

Effets secondaires des gastrectomies

Item 290. **Module 14**

D. Mutter, J. Marescaux

Chirurgie A, Hôpital Civil, 1, Place de l'hôpital, 67091 STRASBOURG

Objectifs

Fréquence des effets secondaires des gastrectomies
Conséquences fonctionnelles de la gastrectomie
Complications fonctionnelles des vagotomies
Complications organiques des gastrectomies

L'ulcère récidivant
Récidive ulcéreuse
Ulcère anastomotique précoce
Ulcère anastomotique tardif

Prévention et traitement des complications fonctionnelles
Indications des ré-opérations après intervention gastrique

Effets secondaires des gastrectomies

D. Mutter, J. Marescaux

Chirurgie A, Hôpital Civil, 1, Place de l'hôpital, 67091 STRASBOURG

Fréquence des effets secondaires des gastrectomies

Les effets indésirables des gastrectomies, en dehors des complications post-opératoires précoces, concernent 10 à 20 % des patients ayant bénéficié d'une intervention sur l'estomac (résection ou intervention fonctionnelle telle que vagotomie). Ces complications peuvent être fonctionnelles ou organiques

Conséquences fonctionnelles de la gastrectomie

L'estomac a deux fonctions essentielles, motrice et sécrétoire. La réduction de la sécrétion gastrique n'a pas de conséquence majeure, les enzymes pancréatiques et intestinales permettant une digestion satisfaisante des protéines. Toutefois la gastrectomie réalise une altération des fonctions motrices et de la fonction réservoir de l'estomac. Cela entraîne une altération du débit et de la taille des fragments alimentaires passant dans l'intestin grêle. Le passage rapide des aliments dans l'intestin grêle est responsable de différentes manifestations fonctionnelles :

– **Des douleurs**

Les douleurs sont marquées par une sensation de gêne épigastrique et de dyspepsie. Le patient signale une tension épigastrique postprandiale pouvant être liée à la taille réduite de l'estomac ou à une stase alimentaire dans le moignon gastrique par retard d'évacuation.

– **Des vomissements**

Des vomissements bilieux par reflux en raison de l'absence de la fonction régulatrice du pylore peut être responsable d'une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien associé à des brûlures œsophagiennes.

– **Des diarrhées**

Des diarrhées essentiellement liquides peuvent être liées à l'achlorhydrie et seraient également secondaires à l'apport brutal du contenu gastrique et de sa prolifération bactérienne dans les anses grêles. Le mécanisme n'en est pas clairement élucidé.

– **Le « dumping syndrome »**

Le dumping syndrome, phénomène classique après gastrectomie, est lié à l'inondation jéjunale par un bol alimentaire hyperosmotique entraînant une distension jéjunale, un appel d'eau vers l'intestin et une sécrétion importante

d'hormones (kinine, sérotonine). Il est responsable de troubles digestifs, de douleurs, de nausées, de diarrhée, de troubles neurologiques à type de malaise et de troubles circulatoires responsables de sudation, pâleur ou rougeurs. Il survient précocement au cours ou au décours d'un repas.

– **Les hypoglycémies**

Les hypoglycémies peuvent survenir tardivement (une heure ou trois heures) après le repas. La glycémie est alors inférieure à 0,6 g/l. Elle serait liée à une réaction d'hyperinsulinisme à la suite d'une hyperglycémie provoquée par le passage trop rapide du bol alimentaire dans l'intestin.

– **Un amaigrissement**

Un amaigrissement lié à une malabsorption ou à une anorexie volontaire du patient est fréquent. Elle peut être d'origine psychique (sentiment d'impossibilité de pouvoir manger en raison d'un petit ou de l'absence d'estomac) ou être la conséquence d'un régime restrictif en raison de douleurs post-prandiales ou d'un dumping syndrome marqué. Il doit toujours faire rechercher un cancer

Complications fonctionnelles des vagotomies

Les complications fonctionnelles des vagotomies sont peu fréquentes :

- Un reflux œsophagien est relativement fréquent mais peu sévère.
- Des douleurs et des vomissements épigastriques liés aux troubles de l'évacuation gastrique sont rapportés par les patients. Ceci serait lié à l'évacuation trop rapide des liquides de l'estomac favorisant une stase des aliments solides.
- Des diarrhées sont relativement fréquentes après vagotomie. Leur origine n'est pas élucidée. Elles pourraient être liées à une pullulation microbienne gastrique due au retard d'évacuation de l'estomac.

Complications organiques des gastrectomies

Les suites d'une gastrectomie peuvent être marquées par des modifications de la structure du moignon gastrique ou par une pathologie de la zone d'anastomose entre le moignon gastrique et l'intestin grêle.

Le moignon gastrique est fréquemment le siège d'une gastrite latente. Cette gastrite pourrait être responsable d'une atrophie muqueuse responsable de l'apparition d'un cancer plus de quinze ans après l'intervention. Un cancer gastrique surviendrait chez un à 3 % des patients gastrectomisés.

Une anémie ferriprive peut être notée dans les suites d'une gastrectomie ; son origine est double :

- Elle peut être liée à une carence d'apport lorsque la gastrectomie se complique d'une anorexie.
- Elle pourrait être liée à des micro-hémorragies au niveau du moignon gastrique. Ces micro-hémorragies seraient secondaires à un ulcère anastomotique situé au niveau de la zone d'anastomose entre l'estomac et l'intestin grêle.

Une anémie macrocytaire et mégaloblastique peut survenir 3 à 7 ans après une gastrectomie totale. Elle peut être prévenue et traitée par administration de vitamine B12 par voie intramusculaire.

L'ulcère récidivant

Récidive ulcéreuse

L'ulcère récidivant peut être lié à une erreur de technique opératoire, à une vagotomie incomplète, ou à un syndrome de Zollinger-Ellison.

Le traitement d'une vagotomie incomplète peut être médical ou imposer une nouvelle vagotomie complète qui est réalisée par voie thoracique si le premier abord était abdominal. Elle est devenue exceptionnelle depuis l'avènement de traitements médicaux bien conduits.

Ulcère anastomotique précoce

Un ulcère anastomotique peut survenir dans l'année qui suit une intervention chirurgicale. Il se traduit par une symptomatologie ulcéreuse typique avec des douleurs épigastriques. Il peut se compliquer d'hémorragie, de sténose, de perforation et exceptionnellement d'une fistule gastro-colique. Son diagnostic est réalisé par une endoscopie digestive haute. Il peut le plus souvent être traité médicalement. Dans tous les cas, il faudra s'assurer d'une éradication d'*Helicobacter pylori*. Exceptionnellement les ulcères anastomotiques peuvent avoir une sanction chirurgicale.

Ulcère anastomotique tardif

Lorsqu'un ulcère anastomotique est découvert tardivement, (plus de 15 ans après une gastrectomie), le risque de cancer associé n'est pas négligeable et doit être recherché systématiquement ; il est de mauvais pronostic et il nécessite un geste chirurgical majeur de dégastro-gastrectomie (démontage de l'anastomose chirurgicale réalisée lors de la première intervention, résection du segment restant de l'estomac, curage éventuel, et nouveau rétablissement de la continuité).

Prévention et traitement des complications fonctionnelles

Rôle du terrain

Les pathologies ulcéreuses gastriques survenant fréquemment chez des patients éthylo-tabagiques, la prise en charge de ces intoxications ne doit pas être négligée.

Prise en charge du dumping syndrome

Le dumping syndrome peut être pris en charge par un traitement diététique comportant un fractionnement de l'alimentation, une limitation de la prise de sucres rapides et par un traitement médical comportant des pansements gastriques. Le dumping syndrome pourrait être calmé par la position allongée précoce en période post-prandiale.

Syndrome du petit estomac

La sensation de plénitude liée à la petite taille de l'estomac est traitée par un fractionnement des repas tout en maintenant un apport calorique suffisant.

Anomalie de la glycorégulation

Les crises d'hypoglycémie fonctionnelle post-prandiale sont dues à un excès d'apport en glucides d'absorption rapide : une adaptation du régime diététique et la suppression des sucres rapides tels que du miel, de la confiture et des boissons sucrées permet de les prendre en charge.

Ingestion de liquide

La prise des boissons au cours des repas, potage, liquide, boisson gazeuse, sucrée, ou brûlante doit être limitée. Après gastrectomie, ces liquides inondent rapidement l'intestin grêle et sont responsables de nombreuses manifestations symptomatiques. Il faut privilégier une alimentation solide et limiter les prises de boissons à de l'eau.

Prise en charge diététique après gastrectomie totale

Après gastrectomie totale, le bol alimentaire passe immédiatement dans l'intestin grêle. L'arrivée d'enzymes pancréatiques et de sucs biliaires est tardive. L'alimentation d'un patient gastrectomisé nécessite une prise en charge adaptée, associant une limitation des sucres rapides, des régimes hyper-protidiques et à forte composition en glucides lents fractionnés. Une supplémentation orale en nutriment et en vitamine (Acide folique, vitamines B12, B2) est souhaitable.

Indications des réopérations après une intervention gastrique

Après gastrectomie partielle, un ulcère anastomotique rebelle à un traitement médical continu et ou le diagnostic d'un cancer de l'estomac sont justiciables d'une réintervention chirurgicale. Le geste chirurgical consiste en une dégastro-gastrectomie avec anastomose grêle au niveau de l'œsophage. Lors de la mise en évidence des troubles fonctionnels, il est impératif de bien étudier le geste chirurgical qui a été réalisé afin de s'assurer de l'absence de malfaçons dans le rétablissement de la continuité digestive. Une réintervention chirurgicale pour troubles fonctionnels n'est jamais indiquée, celle-ci étant toujours vouée à l'échec.

