

Examens et traitements

Le reflux gastro-œsophagien

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) se caractérise par une remontée du contenu gastrique dans l'œsophage. Il s'agit d'un phénomène physiologique asymptomatique de courte durée, survenant principalement en post-prandial. Il devient pathologique lorsque la durée ou la fréquence des épisodes augmentent, qu'il devient symptomatique ou induit des lésions de la muqueuse œsophagienne. La prévalence du RGO, terme utilisé dans cet article pour décrire la condition pathologique, est estimée à 10 à 20 % dans les pays occidentaux.

Les symptômes digestifs typiques sont les brûlures rétrosternales post-prandiales (pyrosis) et les régurgitations acides parfois accompagnées de résidus alimentaires non digérés. La odynophagie ou une dysphagie peuvent survenir lors d'une complication tel que l'œsophagite érosive, une sténose peptique ou, plus rarement, d'un adénocarcinome œsophagien. Les symptômes atypiques sont les nausées, les douleurs épigastriques, les ballonnements abdominaux et les éructations fréquentes. Les manifestations extra-digestives comprennent, entre autres, les douleurs thoraciques évoquant un angor, la toux chronique, l'asthme ou la pharyngite chronique (1).

Si la fréquence des symptômes typiques ne diminue pas avec l'âge, leur intensité diminue et la prévalence d'œsophagite érosive sévère et d'œsophage de Barrett augmente significativement, en particulier chez les hommes caucasiens (2).

L'obésité est un facteur de risque reconnu à la fois pour le RGO, l'œsophagite érosive, l'œsophage de Barrett et l'adénocarcinome œsophagien et du cardia gastrique. Le rôle d'*Helicobacter pylori* dans le RGO est très discuté. La possibilité d'une exacerbation d'une œsophagite érosive après éradication n'a pas été retenue; cependant une augmentation des symptômes de dyspepsie est décrite. Il existe en outre un risque potentiellement augmenté de développer une gastrite atrophique lors de l'utilisation chronique d'inhibiteur de la pompe à protons (IPP) chez les patients infectés par *H. pylori*. Si les recommandations européennes conseillent de dépister *H. pylori* en cas de RGO, ce n'est pas le cas des recommandations américaines (3).

Les symptômes typiques de pyrosis et de régurgitation suffisent à eux seuls à poser le diagnostic et donc à débiter un traitement empirique. En cas de douleurs thoraciques évoquant un angor, un bilan cardiologique doit être effectué en premier lieu. En cas de symptômes atypiques ou de symptômes extra-digestifs, lors de symptômes d'alarme (dysphagie, anémie, perte



Dr méd. Isabelle Pache, MD
Lausanne

pondérale inexpiquée) ou lors d'échec du traitement d'un traitement empirique, un bilan complémentaire au moyen d'une œso-gastro-duodénoscopie (OGD), d'une pH-métrie et/ou d'une manométrie œsophagienne est recommandé.

Examens complémentaires

L'OGD est souvent l'examen de choix car elle permet d'évaluer les lésions muqueuses et de faire des biopsies. Elle est indiquée en cas de symptômes d'alarme et chez les patients ayant un risque augmenté d'œsophage de Barrett (homme, plus de 50 ans, symptômes depuis plus de 5 à 10 ans, obésité). Elle permet de classer une éventuelle œsophagite de reflux, de poser un diagnostic différentiel (œsophagite infectieuse, médicamenteuse, à éosinophile, carcinome épidermoïde œsophagien) et de détecter d'éventuelles complications (hernie hiatale, œsophage de Barrett, adénocarcinome œsophagien). En cas d'œsophagite sévère, un contrôle post-traitement est nécessaire pour détecter un éventuel œsophage de Barrett sous-jacent qui nécessiterait un suivi endoscopique régulier.

La pH-métrie est recommandée en cas de suspicion de symptômes ne répondant pas au traitement et d'OGD ne montrant pas de lésion muqueuse. Elle est réalisée sans traitement si la probabilité pré-test de RGO est faible, et idéalement couplée à une impédancemétrie permettant de rechercher des reflux non acides, et sous traitement si la probabilité pré-test de RGO est élevée. Cet examen est nécessaire avant d'envisager une chirurgie du reflux.

La manométrie œsophagienne n'est pas utile pour le diagnostic du RGO mais pour exclure une autre étiologie aux symptômes tels que l'achalasie et les troubles de la motilité œsophagienne. Comme la pH-métrie, elle est essentielle avant toute chirurgie anti-reflux.

Traitements

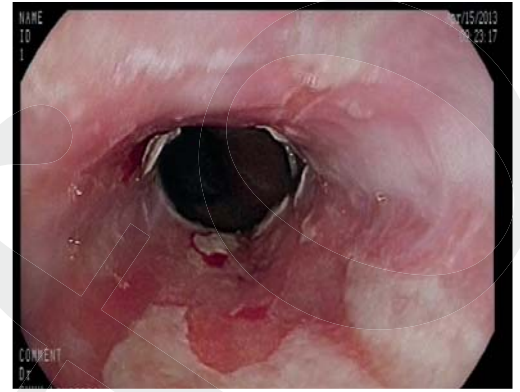
Il n'existe actuellement pas de consensus formel concernant le traitement du RGO. Les seules mesures hygiéno-diététiques recom-

mandées sont une perte pondérale chez les patients obèses ou ayant récemment pris du poids, l'élévation de la tête du lit et la prise du dernier repas 2 à 3 heures avant d'aller se coucher. L'évitement de certains aliments diminuant la pression du sphincter œsophagien inférieur, tels que les aliments gras, le chocolat, la caféine et l'alcool, n'est pas recommandé mais peut soulager certains patients.

Si les antiacides pris à la demande peuvent soulager les patients ayant des symptômes légers occasionnels, leur action est rapide mais de courte durée et ils doivent être pris en dehors des autres médicaments. Le métopramide n'a pas d'indication en dehors de la présence d'une gastroparésie concomitante. Si les anti-H2 sont efficaces, ils entraînent une tachyphylaxie après 2 à 6 semaines et ne sont donc pas recommandés au long cours. Ils restent une option intéressante en cas de réponse partielle, en complément des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Le baclofène s'est avéré efficace chez les patients ne répondant pas aux IPP seuls. Cependant, il n'existe pas de données sur leur utilisation à long terme.

Malgré leur coût plus élevé et les possibles effets secondaires, les IPP sont actuellement considérés comme le traitement de choix que ce soit pour un reflux typique avec ou sans complication endoscopique ou pour les symptômes atypiques et extra-digestifs. Le traitement empirique consiste en une prise quotidienne, préférentiellement à jeun, 30 minutes avant le premier repas de la journée, durant 8 semaines. En cas de symptômes à prédominance nocturne, la prise peut se faire avant le repas du soir. Ce traitement permet à la fois de soulager les symptômes et de guérir une éventuelle œsophagite peptique. Il n'existe pas de différences significatives entre les différentes substances (4). Ces dernières années, plusieurs risques potentiels d'une utilisation à long terme des IPP ont été évoqués. Depuis lors, plusieurs méta-analyses et revues systématiques ont permis de déterminer qu'ils sont utilisables lors d'ostéoporose s'il n'existe pas d'autre risque pour une fracture de hanche, lors d'une prise concomitante de clopidogrel et qu'ils n'augmentent pas le risque de pneumonie communautaire à long terme. Par contre, ils constituent un facteur de risque pour les infections à *Clostridium difficile* et leur utilisation doit être limitée chez les patients à risque (5).

Si les symptômes disparaissent et en absence d'œsophagite de reflux sévère ou d'œsophage de Barrett, il est possible d'arrêter le traitement. Si les symptômes récidivent dans les 3 mois, une reprise du traitement est indiquée. Lors d'un traitement de longue durée suite à une récurrence précoce des symptômes ou à des complications



Œsophagite sévère (grade 4 selon Los Angeles)

endoscopiques mucosales, la dose minimale efficace devrait être prescrite pour limiter les effets secondaires. En cas de non-réponse ou de réponse partielle, une OGD est recommandée. On peut ensuite soit doubler les doses en 2 prises quotidiennes, soit changer de substance active, soit ajouter un anti-H2 (6).

Les traitements chirurgicaux du RGO sont une option possible pour les patients ayant besoin d'un traitement de longue durée et chez lesquels on souhaite arrêter le traitement médical (souhait du patient, non-compliance, effets secondaires aux IPP), lors d'une hernie hiatale importante ou d'œsophagite réfractaire au traitement médical. N'ayant pas de limite d'âge, ils doivent plutôt être réservés aux patients ayant répondu au traitement médical et sont aussi efficaces que ces derniers chez les personnes ayant un RGO chronique bien sélectionnés. Un bilan par pH-métrie et manométrie œsophagienne, permettant d'exclure un trouble de la motilité, doit être effectué en pré-opératoire. Les chirurgies les plus souvent réalisées sont la funduplicature postérieure par laparoscopie et le bypass chez les patients obèses. Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont une dysphagie aux solides et un gas-bloat syndrome sur rétention d'air au niveau gastrique et intestinal chez des patients ne parvenant plus à éructer. Ces complications peuvent parfois nécessiter une ré-intervention (7).

Dr méd. Isabelle Pache, MD

Médecin associée
Service de Gastroentérologie et Hépatologie
PMU - BB07, Bugnon 44, 1011 Lausanne
Isabelle.Pache@chuv.ch

Références :

1. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF et al. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008;135:1383-1391
2. Becher A, Dent J. Systematic review: ageing and gastro-oesophageal reflux disease symptoms, oesophageal function and reflux oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:442-454
3. Yaghoobi M, Farrokhyar F, Yuan Y et al. Is there an increased risk of GERD after *Helicobacter pylori* eradication?: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2010;105:1007-1013
4. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2013;108:308-328
5. Sheen E, Triadafilopoulos G. Adverse effects of long-term proton pump inhibitor therapy. *Dig Dis Sci* 2011;56:931-950
6. El-Serag H, Becher A, Jones R. Systematic review: persistent reflux symptoms on proton pump inhibitor therapy in primary care and community studies. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32:720-737
7. Wileman SM, McCann S, Grant AM et al. Medical versus surgical management for gastro-oesophageal reflux disease (GORD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, CD003243

Message à retenir

- ◆ Le reflux gastro-œsophagien pathologique est une maladie fréquente pouvant induire des complications sévères
- ◆ Un traitement empirique par inhibiteurs de la pompe à protons durant 8 semaines peut être proposé à la plupart des patients. Cependant, en cas de symptômes d'appel (dysphagie, perte pondérale involontaire, anémie) et de facteurs de risque pour un œsophage de Barrett (sexe masculin, >50 ans, reflux depuis plus de 5 à 10 ans, obésité), une endoscopie haute doit être réalisée
- ◆ En cas de complication endoscopique (œsophagite érosive, œsophage de Barrett, sténose peptique) ou de récurrence précoce des symptômes après l'arrêt des inhibiteurs de la pompe à protons, le traitement doit être poursuivi à long terme
- ◆ L'option thérapeutique chirurgicale est aussi efficace que la médicale si elle est proposée à des patients bien sélectionnés