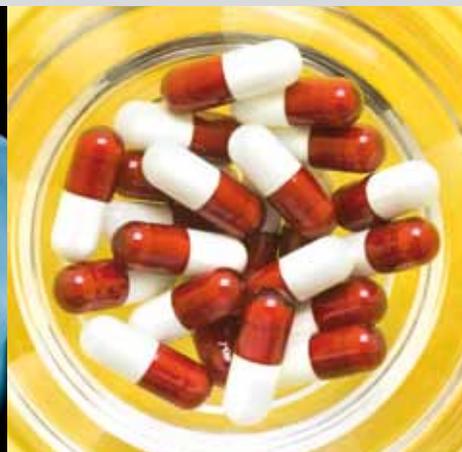


Cahier de formation #7

Retrouvez chaque mois dans **Pharma** un cahier de formation sur une problématique que vous pouvez rencontrer au quotidien dans votre officine. Ce document détachable vous apporte les connaissances, la pratique et des conseils adaptés au comptoir.



© Riedel - © Valentin Rousinov - iStockphoto - David M. Martin, MD / Science Photo Library

LE REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN (RGO)

20 à 40 % des adultes occidentaux souffrent de pyrosis et cette prévalence augmente parallèlement au surpoids et à l'obésité. Les officinaux sont souvent confrontés à cette pathologie au comptoir et l'arsenal thérapeutique du conseil s'est récemment enrichi d'IPP OTC. Ce dossier vous aidera à les délivrer sans risque.

Professeur Philippe Ducrotté, département d'hépto-gastro-entérologie et de nutrition, hôpital Charles Nicolle, Rouen

► PHYSIOPATHOLOGIE

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) correspond au passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement. Il s'agit d'une situation fréquente. La prévalence de la brûlure ascendante derrière le sternum (qui définit le pyrosis, symptôme le plus typique du RGO) est élevée dans les populations occidentales adultes (cf. Le RGO en chiffres, page suivante). Il importe de souligner d'emblée que le RGO recouvre deux entités :

- le RGO physiologique, qui existe chez toute personne, essentiellement après les repas, et qui, par définition, ne s'accompagne d'aucun symptômes ni lésions muqueuses œsophagiennes.
- le RGO pathologique, qui se caractérise par des symptômes et/ou

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Une corrélation significative existe entre indice de masse corporelle (IMC) et prévalence du RGO. Que l'IMC soit normal ou non, la prise rapide de plus de 5 kg est un facteur indépendant augmentant le risque de RGO. Il ne faudra pas négliger cet aspect dans la prise en charge.



EVALUEZ-VOUS

1. Le stress chronique peut déclencher un reflux gastro-œsophagien.
 Vrai Faux
2. La présence de pyrosis et de remontées acides suffit à diagnostiquer un RGO.
 Vrai Faux
3. Les IPP conseil sont indiqués en première intention lors d'un pyrosis épisodique.
 Vrai Faux
4. Éviter le chocolat, les épices ou le café améliore les symptômes.
 Vrai Faux
5. L'impédancemétrie œsophagienne peut détecter un RGO gazeux.
 Vrai Faux

Réponses : 1 : faux • 2 : vrai • 3 : faux • 4 : faux • 5 : vrai

des lésions désignées sous le terme d'œsophagite. Dans ce cas, le reflux du contenu gastrique est anormalement fréquent et/ou prolongé. Selon les cas, le matériel qui reflue est acide/peu ou pas acide. Chez certains malades, les épisodes de RGO peuvent être tantôt acides, tantôt peu ou non acides.

La physiopathologie du RGO pathologique est souvent multifactorielle. Elle repose principalement sur la défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO), qui correspond à une zone de haute pression s'opposant au gradient de pression abdomino-thoracique. Les épisodes de RGO s'observent surtout lors des relaxations transitoires de ce SIO, qui sont des relaxations spontanées survenant en dehors de toute déglutition. Les formes les plus sévères du RGO sont associées à un effondrement de la pression du SIO. Une stase gastrique ou une hyperpression abdominale telle qu'on peut l'observer dans une surcharge pondérale importante ou lors d'efforts de toux sont également des facteurs favorisant un RGO.

► COMPLICATIONS

Chez de nombreux malades, la chronicité des symptômes a un impact sur

QUAND LES SYMPTÔMES SURVIENNENT PLUSIEURS FOIS PAR MOIS, la base du traitement est le recours aux IPP.

leur qualité de vie. Le but du traitement est principalement de soulager le pyrosis et de permettre un retour à une vie normale. Mais le RGO peut se compliquer, dans 30 à 40% des cas, d'une œsophagite, sévère dans 10% des cas.

L'œsophagite sévère se caractérise par des ulcérations étendues, confluentes ou non, circonférentielles ou non (figure 1), par un ou plusieurs ulcères de l'œsophage et au maximum une sténose peptique. Elle expose à une hémorragie digestive révélée par une anémie ferriprive, une hématomèse, un melæna et la sténose œsophagienne avec apparition d'une dysphagie et d'une altération de l'état général. L'hémorragie digestive peut être favorisée par une prise médicamenteuse (anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine, traitement anticoagulant). Au maximum, se constitue un endobrachyœsophage (EBO), qui est le remplacement de l'épithélium normal du bas-œsophage par une muqueuse glandulaire, de type intestinal. Cet EBO accroît le risque de développement d'un adénocarcinome du bas-œsophage. Les malades porteurs d'un EBO doivent donc bénéficier d'une surveillance endoscopique régulière (au minimum tous les deux

ans) pour permettre la détection précoce d'une dysplasie grave ou d'un adénocarcinome débutant, à un stade où il est curable.

Dans ce contexte de RGO compliqué, le traitement vise non seulement à obtenir l'amélioration des symptômes mais également la cicatrisation des lésions pour éviter la survenue de difficultés.

► TRAITEMENTS

Les options thérapeutiques possibles pour améliorer un RGO sont :

- la neutralisation du contenu acide (antiacides);
- l'inhibition de la sécrétion gastrique acide par des antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) et surtout les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP);

- la protection de la muqueuse œsophagienne par la limitation de l'extension vers le haut des épisodes de RGO grâce à la prescription d'alginate qui forment un gel visqueux au-dessus du contenu gastrique;
- la stimulation de la motricité œsogastrique (prokinétiques).

Quand les symptômes surviennent plusieurs fois par mois, la base du traitement est le recours aux IPP. Lorsqu'ils sont beaucoup plus épisodiques, les autres options sont recommandées. ■

Le RGO en chiffres

La prévalence du pyrosis, symptôme le plus typique du RGO, est élevée dans les populations occidentales adultes.

10% des individus décrivent un pyrosis au moins hebdomadaire.

20 à 40% des individus souffrent d'un pyrosis.

2 à 5% des individus évoquent un pyrosis quotidien.

Dans 30 à 40% des cas le RGO peut se compliquer d'une œsophagite.

CAS PRATIQUE AU COMPTOIR

Olivier, 35 ans, vous décrit des brûlures rétrosternales ascendantes à point de départ épigastrique, parfois provoquées par la position penchée en avant. Des remontées alimentaires et acides inopinées, sans nausées ni efforts de vomissement, sont régulières, notamment après les repas. Les symptômes surviennent plusieurs fois par semaine. Le sujet a comme antécédent un asthme ancien traité par théophylline. Il pèse 90 kg pour 1,70 m, fume 20 cigarettes par jour et reconnaît être un grand anxieux. Il vous demande un traitement.

Dans cette situation, peut-on proposer un IPP ?

L'interrogatoire est une étape clé. Le diagnostic de reflux gastro-œsophagien (RGO) est certain chez cet homme. Il vous décrit un pyrosis (brûlure rétrosternale ascendante à point de départ épigastrique) et des régurgitations acides (remontées du contenu gastrique acide jusqu'au niveau pharyngé survenant sans efforts de vomissement et sans nausées). Ces signes sont des quasi pathognomoniques de RGO. Leur spécificité est telle qu'ils permettent le diagnostic clinique de RGO, essentiellement acide. Leur caractère postural et/ou post-prandial est un élément supplémentaire très évocateur. Des brûlures épigastriques sans trajet ascendant font également partie des symptômes de RGO mais le diagnostic ne peut être affirmé sur leur seule présence. Lorsque ces symptômes sont essentiellement nocturnes, ils

seraient associés aux formes les plus sévères de RGO, avec notamment des lésions d'oesophagite.

Après avoir caractérisé cette symptomatologie clinique, peut-on lui conseiller un IPP ?

Pas avant d'avoir vérifié l'absence de symptômes d'alarme qui justifieraient la réalisation première d'une endoscopie œso-gastro-duodénale. Il faut donc interroger cet homme pour savoir s'il a maigri, s'il souffre d'une dysphagie avec une sensation d'accrochage derrière le sternum, notamment lors de l'ingestion de grosses bouchées solides, s'il est anormalement fatigué, et rechercher un pâleur. En revanche, avant 50 ans (ce qui est le cas de cet homme), en présence de symptômes digestifs typiques et en l'absence de signe d'alarme, aucun examen complémentaire n'est nécessaire avant la mise en route

d'un traitement. Le second élément à prendre en compte est la fréquence de survenue des symptômes. Quand ils sont très épisodiques, la prescription d'antiacides, d'alginates ou d'anti-H₂ suffit. Lorsque les symptômes sont pluri-hebdomadaires comme chez cet homme, l'administration d'IPP est légitime (recommandations Afssaps, 2007).

Faut-il associer des recommandations hygiéno-diététiques ?

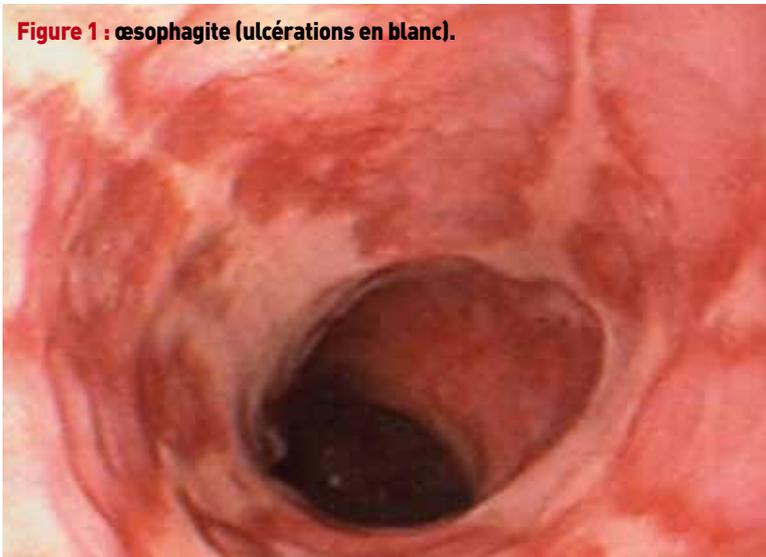
Il est classique de préconiser aux malades souffrant d'un RGO d'éviter le chocolat, les épices, le café, le thé et les graisses. Il faut savoir que la plupart de ces recommandations diététiques reposent sur un niveau de preuve très bas. Elles altèrent donc inutilement la vie quotidienne des malades et doivent être évitées.

Les mesures utiles sont la réduction pondérale, l'arrêt du tabac et de l'alcool. En cas de RGO nocturne, la surélévation de 45° de la tête du lit (difficile à mettre réellement en œuvre) et le respect d'un intervalle minimal de trois heures entre le dîner et le coucher sont efficaces. Il est également utile de conseiller un dîner léger, pauvre en graisses, pour éviter au malade de se coucher avec un estomac en réplétion. La vidange gastrique est en effet plus lente le soir que dans la journée et les lipides en sont un facteur ralentissant.

Y a-t-il un lien entre le RGO de cet homme et son asthme ? Existe-t-il des symptômes extra-digestifs du RGO ?

La responsabilité du RGO est très débattue dans certaines manifestations extra-digestives, essentiellement pulmonaires, ORL et cardiaques. Les manifestations pulmonaires, souvent

Figure 1 : œsophagite (ulcérations en blanc).



► LE STRESS JOUE-T-IL UN RÔLE ?

Les patients considèrent souvent qu'un **stress** chronique joue un rôle dans le **déclenchement de leur RGO**. Aucune donnée ne permet d'affirmer que cela est vrai. En revanche, il est établi qu'un stress psychologique sensibilise les terminaisons sensibles de l'œsophage et, par ce biais, augmente la sévérité du pyrosis lors des épisodes de RGO. Il est également probable que **le stress accroît la perméabilité œsophagienne**. Les ions H⁺ présents dans la lumière peuvent ainsi rétrodiffuser plus facilement dans la paroi œsophagienne vers les terminaisons sensibles.

nocturnes, peuvent être des accès de toux, ou une dyspnée simulant un asthme. Les symptômes pharyngés ou laryngés peuvent être un enrouement, des dysesthésies bucco-pharyngées, une otalgie inexplicée notamment droite, une laryngite postérieure. Quant aux symptômes d'allure cardiaque, ils se résument à des douleurs simulant un angor.

Plus récemment, ont été décrites des manifestations stomatologiques (gingivites ou caries dentaires à répétition) et des troubles du sommeil avec notamment des micro-éveils qui rendent le sommeil moins réparateur et génèrent une somnolence

DES MANIFESTATIONS EXTRA-DIGESTIVES sont parfois associées aux symptômes digestifs du RGO.

diurne et une moindre productivité au travail. Ces manifestations extra-digestives sont parfois associées aux symptômes digestifs du RGO. Souvent, elles sont isolées. S'il faut savoir évoquer un RGO devant de telles manifestations, cette discussion n'a lieu que lorsqu'un bilan pulmonaire, ORL ou cardiaque approfondi est normal. Un avis médical spécialisé est indispensable avant mise en route d'un traitement anti-sécrétoire.

sans que le malade souffre parallèlement d'un RGO. Ce qui est établi est qu'une volumineuse hernie hiatale par glissement est un facteur aggravant d'un RGO : la séquestration dans la poche herniaire du matériel acide qui a reflué conduit à un retard dans la clairance acide de l'œsophage et, de fait, à un allongement du temps de contact entre la muqueuse avec un liquide pH 4.

**« C'est ma hernie hiatale qui provoque mon reflux... »
Quels sont les liens entre RGO et hernie hiatale ?**

Ils sont désormais plus clairs. La hernie hiatale se définit comme l'ascension permanente, ou intermittente, d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme.

La hernie hiatale peut être une hernie par roulement ou par glissement. Dans le premier cas, la grosse tubérosité forme une poche intra-thoracique le long de l'œsophage alors que le cardia reste intra-abdominal. Ce type d'hernie n'a pas de lien avec le RGO. La situation est différente dans la hernie hiatale par glissement, qui est la plus fréquente (plus de 85% des cas) et au cours de laquelle le cardia est intra-thoracique (figure 2). Cette hernie hiatale par glissement n'est toutefois ni nécessaire, ni suffisante pour expliquer un RGO : celui-ci peut survenir en dehors de toute hernie hiatale alors que celle-ci peut exister

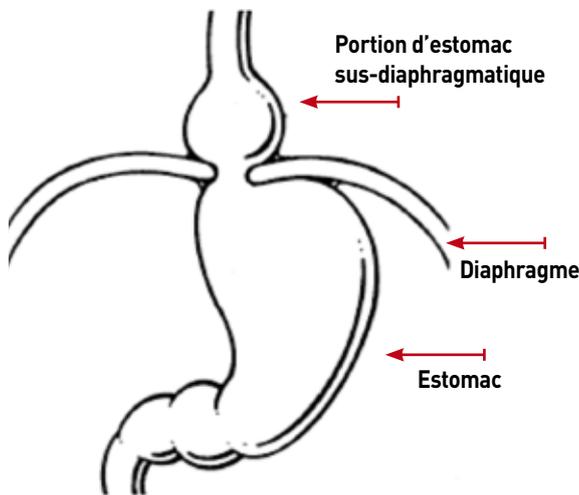


Figure 2 : hernie hiatale.

Devant ce RGO typique, quand faut-il orienter cet homme vers un gastro-entérologue pour des examens complémentaires ?

Les explorations deviennent nécessaires si les symptômes décrits par cet homme résistent à un traitement par IPP malgré une bonne compliance au traitement. La question qui se pose alors est double : s'agit-il vraiment d'un RGO, et d'un RGO acide ou non ? Des explorations morphologiques et fonctionnelles permettront de répondre à ces questions.

L'endoscopie œso-gastro-duodénale est l'exploration morphologique utile. Elle permet d'affirmer le diagnostic de RGO lorsqu'elle découvre une œsophagite définie par des pertes de substance au moins épithéliales (érosives), rarement profondes (ulcérées), qui peuvent être décrites selon différentes classifications. L'examen est cependant normal environ une fois sur deux à trois au cours des RGO symptomatiques.

La pH-métrie œsophagienne des 24 heures est l'exploration fonctionnelle la plus sensible pour diagnostiquer un RGO acide pathologique. Grâce à la mise en place pendant 24 heures d'une électrode sensible aux variations de pH quelques centimètres au-dessus de la jonction œso-gastrique, on peut quantifier l'exposition acide dans l'œsophage et analyser les relations temporelles entre les symptômes et les épisodes de RGO.

L'impédancemétrie œsophagienne est une technique disponible dans quelques centres spécialisés, où elle est réalisée le plus souvent de façon couplée à la pH-métrie pour permettre la caractérisation physico-chimique des reflux. Grâce à l'emploi d'une sonde mesurant les variations d'impédance (conductivité électrique) dans l'œsophage, cet examen peut détecter un RGO liquide non acide et/ou gazeux.

► A RETENIR

Le terme RGO recouvre les RGO physiologique et pathologique. Il est pathologique quand il provoque des symptômes et/ou des lésions muqueuses œsophagiennes. Ce RGO pathologique est selon les cas acide, peu acide ou non acide.

- **Le diagnostic de RGO acide** peut être posé dès l'interrogatoire lorsque le patient décrit un pyrosis ou des régurgitations acides.
- **Un pyrosis typique sans signe d'alarme** conduit à la mise en route du traitement sans exploration supplémentaire.
- **Le traitement du RGO** repose avant tout sur les IPP. Le traitement initial fait appel à un IPP à pleine dose en cas d'œsophagite et à demi-dose en cas de RGO sans lésions œsophagiennes. Au long cours, l'option d'un traitement à la demande ou continu dépend de l'évolution symptomatique.
- **L'utilité des mesures hygiéno-diététiques** pour soulager les symptômes de RGO est limitée au regard de l'efficacité des IPP.
- **Le rôle du RGO** dans la survenue de symptômes extra-digestifs (ORL, pulmonaires, cardiaques) est discuté. Le rôle du RGO nocturne dans les perturbations du sommeil est mieux documenté.
- **Les principales complications évolutives du RGO** sont la constitution d'une œsophagite sévère, d'une sténose peptique ou l'apparition d'un endobrachyœsophage.
- **La pH-métrie** est l'examen de référence pour quantifier un RGO acide et rattacher des symptômes extra-digestifs à un RGO acide, alors que l'impédancemétrie œsophagienne est le seul examen permettant de mettre en évidence un RGO peu ou non acide.