



52<sup>e</sup> CONGRÈS

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
DE CHIRURGIE

19 AU 22 MAI 2022

FAIRMONT LE MANOIR RICHELIEU

# CHIRURGIE DIGESTIVE HAUTE ET INCLUSION

# **RGO – Chirurgie ou Traitement médical?**

**Emilie Comeau, MD, FRCSC, Professeure titulaire  
Charles Ménard, Bpharm, MD, FRCPC, Professeur agrégé  
CIUSSSE-CHUS, Université de Sherbrooke**

# DIVULGATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

TYPE D'AFFILIATION	COMPAGNIES	PÉRIODE
Emilie Comeau Aucun	NA	NA
Charles Ménard Comité consultatif Présentateur invité	Pendopharm	2020-2022
Présentateur invité	Pentax	2021-2022

# OBJECTIFS

- 1. Reconnaître les écueils de la prise en charge du RGO**
- 2. Investiguer de façon adéquate le problème**
- 3. Proposer au patient un traitement optimal adapté à sa situation**



# ATTENTION!



**Toute ressemblance avec des  
personnes ou situations est une pure  
coïncidence**



# RGO: Fréquence et risques

- **RGO = Condition très fréquente**
  - 8-33% population Amérique du Nord
- **7-10% RGO développent un Barrett**
- **40% carcinomes précoces n'ont pas de sx de RGO**

# Symptômes de RGO

## Typiques:

- Pyrosis
- Régurgitations amères

## Atypiques:

- Douleurs thoraciques non-cardiaques
- Sx extra-oesophagiens
  - ORL: laryngite/sinusite/otite/érosions dentaires
  - Pneumo: asthme/toux chronique

# DDx Symptômes RGO-like

- **Oesophagite à éosinophiles**
- **Troubles moteurs oesophagiens**
  - Achalasie
  - SOI hypotensif
  - Contractilité inefficace
- **Anomalies fonctionnelles**
  - Éructations supra-gastriques
  - Syndrome de rumination

# ÉCUEILS TX MÉDICAL

**Ad 40% des pts auront réponse sx inadéquate avec IPP**

- Symptômes RGO-like réfractaires (RGO?)
- Symptômes de RGO réfractaires (chez RGO prouvé)
- RGO réfractaire (persistance signes objectifs de RGO +/- Sx)

**Si réponse partielle = augmenter IPP à BID\***

- Inobservance 50%
- Variabilité inter-individuelle du métabolisme des IPP
- Aucun impact sur mécanisme du RGO ou fréquence des épisodes de RGO

**S'assurer de compréhension que but du traitement est qualité de vie acceptable et non résolution du RGO à 100%**

# ÉCHEC AU TX MÉDICAL USUEL

**Changer d'IPP et prise BID (polymorphisme enzymatique)**

**Épisodes Sx: Antiacides à base d'alginat**

- Utiles pour pyrosis post-prandial (ex: Gaviscon® et Maalox®)

**Sx nocturnes: Antagonistes des récepteurs H2**

- Développement de tolérance/tachyphylaxie

**Régurgitations ou éructations: Agonistes GABA**

- Utiles pour diminuer les relaxations transitoires du SOI (ex: baclofène)
- Usage limité par la somnolence

**Trouble vidange gastrique: Prokinétiques**

- Dompéridone (quelques études; amélioration qualité vie) - Métoclopramide (peu d'évidence) - Prucalopride

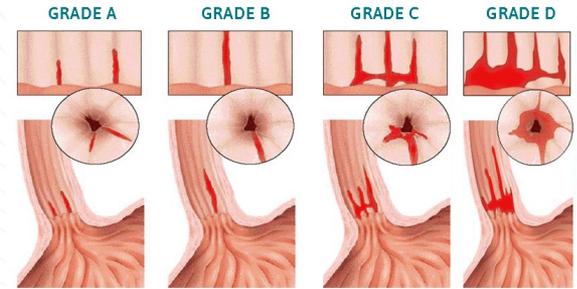
# COMMENT INVESTIGUER DE FAÇON ADÉQUATE



# OGD ET PH MÉTRIE OESOPHAGIENNE

OGD pour éliminer un autre diagnostic est essentiel mais l'examen de choix pour confirmer la présence de RGO est la pHmétrie-impédance

- **En absence de RGO confirmé: OGD / MII pHmétrie sans rx**
  - Oesophagite grade C ou D
  - Sténose peptique réfractaire
  - Œsophage de Barrett > 3cm
  - pHmétrie positive sans rx
- **En présence de RGO confirmé = OGD/ MII pHmétrie avec rx**
  - Oesophagite grade B, C ou D
  - Sténose peptique réfractaire
  - pHmétrie positive / > 80 épisodes RGO
- **Considérer positive une étude qui démontre un temps d'exposition à l'acide (TEA) pH <4 plus de 6%**



## Classification de LOS ANGELES

### Oesophagite grade B

Lésions de plus de 5mm sans extension entre les plis

### Oesophagite grade C

Lésions entre deux plis mais < 75% circonfer.

### Oesophagite grade D

Lésions confluentes > 75% circonfer.

# INVESTIGATION DU RGO RÉFRACTAIRE

## suite à la pHmétrie - impédance

- **Repas baryté – Évalue bien la barrière mécanique (et un peu la clairance)**
  - Éliminer la présence d'une HH
  - Évaluer la longueur oesophagienne
  - Important si intervention chirurgicale\*
- **Manométrie oesophagienne – Évalue bien la clairance oesophagienne**
  - Évaluer le péristaltisme
  - Important si intervention chirurgicale\*
- **Études de vidange gastrique**
  - repas baryté
  - transit solide isotopique

# PROPOSER AU PATIENT UN TRAITEMENT OPTIMAL

Excellence • Innovation • Collaboration



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
DE CHIRURGIE

# QUAND OFFRIR UN TX CHIRURGICAL ?

- **Patients qui auront la meilleure réponse sont ceux qui répondent bien au traitement médical**
  - Effets secondaires
  - Tolérance
  - Souhaitent arrêter la prise de rx
- **Patients avec reflux réfractaires**
  - Problème de barrière mécaniques tels que Hernie hiatale, SOI hypotensif ou présence de régurgitations comme symptôme prédominant résiduel

# ÉCUEILS TX CHIRURGICAL

## Échecs

- Investigation/Sélection patients est primordiale – Taux de réussite de 67-95%
- Les patients qui ont une hypersensibilité au RGO physiologique devraient être traités médicalement par neuromodulation

## Complications

- Aigues postopératoires
- Dysphagie chronique (7,4%)
- Syndrome de distension gastrique (Gaz bloat syndrome) et Diarrhées

## Récidive de symptômes et reprise d'IPP

- Contrôle des Sx à court terme idem aux IPP mais meilleure qité de vie avec chirurgie
- 28% reprise IPP au long terme

## Suivi endoscopique

- Barrett

# TX CHIRURGICAL

**L'étalon d'or dans le traitement chirurgical du RGO est la cure de HH associé à une fundoplicature**

- Approche LS = Approche robotique
- **Fundoplicature de Nissen**  
Fundoplicature postérieure de 360°
- **Fundoplicature de Toupet (ou autre fundoplicature partielle)**  
Fundoplicature postérieure de 270°

# CONSIDÉRATIONS CHIRURGICALES

## Choix du type de fundoplicature et de la division ou non des vaisseaux courts devrait être basé sur les valeurs des patients

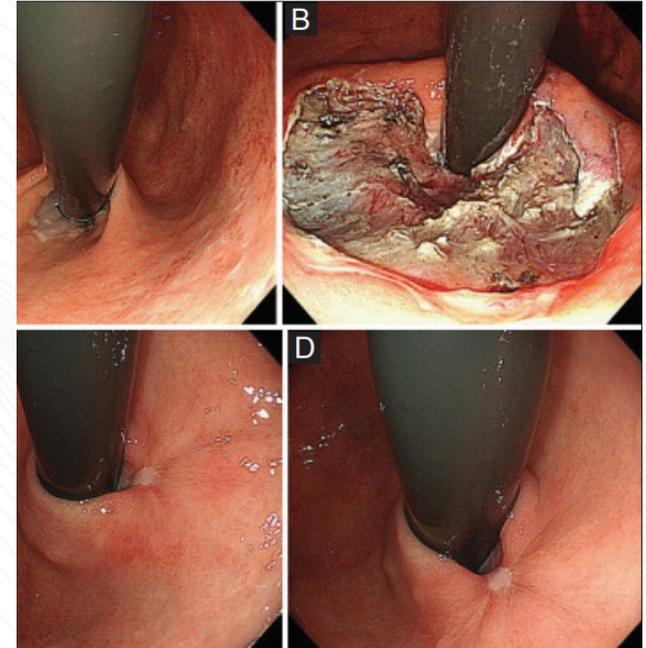
- **Fundoplicature complète:** Amélioration du RGO vs dysphagie
- **Fundoplicature partielle:** Absence de dysphagie postopératoire
- Division des vaisseaux courts
  - Amélioration du RGO vs risque de gaz bloat et augmentation des risques périopératoires

## Considérer une dérivation gastrique

- Patients obèses
- Troubles de la vidange gastrique réfractaire

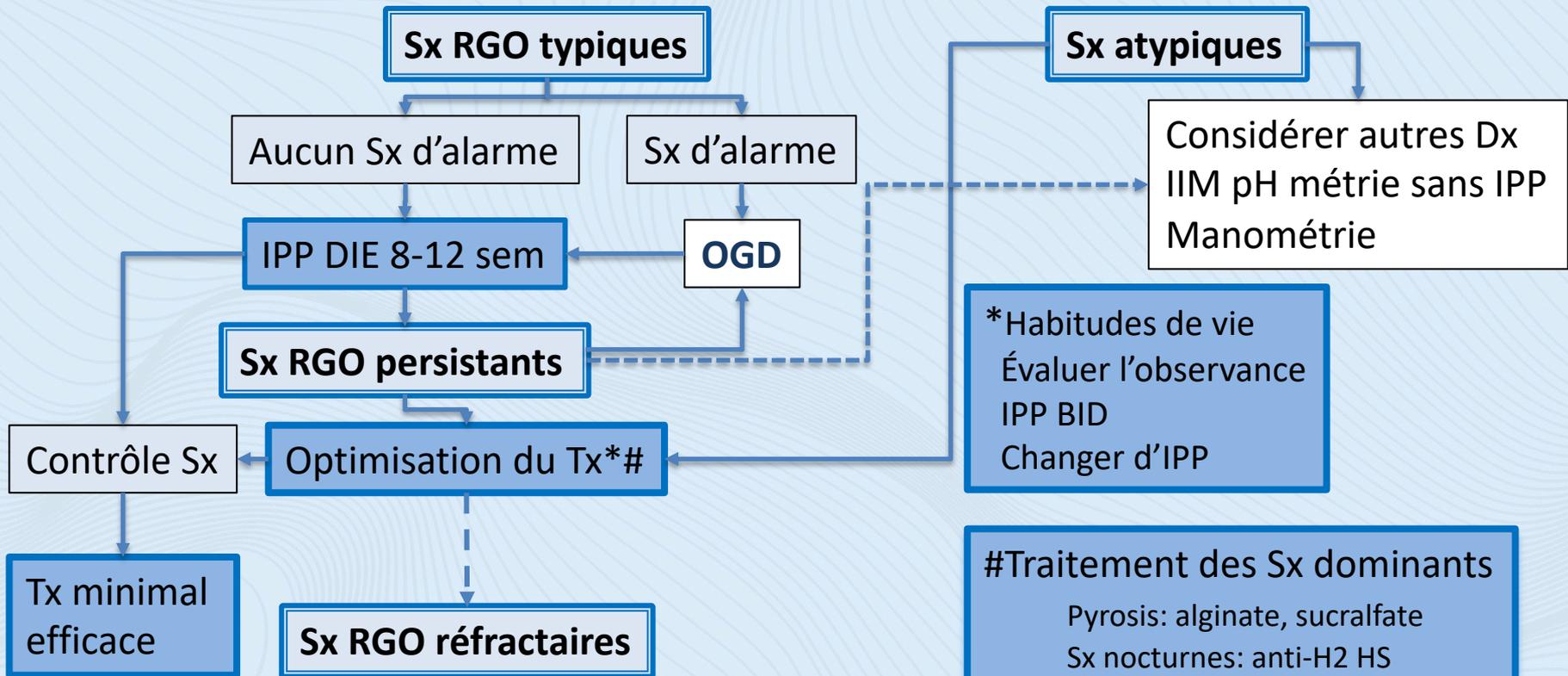
# PROCÉDURES ALTERNATIVES

- **Augmentation magnétique du SOI (LINX®)**
  - Procédure LS où un anneau magnétique est placé autour du SOI
  - Retrait requis 3-7% pour dysphagie, RGO, DRS
  - Érosion 0,15%
  - Amélioration régurgitations/pyrosis à 5 ans
- **Fundoplicature transorale (2007) TIF**
  - En réponse au développement du POEM
  - Wrap 270 degrés 2-3cm proximal à la jct GO
  - Perforation gastrique 2,4%
  - Amélioration 36% p/r IPP sans amélioration TEA
- **Radiofréquence du SOI (Stretta®)**
  - Évidences de pauvre qualité, bénéfices incertains
- **Mucosectomie / ablation muqueuse anti-reflux**
  - RME, cap, APC 100W, 270-320 degrés
  - Béance cardiale sans / petite HH par glissement



# MESSAGES-CLÉS





- **Objectif = amélioration des sx et qualité de vie**
- **Symptômes RGO-like  $\neq$  RGO**
  - Important d'objectiver que le reflux est bien présent
  - Endoscopiquement ou pHmétrie sans rx
- **Important d'objectiver que le reflux est réfractaire**
  - Vérifiez le bon usage et optimiser le traitement médical
  - pHmétrie avec rx

# Sx RGO réfractaires

RGO confirmé

RGO non-confirmé

Oesophagite LA grade B,C,D  
Sténose peptique réfractaire  
TEA > 6%  
>80 épisodes de reflux

OGD  
IMM pH métrie **avec** IPP  
Manométrie

OGD  
IMM pH métrie **sans** IPP  
Manométrie  
Repas baryté / transit isotopique

RGO acide  
réfractaire

RGO non-acide  
réfractaire

**Absence RGO significatif**  
Corrélation avec Sx:  
Hypersensibilité  
Absence de corrélation Sx:  
Sx Fonctionnel

Optimisation du Tx  
médical

Considérer procédure  
anti-RGO

- **Adapter le traitement aux anomalies documentées par les investigations**
- **Ne pas oublier de dépister le Barrett, même si le patient répond aux traitements**
- **Bien sélectionner les patients à opérer**
  - Répondent bien au traitement médical
  - Problème mécanique de HH ou SOI hypotensif
- **Bien sélectionner l'intervention chirurgicale**
  - Dérivation Gastrique si obésité
  - Dysphagie vs Syndrome de distension gastrique

# RÉFÉRENCES

- Yadlapati R, DeLay K. Proton Pump Inhibitor-Refractory Gastroesophageal Reflux Disease. *Med Clin North Am.* 2019 Jan;103(1):15-27.
- Guidelines for the Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux (GERD), SAGES, April 2021.
  - Toutes les recommandations sont conditionnelles et basées sur niveaux d'évidence très bas, bas ou modéré.
- McKinley SK, Dirks RC, Walsh D, et al. Surgical treatment of GERD: systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* Published online March 2, 2021.
- Armstrong D et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults - update 2004. *Can J Gastroenterol.* 2005 Jan;19(1):15-35
- Katz et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol.* . 2022;117(1):27-56.
- Yadlapati et al. AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022 May;20(5):984-994.e1.
- Zerbib el al. ESNM/ANMS consensus paper: Diagnosis and management of refractory gastro-esophageal reflux disease. *Neurogastroenterology & Motility.* 2021;33:e14075.
- Rettura et al. Refractory Gastroesophageal Reflux Disease: A Management Update. *Front. Med.*2021;
- Gyawali CP, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus . *Gut* 2018;67:1351–1362.
- Rodrigues de Santiago et al. *World J Gastroenterol* 2021 October 21; 27(39): 6601-6614