

Acidement vôtre

Chez vous, qu'est-ce qui ne passe pas ? la sauce bolognaise ? les épices ? la tarte au sucre ? Le reflux gastro-œsophagien ou « brûlant » a longtemps été attribué à de mauvaises habitudes nutritionnelles, mais il semble que ce ne soit pas là la véritable cause du problème. MARIE-FRANÇOISE DISPA

Les excès de table et les repas gras ou très épicés restent des facteurs favorisants du RGO, admet le docteur Piessevaux. Mais la véritable cause de cet inconfortable problème semble surtout être un dysfonctionnement du sphincter inférieur de l'œsophage. Ce sphincter, le cardia, ne s'ouvre pas seulement au passage du bol alimentaire : il est également programmé pour se relâcher de temps en temps, afin que nous puissions faire des renvois et éliminer l'air ingéré en mangeant et en buvant. Chez les gens qui ont du reflux, le mécanisme de relâchement de cette soupape s'active à contretemps, permettant non plus de simples renvois d'air, mais des régurgitations acides. » La muqueuse de l'œsophage n'étant pas conçue pour entrer en contact avec l'acide gastrique, ce reflux est ressenti par la plupart des gens comme désagréable et même douloureux. C'est le fameux « brûlant » ou pyrosis, principal symptôme du RGO. D'après une étude réalisée en Belgique il y a quelques années, 60 à 70% de la population ont déjà eu du



DR HUBERT PIESSEVAUX,
GASTRO-ENTÉROLOGUE AUX CLINIQUES
UNIVERSITAIRES ST LUC À BRUXELLES

brûlant, 28% affirment en présenter « régulièrement », soit au moins deux fois par mois, et 5 à 10% en souffriraient tous les jours.

Changement de muqueuse

« L'impact du RGO sur la qualité de vie peut être considérable, souligne le docteur Piessevaux, d'autant que la sensibilité de la muqueuse de l'œsophage diffère selon les personnes : certaines souffrent le martyre pour quelques gouttes d'acide ! De plus, il est démontré que cette impression de brûlure s'intensifie avec le stress. » Par contre, aucune étude scientifique n'a réussi à mettre formellement en cause l'un ou l'autre aliment !

Mais le RGO n'est pas toujours associé au pyrosis. Chez certaines personnes, il se manifeste par des symptômes dits « atypiques » : douleur thoracique, comparable à celle de l'angine de poitrine, raucité, irritation du pharynx, asthme, sinusite chronique, voire otite chronique ! C'est dire que le diagnostic du RGO ne va pas de soi. « Or, il peut être utile d'en avoir le cœur net, souligne le docteur Piessevaux, ne serait-ce que pour éliminer tout risque de confusion avec une autre maladie ulcère, inflammation, tumeur, etc. De plus, il faut savoir que les remontées d'acide gastrique peuvent causer de minuscules lésions dans le bas de l'œsophage. En soi, ces lésions n'ont aucun caractère de gravité : elles se cicatrisent au fur et à mesure. Mais, après des années de reflux chronique, il arrive que ce processus de cicatrisation déraile : la muqueuse de la partie inférieure de l'œsophage se transforme en une muqueuse intestinale résistante à l'acide ! »

Surveillance

Ce phénomène, appelé « œsophage de Barrett », a évidemment pour but de protéger l'œsophage des effets irritants de l'acide. « L'ennui, c'est que cette métaplasie (transformation d'un tissu en un autre, normal en soi mais anormal par sa localisation), qui est présente chez 2% de la population, prédispose au cancer, commente le docteur Piessevaux. En cas d'œsophage de Barrett, le risque de développer un cancer de l'œsophage est de 1 sur 150. D'où la nécessité d'inclure ces patients dans un programme de surveillance, ce qui permet de réagir très vite face à un cancer débutant. » Or, le seul moyen de détecter un œsophage de Barrett

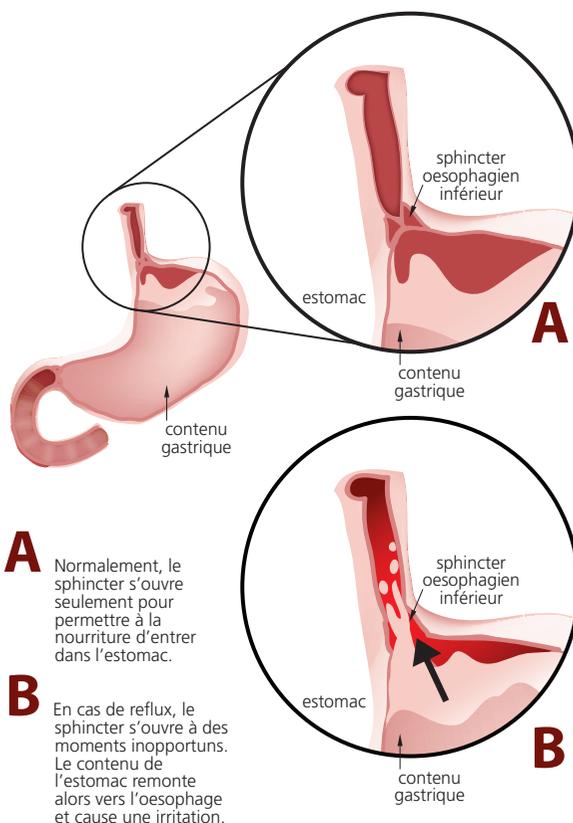
ET LA HERNIE HIATALE ?

Après avoir été considérée comme l'une des causes principales du RGO, la hernie hiatale – c'est-à-dire le glissement permanent ou intermittent d'une partie de l'estomac à travers l'orifice œsophagien (ou « hiatus ») du diaphragme – apparaît aujourd'hui comme une de ses conséquences. Mais, pour ceux qui en souffrent, la différence n'est pas évidente !

est la gastroscopie ou endoscopie digestive haute, destinée à examiner l'œsophage, l'estomac et le duodénum, à l'aide d'un endoscope muni d'une petite caméra, qui est introduit par la bouche.

Test thérapeutique

Toutes les victimes de RGO doivent-elles pour autant se soumettre à une gastroscopie ? « *Certainement pas*, rassure le docteur Piesseaux. *La décision est à prendre au cas par cas, en fonction du tableau clinique. Ainsi, chez les patients qui n'ont que des plaintes atypiques bronchite, asthme, sinusite, etc. la gastroscopie n'est généralement pas concluante car, pour des raisons encore mal élucidées, ces patients n'ont que peu, voire pas du tout de lésions œsophagiennes.* » En pareil cas, la méthode diagnostique la plus indiquée est la pH-métrie de 24 heures, qui vise à mesurer, pendant toute une journée, l'acidité qui règne dans l'œsophage. Elle se pratique en ambulatoire, à l'aide d'une sonde introduite dans l'œsophage par le nez et reliée à un boîtier. Mais une troisième approche a les faveurs de certains médecins. « *A un patient souffrant de douleurs thoraciques, par exemple, je peux prescrire*



- A** Normalement, le sphincter s'ouvre seulement pour permettre à la nourriture d'entrer dans l'estomac.
- B** En cas de reflux, le sphincter s'ouvre à des moments inopportuns. Le contenu de l'estomac remonte alors vers l'œsophage et cause une irritation.

Source : passeportsante.net

pendant quelques semaines, avant tout examen, un traitement à base de médicaments anti-RGO de dernière génération. S'il y réagit bien, inutile de chercher plus loin : j'ai un diagnostic présumé de reflux. »

IMC et RGO

Si les médicaments (voir encadré) maîtrisent le RGO, ils ne le guérissent pas : dès que le traitement s'arrête, le reflux reprend. Surtout chez les obèses, car il existe une relation linéaire entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le RGO : plus on est gros, plus on en a. « *La minceur ne protège pas du reflux, mais si vous présentez une surcharge pondérale, vous*

avez probablement intérêt à perdre quelques kilos... »

Enfin, pour combattre le reflux nocturne, il est recommandé de surélever la tête du lit. « *Deux ou trois oreillers ne suffisent pas : il faut que le tronc tout entier soit incliné, la gravité contribuant dès lors à contrecarrer le reflux.* »

Machine à coudre

Vous voulez échapper à la tyrannie des médicaments ? En cas de RGO, le *gold standard* est l'intervention chirurgicale de Nissen, qui consiste à manchonner la partie inférieure de l'œsophage avec la partie supérieure de l'estomac. « *Autrement dit, on enroule une partie de l'estomac autour du bas de l'œsophage, afin de créer un sphincter artificiel. L'intervention est désormais réalisée par laparoscopie, donc sans ouvrir le ventre, mais, chez certaines personnes, elle peut causer une difficulté à avaler, ainsi que des ballonnements.* » De nouvelles techniques sont en voie d'élaboration : la gastroplastie au moyen d'une « machine à coudre endoscopique », la « méthode Stretta », consistant en la création de lésions thermiques par radiofréquence dans la région du cardia, et aussi le traitement par implants au niveau du cardia, mais aucune n'a encore dépassé la phase expérimentale. Il y a très peu de recul et les résultats sont mitigés. Prudence donc.... En attendant, jouez la carte du bon sens. Vous savez à présent que les aliments ne sont pas la cause du problème, mais si, d'expérience, vous soupçonnez certains d'entre eux de ne pas vous porter chance, modérez-les quand même... « *Loin de moi de vouloir imposer à tout le monde un régime sévère. Mais si vous avez le brûlant chaque fois que vous mangez des spaghetti bolognaise, commencez par arrêter les spaghetti !* » conclut Hubert Piesseaux. ✘

Médicaments contre RGO

Les médicaments anti-reflux se répartissent en trois catégories :

- ✘ **les antacides** : ils neutralisent rapidement l'acide présent dans l'œsophage et apaisent donc le brûlant, mais leur effet n'est que momentané. A réserver au RGO épisodique.
- ✘ **les anti-H2 ou antagonistes de l'histamine** : ils réduisent l'acidité gastrique en inhibant l'action de l'histamine, qui stimule les sécrétions acides. Ils fonctionnent dans 60 à 70 % des cas, mais leur action diminue avec le temps. Solution valable pour les personnes atteintes d'une forme légère de reflux.
- ✘ **les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**. La pompe à protons est l'enzyme-clé de la production d'acide chlorhydrique (HCl) dans l'estomac. En bloquant cette « pompe », les IPP influent à la baisse sur l'acidité gastrique. Remarquablement efficaces, ils ont peu d'effets secondaires. Leur seul inconvénient est leur prix : 1 euro par jour de traitement.