

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 élevée (en augmentation) = 20 à 40% de pyrosis, dont 10% hebdomadaire et 2 à 5% quotidien

- **RGO physiologique** = essentiellement après les repas : sans symptôme ni lésion muqueuse
- **RGO pathologique** = reflux anormalement fréquent, prolongé et/ou acide : symptômes et/ou oesophagite

Physio	<ul style="list-style-type: none"> - Défaillance de la barrière anti-reflux oeso-gastrique = sphincter inférieur de l'œsophage et diaphragme : généralement défaillance du SIO par relaxation transitoire spontanée, parfois majeure (pression du SIO effondré) - Hyperpression abdominale et stase gastrique 																
Facteur favorisants	<p>Hernie hiatale</p>	<p>= Protrusion permanente ou intermittente d'une partie de l'estomac à travers le hiatus oesophagien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hernie hiatale par glissement (85%) = cardia intra-thoracique : peut être associée à un RGO ou non - Hernie hiatale par roulement (15%) = poche intra-thoracique de la grosse tubérosité : sans lien avec un RGO, risque de torsion (urgence chirurgicale) → traitement chirurgical systématique 															
Facteur favorisants	<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 favorisants : graisse, café, thé, alcool, chocolat - Positionnel : signe du lacet = déclenchement par l'antéflexion/décubitus 																
Diagnostic	C	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">RGO non compliqué</td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">Digestifs</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Pyrosis : brûlure rétrosternale ascendante à point de départ épigastrique - Régurgitations acides : remontées du contenu gastrique acide jusqu'au niveau pharyngé → L'association des 2 est quasi-pathognomonique d'un RGO, surtout postural/post-prandial - Brûlures épigastriques isolées - Symptômes nocturnes : RGO souvent sévère, avec lésions d'oesophagite </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">RGO non compliqué</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Extra-digestifs</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> = Associées ou non aux symptômes digestifs : lien causal difficile à mettre en évidence - Pulmonaire : accès de toux (au décubitus), dyspnée asthmatiforme, enrouement, hoquet - ORL : dysesthésie bucco-pharyngée, otalgie (notamment à droite), laryngite postérieure - Stomato : gingivite/caries à répétition - Cardiaque : douleur précordiale pouvant simuler un angor - Troubles du sommeil : micro-éveils nocturnes, à l'origine d'une somnolence diurne </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Oesophagite peptique</td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> = Associée à 1/3 des RGO : classification de Savary-Miller (ou classification de Los Angeles) - Stade 1 = punctiforme/linéaire, non confluent - Stade 3 = circonférentielle - Stade 2 = confluyente non circonférentielle - Stade 4 = compliquée : ulcère ou sténose → Aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité de l'oesophagite </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">RGO compliqué</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Oesophagite sévère</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> = Ulcérations étendues, confluentes ou circonférentielles ou sténose peptique - Risque d'hémorragie digestive : anémie ferriprive, hématomèse, méléna - Risque de sténose oesophagienne : dysphagie, odynophagie </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">RGO compliqué</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Endo-brachy-oesophage</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> = De Barret : métaplasie intestinale cylindrique au niveau de l'épithélium malpighien normal de l'oesophage - Risque d'ulcère de la muqueuse pathologique - Risque d'adénocarcinome oesophagien : surveillance par biopsies régulières à la recherche de dysplasie </td> </tr> </table>	RGO non compliqué	Digestifs	<ul style="list-style-type: none"> - Pyrosis : brûlure rétrosternale ascendante à point de départ épigastrique - Régurgitations acides : remontées du contenu gastrique acide jusqu'au niveau pharyngé → L'association des 2 est quasi-pathognomonique d'un RGO, surtout postural/post-prandial - Brûlures épigastriques isolées - Symptômes nocturnes : RGO souvent sévère, avec lésions d'oesophagite 	RGO non compliqué	Extra-digestifs	<ul style="list-style-type: none"> = Associées ou non aux symptômes digestifs : lien causal difficile à mettre en évidence - Pulmonaire : accès de toux (au décubitus), dyspnée asthmatiforme, enrouement, hoquet - ORL : dysesthésie bucco-pharyngée, otalgie (notamment à droite), laryngite postérieure - Stomato : gingivite/caries à répétition - Cardiaque : douleur précordiale pouvant simuler un angor - Troubles du sommeil : micro-éveils nocturnes, à l'origine d'une somnolence diurne 	Oesophagite peptique	<ul style="list-style-type: none"> = Associée à 1/3 des RGO : classification de Savary-Miller (ou classification de Los Angeles) - Stade 1 = punctiforme/linéaire, non confluent - Stade 3 = circonférentielle - Stade 2 = confluyente non circonférentielle - Stade 4 = compliquée : ulcère ou sténose → Aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité de l'oesophagite 		RGO compliqué	Oesophagite sévère	<ul style="list-style-type: none"> = Ulcérations étendues, confluentes ou circonférentielles ou sténose peptique - Risque d'hémorragie digestive : anémie ferriprive, hématomèse, méléna - Risque de sténose oesophagienne : dysphagie, odynophagie 	RGO compliqué	Endo-brachy-oesophage	<ul style="list-style-type: none"> = De Barret : métaplasie intestinale cylindrique au niveau de l'épithélium malpighien normal de l'oesophage - Risque d'ulcère de la muqueuse pathologique - Risque d'adénocarcinome oesophagien : surveillance par biopsies régulières à la recherche de dysplasie
RGO non compliqué	Digestifs	<ul style="list-style-type: none"> - Pyrosis : brûlure rétrosternale ascendante à point de départ épigastrique - Régurgitations acides : remontées du contenu gastrique acide jusqu'au niveau pharyngé → L'association des 2 est quasi-pathognomonique d'un RGO, surtout postural/post-prandial - Brûlures épigastriques isolées - Symptômes nocturnes : RGO souvent sévère, avec lésions d'oesophagite 															
RGO non compliqué	Extra-digestifs	<ul style="list-style-type: none"> = Associées ou non aux symptômes digestifs : lien causal difficile à mettre en évidence - Pulmonaire : accès de toux (au décubitus), dyspnée asthmatiforme, enrouement, hoquet - ORL : dysesthésie bucco-pharyngée, otalgie (notamment à droite), laryngite postérieure - Stomato : gingivite/caries à répétition - Cardiaque : douleur précordiale pouvant simuler un angor - Troubles du sommeil : micro-éveils nocturnes, à l'origine d'une somnolence diurne 															
Oesophagite peptique	<ul style="list-style-type: none"> = Associée à 1/3 des RGO : classification de Savary-Miller (ou classification de Los Angeles) - Stade 1 = punctiforme/linéaire, non confluent - Stade 3 = circonférentielle - Stade 2 = confluyente non circonférentielle - Stade 4 = compliquée : ulcère ou sténose → Aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité de l'oesophagite 																
RGO compliqué	Oesophagite sévère	<ul style="list-style-type: none"> = Ulcérations étendues, confluentes ou circonférentielles ou sténose peptique - Risque d'hémorragie digestive : anémie ferriprive, hématomèse, méléna - Risque de sténose oesophagienne : dysphagie, odynophagie 															
RGO compliqué	Endo-brachy-oesophage	<ul style="list-style-type: none"> = De Barret : métaplasie intestinale cylindrique au niveau de l'épithélium malpighien normal de l'oesophage - Risque d'ulcère de la muqueuse pathologique - Risque d'adénocarcinome oesophagien : surveillance par biopsies régulières à la recherche de dysplasie 															
PC	<p>→ En présence de symptômes digestifs typiques (pyrosis et/ou régurgitation) et sans signe d'alarme (dysphagie, amaigrissement, anémie) chez un patient jeune < 50 ans : aucun examen complémentaire n'est nécessaire</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">Endoscopie oeso-gastro-duodénale</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> = Affirme le diagnostic si oesophagite, n'écarte pas le diagnostic si normal (30 à 50% des cas) - En 1^{ère} intention si symptômes atypiques, signes d'alarme, doute diagnostique ou > 50 ans </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">pH-métrie oesophagienne des 24h</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> = Examen le plus sensible pour le diagnostic de RGO pathologique - Indiqué si endoscopie normale : - Manifestations extra-digestives compatibles avec un RGO <li style="padding-left: 20px;">- Persistance de symptômes gênants sous traitement <li style="padding-left: 20px;">- Avant chirurgie anti-reflux en l'absence d'oesophagite </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Impédancemétrie oesophagienne</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> = Seule examen pouvant mettre en évidence un RGO peu ou non acide - Indiqué surtout pour chercher un reflux persistant sous traitement anti-sécrétoire </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Manométrie oesophagienne</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> = N'objective pas le RGO mais peut montrer une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme oesophagien - Recommandé en cas d'indication opératoire pour reflux </td> </tr> </table>		Endoscopie oeso-gastro-duodénale	<ul style="list-style-type: none"> = Affirme le diagnostic si oesophagite, n'écarte pas le diagnostic si normal (30 à 50% des cas) - En 1^{ère} intention si symptômes atypiques, signes d'alarme, doute diagnostique ou > 50 ans 	pH-métrie oesophagienne des 24h	<ul style="list-style-type: none"> = Examen le plus sensible pour le diagnostic de RGO pathologique - Indiqué si endoscopie normale : - Manifestations extra-digestives compatibles avec un RGO <li style="padding-left: 20px;">- Persistance de symptômes gênants sous traitement <li style="padding-left: 20px;">- Avant chirurgie anti-reflux en l'absence d'oesophagite 	Impédancemétrie oesophagienne	<ul style="list-style-type: none"> = Seule examen pouvant mettre en évidence un RGO peu ou non acide - Indiqué surtout pour chercher un reflux persistant sous traitement anti-sécrétoire 	Manométrie oesophagienne	<ul style="list-style-type: none"> = N'objective pas le RGO mais peut montrer une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme oesophagien - Recommandé en cas d'indication opératoire pour reflux 							
Endoscopie oeso-gastro-duodénale	<ul style="list-style-type: none"> = Affirme le diagnostic si oesophagite, n'écarte pas le diagnostic si normal (30 à 50% des cas) - En 1^{ère} intention si symptômes atypiques, signes d'alarme, doute diagnostique ou > 50 ans 																
pH-métrie oesophagienne des 24h	<ul style="list-style-type: none"> = Examen le plus sensible pour le diagnostic de RGO pathologique - Indiqué si endoscopie normale : - Manifestations extra-digestives compatibles avec un RGO <li style="padding-left: 20px;">- Persistance de symptômes gênants sous traitement <li style="padding-left: 20px;">- Avant chirurgie anti-reflux en l'absence d'oesophagite 																
Impédancemétrie oesophagienne	<ul style="list-style-type: none"> = Seule examen pouvant mettre en évidence un RGO peu ou non acide - Indiqué surtout pour chercher un reflux persistant sous traitement anti-sécrétoire 																
Manométrie oesophagienne	<ul style="list-style-type: none"> = N'objective pas le RGO mais peut montrer une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme oesophagien - Recommandé en cas d'indication opératoire pour reflux 																