

PEC chirurgicale du RGO

M.Soule 06/08
CHRU TOURS
DESC Brest

Intro

- Généralités
- Techniques chirurgicales
- Morbi-mortalité
- Alternatives
- Conclusion

Généralités

- Définition:

- RGO: passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage

- Notion physiologie-pathologie

- Diagnostic:

- Symptomatologie clinique: typique (\pm subjectif) ou non

- De certitude: examens complémentaires

Physiopathologie

Facteurs de continence

- Musculo-muqueuse:
 - replis muqueux du cardia
 - fibres longitudinales musculaires
- Œsophage
 - trajet intra-abdominal
 - péristaltisme
 - méso-œsophage
- Diaphragme
 - piliers du diaphragme
 - membrane phréo-oesophagienne

Principes ttt chir

Rétablir anatomie normale

- oesophage en position intra abdo
- rapprochement des piliers du diaphragme

3 types de procédés:

- repositionnement anatomique (Lortat-Jacob/Hill)
- valvulaires (BelseyNissen/Toupet)
- indirect (prothèse/diversion duodénale)

Indications (conf consensus 99)

1. RGO typique ne pouvant être sevré d'un ttt IPP d'entretien efficace
2. RGO rebelle au ttt IPP avec une preuve objective de reflux
3. Complications
 - Sténose peptique: échec dilatation
 - EBO peu clair, surveillance indispensable

Techniques chirurgicales

Repositionnement anatomiques:

- Lortat-Jacob: fermeture angle de HIS
- Hill (gastropexie postérieure): petite courbure sur le ligament arqué

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Techniques chirurgicales

Procédés valvulaires:

- Belsey: par voie thoracique, invagination de l'œsophage dans l'estomac
- Nissen et variantes: fundoplicature complète
- Toupet: fundoplicature partielle (180-270°)

QuickTime™ et un
décodeur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décodeur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décodeur
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un
décodeur
sont requis pour visionner cette image.

Techniques chirurgicales

Intervention indirecte:

- Prothèse d'Angelchik: materiel en silicone
- Diversion duodénale totale

Fundoplicature complète

- Dissection-mobilisation de l'œsophage
 - Incision petit épiploon-feuillet péritonéal du ligt phréno-oesophagien-ligt gastrophrénique
 - Dissection pilier Dt haut en bas
 - Passage en rétro-oesopgagien- pilier G (!n. vague)

Nissen

- Dissection-mobilisation de l'œsophage
 - Incision petit épiploon-feuillet péritonéal du ligt phréno-oesophagien-ligt gastrophrénique
 - Dissection pilier Dt haut en bas
 - Passage en rétro-oesopgagien- pilier G (!n. vague)
- Rapprochement des piliers du diaphragme
 - Après repositionnement oesophage
- Confection de la valve anti-reflux
 - Grosse tubérosité manchon autour de l'œsophage
 - ± section des Vx courts
 - calibration

Points techniques

- Artère hépatique gauche:
dissection pars condensa petit épiploon
- Nerf vague:
dissection pilier diaphragmatique gauche
- Vx courts gastro-splénique
- Calibration

Toupet →

Résultats ttt chir

- Efficacité

- ++ coelioscopie idem laparotomie

- Fundoplicature totale (+ long terme) ou partielle postérieure (- morbide)

- SF et S objectifs: satisfaisant 80-90% à 5-20 ans

- ms reprise ttt med à 5 ans post-op sigificative

- EBO remis en cause

- Mortalité 0,1-0,8 %

- Morbidité

- Dysphagie transitoire

- Dysphagie persistante 1-8%

- Troubles dyspeptiques

Résultats ttt chir

Facteurs prédictifs succès chir RGO

1. âge <50 ans
2. symptômes typiques de reflux
3. disparition complète des symptômes avec un ttt anti-sécrétoire

Alternatives

- Médicale

Etude médico-économique ttt chir Vs ttt med à long terme

- Endoscopique

- Sutures
- Hyperthermie

Conclusion

- Indications restreintes
- Technique:
 - fundoplicature
 - expérience de l'équipe
- Intérêt long terme
 - Étude médico-économique
 - Pb du suivi médical

Biblio

- Cadière G-Btraitement du RGO par coelioscopie App Dig 40-188
- Conférence de consensus 99 RGO de l'adulte « diagnostic et traitement »
- Five year follow-up of randomized clinical trial of laparoscopic total versus anterior 180 degrees fundoplication Ludemann R & al Br J Surg, 2005 feb; 92(2):240-3
- Evidence-Based appraisal of antireflux fundoplication Catarci & al Ann Surg 2004; 239:325-37
- Selection criteria among gastroenterologists and surgeons for laparoscopic antireflux surgery. Sarani & al Surg endosc 2002; 16:57-63
- Randomized trial of division versus nondivision of short gastric vessels during laparoscopic nissen fundoplication: 10 year outcomes. Yang & co Ann Surg 2008 jan;247(1) 38-42
- Does a surgical antireflux procedure decrease the incidence of oesophageal adenocarcinoma in Barrett's esophagus? A meta-analysis Corey & co Am J Gastroenterol 2003; 98:2341-2
- The effect of antireflux surgery in esophageal carcinogenesis in patient with barrett esophagus Eugene & co Ann Surg 2007;246(1) 11-21