

ACHALASIE DE L'ŒSOPHAGE

Dilatation endoscopique ou Chirurgie ?

DESC Brest, juin 2005

ML Barussaud, E Letessier

Nantes

INTRODUCTION

- **Définition** : l'achalasie est un trouble moteur primitif (défaut de l'innervation extrinsèque de l'œsophage) d'origine inconnue.
- **Épidémiologie** :
 - Prévalence : 1/100 000 par an.
 - Sex ratio : 1
 - Âge de diagnostic : entre 50 et 60 ans
 - Il existe des formes familiales rares
- **Symptômes** :
 - Dysphagie +++ (le plus courant et le plus précoce)
 - Régurgitations
 - Douleurs thoraciques, amaigrissement
 - Symptômes pulmonaires = complication

SCORE D'ECKARDT

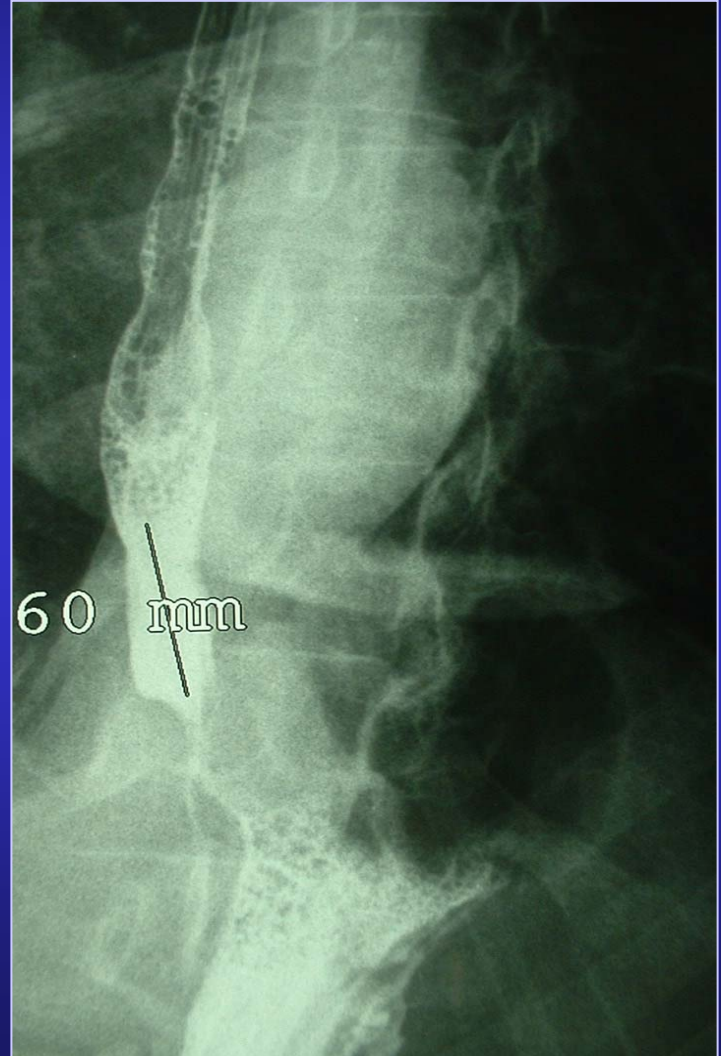
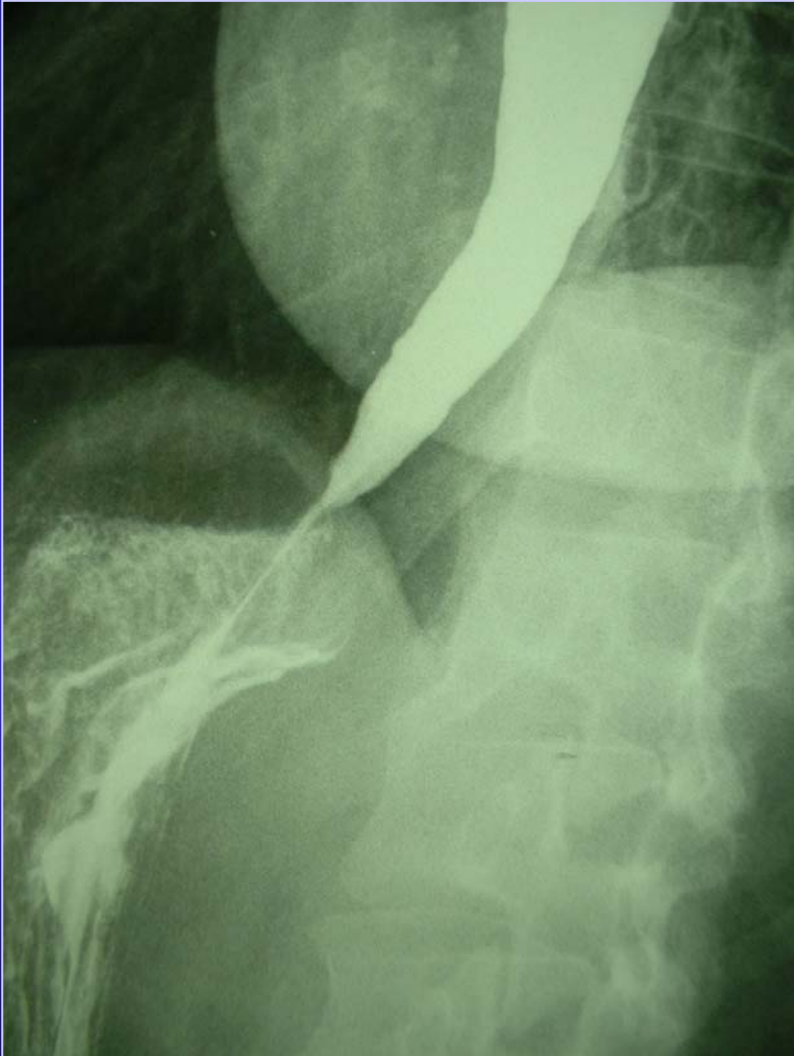
- Score des symptômes de l'achalasie.

Score	Perte de poids (kg)	dysphagie	Douleurs thoraciques	régurgitations
0	aucune	aucune	aucune	aucune
1	< 5	occasionnelle	occasionnelle	occasionnelle
2	5-10	journalière	journalières	journalières
3	>10	À chaque repas	Plusieurs fois par jour	À chaque repas

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **TOGD** : œsophage sinueux, dilaté, avec un SIO très serré. Peut montrer un œsophage « d'aspect sigmoïdien » (stade III)
- **Endoscopie** : absence de lésions organiques
- **Manométrie** +++ décrit 3 anomalies :
 - Absence de péristaltisme primaire +++ (constant et essentiel au diagnostic)
 - Élévation de la pression du SIO
 - Absence de relaxation complète du SIO à la déglutition.

TOGD



TRAITEMENT

- Il est PALLIATIF et le traitement optimal reste débattu
- **But** : vise à diminuer la résistance au niveau de la jonction œso-gastrique.
- **Moyens thérapeutiques** :
 - Traitements médicaux : inhibiteurs calciques, dérivés nitrés. (stade initial ou dernier recours)
 - Injection intra-sphinctérienne de toxine botulinique : patients âgés ou à haut risque.
 - Dilatation pneumatique
 - Chirurgie : myotomie de Heller

TRAITEMENT (2)

- *« il n'existe pas de caractéristiques cliniques ou manométriques justifiant le choix entre la dilatation pneumatique et la myotomie chirurgicale » [1]*
- **Évolution :**
 - Facteur de risque du carcinôme épidermoïde ?
 - Fréquence : 5% en moyenne
 - 17 ans après le diagnostic
 - Siège tiers moyen (51%) ou tiers inférieur (38%)
 - Pronostic plus sombre (?)

DILATATION ENDOSCOPIQUE

- Indications : pas de consensus, Score d'Ekardt > 3 ,
- Contre-indications :
 - Diverticule de l'œsophage
 - Patient non coopérant
 - pour certains : œsophage « sigmoïdien »
- Complications :
 - Fissuration de l'œsophage : 2,5%
 - Perforations : 5%
 - RGO entre 25 et 35 % des patients mais sténose peptique $< 1\%$
 - Échec

DILATATION ENDOSCOPIQUE (2)

- **Technique :**
 - Réalise une dilacération des couches musculaires
 - Respecte la muqueuse et la séreuse
 - Ballonnet Rigiflex[®] de 30 à 40 mm
 - Gonfler de 5 à 10 PSI pendant 1 min, répéter 2 fois
 - Contrôle radiologique pendant et après la dilatation
 - Mesure de la pression du SIO qui doit être réduite de plus de 60% de la valeur initiale
 - Plusieurs séances sont parfois nécessaires.
 - Surveillance clinique (douleur, fièvre)

CHIRURGIE

- Indications : pas de consensus, Score d'Ekardt > 3 , échec dilatation
- Contre-indications : patients à risques, atcd de chirurgie gastrique ou oesophagienne, pour certains : œsophage « sigmoïdien »
- Complications :
 - Oesophagite peptique sur RGO : 15%, pneumopathies d'inhalation
 - Perforations, fistules
 - Dysphagie persistante : 5 à 10% des cas
 - Mortalité $< 1\%$

L'opération de Heller

- Laparotomie :

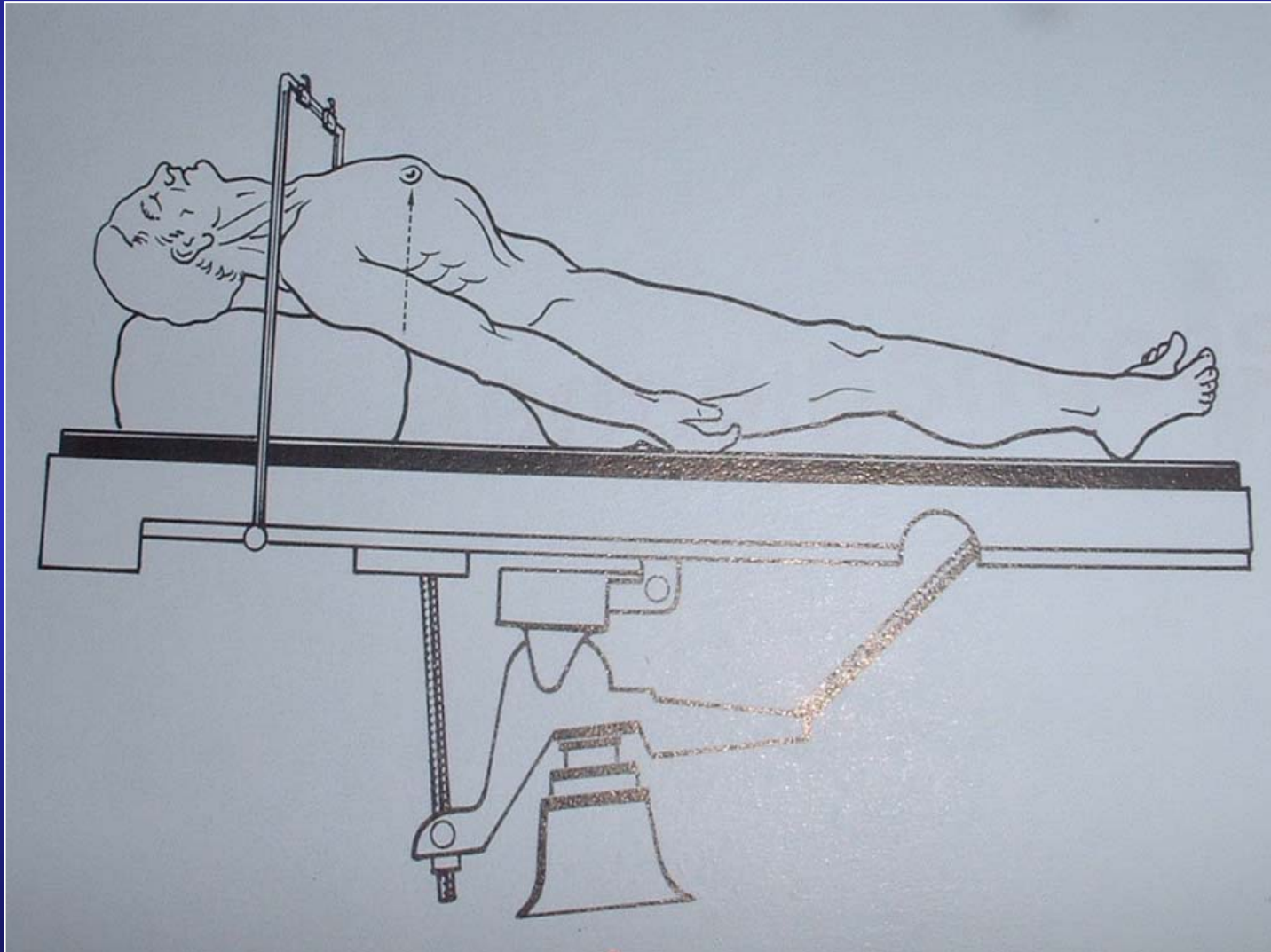
- *Installation* : décubitus dorsal, avec un coussin sous le thorax.

- *Incision* : médiane sus-ombilicale

- *4 temps principaux* :

- Libération du hiatus oesophagien
- Libération de l'œsophage lui-même et abaissement sur lacs
- Myotomie extra-muqueuse de 8 à 10 cm
- Confection d'une valve anti-reflux non obligatoire (4 possibilités)

Installation laparotomie



L'opération de Heller (2)

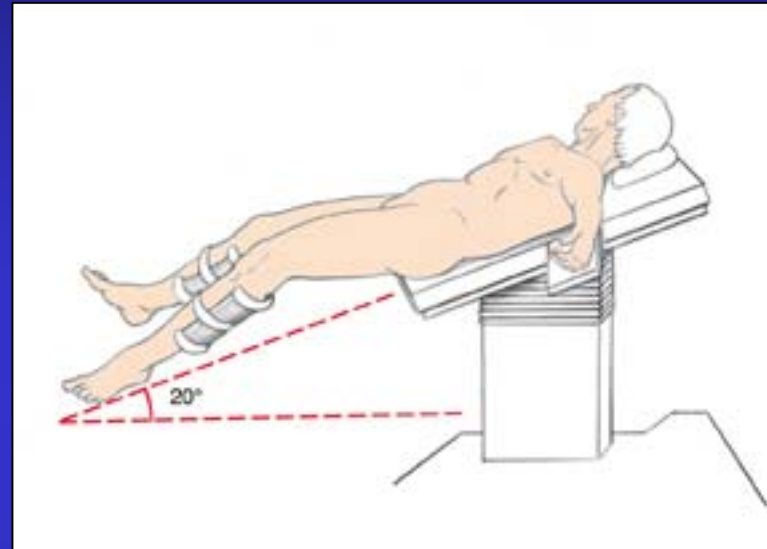
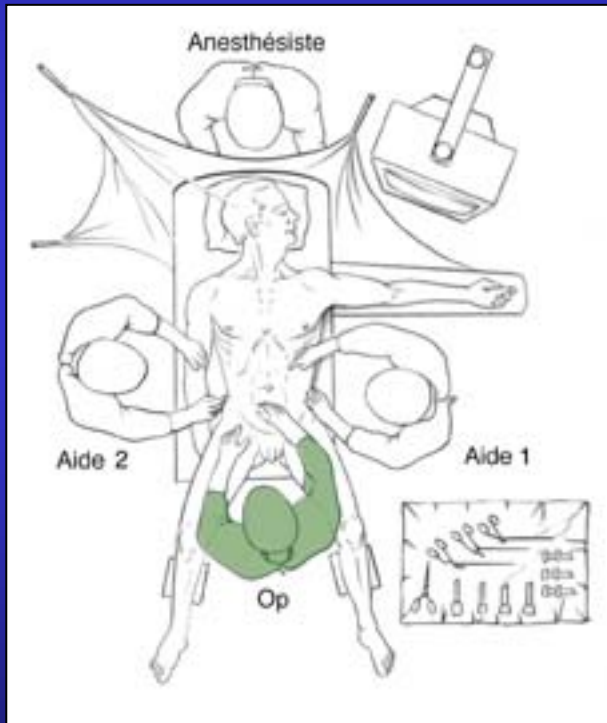
- Cœlioscopie :

- *Installation :*

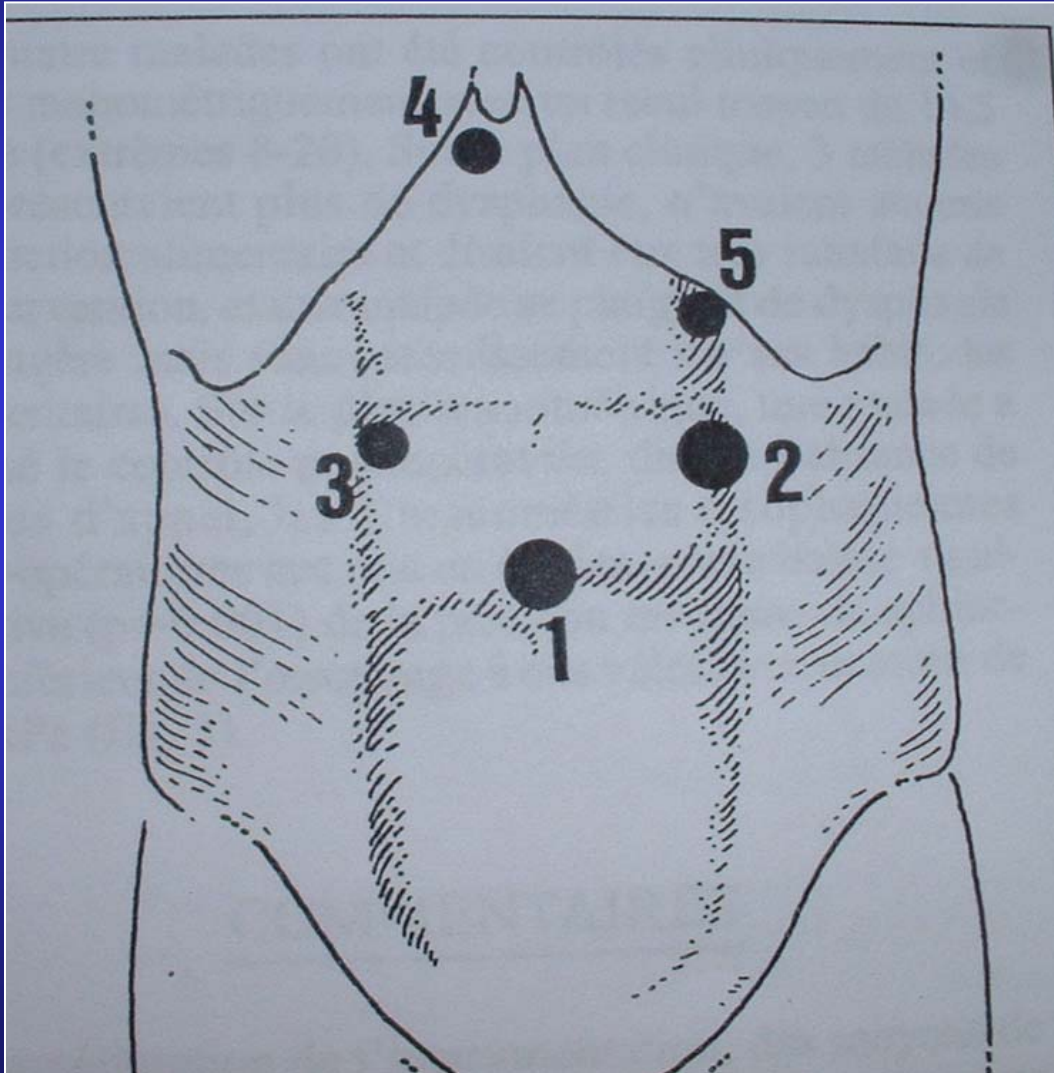
- décubitus dorsal, sans billot
 - Bras droit le long du corps, membres inférieurs écartés
 - 5 trocars
 - Chirurgien entre les membres inférieurs écartés, première aide à gauche et deuxième aide à droite, colonne à gauche
 - Proclive d'environ 20°

Myotomie par cœlioscopie

Installation



Mise en place des trocarts

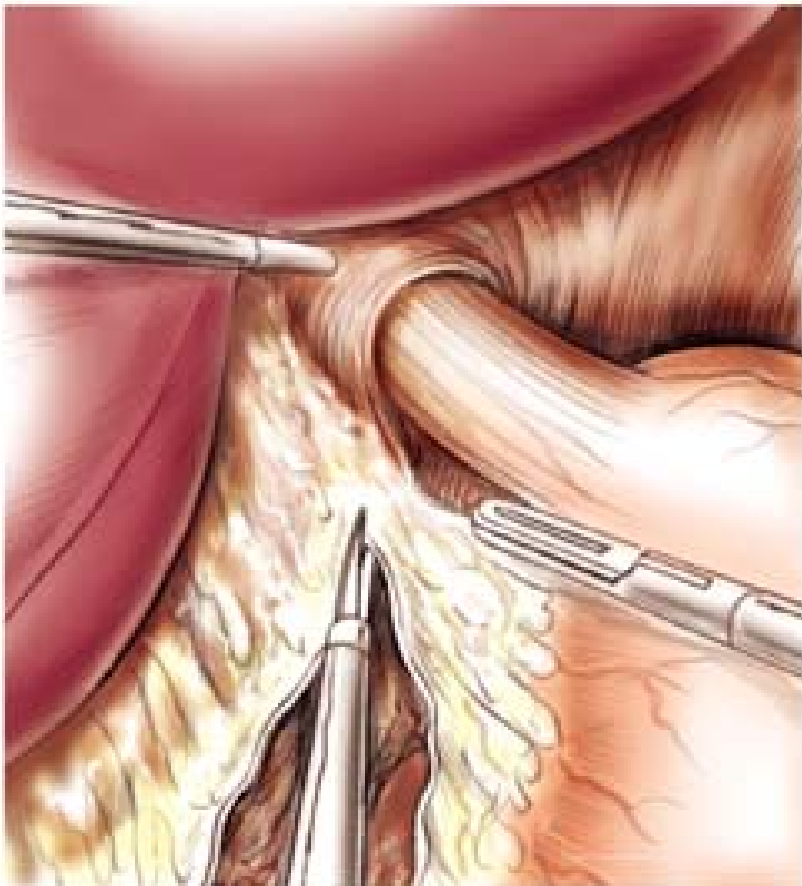


2 trocarts 10 mm (1
et 2)

3 trocarts 5 mm (3,4
et 5)

Myotomie par cœlioscopie

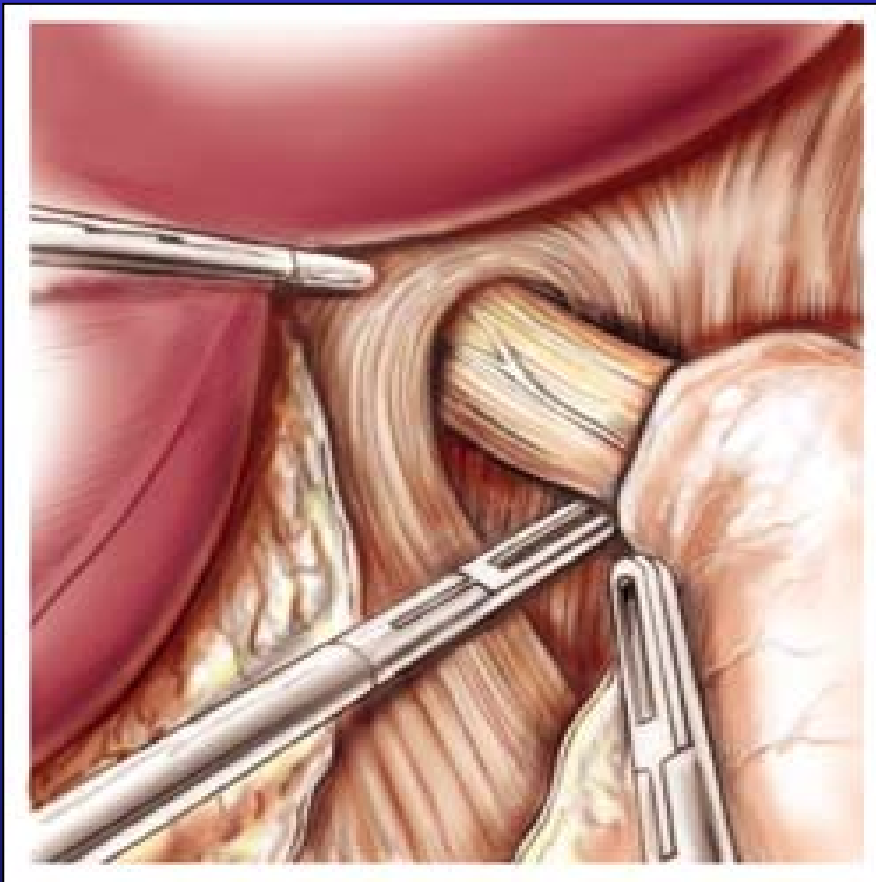
- Les différents temps opératoires :
 - Exposition et dissection du hiatus oesophagien



1. Incision petit épiploon, puis du péritoine pré-oesophagien
2. Libération du bord antérieur du pilier gauche et de l'angle de His

Myotomie par cœlioscopie (2)

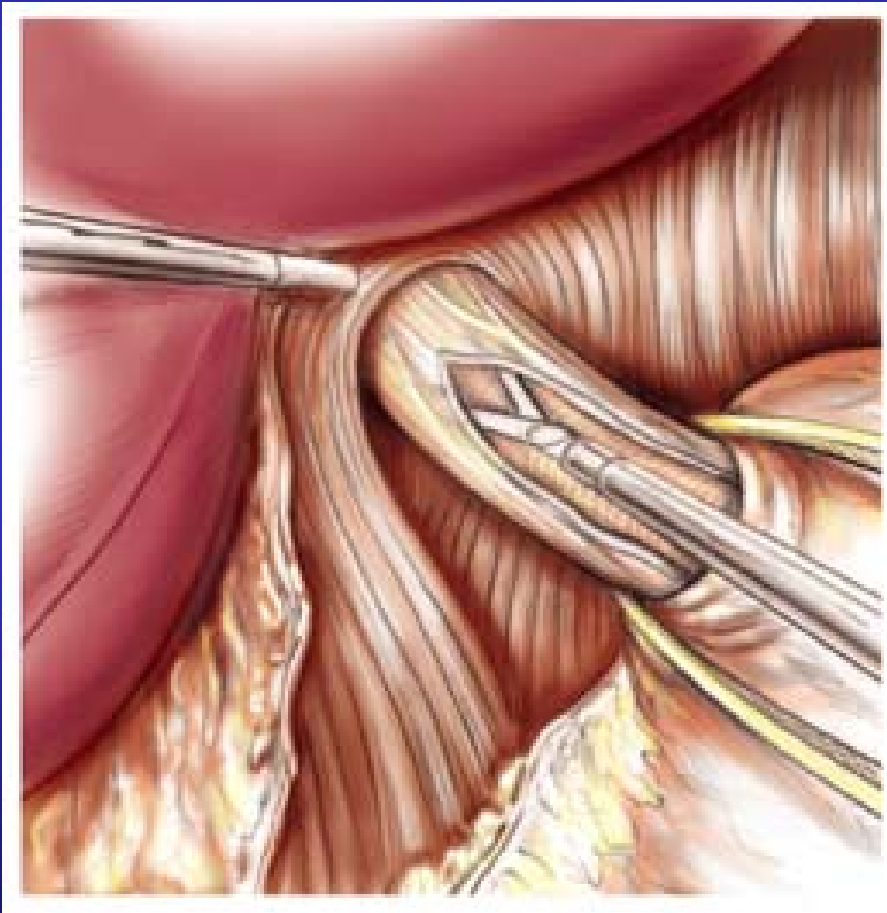
- Les différents temps opératoires (2) :
 - Création d'une fenêtre rétro-oesophagienne et abaissement de l'œsophage.



1. Ne pas disséquer la face postérieure de l'œsophage
2. Un lacs est passé derrière l'œsophage pour l'abaisser
3. Les pneumogastriques (gauche++) sont repérés et mis sur lacs

Myotomie par cœlioscopie (3)

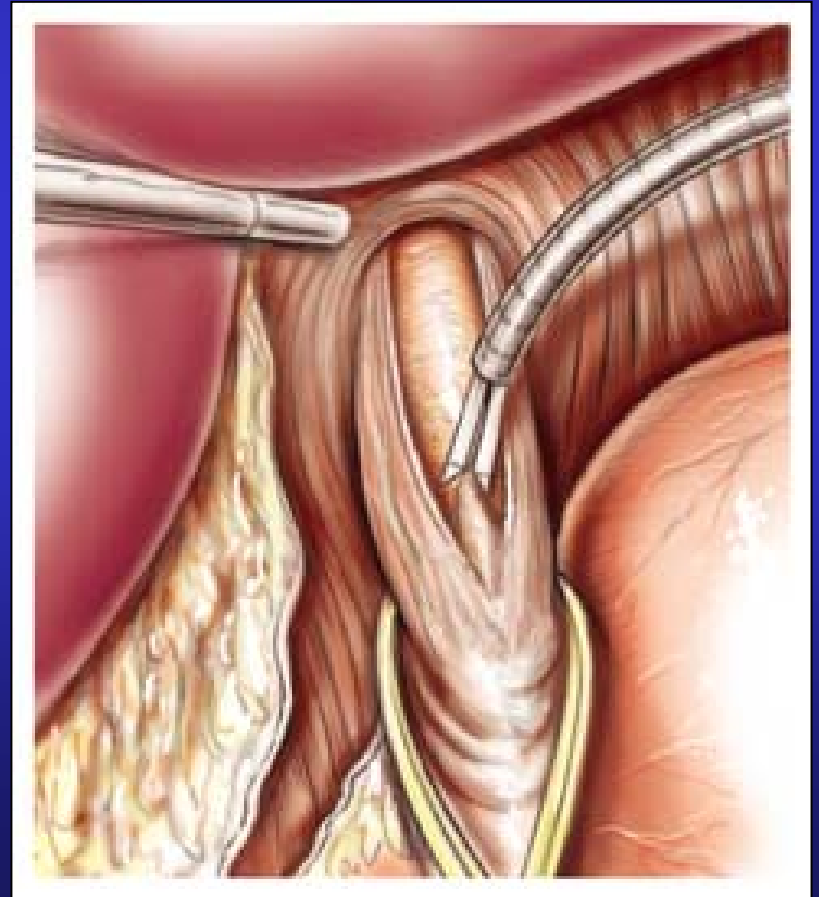
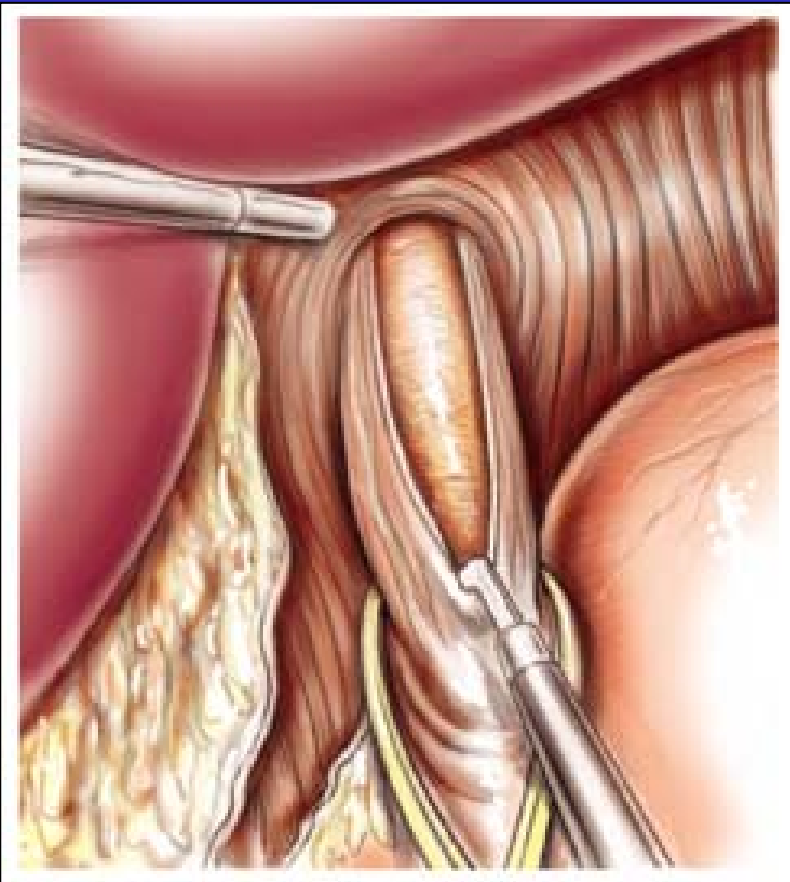
- Les différents temps opératoires (3) :
 - Myotomie sur l'œsophage.



1. Débuter sur l'œsophage abdominal
2. Section de toutes les fibres circulaires pour libérer la muqueuse (crochet monopolaire)
3. La myotomie remonte le + haut possible (risque : ouverture plèvre)

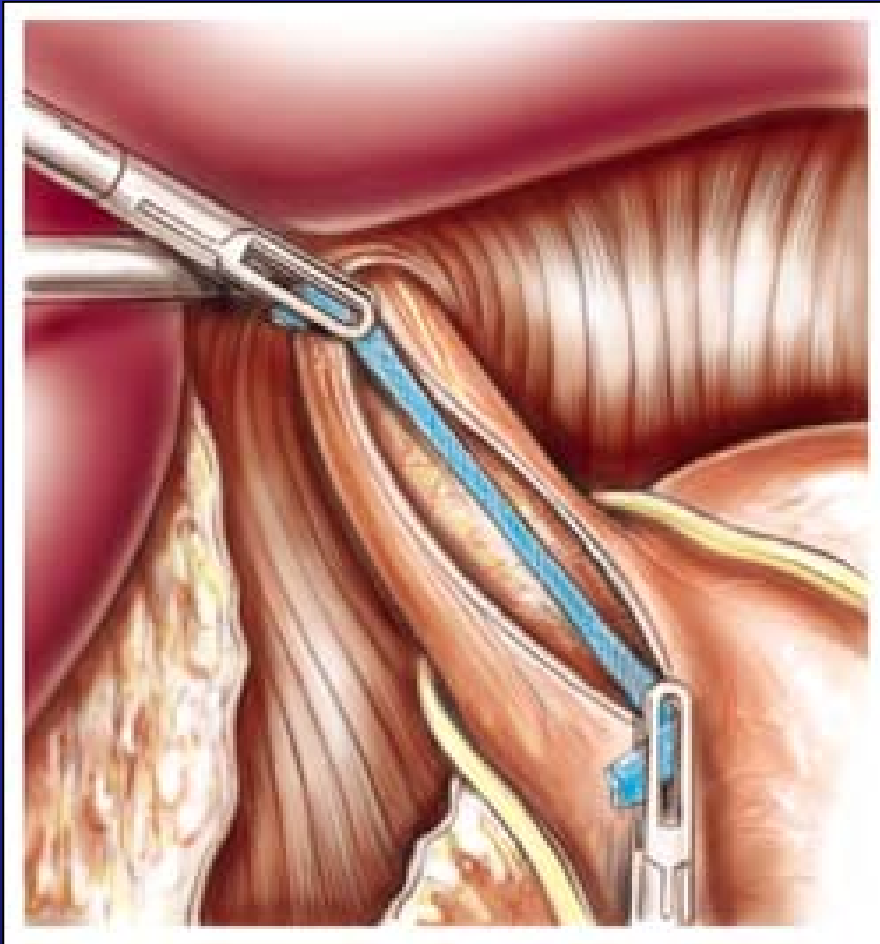
Myotomie par cœlioscopie (4)

- Les différents temps opératoires (4) :
 - Myotomie se poursuit sur la jonction œso-cardiale, jusqu'à 2 cm sous le cardia.



Myotomie par cœlioscopie (5)

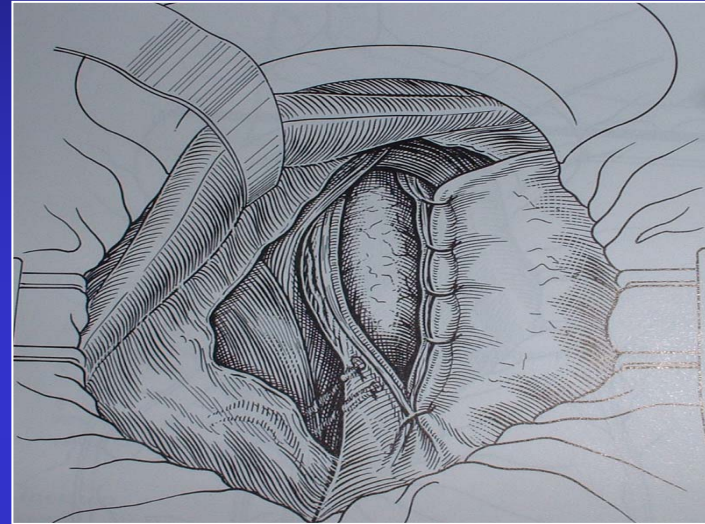
- Les différents temps opératoires (5) :
 - Contrôle de la Myotomie.



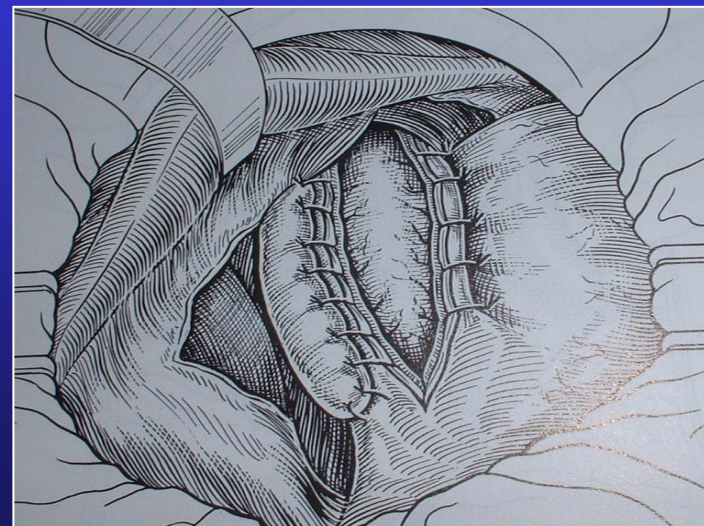
1. Vérifier la saillie de la muqueuse oesophagienne
2. Mesure de la myotomie au moins 8 cm (pas de traction sur le lacs!)
3. Calibrage de l'œsophage
4. Test au bleu ou à l'air (perforation++)

Confection éventuelle d'une Valve anti-reflux

- **Procédé de Lortat-Jacob :**
 - Le + simple, possible si pas de dissection des attaches anti-reflux



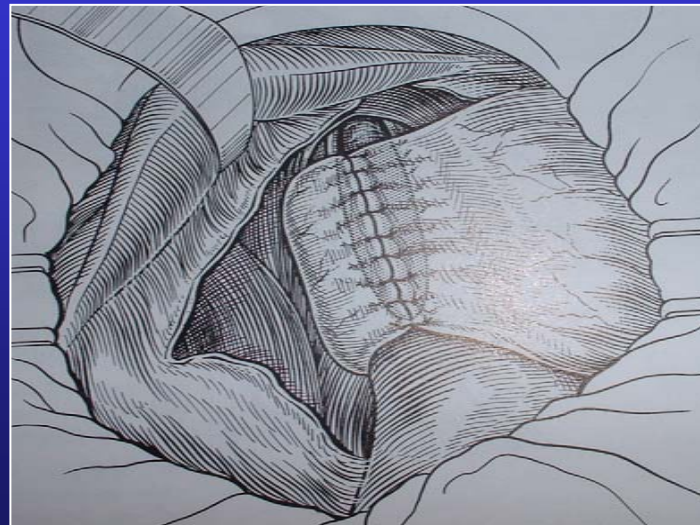
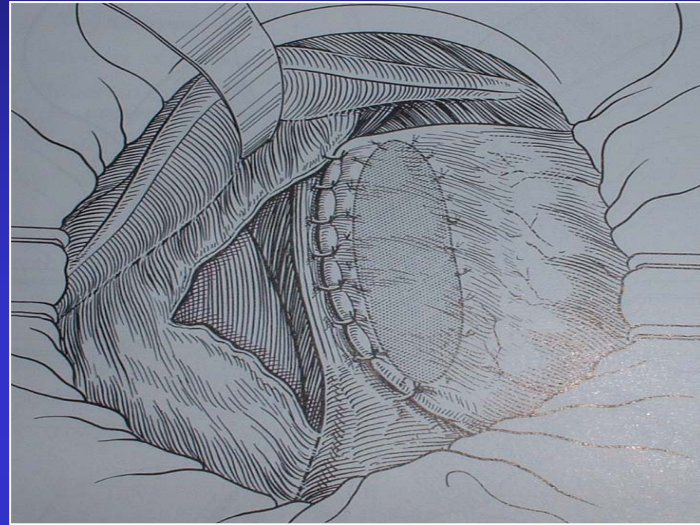
- **Procédé de Toupet :**
 - Procédé standard
 - Maintient la myotomie béante



Confection éventuelle d'une Valve anti-reflux (2)

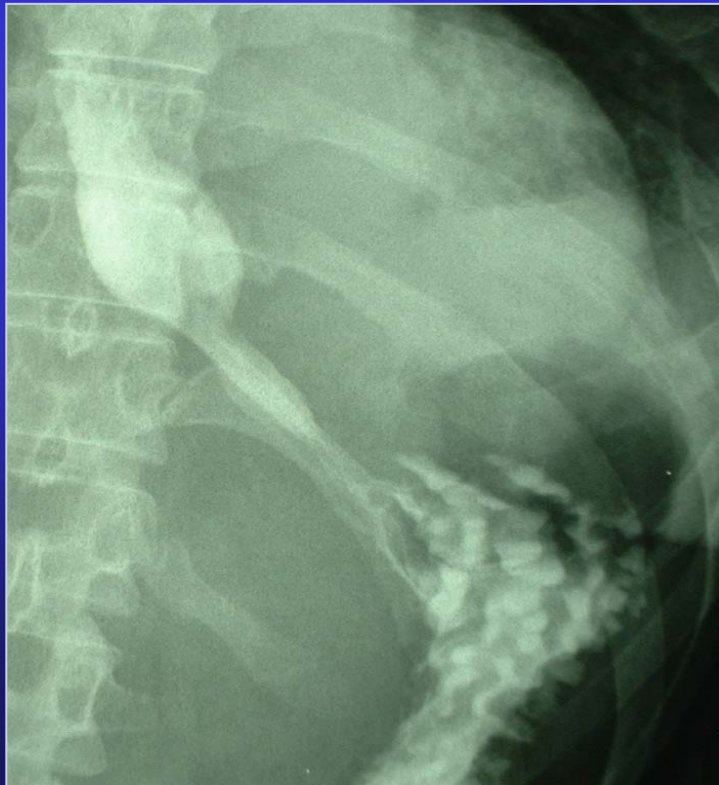
- **Procédé de Dor :**
 - Procédé standard
 - Couvre la myotomie

- **Procédé de Nissen :**
 - Si gastrolyse
 - Procédé dysphagiant



Suites opératoires

- SNG laissée en post-opératoire
- Contrôle TOGD à J1
- Si OK : ablation de la SNG et réalimentation lisse puis solide.



Étude multi-centrique Européenne

- Étude randomisée, prospective, en cours :
 - Visant à déterminer quelle est l'approche optimale entre dilatation endoscopique et myotomie par cœlioscopie.
 - Inclus des patients entre 18 et 75 ans, avec un diagnostic manométrique d'achalasia et un score d'Eckardt > 3
 - Étudie l'amélioration des symptômes et les résultats thérapeutiques des 2 techniques, ainsi que la qualité de vie, le taux de complication, la nécessité d'un retraitement, le coût et la pression du SIO.

BIBLIOGRAPHIE

1. D Couturier, J Samama, S Chaussade. Troubles moteurs de l'œsophage. EMC gastroentérologie.
2. Eckardt VF, Aignherr C, Bernhard G. Predictors of outcomes in patients with achalasia treated by pneumatic dilatation. *Gastroenterology* 1992; 103 : 1732-8.
3. Brucher BL, Stein HJ, Siewert Jr et al. Achalasia and esophageal cancer : incidence, prevalence, and prognosis. *World J Surg* 2001 ; 25 : 745-9.
4. Ablassmaier B, Muller Jm et al. Laparoscopic esophagogastrostomy : an alternative minimally invasive treatment for achalasia stage III. *Surg Endosc* 2002 ; 16 : 216.
5. JJ Tuech, JP Arnaud. Traitement laparoscopique du méga-œsophage idiopathique. *J Chir* 1999 ; 136 : 77-81.
6. K Slim, D Pezet, S Le Roux, C Lechner, J Chipponi. La myotomie de Heller par voie cœlioscopique pour méga-œsophage. *Ann Chir* 1995 ; 49 :287-90.
7. JN Maillard, JM Hay. Les myotomies œsophagiennes. EMC Chirurgie Digestive.
8. Richards WO, Sharp KW et al. Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia : a prospective randomized double-blind clinical trial. *Ann Surg* 2004 ; 240 : 405-412.