

■ Analyse bibliographique

■ Appendicite non compliquée de l'enfant : le traitement doit-il être systématiquement chirurgical ?

GEORGIU R *et al.* Efficacy and Safety of Nonoperative Treatment for Acute Appendicitis: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 2017; 139:e20163003.

L'appendicite aiguë est fréquente chez l'enfant, avec un pic d'incidence entre 10 et 20 ans. Le diagnostic serait porté chez 1 à 8 % des enfants se présentant aux urgences pour des douleurs abdominales aiguës. Le traitement historique est chirurgical mais depuis quelques années, le dogme de la prise en charge chirurgicale a été remis en question par la publication d'études montrant l'efficacité d'un traitement conservateur (antibiothérapie) chez l'adulte puis, plus récemment, chez l'enfant. Ce traitement reste controversé car la survenue de complications post chirurgicales est à mettre en balance avec le risque de récurrence de l'appendicite en cas de traitement non chirurgical.

Le but de cette méta analyse était de déterminer l'efficacité et la sécurité du traitement conservateur par rapport au traitement chirurgical chez l'enfant. En décembre 2015, 2 auteurs ont réalisé séparément une revue de la littérature sur le traitement non chirurgical de l'appendicite à partir des bases de données Central, Medline et Embase. Les études rapportant l'utilisation du traitement non chirurgical dans les appendicites compliquées (perforée, avec abcès ou masse) ont été exclues. L'objectif primaire était d'évaluer l'efficacité du traitement non chirurgical, définie par une sortie d'hospitalisation sans appendicectomie lors de l'épisode initial. L'objectif secondaire était d'évaluer la sécurité de ce type de traitement, les éventuels effets secondaires, les complications incluant la récurrence d'une appendicite et la durée des séjours hospitaliers.

Dix études ont été incluses dans l'analyse finale, 7 prospectives (1 seul essai randomisé contrôlé) et 3 rétrospectives. Six d'entre elles comparaient le traitement conservateur au traitement chirurgical et 4 étudiaient le suivi des patients après un traitement non chirurgical sans groupe contrôle. 766 enfants, dont 413 avec un traitement conservateur ont été inclus.

Le traitement non chirurgical était efficace dans 97 % des cas (IC 95 % : 95,5-98,7 %) lors de l'épisode initial d'appendicite aiguë avec une hétérogénéité faible des méthodes de mesures. La durée du suivi variait selon les études. 68 des 396 enfants traités non chirurgicalement ont présenté des épisodes d'appendicite récurrents. Parmi ceux-ci, 19 ont reçu un 2^e traitement conservateur, les autres ont été opérés avec une confirmation histologique de l'inflammation appendiculaire. L'incidence ajustée de récurrence d'une appendicite était de

14 % (IC 95 % : 7-21 %) cependant il existait une grande hétérogénéité entre les travaux. Sur le suivi au long cours, l'efficacité du traitement sans chirurgie était de 82 % (IC 95 % : 77-87 %).

Les 6 études comparant les 2 techniques de prise en charge regroupaient 658 enfants dont 305 ayant eu un traitement non chirurgical. La durée d'hospitalisation initiale diminuait d'une demi-journée en cas d'appendicectomie par rapport au traitement conservateur mais la durée totale des hospitalisations (complications, récurrence) étudiée dans deux travaux, n'était pas significativement différente entre les 2 techniques. De même, le risque de complications était similaire dans les 2 groupes, soit 2 % de risque de différence (IC 95 % : 0-5 %). Cette méta-analyse montre que le traitement initial non chirurgical d'une appendicite aiguë non compliquée est efficace dans 97 % des cas avec un taux de complications et une durée d'hospitalisation environ similaires à une prise en charge chirurgicale. Sur l'évolution à long terme, environ 1 enfant sur 5 devra être opéré. De larges essais randomisés contrôlés avec un suivi prolongé sont cependant nécessaires chez l'enfant pour confirmer l'intérêt de ce traitement.

■ Un érythème des voies aériennes supérieures n'est pas synonyme de reflux gastro-œsophagien pathologique

Rosen R *et al.* The edematous and erythematous airway does not denote pathologic gastroesophageal reflux. *J Pediatr*, 2016 : in press.

Les ORL réalisant des laryngoscopies dans le cadre de toux chroniques ou de laryngites à répétition retrouvent souvent un érythème, une inflammation du larynx. Un reflux gastro-œsophagien (RGO) est alors fréquemment incriminé comme étant responsable de ces constatations et un traitement par inhibiteurs de la pompe à H⁺ (IPP) est alors prescrit.

Les études chez l'adulte ont retrouvé un lien inconstant entre reflux acide et inflammation laryngée, ces travaux sont limités par l'utilisation rare de la phmétrerie. La seule étude chez l'adulte, réalisée chez 142 volontaires sains ayant eu une impédancemétrie avec étude du pH, n'a pas trouvé de corrélation entre un reflux acide et l'apparence endoscopique du larynx. Il n'existe, en revanche, pas d'études chez des adultes symptomatiques ni chez l'enfant.

Le but de ce travail était de déterminer si une relation existe entre un RGO identifié par impédancemétrie/phmétrerie et le score endoscopique ORL de reflux (RFS) et par ailleurs de voir si l'expérience clinique des praticiens ORL avait un impact sur l'interprétation endoscopique.

Entre 2008 et 2014, 77 enfants présentant une toux chronique et ne recevant pas de médicaments anti acides, ont été inclus de manière prospective. Chaque patient était évalué par laryngo-bronchoscopie puis immédiatement après par une fibroscopie œsogastroduodénale avec biopsies et pose d'une sonde de pHmétrie-impédancemétrie. Trois ORL avec une expérience différente analysaient de façon indépendante les vidéos des laryngoscopies et établissaient le score du RFS (maximum 26 points) basé sur plusieurs signes tels que l'œdème sus-glottique, laryngé ou des cordes vocales et la présence d'un érythème, de granulomes et de mucus épais. Le RFS total était établi sur la moyenne des scores des 3 ORL. Une pHmétrie était définie comme pathologique en cas de pH < 4 pendant au moins 6 % du temps d'enregistrement. Une impédancemétrie était considérée comme anormale si le nombre total d'épisodes de reflux était > 73. Le score total RFS était comparé aux mesures de pH-impédancemétrie.

L'âge moyen des patients était de $6,5 \pm 3,7$ ans et le score RFS moyen des 77 enfants de 12 ± 3 . L'impédancemétrie et la pHmétrie étaient anormales respectivement chez 18 % et 28 % des patients. Aucun patient n'avait d'œsophagite macroscopique, 21 % avaient une inflammation histologique du bas œsophage et 5 % avaient une œsophagite à éosinophiles. Il n'y avait pas de corrélation entre la mesure d'un reflux et le score RFS moyen ($r < 0,14$, $p > 0,21$). Le coefficient de corrélation de concordance était bas à 0,32 (IC 95 % : 0,22-0,42). Il n'y avait pas de différence entre le RFS moyen des patients avec

et sans œsophagite. Sur les 66 patients ayant complété le questionnaire de qualité de vie PedsQL, aucune corrélation n'était retrouvée avec le RFS ($r < 0,15$, $p > 0,3$). Il n'y avait aucune relation entre une phmétrie, impédancemétrie anormale et le RFS quelque soit l'expérience de l'ORL. En utilisant la pHmétrie comme "*gold standard*", la valeur prédictive positive du RFS était de 29 % et en utilisant l'impédancemétrie comme "*gold standard*", la valeur prédictive positive du RFS était de 40 %.

Les résultats de ce travail prospectif montre qu'il n'existe pas de corrélation entre une inflammation des voies aériennes supérieures et un RGO mis en évidence par pHmétrie et/ou impédancemétrie. La laryngoscopie ne doit d'une part pas être utilisée pour le diagnostic de RGO et d'autre part, si cet examen est réalisé de façon isolée en cas de toux chronique, les éventuels œdèmes et érythèmes du larynx ne doivent pas conduire à la prescription systématique d'un IPP.

J. LEMALE

Service de Gastroentérologie
et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.

