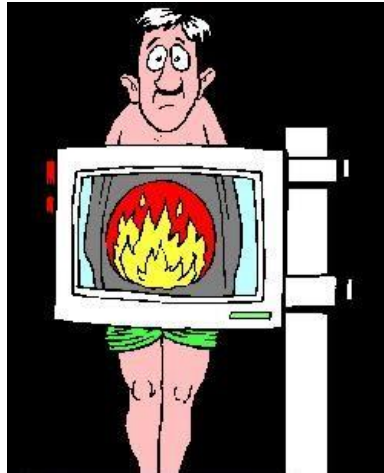


REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN CHEZ L'ADULTE – HERNIE HIATALE



Pr Poncet - Pr Roman

UE Hépato-gastroentérologie – FGSM2 – Lyon Est

2026

LIENS D'INTÉRÊT

- S Roman: consultante pour Medtronic, Dr Falk Pharma, Sanofi
- G Poncet

OBJECTIFS

- Connaître la prévalence et les facteurs de risque du RGO
- Décrire la physiopathologie du RGO
- Connaître les signes cliniques évoquant un RGO
- Connaître les principales complications du RGO
- Connaître l'indication de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale
- Connaître les principes de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse

Question chez le nourrisson et l'enfant sera traitée par les pédiatres

Niveaux de connaissance (R2C)



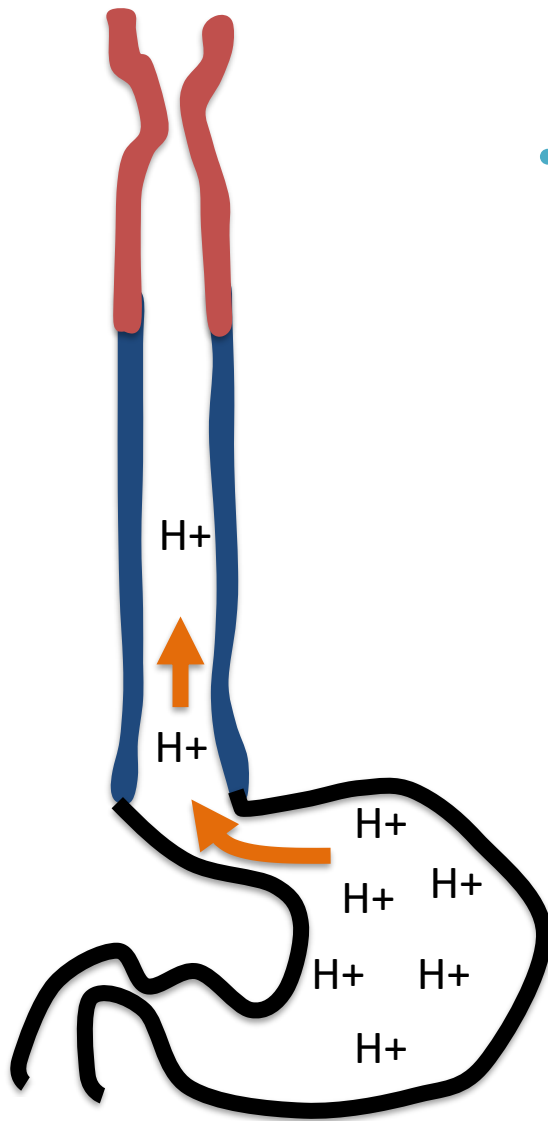
OBJECTIFS

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Diagnostic positif	Connaitre les plaintes évoquant une RGO et les signes évoquant une pathologie néoplasique
A	Suivi et/ou pronostic	Connaitre les principales complications : œsophagite, hémorragie, sténose, œsophage de Barrett (endobrachyœsophage)
A	Prise en charge	Connaître les différentes interventions non médicamenteuses possibles, en particulier celles ayant prouvé leur efficacité.
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître la prévalence et les facteurs de risque du RGO
B	Éléments physiopathologiques	Défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage
B	Examens complémentaires	Connaitre l'indication de l'endoscopie œsogastroduodénale si symptôme atypique ou début après 50 ans
B	Prise en charge	Connaître les principes de la prise en charge médicamenteuse en cas de manque d'efficacité des INM

PLAN

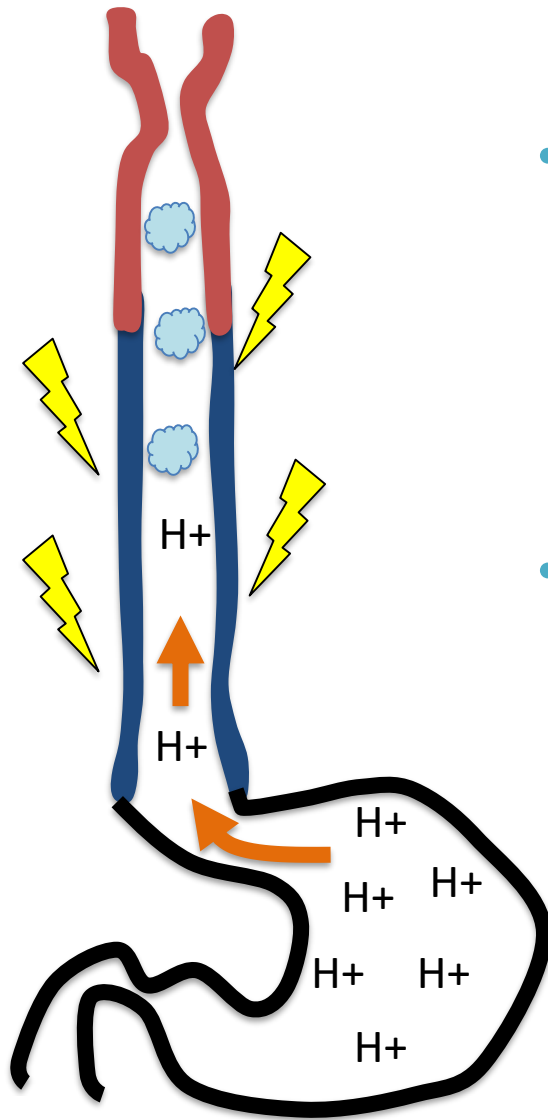
- Définition
- Epidémiologie
- Physiopathologie
- Signes fonctionnels du RGO
- Complications
- Examens complémentaires
- Traitement médical du RGO
- Chirurgie du RGO

DÉFINITIONS



- Reflux gastro-œsophagien:
 - **Remontée du contenu gastrique dans l'œsophage** responsable de symptômes gênants et/ou de complications
- Reflux est physiologique*
Devient pathologique si symptômes ou complications

DÉFINITIONS

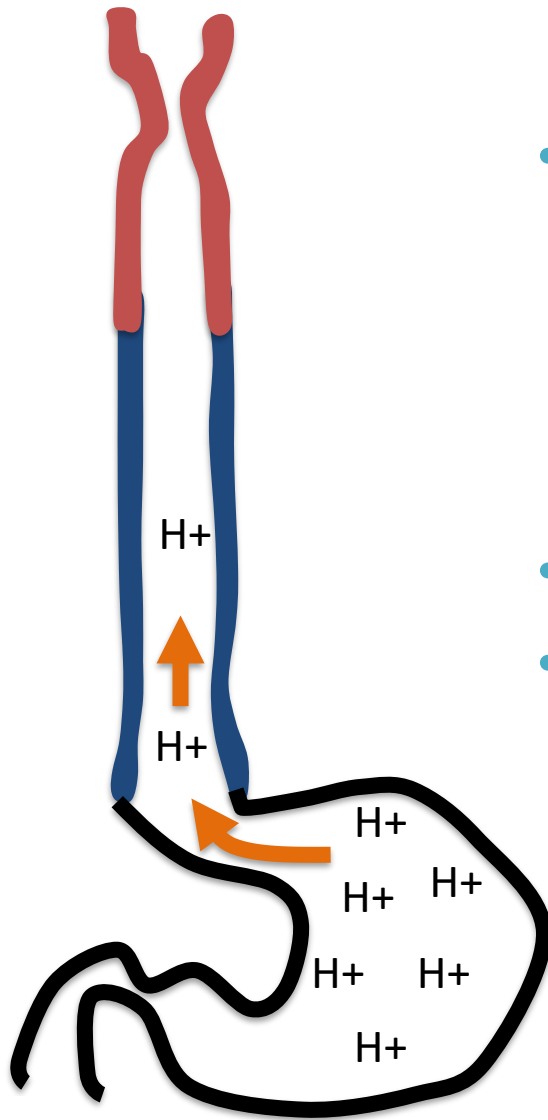


- Reflux gastro-œsophagien:
 - Remontée du contenu gastrique dans l'œsophage responsable de **symptômes gênants** et/ou de complications
- Symptômes typiques

Pyrosis

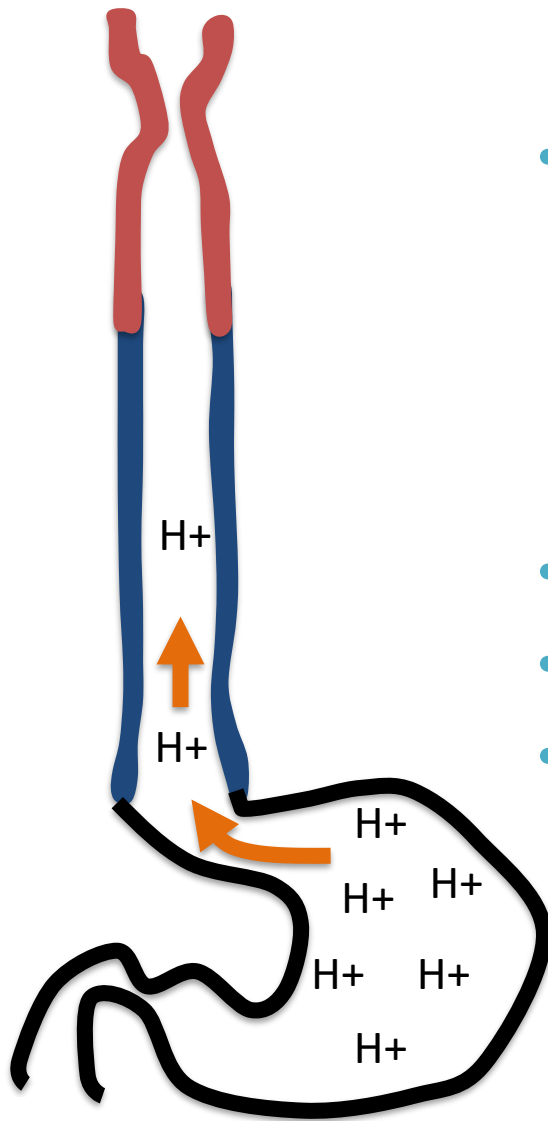
Régurgitations

DÉFINITIONS



- Reflux gastro-œsophagien:
 - Remontée du contenu gastrique dans l'œsophage responsable de **symptômes gênants** et/ou de complications
- Symptômes typiques
- Symptômes atypiques
 - Douleurs thoraciques
 - Toux chronique
 - Symptômes ORL

DÉFINITIONS



- Reflux gastro-œsophagien:
 - Remontée du contenu gastrique dans l'œsophage responsable de symptômes gênants et/ou de **complications**
- Symptômes typiques
- Symptômes atypiques
- Complications
 - Œsophagite
 - Muqueuse de Barrett
 - Sténose peptique

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Au moins 10% de la population rapporte pyrosis 1 fois / semaine

> 7 millions adultes en France

Prévalence 20 à 30% en Amérique du Nord et en Europe du Nord

- Augmente comme la prévalence de l'obésité
- Pas de prédominance en fonction du sexe

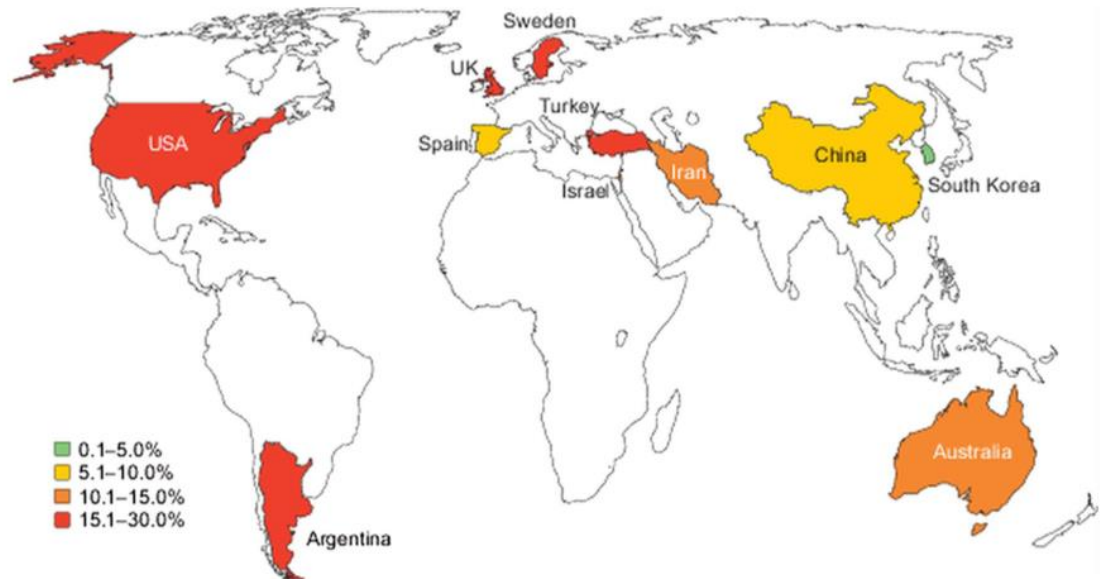


Figure 2.
Global distribution of the burden of gastro-oesophageal reflux disease. Sample-size weighted mean estimates of the prevalence of at least weekly heartburn and/or regurgitation in each country.

El Serag et al, Gut 2014

PHYSIOPATHOLOGIE

Altération des mécanismes de défense

- Diminution du péristaltisme œsophagien
- Diminution de la sécrétion salivaire

Altération de la barrière anti-reflux

+++

Hernie hiatale

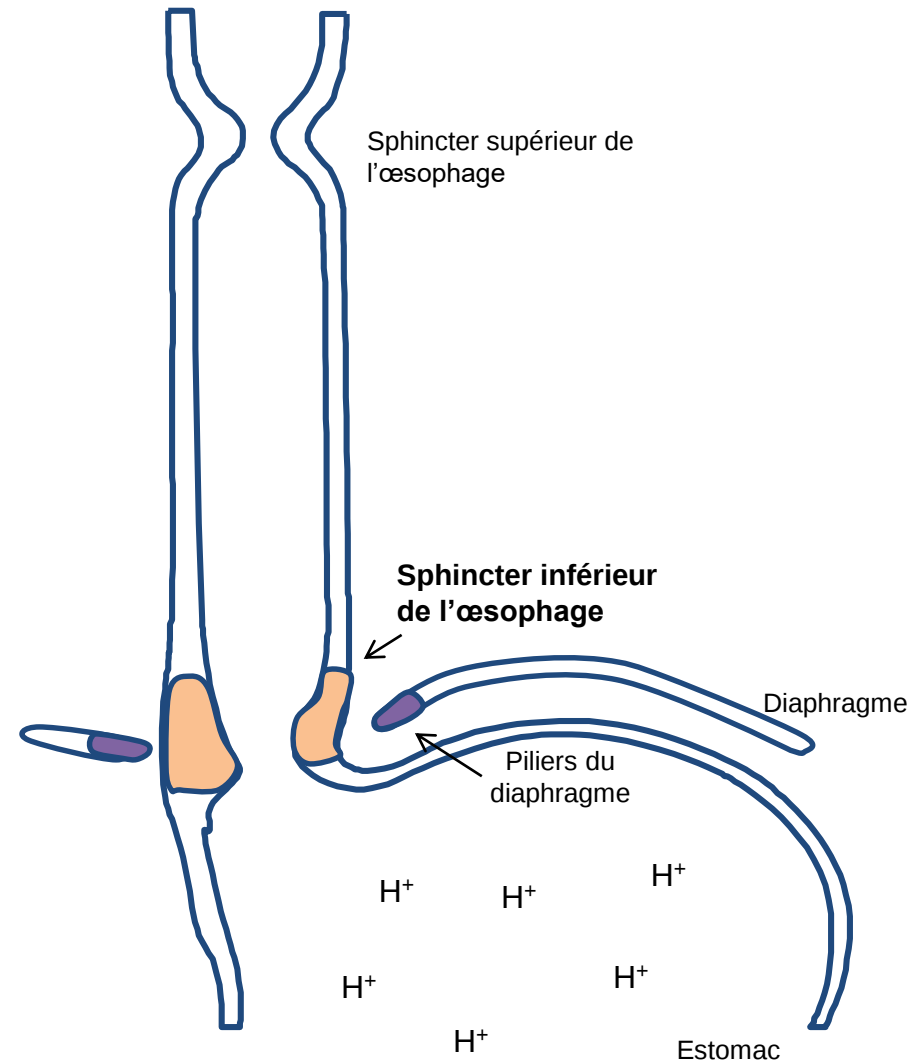
Hypotonie du SIO

Relaxations transitoires
du sphincter inférieur
de l'œsophage

Augmentation de la pression abdominale

Stase gastrique

Augmentation de la sécrétion acide gastrique



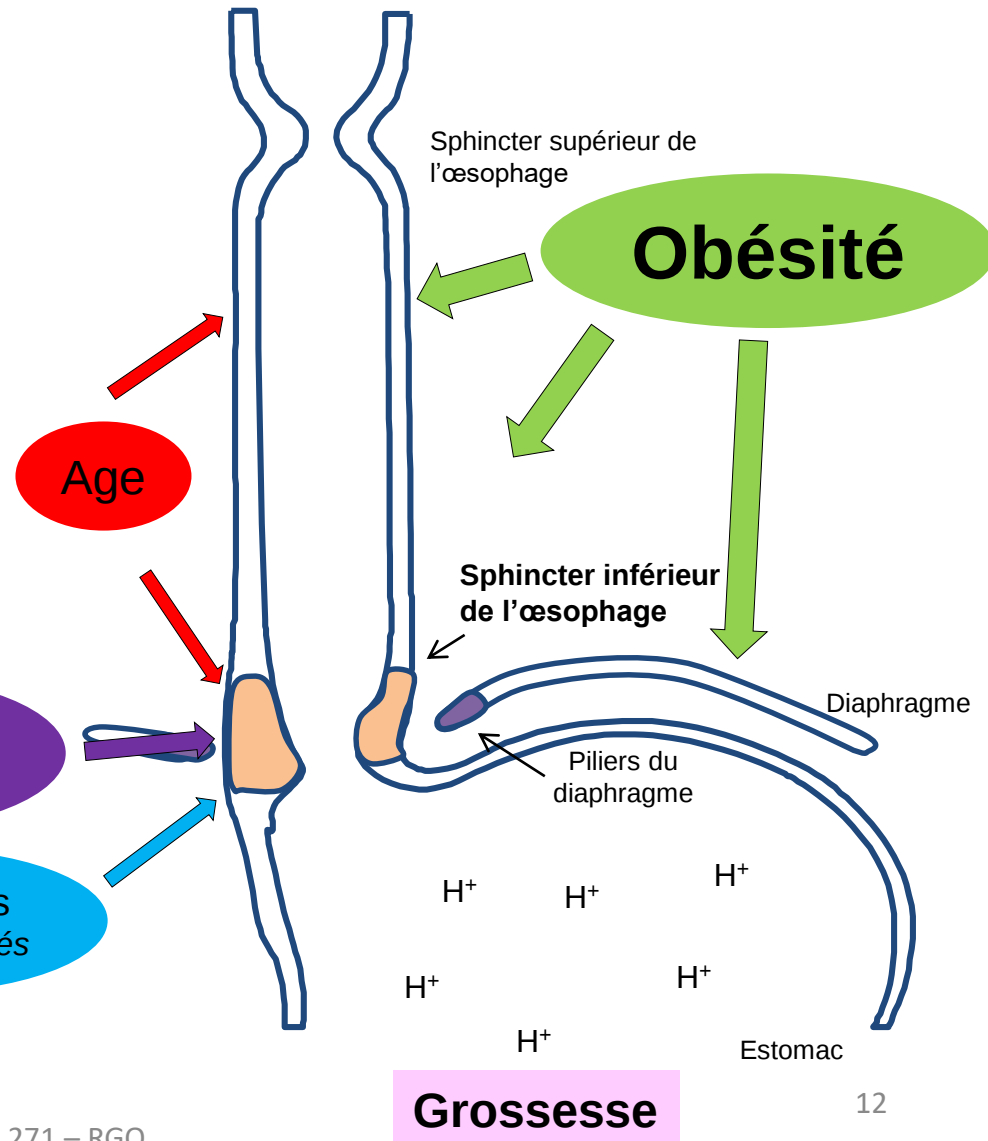
FACTEURS DE RISQUE

Modifications anatomiques de la barrière anti-reflux

- ✓ Hernie hiatale
- ✓ Certaines chirurgies bariatriques

Aliments
Alcool - Tabac

Médicaments
Ex Dérivés nitrés



HERNIE HIATALE

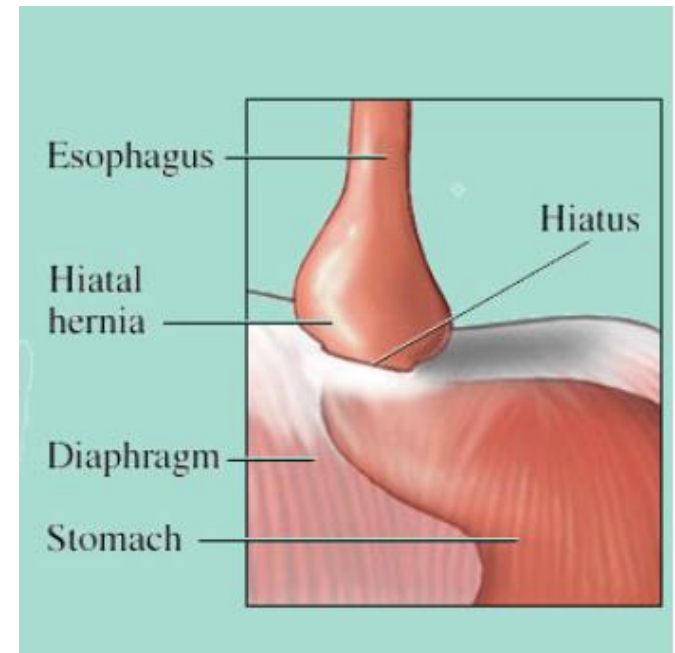
- Protrusion, permanente ou intermittente, d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme
- 2 types
 - Par glissement
 - Par roulement

HERNIE HIATALE PAR GLISSEMENT

- La plus fréquente (85%)
- Le cardia est intra-thoracique
- Favorise la survenue du RGO

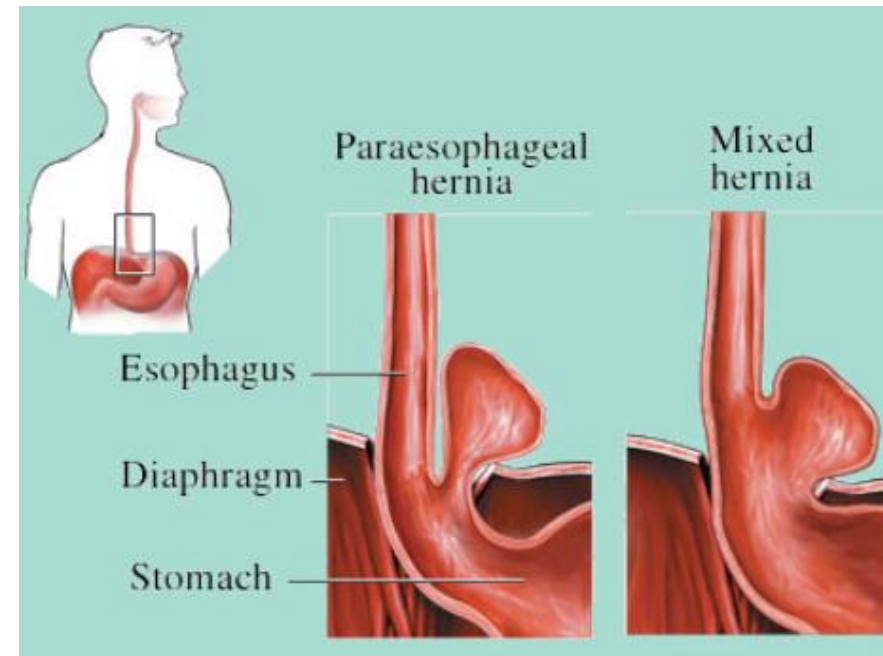


ni nécessaire ni suffisante
pour expliquer un RGO



HERNIE HIATALE PAR ROULEMENT

- La grosse tubérosité forme une poche intra-thoracique, para-œsophagienne
- Le cardia reste intra-abdominal
- Pas de lien avec RGO
- Responsable de dysphagie, de dyspnée
- Risque: étranglement herniaire



SIGNES FONCTIONNELS DU RGO



Symptômes typiques

- **Pyrosis + Régurgitations acides**
= diagnostic clinique du RGO (bonne spécificité)
- **Éléments évocateurs**
 - Caractère postural: décubitus, signe du lacet de soulier
 - Caractère post prandial
- Présence de symptômes nocturnes: RGO souvent plus sévère (œsophagite)
- Association possible avec des brûlures épigastriques (peuvent être le seul signe de RGO), des éructations

SIGNES FONCTIONNELS DU RGO



Symptômes atypiques

- Symptômes digestifs
 - dysphagie, épigastalgies
- Symptômes extra-digestifs
 - Douleurs thoraciques pseudo-angineuses
 - Toux (décubitus)
 - Asthme, fibrose pulmonaire
 - Symptômes ORL: enrouement, pharyngite, sinusite, otite moyenne récidivante
 - Gingivites, caries dentaires à répétition, érosions dentaires



Lien entre RGO et symptômes atypiques est difficile à établir

COMPLICATIONS

- Altération de la qualité de vie et du sommeil
- Œsophagite
- Sténose peptique
- Muqueuse de Barrett

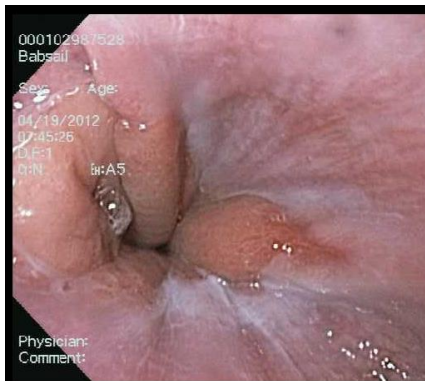


La majorité des RGO ne sont pas compliqués

Environ 60% des RGO symptomatiques ne se compliquent pas d'œsophagite

COMPLICATIONS: ŒSOPHAGITE

- Atteinte inflammatoire de la muqueuse œsophagienne avec ulcérations
- Classification de Los Angeles pour apprécier sévérité des lésions endoscopiques



Pas de parallélisme intensité des symptômes – lésions d'œsophagite

Moins de 50% des patients avec symptômes de RGO ont une œsophagite

COMPLICATIONS: ŒSOPHAGITE

- Œsophagite expose aux risques
 - Hémorragie digestive: hématemèse, anémie (ferriprive), méléna
Favorisée par prise d'aspirine, d'AINS, d'anticoagulants
 - Sténose œsophagienne = **sténose peptique**
Diminution du calibre de l'œsophage
Fibrose
Dysphagie, perte de poids



COMPLICATIONS: MUQUEUSE DE BARRETT

- Appelé aussi endobrachyoœsophage (EBO)
- Remplacement de l'épithélium malpighien de l'œsophage distal par un épithélium glandulaire avec métaplasie intestinale
- Lésion pré-néoplasique

Muqueuse de Barrett
(Métaplasie intestinale)

Dysplasie de bas grade

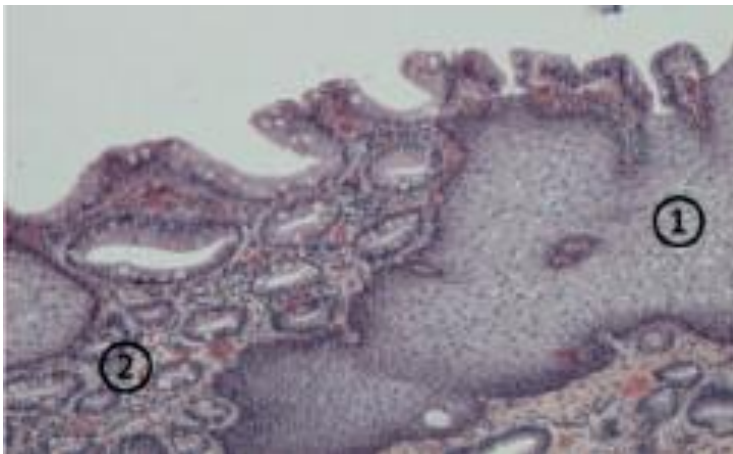
Dysplasie de haut grade

Adénocarcinome

Risque de transformation du Barrett en adénocarcinome < 1% par an

COMPLICATIONS: MUQUEUSE DE BARRETT

- Diagnostic: endoscopie + biopsies (métaplasie intestinale)
- Rythme de surveillance et traitement en fonction de la hauteur de la muqueuse de Barrett et de la présence de dysplasie



DIAGNOSTIC DE RGO

- Diagnostic clinique: interrogatoire +++
- Pyrosis + régurgitations = RGO
- Recherche de facteurs favorisants: obésité, tabac
- Recherche de symptômes associés
 - Épigastalgies, éructations, syndrome postural
 - Dysphagie
 - Signes de complications: dysphagie, anémie, hémorragie digestive (hématémèse, méléna), perte de poids
 - Signes extradiigestifs
- Diagnostic différentiel: syndrome de rumination

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- Symptômes typiques: pyrosis, régurgitations
- ET • Patient de moins de 50 ans
- ET • Absence de signe d'alarme (pas d'anémie, pas de perte de poids, pas d'odynophagie, pas de dysphagie, pas de signe d'hémorragie digestive)
- ET • Pas d'antécédent de cancer digestif dans la famille



Diagnostic clinique
Pas d'examen complémentaire
Traitement médical de première intention

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

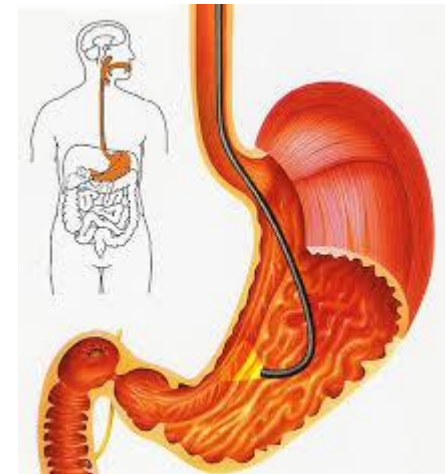
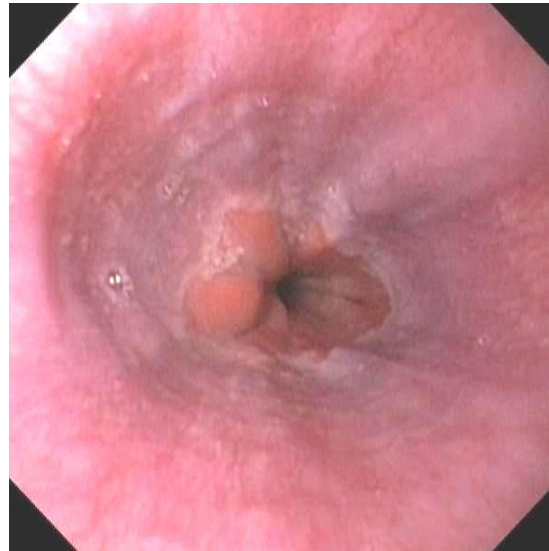
- Symptômes atypiques
- ou • Patient de plus de 50 ans
- ou • Signe d'alarme (anémie ou perte de poids ou odynophagie ou dysphagie ou signe d'hémorragie digestive: hématémèse ou méléna)
- ou • Antécédent de cancer digestif dans la famille
- ou • Échec du traitement médical de 1^{ère} intention



Endoscopie oeso-gastro-duodénale

ENDOSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE

- Endoscope introduit par voie nasale ou buccale
- Sous anesthésie locale ou générale
- Possibilité de faire des biopsies



ENDOSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE

- Rechercher des complications du RGO
 - Œsophagite
 - Sténose peptique
 - Muqueuse de Barrett
- Mais aussi éliminer une lésion tumorale de l'œsophage ou de l'estomac

Présence d'une œsophagite, d'une muqueuse de Barrett ou d'une sténose peptique = RGO

Mais **examen normal dans près de 50% des cas**
Un examen normal n'élimine pas le diagnostic de RGO

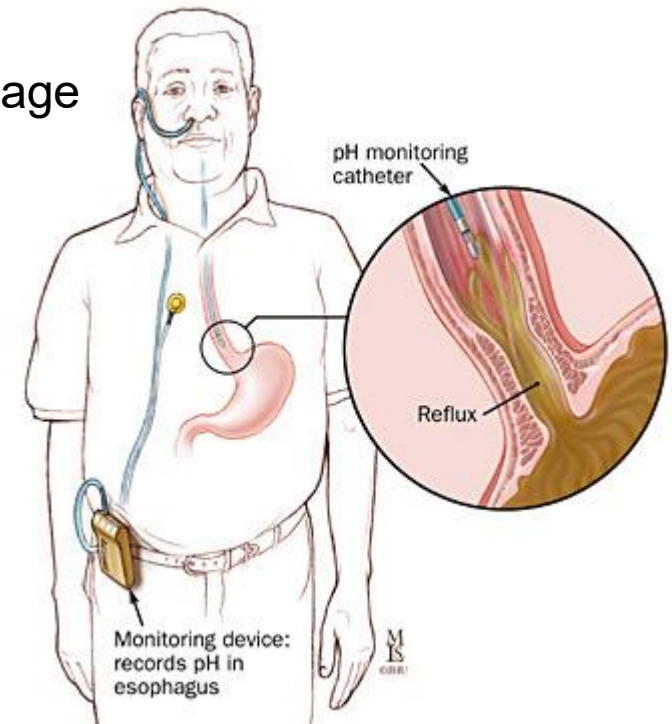
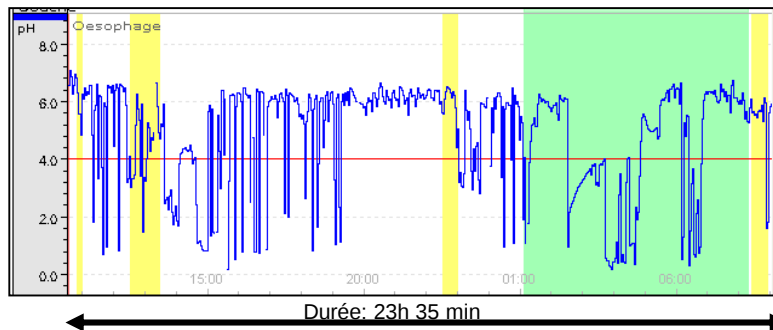
ENDOSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE

- Endoscopie de contrôle à réaliser en cas de
 - Œsophagites sévères (à l'issue du traitement)
 - Muqueuse de Barrett

Rythme de la surveillance dépend de l'existence de dysplasie sur les biopsies et de la taille de la muqueuse de Barrett

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

- pH-(impédancemétrie) œsophagienne
 - Examen ambulatoire sur 24 h
 - Détection des épisodes de reflux gastro-œsophagiens en mesurant le pH dans l'œsophage et présence air/liquide si impédance)
 - Patient signale les symptômes pendant l'enregistrement



EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

- pH-(impédancemétrie) œsophagienne
 - Examen ambulatoire sur 24 h
 - **Permet de confirmer le diagnostic de reflux** (acide avec pHmétrie, peu acide avec impédancemétrie)
 - Permet d'établir un lien entre reflux et symptôme

Indications

- Signes atypiques de RGO
- RGO résistant au traitement par IPP
- Bilan avant éventuelle chirurgie anti-reflux

- **Manométrie œsophagienne**: étude la motricité de l'œsophage

Indications

- Recherche de troubles moteurs œsophagiens
- Bilan avant éventuelle chirurgie anti-reflux

BUTS DU TRAITEMENT DU RGO

- Soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie
- Obtenir la cicatrisation des lésions dans les œsophagites sévères pour éviter les complications
- Prévenir les complications

PRINCIPES DU TRAITEMENT DU RGO

- Majorité des patients ont symptômes intermittents → adapter le traitement à l'intensité et à la fréquence des symptômes
- Interventions non médicamenteuses: Règles hygiéno-diététiques
- Traitement médical
 - Inhibition de la sécrétion acide gastrique
 - Neutralisation du contenu acide
 - Protection de la muqueuse œsophagienne
- Traitement chirurgical
 - Restauration de la barrière anti-reflux

RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

Niveau de preuve bas, mais de bon sens

Efficacité souvent modérée

- Surélévation de la tête du lit (45°)
- Réduction pondérale
- Pas d'excès d'alcool
- Arrêt du tabac
- Respect d'un intervalle (minimum 3 heures) entre le dîner (surtout si repas gras) et le coucher
- Éviter les aliments identifiés par le patient comme donnant du reflux

TRAITEMENT MÉDICAL

- Antisécrétoires gastriques
 - **Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**
oméprazole, ésoméprazole, lansoprazole, rabéprazole, pantoprazole
 Cicatrisation de l'œsophagite Efficaces dans > 80% des cas
 Soulagement des symptômes
 - Anti-histaminiques de type 2: moins efficaces que les IPP
cimétidine, ranitidine, famotidine **Problème +++ de disponibilité**
- Antiacides: tamponnent le contenu acide des reflux
Rennie®, Maalox®, etc...
- Protecteurs de la muqueuse œsophagienne
Alginates (Gaviscon®)

TRAITEMENT MÉDICAL

- Symptômes typiques, peu invalidants ou intermittents
 - Règles hygiéno-diététiques
 - Antiacides, alginates
 - IPP: faible dose, à la demande
- Symptômes fréquents/intenses sans complications
 - IPP en continu – recherche dose minimale efficace
- Œsophagite
 - IPP (4 semaines si œsophagite peu sévère, 8 semaines si sévère – prévention des récives: IPP à dose minimale efficace)
- Sténose peptique: IPP double dose +/- dilatation

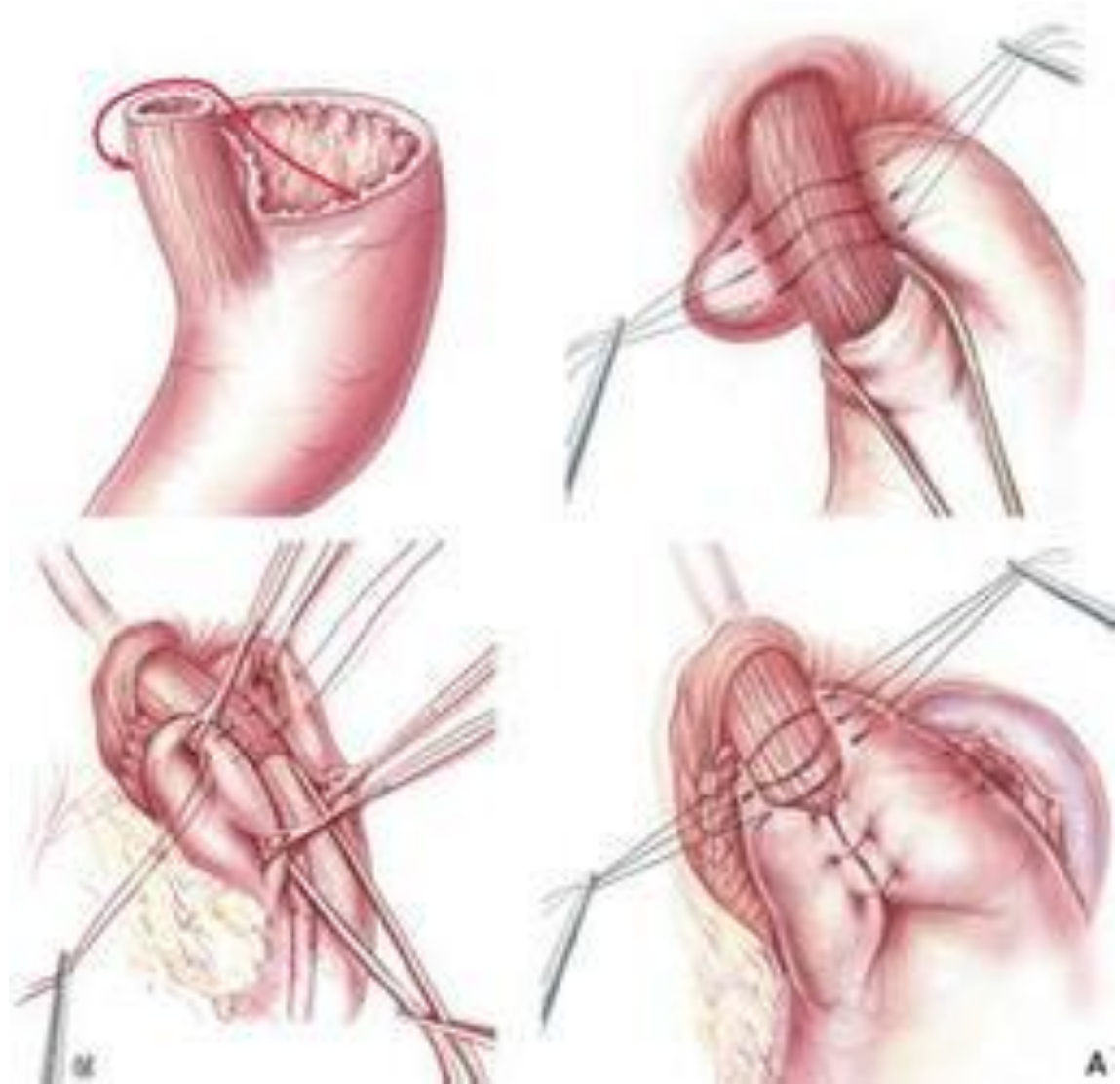
TRAITEMENT MÉDICAL

- Si IPP inefficaces
 - Envisager la non compliance au traitement
 - Évoquer un autre diagnostic
 - Explorations complémentaires nécessaires
- Traitement de la muqueuse de Barrett
 - Pas de régression prouvée sous IPP
 - Destruction possible de la muqueuse si dysplasie

TRAITEMENT CHIRURGICAL



- Fundoplicature



TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Indications
 - Patients « IPP dépendants » ne voulant pas un traitement au long cours ou ayant une intolérance aux IPP
 - Patients gardant des régurgitations gênantes sous traitement (après bilan complémentaire)
 - Volumineuse hernie hiatale symptomatique

A RETENIR

- Définition du RGO: remontée du contenu gastrique dans l'œsophage, responsable de symptômes gênants ou de lésion muqueuse
- Symptômes typiques: pyrosis et régurgitations
- Diagnostic clinique
- Signes d'alarme: dysphagie, odynophagie, perte de poids, anémie, signe d'hémorragie digestive
- Endoscopie oeso-gastro-duodénale si signes d'alarme ou âge > 50 ans ou atcds familiaux de cancer digestif ou résistance au traitement
- Ttt médical en 1^{ère} intention: inhibiteurs de la pompe à protons

MOTS CLÉS EN ANGLAIS

- Gastro-esophageal reflux disease
- Heartburn
- Regurgitation
- Proton pump inhibitors
- Laparoscopic fundoplication

RÉFÉRENCE

- Document Source National de la CDU-HGE

https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/dsn_cdu-hge_2021-juillet.pdf

Des questions

Pr Sabine ROMAN – Pr Gilles PONCET

sabine.roman@chu-lyon.fr

gilles.poncet@chu-lyon.fr

Item 271 – RGO – Hernie hiatale

2026