

REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN DE L'ADULTE : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

E. LOUIS (1), J. BELAICHE (2)

RÉSUMÉ : Le reflux gastro-oesophagien est un problème très fréquent, qui touche à des degrés divers près d'un tiers de la population belge adulte. Le plus souvent, il s'agit d'une pathologie bénigne et non évolutive mais dont l'évolution est chronique et qui a un impact très significatif sur la qualité de vie des patients. La prise en charge diagnostique et thérapeutique doit être adaptée à chaque cas, privilégiant le diagnostic clinique et le contrôle des symptômes dans la majorité des cas et permettant la cicatrisation complète et durable des lésions dans la minorité des cas associés à des lésions sévères d'oesophagite. Une conférence de consensus franco-belge sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique du reflux gastro-oesophagien de l'adulte a récemment été organisée. Des lignes de conduite ont été proposées. Le but de la présente mise au point est de souligner les points principaux de ces lignes de conduite et de commenter leur adaptation à la pratique médicale belge actuelle.

GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX : DIAGNOSIS AND TREATMENT SUMMARY : Gastro-oesophageal reflux is a frequent problem affecting up to one third of the Belgian adult population. It is most often a benign non evolutive disease. It is however frequently chronic, with a significant negative impact on quality of life. The diagnostic and therapeutic management must be adapted to each individual case. In the majority of cases, the purpose of therapy is the control of symptoms and, in a small number of cases with severe oesophagitis the aim is a complete and persistent healing of lesions. A Franco-Belgian consensus meeting on diagnostic and therapeutic management of gastro-oesophageal reflux disease in adults was recently held. Guidelines have been proposed. The aim of the present paper is to highlight the main principles of these guidelines and to comment on their adjustment to current Belgian medical practice.
KEYWORDS : *Gastro-oesophageal reflux - Consensus - Diagnosis - Treatment*

INTRODUCTION

Le reflux gastro-oesophagien (RGO) correspond au passage d'une partie du contenu gastrique dans l'oesophage. Il s'agit d'un phénomène physiologique, notamment en période post-prandiale. Le RGO devient pathologique lorsqu'il entraîne des symptômes ou des lésions oesophagiennes. Il s'agit d'un problème très fréquent. En Belgique, comme l'a montré une enquête épidémiologique récente, 28,4 % de la population adulte présente à des degrés divers le symptôme principal du RGO: le pyrosis (1). De façon plus importante, près de la moitié de ces personnes présentent ce symptôme au moins une fois par semaine et plus des 3/4 se disent invalidées par ce symptôme. Il existe actuellement des méthodes de diagnostic et des traitements médicaux ou chirurgicaux efficaces de ce problème. Sa prévalence très élevée en fait toutefois un problème de santé publique et il est important de définir des lignes de conduite diagnostiques et thérapeutiques afin d'en optimiser la prise en charge tout en évitant un surcoût important pour la sécurité sociale. Les sociétés française et belge de gastroentérologie ont récemment organisé une conférence de consensus sur les modalités de diagnostic et de traitement du RGO de l'adulte. Un texte long (2) et un texte court (3) ont été ensuite publiés reprenant et commentant les recommandations principales dans ces domaines. Le but de la présente mise au point est de souligner, de commenter et de resi-

tuer dans le contexte pratique belge actuel, les points principaux de ce consensus.

COMMENT DIAGNOSTIQUER UN RGO ?

Le RGO se présente dans 80 % des cas par des symptômes typiques : le pyrosis et/ou les régurgitations acides. Le pyrosis désigne une sensation de brûlure rétrosternale à caractère ascendant partant de la région épigastrique. La régurgitation acide désigne une remontée de liquide jusqu'à la gorge ou la bouche avec un goût amer ou acide. Ces symptômes typiques ont une bonne spécificité, de l'ordre de 90 % (4). Ils permettent, lorsqu'au moins l'un d'eux est présent, de poser le diagnostic de RGO. Dans 20 % des cas toutefois, seuls des symptômes atypiques digestifs, respiratoires ou ORL seront présents. Le diagnostic nécessitera alors la réalisation d'examen complémentaires. De même, pour un sujet de plus de 50 ans, chez lequel le risque de pathologie associée, notamment néoplasique, s'accroît, ou lorsqu'il y a des symptômes d'alarme (dysphagie, amaigrissement, anémie), des explorations complémentaires doivent d'emblée être réalisées.

En fait, il faut établir une stratégie diagnostique qui soit adaptée à chaque cas particulier. Lorsqu'on veut savoir si les symptômes du patient sont bien liés à un RGO, dans la majorité des cas (lorsqu'il y a symptôme typique), l'anamnèse suffit. Lorsque la présentation est atypique, il faudra avoir recours à une endoscopie digestive haute et une pH-métrie de 24 heures si l'endoscopie est négative. Si on veut s'assurer qu'il n'y a pas de lésion sévère ou néo-

(1) Chercheur qualifié FNRS, (2) Professeur, Université de Liège, Service de Gastroentérologie.

plastique associée (âge > 50 ans, symptômes d'alarme), une endoscopie digestive haute devra être réalisée.

Ces recommandations impliquent de pouvoir diagnostiquer et traiter de façon optimale un RGO de présentation typique, sans symptôme d'alarme, chez un patient de moins de 50 ans sans faire d'exploration complémentaire, notamment d'endoscopie digestive haute. Ceci n'est que partiellement possible actuellement dans la mesure où seuls les anti-H2 et le cisapride sont remboursés pour une période de deux mois dans cette indication. Une modification des règles de remboursement est toutefois en cours de préparation, visant à accorder également le remboursement des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) pour une courte période dans cette indication.

COMMENT ÉVALUER LA SÉVÉRITÉ D'UN RGO ET QUELS SONT LES OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES ?

La sévérité d'un RGO peut être jugée sur la base de l'importance des symptômes, de l'importance des lésions et de la chronicité de son histoire. Dans la grande majorité des cas de RGO, les lésions d'oesophagite sont absentes ou non sévères (5). Des lésions sévères, caractérisées par une oesophagite érosive circonférentielle, une oesophagite ulcérée, une sténose oesophagienne ou le cas particulier de l'oesophage de Barrett, ne sont donc présentes que dans une minorité de cas. Il n'y a toutefois pas de corrélation entre l'importance des lésions d'oesophagite et l'intensité des symptômes (4, 6). Il est important de noter que les symptômes de reflux, même en l'absence d'oesophagite, sont associés à une altération très significative de la qualité de vie, du même ordre de grandeur que celle observée dans certaines maladies organiques plus sévères telles que la cardiopathie ischémique (7). A l'opposé, des lésions sévères d'oesophagite peuvent être observées chez des patients asymptomatiques ou peu symptomatiques.

L'histoire naturelle du RGO est souvent caractérisée par un passage à chronicité. Jusqu'à un tiers des patients pourraient toutefois présenter un épisode isolé d'oesophagite (8). Lorsqu'il passe à chronicité, le RGO et les éventuelles lésions oesophagiennes associées ont tendance à rester stables dans le temps (9). Il y a donc peu de passage d'oesophagites non sévères vers des oesophagites sévères; à l'opposé, les oesophagites sévères ou compliquées ont souvent tendance à récidiver sur le même mode.

Le plus souvent donc, la sévérité d'un RGO sera jugée sur l'intensité des symptômes asso-

ciés, leur fréquence, et leur répercussion sur la qualité de vie. L'objectif du traitement sera, dans ce cas, le contrôle optimal des symptômes et, surtout, l'amélioration de la qualité de vie des patients. Dans le petit nombre de cas où il existe des lésions sévères ou compliquées d'oesophagite par contre, il est important d'obtenir et de maintenir une cicatrisation complète des lésions. En pratique, lors d'un premier épisode que l'on décide de traiter empiriquement, le seul objectif est le soulagement efficace et durable des symptômes. Lorsqu'une endoscopie haute a été réalisée, soit d'emblée en raison de l'âge ou de symptômes d'alarmes, soit ultérieurement en raison d'un échec du traitement empirique ou en raison d'une récurrence et d'un passage à chronicité, le RGO peut être classé comme étant associé à des lésions sévères ou non d'oesophagite. Dans la grande majorité des cas, il n'y aura pas de lésion sévère et le traitement pourra être adapté sur simple base clinique sans nécessité de contrôler la cicatrisation des lésions. Le contrôle endoscopique ne sera ici nécessaire qu'au bout de quelques années (3 ans par exemple) pour s'assurer de l'absence d'évolution des lésions et de l'absence d'apparition d'autres lésions digestives hautes. En cas de lésions sévères toutefois, la cicatrisation des lésions devra être obtenue à la fin de la période aiguë de traitement et une thérapeutique d'entretien suffisante devra être maintenue quels que soient les symptômes afin d'éviter la récurrence de ces lésions sévères. Un contrôle endoscopique périodique (annuel par exemple) sera ici justifié.

Deux cas particuliers très différents doivent être discutés ici : le RGO avec endoscopie négative et l'oesophage de Barrett.

Lorsqu'on a une symptomatologie typique de reflux et que l'endoscopie ne montre pas de lésion d'oesophagite, le diagnostic de RGO reste très probable, les lésions d'oesophagite pouvant être absentes chez près de la moitié des patients (4). Ce diagnostic pourra alors être confirmé par une pH-métrie de 24 heures (10). Actuellement, cette situation ne donne pas accès au remboursement prolongé de traitements efficaces dans le contrôle des symptômes de reflux. Cette situation est illogique car sur le plan du potentiel évolutif, ces reflux sans oesophagite ne sont pas différents des reflux associés à des oesophagites non sévères et, sur le plan symptomatique, comme nous l'avons vu, il n'y a pas de corrélation entre intensité des symptômes et importance des lésions. Ces patients sans oesophagite ont d'ailleurs parfois des symptômes très invalidants avec une répercussion très significative sur la qualité de vie. Des nouvelles règles de rem-

boursement des traitements utilisés dans le RGO tenant compte de ce problème sont en cours de préparation.

La particularité de l'oesophage de Barrett est liée à son risque accru d'adénocarcinome du bas oesophage. Ce risque est estimé à 40 X celui de la population normale et équivaut à 1 nouveau cas d'adénocarcinome de l'oesophage pour 100 individus Barrett par an (11). Aucun traitement n'a jusqu'à présent fait la preuve formelle de son efficacité dans la prévention de l'adénocarcinome à partir d'un oesophage de Barrett (12). Aucun traitement n'est donc recommandé en l'absence de symptôme de reflux ou de lésions érosives associées. Par contre, la surveillance endoscopique avec biopsies multiples à la recherche de dysplasie s'est montrée utile (11). Des endoscopies de contrôle avec biopsies doivent être réalisées au moins tous les deux ans dans les oesophages de Barrett.

QUELLES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES ?

Comme nous l'avons vu, les modalités d'expression clinique du RGO sont très variables. Les stratégies thérapeutiques doivent s'adapter à cette variabilité et tenir compte aussi du coût de ces traitements pour le patient et pour la sécurité sociale. On peut distinguer la stratégie thérapeutique initiale et la stratégie à long terme.

Dans la stratégie initiale, le traitement est soit empirique, soit réalisé après exploration en fonction des circonstances diagnostiques décrites plus haut. Dans la plupart des cas, le but est ici de traiter rapidement et efficacement des symptômes, en évitant de surmédicaliser des patients qui ne présenteront peut-être pas d'épisode ultérieur significatif de RGO. Le traitement pourra être fait par le cisapride, un anti-H2 ou un inhibiteur de la pompe à proton (IPP) à demi ou pleine dose. Il n'y a pas eu d'étude pharmaco-économique qui compare ces différentes stratégies à court et moyen terme. Dans la plupart des cas, un IPP à demi ou pleine dose pour une durée de 4 semaines sera la stratégie la plus adaptée. Deux situations extrêmes, pour lesquelles une stratégie différente est suggérée, doivent être distinguées : celle du patient jeune, sans symptôme d'alarme et qui ne présente des symptômes que de façon très épisodique et, d'autre part, celle du patient chez qui des lésions sévères d'oesophagites ont d'emblée été diagnostiquées. Dans la première situation, qui est très fréquente, le patient peut être traité au coup par coup par des anti-acides, alginates ou anti-H2 faiblement dosés; les mesures hygiéno-diététiques doivent également lui être expliquées.

Dans la deuxième situation qui est rare, comme nous l'avons vu, l'objectif du traitement est la cicatrisation complète des lésions. Pour cela, il faut souvent utiliser une double dose d'IPP et effectuer un contrôle endoscopique de la cicatrisation.

Dans la stratégie à long terme, l'objectif principal est l'amélioration durable de la qualité de vie du patient. Dans les oesophagites sévères, un deuxième objectif est le maintien de la cicatrisation des lésions et la prévention des complications. De plus, ces objectifs doivent être associés à un contrôle des coûts de la prise en charge chronique du RGO. Comme nous l'avons déjà mentionné, ce dernier point est très important pour l'équilibre de la sécurité sociale, compte tenu de la fréquence du RGO, de sa chronicité et du coût des traitements utilisés.

Mis à part le cas d'oesophagite sévère ou compliquée, un essai d'interruption du traitement doit toujours être fait après un traitement aigu. En cas de récurrence espacée des symptômes, un traitement intermittent (cures itératives de 4 semaines, par exemple), pourra être fait par cisapride, anti-H2 ou IPP en fonction de la réponse à ces traitements, notamment dans la phase aiguë. Par contre, en cas de rechutes précoces ou fréquentes à l'arrêt du traitement, un traitement continu est préférable. C'est souvent, ici, les IPP qui donnent le meilleur résultat. Ils doivent être utilisés, dans chaque cas, à la dose minimale efficace. Lorsqu'il existe des lésions d'oesophagite sévère ou compliquée, il faut d'emblée avoir recours à un traitement continu par IPP à une dose qui permette le maintien de la cicatrisation des lésions. Dans les situations où un traitement continu est nécessaire, il faut toujours discuter l'option chirurgicale. La chirurgie anti-reflux est actuellement faite par laparoscopie avec une morbidité très faible et un séjour hospitalier court. Les résultats sur le contrôle des symptômes liés au RGO à court et moyen termes (jusqu'à 5 ou 10 ans; peu ou pas de données au-delà) sont équivalents à ceux obtenus par un traitement continu par IPP. Nous ne disposons pas actuellement d'étude pharmaco-économique bien faite comparant le traitement médical au traitement chirurgical à long terme. Le choix entre traitement médical au long cours ou traitement chirurgical doit être discuté avec le patient.

RÉFÉRENCES

1. Louis E, De Looze D.— Heartburn in Belgium : prevalence, impact on quality of life and medical resources consumption. *Acta Gastroenterol Belg*, 2000, 63, D63.

2. Reflux gastro-oesophagien de l'adulte : "diagnostic et traitement". Conclusions et recommandations du jury: texte court. *Gastroenterol Clin Biol*, 1999, **23**, 66-71.
3. Reflux gastro-oesophagien de l'adulte: "diagnostic et traitement". Conclusions et recommandations du jury: texte long. *Gastroenterol Clin Biol*, 1999, **23**, 56-65.
4. Klauser AG, Schindbleck NE, Müller-Lissner SA. — Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet*, 1990, **335**, 205-208.
5. Johnsson F, Joelsson B, Gudmundssonk, Greiff L.— Symptoms and endoscopic findings in the diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol*, 1987, **22**, 714-718.
6. Shi G, Bruley de Varannes S, Scarpignato C, et al.— Reflux related symptoms in patients with normal oesophageal exposure to acid. *Gut*, 1995, **37**, 457-464.
7. Revicki D, Wood M, Maton P, Sorensen S.— The impact of gastro-oesophageal reflux disease on health related quality of life. *Am J Med*, 1998, **104**, 252-258.
8. Ollyo JB, Monnier PH, Fontolliet C, et al.— Histoire naturelle de l'oesophagite par reflux érosive chez l'adulte du bassin lemanique. Étude de 582 observations endoscopiques (1963-1990). *Gastroenterol Clin Biol*, 1991, **15**, A9.
9. Schindbleck NE, Klauser AG, Berghammer G, et al.— Three year follow up of patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Gut*, 1992, **33**, 1016-1019.
10. Galmiche JP, Scarpignato C. Esophageal pH monitoring. In: Scarpignato C, Galmiche JP, eds. Functional evaluation in esophageal diseases. *Front Gastrointest Res (Basel: Karger)*, 1994, **22**, 71-108.
11. Zeitoun P, Fléjou JF. Complications évolutives du reflux gastro-oesophagien et endobrachyoesophage. *Gastroenterol Clin Biol*, 1999, **23**, S50-S60.
12. Ortiz A, Martinez de Haro LF, et al.— Conservative treatment versus anti-reflux surgery in Barrett's oesophagus: long term results of a prospective study. *Br J Surg*, 1996, **83**, 274-278.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr E. Louis, Service de Gastroentérologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.