HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

UNIVERSITÉ DE GENÈVE FACULTÉ DE MÉDECINE

Maladie ulcéreuse et reflux
Prise en charge en 2012

Jean-Louis Frossard
Service d'hépato-gastro-entérologie HUG

Jean-Luc Reny
Service de médecine interne générale HUG

Monsieur A, 43 ans …

… consulte pour douleurs épigastriques …

- Marié depuis 15 ans, 2 enfants de 15 ans et 10 ans
- Hernie discale L4-L5 avec automédication occasionnelle par AINS
- Profession:
  - Responsable d'une équipe de traders dans une grande banque
- Anamnèse
  - Depuis 2 à 3 semaines, apparition de douleurs épigastriques post-prandiales tardives, calmées par la prise alimentaires, parfois sensation de plénitude et ballonements
  - Prise d'ibuprofen pendant 7 jours il y 3 semaines pour lombalgie
  - Se dit très stressé dans son travail
  - Aime la cuisine épicée
  - Boit 1 verre de vin par jour voire plus lors de repas au restaurant

Prise en charge

- Quels diagnostics peut-on évoquer ?
- Que peut-on proposer au patient ?
- Et la dyspepsie ?

DYSPEPSIE

- Grec dys (mauvaise) et pepsis (digestion)
- Gêne centrée sur le haut abdomen
- Symptômes gastrique: satiété précoce, plénitude, distension épigastrique post-prandiale, digestion lente
- Eructations, nausées et vomissements
- Perte de poids peu importante
- Reflux typique, intestin irritable et affections biliaire ou pancréatique sont exclues de la définition

Critères de Rome III

Présence d'un ou plusieurs des symptômes suivants:

- Réplétion post-prandiale
- Satiété précoce
- Douleur ou brûlure épigastrique

Gastroenterology 2006; 130: 1466

Causes de la dyspepsie

- Cause organique retrouvée chez 40% des patients:
  - Ulcère gastro-duodénal
  - Cancer gastrique
  - Maladie de reflux atypique
- Dyspepsie fonctionnelle (60%)
- Anamnèse et status ne permettent pas de différencier une dyspepsie organique d'une dyspepsie fonctionnelle

NEJM 1998; 339: 1376-1381

Pathologie ulcéreuse gastro-duodénale les facteurs de risques

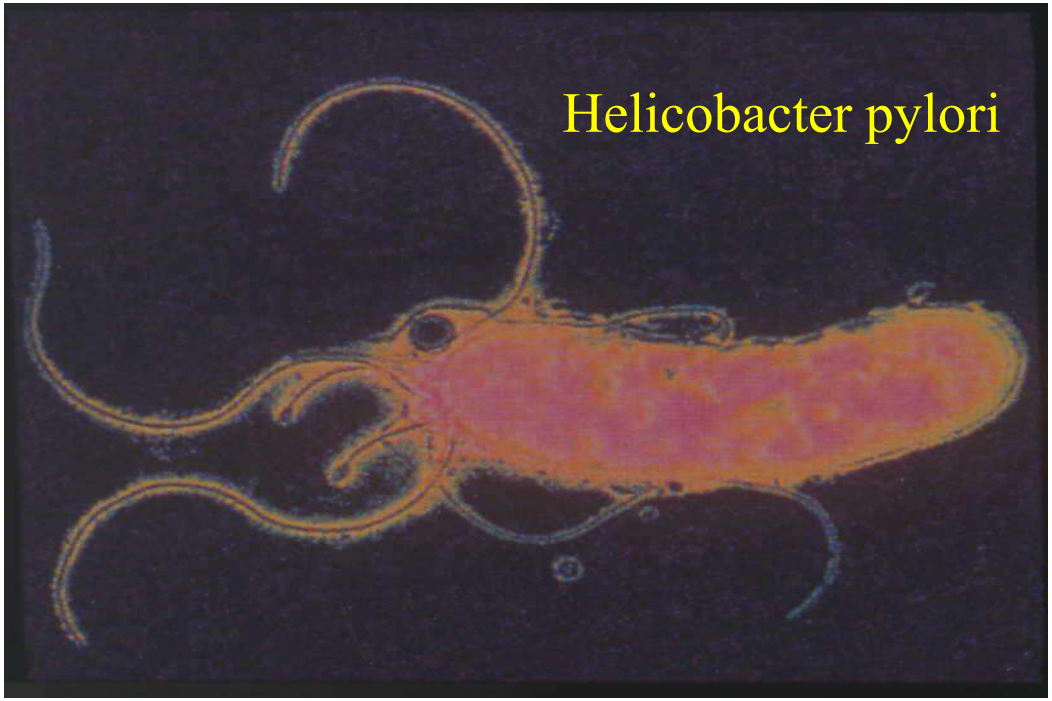
Quels agents causaux peut-on évoquer ?

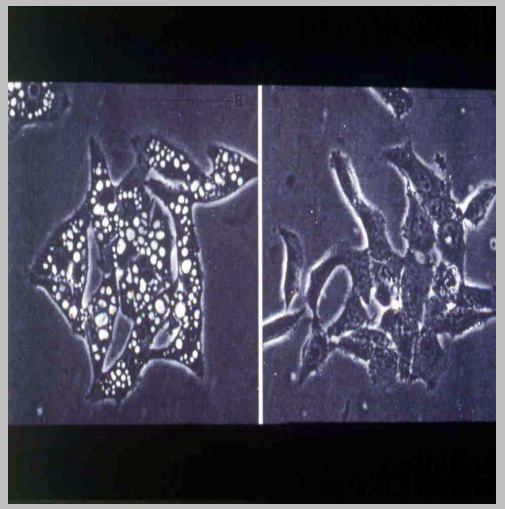
CAUSES DES ULCERES GASTRO DUODENAUX

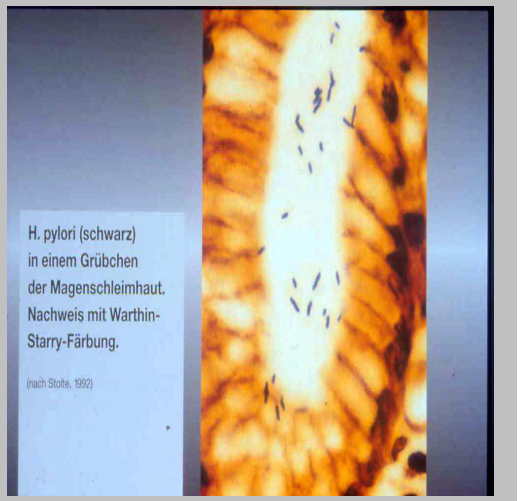
- 1) H. pylori
- 2) AINS
- 3) HP et AINS

} 75-85% des cas

- 4) Autres





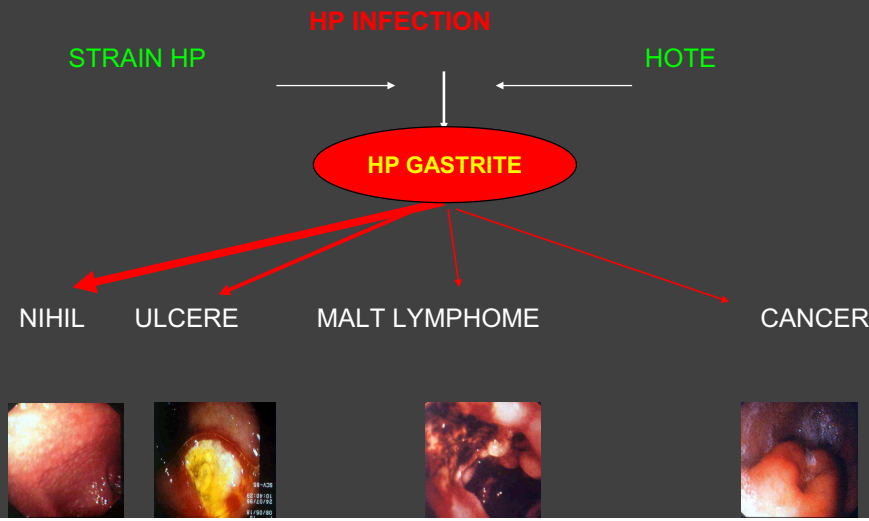


EPIDEMIOLOGIE (2)

- PREVALENCE DE L'INFECTION PAR H PYLORI

– **ULCERE DUODENAL**	**95-98%**
– **ULCERE GASTRIQUE**	**65-75%**
– GASTRITE NON SPECIFIQUE	75-95%
– DYSPEPSIE NON ULCEREUSE	35-75%
– CANCER GASTRIQUE	20-70%
– NORMAL	0-40%

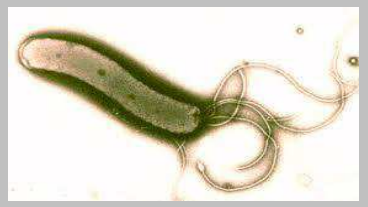
DIVERSITE DES AFFECTIONS LIEES A HP



HP ET CANCER

IARC, LYON, JUIN 1994

"There is sufficient evidence in humans for the carcinogenicity of infection with Helicobacter pylori »



MAASTRICHT 2010

Critères de recherche et traitement

Ulcère gastro-duodénal
Lymphome MALT
Dyspepsie
AINS long cours
Aspirine long cours
Anémie carence en fer sans cause trouvée

Malades premier degré avec cancer gastrique
Gastrectomie partielle pour cancer
Lésion gastrique pré-néoplasique
Malades haut risque de ca gastrique (Chine etc)

Méthodes de recherche

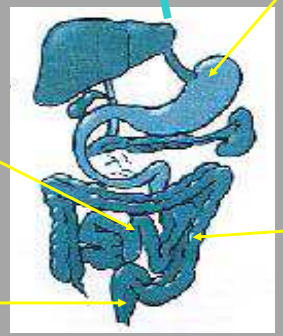
Biopsies
Test uréase
Breath test
Culture
ADN

AINS et tube digestif effets indésirables

Aggravation d'un RGO
Oesophagite médicamenteuse
Aggravation du risque de sténose peptique

Entéropathie exsudative
Ulcération, perforation, hémorragie, sténose en diaphragme
Atrophie villositaire

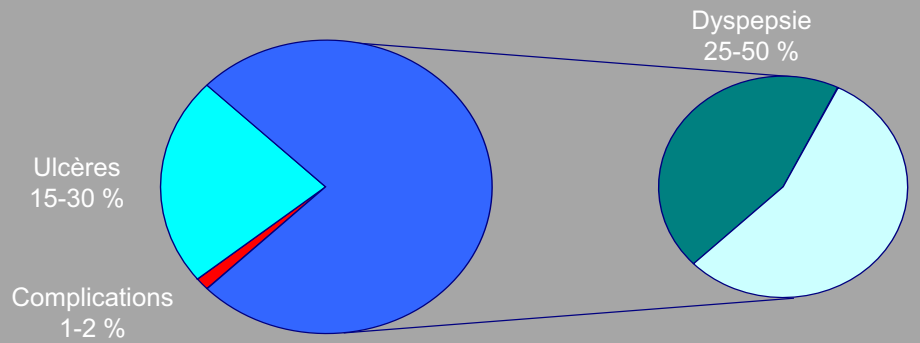
Rectite
Sténose
fistule



Dyspepsie
Érosions, ulcérations
Ulcère gastro-duodénal
Hémorragie, perforation, sténose

Colite de novo
Colite éosinophile
Colite ischémique
Ulcère colique
Sténose en diaphragme
Saignement diverticulaire
Déclenchement d'une poussée de MICI

Effets secondaires digestifs induits par les AINS non-sélectifs



Graham, *Ann Intern Med* 1993;119:257
Langman, *Lancet* 1994;33:1075
Larkai, *J Clin Gastroenterol* 1989;11:158
Silverstein, *Ann Intern Med* 1995;123:241

AINS et ulcères gastroduodénaux

Etude de cohorte

1921 patients

AINS

2. 5 années

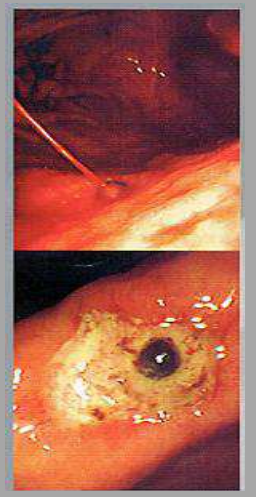
42 pts ont développé un ulcère

80%: ø symptômes

2%

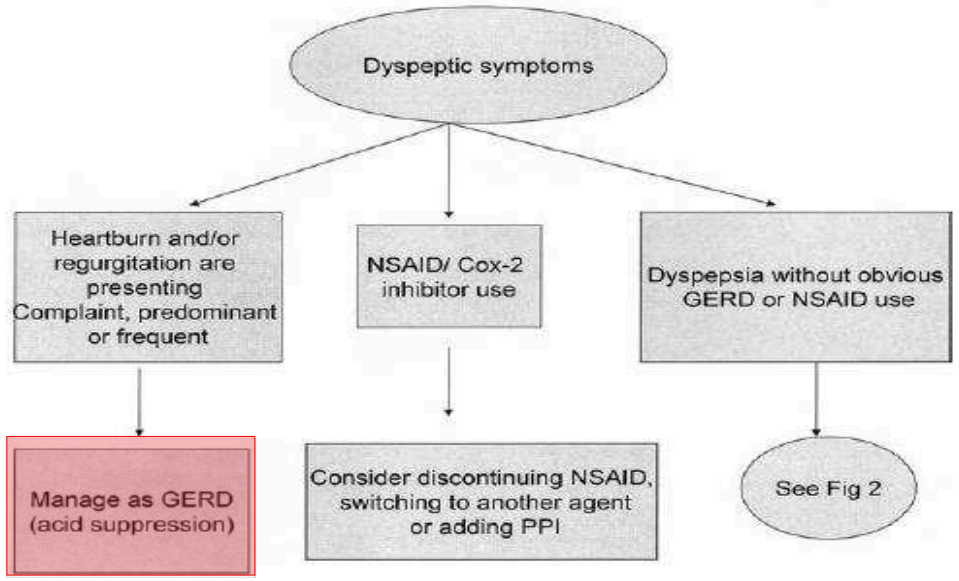
Singh et al. Arch Intern Med 1996

Ulcères en relation avec les AINS



Ulcère duodénal avec vaisseau visible

EN PRATIQUE



Talley et al Guidelines AGA Gastroenterology 2005

RED FLAGS

- > 50 ans
- Rectorragies ou méléna
- Perte pondérale non intentionnelle (> 10%)
- Vomissements persistants
- Anémie
- Masse abdominale palpable, adénopathie
- Dysphagie progressive
- Odynophagie
- Anamnèse familiale de cancer du tube digestif haut
- Ictère

→ OGD

Metanalyse
15 études
18970 patients
285 cancers

VPP 10%
VPN 97%

Quelle attitude ?

Que proposez-vous ?

- OGD ?
- IPP d'emblée ?
- Autre ?

Si absence de RED FLAGS

5 possibilités

1. Tester H. pylori puis éradiquer si positif
2. Tester H. pylori puis OGD si positif
3. Traitement empirique H. pylori
4. IPP
5. OGD

Delaney et al, Cochrane Database Syst Rev 2003

Rechercher HP ou pas dans le contexte précis ?

- Pour
- Contre
- Sans avis

Prise en charge d'une dyspepsie

Dyspepsie non investiguée
Patient < 50 ans
Pas de signes d'alarme

↓

Test respiratoire pour HP

↓

IPP 4-8 semaines

↓

Symptômes résolus

Échec → OGD

IPP vs "Test and treat HP"

3 RCT
1106 patients

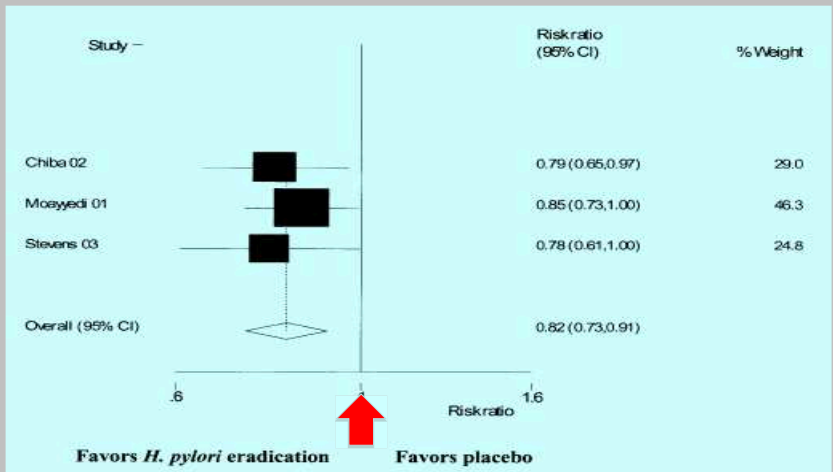


Figure 4. Forest plot of randomized trials of *H pylori* eradication versus placebo antibiotics in *H pylori*–positive patients with dyspepsia.

Delaney et al, Cochrane Database Syst Rev 2003

Intérêt recherche H. pylori

- 70-80% des ulcères GD sont H. pylori positifs
- Etude sur 324 patients dyspeptiques

McColl et al Gut 1998

	Ulcère duodénal	Ulcère gastrique
HP négatifs	2%	3%
HP positifs (56%)	40%	13%

- HP est la principale cause de gastrite chronique et éradication HP = retour muqueuse normale en 1 an

Talley et al BMJ 1999

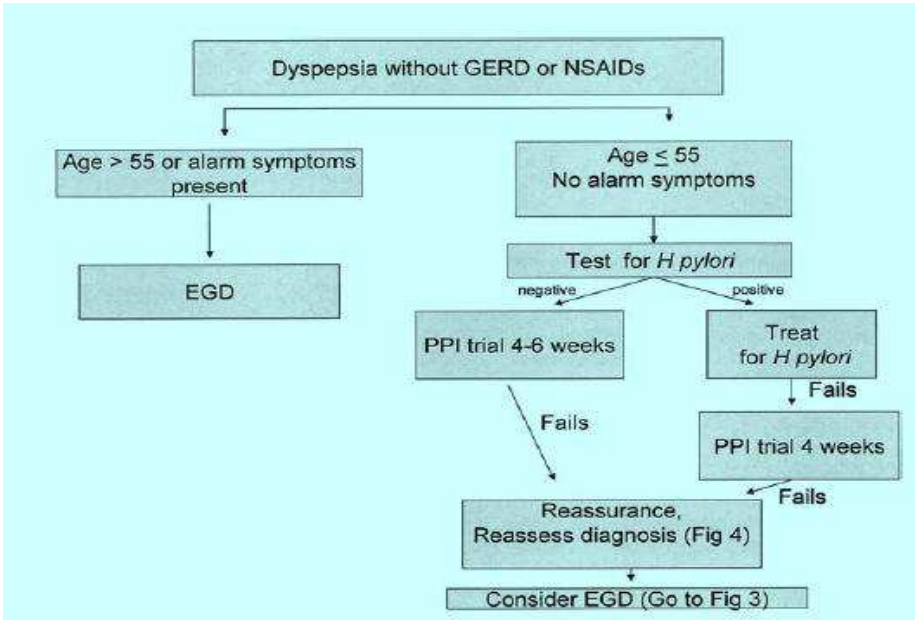
Traitement empirique par IPP

Avantage:

- Excellent rapport coût/bénéfice si prévalence *Helicobacter pylori* (HP) basse

Problème:

- Ignore un ulcère sous-jacent, voire un cancer



Talley et al Guidelines AGA Gastroenterology 2005

Test HP puis éradiquer

	Sens	Spéc
Breath test	90%	95%
Sérologie	85%	79%

➢Si négatif: IPP pendant 4 semaines

Quelle éradication ?

- Régime standard
  - IPP 40mg 2x/j
  - Amoxicilline 1g 2x/j (Metronidazole si allergie Péni)
  - Clarithromycine 500mg 2x/j

Durée 7 jours (taux éradication env 77%)

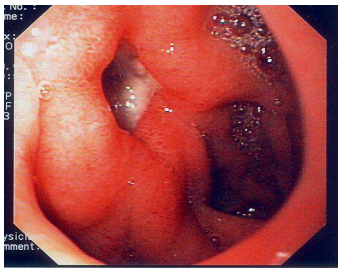
8 ans plus tard…

Monsieur A a 51 ans et se plaint d'une récidive des douleurs ulcéreuses typiques survenue 2 sem. après une cure courte de prednisone (1mg/kg-7j) …

➢ Que faire à ce stade ?

Gastroscopie

Résultat gastroscopie : Hernie hiatale, ulcère gastrique H. pylori négatif



Traitement

- IPP 40 mg/ jour pour 8 semaines
- Refaire anamnèse pour prise d'AINS

Surveillance

OGD de contrôle à 8 semaines avec biopsies

2 ans plus tard …

Monsieur A (53 ans) revient pour des brûlures retro-sternales et un pyrosis de plus en plus fréquent.

- Que lui demander ?
- Faut il faire une endoscopie ?

Reflux gastro-oesophagien

Déf: reflux du contenu gastrique dans l'œsophage conduisant à une oesophagite, des symptomes de reflux altérant la qualité de vie et à des complications à long terme.

Dent et al. Gut 2004

Maladie de reflux

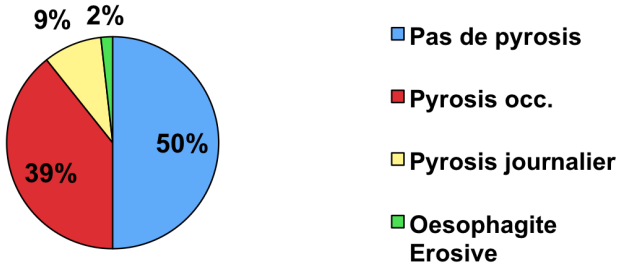


Tableau clinique de la maladie de reflux

La règle des 10 :

1 personne sur 10 souffre de problèmes de reflux

1 personne sur 10 souffrant de problèmes de reflux présente une maladie de reflux

1 personne sur 10 souffrant de maladie de reflux présente un œsophage de Barrett

1 personne sur 10 souffrant d'un œsophage de Barrett présentera un adénocarcinome

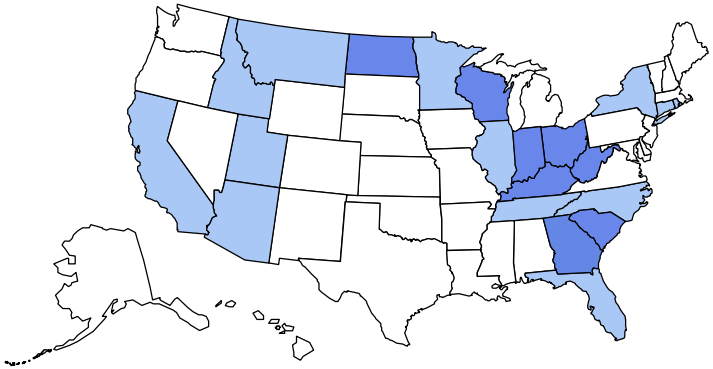
Des papas papous…..

Des papas papous à poux
Des papas papous pas à poux
Des papas pas papous à poux
Des papas pas papous pas à poux
Des pas papas papous à poux
Des pas papas papous pas à poux
Des pas papas pas papous à poux
Des pas papas pas papous pas à poux

Obesity Trends* Among U.S. Adults

BRFSS, 1985

(*BMI ≥30)

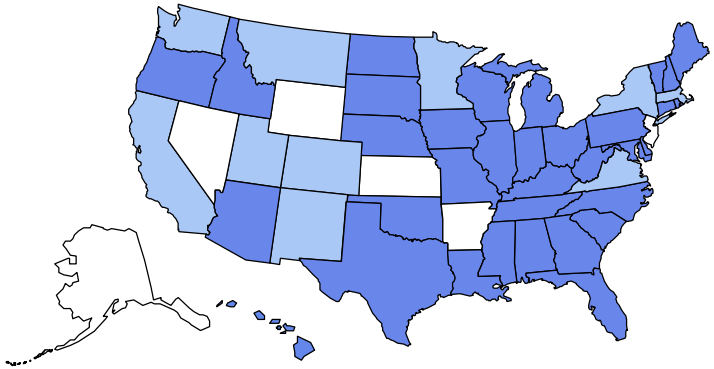


No Data | <10% | 10%–14%

Obesity Trends* Among U.S. Adults

BRFSS, 1990

(*BMI ≥30)

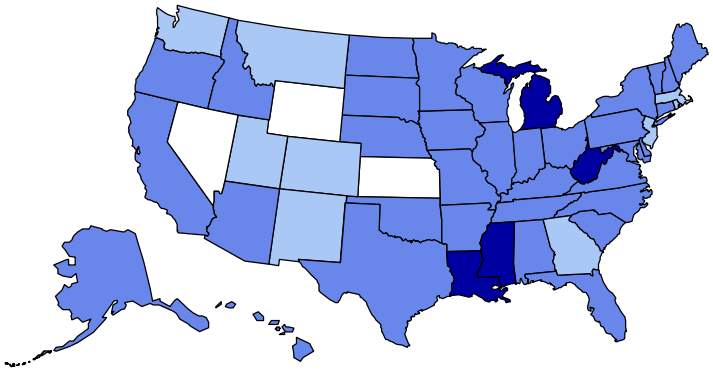


No Data | <10% | 10%–14%

Obesity Trends* Among U.S. Adults

BRFSS, 1991

(*BMI ≥30)

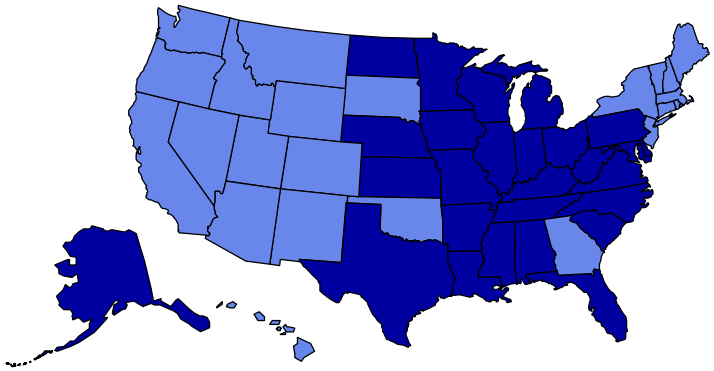


No Data | <10% | 10%–14% | 15%–19%

Obesity Trends* Among U.S. Adults

BRFSS, 1995

(*BMI ≥30)

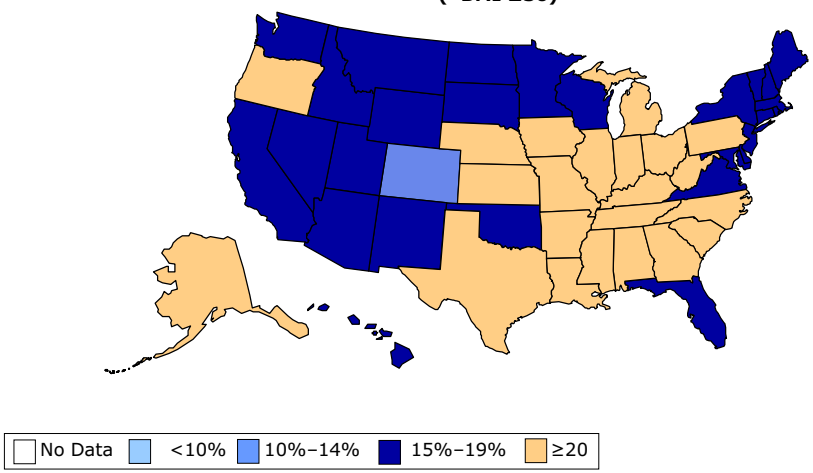


No Data | <10% | 10%–14% | 15%–19%

Obesity Trends* Among U.S. Adults

BRFSS, 2000

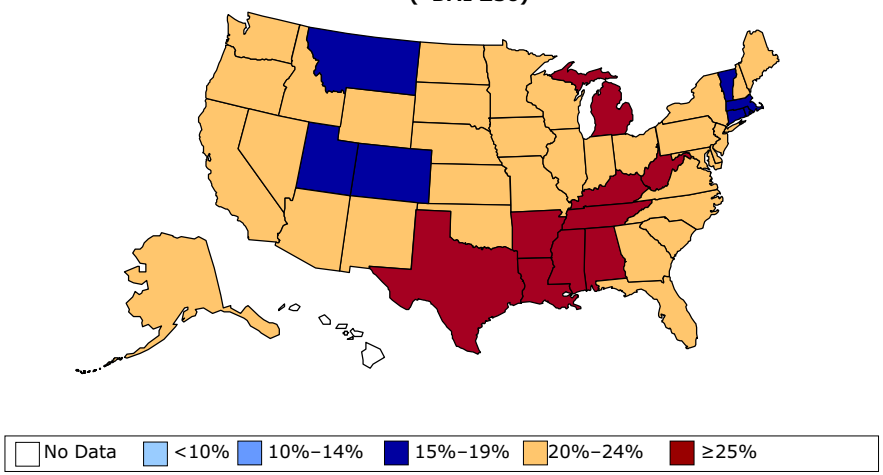
(*BMI ≥30)



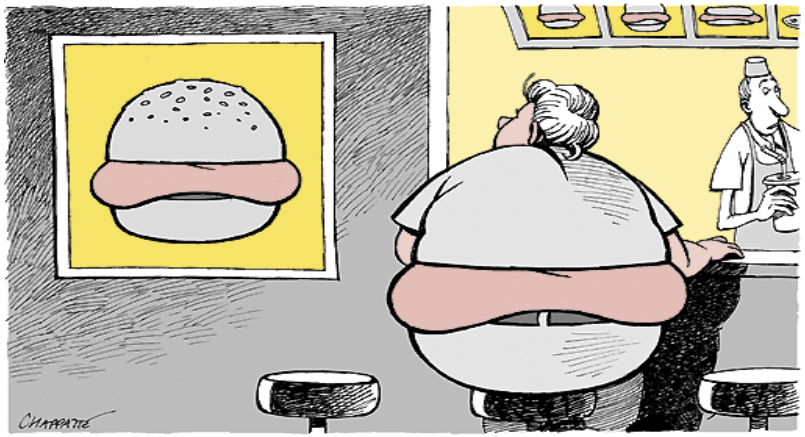
Obesity Trends* Among U.S. Adults

BRFSS, 2004

(*BMI ≥30)



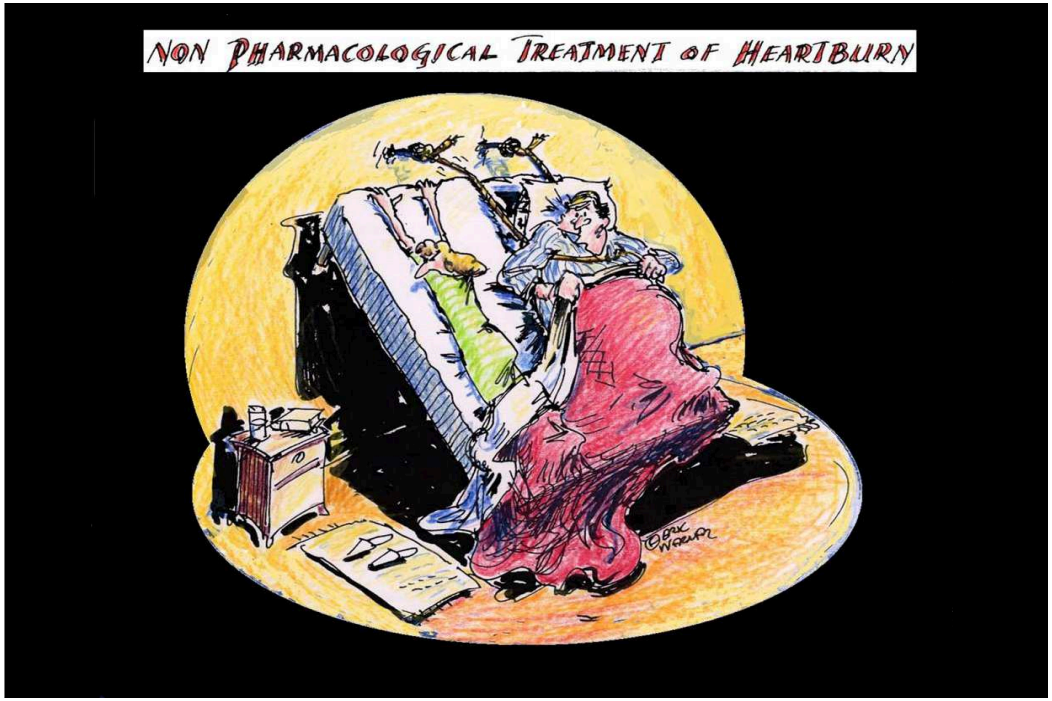
Trop gros, trop gras …

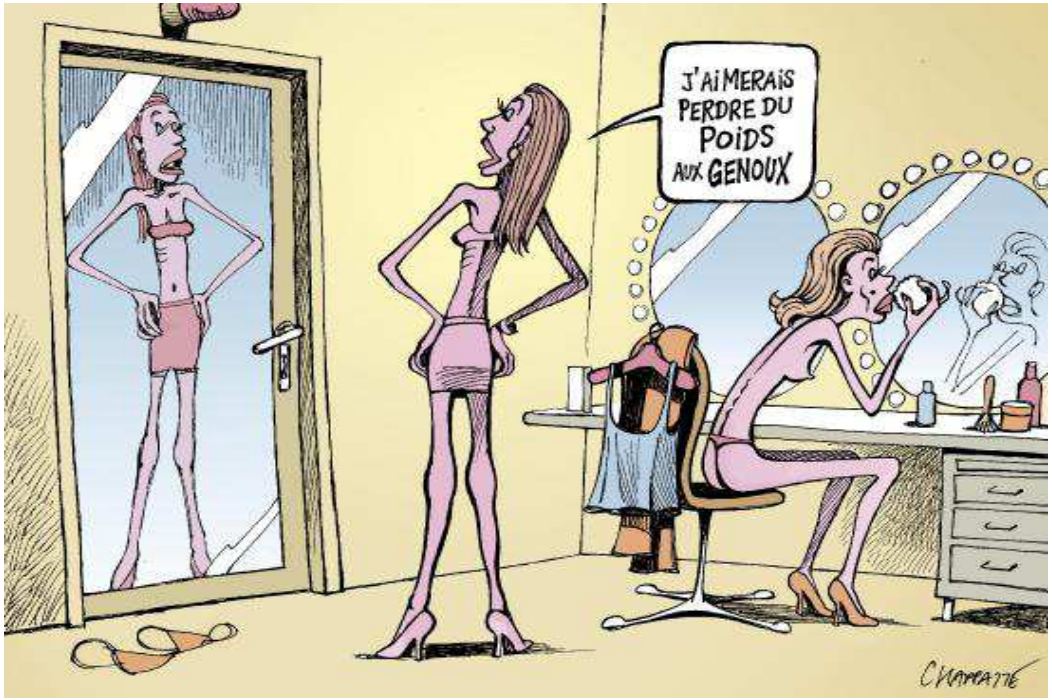


28.10.2006

Thérapie

- **Principes thérapeutiques:**
  - diminuer l'acidité
  - renforcer les mécanismes anti-reflux
  - mesures générales





Thérapie

– **Diminution de l'acidité**

- antacides: pas indiqués
- anti-H_2: peu efficaces
- **IPP** ttt de choix

Traitement empirique d'IPP

- Une bonne réponse clinique aux IPP peut être considérée comme un bon test pour identifier un reflux pathologique

Meta-analyse de 8 études: IPP plus efficaces que le placebo (OR: 0.54, 95%CI 0.41-0.71)

Cremonini et al. Am J Gastro 2005

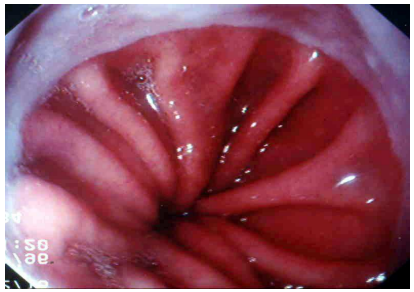
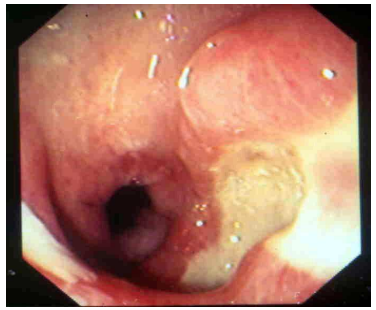
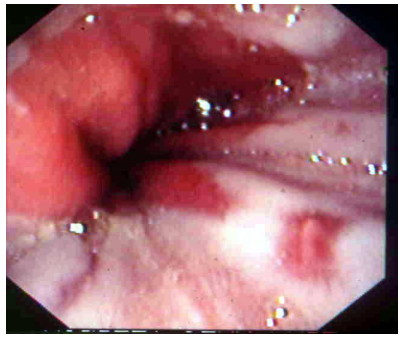
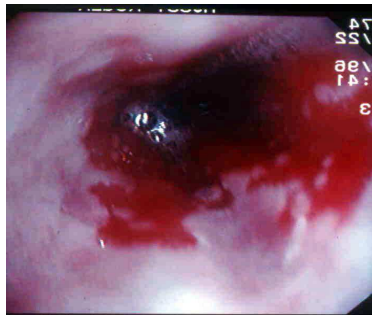
Meta-analyse de 6 études: IPP vs placebo empirique pour diagnostiquer un reflux chez patient avec DTPA
IPP: sensitivité: 80% (71-87%) et spécificité 74% (64-83%)
PBO: : sensitivité: 19% (12-29%) et spécificité 77% (62-87%)

Wang et al. Arch Intern Med 2005

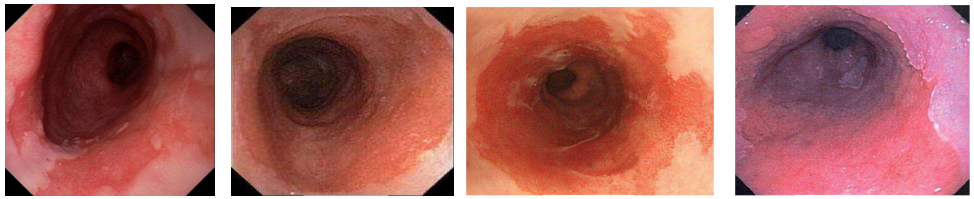
Endoscopie …

… qui montre un endobrachyoesophage (Barett), sans oesophagite, une hernie hiatale, une muqueuse gastrique et duodénale sp

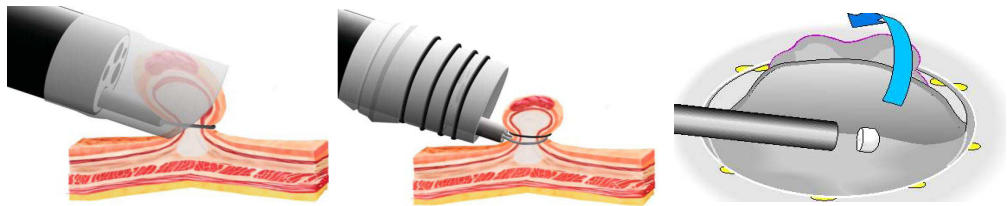
- Quel traitement ?
- Quel suivi ?

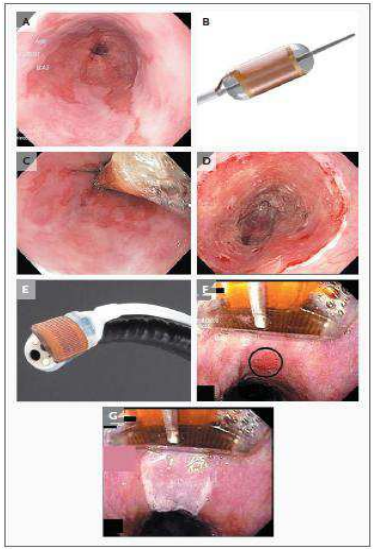
Detection of early neoplasia in BE is difficult



Techniques for ER : EMR or ESD

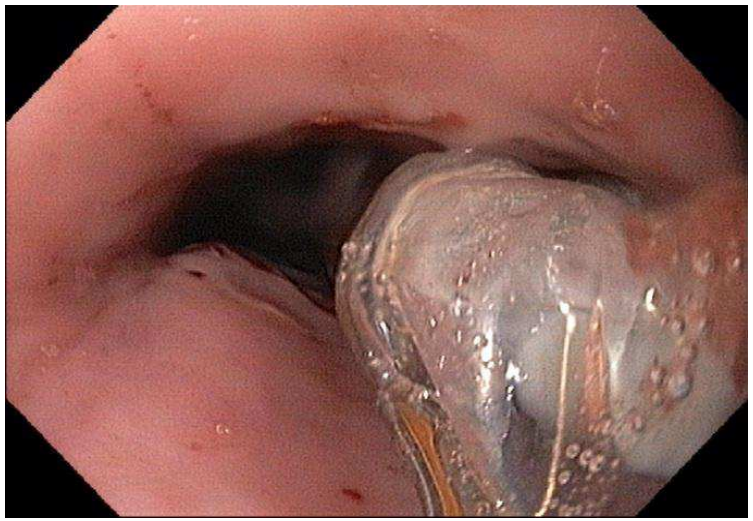


Radiofrequency Ablation (BARRX)

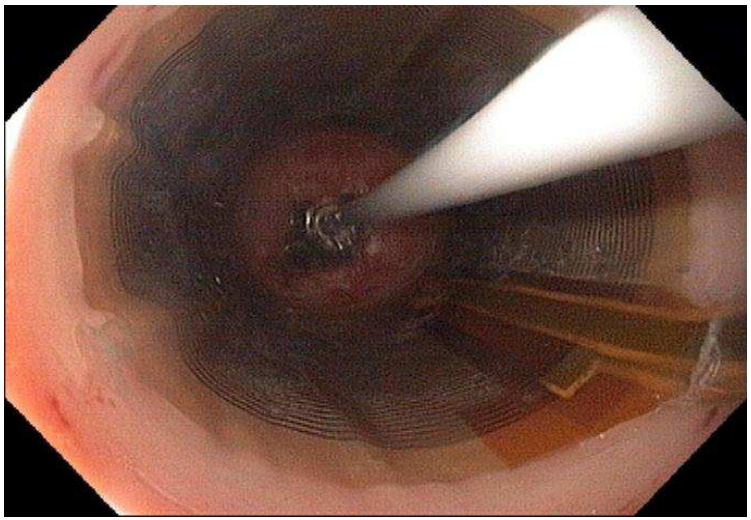


Shaheen NJ, NEJM. 2009;360:2277

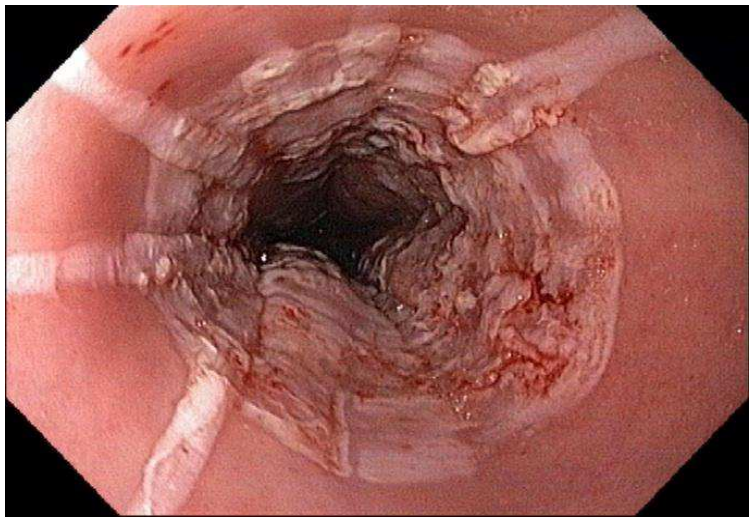
Radio Frequency Ablation BARRX



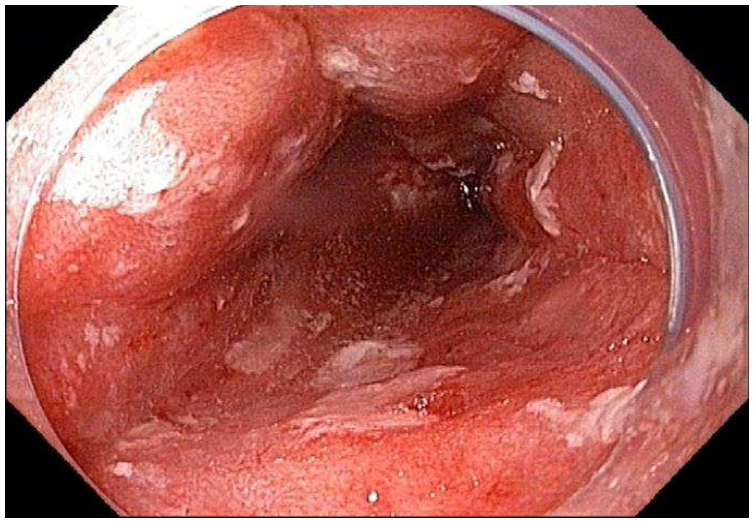
Radio Frequency Ablation BARRX



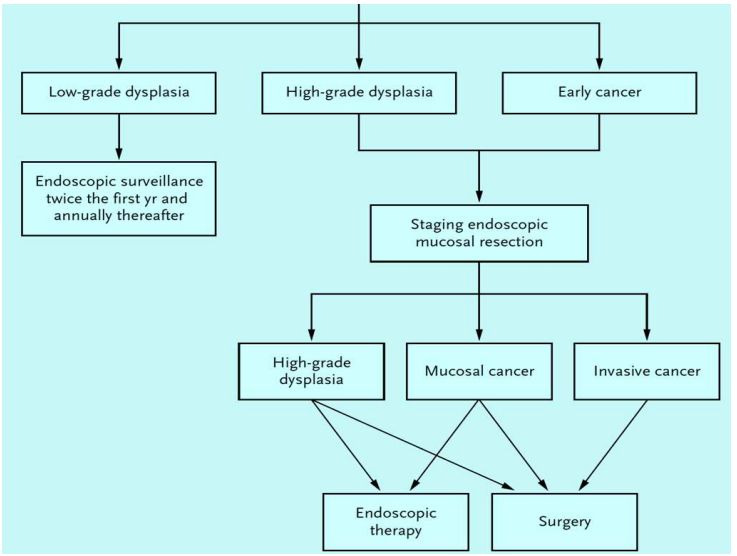
Radio Frequency Ablation BARRX



Radio Frequency Ablation BARRX



Proposed management of HGD/cancer confirmed by 2 expert pathologists



Sharma. N Engl J Med 2009;361:2548-56

Conclusions

- 60% des cas de dyspepsie n'ont pas d'origine organique
- Dont forget: RED FLAGS
- H pylori et AINS représentent 80% des cas d'ulcères gastro duodénaux
- Le Barrett est une maladie rare, et se cancérise peu