

MÉDICAMENTS OU OPÉRATION ?

Les meilleures solutions contre le



STOCK4B

Le reflux, c'est cette sensation de brûlant dans l'œsophage... Occasionnel, il n'est pas gênant. Mais il peut devenir une véritable pathologie, avec son lot de complications. Aperçu des solutions proposées...

Qui n'a pas connu cette sensation de brûlant remontant dans l'œsophage, ce goût acide à l'arrière de la gorge... D'où vient cette acidité ? Pour comprendre, il suffit de suivre le trajet des aliments que nous avalons. Ils descendent dans l'œsophage et arrivent dans l'estomac. A la jonction de l'œsophage et de l'estomac se trouve une barrière anti-reflux constituée d'un sphincter et d'une valve qui laissent passer le bol alimentaire de l'œsophage vers l'estomac et

empêchent ensuite le contenu de l'estomac de remonter dans l'œsophage. Mais cette barrière n'est jamais complètement hermétique, pour personne : on dit que le reflux est « physiologique ». Nous pouvons tous avoir un reflux occasionnel, en général après un repas trop gras ou trop épicé, par exemple.

Pourtant, chez 10 à 20% de la population, le reflux n'est plus simplement occasionnel, mais une véritable pathologie, accompagnée de symptômes gênants et/ou de lésions dans l'œsophage.

reflux

Quant au goût acide du reflux, c'est celui du liquide gastrique, naturellement présent dans l'estomac.

« Ce liquide contient de l'acide chlorhydrique, c'est-à-dire des ions H⁺ et des ions Cl⁻, explique le Professeur Guy-Bernard Cadière, chef de clinique du service de chirurgie digestive au CHU Saint-Pierre, à Bruxelles. La muqueuse gastrique se défend très bien contre les ions H⁺. Mais la muqueuse œsophagienne n'est pas faite pour recevoir ces agressions acides, et les ions H⁺ peuvent facilement causer des ulcères. »

Des symptômes variés

Les symptômes du reflux varient d'une personne à l'autre. Certains patients sont même asymptomatiques : ils ont bien du reflux, sans toutefois ressentir de gêne.

Pour les autres, les deux principaux symptômes, dits typiques, sont le pyrosis (communément appelé brûlant) et les régurgitations acides. Ces symptômes font directement penser à un reflux.

Par contre, d'autres symptômes, atypiques, appartiennent aux sphères ORL ou cardio-pulmonaire. Pas toujours facile de faire le lien avec le reflux ! Ce sont les maux de gorge, la dysphonie (difficulté à parler, surtout le matin), une douleur thoracique non cardiaque, des palpitations, une mauvaise haleine, le hoquet, une toux nocturne, de l'asthme...

Enfin, il existe des symptômes d'alarme (perte de poids, anémie, hémorragie, difficulté à avaler, douleur à la déglutition...). Ces symptômes sont aujourd'hui très rares, mais leur présence

laisse deviner des complications graves et imposera tout de suite une gastroscopie.

Les complications du reflux

L'œsophagite

C'est l'inflammation de l'œsophage due à l'agression continue de l'acidité sur celui-ci. Les œsophagites sont classées selon leur gravité, allant de la simple inflammation jusqu'aux ulcères.

La sténose

On parle de sténose lorsque le reflux entraîne un rétrécissement de l'œsophage, causé par les cicatrices laissées par les ulcères. « Cela peut aller assez loin, souligne le Professeur Erik De Koster, gastro-entérologue, chef de clinique au CHU Brugmann : la nourriture ne passe plus, on a du mal à avaler des solides, etc. Mais c'est moins fréquent et plus facile à traiter qu'autrefois. Pourquoi ? Aujourd'hui, les gens réagissent plus rapidement quand ils présentent ces symptômes. Ils consultent plus vite. Et les médicaments dont nous disposons sont plus puissants. »

En cas de sténose, il est toutefois nécessaire d'élargir l'œsophage : c'est la dilatation endoscopique. « Il y a 20 ans, nous avions des patients qui devaient revenir ici toutes les deux ou trois semaines pour être dilatés. Aujourd'hui, les patients répondent bien aux médicaments et il est très rare qu'un patient doive revenir pour élargir sa sténose. »

L'œsophage de Barrett

C'est un état précancéreux. Il survient chez environ 10% des patients atteints de reflux chronique. Que se passe-t-il ?

De l'acide dans l'estomac

Mais à quoi sert, au juste, cette acidité de l'estomac ? « C'est très clair, explique le Pr De Koster : l'acidité protège du cancer gastrique. On fait un cancer gastrique quand on n'a pas d'acidité dans l'estomac ». En effet, l'acide chlorhydrique produit par les cellules gastriques, outre le rôle qu'il joue dans la digestion, détruit les bactéries nocives présentes dans l'estomac.

« D'ailleurs, on le constate en observant les asiatiques, dont l'estomac fabrique beaucoup moins d'acide que le nôtre. Ils ont moins de reflux que nous : seulement 2 à 5 % de la population. Par contre, chez eux, le cancer gastrique est très important, alors qu'en Europe, il est en train de disparaître. »

Sous l'influence de l'acide, la muqueuse de l'œsophage se transforme. « Et ce changement est dangereux, note le Pr De Koster, car il peut conduire, à moyen terme, au cancer de l'œsophage. »

Le cancer de l'œsophage

« Il est peu fréquent, mais en augmentation, remarque le Pr De Koster, sans doute à cause de l'augmentation présumée du nombre de personnes souffrant de reflux. » Les hommes sont plus souvent touchés que les femmes. La chirurgie est le seul traitement potentiellement curatif.

Le diagnostic

La gastroscopie est l'examen clé du reflux gastro-œsophagien. Il permet de vérifier s'il y a des lésions à l'intérieur de l'œsophage. L'endoscope est un appareil souple, introduit par la bouche, muni d'une caméra. Cet examen a lieu sous anesthésie locale. L'endoscope peut également servir à faire des biopsies →

→ (prélèvements), qui sont totalement indolores. Le patient doit être à jeun depuis 6 heures et reste allongé pendant la dizaine de minutes que dure la gastroscopie.

La gastroscopie est recommandée d'office chez les 50+. Pour les moins de 50 ans, elle est pratiquée chez les patients ne répondant pas bien au traitement ou qui récidivent dès l'arrêt de celui-ci.

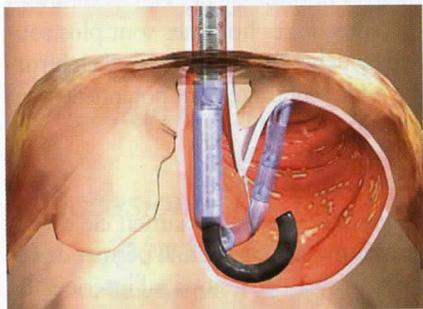
« Il faut savoir qu'il n'y a pas de relation entre la gravité des symptômes et la gravité des lésions, insiste le Pr De Koster. Certains patients n'ont pas de symptômes, mais des lésions importantes. D'autres ont des symptômes très marqués, mais aucune lésion. » La gastroscopie permet de voir s'il y a des lésions et des complications : ulcères, sténose, et surtout, œsophage de Barrett. »

Les traitements

Mesures hygiéno-diététiques, médicaments plus ou moins puissants, chirurgie, l'arsenal est large pour soigner le reflux. « Le traitement dépend de la sévérité du reflux », rappelle le Pr Cadrière.

Les mesures hygiéno-diététiques

En premier lieu, le patient peut appliquer toute une série de mesures hygiéno-diététiques qui peuvent être efficaces en cas de reflux léger. Il peut ainsi réduire autant que possible la consommation d'aliments connus pour dimi-



La procédure chirurgicale de type EsophyX™ permet de recréer une valve, sans incision, en passant par la bouche.

Marianne Chainaye, 46 ans, cadre dans une banque : « L'opération a changé ma vie »

« J'ai ressenti les premiers symptômes du reflux en 1992 : j'avais souvent des douleurs au niveau de l'abdomen, beaucoup de brûlant, des nuits difficiles, je me réveillais avec la bouche pâteuse... Je faisais œsophagite sur œsophagite. Mon médecin m'a donné un traitement, mais les symptômes revenaient toujours. Il n'a pas poussé les investigations plus loin et j'ai vécu comme ça pendant une dizaine d'années.

Un jour, j'ai entendu parler de la chirurgie, par une connaissance. Je me suis fait opérer en 1999, avec la procédure de Nissen. Je n'avais pas été assez informée de ce qui allait se passer après l'opération. Je ne savais pas qu'on ne pouvait plus vomir, par exemple. Et j'ai beaucoup souffert après l'opération. Plus tard, j'ai recommencé à faire des ulcères à répétition. Il faut dire que je suis assez stressée, notamment dans mon travail. On a refait des examens. La valve qui avait été recréée pendant l'opération s'était relâchée. Pas de chance, car c'est très rare. Il a fallu opérer une deuxième fois, au printemps dernier, soit 8 ans après la première opération.

Tout cela a été long, mais cela a changé ma vie, c'est certain. Maintenant, je remange et bois tout ce que je veux ! Avant, j'évitais le vin blanc, certains légumes, etc. Je suis très contente, je regrette seulement de ne pas avoir entendu parler de la chirurgie plus tôt. J'ai gâché des années de ma vie. Je ne prends plus du tout de médicaments, c'est la liberté totale, c'est très agréable, tout passe. C'est une nouvelle vie, et mes nuits sont tout à fait sereines !

nuer le tonus du sphincter œsophagien : le chocolat, le café, les aliments gras, la menthe, le vin blanc, le pili-pili... De plus, il gagnera à ne pas porter de vêtements trop serrés, à ne pas s'allonger trop rapidement après un repas (donc à dîner suffisamment tôt pour laisser deux ou trois heures avec le coucher), et surtout, à surélever la tête de son lit d'une quinzaine de centimètres. Diminuer le tabac et perdre du poids peuvent aussi réduire les symptômes du reflux.

« On a de bonnes raisons de penser qu'il y a un lien entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le reflux, précise le

Pr De Koster. Surtout en cas d'obésité de type masculine, au niveau du ventre, qui pousse le contenu de l'estomac vers l'œsophage. Donc perdre du poids peut aider : on pourra diminuer les médicaments, voire s'en passer.

Par contre, en ce qui concerne les autres mesures hygiéno-diététiques, ce n'est pas la peine non plus de harceler le patient. Il faut faire la part des choses : si le malade ne constate pas vraiment d'amélioration en suivant un régime strict, il devra s'en remettre aux médicaments. Et il pourra à nouveau manger et boire ce qu'il veut. »



JERRY DE BRIE

→ Les médicaments

Ces mesures s'accompagnent d'un traitement médicamenteux. Pour les reflux légers, des antiacides, qui neutralisent l'acidité gastrique, peuvent soulager momentanément les symptômes, tout comme les antagonistes des récepteurs H2 qui inhibent partiellement la sécrétion d'acide.

Mais le traitement d'attaque, le plus courant, est basé sur les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Le principe ? Bloquer la sécrétion d'ions H⁺ dans l'estomac : il n'y aura plus d'acidité, même s'il y a toujours du reflux. Cette absence d'acide ne perturbe pas la digestion.

« On le voit avec l'exemple asiatique (lire encadré p. 47) : quelqu'un qui ne fait pas beaucoup d'acide n'aura pas de reflux, même s'il a les conditions anatomiques pour en faire, explique le Pr De Koster. Le traitement par IPP utilise ce principe : il diminue la sécrétion de l'acidité. » Mais ne risque-t-on pas alors de se retrouver dans les mêmes conditions que ces populations asiatiques et de favoriser l'apparition de cancers gastriques ? « Non, car il y a une différence essentielle : les médicaments ont une

durée de vie limitée, inférieure à 24 heures. Ce qui laisse quelques heures par jour à l'acidité pour reprendre ses droits dans l'estomac ! C'est suffisant pour tuer les bactéries nocives qui ont pu s'y développer pendant la journée. »

Un traitement court, de 4 à 6 semaines, sera efficace pour certains patients. Mais les récurrences ne sont pas rares et nécessitent un traitement d'entretien sur un an ou deux. Pour les cas plus graves, le traitement se prend à vie.

La chirurgie

« Beaucoup de patients sont satisfaits du traitement aux IPP, note le Pr Cadière. Mais pas tous. Certains ne le tolèrent pas bien, d'autres ne souhaitent pas le prendre à vie, et d'autres sont ennuyés par la régurgitation elle-même, pas seulement par l'acidité. Chez ceux-là, il ne faut pas un traitement symptomatique, mais causal : c'est-à-dire un traitement mécanique, en restituant la barrière anti-reflux, ce que permet la chirurgie. »

La procédure de Nissen

C'est le type de chirurgie le plus classique. « On essaie de recréer un sphinc-

La chirurgie pour qui ?

- les personnes qui présentent une récurrence dès l'arrêt des IPP après un an de traitement bien conduit
- les personnes jeunes qui préfèrent une solution chirurgicale à un traitement à vie
- ceux qui sont insatisfaits sous IPP
- ceux qui, pour des raisons socio-économiques ou autres, ne prennent pas leur traitement de manière régulière
- ceux qui ont un œsophage de Barrett non stabilisé par le traitement ou un ulcère œsophagien qui récidive à l'arrêt du traitement
- les personnes atteintes d'une sténose œsophagienne ne répondant pas à un traitement aux IPP et à une dilatation endoscopique.

Y a-t-il plus de reflux qu'avant ?

C'est la question que tout le monde se pose. Car il nous semble n'avoir jamais entendu autant de personnes se plaindre de reflux. Qui ne s'est jamais plaint de brûlant ? Il semble qu'aujourd'hui, ce symptôme soit devenu monnaie courante. Mais sommes-nous réellement plus nombreux qu'avant à en souffrir ?

« C'est une question délicate, souligne le Pr De Koster. Pour y répondre, il faudrait pouvoir remonter dans le temps, avec les connaissances et les instruments de maintenant, pour réinterroger les patients d'alors. En effet, la comparaison n'est pas facile : les patients, les médecins et les techniques ont évolué. Ce qui est sûr, à la lumière des premières endoscopies réalisées il y a 50 ans, c'est que les lésions de l'œsophage semblaient exceptionnelles.

Mais la question est : Est-ce qu'on ne les décrivait pas parce qu'il n'y en avait pas ou parce qu'on n'avait pas les connaissances actuelles ? On ne voit que ce qu'on connaît ! Ceci dit, on constate effectivement que davantage de gens semblent se plaindre de reflux que dans les années 70. Mais restons prudent : la population n'est-elle pas plus sensibilisée, mieux informée sur le reflux ? Bref, je ne crois pas qu'on aura une réponse définitive un jour. Mais on a l'impression, effectivement, qu'il y a non seulement une augmentation de la sensibilisation des gens, mais sans doute aussi du reflux. »

ter et une valve, explique le Pr Cadière, en faisant passer une partie de l'estomac derrière l'œsophage, ce qui implique une dissection. Cette intervention se fait par laparoscopie, c'est-à-dire par de petites incisions, sans ouvrir. Entre 90% et 95% de patients ainsi opérés sont satisfaits. A 10 ans, il y a seulement 10% de récurrence. Le patient reprend alors un traitement médicamenteux, mais à moindre dose qu'avant l'opération.

Cette opération peut conduire à des effets secondaires comme la dysphagie (difficulté à avaler), la diarrhée, la sensation de ballonnement (car on ne peut plus éructer) et l'impossibilité de vomir.

Ces effets secondaires sont difficiles à traiter, c'est notamment pour cette raison que certains gastro-entérologues hésitent à nous envoyer leurs patients. Une complication possible est le lâchage : la valve se desserre. C'est rare, et en pareil

→ cas, on opère à nouveau. »

Pour le Pr Cadière, cette intervention est à recommander, entre autres, aux patients qui récidivent leurs symptômes dès l'arrêt du traitement aux IPP bien conduit pendant un an ou pour de jeunes patients qui ne souhaitent pas de traitement à vie (lire encadré p 50). « En général, je pense qu'il ne faut pas attendre au-delà de 5 ou 6 ans si le patient n'est pas satisfait de son traitement aux IPP. »

La procédure EsophyX™

Une nouvelle procédure existe depuis deux ans et a été réalisée pour la première fois chez l'homme à l'Hôpital Saint-Pierre et à la Clinique du Parc Léopold à Bruxelles. L'opération est réalisée avec un appareil articulé, l'EsophyX™, mis au point aux Etats-Unis.

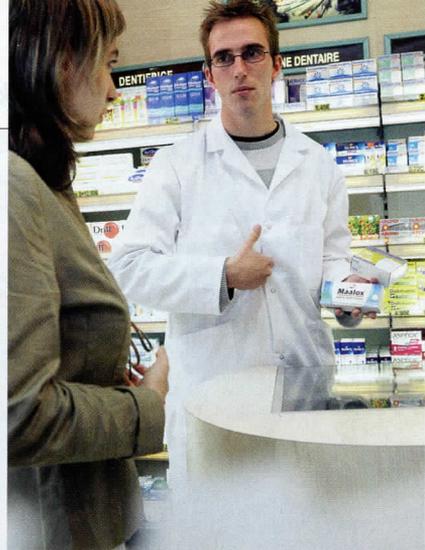
« On passe cet appareil par la bouche, explique le Pr Cadière, et à l'aide d'une petite vis, on attrape le tissu œsophagien et on le descend pour recréer une valve.

Puis on le fixe à l'aide d'agrafes. On peut proposer cette technique, qui ne nécessite aucune incision, sans que les patients n'attendent 5 ans. Cette procédure ne remplace cependant pas le Nissen, qui reste plus efficace, car l'EsophyX™ ne recrée pas de sphincter. De même, seul le Nissen est utilisé en cas de hernie hiatale, cause possible de reflux. »

Sur les 400 opérations par EsophyX™ déjà réalisées dans le monde, près de 250 ont eu lieu en Belgique. Pour le moment, l'EsophyX™ n'est pas remboursé, et son coût est très élevé (près de 3.000 € pour l'appareil seul). La procédure de Nissen, elle, est entièrement prise en charge par la mutuelle.

Comment choisir entre médicaments et chirurgie ?

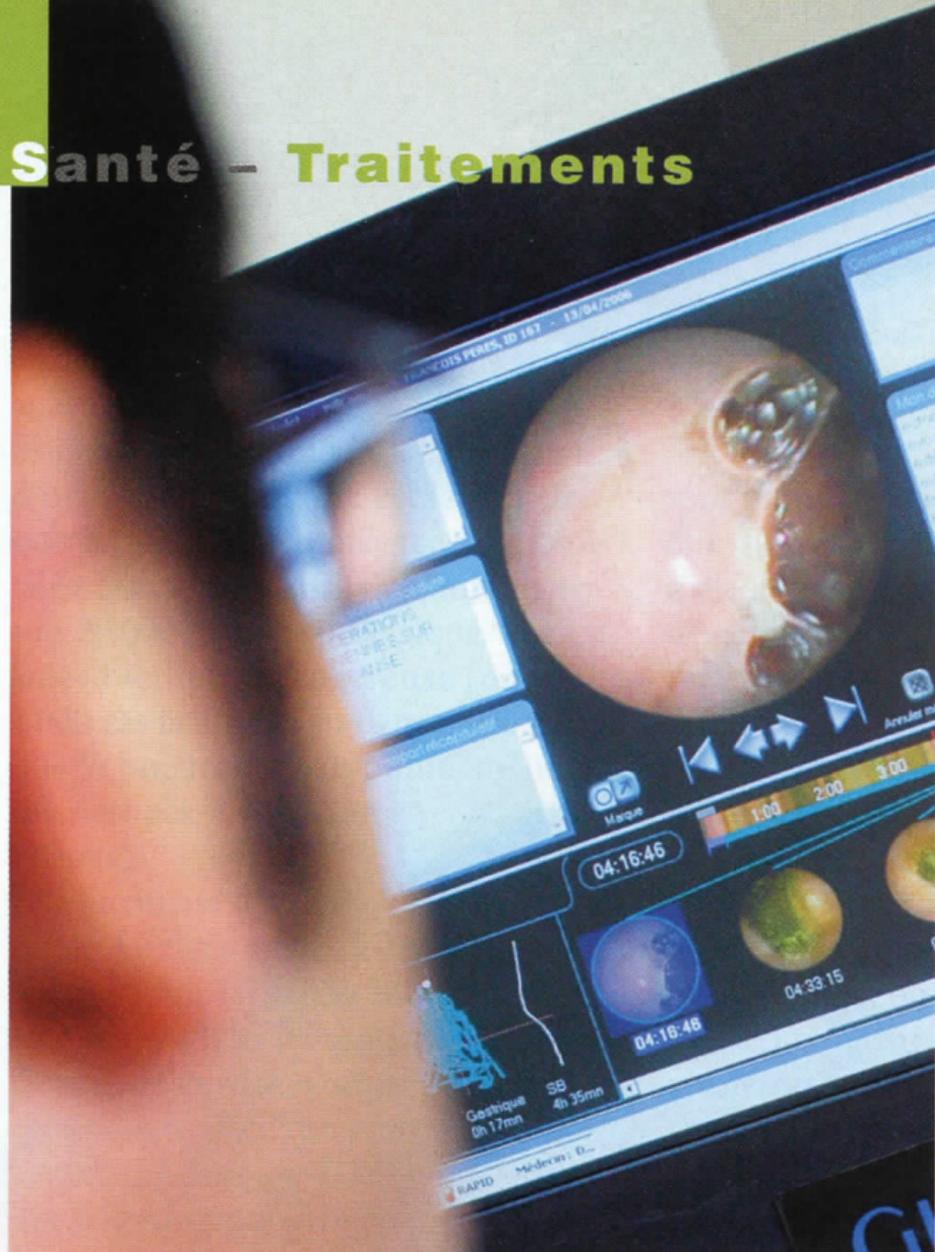
« C'est une question difficile, répond le Pr De Koster, parce qu'on n'a pas beau-



ESP

Dans le traitement du reflux, les médicaments ont pour but de diminuer ou de supprimer l'acidité gastrique.

coup d'éléments sur lesquels se baser : il y a peu d'études comparatives. Il faut surtout comprendre que la chirurgie n'est pas forcément une solution définitive : les études montrent qu'après 30 ans, on voit jusqu'à 70% des patients reprendre des médicaments, même si c'est →



ISOPIX

→ à moindre dose. Une grande étude américaine, réalisée par la Department of health and human services agency for healthcare research and quality, vient de faire un gros travail de comparaison entre chirurgie et médicaments dans le traitement du reflux : elle montre qu'il y a peu de données, et qu'à très long terme, l'effet de la chirurgie et celui des médicaments serait le même.

Quant aux médicaments à prendre à vie, j'explique toujours au patient que je lui donne ce traitement pour 10 ans. Pourquoi 10 ans ? Parce qu'au-delà de ça, je ne sais pas comment on va traiter le reflux. Dix ans, c'est la durée entre une découverte fondamentale d'un côté, et la première application clinique de l'autre. Il y a des évolutions qui sont impossibles à prévoir. La seule chose que je sais, c'est que pour l'instant, il n'y a rien, entre maintenant et dans dix ans, qui va fondamentalement changer ce type de traitement.

Oui, les chirurgiens opéreraient davantage de gens que ce que les gastro-entérologues leur envoient, c'est clair. Mais c'est un choix personnel, subjectif, qui dépend du patient, du médecin. Il ne s'agit pas de savoir qui a tort ou raison. » ■

La gastroscopie est l'examen clé du reflux: elle permet de faire l'état des lieux à l'intérieur de l'œsophage.