

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 	
		<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	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
		Extra-digestifs	<p>= Associées ou non aux symptômes digestifs : lien causal difficile à mettre en évidence</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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		<p>= Associée à 1/3 des RGO : classification de Savary-Miller (ou classification de Los Angeles)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stade 1 = punctiforme/linéaire, non confluent - Stade 3 = circonférentielle - Stade 2 = confluyente non circonférentielle - Stade 4 = compliquée : ulcère ou sténose <p>→ Aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité de l'oesophagite</p>
	RGO compliqué	Oesophagite sévère	<p>= Ulcérations étendues, confluentes ou circonférentielles ou sténose peptique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque d'hémorragie digestive : anémie ferriprive, hématomèse, méléna - Risque de sténose oesophagienne : dysphagie, odynophagie
		Endo-brachy-oesophage	<p>= De Barret : métaplasie intestinale cylindrique au niveau de l'épithélium malpighien normal de l'oesophage</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>
		Endoscopie oeso-gastro-duodénale	<p>= Affirme le diagnostic si oesophagite, n'écarte pas le diagnostic si normal (30 à 50% des cas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 1^{ère} intention si symptômes atypiques, signes d'alarme, doute diagnostique ou > 50 ans
		pH-métrie oesophagienne des 24h	<p>= Examen le plus sensible pour le diagnostic de RGO pathologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>= Seule examen pouvant mettre en évidence un RGO peu ou non acide</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indiqué surtout pour chercher un reflux persistant sous traitement anti-sécrétoire
		Manométrie oesophagienne	<p>= N'objective pas le RGO mais peut montrer une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme oesophagien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recommandé en cas d'indication opératoire pour reflux

→ But : traitement des symptômes, cicatrisation des lésions d'oesophagite et prévention des récives				
TTT	RHD	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction pondérale - Arrêt du tabac et de l'alcool - Surélévation de 45° de la tête du lit - Intervalle de 3h entre le dîner et le coucher 		
	Traitement médical	<ul style="list-style-type: none"> - Neutralisation du contenu acide : antiacide (Rennie®, Maalox®) - Protection de la muqueuse oesophagienne : alginates (Gaviscon®) - Inhibition des sécrétions gastriques acides : anti-H2 (cimétidine, ranitidine, famotidine) et IPP → La supériorité des IPP est démontrée quelque soit la sévérité de l'oesophagite - ↘ Relaxations transitoires du SIO : baclofène (Lioréal® : agoniste du récepteur β de l'ac γ-amino-butérique) proposé en cas d'échec de traitement de 1^{ère} intention, souvent mal toléré 		
		IPP	<ul style="list-style-type: none"> = Bloque l'action de la pompe H+/K+-ATPase : inhibition dose-dépendante de la sécrétion acide - Prise le matin à jeun, 30 minutes avant le repas (↗ la biodisponibilité) - Efficacité maximale en 2 à 4 jours - Aucune différence d'efficacité ou de tolérance n'a été retrouvée entre les IPP - Non indiqué : - Dyspepsie fonctionnelle (sans RGO associé) - Prévention des lésions gastro-duodénales aux AINS chez les sujets non à risque 	
	EI	<ul style="list-style-type: none"> - Bénins, fréquents : céphalées, troubles digestifs - Rebond acide à l'arrêt du traitement, pic de sécrétion acide nocturne - Gastrite chronique atrophique : sans lien mis en évidence avec un sur-risque de cancer - A long terme : ostéoporose, hypomagnésémie - ↘ défense (↘ acidité) : ↗ le risque de pneumopathie et d'infection à Clostridium difficile - Autre (rare) : thrombopénie, hépatite (pantoprazole), néphrite interstitielle (oméprazole) 		
Traitement chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> = Montage anti-reflux : fundoplicature complète (procédé de Nissen), possible sous coelioscopie - Indication si RGO acide : - Amélioré par le traitement mais récidive précoce dès son arrêt <ul style="list-style-type: none"> - 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, récive - Manométrie systématique en pré-opératoire pour écarter un trouble moteur de l'oesophage 			
Stratégie thérapeutique	RGO sans oesophagite	Traitement initial	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence < 1/semaine : anti-acide, alginate ou anti-H2 (1 à 3 prise/jour) à la demande - Fréquence > 1/semaine : IPP demi-dose (ou oméprazole à pleine dose) x 4 semaines 	
		Traitement à long terme	<ul style="list-style-type: none"> - Initialement : IPP à la demande - Si rechute fréquente/précoce : traitement d'entretien par IPP à dose minimale efficace 	
	RGO avec oesophagite	Cicatrisation		Prévention des récives
		Oesophagite peu sévère	<ul style="list-style-type: none"> - IPP à demi-dose pendant 4 semaines - IPP pleine dose si symptômes persistants 	<ul style="list-style-type: none"> - IPP au long cours à dose minimale efficace si rechutes fréquentes
		Oesophagite sévère	<ul style="list-style-type: none"> - IPP à pleine dose pendant 8 semaines - Endoscopie de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> - IPP au long cours à dose minimale efficace
	Signes extra-digestifs	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement anti-sécrétoire non recommandé par l'ANSM : aucune preuve d'efficacité - IPP à double dose pendant 3 mois (discuté) : toux après avoir exclu une affection ORL ou pulmonaire... 		
RGO résistant aux IPP	<ul style="list-style-type: none"> → Evoquer : RGO non acide, erreur diagnostique → pH-métrie ou impédancemétrie sous traitement : persistance d'un reflux acide ou non acide - En cas de reflux acide persistant documenté : ↗ dose d'IPP et/ou association aux antiacides - En cas de reflux non acide : alginate ou baclofène ou intervention chirurgicale - Si reflux toujours persistant : intervention chirurgicale 			
Sténose peptique	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement en continue par IPP à pleine dose - Dilatation oesophagienne endoscopique en cas de dysphagie 			
Endo-brachy-oesophage	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatique ou associé à une oesophagite : traitement par IPP au long cours - Asymptomatique et non associée à une oesophagite : aucun traitement (les anti-sécrétoires et la chirurgie anti-reflux ne diminuent pas le risque de cancer) - Surveillance endoscopique avec biopsies systématiques 			