

# La gastrectomie totale

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 totale**. 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 irriguent directement la rate.

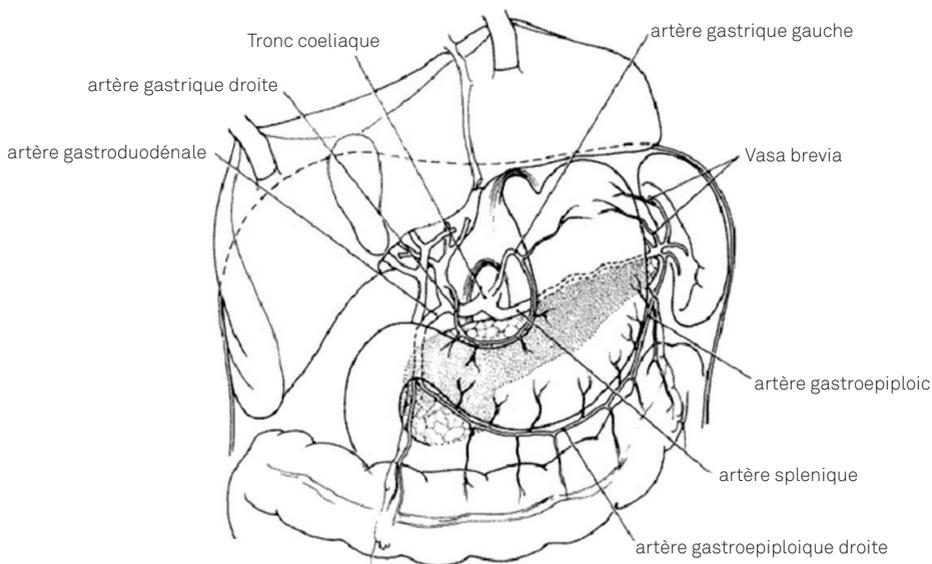
Il est entouré de graisse et de vaisseaux lymphatiques avec des ganglions.

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 totale

L'intervention consiste à l'ablation de la totalité de l'estomac mais aussi des ganglions et de l'épiploon.

Elle est réalisée principalement pour des cancers de la partie supérieure de l'estomac mais aussi pour des tumeurs particulières dites « en bague à chaton ». Elle peut être réalisée de façon préventive pour des patients qui ont une maladie à haut risque de cancer.

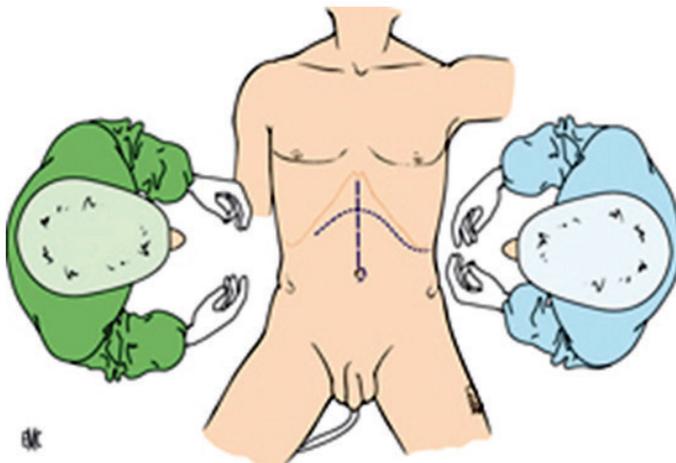
## Comment se déroule l'intervention ?

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 3 et 5 heures.

La voie d'abord est une cicatrice médiane ou bi-sous costale.



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 est fait par cœlioscopie : une petite incision d'un cm est faite qui permet de mettre une caméra dans la cavité abdominale préalablement gonflée et d'explorer visuellement.

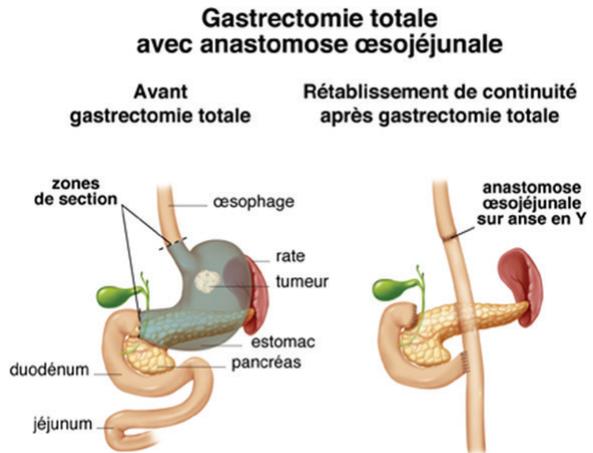
L'intervention est ensuite réalisée. On débute par la libération de l'épiploon du colon puis on libère l'ensemble de l'estomac : en coupant le duodénum (après le pylore) et les différents vaisseaux à leurs origines. On effectue également l'ablation des ganglions et de la graisse entourant l'organe.

On sectionne les vaisseaux courts destinés à la rate et on sectionne l'œsophage abdominal.

Vient ensuite le rétablissement de la continuité digestive qui est réalisé en prenant un segment d'intestin grêle qui est suturé à l'œsophage. On utilise le début de l'intestin grêle qui est coupé puis remonté et suturé à l'œsophage à l'aide d'une pince mécanique. Ce montage est appelé « anse en Y ». Le segment duodénal est suturé à cette anse intestinale 60-70 cm plus bas que la suture oeso-jéjunale.

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 mais aussi une fuite au niveau duodénal.

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



## 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** 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 (afin d'obstruer le trou de la couture ressort (mis par les voies naturelles) et/ ou nécessiter 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.

La 2<sup>e</sup> 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

Un **déficit en vitamine B12** peut survenir après l'opération c'est pour cette raison que vous aurez à prendre de la vitamine régulièrement.

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 dû 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'hormones.

### **Hyper-plaquettose**

L'ablation de la rate provoque en post-opératoire une élévation temporaire du taux de plaquettes qui peut justifier l'utilisation d'antiagrégants plaquettaires (aspirine)

### **Thrombose de la veine porte**

La section de la veine splénique entraîne un risque de thrombose de la veine porte en post opératoire. Une échographie ou un scanner sera réalisé durant votre hospitalisation afin de la dépister.

### **Infection**

L'ablation de la rate entraîne une susceptibilité accrue à certaines infections (Pneumocoque, Méningocoque, Haemophilus...)

Ceci justifie en post-opératoire la prescription prophylactique quotidienne d'un antibiotique (Pénicilline) par voie orale pendant au moins 2 ans et la vaccination systématique contre le pneumocoque, les méningocoques A et C et l'Haemophilus. Ces vaccins sont à réaliser soit 1 mois avant une intervention programmée avec splénectomie, soit 1 mois après la chirurgie. Elles justifient des rappels de vaccination tous les 5 ou 10 ans.

## **Les conséquences de la gastrectomie**

Du fait de l'ablation de l'estomac vous serez contraint d'avoir une alimentation fractionnée (6 collations par jour).

Généralement durant 3 à 6 mois, le temps nécessaire à la ré adaptation de la portion d'intestin grêle utilisée pour remettre le circuit digestif en continuité.

## Votre sortie

Lors de votre sortie :

- Une ordonnance vous est remise comportant des antalgiques et des piqûres d'anticoagulant pour un mois.
- Une ordonnance pour de la vitamine B12 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.