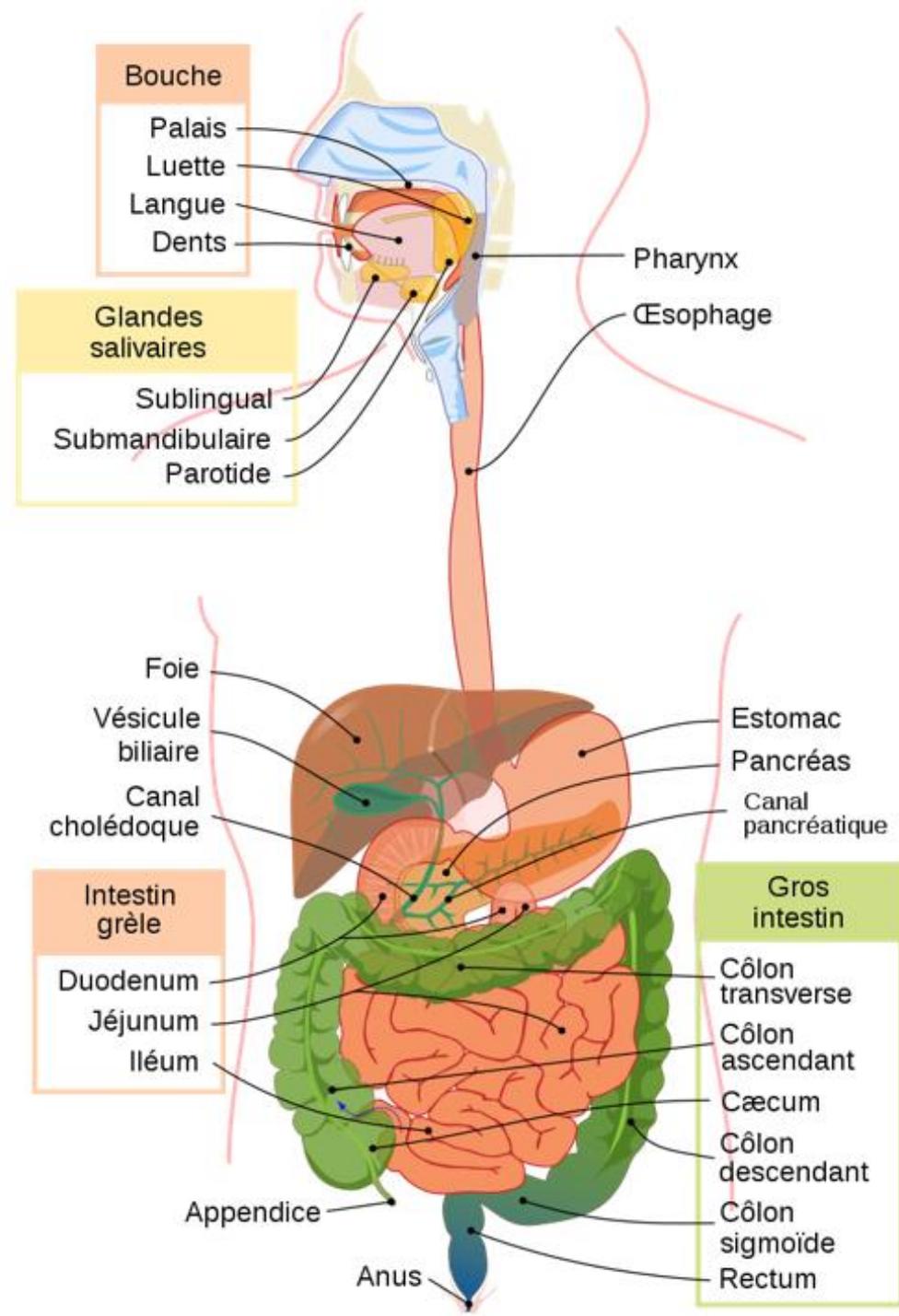


Anesthésie-réanimation Chirurgie de Lewis-Santy

Sarah Bocquillon



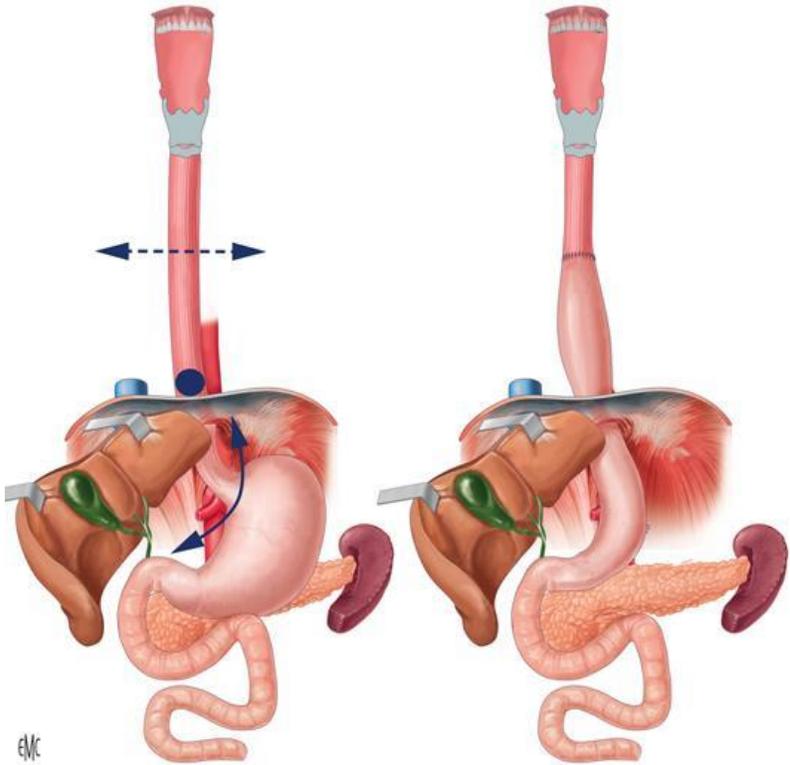
Cancer de l'œsophage

- 5 500 patients / an
- 6^{ème} cause de mortalité par cancer
- Survie 15% à 5 ans
- **Chirurgie traitement de référence** → Survie 45% à 5 ans

Carcinome épidermoïde	Adénocarcinome
<ul style="list-style-type: none">• Tabac• Alcool	Endobrachyoesophage <ul style="list-style-type: none">• RGO• Obésité• Tabac

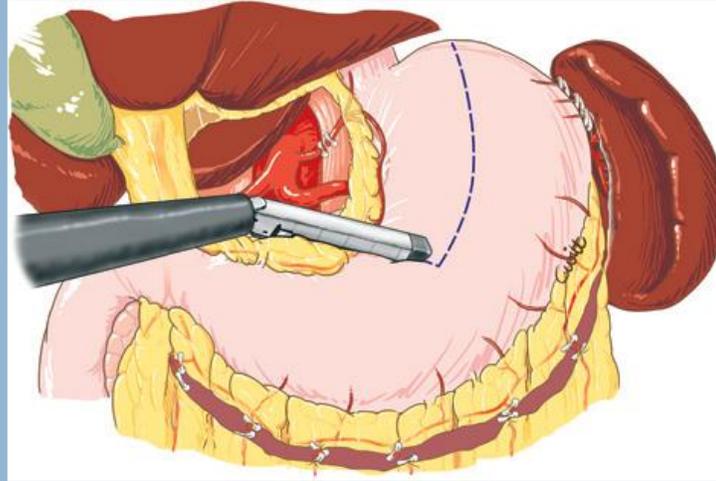
Lewis –Santý

Œsophagectomie 2 voies



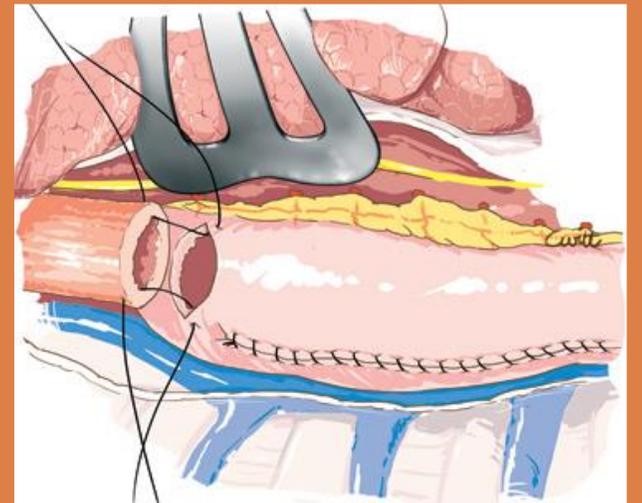
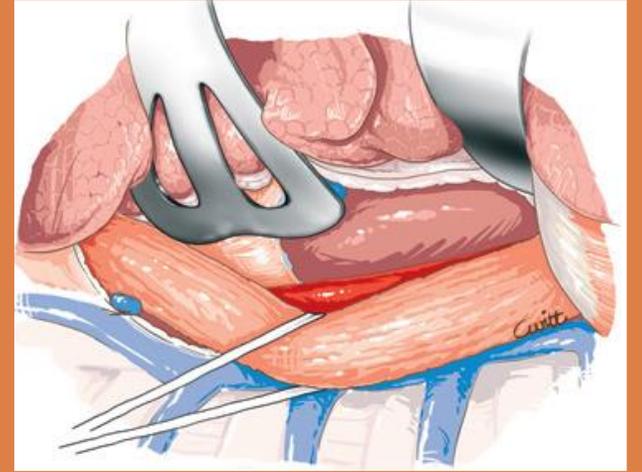
Temps abdominal

- Décubitus dorsal
- Coelioscopie



Temps thoracique

- Décubitus latéral gauche
- Thoracotomie (vidéothoracoscopie)
- Ventilation uni-pulmonaire



Préopératoire

Respiratoire

- EFR + DLCO
- Gaz du sang non systématique

Contre indication si :

- PaO₂ < 60mmHg
- pCO₂ > 45mmHg
- VEMS < 1L/s
- Dyspnée III/IV
- Infarctus du myocarde < 6 mois

Pré-habilitation

Sevrage tabac ≥ 8 semaines
Kinésithérapie respiratoire,
rééducation à l'effort

- Évaluation clinique tolérance à l'effort
- Test de marche 6 min

Cardiologique

- ECG
- ETT si point d'appel clinique , TT préadjuvant par 5-FU ou cisplatine
- Score de Lee

Préopérat

Nutritionnel

- Recherche FDR dénutrition
- Dénutrition

Tableau 5.

Facteurs de risque de dénutrition liés au patient (d'après [38]).

Âge > 70 ans

Cancer

Hémopathie maligne

Sepsis

Pathologie chronique

Pathologie digestive

Insuffisance d'organe (respiratoire, rénale, intestinale, pancréatique, hépatique)

Pathologie neuromusculaire et polyhandicap

Diabète

Syndrome inflammatoire

VIH/sida

Antécédent de chirurgie digestive majeure

Intestin grêle court

Pancréatectomie

Gastrectomie

Chirurgie bariatrique

Syndrome dépressif, troubles cognitifs, démence, syndrome confusionnel

Symptômes persistants

Dysphagie

Nausées, vomissements, sensation de satiété précoce

Douleur

Diarrhée

Dyspnée

Facteurs de risques liés à un traitement

Traitement néoadjuvant (radio-chimiothérapie)

Corticothérapie > 1 mois

Polymédication > 5

VIH : virus de l'immunodéficience humaine ; sida : syndrome d'immunodéficience acquise.

Préopératoire

Nutritionnel

- Recherche FDR dénutrition
- Dénutrition

Hépatique

- Recherche ascite, signe d'hypertension portale

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$. (ou 21 kg/m^2 si > 65 ans)
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (cf. texte de la recommandation).

Albumine $< 30 \text{ g/L}$
Pré albumine $< 0,2 \text{ g/L}$

Critères étiologiques (1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés.
- Absorption réduite (maldigestion/malabsorption).
- Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

Préopératoire

Nutritionnel

- Recherche FDR dénutrition
- Dénutrition

Si non dénutri (grade nutritionnel 2)

Conseils diététiques +
compléments alimentaires

Si dénutri (grade nutritionnel 4)

Nutrition artificielle
Entérale > Parentérale

Hépatique

- Recherche ascite, signe d'hypertension portale
- TP
- Score de Child-Pugh
- Score de MELD

Préopératoire

Contre indication si :
TP < 60%
Hypertension portale
Score MELD > 10
ATCD décompensation cirrotique
Perte de poids > 20%

Nutritionnel

- Recherche FDR dénutrition
- Dénutrition

Si non dénutri (grade nutritionnel 2)

Conseils diététiques +
compléments alimentaires

Si dénutri (grade nutritionnel 4)

Nutrition artificielle
Entérale > Parentérale

Hépatique

- Recherche ascite, signe d'hypertension portale
- TP
- Score de Child-Pugh
- Score de MELD

Opérable si Child-Pugh A + TP > 60% + Ø HTP

Analgésie périopératoire

Péridurale thoracique

- Gold standard
- Ponction T7
- Épargne morphinique
- Amélioration V/Q, sevrage respiratoire
- *Inhibition tonus sympathique*



Rachianalgésie

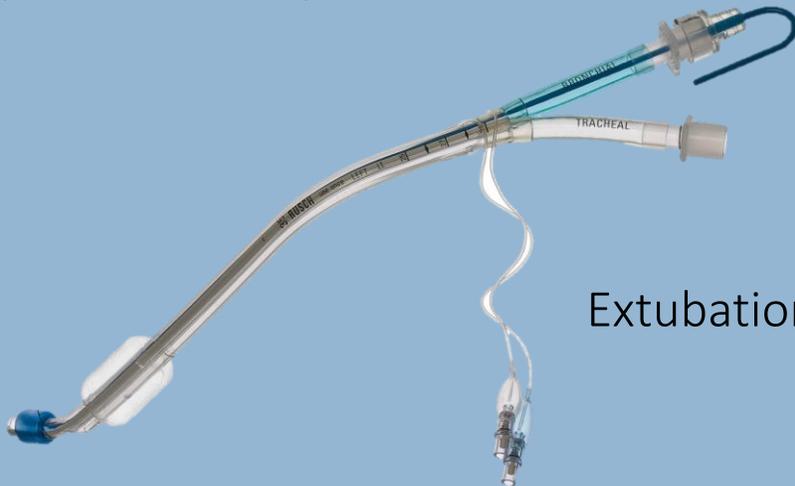
Bloc paravertébral

Bloc des muscles érecteurs du rachis

Ventilation uni-pulmonaire

Intubation

- Tube double lumière gauche
- Contrôle fibroscopique après l'intubation et après les changements de position
- Bloqueur bronchique



Extubation précoce

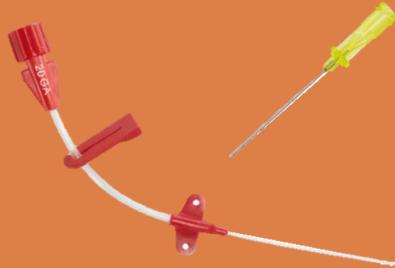
Ventilation

- Ventilation protectrice uni-pulmonaire
 - 5-6 mL/kg, PEP 5-8 cmH₂O
 - Hypercapnie permissive
 - $P_{plat} < 20$ cmH₂O
 - FiO₂ minimale
 - Manœuvre de recrutement alvéolaire
- Préférer VAC
- CPAP 5-10 cmH₂O

Optimisation hémodynamique

Remplissage vasculaire

- Stratégie restrictive (4 mL/kg/h)
- Monitoring : ~~doppler œsophagien~~, variation pression artérielle pulsée (VPP), contour de l'onde de pouls (VIGILEO®), contour de l'onde de pouls + thermodilution (PICCO®)
- /!\ Temps thorax ouvert



Vasopresseur

- Éphédrine ou Noradrénaline
- Pour objectif de PAM

Prise en charge post opératoire

Réanimation post opératoire 48h

Surveillance plastique digestive

- Aspiration douce (-30 cmH₂O)

Réhabilitation respiratoire

- Kinésithérapie respiratoire et mobilisation précoce
- Spirométrie incitative (TRIFLOW)
- VNI ++

Analgesie péridurale

- Antalgie multimodale
- Prévention fistules anastomotiques

Nutrition

- Jéjunostomie > Entérale
- Parentérale
- Réalimentation orale 3-7^{ème} jour post op

Complications post opératoires

Respiratoire

- 1^{ère} cause de morbi-mortalité
- Atélectasie
- Épanchement pleuraux
- Pneumopathie, SDRA

Fistule anastomotique

- 11%
- Médiastinite, fistules cervicales
- TDM thoraco-abdominal injecté et ingéré
- /!\ Sd confusionnel, hyperthermie

- Paralyse récurrentielle
- Trouble du rythme supra-ventriculaire
- Trouble de la vidange gastrique
- Délirium, agitation

Merci de votre attention
