

CLINIQUE SAINTE-ELISABETH

Place Godin 5

5000 NAMUR

Service de Chirurgie Générale,

Digestive et Endocrinienne

Intervention de Nissen par cœlioscopie

L'intervention de Nissen est réalisée en cas de reflux gastro œsophagien (GERD). Il s'agit d'une remontée de l'acide et du contenu de l'estomac dans l'œsophage. Parfois s'y associe une hernie hiatale. Alors que l'estomac est bien équipé pour lutter contre l'acide, l'œsophage ne peut lui résister et il est blessé par l'acide, ce qui donne une sensation de brûlure dans la poitrine, brûlure qui remonte : le pyrosis ou brûlant. Cette sensation peut augmenter si on baisse le haut du corps, quand on se penche, se couche, avec certains aliments comme le chocolat, la sauce tomate, l'alcool, le tabac ...

Dans la situation normale, l'estomac est entièrement dans l'abdomen (dans le ventre) alors que dans la hernie hiatale, la jonction œsogastrique est attirée dans le thorax, l'orifice hiatal élargit et la barrière anti remontée de l'acide supprimée. Cette anomalie peut entraîner le reflux, mais aussi des complications propres comme l'étranglement, l'ulcère du collet de la hernie, augmenter de volume.

Avant l'intervention, la plupart des malades sont traités depuis quelques temps par des médicaments qui réduisent l'acidité comme : zantac, losec, logastric, dakar, prepulsid,...etc. Ces médicaments doivent être continués jusqu'à l'intervention. Le bilan pré opératoire comportera : des examens cardio pulmonaires (électro, radio des poumons, éventuellement test fonctionnel respiratoire) et des examens centrés sur le reflux (manométrie œsophagienne, parfois radio de l'estomac, parfois endoscopie, parfois enregistrement du reflux de l'acide ou PH-métrie de 24 heures). Le bilan standard le plus souvent pratiqué comporte : prise de sang, électro, manométrie, radio. Le malade peut soit entrer le jour précédent l'intervention vers 15 ou 16 heures soit le matin même à 7 heures, bien à jeun, sans boire ni manger depuis minuit, même pas de l'eau. Dans ce cas, il doit rencontrer l'anesthésiste en consultation (rendez-vous au 72 05 70, consultation au rez-de-chaussée).

Quelle opération ?

Il existe plusieurs types de traitement pour le reflux entre autres :

- l'intervention de **Nissen**, qui consiste à créer avec l'estomac une cravate autour de l'œsophage, avec 95 % de chances d'être guérit du reflux
- l'intervention de **Toupet**, qui diffère du Nissen par le fait que la valve est incomplète. Elle est réservée à certains cas, selon la manométrie.
- l'intervention de **Belsey**, qui nécessite la voie thoracique
- l'intervention du **Nissen intra thoracique** si l'œsophage est trop court
- l'intervention de **Diversion Duodénale** si l'œsophage est trop court
- pas d'opération, un traitement médical et une surveillance prolongée

Une discussion de ces alternatives est nécessaire, en particulier en ce qui concerne les conséquences d'être opéré et de ne pas être opéré ou encore les conséquences de la voie d'abord (coelioscopique, abdominale conventionnelle, thoracique...)

Avant l'intervention :

- préparez votre convalescence, en faisant vos courses, prévoyant une période de repos, prévoyant quelqu'un pour vous aider
- suivez bien vos instructions, notamment pour les médicaments. Evitez tout ce qui contient de l'aspirine. Restez bien à jeun depuis minuit, sans boire ni manger, même pas de l'eau.

LE FILM DE L'OPERATION :

L'opération nécessite une anesthésie générale, et vous devez absolument rencontrer l'anesthésiste au préalable, soit le soir avant, soit en consultation si vous entrez le jour même.

L'intervention nécessite la mise en place de cinq trocarts. Elle commence par la réduction de la hernie hiatale, c'est à dire par ramener l'estomac dans l'abdomen. Le foie est récliné vers le haut, et la membrane entre le diaphragme et l'œsophage est ouverte pour avoir accès à l'orifice hiatal.

L'estomac est récliné vers la gauche et vers le bas, les piliers musculaires diaphragmatiques sont identifiés et une fenêtre rétro œsophagienne est créée. La suture des piliers peut être renforcée par des pledgets qui sont des petits morceaux de Goretex qui évitent aux fils de blesser le muscle comme un fil à couper le beurre. Les attaches de la grosse tubérosité gastrique sont sectionnées entre clips hémostatiques ou par coagulation, pour libérer cette partie de l'estomac qui servira à fabriquer la valve, avant de la passer derrière l'œsophage. Parfois, la grosse tubérosité est assez lâche et cette étape n'est pas nécessaire, mais ce n'est pas souvent le cas.

La valve est passée derrière l'œsophage, de gauche à droite, par la pince. L'intervention se termine par la suture de la valve sur elle-même, autour de l'œsophage terminal, ce qui constitue une sorte d'écharpe qui va renforcer le tonus œsophagien inférieur pour s'opposer au reflux de l'acide depuis l'estomac vers le haut.

Après l'intervention, une sonde gastrique peut être laissée en place. C'est un petit tube plastique qui passe par le nez et vide l'estomac, pour éviter les vomissements. Cette sonde sera retirée le plus souvent le lendemain.

Le résultat de l'opération est contrôlé par une radiographie ou un test au bleu. Si tout est en ordre, la sonde est retirée, ainsi que les drains éventuels, puis la réalimentation commence : d'abord boire de l'eau, puis des aliments liquides, puis des aliments adaptés (crèmes, puddings, biscuits solubles comme les petits beurres...). Le retour peut être envisagé à partir du surlendemain de l'intervention. A domicile, il faudra suivre un régime pendant quelques semaines : manger des repas à consistance adaptée, lentement, fractionnés. La dysphagie (difficulté à avaler survient presque toujours lorsque le malade mange trop vite ou des aliments d'une consistance inadaptée trop tôt après l'intervention).

Risques :

Comme toute intervention, l'intervention de Nissen comporte des risques, qui sont toutefois minimales si vous êtes en bonne santé. Vous pouvez en discuter à tous moments avant votre opération.

- Ils dépendent de l'état général du malade et de ses antécédents (maladies cardiaques, pulmonaires, fumeur, troubles de la coagulation). Si vous avez des problèmes de ce type, ils seront mieux traités si vous les expliquez en détail avant.
- Ils dépendent aussi de l'opération, qui comporte des risques aspécifiques et spécifiques. Les principaux risques aspécifiques sont l'hémorragie et l'infection. Des drains sont parfois laissés en place pour surveiller la survenue d'une hémorragie, ce qui est très rare et surtout dans les premières heures. L'infection doit être surveillée même après le retour à la maison : survenue d'un gonflement anormal, d'une rougeur, d'un écoulement, de température. L'infection de la plaie sera le plus souvent facilement guérie par un drainage, des soins locaux pendant quelques temps et des antibiotiques.

- certains risques plus spécifiques existent et sont prévenus dans la mesure du possible : blessure de l'estomac ou de l'œsophage, démontage de la valve ou de la fermeture des piliers, vomissements, dysphagie. La plupart sont exceptionnels. Une mesure de précaution sera prise avant toute réalimentation, qui consiste à vérifier l'intégrité du Nissen soit par la prise d'un liquide bleu (bleu de méthylène) soit par une radio dans les jours qui suivent l'opération.

Après l'intervention :

Le principe même de l'intervention explique la principale précaution à prendre dans les premières semaines post opératoires : le régime. Dans les premiers jours, le malade aura des difficultés à déglutir : la dysphagie. En quelques jours, ces difficultés iront en diminuant, mais peuvent rester présentes de temps en temps pendant 4 à 8 semaines, rarement plus. Vers la sixième semaine, la plupart des malades peuvent reprendre une alimentation et un rythme de repas normaux. Au début, l'alimentation sera liquide, puis pâteuse, puis moulue.

En fait, la principale précaution consiste à s'alimenter lentement, bouchée par bouchée, en mâchant bien les aliments. Il est souhaitable de prévoir des repas fractionnés, c'est-à-dire non pas trois repas copieux et quelques collations mais six petits repas repartis dans la journée. Il faut éviter les gros morceaux et manger posément. Après l'intervention, le malade devra éviter de consommer des boissons gazeuses les premiers temps, éviter les vomissements (comme par exemple prendre des aliments à la péremption douteuse...).

Le malade quitte l'hôpital dans les quelques jours le plus souvent (parfois le deuxième jour). Les fils fondent seuls, et il ne faut pas les enlever. Il suffira de montrer la plaie à votre médecin traitant une ou deux fois. Parfois un peu de liquide peut s'évacuer par la plaie, sans grandes conséquences. Il ne faut pas mouiller la plaie tant qu'il y a des croûtes. Si les fils n'ont pas fondu 12 jours après l'intervention, il faut les faire enlever. Une consultation de chirurgie est à prévoir après six semaines. Le traitement à domicile dépend des cas et comporte le plus souvent : dix jours sans voiture, trois à quatre semaines sans efforts, des anti-douleurs type Dafalgan ou Dafalgan codéine, une prévention de la phlébothrombose sous forme de bas de contention et d'injection de Fraxiparine ou de clexane, un régime adapté. En tous les cas, il faut suivre les prescriptions de sortie. Le bilan post opératoire comporte une radio à trois mois et une gastroscopie + manométrie à six mois.

Aucune intervention n'est parfaite, mais l'intervention de Nissen par coelioscopie donne au malade, sauf cas spécial, 95 chances sur 100 d'être guéri de façon définitive, de pouvoir manger de tout et de ne plus expérimenter de reflux sans pour autant suivre scrupuleusement un traitement et subir une évaluation régulière. Il peut subsister quelques séquelles comme un ballonnement intestinal, de temps en temps une déglutition qui cale, la nécessité de manger lentement... et le tout devrait aller en diminuant avec le temps.