

Pôle ONCCHIRURGIE DIGESTIVE, UROLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE, ORL et STOMATOLOGIE

Chirurgie viscérale et digestive

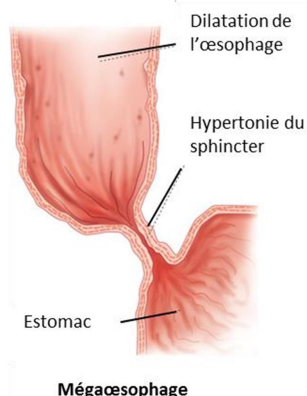
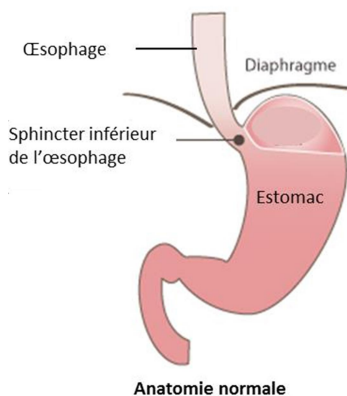
Chirurgie oncérologique, endocrinienne et bariatrique

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

DEFINITION COURTE DE LA PATHOLOGIE ?

Le mégacœsophage ou achalasia de l'œsophage correspond à l'absence de contraction du corps de l'œsophage associé à une pression trop importante du sphincter inférieur de l'œsophage (zone musculaire située à la jonction entre l'œsophage et l'estomac).



Ces troubles moteurs sont responsables d'une difficulté au passage des aliments de l'œsophage dans l'estomac et à la distension de l'œsophage entraînant des blocages et régurgitations alimentaires.

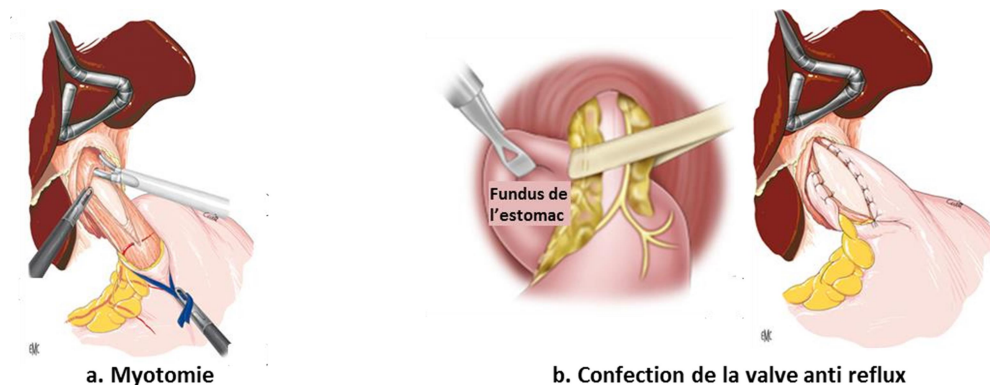
BUT DE L'INTERVENTION ?

L'intervention consiste à réaliser une section du muscle du sphincter inférieur de l'œsophage sur quelques centimètres afin de réduire la pression à ce niveau et supprimer l'obstacle à l'évacuation de l'œsophage. Elle ne permet pas rétablir la motricité du corps de l'œsophage expliquant la possible persistance de difficultés à l'alimentation même après intervention. Un geste anti-reflux sera ensuite réalisé afin de prévenir le reflux de liquide gastrique dans l'œsophage. L'intervention se déroule généralement par cœlioscopie en l'absence de contre-indication.

COMMENT SE DEROULE L'INTERVENTION ?

Principes généraux de la technique

1. Réalisation d'une myotomie : section chirurgicale des fibres musculaires du sphincter inférieur de l'œsophage (schéma a).
2. Confection d'une valve anti-reflux afin de prévenir des risques de remontées acides liées à la section du sphincter. La valve est réalisée en utilisant la partie libre de l'estomac qui est enroulée autour de l'œsophage (schéma b).



QUELLES SONT LES SUITES HABITUELLES ?

L'alimentation est progressivement reprise en régime mixé à poursuivre pendant 2 à 3 semaines puis une alimentation normale peut être réintroduite. L'hospitalisation dure en moyenne 2 à 5 jours.

QUELS SONT LES RISQUES EN RAPPORT AVEC L'INTERVENTION ?

• Risques pendant l'opération

- La blessure de l'œsophage que l'on traitera pendant l'intervention par une suture et qui peut justifier une diète stricte en post opératoire.
- L'hémorragie
- La conversion en cas de difficulté opératoire

• Risques après l'opération

- La perforation de l'œsophage liée à la fragilisation de l'œsophage par la section des muscles du sphincter.
- Les blocages alimentaires persistants

QUELLES SONT LES CONSEQUENCES POSSIBLES AVEC L'INTERVENTION ?

Le traitement chirurgical est efficace dans plus de 90% des cas mais il peut persister des blocages alimentaires et/ou une lenteur au passage des aliments. L'apparition d'un reflux acide peut également survenir au décours de l'intervention.