

FICHE D'INFORMATION PATIENT



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive



GASTRECTOMIE TOTALE

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Le cancer de l'estomac

Le cancer de l'estomac est une tumeur maligne se développant initialement dans la muqueuse (couche superficielle de la paroi de l'estomac), puis il envahit progressivement les différentes couches de la paroi de l'estomac. 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'estomac (gastrectomie) 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. Le type de gastrectomie proposée dépend de la localisation de la tumeur sur l'estomac.

Pour les cancers du tiers moyen et du tiers supérieur de l'estomac, l'intervention consistera en une gastrectomie totale avec anastomose œsojéjunale.

But de la gastrectomie 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'estomac. Une chirurgie de reconstruction est pratiquée dans le même temps opératoire pour rétablir la continuité du tube digestif. Cette reconstruction est réalisée

avec le petit intestin (intestin grêle).

Comment se déroule l'opération

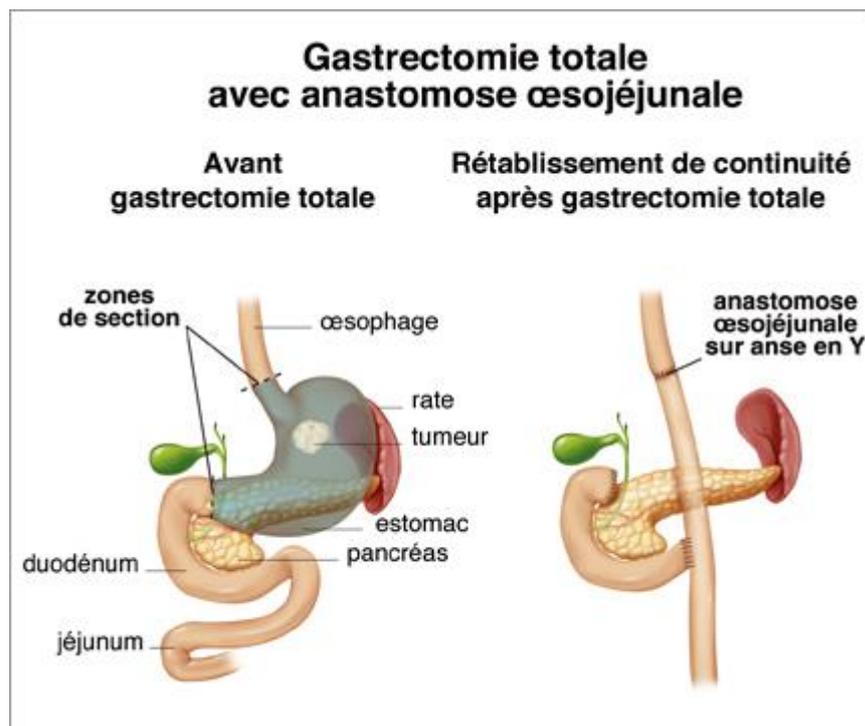
Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list sont vérifiées votre identité et votre installation sur la table d'opération.

Principes généraux de la technique

La gastrectomie totale se fait par une seule voie d'abord : abdominale.

La voie d'abord abdominale peut se faire par ouverture de la cavité abdominale (laparotomie) le plus souvent ou par vidéo chirurgie nécessitant des petites incisions sur l'abdomen (cœlioscopie).

Elle permet de retirer les ganglions lymphatiques dans l'abdomen (curage ganglionnaire abdominal) autour de l'estomac et la totalité de l'estomac, puis de rétablir la continuité digestive en remontant l'intestin grêle et en le connectant à la partie basse de l'œsophage (anastomose oeso-jéjunale).



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 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 de l'abdomen pendant l'intervention, permettant d'évacuer les liquides accumulés au cours de la cicatrisation de la zone opérée.

Une sonde naso gastrique peut être laissée en place pendant les premiers jours post opératoires. La sonde naso gastrique est retirée vers le cinquième jour après l'intervention.

L'alimentation orale peut alors être reprise progressivement, puis en régime fractionné initialement. Des compléments alimentaires sont prescrits en post opératoires.

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.

Risques en rapport avec l'opération

Risques pendant l'opération

Blessure des organes de voisinage

Hémorragie : pouvant nécessiter une transfusion pendant l'opération.

Risques après l'intervention

Fistules anastomotiques : il s'agit d'un défaut de cicatrisation au niveau de la suture entre l'œsophage et l'intestin grêle. 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) soit chirurgical nécessitant une nouvelle intervention.

Infection pulmonaire (pneumopathie) : C'est une conséquence de cette chirurgie qui nécessite d'opérer à proximité du diaphragme (muscle respiratoire principal). Il peut y avoir un peu d'eau dans la plèvre (épanchement) qui peut se transformer infection. Il peut être nécessaire de faire des séances de kinésithérapie.

Retard à la reprise du transit : le plus souvent il s'agit d'un blocage de l'intestin grêle réactionnelle à la chirurgie. La situation se débloque en quelques jours. Si ce blocage persiste, il faut vérifier l'absence de complication chirurgicale.

Risques généraux

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

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

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.

Conséquences possibles de l'intervention à long terme

Sténose de l'anastomose oesojéjunale : il s'agit d'un rétrécissement au niveau de la zone de suture entre l'œsophage et l'intestin grêle, se révélant par des blocages lors de l'alimentation. Le traitement est endoscopique par dilatation.

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

*± références ou lien vers un
site (HAS, INCa ...) Site INCa :*
<http://www.e-cancer.fr>

La SFCD remercie L'association de patients Le Lien pour la relecture attentive qu'il a apporté à cette fiche et a permis son amélioration