

CHU de Nantes  
**livret d'information**  
destiné aux patients

# La gastrectomie des 4/5<sup>e</sup>

CHU de Nantes  
Institut des maladies de l'appareil digestif  
1 place Alexis Ricordeau – 44 000 Nantes

*Madame, Monsieur,*

*L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information **sur la gastrectomie des 4/5<sup>e</sup>**. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires à celles que vous avez déjà. Nous restons à votre entière disposition.*

## Généralités

L'estomac est la portion du tube digestif qui relie l'œsophage au duodénum. Il est situé dans la partie haute de l'abdomen.

La jonction entre l'estomac et l'œsophage s'appelle le cardia, celle avec le duodénum le pylore.

L'estomac est vascularisé par plusieurs artères dont certaines irrigent directement la rate.

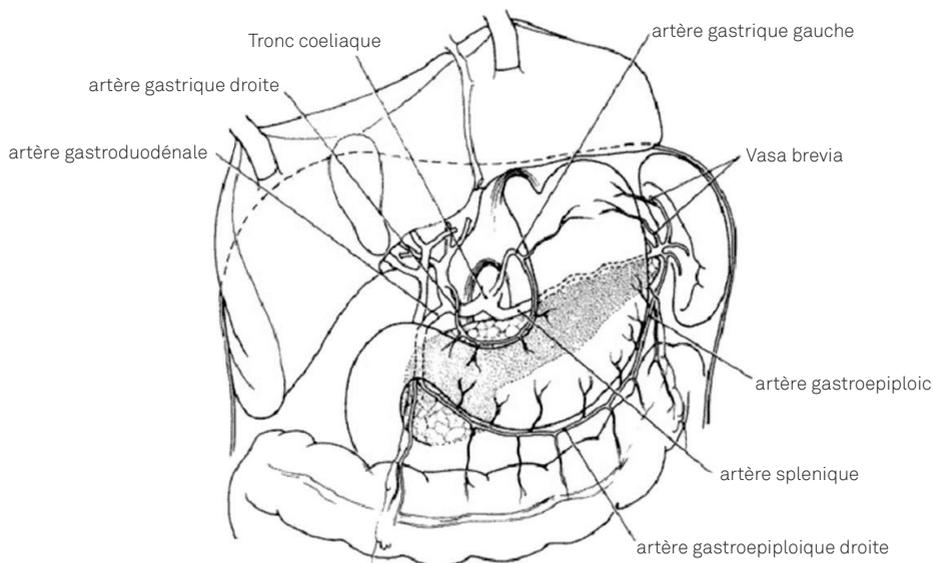
Il est entouré de graisse et de vaisseaux lymphatiques avec des ganglions.

Sur sa partie inférieure il possède un grand tablier de graisse (l'épiploon) qui est rattaché au colon transverse.

L'estomac a un rôle de recueil des aliments ingérés qui vont être mélangés aux sucs gastriques pour débiter la digestion.

Il va ensuite se vider dans le duodénum et l'intestin pour permettre leur absorption.

Il secrète aussi le facteur intrinsèque qui permet l'absorption de vitamine au niveau de l'intestin grêle (Vitamine B12) qui est nécessaire pour la fabrication des globules rouges.



## La gastrectomie 4/5<sup>e</sup>

L'intervention consiste à l'ablation des 4/5<sup>e</sup> de l'estomac mais aussi des ganglions et de l'épiploon.

Elle est réalisée principalement pour des cancers de la moitié inférieure de l'estomac (antre gastrique).

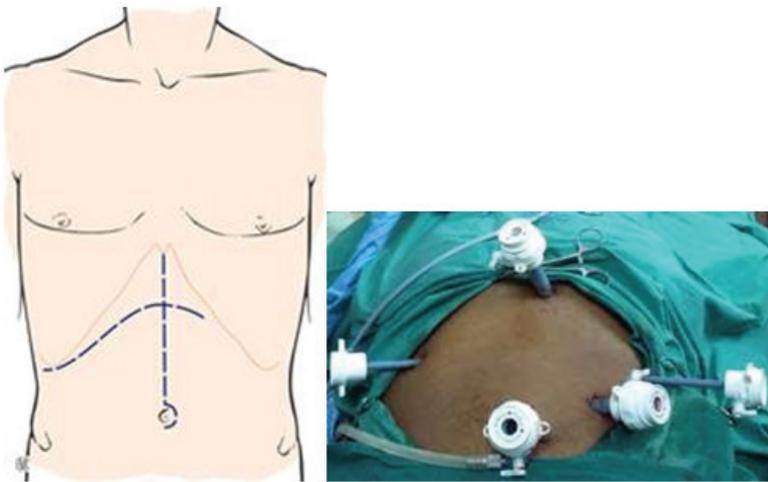
## Comment se déroule l'intervention ?

Vous serez hospitalisé la veille de l'opération afin de vérifier que votre dossier est complet avec en particulier une carte de groupe sanguin et un bilan biologique récent.

Une check-list est réalisée immédiatement avant l'intervention afin de vérifier votre identité, votre installation et le matériel nécessaire à l'opération.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale accompagnée parfois d'une anesthésie péridurale. Elle dure entre 2 et 4 heures.

La voie d'abord est une incision bi sous costale ou médiane ou coelioscopique.



L'intervention débute par une exploration de la cavité abdominale afin de rechercher une contre-indication à l'ablation de la tumeur : extension de la tumeur au foie, au péritoine. Ce temps d'opération peut être fait par cœlioscopie, une petite incision d'un cm est faite qui permet de mettre une caméra dans la cavité abdominale préalablement gonflée.

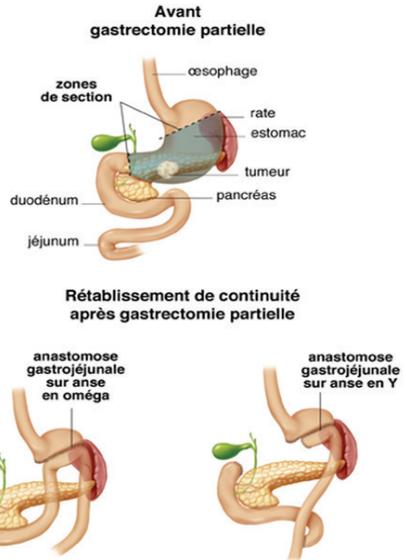
L'intervention est ensuite réalisée. On débute par la libération de l'épiploon du colon puis on libère l'ensemble de l'estomac en coupant le duodénum après le pylore, en coupant les différents vaisseaux à leurs origines puis la partie supérieure de l'estomac.

Vient ensuite le temps du rétablissement de la continuité. On utilise le début de l'intestin grêle qui est coupé puis remonté et suturé à l'estomac à l'aide d'une pince mécanique. Ce montage est appelé « anse en Y ».

L'intervention se termine par la mise en place d'une sonde d'alimentation entérale (dans l'intestin) et de la pose de drains dont le but est de détecter les fuites de l'anastomose.

Une splénectomie peut être effectuée pour des raisons carcinologique ou pour des raisons d'hémorragies (plaie de la rate ou saignement sur les vaisseaux de celle-ci).

### **Gastrectomie partielle ou subtotale avec anastomose gastrojéjunale**



## Comment se déroulent les suites de l'intervention ?

La durée d'hospitalisation dépend des suites opératoires, elle est en moyenne de 2 semaines.

Vous serez hospitalisé en réanimation pour 24-48h pour surveiller une éventuelle hémorragie puis en unité de soins intensifs pour 5 à 7 jours.

Pendant cette période l'équipe va surveiller vos constantes (température, tension...) mais aussi :

- la douleur post-opératoire qui est traitée par des antalgiques en perfusion, par une pompe de morphine et par l'analgésie péridurale. Les médicaments sont adaptés en fonction de votre ressenti,
- la reprise de votre transit (gaz puis selles) qui guide le début de la réalimentation par sonde jéjunale,
- les drains afin de dépister une fistule anastomotique, un saignement
- la sonde urinaire,
- la sonde gastrique.

Par la suite si l'évolution est favorable vous irez dans un service conventionnel pour une durée de 5 à 7 jours.

## Quelles sont les complications ?

### Complications précoces

Le risque majeur de l'intervention de la gastrectomie totale est la fistule anastomotique, autrement dit la fuite de salive ou d'aliments, passant au travers de la suture entre l'œsophage et l'intestin grêle (suture non étanche).

Cette fistule peut entraîner des abcès à l'intérieur de l'abdomen et dans de rares cas, dans le médiastin (médiastinite : infection de la partie centrale du thorax).

Une fistule peut nécessiter en urgence la mise en place d'un stent couvert (ressort mis par les voies naturelles), afin d'obstruer le trou de la couture et/ou une ré intervention en urgence.

La mise en place de stent s'effectue sous anesthésie générale, par nos confrères gastroentérologues (matériel présent 24 h/ 24 ).

En cas d'échec ou de critère de gravité, une ré intervention est parfois nécessaire.

Le risque de fistule anastomotique représente 3 à 7 % des chirurgies gastriques, et persiste les 8 premiers jours postopératoires.

**La 2e complication spécifique** de ce type de chirurgie est la fistule du moignon duodénal. En effet, la fermeture proximale du duodéal peut, de la même façon, fistuliser (suture non étanche), et nécessiter une reprise chirurgicale en cas de signe de gravité, à savoir collection non évacuée par le drain. Il est généralement mis en place en regard de la couture, un drainage pour libérer et évacuer les collections en cas de fuite, ceci évitant une ré intervention.

Les autres complications sont inhérentes à tout acte de chirurgie lourde (hémorragie, infection pulmonaire, urinaire, phlébite et embolie).

## Complications tardives

Une **sténose** (rétrécissement) de l'anastomose peut survenir par la suite ce qui engendre des gênes à l'alimentation. Elle est la plupart du temps traitée par des dilatations endoscopiques.

Un « **Dumping syndrome** » peut également apparaître après l'intervention. Il s'agit de sensation de malaise avec des sueurs froides et parfois des hypoglycémies. Il est du à une réaction secondaire à l'afflux d'aliment dans l'intestin grêle. Il se traite par des règles hygiéno-diététiques et des injections d'hormone.

## Votre sortie

Lors de votre sortie :

- Une ordonnance vous est remise comportant des antalgiques et des piqûres d'anticoagulant pour un mois.
- Des Vitamines pour 6 mois
- Un bilan biologique de surveillance de la nutrition.
- Les douches sont autorisées et il faut éviter les bains pendant 15 jours.
- Une consultation post opératoire est prévue à un mois.

## L'analyse de la tumeur

Tout ce qui est retiré lors de l'intervention chirurgicale est transmis au service d'anatomopathologie pour être analysé.

Cet examen consiste à observer à l'œil nu puis au microscope les tissus afin de déterminer la nature de la tumeur, son extension et l'existence d'envahissement ganglionnaire autour de l'organe retiré.

En cas de cancer cela permet de donner le stade de la maladie afin de décider si une chimiothérapie est nécessaire après la chirurgie.

Cette analyse demande 10 à 15 jours et le résultat peut ne pas être connu au moment de votre sortie.

CHU de Nantes  
**livret d'information**



**CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE NANTES**

**CHU de Nantes**  
**[www.chu-nantes.fr](http://www.chu-nantes.fr)**

Centre hospitalier universitaire

5 allée de l'île Gloriette – 44093 Nantes Cedex 1

Pôle direction générale – Service communication – dec. 2018