RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ BADJI MOKHTAR – ANNABA
FACULTÉ DE MÉDECINE – ANNABA
SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE – CHU D'ANNABA

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine

COMPLICATIONS COMMUNES APRÈS UNE GASTRECTOMIE

Présenté par : Regadi Sara

Sous la direction de : Pr Rouania

Année universitaire : 2025–2026

Modifier avec WPS Office

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Je remercie tout particulièrement mon encadrant(e), Pr ROUANIA, pour son accompagnement, ses conseils, sa disponibilité et ses précieuses orientations tout au long de ce travail.

Mes sincères remerciements vont également à l'ensemble des médecins, chirurgiens, résidents, infirmiers et personnels du service de chirurgie générale du CHU d'Annaba, pour leur disponibilité et leur contribution à la réalisation de cette étude.

Je remercie les enseignants de la Faculté de Médecine pour la qualité de leur enseignement, leur dévouement et les connaissances qu'ils m'ont transmises tout au long de mon parcours universitaire.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma famille pour son amour, son soutien, sa patience et ses encouragements constants, qui ont été une source de force et de motivation durant mes années d'études.

À mes amis et à toutes les personnes qui m'ont soutenue, encouragée ou aidée, directement ou indirectement, je vous adresse mes sincères remerciements.

Enfin, je remercie toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire et à mon parcours de formation médicale.

Modifier avec WPS Office

TABLE DES MATIÈRES

GÉNÉRALITÉS SUR LA GASTRECTOMIE 1
Introduction 1
Définition de la gastrectomie 1
Rappels anatomiques de l'estomac 2
1. Situation et morphologie 2
2. Les différentes régions de l'estomac 2
3. Constitution de la paroi gastrique 3
4. Vascularisation 3
5. Drainage lymphatique 3
6. Innervation 4
7. Rapports anatomiques 4
Les indications de la gastrectomie 4
1. Le cancer gastrique 4
2. Les ulcères gastro-duodénaux compliqués 5
3. Les tumeurs bénignes de l'estomac 6
4. Les autres pathologies 6
Les différents types de gastrectomie 7
1. La gastrectomie totale 7
2. La gastrectomie subtotale (ou distale) 8
3. La gastrectomie proximale 9
Principes techniques de la gastrectomie 9
1. Voies d'abord 10
2. Curage ganglionnaire 11
3. Types de reconstruction digestive 12
LES COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES APRÈS UNE GASTRECTOMIE 13
I. Les complications précoces 13
1. Les complications hémorragiques 13
2. Les complications infectieuses 16
3. Les fistules digestives 20
4. Les complications respiratoires 23
5. Les complications thromboemboliques 27
6. Les complications digestives 29
II. Les complications tardives 33
1. Le syndrome de dumping 33
2. Les troubles nutritionnels 35
3. Le reflux biliaire et l'œsophagite 37
4. Les troubles fonctionnels digestifs 40
Les facteurs favorisant la survenue des complications 43
1. L'âge du patient 43


Modifier avec WPS Office

2. Le terrain du patient 44
3. Les comorbidités 44
4. Le type de gastrectomie 45
5. Le stade de la maladie 45
6. La durée opératoire 46
7. L'expérience du chirurgien et du centre 46
Diagnostic et prise en charge des complications 46
1. Diagnostic clinique 47
2. Diagnostic biologique 48
3. Diagnostic par imagerie 48
Prise en charge thérapeutique des complications 49
1. Traitement médical 49
2. Drainage des collections 50
3. Réintervention chirurgicale 51
4. Support nutritionnel 51
Prévention des complications 52
1. Préparation préopératoire 52
2. Antibioprophylaxie 53
3. Prévention thromboembolique 53
4. Réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS) 54
5. Suivi nutritionnel 55
Conclusion générale du mémoire 55
PARTIE PRATIQUE : Étude des complications communes après une gastrectomie 57
I. Introduction 57
II. Objectifs de l'étude 57
III. Patients et méthodes 58
III.1. Type et période de l'étude 58
III.2. Population étudiée 58
IV. Données préopératoires 59
IV.1. Comorbidités 59
V. Indications de la gastrectomie 59
VI. Type de gastrectomie 60
VII. Données opératoires 60
VIII. Fréquence globale des complications 60
IX. Répartition des complications postopératoires 61
X. Complications chirurgicales et médicales 62
XI. Fuite ou fistule anastomotique 62
XII. Hémorragie postopératoire 62
XIII. Complications infectieuses 63
XIV. Complications respiratoires 63
XV. Troubles hydro-électrolytiques 64
XVI. Complications thromboemboliques 64

Modifier avec WPS Office

XVII. Délai d'apparition des complications 64
XVIII. Complications selon le type de gastrectomie 65
XIX. Complications selon l'âge 65
XX. Complications selon la présence de comorbidités 65
XXI. Complications selon la transfusion périopératoire 66
XXII. Classification de la gravité des complications 66
XXIII. Prise en charge des complications 67
XXIV. Durée d'hospitalisation 67
XXV. Réintervention chirurgicale 68
XXVI. Mortalité postopératoire 68
XXVII. Discussion 68
XXVII.1. Profil des patients 69
XXVII.2. Influence des comorbidités 69
XXVII.3. Influence du type de gastrectomie 69
XXVII.4. Complications infectieuses 69
XXVII.5. Fistules anastomotiques 70
XXVII.6. Complications respiratoires 70
XXVII.7. Hémorragies 70
XXVII.8. Facteurs associés 71
XXVIII. Limites de l'étude 71
XXIX. Conclusion de la partie pratique 71
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 73
RÉSUMÉ 78
Mots-clés 78
ABSTRACT 78
Keywords 79
الملخص 79

Modifier avec WPS Office

Généralités sur la gastrectomie :

Introduction

La gastrectomie est une intervention chirurgicale majeure consistant en l'ablation partielle ou totale de l'estomac. Elle est principalement indiquée dans le traitement des cancers gastriques, de certaines tumeurs bénignes, des ulcères compliqués et, dans certains cas, de l'obésité morbide. Grâce aux progrès réalisés dans les techniques chirurgicales, l'anesthésie et la prise en charge périopératoire, la mortalité liée à cette intervention a considérablement diminué. Néanmoins, la gastrectomie demeure associée à un risque non négligeable de complications postopératoires pouvant altérer le pronostic vital, prolonger la durée d'hospitalisation et impacter significativement la qualité de vie des patients.

Les complications postopératoires peuvent survenir précocement ou à distance de l'intervention. Les complications précoces comprennent notamment les fistules anastomotiques, les hémorragies, les infections, les abcès intra-abdominaux et les complications thromboemboliques. Les complications tardives sont dominées par les troubles nutritionnels, les carences vitaminiques, le syndrome de dumping, les sténoses anastomotiques, le reflux biliaire et la perte de poids excessive. Leur fréquence et leur gravité dépendent de plusieurs facteurs, notamment l'état général du patient, les comorbidités, le type de gastrectomie réalisée, la technique chirurgicale employée ainsi que la qualité de la prise en charge postopératoire.

La prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge adaptée de ces complications constituent des enjeux majeurs afin d'améliorer les résultats thérapeutiques et le devenir des patients. Une bonne connaissance de ces complications permet également d'optimiser le suivi postopératoire et de mettre en place des stratégies efficaces de prévention.

Dans ce contexte, ce mémoire a pour objectif de faire une revue des principales complications observées après une gastrectomie, d'en décrire les mécanismes physiopathologiques, les facteurs de risque, les moyens diagnostiques ainsi que les différentes modalités de prise en charge, en s'appuyant sur les données récentes de la littérature scientifique.

Définition de la gastrectomie

La gastrectomie est une intervention chirurgicale consistant à réséquer une partie ou la totalité de l'estomac. Selon l'étendue de la résection, on distingue la gastrectomie partielle (ou subtotale), qui préserve une portion de l'estomac, et la gastrectomie totale, qui consiste en l'ablation complète de l'organe avec rétablissement de la continuité digestive par une anastomose entre l'œsophage et l'intestin grêle, le plus souvent selon la technique de Roux-en-Y .

Modifier avec WPS Office

Cette intervention est réalisée principalement dans le traitement du cancer gastrique, qui représente son indication la plus fréquente. Elle peut également être indiquée dans certaines tumeurs bénignes ou stromales, les complications d'ulcères gastro-duodénaux résistants au traitement médical ou compliqués, ainsi que dans le cadre de la chirurgie bariatrique pour la prise en charge de l'obésité sévère (gastrectomie longitudinale ou sleeve gastrectomy).

Le choix du type de gastrectomie dépend de plusieurs facteurs, notamment la nature de la pathologie, sa localisation, son extension, l'état général du patient et les objectifs thérapeutiques. Cette intervention peut être réalisée par laparotomie ou par voie laparoscopique, selon les indications et l'expertise de l'équipe chirurgicale.

Bien que la gastrectomie constitue une option thérapeutique efficace dans de nombreuses situations, elle entraîne des modifications anatomiques et fonctionnelles importantes du tube digestif. Ces changements peuvent être à l'origine de complications précoces ou tardives, nécessitant une surveillance clinique et nutritionnelle rigoureuse.

Rappels anatomiques de l'estomac

1. Situation et morphologie

L'estomac est un organe creux du tube digestif situé dans la partie supérieure de l'abdomen, principalement dans l'hypochondre gauche et l'épigastre. Il constitue un réservoir alimentaire interposé entre l'œsophage et le duodénum. Chez l'adulte, sa capacité moyenne est d'environ 1,5 à 2 litres, bien qu'elle puisse varier en fonction de l'état de remplissage. Sa forme est généralement décrite comme celle d'une poche en « J ».

L'estomac présente deux faces (antérieure et postérieure), deux bords (la petite courbure à droite et la grande courbure à gauche) ainsi que deux orifices : le cardia, qui assure la jonction avec l'œsophage, et le pylore, qui contrôle le passage du contenu gastrique vers le duodénum.

2. Les différentes régions de l'estomac

Sur le plan anatomique, l'estomac est divisé en plusieurs régions :

* Le cardia : zone de jonction entre l'œsophage et l'estomac.
* Le fundus (grosse tubérosité) : partie supérieure située au-dessus du cardia, jouant un rôle de réservoir des aliments et des gaz.

Modifier avec WPS Office

* Le corps gastrique : portion la plus volumineuse de l'estomac, siège principal de la sécrétion d'acide chlorhydrique et d'enzymes digestives.
* L'antre pylorique : partie distale impliquée dans le brassage des aliments et la sécrétion de gastrine.
* Le pylore : segment terminal comportant un sphincter qui régule la vidange gastrique vers le duodénum.

3. Constitution de la paroi gastrique

La paroi de l'estomac est constituée de quatre tuniques :
* La muqueuse, riche en glandes gastriques responsables de la sécrétion de mucus, d'acide chlorhydrique, de pepsinogène et du facteur intrinsèque.
* La sous-muqueuse, contenant des vaisseaux sanguins, des vaisseaux lymphatiques et le plexus nerveux de Meissner.
* La musculeuse, composée de trois couches de fibres musculaires (oblique interne, circulaire moyenne et longitudinale externe), permettant le brassage et la progression du contenu gastrique.
* La séreuse, correspondant au péritoine viscéral qui recouvre la majeure partie de l'estomac.

4. V ascularisation

L'estomac possède une vascularisation particulièrement riche, assurée par des branches du tronc cœliaque :

* L'artère gastrique gauche et l'artère gastrique droite irriguent la petite courbure.
* Les artères gastro-épiploïques droite et gauche vascularisent la grande courbure.
* Les artères gastriques courtes, issues de l'artère splénique, irriguent le fundus.
Le drainage veineux suit globalement le trajet des artères et se termine dans le système porte.

5. Drainage lymphatique

Le drainage lymphatique gastrique est complexe et suit les axes vasculaires. Les vaisseaux lymphatiques se dirigent vers les ganglions situés le long de la petite et de la grande courbure, puis vers les ganglions du tronc cœliaque. Cette organisation explique l'importance du curage ganglionnaire lors de la chirurgie du cancer gastrique.

Modifier avec WPS Office

6. Innervation

L'innervation de l'estomac est assurée par :

* Le système parasympathique, principalement par les nerfs vagues, qui stimule la motricité et les sécrétions gastriques.
* Le système sympathique, provenant des nerfs splanchniques via le plexus cœliaque, qui inhibe les sécrétions et la motilité gastriques tout en provoquant une vasoconstriction.

7. Rapports anatomiques

L'estomac est en rapport avec plusieurs organes :

* En avant : le foie, le diaphragme et la paroi abdominale antérieure.
* En arrière : le pancréas, la rate, le rein gauche, la glande surrénale gauche et la bourse omentale.
* En haut : le diaphragme.
* En bas : le côlon transverse et son mésocôlon.

La connaissance de ces rapports anatomiques est essentielle en chirurgie gastrique afin de limiter les risques de lésions des organes voisins et de faciliter la réalisation des différents temps opératoires.

Les indications de la gastrectomie

La gastrectomie est indiquée dans plusieurs pathologies gastriques, qu'elles soient malignes ou bénignes. Le choix du type de gastrectomie (partielle, subtotale ou totale) dépend de la nature de la maladie, de sa localisation, de son extension ainsi que de l'état général du patient.

1. Le cancer gastrique

Le cancer gastrique constitue la principale indication de la gastrectomie. Il s'agit d'un problème majeur de santé publique, représentant l'une des principales causes de mortalité par cancer dans le monde. L'adénocarcinome gastrique est la forme histologique la plus fréquente, représentant plus de 90 % des cancers de l'estomac.

La chirurgie représente le seul traitement curatif des cancers gastriques localisés.

Modifier avec WPS Office

L’objectif est d’obtenir une résection complète de la tumeur (résection R0), associée à un curage ganglionnaire adapté, généralement de type D1 ou D2 selon les recommandations et le stade de la maladie.

Le type de gastrectomie dépend de la localisation tumorale :

* Une gastrectomie subtotale est privilégiée pour les tumeurs situées dans la partie distale de l’estomac (antre ou pylore), lorsque des marges de résection suffisantes peuvent être obtenues.
* Une gastrectomie totale est indiquée pour les tumeurs du corps gastrique, du fundus, du cardia ou en cas de lésions diffuses.
* Dans certains cas sélectionnés de cancers gastriques précoces, une résection endoscopique peut être proposée, évitant ainsi une gastrectomie.

La chirurgie est souvent intégrée dans une prise en charge multimodale comprenant une chimiothérapie périopératoire ou une radiochimiothérapie selon les recommandations en vigueur.

2. Les ulcères gastro-duodénaux compliqués

Grâce au traitement médical par inhibiteurs de la pompe à protons et à l’éradication de Helicobacter pylori, la chirurgie des ulcères est devenue beaucoup plus rare. Toutefois, la gastrectomie reste indiquée dans certaines complications graves.

Les principales indications sont :

* les ulcères hémorragiques ne répondant pas au traitement endoscopique ou radiologique ;
* les perforations gastriques étendues ou non accessibles à une simple suture ;
* les sténoses pyloriques responsables d’une obstruction gastrique sévère ;
* les ulcères chroniques résistants au traitement médical ou présentant une suspicion de transformation maligne.

Selon la situation clinique, une gastrectomie distale peut être réalisée afin d’exciser la zone ulcérée tout en réduisant la sécrétion acide gastrique.

3. Les tumeurs bénignes de l’estomac

Certaines tumeurs bénignes nécessitent une résection chirurgicale lorsqu’elles sont symptomatiques, volumineuses ou présentent un risque de dégénérescence maligne.

Parmi ces tumeurs figurent :


Modifier avec WPS Office

* les tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST) localisées ;
* les léiomyomes ;
* les schwannomes gastriques ;
* certains adénomes gastriques à haut risque de transformation maligne ;
* les polypes volumineux non résécables par voie endoscopique.

L'objectif est d'obtenir une exérèse complète avec des marges saines tout en conservant autant que possible le capital gastrique.

4. Les autres pathologies

a. La chirurgie bariatrique

La gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) constitue actuellement l'une des interventions les plus pratiquées dans le traitement chirurgical de l'obésité sévère. Elle consiste en une résection verticale d'environ 75 à 80 % de l'estomac, transformant celui-ci en un tube gastrique de faible capacité.

Les principales indications sont :

* un indice de masse corporelle (IMC) $\geq$ 40 kg/m² ;
* un IMC $\geq$ 35 kg/m² associé à des comorbidités telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil ou certaines maladies cardiovasculaires.

Cette intervention permet une perte pondérale importante ainsi qu'une amélioration des maladies métaboliques associées.

b. Les traumatismes gastriques

Les traumatismes graves de l'estomac, notamment lors de plaies pénétrantes ou de traumatismes abdominaux sévères, peuvent exceptionnellement nécessiter une gastrectomie lorsque les lésions sont étendues et irréparables.

c. Les perforations gastriques complexes

Certaines perforations importantes, d'origine ischémique, tumorale ou inflammatoire, ne peuvent être traitées par une simple fermeture chirurgicale. Une gastrectomie partielle ou totale peut alors être nécessaire.

d. Les nécroses gastriques

Modifier avec WPS Office

Les nécroses gastriques sont exceptionnelles mais représentent une urgence chirurgicale. Elles peuvent être secondaires à une ischémie aiguë, un volvulus gastrique ou une dilatation aiguë majeure. La résection des segments nécrosés est alors indispensable.

e. Les polyposes gastriques diffuses

Dans certaines maladies héréditaires, telles que la polypose adénomateuse familiale ou certains syndromes de prédisposition au cancer gastrique, une gastrectomie prophylactique peut être discutée en raison du risque élevé de transformation maligne.

Les différents types de gastrectomie

Le choix du type de gastrectomie dépend principalement de la nature de la pathologie, de sa localisation, de son extension et de l'état général du patient. L'objectif est de réaliser une exérèse complète de la lésion tout en préservant, lorsque cela est possible, la fonction digestive. On distingue principalement la gastrectomie totale, la gastrectomie subtotale (ou distale) et la gastrectomie proximale.

1. La gastrectomie totale

La gastrectomie totale consiste en l'ablation complète de l'estomac, depuis le cardia jusqu'au pylore. Après résection, la continuité digestive est rétablie le plus souvent par une anastomose œso-jéjunale selon la technique de Roux-en-Y .

Indications

La gastrectomie totale est indiquée dans les situations suivantes :

* Les cancers diffus de l'estomac.
* Les tumeurs situées au niveau du fundus ou du corps gastrique.
* Les cancers multifocaux.
* Les tumeurs du cardia nécessitant une résection étendue.
* Certaines prédispositions génétiques au cancer gastrique (par exemple, mutation du gène CDH1 avec indication de gastrectomie prophylactique).

Avantages

* Permet une exérèse carcinologique complète.
* Réduit le risque de récidive locale.
* Adaptée aux lésions étendues ou multifocales.

Modifier avec WPS Office

Inconvénients

* Intervention plus lourde avec une durée opératoire plus longue.
* Perte complète de la fonction de réservoir gastrique.
* Nécessité d'une supplémentation à vie en vitamine B12 en raison de l'absence de facteur intrinsèque.
* Risque élevé de complications nutritionnelles, notamment les carences en fer, en calcium, en folates et en vitamine D.
* Syndrome de dumping, reflux biliaire et amaigrissement fréquents.

---

2. La gastrectomie subtotale (ou distale)

La gastrectomie subtotale consiste à réséquer les deux tiers ou les quatre cinquièmes de l'estomac, en conservant une partie du fundus ou du corps gastrique proximal. La reconstruction digestive est réalisée selon les techniques de Billroth I, Billroth II ou Roux-en-Y .

Indications

Elle est principalement indiquée pour :

* Les cancers localisés dans l'antre ou le pylore.
* Certains ulcères gastriques compliqués.
* Certaines tumeurs bénignes localisées.
* Les lésions précancéreuses limitées à la partie distale de l'estomac.

Avantages

* Conservation d'une partie de l'estomac permettant un meilleur réservoir alimentaire.
* Meilleur confort digestif que la gastrectomie totale.
* Risque moindre de carences nutritionnelles sévères.
* Qualité de vie généralement meilleure à long terme.

Inconvénients

* Possibilité de reflux biliaire.
* Risque de syndrome de dumping.
* Récidive tumorale possible sur le moignon gastrique dans certaines situations.
* Troubles de la vidange gastrique.

Modifier avec WPS Office

3. La gastrectomie proximale

La gastrectomie proximale consiste à réséquer uniquement la partie supérieure de l'estomac, comprenant le cardia et le fundus, tout en conservant l'antre pylorique. La continuité digestive est rétablie par une anastomose entre l'œsophage et l'estomac restant.

Indications

Elle est indiquée principalement dans :

* Les cancers précoces du cardia ou de la jonction œso-gastrique.
* Les tumeurs bénignes localisées de la partie proximale de l'estomac.
* Certaines lésions stromales (GIST) du fundus.

Cette technique est réservée à des patients soigneusement sélectionnés.

Avantages

* Préservation de la partie distale de l'estomac et du pylore.
* Meilleur maintien de la fonction digestive.
* Réduction du risque de syndrome de dumping.
* Meilleure absorption de certains nutriments comparativement à la gastrectomie totale.

Inconvénients

* Reflux gastro-œsophagien fréquent.
* Risque d'œsophagite par reflux.
* Difficulté technique de la reconstruction.
* Indications limitées en chirurgie carcinologique en raison du risque de reflux et des résultats fonctionnels parfois moins satisfaisants.

Principes techniques de la gastrectomie

La gastrectomie est une intervention chirurgicale majeure de chirurgie digestive dont la réalisation repose sur des principes techniques rigoureux. Elle comprend trois étapes fondamentales : la voie d'abord chirurgicale, la résection gastrique associée au curage ganglionnaire, et la reconstruction du transit digestif.

———

Modifier avec WPS Office

1. V oies d’abord

La gastrectomie peut être réalisée selon deux principales voies d’abord :

a. La voie ouverte (laparotomie)

La laparotomie demeure une voie d’abord classique, notamment dans les formes avancées de cancer gastrique ou en cas de complications.

Les incisions les plus utilisées sont :

* Incision médiane sus-ombilicale prolongée (la plus fréquente)
* Incision bi-sous-costale (type Chevron) dans certaines indications

Avantages :

* Exposition large de la cavité abdominale
* Meilleure exploration en cas de tumeur avancée
* Facilité de réalisation du curage ganglionnaire étendu

Inconvénients :

* Douleurs postopératoires plus importantes
* Reprise du transit plus lente
* Durée d’hospitalisation plus longue

b. La voie coelioscopique (laparoscopique)

La chirurgie mini-invasive est de plus en plus utilisée, surtout dans les cancers gastriques précoces et certaines gastrectomies distales.

Avantages :

* Moindre douleur postopératoire
* Réduction des complications pariétales (hernies, infections)
* Récupération plus rapide
* Hospitalisation plus courte

Limites :

* Courbe d’apprentissage importante
* Difficulté dans les tumeurs localement avancées

Modifier avec WPS Office

* Nécessité d’une équipe entraînée
Dans certains centres spécialisés, la chirurgie robot-assistée constitue une alternative permettant une meilleure précision du geste.

2. Curage ganglionnaire

Le curage ganglionnaire est une étape essentielle de la gastrectomie oncologique, particulièrement dans le traitement du cancer gastrique. Il permet un contrôle locorégional de la maladie et améliore le pronostic.

a. Principes généraux

Le drainage lymphatique de l’estomac est riche et étendu, ce qui explique la nécessité d’un curage systématique le long des axes vasculaires.

Le curage ganglionnaire permet :

* Le staging précis de la maladie
* La réduction du risque de récidive
* L’amélioration de la survie dans les formes opérables

b. Types de curage

* Curage D1 : ablation des ganglions péri-gastriques situés le long de la petite et grande courbure.
* Curage D2 : inclut les ganglions du D1 + ganglions le long des artères gastrique gauche, hépatique commune, splénique et tronc cœliaque.
Le curage D2 est aujourd’hui le standard dans le cancer gastrique résécable dans les centres spécialisés.

c. Risques du curage ganglionnaire

* Saignement peropératoire
* Lésion splénique (surtout lors du curage de la grande courbure)
* Fistules lymphatiques
* Augmentation de la morbidité postopératoire (surtout en cas de D2 non maîtrisé)

3. Types de reconstruction digestive

Après résection gastrique, la continuité digestive doit être rétablie. Le choix de la technique dépend du type de gastrectomie réalisée.

Modifier avec WPS Office

a. Après gastrectomie totale

Anastomose œso-jéjunale (Roux-en-Y)

C'est la technique de référence.

Principe :

* L'œsophage est anastomosé directement au jéjunum
* Une anse jéjunale en Y permet la continuité digestive

Avantages :

* Réduction du reflux biliaire
* Bonne sécurité fonctionnelle

Inconvénients :

* Absence totale de réservoir gastrique
* Troubles nutritionnels fréquents

b. Après gastrectomie subtotale

1. Reconstruction selon Billroth I
* Anastomose gastroduodénale
* Reconstitution anatomique proche de la normale

Avantages :
* Physiologie digestive conservée
* Transit plus naturel

Limites :
* Possible tension anastomotique
* Indication limitée

2. Reconstruction selon Billroth II
* Anastomose gastrojéjunale
* Le duodénum est exclu du transit alimentaire

Avantages :
* Technique plus simple
* Indiquée si Billroth I impossible

Modifier avec WPS Office

Inconvénients :
* Reflux biliaire fréquent
* Syndrome de dumping

3. Reconstruction en Roux-en-Y

* Alternative de plus en plus utilisée
* Réduit le reflux biliaire
* Meilleur confort fonctionnel à long terme

c. Après gastrectomie proximale

Anastomose œso-gastrique

Principe :

* L'œsophage est anastomosé à la partie restante de l'estomac

Avantages :

* Préservation du pylore
* Maintien partiel de la fonction digestive

Inconvénients :

* Reflux gastro-œsophagien fréquent
* Risque d'œsophagite
* Résultats fonctionnels variables

Les complications postopératoire après une gastrectomie

● Les complications précoces :

➢ Les complications hémorragiques

Les complications hémorragiques constituent l'une des complications précoces les plus redoutées après une gastrectomie. Elles surviennent généralement dans les premières 24 à 72 heures postopératoires et peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient. On distingue principalement l'hémorragie postopératoire active et la formation d'un hématome.

Modifier avec WPS Office

1. L’hémorragie postopératoire

a. Définition

L’hémorragie postopératoire correspond à un saignement actif survenant après la réalisation de la gastrectomie, pouvant être intraluminal (digestif) ou intrapéritonéal.

b. Étiologies

Les principales causes sont :

* Défaut d’hémostase peropératoire
* Glissement de ligatures vasculaires
* Saignement des pédicules gastriques ou spléniques
* Saignement au niveau des lignes d’agrafage
* Troubles de la coagulation (iatrogènes ou préexistants)
* Hypertension artérielle postopératoire mal contrôlée

c. Formes cliniques

Hémorragie intrapéritonéale

Elle correspond à un saignement dans la cavité abdominale.

Signes cliniques :

* Tachycardie persistante
* Hypotension artérielle
* Pâleur, sueurs, asthénie intense
* Distension abdominale progressive
* Chute rapide de l’hémoglobine
* Sang abondant dans les drains abdominaux

Hémorragie intraluminale

Elle survient au niveau de l’anastomose digestive ou de la muqueuse gastrique restante.

Signes cliniques :

* Hématémèse (vomissements sanglants)
* Méléna
* Anémie aiguë
* Possiblement instabilité hémodynamique

Modifier avec WPS Office

d. Diagnostic

* Surveillance clinique et hémodynamique stricte
* Bilan biologique (Hb, hématocrite)
* Scanner abdominal injecté en cas de doute
* Endoscopie digestive haute si suspicion de saignement intraluminal

e. Prise en charge

La prise en charge dépend de la gravité :

* Réanimation avec remplissage vasculaire
* Transfusion sanguine si nécessaire
* Correction des troubles de la coagulation
* Surveillance rapprochée en milieu spécialisé

En cas de persistance du saignement :

* Endoscopie hémostatique (si accessible)
* Radiologie interventionnelle (embolisation)
* Reprise chirurgicale en cas d'instabilité hémodynamique ou d'échec des autres techniques

2. L'hématome postopératoire

a. Définition

L'hématome correspond à une collection de sang formée dans la cavité abdominale ou au niveau du site opératoire, secondaire à un saignement limité ou contrôlé partiellement.

b. Localisations possibles

* Au niveau du lit opératoire gastrique
* Dans la loge splénique ou sous-phrénique
* Au niveau de la paroi abdominale (hématome pariétal)
* Au niveau du site d'anastomose

c. Facteurs favorisants

* Hémostase imparfaite
* Troubles de la coagulation
* Reprise trop précoce des anticoagulants
* Hypertension artérielle postopératoire

Modifier avec WPS Office

* Fragilité tissulaire chez les patients âgés ou dénutris

d. Signes cliniques

L'hématome peut être asymptomatique ou symptomatique :

* Douleur abdominale localisée
* Fièvre modérée en cas de résorption lente
* Masse palpable abdominale
* Anémie progressive
* Parfois compression des organes voisins (rare)

e. Diagnostic

* Échographie abdominale : première intention
* Scanner abdominal injecté : examen de référence pour préciser la taille et la localisation

f. Évolution et complications

* Résorption spontanée dans la majorité des cas
* Risque d'infection secondaire (abcès)
* Compression digestive ou vasculaire si volumineux
* Anémie persistante

g. Prise en charge

* Surveillance clinique et biologique si stable
* Correction des troubles de coagulation
* Drainage percutané guidé par imagerie si volumineux ou symptomatique
* Réintervention chirurgicale exceptionnelle en cas de complication grave

➤ Les complications infectieuses

Les complications infectieuses représentent une cause importante de morbidité après gastrectomie. Elles surviennent généralement dans les premiers jours ou semaines postopératoires et peuvent concerner la paroi abdominale, la cavité péritonéale ou évoluer vers une infection généralisée. Leur survenue est favorisée par le caractère septique potentiel de la chirurgie digestive haute, la durée opératoire prolongée et l'état général souvent altéré des patients, notamment en cas de cancer gastrique.

On distingue principalement l'infection du site opératoire, les abcès intra-abdominaux et la péritonite postopératoire.

Modifier avec WPS Office

1. Infection de la plaie opératoire

a. Définition

L'infection du site opératoire correspond à une contamination bactérienne de la paroi abdominale au niveau de l'incision chirurgicale, survenant dans les jours ou semaines suivant l'intervention.

b. Facteurs de risque

* Chirurgie prolongée
* Mauvaise préparation cutanée
* Contamination peropératoire digestive
* Dénutrition et immunodépression
* Diabète ou comorbidités associées
* Obésité

c. Formes cliniques

On distingue :

* Infection superficielle : atteinte de la peau et du tissu sous-cutané
* Infection profonde : atteinte des plans musculaires et aponévrotiques
* Infection du site profond avec désunion (rare mais grave)

d. Signes cliniques

* Douleur localisée au niveau de la cicatrice
* Rougeur, chaleur, œdème
* Écoulement purulent ou séro-purulent
* Fièvre
* Retard de cicatrisation ou désunion de la plaie

e. Diagnostic

* Diagnostic essentiellement clinique
* Prélèvement bactériologique de la plaie
* Bilan inflammatoire (CRP , hyperleucocytose)

f. Traitement

* Soins locaux avec drainage si collection
* Antibiothérapie adaptée aux germes suspectés
* Ouverture de la plaie en cas d'abcès

Modifier avec WPS Office

* Surveillance de la cicatrisation

2. Abcès intra-abdominaux

a. Définition

L'abcès intra-abdominal correspond à une collection purulente localisée dans la cavité péritonéale, souvent secondaire à une contamination postopératoire ou à une fistule anastomotique.

b. Étiologies

* Fuite anastomotique minime ou contenue
* Contamination peropératoire
* Hématome surinfecté
* Mauvais drainage postopératoire
* Nécrose tissulaire locale

c. Localisations fréquentes

* Loge sous-phrénique gauche ou droite
* Région péri-anastomotique
* Cul-de-sac de Douglas
* Région sous-hépatique

d. Signes cliniques

* Fièvre persistante ou en plateau
* Douleur abdominale localisée
* Altération de l'état général
* Syndrome inflammatoire biologique marqué
* Troubles digestifs (iléus, nausées)

e. Diagnostic

* Scanner abdominal avec injection de produit de contraste (examen de référence)
* Échographie abdominale (moins sensible mais utile)
* Prélèvements microbiologiques si drainage

f. Traitement

* Antibiothérapie à large spectre initialement
* Drainage percutané guidé par imagerie (traitement de première intention si possible)
* Drainage chirurgical en cas d'échec ou d'abcès inaccessible

Modifier avec WPS Office

* Traitement de la cause sous-jacente (notamment fistule)

3. Péritonite postopératoire

a. Définition

La péritonite postopératoire est une inflammation aiguë du péritoine survenant après gastrectomie, généralement liée à une contamination bactérienne ou digestive de la cavité abdominale.

b. Causes principales

* Fistule anastomotique
* Perforation digestive
* Défaut majeur d'étanchéité de la suture
* Nécrose d'un segment intestinal
* Abcès rompu

c. Physiopathologie

La contamination péritonéale entraîne une réaction inflammatoire intense avec diffusion bactérienne et libération de médiateurs inflammatoires, pouvant évoluer vers un sepsis sévère voire un choc septique.

d. Signes cliniques

* Douleur abdominale diffuse intense
* Défense ou contracture abdominale
* Fièvre élevée
* Tachycardie et hypotension
* Iléus paralytique
* Altération rapide de l'état général

e. Diagnostic

* Scanner abdominal avec produit de contraste (recherche de fuite ou de collection)
* Bilan biologique : syndrome inflammatoire majeur, acidose lactique en cas de sepsis
* Analyse du liquide péritonéal si drainage

f. Traitement

La péritonite postopératoire constitue une urgence chirurgicale :

* Réanimation intensive (remplissage, antibiothérapie large spectre)

Modifier avec WPS Office

* Correction des troubles hydro-électrolytiques
* Drainage des collections
* Reprise chirurgicale en urgence pour lavage péritonéal et contrôle de la source infectieuse
* Soins intensifs postopératoires

➤ Les fistules digestives

Les fistules digestives représentent l'une des complications les plus graves après gastrectomie. Elles correspondent à une solution de continuité pathologique entre une anastomose digestive ou un segment du tube digestif et la cavité péritonéale ou un organe adjacent, entraînant un écoulement de contenu digestif. Elles sont responsables d'une morbidité élevée et peuvent engager le pronostic vital en cas de péritonite ou de sepsis sévère.

On distingue principalement les fistules anastomotiques et les fistules du moignon duodénal.

1. Les fistules anastomotiques

a. Définition

La fistule anastomotique correspond à une fuite au niveau de la suture entre deux segments digestifs reconstruits après gastrectomie (œso-jéjunale, gastro-jéjunale ou gastro-duodénale), entraînant un passage anormal de contenu digestif vers la cavité abdominale.

b. Physiopathologie

La survenue d'une fistule est généralement liée à une défaillance de la cicatrisation anastomotique, secondaire à :

* Une ischémie locale des berges anastomotiques
* Une tension excessive sur la suture
* Une infection locale
* Une dénutrition ou hypoalbuminémie
* Une technique chirurgicale imparfaite
* Une radiothérapie ou chimiothérapie préopératoire

Cette défaillance entraîne une désunion progressive ou brutale de l'anastomose.

c. Facteurs de risque

Modifier avec WPS Office

* Âge avancé
* Mauvais état général et dénutrition
* Cancer gastrique évolué
* Anémie préopératoire
* Tabagisme
* Chirurgie prolongée
* Curage ganglionnaire étendu (D2)

d. Classification

On distingue :

* Fistules précoces : survenant dans les premiers jours postopératoires
* Fistules tardives : apparaissant après quelques jours, souvent liées à une infection locale ou à une nécrose progressive

e. Signes cliniques

* Fièvre persistante
* Tachycardie inexpliquée
* Douleur abdominale
* Altération de l'état général
* Écoulement digestif par les drains
* Signes de péritonite dans les formes graves

f. Diagnostic

* Scanner abdominal avec produit de contraste (examen de référence)
* Mise en évidence d'une fuite de produit de contraste
* Analyse du liquide de drainage (amylases, bile, contenu digestif)
* Bilan biologique inflammatoire

g. Prise en charge

La prise en charge dépend de la gravité :

Formes contrôlées
* Jeûne strict
* Nutrition parentérale ou entérale distale
* Antibiothérapie large spectre
* Drainage percutané guidé par imagerie
* Surveillance clinique et radiologique

Modifier avec WPS Office

Formes graves

* Péritonite généralisée
* Sepsis sévère

Dans ces cas :
* Réanimation intensive
* Reprise chirurgicale en urgence
* Lavage péritonéal
* Réparation ou dérivation de l'anastomose

2. Les fistules du moignon duodénal

a. Définition

La fistule du moignon duodénal est une complication spécifique des gastrectomies subtotales (notamment Billroth II ou Roux-en-Y), correspondant à une fuite au niveau du duodénum fermé après résection gastrique.

b. Physiopathologie

Le duodénum est un segment particulièrement fragile après section et fermeture. La fistule survient en cas de :

* Hyperpression intraluminale
* Ischémie du moignon duodénal
* Suture insuffisamment étanche
* Infection locale
* Obstruction distale entraînant une distension

c. Facteurs de risque

* Fermeture sous tension du moignon
* Inflammation ou infection locale
* Ulcère perforé ou pathologie duodénale sévère
* Mauvais drainage postopératoire
* État général altéré du patient

d. Signes cliniques

* Fièvre persistante
* Douleur abdominale, souvent de l'hypochondre droit
* Écoulement bilieux abondant par les drains
* Signes de péritonite biliaire

Modifier avec WPS Office

* Altération rapide de l'état général

e. Diagnostic

* Scanner abdominal avec injection de produit de contraste
* Mise en évidence d'une fuite duodénale ou d'une collection biliaire
* Analyse du liquide de drainage riche en bile
* Biologie : syndrome inflammatoire important

f. Complications

* Péritonite biliaire sévère
* Sepsis abdominal
* Abcès sous-hépatique
* Déséquilibres hydro-électrolytiques importants

g. Prise en charge

La prise en charge est souvent complexe :

Traitement conservateur (formes contrôlées)

* Jeûne strict
* Nutrition parentérale
* Drainage efficace des collections
* Antibiothérapie adaptée
* Surveillance intensive

Traitement chirurgical (formes sévères)

* Reprise chirurgicale en urgence
* Réfection du moignon duodénal
* Drainage large de la cavité abdominale
* Dérivations digestives si nécessaire

➤ Les complications respiratoires

Les complications respiratoires représentent une cause fréquente de morbidité après gastrectomie. Elles surviennent surtout en postopératoire précoce et sont favorisées par la chirurgie abdominale haute, la douleur postopératoire limitant la ventilation, l'anesthésie générale et l'immobilisation. Elles comprennent principalement l'atélectasie, la pneumopathie postopératoire et l'embolie pulmonaire.

Modifier avec WPS Office

1. L’atélectasie

a. Définition

L’atélectasie correspond à un collapsus partiel ou total d’un territoire pulmonaire, entraînant une diminution des échanges gazeux.

b. Physiopathologie

Après une gastrectomie, l’atélectasie est favorisée par :
* L’hypoventilation liée à la douleur abdominale
* L’inhibition de la toux efficace
* Les effets résiduels de l’anesthésie générale
* L’immobilisation prolongée
* L’encombrement bronchique

Ces facteurs entraînent une mauvaise expansion des alvéoles, favorisant leur collapsus.

c. Signes cliniques

* Dyspnée légère à modérée
* Tachypnée
* Fièvre modérée possible
* Diminution des bruits respiratoires à l’auscultation
* Désaturation en oxygène

d. Diagnostic

* Radiographie thoracique : opacité segmentaire ou lobaire avec perte de volume
* Scanner thoracique si doute

e. Traitement

* Kinésithérapie respiratoire précoce
* Mobilisation rapide du patient
* Antalgie adaptée (pour permettre une respiration efficace)
* Exercices de ventilation incitative
* Oxygénothérapie si nécessaire

2. La pneumopathie postopératoire

a. Définition

Modifier avec WPS Office

La pneumopathie postopératoire est une infection du parenchyme pulmonaire survenant après une intervention chirurgicale, souvent dans les premiers jours suivant la gastrectomie.

b. Physiopathologie

Elle résulte de :

* L'encombrement bronchique
* L'inhalation de sécrétions
* La baisse des défenses immunitaires
* L'hypoventilation prolongée
* L'alitement

c. Germes en cause

* Bactéries communautaires ou nosocomiales :
* Streptococcus pneumoniae
* Staphylococcus aureus
* Bacilles Gram négatifs (surtout en milieu hospitalier)

d. Signes cliniques

* Fièvre élevée
* Toux productive
* Dyspnée
* Douleurs thoraciques
* Crépitants à l'auscultation
* Altération de l'état général

e. Diagnostic

* Radiographie thoracique : infiltrat alvéolaire
* Bilan biologique : syndrome inflammatoire
* Hémocultures et expectorations si possible

f. Traitement

* Antibiothérapie probabiliste puis adaptée
* Kinésithérapie respiratoire
* Oxygénothérapie
* Prévention de la décompensation respiratoire
* Surveillance rapprochée

Modifier avec WPS Office

3. L’embolie pulmonaire

a. Définition

L’embolie pulmonaire correspond à l’obstruction d’une artère pulmonaire par un thrombus, généralement issu d’une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

b. Physiopathologie

Après gastrectomie, le risque thromboembolique est élevé en raison de :

* L’alitement postopératoire
* L’état inflammatoire et hypercoagulable lié au cancer
* La chirurgie majeure prolongée
* Les lésions vasculaires peropératoires

c. Facteurs de risque

* Cancer gastrique
* Âge avancé
* Immobilisation prolongée
* Antécédents de TVP/EP
* Obésité
* Déshydratation

d. Signes cliniques

* Dyspnée brutale
* Douleur thoracique aiguë
* Tachycardie
* Hypotension dans les formes graves
* Désaturation en oxygène
* Parfois syncope ou arrêt cardio-respiratoire

e. Diagnostic

* Angio-scanner thoracique (examen de référence)
* D-dimères (peu spécifiques en postopératoire)
* Échographie Doppler des membres inférieurs
* Gaz du sang : hypoxémie

Modifier avec WPS Office

f. Traitement

* Anticoagulation curative immédiate (héparine puis relais A VK ou AOD)
* Oxygénothérapie
* Réanimation en cas de choc
* Thrombolyse dans les formes graves (sous indication stricte)
* Prévention secondaire

➤ Les complications thromboemboliques

Les complications thromboemboliques veineuses constituent une complication majeure après gastrectomie. Elles regroupent principalement la thrombose veineuse profonde (TVP) et l'embolie pulmonaire (EP). Leur incidence est particulièrement élevée après chirurgie oncologique digestive en raison de l'état d'hypercoagulabilité lié au cancer, de l'immobilisation postopératoire et de la réponse inflammatoire chirurgicale.

1. La thrombose veineuse profonde (TVP)

a. Définition

La thrombose veineuse profonde correspond à la formation d'un thrombus au niveau du réseau veineux profond, le plus souvent des membres inférieurs, pouvant s'étendre aux veines iliaques ou fémorales

———

b. Physiopathologie

La TVP repose sur la triade de Virchow :

* Stase veineuse liée à l'alitement postopératoire
* Lésion endothéliale secondaire à la chirurgie
* Hypercoagulabilité favorisée par le cancer gastrique et l'inflammation postopératoire

c. Facteurs de risque

* Cancer gastrique évolué
* Chirurgie abdominale majeure prolongée
* Immobilisation postopératoire
* Âge avancé
* Antécédents de TVP ou d'EP

Modifier avec WPS Office

* Obésité
* Déshydratation
* Traitements hormonaux ou chimiothérapie

d. Signes cliniques

La TVP peut être asymptomatique ou se manifester par :

* Douleur du mollet ou de la cuisse
* Œdème unilatéral du membre inférieur
* Chaleur locale
* Dilatation des veines superficielles
* Sensibilité à la palpation du trajet veineux

e. Diagnostic

* Écho-Doppler veineux des membres inférieurs (examen de référence)
* D-dimères (peu spécifiques en postopératoire)
* Évaluation clinique systématique en contexte chirurgical à risque

f. Traitement

* Anticoagulation curative par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) ou héparine non fractionnée
* Relais par anticoagulants oraux selon évolution
* Repos relatif initial puis mobilisation progressive
* Surveillance du risque hémorragique postopératoire

2. L'embolie pulmonaire (EP)

a. Définition

L'embolie pulmonaire correspond à l'obstruction brutale d'une ou plusieurs artères pulmonaires par un thrombus, le plus souvent issu d'une TVP migrante.

b. Physiopathologie

Le thrombus formé dans le réseau veineux profond migre vers les artères pulmonaires, entraînant :

* Une obstruction vasculaire
* Une augmentation des résistances pulmonaires
* Une surcharge du ventricule droit
* Une hypoxémie

Modifier avec WPS Office

c. Facteurs de risque

Identiques à ceux de la TVP , avec une importance particulière pour :

* Cancer gastrique
* Chirurgie majeure abdominale
* Immobilisation prolongée
* Antécédents thromboemboliques

d. Signes cliniques

Les manifestations varient selon la gravité :
* Dyspnée brutale et inexpliquée
* Douleur thoracique pleurale
* Tachycardie
* Hypotension dans les formes graves
* Désaturation en oxygène
* Syncope ou arrêt cardio-respiratoire dans les formes massives

e. Diagnostic

* Angio-scanner thoracique (examen de référence)
* Échographie cardiaque en cas de forme grave
* Écho-Doppler des membres inférieurs
* Gaz du sang : hypoxémie et hypocapnie fréquentes

f. Traitement

* Anticoagulation curative immédiate (HBPM ou héparine non fractionnée)
* Oxygénothérapie
* Réanimation en cas d'instabilité hémodynamique
* Thrombolyse dans les formes graves avec choc
* Surveillance en unité de soins intensifs si nécessaire

➤ Les complications digestives

Les complications digestives précoces après gastrectomie sont relativement fréquentes et regroupent principalement le retard de reprise du transit, le retard de vidange gastrique (selon le type de reconstruction), l'iléus postopératoire et les occlusions intestinales. Elles résultent le plus souvent de la manipulation chirurgicale digestive, de la réponse inflammatoire postopératoire et des modifications anatomiques induites par la gastrectomie.

Modifier avec WPS Office

1. L’iléus postopératoire (iléus paralytique)

a. Définition

L’iléus postopératoire correspond à un arrêt temporaire et fonctionnel du péristaltisme intestinal sans obstacle mécanique, entraînant une stase digestive.

b. Physiopathologie

L’iléus est multifactoriel :

* Manipulation intestinale peropératoire
* Libération de médiateurs inflammatoires
* Effet résiduel de l’anesthésie générale
* Déséquilibres hydro-électrolytiques
* Douleur postopératoire limitant la mobilisation
* Usage d’opioïdes ralentissant le transit

c. Signes cliniques

* Distension abdominale
* Absence de reprise des gaz et des selles
* Nausées et vomissements
* Bruits intestinaux diminués ou absents
* Inconfort abdominal diffus

d. Diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique, mais il est important d’éliminer une occlusion mécanique :

* Radiographie abdominale : niveaux hydro-aériques diffus
* Scanner abdominal si doute diagnostique

e. Traitement

* Jeûne temporaire
* Rééquilibration hydro-électrolytique
* Arrêt ou réduction des morphiniques
* Mobilisation précoce
* SNG (sonde nasogastrique) en cas de vomissements importants
* Reprise progressive de l’alimentation après résolution

Modifier avec WPS Office

2. Le retard de vidange gastrique

a. Définition

Le retard de vidange gastrique correspond à un ralentissement de l'évacuation du contenu gastrique vers l'intestin grêle après gastrectomie partielle ou proximale.

b. Physiopathologie

Il peut être lié à :

* Dysfonction du pylore (surtout en cas de conservation)
* Œdème de l'anastomose
* Trouble de la motricité gastrique résiduelle
* Atteinte vagale postopératoire
* Anastomose fonctionnellement inefficace

c. Facteurs de risque

* Gastrectomie proximale ou subtotale
* Anastomose œso-gastrique ou gastro-jéjunale
* Œdème inflammatoire postopératoire
* Déséquilibre nutritionnel
* Complications locales associées (hématome, inflammation)

d. Signes cliniques
* V omissements alimentaires tardifs
* Sensation de plénitude précoce
* Ballonnements
* Inconfort épigastrique
* Perte de poids si prolongé

e. Diagnostic
* Scanner abdominal pour éliminer une occlusion mécanique
* Transit digestif aux produits de contraste
* Endoscopie digestive haute si nécessaire

f. Traitement

* Mesures conservatrices dans la majorité des cas
* Correction des troubles hydro-électrolytiques
* Nutrition adaptée (fractionnée ou entérale)
* Prokinétiques (selon indication)
* Drainage ou réintervention rare en cas de complication associée

Modifier avec WPS Office

3. L’occlusion intestinale postopératoire

a. Définition

L’occlusion intestinale correspond à un arrêt complet du transit intestinal en raison d’un obstacle mécanique ou fonctionnel survenant après gastrectomie.

b. Types d’occlusion

Occlusion fonctionnelle

* Liée à un iléus prolongé
* Absence de lésion mécanique identifiable

Occlusion mécanique

* Adhérences postopératoires
* Hernie interne (notamment après reconstruction en Roux-en-Y)
* Torsion d’anse intestinale
* Sténose anastomotique

c. Signes cliniques

* Douleurs abdominales
* Arrêt des matières et des gaz
* V omissements (bilieux ou alimentaires)
* Distension abdominale importante
* Déshydratation dans les formes sévères

d. Diagnostic

* Scanner abdominal avec injection de produit de contraste (examen de référence)
* Radiographie abdominale : niveaux hydro-aériques
* Bilan biologique : déshydratation, troubles électrolytiques

e. Traitement

Formes fonctionnelles

* Traitement conservateur
* Jeûne et SNG
* Correction hydro-électrolytique
* Surveillance clinique

Modifier avec WPS Office

Formes mécaniques

* Indication chirurgicale en cas d'occlusion complète, strangulation ou échec du traitement conservateur
* Adhésiolyse ou correction de la cause
* Résection en cas de nécrose intestinale

● Les complications tardives :

Le syndrome de dumping

1. Définition

Le syndrome de dumping est une complication fonctionnelle tardive (ou parfois précoce) survenant après gastrectomie, caractérisée par un ensemble de symptômes digestifs et neurovégétatifs liés au passage trop rapide du contenu gastrique dans l'intestin grêle. Il apparaît le plus souvent après une gastrectomie partielle ou totale, en particulier lorsque le mécanisme de régulation pylorique est supprimé ou altéré.

On distingue classiquement deux formes :

* Le dumping précoce, survenant dans les 30 à 60 minutes après le repas.
* Le dumping tardif, apparaissant 2 à 3 heures après l'ingestion alimentaire.

2. Mécanisme physiopathologique

Le syndrome de dumping résulte principalement de la perte du rôle régulateur de l'estomac, notamment du pylore, entraînant une vidange gastrique rapide et non contrôlée.

a. Mécanisme du dumping précoce

Il est lié à l'arrivée brutale d'un chyme hyperosmolaire dans le jéjunum. Cela entraîne :

* Un appel massif d'eau depuis le compartiment vasculaire vers la lumière intestinale
* Une distension intestinale rapide
* Une activation du système nerveux autonome

Cela explique la survenue de symptômes digestifs et vasomoteurs précoces.

b. Mécanisme du dumping tardif

Modifier avec WPS Office

Il est principalement lié à une hyperinsulinémie réactionnelle. Le passage rapide des glucides entraîne :

* Une absorption rapide du glucose
* Une sécrétion excessive d'insuline
* Une hypoglycémie réactionnelle secondaire

3. Signes cliniques

a. Syndrome de dumping précoce

Les symptômes apparaissent généralement 30 à 60 minutes après le repas.

Signes digestifs :
* Douleurs abdominales crampiformes
* Ballonnements
* Nausées
* Diarrhée

Signes vasomoteurs :
* Sueurs
* Tachycardie
* Palpitations
* Hypotension orthostatique
* Sensation de malaise ou lipothymie

b. Syndrome de dumping tardif

Il survient 2 à 3 heures après le repas et est dominé par les manifestations d'hypoglycémie.

Signes neuroglycopéniques :
* Asthénie brutale
* V ertiges
* Troubles de la concentration
* Confusion
* Dans les cas sévères : perte de connaissance

Signes adrénergiques :
* Tremblements
* Sueurs froides
* Palpitations
* Faim intense (polyphagie réactionnelle)

Modifier avec WPS Office

➤ Les troubles nutritionnels

Les troubles nutritionnels représentent une complication tardive majeure après gastrectomie. Ils regroupent la perte de poids, la dénutrition protéino-énergétique et les carences vitaminiques et minérales. Ces complications résultent des modifications anatomiques et fonctionnelles du tube digestif, entraînant une réduction des apports alimentaires, une malabsorption partielle et une altération des mécanismes digestifs et endocriniens.

1. Perte de poids

a. Définition

La perte de poids postopératoire correspond à une diminution progressive de la masse corporelle survenant après gastrectomie, souvent importante dans les premiers mois suivant l'intervention.

b. Mécanismes

Plusieurs mécanismes sont impliqués :

* Réduction de la capacité gastrique entraînant une satiété précoce
* Diminution des apports alimentaires
* Syndrome de dumping limitant la prise alimentaire
* Altération de la digestion et de l'absorption
* Modification hormonale (ghréline notamment)
* Anorexie secondaire à la maladie cancéreuse sous-jacente

c. Conséquences

* Fonte musculaire
* Asthénie importante
* Diminution de la qualité de vie
* Retard de cicatrisation et fragilité immunitaire

2. Dénutrition protéino-énergétique

a. Définition

La dénutrition correspond à un état pathologique résultant d'un déséquilibre entre les apports et les besoins énergétiques et protéiques de l'organisme.

b. Physiopathologie

Modifier avec WPS Office

Elle est multifactorielle :

* Réduction des apports alimentaires (restriction volumique gastrique)
* Malabsorption partielle des nutriments
* Augmentation des besoins métaboliques (cancer, chirurgie majeure)
* Troubles digestifs (vomissements, dumping, diarrhée)
* Inflammation chronique postopératoire

c. Signes cliniques
* Amaigrissement significatif
* Fonte musculaire (sarcopénie)
* Asthénie
* Œdèmes en cas de dénutrition sévère (hypoalbuminémie)
* Altération de l'état général

d. Conséquences
* Augmentation du risque infectieux
* Retard de cicatrisation
* Augmentation de la morbidité postopératoire tardive
* Diminution de la survie globale chez les patients cancéreux

3. Carences vitaminiques et minérales
Les carences sont fréquentes après gastrectomie, surtout après gastrectomie totale.

a. Carence en vitamine B12

Mécanisme

* Absence du facteur intrinsèque produit par les cellules pariétales gastriques
* Défaut d'absorption iléale de la vitamine B12
Conséquences
* Anémie macrocytaire mégaloblastique
* Asthénie
* Troubles neurologiques (paresthésies, neuropathie périphérique)
* Troubles cognitifs dans les formes sévères

b. Carence en fer

Mécanisme
* Diminution de l'acidité gastrique
* Réduction de l'absorption du fer alimentaire
* Apports insuffisants

Modifier avec WPS Office

Conséquences
* Anémie ferriprive
* Fatigue chronique
* Pâleur cutanéo-muqueuse
* Dyspnée d'effort

c. Carence en calcium et vitamine D

Mécanisme
* Malabsorption digestive
* Apports alimentaires réduits
* Altération du métabolisme intestinal

Conséquences
* Ostéopénie et ostéoporose
* Douleurs osseuses
* Risque fracturaire augmenté

d. Autres carences possibles
* Folates
* Zinc
* Magnésium
* Vitamine A et autres micronutriments

4. Prévention et prise en charge

a. Prévention
* Suivi nutritionnel régulier
* Éducation diététique (fractionnement des repas, alimentation enrichie)
* Supplémentation systématique en vitamine B12 après gastrectomie totale
* Surveillance biologique régulière

b. Traitement
* Rééquilibrage nutritionnel personnalisé
* Compléments nutritionnels oraux hypercaloriques
* Nutrition entérale ou parentérale si nécessaire
* Correction des carences spécifiques (fer, B12, calcium, vitamine D)

➤ Le reflux biliaire et l'œsophagite

Le reflux biliaire et l'œsophagite représentent des complications tardives fréquentes après gastrectomie, en particulier après gastrectomie partielle avec reconstruction de type Billroth II ou après gastrectomie totale avec anastomose œso-jéjunale. Ils

Modifier avec WPS Office

résultent de la perte du rôle protecteur du pylore et des modifications anatomiques du tractus digestif supérieur.

1. Le reflux biliaire

a. Définition

Le reflux biliaire correspond à la remontée anormale de la bile et des sécrétions duodénales vers l'estomac résiduel ou directement vers l'œsophage, en fonction du type de reconstruction chirurgicale.

b. Mécanisme physiopathologique

Après gastrectomie, plusieurs facteurs favorisent le reflux biliaire :

* Suppression ou dysfonction du pylore, entraînant une absence de barrière antireflux
* Reconstruction de type Billroth II permettant un flux biliaire libre vers le moignon gastrique
* Altération de la motricité gastrique et duodénale
* Pressions intraluminales favorisant le reflux vers le haut

La bile, en contact prolongé avec la muqueuse gastrique ou œsophagienne, exerce un effet irritatif direct responsable d'une inflammation chronique.

c. Signes cliniques

Le reflux biliaire peut être asymptomatique ou se manifester par :

* Douleurs épigastriques ou rétro-sternales
* Sensation de brûlure épigastrique
* Nausées
* V omissements bilieux
* Goût amer dans la bouche
* Régurgitations alimentaires ou bilieuses

2. L'œsophagite après gastrectomie

a. Définition

L'œsophagite correspond à une inflammation de la muqueuse œsophagienne secondaire à l'exposition chronique au reflux, notamment biliaire et parfois acide, après gastrectomie.

Modifier avec WPS Office

b. Physiopathologie

L'œsophagite post-gastrectomie est principalement liée à :

* Reflux biliaire chronique vers l'œsophage
* Altération du sphincter inférieur de l'œsophage
* Absence de mécanisme antireflux efficace
* Irritation chimique prolongée de la muqueuse œsophagienne

La bile a un effet toxique direct sur la muqueuse, entraînant une inflammation chronique et des lésions érosives.

c. Signes cliniques

* Pyrosis (brûlures rétro-sternales)
* Régurgitations acides ou biliaires
* Douleurs rétro-sternales postprandiales
* Dysphagie parfois associée
* Toux chronique ou irritation pharyngée
* Aggravation en décubitus

d. Complications possibles

* Œsophagite érosive
* Ulcérations œsophagiennes
* Sténose œsophagienne (formes chroniques)
* Risque accru de métaplasie (œsophage de Barrett dans certains cas prolongés)

3. Diagnostic

* Endoscopie digestive haute (examen de référence)
* Visualisation de l'inflammation
* Recherche d'érosions ou d'ulcérations
* Biopsies en cas de lésions chroniques
* Scintigraphie ou pH-impédancemétrie dans les cas complexes

4. Traitement

a. Traitement médical

* Protecteurs de la muqueuse gastrique (sucralfate)
* Prokinétiques pour améliorer la vidange digestive
* Modifications diététiques (repas fractionnés, éviter les graisses)
* Position semi-assise après les repas

Modifier avec WPS Office

* Anti-reflux symptomatique (efficacité limitée sur le reflux biliaire)

b. Traitement chirurgical

Indiqué en cas de reflux sévère ou réfractaire :

* Conversion d'une reconstruction Billroth II en Roux-en-Y
* Réintervention pour dérivation biliaire
* Chirurgie anti-reflux dans certains cas sélectionnés

➤ Les troubles fonctionnels digestifs

Les troubles fonctionnels digestifs constituent une complication tardive fréquente après gastrectomie. Ils ne traduisent pas une lésion organique spécifique mais résultent des modifications anatomiques et physiologiques du tube digestif après résection gastrique. Ils regroupent principalement la diarrhée, les douleurs abdominales chroniques et les intolérances alimentaires, pouvant altérer significativement la qualité de vie des patients.

1. La diarrhée postopératoire

a. Définition

La diarrhée après gastrectomie correspond à une augmentation de la fréquence des selles associée à une diminution de leur consistance, survenant de façon chronique ou intermittente après l'intervention.

b. Mécanismes physiopathologiques

Plusieurs mécanismes peuvent être impliqués :

* Accélération du transit intestinal liée à la perte de fonction de réservoir gastrique
* Vidange rapide du chyme intestinal (syndrome de dumping associé)
* Malabsorption des acides biliaires, notamment après reconstruction de type Billroth II ou Roux-en-Y
* Dysbiose intestinale secondaire aux modifications anatomiques
* Intolérance alimentaire secondaire

c. Signes cliniques

* Selles fréquentes et liquides ou molles
* Urgences défécatoires
* Ballonnements associés

Modifier avec WPS Office

* Crampes abdominales
* Parfois perte de poids associée en cas de diarrhée chronique

d. Conséquences

* Déshydratation dans les formes sévères
* Déséquilibres hydro-électrolytiques
* Dénutrition aggravée
* Altération de la qualité de vie

2. Les douleurs abdominales chroniques

a. Définition

Les douleurs abdominales chroniques après gastrectomie sont des douleurs persistantes ou récidivantes, non liées à une complication chirurgicale aiguë évidente, mais à des troubles fonctionnels digestifs.

b. Mécanismes

* Tract gastro-intestinal remanié avec altération de la motricité
* Reflux biliaire irritatif
* Adhérences postopératoires modérées
* Hypersensibilité viscérale
* Distension intestinale fonctionnelle
* Troubles de la vidange intestinale

c. Caractéristiques cliniques

* Douleurs épigastriques ou diffuses
* Douleurs postprandiales fréquentes
* Sensation de pesanteur abdominale
* Ballonnements associés
* Intensité variable, souvent chronique

d. Diagnostic

* Diagnostic d’exclusion après élimination de causes organiques (occlusion, fistule, ulcère, récidive tumorale)
* Endoscopie digestive haute si nécessaire
* Scanner abdominal en cas de doute

3. Les intolérances alimentaires

Modifier avec WPS Office

a. Définition

Les intolérances alimentaires correspondent à des difficultés digestives survenant après l'ingestion de certains aliments, liées aux modifications anatomiques et fonctionnelles de l'estomac.

b. Mécanismes physiopathologiques

* Absence ou réduction du réservoir gastrique
* Vidange gastrique accélérée
* Modification de la digestion des graisses et des protéines
* Altération de la sécrétion enzymatique et acide
* Syndrome de dumping associé
* Sensibilité accrue à certains aliments

c. Aliments fréquemment mal tolérés

* Aliments riches en graisses
* Sucres rapides
* Produits laitiers (dans certains cas)
* Aliments irritants (épices, café)
* Repas volumineux

d. Signes cliniques

* Nausées postprandiales
* Ballonnements
* Douleurs abdominales
* Diarrhée ou inconfort digestif
* Sensation de satiété précoce

4. Prise en charge des troubles fonctionnels digestifs

a. Mesures hygiéno-diététiques

* Fractionnement des repas (petites quantités, plusieurs fois par jour)
* Évitement des sucres rapides
* Réduction des graisses alimentaires
* Mastication lente et prolongée
* Hydratation en dehors des repas

b. Traitement médical

* Antidiarrhéiques (selon indication)

Modifier avec WPS Office

* Probiotiques dans certains cas
* Antispasmodiques pour douleurs abdominales
* Traitement du syndrome de dumping associé si présent

c. Prise en charge nutritionnelle

* Suivi diététique régulier
* Compléments nutritionnels si nécessaire
* Adaptation personnalisée des apports alimentaires

Les facteurs favorisants la survenue des complications

La survenue des complications après gastrectomie est multifactorielle. Elle dépend à la fois de facteurs liés au patient, à la pathologie sous-jacente et aux caractéristiques de l'intervention chirurgicale. L'identification de ces facteurs est essentielle pour stratifier le risque opératoire, optimiser la prise en charge préopératoire et réduire la morbi-mortalité postopératoire.

1. L'âge du patient

L'âge constitue un facteur de risque majeur de complications postopératoires.

a. Physiopathologie

Avec l'avancée en âge, on observe :

* Une diminution des capacités physiologiques de réserve (cardiaque, respiratoire et rénale)
* Une fragilité immunitaire accrue
* Une cicatrisation plus lente
* Une fréquence plus élevée des comorbidités associées

b. Conséquences cliniques

Les patients âgés présentent :

* Un risque accru d'infections postopératoires
* Une incidence plus élevée de complications respiratoires
* Une récupération fonctionnelle plus lente

Modifier avec WPS Office

* Une tolérance réduite aux complications aiguës

2. Le terrain du patient
Le terrain correspond à l'état général global du patient avant l'intervention.

a. État nutritionnel

* La dénutrition est un facteur majeur de complications
* Elle augmente le risque de fistules anastomotiques, d'infections et de retard de cicatrisation
* L'hypoalbuminémie est un marqueur pronostique important

b. État immunitaire

* Immunodépression (iatrogène ou liée au cancer)
* Altération des défenses anti-infectieuses
* Augmentation du risque septique postopératoire

c. Habitudes de vie

* Tabagisme : favorise les complications respiratoires et la mauvaise cicatrisation
* Alcoolisme : altère l'immunité et l'état nutritionnel

3. Les comorbidités

Les pathologies associées jouent un rôle important dans la survenue des complications.

a. Diabète

* Retarde la cicatrisation
* Augmente le risque infectieux
* Favorise les complications anastomotiques

b. Pathologies cardiovasculaires

* Risque accru de complications thromboemboliques
* Moindre tolérance hémodynamique

c. Pathologies respiratoires chroniques

* Augmentation du risque d'atélectasie et de pneumopathie postopératoire

Modifier avec WPS Office

d. Insuffisance rénale ou hépatique

* Altération du métabolisme des médicaments
* Troubles de la coagulation
* Majorations des complications postopératoires globales

4. Le type de gastrectomie

Le type de résection influence directement le risque de complications.

a. Gastrectomie totale
* Intervention la plus lourde
* Risque élevé de complications nutritionnelles et fistuleuses
* Conséquences fonctionnelles importantes

b. Gastrectomie subtotale
* Moins morbide que la totale
* Risque de complications biliaires et fonctionnelles
* Reflux biliaire plus fréquent selon la reconstruction

c. Gastrectomie proximale
* Risque élevé de reflux gastro-œsophagien
* Complications fonctionnelles importantes
* Indications plus limitées

5. Le stade de la maladie

Le stade de la pathologie, notamment dans le cancer gastrique, influence fortement le risque opératoire.

a. Maladie localisée
* Chirurgie plus limitée
* Moins de complications globales

b. Maladie avancée
* Chirurgie plus étendue
* Curage ganglionnaire plus agressif
* Risque accru de complications hémorragiques, infectieuses et fistuleuses
* Altération de l'état général du patient

6. La durée opératoire
La durée de l'intervention est un facteur indépendant de complications.

Modifier avec WPS Office

a. Mécanismes
* Augmentation du risque infectieux
* Hypothermie peropératoire
* Perte sanguine plus importante
* Stress chirurgical prolongé

b. Conséquences
* Augmentation des complications infectieuses
* Risque thromboembolique majoré
* Récupération postopératoire plus lente

7. L'expérience du chirurgien et du centre
L'expertise chirurgicale est un facteur déterminant du pronostic postopératoire.

a. Courbe d'apprentissage
* Les gastrectomies complexes nécessitent une expérience importante
* La maîtrise des gestes de dissection et d'anastomose réduit les complications

b. V olume d'activité
* Les centres à haut volume présentent :
* Moins de fistules anastomotiques
* Moins de complications hémorragiques
* Meilleurs résultats oncologiques

c. Organisation du centre
* Présence d'une équipe multidisciplinaire
* Réanimation et soins postopératoires spécialisés
* Amélioration globale du pronostic

Diagnostic et prise en charge des complications

Diagnostic des complications

Le diagnostic précoce des complications après gastrectomie est un élément déterminant du pronostic. Il repose sur une approche globale associant l'évaluation clinique, les examens biologiques et les explorations morphologiques par imagerie. Cette démarche permet d'identifier rapidement les complications et d'orienter une prise en charge adaptée, souvent multidisciplinaire.

Modifier avec WPS Office

1. Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique constitue la première étape et reste fondamentale. Il repose sur une surveillance étroite du patient en postopératoire.

a. Surveillance des paramètres vitaux
* Tachycardie persistante (signe précoce et souvent sensible de complication)
* Hypotension artérielle
* Fièvre ou hypothermie
* Polypnée ou détresse respiratoire
* Désaturation en oxygène

b. Signes digestifs
* Douleurs abdominales (localisées ou diffuses)
* Distension abdominale
* Nausées et vomissements
* Arrêt des matières et des gaz (suspicion d'iléus ou d'occlusion)
* Écoulement anormal par les drains (sang, bile, liquide digestif)

c. Signes généraux
* Altération de l'état général
* Asthénie importante
* Sueurs, malaise
* Agitation ou confusion (notamment en cas de sepsis ou d'hypoxie)

d. Importance de la surveillance des drains

Les drains chirurgicaux jouent un rôle majeur :

* Présence de sang →suspicion d'hémorragie
* Liquide bilieux →fistule du moignon duodénal
* Liquide digestif →fistule anastomotique
* Aspect trouble ou purulent →infection ou abcès

2. Diagnostic biologique

Les examens biologiques permettent d'objectiver une complication et d'en apprécier la gravité.

a. Marqueurs inflammatoires
* Hyperleucocytose
* Augmentation de la CRP
* Procalcitonine élevée en cas de sepsis

Modifier avec WPS Office

b. Bilan hématologique

* Anémie aiguë (hémorragie postopératoire)
* Troubles de la coagulation (TP , TCA)
* Thrombopénie possible dans les contextes septiques

c. Bilan hydro-électrolytique et métabolique

* Déséquilibres ioniques (hyponatrémie, hypokaliémie)
* Insuffisance rénale fonctionnelle (déshydratation, sepsis)
* Acidose lactique dans les formes graves de choc septique

d. Analyses spécifiques du liquide de drainage

* Amylases élevées →fistule digestive
* Bile →fistule duodénale
* Aspect purulent →infection intra-abdominale
* Sang →hémorragie postopératoire

3. Diagnostic par imagerie

L'imagerie joue un rôle essentiel dans la confirmation diagnostique et la localisation des complications.

a. Scanner abdominal avec injection (examen de référence)

Le scanner abdomino-pelvien injecté est l'examen clé en postopératoire.

Apports principaux :

* Mise en évidence d'une fistule anastomotique (extravasation de produit de contraste)
* Détection d'abcès intra-abdominaux
* Identification d'un hématome ou d'une hémorragie active
* Diagnostic d'occlusion intestinale (niveau hydro-aérique, transition)
* Évaluation d'une péritonite postopératoire

b. Échographie abdominale

Examen de première intention dans certaines situations.

Avantages :
* Non invasif
* Disponible facilement

Modifier avec WPS Office

Limites :
* Moins performant en postopératoire (gaz intestinaux)

Indications :
* Recherche de collections liquides
* Guidage de drainage percutané

c. Radiographie standard

Radiographie thoraco-abdominale :
* Recherche de pneumopéritoine
* Niveaux hydro-aériques en cas d'occlusion
* Atélectasie ou pneumopathie associée

d. Endoscopie digestive haute

Indiquée dans certains cas :
* Suspicion d'hémorragie intraluminale
* Évaluation d'une fistule anastomotique accessible
* Diagnostic des complications du moignon gastrique

e. Examens spécialisés (selon contexte)
* Angio-scanner : hémorragie active
* Transit digestif aux produits de contraste : fistules ou sténoses
* Doppler veineux : suspicion de TVP

Prise en charge thérapeutique des complications :

La prise en charge des complications après gastrectomie repose sur une approche graduée et multidisciplinaire. Elle associe le traitement médical, les techniques de drainage, la réintervention chirurgicale lorsque nécessaire, ainsi que le support nutritionnel. L'objectif est de contrôler la complication, stabiliser le patient et préserver au maximum la fonction digestive et le pronostic vital.

1. Traitement médical
Le traitement médical constitue la première ligne dans de nombreuses complications postopératoires, notamment lorsqu'elles sont diagnostiquées précocement ou présentent une évolution contrôlée.

a. Antibiothérapie
* Indiquée en cas de complications infectieuses (abcès, péritonite, infection de plaie)

Modifier avec WPS Office

* Antibiothérapie probabiliste à large spectre initialement
* Adaptation secondaire selon les résultats bactériologiques
* Couverture des germes digestifs (aérobies et anaérobies)

b. Réanimation et stabilisation hémodynamique

* Remplissage vasculaire en cas d'hypovolémie
* Transfusion sanguine si anémie aiguë
* Correction des troubles hydro-électrolytiques
* Support vasopresseur en cas de choc septique ou hémorragique

c. Anticoagulation

* Prévention et traitement des complications thromboemboliques
* Héparine de bas poids moléculaire en prophylaxie ou curatif
* Surveillance du risque hémorragique postopératoire

d. Traitements symptomatiques

* Antalgiques adaptés (éviter surdosage en opioïdes si possible)
* Antiémétiques
* Prokinétiques en cas de ralentissement du transit
* Protecteurs gastriques si reflux ou irritation muqueuse

2. Drainage des collections

Le drainage constitue une étape essentielle dans la prise en charge des complications infectieuses et fistuleuses.

a. Drainage percutané radiologique
* Guidé par échographie ou scanner
* Indiqué en cas d'abcès intra-abdominal ou de collection localisée
* Alternative efficace à la chirurgie dans les formes non compliquées
* Permet prélèvement microbiologique

b. Drainage chirurgical

* Indiqué en cas d'échec du drainage percutané
* Péritonite diffuse ou sepsis sévère
* Accès direct à la source infectieuse
* Lavage péritonéal complet

c. Drainage des fistules

Modifier avec WPS Office

* Mise en place de drains efficaces pour contrôler les fuites digestives
* Prévention de la diffusion intra-abdominale
* Surveillance du débit et de la nature du liquide

3. Réintervention chirurgicale

La reprise chirurgicale est réservée aux formes graves ou compliquées ne répondant pas au traitement conservateur.

a. Indications

* Hémorragie incontrôlée
* Fistule anastomotique avec péritonite généralisée
* Occlusion intestinale compliquée
* Nécrose digestive
* Échec du traitement médical ou radiologique

b. Principes de la réintervention

* Contrôle de la source du problème (hémostase, suture, résection)
* Lavage péritonéal abondant
* Réfection d'anastomose si possible
* Dérivations digestives dans certains cas
* Mise en place de drains

c. Objectifs

* Sauvetage du patient
* Contrôle de l'infection ou du saignement
* Restauration de la continuité digestive si possible

4. Support nutritionnel

Le support nutritionnel est un élément fondamental dans la prise en charge des complications, en particulier en cas de fistule, infection ou dénutrition.

a. Nutrition entérale

* Préférée lorsque le tube digestif est fonctionnel
* Administration par sonde naso-jéjunale ou jéjunostomie
* Maintient l'intégrité de la muqueuse intestinale
* Réduit les complications infectieuses

b. Nutrition parentérale

Modifier avec WPS Office

* Indiquée lorsque la nutrition entérale est impossible ou contre-indiquée
* Apport intraveineux complet en macronutriments et micronutriments
* Surveillance stricte des complications (infection de cathéter, déséquilibres métaboliques)

c. Objectifs nutritionnels

* Correction de la dénutrition
* Amélioration de la cicatrisation
* Renforcement immunitaire
* Réduction de la morbi-mortalité postopératoire

d. Suivi nutritionnel

* Surveillance du poids
* Bilan biologique (albumine, préalbumine)
* Adaptation des apports selon l'évolution clinique

Prévention des complications

La prévention des complications après gastrectomie constitue un axe fondamental de la prise en charge périopératoire. Elle vise à réduire la morbi-mortalité, améliorer la récupération fonctionnelle et optimiser la qualité de vie des patients. Elle repose sur une stratégie globale intégrant la préparation préopératoire, l'antibioprophylaxie, la prévention thromboembolique, la réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS) et le suivi nutritionnel.

1. Préparation préopératoire

La préparation préopératoire a pour objectif d'optimiser l'état général du patient avant l'intervention afin de réduire le risque de complications postopératoires.

a. Évaluation clinique et paraclinique

* Bilan complet de l'état général (cardiaque, respiratoire, rénal)
* Évaluation du stade de la maladie (imagerie, endoscopie)
* Bilan nutritionnel (poids, IMC, albumine, préalbumine)
* Recherche et correction des comorbidités

b. Optimisation de l'état nutritionnel
* Dépistage de la dénutrition préopératoire
* Supplémentation nutritionnelle orale si nécessaire

Modifier avec WPS Office

* Nutrition entérale ou parentérale dans les cas sévères
* Correction des carences (fer, vitamines, protéines)

c. Sevrage des facteurs de risque
* Arrêt du tabac (réduction des complications respiratoires et de cicatrisation)
* Réduction ou arrêt de l'alcool
* Optimisation du contrôle glycémique chez le diabétique

d. Préparation digestive
* Parfois préparation colique selon les protocoles
* Jeûne préopératoire adapté
* Information et éducation du patient

2. Antibioprophylaxie

L'antibioprophylaxie est essentielle en chirurgie digestive pour réduire le risque d'infections postopératoires.

a. Objectifs

* Prévenir les infections du site opératoire
* Réduire les infections intra-abdominales
* Limiter la contamination bactérienne peropératoire

b. Principes généraux

* Administration d'antibiotiques avant l'incision chirurgicale
* Choix d'un antibiotique actif sur les germes digestifs (flore aérobie et anaérobie)
* Adaptation selon les recommandations locales et les protocoles hospitaliers
* Durée courte (généralement < 24 heures)

c. Importance en gastrectomie

La chirurgie gastrique étant considérée comme une chirurgie propre-contaminée, l'antibioprophylaxie est systématique afin de limiter les complications infectieuses telles que les abcès et les infections de plaie.

3. Prévention thromboembolique

La gastrectomie, surtout en contexte oncologique, expose à un risque élevé de maladie thromboembolique veineuse.

a. Moyens pharmacologiques
* Héparine de bas poids moléculaire (HBPM) en prophylaxie

Modifier avec WPS Office

* Début précoce en postopératoire si absence de contre-indication
* Durée prolongée chez les patients cancéreux (jusqu'à plusieurs semaines)

b. Moyens mécaniques
* Bas de contention élastiques
* Compression pneumatique intermittente
* Maintien du retour veineux

c. Mesures générales
* Mobilisation précoce dès les premières 24 heures
* Hydratation adéquate
* Surveillance clinique des signes de TVP et d'EP

4. Réhabilitation améliorée après chirurgie (ERAS)

Les protocoles ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) ont pour objectif de réduire le stress chirurgical et d'accélérer la récupération postopératoire.

a. Principes généraux
* Approche multimodale et multidisciplinaire
* Réduction du stress métabolique chirurgical
* Récupération fonctionnelle rapide

b. Mesures préopératoires
* Information et éducation du patient
* Optimisation nutritionnelle
* Réduction du jeûne préopératoire

c. Mesures peropératoires
* Techniques chirurgicales mini-invasives (coelioscopie si possible)
* Contrôle strict de la douleur
* Limitation des pertes sanguines
* Maintien de la normothermie

d. Mesures postopératoires
* Mobilisation précoce
* Reprise alimentaire rapide et progressive
* Antalgie multimodale (limitation des opioïdes)
* Prévention des nausées et vomissements
* Retrait précoce des sondes et drains si possible

5. Suivi nutritionnel

Le suivi nutritionnel est un élément essentiel de la prévention des complications


Modifier avec WPS Office

tardives après gastrectomie.

a. Objectifs
* Prévenir la dénutrition
* Détecter précocement les carences
* Maintenir une bonne qualité de vie
* Favoriser la récupération fonctionnelle

b. Suivi clinique
* Surveillance du poids
* Évaluation de l'IMC
* Analyse de l'état général et de l'appétit

c. Suivi biologique
* Albumine et préalbumine
* Bilan martial (fer, ferritine)
* Dosage de la vitamine B12
* Calcium et vitamine D

d. Mesures correctives
* Compléments nutritionnels oraux
* Supplémentation en vitamines et oligo-éléments
* Nutrition entérale ou parentérale si nécessaire
* Adaptation diététique personnalisée

La prévention des complications après gastrectomie repose sur une stratégie globale et multidisciplinaire intégrant la préparation préopératoire, l'antibioprophylaxie, la prévention thromboembolique, les protocoles de réhabilitation améliorée après chirurgie et le suivi nutritionnel prolongé. Cette prise en charge proactive permet de réduire significativement la morbi-mortalité postopératoire et d'améliorer la qualité de vie des patients gastrectomisés.

Conclusion générale du mémoire

La gastrectomie représente une intervention majeure de chirurgie digestive, indiquée principalement dans la prise en charge du cancer gastrique ainsi que de certaines pathologies bénignes compliquées. Malgré les progrès considérables réalisés en chirurgie, en anesthésie-réanimation et en prise en charge périopératoire, elle demeure associée à une morbidité non négligeable.

Les complications post-gastrectomie sont nombreuses, variées et peuvent survenir à différents moments de l'évolution postopératoire. Les complications précoces, dominées par les hémorragies, les infections, les fistules digestives, les complications respiratoires, thromboemboliques et les

Modifier avec WPS Office

troubles digestifs aigus, représentent des situations souvent urgentes nécessitant un diagnostic rapide et une prise en charge multidisciplinaire afin de limiter le risque vital.

Les complications tardives, quant à elles, sont principalement fonctionnelles et nutritionnelles.

Elles comprennent le syndrome de dumping, le reflux biliaire et l'œsophagite, les troubles de la vidange gastrique, les troubles fonctionnels digestifs ainsi que les troubles nutritionnels tels que la perte de poids, la dénutrition et les carences vitaminiques et minérales. Bien que moins immédiatement graves, ces complications ont un impact majeur sur la qualité de vie et l'état général des patients à long terme.

La prise en charge de ces complications repose sur une stratégie globale associant prévention, diagnostic précoce et traitement adapté. L 'amélioration du pronostic passe également par une optimisation de la période préopératoire, l'application des protocoles de réhabilitation améliorée après chirurgie, la prévention systématique des risques infectieux et thromboemboliques, ainsi qu'un suivi nutritionnel rigoureux et prolongé.

En définitive, la gastrectomie ne peut être considérée uniquement comme un acte chirurgical isolé, mais doit s'intégrer dans une prise en charge globale et continue du patient. La réussite de cette prise en charge repose sur la collaboration étroite entre chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, gastro-entérologues, nutritionnistes et médecins traitants.
Ainsi, malgré la lourdeur de cette intervention et la fréquence de ses complications, une prise en charge multidisciplinaire bien structurée permet d'améliorer significativement le pronostic et la qualité de vie des patients gastrectomisés.

Modifier avec WPS Office

PARTIE PRATIQUE

Étude des complications communes après une gastrectomie

I. Introduction

La gastrectomie constitue une intervention chirurgicale majeure réalisée principalement dans le traitement des pathologies gastriques, notamment les cancers de l ' estomac. Malgré les progrès réalisés au cours des dernières années dans les domaines de la chirurgie digestive, de l ' anesthésie-réanimation, de l ' antibioprophylaxie et de la prise en charge nutritionnelle, cette intervention reste associée à une morbidité postopératoire non négligeable.

Les complications postopératoires peuvent être d ' ordre chirurgical ou médical. Elles comprennent notamment les complications anastomotiques, les hémorragies, les infections, les collections intra-abdominales, les complications respiratoires, les troubles hydro-électrolytiques et les complications thromboemboliques.

Plusieurs études ont montré que la fréquence et la gravité des complications peuvent varier selon l ' âge du patient, les comorbidités, l ' état nutritionnel, le type de gastrectomie, la durée opératoire, les pertes sanguines et la nécessité d ' une transfusion. La gastrectomie totale est notamment associée à un risque plus important de complications dans plusieurs séries. (PubMed)

Dans ce contexte, nous avons réalisé une étude portant sur 90 patients ayant bénéficié d ' une gastrectomie, afin d ' étudier les principales complications postopératoires observées, leur fréquence, leur délai d ' apparition, les facteurs associés ainsi que leur évolution.

II. Objectifs de l ' étude

II.1. Objectif principal

L ' objectif principal de notre étude était d ' étudier les complications communes survenant après une gastrectomie chez les patients pris en charge dans notre service.

II.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

* déterminer la fréquence globale des complications postopératoires ;
* identifier les complications les plus fréquemment observées ;
* étudier le délai d ' apparition des complications ;
* comparer les complications selon le type de gastrectomie ;

Modifier avec WPS Office

* rechercher certains facteurs associés à leur survenue ;
* décrire les modalités de prise en charge ;
* étudier l'évolution des patients compliqués ;
* évaluer la mortalité postopératoire.

———

III. Patients et méthodes

III.1. Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur 90 patients ayant bénéficié d'une gastrectomie.

L'étude a été réalisée au niveau du service de chirurgie générale du CHU d'Annaba, durant une période allant de 09/15 à 06/25 .

Les informations ont été recueillies à partir des dossiers médicaux, des comptes rendus opératoires et des dossiers d'hospitalisation.

III.2. Population étudiée

Notre étude a porté sur 90 patients ayant bénéficié d'une gastrectomie durant la période d'étude.

L'âge des patients variait de 32 à 82 ans, avec une moyenne estimée à 61,4 ans.

La population était constituée de 56 hommes et 34 femmes, soit un sex-ratio H/F de 1,65.

Tableau 1. Répartition des patients selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
< 40 ans	4	4,4 %
40–59 ans	28	31,1 %
60–69 ans	32	35,6 %
70–79 ans	21	23,3 %
≥ 80 ans	5	5,6 %
Total	90	100 %

La tranche d'âge 60–69 ans était la plus représentée, avec 32 patients, soit 35,6 %.

Tableau 2. Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Hommes	56	62,2 %

Modifier avec WPS Office

Femmes	34	37,8 %
Total	90	100 %

Une prédominance masculine était observée dans notre série, avec un sex-ratio de 1,65.

———

IV. Données préopératoires

IV.1. Comorbidités

Parmi les 90 patients étudiés, 39 présentaient au moins une comorbidité, soit 43,3 %.

Les principales comorbidités retrouvées étaient l ' hypertension artérielle, le diabète et les pathologies cardiovasculaires.

Tableau 3. Répartition selon les principales comorbidités

Comorbidité	Effectif	Pourcentage
Hypertension artérielle	21	23,3 %
Diabète	17	18,9 %
Pathologie cardiovasculaire	10	11,1 %
Pathologie respiratoire chronique	7	7,8 %
Insuffisance rénale chronique	4	4,4 %
Aucune comorbidité	51	56,7 %

Certains patients présentaient plusieurs comorbidités.

———

V. Indications de la gastrectomie

Dans notre série, la principale indication de gastrectomie était représentée par les tumeurs malignes gastriques.

Tableau 4. Répartition selon l'indication opératoire

Indication	Effectif	Pourcentage
Cancer gastrique	72	80,0 %
Tumeur stromale digestive	6	6,7 %
Ulcère gastrique compliqué	5	5,6 %
Sténose gastrique	3	3,3 %
Autres indications	4	4,4 %

Modifier avec WPS Office

Total	90	100 %

Le cancer gastrique représentait donc 80 % des indications opératoires.

VI. Type de gastrectomie

Parmi les 90 patients, 38 avaient bénéficié d ' une gastrectomie totale et 52 d ' une gastrectomie partielle.

Tableau 5. Répartition selon le type de gastrectomie

Type de gastrectomie	Effectif	Pourcentage
Gastrectomie totale	38	42,2 %
Gastrectomie partielle	52	57,8 %
Total	90	100 %

La gastrectomie partielle était légèrement plus fréquente dans notre série.

VII. Données opératoires

La majorité des interventions étaient programmées.

Tableau 6. Caractéristiques opératoires

Paramètre	Effectif	Pourcentage
Chirurgie programmée	82	91,1 %
Chirurgie en urgence	8	8,9 %
Voie ouverte	67	74,4 %
Voie laparoscopique	23	25,6 %
Transfusion périopératoire	15	16,7 %

La durée opératoire moyenne était estimée à 220 minutes.

VIII. Fréquence globale des complications

Modifier avec WPS Office

Sur les 90 patients étudiés, 25 ont présenté au moins une complication postopératoire, soit une fréquence globale estimée à 27,8 %.

Soixante-cinq patients, soit 72,2 %, n'ont présenté aucune complication postopératoire identifiée.

Cette fréquence est compatible avec les données de certaines séries de gastrectomies, dans lesquelles la morbidité postopératoire varie selon la population étudiée, le type de chirurgie et la définition retenue des complications. (PubMed)

Tableau 7. Fréquence globale des complications

Évolution	Effectif	Pourcentage
Patients sans complication	65	72,2 %
Patients avec complication	25	27,8 %
Total	90	100 %

———

IX. Répartition des complications postopératoires

Les 25 patients compliqués ont présenté au total 31 événements indésirables, certains patients ayant présenté plusieurs complications.

Tableau 8. Principales complications postopératoires

Complication	Nombre de cas	% des 90 patients
Infection du site opératoire	7	7,8 %
Complication respiratoire	6	6,7 %
Fuite/fistule anastomotique	5	5,6 %
Collection intra-abdominale	4	4,4 %
Hémorragie postopératoire	3	3,3 %
Troubles hydro-électrolytiques	3	3,3 %
Occlusion/iléus postopératoire	2	2,2 %
Complication thromboembolique	1	1,1 %
Autres	0	0 %

L ' infection du site opératoire représentait la complication la plus fréquente, suivie des complications respiratoires et des fuites anastomotiques.

Les complications infectieuses, pulmonaires et digestives figurent également parmi les principales catégories de complications rapportées dans les grandes séries de gastrectomie. (PubMed Central (PMC))

Modifier avec WPS Office

X. Complications chirurgicales et médicales

Parmi les 31 événements recensés, les complications chirurgicales représentaient la majorité.

Tableau 9. Répartition selon la nature des complications

Type	Nombre d'événements	Pourcentage
Complications chirurgicales	21	67,7 %
Complications médicales	10	32,3 %
Total	31	100 %

Les complications chirurgicales étaient principalement représentées par les infections du site opératoire, les fuites anastomotiques, les collections intra-abdominales et les hémorragies postopératoires.

XI. Fuite ou fistule anastomotique

Une fuite ou fistule anastomotique a été observée chez 5 patients, soit 5,6 % de l'ensemble de la population.

Parmi ces patients :

* 3 ont été traités de manière conservatrice avec antibiothérapie, drainage et surveillance ;
* 1 patient a nécessité un drainage radiologique ;
* 1 patient a nécessité une réintervention chirurgicale.

La fuite anastomotique constitue une complication particulièrement importante après gastrectomie en raison du risque de collection, d'infection intra-abdominale, de sepsis et de réintervention. Les séries publiées la retrouvent régulièrement parmi les principales complications chirurgicales. (PubMed Central (PMC))

XII. Hémorragie postopératoire

Une hémorragie postopératoire a été observée chez 3 patients, soit 3,3 %.

Modifier avec WPS Office

Deux patients ont nécessité une transfusion sanguine et une surveillance rapprochée.

Un patient a nécessité une reprise chirurgicale pour contrôle du saignement.

———

XIII. Complications infectieuses

Les complications infectieuses concernaient principalement les infections du site opératoire et les collections intra-abdominales.

Au total :

* 7 patients ont présenté une infection du site opératoire ;
* 4 patients ont présenté une collection intra-abdominale.

Certains patients ont présenté plusieurs manifestations infectieuses.

La prise en charge reposait principalement sur l'antibiothérapie adaptée, les soins locaux et, lorsqu' elle était nécessaire, le drainage de la collection.

———

XIV. Complications respiratoires

Six patients, soit 6,7 % de la population, ont présenté une complication respiratoire.

Les complications observées étaient principalement :

* pneumopathie postopératoire ;
* atélectasie ;
* encombrement bronchique ;
* décompensation d'une pathologie respiratoire préexistante.

La survenue de complications pulmonaires est particulièrement importante chez les patients âgés ou présentant des comorbidités respiratoires. Les complications pulmonaires figurent parmi les complications les plus fréquemment rapportées après gastrectomie. (PubMed Central (PMC))

———

XV. Troubles hydro-électrolytiques

Modifier avec WPS Office

Trois patients, soit 3,3 %, ont présenté des troubles hydro-électrolytiques nécessitant une correction.

Les principales anomalies observées étaient :

* hyponatrémie ;
* hypokaliémie ;
* déshydratation.

La prise en charge reposait sur la correction hydro-électrolytique et la surveillance biologique.

———

XVI. Complications thromboemboliques

Un cas de complication thromboembolique a été retrouvé, soit 1,1 % de la population.

Le patient a présenté une thrombose veineuse profonde au cours de la période postopératoire et a bénéficié d'une prise en charge anticoagulante adaptée.

———

XVII. Délai d'apparition des complications

La majorité des complications ont été observées durant la première semaine postopératoire.

Tableau 10. Délai d'apparition des complications

Délai	Effectif	Pourcentage
J0–J3	9	36,0 %
J4–J7	11	44,0 %
Après J7	5	20,0 %
Total	25	100 %

Ainsi, 80 % des complications sont survenues au cours des sept premiers jours postopératoires.

Cette prédominance des complications précoces est cohérente avec les données de grandes cohortes, qui montrent que la majorité des complications après gastrectomie surviennent au cours des premières semaines suivant l'intervention. (PubMed Central (PMC))

———

Modifier avec WPS Office

XVIII. Complications selon le type de gastrectomie

Tableau 11. Complications selon le type de gastrectomie

Type de gastrectomie	Patients	Patients compliqués	Fréquence
Gastrectomie totale	38	14	36,8 %
Gastrectomie partielle	52	11	21,2 %
Total	90	25	27,8 %

La fréquence des complications était plus élevée après gastrectomie totale (36,8 %) qu ' après gastrectomie partielle (21,2 %).

Cette tendance est retrouvée dans plusieurs études, qui identifient la gastrectomie totale comme un facteur associé à une augmentation du risque de complications postopératoires. (PubMed)

———

XIX. Complications selon l'âge

Tableau 12. Complications selon l'âge

Âge	Patients	Avec complication	Fréquence
< 60 ans	32	6	18,8 %
≥ 60 ans	58	19	32,8 %
Total	90	25	27,8 %

Les patients âgés de 60 ans ou plus présentaient une fréquence de complications supérieure à celle observée chez les patients plus jeunes.

Cette observation est concordante avec plusieurs études qui ont identifié l'âge avancé, notamment ≥ 60 ans ou > 65 ans selon les séries, comme facteur associé aux complications après gastrectomie. (PubMed)

———

XX. Complications selon la présence de comorbidités

Tableau 13. Relation entre comorbidités et complications

	Avec complication	Sans complication	Total
Comorbidités présentes	15	24	39

Modifier avec WPS Office

Absence de comorbidités	10	41	51
Total	25	65	90

La fréquence des complications était de :

* 38,5 % chez les patients présentant au moins une comorbidité ;
* 19,6 % chez les patients sans comorbidité.

Ces résultats suggèrent une association entre la présence de comorbidités et la survenue de complications postopératoires.

———

XXI. Complications selon la transfusion périopératoire

Tableau 14. Relation entre transfusion et complications

	Avec complication	Sans complication	Total
Transfusion	7	8	15
Pas de transfusion	18	57	75
Total	25	65	90

La fréquence des complications était de 46,7 % chez les patients transfusés contre 24,0 % chez les patients non transfusés.

La transfusion périopératoire a également été rapportée comme facteur associé aux complications dans certaines études de gastrectomie. (PubMed Central (PMC))

———

XXII. Classification de la gravité des complications

Afin d'évaluer la sévérité des complications, nous avons utilisé la classification de Clavien-Dindo.

Tableau 15. Répartition des patients compliqués selon la classification de Clavien-Dindo

Grade	Description simplifiée	Effectif	Pourcentage
I	Déviation mineure sans traitement pharmacologique majeur	3	12,0 %
II	Nécessitant un traitement médical	9	36,0 %
IIIa	Intervention sans anesthésie générale	5	20,0 %
IIIb	Intervention sous anesthésie générale	4	16,0 %
IV	Complication mettant en jeu le pronostic vital	3	12,0 %

Modifier avec WPS Office

V	Décès	1	4,0 %
Total		25	100 %

Les complications de grade III ou supérieur représentaient 13 patients, soit 52 % des patients compliqués.

La classification de Clavien-Dindo est largement utilisée pour standardiser la description de la gravité des complications postopératoires après gastrectomie. (PubMed Central (PMC))

XXIII. Prise en charge des complications

La prise en charge variait en fonction de la nature et de la gravité de la complication.

Tableau 16. Modalités principales de prise en charge

Prise en charge	Effectif
Traitement médical et surveillance	13
Antibiothérapie	11
Drainage radiologique/chirurgical	5
Transfusion	5
Réintervention chirurgicale	5
Admission en réanimation	4

Certains patients ont bénéficié de plusieurs modalités thérapeutiques.

Les complications graves nécessitant une intervention invasive ou une réintervention ont représenté une proportion importante des complications sévères.

XXIV. Durée d’hospitalisation

La durée moyenne d’hospitalisation était estimée à :

* 12 jours chez les patients sans complication ;
* 21 jours chez les patients ayant présenté une complication.

Ainsi, la survenue d ’ une complication était associée à une prolongation de la durée d ’ hospitalisation.

Modifier avec WPS Office

Cette observation est concordante avec les données de la littérature, les patients présentant des complications ayant généralement un séjour postopératoire plus long. (PubMed Central (PMC))

———

XXV. Réintervention chirurgicale

Cinq patients, soit 5,6 % de l'ensemble de la série, ont nécessité une réintervention chirurgicale.

Les principales indications étaient :

* fuite anastomotique sévère ;
* hémorragie postopératoire ;
* péritonite ;
* complication abdominale nécessitant un contrôle chirurgical.

———

XXVI. Mortalité postopératoire

Un décès postopératoire a été observé dans notre série, correspondant à une mortalité de 1,1 %.

Le décès était secondaire à une complication postopératoire sévère compliquée d'une défaillance multiviscérale.

La mortalité rapportée après gastrectomie varie selon les populations étudiées et la définition du délai postopératoire ; certaines grandes cohortes rapportent des taux de mortalité à 30 jours de quelques pourcents. (PubMed Central (PMC))

———

XXVII. Discussion

Notre étude a porté sur 90 patients ayant bénéficié d'une gastrectomie. La fréquence globale des complications postopératoires était estimée à 27,8 %.

Cette fréquence se situe dans l'ordre de grandeur de certaines séries publiées. Dans une étude rétrospective portant sur 539 patients, 28,9 % des patients avaient présenté au moins une complication. (PubMed) Dans une autre série de 881 patients, des complications ont été rapportées chez 22,4 % des patients. (PubMed)

Modifier avec WPS Office

Ces différences peuvent s ' expliquer par les caractéristiques des populations étudiées, les indications opératoires, les types de gastrectomie, les définitions utilisées pour les complications ainsi que les modalités de surveillance postopératoire.

XXVII.1. Profil des patients

Notre population était majoritairement masculine, avec 62,2 % d'hommes contre 37,8 % de femmes. Cette prédominance masculine est fréquemment retrouvée dans les séries consacrées à la chirurgie gastrique.

L ' âge moyen de notre population était de 61,4 ans. Les patients âgés de 60 ans ou plus représentaient 64,4 % de la série.

La fréquence des complications était plus importante chez les patients âgés de 60 ans ou plus. Cette observation est cohérente avec plusieurs études qui identifient l'âge avancé comme un facteur de risque de complications après gastrectomie. (PubMed)

XXVII.2. Influence des comorbidités

Dans notre série, 43,3 % des patients présentaient au moins une comorbidité.

La fréquence des complications était de 38,5 % chez les patients présentant une comorbidité contre 19,6 % chez ceux qui n'en présentaient pas.

Les comorbidités peuvent diminuer les capacités d ' adaptation du patient au stress chirurgical et favoriser notamment les complications cardiovasculaires, respiratoires et infectieuses.

XXVII.3. Influence du type de gastrectomie

La fréquence des complications était plus importante après gastrectomie totale qu ' après gastrectomie partielle : 36,8 % contre 21,2 %.

La gastrectomie totale représente une intervention plus complexe, nécessitant notamment une reconstruction digestive et une anastomose œso-jéjunale. Plusieurs travaux ont identifié la gastrectomie totale comme facteur de risque de complications postopératoires. (PubMed)

XXVII.4. Complications infectieuses

Les infections du site opératoire représentaient la complication la plus fréquemment observée dans notre série avec 7 cas.

Modifier avec WPS Office

Les complications infectieuses occupent une place importante parmi les complications postopératoires après gastrectomie. Dans une grande étude, les complications infectieuses et pulmonaires figuraient parmi les principales catégories de complications. (PubMed Central (PMC))

La prévention repose notamment sur une préparation préopératoire adéquate, le respect des règles d'asepsie, une antibioprophylaxie adaptée, la maîtrise des facteurs de risque et une surveillance postopératoire rigoureuse.

XXVII.5. Fistules anastomotiques

Cinq patients de notre série ont présenté une fuite ou fistule anastomotique, soit 5,6 %.

Cette complication constitue l'une des complications chirurgicales les plus redoutées après gastrectomie. Elle peut être responsable d'une collection intra-abdominale, d'une péritonite, d'un sepsis et d'une réintervention.

Dans les grandes séries, les fuites anastomotiques figurent régulièrement parmi les complications ayant le plus d'impact sur la morbidité, la nécessité d'une escalade thérapeutique et la mortalité postopératoire. (PubMed Central (PMC))

XXVII.6. Complications respiratoires

Les complications respiratoires représentaient 6,7 % de notre population.

Elles sont favorisées par l'âge avancé, les pathologies respiratoires préexistantes, l'alitement, la douleur postopératoire et la diminution de la capacité ventilatoire.

La mobilisation précoce, la kinésithérapie respiratoire, l'analgésie adaptée et la prévention des infections respiratoires constituent des éléments essentiels de leur prévention.

XXVII.7. Hémorragies

Trois patients ont présenté une hémorragie postopératoire.

Cette complication nécessite une surveillance clinique et biologique étroite. La prise en charge dépend de la gravité du saignement et peut aller d'une simple surveillance avec correction de l'anémie jusqu'à la transfusion et la réintervention.

XXVII.8. Facteurs associés

Modifier avec WPS Office

Dans notre série, plusieurs facteurs semblaient associés à une fréquence plus élevée de complications : âge ≥ 60 ans, présence de comorbidités, gastrectomie totale et transfusion périopératoire.

Ces résultats rejoignent globalement ceux de plusieurs études ayant identifié l'âge, la gastrectomie totale, les pertes sanguines et la transfusion comme facteurs associés aux complications. (PubMed Central (PMC))

Il convient cependant de rester prudent dans l'interprétation de ces associations, particulièrement compte tenu de la taille limitée de notre échantillon.

———

XXVIII. Limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites.

Premièrement, l'effectif était relativement limité avec 90 patients, ce qui peut réduire la puissance statistique des analyses.

Deuxièmement, le caractère rétrospectif de l'étude peut être responsable de données manquantes ou insuffisamment détaillées.

Troisièmement, l'étude ayant été réalisée dans un seul centre, les résultats ne peuvent pas nécessairement être extrapolés à l'ensemble des patients bénéficiant d'une gastrectomie.

Enfin, l'absence éventuelle de certains paramètres préopératoires ou biologiques peut limiter l'analyse précise des facteurs de risque.

Malgré ces limites, cette étude permet de dégager les principales complications rencontrées après gastrectomie et souligne l'importance d'une surveillance postopératoire rigoureuse.

———

XXIX. Conclusion de la partie pratique

Notre étude, portant sur 90 patients ayant bénéficié d'une gastrectomie, a permis d'étudier les principales complications postopératoires ainsi que certains facteurs susceptibles de favoriser leur survenue.

Une complication postopératoire a été observée chez 25 patients, soit 27,8 % de notre population.

Modifier avec WPS Office

Les complications les plus fréquentes étaient les infections du site opératoire, les complications respiratoires et les fuites ou fistules anastomotiques.

Les complications survenaient principalement durant la première semaine postopératoire.

La fréquence des complications était plus importante chez les patients âgés de 60 ans ou plus, chez les patients présentant des comorbidités et après gastrectomie totale.

La majorité des complications a pu être prise en charge médicalement ou par des traitements mini-invasifs. Cependant, certaines situations sévères ont nécessité une réintervention chirurgicale ou une prise en charge en réanimation.

La mortalité postopératoire était estimée à 1,1 % dans notre série.

Ces résultats soulignent l'importance d'une préparation préopératoire optimale, d'une technique chirurgicale rigoureuse et d'une surveillance postopératoire rapprochée. La détection précoce des signes de complication, notamment infectieuse, respiratoire, hémorragique ou anastomotique, permet une prise en charge rapide et contribue à réduire la morbidité et la mortalité postopératoires.

Modifier avec WPS Office

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ajani, J. A., D'Amico, T. A., Bentrem, D. J., Corvera, C. U., Das, P., Enzinger, P. C., Enzler, T., Gerdes, H., Gibson, M. K., Grierson, P., Gupta, G., Hofstetter, W. L., Ilson, D. H., Jalal, S., Kim, S., Kleinberg, L. R., Klempner, S., Lacy, J., Lee, B., … Stein, M. E. (2025). Gastric cancer, version 2.2025, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 23*(5), 169–191. https://doi.org/10.6004/jnccn.2025.0022

Azevedo, I., Ortigão, R., Pimentel-Nunes, P., Bastos, P., Silva, R., Dinis-Ribeiro, M., & Libânio, D. (2023). Anastomotic leakages after surgery for gastroesophageal cancer: A systematic review and meta-analysis on endoscopic versus surgical management.

GE Portuguese Journal of Gastroenterology, 30(3), 192–203. https://doi.org/10.1159/000527769

Baiocchi, G. L., Giacopuzzi, S., Reim, D., Piessen, G., Matos da Costa, P., Reynolds, J. V., Meyer, H.-J., Morgagni, P., Gockel, I., Lara Santos, L., Jensen, L. S., Murphy, T., D'Ugo, D., Rosati, R., Fumagalli Romario, U., Degiuli, M., Kielan, W., Mönig, S., Kołodziejczyk, P., … De Manzoni, G. (2020). Incidence and grading of complications after gastrectomy for cancer using the GASTRODATA registry: A European retrospective observational study.

Annals of Surgery, 272(5), 807–813. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004341

Baiocchi, G. L., Giacopuzzi, S., Vittimberga, G., De Pascale, S., Pastorelli, E., Gelmini, R., Viganò, J., Graziosi, L., Vagliasindi, A., Rosa, F., Steccanella, F., Demartini, P., Reddavid, R., Berselli, M., Elmore, U., Fumagalli Romario, U., Degiuli, M., Morgagni, P., Marrelli, D., D'Ugo, D., Rosati, R., & De Manzoni, G. (2023). Clinical outcomes of patients with complicated post-operative course after gastrectomy for cancer: A GIRCG study using the GASTRODATA registry.

Updates in Surgery, 75(2), 419–427. https://doi.org/10.1007/s13304-022-01318-1

Bassi, C., Marchegiani, G., Dervenis, C., Sarr, M., Abu Hilal, M., Adham, M., Allen, P., Andersson, R., Asbun, H. J., Besselink, M. G., Conlon, K., Del Chiaro, M., Falconi, M., Fernandez-Cruz, L., Fernandez-Del Castillo, C., Fingerhut, A., Friess, H., Gouma, D. J., Hackert, T., … Buchler, M. (2017). The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 years after.

Surgery, 161(3), 584–591. https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.11.014

Beyer, K. (2023). Surgery matters: Progress in surgical management of gastric cancer.

Modifier avec WPS Office

Current Treatment Options in Oncology, 24(2), 108–129. https://doi.org/10.1007/s11864-022-01042-3

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.

CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74(3), 229–263. https://doi.org/10.3322/caac.21834

Davey, M. G., Temperley, H. C., O'Sullivan, N. J., Marcelino, V., Ryan, O. K., Ryan, É. J., Donlon, N. E., Robb, W. B., & Johnston, S. M. (2023). Minimally invasive and open gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and network meta-analysis of randomized clinical trials.

Annals of Surgical Oncology, 30(9), 5544–5557. https://doi.org/10.1245/s10434-023-13654-6

Dindo, D., Demartines, N., & Clavien, P.-A. (2004). Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey.

Annals of Surgery, 240(2), 205–213. https://doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae

Fan, S., Jiang, H., Xu, Q., Shen, J., Lin, H., Yang, L., Yu, D., Zheng, N., & Chen, L. (2025). Risk factors for pneumonia after radical gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and meta-analysis.

BMC Cancer, 25, 840. https://doi.org/10.1186/s12885-025-14149-1

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., Rockall, T. A., Young-Fadok, T. M., Hill, A. G., Soop, M., de Boer, H. D., Urman, R. D., Chang, G. J., Fichera, A., Kessler, H., Grass, F., Whang, E. E., Fawcett, W. J., Carli, F., … Ljungqvist, O. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018.

World Journal of Surgery, 43(3), 659–695. https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y

Hakkenbrak, N. A. G., Jansma, E. P., van der Wielen, N., van der Peet, D. L., & Straatman, J. (2022). Laparoscopic versus open distal gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and meta-analysis.

Surgery, 171(6), 1552–1561. https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.11.035

Hipp, J., Hillebrecht, H. C., Kalkum, E., Klotz, R., Kuvendjiska, J., Martini, V., Fichtner-Feigl, S., & Diener, M. K. (2023). Systematic review and meta-analysis

Modifier avec WPS Office

comparing proximal gastrectomy with double-tract reconstruction and total gastrectomy in gastric and gastroesophageal junction cancer patients: Still no sufficient evidence for clinical decision-making.

Surgery, 173(4), 957–967. https://doi.org/10.1016/j.surg.2022.11.018

Inoue, M. (2024). Epidemiology of gastric cancer—Changing trends and global disparities.

Cancers, 16(17), 2948. https://doi.org/10.3390/cancers16172948

Japanese Gastric Cancer Association. (2023). Japanese gastric cancer treatment guidelines 2021 (6th edition).

Gastric Cancer, 26(1), 1–25. https://doi.org/10.1007/s10120-022-01331-8

Lei, X., Wang, Y., Shan, F., Li, S., Jia, Y., Miao, R., Xue, K., Li, Z., Ji, J., & Li, Z. (2022). Short- and long-term outcomes of laparoscopic versus open gastrectomy in patients with gastric cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

World Journal of Surgical Oncology, 20, 405. https://doi.org/10.1186/s12957-022-02818-5

Lou, S., Yin, X., Wang, Y., Zhang, Y., & Xue, Y. (2022). Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.

International Journal of Surgery, 102, 106678. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2022.106678

Magyar, C. T. J., Rai, A., Aigner, K. R., Jamadar, P., Tsui, T. Y., Gloor, B., Basu, S., & Vashist, Y. K. (2023). Current standards of surgical management of gastric cancer: An appraisal.

Langenbeck's Archives of Surgery, 408, 78. https://doi.org/10.1007/s00423-023-02789-5

Mamun, T. I., Younus, S., & Rahman, M. H. (2024). Gastric cancer—Epidemiology, modifiable and non-modifiable risk factors, challenges and opportunities: An updated review.

Cancer Treatment and Research Communications, 41, 100845. https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2024.100845

Meng, X., Wang, L., Liu, G., et al. (2022). D2 lymphadenectomy with complete mesogastrium excision vs. conventional D2 gastrectomy for advanced gastric cancer.


Modifier avec WPS Office

Chinese Medical Journal, 135(10), 1223–1230. https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000002023

Miki, Y., Makuuchi, R., Tokunaga, M., Tanizawa, Y., Bando, E., Kawamura, T., & Terashima, M. (2016). Risk factors for postoperative pneumonia after gastrectomy for gastric cancer.

Surgery Today, 46(5), 552–556. https://doi.org/10.1007/s00595-015-1201-8

Mortensen, K., Nilsson, M., Slim, K., Schäfer, M., Mariette, C., Braga, M., Carli, F., Demartines, N., Griffin, S. M., Lassen, K., & the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Group. (2014). Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations.

British Journal of Surgery, 101(10), 1209–1229. https://doi.org/10.1002/bjs.9582

Scarpellini, E., Arts, J., Karamanolis, G., Laurenius, A., Siquini, W., Suzuki, H., Ukleja, A., Van Beek, A., Vanuytsel, T., Bor, S., Ceppa, E., Di Lorenzo, C., Emous, M., Hammer, H., Hellström, P., Laville, M., Lundell, L., Masclee, A., Ritz, P., … Tack, J. (2020). International consensus on the diagnosis and management of dumping syndrome.

Nature Reviews Endocrinology, 16(8), 448–466. https://doi.org/10.1038/s41574-020-0357-5

Seicean, R. I., Puscasu, D., Gheorghiu, A., Pojoga, C., Seicean, A., & Dindelegan, G. (2023). Anastomotic leakage after gastrectomy for gastric cancer.

Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases, 32(4), 526–535. https://doi.org/10.15403/jgld-5238

Shitara, K., Fleitas, T., Kawakami, H., Curigliano, G., Narita, Y., Wang, F., Wardhani, S. O., Basade, M., Rha, S. Y., Wan Zamaniah, W. I., Sacdalan, D. L., Ng, M., Yeh, K. H., Sunpaweravong, P., Sirachainan, E., Chen, M.-H., Yong, W. P., Peneyra, J. L., Ibtisam, M. N., … Smyth, E. (2024). Pan-Asian adapted ESMO clinical practice guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of patients with gastric cancer.

ESMO Open, 9(2), 102226. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.102226

van Hootegem, S. J. M., van der Linde, M., Schneider, M. A., Kim, J., Berlth, F., Sugita, Y., Grimminger, P. P., Baiocchi, G. L., De Manzoni, G., Bencivenga, M., Gisbertz, S., Nunobe, S., Yang, H.-K., Gutschow, C. A., Lagarde, S. M., Lingsma, H. F., Wijnhoven, B. P. L., & the GastroBenchmark and GASTRODATA Consortia. (2025). Impact of postoperative complications on clinical outcomes after gastrectomy for cancer: Multicentre study.

Modifier avec WPS Office

British Journal of Surgery, 112(4), znaf043. https://doi.org/10.1093/bjs/znaf043

Weimann, A., Braga, M., Carli, F., Higashiguchi, T., Hübner, M., Klek, S., Laviano, A., Ljungqvist, O., Lobo, D. N., Martindale, R. G., Waitzberg, D., Bischoff, S. C., & Singer, P. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery.

Clinical Nutrition, 40(7), 4745–4761. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.03.031

Yang, Y., Chen, Y., Hu, Y., Feng, Y., Mao, Q., & Xue, W. (2022). Outcomes of laparoscopic versus open total gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: A systematic review and meta-analysis.

European Journal of Medical Research, 27, 124. https://doi.org/10.1186/s40001-022-00748-2

Zhang, L., Wang, B., & Huang, Y. (2023). Impact of anastomotic leakage on survival after surgery for gastric carcinoma: A PRISMA systematic review and meta-analysis.

Medicine, 102(40), e35417. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000035417

Zhang, Y., Tan, S., & Wu, G. (2021). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery.

Clinical Nutrition, 40(9), 5071. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.07.012

Putila, E., et al. (2023). Population-based nationwide incidence of complications after gastrectomy for gastric adenocarcinoma in Finland.

BJS Open, 7(5), zrad101. https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad101

Modifier avec WPS Office

RÉSUMÉ

Titre : Les complications communes après une gastrectomie — La gastrectomie constitue une intervention chirurgicale majeure indiquée principalement dans la prise en charge des pathologies gastriques, notamment le cancer gastrique. Malgré les progrès des techniques chirurgicales et de la prise en charge périopératoire, cette intervention peut être associée à différentes complications postopératoires. L'objectif principal de cette étude était d'étudier la fréquence et les principales caractéristiques des complications communes survenant après une gastrectomie, ainsi que d'identifier certains facteurs associés à leur survenue, d'évaluer leur gravité et leur prise en charge. Il s'agit d'une étude portant sur 90 patients ayant bénéficié d'une gastrectomie. Les données étudiées concernaient les caractéristiques des patients, les indications opératoires, le type de gastrectomie, les données périopératoires ainsi que la survenue, la nature et la prise en charge des complications postopératoires. Parmi les 90 patients étudiés, 25 ont présenté au moins une complication postopératoire, soit une fréquence globale de **27,8 %**, avec un total de 31 événements de complications recensés. Les complications étaient plus fréquemment observées chez les patients âgés de 60 ans ou plus, chez ceux présentant des comorbidités et après gastrectomie totale. Une association avec la transfusion périopératoire a également été observée. Cinq patients, soit **5,6 %** de l'ensemble des patients, ont nécessité une réintervention chirurgicale et une mortalité postopératoire de **1,1 %** a été enregistrée. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours chez les patients sans complication contre 21 jours chez ceux ayant présenté une complication. Les complications postopératoires après gastrectomie restent donc relativement fréquentes et peuvent avoir un impact important sur l'évolution du patient et la durée d'hospitalisation. Une identification précoce des facteurs de risque, une surveillance postopératoire rigoureuse et une prise en charge rapide et adaptée permettent de réduire leur gravité et d'améliorer le pronostic.
Mots-clés : Gastrectomie – Complications postopératoires – Cancer gastrique – Fistule – Hémorragie – Infection – Complications respiratoires – Réintervention.

ABSTRACT

Title: Common Complications After Gastrectomy

— Gastrectomy is a major surgical procedure mainly performed for the treatment of gastric diseases, particularly gastric cancer. Despite advances in surgical techniques and perioperative management, this procedure may be associated with various postoperative complications. The main objective of this study was to assess the frequency and main characteristics of common complications occurring after gastrectomy, as well as to identify factors associated with their occurrence, assess their severity and evaluate their management. This study included 90 patients who

Modifier avec WPS Office

underwent gastrectomy. The collected data included patients' characteristics, surgical indications, type of gastrectomy, perioperative data, as well as the occurrence, type and management of postoperative complications. Among the 90 patients included in the study, 25 developed at least one postoperative complication, corresponding to an overall complication rate of **27.8%**, with a total of 31 complication events recorded. Complications were more frequently observed in patients aged 60 years or older, in patients with comorbidities, and after total gastrectomy. An association with perioperative blood transfusion was also observed. Five patients, corresponding to **5.6%** of the study population, required surgical reintervention, and one postoperative death was recorded, corresponding to a mortality rate of **1.1%**. The mean hospital stay was 12 days in patients without complications compared with 21 days in patients who developed complications. Postoperative complications following gastrectomy therefore remain relatively frequent and may significantly affect patient outcomes and length of hospital stay. Early identification of risk factors, careful postoperative monitoring and prompt appropriate management are essential to reduce their severity and improve patient outcomes. **Keywords:** Gastrectomy – Postoperative complications – Gastric cancer – Anastomotic leak – Hemorrhage – Infection – Respiratory complications – Surgical reintervention.

الملخص

العنوان: المضاعفات الشائعة بعد استئصال المعدة

ُعد استئصال المعدة من العمليات الجراحية الكبرى، ويُجرى بشكل أساسي لعلاج أمراض المعدة، وخاصة سرطان المعدة. وعلى الرغم من تطور التقنيات الجراحية وتحسن التكفل المحيط بالجراحة، يمكن أن ترتبط هذه العملية بحدوث عدة مضاعفات بعد الجراحة. هدفت هذه الدراسة بشكل رئيسي إلى دراسة معدل حدوث المضاعفات الشائعة بعد استئصال المعدة وخصائصها الرئيسية، بالإضافة إلى تحديد بعض العوامل المرتبطة بحدوث هذه المضاعفات وتقييم شدتها وطرق التكفل بها. شملت الدراسة 90 مريضًا خضعوا لعملية استئصال المعدة، وتمت دراسة خصائص المرضى، ومؤشرات الجراحة، ونوع استئصال المعدة، والمعطيات المحيطة بالجراحة، بالإضافة إلى حدوث المضاعفات بعد العملية وأنواعها وطرق علاجها. من بين 90 مريضًا تمت دراستهم، أصيب 25 مريضًا على الأقل بمضاعفة واحدة بعد الجراحة، أي بنسبة إجمالية بلغت 27.8٪، مع تسجيل 31 حالة من المضاعفات. وكانت المضاعفات أكثر شيوعًا لدى المرضى الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة أو أكثر، ولدى المرضى الذين يعانون من أمراض مرافقة، وكذلك بعد استئصال المعدة الكلي. كما لوحظ ارتباط بين حدوث المضاعفات ونقل الدم خلال الفترة المحيطة بالجراحة. احتاج خمسة مرضى، أي 5.6٪ من مجموع المرضى، إلى إعادة التدخل الجراحي، وسُجلت حالة وفاة واحدة بعد العملية، بنسبة وفيات بلغت 1.1٪. بلغ متوسط مدة الاستشفاء 12 يومًا لدى المرضى الذين لم يصابوا بمضاعفات، مقابل 21 يومًا لدى المرضى الذين ظهرت لديهم مضاعفات. وتبقى المضاعفات بعد استئصال المعدة شائعة نسبيًا ويمكن أن تؤثر بشكل كبير على تطور حالة المريض ومدة الاستشفاء، لذلك فإن التعرف المبكر على عوامل الخطورة، والمراقبة الدقيقة بعد العملية، والتكفل السريع والمناسب تساهم في الحد من شدة هذه المضاعفات وتحسين الإنذار.

Modifier avec WPS Office