

Item 280 – Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.

I. DÉFINITION

II. ÉPIDÉMIOLOGIE

III. PHYSIOPATHOLOGIE

IV. DÉCRIRE LES SIGNES FONCTIONNELS DU RGO

V. CONDUITE DIAGNOSTIQUE EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES DE RGO

VI. TRAITEMENT MÉDICAL DU RGO

VII. CHIRURGIE DU RGO

Objectifs pédagogiques

- ▮ Diagnostiquer un reflux gastro-œsophagien et une hernie hiatale aux différents âges.
- ▮ Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

I. DÉFINITION

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) désigne le passage, à travers le cardia, d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors de tout effort de vomissement.

Cette définition recouvre différentes entités :

- le RGO physiologique qui existe chez tous les sujets, essentiellement après les repas et qui, par définition, ne s'accompagne ni de symptôme ni de lésion muqueuse œsophagienne ;
- le RGO pathologique qui est caractérisé par des symptômes et/ou des lésions désignées sous le terme d'œsophagite. Le reflux du contenu gastrique est alors dans la majorité des cas anormalement fréquent et/ou prolongé. L'acidité du matériel qui reflue est variée selon les individus et dans le temps.

II. ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence du pyrosis, qui est le symptôme le plus typique du RGO, est élevée dans les populations occidentales adultes : 20 à 40 % des sujets souff-

CONNAISSANCES – REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN CHEZ LE NOURRISSON, CHEZ L'ENFANT...

frent d'un pyrosis, 10 % décrivent un pyrosis au moins hebdomadaire et 2 à 5 % un pyrosis quotidien. La prévalence du RGO est en augmentation régulière dans les pays occidentaux.

III. PHYSIOPATHOLOGIE

La physiopathologie du RGO est multifactorielle.

A. Élément clé : la défaillance de la barrière anti-reflux œso-gastrique

La physiopathologie du RGO fait principalement intervenir la défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO). Le SIO correspond à une zone de haute pression qui s'oppose au gradient de pression abdomino-thoracique. Ce gradient favorise les épisodes de RGO lors de chaque inspiration. Les épisodes de RGO s'observent surtout lors des relaxations transitoires du SIO qui sont des relaxations spontanées, survenant en dehors de toute déglutition.

Les formes les plus sévères du RGO sont associées à une pression du SIO effondrée.

B. Autres facteurs

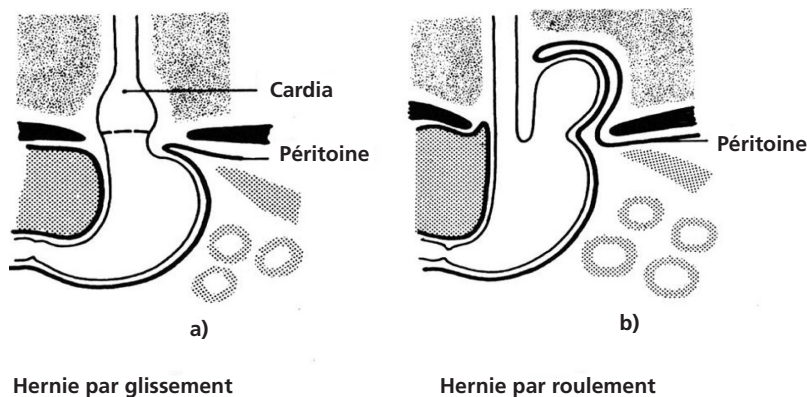
Une stase gastrique ou une hyperpression abdominale telle qu'on peut l'observer dans une surcharge pondérale importante ou lors d'efforts de toux sont également des facteurs favorisant un RGO.

L'accent est mis sur la corrélation entre prise de poids et RGO. Le surpoids et l'obésité sont l'explication apportée à la prévalence croissante du RGO. Une corrélation significative existe entre indice de masse corporelle et prévalence du RGO. Que l'indice de masse corporelle soit normal ou non, la prise rapide de plus de 5 kg est un facteur indépendant augmentant le risque de RGO.

C. Relations RGO et hernie hiatale

La hernie hiatale se définit comme la protrusion, permanente ou intermittente, d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme. On distingue les hernies hiatales par glissement et par roulement (fig. 29.1). Dans la hernie hiatale par glissement, qui est la plus fréquente (plus de 85 % des cas), le cardia est intra-thoracique. Dans la hernie hiatale par roulement, la grosse tubérosité forme une poche intra-thoracique, para-œsophagienne, alors que le cardia reste intra-abdominal. Ce second type de hernie hiatale n'a pas de lien avec le RGO.

La hernie hiatale par glissement n'est ni nécessaire, ni suffisante pour expliquer un RGO : le RGO peut exister sans hernie hiatale et une hernie hiatale peut ne pas être associée à un RGO. Mais, lorsqu'elle est volumineuse, la hernie hiatale

► **Fig. 29.1.** Hernies hiatiales. ►

par glissement est souvent un facteur aggravant d'un RGO par le biais d'une altération de la clairance acide de l'œsophage (capacité de l'œsophage à « évacuer » le liquide d'un reflux acide œso-gastrique).

IV. DÉCRIRE LES SIGNES FONCTIONNELS DU RGO

A. Symptômes digestifs du RGO non compliqué

Le pyrosis (brûlure rétro-sternale ascendante à point de départ épigastrique) et les régurgitations acides (remontées du contenu gastrique acide jusqu'au niveau pharyngé survenant sans effort de vomissement et sans nausée) sont des symptômes dont l'association est quasi pathognomonique de RGO. Leur spécificité est telle qu'ils permettent le diagnostic clinique de RGO, essentiellement acide. Leur caractère postural et/ou post-prandial est un élément supplémentaire très évocateur. Des brûlures épigastriques sans trajet ascendant font également partie des symptômes de RGO.

Lorsque ces symptômes sont nocturnes, ils seraient associés aux formes les plus sévères de RGO, avec notamment des lésions d'œsophagite.

B. Symptômes extra-digestifs du RGO

La responsabilité du RGO est impliquée dans des manifestations extra-digestives, essentiellement pulmonaires, ORL et cardiaques.

Les manifestations pulmonaires, souvent nocturnes, peuvent être des accès de toux, ou une dyspnée asthmatiforme. Les symptômes pharyngés ou laryngés comprennent un enrouement, des dysesthésies bucco-pharyngées, une otalgie inexplicable notamment droite, une laryngite postérieure. Les symptômes d'allure cardiaque se résument à des douleurs simulant un angor nécessitant un bilan cardiologique qui reste négatif.

Plus récemment, ont été décrites des manifestations stomatologiques (gingivites ou caries dentaires à répétition) et des troubles du sommeil avec notamment

CONNAISSANCES – REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN CHEZ LE NOURRISSON, CHEZ L'ENFANT...

des micro-éveils nocturnes qui rendent le sommeil moins réparateur entraînant une somnolence diurne et une moindre productivité au travail.

Ces manifestations extra-digestives sont parfois associées aux symptômes digestifs du RGO. Souvent, elles sont isolées. Il faut donc savoir évoquer le RGO lorsqu'un bilan pulmonaire, ORL ou cardiaque approfondi est normal.

C. Symptômes de RGO compliqué

La complication essentielle est la survenue d'une œsophagite sévère qui se caractérise par des ulcérations étendues, confluentes ou circonférentielles (fig. 29.2 cahier quadri) ou par une sténose peptique. L'œsophagite sévère expose à une hémorragie digestive révélée par une anémie ferriprive, une hématemèse, un melaena et à une sténose œsophagienne avec apparition d'une dysphagie et altération de l'état général. L'hémorragie digestive peut être favorisée par une prise médicamenteuse (anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine, traitement anticoagulant).

Ces complications sont parfois révélatrices du RGO. Il n'existe aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité des lésions d'œsophagite. Des symptômes très bruyants peuvent s'associer avec un RGO sans lésion d'œsophagite. Inversement, des lésions d'œsophagite sévère peuvent être quasi asymptomatiques. Ceci est notamment le cas chez le sujet âgé.

D. Endobrachyœsophage

L'endobrachyœsophage (EBO), appelé également œsophage de Barrett, est une entité endoscopique peu fréquente et définie par le remplacement, sur une hauteur plus ou moins grande, de l'épithélium normal malpighien de l'œsophage distal par un épithélium métaplasique cylindrique de type intestinal (fig. 29.3 cahier quadri). Il n'y a pas de symptôme spécifique. L'EBO peut être paucisymptomatique. Il expose au risque d'ulcère au sein de cette muqueuse pathologique et surtout au risque d'adénocarcinome œsophagien. Ce dernier est rare (prévalence : 2,7/100 000 chez l'homme et 0,4/100 000 chez la femme) mais de pronostic très sombre (survie à 5 ans : 11 %). Il est symptomatique seulement à un stade tardif de son évolution. La mise en évidence d'une métaplasie intestinale impose de proposer au malade une surveillance régulière avec des biopsies étagées multiples pour dépister l'apparition d'une dysplasie, étape préalable au cancer invasif.

V. CONDUITE DIAGNOSTIQUE EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES DE RGO

A. Examen clinique et examens biologiques standard

L'interrogatoire est une étape importante. En effet, avant 50 ans, en présence de symptômes digestifs typiques (association pyrosis/régurgitations) et s'il

n'existe pas de signe d'alarme (dysphagie, amaigrissement, anémie), aucun examen complémentaire n'est nécessaire avant la mise en route d'un traitement. Les données de l'examen clinique et les examens biologiques standard ne sont d'aucun apport diagnostique. L'examen peut identifier une surcharge pondérale avec un indice de masse corporelle supérieur à la normale qu'il faudra prendre en compte dans la prise en charge du RGO.

B. Examens complémentaires

Il s'agit d'examens morphologiques et d'explorations fonctionnelles.

1. Explorations morphologiques

L'endoscopie œso-gastro-duodénale est la seule exploration morphologique utile. Elle permet d'affirmer le diagnostic de RGO lorsqu'elle découvre une œsophagite définie par des pertes de substance au moins épithéliales (érosives), rarement profondes (ulcérées) qui peuvent être décrites par différentes classifications cotant la gravité des lésions, leur étendue circonférentielle ou non, l'existence d'une complication comme une sténose peptique. Si les symptômes de RGO sont atypiques, l'endoscopie est indiquée en première intention. Elle permet le diagnostic de RGO lorsqu'elle découvre une œsophagite mais ne permet pas de rattacher formellement les symptômes atypiques du malade à ce RGO. Une endoscopie normale ne permet pas d'écarter le diagnostic de RGO. C'est le cas dans 30 à 50 % des cas.

En l'absence d'œsophagite, lorsque les symptômes sont atypiques ou lorsque les symptômes typiques résistent au traitement médical, une pHmétrie est indiquée pour faire le diagnostic de reflux acide pathologique. Après 50 ans, on préconise d'emblée de procéder à une endoscopie haute afin de ne pas méconnaître une autre cause, une lésion associée ou un EBO.

Le transit baryté œso-gastrique n'a pas d'intérêt pour le diagnostic du RGO. Ses indications sont très limitées dans le bilan pré-thérapeutique d'un RGO. Il peut être utile pour faire le bilan d'une sténose peptique de l'œsophage et d'une volumineuse hernie hiatale en cherchant sa réductibilité et l'association d'une composante mixte par glissement et par roulement.

Dans l'avenir, l'exploration des malades souffrant d'un RGO pourrait être modifiée par l'introduction de nouvelles techniques actuellement en cours d'évaluation. L'ingestion d'une vidéocapsule endoscopique (fig. 29.4) permettra peut-être la détection fiable d'une œsophagite ou d'un EBO.

► **Fig. 29.4.** Vidéocapsule endoscopique (la photo de droite vous montre la taille de cette vidéocapsule par rapport aux doigts d'une main). ►



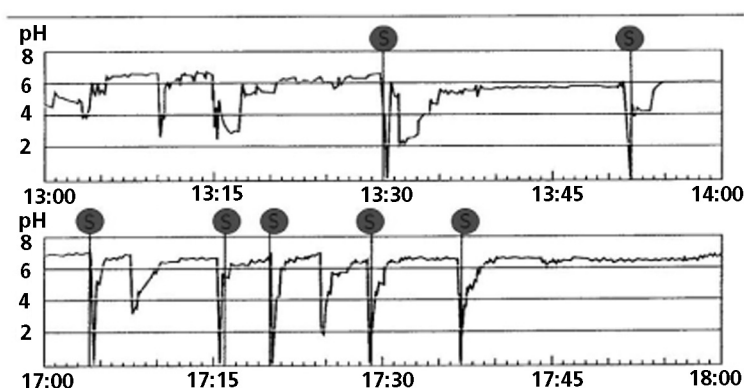
2. Explorations fonctionnelles

La *pHmétrie œsophagienne des 24 heures* est l'exploration fonctionnelle la plus sensible pour diagnostiquer un RGO pathologique. Elle permet de quantifier l'exposition acide dans l'œsophage et d'analyser les relations temporelles entre les symptômes et les épisodes de RGO (fig. 29.5). Il peut exister une variabilité des résultats chez un même malade avec le temps. En pratique, elle est surtout proposée quand l'endoscopie ne montre pas d'anomalies muqueuses œsophagiennes, dans les circonstances suivantes :

- en cas de manifestations extra-digestives compatibles avec un RGO ;
- en cas de persistance de symptômes œsophagiens gênants sous traitement anti-sécrétoire ;
- avant une éventuelle chirurgie anti-reflux pour avoir une certitude diagnostique.

► **Fig. 29.5.** Relations entre épisodes RGO et symptômes. ►

L'analyse du tracé permet de savoir la proportion d'épisodes de reflux contemporains de symptômes (S).



L'*impédancemétrie œsophagienne* est le seul examen permettant de mettre en évidence un RGO peu ou non acide.

La *manométrie œsophagienne* n'objective pas le RGO mais des facteurs favorisants comme l'effondrement de la pression du SIO. Elle peut identifier des facteurs aggravant d'un RGO, comme une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme œsophagien altérant la clairance acide. Elle est recommandée en cas d'indication opératoire pour un reflux.

VI. TRAITEMENT MÉDICAL DU RGO

Le but du traitement est principalement de soulager la douleur et de permettre au malade un retour à une vie normale. Dans les œsophagites sévères, il vise également à obtenir la cicatrisation des lésions pour éviter la survenue de complications.

A. Différentes options thérapeutiques

Les options thérapeutiques possibles sont la neutralisation du contenu acide (antiacides), l'inhibition de la sécrétion gastrique acide (par des antagonistes des

récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) et surtout les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), la protection de la muqueuse œsophagienne en limitant l'extension vers le haut des épisodes de RGO (alginates) et la stimulation de la motricité œso-gastrique (prokinétiques).

Selon les cas, ces différentes options thérapeutiques vont être proposées soit seules soit en association, et à la demande ou au long cours.

B. Recommandations hygiéno-diététiques

La plupart des recommandations diététiques reposent sur un niveau de preuve très bas. La réduction pondérale, l'arrêt du tabac et de l'alcool sont utiles. La surélévation de 45° de la tête du lit et le respect d'un intervalle minimal de 3 heures entre le dîner et le coucher sont efficaces en cas de RGO nocturne.

C. Traitement anti-sécrétoire à la base du traitement

Ses modalités varient selon le type de RGO. L'AFSSAPS vient d'éditer en 2007 des recommandations pour l'utilisation chez l'adulte des anti-sécrétoires gastriques, notamment au cours du RGO. Il faut distinguer d'une part le RGO sans et avec œsophagite et, d'autre part, le traitement initial ou à long terme.

1. RGO sans œsophagite

Tableau 29.I. Traitement symptomatique du RGO sans œsophagite (Recommandations AFSSAPS 2007).

Traitement initial	
En cas de symptômes typiques et espacés (fréquence : < 1/semaine)	Traitement d'action rapide : – anti-acides – alginates – anti-H2 (cimétidine, ranitidine, famotidine) en 1 à 3 prises/jour Pas d'IPP en première intention
En cas de symptômes typiques et rapprochés (fréquence : > 1/semaine)	IPP 1/2 dose (sauf oméprazole pleine dose) pendant 4 semaines
Traitement à long terme	
Initialement	Essai de traitement par IPP à la demande (le malade ne prend son IPP que pendant les périodes où il est symptomatique)
Si rechutes fréquentes ou précoces	Traitement d'entretien par IPP en recherchant la dose minimale efficace

2. RGO avec œsophagite

Dans les œsophagites par reflux, les propositions sont un peu différentes car le traitement anti-sécrétoire est essentiellement représenté par les IPP. Il n'existe pas d'alternative au recours à un IPP à pleine dose, la supériorité des IPP par rapport aux anti-H2 étant démontrée quelle que soit la sévérité de l'œsophagite. Les récides à l'arrêt du traitement anti-sécrétoire sont d'autant plus fréquentes que l'œsophagite était plus sévère.

CONNAISSANCES – REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN CHEZ LE NOURRISSON, CHEZ L'ENFANT...

Tableau 29.II. Traitement d'un RGO compliqué d'œsophagite (Recommandations AFSSAPS 2007).

Œsophagite peu sévère	
Traitement de cicatrisation	IPP $\frac{1}{2}$ dose pendant 4 semaines Si persistance des symptômes, IPP pleine dose
Prévention des récives	IPP à dose minimale efficace si les rechutes sont fréquentes
Œsophagite sévère	
Traitement de cicatrisation	IPP pleine dose pendant 8 semaines
Prévention des récives	IPP au long cours à dose minimale efficace

3. RGO avec manifestations extra-digestives prédominantes ou isolées

L'AFSSAPS ne recommande pas de traitement anti-sécrétoire, considérant qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité notamment des IPP dans cette indication, quelle que soit la dose utilisée. D'autres auteurs discutent l'utilité d'un traitement par IPP à double dose prolongé au moins 3 mois dans des situations comme la toux après avoir exclu une affection ORL ou pulmonaire.

4. RGO résistant aux IPP

Dans cette situation, l'éventualité d'un RGO non acide (ou d'une erreur diagnostique) doit être discutée. Dans le premier cas, le traitement médical repose alors sur les alginates, les prokinétiques ou le liorésal qui agit sur les relaxations transitoires du SIO.

5. Sténose peptique

La sténose peptique doit être traitée en continu par des IPP à pleine dose. Des dilatations endoscopiques sont indiquées en cas de dysphagie.

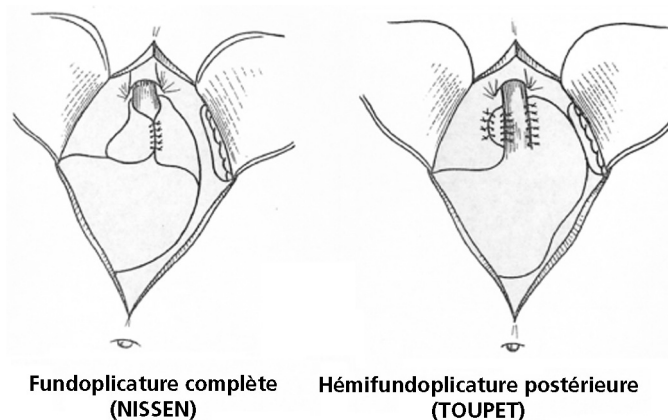
6. Endobrachyœsophage

Le traitement de l'EBO évolue. On admet que seul l'EBO symptomatique ou associé à une œsophagite doit être traité par IPP alors que les formes asymptomatiques et non associées à une œsophagite ne nécessitent pas de traitement. Les anti-sécrétoires au long cours et la chirurgie anti-reflux ne préviennent pas l'apparition d'une dysplasie ou d'un cancer.

Ces traitements ne modifient donc pas les indications et les modalités de la surveillance endoscopique et histologique.

VII. CHIRURGIE DU RGO

La chirurgie a pour but de réaliser un montage anti-reflux en restaurant des conditions anatomiques qui s'opposent au RGO avec notamment un segment d'œsophage abdominal. En pratique, le traitement chirurgical est essentiellement une fundoplicature, complète selon le procédé de Nissen qui est le plus utilisé et qui est actuellement l'intervention de référence (fig. 29.6). Le geste chirurgical peut être effectué sous coelioscopie.

► **Fig. 29.6.** Chirurgie anti-reflux. ►

En cas de RGO acide, la chirurgie se discute chez les malades :

- très améliorés par le traitement médical mais qui récidivent dès son arrêt et qui nécessitent un traitement continu au long cours ;
- qui continuent à être gênés par des régurgitations régulières ;
- ayant une volumineuse hernie hiatale.

Les traitements endoscopiques qui ont été proposés dans ces indications comme alternatives à la chirurgie n'ont pas encore apporté la preuve de leur efficacité.

La place de la chirurgie dans la prise en charge d'un RGO non ou peu acide n'est pas clairement établie.

① **Points clés**

- Le terme RGO recouvre le RGO physiologique et le RGO pathologique qui est défini par la survenue de symptômes et/ou de lésions muqueuses œsophagiennes. Ce RGO pathologique est le plus souvent acide, rarement peu ou non acide.
- La surcharge pondérale est un facteur épidémiologique majeur expliquant la prévalence croissante du RGO en Occident.
- La spécificité du pyrosis et des régurgitations acides est telle que ces symptômes permettent cliniquement le diagnostic de RGO acide sans recourir à une endoscopie.
- Le RGO peut être à l'origine de symptômes extra-digestifs (ORL, pulmonaires, cardiaques) et de perturbations du sommeil.
- Les complications évolutives du RGO sont la constitution d'une œsophagite sévère, d'une sténose peptique ou d'un endobrachyœsophage.
- L'endobrachyœsophage se définit par la présence d'une métaplasie intestinale. Il expose à un risque accru d'adénocarcinome du bas œsophage et doit être surveillé endoscopiquement.
- La pHmétrie est l'examen de référence pour quantifier un RGO acide et rattacher des symptômes extra-digestifs à un RGO acide.
- L'utilité des mesures hygiéno-diététiques pour soulager les symptômes de RGO est limitée au regard de l'efficacité des IPP.
- Le traitement du RGO repose avant tout sur les IPP. Le traitement initial fait appel à un IPP à pleine dose en cas d'œsophagite et à demi-dose en cas de RGO sans lésion œsophagienne. Au long cours, l'option d'un traitement à la demande ou d'un traitement continu dépend de l'évolution symptomatique.

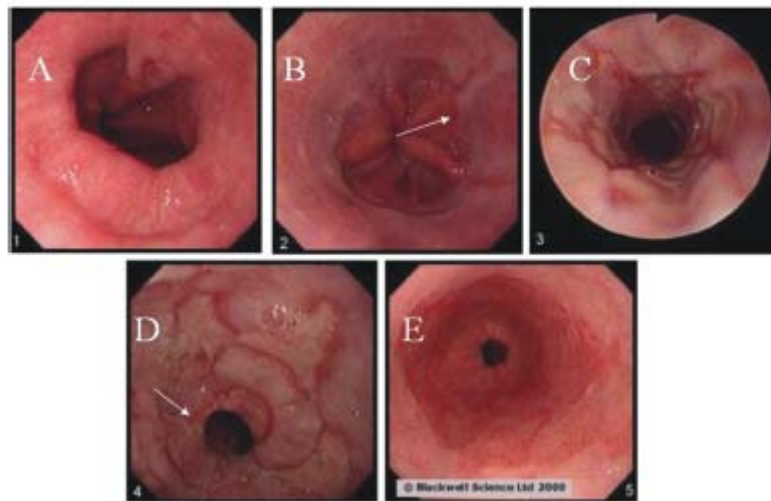


Fig. 29.2. Différents stades de l'œsophagite.

A : Œsophagite minime ; B : Ulcération non circonférentielle (↗) ; C : Ulcérations circonférentielles ; D : Sténose peptique (↗) ; E : Endobrachyœsophage.

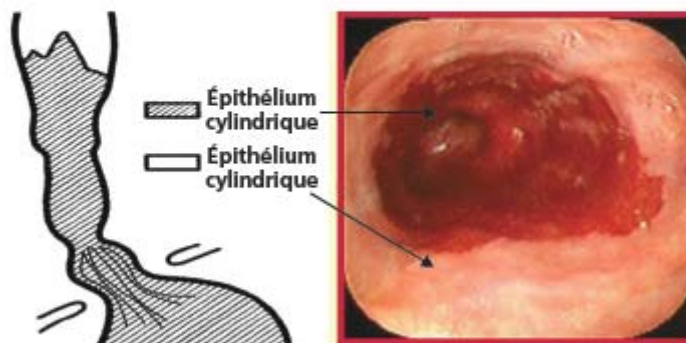


Fig. 29.3. Endobrachyœsophage (œsophage de Barrett).