

Mots clés :

RGO
Fibroscopie
IPP
Toux
Chronique

Reflux gastro-oesophagien : traitement d'abord, fibroscopie ensuite

La consultation pour reflux ou pyrosis en médecine générale concerne surtout les patients les plus âgés¹. L'efficacité des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez ces patients a modifié considérablement notre approche de la maladie². Mais quels sont les autres moyens médicaux dont nous disposons, et en particulier, faut-il éradiquer *helicobacter pylori* ? Quand s'impose la fibroscopie ? La chirurgie a-t-elle encore des indications ?

Les moyens à notre disposition

Les médicaments les plus efficaces sont les IPP. Ils surpassent dans les essais les anti-H2 pour le soulagement des symptômes et la guérison de l'oesophagite. Ils sont le traitement de 1^{ère} intention pour tous les experts, dont ceux du NICE (équivalent anglais de l'ANAES)³. Les anti-H2 peuvent être utiles en cas d'échec des IPP, les anti-acides pour soulager, à la demande.

Des conseils hygiéno-diététiques sont utiles (surélévation du lit, réduction pondérale si nécessaire, arrêt du tabac) même si on manque d'études probantes³.

Faut-il éradiquer *Helicobacter pylori* ? Si cela semble utile en cas de dyspepsie fonctionnelle, les données sont contradictoires et incertaines dans le RGO².

Une stratégie consensuelle

Traiter d'abord...

Un consensus semble exister^{2,3,4} pour exclure la fibroscopie de 1^{ère} intention chez la majorité des patients « refluxants ». Le NICE recommande de prescrire un traitement d'épreuve de 1 mois par IPP à pleine dose (grade A) après mise en œuvre des mesures hygiéno-diététiques (grade C). En cas de rechute, s'il paraît nécessaire de réduire à long terme l'acidité gastrique, le NICE conseille de poursuivre les IPP à la plus petite dose suffisante (grade A). Ce traitement peut être prescrit par intermittence, pour des durées plus ou moins longues. Il est efficace et sans effets délétères avec un recul de plus de 10 ans.

Des fibroscopies de première intention...

- s'il y a signes d'alarme (hémorragie, perte de poids, vomissements incoercibles, masse palpable, etc.), prise de médicaments ulcérogènes, antécédents ulcéreux

gastriques personnels ou histoire familiale de cancers gastriques² ;

- ou chez les patients de plus de 55 ans dont les symptômes d'un reflux récent persistent après 4 semaines de traitement (grade C).

... Ou de deuxième intention

La résistance au traitement justifie l'endoscopie mais paradoxalement montre souvent un œsophage normal. En cas d'oesophagite (comme en cas de réapparition rapide des symptômes), un traitement d'IPP à double dose peut être proposé durant 1 à 2 mois, avant retour à la plus petite dose suffisante².

Et la chirurgie ?

Ouverte ou laparoscopique, elle vise à corriger le reflux par fundoplicature, avec des résultats similaires pour les deux techniques. Pour certains, il s'agirait en outre de prévenir l'adénocarcinome de l'oesophage. La chirurgie a une faible mortalité (0,1-0,5%), mais équivalente à la mortalité liée à l'adénocarcinome dans cette population. Surtout les résultats à long terme ne sont pas supérieurs à ceux du traitement médical^{2,3}. Une étude randomisée, avec suivi sur 13 ans, a été réalisée avant les IPP, chez des patients avec RGO sévère, avec 50% d'EBO⁵. Elle montre que, à distance de l'opération, 62% des patients du groupe chirurgical et 92% de ceux du groupe médical doivent utiliser des médicaments pour calmer les symptômes. Ainsi la chirurgie anti-reflux semble devoir être réservée aux sujets jeunes, en bonne santé par ailleurs, chez qui le traitement médical est inefficace ou mal toléré².

Que conclure pour notre pratique ?

- L'efficacité des IPP a bouleversé le traitement du RGO. Celui-ci, affection chronique et récidivante, nécessite souvent plusieurs cures d'IPP, parfois un traitement d'entretien à la dose minimale efficace, parfois à dose standard pour certains reflux invalidants^{2,3,4}. Les *prokinétiques* et *antiH2* peuvent être utilisés en complément, en cas d'échec persistant des IPP³.

- Les *mesures non pharmacologiques* doivent être simples, moins parce qu'elles sont difficiles à suivre qu'en raison du faible niveau de preuves de leur efficacité³.

- La *fibroscopie* devrait maintenant être considérée comme un examen de seconde intention ou réservée à des cas particuliers². L'existence ou non d'une oesophagite ou d'un endobrachyoesophage modifie peu la stratégie thérapeutique⁶.

- La *chirurgie* (ouverte ou laparoscopique) ne peut être recommandée que si la qualité de vie reste sérieusement altérée malgré le traitement. Le résultat à long terme est à peine meilleur que celui du traitement pharmacologique, au prix d'un risque opératoire non négligeable (mortalité de 0,1 à 0,5%)⁵.

Références :

1. Collectif. Reflux gastro-oesophagien : une maladie fréquente à mieux connaître. *Bibliomed*. 2006;422.
2. Fox M, Forgacs I. Gastro-oesophageal reflux disease. *BMJ*. 2006;332:88-93.
3. National Institute for health and clinical excellence. Management of dyspepsia in adults in primary care. London: NICE; 2004.
4. Nichita C et al. Maladies peptiques. *Rev med suisse*. 2006;54:182-90.
5. Kahrilas PJ. Surgical therapy for reflux disease. *JAMA*. 2001;285:2376-8.
6. Collectif. Reflux gastro-oesophagien : traitement médical ou chirurgie ? *Bibliomed*. 2001:243.