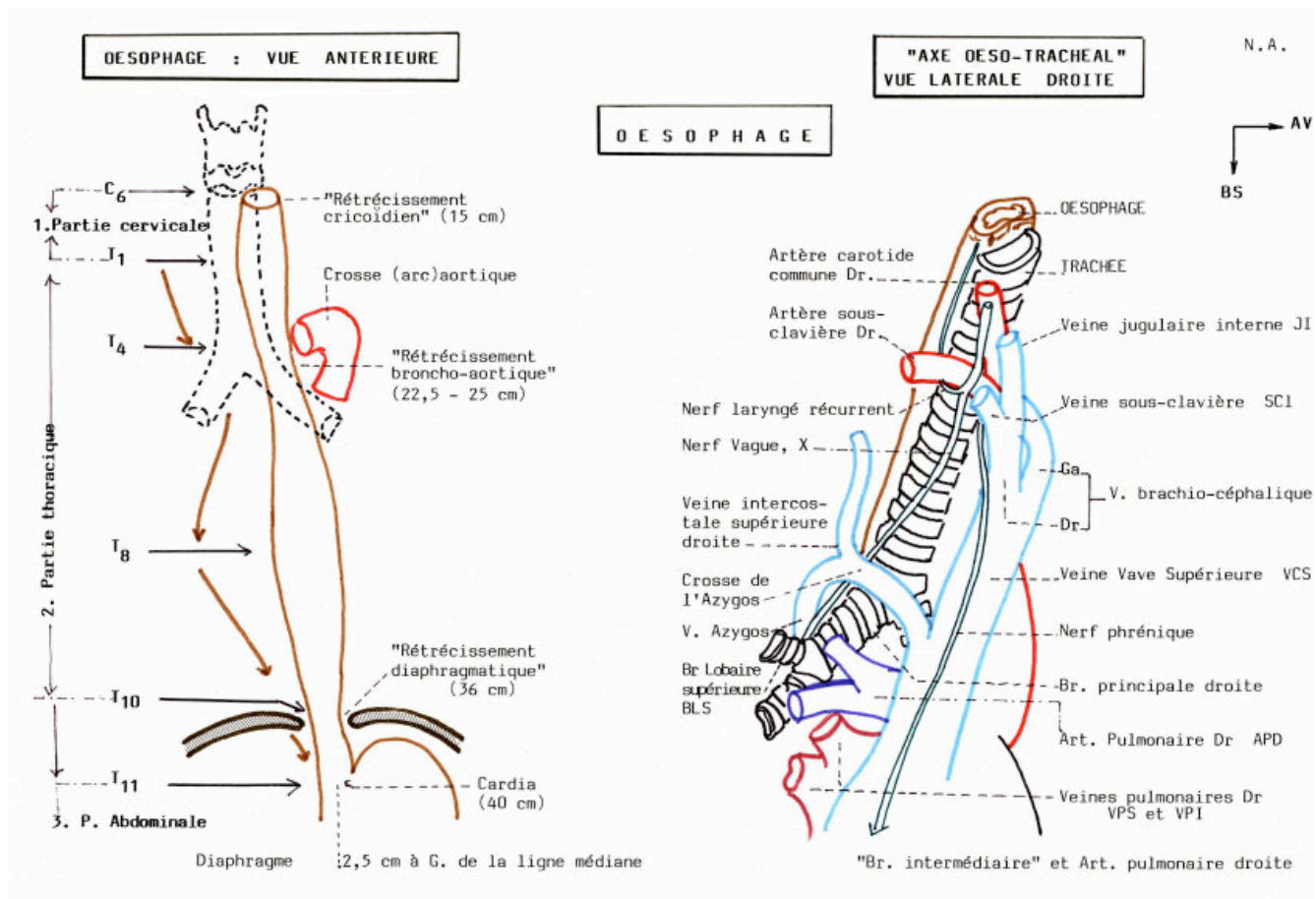


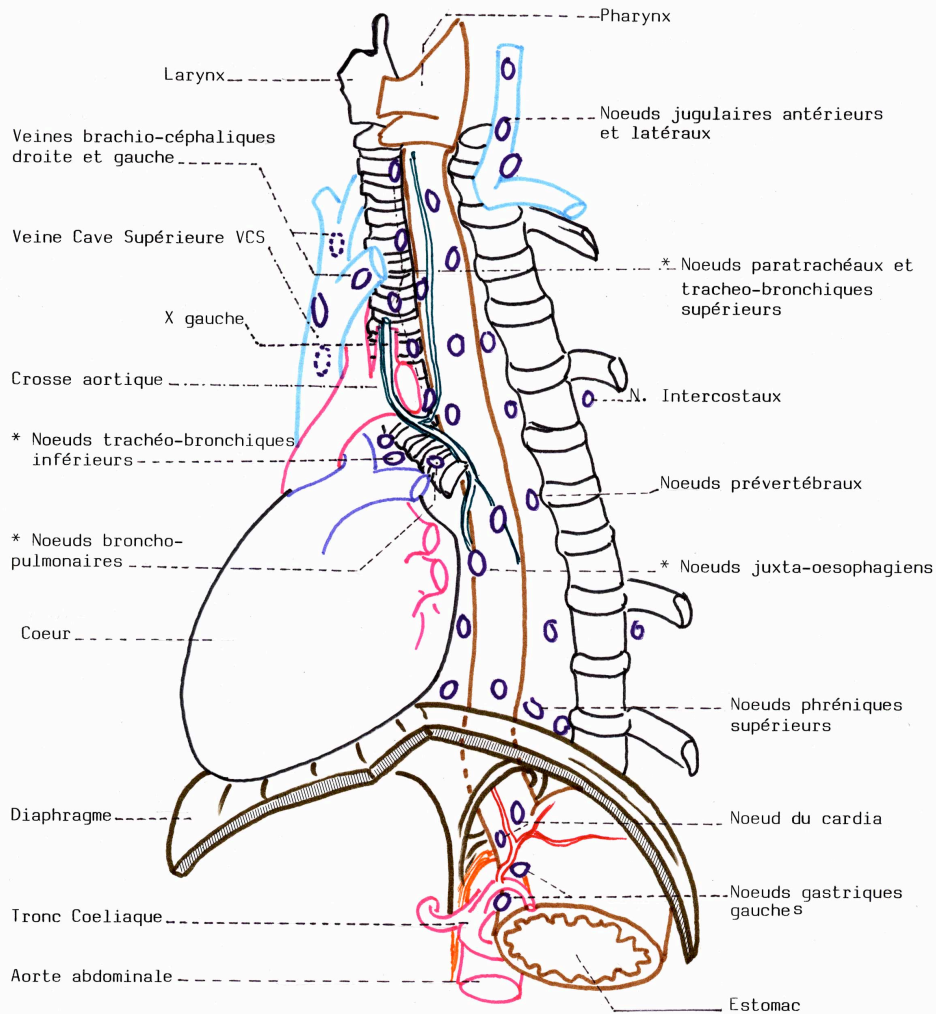
OESOPHAGECTOMIE : PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE

1. RAPPELS :

a. **DEFINITION** : Ablation partielle ou totale de l'œsophage selon différentes techniques chirurgicales

b. **SCHEMAS** : Rappel des rapports anatomiques de l'œsophage.





L'ensemble des groupes précédés d'une * forme le groupe des noeuds lymphatiques médiastinaux postérieurs (in Feneis - Dhem)

c. TECHNIQUES :

- *Lewis-Santy* :

L'intervention consiste en une oesophagectomie sub-totale et des chaînes ganglionnaire péri-oesophagiennes. Elle nécessite un double abord chirurgical abdominal (incision médiane sus-ombilicale) puis thoracique(thoracotomie latérale droite- 5 ou 6^{ème} espace intercostal).

La restauration de la continuité digestive sera effective grâce à une anastomose oeso-gastrique au sommet du thorax.

- *Orringer* :

Cette intervention consiste en une oesophagectomie totale sans thoracotomie. Elle nécessite également un double abord abdominal et cervical gauche.

- *Akiyama* :

Cette technique requiert 3 abords : thoracique, abdominal puis cervical. Elle consiste en une oesophagectomie totale.

2 .PRISE EN CHARGE ANESTHESIQUE :

1. Phase Préopératoire :

- Consultation anesthésique: évaluation cardiaque, respiratoire
- Lutte contre la dénutrition : régime hypercalorique
- Préparation du patient : douche bétadinée, kinésithérapie respiratoire +++++
- Bilan biologique : NFS, coagulation, ionogramme, 2 déterminations groupe sanguin et RAI à jour
- Prémédications : paracétamol, Atarax, traitement personnel prescrit...

2. Préparation de la salle opératoire :

Monitoring standard : scope, PNI, Saturomètre, BIS, curamètre

Bair Hugger

Protocole anesthésique : *Anesthésie Générale +péridurale en l'absence de contre-indication ou AG+ rachi-morphine en alternative*

Matériel spécifique :

- 2 voies veineuses périphériques : *remplissage et anesthésie*
- 1 kit de KTC double lumière (jugulaire droite car 2^{ème} temps en décubitus latéral gauche)
- Echographe avec sonde plane superficielle 12L
- 1 réchauffeur-accélérateur de solutés
- 1 kit d'artère radiale (côté gauche car 2^{ème} temps en décubitus latéral gauche)
- Doppler
- 1 sonde d'intubation sélective gauche avec ergot
- Fibroscope pour contrôle du bon positionnement de la sonde d'IOT
- 1 clamp pour la sonde d'intubation sélective
- 1 sonde naso-gastrique standard 16G ou 18G pour la vidange gastrique en début d'intervention + 1 sonde naso-gastrique silicone pour la nutrition entérale postopératoire

- Ampoule de bleu carmin, cupule, seringue de gavage 50ml et flacon d'eau stérile pour la vérification des sutures digestives.
- 1 kit de péridurale thoracique
- « chaise » de pose de péridurale
- PCEA
- Sonde thermique vésicale

Médicaments spécifiques :

- Morphinomimétiques pour la péridurale thoracique
- Vectarion/ almitrine : cf : fiche d'utilisation sur le site d'anesthésie FOCH
bolus 4 à 8 µg/kg/min
entretien 4 µg/kg/min
- Anesthésiques loco-régionaux : Lévocabupivacaïne (*Chirocaïne 2,5% et 1,25%*)
- Vasopresseurs : noradrénaline 0,1 mg/ml

3 .Phase peropératoire :

- Monitoring : *Artériel en continu*
Hémodynamique non invasif (PVI, Nexfin,)
Diurèse horaire
- Antibiothérapie
- Remplissage modéré
- Anesthésie péri-thoracique (cf : fiche dédiée)
- Protocole anesthésie
- Curarisation profonde continue IVSE et monitoring NMT
- Mobilisation de la sonde naso-gastrique à l'entrée de la bouche oesophagienne
- Test au bleu par la sonde gastrique pour vérifier l'anastomose gastrique
- Ventilation sélective
- Ablation de la SNG après vidange gastrique
- Repose en fin d'intervention d'une sonde silicone sous contrôle chirurgical

3 . TEMPS CHIRURGICAUX :

1. Le temps Digestif :

- Installation en décubitus dorsal : Bras en croix ou bras droit le long du corps avec rallonges de perfusion, vérification des points d'appui (gélamines), contrôle de la position +++++
- Incision
- Exposition, exploration
- Gastrolyse :

- libération de l'estomac de ses attaches abdominales
conservation de la vascularisation de la grande courbure et du pylore
- Préparation du hiatus : section profonde des piliers pour le passage de l'estomac sans striction
 - Décollement duodéno-pancréatique
 - Tubulisation de l'estomac
 - Curage hépatique, coeliaque, coronaire, stomachique
 - Vérification de la bonne vascularisation gastrique
 - Jéjunostomie d'alimentation permettant une réalimentation parentérale précoce
 - Hémostase
 - Lavage
 - Fermeture

2. Le temps Thoracique :

- Installation en décubitus latéral gauche
- Vérification des points d'appui, contrôle +++++
- Incision
- Exclusion pulmonaire droite
- Libération de l'œsophage thoracique (ligature et section de l'azygos)
- Transposition thoracique de l'estomac :
Ascension gastrique d'un transplant digestif
Restauration de la continuité digestive grâce à une anastomose oeso gastrique au sommet de thorax
- Résection tumorale
- Hémostase
- Lavage de la cavité thoracique
- Drainage de la plèvre et du médiastin
- Fermeture

4. PERIODE POST-OPERATOIRE :

- Gestion de la douleur : suivi péridural spécifique, analgésie multimodale
- Drainage classique pleural (2 drains thoraciques antérieur et postérieur en aspiration à -20 cmH20)
- Stomie, jéjunostomie
- Diurèse
- Bilan sanguin en fonction du terrain : GDS, NFS, +/- ionogramme