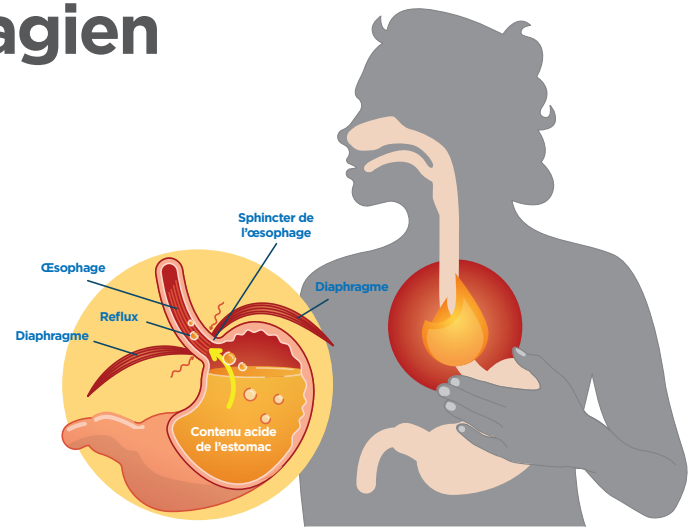


# Le reflux gastro-œsophagien pathologique

## RGOP

Optimisation du traitement grâce à des médicaments en vente libre



## Étape 1

### Vérifier si le patient présente des symptômes de RGOP

**Symptômes pouvant correspondre à un diagnostic de RGOP :**

Brûlures d'estomac + reflux acide = valeur prédictive d'un diagnostic de RGOP dans plus de 80 % des cas

| Brûlures d'estomac   | Reflux acide  | Gravité des symptômes  |
|--|---|--|
| <p><b>Question</b><br/>Avez-vous une sensation de brûlure derrière le sternum?</p> | <p><b>Question</b><br/>Où ressentez-vous le reflux?<br/><br/>(Faire la distinction entre un reflux du contenu de l'estomac dans la bouche/l'hypopharynx par rapport à un reflux dans l'œsophage inférieur, ce qui est courant et sans gravité.)</p> | <p><b>Question</b><br/>À quelle fréquence ressentez-vous ces symptômes et comment les qualifieriez-vous?<br/><br/><b>(Légers/occasionnels :</b> moins de 2 fois par semaine, uniquement le jour, de courte durée, d'intensité faible, ne perturbent pas le quotidien.<br/><b>Graves/fréquents :</b> fréquents, nocturnes, d'intensité forte, persistants [<math>&gt; 6</math> mois], perturbent régulièrement le quotidien.)</p> |

### Symptômes alarmants

- Douleur thoracique
- Grave douleur abdominale ou satiété précoce
- Symptômes lors d'activités physiques
- Vomissements (fréquents/violents)
- Saignements gastro-intestinaux (vomi contenant du sang/ayant l'aspect de marc de café, sang dans les selles)
- Difficulté à respirer ou accès de suffocation
- Perte de poids involontaire ( $> 5\%$ )
- Douleur dans la bouche ou la gorge ou difficulté à la déglutition ou à l'alimentation
- Anémie
- Antécédents familiaux de cancer de l'œsophage ou de l'estomac

Diriger le patient vers un médecin ou un(e) infirmier(e) praticien(ne)

# Étape 2

## Envisager des modifications des habitudes de vie

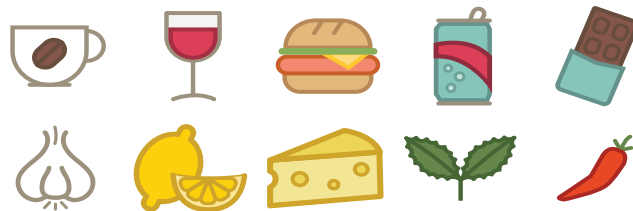
| Facteur à modifier    | Prévalence des symptômes de RGOP  | Répercussions de la modification de l'habitude de vie   |
|-----------------------|---|---|
| IMC >30               | IMC > 30 : 21,8 %<br>IMC < 25 : 8,2 %   | Perte de poids : <ul style="list-style-type: none"><li>Jusqu'à 22 % de réduction de la prévalence des symptômes de RGOP</li><li>Jusqu'à 75 % d'amélioration du score des symptômes par rapport au départ</li></ul>  |
| Position de sommeil   | Selon certains signalements anecdotiques, dormir à plat aggraverait les symptômes de RGOP   | Élévation de la tête de lit : <ul style="list-style-type: none"><li>Placer des cales sous les pieds de la tête de lit, ou une cale en mousse sous le haut du corps ou la tête au lieu de dormir à plat</li><li>Réduction des symptômes nocturnes de RGOP observée et réduction potentielle de l'exposition œsophagienne à l'acide</li></ul> |
| Consommation d'alcool | 5 boissons alcoolisées et plus par semaine : 43 %<br>Personnes ne consommant pas d'alcool : 16 %<br>Remarque : les données sont hétérogènes; selon certaines études, il n'y a aucune répercussion sur les symptômes de RGOP, selon d'autres, les résultats sont encore différents | Arrêt de l'alcool (pendant 6 mois et plus) : <ul style="list-style-type: none"><li>Amélioration physiologique; peu d'effets bénéfiques sur le pH œsophagien ou les symptômes de RGOP</li></ul>  |
| Consommation de tabac | <ul style="list-style-type: none"><li>Très peu de données étayant le fait que fumer augmente les symptômes de RGOP</li><li>Le fait de fumer depuis plus de 20 ans pourrait augmenter le risque de présenter des symptômes de RGOP</li></ul>                                       | Arrêt du tabac : <ul style="list-style-type: none"><li>Données peu concluantes au sujet des répercussions positives sur les symptômes de RGOP</li></ul>   |

■ Effet le plus important ■ Peu d'effet ■ Pas d'effet

IMC : indice de masse corporelle

## Pas d'effet prouvé sur les symptômes de RGOP

**Consommation de caféine, de boissons gazeuses, de chocolat, d'agrumes, d'aliments à forte teneur en matières grasses, de menthe poivrée ou verte, d'oignons, de nourriture épicée** (il peut cependant être bénéfique d'essayer d'éliminer certains aliments si le patient les associe avec une aggravation des symptômes)



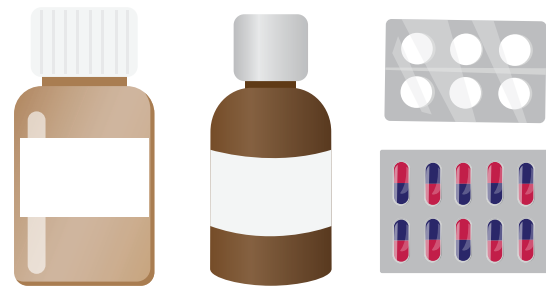
**S'allonger après un repas, manger avant de se coucher** (toutefois, manger de plus petites portions lors des repas pourrait présenter des avantages)



Même si peu de données confirment l'efficacité des modifications des habitudes de vie autres que la perte de poids et l'élévation de la tête de lit, les modifications de l'alimentation et des habitudes de vie, qui ne comportent aucun risque, engendrent divers avantages pour la santé.

# Étape 3

## Repérer les médicaments pouvant exacerber les symptômes de RGOP



Rapport de cotes (RC)\* des médicaments pour ce qui est de leur capacité à entraîner des symptômes de RGOP

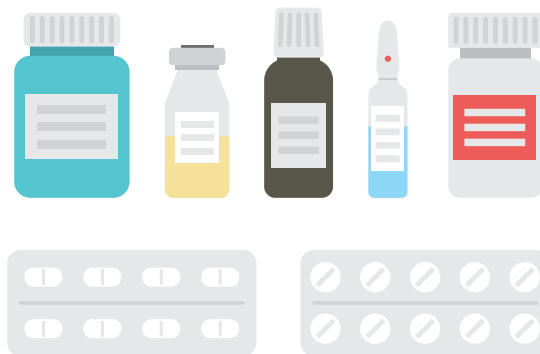
|   | Actions   |
|---|---|
| <b>RC &gt; 1,5</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)</li><li>• AAS</li><li>• Bloqueurs des canaux calciques (dihydropyridines &gt; non-dihydropyridines)</li><li>• Dérivés nitrés</li><li>• Utilisation d'un antidépresseur tricyclique depuis &gt; 3 mois (RC le plus élevé pour l'amitriptyline)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vérifier les médicaments pris par le patient afin de repérer ceux qui pourraient contribuer aux symptômes de RGOP.</li></ul>                    |
| <b>RC entre 1 et 1,5</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hormonothérapie de remplacement (œstrogènes &gt; hormonothérapie de remplacement combinée)</li><li>• Utilisation d'un antidépresseur tricyclique depuis &lt; 3 mois</li><li>• Statines</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Plus le RC est élevé, plus la probabilité que le médicament entraîne des symptômes de RGOP est élevée.</li></ul>                                |
| <b>En théorie ou fréquence non déterminée</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Benzodiazépines</li><li>• Agents anticholinergiques</li><li>• Théophylline</li><li>• Antibiotiques (tétracycline, clindamycine, métronidazole notamment)</li><li>• Suppléments en fer ou en potassium par voie orale</li><li>• Prednisone</li></ul>                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Envisager de réduire la dose ou d'arrêter (si possible sur le plan clinique) les médicaments pouvant entraîner des symptômes de RGOP.</li></ul> |

■ Effet le plus important    ■ Peu d'effet    ■ Pas d'effet

\* RC : rapport de cotes, c'est-à-dire comparaison des probabilités qu'un médicament cause des symptômes de RGOP par rapport à un placebo

# Étape 4

## Choisir un traitement antiacide en vente libre

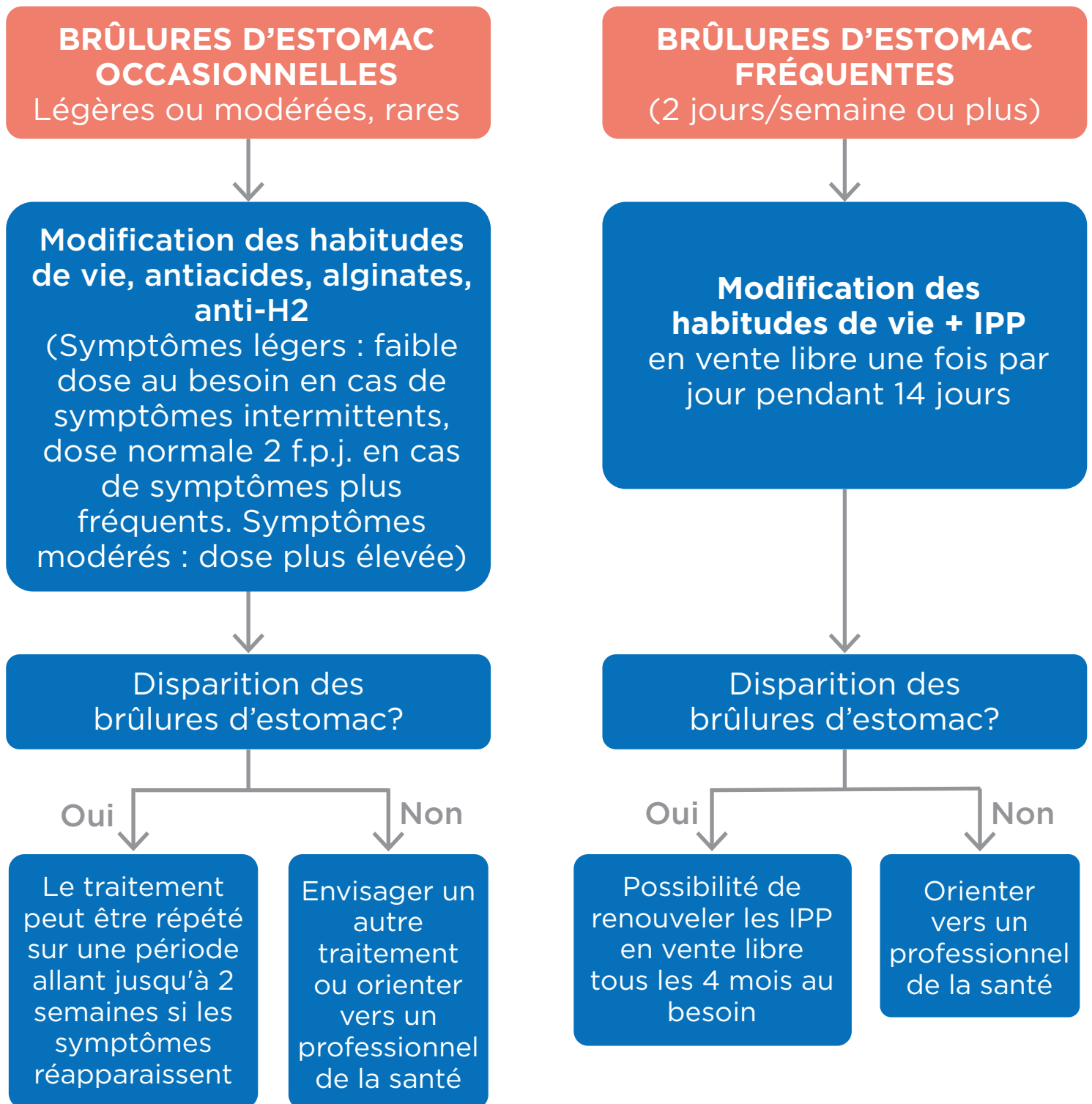


| Médicament  | Pas d'effet offerts               | Bicarbonate de sodium   | Efficacité  | Données cliniques   |
|---|-----------------------------------|---|---|---|
| Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)                 | Ésoméprazole<br>Oméprazole        | <b>Début d'action :</b><br>1 à 2 h, effet maximal en 3 à 5 jours<br><b>Durée :</b> jusqu'à 72 h<br><b>Posologie :</b> une fois par jour | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 45 % plus de rémission des symptômes par rapport au placebo</li> <li>• Jusqu'à 25 à 30 % d'augmentation du nombre de jours sans brûlures d'estomac par rapport au placebo (pendant un traitement de 14 jours)</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les IPP doivent être pris 30 minutes avant un repas, idéalement le déjeuner (les IPP sont des promédicaments qui ont besoin d'un environnement acide pour se transformer en substance active).</li> <li>• Les IPP sont les antiacides les plus efficaces en cas de RGOP modéré ou grave (2 jours/semaine ou plus).</li> <li>• Comme il faut prendre des IPP pendant 3 à 5 jours avant qu'ils atteignent leur effet maximal, leur utilisation ponctuelle n'est pas indiquée.</li> </ul> |
| Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) | Famotidine<br>Ranitidine          | <b>Délai d'action :</b><br>~ 60 min<br><b>Durée :</b> 4 à 10 h<br><b>Posologie :</b> une fois par jour, deux fois par jour ou au besoin | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 % plus de rémission des symptômes par rapport au placebo (RGOP modéré ou grave; 2 jours/semaine ou plus)</li> <li>• 40 % de réduction de l'intensité des symptômes par rapport au placebo (RGOP léger; &lt; 2 jours/semaine)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les anti-H2 sont plus efficaces en cas de RGOP léger ou épisodique (&lt; 2 jours/semaine).</li> <li>• Les anti-H2 peuvent être pris de façon occasionnelle au besoin en raison de la rapidité relative de leur effet.</li> </ul>   |
| Barrière à l'acide gastrique                            | Acide alginique                   | <b>Délai d'action :</b><br>pas clairement établi<br><b>Durée :</b> jusqu'à 4 h<br><b>Posologie :</b><br>au besoin                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 à 26 % de réduction des symptômes par rapport au placebo</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'association d'acide alginique et d'antiacides est plus efficace que les antiacides seuls pour le soulagement occasionnel des symptômes de RGOP.</li> </ul>   |
| Antiacides  | Aluminium<br>Calcium<br>Magnésium | <b>Délai d'action :</b><br>5 à 15 min<br><b>Durée :</b> jusqu'à 3 h<br><b>Posologie :</b><br>au besoin                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 % plus de rémission des symptômes par rapport au placebo</li> </ul>  | Les antiacides ont peu de chances d'entraîner une réduction des symptômes de RGOP significative sur le plan clinique.   |

■ Effet le plus important    ■ Peu d'effet    ■ Pas d'effet

# Étape 5

## Algorithme de traitement du RGOP par des médicaments en vente libre



Le traitement du RGO pathologique par IPP sur ordonnance dure habituellement 8 semaines au maximum.

# Références

- Armstrong, D. (2005). Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults — mise à jour de 2004. *Can J Gastroenterol* 19(1):15-35
- Armstrong, D. (2016). Non-prescription proton-pump inhibitors for self-treating frequent heartburn: the role of the Canadian pharmacist. *Pharmacy Practice* 14(4):868.
- Close, H. (2012). Hormone replacement therapy is associated with gastro-oesophageal reflux disease: a retrospective cohort study. *BMC Gastroenterology* 12:56
- Dore, MP. (2008). Diet, lifestyle and gender in gastro-oesophageal reflux disease. *Dig Dis Sci* 53(8):2027-32
- Eherer, A. (2014). Management of Gastroesophageal Reflux Disease: Lifestyle Modification and Alternative Approaches. *Dig Dis* 32:149-151
- Festi, D. (2009). Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 15(14):1690-701.
- Fraser-Moodie, CA (1999). Weight loss has an independent beneficial effect on symptoms of gastro-oesophageal reflux in patients who are overweight. *Scand J Gastroenterol* 34(4):337-40
- Greider, JM (2005). Comparison of Prilosec OTC (omeprazole magnesium 20.6 mg) to placebo for 14 days in the treatment of frequent heartburn. *J Clin Pharm Ther* 30(2):105-12
- Gyawali, CP. (2018). Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut* 67(7):1351-62
- Haaq, S.(2010). Onset of relief of symptoms of gastroesophageal reflux disease: post hoc analysis of two previously published studies comparing pantoprazole 20 mg once daily with nizatidine or ranitidine 150 mg twice daily. *Clin Ther* 32(4):678-90.
- Hunt R *et al.* (2014). World Gastroenterology Organisation. Coping with common gastrointestinal symptoms in the community: a global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort. Mai 2013. *J Clin Gastroenterol* 48(7):567-578.
- Johnson, DA. (2015). Rapid resolution of sleep disturbances related to frequent reflux: effect of esomeprazole 20 mg in two randomized, double-blind, controlled trials. *Curr Med Res Opin* 31(2):243-250.
- Kaltenbach, T. (2006). Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med* 166(9):965-71.
- Khan, BA (2012). Effect of bed head elevation during sleep in symptomatic patients of nocturnal gastroesophageal reflux. *J Gastroenterol Hepatol* 27(6):1078-82
- Leitman, DA. (2017). Alginate therapy is effective treatment for GERD symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Dis Esophagus* 30(5):1-9.
- Ma, XQ. (2009). Prevalence of, and factors associated with, gastroesophageal reflux disease: a population-based study in Shanghai, China. *Dis Esophagus* 22(4):317-22
- MacFarlane, B. (2018). Management of gastroesophageal reflux disease in adults: a pharmacist's perspective. *Int Pharm Res Pract* 7:41-52
- Mungan, Z. (2017). Which drugs are risk factors for the development of gastroesophageal reflux disease? *Turk J Gastroenterol* 28(Suppl 1):S38-43.
- Murray, L (2003). Relationship between body mass and gastro-oesophageal reflux symptoms: The Bristol Helicobacter Project. *Int J Epidemiol* 32(4):645-50.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Acid Reflux (GER &GERD) in Adults. Accessible au <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/acid-reflux-ger-gerd-adults/symptoms-causes>.
- Ness-Jensen, E. (2013). Weight loss and reduction in gastroesophageal reflux. A prospective population-based cohort study: the HUNT study. *Am J Gastroenterol* 108(3):376-82
- Nugent CC, Terrell JM. H2 Blockers. [Mis à jour le 7 mai 2019]. Dans : StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Janv.- 2019. Accessible au <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525994/>
- Pehl, C. (1997). The effect of decaffeination of coffee on gastro-oesophageal reflux in patients with reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 11(3):483-6.
- Peura, DA. (2018). Sustained efficacy following resolution of frequent heartburn with an over-the-counter regimen of omeprazole 20 mg or placebo for 14 days: two randomized trials. *BMC Gastroenterol* 18:69.
- Shin, JM. (2010). Pharmacology of Proton Pump Inhibitors. *Curr Gastroenterol Rep* 10(6):528-534
- Singh, M. (2013). Weight loss can lead to resolution of gastroesophageal reflux disease symptoms: a prospective intervention trial. *Obesity* (Silver Spring) 21(2):284-90.
- Sigterman KE. (2013). 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. Numéro 5. Art. n° CD002095
- Smith, I. (2018). Do Statins Increase the Risk of Esophageal Conditions? Findings from Four Propensity Score-Matched Analyses. *Clin Drug Investig* 38(2):135-146
- Traxler, B. (2014). Esomeprazole treatment of frequent heartburn: two randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *Postgrad Med* 126(4):33-41
- Tran, T (2006). Meta-analysis: the efficacy of over-the-counter gastro-oesophageal reflux disease therapies. *Alim Pharmacol Ther* 25(2):143-53
- Vakil, N. (2006). Global Consensus Group The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 101(8):1900-1920.
- van Veggel M. (2008). Nonsteroidal anti-inflammatory drug use as a risk factor for gastro-oesophageal reflux disease: an observational study. *Aliment Pharmacol Ther* 28: 1134-9.
- Wu, P. (2013). Dietary intake and risk for reflux esophagitis: a case control study. *Gastroenterol Res Pract* 2013:691026.