

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

Chirurgie viscérale et digestive

Chirurgie cancérologique, endocrinienne et bariatrique

Madame, 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.

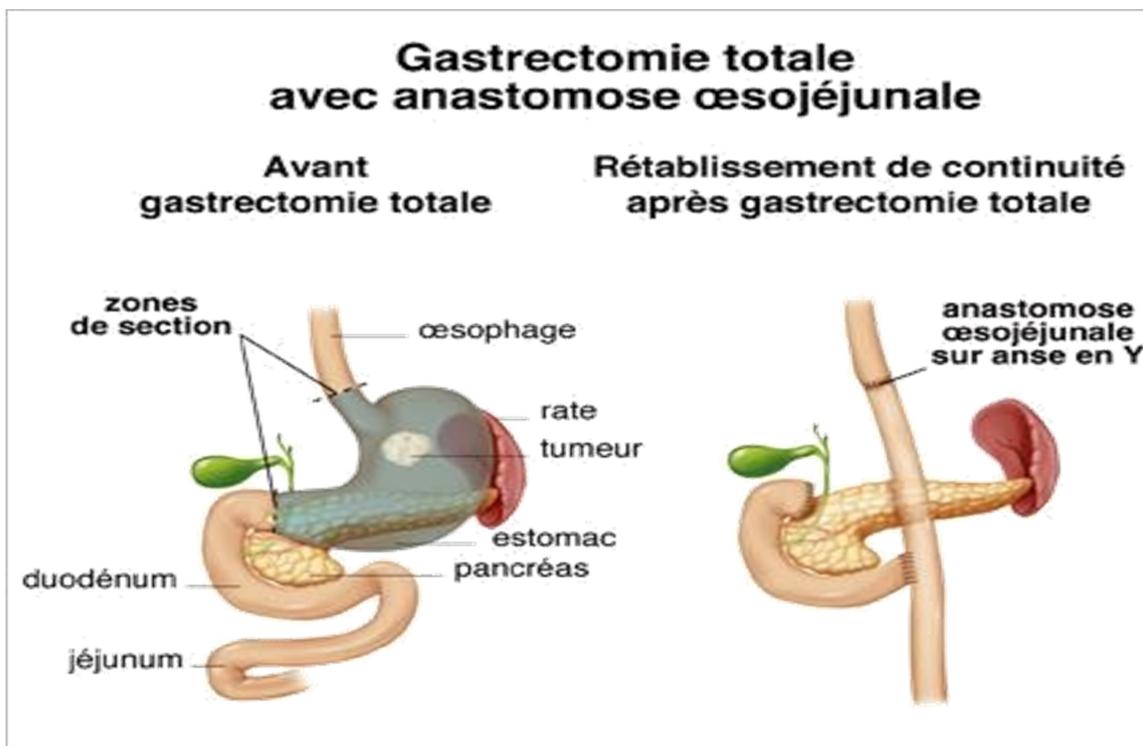
But de la gastrectomie totale

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).

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) ou par vidéo chirurgie nécessitant des petites incisions sur l'abdomen (cœlioscopie).



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. Des

médicaments contre la douleur sont 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.

L'alimentation orale sera reprise progressivement, lorsque l'équipe chirurgicale le pensera possible en régime fractionné. 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 être administrées par cette sonde dès le premier jour post opératoire.

Risques en rapport avec l'opération

• Risques pendant l'opération

- Hémorragie : pouvant nécessiter une transfusion pendant l'opération.
- Blessure des organes de voisinage : dont rate pouvant nécessiter une splénectomie.

• 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 ou endoscopique) soit chirurgical nécessitant une nouvelle intervention.
- Infection pulmonaire (pneumopathie) : conséquence de cette chirurgie qui requière d'opérer à proximité du diaphragme (muscle respiratoire principal). Il peut y avoir un peu d'eau dans la plèvre (épanchement) qui se transforme en infection et nécessite des séances de kinésithérapie.
- Retard à la reprise du transit : 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 : une veine 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 : 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 : 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 : générées par la section des nerfs entourant l'estomac et traitées par médicaments anti diarrhéiques.
- SUPPLEMENTATION EN VITAMINE B12 PAR INJECTION INTRA MUSCULAIRE MENSUEL A VIE : la vitamine B12 étant absorbée grâce au facteur intrinsèque fabriqué par l'estomac, celle-ci ne peut plus être absorbée par l'intestin et doit être supplémentée par injection.
- Régime fractionné à vie : 5 à 6 repas par jour.