

Achalasie de l'œsophage

Les traitements

Juin 2008

Achalasie primitive

- Maladie dégénérative acquise
- Rare : incidence annuelle 0.5-2/100 000
- Troubles moteurs primaires de l'œsophage



Défaut de relaxation du sphincter inférieur
Absence du péristaltisme œsophagien

- Maladie fonctionnelle

- Nombreuses complications

 - Dysphagie => risque de dénutrition

 - Régurgitation => complications respiratoires

 - Douleurs thoraciques

 - Risques carcinologiques

 -

Traitement symptomatique

Traitements

- ! Eliminer la pseudo-achalasia avant tout traitement
- Objectif : réduire le tonus du SIO

TTT NON CHIRURGICAL

- Pharmacologique
- Endoscopique

TTT CHIRURGICAL

Myotomie extra-muqueuse

Moyens pharmacologiques

Les myorelaxants

Dérivés nitrés d'action prolongée

- Isosorbide dinitrate** sublingual
- action rapide
- 5 à 10 mg avant le repas
- efficacité**: 53 à 87 % patients
- effets secondaires invalidants (céphalées, hypotension) fréquents

Inhibiteurs calciques

- Nifédipine** sublingual
- 10-20 mg avant le repas
- efficacité: 50 à 70 %
- effets secondaires invalidants

Inhibiteur de 5-phosphodiesterase
(Sildenafil)

- Phénomène d'épuisement des effets à long terme
- Effets secondaires chez 30 % des patients
- Achalasie débutante ou modérée ou **patients à risque**

	traitement	N	Efficacité	Suivi (mois)
Bortolotti 1981	Nifédipine vs placebo	20	40%	18
Traube 1989	Nifédipine vs placebo	10	50%	1
Triadafilopoulos 1991	Nifédipine, Vérapamil vs placebo	8	Pas d'amélioration significative	1
Coccia 1992	Nifédipine vs pneumatique dilatation	30	77% 75%	3-21
Bortolotti 1994	Nifédipine vs isosorbide dinitrate	16	Isosorbide dinitrate >	1 heure

Nifédipine

- **Toxine botulique type A**

- Technique proposée au cours des années 90
- Préparation de 100 UI de Botox par injection (25 × 4)
- **Voie endoscopique**
- Dans les 4 quadrants avec une aiguille à sclérose
- **1 cm en dessus de la ligne Z en intra-sphinctérien**
- Bloque la libération des neurotransmetteurs cholinergiques
- **Diminue la pression du SIO**

- **Avantages :**

- faibles risques de complication
- possibilité de réintervention (2 séances en moyenne)

- **Inconvénients :**

- efficacité **transitoire**
- **récidive** chez plus de 50 % des patients à 6 mois
- diminution des effets lors des injections itératives
- **accroît le risque per-opératoire** dans 2 à 7 %

- **Facteurs prédictifs :**

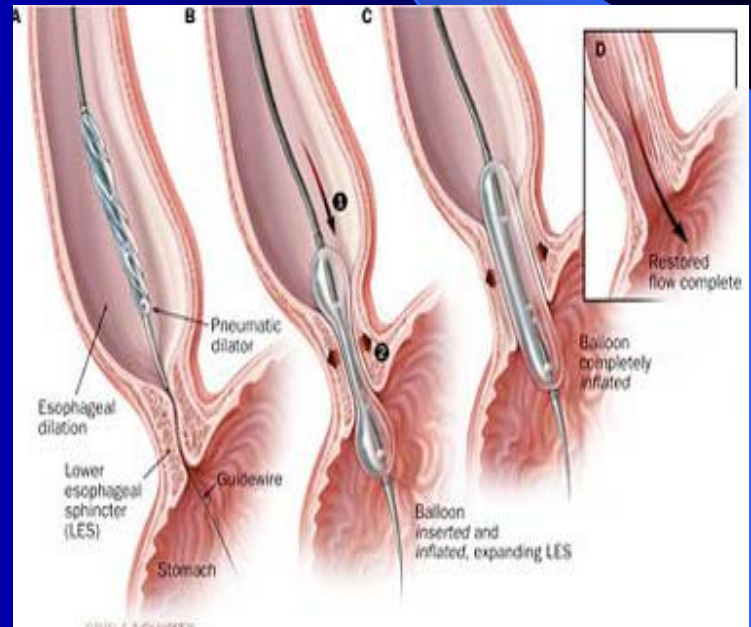
- => Age > 50 ans
- => Achalasie vigoureuse



	Traitement	N	Efficacité clinique	Suivi(mois)
Pasricha 1996	Botox vs placebo	31	90% 64%	1 3
Fishman 1996	Botox	60	70% 36%	1 12
Annese 2000	Botox: 100UI×2 vs 50UI vs 200UI	118	81%, 53%, 57%	12
Neubrand 2002	Botox 100UI	25	64%	1
D'Onofrio 2002	Botox 100UI	37	83,7% 65%	1 12

Dilatation pneumatique

- Technique très répandue en France
- Dilacérer les fibres musculaires du SIO
- Dilatation avec ballonnets de 30 à 45 mm de diamètre
- Sous anesthésie ou sédation
- Contrôle endoscopique ou fluoroscopique



- Excellente réponse à court terme de 75% à 90%
- A long terme : 65 % avec nécessité de redilatation
- Mortalité faible de 0,2 %
- Principal risque : perforation de 1 à 3%
- Risque de RGO 2 à 5 %
- Peut rendre difficile une chirurgie ultérieure

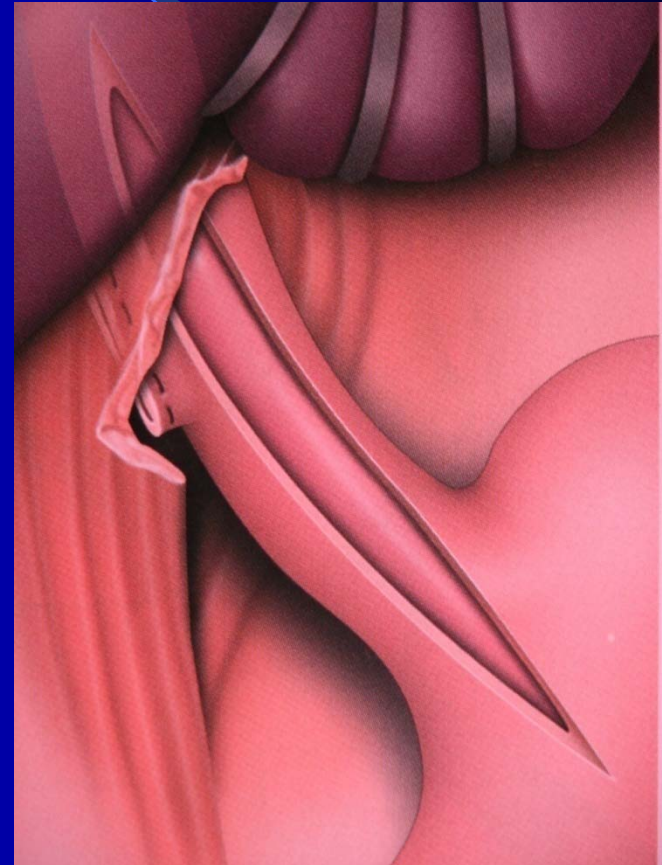
N total des patients	Résultats à court terme	Résultats à long terme	Complications
2500	3-5 ans: 1 DP : 37-66% 2-3 DP: 45- 88%	> 10 ans 36-40%	1-3 %

Alescher 2001 Endoscopy
 Karamanolis 2005 Am J Gastroenterology
 Farhoomand 2004 Clin Gastroenterol Hepatol
 Boztas 2005 Hepatogastroenterology
 Dobrucali 2004 World J Gastroenterology
 Vela 2006 Clin Gastroenterol Hepatol
 Eckardt 2004 Gut

Myotomie de Heller

- Technique actuelle est une évolution de celle décrite par Heller en 1913
- Principe : destruction du SIO par section longitudinale des fibres musculaires oeso-gastriques
- Par voie **laparoscopique** :
 - faible morbi-mortalité (<1%-4%)
 - courte hospitalisation
 - Diminution des douleurs postopératoires
 - Très bons résultats à court terme: 83-100%
 - A long terme : 67-87 % à > 10 ans

- Installation du patient en position quasi demi-assise pour une bonne exposition de la région hiatale
- Mise en place de 1 trocart de 10 mm médian et de 3 trocarts de 5 mm
- Accès au hiatus après la section du petit épiploon
- Dissection des piliers diaphragmatiques et de l'œsophage abdominal sans abolir toutes les attaches postérieures
- Repérage du nerf vague
- Section initiale des fibres longitudinales de la musculature puis des fibres circulaires



Discussions en cours

- L'extension de la myotomie vers estomac
- => assez longue pour lever dysphagie mais sans générer un grand reflux
- -5-6 cm au niveau du sphincter
- -1-2 cm vers estomac classiquement mais pour certains il faut être plus agressif: 3cm
- L'association d'une valve anti-reflux et de quel type
- => risque de RGO après chirurgie mais pas forcément prévenu par montage anti-reflux (10-30 %)
- - valve antérieure (Dor)
- - valve postérieure (Toupet)
- - Nissen

Résultats de 12 études

Court terme	Long terme	Complications
1 à 4 ans 86 à 98%	>10ans 67 à 87 %	<p>Mortalité 0-1 %</p> <p>Perforations 3-10 % > si geste endoscopique préalable âge achalasia sévère</p> <p>RGO MH seule 50% MH Toupet / MH Dor 13-40%</p>

Comparaison des procédures

- Dilatation pneumatique vs toxine botulique

Efficacité:

comparable à 1 mois

nettement supérieure à 1 an

Cout : à long terme DP > BT

- Dilatation pneumatique vs myotomie de Heller

Efficacité:

comparable à court terme

- à 10 ans inférieure à plus de 6 ans (47 % pour PD ans et 77 % pour MH)

Cout : MH > DP

Synthèse

Technique	Traitement médical	Toxine botulique	Dilatation pneumatique	Myotomie de Heller
Indications	Forme débutante Sujet âgé	Achalasie vigoureuse Sujet âgé	Echec des premières mesures Sujet âgé Choix du patient	Echec des autres techniques Sujet jeune Choix du patient
Contre-indications	Effets indésirables	Anesthésie générale	Anesthésie générale	Anesthésie générale