



Item268-Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un reflux gastro-oesophagien et une hernie hiatale aux différents âges. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- HAS 09 IPP - CC: RGO / SNFGE / 1999 - RPC: - Polycopiés nationaux: > adulte: item 280 > pédiatrie: item 280	- Prise médicamenteuse / alimentaire - Pyrosis / régurgitations acides - Syndrome postural / post-prandial - Signes atypiques: extra-digestifs (3) - pH-métrie si atypique / en pré-op - Classification de Savary-Miller (4) - Anti-acides ALD: tampons / alginate - Anti-sécrétoires: selon oesophagite - Traitement d'attaque (4-8S) / traitement d'entretien - Traitement chirurgical = fundoplicature - Epaissir / fractionner / verticaliser	- Signes d'alarme (4) = EOGD - Pas d'ex. si typique / < 50ans - EOGD si > 50ans / alarme - EBO = recherche adénoK - Education du patient / MHD - EOGD de contrôle si OS: 3/4 - EOGD répétées si EBO - RGO simple du N: aucun ex. - Pas d'IPP si RGO simple - Eviter prokinétiques / AA - HH asympt. = abstention

A. RGO CHEZ L'ADULTE

Généralités

Epidémiologie

- RGO très fréquent: **30%** de la population générale / seule une minorité consulte
- !! Petit reflux physiologique → RGO pathologique seulement si symptomatique

Facteurs de risque

- **Facteurs favorisants**
 - **Age**: incidence augmente avec l'âge
 - **Hernie hiatale par glissement** (!! ni nécessaire ni suffisante)
 - **Hypotonie du SIO**: aggravée par les médicaments / alimentation (cf infra)
 - **↑ P intra-abdominale**: obésité / grossesse / constipation / gastroparésie
 - **Défaut d'élimination**: hyposialorrhée / troubles moteurs oesophagiens
 - **Asthme**: association fréquente +++ (et RGO aggrave l'asthme)
- **Facteurs aggravants (par hypotonie du SIO)**
 - **Médicaments**: AINS / aspirine / morphine / oestroprogestatifs / théophylline, etc.
 - **Tabac et aliments**: café / graisses / chocolat, etc.

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: facteurs favorisants: hernie hiatale, asthme, obésité, etc
 - **Prises**: prise médicamenteuse +++ / alimentation / alcool

- **Anamnèse:** ancienneté / profil évolutif / facteurs déclenchants
- **Positif: signes fonctionnels de RGO (2×2)**
 - !! suffisent au diagnostic si < 50ans (= pas d'EOGD)
 - **Signes positifs typiques**
 - **Pyrosis:** brûlure rétro-sternale ascendante
 - **Régurgitations acides:** remontées de liquide gastrique au pharynx
 - **Circonstances de survenue**
 - **Syndrome postural:** décubitus (nuit) / antéflexion (« signe du lacet »)
 - **Post-prandial:** aggrave les signes fonctionnels
- **Gravité: signes évoquant un RGO compliqué**
 - → imposent la réalisation d'une **EOGD (A savoir !)**
 - « **Signes d'alarme** » (4; **A savoir !**)
 - **Dysphagie** / odynophagie
 - **Amaigrissement** / AEG / ADP de Troisier
 - **Hémorragie** digestive ou anémie ferriprive
 - **Echec** du traitement ou récurrence précoce
- **Signes atypiques = extra-digestifs**
 - → imposent EOGD puis pH-métrie si EOGD normale
 - **ORL:** laryngite chronique / otalgie réflexe / enrouement / hocquet
 - **Respiratoires:** bronchites / broncho-pneumopathie récidivante / asthme
 - **Cardiaques:** douleur pseudo-angineuse

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif (SNFGE 1999)**
 - **Si RGO non compliqué typique = AUCUN**
 - Le diagnostic d'un RGO non compliqué est **clinique (A savoir !)**
 - **patient < 50ans** et signes fonctionnels typiques = aucun examen
 - **patient > 50ans:** faire EOGD car risque de complications
 - **pH-métrie oesophagienne des 24h**
 - **Indications = limitées +++**
 - Signes cliniques atypique avec EOGD normale
 - RGO atypique résistant au traitement médical / en préop
 - **Critères diagnostiques**
 - pH < 4 pendant ≥ 5% du temps total dans bas oesophage
 - ou 3 épisodes à pH < 4 pendant ≥ 5min
- **Pour rechercher des complications**
 - **Endoscopie oeso-gastro-duodénale (EOGD)**
 - **Indications**
 - **âge > 50ans:** même si RGO typique (car FdR)
 - **signes d'alarme:** cf évoque un RGO compliqué
 - **Objectifs**
 - Recherche oesophagite peptique +/- EBO
 - !! Normale hors complication: inutile pour diagnostic positif
 - **NFS-P** recherche anémie microcytaire ferriprive par hémorragie digestive
- **Si indication: bilan pré-chirurgical**
 - **pH-métrie des 24h:** si EOGD normale pour certitude diagnostique
 - **TOGD:** seulement si sténose infranchissable à la EOGD
 - **Manométrie:** recherche hypotonie du SIO / troubles oesophagiens moteurs
 - **Bilan standard:** hémostase / Cs anesthésie / ECG / Groupe-Rh-RAI / RTx

Evolution

Evolution naturelle

- **Chronique / paroxystique:** poussées +/- longues / en général sensible au traitement (rémission)
- **Bénigne:** !! Le RGO reste bénin (non compliqué) dans la grande majorité des cas

Complications (5)

- **Oesophagite peptique**
 - **Définition:** inflammation de la muqueuse oesophagienne par acidité gastrique
 - **Clinique:** **dysphagie** / odynophagie (donc EOGD si signe d'alarme +++)
 - **Paraclinique = EOGD**
 - **Aspect macroscopique:** érosions / rechercher ulcérations +/- sténose
 - **+/- biopsies:** seulement si: aspect d'EBO (recherche dysplasies) / ID

- **Classification de Savary-Miller** → précise grade de sévérité de l'oesophagite

non sévère	grade 1	■ Erosions unique ou multiples / non confluentes
	grade 2	■ Erosions multiples confluentes / non circonférentielles
sévère	grade 3	■ Erosions multiples confluentes et circonférentielles
	grade 4	■ Oesophagite peptique ulcérée ousténosante ou EBO

- **Classification de Los-Angeles**
- **Endobrachyoesophage (EBO)**
 - **Définition:** métaplasie de épithélium malpighien épidermoïde → intestinal glandulaire
 - **Examen complémentaire = EOGD**
 - **Aspect macroscopique:** épithélium rouge-rosé vif
 - **!! Biopsies:** nombreuses / étagées / dépistage de foyers carcinomateux (**A savoir !**)
 - **Complications de l'EBO**
 - **Ulcérations = ulcère de Barrett** → hémorragies digestives ou sténose peptique
 - **Transformation maligne +++ :** dysplasies puis adénocarcinome de l'oesophage
- **Hémorragies digestives** (cf **Hémorragie digestive.**)
 - Par ulcérations / le plus souvent sur EBO
 - Rarement massives / HD occultes → anémie microcytaire par carence martiale
- **Cancer de l'oesophage**
 - Adénocarcinome du 1/3 inférieur de l'oesophage post-EBO
- **Complications extra-digestives**
 - = **signes clinique atypiques:** ORL / respiratoires / cardiaques (cf supra)
 - **Implication du RGO ssi:** pH-métrie positive + test thérapeutique (IPP/2M) efficace

Traitement

Prise en charge

- En ambulatoire / suivi au long cours
- Education du patient et mesures hygiéno-diététiques (A savoir !)**
- **Mesures posturales**
 - **Surélévation** de la tête du lit de 15cm +++
 - Eviter décubitus post-prandial immédiat (si sieste: attendre ≥ 2h)
 - Eviter surpression abdominale: pantalon serré / flexion du tronc..
- **Mesures alimentaires et tabac**
 - **Arrêt tabac** et alcool
 - **Perte de poids** si surpoids / obésité
 - Eviter aliment favorisant le RGO
- **Mesures médicamenteuses**
 - Eviter médicaments favorisant le RGO (AINS, OP, morphinique)
 - Eviter médicaments favorisant le saignement (AINS et aspirine)

Traitement médicamenteux

- **Anti-acides (symptomatiques)**
 - **Indications**
 - Prescription **systématique** / en auto-médication / à la demande
 - **!!** intervalle de ≥ 2h avant prise d'un autre médicament (↓ absorption)
 - **Anti-acides d'action locale (tampons)**
 - Hydroxydes d'aluminium ou de Mg = effet tampon sur acidité gastrique
 - Ex: Maalox® PO pendant repas +/- répéter si symptomatique (jusqu'à 6x/j)
 - **Alginates (pansement gastrique)**
 - Pansement digestif = forme une pellicule de gel sur liquide gastrique
 - Ex: Gaviscon®: 1 sachet après chaque repas +/- au coucher
- **Anti-sécrétoires gastriques**
 - **Molécules = 2 possibilités**
 - **Anti-histaminiques H2 (anti-H2)**
 - Ex: **ranitidine** (Azantac®) / cimétidine (Tagamet®)
 - « pleine dose » = ranitidine 75-225mg/j

- **Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)**
 - Ex: **oméprazole** (Mopral®) / **ésoméprazole** (Inexium®)
 - « pleine dose » = oméprazole **20mg/j** / ésoméprazole 40mg/j
 - A prendre à jeun avant le petit déjeuner ou 60min avant repas
- **Prescription initiale = traitement d'attaque (de cicatrisation)** (HAS 09)

si pas de EOGD		si EOGD		
RGO < 1x/S	RGO > 1x/S	normale	oesophagite non sévère (1/2)	oesophagite sévère (3/4)
anti-H2 ou anti-acide	IPP 1/2 dose (sauf oméprazole: PD)		IPP pleine dose (sauf oméprazole: PD)	IPP pleine dose (monter à double dose si échec à 4S chez patient traité par oméprazole)
à la demande	4S		4 à 8 S	8S

- **Si traitement initial non efficace**
 - **si oesophagite non sévère:** IPP pleine dose (4S) puis EOGD de contrôle
 - **si oesophagite sévère:** IPP double dose (4S) puis EOGD de contrôle
- **Prévention des récidives = traitement d'entretien (Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte - AFSSAPS 07)**
 - **si absence d'oesophagite**
 - **en 1ère intention:** essai de traitement par IPP à la demande seulement
 - **si rechutes fréquentes:** IPP au long cours à dose minimale efficace (1/2)
 - **si présence d'oesophagite**
 - **non sévère:** IPP à dose minimale efficace seulement si rechutes fréquentes
 - **sévère:** IPP à dose minimale efficace systématique au long cours

Traitement chirurgical

- **Indication:** !! à discuter dès que traitement d'entretien nécessaire (IPP au long cours)
- **Bilan pré-op:** EOGD + manométrie + standard +/- TOGD (cf supra)
- **Modalités: fundoplicature** (de Nissen ou de Toupet) / voie coelioscopique

Traitement des complications

- **Manifestations extra-digestives**
 - Pas de recommandation pour des IPP selon [AFSSAPS 07](#)
 - pour certains: IPP pleine dose pendant 8S: test thérapeutique
- **Oesophagite avec sténose peptique**
 - IPP pleine dose (oméprazole 20mg/j) pendant 8S
 - Dilatation endoscopique au ballonnet (plusieurs séances nécessaires)
- **EBO ulcéré (muqueuse de Barrett)**
 - Traitement habituel (!! pas d'IPP au long cours ni de chirurgie) / surveillance +++
- **Adénocarcinome épidermoïde:** cf. [Tumeurs de l'œsophage](#).

Surveillance

- **Si RGO non compliqué ou oesophagite grade I/II (peu sévère)**
 - **Pas de EOGD** de contrôle à S4
- **Si oesophagite grade III/IV (sévère: lésions circonférentielles)**
 - **EOGD** de contrôle à S8
- **Si EBO: surveillance rapprochée EOGD + biopsies**
 - **Si pas de dysplasie:** EOGD 1x/2ans
 - **Si dysplasie de bas grade:** EOGD 1x/6M pendant 1an puis 1x/an
 - **Si dysplasie de haut grade ou adénocarcinome:**
 - **Confirmation** par 2 examens différents, 2 anatomopathologistes indépendants
 - **Traitement chirurgical +++ si confirmation** (après RCP)

B. RGO CHEZ LE NOURRISSON

Généralités

- Très fréquent: 10 à 20% des nourrissons / quasi-physiologique +++
- Dans la grande majorité des cas « RGO simple » = régurgitations banales
- Résolution spontanée au cours de la 1ère année dans 80% des cas

Diagnostic

Formes cliniques

- **RGO simple +++**
 - Régurgitations de lait: non bilieux / non sanglants / non douloureux
 - En général en post-prandial immédiat / aux changements de position
 - **Isolé (A savoir !)**: pas de signes extra-digestifs / pas de retentissement +++
- **RGO compliqué: signes de gravité (5)**
 - **Oesophagite peptique**
 - Régurgitations douloureuses / **hématémèse**
 - Refus des biberons avec pleurs per prandiaux
 - **Retard** staturo-pondéral
 - **Formes extra-digestives**
 - **ORL**: laryngite / **otites** / rhinopharyngites à répétition
 - **Respiratoire**: toux (nocturne) / bronchite à répétition / **asthme**
 - **Malaises du nourrisson**: !! RGO = diagnostic d'élimination (cf **Malaise grave du nourrisson et mort subite.**)

Examens complémentaires

- **En cas de RGO simple isolé** = AUCUN (A savoir !)
- **En cas de RGO compliqué** = indications précises
 - **EOGD**: **seulement** en cas de signe évocateur d'oesophagite (hématémèse ++)
 - **pH-métrie des 24h**: RGO atypique non extériorisé / positif si pH < 4 sur ≥ 5%
 - **TOGD**: RGO sévère résistant au traitement (exceptionnel)
 - **Manométrie**: RGO sévère résistant au traitement (exceptionnel)

Traitement

RGO non compliqué

- **Information et éducation des parents**
 - **Rassurer les parents +++** : très fréquent / bénin / transitoire
 - Signes d'oesophagite: hématémèse / refus des biberons
- **Mesures hygiéno-diététiques en 1ère intention**
 - discutées +++ (ECN 11)
 - **Eventuellement orthostatisme dorsal** (ECN 11)
 - **Epaissir le lait** : sanctionné ECN 11 (MZ) , surtout ne pas arrêter allaitement maternel
 - **Réduction volumes biberons** (seulement si ils étaient trop volumineux)
 - **Surélévation tête du lit**
 - **Lutte contre tabagisme passif**: pas vraiment en rapport avec RGO mais indispensable si parent fumeur / sevrage
- **Traitement médicamenteux: en 2nde intention seulement**
 - Doit être très limité si pas d'oesophagite: seulement si échec des MHD
 - **Pansements gastriques**: gel de Polysilane®: 1 noisette en post-prandial
 - +/- **Prokinétiques**: métoclopramide (Primpéran®): 5 gouttes/kg/j (**discuté**)
 - !! **Jamais** d'IPP sur un RGO non compliqué (MZ ECN 11)

RGO compliqué

- **Anti-acides et MHD**
 - **MHD**: [épaissir / fractionner / verticaliser / éviction tabagisme]
 - **Anti-acides**: gel de Polysilane® / Gaviscon®
 - **Prokinétiques**: cisapride (ECG / hospitalier) / dompéridone: discuté ++
- **Si oesophagite prouvée (EOGD)**
 - Traitement anti-sécrétoire = **IPP**: oméprazole **1mg/kg/J** pendant 4 à 6 semaines
- **Si RGO sévère résistant**
 - discuter traitement chirurgical (exceptionnel): fundoplicature de Nissen

Surveillance

- Clinique seulement: fréquence et aspect des régurgitations / état général
- **Pas** de pH-métrie ni de EOGD pour contrôle (RMO = A savoir !)

C. HERNIE HIATALE

Généralités

Définition

- Protrusion du fundus dans la cavité thoracique à travers le hiatus oesophagien
- !! Très fréquent: touche 5% de la population générale / incidence ↑ avec âge
- Dans l'immense majorité des cas = asymptomatique et bénin: abstention +++

Deux types d'hernies hiatales

- **par glissement (75% des cas)**
 - le cardia remonte en position intra-thoracique
 - angle de His ouvert = **aggrave un RGO** pré-existant (mais ni nécessaire ni suffisant!)
- **par roulement (25% des cas)**
 - le cardia reste en position intra-abdominale
 - angle de His fermé = **ne favorise pas le RGO**
 - Mais compression organes de voisinage en post-prandial possible

Diagnostic

Examen clinique

- Asymptomatique +++
- **Si HH par roulement importante = compression des organes de voisinage possible:**
 - Epigastralgies +/- dI basIT
 - Satiété pécoce
 - Toux / dyspnée / palpitations
 - Survient en post-prandial
 - Cède à la marche ou si manoeuvre de contorsion

Examens complémentaires

- **Radiographie thoracique**
 - Découverte fortuite dans la plupart des cas +++
 - = poche a air gastrique en position intra-thoracique
- **!! Pas d'indication à d'autres examens (A savoir !)**

Complications

Reflux gastro-oesophagien

- Si hernie hiatale par glissement seulement +++

Etranglement herniaire +/- volvulus

- Si hernie hiatale par roulement seulement +++
- !! Urgence chirurgicale

Hémorragie digestive

- Anémie ferriprive par saignement asymptomatique fréquent
- Rarement: hématurie, méléna

Traitement

Hernie hiatale par glissement

- Abstention thérapeutique +/- traitement d'un RGO
- si traitement chirurgical du RGO: NPO traitement de l'hernie hiatale en simultanée

Hernie hiatale par roulement

- **Traitement seulement si** complication ou symptômes invalidants
- Traitement chirurgical: réduction et gastropexie

Synthèse pour questions fermées

Quel est l'intérêt de l'EOGD pour le diagnostic du RGO ?

Réponses acceptées : - Aucun- Ou recherche de complications (oesophagite, sténose peptique, EBO)

Quelle est la mesure thérapeutique à proposer devant un RGO simple du nourrisson ?

- Rassurer les parents (ECN 11)