

Mots clés :

RGO
Prévalence
Fibroscopie
Œsophage
cancer
Toux
chronique

Reflux gastro-oesophagien : une maladie fréquente à mieux connaître

Le reflux gastro-oesophagien (RGO) est une pathologie commune responsable de nombreux symptômes plus ou moins invalidants : pyrosis, toux chronique... Il est parfois associé à des lésions locales pour lesquelles se pose la question du risque d'adénocarcinome œsophagien. Des études récentes précisent la part respective de chacun de ces problèmes : prévalence réelle du RGO dans la population française, formes atypiques, fréquence de l'oesophagite, et surtout risque réel de cancer œsophagien chez ces patients.

Prévalence importante

Selon l'observatoire de la SFMG¹, elle motive près de 5% des consultations des patients de 60 ans, en augmentation régulière jusqu'à 20% après 90 ans. Une enquête française en 2003² a interrogé par questionnaire 8000 adultes (âge moyen 47 ans, 70% de réponses). Le reflux défini par le pyrosis et/ou les régurgitations acides, était qualifié de « fréquent » s'il survenait plus d'une fois par semaine. La prévalence globale était de 31%, celle du RGO fréquent de 8%, chiffres voisins de ceux d'autres pays. La prévalence des RGO fréquents augmentait avec l'âge ; 35% des patients étaient en excès pondéral, 16% obèses, 16% fumeurs. Les symptômes, anciens de 8 ans en moyenne, étaient perçus comme sévères par 1/3 des patients, le retentissement sur la vie quotidienne comme important à très important par 1/4. 14% n'avaient jamais consulté, estimant que ce n'était pas grave. Les autres avaient attendu souvent plus de 12 mois. Près de 60% avaient eu une endoscopie. 96% avaient pris un traitement dans les 12 derniers mois, 80% sur prescription, 20% par automédication ; 66% étaient totalement satisfaits, en général parce qu'il y avait disparition des symptômes, qui avaient persisté chez 24%, plus souvent dans les formes sévères.

Les formes à symptômes extra-oesophagiens

Des études épidémiologiques ont montré une association entre RGO et des symptômes extra-oesophagiens : pharyngo-laryngés (enrouement, toux chronique), asthme non atopique, douleurs thoraciques pseudoangineuses^{3,4}. La relation entre le RGO et ces symptômes est souvent difficile à préciser. Le test thérapeutique aux IPP est le moyen le plus simple à mettre en œuvre, mais

avec des doses doublées ou triplées et une durée prolongée⁴. Dans l'asthme non atopique, un RGO a été observé chez 45% des patients avec asthme vs 10% en population générale ; le traitement du RGO sur 8 semaines au moins améliorerait 69% des patients³. Le RGO est considéré comme la 3^{ème} cause de *toux chronique non spécifique* de l'adulte. Cependant une méta-analyse de 5 essais d'IPP chez l'adulte montre un fort effet placebo, et un bénéfice modéré des IPP, chez un patient sur 5⁵. Les *douleurs pseudo-angineuses* ne peuvent être rattachées au RGO qu'après un bilan coronarien, en raison de l'association fréquente coronaropathie / RGO⁴.

Quelle est la fréquence de l'oesophagite ?

L'endoscopie est négative, sans oesophagite dans au moins 50% des RGO. Une oesophagite est trouvée dans 40% des cas, un endobrachy-oesophage (EBO) avec métaplasie intestinale de la muqueuse (syndrome de Barrett) dans environ 10% des cas. Mais ces 3 formes ne se succèdent pas nettement et paraissent être plutôt des modes de réaction différents de la muqueuse, avec chacune symptomatologie, sensibilité aux thérapeutiques et évolution propres³.

Qui est à risque de cancer de l'oesophage ?

L'incidence de l'adénocarcinome de l'oesophage a plus que quintuplé en 10 ans, mais elle reste faible autour de 0,4% chez les hommes et 0,07% chez les femmes. Le RGO est associé à 53% des cas, le plus souvent sur EBO. Les facteurs de risque associés sont l'ancienneté et la sévérité du RGO, l'obésité, le tabagisme. Mais seulement 2 à 3% des patients avec EBO meurent de ce cancer^{3,6}.

Que conclure pour notre pratique ?

- Le RGO est une affection fréquente dans la population adulte, considérée comme bénigne, traitée souvent en automédication. Si la fréquence des symptômes amène à consulter, c'est rarement considéré comme une urgence. Le retentissement sur la qualité de vie n'est pas négligeable².
- Les manifestations extra-oesophagiennes, fréquentes, ont une relation complexe avec le RGO. L'efficacité du traitement est difficile à apprécier^{2,3}.
- L'endoscopie montre un œsophage normal plus d'une fois sur 2, une oesophagite 4 fois sur 10, un endobrachyoesophage (syndrome de Barrett) 1 fois sur 10. Ce n'est que dans ce dernier cas que le risque de cancérisation justifie une stratégie de surveillance régulière qui fait l'objet de débat^{2,5}. Pour le RGO avec ou sans oesophagite se pose moins le problème des médicaments que ceux des examens et de la chirurgie. Nous y reviendrons.

Références :

1. SFMG. Observatoire de la médecine générale. Sur www.sfmq.org, consulté le 11/3/06.
2. Bretagne JF et al. Le reflux gastro-oesophagien dans la population générale française. *Presse Med.* 2006; 35:23-31.
3. Fox M, Forgacs I. Gastro-oesophageal reflux disease. *BMJ.* 2006; 332:88-93.
4. Chaput U, Ducrotté P. Formes atypiques du RGO, quand y penser. *Rev Prat Med Gen.* 2005; 19:1201-4.
5. Chang AB et al. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux. *BMJ.* 2006; 332:11-4.
6. Pariente A, Bouvier AM. Reflux gastro-oesophagien : quel risque de cancer ? *Rev Prat Med Gen.* 2005; 19:645-7.