

**FACULTE DE MEDECINE
UNIVERSITE DE ANNABA**

Reflux gastro-oesophagien



Dr F. Chettab chet.fri@gmail.com

I-Définition

- le reflux **permanent** ou **intermittent** du contenu gastrique vers l'oesophage à travers le hiatus oesophagien.
- Le plus souvent acide, rarement non acide
- Pathologique :
 - symptômes cliniques et/ou
 - lésion de la muqueuse oesophagienne

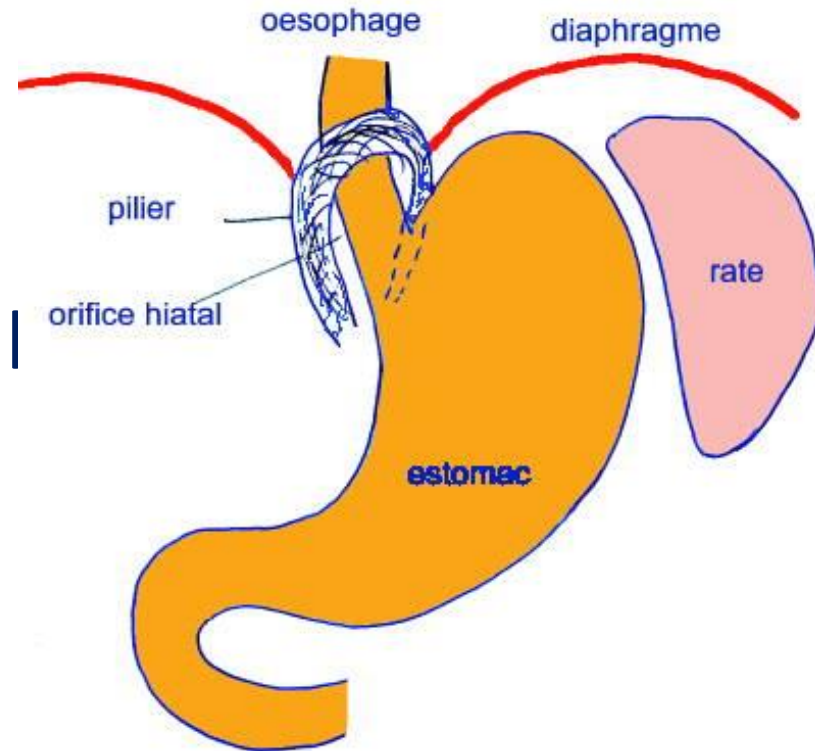


II-Epidémiologie

- Problème de santé publique en raison de la **prévalence très élevée**
 - 20 à 40 % des adultes souffrent d'un pyrosis,
 - 10 % décrivent un pyrosis au moins hebdomadaire
 - 2 à 5 % un pyrosis quotidien.
- Évolution chronique : **altère** la qualité de vie !!

III-Physiologie

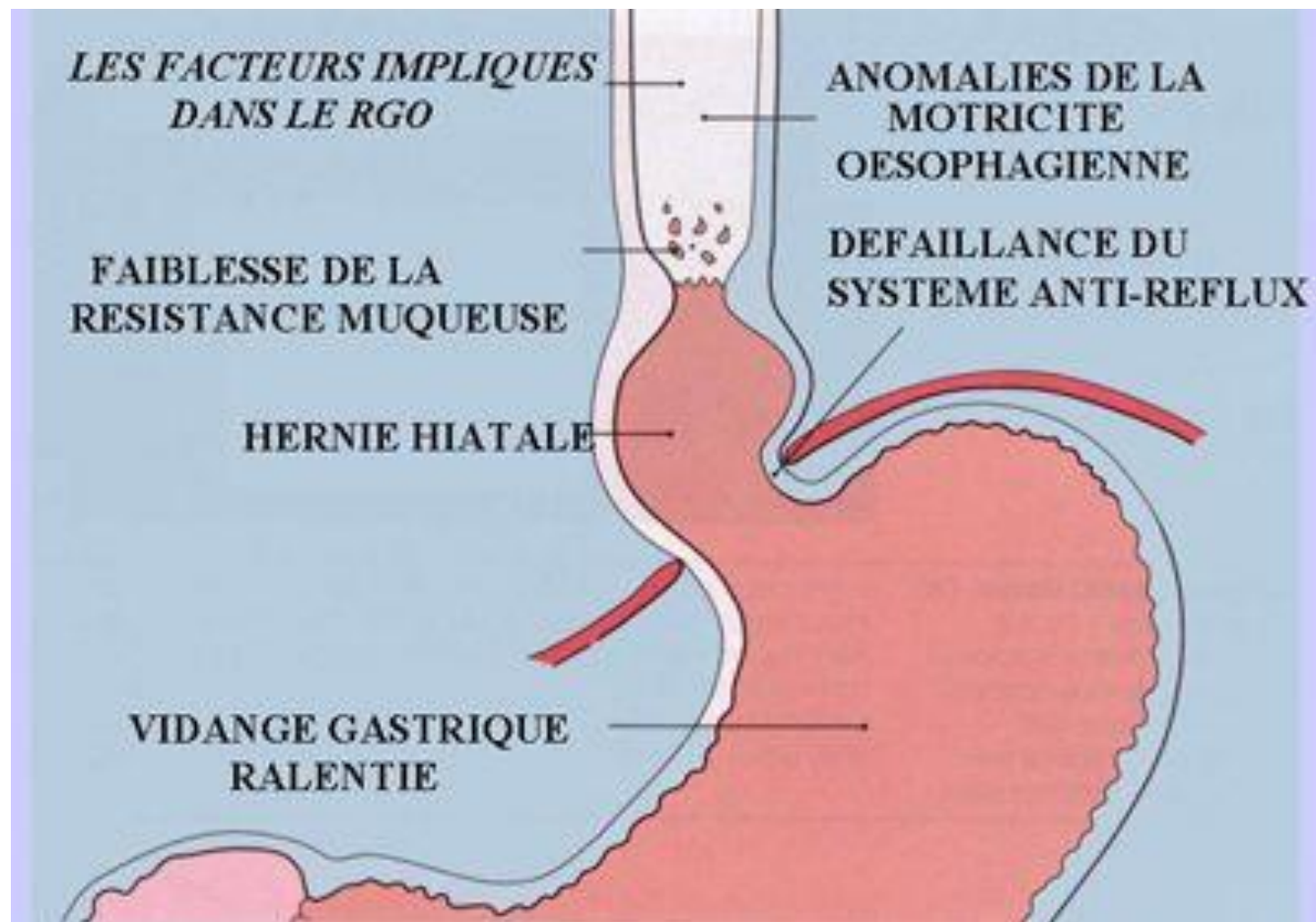
- SIO
- Œsophage intra abdominal
- Pilier droit du diaphragme
- Ligament et membrane phréno-oesophagiens



IV-Physiopathologie

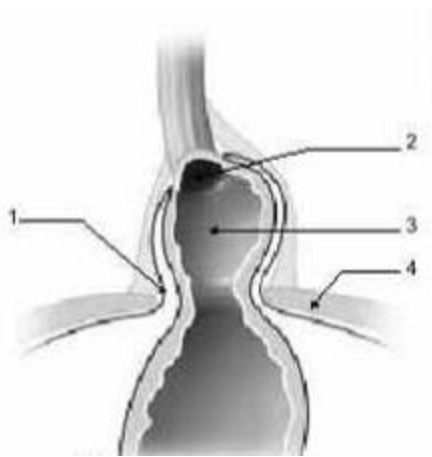
-Exposition **anormalement prolongée** de la lumière oesophagienne au contenu gastrique impliquant plusieurs mécanismes :

- **altération des barrières contre le reflux** (SIO, pilier du diaphragme, angle de His)
- **altération de la clairance oesophagienne** et du couple péristaltisme oesophagien /salive (*L'acidité du liquide reflué est neutralisée par les bicarbonates de la salive dont le pH, aux environs de 6 ou 7, permet de faire remonter le pH oesophagien au-dessus de 5 par paliers successifs*)
- **altération de la vidange gastrique**
- **altération de la constitution de la muqueuse**

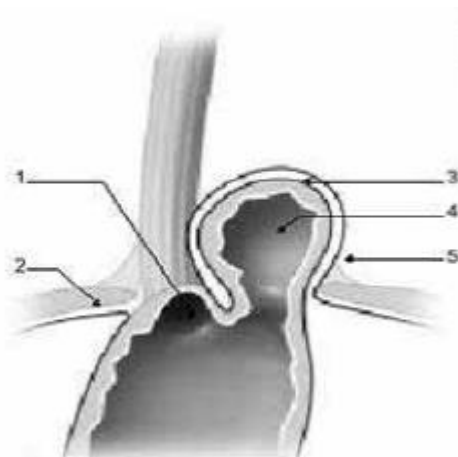


Facteurs prédisposants

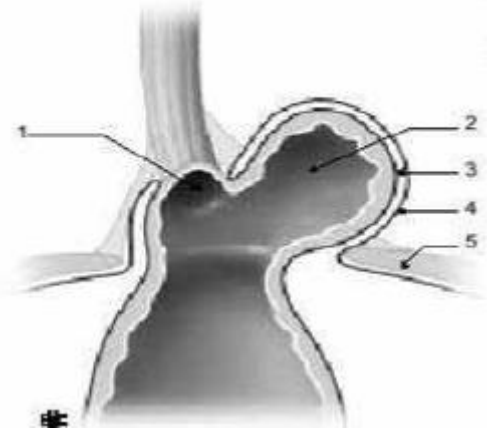
■ Hernie hiatale



Hernie par glissement (80-90%)



Hernie par roulement



Hernie mixte

le RGO peut exister sans hernie hiatale et une hernie hiatale peut ne pas être associée à un RGO.

- Obésité +++
- Tabac
- Aliments chocolat
- Médicaments influençant le tonus du SIO
- Grossesse
- Certains montages chirurgicaux intervention de Heller
- Médicaments théophylline ,derivés nitré

V-Clinique

Forme typique

- **Pyrosis**

Douleur **rétrosternale ascendante**,
à type de **brûlures**, apparaissant en postprandial, lors
de l'antéflexion du tronc ou encore en décubitus avec
alors un véritable syndrome postural : « **le pyrosis
postural** » !

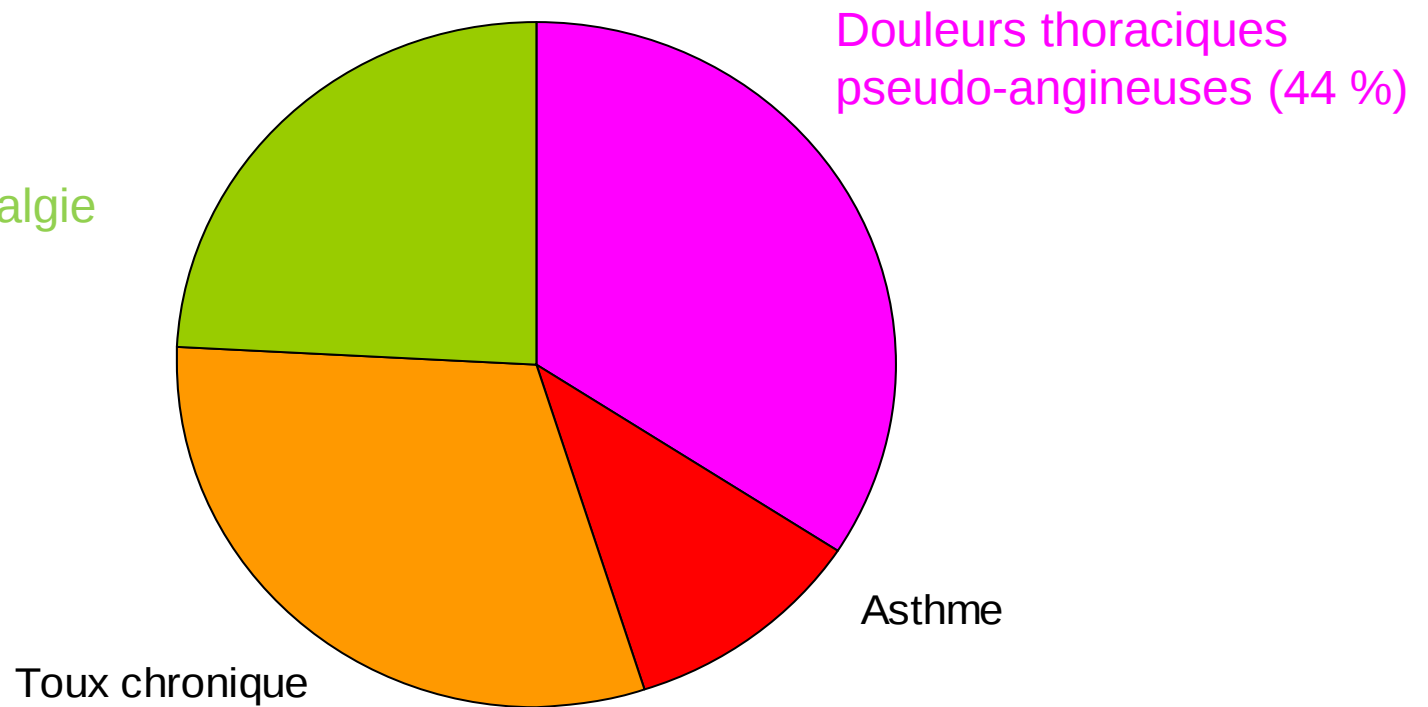
- **Régurgitations**



Forme atypique

- Douleur rétro-sternale
- Manifestations pulmonaires : dyspnée nocturne, crises d'asthme.
- Manifestations pharyngées allant des paresthésies ou gêne lors de la déglutition de salive aux "fausses angines" avec essentiellement des signes de pharyngite,
- Manifestations laryngées avec **dysphonie ou enrouement souvent au réveil**

ORL (31 %):
Pharyngite,
dysphonie, otalgie
...



VI-Examens complémentaires

Classification	Description	Explorations
Symptômes typiques	Pyrosis Régurgitations acides	Non indiquées
Symptômes typiques + symptômes d'alarme ou autres éléments décisionnels	Amaigrissement Dysphagie Hémorragie Anémie Âge > 50 ans Résistance au traitement Récidive précoce à l'arrêt du traitement	Endoscopie œso-gastro-duodénale
Symptômes atypiques	Douleurs épigastriques Toux nocturne Asthme Douleurs pseudoangineuses Enrouement Brûlures pharyngées Otalgies	Endoscopie œso-gastro- duodénale pH-métrie œsophagienne si absence d'œsophagite

1-FOGD

-Fait partie du bilan lésionnel classiquement

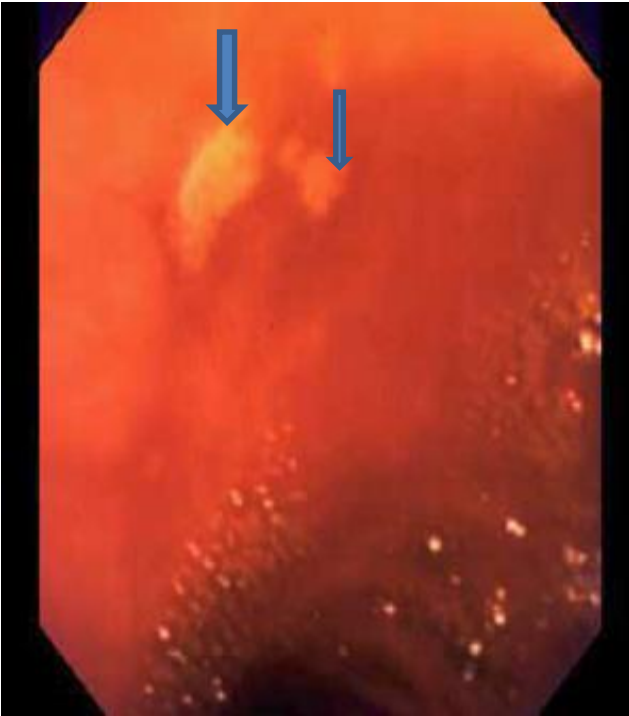
- Est normale dans plus de 50 % des cas

-Permet de rechercher une oesophagite, sténose, ulcère, endobrachyoesophage,

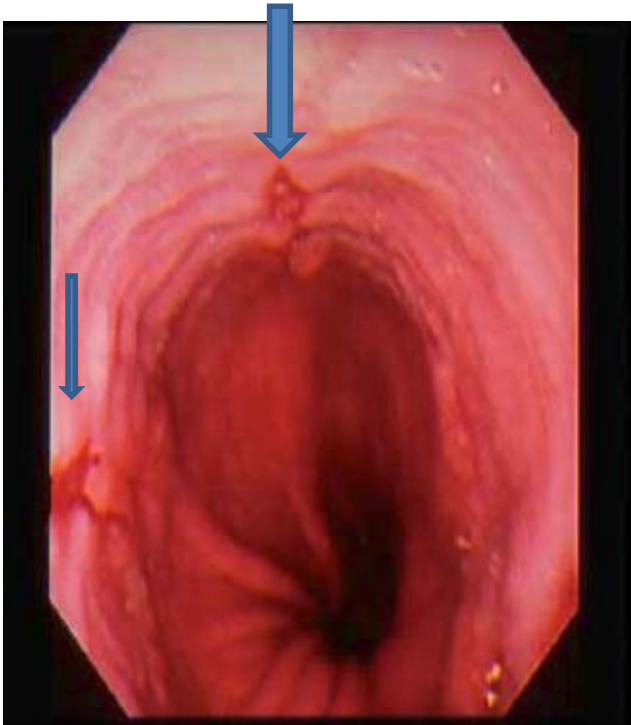
adénocarcinome

-Faire des biopsies sur les lésions suspectes

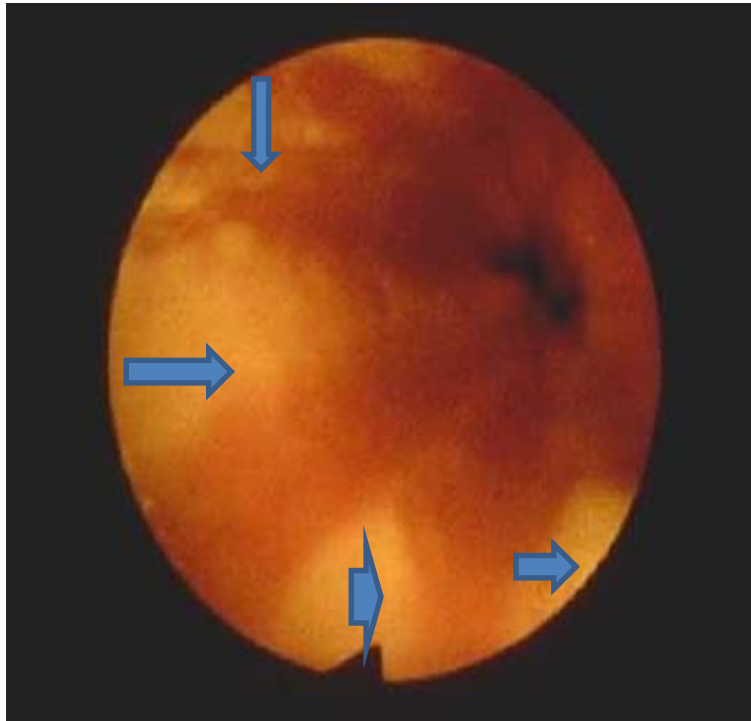
Classification de Savary Miller



Grade I : érosions uniques ou multiples non confluentes



Grade II : érosions confluentes mais non
circonférentielles.



**Grade III : érosions confluentes et
circonférentielles**



Grade IV :oesophagites compliquées

2-PHmétrie œsophagienne des 24 heures

Examen de référence pour le diagnostic du RGO acide

• Principe:

Technique qui consiste à enregistrer en continu le pH dans l'œsophage distal pendant 24 heures

Analyse fonctionnelle et non morphologique

• indications :

- **symptomatologie atypique** compatible avec un éventuel RGO provoquant des **troubles** respiratoires, des manifestations pseudo-angineuses, des problèmes ORL.

- **symptomatologie typique** de reflux mais sans lésion d'oesophagite chez des **sujets non** améliorés par un traitement médical bien conduit ou rechutant immédiatement après arrêt du traitement médical et faisant alors discuter une indication chirurgicale.

- **bilans pré-opératoire ou post-opératoire** si complications ou inefficacité

-

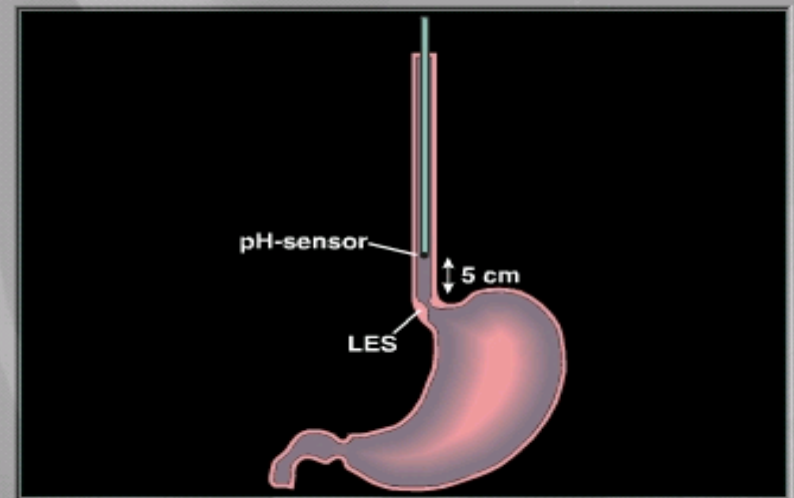
LA pH-METRIE : L'EXAMEN DE REFERENCE POUR LE
DIAGNOSTIC DE RGO

BOITIER
D'ENREGISTREMENT

ELECTRODE
D'ENREGISTREMENT

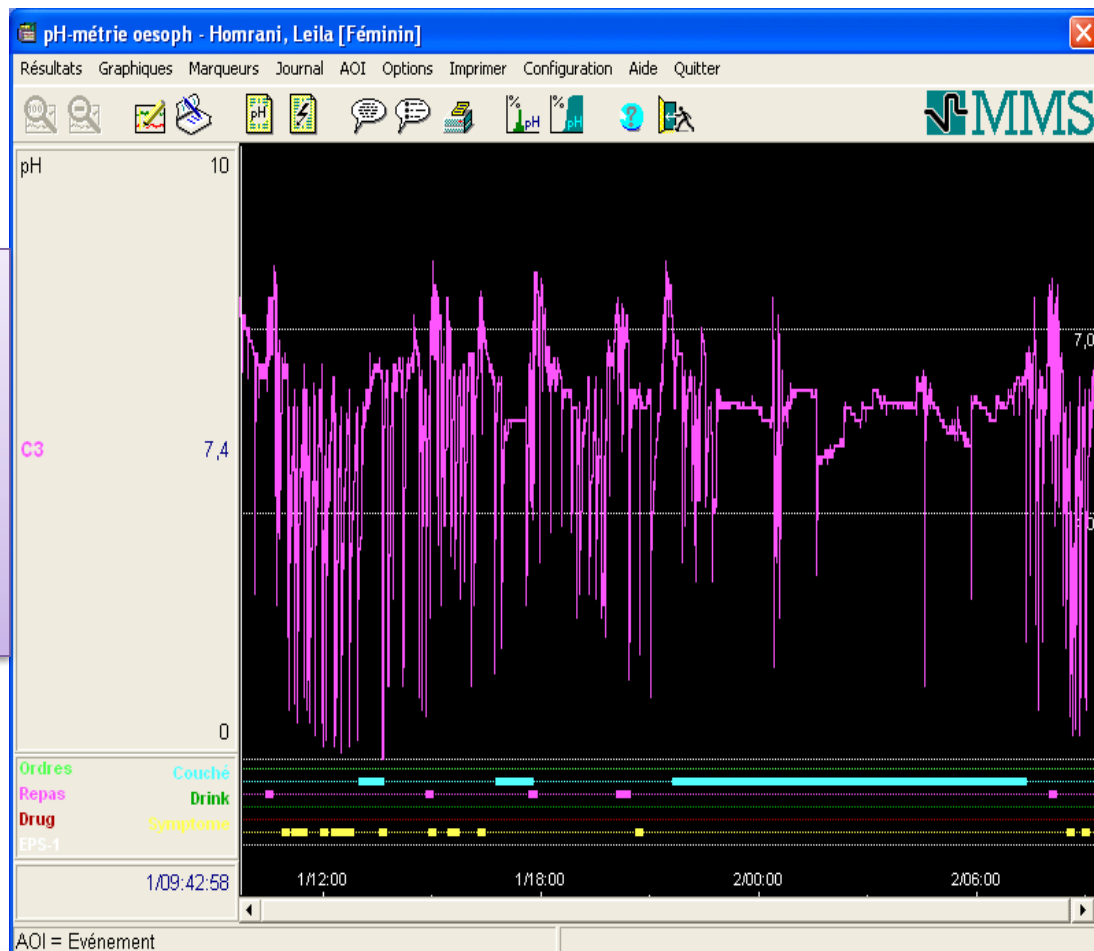


Position du SIO



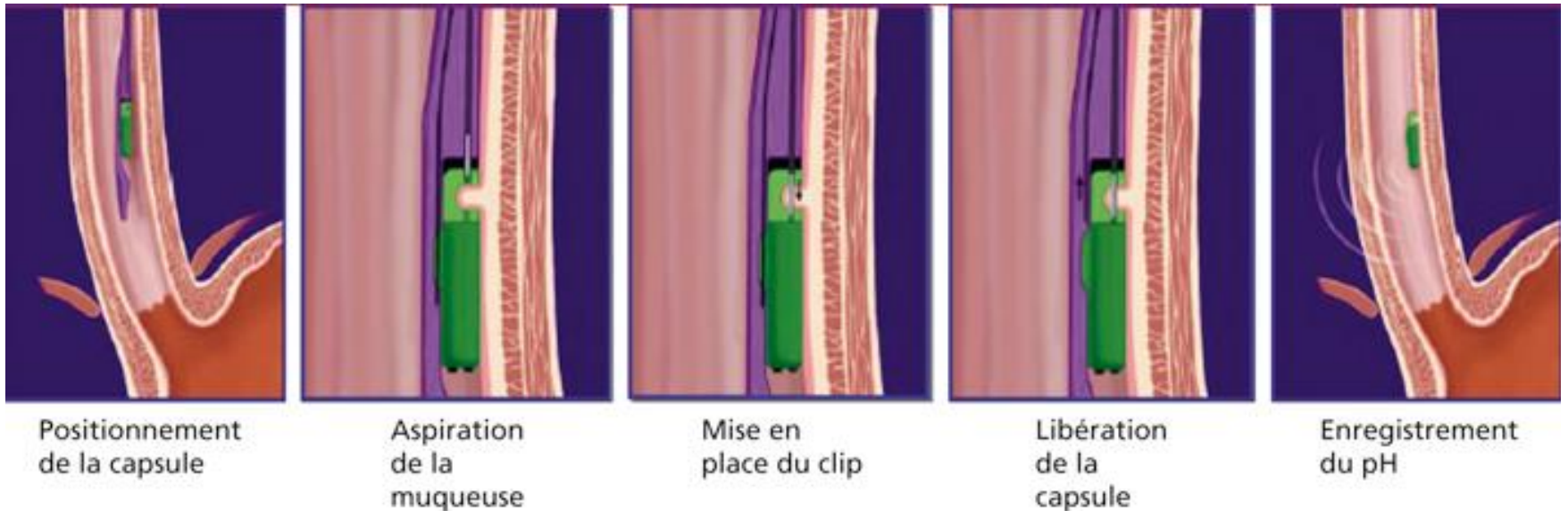
Reflux acide pathologique
(exposition acide sup 5 % du
temps)

***Nombre d'épisodes de reflux > 5
minutes : ≥ 3 / 24 heures***



La pH métrie sans fil : Capsule fixée à l'oesophage, au cours d'une endoscopie digestive, les données sont transmises par télémetrie à un boîtier externe d'enregistrement

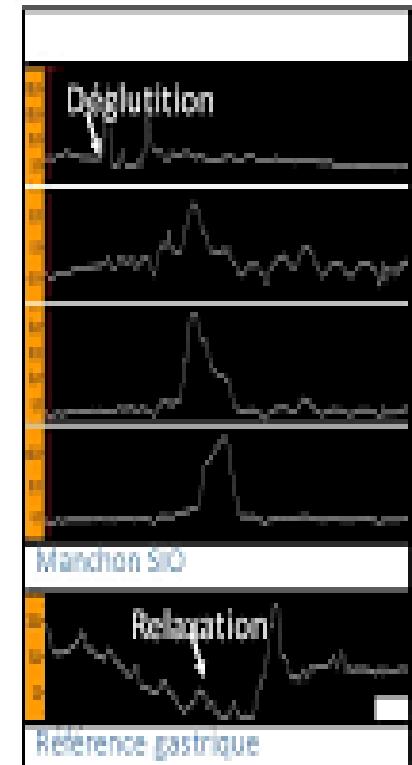
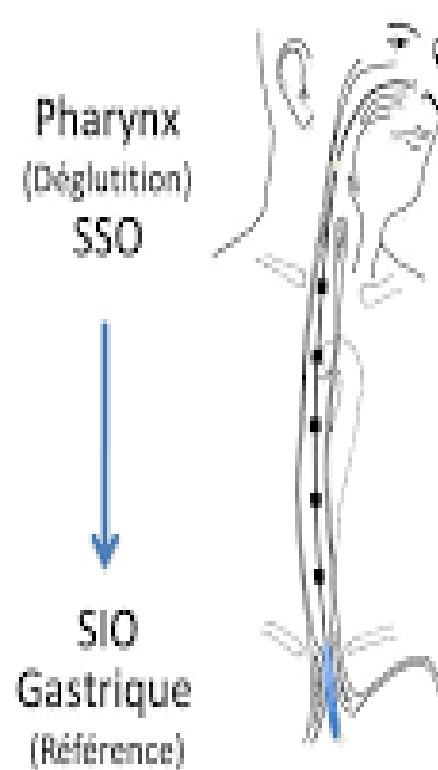
Avantages : meilleure tolérance, pas d'inconfort nasal, 48 heures d'enregistrement
Inconvénient : le prix, parfois douleur thoracique



3-Manometrie oesophagienne

- Pas de place dans le diagnostic
 - Recommandé en pré-opératoire
- Si suspicion de troubles moteurs de l'œsophage
- Permet d'affirmer une hypotonie du SOI

Manométrie oesophagienne



4-Impédancemétrie œsophagienne

- Nouvelle technique Couplée à la pHmétrie
- Indiquée en cas de RGO prouvé symptomatique malgré un TRT bien conduit par IPP.
- But: Ph impédancemétrie sous TRT IPP pour rechercher la persistance d'un reflux acide ou peu acide pathologique expliquant les symptômes

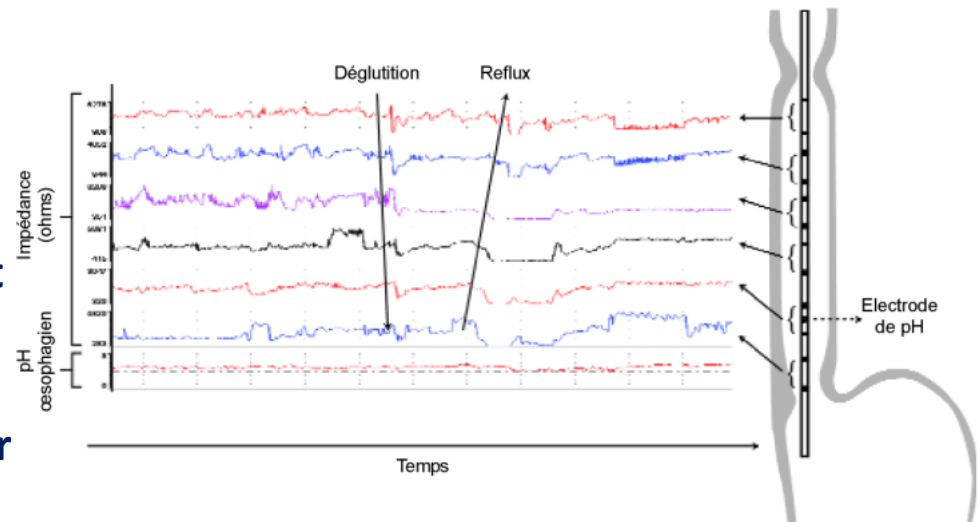


Figure 4. Tracé d'impédancemétrie

Un reflux est associé à une baisse rapide d'impédance à propagation rétrograde alors que les déglutitions sont associées à des baisses rapides d'impédance à propagation antérograde.

5-Test thérapeutique

Principe:

IPP à forte dose pendant 7 – 14 jours

Si réponse clinique: Diagnostic de RGO retenu

Avantages:

Simplicité, non invasif, coût relativement faible

Mais, insuffisamment validé !!

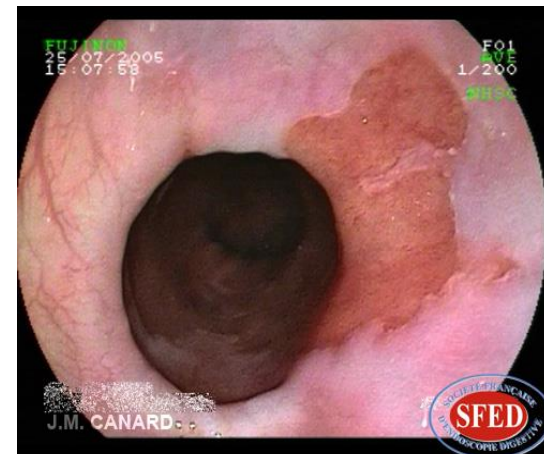
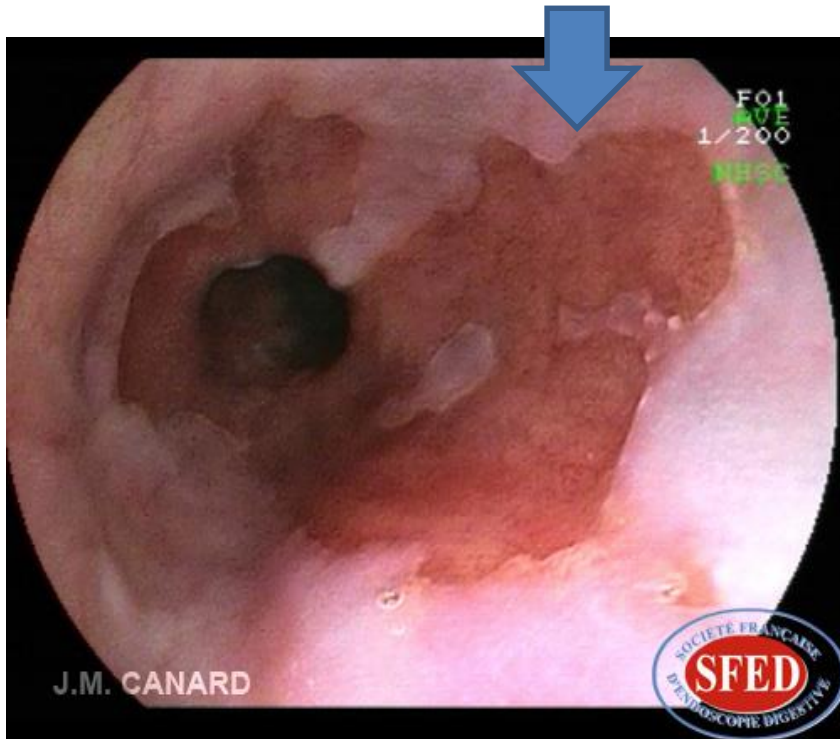
Sensibilité: 68- 83%

Spécificité: 55-85%

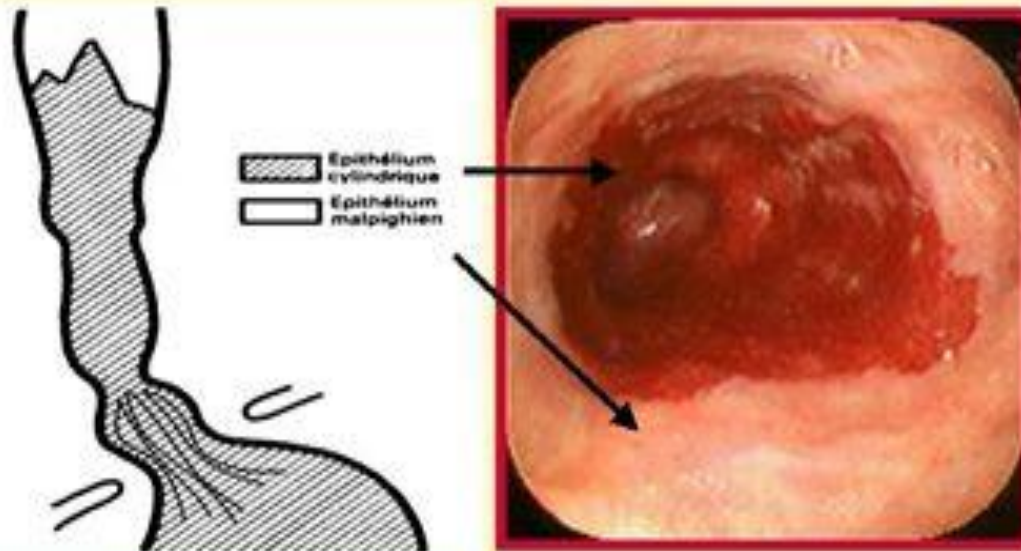
VII-Complications

- Oesophagites peptiques / hémorragies (hématémèse, méléna)
- Sténoses peptiques
- Endobrachyoesophage (EBO)
- Cancer du bas œsophage (ADK)

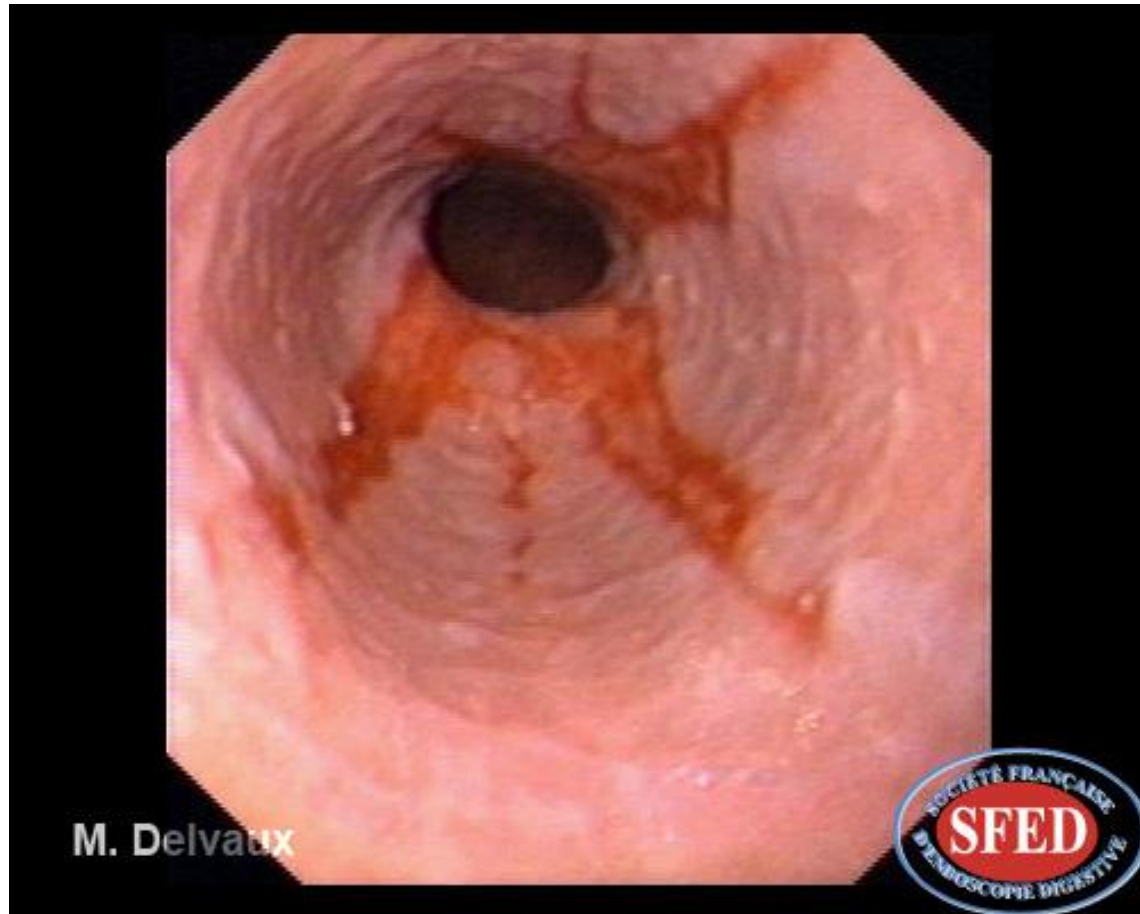
Endobrachyoesophage



ENDO-BRACHY-OESOPHAGE (Œsophage de Barrett)



Oesophagite peptique



IIIV – TRAITEMENT



▪ **BUT**

- Soulagement des symptômes et le retour à une qualité de vie normale
- Cicatrisation des lésions en cas d'oesophagite sévère ou compliquée
- Prévention des récurrences dans les formes symptomatiques à rechutes fréquentes ou les oesophagites sévères ou compliquées

1- Règles hygiéno-dietétiques

- Surélévation tête du lit
- Eviter de se coucher après manger
- Ne pas se pencher en avant trop vite ...
- Aliments $\searrow$ SIO : chocolat, alcool, menthe, graisses
- Médicaments $\searrow$ SIO : dérivés nitrés, inhibiteurs calciques, anticholinergiques



2-Médicaments

1- Prokinétiques (accélère la vidange gastrique ,peuvent renforcer la motricité oesophagienne et améliorer sa clairance)

- Traitement symptomatique
- Efficacité limitée
- Ne sont pas dépourvue d'effets secondaires :somnolence ,dystonie pour le metoclopramide



2-anti- acides et Alginates(pour tamponner l'acidité et augmenter la pression SIO)

- Neutralisent l'acidité gastrique mais ont une durée d'action brève de l'ordre de 30 min
- Peux efficace à long terme
- Exemple anti-acide: Maalox



3-Antagonistes des récepteurs -H2 (pour diminuer la secretion acide)

- Traitement symptomatique du RGO et des oesophagites non sévères.
- Exemples: Cimétidine et Ranitidine



4-Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Traitement de référence

-Efficacité sur les symptômes et la cicatrisation des lésions d'oesophagite

-Efficacité supérieure aux autres classes thérapeutique en ttt d'attaque et ttt d'entretien

■ Esomeprazole 40 mg qd

■ Rabeprazole 20 mg qd

■ Omeprazole 20 mg qd

■ Lansoprazole 30 mg qd

■ Pantoprazole 40 mg qd

3-Traitement chirurgical

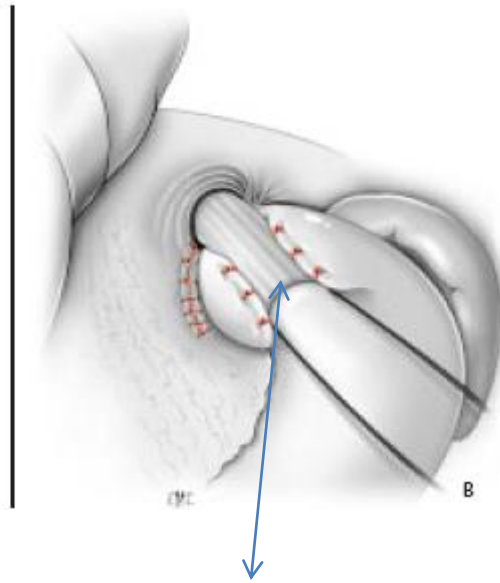
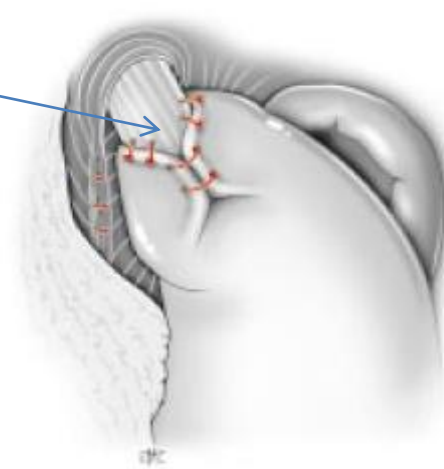


Reconstituer une barrière anti-reflux

Fundoplicature:

Réalisée par manchonnage sur 360° de l'œsophage avec la grosse tubérosité gastrique

90% de réussites mais risque de dysphagie



hémifundoplicature

Manchonnage postérieur incomplet de l'œsophage réalisé sur 180 ou 270

Indications thérapeutiques

❖ Formes légères :

- Un TRT coup par coup par des anti-acides est suffisant si les symptômes sont occasionnels,
- Un traitement intermittent par IPP par période de 1à 2 semaines peut être utile en cas de symptômes plus quotidien

❖ Formes modérées à sévères:

- Un traitement à dose efficace doit être poursuivi pendant 1à3 mois puis, au-delà, la poursuite du traitement est fonction des symptômes .

Un traitement à la demande si récidence occasionnelle

Un traitement continu à la dose minimale efficace en cas de reprise fréquente des symptômes

❖ Traitement des complications



Oesophagite:

- sévère: IPP double dose X 8 semaines + contrôle endoscopique
- Traitement d'entretien

Sténose:

- Dilatation endoscopique + IPP
- Si échec: Traitement chirurgical (oesophagectomie)

EBO:

- IPP si symptômes / oesophagite
- DHG : ttt endoscopique (électrocoagulation / mucosectomie ...)
ttt chirurgical (oesophagectomie)

Conclusion

RGO: Pathologie fréquente

Il s'agit d'un phénomène physiologique qui est le plus souvent asymptomatique

Diagnostic essentiellement clinique

Place des examens complémentaires: bien établie

Cpc est l'EBO

Nouveautés:

1- Introduction de nouvelles techniques d'explorations fonctionnelles

2- Généralisation du traitement par IPP