

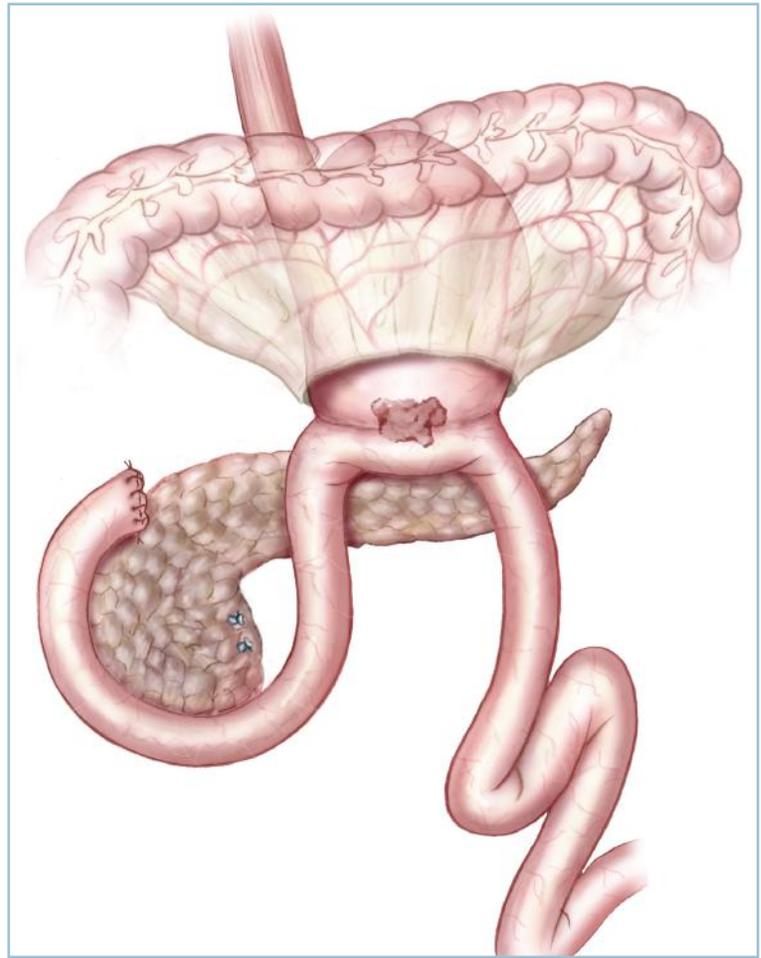
# Dégastro-gastrectomie

P. LOZAC'H

**L**a dégastro-gastrectomie totale est une intervention indiquée pour adénocarcinomes sur moignon gastrique au niveau de l'anastomose dans la majorité des cas ou pouvant siéger en n'importe quel point de l'estomac restant, voire au niveau du cardia.

L'adénocarcinome sur moignon gastrique est une entité induite par le passage permanent des liquides bilio-pancréatiques sur l'anastomose gastro-jéjunale (Billroth 2) et peut apparaître une vingtaine d'années après une gastrectomie des 2/3 pour ulcère.

Il s'agit d'un cancer à développement longtemps local qui peut envahir les organes adjacents, le foie, le pancréas et le côlon transverse. La fréquence de l'adénocarcinome sur moignon gastrique est importante dans les régions où de nombreuses gastrectomies distales étaient pratiquées pour pathologies ulcéreuses. Nous allons décrire la technique de la dégastro-gastrectomie totale pour un adénocarcinome du moignon gastrique sur l'anastomose œso-jéjunale sans envahissement d'organes adjacents.



19.1 Dissection de l'anse en oméga.

L'intervention se fait par la reprise de la médiane sus- et trans-ombilicale qui doit être suffisamment longue pour que l'exposition de la cavité abdominale sus- et sous-mésocolique soit correcte. Une valve est placée au niveau de la partie supérieure de l'incision pour relever le bord costal et les berges écartées par un écarteur de Ricart ou de Gosset.

Le premier temps de l'intervention va bien sûr comporter l'exploration de la cavité abdominale avec la recherche d'une carcinose péritonéale et également la recherche d'envahissement d'organes limitrophes qui peuvent être réséqués avec la pièce opératoire lorsque cela est possible.

## DISSECTION DE L'ŒSOPHAGE

Nous avons l'habitude d'aborder la région hiatale dans un premier temps afin de s'assurer de la possibilité de faire une anastomose œso-jéjunale intraabdominale et de libérer également les adhérences fréquentes entre la face inférieure du foie et le moignon gastrique consécutives à la chirurgie précédente. Dissection des deux piliers du diaphragme. Dissection délicate

de l'œsophage et section des deux pneumo-gastriques. L'œsophage est alors mis sur un lac en tissu, ce qui va permettre la mobilisation de la pièce au cours de l'opération.

## Dissection de l'anse en oméga

Puisqu'il s'agissait de la majorité des cas de gastrectomies pour une pathologie bénigne, le chirurgien avait monté en règle générale l'anse en Y en transmésocolique et le premier temps de l'intervention va être de disséquer l'anse en oméga (figure 19.1) et l'estomac, permettant de retrouver l'anastomose gastro-jéjunale. Il est important dans ce temps d'éviter de blesser l'arcade de Riolan, ce qui pourrait entraîner une ischémie colique et la nécessité d'une exérèse du côlon transverse partielle.

Après cette dissection, on se retrouve avec une large brèche mésocolique et la partie distale de l'estomac et l'anse en oméga sont libres. Il est parfois nécessaire de passer au-dessus du mésocôlon transverse pour parfaire cette dissection et avoir une liberté totale de l'anastomose gastro-jéjunale.

## SECTION DES ANSES AFFÉRENTE ET EFFÉRENTE

Nous faisons alors une incision du péritoine du mésentère de l'anse afférente et de l'anse efférente (*figure 19.2*) en respectant les vaisseaux et l'on peut pratiquer la section de l'anse afférente à la pince linéaire coupante qui est très pratique dans ce cas. Il faut sectionner cette anse, environ à 3 cm sous l'anastomose gastro-jéjunale, pour préserver suffisamment de jéjunum pour le rétablissement de la continuité. La même technique est appliquée à l'anse efférente entre 3 et 5 cm sous l'anastomose gastro-jéjunale. Il faut en effet remarquer que les adénocarcinomes sur moignon gastrique ont un développement particulièrement sur le versant gastrique et qu'il n'est pas utile de faire une grande exérèse jéjunale.

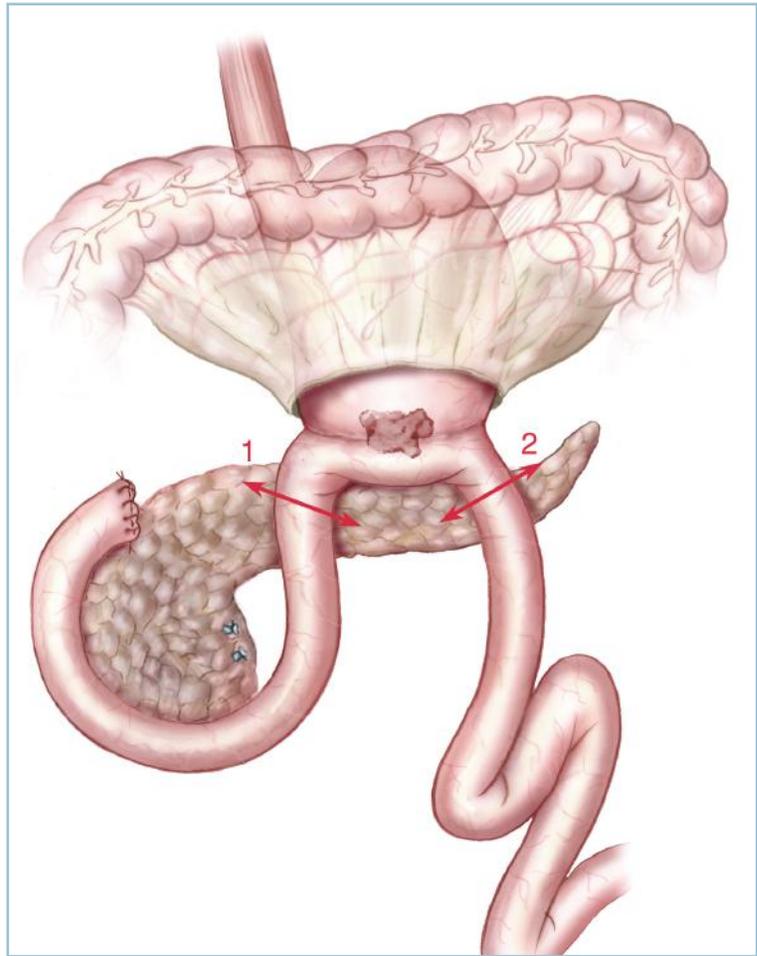
## ABORD DU PÉDICULE CORONAIRE STOMACHIQUE

L'estomac étant libéré de l'anse jéjunale, on va commencer la dissection du moignon gastrique qui va être de difficulté variable selon l'importance de la tumeur et ses adhérences aux organes adjacents. On se porte dans l'arrière cavité des épiploons et on libère la tumeur de la face antérieure du pancréas à laquelle elle adhère souvent, sans pour autant représenter une infiltration néoplasique. Il est parfois nécessaire cependant de réséquer la capsule pancréatique.

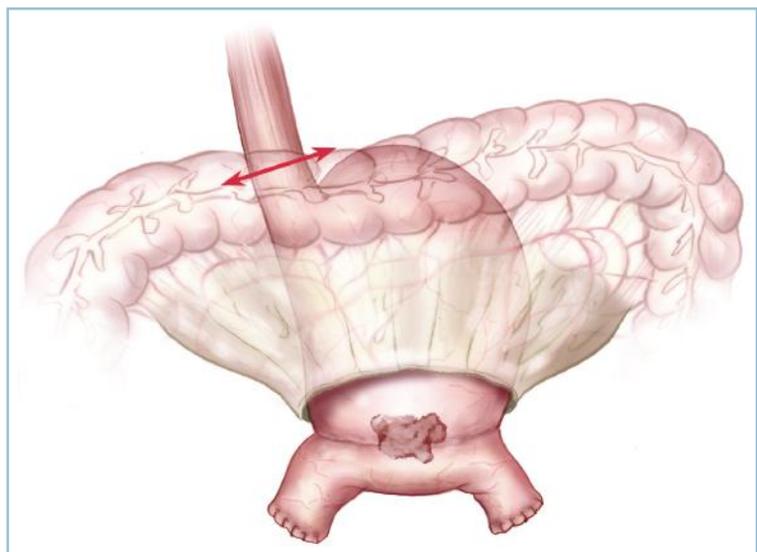
## DISSECTION DU PÉDICULE CORONAIRE STOMACHIQUE

On sectionne l'artère et la veine à leur origine au fil résorbable n° 1 pour permettre l'exérèse des ganglions des stations 7 de la classification japonaise. Au niveau de la grande courbure, on procède à la section des vaisseaux courts, soit entre ligatures, soit entre les clips ou par section des vaisseaux au bistouri ultra sonore ou *Ligasure*. Assez souvent, la tumeur a un développement local important et des connexions du moignon gastrique avec la rate imposent d'inciser le péritoine du méso-gastro-postérieur et de sectionner le pédicule splénique (artère et veine) aux ligatures n° 1 de fils résorbables, juste à l'extrémité de la queue du pancréas : la rate partira alors en monobloc avec le moignon gastrique.

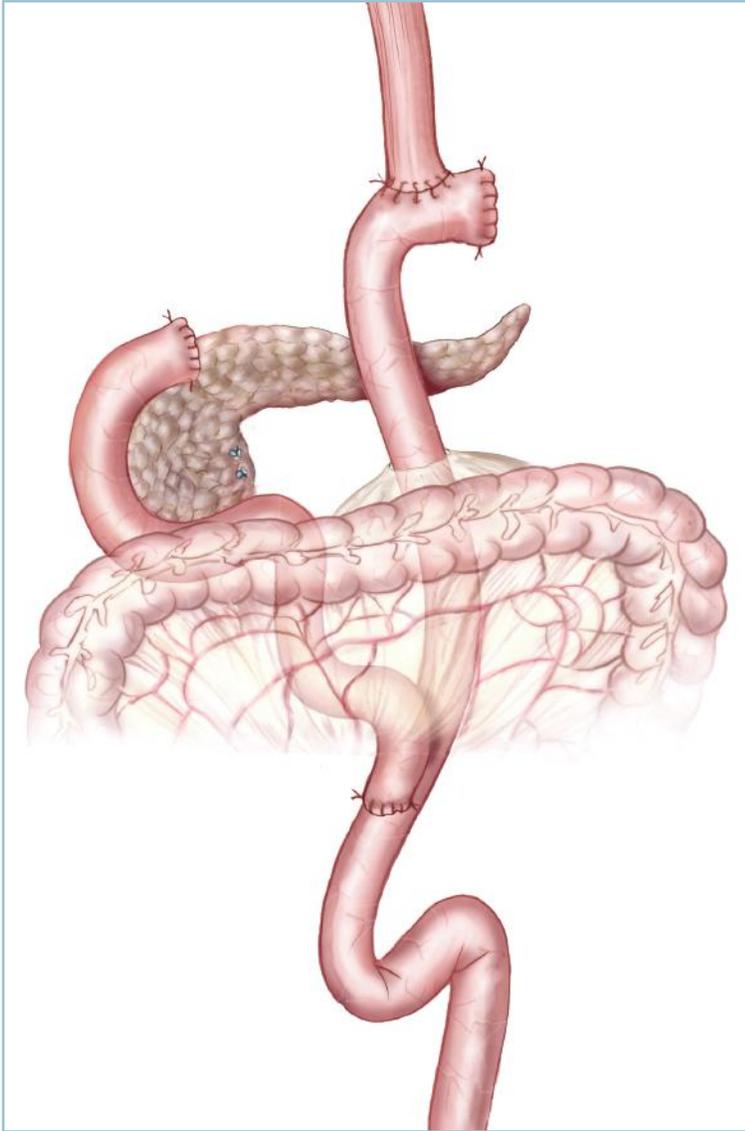
La dissection, soit par la section des vaisseaux courts, soit par le mésogastre postérieur, nous amène vers le



19.2 Section des anses afférente (1) et efférente (2).



19.3 Section de l'œsophage abdominal.



**19.4** Anastomose œso-jéjunale sur l'anse efférente. Rétablissement de continuité à 70 cm en aval.

pillier gauche du diaphragme et le ligament gastrophrénique qui sont sectionnés et l'on rejoint alors la dissection de l'œsophage préalablement pratiquée. Une pince Purstring ou ASP 50 va être appliquée sur l'œsophage qui est sectionné en aval de cette pince et la pièce peut être réséquée (*figure 19.3*).

## RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ

Le rétablissement de la continuité (*figure 19.4*) va être identique à celui décrit dans le chapitre des gastrectomies totales par une longue anse en Y, très souple, de 70 cm de long, qui peut être repassée dans la large brèche mésocolique qui avait été pratiquée au cours de l'exérèse du moignon gastrique et qui va être refermée et solidarisée à l'anse montée. Nous pratiquons en règle générale une anastomose œso-jéjunale termino-latérale à la pince mécanique n° 25 introduite par l'extrémité de l'anse en Y, extrémité qui sera fermée par une ligne d'agrafes TA 55.

## ANASTOMOSE AU PIED DE L'ANSE

Nous utilisons l'anse afférente de l'anse en oméga, préalablement pratiquée au cours de la gastrectomie précédente, que nous allons venir anastomoser 70 cm sous l'anastomose œso-jéjunale, de façon latéro-latérale, l'anse ayant été fermée par une ligne d'agrafes par deux surjets de fils résorbables 3/0.

## LAVAGE ET DRAINAGE

On utilise un drain en Silastie n° 25 sous-hépatique drainant l'anastomose œso-jéjunale.

Redon dans l'hypochondre gauche dans la mesure où la rate a été réséquée avec la pièce. Fermeture de la paroi par un surjet de Vicryl. Agrafes et fils sur la peau.

## SOINS POSTOPÉRATOIRES

L'anastomose œso-jéjunale est contrôlée par un TOGD au sixième jour postopératoire. Si elle est étanche, l'alimentation est progressive ; le drain est retiré le lendemain du début de l'opération.