



SOCIÉTÉ MALIENNE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF  
**(SOMMAD)**

# LE REFLUX GASTRO- ŒSOPHAGIEN

3<sup>èmes</sup> journées SOMMAD  
09 et 10-02-2023

PR SOW Hourouma  
Dr MAIGA Abdoulaye

**Conflit d'intérêt**

**AUCUN**

# CAS CLINIQUE

Mme MK âgée de 55 ans consulte pour brûlure épigastrique à irradiation ascendante (pyrosis), des régurgitations acides évoluant depuis plusieurs mois. Ces douleurs sont de plus en plus fréquentes. Elles surviennent de manière élective en cas d'effort, le tronc penché en avant, la gênant beaucoup dans ses travaux ménagers et de jardinage, ainsi que dans la 2<sup>ème</sup> partie de la nuit. Il n'existe pas d'autres signes fonctionnels. La malade pèse 75 Kg pour 1m59.

Question 1: quel diagnostic évoquez-vous devant ce tableau?

A. Gastrite

B. RGO

C. UGD

# QU'EST-CE QUE LE RGO

Passage d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage à travers le cardia.

**Physiologique**

- 1. Bref, post-prandial++*
- 2. Asymptomatique*
- 3. Sans œsophagite*

**Pathologique**

- 1. Répété, prolongé*
- 2. Symptomatique*
- 3. Et /ou œsophagite*

# EPIDÉMIOLOGIE

- Problème de santé publique
- Fréquent, prévalence en augmentation (5-45%) dans la population adulte en occident.
- France : prévalence 31,33%
- USA: prévalence 40%

# EPIDÉMIOLOGIE

## ➤ Afrique

- Mali: 20% en 2008
- Sénégal: 12% en 2005
- Burkina: 28% en 2005
- Burundi: 27,8% en 2013

# Facteurs impliqués

↓ Résistance de la muqueuse oesophagienne

Anomalies des contractions oesophagiennes

## Défaillance du système anti-reflux

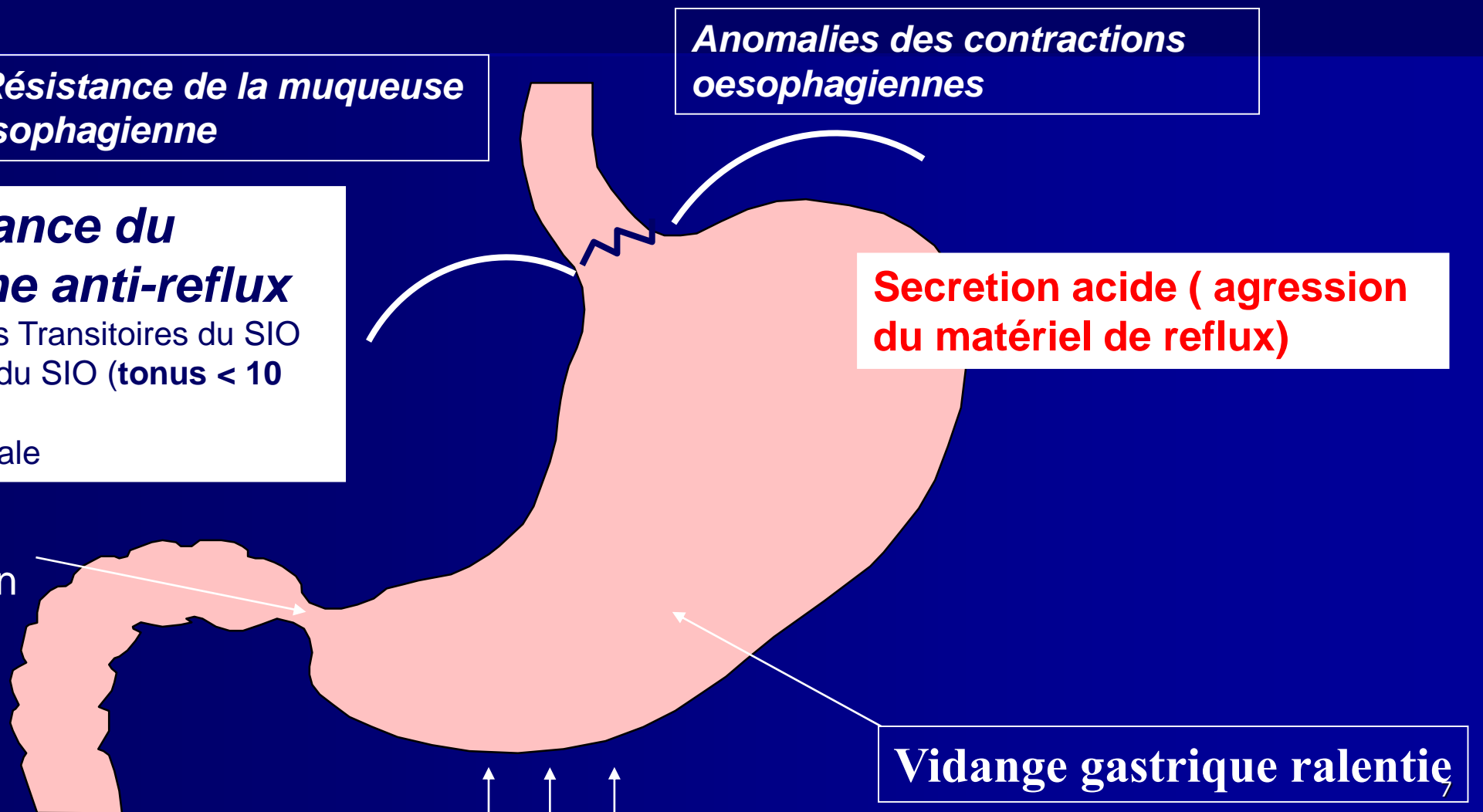
Relaxations Transitoires du SIO  
Hypotonie du SIO (tonus < 10 mmHg)  
Hernie hiatale

Secretion acide (agression du matériel de reflux)

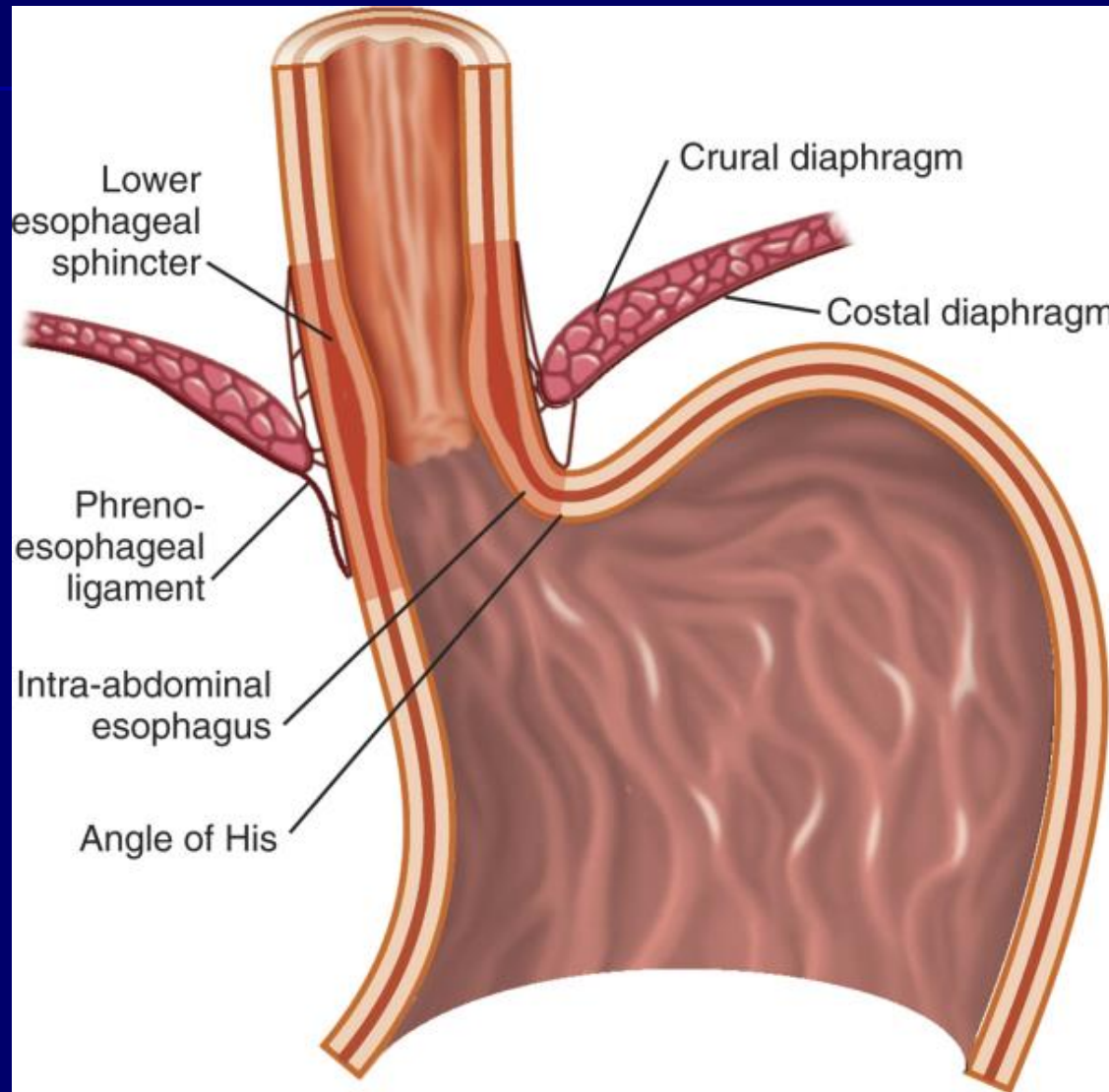
Reflux duodéno-gastro-oesophagien  
Reflux non acide

Vidange gastrique ralentie

Pression intra-abdominale



# Systeme anti-reflux

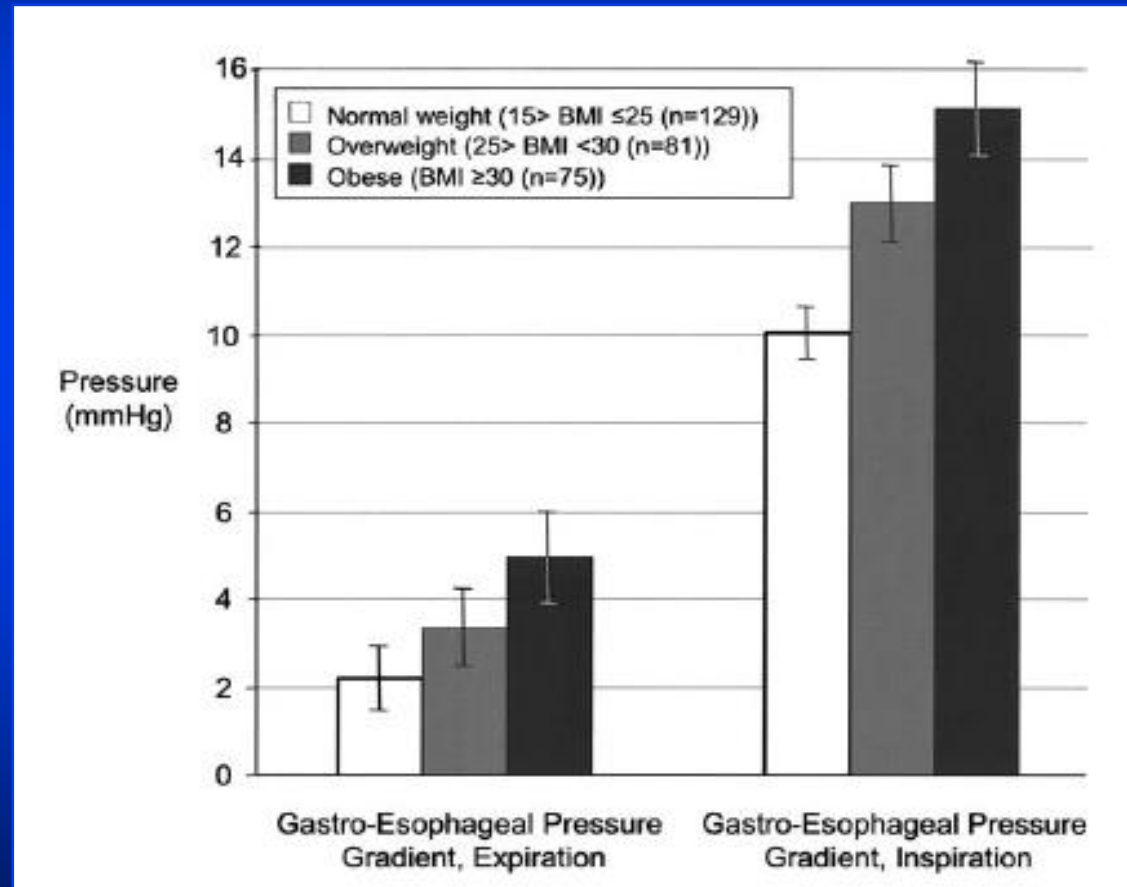




# Facteurs diminuant le tonus du SIO

- **Boissons alcoolisées**
- **Aliments:** graisses ,chocolat , menthe,
- **Médicaments:** anticholinergiques , dérivées nitrés, théophylline, inhibiteurs calciques , dérivés morphiniques,béta bloquants, antidépresseur, benzodiazépines , oestro-progestatifs.
- **Grossesse :** progestérone.
- **BMI (IMC)**

## Le surpoids augmente le gradient de pression gastro-oesophagien



# CAS CLINIQUE

Question 2: connaissez-vous d'autres manifestations cliniques du RGO?

# Quelles sont les manifestations cliniques?

## Typique

- **Spécifiques : 90%**
  - **Pyrosis**
  - **Régurgitation**
- **Caractéristiques:**
  - **Syndrome postural**
  - **Caractère post-prandial**

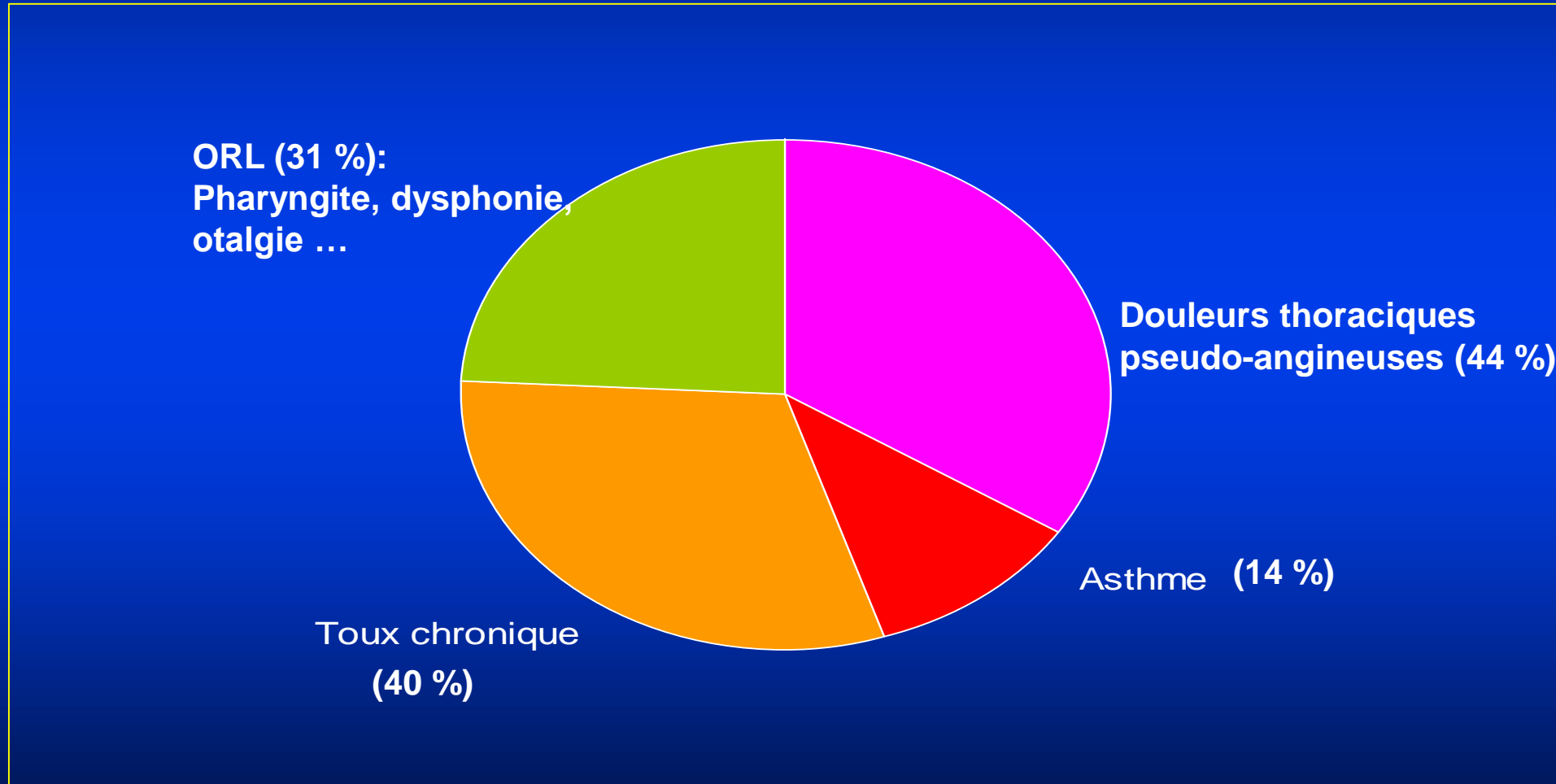
## Atypique

- 1-Manifestations digestives: brûlures épigastriques, nausées, éructations, hoquet, halitose, vomissements.
- 2-Manifestations extra-digestives:
  - Respiratoires: toux nocturne, asthme sévère, infections pulmonaire à répétition
  - ORL: pharyngite à répétition, laryngite...
  - Cardiaques: crises pseudo-angineuses
  - Stomatologiques: gingivites, caries dentaires

**Une symptomatologie typique n'est présente que chez environ la moitié des patients ayant un R.G.O.**

# Manifestations extra-digestives du RGO

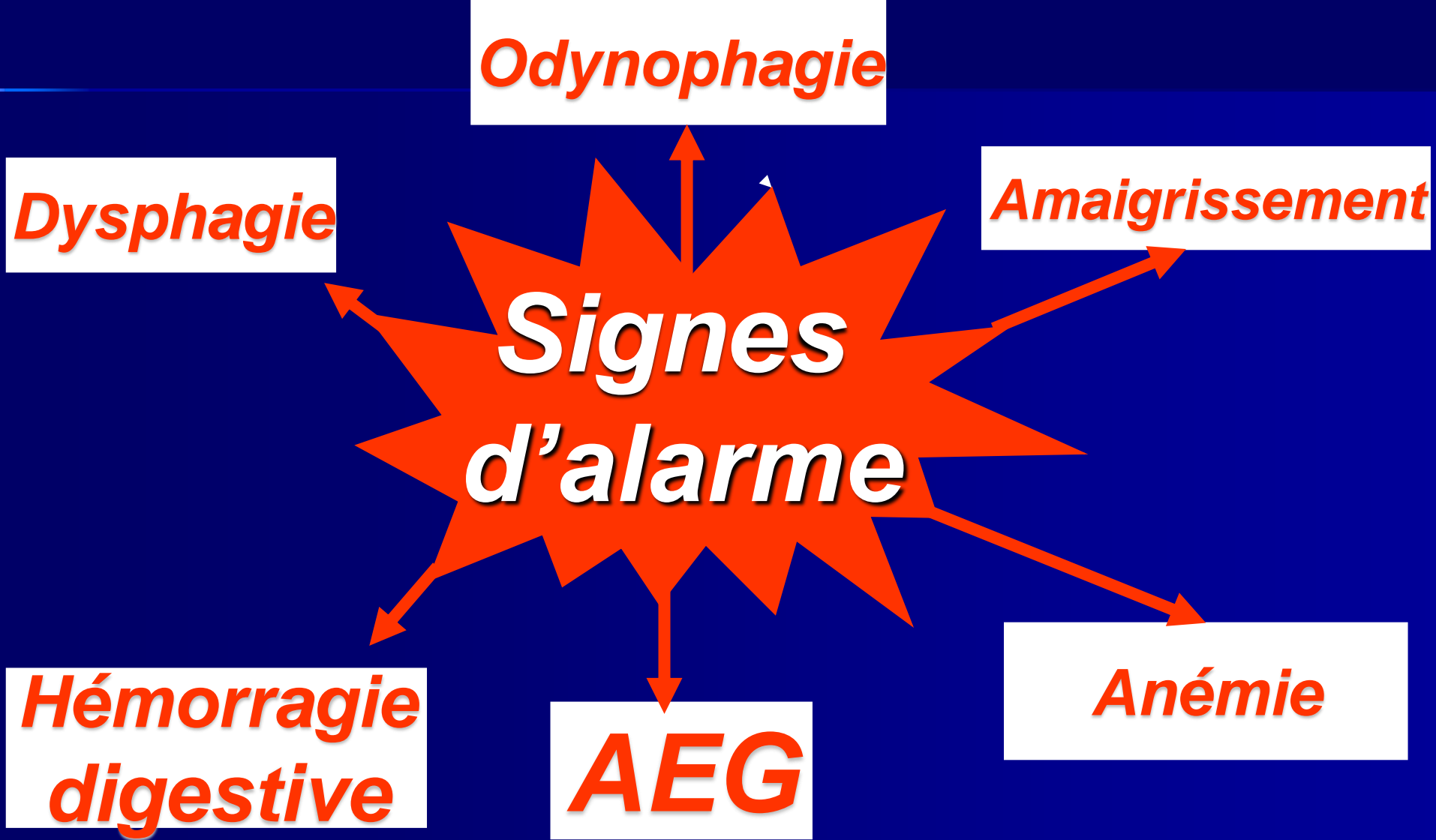
Prévalence : 30 - 40 %, Spécificité faible



## RGO ET TROUBLES DU SOMMEIL

- ❑ La prévalence des manifestations nocturnes du RGO est estimée à **10 %** .
- ❑ Il s'agit: de difficultés d'endormissement, d'éveils nocturnes, de cauchemars, de réveils précoces
- ❑ Ce qui fait du confort du sommeil un **critère majeur** de l'évaluation de la qualité de vie dans le RGO

# *Rechercher les signes d'alarme*



# CAS CLINIQUE

Question 3: Quel (s) examen (s) demandez-vous pour confirmer le diagnostic évoqué?

- A. FOGD
- B. Echographie
- C. PH métrie
- D. Manométrie
- E. TOGD
- F. PH-Impédancimétrie

# CAS CLINIQUE

Question 3: Quel (s) examen (s) demandez-vous pour confirmer le diagnostic évoqué?

- A. FOGD
- B. Echographie
- C. PH métrie
- D. Manométrie
- E. TOGD
- F. PH-Impédancimétrie



# QUAND FAUT IL FAIRE UNE ENDOSCOPIE ?

## FOGD INDIQUEE DANS 5 SITUATIONS

1. Age > 50 ans
2. Signes d'alarme +
3. Symptômes atypiques: à visée diagnostique
4. Échec du traitement initial bien conduit
5. Bilan préopératoire



Redresse le diagnostic du RGO si lésions typiques (C/D Los Angeles ou complications)  
Normale n'infirmes pas le diagnostic et impose la poursuite des investigations

# RESULTAT DE L'ENDOSCOPIE

## (Œsophagite Peptique :40-50%)

### Classification de Savary et Miller

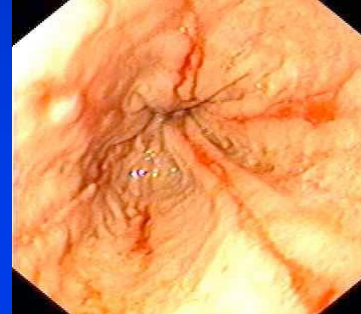
#### Stade 1 :

Érosions superficielles, isolées, non confluentes. **Non sévère**



#### Stade 2 :

Érosions confluentes, non circonférentielles **Non sévère.**



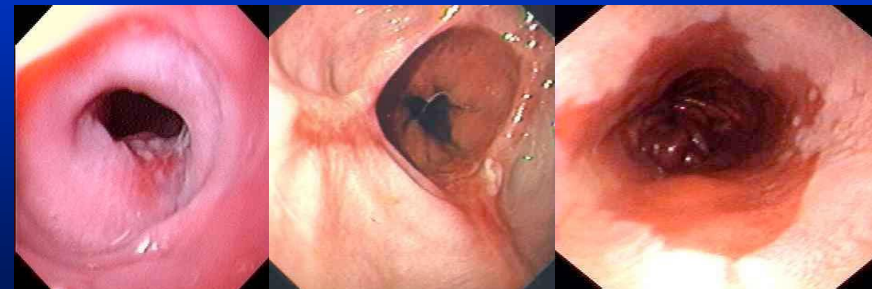
#### Stade 3 :

Érosions ou ulcérations confluentes, occupant la circonférence, mais sans sténose. **Sévère**



#### Stade 4 :

Lésions chroniques : ulcère profond, sténose, EBO **Complicquée**



- Permet de rechercher des lésions associées (HH, UGD)

# CLASSIFICATION DE LOS ANGELES

**Grade A** : Une ou plusieurs lésions muqueuses d'une longueur maximale de 5 mm sans lésion muqueuse entre le sommet de deux plis:



**Grade B** : Une ou plusieurs lésions muqueuses d'une longueur supérieure à 5 mm sans lésion muqueuse entre le sommet de deux plis



**Grade C** : Lésions muqueuses s'étendant entre le sommet de deux plis ou plus mais touchant moins de 75% de la circonférence de l'œsophage



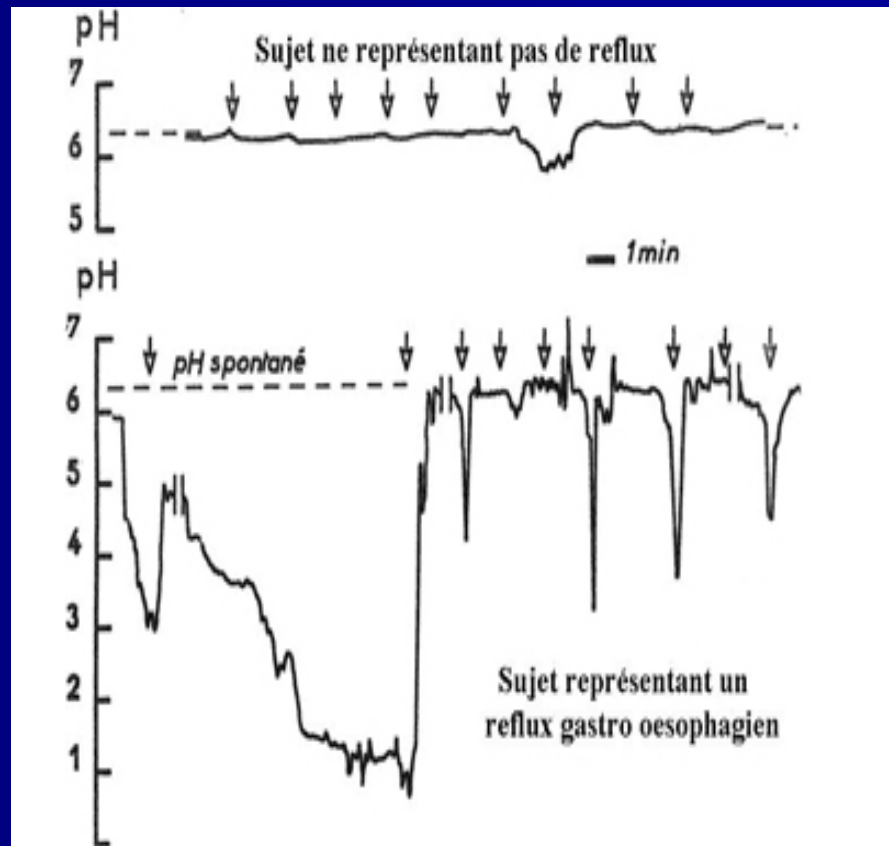
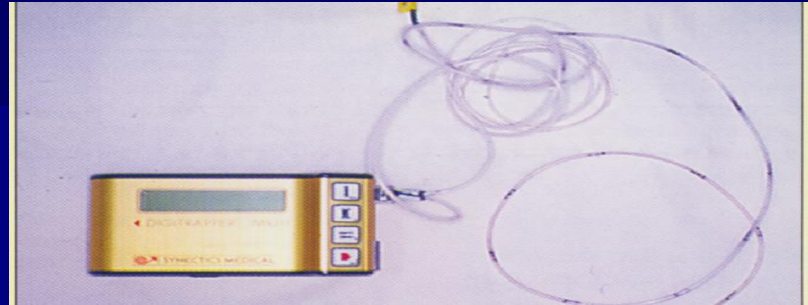
**Grade D** : Lésions muqueuses touchant au moins 75% de la circonférence de l'œsophage



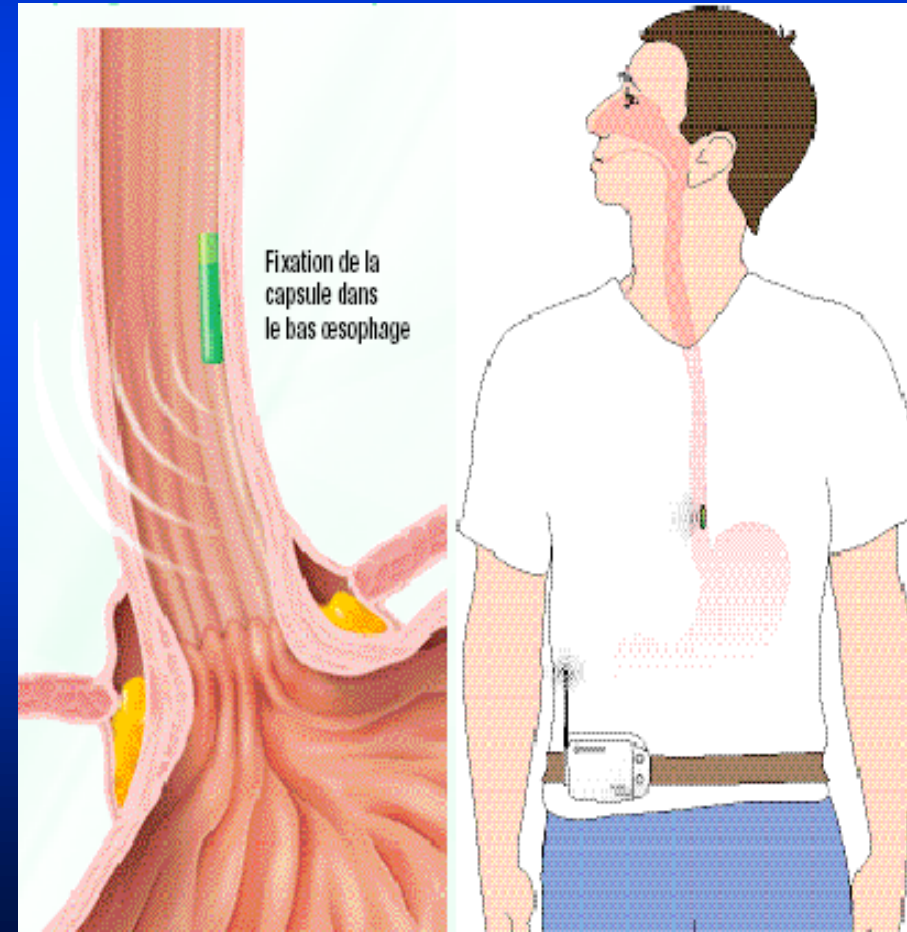
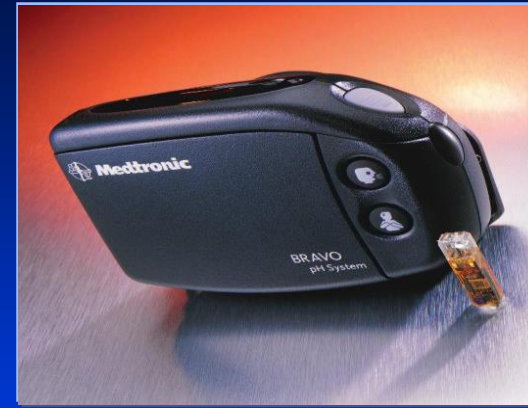
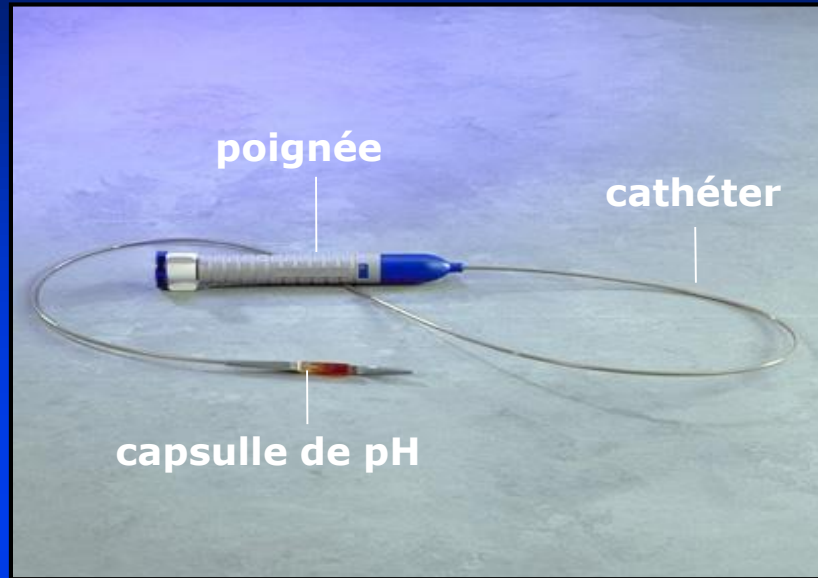
# Quand faire la *PH-métrie œsophagienne* (24 h ) gold standard

- Indiquée : Chez les patients ayant
  - RGO sévère sans œsophagite
  - Formes atypiques
  - Résistance au traitement médical
  - Avant une **intervention chirurgicale** antireflux en l'absence d'oesophagite,
- Quantifie le temps durant lequel le **pH est inférieur à 4.** (*Pathologique > 6 %*)

# pH-métrie des 24 heures



# PH-métrie œsophagienne sans fil BRAVO<sup>®</sup>



# Interpretation PH-métrie

- Temps passé à PH < 4: < 5%
- Nombre de reflux/24h: < 40
- Nombre de reflux > 5 mn: < 3
- Durée du reflux le plus long < 9,3 mn
- Index symptomatique (IS) + si  $\geq 50\%$  (pathologique)
- Probabilité d'association symptomatique (PAS) + si > 95%

# PH-métrie sous ou sans IPP?

➤ Sans IPP: ( arrêt IPP 2-4 semaines)

- Doute diagnostique

➤ Sous IPP:

- RGO prouvé auparavant mais ne répondant pas aux IPP.



# Autres Explorations

**Impédancemétrie œsophagienne** : RGO résistant au IPP.

- signes extradigestifs du RGO + PHmetrie non concluante.
- symptômes persistants après chirurgie anti reflux.
- éructations excessives et aérophagie

**TOGD** : garde une indication en cas de **sténose** peptique.

**Manométrie œsophagienne** : se discute si on envisage **un geste chirurgical**, peut confirmer une hypotonie du SIO, ou diagnostiquer une éventuelle achalasia.

**Scintigraphie œsophagienne au Technétium 99** : Utilisée chez l'enfant chez qui la pH-métrie est difficile.

Evaluation de la sécrétion gastrique acide et dosage de la gastrinémie

# Stratégie diagnostique

Symptômes cliniques typiques

Symptômes cliniques atypiques

Age < 50 ans  
Signes d'alarme = 0  
(*dysphagie, AMG, anémie  
hémorragie digestive,*)

Age > 50 ans  
Ou Signes d'alarme +

1-Fibroskopie ++

Oesophagite C/D,  
sténose et EBO

Normale ou  
oesophagite A/B

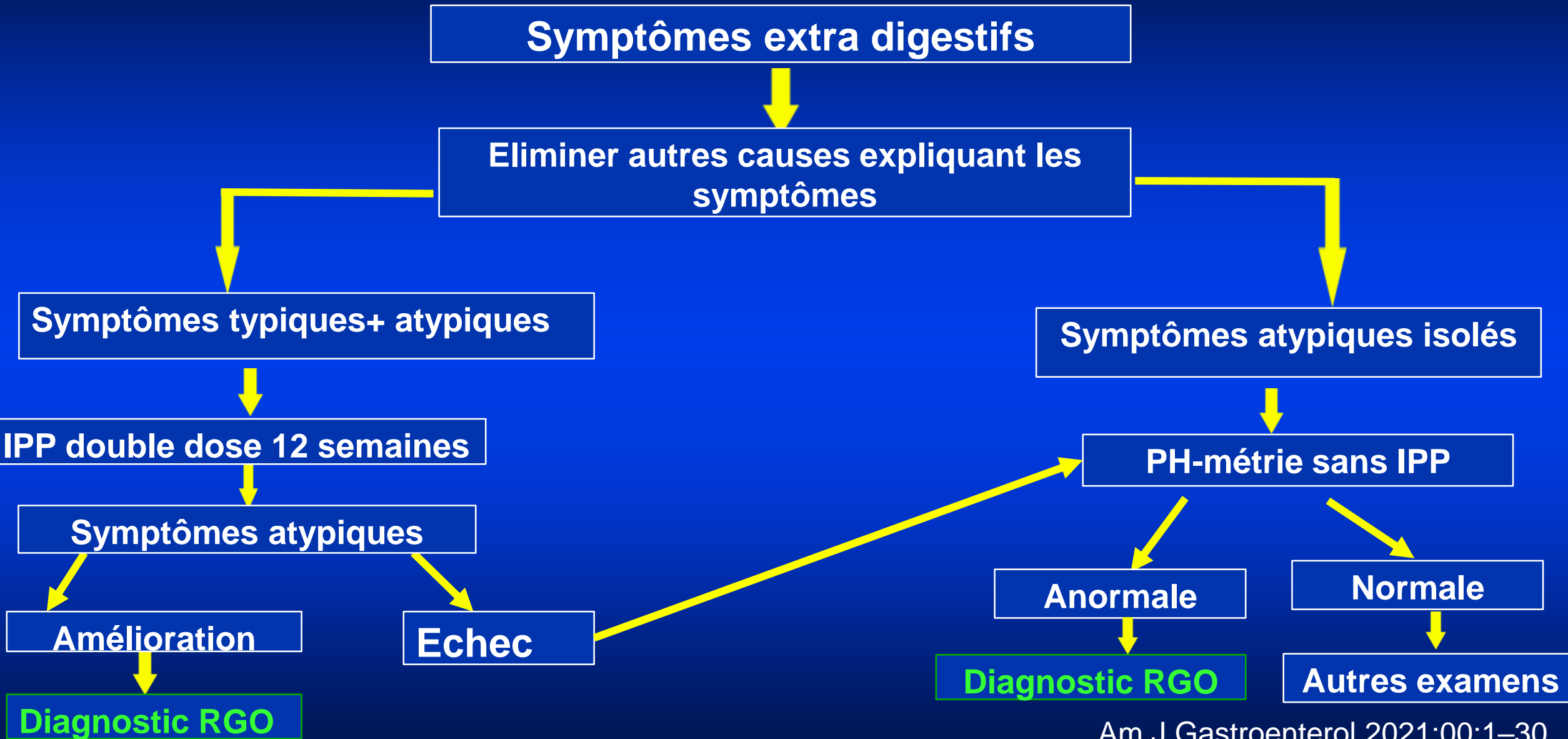
2- PHmétrie ++

3- Autres examens:  
impédancemétrie

Diagnostic clinique ++  
Examens complémentaires = 0  
Ttt d'emblée

Diagnostic RGO

# Stratégie diagnostique



# CAS CLINIQUE

La FOGD réalisée chez Mme révèle une œsophagite stade C de Los Angeles

Question 4: Quelles complications peut-elle encourir?

# Complications

RGO

Œsophagite: 40-50%

Sténose: 10%

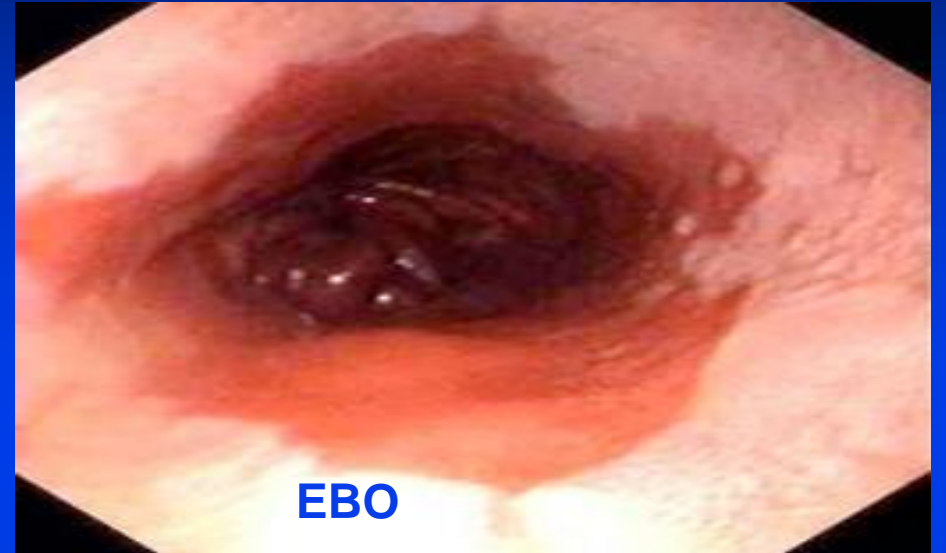
EBO: 5-15%

Ulcère

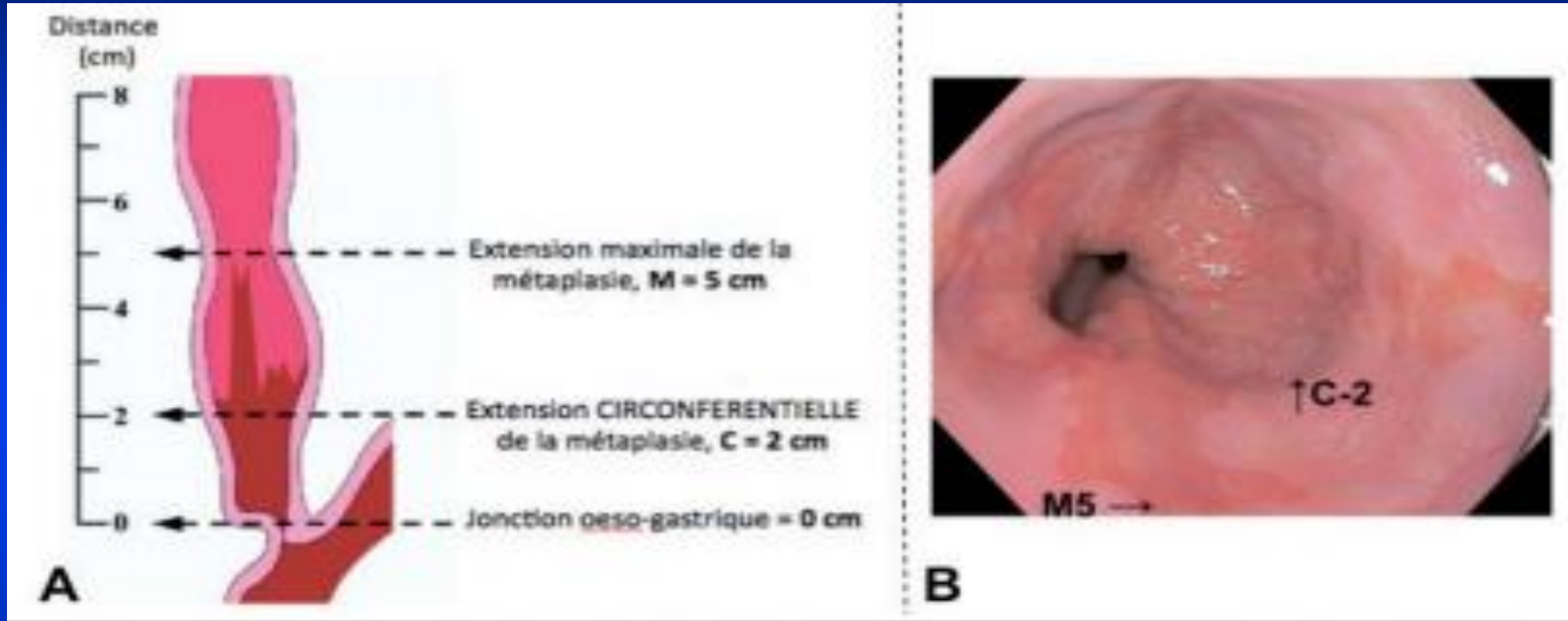
Hémorragie

**Adénocarcinome**  
**1%/an**

# Complications

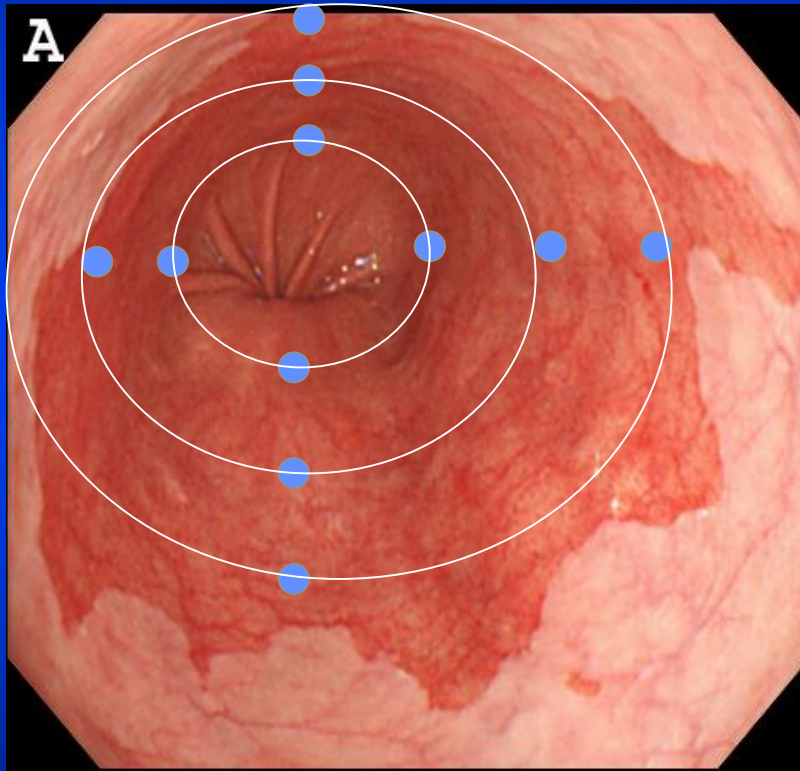


# Endobrachyoesophage: Classification de Prague



La classification internationale de Prague C-M doit être systématiquement utilisée pour décrire un endobrachyœsophage (EBO). Elle définit la distance en centimètres entre le haut des plis gastriques et le haut de la métaplasie intestinale, qu'elle soit circonférentielle (C) ou sous forme de languette (M). Dans cet exemple (A et B), il s'agit d'un EBO classé C2M5. Adapté de Sharma P et al. (9).

# Faire des biopsies protocolaires Seattle



EBO long : 4 biopsies ( chaque quadrant ) Tous les 2 cm  
Chaque étage = tube



EBO court : 2-4 biopsies tous les cm



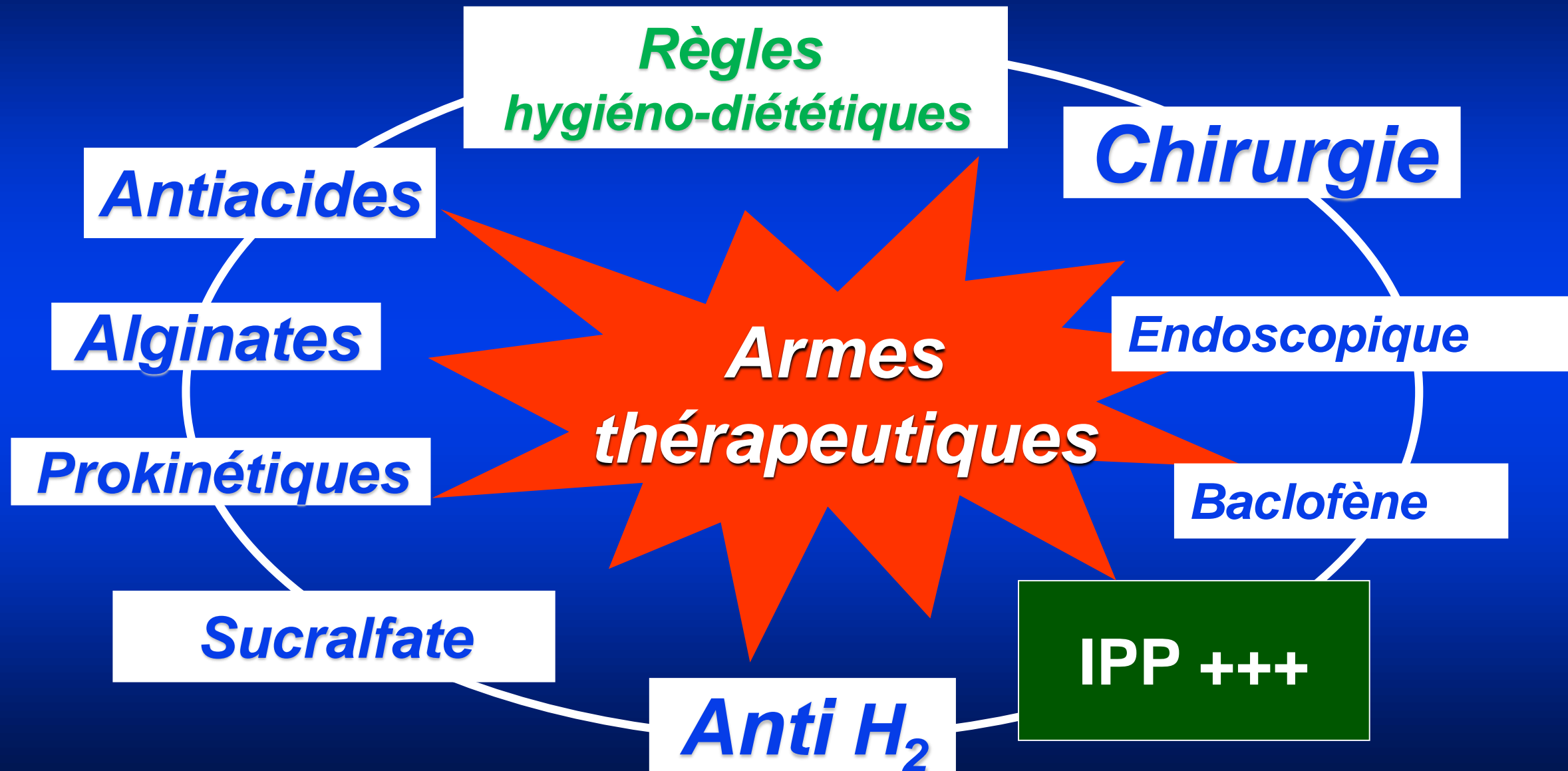
# Quels sont les objectifs du traitement ?

- Soulager les symptômes
- Améliorer la qualité de vie
- Cicatriser des lésions
- Prévenir et traiter des récives et des complications

***Je souffre  
Ma qualité de vie est  
altérée***



# Quelles sont les armes thérapeutiques?

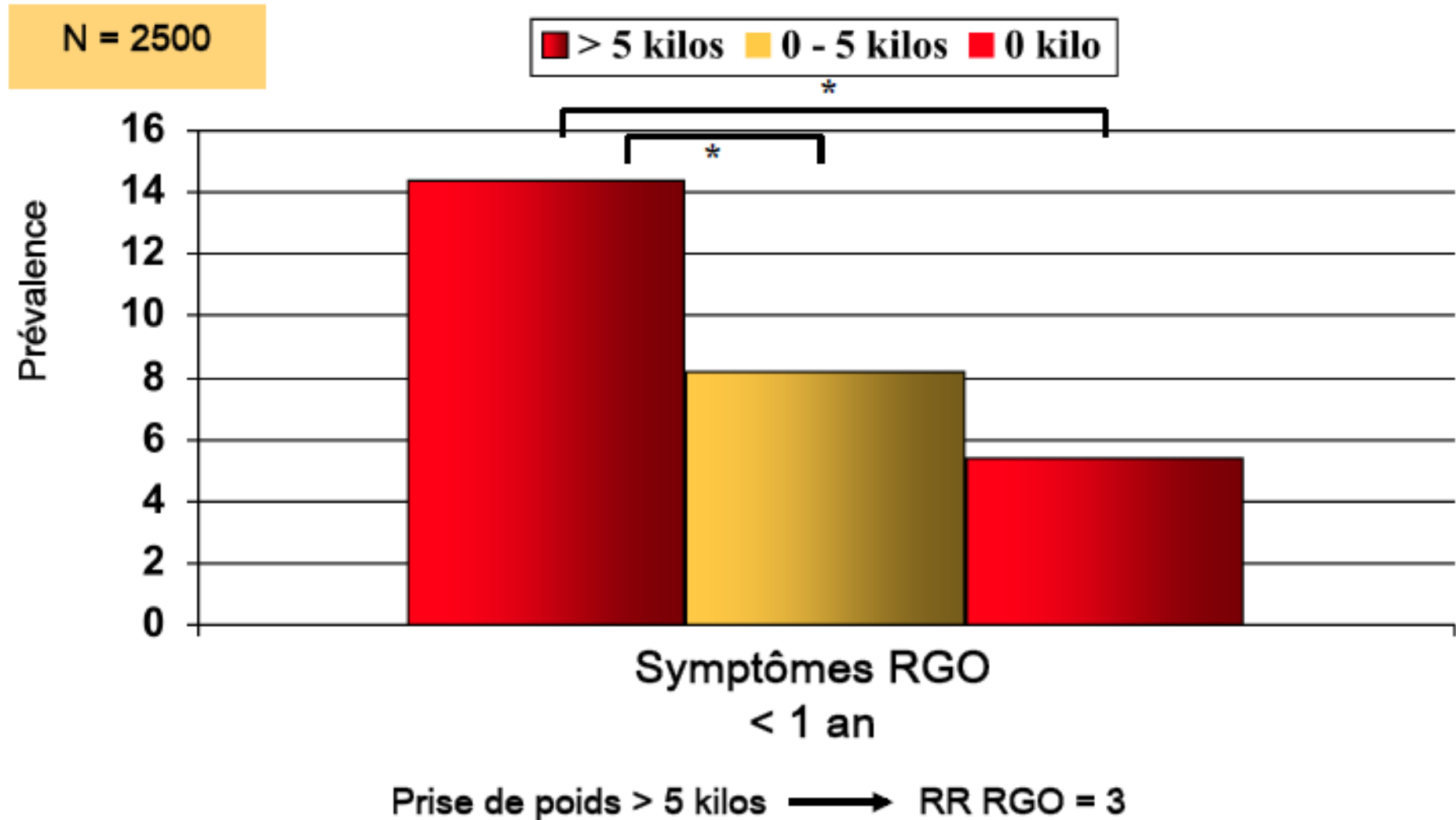


# *Quels sont les conseils à donner à un malade souffrant d'un RGO ?*

## **CONSEILS A DONNER**

1. Surélever le niveau lit (tête) de 15 à 20 centimètres
2. Diminuer le poids si surcharge pondérale
3. Pas de repas copieux surtout le soir, intervalle diner-coucher : 3h
4. Supprimer le tabac et l'alcool
5. Évitez les ceintures et les vêtements serrés, jardiner ou s'allonger après repas

# La prise de poids favorise le RGO même si l'IMC est normal



*Rey et al Am J Gastroenterol 2006*

# *Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)*

Oméprazole

Pantoprazole

Esomeprazole

Lansoprazole

Rabéprazole

# Les IPP ont révolutionné la prise en charge du RGO

	Anti-H2	IPP
Cicatrisés (%)	52 ± 17	84 ± 11
Asymptomatiques (%)	48 ± 15	77 ± 10
Taux de cicatrisation (%/sem)	5,9	11,7
Taux de soulagement (%/sem)	6,4	11,5

*Chiba et al. Gastroenterology 1997*

# Quelle est la place du traitement par IPP au long cours ?

## Deux indications

```
graph TD; A[Deux indications] --> B[Œsophagite sévère ou Compliquée (C/D/EBO)]; A --> C[Rechutes fréquentes ou précoces à l'arrêt du trt  
Altération qualité de vie  
Œsophagite stade A et B]; B --> D[Traitement IPP indéfiniment ou chirurgie anti reflux]; C --> E[Traitement à la demande dose minimale efficace];
```

•Œsophagite sévère ou  
Compliquée (C/D/EBO)

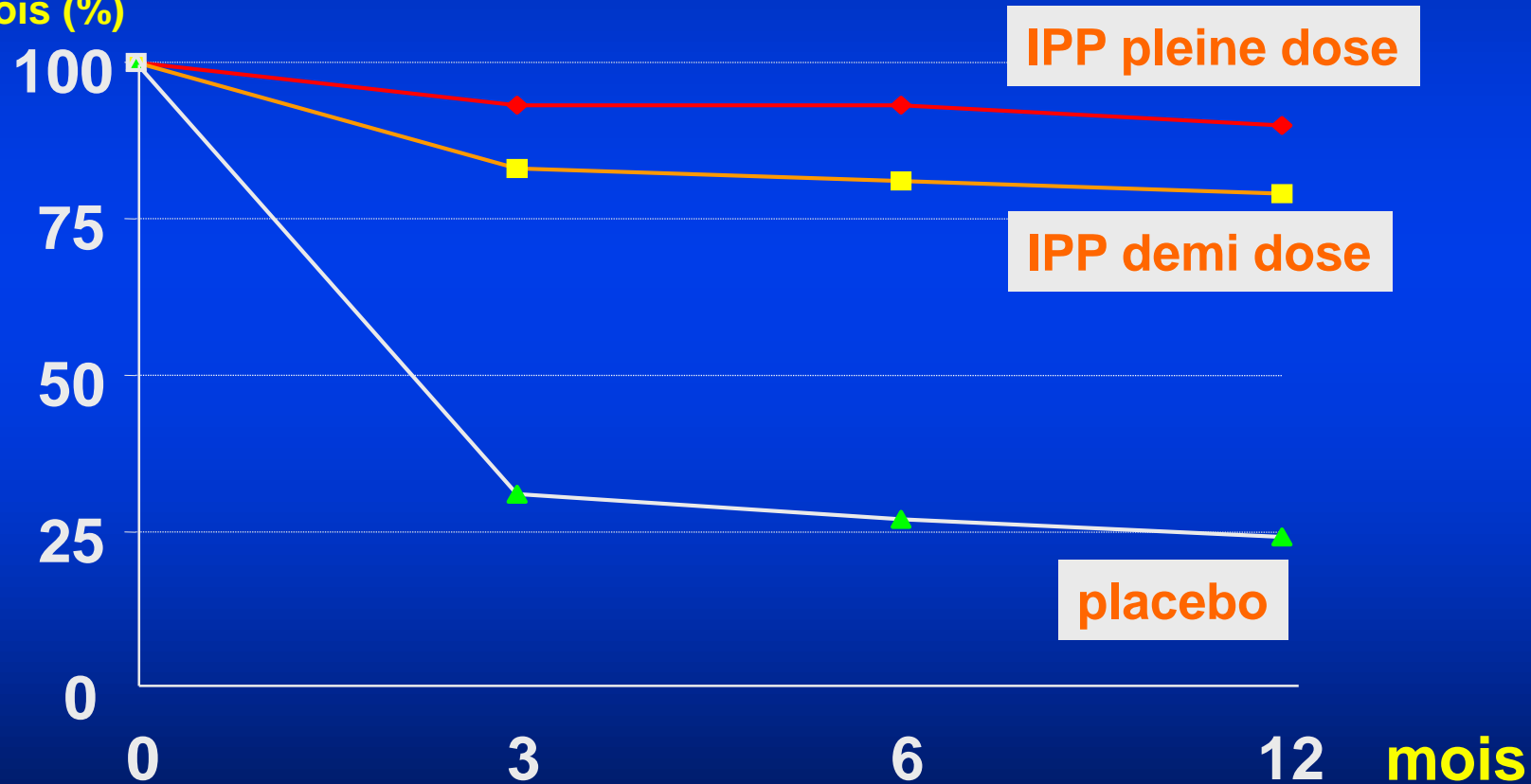
**Traitement IPP  
indéfiniment ou  
chirurgie anti reflux**

*Rechutes fréquentes ou  
précoces à l'arrêt du trt  
Altération qualité de vie  
Œsophagite stade A et B*

**Traitement à la  
demande dose  
minimale efficace**

# Un traitement au long cours à demi-dose diminue le risque de récurrence

Taux de rémission endoscopique à 12 mois (%)



Robinson et al. Ann Int Med 1996;124:859-67.



# Risque du traitement par IPP au long cours

Pas de développement de tumeur endocrine ou d'adénocarcinome  
Pas de malabsorption du fer

## Cependant...

- Infections intestinales et pulmonaires, ILA
- Hypo  $\text{Ca}^{++}$  et  $\text{Mg}^{++}$ ,
- Néphrite interstitielle aiguë réversible sous CTC selon (*Myers & al*)
- Myopathie : polymyosite (292 cas rapportés dans la littérature)
- Risque de fracture ostéoporotique
  - 15 792 cas de fractures ostéoporotiques jumelé à 47 289 cas témoins
    - < 6ans d'IPP aucun lien significatif avec le risque global de fracture ostéoporotique.
    - $\geq 7$  ans d'IPP un risque accru de fractures ostéoporotiques (RC rajusté 1,92, intervalle de confiance IC à 95 %, 1,16–3,18,  $p = 0,011$ )
    - un risque accru de fracture de la hanche après cinq ans ou plus d'exposition (RC rajusté 1,62, IC à 95 %, 1,02–2,58,  $p = 0,04$ )

# Autres Médicaments

## Anti H2

Ils inhibent la sécrétion d'acide chlorhydrique par les cellules pariétales de l'estomac en bloquant les récepteurs membranaires H2 à l'histamine au pôle vasculaire (anti-H2).

Famotidine, Ranitidine, Cimétidine

## PROKINÉTIQUES

Stimulent  
la motricité gastro-œsophagienne,  
Accélère la vitesse de la vidange gastrique

Métoclopramide Dompéridone

## ANTIACIDES

Diminuer ou neutraliser l'acidité du suc gastrique

Maalox, Phosphalugel,  
Rocgel

# Autres Médicaments

## **ALGINATE**

Former un gel surnageant le liquide gastrique réalisant une barrière de protection entre les ions H<sup>+</sup> et la muqueuse œsophagienne.

## **ANTIACIDES + ALGINATES**

Gaviscon ,Topaal

## **BACLOFÈNE**

Limiter les RTSIO

Liorésal

# TROIS SITUATIONS EN PRATIQUE

## **1<sup>ère</sup> situation**

***RGO typique + age < 50 ans + pas de signes d'alarme***

## **2<sup>ème</sup> situation**

***RGO typique + age > 50 ans ou signes d'alarme***

## **3<sup>ème</sup> situation**

***Manifestations atypiques***

**1ère situation**  
**RGO typique rapprochés, alarme(-), <50 ans**

*Endoscopie initiale non  
nécessaire + + +*

**Anti acides ou  
IPP 20mg/j**  
*4 semaines*

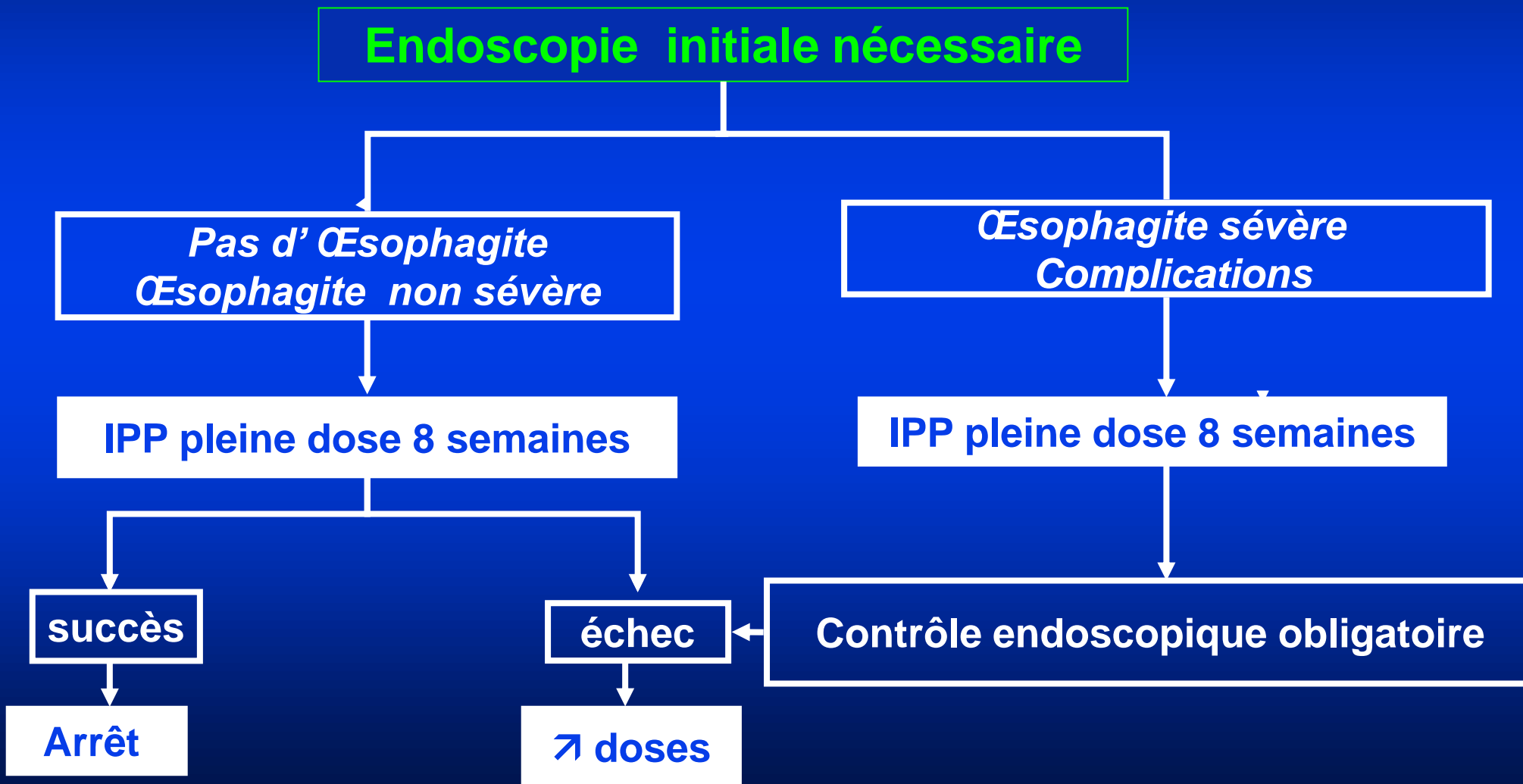
**Succès**

**Arrêt du  
traitement**

**Échec**

**Endoscopie**

**2ème situation**  
**RGO typique + âge >50 ans ou s. alarme(+)**



**3ème situation**  
**MANIFESTATIONS ATYPIQUES**

**ŒSOPHAGOSCOPIE**

**ŒSOPHAGITE**

**PAS D' ŒSOPHAGITE**

**IPP DOUBLE DOSE 4 - 8 SEMAINES**

**PHMÉTRIE**

# RGO refractaire : que faire?

- Définition :

○ Pyrosis persistant et/ou régurgitation malgré 8 à 12 semaines de traitement à double dose d'IPP, RGO documenté antérieurement.



# RGO refractaire : que faire?

- Eliminer :
  - Reflux acide résiduel malgré IPP
  - Reflux non acides
  - Autres troubles œsophagiens: EoE, achalasia, spasme étagé de l'œsophage
  - Troubles non œsophagiens: gastroparésie, maladie cardiaque
  - Troubles fonctionnels œsophagiens (Hypersensibilité aux reflux, pyrosis fonctionnel)

# RGO réfractaire : que faire?

## - Explorations :

- Endoscopie si non faites auparavant après 2-4 semaines d'arrêt d'IPP.
- Biopsies œsophagiennes même si œsophage normal (éliminer EoE)
- PHmétrie-impédance
- Manométrie si endoscopie et PHmétrie-impédance normaux (éliminer TMO)

# RGO réfractaire : que faire?

## - Optimisation :

- Vérifier observance
- Vérifier moment de prise d'IPP
- Reprise et/ou doubler la dose quotidienne
- Changer d'IPP
- Plusieurs passages à un autre IPP ne peuvent être considérés et recommandés

# Quand opérer ou faire un traitement endoscopique?

- Chirurgien expérimenté
- Avoir preuves objectives de RGO
- **Indications**
  - Patients répondeurs aux IPP mais dépendants
  - Œsophagite C/D, sténose
  - RGO résistant aux IPP après exploration méticuleuse
  - Grande hernie hiatale avec régurgitation

# Quel bilan avant chirurgie ou traitement endoscopique?

- Avoir preuves objectives de RGO
- Avoir preuve que les symptômes sont liés au RGO
- Manométrie haute résolution :
  - Exclure achalasie
  - Exclure absence contractilité

# Quel traitement chirurgical ou endoscopique ?

## ➤ Chirurgie

- Gold standard: fundoplicature de Nissen sous coelioscopie
- MSA: alternative au Nissen si régurgitation dominante avec échec IPP

## ➤ Endoscopie

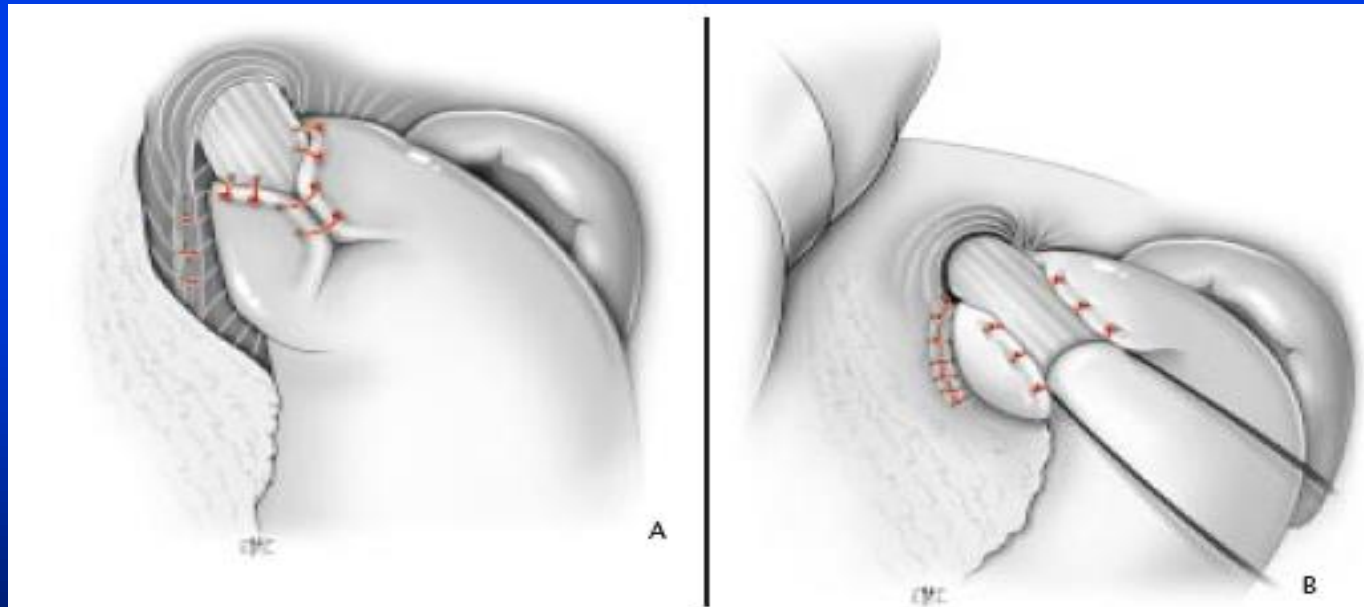
- RGO résistant au traitement médical ne désirant de chirurgie, n'ayant d'oesophagite sévère (C/D) et n'ayant pas d'HH > 2cm.
- Plicature endoscopique

# Traitement chirurgical

Reconstituer une barrière anti-reflux

Fundoplicature: « manchonnage » du bas oesophage par la grosse tubérosité gastrique → valve anti-reflux

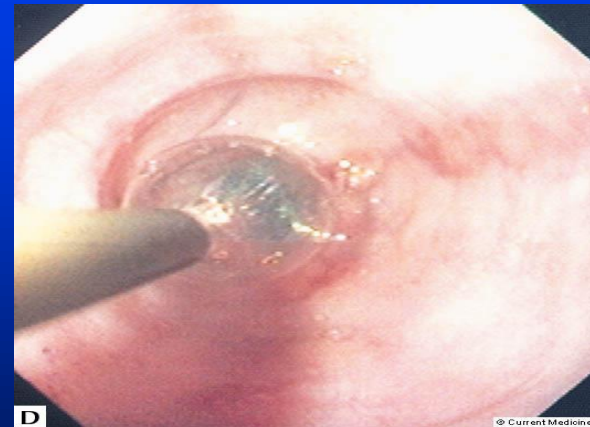
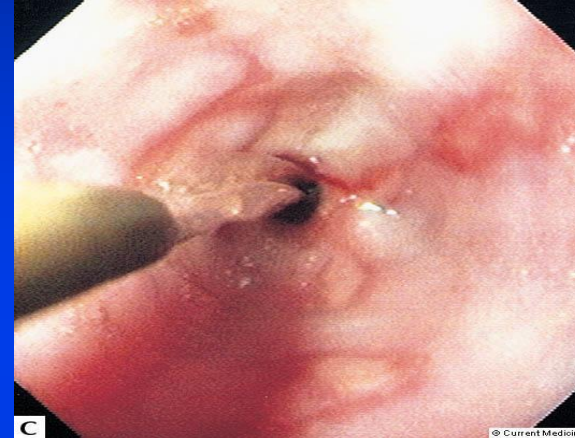
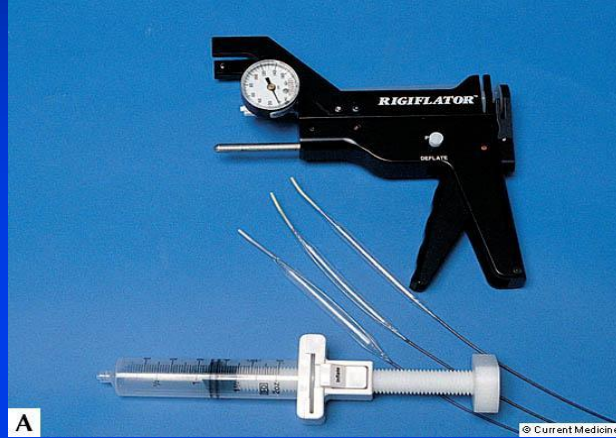
Coelioscopie ++



**Nissen: fundoplicature  
complète (360°)**

**Toupet: fundoplicature  
postérieure (180°)**

# Sténose peptique = Dilatation+ IPP Si échec : chirurgie



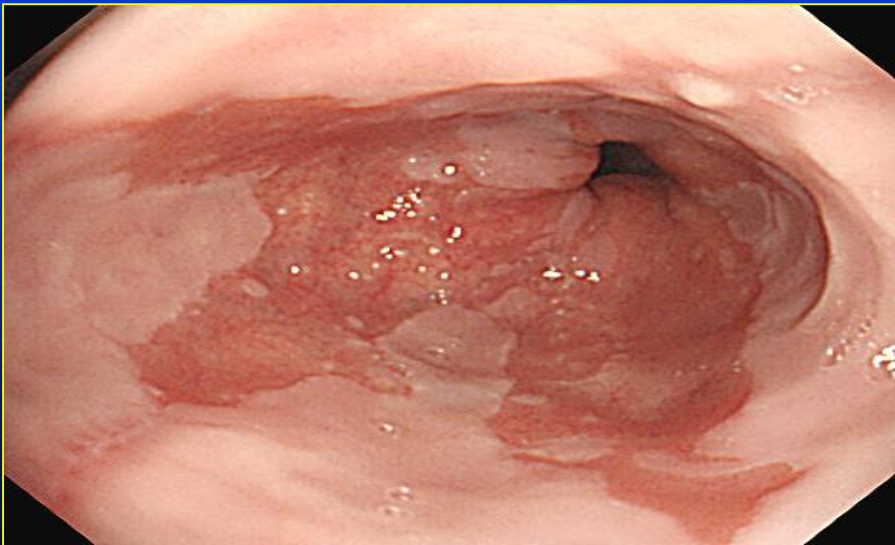


# EndobrachyŒsophage



Pas de dysplasie  
Dysplasie bas grade

- **IPP** (prévention complications )
- traitement endoscopique



Dysplasie haut grade  
confirmée

Opérable: Œsophagectomie  
Inopérable: destruction(plasma argon, laser..)



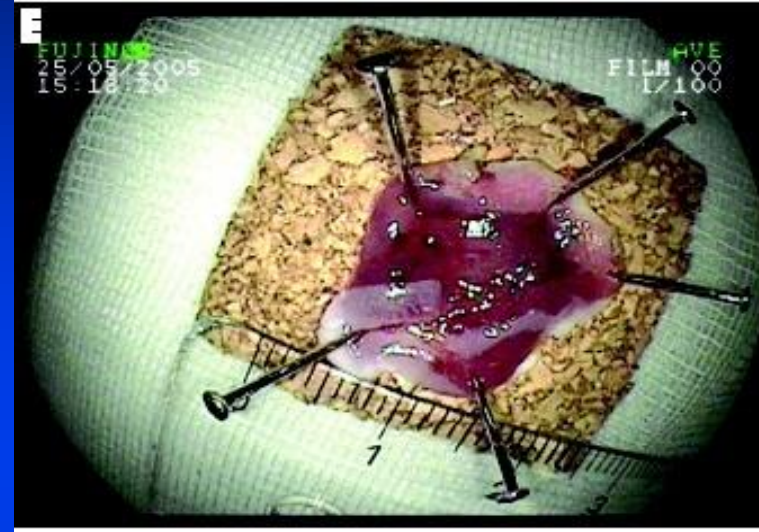
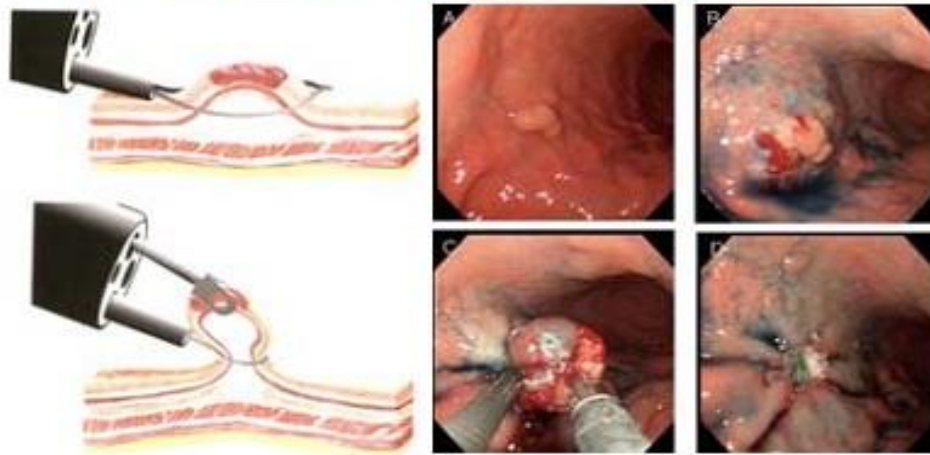
# Endobrachyœsophage

## Destruction thermique

- Radiofréquence HALO
- Photothérapie dynamique

# Résection endoscopique

## ● Injection, soulèvement, section



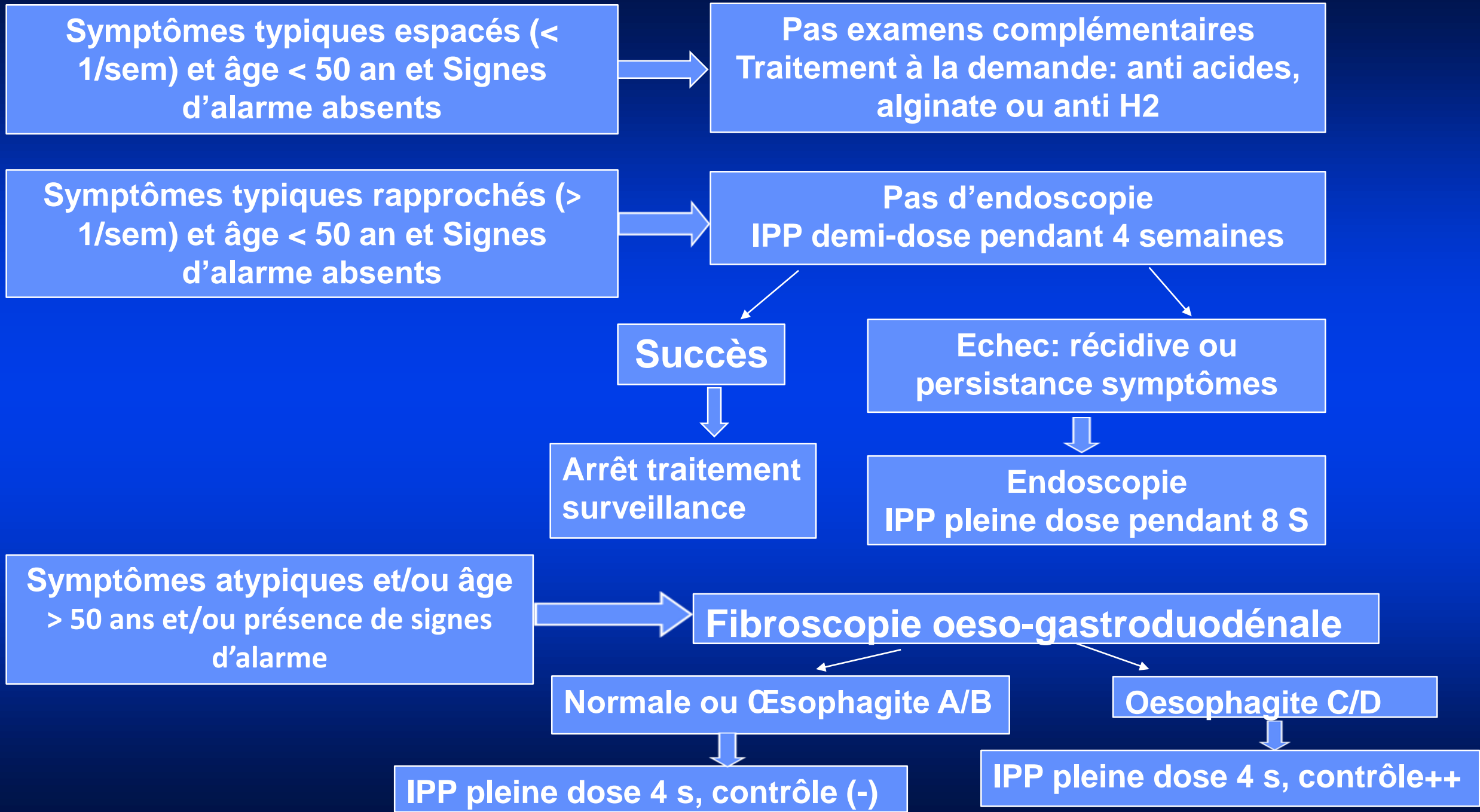
- Mucosectomie+++.
- Dissection sous muqueuse.

Endobrachyœsophage : Surveillance recommandée en fonction de l'étendue de l'EBO et de la présence d'une dysplasie de bas grade ou « indéfini pour la dysplasie » (ESGE 2017)

EBO sans dysplasie	
EBO < 1 cm ou ligne Z irrégulière	Aucune biopsie ou surveillance
EBO ≥ 1 cm et < 3 cm	Gastroskopie, biopsies (Seattle) tous les 5 ans
EBO ≥ 3 cm et < 10 cm	Tous les 3 ans
EBO ≥ 10 cm	Bilan dans un centre expert
EBO avec dysplasie de bas grade ou « indéfini pour la dysplasie »	
Confirmation après double lecture histologique	IPP 6 mois puis EOGD + biopsies Si DBG persistante = DBG « à risque » Bilan dans un centre expert

▪ Toujours se faire aider de la chromo-endoscopie réelle ou virtuelle.

# Algorithme de prise en charge du RGO



# Conclusion

- RGO = pathologie fréquente ⇒ Pb santé publique
- Physiopathologie multifactorielle
- Le diagnostic est le plus souvent facile mais il faut savoir évoquer le diagnostic devant des manifestations atypiques.
- La prise en charge doit être rigoureuse et précoce +++ si OE pour prévenir les complications
- L'évolution est souvent chronique , les complications sont rares mais peuvent être graves.
- Les IPP ont révolutionné la PEC mais attention aux effets indésirables
- La chirurgie a des indications précises
- MSA peut être alternative au Nissen si régurgitation dominante avec échec IPP