



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## MISE AU POINT

# Troubles fonctionnels et qualité de vie après œsophagectomie et gastroplastie pour cancer<sup>☆</sup>

Functional disorders and quality of life after esophagectomy and gastric tube reconstruction for cancer

T. Poghosyan<sup>a,b,1</sup>, S. Gaujoux<sup>a,1</sup>, M. Chirica<sup>a</sup>,  
N. Munoz-Bongrand<sup>a</sup>, E. Sarfati<sup>a</sup>, P. Cattan<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne, hôpital Saint-Louis, AP-HP, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

<sup>b</sup> Unité de thérapie cellulaire, Inserm UMR 940, hôpital Saint-Louis, 75010 Paris, France

Disponible sur Internet le 24 octobre 2011

### MOTS CLÉS

Œsophagectomie ;  
Vidange gastrique ;  
Dumping syndrome ;  
Reflux ;  
Troubles fonctionnels ;  
Sténose anastomotique ;  
Qualité de vie

**Résumé** Les troubles fonctionnels après œsophagectomie et gastroplastie pour cancer, retard à la vidange gastrique, dumping syndrome et reflux duodéno-gastro-œsophagien, sont présents chez un patient sur deux. Le bénéfice apporté par la pyloroplastie dans leur prévention reste controversé. La création d'une valve antireflux sus-anastomotique semble prévenir le reflux, mais est de réalisation difficile et reste peu utilisée. La prise en charge de ces troubles repose essentiellement sur des règles hygiéno-diététiques et l'obtention d'un équilibre alimentaire propre à chaque patient. Les inhibiteurs de la pompe à protons apportent une aide certaine et devraient être prescrits systématiquement de manière préventive pour limiter le reflux acide et ses conséquences. L'amélioration de la vidange gastrique sous érythromycine est indéniable, mais sa prescription doit prendre en compte la gestion des interactions médicamenteuses, en particulier chez les patients ayant des antécédents cardiovasculaires. L'atténuation de ces troubles reste principalement déterminée par le délai de recouvrement spontané d'une motricité gastrique normale. En cas de dysphagie par sténose, la dilatation endoscopique est efficace. Ces troubles ne semblent pas avoir d'influence sur la qualité de vie à long terme, qui reste principalement influencée par la récurrence tumorale.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Esophagectomy;  
Gastric emptying;  
Dumping syndrome;

**Summary** Functional disorders such as delayed gastric emptying, dumping syndrome or duodeno-gastro-esophageal reflux occur in half of the patients who underwent esophagectomy and gastric tube reconstruction for cancer. The potential role of pyloroplasty to prevent development of functional disorders is still debated. The use of antireflux fundoplication

DOI de l'article original : [10.1016/j.jviscsurg.2011.09.001](https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2011.09.001).

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [pierre.cattan@sls.aphp.fr](mailto:pierre.cattan@sls.aphp.fr) (P. Cattan).

<sup>1</sup> Contribution équivalente des auteurs.

Reflux;  
Functional disorders;  
Anastomotic stenosis;  
Quality of life

procedures during esophagectomy seems able to decrease reflux but increases the complexity of the operation and remain scarcely used. The treatment of these functional disorders arising after esophagectomy and gastroplasty for cancer mainly relies on dietary modifications. The efficiency of proton pump inhibitors is well documented and they should be given routinely to prevent reflux complications. Erythromycin may prevent delayed gastric emptying, but it should be used with caution in patients with cardiovascular disorders. In case of anastomotic stricture, endoscopic dilatation is usually efficient. Gastrointestinal function related problems after oesophageal resection and gastric tube reconstruction do not impair significantly quality of life at long term, which is mainly influenced by the tumor recurrence status.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

Actuellement, la survie après œsophagectomie pour cancer atteint 30 à 45% à cinq ans [1,2]. Cette évolution est liée à une amélioration de la sélection des candidats à la chirurgie et de leur prise en charge périopératoire. Cependant, plus de la moitié des patients opérés présentent après l'intervention des troubles fonctionnels [3], à type de retard à la vidange gastrique, de dumping syndrome, de reflux et de dysphagie. Ces troubles jouent un rôle important dans la perte de poids qui suit toute œsophagectomie. Cette perte de poids a été identifiée comme facteur péjoratif de survie à long terme [4]. La survenue de troubles fonctionnels après œsophagectomie est directement liée à la nouvelle configuration anatomique et fonctionnelle du tractus digestif supérieur qu'entraîne l'acte chirurgical. Ces troubles, parfois intriqués, ont une expression et une intensité variables, qui semblent régies par une susceptibilité individuelle, dont les déterminants ne sont pas clairement établis. De nombreux artifices techniques dont le but est d'en diminuer la fréquence de survenue ont été rapportés. La plupart d'entre eux n'ont jamais fait de preuve de leur efficacité et certains pourraient être délétères sur le plan fonctionnel.

Le but de cette mise au point est d'analyser la physiopathologie, l'expression clinique, l'évolution, les moyens de prévention et le traitement des troubles fonctionnels après œsophagectomie et gastroplastie pour cancer, ainsi que leur répercussion sur la qualité de vie.

## Rappel sur les montages du transplant gastrique

En cas de cancer de l'œsophage résécable, l'œsophagectomie est menée avec ou sans thoracotomie [2]. La continuité digestive est assurée par un transplant gastrique ascensionné dans le thorax ou au cou, entier ou après la résection de la petite courbure de manière à le tubuliser [5]. Le transplant est habituellement placé dans la loge de l'œsophage réséqué (médiastin postérieur), ou plus rarement en rétrosternal (médiastin antérieur). La vascularisation est assurée par le pédicule gastroépiploïque droit. L'anastomose est en position intrathoracique lors de l'intervention réalisée par thoracotomie droite ou gauche, alors qu'elle est cervicale dans l'œsophagectomie sans thoracotomie ou par triple voie d'abord.

## Physiologie de la motricité gastrique

Sur le plan fonctionnel, l'estomac normal est composé de deux entités distinctes, le fundus qui joue le rôle de

réservoir, accentué par un phénomène de relaxation active, et l'antrum qui malaxe les aliments et assure leur évacuation vers l'aval. La cinétique de la vidange gastrique est déterminée par la nécessité du maintien d'un débit transpylorique constant, compatible avec les capacités de digestion et d'absorption du tube digestif. La motricité gastrique est sous un double contrôle nerveux (intrinsèque et extrinsèque) et hormonal. Une zone pacemaker se trouvant au niveau de la partie intermédiaire de la grande courbure assure une activité électrique par une dépolarisation spontanée du potentiel de repos de la membrane. La stimulation vagale induit une relaxation fundique et des contractions antrales. Le contrôle hormonal est essentiellement de type inhibiteur par feed-back négatif et est régi par la sécrétine, la cholécystokinine et le peptide YY, sécrétés par le tube digestif d'aval en réponse à l'arrivée du bol alimentaire. La motiline, quant à elle, fait l'objet d'une sécrétion cyclique pendant les périodes de jeûne et initie les contractions antropyloriques propulsives. L'ensemble des voies d'activation et d'inhibition de la motricité gastrique convergent vers les plexus myentériques de Meissner et d'Auerbach [6,7].

## Physiopathologie des troubles de la vidange gastrique après gastroplastie

Schématiquement, ces troubles peuvent se manifester soit par un retard à la vidange des solides, soit par une accélération à la vidange des liquides. L'importance des conséquences respectives de la vagotomie, de l'altération des réflexes hormonaux inhibiteurs, de la réduction de la capacité gastrique et de la pyloroplastie, détermine chez un patient donné l'expression clinique prédominante de ces troubles (accélération ou ralentissement). Cependant, certains patients peuvent présenter à la fois des symptômes évocateurs de ralentissement et d'accélération de la vidange gastrique [8].

Sur le plan anatomique, la vagotomie tronculaire inévitable lors de la réalisation d'une lymphadénectomie adéquate et la transection gastrique en cas d'utilisation de l'estomac tubulisé provoquent la dégénérescence des plexus myentériques. Elles conduisent à un retard à la vidange gastrique tardive, c'est-à-dire celle des solides, par la disparition des capacités de contraction antropylorique [3,9]. Ces symptômes tendent à s'amender avec le temps. En effet, l'estomac coupé de ses afférences vagales recouvre une activité motrice efficace détectable à partir de la fin de la première année, activité qui devient proche de celle d'un estomac non opéré vers la troisième année [10,11]. Cette reprise d'activité serait due à la régénération rétrograde des plexus myentériques à partir du pylore [11,12].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3312142>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3312142>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)