



Pyrosis: vous avez le choix pour la prise en charge à court terme!

Rédaction

J.-Y. Camain
P. H. Wiesel
I. Peytremann-Bridevaux

Coordination rédactionnelle

Drs B. Burnand, I. Peytremann-Bridevaux et M. Rège Walther

Adresses

Drs Jean-Yves Camain, Isabelle Peytremann-Bridevaux
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV et Université de Lausanne
Bugnon 17, 1005 Lausanne

Dr Isabelle Peytremann-Bridevaux
Cochrane Suisse
Bugnon 17, 1005 Lausanne

Dr Paul H. Wiesel
Avenue Ruchonnet 30, 1003 Lausanne

Rev Med Suisse 2011; 7: 1169

Cette rubrique présente les résultats d'une revue systématique publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* (www.cochrane.org). Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc pas de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines).

Scénario

Trois mois après le début d'un traitement d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à dose thérapeutique, vous revoyez un patient de 45 ans qui souffre d'un pyrosis quotidien depuis plusieurs mois, sans symptômes d'alarme (dysphagie, amaigrissement, anémie). Avant l'initiation du traitement, une endoscopie digestive haute n'avait pas montré d'œsophagite érosive ou de pathologie hiatale. Malgré une observance optimale, les symptômes persistent.

Question

Faut-il poursuivre les investigations, arrêter ou modifier le traitement, ou alors envisager un bilan en vue d'une fundoplicature?

Contexte

Environ 30-45% de la population souffre au moins une fois par mois de pyrosis, et 5-10% quotidiennement. Le traitement de 1^{re} intention de la maladie de reflux est médicamenteux.

Cette revue systématique compare l'efficacité des traitements médicamenteux suivants: les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), les inhibiteurs de la sécrétion gastrique (antagonistes des récepteurs H2 à l'histamine, anti-H2) et les prokinétiques, pour la prise en charge initiale des patients souffrant de maladie de reflux traitée empiriquement (GERD, Gastroesophageal reflux disease) ou ceux présentant une endoscopie digestive haute ne montrant pas d'ulcérations œsophagiennes (NERD, Non-erosive reflux disease).

Résultats

Trente-deux essais randomisés comparatifs, dont 19 avec des patients ayant une GERD (6734 patients, âgés de 18 à 87 ans), et 17 avec des patients ayant une NERD (5284 patients, âgés de 18 à 80 ans), comparant les IPP ou anti-H2 ou prokinétique au placebo, ou l'un contre l'autre, ont été sélectionnés. Les résultats montrent que:

- les IPP sont supérieurs au placebo pour la rémission du pyrosis (critère de jugement primaire) chez le patient avec GERD (2 études: RR: 0,4; IC 95%: 0,3-0,4) ou NERD (8 études: RR: 0,7; IC 95%: 0,7-0,8);
- les anti-H2 sont supérieurs au placebo pour la rémission du pyrosis chez le patient avec GERD (2 études: RR: 0,8; IC 95%: 0,6-0,99) ou NERD (2 études: RR: 0,8; IC 95%: 0,7-0,9);

- les IPP sont supérieurs aux anti-H2 pour la rémission du pyrosis chez le patient avec GERD (7 études: RR: 0,7; IC 95%: 0,6-0,7) ou NERD (4 études: RR: 0,8; IC 95%: 0,6-0,97);
- les preuves d'efficacité des prokinétiques sont faibles.

Limites

- Les résultats n'ont été mesurés qu'à court terme dans plusieurs essais (2-12 semaines).
- L'évaluation des risques de biais n'est faite que sur trois critères (randomisation, masquage de l'allocation, analyse en intention de traiter).
- Quatorze études ne comprenant pas de mesure dichotomique des résultats ont été exclues de la revue.
- Le groupe de patients avec GERD n'est pas uniquement constitué de patients traités empiriquement.
- Les méthodes de mesure du pyrosis n'étaient pas toutes validées.

Conclusions des auteurs

Les IPP sont plus efficaces que les anti-H2 pour le traitement du pyrosis des patients présentant une œsophagite, érosive ou non. Les anti-H2 sont toutefois également efficaces dans ces indications, surtout en cas de NERD. Les IPP et anti-H2 représentent ainsi des options thérapeutiques raisonnables pour la levée des symptômes à court terme du GERD et du NERD. Étant donné que la maladie de reflux est une maladie chronique, les futures études doivent évaluer l'efficacité à long terme de ces médicaments.

Réponse à la question clinique

Cette mise à jour de revue systématique confirme l'intérêt des IPP dans la prise en charge initiale du GERD ou du NERD. Le passage d'un IPP inefficace à dose thérapeutique à un anti-H2, surtout en cas de NERD, est un choix possible dans la prise en charge initiale (4 à 12 semaines). Dans le cas de notre patient, âgé de moins de 50 ans et ne présentant pas de symptômes d'alarme, débuter un traitement médicamenteux du NERD par IPP et/ou anti-H2 pendant trois mois est judicieux. Après trois mois de traitement inefficace, il est toutefois important d'effectuer des explorations fonctionnelles modernes (pH-impédancemétrie, manométrie œsophagienne) pour comprendre la non-réponse au traitement (pyrosis fonctionnel sans reflux ou reflux non acide ou reflux acide insuffisamment traité) et ainsi offrir des alternatives thérapeutiques appropriées.

Abréviations: GERD: Gastroesophageal reflux disease (maladie de reflux gastro-œsophagienne); NERD: Non-erosive reflux disease (maladie de reflux avec endoscopie sans lésion érosive); IPP: inhibiteurs de la pompe à protons; anti-H2: antagonistes des récepteurs H2 à l'histamine; IC 95%: intervalle de confiance à 95%; RR: risque relatif.

Référence: van Pinxteren B, Sigterman KE, Bonis P, Lau J, Numans ME. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD002095. DOI: 10.1002/14651858.CD002095.pub4.