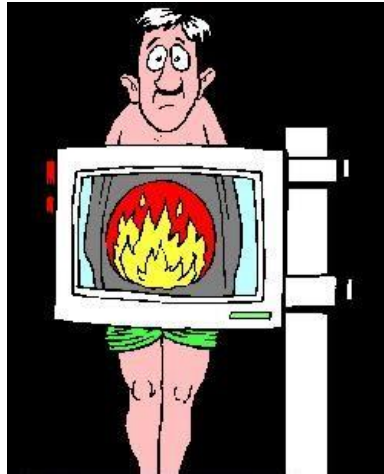


# REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN CHEZ L'ADULTE – HERNIE HIATALE



Dr Pasquer - Pr Roman

UE Hépatogastroentérologie – FGSM2 – Lyon Est

2024

# LIENS D'INTÉRÊT

---

- S Roman: consultante pour Medtronic, Dr Falk Pharma, Sanofi
- A Pasquer:

# 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

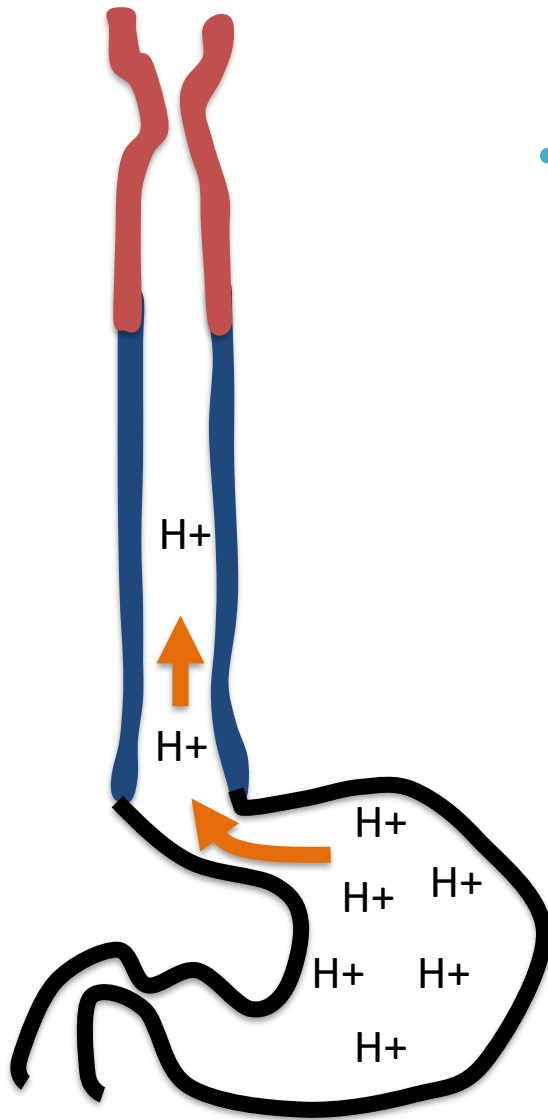
Rang	Rubrique	Intitulé
A	Diagnostic positif	Connaitre les plaintes évoquant une RGO et les signes évoquant une pathologie néoplasique
A	Suivi et/ou pronostic	Connaitre les principales complications : œsophagite, hémorragie, sténose, œsophage de Barrett (endobrachyœsophage)
A	Prise en charge	Connaître 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

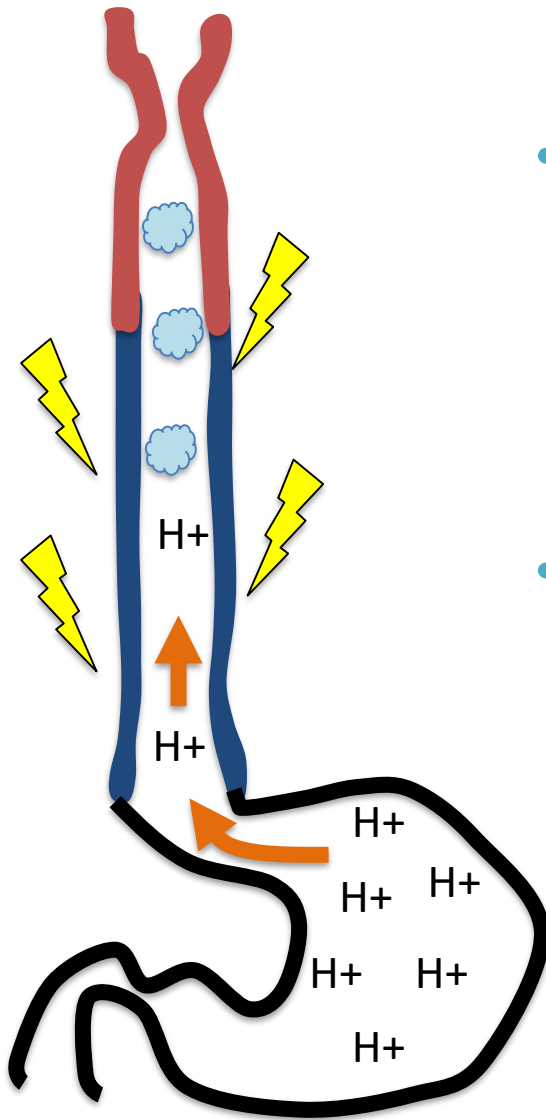


- Reflux gastro-œsophagien:
  - **Remontée du contenu gastrique dans l'œsophage** responsable de symptômes gênants et/ou de complications

*Reflux est physiologique*

*Deviens pathologique si symptômes ou complications*

# DÉFINITIONS

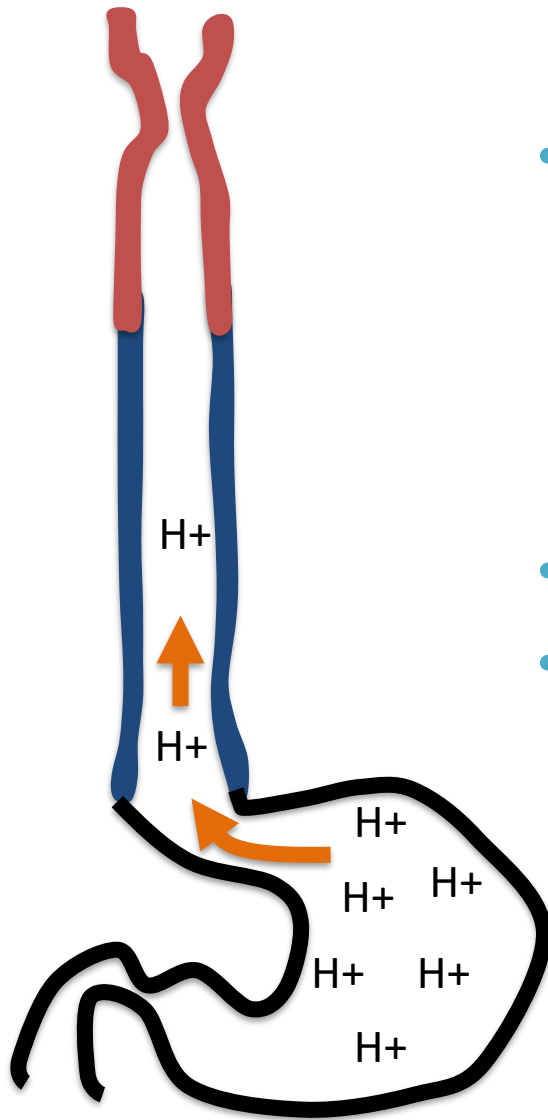


- Reflux gastro-œsophagien:
  - Remontée du contenu gastrique dans l'œsophage responsable de **symptômes gênants** et/ou de complications
- Symptômes typiques

**Pyrosis**

**Régurgitations**

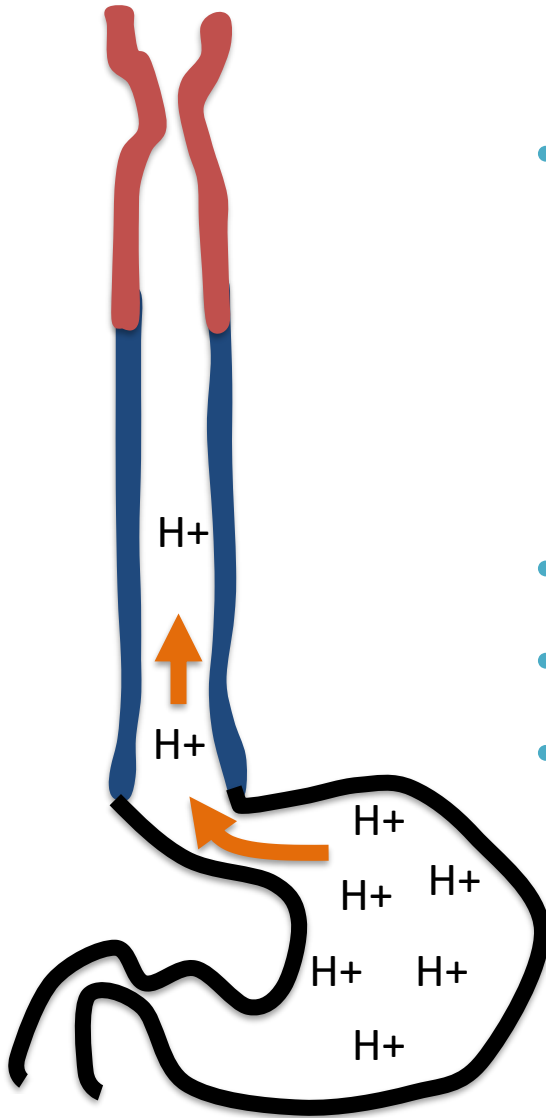
# DÉFINITIONS



- 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

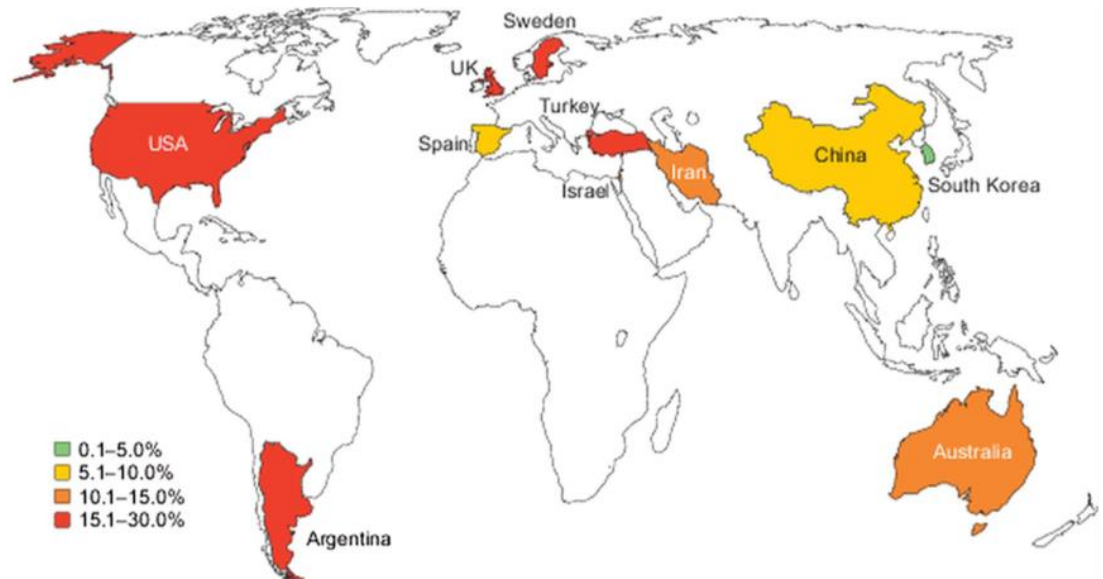
# ÉPIDÉMIOLOGIE

- 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.

# PHYSIOPATHOLOGIE

Altération des mécanismes de défense  
 Diminution du péristaltisme œsophagien  
 Diminution de la sécrétion salivaire

## Altération de la barrière anti-reflux

+++

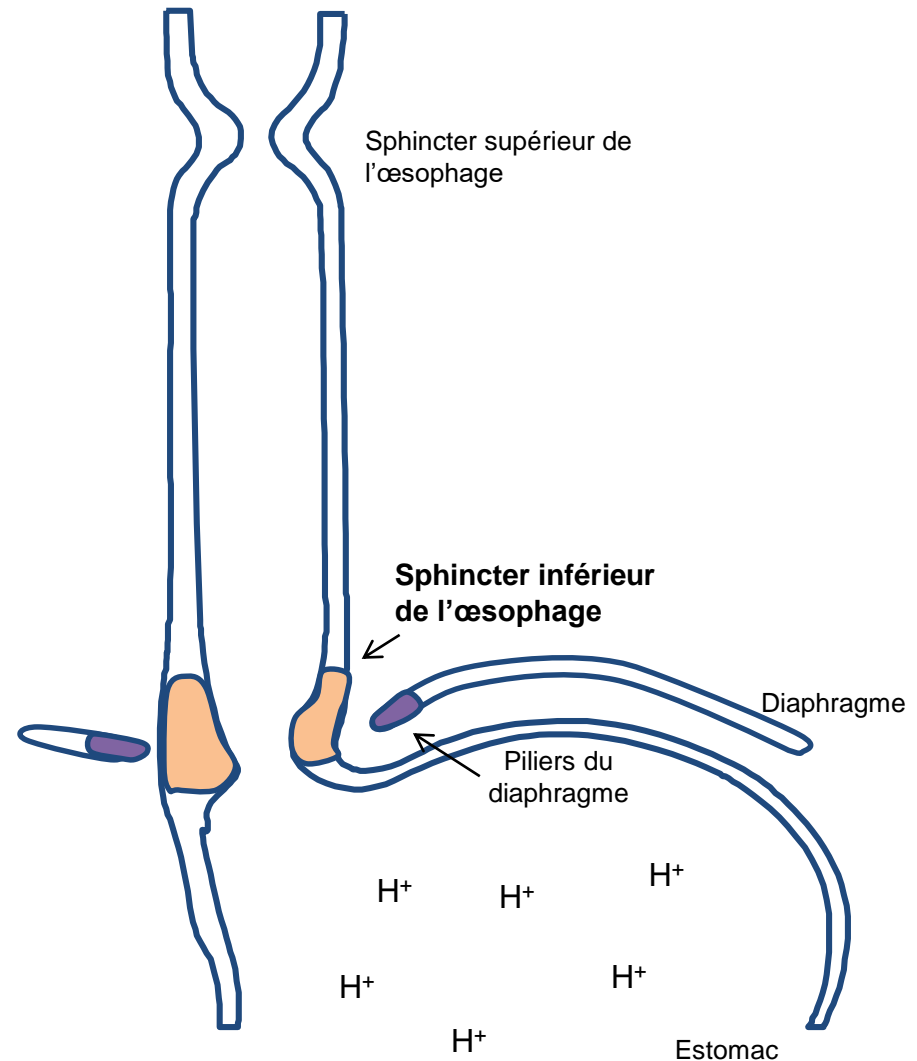
Hernie hiatale

Hypotonie du SIO

Relaxations transitoires  
 du sphincter inférieur  
 de l'œsophage

Augmentation de la pression abdominale

Stase gastrique  
 Augmentation de la sécrétion acide gastrique



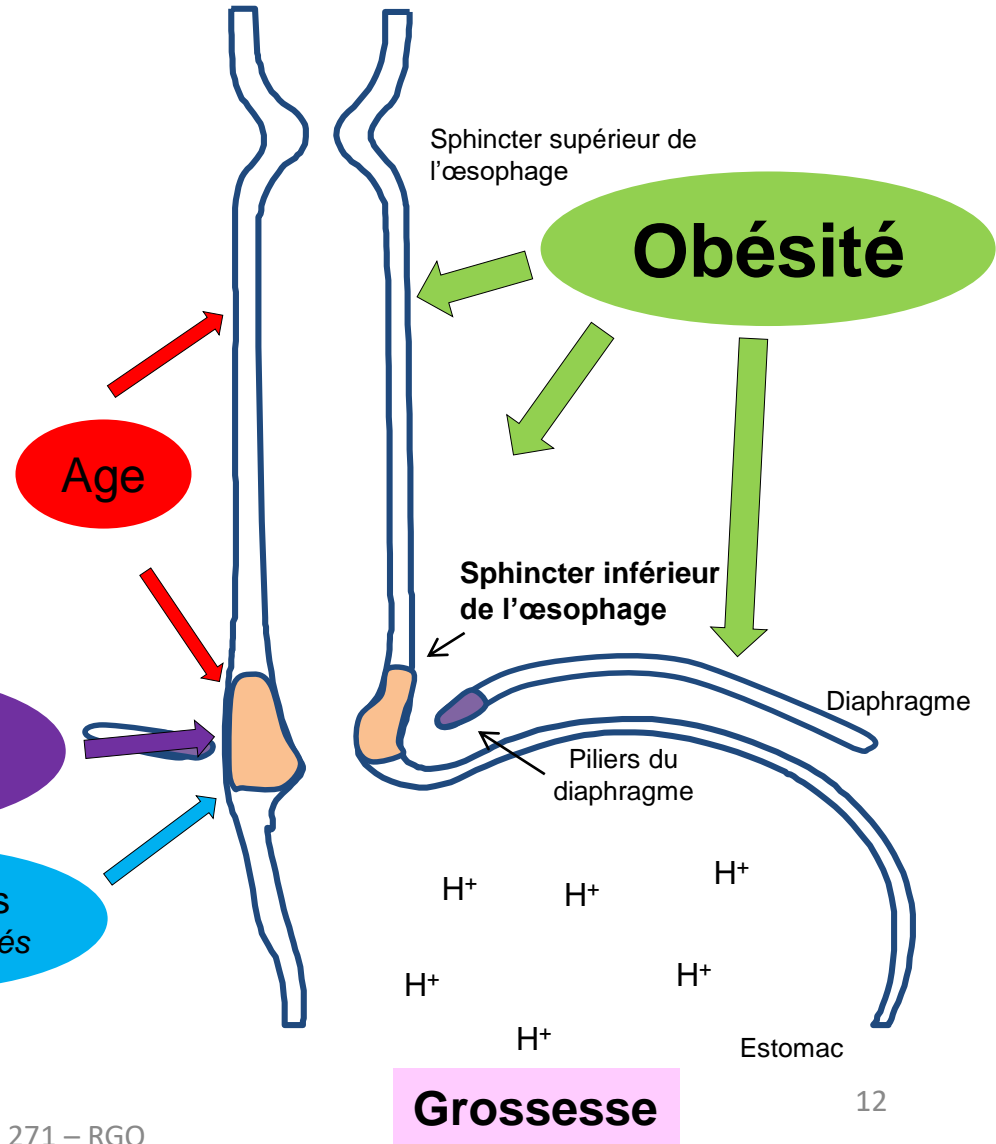
# FACTEURS DE RISQUE

## Modifications anatomiques de la barrière anti-reflux

- ✓ Hernie hiatale
- ✓ Certaines chirurgies bariatriques

Aliments  
Alcool - Tabac

Médicaments  
Ex Dérives nitrés



# HERNIE HIATALE

---

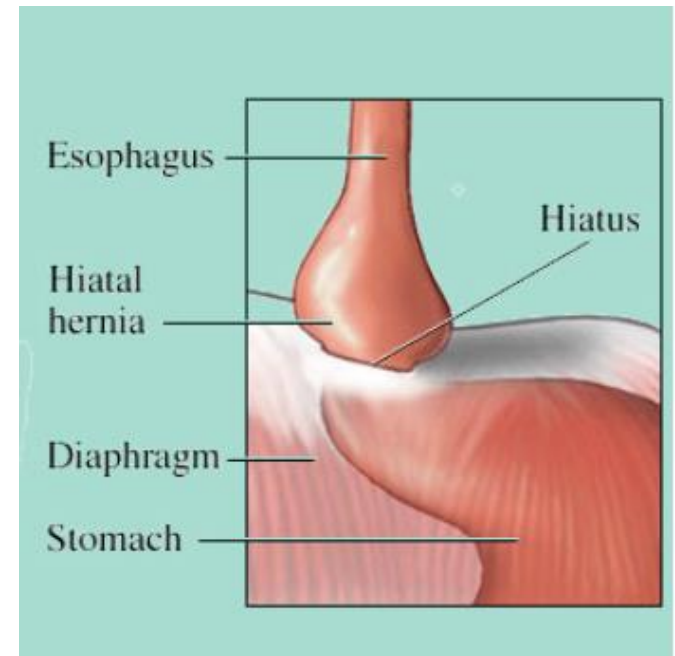
- Protrusion, permanente ou intermittente, d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme
- 2 types
  - Par glissement
  - Par roulement

# HERNIE HIATALE PAR GLISSEMENT

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

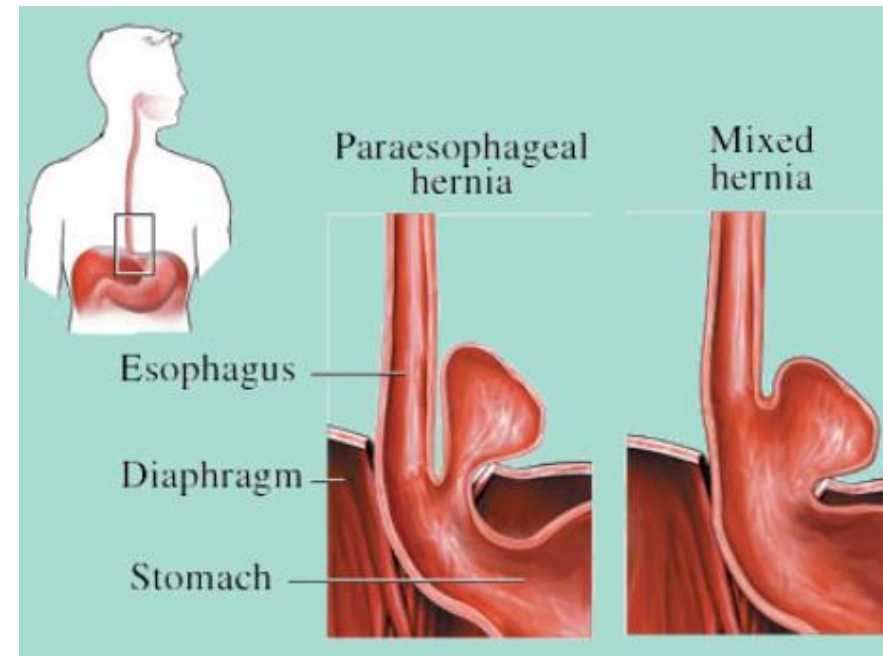


ni nécessaire ni suffisante  
pour expliquer un RGO



# 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 digestifs
  - dysphagie, épigastralgies
- 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

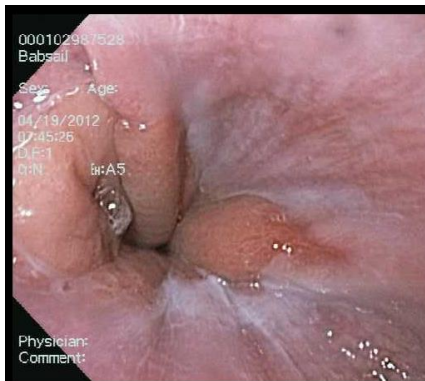


La majorité des RGO ne sont pas compliqués

*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*

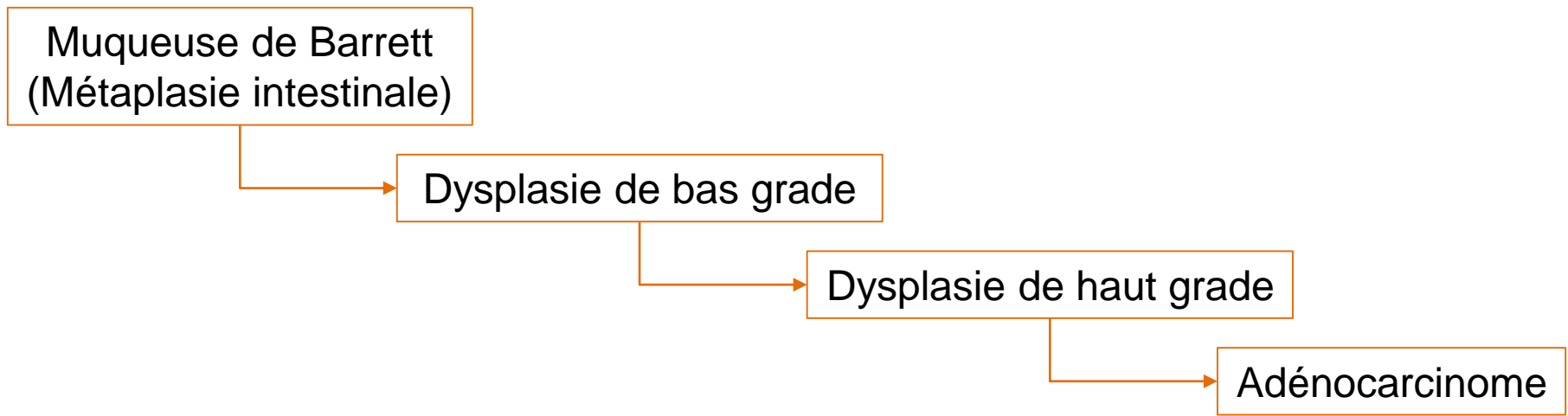
# COMPLICATIONS: ŒSOPHAGITE

- Œsophagite expose aux risques
  - Hémorragie digestive: hématomèse, 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

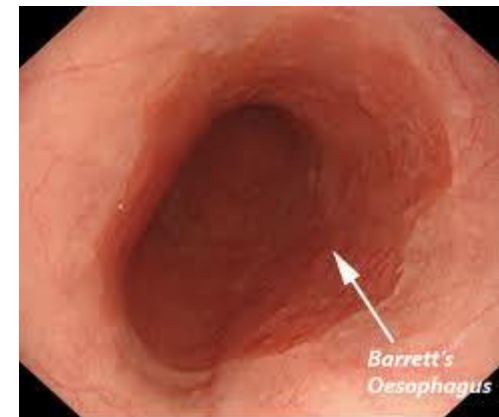
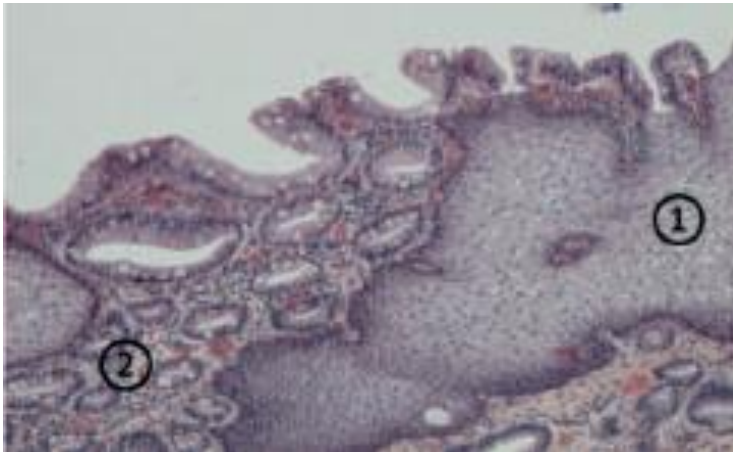
- Appelé aussi endobrachyœsophage (EBO)
- Remplacement de l'épithélium malpighien de l'œsophage distal par un épithélium glandulaire avec métaplasie intestinale
- Lésion pré-néoplasique



*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

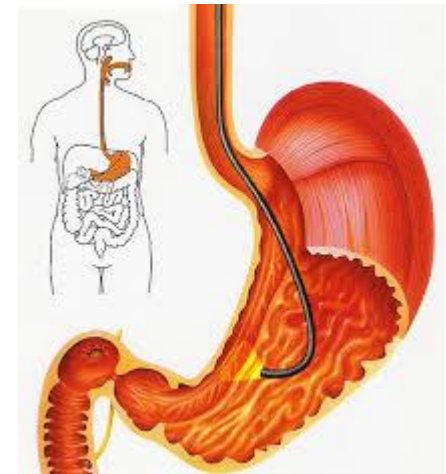
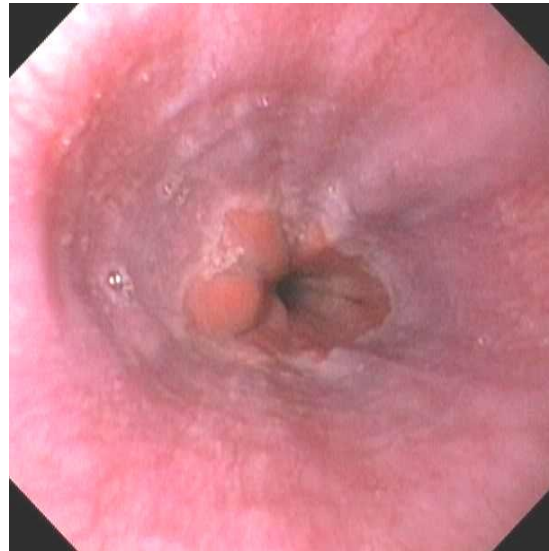
- Symptômes atypiques
- OU • Patient de plus de 50 ans
- OU • Signe d'alarme (anémie ou perte de poids ou odynophagie ou dysphagie ou signe d'hémorragie digestive: hématomèse ou méléna)
- OU • Antécédent de cancer digestif dans la famille
- OU • Échec du traitement médical de 1<sup>ère</sup> intention



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

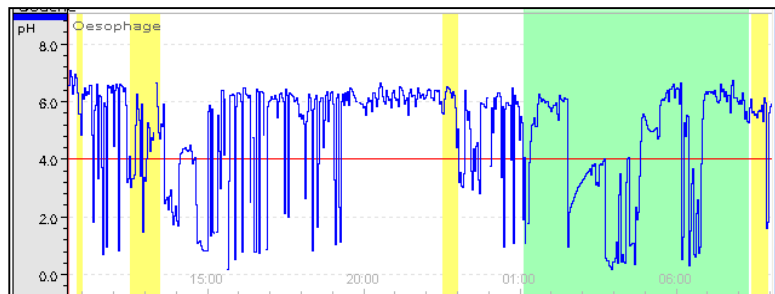
---

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

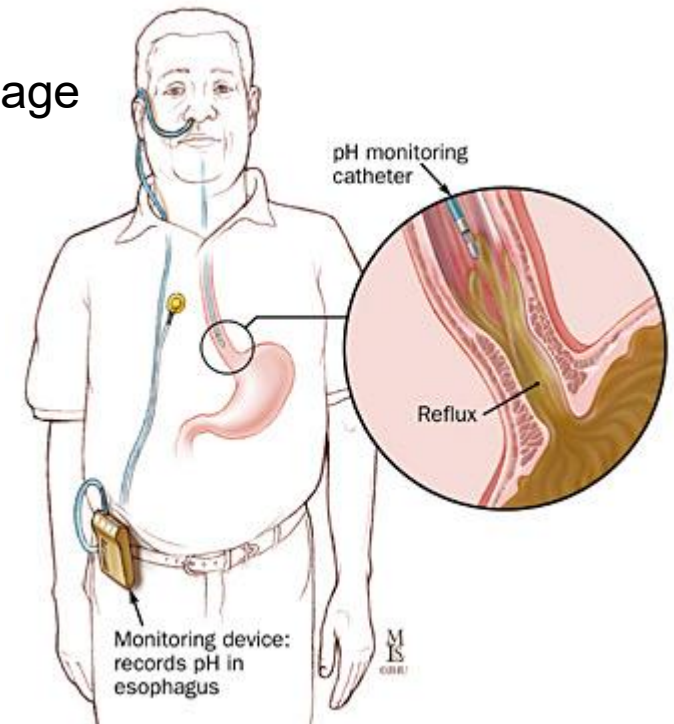
Rythme de la surveillance dépend de l'existence de dysplasie sur les biopsies et de la taille de la muqueuse de Barrett

# 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



Durée: 23h 35 min



# 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 récurrences: IPP à dose minimale efficace)
- Sténose peptique: IPP double dose +/- dilatation

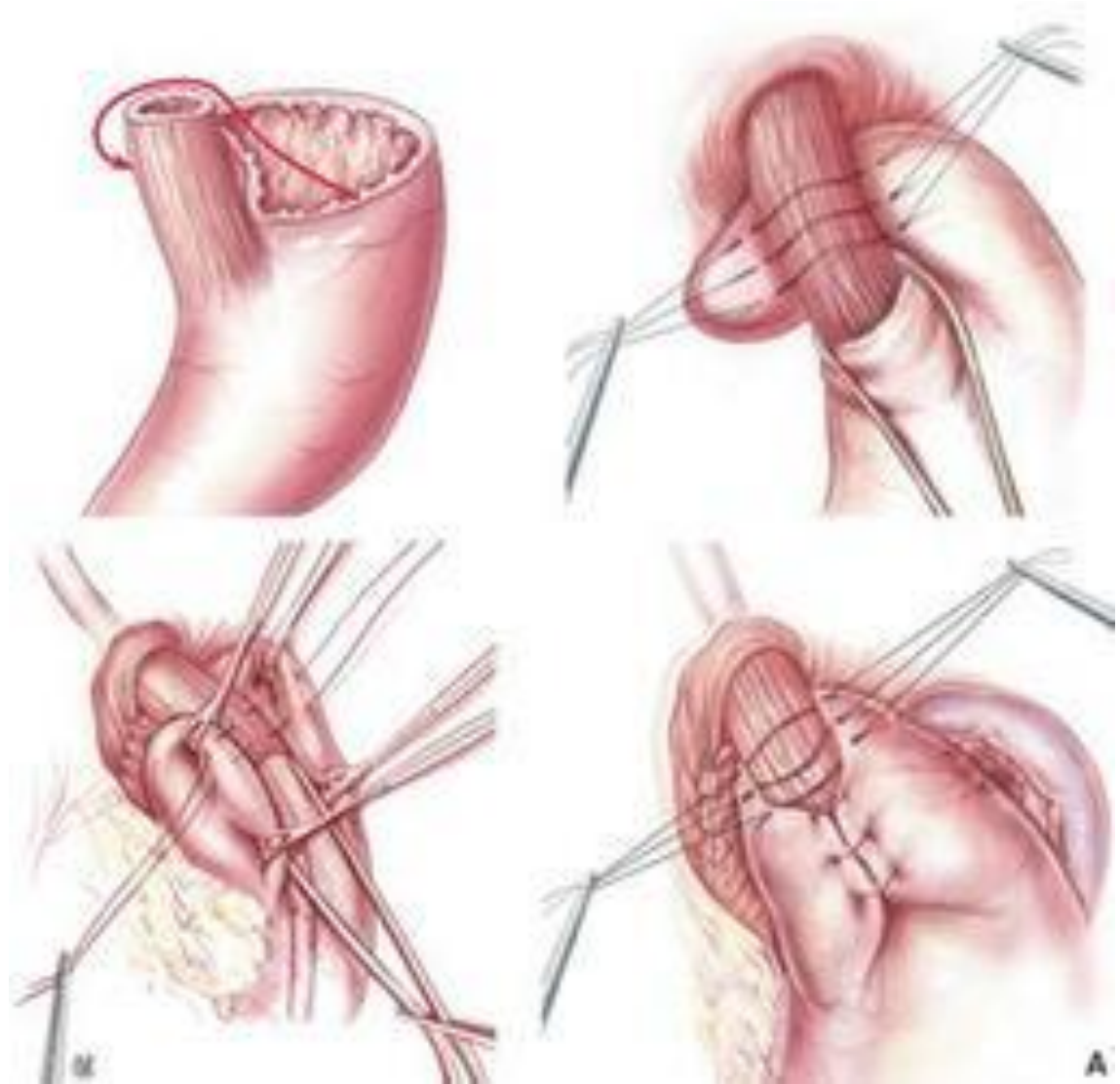
# TRAITEMENT MÉDICAL

---

- 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<sup>ère</sup> 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](https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/dsn_cdu-hge_2021-juillet.pdf)

# Des questions

Pr Sabine ROMAN – Dr Arnaud PASQUER

[sabine.roman@chu-lyon.fr](mailto:sabine.roman@chu-lyon.fr)

[arnaud.pasquer@chu-lyon.fr](mailto:arnaud.pasquer@chu-lyon.fr)

**Item 271 – RGO – Hernie hiatale**

2024