

# **Reflux gastro-oesophagien**

**Cours destiné aux étudiants de 4<sup>ème</sup> année médecine**

# Reflux gastro-oesophagien

**Dr S. HACHEMI.**

Maitre assistante en chirurgie pédiatrique.  
Faculté de médecine de Batna

## ***I- Introduction***

Le reflux gastro-oesophagien se définit comme l'irruption trop fréquente et/ou anormalement prolongée du contenu gastrique dans l'oesophage.

Les symptômes digestifs furent les premiers reconnus, avant la responsabilité du reflux gastro-oesophagien (RGO), dans la genèse des troubles respiratoires dominés par les bronchites à répétition.

La connaissance des mécanismes physiologiques de la continence gastro-oesophagienne et de la physiopathologie du reflux gastro-oesophagien est essentielle à la compréhension et surtout au traitement médical et/ou chirurgical de cette affection.

## ***II- Physiologie et physiopathologie***

La continence gastro-oesophagienne est la résultante de forces d'ouverture et de forces de fermeture de cette région anatomique particulière qu'est le cardia

### **A- Forces de fermeture**

Quatre facteurs agissent au niveau d'une zone anatomique appelée le sphincter inférieur de l'oesophage.

#### **1. Sphincter inférieur de l'oesophage SIO :**

C'est la plus importance des quatre forces de fermeture : le SIO génère une pression supérieure à celle qui règne dans l'estomac et l'oesophage et, quand la pression gastrique augmente, la pression du SIO est activement majorée.

#### **2. Oesophage abdominal**

Ce segment est essentiel à la prévention du reflux gastro-oesophagien. Grâce à ce segment oesophagien intra-abdominal, une augmentation de la pression intra-abdominale s'exercera simultanément sur l'estomac et sur l'oesophage, entraînant la fermeture de la lumière oesophagienne.

#### **3. Angle de His**

L'existence d'un angle aigu à la jonction oeso-gastrique joue un rôle important : lors des tentatives de vomissements, si cet angle est présent, une partie plus importante du contenu gastrique est dirigée vers la grosse tubérosité que vers l'oesophage.

#### **4. Valves muqueuses :**

Leurs effets sont, secondaires par rapport au rôle primordial du SIO et de l'existence d'un segment oesophagien intra-abdominal.

## **B- Forces d'ouverture de la région cardio-tubérositaire :**

### **1. Vidange gastrique**

Différents facteurs pathologiques peuvent retentir sur l'évacuation gastrique : hernie hiatale, une gastrite, Un obstacle mécanique à l'évacuation gastrique augmentant la pression intra-gastrique favorisera le reflux

### **2. Pression intra-abdominale :**

La survenue ou la majoration du reflux gastro-œsophagien, en cours de grossesse, sont bien connues.

## **C- Moyens de défense œsophagiens et respiratoires contre le reflux gastro-œsophagien :**

### **1. Clairance œsophagienne**

Définie par la durée de retour au pH œsophagien de base. La durée d'exposition au liquide gastrique est fondamentale dans la genèse d'une œsophagite : une exposition prolongée semble plus dangereuse que de multiples épisodes courts.

### **2. Barrière muqueuse.**

### **3. Protection respiratoire :**

La protection de l'arbre respiratoire contre les conséquences du reflux gastro-œsophagien dépend du fonctionnement du sphincter supérieur de l'œsophage et de l'efficacité de la toux.

## **III- Clinique :**

### **A- Signes digestifs :**

#### **1. Régurgitations :**

Elles surviennent sans effort et sans participation diaphragmatique. On peut également retrouver la notion d'un pyrosis avec, éventuellement, sensation de reflux acide dans la bouche.

#### **2. Vomissements :**

Ceux-ci impliquent une participation diaphragmatique donc un effort.

#### **3. Hémorragies digestives :**

Il s'agit essentiellement d'hématémèses de faible abondance, et peuvent être fréquemment responsables d'une anémie. Elles correspondent, le plus souvent, à une œsophagite.

#### **4. Dysphagie :**

Le patient décrit plus nettement des douleurs rétro-sternales suivant la déglutition, voire une sensation de blocage œsophagien.

#### **5. Oesophagite et sténose peptique :**

L'existence d'une œsophagite est suspectée devant des accès douloureux post-prandiaux, qui feront pratiquer une fibroscopie. Plus rarement une hématémèse est révélatrice.

La sténose peptique est une complication rare mais sévère du reflux gastro-œsophagien qui survient dans l'évolution d'une œsophagite méconnue, non traitée, ou dont le traitement médical a été inefficace.

**B- Manifestations respiratoires :** essentiellement fréquentes chez l'enfant.

Broncho-pneumopathies obstructives.

Foyers pulmonaires.

Asthme.

Manifestations ORL.

#### **IV- Moyens d'exploration du reflux gastro-œsophagien :**

##### **1. Transit oeso-gastro-duodéal (TOGD) :**

Peut mettre en évidence un reflux gastro-œsophagien ainsi que son caractère spontané ou provoqué.

Permet une étude anatomique de la région oeso-cardio-tubérositaire.

Permet d'analyser la position du cardia et la morphologie de l'angle de His.

Peut montrer, des signes d'oesophagite, sténose peptique, et c'est le seul examen qui permet d'apprécier l'étendue et la topographie exactes de cette sténose.

Permet une Analyse de la vidange gastrique et du cadre duodéal, en recherchant un obstacle fonctionnel et/ou anatomique associé.

##### **2. Endoscopie :**

Permet une visualisation directe du reflux et de son éventuelle association à un reflux bilieux.

Recherche d'une béance du cardia et d'une malposition.

Permet le diagnostic d'une oesophagite, dont L'intensité sera cotée selon quatre stades de gravité croissante :

- **stade I : macules érythémateuses planes ou ovalaires sus-vestibulaires ;**

- **stade II : érosions exsudatives confluentes non circulaires ;**

- **stade III : érosions exsudatives confluentes et circonférentielles ;**

- **stade IV : ulcère peptique siégeant à la jonction des muqueuses œsophagiennes et cylindriques.**

La pratique des biopsies, devant des lésions muqueuse douteuse.

Les limites de l'endoscopie sont les sténoses œsophagiennes infranchissable.

##### **3. pH-métrie œsophagienne :**

La pH-métrie est maintenant universellement reconnue comme l'élément le plus fiable du diagnostic positif et de la quantification d'un reflux gastro-œsophagien

Le principe de l'examen est simple : c'est la mesure des variations du pH dans le bas œsophage 2 à 3 cm au-dessus du cardia.

Sont étudiés le nombre d'épisodes de reflux, leur amplitude, leur durée moyenne et la clairance œsophagienne, permettant ainsi le calcul d'un score témoin de l'importance et de la nocivité du reflux gastro-œsophagien.

##### **4. Manométrie œsophagienne :**

Cet examen n'est pas un examen de dépistage du reflux gastro-œsophagien mais renseigne sur le mécanisme du reflux.

##### **5. Scintigraphie au technétium :**

L'objectif de la scintigraphie, dans le reflux gastro-œsophagien, est triple : visualiser de manière non invasive et physiologique le reflux, rechercher l'existence d'une contamination bronchique et étudier la vitesse d'évacuation gastrique.

##### **6. Echographie :**

Permet de visualiser de manière non invasive le reflux gastro-œsophagien. Elle demande, dans tous les cas, un temps d'examen prolongé qui en limite la généralisation.

## **V- Traitement du reflux gastro-œsophagien :**

### **A- Traitement médicale :**

Les objectifs du traitement du RGO sont de soulager les symptômes, de cicatriser les lésions et de prévenir les rechutes. Il repose sur le traitement postural, les mesures hygiéno-diététiques, les anti-acides, les modificateurs de la pression du sphincter inférieur de l'œsophage.

#### **1. Traitement postural :**

##### **Mesures hygiéno-diététiques :**

Elles sont au nombre de deux : fractionnement et épaississement des repas, auxquels on peut ajouter la diminution des graisses et la suppression des produits chocolatés car ces derniers contiennent des dérivés connus pour abaisser la pression du sphincter inférieur de l'oesophage.

Les effets nocifs du tabac sont également bien connus.

#### **2. Topiques : (Antiacides, Alginate)**

Le rôle des médicaments anti-acides est de tamponner les ions H<sup>+</sup>, protégeant ainsi la muqueuse œsophagienne. Les effets neutralisants sont les hydroxydes d'aluminium et/ou de magnésium donnés une heure après les repas et au coucher.

La posologie moyenne en est de 30 à 60 ml pour 1,73 m<sup>2</sup> par jour.

Les alginates sont à distinguer des antiacides : ils forment un gel visqueux qui surnage au niveau du contenu gastrique et protège la muqueuse œsophagienne lors des épisodes de reflux.

#### **3. Prokinétiques : Modificateurs de la motricité œsophagienne**

Le métoclopramide (Primpéran<sup>®</sup>) augmente la pression dans le sphincter inférieur de l'oesophage de manière indiscutable, et une action sur la vidange gastrique

Quelques incidents ou accidents sont possibles : syndrome extra-pyramidal qui, heureusement, cède toujours à l'arrêt du traitement.

La posologie proposée par la plupart des auteurs varie entre 0,5 et 1 mg/kg par jour.

Le dompéridone (Motilium<sup>®</sup>) a des effets très analogues au Primpéran<sup>®</sup> et peut être utilisé à la dose de 0,5 à 2 mg/kg par jour. Sa tolérance est meilleure, car ce produit n'a qu'une action périphérique.

#### **4. Antisécrétoires Gastriques :**

**Antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> :** Les anti-H<sub>2</sub> tel que la ranitidine, est efficace sur les symptômes de reflux et les lésions d'oesophagite. Les taux de cicatrisation après 6 à 8 semaines de traitement à doses standards (par exemple 300 mg/j) sont modestes, de l'ordre de 50 %, la cicatrisation étant d'autant plus difficile à obtenir que l'oesophagite est sévère.

**Inhibiteurs de la pompe à protons :** Les IPP sont des dérivés benzimidazolés substitués qui agissent au niveau de la dernière étape de la sécrétion acide gastrique en bloquant de manière irréversible la pompe H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase. L'oméprazole (20 et 40 mg/j en une prise) a été le premier IPP évalué dans le traitement de l'oesophagite par reflux. De nombreuses études ont confirmés la nette supériorité des IPP sur les anti-H<sub>2</sub> dans le traitement des œsophagites modérées à sévères.

#### **5. Eradication de « helicobacter pylori »**

### **B- Traitement chirurgicale :**

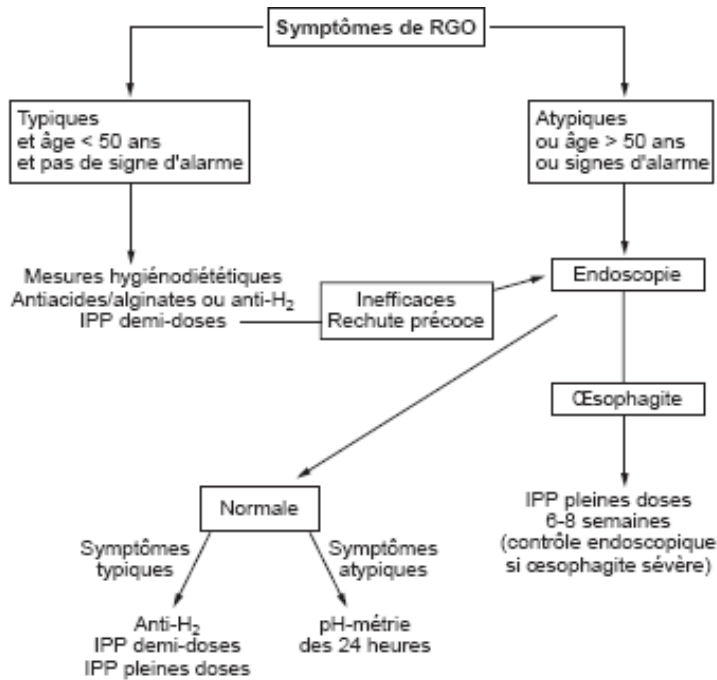
L'objectif de toute intervention antireflux est de rétablir une barrière antireflux efficace et de supprimer une éventuelle hernie hiatale.

Les techniques chirurgicales antireflux sont nombreuses. Les interventions consistant en une fixation cardiotubérositaire associée à une réfection de l'angle de His ont été progressivement abandonnées au

profit des fundoplicatures qui représentent actuellement l'intervention de référence pour le traitement du reflux non compliqué. La fundoplicature consiste à réaliser un « manchonnage » du bas œsophage par la grosse tubérosité de l'estomac, réalisant ainsi une valve antireflux. La fundoplicature peut être totale, réalisant une valve totale de 360° autour de l'œsophage « Nissen » ou partielle, valve de 180° ou 270° « Toupet ».

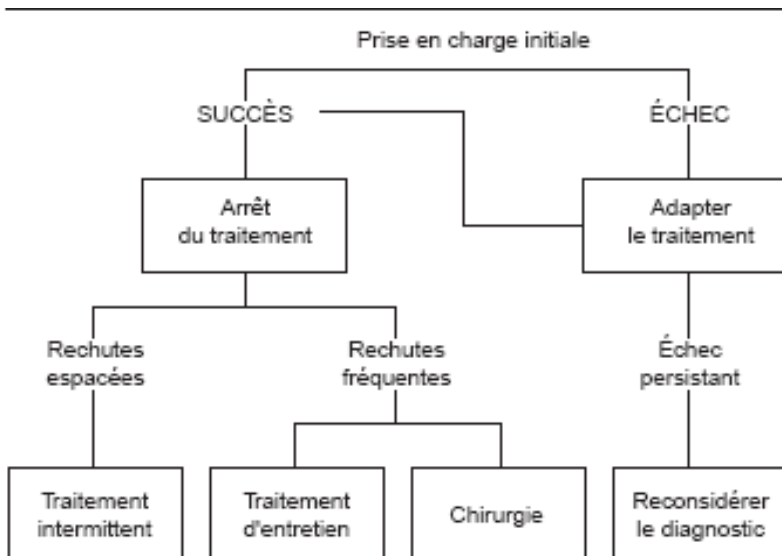
**Stratégie thérapeutique :**

- **Stratégie thérapeutique des formes non compliquées :**



5 Prise en charge initiale d'un patient présentant des signes typiques ou atypiques de reflux gastro-œsophagien. IPP : inhibiteurs de la pompe à protons ; RGO : reflux gastro-œsophagien.

- **Stratégie thérapeutique à long cours**



6 Stratégie de prise en charge à long terme d'un patient présentant des signes typiques ou atypiques de reflux gastro-œsophagien (d'après [15]). Le traitement « à la demande » n'a pas été envisagé au cours de la conférence de consensus.

