

Nom du service : chirurgie générale et digestive

Intervention/traitement proposé : Oesophagectomie subtotale selon Lewis-Santy

Objectif

On vous a diagnostiqué une tumeur au niveau de l'œsophage et une intervention chirurgicale de résection de la partie malade vous est proposée afin d'éliminer totalement la tumeur ainsi que les tissus environnants et les ganglions lymphatiques adjacents. Une chirurgie reconstructive est effectuée simultanément pour restaurer la continuité du tube digestif, généralement à l'aide de l'estomac.

Nature

Anatomie :

L'œsophage est l'organe digestif reliant la bouche à l'estomac, celui-ci peut être le siège de différentes pathologies bénignes (Diverticule de Zenker) ou malignes (cancer).

Le cancer de l'œsophage est une tumeur maligne qui se développe initialement dans la muqueuse, la couche superficielle de la paroi œsophagienne, avant d'envahir progressivement les autres couches de la paroi. Des cellules cancéreuses peuvent aussi se détacher de la tumeur primaire et se propager via :

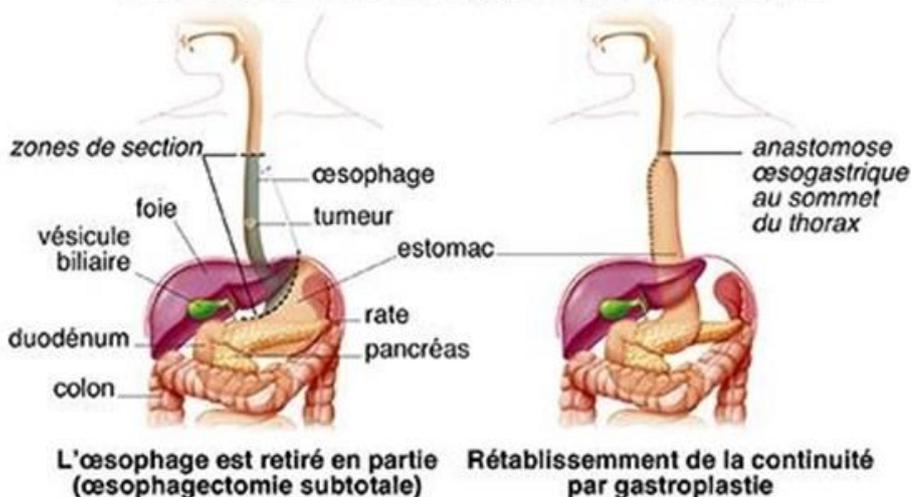
- les vaisseaux lymphatiques, atteignant ainsi les ganglions lymphatiques.
- les vaisseaux sanguins, provoquant la formation de métastases dans d'autres organes tels que le foie, les poumons, et les os.

Le traitement du cancer de l'œsophage inclut la chirurgie (oesophagectomie), dont le type dépend du stade de la tumeur.

Pour les cancers précoces localisés ou avancés localement, une chimiothérapie ou radiochimiothérapie avant l'opération est souvent envisagée.

Le type d'oesophagectomie à réaliser dépend de la localisation de la tumeur dans l'œsophage. Dans le cas des cancers des tiers moyen et inférieur de l'œsophage, l'intervention consiste généralement en une oesophagectomie subtotale avec une anastomose œsogastrique transthoracique, ou une intervention de Lewis-Santy.

Œsophagectomie subtotale par voie transthoracique (ou Intervention de Lewis Santy) avec anastomose œsogastrique thoracique



Comment se déroule l'opération ?

Avant l'intervention, une check-list de sécurité est réalisée, incluant la vérification de l'identité et de l'installation du patient sur la table d'opération.

Les techniques utilisées :

L'oesophagectomie subtotale combine deux voies d'abord : abdominale et thoracique.

- L'approche abdominale peut être réalisée par laparotomie (ouverture de la cavité abdominale) ou par coelioscopie (chirurgie vidéo assistée avec de petites incisions). Cette phase permet de retirer les ganglions lymphatiques abdominaux (curage ganglionnaire abdominal) et de préparer l'estomac, qui sera transformé en tube (gastroplastie) pour remplacer l'œsophage.
- L'approche thoracique implique une thoracotomie (ouverture du thorax) ou une thoracoscopie (chirurgie vidéo assistée avec petites incisions). Elle permet d'extraire l'œsophage affecté ainsi que la partie supérieure de l'estomac, tout en réalisant un curage ganglionnaire thoracique pour enlever les ganglions autour de l'œsophage. La continuité du tube digestif est rétablie en remontant la gastroplastie et en la reliant à la portion restante de l'œsophage (on réalise une sorte de couture métalliques avec des agrafes entre l'estomac et l'œsophage).

Risques pertinents

Risques pendant l'opération :

- Lésion des organes voisins
- Hémorragie nécessitant une transfusion
- Fractures de côtes liées à l'ouverture du thorax (thoracotomie), traitées après l'opération avec des analgésiques.

Risques après l'opération :

- Complications pulmonaires et infectieuses, comme une infection pulmonaire ou une détresse respiratoire aiguë.
- Fistules anastomotiques : défaillance de la cicatrisation au niveau de la jonction entre l'œsophage et l'estomac. Elles peuvent provoquer douleurs, fièvre ou abcès localisé, et peuvent être traitées par drainage médical ou par une nouvelle intervention chirurgicale.
- Troubles de la vidange gastrique : lenteur de digestion causant des gênes thoraciques après les repas et une faible quantité d'aliments ingérés. Le traitement repose sur des médicaments prokinétiques pour favoriser la vidange.

Risques généraux :

- Infection au niveau des cicatrices, nécessitant un traitement antibiotique.
- Hémorragie, pouvant nécessiter une transfusion sanguine ou une nouvelle intervention.
- Thrombose veineuse ou phlébite, surtout dans les membres inférieurs, traitée par anticoagulants.
- Fatigue, liée 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 analgésiques.

Conséquences possibles à long terme :

- Sténose de l'anastomose œsogastrique : rétrécissement au niveau de la suture, causant des blocages lors de l'alimentation. Le traitement est endoscopique par dilatation ou mise en place d'une prothèse.
- Reflux gastro-œsophagien : remontées acides et brûlures d'estomac traitées par des inhibiteurs de la pompe à protons.
- Diarrhées : dues à la section des nerfs entourant l'estomac, traitées par des médicaments antidiarrhéiques.
- Syndrome du petit estomac : sensation de satiété rapide après des repas peu copieux, traitée par un fractionnement des repas tout au long de la journée.

Soins de suivi

Après l'intervention, une surveillance médicale intensive est effectuée dans une unité de soins intensifs ou de réanimation pour contrôler les fonctions cardiaque, respiratoire et rénale 24h/24. Des douleurs peuvent apparaître au niveau de la zone opérée, en particulier au thorax, et une péridurale thoracique est souvent mise en place le jour de l'opération pour soulager la douleur. Des médicaments analgésiques sont également administrés.

Des drains sont placés dans la zone thoracique pour évacuer les liquides accumulés durant la cicatrisation. Une sonde nasogastrique est insérée pour vider l'estomac pendant les premiers jours, puis retirée vers le cinquième jour, permettant la reprise progressive de l'alimentation orale sous forme mixée et fractionnée. Une sonde de jéjunostomie peut aussi être mise en place pour un soutien nutritionnel supplémentaire, notamment en cas de dénutrition préopératoire. Les poches d'alimentation peuvent être administrées par cette sonde dès le premier jour après l'opération.

Des séances de kinésithérapie respiratoire sont également prescrites quotidiennement, dès le premier jour postopératoire.

Répercussions financières

Contactez le Service Financier Patients

sfp@ghdc.be

060/11.07.00 (entre 08h30 et 14h00)

Site Les Viviers

Rue du Campus des Viviers, 1
6060 Gilly

Des permanences sont organisées les lundis et mardis de 8h30 à 12h et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h.

Durant les mois de juillet et août, une permanence est organisée les lundis et mardis de 08h30 à 12h et le jeudi de 12h30 à 16h.

Conséquences en cas de refus ou de retrait de consentement

Les conséquences d'une abstention chirurgicale peuvent être discutées avec vous.

Le chirurgien est à votre disposition pour toute information complémentaire

Références bibliographiques

<https://www.sfchirurgiedigestive.fr/fiche-information/oesophagectomie-sub-totale-ou-intervention-de-lewis-santi/> (consulté en avril 2025)

Rédaction	Validation	Vérification	Approbation
Dr Raffaele Calicis, Médecin - Chirurgie digestive	Luana Di Stefano, Documentaliste	Dr Nicolas Tinton, Médecin chef de service Sarah Nyangore, Qualificienne	Dr Emmanuel Cambier, Médecin chef de pôle

CHIRDIG-CE-003 – V01 – Approuvé le 14/04/2025
Date de la prochaine révision : 14/04/2028

RÉALISÉ AVEC UN

