

Faculté de médecine De Tlemcen

Module de Gastroentérologie

4eme année médecine

Année universitaire 2016-2017

Reflux gastro-œsophagien et hernie hiatale

Dr A .ETCHIALI

REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN ET HERNIE HIATALE

DEFINITION

Remontée involontaire, à travers le cardia, d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage indépendamment de toute contraction de la musculature gastrique.

RGO physiologique existe chez la plupart des sujets, essentiellement après les repas. Par définition, il ne s'accompagne ni de symptôme, ni de lésion de la muqueuse œsophagienne.

On appelle par convention RGO, le **reflux pathologique**, caractérisé par des symptômes et/ou lésions de la muqueuse œsophagienne.

PATHOGENIE

1. Multifactorielle complexe.
2. Elle résulte d'un déséquilibre entre :

Facteurs de défense qui protège l'œsophage :

- La barrière antireflux
- La clairance acide de l'œsophage.
- La résistance tissulaire.

Les facteurs agressifs provenant du contenu gastrique :

- Acidité gastrique.
- Volume et nature du contenu gastrique

Facteurs étiologiques :

Anomalie de la jonction cardiotubérositaire : Hernie hiatale et malposition cardiotubérositaire : C'est le passage permanent ou intermittent d'une portion de l'estomac à travers l'orifice œsophagien (ou hiatus) du diaphragme. Ce passage de l'extrémité supérieure de l'estomac dans l'orifice hiatal survient lorsque les moyens de fixation de l'estomac et du bas œsophage sont défailants (œsophage intra

abdominal, pilier droit du diaphragme, ligament phrénocœsophagien, membrane phrénocœsophagien)

Les causes d'une augmentation de la pression dans l'abdomen, une obésité, un raccourcissement congénital de l'œsophage.

Sd Zollinger Ellison,

Iatrogène : dilatation œsophagienne, inhibiteurs calciques et dérivés nitrés, progestatifs

Facteur de risque : Obésité, Diabète, Grossesse, Infection gastrique à HP

MANIFESTATIONS CLINIQUES

1. Symptomatologie typique

- ❖ Une symptomatologie typique n'est présente que chez la moitié des patients.
- ❖ Les symptômes typiques sont le pyrosis, défini par une brûlure rétro sternale ascendante, et les régurgitations acides
- ❖ Il n'y a pas ni signes généraux, ni physiques ni d'alarmes.

2 Symptomatologie atypique :

Stomatologiques	Symptômes dyspeptiques	Manifestations O.R.L	Manifestations Pulmonaires	Manifestations Pseudo Cardiaques
- Gingivites - Caries dentaires à répétition	- Brûlures Epigastriques - Nausées - Dysphagie - Odynophagie - Eructations	- Enrouement - Pharyngite chronique - Laryngite chronique postérieure	- Toux nocturne - Dyspnée asthmatiforme - Infections pulmonaires à répétition	- Douleurs pseudo-angineuse - Douleurs thoraciques rétro-sternales

FORMES CLINIQUES

1. Formes symptomatiques :

1.1 Formes asymptomatiques.

1.2 Formes avec signes d'alarme :

- ❖ Odynophagie, dysphagie.
- ❖ Amaigrissement, AEG.
- ❖ Hémorragie digestive, anémie.
- ❖ Masse abdominale.

2. **Formes selon le terrain** : enfant, femme enceinte.

3. **Formes étiologiques**

4. **Formes particulières : Reflux non acide** : RGO résistant ± complètement aux IPP.

5. **Formes compliquées** :

5.1 CPL extra œsophagiennes : manifestations atypiques.

5.2 CPL œsophagiennes fonctionnelles

5.3 CPL œsophagiennes organiques :

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. Œsophagite par reflux. | 4. Cancer de l'œsophage. |
| 2. Sténose peptique. | 5. Ulcère de l'œsophage. |
| 3. Endobrachyoesophage. | 6. Hémorragie et perforation. |

OESOPHAGITE PAR REFLUX

- ❖ Complication la plus fréquente.
- ❖ Dans la majorité des cas, les lésions d'œsophagite ne sont pas sévères. Elles ne sont pas corrélées à l'intensité des symptômes et s'aggravent rarement au cours de leur évolution.
- ❖ Dans une minorité des cas, une œsophagite sévère est présente.
- ❖ **Clinique** : asymptomatique, RGO, Odynophagie, hémorragie digestive, dysphagie.
- ❖ **FOGD** : identifie les lésions : érythème, érosion, ulcère.(classification endoscopique de Savary Miller)

STENOSE PEPTIQUE

- ❖ Rétrécissement bénin du calibre de la lumière œsophagienne consécutive aux lésions de RGO.
- ❖ **2 Phases** : réversible (œdème, congestion vasculaire) puis irréversible (fibrose).

- ❖ **Clinique** : RGO, dysphagie organique, amaigrissement, hémorragie digestive.
- ❖ **FOGD** : sténose régulière courte surtout 1/3 inférieur ± ulcérée.
- ❖ **DC** : éliminer cause maligne

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. FOGD :

- ❖ Pas nécessaire en cas de symptômes typiques + absence de signes d'alarme
 - ➔ Permet DC de RGO lorsqu'elle met en évidence une œsophagite de reflux.
 - ➔ Normale n'écarte pas DC

2. PH métrie des 24 heures

- ❖ Sa sensibilité varie de 70 à 90 % et sa spécificité de 85 à 90 %.
- ❖ Indications:
 1. RGO sévère sans œsophagite
 2. Formes atypiques sans œsophagite (FOGD normale).
 3. Résistance au traitement médical

3. Les autres explorations :

4.1 TOGD : met en évidence une hernie hiatale, une sténose.

4.2 Scintigraphie œsophagienne :

4.4 La manométrie œsophagienne : met en évidence une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage qui favorise le RGO

DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

- ➔ Symptômes typiques sans signes d'alarme chez un sujet de moins de 50 ans : TRT médical d'emblée, sans recours à des explorations complémentaires ;
- ➔ Symptômes typiques, avec symptômes d'alarme ou avec âge >50 ans : FOGD.

→ Symptômes atypiques, digestifs ou extra digestifs : FOGD complétée, en l'absence d'œsophagite, par une pH-métrie œsophagienne

2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- ❖ Les symptômes typiques (pyrosis + régurgitations acides) : spécificité 90% :
 - Pyrosis → dyspepsie, autres causes de douleur thoraco-abdominale
 - Régurgitations → pituite, mérycisme.

TRAITEMENT

1. BUT :

- ❖ Amélioration des symptômes et de la qualité de vie.
- ❖ Cicatrisation des lésions dans les œsophagites sévères.
- ❖ Prévention des récives
- ❖ Prévention et TRT des complications.

2. Armes TRT :

2.1 TRT médical :

2.1.1 les mesures hygiéno-diététiques et posturales :

- ❖ *Surélever le niveau du lit de 10 à 15 centimètres*
- ❖ *Pas de repas copieux surtout le soir*
- ❖ *Ne pas s'allonger immédiatement après un repas*
- ❖ *Diminuer le poids si surcharge pondérale : régime pauvre en graisses*
- ❖ *Supprimer le tabac et l'alcool*
- ❖ *Eviter chocolat, graisses, épices, médicaments qui diminuent la pression du sphincter inférieur de l'œsophage.*

2.1.2 Les antiacides : Phosphalugel Maalox Topaal

- ❖ Efficacité démontrée mais limitée sur les symptômes du RGO.
- ❖ Ils n'ont pas d'effet sur les lésions œsophagiennes.

2.1.3 antisecretoire :

Les antagonistes des récepteurs H2 à l'histamine (anti-H2). Ranitidine Azantac

- ❖ Efficaces dans TRT symptomatique du reflux et les œsophagites non sévères.
- ❖ En traitement d'entretien, leur efficacité, est souvent décevante.

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : Mopral, Innexium

L'efficacité démontrée supérieure à celle de toutes les autres classes thérapeutiques sur les symptômes et les lésions d'œsophagite en traitement d'attaque, avec des taux d'efficacité de l'ordre de 85 % dans le traitement d'entretien.

- ❖ Supériorité est nette dans les œsophagites sévères et les sténoses peptiques.

2.1.4 Les prokinétiques, seul le cisapride a une efficacité documentée

- ❖ Contre Indication : risque de troubles du rythme ou de la conduction cardiaque.

2.1.5 Agonistes sur les récepteurs GABA : baclofène : A montré son efficacité sur Relaxation Transitoire du SIO

2.2 TRT chirurgical :

- ❖ Objectif : reconstituer une barrière antireflux.
- ❖ Méthodes :
 - Fundoplicatures totales « de Nissen» « meilleure efficacité à long terme »
 - Fundoplicatures partielles postérieures « de Toupet » « faible morbidité ».
 - Autres : cardiopexie, diversion duodénal..

2.3 TRT endoscopique : la suture ou plicature gastrique endoscopique

Indication:

Traitement medical: antisécrétoires: antiacides, prokinétiques

Traitement chirurgical si echec au Traitement médical