MedWiki-DZ (https://www.medwiki-dz.com/)

Manifestations respiratoires du Reflux Gastro-Oesophagien

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35 - Imprimé le : 2024/09/16 13:38



Table des matières

Manifestations respiratoires du Reflux Gastro-Oesophagien	
Manifestations respiratoires du Reflux Gastro-Oesophagien	1
1. Introduction	1
2. Prévalence du RGO	1
3. Physiologie de l'œsophage	
4. Physiopathologie du RGO	
5. Mécanisme d'action du RGO	
6. Manifestations respiratoires du RGO	2
7. Asthme et RGO	3
7.1. Fréquence	3
7.2. Pathogénie	3
7.3. Diagnostic du RGO	3
7.4. Relation asthme/RGO	
8. Traitement du RGO	4
8.1. Buts	4
8.2. Moyens	
8.3. Indications et Résultats	

Manifestations respiratoires du Reflux Gastro-Oesophagien

Objectifs pédagogiques :

- Savoir diagnostiquer un RGO et une hernie hiatale aux différents âges
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient
- Connaitre la pathologie du syndrome asthmatique induit par le RGO
- Connaitre la pathologie de la toux induite par le RGO
- Connaitre les autres manifestations respiratoires au cours du RGO (toux, DDB, bronchiolite oblitérante, fibrose...)

1. Introduction

- RGO associer à de nombreuses affections respiratoires et ORL (BPCO, asthme, DDB, atélectasie, pneumonies, fibrose, atteintes ORL surtout chez l'enfant)
- Interactions pas totalement claires

2. Prévalence du RGO

- USA : 20% de la population présente des brulures d'estomac
- Enfant avec symptômes respiratoires : RGO retrouvé dans 46 à 75% des cas

3. Physiologie de l'œsophage

1. Sphincter inférieur :

- Haute pression constante (15 à 30 mmHg)
- Reflux physiologique bref, post-prandial ou durant le sommeil
- Les aliments et certains médicaments ont un rôle sur le tonus

2. Activité péristaltique

3. Sphincter supérieur et reflux de fermeture glottique :

- Empêche toute fausse route (à l'état de veille)
- Intervient quand les 2 premiers mécanismes sont dépassés

4. Physiopathologie du RGO

1. Baisse de pression du SIO:

• Cause principale, peut être permanente ou transitoire (sommeil, jeûne)

2. Anomalies anatomiques:

- Pas systématiques (on peut avoir un RGO sans anomalie anatomique)
- Hernie hiatale : favorise le RGO, mais n'est pas indispensable

3. Facteurs mécaniques :

- Tout ce qui entraine un étirement de la jonction œso-gastrique (traumatisme thoracique, distension pulmonaire, obésité)
- 4. Diminution du péristaltisme : bronchite chronique, asthme
- 5. Œsophagite
- Condition de vie et facteurs iatrogènes: tabac, alcool, caféine, prostaglandine, morphine, et surtout théophylline et béta-2 mimétiques ⇒ réduisent la pression du SIO

5. Mécanisme d'action du RGO

1. Aspiration du contenu gastrique :

- Régurgitation acide :
 - Loin des repas
 - Conséquences selon le pH et la quantité :
 - pH > 4 ⇒ effets identiques à inondation aqueuse
 - pH < 1,5 ⇒ peut être mortel
 - Réflexe tussigène, bronchospasme, lésions bronchiques avec DDB
- Régurgitation de particules alimentaires :
 - Près des repas
 - Obstruction bronchique brutale, atélectasies, suppurations

2. Réflexe œso-bronchique :

 Excitation des récepteurs vagaux du bas œsophage ⇒ peut entrainer une bronchoconstriction (arc réflexe)

3. Autres mécanismes :

 ○ Œsophagite ⇒ facilite le contact entre Ag alimentaires régurgités et cellules immunitaires ⇒ production anormale d'IgE ⇒ mécanisme possible de l'asthme dans le RGO

6. Manifestations respiratoires du RGO

1. La toux (manifestation bénigne) :

 Toux quinteuse nocturne ou spasmodique de décubitus ⇒ plus fréquente (20% des cas)

- Accès durant de 1 à 5 minutes
- Avec parfois des brûlures œsophagiennes

2. Manifestations broncho-pulmonaires:

- Dépendent de l'importance de la régurgitation, de sa fréquence et du degré de pénétration des VA; manifestations variées:
- Broncho-pneumopathies aiguës : plus fréquentes à droite qu'à gauche, récidivantes parfois
- Bronchopathies chroniques :
 - RGO retrouvé dans jusqu'à 56% des bronchites chroniques
- Fibroses pulmonaires :
 - Peut provoquer des PID d'apparence primitive, souvent sévère, voir mortelle en quelques années
 - Clinique se résumant à une toux nocturne, lésions radiologiques surtout aux bases (puis s'étendent)
 - Signes digestifs peu marqués : RGO peut être absent, mais hernie hiatale souvent présente

7. Asthme et RGO

7.1. Fréquence

 30 à 67% des asthme sévères sont associés à un RGO (5 fois plus que la population générale)

7.2. Pathogénie

1. Action du RGO sur l'arbre trachéo-bronchique :

- Majoration de l'HRB (acidité), qui doit être déjà pré-existante
- Réflexe vagal œso-bronchique bronchoconstricteur (récepteurs vagaux du bas oesophage)

2. Rôle de l'asthme sur le RGO:

- Distension thoracique et relâchement du SIO
- Médicaments de l'asthme (théophyllie, béta-2 mimétiques)

7.3. Diagnostic du RGO

- Clinique
- pH-métrie (brève ou des 24h) haute sensibilité et spécificité
- Endoscopie digestive (lésion d'œsophagite, biopsies)
- Examen ORL

- Transite œso-gastrique (voie la hernie hiatale, la malformation cardio-tubérositaire et le reflux) sensibilité variable
- Manométrie du œsophagienne, peu sensible
- Test de perfusion acide (test de Bernstein)
- Scintigraphie œso-gastrique

7.4. Relation asthme/RGO

- Très suspecte devant :
 - Déclenchement postural des crises, prédominance nocturne, précession par des quintes de toux
 - Bronchorrhée importante au cours et en dehors des crises
 - Douleurs rétrosternales

Asthme provoqué par le RGO :

- Très rare, la cure chirurgical guérit l'asthme
- C'est un asthme intrinsèque
- Asthme sévère, peu sensible aux traitements
- Apparition de signes digestifs avant les signes respiratoires (plusieurs mois/années)
- o Déclenchement positionnel net, ou après un repas copieux
- Parfois, débris alimentaires à l'endoscopie bronchique

• Asthme compliqué de RGO :

- Plus fréquent
- Signes respiratoires d'abord puis digestifs
- Mécanismes de survenue du RGO non parfaitement compris :
 - Étirement de la jonction gastro-œsophagienne et ouverture de l'angle de HIS (distension pulmonaire et abaissement du diaphragme)
 - Rôle du diaphragme
 - Rôle des médicaments (théophylline, béta-2 mimétiques)
- Le RGO aggrave l'asthme, parfois sans raison apparente (RGO asymptomatique) : crises nocturnes, traitement inefficace ⇒ traiter le RGO

8. Traitement du RGO

8.1. Buts

- Réduire l'action de l'acidité gastrique
- Éviter l'augmentation de pression intra-gastrique
- Restaurer le tonus du SIO
- Accélérer la clairance œsophagienne

8.2. Moyens

- 1. **Règles hygiéno-diététiques :** pas de repas copieux la nuit, surélévation de la tête du lit, supprimer les déclencheurs (graisses, alcool, chocolat, café)
- 2. Traitement médical: anti-acides, anti-sécréteurs
- 3. Traitement chirurgical: restaure le dispositif anti-reflux de la jonction œso-gatrique

8.3. Indications et Résultats

• Traitement médical :

- Doit être entrepris devant tout asthme sévère avec signes évocateur de RGO
- Résultats partiels, d'autant plus que l'asthme est ancien
- HRB persiste malgré la disparition des signes digestifs

• Traitement chirurgical:

- Peut guerir totalement l'asthme (quand il est causé par le RGO) ; la disparition de l'HRBNS est lente (3 à 6 mois)
- Bonne amélioration quand le RGO est secondaire
- Mais l'amélioration est souvent temporaire (lâchage du dispositif chirurgical après quelques années) ⇒ chirurgie proposée seulement aux asthmes sévères compliqués d'un RGO et d'une œsophagite