



Technique chirurgicale :
Techniques de remplacement
de l'œsophage

Dr Buiron Charles
Semestre hiver 2022
Centre Léon Bérard

Plan

- Introduction
- Anatomie

- Tube gastrique
 - Lewis Santy
 - Akiyama
 - Mc Keown
 - Transhiatale
- Anse en Y longue
- Coloplastie

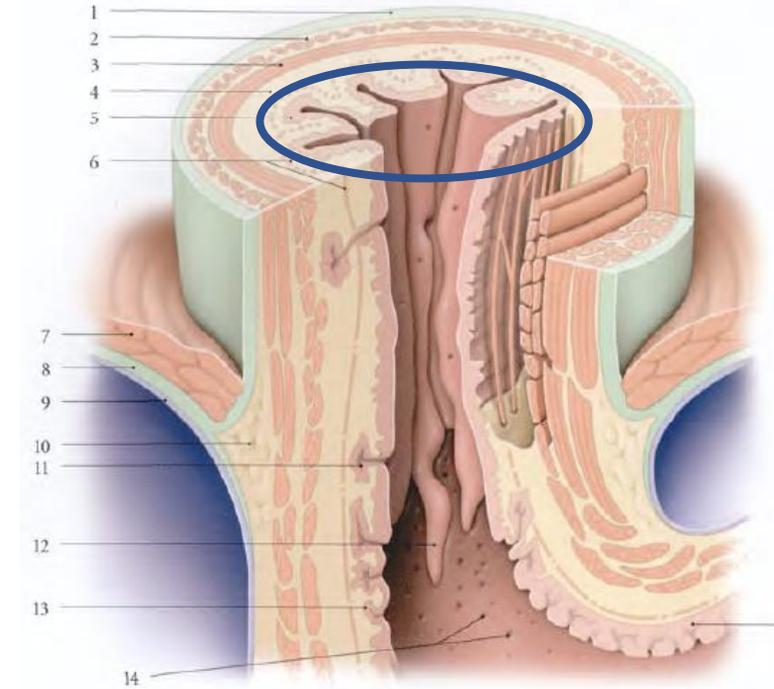
- Conclusion
- Bibliographie

Introduction

- Cancer de l'œsophage :
 - 3^{ème} cancer digestif
 - SSR à 5 ans patients opérés :
 - Stade I : 75%
 - Stade II : 50%
 - Stade III : 25%
- Indications oesophagectomie : ADK ou CE
 - Si superficiel/T1 : après résection endoscopique
 - *R0 + >m3/sm1 : à discuter*
 - R1 + sm2 ou invasion lympho vasculaire
 - Stade I et II : uT1N0, uT2N0, uT1N1, uT2N1, uT3N0
 - ADK stade III : T3N1, T4N0-1 (après traitement néo adjuvant/péri opératoire)

Anatomie

- Longueur : 25 cm, 1,5cm intra abdo
- Structure : 4 couches
 - Adventice
 - Musculeuse :
 - Couche externe longitudinale, interne circulaire
 - 1/3 sup strié, 1/3 inf lisse
 - Sous muqueuse (vsx, nerfs, glandes)
 - **Muqueuse** : épithélium pavimenteux stratifié, lamina propria (TC dense)



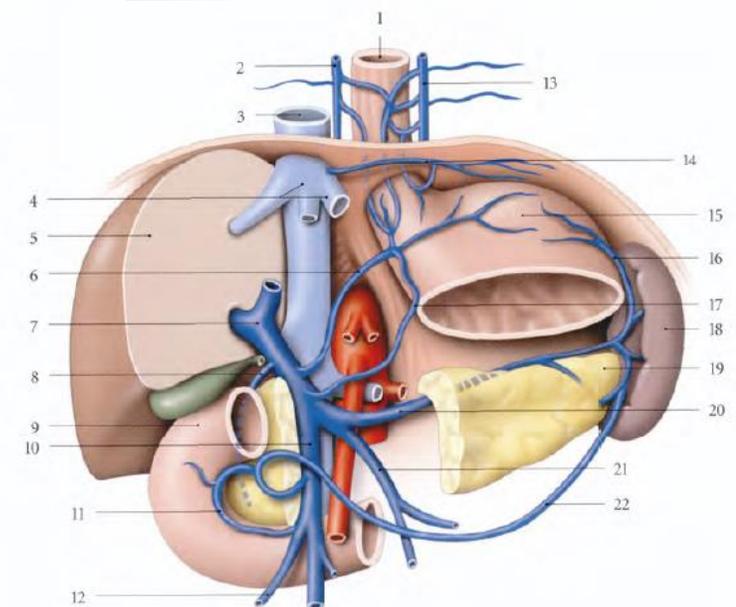
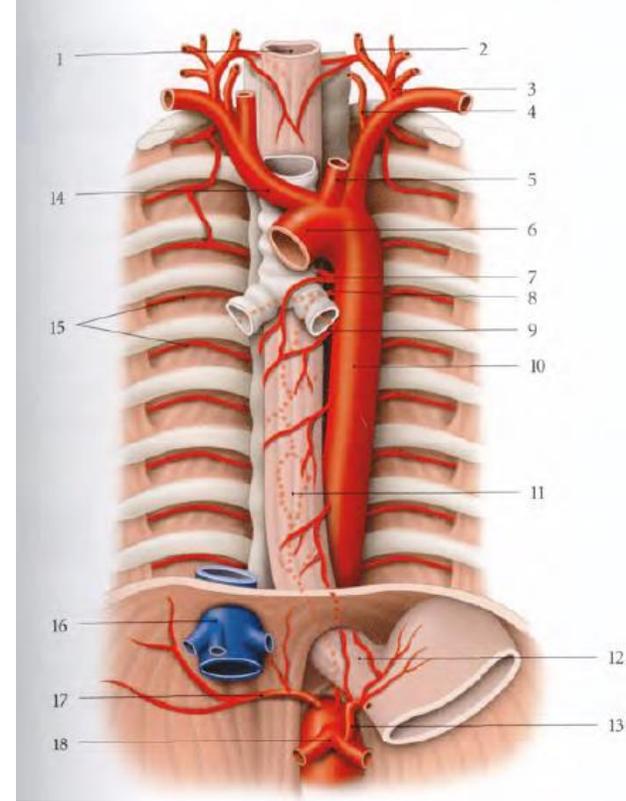
Anatomie

- Vascularisation

- Artère : A. thyroïdienne inférieures, bronchique, aortique, gastrique gauche et phrénique
- Veines : V. thyroïdiennes inf, azygos, gastrique G

- Drainage : cœliaque, para trachéal, trachéo-bronchique inférieur et pré vertébral, para œsophagien
→ AGG

- Innervation : sympathique et nerf vague



Tube gastrique

Lewis Santy



- 1946 Ivor Lewis puis 1947 par Santy (Lyon)
- Plastie gastrique anastomosée à l'œsophage thoracique
- Indication :
 - Tumeurs à >25cm des arcades dentaires
 - Sous carénaire



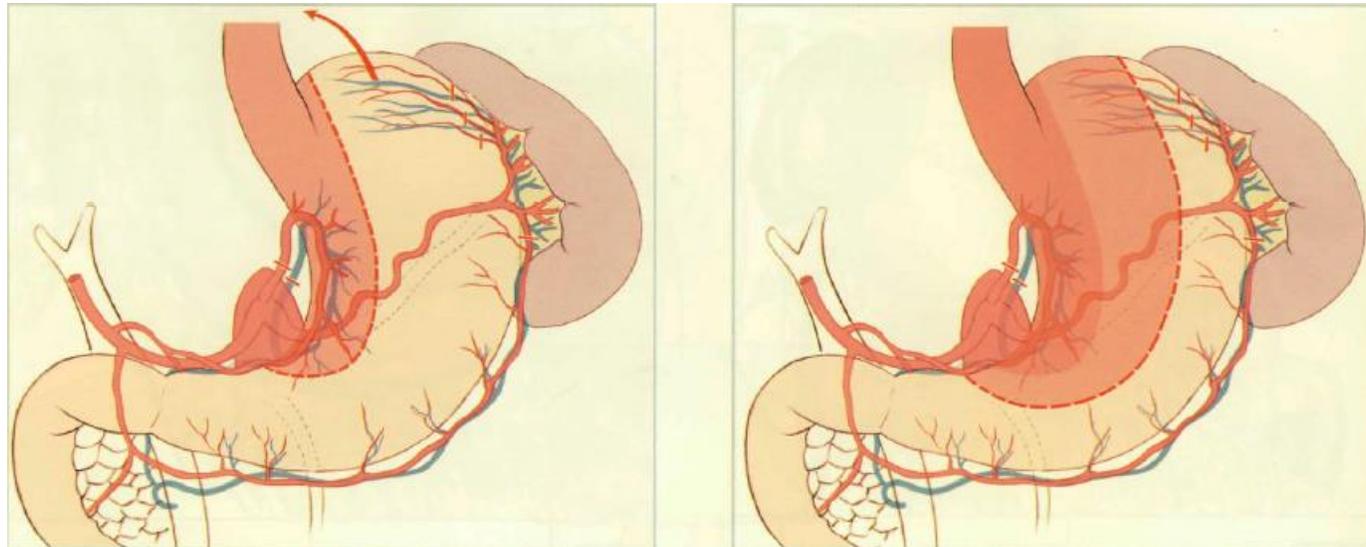
Lewis Santy : Technique

- 1) Gastrolyse : coelio/laparo
 - **Primordial** : Pédicule gastro épiploïque droit (DCE)
 - Incision ligament gastro colique
 - Ligature ligament gastro splénique/vsx courts (champs HCG)
 - Libération GED jusqu'à jonction V. colique sup droite
 - Petit épiploon -> cardia
 - Ligature Vsx gastriques G



Lewis Santy : Technique

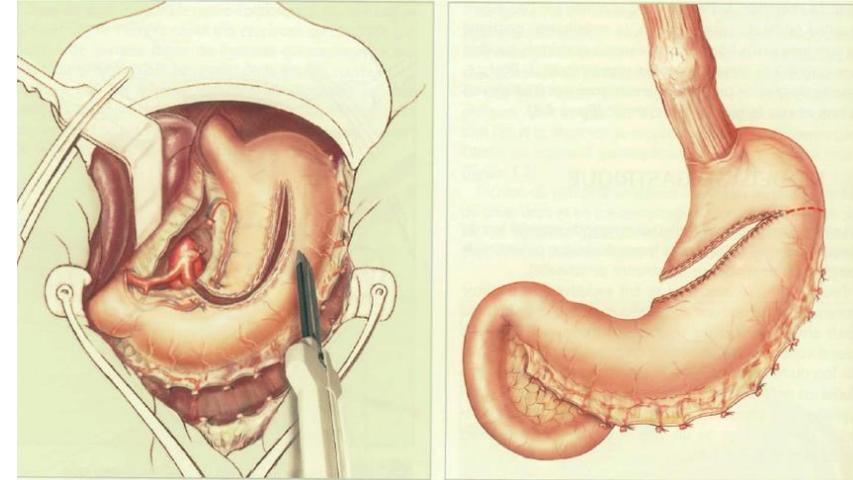
- 2) Tube gastrique :
 - Temps abdominal (permet de voir vitalité avec le temps) ou thoracique
 - Curage de la petite courbure
 - Débuter par le bas, en dessous 4^{ème} branche AGG,
 - Taille du tube ?



Lewis Santy : Technique

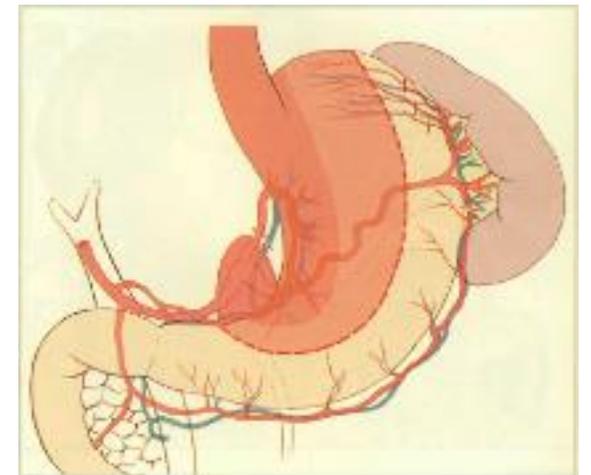
- Tube gastrique large ← →

- Indic. : tolérance alimentaire, vascularisation
- 1) parallèle au bord droit, en respectant 3cm de petite courbure
- 2) Ou en se dirigeant vers fin GED



- Tube gastrique étroit → ←

- Indic. : tumeurs cardia débordant sur estomac, longueur
- 1^{er} agrafage perpendiculaire à gde courbure, // aux vsx
- Largeur de 3cm



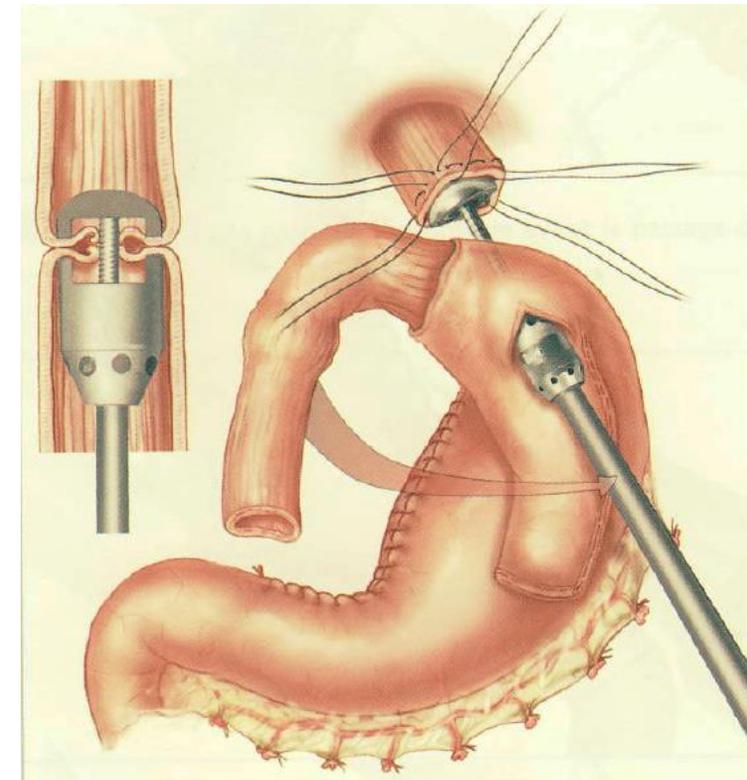
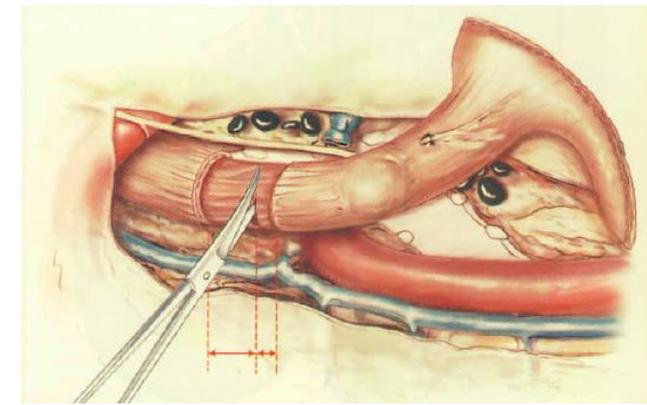
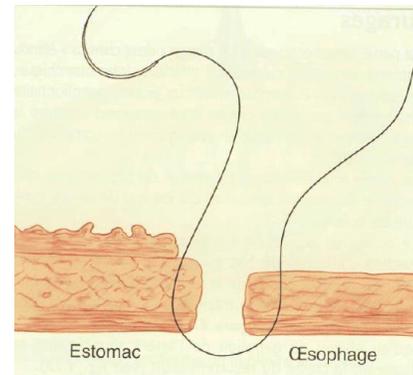
Lewis Santy : Technique

- Ligne d'agrafe :
 - Enfouissement / Surjet (raccourcissement) / points séparés / rien
- Si longueur insuffisante :
 - *Ligature possible : Artère gastrique droite (mais peu de bénéfice)*
 - Kocher voir Cattel : non systématique
- Pyloroplastie : non systématique, effet sur fistule ?
 - Objectif : favoriser vidange du tube
 - (-) : raccourcit 2-3cm
 - Astuce : pyloromyotomie extra muqueuse (0 raccourcissement), pyloroclasie, tox botulique (non validé)

Lewis Santy : Technique

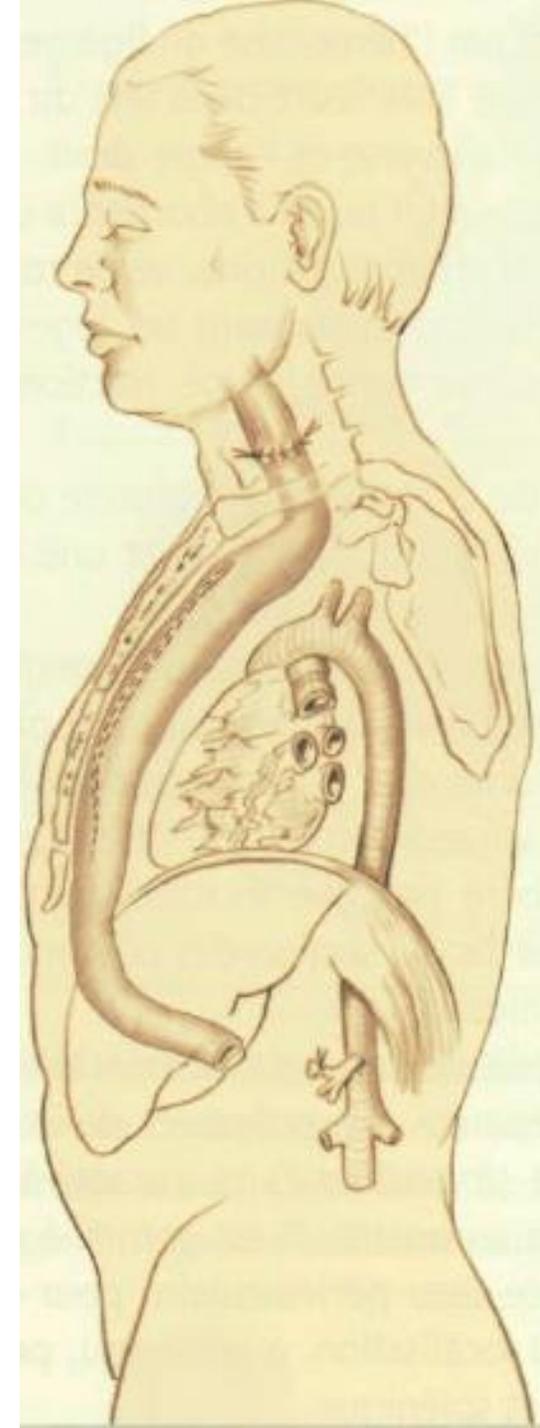
- Temps thoracique :

- 5-6^{ème} EIC
- Section décalée : musculaire puis muco-sous-muqueuse, tenir avec un Satinsky/fils repère
- Suture du **plan solide : muco sous muqueux**.
- Anastomose :
 - Manuelle : point totaux œsophage, extra muqueux estomac, points séparé ou surjet, TT ou LT.
 - Mécanique : enclume œsophage PCEA >25, pince par gastrotomie, terminalisation TA (à >3cm de l'anastomose)
 - Pour fixer : point d'adossement postérieur / suspension à la plèvre



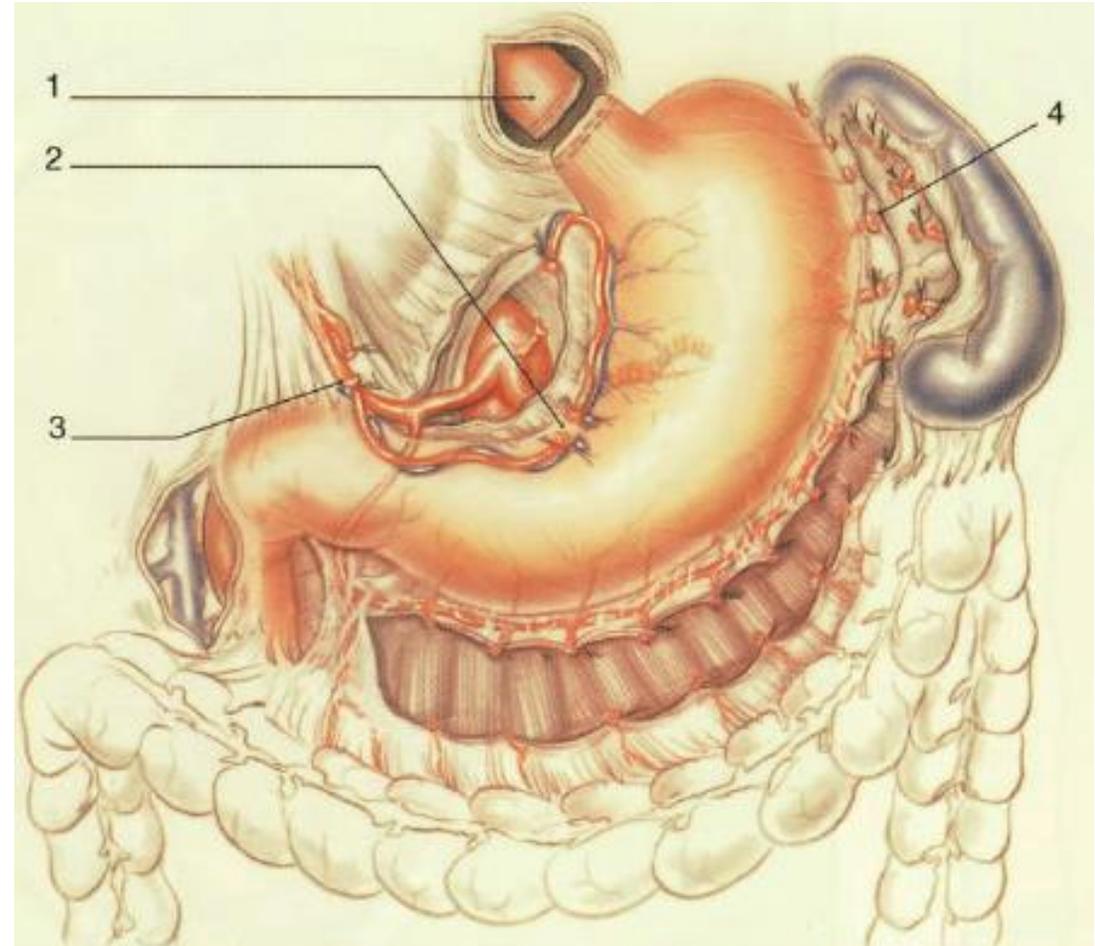
Tube gastrique : variante Akiyama

- 3 voies : 1) cervicale, abdo puis 2) thoracique
- Indication : tumeur du haut œsophage
- Anastomose oesogastrique cervicale, plastie rétrosternale
- Indication de plastie rétrosternale :
 - Risque de récurrence locale
 - Indication de radiothérapie
 - Crainte sténose de la plastie



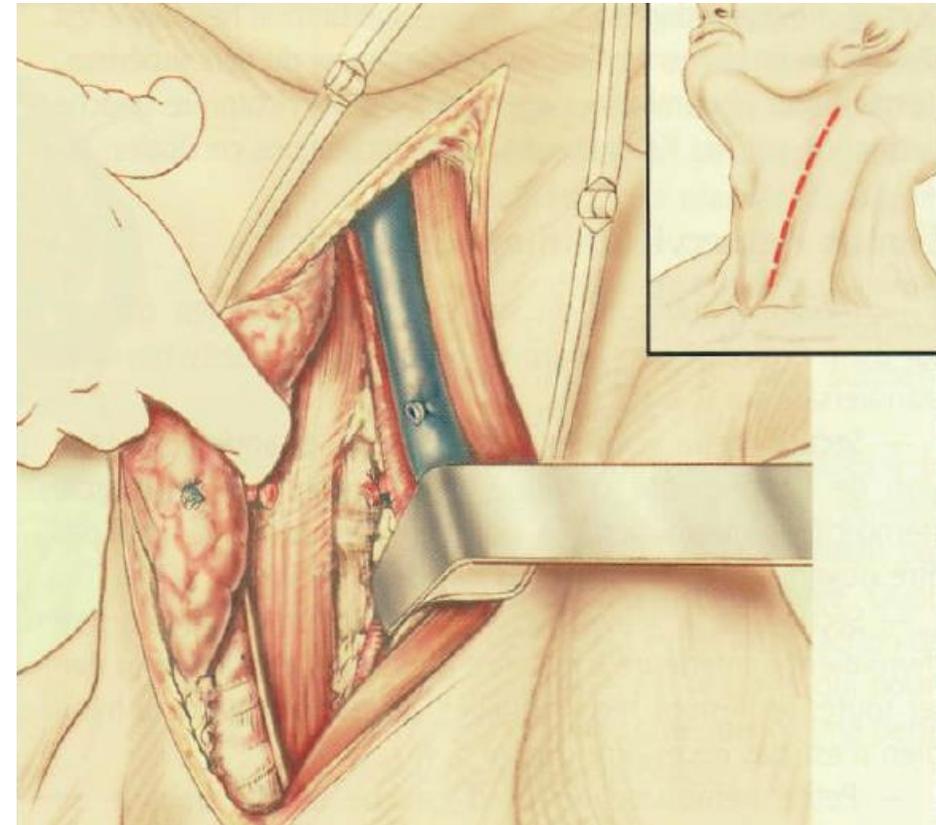
Tube gastrique : variante Akiyama

- 1) Gastrololyse : **objectif tube long**
 - Idem que Lewis Santy
 - Kocher +/- Cattell (+3-5cm)
 - Ligature AGD (**obligatoire**) : rétrosternale
 - Section du cardia GIA
 - Fermeture ou non de l'orifice hiatale
 - Tube étroit ++ (Fekete : tubulisation débutée par le haut)
 - Pas de pyloroplastie
 - Pas d'enfouissement agrafes



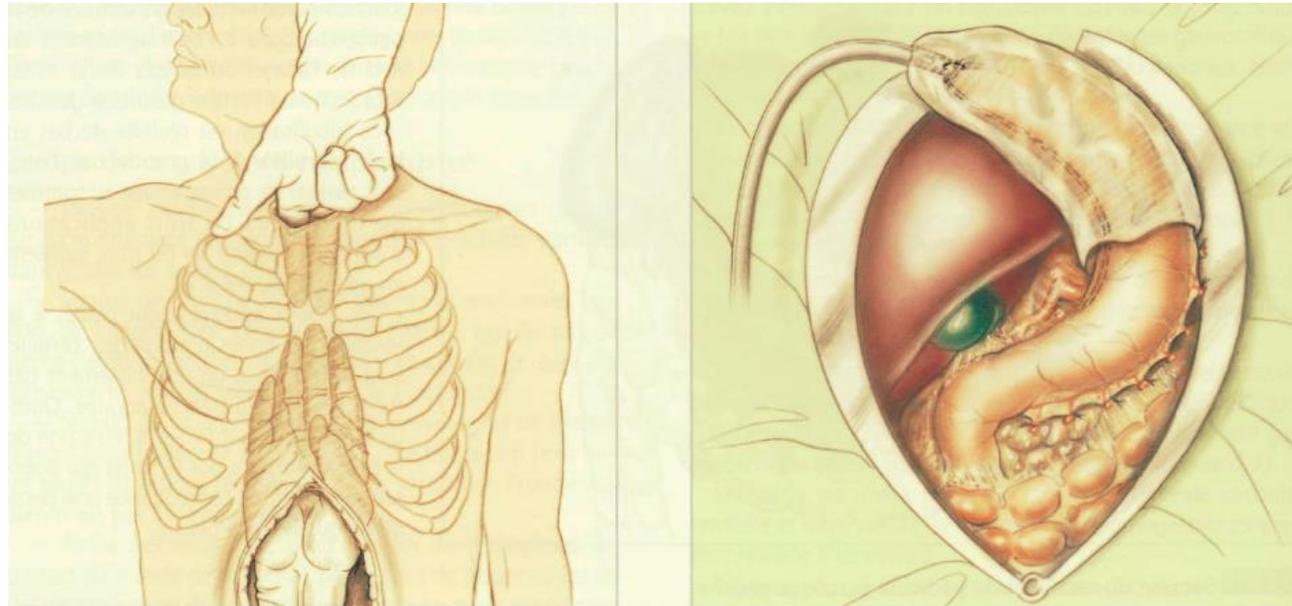
Tube gastrique : variante Akiyama

- 2) Cervical :
 - Incision en avant SCM
 - Section V. jug externe et antérieure
 - gouttière vasculaire laissée en bas
 - Section V. thyр moy et A. thyр inf



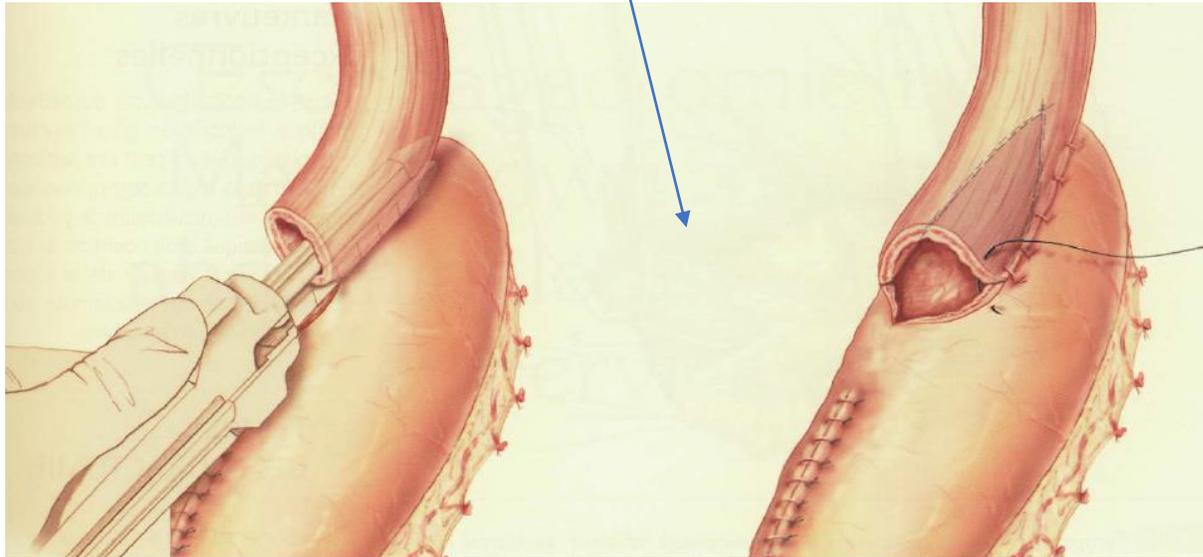
Tube gastrique : variante Akiyama

- 3) Tunnellisation rétrosternale :
 - sous xiphoïdien, médian, au ras du sternum
 - Cervical : section des muscles sous hyoïdien (résection sterno clavculaire si compression)

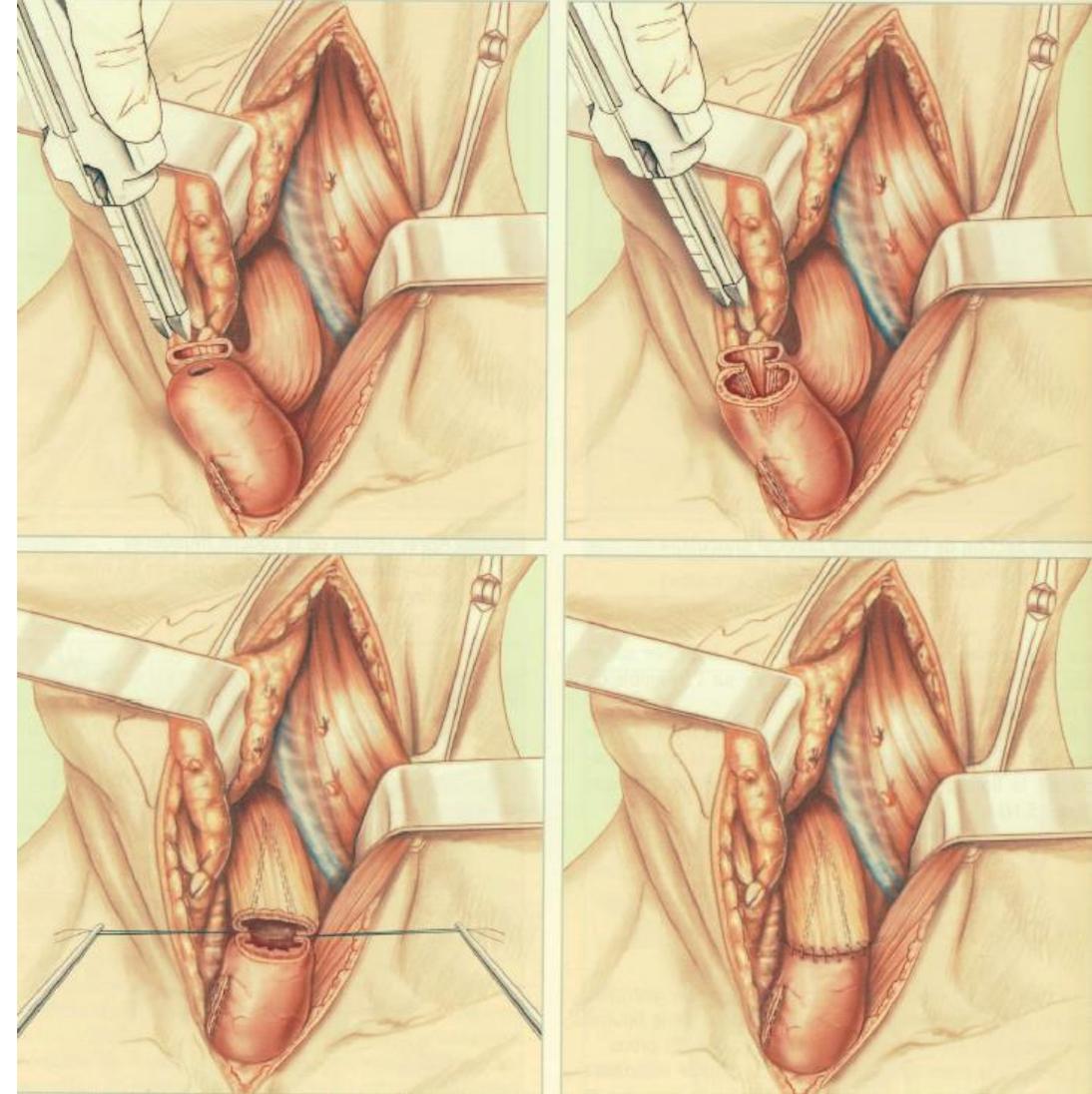


- 4) Anastomose :

- TT ou LT
- Manuelle (face ant estomac)
- Semi-mécanique
- *Mécanique circulaire trop de traction dans le cou*



Face antérieure



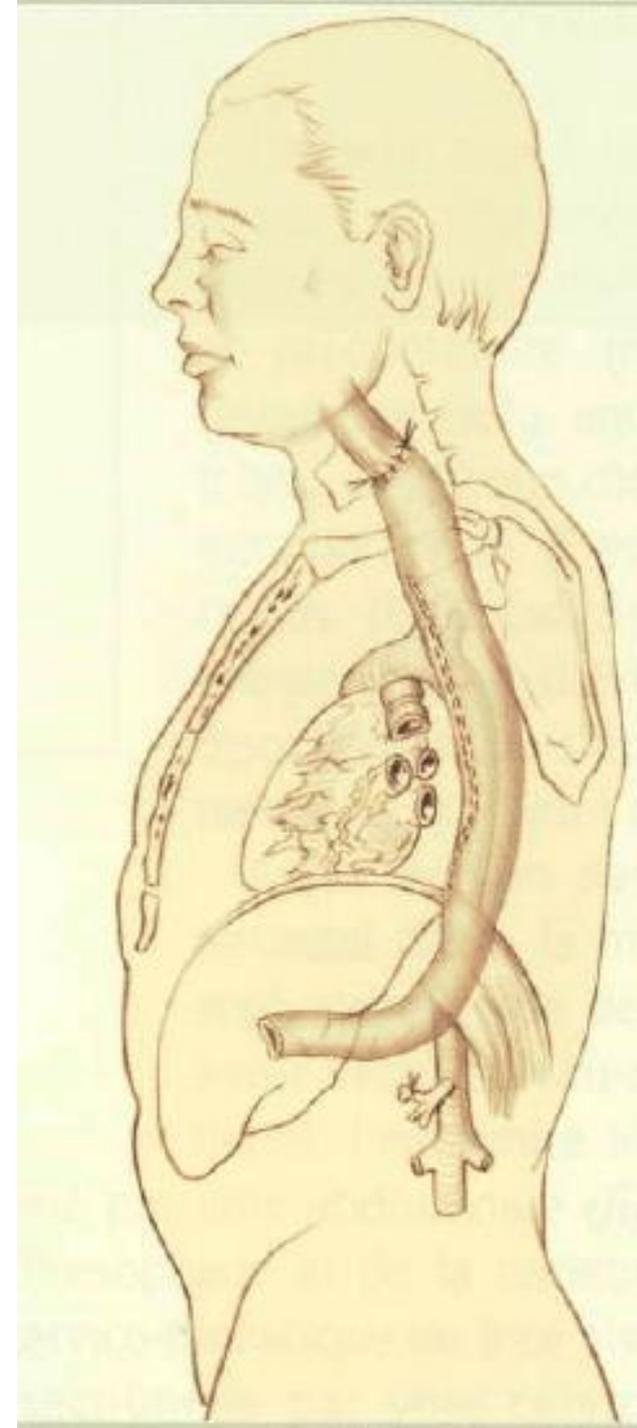
Face postérieure

Tube gastrique : variante Akiyama

- 5) Temps thoracique : oesophagectomie et curage médiastinale

Tube gastrique : variante Mc Keown

- 3 voies : 1) thoracique puis 2) cervical, abdo
- Indication : tumeur sus carénaire, >3-4cm bouche Killian
- Anastomose œsogastrique cervicale, plastie médiastinale postérieure
- (+) trajet plus court, moins de sténose plastie, fonctionnel
- (-) récurrence/envahissement local, irradiation, début par temps thoracique (pas d'explo abdo)

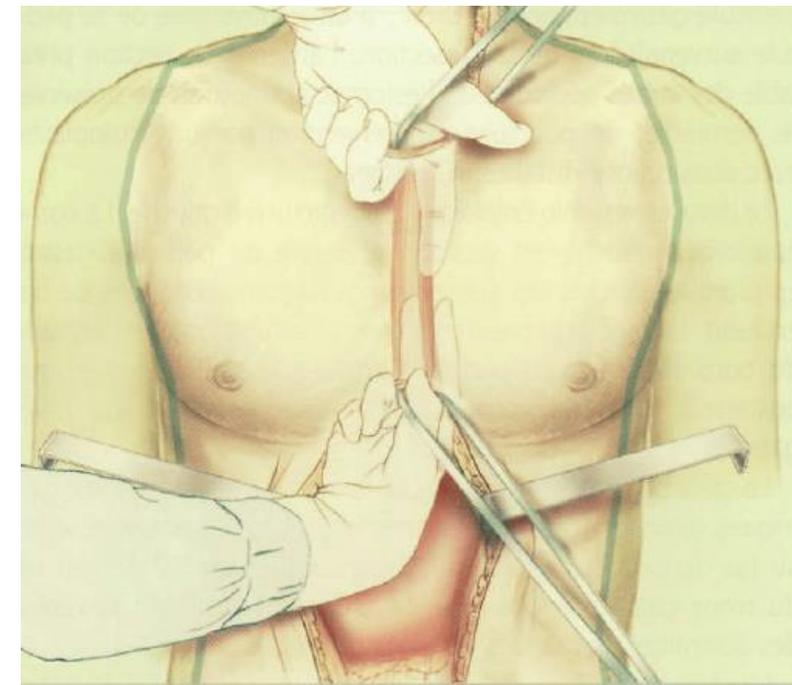
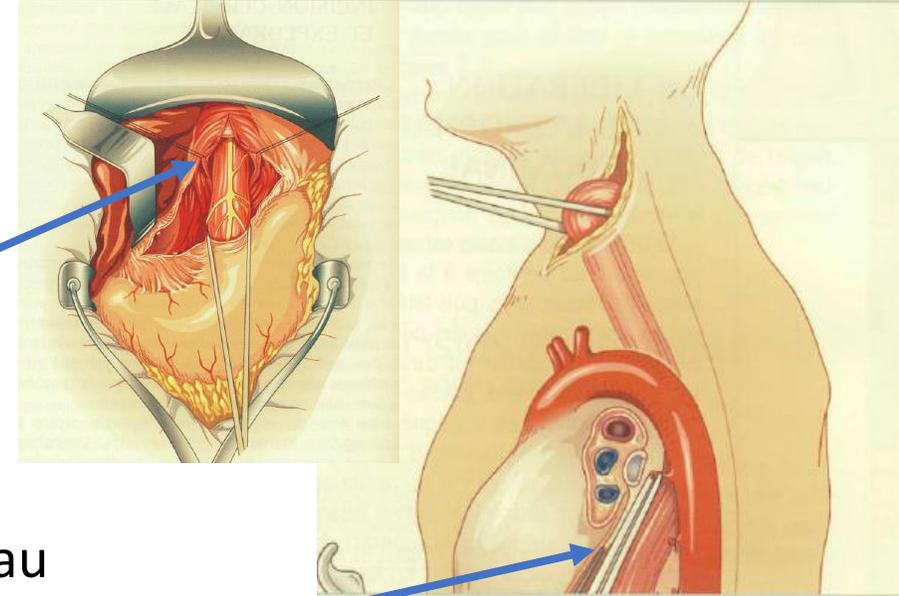


Tube gastrique : transhiatale

- Abord cervical et abdominal
- Ouverture antérieure du hiatus oesophagien sur 7-10 cm
- Dissection au maximum par le bas, et par le haut, au doigt au ras de l'œsophage
- Clippage branche aortique accessible par le bas
- Curage ganglion sous carénaire par voie abdo
- Tubulisation par le haut (Fequete)
- Ascension plastie dans une housse fixée à SNG

- (+) moins de retentissement respiratoire
- (-) pas de curage, pas de contrôle si saignement (tampon, sinon thoracotomie)
CI : tumeur moyen oesophage, ATCD RT

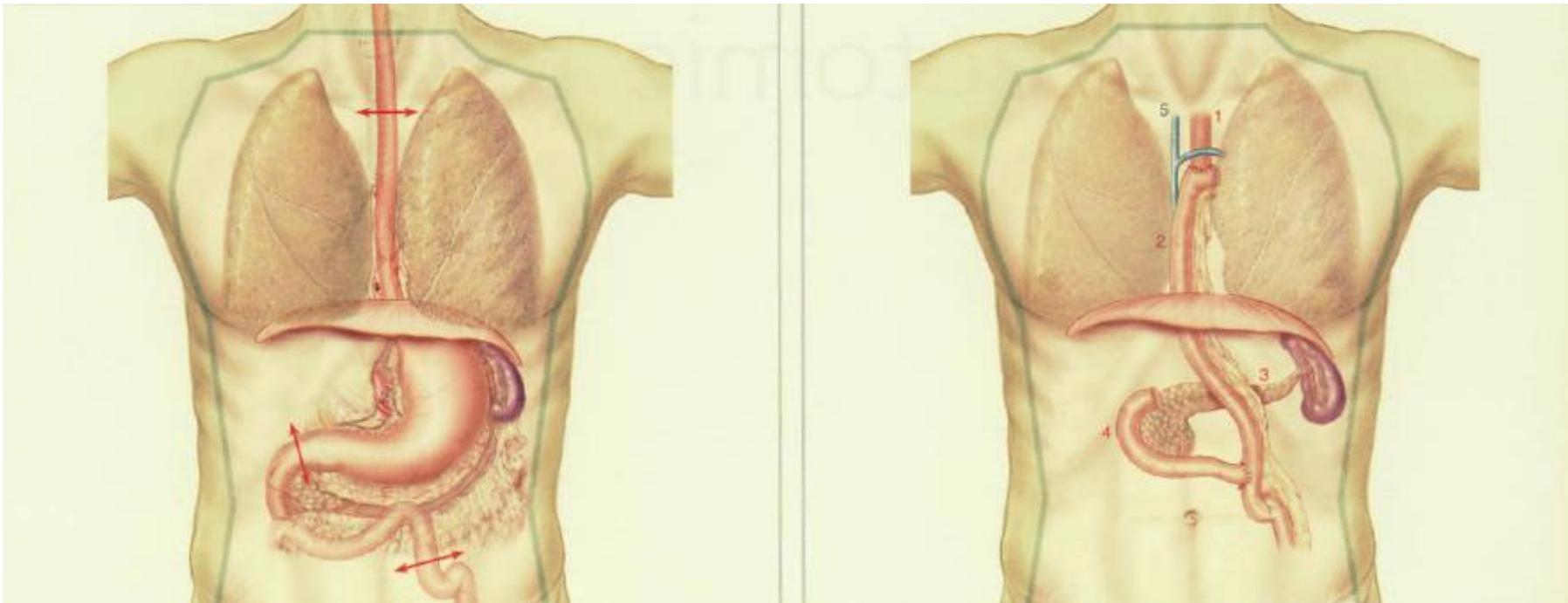
Peu d'indication



Anse en Y longue

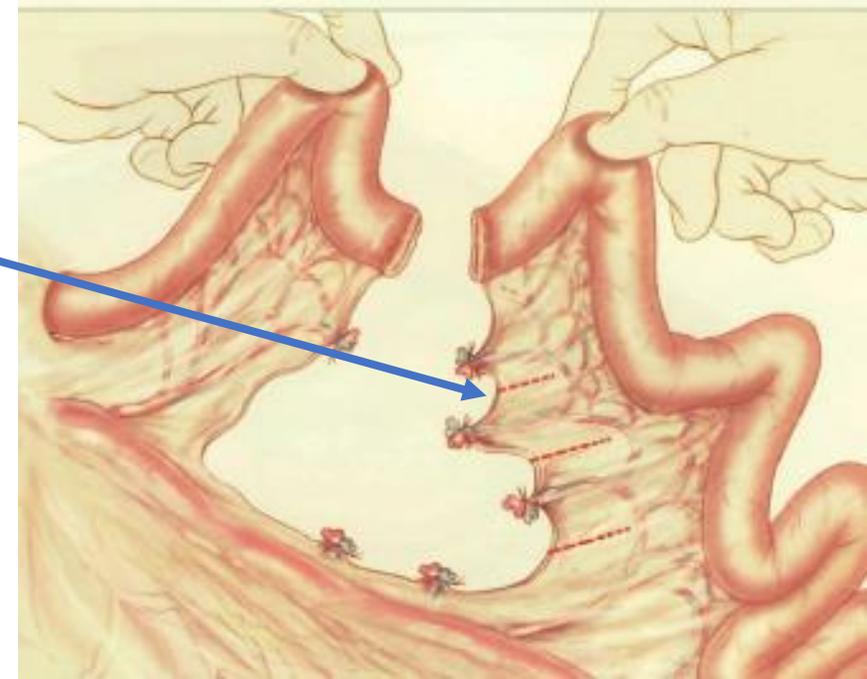
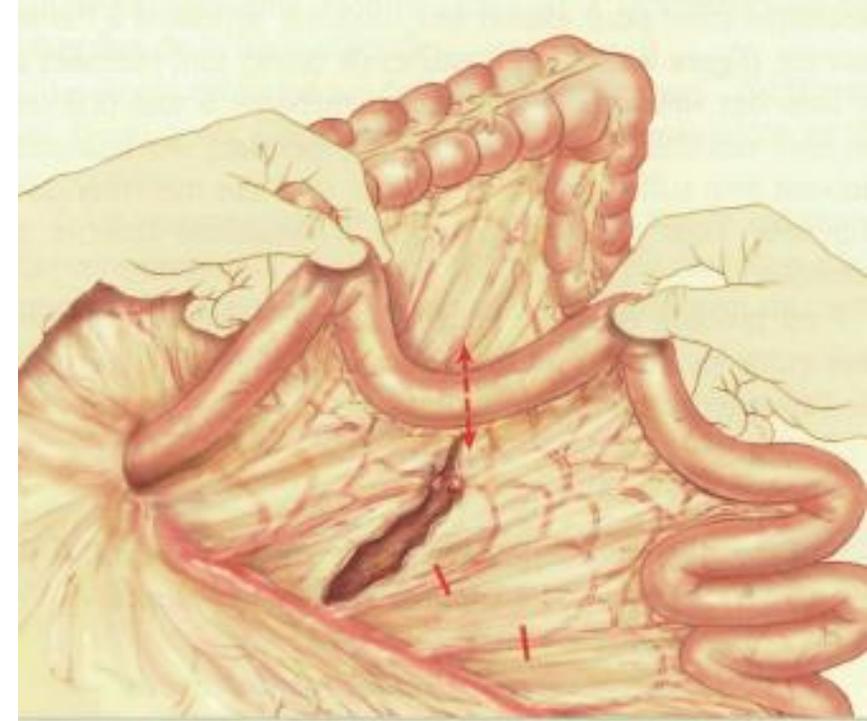
Anse en Y longue

- 1) Temps abdo puis 2) thoracique
- Indication : gastrectomie totale et tumeur haute, cardia avec importante extension gastrique, estomac lésé, problème A. GED



Anse en Y longue

- Libération racine mésentère (Cattel)
- Ligature 1 à 2 branche jéjunale, section mésentère 2^{ème} anse
- Ouvrir les feuillets mésentère entre les pédicules vasculaires
- Passage trans mésocolique (le + direct)
- (+) possible jusqu'à cross azygos
- (-) difficile si méso gras



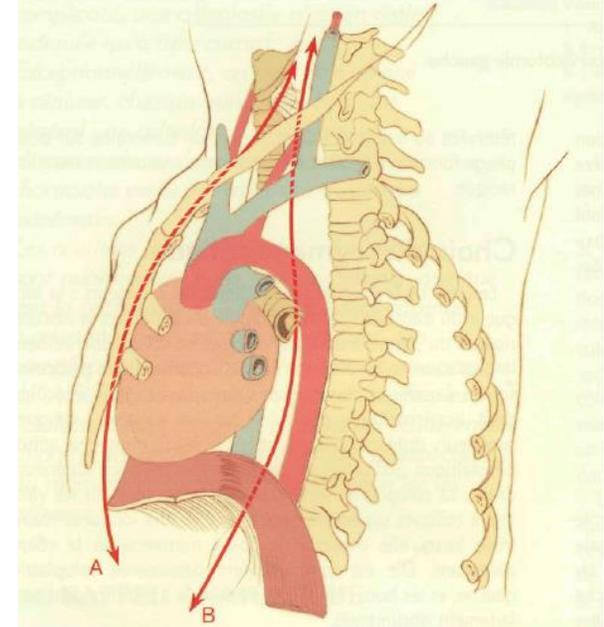
Coloplastie

Coloplastie

- Indication : estomac inutilisable ou qui doit être sacrifié (cancer, gastrostomie, ulcère, caustique, plaie opératoire GED)
- (+) fonctionnel
- (-) morbidité, préparation colique (systématique)

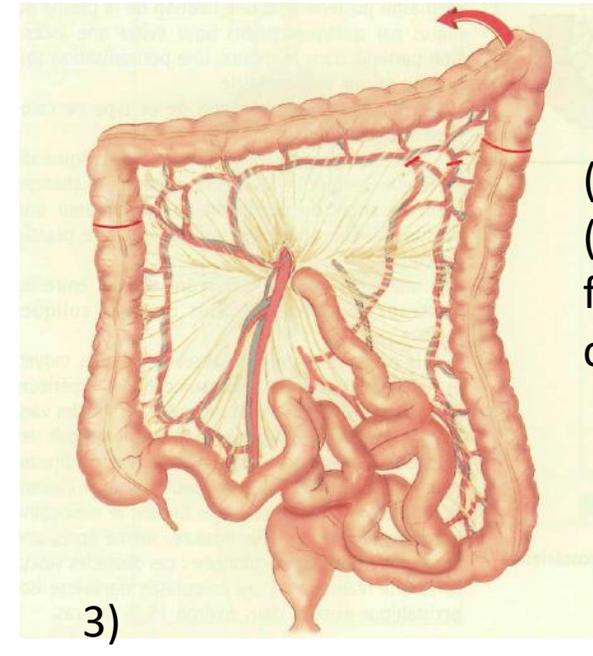
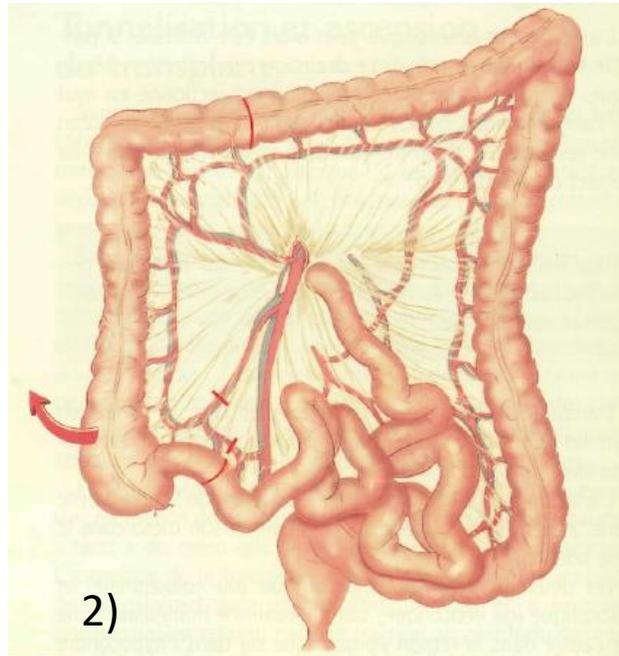
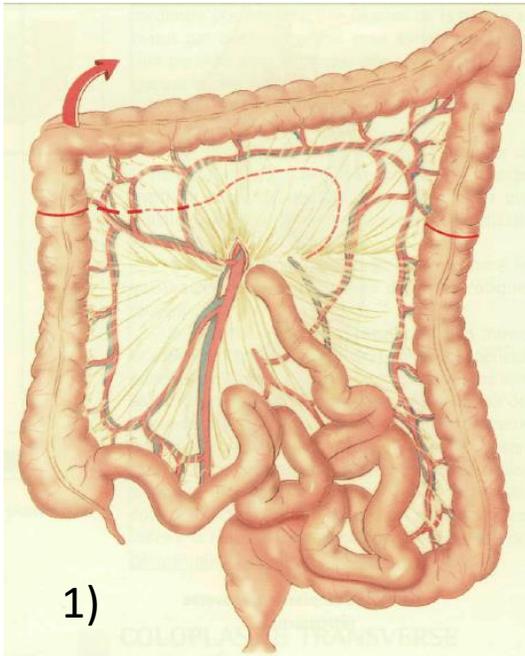
Coloplastie

- Choix du trajet :
 - Médiastinal postérieur : le plus court, fonctionnel, si sternotomie
 - Rétrosternal : si œsophage laissé en place, si exérèse macroscopiquement incomplète/risque récurrence locale, radiothérapie



Coloplastie

- Choix segment : longueur, morphologie patient, vascularisation
 - 1) Colon transverse isopéristaltique (A. colique sup gauche)
 - 2) Iléo colon droit isopéristaltique (A. colique sup droite)
 - 3) *Colon transverse anisopéristaltique (A. colique sur droite) (si échec clampage du même segment en iso)*



(-) inhalation
(+) monte plus facilement,
calibre anast

Coloplastie

- Astuces :
 - Transillumination pour la vascularisation
 - Bien dégraissé résidu de l'épiploon
 - Dissection vsx colique au ras de l'AMS
 - Épreuve de clampage

Conclusion

- Le plus fréquemment : Lewis Santy
- Intérêt de savoir les techniques pour s'adapter à chaque situation, en pré opératoire mais aussi en post opératoire
- Abord transhiatal : pas de curage thoracique
- Place de la fluorescence dans toutes les plasties
- Complications :
 - Twist
 - Nécrose du transplant -> transplantectomie -> reconstruction de recours.

Bibliographie

- EMC
- Chirurgie du tube digestif haut (Pr TRIBOULET)
- TNCD

Merci de votre attention !