

**PRINCIPES DE LA CHIRURGIE DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN
ET DES OESOPHAGITES PEPTIQUES**

Item 280. Module 14

Ch. MEYER

OBJECTIFS

- 1. Connaître les principes du traitement de l'oesophagite en fonction de la sévérité**
- 2. Connaître le principe des procédés chirurgicaux anti-reflux**
- 3. Connaître les principes du traitement de l'oesophagite grave.**

Professeur Christian MEYER

(12 – 2000)

PRINCIPES DE LA CHIRURGIE DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN ET DES OESOPHAGITES PEPTIQUES.

Ch. MEYER

Si le traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) et de l'oesophagite peptique (OP) est habituellement médical, dans certaines situations l'indication chirurgicale doit être envisagée. Celle-ci sera basée sur les données cliniques, étayées par un certain nombre d'examen complémentaires mais également en tenant compte de la réponse au traitement médical.

- **Au plan clinique** il s'agit d'une part du caractère invalidant, que ce soit au plan personnel ou professionnel et surtout récidivant du pyrosis, nonobstant un traitement médical bien conduit et respecté et d'autre part des complications inhérentes au RGO et notamment l'existence d'une dysphagie par sténose peptique ou de manifestations hémorragiques, conséquences de lésions érosives de la muqueuse oesophagienne
- **Au plan des examens complémentaires**, ceux-ci devront confirmer les données cliniques en tenant compte tout particulièrement de deux examens :
 - . l'endoscopie oeso-gastrique qui mettra en évidence des lésions d'oesophagite peptique plus ou moins graves
 - . la pH métrie de 24 heures qui attestera de l'importance du reflux acide.
- **Au plan thérapeutique** il conviendra de tenir compte de l'efficacité des traitements administrés, en l'occurrence l'efficacité des

inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)) à la fois sur les symptômes cliniques et sur les données endoscopiques. C'est ainsi que l'absence d'efficacité symptomatique d'un anti-sécréteur doit faire envisager l'indication chirurgicale avec réserves et prudence.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Parmi les nombreuses techniques qui ont été décrites, il convient de retenir celles qui sont les plus couramment utilisées, en tenant compte à la fois de leur efficacité sur le RGO et de leur faible morbidité ; c'est ainsi que sont principalement retenus les procédés valvulaires. Ces derniers consistent à réaliser, à l'aide de la grosse tubérosité gastrique, une valve péri-oesophagienne complète (360°), encore dénommée technique de Nissen ou de Nissen Rossetti, selon que seront sectionnés ou non quelques vaisseaux courts de la grande courbure gastrique, ou technique de Toupet qui consiste à faire une valve partielle entourant le bas-œsophage sur 270° (figure 1).

Ces opérations étaient habituellement effectuées en chirurgie ouverte, mais actuellement la voie d'abord de référence est la **laparoscopie** qui améliore de manière importante les suites opératoires, en les rendant en particulier moins douloureuses, tout en réduisant la durée d'hospitalisation à 2 ou 3 jours et en raccourcissant la période de convalescence.

D'autres techniques ont été décrites, à l'instar des cardiopexies qui visent à maintenir le cardia en position intra-abdominale, en le fixant sur le ligament arqué qui est une zone fibreuse et solide réunissant les deux piliers de l'œsophage (technique de Hill).

Dans certains cas d'oesophagite peptique grave (oesophagite peptique de stade IV) caractérisée par : une sténose, un brachy-oesophage, un ulcère creusant ou un endo-brachy-oesophage, peuvent se discuter d'autres modalités chirurgicales :

. **en cas de sténose**, deux situations peuvent se présenter :

- une sténose inflammatoire d'origine peptique qui se laisse dilater par voie endoscopique, et peut dès lors faire l'objet d'un procédé valvulaire anti-reflux par voie laparoscopique

- une sténose fibreuse réfractaire à la dilatation endoscopique qui peut indiquer une résection partielle de l'oesophage, généralement par une double voie d'abord abdominale et thoracique droite, et la confection d'une anastomose oeso-gastrique intra-thoracique (opération de Lewis-Santy)

. **en cas de lésion dysplasique** sévère sur une muqueuse hétérotopique du bas-oesophage (endo-brachy-oesophage) avec les risques élevés d'une dégénérescence cancéreuse (adénocarcinome), il y a lieu d'envisager une résection oesophagienne segmentaire par une double voie d'abord abdominale et thoracique droite (opération de Lewis-Santy)

. **en cas de brachy-oesophage** (cardia attiré dans le médiastin postérieur et non abaissable du fait d'une fibrose péri-oesophagienne résultant habituellement d'un ulcère jonctionnel), la confection d'un procédé valvulaire péri-oesophagien est difficilement envisageable, voire impossible, et il convient dès lors

de neutraliser le reflux acide et/ou biliaire. Pour ce faire le chirurgien dispose d'une technique intitulée diversion duodénale totale (DDT) qui consiste à faire une double vagotomie tronculaire ainsi qu'une hémi-gastrectomie (suppression de l'acidité gastrique) suivie d'une anastomose gastro-jéjunale sur une anse exclue en Y (suppression du reflux alcalin bilio-pancréatique). La DDT peut également être indiquée en cas de **reflux gastro-oesophagien récidivant** après une intervention chirurgicale dans la mesure où la dissection du site opératoire antérieur peut représenter d'importantes difficultés, voire occasionner une plaie de l'oesophage aux conséquences parfois graves.

CONCLUSION

Si l'indication opératoire est posée avec justesse, les résultats de la valve péri-oesophagienne à visée anti-reflux, pratiquée par voie laparoscopique, sont habituellement très satisfaisants : 90 % des patients étant habituellement satisfaits, les 10 % restants signalant une gêne résiduelle, essentiellement faite d'un reflux persistant mais généralement moins sévère que le reflux initial et de flatulences intestinales. En revanche, les opérations plus complexes, à l'instar de la résection oesophagienne ou de la diversion duodénale totale, sont à l'origine d'une part d'un certain pourcentage de morbidité, voire d'une mortalité opératoires, et d'autre part de troubles fonctionnels séquellaires ce qui justifie la mise en oeuvre, avant les complications du RGO, d'un traitement adapté médical ou chirurgical.

Professeur Christian MEYER
(12 – 2000)