

Université De Ferhat Abbas,sétif1
Faculté De Médecine
Service De Médecine Interne

Module: Gastro-enterologie

Titre du cours : Reflux gastro-oesophagien(RGO)

Enseignant : Dr N/ ZIGHMI

Date : 16 /03 /2020

PLAN

INTRODUCTION

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'ŒSOPHAGE

MECANISME DU RGO ET FACTEURS FAVORISANTS

MANIFESTATIONS CLINIQUES

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

COMPLICATIONS

TRAITEMENT

CONCLUSION

Définition

Passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage.

Physiologique

1. *Bref, post-prandial++*
2. *Asymptomatique*
3. *Sans oesophagite*

Pathologique

*Spectre de **symptômes** et/ou de **lésions** provoqué par le contact trop **fréquent** et/ou trop **prolongé** du contenu gastrique avec l'oesophage*

INTERET :

- Symptôme fréquent
- Absence de parallélisme anatomoclinique
- Bénigne, mais complications possibles
- Traitement:
 - IPP
 - TRT chirurgical
 - TRT endoscopique

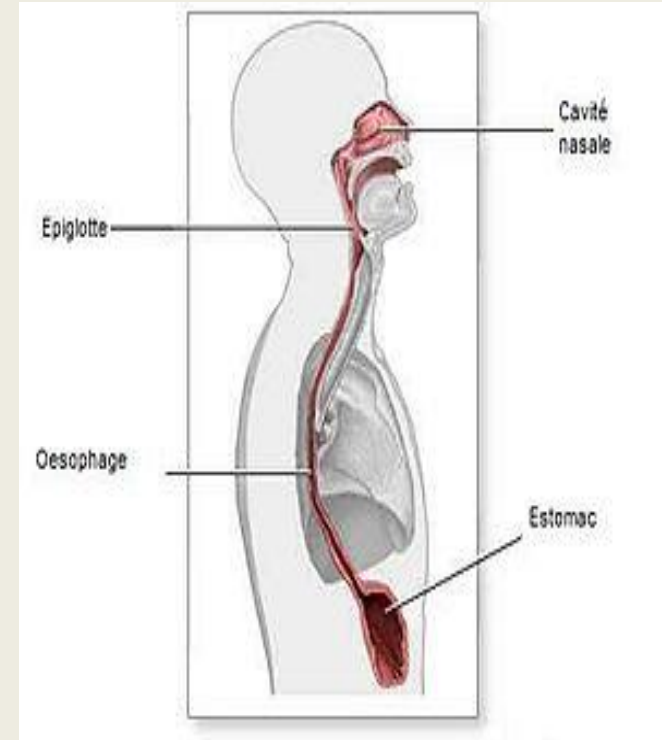
Rappel anatomique et physiologique de l'oesophage

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 **SSO**.

A sa jonction inférieure il ne possède pas de sphincter anatomique **SIO** mais un sphincter fonctionnel « zone de haute pression ».

Rappel anatomique et physiologique de l'oesophage

La barrière anti reflux: est composée de 2 principaux constituants:

le sphincter interne (SIO)

le sphincter externe (m diaphragmatique)

A l'état de repos : oesophage 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'oesophage et relaxation transitoire du **(RTSIO)** = RGO physiologique.

Mécanisme du RGO et facteurs favorisants

1/ La défaillance de La barrière anti-reflux.

2/ Toxicité des produits endogènes.

3/ Défense de l'œsophage.

4/ Clearance de l'oesophage

6/ Anomalies de la motricité gastrique.

La défaillance de la barrière anti-reflux: element clef

- le sphincter interne (SIO):

augmentation de la fréquence RTSIO qui sont indépendantes de la déglutition surtout en position couchée.

- le sphincter externe (m diaphragmatique):

la hernie hiatale dissocie le SIO du diaphragme qui sont anatomiquement superposés → prédispose au RGO par:

** déclenchement des RTSIO*

** la séquestration d'acide dans la poche herniaire*

TOXICITE DES PRODUITS ENDOGENE:

1/ Sécrétion gastrique acide ++++

*Certains patients souffrant de RGO ont **une sécrétion acide basale élevée***

2/ Les acides biliaires conjugués sont agressif à Ph acide.

3/ Le reflux duodeno gastro oesophagien: alcalin ou mixte.

Défense du corps de l'œsophage

Chez les sujets porteurs du RGO pendant les RTSIO ,le corps oesophagien est relâché ou inhibé de même que le SIO ce qui permettrait au matériel de reflux en provenance de l'estomac de se déplacer aisément vers la partie haute de l'œsophage.

La clearance de l'œsophage:

Le péristaltisme secondaire est altéré chez des patients souffrant de RGO

Vidange gastrique

*La moitié des patients avec RGO ont **une vidange gastrique retardée** qui peut augmenter le reflux postprandial en augmentant le taux des RTSIO.*

Etiologies non sphinctériennes:

- Gastrectomie polaire supérieure ou toute autre intervention chirurgicale pouvant affaiblir ou supprimer la barrière anti-reflux (intervention de Heller)
- La présence prolongée d'une sonde gastrique
- La grossesse, environ la moitié des femmes enceintes présentent un pyrosis ou des régurgitations, souvent T3. Des facteurs mécaniques (hyperpression intra-abdominale), la progestérone ++
- L'atteinte oesophagienne au cours de la **sclérodermie est fréquente**

des facteurs favorisant le RGO :

- Alcool, graisses, chocolat, café , l'obésité et le tabagisme.
- médicaments : la théophylline, les anticholinergiques, les dérivés nitrés, les antagonistes calciques, les AINS, la progestérone

Manifestations cliniques

Manifestations cliniques

Typique

Pyrosis: brûlures rétrosternales ascendantes post prandiales déclenchées par la position (antéflexion ou décubitus)

Régurgitation: brûlures dans la bouche

(spécificité 90%)

Manifestations cliniques

Atypique

1-Manif.digestives: brûlures épigastriques, nausées, éructations

2-Manif.extra-digestives:

- **Respiratoires**: toux nocturne, asthme sévère, infections pulmonaire à répétition
- **ORL**: pharyngite à répétition, laryngite...
- **Stomatologiques**: gingivites, caries dentaires
- **Cardiaques**: crises pseudo-angineuses

les signes d'alarme

Odynophagie

Dysphagie

Amaigrissement

***Signes
d'alarme***

***Hémorragie
Anémie***

AEG

***Masse
abdominale***

Examens complémentaires

*Endoscopie digestive

*PH-métrie

*Manométrie oesophagienne

Endoscopie digestive

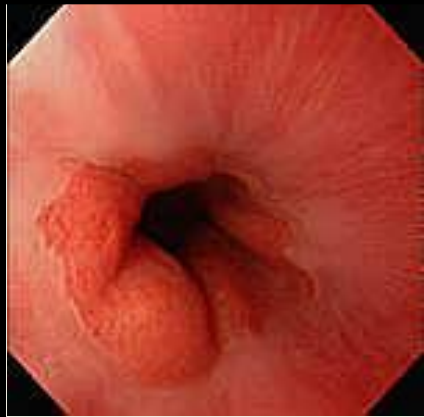
- *1^{er} examen à demander mais non systematique*
- *Normale dans 1/3 des cas n'exclut pas le diagnostic d'RGO*
- *Met en évidence:*
 - *œsophagite peptique (classification)*
 - *Hernie hiatale*
 - *sténose, EBO*

FOGD INDIQUEE DANS 5 SITUATIONS

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

***Pas nécessaire en cas de symptômes typiques
age < 50 ans + absence de signes d'alarme***

Classification de Savary-Miller



normal



Stade 1



Stade 2



Stade 3



Stade 4: ulcère



Stade 4: sténose



Stade 5: endobrachyoesophage



PH-métrie

*C'est l'examen de référence
consiste à enregistrer le pH dans le bas oesophage dans des
conditions habituelles, sur 24 heures, grâce à une électrode
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.*



PH-métrie

Indications:

RGO sévère sans oesophagite

Formes atypiques

Résistance au traitement médical

Manométrie oesophagienne

Introduction dans l'oesophage d'une sonde de mesure permettant d'explorer la motricité du SIO et du corps de l'oesophage.

Objective une hypotonie du sphincter inférieur de l'oesophage

Rares indications :

avant chirurgie anti-reflux pour la recherche de troubles moteurs de l'oesophage

Autres explorations

- TOGD: inutile sauf en cas d sténose
- Evaluation de la sécrétion gastrique acide et dosage de la gastrinémie
- Test thérapeutique

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC

– Chez le **sujet jeune ≤ 50 ANS**

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.*

des signes cliniques atypiques :

** fibroscopie si normale \rightarrow phmetrie ou test thérapeutique*

– ***Chez le sujet de plus de 50 ans:***

** la fibroscopie a des indications plus larges:*

/symptômes d'apparition ou d'aggravation récentes à la recherche d'une oesophagite peptique, d'un endobrachyoesophage ou d'une lésion associée.

**Les indications de la pHmétrie ne sont pas différentes en fonction de l'âge.*

Complications

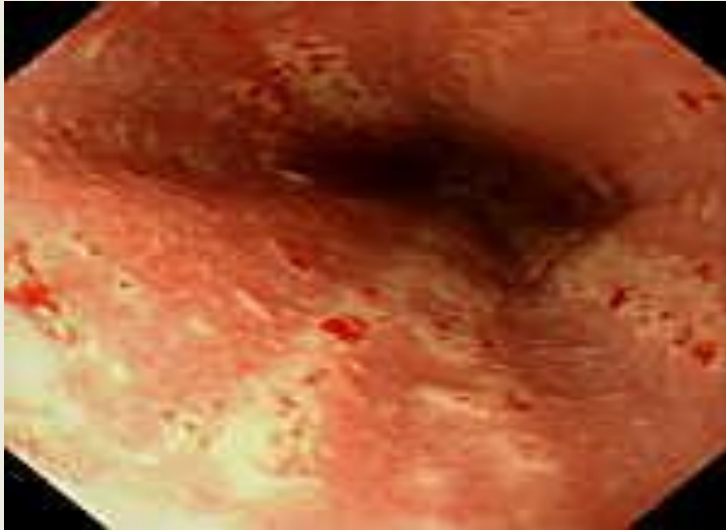
Hémorragie digestive

Sténose peptique

Endobrachyoœsophage (œoesophage de Barrett)

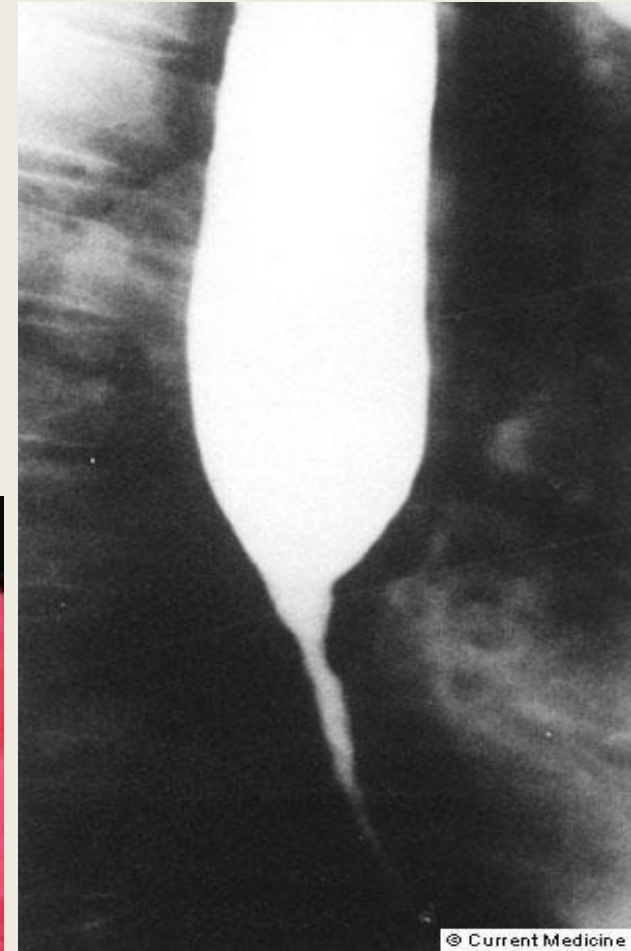
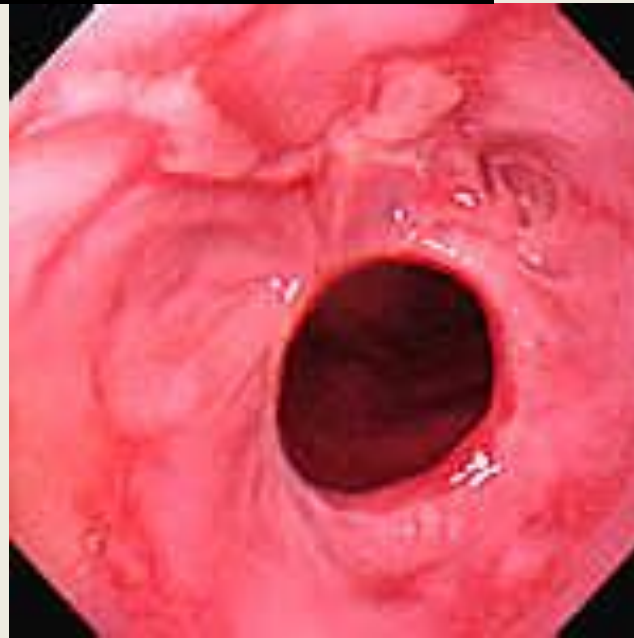
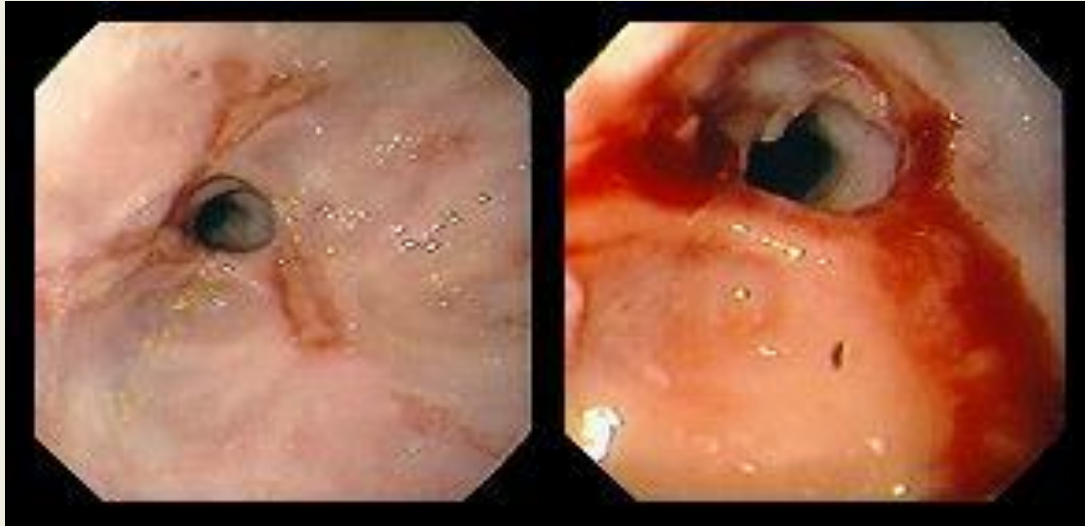
Hémorragie

- 5%, favorisé par : AINS, age, tares, alcool.



Sténose peptique

Dysphagie, odynophagie



Endobrachyoesophage=état précancéreux

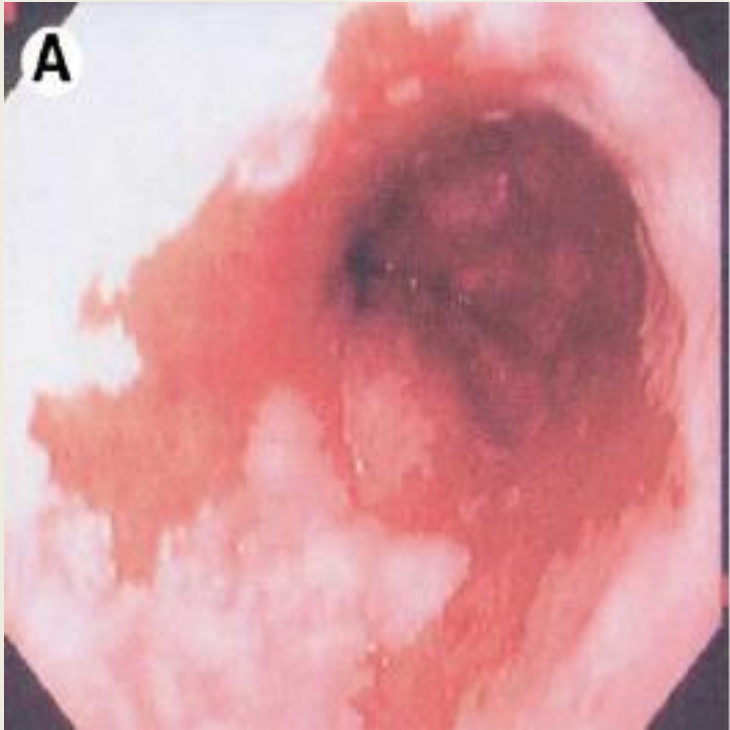
Endoscopique: Remplacement de la muqueuse malpighienne de l'oesophage distal par une muqueuse glandulaire

Avec

Histologique: Présence au sein de cette métaplasie d'un épithélium spécialisé de type intestinal

*Risque de cancer augmenté de 30 à 40 fois celui de la population générale

Endobrachyoesophage=état précancéreux

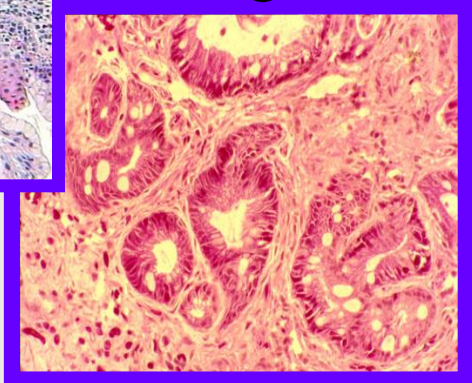


Endobrachyoesophage=état précancéreux

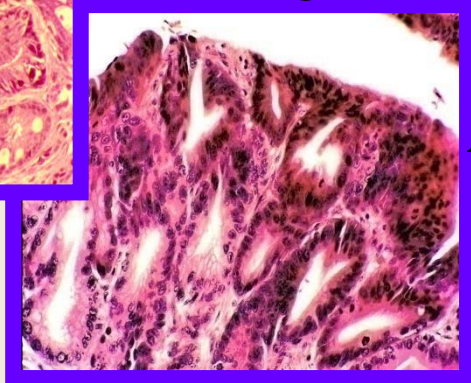
Métaplasie



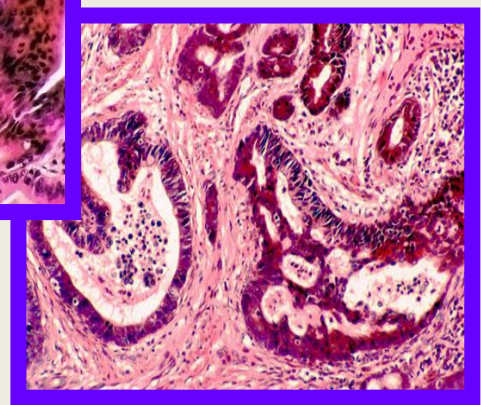
Dysplasie
bas grade



Dysplasie
haut grade



Adénocarcinome



Adénocarcinome sur endobrachy-oesophage



Traitement

Traitement

Les objectifs du traitement ?

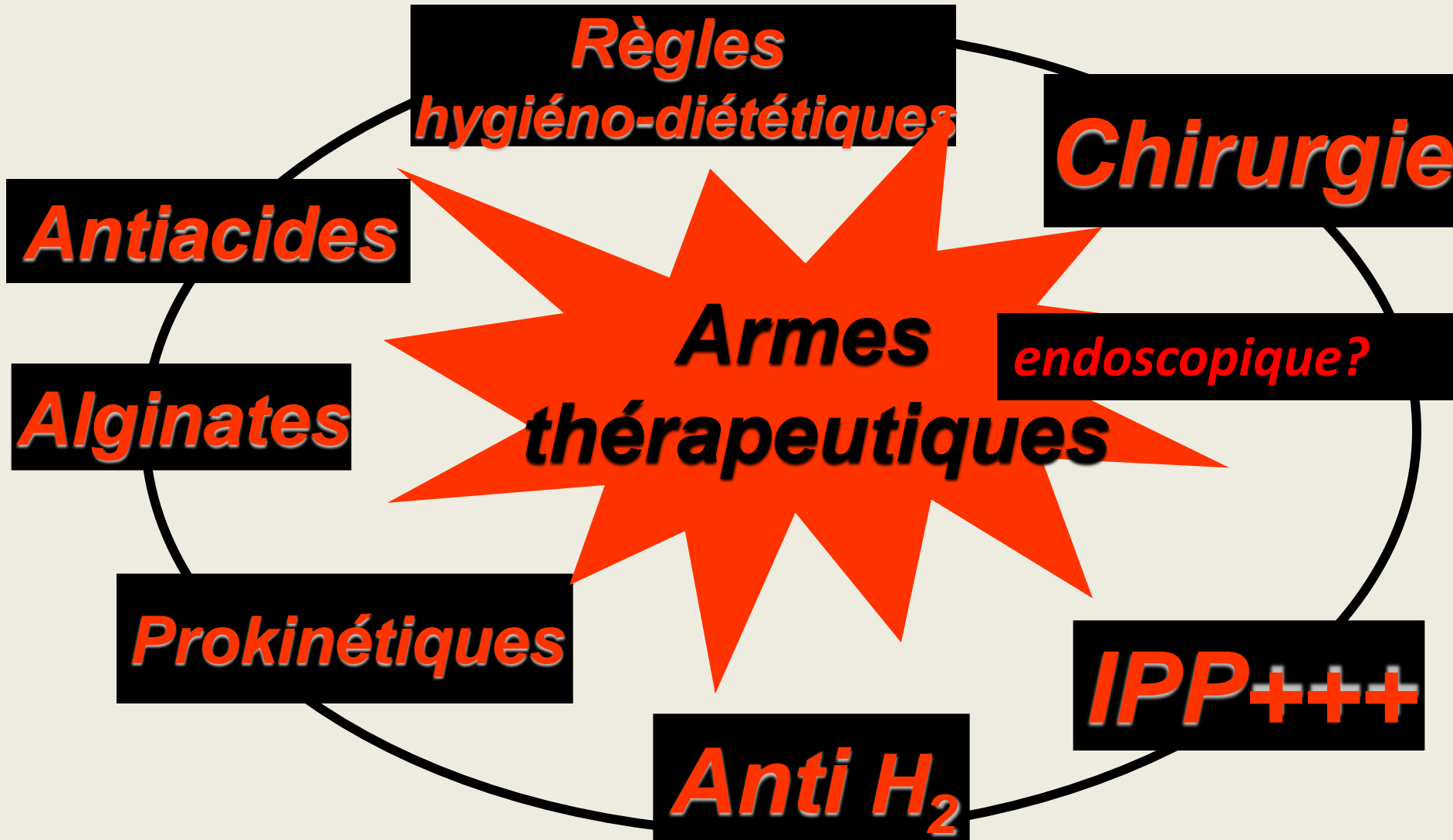
- Soulager les symptômes
- Améliorer la qualité de vie
- Cicatrisation des lésions

*Je souffre
Ma qualité de vie est
altérée*



Traitement

Les armes thérapeutiques?



Les mesures hygiéno-diététiques:

peuvent améliorer les manifestations cliniques

- 1. Surélévation de la tête du lit***
- 2. Pas de repas copieux surtout le soir***
- 3. Ne pas s'allonger immédiatement après un repas***
- 4. Diminuer le poids si surcharge pondérale***
- 5. Supprimer le tabac et l'alcool***
- 6. Eviter les vêtements trop serrés.***

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 métopropramide (Pimpéran, troubles du rythme pour le cisapride (Prepulsid)).*

Les antiacides:

associés ou non à des alginates neutralisent l'acidité gastrique

mais.....

**ont une durée d'action brève de l'ordre de 30 minutes.*

**soulagent rapidement les symptômes mais sont peu efficaces à long terme.*

Les antagonistes des récepteurs H2:

sont moins efficaces pour le traitement du RGO car le degré d'inhibition de la sécrétion acide est souvent insuffisant.

*Ils améliorent les symptômes dans la **moitié** des cas et cicatrisent les lésions d'oesophagite dans un **tiers à la moitié** des cas.*

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

Sont très efficaces, tant sur les symptômes que sur la cicatrisation des lésions d'oesophagite, avec une excellente tolérance.

TRAITEMENT DE REFERENCE

Le traitement chirurgical:

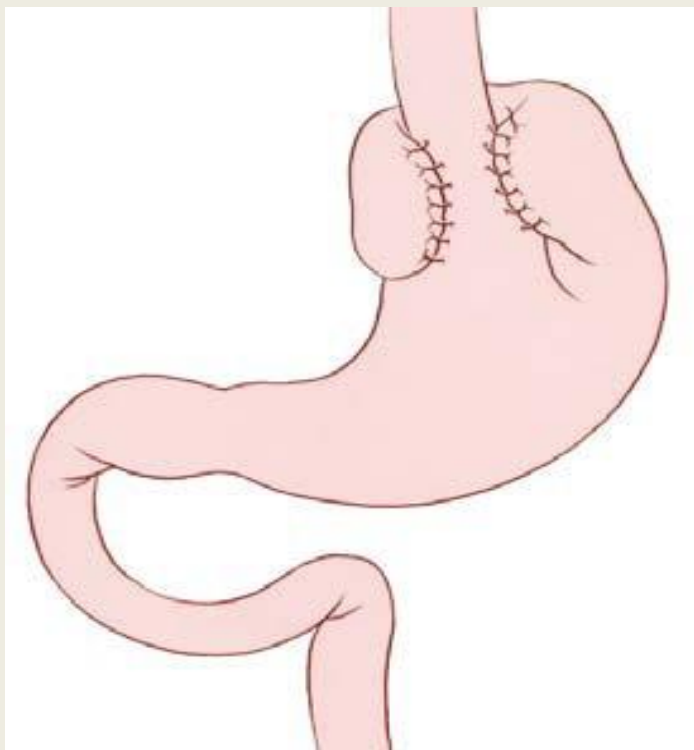
consiste à abaisser le SIO en position intra-abdominale et à l'y maintenir par un manchonage du bas œsophage par la grosse tubérosité.

** fundoplicature complète (Nissen)*

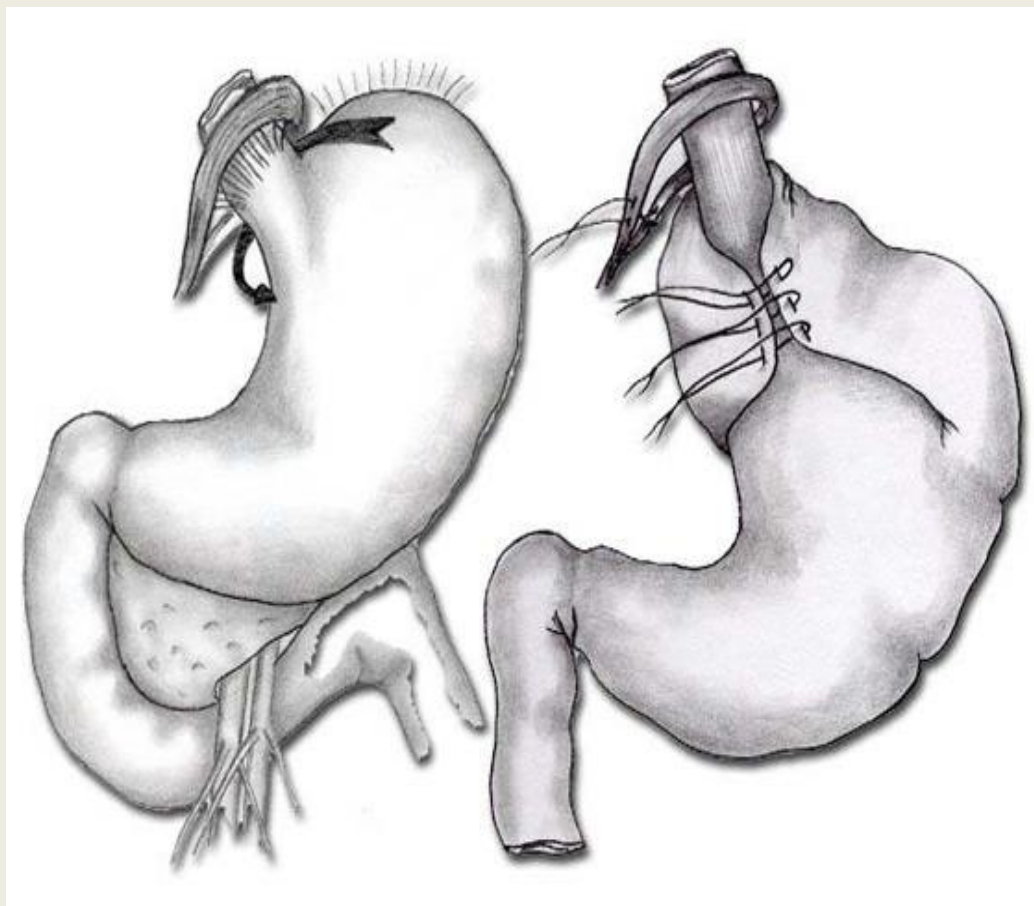
** fundoplicature partielle, postérieure (Toupet).*

Les principales complications: douleur épigastrique avec difficulté d'éructation et la dysphagie.

Toupet



Nissen



Les 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

+++

Oméprazole
20mg/j
4 semaines

Succès

**Arrêt du
traitement**

Échec

Endoscopie

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**

Quelle est la place du traitement au long cours ?

Trois indications

```
graph TD; A[Trois indications] --> B["•Rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du trt  
•Altération qualité de vie  
•Oesophagite sévère ou compliquée"]; A --> C[Récidives espacées]; A --> D[Symptômes occasionnels];
```

- Rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du trt
- Altération qualité de vie
- Oesophagite sévère ou compliquée

**Trt au long cours
dose adaptée**

Récidives espacées

Trt intermittent

Symptômes occasionnels

Traitement à la demande

N.B/

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 et après que le malade a été dûment informé des risques possibles de la chirurgie.

Conclusion

- ***RGO = pathologie fréquente***
- ***Physiopathologie multifactorielle***
- ***Le diagnostic est le plus souvent facile mais il faut savoir évoquer le Dc 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 +++***