

# Pathologies de l'estomac et œsophage



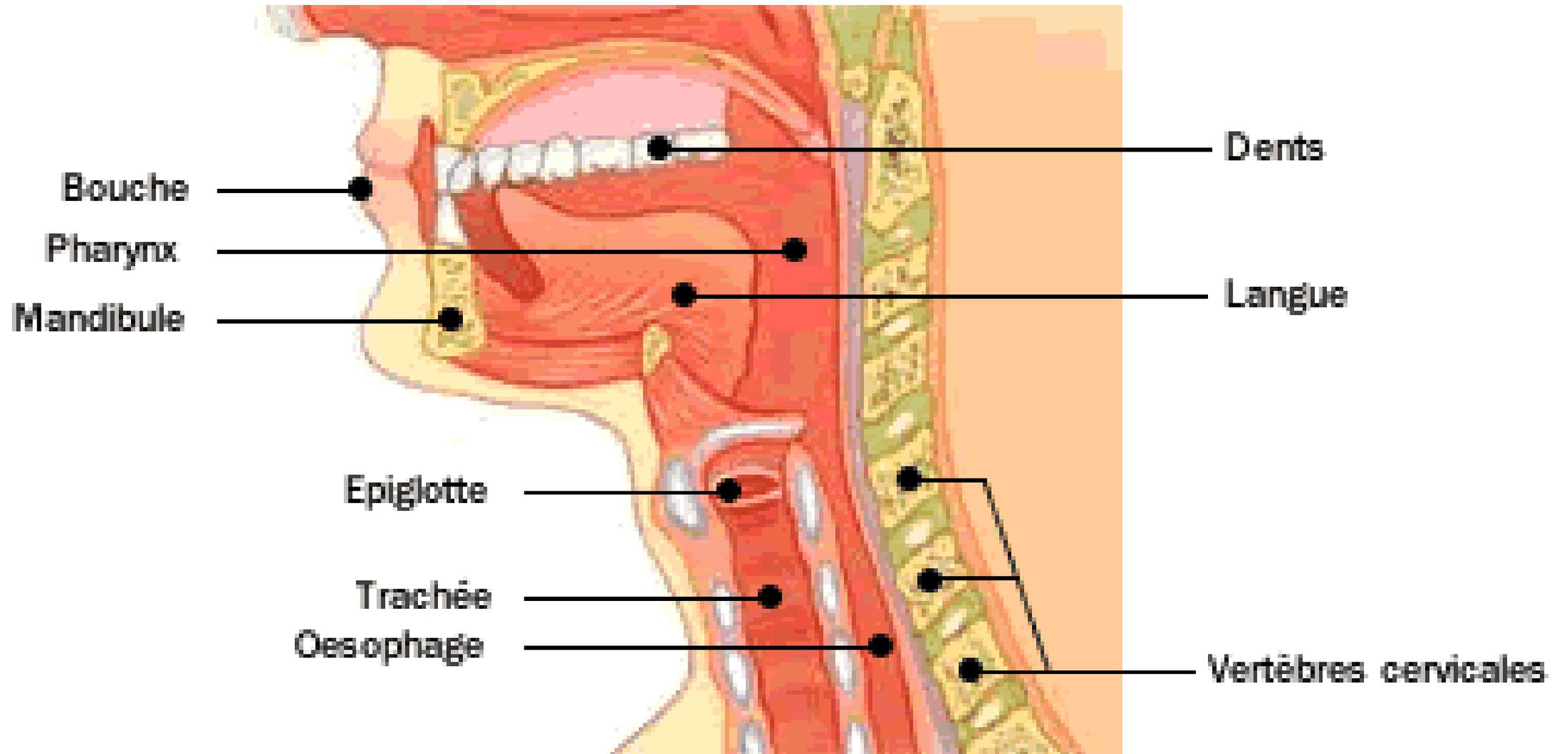
Janvier 2023

Pillièrre Olivier / Diététicien / CHU Montpellier

# Plan:

1. Rappel Anatomique
2. La déglutition
3. Mots clés
4. **Pathologies de l'estomac et alimentation**
  - 4.1. Gastrites
  - 4.2. Ulcères gastroduodénaux
  - 4.3. Tumeur de l'estomac
5. **Pathologies de l'œsophage et alimentation**
  - 5.1. Reflux gastro-œsophagien
  - 5.2. Œsophagites
    - 5.2.1 Œsophagites peptique
    - 5.2.2 Œsophagites sur ingestion chimique (surtout caustique)
  - 5.3. Hernie hiatale
  - 5.4. Mégaoesophage
  - 5.5. Cancer de l'œsophage

# 1. Rappel anatomique

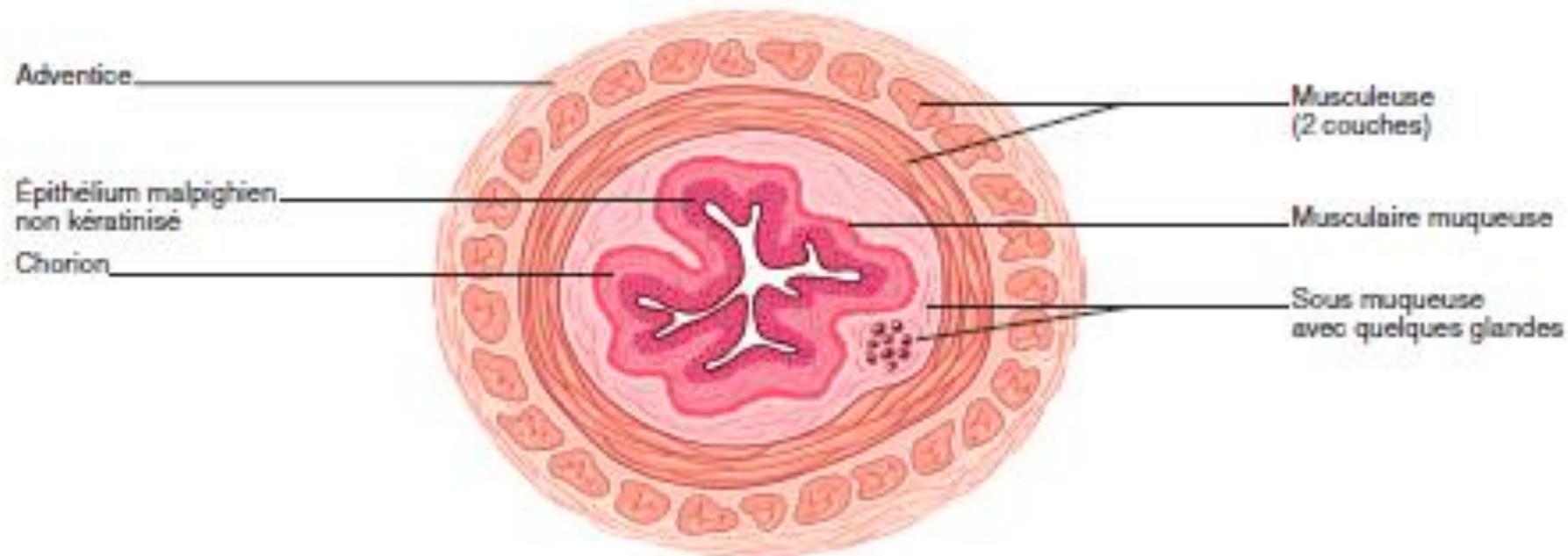


# 1. Rappel anatomique

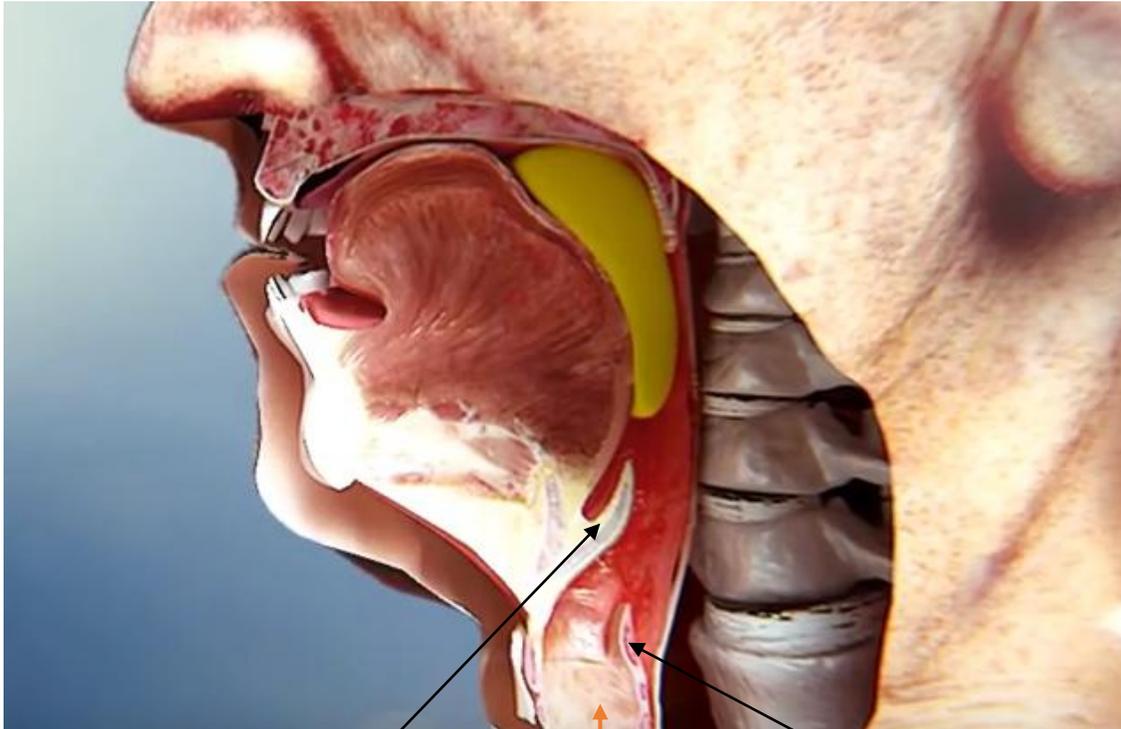
- L'œsophage est un tube musculaire flexible (longueur env 25cm). Sa paroi est épaisse de 3 mm et sa lumière est large de 2 à 3 cm. Entre les déglutitions, il est aplati d'avant en arrière.

Figure 1.6 : Coupe transversale de l'œsophage thoracique

Illustration : Carole Fumat



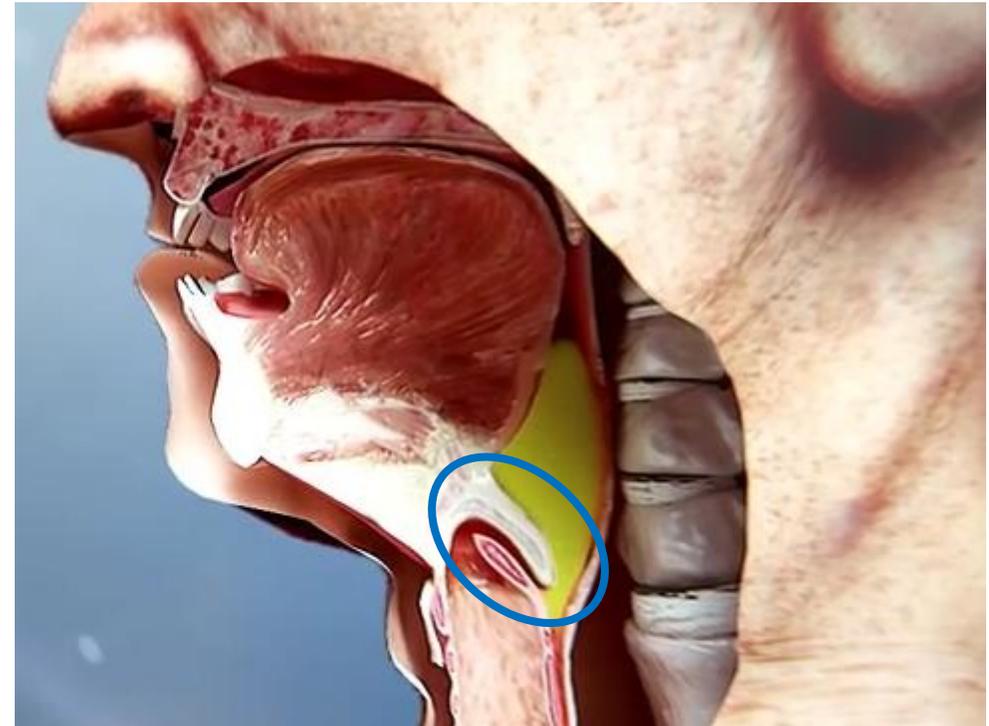
## 2. La déglutition



Epiglote

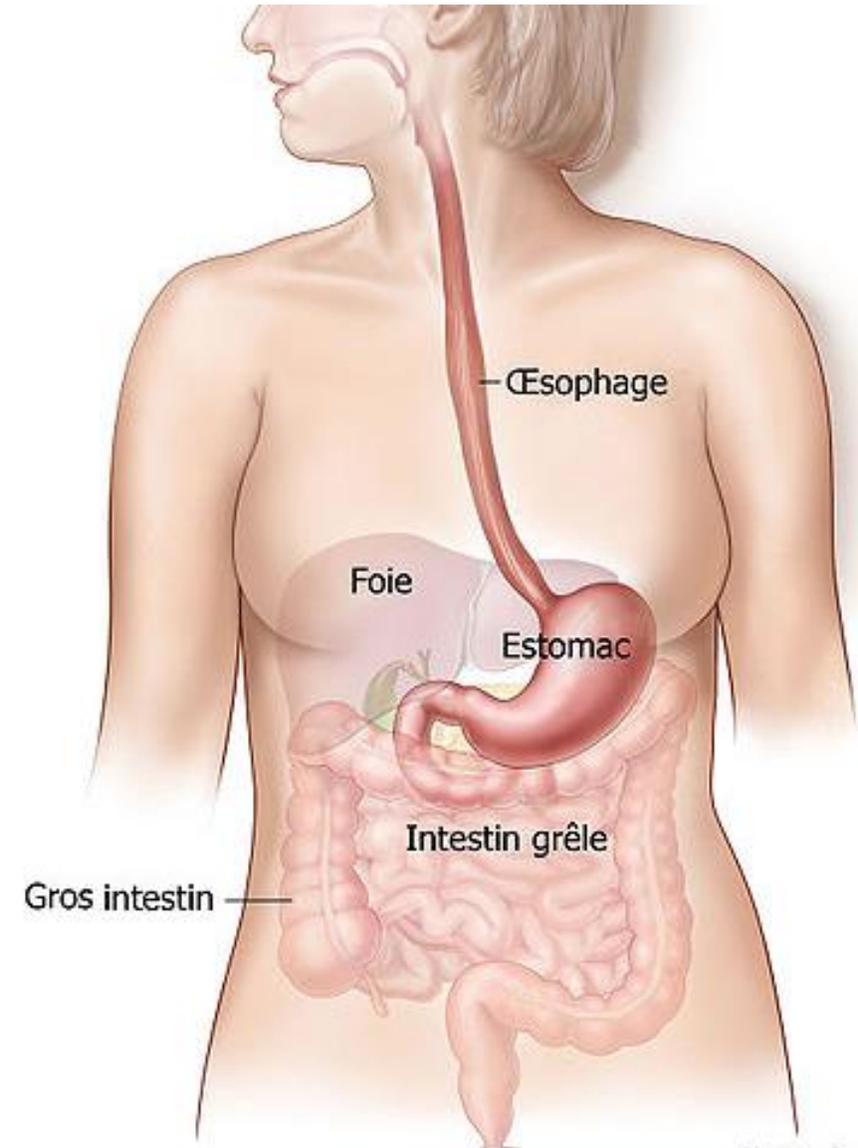
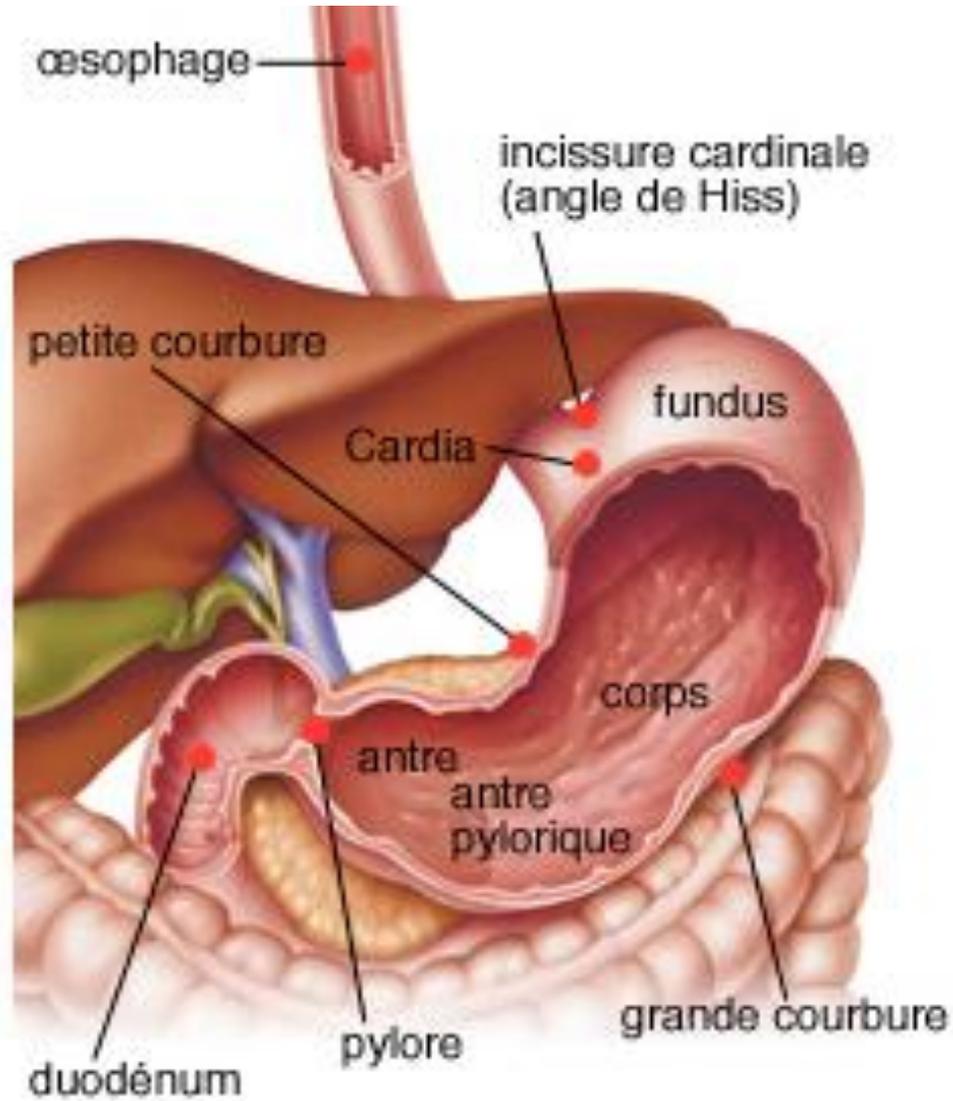
Trachée

Sphincter  
Œsophagien  
Supérieur  
(SOS)



Protection des voies respiratoires

# 1. Rappel anatomique



National Cancer Institute

# 1. Rappel anatomique

## Fibroscope gastrique: estomac normal



Antre et pylore



Pylore



Corps de l'estomac

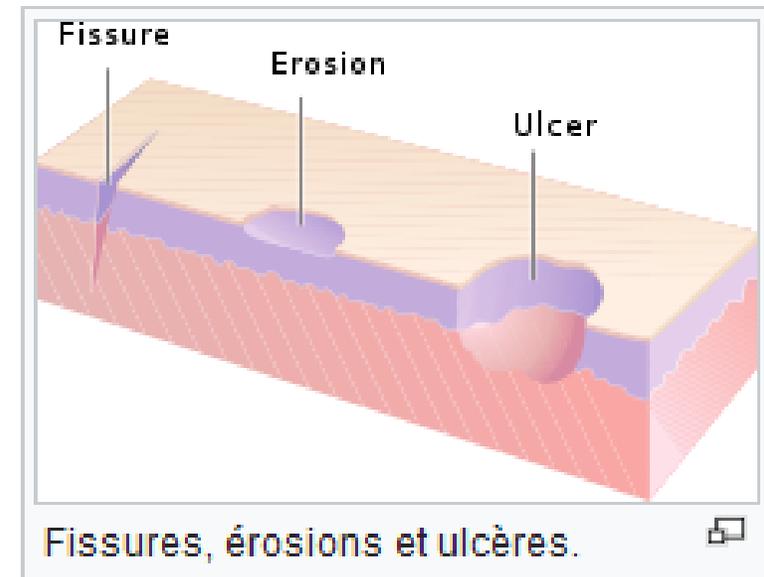


Corps de l'estomac

Le débit pylorique est d'environ  
**3-4kcal/min**

### 3. Mots clés

- **Brûlure épigastrique (épigastralgie):**
  - Sensation de brûlure et d'acidité après les repas.
  - Traduit le plus souvent une atteinte des muqueuses.
- **Erosion :**
  - perte de substance superficielle n'intéressant que l'épiderme (ou la muqueuse).



## 3. Mots clés

- **Dysphagie** : sensation de gêne ou d'obstacle à la déglutition du bol alimentaire

Origine:

- Oropharyngée : avant la propulsion du bol alimentaire dans l'œsophage
- Œsophagienne : gêne lors de la progression du bol alimentaire dans l'œsophage depuis la sensation de simple accrochage alimentaire jusqu'au blocage complet.

### 3. Mots clés

- **Régurgitation** : remontée passive, sans nausée ni effort de vomissement, du contenu gastrique ou œsophagien jusqu'au pharynx.
- **Odynophagie**: douleur au passage du bol alimentaire dans l'œsophage, sans blocage (habituellement liée à des ulcérations œsophagiennes de causes diverses: infection, tumeur, médicament, RGO).

## 4. Pathologies de l'estomac et alimentation

# 4.1. Gastrite aiguë ou chronique

**Inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse gastrique définie par des lésions endoscopiques**

## ➤ Causes:

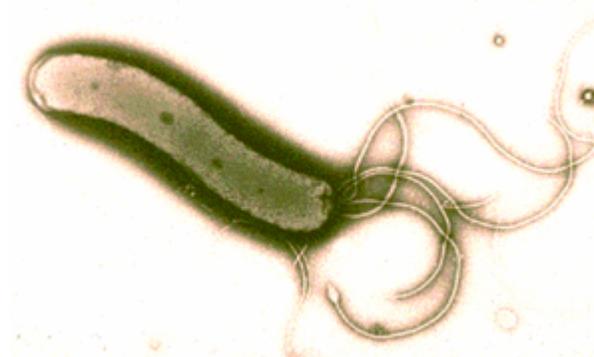
- Alcool
- Médicaments (AINS)
- Infection à *Helicobacter pylori*
- Ingestion de caustiques

## ➤ Manifestations cliniques:

- Latence clinique (période sans symptômes entre exposition et réponse)
- Epigastralgies

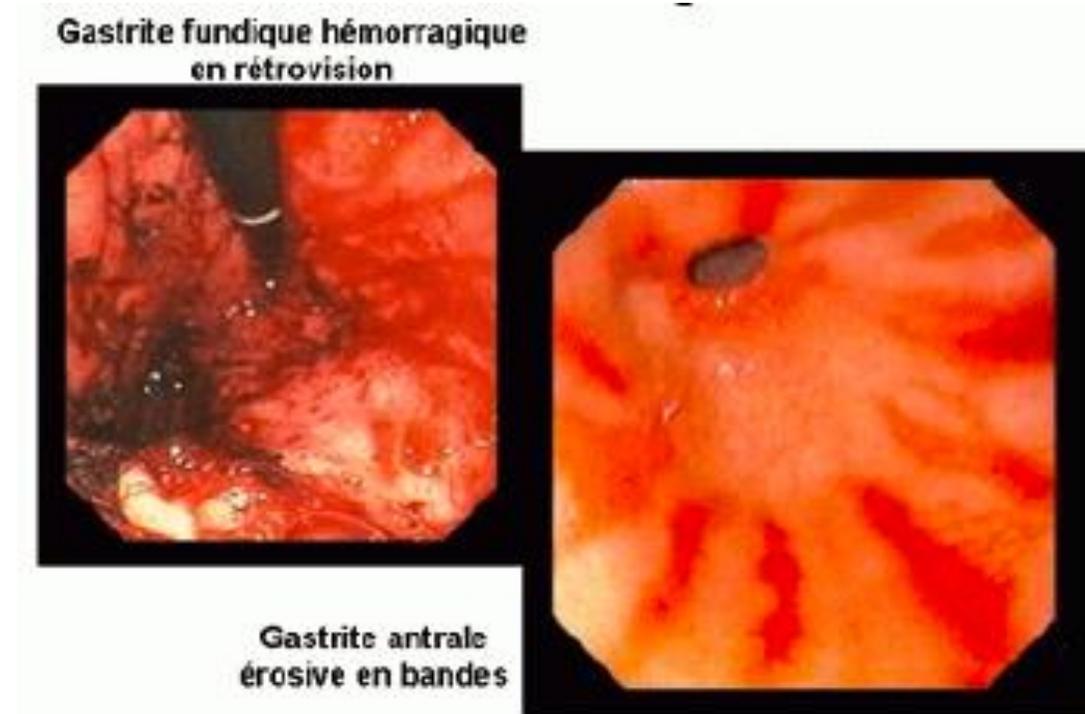
***Helicobacter pylori:***

*Neutralise l'acidité de l'estomac grâce à l'uréase*



# 4.1. Gastrite aiguë ou chronique

- Endoscopie: lésions souvent diffuses et multiples (œdème, érosions superficielles...)
- Evolution:
  - Cicatrisation en quelques jours
  - Complications: perforation, hémorragies

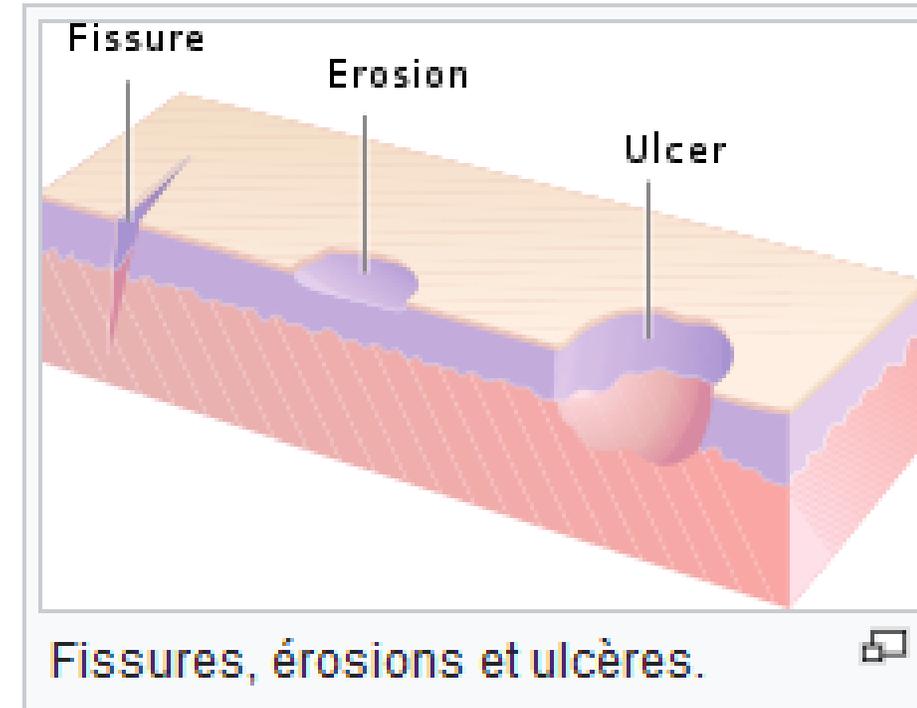


- Les gastrites chroniques exposent au risque évolutif de cancer gastrique.

## 4.2. Ulcères gastroduodénaux

### - Physiopathologie:

Perte de substance de la paroi gastrique ou duodénale atteignant en profondeur la musculature résultant d'un déséquilibre entre facteurs d'agression (sécrétions acide) et facteurs de défense de la muqueuse (mucus, épithélium de surface,...).



### De manière générale :

Les 2 principales causes des ulcères gastroduodénaux sont les AINS et l'infection gastrique à *Helicobacter pylori*).

## 4.2. Ulcères gastroduodénaux

### -Physiopathologie:

#### Rarement :

- Ulcère de stress qui survient chez des malades de réanimation
- Syndrome de Zollinger-Ellison (hypersécrétion d'acide induite par une sécrétion tumorale de gastrine).

#### Autres facteurs :

- Tabagisme. Terrain génétique.
- « Le stress » ou les facteurs psychologiques n'ont aucun rôle démontré dans la physiopathologie de l'ulcère (sauf cas particulier chez les malades de réanimation).

## 4.2. Ulcères gastroduodénaux

### - Symptomatologie:

Syndrome ulcéreux typique :

- douleur épigastrique, sans irradiation
- à type de crampe ou faim douloureuse
- calmée par la prise d'aliments ou d'antiacides
- rythmée par les repas avec un intervalle libre de 1 à 3 heures

### - Complications:

- Hémorragie digestive (la plus fréquente, 30-40% des hémorragies dig. Hautes)
- Perforation ulcéreuse (moins fréquente, favorisée par prise d'AINS)
- Sténose ulcéreuse (exceptionnelle)
- Transformation cancéreuse (ulcères duodénaux ne deviennent jamais cancéreux)

## 4.2. Ulcères gastroduodénaux

### - Traitements:

#### UGD associé à H. pylori :

L'éradication de Helicobacter pylori prévient le risque de récurrence et de complications ulcéreuses et dispense d'un traitement anti-sécrétoire au long cours (inhibiteur de la pompe à protons (IPP) et antibiotiques).

#### UGD induits par les AINS :

Le traitement par IPP est prescrit pendant 4 semaines (UD) ou 8 semaines (UG). Si le traitement AINS est indispensable, il peut être maintenu sous IPP.

## 4.2. Ulcères gastroduodénaux

### - Prise en soin diététique:

Il n'existe pas de recommandations pour la prise en soin diététique des ulcères hormis l'arrêt de l'alcool.

- **S'assurer d'une bonne couverture des besoins nutritionnels.**
  - Eviter les aliments provoquant des douleurs (aliments acides, épicés?, température « extrême »).
  - Bonnes conditions de prise des repas
  - +/- Fractionnement.
- Le rôle du tabac dans la formation de l'ulcère est discuté. Il ralentirait plutôt sa cicatrisation.

## 4.2. Ulcères gastroduodénaux

### - Prise en soin diététique:

Les malades présentant une **hémorragie digestive sur UGD** sont initialement soumis à un **jeun strict**.

Après un geste endoscopique efficace ils peuvent reprendre un régime liquide puis progressivement un régime normal au-delà de 48 à 72 h.

Chez les patients présentant un ulcère à bas risque l'alimentation peut être reprise normalement.

Des études récentes avec des effectifs de petites tailles ne montrent pas d'effets négatifs notamment sur le taux de récurrence hémorragique de la réalimentation précoce

## 4.3 Tumeur de l'estomac

### - Quelques chiffres:

- L'incidence du cancer de l'estomac est en diminution depuis 50 ans dans les pays occidentaux, mais ce cancer reste fréquent et grave. Il représente la 4e cause de mortalité par cancer chez les hommes et la 5ème cause de mortalité par cancer chez les femmes dans le monde.

- En France, la diminution de l'incidence des cancers gastriques est possiblement parvenue à un plateau puisque le nombre de nouveaux cas était de 6550 en 2012 et de 6557 en 2018 (Defossez 2019).

## 4.3 Tumeur de l'estomac

### - Facteurs de risque:

- Helicobacter pylori
- Gastrite atrophique auto-immune (maladie de Biermer)
- Antécédents familiaux
- L'origine ethnique
- Consommation excessive d'alcool
- Tabagisme
- Infection par le virus Epstein-Barr (EBV)
- Une alimentation riche en sel
- Antécédent personnel ancien (>10 ans) de gastrectomie partielle

## 4.3 Tumeur de l'estomac

### - Symptômes:

Les signes d'appel sont peu spécifiques et souvent tardifs :

- Syndrome ulcéreux, syndrome dyspeptique, anorexie, syndrome obstructif si le cancer est situé au niveau des orifices (**dysphagie pour le cardia et vomissements pour le pylore**).
- Altération de l'état général, amaigrissement, asthénie, anémie
- Complication : hémorragie digestive / péritonite par perforation / métastase révélatrice :

### - Diagnostic:

L'examen de référence est l'endoscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsies multiples pour examen anatomo-pathologique

## 4.3 Tumeur de l'estomac

### - Traitements :

Les décisions thérapeutiques dans le cancer de l'estomac dépendent du stade de la tumeur

- La résection chirurgicale est parfois associée à la chimiothérapie et/ou à la radiothérapie (chimioradiothérapie)
- L'existence de localisations secondaires ou d'un envahissement ganglionnaire étendu contre-indique la chirurgie curative, et un traitement palliatif doit être entrepris. Cependant, la véritable étendue de la dissémination tumorale n'est souvent reconnue qu'au moment de la chirurgie.
- Ces dernières années, des thérapies ciblées en association avec la chimiothérapie ont été utilisées dans les cancers avancés.

## 4.3 Tumeur de l'estomac

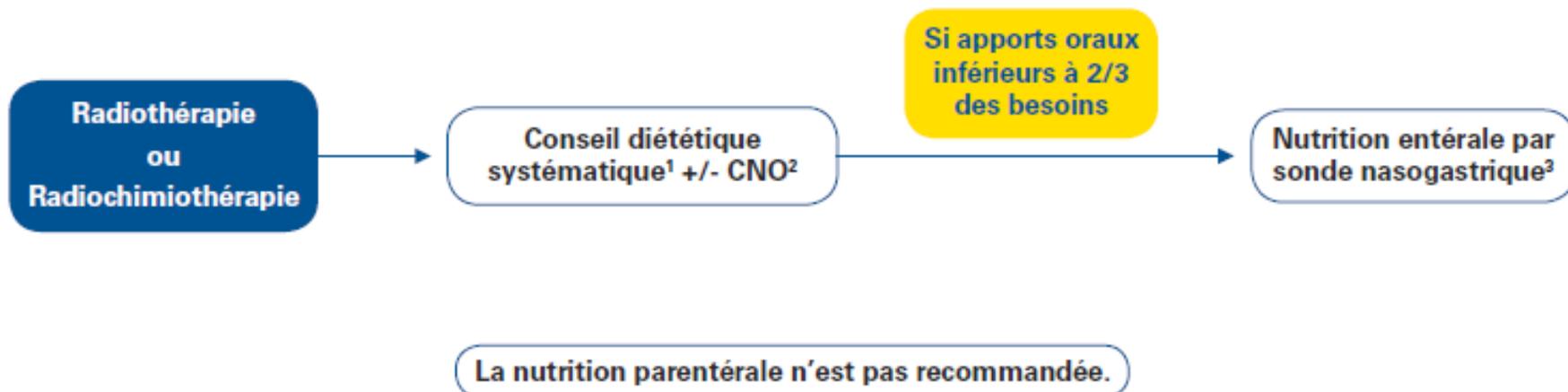
### - Prise en soin diététique:

- Prévention et prise en charge de la dénutrition
  - Assurer la couverture des besoins énergétiques et protéiques
  - **30-35kcal/kg et 1,2-1,5g de protéines/kg/jour en oncologie médicale.**

- [https://www.sfnm.org/images/stories/Referentiel\\_Egide-SFNEP/Nutrition-chez-le-patient-adulte-atteint-de-cancer-besoins-nutritionnels-nerg-tiques-et-prot-iques-au-cours-de-la-prise-en-charge-du-cancer-chez-l-adu.pdf](https://www.sfnm.org/images/stories/Referentiel_Egide-SFNEP/Nutrition-chez-le-patient-adulte-atteint-de-cancer-besoins-nutritionnels-nerg-tiques-et-prot-iques-au-cours-de-la-prise-en-charge-du-cancer-chez-l-adu.pdf)

- La stratégie nutritionnelle dépend de l'état nutritionnel (patient dénutri ou non) et du traitement proposé (Rt et/ou CT et/ou chirurgie)

## Plan personnalisé de soins (PPS) 5 : RADIOTHÉRAPIE OU RADIOCHIMIOTHÉRAPIE DES TUMEURS DU TUBE DIGESTIF



**1** Le conseil diététique (ou nutritionnel) personnalisé est réalisé par un expert en nutrition tout au long du traitement ;

**2** CNO : compléments nutritionnels oraux (hors pharmanutrition) ;

**3** Sonde nasogastrique : utiliser des sondes de charrière de 10 french ou moins en silicone ou polyuréthane.

## 4.3 Tumeur de l'estomac

### - Prise en soin diététique :

#### Conseils nutritionnels:

- Fractionnement / enrichissement des repas
- Tenir compte des tolérances digestives avec éviction des aliments mal tolérés, adaptation de la texture des aliments...
- Tenir compte des effets secondaires des traitements (nausées, vomissements, diarrhées, constipation, mucites, sécheresse buccale, dysgueusie, perte d'appétit...

#### Complémentation orale :

- A distance du repas, température adaptée, pour enrichissement...

## 4.3 Tumeur de l'estomac

### - Focus sur les stades et les grades de la maladie:

Les cancers gastriques, comme les autres maladies tumorales, sont classés selon leur stade d'évolution.

La classification utilise le système TNM qui décrit:

- Evolution locale de la tumeur (T): de T1, lorsque seule la couche muqueuse de la paroi est envahie, à T4 lorsque la paroi est envahie par la tumeur jusqu'à la couche séreuse et atteint les tissus ou les organes adjacents
- Extension aux ganglions lymphatiques voisins (N) : s'échelonne de N0 (pas de ganglions atteints) à N3 lorsque plus de six ganglions sont atteints.
- Dissémination sous forme de métastases (M): M0 absence de métastases, M1 présence de métastases.

Le pronostic de la maladie dépend du stade de la maladie, mais aussi de sa localisation : les tumeurs situées au niveau du tiers supérieur de l'estomac ont un moins bon pronostic que les autres.

## 5. Pathologies de l'œsophage et Alimentation

# 5.1 Reflux gastro-œsophagien

Reflux du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage.

=> pouvant être délétère pour la muqueuse

## - Symptômes caractéristiques:

- Pyrosis (sensation de brûlure traçante ascendante à point de départ épigastrique).

- Reflux acides ou alimentaires, survenant en période postprandiale, favorisées par certaines postures.

# 5.1 Reflux gastro-œsophagien

## - Symptômes atypiques:

- Douleurs thoraciques
- Respiratoires (toux chronique, asthme difficile à équilibrer)
- Manifestations ORL (enrouement, laryngite chronique)
- Erosions dentaires

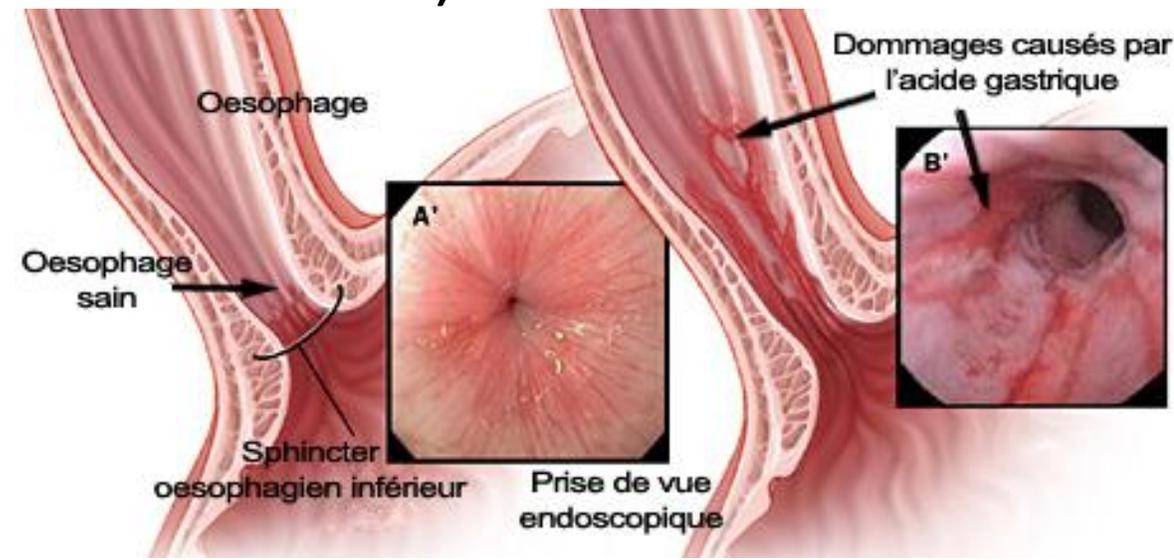
## - Symptômes d'alarme:

- Dysphagie
- Hématémèse
- Amaigrissement
- Anémie

# 5.1 Reflux gastro-œsophagien

## - Complications digestives du RGO:

- L'œsophagite est la conséquence des brûlures de l'œsophage par le contenu gastrique, il s'agit de lésions inflammatoires pouvant aller jusqu'à l'ulcère.
- La sténose (ou rétrécissement) est due à une cicatrisation rétractile des lésions inflammatoires ou ulcéreuses.
- L'endobrachy-oesophage (ou muqueuse de Barrett) correspond à une colonisation de l'œsophage par des cellules de l'estomac et expose au risque de dégénérescence maligne.



# 5.1 Reflux gastro-œsophagien

## - Prise en soin diététique du RGO:

### Objectif :

- assurer la bonne couverture des besoins nutritionnels, limiter les symptômes, améliorer le confort de vie.

### Règles hygiéno-diététiques :

- Seules la surélévation de la tête du lit et l'augmentation au-delà de 3h de l'intervalle « diner-coucher » ont fait la preuve de leur efficacité.

## 5.1 Reflux gastro-œsophagien

**Les conseils alimentaires donnés habituellement repose plus sur le bon sens que sur des éléments de preuve:**

- Les aliments identifiés par le patient comme aggravant les symptômes sont habituellement évités.
- Le tabac et l'alcool sont souvent incriminés mais les preuves solides manquent pour étayer un rôle potentiellement délétère dans le RGO.
- La prise de poids est associée au RGO, et sa réduction pourrait améliorer les symptômes.
- La constipation provoquerait une augmentation de la pression abdominale qui pourrait favoriser le RGO.
- [Cf Fiche "Le reflux gastro-œsophagien"](#) (source CREGG et SNFGE).

## 5.1 Reflux gastro-œsophagien

- Traitements médicamenteux possibles:
  - Topiques (médicament qui agit à l'endroit où on l'applique):
    - + Antiacides et alginates soulagent les symptômes intermittents mais ne permettent pas la cicatrisation des lésions muqueuses.
  - Prokinétiques (stimule la motricité gastro- intestinale):
    - + Ils peuvent aider à maîtriser des symptômes dyspeptiques fréquemment associés au RGO.
  - Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine :
    - + Efficaces sur les symptômes de reflux et les lésions d'œsophagite. Ne prévient pas les rechutes.

## 5.1 Reflux gastro-œsophagien

- Traitements médicamenteux possibles:
  - Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
    - + supérieurs aux anti-H<sub>2</sub> en termes de cicatrisation de la muqueuse et de soulagement symptomatique.
    - + L'efficacité des IPP se maintient avec le temps. En cas de reflux modéré, non compliqué d'œsophagite et ne nécessitant pas un traitement continu, les IPP prescrits de manière intermittente ou à la demande permettent d'obtenir d'excellents résultats en termes de soulagement symptomatique et de qualité de vie.

## 5.2 Œsophagites

Inflammation de l'œsophage s'étalant sur une courte période (aiguë) ou s'étalant sur une longue période (chronique).

- L'œsophagite peptique ou œsophagite par reflux.
  - + inflammation de la muqueuse de l'œsophage, en lien avec des remontées acides provenant de l'estomac.
- L'œsophagite caustique
  - + inflammation de la muqueuse de l'œsophage due à l'ingestion le plus souvent accidentelle ou volontaire (tentative de suicide) du liquide ayant des propriétés caustiques, telles que la soude ou divers acides.
- L'œsophagite infectieuse
  - + inflammation de la muqueuse de l'œsophage après une infection par un virus, un champignon ou une bactérie.

## 5.2.1 Œsophagites peptique

### - Prise en soin diététique:

#### **Objectifs :**

limiter les symptômes, améliorer le confort de vie, assurer une bonne couverture des besoins nutritionnels.

#### **Prise en soin :**

- Respect des consignes hygiéno-diététique propre au RGO.
  - Adapter la texture afin de limiter les douleurs.
  - Eviter les aliments Les aliments identifiés par le patient comme provoquant les douleurs.
  - Prévenir la dénutrition.
- 
- Traitement médicamenteux : inhibiteur de la pompe à protons

## 5.2.2 Œsophagites sur ingestion chimique (surtout caustique)

L'endoscopie doit être réalisé dans les 6 à 24h et les lésions décrites selon la classification de Zargar :

- Stade 0 : normal
- Stade 1 : érythème, œdème
- Stade 2a : ulcérations superficielles, fausses membranes , hémorragies muqueuses
- Stade 2b : ulcération creusantes et confluentes
- Stade 3a : nécrose focale (non circonférentielle)
- Stade 3b : nécrose diffuse
- (Stade 4 : perforation)

Pas de codification de la prise en charge qui dépend du contexte.

Indication opératoire initiale formelle au stade 3b

## 5.2.2 Œsophagites sur ingestion chimique (surtout caustique)

### - Prise en soin diététique:

**Objectifs** : assurer une bonne couverture des besoins nutritionnels, faciliter les prises alimentaires per os.

### **Prise en soin :**

- Adapter texture et température (tiède voire froide les 1ers jours).
- Si nécessaire fractionner, enrichir.
- +/- support nutritionnel (complémentation orale, nutrition artificielle).
- Si chirurgie : cf cours oesophagectomie, gastrectomie...

## 5.3 Hernie hiatale

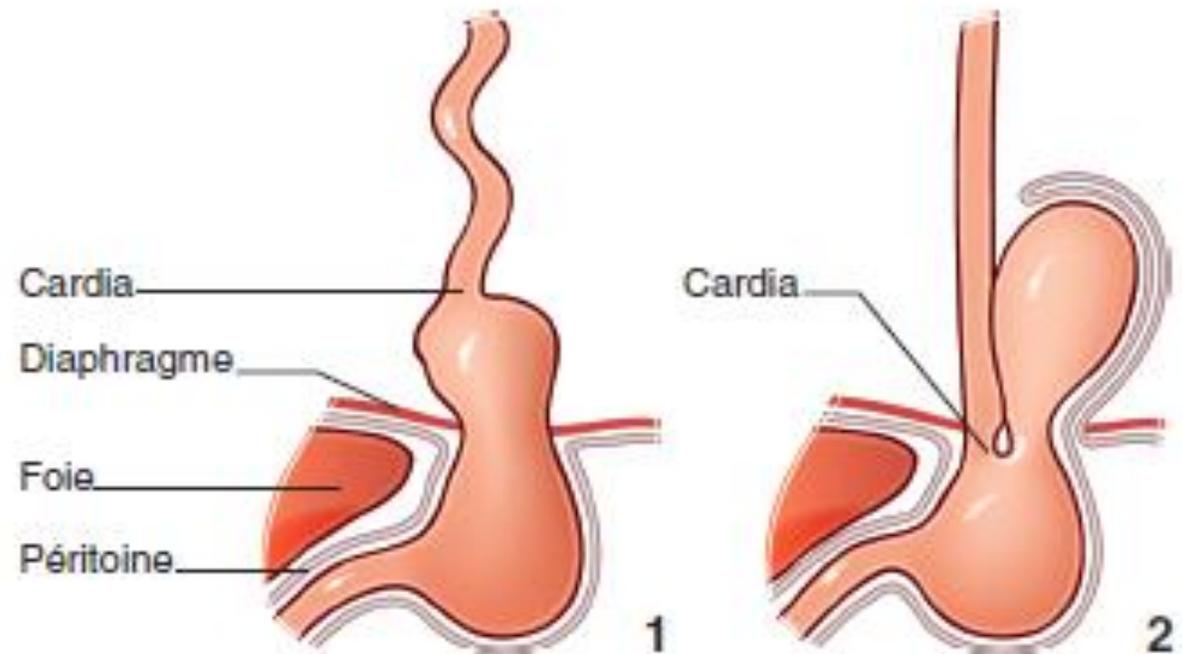
Protrusion d'une partie de l'estomac dans le thorax au travers du hiatus œsophagien.

La hernie hiatale par glissement peut être associée au RGO

### Causes:

- Relâchement du hiatus.
- Distension des ligaments phrénéo-œsophagiens.
- Augmentation de la pression abdominale

Figure 1.11 : Les deux types de hernie hiatale  
1. Hernie hiatale par glissement. Le cardia est ascensionné dans le thorax.  
2. Hernie hiatale par roulement. Une partie de la grosse tubérosité gastrique est ascensionnée dans le thorax, mais le cardia reste en place.  
Illustration : Carole Fumat



## 5.3 Hernie hiatale

### - Prise en soin diététique:

#### Proche de la prise en charge du RGO:

- Eviter positions qui favorisent RGO (penchée, position du lacet, etc...)
- Relever tête de lit
- Fractionner repas
- Eviter variation de poids (fragilise diaphragme)
- Eviter hyperpression abdominale (habits serrés)
- Les aliments identifiés par le patient comme aggravant les symptômes sont habituellement évités.

## 5.4 Mégaoesophage (synonyme: achalasia)

**Trouble moteur primitif de l'œsophage défini par une absence du péristaltisme du corps de l'œsophage et par une relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage absente ou incomplète lors de la déglutition.**

- Signe révélateur habituel :

- Dysphagie, intermittente et inopinée, cédant lors de manœuvres inspiratoires ou de changements de position.
- Régurgitations, survenant durant la nuit, pouvant être à l'origine de complications respiratoires.
- Plus rarement: douleurs rétrosternales.

**Peut entraîner une dénutrition.**

## 5.4 Mégaoesophage (synonyme: achalasie)

### - Prise en soin diététique:

**Objectifs** : assurer une bonne couverture des besoins nutritionnels, limiter les conséquences de la dysphagie, limiter les régurgitations.

### **Prise en soin:**

- Adapter la texture aux capacités de déglutition
- Manger lentement, dans le calme, en position assise
- Relevé la tête du lit si régurgitation
- Ne pas s'allonger juste après un repas
- PEC éventuelle dénutrition Fractionner et enrichir si nécessaire

## 5.5 Cancer de l'œsophage

### Quelques chiffres ::

- A l'échelle mondiale, le nombre de nouveaux cas en 2020 était de 604 100 cas dont 418 400 chez l'homme et 185 800 chez la femme ce qui correspond au 7<sup>ème</sup> cancer en termes d'incidence (Ferlay et al, 2021).
- En France le cancer de l'œsophage touche chaque année près de 5445 personnes (données 2018).
- Le cancer de l'œsophage est responsable de 509 000 décès par an dans le monde (6ème rang des décès par cancer).

## 5.6 Cancer de l'œsophage

**Deux formes histologiques principales de cancer de l'œsophage:**

### - Les cancers épidermoïdes :

- formés à partir des cellules de la couche de revêtement de la muqueuse.
- liés à l'alcool et au tabac ou à la consommation habituelle de boissons ou aliments très chauds.

### - L'adénocarcinome :

- Développé dans le bas œsophage sur une métaplasie glandulaire (muqueuse de Barret).
- liée au reflux œsophagien, à l'excès alimentaire, aux calories d'origine animale et à l'insuffisance d'activité physique.
- Est en relation avec l'excès de poids.
- Il est probable qu'il soit maintenant plus fréquent en France que le cancer épidermoïde, dont l'incidence décroît.

D'autres cancers sont beaucoup plus rares, comme les sarcomes et les mélanomes. Les léiomyomes sont bénins.

## 5.6- Cancer de l'œsophage

### - Traitement :

- Chirurgie (oesophagectomie, mucosectomies..)
- Radiothérapie et/ou chimiothérapie seule ou associée à la chirurgie
- **La prise en charge nutritionnelle est essentielle**

dépend de :

- sa taille et de son infiltration dans la paroi de l'œsophage
- son extension locale et à distance (atteinte des ganglions et métastases hépatiques, pulmonaires et autres)
- l'état général et nutritionnel du patient
- ses antécédents et de ses comorbidités.
- Pour tous, le sevrage tabagique et/ou alcoolique est essentiel.

Le pronostic du cancer de l'œsophage est sombre, avec 10-15 % de survie à 5 ans, liée au cancer et au fréquent mauvais état général des malades.

## 5.6- Cancer de l'œsophage

### - Prise en soin diététique:

- Identique à la PEC nutritionnel du cancer de l'estomac (dénutrition, effets secondaires des traitements).
- La **dysphagie** est un symptôme très fréquemment observé lors du cancer de l'œsophage.
  - Prise des repas dans de bonnes conditions, importance de la mastication.
  - Privilégiez les aliments à texture molle voire liquide.
  - Bien saucés pour faciliter la déglutition.
  - Evitez de consommer des repas trop chauds, trop sucrés ou trop acides, des aliments durs et secs (croûtes de pain, morceaux de viande peu mastiqués, fruits durs).

## 5.6- Cancer de l'œsophage

### - Prise en soin diététique:

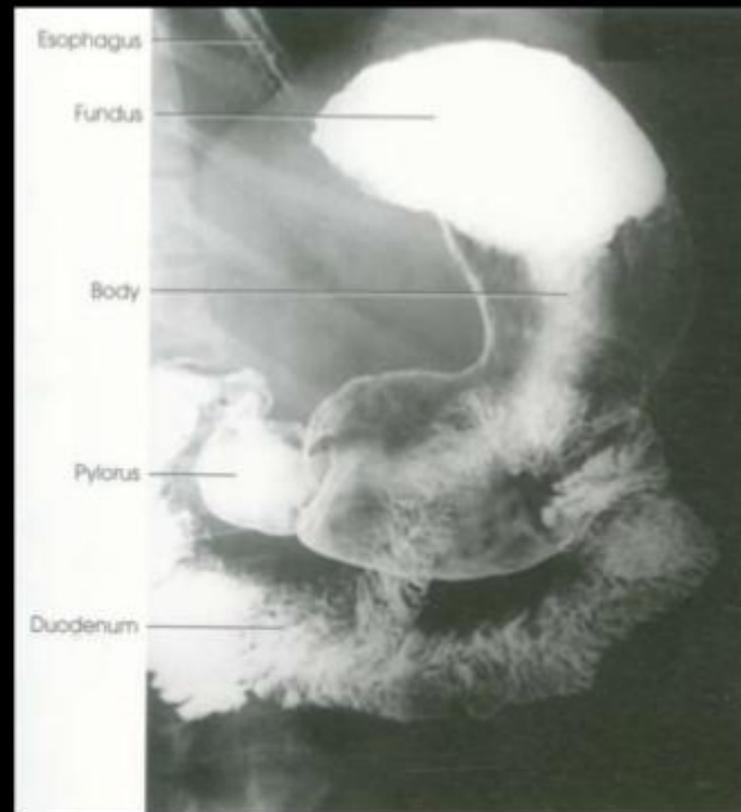
- Cancers de l'œsophage (tiers supérieur et tiers moyen) (avis d'experts) :
  - o CNO systématiques
  - o Si chimioradiothérapie exclusive (pas de projet chirurgical) : gastrostomie par voie endoscopique (technique PUSH uniquement) ou radiologique (plutôt que sonde nasogastrique de nutrition entérale) ;
  - o Si projet chirurgical : sonde nasogastrique ou jéjunostomie ; la gastrostomie par voie endoscopique ou radiologique est une alternative mais elle doit être mise en place par des équipes entraînées, sur la paroi antérieure de l'estomac et au plus près de la petite courbure, afin de ne pas compromettre la réalisation ultérieure du montage chirurgical, ne pas mettre en place de prothèse œsophagienne.
  - o Nutrition parentérale non recommandée.

## 5.6- Cancer de l'œsophage

### - Prise en soin diététique:

- Cancers du tiers inférieur de l'œsophage (avis d'experts) :
  - o CNO systématiques
  - o Sonde nasogastrique ou jéjunostomie, ou gastrostomie avec les précautions mentionnées ci-dessus
  - o Nutrition parentérale non recommandée.

# Chirurgie de l'estomac et de l'œsophage



# Plan:

## 1. Rappel

- 1.1 Les grades nutritionnels
- 1.2 critères de dénutrition lors d'une chirurgie
- 1.3 Chirurgie à morbidité élevée
- 1.4 Oral Impact
- 1.5 PEC nutritionnelle en chirurgie

## 2. Chirurgie gastrique

- 2.1 Gastrectomie partielle
- 2.2 Gastrectomie totale
- 2.3 Complications post opératoires
- 2.4 Prise en soin diététique postopératoire des gastrectomies

## 3. Chirurgie œsophagienne

- 3.1 Oesophagectomie
  - 3.1.1 Complications post opératoires
  - 3.1.2 Prise en charge nutritionnelle
  - 3.1.3 Prise en soin diététique postopératoire des oesophagectomie
- 3.2 Chirurgie de l'Hernie Hiatale
- 3.3 Chirurgie du mégaoesophage
- 3.4 Prise en soin diététique de la chirurgie de l'hernie hiatale et du mégaoesophage

# 1 Rappels

## 1.1 Les grades nutritionnels

Grade Nutritionnel	Stratification du risque nutritionnel
GN 1	Patient non dénutri Et chirurgie non à risque élevé de morbidité Et pas de facteur de risque de dénutrition
GN 2	Patient non dénutri Et présence d'au - 1 facteur de risque de dénutrition OU chirurgie avec risque élevé de morbidité
GN 3	Patient dénutri Et chirurgie non à risque élevé de morbidité
GN 4	Patient dénutri chirurgie avec risque élevé de morbidité

# 1 Rappels

## 1.2 Critères dénutrition lors d'une chirurgie

- **Perte de poids  $\geq 10\%$**
- **IMC  $\leq 18,5$  (  $< 21$  si  $> 70$  ans)**
- **Albuminémie  $< 30$  gr/L (Indépendamment de la CRP)**

Un critère suffit à poser le diagnostic.

# 1 Rappels

## 1.3 Chirurgie à morbidité élevée

### Propositions d'experts :

**oesophagectomie**, duodénopancréatectomie, pelvectomie avec geste digestif ou urinaire, **gastrectomie totale pour cancer**, hépatectomie sur cirrhose, hépatectomie si > à 3 segments, résection antérieure du rectum, hémicolectomie +/- autre geste (sauf stomie), +/- âge  $\geq$  à 80 ans, iléostomie, chimiohyperthermie intrapéritonéale, résection étendue du grêle, geste digestif sur carcinose, geste digestif sur cirrhose.

# 1 Rappels

## 1.4 Immunonutrition

L'immunonutrition ou pharmaconutrition a pour objectif de favoriser la cicatrisation, diminuer le risque de complications infectieuses postopératoires et la durée de séjour. Elle consiste en l'apport enrichi en protéines, associées à l'arginine, la glutamine, les micronutriments, les acides gras polyinsaturés oméga-3, et des nucléotides bactériens.

Effet bénéfique en terme de prévention des complications démontré dans le cas d'une chirurgie gastro-intestinale carcinologique lourde. (Gianotti L, Braga M, Nespoli L, 2002).

Bénéficie d'une Autorisation de Mise sur le Marché très stricte.

Ordonnance de médicament d'exception.

Si le patient est septique : pas de complément contenant de l'arginine (Oral Impact® et Impact® Entéral)



# 1 Rappels

## 1.4 Immunonutrition

### Recommandations HAS

- Nutrition pré-opératoire des patients adultes ayant une chirurgie colorectale carcinologique, quel que soit l'état nutritionnel.
- Nutrition post-opératoire des patients dénutris adultes ayant une chirurgie digestive carcinologique
- Existe également pour administration en nutrition entérale : Impact entéral.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-6304\\_ORAL%20IMPACT\\_3\\_novembre\\_2020\\_\(6304\)\\_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-6304_ORAL%20IMPACT_3_novembre_2020_(6304)_avis.pdf)



# 1 Rappels

## 1.4 Immunonutrition

- **Nutrition préopératoire :**

L'apport oral à domicile est à privilégier. La voie entérale est à utiliser quand la voie orale est impossible ou insuffisante. La durée proposée est de 7 jours. Un apport moyen de 1000 kcal/jour est recommandé en plus de l'alimentation spontanée (soit 3 briquettes / j par voie orale ou 1000 ml Impact entéral).

- **Nutrition postopératoire :**

La voie d'administration est en principe uniquement entérale. Un relais par voie orale peut être envisagé dans certains cas vers le cinquième jour postopératoire. La durée ne doit pas être inférieure à 7 jours et doit être poursuivie jusqu'à reprise d'une alimentation orale assurant au moins 60 % des besoins nutritionnels.

Un apport moyen de 1500 kcal/jour est recommandé.

# 1 Rappels

## 1.4 Immunonutrition

### **Recommandations ESPEN**

Conservation de la recommandation de prescription en péri-opératoire d'une immunonutrition orale ou entérale chez les patients programmés pour une chirurgie carcinologique digestive haute, avec un niveau fort (Muscaritoli et al., 2021).

# 1 Rappels

## 1.5 PEC nutritionnelle en chirurgie

Grade Nutritionnel	GN 2	GN 3	GN 4
Pré opératoire	<p>- Conseil diététique personnalisé +/- CNO</p> <p>- Nutrition artificielle systématique non recommandée.</p> <p><u>Chirurgie carcinologique digestive</u>: Oral impact®</p>	<p>- Conseil diététique personnalisé +/- CNO</p> <p>- Nutrition artificielle systématique non recommandée.</p>	<p>- <b>Nutrition artificielle</b> : 7 à 10 jours préopératoire et, si possible par voie entérale. Décision de la voie d'abord à la consultation pour le postopératoire.</p> <p><b>La voie entérale doit être privilégiée.</b></p> <p><u>Chirurgie carcinologique digestive</u>: Oral impact® ou Impact® entéral 1000kcal</p>
Pré opératoire immédiat	Jeûne préopératoire maximum 2-3h pour les liquides clairs et 6h repas léger	IDEM	IDEM

# 1 Rappels

## 1.5 PEC nutritionnelle en chirurgie

Grade Nutritionnel	GN 2	GN 3	GN 4
Post opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alimentation orale précoce</b> dans les 24 premières heures (cf. CI chirurgicale)</li> <li>- <b>A 48h</b>, si apports oraux prévisibles &lt;60% des besoins: conseils diet et CNO (2/j en collation)</li> <li>- <b>A 7j</b>, si apports oraux prévisibles &lt;60% des besoins: assistance nutritionnelle</li> </ul> <p><b>Si complications postop graves: assistance nutritionnelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alimentation précoce</b> dans les 24 premières heures (cf. CI chirurgicale)</li> <li>- <b>Conseil diet et CNO</b> (2/j en collation)</li> </ul> <p><b>Si apports oraux prévisibles &lt;60%: assistance nutritionnelle</b></p> <p><b>Si complications postop graves: assistance nutritionnelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alimentation précoce</b> (cf. CI chirurgicale)</li> <li>- <b>Assistance nutritionnelle systématique</b></li> </ul> <p><b>Chirurgie carcinologique digestive: Oral impact® ou Impact® enteral (1000 à 1500ml/24h)</b></p>

## 2. Chirurgie gastrique

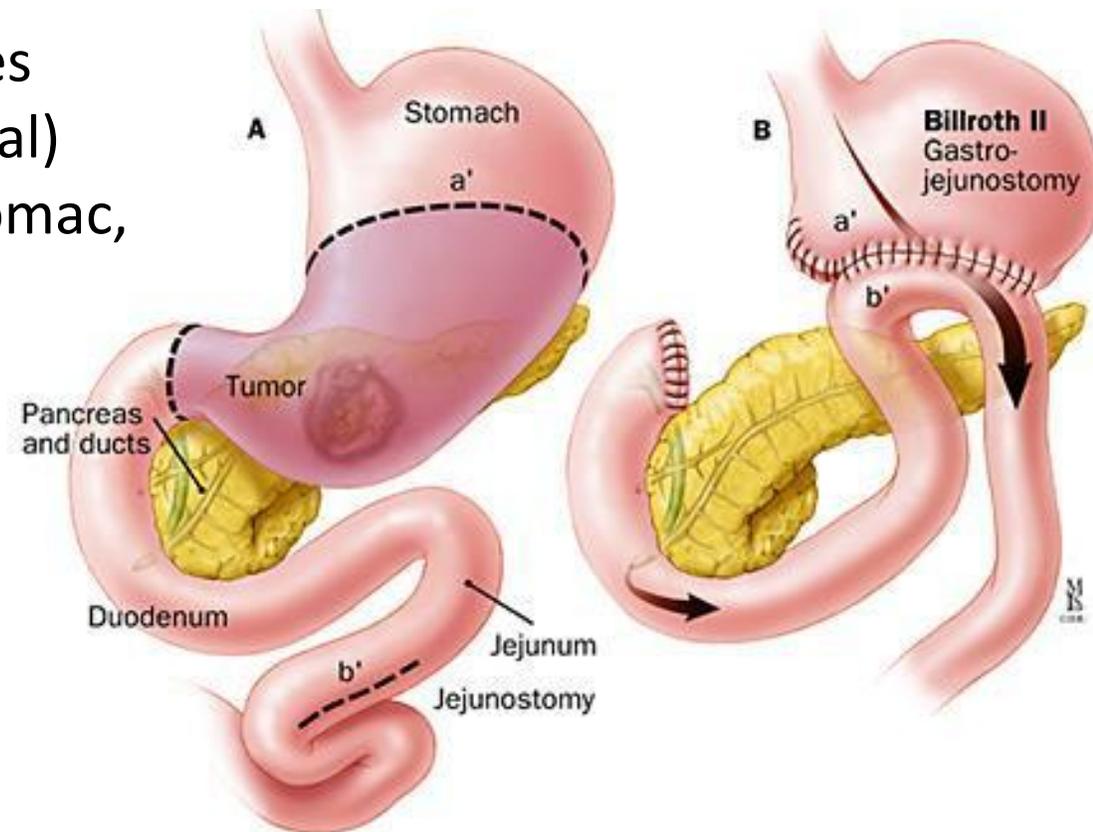
Seul traitement qui permette de guérir d'un cancer gastrique. Il s'envisage selon le stade de la tumeur, l'envahissement ganglionnaire, l'âge ou l'état général du patient.

Selon la localisation de la tumeur et son stade, le chirurgien réalise l'ablation de la totalité (gastrectomie totale) ou d'une partie (gastrectomie partielle) de l'estomac.

Un curage ganglionnaire est réalisé en même temps : il s'agit de l'ablation des ganglions lymphatiques voisins de l'estomac. Ce geste permet de réduire le risque de dissémination vers le reste de l'organisme des cellules cancéreuses qui s'y trouvent ou pourraient s'y trouver. Selon l'avancée de la maladie, le nombre de ganglions retirés est plus ou moins important.

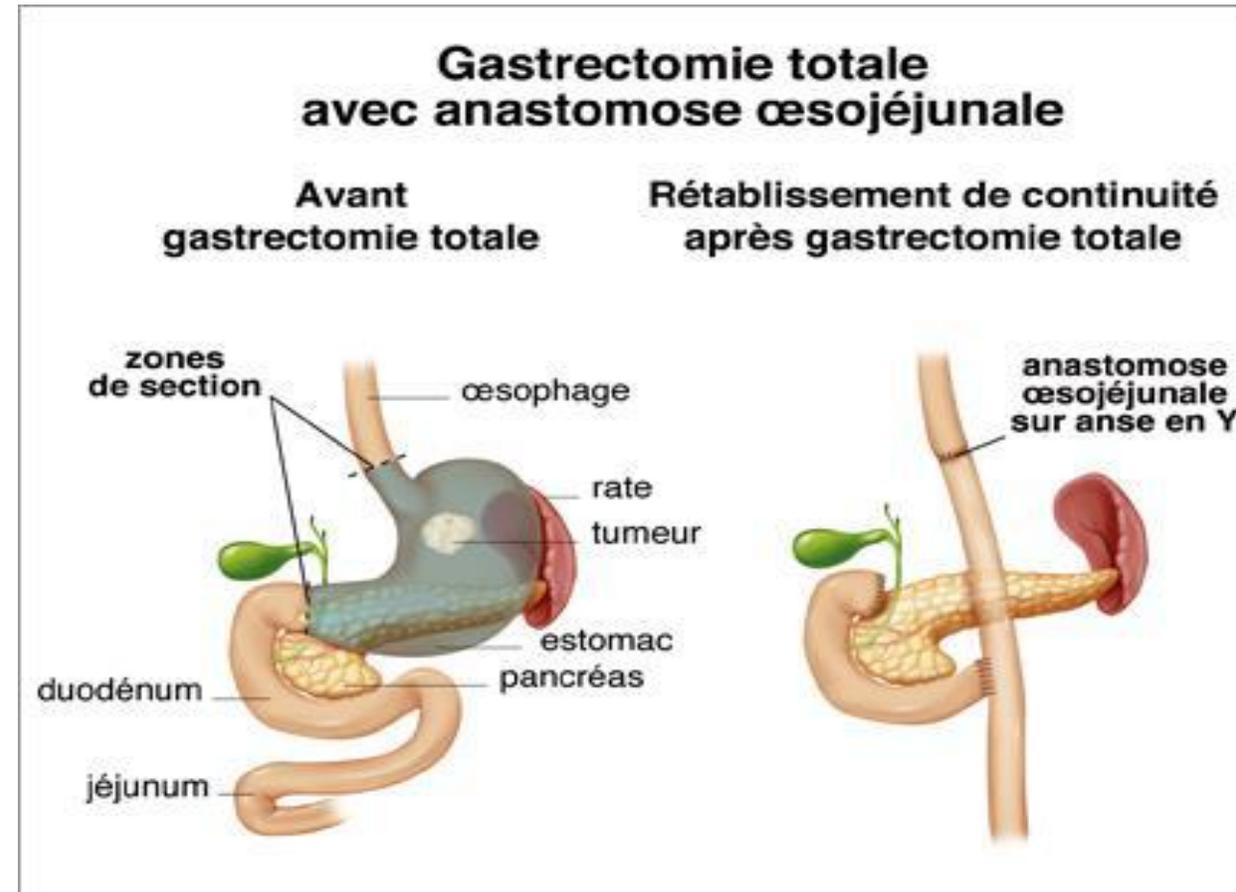
## 2.1 gastrectomie partielle

- Indiquée pour les cancers du tiers inférieur de l'estomac.
- L'intervention a pour objectif de retirer la totalité de la tumeur, ainsi qu'une bande de tissu entourant la tumeur et les ganglions lymphatiques situés à proximité de l'estomac.
- Elle permet de retirer les ganglions lymphatiques dans l'abdomen (curage ganglionnaire abdominal) autour de l'estomac et les 2/3 inférieur de l'estomac, puis de rétablir la continuité digestive (anastomose gastrojéjunale).
- Elle conserve la fonction réservoir de l'estomac



## 2.2 Gastrectomie totale

- Indiquée pour les cancers du tiers moyen et du tiers supérieur de l'estomac
- **Chirurgie à morbidité élevée (patient GN2 ou 4)**
- L'intervention a pour objectif de retirer la totalité de la tumeur, ainsi qu'une bande de tissu entourant la tumeur et les ganglions lymphatiques situés à proximité de l'estomac.
- Elle permet de retirer les ganglions lymphatiques dans l'abdomen (curage ganglionnaire abdominal) autour de l'estomac et la totalité de l'estomac, puis de rétablir la continuité digestive (anastomose oeso-jéjunale).



## 2.3 Complications post opératoires

### Risques après l'intervention :

- **Fistules anastomotiques**
- Infection pulmonaire (pneumopathie)
- **Retard à la reprise du transit** : Cela se traduit par des vomissements et une impossibilité à reprendre l'alimentation.

### Risques généraux :

- Infection : au niveau de la cicatrice, pouvant nécessiter un traitement antibiotique.
- Hémorragie.
- Thrombose veineuse ou phlébite Fatigue : elle est due 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 médicaments contre la douleur.

### Conséquences possibles de l'intervention à long terme:

- **Sténose de l'anastomose oesojéjunale** (gastrectomie totale) : il s'agit d'un rétrécissement au niveau de la zone de suture entre l'œsophage et l'intestin grêle, se révélant par des blocages lors de l'alimentation. Le traitement est endoscopique par dilatation.
- **Diarrhées** : elles sont générées par la section des nerfs entourant l'estomac et traitées par médicaments anti diarrhéiques.

## 2.4 Prise en soin diététique postopératoire des gastrectomies

Conséquences gastrectomie	Règles hygiéno-diététiques
<p>Symptômes dyspeptiques :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Altération stockage « syndrome du petit estomac ».</li><li>- Sensation de satiété précoce avec plénitude gastrique douloureuse.</li><li>- Altération mixage des aliments.</li><li>- Diminution vidange solides.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manger lentement.</li><li>- Eviter de boire au moment des repas / éviter les boissons pétillantes.</li><li>- Fractionner en 5-6 prises.</li><li>- Bien mâcher les aliments (Certaines équipes préconisent une alimentation mixée 2 à 4 semaines suivant la chirurgie).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Malabsorption des graisses (constante après gastrectomie totale) avec diarrhées de malabsorption.</li><li>- Eventuelle intolérance au lactose.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eviter une alimentation hyperlipidique / Extraits pancréatiques.</li><li>- Contrôle de la consommation de lactose.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Diarrhée due à l'accélération de la vidange des liquides. 1 fois sur 2 après gastrectomie totale. Diarrhée impérieuse, d'allure motrice, survient dans les 2h qui suivent le repas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hydratation suffisante.</li><li>- Ralentisseur du transit.</li></ul>

## 2.4 Prise en soin diététique postopératoire des gastrectomies

Conséquences gastrectomie	Règles hygiéno-diététiques
<p>Dumping syndrome (prévalence 15-50%)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Principalement après gastrectomie totale.</li><li>- Afflux brutal dans le jéjunum d'aliments hyperosmolaires provoquant un « appel d'eau » entraînant une distension jéjunale.</li><li>- Provoque des troubles digestifs (douleurs abdominales, diarrhées), sensation de malaise, bouffées de chaleur, palpitations.</li><li>- Différent de l'hypoglycémie réactionnelle (souvent appelée Dumping tardif), survenant 1 à 3 heures après le repas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Contrôle de la consommation d'aliments hyperosmolaires (très sucrés ou très gras) et glacés.</li><li>- Importance du fractionnement.</li><li>- Eviter de boire au moment du repas.</li><li>- Consommation de fibres.</li></ul>
<p>Pseudo dumping ou Dumping syndrome tardif :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 2 à 3 heures après le repas</li><li>- Signes typiques du malaise hypoglycémique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eviter la consommation isolée de glucides à index glycémique élevé.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Défaut de sécrétion du facteur intrinsèque nécessaire à l'absorption de la vitamine B12.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Supplémentation à vie</b> en vit. B12 est impérative après gastrectomie totale.</li><li>- Dosage annuel du taux sérique si gastrectomie partielle.</li></ul>

## 2.4 Prise en soin diététique postopératoire des gastrectomies

### Focus sur la perte d'appétit

Contrairement à une gastrectomie partielle, une **gastrectomie totale** provoque une **anorexie définitive** en l'absence de tissu résiduel capable de s'adapter pour fabriquer davantage de ghréline.

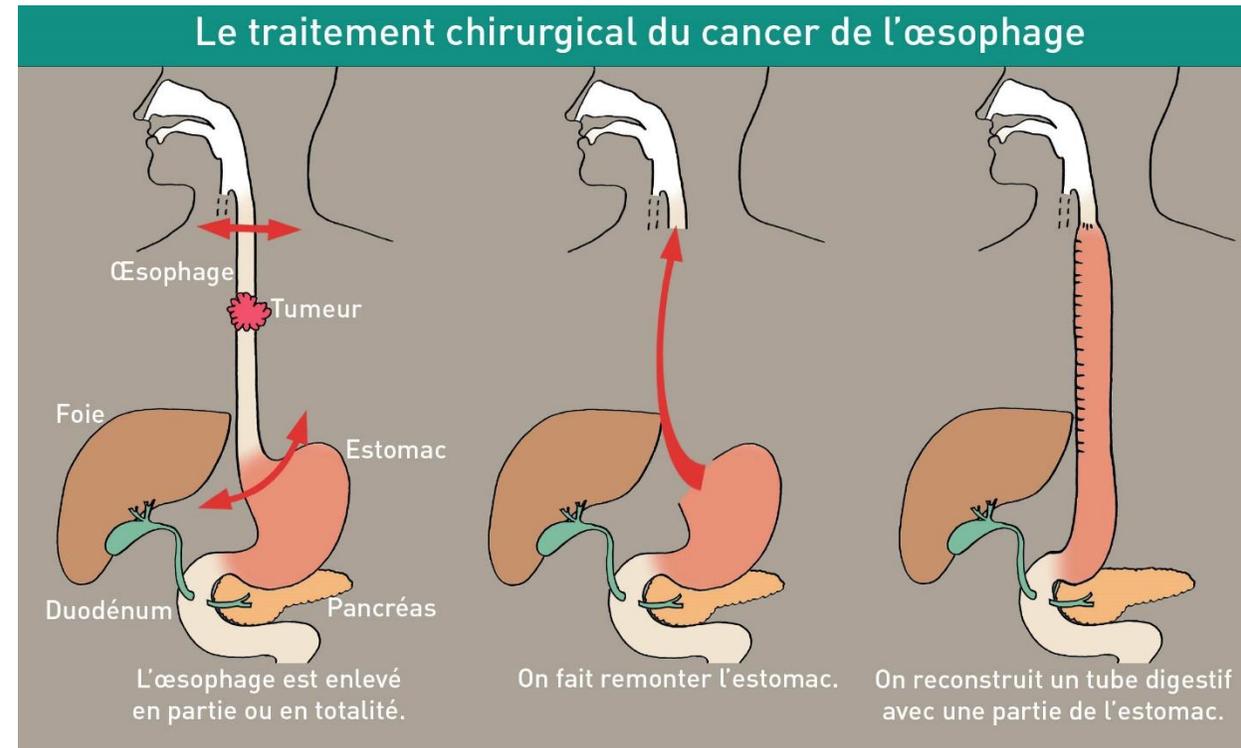
NB: la ghréline est une hormone digestive produite et sécrétée, principalement par les cellules du fundus de l'estomac, son taux augmente avant le repas et diminue après.

La prise en charge de la dénutrition reste un point clef de la prise en charge

# 3. Chirurgie œsophagienne

## 3.1 Oesophagectomie

- Œsophagectomie : chirurgie lourde dont les indications sont majoritairement carcinologiques.
- **Chirurgie à morbidité élevée (patient GN2 ou 4)**
- L'intervention a pour objectif de retirer la totalité de la tumeur, ainsi qu'une bande de tissu entourant la tumeur et les ganglions lymphatiques situés à proximité de l'œsophage.
- Une chirurgie de reconstruction est pratiquée dans le même temps opératoire pour rétablir la continuité du tube digestif. Cette reconstruction est réalisée avec de l'estomac.



## 3.1.1 Complications post opératoires

### **Risques après l'intervention :**

- Complications pulmonaires et infectieuses
- Fistules anastomotiques
- Troubles de la vidange gastrique

### **Risques généraux :**

- Infection au niveau de la cicatrice
- Hémorragie
- Thrombose veineuse ou phlébite :
- Douleur au niveau des cicatrices

### **Conséquences possibles de l'intervention à long terme :**

- Sténose de l'anastomose œsogastrique.
- Reflux gastro œsophagien
- Diarrhées
- Syndrome du petit estomac

## 3.1.2 Prise en charge nutritionnelle

- **Nutrition entérale (NE) précoce préconisée**, le choix de la voie d'abord doit être anticipé en préopératoire.
- Lors d'une oesophagectomie, la pose d'une **jéjunostomie est préconisée** pendant le bloc opératoire.
- La date de la reprise alimentaire per os est validée par le chirurgien selon le geste et les ATCD du patient (RT, etc.).
- NE à diminuer progressivement selon les ingesta.
- NE stoppée lorsque les apports caloriques oraux représentent au moins 60% des apports nécessaires et que le poids est stabilisé ou en progression.
- Relai CNO jusqu'à recouvrement de 100% des besoins nutritifs par l'alimentation orale.

## 3.1.3 Prise en soin diététique postopératoire des oesophagectomie

Conséquences gastrectomie	Règles hygiéno-diététiques
Symptômes dyspeptiques / Anorexie.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manger lentement / Fractionnement.</li><li>- Eviter de boire au moment des repas / éviter les boissons pétillantes.</li><li>- Alimentation mixée en post opératoire et pendant quelques semaines.</li></ul>
Malabsorption des graisses avec diarrhées de malabsorption.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eviter une alimentation hyperlipidique / Extraits pancréatiques.</li></ul>
Diarrhées motrice.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hydratation suffisante</li><li>- Ralentisseur du transit</li></ul>
Dumping syndrome.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Contrôle de la consommation d'aliments hyperosmolaires (très sucrés ou très gras) et glacés</li><li>- Importance du fractionnement</li><li>- Eviter de boire au moment du repas</li><li>- Consommation de fibres</li></ul>
Pseudo dumping ou Dumping syndrome tardif :	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eviter la consommation isolée de glucides à index glycémique élevé.</li></ul>
Reflux gastro-œsophagien et régurgitations nocturnes.	Dormir le <b>buste surélevé</b> / Eviter l'ingestion d'une grande quantité (notamment de liquide)

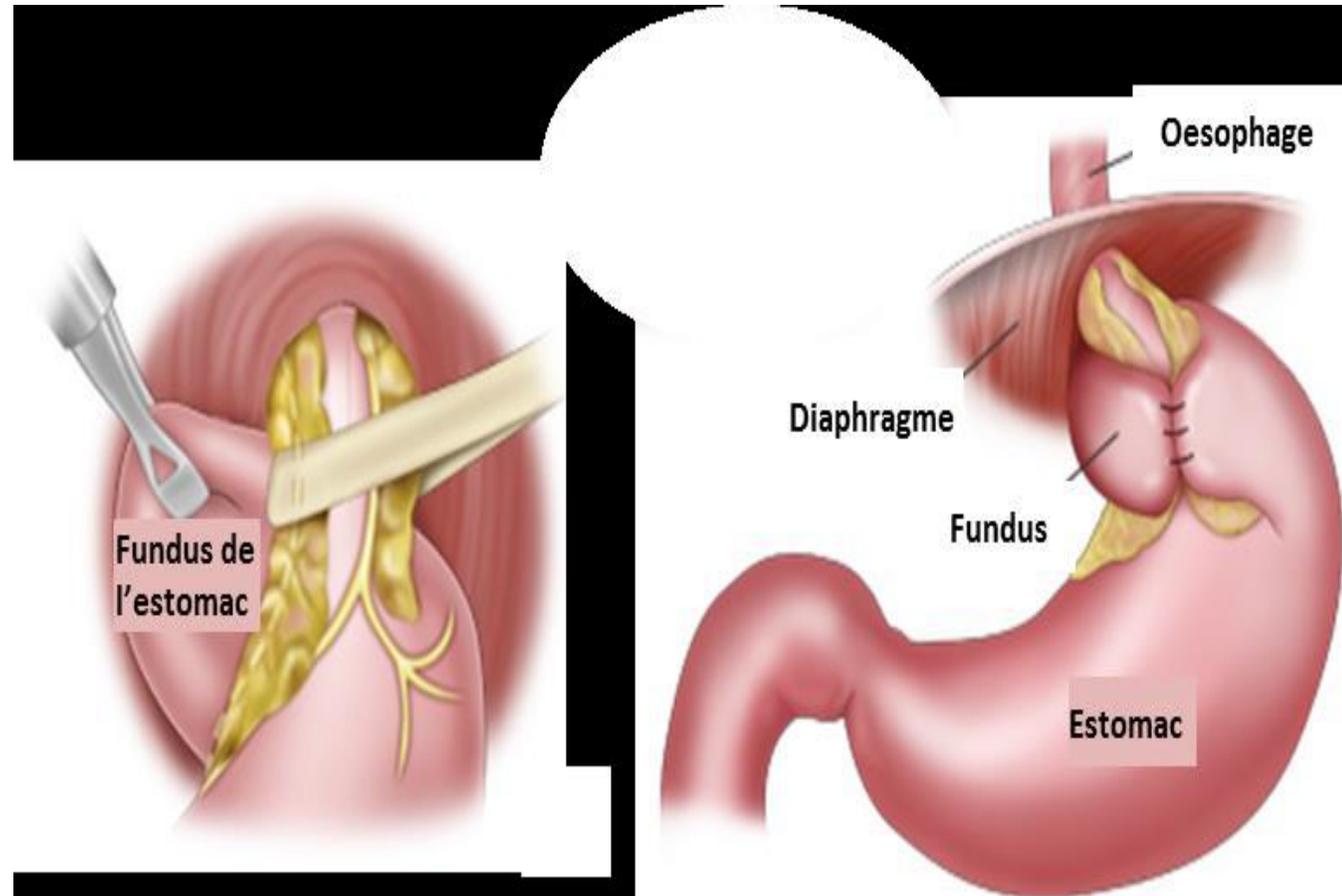
## 3.2. Chirurgie de l'Hernie Hiatale

### But de l'intervention :

- consiste à réintroduire l'estomac dans l'abdomen et à réaliser une valve pour reconstituer les mécanismes anti-reflux et ainsi éviter une nouvelle migration intra-thoracique de l'estomac.

### Principes généraux de la technique :

- Réintroduction du contenu de la hernie hiatale dans l'abdomen.
- Fermeture du diaphragme avec parfois mise en place d'une prothèse de renfort.
- Confection d'une valve anti reflux : la partie libre de l'estomac est enroulée autour de l'œsophage.



## 3.3 Chirurgie du mégaoesophage

### Principes généraux de la technique :

- Réalisation d'une myotomie : section chirurgicale des fibres musculaires du sphincter inférieur de l'œsophage.
- Confection d'une valve anti-reflux afin de prévenir des risques de remontées acides liées à la section du sphincter.

## 3.4 Prise en soin diététique de la chirurgie de l'hernie hiatale et du mégaoesophage

- L'alimentation est progressivement reprise en régime mixé à poursuivre pendant 2-3 semaines puis une alimentation normale peut être réintroduite progressivement.
- Au vue des risques post opératoires, prévention de la dénutrition (fractionnement, +/- enrichissement selon évolution pondérale).
- Conseils généraux concernant la posture, les conditions de prise des repas, éviter les vêtements serrés...
- Eviter de boire au moment des repas.
- Eviter les boissons gazeuses.
- Selon tolérance digestive, contrôle des aliments gras et matières grasses d'ajout, contrôle de la consommation d'aliments potentiellement peu digestes.

Merci de votre attention

