

pH-métrie oesophagienne chez l'adulte 2000**PROMOTEUR**

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

COMITE D'ORGANISATION

MA Bigard, *Président*, hépato-gastroentérologie, Nancy
 JF Bretagne, maladies de l'appareil digestif, Rennes
 R Jian, hépato-gastroentérologie, Paris
 M Mignon, gastroentérologie, Paris
 JC Rambaud, gastroentérologie, Paris

GROUPE DE TRAVAIL

S Bruley des Varannes, *Président*, maladies de l'appareil digestif, Nantes
 L Picon, *Chargé de projet*, hépato-gastroentérologie, Tours
 P Denis, physiologie digestive & urinaire, Rouen
 F Druart, gastroentérologie, Tarbes
 P Ducrotté, polyclinique, Rouen
 B Dupin Nizard, libéral, Marseille
 F Guillemot, maladies de l'appareil digestif & nutrition, Lille
 Y Ottignon, libéral, Besançon
 JC Pfeiffer, libéral, Colmar
 A Ropert, explorations fonctionnelles digestives, Rennes
 J Simon, libéral, Nantes
 T Vallot, hépato-gastroentérologie, Paris

GROUPE DE LECTURE

JA Bargiacchi, libéral, Toulouse
 I Berkelmans, gastroentérologie, Le Havre
 G Bommelaer, hépato-gastroentérologie, Clermont Ferrand
 G Cadiot, hépato-gastroentérologie, Reims
 JP Caucanas, libéral, Toulouse
 D Dehesdin, O R L, Rouen
 E Dorval, gastroentérologie, Tours
 MC Elie-Legrand, libéral, Bolbec
 O Farret, explorations fonctionnelles - pathologie digestive, Saint Mandé
 R Jian, hépato-gastroentérologie, Paris
 H Jouin, médecine Interne – gastroentérologie, Saint Avold
 C Le Loet, allergologue, Rouen
 F Mayer, libéral, Strasbourg
 C Meyer, chirurgie digestive, Strasbourg
 B Millat, chirurgie viscérale, Montpellier
 JP Monassier, cardiologie, Mulhouse
 C Monteil, pneumologie, Toulouse
 O Nouel, hépato-gastroentérologie, Saint Brieuc
 JP Olives, gastro-pédiatrie, Toulouse
 EA Pariente, gastroentérologie, Pau
 H Pflieger, gastro-pédiatrie, Strasbourg Neudorf
 P Ponsot, gastroentérologie, Clichy
 R Robert, libéral, Bergheim
 A Sauvanet, chirurgie digestive, Clichy
 JY-O Touchais, gastroentérologie, Rouen
 F Zerbib, maladies de l'appareil digestif, Bordeaux

Conclusions et Recommandations du Groupe de Travail**QUESTION 1 : Quels sont les pré-requis qui permettent une mesure correcte du pH oesophagien ?**

Le groupe de travail recommande une formation préalable des opérateurs dans un centre

expérimenté. Il existe un accord professionnel fort pour les exigences techniques suivantes : mesure de pH toutes les 8 s, temps de réponse de l'électrode de l'ordre de la seconde, réponse linéaire et stabilité de l'électrode sur un enregistrement de 24 h, présence d'un marqueur d'événement pour repérer repas, changements de position et symptômes survenant durant l'enregistrement. En pratique, le choix peut se faire, sans conséquence significative sur la qualité de l'enregistrement, entre une électrode à antimoine et une électrode de verre. Lorsque leur fiabilité aura été établie, le groupe de travail recommande l'utilisation d'électrodes à usage unique.

Le groupe de travail a jugé la calibration de l'électrode de mesure impérative avant chaque enregistrement, et souhaitable à la fin d'un enregistrement de 24 h. Il existe un niveau de preuve suffisant pour recommander de placer l'électrode 5 cm au-dessus de la limite supérieure du sphincter inférieur de l'oesophage, celle-ci étant idéalement repérée par une manométrie ; en l'absence de manométrie préalable, il existe un accord professionnel pour estimer que la recherche de la zone de transition de pH au retrait de l'électrode est une alternative acceptable.

QUESTION 2 : Dans quelles conditions doit-on mesurer l'acidification de l'oesophage ?

Il existe un accord professionnel fort pour recommander de réaliser l'enregistrement pHmétrique oesophagien sur une durée de 24 h, autant que possible dans des conditions ambulatoires non standardisées. Cette durée d'enregistrement est indispensable notamment pour la prise en compte de symptômes à prédominance nocturne, pour la recherche d'une corrélation reflux-symptômes, et lorsque les symptômes persistent sous traitement.

En dehors de l'évaluation d'une efficacité thérapeutique, il existe un niveau de preuve élevé pour recommander que les traitements susceptibles de modifier la motricité oesophagienne et la sécrétion acide gastrique soient interrompus dans un délai adapté à leur pharmacodynamie. Le groupe de travail, en accord avec les attitudes adoptées dans la littérature, recommande un délai de 8 jours pour les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), de 48 h pour les antagonistes des récepteurs H₂, et de 12 h pour les prokinétiques et les antiacides.

QUESTION 3 : Quels sont les principes à respecter pour le nettoyage et la désinfection des électrodes ?

Les systèmes de mesure du pH sont des dispositifs médicaux, et sont donc soumis aux exigences essentielles de santé et de sécurité qui leur sont applicables (décret n° 95-292 du 16 mars 1995).

Comme pour les endoscopes digestifs, la procédure de désinfection des électrodes est utilisée en remplacement des procédures de stérilisation rendues impossibles du fait des caractéristiques des sondes de mesure.

Compte tenu du type d'examen réalisé, le niveau de désinfection requis peut être assimilé à celui des endoscopes selon des procédures décrites dans la circulaire ministérielle DGS/DH n° 236 du 2 avril 1996 qui, outre la description des procédures de désinfection, recommande la tenue d'un cahier pour la traçabilité.

Dans le cas de patients suspects d'infection à prion la sonde de mesure devra être détruite.

Le groupe de travail recommande de noter les procédures de désinfection utilisées sur le compte-rendu d'examen.

QUESTION 4 : Quels paramètres utiliser pour caractériser ou quantifier le reflux gastro-oesophagien acide de l'oesophage ? Comment analyser les relations temporelles entre les épisodes de reflux et la survenue de symptômes ?

Toute interprétation d'un enregistrement pHmétrique doit avant tout s'assurer visuellement de la bonne qualité de l'enregistrement (rupture de contact, enregistrement gastrique...). Il existe un accord professionnel fort pour définir un épisode de reflux par une chute du pH au-dessous de 4 pendant une durée minimale de 10 s.

Un niveau de preuve élevé fait recommander une interprétation à la fois quantitative et qualitative de la pHmétrie œsophagienne.

Il existe un niveau de preuve suffisant pour considérer que l'exposition œsophagienne à l'acide, exprimée par le pourcentage de temps total passé sous pH 4, constitue la variable la plus sensible et la plus spécifique sur 24 h, et représente le critère majeur de jugement. Le groupe de travail ne recommande pas l'utilisation de scores composites dans la mesure où ils n'augmentent pas la valeur discriminante de la pHmétrie.

Pour établir un lien chronologique entre un épisode de reflux et un symptôme, il existe des données fiables pour recommander de ne considérer que la période des 2 minutes précédant l'événement symptomatique. En l'absence d'un niveau de preuve formel, le calcul de la probabilité d'association symptomatique paraît représenter une bonne méthode statistique pour établir le lien. A défaut, les index symptomatiques de sensibilité (nombre de reflux associés à un symptôme/nombre total de reflux) et de spécificité (nombre de symptômes associés à un reflux/nombre total de symptômes) peuvent être utilisés avec respectivement des valeurs seuils proposées par le groupe de travail de 10% et 75%.

Il existe un accord professionnel fort pour considérer qu'une pHmétrie est normale si elle est quantitativement *et* qualitativement normale.

QUESTION 5 : Une pHmétrie normale élimine-t-elle une pathologie en rapport avec le reflux gastro-oesophagien ?

L'analyse de la littérature fait ressortir avec un niveau de preuve élevé les faits suivants :

- la valeur prédictive positive de la pHmétrie oesophagienne est de l'ordre de 80 à 90% dans les symptomatologies évocatrices d'un syndrome de RGO, et vraisemblablement plus faible dans des tableaux moins typiques.
- La reproductibilité diagnostique se situe autour de 80%.
- la pHmétrie n'a pas d'intérêt pour le diagnostic de reflux biliaire.
- A l'échelon individuel, les résultats de la pHmétrie ne permettent pas de prévoir la sévérité des lésions oesophagiennes éventuellement associées, l'évolutivité de la maladie ou la réponse au traitement médical ou chirurgical. Le groupe de travail recommande une grande prudence dans l'interprétation quantitative des résultats autour du seuil de normalité du pourcentage de temps total passé sous pH 4 (situé aux alentours de 5%). Il est rappelé qu'en dehors de problèmes techniques, une pHmétrie oesophagienne peut être 'faussement' normale en raison de la variabilité quotidienne du reflux, et/ou de l'absence de symptômes durant l'enregistrement.

QUESTION 6 : La pHmétrie est-elle indiquée chez les patients ayant un pyrosis et une endoscopie normale ?

Il est démontré, avec un niveau de preuve élevé, que la symptomatologie typique du reflux a une valeur élevée pour le diagnostic du syndrome de RGO. En conséquence il existe un accord professionnel fort pour considérer qu'il n'est habituellement pas nécessaire d'effectuer une pHmétrie dans ces conditions. Cependant, il existe une proportion de patients n'ayant pas d'oesophagite et dont le pyrosis ne répond pas au traitement médical. Dans cette situation, le groupe de travail considère que la pHmétrie sans traitement peut contribuer à différencier une non réponse au traitement d'une symptomatologie trompeuse non liée à un RGO acide.

QUESTION 7 : La pHmétrie est-elle indiquée chez les patients ayant une oesophagite ?

Il existe un consensus professionnel fort reposant sur un niveau de preuve élevé pour considérer que la spécificité très élevée des lésions d'oesophagite rend habituellement inutile la réalisation d'une pHmétrie.

Pour le groupe de travail, la pHmétrie n'est indiquée dans ce cas que pour les oesophagites résistantes au traitement par les IPP. Des données fiables montrent qu'une pHmétrie sous traitement peut permettre de s'assurer du contrôle de l'exposition acide de l'œsophage, en particulier en période nocturne.

QUESTION 8 : Faut-il faire une pHmétrie avant et après une chirurgie anti-reflux ?

L'indication de la chirurgie anti-reflux ne repose pas sur les données pHmétriques.

La valeur diagnostique élevée d'une oesophagite rechutant à l'arrêt des IPP, rend habituellement inutile la pratique d'une pHmétrie préopératoire.

En l'absence d'oesophagite endoscopique ou en cas d'oesophagite résistante aux IPP, le groupe de travail recommande d'effectuer une pHmétrie oesophagienne avant de poser

l'indication opératoire, l'objectif étant d'opérer un patient avec la preuve d'un reflux acide pathologique.

Devant la non disparition du pyrosis malgré un traitement médical contrôlant efficacement l'exposition acide oesophagienne, bien qu'il n'y ait pas d'évaluation précise de cette attitude, le groupe de travail recommande de reconsidérer l'indication opératoire, et de réévaluer la réalité de la responsabilité du reflux dans la survenue des symptômes par une pHmétrie (sans et sous traitement).

En postopératoire, la pHmétrie oesophagienne de contrôle n'est pas nécessaire. En revanche le groupe de travail considère que la pHmétrie est indiquée : a) lors de la persistance ou de la réapparition des symptômes après le geste chirurgical, b) lors de protocoles d'évaluation d'une technique chirurgicale.

QUESTION 9 : Quelle est la contribution de la pHmétrie oesophagienne dans l'exploration des symptomatologies digestives atypiques et des manifestations extra-digestives inexpliquées compatibles avec un RGO ?

Il n'y a pas d'arguments suffisants pour recommander la pHmétrie dans la prise en charge des symptômes digestifs non évocateurs de RGO tels que nausées, vomissements, hoquet, éructations, pesanteurs ou ballonnements épigastriques. En présence de manifestations extra-digestives chroniques restant inexpliquées et éventuellement compatibles avec un RGO (O.R.L., respiratoire ou thoracique), il existe des données fiables pour considérer que la pHmétrie ambulatoire est indiquée : a) soit pour établir un lien de causalité lorsque les index symptomatiques sont anormaux, b) soit pour justifier un traitement d'épreuve de longue durée quand l'exposition acide est anormale.

Publication texte long dans Gastroentérologie Clinique et Biologique