



RÉUNION ANNUELLE
DU GROUPE FRANÇAIS
DE NEURO-GASTROENTÉROLOGIE



2&3 MAI
2024
ANNECY
LES PENSIÈRES
VEYRIER-DU-LAC

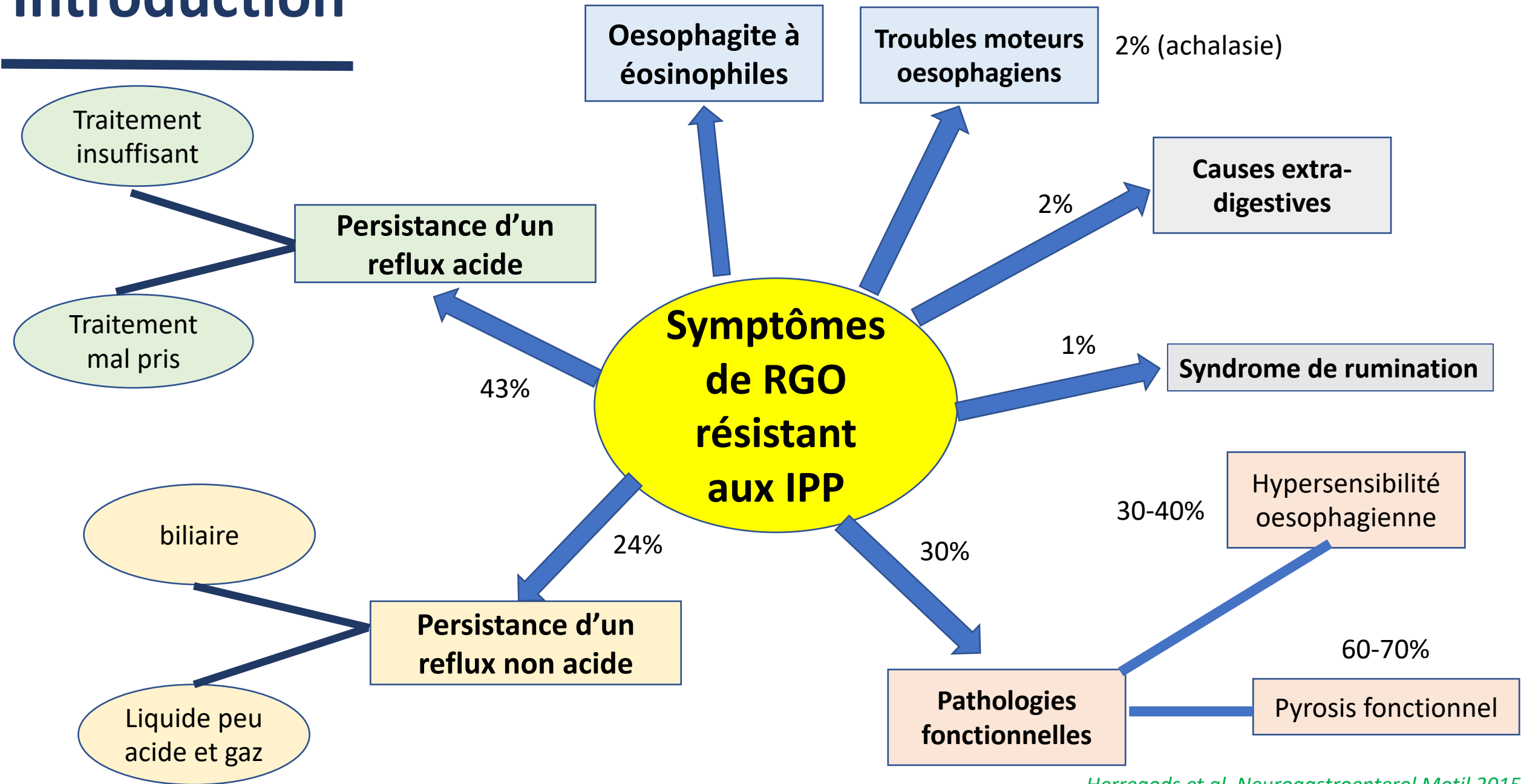
Prise en charge du reflux résistant aux IPP

Gilles Macaigne
CHI Le Raincy-Montfermeil
Service de Gastro-Entérologie

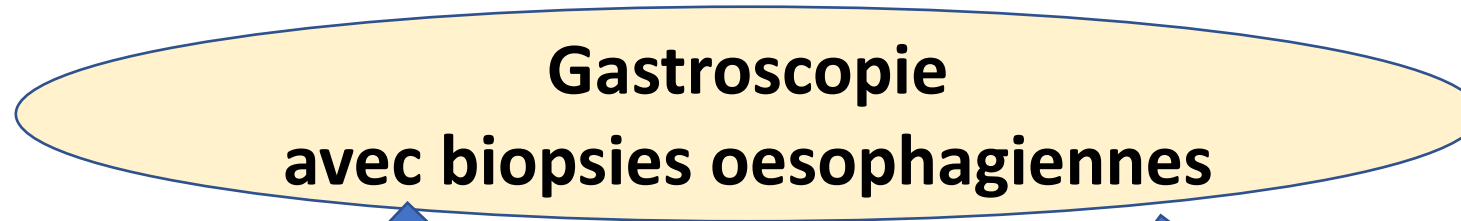
Introduction

- 20 à 30% de la population adulte avec RGO
- IPP = traitement de référence du RGO
- Meilleure efficacité des IPP sur la cicatrisation de la muqueuse (> 80%) que sur le contrôle des symptômes de RGO (75%)
- patients insatisfaits ou symptomatiques (symptôme digestifs ou extra-digestifs) sous IPP :
 - 30% des patients avec RGO érosif
 - 50% des patients avec RGO non érosif

Introduction



Gastroskopie : examen de 1^{ère} intention



Confirmation RGO

Oesophagite non érosive
grade 1-2

RGO réfractaire

EBO

Sténose peptique

Normale
80% des cas

Diagnostics
différentiels

Oesophagite à
éosinophiles

Troubles moteurs

Dilatation
Stase liquidienne, alimentaire

Quel examen à réaliser en seconde intention ?

Si RGO non documenté

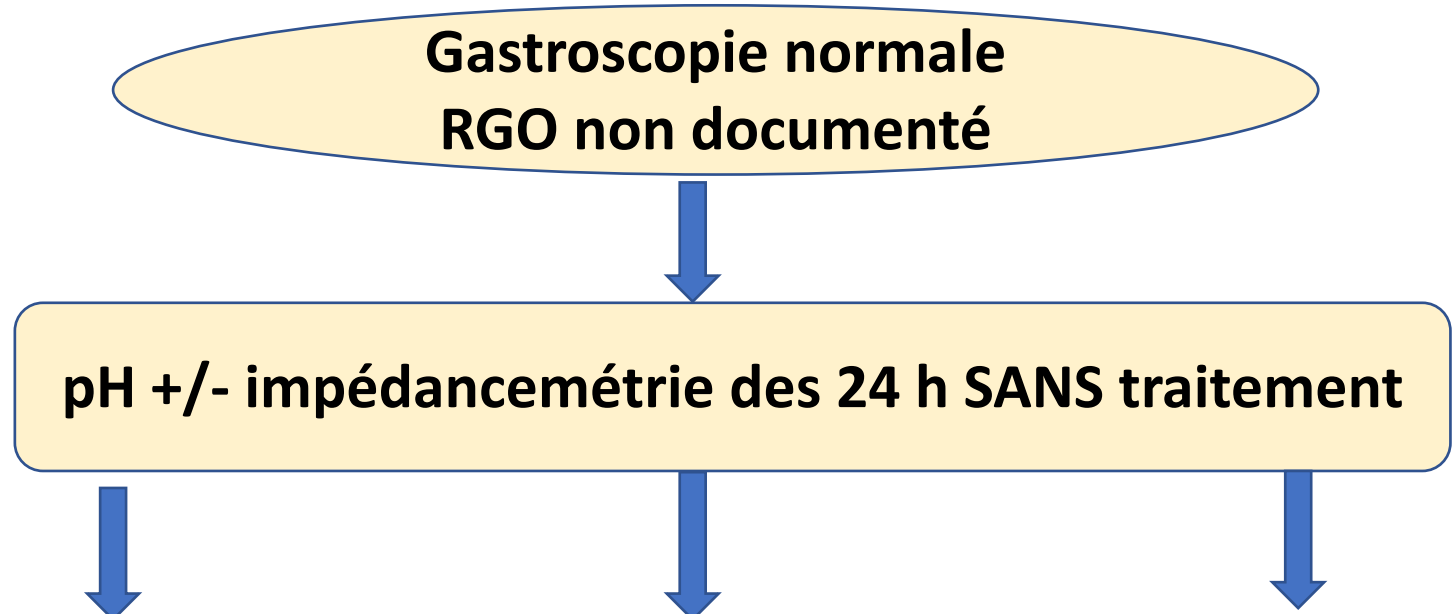
S'assurer que le patient a bien un RGO en l'absence de traitement
pH-(impédance)métrie des 24 heures SANS traitement

Si RGO documenté ou « compliqué »

S'assurer que le patient a un RGO persistant sous traitement
pH-impédancemétrie des 24 heures SOUS traitement

pH-métrie des 24 heures : examen de 2nde intention

	RGO douteux
Temps pH < 4	Entre 4 et 6%
IS*	Résultats discordants
PAS**	
Nbre de reflux	40 - 80
impédance basale	Faible <1500 ohms
index d'onde péristaltique induite par la déglutition (PSPW)	faible



	RGO pathologique	Œsophage acido-sensible	Pyrosis fonctionnel
Temps avec pH < 4	> 6%	< 4%	< 4%
Nombre de reflux	> 80	< 40	< 40
Index Symptôme*	> 50%	> 50%	< 50%
PAS**	> 95%	> 95 %	< 95%

- IS* : nombre de symptômes associés à un épisode de reflux acide /nombre total de symptômes
- PAS** : probabilité d'association symptomatique : analyse périodes de 2 min d'enregistrement avec ou sans reflux et avec ou sans symptôme

Traitement du reflux acide réfractaire aux IPP

Optimiser le traitement par IPP

Prise correcte : A jeun, 30 minutes avant le petit déjeuner

Fractionnement de la dose totale en 2 prises

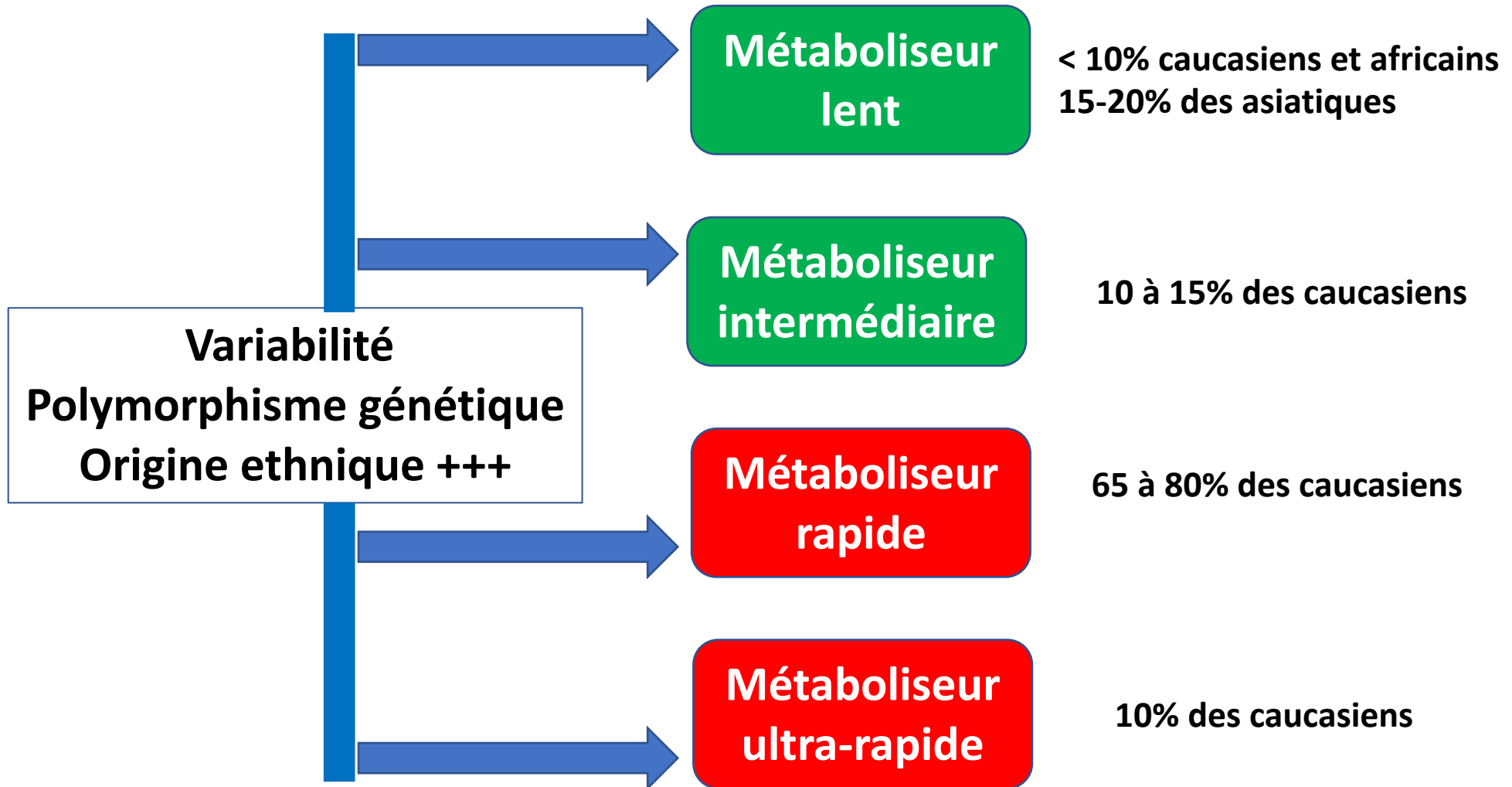
Changement d'IPP : privilégier les IPP de seconde génération
(ésoméprazole, rabéprazole)

Augmentation de la dose totale

Répartition du polymorphisme génétique du CYT P450 2C19



CYT P450 2C19



Traitement du reflux acide réfractaire aux IPP

Optimiser le traitement par IPP

Prise correcte : A jeun, 30 minutes avant le petit déjeuner

Fractionnement de la dose totale en 2 prises

Changement d'IPP : privilégier les IPP de seconde génération (ésoméprazole, rabéprazole)

Augmentation de la dose totale

Méta-analyse regroupant 19 études
Taux d'efficacité des IPP dans le traitement du RGO en fonction du phénotype d'activité du cytochrome P450

Taux d'éradication de l'Hp en fonction du statut métaboliseur rapide vs métaboliseur lent

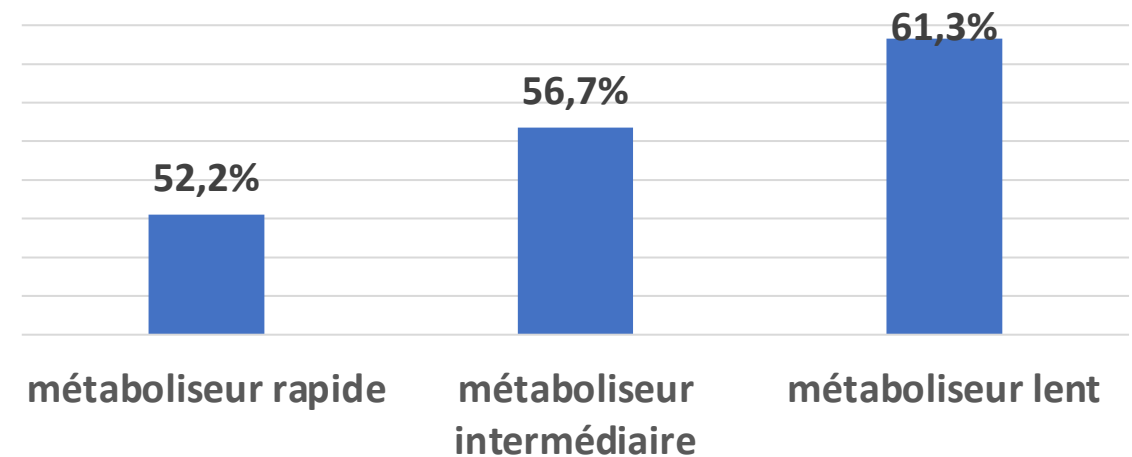
Chez les métaboliseurs lents

IPP 2^{ème} versus 1^{ère} génération : OR : 0,91 ; IC 95% : 0,41-1,98

Chez les métaboliseurs rapides

IPP 2^{ème} versus 1^{ère} génération : OR = 1.37, IC 95% : 1,02– 1,84 (84,3% vs 79%)

Risque de RGO réfractaire aux IPP
Met rapides vs lents : OR 1,66 ; IC 95%: 1,023-2,659 ; p : 0,04



Traitement du reflux acide réfractaire aux IPP

Optimiser le traitement par IPP

Prise correcte : A jeun, 30 minutes avant le petit déjeuner
Fractionnement de la dose totale en 2 prises
Changement d'IPP : privilégier les IPP de seconde génération (ésoméprazole, rabeprazole)
Augmentation de la dose totale

Traitements associés aux IPP

Prokinétique (métoclopramide, dompéridone) : effet modeste
Anti-H2 (le soir au coucher)
Topiques (alginates, anti-acides)
Inhibiteur des relaxations transitoires SIO (baclofène 40 mg) : mauvaise tolérance

Règles hygiéno-diététiques

Perte de poids +++
Respecter un délai entre le repas et la position allongée (délai de 3 heures)
Surélever la tête du lit

Envisager un traitement invasif

Chirurgie anti-reflux
Traitement endoscopique?

Traitement du reflux acide réfractaire aux IPP

- Les meilleurs candidats sont ceux répondeurs aux IPP
- Facteurs d'échec de la chirurgie
 - inefficacité des IPP
 - symptômes résistants aux IPP avec une exposition acide oesophagienne normale

Discuter la chirurgie si :

- Volumineuse hernie hiatale
- Régurgitations malgré contrôle des pyrosis sous IPP
- en cas d'**exposition acide totale pathologique** et/ou en cas d'**association symptômes/reflux positive**

Envisager un traitement invasif

Chirurgie anti-reflux

Traitement endoscopique?

Pathologies fonctionnelles

Oesophage acido-sensible (OAS) / pyrosis fonctionnel (PF)

Gastroskopie

Absence d'oesophagite

**pH (impédance) métrie
oesophagienne des 24 heures**

**Exposition acide
oesophagienne normale**

**Analyse de l'association
reflux - symptôme**

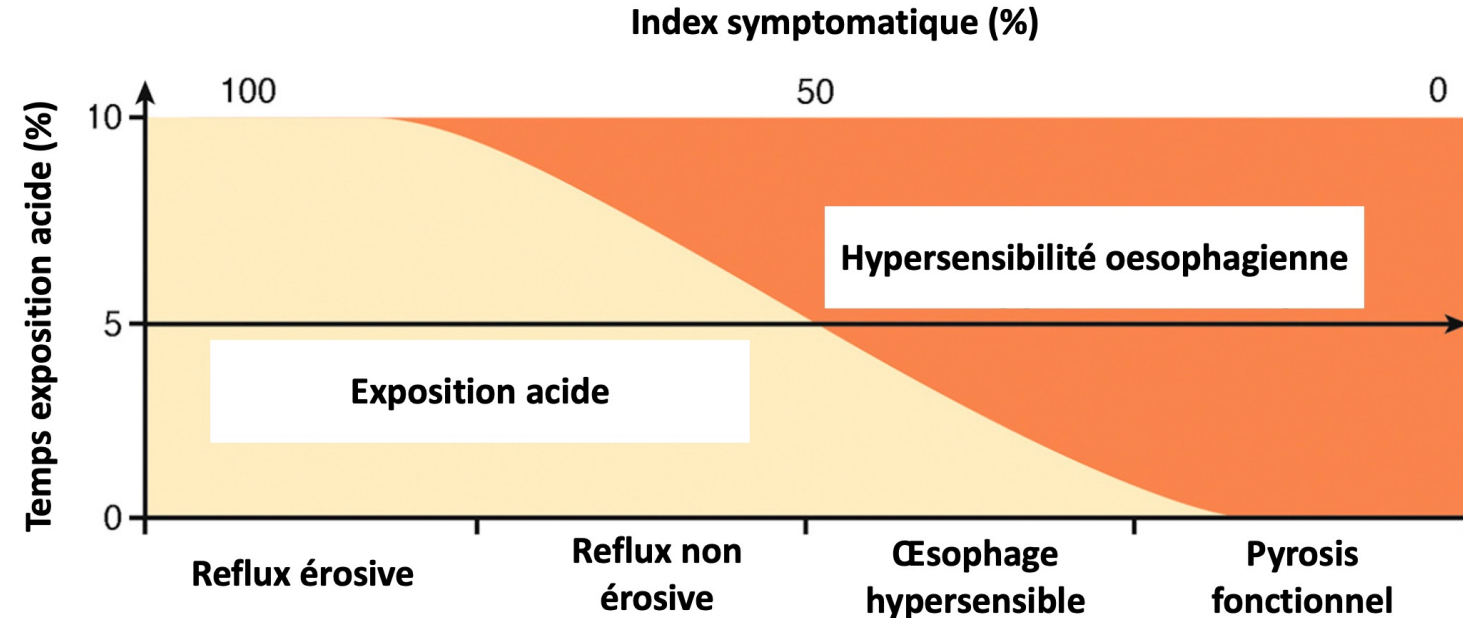
**Index symptomatique > 50%
ET/OU
Probabilité d'association
symptomatique > 95%**

**Index symptomatique < 50%
OU
Probabilité d'association
symptomatique < 95%**

Œsophage acido-acide

Pyrosis fonctionnel

Impact du mécanisme sur l'efficacité du traitement



Réponse IPP	++++ (>70%)	+++ (>50%)	++ (<50%)	+/- (<10%)
Réponse aux neuromodulateurs (IRSS/TC)	-	-	+ (variable)	+ (variable)
Réponse chirurgicale	++	++	++	-

OAS / PF : traitement médicamenteux

Rôle de l'hypersensibilité viscérale / facteurs psychologiques (anxiété, dépression, somatisation)
Augmentation de la sensibilité oesophagienne aux stimuli chimiques, mécaniques et électriques.

Yang et al. Clin J Pain 2010

Inhibiteur de la recapture de la sérotonine Citalopram 20mg par jour

75 malades randomisés versus placebo
Contrôle des symptômes
61,5% vs 33% p = 0,02

Viazis et al Gastroenterology 2012

Inhibiteur de la recapture de la sérotonine fluoxétine 20mg par jour

84 malades avec pH-métrie normale
randomisés versus placebo et ome 20
Fluoxétine >> ome et placebo

Ostovaneh et al. Neurogastroenterol Motil 2014

Anti-dépresseur tricyclique : Imipramine 25mg par jour

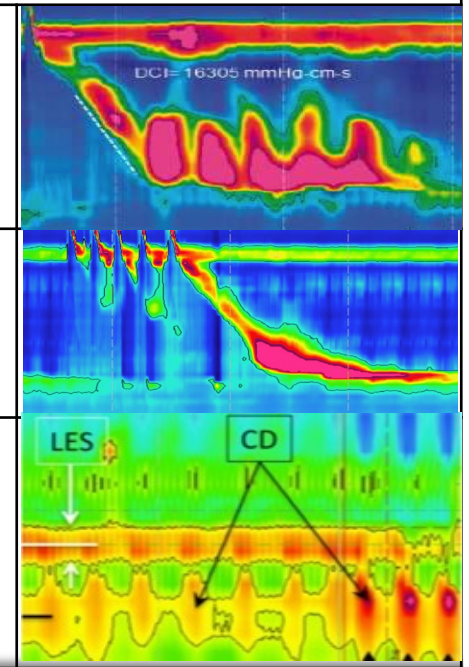
Étude contrôlée randomisée versus placebo
83 malades avec OAS ou PF
Traitement de 8 semaines par imipramine

Résultats identiques (OAS et PF)
Absence d'amélioration des symptômes
Amélioration significative de la qualité de vie
Effets secondaires identiques (un peu plus de constipation)

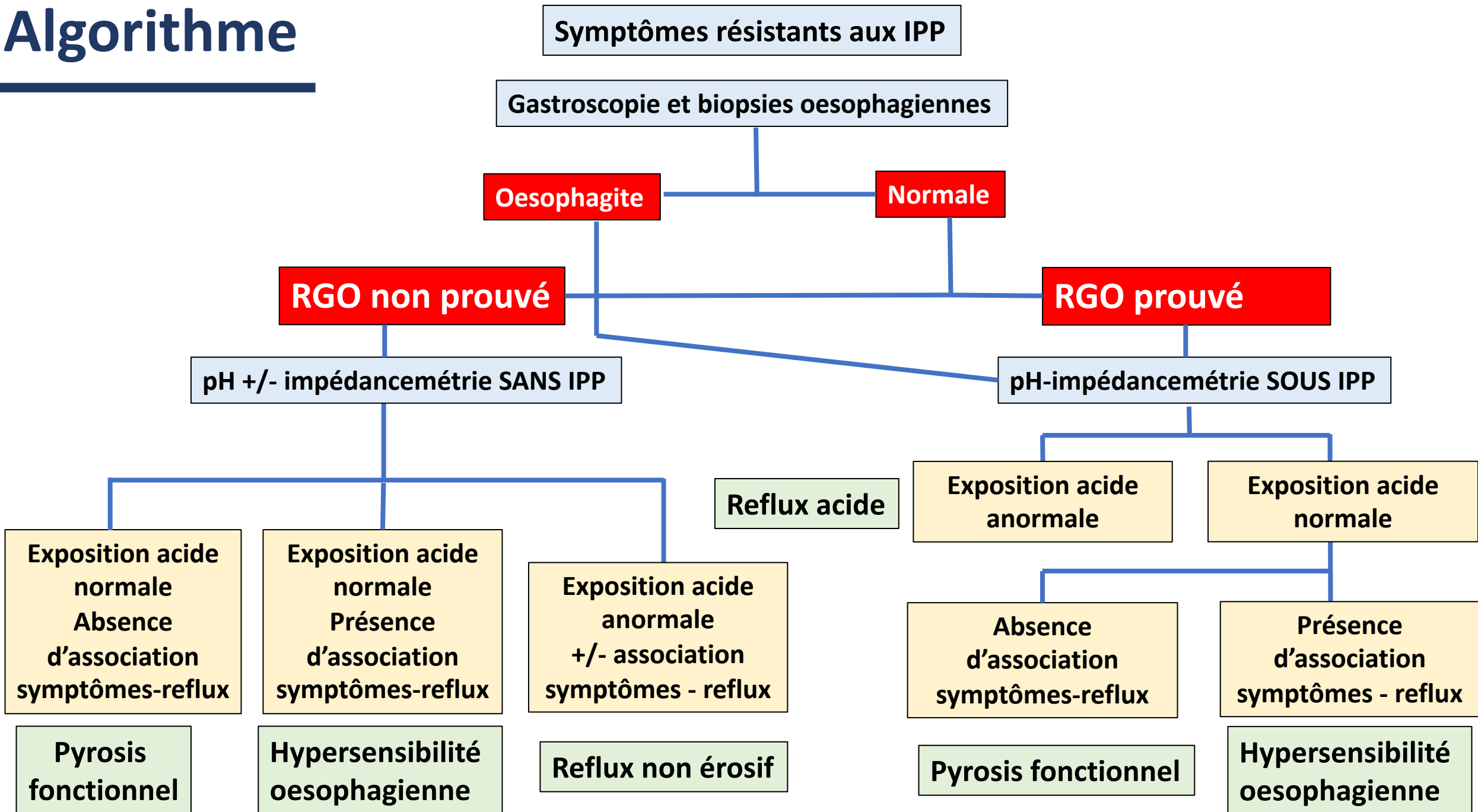
Limsrivilai et al. Am J Gastroenterol 2016

Place de la manométrie haute résolution

Troubles moteurs de l'œsophage		Reflux gastro-œsophagien	Bilan préopératoire
<i>Dysphagie, douleur thoracique, régurgitation alimentaire</i>		Paramètres additionnels pour le diagnostic mais pas indispensables	Hernie hiatale, chirurgie anti-reflux
Anomalie de la jonction œso-gastrique	Anomalie du péristaltisme	Hypotonie de la jonction œso-gastrique	Eliminer des troubles du péristaltisme œsophagien
Achalasie (types I, II, III)	Spasme œsophagien	Motricité œsophagienne inefficace (mauvaise clairance)	Evaluer la réserve contractile œsophagienne
Obstruction de la jonction œso-gastrique	Œsophage hypercontractile	Selon ROME IV : indication d'éliminer des troubles moteurs avant de retenir le diagnostic d'un pyrosis fonctionnel	Plus fiable que la FOGD pour détecter une hernie hiatale
	Motricité inefficace		



Algorithme



Conclusion

- **Une gastroscopie avec biopsies oesophagiennes est indiquée en première intention en cas de symptomatologie de RGO résistante aux IPP.**
- **La pH-(impédancemétrie) oesophagienne est l'examen à réaliser en seconde intention**
 - **Sans traitement** en cas de FOGD normale et RGO non documenté
 - **Sous traitement** en cas de RGO documenté à la recherche d'un reflux acide persistant
- **Les symptômes évoquant un RGO résistant aux IPP sont en rapport avec une pathologie fonctionnelle (pyrosis fonctionnel ou œsophage acido-sensible) dans 30% des cas. Les ISRS et les ADT représentent le traitement de choix**
- **En cas de RGO acide réfractaire, l'optimisation du traitement médical est à privilégier et le traitement chirurgical à évaluer au cas par cas.**