



Oesophage: Reflux gastro-oesophagien

[Qu'est ce que le reflux gastro-oesophagien \(RGO\) ?](#)

[Qu'est ce qu'une hernie hiatale ?](#)

[Quels sont les facteurs qui favorisent le reflux gastro-oesophagien ?](#)

[Quels sont les symptômes du reflux gastro-oesophagien ?](#)

[Faut-il consulter ou faire des examens en cas de reflux gastro-oesophagien ?](#)

[Quel est l'intérêt des examens habituellement proposés ?](#)

[Quels sont les conséquences du reflux gastro-oesophagien ?](#)

[Un endobrachyoesophage, c'est quoi ?](#)

[Quels sont les principes du traitement du reflux gastro-oesophagien ?](#)

[L'existence d'une oesophagite modifie t-elle le traitement ?](#)

[Quel est le principal symptôme en cas de rétrécissement de l'oesophage ?](#)

[Quel traitement en cas de rétrécissement de l'oesophage ?](#)

[Quel est le principe de la chirurgie dans le reflux gastro-oesophagien ?](#)

1.2.1. Qu'est ce que le reflux gastro-oesophagien (RGO) ?

Le RGO est le passage d'une partie du contenu gastrique dans l'oesophage. Un RGO physiologique existe chez tous les sujets. On appelle par convention RGO le reflux gastro-oesophagien pathologique, caractérisé par des symptômes et/ou des lésions désignées sous le terme d'oesophagite. Le reflux du contenu gastrique est alors dans la majorité des cas anormalement fréquent et/ou prolongé. Il résulte d'une anomalie presque toujours idiopathique de la motricité oesophagienne. Les symptômes peuvent évoluer sans lésions; plus rarement, un RGO ayant provoqué une oesophagite peut être asymptomatique.

1.2.2. Qu'est ce qu'une hernie hiatale ?

La hernie hiatale est la protrusion d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus oesophagien du diaphragme ([figure 5](#)). C'est un facteur favorisant le RGO.

1.2.3. Quels sont les facteurs qui favorisent le reflux gastro-oesophagien ? ([figure 6](#))

La physiopathologie du RGO est multifactorielle mais fait intervenir principalement une défaillance du SIO (sphincter inférieur de l'oesophage). La hernie hiatale n'est ni nécessaire ni suffisante, un RGO pouvant exister sans hernie hiatale et une hernie hiatale sans RGO. Le mécanisme le plus fréquent du RGO est un nombre excessif de relaxations transitoires du SIO qui se produisent en dehors des déglutitions. Les formes les plus sévères du RGO sont associées à une pression du SIO effondrée.

1.2.4. Quels sont les symptômes du reflux gastro-oesophagien ?

Le *pyrosis* (brûlure rétrosternale ascendante) et les *réurgitations acides* (remontées sans effort de vomissement du contenu gastrique jusqu'au niveau pharyngé) sont des symptômes quasi pathognomoniques de RGO. Leur caractère postural et/ou post-prandial, est très évocateur. Des brûlures épigastriques sans trajet ascendant font partie des symptômes de RGO. Plus rarement, des accès de toux ou une dyspnée asthmatiforme, souvent nocturnes, des symptômes pharyngés ou laryngés (enrouement, dysesthésies bucco-pharyngées), des douleurs simulant un angor peuvent en être les manifestations, isolées ou associées aux symptômes précédents.

1.2.5. Faut-il consulter ou faire des examens en cas de reflux gastro-oesophagien ?

Avant 50 ans, en présence de symptômes typiques et s'il n'existe pas de signe d'alarme (dysphagie, amaigrissement, anémie), aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Si les symptômes de RGO sont atypiques, l'endoscopie est indiquée en première intention. Elle permet le diagnostic lorsqu'elle découvre une oesophagite. En l'absence d'oesophagite et lorsque les symptômes sont atypiques ou résistent au traitement médical, une pH-métrie 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 endobrachy-oesophage.

1.2.6. Quel est l'intérêt des examens habituellement proposés ?

Il s'agit d'examens morphologiques et d'explorations fonctionnelles. L'endoscopie permet d'affirmer le diagnostic de RGO lorsqu'elle découvre une oesophagite définie par des pertes de substance au moins épithéliales (érosives), rarement profondes (ulcéreuses) ([figure 7](#)). L'examen est cependant normal environ une fois sur deux au cours des RGO symptomatiques.

La pH-métrie oesophagienne des 24 heures est l'exploration fonctionnelle la plus sensible pour diagnostiquer un RGO. Il peut exister cependant une variabilité des résultats chez un même malade avec le temps.

La manométrie œsophagienne n'objective pas le RGO mais des facteurs favorisant comme l'effondrement de la pression du SIO (sphincter inférieur de l'oesophage). Son intérêt principal est d'objectiver des anomalies motrices associées au RGO.

1.2.7. Quels sont les conséquences du reflux gastro-oesophagien ?

Dans l'immense majorité des cas, le RGO est une affection sans gravité et qui le reste au cours de son évolution. Les œsophagites sévères se caractérisent par des ulcérations superficielles étendues, confluentes ou circonférentielles, par un ou des ulcères de l'oesophage, ou par une sténose peptique. L'œsophagite sévère expose au risque d'hémorragie digestive et de sténose œsophagienne. Ces complications sont parfois révélatrices du RGO.

1.2.8. Un endobrachyoesophage, c'est quoi ? (figure 8)

L'EBO (ou œsophage de Barrett) est défini par le remplacement, sur une hauteur plus ou moins grande, de l'épithélium malpighien de l'oesophage distal par un épithélium métaplasique cylindrique de type fundique, cardial ou intestinal. Il n'a pas de symptôme spécifique. Il expose au risque d'ulcère au sein de cette muqueuse pathologique et surtout au risque d'adénocarcinome œsophagien en cas de métaplasie intestinale.

1.2.9. Quels sont les principes du traitement du reflux gastro-oesophagien ?

Le but du traitement est principalement de soulager la douleur et de permettre au malade un retour à une vie normale. La neutralisation du contenu acide (antiacides), l'inhibition de la sécrétion gastrique acide (par les antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine (anti-H₂) et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), la protection de la muqueuse œsophagienne (alginates) et la stimulation de la motricité œso-gastrique sont utilisés seuls ou en association, à la demande ou au long cours. La réduction pondérale, l'arrêt du tabac et de l'alcool sont également utiles. La surélévation de la tête du lit est une mesure utile pour le RGO nocturne.

1.2.10. L'existence d'une œsophagite modifie t-elle le traitement ?

Les œsophagites ont pour traitement initial les antisécrétoires (IPP ou anti-H₂). Les récives à l'arrêt du traitement antisécrétoire sont d'autant plus fréquentes que l'œsophagite était plus sévère. Ces récives posent le problème de l'alternative entre traitement médical au long cours et chirurgie. Les IPP (inhibiteur de la pompe à protons) représentent le traitement médical au long cours des œsophagites sévères. La nécessité d'un traitement médical au long cours ou ses insuffisances représentées par les régurgitations font discuter une indication chirurgicale.

1.2.11. Quel est le principal symptôme en cas de rétrécissement de l'oesophage ?

C'est la dysphagie. Elle peut être révélatrice du RGO, c'est-à-dire ne pas avoir été précédée par des épisodes de pyrosis.

1.2.12. Quel traitement en cas de rétrécissement de l'oesophage ?

En plus du traitement par les IPP (inhibiteur de la pompe à protons), on dispose des dilatations instrumentales perendoscopiques. Une intervention chirurgicale antireflux doit être discutée en cas d'échec de la stratégie médicale.

1.2.13. Quel est le principe de la chirurgie dans le reflux gastro-oesophagien ?

La chirurgie a pour but de réaliser un montage antireflux en restaurant des conditions anatomiques qui s'opposent au RGO. En pratique, deux techniques sont validées : la cardiopexie et les fundoplicatures (le procédé de Nissen est le plus utilisé). Le geste chirurgical peut être effectué sous coelioscopie (figure 9).