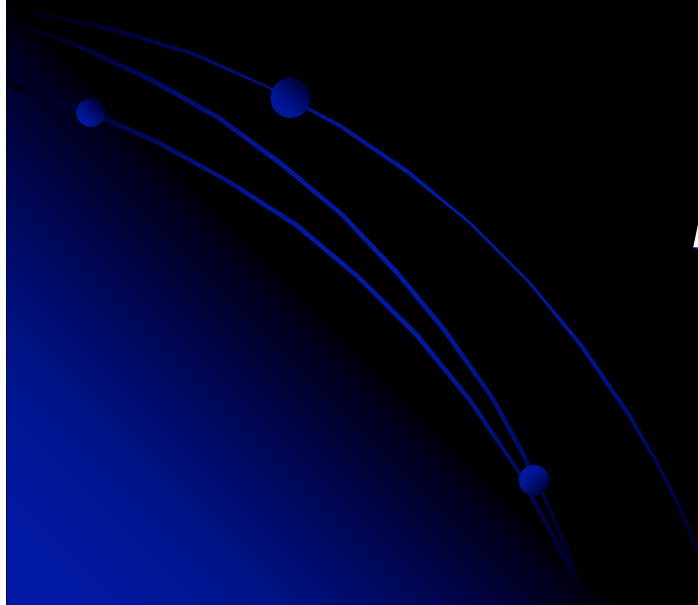


REFLUX GASTRO- OESOPHAGIEN

Mécanismes physio-pathologiques
modalités de présentation clinique
Alternatives thérapeutiques

P. de Lagausie
Chirurgie Pédiatrique,
Hôpital la Timone Enfant
MARSEILLE
FRANCE





Définition

- Remonté du contenu gastrique dans l'œsophage
- Physiologique chez le nouveau-né
- Évolution : guérison (orthostatisme)
- Mais : complications graves possibles
- Conséquences à long terme du RGO
 - Sténose peptique – Cancérisation



Physiopathologie

- Physiologique chez le nouveau-né
- Évolution : guérison (orthostatisme)



Marseille, 2007



Physiopathologie

- **Insuffisance de la barrière oeso-gastrique**
- **Principaux éléments anti-reflux:**
 - **Sphincter oesophagien inférieur (SOI):**
 - **Zone d'hyperpression fonctionnelle (8 à 10 cm d'eau)**
 - **Orifice crural du diaphragme (pilier droit)**
 - **Angle de His**
 - **Position intra abdominale du cardia (en cas d'hyperpression abdominale, rôle ++ dans l'absence de reflux)**



Physiopathologie

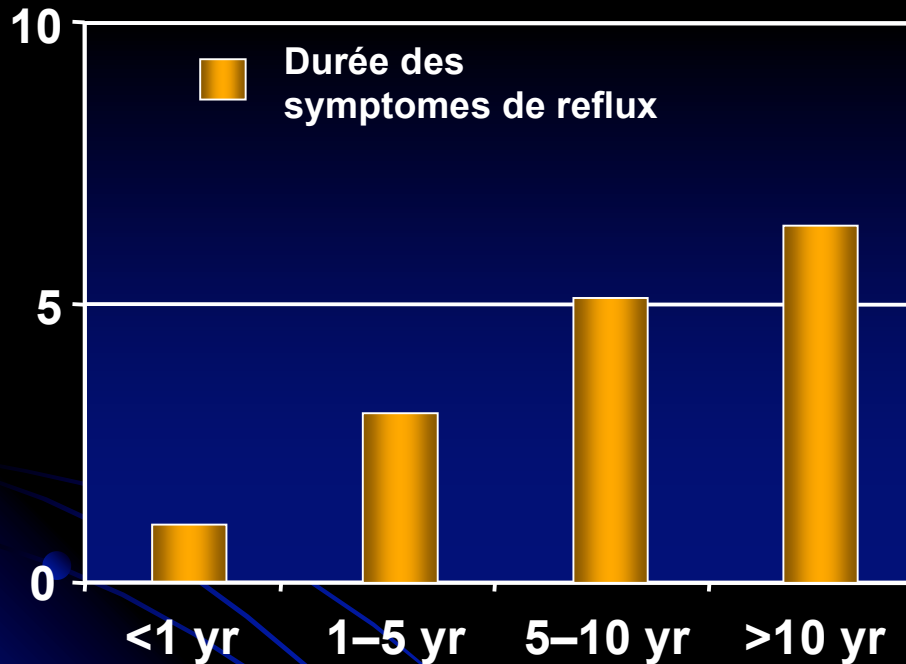
- **Il existe toujours un certain degré de RGO chez le sujet sain**
- **Le caractère pathogène dépend:**
 - **Fréquence et durée du reflux**
 - **Clearance oesophagienne**



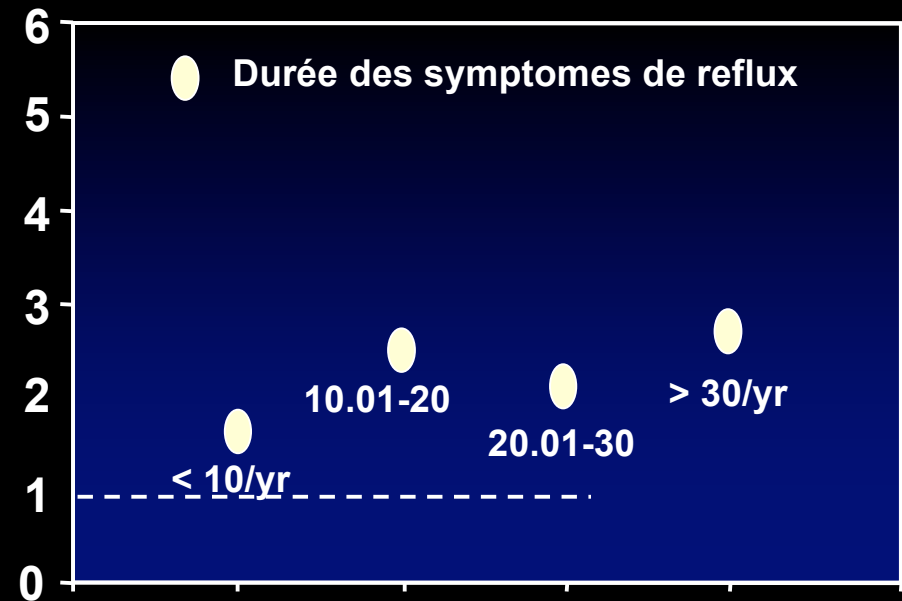
Après le reflux, le reflux ??

- RGO diagnostiqués en endoscopie dans l'enfance
- 207 patients retrouvés et interrogés, 80 réponses
- 20 ans : âge moyen
- Symptômes
 - 80% : 1 épisode de brûlures par mois
 - 30% : consommateurs d'IPP
 - 19/80 : Nissen
- Childhood GERD is a risk factor for GERD in adolescents and young adults*

Role of disease duration in Barrett's oesophagus and oesophageal adenocarcinoma in adults



Barrett's oesophagus



Adenocarcinome

Le risque relatif pour une pathologie débutant dans l'enfance n'est pas connu !!

Lieberman *et al.*, *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1293

Farrow *et al.*, *Cancer Causes Control* 2000; 11: 231

Lagergren *et al.*, *N Engl J Med* 1999; 340: 825



Clinique

- Signes digestifs:
 - Régurgitations – vomissements
 - **Hémorragie digestive : oesophagite**
 - Douleurs (refus de boire, pyrosis) – dysphagie
- **Cassure de la courbe de croissance**
- Manifestations respiratoires/ORL
 - Bronchites, toux chronique, pneumopathies, infection ORL
 - « **Asthme** »
- **Malaises / accidents paroxystiques ♥-respi**
- Anomalie de posture (torticolis)



Clinique

- **Vomissements et régurgitations:**
 - Souvent, peu abondants, fréquents, sans efforts
 - **En pratique: tous les intermédiaires possibles**
 - Vomissement blancs, ou alimentaire, parfois brun (sang), parfois teinté de bile !!!
 - Facilités par le décubitus
 - Formes émétisantes fréquentes (75 % avant deux mois)
- **Cassure de la courbe de croissance**
 - **Parfois difficile à relier au RGO**



Clinique

- Manifestations respiratoires:
 - Lien évident (RGO et TOUX – TOUX et RGO)
 - **En pratique: qui est l'œuf, qui est la poule ???**
 - Manifestations multiples: pneumopathies, laryngites, otites, rhino-pharyngite
 - Asthme ??
 - Impose un bilan exhaustif pour éliminer une responsabilité pulmonaire (muco, alpha-1-antitrypsine, test allergiques...)



Clinique

- Malaises – Apnées – « Mort subite rattrapée »:
 - Lien de causalité souvent établi (traces de RGO après « ressuscitation »)
 - **Bien interroger pour connaître les circonstances de ces malaises** (moment par rapport aux repas, cyanose première, bradycardie première, toux)
 - Bilan exhaustif: echo cœur, ROC- holter, ..
 - L'intervention n'est pas toujours la bonne réponse...



Clinique

- Hémorragie
 - 20 % des formes de reflux
 - Le plus souvent, hémorragie distillante (découverte sur une anémie ferriprive)
 - Hémorragies plus massives en période néonatale
 - Fibroscopie objective l'œsophagite +/- une gastrite associée



Clinique

- **Dysphagie**
 - Témoigne souvent de l'œsophagite
 - Peut se manifester par des refus du biberon, pleurs en cours de biberon, agitation nocturne ou post-prandiale
 - Parfois traduite par une alimentation liquide au long cours
 - Chez l'enfant plus grand: douleur retro-sternale
 - Parfois, chez l'IMC, sténose serrée passant longtemps inaperçue !!!



Clinique

- Torticolis: syndrome de Sandifer
 - Torticolis douloureux témoignant de l'œsophagite
 - Contraction musculaires abdominales synchrones du reflux
 - Parfois asymétrie faciale ou de modelage du crane
 - Hernie hiatale parfois associée
 - Attitude antalgique ??
 - Régresse parfois après la chirurgie



Traitement

- **LE TRAITEMENT DU RGO EST AVANT TOUT MEDICAL !!!!**
- **Recommandations ESPGHAN**
- **Palier I : réassurance des parents**
- **Palier II : mesures diététiques**
- **Palier III : traitements prokinétiques**
- **Oesophagite : antisécrétoires**
- **Palier IV : Positionnement du nourrisson**
- **Palier V : Chirurgie**

Vandenplas and al; Eur J Ped 1997; 156 : 343-57

Marseille, 2007



Le juste prix



- 58 mères dont les nourrissons ont un RGO
- Epreuve : quantifier un volume de lait versé sur un bavoir (5 ml et 10 ml)
- 57% ont surestimé à 5 fois la quantité
- Une mère a la bonne réponse
- Chiffre allant de 120 ml à 240 ml !!!!



Lait AntiReflux ou Anti Regurgitation ?

- Etude randomisée double aveugle avec un lait épaissi à la caroube
- Diminution du score de régurgitations significatives après 7 jours
- Aucune amélioration pHmétrique



LA FUMÉE BRÛLE L'ŒSOPHAGE

- Suivi prospectif sur 5 ans de 2 cohortes
- 127 : oesophagite (G1)
- 151 : pas d'oesophagite (G2)
- Dans le G1 79% des familles fument
- Dans le G2 39% des familles fument
- $p < 0.001$



Alors les médicaments ?

Prokinétiques dans le RGO :
demande des mères ou Base
Evidence Medicine ?



Metoclopramide entre dose...

- 42 nourrissons
- Evaluation pH métrique après
- 0.1mg/kg; 0.2mg/kg ou 0.3 mg/kg
- Pas de difference significative après 0.1 ou 0.2 mg/kg
- Résultat probant après 0.3mg/kg



Le PRIMPERAN

- Posologie:
- - posologie maximale: 0,4 mg/kg/j répartis dans la journée, en respectant un intervalle d'au moins 6 heures entre les prises.
- - Les prises ne doivent pas dépasser 0,1mg/kg, soit une goutte/kg toutes les 6 heures.



... Tolérance...

- Syndrome dystonique, crises oculogyres et cephalogyre
- 1 cas pour 30 000 traitements
- regression en 6 à 24 heures
- Méthémoglobinémie



Fréquence selon le labo

- 28,6 par million de prescriptions.
- (souvent lors de surdosage $> 0,5$ mg/kg/j mais aussi à des doses normales)
- 0-4 ans: 15,3 par million chez les garçons
- 22,9 par million chez les filles
- Filles de 12-19 ans: 190 par million



Et efficacité...

- 28 enfants
- Primperan* 0.5 mg/kg/j vs placebo
- Evaluation clinique, pH métrique et manométrique
- Le traitement aggrave le reflux !

Machida H and al J pediatr 1988; 112 : 483-7

Marseille, 2007



Dompéridone (Motilium*)

- 15 enfants (8 mois)
- Amélioration clinique
- régurgitations, toux, vomissements et irritabilité ($p < 0.01$)
- pHmétrie : IR 42.7 vs 26.9% ($p < 0.05$)

Grill B and al J pediatr 1985; 106; 311-

Etude de l'efficacité de la dompéridone dans le RGO du nourrisson après 4 semaines de traitement

(Bines et al., J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;14:400-5)

| | Dompéridone (n=8) | Placebo (n=9) |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------|
| pH-métrie | | |
| % temps pH < 4 | - 26 % | + 5 % |
| Nb de reflux | - 62 %* | + 75 % |
| Reflux le plus long | - 12 % | - 3 % |
| Vidange gastrique | - 23 % | - 29 % |

*p=0,001

Domperidone, mauvaise donne...

- Somnolence, diarrhée
- Manifestations extra pyramidales
- non dose-dépendant
- 1 cas sur 624 917 traitements
- Facteurs de risques: Posologies élevées, augmentation de la perméabilité méningée, jeune âge.

Essais contrôlés contre placebo :

- Métopramide PO : enfants 1 - 18 mois
 - 4 études contrôlées :
 - 1 effet en faveur du métopramide sur % pHmétrique
 - 3 : pas de différence significative
- Dompéridone :
 - 2 études contrôlées :
 - 1 effet en faveur du dompéridone sur nbre reflux pHmétriques
 - 1 : pas de différence significative

Étude de l'efficacité du béthanéchol dans le RGO du nourrisson après 6 semaines de traitement (n=12)

(Euler et al., *J Pediatr* 1980;96:321)

| | Béthanéchol | Placebo |
|--------------------|--------------|-------------|
| Vomissements (/j) | 1* | 5,5 |
| Gain de poids (kg) | 1,13 ± 0,29* | 0,40 ± 0,22 |

*p<0,01

Effet du béthanéchol et du métopramamide sur la vidange gastrique chez le nourrisson (n=30)

(Hyman et al., *Pediatr Res* 1985;19:1029)

| | Vidange gastrique (%/min) | Sécrétion gastrique (ml/kg/h) |
|--------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Basal | 5.5 ± 0.9 | 1.9 ± 0.1 |
| Posprandial | | |
| Placebo | 4.6 ± 0.6 | 3.5 ± 0.6 |
| Béthanéchol | 5.1 ± 1.0 | 4.9 ± 0.9 |
| Métopramamide | 7.3 ± 1.0* | 6.5 ± 1.4* |

*p<0,02 vs placebo



Cisapride (prepulsid)

Efficacité

- Seul prokinétique dont l'efficacité a été démontrée au cours du RGO du nourrisson et de l'enfant
 - 9 essais cliniques randomisés en double aveugle
(Vandenplas et al. & Shulman et al., *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;28:518-28 & 529-33)
- Efficacité démontrée sur :
 - régurgitations, vidange gastrique, variables pH-métriques et manométriques

Prepulsid : La FDA sévit...et la France suit...

- Arrêt de la commercialisation du Cisapride
- 341 notifications avec décès de 80 patients (de 1993 à 1999)
- Programme PASSEREG..avant l'arrêt de commercialisation définitive ?



QUE LE BON COTE ... ?

- Eruption, urticaire, prurit
- Leucopénie, anémie, thrombopénie
- élévation des transaminases
- Gynécomasties
- Confusion mentales
- Hypergastrinémie et pullulation microbienne

Comparaison oméprazole/ranitidine dans le traitement de l'œsophagite peptique de l'enfant (n=32)

(Cucchiara et al., Arch Dis Child 1993;69:655-9)

| | Oméprazole (40 mg/1,73m ² /j) | Ranitidine (20 mg/kg/j) |
|-------------------------|--|-----------------------------------|
| Avant traitement | | |
| pH œsophagien < 4 (mn) | 129 | 207 |
| pH gastrique médian | 2,1 | 1,9 |
| pH gastrique < 4 (mn) | 1301 | 1150 |
| Après traitement | | |
| pH œsophagien < 4 (mn) | 45 | 58 |
| pH gastrique médian | 5,1* | 3,4* |
| pH gastrique < 4 (mn) | 869* | 851* |

*p<0,05 vs avant traitement

Particularités du traitement du RGO au cours des pathologies respiratoires (ESPGHAN)

- Prokinétiques = 0
 - Pas de Béthanéchol
- Antisécrétoires
 - IPP >> anti-H2
 - prescription en première intention ?
- Chirurgie
 - doit rester exceptionnelle



Traitement médical

- 66 enfants suivis pour pathologies ORL possiblement causées ou aggravées par un RGO
 - 76% (n=51) traités médicalement et 24% (n=15) non traités
 - 80% (41/51) d'améliorations cliniques dans le groupe traité contre seulement 1/3 (n=5) dans le groupe non traité (test χ^2 , $p < 0.001$)
- Les enfants atteints de pathologie sinusienne ont eu les meilleurs résultats (86% d'améliorations; 19/22)

Van Den Abbeele, Int J Ped ORL, 2003



Indications chirurgicales

- « Formelles » :
 - Malaise grave – sténose peptique – oesophagite résistante au trt médical – hernie hiatale – cassure croissance
- A discuter :
 - manifestations respiratoires: minimales / ORL chroniques, asthme, pneumopathies récidivantes
 - Vomissements répétés isolés
 - Gastrostomie d'alimentation



Indications chirurgicales

- **RESISTANCE AU TRAITEMENT MEDICAL:**
 - **STAGNATION PONDERALE DU FAIT DES VOMISSEMENTS**
 - **HEMATEMESE OU OESOPHAGITE PERSISTANTE MALGRE LE TRAITEMENT**
 - **OESOPHAGITE PEPTIQUE**



Indications chirurgicales

- **REFLUX « MALFORMATIF »:**
 - **HERNIE HIATALE**
 - **HERNIE par glissement (cardia en intra-thoracique, associé à un RGO)**
 - **Hernie par roulement (cardia en place, complications mécaniques)**
 - **Mixe**
 - **ATTENTION: évolution parfois spontanément favorable des hernies hiatale chez les nouveaux-né (prématurés ++)** → ne pas se précipiter



Indications chirurgicales

- **REFLUX « MALFORMATIF »:**
 - **PATHOLOGIE MALFORMATIVE INDUISANT DES REFLUX:**
 - **HERNIE DIAPHRAGMATIQUE**
 - **OMPHALOCELE GEANTE OU**
 - **LAPAROSCHISIS COMPLIQUES..**
 - **ATRESIE DE L'ŒSOPHAGE (25% de TRT Chirurgical du RGO)**



Indications chirurgicales

- **REFLUX « MALFORMATIF »: Atrésie de l'œsophage**
 - **Reflux post opératoire constant car:**
 - Traction sur les segments
 - Effacement de l'angle de His
 - Mauvaise « clearance oesophagienne »
 - **Indication sur**
 - Malaises sévères au cours de reflux (éliminer la compression trachéale)
 - Stagnation pondérale
 - Sténose itérative de l'anastomose



Indications chirurgicales

- **REFLUX « MALFORMATIF »: Atrésie de l'œsophage**
 - **Attention à la dysmotricité car:**
 - Les vagues sont parfois inexistantes
 - La motricité ne se propage pas au delà de l'anastomose
 - Elle n'est pas bien appréciée par la manométrie ++++
 - **En pratique:**
 - **Nissen si besoin: si échec (stase salivaire, fausses routes ++, pneumopathies salivaire):
DECONNECTION**
 - **Seule exception: Atrésie de type I avec coloplastie d'emblée et deconnection dans le même temps**



Indications chirurgicales

- **INDICATION PULMONAIRE/ORL:**
 - **INCONTOURNABLE: DIASTEME LARYNGO-TRACHEAL**
 - **DISCUTABLE:**
 - **STENOSE TRACHEALE**
 - **LARYNGOPLASTIES ITERATIVE**
 - **A DISCUTER AU CAS PAR CAS:**
 - **MUCOVISCIDOSE**
 - **LARYNGITES A REPETITION**
 - **PNEUMOPATHIES A REPETITION**



Indications chirurgicales

- **ENFANT IMC:**
 - **AVEC TROUBLES DE LA CROISSANCE**
 - **OU PNEUMOPATHIES D'INHALATION**
 - **APRES ECHEC D'UNE TENTATIVE D'ALIMENTATION PAR GASTROSTOMIE**
 - **SE MEFIER DES FAUSSES ROUTES (alimentaire ou salivaire) QUI SERONT PARFOIS MAJOREES PAR LE NISSEN (Manométrie pré op +++)**



Indications chirurgicales

- **MALAISES SEVERES:**
 - **MIS SUR LE COMPTE DU RGO**
 - **APRES AVOIR FAIT UN BILAN EXHAUSTIF (ROC, Holter, EEG....)**
 - **ENCORE 20 % D'ECHECS.....**



Enfant Neurologique

- Pneumopathies à répétition
- Dénutrition +++
- Oesophagite chronique (posturale)
- Sténose peptique
- SNG d'alimentation → RGO



Bilan pré-opératoire

- **P.H.métrie: souvent !!!**
 - Des 24 heures
 - Sans anti-H₂ !!!
 - On note:
 - Le temps de pH > 5 (normale < 5 %)
 - Le nombre de reflux
 - Le reflux le + long (clearance oesophagienne)
 - La prédominance diurne ou nocturne



Bilan pré-opératoire

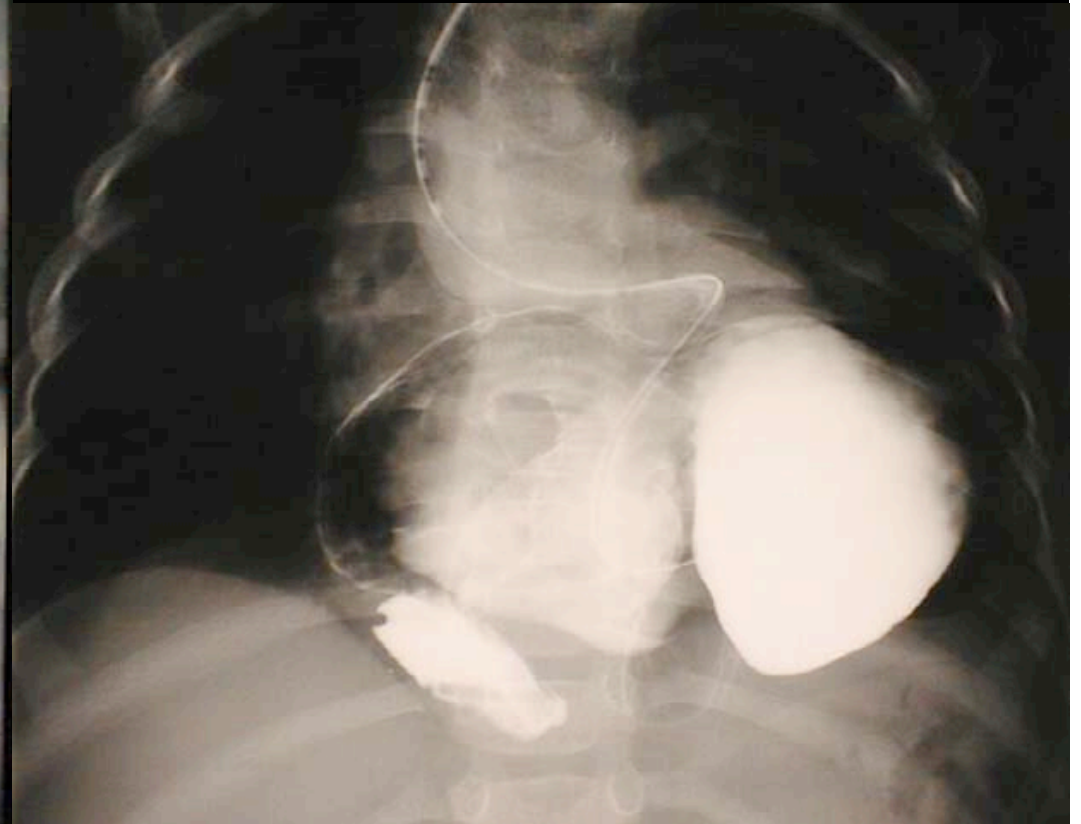
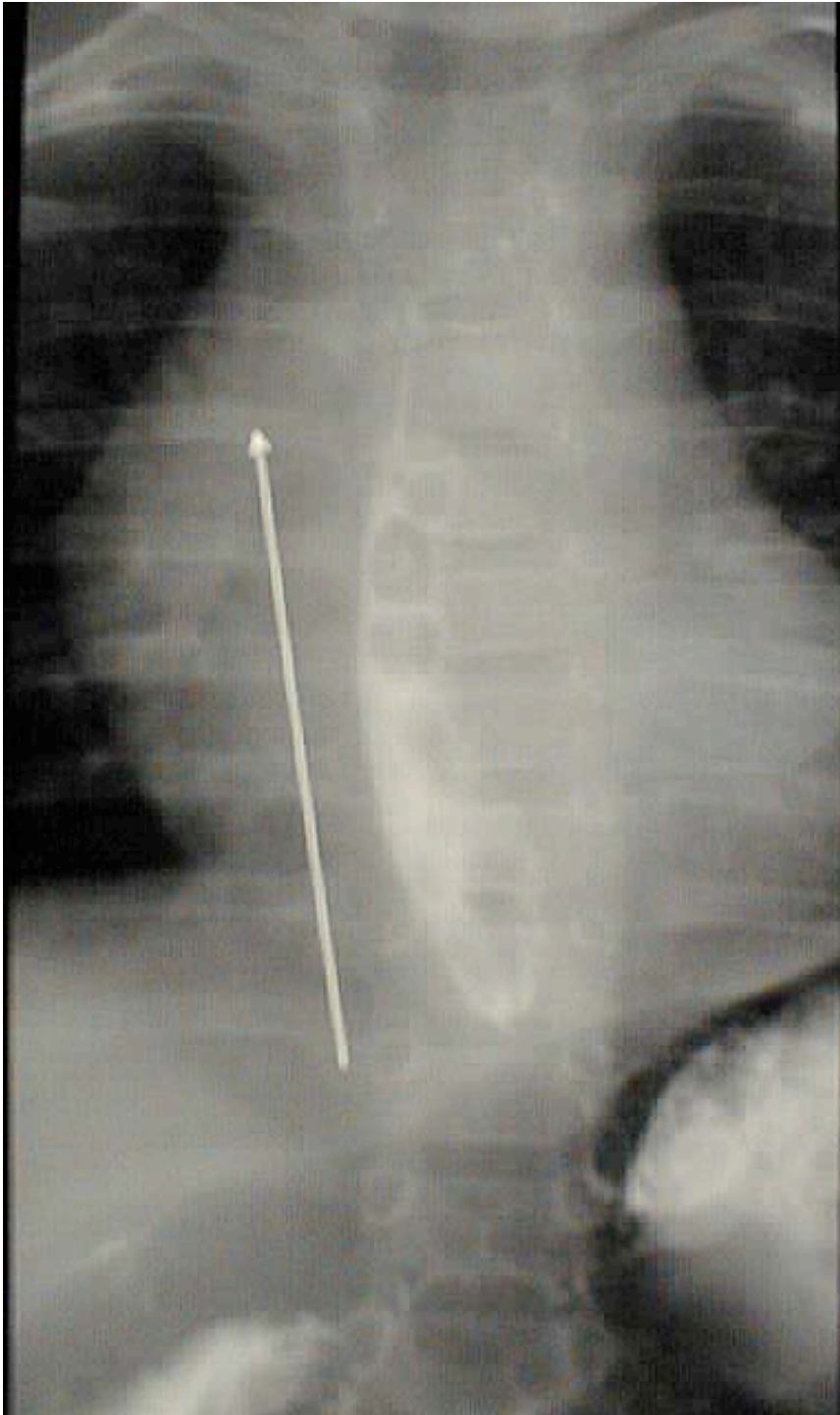
- **P.H.métrie: pas toujours !!!**
 - Vomissements évidents
 - Manifestations digestives, sténose peptique...
- **Fibroscopie:**
 - Hématèmese
 - Anémie
 - Dysphagie
 - Oesophagite déjà objectivée



Bilan pré-opératoire

- **T.O.G.D.: TOUJOURS !!!!**
 - **ELIMINE UN TROUBLE DE LA ROTATION**
 - **VISUALISE LA JONCTION OESO-GASTRIQUE (ascension des plis, hernie hiatale, sténose peptique....)**
- **MANOMETRIE: Au moindre doute!!!**
 - **Élimine le méga-œsophage**
 - **Élimine un trouble de la motricité (chez l'IMC ++)**

T.O.G.D (D !!)



11.07.2000

W-C:
W-B:
E:





Principes

- Remettre l'estomac dans l'abdomen
- Libérer le bas de l'œsophage
- Resserrer le passage de l'œsophage à travers le diaphragme
- Confectionner avec l'estomac une valve autour de la partie basse de l'oesophage



Deux écoles !!!

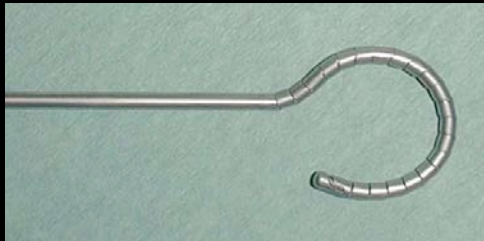
> Les « fixateurs »:

- > L'amarrage du montage garanti sa solidité et son durée
- > Fixation de la valve aux piliers, à l'œsophage, éventuellement au diaphragme
- > Doit empêcher la migration de la valve en intra-thoracique

> Les « mobiles »:

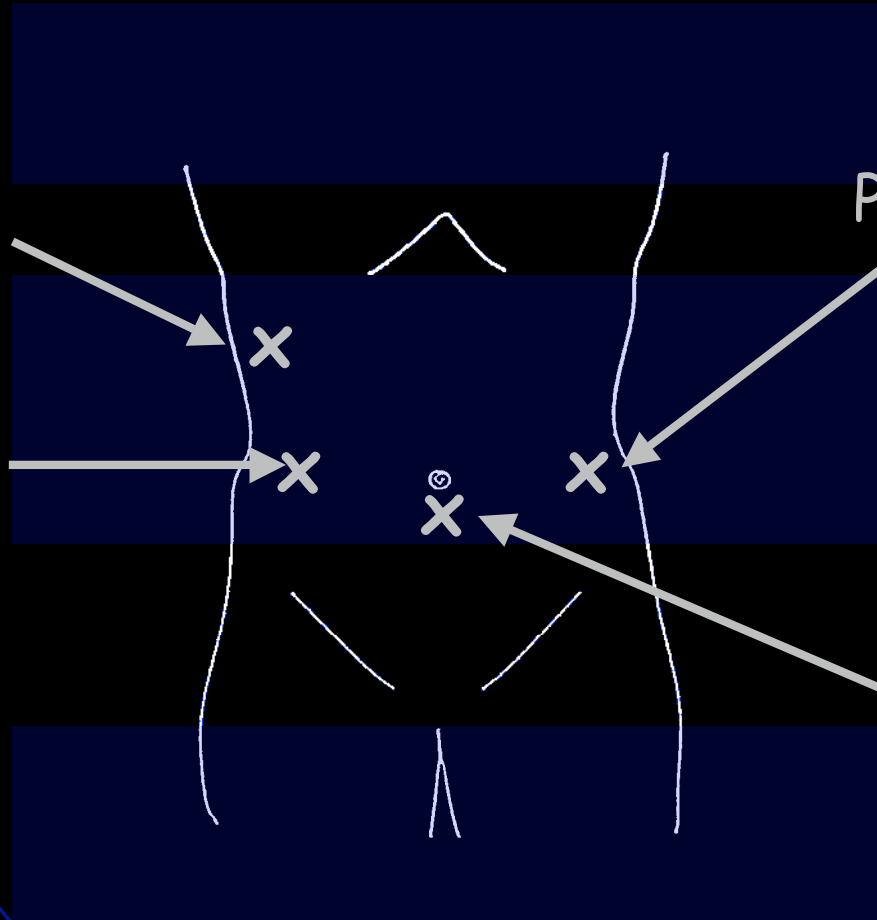
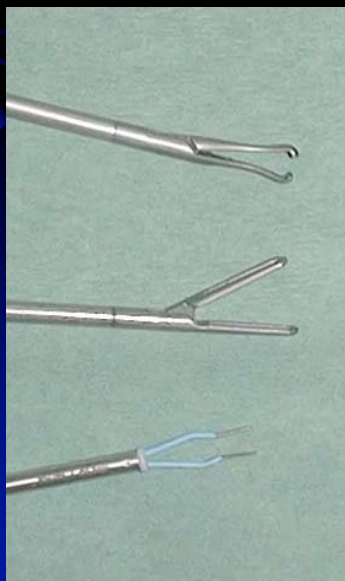
- > La valve doit coulisser autour de l'œsophage à chaque effort de toux et à chaque déglutition
- > On ne fixe la valve a rien (ni a l'œsophage, ni aux piliers...)
- > L'équilibre entre force de rappel (vaisseaux gastro-splénique) et force d'attraction (ascension du montage) maintient le montage en place

Technique



Ø 3 ou 5 mm pour
Récliner le foie

Ø 3 ou 5 mm pour
instruments



Ø 3 ou 5 mm
Pour instruments



Ø 10 mm
Pour
Optique (30°)

Sonde gastrique de calibre 16 à 24
Pression: 6 mmHg (Nné) à 15 (adulte)

Marseille, 2007



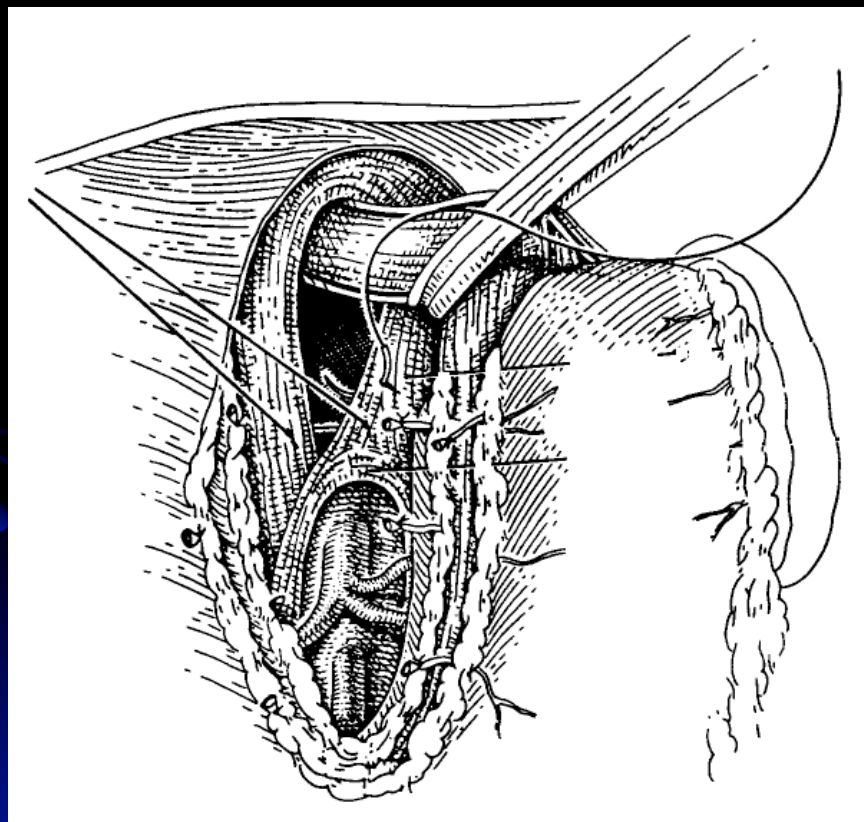
Techniques

- **Incision du petit épiploon**
- **Incision du péritoine pré-oesophagien**
- **Dissection de l'espace rétro-oesophagien**
- **Rapprochement des piliers du diaphragme**
- **Passage rétro-oesophagien de la face antérieure de la grande courbure gastrique**
- **Confection de la valve (3 à 6 points)**



Technique

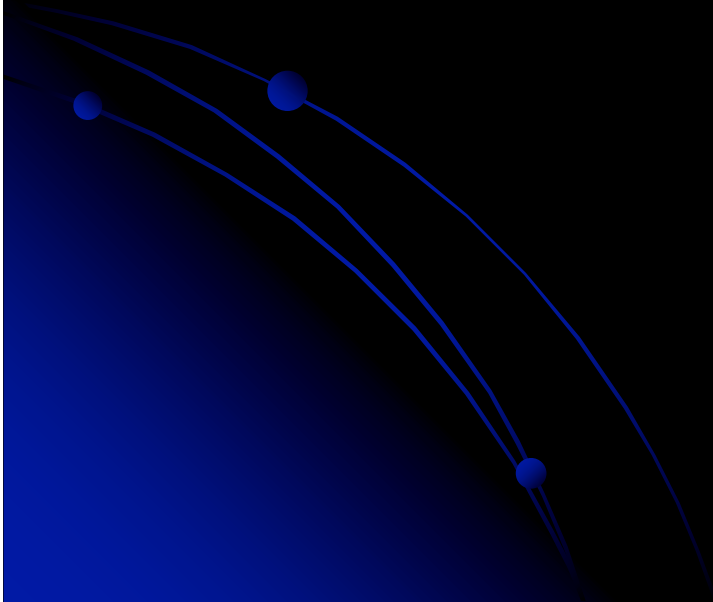
FERMETURE DES PILIERS



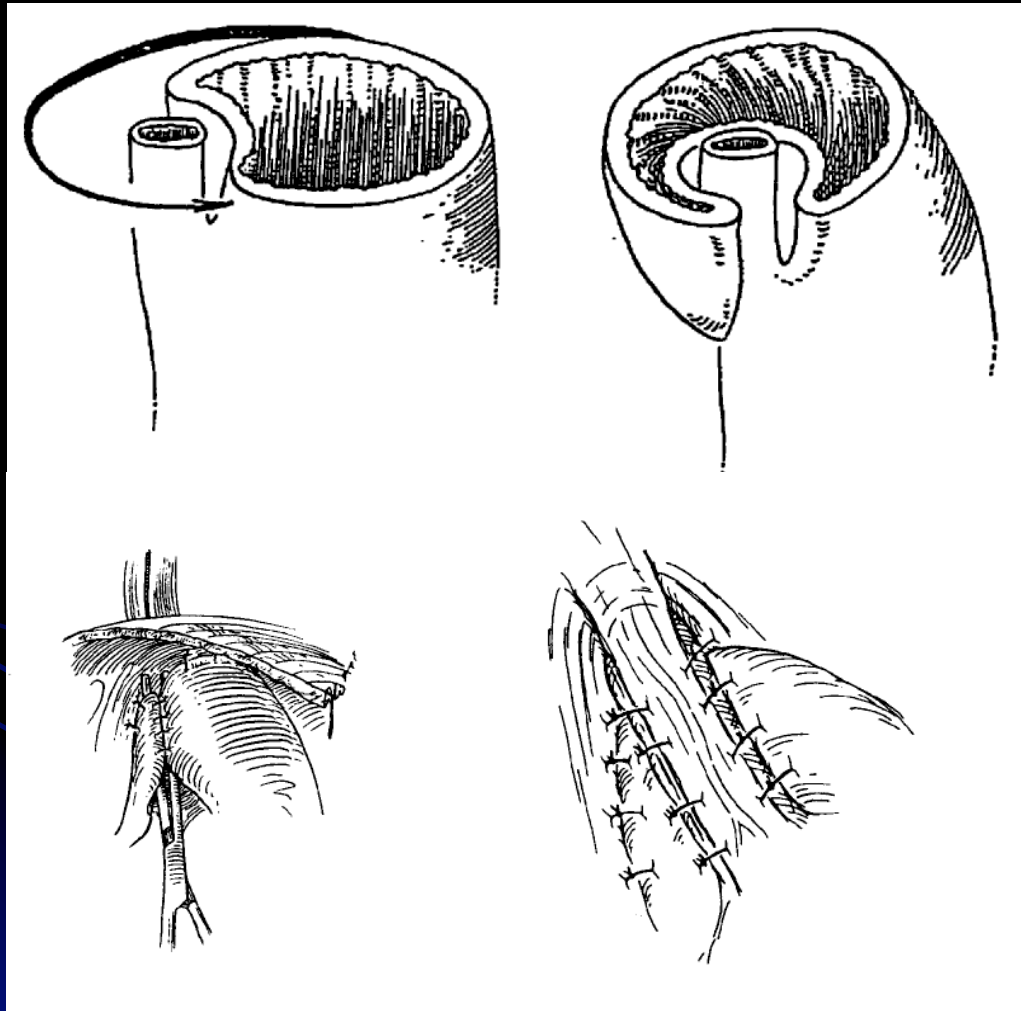
**1 à 2 POINTS RETRO-OESOPHAGIEN
ATTENTION A LA
DYSPHAGIE
LIMITE L'ASCENSION
INTRA-THORACIQUE
DU MANCHON**

Marseille, 2007

MOVIE



Valve



Nissen

Toupet

**VALVE
COMPLETE
DANS LE
NISSEN (360°),
OU
INCOMPLETE
DANS LE
TOUPET (270°)**



Intérêt de la coelioscopie

- Dans cette indication, intérêt majeur car diminution des brides +++
 - Or, complication classique des laparotomies: brides
 - Premiers signes cliniques de l'occlusion: vomissements
 - En cas de nissen, pas de vomissements possible, d'où risque de dilatation et perforation-nécrose de l'estomac (complication redoutable chez le patient IMC)
- En cas de reprise, chirurgie facilitée ++



Conséquences

- OBSTACLE FONCTIONNEL DU BAS ŒSOPHAGE
 - Dysphagie post opératoire
- CAPACITE GASTRIQUE DIMINUEE:
 - Petits repas fréquents
- VIDANGE GASTRIQUE MODIFIEE (Diarrhée, dumping syndrome...)



Suites opératoires

- **SOUVENT SIMPLE**
 - **ABLATION DE LA SONDE GASTRIQUE A J1**
 - **REPRISE DE L'ALIMENTATION A J1**
 - **COMMENCER PAR DES BOISSONS, TIEDES**
 - **PUIS ALIMENTATION MIXEE ET FRACTIONNEE:**
 - **5 REPAS EQUIVALENTS**
 - **MIXES (viande hachée, poisson bouilli, purée, petits pots...)**
 - **PAS TROP DE SUCRES RAPIDES**



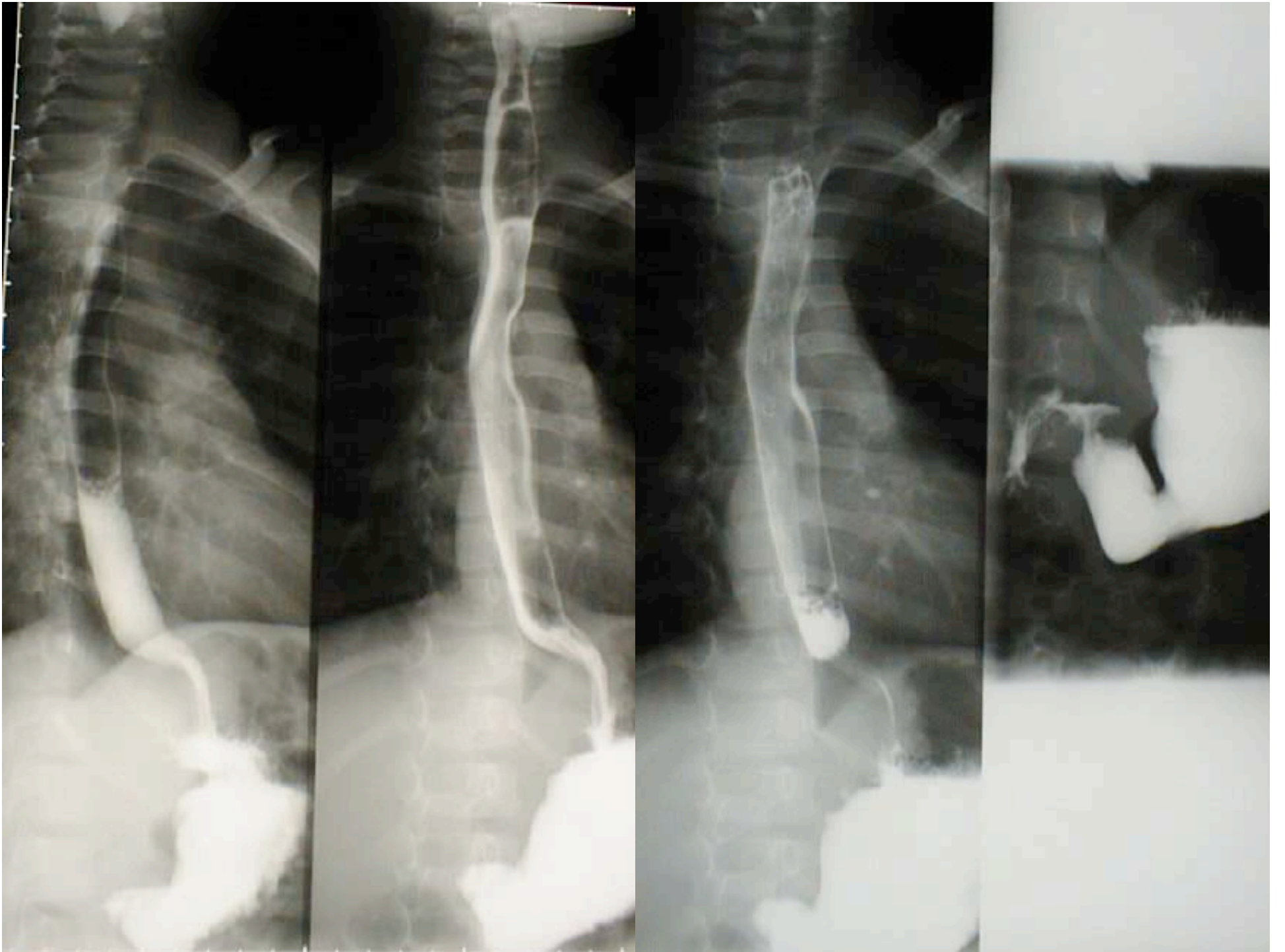
Suites opératoires

- SORTIE A PARTIR DE J2-J3
 - ALIMENTATION « CORRECTE »
 - Perte de poids habituelle
 - Alimentation normale entre 3 et 6 semaines



Surveillance

- Surveillance radiologique:
 - T.O.G.D. de contrôle: a 1 mois ?, à un an ?
 - A faire chez l'IMC par la gastrostomie +++
 - Permet:
 - De vérifier le passage (dysphagie, dilatation de l'œsophage ...)
 - L'efficacité du montage
- Surveillance clinique ++:
 - Le reflux récidive souvent comme il a commencé !!
 - Indication a nouvelle ph-metrie ..





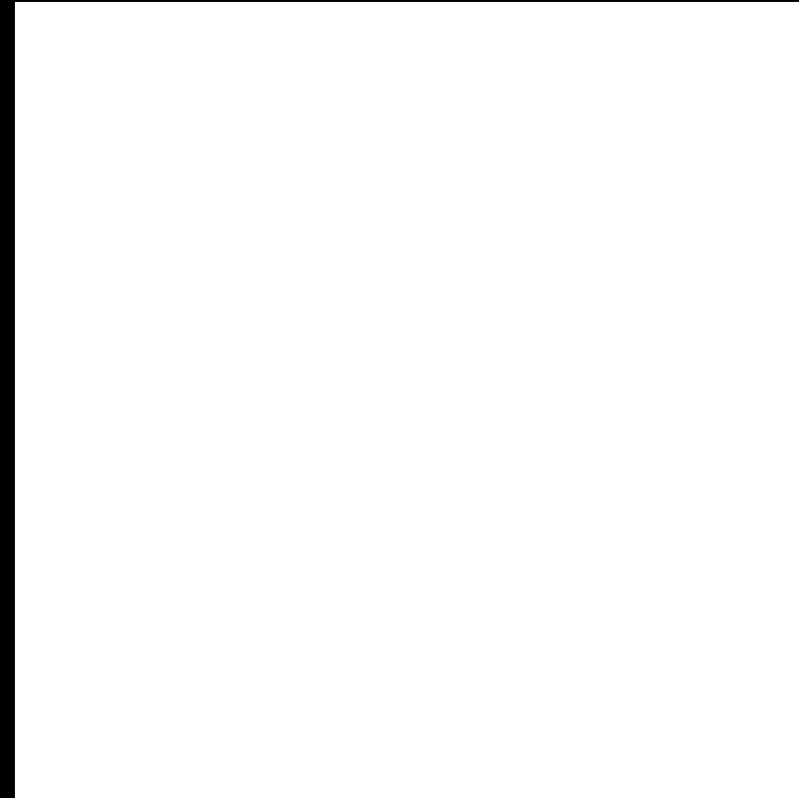
Complications

> DYSPHAGIE:

- > Souvent transitoire
- > Améliorée par
 - > Le temps
 - > Les dilatations endoscopiques
 - > Parfois reprise chirurgicale

> Absence d'eructation:

- > Pas de schwing-gum
- > Pas de coca !!!





Complications

- LA VALVE EST TROP « BELLE »:
 - TROP LONGUE
 - TROP SERREE
 - CONFECTIONNEE AVEC LE SOMMET (ET NON la face antérieure de l'estomac):
 - Billot a la sortie du hiatus
- Soit dilatation pneumatiques
- Soit reprise chirurgicale



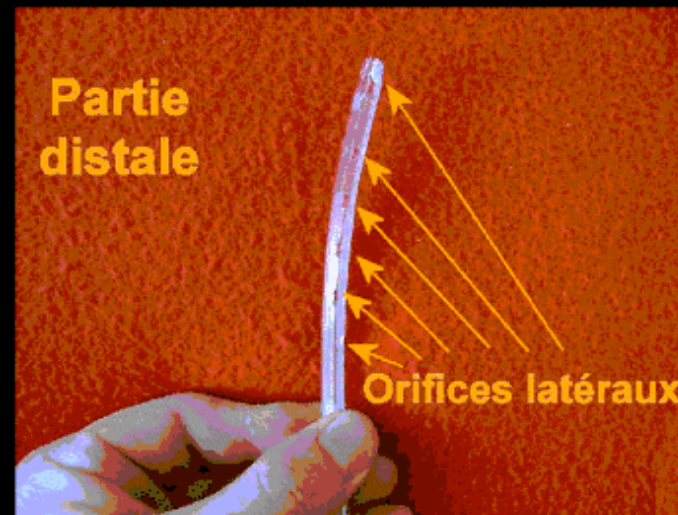
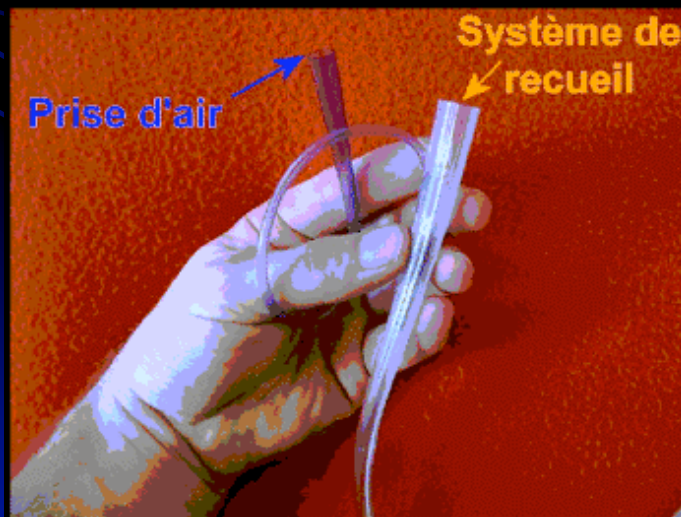
**« TROP
BELLE
VALVE »**



Complications

➤ DILATATION GASTRIQUE:

- Au cours d'une gastro-enterite ou d'une intoxication alimentaire
- TRAITEE par
 - SONDE GASTRIQUE DOUBLE COURANT, EN URGENCE +++



Marseille, 2007



Complications

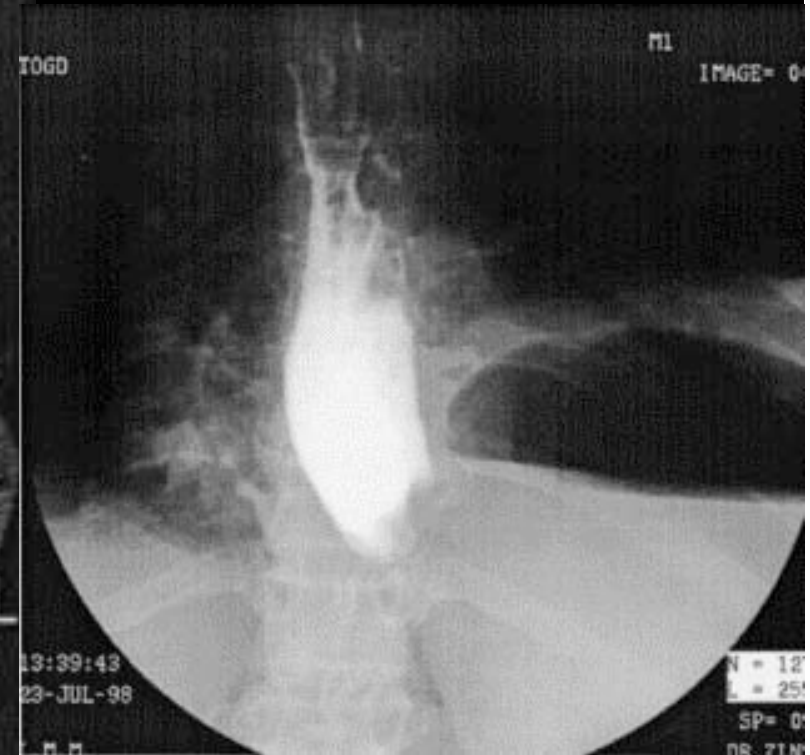
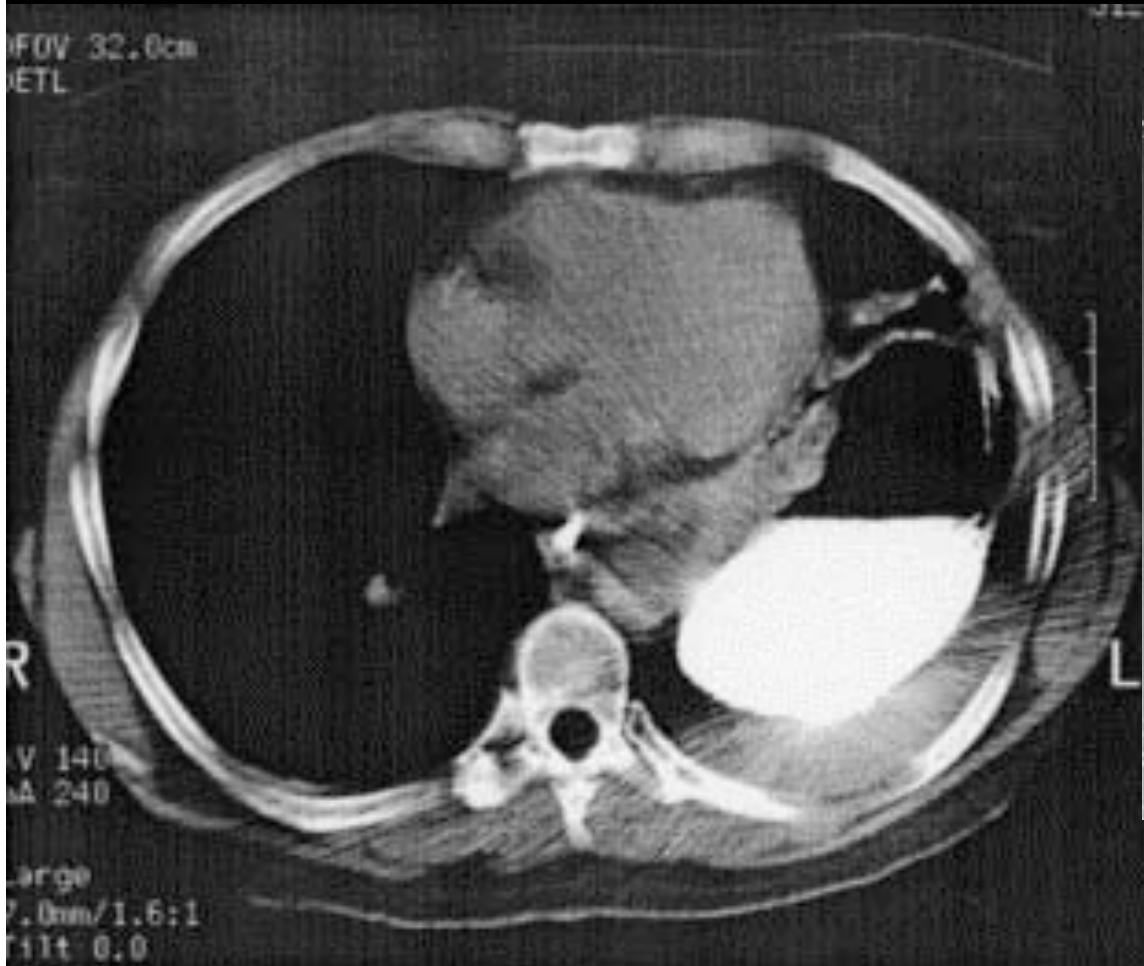
- **DUMPING SYNDROME:**
 - **SECONDAIRE A UNE VIDANGE TROP BRUTALE DU BOL ALIMENTAIRE →**
 - **SECRETION REFLEXE D'UN EXCES D'INSULINE → HYPOGLYCEMIE**
 - **TRAITEMENT PAR FRACTIONNEMENT DES REPAS ET UTILISATION DES SUCRES LENTS**



Complications

- **DEFAUT DE VIDANGE GASTRIQUE:**
 - LESION DES PNEUMOGASTRIQUES
 - TRAITE PAR PYLOROPLASTIE
- **ASCENSION DU MANCHON EN INTRA-THORACIQUE:**
 - RISQUE D'HEMMORRAGIE OU D'ULCERATION DU MANCHON
 - CONDUIT LE PLUS SOUVENT A UNE REPRISE CHIRURGICALE

ASCENSION





Complications

- **LACHAGE DU MONTAGE:**
 - **SURTOUT SI IMC OU SI INSUFFISANT RESPIRATOIRE (EFFORTS DE TOUX +++)**
 - **MANIFESTATION CLINIQUE REAPPARAISSENT (surtout pulmonaires)**
 - **CONDUIT A UNE REPRISE CHIRURGICALE**

Risques d'échec des interventions anti-reflux selon la pathologie sous-jacente

Risques d'échec

| | |
|----------------------------|------|
| Ni neuro, ni pneumo (n=88) | 8 % |
| Neurologique seul (n=103) | 6% |
| Pneumologique seul (n=34) | 23 % |
| Neuro + pneumo (n=17) | 47 % |

Taylor et al., J Pediatr Surg 1994

Marseille, 2007



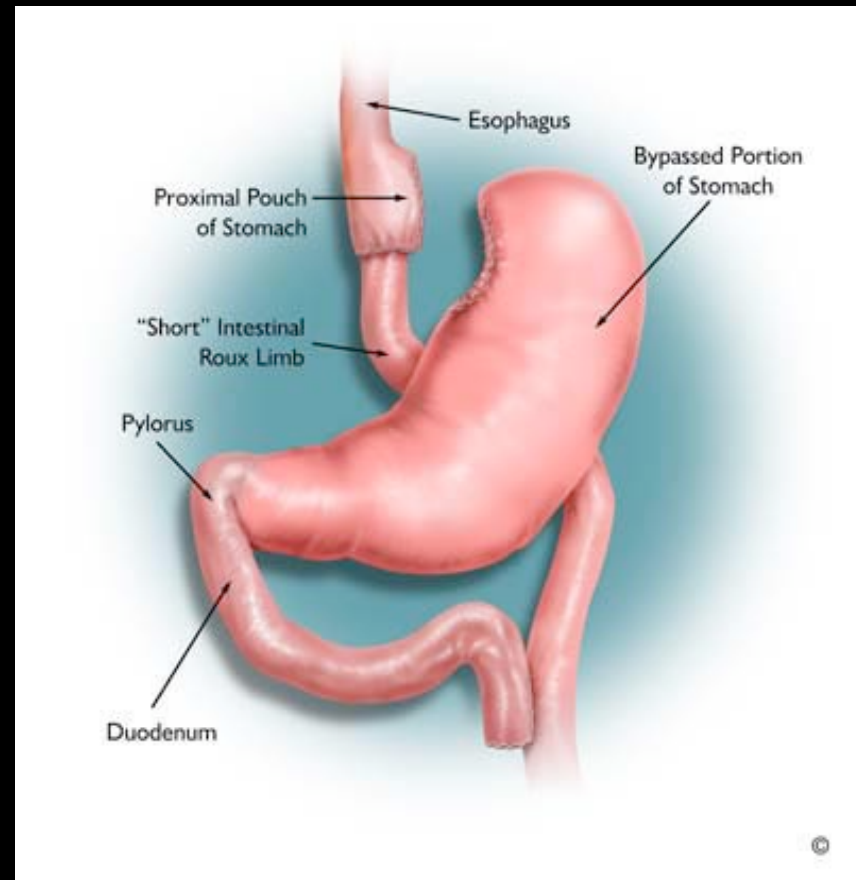
Déconnection

- Reflux gastro-oesophagien sévère
 - Dysmotricité oesophagienne
 - Atteinte pulmonaire
- Non contrôlé par un procédé anti-reflux chirurgical



Technique

- Déconnexion oeso-gastrique (DOG)
- Anse en Y iso-péristaltique
- Ascension trans-mésocolique et rétrogastrique
- Anastomose termino-terminale
- gastrostomie



Marseille, 2007



Déconnection

- Excellente intervention chez certains patients neurologiques
- Pas de première intention (échec du Nissen)
- Doit être pratiquée avant une maladie respiratoire irréversible
- Prudence compte tenu de la malabsorption chez certains patients
- Re connection ?



Conclusion 1

- Excellente intervention chez les patients qui en ont vraiment besoin (sélection +++ des indications)
- **INTERET MAJEUR DE LA COELIOSCOPIE DANS CETTE INTERVENTION**
- Ne doit pas faire oublier les conséquences de cette intervention



Conclusion 2

ALORS FINALEMENT, QUELLES INDICATIONS ??

- RGO simple : mesure hygiéno diététique
- RGO compliqué : Antisécétoire
- RGO compliqué persistant :
- IPP au long cours ou chirurgie ?

Cucchiara and al paediatr drugs 2000; 2 : 263-72

Marseille, 2007