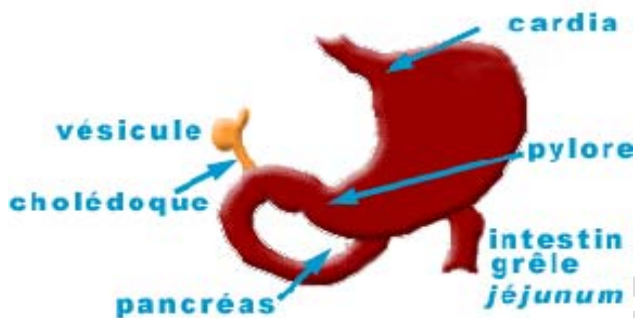


De quoi s'agit-il ?

Cette note est informative : elle a pour but de vous expliquer schématiquement ce qu'est la chirurgie gastrique, son évolution habituelle, ses complications éventuelles. Elle ne peut être exhaustive, rendant compte de toutes les situations. Votre cas peut être différent de ce qui y est décrit : votre médecin vous donnera des explications plus personnelles.



L'estomac est un organe volumineux, en forme de cornemuse, situé à la partie haute du ventre, en bonne partie sous les côtes. Il fait suite à l'œsophage qui conduit les aliments depuis la bouche, et se prolonge par le duodénum, première partie de l'intestin grêle. Le duodénum reçoit, à la papille, le canal biliaire, appelé cholédoque, et le canal pancréatique dit de Wirsung.

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

A quoi sert l'estomac ?

Son rôle dans la digestion est assez important, et ce par plusieurs mécanismes.

Réservoir, il stocke, en quelques minutes, un volume d'aliments (solides et liquides) qui peut être considérable et que l'intestin mettra 3 à 6 heures à absorber (pour la part absorbable). Il stocke et ensuite délivre de façon régulière, variable selon le type d'aliments qu'il contient, progressive, un bol alimentaire dont la digestion a été amorcée. En effet, l'estomac n'est pas un réservoir passif : il malaxe, fragmente les aliments qu'il contient.

De surcroît, il sécrète de l'acide chlorhydrique, en quantités importantes, qui se mélange au contenu alimentaire et permet la fragmentation des fibres végétales.

Enfin, entre autres, il sécrète une protéine appelée « facteur intrinsèque », indispensable à l'absorption, par l'intestin de la vitamine B 12 (nécessaire à la multiplication cellulaire).

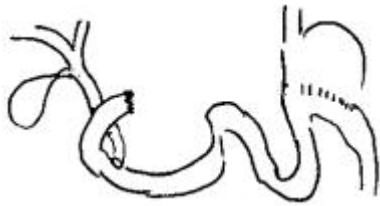
Ces deux fonctions de l'estomac, motrice (stockage, malaxage, évacuation) et sécrétoire sont dirigées, de façon complexe, à la fois par des stimulations nerveuses (par des nerfs pneumogastriques, encore appelés nerfs vagues, qui atteignent l'estomac en longeant l'œsophage) et par des stimulations de substances sécrétées par l'estomac ou les organes voisins (ces substances actives par voie sanguine étant appelées hormones).

Chirurgie de l'estomac

Laissons de côté la chirurgie de la hernie hiatale et du reflux gastro-œsophagien décrite dans une note spécifique.

Une part importante de la chirurgie gastrique, réalisée pour traiter les ulcères du duodénum a pratiquement disparu avec la découverte de la responsabilité d'un microbe (*Helicobacter Pylori*) dans leur survenue et donc d'un traitement antibiotique efficace. Ces opérations consistaient à supprimer tout ou partie de l'innervation gastrique, pour réduire la sécrétion acide gastrique. Sectionnant les nerfs vagues, on les appelait « vagotomie ».

Si bien qu'actuellement, la chirurgie gastrique se résume aux gastrectomies, opérations qui retirent tout ou partie de l'estomac : gastrectomie totale ou partielle, plus ou moins étendue (voir les schémas). La section distale porte toujours sur le duodénum, au-delà du pylore, la section proximale, à un niveau variable, laissant en place un moignon gastrique plus ou moins important.



Finsterer (Bilroth II)



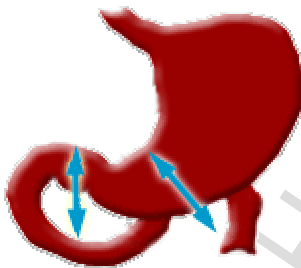
Anse en Y après gastrectomie partielle



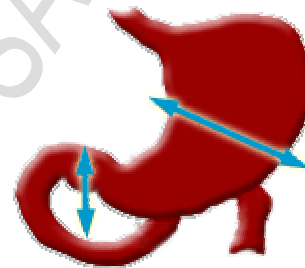
Anse en Y après gastrectomie totale



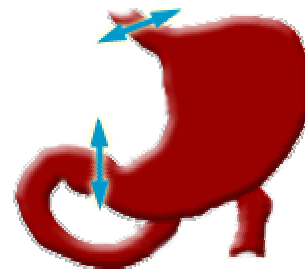
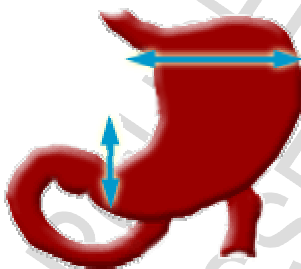
Réservoir



Gastrectomie sub-totale des trois quarts



Gastrectomie des deux tiers



Gastrectomie totale

Après avoir retiré tout ou partie de l'estomac, il faut rétablir la continuité du tube digestif. Le raccordement le plus logique, entre estomac résiduel et section duodénale, (dit de Pean Billroth I pour les anglo-saxons) est techniquement faisable mais abandonnée, ou presque. En effet, la perte du pylore autorise la bile, présente dans le duodénum, à refluer dans l'estomac, ce qui est source de complications. Il en est de même pour l'autre montage classique (dit de Finsterer, Billroth II pour les anglo-saxons).

En pratique, le plus souvent, nous avons recours à un montage utilisant 50 cm d'intestin grêle, dit anse en Y, qui rend impossible le reflux de liquide biliaire jusqu'à la suture gastrique (ou œsophagienne en cas de gastrectomie totale) (voir les schémas).

Le choix de l'étendue de la résection gastrique, partielle, de l'antrectomie à la gastrectomie des $\frac{3}{4}$, ou totale dépend de la maladie à traiter. Schématiquement, en simplifiant, on peut dire que les ulcères sont traités par gastrectomies partielles et les cancers par gastrectomies totales (GT). Le plus souvent à cette GT est associée un large curage lymphatique qui enlève les ganglions situés le long des artères du voisinage.

L'incision est soit verticale (médiane) soit transversale, horizontale.

Ces opérations ne sont, en règle, peu ou pas hémorragiques et ne nécessitent pas de transfusion sanguine, sauf pour corriger une anémie pré existante, bien entendu (parfois révélatrice de la maladie).

Des complications sont-elles possibles ?

Oui, bien sur, mais elles sont devenues rares. Des complications spécifiques, directement liées au geste chirurgical, la plus grave, devenue exceptionnelle, est le défaut de cicatrisation de la suture entre l'œsophage et l'intestin (ou l'estomac et l'intestin). Lorsqu'elle survient, elle est, le plus souvent, cause d'une péritonite et nécessite une ré-intervention chirurgicale. Dans notre expérience sa fréquence est inférieure à 1%.

Des collections peuvent se constituer dans la région opérée, surtout si un large curage ganglionnaire a été réalisé ; elles peuvent s'infecter, s'abcéder. Leur traitement repose sur un drainage (évacuation), le plus souvent par la pose d'un drain à travers la peau, sans nouvelle opération, sous contrôle d'échographie ou de scanner. Rarement, une plaie de la rate (organe fragile et impossible à suturer) peut nécessiter de l'enlever (splénectomie) pour éviter une hémorragie.

Les conséquences

Elles découlent, évidemment, de la suppression des fonctions gastriques, et sont incomparablement plus contraignantes en cas de GT qu'en cas de gastrectomie peu étendue.

La suppression des fonctions de réservoir, malaxage, mélange des aliments à de l'acide chlorhydrique, altère la digestion des fibres végétales, spécialement des crudités (salades, carottes râpées, concombre, etc.). Leur absorption est donc contre indiquée en post opératoire, et ce de façon formelle en cas de GT. Le risque est grand, dans le cas contraire, d'une part d'être incommodé, mais surtout se voir se constituer de véritables bouchons de fibres non digérées (appelés bézoards). Progressivement, et d'autant qu'il s'agit d'une gastrectomie partielle, leur ré-introduction sera possible. Elle peut demeurer totalement et définitivement interdite en cas de GT. En revanche, les fibres cuites, surtout en soupes, purées, moulinées..., sont autorisées.

L'absence de réservoir contraint à diminuer les quantités absorbées à chaque repas et donc à les multiplier : 3 repas et 2 à 3 en-cas sont nécessaires. De surcroît, l'ingestion doit se faire lentement après une bonne mastication ; c'est une véritable rééducation alimentaire qu'il faut entreprendre.

Des diarrhées peuvent survenir, aussi bien après gastrectomies partielles que totales. Leur traitement en est possible, après une bonne analyse du mécanisme en cause.

Très souvent surviennent des épisodes de « ballonnements », production excessive de gaz intestinaux, gênants mais sans autre conséquences, parfois améliorés par la prise de charbon.

Après GT, l'absence définitive de production de « facteur intrinsèque » impose une injection intra musculaire régulière de vitamine B 12, de façon indéfinie, pour éviter la constitution d'une anémie.

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille ou le jour de l'opération, selon l'heure à laquelle elle est programmée. Il est possible que vous passiez 1 à 3 jours en secteur de Soins Intensifs (réanimation) en post opératoire. Vous n'aurez pas de sonde « gastrique » (tuyau passant par le nez et descendant dans le tube digestif), mais vous serez perfusé jusqu'à la reprise des boissons et de l'alimentation, entre le 2ème et le 5ème jour post opératoire, dépendant de la reprise des fonctions intestinales.

Un séjour en centre diététique de 3 à 5 semaines est souvent profitable, indispensable pour les personnes vivant seules.

Dr José Hobeika, Dr Rémi Houdart
Janvier 2002
Mise à jour : novembre 2005

Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon – Paris
www.hopital-dcss.org