

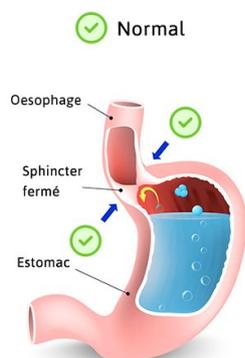
L E R E F L U X A C I D E

Chirurgie anti-reflux (Nissen versus bypass)

Vous avez certainement déjà ressenti des remontées acides lors de repas copieux ou trop arrosés. Ceci est un reflux normal, occasionnel.

Un reflux ne doit être traité que lorsque les sensations de brûlant sont fréquentes ou prolongées.

Qu'est-ce que le reflux gastro-oesophagien?



L'acidité de notre estomac est normalement incapable de remonter brûler notre oesophage.

La barrière naturelle contre le reflux est assurée par un muscle, appelé 'sphincter', qui ne s'ouvre que lorsque l'on déglutit et que des aliments doivent passer.

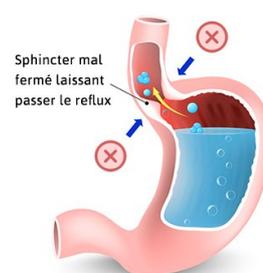
Dans certains cas, le sphincter anti-reflux est défaillant.

Il s'ouvre en-dehors des repas, on parle de « béance cardiale », ou plus communément de « clapet ouvert ».

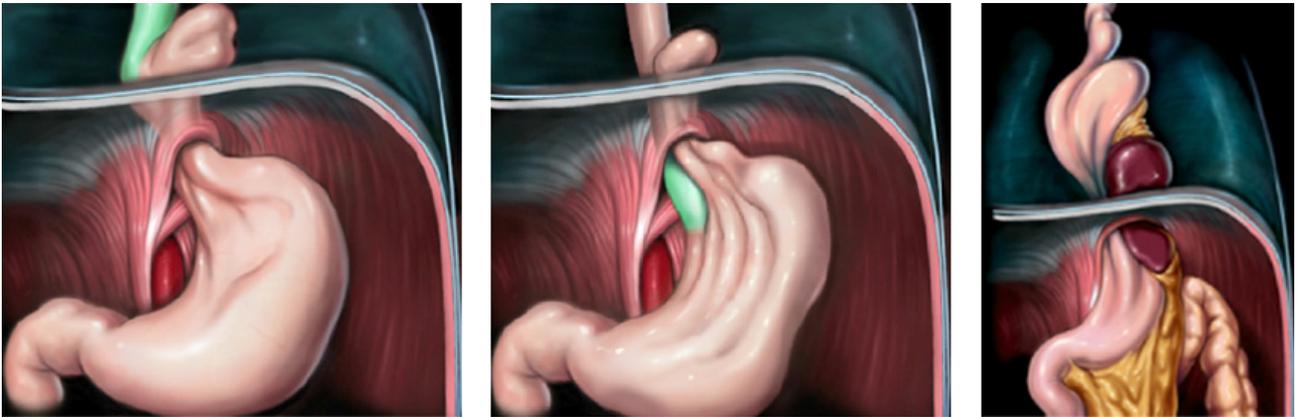
La conséquence est une remontée de l'acidité de l'estomac, irritante pour l'œsophage (oesophagite). Ceci se manifeste par une sensation de brûlure derrière le sternum, par un goût amer en bouche voire par des régurgitations.

Outre l'inconfort, une oesophagite non traitée peut mener à un état pré-cancéreux, appelé oesophage de Barrett, puis évoluer vers un véritable cancer de l'oesophage, appelé adénocarcinome.

Reflux Gastrique



Certains patients présentent une **hernie hiatale**.



Il s'agit d'une partie de l'estomac qui glisse au-dessus du diaphragme.

Le plus souvent une hernie hiatale est de petite taille et est asymptomatique. Elle évolue naturellement vers un reflux acide et grandit progressivement en taille au cours des années, le reflux est alors permanent.

En cas de hernie volumineuse, une grande partie de l'estomac peut passer dans le thorax entraînant une gêne respiratoire, des difficultés pour avaler et dans de rares cas une torsion de l'estomac.

Quels sont les symptômes du reflux ?

La manifestation la plus fréquente est une sensation de brûlure dans le thorax, survenant généralement en position couchée (la nuit) ou penchée en avant (en lançant ses chaussures p.ex)

Occasionnellement, les patients signalent des régurgitations acides ou alimentaires (sans nausées), des douleurs thoraciques ressenties comme de l'angine de poitrine, une toux chronique, des signes ORL (laryngite, pharyngite, angine).

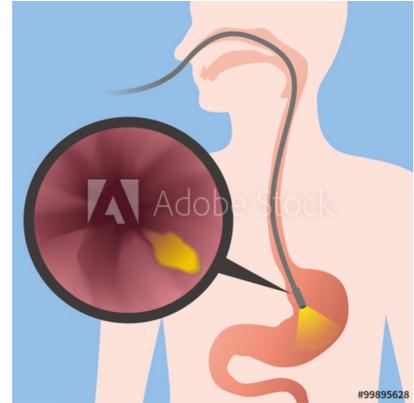
Certains patients sont totalement asymptomatiques, notamment en cas d'obésité ou de diabète. Le reflux est alors découvert par hasard, lors d'un contrôle d'endoscopie (caméra).

Rarement, le reflux se manifeste par un saignement (vomissements sanglants, selles noires ou anémie à la prise de sang) ou par des difficultés à s'alimenter.

Comment fait-on le diagnostic du reflux et d'hernie hiatale?

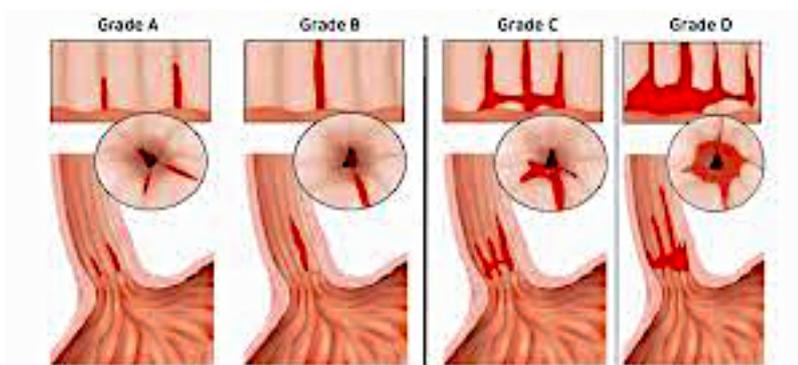
Les blessures acides de l'oesophage sont bien visibles à l'endoscopie (caméra).

L'examen est réalisé par un gastroentérologue, sous anesthésie locale de l'arrière gorge ou sous anesthésie générale (simple sédation).



Grâce à la caméra, les lésions liées à la brûlure acide de l'oesophage sont visibles sous forme d'ulcérations de la muqueuse (taches rouges).

On parle d'**oesophagite peptique**.



Il existe différents grades d'oesophagite selon le degré d'atteinte ulcéreuse, le grade A étant débutant, le grade B modéré et les grades C et D avancés.

Des biopsies sont toujours réalisées afin d'exclure toute dégénérescence cancéreuse liée à l'exposition acide.

De même, une bactérie est recherchée dans les prélèvements. Il s'agit de l'hélicobacter pylori. Elle sera traitée conjointement au reflux par un traitement antibiotique.

En cas d'hernie hiatale large à l'endoscopie, il faudra réaliser d'autres examens :

1. une radiographie de transit oesophagien (radiographie avec un produit à avaler, non douloureux),
2. une manométrie oesophagienne (mesure de pressions de l'oesophage sous anesthésie à la recherche d'un trouble moteur),
3. une pH-métrie de l'oesophage (recherche d'un reflux),
4. un scanner thoraco-abdominal,
5. un bilan cardiaque et pulmonaire.

Quand a-t-on recours à la chirurgie?

Le traitement médical du reflux

Il consiste en médicaments dits «inhibiteurs de la pompe à protons» (pantomed, oméprazole, nexiam, ...) qui permettent de soulager les symptômes, de cicatriser d'éventuelles lésions et de prévenir les récurrences au prix d'un traitement pris de façon journalière.

Le reflux n'est pas une maladie qui menace le pronostic vital. Il faut analyser parfaitement les symptômes, évaluer leur durée, leur impact sur la qualité de vie et vérifier, par une endoscopie digestive, s'il existe ou non des lésions importantes (oesophagite, Barrett) de la muqueuse œsophagienne.

Si le malade répond bien au traitement médicamenteux, on peut, après quelques semaines, tenter de le réduire, voire de l'interrompre, tout en donnant les conseils diététiques.



La chirurgie est proposée dans les circonstances suivantes:

1. en cas d'hernie hiatale , la chirurgie permettant de corriger le défaut anatomique responsable du reflux.
2. chez les sujets jeunes (< 40 ans): afin d'éviter les traitements médicamenteux au long court;
3. en cas de récurrence des symptômes lors de l'arrêt momentané du traitement médical;
4. en cas d'inefficacité du traitement médical sur les symptômes;
5. en cas de symptômes non digestifs (difficultés à respirer, douleurs thoraciques, occlusion, anémie...);
6. en cas de lésion précancéreuse de l'oesophage (Barrett);

Quel type de chirurgie?

L'intervention anti-reflux la plus commune est appelée **FUNDOPLICATURE SELON NISSEN.**

Cette chirurgie est toujours réalisée par de 4 mini-incisions de 1 cm (laparoscopie).

Elle nécessite de gonfler le ventre avec un gaz, sous anesthésie générale.

La durée opératoire est de moins d'une heure.

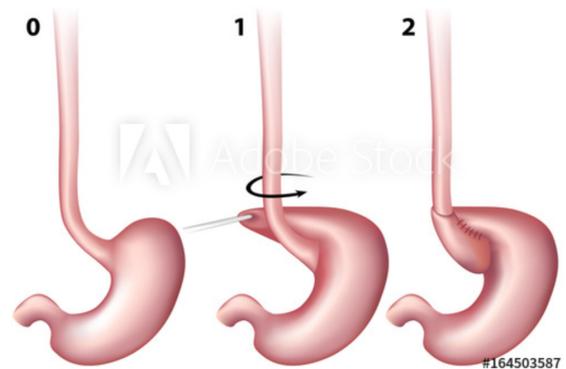


Le geste chirurgical contient **2 étapes:**

- la partie de l'estomac qui est montée dans le thorax (hernie hiatale) est ramenée en position normale dans le ventre. Ensuite, le trou par lequel l'estomac était remonté est fermé à l'aide d'un fil.



- La partie haute de l'estomac, appelée « fundus », est utilisée pour être enroulée autour de la partie basse de l'oesophage, comme une cravate. On parle de FUNDOPLICATURE. Cette valve se gonfle d'air et empêche les remontées acides.



Je réalise l'opération en hôpital de jour ou en séjour d'une nuit, la chirurgie étant une procédure sans ouverture de l'estomac et donc sans risque.

Le montage chirurgical est efficace dans plus de 95% des cas. Il permet la disparition des symptômes de reflux et l'arrêt complet des traitements médicamenteux.

Les douleurs sont minimales, la durée d'arrêt de travail est d'une semaine. Par contre, les efforts abdominaux doivent être limités le premier mois (p ex: porter des charges, faire du sport, pousser pour aller à selle, ..)

La reprise de l'alimentation est immédiate, dès le soir de l'opération.

La difficulté à la déglutition est pratiquement systématique au début du fait de la transformation de l'anatomie et de l'inflammation des tissus opérés. Les aliments empruntaient un boulevard alors que maintenant il y a un « entonnoir » qui va progressivement s'élargir et permettre une alimentation normale.

Il est donc important, au début, d'apporter une attention particulière au moment des repas : de bien mâcher, faire des petites bouchées puis progressivement en fonction de l'amélioration des troubles les repas deviennent normaux. Il faut souvent entre 2 et 3 mois pour retrouver des sensations normales. Pendant cette période, les repas pris trop rapidement ont toutes les chances de favoriser les sensations de blocages.

Certains conseils sont donnés pour assurer un confort optimal pendant cet intervalle postopératoire:

1. Débuter par une alimentation liquide, puis élargir progressivement vers un régime ordinaire, pris par petites bouchées, bien mastiquées. Les repas sont fractionnés en 4 à 6 prises/jour.
2. Eviter de boire 30 minutes avant et après le repas. Tant que possible, éviter les boissons gazeuses.
3. Réduire la consommation des substances qui diminuent le tonus du sphincter anti-reflux tels que l'alcool, la caféine mais aussi le tabac.
4. Modérer la prise d'aliments ralentissant la vidange gastrique (fritures, épices, chocolat, pain très frais, café au lait ou lait à jeun, concombre, oignons crus, ail, poivrons, agrumes, cornichons,...)
5. Eviter, les deux premiers mois, les aliments indigestes et fibreux comme certaines viandes (carbonade, steak,...) et légumes (cruautés, asperges,...)

D'autres inconvénients peuvent survenir, comme après toute intervention chirurgicale. Elles sont sans conséquence et n'empêchent pas de reprendre une vie et une activité normales :

1. une petite distension du ventre liée à l'injection de CO₂ et à la dissection.
2. des inconforts aux épaules liées aussi aux gaz utilisés pour la laparoscopie. Elles ne sont pas systématiques et disparaissent après 48h.

3. une sensibilité au niveau des incisions, voire un éventuel hématome. Cette gêne sera essentiellement présente lors des efforts musculaires et disparaîtra spontanément. Les incisions sont de petite taille (1 cm). Leur cicatrisation est rapide.
4. des troubles digestifs : inconfort alimentaire, hocquet, ballonnement abdominal, transit rapide. Il se rencontrent au début et disparaissent en général progressivement.
5. Petite particularité: il est difficile de vomir ou de roter après une intervention de Nissen. Ce phénomène est lié à l'efficacité de la valve anti-reflux. Il explique aussi pourquoi après l'opération les gaz et les ballonnements sont, au début, un peu plus fréquents.
6. un dumping syndrome, c'est à dire des malaises au moment des repas, surtout au repas de midi, avec sueurs, bouffées de chaleur, céphalées, diarrhée obligeant le patient à s'allonger une demi-heure, est de survenue exceptionnelle. L'amélioration passe par une fragmentation des repas et une alimentation riche en fibres.
7. une perte de poids (en moyenne 5 kilos) est observée après l'opération, liée à l'alimentation souvent moins abondante au début.

Au long cours

On admet qu'il y a 5 % de récurrence à 5 ans et 10 % à 10 ans. Dans ces cas un simple traitement médical peut suffire à guérir les troubles, il est aussi possible de réopérer en principe par cœlioscopie.

D'autres opérations existent.

Elles ne seront qu'énumérées car réalisées au cas par cas.

Il s'agit notamment du by-pass gastrique (proposé en cas de reflux chez le sujet obèse) ou de l'intervention de Toupet (une variante de la fundoplicature de Nissen, proposée en cas de trouble moteur de l'oesophage afin de ne pas causer d'inconfort).