Complications après oesophagectomie

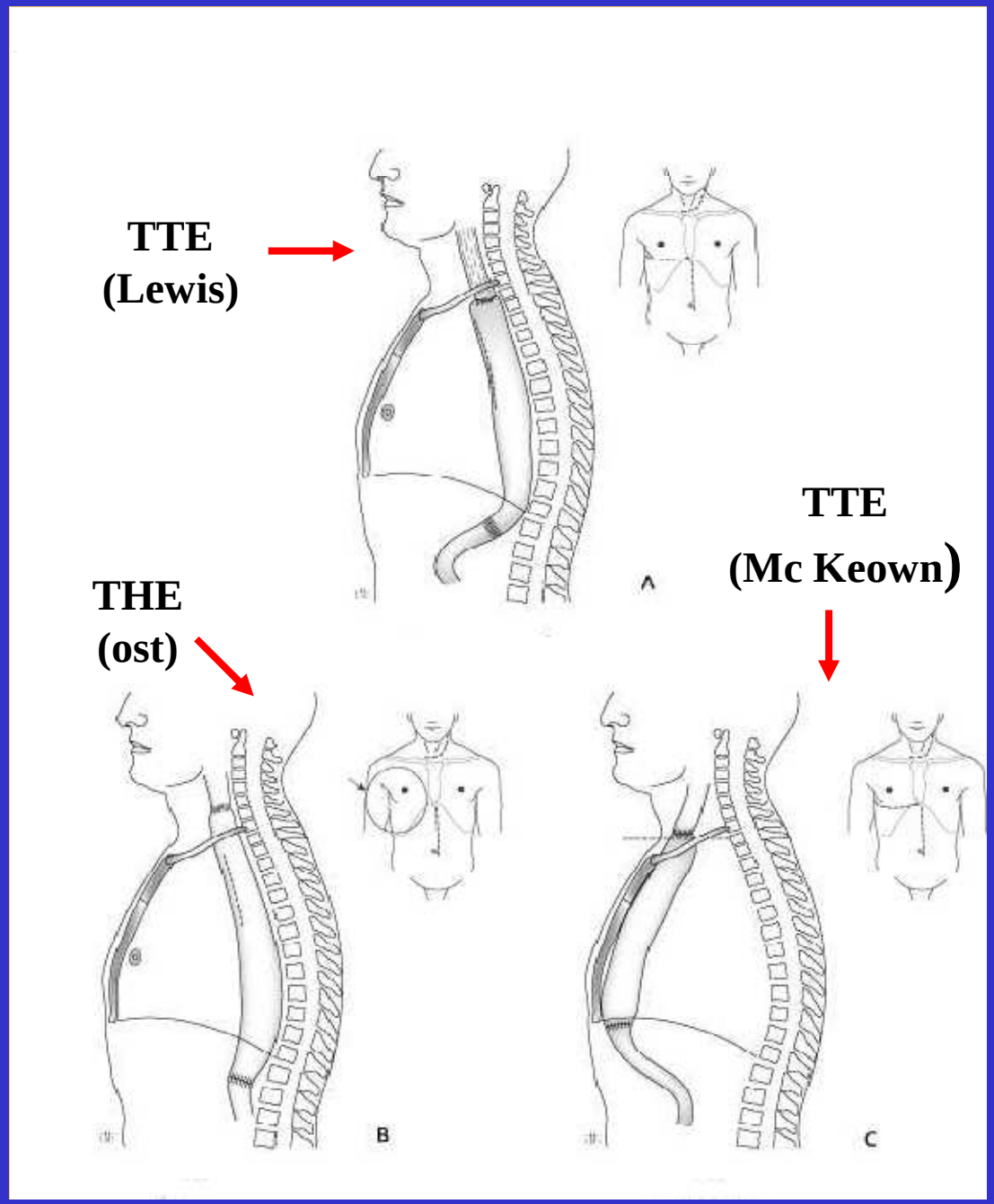
A Sauvanet

(mes remerciements à Ch Mariette,
CHRU de Lille)

Vous êtes autorisé à consulter ce document mais vous ne devez en aucun cas le télécharger ou l'imprimer.

Introduction

- Chirurgie = principal traitement K œsophage
- Différentes approches:
  - abdominale +/- thoracique ou cervicale
  - fonction localisation tumorale et expérience du chirurgien
  - THE ou TTE ++
- Reconstruction digestive : estomac ++
- Chirurgie à haut risque avec morbi-mortalité ++


TTE
(Lewis)
TTE
(Mc Keown)
THE
(ost)
A
B
C

Complications après oesophagectomie

- **Complications anastomotiques**
  - **Fistule anastomotique**
  - **Nécrose de plastie**
  - **Sténose anastomotique**
- **Chylothorax**
- **Complications « chirurgicales » à expression respiratoire**
  - **Traumatisme récurrentiel**
  - **Gastroplégie**
  - **Hernie diaphragmatique**
  - **Fistule oeso-trachéale**

Fistule :

Incidence 3 - 30% (±10% thorax ; ± 20% cou)

Facteurs favorisants

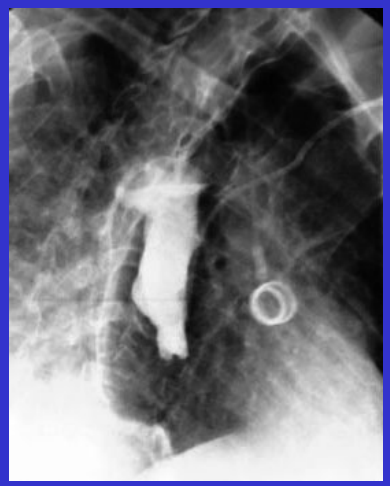
- absence de séreuse au niveau de l'œsophage
- orientation longitudinale des fibres musculaires
- dénutrition
- tension sur l'anastomose aggravée par la gastroparésie
- vascularisation de la plastie
- technique de l'anastomose* (semi-mécanique)
- localisation de l'anastomose (cervicale, compression) **
- expérience du chirurgien

*law ann surg 1997, collard ann thorac surg 1998, ** mariette ann thorac surg 2004

Fistule

Détection

- ++ dans les 7-10 jours postopératoires *
- opacification aux hydrosolubles, (normale dans 20% des cas**) ou endoscopie ; anast.cervicale = clinique
- TDM avec hydrosolubles (faux negatif ± 10%)
- plus précocement devant tout symptôme non expliqué
- symptômes :
  - fièvre, hyperleucocytose, tachycardie, cellulite, abcès de paroi, douleurs thoraciques
  - hypotension, dyspnée, état de choc
- modifications du liquide de drainage ou épanchement pleural
- fistule intrathoracique = gravité
- Fistule cervicale = habituellement non grave



*Sauvanet, Mariette J am coll surg 2005
**Sauvanet Br J Surg 1997

Fistule anastomotique

Traitement

- asymptomatique + fistule extériorisée par le système de drainage = traitement médical
- anastomose cervicale + signes de fistule = reprise pour drainage + appréciation vitalité plastie
- fistule cervicale simple = drainage, diète, soins locaux
- fistule thoracique a minima = sonde naso-gastrique, NPT ou NEC, drainage percutané, ± stent couvert

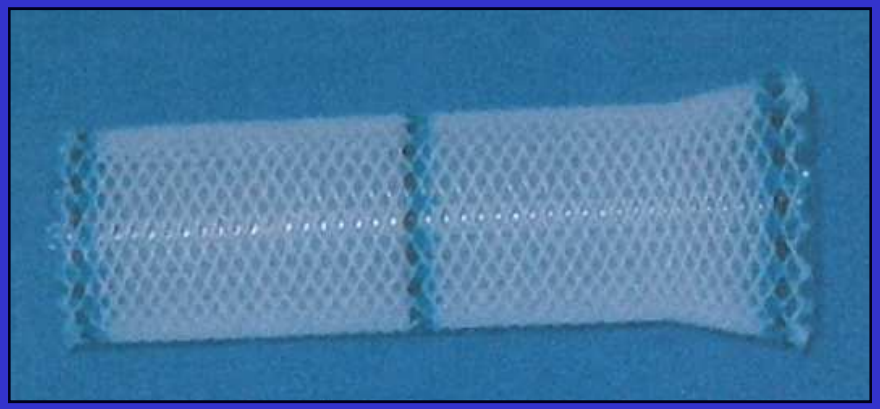
Fistule intra-thoracique mal tolérée : traitement « à l'ancienne »

- réanimation avec réintervention en urgence par thoracotomie
- réexploration : débridement, évacuation des liquides infectés, inspection
- patient instable, nécrose étendue de plastie, fistule large:
  - oesophagostomie avec ablation de la portion gastrique nécrosée + gastrostomie + jéjunostomie
  - mortalité > 50%
  - rétablissement ultérieur de la continuité : au mieux 30-50%
- tissus viables chez patient stable:
  - suture du défect (si fistule précoce) + ou intubation par drain de Kehr en T
  - drainage large et approprié
  - résultats ?

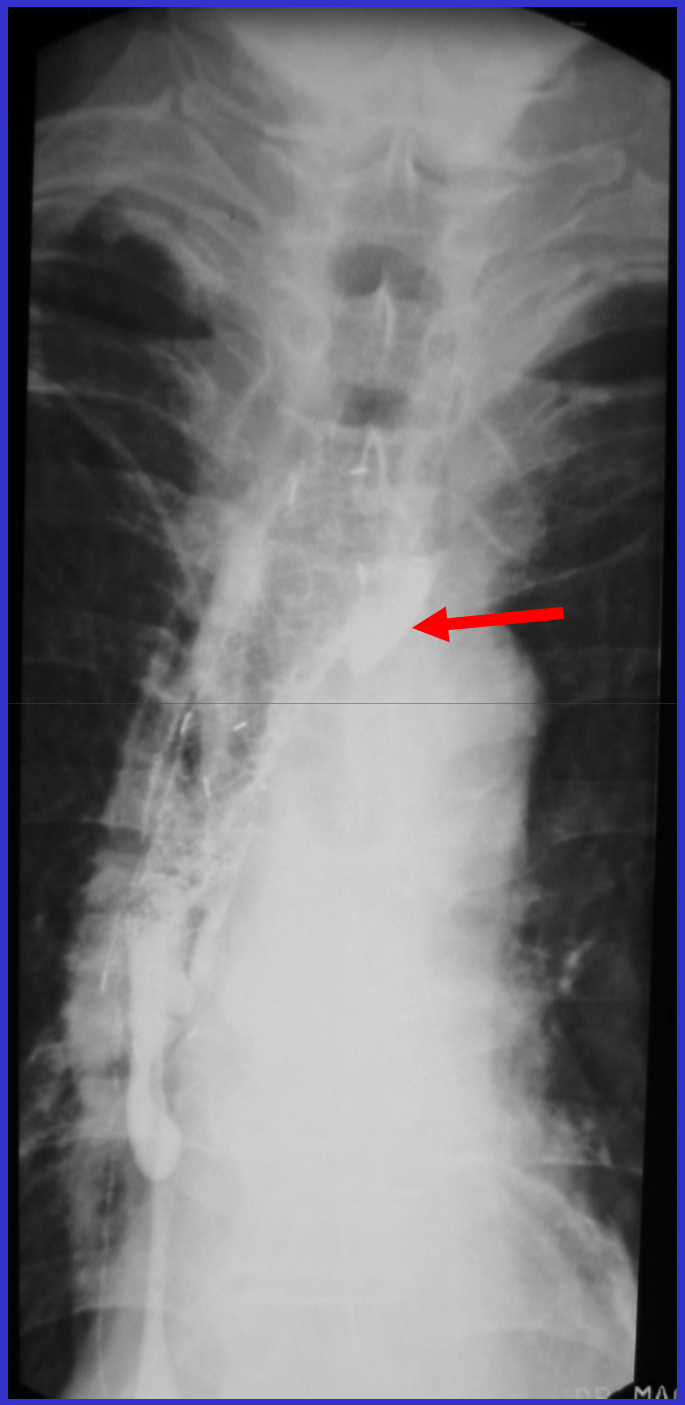
*** hunerbein ann surg 2004, mariette gastroenterol clin biol 2005**

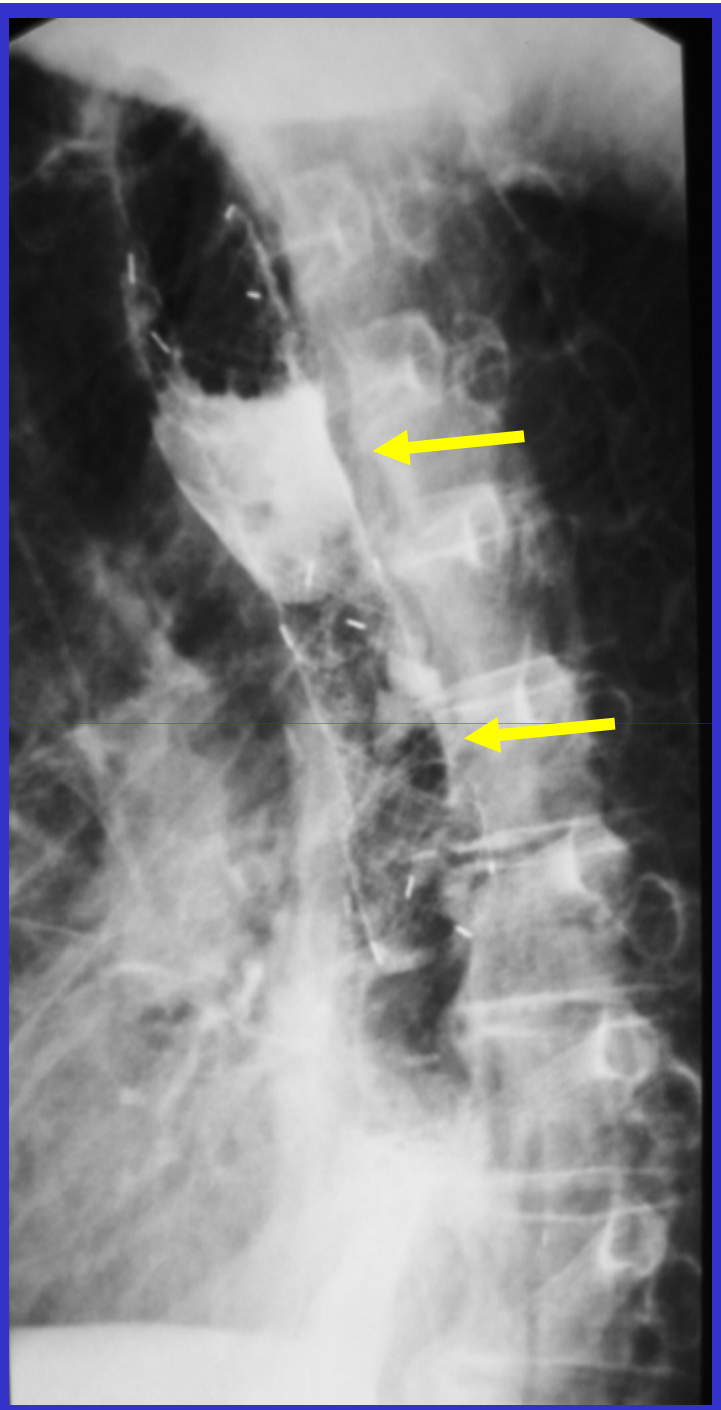
Fistule intra-thoracique mal tolérée : traitement « moderne »

- Réanimation
- TDM pour éliminer/drainer une collection /pleurésie purulente
- Endoscopie pour éliminer une nécrose de plastie
- Mise en place d'une prothèse couverte auto-expansible extractible
- efficacité = 60-70% (guérison du patient)
- risques : décès, MOF, complications NPT, complications stent



Hünerbein, Ann Surg, 2004, 240: 801-807.
Doniec, Endoscopy 2003, 35; 652-658.
Schubert, Gastrointest Endosc 2005; 61:891-6
Mariette gastroenterol clin biol 2005





Effet du stent sur la fistule

1) La moitié des fistules traitées par stent couvert guérissent en un mois, et la quasi-totalité en 2 mois

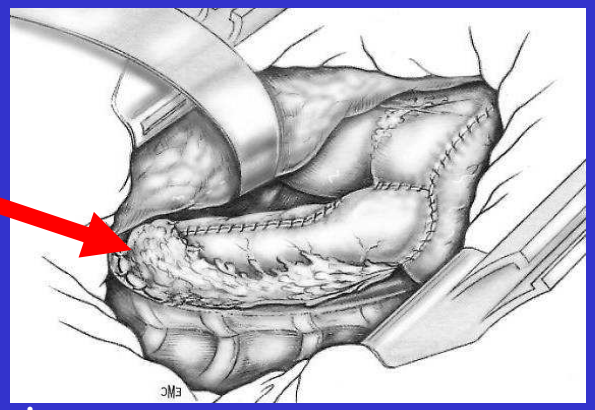
2) Certains autorisent la réalimentation dès le stent posé et la fistule « bouchée » au TOGD

3) Le risque de réouverture secondaire est très faible

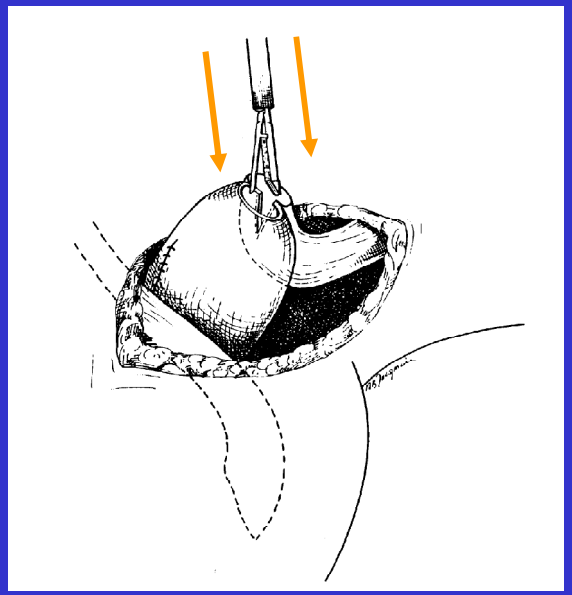
Hünerbein, Ann Surg, 2004, 240: 801-807.
Doniec, Endoscopy 2003, 35; 652-658.
Schubert, Gastrointest Endosc 2005; 61:891-6

Fistule : prévention

- Prendre la totalité +++ de la paroi oesophagienne
- Anastomose thoracique
  - test au bleu
  - Suspension
  - Épiplooplastie



- anastomose cervicale
  - pour certains : résection du ligament ou de l'articulation sterno-claviculaire homolatéraux *
  - anastomose latéro-latérale semi-mécanique **
- jéjunostomie
  - si dénutrition
  - anastomose cervicale



* orringer jtcs 1975, ** collard ann thorac surg 1998

Nécrose de plastie

Incidence 1% à 5%

Mécanismes

- FDR = ceux de la fistule mais aussi
- torsions de plastie lors de leur ascension
- insuffisances vasculaires intrinsèques par athérosclérose
- erreurs techniques : défaut d'agrandissement du hiatus

Nécrose de plastie

Détection

- symptomatologie précoce souvent pauvre
- évolue rapidement vers un tableau très bruyant de choc septique
- présentations atypiques: DTS, SDRA
- diagnostic et prise en charge précoces +++
  - *TDM avec injection*
  - *Fibroscopie « prudente »*
  - *Réintervention diagnostique*

Nécrose de plastie

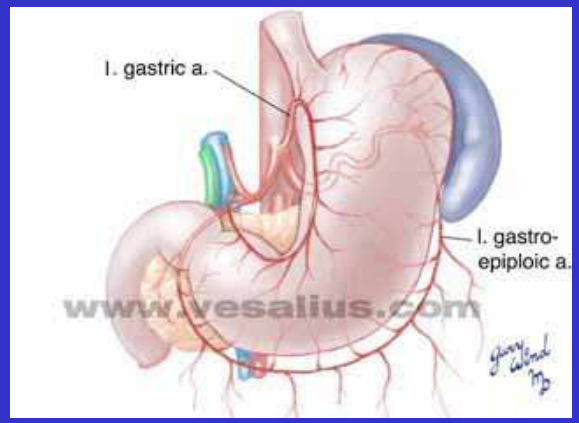
Traitement

- réintervention chirurgicale
- selon étendue de la nécrose et gravité du tableau clinique :
  - exérèse complète de la plastie avec oesophagostomie cervicale, débridement et drainage extensifs
  - si nécrose incomplète, démontage avec réintroduction de la plastie dans l'abdomen
  - gastrotomie + jéjunostomie

Nécrose de plastie

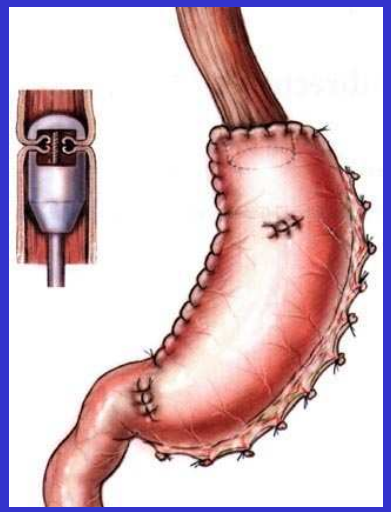
Prévention

- technique opératoire méticuleuse (libération et ascension de la plastie, ouverture et calibrage du hiatus)
- limitation des épisodes hypotensifs
- Lutte contre l'hypothermie
- Δ patients vasculaires très symptomatiques



Sténose

Incidence 1% à 50%



Mécanisme

- dans les mois suivants l'oesophagectomie
- recherche récidive locale ++ *
- ++ après fistule
- facteurs de risque
  - ceux des fistules
  - taux albumine bas
  - pertes sanguines élevées
  - anastomoses mécaniques circulaires (surtout Ø = 21 ou 25)**
  - radiothérapie
- en l'absence de récidive, les sténoses tardives sont généralement secondaires à un reflux ***

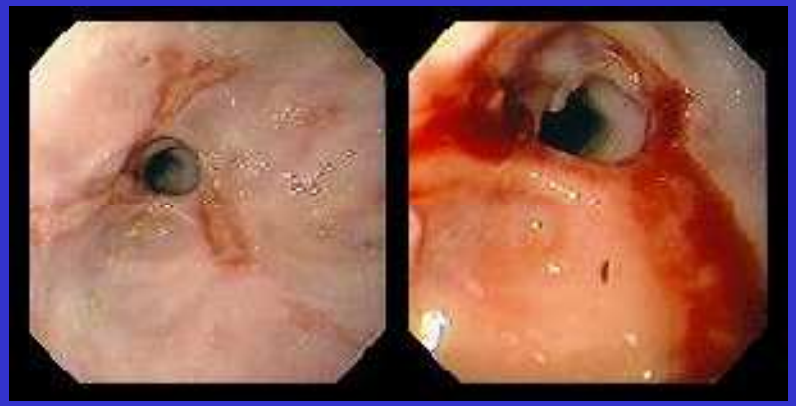
* mariette cancer 2003, ** walther ann surg 2003, law ann surg 1997, *** dewar am j surg 1992

Sténose

Détection

- blocages alimentaires
- transit baryté
- endoscopie (biopsies profondes)

Sténose



Traitement

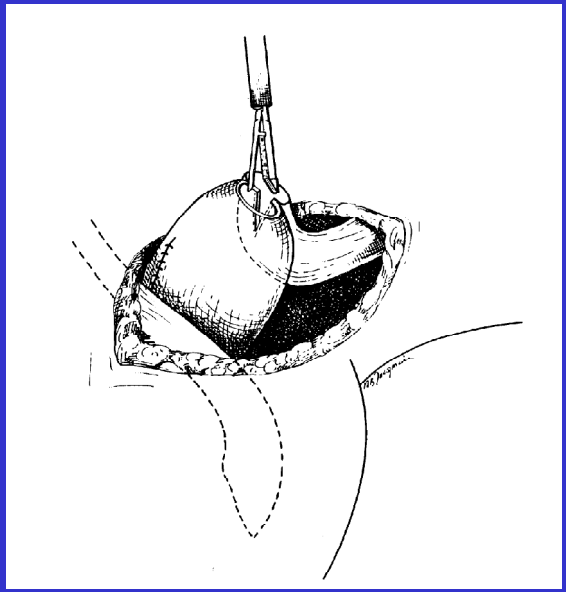
- dilatations endoscopiques
- diamètre anastomotique ↑ de taille spontanément avec le temps après la première année *
- sténose sévère:
  - prothèse plastique extractible
  - plastie anastomotique d'élargissement
  - réfection de l'anastomose (seulement cou)

* walther ann surg 2003

Sténose

Prévention

- anastomose sans tension
- plastie bien vascularisée
- anastomoses latéro-latérales semi-mécaniques *
- IPP au long cours **



* singh ann thorac surg 2001, **lerut dig surg 2002

Hémorragie

Incidence 3% à 5%

Mécanisme

- source de l'hémorragie variable
- lésions non vues ou mal contrôlées
- rate, veine azygos, vaisseaux intercostaux, grand épiploon, vaisseaux coronaires stomachiques ou parenchyme pulmonaire
- lésions par traction du cœur et du péricarde (V pulm.)
- plaies des Vx diaphragmatiques (pilier droit, hiatus)

Diagnostic habituellement précoce (12-24 heures)

Hémorragie

Traitement

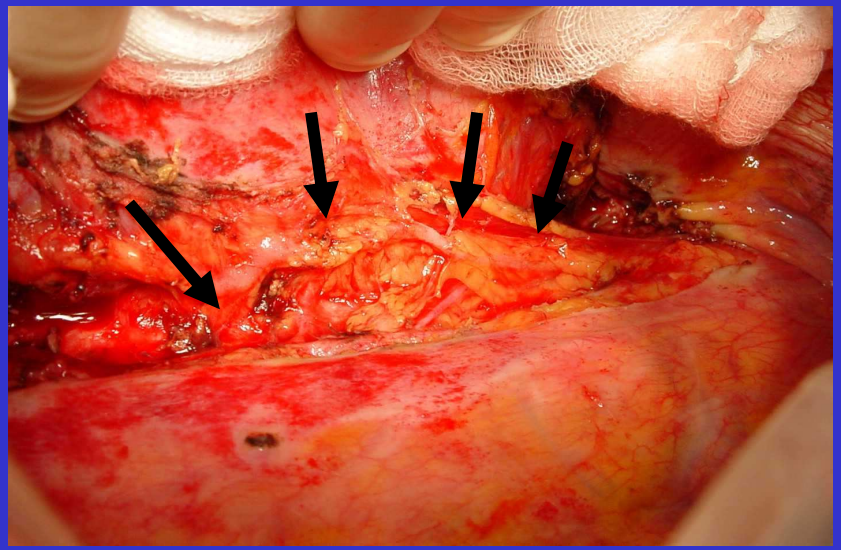
- réanimation avec transfusion de culots globulaires et correction des troubles de coagulation
- compartiment à réexplorer en général évident (Δ pilier)
- Δ préservation intégrité arcade vasculaire de la plastie
- traitement adapté au siège et à l'étiologie du saignement

Chylothorax : Incidence 3%

Mécanisme

- plaie ou section du canal thoracique *
- canal thoracique accessoire
- Δ peut survenir dans tout type d'oesophagectomie
- au contact œsophage, aorte et corps vertébraux

  ⇒ peut être blessé lors de la dissection



* wemyss-holden br j surg 2001

Chylothorax

Détection

- fluide d'aspect laiteux, riche en chylomicrons et en lymphocytes dans le liquide pleural (abdominal)
- débit de la fuite chyleuse et taux de chylomicrons ↑ par l'alimentation (doser aussi TG, lymphocytes)
- dg: (après période réfractaire initiale)
  - inspection du liquide de drainage
  - présence épanchement pleural sur RP
  - débit élevé dans le système de drainage > J4
  - majoration épanchement pleural dans la semaine postopératoire
- lymphoscintigraphie +/-
- Test à la crème fraiche

Chylothorax

Traitement

- 50% des fuites chyleuses peut être traitée de façon conservatrice (diète + parentérale TCM)
- somatostatine
- sympathomimétique (Etilefrine®)*

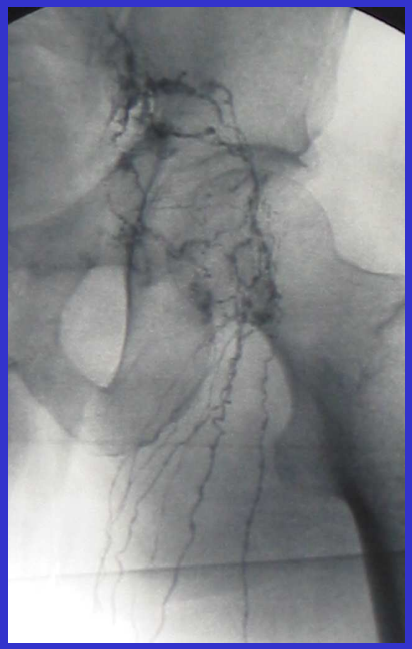
résultat incertain et prolonge durée d'hospitalisation

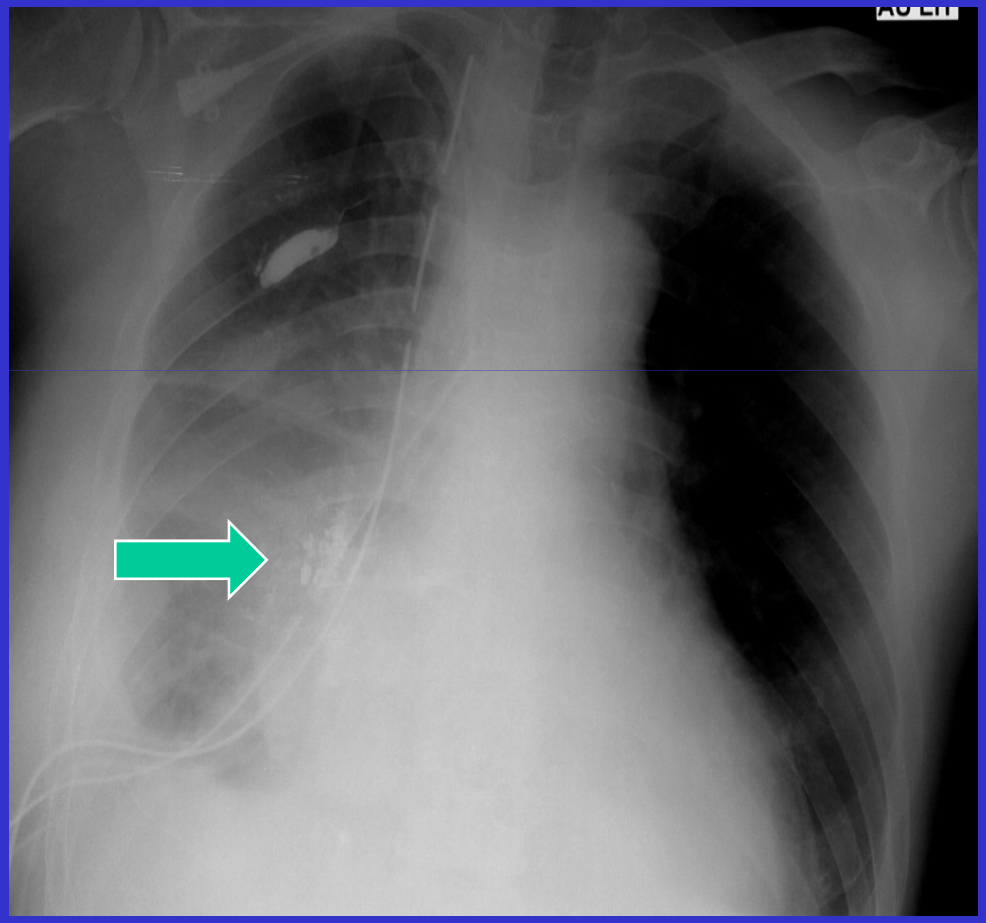
- embolisation du canal thoracique (dont lymphographie)
- en cas de non réponse rapide et spectaculaire au traitement médical (2 à 3 j)
  ⇒ réintervention chirurgicale:
  - thoracotomie droite
  - identification du site de la fuite chyleuse
  - au mieux aidée par l'absorption de crème +/- bleu de méthylène
  - ligature en masse du canal thoracique à sa partie basse

< 10 ml/kg/j

* triboulet dis esophagus 1999, Dugue Br J Surg 1997

Lymphographie pédieuse



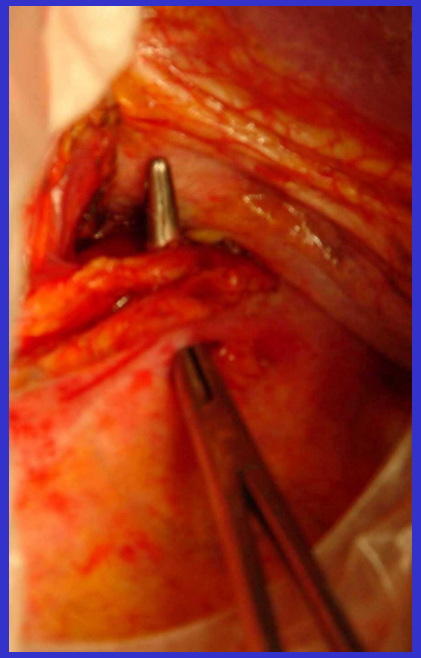


Chylothorax

Prévention :

ligature prophylactique canal thoracique :

- élective
- ligature en masse * : Pour limiter le risque de fuite si variation anatomique



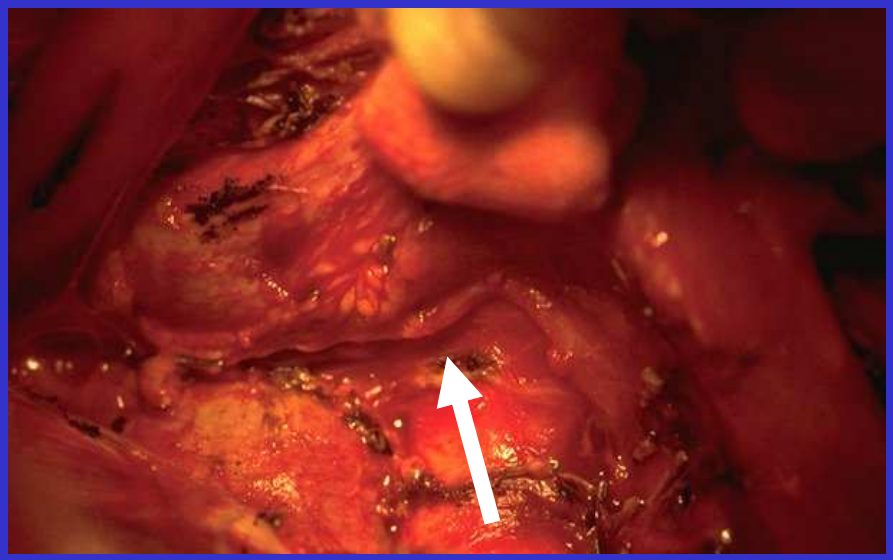
*** Sauvanet ann chir 2002**

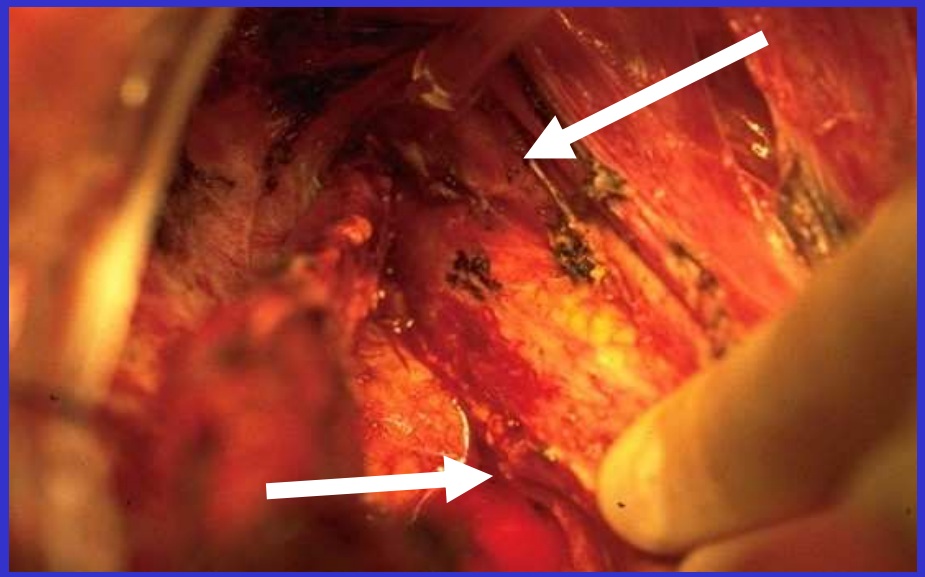
Traumatisme nerf recurrent

Incidence 10% à 20%

Mécanisme

- contusion ou section du nerf laryngé récurrent lors de la dissection cervicale ou médiastinale supérieure
- majorée en cas de curage 3 champs vs 2 champs diffusion du courant électrique monopolaire au contact
- lésion le plus souvent G, mais aussi Dte ou…bilatérale





Traumatisme nerf recurrent

Conséquences – diagnostic

- dysphonie – troubles déglutition –fausses routes – pneumopathie

  – indirecte par opacification dynamique de la déglutition
  – directe par laryngoscopie

  – Mais intubation périopératoire → oedème

Traumatisme nerf recurrent

Traitement

- aérosols de corticoïdes
- rééducation vocale
- médialisation temporaire (injection de graisse, Gelfoam®) en attendant récupération spontanée (3/4 des cas)
- en cas d'échec, médialisation permanente par prothèse

Traumatisme nerf recurrent

Prévention

Thorax

- La dissection au niveau du défilé thoracique doit se faire au contact de l'œsophage, à Gauche et à Droite
- éviter électrocoagulation monopolaire

Cou

- Éviter toute traction forcée
- Éviter dissection poussée à l'aveugle du compartiment récurrentiel
- Éviter électrocoagulation monopolaire

Troubles de la vidange gastrique

Incidence 5% à 10%

Mécanisme

- secondaires à la vagotomie (pylorospasme) et aux modifications anatomiques
- après intervention de Lewis-Santy : longueur excessive de la plastie en sus-diaphragmatique

Troubles de la vidange gastrique

Détection

- vomissements itératifs après ablation de la sonde naso-gastrique à J5
- nécessitant repositionnement d'une aspiration gastrique
- distension de la plastie sur RP face

- Risque : pneumopathie d'inhalation

Troubles de la vidange gastrique

Traitement

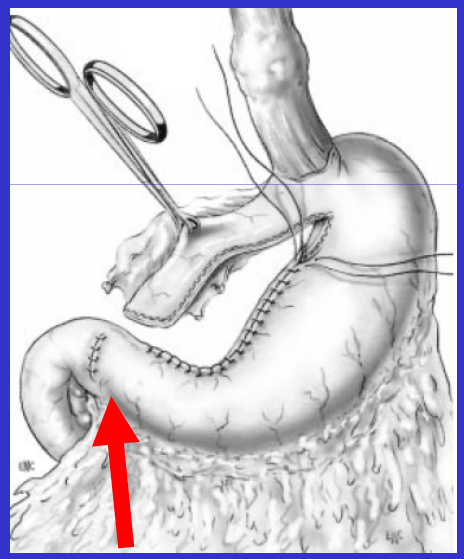
- aspiration digestive + verticalisation
- mobilisation précoce
- agent prokinétique (erythromycine)
- Antisecrétoire

- Dilatation endoscopique du pylore
- Exceptionnellement pyloroplastie

Troubles de la vidange gastrique

Prévention

- pyloromyotomie ou pyloroclasie *
- agent prokinétique **
- antisecrétoire de type IPP
- consultation de diététique



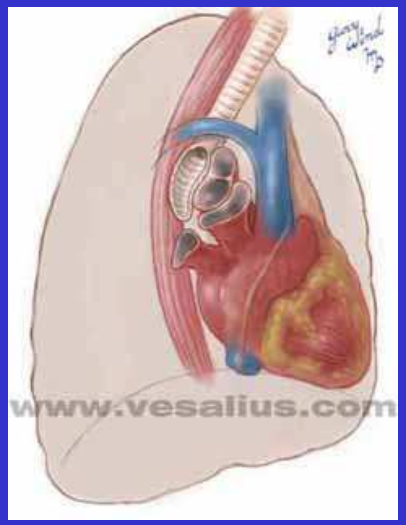
* law jacs 1997, urschel dig surg 2002,** burt jtcs 1996, collard ann surg 2001

Fistule oeso-trachéo-bronchique

Incidence 1% à 2%

Mécanismes

- traumatismes de la membrane trachéale postérieure *
- dissection transhiatale à l'aveugle, plus rarement en voie ouverte
- dissection d'une tumeur volumineuse, surtout après RCT**
- chute d'escarre de coagulation
- plaies liées à l'intubation trachéale



*Hulscher J thorac cardiovasc surg 2000
**Bartels, Dis Esophagus 1998

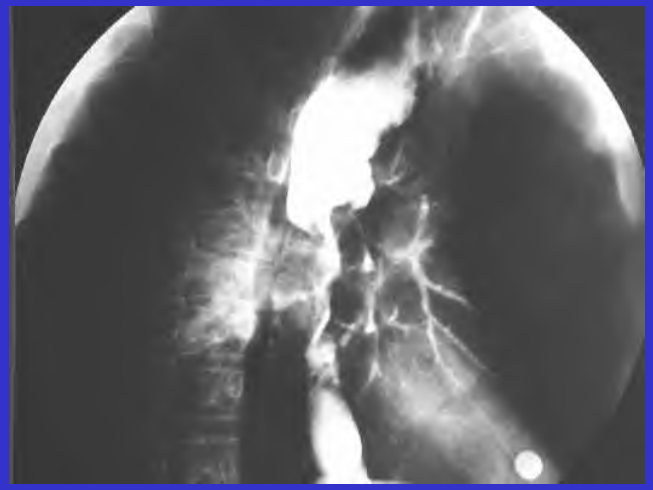
Fistule oeso-trachéo-bronchique

Détection

- bullage majeur persistant en postopératoire
- emphysème SC

⇒ trachéo-bronchoscopie/TDM

- fistules entre la plastie et la trachée ou les bronches
- à distance, abcès pulmonaire
  ou pneumopathie récidivante



Fistule oeso-trachéo-bronchique

Traitement

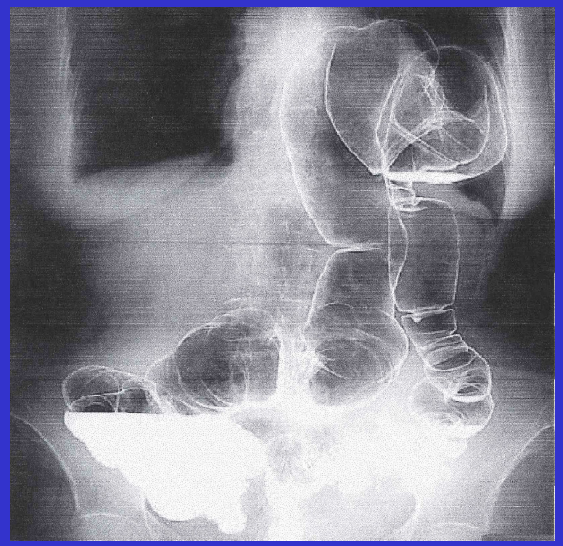
- Mal codifié
- Conservateur :
  - Endoprothése oesophagienne
  - endoprothèse trachéale, si techniquement possible ++
- Chirurgie :
  - par thoracotomie ++ ou sternotomie
  - sutures et interposition de tissu sain entre les structures digestives et respiratoires (muscle, poumon, plèvre/péricarde)
  - Sinon Torek + lambeau muscle sur trachée
- Dans les 2 cas : pressions ventilation basses, extubation rapide
- Mortalité = 50%

Hernie diaphragmatique

Incidence 0,2% à 6%

Mécanisme

- ++ colon transverse et grêle
- ++ voie THE
- élargissement orifice hiatal *, **

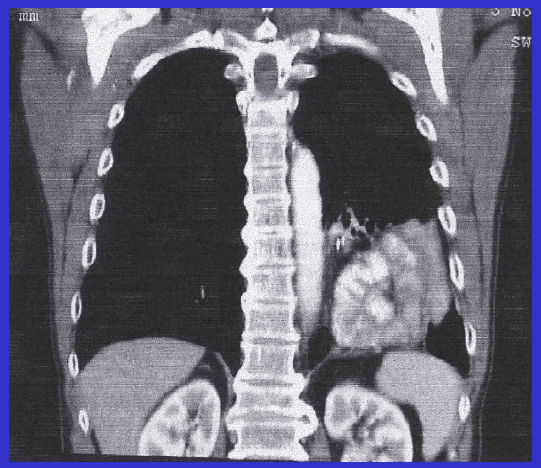


* mariette ann chir 2002, ** audebert ann chir 2005

Hernie diaphragmatique

Détection

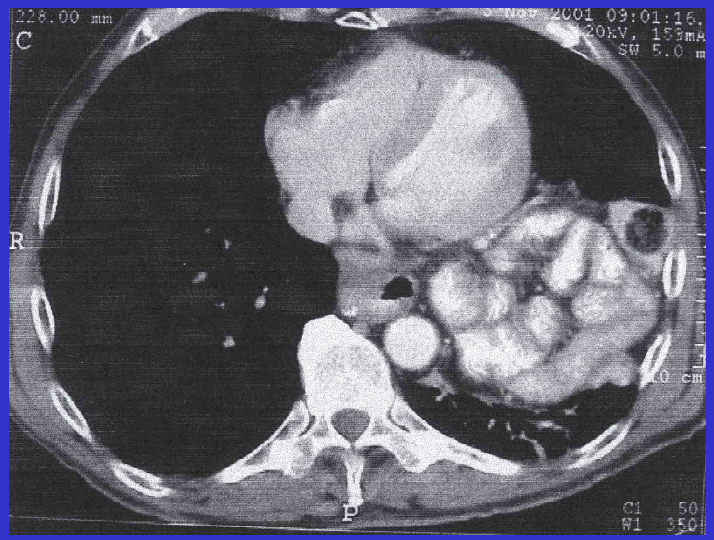
- asymptomatique, découverte fortuite
- dyspnée
- occlusion, douleurs thoraciques ou épigastriques, toux, nausées, vomissements, dysphagie, régurgitations, méléna, fièvre, impossibilité descente SNG
- RP ++: NHA



Hernie diaphragmatique

Traitement

- si symptômes, +/- urgence
- laparotomie (+/- thoraco si adhérences ++)
- réduction viscères herniés
- « réparation calibrante » hiatale
- Éviter ischémie de plastie ++



Hernie diaphragmatique

Prévention

- omentectomie : ↓ mobilité colique
- ouverture antérieure > latérale hiatus (cœur, médiastin) *, **
- fermeture calibrée hiatus après ascension plastie (3 travers de doigt)
- fixation segment digestif ascensionné aux piliers

* mariette ann chir 2002, ** audebert ann chir 2004

Conclusions

- intervention à haut risque
- effet volume démontré *
- Prévention : points techniques
- Diagnostic et traitement précoce : bonne collaboration chirurgien-réanimateur-radiologue-endoscopiste.
- Le chrirurgien joue aussi un rôle dans la prévention des complications respiratoires (récurrent,pyloroplastie, rapidité, temps abdo laparoscopique…)

* swisher jtcs 2000, dimick arch surg 2003, dimick ann thorac surg 2003, birkmeyer nejm 2003