

# **LE REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN**

## **I. DEFINITION**

## **II. PHYSIO PATHOLOGIE**

## **III. DIAGNOSTIC POSITIF**

### **A. EXAMEN CLINIQUE :**

1/ symptômes typiques :

2/ Symptômes atypiques

a-Manifestations atypiques digestives : la dyspepsie

b-Manifestations atypiques extradiigestives

3/ Complications

### **B. EXAMENS PARACLINIQUES**

1- La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD)

2-La pH-métrie des 24 h :

3- La manométrie œsophagienne

4- Devant une symptomatologie atypique

### **C- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

## **IV.COMPLICATIONS**

**A-** L'œsophagite peptique

**B-** L'ulcère de l'œsophage

**C-** Les hémorragies digestives :

**D-** La sténose peptique de l'œsophage :

## E- L'endobrachyoesophage (EBO)

### V. TRAITEMENT

#### A. Moyens thérapeutiques

1. Règles hygiéno- diététiques
2. Traitement médical
  - a. Les topiques
  - b. Les antisécrétoires
3. Traitement chirurgical

#### B. Indication

1. *Age < 50 ans, symptôme typique et absence de signe d'alarme*
  - a- Symptôme peu fréquents et peu invalidant (< 1/semaine)
  - b- Symptôme rapproché 1/semaine
2. *Age ≥ 50 ans et / ou signe d'alarme FOGD*
  - a- En l'absence d'œsophagite ou en présence d'œsophagite non sévère
  - b- En présence d'une œsophagite sévère ou compliquée
3. *Syndrome atypique*
4. *Complication*
5. *Surveillance et étiologie au long cours*

# LE REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN

## V. DEFINITION

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) désigne le passage intermittent d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage.
- Il faut distinguer :
  - Le RGO physiologique qui existe chez tous les sujets.
  - Les RGO pathologique qui se manifeste par des **symptômes** et/ou des lésions **œsophagiennes** secondaires à ce reflux.
- Le RGO est une affection :
  - **Fréquente** : la prévalence des pyrosis est évaluée à 5 à 45% de la population occidentale adulte.
  - Chronique
  - Aux **complications** parfois sévères, conséquences de l'œsophagite peptique.

## VI. PHYSIO PATHOLOGIE

- Le RGO est dû à la défaillance des systèmes de barrière anatomique et fonctionnelle de la jonction œsogastrique, ces barrières s'opposent au gradient de pression qui s'exerce entre l'abdomen (pression positive) et qui favorise le reflux.
- **La barrière fonctionnelle** joue un rôle essentiel par le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO)
- **La barrière anatomique** est représentée par :
  - Le pilier droit du diaphragme situé autour de la jonction œsogastrique

- L'œsophage abdominal : extrémité distale de l'œsophage à la pression positive abdominale.
- L'angle de His.
- L'agression de la muqueuse œsophagienne par la sécrétion acide gastrique et la pepsine est responsable des symptômes et des lésions du RGO.

## VII. DIAGNOSTIC POSITIF

### C. EXAMEN CLINIQUE :

- Le RGO est un syndrome fonctionnel qui peut se manifester par des symptômes typique, des symptômes atypiques, ou par ses complications.
- **En dehors des complications, l'examen clinique est normal.**

#### 1/ symptômes typiques :

- **Le pyrosis** : c'est une sensation de brûlure sternale ascendante qui augmente en période postprandiale, en décubitus dorsal, et lors de l'antéflexion du tronc
- Les régurgitations acides
- Les brûlures épigastriques sans trajet ascendant.

#### 2/ Symptômes atypiques

Ils imposent avant d'être attribués à un RGO l'élimination des diagnostics différentiels, donc de recours à des examens complémentaires.

##### **a-Manifestations atypiques digestives** : la dyspepsie

- Douleurs épigastriques rétroxyphoïdiennes.
- Eructations
- Hoquet
- Nausées

##### **b-Manifestations atypiques extradiigestives**

- ORL: laryngite chronique postérieure, enrouement, dysesthésies bucco-pharyngées.

- Cardiaques: les douleurs thoraciques pseudo-coronariennes.
- Respiratoires, souvent nocturnes :
  - Toux chronique,
  - Asthme,
  - Pneumopathies d'inhalation à répétition.
- Stomatologiques : gingivites, caries dentaires.

### **3/ Complications**

- Dysphagie
- Odynophagie
- Anémie ferriprive
- Hémorragie digestive
- Altération de l'état général, amaigrissement
- La présence de signes d'alarme impose le recours à une endoscopie digestive haute.

## **D. EXAMENS PARACLINIQUES**

- Le diagnostic de RGO est clinique
- Les examens complémentaires sont justifiés dans 2 cas de figure :
  - Age  $\geq$  50 ans et / ou présence de signes d'alarme
  - Symptomatologie atypique.

### **1- La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD)**

- Symptomatologie atypique
- Age  $\geq$  50 ans et /ou signe d'alarme
- Résistance à un traitement médical bien conduit
- Contrôle d'une œsophagite sévère

- Elle recherche une œsophagite peptique qui se manifeste par des érosions et / ou des ulcérations de la muqueuse du tiers inférieur de l'œsophage.
- **Classification :**
  - œsophagite non sévère : ulcérations non circonférentielles
  - œsophagite sévère : ulcérations circonférentielles
  - œsophagite compliquée : ulcère, sténose, EBO.
- **Normale, elle n'élimine pas le diagnostique**

## **2-La pH-métrie des 24 h :**

La pH-métrie des 24 h n'est indiquée qu'en cas de symptomatologie atypique

Un reflux acide est défini par une chute de PH œsophagien <4 pendant plus de 5% du temps d'enregistrement.

## **3- La manométrie œsophagienne**

- **Indications :**
  - Suspicion de trouble moteur de l'œsophage associé
  - Systématique avant traitement chirurgical a la recherche d'un trouble moteur de l'œsophage qui contre –indiquerait la chirurgie.

## **4- Devant une symptomatologie atypique**

- Le diagnostique de RGO ne sera envisagé qu'après élimination des étiologies organiques propres a chaque manifestation.
- L'endoscopie digestive haute est indiquée en première intention .elle permet le diagnostique lorsqu'elle découvre une œsophagite.

## **C- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

- Le RGO est idiopathique dans l'immense majorité des cas.
- Cependant il existe des formes secondaires :
  - Hernie hiatale par glissement : 20% des hernies hiatales s'accompagnent de RGO
  - Intubation nasogastrique (IPP pendant toute la durée du sondage gastrique
  - Grossesse : l'hyperpression abdominale et progestatifs
  - Sclérodermie : l'atteinte œsophagienne est fréquente le RGO est souvent sévère et compliqué d'œsophagite peptique.

## **VIII. COMPLICATIONS**

### **E- L'œsophagite peptique**

C'est secondaire à l'agression chimique de l'acidité et de la pepsine gastrique.

### **F- L'ulcère de l'œsophage**

- Il peut se compliquer d'hémorragie digestive et de sténose peptique

### **G- Les hémorragies digestives :**

- Elles peuvent être extériorisées sous forme d'hématémèse ou de méléna.
- Ou occultes: anémie ferriprive.

### **H- La sténose peptique de l'œsophage :**

- Une dysphagie prédominant pour les solides avec retentissement sur l'état général (amaigrissement)
- Les biopsies sont systématiques (pour éliminer une sténose néoplasique)

### **E- L'endobrachyoesophage (EBO)**

- L'EBO est une métaplasie intestinale de la muqueuse œsophagienne, son diagnostic est endoscopique et histologique : **Biopsies systématiques**

- L'EBO est un état précancéreux.

- On distingue :

- Les EBO courts 5mm à 5cm

- Les EBO longs  $\geq 3$ cm

## V. TRAITEMENT

### C. Moyens thérapeutiques

#### 4. Règles hygiéno- diététiques

- Arrêt alcool et tabac, éviction des repas (riche en graisses)

- L'élévation de la tête du lit

#### 5. Traitement médical

##### c. Les topiques

- Les alginates : Efficaces sur les symptômes de reflux (ex Gaviscon Topaal)

- Les antiacides neutralisent les ions H<sup>+</sup> (ex Maalox)

##### d. Les antisécrétoires

- Les anti H<sub>2</sub> Ranitidine, Famotidine

- Les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), efficace sur les lésions d'œsophagites

Ex Oméprazole, Lansoprazole, Pantoprazole

#### 6. Traitement chirurgical

La fundoplicature réduction d'une éventuelle hernie hiatale et manchonnage du bas œsophage par la grosse tubérosité gastrique surtout indiqué en cas de régurgitations invalidantes.

## D. Indication

### **6. Age < 50 ans, symptôme typique et absence de signe d'alarme**

#### **c- Symptôme peu fréquents et peu invalidant**

**(< 1/semaine)**

Traitement à la demande (alginate, antiacides ou anti H2)

#### **d- Symptôme rapproché 1/semaine**

Traitement continu par IPP ½ dose pendant 4 semaines puis arrêt

### **7. Age ≥ 50 ans et / ou signe d'alarme FOGD**

#### **c- En l'absence d'œsophagite ou en présence d'œsophagite non sévère**

Traitement continu par IPP à demi dose pendant 4 semaines

#### **d- En présence d'une œsophagite sévère ou compliquée**

Traitement continu par IPP à pleine dose pendant 08 semaines avec contrôle endoscopique de la cicatrisation

### **8. Syndrome atypique**

- Œsophagite absente ou non sévère : IPP à pleine dose pendant 4 semaines
- Œsophagite sévère ou compliquée : IPP à pleine dose pendant 8 semaines

## **9. *Complication***

- Sténose peptique traitement continue par IPP pleine dose et dilatation endoscopique.
- **EBO**  
Symptomatique traitement de RGO surveillance Endoscopique et histologique à vie.

## **10. *Surveillance et étiologie au long cours***

- Traitement à la demande par IPP en monothérapie
- Traitement quotidien au long cours en cas de symptôme très rapproché
- Indication chirurgicale en cas d'éche au traitement médical