

# CLINIQUE SAINTE-ELISABETH

Place Godin 5

5000 NAMUR

Service de Chirurgie Générale,

Digestive et endocrinienne

L'œsophage est une sorte de tube musculaire qui commence à l'arrière bouche et se termine dans l'estomac. Il passe donc successivement du cou dans le thorax, puis dans l'abdomen.

L'œsophage peut présenter plusieurs types de maladies : un diverticule, une tumeur ou un polype, bénin ou malin, une sténose qui empêche d'avaler, une transformation de son revêtement (l'épithélium) qui devient anormal (dysplasique). Dans certains cas, la pathologie que présente l'œsophage nécessite une œsophagectomie (ablation de l'œsophage).

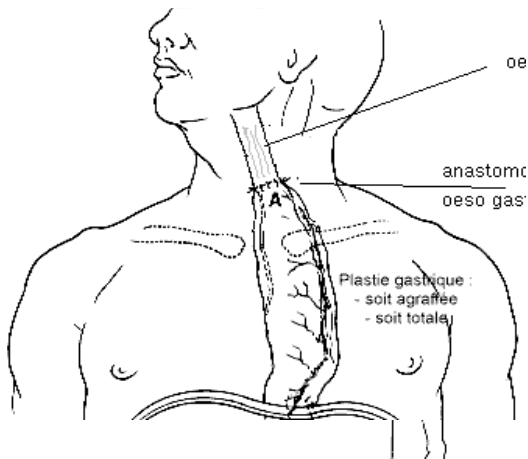
L'ablation de l'œsophage est une intervention importante, car elle nécessite d'ouvrir plusieurs champs opératoires : le ventre, le thorax et parfois le cou. L'ouverture du thorax rend le malade particulièrement sensible aux infections pulmonaires, et nécessite des soins post opératoires particuliers : drain thoracique, séjour aux soins intensifs, kiné respiratoire. Par ailleurs, l'œsophage cicatrice très mal, car il est dépourvu de séreuse, qui est une des couches de la paroi du tube digestif.

## **LE FILM DE L'OPERATION :**

Vous serez hospitalisé quelques jours avant l'intervention, pour compléter les examens pré opératoires s'il y a lieu, et pour préparer l'intervention. Cette préparation varie selon votre état de santé, mais elle comporte en général une alimentation renforcée en cas d'amaigrissement, une kinésithérapie préopératoire, et une purge trois jours avant l'intervention.

L'intervention dure en général quasi toute la journée. Après l'arrivée au bloc opératoire, le malade est préparé à l'anesthésie (perfusions, péridurale pour réduire la douleur post opératoire s'il y a lieu...). L'intervention elle-même combine une incision abdominale en général médiane, une incision thoracique, soit droite, soit gauche, parfois raccordées sur l'incision abdominale, et parfois une incision verticale du cou.

Le principe de l'intervention consiste à retirer l'œsophage, dans sa plus grande partie ou entièrement, et à la remplacer par l'estomac. Parfois, si l'estomac est inutilisable ou trop court, l'œsophage est remplacé par le colon. Plusieurs drains sont laissés en place, ainsi qu'un cathéter provisoire d'alimentation : un drain dans le cou en cas d'incision du cou seulement, deux drains thoraciques et un ou deux drains abdominaux, plus un tout petit cathéter servant à l'alimentation et qui restera plus longtemps. Après l'intervention, le malade devra séjourner aux soins intensifs minimum 48 heures. Il peut y recevoir des visites mais sera parfois encore endormi pendant les premiers temps.



En général, la plupart des drains sont enlevés dans le courant de la première semaine. Une radiographie est réalisée après une semaine, puis la réalimentation commence. Parfois, des tests sont réalisés pour tester les anastomoses (les soudures) sous forme de boissons colorées en bleu.

Le malade est réalimenté de façon progressive. Un régime progressif permettra une alimentation quasi normale après quelques semaines. La récupération est variable selon les malades, mais la plupart mangent quasi normalement après quelques mois. Toutefois, l'œsophage est parti et ne reviendra pas, et il peut persister quelques séquelles.

## RISQUES

Comme toute intervention, l'ablation de l'œsophage comporte des risques, qui sont toutefois variables selon les cas.

- Ils dépendent de **l'état général** du malade et de ses antécédents (maladies cardiaques, pulmonaires, fumeur, troubles de la coagulation). Si vous avez des problèmes de ce type, ils seront mieux traités si vous les expliquez en détail avant.
- Ils dépendent aussi de l'opération, qui comporte des risques aspécifiques et spécifiques. Les **principaux** risques aspécifiques sont **l'hémorragie** et **l'infection**. Des drains sont laissés en place pour surveiller la survenue d'une hémorragie, ce qui est très rare et surtout dans les premières heures. L'infection est surtout dangereuse dans les premiers jours suivant l'intervention.
- Certains risques plus spécifiques existent et sont prévenus **dans la mesure du possible** : retard de la cicatrisation entre œsophage et plastie gastrique, infection du thorax (médiastinite), fistule post opératoire, sténose anastomotique. La plupart sont exceptionnels. Une mesure de précaution sera prise avant toute réalimentation, qui consiste à vérifier l'intégrité de l'anastomose par la prise d'un liquide bleu (bleu de méthylène) et par une radio dans les jours qui suivent l'opération (le plus souvent 7 jours).

En conclusion, l'ablation de l'œsophage est une intervention lourde, mais dont la récupération en cas de succès est satisfaisante. Donner des chiffres reste assez spéculatif, mais environ 20 à 25 % des malades présenteront au moins une complication et 1 à 5 % risquent le décès. Toutefois, ces risques sont très variables suivant les cas.

Ainsi, le malade qui fume ou qui a fumé présente plus de risques pulmonaires que les autres, ou un malade qui ne s'alimente plus très bien et qui a beaucoup maigrit en peu de temps, et ainsi de suite.

**ATTENTION** : ce document d'information est là pour vous aider, il est par nature incomplet. Vous pouvez toujours contacter votre médecin traitant ou me contacter, soit à la clinique (081 720411) ou chez moi (081 212386) pour poser toutes questions.

Après l'opération, vous pourrez toujours soit téléphoner à la clinique, soit voir votre médecin traitant, soit vous présenter à la garde 24 h sur 24, en cas de problèmes ou même simplement de questions.