

Mots clés :

RGO
IPP
Oesophagite
chirurgie

Reflux gastro-oesophagien : stratégies décisionnelles 2009

Nous avons analysé l'apport des IPP à la prise en charge du reflux gastro-oesophagien (RGO), véritable révolution dans ce domaine (*Bibliomed* 526). Mais comment insérer ces médicaments dans les stratégies décisionnelles, au quotidien comme dans la durée ? Quelle place reste-t-il aux autres classes pharmacologiques et à la chirurgie ? Diverses études et synthèses récentes apportent des éléments de réponse à ces deux questions.

Une stratégie médicale avant tout clinique

La bonne efficacité des IPP sur les symptômes comme sur l'oesophagite justifie la stratégie du **traitement d'emblée sans fibroscopie**, réservée aux cas avec signes d'alarme, ou résistant après 4 semaines¹.

Traitement initial : en fonction des symptômes

Les conseils hygiéno-diététiques restent conseillés, même en l'absence d'études probantes.

Des symptômes typiques et espacés justifient un traitement d'action immédiate : antiacide, alginate, anti-H₂, les IPP n'ayant pas l'action immédiate (grade A).

Pour des symptômes typiques et rapprochés (≥ 1 fois/semaine) un IPP a demi-dose (ou oméprazole à pleine dose) est recommandé (grade A) pendant 4 semaines².

Traitements à long terme : selon le contexte

- *Rechutes fréquentes des symptômes à l'arrêt du traitement* : un traitement d'entretien par IPP est possible à la dose minimale efficace (grade A) ou à la demande dans les périodes symptomatiques (grade B)².

- *Oesophagite associée non sévère* : les IPP sont indiqués selon la même modalité (grade A)².

- *Oesophagite sévère* (circonférentielle) : les IPP sont recommandés d'emblée à pleine dose en prise quotidienne unique pendant 8 semaines, avec endoscopie de contrôle en fin de traitement (grade A). Si la cicatrisation est insuffisante, une augmentation de la posologie est alors recommandée (accord professionnel). En raison de la récurrence quasi constante des symptômes et lésions à l'arrêt du traitement, les IPP sont recommandés au long cours à la dose minima efficace (grade A)².

En cas de complications

La sténose peptique doit être traitée en continu par IPP à pleine dose (grade C), et une dilatation endoscopique associée en cas de dysphagie².

L'endobrachyoesophage (EBO) ne doit être traité que

pour les symptômes ou l'oesophagite associée. Les traitements ne préviennent ni les dysplasies ni le cancer².

Manifestations extra-digestives : les antisécrétoires semblent peu efficaces (quelques essais positifs)².

La chirurgie, envisageable sans être une panacée

Directe ou laparoscopique, elle réalise une fundoplicature. La maîtrise de la technique nécessite au moins 50 interventions pour une équipe, 20 pour un chirurgien. Il n'y a pas de complications graves, mais la dysphagie est quasi constante, en général régressive, mais pouvant persister et nécessiter une réintervention dans 5% des cas³.

A court terme le résultat sur les symptômes est positif.

A long terme, après 5 à 10 ans, les résultats sont discordants. Les essais comparatifs chirurgie vs IPP ne montrent pas de différences significatives sur les symptômes à 5 et 10 ans. Cependant le besoin de médicaments persiste souvent chez les opérés : dans une étude de cohorte, à 4 ans, 74% des opérés prenaient des médicaments antireflux vs 90% des non opérés^{3,4}. Pour les oesophagites, le résultat est meilleur à 2 ans, mais à 10 ans, il n'y a plus de différence significative⁵.

La fréquence des interventions témoigne de cette incertitude : leur triplement après l'instauration des techniques laparoscopiques a rapidement régressé depuis, sans doute du fait de l'insatisfaction des opérés à long terme et d'une maîtrise insuffisante des techniques en de nombreux sites. Une étude récente positive à 3 ans dans des centres spécialisés va dans ce sens⁶.

Les traitements endoscopiques ont-ils une place ?

Diverses techniques ont été proposées, qu'il s'agisse de sutures endoscopiques, d'injections locales de produits divers, d'électrodes de radiofréquence. Aucune n'a fait l'objet d'évaluation fiable respectant les critères de qualité, et un moratoire est souhaité^{3,7}.

Que conclure pour notre pratique ?

La stratégie de traitement du RGO est fondée sur l'analyse des symptômes et de leur fréquence. Dès que ceux-ci ont une certaine importance, les IPP sont le choix dominant. La dose et la durée, qui peut être très prolongée, sont à déterminer de façon pragmatique. Aucune étude n'a montré de risque au long cours. L'endoscopie n'est justifiée d'emblée que s'il y a des facteurs de risque ; secondairement dans les formes résistantes.

La place de la chirurgie est encore incertaine. Elle nécessite des équipes entraînées. L'information du patient sur ses avantages et inconvénients doit être claire. Au patient jeune qui ne souhaite pas prendre indéfiniment un traitement médical, il faut préciser que le risque d'une complication grave de la chirurgie n'est pas nul (1/200), et qu'en plus de la dysphagie possible, il a de fortes chances de devoir reprendre des médicaments³.

Références

- 1- Collectif Reflux gastro-oesophagien : traitement d'abord, fibroscopie ensuite. *Bibliomed*. 2006;423.
- 2- Afssaps. Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte. Novembre 2007.
- 3- Bigard MA. Nouveautés thérapeutiques dans le reflux gastro-oesophagien. *Presse Med*. 2007;36:1907-12.
- 4- Kahrilas PJ. Gastroesophageal reflux disease. *N Engl J Med*. 2008;359:1700-7.
- 5- Prescrire rédaction. Reflux gastro-oesophagien : le chirurgien n'est pas une panacée. *Prescrire*. 2008;293:211-2.
- 6- Lubdell L et al. Comparing laparoscopic antireflux surgery with esomeprazole in the management of patients with chronic gastroesophageal reflux disease: a 3-year interim analysis of the LOTUS trial. *GUT*. 2008;57:1207-13.
- 7- Anvari M. Endoscopic treatment for gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet*. 2008;371:965-6.