

Reflux gastro-œsophagien chez le patient obèse; prise en charge actuelle

Drs JOE KHALLOUF^{a,*}, SERGIO GASPAR FIGUEIREDO^{a,*}, Prs NICOLAS DEMARTINES^a, ALAIN SCHOEPFER^b, MARKUS SCHÄFER^a et Dre STYLIANI MANTZIARI^a

Rev Med Suisse 2020; 16: 1287-91

La prévalence du reflux gastro-œsophagien (RGO) est élevée dans la population obèse avec une corrélation directe entre l'augmentation de l'IMC et le RGO. Cette corrélation est multifactorielle, avec également des formes plus compliquées (œsophagite et métaplasie) présentes chez les patients obèses, même en l'absence de symptomatologie franche de reflux. Le succès thérapeutique passe largement par la perte de poids et la chirurgie bariatrique en est la pierre angulaire. Le bypass gastrique en Roux-en-Y est l'intervention de choix pour les patients obèses souffrant de RGO, alors que la sleeve gastrectomie peut au contraire péjorer la situation au long cours. La chirurgie antireflux (fundoplicature) peut aussi être proposée chez ces patients, en étant conscient du risque élevé de récurrence des symptômes en cas d'IMC > 30-35 kg/m².

Gastroesophageal reflux disease in obese patients; current management

Gastroesophageal reflux disease (GERD) has a high prevalence in the obese population with a direct correlation between increased BMI and GERD. This correlation is multifactorial, with also more complicated forms (esophagitis and metaplasia) present in obese patients, even in the absence of frank reflux symptoms. Therapeutic success largely depends on weight loss, and bariatric surgery is the cornerstone of treatment for both diseases. Roux-en-Y gastric bypass is the intervention of choice for obese patients suffering from GERD, while sleeve gastrectomy can on the contrary induce increased reflux in the long term. Classic anti-reflux surgery (fundoplication) can also be offered to these patients, while being aware of the high risk of recurrent symptoms for BMI > 30-35 kg/m².

INTRODUCTION

Le surpoids et l'obésité ne cessent d'augmenter, avec actuellement 42% de la population adulte en surpoids (IMC 25-30 kg/m²) et 11% souffrant d'obésité (IMC > 30 kg/m²) en Suisse.¹ La maladie de reflux gastro-œsophagien (RGO), dont souffrent environ 8 à 26% de la population mondiale,² fait partie du tableau de comorbidités à rechercher chez la population obèse. Dans la littérature, on retrouve 36 à 46% des patients obèses présentant des symptômes de RGO au moins occasionnellement, risque qui augmente de manière proportionnelle à l'IMC.³⁻⁶ De plus, le RGO semble générer davantage de

complications chez les patients obèses, avec une œsophagite endoscopique touchant jusqu'à 31%³ et une métaplasie de Barrett touchant entre 1,2 et 9% des cas.^{3,7,8} Par ailleurs, un IMC élevé est associé à un risque accru de progression des lésions d'œsophagite en métaplasie et d'adénocarcinome de l'œsophage.⁹ Il est donc important de savoir que le RGO peut représenter un défi particulier chez le patient obèse, tant dans la démarche diagnostique que thérapeutique.

Cet article a pour but de présenter les spécificités du RGO chez les patients souffrant d'obésité, qui seraient utiles pour tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge de ces patients.

OBÉSITÉ ET RGO: QUEL LIEN PHYSIOLOGIQUE?

Habitudes alimentaires, hygiène de vie

Festi et coll., dans une revue de la littérature, ont abordé l'origine multifactorielle de la maladie de reflux.¹⁰ L'alimentation riche en graisse a été incriminée pour l'accentuation des symptômes de RGO et d'œsophagite dans la littérature, probablement via la relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO).¹¹ De même, le tabagisme et la sédentarité sont des facteurs aggravant des symptômes de reflux.¹⁰ Nous pouvons retenir qu'un régime alimentaire hypercalorique et un style de vie sédentaire favorisent à la fois le RGO et l'obésité, bien que le niveau d'évidence sur l'impact des habitudes alimentaires sur le RGO reste plutôt faible.^{10,12}

Augmentation de la pression intra-abdominale

Un des premiers effets liés à l'obésité est la perte d'un gradient de pression thoraco-abdominale, avec un déséquilibre en faveur de la pression intra-abdominale chez les patients obèses.^{3,13} Ce phénomène est encore plus prononcé chez les patients avec obésité abdominale (androïde) et augmente de manière proportionnelle à l'IMC. Cet effet mécanique peut donc contribuer au relâchement de la membrane phrénico-œsophagienne et à l'ascension médiastinale de la jonction œsogastrique.

Hernie hiatale

Étroitement liée à l'augmentation de la pression intra-abdominale, la présence d'une hernie hiatale est identifiée chez > 50% des patients obèses.^{3,14} Le plus souvent, il s'agit d'un glissement de la jonction œsogastrique en position intra-thoracique, menant à l'effacement de l'angle de His et à l'hypotonie du SIO, ce qui déséquilibre davantage le gradient de pression thoraco-abdominale.

^aService de chirurgie viscérale, CHUV, 1011 Lausanne, ^bService de gastroentérologie et hépatologie, CHUV, 1011 Lausanne
markus.schafer@chuv.ch

* Ces auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

Troubles de la motilité gastro-œsophagienne

Suter et coll. ont présenté les caractéristiques endoscopiques et les valeurs de pH-manométrie d'une série de patients préchirurgie bariatrique.³ Alors que 52% d'entre eux présentaient un reflux à prédominance acide, la manométrie œsophagienne était strictement normale chez les trois quarts des patients.³ Les troubles moteurs sont donc relativement peu incriminés dans ce contexte et, quand ils apparaissent, sont plutôt mineurs et secondaires à l'œsophagite de reflux.^{3,7}

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DU RGO CHEZ LE SUJET OBÈSE

Comme chez le patient non obèse, le RGO se manifeste le plus souvent par des brûlures rétrosternales, régurgitations acides ou alimentaires, ou même des symptômes extradi-gestifs, tels que toux, exacerbation asthmatique et irritation sinusale et pharyngée. Des symptômes atypiques, tels que les douleurs, la dysphagie ou les douleurs thoraciques ou abdominales, doivent ouvrir un diagnostic différentiel large, afin de ne pas méconnaître d'autres pathologies fonctionnelles (achalasie), des complications du reflux (sténose peptique) ou des pathologies malignes (néoplasie œsophagienne ou gastrique). Sans oublier des pathologies cardiopulmonaires (par exemple: angor, asthme) qui pourraient occasionnellement mimer une symptomatologie de reflux atypique.

Il est primordial de rappeler qu'un nombre non négligeable de patients obèses sont oligo- ou asymptomatiques de leur RGO, alors qu'une œsophagite endoscopique est retrouvée chez 18% d'entre eux.^{3,15} Ainsi, une œsogastroduodénoscopie (OGD) doit être réalisée non seulement en présence de symptômes classiques, mais aussi en cas de clinique atypique ou anémie ferriprive asymptomatique.

Une fois la suspicion de RGO présente, la démarche diagnostique actuellement recommandée¹² et suivie dans notre institution inclut:

1. L'OGD permet d'identifier des lésions secondaires au reflux (œsophagite, métaplasie de Barrett, sténose peptique), une hernie hiatale, mais aussi d'exclure des pathologies plus sévères, comme un processus tumoral. Une exploration de l'estomac à la recherche d'une gastrite à *H. pylori* ainsi que de foyers de métaplasie doit être réalisée. Une attention particulière sera portée aux patients à fort IMC (super-obèses) ou avec un état respiratoire compromis (par exemple: apnées du sommeil). L'examen doit être réalisé par un opérateur expérimenté, dans une structure qui a les capacités adaptées (plateau technique et possibilité d'anesthésie générale).
2. La manométrie œsophagienne à haute résolution permet d'évaluer des troubles de la motilité œsophagienne et la pression du SIO. Cet examen est important surtout si une chirurgie de reflux classique (valve antireflux) est envisagée.
3. L'impédance pH-métrie sur 24 heures permet de confirmer la présence d'un reflux en corrélation avec les symptômes du patient et de le caractériser (acide ou alcalin). En cas d'impossibilité d'effectuer une pH-métrie sur 24 heures (par exemple, faible tolérance du patient), une pH-métrie par capsule Bravo peut être envisagée.

SPÉCIFICITÉS DU TRAITEMENT DU RGO CHEZ LE PATIENT OBÈSE

1. La chirurgie bariatrique est le traitement de choix.
2. Si la chirurgie bariatrique est contre-indiquée ou non réalisable, un traitement chirurgical antireflux classique peut être proposé.

Une fois le diagnostic de RGO posé chez un patient obèse, nous nous trouvons non pas face à une maladie, mais à deux. Il est important d'identifier l'obésité et toutes les comorbidités qui en découlent comme sources principales de morbidité chez ce patient (diabète, hypertension, dyslipidémie, apnées du sommeil, problèmes ostéo-articulaires, incontinence, état dépressif, isolement social, etc.). En effet, le succès thérapeutique du RGO dépend largement de la perte pondérale.¹⁶

Quel traitement sera alors proposé? Selon une enquête auprès des membres de la Société américaine de chirurgie gastro-intestinale et endoscopique (SAGES), le type de chirurgie proposé varie en fonction de l'IMC du patient. La quasi-totalité des chirurgiens proposeraient une chirurgie antireflux classique (fundoplicature) pour les patients avec IMC = 30 kg/m². En revanche, 58% proposeraient une fundoplicature et 42 une chirurgie bariatrique pour un IMC = 35 kg/m², et seulement 20% proposeraient une fundoplicature et 80 une chirurgie bariatrique pour un IMC = 40 kg/m².¹⁷

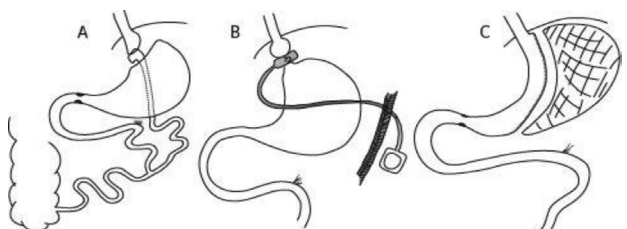
Chirurgie bariatrique, traitement de choix

Le bypass gastrique (BG) en Roux-en-Y (figure 1) limite le reflux acide grâce à la petite taille de l'estomac et le reflux biliaire par l'exclusion duodéno pancréatique lors du montage en Y. La sleeve gastrectomie (SG) diminue également la taille de l'estomac et donc la production d'acide, mais représente un système à haute pression qui favorise le reflux gastro-œsophagien au long cours.

Dans l'essai randomisé SM-BOSS, Peterli et coll. rapportent une nette supériorité du BG comparé à la SG sur le contrôle des symptômes de reflux: 3 ans après la chirurgie, 77,6% des patients après BG versus 61% après SG ont vu une rémission du RGO préexistant, alors que 2% versus 19,4% respectivement

FIG 1 Illustration des principales techniques de chirurgie bariatrique utilisées

Pour rappel, les interventions bariatriques les plus fréquemment pratiquées:
A. Bypass gastrique sur anse de Roux-en-Y; B. Cerclage gastrique;
C. Gastrectomie en manchon (sleeve gastrectomie).



(Adaptée de réf. 23).

ROUGEUR ET INFLAMMATION
DE LA PEAU¹

ECZÉMA
AIGU OU
CHRONIQUE¹

Dermatite
atopique¹

Prurit¹

Dermatose
allergique¹



visiblement
EFFICACE.¹⁻⁴

NOUVEAU
ET ADMIS PAR
LES CAISSES-
MALADIES^{5,6}

Pour la peau enflammée ainsi que pour
les maladies prurigineuses et allergiques
de la peau.

Sensicutan[®]
Levomenolum, Heparinum natricum

Références : 1. Information professionnelle Sensicutan[®]. www.swissmedicinfo.ch, consulté le 01.05.2020. 2. Arenberger P et al. Effect of topical heparin and levomenol on atopic dermatitis: a randomized four-arm, placebo-controlled, double-blind clinical study. JEADV 2011;25(6):688-694. 3. Arenberger P et al. Klinische Doppelblindstudie: Additive Wirkung von Heparin und Levomenol bei Neurodermitis. Aktuelle Dermatologie 2010;36(6):217-221. 4. Arenberger P et al. Evaluation of efficacy and safety of a cream with levomenol and heparin in patients with atopic eczema: Placebo-controlled clinical double blind study. Referates in Dermato-Venerology 2005;47(2). 5. Swissmedic Journal 03/2019. 6. OFSP Liste des spécialités. www.speziallaetenliste.ch, consulté le 01.05.2020.

Sensicutan[®] Crème

C : Lévoménol, héparine sodique dans une émulsion H/E. **I :** Affections cutanées inflammatoires, non infectieuses, fortement prurigineuses et allergiques p.ex. eczémas aigus et chroniques, dermatite atopique. **P :** >3 ans ; Appliquer 2x par jour. **CI :** Hypersensibilité à l'un des composants. **P :** Ne pas appliquer sur des plaies ni sur des muqueuses. **IA :** Aucune interaction connue. **G/A :** Selon l'avis du médecin. **EI :** Très rares ; Réactions d'hypersensibilité de la peau, réactions allergiques ou pseudo-allergiques. **E :** Tube 80 g*. **Cat. D.** Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo.ch.

* admis par les caisses-maladie V010320

Plus d'informations :

Biomed AG Überlandstrasse 199 8600 Dübendorf www.biomed.ch

© Biomed AG, 04/2020. All rights reserved.

Biomed[®]

ont présenté un RGO *de novo* ($p < 0,05$).⁶ Malgré des résultats pondéraux similaires (73,8% versus 70,9% de perte d'excès de IMC à 3 ans), l'effet bénéfique du BG semble clairement supérieur à la SG, et ce indépendamment de la perte pondérale associée, comme le confirme l'essai SLEEVEPASS, qui ne rapporte pas de RGO chez les patients après BG contrairement à la SG.¹⁸ Il existe donc des données solides dans la littérature en faveur du BG chez les patients obèses avec RGO^{6,18,19} et de plus en plus d'évidences sur l'effet délétère de la SG chez ces patients.

Des études récentes retrouvent des taux de RGO et œsophagite dans 57 à 79% des cas à long terme après SG, avec une métaplasie de Barrett chez 14 à 17% des patients.¹⁹⁻²¹ Même si des modifications techniques de la SG ont été proposées pour limiter le RGO (par exemple: Nissen Sleeve),²² le reflux pré-existant représente à l'heure actuelle une contre-indication absolue pour une SG dans notre centre, au vu du risque de RGO au long cours chez ces patients souvent jeunes.

Il est important de préciser que l'anneau gastrique, largement utilisé en chirurgie d'obésité dans les années 80-90, est associé à des taux importants de RGO invalidants et à des troubles sévères du péristaltisme œsophagien au long cours. Il ne doit donc pas figurer comme option thérapeutique, surtout en cas de RGO pré-existant.²³

Chirurgie antireflux classique chez le patient obèse

Que faire pour un patient obèse souffrant de RGO, si la chirurgie bariatrique n'est pas indiquée ou réalisable?

Un récent essai randomisé conclut à la supériorité de la chirurgie antireflux par rapport au traitement médical optimal du RGO dans la population générale, avec 67% respectivement 18% de succès de traitement à 1 an.²⁴ Même si une analyse spécifique des patients obèses n'est pas réalisée dans cette étude, il n'y a aucune raison de s'attendre à des différences majeures pour les IMC élevés. D'autant plus que la chirurgie antireflux classique ne semble pas être liée à des conversions en laparotomie ou à des complications chirurgicales plus fréquentes ou plus sévères chez les patients obèses.²⁵

En revanche, le risque de récurrence de RGO après fundoplicature augmente avec l'IMC du patient. Perez et coll. ont montré un taux de récurrences du RGO de 31% (pour les patients avec $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) versus 4,5% ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) 3 ans après fundoplicature selon Nissen ($p < 0,001$).²⁶ Une autre étude,

avec 10 ans de suivi postopératoire, relevait un $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ comme facteur de risque indépendant de l'échec du traitement chirurgical.²⁷ Dans deux récentes méta-analyses, les patients obèses ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) présentaient significativement plus de risque de récurrence de reflux après fundoplicature que les patients non obèses.^{25,28} Il faut néanmoins rester prudent dans l'interprétation de ces résultats, au vu de l'hétérogénéité des différentes séries (type de chirurgie antireflux proposé, correction ou non d'une hernie hiatale concomitante, évaluation objective ou subjective de la récurrence du RGO). Le mécanisme à l'origine des échecs de traitement n'est pas clairement élucidé à ce jour et semble être multifactoriel. En outre, une étude américaine décrit des taux élevés de lâchage de la valve par la pression intragastrique augmentée chez les patients obèses après chirurgie antireflux.²⁹

CONCLUSION

Un grand nombre de patients obèses souffrent de RGO parmi d'autres comorbidités liées à la surcharge pondérale. Les formes compliquées du RGO telles qu'une œsophagite ou une métaplasie de l'œsophage sont plus souvent rencontrées chez le patient obèse. Ainsi, une prise en charge proactive est nécessaire pour ces patients; la chirurgie bariatrique, notamment le BG, est le traitement optimal à la fois de l'obésité et du RGO, sauf dans les cas où elle est contre-indiquée. Une chirurgie antireflux classique par fundoplicature peut alors être raisonnablement proposée.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La physiopathologie du reflux gastro-œsophagien (RGO) est différente entre le patient obèse et la population générale
- La perte de poids est la pierre angulaire de la prise en charge du RGO chez le patient obèse
- Le bypass gastrique (BG) est le traitement chirurgical de choix du RGO chez le patient obèse
- La chirurgie classique antireflux (fundoplicature) doit être proposée lorsque le BG est contre-indiqué
- Il est important de dépister la présence d'un RGO avant une chirurgie bariatrique pour orienter le patient vers un BG plutôt qu'une sleeve gastrectomie, au vu du risque de récurrence

1 OFSP Office fédéral de la santé publique suisse. Surpoids et obésité [En ligne]. [cité 5 avril 2020]. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/uebergewicht-und-adipositas.html

2 Prachand VN, Ward M, Alverdy JC. Duodenal switch provides superior resolution of metabolic comorbidities independent of weight loss in the super-obese (BMI > or = 50 kg/m²) compared with gastric bypass. *J Gastrointest Surg* 2010;14:211-20.

3 *Suter M, Dorta G, Giusti V,

Calmes JM. Gastro-esophageal reflux and esophageal motility disorders in morbidly obese patients. *Obes Surg* 2004;14:959-66.

4 Chang P, Friedenberg F. Obesity and GERD. *Gastroenterol Clin North Am* 2014;43:161-73.

5 Friedenberg FK, Xanthopoulos M, Foster GD, Richter JE. The association between gastroesophageal reflux disease and obesity. *Am J Gastroenterol* 2008;103:2111-22.

6 **Peterli R, Wölnerhanssen BK, Peters T, et al. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic

Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss in Patients With Morbid Obesity: The SM-BOSS Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018;319:255-65.

7 Herbella FA, Sweet MP, Tedesco P, Nipomnick I, Patti MG. Gastroesophageal reflux disease and obesity. *Pathophysiology and implications for treatment. J Gastrointest Surg* 2007;11:286-90.

8 Fischella PM, Patti MG. Gastroesophageal reflux disease and morbid obesity: is there a relation? *World J Surg* 2009;33:2034-8.

9 Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for

gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann Intern Med* 2005;143:199-211.

10 *Festi D, Scialoi E, Baldi F, et al. Body weight, lifestyle, dietary habits and gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 2009;15:1690-701.

11 El-Serag HB, Satia JA, Rabeneck L. Dietary intake and the risk of gastro-oesophageal reflux disease: a cross sectional study in volunteers. *Gut* 2005;54:11-7.

12 **Bredenoord AJ, Pandolfino JE, Smout AJ. Gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 2013;38:1933-42.

- 13 Nadaletto BF, Herbella FA, Patti MG. Gastroesophageal reflux disease in the obese: Pathophysiology and treatment. *Surgery* 2016;159:475-86.
- 14 Herbella FA, Patti MG. Gastroesophageal reflux disease: From pathophysiology to treatment. *World J Gastroenterol* 2010;16:3745-49.
- 15 Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut* 2018;67:430-40.
- 16 Frezza EE, Ikramuddin S, Gourash W, et al. Symptomatic improvement in gastroesophageal reflux disease (GERD) following laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Endosc* 2002;1:1027-31.
- 17 Pagé MP, Kastenmeier A, Goldblatt M, et al. Medically refractory gastroesophageal reflux disease in the obese: what is the best surgical approach? *Surg Endosc* 2014;28:1500-4.
- 18 *Salminen P, Helmiö M, Ovaska J, et al. Effect of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy vs Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass on Weight Loss at 5 Years Among Patients with Morbid Obesity: The SLEEVEPASS Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018;319:241-54.
- 19 Felsenreich DM, Kefurt R, Schermann M, et al. Reflux, Sleeve Dilation, and Barrett's Esophagus after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: Long-Term Follow-Up. *Obes Surg* 2017;27:3092-101.
- 20 **Felsenreich DM, Ladinig LM, Beckerhinn P, et al. Update: 10 Years of Sleeve Gastrectomy-the First 103 Patients. *Obes Surg* 2018;28:3586-94.
- 21 Genco A, Soricelli E, Casella G, et al. Gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus after laparoscopic sleeve gastrectomy: a possible, underestimated long-term complication. *Surg Obes Relat Dis* 2017;13:568-74.
- 22 Amor IB, Casanova V, Vanbiervliet G, et al. The Nissen-Sleeve (N-Sleeve): Results of a Cohort Study [published online ahead of print, 2020 Feb 14]. *Obes Surg* 2020;10.1007/s11695-020-04469-5.
- 23 Mantziari S, Duvoisin C, Demartines N, Favre L, Suter M. Résultats à long terme (≥ 10 ans) après chirurgie bariatrique : revue de la littérature. *Rev Med Suisse*. 2018;14:636-40.
- 24 **Spechler SJ, Hunter JG, Jones KM, et al. Randomized Trial of Medical versus Surgical Treatment for Refractory Heartburn. *N Engl J Med* 2019;381:1513-23.
- 25 Abdelrahman T, Latif A, Chan DS, et al. Outcomes after laparoscopic anti-reflux surgery related to obesity: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* 2018;51:76-82.
- 26 Perez AR, Moncure AC, Rattner DW. Obesity adversely affects the outcome of antireflux operations. *Surg Endosc* 2001;15:986-9.
- 27 *Morgenthal CB, Lin E, Shane MD, Hunter JG, Smith CD. Who will fail laparoscopic Nissen fundoplication? Preoperative prediction of long-term outcomes. *Surg Endosc* 2007;21:1978-84.
- 28 *Bashir Y, Chonchubhair HN, Duggan SN, et al. Systematic review and meta-analysis on the effect of obesity on recurrence after laparoscopic anti-reflux surgery. *Surgeon* 2019;17:107-18.
- 29 Kellogg TA, Andrade R, Maddaus M, et al. Anatomic findings and outcomes after antireflux procedures in morbidly obese patients undergoing laparoscopic conversion to Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2007;3:52-9.

* à lire

** à lire absolument