

INFORMATIONS AUX PATIENTS

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

Cette brochure est destinée à répondre aux questions fréquentes concernant la chirurgie de l'estomac. Il s'agit d'un document n'abordant que des principes généraux, sans être exhaustif, ni normatif.

De quoi s'agit-il ?

L'estomac est un organe en forme de cornemuse, situé sous le rebord costal gauche. Il fait suite à l'œsophage et se prolonge par le duodénum (première partie de l'intestin grêle dans laquelle se jettent la voie biliaire ou cholédoque et le canal pancréatique).

Le cardia marque la jonction entre œsophage et estomac, le pylore entre estomac et duodénum.

La fonction essentielle de l'estomac est la digestion :

- Stockage des aliments ingérés.
- Vidange progressive dans l'intestin d'aliments prédigérés (malaxage et fragmentation des aliments), qui sont absorbés par le tube digestif en 3 à 6 heures.
- Sécrétion d'acide chlorhydrique, intervenant dans la digestion, et d'une protéine appelée « facteur intrinsèque », qui permet l'absorption de la vitamine B12 par l'intestin.

Maladies de l'estomac

Des lésions bénignes (**ulcère** ou **tumeur**) ou malignes (**cancer**) peuvent s'y développer, et justifier une exérèse de tout ou partie de l'estomac (gastrectomie partielle ou totale).

Ces lésions peuvent être asymptomatiques, découvertes de façon fortuite par une anémie (baisse de l'hémoglobine) sur un examen de sang, ou donner des symptômes, comme une intolérance alimentaire, des douleurs, des saignements entraînant des selles de couleur noir et malodorantes (maelena), etc.

Opérations

L'opération se fait sous anesthésie générale, par laparotomie (« voie ouverte ») ou par laparoscopie (à l'aide d'une caméra et d'instruments longs). Le choix de la voie d'abord dépend de la conformation du patient, du type de maladie et de son évolution. En dehors de l'urgence, les interventions les plus fréquentes sont la gastrectomie partielle ou totale.

La section distale est toujours réalisée au niveau du duodénum. La section proximale est fonction de la localisation tumorale, laissant en place un moignon gastrique plus ou moins important lors d'une gastrectomie des 2/3 (figure 1), ou portant sur l'oesophage en cas de gastrectomie totale (figure 2). L'exérèse des ganglions lymphatiques est réalisée dans le même temps opératoire.

Figure 1 : Gastrectomie des 2/3

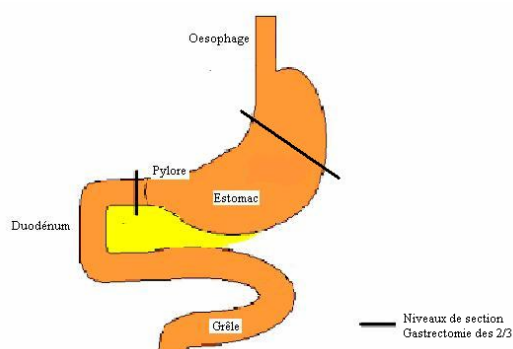
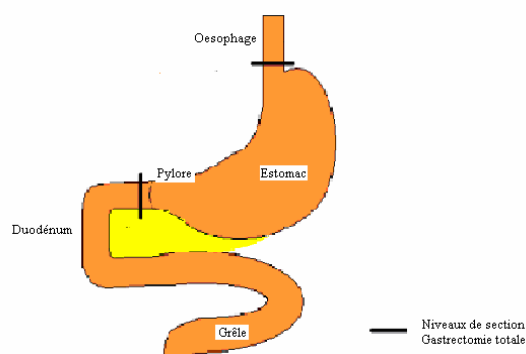


Figure 2 : Gastrectomie totale



Le rétablissement de la continuité digestive utilise différentes techniques. En cas de gastrectomie des 2/3, le rétablissement de continuité est réalisé par une anastomose (suture entre deux organes creux) entre le moignon gastrique et le début de l'intestin grêle (Figure 3). Après gastrectomie totale, on pratique une anse en Y (segment d'intestin grêle de 60 cm de longueur qui est « raccordée » à l'oesophage, de sorte que les sécrétions biliaires et pancréatiques ne refluent pas dans l'oesophage) (Figure 4).

Figure 3 : Montage après gastrectomie 2/3

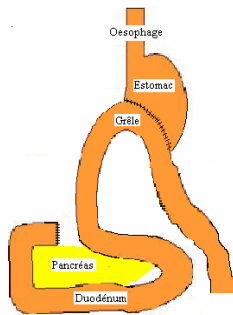
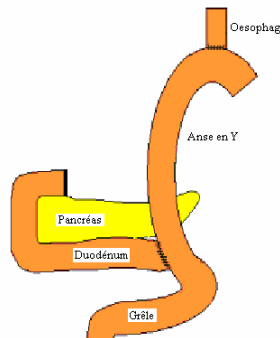


Figure 4 : Anse en Y après gastrectomie totale



Complications post-opératoires

Elles sont rares, fonctions de l'âge, des maladies associées et du type d'intervention, et ne sauraient être résumées en quelques lignes.

Le risque majeur du rétablissement de la continuité digestive est la **fistule anastomotique**, c'est à dire un défaut de cicatrisation entre deux segments digestifs, que la suture ait été effectuée à la main ou à l'aide d'une pince. Sa survenue (inférieure à 1%) cause le plus souvent une **péritonite post-opératoire**, qui impose une **réintervention** en urgence.

Des **collections** peuvent se constituer dans la région opérée (d'autant plus qu'il y eu une exérèse de ganglions lymphatiques), s'infecter et s'abcéder. Leur traitement repose sur un drainage (évacuation), soit chirurgical, soit à travers la peau (sans nouvelle opération) après un repérage radiologique par échographie ou scanner.

Rarement, une **plaie de la rate** (organe fragile, impossible à suturer et au contact de l'estomac) peut entraîner une **hémorragie** et justifier son exérèse (**splénectomie**).

Conséquences de la gastrectomie

Elles sont fonctions de l'étendue de la gastrectomie.

La gastrectomie partielle n'a généralement que des effets post-opératoires transitoires. À l'inverse, la gastrectomie totale a des conséquences physiologiques durables, secondaires à la suppression du réservoir gastrique, avec un amaigrissement moyen équivalent à 10% du poids.

La réalimentation post-opératoire est progressive et doit être initialement **moulinée** et **fractionnée** (repas moins abondants mais plus fréquents). L'instauration d'un **régime sans résidu** permet de diminuer le risque que des « pelotes de fibres alimentaires » (appelées bézoards) se forment dans l'intestin et entraînent une **occlusion**. Pour cette raison, les légumes crus et les fruits sont à proscrire de l'alimentation, dans les semaines ou les mois suivant l'intervention. La réintroduction de tels aliments se fera au cas par cas, en fonction de la tolérance digestive.

Une **diarrhée** post-opératoire est habituelle, bien que le transit intestinal finisse par se réguler à distance de l'intervention. Néanmoins, les troubles digestifs, telles que des sensations de « ballonnements », de mauvaise digestion ou de satiété précoce avec des nausées, peuvent perdurer, et leur évolution rester imprévisible.

Enfin, la gastrectomie totale entraîne l'absence définitive de « **facteur intrinsèque** », ce qui impose une injection intra musculaire régulière de **vitamine B 12**, afin d'éviter l'apparition d'une **anémie**.

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille de l'intervention. Il est possible que vous passiez quelques jours en réanimation, pendant la période post opératoire immédiate. Vous avez une sonde gastrique ou non (tuyau passant par le nez et descendant dans le tube digestif), mais vous restez à jeun jusqu'à la reprise du transit (gaz), après laquelle la réalimentation progressive est débutée. Dans l'intervalle, les besoins en eau et en calories sont assurés par une perfusion veineuse et/ou par une petite sonde d'alimentation intestinale, posée pendant l'opération.

Des anticoagulants sont prescrits pour réduire le risque de phlébite et/ou d'embolie pulmonaire. Le traitement contre la douleur postopératoire est systématique.

En l'absence de complications, la sortie a lieu entre le 7^{ème} et 15^{ème} jour post-opératoire. Le retour à domicile ou le transfert en maison de convalescence est discuté au cas par cas, selon votre état général et l'aide de votre entourage.

Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.