

Chapitre II - Epidémiologie

2.2.0.8 Les pathologies oeso-gastroduodénales

Les ulcères gastroduodénaux

Malgré la rareté des données épidémiologiques en France, on peut avoir une estimation de la prévalence de la maladie ulcéreuse gastroduodénale grâce aux données PMSI 1998. Ces données, présentées dans le *tableau 10*, excluent tous les patients ayant eu une endoscopie haute sans anesthésie en soins externes et les patients qui auraient présenté une poussée ulcéreuse ne conduisant à aucune exploration ou hospitalisation.

L'enquête réalisée par la Société française d'endoscopie digestive (SFED) entre septembre et octobre 1998 auprès de 2 858 gastroentérologues français révélait 47 167 ulcères gastriques et 48 134 ulcères duodénaux compliqués ou non, soit près de 96 000 cas, chiffre proche des données extrapolées du PMSI (compte tenu que, dans environ 50 % des cas, l'endoscopie haute est réalisée sans hospitalisation). La proportion entre ulcère gastrique et ulcère duodénal tend par ailleurs à s'égaliser, alors qu'elle était, il y a une vingtaine d'années, de 4 ulcères duodénaux pour 1 ulcère gastrique.

L'épidémiologie de la maladie ulcéreuse gastroduodénale s'est donc profondément modifiée en deux décennies.

- L'incidence des complications ulcéreuses à partir des données PMSI (*tableau 10*) est vraisemblablement sous-estimée. En effet, une étude prospective française a permis d'estimer l'incidence des hémorragies ulcéreuses à 22 000 cas annuels (cf. chapitre III, section « Urgences »).

Tableau 10. Hospitalisations pour ulcère gastroduodénal (année 1998)

Ulcère	Localisations			Total	Secteur public	Secteur privé
	gastrique	duodénale	non précisée			
non compliqué	17 098	14 782	1 294	33 174	10 495	22 679
avec hémorragie	5 217	4 401	853	10 471	6 759	3 712
avec perforation	1 104	1 547	262	2 913	2 143	770
Total	23 419	20 730	2 409	46 558	19 397	27 161

- La mortalité est le fait des complications. La mortalité après perforation est en moyenne de 10 % ainsi que la mortalité après hémorragie digestive. La mortalité est liée à l'âge et surtout aux tares viscérales associées. Pour les hémorragies digestives, le chiffre de mortalité englobe en fait les hémorragies communautaires et les hémorragies par ulcère aigu survenant pendant les hospitalisations, de plus grande gravité. Les taux de mortalité sont ainsi peu modifiés depuis 30 ans malgré les progrès thérapeutiques dans le traitement endoscopique des hémorragies digestives, du fait des caractéristiques différentes des malades.

• Les facteurs de risque de la maladie ulcéreuse gastroduodénale sont :

- l'infection par *Helicobacter pylori* ; la prévalence de l'infection chez le malade ulcéreux serait de 70 à 80 %, plus faible en cas d'ulcère gastrique que duodénal. La diminution de l'infection à *Helicobacter pylori* dans les pays développés explique en grande partie les modifications récentes de l'épidémiologie de l'ulcère gastroduodénal ;

- le traitement par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ; ce facteur est traité dans le chapitre sur les pathologies iatrogènes ;

- le tabac et l'alcool ;

- le sexe masculin ; en fait, le *sex ratio* tend vers 1 depuis l'augmentation de la consommation d'AINS et de tabac par les femmes.

Le coût annuel représenté par la maladie ulcéreuse n'est pas connu en France. En 1987, une étude médico-économique estimait en France le coût annuel de la maladie ulcéreuse duodénale à plus de 3,5 milliards de francs. Les coûts estimés comprenaient les coûts directs de consultations, explorations endoscopiques, médicaments et d'hospitalisations, et certains coûts indirects (arrêts de travail).

Actuellement, la diminution du coût direct et indirect de la maladie ulcéreuse est évidente (bien que non chiffrée) du fait de la diminution de prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori*, de l'efficacité des traitements d'éradication d'*Helicobacter pylori*, qui a réduit considérablement la fréquence des récurrences des ulcères et de leurs complications. Il faut noter aussi la quasi-disparition du recours à la chirurgie et la diminution des arrêts de travail. Différentes études internationales ont permis d'estimer que le coût de la prise en charge thérapeutique de l'ulcère avait été réduit d'un facteur 4 à 10 par les traitements d'éradication d'*Helicobacter pylori*.

• **Réserves sur l'efficacité actuelle de l'éradication d' *Helicobacter pylori***

La trithérapie recommandée par la conférence de consensus de 1995 révisée en 1999 permet d'obtenir en France des taux d'éradication de 70-80 %, légèrement inférieurs à ceux observés dans le reste de l'Europe. Cela s'explique par des taux de résistance primaire aux antibiotiques (metronidazole, clarithromycine) plus élevés en France que dans les autres pays. Ces données récentes pourraient conduire à proposer de contrôler systématiquement l'éradication d'*Helicobacter pylori* après traitement. Le test respiratoire à l'urée C¹³ est la méthode de choix, du fait de sa sensibilité, de sa spécificité et de son caractère non invasif. En l'absence de ce test, seuls les tests invasifs nécessitant une endoscopie peuvent être utilisés. Malgré la disparition de l'ulcère en rapport avec l'éradication d'*Helicobacter pylori*, 30 à 40%

des malades ont des symptômes dyspeptiques ou de type reflux gastro-œsophagien dans l'année qui suit et environ 10% à 5 ans.

Dans la pathologie ulcéreuse, les hépato-gastroentérologues n'interviennent le plus souvent que pour la réalisation d'endoscopies demandées par les généralistes. Le spécialiste constitue un référent pour l'orientation thérapeutique en cas d'échec d'une première tentative d'éradication et la prise en charge au long cours en cas de récurrences (échec d'éradication, ulcère non associé à la présence d'*Helicobacter pylori*).

• **Prévention des ulcères gastro-duodénaux**

Peut-on réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité de l'ulcère gastroduodénal ? La vaccination contre *Helicobacter pylori* n'est pas techniquement réalisable actuellement. La prévention primaire par éradication plus systématique d'*Helicobacter pylori* détecté à partir d'une sérologie n'est pas recommandable. L'action sur le tabagisme est une action de santé publique plus générale. Les actions les plus efficaces concernent donc la prévention des lésions et des complications induites par les AINS et la prévention des rechutes ulcéreuses.

Le reflux gastro-oesophagien

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est une affection très répandue et probablement en augmentation. Le RGO recouvre deux types de symptômes : d'une part, les régurgitations et le pyrosis et, d'autre part, les manifestations atypiques (dyspepsie, ORL, pulmonaire, pseudo-angineuse). Sa prévalence pour des symptômes dont la fréquence est au moins hebdomadaire se situe entre 15 et 20 % de la population (extrêmes 14 et 30 % selon les données nord-américaines et françaises) et 4 et 7 % pour les symptômes journaliers. L'incidence annuelle de l'œsophagite par reflux, la plus fréquente des lésions diagnostiquées en endoscopie, a récemment été évaluée à 1,2 %. Sa prévalence est d'environ 40 à 50 % chez les sujets symptomatiques et 2 à 5 % dans la population générale asymptomatique. Les formes sévères d'œsophagite sont rares (< 5 %). Le retentissement sur la qualité de vie du RGO est important (il existe un questionnaire spécifique de qualité de vie validé en France). Il est du même ordre que pour l'insuffisance coronarienne et constitue, de ce fait, un motif de recours aux soins fréquents, expliquant la consommation élevée de médicaments antisécrétoires.

Il est maintenant établi que le RGO constitue un facteur de risque dans la survenue de l'adénocarcinome de l'œsophage et du cardia. L'incidence de ce cancer est en augmentation dans de nombreux pays occidentaux, ce qui justifie la surveillance endoscopique des formes sévères d'œsophagite, notamment des cas d'endobrachyœsophage.

La fréquence, le retentissement sur la qualité de vie, l'impact économique et la gravité potentielle comme facteur de cancérogenèse font considérer le RGO comme un problème de santé publique, d'autant plus que l'évolution est chronique dans près de 2/3 des cas.

• Evaluation des pratiques. Coût médico-économique du reflux gastro-œsophagien

Les médecins généralistes jouent un rôle majeur dans la prise en charge du RGO grâce à la mise sur le marché d'antisécrétoires puissants, et notamment des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Ils peuvent ainsi se passer du recours aux spécialistes. Il serait à ce titre important de valider de nouvelles modalités de tests diagnostiques aux IPP en soins primaires (recommandation faite par la conférence de consensus de 1999). De même, du fait de la fréquence de l'automédication, il est important que le public puisse disposer d'une information dans les conditionnements, indiquant des limites de l'automédication et des symptômes d'alarme qui doivent conduire à consulter. L'hépatogastroentérologue constitue le référent pour le choix du traitement au long cours, médical ou chirurgical, et pour la réalisation des examens complémentaires : endoscopie essentiellement, pH-métrie dans des indications très limitées. Les indications de l'endoscopie dans le RGO, définies par la conférence de consensus de 1999, sont larges : âge > 50 ans, symptômes d'alarme, symptômes atypiques, échec du traitement, rechute après arrêt du médicament. La coelochirurgie a pris, dans cette pathologie, une place mal maîtrisée : il n'existe pas d'étude contrôlée en France

permettant de comparer les avantages et les inconvénients respectifs du traitement chirurgical et du traitement médicamenteux. En 1997, il y a eu 12 238 interventions pour RGO ; en 1998, 12 762, réparties à 40 % dans le secteur public et à 60 % dans le secteur privé.

Le traitement endoscopique du RGO, en cours d'évaluation, pourrait être une alternative simple et peu onéreuse si son efficacité et son innocuité sont affirmées.

Si le traitement médicamenteux du RGO repose avant tout sur les antisécrétoires gastriques acides, de nouvelles classes de médicaments visant à corriger la défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage pourraient voir le jour.