

Oesophagectomie sub-totale (intervention de Lewis-Santi)

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 l'oesophagectomie sub-totale (intervention de Lewis-Santi)**. 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

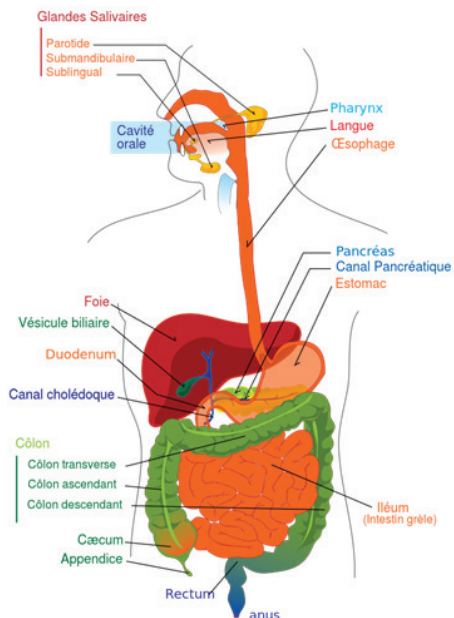
L'œsophage est la portion du tube digestif qui relie la cavité buccale à l'estomac. Il est situé en grande partie dans le thorax puis dans la partie haute de l'abdomen.

La jonction entre l'estomac est l'œsophage s'appelle le cardia.

L'estomac est vascularisé par plusieurs artères qui viennent directement de l'aorte.

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

L'œsophage a un rôle de recueil puis d'acheminement des aliments ingérés de la bouche à l'estomac.



L'œsophagectomie subtotale

L'intervention consiste à l'ablation des 2/3 de l'œsophage mais aussi des ganglions. Elle est réalisée principalement pour des cancers de la moitié inférieure de l'œsophage ou du cancer du cardia.

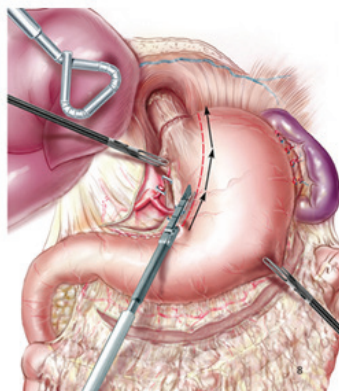
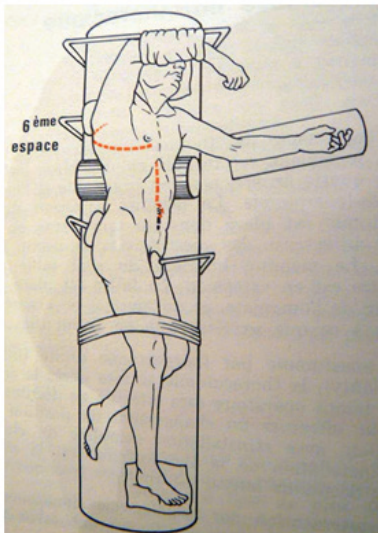
Comment se déroule l'intervention ?

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 double, une coéloscopie pour l'abdomen puis une thoracotomie (ouverture du thorax à droite).

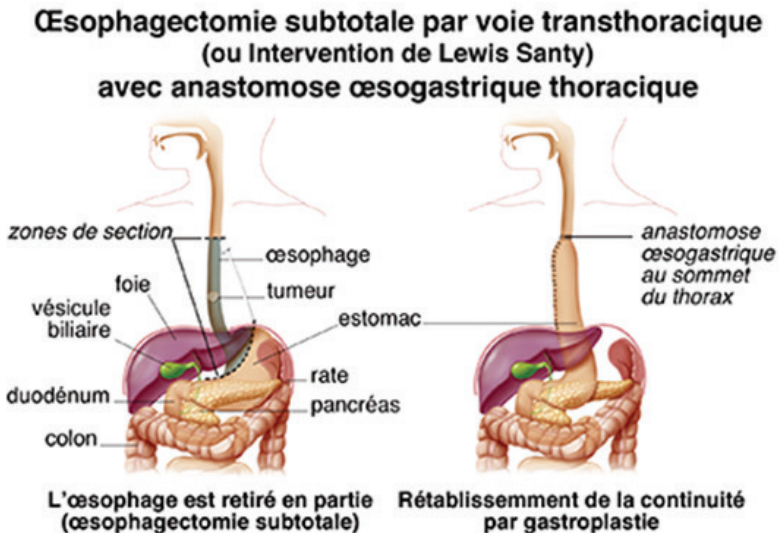


L'intervention débute par une exploration de la cavité abdominale afin de rechercher une contre-indication à l'ablation de la tumeur : extension de la tumeur au foie, au péritoine. Ce temps d'opération est fait par coelioscopie.

L'intervention est ensuite réalisée. On débute par la libération de l'épiploon du colon puis on libère l'ensemble de l'estomac. On retire les ganglions lymphatiques de l'abdomen le long des vaisseaux gastriques gauches et on prépare l'estomac. Celui-ci est transformé en tube (gastroplastie) pour remplacer l'œsophage. L'intervention se termine par la mise en place d'une sonde d'alimentation entérale (dans l'intestin).

Vient ensuite le temps thoracique. On réalise une thoracotomie à droite ce qui permet d'accéder à l'œsophage qui est retiré avec les ganglions (curage thoracique). Le tube gastrique est remonté dans le thorax puis suturé à l'œsophage à l'aide d'une pince mécanique.

L'intervention se termine par la pose de drains dont le but est de détecter les fuites de l'anastomose et d'évacuation de l'air de la cavité thoracique.



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 à 48 h 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 est la **fistule anastomotique**, autrement dit la fuite de salive ou d'aliments, passant au travers de la suture entre l'œsophage et le tube gastrique (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 (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 2^e risque majeur est la **nécrose du transplant gastrique** : la partie inférieure de l'estomac suturée à l'œsophage, est alimentée par le sang uniquement par une artère et une veine.

Dans certaines circonstances, cette artère ou cette veine peut se boucher ce qui a pour conséquence une souffrance et donc une nécrose de l'estomac restant. Une intervention en urgence est donc nécessaire : l'ablation de l'estomac restant la 3^e complication est l'infection pulmonaire, en raison de la proximité entre l'œsophage-estomac et le poumon. Ces infections pulmonaires, ou pneumonies, sont généralement traitées par antibiothérapie, oxygénothérapie et kinésithérapie respiratoire.

Des vomissements spontanés, même en présence d'une sonde gastrique, qui a pour but de vider le contenu gastrique, peuvent entraîner une grave souffrance pulmonaire appelé SDRA (syndrome de détresse respiratoire aigu).

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 **reflux gastro-œsophagien** peut survenir après l'opération. Il s'agit de remonté de liquide gastrique dans la partie restante de l'œsophage. Elle est traitée par IPP.

Des **diarrhées** peuvent survenir également en post opératoire. Elles peuvent être due à la nutrition entérale ou à la section des nerfs entourant l'estomac. Elles sont traitées par médicaments.

Les conséquences de la gastroplastie

Du fait de la gastroplastie 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 du tube gastrique 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.
- 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.