

Le reflux gastro-oesophagien (280)

Professeur Jacques FOURNET

Avril 2003

Pré-Requis :

- Sécrétion acide et peptique de l'estomac
- Motricité œsophagienne et gastrique
- Le sphincter inférieur de l'œsophage
- Sémiologie du reflux gastro-œsophagien

Résumé :

Le reflux gastro-œsophagien est une affection très répandue et probablement en augmentation. Sa fréquence pour les symptômes au moins hebdomadaires se situe au moins à 15- 20 % de la population et 4 à 7 % pour les symptômes journaliers. Cette affection altère la qualité de vie ; ces complications sont rares mais elles constituent un facteur de risque dans la survenue de l'adénocarcinome de l'œsophage et probablement du cardia.

Mots-clés :

Reflux gastro-oesophagien, oesophagite de reflux, endobrachyoesophage, inhibiteur de la pompe à proton.

1. Définition

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est caractérisé par la remontée intermittente quantitativement anormale du contenu liquidien gastrique dans l'estomac sans vomissement. Cette définition l'oppose au reflux acide physiologique. Il s'agit d'une maladie fréquente et dans l'ensemble bénigne. Elle favorise néanmoins la survenue de l'adénocarcinome de l'œsophage : complication rare néanmoins par rapport à la fréquence du RGO.

2. Epidémiologie

Prévalence : environ 30 à 40% de la population peut éprouver les symptômes du RGO avec une intensité très variable : 1/3 à 1/4 d'entre eux consultent un médecin.

3. Physiopathologie

Diminution de la fonction de la continence cardiale soit :

- faible pression du SIO,
- relaxations anormalement fréquentes et transitoires du SIO indépendantes de la déglutition mais reliées à la distension gastrique.
- augmentation de la pression gastrique ou retard à l'évacuation gastrique.

La hernie hiatale par glissement est un facteur favorisant.

Les facteurs favorisant la stase œsophagienne après reflux : position couchée ; insuffisance de la motricité œsophagienne (diminution de la clairance œsophagienne) ainsi que de la diminution de la résistance tissulaire œsophagienne favorisant l'œsophagite (dénutrition, hypoxie chronique, alcoolisme, AINS).

4. Etiologie

4.1. Le plus souvent idiopathique

Les relaxations transitoires du SIO, indépendante de la déglutition mais liée à la tension de la paroi gastrique.

4.2. Etiologies particulières

- modification anatomique (chirurgicale)
- pyrosis de la femme enceinte
- maladie de système altérant le muscle lisse (sclérodermie).

5. Clinique : circonstance de découverte

5.1. Les manifestations atypiques

- pyrosis post prandial +++
- pyrosis postural
- régurgitation

5.2. Les manifestations atypiques

- brûlures épigastriques isolées
- syndrome respiratoire (trachéite, toux, asthmatiforme) non expliqué
- O.R.L. : pharyngite, laryngite après examen spécialisé ORL
- douleur thoracique pseudo-angineuses (rares) à bilan cardiaque rigoureusement négatif.

5.3. Révélation par une complication (rare)

- dysphagie révélatrice d'une sténose peptique ou d'une œsophagite sévère.
- Hémorragies par œsophagite peptique
- Endobrachyoesophage (métaplasie intestinale de l'épithélium malpighien)

6. Diagnostic

6.1. Clinique

Le diagnostic clinique est suffisant dans les formes mineures et occasionnelles.

6.2. Endoscopie

Elle ne révèle que les lésions oesophagiennes éventuellement provoquées par le reflux que dans 40 à 50 % des cas bénéficiant d'une endoscopie.

L'œsophagite peptique : classification

- Grade 1 : érosion isolée
- Grade 2 : érosions confluentes
- Grade 3 : érosions confluentes et circulaires sur toute la circonférence
- Grade 4 : complications chroniques inférieures à 3 % des œsophagites :
 - sténose peptique
 - ulcère oesophagien
- Grade 5 : endobrachyoesophage

L'ensemble de ces lésions siège sur la partie inférieure de l'œsophage.

6.3. La pH-métrie de 24 heures : les indications sont rares

- le syndrome de reflux sévère sans œsophagite (seul élément diagnostique en ce cas)
- les formes atypiques
- les formes résistantes au traitement médical

7. Les œsophagites sévères (grades 3 et surtout 4)

L'œsophagite peptique, quel que soit son grade, siège dans la partie inférieure de l'œsophage (5 derniers centimètres).

L'œsophagite sévère (3-4) est rare, elle est favorisée par :

- l'âge avancé
- la dénutrition
- l'alcoolisme
- les anit-inflammatoires non stéroïdiens
- les troubles moteurs de l'œsophage ou les médicaments modifiant la motricité
- l'insuffisance respiratoire chronique avec hypoxie chronique.

L'immense majorité des œsophagites grade 1 ou 2 n'évoluent jamais vers les stades 3 et 4 sauf facteurs favorisants.

La sténose peptique : elle siège à la partie inférieure de l'œsophage ; elle est régulière, bien centrée par rapport à la lumière œsophagienne. Les biopsies et prélèvements cytologiques sont nécessaires pour la différencier d'un cancer infiltrant. L'importance de la dysphagie est en rapport avec le degré de la sténose.

L'endobrachyœsophage ou œsophage de Barret : est une métaplasie muqueuse, de type intestinale qui peut remonter plus ou moins haut dans l'œsophage. L'endoscopie la suspecte sur la coloration rosée de la muqueuse : la confirmation est histologique +++ . Risques

évolutifs : ulcère vrais de l'œsophage, cancer de l'œsophage de type adénocarcinome (surveillance endoscopique essentiellement sur la métaplasie de type intestinal, en principe tous les deux ans, si l'état du malade est compatible avec le traitement chirurgical éventuel. Malheureusement, de nombreux endobrachyoesophages sont asymptomatiques et donc non dépistés.

8. Traitement

8.1. Moyens thérapeutiques médicaux

- Règles hygiéno-diététiques :
 - lutte contre le RGO positionnel : surélévation de la tête du lit de 15 cm (traitement postural)
 - suppression de l'alcool
 - diminution du volume des repas et des graisses alimentaires
 - régime amaigrissant en cas de surcharge pondérale
- Les antiacides sont des agents neutralisants à courte durée d'action (1 heure) :
 - soit antiacides seuls
 - soit antiacides + protecteurs (alginates).
- Le sucralfate (Ulcars®) : utile chez la femme enceinte (pas de contradiction).
- Les anti-sécrétoires :
 - inhibiteurs des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2)
 - inhibiteur de la pompe à proton (IPP) : ils constituent aujourd'hui le traitement essentiel de l'infection soit dans les formes aiguës soit dans les formes chroniques.

8.2. Moyens thérapeutiques et chirurgicaux

Interventions de TOUPET ou de NISSEN par cœliochirurgie
L'intervention devrait être précédée d'une manométrie œsophagienne pour déceler des troubles moteurs de l'œsophage méconnu.

8.3. Indications thérapeutiques

8.3.1. *Syndrome clinique sans œsophagite*

- Règles hygiéno-diététiques
- Soit anti-acides à la demande si les symptômes sont peu fréquents
- Soit si les symptômes sont sévères : anti-H2, ou IPP selon la réponse thérapeutique aux symptômes. Les IPP sont aujourd'hui conseillés souvent en première intention.

8.3.2. *Syndrome clinique + œsophagite 1 ou 2 (légère)*

- règles hygiéno-diététiques
- IPP, agent le plus efficace à utiliser en cas d'échec des traitements précédents.
- Malgré l'œsophagite légère, c'est encore ici l'adaptation à la symptomatologie qui guide le choix thérapeutique. Au départ, le traitement par IPP est prescrit à dose

standard pendant 4 à 6 semaines, et en traitement d'entretien en fonction des symptômes et de leur fréquence :

- pas de traitement
- traitement à la demande
- traitement d'IPP ½ dose
- maintien de la pleine de la dose

8.3.3. Formes sévères : œsophagites grades 3-4 (grave)

- Règles hygiéno-diététiques
- IPP à double dose
- Dilatations instrumentales en cas de sténose sous contrôle endoscopique.

La surveillance endoscopique : n'est nécessaire que pour les formes sévères. Le traitement symptomatique n'est maintenu que durant la persistance des symptômes. On conseille chez les reflueurs chroniques une endoscopie à l'âge de 50-55 ans pour recherche d'un endobrachyœsophage qu'il faudrait ensuite surveiller.

Le traitement symptomatique peut être maintenu tant que durent les symptômes. Les endobrachyœsophages peuvent bénéficier d'une surveillance endoscopique tous les deux ans en fonction du contexte clinique.

Le traitement chirurgical : il est une indication à réserver aux échecs du traitement médical ou à la nécessité de maintenir un traitement médical pendant plusieurs années. Le traitement médical bien conduit est le plus souvent suffisant pour contrôler les symptômes : objectif essentiel dans les formes habituelles. L'indication est portée le plus souvent après 4 à 5 ans d'évolution chez les malades contraints de suivre un traitement continu pour éviter les symptômes. Ils sont souvent eux-mêmes demandeurs de l'intervention, particulièrement si l'âge est jeune.