoscopie pr vérifier si la trachée est touchée et si la lésion pt être excisée ➤ échographie endoscopique ou médiastinoscopie 	
traitement	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cx : oesophagectomie + exérèse de la tumeur + ganglions ➤ chimiothérapie / radiothérapie 	
soins reliés	1. manger et s'hydrater	manger lentement et bien mastiquer peser régulièrement
	2. soulager la douleur	-repas légers fréquents pr ne pas surcharger l'estomac = reflux gastrique -position verticale après les repas -0 manger avant le dodo
	3. enseigner	-autosoins régime alimentaire, posture, Rx

Post-op (3)



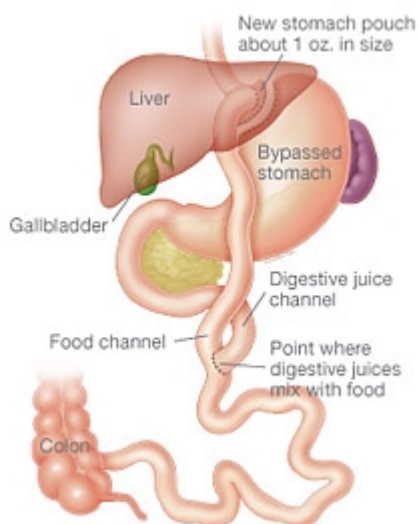
cancers thyroïdiens		
incidence	-moins répandus que les autres formes de cancer mais 90% des endoc.	
manifestations	*masse dlr et sensible = carcinome anaplasique (pronostic sombre) *symtômes endocriniens = carcinome médullaire (pronostic moyen) souvent asymptomatique	
examens	<ul style="list-style-type: none"> ➤ palpation = masse solitaire, dure et immobile ➤ biopsie par aspiration de la glande thyroïde ➤ échographie, irm, tomodensitométrie, scintigraphie thyroïdienne, épreuve de captation à l'iode radioactif et épreuve à la triiodothyronine 	
traitement médical	ablation chirurgicale = thyroïdectomie totale ou subtotalaire + curage des ganglions lymphatiques s'ils sont atteints	
traitement Cx	on tente de conserver le tissu parathyroïde pr réduire les risques d'hypoCa = iode radioactif pour procéder à l'ablation post op = adm. d'hormones thyroïdiennes (tx à vie de thyroxine si le tissu restant est incapable de produire suffisamment)	
soins reliés	préopératoires	-bon apport énergétique quotidien (rég. alimentaire) -0 thé, café, cola -soutien du cou après l'opération : mains derrière le cou
	postopératoires	-vérifier les pansements -sv pr hémorragie -soulager la douleur -demi-fowler -parler le moins possible (oedème aux cordes vocales)
	complications	thyroïdectomie = hémorragie, formation d'un hématome, oedème de la glotte, atteinte du nerf laryngé inférieur *surveiller baisse de [] de Ca = spasmes (tétanie)
	enseigner	autosoins : signes de complications, soulagement de la dlr, taux d'humidité, repos, alimentation.



dissection de la thyroïde (en vert, le nerf récurrent que l'on tente de ne pas abîmer)

cancer de l'estomac		
incidence	décès = +40 ans; très élevé au japon (aliments fumés) pronostic sombre car ++ métastases au moment du diagnostic	
manifestations	-parfois asymptomatique dans les premiers stades -symptômes semblables à un ulcère bénin, soulagés par des antiacides -progression = anorexie, dyspepsie, perte de poids, dlr abdominales, constipation, anémie, NoVo	
examens	-métastases hépatiques à l'examen physique, sinon rien de perceptible -biopsie sous endoscopie, cytologie du liquide de lavage gastrique, examen baryté du tractus gastro-intestinal supérieur. -tomodensitométrie, scintigraphie osseuse et scintigraphie hépatique (pr les métastases)	
traitement	ablation de la tumeur = seul Tx efficace lorsque tumeur localisée sinon ---> chirurgie palliative : gastrectomie partielle radicale avec portion préservée de l'estomac anastomosée au jéjunum, ou gastrectomie totale, la continuité gastro-intestinale = anastomose de l'extrémité de l'oesophage avec le jéjunum. *chimiothérapie pour ralentir la progression de la maladie *radiothérapie à des fins palliative	
soins reliés	1. diminuer l'anxiété	explications, expression
	2. manger et s'hydrater	-petits repas fréquents + aliments non irritants -syndrome de chasse pendant ++mois = prendre 6 repas/jour à faible teneur en glucides et liquide entre les repas
	3. soulager la dlr	-adm des analgésiques (opioïde en perf) -chgmt de position, imagerie mentale, diversion, relaxation, massages, repos
	4. soutenir psychologiquement	-encourager l'expression des sentiments -répondre aux ? -entourage du patient -rôle de pivot
	5. enseigner	autosoins : régime alimentaire, Tx, activités, hab.de vie, dlr

obstacles à une alimentation adéquate	
dysphagie et rétention gastrique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ due à des lésions dans partie inf. de l'oesophage ➤ distension abdo + NoVo = signes de rétention ➤ régurgitations si alimenté ++ ou trop rapidement = oedème le long de l'incision <p>*si rétention, aspiration nasogastrique à faible pression</p>
reflux de bile	excision du pylore = eosophagite et gastrite de reflux ---> brûlures épigastriques + Vo bilieux.
syndrome de chasse	passage trop rapide vers le jéjunum = 0 absorption = sensation de pénitide, faiblesse, étourdissements, palpitations, diaphorèse, crampes abdominales, diarrhée. Ensuite glycémie s'élève, insuline ---> hypoglycémie réactionnelle = pâleur, transpiration, palpitations, céphalées, sensation de chaleur, étourdissements, somnolence, anorexie.
carence en vitamines et minéraux	-malabsorption du fer organique : pt exiger la prise de suppléments par voie orale ou parentérale -baisse sérique de vitamine B12 peut nécessiter la prise de suppléments par voie intramusculaire (la gastrectomie totale = absence de production du facteur intrinsèque essentiel à l'absorption de la vitB12 dans le tractus gastro-intestinal.



syndrome de chasse : lié à l'arrivée brutale du bol alimentaire dans la 1^e anse du jéjunum

cancer du poumon		
incidence	<ul style="list-style-type: none"> ➤ principale cause de décès chez les hommes et les femmes ...?!?!? ➤ cancer le plus meurtrier ➤ cinquantaine ou + de 60 ans 	
facteurs de risque	tabagisme exposition aux polluants environnementaux + agents carcinogènes en milieu de travail	inhalation de fumée secondaire facteurs héréditaires habitudes alimentaires
manifestations	-toux ou chg ds la toux chronique; sèche au début, productive ensuite -fièvre récurrente -voix rauque (nerf laryngé) -métastases = ganglions lymphatiques, os, encéphale, poumons controlatéral, surrénales, foie	-respiration sifflante -dyspnée, hémoptysie, expc.sanguino. -dlrs sourdes poitrine/épaule -dlrs osseuses -dysphagie, oedème, de la tête/cou -fatigue, faiblesse, anorexie, perte pondérale
examens	-examen physique : rétrécissement bronchique visible par une diminution de l'amplitude thoracique, matité à la percussion, réduction ou disparition des murmures vésiculaires. -examen radiologique : opacité, nodule pulmonaire unique, atélectasie, infection -tomodensitométrie du thorax : voir de petits nodules et examiner en séquence des régions de la cage thoracique -fibroscopie : explorer l'arbre tracheobronchique + prélèvement par lavage, brossage, biopsie, ou cytoponction transthoracique à l'aiguille fine -scintigraphie osseuse, tomographie abdominale, tomographie par émission de positrons (TEP), échographie ou tomographie du foie, irm, tomodensitométrie cérébrale = évaluation des métastases	
tx médical	➤ Cx, chimio, radio.	
tx chirurgical	➤ résection cx : lorsque tumeur localisée, pas à petites cellules, sans métastase et bonne fonction cardio-pulmonaire -lobectomie ou pneumonectomie	
soins reliés	1. traiter les symptômes	-expliquer les eff. sec. des Tx et solutions pr aider -moyens d'atténuer dyspnée, fatigue, NoVo, anorexie = moins de diff. d'adaptation
	2. atténuer les prob. R	-éliminer les sécrétions en excédent avec exercices R profonde + toux dirigée, drainage postural, aspiration, bronchoscopie -oxygénothérapie -diminuer la dyspnée : positions adéquates, exercices de respiration
	3. atténuer la fatigue	très courante en cancer du poumon et due à : l'affection elle mm, aux Tx et aux complication (anémie), aux troubles du sommeil, à la dlr, aux malaises, à l'hypoxémie, à une alimentation inadéquate, aux conséquences psychologiques