

Reflux gastro- œsophagien et/ ou hernie hiatale

CHU de Nantes
Institut des maladies de l'appareil digestif
1 place Alexis Ricordeau – 44 000 Nantes

Madame, Monsieur,

*L'équipe médicale et soignante met à votre disposition ce livret d'information **sur la prise en charge du reflux gastro-œsophagien et/ou de la hernie hiatale**. Nous souhaitons que ce document vous apporte les réponses à vos interrogations. N'hésitez pas à nous solliciter pour avoir des informations complémentaires à celles que vous avez déjà. Nous restons à votre entière disposition.*

Qu'est-ce que c'est qu'un RGO ?

Le reflux gastro- œsophagien (RGO) se définit par le passage intermittent ou permanent d'une partie du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage.

Cette remontée de liquide gastrique est un phénomène physiologique normal mais on parle souvent de RGO pour désigner le reflux gastro œsophagien pathologique, c'est-à-dire avec des symptômes et pouvant provoquer des lésions de l'œsophage. Le RGO est, en effet, une maladie chronique bénigne mais qui expose à des complications parfois sévère comme une inflammation de l'œsophage (œsophagite, lésion précancéreuse de l'œsophage...).

Quelles en sont les causes ?

Le RGO est la conséquence d'une inefficacité de la «barrière anti reflux » située au niveau de la jonction de l'œsophage et de l'estomac. Le RGO est une pathologie extrêmement fréquente : **5 à 10 % de la population déclare un épisode un épisode de RGO quotidien et 30 à 45 % en déclarent un par mois.**

Le reflux peut avoir pour origine un mauvais fonctionnement du sphincter œsophagien inférieur (il est hypotonique). Il peut également être lié à une hernie hiatale, c'est-à-dire une position anormale de l'estomac qui glisse au travers du diaphragme par une ouverture appelée hiatus œsophagien pour se retrouver au-dessus de celui-ci.

Les autres facteurs à l'origine du RGO sont :

- L'hyperpression abdominale retrouvée dans l'obésité est au cours de la grossesse.
- Un antécédent de chirurgie gastrique.
- Un défaut de résistance de la muqueuse œsophagienne ou anomalie de sensibilité de cette muqueuse.
- Des anomalies du liquide gastrique : arrêt ou ralentissement de la circulation du liquide gastrique (stase gastrique), ou anomalies de composition du liquide gastrique en volume et en acidité.

Quelles sont les conséquences?

Les reflux irritent la muqueuse œsophagienne : c'est l'œsophagite qui est plus ou moins étendue. Sur le long terme, ces reflux peuvent entraîner des lésions précancéreuses de l'œsophage (endobrachyoesophage) qui si elles ne sont pas prises en charge peuvent entraîner un cancer de l'œsophage.

Quelles sont les symptômes ?

Le RGO se caractérise par deux symptômes:

- Une sensation de brûlure remontant derrière le sternum au départ de l'estomac.
- Des régurgitations acides.

Cet ensemble de signes constitue le pyrosis qui survient généralement après un repas (RGO post prandial) ou en position allongée ou penchée.

Il existe également des manifestations atypiques du RGO qui interviennent le plus souvent au cours de la nuit comme des sueurs nocturnes inexplicables. Il s'agit notamment de manifestations pulmonaires comme un asthme non allergique, une toux chronique inexplicables, une pneumopathie récidivante ou encore une fibrose pulmonaire. On retrouve également des manifestations ORL : la personne est enrhumée au réveil ou ressent une gêne ou l'impression qu'un corps étranger est bloqué au niveau du pharynx. Elle peut également ressentir une douleur thoracique évoquant une angine de poitrine. Enfin certaines personnes souffrant de RGO ont souvent un ORL récidivant.

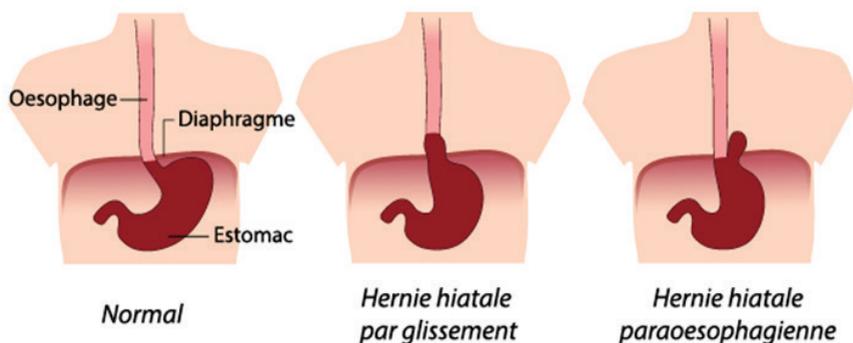
Qu'est-ce qu'une hernie hiatale ?

La hernie hiatale est une affection courante chez les adultes de plus de 50 ans. Normalement l'œsophage rejoint l'estomac juste en dessous du diaphragme. La hernie hiatale se produit quand une partie de l'estomac se trouve dans le thorax alors qu'elle devrait être dans l'abdomen sous le diaphragme. Cette jonction œsophage/estomac est nommée cardia, correspondant à une zone de transition entre les muqueuses œsophagiennes et gastriques considérée comme un site à haute pression.

Il existe deux types de hernie hiatale :

- hernie hiatale par glissement (90 % des cas)
- hernie hiatale par roulement (moins fréquente) (paraoesophagienne)

La hernie hiatale et le RGO ne sont pas obligatoirement lié.



Quelle est la prise en charge ?

Traitement médical du RGO

Il est tout d'abord médicamenteux avec des médicaments qui ont pour but de diminuer ou de neutraliser la sécrétion acide ou de favoriser la vidange de l'estomac et de stimuler le tonus du muscle fermant le bas de l'œsophage (sphincter œsophagien inférieur). Il existe trois groupes de médicaments : les anti acides ou pansement gastriques (maalox, gaviscon, rocgel ..) , les prokinétiques (motilium, metoclopramide..) et les anti sécrétoire notamment les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP comme l'omeprazole et ses dérivés..).

Des mesures hygiénodiététiques sont associées : arrêt du tabac, perte de poids en cas de surpoids, alimentation moins épicée, alimentation moins riche le soir ...

Quel est le bilan préopératoire si discussion d'une prise en charge chirurgicale ?

De manière générale, une endoscopie doit être réalisée chez un sujet de plus de 50 ans ou s'il existe des signes d'alarme, comme la douleur lors de la déglutition ou l'hémorragie. Cet examen permet de détecter une œsophagite ou des complications comme un ulcère, une sténose, ou encore un endobrachyœsophage.

Si une intervention est discutée (cf chapitre traitement chirurgical), une hospitalisation de jour est réalisée avec la réalisation d'une endoscopie haute, d'une PH métrique de 24h pour objectiver les reflux, d'une manométrie œsophagienne pour étudier la motricité de l'œsophage et enfin un TDM abdominal à la recherche d'une hernie hiatale.

Traitement Chirurgical du RGO

Le traitement chirurgical est indiqué en cas de réapparition des symptômes de pyrosis (brûlures rétro sternales) à chaque fois que le traitement prescrit par IPP est terminé, en cas d'une œsophagite sévère malgré le traitement instauré, d'une intolérance au traitement médicamenteux ou enfin en présence d'une hernie hiatale symptomatique responsable par exemple de troubles respiratoires ou manifestations ORL.

Concernant la hernie hiatale

La chirurgie permet d'abaisser et réintégrer l'estomac dans la cavité abdominale en dessous du diaphragme en cas de présence d'une hernie hiatale. On réalise une fermeture des piliers diaphragmatiques ± la mise en place d'une prothèse (si le défaut est large et/ou en cas de récurrence).

Concernant le RGO

On réalise une technique de fundoplicature qui consiste en une sorte de manchon (nœud de cravate) d'estomac autour de l'œsophage (valve). Ainsi, la partie haute de l'estomac est attirée en arrière de l'œsophage et vient l'envelopper pour créer une nouvelle barrière anatomique «anti reflux».

Nous avons une préférence pour la technique de fundoplicature selon Nissen (valve de 360°).



La durée moyenne de l'opération est entre 60 et 90 minutes, et la durée médiane de séjour est de 24 à 48 heures. Une radioscopie dynamique est réalisée le lendemain de l'intervention. Une alimentation mixée est préconisée pendant 3 semaines suivant l'intervention.

Enfin l'arrêt de travail en tenant compte des particularités de la profession et de 10 à 30 jours.

Complications Péri-opératoires :

Le risque vital est exceptionnel. Les principales complications per-opératoires spécifiques, en dehors des risques liés à laparoscopie notamment au moment de la création du pneumopéritoine ou de l'introduction du premier trocart, sont la plaie digestive (<2%), l'hémorragie par plaie du foie (plus fréquente en cas de gros lobe gauche stéatosique) ou de la rate nécessitant très exceptionnellement une splénectomie d'hémostase (<2%).

Le pneumothorax par ouverture de la plèvre gauche (<3%) est habituellement bien supporté et rapidement régressif, ne nécessitant pas de drainage, le CO₂ utilisé pour le pneumopéritoine étant rapidement éliminé. La conversion en laparotomie est le plus souvent motivée par des difficultés de repérage anatomique ou une hémorragie, sa fréquence est liée à l'expérience de l'opérateur et peut être actuellement estimée à moins de 5%. Il peut exister une gêne à l'alimentation qui n'est pas à proprement parler une complication mais plutôt un effet secondaire de l'intervention. Le passage des aliments est en effet ralenti puisque l'estomac a été resserré en haut.

Cette dysphagie est fréquente, et dans la majorité des cas, elle commence à s'améliorer après quatre à six semaines, c'est pour cela qu'une recommandation postopératoire d'une alimentation mixée et fractionnée pendant 3 semaines environ est indiquée.

On estime que 7 à 10% des patients ayant eu une fundoplicature seront opérés une seconde fois dû à un échec.

CHU de Nantes
livret d'information



CHU de Nantes
www.chu-nantes.fr

Centre hospitalier universitaire
5 allée de l'île Gloriette – 44093 Nantes Cedex 1
Pôle direction générale – Service communication – AVRIL 2021