

GENERALITES :

Le reflux gastro-oesophagien est une pathologie dans laquelle l'acide et la bile de l'estomac remontent dans l'oesophage. Une part de reflux est normale lors d'éruptions, spécialement après des repas. Toutefois il peut être anormal et causer une symptomatologie. Les causes peuvent être une béance hiatale avec ascension partielle de l'estomac dans la cavité thoracique ou un relâchement du sphincter oesophagien inférieur.

SYMPTOMATOLOGIE :

Brûlures et douleurs épigastriques qui débutent dans la région mammaire et remontent en direction de la gorge ou des mâchoires.

Sensation de remontée alimentaire ou liquide essentiellement en position couchée ou penchée en avant (signe du lacet).

En position couchée, les sécrétions de l'estomac peuvent remonter le long de l'oesophage et engendrer une symptomatologie de toux chronique avec éventuelles broncho-aspirations.

DIAGNOSTIC :

Il sera nécessaire d'investiguer cette pathologie par divers examens.

TOGD : un liquide radio-opaque (baryté) vous sera donné afin que vous l'avaliez et que nous pratiquions des radiographies du thorax durant les phases de déglutition. Ce liquide permettra de voir non seulement la contractilité oesophagienne mais mettra en évidence une éventuelle béance cardiale, une ascension de l'estomac dans le thorax ou des troubles moteurs oesophagiens.

L'oesophagoscopie : cet examen est en général pratiqué par le gastro-entérologue. Il permettra de mettre en évidence un reflux acide avec irritation de la muqueuse oesophagienne pour lequel un traitement par anti-acide (pompe à protons) sera proposé.

L'examen est le plus souvent effectué sous sédation.

Manométrie : il s'agit d'un cathéter extrêmement fin, flexible que vous allez avaler et qui descendra le long de votre oesophage. A l'intérieur de ce tube il existe des capteurs qui permettront de mesurer les pressions lors des mouvements de déglutition. Cet examen permet de déterminer les causes et l'importance du reflux.

TRAITEMENT :

Le traitement du reflux gastro-oesophagien est initialement conservateur. On utilise la gravité, afin que les sécrétions gastriques restent dans la cavité abdominale. Pour cela surélevez la tête, évitez de manger au lit et de vous couchez immédiatement après la prise des repas.

On diminue également l'ingestion de jus ou de liquides qui pourraient aisément remonter le long de l'oesophage.

On utilise des médicaments anti-acides ou des pompes à protons. Finalement on diminue la pression sur l'estomac en mangeant de petites quantités à la fois, en contrôlant son poids en évitant des habits trop serrés et en arrêtant de boire de l'alcool ou de fumer. Ces 2 facteurs augmentant nettement le reflux acide.

Après avoir contrôlé ces facteurs et en l'absence d'amélioration sous pompe à protons, seule une intervention peut venir à bout de cette symptomatologie.

L'intervention s'effectue actuellement en laparoscopie. Cette technique est moins douloureuse et la convalescence est plus courte.

Le laparoscope est une optique qui permettra l'exploration de la cavité abdominale, 3 ou 4 autres mini-ouvertures cutanées seront pratiquées afin de pouvoir mener à bien l'intervention.

On vise la réduction du contenu ascensionné dans la cavité thoracique en pratiquant une raphie des piliers diaphragmatiques.

Finalement, on confectionne une valve gastrique péri-oesophagienne en remplacement du sphincter oesophagien inférieur déficient.

PREPARATION PRE-OPERATOIRE :

ECG, radiographie de thorax.

A jeun dès la veille de l'intervention à minuit.

OPERATION :

S'effectue en anesthésie générale.

La partie inférieure de votre oesophage sera entourée par le fundus gastrique, de cette manière on recrée un sphincter. L'opération prend habituellement 2h.

SOINS POST-OPERATOIRES :

Après l'intervention, vous serez amené à la salle de réveil, pour observation. Une fois votre pression sanguine, pulsation et votre respiration stabilisées vous pourrez regagner votre chambre.

La plupart du temps, une sonde gastrique est laissée en place pour 24h afin d'aspirer le liquide gastrique et vous éviter les nausées.

La douleur est contrôlée par des antalgiques.

Le 1^{er} soir de l'intervention vous serez accompagné par une infirmière aux toilettes.

Le lendemain nous pratiquerons un transit à la Gastrografine afin de s'assurer de l'absence de fuite et de l'aspect du montage.

Une fois l'examen pratiqué, nous procéderons à l'ablation de la sonde gastrique et vous pourrez débuter un régime sous forme liquide qui sera rapidement augmenté en fonction de votre tolérance (turmix 10 jours).

Comme dans toute opération, les complications sont toujours possibles. Dans ce type d'opération, il s'agit essentiellement de saignements, lésion oesophagienne ou de la rate, pneumonie, infection, embolie ou thrombose et d'autres plus rares.

Vous devriez pouvoir quitter l'hôpital au bout de 3 à 5 jours.

Des visites post-opératoires vous seront fixées à votre départ.

SOINS A DOMICILE :

Vous pourrez marcher d'emblée même monter des escaliers mais ne faites pas d'activité sportive durant les 15 premiers jours.

Nous vous conseillons un régime à base d'aliments mixés.

Prenez les médicaments prescrits par votre médecin. Pour la reprise du travail, comptez une période de 3 semaines environ.

Appelez votre médecin si :

- Difficultés à avaler, toux incessante.
- Incisions rouges ou oedématisées
- Il existe un écoulement
- Vous développez une température supérieure à 38.5°
- Vous avez des questions.