

Avertissement : Notes prises au vol...erreurs possibles...prudence...

Mardi 30 Juillet 2013

Hôpital cantonal de Genève

Reflux gastro-oesophagien en 2013 : IPP ou chirurgie ?

Le papier sort dans le BMJ en avril 2013 :

*Minimal access surgery compared with medical management for gastro-oesophageal reflux disease: five year follow-up of a randomised controlled trial (REFLUX)
(Published 18 April 2013) BMJ 2013;346:f1908*

On nous rappelle que le reflux gastro-oesophagien touche 10-20% de la population, que c'est une maladie bénigne mais qui peut sérieusement entraver la qualité de vie parfois...

Qu'habituellement on commence par un traitement d'IPP (inhibiteurs de la pompe à protons) pendant 4-8 semaines, mais que 2/3 des patients sans oesophagite rechute et doivent continuer à les prendre au long cours.

Faudrait il alors leur recommander une intervention laparoscopique sous la forme d'une fundoplicature selon Nissen ou autre...

Une métaanalyse avait été effectuée en 2010 et avait montré que pour le contrôle des symptômes la chirurgie était supérieure, mais on ne savait pas ce qu'il advenait à long terme.

L'étude du BMJ est un suivi sur 5 ans de 2 groupes de patients , l'un sous IPP et l'autre ayant bénéficié d'une intervention laparoscopique.

On retiendra que 44% des patients opérés prenaient quand même des IPP à 5 ans et 82% parmi ceux assignés au traitement médical.

En ce qui concerne le score de qualité de vie il y a une différence de 8,5 point en faveur de ceux qui ont été opérés mais ceci est à peine significatif...

Parmi ceux opérés, 3% ont eu une intervention chirurgicale pour une complication (sténose oesophage, éventration, perforation...).

Malgré tout les auteurs concluent que la chirurgie est supérieure aux IPP à long terme...

Une autre étude en 2011 avait montré que l'esomeprazole marchait plutôt mieux que la chirurgie à long terme. (*Laparoscopic Antireflux Surgery vs Esomeprazole Treatment for Chronic GERD (Jean-Paul Galmiche, MD, FRCP : JAMA. 2011;305(19):1969-1977.)*)

En bref on sait que les IPP à long terme peuvent favoriser l'ostéoporose, des infections à Clostridium difficile, des pneumonies communautaires, mais que finalement elles 'interfèrent pas avec l'efficacité du Clopidogrel.

On retiendra donc que pour un patient qui régurgite sans brûlures malgré un

traitement d'IPP, la fundoplicature est une bonne indication, mais qu'elle n'est pas recommandée en cas d'inefficacité des IPP sur les douleurs seulement.

On se rappellera qu'avant une intervention chirurgicale il faudra effectuer une pH impédancemétrie et une manométrie.

En cas d'obésité (BMI>35) la chirurgie n'est pas recommandée.

Pour terminer on notera que l'œsophage de Barrett qui est une métaplasie intestinale de la muqueuse du bas œsophage et que le risque de transformation maligne est de 1/1000 patients / an...

Merci au Dr Bichard, nouvel arrivé qui remplace le Dr Dumonceau...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch