**Pasientinformasjon**

****

**Kreft i spiserør og magesekk**

**Kirurgisk behandling**

**Velkommen til seksjon for øvre gastroenterologisk kirurgi, Kirurgisk klinikk, St. Olavs hospital**

Dette heftet inneholder informasjon til deg som skal ha undersøkelser for påvist eller mistenkt kreft i spiserør eller magesekk og evt. kirurgisk behandling for dette. Det beskriver hele forløpet fra forundersøkelser til operasjon og til den videre oppfølgingen.

Vi ønsker at du skal være best mulig forberedt både til innleggelse, operasjon og tiden etter utskrivelse og ber deg lese nøye gjennom informasjonen.

Mennesker reagerer forskjellig, og gjerne til ulik tid når de får en kreftdiagnose. Noen reagerer umiddelbart når de får diagnosen, mens andre reagerer når de skal fortelle det til familie og venner. For mange er det vanskelig å forstå at de har fått kreft. Mange klarer ikke å se situasjonen klart, noe som ofte medfører at det kan være vanskelig å huske den informasjonen som blir gitt av leger, sykepleiere og fysioterapeuter. Vi håper at dette skrivet vil hjelpe deg å finne svar på noe av det du lurer på.

Utredning og behandling vil skje i et tett tverrfaglig samarbeid mellom spesialister innenfor flere fagområder, som kirurgi, onkologi, røntgen, anestesi og patologi. Operasjonen utføres av spesialister ved Avdeling for Gastroenterologisk kirurgi, som har stor erfaring innenfor området.

Du er alltid velkommen til å kontakte oss, hvis du har spørsmål, eller er i tvil om noe. Se kontaktliste bak i informasjonen.

Ta gjerne informasjonen med deg ved innleggelse.

Vennlig hilsen

Personalet v/KGAS2

Seksjon for øvre gastroenterologisk kirurgi

Kirurgisk klinikk

St. Olavs hospital HF

**Kreft i spiserør og magesekk**

Spiserøret strekker seg fra svelget til magesekken. Det er ca. 20 cm langt og ligger baktil i brysthulen. Spiserøret passerer mellomgulvet på overgangen mellom brysthule og bukhule og fortsetter i magesekken. Denne ligger i øvre del av bukhulen, like under brystbenet, og strekker seg til tolvfingertarmen. Spiserøret er i hovedsak et rent «transportorgan» for mat og drikke fra svelg til magesekk. I magesekken eltes/knuses maten slik at den blir finfordelt før den passerer til tolvfingertarmen og videre til tynntarmen hvor selve fordøyelsen foregår.



Det diagnostiseres årlig ca. 300 nye tilfeller av kreft i spiserøret og 400 nye tilfeller av kreft i magesekken i Norge. Begge kreftformer forekommer hyppigere hos menn enn hos kvinner, særlig gjelder dette kreft i spiserøret. Gjennomsnittsalder ved diagnosetidspunktet er 70 år for begge kreftformene. Forekomsten av kreft i magesekken er avtagende, mens forekomsten av kreft i spiserøret er økende, særlig i nedre del av spiserøret. Begge kreftformer regnes som alvorlige typer av kreft, men prognosen er blitt bedre de siste årene pga. kombinert og omfattende behandling (cellegift, strålebehandling og kirurgi).

For begge kreftformene gjelder generelt at svulstens størrelse og lokalisasjon, samt om det foreligger tegn til spredning eller ikke på diagnosetidspunktet, er avgjørende for videre behandling – og prognose. Dersom det foreligger tegn til spredning, f.eks. til lever, lunger eller skjelett kan man ikke oppnå helbredelse ved behandling og siktemålet vil være livsforlengende/symptomlindrende. Hvis det ikke er tegn til spredning er siktemålet med behandlingen helbredelse, selv om det – som ved de fleste former for kreft- ikke er mulig å garantere at man faktisk oppnår dette. Noen få pasienter vil få diagnostisert sin svulst så tidlig at det er mulig å behandle denne via endoskopi (gastroskopi) uten større operasjon. De fleste trenger imidlertid kirurgi, ofte også kombinert med cellegift- og/eller strålebehandling. Her skiller behandlingen av kreft i spiserøret seg noe fra kreft i magesekken ved at det i første tilfellet oftest gis en forbehandling før kirurgi med en kombinasjon av cellegift og stråling, mens det ved kreft i magesekken oftest gis 4 kurer med cellegift før operasjon etterfulgt av 4 nye kurer etter operasjon. Operasjonene det er snakk om vil kunne være store og omfattende. Særlig gjelder dette ved kreft i spiserøret. Enkelte pasienter vil f.eks. pga. tilleggsykdommer bli vurdert til ikke å tåle så stor kirurgi. Ved kreft i spiserøret vil en da kunne bli vurdert for kun cellegift- og strålebehandling med tanke på helbredelse.

Denne informasjonen omhandler forhold ved kirurgisk behandling av kreft i spiserør og magesekk. Det er utarbeidet egen informasjon for de som skal ha cellegift- og/eller strålebehandling i tillegg eller som eneste behandling.

**Endoskopisk behandling**

Dette kan utføres dersom svulstene (både i spiserør og magesekk) sitter helt overfladisk i slimhinnen. Behandlingen foregår på operasjonsstuen i narkose. Via gastroskop (en slange som føres via spiserøret og ned i magesekk) føres ulike instrumenter som gjør at man kan fjerne svulsten i sin helhet. Som regel kan man drikke og spise kort tid etter at man våkner fra narkosen og oppholdet i avdelingen er sjelden mer enn 1-2 dager. Etter behandlingen må man gå til regelmessig kontroll med gastroskopi i en periode, og for de som evt. også har celleforandringer i spiserøret (Barretts øsofagus) i tillegg til selve svulsten kan det bli aktuelt med tilleggsbehandling via gastroskop.

**Kirurgi for kreft i spiserøret**

Noen pasienter vil bli anbefalt operasjon direkte, men de fleste vil bli anbefalt forbehandling før kirurgi med en kombinasjon av cellegift- og strålebehandling, alternativ bare cellegiftbehandling før og etter operasjonen. Undersøkelser har vist at slik tilleggsbehandling øker sjansen for helbredelse etter kirurgi. Forbehandlingen strekker seg over en periode på ca. 3 måneder. Operasjonen foregår 4-6 uker deretter. Oppstart av evt. cellegiftbehandling i etterkant av operasjon skjer når man har kommet seg etter inngrepet, vanligvis etter 6-8 uker, og varer igjen i ca. 3 måneder. Ved kreft i spiserøret må deler av eller hele dette fjernes, oftest sammen med øvre del av magesekken. Gjenværende del av magesekken blir da trukket opp og sydd mot gjenværende del av spiserøret. Denne skjøten vil enten bli anlagt i brysthulen eller på venstre side av halsen, avhengig av hvor mye av spiserøret som må fjernes. Det betyr et inngrep som omfatter operasjon både i brysthulen og i bukhulen, evt, også på venstre side av halsen. Inngrepet i brysthulen og i bukhulen kan gjøres som tradisjonell åpen kirurgi, alternativt med kikkhullskirurgi, eller som en kombinasjon av begge deler. Inngrepet på halsen gjøres åpent. Pasientene vurderes individuelt mht. hvilken type inngrep som vil være mest hensiktsmessig, men kikkhullskirurgi tas mer og mer i bruk. Oppholdet i avdelingen strekker seg gjerne over 2 uker etter denne type kirurgi, evt. lengre om komplikasjoner inntreffer. Eventuelt vil man bli overflyttet til sitt lokalsykehus etter knapt 1 uke for videre behandling og oppfølging der.

**Kirurgi for kreft i magesekken**

Noen pasienter vil bli anbefalt operasjon direkte, men de fleste vil bli anbefalt forbehandling med cellegift, 4 kurer før operasjon etterfulgt av 4 nye kurer etter operasjonen. Forbehandlingen strekker seg over en periode på knapt 3 måneder. Operasjonen foregår 3-6 uker deretter. Ved kreft i magesekken må hele eller deler av denne fjernes. Det lages en ny forbindelse mellom gjenstående magesekk, alternativt spiserøret der hvor hele magesekken er fjernet, og tynntarm. Inngrepet foregår oftest i sin helhet i bukhulen, en sjelden gang må man også åpne til brysthulen for å komme høyt nok opp på spiserøret med skjøten. Inngrepet kan gjøres enten som tradisjonell åpen kirurgi, alternativt som kikkhullskirurgi. Pasientene vurderes individuelt mht. hvilken type inngrep som vil være mest hensiktsmessig. Oppholdet i avdelingen strekker seg gjerne over 1-2 uker etter denne type kirurgi, evt. lengre om komplikasjoner inntreffer. Eventuelt vil man bli overflyttet til sitt lokalsykehus etter knapt 1 uke for videre behandling (inklusive ny cellegiftbehandling) og oppfølging der.

**Kirurgi – røyking – ernæring**

Røyking og daglig inntak av alkohol gir økt risiko for komplikasjoner etter en evt. operasjon. Blant annet kan røyking forsinke sårtilhelingen og gi økt risiko for lungekomplikasjoner. Hvis du røyker anbefaler vi på det sterkeste at du slutter, helst i god tid før operasjonen (minst 3 måneder - hvis mulig).

Pasienter med kreft i spiserør og magesekk har risiko for å bli underernært pga. svelgvansker. Underernæring er ugunstig i forhold til evt. operasjon. Det vil derfor kunne bli aktuelt å innta næringsrike drikker i perioden med forbehandling og under påvente av operasjon. Svelgvanskene vil for øvrig ofte bedre seg etter oppstart av forbehandling slik at det blir lettere å spise og drikke normalt. Det viktigste er at man tenker på dette forholdet og jobber aktivt med å få i seg nok næring før operasjonen.

**Symptomlindrende kirurgisk behandling**

Noen pasienter har tegn til spredning av kreftsykdommen på diagnosetidspunktet og vil ikke ha nytte av omfattende behandling med helbredelse som siktemål. Avhengig av symptomer/plager vil disse kunne bli gjenstand for symptomlindrende behandling. Det vil oftest dreie seg om å avhjelpe svelgvansker ved svulster både i spiserør og magesekk. En sjelden gang kan det være snakk om problemer med stadig småblødning fra svulsten. Svelgvansker kan ofte avhjelpes på en god måte ved at det legges ned en såkalt stent forbi det trange partiet. Stentene er formet som et «rør» og består av en form for «netting» som spiler seg ut og utøver press mot det trange partiet gjennom svulsten slik at det blir mer åpent og dermed lettere å drikke og spise. Prosedyren foregår på operasjonsstuen, ofte i narkose, og tar ca. ½ time. Ganske raskt etterpå vil de fleste oppleve at svelgefunksjonen er klart bedret. Noen vil oppleve smerter i brystet eller øvre del av magen de første dagene etterpå når stenten utvider seg til full diameter. Det er viktig å huske på at stenten vil kunne gå tett dersom man svelger uten å tygge maten godt. Det hjelper på passasjen å drikke under måltidet og ha overkroppen i oppreist stilling når man spiser. Dersom svulsten fortsetter å vokse vil dette også kunne medføre at stenten går tett. Dette kan avhjelpes med å legge ny stent inne i den opprinnelige.

**Forundersøkelser før kirurgi**

De fleste pasienter som får diagnostisert kreft i spiserør eller magesekk, f.eks. ved gastroskopi og/eller CT, vil trenge ytterligere forundersøkelser før endelig beslutning om videre behandling kan tas. Disse forundersøkelsene har som formål å kartlegge sykdomsutbredelsen best mulig samt vurdere pasientens helsetilstand generelt med tanke på om svulsten kan/skal/bør opereres (og på hvilken måte) og om pasienten er i stand til å tåle den behandlingen som vil være den optimale. Disse forundersøkelsene tar gjerne flere dager. Du vil i denne tiden enten være inneliggende i seksjon for øvre gastroenterologisk kirurgi eller på pasienthotellet. Det er summen av resultatet av alle undersøkelsene som til slutt er grunnlaget for beslutning om anbefalt videre behandling. Denne beslutningen tas for øvrig ofte i et såkalt MDT-møte (multidisiplinært team møte) hvor både kirurger, onkologer og radiologer er til stede og diskuterer din sykdom. Du må derfor ikke påregne inngående informasjon etter hver enkelt undersøkelse. Dette vil bli gjort til slutt. Du får da en samtale med kirurg. Resultatene av undersøkelsene gjennomgås og forklares, vi legger frem vår konklusjon og anbefaling for videre behandling, og du får forklart hva dette innebærer. Endelig beslutning tas så i samråd med deg, evt. også sammen med dine pårørende om du ønsker det.

# Aktuelle forundersøkelser ved kreft i spiserøret:

* CT brysthule/øvre del av bukhulen, enkelte ganger også PET-CT
* Gastroskopi ved kirurg med samtidig endoskopisk ultralydundersøkelse
* Arbeids-EKG (undersøkelse av hjertekapasitet)
* Spirometri (lungefunksjonsundersøkelse)
* Stemmebåndsundersøkelse (dersom det er aktuelt med operasjon på halsen)
* Evt. hørselstest (for de som evt. skal ha spesiell type cellegiftbehandling)
* Vurdering ved anestesilege (narkoselege)

# Aktuelle forundersøkelser ved kreft i magesekken:

* CT brysthule/øvre del av bukhulen, enkelte ganger også PET-CT
* Gastroskopi ved kirurg
* Evt. endoskopisk ultralyd
* Diagnostisk laparoskopi (kikkhullsundersøkelse av bukhulen)

**Forbehandling før kirurgi**

I hht. det som er beskrevet foran om forbehandling av kreftsykdommen med cellegift, evt. kombinasjonen cellegift- og strålebehandling vil mange pasienter få slik behandling før planlagt operasjon. Denne behandlingen foregår i regi av kreftavdelingen, enten her ved St. Olavs hospital, alternativt på lokalt sykehus. Det henvises til eget informasjonsskriv som er utarbeidet vedr. slik behandling.

I etterkant av forbehandling vil du bli tatt inn igjen i seksjon for øvre gastroenterologisk kirurgi eller pasienthotellet til en ny gjennomgang. Denne vil bestå i ny CT og gastroskopi og har til hensikt å gi en oppdatert status om din sykdom og om evt. forutsetningene for den behandlingsstrategien som var besluttet første gang har endret seg på noen måte. Hvis ikke vil operasjonstidspunkt og operasjonsmetode bli bestemt før du utskrives i påvente av operasjon noen uker senere.

**Når beslutning om kirurgi endelig er tatt:**

# Mottakelse på preoperativ poliklinikk

Preoperativ poliklinikk ligger i 6. etg. i Gastrosenteret.

Her henvender du deg i skranken og vil deretter bli tatt imot av en sykepleier.

Denne dagen skal du:

* snakke med sykepleier
* ta blodprøver
* undersøkes og journalskrives av lege
* ha samtale med operatør/kirurg
* delta i fysioterapigruppe
* ha samtale med anestesilege
* ha samtale med ernæringsfysiolog

Pasientopplysningsskjema

Det er viktig at du tar med deg ferdig utfylt skjema (som du har mottatt fra oss tidligere).

Blodfortynnende medisin/ faste medisiner

Om du bruker blodfortynnende, vil du få beskjed på preoperativ poliklinikk hvordan du skal forholde deg, dersom annen beskjed ikke allerede er gitt.

Narkoselegen vil informere om hvilke medisiner du skal ta operasjonsdagen.

For å forebygge blodpropp får de fleste pasienter en blodfortynnende sprøyte i underhuden på magen kvelden før operasjonen. Dette fortsetter du med i 4 uker etter operasjonen.

**Sykdom før operasjonen**

Dersom du blir syk i ventetiden før operasjon, ber vi deg ta kontakt med avdelingen du skal legges inn på. Dette gjelder også ved forkjølelse og tetthet i nese eller bryst. Det er viktig for vår planlegging at det avklares om operasjonen din må utsettes.

**Innleggelse**

Du vil få beskjed av sykepleier hvor og når du skal møte til innleggelse. Det vil enten være dagen før operasjonen (kreft i spiserøret) eller operasjonsdagen (kreft i magesekk). Du møter på Gastrosenteret, KGAS2, 5.etg. eller på tun 3, dagenheten i 5. etg.

Avdelingen har kun enerom, bad deles med naborom. Alle rom har tilgang til TV og data. Avdelingen har eget spiserom hvor måltidene blir servert.

**Sjekkliste for innleggelse**

* Ta med tøy som ikke strammer over operasjonsområdet
* Ta med toalettsaker
* Ta med øyendråper, salver eller inhalasjonsmedisin
* Ta med fastsittende sko/sandaler med sklisikker såle
* Sykehuset tar ikke ansvar for verdisaker. Lommebok med mindre pengebeløp, giftering, mobiltlf. etc. tar vi vare på når du er til operasjon.
* **Ta med minst mulig bagasje!**

**Ved innleggelsen**

* Du får tildelt en seng
* Operasjonsfeltet vil bli barbert, gjøres av sykepleier
* Du vil få lagt inn en kanyle (tynn plastslange) i armen for væske og antibiotikatilførsel
* Det tas blodprøver, og det registreres blodtrykk, puls, høyde og vekt
* Dusje. Smykker, ringer, øredobber og piercing, tas av før du dusjer. Neglelakk og sminke fjernes. Ta på deg rent tøy etter dusjen. Ikke bruk bodylotion.

**Ernæring og faste i forbindelse med operasjon**

* Kvelden før operasjonen bør du drikke næringsrik drikke; 400 ml «ProvideXtra» (ferdig drukket før kl. 24.00). På operasjonsdagen skal du drikke 200 ml «ProvideXtra» innen kl 06.00 om morgenen. Dette for at kroppen din skal være godt ernært i forkant av operasjonen. Dette gjelder også pasienter med sukkersyke.
* Du skal ikke spise fast føde etter kl 24.00 før operasjon, dersom ikke annen beskjed er gitt. I samme tidsrom må du heller ikke røyke, snuse, tygge tyggegummi eller suge på drops. Du kan drikke klare væsker (saft, te, vann, buljong) frem til kl 06.00 om morgenen. Fra kl 06.00 skal du være fastende.

Pasienthotellet

Har du behov for overnatting i forkant av operasjon, bestiller vi rom til deg på pasienthotellet. Pårørende kan også overnatte sammen med deg, men må betale selv.

På operasjonsavdelingen

På operasjonsavdelingen vil du møte en operasjonssykepleier og anestesisykepleier som skal passe på deg under operasjonen. Narkoselegen vil legge et epiduralkateter inn i ryggen din. Via dette kateteret vil det bli gitt kontinuerlig smertebehandling under og etter operasjonen. Det blir lagt inn et blærekateter. Det er et mykt gummirør som går gjennom urinrøret til urinblæren og som gjør det mulig å følge med på urinproduksjonen. Anestesilege og anestesisykepleier vil gi deg narkose/ bedøvelse under operasjonen.

**Etter operasjonen**

Etter operasjonen overvåkes du på recovery på hjerte- lungesenteret i noen timer, evt. til neste dag. Avhengig av hvilken type operasjon du har vært gjennom vil du deretter enten bli flyttet tilbake til sengepost, alternativt til en intermediær kirurgisk overvåkningsenhet (KiTOV) hvor du vanligvis blir liggende i 1-4 dager – igjen avhengig av hvilken type operasjon som er gjort.

**Sonder/dren**

Ved operasjoner på spiserør og magesekk er det vanlig å legge en sonde via nesen til magesekk eller tynntarm, dels for å beskytte skjøten som er laget, dels for å unngå kvalme. Avhengig av hvilken type operasjon som er gjort vil sonden bli liggende i 1-5 dager, evt. lengre om nødvendig.

Tilsvarende er det vanlig å legge dren til brysthulen, bukhulen og halsen – igjen avhengig av type inngrep. Drenene fjernes så snart vi anser dette som riktig.

Nærmere informasjon om sonde/dren vil bli gitt på individuell basis til den enkelte pasient i etterkant av operasjonen.

# Faste eller mat og drikke etter operasjonen

Inntak av drikke og mat, både mengde og type og til hvilket tidspunkt vil i stor grad være avhengig av hvilken type operasjon du har vært gjennom og om det postoperative forløpet er ukomplisert eller ikke. Vurdering av disse forhold gjøres på individuell basis fra dag til dag.

Vanligvis vil man etter operasjon på spiserøret få begynne å drikke små mengder vann dagen etter operasjonen. Mengden økes gradvis de kommende dagene. Først når sonden er fjernet vil du få fast føde, og til å begynne med kun i små mengder ad gangen.

Når hele magesekken fjernes er det vanlig å være fastende de første 5-7 dagene etter operasjonen. Etter 5-7 dager gjøres ofte en røntgenundersøkelse med kontrast for å sjekke skjøten mellom magesekk/tynntarm og spiserøret. Dersom denne ikke viser tegn til lekkasje vil sonden bli fjernet og du får begynne å drikke og etter hvert spise.

Dersom kun deler av magesekken er fjernet, og det ikke er operert på spiserøret, fjernes evt. sonde gjerne første dag etter operasjonen og du får begynne å drikke forsiktig.

De første dagene etter operasjonen vil vi sørge for at kroppen din får tilført tilstrekkelig med næring ved å gi deg flytende næring via kateter i en stor blodåre på halsen.

Etter operasjoner på spiserør og magesekk vil de fleste måtte lære seg å spise og drikke på en annen måte enn tidligere. Dette medfører at man gjerne må spise små og hyppige måltider for å opprettholde et tilstrekkelig inntak av væske og ernæring. For å bedre forståelsen av dette vil du få tilbud om samtale med klinisk ernæringsfysiolog.

Mobilisering/fysisk aktivitet

For å redusere risikoen for komplikasjoner etter operasjonen og gjøre forløpet så raskt og trygt som mulig er det viktig å komme seg opp av sengen og i aktivitet så tidlig som mulig etter operasjonen. Aktiviteten trappes gradvis opp fra dag til dag. For deg som har gjennomgått en stor operasjon kan dette kanskje virke både litt brutalt og unødvendig, kanskje også skremmende. Erfaring viser imidlertid at aktivitet er avgjørende for at du skal komme deg raskt og med lavest mulig risiko for komplikasjoner etter operasjonen. God smertelindring gjør at det er mulig å være fysisk aktiv hver dag selv om du er nyoperert. Pleiere og fysioterapeut vil daglig følge opp i forhold til mobilisering.

Hva skjer når du er fysisk aktiv:

* Du puster dypere og forbygger lungebetennelse
* Matlyst og fordøyelse kommer raskere i gang
* Sårene gror bedre fordi blodsirkulasjonen øker
* Bevegelse stimulerer blodsirkulasjonen og forebygger blodpropp
* Du unngår muskelsvinn

Leiring i seng

Pasienter som er operert for kreft i spiserøret vil ha en skjøt mellom magesekk og spiserør, enten høyt i brysthulen eller på halsen. Dette disponerer for at innhold i magesekken kan renne tilbake til svelget og evt. over i luftveiene, særlig dersom man ligger flatt. For å unngå dette vil man få et «sengeleie» etter operasjonen, og så lenge man er i sykehuset, hvor overkroppen er hevet 45°, dvs. at man sitter bratt i sengen. Spesialtilpasset seng vil gjøre dette mulig. Når man kommer hjem anbefales at man bygger opp hodeenden på sengen i en periode. Hvor lenge og hvor mye vil være individuelt forskjellig. Man må prøve seg frem. Poenget er å unngå at magesekkinnhold evt. renner over til luftveiene, noe som kan forårsake hoste og evt. lungebetennelse.

**Komplikasjoner**

Ved enhver operasjon er der alltid en viss risiko for komplikasjoner, dette gjelder også ved operasjoner på spiserør og magesekk. Før operasjonen vil du ved samtale med operatør få nærmere informasjon om hvilke komplikasjoner som er vanligst ved denne type kirurgi og hva disse evt. vil bety.

Ved komplikasjoner er det vanlig at sykehusoppholdet forlenges noe i forhold til hva som er vanlig.

Smertelindring

Det er normalt å ha noe smerter etter en operasjon, spesielt ved bevegelse. I tillegg til smertestillende i epiduralkateteret, vil du få smertestillende tabletter, evt. intravenøst. Vi kartlegger smertenivået og smertelindringen din hver 3. time så lenge du har epiduralkateter. For å få til en god smertebehandling er det viktig at du gir oss tilbakemelding på hvordan smertebehandlingen virker.

Kvalme

Etter å ha blitt operert kan det forekomme kvalme. Du vil bli tilbudt kvalmestillende medikamenter om dette skulle bli behov.

Munnhygiene

Det er viktig med god munnhygiene og tannpuss, da dette kan bidra til å forebygge tørre slimhinner og soppdannelse

# Utskrivning

Tidspunkt for utskrivning er basert på en medisinsk vurdering, vanligvis 1-2 uker etter operasjonen. Enten du blir overflyttet til lokalt sykehus eller utskrives direkte til hjemmet eller til rehabilitering vil du før dette få en samtale med lege som oppsummerer hva som er gjort under operasjonen, hva som evt. har skjedd i etterkant og hva som er planen videre.

Dersom du ikke har St. Olavs hospital som ditt lokalsykehus vil videre oppfølging skje ved ditt lokalsykehus. Der vil du også få informasjon om svaret på undersøkelsen av svulsten som ble fjernet ved operasjonen (dette svaret foreligger gjerne ikke før 3-4 uker etter operasjonen og blir ettersendt til lokalt sykehus).

Du som sokner til St. Olavs hospital blir satt opp til en poliklinisk time ved kirurgisk poliklinikk 6-8 uker etter utskrivningen.

For pasienter som er operert for kreft i magesekken og som skal ha cellegiftbehandling i etterkant av operasjonen vil henvisning til dette bli sendt til aktuell kreftavdeling ved utskrivningen.

# Kreftsykepleier

Det skal finnes en kreftkoordinator i alle landets kommuner. Kreftkoordinator i kommunen er et lavterskeltilbud til deg og dine pårørende. Ta gjerne kontakt med personalet for koordinering av tjenesten, eller ta selv direkte kontakt med kreftkoordinator i din hjemkommune, hvis ønskelig. Avdelingen kan bistå med tlf nr, eller du kan få informasjon under kreftforeningens hjemmeside på internett. [www.kreftforeningen.no](http://www.kreftforeningen.no)

Pasientreiser og transport

Avdelingen har postsekretær som er behjelpelig med å bestille transport hjem.

De regionale helseforetakene har overtatt det fulle ansvaret for pasientreiser. Du må selv fremme krav ved å sende inn reiseregning til helseforetakenes senter for pasientreise.

Trenger du rettledning i forbindelse med reise eller informasjon om dine rettigheter ring pasientreiser på tlf: 05515.

# Tiden etter utskrivning

Det kan ta tid å komme seg etter en større operasjon og det er derfor lurt å tenke gjennom hvilke behov og muligheter du har for hjelp etter utskrivningen.

Dersom det under oppholdet blir behov for hjemmetjenester eller rehabilitering, vil vi være behjelpelig med søknad. Hvis du har hjemmetjenester fra før, bør du gi beskjed om dato for operasjon.

Etter hjemkomst

Når du kommer hjem er det viktig at du øker aktiviteten gradvis og ellers prøver å leve så normalt som mulig. Du kan løfte/bære det du orker de første 8 ukene etter operasjonen. Tunge løft og hard trening (f.eks. situps) bør unngås de første 8 ukene. Fysisk aktivitet og næringsrik kost er bra for sårtilhelingen og for å komme tilbake til samme funksjonsnivå som før operasjonen.

Klipsene i operasjonssåret kan du fjerne på fastlegekontoret 12- 14 dager etter operasjonen.

Dersom du etter hjemkomst skulle få tegn på infeksjoner (sår, urin- eller luftveier) eller økende plager fra magen (for eksempel oppkast eller fravær av avføring) skal du ta kontakt med fastlegen din.

Det tar ofte tid å komme seg etter operasjoner på spiserør og magesekk. Det er vanlig å være sykemeldt i 6-8 uker, av og til lengre, og selvfølgelig avhengig av hva slags type arbeide man har. Dersom sykemeldingsperioden som er angitt ved utskrivningen fra sykehuset ikke er tilstrekkelig, så kontakter du din fastlege for å få forlenget sykemeldingsperioden.

Kontroll

Det er vanlig med en kontroll ved Kirurgisk poliklinikk 6-8 uker etter utskrivningen. Her vil du bl.a. få informasjon om svar på vevsprøve fra operasjonen.

Ved kreft i spiserøret og magesekk er det ikke dokumentert at et strukturert kontrollopplegg over tid får behandlingsmessige konsekvenser eller har betydning for overlevelse. Det er imidlertid viktig at man blir fulgt opp i forhold til ernæringstilstand det første året etter operasjonen. Dette kan evt. skje i regi av fastlege, klinisk ernæringsfysiolog eller kreftsykepleier.

Et unntak mht. kontroller er som nevnt under avsnittet om endoskopisk behandling pasienter med påvisning av kreft i tidlig stadium og som er behandlet endoskopisk. Disse pasientene skal gå til kontroll med gastroskopi hver 3 måned det første året og deretter årlig. Dette foregår enten ved poliklinikk for fordøyelses- og leversykdommer (gastrolab) her ved St. Olavs hospital, ved lokalt sykehus, eller som innlagt pasient dersom gastroskopi krever narkose.

# Vardesenteret

Vardesenteret er etablert av St. Olavs hospital og Kreftforeningen for å gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og fremtidens behov for helhetlig kreftomsorg. Egne brosjyrer er utarbeidet.

# Kontaktpersoner

Ved seksjon for øvre gastroenterologisk kirurgi ønsker vi å tilby deg en tjeneste som medfører at din kontakt med helsevesenet bli­r en positiv opplevelse med god kvalitet.

Hvis du har spørsmål eller trenger bistand kan du ta kontakt med sykehuset.

**FØR OPERASJONEN ETTER OPERASJONEN**

**Inntakskontoret Sengepost KGAS2**

Tlf: 72 82 86 80 / 10 Tun 4 tlf: 72 82 59 54

Kontortid: kl. 08.00 – 15.00 Tun 5 tlf: 72 82 54 55

Poliklinikken befinner seg i Gastrosenteret sør, 1. etasje.

Ved spørsmål om kontrolltimer ring 72 82 59 90.

# Notater

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………

……………………………….........................................................................

....................................................................................................................

....................................................................................................................

....................................................................................................................

....................................................................................................................