



RGO: les alternatives chirurgicales ou endoscopiques aux traitements médicamenteux

Pr Maximilien Barret

Service de gastro-entérologie et d'oncologie digestive

Hôpital Cochin

www.gastrocochin.com

maximilien.barret@aphp.fr

LIENS D'INTERET

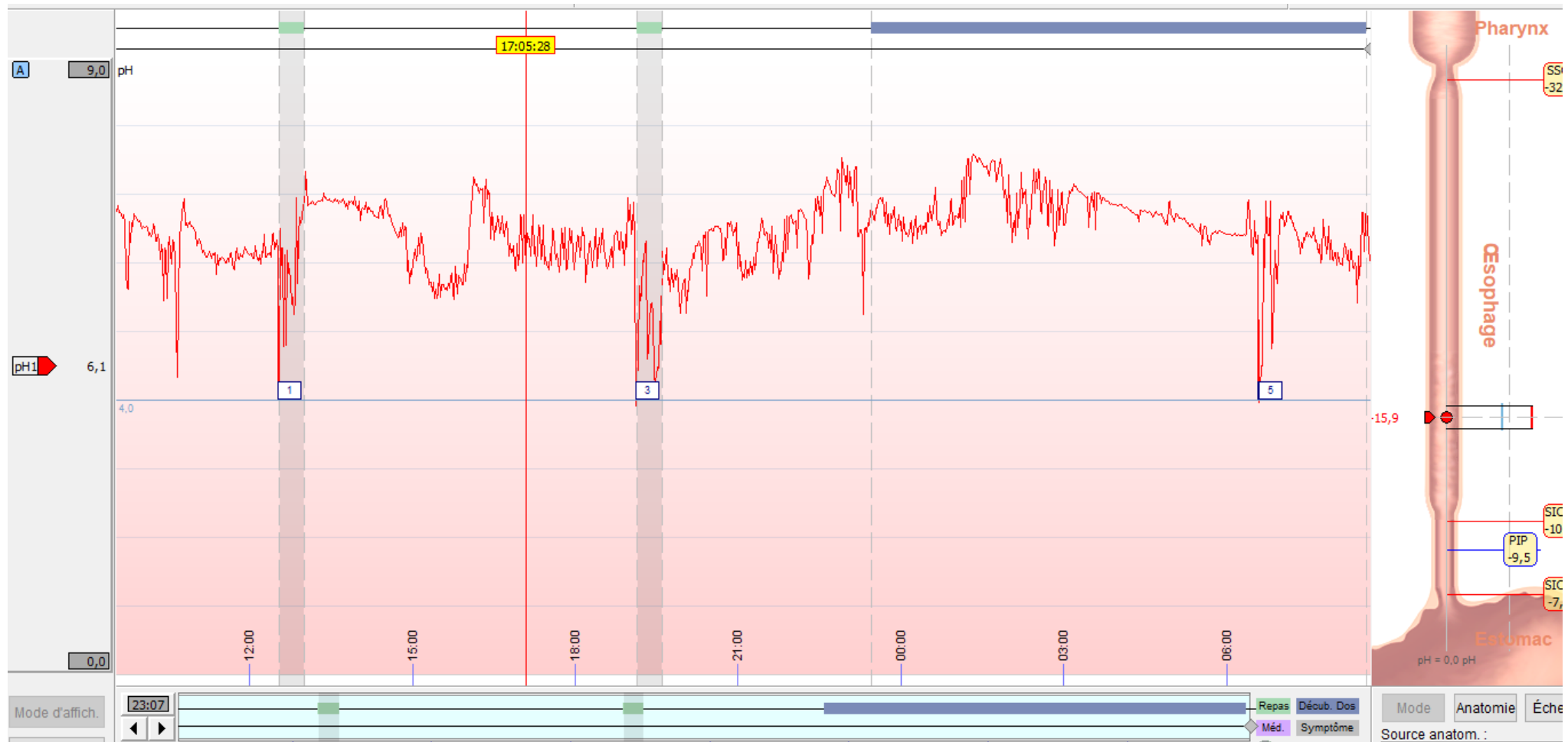
- Dr Falk Pharma
- Norgine
- Pentax
- Olympus
- Ambu

Madame R, 53 ans

- Douleurs abdominales depuis 2005
- EOGD 2013 : hernie hiatale de 3 cm. HP-
- Plaintes:
 - Dysphonie: « perd sa voix »
 - Inconfort cervical fréquent, «angines »
 - Douleurs épigastriques permanentes, sans horaire, avec crises plus importantes 1/mois, nécessitant de s'allonger
 - Pas de régurgitations
 - Pas de dysphagie

Madame R, 53 ans

- Pas d'effet du pantoprazole à 40 mg/j le matin
- Décision de pH-métrie sans traitement



- TAE = 0,5%
- 5 épisodes de reflux
- 2 épisodes douloureux (cervicaux), sans corrélation avec le RGO

Quelle est (sont) votre (vos) propositions thérapeutiques ?

- A. Fundoplicature laparoscopique
- B. Bypass en Y
- C. Double dose d'IPP
- D. Amitriptyline 10 mg
- E. Mucosectomie antireflux

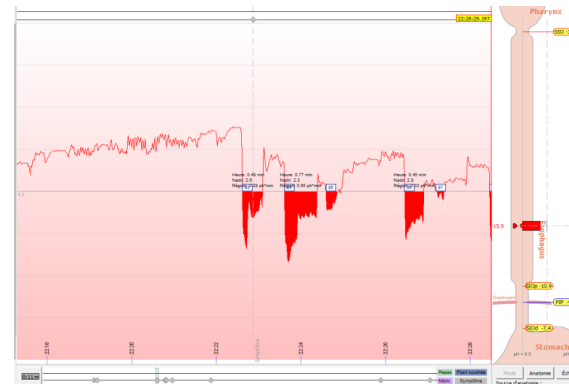
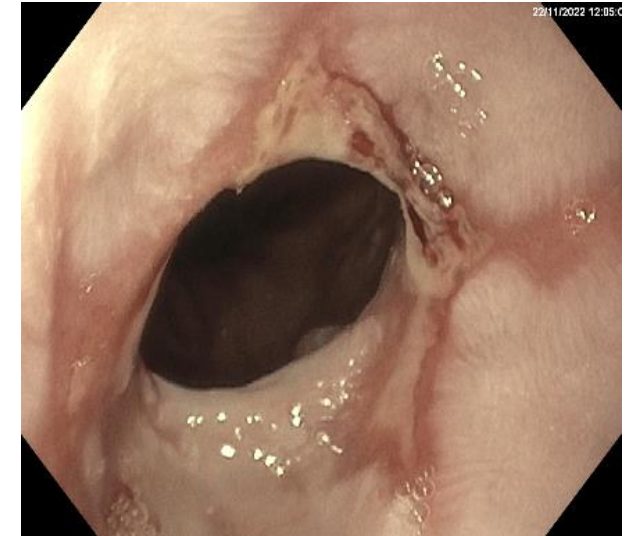
Quelle est (sont) votre (vos) proposition(s) thérapeutique(s) ?

- A. Fundoplicature laparoscopique
- B. Bypass en Y
- C. Double dose d'IPP
- D. Amitriptyline 10 mg
- E. Mucosectomie antireflux

RGO



Prévalence = 10-15%
Hypotonie SIO
Augmentation des relaxations transitoires
Augmentation pression abdominale
Hypopéristaltisme œsophagien
Retard à la vidange gastrique
Diagnostic : ?



Un diagnostic clinique ?

- Pyrosis
- Régurgitations
- Syndrome postural
- Pas de signes d'alarme, âge <50

→ Traitement d'épreuve

Un diagnostic clinique ?

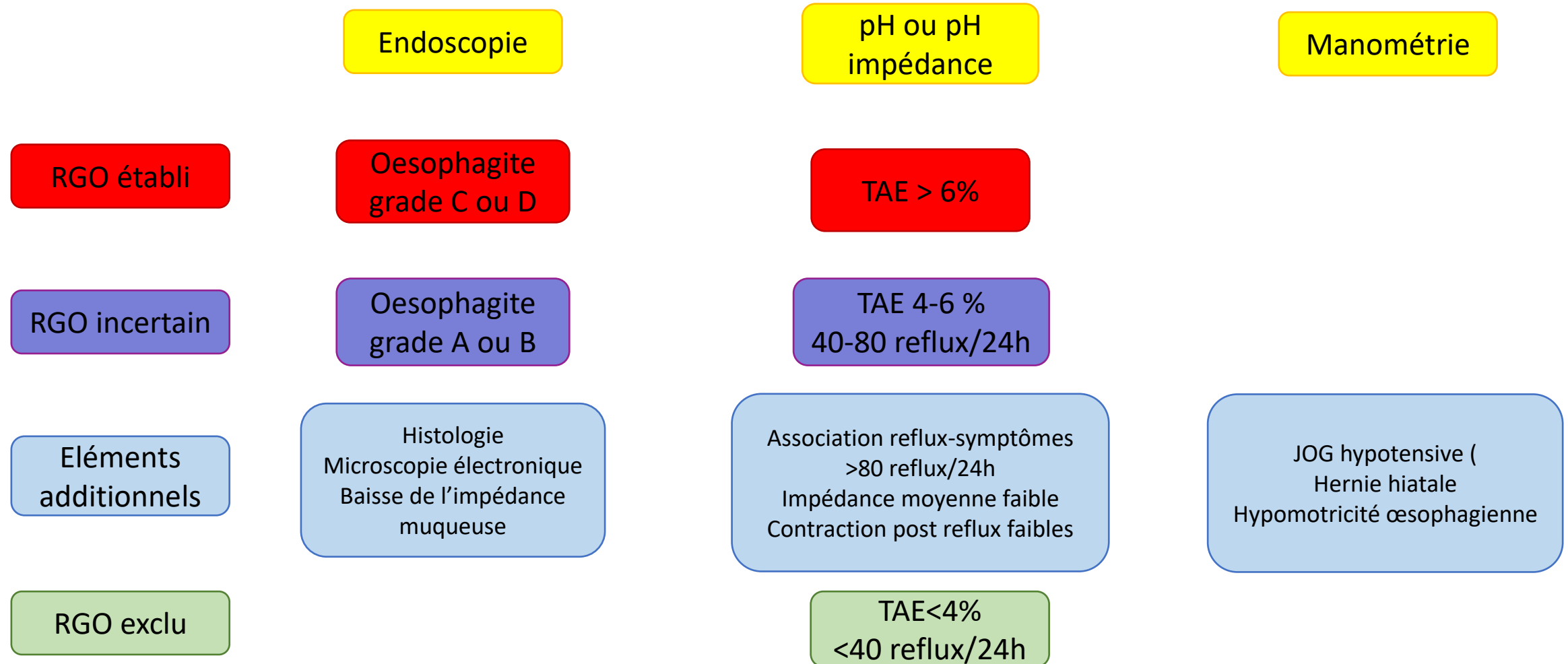
- Pyrosis
- Régurgitations
- Syndrome postural
- Pas de signes d'alarme, âge <50

Sp = 70%

→ Traitement d'épreuve

Sp = 44%

Définition du RGO



Principes de la prise en charge du RGO réfractaire

Règles hygiénodietétiques

- Perte de poids
- Eviter de manger avant le coucher
- Surélever la tête du lit
- Dormir sur le coté gauche

Principes de la prise en charge du RGO réfractaire

Règles hygiénodététiques

- Perte de poids
- Eviter de manger avant le coucher
- Surélever la tête du lit
- Dormir sur le coté gauche

Optimiser les IPP

- IPP 30-60mn avant les repas
- Augmenter à double dose
- Changement d'IPP

(Envisager les inhibiteurs de canaux potassiques)

Principes de la prise en charge du RGO réfractaire

Règles hygiénodététiques

- Perte de poids
- Eviter de manger avant le coucher
- Surélever la tête du lit
- Dormir sur le côté gauche

Optimiser les IPP

- IPP 30-60mn avant les repas
- Augmenter à double dose
- Changement d'IPP
- (Envisager les inhibiteurs de canaux potassiques)

Traitement médical additionnel

- Anti histaminiques de type anti H2 le soir (famotidine 40mg)
- Baclofène (10 mg x 3)
- Alginates/agents mucoprotecteurs

Principes de la prise en charge du RGO réfractaire

Règles hygiénodietétiques

- Perte de poids
- Eviter de manger avant le coucher
- Surélever la tête du lit
- Dormir sur le coté gauche

Optimiser les IPP

- IPP 30-60mn avant les repas
- Augmenter à double dose
- Changement d'IPP
- (Envisager les inhibiteurs de canaux potassiques)

Traitement médical additionnel

- Anti histaminiques de type anti H2 le soir
- Baclofène
- Alginates/agents mucoprotecteurs



Traitements invasifs

- Fundoplicature chirurgicale
- Augmentation magnétique du SIO
- Bypass en Y
- Fundoplicature endoscopique (TIF)

d'après Zerbib F et al, Neurogastroenterol Motil 2020

Principes de la prise en charge du RGO réfractaire

Traitements invasifs

- Fundoplicature chirurgicale
- Augmentation magnétique du SIO
- Bypass en Y
- Fundoplicature endoscopique (TIF)



« In patients with proven GERD, laparoscopic fundoplication and magnetic sphincter augmentation are effective surgical options, and transoral incisionless fundoplication is an effective endoscopic option in carefully selected patients »

« Chez des patients ayant un RGO prouvé, la fundoplicature laparoscopique et l'augmentation magnétique du SIO sont des options chirurgicales efficaces, et la fundoplicature endoscopique est une option chirurgicale efficace chez des patients **sélectionnés avec soin** »

Yadlapati R et al, Clinical Gastroenterol Hepatol 2022

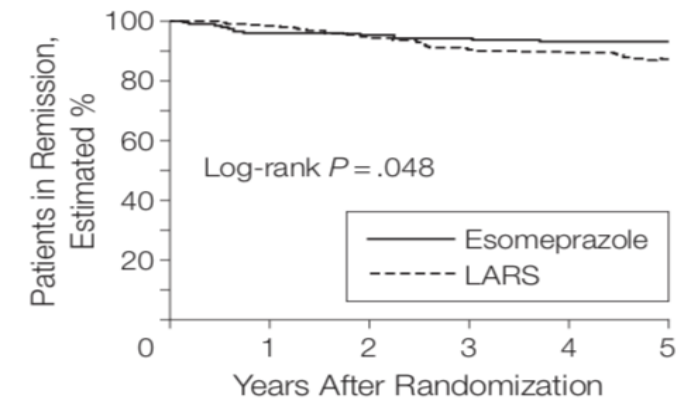
Qui opérer du RGO ?

- RGO certain
- Régurgitations persistantes sous traitement médical maximal
- Œsophagite peptique non cicatrisée
- Patient **informé** :
 - perte d'efficacité dans le temps
 - mortalité 0%
 - complications sévères 4%
 - dysphagie 8%
 - gas bloat syndrome 19%

Traitement médical ou chirurgical ?

- Essai multicentrique randomisé LOTUS
- Fundoplicature versus esomeprazole

Figure 2. Time to Treatment Failure



No. at risk							
Esomeprazole	266	228	217	205	199	181	
LARS	288	231	216	202	192	168	

LARS indicates laparoscopic antireflux surgery.

- Plus de régurgitations dans le groupe IPP (13 vs. 2% $p < 0,001$)
- Plus de dysphagie (11% vs. 5% $p < 0,01$) et de gas bloat syndrome (40% vs. 28%, $p < 0,01$) dans le groupe chirurgie

Faut-il avoir peur des IPP au long cours ?

	méthodologie	effectif	Critère de jugement	effet
Atwood S et al, Aliment Pharmacol Ther 2019	2 RCT, IPP vs chir	298 et 514	EIG	non
Song H et al, Cochrane Database syst rev 2014	Méta-analyse	1070	Cancer gastrique	non
Salvo E et al, Aliment Pharmacol Ther 2021	Méta-analyse	40 000 à 2 000 000 selon l'évènement	Fracture IRA Infections entériques	RR =1,20 RR =1,6 RR = 1,99
Moayeddi P et al, Gastroenterology 2019	RCT, IPP vs sham dans un contexte de cardiopathie ischémique	17598	EI Suivi médian = 3 ans Infections entériques	NS RR = 1,3

Pneumonies communautaires, pathologies cardiovasculaires, IRC, démence, mortalité globale : pas d'effet démontré en 2023

Faut-il avoir peur des IPP au long cours ?

	méthodologie	effectif	Critère de jugement	effet
Atwood S et al, Aliment Pharmacol Ther 2019	2 RCT, IPP vs chir	298 et 514	EIG	non
Song H et al, Cochrane Database syst rev 2014	Méta-analyse	1070	Cancer gastrique	non
Salvo E et al, Aliment Pharmacol Ther 2021	Méta-analyse	40 000 à 2 000 000 selon l'évènement	Fracture IRA Infections entériques	RR =1,20 RR =1,6 RR = 1,99
Moayeddi P et al, Gastroenterology 2019	RCT, IPP vs sham dans un contexte de cardiopathie ischémique	17598	EI Suivi médian = 3 ans Infections entériques	NS RR = 1,3

Pneumonies communautaires, pathologies cardiovasculaires, IRC, démence, mortalité globale : pas d'effet démontré en 2023

**BEST PRACTICE
ADVICE 3:**

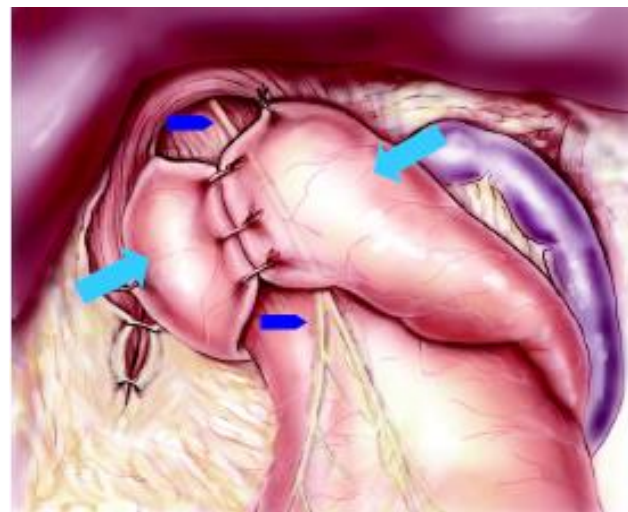
Clinicians should emphasize safety of proton pump inhibitors (PPIs) for the treatment of GERD.

Yadlapati R et al, Clin Gastroenterol hepatol 2022



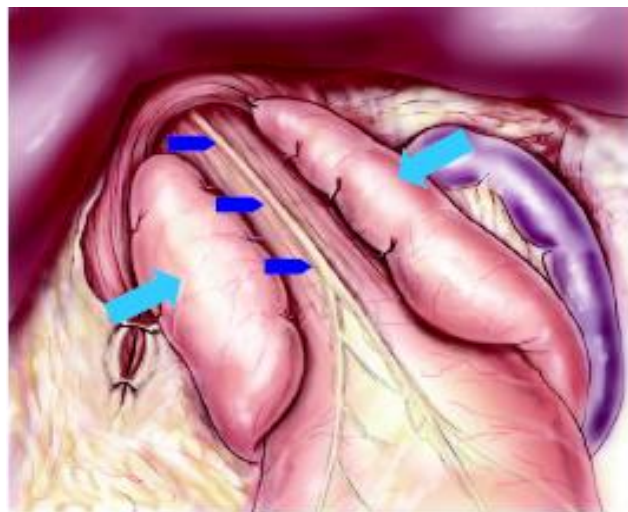
Traitement chirurgical: Fundoplicature laparoscopique

Remplacement du SIO dans l'abdomen + création d'un dispositif anti-reflux à partir de la grosse tubérosité.



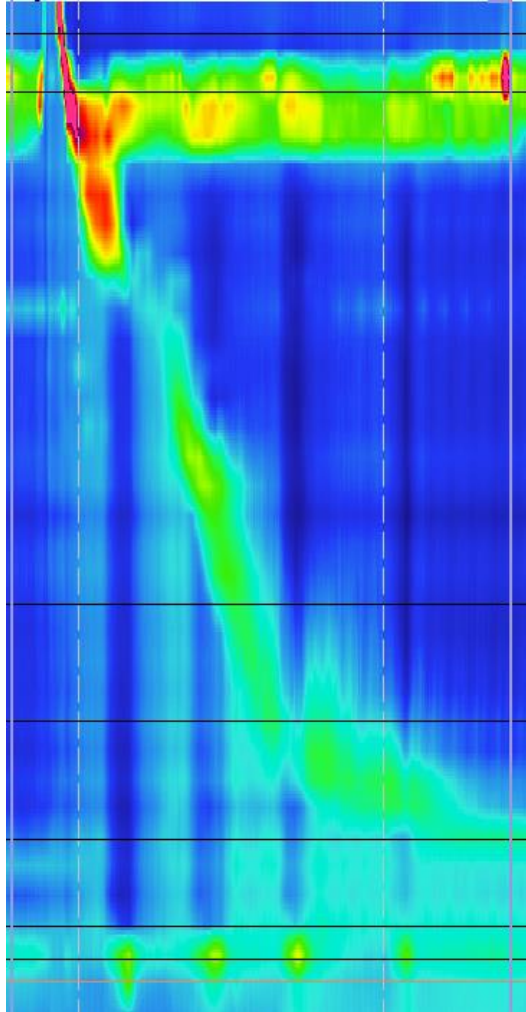
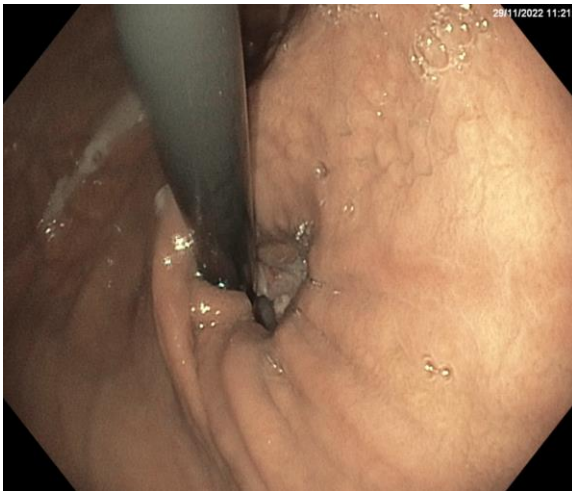
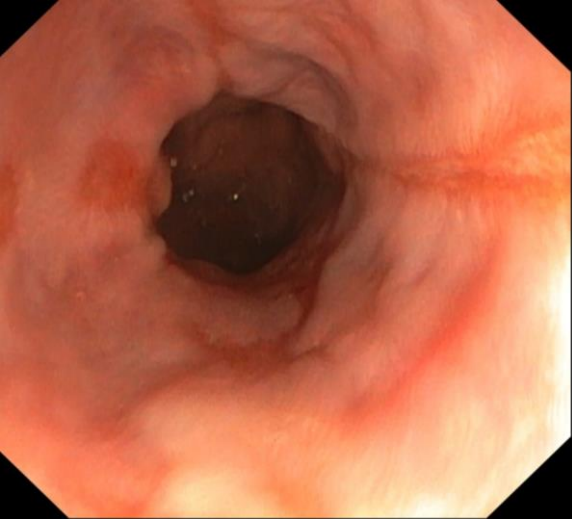
Nissen

^



Toupet

Quel bilan préopératoire ?



Que faire en cas de dysphagie post-opératoire ?

EOGD, TO, Manométrie



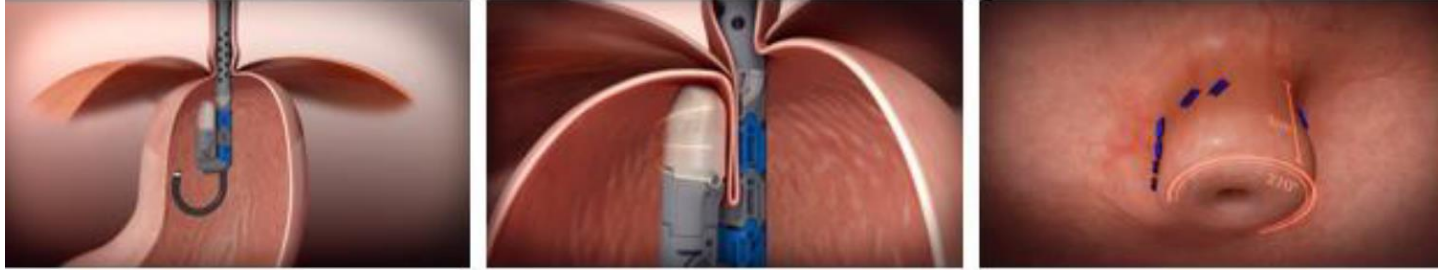
Pseudoachalasia par montage trop serré ou sclérose de la valve:
→ **Dilatations pneumatiques** à 35 et 40mm jusqu'à disparition de l'encoche
→ **Reprise chirurgicale** si échec

Récidive de hernie, ascension intrathoracique du montage, valve trop basse:

Reprise chirurgicale

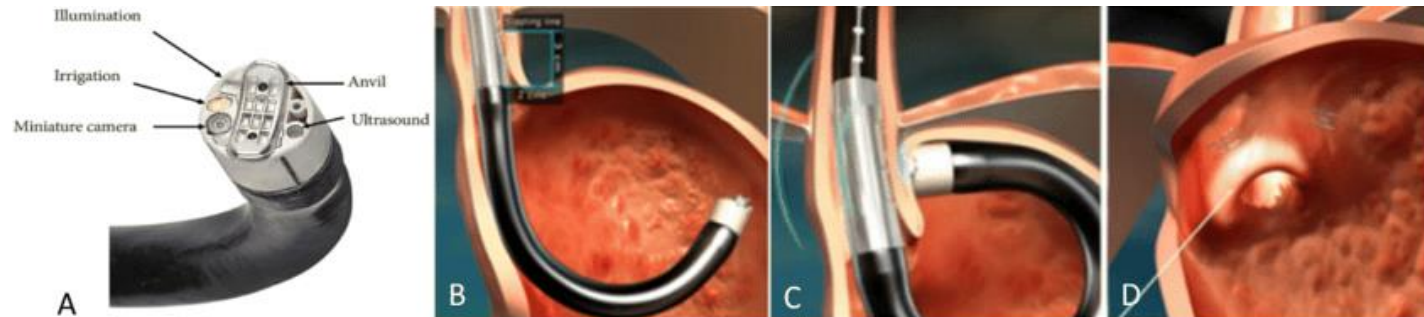
Quelle place pour le traitement endoscopique ?

- Transoral incisionless fundoplication (TIF)



Bénéfice modeste
Perte d'efficacité à 5 ans

- Medigus Ultrasonic Surgical Endostapler (MUSE)



Pas de données > 1 an
Pas d'effet sur la pH-métrie

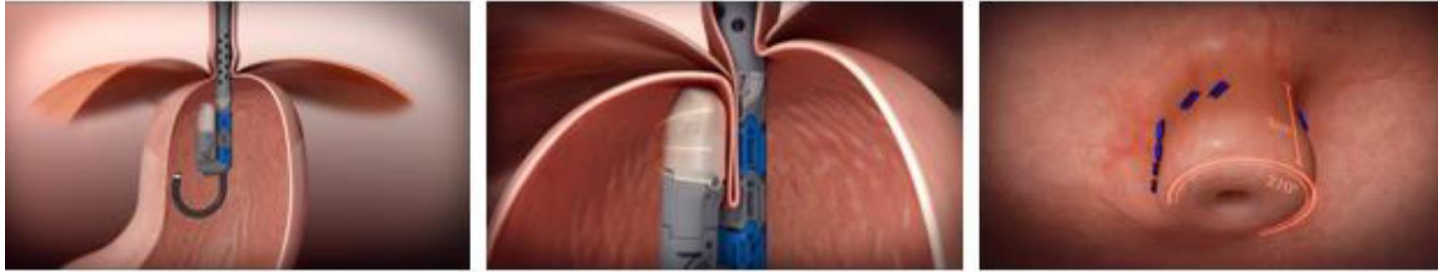
- Radiofréquence du SIO (Stretta)



Pas d'effet sur la pH-métrie

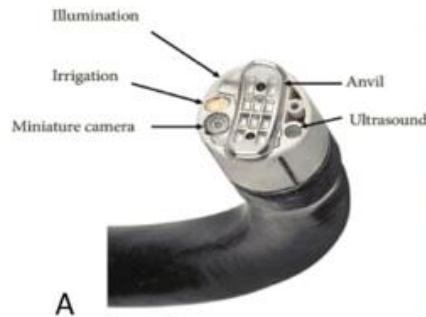
Quelle place pour le traitement endoscopique ?

- Transoral incisionless fundoplication (TIF)



Bénéfice modeste
Perte d'efficacité à 5 ans

- Medigus Ultrasonic Surgery



Exclusion :
œsophagite sévère
HH > 2 cm
Œsophage de Barrett

Pas de données > 1 an
Pas d'effet sur la pH
métrie

- Radiofréquence du SIO (Stretta)



Pas d'effet sur la pH
métrie

Quelle place pour le traitement endoscopique ?

ARMI ou « Anti-reflux mucosal interventions »:

ARMS, ARMA, ARBL

Pas de RCT

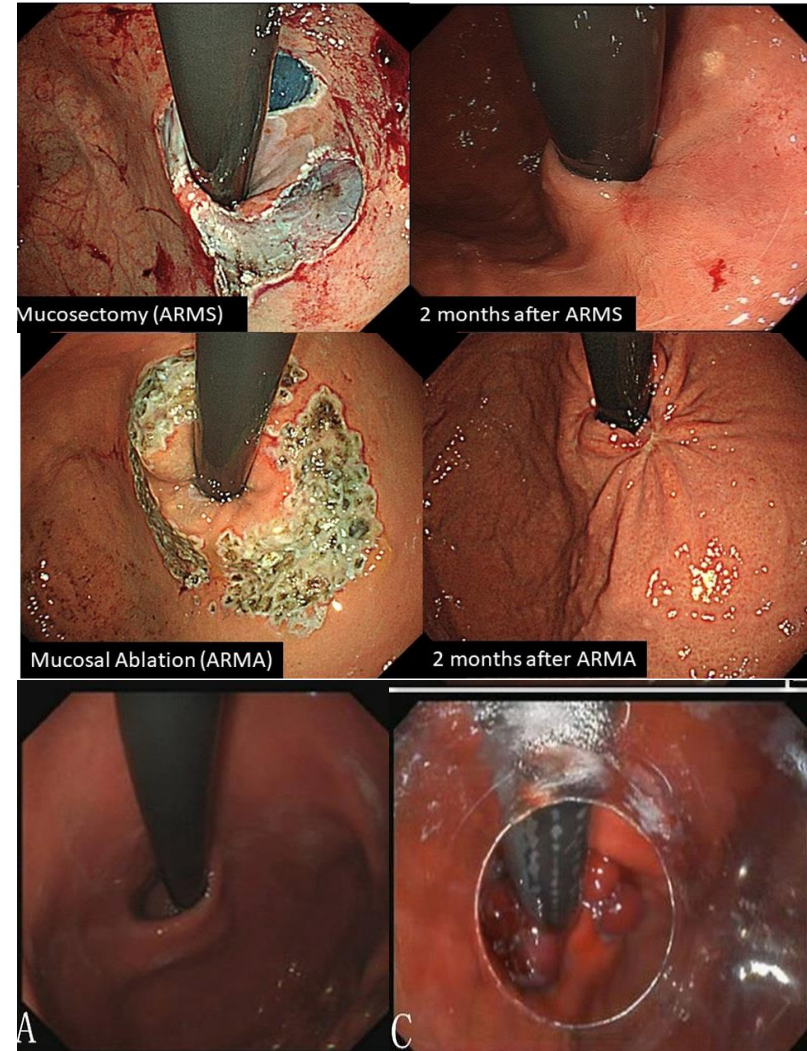
15 études , de 12 à 150 patients

Efficacité clinique de 74%, comparable entre les ARMI

Efficacité en termes de pH-métrie

10% de sténoses , 2% de perforation avec l'ARMS

→ Recherche clinique en 2023



Conclusions

- Le traitement médical permet de contrôler les symptômes de la grande majorité des patients atteints de reflux gastro-œsophagien.
- Avant d'envisager une chirurgie, le reflux gastro-œsophagien persistant sous traitement médical optimisé doit être confirmé par endoscopie (œsophagite stade >B de Los Angeles), ou pH-impédancemétrie des 24h sous traitement.
- Le traitement chirurgical de référence du reflux gastro-œsophagien est la fundoplicature laparoscopique. Il doit être précédé d'une manométrie œsophagienne.
- La prise en charge de la dysphagie après chirurgie anti-reflux implique une exploration endoscopique, manométrique et radiologique pour identifier le mécanisme en cause et proposer la solution thérapeutique la plus adaptée.
- Compte tenu de leur niveau de preuve et de leurs complications potentielles, les traitements endoscopiques du reflux gastro-œsophagien relèvent, en France en 2023, des essais cliniques.