

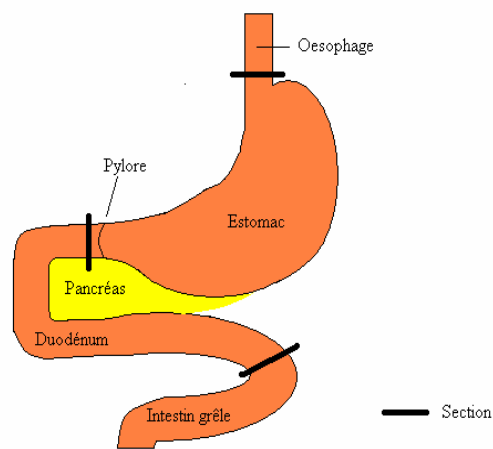
CHIRURGIE GASTRIQUE

Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

Cette brochure est destinée à répondre à la plupart des questions que vous vous posez, si vous devez être opéré d'un abcès de la marge anale. Elle ne saurait être exhaustive, ni normative. C'est un complément d'informations, qui n'aborde que des principes généraux, sans traiter du cas particulier, lequel a été discuté avec votre chirurgien lors de la consultation.

DE QUOI S'AGIT-IL ?



Estomac : vue de face

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, la première partie de l'intestin grêle dans laquelle se jettent la voie biliaire, appelée cholédoque, et le canal pancréatique dit de Wirsung.

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 », indispensable à l'absorption de la vitamine B12 par l'intestin.

DIFFERENTES MALADIES DE L'ESTOMAC

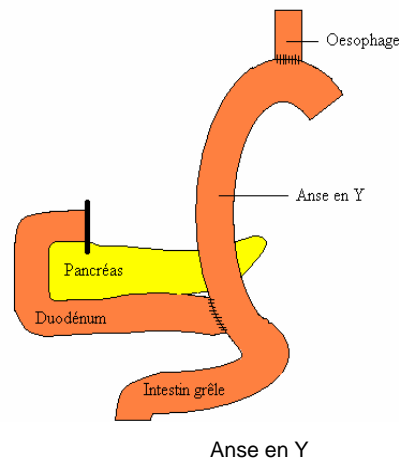
Des lésions bénignes (**ulcère** ou **tumeur**) ou malignes (**cancer**) peuvent s'y développer, et justifier une exérèse de tout ou partie de l'estomac (gastrectomie partielle ou totale).

Ces lésions peuvent être asymptomatiques, découvertes de façon fortuite par une fibroscopie, ou donner des symptômes, tels que des douleurs et/ou des vomissements, voire saigner ou se perforer dans de rares cas.

L'OPERATION

L'opération se fait sous anesthésie générale, par laparotomie (« voie ouverte ») ou 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. L'exérèse des ganglions lymphatiques est réalisée dans le même temps opératoire.



Le rétablissement de la continuité digestive utilise différentes techniques, dont la plus fréquente est l'anse en Y (segment d'intestin grêle de 60 cm de longueur qui est « raccordé » à l'œsophage, de sorte que les sécrétions biliaires et pancréatiques ne refluent pas dans l'œsophage).

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Elles sont rares, fonction 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 a 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**).

CONSEQUENCES DE LA GASTRECTOMIE

Elles sont fonction 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 **moulignée** 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 n'avez pas de sonde « gastrique » (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.