

Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

1. Définition

RGO pathologique, déficience de la barrière anti-reflux

reflux du contenu gastrique de l'estomac vers l'oesophage, responsable de symptômes plus ou moins compliqué d'oesophagite (agression acide, ou parfois alcaline). Notion de reflux physiologique.

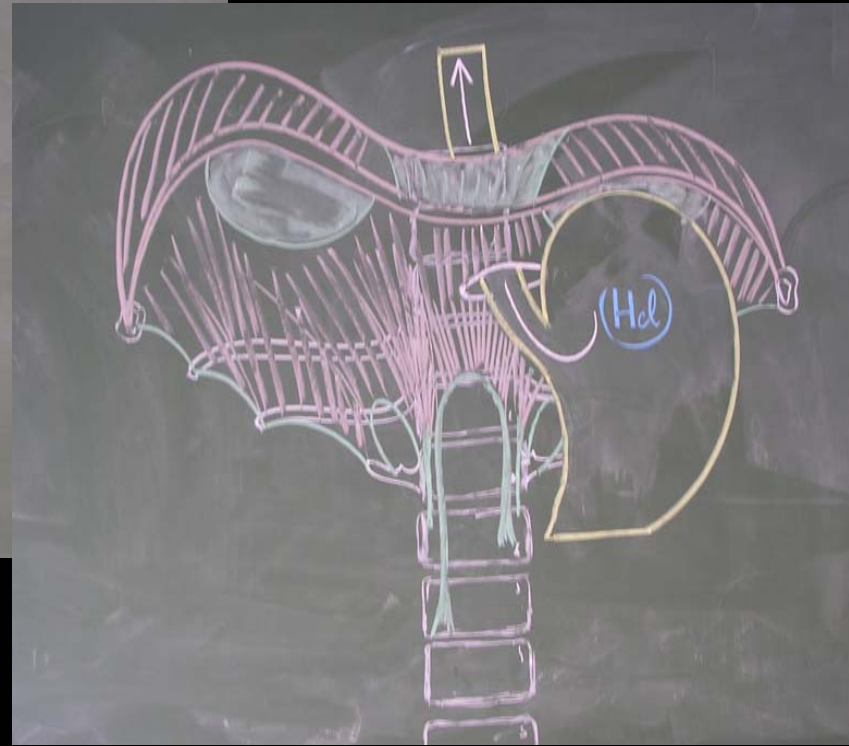
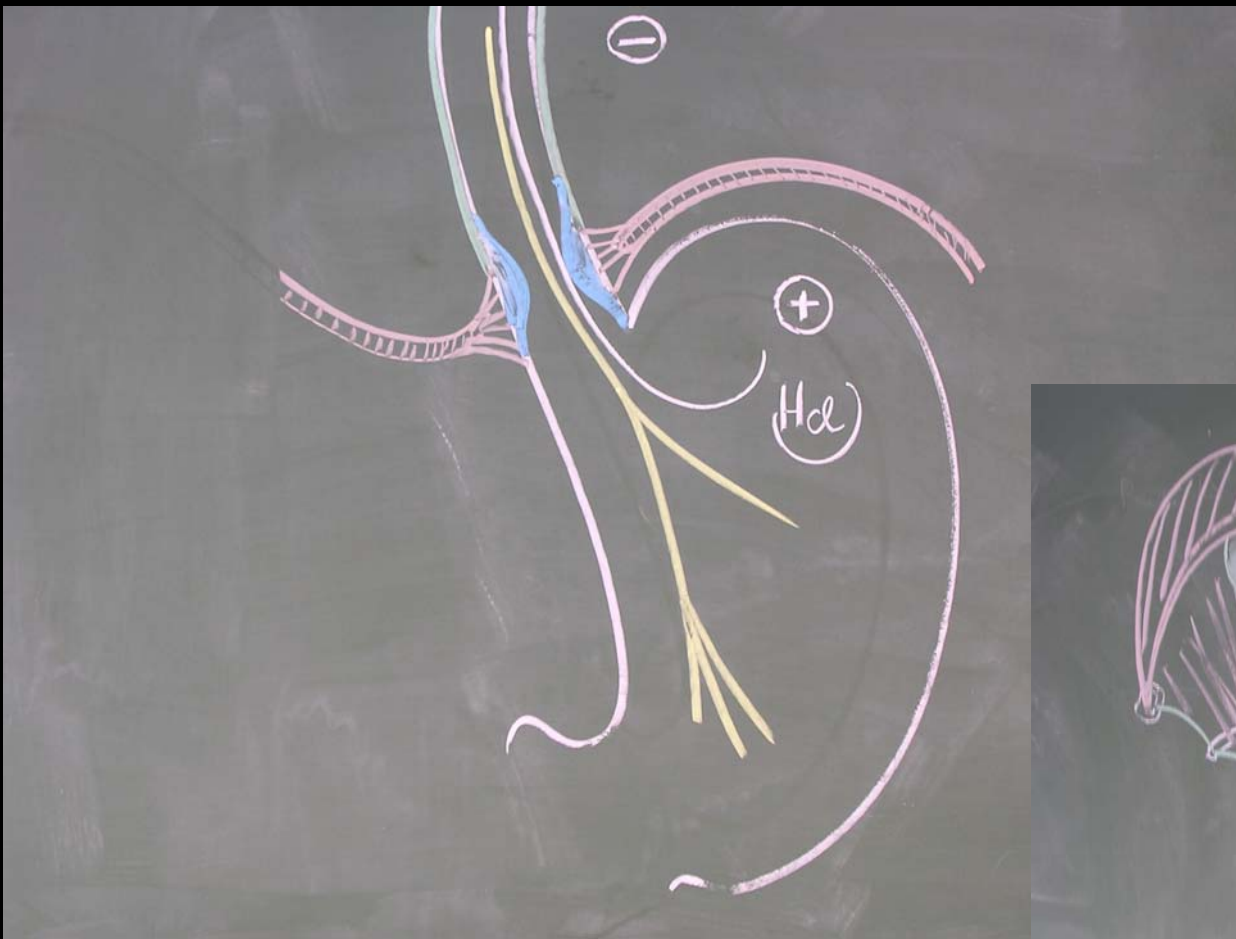
2. Préambule, Anatomie de la jonction oeso-gastrique

Organe tubulaire, épithélium malpighien, structure musculaire, ligne Z

Fonction : propulsion des aliments du pharynx vers l'estomac, péristaltisme primaire sous la dépendance du tronc cérébral via le pneumogastrique et le système nerveux intrinsèque

Rôle primordial du sphincter inférieur de l'oesophage (SIO). Anomalie du SIO, prélude au RGO





Généralités C6 – T11, portions, trajet et rapports, orifice oesophagien, cardia / angle de His, membrane phréno-oesophagienne fibres de Rouget, passage des pneumogastriques, structure / histologie

Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

1. Définition

RGO pathologique, déficience de la barrière anti-reflux

reflux du contenu gastrique de l'estomac vers l'oesophage, responsable de symptômes plus ou moins compliqué d'oesophagite (agression acide)

2. Préambule, Anatomie de la jonction oeso-gastrique

Organe tubulaire, épithélium malpighien, structure musculaire, ligne Z

Fonction : propulsion des aliments du pharynx vers l'estomac, péristaltisme primaire sous la dépendance du tronc cérébral via le pneumogastrique et le système nerveux intrinsèque

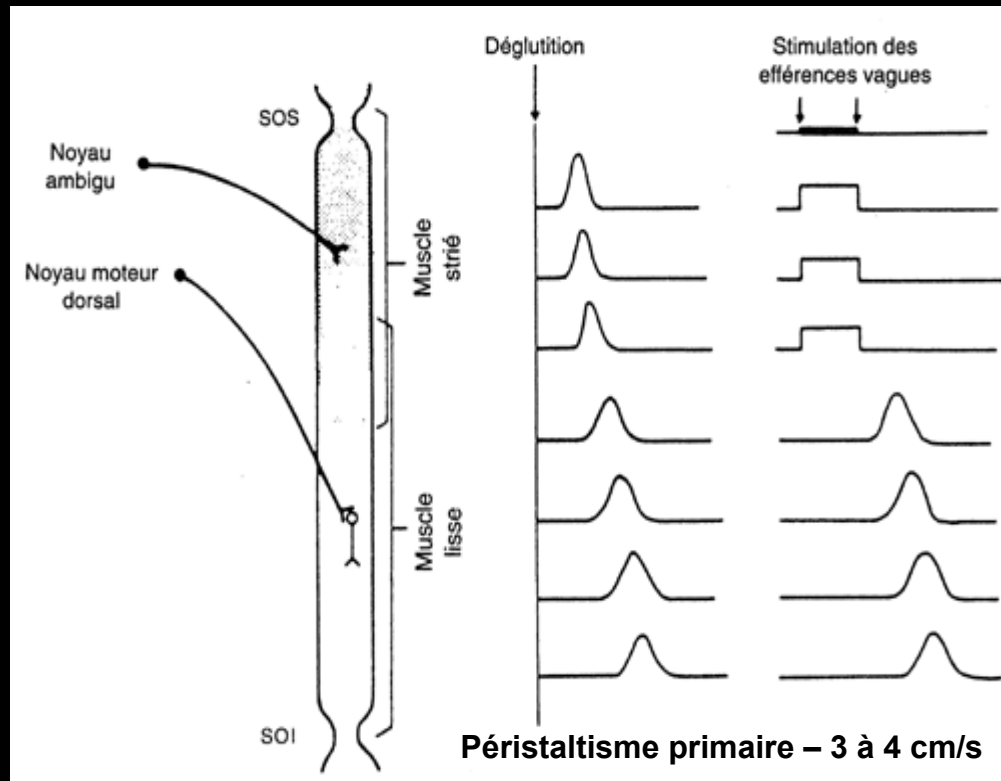
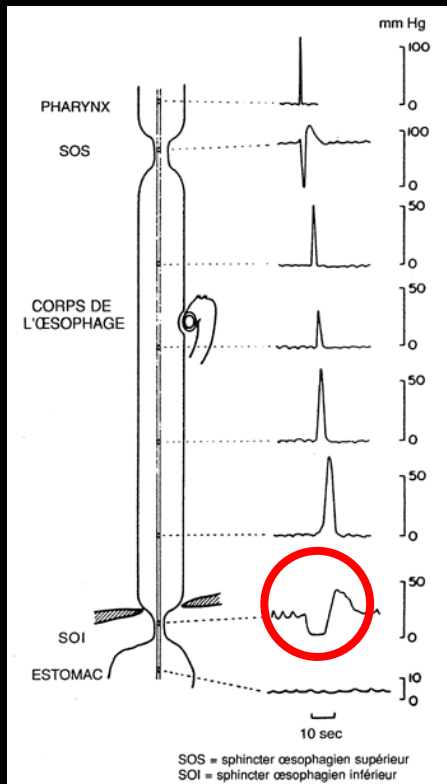
Rôle primordial du sphincter inférieur de l'oesophage (SIO). Anomalie du SIO, prélude au RGO

Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

Péristaltisme oesophagien – manométrie normale

Ouverture du SSO, propagation de l'onde péristaltique, relâchement prématuré du SIO, passage au travers du cardia, contraction du SIO. Existence de relaxations physiologiques spontanées du SIO.



Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

3. Pourquoi le Reflux Gastro-Oesophagien pathologique ? Physiopathologie

- Relaxation transitoire, inappropriée et répétée du SIO, pression du SIO effondrée en permanence dans certains cas**
- Anomalie de la clairance oesophagienne** (motricité oesop. et diminution du pouvoir tampon des bicarbonates salivaires)
- Existence d'une hernie hiatale par glissement (ni nécessaire ni suffisante)
- hyperpression abdominale (obésité, toux, grossesse)
- Réduction iatrogène du tonus sphinctérien (Ica+, DN, théo, bzd, tabac, menthe, chocolat ... progestérone)

 **Reflux acido-peptique vers l'œsophage avec agression de l'épithélium malpighien conséquences cliniques**

Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

4. Approche épidémiologique et clinique¹

2003 : 8% des sujets adultes souffrent tous les jours d'un pyrosis², 20% une fois par semaine et 40% au moins une fois dans l'année.

Environ 35% - 50% des malades qui subissent une endoscopie pour RGO ont une oesophagite.

Signes principaux : **pyrosis** et régurgitations acides. Caractère **postural**, décubitus et/ou post-prandial. Signe de « lacet de soulier ».

Signes mineurs : brûlures épigastriques sans trajet ascendant, manifestations pulmonaires nocturnes, signes laryngés et ORL

Importance des *signes d'alarmes* : anémie, asthénie, dysphagie, hémorragie digestive – ne pas méconnaître une néoplasie oesophagienne



Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

Histoire Naturelle du RGO

Reflux + altération de la clairance oesophagienne

Manifestations cliniques sans oesophagite

Oesophagite stade 1 à 4

Stade 5, Métaplasie avec Endobrachyoesophage, muqueuse de Barrett

Adénocarcinome

reflux symptomatique¹ sans évolution vers l'oesophagite

- 1 érosives non confluentes
 - 2 confluentes non circonférentielles
 - 3 circonférentielles
 - 4 Sténose peptique / ulcère
 - 5 EBO
- Savary-Miller

Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

5. Examens paracliniques, exploration du reflux – (hors indication)

a) Fibroscopie oeso-gastro-duodénale

Mettre en évidence des lésions d'oesophagite / reflux, classification en fonction de la sévérité des lésions, visualisation d'une hernie hiatale, bilan lésionnel et réalisation de biopsies.

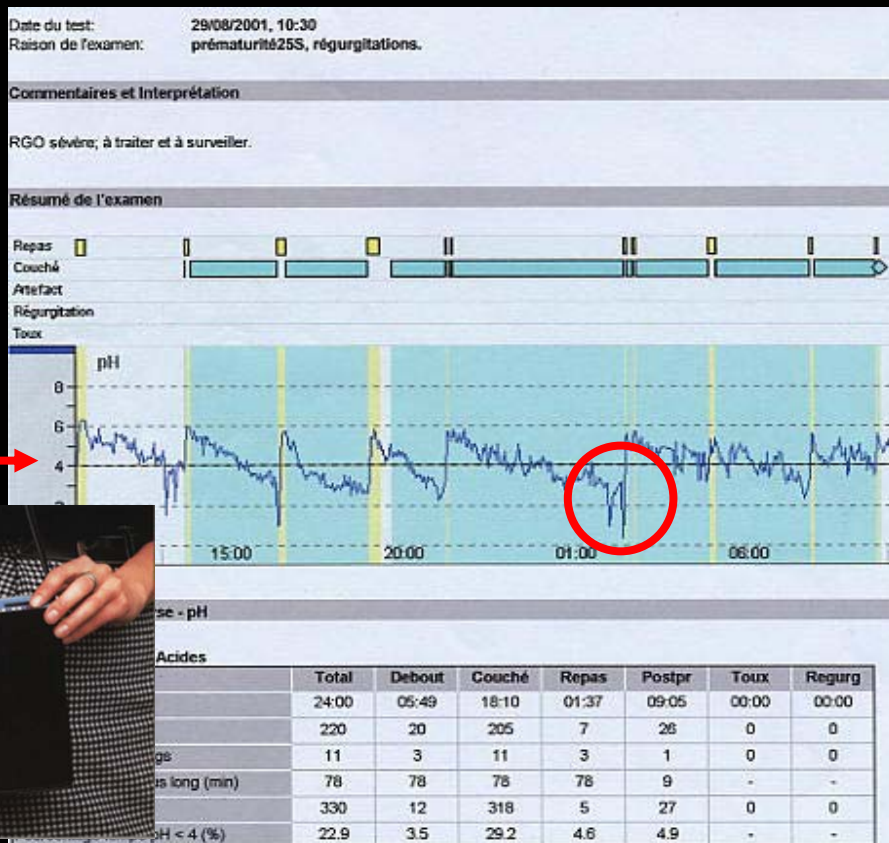


Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

5. Examens paracliniques, exploration du reflux – (hors indication)

b) pH-métrie sur 24 h (1 mesure du pH / 4sec), patho : pH < 4, >5% du tps



Limites supérieures

-5% période totale

-8% debout

-3% couché

-Moins de 50 reflux

-Moins de 3 reflux > 5 min

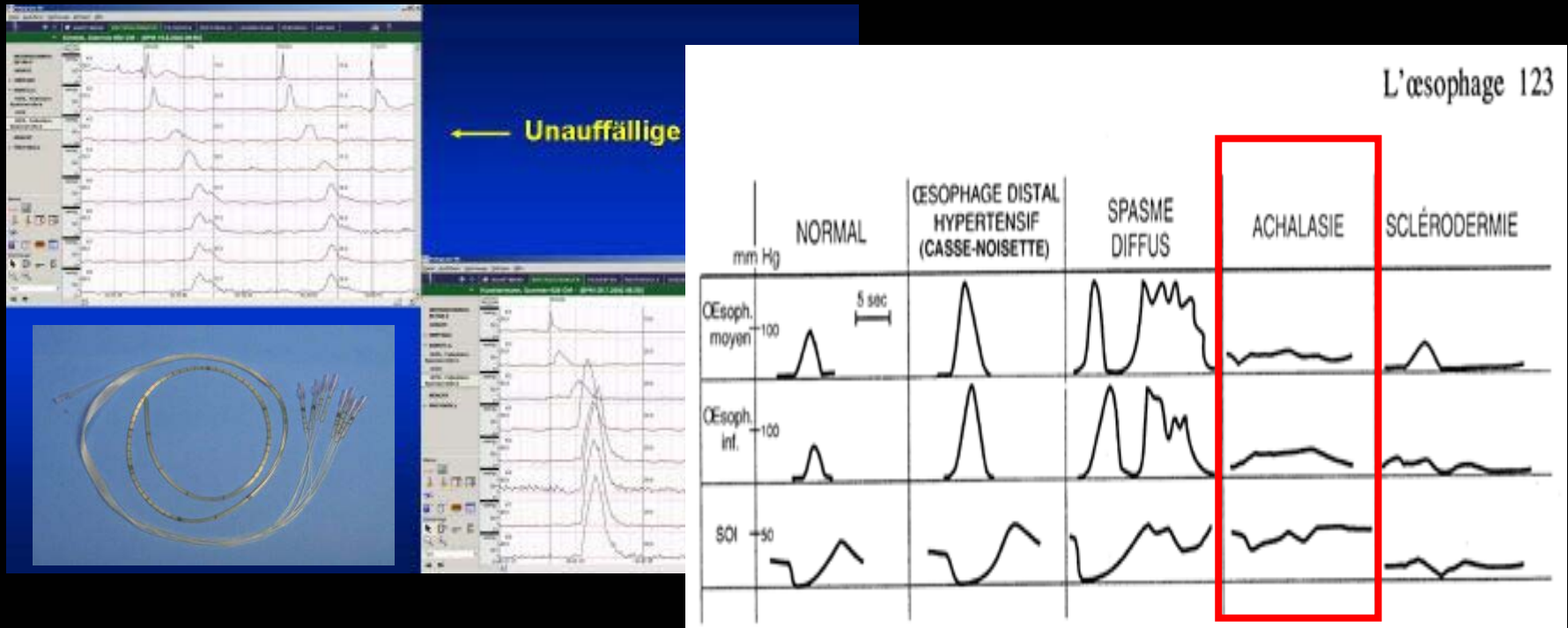
Gastroenterol clin bio 1999

Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

5. Examens paracliniques, exploration du reflux – (hors indication)

c) Manométrie oesophagienne, mesure des pression SSO / SIO / corps de l'oesophage. **INUTILE pour le diagnostic de RGO** – Utilisée en pré-opératoire et pour les diagnostics différentiels, type achalasia



Reflux Gastro-Oesophagien

Physiologie, Clinique & Examens Complémentaires

Gestion des examens complémentaires – Conférence de Consensus 01/1999

Symptômes typiques, moins de 50 ans, pas de signe d'alarmes : **Traitement sans examen complémentaire**

Symptômes typiques, plus de 50 ou présence de signes d'alarmes : **Endoscopie digestive haute**

Symptômes atypiques, digestif ou extra-digestifs : **Endoscopie digestive haute**, complétée, en l'absence de signe d'oesophagite par une **pH-métrie**

Pas d'intérêt de la manométrie pour le diagnostic positif de RGO, intérêt dans la prise en charge thérapeutique, au même titre que le TOGD