

Reflux gastro-œsophagien

chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale

1^{re} partie – Chez l'adulte

D^r Jean-Marc Sabaté, D^r Pauline Jouët, P^r Benoit Coffin
Service d'hépatogastroentérologie, hôpital Louis-Mourier, 92700 Colombes
jean-marc.sabate@lmr.aphp.fr

Objectifs

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

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) correspond au passage à travers le cardia d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage provoquant alors des symptômes ou des complications. Le RGO est physiologique lorsqu'il apparaît de façon épisodique et principalement après les repas. Il devient pathologique lorsqu'il est responsable de symptômes affectant la qualité de vie et/ou de lésions érosives ou ulcérées de la muqueuse œsophagienne. Les complications œsophagiennes du RGO sont la sténose, la présence d'un ulcère creusant ou d'un endobranchyœsophage qui lui-même augmente le risque d'adénocarcinome.

Épidémiologie et histoire naturelle

Les manifestations du RGO dans la population générale constituent un continuum en fréquence et en sévérité. La prévalence du pyrosis est extrêmement élevée avec jusqu'à 20 à 40 % des adultes qui ont au moins une fois par mois un épisode de pyrosis, 5 % des patients ont des symptômes tous les jours. Il s'agit le plus souvent d'une affection chronique, les symptômes et les lésions endoscopiques ayant tendance à réapparaître à l'arrêt du traitement. Les symptômes persistent environ 2 fois sur 3 au terme d'un suivi de 5 à 10 ans. Ils s'aggravent rarement au cours du temps.

Mécanismes physiopathologiques

Bien que multifactorielle, la physiopathologie du RGO est dominée par une défaillance de la barrière anatomique et fonctionnelle de la jonction œso-gastrique.

✓ **Relaxations transitoires du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) :** la quasi-totalité des épisodes de reflux physiologiques et deux tiers des reflux pathologiques sont précédés de relaxations transitoires du SIO qui favorisent le reflux. Elles font intervenir un réflexe vago-vagal déclenché par la distension gastrique.

- ✓ **Pression du SIO :** en cas de RGO sévère, une baisse permanente de la pression du SIO est souvent présente.
- ✓ **Hernie hiatale :** la présence d'une hernie hiatale favorise le RGO car elle est associée à des anomalies de fonction du SIO. Elle est associée à une plus grande sévérité du RGO et à une plus grande fréquence de l'endobranchyœsophage. Cependant, elle n'est ni nécessaire ni suffisante, un RGO pouvant exister sans hernie hiatale.
- ✓ **Anomalies de la vidange gastrique :** elle est ralentie chez environ un tiers des patients.
- ✓ **Contenu gastrique :** il agresse la muqueuse œsophagienne par l'acidité mais aussi par les acides biliaires et les enzymes pancréatiques en cas de reflux duodéno-gastrique associé.
- ✓ **Mécanismes de défense de l'œsophage :** ils font intervenir des processus de **clairance œsophagienne (péristaltisme œsophagien)**, de **tamponnement** du reflux acide (grâce à la déglutition de la **salive** qui contient **mucus et bicarbonates**) et de **réparation** de la **muqueuse** œsophagienne.

Enfin, chez certains patients consultant pour un RGO, l'œsophage est normal en endoscopie et la pH-métrie ne retrouve pas de reflux pathologique. Ceci peut être en rapport avec une hypersensibilité œsophagienne à l'acidité ou à d'authentiques reflux non acides qui sont maintenant mis en évidence grâce à l'impédancemétrie œsophagienne.

Facteurs de risque et de comorbidités associés

Des facteurs génétiques ont été évoqués pour expliquer des formes sévères d'œsophagite.

Il n'y a pas d'association évidente entre le sexe du patient et la présence d'un RGO.

L'influence de l'âge n'est pas claire et s'il existe une augmentation du RGO avec l'âge, celle-ci est probablement faible.

Plusieurs études ont montré le fait que la prise de poids était associée à une augmentation de prévalence du RGO et chez des patients avec obésité morbide on retrouve jusqu'à 40 à 45 % de patients avec un RGO défini par la pH-métrie.

Les facteurs environnementaux les plus fréquemment étudiés sont le tabac et la consommation de café. Le tabac est un facteur favorisant le risque de RGO. Les données concernant le café et l'alcool sont moins claires.

Certains médicaments comme les traitements anti-cholinergiques, les dérivés nitrés, les inhibiteurs calciques peuvent favoriser le RGO.

Le rôle d'*Helicobacter pylori* (HP) est discuté. L'infection à HP pourrait avoir un effet protecteur sur le RGO car elle est associée à une diminution de la sécrétion acide avec l'âge. Par contre l'éradication d'HP ne semble pas être associée à une aggravation des symptômes de RGO. Pour l'instant il n'est pas recommandé de rechercher systématiquement, ni d'éradiquer, l'HP chez les patients ayant un RGO.

Diagnostic

1. Diagnostic clinique

Le pyrosis (brûlure rétrosternale ascendante) et les régurgitations acides (remontées de liquide aigre ou amer jusqu'au niveau pharyngé) sont les symptômes caractéristiques du RGO. Le caractère post-prandial et le rôle favorisant de l'antéflexion du tronc ou du décubitus (syndrome postural) sont également en faveur du diagnostic. En cas de signes typiques, le diagnostic de RGO peut être porté d'emblée. Cependant, leur sensibilité est faible et leur absence ne permet pas d'exclure l'existence d'un RGO.

2. Symptomatologie atypique et manifestations extra-digestives

Le RGO peut être associé à des douleurs épigastriques, des nausées, des éructations, un hoquet. Une dysphagie ou odynophagie peuvent être présentes. Le RGO peut se présenter sous forme de symptômes atypiques extradiigestifs ORL (enrouement, sensation de brûlures pharyngées, otalgies), cardiologiques avec douleurs thoraciques pseudo-angineuses, ou pneumologique (asthme, toux chronique).

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

■ Un cas clinique sur le RGO pourrait aborder les questions suivantes :

- les examens à réaliser (FOGD) et ce qu'on en attend suivant le contexte (âge, signes d'alarme) ;
- les principes du traitement médical ;
- les principes du traitement chirurgical incluant le bilan à réaliser au préalable.



Figure 1 Aspect endoscopique d'œsophagite.

3. Complications révélatrices

Le RGO peut être révélé d'emblée par une complication. Les symptômes d'alarme à rechercher systématiquement à l'interrogatoire sont l'amaigrissement, la dysphagie, l'hémorragie digestive et l'anémie.

Examens complémentaires

1. Endoscopie digestive

Dans la majorité des cas (Symptômes typiques, < 50 ans et absence de signe d'alarme) il n'est pas recommandé de réaliser une endoscopie digestive ou d'autres examens complémentaires pour débiter un traitement médical. – Il est par contre recommandé de réaliser systématiquement une endoscopie digestive haute chez les patients âgés de plus de 50 ans et quel que soit l'âge du patient en cas de symptômes d'alarme ou de symptômes atypiques digestifs ou extradiigestifs.

– Les formes résistantes au traitement symptomatique ou récidivantes dès son arrêt imposent également une endoscopie à distance d'un traitement antisécrétoire.

L'endoscopie digestive haute permet de rechercher l'existence ou non d'une œsophagite (fig. 1), sa sévérité, et d'éventuelles complications. Le tableau rappelle les deux classifications endoscopiques des œsophagites les plus utilisées en France (de Savary et Miller) et outre-Atlantique (de Los Angeles). L'endoscopie permet également d'éliminer d'autres diagnostics (ulcère ou cancer gastrique, gastrite), et de rechercher un facteur favorisant le reflux (hernie hiatale). Elle

ne trouve pas d'œsophagite dans 30 à 50 % des cas ce qui ne permet cependant pas d'exclure le diagnostic de RGO. À l'inverse, les lésions œsophagiennes peuvent être asymptomatiques. Les **biopsies** œsophagiennes ne sont pas nécessaires pour faire le diagnostic de RGO. Elles **doivent être réalisées** en cas d'**ulcération suspecte** ou d'aspect compatible avec un **endobrachyœsophage**.

2. PH-métrie

La pH-métrie est principalement indiquée en cas de **symptômes atypiques** en l'**absence d'œsophagite endoscopique**, en cas d'**échec** au traitement **anti-sécrétoire**, et **avant une intervention chirurgicale** anti-reflux. Elle doit être réalisée après arrêt de tout traitement anti-sécrétoire (7 j pour les inhibiteurs de la pompe à protons) avec un enregistrement sur 24 heures en ambulatoire. Dans certains cas, elle peut être réalisée sous traitement anti-sécrétoire pour contrôler l'efficacité du traitement sur l'exposition acide de l'œsophage, en particulier en cas de persistance des symptômes. La pH-métrie permet d'analyser le pourcentage de temps d'exposition acide ($\text{pH} < 4$) de l'œsophage sur le temps total d'enregistrement (normale $< 4,2\%$ ou 5% suivant les études) et de distinguer la période d'enregistrement diurne et nocturne. Un marqueur d'événement peut être utilisé par le patient en cas de symptômes afin de rechercher une relation temporelle entre symptôme et baisse du pH œsophagien. Cette méthode ne permet pas d'enregistrer le reflux biliaire. La spécificité de la pH-métrie pour le diagnostic de RGO acide est d'environ 90 %. Sa sensibilité est de 90 % en cas d'œsophagite et de 70 % en l'absence d'œsophagite.

3. Autres explorations à visée diagnostique

- ✓ La **manométrie œsophagienne** **n'a pas d'intérêt diagnostique** pour le RGO mais est utile en cas de **suspicion de troubles moteurs** de l'œsophage susceptibles de **favoriser le RGO** et/ou **avant une chirurgie anti-reflux**. Les autres explorations radiologiques ou scintigraphiques n'ont pas de place dans le diagnostic de RGO.
- ✓ L'**impédancemétrie œsophagienne** permet de mettre en évidence des reflux non acides.

4. Évaluer de la sévérité du RGO et de ses complications

La sévérité du RGO est principalement évaluée par l'intensité et la fréquence des symptômes et leur retentissement sur la qualité de vie, bien que ces éléments ne soient corrélés ni à la présence ni à l'intensité des lésions d'œsophagite.



Figure 2 Aspect endoscopique d'endobrachyœsophage.

La survenue de complications est plus fréquente chez les sujets âgés et en cas d'œsophagite sévère.

✓ L'**endobrachyœsophage ou œsophage de Barrett** est défini par le remplacement de l'épithélium malpighien de l'œsophage distal par un épithélium métaplasique cylindrique de type fundique (gastrique), cardiaal (jonctionnel) ou intestinal (spécialisé). Il est présent chez 5 à 10 % des patients avec RGO. Les formes s'étendant sur moins de 3 cm (ou endobrachyœsophage court) sont fréquentes. Il est plus fréquent chez les hommes et après l'âge de 40 ans (fig. 2).

✓ L'**adénocarcinome du bas œsophage** survient sur endobrachyœsophage avec métaplasie intestinale avec un risque augmenté de 30 à 40 fois par rapport à la population générale. Une surveillance endoscopique avec biopsies est recommandée tous les 2 ans chez les patients ayant un endobrachyœsophage (> 3 cm) à condition qu'un traitement puisse être envisagé en cas de diagnostic d'une dysplasie sévère ou d'un cancer. Cependant, le plus souvent le cancer est diagnostiqué d'emblée.

✓ **Les autres complications** sont la sténose peptique (qui peut nécessiter un traitement par dilatation endoscopique associée

Tableau Classifications endoscopiques des lésions d'œsophagite

CLASSIFICATION DE SAVARY-MILLER		CLASSIFICATION DE LOS ANGELES	
Stade I	Érosions isolées, non confluentes	Stade A	Une ou plusieurs lésions muqueuses ≤ 5 mm, limitée(s) aux plis muqueux
Stade II	Érosions longitudinales, confluentes, ne prenant pas toute la circonférence	Stade B	Une ou plusieurs lésions muqueuses > 5 mm, limitée(s) aux plis muqueux sans extension entre eux
Stade III	Érosions longitudinales, confluentes, prenant toute la circonférence	Stade C	Au moins une érosion continue entre le sommet de deux ou plusieurs plis mais non circonférentielle
Stade IV	Ulcère, sténose, endobrachyœsophage	Stade D	Perte de substance circonférentielle

aux inhibiteurs de la pompe à protons [IPP], l'ulcère ou l'hémorragie qui sont rares (1 à 3 % des cas d'œsophagite). Elles peuvent révéler l'affection en particulier chez les sujets âgés.

Prise en charge thérapeutique

1. Objectifs thérapeutiques

Les objectifs du traitement sont essentiellement de faire disparaître les symptômes avec un retour à une qualité de vie normale. La cicatrisation des lésions d'œsophagite ne doit être vérifiée que dans les formes d'œsophagite sévère. L'apparition de rechutes symptomatiques fréquentes à l'arrêt du traitement et les formes avec œsophagite sévère ou compliquée doivent faire envisager un traitement préventif des récurrences.

2. Traitement médical

Les traitements médicamenteux ont une efficacité variable mais ne permettent pas d'assurer une guérison définitive des symptômes.

✓ **Les mesures hygiéno-diététiques**, principalement la surélévation de la tête du lit, ont un rôle limité du fait de leur faible efficacité en comparaison à celle des médicaments. Les autres mesures (arrêt de l'alcool, du tabac, perte de poids, alimentation pauvre en graisse) ont un impact très limité sur les symptômes.

✓ **Les topiques (antiacides, alginates ou association des deux)** ont une efficacité limitée et une action de courte durée et ne peuvent être proposés qu'en cas de RGO modéré et peu fréquent. Ils doivent être pris lors des douleurs ou après les repas, à distance d'autres médicaments pour les antiacides qui peuvent diminuer leur absorption.

✓ **Les antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine** (ranitidine, famotidine, nizatidine et cimétidine) sont indiqués en cas de RGO peu symptomatique sans œsophagite sévère. La posologie quotidienne doit être fractionnée en deux prises (matin et soir) à une dose correspondant à celle utilisée pour le traitement de l'ulcère duodénal pour une durée de 4 à 6 semaines. Malgré la bonne tolérance de ces traitements, leur place s'est restreinte du fait de l'efficacité des IPP, mais certaines formes à action rapide (comprimés effervescents, formes sublinguales, gommes à mâcher) sont utiles au traitement à la demande des symptômes de RGO. Ils sont peu efficaces en traitement d'entretien.

✓ **Les prokinétiques**, et celui dont l'efficacité a été la plus évaluée, le **cisapride**, ont une efficacité comparable à celle des anti-histaminiques en traitement d'attaque à la dose de **20 mg deux fois par jour** et en traitement d'entretien mais avec une action moindre que les IPP. Leur efficacité est renforcée par l'association avec un anti-histaminique mais l'utilisation d'un IPP seul est recommandée de préférence à cette association pour des raisons de coût-efficacité. En raison de risque de graves troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, seuls et/ou en association avec certains médicaments, aujourd'hui il ne sont plus utilisés dans cette situation (il sont actuellement réservés au traitement de la gastroparésie chronique idiopathique ou diabétique après échec des autres traitements).

✓ **Les inhibiteurs de la pompe à protons** (IPP : oméprazole, pantoprazole, lansoprazole, rabéprazole, et plus récemment ésoméprazole) constituent le traitement médicamenteux le plus efficace du RGO en particulier en cas d'œsophagite sévère. Bien qu'il y ait des différences entre les IPP en début de traitement dans la rapidité de soulagement des symptômes de RGO, le résultat en fin de traitement est habituellement à peu près similaire. Après 4 semaines de traitement par IPP, environ les deux tiers des patients sont soulagés de leurs symptômes. La cicatrisation des lésions œsophagiennes après 4 à 8 semaines de traitement est plus élevée, de l'ordre de 80 %, comparée à environ la moitié des patients sous anti-histaminique. Certains **symptômes persistants**, malgré le traitement par IPP, pourraient être en rapport avec la présence d'autres types de reflux comme le **reflux biliaire**. Une dose standard d'IPP est actuellement recommandée en première intention, de préférence le matin, **30 minutes** avant le **petit déjeuner**. En l'absence d'amélioration la dose standard peut être prescrite matin et soir. Dans les formes modérées une demi-dose peut être proposée. Dans les formes atypiques, en particulier ORL, un traitement par double dose peut être proposé pour une durée prolongée de 3 mois, en particulier lorsque le rôle du RGO est suspecté mais non démontré par les examens complémentaires. En cas de sténose peptique, les IPP sont la seule classe thérapeutique ayant fait la preuve d'une efficacité sur les symptômes, la cicatrisation des lésions et la fréquence des dilatations endoscopiques. Par contre, ils ne permettent pas de faire régresser les lésions d'endobrachyœsophage.

3. Traitement d'entretien

En cas de récurrences très espacées des symptômes et en l'absence d'œsophagite sévère, un traitement identique au traitement d'attaque peut être à nouveau proposé au patient. Un traitement d'entretien doit être envisagé si le patient fait des rechutes précoces ou fréquentes, à l'arrêt du traitement, avec un retentissement sur la qualité de vie. À pleine dose, les IPP permettent de maintenir une rémission clinique dans près de 90 % des cas à 6 mois. Si un traitement au long cours est envisagé, il doit être adapté aux besoins du patient avec éventuellement un traitement par IPP à demi-doses et/ou un jour sur deux ou encore « à la demande » afin de soulager les symptômes en utilisant la dose d'IPP minimale efficace.

Les traitements par IPP ont, en général, peu d'effets secondaires significatifs. La surveillance de la gastrinémie et de l'histologie gastrique chez les patients traités par IPP au long cours n'est pas recommandée actuellement. Enfin, les IPP pris sur une longue période ont été associés à l'apparition de polypes fundiques bénins qui sont rares, sans danger et réversibles à l'arrêt du traitement.

4. Traitement chirurgical

Le principe du traitement chirurgical, réalisé par une voie d'abord abdominale, repose sur la reconstitution d'une barrière anti-reflux. Après la réduction d'une éventuelle hernie hiatale, un « **manchonage** » du bas œsophage par la grosse tubérosité de l'estomac permet de constituer une valve anti-reflux. L'abord

chirurgical **coelioscopique** est actuellement préféré à la laparotomie du fait d'une efficacité équivalente, à moyen terme, avec une diminution de la morbidité pariétale et de la durée d'hospitalisation.

Les deux principales interventions sont :

- la **fundoplicature de Nissen** pour laquelle une valve circulaire est créée en entourant l'œsophage abdominal sur 360° par un manchon de grosse tubérosité gastrique qui est suturée en avant ;
- l'**intervention de Toupet** qui consiste en la création d'une hémi-valve postérieure de 180°, fixée au pilier droit du diaphragme, associée à la fermeture des piliers du diaphragme.

De nombreuses variantes de ces techniques ont été décrites avec un degré d'enroulement de l'œsophage abdominal variable d'un auteur à l'autre. La technique de fundoplicature totale semble plus efficace à long terme alors que la fundoplicature partielle postérieure est moins morbide, sans que l'on puisse recommander actuellement une technique par rapport à une autre.

Le bilan préopératoire recommandé inclut la réalisation d'une **endoscopie digestive haute systématique ainsi que d'une pH-métrie** **S'il n'y a pas d'œsophagite et d'une manométrie œsophagienne** afin de **dépister les reflux secondaires** à un trouble moteur que la chirurgie anti-reflux pourrait aggraver.

La chirurgie permet d'obtenir un contrôle satisfaisant des symptômes et des anomalies objectives de RGO dans environ 80 % des cas avec un recul de 5 à 20 ans. Le taux de mortalité post-opératoire est de 0 à 1 %, les complications postopératoires de 10 à 20 %, et une dysphagie persiste dans moins de 5 % des cas. Cependant, dans les 5 ans postopératoires, environ la moitié des patients devront encore prendre un traitement médicamenteux du RGO du fait de la persistance de symptômes.

Le traitement chirurgical peut être envisagé chez les patients ayant un RGO typique ne pouvant être sevrés d'un traitement d'entretien efficace, en tenant compte du risque opératoire lié à l'âge et aux comorbidités associées. Dans les rares formes résistantes au traitement médical ou en cas de formes atypiques, le rôle du RGO, dans la genèse des symptômes, doit être très fortement suspecté, voire même démontré, avant de proposer un traitement chirurgical.

HERNIE HIATALE

La hernie hiatale est définie par un passage permanent ou intermittent d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme. Son incidence croît avec l'âge atteignant 50 % après 70 ans chez la femme. C'est une affection acquise.

On différencie :

- les hernies par glissement (environ 90 % des cas), caractérisées par la position intra-thoracique du cardia ;
- les hernies par roulement (5 %), où le cardia est en position intra-abdominale et la grosse tubérosité en position intra-thoracique, formant une poche para-œsophagienne ;
- enfin une hernie hiatale peut être mixte, associant les deux mécanismes.

POINTS FORTS

à retenir

- **Le diagnostic de RGO est clinique, basé sur la présence d'un pyrosis et/ou de régurgitations.**
- **Une endoscopie digestive haute doit être systématiquement réalisée après 50 ans et/ou en cas de signes d'alerte (amaigrissement, dysphagie, hémorragie digestive haute, anémie) pour rechercher une complication œsophagienne du RGO (sténose, ulcère œsophagien, endobrachyœsophage).**
- **L'endobrachyœsophage, ou œsophage de Barrett, est une métaplasie glandulaire de la muqueuse du bas œsophage qui expose au risque d'adénocarcinome.**
- **Le RGO est traité le plus souvent efficacement par les inhibiteurs de la pompe à protons.**

Signes et complications

✓ **Les hernies par glissement** favorisent le RGO et sont associées à des œsophagites plus sévères. Des ulcérations au niveau du collet de l'hernie peuvent apparaître et être responsables d'une anémie ferriprive. Rarement un ulcère peut entraîner une hémorragie aiguë. Beaucoup de hernies hiatales, même volumineuses, restent cependant asymptomatiques.

✓ **Les hernies par roulement** ne favorisent pas le RGO. Les signes cliniques, lorsqu'ils sont présents, sont avant tout des symptômes de type mécanique par distension gastrique intra-thoracique. Les patients peuvent présenter des douleurs souvent post-prandiales de siège variable, épigastrique, sous-costal gauche ou même thoracique, parfois pseudo-angineuses. Elles peuvent aussi apparaître en position de décubitus dorsal ou penché en avant. Les très grosses hernies peuvent entraîner une dyspnée survenant en période post-prandiale. Lorsqu'elles sont très volumineuses, elles présentent un risque d'anémie par lésions de la muqueuse gastrique au niveau du passage diaphragmatique. Le volvulus gastrique intra-thoracique constitue une complication grave qui impose la réalisation d'une intervention chirurgicale en urgence du fait des risques de nécrose pariétale avec perforation intra-thoracique.

Diagnostic

La hernie forme une poche sus-diaphragmatique arrondie ou ovale, séparée de l'estomac par un collet plus ou moins large correspondant à la traversée hiatale. On en rapproche les malpositions cardio-tubérositaires, où seul l'œsophage intra-abdominal est ascensionné, ce qui se traduit par une situation haute du cardia avec attraction des plis gastriques dans le hiatus et effacement de l'angle de His.

L'examen radiologique pulmonaire de face standard ou de profil (fig. 3) peut mettre en évidence une hernie hiatale si elle est volumineuse, avec présence d'un niveau liquide dans la région sus-



Figure 3 Hernie hiatale avec niveau liquide sur radiographie thoracique de profil.

diaphragmatique (hernie par roulement). En cas de volvulus d'une hernie par roulement, la réalisation d'une radiographie pulmonaire de face ou, mieux, d'un scanner après ingestion d'un liquide radio-opaque hydrosoluble permet de faire le diagnostic.

En endoscopie, une hernie par glissement se reconnaît par la situation haute de la ligne de jonction des deux muqueuses œsophagienne et gastrique (ligne Z ou cardia muqueux) surmontant une cavité arrondie, limitée vers le bas par le rétrécissement de l'orifice hiatal (ou cardia anatomique), sur lequel les plis gastriques roulent au rythme des mouvements respiratoires. Le diagnostic de hernie par roulement peut être plus difficile en endoscopie.

Traitement

Le traitement médical de l'hernie hiatale par glissement ne concerne que ses complications avec le traitement par IPP d'un RGO ou d'une ulcération du collet. Les indications du traitement chirurgical sont limitées aux cas d'hémorragies ou d'anémies importantes ou répétées provenant d'une volumineuse hernie après échec d'un traitement par IPP ou dans certains cas de RGO.

Les indications chirurgicales de l'hernie par roulement sont plus larges du fait des risques de complications pour les plus volumineuses et dépendent de l'âge et de la présence éventuelle de comorbidités. La chirurgie consiste à repositionner l'hernie en intra-abdominal. ■

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Une endoscopie digestive haute doit toujours être réalisée en cas de RGO.
- 2 La pH-métrie peut être réalisée sur une durée de 3 heures pour faire le diagnostic de RGO.
- 3 En cas de RGO clinique, l'endoscopie digestive haute trouve des lésions d'œsophagite dans 30 à 50 % des cas.
- 4 Une hernie hiatale est toujours présente en cas de RGO.
- 5 Une œsophagite sévère peut être présente en l'absence de symptômes de RGO.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 Une prise de poids augmente le risque de RGO.
- 2 Une surveillance par endoscopie digestive systématique est nécessaire chez les patients traités au long cours pour un RGO.
- 3 Les traitements par inhibiteurs de la pompe à protons ne permettent pas de faire régresser les lésions d'endobrachyœsophage.
- 4 Un traitement par double dose d'inhibiteur de la pompe à protons peut être proposé en cas d'échec de la simple dose.

C / QCM

Un patient de 55 ans consulte pour l'apparition d'une symptomatologie typique de RGO. Une fibroscopie digestive haute est demandée.

- 1 En cas d'œsophagite, lors de la fibroscopie initiale, le patient a 80 % de chances de guérison de ses lésions œsophagiennes après 4 à 6 semaines de traitement par inhibiteurs de la pompe à protons.
- 2 *Helicobacter pylori* doit être recherché par des biopsies antrales, et systématiquement éradiqué s'il est présent.
- 3 La présence d'un endobrachyœsophage de 4 cm justifie une surveillance endoscopique systématique ultérieurement.
- 4 Le risque de RGO chronique est de l'ordre de 75 %.
- 5 Compte tenu du jeune âge du patient un traitement chirurgical peut être rapidement proposé en cas de rechute.

Réponses : A : F, F, F, V, V / B : V, F, F, V, V / C : 1, 3, 4.

À PARAÎTRE : • 2^e partie : « Chez le nourrisson et l'enfant »

Pour en savoir plus

► Reflux gastro-œsophagien de l'adulte : « Diagnostic et traitement »

Conférence de consensus, 1999
Société nationale française de gastro-entérologie
Gastroenterol Clin Biol 1999;23(1):56-65