

Lorsque les problèmes d'estomac provoquent de l'asthme

Les brûlures d'estomac sont un symptôme fréquent

L'estomac produit de l'acide chlorhydrique (acide gastrique) dont il a besoin pour notre digestion. Or, contrairement à celle de notre estomac, la muqueuse de notre œsophage, elle, ne dispose pas de protection contre les acides, et c'est pourquoi de nombreuses personnes qui souffrent occasionnellement d'un reflux gastro-œsophagien le ressentent comme une brûlure d'estomac. Un fréquent reflux gastro-œsophagien entraîne donc une sérieuse altération de la muqueuse de l'œsophage. Mais à côté de ces conséquences directes, l'acide chlorhydrique qui reflue vers l'œsophage peut aussi entraîner d'autres problèmes de santé: douleurs dans le thorax, toux, enrouement et dyspnée. Chez les personnes souffrant d'asthme, le reflux gastro-œsophagien aggrave souvent leur pathologie et les médicaments contre l'asthme n'agissent pratiquement pas dans ce cas. Bien au contraire: de nombreux médicaments que les asthmatiques doivent ingérer (Théophylline, cortisone) ou inhaler (bêta-stimulants, vagolytiques), augmentent même le reflux gastro-œsophagien.

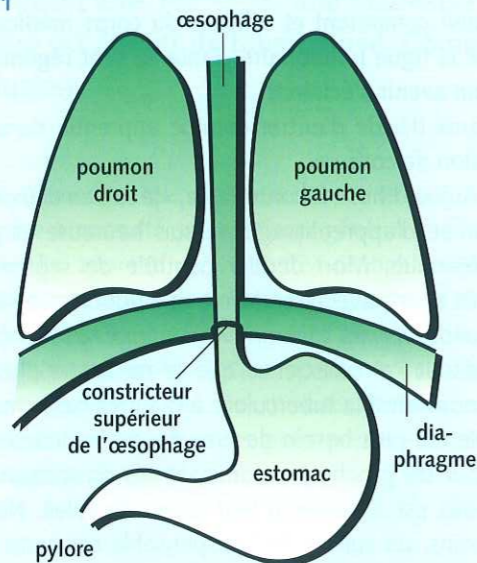
Le constricteur inférieur de l'œsophage n'est pas hermétique

Le transport de nourriture dans l'organisme est un système très ingénieux. De fait, l'œsophage n'est

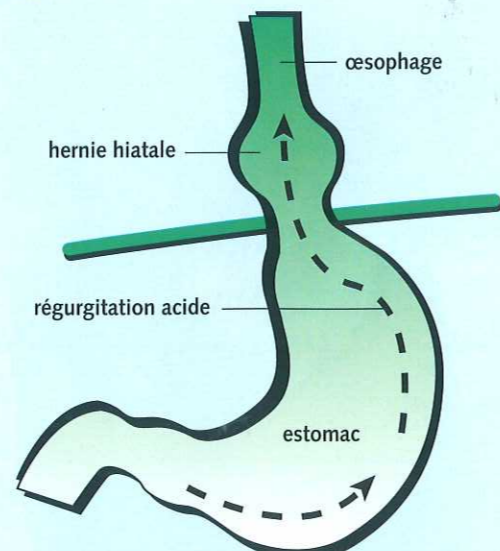
pas simplement un tube permettant aux aliments mâchés de glisser de la bouche à l'estomac. La paroi de l'œsophage est en effet constituée de muscles qui se contractent de façon coordonnée et font ainsi avancer la nourriture en direction de l'estomac. Un muscle constricteur en fin d'œsophage (cardia), c'est-à-dire à l'endroit où ce dernier communique avec l'estomac, a précisément le rôle d'empêcher le reflux du contenu de l'estomac (ill. 1). Dans certaines situations, la fonction de ce muscle constricteur peut être altérée, de sorte qu'il permet le reflux gastro-œsophagien.

En cas de gonflement épigastrique exagéré provenant de l'appareil respiratoire, le diaphragme, qui est un large muscle plat en forme de coupole séparant le thorax de l'abdomen, est pressé vers le bas. Ce phénomène fait à son tour augmenter la pression dans la cavité abdominale et oblige l'estomac à se vider. Il peut se vider en direction des intestins, mais hélas aussi en direction de l'œsophage. Si l'organisme subit très fréquemment cette pression-là, la partie supérieure de l'estomac proche du muscle constricteur de l'œsophage peut glisser par l'étroite ouverture du diaphragme qui n'est en principe faite que pour l'œsophage. Il se forme alors ce que l'on appelle une hernie hiatale: le contenu de l'estomac passe par l'orifice œsophagien du diaphragme et peut ainsi remonter jusque dans l'œsophage (ill. 2). Dans le cas d'une hernie hiatale, le muscle cons-

ill. 1



ill. 2



trictor de l'œsophage est affaibli et ne fonctionne plus correctement. Malheureusement, de nombreux médicaments prescrits pour lutter contre l'asthme augmentent encore l'hypotonie (relâchement) de ce muscle constricteur.

Mon reflux gastro-œsophagien aggrave-t-il mon asthme?

Il n'est pas très difficile d'établir un rapport de connexité étroit entre le reflux gastro-œsophagien et les désagréments d'un épisode de brûlures d'estomac lorsqu'apparaissent des symptômes tels que dyspnée prononcée ou douleurs thoraciques aiguës dans la poitrine. Dans les cas d'une toux chronique ou d'enrouement, donc de difficultés qui ont tendance à persister, le rapport de connexité n'est par contre pas aussi évident à établir. Dans à peu près un quart des cas de reflux gastro-œsophagien significatif, les personnes concernées ne ressentent pas les brûlures d'estomac typiques, mais le reflux provoque une toux ou une dyspnée. Dans de telles situations confuses, un examen médical devient indispensable. En cas de suspicion de reflux gastro-œsophagien fréquent ou de hernie hiatale, une gastroscopie s'impose. Cette gastroscopie montre des altérations typiques de la muqueuse de l'œsophage dues au reflux gastro-œsophagien. Mais la découverte de telles lésions ne permet toutefois pas de démontrer le rapport de connexité entre le reflux constaté et les symptômes comme la toux et la dyspnée. En cas de doute, il est possible d'introduire une sonde ultra fine par le nez jusque dans l'œsophage (pH-métrie); on l'y laisse 24 heures et elle a pour tâche de mesurer l'acide gastrique qui reflue. Le médecin demande au patient de tenir parallèlement un journal de ses symptômes. A la fin de l'examen, on établit un protocole relatant à quel moment un reflux s'est produit. Lorsque les périodes de reflux gastro-œsophagien coïncident avec les symptômes constatés, le rapport de connexité devient alors évident.

Des médicaments inhibiteurs de l'acidité comme alternative

Le médecin traitant peut encore proposer une autre solution au patient, à savoir un traitement médicamenteux sous forme d'anti-acides qui devra être suivi pendant six semaines. Ce type de médicaments n'empêche certes pas le reflux de l'acide gastrique, mais diminue son taux d'acidité, de sorte que la muqueuse de l'œsophage et des

voies respiratoires est moins irritée. Quant aux symptômes comme la dyspnée (et dans la mesure où un reflux gastro-œsophagien les influençait), ils s'améliorent de manière significative avec ce traitement.

Si l'on peut confirmer un tel rapport de connexité, une autre question se pose alors: ces médicaments seront-ils indispensables pour le restant des jours d'un patient? Parfois, on arrive à influencer positivement le reflux gastro-œsophagien en changeant de mode de vie et en modifiant de manière importante ses habitudes alimentaires. Ainsi, on recommande de prendre quatre repas principaux et d'éviter toute collation entre les repas. On ne devrait jamais manger à satiété afin que le contenu de l'estomac n'ait pas tendance à se déverser dans la mauvaise direction, vers le haut. Lorsque le patient présente une surcharge pondérale, il est indiqué qu'il perde du poids. Il faut aussi éviter l'absorption d'aliments gras (aliments frits), de douceurs et de mets fortement épicés, étant donné qu'ils entraînent une production accrue d'acide gastrique.

Nombre de médecins recommandent par ailleurs de surélever le haut du lit (tête de lit, traversin) afin que le thorax soit placé plus haut que l'estomac. Toutefois, la validité de cette mesure est contestée, étant donné que l'acidité ne se manifeste pas uniquement de manière passive en obéissant aux lois de la pesanteur, mais qu'elle survient tout autant lorsque le sujet est debout. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que, lorsqu'un reflux gastro-œsophagien se produit, le bon fonctionnement et les effets conjoints des mouvements musculaires dans l'œsophage sont tout simplement compromis. Dans le pire des cas, les muscles sont à tel point contractés qu'ils peuvent causer des douleurs identiques à celles que l'on ressent en cas d'infarctus du myocarde.

Dans de rares cas et en dépit de l'inhibition de l'acidité par des médicaments spécifiques, le reflux gastro-œsophagien continue à provoquer des difficultés respiratoires. Pourquoi? Parce que des micro-aspirations de suc gastrique continuent à se produire même lorsque ce dernier n'est plus du tout acide. Toute micro-aspiration signifie qu'il y a encore et toujours de toutes petites quantités de suc gastrique qui remontent par l'œsophage pour atteindre le larynx et les bronches du sujet. Dans ce cas-là, une intervention chirurgicale est recommandée: le chirurgien tente, par endoscopie, de renforcer le muscle constricteur inférieur de l'œsophage.



Les brûlures d'estomac peuvent aussi entraîner des douleurs dans le thorax, la toux, des enrouements et la dyspnée.



Dr méd. Thomas Rothe, pneumologue, co-médecin chef de la Clinique d'altitude lucernoise de Montana