Impact décisionel de la manométrie oesophagienne (MO). Expérience d'un centre d'exploration fonctionnel digestif (CEF) de Centre Hospitalier (CH)

Bour B, Dohin S, Blanchi A, Pilette C
Département d'Hépatogastroentérologie - CH Le Mans

Dans les années 1985, la MO a été introduite en routine dans les éléments du plateau technique des services de gastro-entérologie hospitaliers. Ses principales indications recouvrent les champs du reflux gastro-oesophagien (RGO) et des troubles moteurs spécifiques ou non spécifique (TMNS).

Le **but** de cette étude a été d'étudier l'apport diagnostic et thérapeutique de la MO à la prise en charge de patients référés dans le CEF d'un CH.

Patients et méthodes : Les malades vus de façon consécutive pour MO de janvier 1991 à décembre 2000 ont été inclus. Les données cliniques indiquant l'examen ainsi que les résultats manométriques ont été revus. La MO était jugée contributive si elle influençait la prise en charge (traitement spécifique médical ou chirurgical, nouvelle orientation diagnostique). La corrélation entre données recueillies et apport diagnostic ou thérapeutique a été réalisé par régression logistique (Epi-info).

Résultats : Parmi les 825 patients (349 hommes, 263 femmes) d'âge moyen 55 ans (+/- 17,3), les indications de la MO étaient à visée diagnostique (n=427 - 51,8%) ou pronostique (n=398 - 48,2%). Les indications et les résultats des anomalies retrouvées sont rapportées sur le tableau. La MO était anormale 545 cas (66%).

Indications N = 825	Diagnostic manométrique					
	Normal	Hypotonie SIO	Achalasie	Maladie spasmes étagés	TMNS	Sclérodermie
Dysphagie N=178	55	37	18	19	49	0
Douleur pseudo-angineuse N=95	58	18	0	9	10	0
Sclérodermie systémique N=67	26	10	0	0	7	24
Toux N=36	19	17	0	0	0	0
Mégaoesophage N=35	2	0	31	1	1	0
Maladies neurologiques N=16	6	2	0	1	7	0
Bilan fonctionnel d'un RGO N=228	73	130	3	3	17	2
Bilan préopératoire d'un RGO N=170	41	120	0	1	7	1
Total	280	334	52	34	98	27

La MO a été contributive à la stratégie de prise en charge dans 173 cas (20,9%) en permettant :

1. l'arrêt des explorations à visée diagnostique (n=113 - 26,4%) devant des douleurs pseudo-angineuses ou une dysphagie,
2. la remise en cause d'un diagnostic clinique (n=32 - 7,5%) sclérodermie ou mégaoesophage,
3. de récuser une intervention antireflux (n=9 - 5,3%).

La MO était plus contributive lorsqu'elle était indiquée pour des symptômes (dysphagie, douleurs pseudo-angineuses) qu'un syndrome cliniquement évocateur d'un diagnostic (mégaoesophage, sclérodermie) 18,4% vs 6,6% (p< 0.05).

Conclusion : La MO est contributive dans un cas sur 5 à la prise en charge de routine des patients symptomatiques. Elle influence le diagnostic ou la prise en charge thérapeutique dans un petit nombre de cas. L'investissement matériel et intellectuel dans cette technique ne se justifie pas au CH. Le développement de centres régionaux de référence est souhaitable.

ANGH Copyright 2001