

ITEM 268 : REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

RGO = passage à travers le cardia d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement : **prévalence en augmentation = 20 à 40% de pyrosis** dont 10% hebdomadaire et 2 à 5% quotidien

RGO physiologique = après les repas, sans symptôme, ni lésion muqueuse

vs **RGO pathologique** = anormalement **fréquent, prolongé** et/ou **acide**, avec symptômes et/ou œsophagite

Physiopathologie : **Hyperpression abdominale + Stase gastrique + Défaillance du système anti-reflux = SIO et diaphragme**

Hernie Hiatale	<p>= Protrusion permanente ou intermittente d'une partie de l'estomac à travers le hiatus œsophagien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hernie hiatale par glissement (85%) = cardia intra-thoracique : ni nécessaire ni suffisante pour expliquer un RGO - Hernie hiatale par roulement (15%) = grosse tubérosité intra-thoracique : sans lien avec un RGO + péritoine intra-thoracique : risque d'étranglement herniaire → traitement chirurgical systématique 		
FDR	<ul style="list-style-type: none"> - Médicament : β-mimétique, dérivé nitré, inhibiteur calcique, morphine, aspirine/AINS, anticholinergique, benzodiazépine, progestérone, théophylline - Hyperpression abdominale : surcharge pondérale, grossesse, constipation, gastroparésie - Aliment favorisante : graisse, café, thé, alcool, chocolat - Positionnel : signe du lacet = déclenchement par l'antéflexion/décubitus 		
Diagnostic	Clinique	RGO non compliqué	<p>- Pyrosis : brûlure rétro sternale ascendante à point de départ épigastrique</p> <p>- Régurgitations acides : remontées du contenu gastrique acide jusqu'au niveau pharyngé (sans nausées/vomissement)</p> <p>→ L'association des 2 = dg clinique de RGO, surtout si postural/postprandial</p> <p>- Parfois brûlures épigastriques isolées</p> <p>- Symptômes nocturnes : RGO souvent sévère, avec lésions d'œsophagite</p>
		RGO compliqué	<p>= Associées ou non aux symptômes digestifs (lien causal difficile à mettre en évidence)</p> <p>- Pulmonaire : accès de toux (au décubitus), dyspnée asthmatiforme, enrouement, hoquet</p> <p>- ORL : dysesthésie bucco pharyngée, otalgie (notamment à droite), laryngite postérieure</p> <p>- Stomato : gingivite/caries à répétition</p> <p>- Cardiaque : douleur précordiale pouvant simuler un angor</p> <p>- Troubles du sommeil : micro-éveils nocturnes, à l'origine d'une somnolence diurne</p>
		Endo-brachy-œsophage	<p>= Œsophagite peptique = Associée à 1/3 des RGO : Classification de Los Angeles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stade 1 = punctiforme/linéaire non confluent - Stade 2 = confluent non circonférentielle - Stade 3 = circonférentielle - Stade 4 = compliquée : ulcère ou sténose <p>→ Aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité de l'œsophagite</p>
		Œsophagite sévère	<p>= Ulcérations étendues, confluentes ou circonférentielles ou sténose (peptique)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque d'hémorragie digestive : anémie ferriprive, hématémèse, méléna - Risque de sténose œsophagienne : dysphagie, odynophagie
		Endo-brachy-œsophage	<p>= Œsophage de Barrett : métaplasie intestinale cylindrique au niveau de l'épithélium malpighien normal de l'œsophage</p> <p><u>! Pas de symptômes spécifiques, parfois asymptomatique !</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque d'ulcère de la muqueuse pathologique - Risque d'adénocarcinome œsophagien : surveillance par biopsies à la recherche de dysplasie <p>Classification de Prague C-M : mesure (en cm depuis la jonction œsogastrique) la zone métaplasique : Circonférentielle – Maximale</p> <div style="text-align: center;"> <p>Distance (cm)</p> <p>8 6 4 2 0</p> <p>Extension maximale de la métaplasie, M = 5 cm</p> <p>Extension circonférentielle de la métaplasie, C = 2 cm</p> <p>Jonction œsogastrique = 0 cm</p> </div>

Paraclinique	→ Pas d'exploration si symptômes digestifs typiques (pyrosis et/ou régurgitation) chez un patient < 50 ans → Examens complémentaires systématiques si : > 50 ans, signes d'alarmes (amaigrissement, anémie, dysphagie)		
	Explo morphologiques	EOGD	= Affirme le diagnostic si œsophagite, n'écarte pas le diagnostic si normal (30 à 50% des cas) - En 1 ^{ère} intention si symptômes atypiques, signes d'alarme, doute diagnostique, > 50 ans
		Transit baryté	Intérêt diagnostique si sténose peptique de l'œsophage ou hernie hiatale
Explo fonctionnelles	pH-métrie œsophagienne des 24h	= Examen le plus sensible pour le diagnostic de RGO pathologique Quantifie l'exposition acide, analyse la relation temporelle entre symptôme & épisode RGO Indiqué si endoscopie normale + - Manifestations extra-digestives compatibles avec un RGO - Persistance de symptômes gênants sous traitement - Avant chirurgie anti-reflux en l'absence d'œsophagite +++	
	Impédancemétrie œsophagienne	= Seul examen pouvant mettre en évidence un RGO peu ou non acide - Indiqué si reflux persistant sous traitement antisécrétoire	
	Manométrie œsophagienne	= N'objective pas le RGO mais peut montrer une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme œsophagien - Recommandée en cas d'indication opératoire pour reflux pour écarter des facteurs aggravants	
Prise en charge	→ But : traitement des symptômes, cicatrisation des lésions d'œsophagite et prévention des récurrences		
	RHD	- Réduction pondérale +++ - Surélévation de 45° de la tête du lit - Arrêt du tabac et de l'alcool - Intervalle de 3h entre le dîner et le coucher	
Traitement médical	- Neutralisation du contenu acide : anti acide (Rennie®, Maalox®) - Protection de la muqueuse œsophagienne : alginates (Gaviscon®) - Inhibition des sécrétions gastriques acides : IPP → La supériorité des IPP comparée aux anti-H2 est démontrée quelle que soit la sévérité de l'œsophagite		
	IPP	= Bloque l'action de la pompe H ⁺ /K ⁺ -ATPase : inhibition dose-dépendante - Prise le matin à jeun, 30 minutes avant le repas (↗ la biodisponibilité) - Efficacité maximale en 2 à 4 jours - Non indiqué : - . Dyspepsie fonctionnelle (sans RGO associé) . Prévention aux AINS chez les sujets non à risque - EI : . Bénins, fréquents : céphalées, troubles digestifs . Rebond acide à l'arrêt du traitement, pic de sécrétion acide nocturne . Gastrite chronique atrophique : sans sur-risque de cancer . A long terme : ostéoporose, hypomagnésémie ↘ défense (↘ acidité) : ↗ le risque de pneumopathie et d'infection à <i>Clostridium difficile</i>	
	Traitement chirurgical	= Montage anti-reflux : fundoplicature complète (valve de Nissen), +/- coelioscopie - Indication si RGO acide : - Récidive précoce dès arrêt des IPP - Symptômes persistant sous traitement médical - Volumineuse hernie hiatale par glissement - Persistance d'un reflux anormal documenté sous traitement - Risques : dysphagie, flatulences excessives, difficultés à roter, récurrence - Manométrie systématique en préopératoire pour écarter un trouble moteur de l'œsophage +++	
RGO sans œsophagite	Traitement initial	- Fréquence < 1/semaine : antiacide, alginate ou anti-H2 (1 à 3 prise/jour) à la demande - Fréquence > 1/semaine : IPP demi-dose ptd 4 semaines	
	Traitement à long terme	- Initialement : IPP à la demande - Si rechute fréquente/précoce : traitement d'entretien par IPP à dose minimale efficace	
RGO avec œsophagite	Cicatrisation		
	Œsophagite peu sévère	- IPP demi-dose pendant 4 semaines - IPP pleine dose si symptômes persistants	
	Œsophagite sévère	- IPP pleine dose pendant 8 semaines - Endoscopie de contrôle	
Signes extra-dig	- Manifestations extradigestives prédominantes ou isolées : pas d'antisécroires, non prouvés (parfois IPP double dose proposés ≥ 3 mois pour la toux...) : toujours après avoir exclu une affection ORL ou pulmonaire		

	RGO résistant aux IPP	<p>→ Evoquer : RGO non acide ou erreur diagnostique</p> <p>→ pH-Impédancemétrie sous ttt : documente la persistance d'un reflux acide (10%) ou non acide (30-40%)</p> <p>- En cas de reflux acide persistant documenté : ↗ dose d'IPP et/ou association aux antiacides</p> <p>- Si reflux toujours persistant : intervention chirurgicale</p>
	Sténose peptique	<p>- Traitement en continu par IPP pleine dose</p> <p>- Dilatation œsophagienne endoscopique en cas de dysphagie</p>
	Endo-brachy-œsophage	<p>- Seul l'EBO symptomatique ou associé à une œsophagite doit être traité par IPP car les antisécrétoires au long cours et la chirurgie ne préviennent pas la dysplasie ou le cancer</p> <p>- Asymptomatique et non associée à une œsophagite : aucun traitement</p> <p>- Surveillance par EOGD + biopsies tous les 2 à 5 ans : 2 ans si EBO > 6 cm, 3 ans si EBO de 3-6 cm, 5 ans si EBO < 3 cm</p>