

Un homme de 40 ans se présente à votre consultation pour des brûlures épigastriques. Il n'a pas d'antécédent particulier.

Ses brûlures surviennent après les repas, sont favorisées par le décubitus et par la position "penché en avant". Elles remontent parfois derrière le sternum avec irruption de liquide acide dans la bouche. Le passage du bol alimentaire est normal.

L'examen clinique est normal, en particulier sur le plan digestif.

Quel est la dénomination du symptôme décrit

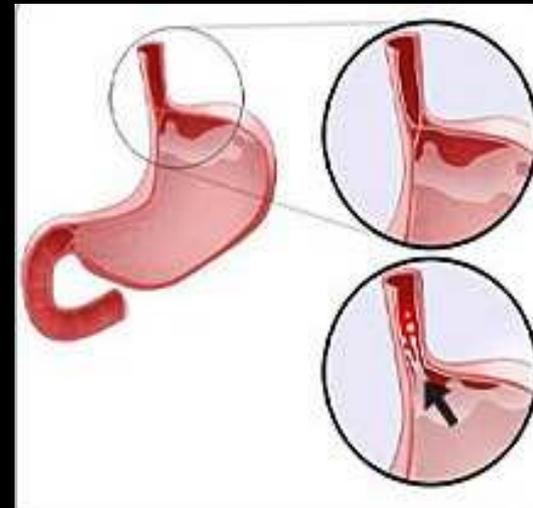


REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

SF: **PYROSIS**: douleur épigastrique à type de brûlures avec topographie rétrosternale et régurgitations acides,

FF: post-prandial immédiat, antéflexion

TERRAIN: obésité

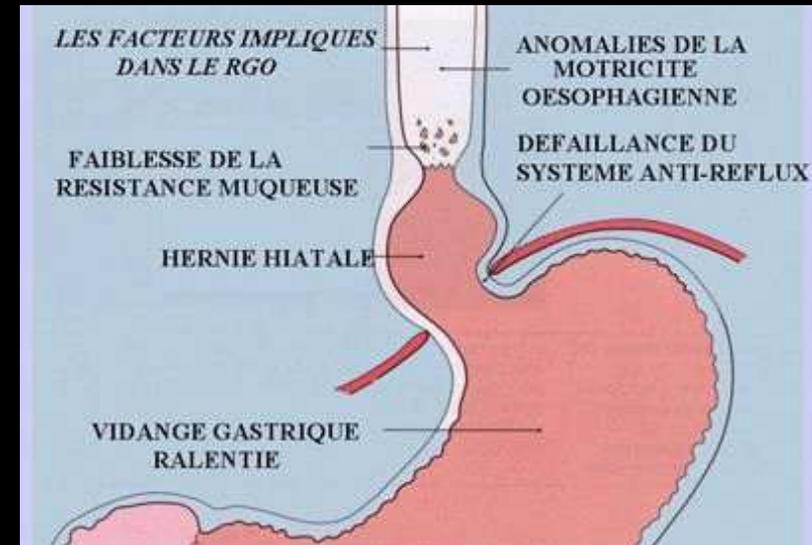


2. QUEL TRAITEMENT LUI PRESCRIVEZ-VOUS



2.1 REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

- Arrêt de l'alcool et du tabac.
- Perte de poids
- Surélévation de la tête du lit de 20cm
- Suppression du décubitus post-prandial
- Eviter les efforts abdominaux en particulier thorax penché en avant (ex jardinage)
- Arrêt des aliments favorisants (graisse, café, thé, chocolat...)
- Suppression des médicaments réduisant la tonicité du SIO: théophylline, inhibiteurs calciques...



2.2 TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

- Anti-acides (Phosphalugel®) ou alginates (Gaviscon®)
- Antisécrétoires de type Anti-H2 en 2 prises: cimétidine (Tagamet®), ranitidine (Azantac®, Raniplex®), famotidine (Pepdine®), nizatidine (Nizaxid®)
ou de type IPP en 1 prise pendant 4 semaines et plus efficaces car inhibition plus importante et plus prolongée de la sécrétion gastrique acide sans perte d'efficacité dans le temps: ex Mopral 20mg 1cp/jour
- Prokinétiques

Votre traitement est efficace.

Six mois plus tard, il reconsulte pour des douleurs lors du passage du bol alimentaire. Ces douleurs sont rétrosternales basses à type de brûlures. Parfois les aliments solides se bloquent et le patient régurgite.

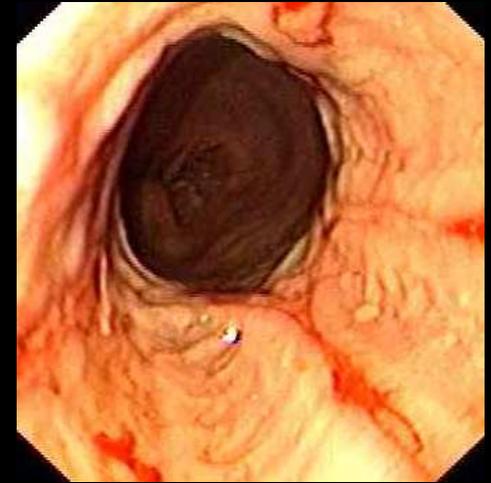
COMMENT SE NOMME CE SYNDROME



REGO COMPLIQUE

Car **DYSPHAGIE aux solides**: blocage des aliments avec régurgitation

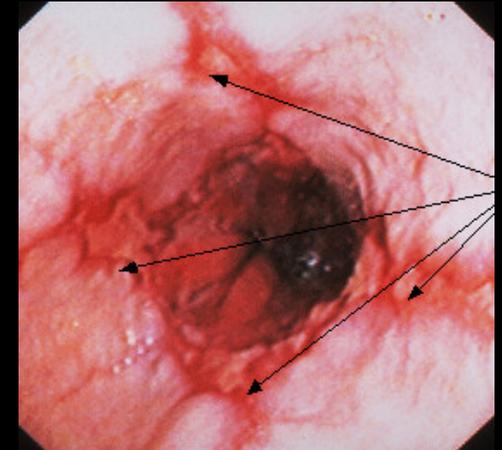
QUEL BILAN DEVEZ-VOUS REALISER



BIOLOGIE: NFS, plaquettes, VS, CRP, crase sanguine

FOGD+++

- Recherche une **oesophagite peptique** en précisant son siège, son étendue, sa gravité (grade) et permet de pratiquer des biopsies pour un examen anatomopathologique
- Recherche une **hernie hiatale associée**
- Recherche un **endobrachyoesophage**



Vous retrouvez une œsophagite peptique de stade III de SAVARY-MILLER ainsi qu'une petite hernie hiatale.

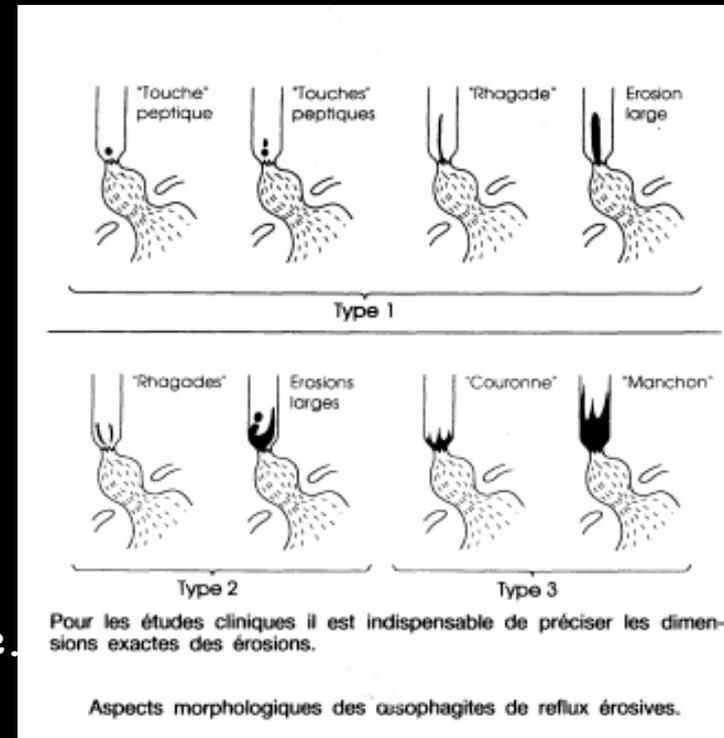


5. A QUOI CELA CORRESPOND-IL SUR LE PLAN ANATOMIQUE

L'œsophagite est la conséquence de la toxicité du **liquide de reflux** (gastrique ± biliaire) sur la muqueuse œsophagienne malpighienne.

Elle est définie par des pertes de substance de l'épithélium qui siègent au contact ou au-dessus de la jonction des muqueuses œsophagienne et gastrique (ligne Z) et sont +/- étendues en hauteur.

Le grade 3 selon la classification de Savary-Miller correspond à des ulcérations et des érosions circonférentielles témoignant d'une œsophagite sévère.



Fibroskopie haute

œsophagite 4 stades

aucun parallélisme entre symptomatologie et lésions occasionnées:

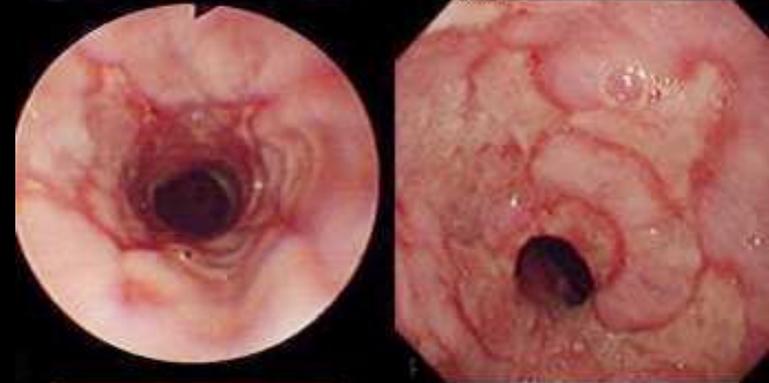
grade I: **œsophagite érythémateuse et catarrhale**, dont il est difficile de déterminer le caractère pathologique

grade II: **œsophagite érosive** comportant des lésions superficielles plus ou moins confluentes, circonférentielles ou non

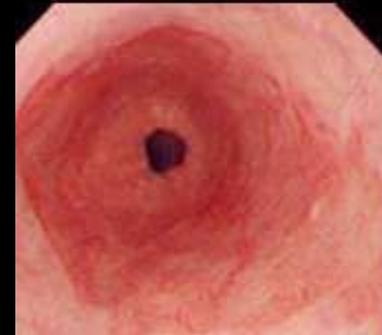
grade III: **œsophagite ulcérée** où l'ulcère siège à la jonction entre muqueuse œsophagienne et gastrique

grade IV: **sténose et ulcère creusant du pôle supérieur de la sténose**. La sténose peut être serrée et longue. **L'ulcère de Barrett** siégeant sur une muqueuse d'**endobrachyoesophage** est classé dans cette dernière catégorie.

Grade 1



Grade 4



Œsophage de Barrett

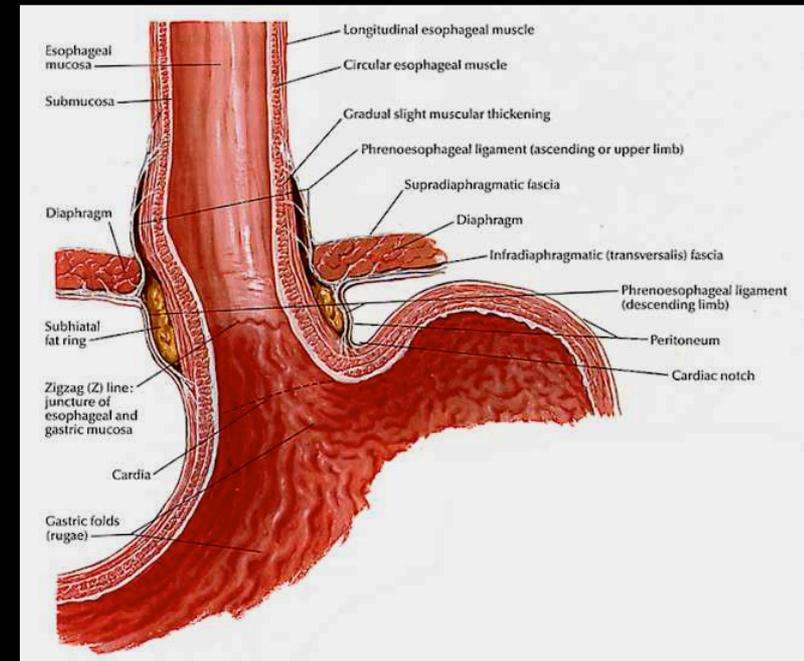
Vous retrouvez une œsophagite peptique de stade III de SAVARY-MILLER ainsi qu'une hernie hiatale.

5. A QUOI CELA CORRESPOND-IL SUR LE PLAN ANATOMIQUE?

La hernie hiatale est la protrusion d'une partie de l'estomac dans le thorax à travers le hiatus œsophagien du diaphragme.

La **hernie hiatale par glissement** correspond à une protrusion du cardia dans le thorax et favorise le RGO mais elle n'est ni indispensable ni systématiquement compliquée par celui-ci.

La **hernie hiatale par roulement**, plus rare, correspond à une protrusion de la grosse tubérosité dans le thorax avec un cardia qui reste en place dans l'abdomen ; elle n'est pas associée au RGO



RAPPEL ANATOMIQUE

réservoir en forme de J majuscule

quatre régions anatomiques

- la grosse tubérosité
- corps
- fundus
- antre

à la fois dans un plan horizontal
vertical (cardia, fundus et corps).

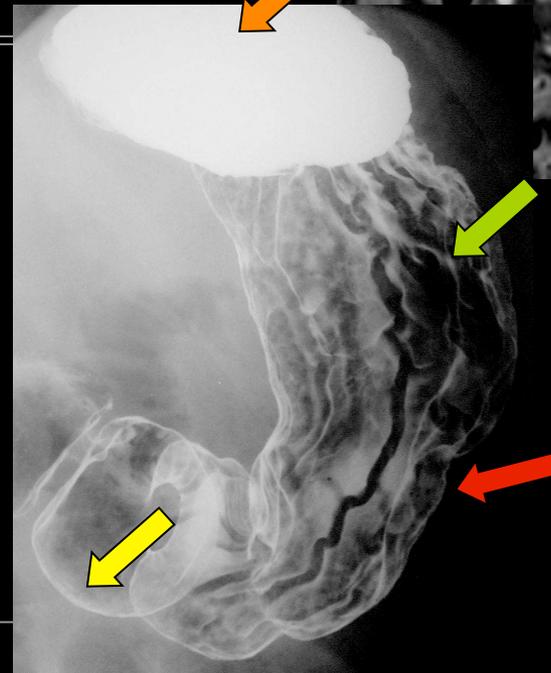
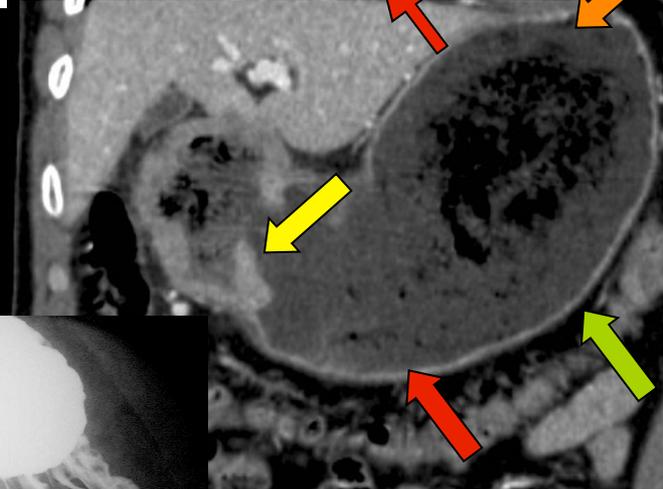
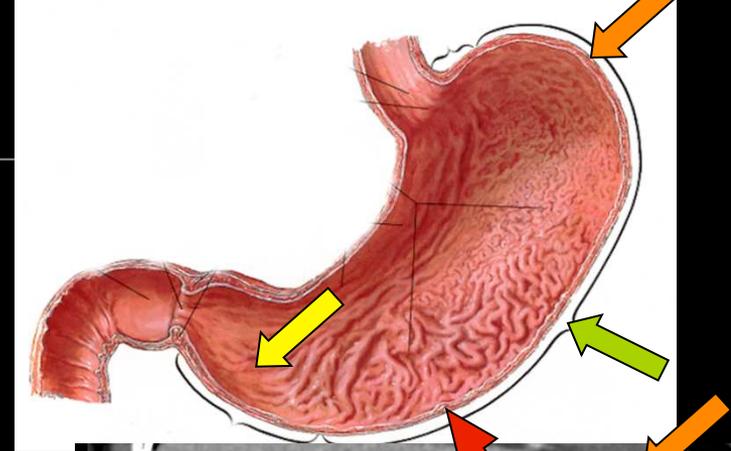
Enveloppé de péritoine dans sa totalité

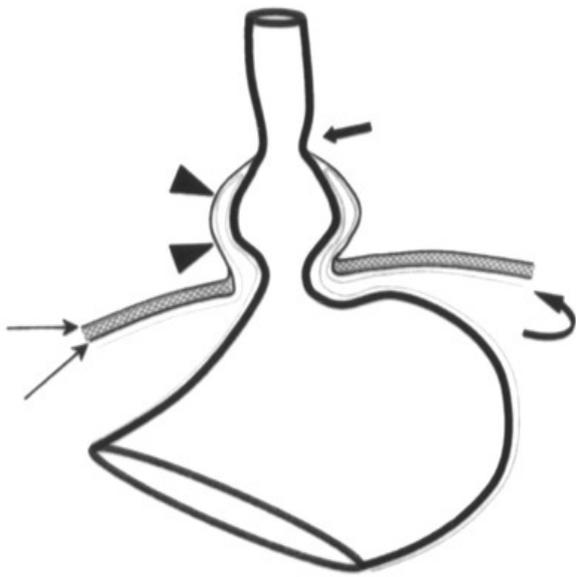
Organe mobile

Cardia: Région la plus fixe

Moyens de fixité:

Ligt gastro phrénique (fundus - diaphr.)
Ligt gastro- hépatique, gastro-colique ,
gastro splénique.





de loin la plus
fréquente
85% des cas

TYPE I

Hernie hiatale par glissement ou encore **axiale**

Jonction oeso-gastrique (cardia) déplacée dans le thorax

La membrane oeso-diaphragmatique (réunion des fascias sus et sous diaphragmatique) est amincie, étirée sans défaut.

Association au dysfonctionnement du SIO >> reflux

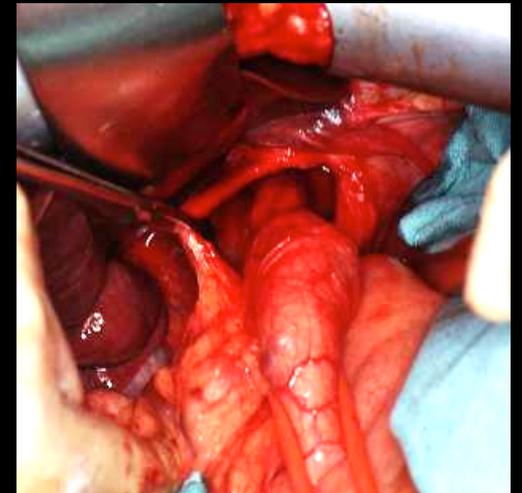
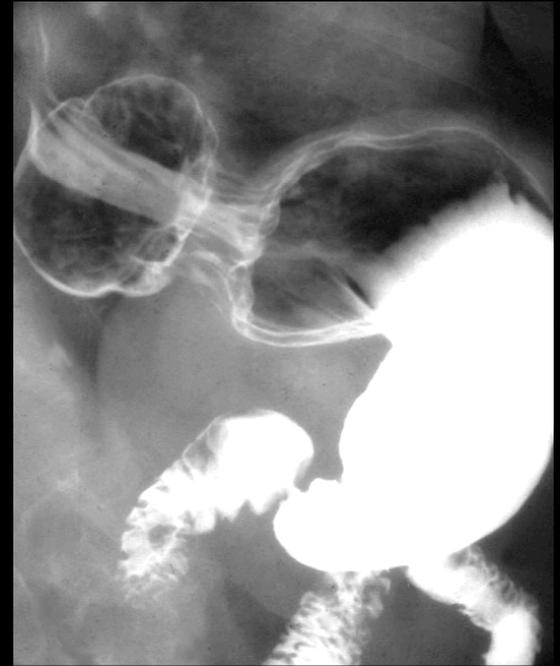


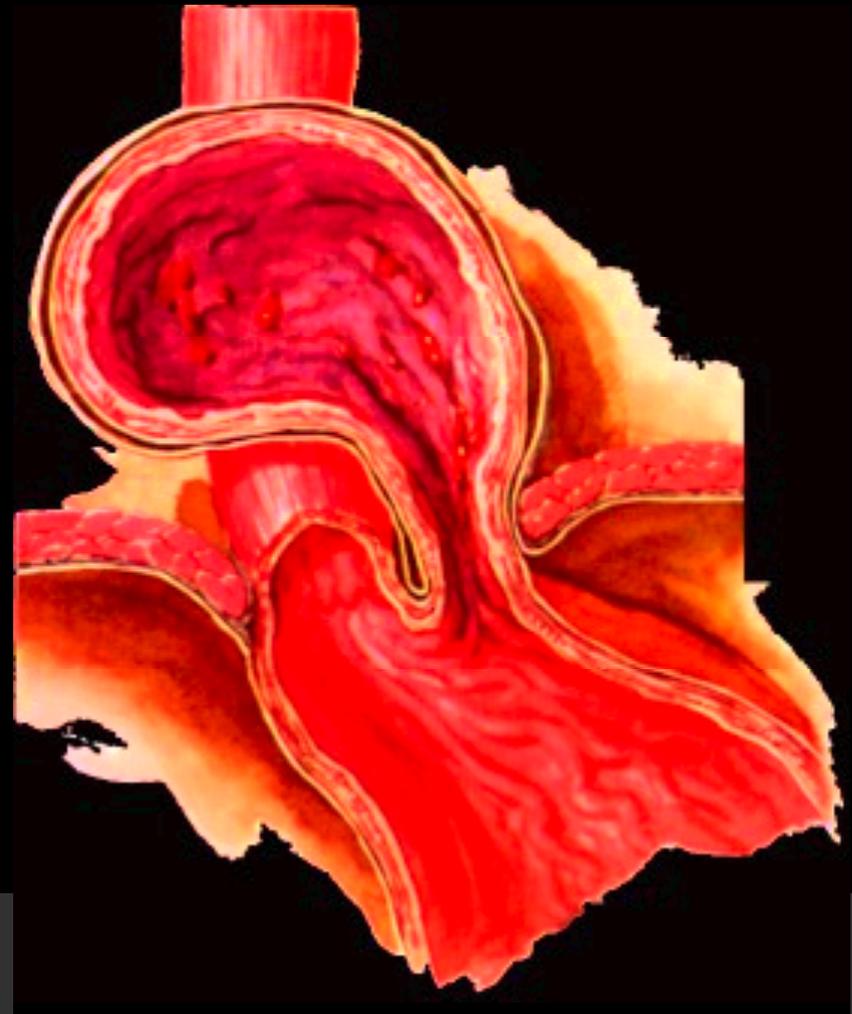
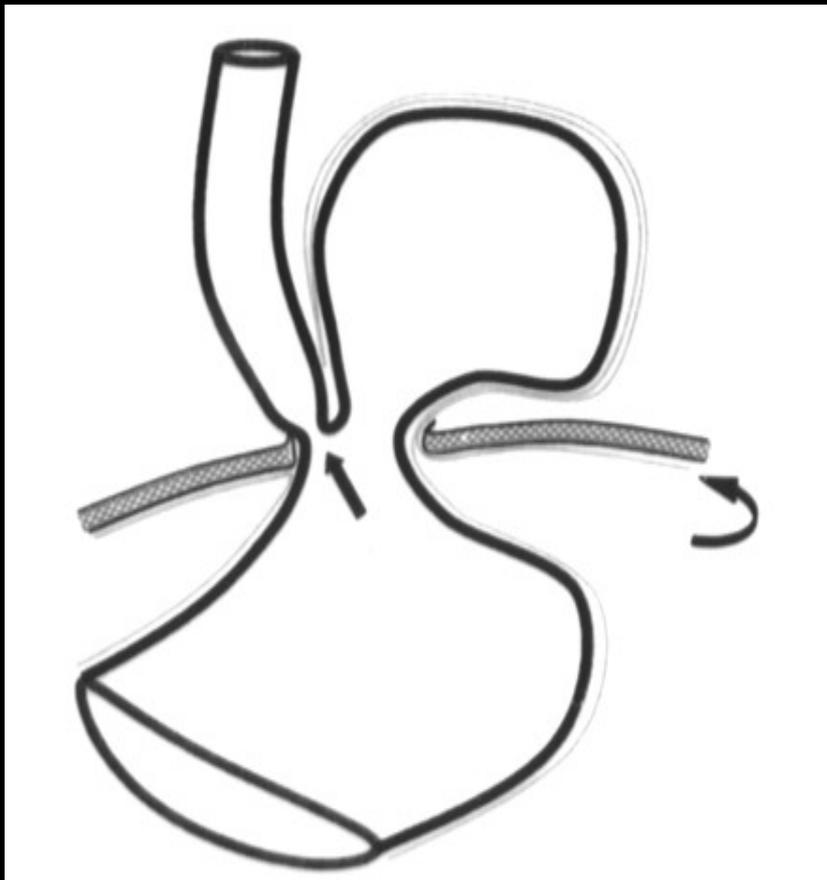


**Ampoule
épiphrénique
Diagnostic différentiel
d'une petite hernie
hiatale**



**Hernie hiatale par
glissement avec
petite invagination
oeso-gastrique
hiatale**





TYPE II

Hernie hiatale par roulement (ou para oesophagienne)

fundus ± autre portion de l'estomac herniée dans le thorax par un défaut antérieur et latéral de la membrane oeso-diaphragmatique

Jonction oeso-cardiale reste en position normale sous diaphragmatique

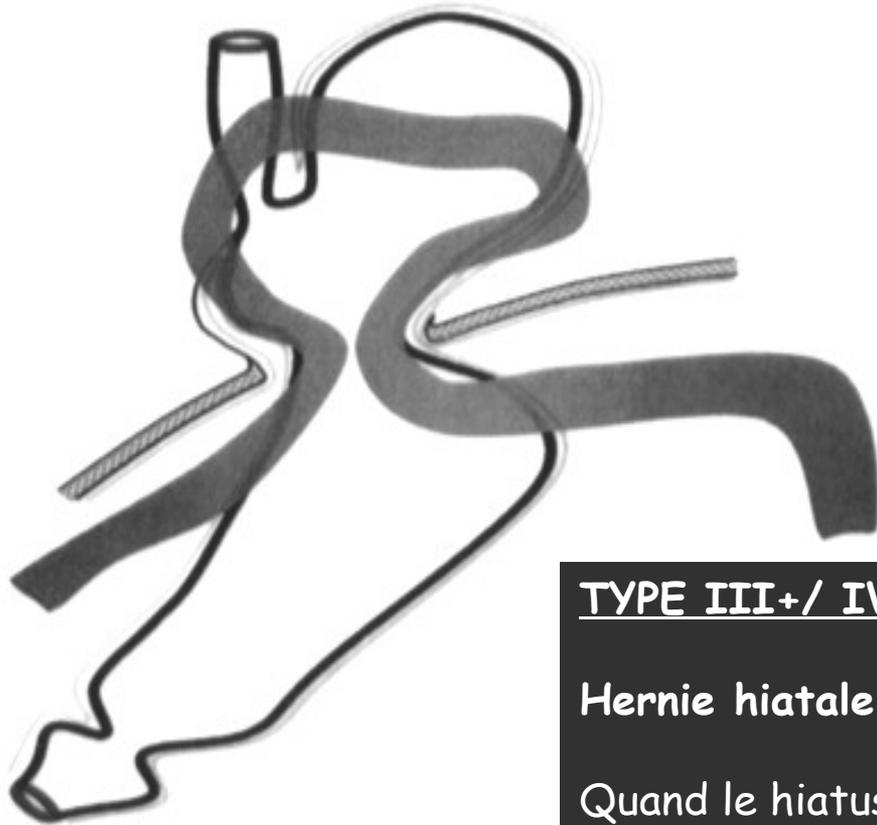


TYPE III

Hernie mixte déplacement du cardia et du fundus

Plus fréquente que la hernie par roulement pure

Risque important de volvulus gastrique



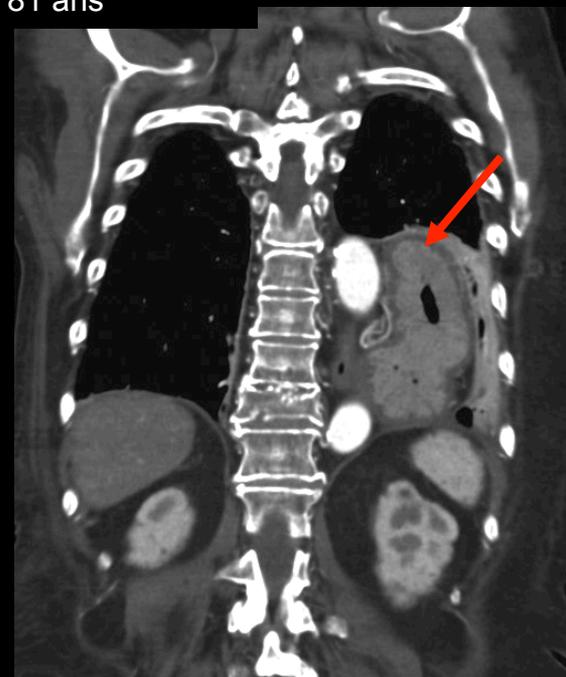
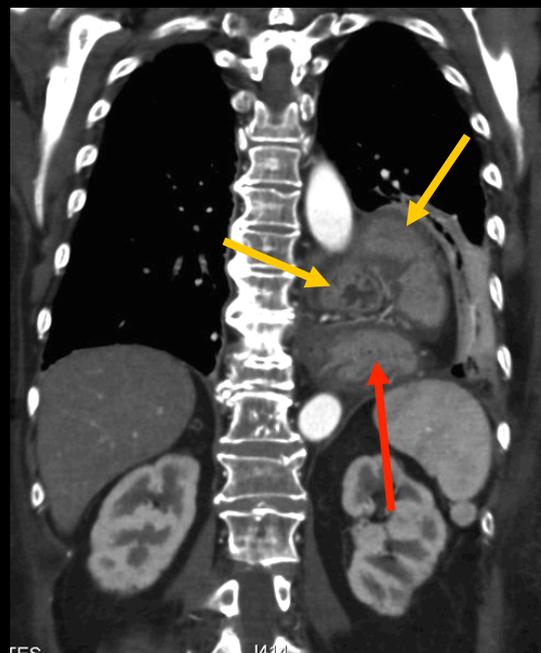
TYPE III+/ IV

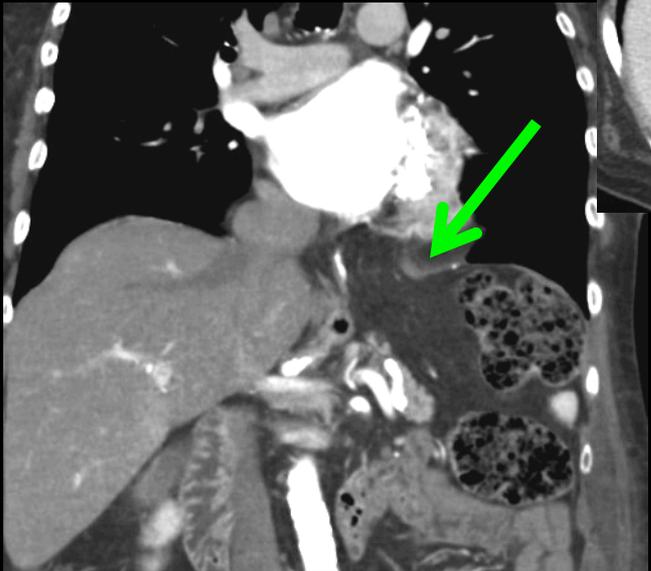
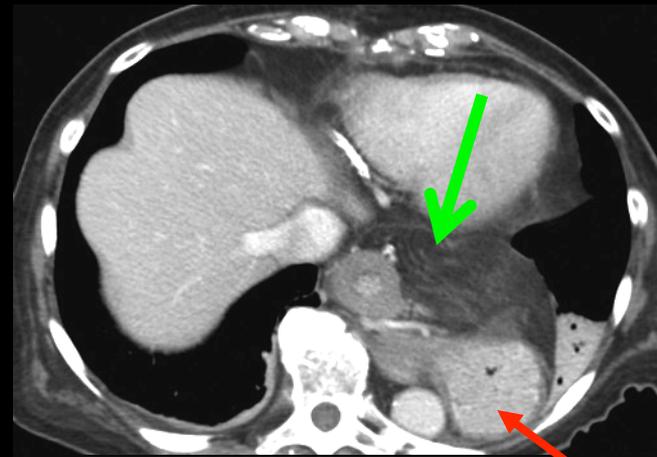
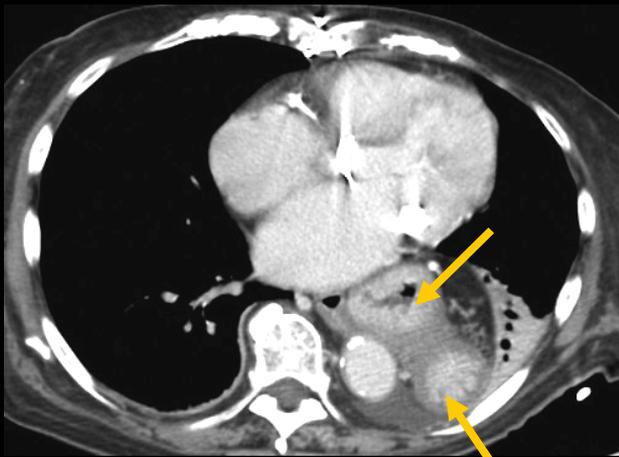
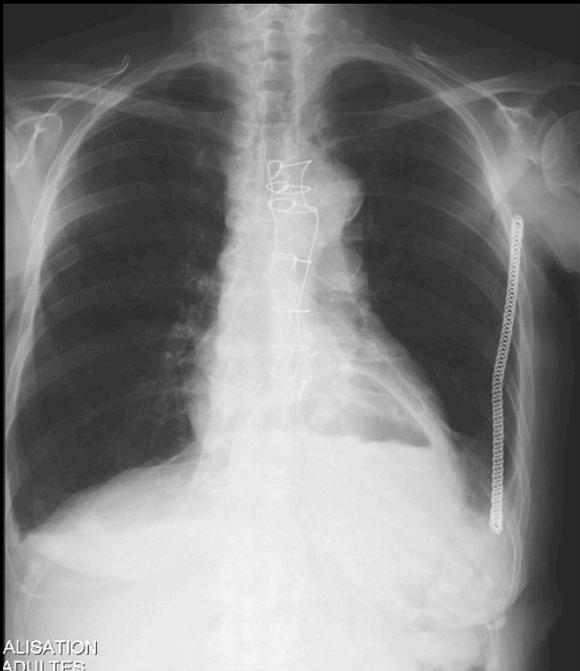
Hernie hiatale associée à une hernie viscérale

Quand le hiatus est très élargi (colon, foie, grêle, grand omentum++++) et souvent à un volvulus gastrique mésentérico-axial (collet moyennement large)
ou organo-axial (collet très large)



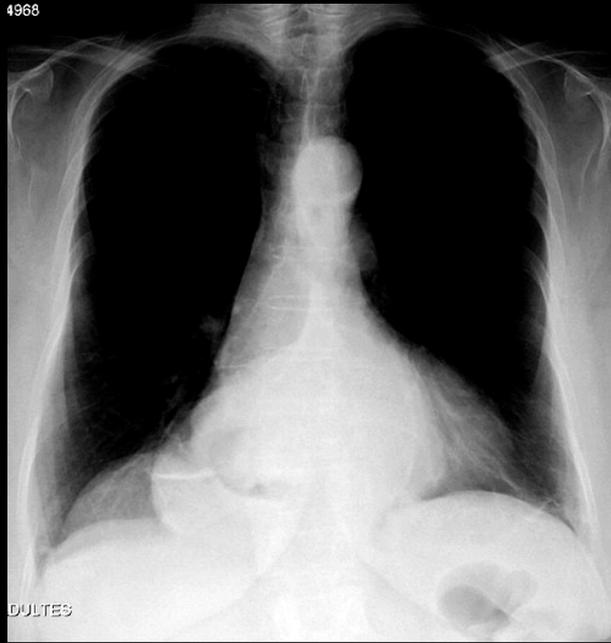
Contenu d'une hernie hiatale mixte : grand omentum (vert); grosse tubérosité (flèches rouges) , corps et antre (flèches oranges) ; volvulus gastrique mésentérico-axial . Femme 81 ans



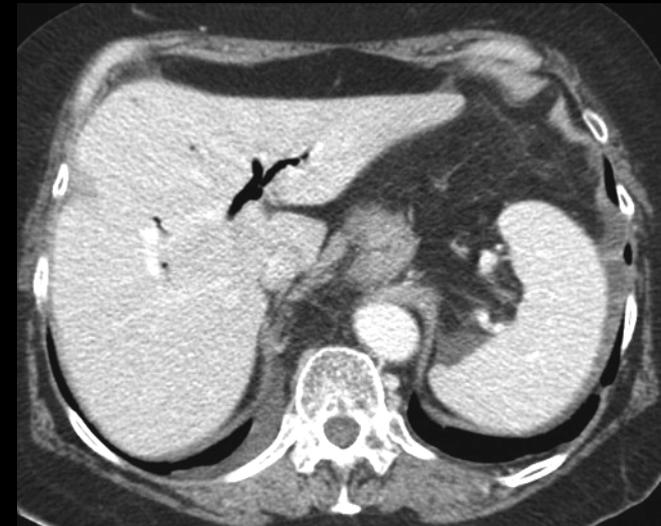
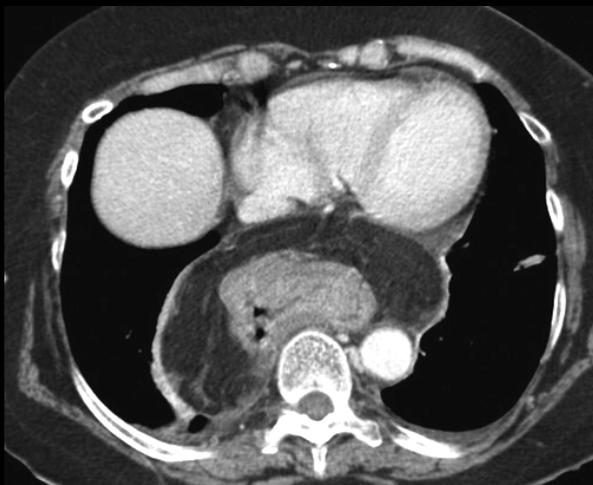


Contenu d'une hernie hiatale mixte : grand omentum (vert); grosse tubérosité (flèches rouges) , corps et antre (flèches oranges) ; volvulus gastrique mésentérico-axial . Femme 81 ans

4968



ISE
8



Femme 72 ans ; hernie hiatale par roulement ; accompagnée par le grand omentum

Clinique

Variable selon le degré de herniation

Le + fréquent >> dyspepsie

Mais plus la hernie se remplit

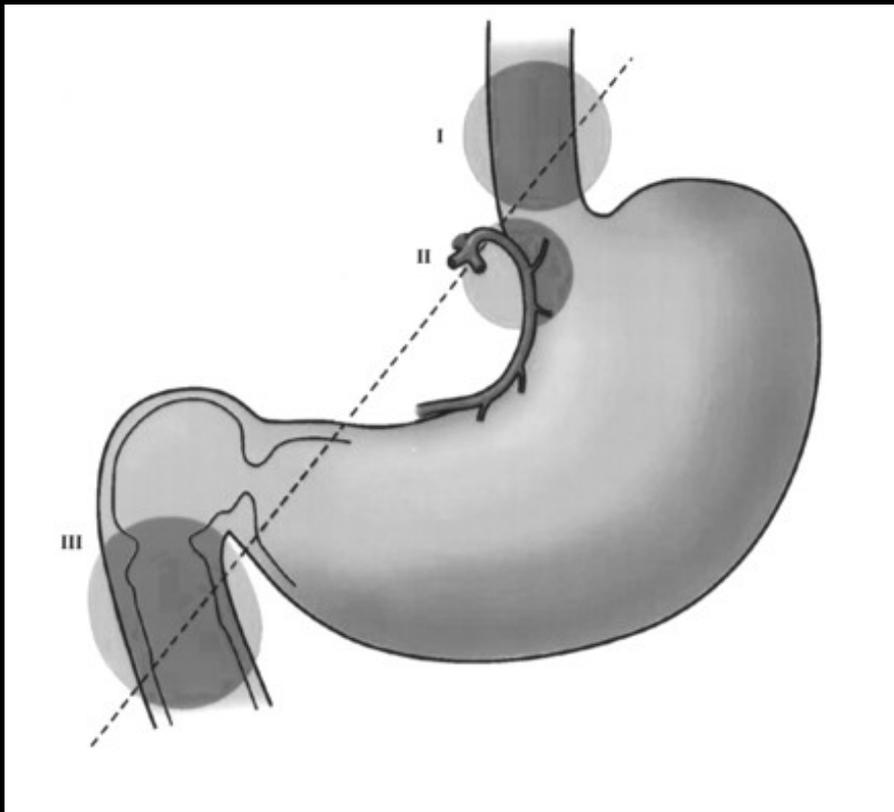
plus les symptômes apparaissent :

Dyspnée

Douleur thoracique pseudo angineuse++++

On peut parfois être alerté par une **spoliation sanguine** (ulcère de l'estomac hernié)

Plus exceptionnellement, volvulus, gangrène, perforation ou pneumopathie récidivante



Position normale de l'estomac. Le grand axe de l'estomac passe par 3 points anatomiques

I = face postérieure du bas œsophage,

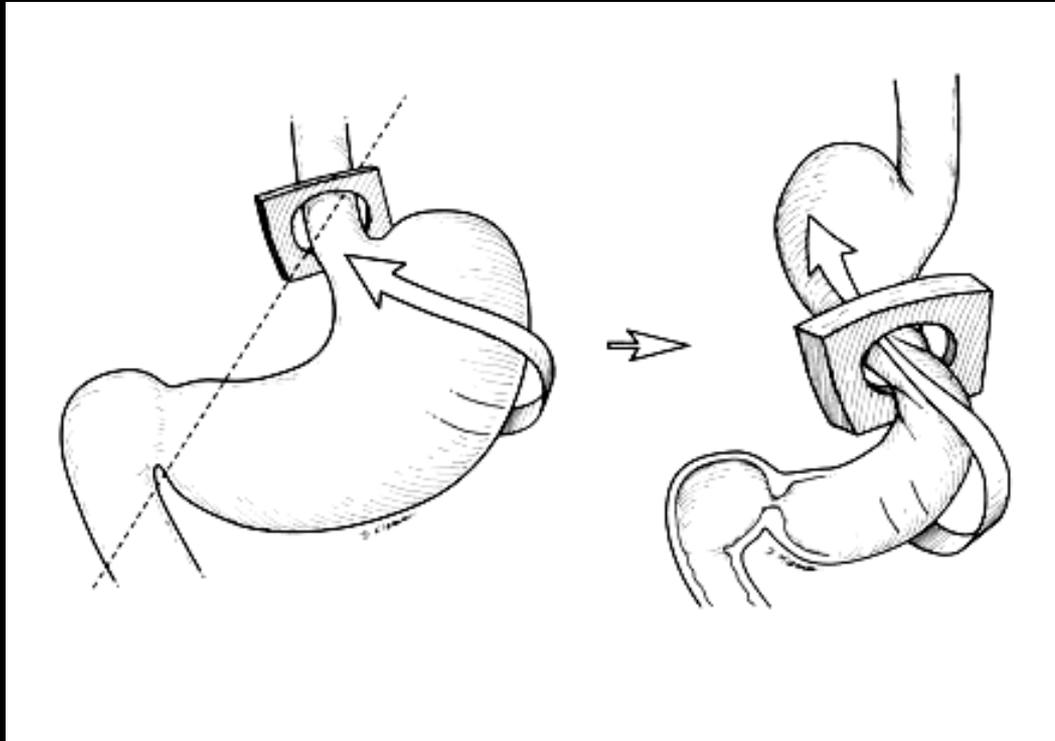
II = artère gastrique gauche

III = fixation rétro péritonéale du duodénum.

Points relativement immobiles

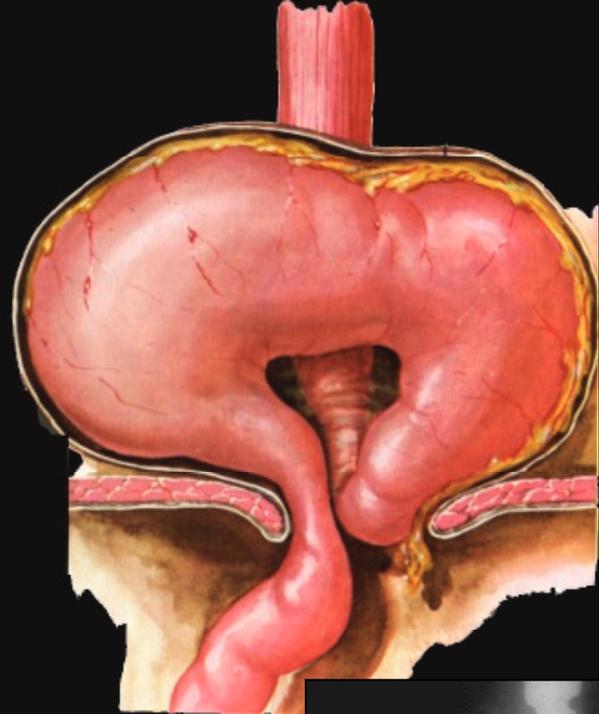
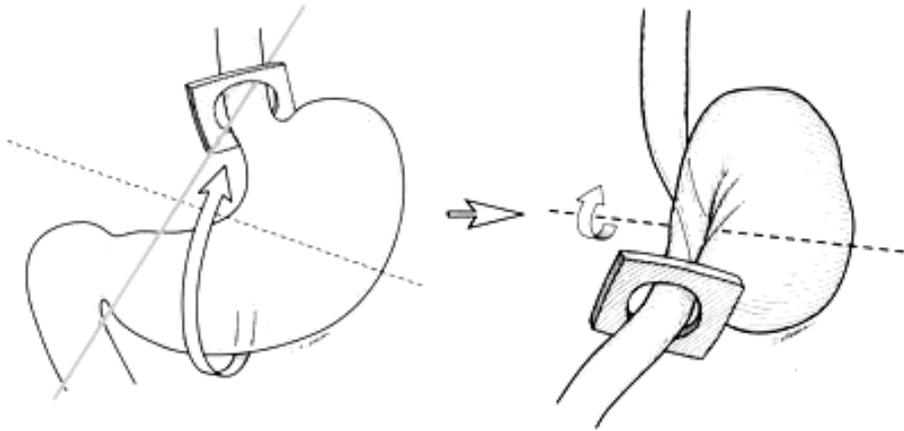
Cependant au cours de hernies hiatales ou autres (diaphragmatiques, fente de Larrey), l'estomac, mal fixé, peut faire une rotation sur l'un de ces axes

On ne parle de "**volvulus gastrique**" qu'en cas de retentissement mécanique et d'occlusion



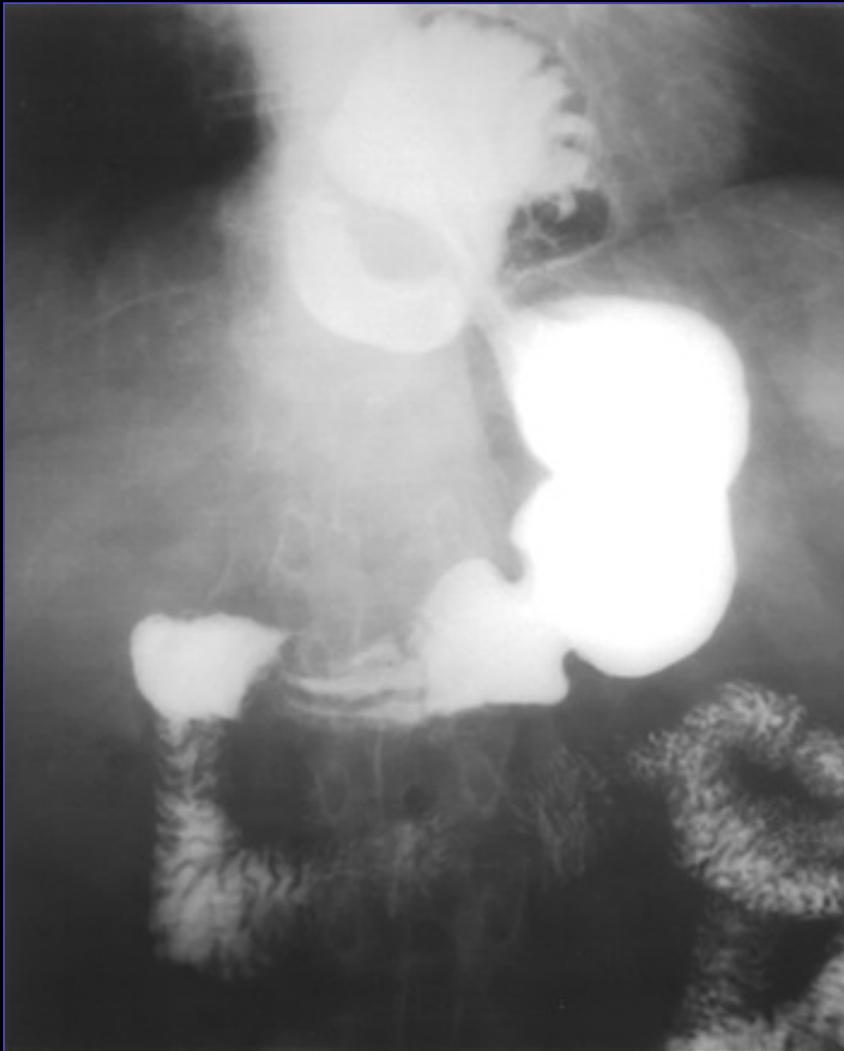
Rotation organo-axiale associé à une hernie mixte

Type de rotation la plus fréquente car la grande courbure est l'élément le plus mobile :
rotation essentiellement antérieure (exceptionnellement postérieure)



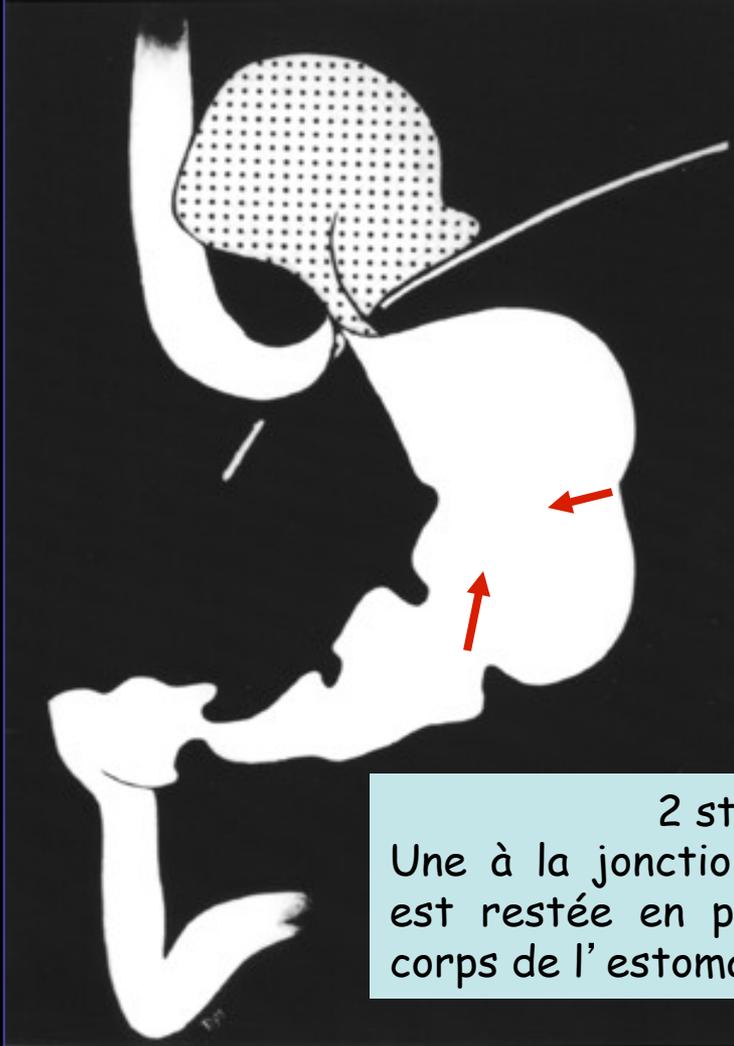
Rotation mésentérico-axiale.
Moins fréquente
Sur hernie mixte le plus fréquemment





Hernie par glissement chez une femme de 42 ans
Grosse tubérosité intra thoracique
et une partie du corps gastrique



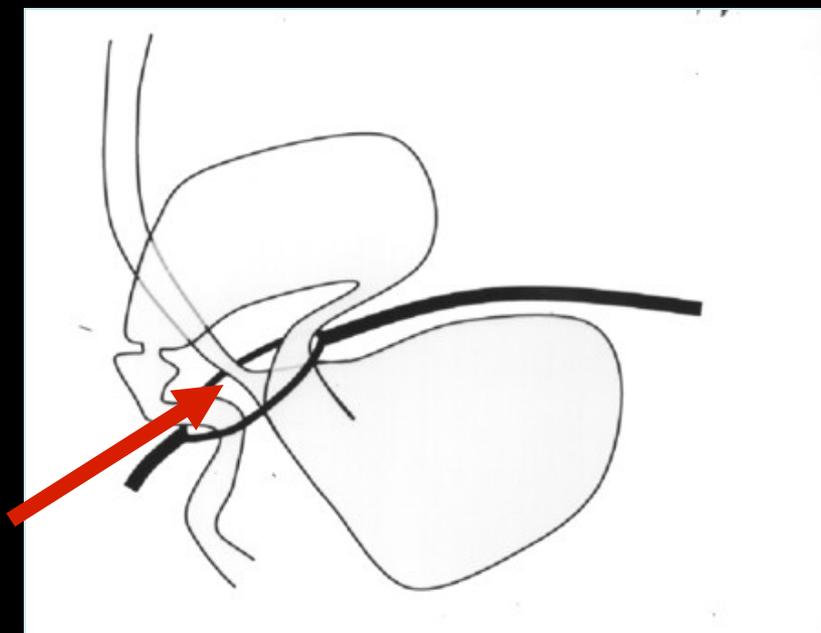
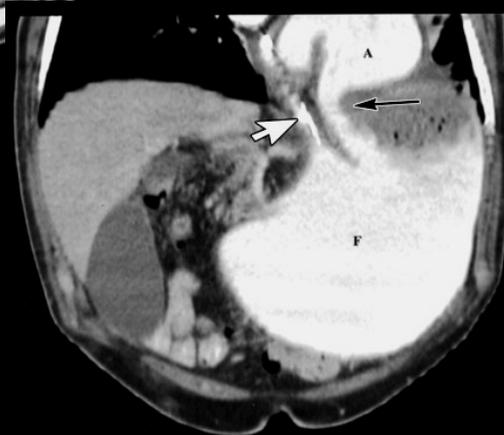
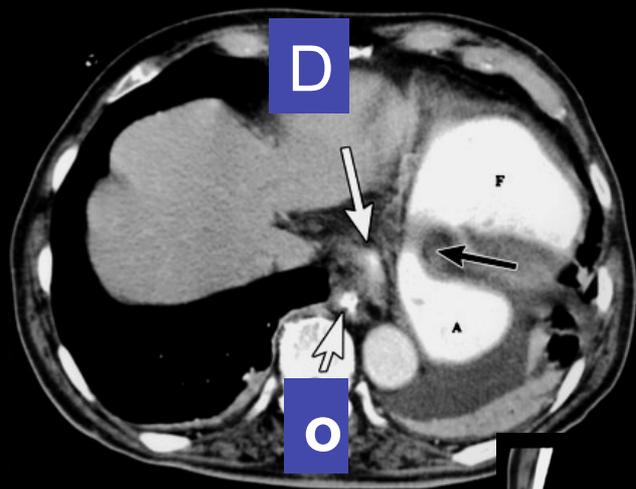
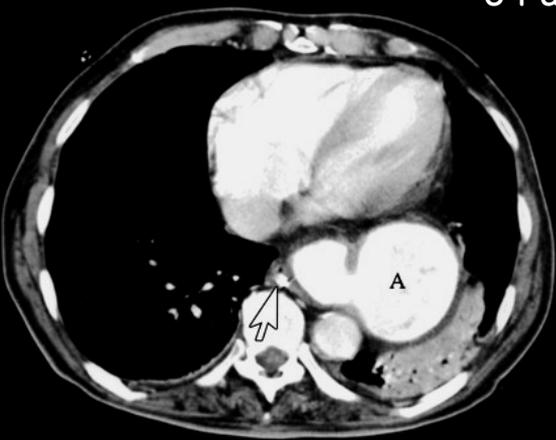


2 strictions

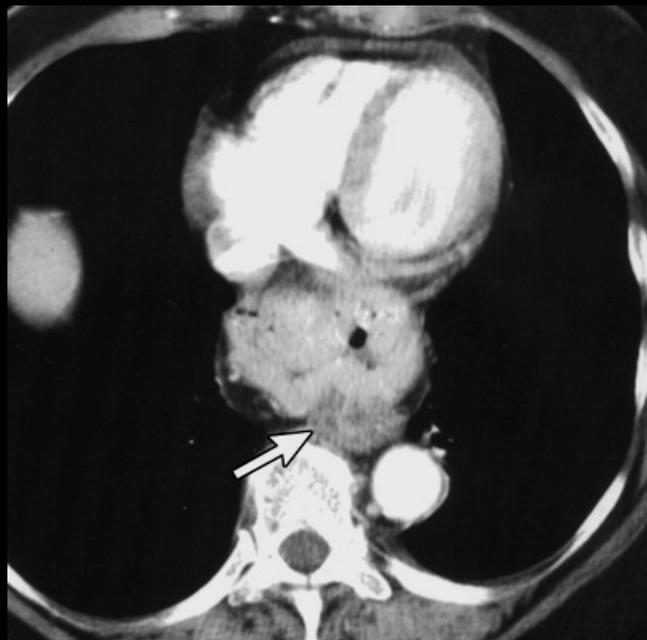
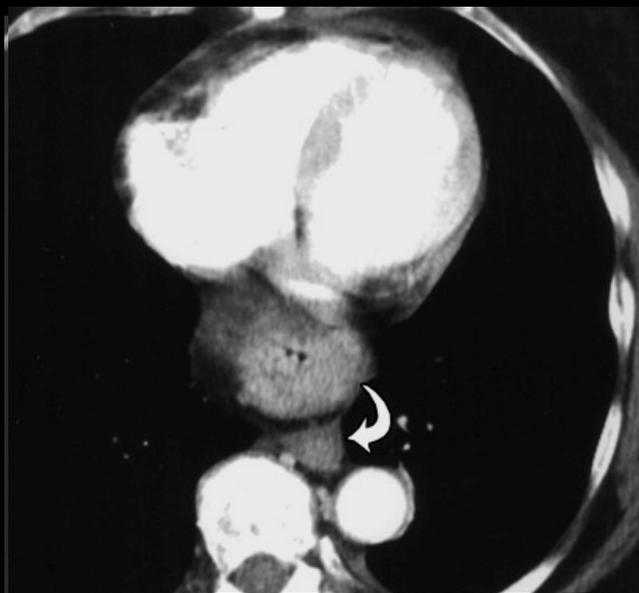
Une à la jonction oeso gastrique qui est restée en place et une dans le corps de l'estomac

Chirurgicalement rotation organo-axiale intra thoracique de l'estomac hernié de 180 °.

64 ans



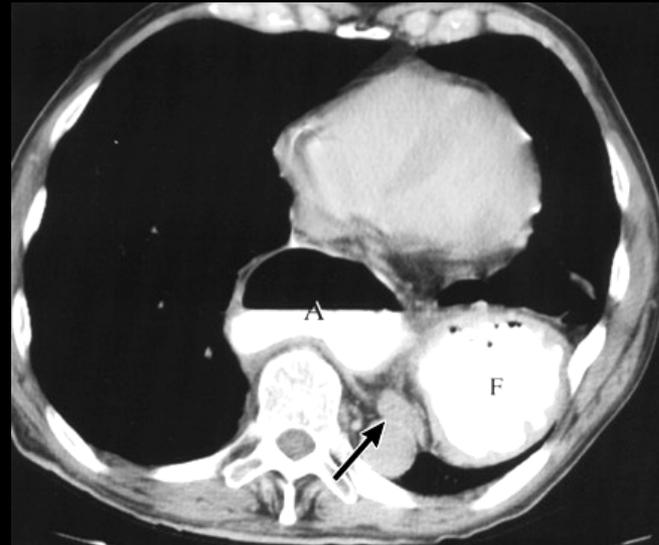
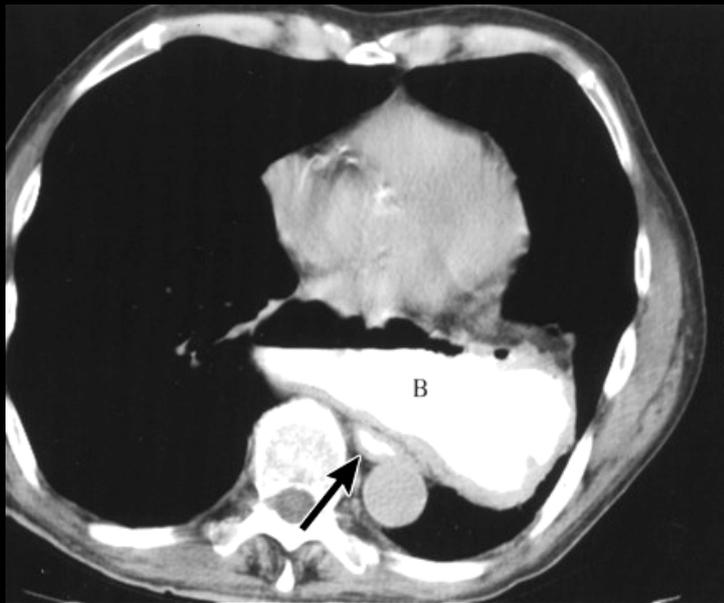
rotation mésentérico -
axiale sur hernie mixte



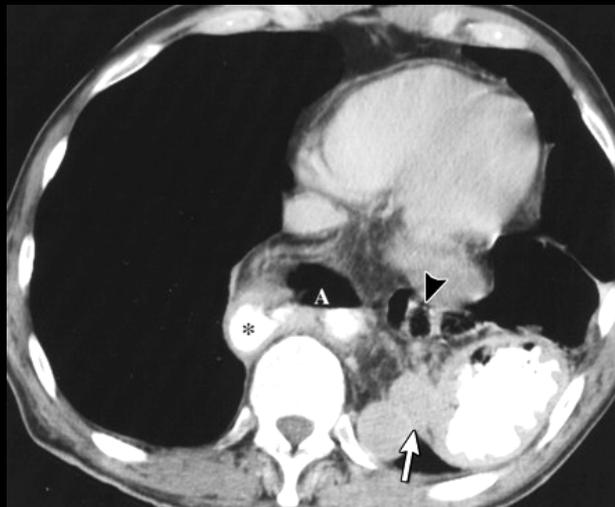
61 ans



Hernie de type
III, simple, sur un
estomac vide



49 ans



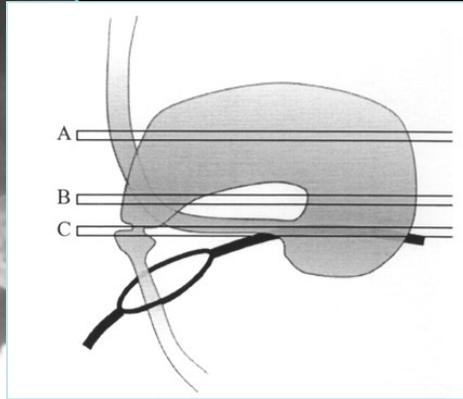
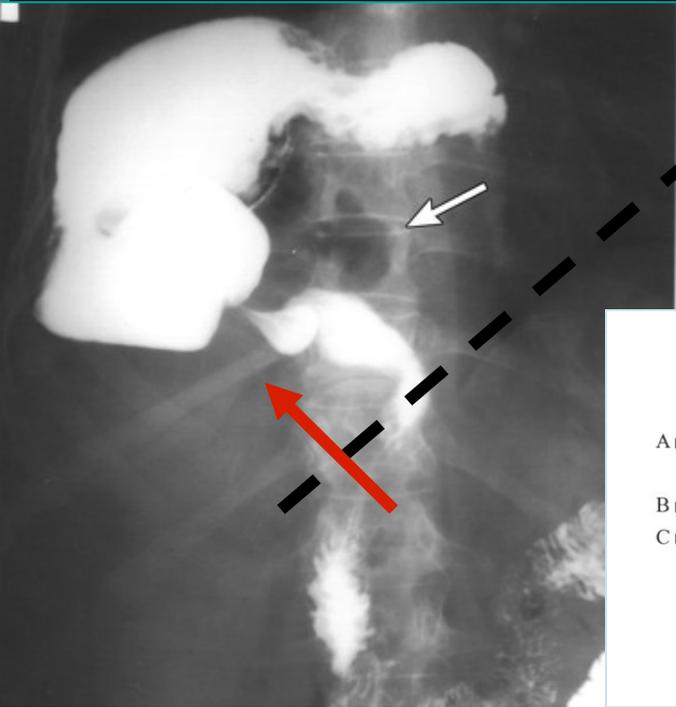
Hernie de type III+ ou IV

Tout l'estomac est hernié antre et duodénum intra thoraciques

Antre à D et fundus à G > rotation méso-axiale

Colon intra thoracique

53 ans.



Rotation mésentéro axiale

Hernie de type IV > tout l'estomac est intra thoracique

Rotation organo-axiale

Ne pas rater la poche aérienne supplémentaire témoin d'une hernie digestive complémentaire (colique)

Volvulus gastrique

Occlusion mécanique avec strangulation

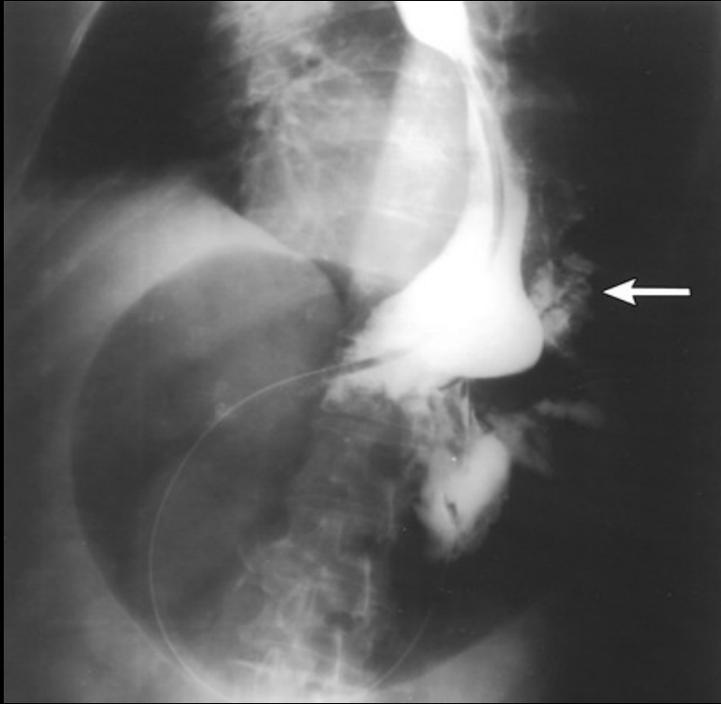
>de l'œsophage

>de l'estomac

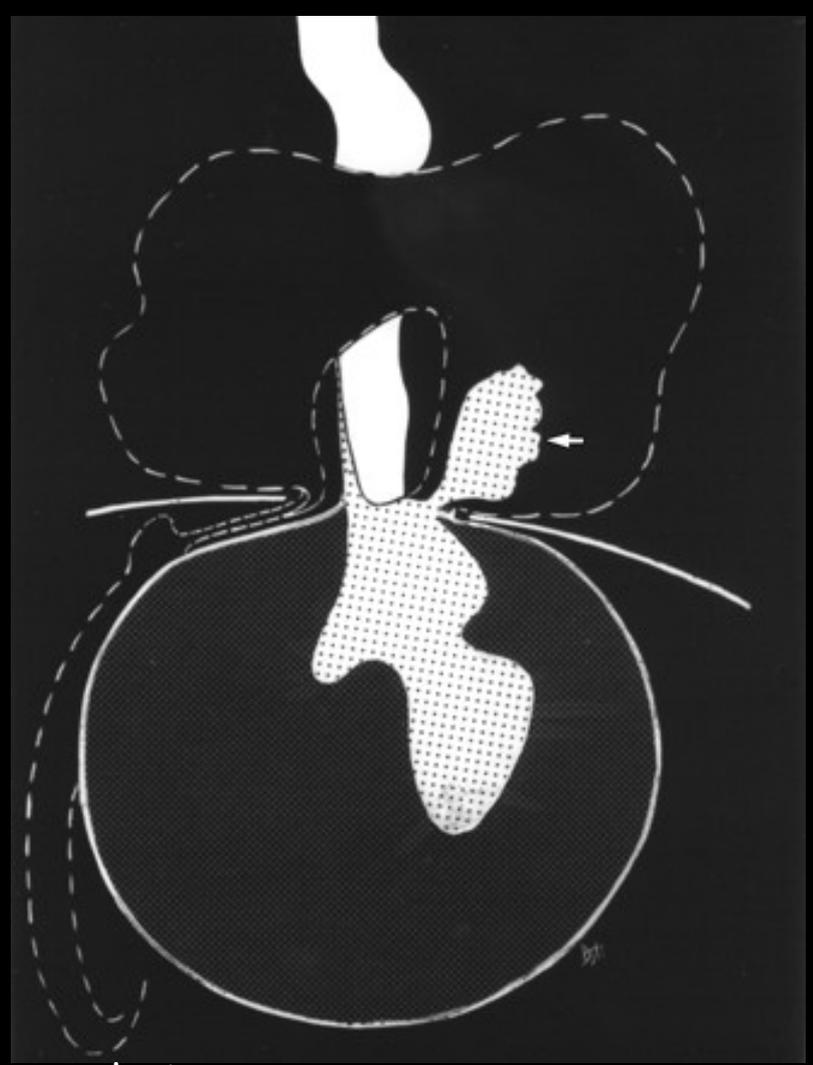
>du duodénum

Dans le hiatus oesophagien

>> impossibilité de passer la SNG

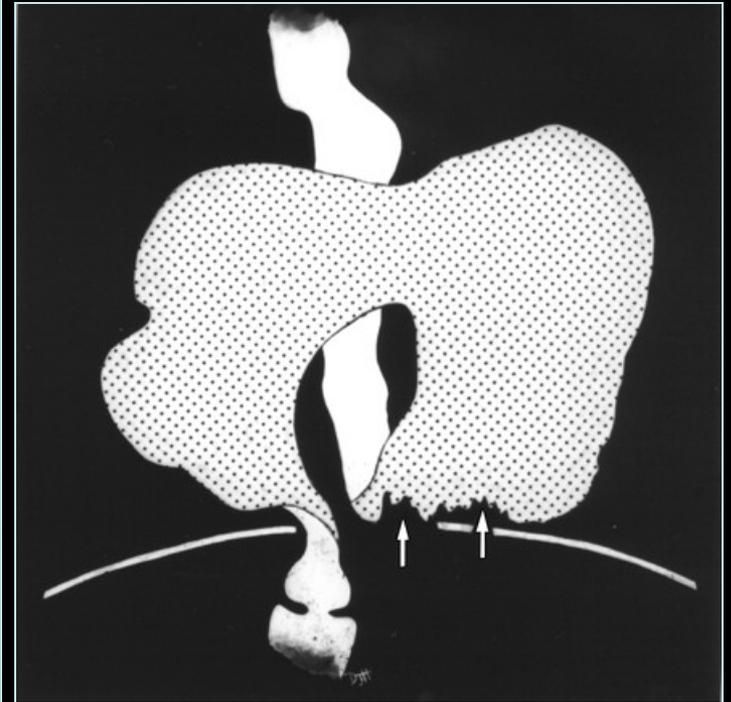
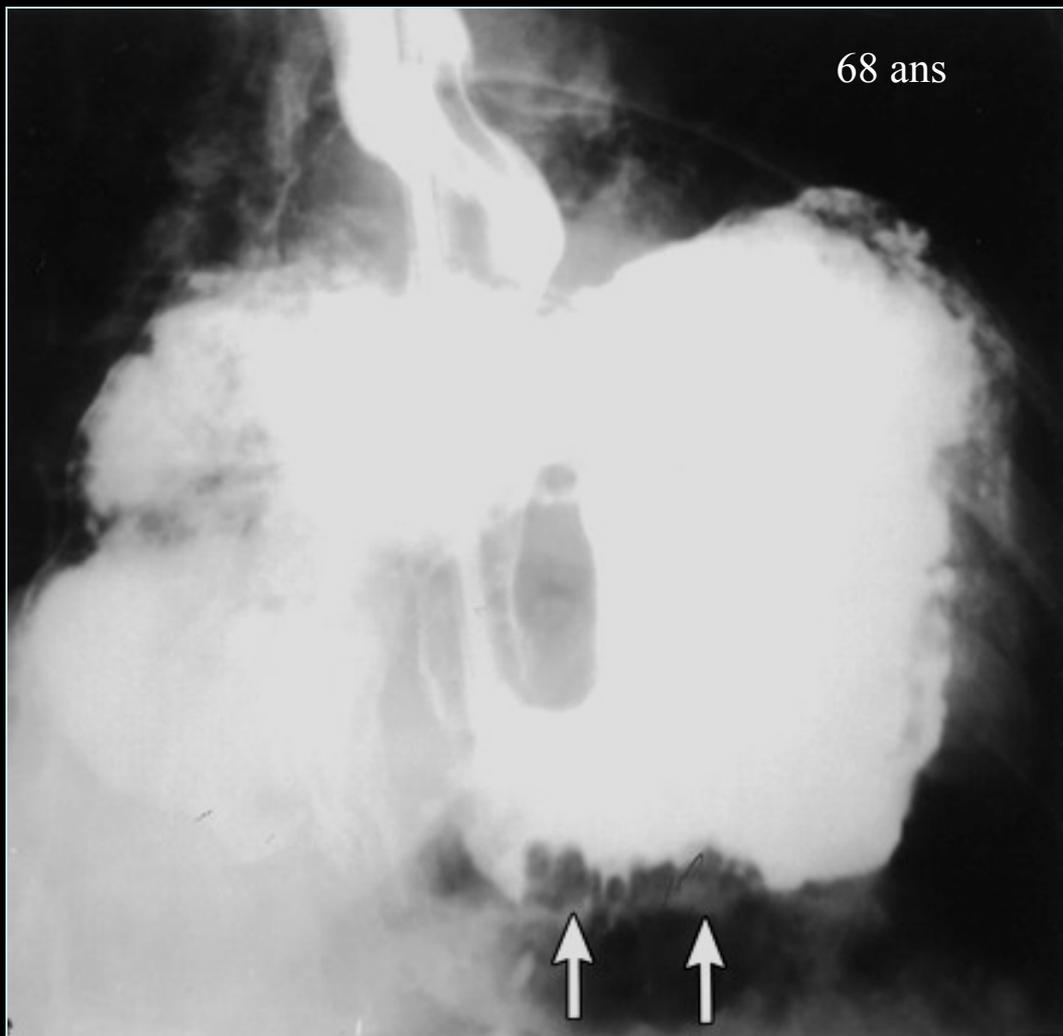


68 ans.

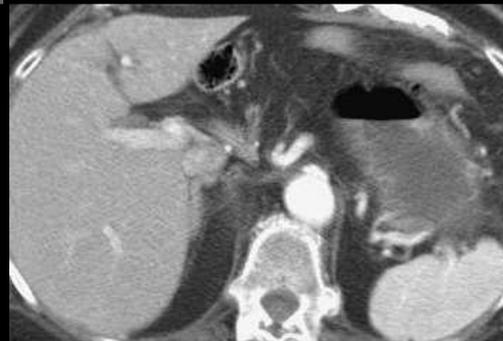
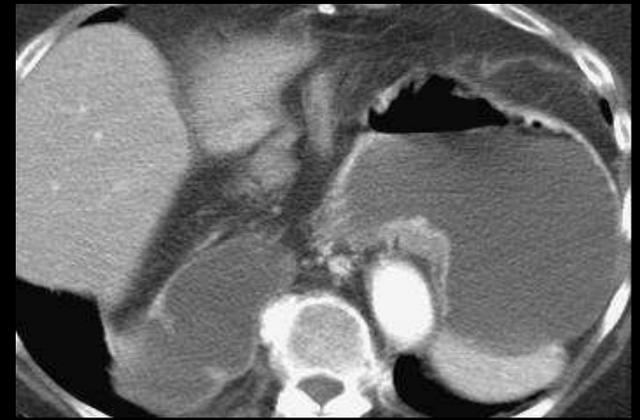
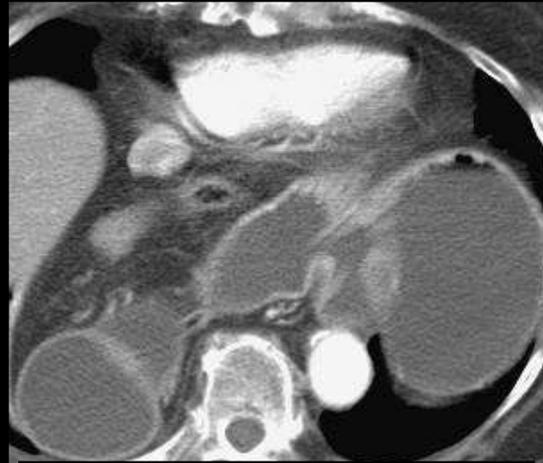
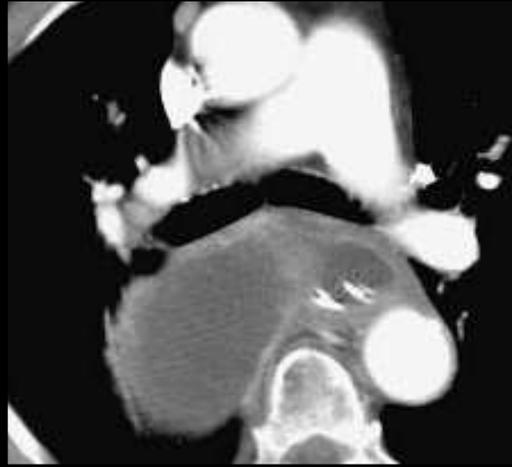
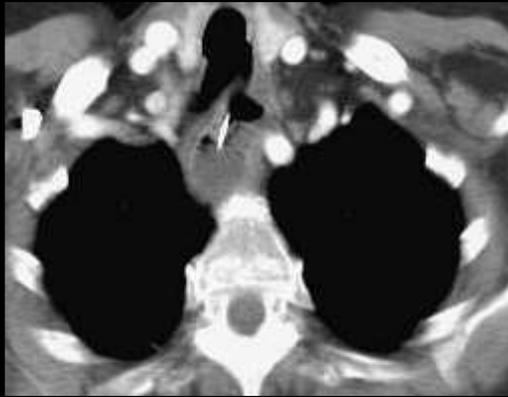


Hernie par roulement (type 2) compliquée d'une strangulation

Cardia en place - opacification d'une petite hernie par roulement du corps gastrique
- dilatation gazeuse du fundus - rotation mésenterico-axiale



Même patient évoluant au remplissage avec la baryte
Retour du fundus en intra thoracique - cardia fixe



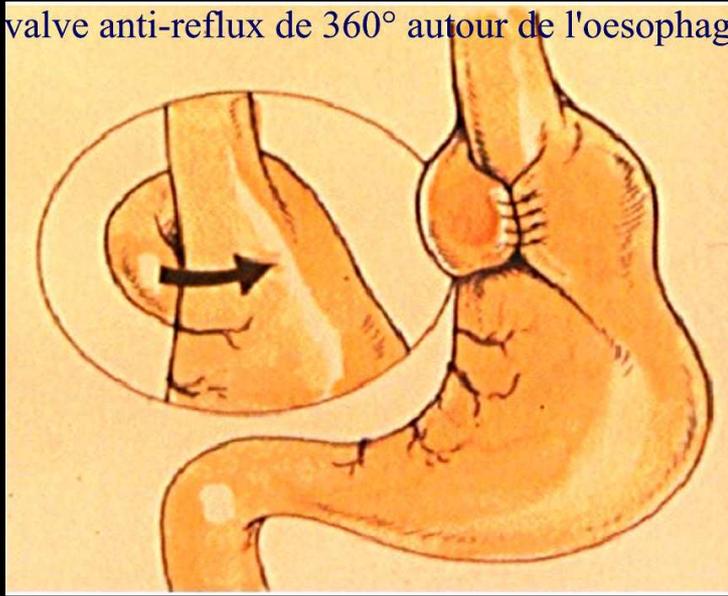
90 ans, sub occlusion haute
répétée



Rotation mésentérico-axiale

Strangulation pylorique sans signe de souffrance pariétale

valve anti-reflux de 360° autour de l'oesophage



TTT curatif chirurgical, urgent d'autant plus rapide qu'on ne peut pas poser de SNG

TTT préventif, au mieux en l'absence d'autre problème médical, sous laparoscopie :

- réduction de la hernie,
- résection du sac herniaire
- et fermeture du hiatus oesophagien béant, gastropexie

6. QUEL TRAITEMENT ET SURVEILLANCE PRESCRIVEZ-VOUS?

Traitement de l'oesophagite de grade III

•IPP pleine dose soit 1c de 20mg de MOPRAL® par exemple
Pendant 8 semaines

•Contrôle endoscopique à 8 semaines:

- si cicatrisation complète -> arrêt du traitement,

- sinon -> poursuivre le traitement pendant 8 semaines avec nouveau contrôle endoscopique: si persistance d'oesophagite IPP au long cours si risque opératoire sinon chirurgie de type fundoplicature de Nissen

Un an plus tard votre surveillance met en évidence un endobrachyoesophage



7. DEFINITION ; RISQUE A LONG TERME

La muqueuse de Barrett est un mécanisme de réparation des érosions oesophagiennes liées au RGO:

-la muqueuse malpighienne est remplacée par un épithélium métaplasique glandulaire comportant une métaplasie intestinale spécialisée.

Il n'y a pas de symptômes spécifiques de la muqueuse de Barrett qui est découverte fortuitement ou lors d'un RGO. elle prédispose au développement d'un adénocarcinome de l'œsophage dont elle multiplie le risque par un facteur de 30 à 40 par rapport à la population générale.