



# **RGO Les indications chirurgicales Qui, quand, comment ?**

Docteur Xavier POUGET  
Docteur Bernard CROGUENNEC

# Qui opérer ?

- **Indications évidentes:**

- Importantes malpositions cardio-tubérositaires symptomatiques
- Hernies par roulement
- RGO IPP Résistants
- RGO avec oesophagites sévères (III, IV) échec ttt médical

- **Indications non évidentes:**

- RGO IPP dépendant
- RGO avec manifestations oro-pharyngées ou bronchiques

# Qui opérer ?

- Une question essentielle:
  - La symptomatologie qui amène le patient à consulter correspond-elle vraiment à un problème lié au RGO ?
- La certitude diagnostique est essentielle dans l'indication opératoire.



# Qui opérer ?

- Les bases diagnostiques cliniques:
  - Pyrosis, régurgitations, syndrome postural
- Les supports paracliniques:
  - TOGD:
    - peu fiable (Se 30%) Intérêt dans les **malpositions cardio-tubérositaire**
  - Endoscopie:
    - Précise la malposition
    - Seul examen prouvant l'**existence ou non de l'oesophagite** et EBO
  - pHmétrie:
    - Se et Sp 80 à 90%
    - Essentielle pour **authentifier** un RGO sans oesophagite
    - **Quantifie** le RGO
  - Manométrie:
    - Essentielle dans les **formes atypiques**
    - Pression SIO
    - Troubles moteurs associés.

# Qui opérer ?

- **Conférence de Consensus**

- **Le RGO compliqué**

- Après échec du ttt médical
- Surveillance endoscopique

- **Le RGO IPPdépendant**

- Contexte clinique (âge, comorbidités, profil psychologique)
- Choix éclairé du patient ttt continu à vie ou chirurgie

- **Le RGO rebelle au ttt**

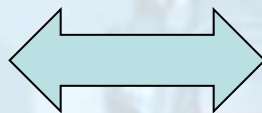
- Observance du ttt, respect des règles hygiéno diététiques
- Doubler la dose d'IPP (ttt Test)
- Choix éclairé du patient entre ttt non totalement efficace et chirurgie

- **Le RGO atypique**

- Après ttt plus prolongé minimum 8 semaines voir double dose
- Apporter la preuve de la relation RGO/SF Respiratoires ou ORL
- Bonne indication chirurgicale

# Qui opérer ?

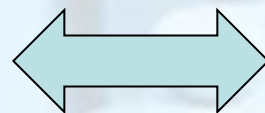
- **Les bonnes indications**



preuve du RGO

- RGO compliqué difficilement contrôlé par ttt médical
- RGO atypique avec SF bronchiques ou ORL

- **Indication la plus fréquente**



information éclairée

- RGO IPP dépendant

# Quand opérer ?

- **Sans tarder**
  - Hernies hiatales par roulement
    - Douleurs
    - Complications
  - Volumineuses Hernies hiatales par glissement
    - Symptomatiques
    - Compliquées
  - RGO évident, invalidant, IPP résistant

# Quand opérer ?

- **Sans se presser**
  - RGO IPP dépendant
    - Vérifier observance du ttt
    - Faire patienter, aucun risque à temporiser
    - Information éclairée +++
  - RGO Atypique
    - Certitude diagnostique ? Facteurs saisonniers.
    - Base documentaire sur les examens complémentaires
    - Argumenter le risque opératoire de ne pas améliorer complètement les manifestations ORL ou bronchiques

# Comment opérer ?

- **Pré opératoire**

- Explication argumentée
  - Du mécanisme du RGO
  - Schéma et modalités d'intervention
  - Diététique post opératoire
  - Possibilité de dysphagie transitoire
  - Tous les troubles ne doivent pas être attribués au RGO
  - Echo abdominale
- Indication « conjointe » avec le patient

CHIRURGIE FONCTIONNELLE LE PLUS SOUVENT

# Comment opérer ?

- **Per opératoire**

- La coelioscopie a révolutionné le ttt chirurgical

- Intérêts

- Pour le patient plus de confort

- Moins délabrante (éventration)
- Moins invalidante (durée hospit)
- Moins douloureuse
- Moins de complications
- Plus esthétique

- Pour la Sécu

- Hospitalisation courte
- Études coût entre ttt médical et chirurgie

- Pour le chirurgien

- Plus court et plus facile

# Comment opérer ?

- **Per opératoire**
  - Fundoplicature
    - Partielle: Toupet
      - Limite le risque dysphagique mais récurrence fréquente
    - Complète: Nissen et variantes
      - Moins de récurrences mais plus de dysphagie
    - Avec renfort composite
      - Risque migratoire, ulcérations oeso cardiales
  - Fondamental:
    - Bien apprécier le degré de serrement du montage
      - « si pas serré tout ka recommencé »
      - « si trop serré toi ka plus mangé »

# Comment opérer ?

- **Post opératoire**
  - Suivi post opératoire:
    - Rx thorax en salle de réveil
    - Sonde oesogastrique enlevée dans les heures qui suivent
    - Alimentation lisse le lendemain
    - Puis mixée et fractionnée sur 1 mois
    - Reprise activité à 10 jours
  - Problèmes
    - Dysphagies prolongées (1 à 8%)
      - Temporisation 2 à 3 mois
      - Dilatation endoscopique
      - Reprise chirurgicale
    - Gas Bloating Syndrome

# Comment opérer ?

- Post opératoire
  - Echechs
    - Récidive à distance (surtout avec coelio)
    - Problèmes de vidange gastrique (lésions Vagues)
    - Migration Intra Thoracique MIT
    - Souvent dus à de mauvaises indications sur une chirurgie fonctionnelle
  - Résultats
    - Efficacité sur le reflux 95%
    - Indice de satisfaction 85%
    - Réintervention 2%

# Conclusion

- Avancée majeure avec la coelioscopie
- Chirurgie « fonctionnelle »
- Information « très » éclairée sur les résultats
- Savoir faire patienter
- Bien apprécier le terrain psychologique