

# Chirurgie du reflux gastro-œsophagien

## Le reflux gastro-œsophagien et la hernie hiatale : qu'est-ce que c'est ?

La jonction entre l'œsophage et l'estomac, appelée cardia, est normalement maintenue en place sous le diaphragme.

Dans cette position, le cardia joue un rôle de clapet anti reflux qui empêche la remontée des aliments et de l'acide de l'estomac vers l'œsophage.

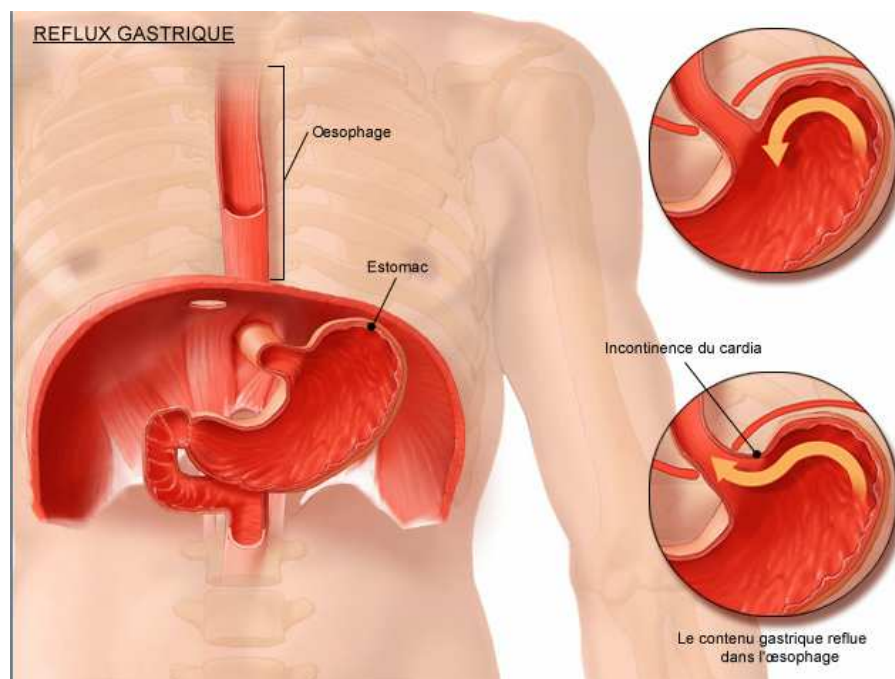
Lorsque les berges du diaphragme se relâchent, on assiste à une migration de la jonction oeso-gastrique, voire d'une partie de l'estomac à l'intérieur du thorax : c'est une **hernie hiatale**.

La conséquence est une perte de la contenance du clapet. La sécrétion acide de l'estomac reflue alors dans l'œsophage : c'est ce que l'on appelle **le reflux gastro-œsophagien**.

Le reflux gastro-œsophagien provoque à long terme une inflammation du bas de l'œsophage (appelée œsophagite) et se traduit cliniquement par :

- des brûlures dans la poitrine, qui augmentent lorsque l'on se penche en avant,
- des douleurs à la déglutition, et des régurgitations amères et acides,
- une toux nocturne parfois, due à une irritation des bronches par le reflux acide en position allongée.

Plus rarement cette inflammation peut conduire à une anémie par saignement de l'œsophage.



## La chirurgie du reflux gastro-œsophagien par voie cœlioscopique.

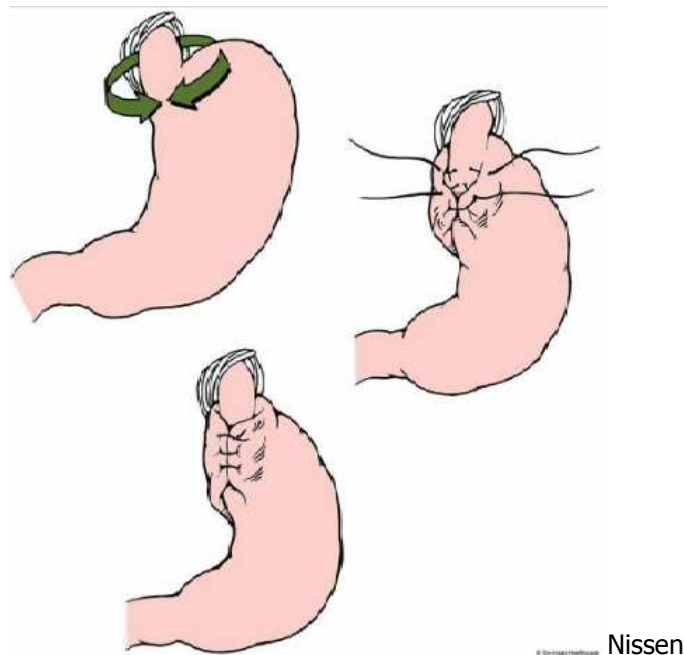
La cure chirurgicale de la hernie hiatale, avec reflux, consiste à repositionner correctement l'estomac sous le diaphragme (en intra-abdominal) et à reconstituer une valve anti-reflux.

Cette valve est formée par la partie supérieure de l'estomac, que l'on cravate autour de la partie basse de l'œsophage, sur 180°(Toupet) ou 360°(Nissen).

L'intervention est réalisée, dans la majorité des cas, par cœlioscopie grâce à 5 orifices de 5 à 10 mm et à l'aide d'un système de camera.

Cette voie d'abord peut parfois être « convertie » en une incision classique de l'abdomen, en raison de difficultés rencontrées lors de l'intervention. Il ne s'agit pas d'une complication mais d'une adaptation technique.

Cette intervention est de réalisation courante et donne généralement d'excellents résultats à long terme, avec disparition des symptômes et de l'œsophagite dans environ 90 % des cas.



### Peuvent bénéficier de cette chirurgie :

- Les patients ayant des régurgitations importantes, persistantes sous IPP (médicament anti acide) avec disparition du pyrosis,
- Les patients ayant des symptômes typiques de reflux et une disparition des symptômes avec traitement anti-sécrétoire.

Une évaluation médicale complète par un chirurgien spécialisé, après consultation auprès de votre médecin traitant et d'un gastro-entérologue, est nécessaire pour déterminer si l'intervention est le meilleur choix pour vous.

## **Quels sont les risques opératoires ?**

L'effet secondaire principal de l'intervention est une sensation de blocage alimentaire (dysphagie) qui s'estompe généralement au bout de 6 à 8 semaines.

Des complications peuvent survenir lors de tout acte chirurgical comme la phlébite, l'embolie pulmonaire, l'hémorragie, l'embolie gazeuse et l'infection.

Des complications spécifiques à la cure de hernie hiatale peuvent exister :

- Plaie vasculaire (artère ou veine),
- Traumatisme de la rate (située à côté de l'estomac), pouvant nécessiter son exérèse,
- Blessure d'un organe abdominal, et plus particulièrement plaie de l'œsophage,
- Pneumothorax (perforation de la plèvre),
- Troubles fonctionnels : difficultés pour vomir, troubles du transit et de la vidange gastrique par plaie du nerf vague.

Des modifications locales découvertes durant l'intervention, ou l'apparition d'une complication inattendue, peuvent conduire votre chirurgien à modifier l'intervention initialement prévue, et à tout mettre en œuvre pour remédier aux difficultés rencontrées.

En résumé, une intervention chirurgicale n'est pas dénuée de risque, mais toutes les précautions seront prises afin de les éviter. La décision d'une intervention sera prise en fonction de la balance bénéfiques/risques.

## **En post opératoire**

Un examen radiologique de contrôle peut être demandé le lendemain de l'intervention.

La réalimentation se fait de manière progressive selon les consignes de la diététicienne.

La sortie est possible habituellement au troisième jour post-opératoire, accompagnée des prescriptions nécessaires.

Une consultation de contrôle post-opératoire 4 à 6 semaines suivant la chirurgie est fixée avec votre chirurgien, afin de s'assurer de l'absence de tout problème.