

Editorial

Vous avez entre les mains (et aussi en accès libre sur le site internet de la Clinique : rubrique « Documentation ») la première lettre réalisée à l'initiative de la Clinique du Vivarais, telle que je vous l'avais annoncé dans mon courrier du 2 septembre 2016

Exceptionnellement je prends un peu d'espace pour lancer cette communication désormais régulière entre médecins.

J'espère qu'elle sera pertinente et constructive.

Vous recevez régulièrement des articles techniques provenant de sociétés savantes ou de revues spécialisées, mais pour cette lettre nous souhaitons des articles plus rédigés dans l'esprit d'une conversation pratique entre médecins, plus accessible. Une bonne façon d'entretenir des échanges et des liens relationnels

Bonne lecture donc, et si vous avez des commentaires n'hésitez pas, ils seront les bienvenus.

Philippe NOWAK

Directeur

Clinique du Vivarais

● La hernie hiatale

Une hernie hiatale est le passage de la partie supérieure de l'estomac dans la cavité thoracique, accompagné ou pas par la jonction œsogastrique. Quand le cardia aussi passe le hiatus (85% des cas) c'est une hernie par glissement. Le cas contraire est plus rare et le résultat est une hernie par roulement.

Les signes cliniques d'une hernie hiatale sont le plus souvent absents. Les hernies par glissement donnent ou aggravent un reflux gastro œsophagien, les douleurs étant absentes dans la majeure partie des cas. Par contre, les hernies par roulement sont plus souvent douloureuses et cette douleur est proportionnelle à leur taille. Les efforts physiques importants peuvent aggraver rapidement une telle hernie.

La prise en charge des ces hernies est dictée par les manifestations cliniques. Tant qu'il n'y a pas de signe on ne doit rien faire. Si le reflux devient important, le patient va présenter des sensations de brûlures retro sternales (qui peuvent être confondues par le patient avec les douleurs cardiaques). Dans ce cas une endoscopie digestive supérieure est nécessaire car elle doit établir l'existence ou l'absence de lésion de la muqueuse œsophagienne. Une œsophagite de premier degré ou son absence imposent seulement un traitement par IPP et mesures comportementales (ne pas s'allonger après avoir mangé, préférer les positions demi assises, abandonner la ceinture et la troquer pour des bretelles, perdre du poids, éviter certains aliments trop sucrés ou gras). Une œsophagite grade 2 ou plus importante ainsi qu'un endobrachyœsophage nécessitent une prise en charge chirurgicale, de préférence par cœlioscopie. Du fait que l'endobrachyœsophage est une lésion pré cancéreuse il est important que cette prise en charge chirurgicale soit faite le plus rapidement possible. Une telle intervention peut souvent faire rétrograder les lésions et mettre le patient à l'abri d'un cancer.



Comme techniques chirurgicales, deux ont fait leurs preuves au fil du temps. La première opération et la plus pratiquée est celle de Nissen avec ses variantes. Son alternative reste l'opération de Toupet. L'opération de Nissen, surtout la variante de Nissen Rossetti s'est imposée car la plus facile à faire et la plus reproductible. Son souci est le fait qu'après celle-ci les patients ne peuvent plus roter ni vomir. L'opération de Toupet, dépourvue de ce genre de suites, reste une alternative valable mais un peu plus longue à faire. Les autres opérations du genre Mark-Belsey IV, la fermeture de l'angle du Hiss ou l'opération de Dorr sont très rarement pratiquées soit à cause de leurs complexité (l'opération Mark-Belsey nécessite un abord thoracique) soit à cause d'absence de résultat sur le long terme.

Les deux opérations les plus pratiquées peuvent être faites par un abord coelioscopique. Celui-ci exige trois ou quatre trous en losange dans la région épigastrique, dure entre 60 et 120 minutes et nécessite une hospitalisation de deux nuits. La rémission des symptômes est immédiate et définitive. Seulement les gros efforts physiques sont susceptibles de produire des récurrences, la plupart sont suite à une déchirure des piliers du diaphragme et au passage du montage chirurgical dans le thorax. Cette récurrence est douloureuse et pousse le patient à consulter rapidement mais le reflux est absent dans la majeure partie des cas parce que le montage reste efficace malgré son changement de position. La réintervention se fait par l'installation d'une plaque prothétique, toujours sous coelioscopie, comme pour les autres hernies, pour empêcher le passage vers le thorax.

Les manifestations cliniques persistantes malgré le traitement de longue durée et bien conduit représentent une deuxième indication pour la prise en charge chirurgicale. Normalement, au bout de six mois d'évolution sous IPP on doit arrêter ce traitement car sa prolongation indéfinie n'est pas dépourvue d'effets adverses (1, 2, 3). Si la symptomatologie récidive rapidement ou elle ne disparaît avec le traitement il faut envisager un geste chirurgical. La même attitude s'impose devant une hernie hiatale par roulement douloureuse.

1. http://francais.medscape.com/voirarticle/3602064?nlid=97084_2401
2. http://francais.medscape.com/voirarticle/3601551?nlid=82544_2401
3. http://francais.medscape.com/voirarticle/3602158?nlid=100391_2401

Dr Lazescu Daniel

Ancien Interne des Hôpitaux de Grenoble
Ancien Assistant des Hôpitaux de Iasi
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Maître de conférence à la Faculté

DIU Cancérologie
CHIRURGIE GENERALE
COELIOSCOPIE

Infimed[®]

Bien conseillé, bien financé, bien équipé

Spécialiste du financement des équipements médicaux
cchwastek@infimed.eu
06 12 63 02 05