

Pr. M.A. BIGARD

**Reste-t-il des indications chirurgicales
dans le RGO ?**

Reste-t-il des indications chirurgicales dans le RGO ?

Professeur M.A. BIGARD
Service d'Hépatogastroentérologie
CHU de NANCY

Avant la laparoscopie

Situation en 1990 : chirurgie anti-reflux par laparotomie était quasi-moribonde

Apparition des anti-H2 en 1977 et surtout des IPP en 1989 avaient relégué la chirurgie au second plan, notamment pour les oesophagites sévères

Apparition de la laparoscopie

Développement dans les années 90 de la chirurgie anti-reflux par laparoscopie

Augmentation rapide du nombre d'interventions avec un pic de 4600 fundoplicatures en 2000

Pourtant une voie d'abord ne devrait pas modifier les indications chirurgicales !

Arguments pour la chirurgie

Arguments fréquemment avancés pour la chirurgie

- évite de prendre des médicaments toute sa vie
- permet de manger à sa guise
- met à l'abri d'un endobrachyoesophage et/ou d'un cancer

But du traitement chirurgical

- difficile à atteindre
- restauration de la fonction de la barrière anti-reflux
- agit en restaurant une zone de haute pression au niveau du bas œsophage et en diminuant la fréquence des RTSIO par baisse de la compliance du corps gastrique

Mais l'effet peut être excessif ou insuffisant !

Conférence de Consensus franco-belge sur le RGO en 1999

Chirurgie peut être envisagée

- **en cas de rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du traitement par IPP**
- **en cas d'échec du traitement médical d'une sténose peptique**

Effacité des IPP

- **IPP efficaces dans l'oesophagite : cicatrisation voisine de 90% à 2 mois. Maintien de la cicatrisation supérieur à 80% avec traitement continu à demi-dose**
- **IPP moins efficaces dans reflux non érosif (groupe plus hétérogène de patients)**

Sécurité des IPP

Pas de risque connu d'une utilisation au long cours

Pas de développement de tumeur endocrine ou d'adénocarcinome

Apparition possible d'une polypose glandulo-kystique

Pas de malabsorption du fer ou de la vitamine B12

Modalités du traitement chirurgical du reflux

- **2 techniques de fundoplicature validées :
Toupet et Nissen**
- **Courbe d'apprentissage : au minimum**
 - 50 patients pour une équipe**
 - 20 patients par chirurgien**

Résultats à court terme de la chirurgie anti-reflux

Taux de conversion < 7%

Mortalité non nulle mais inférieure à 0,8%

Morbidité ~ 5%

Dysphagie quasi-constante

**Résultats immédiats sur symptômes = excellents
dans 90% des cas**

Résultats à long terme de la chirurgie anti-reflux

- **Un seul essai randomisé avec recul suffisant (Lundell)**
Chirurgie par laparotomie versus oméprazole
Pas de différence à 7 ans si posologie adaptée
- **Essais fundoplicature laparoscopique versus IPP**
non menés à leur terme en raison effets secondaires de la chirurgie

Effets secondaires de la fundoplicature

- Altère de façon importante le résultat fonctionnel
- Soit apparition de symptômes nouveaux :
 - Dysphagie = 5% de réinterventions
(9,6% après Nissen, 1,6% après Toupet)
 - Gas-bloat syndrome
 - Satiété précoce
 - Diarrhée
- Soit aggravation de symptômes pré-existants :
aérophagie, ballonnements, lenteurs de digestion

Effets secondaires de la fundoplicature

- Etude de cohorte KHAITAN

A 4 ans, décroissance modérée de la consommation médicamenteuse par rapport à sujets non opérés : 74% versus 90%

- Etude du WISCONSIN

60% des patients prennent un traitement médical 20 mois après chirurgie

Résultats obtenus surtout chez patients opérés pour oesophagite.

Meilleurs résultats de la chirurgie dans sous-groupes particuliers ?

1/Echec du traitement médical par IPP

Situation clinique complexe

Nécessité bilan détaillé

Réalité du reflux ?

Observance

Reflux non acide ?

→ sous-groupe sujets jeunes avec régurgitations importantes et syndrome postural

Meilleurs résultats de la chirurgie dans sous-groupes particuliers ?

2/Manifestations extra-oesophagiennes et RGO

Peu de données

Grande prudence étant donné inefficacité des
IPP à fortes doses dans les symptômes ORL et
l'asthme

Meilleurs résultats de la chirurgie dans sous-groupes particuliers ?

3/Prévention de l'adénocarcinome oesophagien sur EBO

- **Essai randomisé de SPECHLER = pas d'efficacité**
- **Etude de cohorte de YE = incidence ADK oesophagien chez homme : 14 (8-23) chez malades opérés
6,3 (4-9) chez non opérés**
- **Méta-analyse 34 études. 10 000 patients/années =
3,8 ADK pour 1000 patients-année dans groupe chirurgie versus 5,3 Tt médical p=0,29**

Sélection des patients pour la chirurgie

Facteurs prédictifs de succès :

- **âge inférieur à 50 ans**
- **symptômes typiques de reflux**
- **disparition complète des symptômes avec traitement anti-sécrétoire**

Rôle délétère de l'obésité (PEREZ)

Taux de récurrence à 3 ans : 4,5% si IMC < 25

31,3% si IMC > 30

Existe-t-il encore des indications chirurgicales dans le RGO ?

Réponse : OUI mais rarement

Excellente indication :

Patients avec régurgitations importantes, persistantes sous IPP avec disparition du pyrosis

Existe-t-il encore des indications chirurgicales dans le RGO ?

Indication éventuelle :

Patients jeunes, bien contrôlés par IPP et informés :

- . 1 risque sur 200 de complications graves**
- . dysphagie post-opératoire avec réintervention dans 5% des cas**
- . à terme :**
 - 1 chance sur 5 d'avoir un pyrosis**
 - 1 chance sur 2 d'avoir des troubles fonctionnels digestifs**
 - 1 chance sur 3 de prendre à nouveau des médicaments**

Recul de la chirurgie à travers le PMSI

1998-2000 = 4600 interventions par an

2003 = 2200 dont 1400 en secteur privé

Centres spécialisés souhaitables



FMCHGE