



Reflux gastro-oesophagien, traitement médical ou chirurgie ?

Le reflux gastro-oesophagien (RGO) est un des symptômes digestifs les plus fréquents; sa prévalence dans la population adulte est estimée entre 30 et 45% pour des troubles épisodiques, et 5 à 10% pour un trouble quotidien ¹. En l'absence de données validées concernant la stratégie thérapeutique, la place respective des divers médicaments et du traitement chirurgical, les recommandations élaborées dans divers pays ^{1,2} sont plus consensuelles que fondées sur des preuves. Le suivi à 10 ans d'une étude contrôlée randomisée comparant traitement médical et chirurgical apporte des éléments nouveaux de réflexion.

L'étude avait concerné, entre juin 1986 et octobre 1988, 247 patients (dont 243 hommes) avec RGO compliqué, randomisés en trois groupes: soit traitement continu, avec antiacide et ranitidine, et si besoin métoclopramide ou sucralfate; soit traitement discontinu, à la demande, avec les mêmes médicaments; soit intervention chirurgicale (Nissen). Sur les deux ans de durée de l'étude, le groupe chirurgical (GC) avait un état significativement meilleur que les groupes médicaux (GM). Après l'étude les patients avaient été suivis par leur généraliste.

Ils ont été recherchés dix ans plus tard, entre octobre 1997 et octobre 1999. 79 étaient morts, 8 perdus de vue. Sur les 160 survivants (âge moyen 67 ans), 31 n'ont pu être revus (19% des GM et 21% du GC).

Parmi les 129 patients revus, 92% des GM et 62% du GC ($p < 0,001$) utilisaient régulièrement des médicaments anti-reflux. Après une semaine d'arrêt du traitement, le score de symptômes cliniques était plus bas pour GC que GM.

clinique; il n'y avait alors pas de différence entre les deux groupes sur le grade d'oesophagite à l'endoscopie. 10% des patients du GM et 16% du GC avaient eu un geste chirurgical depuis la fin de la première étude. Une sténose oesophagienne nécessitant un traitement était signalée chez 8% du GM et 14% du GC. L'indice de satisfaction était similaire pour GM et GC (très satisfaits: 67% et 58%, satisfaits: 29% et 31%). Dans le GC, 72% étaient très satisfaits de leur intervention, 14% satisfaits; 89% étaient prêts à la refaire si besoin.

Un cancer oesophagien avait été développé par 5 patients (4 GM, 1 GC), mais le pouvoir statistique était insuffisant pour déceler une différence. Sur l'ensemble des patients de l'étude originale, 108 avaient un endobrachyoesophage avec métaplasie intestinale et 4 développèrent un cancer; 139 avaient un RGO sévère sans métaplasie, un seul fit un cancer. L'incidence était donc de 0,4% par an pour les uns et de 0,07% pour les autres.

Cette étude apportant des données comparatives à long terme, montre que la chirurgie du RGO ne doit pas être conseillée pour éviter d'avoir à prendre un traitement antisécrétoire, ni pour éviter une sténose ou un cancer. Ces données restent en accord avec les recommandations dont nous rappelons l'essentiel^{1,3}:

- **L'endoscopie** n'est recommandée qu'après 50 ans, ou en cas de symptômes d'alarme ou atypiques, en cas de récurrence rapide à l'arrêt du traitement ou en cas de résistance au traitement ^{1,4}.

- **La découverte d'une oesophagite** ne modifie pas le plus souvent la stratégie: moins de la moitié des patients ont des lésions endoscopiques; elles sont rarement sévères, ne sont pas corrélées à l'intensité des symptômes, et s'aggravent rarement au cours de l'évolution. Le contrôle de la cicatrisation n'est conseillé que pour les cas sévères et en cas de métaplasie. ^{1,4}

- **L'efficacité des médicaments** a été établie par les essais randomisés. Par ordre d'efficacité croissante on note: les anti-acides (utiles à la demande); les anti-H2 et le cisapride (équivalents dans les formes modérées, incertains en traitement d'entretien; avec risque de trouble du rythme cardiaque avec le cisapride). Les IPP ont une efficacité, sur les lésions et sur les symptômes, supérieure aux autres classes, avec des taux d'efficacité autour de 85%. Les demi doses sont efficaces dans les formes modérées.

- **Le traitement chirurgical** peut être envisagé chez tout patient ayant un RGO typique et ne pouvant être sévré d'un traitement d'entretien efficace: le choix entre traitement médical prolongé ou chirurgie est alors basé sur un choix éclairé du patient (bénéfice relatif de la chirurgie: 60% des patients devront continuer un traitement médical) et le contexte clinique (comorbidité, facteurs de risque, âge). La meilleure acceptabilité de la voie coelioscopique ne doit pas modifier les indications.

Retenons en pratique, la place précise mais limitée de l'endoscopie, la place première des IPP, avec ou sans oesophagite, le bénéfice relatif de la chirurgie qui donne toute son importance à l'information du patient.

1- Conférence de consensus. Reflux gastro-oesophagien de l'adulte: diagnostic et traitement. Hepato-gastro. 1999;6 (Suppl 2):7-19

2- Spechler SJ et al Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease. Follow-up of a randomized controlled trial. JAMA. 2001;285(18):2331-38

3- Dent J, Jones R, Kabrillas P, Talley NJ, et al. Management of gastro-oesophageal reflux disease in general practice. BMJ 2001;322:344-7

4- ANAES. Indications à visées diagnostiques de l'endoscopie digestive haute. ANAES; mars 2001

Mots-clé: RGO, médicament, chirurgie

Numéro 243 du 22 novembre 2001

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>