

RGO de l'adulte en 2019

M. Benazzouz

Rabat

Rabat le 07 Avril 2019

objectifs

- Ampleur du problème
- Quand traiter sans explorer ?
- Si explorations : la quelle ou les quelles ?
- Quelles mesures hygiéno-diététiques ?
- Quel traitement initial ?
- Quel traitement au long court ?
- Que faire si résistance aux IPP ?
- Que faire si signes extradigestifs ?
- Quand opérer ?
- RGO si femme enceinte ?
- RGO et HP ?

Références

World Gastroenterology Organisation Global Guidelines
GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease



J Clin Gastroenterol • Volume 51, Number 6, July 2017

J Gastroenterol (2016) 51:751–767
DOI 10.1007/s00535-016-1227-8



The Japanese Society
of Gastroenterology



CrossMark

SPECIAL ARTICLE

**Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal
reflux disease 2015**

Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus

C Prakash Gyawali,¹ Peter J Kahrilas,² Edoardo Savarino,³ Frank Zerbib,⁴

2018

Updated Asia-Pacific GERD Guideline

David A. Johnson, MD reviewing Fock KM et al. Gut 2016 Jun 3

NEJM 2016



GUIDELINE



The role of endoscopy in the management of GERD

2015

objectifs

- Ampleur du problème

Ampleur du problème

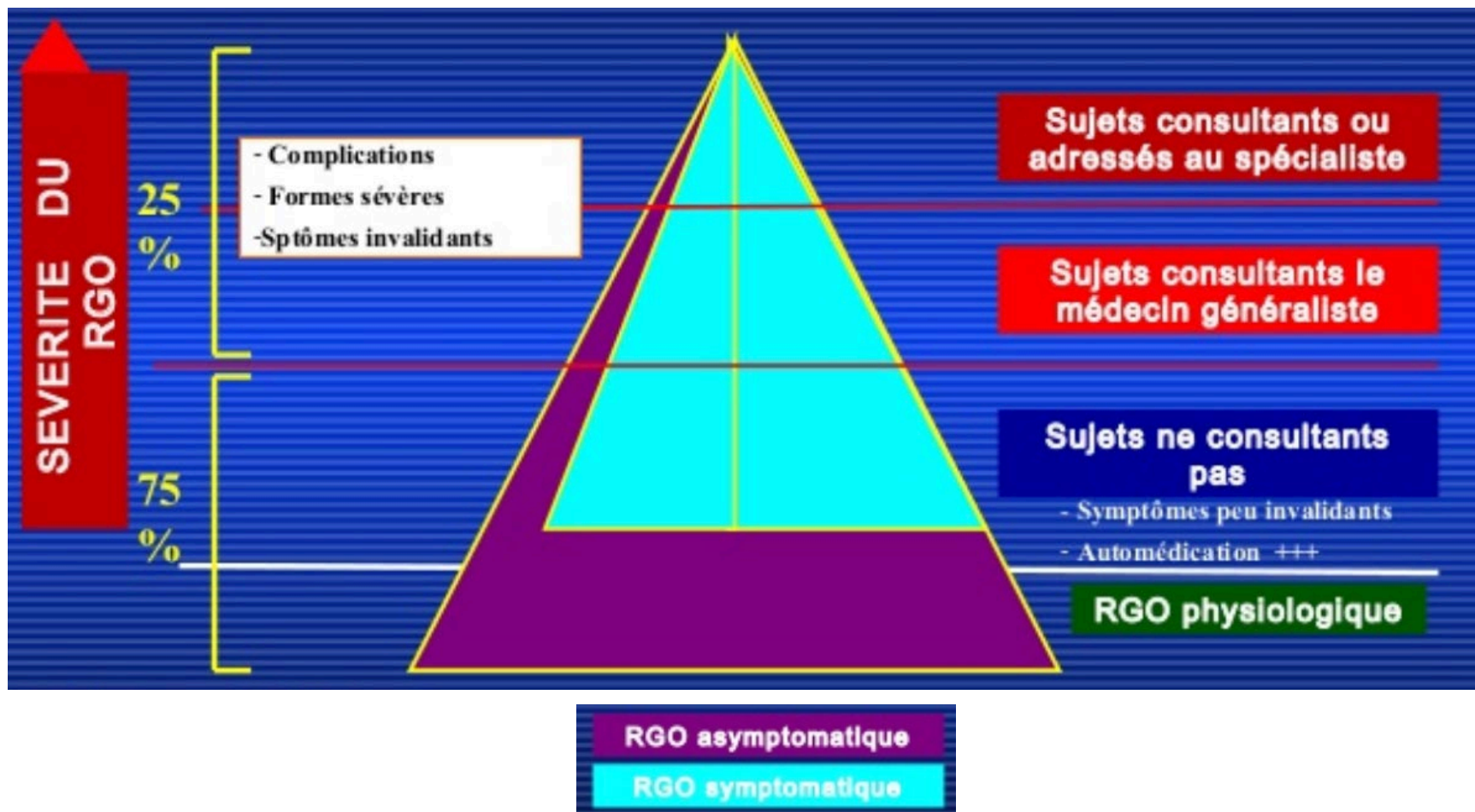
- 5 à 10 % survenue des symptômes de façon quotidienne
- 15 à 20 % survenue de symptômes au moins hebdomadaire
- 30 à 45 % survenue de symptômes au moins mensuelle.
- 38 % des obèses ont un RGO

Prévalence du RGO

PREVALENCE DU REFLUX EN AFRIQUE

	ENTRETIEN FACE A FACE	PREVALENCE DES SYMPTOMES DE REFLUX (AU MOINS 1 FOIS/S)
CHABAANE TUNISIE 2009	500	33%
AMRANI MAROC 2004	2450	16%
BASSEY NIGERIA 1976	1030	2.2%

Ampleur du problème



Gravité = complications

RGO

OESOPHAGITE

Dans 3/4 des cas peu évolutive

sténose

EBO (Kc)

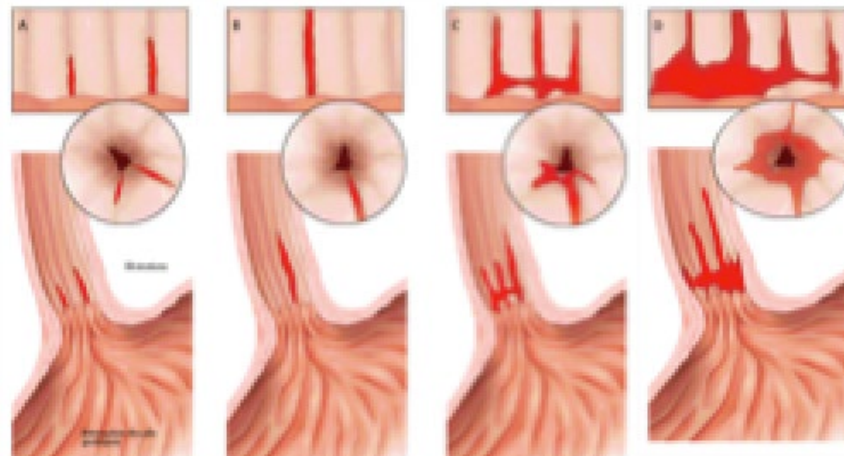
ulcère

Hgie

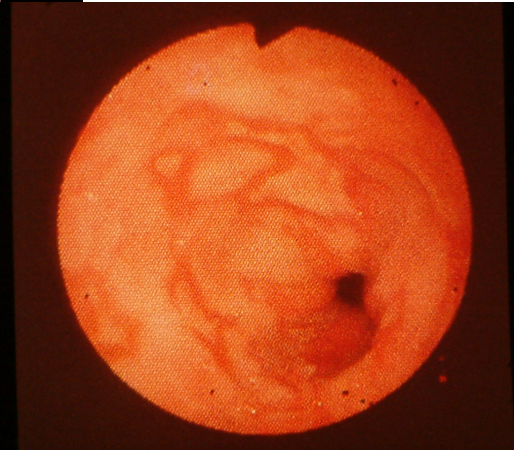
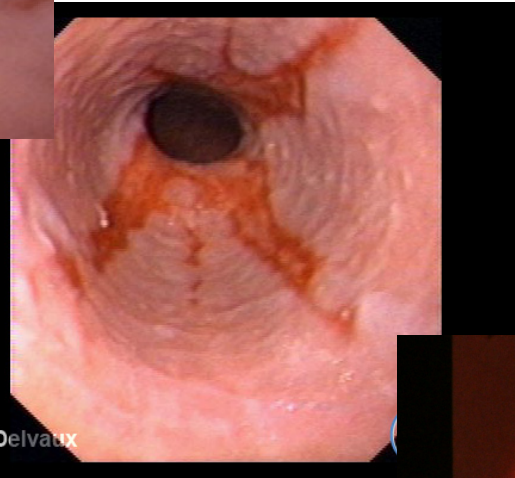
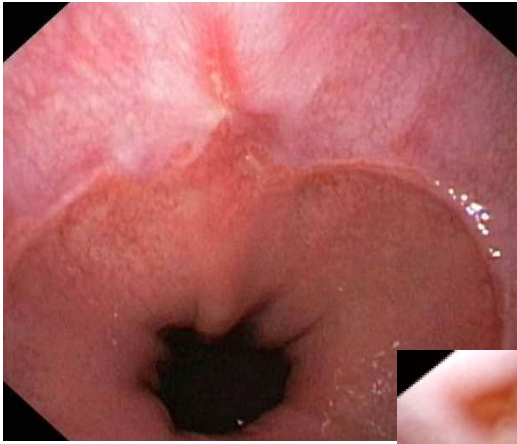
Oesophagite

Complication fréquente : 40 - 50 %

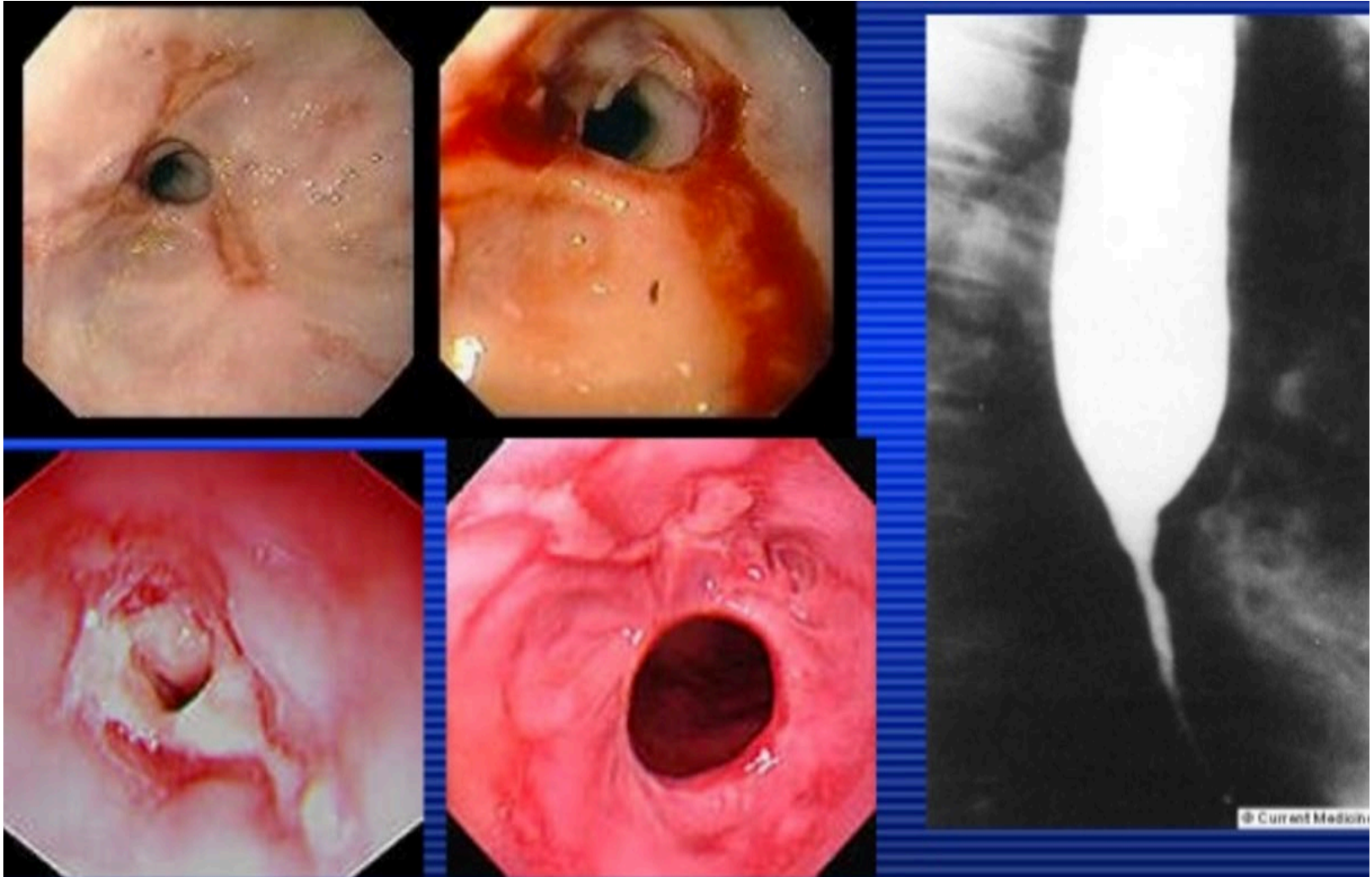
Classification	Grade	Description
Los Angeles	A	One (or more) mucosal break no longer than 5 mm that does not extend between the tops of 2 mucosal folds
	B	One (or more) mucosal break >5 mm that does not extend between the tops of 2 mucosal folds
	C	One (or more) mucosal break that is continuous between the tops of ≥ 2 mucosal folds but that involves <75% of the circumference
	D	One (or more) mucosal break that involves at least 75% of the esophageal circumference



Oesophagite

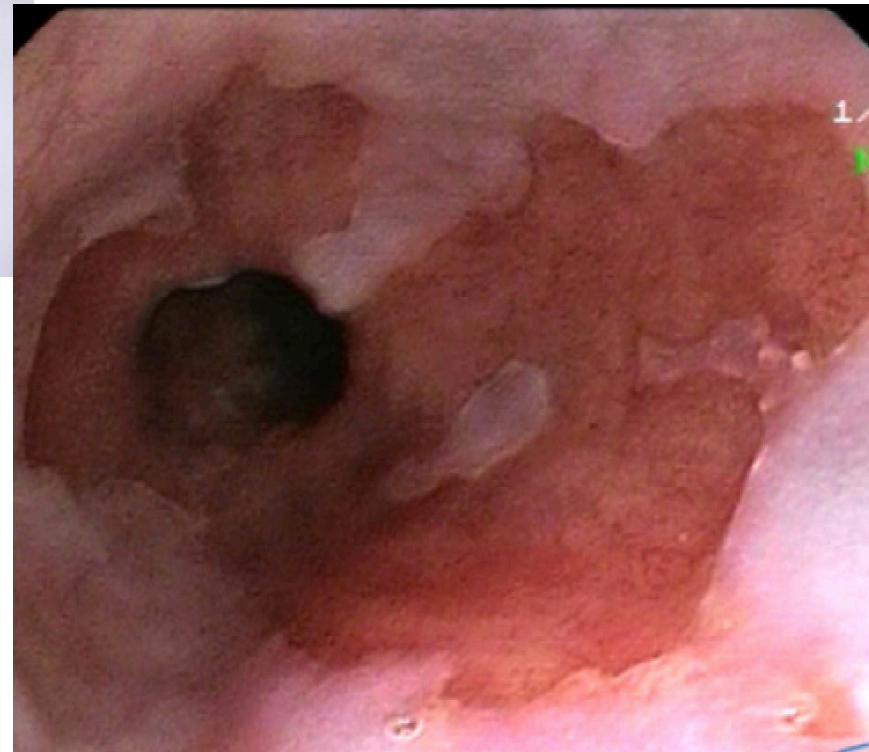
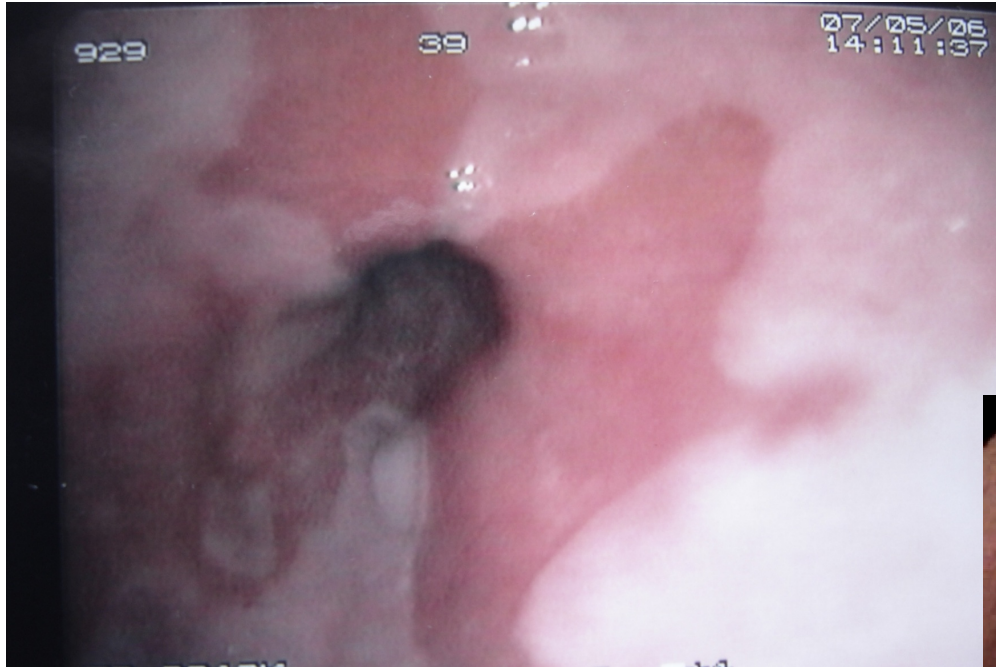


Sténose peptique



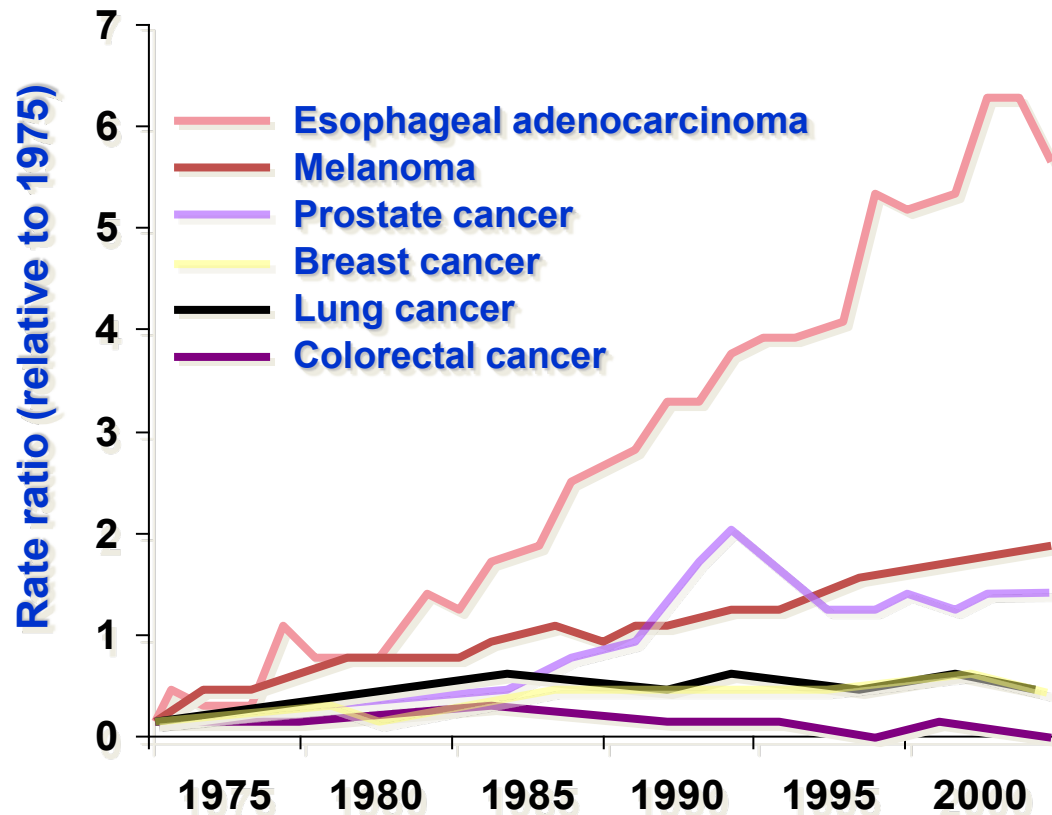
Sténose = 10% des complications RGO

EBO



Trouvé dans 5-15 % des endoscopies

ADK de l'oesophage en augmentation



*National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology, and End Results database

objectifs

- Quand traiter sans explorer ?

Symptômes typiques sans signes d'alarme

- Pyrosis
- régurgitations

We recommend that uncomplicated GERD be diagnosed on the basis of typical symptoms without the use of diagnostic testing, including EGD. ⊕⊕⊕⊕

Signes d'alarme

- Hémorragie digestive
- Anémie
- Dysphagie
- Amaigrissement
- Odynophagie
- Antécédent familial de cancer de l'œsophage ou de l'estomac
- Âge > 50 ans

Test thérapeutique

- symptômes classiques
- Sans signes d'alarmes
- signes extradiigestives
- un test négatif n'élimine pas un RGO
sensibilité 71%

objectifs

- Quand explorer: Lyon consensus
 - Doute diagnostique
 - Echec du Tx par IPP
 - Traitement des complications
- Si explorations : la quelle ou les quelles ?

Indications de l'endoscopie

GERD symptoms that are persistent or progressive despite appropriate medical therapy
Dysphagia or odynophagia
Involuntary weight loss > 5%
Evidence of GI bleeding or anemia
Finding of a mass, stricture, or ulcer on imaging studies
Screening for Barrett's esophagus in selected patients (as clinically indicated)
Persistent vomiting (7-10 days)
Evaluation of patients before or with recurrent symptoms after endoscopic or surgical antireflux procedures
Placement of wireless pH monitoring

Faible sensibilité

Lyon 2018

critères dic endoscopiques

Lyon Consensus

Conclusive endoscopic criteria for GERD

- ▶ LA grade C or D oesophagitis;
- ▶ Biopsy-proven Barrett's oesophagus;
- ▶ Peptic stricture.

CONCLUSIVE EVIDENCE FOR
PATHOLOGIC REFLUX

LA grades C&D esophagitis
Long segment Barrett's mucosa
Peptic esophageal stricture

BORDERLINE OR
INCONCLUSIVE EVIDENCE

LA grades A&B esophagitis

ADJUNCTIVE OR
SUPPORTIVE EVIDENCE*

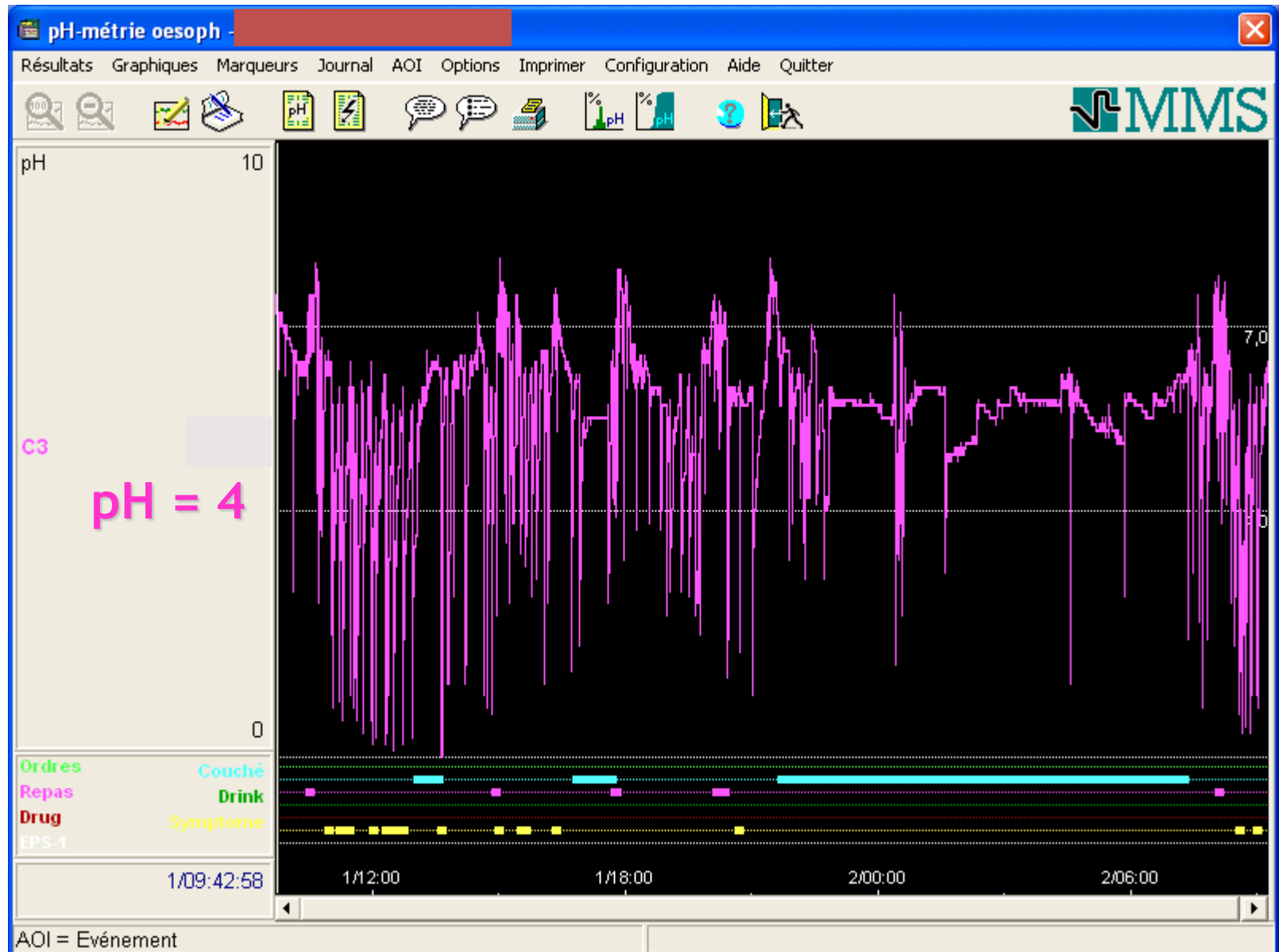
Histopathology (score)
Electron microscopy (DIS)
Low mucosal impedance

ENDOSCOPY

Indications PHmetrie

- Symptômes atypiques isolés et faible probabilité de RGO (pas de RGO documenté préalablement)
- Bilan préopératoire en l'absence de RGO documenté (absence d'oesophagite en endoscopie)

pHmétrie œsophagienne des 24 heures



Lyon 2018 PH- metrie critères dic

CONCLUSIVE EVIDENCE FOR
PATHOLOGIC REFLUX

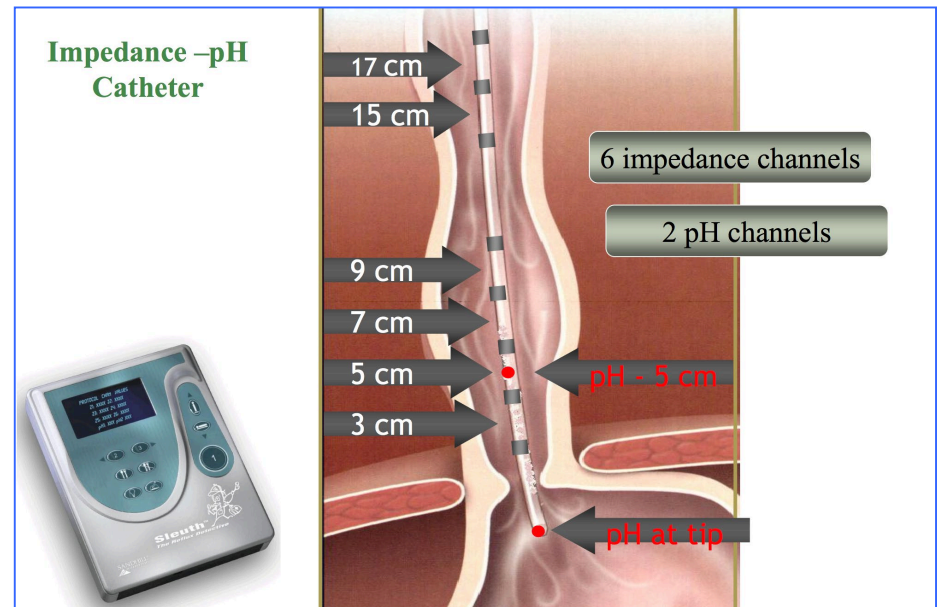
AET > 6%
Reflux episodes > 80

BORDERLINE OR
INCONCLUSIVE EVIDENCE

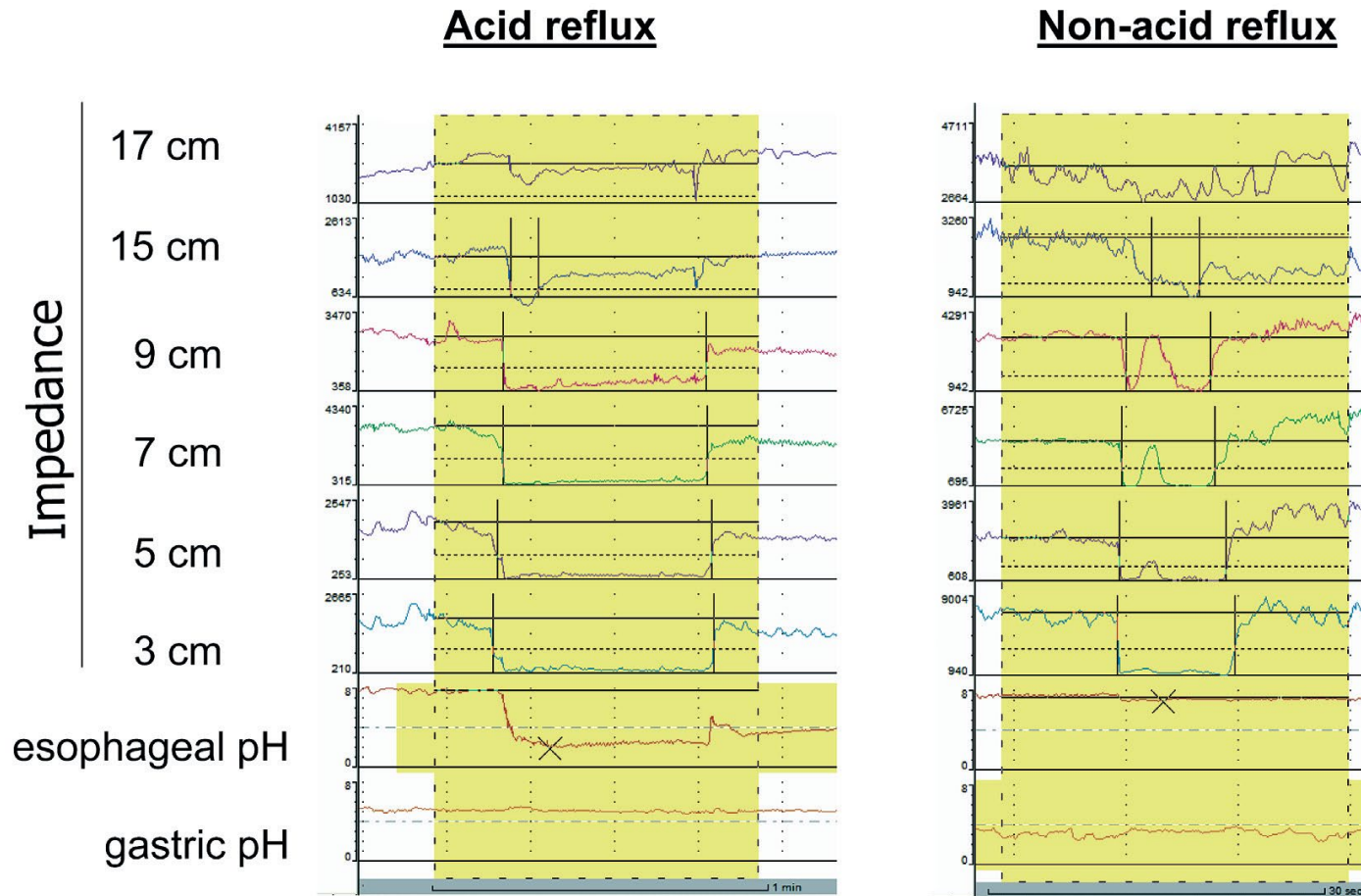
AET 4-6%
Reflux episodes 40-80

Indications PH-impedancemetrie

- Symptômes persistants sous IPP en cas de RGO préalablement documenté.
- Symptômes typiques persistants sous IPP
 - Objective des symptômes associés aux reflux peu ou non acides dans 30 à 40% des cas



Impedance-metrie



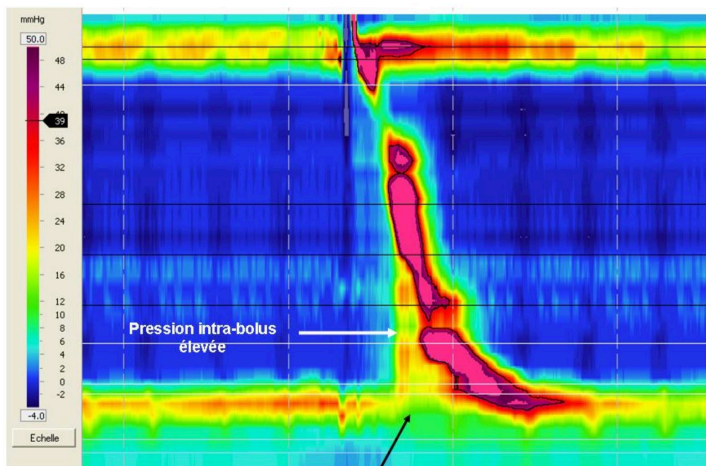
Lyon 2018

PH-impédance metrie sous ou sans IPP

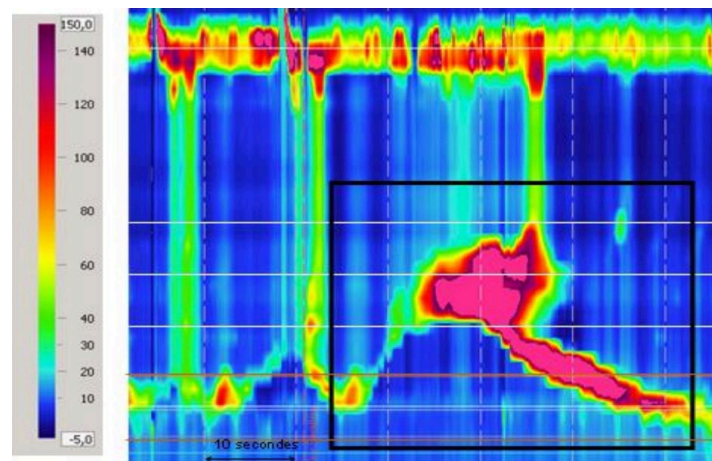
Reflux monitoring is recommended off PPI in instances of 'unproven' GERD and on PPI in instances of 'proven GERD' (previous LA grade C or D oesophagitis, biopsy-proven Barrett's oesophagus, peptic stricture or AET off PPI >6%).

Indications de la manométrie

- Bilan préopératoire (hautement recommandé)
- Suspicion de troubles moteurs œsophagiens sévères
- En cas de dysphagie associée, si gastroscopie normale

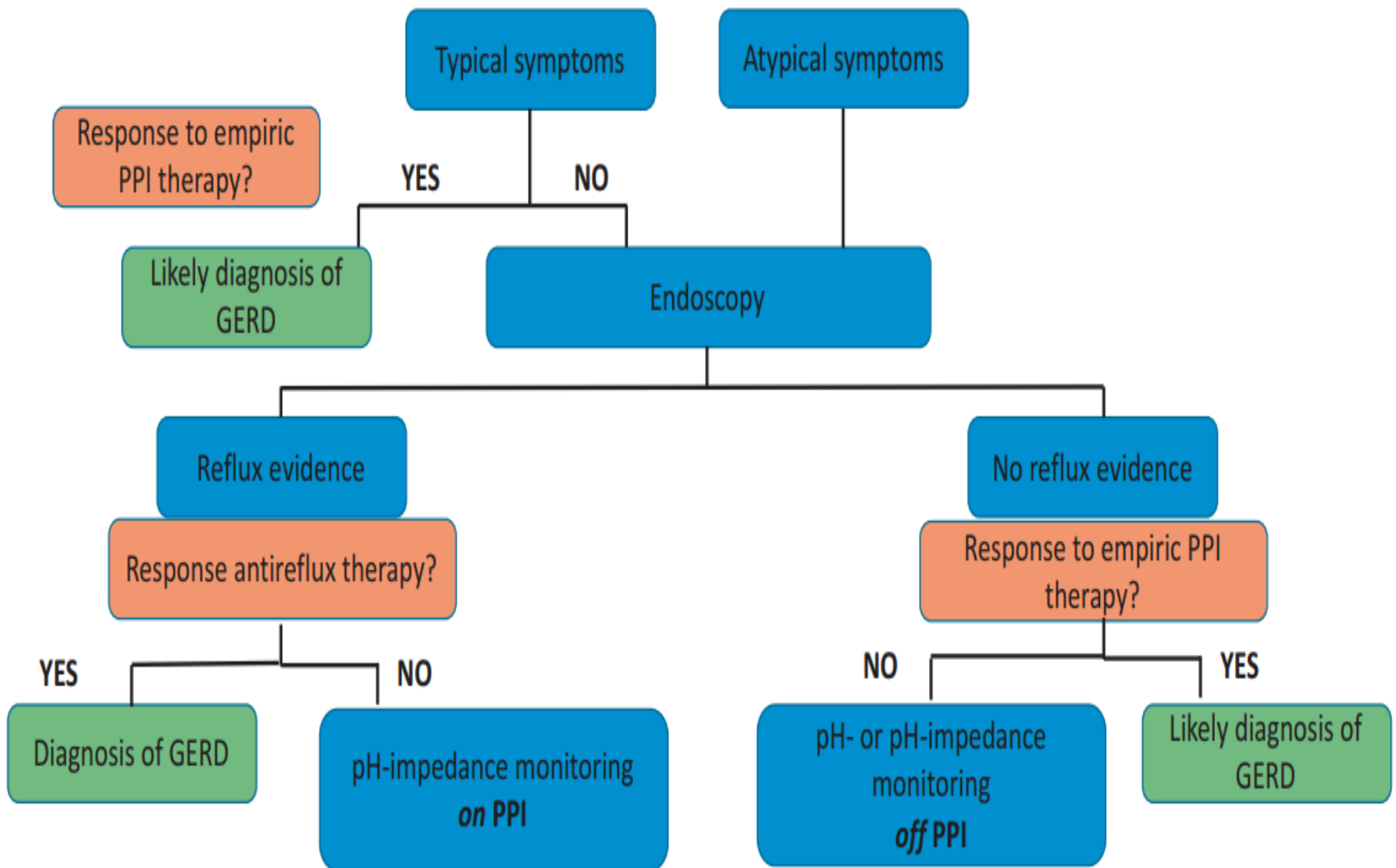


Défaut de relaxation de la jonction oeso-gastrique



Oesophageal high-resolution manometry is not useful for the direct diagnosis of GERD but can provide adjunctive information:

Comment faire en pratique ?



objectifs

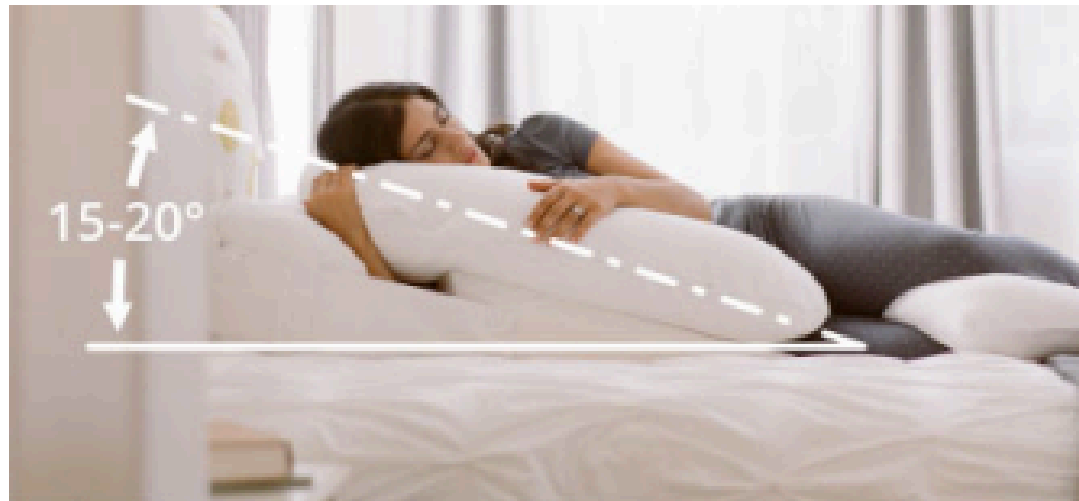
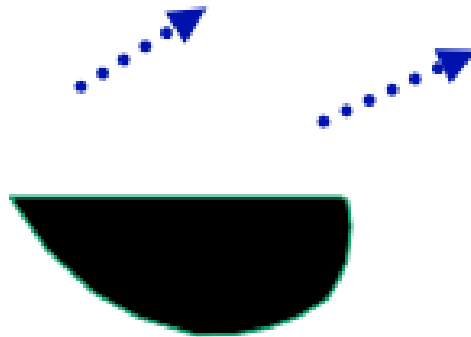
- Quelles mesures hygiéno-diététiques ?

Mesures hygiéno-diététiques

- Lose weight (if overweight)
- Avoiding alcohol, chocolate, citrus juice, and tomato-based products (2005 guidelines from the American College of Gastroenterology [ACG] also suggest avoiding peppermint, coffee, and possibly the onion family) ← data limited
- Avoiding large meals
- Waiting 3 hours after a meal before lying down
- Elevating the head of the bed 8 inches
- Sleeping on the left side

Left lateral position

Right lateral position



Fiber-enriched diet helps to control symptoms and improves esophageal motility in patients with non-erosive gastroesophageal reflux disease

CONCLUSION

Fiber-enriched diet led to a significant increase of minimal lower esophageal sphincter resting pressure, a decrease of number of gastroesophageal refluxes, and a decrease of heartburn frequency per week in NERD.

objectifs

- Quel traitement initial ?

1ère situation
RGO typique **rapprochés**, alarme(-), <50 ans

**Endoscopie initiale non
nécessaire + + +**

IPP 20mg/j

4 semaines

Succès

**Arrêt du
traitement**

Échec

Endoscopie

2ème situation
RGO typique + âge >50 ans ou s. alarme(+)

Endoscopie initiale nécessaire

Pas d'oesophagite
Oesophagite non sévère

IPP 20 mg 4 semaines

succès

Arrêt

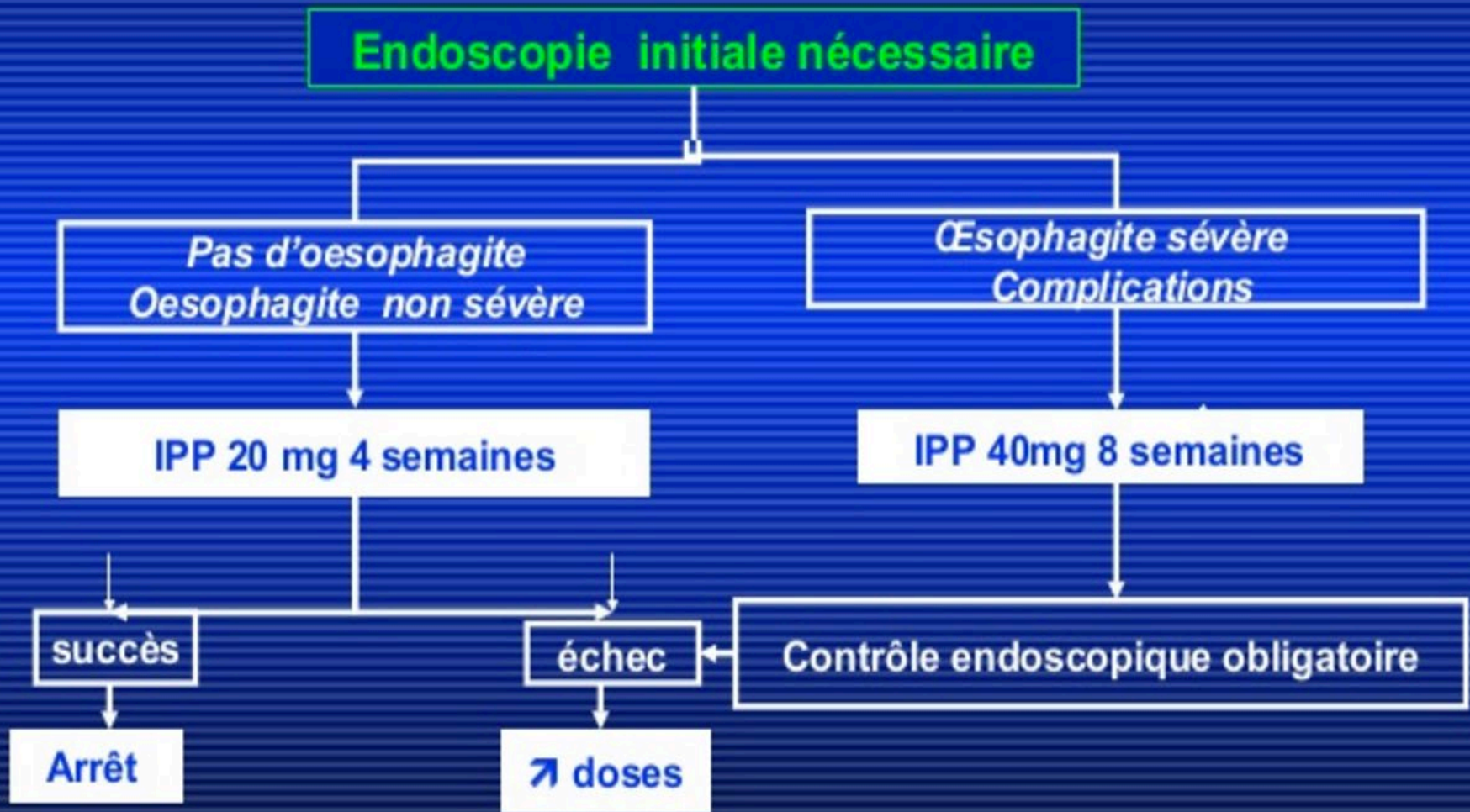
échec

↗ doses

Œsophagite sévère
Complications

IPP 40mg 8 semaines

Contrôle endoscopique obligatoire



Si oesophagite sévère contrôle endoscopique

We suggest that repeat EGD be performed in patients with severe erosive esophagitis after at least an 8-week course of PPI therapy to exclude underlying BE or dysplasia. ⊕⊕○○

Rôle des prokinétiques

- May decrease gastroesophageal reflux, but few prokinetics are available for clinical use and their efficacy in clinical trials has been modest at best. Not recommended.
- Metoclopramide should be avoided, because of adverse effects.
- Domperidone shows little benefit and is not recommended, because of safety concerns around prolongation of the QTc interval on electrocardiography.

objectifs

- Quel traitement au long court ?

Que faire après le traitement initial quand si efficace ?

- Traitement au long court
- Traiter à la demande

STRATEGIE A LONG TERME

Identifier le profil du patient

J F M A M J J A S O N D

Continue



Par poussée



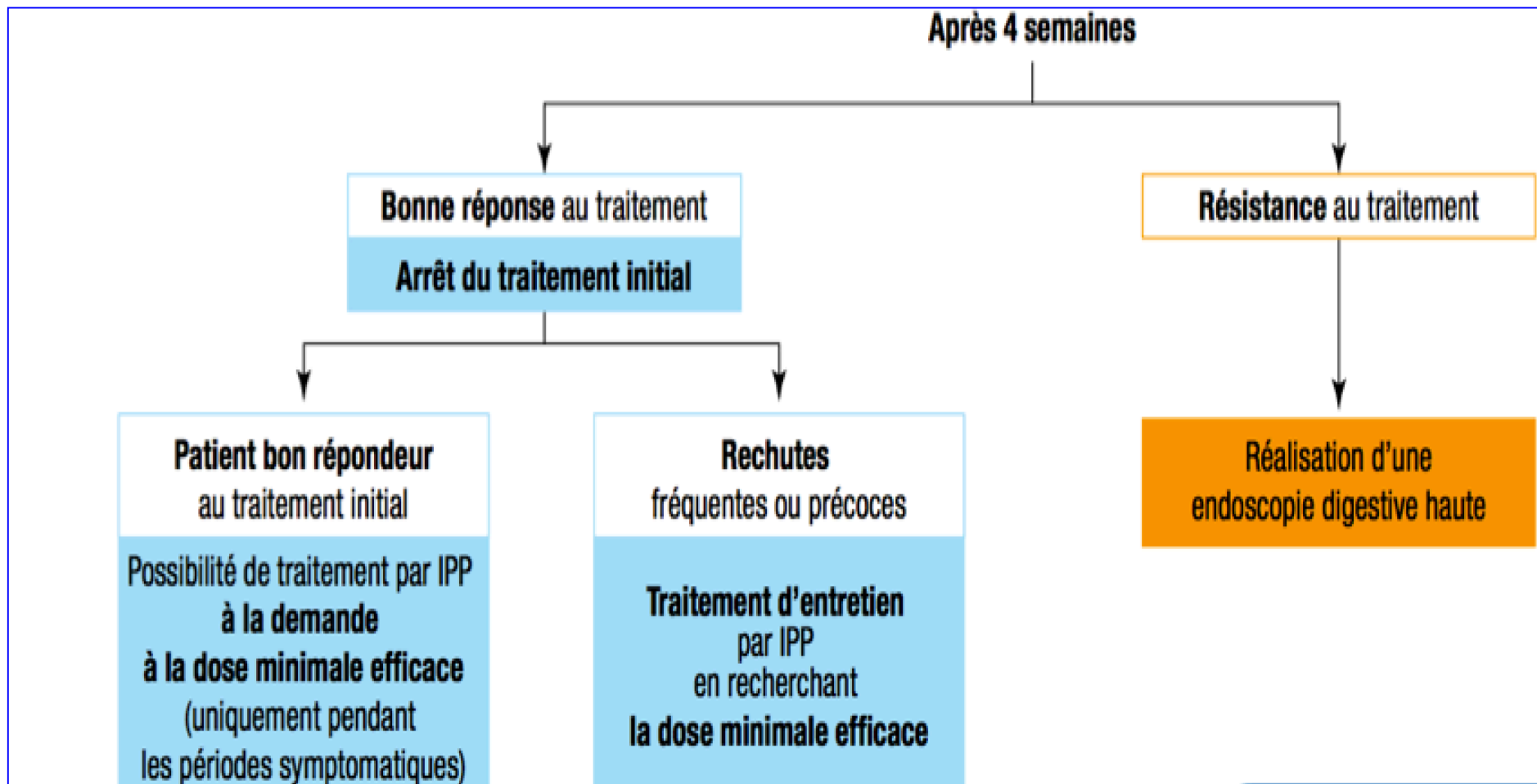
Variable



Au cours de l'année, l'évolution des symptômes est variable d'un individu à l'autre

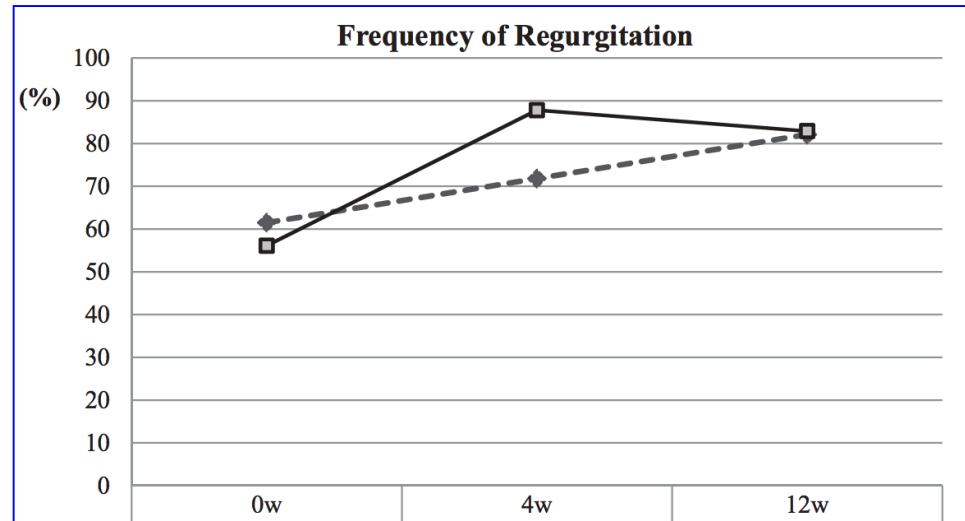
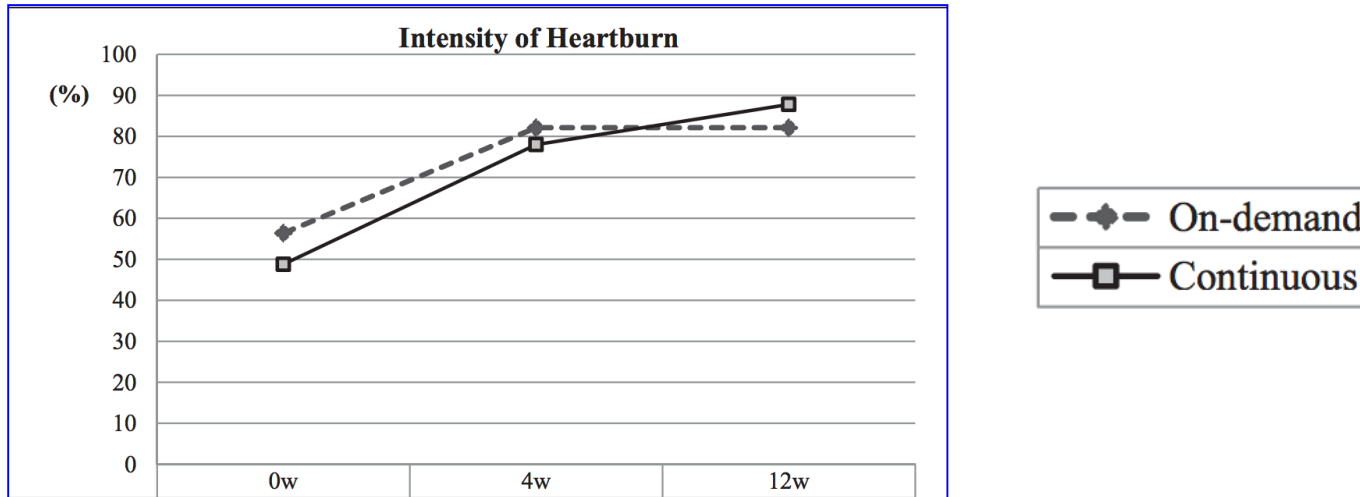
Prise en charge du reflux gastro-œsophagien sans œsophagite chez l'adulte

selon les recommandations de l'Afssaps¹ et de la HAS^{2,3}



On-demand versus half-dose continuous therapy with esomeprazole for maintenance treatment of gastroesophageal reflux disease

A randomized comparative study



Cho et al. Medicine (2018) :

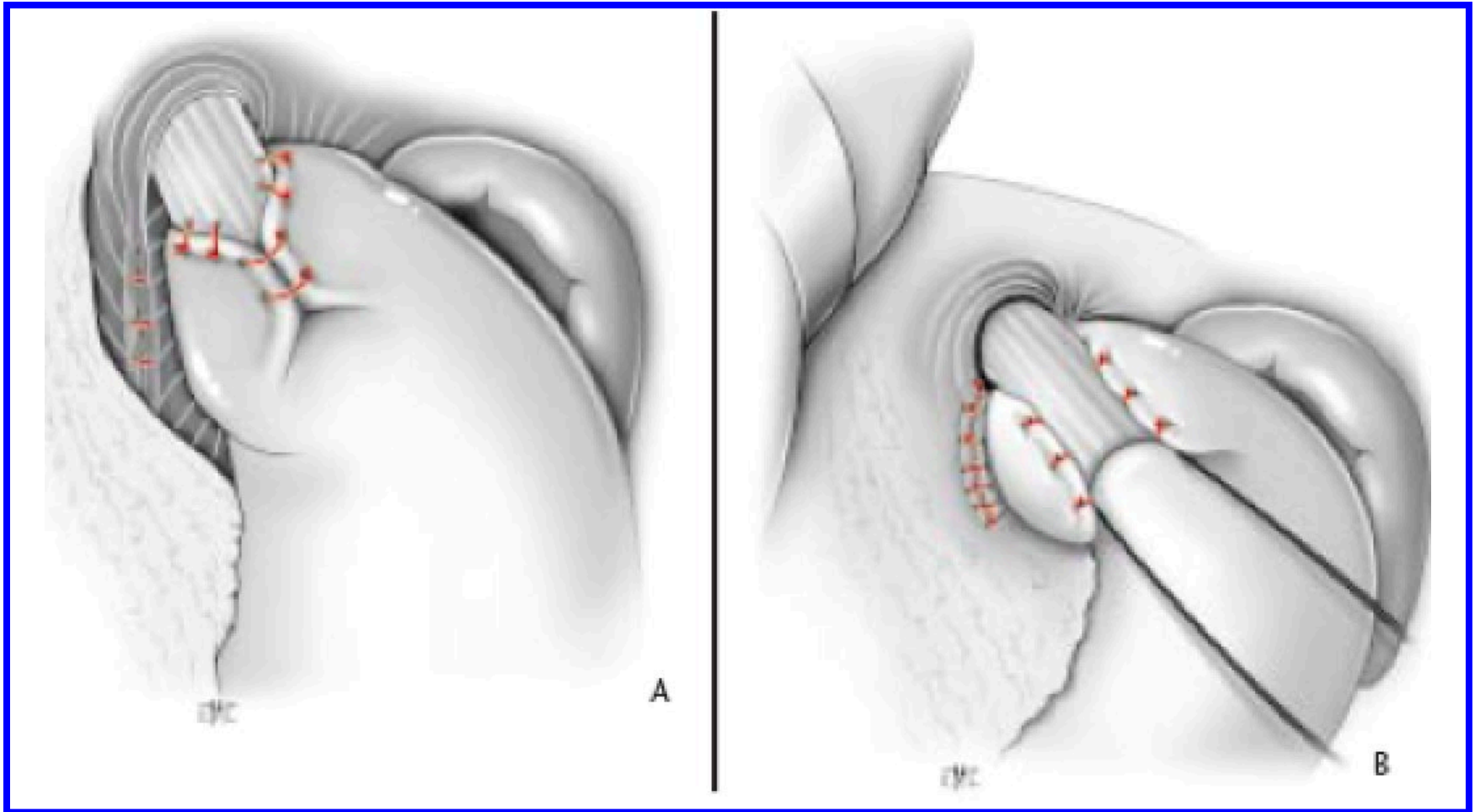
objectifs

- Quand opérer ?

Candidats à la chirurgie

- régurgitations ne répondant pas au traitement médical
- Patient jeune sans tard dépendant des IPP .
- Grosse hernie hiatale
 - Surgical therapy is generally not recommended in patients who do not respond to PPI therapy**
- Preoperative ambulatory pH monitoring is mandatory in patients without evidence of erosive esophagitis. All patients should undergo preoperative manometry to rule out achalasia or scleroderma-like esophagus *

Type de chirurgie



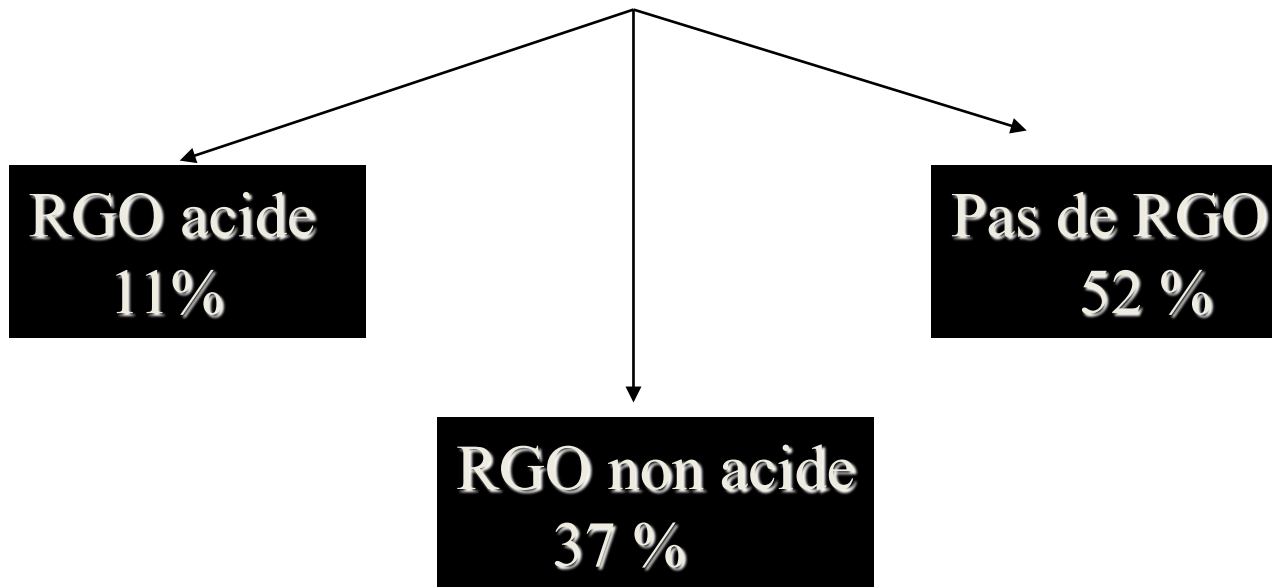
objectifs

- Que faire si résistance aux IPP ?

168 patients résistants IPP



PHmetrie+ inpedancmetrie



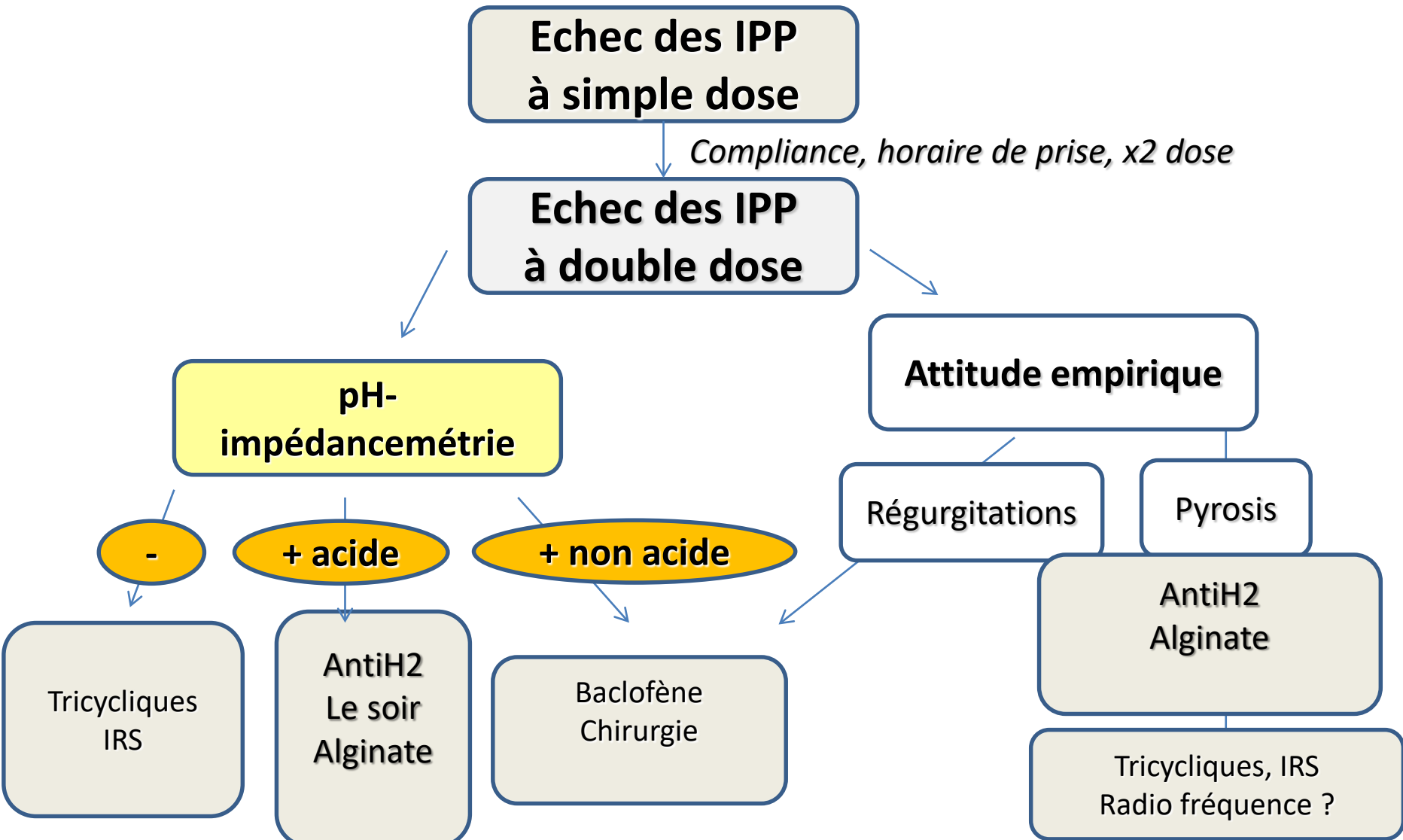
Mainie I, Gut , Mar;2006

Patients résistants IPP

		Frequency	Per cent
Valid	Pure Acid Reflux	40	7
	Weakly Acid	6	1
	Non-Acid	2	0.3
	Mixed&Gas	30	5.2
	Functional	334	58.4
	Oesophagal	160	28
	Hypersensitivity		
	Total	572	100

Echec des IPP

Quelle prise en charge ?



Les modificateurs de la sensibilité

Antidépresseurs tricycliques

Imipramine (Tofranil[®])

Amitriptylline (Laroxyl[®])

Médicaments des douleurs neuropathiques

Gabapentine (Neurontin[®]) 100 mg x3

Pregabaline (Lyrica[®]) 200 mgx3

Effets indésirables :

somnolence, ataxie, troubles d'équilibre,
nausées, prise de poids,
œdèmes, atteintes hépatiques

Baclofen liorésal

- A GABA-beta agonist
- Has been shown to decrease reflux episodes and symptoms due to all types of reflux
- Decreases TLESR events; recognized as a key reason for reflux treatment failure
- 10 mg BID slowly increased to 20 mg TID depending on side-effects

objectifs

- Que faire si signes extradiigestifs ?

manifestations extradiigestives

- Situation très fréquente ++++
- 50 % n'ont pas de signes digestifs
- 10 % des patients consultants les ORL et pneumologues sont atteints de RGO
- problème diagnostique et thérapeutique ++

D Barry and M F Vaezi ,Cleaveland J Med 2010

**Manifestations
Extra-Digestives
du RGO**

**Pharyngite
chronique**

Asthme

**Toux
Chronique**

**Laryngite
chronique**

**Broncho-
Pneumopathie
À répétition**

Laryngospasme

**Otite
chronique**

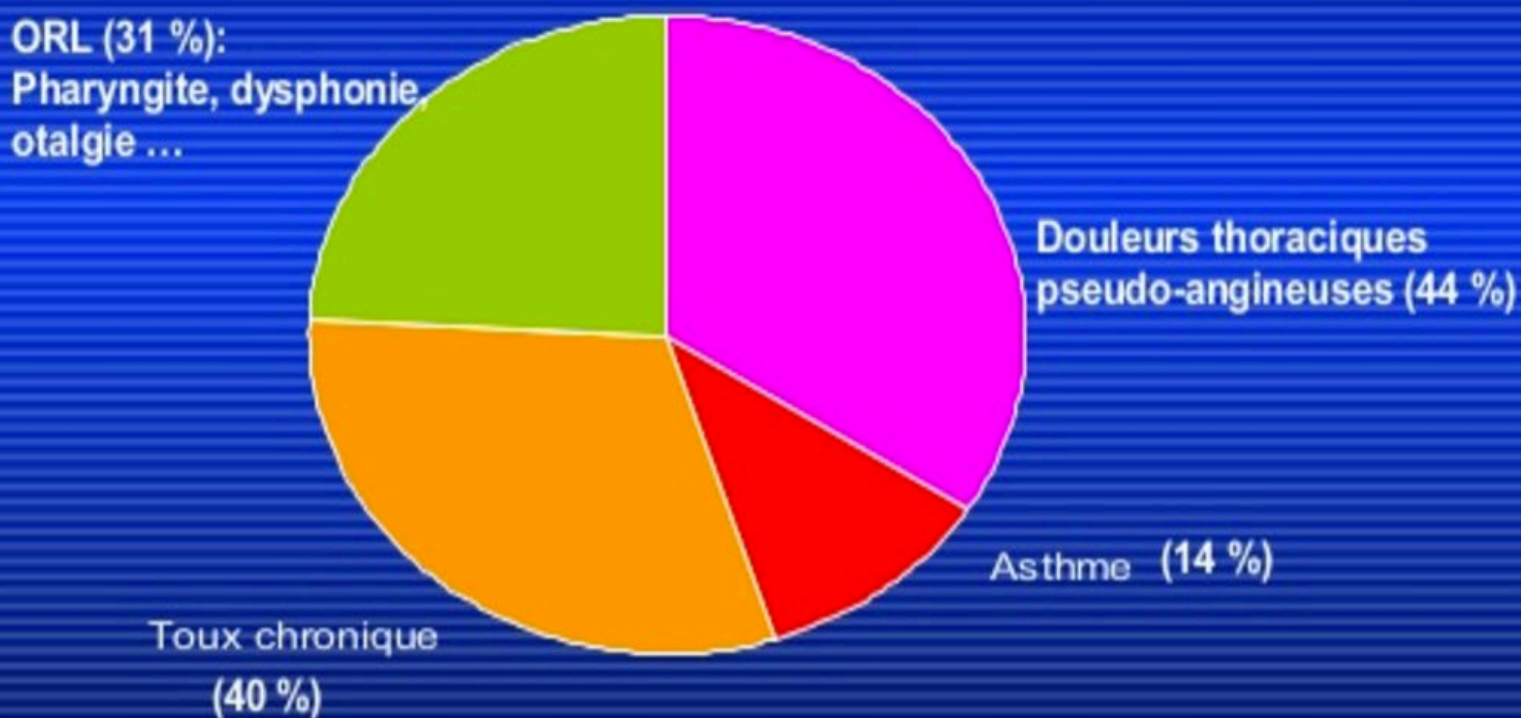
**Érosion
Dentaire**

**Douleurs
Thoraciques
Atypiques**

**Apnée du
sommeil**

Manifestations extra-digestives du RGO

Prévalence : 30 - 40 % , Spécificité faible



MANIFESTATION ORL DU RGO

- ❑ En consultation ORL, 4 à 10 % des patients présentent des symptômes et/ou des lésions en rapport avec le RGO.
- ❑ Il s'agit de manifestations pharyngées et laryngées

symptômes²

- Enrouement chronique.
- Brûlures et paresthésies pharyngées.
- laryngospasmes paroxystiques.
- Globus pharyngeus, impression de corps étranger.
- Otagies, cervicalgies.

lésions

- Laryngite peptique ou laryngite postérieure.
- Ulcères de contact des cordes vocales.
- érythème et œdème interaryténoïdien.
- dégénérescence polyploïde (œdème de Reinke).
- ulcères et Granulomes.
- Sténose laryngée.

Signes broncho-pulmonaires

Toux	6-47
hémoptysie	13-30
Asthme	4-24
Fibroses pulmonaires diffuses	2-21
Pneumopathies récidivantes	
11-21	
Bronchites chroniques	8-35
Bronchectasies	2-13

MANIFESTATIONS CARDIAQUES DU RGO

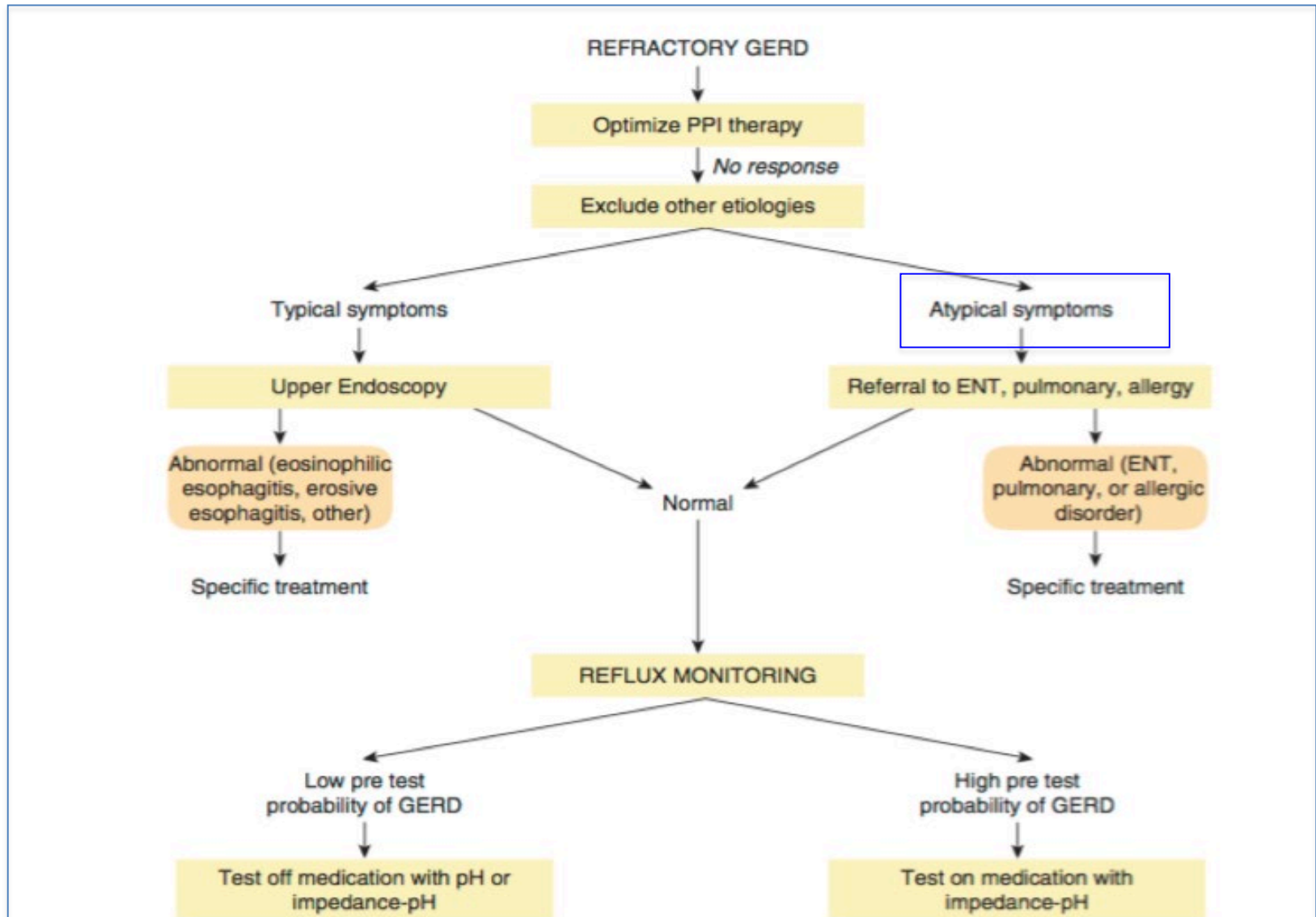
❑ Douleurs thoraciques pseudoangineuses (DTPA)

dans 18 à 60 % des cas la cause des DTPA avec coronarographie normale est liée à une pathologie œsophagienne.

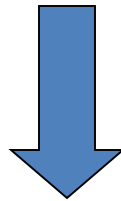
❑ Autres manifestations cardiaques :

- une association entre le RGO et la bradycardie est bien établie, notamment en pédiatrie (RGO cause de mort subite du nourrisson).
- le RGO peut induire des tachycardies, des blocs de branche ou des rythmes ectopiques.

Que faire si symptomes atypique AGA 2013



SI MANIFESTATIONS EXTRADIGESTIVES

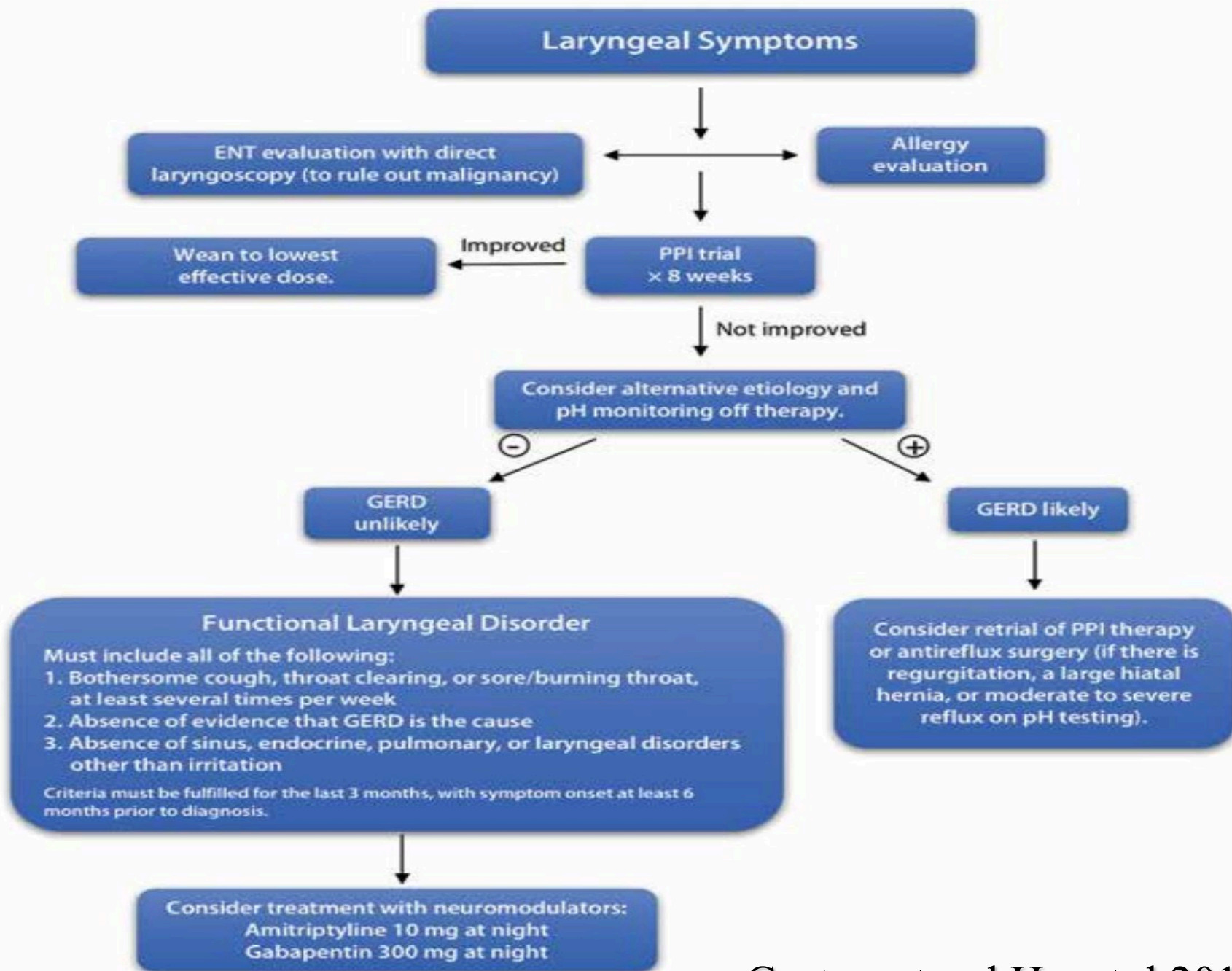


IPP dose standard ou double

Pendant : 8-12 semaines

Reflux symptom index (RSI) and reflux findings score (RFS) before and 8 weeks after treatment with H2 blocker or PPI.

	Before H2-blocker treatment	After H2-blocker treatment	Before PPI treatment	After PPI treatment
RSI	26.5 ± 1.7	21.9 ± 1.4 ^{◆◆}	23.6 ± 1.6	14.9 ± 1.5 ^{***}
RFS	14.0 ± 0.7	12.8 ± 0.6 [◆]	13.5 ± 0.8	9.2 ± 0.7 ^{***}



objectifs

- RGO si femme enceinte
- RGO et HP

RGO et Gsse

- Début : Fin premier trimestre
- Persiste durant toute la Gsse
- Disparaît après accouchement
- Toujours mesures HD en premier +++

CF Gomes ,Annals of Gastroenterology (2018)

RGO et Gsse

- **Traitement première ligne :**
 - Antiacide à base de calcium ou Mg
 - Eviter les médicaments contenant du bicarbonates : risque d'alcalose Mb chez le foetus et la maman
 - Eviter antiacide à base d'Aluminium et le sucralfate car risque de retard de développement
- **Traitement première ligne**
 - ranitidine,IPP

RGO chez femme enceinte

Treatment option	Details
Dietary and lifestyle modifications	Frequent (every 3 h), small meals Last oral intake 3 h before bedtime Elevate head of bed
↓	
Antacids or sucralfate	Avoid long-term use or high doses of magnesium trisilicate Avoid sodium bicarbonate
↓	
H ₂ -receptor antagonists	Use ranitidine: FDA category B Limited data are available for other H ₂ -receptor antagonists, but they are probably also safe
↓	
PPIs	Use omeprazole: FDA category B Limited data are available for other PPIs, but they are probably also safe

IPP et Gsse

- Une importante étude de cohorte danoise, incluant 840 968
- malformations foétales (2,6 %)
- pas de sur-risque de malformations foétales pour les femmes ayant pris des IPP au cours du premier trimestre de leur grossesse

Pasternak B, N Engl J Med 2010

Indications du traitement d'HP si RGO

Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report

P Malfertheiner,¹ F Megraud,² C A O'Morain,³ J P Gisbert,^{4,5} E J Kuipers,⁶ A T Axon,⁷ F Bazzoli,⁸ A Gasbarrini,⁹ J Atherton,¹⁰ D Y Graham,¹¹ R Hunt,^{12,13} P Moayyedi,¹⁴ T Rokkas,¹⁵ M Rugge,¹⁶ M Selgrad,¹⁷ S Suerbaum,¹⁸ K Sugano,¹⁹ E M El-Omar,²⁰
on behalf of the European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel

Malfertheiner P, *et al. Gut* 2017.

IPP au long court > 6 mois