

Reflux gastro-œsophagien

Nouvelle technique de traitement par voie endoscopique : la fundoplicature endoluminale

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est une maladie chronique qui concerne environ 10% de la population et qui a un impact considérable sur la qualité de vie. Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) pris quotidiennement sont très efficaces sur le pyrosis mais n'ont aucune action sur les symptômes de régurgitation et d'une manière générale sur les symptômes liés à la présence du contenu gastrique dans l'œsophage. Ces symptômes ne peuvent s'améliorer qu'en restituant la barrière anti-reflux.

Le traitement chirurgical restitue la barrière anti-reflux grâce à la reconstruction d'une valve au niveau de l'angle de His et d'un sphincter. Son efficacité pendant au moins une dizaine d'années est décrite dans plusieurs études, avec un taux de succès de plus de 90%. Cependant les gastro-entérologues et les médecins généralistes sont réfractaires à l'indication chirurgicale même par laparoscopie, à cause de l'anesthésie et de l'apparition de nouveaux symptômes tels que gaz bloating, diarrhée et dysphagie qui sont difficiles à traiter, dans environ 30% des cas. Enfin le succès de l'intervention est chirurgien-dépendant.

et ne crée pas à proprement parler une valve. On peut prédire qu'il y aura progressivement lâchage de la suture et diminution dans le temps de l'efficacité du système.

Les gastro-entérologues et les médecins généralistes sont réfractaires à l'indication chirurgicale même par laparoscopie.

Méthodes existantes

Actuellement il existe trois méthodes endoscopiques : la valvuloplastie par plicature, la sclérose par radiofréquence de la jonction esophage-gastrique diminuant la relaxation transitoire du sphincter inférieur de l'œsophage, et l'injection de matériel étranger.

La valvuloplastie par plicature semble la technique la plus prometteuse. Le système de suture Plicator NDO Surgical® a donné de bons résultats à six mois. Cependant la suture ne prend que 5 mm à 1 cm de la paroi gastrique

Au contraire, la nouvelle technique que nous proposons, Esophyx®, crée une valve en moyenne de 3,3 cm de longueur et sur une circonférence moyenne de 200°. Cette technique a été inventée par Stefan Kraemer (Seattle, Etats-Unis) et développée dans sa phase clinique par le Professeur G.B. Cadlière et le Dr A. Rajan après avoir effectué des expérimentations sur animaux et sur cadavres humains. La procédure, sous anesthésie générale, commence par l'introduction transorale de l'instrument dans l'estomac, l'endoscope étant glissé à l'intérieur du système (Figure 1). Après identification de la ligne Z, une aspiration fixe l'œsophage sur l'Esophyx®. L'œsophage

distal peut ainsi être poussé en dessous du diaphragme et s'engager dans l'estomac. La paroi de l'estomac au niveau de l'angle de His est rétractée grâce à une aiguille hélicoïdale. L'extrémité articulée de l'Esophyx® est utilisée comme une pince pour maintenir le tissu et former ainsi la plicature (Figures 2, 3, 4). La fixation de la fundoplicature séreuse contre-séreuse est réalisée grâce à des agrafes en polypropylène (Figures 5 et 6). Voici le résultat endoscopique (Figure 7).

La faisabilité a été démontrée. Tous les patients ont eu une valve plus ou moins complète mais dans un temps opératoire important comparé à la fundoplicature selon Nissen par laparoscopie.

L'amélioration du système et la maîtrise de la technique devraient permettre de diminuer ce temps pour finalement ne plus devoir réaliser l'intervention sous intubation. Dans la phase 1 c'est le chirurgien (GBC) qui a réalisé la valve sous le contrôle du gastroscopie en rétrovision tenu par le gastro-entérologue (AR). La synchronisation de la vision et de l'acte n'a pas été aisée et la maîtrise de la technique implique le savoir-faire à la fois du chirurgien et du gastro-entérologue (technique à quatre mains et deux têtes !).

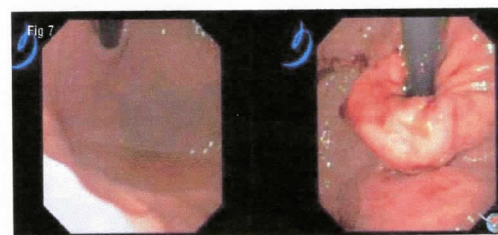
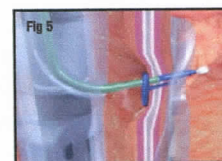
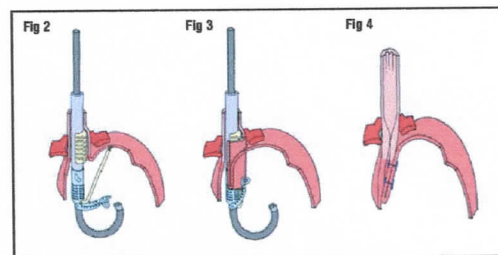
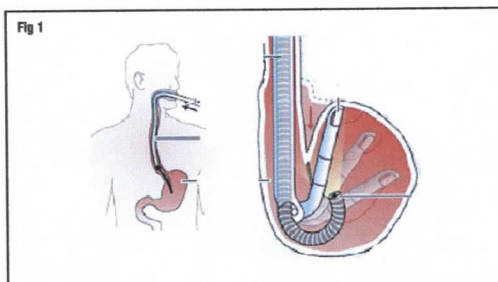
Résultats

Cette technique est sûre, les effets secondaires n'étaient en effet pas importants et se sont résolus spontanément dans les dix jours. Cette technique est en outre efficace à court terme. Après l'intervention, 90% des patients ont amélioré leur qualité de vie, 80% des patients ont retrouvé un taux d'acidité normal dans l'œsophage, et 70% d'entre eux s'abstiennent de tout traitement médicamenteux du reflux gastro-œsophagien.

Pr Guy-Bernard Cadlière
Clinique de Chirurgie Digestive
CHU Saint-Pierre



- endoscopie
- reflux gastro-œsophagien
- IPP



Pantozol

L'agenda Gastro

Vous organisez des réunions, conférences, symposiums, congrès...

Annoncez-les gratuitement dans L'agenda Gastro®

Laurence Van Liedekerke - Tél. : 02/702.70.11 - laurence.van.liedekerke@rouartmedica.be
Touvo Taymans - Tél. : 02/702.70.25 - touvo.taymans@rouartmedica.be