

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

Manifestations respiratoires du Reflux Gastro-Oesophagien

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

MedWiki-DZ :

Manifestations respiratoires du Reflux Gastro-Oesophagien

https://medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:manifestations_respiratoires_du_reflux_gastro-%C5%93sophagien

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:35** - Imprimé le : **2026/01/25 20:10**



Table des matières

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

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
- Connaître la pathologie du syndrome asthmatique induit par le RGO
- Connaître la pathologie de la toux induite par le RGO
- Connaître 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 brûlures 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 entraîne un étirement de la jonction œso-gastrique (traumatisme thoracique, distension pulmonaire, obésité)
4. **Diminution du péristaltisme :** bronchite chronique, asthme
5. **Œsophagite**
6. **Condition de vie et facteurs iatrogènes :** tabac, alcool, caféine, prostaglandine, morphine, et surtout théophylline et bêta-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 vagues du bas œsophage ⇒ peut entraîner 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 vagues du bas oesophage)

2. Rôle de l'asthme sur le RGO :

- Distension thoracique et relâchement du SIO
- Médicaments de l'asthme (théophyllie, bêta-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 chirurgicale 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)
 - 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, bêta-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 guérir 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