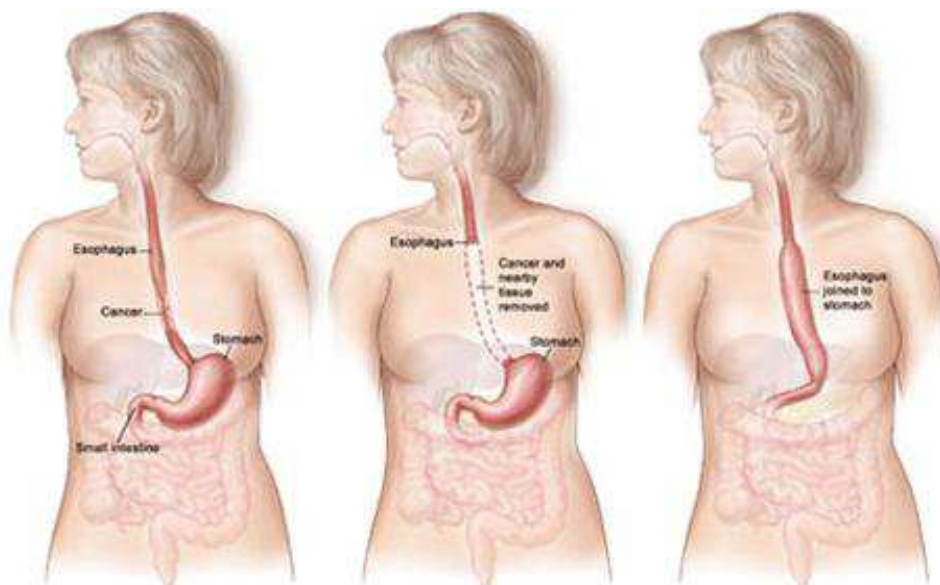


Oesophagectomie

source [chu saint Brieuc](#)



L'intervention consiste à enlever l'œsophage et à le remplacer par l'estomac (situation la plus fréquente) ou à relier l'œsophage restant à l'estomac.

Les interventions sur l'œsophage sont responsables de difficultés d'alimentation et/ou de dénutrition. C'est pourquoi le chirurgien et l'équipe soignante doivent être particulièrement vigilant en ce qui concerne le bilan nutritionnel et la quantification des ingestats.

En cas de cancer, une immunonutrition est mise en route une semaine avant l'opération (impact oral).

L'hospitalisation est souvent prévue 24 à 48h avant la chirurgie pour mieux évaluer l'état du patient. Le degré de dysphagie -impossibilité à s'alimenter- est souvent important et parfois responsable de douleurs. Dans ce cas, l'anesthésiste et le chirurgien tentent de soulager le patient et de le conditionner à l'intervention. Intervention

La situation anatomique de l'oesophage fait que le chirurgien a souvent recours à une double voie d'abord ; abdominale et thoracique.

Pour pallier au manque de longueur, l'estomac est tubulisé en suivant la grande courbure gastrique ce qui permet de réaliser une plastie gastrique suffisamment longue. Cette plastie doit impérativement être bien vascularisée. En cas de difficultés, l'anastomose oesogastrique peut "lâcher" entraînant une fistule et une aggravation du pronostic vital à cours terme.

L'intervention est complétée par la pose d'une sonde de jejunostomie. Elle permet de pouvoir réalimenter le patient directement dans son intestin en dessous du montage chirurgical. Cette sonde est un tuyau de plastique qui sort de l'abdomen à coté de l'ombilic. Suites opératoires

Au réveil

Après l'intervention le patient séjourne de 3 à 6 heures en salle de réveil pour s'assurer que tout se passe bien tant sur le plan chirurgical qu'anesthésique. A son réveil, le patient a une sonde gastrique, une perfusion, un redon et une sonde vésicale. Ces différents dispositifs seront enlevés progressivement. En cas de voie thoracique associée, le patient a également un drain thoracique en aspiration douce.

Le lendemain

Dès le lendemain, on conseille au patient de se lever avec de l'aide en commençant par un "bord du lit". C'est également le lendemain que l'on vérifie l'absence de fuite sur le montage chirurgical par un examen radiologique simple appelé TOGD. Il consiste à faire boire un demi verre de produit radio opaque au patient. Des radiographies simples sont prises pendant le passage du liquide. Si cet examen ne révèle aucune anomalie, les boissons sont autorisées à J4 après l'ablation du drain thoracique.

Les jours suivants

La jéjunostomie sera utilisée précocement (J2) en commençant par de l'eau sucrée (glucosé à 5%) puis par du sondalis à faible débit dès J3. L'alimentation va être démarrée progressivement. D'abord liquide puis mixée et enfin solide. Celle-ci sera suivie par la diététicienne du service qui fera prescrire des compléments alimentaires. On conseillera au patient de remplir lui-même dans la mesure du possible sa feuille de surveillance alimentaire. L'ablation de la sonde vésicale sera prescrite à J4 ou J5 dès que le patient a repris son transit (émission de gaz et de selles). L'ablation du redon est en général possible à J6 en fonction de la quantité et de l'aspect du liquide recueilli. Les perfusions sont arrêtées 7 à 8 jours après l'opération.

Sortie

Le patient quitte l'hôpital après 10 à 12 jours d'hospitalisation. Son arrêt de travail est de 2 mois. L'ordonnance du chirurgien comporte des antalgiques classiques, un traitement anticoagulant injectable pendant un mois (par une infirmière à domicile) et une ordonnance de contrôle biologique (examens standard, coagulation et évaluation nutritionnelle). En plus du rendez vous de contrôle avec le chirurgien, une consultation diététique sera organisée 2 à 3 semaines après la sortie pour avoir une évaluation précise de l'alimentation et renouveler les conseils d'équilibre alimentaire. Les soins infirmiers à domicile seront nécessaires tous les jours jusqu'à cicatrisation complète et puis deux fois par semaines par la suite pour les soins de la sonde de jéjunostomie. Cette sonde sera utilisée à domicile pendant deux mois puis retirée en consultation par le chirurgien. Incidents et complications

Lâchage de suture

Dans ce cas la situation du patient s'aggrave brutalement assez rapidement après l'opération. La fièvre est un des premiers symptômes. Deux situations se produisent en cas de fistule. Soit la fistule est bien drainée (extériorisation de liquide sale) et une ré-opération n'est pas obligatoire, soit la fistule est mal drainée et le patient doit être réopéré. C'est une complication grave responsable du décès dans 1/3 des cas.

Complications respiratoires

Du fait du terrain (souvent il s'agit de patient fumeur), le poumon fonctionne mal après l'opération. Une pleurésie (liquide dans le poumon) peut survenir voir même une pneumopathie (infection).

Hémorragie

Elle peut être de plusieurs origines. Il peut s'agir d'un saignement sur une suture gastrique ou alors d'un ulcère à distance des sutures. L'hémorragie doit être contrôlée soit par les voies naturelles soit par une nouvelle intervention.

Sténose

C'est une complication plus tardive qui se traduit par une réapparition des difficultés d'alimentation. Le patient vomit et à des douleurs au niveau de l'estomac.

Dénutrition

Ce est fréquent. Il est souvent pré-existant au problème. Il peut être responsable d'un retard de cicatrisation et donc d'infection de paroi. Au maximum, une éviscération peut survenir.