

REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Techniques chirurgicales - Résultats

Olivier Bréhant
CHU ANGERS

Brest – Mai 2002

Introduction

- ◆ RGO = pathologie fréquente
- ◆ Evolution récente du traitement
- ◆ Indications opératoires précisées par la conférence de consensus de 1999

Continence cardiale : déterminants

- ◆ SIO
- ◆ Portion intra-abdominale de l'œsophage
- ◆ Angle de His
- ◆ Piliers diaphragmatiques
- ◆ Mb phréno-oesophagienne
- ◆ Méso-œsophage
- ◆ Musculature intrinsèque oesophagienne

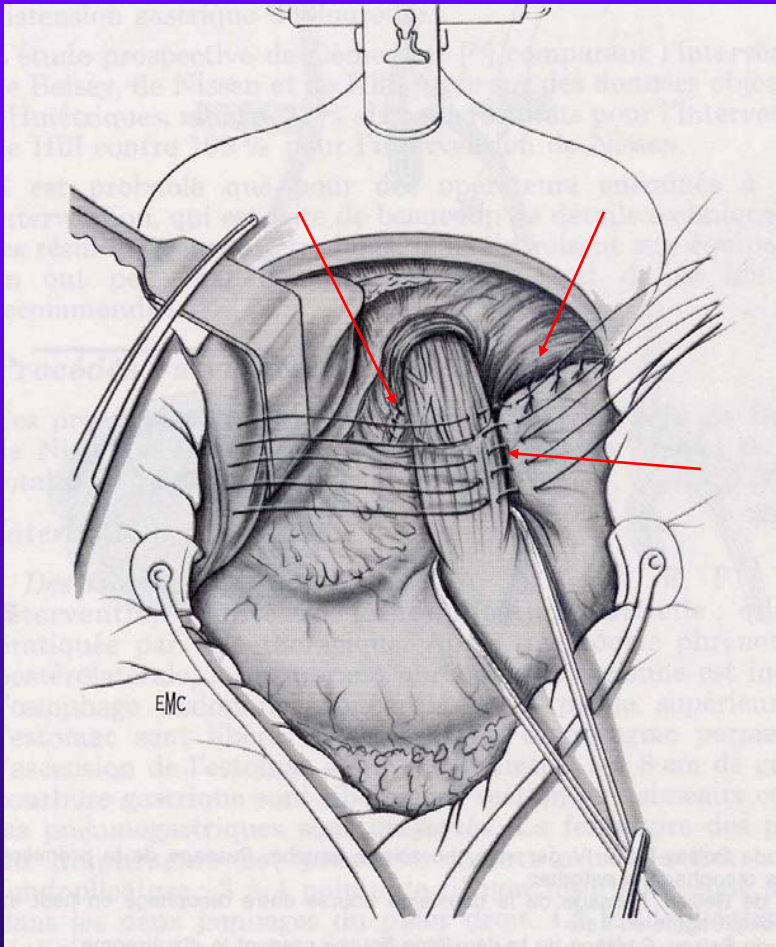
Traitement chirurgical : principes

- ◆ Reconstitution d'une anatomie normale
- ◆ Eviter un système valvulaire trop serré
- ◆ Eviter une altération de la vidange gastrique

Principales techniques

- ◆ Procédés de reposition anatomique
 - Intervention de **Lortat-Jacob** (LJ)
 - Cardiopexie postérieure de **Hill** (H)
- ◆ Procédés valvulaires
 - Intervention de **Belsey** (B)
 - Intervention de **Nissen** (N)
 - Intervention de **Toupet** (T)
- ◆ Procédés indirects
 - Prothèse d'**Angelchik** (PA)
 - Diversion duodénale totale de **Holt et Large** (DDT)

Lortat-Jacob : technique



- ◆ Fermeture des piliers
- ◆ Fixation grosse tubérosité sur bord gauche oeso
- ◆ Fixation à la coupole dgm gauche

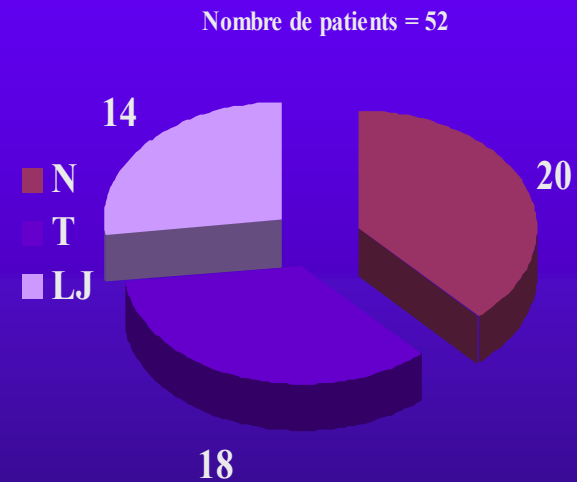
Lortat-Jacob : résultats

- ◆ 83% d'efficacité pour LJ
- ◆ Segol et al. 1989

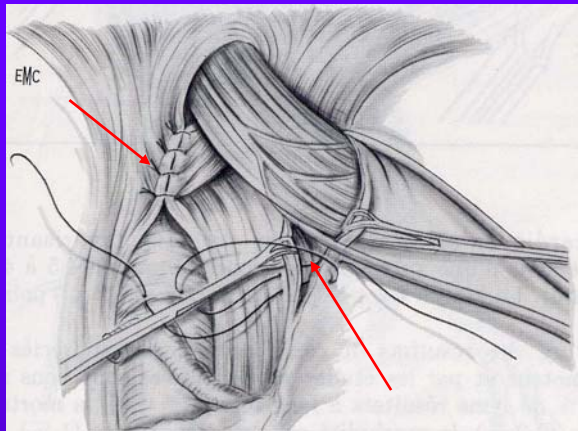
- Etude prospective randomisée
- pH-métrie pathologique

à 2 ans : LJ > N et T

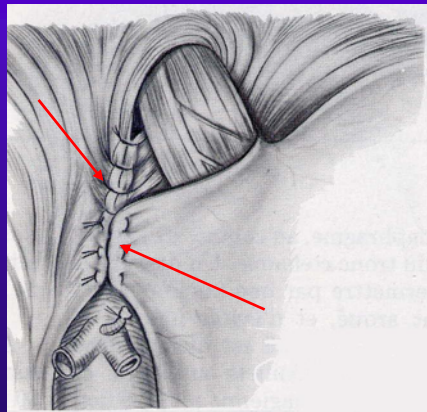
- ◆ Plus d'indication aujourd'hui



Hill : technique

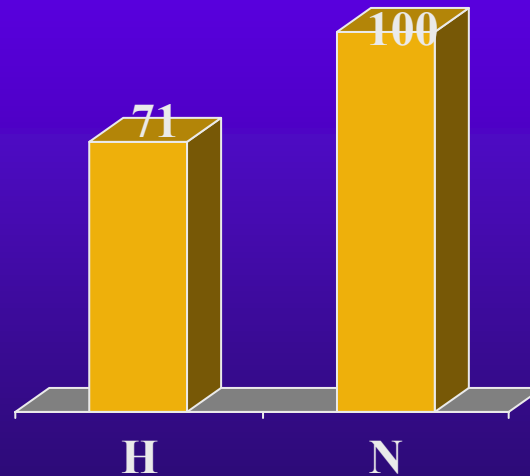


- ◆ Cardiopexie post
- ◆ Fermeture des piliers
- ◆ Fixation feuillets ant. et post. petite courbure sur ligament arqué



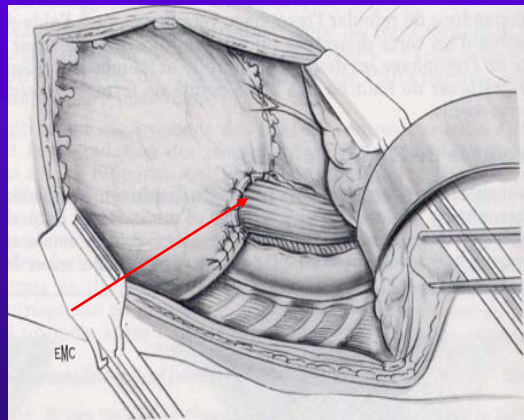
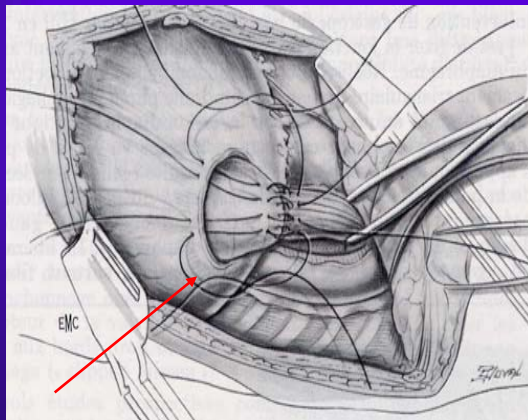
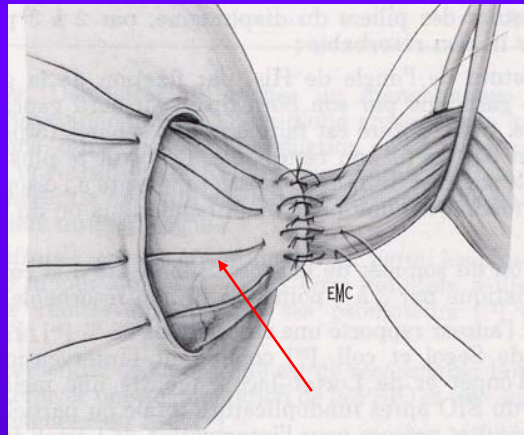
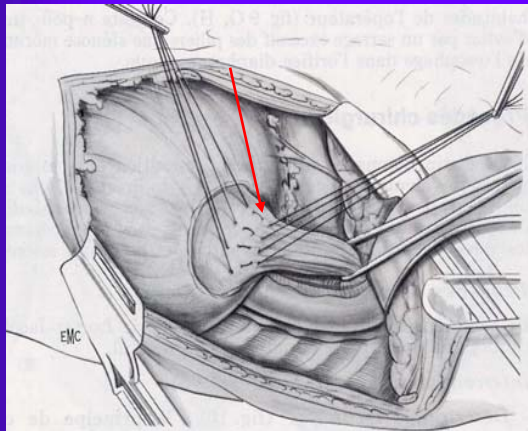
Hill : résultats

- ◆ 80% de bons résultats selon Hill
- ◆ De Meester et al. :
 - Etude prospective de 1974
 - Données pH-métriques



- ◆ Intervention non recommandée

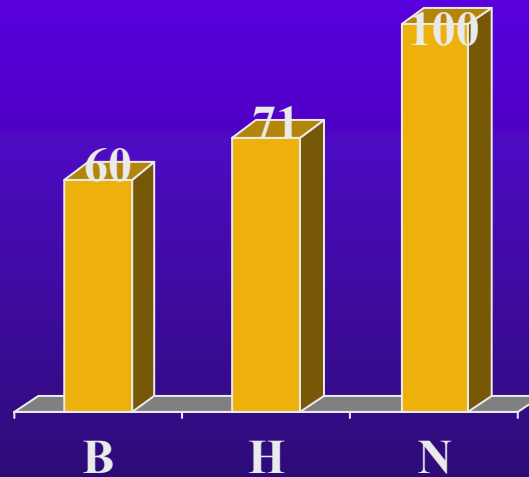
Belsey : technique



- ◆ Fundoplicature partielle
- ◆ Voie thoracique
- ◆ Invagination de l'œsophage dans l'estomac
- ◆ Réintégration en sous-dgm
- ◆ Fermeture des piliers du dgm

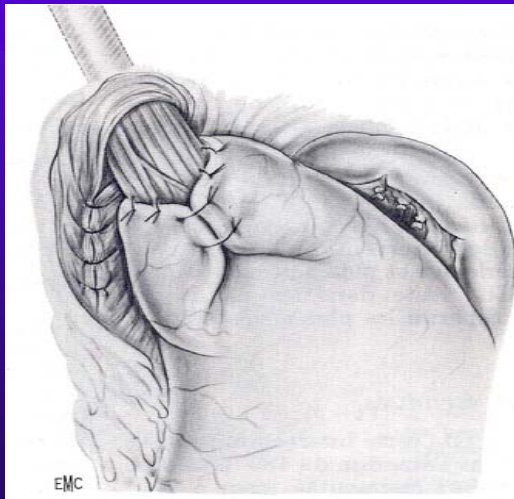
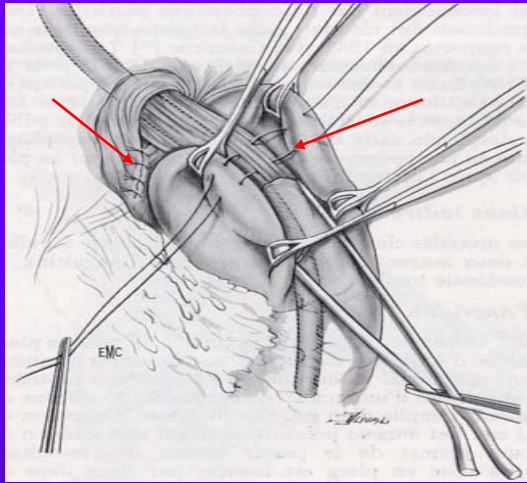
Belsey : résultats

- ◆ 85% de bons résultats pour Belsey
- ◆ 11% de récidives à 10 ans
- ◆ De Meester et al. :
 - Données pH-métriques



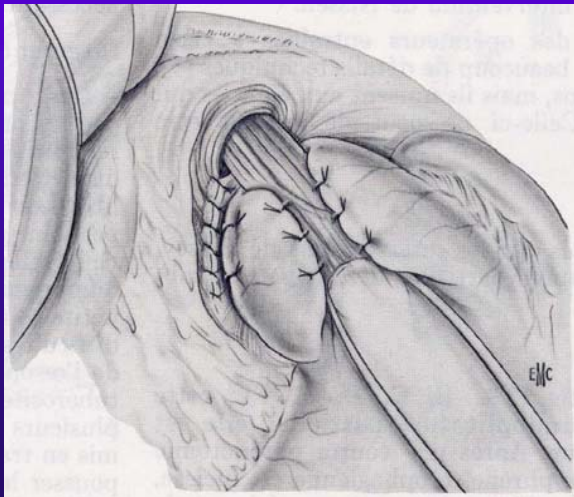
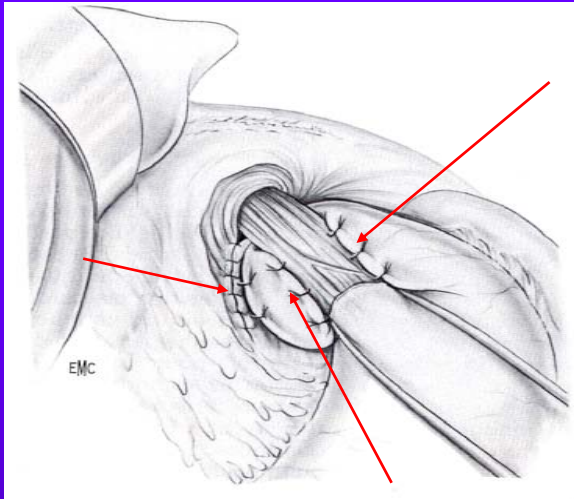
- ◆ Indication limitée

Nissen : technique



- ◆ Fundoplicature complète
- ◆ Fermeture des piliers du dgm
- ◆ Valve de 360° solidarisée à l'oeso
- ◆ 4 à 6 cm de haut
- ◆ Nissen-Rossetti :
 - Valve 360°, 2- 3 cm
 - Non solidarisée à l'oeso
- ◆ Floppy-Nissen :
 - Valve « lâche »
 - Calibrage par bougie

Toupet : technique



- ◆ Fundoplicature partielle 180°
- ◆ Hémivalve postérieure fixée en 2 plans
- ◆ Fermeture des piliers du dgm
- ◆ Variante : FPP 270°

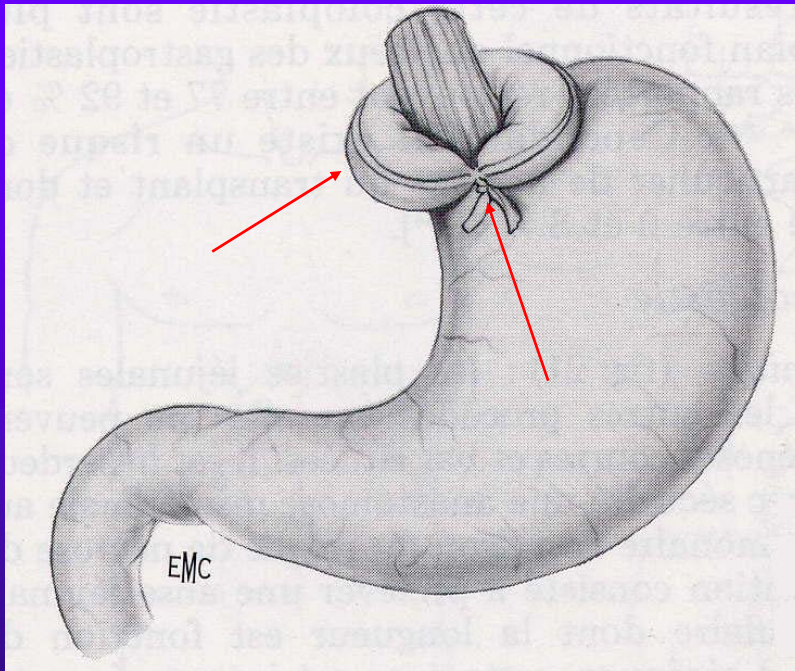
Nissen / Toupet : résultats

	Thor 1989	Lundell 1996	Csendes 2000	Walker 1992
n	31 (12/19)	137 (65/72)	164 (76/88)	52 (26/26)
Suivi	5 ans	3 ans	7 ans	6 sem
Résultat	Bons résultats N 67%, T 95% Réopérés N (3/12), T (0/19)	Dysphagie 3 mois N>T Flatulence N>T Echecs N>T	Récidive à 10 ans 40%	Dysphagie N : 31% 270° : 23%
p	p<0,005	p<0,005	p<0,0001	p<0,001

Laparotomie ou laparoscopie?

- ◆ 4 essais prospectifs randomisés
 - DMS : $L > C$
 - Besoins en antalgiques : $L > C$
 - Reprise activité : $C > L$
 - Durée intervention : $C > L$
 - Dysphagie : $C = L$ à long terme
 - Cns : $C > L$
- ◆ Avantage initial à la laparoscopie
- ◆ Pas de supériorité à long terme

Prothèse d'Angelchik : technique



- ◆ Elastomère de silicone
- ◆ Lien en Dacron
- ◆ Fermeture des piliers du dgm

Prothèse d'Angelchik : résultats

- ◆ 4 essais prospectifs randomisés :

	Gear 1984	Stuart 1989	Kmiot 1991	Hill 1994
n	52 (26/26)	61 (30/31)	50 (25/25)	61 (31/30)
Suivi	1 à 2 an (10/42)	38 mois	2 ans	84 mois
Résultat	Récidive reflux PA (0/26) N (6/26)	Dysphagie >3mois PA (6/30) N (0/31) Oesophagite III PA (7/30) N (0/31)	Dysphagie persistante : PA (5/25) N (0/25)	Pas de DS
p	p<0,005			

- ◆ Taux élevé de complications

DDT : résultats

- ◆ Résultats excellents selon les auteurs
- ◆ Complications 10 à 30%
 - Gastroparésie
 - Dumping syndrome
- ◆ Indications :
 - Ulcère associé
 - Atcd de chir valvulaire
 - Sténose peptique

Conclusion

- ◆ De nombreuses techniques sont défendues par leurs auteurs.
- ◆ Certaines d'entre elles sont quasiment abandonnées en raison de leur moindre efficacité.
- ◆ Les procédés valvulaires sont les plus efficaces. Les fundoplicatures partielles contrôlent les symptômes aussi bien que les fundoplicatures complètes avec moins de complications (dysphagie).

Conclusion

- ◆ La coelioscopie favorise le Nissen. Ses avantages semblent cependant immédiats et limités.
- ◆ Reste donc la place pour de nouveaux essais prospectifs randomisés afin de progresser.

Bibliographie

- ◆ Conférence de consensus. Reflux gastro-oesophagien de l'adulte : diagnostic et traitement. *Gastroenterol Clin Biol* 1999; 23 (Suppl) : 1-313.
- ◆ TÉNIÈRE P., SCOTT M., LE BLANC I. et MULLER J.M. Traitement chirurgical du reflux gastro-oesophagien de l'adulte. *Encycl.Méd.Chir. Appareil digestif*, 40-188, 16p.
- ◆ HUGUIER M., BARRIER A., HOURY S. Le traitement chirurgical du reflux gastro-oesophagien chez l'adulte. *Ann. Chir.* 2001; 126 : 618-28.
- ◆ SEGOL P., HAY JM, POTTIER D. Association universitaire de recherche en chirurgie. Traitement chirurgical du reflux gastr-oesophagien : quelle intervention choisir : Nissen. Toupet ou Lortat-Jacob? *Gastroenterol Clin Biol* 1989; 13 : 873-9.
- ◆ DE MEESTER TR, JOHNSON LF, KENT AH. Evaluation of current operations for the prevention of gastro-oesophageal reflux, *Ann Surg* 1974; 180 : 511-23.
- ◆ GEAR MW, GILLISON EW, DOWLING BL. Randomized prospective trial of the Angelchik anti-reflux prosthesis. *Br J Surg* 1984; 71 : 681-3.
- ◆ STUART RC, DAWSON K, KEELING P, BYRNE PJ, HENNESSY TPJ. A prospective randomized trial of Angelchik prosthesis versus Nissen fundoplication. *Br J Surg* 1989; 79 : 86-9.
- ◆ KMIOT WA, KIRBY RM, AKINOLA D, TEMPLE JG. Prospective randomized trial of Nissen fundoplication and Angelchik prosthesis in the surgical treatment of medically refractory gastro-oesophageal reflux disease. *Br J Surg* 1991; 78 : 1181-4.

Bibliographie

- ◆ HILL ADK, WALSCH TN, BOLGER CM, BYRNE PJ, HENNESSY TPJ. Randomized controlled trial comparing Nissen fundoplication and the Angelchik prosthesis. Br J Surg 1994; 87 : 72-4.
- ◆ THOR KBA, SILANDER T. A long-term randomized prospective trial of the Nissen procedure versus a modified Toupet technique. Ann.Surg 1989; 210 : 719-24.
- ◆ LUNDEL L, ABRAHAMSSON H, RUTH M, RYDBERG L, LÖNROTH H, OLBE L. Long-term results of a prospective randomized comparison of total fundic wrap (Nissen-Rosetti) or semifundoplication (Toupet) for gastro-oesophageal reflux. Br J Surg 1996; 83 : 830-5.
- ◆ CSENDES A, BURDILES P., KORN O, BRAGHETTO I, HUERTAS C, ROJAS J. Late results of a randomized clinical trial comparing total fundoplication versus calibration of the cardia with posterior gastropexy. Br J Surg 2000; 87 : 289-97.
- ◆ WALKER SJ, HOLT S, SANDERSON CJ, STODDARD CJ. Comparison of Nissen total and Lind partial abdominal fundoplication in the treatment of gastro-oesophageal reflux. Br J Surg 1992; 79 : 410-4
- ◆ LAINE S, RANTALA A, GULLICHSEN R, OVASKA J. Laparoscopic versus conventional Nissen fundoplication. A prospective randomized study. and anterior partial fundoplication. Surg Endosc 1997; 11 : 411-4.

Bibliographie

- ◆ HEIKKINEN TJ, HAUKIPURO K, KOIVUKANGAS P, SORASTO A, AUTIO R, SODERVIK H, et al.. Comparison of costs between laparoscopic and open Nissen fundoplication : a prospective randomized study with a 3-month follow-up. J Am Coll Surg 1999; 188 : 368-76
- ◆ HEIKKINEN TJ, HAUKIPURO K, BRINGMAN S., RAMEL S, SORASTO A, HULKO A. comparison of laparoscopic and open Nissen fundoplication 2 years after operation. Surg Endosc 2000; 14 : 1019-23.
- ◆ BAIS JE, BARTELSMAN JFWM, BONJER HJ, CUESTA MA, GO PMNYH, VAN LANSCHOT JJB, et al. Laparoscopic or conventional Nissen fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease : randomised clinical trial. Lancet 2000; 355 : 170-4.
- ◆ NILSSON G, LARSSON S, JOHNSON F. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open fundoplication : blind evaluation of recovery and discharge period. Br J Surg 2000; 87 : 873-8