**UE8 – Item 268 – Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, l’enfant et l’adulte ; Hernie Hiatale**

1. **Généralité et épidémiologie**

* RGO : Passage à travers le cardia d’une partie di contenue gastrique dans l’œsophage en dehors de tout effort de vomissement
* RGO pathologique : Présence de symptômes et/ou de lésions d’œsophagite
* 40% des adultes se plaignent de pyrosis
  + 10% au moins hebdomadaire
  + 5% quotidien
* Diagnostic différentiel : Syndrome de rumination

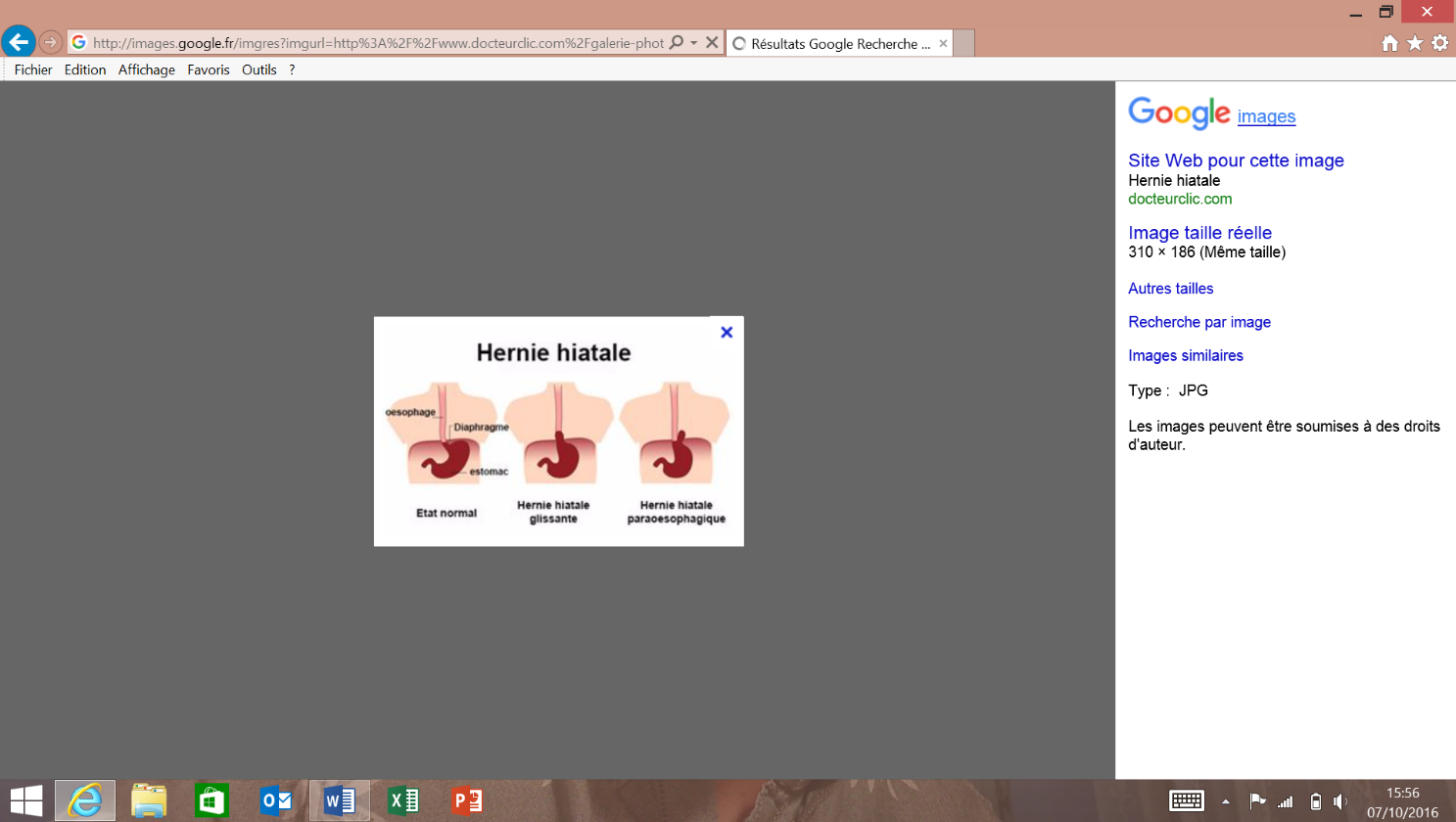
1. **Physiopathologie**
2. ***Défaillance de la barrière anti reflux oeso-gastrique***

* La barrière anti reflux est constituée du sphincter inférieur de l’œsophage (SIO)
  + Zone de haute pression qui s’oppose au gradient de pression abdomino-pelvien
* La physiopathologie du RGO fait principalement intervenir la défaillance du SIO

1. ***Autres facteurs possibles***

* Hyperpression abdominale
* Stase gastrique

1. ***Relation hernie hiatale et RGO***

* Hernie hiatale : Protrusion permanente ou intermittente d’une partie de l’estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme
* Hernie hiatale par glissement
  + La plus fréquente (85%)
  + Le cardia est intra thoracique
  + Ni nécessaire ni suffisance pour expliquer un RGO
* Hernie hiatale par roulement
  + Moins fréquente (15%)
  + La grosse tubérosité est intra thoracique et le cardia reste lui abdominal
  + N’a pas de lien avec le RGO mais peut conduit à un étranglement herniaire

1. **Signes fonctionnels du RGO et examen clinique**
2. ***Symptômes digestifs du RGO non compliqué***

* Pyrosis : Brulure rétro-sternale ascendante à point de départ épigastrique
* Brûlures épigastriques
* Régurgitations acides
* Caractère postural et/ou post prandiale des régurgitations et des douleurs
* **Avant 50 ans, en prst de symptômes digestifs typiques et en l’absence de complications, on peut affirmer le diagnostic de RGO sans avoir recourt à des examens complémentaires**

1. ***Symptômes extradigestifs du RGO***

* Toux, dyspnée asthmatiforme, enrouement
* Dysesthésies bucco-pharyngées, laryngite postérieure, gingivites ou caries à répétition
* Otalgie inexpliquée, Troubles du sommeil, Douleurs précordiales pouvant simuler un angor

1. ***Symptômes de RGO compliqué***

* Œsophagite sévère (+++)
  + Ulcération du bas de l’œsophage
  + Risque de : Sténose peptique qui peut être très serrée, hémorragie digestive

1. ***Endobrachyoesophage (EBO) ou œsophage de Barrett***

* Remplacement de l’épithélium malpighien de l’œsophage par de la muqueuse gastrique (Métaplasie)
* Pas de symptômes spécifiques, voir asymptomatique 🡪 Nécessite une surveillance régulière
* Risque de : Ulcère, dysplasie, adénocarcinome

1. **Examen complémentaires**

* **Avant 50 ans, en prst de symptômes digestifs typiques et en l’absence de complications, on peut affirmer le diagnostic de RGO sans avoir recourt à des examens complémentaires**

1. ***Explorations morphologiques***

* Endoscopie oeso-gastro-duodénale (+++)
  + En première intention si les symptômes sont atypiques ou après 50 ans
  + Normale dans 30-50% des cas 🡪 Ne peut écarter un RGO mais l’affirme lorsqu’elle trouve des lésions type Œsophagite de Barrett
* Transit baryté oeso-gastrique
  + Aucun intérêt pour le diagnostic sauf
    - Sténose peptique
    - Volumineuse hernie hiatale
* Vidéocapsule endoscopique : En cours de recherche

1. ***Explorations fonctionnelles***

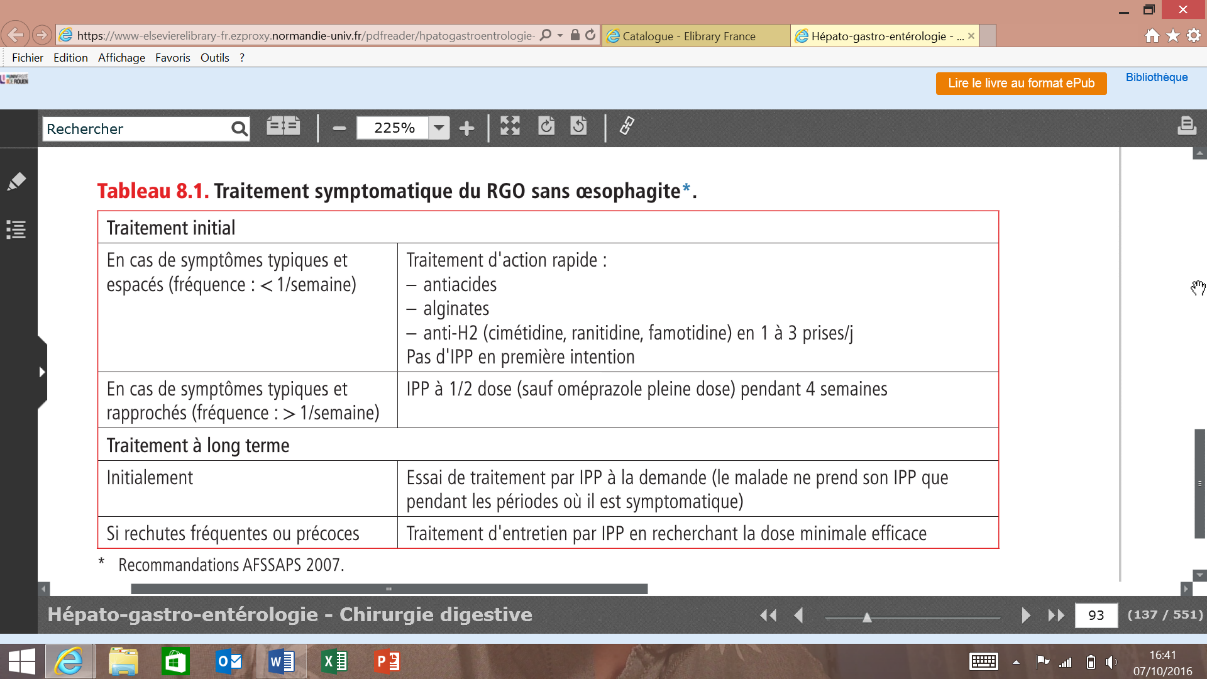
* pH-métrie œsophagienne des 24 heures
  + Exploration fonctionnelle la plus sensible
  + Indiqué quand l’endoscopie ne montre pas d’anomalies
* Impédancemétrie œsophagienne
  + Seul examen permettant de mettre en évidence un RGO peu ou non acide
  + Indiqué pour rechercher un reflux persistant sous traitement anti sécrétoire
* Manométrie œsophagienne
  + N’objective pas le RGO mais peut identifier une déficience du SIO
  + Indiqué en préopératoires pour un reflux

1. **Traitement du RGO**
2. ***Règles hygiéno-diététiques***

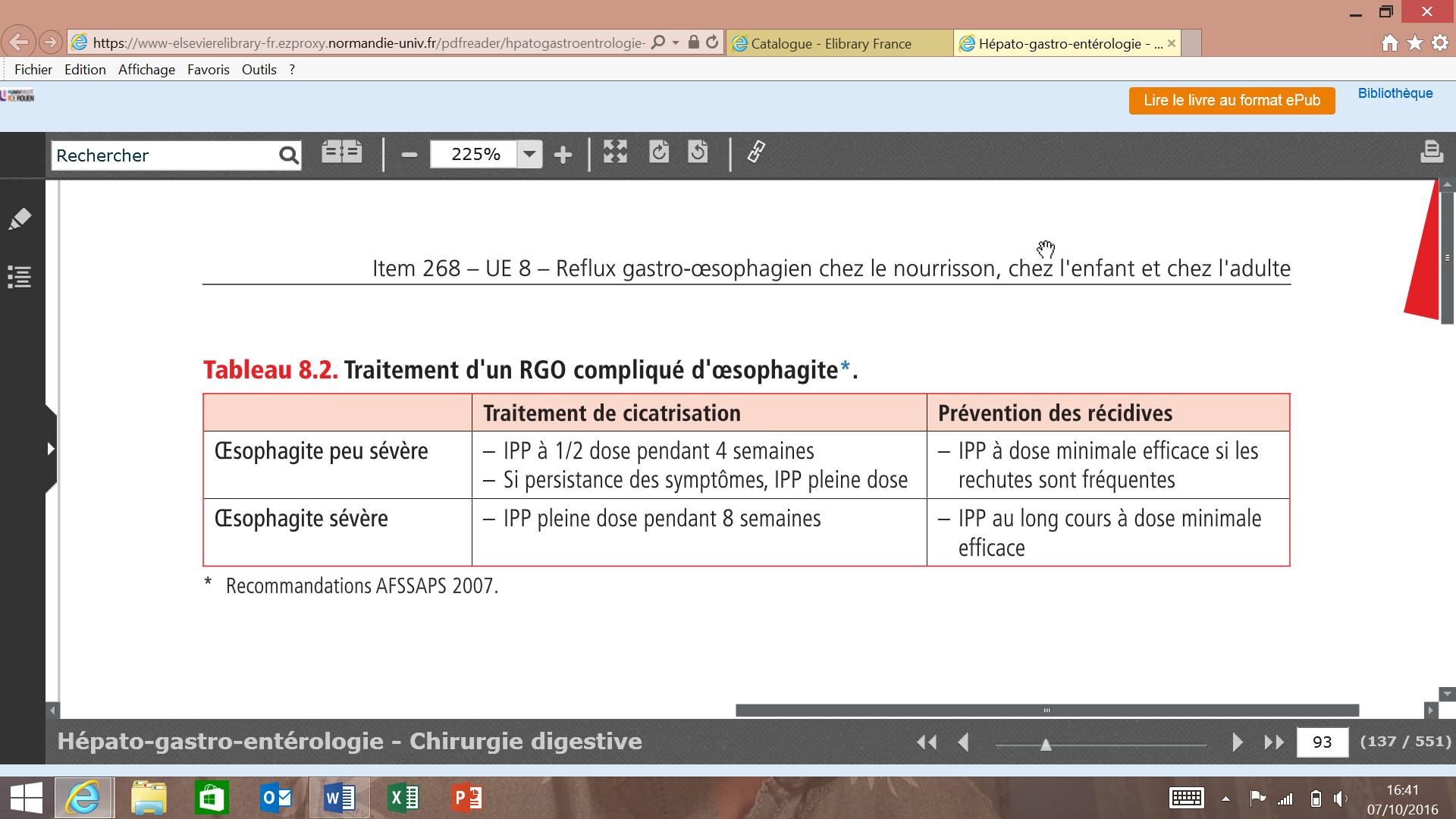
* Réduction pondérale
* Arrêt du tabac et de l’alcool
* Surélévation de la tête du lit et délais de 3H entre le dernier repas et le coucher

1. ***Traitements anti sécrétoires***

* RGO sans œsophagite
  + Alginates : Protecteurs de la muqueuse gastrique
  + Prokinétiques : Stimulateurs de la motricité oeso-gastrique n’ayant aucun intérêt dans le traitement des RGO



* RGO avec œsophagite
  + Les récidives à l’arrêt des TTT est d’autant plus fréquente que l’œsophagite était sévère



* RGO avec signes extradigestifs prédominants
  + Pas de TTT anti-sécrétoire (pas de preuve de l’efficacité des IPP)
* RGO résistant aux IPP
  + Vérifier qu’il s’agit bien d’un RGO et s’il est acide ou non
  + Augmenter la dose d’IPP, introduite le baclofène (souvent mal toléré), indication chirurgicale
* Sténose peptique
  + Traité par des IPP à pleine dose en continue
  + Dilatation endoscopique
* Endobrachyoesophage
  + Formes symptomatiques ou associées à des œsophagites : IPP
  + Formes asymptomatiques : Pas de traitement
  + 🡪 Les anti-sécrétoires au long cours ou la chirurgie ne préviennent pas l’apparition de dysplasie ou de cancer

1. ***Chirurgie du RGO***

* Montage anti-reflux restaurant les conditions anatomiques qui s’opposent au RGO
  + Procédé de Nissen +++
* Chirurgien pratiquée en cas de :
  + RGO améliorés sous TTT médical mais qui récidive dès leur arrêt
  + RGO continuant malgré le TTT médical
  + RGO chez un patient ayant une volumineuse hernie hiatale