

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

Chirurgie viscérale et digestive

Chirurgie oncologique, 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.

LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Le cancer de l'œsophage est une tumeur maligne se développant initialement dans la muqueuse (couche superficielle de la paroi de l'œsophage), puis il envahit progressivement les différentes couches de la paroi de l'œsophage. Des cellules cancéreuses peuvent également se détacher de la tumeur maligne initiale et emprunter :

- les vaisseaux lymphatiques et envahir les ganglions lymphatiques
- les vaisseaux sanguins et envahir d'autres organes comme le foie, les poumons, les os et former des métastases.

Il est proposé un traitement chirurgical du cancer de l'œsophage (Œsophagectomie) en fonction du stade de la tumeur : pour les cancers précoces localisés ou pour les cancers localement avancés, associés dans ce cas le plus souvent à un traitement préopératoire par chimiothérapie ou radio chimiothérapie. Le type d'Œsophagectomie proposée dépend de la localisation de la tumeur sur l'œsophage.

Pour les cancers du tiers moyen et du tiers inférieur de l'œsophage, l'intervention consistera en une Œsophagectomie subtotala avec anastomose œsogastrique trans thoracique ou intervention de Lewis Santy.

BUT DE L'ŒSOPHAGECTOMIE SUB-TOTALE ?

L'intervention a pour objectif de retirer la totalité de la tumeur, ainsi qu'une bande de tissu entourant la tumeur et les ganglions lymphatiques situés à proximité de l'œsophage. Une chirurgie de reconstruction est pratiquée dans le même temps opératoire pour rétablir la continuité du tube digestif. Cette reconstruction est réalisée avec de l'estomac.

COMMENT SE DERoule L'INTERVENTION ?

Principes généraux de la technique

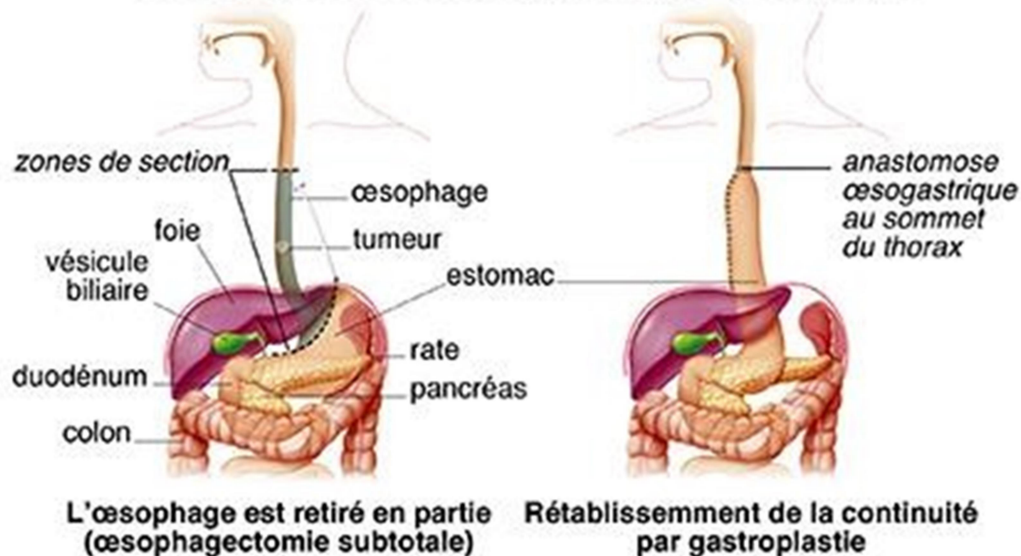
L'Œsophagectomie subtotala nécessite de combiner 2 voies d'abord : abdominale et thoracique.

La voie d'abord abdominale peut se faire par vidéo chirurgie nécessitant des petites incisions sur l'abdomen (cœlioscopie) ou par ouverture de la cavité abdominale (laparotomie). Elle permet de retirer les ganglions lymphatiques dans l'abdomen (curage ganglionnaire abdominal) et de préparer l'estomac,

qui est ensuite transformé en tube (gastroplastie) pour remplacer l'œsophage.

La voie thoracique se fait par ouverture du thorax (thoracotomie), le plus souvent à droite ou par vidéo chirurgie nécessitant de petites incisions sur le thorax (thoracoscopie). Elle permet de retirer l'œsophage atteint avec la partie supérieure de l'estomac qui est systématiquement retirée et les ganglions autour de l'œsophage dans le thorax (curage ganglionnaire thoracique), ainsi que de rétablir la continuité digestive en remontant la gastroplastie et en la connectant à la partie restante de l'œsophage (anastomose œsogastrique).

Œsophagectomie subtotale par voie transthoracique (ou Intervention de Lewis Santy) avec anastomose œsogastrique thoracique



QUELLES SONT LES SUITES HABITUELLES ?

Après l'intervention, la surveillance médicale s'effectue initialement dans un service de soins intensifs ou de réanimation, permettant de contrôler 24h / 24 les fonctions cardiaque, respiratoire et rénale.

Des douleurs peuvent apparaître au niveau de la zone opérée et notamment au niveau du thorax. Une péridurale thoracique est souvent mise en place le jour de l'intervention pour diminuer les douleurs. Des médicaments contre la douleur sont également administrés.

Des drains sont posés à travers la peau au niveau du thorax pendant l'intervention, permettant d'évacuer les liquides accumulés au cours de la cicatrisation de la zone opérée.

Une sonde naso gastrique est laissée en place pour vider le contenu de l'estomac pendant les premiers jours post opératoires. Elle est retirée vers le cinquième jour après l'intervention et l'alimentation orale peut alors être reprise en régime mixé et fractionné initialement.

Une sonde de jéjunostomie posée à travers l'abdomen, au niveau de l'intestin grêle, peut être mise en place également pour assurer un soutien nutritionnel supplémentaire en cas de dénutrition pré opératoire. Des poches d'alimentation peuvent donc être administrées par cette sonde dès le premier jour post opératoire.

Des séances de kinésithérapie respiratoires sont prescrites quotidiennement.

QUELS SONT LES RISQUES EN RAPPORT AVEC L'INTERVENTION ?

- **Risques pendant l'opération**

Blessure des organes de voisinage

Hémorragie : pouvant nécessiter une transfusion pendant l'opération.

Fractures de côtes : principalement due à l'ouverture du thorax (thoracotomie). Elles sont traitées après l'opération par médicaments contre la douleur administrés selon l'intensité de la douleur.

- **Risques après l'opération**

Complications pulmonaires et infectieuses : complications principales après Œsophagectomie. Il peut s'agir d'une infection des poumons ou d'une détresse respiratoire aiguë.

Fistules anastomotiques : il s'agit d'un défaut de cicatrisation au niveau de la suture entre l'estomac et l'œsophage. Les conséquences d'une fistule peuvent être des douleurs, de la fièvre ou un abcès localisé. Le traitement peut être soit médical (drainage de la fistule radiologique ou endoscopique) soit chirurgical nécessitant une nouvelle intervention.

Nécrose du transplant gastrique : la partie inférieure de l'estomac anastomosée à l'œsophage, est vascularisé 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. Mise à la peau transitoire de l'œsophage et alimentation par une sonde mise dans l'intestin.

Troubles de la vidange gastrique : il s'agit d'une lenteur de digestion occasionnant une gêne thoracique après l'alimentation et une alimentation orale en faible quantité. Le traitement repose sur l'administration de médicament favorisant la vidange (médicament prokinétique). Ces troubles digestifs peuvent persister plusieurs semaines après l'intervention chirurgicale.

- **Risques généraux**

Infection : au niveau de la cicatrice, pouvant nécessiter un traitement antibiotique.

Hémorragie : pouvant nécessiter une transfusion et parfois une nouvelle intervention.

Thrombose veineuse ou phlébite : il s'agit d'une veine qui se bouche et bloque la circulation du sang. Le plus souvent il s'agit d'une veine des membres inférieurs. La thrombose veineuse se traite par traitement anticoagulant.

Fatigue : elle est due à l'anesthésie générale, à la perte de sang et à l'anxiété générée par l'intervention.

Douleur : au niveau des cicatrices, traitée par des médicaments contre la douleur.

Mortalité peri-opératoire 2 à 4%

- **Conséquences possibles de l'intervention à long terme**

Sténose de l'anastomose œsogastrique : il s'agit d'un rétrécissement au niveau de la zone de suture entre l'œsophage et l'estomac, se révélant par des blocages lors de l'alimentation. Le traitement est endoscopique par dilatation ou mise en place d'une prothèse.

Reflux gastro œsophagien : il s'agit de remontée de liquide gastrique dans la partie restante de l'œsophage occasionnant des brûlures d'estomac et des remontées d'acides. Il est traité par médicaments anti acides appelés inhibiteurs de la pompe à protons.

Diarrhées : elles sont générées par la section des nerfs entourant l'estomac et traitées par médicaments anti diarrhéiques.

Syndrome du petit estomac : après l'opération, même des repas peu copieux peuvent donner la sensation d'être vite rassasié. Le traitement repose sur le fractionnement de l'alimentation au cours de la journée.