

FICHE D'INFORMATION PATIENT



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive

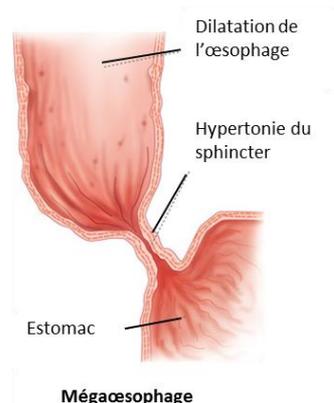
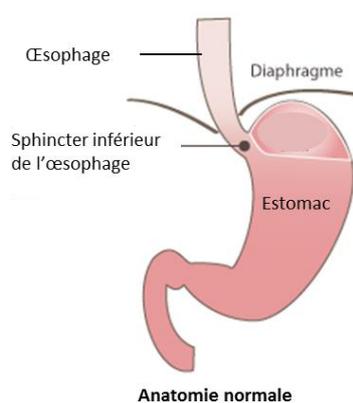


MÉGAŒSOPHAGE

Le but de cette notice est de vous permettre d'avoir les informations concernant votre intervention. Votre cas personnel peut ne pas y être parfaitement représenté. N'hésitez pas à interroger votre praticien pour toute information complémentaire. Ces informations complètent et ne se substituent pas à l'information spécifique qui vous a été délivrée par celui-ci. Cette fiche n'est pas exhaustive en ce qui concerne les risques exceptionnels.

Définition courte de la pathologie

Le mégaoesophage ou achalasie de l'oesophage correspond à l'absence de contraction du corps de l'oesophage associé à une pression trop importante du sphincter inférieur de l'oesophage (zone musculaire située à la jonction entre l'oesophage et l'estomac).



Ces troubles moteurs sont responsables d'une difficulté au passage des aliments de l'oesophage dans l'estomac et à la distension de l'oesophage entraînant des blocages et régurgitations alimentaires.

But de l'intervention

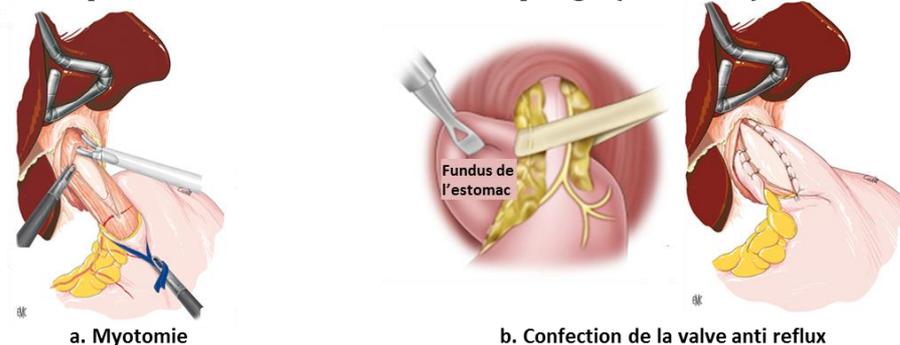
L'intervention consiste à réaliser une section du muscle du sphincter inférieur de l'œsophage sur quelques centimètres afin de réduire la pression à ce niveau et supprimer l'obstacle à l'évacuation de l'œsophage. Elle ne permet pas rétablir la motricité du corps de l'œsophage expliquant la possible persistance de difficultés à l'alimentation même après intervention. Un geste anti-reflux sera ensuite réalisé afin de prévenir le reflux de liquide gastrique dans l'œsophage. L'intervention se déroule généralement par cœlioscopie en l'absence de contre-indication.

Comment se déroule l'opération

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list sont vérifiées votre identité et votre installation sur la table d'opération.

Principes généraux de la technique

- 1- Réalisation d'une myotomie : section chirurgicale des fibres musculaires du sphincter inférieur de l'œsophage (schéma a).
- 2- Confection d'une valve anti-reflux afin de prévenir des risques de remontées acides liées à la section du sphincter. La valve est réalisée en utilisant la partie libre de l'estomac qui est enroulée autour de l'œsophage (schéma b).



Suites habituelles

L'alimentation est progressivement reprise en régime mixé à poursuivre pendant 2 à 3 semaines puis une alimentation normale peut être réintroduite. L'hospitalisation dure en moyenne 2 à 5 jours.

Risques en rapport avec l'opération

Risques pendant l'opération

- La blessure de l'œsophage que l'on traitera pendant l'intervention par une suture et qui peut justifier une diète stricte en post opératoire.
- L'hémorragie
- La conversion en cas de difficulté opératoire

Risques après l'intervention

- La perforation de l'œsophage liée à la fragilisation de l'œsophage par la section des muscles du sphincter.
- Les blocages alimentaires persistants

Conséquences possibles de l'intervention

Le traitement chirurgical est efficace dans plus de 90% des cas mais il peut persister des blocages alimentaires et/ou une lenteur au passage des aliments. L'apparition d'un reflux acide peut également survenir au décours de l'intervention.