

Prise en charge du reflux gastro-oesophagien

Rédacteur : **Frank Zerbib**

Relecteurs : Stanislas Bruley des Varannes, Guillaume Cadiot, Philippe Ducrotté, François Mion, Michel Dapoigny, Philippe Houcke, Alexandre Pariente

Références :

Kahrilas PJ et al. AGA medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2008 ;135:1383-91. [www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(08\)01606-5/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(08)01606-5/fulltext)

Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900-20.

Date : décembre 2011

Diagnostic de RGO

Symptômes pouvant faire évoquer un RGO

- Symptômes typiques : spécifiques, peuvent suffire à affirmer le diagnostic
 - Pyrosis (brûlure rétrosternale et ascendante)
 - Régurgitations (liquides ou alimentaires) (avec syndrome postural ou non)
- Symptômes atypiques
 - Digestifs (brûlures épigastriques)
 - Douleurs thoraciques
 - Respiratoires
 - Toux chronique
 - Asthme difficile à équilibrer
 - Manifestations ORL (enrouement, laryngite chronique)
 - Erosions dentaires
- Symptômes d'alarme
 - Dysphagie
 - Hématémèse
 - Amaigrissement
 - Anémie

Examens complémentaires

- Endoscopie digestive haute
 - Examen de 1ère intention

- Indications
 - Présence de signes d'alarme
 - Âge > 50 ans
 - Résistance au traitement initial ou rechute précoce à l'arrêt du traitement
 - Symptômes atypiques isolés
 - Affirme le diagnostic en cas d'œsophagite ulcérée, dépiste les complications ou lésions pré-cancéreuses (sténose, muqueuse de Barrett). Seules les pertes de substance muqueuses (et non un simple érythème) ont une signification diagnostique dans le RGO (voir classification de Los Angeles en annexe).
 - Biopsies œsophagiennes étagées systématiques (minimum 5) si dysphagie associée et aspect endoscopique normal ou évocateur d'œsophagite à éosinophiles
- La pHmétrie œsophagienne
- soit pHmétrie « filaire » de 24h, soit pHmétrie « sans fil » de 48h (mieux tolérée, rendement diagnostique supérieur)
 - Doit être réalisée sans IPP (rendement très faible sous IPP), en ambulatoire avec analyse de la concordance symptomatique.
 - Indications (pHmétrie sans traitement)
 - Symptômes atypiques isolés et faible probabilité de RGO (pas de RGO documenté préalablement)
 - Bilan préopératoire en l'absence de RGO documenté (absence d'oesophagite en endoscopie)
- La pH-impédancemétrie œsophagienne
- Permet la détection des reflux indépendamment du pH. Particulièrement adaptée à l'évaluation du RGO chez des patients sous IPP (majorité de reflux peu ou non acides)
 - NB : les reflux non acides ne sont pas des reflux alcalins ou biliaires (ces derniers sont le plus souvent acides).
 - Indications (sous traitement par IPP double dose)
 - Symptômes persistants sous IPP en cas de RGO préalablement documenté.
 - Symptômes typiques persistants sous IPP
 - Objective des symptômes associés aux reflux peu ou non acides dans 30 à 40% des cas
- Manométrie œsophagienne
- Indications :
 - Bilan préopératoire (hautement recommandé)
 - Suspicion de troubles moteurs œsophagiens sévères
 - En cas de dysphagie associée, si gastroscopie normale
- Transit oeso-gastro-duodéal
- bilan pré-opératoire (indication possible si volumineuse hernie hiatale)

- Eventuellement en cas de sténose
- Le test aux IPP
 - Non recommandé (médiocre spécificité pour le diagnostic de RGO)

Prise en charge thérapeutique du RGO

Les objectifs thérapeutiques

- Le soulagement des symptômes
- La cicatrisation des lésions
- La prévention des récurrences

Les moyens thérapeutiques

- Règles hygiéno-diététiques

Seules la surélévation de la tête du lit et l'augmentation au-delà de 3h de l'intervalle « dîner-coucher » ont fait la preuve de leur efficacité.

La prise de poids est associée au RGO, et sa réduction pourrait améliorer les symptômes. Les repas gras ou les aliments identifiés par le patient comme aggravant les symptômes sont habituellement évités.

- Topiques

Anti-acides et alginates soulagent les symptômes intermittents mais ne permettent pas la cicatrisation des lésions muqueuses.

- Prokinétiques

Ils peuvent aider à maîtriser des symptômes dyspeptiques fréquemment associés au RGO.

- Antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine

Les anti-H₂ sont efficaces sur les symptômes de reflux et les lésions d'œsophage (taux de cicatrisation après 6 à 8 semaines de traitement à doses standard modestes, de l'ordre de 50%).

Le traitement d'entretien par les anti-H₂ n'est pas efficace pour prévenir les rechutes (tachyphylaxie).

Les comprimés effervescents ou les demi-doses peuvent être utiles en cas de symptômes intermittents.

➤ Les inhibiteurs de la pompe à protons

Les IPP sont supérieurs aux anti-H2 en termes de cicatrisation muqueuse et de soulagement symptomatique.

L'efficacité des IPP se maintient avec le temps.

En cas de reflux modéré, non compliqué d'œsophagite et ne nécessitant pas un traitement continu, les IPP prescrits de manière intermittente ou à la demande permettent d'obtenir d'excellents résultats en termes de soulagement symptomatique et de qualité de vie.

La tolérance des IPP est excellente.

Les effets secondaires les plus fréquents sont la diarrhée et les céphalées (<10% des patients).

La prise d'IPP au long cours n'expose à aucun risque clairement identifié sur la base d'études longitudinales de 15 ans.

L'utilisation prolongée des IPP pourrait exposer à un risque accru de fracture (col du fémur, tassement vertébral). L'interaction des IPP avec le clopidogrel au niveau du cytochrome CYP2C19 pourrait diminuer l'action antiagrégante.

➤ La chirurgie

La laparoscopie est la voie d'abord de référence pour le traitement chirurgical du RGO non compliqué.

La fundoplicature peut être totale (valve de 360°) ou partielle (180 ou 270°). Il n'y a pas d'argument scientifique permettant de choisir préférentiellement une fundoplicature partielle ou totale.

La chirurgie laparoscopique du RGO permet d'obtenir d'excellents résultats cliniques dans 70 à 90 % des cas.

La mortalité opératoire varie de 0,1 à 0,8 %.

La dysphagie postopératoire est présente dans 5 % à 10 % des cas. Le mécanisme de la dysphagie sera précisé à l'aide de l'endoscopie, du transit oeso-gastroduodénal et de la manométrie œsophagienne. Elle peut justifier le recours aux dilatations endoscopiques ou à une réintervention. Des manifestations fonctionnelles mineures peuvent apparaître dans les suites d'une intervention anti-reflux telles que l'impossibilité de vomir ou d'éructer, les flatulences, la diarrhée. Les manifestations dyspeptiques postopératoires (« gas bloat syndrome », douleurs épigastriques, sensation de satiété précoce) peuvent être très invalidantes.

Prise en charge à court terme

➤ Symptômes typiques peu invalidants et/ou très intermittents, âge < 50 ans et absence de signes d'alarmes :

Règles hygiéno-diététiques

Alginates/anti-acides

Cure courte d'anti-H2 ou d'IPP à demi-doses (3-4 semaines)

- Age > 50 ans, ou signes d'alarme, ou résistance d'emblée ou rechute rapide à l'arrêt du traitement initial :

Endoscopie ++ pour éliminer des complications (muqueuse de Barrett, sténose peptique, cancer) et biopsies œsophagiennes étagées si dysphagie associée (recherche d'œsophagite à éosinophiles)

En cas d'œsophagite: IPP simple dose.

- Symptômes atypiques isolés

Endoscopie pour documenter un RGO (œsophagite)

Si normale : pH-métrie sans traitement

- Réponse insuffisante ou résistance au traitement

Endoscopie pour éliminer des complications

Vérifier l'observance

Prise des IPP avant les repas

Augmenter les doses (absence d'AMM)

pH-impédancemétrie sous traitement en cas d'échec

- « Echec » du traitement médical : le RGO doit être documenté avant d'envisager une intervention chirurgicale
 - Le plus souvent les symptômes ne sont pas liés au RGO
 - La pH-impédancemétrie sous traitement est l'examen recommandé pour analyser la nature des symptômes persistants sous IPP.
 - Les résultats de la chirurgie sont moins bons en cas de symptômes atypiques. Il est essentiel de documenter le RGO (œsophagite, pH-métrie) et si possible le lien de causalité entre RGO et symptômes atypiques (analyse de la concordance symptomatique).

Prise en charge à long terme

- Traitement intermittent ou à la demande en cas de symptômes modérés survenant de façon espacée ou par poussées peu fréquentes.
- Traitement continu par IPP (simple ou demi-dose) si les symptômes récidivent à l'arrêt du traitement
- Fundoplicature chirurgicale (à réaliser dans un centre possédant l'expertise médico-chirurgicale nécessaire). Les meilleures indications de la chirurgie sont :
 - les malades parfaitement soulagés mais "IPP dépendants" et ne voulant pas de traitement au long cours d'une part

- o les malades gardant des régurgitations gênantes sous traitement (après manométrie œsophagienne et pH-impédancemétrie).

La présence d'une muqueuse de Barrett n'est pas un argument en faveur de la chirurgie

La place des traitements endoscopiques reste à déterminer. Aucune technique n'est actuellement validée.

Annexe : Classification des oesophagites peptiques de Los Angeles

Grade A : une ou plusieurs lésions muqueuses (perte de substance) de moins de 5 mm

Grade B : une ou plusieurs lésions muqueuses (perte de substance) de plus de 5 mm, ne s'étendant pas entre les sommets de deux plis muqueux adjacents

Grade C : une ou plusieurs lésions muqueuses se prolongeant en continuité entre les sommets de 2 ou plusieurs plis muqueux, mais qui occupent moins de 75% de la circonférence

Grade D: une ou plusieurs lésions muqueuses occupant plus de 75% de la circonférence

