



56 rue Boissonade
75014 Paris

R. VIALLE Directeur

I. AUQUIT
M. BACHY
N. BIGA
R. BECCARI
D. CHAUVEAUX
C. COURT
L. DE LEOBARDY
T. DEFIVES
J. DELAMBRE
J. FENOLLOSA
A. FEYDY
F. FIORENZA
F. FITOUSSI
M. GUILLAUMAT
D. HANNOUCHE
B. ILHARREBORDE
T. LENOIR
C. MORIN
L. RILLARDON
C. THEVENIN-LEMOINE
P. WICART
F. ZADÉGAN

orthopedie.cdo@gmail.com



<http://www.facebook.com/pages/Centre-de-Documentation-Orthopédique-CDO/341993875881587>

Utilisation du chewing-gum en postopératoire des interventions pour correction des scolioses de l'enfant et de l'adolescent

The use of chewing gum postoperatively in pediatric scoliosis patients facilitates an earlier return to normal bowel function.

Jonathan K. Jennings MD, J. Scott Doyle MD, Shawn R. Gilbert MD, Michael J. Conklin MD and Joseph G. Khoury MD Spine Deformity, 2015-05-01, Volume 3, Issue 3, Pages 263-266,

Cet article, issu du travail d'un groupe américain de l'Hopital UBA mené par Jonathan K. Jennings s'intéressait à déterminer si l'utilisation d'une « chewingo thérapie » en post opératoire immédiat dès J1, dans la chirurgie de la scoliose pédiatrique par voie postérieure, permettait ou non un retour plus rapide à un transit normal.

Il s'agissait d'une étude monocentrique randomisée prospective, en intention de traiter, de juillet 2009, à juillet 2013. Ont été inclus 83 patients répondant aux critères suivants : âgés de 10 à 19 ans, opérés d'une scoliose idiopathique par voie postérieure, excluant ainsi les scolioses neuro musculaires, les abords antérieurs ou double abord, les patients ayant des antécédents de chirurgie abdominale, ou bien ayant des pathologies oropharyngées contre indiquant le chewing gum.

42 de ces malades ont été inclus dans le bras chewingo-thérapie et mâchaient dès J1 pendant 15 à 30 minutes à raison de 5 fois par jour du chewing gum, tandis que les 41 autres malades du second groupes, ne bénéficiaient que de la prise en charge standardisée post opératoire de l'ensemble des malades excluant ainsi la « chewingo thérapie »

Le critère de jugement principal était le retour à un transit de gaz et ou de selles.

Etaient ainsi analysées les données concernant l'EVA douleur abdominale, la date des premiers gaz, la date des premières selles, la consommation d'antalgique., la sensation de reprise du transit par levé de l'inconfort abdominal.

L'ensemble des données étaient récupérés par les pédiatres en post opératoires par interrogatoire direct au malade, ou bien par téléphone si le malade sortait avant retour à un transit normal.

Parmi les 42 malades du groupe chewingo thérapie, 8 ont arrêtés en cours en raison des nausées vomissements provoqués.

La seule différence significative retrouvé était la durée de retour un péristaltisme abdominale avec un retour moyen à 145.79h pour le groupe chewing gum, versus 176.8 pour le groupe témoin (p=0,04). Concernant les dates de retour des gaz et des selles, et l'utilisation d'antalgiques, aucune différence significative n'a été mise en évidence.

Les auteurs préconisaient alors la mise en place de cette « chewingo thérapie » en post opératoire immédiate, argumentant leurs propos par le fait qu'il s'agissait d'une protocole sans risque, peu couteux, non invasif, facilement reproductible.

Au regard des ces résultats, cette attitude apparaissait critiquable, car la seule différence significative retrouvée, portait sur un critère subjectif, et donc le fait que l'enfant sache qu'il mâche pour retrouver un transit normal plus rapidement constituait un énorme biais de confusion dans l'analyse des résultats concernant la sensation de retour au péristaltisme, tandis que pour les données plus objectives (gaz selles, utilisation d'antalgiques) aucune différence significative n'était retrouvé.