

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE APRÈS FUNDOPLICATURE SELON NISSEN PAR LAPAROSCOPIE

A propos de 219 patients avec un suivi postopératoire médian de cinq ans

N. Lupinc, N. Lizza, A. Rajan, J. Himpens, G.B. Cadière

Bruxelles - BELGIQUE

Les résultats de la fundoplicature selon Nissen sont habituellement évalués par des critères objectifs tels que le degré d'œsophagite, la pH métrie, la manométrie et le transit œso-gastro-duodéнал. Cependant il s'agit d'une intervention fonctionnelle et les résultats doivent aussi être évalués par un index de qualité de vie directement lié à l'efficacité et aux effets secondaires de l'intervention. Le choix entre la chirurgie et le traitement médicamenteux dépend de cette évaluation. Le but de notre travail est d'étudier la qualité de vie chez les patients opérés de fundoplicature de Nissen par laparoscopie après un an ou plus.

MOTS CLÉS: Chirurgie antireflux, Qualité de vie, Fundoplicature selon Nissen.

□ PATIENTS ET MÉTHODE

Quatre cent quarante patients ont été opérés de fundoplicature selon Nissen en laparoscopie par le même chirurgien, de mai 1991 à juin 1999. Cent neuf patients ont été exclus de l'étude car opérés à l'étranger ou décédés.

Avec l'expérience nous avons apporté trois modifications à la technique chirurgicale initiale et nous avons classé les 331 patients en quatre groupes (Tableau 1).

MODIFICATIONS DE LA TECHNIQUE INITIALE			
	Nombre patients	Technique	
Groupe I 10/05/91-18/11/92	65	pas de suture	valve longue
Groupe II 20/11/92-31/01/95	110	suture des piliers	valve longue
Groupe III 01/02/95-29/01/98	97	suture des piliers	valve longue fixée
Groupe IV 04/02/98-30/06/99	59	suture des piliers	valve courte fixée

Tabl. 1

L'évaluation de la qualité de vie a été réalisée par des interviews effectuées par une chirurgienne étrangère au service. Un questionnaire a été soumis aux patients opérés les interrogeant sur la base de deux index: l'Index de Satisfaction et le Gastro Intestinal Quality of Life (GIQLI).

• **Index de Satisfaction:** nous avons demandé aux patients opérés s'ils étaient satisfaits de l'opération chirurgicale sur une échelle à cinq items:

- nettement insatisfait, insatisfait, moyennement satisfait, satisfait, très satisfait.

• **Index GIQLI (Gastro Intestinal Quality of Life (GIQLI):** parmi les symptômes abordés dans le questionnaire (Tableau 2) nous avons insisté surtout sur les symptômes d'une

	Jamais	Occasionnel	Fréquent	Très fréquent
Douleurs abdominales				
Pyrosis				
Régurgitations acides				
Acidité gastrique				
Nausées, vomissements				
Borborygmes				
Ballonnements				
Eructions				
Flatulences				
Constipation				
Diarrhées				
Incontinence fécale				
Consistance selles				
Besoins urgents				
Evacuation incomplète				

Tabl. 2

éventuelle récurrence et sur ceux liés aux effets secondaires de la chirurgie antireflux. Nous avons comparé les quatre groupes entre eux.

□ RÉSULTATS

Sur les 331 patients opérés en Belgique nous avons reçu 219 réponses (66%). Les caractéristiques des patients des quatre groupes sont semblables, à l'exception de la durée du follow-up. La durée moyenne du suivi post-opératoire de tous patients confondus était de 5 ans (2 à 8).

• Index de Satisfaction

Il n'y a pas de différence significative dans les degrés de satisfaction entre les quatre groupes. Sur 219 patients 79 % sont très satisfaits ou satisfaits, 14 % moyennement satisfaits et 7 % nettement insatisfaits.

RAISONS D'INSATISFACTION, ISOLÉES OU ASSOCIÉES, CHEZ 15 PATIENTS SUR 219		
	Nb. de patients	%
Récidives des symptômes	12	80
Nausées, vomissements	6	40
Diarrhée	4	26
Borborygmes	13	87
Ballonnements	11	73
Flatulences	11	73

Tabl. 3 Raisons d'insatisfaction chez 219 patients

Quinze patients sur 219 (7 %) sont insatisfaits ou nettement insatisfaits pour les raisons isolées ou associées suivantes: 13 patients (87 %) pour borborygmes, 11 (73 %) pour ballonnements, 11 (73 %) pour flatulences, 12 patients (80 %) pour récurrence des symptômes, 6 patients (40 %) pour nausées et vomissements et 4 patients (26 %) pour diarrhées.

Parmi les patients insatisfaits nous avons dû réopérer 3 malades.

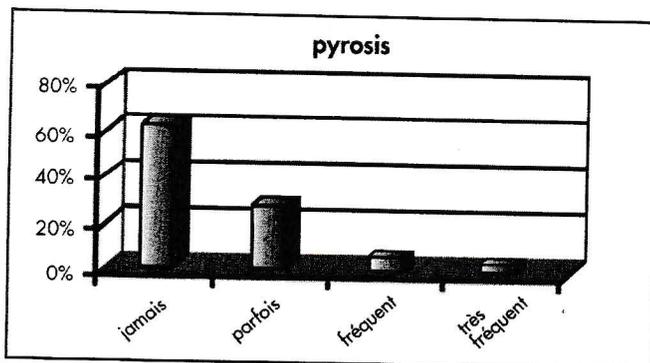
• GIQLI

Les résultats du GIQLI (Gastro Intestinal Quality of Life Index) pour chaque groupe montrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les quatre groupes.

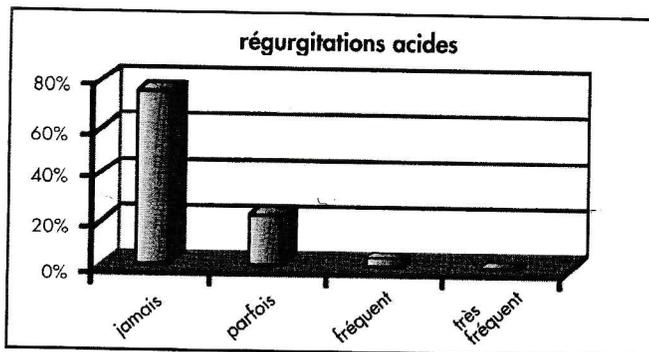
Dans le GIQLI les paramètres qui déterminent l'efficacité du traitement chirurgical sont représentés principalement par le pyrosis et les régurgitations acides.

Les patients chez lesquels les deux symptômes sont fréquents ou très fréquents correspondent aux malades qui ont nécessité une reprise du traitement médical.

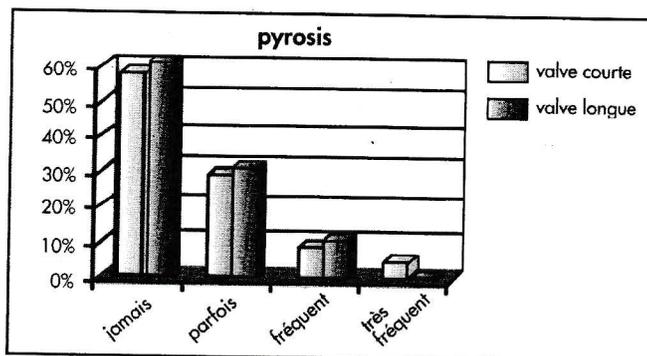
Il n'y a pas de différence significative entre l'efficacité de l'intervention d'une valve de 5 cm (valve longue: groupe III) et une valve de 2,5 cm (valve courte: groupe IV).



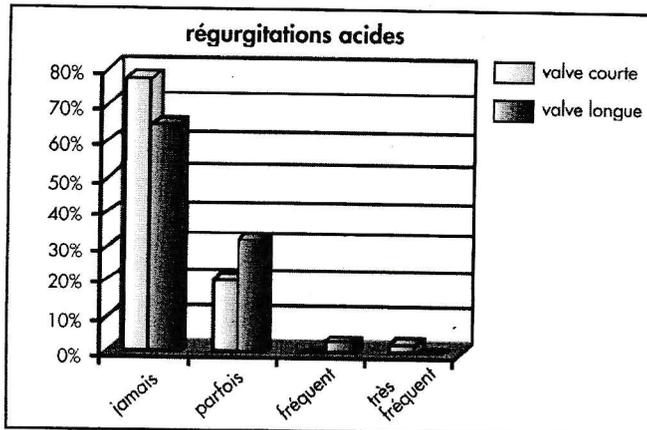
Tabl. 4 Fréquence du pyrosis



Tabl. 5 Fréquence des régurgitations acides postopératoires chez 219 patients: suivi postopératoire à 5 ans (2-8)

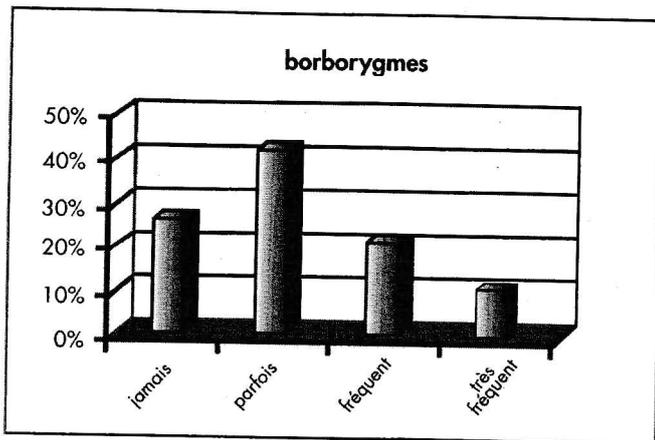


Tabl. 6 Comparaison des fréquences de pyrosis entre valve courte (gr. III, 72 patients) et valve longue (gr. IV, 45 patients)

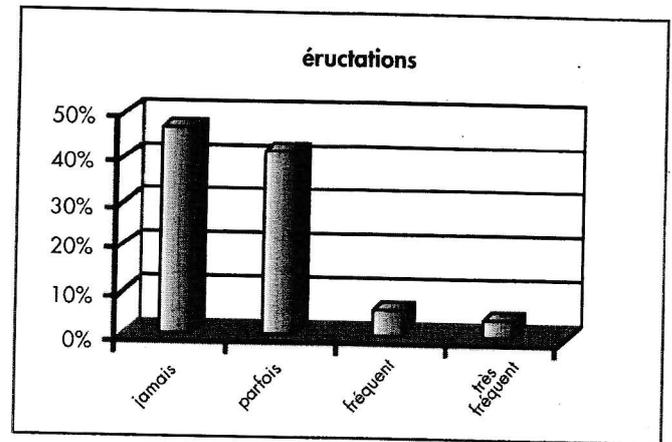


Tabl. 7 Comparaison des fréquences de régurgitations acides, entre valve courte (gr. III, 72 patients) et valve longue (gr. IV, 45 patients)

Les effets secondaires après l'intervention de Nissen sont principalement les borborygmes, flatulences, ballonnements et éructations, groupés sous le terme de gas bloating syndrome. Il n'y a pas de différence significative entre les quatre groupes.

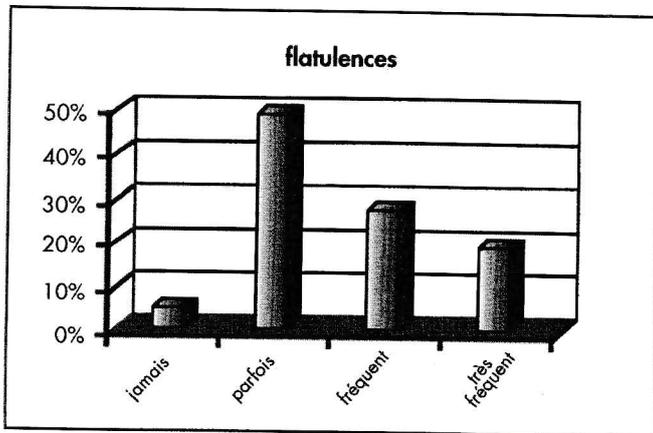


Tabl. 8 Fréquences des borborygmes après l'intervention, chez 219 patients

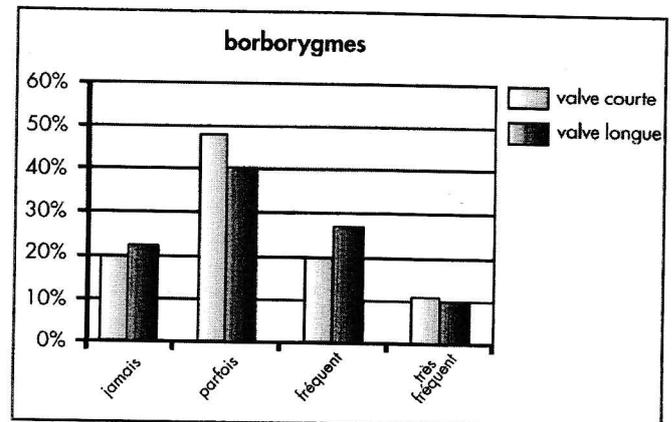


Tabl. 11 Fréquences des éructations après l'intervention, chez 219 patients

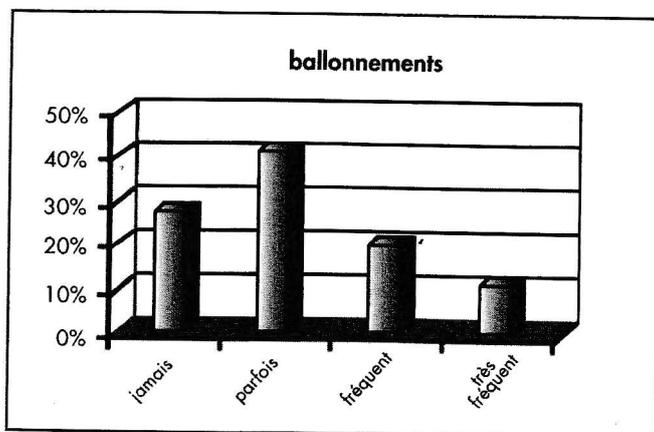
Pour chaque symptôme nous avons comparé les patients des deux derniers groupes (III: valve longue et IV: valve courte). Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.



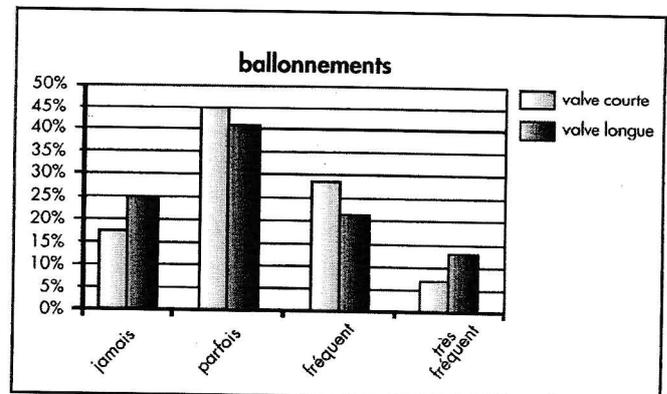
Tabl. 9 Fréquences des flatulences après l'intervention, chez 219 patients



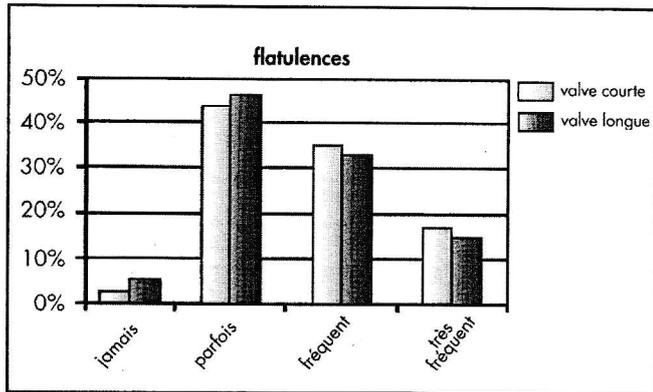
Tabl. 12 Comparaison des fréquences des borborygmes entre valve courte (gr. III, 72 patients) et valve longue (gr. IV, 45 patients)



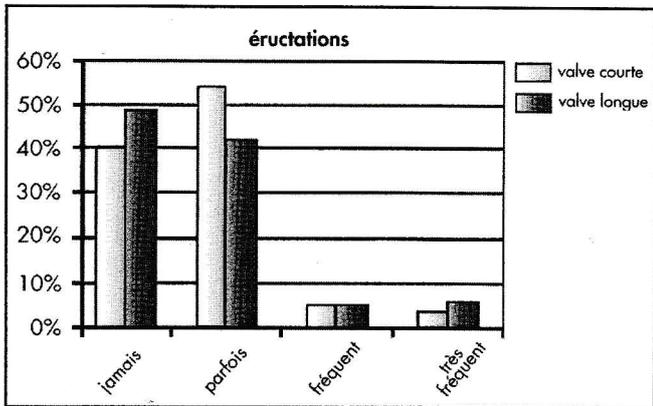
Tabl. 10 Fréquences des ballonnements après l'intervention, chez 219 patients



Tabl. 13 Comparaison des fréquences des ballonnements entre valve courte (gr. III, 72 patients) et valve longue (gr. IV, 45 patients)



Tabl. 14 Comparaison des fréquences des flatulences entre valve courte (gr. III, 72 patients) et valve longue (gr. IV, 45 patients)



Tabl. 15 Comparaison des fréquences des éructations entre valve courte (gr. III, 72 patients) et valve longue (gr. IV, 45 patients)

DISCUSSION

Les 331 patients n'ont pas tous été joignables. Certains ont simplement refusé de répondre au questionnaire. L'échantillon analysé de 219 malades, tout en étant important, représente seulement 66% des patients opérés.

L'index de satisfaction à long terme est au moins aussi bon que les index de satisfaction de la fundoplicature par laparotomie publiés dans la littérature. Il est donc légitime de réaliser cette intervention par laparoscopie puisque par

cette voie le confort postopératoire et la durée d'hospitalisation sont diminués.

L'étude confirme que l'intervention est très efficace et que les raisons d'insatisfaction sont, dans plus des 3/4 des cas, dues aux effets secondaires induits par l'intervention. Les ballonnements, borborygmes et flatulences sont les principaux symptômes incriminés.

L'ensemble des modifications techniques, fermetures des piliers, fixation de la valve aux piliers et valve plus courte, n'a apporté aucune amélioration significative de l'index de qualité de vie.

La longueur de la valve n'a pas d'influence sur l'efficacité de la valve confirmant nos études qui ont montré que c'est la partie postérieure de la valve qui détermine la longueur de la zone de haute pression mesurée par la manométrie postopératoire. Cependant cela ne doit pas encourager absolument la réalisation de valve très courte puisque dans notre étude il n'y a pas de différence significative entre la valve courte et la valve longue en ce qui concerne les éructations, les ballonnements et les flatulences.

CONCLUSION

La fundoplicature selon Nissen par laparoscopie améliore la qualité de vie des patients. La fermeture des piliers, la fixation de la valve au pilier et la réalisation de valves plus courtes n'ont pas modifié de manière significative l'index de qualité de vie.

Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre
Département de Chirurgie Digestive
Rue Haute, 322
1000 Bruxelles - Belgique

RÉSUMÉ

Une évaluation de la qualité de vie a été réalisée après fundoplicature selon Nissen par laparoscopie. Le suivi postopératoire médian était de 5 ans. La technique a subi 3 modifications et quatre groupes de patients ont été étudiés : Groupe I, 65 patients à valve longue et pas de suture des piliers, Groupe II, 110 patients à valve longue et suture des piliers, Groupe III, 97 patients à valve longue fixée, Groupe IV, 59 patients à valve courte fixée et suture des piliers.

La fundoplicature selon Nissen améliore la qualité de vie. Il n'y a pas de différence dans la qualité de vie entre les différents groupes. Il n'y a pas de différence significative entre la valve courte et la valve longue en ce qui concerne l'efficacité et les effets secondaires de l'intervention.

SUMMARY

An evaluation of the quality of life after laparoscopic Nissen fundoplication was conducted over a mean postoperative follow-up period of 5 years. The technique underwent 3 modifications and the patients studied fell into 4 groups: Group I included 65 patients with a long valve without suture of the crura, Group II, 110 patients with a long valve and suture of the crura, Group III, 97 patients with a long fixed valve, Group IV, 59 patients with a short fixed valve and suture of the crura. Nissen's fundoplication definitely improves the quality of life. The latter does not vary from one group to the next. There is no significant difference between the short valve and the long one with regard to efficacy and side-effects.

KEY WORDS : Antireflux surgery, Quality of life, Nissen's fundoplication.

**XXII^{ÈMES} JOURNÉES INTERNATIONALES
DE PATHOLOGIE ET CHIRURGIE DIGESTIVES, ET VIDÉO-LAPAROSCOPIE**

NICE

Hôtel Negresco

2 février (8 heures) et 3 février 2001 (13 heures)

Organisateur : **Professeur J. Mouiel**

QUELLE CHIRURGIE POUR LE III^{ÈME} MILLÉNAIRE ?

**PROGRÈS DANS LA PATHOLOGIE ET LA CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF,
DU FOIE, DES VOIES BILIAIRES, DU PANCRÉAS ET DES VAISSEaux ABDOMINAUX**

ÉVALUATION ET CONFRONTATION DES MÉTHODES MINIMALES INVASIVES PAR VIDÉO-LAPAROSCOPIE

Renseignements : C.E.R.M., Secrétariat Professeur J. Mouiel - Hôpital de l'Archet 2, B.P. 3079 - 06202 Nice Cedex 3
Tél. : 04 92 03 64 76 - Fax : 04 92 03 65 62 - E.mail. : jmouiel@club-internet.fr

C.E.F.P.C.E.

CENTRE EUROPÉEN DE FORMATION PRATIQUE A LA CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE

PERIGUEUX

Directeur de l'Enseignement : **Pr. M.A. Bruhat - Responsable du Centre :** **Dr J.A. Hourcabié**

15 et 16 février - 12 et 13 avril - 13 et 14 septembre - 15 et 16 novembre

HYSTÉRECTOMIE PERCÆLIOSCOPIQUE : LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES, LE CHOIX D'UNE TECHNIQUE RAPIDE ET DE SÉCURITÉ

15 et 16 mars - 17 et 18 mai - 11 et 12 octobre - 13 et 14 décembre

INDICATIONS ET TECHNIQUE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS PAR VOIE CÆLIOSCOPIQUE

7, 8 et 9 juin : **SYMPOSIUM**

3 jours d'enseignement continu, pratique, théorique, retransmission vidéo interactive des blocs opératoires :

HYSTÉRECTOMIES (voie basse, voie cœlioscopique),

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS, (voie basse, voie cœlioscopique), CHIRURGIE PELVIENNE DU 3^{ÈME} MILLÉNAIRE

Inscriptions : C.E.F.P.C.E., 7 chemin du Halage - 24000 Périgueux
Tél. : 33 (0) 5 53 06 83 30 - Fax : 33 (0) 5 53 06 83 31 - E.mail. : hourcabié.endo.chir.@wanadoo.fr