

Reflux gastro-oesophagien

Hernie hiatale

Dr CHADY SALLOUM

Centre Hépato-biliaire
Hôpital Paul Brousse, Villejuif

IFSI Charles Foix Janvier 2010

Définition

- RGO
 - Remontée intermittente quantitativement anormale du contenu liquidien gastrique de l'estomac vers l'œsophage sans vomissement.
 - Distinct du reflux acide physiologique.

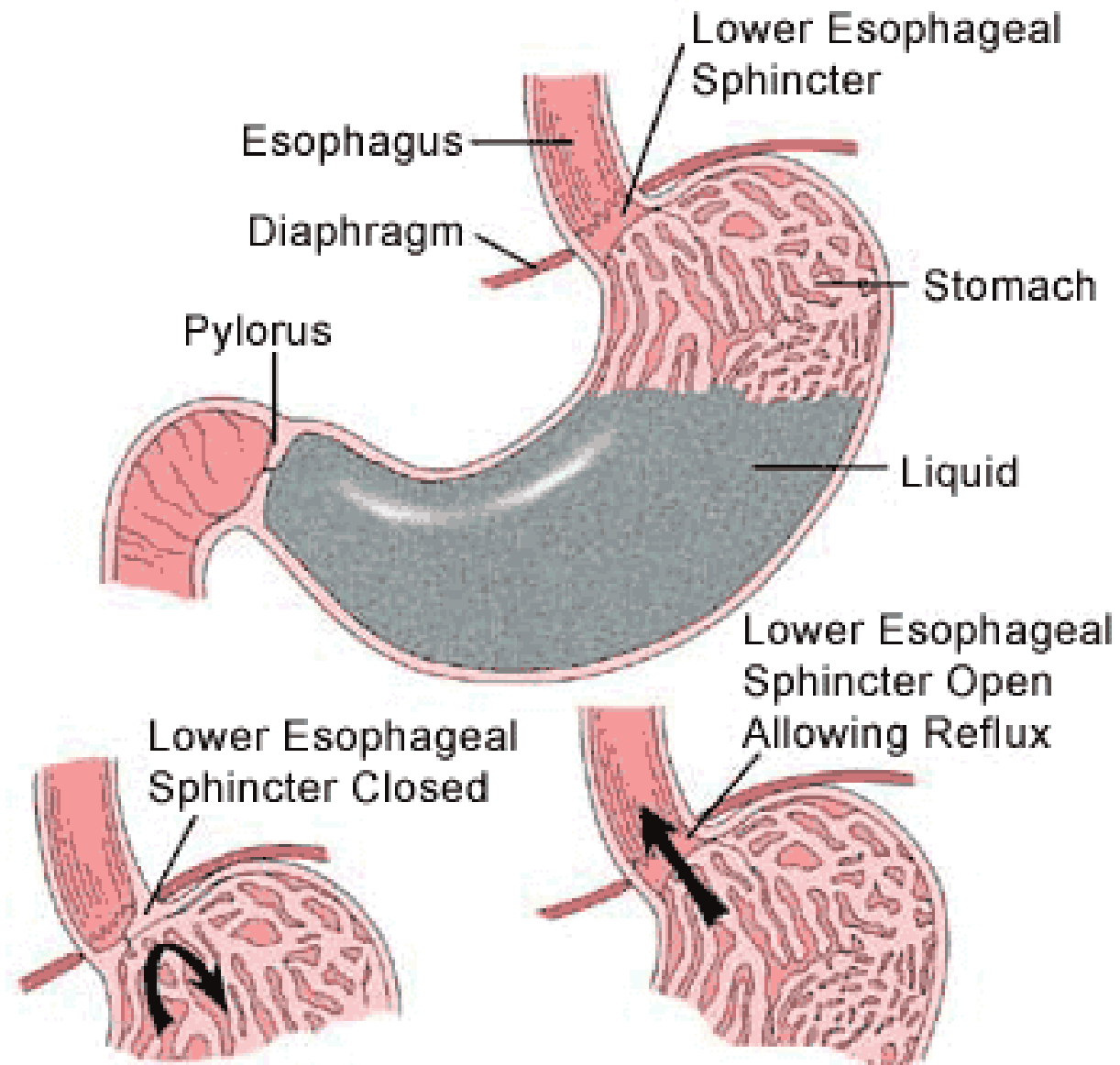
RGO

- Il s'agit d'une maladie très fréquente et dans l'ensemble bénigne.
- Elle favorise néanmoins la survenue de l'adénocarcinome de l'œsophage (rare par rapport à la fréquence du RGO)

Epidémiologie

- Prévalence
 - 30 à 40% de la population adulte peut éprouver les symptômes du RGO avec une intensité très variable (près de 80% des nourrissons)
 - Une minorité consulte

Anatomie



Physiopathologie

- Incompétence de la barrière oeso-gastrique
 - Diminution de l'angle de His
 - Hernie hiatale par glissement
 - Hypotonie du SIO
 - Facteurs aggravants
 - Augmentation de la pression abdominale
 - Obésité, grossesse
 - Constipation, gastroparésie
 - Hyposialorrhée
 - Troubles moteurs oesophagiens
 - sclérodermie

Facteurs aggravants

- Position couchée
- Aliments:
 - café, thé, graisse, chocolat, alcool
- Médicaments:
 - Aspirine, B2mimétiques, morphine, inhibiteurs calciques, dérivés nitrés
- Sonde gastrique

Circonstances de découverte

- **Symptômes typiques :**
 - Pyrosis: brûlure rétro-sternale ascendante
 - Régurgitations acides
 - Syndrome postural: signe du lacet
- **Symptômes atypiques :**
 - Brûlures épigastriques isolées
 - Signes respiratoires : trachéite, toux
 - Signes ORL : pharyngite, laryngite
- **Complications**
 - Dysphagie
 - Odynophagie

Diagnostic

- Clinique
 - Si symptômes typiques <50 ans
- Examens complémentaires (endoscopie)
 - Si symptômes atypiques
 - Si >50 ans
 - Signes d'alarme +++
dysphagie, odynophagie, hémorragie, anémie, amaigrissement

Examens complémentaires

Aucun n'est systématique

- Endoscopie oeso-gastro-duodénale
 - Normale en cas de RGO non compliqué
 - Recherche complications et autres diagnostics
- pHmétrie oesophagienne des 24H
 - Examen de référence
 - Utile si
 - » Symptômes atypiques et endoscopie normale
 - » Résistance au traitement
 - » Avant chirurgie
- Manométrie, transit baryté...

Complications: oesophagite

- Grade 1 : érosion unique ou multiples non confluentes
- Grade 2 : érosions confluentes
- Grade 3 : érosions multiples confluentes et circonférentielles
- Grade 4 : complications chroniques
 - Oesophagite peptique sténosée
 - Oesophagite peptique ulcérée
 - engorgement du rachyœsophage (EBO)

Classification endoscopique de Savary-Miller

Endobrachyœsophage

Muqueuse de Barrett

- Mode de cicatrisation de la muqueuse oesophagienne agressée par l'acidité gastrique
 - Muqueuse glandulaire de type intestinal
- Risques évolutifs
 - Ulcère (hémorragie, sténose...)
 - Adénocarcinome ++ (risque x 30 à 125)

Règles hygiéno-diététiques

Toujours indiquées

- Régime amaigrissant si obésité
- Arrêt du tabac et de l'alcool
- Éviter les vêtements serrés à la taille
- Éviter les aliments et médicaments favorisants
- Éviter les repas trop abondants
- Éviter le décubitus post-prandial
- Surélévation de la tête du lit (15cm)

Traitement médical

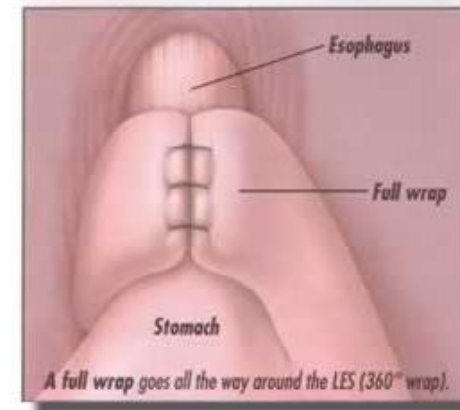
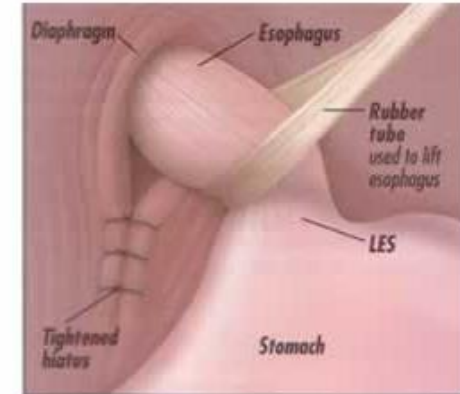
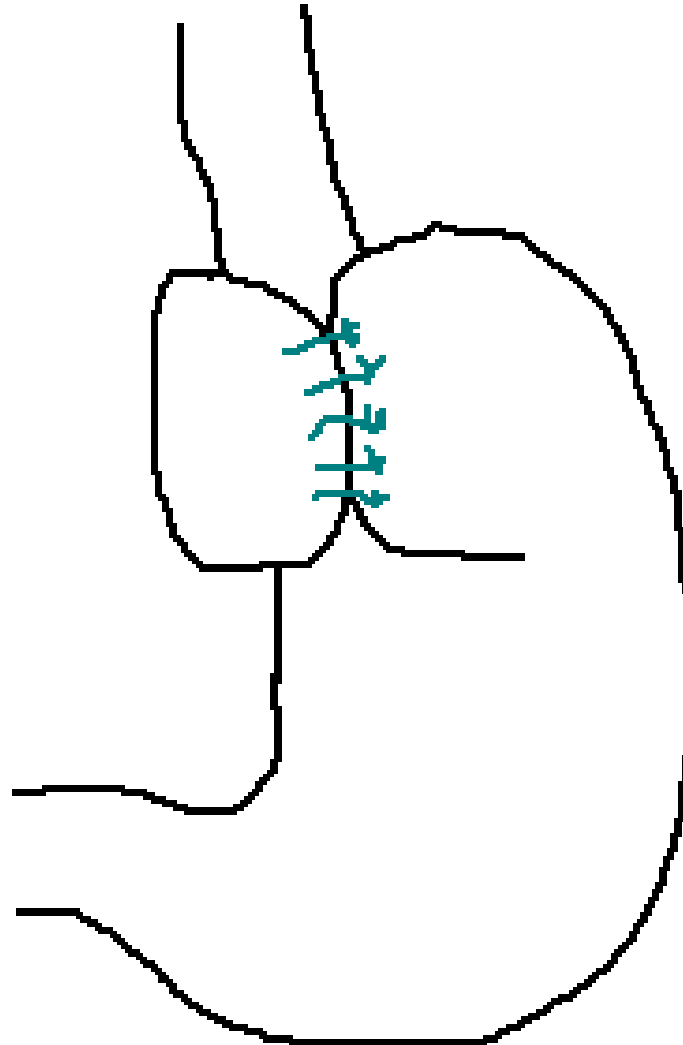
- **Antiacides** Maalox® , Phosphalugel®
 - Effet tampon sur l'acide gastrique
- **Alginates** (Gaviscon®)
 - pansements gastriques
- **Antisécrétoires : +++**
 - inhibiteurs des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2) : AZANTAC®
 - inhibiteur de la pompe à proton (IPP) : MOPRAL®, INIPOMP®

Traitement chirurgical

- Indications
 - Rechutes précoces altérant la qualité de vie
- Bilan préopératoire
 - Endoscopie
 - pHmétrie
 - Manométrie
- Technique
 - Fundoplicature coelioscopique

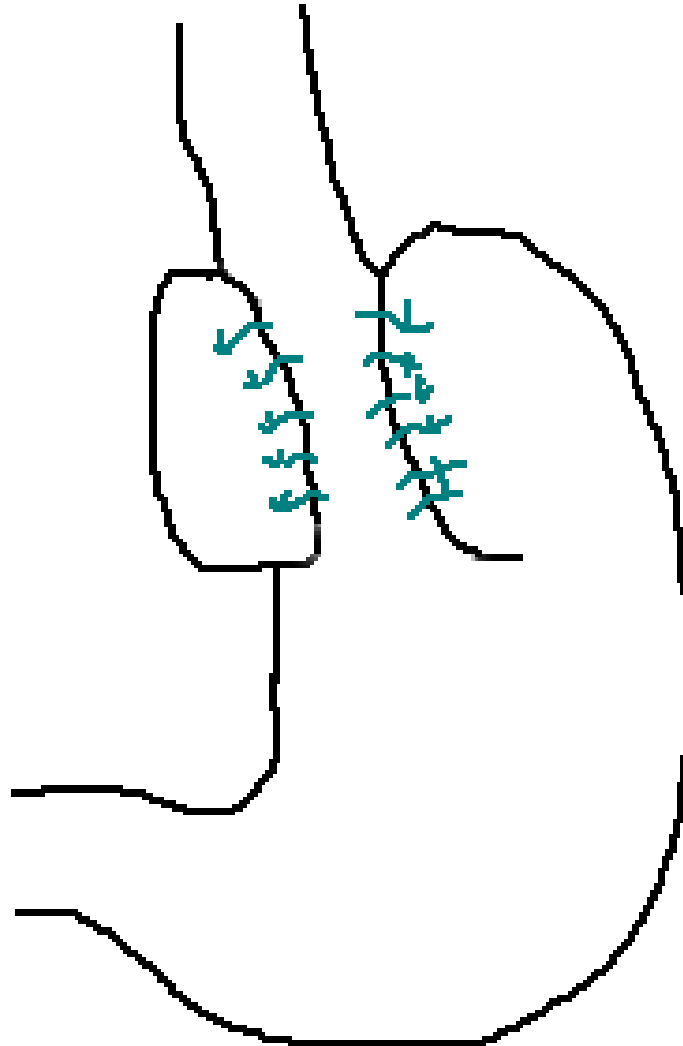
Traitement chirurgical

Nissen
valve gastrique
complète



Traitement chirurgical

Toupet
valve gastrique
postérieure



Indications thérapeutiques

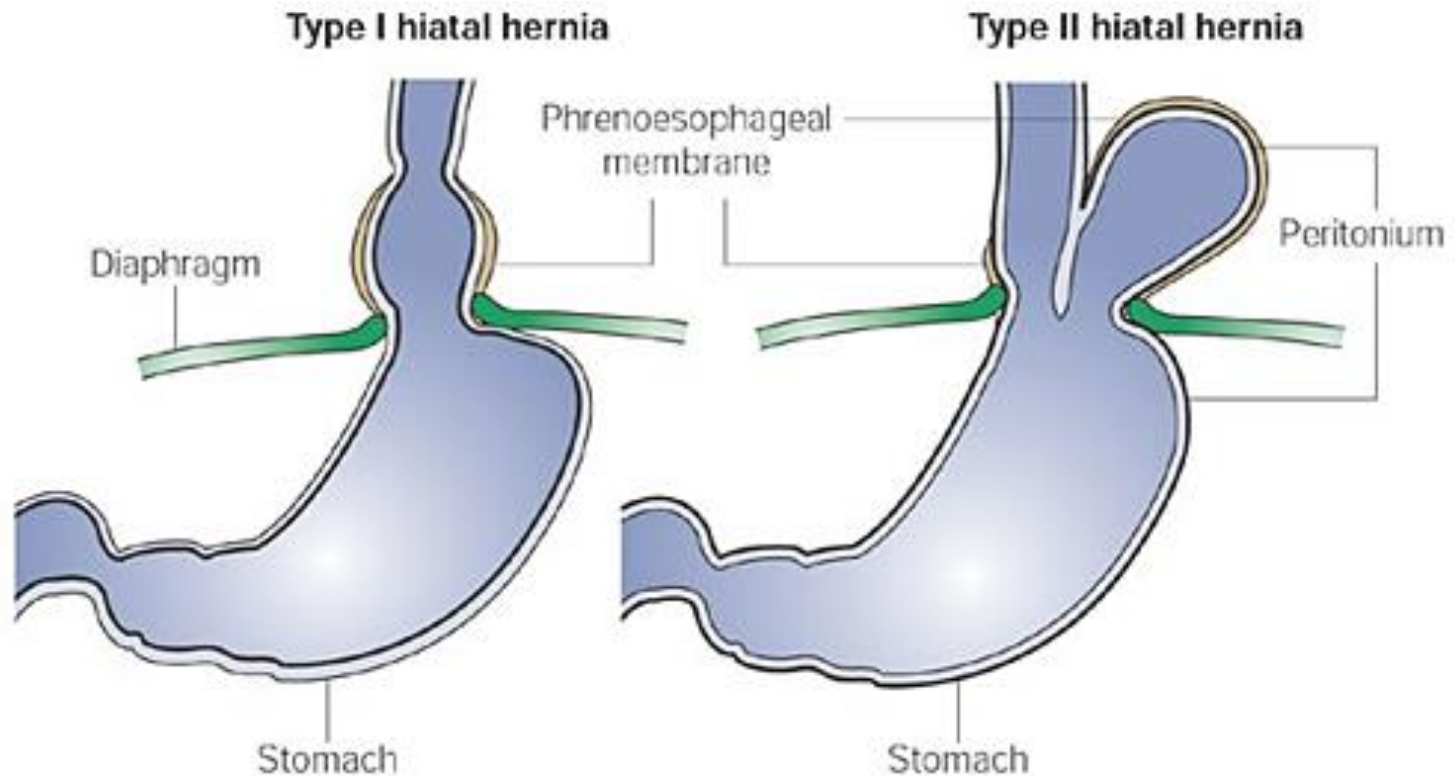
- Si pas d'endoscopie
 - Symptômes espacés
 - antiH2 à la demande
 - Symptômes rapprochés
 - antiH2 pleine dose ou IPP demi dose pendant 4 semaines
- Si endoscopie
 - Pas d'oesophagite
 - antiH2 ou IPP pleines doses pendant 4 semaines

Indications thérapeutiques

- Oesophagite
 - Peu sévère (1 ou 2)
 - IPP pleine dose pendant 4 semaines
 - Sévère (2 ou 3)
 - IPP pleine dose pendant 8 semaines
 - Endoscopie de contrôle
- Cas particuliers
 - Dysphagie et sténose peptique
 - EBO
 - Ne régresse pas sous IPP ou après chirurgie
 - Surveillance endoscopique

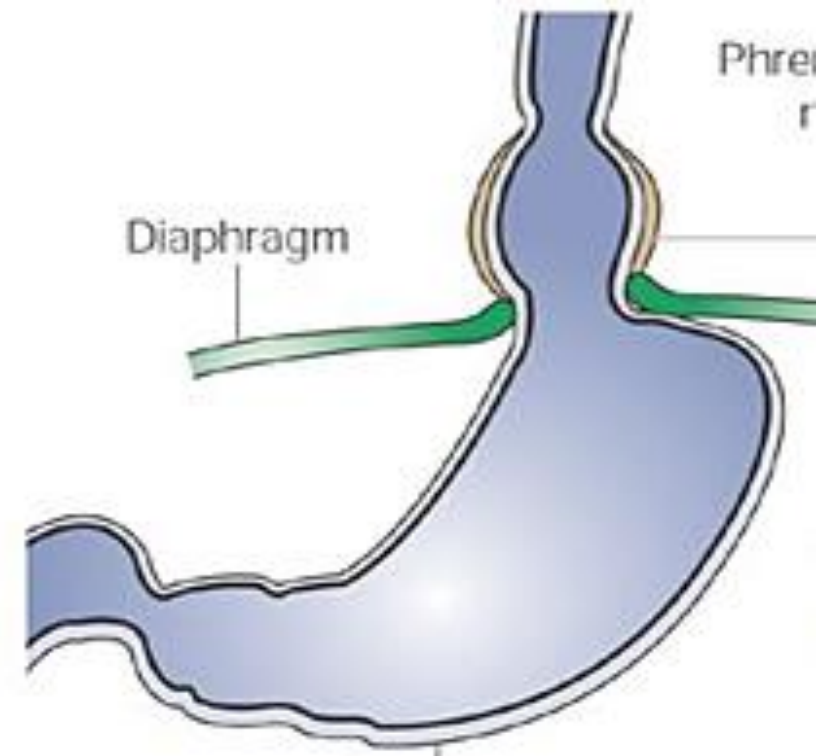
Hernie hiatale

- Extrêmement fréquente (5% de la population)
- Le plus souvent asymptomatique
- Bénigne



HH par glissement

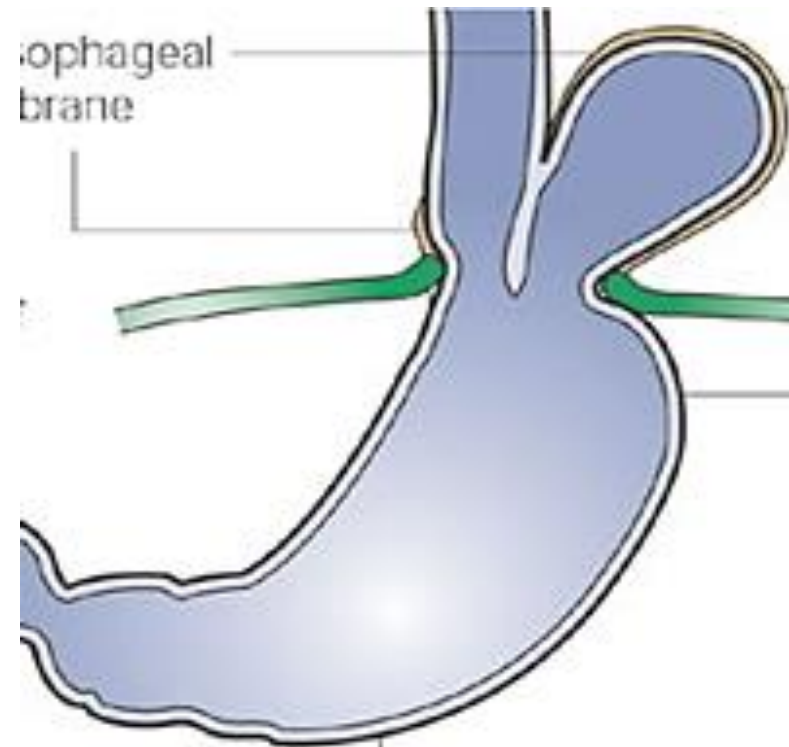
- 75%
- Cardia en position thoracique
- Angle de His plus ouvert
- Aggrave le RGO



La HH est une condition ni nécessaire ni suffisante au RGO

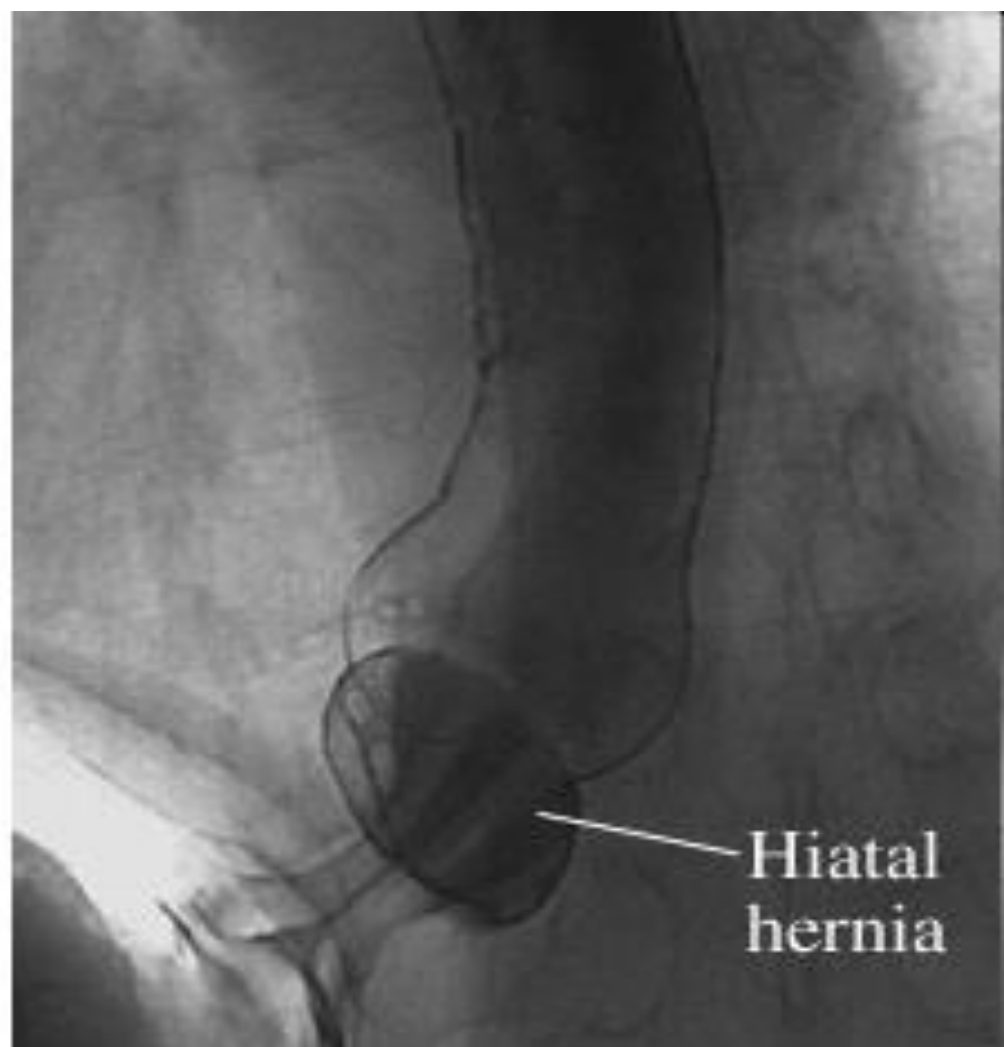
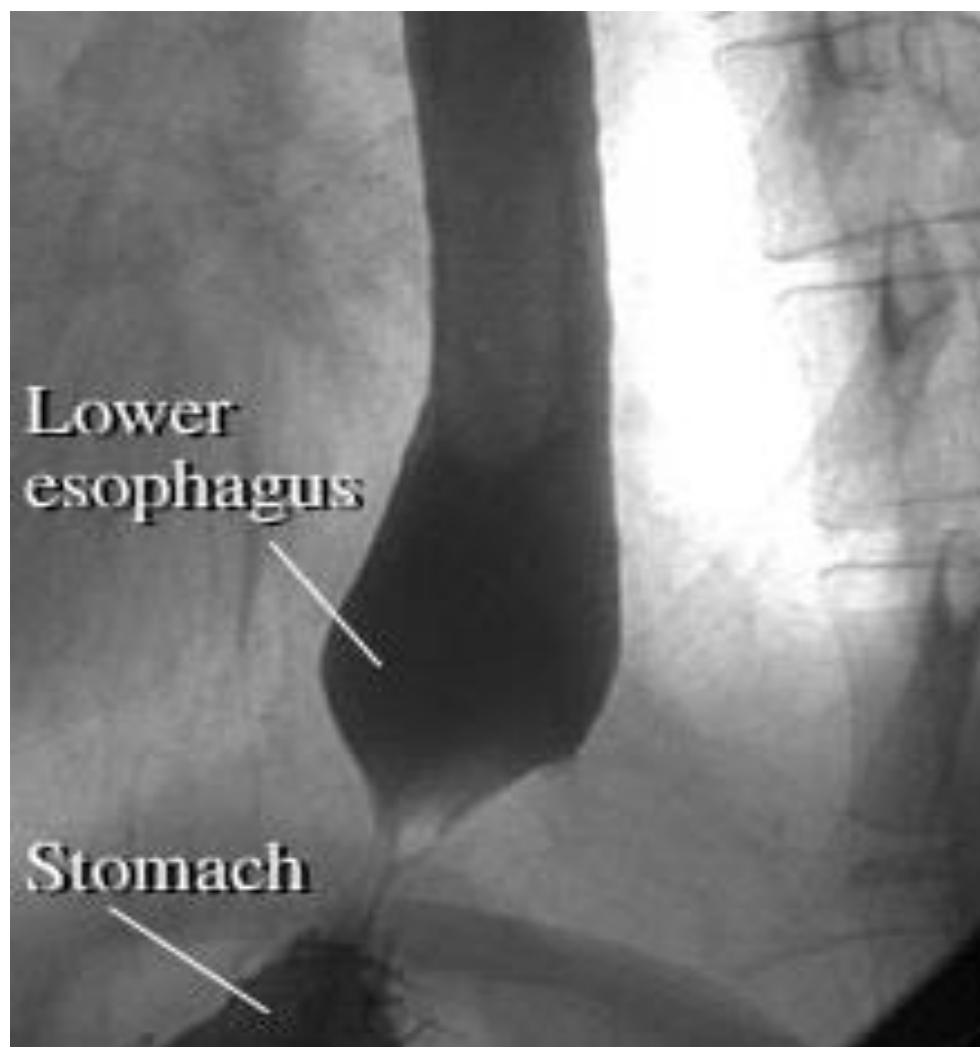
HH par roulement

- 25%
- Cardia en position abdominale
- Angle de His plus fermé
- N'aggrave pas le RGO
- Peut comprimer les organes avoisinants (estomac plein)
 - Épigastralgies
 - Satiété précoce
 - Toux, dyspnée, palpitations...



Diagnostic et complications

- Diagnostic le plus souvent fortuit
 - Radiographie thoracique
 - Endoscopie
- Complications
 - RGO (glissement)
 - Étranglement (roulement)
 - Hémorragie digestive
 - Anémie++



Traitement

- HH par glissement
 - Pas de traitement spécifique
 - Traitement du RGO si associé
 - Traitement chirurgical si indication pour le RGO
- HH par roulement
 - Traitement chirurgical
 - Si complications ou symptômes invalidants