

Cette rubrique de Minerva vous propose un bref résumé de nouvelles études concernant des sujets précédemment traités dans Minerva. Le comité de rédaction estime que l'information nouvelle ne nécessite pas une analyse développée de la publication tout en justifiant une mise au courant de nos lecteurs, en recadrant ces nouvelles données dans la précédente évaluation publiée par nos soins.

## ● Reflux gastro-oesophagien chronique et chirurgie laparoscopique

M. Van de Castele

Une synthèse méthodique récente<sup>1</sup> évaluant l'efficacité d'un traitement endoscopique du reflux gastro-oesophagien (données jusqu'en mai 2006) souligne l'absence de preuve à plus long terme quant à l'efficacité et à la sécurité de ces procédures endoscopiques. Minerva a précédemment publié<sup>2</sup> une analyse de l'étude LOTUS<sup>3</sup> concluant à un intérêt semblable de la chirurgie anti reflux et d'un traitement par ésomeprazole chez des patients présentant des plaintes de reflux légères. Notre conclusion était aussi que cette option chirurgicale était la dernière en pratique courante, en fonction de la préférence individuelle et d'une morbidité péri-opératoire éventuelle.

Une importante étude britannique multicentrique (21 hôpitaux) a récemment montré<sup>4</sup> que la chirurgie laparoscopique était statistiquement et cliniquement supérieure en termes de qualité de vie (critère primaire) dans l'année suivant l'intervention versus prise d'un IPP : différence au score qualité de vie REFLUX (de 0 à 100) de 14,0 (IC à 95% de 9,6 à 18,4) en analyse ITT. Les auteurs soulignent que le type de patient inclus (patient avec RGO et pHmétrie positive) est celui qui présente les plaintes de reflux sans doute les plus difficiles à traiter. Cette étude est présentée comme étant une RCT ; la majorité des patients n'a cependant pas été randomisée. Ils pouvaient, en effet, exprimer leur préférence pour la chirurgie ou un IPP auprès de leur médecin et du centre d'étude. Parmi les patients attribués au groupe chirurgie, 62% ont subi une intervention. Parmi les patients marquant une préférence pour la chirurgie, 84 % ont été opérés. Les motifs de non intervention sont des raisons pratiques liées au patient (par exemple une durée moyenne d'attente de 9 mois au R.-U. avant une intervention) ou au chirurgien (par exemple une contre-indication à une anesthésie). La mesure de la qualité de vie cible surtout l'amélioration des plaintes de reflux et moins les plaintes postopératoires « nouvelles » telles que la dysphagie. Le rapport coût-efficacité de cette chirurgie laparoscopique anti reflux reste cependant incertain<sup>4</sup>.

Cette étude clinique souligne l'importance du choix du patient pour une chirurgie en cas de reflux sévère. Le bénéfice d'une chirurgie laparoscopique est proportionnel à l'ampleur des plaintes.

### Références

1. Chen D, Barber C, McLoughlin P, et al. Systematic review of endoscopic treatments for gastro-oesophageal reflux disease. *Br J Surg* 2009;86:128-36.
2. Van de Castele M. Intervention laparoscopique ou ésomeprazole pour RGO chronique ? *MinervaF* 2009;8(5):56-7.
3. Lundell L, Attwood S, Eli C, et al; LOTUS trial collaborators. Comparing laparoscopic antireflux surgery with esomeprazole in the management of patients with chronic gastro-oesophageal reflux disease: a 3-year interim analysis of the LOTUS trial. *Cut* 2008;57:1207-13.
4. Grant AM, Wileman SM, Ramsay CR, et al; REFLUX Trial Group. Minimal access surgery compared with medical management for chronic gastro-oesophageal reflux disease: UK collaborative randomized trial. *BMJ* 2008;337:a2664.
5. Jani K. Laparoscopic surgery was more effective than medical management for GORD disease. *Evid Based Med* 2009;14:54.