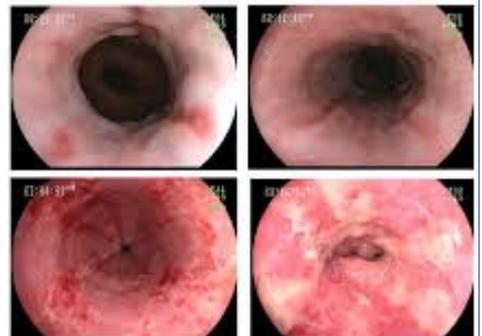
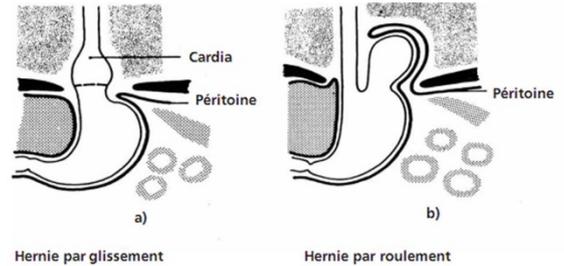
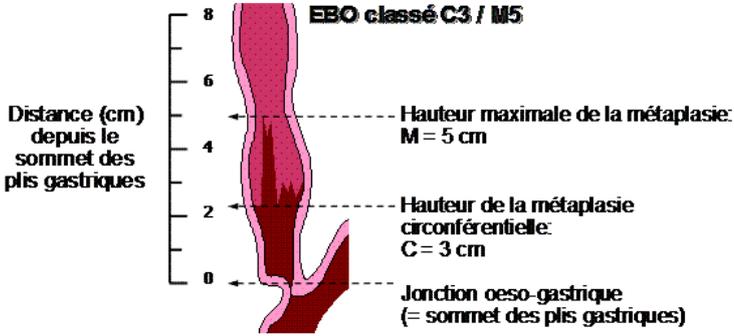


Item 268 – Reflux gastro-œsophagien

<p>Définition</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ = passage à travers le cardia d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement ▪ RGO pathologique : symptômes et/ou lésions d'œsophagite. (contenu gastrique anormalement fréquent et/ou prolongé, majoritairement acide) 	
<p>Epidémiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20-40% des adultes ont pyrosis ▪ Dont : 10% hebdomadaire, 2-5% quotidien 	
<p>Physiopathologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défaillance de la barrière anti-reflux œsogastrique : défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage ▪ <u>Autres facteurs possibles</u> : hyperpression abdominale (surcharge pondérale, efforts de toux, efforts sportifs à glotte fermée), stase gastrique ▪ Hernie hiatale : protrusion d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien <ul style="list-style-type: none"> ○ Hernie par glissement (85%) : cardia intra-thoracique, ni nécessaire ni suffisante pour provoquer RGO, augmente le volume du refluxat ○ Hernie par roulement (15%) : grosse tubérosité forme poche intra-thoracique, para-œsophagienne, cardia reste intra-abdominal. Risque d'étranglement herniaire 	
<p>Signes fonctionnels</p>	<p>RGO non compliqué</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pyrosis ▪ Régurgitations acides (sans effort de vomissements, sans nausées) ▪ Caractère postural et/ou post-prandial ▪ Si symptômes sont nocturnes => RGO sévère + lésions d'œsophagite
	<p>Symptômes extra-digestifs de RGO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toux (décubitus ++) ▪ Dyspnée asthmatiforme ▪ Enrouement ▪ Dyesthésies bucco-pharyngées ▪ Otalgie inexpliquée (D ++) ▪ Laryngite post ▪ Douleurs précordiales ▪ Gingivites ou caries dentaires à répétition ▪ Trb du sommeil + micro-réveils nocturnes
	<p>RGO compliqué</p>	<p>Œsophagite sévère : ulcérations du bas œsophage étendues, confluentes ou circonférentielles ou sténose (peptique)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Risques</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie digestive : (anémie ferriprive, hématurie, méléna) +/- favorisée par AINS / aspirine / tt anticoagulant - Sténose œsophagienne (dysphagie +/- AEG)



	<p>Endobrachyoesophage (EBO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ = œsophage de Barrett = remplacement de épithélium normal malpighien par épithélium métaplasique cylindrique de type intestinal ▪ Peut être asymptomatique ▪ Surveillance régulière + biopsies étagées multiples (dépistage d'une dysplasie) ▪ Risque d'apparition de : ulcère, dysplasie, adénocarcinome  
--	---	--

Diagnostic #el **Syndrome de rumination** : régurgitation dans la bouche d'aliments récemment ingérés avec mastication du bolus, sans brûlure rétrosternale, ni N/V
Tt : thérapies comportementales

- Conduite diagnostique**
- Si sypt typiques et < 50 ans => Ø examen complémentaire
 - Si sypt atypiques ou > 50 ans : **endoscopie œsogastroduodénale** : affirme dg de RGO quand met en évidence une œsophagite (pertes de substance au moins épithéliales) +/- existence d'une sténose peptique
 - +/- transit baryté œsogastrique si sténose peptique ou volumineuse hernie hiatale
 - Explorations fonctionnelles :
 - **pH-métrie des 24h** (RGO pathologique, quand endoscopie normale) :
 - Si signes extra-digestifs compatibles avec RGO
 - Si persistance de symptômes œsophagiens gênants sous Tt antisécrétoire
 - Avant éventuelle chirurgie antireflux
 - **Impédancemétrie œsophagienne** : recherche d'un reflux persistant sous Tt antisécrétoire
 - **Manométrie œsophagienne** : identification des facteurs aggravants (hypotonie du SIO, trb péristaltisme œsophagien)

- Possibilités :
 - Neutralisation du contenu acide (antiacides)
 - IPP
 - Protection de la muqueuse œsophagienne (alginates)
- **Recommandations hygiéno-diététiques** : réduction pondérale, arrêt tabac et OH, surélévation 45° tête du lit, intervalle de 3h entre dîner et coucher

Traitement anti-sécrétoire			
Traitement médical	RGO sans œsophagite	Tt initial	Tt d'action rapides : <ul style="list-style-type: none"> - Antiacides - Alginates - Anti-H2 (cimétidine, ranitidine, famotidine) en 1-3 prises/j PAS d'IPP
			Si symt typiques et rapprochés (> 1/sem) IPP à ½ dose (sauf oméprazole pleine dose) pendant 4 sem
	Tt à long terme	Initialement	Essai IPP à la demande
		Si rechutes fréquentes ou précoces	Tt entretien par IPP

		<i>Tt de la cicatrisation</i>	<i>Prévention des récidives</i>	
	RGO avec œsophagite	<i>Œsophagite peu sévère</i>	IPP à ½ dose 4 sem Si persistance des sypt : pleine dose	IPP à DME si rechutes fréquentes
		<i>Œsophagite sévère</i>	IPP pleine dose 8 sem	IPP au long cours à DME
	RGO + signes extradigestifs prédominants	IPP à double dose prolongé 3 mois minimum ?		
	RGO résistant aux IPP	Augmentation des IPP et/ou association aux antiacides +/- intervention chirurgicale		
	Sténose peptique	IPP pleine dose +/- dilatations endoscopiques si sténose		
	Endobrachyoesophage	Si symptomatique ou associé à œsophagite : IPP		
	Chirurgie du RGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>But</u> : réalisation d'un montage anti-reflux => fundoplicature complète selon le procédé de Nissen (coelioscopie) ▪ Si RGO acide, chirurgie chez patients : <ul style="list-style-type: none"> - Très améliorés par le Tt médical mais récidivant - Continuant à être gênés - Avec volumineuse hernie hiatale - Chez qui la persistance d'un reflux anormal sous Tt a été documenté 		