# REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN (RGO)

Remontée involontaire d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, sans effort de vomissement.

## DÉFINITION

Ce phénomène survient lorsque les mécanismes empêchant normalement le reflux du contenu gastrique vers l'œsophage sont insuffisants.

2 situations : physiologique ou pathologique.

## SIGNES CLINIQUES

**Signes typiques**

- Pyrosis : sensation de brûlure rétrosternale ascendante
- Régurgitations : remontée involontaire du contenu gastrique dans l'oesophage

**Manifestations atypiques ou extra-oesophagiennes**

- Toux chronique, notamment nocturne
- Enrouement ou dysphonie
- Irritation pharyngée, sensation de gêne dans la gorge
- Douleurs thoraciques

## ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

**Signes d'alarme**

- Dysphagie
- Odynophagie
- Amaigrissement involontaire
- Hématémèse
- Meléna
- Anémie inexpliquée
- Vomissements persistants

La sévérité du RGO s'apprécie également à travers la fréquence et l'intensité des symptômes, leur retentissement sur l'alimentation, la présence de troubles de sommeil, l'altération de la qualité de vie et la persistance des symptômes malgré un traitement.

## DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

**Pathologies digestives**

- Ulcère gastroduodénal
- Dyspepsie fonctionnelle
- Troubles moteurs oesophagiens
- Oesophagite à éosinophiles

**Pathologies cardiovasculaires** : certaines pathologies cardiaques, notamment le syndrome coronarien aigu, peuvent provoquer des douleurs thoraciques ou épigastriques ressemblant à des brûlures digestives.

## PHYSIOPATHOLOGIE

Le principal mécanisme correspond à des **relaxations transitoires du sphincter inférieur de l'œsophage**, survenant indépendamment de la déglutition et permettant la remontée du contenu gastrique. D'autres mécanismes peuvent favoriser le reflux :

- Diminution de la pression du sphincter inférieur de l'œsophage.
- Augmentation de la pression intra-abdominale.
- Présence d'une hernie hiatale.
- Retard de la vidange gastrique dans certaines situations.
- Diminution de la clairance œsophagienne, prolongeant le contact entre le contenu gastrique et la muqueuse.

## TRAITEMENTS

**Mesures hygiéniéno-diététiques** : alimentation, positionnement après repas, encourager la perte de poids, favoriser l'arrêt du tabac et limiter l'alcool.

**Traitements médicamenteux**

- Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : traitement de référence lorsqu'un traitement antisécrétoire est nécessaire.
- Antiacides : neutralisent temporairement l'acidité gastrique.
- Alginates : forment une barrière au-dessus du contenu gastrique.
- Antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine : diminuent la sécrétion d'acide gastrique (place plus limitée que celle des IPP).

**Traitement chirurgical** : rarement nécessaire. Il peut être envisagé chez certains patients présentant un reflux gastro-œsophagien confirmé, notamment en cas de symptômes persistants malgré un traitement médical optimisé.

## FACTEURS DE RISQUE

**Facteurs individuels et anatomiques**

- Surpoids et obésité
- Grossesse
- Hernie hiatale

**Habitudes alimentaires et modes de vie**

- Repas copieux notamment le soir
- Position allongée rapidement après un repas
- Alimentation riche en graisses
- Tabagisme
- Consommation d'alcool

## DIAGNOSTIC

Le **diagnostic est généralement clinique** lorsque le patient présente des symptômes typiques (pyrosis et régurgitations), sans signe d'alarme.
Un traitement d'épreuve par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) peut être proposé. Une amélioration des symptômes renforce la suspicion de RGO, sans constituer une preuve diagnostique formelle.

**Fibroscopie digestive haute**

**pH-métrie oesophagienne** : mesure l'exposition de l'oesophage à l'acidité sur une période prolongée.

**Manométrie oesophagienne** : mesure les pressions et étudie la motricité de l'oesophage.

## COMPLICATIONS ET ÉVOLUTION

**Complications**

- Oesophagite peptique
- Hémorragie digestive
- Sténose peptique
- Oesophage de Barrett

**Évolution** variable :

- Forme occasionnelle : symptômes intermittents, généralement soulagés par les mesures hygiéno-diététiques ou un traitement ponctuel.
- Forme chronique : symptômes persistants ou récidivants, pouvant nécessiter un traitement prolongé.
- Forme compliquée : apparition de lésions œsophagiennes nécessitant une prise en charge spécifique.