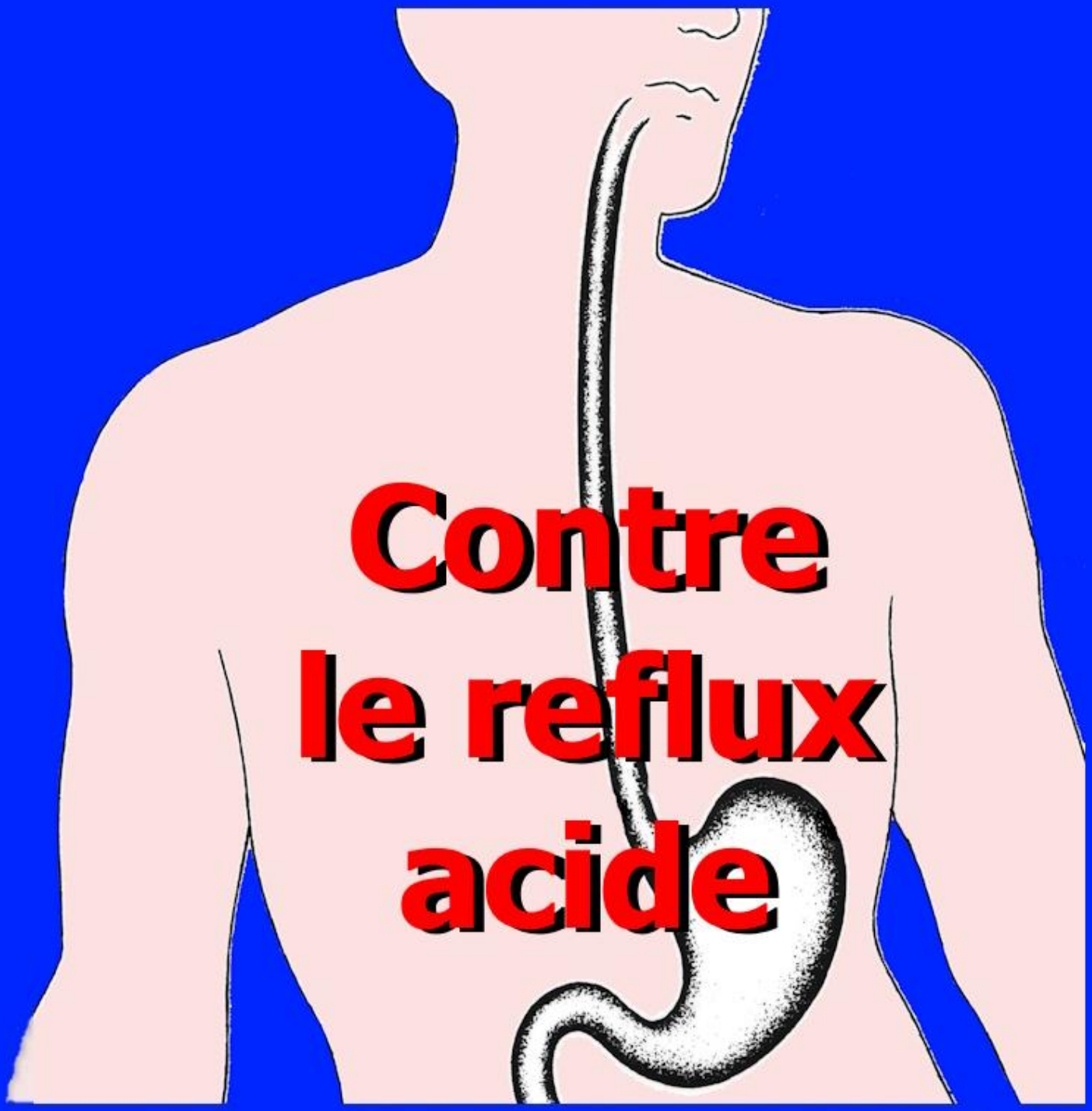


Contre le reflux acide

l'essentiel

par Chris Robinson

Ce livre est une traduction des parties essentielles de l'encyclopédie en ligne « Down With Acid », disponible sur www.DownWithAcid.org.uk.

Avertissement

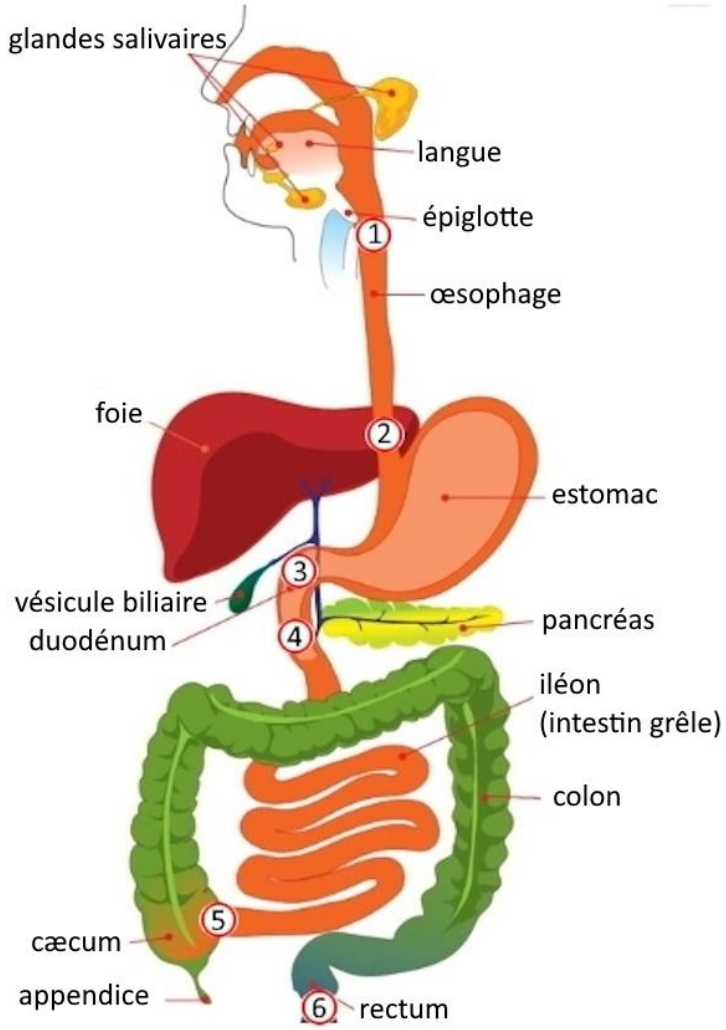
Le contenu de ce livre s'adresse aux patients et aux professionnels de santé et est fourni à titre informatif uniquement. En cas de problème de santé ou de suspicion de problème de santé, il est conseillé de consulter un médecin. Les informations contenues dans ce livre ne sauraient en aucun cas remplacer un diagnostic ou un avis médical.

Contenu

Histoire de la digestion	1
Comment l'estomac produit-il des acides	5
Réduire la production d'acide	6
Antiacides et alginates	7
Bloqueurs H2 et Inhibiteurs de la Pompe à Protons	8
Mauvaises associations	9
IPP et protection contre le cancer.	11
Inhibiteurs d'acides compétitifs du potassium (BCAP)	12
Reflux acide	13
Hernie haitale	14
Reflux extra-œsophagien	15
Prévalence des symptômes	17
Réduire le reflux	19
Techniques de réduction du reflux	20
Œsophagite	22
Endobrachyoesophage	23
Tests et diagnostics	26
Endoscopy	27
Cytosponge	28
Manométrie pH sur 24 heures, Bravo 48 heures	29
Cancer de l'œsophage	30
Ablation, EMR, RFA	33
Œsophagectomie	34
Difficultés à avaler	35
Exercices de déglutition	36
Gastrite et ulcération	37
Anxiété	38
Index	40

La digestion en détail

Le système gastro-intestinal:



Légende

1 sphincter œsophagien supérieur

2 sphincter œsophagien inférieur

3 sphincter pylorique

4 sphincter d'Oddi

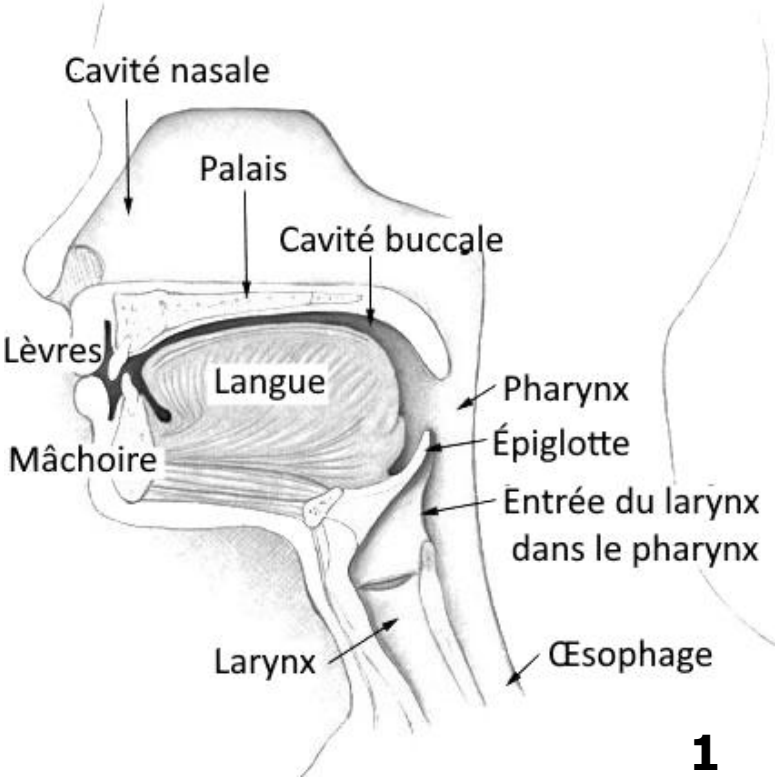
5 sphincter iléocæcal

6 sphincters anal

Partie 1:

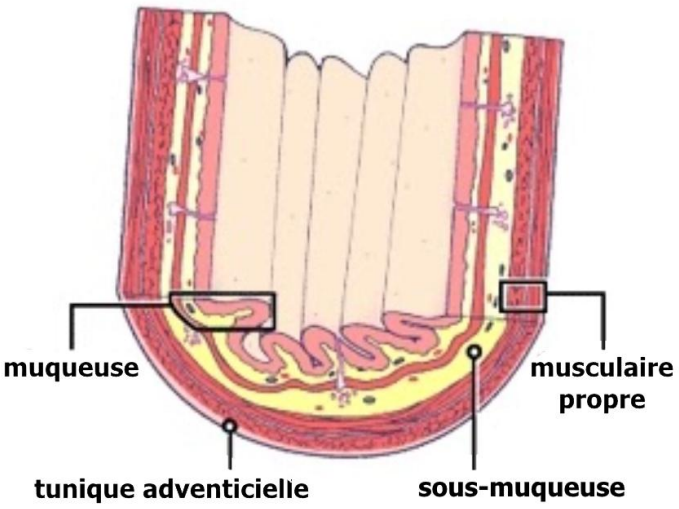
Nous mâchons les aliments et les mélangeons avec la salive, puis le bol alimentaire passe par le pharynx et le sphincter œsophagien supérieur pour atteindre l'œsophage.

La quantité d'amylase, enzyme contenue dans la salive et qui permet de décomposer les amidons, est stimulée par la durée de la mastication.

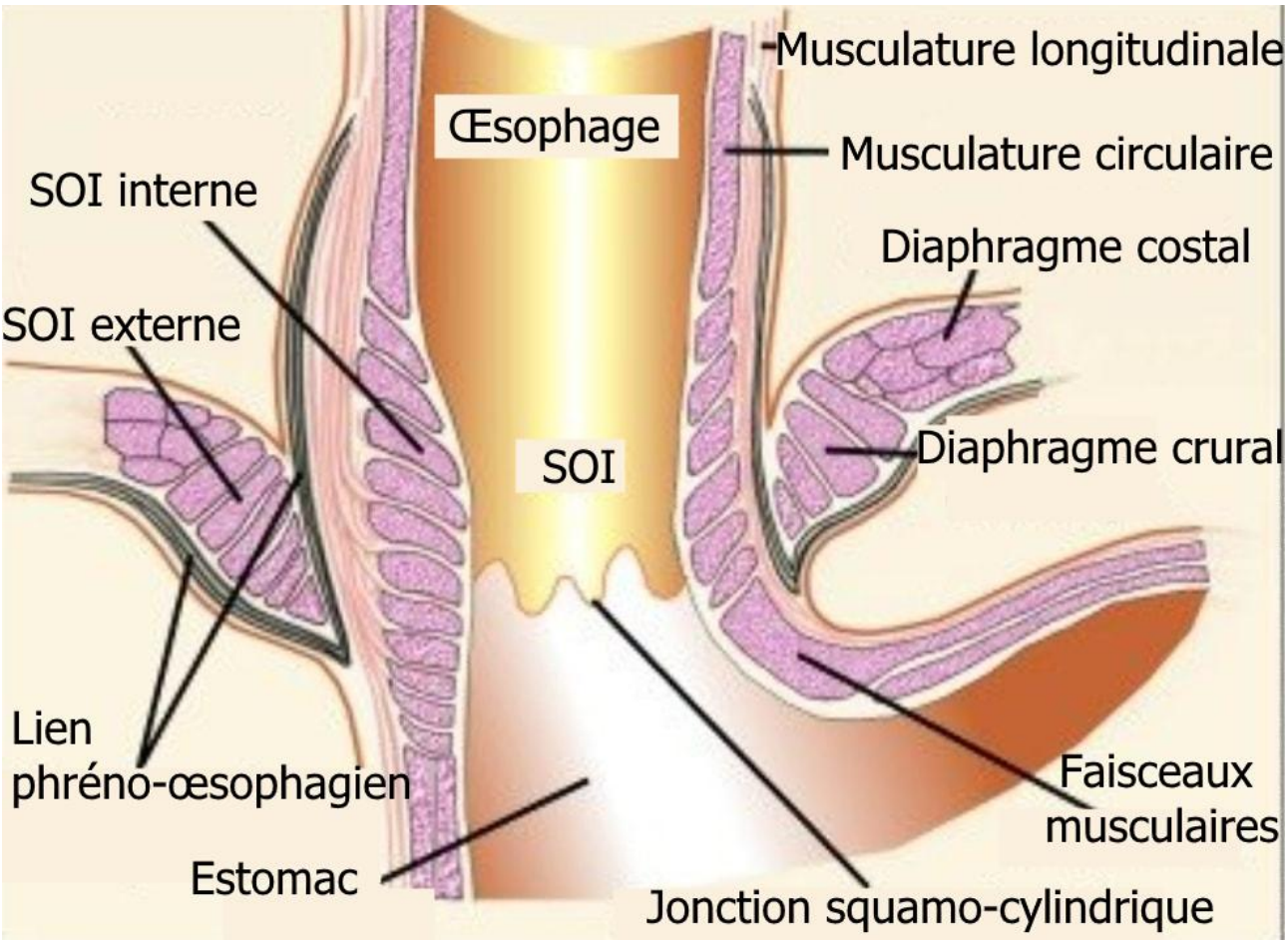


Partie 2 : Le bol alimentaire descend le long de l'œsophage grâce à la contraction des muscles, un processus appelé péristaltisme.

Les muscles situés au-dessus du bol alimentaire se contractent tandis que ceux situés en dessous se relâchent, ce qui contribue à propulser les aliments le long de l'œsophage.

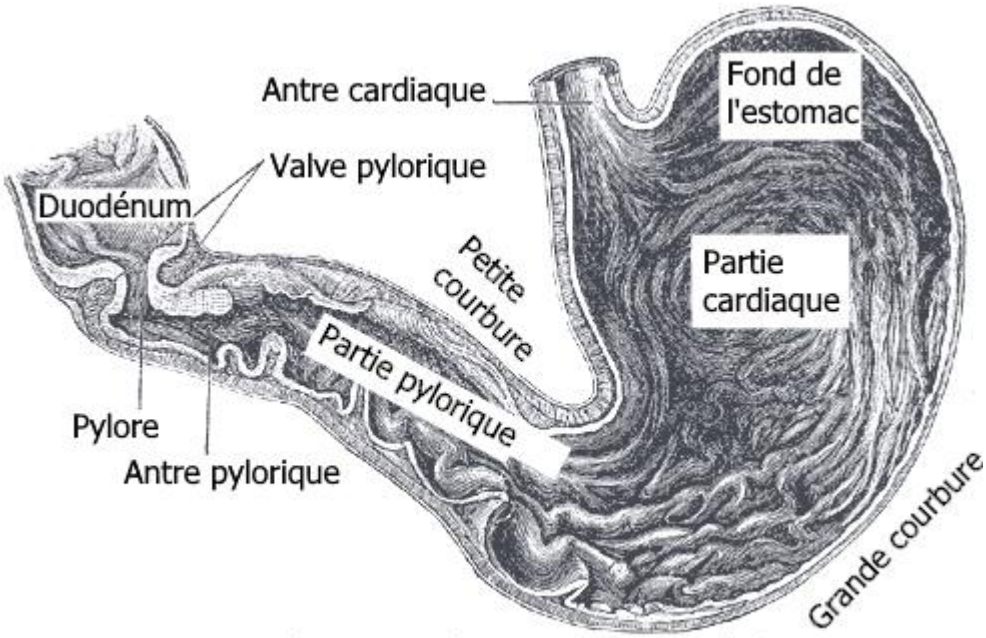


au sphincter œsophagien inférieur (SOI), qui se relâche pour permettre au bol alimentaire d'entrer dans l'estomac.



C'est ce sphincter dont on parle généralement lorsqu'on évoque le reflux acide ou le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Partie 3 : Dans l'estomac, le bol alimentaire est mélangé à un acide fort et à de la pepsine (une enzyme) afin d'être transformé en un liquide épais, le chyme, qui passe ensuite à travers le sphincter pylorique pour rejoindre le duodénum et l'intestin grêle, où se déroulent les principaux processus de digestion et d'absorption des nutriments. La durée de séjour des aliments

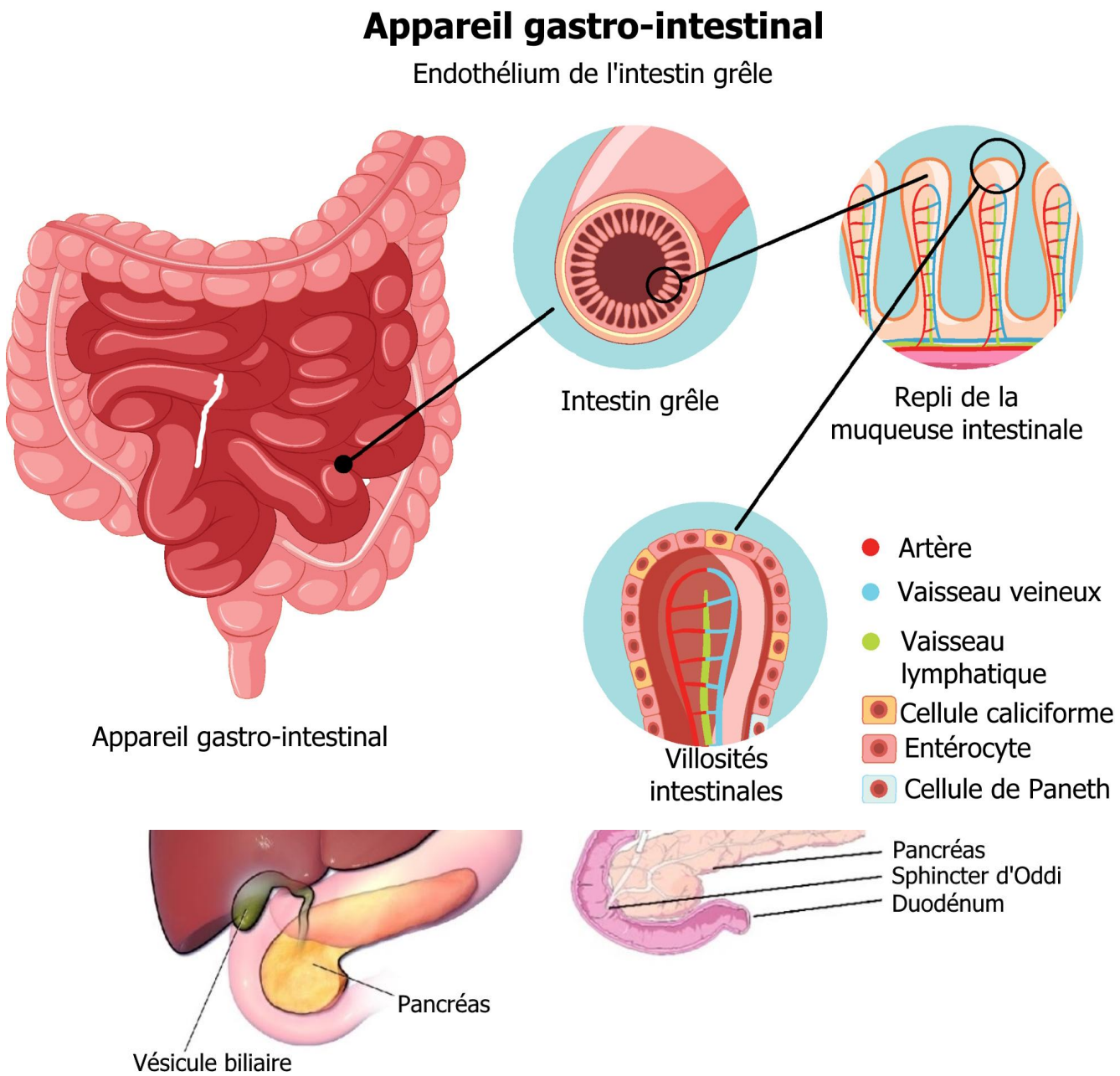


Estomac avec sphincter pylorique (pylore) à droite.

dans l'estomac peut atteindre 4 heures, selon leur consistance.

Partie 4 : Dans le duodénum, les enzymes digestives produites par le pancréas, notamment l'amylase qui permet de décomposer les glucides et la protéase qui décompose les protéines, ainsi que la bile stockée dans la vésicule biliaire, pénètrent dans le système digestif par le sphincter d'Oddi, marquant ainsi le début de la digestion proprement dite. La bile contribue à la décomposition des graisses, agissant comme un agent nettoyant (car l'acide ne dissout pas les graisses), et neutralise l'excès d'acide grâce au

bicarbonate de sodium, lui aussi produit par le pancréas.
Il pénètre ensuite dans les intestins, dont la paroi est recouverte de millions de villosités, de petites protubérances microscopiques en forme de poils, où les nutriments sont transférés aux petits vaisseaux sanguins qu'elles contiennent, pour être ensuite acheminés vers les reins et le foie afin d'être filtrés et distribués aux différentes parties du corps qui en ont besoin.

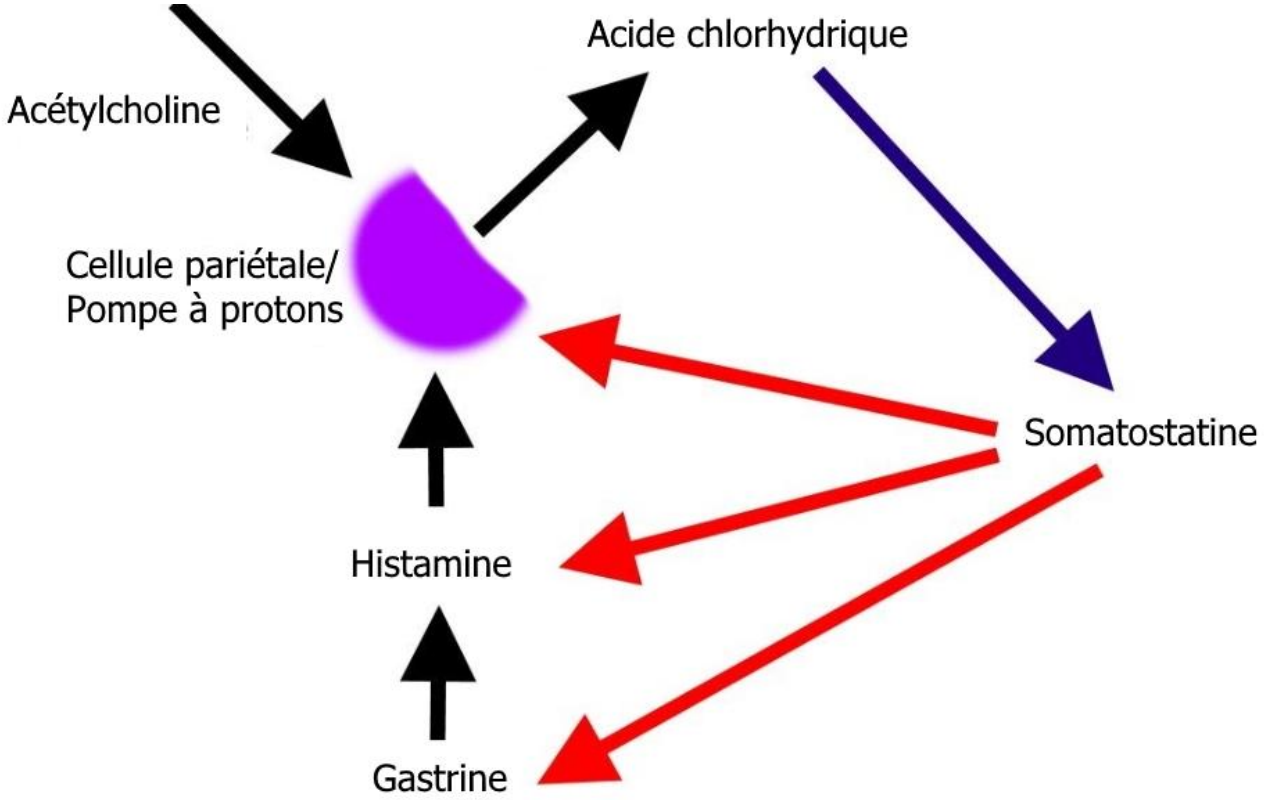


Le chyme peut mettre jusqu'à 4 heures pour traverser l'intestin grêle.
Partie 5 : Le sphincter iléocæcal marque la fin du passage des nutriments dans le sang et le début de l'absorption des déchets sanguins, qui s'ajoutent aux résidus alimentaires non digérés qui continuent leur chemin dans l'intestin.

Partie 6 : Les déchets s'accumulent et restent stockés jusqu'à ce que nous soyons prêts à les évacuer par les sphincters anales.

Acide

L'estomac est tapissé de cellules pariétales.
En réponse à la vue, à l'odorat, au goût ou à la pensée d'aliments, le cerveau envoie des signaux pour activer la production d'acide, impliquant le neurotransmetteur acétylcholine. Ces derniers transforment les cellules en pompes à protons, libérant des ions hydrogène et produisant de l'acide chlorhydrique.
Lorsque les aliments pénètrent dans l'estomac, l'hormone gastrine est libérée grâce à l'étirement de l'estomac et aux peptides et acides aminés contenus dans les aliments. La gastrine déclenche à son tour la libération d'histamine qui, captée par les récepteurs H2 des cellules pariétales, stimule également la production d'acide.



La somatostatine agit en inhibant la production d'acide afin de maintenir un équilibre acide-base optimal, en agissant directement sur les pompes à protons ainsi que sur la production de gastrine et d'histamine.

Chez la plupart des personnes souffrant de reflux acide, le problème ne réside pas dans la quantité d'acide produite, mais plutôt dans le fait que cet acide remonte vers une zone non protégée.

Le reflux acide n'est donc pas dû à une acidité excessive, mais à un sphincter œsophagien inférieur affaibli.

Réduire la production d'acide

Le reflux acide de l'estomac vers l'œsophage se produit lorsque le sphincter œsophagien inférieur est dysfonctionnel. Cet acide brûle les parois de l'œsophage, provoquant une inflammation (œsophagite) qui est à l'origine des brûlures d'estomac.
Une fois l'œsophagite présente, certains aliments peuvent aggraver l'inflammation. Ce sont les aliments déclencheurs, qui varient d'une personne à l'autre, mais comprennent généralement les boissons acides et les aliments épicés.
Soulager les brûlures d'estomac :
Les **antiacides** simples neutralisent l'acide dans l'œsophage et apportent un soulagement rapide, mais ce n'est qu'une solution temporaire, comme un simple pansement sur une plaie qui nécessite des points de suture. Une solution durable nécessite la guérison de l'œsophagite.
Note : Les antiacides neutralisent l'acide dans l'œsophage, et *non* dans l'estomac !

Pour favoriser la guérison de l'œsophagite :
• Évitez les aliments qui aggravent vos symptômes.
• Prenez un médicament inhibiteur de l'acidité : un **inhibiteur H2** comme la famotidine, un inhibiteur de la pompe à protons (**IPP**) comme l'oméprazole ou un bloqueur d'acide compétitif au potassium (**IPCA**) comme le vonoprazan.
Note : Ces médicaments sont puissants et doivent être pris strictement selon les instructions de la notice et pendant une durée maximale de deux semaines sans avis médical. Ils ne sont pas dangereux en soi, mais ils peuvent masquer les symptômes d'un cancer de l'œsophage. Ces médicaments ne réduisent pas le reflux, ils atténuent simplement ses effets néfastes.
• Réduisez le reflux grâce à des modifications de votre mode de vie.

Antiacides et inhibiteurs de sécrétion acide

Antiacides

Ils agissent immédiatement sur l'excès d'acide dans l'œsophage. Ils ne préviennent pas le reflux acide.
Ce sont des médicaments qui neutralisent l'acide. Ils sont généralement composés de :
1. Craie (carbonate de calcium). Exemples : Tums ou Rennie. La réaction chimique est la suivante :
$CaCO_3 + 2HCl \rightarrow CaCl_2 + H_2O + CO_2$
(Carbonate de calcium + acide chlorhydrique donne chlorure de calcium (sel inoffensif) plus eau et dioxyde de carbone).
Attention : L'excès de calcium est filtré par les reins et peut s'y accumuler, formant des calculs rénaux. Un excès de calcium peut également entraîner la calcification des artères, ce qui peut provoquer un infarctus du myocarde.
2. Bicarbonate de sodium (bicarbonate de soude). Exemple : Alka-Seltzer.
$NaHCO_3 + HCl \rightarrow NaCl + H_2O + CO_2$
(Bicarbonate de sodium + acide chlorhydrique (acide gastrique) donne chlorure de sodium (sel de table) plus eau et dioxyde de carbone).
Attention : Une consommation excessive de sodium peut entraîner une hypertension artérielle, des maladies cardiaques et un accident vasculaire cérébral.

Alginates

Gaviscon est un liquide blanc et opaque qui flotte à la surface du contenu gastrique, comme l'huile sur l'eau, réduisant ainsi le risque de reflux. Il forme également un film protecteur temporaire sur la partie inférieure de l'œsophage et neutralise l'acide grâce à un composant antiacide. (Des versions génériques existent, comme Peptac.)

Inhibiteurs de l'acidité

Contrairement aux anti-acides, ces médicaments ne neutralisent pas l'acide déjà présent dans l'estomac, mais empêchent sa production.
Ils sont plus efficaces lorsqu'ils sont pris avant que l'estomac ne produise de l'acide. Environ 30 minutes avant le petit-déjeuner est le moment idéal.
Ils préviennent efficacement le reflux acide.

Bloqueurs H2 (ou antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine)

Exemples : ranitidine (Zantac), famotidine, cimétidine.
Ces médicaments bloquent les récepteurs H2 qui reçoivent les signaux d'histamine incitant l'estomac à produire de l'acide. Ils agissent donc de manière préventive en empêchant ces signaux d'atteindre les cellules pariétales et ainsi en réduisant la production d'acide.
Ils ne constituent pas un traitement immédiat contre l'acidité et sont souvent prescrits en soirée pour réduire l'acidité nocturne.
Ils sont généralement efficaces pendant 12 heures.
En 2019, certains lots de Zantac ont été trouvés contenant une concentration de NDMA supérieure à la normale. Bien qu'aucune preuve ne le confirme, le NDMA (N-nitrosodiméthylamine) est soupçonné d'être cancérigène. La ranitidine a été retirée du marché. Cependant, les concentrations de NDMA trouvées étaient similaires à celles présentes dans la viande grillée. Des investigations ultérieures ont révélé que les échantillons avaient été contaminés par un mauvais stockage.

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Exemples : oméprazole, lansoprazole, pantoprazole, éso-méprazole (Nexium) – Des études ont montré que tous les IPP sont aussi efficaces les uns que les autres à dose équivalente. (20 mg d'oméprazole = 30 mg de lansoprazole = 40 mg de pantoprazole = 20 mg d'éso-méprazole.)

Effets secondaires

Les effets secondaires sont rares, mais les plus fréquents sont les maux de tête, la diarrhée et la constipation.
En cas d'effets secondaires, il est généralement possible de les atténuer en changeant de médicament.

Associations

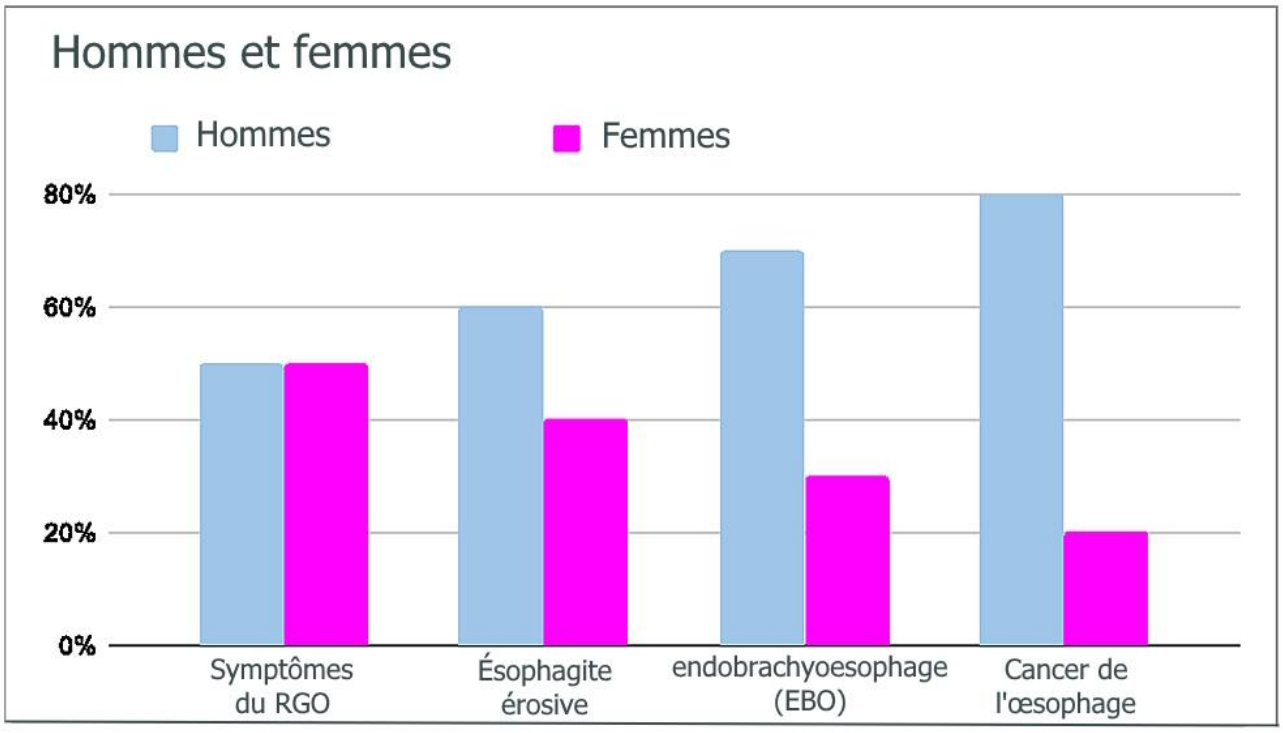
Certains prétendent que les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont associés à des effets secondaires plus graves, mais il a été démontré que les IPP n'en sont pas la cause.
Ces allégations alarmistes ont été diffusées par les médias sensationnalistes et certains avocats mais une corrélation ne prouve pas un lien de causalité. Il s'agit simplement d'une confusion conceptuelle.
Les idées reçues les plus répandues sont décrites ci-dessous :

Les risques cardiovasculaires sont principalement causés par le surpoids, qui peut également favoriser le reflux acide, d'où l'utilisation des IPP.
Un article de l'American Journal of Gastroenterology n'a établi aucun lien entre la prise d'IPP et le risque d'événements cardiovasculaires. La méta-analyse des événements contrôlés randomisés a inclus les données de 52 essais contrôlés par placebo, portant sur 14 988 patients. Les chercheurs ont constaté que « les effets cardiovasculaires étaient rares dans les essais randomisés sur les IPP ».

La démence est liée au vieillissement. Avec l'âge, le tonus musculaire diminue, ce qui peut entraîner un reflux acide plus marqué, d'où une plus grande probabilité de prendre des IPP.
Une étude intitulée « Association of Proton Pump Inhibitor use with Incident Dementia and Cognitive Decline in Older Adults » a conclu : « Chez les adultes ≥ 65 ans, l'utilisation d'IPP et des bloqueuers H2 n'était pas associée à une démence incidente, à une CIND ou à un déclin cognitif au fil du temps. Ces données rassurent quant à la sécurité de l'utilisation à long terme des IPP chez les personnes âgées. »

Les maladies rénales peuvent avoir des causes similaires et entraîner des symptômes de reflux acide, incitant à utiliser des IPP.
« Le lien de causalité entre l'utilisation d'IPP et l'augmentation de la mortalité et du risque de maladie peut être remis en question, car la plupart des études sont observationnelles. Des variables confondantes peuvent grandement influencer une étude observationnelle et expliquer les nombreuses associations avec l'utilisation d'IPP. Les patients sous IPP sont généralement plus âgés, obèses, plus malades, présentent un nombre de morbidités initiales plus élevé et prennent davantage de médicaments que les patients non-utilisateurs d'IPP. Ces résultats suggèrent que les utilisateurs d'IPP présentent un risque plus élevé de mortalité et de complications en raison de pathologies préexistantes. »

L'ostéoporose survient le plus souvent chez les femmes à la ménopause, lorsque le taux d'œstrogènes chute. Cette hormone protège les os, mais aussi contre les reflux acides qui surviennent pendant la grossesse. Avec cette baisse, les femmes commencent à ressentir des brûlures d'estomac et commencent à prendre des IPP, tout en subissant une perte osseuse. Une étude intitulée « Les œstrogènes sont-ils une malédiction ou un bienfait déguisé ?» a révélé que « les œstrogènes peuvent être utilisés pour protéger la muqueuse des lésions induites par le RGO et de ses complications,



comme la métaplasie et le cancer. »

IPP et protection contre le cancer.

Des recherches démontrent que les IPP ont un effet chimioprotecteur. L'une d'elles suggère que « l'utilisation d'IPP était associée à une réduction de 71 % du risque d'ACO ».

Une autre étude a constaté que « les IPP étaient associés à une diminution de 41 % du risque de progression de l'œsophage de Barrett vers l'ACO après ajustement sur plusieurs facteurs de confusion ».

L'essai AspECT (Aspirin + Esomeprazole Cancer Protection Trial) a révélé que « les personnes ayant pris cette association pendant au moins sept ans présentaient un risque 20 % inférieur de développer un cancer de l'œsophage que celles qui n'avaient pas été traitées ».

Une autre étude a également révélé que « le pantoprazole, un inhibiteur de la pompe à protons, perturbe les systèmes de dégradation des protéines et sensibilise les cellules cancéreuses à la mort sous divers stress », en examinant le mécanisme possible de ce phénomène.

Les IPP ont également démontré un possible effet chimioprotecteur sur d'autres cancers.

Des études de recherche fondamentale… suggèrent que **les IPP pourraient même avoir un effet protecteur contre les cancers colorectaux**. Une étude cas-témoins imbriquée portant sur 23 millions de personnes a révélé que l'utilisation d'IPP était significativement associée à **une réduction du risque de cancer du sein et de l'ovaire**, et que l'exposition aux IPP était associée à une diminution significative des risques de cancer **du col de l'utérus et de l'endomètre**.

Inhibiteurs d'acides compétitifs du potassium (IPCA)

Exemples : Vonoprazan, Tegoprazan.
Ils constituent le dernier type d'antiacides, et de nombreux praticiens affirment qu'ils pourraient être supérieurs aux IPP, car ils ne nécessitent pas d'environnement acide pour les activer : « Il peut être pris en dehors des repas grâce à son absorption rapide. Le Vonoprazan s'accumule dans les cellules pariétales en milieu acide comme neutre. Son activation ne nécessite pas d'environnement acide.»
« Dans ce domaine en pleine évolution, de nouveaux médicaments tels que les inhibiteurs d'acides compétitifs du potassium (IPCA) présentent un potentiel prometteur.»
« L'efficacité du vonoprazan était comparable à celle des IPP pour le traitement des ulcères gastroduodénaux après dissection muqueuse endoscopique. »

Plusieurs études ont comparé l'efficacité des antiacides PCAB à celle des IPP, la conclusion la plus fréquente étant leur non-infériorité par rapport aux IPP.

D'après la mise à jour des pratiques cliniques de l'AGA : « Les antiacides IPCA peuvent aider en cas d'échec du traitement par IPP. » : « Les cliniciens ne devraient généralement pas utiliser les antiacides compétitifs du potassium (IPCA) en traitement de première intention des affections liées à l'acidité, du reflux gastro-œsophagien (RGO) non érosif ou de l'ulcère gastroduodénal.» Cependant, les ACP-P sont recommandés à la place des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez la plupart des patients atteints d'*Helicobacter pylori* et d'autres affections chez lesquelles les patients n'ont pas répondu aux IPP. »

Il reste à déterminer si les antiacides PCAB présentent un effet chimioprotecteur similaire à celui des IPP.

Thank You for previewing this eBook

You can read the full version of this eBook in different formats:

- HTML (Free /Available to everyone)
- PDF / TXT (Available to V.I.P. members. Free Standard members can access up to 5 PDF/TXT eBooks per month each month)
- Epub & Mobipocket (Exclusive to V.I.P. members)

To download this full book, simply select the format you desire below

Free-Ebooks.net