

Université de Ferhat abas, Sétif
Année universitaire 2022-2023

REFLUX GASTRO- OESOPHAGIEN(RGO)

DR N/ZIGHMI
GASTROENTÉROLOGUE



DEFINITION

Passage d'une partie du contenu gastrique
dans l'oesophage

physiologique

bref, post-prandial+++
Asymptomatique
Sans oesophagite



pathologique

Repété, prolongé
Symptomatique
et/ou oesophagite

INTERET DE LA QUESTION

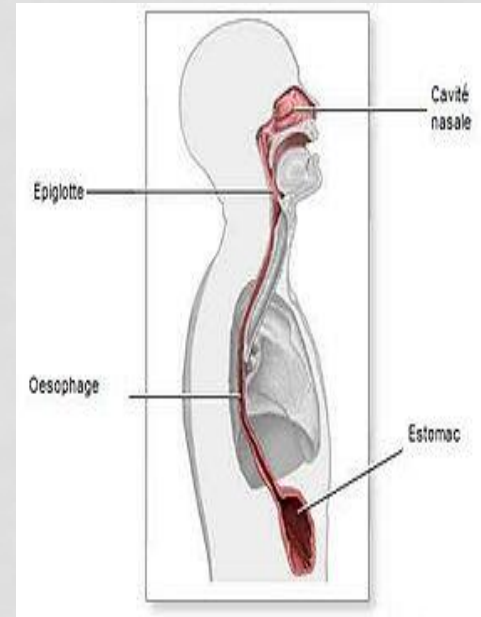
- motif fréquent de consultation
- Diagnostic clinique le plus souvent, examens complémentaires non systématiques
 - Bénigne, mais complications possibles
 - Traitement: Inhibiteurs de la pompe à proton+++

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'OESOPHAGE

Anatomie générale:

C'est un conduit musculo-membraneux reliant le pharynx au cardia.

Il est divisé en œsophage cervical (4cm); thoracique (18cm) et abdominal (2-3cm).

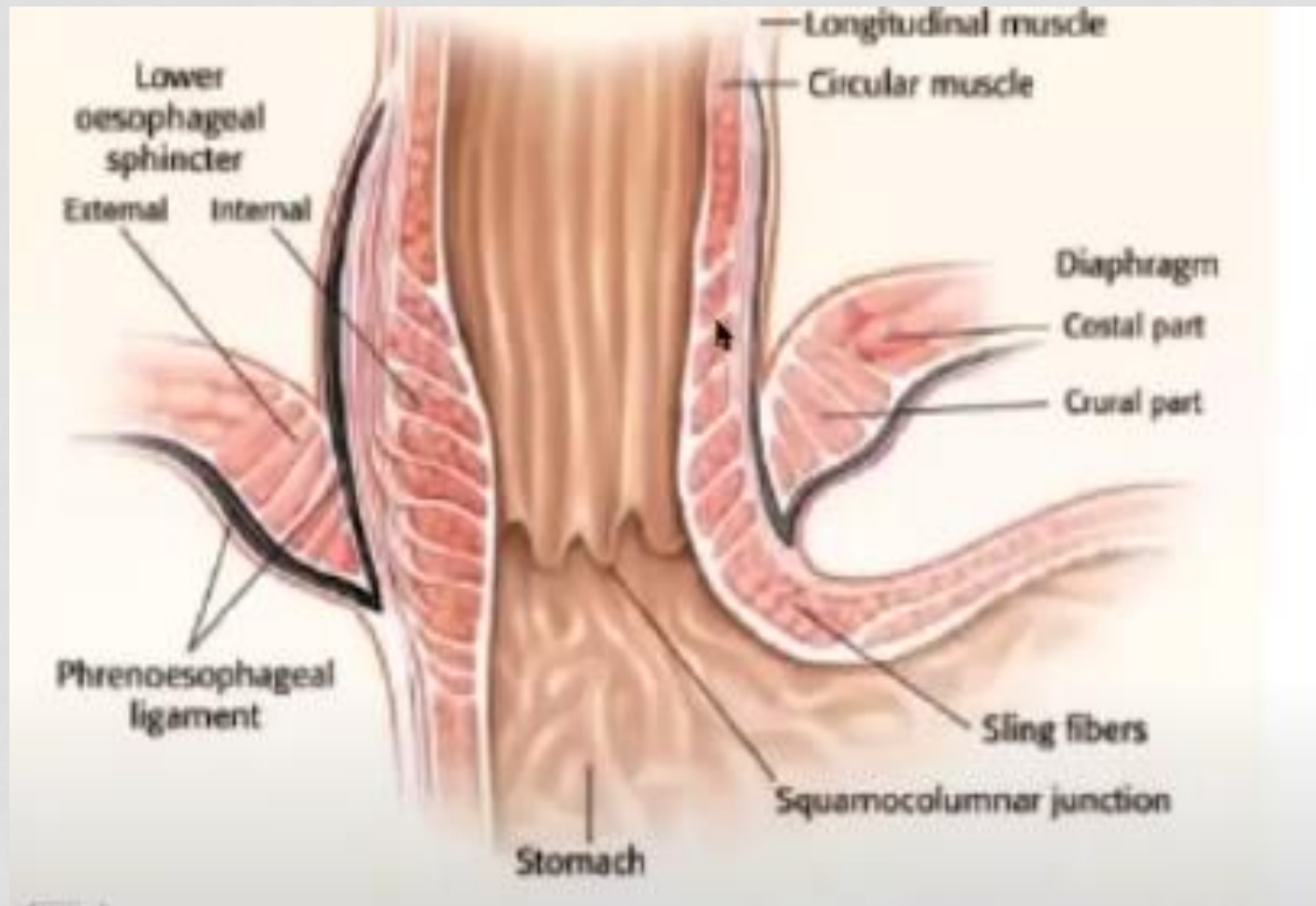


- A sa jonction supérieure il possède une valve appelée sphincter supérieur de l'œsophage(sso)
- A sa jonction inférieure il possède un sphincter musculaire lisse occupant les 4 derniers cm de l'oesophage :sphincter inférieur de l'œsophage(SIO) « zone de haute pression ».

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'OESOPHAGE

- A l'état normal, la continence du cardia empêche le contenu gastrique de refluer dans l'œsophage malgré un gradient de pression entre le thorax et l'abdomen favorable à ce reflux : barrière anti-reflux
- cette barrière anti reflux est composée de 2 principaux constituants:
 - le *sphincter inferieur de l'oesophage (SIO)*
 - les *piliers du diaphragme qui forment une pince autour du sphincter inferieur de l'oesophage*

BARRIERE ANTI-REFLUX



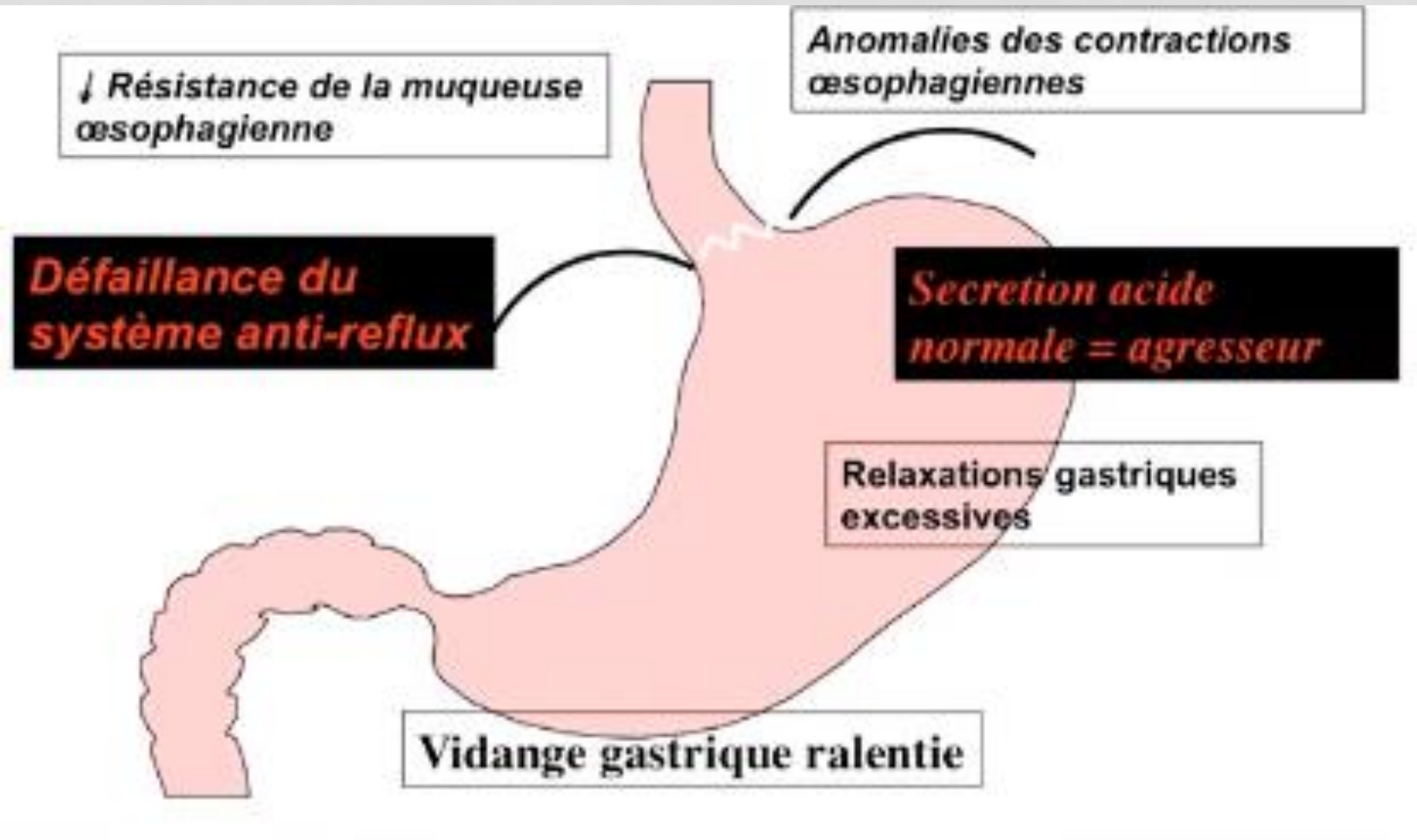
RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'ŒSOPHAGE

- **A l'état de repos** : œsophage fermé à ses 2 extrémités grâce à la contraction tonique des sphincters.
- **Au moment de la déglutition** : relâchement du SSO puis une onde péristaltique parcourt l'œsophage avec relaxation transitoire du SIO (**RTSIO**):RGO physiologique en post-prandiale

PHYSIOPATHOLOGIE DU RGO

- La physiopathologie du RGO est **multifactorielle**
- Mais elle fait avant tout intervenir **la défaillance de la barrière anti reflux** et l'agression de la muqueuse œsophagienne par l'acide et la pepsine présents dans le matériel de reflux
- D'autres facteurs :
 - anomalies de la motricité œsophagienne et gastrique
 - altération de la résistance de la muqueuse œsophagienne

PHYSIOPATHOLOGIE DU RGO

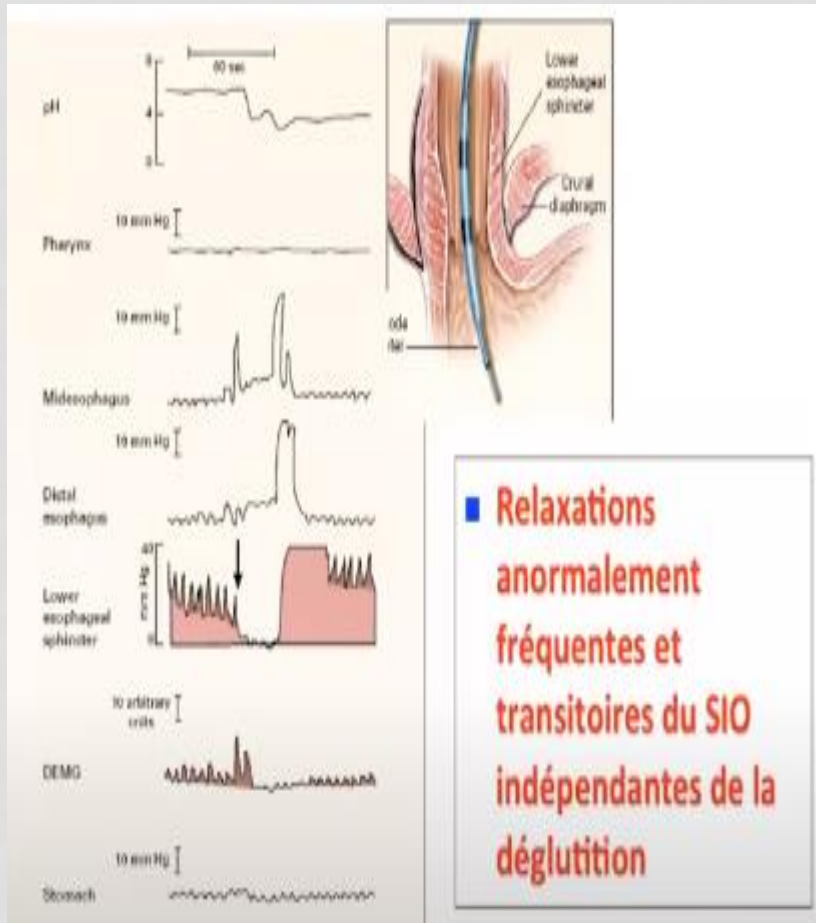


DEFAILLANCE DE LABARRIERE ANTI-REFLUX

➤ Anomales fonctionnelles:

- Le tonus du SIO représente l'élément principal de la barrière anti reflux, les patients souffrant de RGO ont en moyenne une pression de repos du SIO inférieure à celle des sujets sains
- Il a été démontré que le reflux survenait au cours des relaxations du SIO non provoquées par la déglutition appelées relaxations transitoires du SIO (RTSIO)

RELAXATIONS TRANSITOIRES DU SIO



- Sont à l'origine du reflux physiologique et de la majorité des reflux pathologiques
- Expliquent 80% des RGO
- Mécanisme exact inconnu

DEFAILLANCE DE LA BARRIÈRE ANTI-REFLUX

➤ Anomalies morphologiques:

- A côté du SIO, le muscle diaphragmatique et en particulier les fibres striées situées autour de la jonction oeso-gastrique représentent un élément important de la barrière anti reflux
- une hernie hiatale par glissement: Perte de contact entre le SIO et les piliers du diaphragme

HERNIE HIATALE

Protrusion permanente ou intermittente d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme

- Ni nécessaire ni suffisante pour provoquer le RGO (une HH peut exister sans RGO et vice versa)
- Joue un rôle aggravant

-Deux mécanismes :

1)HERNIE HIATALE PAR GLISSEMENT

- La plus fréquente (85%)
- Le cardia est intra-thoracique
- Perte de contact entre le SIO et les piliers du diaphragme



2)HERNIE HIATALE PAR ROULEMENT

- Plus rare (15%)
- Le cardia est intra abdominal
- La grosse tubérosité gastrique forme une poche intra-thoracique
- Risque d'ettranglement herniaire



FACTEURS FAVORISANT LE RGO



Tabac



graisses



alcool



chocolat



épices



jus acides



café



obésité, grossesse



position penchée
en avant



MANIFESTATIONS CLINIQUES

➤ Manifestations cliniques typiques

deux signes cliniques typiques

1) Pyrosis : sensation de brûlures rétro- sternales ascendantes (heartburn)

2) Régurgitations acides : remontée du liquide gastrique acide jusqu'au pharynx perçu comme brûlure sans effort de vomissement

- deux autres éléments caractéristiques :

➤ *caractere postural* : déclenchement ou aggravation des symptômes par le décubitus ou l'anteflexion

➤ *survenue postprandiale des symptômes*

MANIFESTATIONS CLINIQUES

➤ *Manifestations cliniques atypiques (< 50%)*

1-Manifestations digestives non spécifiques

brûlures épigastriques,
nausées, éructations, hoquets

2-Manifestations extra-digestives:

- **Respiratoires:** toux chronique nocturne, asthme sévère, infections pulmonaire à répétition
- **ORL:** pharyngites et laryngites à répétition, otalgie, enrouement chronique...
- **Stomatologiques:** gingivites, caries dentaires
- **Cardiaques:** douleurs thoraciques pseudo-angineuses

SIGNES D'ALARME

- *Dysphagie, odynophagie*
- Hémorragie digestive, anémie
- Masse abdominale
- Amaigrissement, altération de l'état général

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

➤ Endoscopie digestive haute

1^{er} examen à demander mais elle n'est pas systématique

- Normale dans 1/3 des cas n'exclut pas le diagnostic de RGO

- Met en évidence:

- œsophagite peptique (classification)*
- Hernie hiatale*
- sténose,*

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

-Indications de l'endoscopie digestive haute

1. Age > 50 ans
2. Signes d'alarme +
3. Symptômes atypiques digestifs ou extra-digestifs: A visée diagnostique
4. Echec du traitement initial bien conduit
5. Bilan préopératoire

Pas nécessaire en cas de symptômes typiques

- ***age < 50 ans + absence de signes d'alarme***

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

➤ PH metrie

C'est *l'examen de référence*

-consiste à enregistrer le pH dans le bas oesophage , sur 24 heures, grâce à une sonde (mise en place par voie nasale) placée à 5 cm au-dessus du SIO et reliée à un enregistreur numérique portable équipé d'un marqueur d'événement que le patient peut activer pour signaler les symptômes, les repas, les changements de position, d'activité, etc

-ou pH metrie sans fil à l'aide d'une capsule fixée à la paroi de l'oesophage.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Indications de la PHmetrie

toujours en 2eme intention après l'endoscopie oesogastro-duodenale)

- symptômes atypiques digestifs ou extra-digestifs avec endoscopie normale

- Résistance au traitement médical

- Bilan pre-operatoire d'un RGO si endoscopie normale

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

➤ PH impedancemetrie

- Réalisée à l'aide d'un cathéter introduit dans l'œsophage par voie trans-nasale et relié à un boîtier externe d'enregistrement
- Permet de détecter la présence de liquide et /ou de gaz dans l'œsophage indépendamment du caractère acide du reflux.
- Indication de choix :patient ayant un RGO prouvé (antécédent d'oesophagite et/ou PH metrie Positive) et qui garde des symptômes de reflux sous traitement bien conduit(permet de différencier le RGO acide du RGO non acide)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

➤ Manométrie

- Introduction dans l'oesophage d'une sonde de mesure permettant d'explorer la motricité des sphincters SSO ,SIO et du corps de l'œsophage.

-Rares indications :

-avant chirurgie anti-reflux pour la recherche de troubles moteur de l'œsophage (achalasie, hypotonie du SIO)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

➤ TOGD

inutile sauf en cas de sténose oesophagienne non franchissable par l'endoscope

DIAGNOSTIC

➤ Chez le **sujet jeune** ≤ 50 ans

1 -Devant des signes cliniques typiques:

- le diagnostic est clinique
- les examens complémentaires sont inutiles.

-La fibroscopie n'a d'indication qu'en cas de signes d'alarme ou en cas d'échec du traitement symptomatique.

2-Devant des signes cliniques atypiques :

- fibroscopie si normale → phmetrie ou test thérapeutique

DIAGNOSTIC

➤ Chez le **sujet de plus de 50 ans**

- la fibroscopie est indiquée
- Les indications de la pHmétrie ne sont pas différentes en fonction de l'âge.

COMPLICATIONS DU RGO

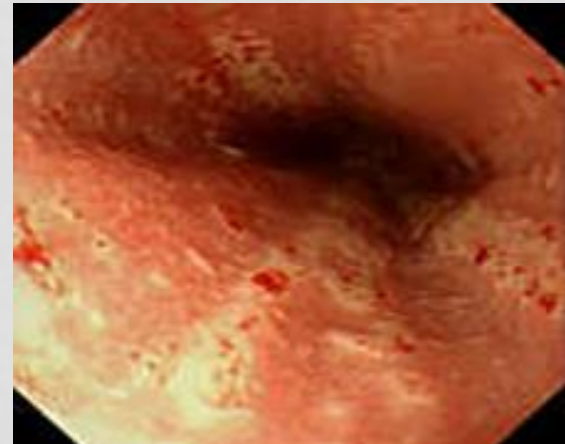
- oesophagite peptique et ses complications propres (Hémorragie digestive ,sténose peptique)
 - Endobrachyoesophage EBO(oesophage de Barrett)
- Toutes ces complications sont diagnostiquées par l'endoscopie oeso-gastro-duodenale, elles sont plus fréquentes après 50ans

COMPLICATIONS DU RGO

1-Œsophagite peptique: complication fréquente

Perte de substance débutant au tiers inférieur de l'œsophage

-Œsophagites sévères/non sévères(classification de savary miller et de los angeles)



COMPLICATIONS DU RGO

2) Sténose peptique

- Diminution du calibre du bas œsophage secondaire au reflux acide
- Symptôme dominant :dysphagie, odynophagie



COMPLICATIONS DU RGO

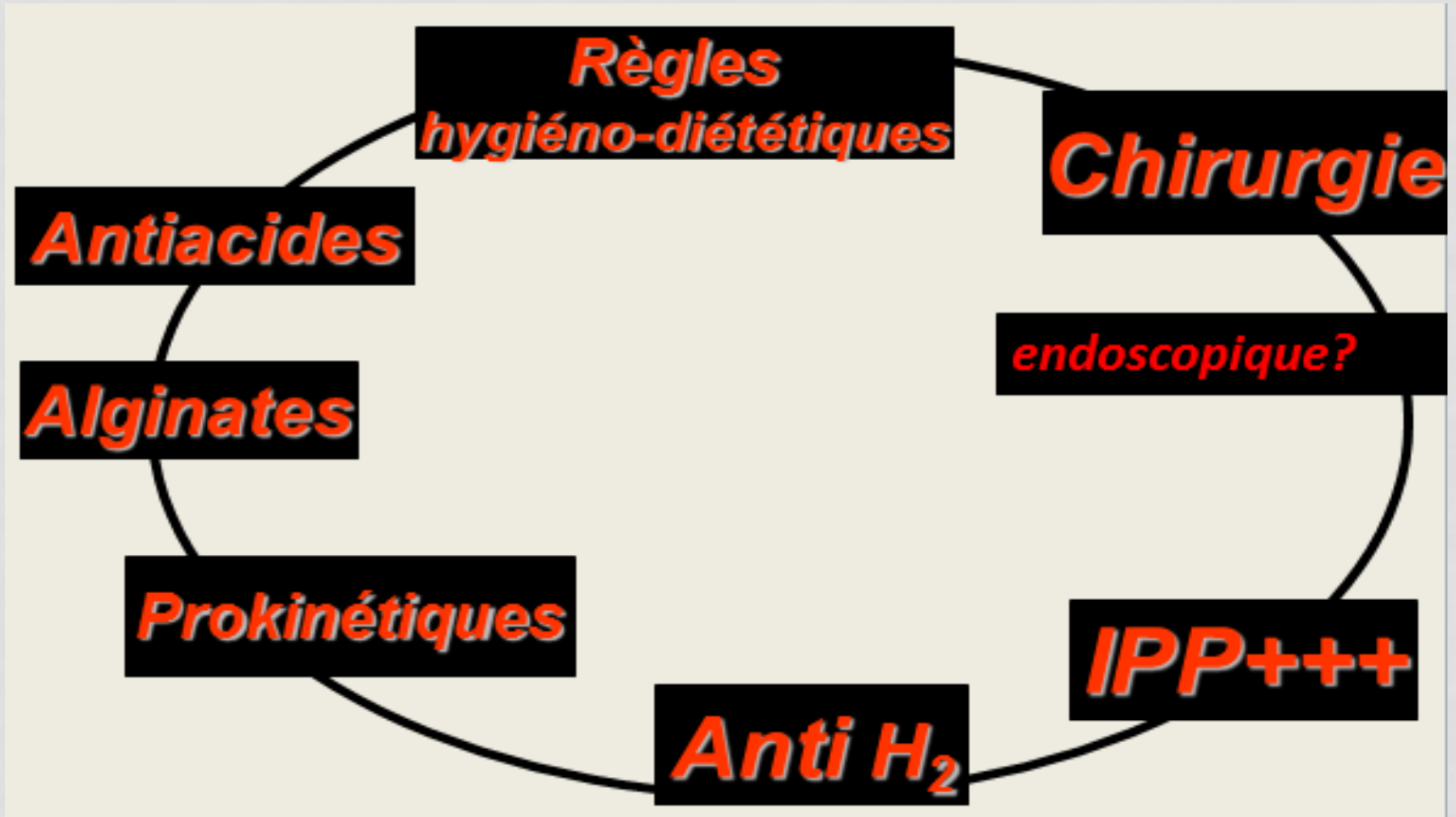
3) Endobrachyoesophage (EBO)

- **Definition endoscopique:** Remplacement de la muqueuse malpighienne de l'oesophage distal (couleur rose pale) par une muqueuse glandulaire (couleur rouge orangé de la muqueuse)
- **Definition histologique:** remplacement de l'epithelium malpighien du bas œsophage par un epithelium de type glandulaire en métaplasie intestinale
- Tout aspect endoscopique compatible avec un EBO doit etre biopsié
- Etat pré-cancereux** : risque d'adenocarcinome de l'oesophage augmenté de 30 à 40 fois celui de la population générale

EBO :ASPECT ENDOSCOPIQUE



TRAITEMENT DU RGO



TRAITEMENT DU RGO

➤ Mesures hygiéno-diététiques

1. Surélévation de la tête du lit de 45°
2. Éviter les repas copieux surtout le soir
(éviter les repas riches en graisses, les épices, boissons gazeuses, chocolat...)
3. Ne pas s'allonger immédiatement après un repas
(délai repas-coucher de 3h +++)
4. Diminuer le poids si surcharge pondérale
5. Supprimer le tabac et l'alcool
6. Éviter les vêtements trop serrés (ceintures...)



TRAITEMENT DU RGO

➤ Traitement médical

1) Les prokinétiques :

- *accélèrent la vidange gastrique.
- *peuvent renforcer la motricité oesophagienne et améliorer sa clairance.
- *peuvent contribuer à l'amélioration des symptômes

mais.....

- *nécessitent des prises répétées
- *ne sont pas dépourvus d'effets secondaires : somnolence, dystonies pour le métoclopramide (Pimpéran)
domperidone(motilium):troubles du rythme cardiaque

TRAITEMENT DU RGO

➤ Traitement médical

2) Les antiacides et alginates

- neutralisent l'acidité gastrique à courte durée d'action (1 heure)
- soulagent rapidement les symptômes mais ne permettent pas la cicatrisation des lésions d'oesophagite

Indiqués pour utilisation à la demande au moment des symptômes

Exemples: alginates : Gaviscon
anti-acide: Maalox

TRAITEMENT DU RGO

➤ Traitement médical

3) Les antagonistes des récepteurs H2:

sont moins efficaces pour le traitement du RGO

Ils améliorent les symptômes dans la **moitié** des cas et cicatrisent les lésions d'oesophagite après 6-8 semaines de traitement dans 50% des cas.

exp: ranitidine (retiré du marché en 2019 car elle contient des substances cancérigènes)

TRAITEMENT DU RGO

➤ Traitement médical

4) Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)+++ :

Activité anti-secretoire par blocage du transport gastrique du proton

Efficacité supérieure à celle des autres classes thérapeutiques sur le contrôle des symptômes et la cicatrisation des lésions d'oesophagite, avec une excellente tolérance.

TRAITEMENT DE REFERENCE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

TROIS SITUATIONS EN PRATIQUE

1^{ère} situation

RGO typique + age < 50 ans + pas de signes d'alarme

2^{ème} situation

RGO typique + age > 50 ans ou signes d'alarme

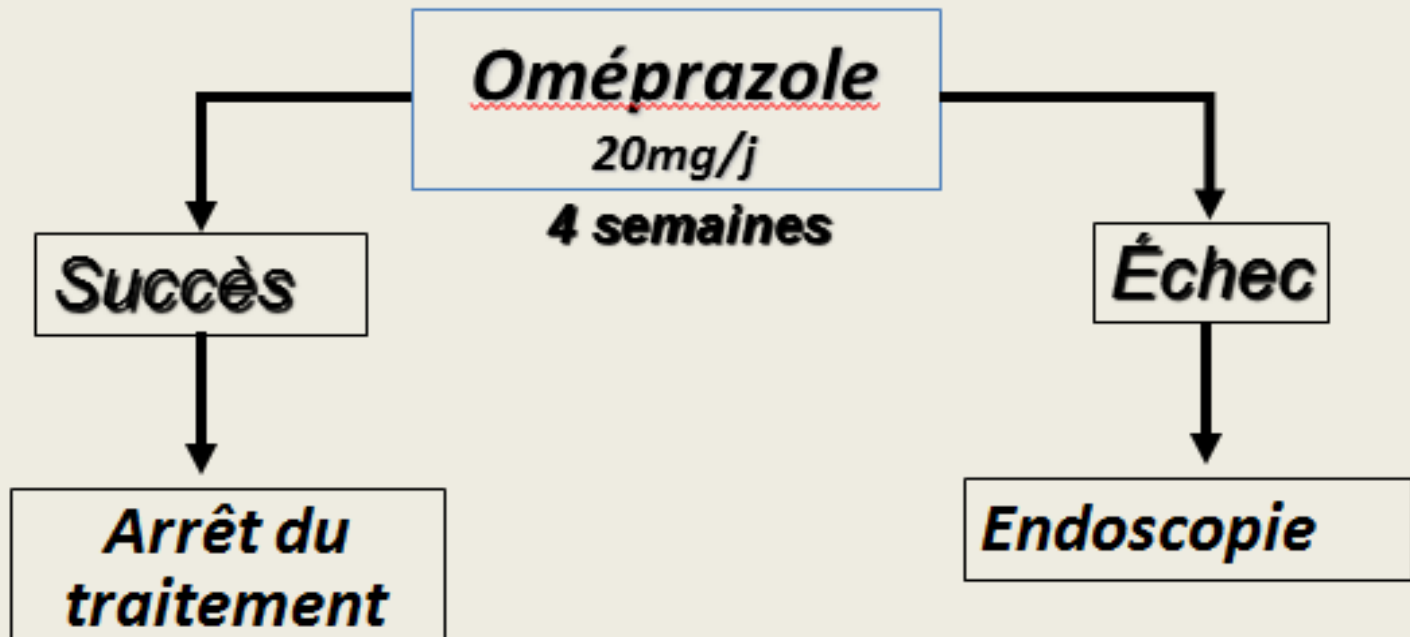
3^{ème} situation

Manifestations atypiques

1ère situation
RGO typique, alarme(-), <50 ans

Endoscopie initiale non nécessaire

+++



2ème situation
RGO typique + age>50 ans
ou s.alarme(+)

Endoscopie initiale nécessaire

Pas d'oesophagite
Oesophagite non sévère

IPP 20 mg 4 semaines

succès

Arrêt

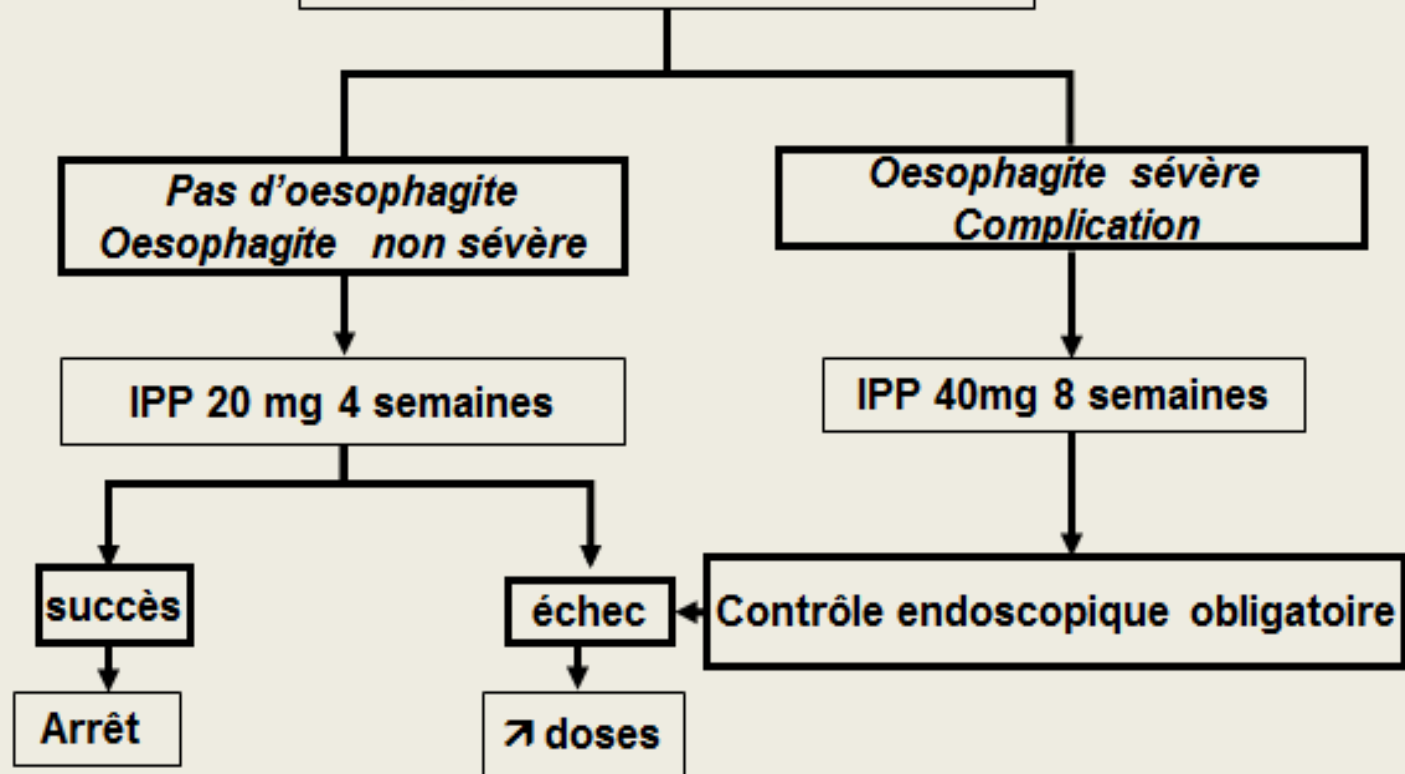
échec

↗ doses

Oesophagite sévère
Complication

IPP 40mg 8 semaines

Contrôle endoscopique obligatoire



3ème situation
MANIFESTATIONS ATYPIQUES

ENDOSCOPIE

OESOPHAGITE

IPP DOUBLE DOSE 4 - 8 SEMAINES

PAS D'OESOPHAGITE

pHMÉTRIE
TEST THÉRAPEUTIQUE

QUE FAIRE APRES TRAITEMENT INITIAL EFFICACE

Après 4 semaines

Bonne réponse au traitement

Arrêt du traitement initial

Patient bon répondeur
au traitement initial

Possibilité de traitement par IPP
à la demande
à la dose minimale efficace
(uniquement pendant
les périodes symptomatiques)

Rechutes
fréquentes ou précoces

Traitement d'entretien
par IPP
en recherchant
la dose minimale efficace

Résistance au traitement

Réalisation d'une
endoscopie digestive haute

TRATEMENT CHIRURGICAL

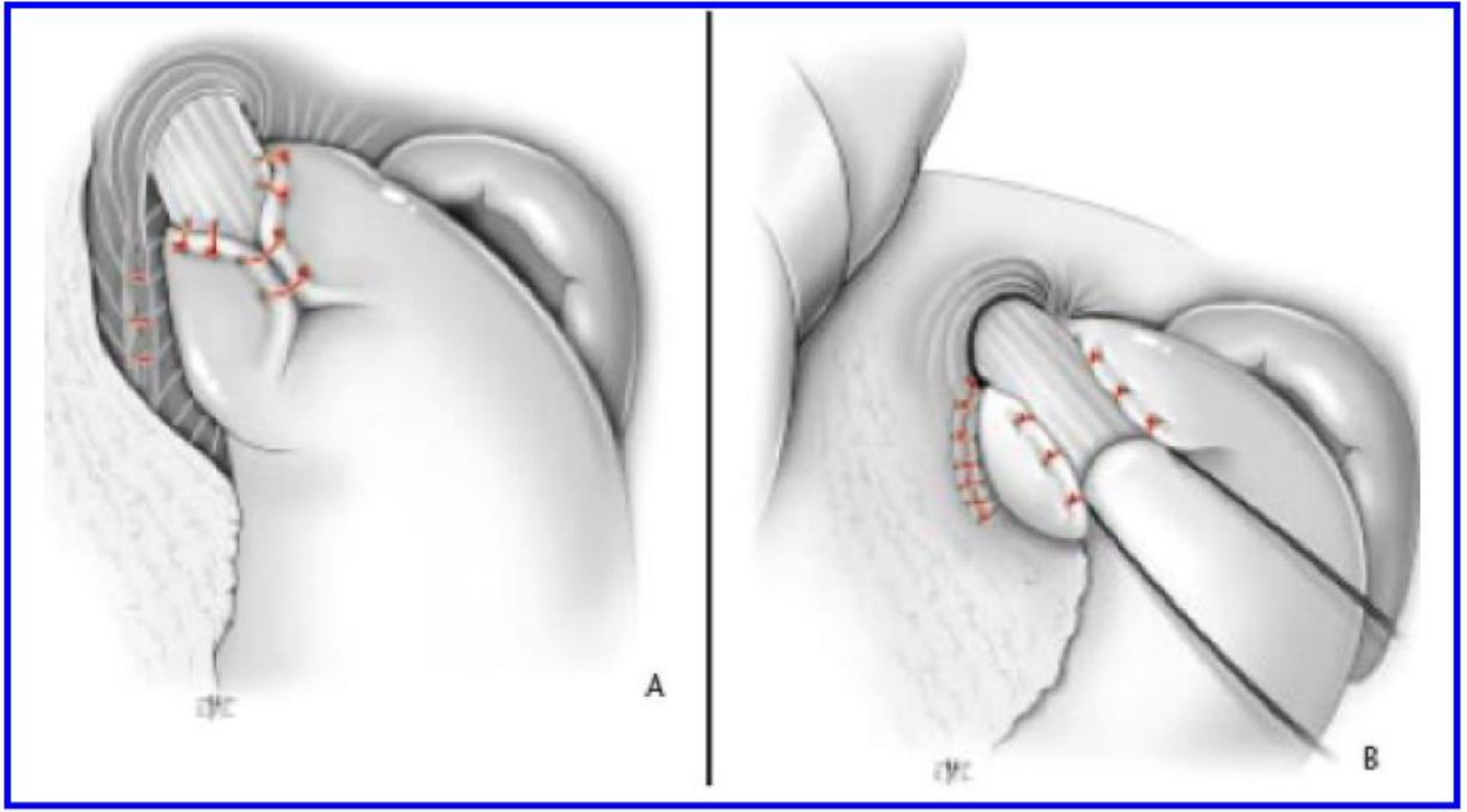
But : reconstituer la barrière anti-reflux

Confection d'une valve anti-reflux par manchonnage du bas œsophage par la grosse tubérosité (fundoplicature)

La technique de référence est l'intervention de Nissen (fundoplicature complète)

**plus rarement fundoplicature partielle, postérieure (Toupet).*

TYPE DE CHIRURGIE



QUAND OPERER?

- *Le traitement chirurgical doit être envisagé chez les sujets jeunes sans risque anesthésique ni comorbidité, lorsque le traitement à pleine dose ne peut être interrompu (patients dépendants des IPP):meilleure indication*
- *symptômes persistants malgré un traitement médical bien conduit*

CONCLUSION

- *RGO = pathologie fréquente*
- *Physiopathologie multifactorielle*
- *Le diagnostic est le plus souvent facile mais il faut savoir évoquer le diagnostic devant des manifestations atypiques.*
- *L'endoscopie n'est pas systématique.*
- *L'évolution est souvent chronique.*
- *Les complications sont rares mais peuvent être graves.*
- *TRT: IPP +++*