

Quelles sont les complications évolutives du RGO ?

Dr Barbara BOURNET

Service de Gastroentérologie et Nutrition – CHU Rangueil

TSA 50032 – 31059 Toulouse cedex 9

bournet.b@chu-toulouse.fr

Le reflux gastro-œsophagien (R.G.O.) est défini par le passage intermittent ou permanent d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage qui induit symptômes et/ou lésions tissulaires œsophagiennes. L'œsophagite par reflux est la plus fréquente des ces lésions digestives diagnostiquées par l'endoscopie. La prévalence de l'œsophagite par reflux est de 40 à 50 % chez les sujets symptomatiques de RGO, contre 2 à 5 % dans la population générale asymptomatique. Le RGO peut être révélé par une de ces complications. Parfois elles peuvent être présentes d'emblée sur l'endoscopie initiale réalisée pour un bilan de RGO banal. Il pourra s'agir d'une œsophagite peptique, d'une sténose œsophagienne bénigne ou révélatrice d'un cancer ou encore d'un endobrachyoesophage (EBO). Parmi la population de patients présentant un RGO, 10% d'entre eux auront un RGO chronique, parmi eux 10% présenteront un endobrachyoesophage qui fera le lit d'un adénocarcinome dans 10% des cas. Compte tenu de la fréquence du RGO ces complications auront un impact médico-économique non négligeable.

1. Oesophagite peptique

Elle peut se manifester soit par une symptomatologie typique de RGO, soit par une dysphagie ou une hémorragie digestive macroscopique (méléna ou hématurie) ou par une anémie ferriprive.

Elle est responsable de moins de 5% des hémorragies digestives hautes. Certains facteurs sont reconnus comme favorisant les hémorragies tel que l'âge avancé, l'alcoolisme chronique ou la prise d'AINS.

Les lésions d'œsophagite peptique sont suffisamment caractéristiques à l'endoscopie pour affirmer le diagnostic lorsqu'elles sont présentes.

Il existe plusieurs classifications des œsophagites peptiques, la plus utilisée lors d'une endoscopie est celle de Savary et Miller.

Il existe 4 stades :

- Stade 1 : érosion (s) érythémateuse (s) unique ou multiples non confluentes
- Stade 2 : confluence des érosions sans qu'elles soient circonférentielles
- Stade 3 : extension circulaire des lésions
- Stade 4 : a) ulcère, sténose ou EBO inflammatoire
b) ulcère, sténose ou EBO non inflammatoire

Le traitement mis en route sera un IPP à simple dose associé aux règles hygiéno-diététiques.

Le stade 1 et 2 représentent près de 88% des œsophagites peptiques, leur taux de guérison est de plus de 90%.

Les œsophagites de stade 3 et 4 seront à contrôler par une nouvelle endoscopie après 6 à 8 semaines de traitement (éventuellement après un traitement par IPP à double dose).

2. Sténose oesophagienne

Il s'agit de la principale complication des oesophagites par reflux, c'est la sténose peptique. Sa prévalence endoscopique est de 2%. L'âge moyen de survenu est de 60 ans. La dysphagie constitue le symptôme d'appel quasi constant. Elle peut apparaître après un long passé de RGO mais aussi brutalement dans 20 à 60 % des cas. Il s'agit d'une dysphagie aux solides et/ou liquides. Le pyrosis, les régurgitations et l'amaigrissement constituent les autres manifestations cliniques rencontrées au moment du diagnostic. Le diagnostic différentiel principal est la sténose d'origine néoplasique, il sera obtenu quoiqu'il en soit à partir de l'endoscopie et par la réalisation de biopsies. Il s'agira d'une sténose néoplasique de type carcinome malpighien classique chez l'alcoolique tabagique ou d'un adénocarcinome développé sur un EBO. La sténose de l'œsophage peut en effet s'associer à d'autres complications tel que l'EBO (35 % des cas) ou l'ulcère de l'œsophage.

La prise en charge des sténoses peptiques repose sur l'association des IPP à double dose et du traitement instrumental (dilatation endoscopique par bougies rigides de Savary ou dilatation pneumatique).

3. Ulcère de l'œsophage

Il porte des noms différents en fonction de la muqueuse sur lequel il se constitue.

On parlera :

- d'ulcère de Barrett s'il se développe sur un EBO
- d'ulcère de Savary s'il se forme sur la muqueuse malpighienne de l'œsophage
- d'ulcère de Wolf s'il se constitue au niveau de la zone de jonction entre la muqueuse gastrique et oesophagienne.

Il s'associe dans 20 % des cas avec une sténose peptique de l'œsophage. Il est souvent latent et découvert lors de l'exploration d'une sténose. Il peut se compliquer d'une hémorragie parfois abondante mais rarement se perforer. Leur traitement est médical toujours par IPP.

4. L'endobrachyoesophage

Il s'agit d'un processus de cicatrisation dans lequel la muqueuse malpighienne détruite est remplacée par de la muqueuse glandulaire cylindrique, c'est une métaplasie.

Le diagnostic d'EBO se fait au décours d'une endoscopie par la réalisation de biopsies. L'aspect endoscopique se présente sous la forme d'un manchon de muqueuse glandulaire de couleur rouge-orangée qui tranche avec le gris de la muqueuse malpighienne au dessus de la jonction oeso-gastrique. Les EBO courts peuvent se présenter sous la forme d'îlot ou de languette de muqueuse glandulaire. Dans 80% des cas il s'associe avec une hernie hiatale par glissement cause principale du RGO chronique.

Au cours de l'endoscopie on réalise des biopsies pour une analyse anatomo-pathologique. Cette analyse permet d'obtenir le diagnostic de certitude d'EBO et de préciser l'existence ou non d'une dysplasie. Il est recommandé de réaliser un schéma planimétrique des biopsies qui seront faites sur les 4 cotés de l'EBO et tous les 2 cm. Lors de l'endoscopie on sera amené à réaliser des biopsies aussi les zones surélevées ou déprimées pouvant correspondre à des zones dysplasiques ou cancéreuses. Par ailleurs on peut s'aider de coloration au lugol ou au bleu de méthylène pour accentuer les reliefs, repérer les zones dysplasiques et améliorer ainsi la qualité de l'examen.

La principale complication évolutive de l'EBO est la transformation maligne en adénocarcinome. Mais il existe des procédures de dépistage de l'adénocarcinome par la

connaissance de la séquence métaplasie, dysplasie de bas grade, dysplasie de haut grade et cancer.

Il existe certaines caractéristiques susceptibles d'accroître le risque de dégénérescence des EBO parmi elles on retrouve le sexe masculin, un EBO long de plus de 8 cm, un alcoolisme, un tabagisme, un indice de masse corporelle supérieur à 30 et enfin des antécédents d'ulcère de Barrett ou de sténose.

Des recommandations établies par la Société Française d'Endoscopie Digestive précisent le rythme de la surveillance en fonction du degré de dysplasie.

En l'absence de dysplasie l'endoscopie de surveillance sera réalisée tous les 2 ans en cas d'EBO long et tous les 3 ans en cas d'EBO court.

Lorsque le diagnostic histologique est celui d'une muqueuse en dysplasie de bas grade une réévaluation est conseillée après 3 mois de traitement par IPP à double dose. Le rythme ultérieur de la surveillance va dépendre du nouveau résultat. Si la dysplasie de bas grade est confirmée sur deux examens successifs la surveillance sera rapprochée à 6 mois voire un an.

Dans le cas de la mise en évidence d'une dysplasie sévère un deuxième examen de confirmation sera réalisé un mois après un traitement par IPP à double dose. Les prélèvements seront faits tous les centimètres (cf tableau ci-dessous).

La confirmation d'une dysplasie sévère doit conduire à la réalisation d'une échoendoscopie avec sonde de haute fréquence pour apprécier l'extension en profondeur. Ce dernier examen aidera à la décision thérapeutique à savoir un traitement endoscopique (mucosectomie) ou chirurgical.

Stratégie de surveillance des EBO (recommandations SFED 2000)

DYSPLASIE

STRATEGIE

Absente	→	Endoscopie + biopsies Tous les 2 ans EBO long Tous les 3 ans EBO court
Bas grade	→	IPP double dose 3 mois Puis endoscopie + biopsies
Bas grade confirmé	→	Endoscopie + biopsies Tous les 6 mois à 1 an
Haut grade	→	IPP double dose 1 mois puis Biopsies tous les cm Double lecture ana path