

Maladie de reflux

Qu'est que le reflux ?

Le reflux, le reflux gastro-œsophagien, l'acidité ou les brûlures d'estomac, toutes ces expressions sont des synonymes pour décrire la même pathologie. L'acidité produite par l'estomac remonte le long de l'œsophage et même que jusque dans la cavité buccale où elle entraîne souvent une sensation désagréable de brûlures. Lorsque ces brûlures deviennent franchement gênantes, le médecin parle de « maladie de reflux gastro-œsophagien » ou – en anglais – de « GastroEsophageal Reflux Disease », abrégée GERD.

Comment se produit le reflux ?

Le dispositif de fermeture musculaire situé entre l'œsophage et l'estomac empêche normalement la remontée (le reflux) du suc gastrique depuis l'estomac. Une altération de ce mécanisme de fermeture entre l'œsophage et l'estomac représente la cause la plus fréquente de ce reflux. Le suc gastrique n'a pas seulement pour fonction de faciliter la digestion mais également d'éliminer des agents potentiellement pathogènes, raison pour laquelle il est fortement acide. D'où la présence d'un film muqueux tapissant l'estomac destiné à protéger la muqueuse gastrique de cette exposition constante à l'acidité. Tel n'est pas le cas des muqueuses situées ailleurs que dans l'estomac, par exemple celle de l'œsophage. Elle est vulnérable en cas de contact répété avec les sécrétions acides produites par l'estomac.

Quels sont les douleurs typiques de la maladie de reflux ?

Les douleurs typiques en cas de maladie de reflux sont le pyrosis, une sensation de brûlures dans la poitrine ou derrière le sternum. L'hyperacidité et même la sensation de goût acide dans la bouche peuvent être les symptômes d'une maladie de reflux. Un symptôme très net est la présence de suc gastrique qui remonte jusque dans la gorge (« régurgitations »). Même les brûlures d'estomac, à savoir une sensation de brûlures dans la partie supérieure de l'abdomen, peuvent être le reflet d'une maladie de reflux. Le plus souvent les symptômes de reflux sont ressentis après les repas, lorsque le patient se penche en avant ou dans la première partie de la nuit lorsque le patient se couche.

Existe-t-il des symptômes qui ne font pas d'emblée penser à une maladie de reflux ?

Oui, cela existe. Néanmoins, la cause de ces symptômes n'est en général pas la maladie de reflux elle-même mais une pathologie associée, même chez les patients souffrant de reflux caractérisé. Ces symptômes de reflux atypiques sont par exemple les douleurs rétrosternales, l'enrouement (le plus souvent matinal) ou l'asthme. Le reflux gastro-œsophagien en petite quantité, lorsqu'il est inspiré et avalé à répétition, peut déclencher une toux chronique. Ce phénomène peut se produire par l'intermédiaire d'une stimulation des barorécepteurs dans la partie inférieure de l'œsophage. L'acidité du suc gastrique peut aussi entraîner une inflammation de la gorge et des altérations de l'émail dentaire.

Le reflux gastro-œsophagien est-il une maladie ?

Il est normal qu'une petite quantité du contenu gastrique reflue dans l'œsophage, notamment après les repas. Le plus souvent on ne sent absolument rien. Occasionnellement, ce reflux peut entraîner une sensation d'acidité jusque dans la cavité buccale. De tels symptômes sont relativement fréquents : 10 à 20% de la population présente ces symptômes 1 à 2 fois par semaine sans que cela l'entraîne de conséquence pathologique.

On ne parle de reflux pathologique que lorsque les symptômes de reflux deviennent fréquents, réguliers ou se produisent pendant un intervalle de temps prolongé. La maladie de reflux n'entraîne pas toujours des symptômes bien définis. Elle peut même rester totalement asymptomatique mais néanmoins provoquer des lésions pathologiques. Environ 10% de la population souffre de reflux pathologique.

Quelles conséquences a un reflux chronique ?

Chez la plupart des personnes concernées, même le reflux chronique n'a pas de conséquence délétère. Certes il cause des symptômes désagréables et persistants, mais sans lésion visible au niveau œsophagien. Pour les médecins, cette variante de la maladie de reflux est appelée « non érosive ».

Une partie des patients souffrent de la forme « érosive » de la maladie. Chez ces patients, la muqueuse qui tapisse le revêtement intérieur de l'œsophage présente des signes d'inflammation. Cette inflammation est visible sous forme de lésions superficielles de la muqueuse qui ressemblent à des éraflures. On parle alors « d'œsophagite de reflux ». Des lésions cicatricielles (« sténose ») peuvent se former au niveau de la muqueuse endommagée et ces lésions entraînent une sensation de blocage après déglutition. Une autre conséquence tardive du reflux chronique est « l'œsophage de Barrett », qui touche environ 20% des patients atteints et qui concerne le plus souvent les patients de sexe masculin. Dans ce cas, c'est la muqueuse de l'œsophage qui a subi des modifications suite à l'irritation permanente provoquée par le contact du suc gastrique. Au lieu d'être recouvert de la muqueuse œsophagienne normale, « l'œsophage de Barrett » est tapissé d'une muqueuse semblable à celle de l'estomac. « L'œsophage de Barrett » doit être surveillé et éradiqué s'il se modifie, car il existe le risque que de telles lésions aient un potentiel malin.

Seul l'examen endoscopique du tractus digestif supérieur (« gastroscopie ») permet de décrire le type de reflux – érosif ou non érosif – dont souffre le patient.

Comment le reflux est-il diagnostiqué ?

Le reflux peut entraîner des symptômes classiques (hyperacidité), des symptômes « atypiques » ou même rester totalement asymptomatique. La première démarche diagnostique est l'endoscopie (« gastroscopie »). Si l'on observe une inflammation de l'œsophage ou une transformation de la muqueuse superficielle de l'œsophage (« œsophage de Barrett »), le reflux est confirmé. Si la gastroscopie est réalisée seulement lorsque le patient a déjà pris des médicaments destinés à combattre l'acidité gastrique pendant un certain temps, il

est possible que l'inflammation ne soit plus visible. Dans cette situation, ou lorsque le reflux n'entraîne pas d'inflammation, il peut être nécessaire de quantifier le reflux du suc gastrique dans l'œsophage. Cette mesure est réalisable avec un enregistrement réalisé pendant 24h et qui porte le nom de « pH-métrie ». Parfois, le médecin peut observer une maladie de reflux lors de la gastroscopie sans que le patient ne présente le moindre symptôme.

Qui est atteint de reflux ?

Le reflux est peu sélectif. Il n'existe pas de différence entre les hommes et les femmes ni entre les différents groupes d'âge. Il existe cependant des facteurs de risque qui favorisent le reflux. Comme déjà mentionné, la fonction altérée du mécanisme de fermeture entre l'œsophage et l'estomac joue un rôle important. D'autres facteurs de risque sont les repas abondants, avant tout tard le soir ou un surpoids important.

Pourquoi est-on atteint de reflux ?

Les causes de la maladie de reflux ne sont pas toujours évidentes. Parfois la cause de la maladie est en rapport avec un défaut au niveau du diaphragme : l'œsophage descend vers l'estomac à travers un orifice naturel du diaphragme (appelé médicalement « le hiatus »). Cet orifice naturel est normalement étroit et se situe exactement au niveau de la transition entre l'œsophage et l'estomac. De concert avec le mécanisme de fermeture musculaire, il représente une protection contre un reflux excessif. Lorsque ce mécanisme de fermeture ne fonctionne pas, un reflux plus important peut en découler.

Puis-je me rendre simplement à la pharmacie ou dois-je consulter un médecin ?

Si vous avez seulement de manière épisodique des brûlures après un repas du soir abondant, vous pouvez vous rendre à la pharmacie où l'on vous conseillera et vous procurera des médicaments qui ne nécessitent pas d'ordonnance, par exemple des antacides de contact ou des inhibiteurs de la pompe à protons faiblement dosés (« IPP »). Néanmoins, si les symptômes de reflux persistent ou récidivent plusieurs jours consécutifs, il faut consulter le médecin de famille.

Comment agissent les antacides ?

Les antacides comme l'Alucol, le Riopan ou les pastilles Rennie sont des médicaments qui neutralisent l'acidité de l'estomac. Il s'agit de bases faibles, composées principalement d'hydroxyde d'aluminium et de magnésium. Les nouveaux antacides (par exemple Gaviscon) forment en plus une couche de protection neutre à la surface du contenu gastrique. Cette couche protectrice remonte dans l'œsophage en cas d'épisodes de reflux et protège sa muqueuse de l'acidité et du suc gastrique, en atténuant les symptômes de reflux. Les antacides agissent au bout de quelques minutes et sont consommés à la demande, c'est-à-dire quand les douleurs surviennent. Il ne faut les utiliser comme prophylaxie que dans certaines situations spéciales. Ces médicaments sont inoffensifs en cas d'utilisation occasionnelle. La prudence est néanmoins de mise lorsqu'il existe des problèmes rénaux. En cas d'utilisation fréquente, les antacides peuvent entraîner des diarrhées.

Comment agissent les « inhibiteurs de l'acidité gastrique » ?

En plus des antacides, on peut également recevoir sans ordonnance des médicaments qui atténuent la sécrétion acide de l'estomac et par là-même soulagent les symptômes de reflux ou les font même complètement disparaître. Deux types d'inhibiteurs de l'acidité sont à notre disposition : les « antagonistes des récepteurs H2 » et les « inhibiteurs de la pompe à protons ». Ces 2 catégories de médicaments entraînent une production diminuée d'acide par l'estomac. Les « inhibiteurs de la pompe à protons » (abrégiés IPP) sont plus puissants que les « antagonistes des récepteurs H2 ». Ces derniers perdent d'ailleurs de l'efficacité après un certain temps. Ces 2 catégories de substances agissent seulement après absorption dans la circulation sanguine mais pas au niveau local dans l'estomac. C'est pourquoi elles doivent être consommées à jeun idéalement 15 à 30 minutes avant un repas. On peut obtenir les inhibiteurs de l'acidité gastrique seulement en petite quantité et à faible posologie sans ordonnance. Tout comme ce qui concerne les antacides, il ne faudrait les consommer que sur des périodes courtes ou selon besoin. Si ces inhibiteurs d'acidité ne soulagent pas les douleurs, il faut consulter le médecin traitant.

Peut-on consommer les inhibiteurs d'acidité gastrique de manière prolongée ?

Les 2 types d'inhibiteurs de l'acidité gastrique, les « antagonistes des récepteurs H2 » et « les inhibiteurs de la pompe à protons » sont des médicaments sûrs qui se prêtent à un traitement prolongé. Cela est souvent nécessaire chez les patients souffrant de maladie de reflux. Une prise quotidienne pendant toute la vie peut être nécessaire quand la maladie de reflux a déjà une fois entraîné une inflammation sévère de l'œsophage. Dans ce cas, on recourt aux inhibiteurs de la pompe à protons qui agissent avec une forte efficacité. Dans d'autres situations, un traitement orienté selon les besoins peut suffire et les patients peuvent décider eux-mêmes à quelle fréquence ils vont consommer l'inhibiteur de la sécrétion acide, toujours après discussion avec le médecin.

Existe-t-il d'autres possibilités thérapeutiques que les médicaments ?

Le mode de nutrition et les habitudes de vie influencent les douleurs liées au reflux. C'est pourquoi il existe également des mesures non médicamenteuses qui sont couronnées de succès et qui peuvent aider à diminuer le besoin en médicaments.

Les points les plus importants sont :

- En cas d'obésité, perdre du poids : l'obésité augmente la pression dans la cavité abdominale et favorise le reflux du contenu gastrique dans l'œsophage, au moins en partie.
- Arrêt du tabagisme : le tabagisme péjore la fonction du sphincter inférieur de l'œsophage.
- Eviter les aliments qui réduisent la pression du sphincter inférieur de l'œsophage : à cette catégorie appartiennent les aliments gras, l'alcool, le café et le thé.

- Renoncer à des repas abondants et riches en graisses en particulier en soirée : plus le repas sera abondant et riche en graisses, plus il est susceptible d'entraîner des épisodes de reflux.
- Manger plus tôt le soir : un repas tardif entraîne davantage de reflux en position couchée dans le lit
- Dormir avec la tête surélevée (oreiller ou surélévation des pieds du lit) : ces manœuvres aident à réduire le reflux acide de l'estomac dans l'œsophage.

Quand dois-je réaliser une gastroscopie ?

Si les symptômes de reflux ne disparaissent pas après 2 semaines de traitement médicamenteux ou s'il existe en plus des signes d'alarme, une endoscopie (gastroscopie) doit impérativement être réalisée.

C'est la seule manière d'exclure une maladie de l'œsophage ou de l'estomac comme par exemple un œsophage de Barrett, une tumeur ou une complication de l'oesophagite de reflux.

Parmi les symptômes d'alarme on relève notamment les pertes sanguines (anémie), la fièvre, des épisodes de sudations nocturnes, une perte pondérale, des difficultés ou des douleurs à la déglutition. S'il existe dans la parenté proche des maladies cancéreuses (de l'estomac ou de l'œsophage), ces faits doivent également être discutés avec le médecin. Dès l'âge de 50 ans, un patient souffrant de symptôme de reflux doit subir une gastroscopie même en l'absence d'autre symptôme.

J'ai des difficultés à la déglutition, doit-on aller plus loin ?

Oui. En cas de gêne à la déglutition – qu'il s'agisse de douleurs, de sensation de nourriture qui reste accrochée ou de crampes – il faut dans tous les cas réaliser une gastroscopie. Si vous avez de tels symptômes, il faut consulter votre médecin et en discuter avec lui.

A quelle fréquence l'estomac doit-il être examiné ?

Si une gastroscopie a déjà été effectuée une fois sans démontrer d'inflammation de l'œsophage et sans lésion manifeste, une nouvelle gastroscopie n'est nécessaire qu'en cas de modification des symptômes. Par contre, si lors de la première gastroscopie des signes inflammatoires ou des lésions ont été observées, des gastroscopies régulières sont nécessaires selon les pathologies observées. Discuter cela avec votre médecin.

Dois-je subir une intervention chirurgicale ?

Il n'existe qu'une seule opération anti-reflux pour laquelle nous avons des données scientifiques suffisantes pour dire qu'elle est efficace sans entraîner de risque excessif. Cette intervention s'appelle « fundoplicature ». Elle est supposée améliorer la fonction du sphincter inférieur de l'œsophage. Dans ce but le chirurgien confectionne un manchon avec les parties supérieures de l'estomac et en entoure l'œsophage. Cette intervention est réalisée aujourd'hui le plus souvent de manière fermée (« laparoscopie »), c'est-à-dire que le chirurgien introduit les instruments à travers de petites incisions cutanées.

Bien que la fundoplicature soit le traitement chirurgical standard pour la maladie de reflux, elle n'est indiquée que chez un très petit pourcentage de patients. Et ce parce que les médicaments à disposition qui combattent le reflux sont efficaces, même pour des périodes prolongées. Bien que l'intervention soit bien codifiée, elle comporte néanmoins des risques : environ 20% des patients opérés souffrent toujours après fundoplicature de symptômes de reflux et doivent reprendre des médicaments. Plus rarement, les patients ne peuvent plus éructer ou vomir même lorsque la fundoplicature a été réalisée par un chirurgien expérimenté et ces patients peuvent également souffrir d'un météorisme important. Une indication claire à l'intervention chirurgicale est le reflux massif, lorsque le mécanisme de fermeture entre l'œsophage et l'estomac est totalement déficient et que le contenu alimentaire reflue toujours et en grande quantité dans la cavité buccale, que ce soit en position couchée ou lorsque le patient se penche en avant.

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

On entend toujours parler de nouvelles techniques destinées à traiter la maladie de reflux. Le plus souvent il s'agit simplement de nouvelles méthodes opératoires, qui reposent sur des bases de données très lacunaires et qui n'ont été réalisées que chez un nombre restreint de patients. Pratiquement toutes ces techniques disparaissent après quelques années soit parce qu'elles ont entraîné de graves complications soit même des décès. Le manque d'efficacité de ces nouvelles techniques et leurs complications potentielles ne justifient pas ces risques, d'autant plus qu'il existe des traitements médicamenteux efficaces et quasiment dénués de risques.

La Ligue Gastrointestinale Suisse
Case Postale 2705
3001 Bern
T +41 31 301 25 21
F +41 31 301 25 80
www.magendanmliga.ch

La Société Suisse de Gastroentérologie
SGG/SSG
www.sggssg.ch

L'élaboration de cette brochure d'information a été possible grâce aux soutiens généreux de :

Alfasigma Schweiz AG	Olympus Schweiz AG
Allergan AG	Permamed AG
B. Brown Medical AG	Reckitt Benckiser (Switzerland) AG
DesoMedical AG	RECORDATI AG
DR. FALK Pharma AG	Sandoz Pharmaceuticas AG
Geberit International AG	Sanofi-Aventis (Schweiz) AG
Janssen-Cilag AG	Schwabe Pharma AG
Max Zeller Söhne AG	Takeda Pharma AG
MOSITECH Medizintechnik AG	Vifor AG
Mylan Pharma GmbH (a Viatris company)	Zambon Schweiz AG
Norgine AG	Zur Rose Suisse AG

Novembre 2021