

REINTERVENTION APRES GESTE
ANTI-REFLUX REALISE
INITIALEMENT PAR COELIOSCOPIE

Enquête régionale de la SCVO

Poitiers - Avril 2002

J Paineau - Nantes

- CHU Nantes : 16 observations
- CHU Angers : 10 observations
- CHU Rennes : 9 observations
- CHU Poitiers : 4 observations
- Clinique Mutualiste Lorient (JC Berthou) : 4 observations
- CHD St Briec (H Ollivier) : 3 observations
- Polyclinique du Maine - Laval (JL Cardin) : 2 observations
- CHD La Roche/Yon (M Comy) : 1 observation

- Letoquart (Quimper) et Delaby (Angers)

49 Observations

(chirurgie première entièrement coelioscopique)

44,7 (3-77) ans (4 < 20 ans : 19, 12, 6, 3) sexe ?

PREMIERE INTERVENTION

- 31 Nissen-Rossetti, 15 Nissen, 2 Dor, 1 Toupet-Rossetti
- 7 interventions jugées «difficiles»
 - par gros lobe gauche : 2 fois (NR et N)
 - par volume HH : 3 fois (N, N, NR)
 - adhérences 1 fois (NR)
 - sans explication : 1 fois (N)
- suites simples 46 fois
 - Vts +++ post-op et à distance (enceinte) (N)
 - gastroplogie (N)
 - douleur aiguë lors vomissements (NR) à J4

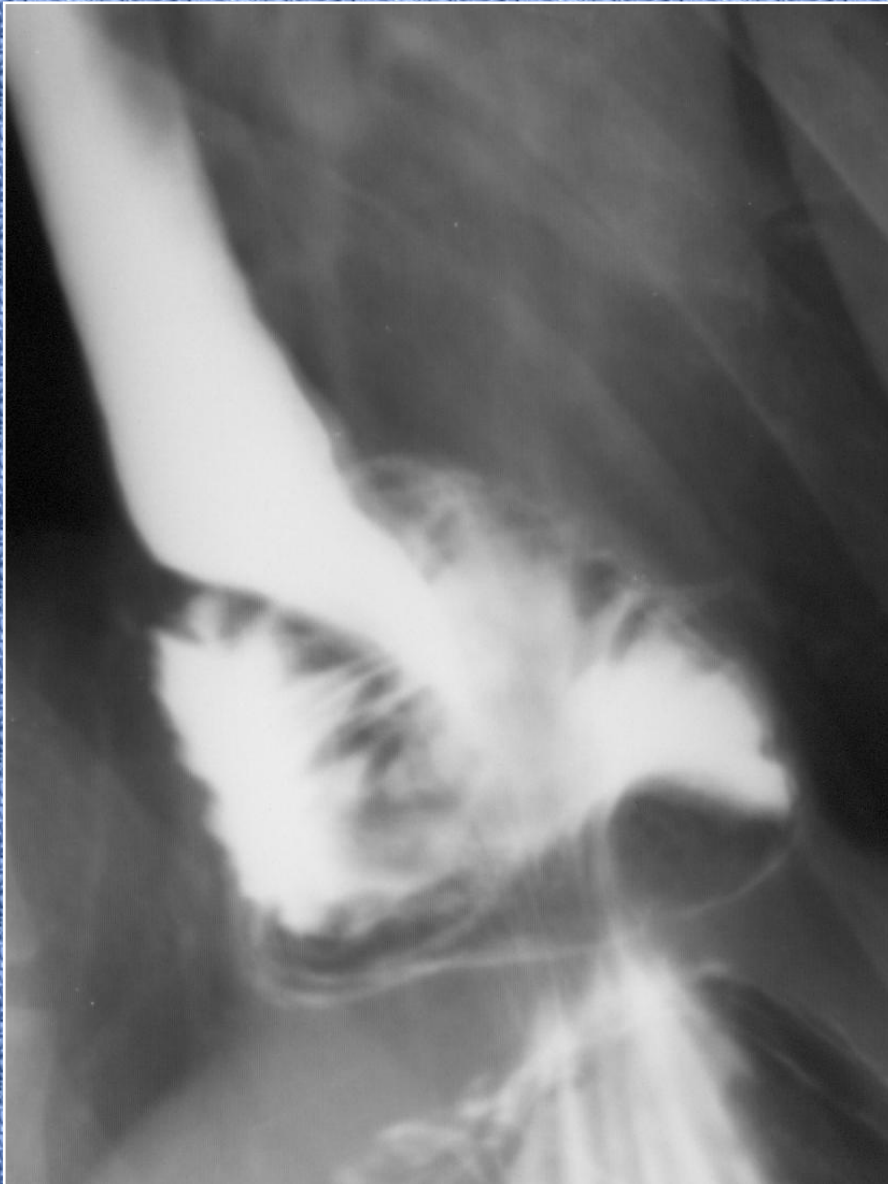
Symptomatologie amenant à réintervenir

[délai : 15,6 (0-121) mois]

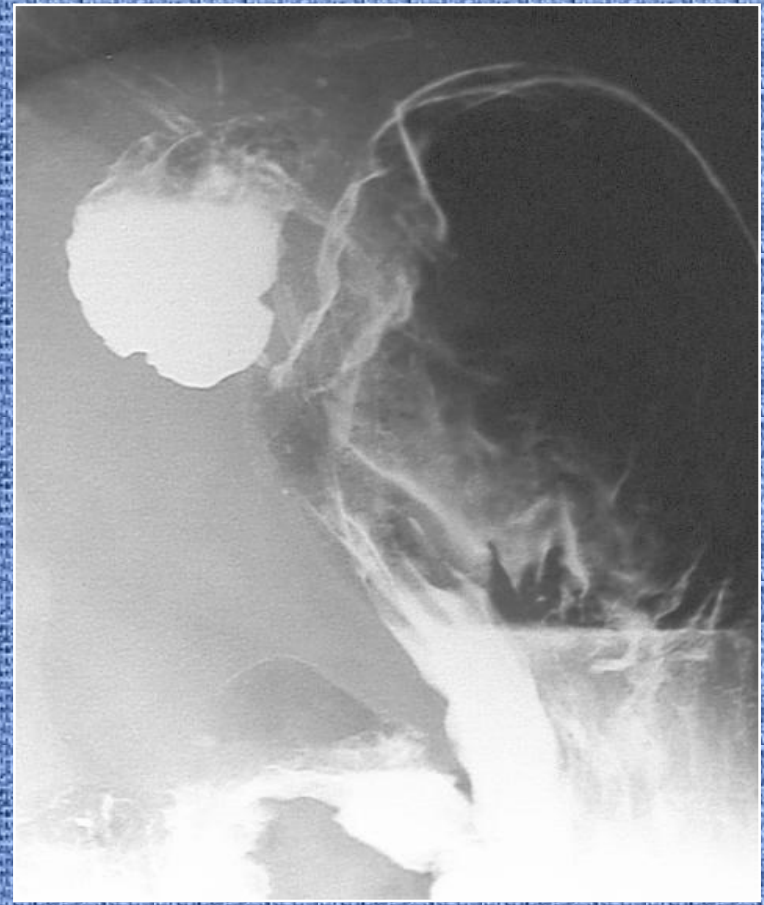
- 24 récurrences RGO (1 fois toux)
- 22 dysphagies et/ou blocages alimentaires
- 20 douleurs épigastriques et/ou basithoraciques
- 3 amaigrissements (6, 15 et 16 kg)
- 5 régurgitations gênantes par leur importance
- 1 impossibilité d'éructer
- 1 éructations quasi-continuelles
- 1 palpitations postprandiales
- 1 hématemèse sur ulcère du collet
- 1 douleur thoracique et blocage respiratoire
- 1 diarrhée

Examens réalisés (45 dossiers)

- 33 Fibroscopies oesophagite
hernie paraoesophagienne
- 29 TOGD dilatation oesophagienne
ascension du montage
hernie (paraoesophagienne ou non)
- 16 pHmétries (RGO)
- 15 manométries
- 3 scanners
- 2 dilatations pneumatiques
- 1 RxP
- 1 patient : aucun examen (aphagie brutale)



Ascension d'un Nissen



Valve réalisée trop bas sur l'estomac

REINTERVENTION

- 22,4 mois (5 jours-70 mois) après premier geste
soit en moyenne 6,8 mois après début des signes
- voie d'abord : affaire de chacun plus que de patients ...
 - 28 laparotomies
 - 26 fois de principe
 - 2 fois de nécessité pressentie (ulcère du collet)
 - 21 coelioscopies
 - amenant à 5 conversions
(hgie ; adhérences x 3, volumineuse HH récidivante aiguë)

Constatactions peropératoires (48/49 dossiers)

- **piliers** trop lâches : 18 fois
trop serrés : 5 fois
- **manchonnage** défait (de partiellement à totalement) : 16 fois
migration intrathoracique (petite/entière) : 12
correct et intra-abdominal : 7 fois
trop court : 1 fois
trop lâche : 1 fois
trop serré : 4 fois
non évaluable : 1 fois
- **sténose** cardio-oesophagienne : 1 fois
- **glissement estomac** dans valve : 1 fois
- **ulcère perforé/bouché** + pancréatite corporeale : 1 fois
- **hernie para-oesophagienne** : 2 (1 GT nécrosée, 1 transverse)
- **RAS** : 1 fois (N, douleur et dysphagie, coelio conv, bon montage, N -> T GIA)

Gestes lors de la réintervention

- **pilliers** : suture simple : 31 fois
pledgets : 3 fois
prothèse : 2 fois
rien : 7 fois
OT points : 3 fois
?? : 3 fois

fixation du montage :

aux piliers (droit) : 24 fois

ant au diaphragme : 5 fois

plus gastrostomie : 2 fois

GT fixée au diaph : 1 fois

pas de fixation : 24 fois

?? : 1 fois

- **estomac** : Nissen (\pm gastrolyse) : 22 fois (1 + vago/pyloro)
manchon laissé tel quel ou peu complété : 10 fois
Toupet (\pm gastrolyse) : 7 fois
Nissen-Rossetti : 5 fois
N \rightarrow T avec utilisation (endo)GIA : 2 fois
Diversion Duodénale Totale : 1 fois
Dor : 1 fois

Suites des réinterventions

- **suites simples : 47 observations**

- 1 épanchement pleural

- 1 pneumothorax drainé en post-opératoire

- **recul moyen = 18 mois (0-60)**

- mais, 6 perdus de vue dès le post-opératoire

- 20 seulement ont un recul > 1 an (23 < 1 an)

- 15 > 2 ans

- 10 > 3ans

- 5 > 4 ans

- 2 > 5 ans

Devenir des réinterventions

- 31 patients asymptomatiques (20 ont recul > 1 an)
- 1 encore quelques douleurs peu invalidantes (2 mois)
- 1 spasmes laryngés (à 4 mois)
- 2 qq blocages (à 24 et 55 mois)
- 2 dysphagie modérée (à 18 mois) et (42 mois, achalasia)
- 1 gas bloat syndrome (à 13 mois)
- 1 recul = 0

• 6 PDV

4 (8,2%) patients ont du être réopérés ...
2 pour récidence de RGO
2 pour dysphagie →

2 pour récurrence massive de RGO

- Homme de 39 ans

10-96 : **Nissen-Rossetti** sous coelio, suites simples
récurrence RGO 3 mois plus tard

TOGD (hernie hiatale), manométrie (hypotonie SIO),
fibroscopie (oesophagite II)

11-97 : **nouveau NR** par laparotomie, suites simples
récurrence RGO, dysphagie, 35 mois plus tard

10-00 : Re-laparotomie, manchon défait, **Nissen**

05-01 : plus de RGO, flatulences post-prandiales,
fibroscopie (EBO, plus d'oesophagite)

3 interventions

- **Homme de 38 ans**

9-96 : **Nissen-Rossetti sous** coelio, suites simples

récidive RGO 5 mois plus tard

4-97 : réopéré par laparotomie : lâchage aux 3/4 de la valve,

nouveau Nissen-Rossetti , suites simples

récidive RGO massif dès le post-opératoire

7-97 : Re-laparotomie : ascension manchon à demi- défait,

Nissen

récidive RGO

11-00 : **diversion duodénale**

revu 12-01 : Visick 1

4 interventions

2 pour dysphagie majeure

- **Femme de 51 ans**

07-94 : **Nissen-Rossetti** sous coelio, suites simples
récidive RGO 36 mois plus tard

07-97 : laparotomie :

montage défait, récurrence HH, piliers trop lâches
fermeture piliers, **Nissen**, suites simples

dysphagie +++, douleur dès le post-opératoire

TOGD : sténose bas oesophage

01-98 : Re-laparotomie : indissécable

diversion duodénale, suites simples

perdu de vue en post-opératoire

3 interventions

2 pour dysphagie majeure

- Femme de 36 ans

07-99 : **Nissen-Rossetti**/coelio (pas de geste sur les piliers)
sans problème, suites simples

douleur 3 mois plus tard

TOGD : ascension valve, F° (valve peu continente)

11-99 : laparotomie : ascension montage

complément de NR, suture piliers,

dysphagie +++ dans les suites immédiates, persistante

TOGD : valve trop serrée

07-06 : re-laparotomie : démontage, **Dor**

revue 02-01 : RAS

3 interventions

COMMENTAIRES

DePaula (Surg Endosc 1995;9:681-6) :

1^{ère} publication de coelioscopie pour reprise de gestes anti-RGO

3/19 avaient eu coelioscopie initiale

interventions initiales très variées

risque de conversion plus grand (1 conversion dans la série)

risque accru de perforation oesogastrique lors dissection

(2 perforations vues en perop + 1 fistule postop)

résultats préliminaires corrects



faisabilité de la reprise par coelioscopie

peu de séries avec gestes initiaux sous coelioscopie

Laparoscopic redo Nissen fundoplication.
Frantzides CT et Coll. (Milwaukee - USA)
J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 1997;7:235-9.

9 patients
tous coelio

symptômes :

brûlures : 5
dysphagie : 2
brûlure et dysphagie : 1
douleur épigastrique : 1

découverte lors reprise :

Nissen confectionné sur estomac : 5
lâchage des piliers : 1
volvulus gastrique : 1
valve trop serrée : 1
piliers trop serrés : 1

9 Fibro et TOGD :

oesophagite : 6
RGO : 6
sténose : 2
hernie hiatale : 1

suiti : 4-14 mois

tous asymptomatiques
TOGD et fibroscopie

 **faisabilité**

Laparoscopic reoperation for failed antireflux procedures.

Curet MJ et Coll. (Zurich et Phoenix)

Arch Surg, 1999;134:559-563.

10 patients opérés initialement sous coelio (sur 26 rapportés)

8 N
1 T
1 paraoeso

symptômes :

reflux : 5
dysphagie : 3
gas bloat + dysphagie : 1
douleur : 1

examens réalisés :

fibro : 8
TOGD : 10
manométrie : 5
scinti de vidange : 4
pH : 1

découverte lors reprise :

Slipped Nissen : 3
ascension montage : 2
hernie paraoeso : 2 (1 récursive)
valve trop serrée : 1
valve trop petite : 1
gas bloating : 1

réintervention :

1 conversion
8 Toupet, 2 Nissen

suivi : 22 (1-60) pour 26 pts

tous a ou paucisymptomatiques
1 retard vidange (ttt)
1 dilatation à 5 sem

épreuve à l'air en fin d'intervention (brèches ?)

1 conversion pour 2 petites plaies gastriques lors libération
(suture, fistule postopératoire, drainage au contact)

série entière (26 dont 10 sous coelio initiale)

complications postopératoires

- . 5 pneumothorax
- . 1 brèche lymphatique notée en peropératoire, clippée
- . 4 autres perforations gastriques ou oesophagiennes
- . 2 ép pleuraux (1 thoraco pour pleurésie purulente)

à distance (22 mois, 1-60)(série entière) :

- . plus de RGO
- . 4 gas bloat syndromes transitoires (2 sem à 4 mois)
- . 1 dysphagie sévère (dilatation à 5 sem)
- . 1 retard de vidange gastrique

Laparoscopic fundoplication failures. Patterns of failure and response to fundoplication revision.

Hunter JG et Coll (Atlanta - USA).

Ann Surg 1999;230:595-606.

- 1991-1998, centre spécialisé dans le ttt du RGO (depuis 1993)
857 interventions sous coelioscopie
31 (3,6%) sont réopérés
+ 69 réopérés venant d'ailleurs (40 coelio initiales) → 71/100
- 758 RGO : 28 (3,6%) dont 4 post-op récent pour Hparaoeso aiguë
- 99 Hparaoesophagiennes : 3 réinterventions
- plus de 50% des réopérés le sont dans l'année qui suit le geste
- plus de 90% dans les 2 ans
- 75/100 : coelio. 6 conversions(adhérences, plaies viscérales ++)

Complications and results of primary minimally invasive antireflux procedures: a review of 10.735 reported cases.

Carlson et Coll. J (Chicago)

Am Coll Surg 2001;193:428-439

- revue de la littérature par PubMed
- 1er groupe : > 400 articles 1993-2000 cumulant 10489 gestes anti-RGO sous coelioscopie
8 décès,
3,14% conversions
reherniation aiguë postop (< 48h) : 1,3%
- 2ème groupe : 14 articles 1995-2000 : 246 réinterventions après un geste initial sous coelioscopie
peu explicite sur les modalités et complications de reprise...

Symptomatologie lors d'échec d'un anti-reflux

Stein, 105 patients réopérés (C ou L)	Carlson 246 (C)	
récidive du reflux :	45%	37%
dysphagie	32%	59%
dysphagie et reflux	15%	
gas bloat, tbles vid gast	7,5%	6,2%
douleur non citée	(??)	8%

Stein HJ et Coll, Am J Surg 1996;171:36-40

Carlson et Coll, Am Coll Surg 2001;193:428-439

identique après celle rencontrée après chirurgie ouverte

rappel : après chir ouverte, 7-10 % de récurrence de RGO

6-14% de dysphagie

Curet MJ et Coll, Arch Surg, 1999;134:559-563

Hunter JG et Coll Ann Surg 1999;230:595-606

Causes d'échec d'un anti-reflux sous coelioscopie

globalement, identiques à chirurgie ouverte

- lâchage du manchonnage
- valve trop serrée ou sténose non dilatable
- ascension du montage en intrathoracique (piliers)
- slipped Nissen (= ascension estomac à travers la valve)
- insuffisance fermeture piliers et hernie paraoesophagienne
- manchon non en place (trop gastrique)
- insuffisance de la mobilisation fundique
- mauvaise fixation du montage
- fils résorbables

Stein HJ et Coll, Am J Surg 1996;171:36-40

Pointner R et Coll Am J Surg 1999;178:541-544

Hunter JG et Coll Ann Surg 1999;230:595-606

Curet MJ et Coll, Arch Surg, 1999;134:559-563

Carlson et Coll, Am Coll Surg 2001;193:428-439

Prise en charge des patients récidivant une symptomatologie après geste anti-reflux

- le traitement médical doit toujours être tenté en cas de récurrence du reflux avant de proposer une réintervention
- par contre, la réopération peut être souhaitable rapidement en cas de problème évidemment chirurgical (ascension, grosse hernie paraoesophagienne, ...)
- rechercher la cause de la récurrence :
 - TOGD** (valve ascensionnée, hernie para, sténose, ...)
 - fibroscopie** (oesophagite, lâchage valve, hernie hiatale,...)
 - manométrie (motricité oesophage, SIO, ...)
 - pHmétrie (confirme RGO)

Stein HJ et Coll, Am J Surg 1996;171:36-40
Curet MJ et Coll, Arch Surg, 1999;134:559-563

Tactique chirurgicale lors de la reprise

- voie abdominale, laparoscopie souhaitable
 - si dissection hiatale possible : antireflux habituel
démontage des restes de l'ancien geste
bien libérer l'estomac (section systématique des vx courts)
obtenir par libération un oesophage abdominal de 5 à 6 cm
bien fermer les piliers (suture renforcée ?)
- Fundoplication: short, floppy and anchored**
- Toupet si dysmobilité oesophagienne en manométrie ou si valve non assez ample (risque de valve sténosante)
bien rechercher les brèches (bleu ?) (# motif de conversion)

Curet MJ et Coll, Arch Surg, 1999;134:559-563
Pointner R et Coll, Am J Surg 1999;178:541-544
Hunter JG et Coll Ann Surg 1999;230:595-606
Carlson et Coll, Am Coll Surg 2001;193:428-439

—————> réintervention-type à Atlanta :

- Laparoscopie sauf si :
 - geste initial déjà fait par laparo (?)
 - échec d'une réintervention sous coelio dans leur centre
 - échec de 2 réinterventions sous coelio ailleurs (?)
- Geste réalisé :
 - Nissen (2 à 2,5 cm) floppy, sur sonde de calibrage
 - Toupet si pas de problème anatomique lors reprise
 - trouble de la motricité oesophagienne
 - Heller si achalasie
 - Pyloroplastie ajoutée si troubles de la vidange gastrique
 - Collis (+ N ou T) si oeso intraabdo après mobilisation < 2 cm

Tactique chirurgicale lors de la reprise (2)

- si dissection difficile : conversion
- si dissection impossible : diversion duodénale totale ?
problème de la vagotomie (thoracoscopie secondaire ?)
- utilisation de renfort pour la sutures des piliers, surtout s'ils sont abîmés lors de la re-dissection, voire prothèse
- possibilité de calibrer le passage oeso-cardial (tube de Faucher)
(attention au risque de brèche)

Stein HJ et Coll, Am J Surg 1996;171:36-40

Hinder RA et Coll, Surg Clin North Am 1997;77:1083-1098

Szwerc MF et Coll, Surgery 1999;126:723-728

Résultats des réinterventions après geste anti-reflux sous coelioscopie

probablement bons
mais recul faible dans la plupart des séries
près de 10% (4/49) sont opérés 3 fois dans la série
(11/100 dans celle d'Atlanta)

morbidité accrue (20-25%)

mortalité possible (0-2,8% dans la littérature)

satisfaction : 80%

Watson DI et Coll, Br J Surg 1999;86:98-101
Curet MJ et Coll, Arch Surg, 1999;134:559-563
Floch NR et Coll, Arch Surg 1999;134:733-737
Sefarini et Coll, J Surg Research 2001;95:13-18