



INAMI

Maux d'estomac

Que faire ?



CETTE BROCHURE DESTINÉE AUX PATIENTS A ÉTÉ RÉALISÉE EN
COLLABORATION AVEC L'ÉQUIPE SANTÉ DE TEST ACHATS

.be

Table des matières

Introduction	2
I. Le système digestif : un mot d'explication.....	3
II. Maux d'estomac.....	4
1. Causes et facteurs de risque.....	4
2. Symptômes	5
a. Dyspepsie.....	6
b. Reflux.....	6
c. Œsophagite.....	8
d. Œsophage de Barrett.....	8
3. Quand faut-il consulter ?	9
III. Traitement des maux d'estomac	10
1. Mesures générales	11
2. Médicaments.....	13
a. Antiacides.....	14
b. Réducteurs de la production d'acide gastrique	14
c. Gastroprokinétiques	16
3. Traitement chirurgical	16
4. Directives concrètes en cas de problèmes gastro- œsophagiens	17
a. Dyspepsie.....	17
b. Reflux.....	17
c. Œsophagite.....	18
d. Œsophage de Barrett.....	19
IV. Usage préventif des IPP.....	20
V. Inconvénients des IPP.....	21
1. Surconsommation	21
2. Effets indésirables	22
VI. Arrêter les IPP.....	23
VII. Conclusion.....	24

Introduction

Les maux d'estomac restent l'un des problèmes de santé les plus courants. Qui n'a pas souffert un jour d'une sensation de ballonnement, de brûlures d'estomac ou de reflux acide, par exemple après un repas copieux ? Nombre de ces problèmes se situent au niveau de l'œsophage ou de l'estomac.

Les médicaments réduisant la production d'acide gastrique occupent une place centrale dans le traitement de ces problèmes. Ils sont nombreux sur le marché, tant sous leur forme originale que sous leur forme générique. Un groupe de ces médicaments est souvent prescrit : les **inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**. Le nombre de personnes qui en prennent a plus que doublé en 10 ans (près de 20 % de la population belge en 2016, soit près de 2 millions de personnes) et le nombre de doses vendues a même triplé pendant ce laps de temps (418 millions de doses journalières en 2016, ce qui correspond à un coût de remboursement de 106 millions EUR). Or, des études indiquent aujourd'hui que les IPP sont souvent utilisés trop longtemps et à mauvais escient. Le danger de surconsommation est donc bien présent. En outre, on rapporte de plus en plus souvent des effets indésirables liés à l'usage (prolongé) de ces médicaments.

Voilà pourquoi une évaluation de l'usage adéquat de ces médicaments s'impose. L'INAMI a dès lors organisé le 31 mai 2018 une réunion de consensus sur «L'usage rationnel des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en cas de pathologie gastro-œsophagienne non ulcéreuse (ulcère gastroduodéal exclu)», où des experts ont exposé l'état scientifique de la question. Sur cette base, un jury indépendant a rédigé un rapport assorti de recommandations (consultable librement sur le site de l'INAMI : www.inami.fgov.be > Publications > Aperçu de nos publications > Rapports de nos réunions de consensus). Toutefois, ce rapport est destiné avant tout aux prestataires de soins possédant des connaissances médicales préalables, en particulier les médecins et les pharmaciens.

La présente brochure à l'intention des patients vise à mieux informer les citoyens sur l'utilisation de ce type de réducteurs de l'acide gastrique. Nous commencerons par une information générale sur différentes affections pour lesquelles les IPP peuvent s'indiquer. Nous ne nous attarderons pas, cependant, sur les ulcères gastriques, qui nécessitent une autre approche. Nous présentons également les principales recommandations aux patients formulées dans le rapport du jury. Nous avons autant que possible évité le jargon médical.

I. Le système digestif : un mot d'explication

La digestion est un processus complexe faisant intervenir plusieurs organes, ceux du système gastro-intestinal. Tout commence dans la **bouche**. La nourriture y est finement broyée par la mastication, et mélangée à la salive qui contient des enzymes digestifs. Une fois avalée, la nourriture aboutit dans l'**œsophage**. La contraction en rythme des muscles de l'œsophage (les «mouvements péristaltiques») entraîne lentement les aliments dans l'**estomac**. Au passage entre l'œsophage et l'estomac, un sphincter (muscle circulaire) s'ouvre pour laisser passer la nourriture, avant de se refermer. C'est ainsi que les aliments et le suc gastrique de l'estomac sont empêchés de refluer dans l'œsophage. La nourriture est ensuite malaxée dans l'estomac et mélangée au suc gastrique. Ce suc contient de l'acide chlorhydrique et des enzymes digestifs qui digèrent partiellement les aliments. L'estomac lui-même est tapissé d'une épaisse muqueuse qui protège sa paroi contre l'acidité du suc gastrique. La nourriture ainsi transformée dans l'estomac aboutit ensuite dans l'**intestin grêle**, où a lieu l'essentiel de la digestion. On y trouve également des enzymes digestifs qui poursuivent la transformation des aliments en éléments nutritifs (nutriments). Ces nutriments passent dans le sang en traversant la paroi intestinale, pour être ainsi utilisés par l'organisme tout entier. La nourriture qui ne peut pas être digérée aboutit dans le **gros intestin** (côlon), où ces résidus sont débarrassés de leur eau et de leurs sels. Les selles sont provisoirement stockées dans le **rectum** avant d'être évacuées par l'**anus**.

II. Maux d'estomac

Le système digestif ne fonctionne pas toujours comme il convient. Très nombreuses sont les personnes qui se plaignent de maux d'estomac, un terme générique englobant tous les problèmes situés dans le haut de l'abdomen, comme les brûlures d'estomac, les maux d'estomac, le reflux acide, une sensation de ballonnement ou de satiété après un repas.

Quasi tout le monde a un jour souffert de brûlure d'estomac ou d'un reflux acide, par exemple après un repas copieux. C'est inoffensif et, le plus souvent, ces symptômes disparaissent d'eux-mêmes. Mais, si vous souffrez régulièrement de maux d'estomac, cela peut se révéler très gênant. Or, quelque 25 % à 40 % des Belges ont régulièrement des maux d'estomac. Si ceux-ci persistent plus de 2 à 3 mois ou reviennent sans cesse, on parle de maux d'estomac chroniques.

1. Causes et facteurs de risque

La cause exacte des maux d'estomac est souvent difficile à situer, mais plusieurs facteurs (très différents) peuvent jouer un rôle :

- trop manger
- certains aliments :
 - plats gras ou très épicés
 - aliments acides (agrumes, p. ex.) et boissons gazeuses
 - alcool
 - café
 - chocolat
 - menthe
- tabac
- certains médicaments, comme les anti-inflammatoires (ibuprofène p. ex.), les antidouleurs (l'acide acétylsalicylique p. ex., mieux connu sous l'appellation 'aspirine') et les antibiotiques
- une infection bactérienne (pouvant provoquer un ulcère) ou virale (gastroentérite p. ex.)
- tension et stress
- une pression accrue dans l'abdomen (surpoids, toux, éternuements ou constipation).

2. Symptômes

Les symptômes peuvent varier d'une personne à l'autre. Ils se situent le plus souvent au niveau de l'estomac et de l'œsophage. Ces problèmes peuvent trouver leur origine dans toutes sortes d'affections différentes. Dans cette brochure, nous nous limiterons à quelques-uns des problèmes les plus fréquents, pouvant éventuellement nécessiter l'utilisation de médicaments réducteurs de la production d'acide gastrique. Les ulcères à l'estomac sortent du cadre de cette brochure.

Aperçu des symptômes par affection	
Affection	Symptômes
Dyspepsie (ou indigestion)	Sensation de ballonnement dans le haut de l'abdomen, sensation de brûlure dans la région de l'estomac, maux d'estomac, reflux acide («régurgitation»), éructations, nausées, sensation de satiété au cours du repas
Reflux gastro-œsophagien	Sensation de brûlure dans l'estomac (« pyrosis »), régurgitations acides, déglutition difficile, douleur au niveau du sternum (pouvant irradier dans le cou, dans le dos et entre les omoplates), toux nocturne, enrouement, sensation d'avoir une boule dans la gorge, salivation excessive, atteinte de l'émail des dents
Œsophagite	Sensation de brûlure dans l'œsophage, maux de gorge, déglutition difficile, douleur au niveau du sternum (pouvant irradier dans le cou, dans le dos et entre les omoplates)
Œsophage de Barrett	Brûlures d'estomac, régurgitations acides, douleur derrière ou sous le sternum, déglutition difficile, sensation que les aliments passent difficilement

a. Dyspepsie

La dyspepsie (ou indigestion) est le terme médical pour désigner une digestion difficile. Elle se traduit par différents symptômes : une impression de ballonnement dans le haut de l'abdomen, une sensation de brûlure au niveau de l'estomac, des maux d'estomac, une régurgitation et des éructations acides, des nausées et un sentiment de satiété en cours de repas. En théorie, la dyspepsie peut résulter d'une affection sous-jacente, comme un ulcère à l'estomac, un reflux gastro-œsophagien, une intolérance au lactose, une intolérance au gluten, un cancer de l'estomac et des maladies du pancréas ou des canaux biliaires. Le tabac, l'abus d'alcool et la prise d'anti-inflammatoires peuvent constituer un facteur de risque. Toutefois, les symptômes peuvent souvent disparaître sans raison apparente.

La dyspepsie est fréquente : elle touche 20 à 40 % de la population, et autant les femmes que les hommes. Dans la plupart des cas, il s'agit de symptômes bénins étant donné que seule une personne sur quatre souffrant d'indigestion juge le problème suffisamment sérieux pour consulter un médecin.

b. Reflux

Le reflux, c'est-à-dire quand le contenu de l'estomac reflue dans l'œsophage ou dans la bouche, est très fréquent. Il est normalement bénin, surtout chez les nourrissons (qui «remettent» ou qui «régurgitent»). Tout le monde a connu au moins une fois une remontée d'acide gastrique dans l'œsophage, par exemple à l'issue d'un copieux repas. Cela n'a rien de grave. Beaucoup de personnes ont d'ailleurs ce reflux sans en être incommodés. Cela dépend de différents facteurs : la sensibilité personnelle, la composition de l'acide gastrique, la durée de l'exposition, etc. Toutefois, si cela se produit régulièrement, si les problèmes s'éternisent ou s'ils s'aggravent, le reflux peut influencer la qualité de vie.

On parle de syndrome du **reflux gastro-œsophagien** (RGO, en abrégé) quand le reflux du contenu de l'estomac entraîne une combinaison de symptômes (gastro étant le mot latin pour l'estomac). 10 à 20 % des gens souffrent d'un reflux gastro-œsophagien.

Le plus souvent, le reflux n'est pas dû à une surproduction de sucs gastriques, mais à un problème avec le sphincter qui relie l'œsophage à l'estomac. Normalement, ce sphincter est fermé, et il ne s'ouvre que pour permettre le passage des aliments dans l'estomac, afin d'éviter que le contenu de l'estomac reflue dans l'œsophage. Mais il arrive qu'il s'ouvre à contretemps, après un repas copieux par exemple, ou qu'il ne se ferme plus. Si cela arrive fréquemment, ou si cela dure longtemps, cela pose problème. Chez les nourrissons, ce sphincter n'est pas encore totalement développé et, chez les personnes âgées, il peut se relâcher quelque peu, mais le reflux peut aussi avoir d'autres origines : un ralentissement de la vidange de l'estomac («estomac paresseux»), un mauvais mouvement péristaltique de l'œsophage, une faible production de salive ou une petite déchirure au niveau du diaphragme empêchant le sphincter de fonctionner parfaitement.

Les symptômes varient également d'une personne à l'autre. D'aucuns ne ressentent absolument aucun problème. Le symptôme le plus courant est une sensation de brûlure derrière le sternum. Les brûlures d'estomac («pyrosis») sont surtout ressenties immédiatement après un repas. Souvent, les symptômes s'aggravent quand on se penche vers l'avant ou qu'on se couche (la nuit, par exemple). De même, des vêtements trop serrés au niveau de l'abdomen ou une toux peuvent aggraver les symptômes en accroissant la pression sur le ventre. Les brûlures d'estomac sont surtout associées à des repas copieux, à une alimentation grasse, au chocolat, au café, aux alcools forts et aux jus de fruit acides.

Parmi les principaux problèmes, citons également les remontées acides ou «régurgitations», quand le contenu de l'estomac remonte involontairement dans la bouche. C'est le cas d'un nourrisson qui «remet», par exemple. Le reflux peut parfois se manifester également de toute autre manière, sans faire penser immédiatement à l'acide gastrique : déglutition pénible, douleurs dans la poitrine évoquant des problèmes cardiaques (qui peuvent irradier dans le cou, dans le dos et entre les omoplates), toux nocturne, enrouement, sensation d'avoir une boule dans la gorge, salivation excessive et atteinte de l'émail des dents.

Dans la grande majorité des cas, le reflux est et reste inoffensif. Beaucoup de patients cessent de prendre des médicaments au bout d'un certain temps car ils ont appris à vivre avec leur problème. Il est également positif que, normalement, l'affection ne s'aggrave pas avec le temps, mais reste relativement stable.

c. Œsophagite

Toutefois, si les problèmes de reflux perdurent et ne sont pas efficacement traités, cela peut provoquer des lésions de l'œsophage. En effet, contrairement à l'estomac, l'œsophage ne possède pas de couche protectrice spéciale, et un contact régulier avec le contenu acide de l'estomac peut provoquer l'inflammation de sa muqueuse. C'est ce qu'on appelle l'œsophagite par reflux. Selon la gravité, cela peut aller d'une simple inflammation à un ulcère.

Les symptômes de l'œsophagite sont, entre autres, une sensation de brûlure dans l'œsophage, des maux de gorge, des difficultés de déglutition et des douleurs dans la région du sternum, irradiant parfois vers le dos ou entre les omoplates.

d. Œsophage de Barrett

Si l'œsophage est exposé des années durant à un reflux gastrique, on peut développer un œsophage de Barrett. Il se caractérise par une muqueuse d'un tissu différent de la normale venant tapisser la paroi de la partie inférieure de l'œsophage. Ce tissu se rapproche de celui de l'estomac, de sorte que l'œsophage est mieux protégé contre l'acidité des sucs gastriques. Une personne sur dix environ – surtout des hommes – souffrant d'un reflux présente effectivement un œsophage de Barrett.

Les symptômes liés à un œsophage de Barrett sont très variés. Certains ne ressentent absolument aucun symptôme. D'autres souffrent pendant des années de brûlures d'estomac, de reflux acide ou d'une sensation douloureuse derrière ou sous le sternum. On peut également déglutir difficilement ou avoir la sensation que la nourriture ne passe pas bien.

En soi, l'œsophage de Barrett est inoffensif mais il implique néanmoins quelques risques. En effet, les patients avec un œsophage de Barrett présentent un risque légèrement accru de cancer de l'œsophage. Bien que seul un petit groupe de patients (moins de 5 %) avec un œsophage de Barrett développe effectivement un cancer de l'œsophage, il n'en est pas moins important de surveiller de près l'œsophage de Barrett. Plus tôt le cancer est dépisté, mieux il peut être traité.

3. Quand faut-il consulter ?

Les maux d'estomac banals disparaissent généralement d'eux-mêmes. Consultez néanmoins votre médecin si les symptômes reviennent régulièrement, s'ils s'éternisent, s'ils s'aggravent ou s'ils changent. Souvent, votre médecin pourra poser un diagnostic provisoire sur base de vos symptômes et d'un examen corporel. Il pourra vous donner quelques conseils d'ordre général pour modifier votre mode de vie ou, si nécessaire, vous prescrire des médicaments.

Conseils sur le mode de vie
alimentation saine
éviter les facteurs déclencheurs
perdre du poids
cesser de fumer
relever la tête de lit
laisser suffisamment de temps entre le repas principal et le moment où l'on va se coucher

Un examen complémentaire est parfois nécessaire, et votre médecin vous adressera à un spécialiste du système gastro-intestinal (gastro-entérologue). Celui-ci pourra pratiquer une endoscopie, un examen interne au cours duquel on introduit par la bouche une petite caméra fixée au bout d'un tube flexible pour examiner l'œsophage et l'estomac. Ce matériel permet de déceler les anomalies et les lésions éventuelles (par exemple, une inflammation de l'œsophage ou un œsophage de Barrett), de prélever de petits bouts de tissu (biopsies) pour examen ultérieur et de pratiquer de petites interventions.

Certaines études révèlent que 70 % des patients souffrant de maux d'estomac et chez qui on a pratiqué une endoscopie ne présentent aucune anomalie. Dès lors, l'endoscopie n'est pas une recommandation de routine. Elle ne s'indique que si les symptômes ne s'amenuisent pas en suivant les conseils d'alimentation et de mode de vie et en prenant des médicaments, ou si les symptômes disparaissent dans un premier temps pour revenir plus tard, en s'aggravant éventuellement.

Il peut arriver qu'une endoscopie immédiate s'avère bel et bien nécessaire, en présence notamment de certains symptômes alarmants :

- si vous avez des selles noires
- si vous devez beaucoup vomir (avec du sang ou non)
- si vous avez perdu l'appétit et maigrissez anormalement
- si, une fois avalée, la nourriture fait mal ou ne passe pas
- si vos maux d'estomac s'accompagnent d'une anémie
- si vos maux d'estomac apparaissent pour la première fois après l'âge de 55 ans.

On peut aussi pratiquer éventuellement une acidimétrie sur 24 heures et une manométrie. L'acidimétrie (ou pH-métrie) sur 24 heures consiste à introduire par le nez jusque dans l'œsophage, juste au-dessus du passage vers l'estomac, un petit instrument de mesure au bout d'un fin cordon. On peut ainsi mesurer le taux d'acidité pendant 24 heures. Mais c'est là un examen assez pénible, qui n'est que rarement pratiqué. La manométrie permet de mesurer la pression dans l'œsophage. On peut ainsi examiner la relation entre le reflux du contenu de l'estomac, la force du sphincter entre l'œsophage et l'estomac et les contractions de l'œsophage.

III. Traitement des maux d'estomac

Le traitement des maux d'estomac varie en fonction de la fréquence, de la durée et de la gravité des symptômes. Un traitement n'est pas toujours nécessaire, surtout si les symptômes n'ont pas un réel caractère de gravité et ne sont pas fréquents. Les symptômes disparaissent d'ailleurs parfois d'eux-mêmes. Le traitement vise à améliorer la qualité de vie du patient en réduisant ou en éliminant les symptômes et à prévenir une rechute ou des complications. On y arrive parfois rien qu'en modifiant l'alimentation et le mode de vie, avec des médicaments ou, dans des cas plus graves, avec de la chirurgie.

1. Mesures générales

Pour la plupart des maux d'estomac légers, en plus de laisser simplement faire le temps, une modification du mode de vie et de l'alimentation peut déjà contribuer à réduire les symptômes. Cela vaut aussi en cas de symptômes chroniques. Certes, rien ne garantit que ces mesures fonctionneront mais, 'si ça ne marche pas, ça ne fait pas de tort non plus'.

Que peut-on faire soi-même pour réduire ses maux d'estomac ?

- Adopter une alimentation saine et équilibrée.
- Eviter ou limiter les aliments et les boissons dont vous remarquez qu'ils déclenchent ou aggravent les symptômes. Les produits en question varient considérablement d'une personne à l'autre. Essayez de déterminer les habitudes et les produits que vous ne supportez pas bien. A cet effet, supprimez un aliment à la fois pour voir si cela apporte une amélioration. Certes, cela prend du temps et de la patience mais, si vous arrêtez en même temps toutes sortes d'aliments, vous risquez de provoquer une carence en nutriments utiles. Un diététicien pourra éventuellement vous aider. Les produits suspects sont l'alcool, les boissons contenant du gaz carbonique, le café, le chocolat, la menthe poivrée, les épices ou les agrumes.
- Si vous êtes en surpoids ou si vous avez grossi récemment, perdre du poids contribue souvent à réduire les symptômes. Perdre jusqu'à 10 % de votre poids peut déjà faire une grande différence.
- Cesser de fumer. Outre ses autres conséquences négatives, le tabac provoque un accroissement de la production d'acide gastrique et un relâchement du sphincter entre l'œsophage et l'estomac.
- Si vous souffrez de l'estomac pendant la nuit, vous pouvez relever de 10 centimètres la tête de votre lit, ou glisser des oreillers supplémentaires sous la tête, le cou et les épaules. Le contenu acide de l'estomac pourra alors moins facilement refluer de l'estomac vers l'œsophage, et vos symptômes seront moins sévères.

- Evitez les repas copieux et trop gras. Il vaut parfois mieux prendre plusieurs petits repas par jour. Prenez bien le temps de manger, et mâchez les aliments suffisamment longtemps, cela favorise une bonne digestion. Prenez votre repas principal 3 ou 4 heures environ avant d'aller vous coucher. Aller au lit l'estomac plein accroît en effet le risque de sensation de brûlure dans la région de l'estomac.
- Si vous êtes stressé, angoissé, triste ou si vous dormez mal, il est important de s'attaquer à ces problèmes.
- Si vous prenez des médicaments (des anti-inflammatoires ou des antibiotiques par exemple) qui ont des maux d'estomac pour effets indésirables, demandez à votre médecin si vous pouvez les réduire ou les arrêter. Si nécessaire, vous pouvez passer à un autre médicament.
- Une pression accrue dans l'abdomen aggravera les symptômes, comme pendant la toux ou en poussant aux toilettes. Dès lors, consultez votre médecin en cas de toux persistante. Evitez la constipation en mangeant beaucoup de fruits et de légumes (fibres), en buvant beaucoup d'eau et en faisant régulièrement de l'exercice.
- Ne portez pas de vêtements serrants au niveau de l'estomac. Evitez de vous incliner vers l'avant, et pliez plutôt les genoux si vous devez vous pencher.

2. Médicaments

Décider si, et comment les maux d'estomac doivent être traités avec un médicament dépend de la gravité des symptômes et, au cas où une endoscopie a été pratiquée, des lésions découvertes. Comme la plupart des maux d'estomac disparaissent d'eux-mêmes, des médicaments ne sont souvent pas nécessaires. Ce n'est que si les problèmes perturbent considérablement la vie quotidienne, ou si les symptômes perdurent ou reviennent régulièrement, que des médicaments sont à envisager. Mais, de toute manière, les médicaments ne vous guériront pas : ils ne pourront que réduire les symptômes et donc vous soulager de vos douleurs.

La plupart des médicaments utilisés agissent essentiellement sur l'acide gastrique. Il existe différentes sortes de médicaments. Souvent, votre médecin vous prescrira un traitement d'essai de courte durée (2 semaines par exemple), avec la dose et la fréquence d'utilisation les plus faibles possibles, et observera ce qui se passe après l'arrêt du traitement. Si les problèmes ne réapparaissent pas immédiatement, il n'est peut-être pas nécessaire de prendre chaque jour des médicaments. Il peut par exemple suffire, en cas de retour des symptômes, de reprendre brièvement (une semaine par exemple) des médicaments. Dans d'autres cas, vous devrez peut-être prendre des médicaments en permanence, ou des examens complémentaires seront nécessaires. Ceci est à discuter avec votre médecin.

Parfois, une endoscopie est pratiquée d'emblée sur des patients souffrant de maux d'estomac, suivie d'un traitement avec des médicaments. C'est recommandé pour des patients âgés (> 55 ans) qui souffrent pour la première fois de maux d'estomac, et pour tous les patients présentant certains symptômes alarmants (comme une perte de poids anormale, une déglutition perturbée et une anémie).

Les catégories suivantes de médicaments peuvent être prescrites pour des maux d'estomac :

a. Antiacides

Les antiacides se combinent à l'acide gastrique pour en neutraliser l'action. De la sorte, ils réduisent l'effet de l'acide gastrique sur la paroi de l'œsophage et de l'estomac, et peuvent soulager la douleur. Certains antiacides contiennent également de l'alginate, qui dépose en quelque sorte un gel protecteur sur la paroi de l'œsophage et de l'estomac. Mais sa plus-value reste cependant à démontrer. Bien qu'il existe aujourd'hui des alternatives à ce type de médicaments, ils conviennent surtout pour le traitement de symptômes épisodiques et légers, et ils sont moins indiqués pour une utilisation régulière et de longue durée.

L'action des antiacides est assez rapide, mais brève. On les prend au moment où le reflux est ressenti. On peut aussi les prendre à l'avance, si l'on sait par expérience que le reflux va intervenir, par exemple après un copieux repas. Eventuellement, on peut encore en prendre une dose juste avant de se coucher. Une fois l'acide gastrique neutralisé, l'estomac se mettra à en produire davantage, par réaction, ce qui amènera le retour des symptômes. Auquel cas plusieurs prises par jour sont souvent nécessaires. Si ces médicaments sont utilisés de manière adéquate, ils sont généralement sûrs, mais des effets indésirables ne sont certainement pas exclus. Ils sont parfois simplement gênants : ballonnement, flatulences, constipation ou diarrhées.

Les antiacides sont vendus en pharmacie sans prescription. Voyez avec le pharmacien quel est le produit le mieux indiqué dans votre cas, et lisez systématiquement la notice avec attention. Les exemples d'antiacides sont Gaviscon, Maalox Antacid et Rennie.

b. Réducteurs de la production d'acide gastrique

Si les antiacides n'apportent pas un soulagement suffisant, vous pouvez essayer un réducteur de production d'acide gastrique. Votre estomac fabriquera moins d'acide, de sorte que les sucs gastriques seront moins agressifs et vos reflux éventuels seront moins sensibles. Ces médicaments ont un effet de plus longue durée que les antiacides. Dès lors, ils conviennent mieux à un traitement de longue durée.

ANTIHISTAMINIQUES H2

Les antagonistes H2 constituent un groupe de médicaments réducteurs de la production d'acide gastrique. Ils réduisent la sécrétion de cet acide en bloquant les récepteurs de l'histamine 2 dans la paroi de l'estomac. Ils peuvent ainsi réduire les symptômes de brûlure d'estomac chez les patients souffrant de reflux. En raison de leur moindre efficacité à long terme, leur usage prolongé est déconseillé. Le seul antihistaminique H2 sur le marché belge est la ranitidine, bien connue également sous le nom de marque Zantac, qui n'est délivré que sur prescription médicale.

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

Les symptômes sont persistants ou reviennent régulièrement ? Dans ce cas, vous pouvez essayer une catégorie plus puissante et plus utilisée de réducteurs de la production d'acide gastrique, à savoir les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP, en abrégé). Ce groupe de médicaments freine le fonctionnement de la pompe à proton. Ces pompes à protons sont localisées dans la paroi de l'estomac, où elles règlent le degré d'acidité dans l'estomac. En bloquant le fonctionnement de ces pompes à protons, on réduit la production d'acide gastrique. Résultat : moins de sucs gastriques agressifs et moins de symptômes. La découverte de ces médicaments a provoqué une véritable révolution dans le milieu médical. Ils font partie des médicaments les plus prescrits dans le monde. On les connaît notamment sous l'appellation commerciale Losec, Nexiam ou Pantomed. Les médicaments génériques portent souvent le nom de leur substance active, tout simplement : omeprazol(e), lansoprazol(e), esomeprazol(e), pantoprazol(e) et rabeprazol(e). En règle générale, les IPP ne sont pas en vente libre (sans prescription médicale) en pharmacie, sauf les plus petits conditionnements d'omeprazole et de pantoprazole (en faibles doses).

Tous les IPP ont une efficacité comparable. Leur action est nettement plus efficace et de plus longue durée que celle des antihistaminiques H2 que les médecins prescrivaient surtout auparavant. Mais l'effet se fait attendre plus longtemps : il ne se manifeste parfois qu'après deux jours, alors que les antihistaminiques commencent à agir après 1 heure déjà.

c. Gastroprocinétiques

Les médicaments gastroprocinétiques (stimulateurs des mouvements de l'estomac) accélèrent le passage des aliments dans l'œsophage et dans l'estomac, de sorte qu'ils restent moins longtemps dans l'estomac. Cela réduit aussi le risque de voir le suc gastrique refluer vers le haut. Ces médicaments sont aussi prescrits pour combattre les nausées. Ce sont par exemple la métoclopramide et le dompéridone, mieux connus sous leur appellation commerciale Primperan et Motilium. Prenez ces médicaments le moins possible, et toujours en concertation avec votre médecin traitant.

3. Traitement chirurgical

Si la combinaison de médicaments freinant la production de suc gastrique et d'un changement dans le mode de vie n'a pas un effet suffisant sur le reflux, ou si des complications comme une œsophagite ou un œsophage de Barrett se présentent, une opération peut s'indiquer. Ce peut également être le cas pour des patients qui tolèrent mal les médicaments ou pour de jeunes patients qui ne souhaitent pas prendre des médicaments leur vie durant. Lors de l'opération la plus courante, une laparoscopie (chirurgie exploratoire), le médecin renforcera la partie inférieure du sphincter entre l'œsophage et l'estomac en utilisant la partie supérieure de l'estomac pour y enrouler une sorte de «cravate».

Mais cette intervention – comme toute opération, d'ailleurs – n'est jamais totalement exempte de risques. Dans certains cas, les patients souffrent après l'opération de flatulences, d'une sensation de ballonnement, de diarrhée, de fréquents gonflements de l'estomac ou de problèmes de déglutition. En outre, il peut arriver que le reflux se manifeste à nouveau, et qu'il faille finalement prendre quand même des médicaments. Dans de rares cas, les symptômes empirent même après l'opération. En deux mots, le succès n'est pas garanti.

Dans le cas d'un œsophage de Barrett, il est parfois possible d'éliminer chirurgicalement les tissus anormaux de l'œsophage avec un endoscope ou en les brûlant au laser ('ablation').

4. Directives concrètes en cas de problèmes gastro-œsophagiens

a. Dyspepsie

Dans les cas de dyspepsie modérée, être rassuré par le médecin et recevoir des conseils sur les changements du mode de vie peut parfois suffire. Si les symptômes perdurent, on peut envisager de passer à un traitement avec des médicaments. Les antiacides et les antihistaminiques H2 peuvent apporter un soulagement. L'effet des gastroprokinétiques sur une dyspepsie est douteux. Bien que la valeur ajoutée des IPP par rapport aux autres médicaments ou aux modifications du mode de vie ne soit pas prouvée, on peut théoriquement envisager un traitement d'essai aux IPP. Mieux vaut ne pas prolonger ce traitement au-delà de 4 à 8 semaines, après quoi la situation sera réexaminée. Si cette thérapie d'essai échoue ou si les symptômes réapparaissent, un examen complémentaire (une endoscopie, par exemple) peut éventuellement s'indiquer, mais en concertation avec le médecin traitant.

b. Reflux

Comme les symptômes varient considérablement d'une personne à l'autre, il est difficile de cibler un traitement du reflux. Les symptômes peuvent disparaître d'eux-mêmes. Les conseils d'un changement du mode de vie restent également valables en cas de reflux acide : opter pour une alimentation saine, éviter les facteurs déclencheurs, perdre du poids, cesser de fumer, relever la tête du lit et laisser un temps suffisant entre le repas principal et le moment où l'on va se coucher. Si ces mesures n'améliorent pas la situation, vous pouvez faire appel à des médicaments pour réduire l'acidité, parmi lesquels les IPP et les antiacides sont plus efficaces que les antagonistes H2 et les gastroprokinétiques. Le choix entre les deux types sera fonction de la fréquence des symptômes. Comme avec la dyspepsie, le traitement-test aux IPP devra être réévalué au bout de 4 à 8 semaines. Le plus souvent, la combinaison des médicaments et d'un changement dans le mode de vie suffit à combattre les brûlures d'estomac. A long terme, prendre des IPP en permanence ne semble pas apporter de plus-value par rapport à une prise uniquement quand les douleurs se manifestent (traitement «à la demande»).

NOURRISSONS

Chez les nourrissons, on ne parle de reflux gastro-œsophagien que s'il s'accompagne de symptômes inquiétants (évolution anormale du poids, pleurs inexplicables, refus de s'alimenter) ou de complications (œsophagite, problèmes respiratoires par exemple). Ce n'est qu'alors que des réducteurs de la production d'acide gastrique (antihistaminiques H2 et IPP) pourront éventuellement s'indiquer. Ne donnez donc jamais de réducteurs de la production d'acide gastrique aux nourrissons, sauf si cela se justifie vraiment du point de vue médical, et alors le moins longtemps possible.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Nombre de femmes enceintes souffrent de reflux. S'il s'agit d'un reflux modéré, le traitement de base consiste à changer le mode de vie. Si les symptômes sont plus aigus, on se tournera d'abord vers les antiacides. Ce n'est que si cela reste sans effet qu'on pourra passer aux antihistaminiques H2 ou aux IPP. Rien n'indique que ces médicaments puissent poser problème pendant l'allaitement, mais il y a très peu d'études à ce propos.

c. Œsophagite

Lors d'une œsophagite consécutive à un reflux gastro-œsophagien, et confirmée par un examen endoscopique, les changements du mode de vie déjà évoqués sont également d'application. On peut également commencer un traitement aux IPP. Dans ce cas, ils sont plus efficaces que les autres médicaments, peuvent réduire les symptômes et souvent guérir également les lésions de l'œsophage. Pour les formes **modérées** d'œsophagite, le mieux est de commencer avec une demi-dose pendant 4 semaines, puis de réexaminer la situation. Si les symptômes n'ont pas disparu à ce moment, on peut passer à la dose standard. Si la situation est revenue sous contrôle, mieux vaut interrompre le traitement. Si les symptômes réapparaissent au bout d'un certain temps, on pourra reprendre les IPP comme 'thérapie de confort' pour maintenir les symptômes sous contrôle, à une dose et à une fréquence les plus faibles possibles. Il est important d'examiner la situation individuelle de chaque patient. Un contrôle endoscopique après quelques semaines de traitement ne s'impose pas ici : le maintien des symptômes sous contrôle suffit.

Pour les formes **sévères** d'œsophagite, le mieux est de commencer d'emblée avec la dose standard d'IPP, et de continuer après la disparition des symptômes, comme thérapie d'entretien. Si l'effet des IPP se révèle insuffisant et si les symptômes ne sont pas fréquents, la combinaison avec des antiacides ou des antihistaminiques H2 le soir peut s'indiquer. Si les symptômes sont plus prononcés encore, on conseille une double dose d'IPP, et une chirurgie anti-reflux est éventuellement à envisager. En cas d'œsophagite sévère, mieux vaut pratiquer une endoscopie de contrôle après 8 semaines, pour vérifier l'état de guérison des lésions.

d. Œsophage de Barrett

Dans le cas d'un œsophage de Barrett, il est important de bien faire établir le diagnostic par une endoscopie et un examen complémentaire des tissus.

Le traitement d'un œsophage de Barrett repose sur les options suivantes :

- un changement du mode de vie
- un traitement avec des médicaments : les IPP sont les plus efficaces pour soigner un œsophage de Barrett. Une forte dose d'IPP est d'abord nécessaire pour permettre la réparation des lésions et des tissus de l'œsophage. Ensuite, les doses seront ramenées au dosage nécessaire pour maintenir les symptômes sous contrôle et favoriser la guérison de la muqueuse. Si l'effet des IPP apparaît insuffisant, on peut les compléter d'une dose d'antihistaminiques H2 le soir.
- une chirurgie anti-reflux : à envisager pour les patients chez qui les IPP ne suffisent pas à contrôler les symptômes, ou en cas de guérison insuffisante des lésions.

Si l'on suspecte une forme débutante de cancer de l'œsophage, une endoscopie de contrôle peut être pratiquée après un bref traitement aux IPP à haute dose. Si l'ablation chirurgicale des lésions s'impose, un traitement aux IPP à haute dose est nécessaire pour assurer la guérison. La dose doit ensuite être ramenée au dosage nécessaire pour assurer le contrôle complet des symptômes.

IV. Usage préventif des IPP

Certains patients doivent subir un traitement prolongé aux anti-inflammatoires ou prendre régulièrement de faibles doses d'antidouleurs (comme l'acide acétylsalicylique, mieux connu sous le nom d'aspirine). Mais l'usage prolongé de ces médicaments peut endommager l'estomac, et provoquer des ulcères gastriques et d'autres complications (hémorragies gastriques, par exemple), particulièrement chez les personnes âgées. On suggère à certains patients à risque (personnes de plus de 70 ans ou de plus de 80 ans selon qu'elles prennent respectivement des anti-inflammatoires ou d'aspirine, patients qui présentent d'autres affections comme du diabète ou une maladie cardiovasculaire, qui ont des antécédents d'ulcères gastriques ou qui prennent simultanément d'autres médicaments) qui prennent des anti-inflammatoires ou de l'aspirine, de prendre des IPP à titre préventif aussi longtemps qu'elles prennent ces anti-inflammatoires ou cette aspirine. Les IPP peuvent réduire le risque d'ulcères gastriques et d'autres complications, et exercer ainsi une action protectrice sur l'estomac.

V. Inconvénients des IPP

1. Surconsommation

En Belgique comme d'autres pays, les IPP sont prescrits souvent et sur de longues durées, surtout chez les patients âgés. Voilà des années qu'ils sont installés dans le top 10 des médicaments les plus souvent prescrits. De petits conditionnements sont même vendus en pharmacie sans prescription médicale, ce qui peut constituer un incitant à une automédication injustifiée et à une surconsommation. En 2016, quelque 2 millions de Belges ont avalé des IPP.

La moitié environ de ceux qui prennent des IPP n'en ont sans doute pas (ou plus) besoin. En effet, ces médicaments sont souvent utilisés plus longtemps que nécessaire. Souvent aussi, on les prend pour des problèmes auxquels ils ne sont pas destinés, comme une digestion difficile ou une sensation de ballonnement. Les seules indications possibles pour une prise à longue durée d'IPP (à la dose efficace la plus faible) sont des formes sévères d'œsophagite, un œsophage de Barrett, la prise chronique d'anti-inflammatoires ou d'aspirine chez des patients avec un facteur de risque (par exemple, des antécédents d'ulcère de l'estomac), et le rare syndrome de Zollinger-Ellison. Cette dernière maladie consiste en une production excessive de gastrine chez le patient, ce qui incite l'estomac à fabriquer de l'acide gastrique, pouvant à son tour entraîner des tumeurs dans l'estomac, l'intestin et le pancréas.

En 2016, notre assurance maladie (l'assurance soins de santé) a consacré près de 106 millions EUR aux IPP. Un an plus tard, le gouvernement a pris différentes mesures contre la surconsommation et l'usage prolongé non justifié des IPP. Depuis lors, les gros conditionnements (plus de 60 comprimés) de certains IPP à haute dose ne sont plus remboursés, sauf chez les patients atteints du syndrome de Zollinger-Ellison ou d'un œsophage de Barrett, pour qui l'usage prolongé d'IPP se justifie. Médicalement parlant, cette décision ne manque pas de sens : mieux vaut généralement éviter de prendre des IPP (et surtout à fortes doses) plus de 2 mois. Par ailleurs, l'INAMI donne aux médecins un feed-back sur les IPP qu'ils prescrivent, dans l'espoir de voir ainsi diminuer le nombre de prescriptions.

2. Effets indésirables

Les dernières années ont vu s'accumuler les signaux pointant toutes sortes d'effets indésirables sérieux en cas de prise (prolongée) d'IPP. Toutefois, les études scientifiques sur les effets indésirables portent généralement sur de courtes durées et présentent des défauts méthodologiques. Souvent, elles n'établissent pas de lien de cause à effet, et les résultats sont fréquemment contradictoires. Les preuves restent donc assez limitées jusqu'à présent.

Les exemples d'effets indésirables sont :

- Effets indésirables fréquents :

Les IPP peuvent provoquer des effets indésirables immédiats et fréquents comme des maux de tête, des maux de ventre, des éruptions cutanées, de la constipation, de la diarrhée, des flatulences, des nausées et des vomissements.

- Effets indésirables rares :

On signale de possibles effets indésirables au niveau cardiovasculaire, neurologique (démence), respiratoire, rénal, gastro-intestinal, osseux (fractures, par exemple), ainsi que des carences en certains nutriments (vitamine B12 et magnésium).

Les IPP peuvent également influencer et même perturber l'action d'autres médicaments. Surtout si vous prenez plusieurs médicaments (personnes âgées ou affaiblies), il est donc conseillé de demander l'avis de votre médecin, en raison des interactions possibles avec les IPP.

VI. Arrêter les IPP

Au vu de la surconsommation d'IPP, des frais qu'ils impliquent pour le budget belge des soins de santé et des effets indésirables possibles à long terme, les médecins doivent évaluer d'un œil critique le rapport risques-avantages de tout traitement aux IPP. Face au problème de l'existence réelle ou supposée des sérieux effets indésirables de ces médicaments, les médecins les prescrivent désormais avec plus de circonspection, et c'est heureux. Il est recommandé de n'utiliser les IPP que quand cela s'indique précisément et, dans les autres cas, de bien peser les avantages supposés et les effets indésirables possibles. Par précaution, les médecins peuvent opter pour un traitement de courte durée aux doses les plus faibles possibles, avec la fréquence la plus basse possible. Il importe également que le médecin remette régulièrement en question la nécessité de son traitement, pour éviter une utilisation prolongée inutile. Concertez-vous donc systématiquement avec votre médecin. Car, dans certaines situations, les IPP sont bel et bien nécessaires, parfois même pour un traitement d'entretien de longue durée.

Quelques semaines après le début du traitement, voyez à nouveau avec votre médecin comment cela se passe quand vous arrêtez les médicaments. Si les problèmes sont suffisamment sous contrôle et ne réapparaissent pas aussitôt, il n'est pas nécessaire de prendre des médicaments en continu. Mieux vaut mettre ces médicaments de côté pour le jour où les problèmes se manifesteront à nouveau.

En règle générale, les symptômes auront donc disparu au bout de quelques semaines, et il est raisonnable d'arrêter les médicaments. En tout cas, essayez de pas prendre les IPP trop longtemps, 4 à 8 semaines tout au plus.

Si le traitement n'est plus nécessaire, vous pouvez réduire de manière contrôlée la prise des IPP, ou cesser complètement. Mais n'arrêtez jamais de prendre des IPP sans avis médical ! Mieux vaut diminuer progressivement, en concertation avec votre médecin et sous son contrôle. Si vous arrêtez brutalement, les problèmes peuvent provisoirement empirer ou réapparaître ('effet de rebond'). Pour diminuer, on réduit de moitié la dose journalière pendant 1 ou 2 semaines, puis on se limite à une fois tous les deux jours pendant 1 à 2 semaines, et enfin on arrête complètement.

Quand on réduit la prise d'IPP, les symptômes réapparaissent souvent pendant quelques jours. En effet, la production d'acide gastrique reprend, et votre estomac doit se réhabituer à l'acidité. Pendant ces quelques jours, on peut avoir le sentiment d'être ramené à la situation antérieure. On peut croire que les médicaments sont redevenus nécessaires, et qu'il est impossible de s'en passer. Mais c'est là un effet indésirable des IPP, bien connu et seulement temporaire. Essayez donc de tenir bon les 2 à 4 premières semaines. Si les symptômes réapparaissent, vous pouvez prendre temporairement un antiacide ou un antagoniste H2, en vente libre en pharmacies. Si les symptômes n'ont pas diminué après 2 semaines, ou s'ils réapparaissent au bout de quelques semaines, consultez votre médecin.

Si l'arrêt complet ne fonctionne pas, envisagez avec votre médecin les alternatives possibles. Par exemple, essayez de réduire jusqu'à la plus faible dose possible permettant de maintenir le problème sous contrôle. Vous pouvez également essayer de ne prendre les médicaments que pendant les périodes où les symptômes se manifestent, ou d'utiliser des réducteurs de la production d'acide gastrique moins puissants. Un mode de vie sain reste important pendant l'arrêt ou la réduction du traitement.

VII. Conclusion

Les IPP sont efficaces et relativement sûrs, mais nous les consommons avec beaucoup trop d'enthousiasme. Près de la moitié des IPP vendus sont avalés par des personnes qui n'en ont pas réellement besoin. Dès lors, ne prenez pas d'office un médicament aux premiers maux d'estomac. Un peu de patience et l'adoption d'un mode de vie plus sain peuvent souvent déjà suffire.

Si vous prenez quand même des médicaments, votre médecin doit toujours mettre en balance l'avantage attendu du médicament et ses effets indésirables possibles. Car, une fois qu'on a commencé avec les IPP, il n'est pas évident d'arrêter. Votre estomac s'habitue aux médicaments et, quand vous arrêtez, les problèmes peuvent temporairement revenir. Et c'est ainsi que nous autres les Belges, nous continuons à avaler des IPP, souvent des années durant.

Éditeur responsable

J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation

Service des soins santé de l'INAMI en collaboration avec
l'équipe santé de Test Achats

Design graphique

Cellule communication INAMI

Illustrations

Claire Lerustre

Date de publication

Janvier 2020

Dépot légal

D/2019/0401/21