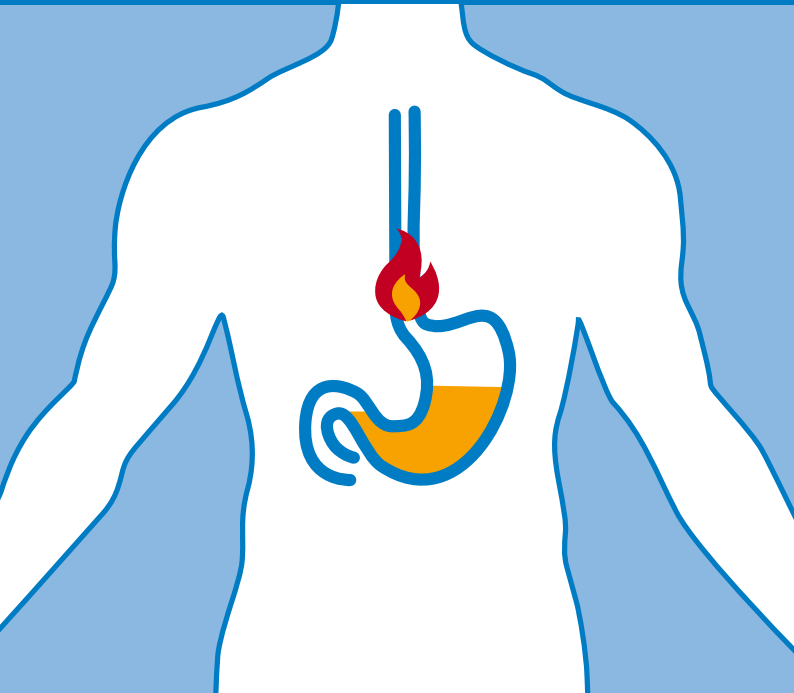




MAGEN
DARM
LIGA
SCHWEIZ

Reflux



Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie
Société Suisse de Gastroentérologie
Società Svizzera di Gastroenterologia

Une brochure d'information de :

Magendarmliga Schweiz

Case postale 2705

3001 Berne

T +41 31 301 25 21

www.magendarmliga.ch

Société Suisse de Gastroentérologie

Wattenwylweg 21

3006 Berne

T +41 31 332 41 10

F +41 31 332 41 12

www.sggssg.ch

Maladie du reflux gastro-œsophagien

Qu'est-ce que le reflux ?

Reflux, remontées acides, brûlures d'estomac – tous ces termes désignent le même problème : l'acide gastrique s'écoule dans l'œsophage ou remonte même jusqu'à la gorge et la bouche, provoquant souvent une sensation de brûlure désagréable. Lorsque cela se produit de manière pathologique, les médecins parlent de « maladie du reflux gastro-œsophagien » ou, en anglais, de « Gastroesophageal Reflux Disease », abrégé GERD.

Comment le reflux se produit-il ?

Normalement, le sphincter entre l'œsophage et l'estomac empêche le reflux de suc gastrique dans l'œsophage. La cause la plus fréquente du reflux est un dysfonctionnement du sphincter entre l'estomac et l'œsophage. Puisque le suc gastrique sert non seulement à la digestion mais aussi à la destruction des agents pathogènes, il est fortement acide. La muqueuse de l'estomac y est habituée et peut généralement supporter un contact constant avec l'acide gastrique. En revanche, les muqueuses situées en dehors de l'estomac, comme celle de l'œsophage, peuvent en souffrir.

Quels sont les symptômes typiques du reflux ?

Les symptômes typiques du reflux sont des brûlures d'estomac ainsi qu'une sensation de brûlure dans la poitrine ou derrière le sternum. Les remontées acides ou même un goût acide dans la bouche peuvent également être des signes de reflux. Un symptôme évident est la remontée du suc gastrique dans la gorge. Les brûlures d'estomac, c'est-à-dire une sensation de brûlure dans le haut du ventre, peuvent également indiquer un reflux accru. En règle générale, les troubles du reflux surviennent après les repas, lorsqu'on se penche ou en position allongée en début de nuit.

Existe-t-il des symptômes que l'on ne relie pas forcément au reflux gastro-œsophagien ?

Oui, il existe des symptômes qui ne sont pas immédiatement associés au reflux. Cependant, même chez les patients souffrant de reflux, ces symptômes sont souvent dus à d'autres causes. Les douleurs thoraciques, l'enrouement (surtout le matin) et l'asthme font partie de ces troubles du reflux atypiques. L'inhalation régulière d'infimes quantités d'acide gastrique remontant peut entraîner une toux chronique et l'acidité du suc gastrique peut provoquer des inflammations au niveau de la gorge et endommager l'émail des dents.

Le reflux est-il une maladie ?

Il est normal qu'un peu de contenu gastrique remonte dans l'œsophage, surtout après les repas. La plupart du temps, on ne le remarque même pas, mais il peut arriver que des remontées acides se produisent jusque dans la bouche. Ce phénomène est relativement fréquent : entre 10 et 20 % de la population en souffre une ou deux fois par semaine, heureusement sans conséquences graves.

On ne parle de reflux pathologique que lorsque ces symptômes sont fréquents, réguliers ou persistent sur une longue période. Toutefois, la maladie du reflux ne provoque pas nécessairement des symptômes évidents. Elle peut même passer totalement inaperçue, tout en entraînant des séquelles. Environ 10 % de la population est affectée par cette forme pathologique.

Quelles sont les conséquences d'un reflux chronique ?

Chez la plupart des personnes concernées, même un reflux chronique ne provoque pas de complications. Bien qu'il entraîne des symptômes désagréables ou gênants, on ne constate pas de dommages apparents à l'œsophage. Les médecins désignent cette forme de la maladie du reflux comme « non érosive ».

Cependant, certains patients sont affectés par la forme érosive de la maladie. Chez eux, la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'œsophage s'enflamme. Cette inflammation est visible sous la forme d'une lésion superficielle de la muqueuse et ressemble à une écorchure. On parle alors d'« œsophagite ».

Il arrive dans de rares cas que des tissus cicatriciels se forment sur la muqueuse lésée, provoquant une sensation de gêne lors de la déglutition. Une autre complication tardive du reflux chronique, qui concerne environ 20 % des patients et une proportion plus importante d'hommes, est ce qu'on appelle « œsophage de Barrett ». Dans ce cas, la muqueuse de l'œsophage est altérée en raison de l'irritation permanente provoquée par l'acide gastrique. Au lieu de la muqueuse normale de l'œsophage, la muqueuse de l'œsophage de Barrett est similaire à celle de l'estomac. Un œsophage de Barrett doit être surveillé et, s'il se modifie, il doit être enlevé, car il existe un certain risque que ces modifications deviennent malignes.

Seule une gastroscopie permet de déterminer la forme de la maladie du reflux – érosive ou non érosive – ainsi que l'existence d'éventuelles modifications de la muqueuse.

Comment le reflux est-il diagnostiqué ?

La première étape diagnostique est la gastroscopie. Si celle-ci révèle une inflammation de l'œsophage ou une transformation de la muqueuse de l'œsophage (œsophage de Barrett), le reflux est confirmé. Si la gastroscopie est réalisée après un traitement médicamenteux contre l'acidité, il se peut que l'inflammation ne soit plus visible. Dans ces cas, ou en l'absence d'inflammation, il peut être nécessaire de mesurer le reflux acide de l'estomac vers l'œsophage par un test sur 24 heures appelé « pH-métrie ». Parfois, le médecin découvre une maladie du reflux lors d'une gastroscopie, sans que le patient ne présente de symptômes.

Qui est sujet au reflux ?

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes, ni entre les différentes tranches d'âge. Toutefois, certains éléments favorisent son apparition. Comme mentionné précédemment, un dysfonctionnement du sphincter entre l'œsophage et l'estomac en est souvent la cause. Deux facteurs de risque sont les repas copieux, surtout tard le soir, et l'obésité.

Pourquoi a-t-on des reflux gastriques ?

Les causes du reflux gastro-œsophagien ne sont pas toujours évidentes. Dans certains cas, cette maladie est due à une hernie hiatale. L'œsophage traverse une ouverture naturelle dans le diaphragme. Cette ouverture, généralement étroite, est située exactement à la jonction de l'œsophage et de l'estomac et agit, avec le sphincter, comme barrière contre un reflux excessif. Si cette barrière ne fonctionne pas correctement, une augmentation du reflux se produit.

Une visite à la pharmacie suffit-elle ou dois-je consulter un médecin ?

Si vous ressentez occasionnellement des brûlures d'estomac après un repas copieux, vous pouvez demander conseil à la pharmacie et y acheter des médicaments en vente libre, tels que des antiacides ou des bloqueurs d'acide à faible dose. Mais si les troubles du reflux sont récurrents ou quotidiens pendant quelques jours, vous devriez consulter votre médecin.

Qu'est-ce que les antiacides ?

Les antiacides, comme les combinaisons de sels d'aluminium, de calcium et de magnésium (Alucol® ou Rennie®) ou le magaldrate (Riopan®), neutralisent l'acide gastrique. Ce sont des bases faibles, généralement dérivées d'hydroxyde d'aluminium et de magnésium. Des combinaisons d'alginate de sodium, de bicarbonate de sodium et de carbonate de calcium (Gaviscon®) forment en outre une couche protectrice neutre sur la surface du contenu de l'estomac. Lors d'un épisode de reflux, celle-ci reflue également dans l'œsophage et protège sa muqueuse de l'acide gastrique, ce qui atténue également les symptômes. L'association d'hyaluronate de sodium et de sulfate de chondroïtine sodique (Ziverel®) a un effet protecteur sur la muqueuse de l'œsophage et soulage les symptômes du reflux. Les antiacides agissent en quelques minutes et sont pris en cas de besoin, c'est-à-dire lorsque les symptômes apparaissent. Ils ne sont employés à titre préventif que dans des cas isolés. En cas d'utilisation occasionnelle, les antiacides sont sans danger, mais les personnes souffrant d'insuffisance rénale doivent être prudentes. Une utilisation fréquente peut entraîner des diarrhées ou des constipations.

Qu'entend-on par « bloqueurs d'acide » ?

En complément des antiacides, on trouve également en vente libre des médicaments qui réduisent la sécrétion d'acide, soulageant ainsi les symptômes du reflux ou les éliminant totalement. Deux types de ces « bloqueurs d'acide » sont disponibles : les antagonistes des récepteurs H2 et les inhibiteurs de la pompe à protons. Les deux groupes de médicaments réduisent la production d'acide par l'estomac. Les inhibiteurs de la pompe à protons sont plus efficaces que les antagonistes des récepteurs H2, qui perdent leur efficacité après un certain temps et ne sont plus disponibles en Suisse. Tous deux n'agissent qu'une fois absorbés par le système sanguin, et non localement dans l'estomac. C'est pourquoi ils doivent être pris à jeun, idéalement 15 à 30 minutes avant les repas. Les bloqueurs d'acide ne sont disponibles sans ordonnance qu'en petites quantités et à faibles doses. Comme les antiacides, ils doivent être pris uniquement sur une courte période ou en cas de besoin. Si cela ne suffit pas, vous devriez consulter votre médecin.

Peut-on prendre des bloqueurs d'acide indéfiniment ?

Les deux types de bloqueurs d'acide, les antagonistes des récepteurs H₂ et les inhibiteurs de la pompe à protons, peuvent être pris en traitement de longue durée si nécessaire. Même si les effets secondaires sont très rares, il est important de peser les avantages et de considérer d'éventuels effets secondaires. Il est impératif d'éviter toute prise inutile. Les patients souffrant de reflux gastro-œsophagien doivent souvent suivre un traitement continu. Pour cela, on utilise des inhibiteurs de la pompe à protons, qui ont une action plus puissante.

Dans d'autres cas, un traitement au besoin peut suffire. Les patients peuvent alors décider eux-mêmes de la fréquence de prise du bloqueur d'acide, en accord préalable avec leur médecin.

Existe-t-il des alternatives aux traitements médicamenteux ?

Les habitudes alimentaires et le mode de vie jouent également un rôle important dans l'apparition des troubles du reflux. Ainsi, les mesures non médicamenteuses peuvent être efficaces et contribuer à réduire la nécessité de médicaments.

Les points les plus importants sont :

- Perdre du poids en cas de surpoids : l'excès de poids augmente la pression dans la cavité abdominale, ce qui favorise le reflux du contenu gastrique dans l'œsophage.
- Ne pas fumer : le tabagisme détériore la fonction du sphincter inférieur de l'œsophage.
- Éviter les aliments qui diminuent la pression dans le sphincter inférieur de l'œsophage : cela inclut les aliments riches en graisses, l'alcool, le café et le thé.
- Éviter les repas copieux et riches en graisses, surtout le soir : plus le repas est gras et abondant, plus les épisodes de reflux sont fréquents.
- Dîner plus tôt : un repas tardif augmente le risque de reflux lorsque l'on se couche par la suite.
- Dormir avec la tête de lit surélevée (coussins ou surélévation du lit) : cela permet de réduire le reflux de l'estomac vers l'œsophage.

Quand faut-il faire une gastroscopie ?

Si les troubles du reflux persistent au-delà de deux semaines malgré un traitement médicamenteux ou si des symptômes d'alarme apparaissent en plus des troubles du reflux, une gastroscopie est indispensable. C'est le seul moyen d'exclure une maladie de l'œsophage ou de l'estomac, tels un œsophage de Barrett, une tumeur ou une complication de l'œsophagite. Les symptômes d'alarme incluent l'anémie, la fièvre, les sueurs nocturnes, la perte de poids ainsi que les difficultés ou les douleurs quand on avale. S'il y a eu des cancers dans la famille proche, il est également recommandé d'en parler à un médecin. A partir de 50 ans, une gastroscopie est recommandée pour les patients souffrant de reflux, même en l'absence d'autres symptômes.

J'ai des difficultés à avaler. Faut-il consulter un médecin ?

Oui. Si vous avez des difficultés à avaler – qu'il s'agisse de douleurs, de la sensation que les aliments restent coincés ou de crampes –, il faudrait absolument faire une gastroscopie. Si vous présentez de tels symptômes, il est important de consulter votre médecin pour en discuter.

A quelle fréquence doit-on effectuer une gastroscopie ?

Si une première gastroscopie n'a révélé ni inflammation de l'œsophage ni lésions, il n'est pas nécessaire d'en effectuer d'autres, sauf si les symptômes changent. En revanche, si des inflammations ou des lésions ont été diagnostiquées, des gastroscopies régulières peuvent être nécessaires. Discutez-en avec votre médecin.

Devrais-je envisager une intervention chirurgicale ?

Il n'existe qu'une seule intervention chirurgicale contre le reflux pour laquelle suffisamment de données scientifiques prouvent qu'elle est à la fois efficace et ne présente pas de risques excessifs : la fundoplicature. Elle vise à améliorer la fonction du sphincter inférieur de l'œsophage. Pour ce faire, le médecin crée une manchette avec la partie supérieure de l'estomac et l'enroule autour de l'œsophage. La fundoplicature est généralement réalisée par laparoscopie, ce qui signifie que les instruments chirurgicaux utilisés par le médecin sont insérés par de petites incisions dans la peau.

Bien que la fundoplicature soit le traitement chirurgical standard pour la maladie du reflux, elle n'est réellement indiquée que pour une petite partie des patients, étant donné que les médicaments disponibles pour traiter un reflux sont efficaces et sûrs, même lorsqu'ils sont utilisés à long terme. Et même si l'intervention est bien établie, elle n'en comporte pas moins de risques : environ 20 % des personnes opérées souffrent encore de troubles du reflux après une fundoplicature et dépendent toujours des médicaments.

Une intervention chirurgicale n'est clairement indiquée qu'en cas de reflux volumique, lorsque le sphincter de l'estomac est totalement défaillant, provoquant un reflux constant et important du contenu gastrique vers la bouche, notamment en position couchée ou penchée.

Qu'en est-il des nouvelles techniques chirurgicales expérimentales ?

On entend régulièrement parler de nouvelles techniques pour traiter la maladie du reflux. Jusqu'à présent, il s'agissait souvent de méthodes chirurgicales innovantes, mais qui reposaient sur des données très limitées et qui n'ont été testées que sur un petit nombre de patients. La quasi-totalité d'entre elles ont été abandonnées après quelques années en raison de complications graves, voire de décès. L'efficacité de ces méthodes et la gravité de la pathologie qu'elles traitaient ne justifiaient pas ce risque, surtout compte tenu des thérapies médicamenteuses efficaces et beaucoup moins risquées disponibles.

Médicaments pour traiter le reflux

Antiacides

Les antiacides sont souvent la première étape dans le traitement du reflux. Ils agissent très vite et produisent une légère neutralisation de l'acidité gastrique ou préviennent le reflux grâce à une couche flottante sur le suc gastrique. Une légère amélioration des symptômes est observée chez certains patients. Ils ne guérissent pas l'inflammation de l'œsophage (œsophagite).

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Inhibition médicamenteuse de la production d'acide, la forme la plus efficace de traitement des symptômes et de l'inflammation de l'œsophage. La posologie doit être adaptée individuellement en fonction des symptômes et de la gravité de la maladie. Presque tous les patients sont guéris grâce à cette méthode.

* D'autres effets secondaires peuvent se produire, la liste n'étant pas exhaustive. Il faudrait en discuter avec le médecin traitant. Comme c'est le cas de tous les médicaments, des effets secondaires ou des interactions avec d'autres médicaments sont possibles, même avec les antiacides, les antagonistes des récepteurs H2 ou les inhibiteurs de la pompe à protons. Les informations détaillées sont indiquées dans la notice d'emballage et doivent être respectées. Certains de ces médicaments sont disponibles sans ordonnance en pharmacie. Il est particulièrement important de demander l'avis d'un médecin quand il s'agit de posologies plus élevées ou de traitements prolongés.

Exemples	Effets secondaires*
<p>Alginate de sodium, bicarbonate de sodium et carbonate de calcium (Gaviscon®)</p> <p>Magaldrate (Riopan®)</p> <p>Combinaison de sels d'aluminium, de calcium et de magnésium (Alucol®, Rennie®)</p> <p>Hyaluronate de sodium, sulfate de chondroïtine sodique (Ziverel®)</p>	<p>Diarrhée</p> <p>Constipation</p>
<p>Esoméprazole (Esomep®, Nexium®)</p> <p>Pantoprazole (Pantozol®)</p> <p>Lansoprazole (Agopton®)</p> <p>Dexlansoprazole (Dexilant®) et divers génériques</p>	<p>Médicaments très bien tolérés avec des effets secondaires très rares</p>

Autres remarques :

- En plus des médicaments mentionnés ci-dessus qui réduisent l'acidité, il existe des médicaments qui favorisent le vidange de l'œsophage (appelés « prokinétiques »). Ceux-ci sont également parfois utilisés pour traiter le reflux.
- La combinaison de tous les médicaments est possible. Cependant, cela devrait être discuté avec le médecin traitant.
- Aucun de ces médicaments n'améliore la fonction du sphincter œsophagien ni ne prévient le reflux. Ils ne traitent que l'inflammation ainsi que les symptômes.

**La rédaction de cette brochure d'information et
Magendarmliga Schweiz sont parrainées par :**

AbbVie AG

ADMEDICS Advanced Medical Solutions AG

Alfasigma Schweiz AG

Bristol Myers Squibb SA

DesoMedical AG

Dr. Falk Pharma AG

Duomed Swiss AG

Geberit Vertriebs AG

iQone Healthcare Switzerland SA

Janssen-Cilag AG

Mositech AG

Norgine AG

Olympus Schweiz AG

Permamed AG

Schwabe Pharma AG

Viatrix Pharma GmbH

Zambon Schweiz AG

Vous pouvez commander cette brochure par écrit à l'adresse suivante :

www.magendarmliga.ch

Cette brochure a été remise par :