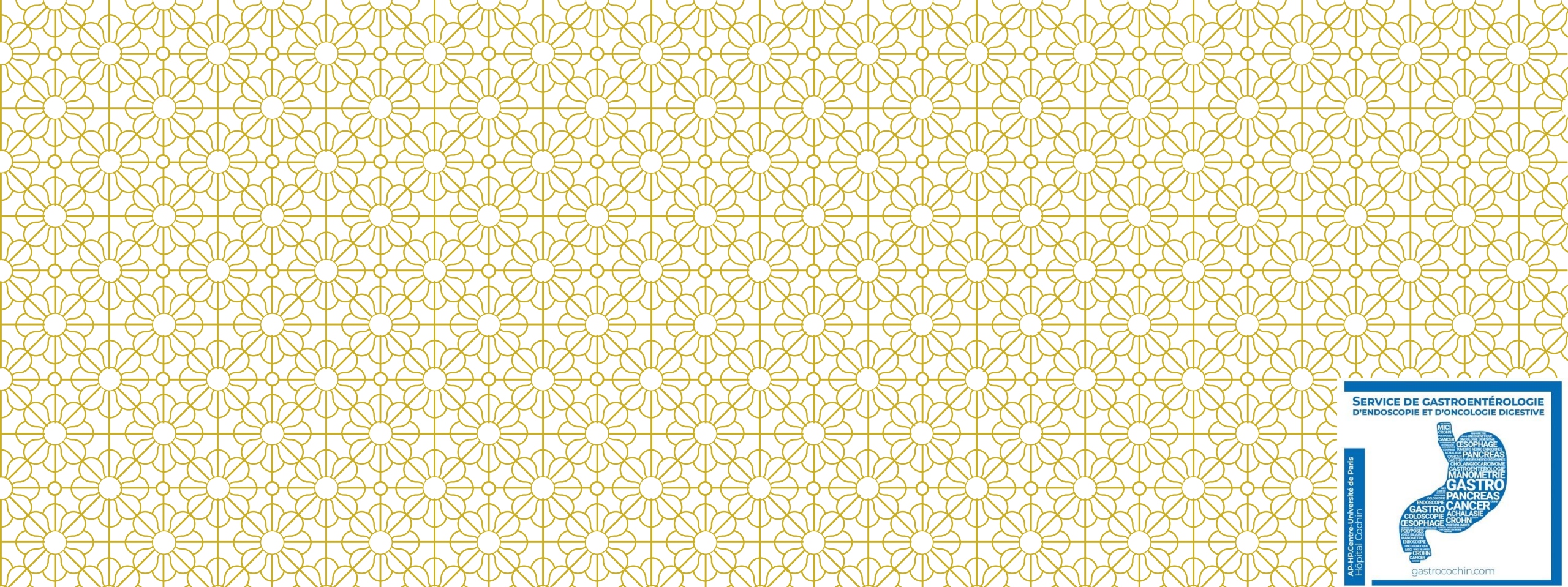




REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

MERCREDI 28 JANVIER 2026

Dre Marine Carpentier-Pourquier
Service de gastro-entérologie

LA BIBLE DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Consensus de Lyon 2.0 édité en 2024 ⁽¹⁾

Recent advances in clinical practice



OPEN ACCESS

Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0

C Prakash Gyawali ¹, Rena Yadlapati,² Ronnie Fass,³ David Katzka,⁴ John Pandolfino,⁵ Edoardo Savarino,⁶ Daniel Sifrim ⁷, Stuart Spechler,⁸ Frank Zerbib ⁹, Mark R Fox ¹⁰, Shobna Bhatia,¹¹ Nicola de Bortoli,¹² Yu Kyung Cho,¹³ Daniel Cisternas,¹⁴ Chien-Lin Chen ¹⁵, Charles Cock,¹⁶ Albis Hani,¹⁷ Jose Maria Remes Troche,¹⁸ Yinglian Xiao,¹⁹ Michael F Vaezi,²⁰ Sabine Roman ²¹

(1) Gyawali CP et al, Gut, 2024

DÉFINITIONS

- ❖ Consensus de Montréal⁽¹⁾ : Reflux du contenu gastrique dans l'œsophage, provoquant des symptômes gênants et/ou des complications
- ❖ Consensus de Lyon 2.0 ou la définition moderne du RGO « traitable » : Présence de symptômes compatibles et gênants, associés à des preuves objectives de reflux à l'endoscopie et / ou lors d'un monitoring du reflux

(1) Vakil N, et al, The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus, Am J Gastroenterol, 2006

CONTEXTE

- ❖ 30 à 50 % des patients ayant un pyrosis typique n'ont pas de reflux mais une hypersensibilité ou un trouble fonctionnel ⁽¹⁾
- ❖ Surestimation des diagnostics de RGO atypique

DONC : Utilisation inappropriée des médicaments antisécrétoires + Charge économique élevée

OBJECTIFS :

- ❖ Affirmer formellement le diagnostic
- ❖ Expliquer un échec thérapeutique
- ❖ Décider d'un traitement invasif
- ❖ Sortir de l'escalade empirique d'IPP

(1) Fass, R., Dickman, R. Functional heartburn: misdiagnosed gastroesophageal reflux or a distinct entity? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2005

QUELQUES CHIFFRES

Prévalence évaluée à 13 % dans la population mondiale⁽¹⁾

Aux États-Unis : 31% ayant des signes de RGO la semaine précédente⁽²⁾

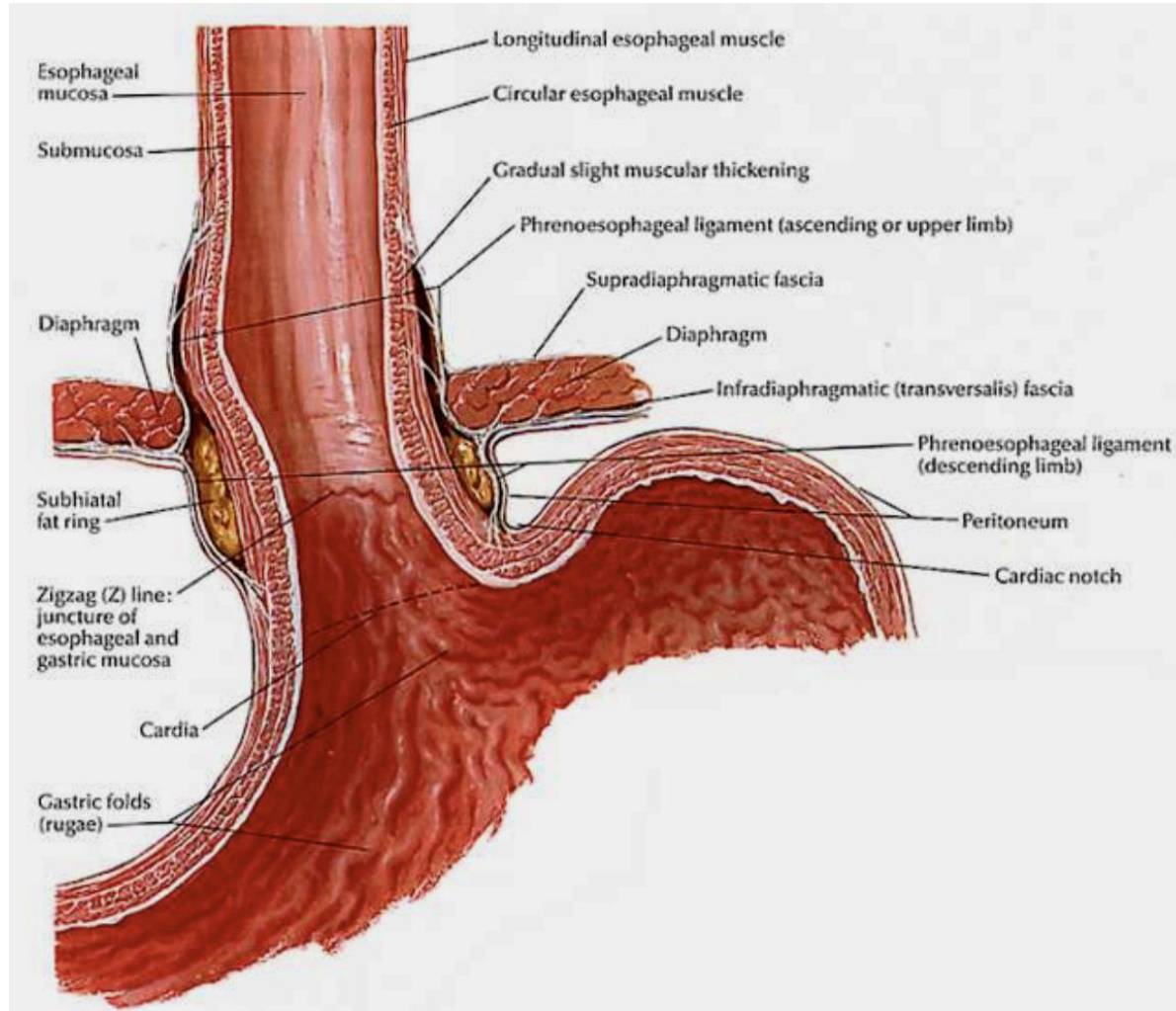
FACTEURS DE RISQUE :

- Âge > 50 ans
- Sexe féminin
- Intoxication tabagique
- Prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Obésité, (IMC > 30 Kg/m²)
- Faible niveau socio-économique

(1) Fass, Gastroesophageal Reflux Disease. N Engl J Med. 2022

(2) Delshad SD, Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease and Proton Pump Inhibitor-Refractory Symptoms. Gastroenterology. 2020

PHYSIOPATHOLOGIE



Hypo-motricité du corps de l'œsophage entraînant un défaut de clairance œsophagienne au décours d'un épisode de reflux :

- Péristaltisme absent
- Motricité œsophagienne inefficace

Défaillance de la barrière anti-reflux au niveau de la jonction œsogastrique (JOG) :

- Hernie hiatale
- Hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO)
- Relaxations prolongées du tonus du SIO (TSLER)

PHYSIOPATHOLOGIE

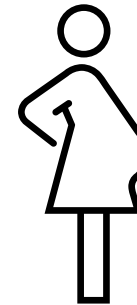
Gastroparésie

Hyperpression abdominale :

- Obésité
- Grossesse
- Efforts de toux
- Efforts de poussée chroniques



zzzz



CLINIQUE

ENDOSCOPIE

Signes typiques :

- ❖ Pyrosis
- ❖ Régurgitations
- ❖ Douleurs thoraciques rétrosternales

Signes atypiques

- ❖ Brûlures épigastrique
- ❖ Toux chronique
- ❖ Asthme difficile
- ❖ Symptômes ORL (enrouement, laryngite chronique)

Signes d'alarme :

- ❖ Anémie
- ❖ Hémorragie digestive
- ❖ Amaigrissement
- ❖ Dysphagie
- ❖ Vomissements répétés
- ❖ Age > 50 ans
- ❖ Echec ou rechute rapide sous IPP

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Signes cliniques typiques + absence de signes d'alarme

=

Diagnostic de RGO

=

Essai traitement médicamenteux par IPP

EXAMENS PARACLINIQUES

En l'absence de réponse aux IPP (ou en cas de réponse incomplète)

Ou signes atypiques

Ou signes d'alarmes

Ou avant prise en charge invasive

Ou avant prise en charge à long terme par IPP

=

EXPLORATION

EXAMENS PARACLINIQUES

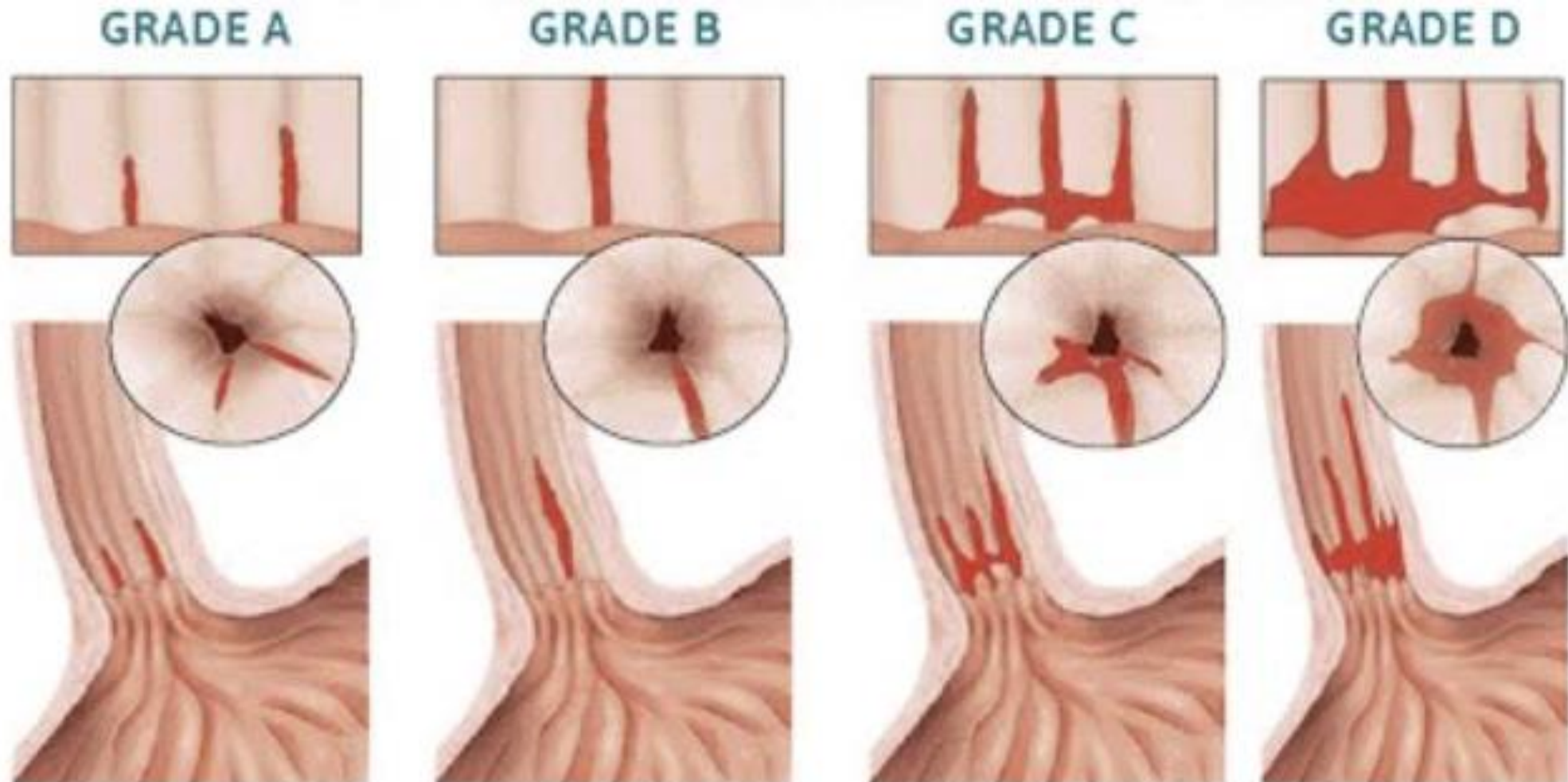
ENDOSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE EN PREMIERE INTENTION

- Eliminer un diagnostic différentiel
- Confirmer le diagnostic de RGO :
 - Œsophagite de grade B, C ou D de la classification de Los Angeles (30 %) ⁽¹⁾
 - EBO supra-centimétrique (confirmé histologiquement) (5 à 12%) ⁽¹⁾
 - Sténose peptique
- Recherche facteurs favorisants : Hernie hiatale

A faire sans IPP (arrêt > 2 - 4 semaines)

(1) Gyawali CP, et al. Modern diagnosis of GERD : the Lyon Consensus, Gut 2018

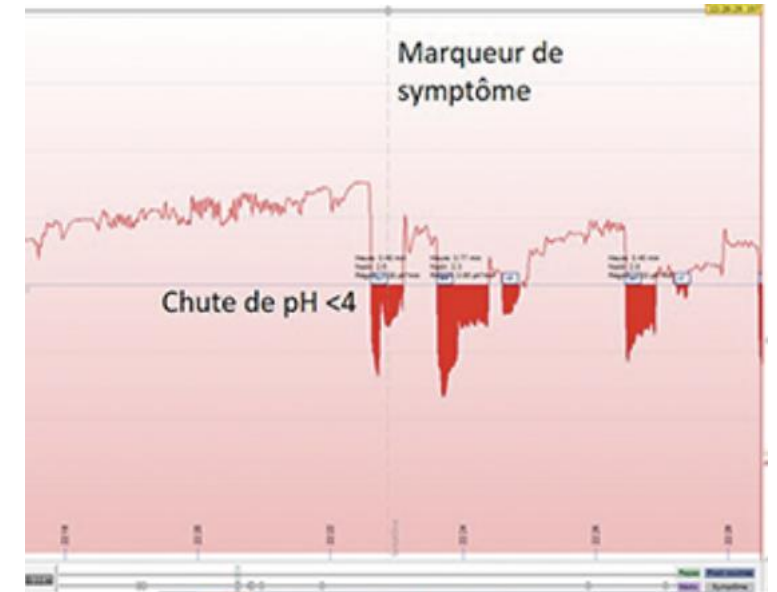
CLASSIFICATION DE LOS ANGELES

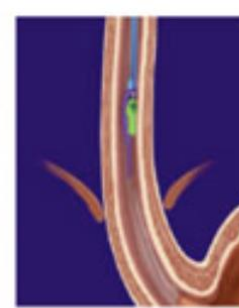
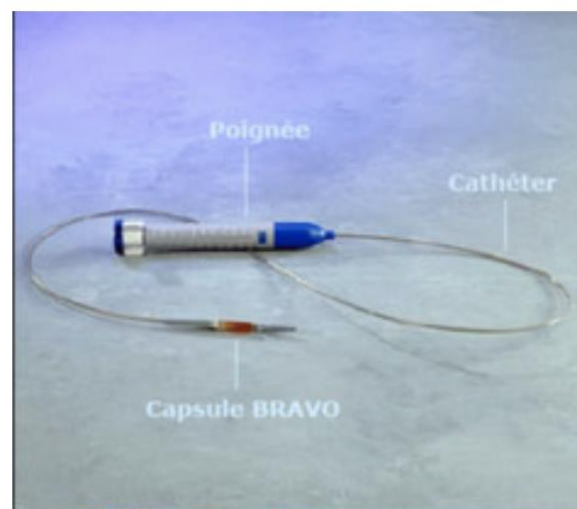


EXAMENS PARACLINIQUES

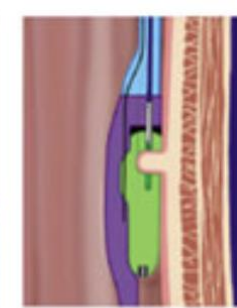
PH-METRIE EN DEUXIEME INTENTION

- Capsule BRAVO > Sonde naso-oesophagienne
- Indications : EOGD normale ou œsophagite de grade A
- SANS IPP (ou 7 jours d'arrêt)
- Détection et quantification des épisodes de reflux acide ($\text{pH} < 4$) + analyse de la concordance avec les symptômes
- Confirmer le diagnostic : Temps d'Exposition Acide > 6 % ou plus de 80 reflux / 24h
- Etayer le diagnostic : Index Symptomatique > 50 % - Probabilité d'Association Symptomatique > 95 %
- Eliminer le diagnostic : Temps d'Exposition acide < 4%

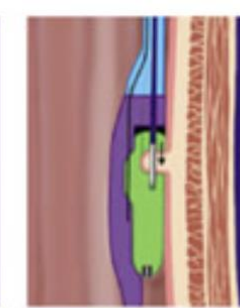




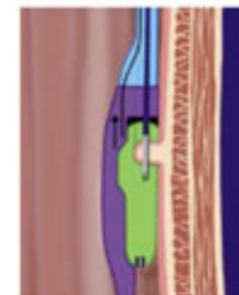
Mise en place de la capsule dans l'œsophage



Aspiration de la muqueuse



Fixation de la capsule

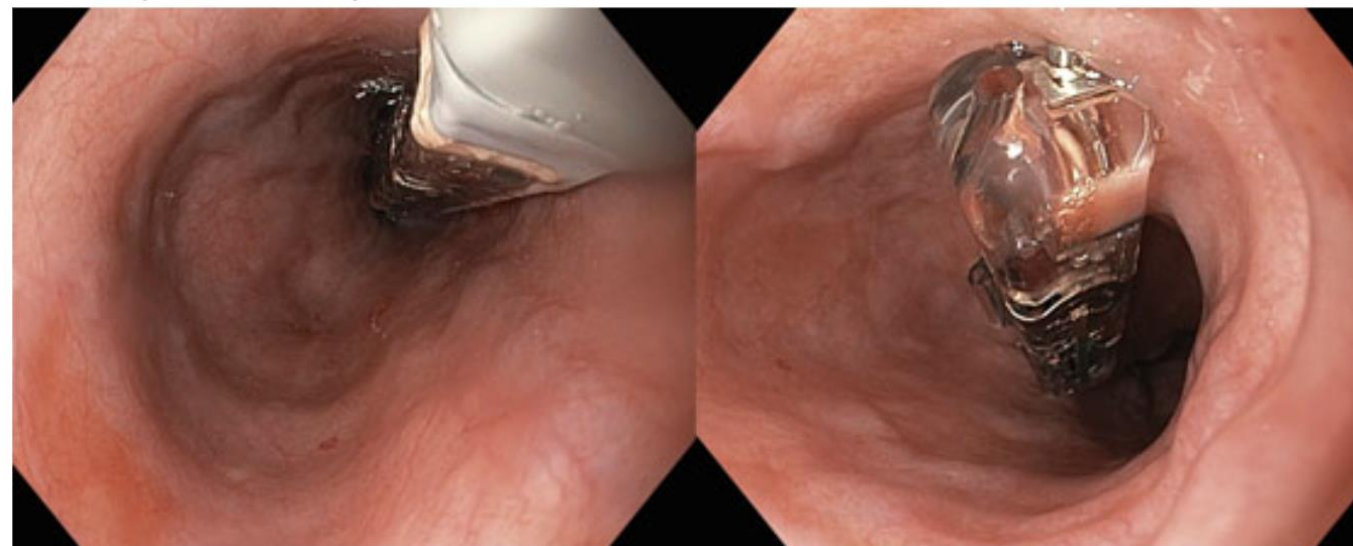


Retrait du cathéter porteur



Début de la transmission des données du pH au boîtier

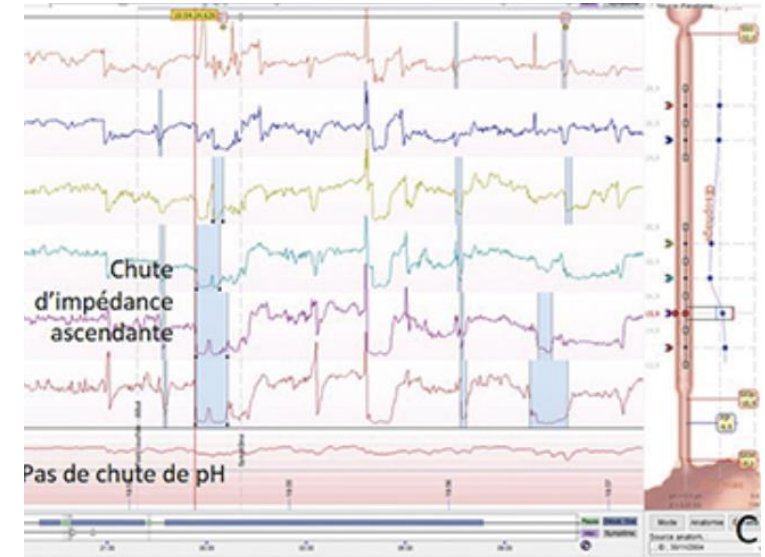
Mise en place de la capsule.



		pH-métrie ou pH-impédancemétrie des 24 heures		
Endoscopie œsogastroduodénale		Temps d'exposition acide <4 %, moins de 40 épisodes de reflux	Temps d'exposition acide = 4-6 %, 40-80 épisodes de reflux	Temps d'exposi- tion acide >6 %
	Œsophagite peptique de grade A ou normale	Pas de RGO	RGO possible	RGO certain
	Œsophagite peptique grade B, C ou D	Reflux gastro-œsophagien certain. Pas d'indication à une mesure objective du reflux par pH- métrie.		
	Œsophage de Barrett long (≥ 3 cm)			
	Sténose peptique			

EXAMENS PARACLINIQUES

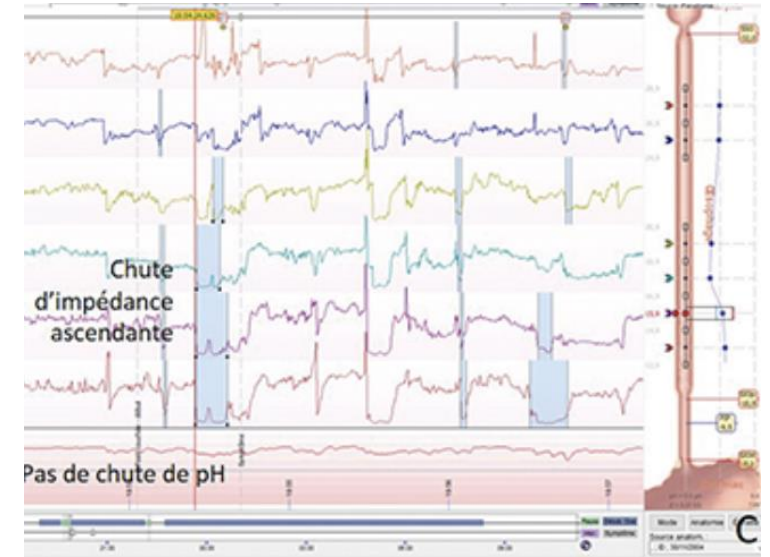
PH-IMPEDANCEMETRIE EN TROISIEME INTENTION :



- Indications : En cas d'échec du traitement optimisé chez un patient ayant un RGO prouvé
- Possible sous IPP
- Intérêt :
 - Détection du reflux liquide ou gazeux
 - Détection de reflux non-acides - peu acides – acides
 - Extension des épisodes de reflux le long de l'oesophage
- Confirmer le diagnostic : Temps d'exposition acide $>6\%$ ou plus de 80 reflux / 24h
- Etayer le diagnostic : IS $> 50\%$ et PAS $> 95\%$
- Eliminer le diagnostic : <40 reflux totaux et Temps d'Exposition Acide $< 4\%$

EXAMENS PARACLINIQUES

PH-IMPEDANCEMETRIE EN TROISIEME INTENTION :



- Reflux acide persistant chez 10 % des patients symptomatiques sous IPP
- Reflux non acides ou peu acides chez 30 à 40 % des patients
- 50 % des patients gardent des symptômes alors qu'ils ne sont pas associés à un reflux (acide ou non)

EXAMENS PARACLINIQUES

AUTRES

- ❖ Impédance basale nocturne (MNBI) : reflète indirectement l'intégrité muqueuse. En faveur du RGO si < 1500 ohms, et argument contre si > 2500 ohms
- ❖ Index PSPW (*Postreflux swallow-induced peristaltic wave*) : capacité de l'oesophage distal à nettoyer chimiquement le reflux. Valeur normale : $> 61\%$
- ❖ Microscopie électronique des biopsies : Dilatation des espaces intercellulaires -> outil de recherche
- ❖ Manométrie : Hypotonie de la jonction œsogastrique et/ou des contractions œsophagiennes (motricité œsophagienne inefficace) / (Hernie hiatale)
- ❖ Histologie œsophagienne : plus d'indication

CLASSEMENT DU RGO

❖ **RGO pathologique érosif :**

Présence de lésions muqueuses œsophagiennes significatives (œsophagite grade B, C ou D, œsophage de Barrett, sténose peptique)

❖ **RGO pathologique non érosif (« NERD ») :**

EOGD normale et exposition acide totale œsophagienne augmentée au cours de la pH-métrie sans traitement ou de la pH-impédancemétrie sous traitement ($> 6\%$)

❖ **Hypersensibilité au reflux**

❖ **Pyrosis fonctionnel**

DIAGNOSTIC D'HYPERSENSIBILITÉ AU REFLUX

- ❖ Temps d'Exposition Acide normal ($<4\%$)
- ❖ Corrélation symptômes / reflux positive (IS $>50\%$ - PAS $>95\%$)

= Ne pas intensifier les IPP + Ajout neuromodulateurs

DIAGNOSTIC DE PYROSIS FONCTIONNEL

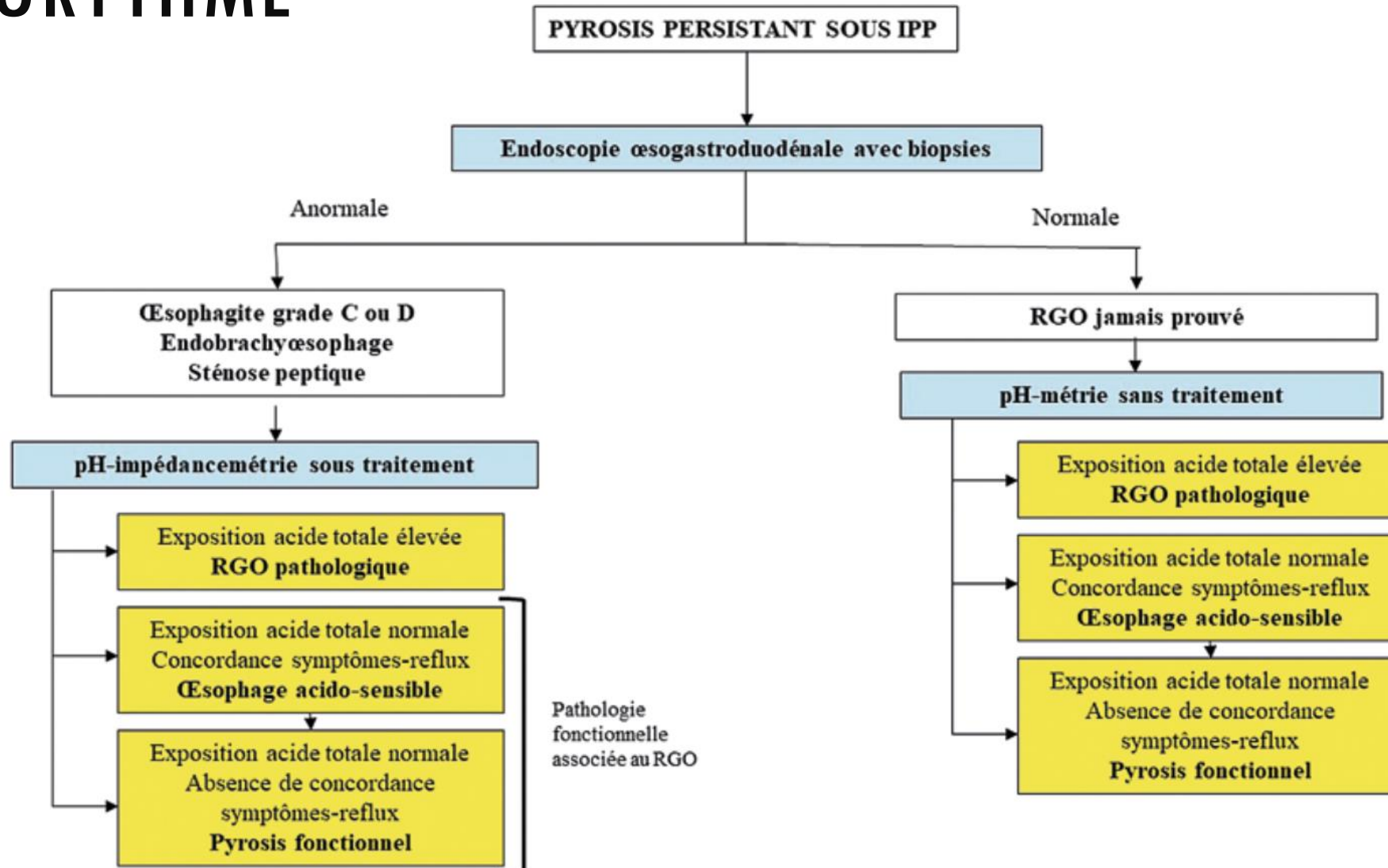
- ❖ Temps d'Exposition Acide normal ($<4\%$)
- ❖ Absence de corrélation reflux-symptôme
- Trouble fonctionnel (Rome IV)

= IPP non indiqués

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

- ❖ Achalasie
- ❖ Syndrome de rumination
- ❖ Eructations et éructations supra- gastriques
- ❖ Œsophagite infectieuse
- ❖ Œsophagite à éosinophiles
- ❖ Diverticule œsophagien
- ❖ Trouble fonctionnel (Pyrosis fonctionnel, dysphagie fonctionnelle, ...)

ALGORITHME



PRISE EN CHARGE

1. Règles hygiéno-diététiques
2. Traitement médicamenteux
3. Définition du RGO réfractaire
4. Traitement chirurgical
5. Traitement endoscopique
6. Suivi

REGLES HYGIENO DIETETIQUES

- ❖ Perte de poids
- ❖ Surélévation de la tête du lit
- ❖ Coucher en décubitus latéral gauche ⁽¹⁾
- ❖ Respect d'un intervalle de 3 heures entre la fin du repas et le coucher
- ❖ Eviter l'alcool, repas trop riche, chocolat

(1) Schuitemaker JM *et al.* Sleep Positional Therapy for Nocturnal Gastroesophageal Reflux: A Double-Blind, Randomized, Sham-Controlled Clin Gastroenterol Hepatol, 2022

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

- ❖ Antiacides : Neutralisation chimique de H^+ donc augmentation pH gastrique. Action immédiate mais transitoire (30 à 60 min)
 - Sels d'aluminium : Maalox
 - Alginate : Gaviscon

- ❖ Antihistaminiques de type H2 : Antagoniste des récepteurs H2 de l'histamine sur les cellules pariétales gastriques. Diminution acidité nocturne ++. Risque de tachyphylaxie.
 - Famotidine

- ❖ Inhibiteurs de la pompe à protons : Blocage pompe H^+/K^+ ATPase. Délai d'action 30 à 60 min, prolongée (24 h ou plus)

RGO RÉFRACTAIRE (1)

Définition :

RGO confirmé (pH-métrie sans traitement préalable ou œsophagite peptique de grade B, C ou D, ou œsophage de Barrett de plus de 1 cm en endoscopie, confirmé histologiquement)

Associé à la persistance sous traitement médicamenteux de :

- œsophagite peptique
- pH-impédancemétrie pathologique

RGO REFRACTAIRE

Traitement :

➤ Adaptation thérapeutique :

- ✓ Ajout d'alginates ou d'antiacides en cas de symptômes d'intervalle
- ✓ Ajout d'antihistaminiques de type anti-H2 en cas de symptômes nocturnes
- ✓ Ajout de baclofène en cas de régurgitations et d'éructions prédominantes
- ✓ Ajout de prokinétiques en cas de symptômes gastroparétiques associés

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Indication :

- ❖ RGO réfractaire avec traitement par IPP double dose > 8 semaines
- ❖ Adaptée à la symptomatologie : Régurgitations / Toux
- ❖ Dialogue primordial avec le patient / S'appuyer sur l'IS et le PAS
- ❖ Eviter si symptômes douloureux



Succès : Essai LOTUS ⁽¹⁾

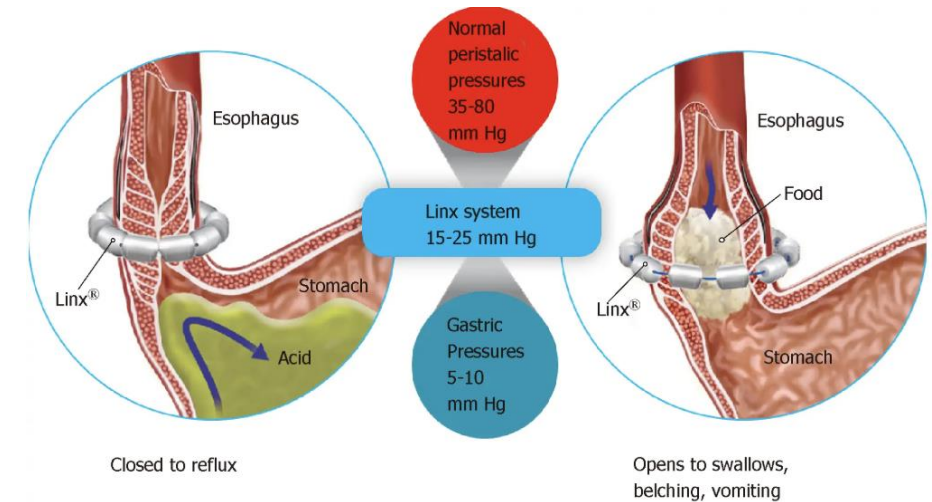
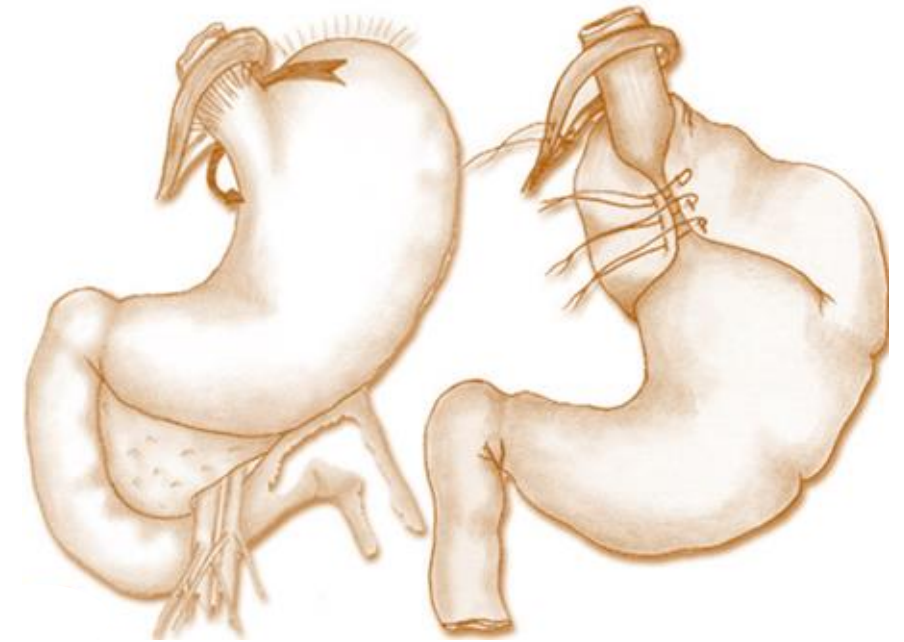
Taux de contrôle symptomatique similaire pour les IPP ou la chirurgie anti-reflux :

- ❖ à 3 ans (93 % vs. 90 %, respectivement, $p = 0,25$)
- ❖ à 5 ans (92 % vs. 85 %, respectivement, $p = 0,048$)

(1) Galmiche JP, et al, Laparoscopic antireflux surgery vs esomeprazole treatment for chronic GERD: the LOTUS randomized clinical trial, JAMA, 2011

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- ❖ Fundoplicature (Nissen ou Toupet)
- ❖ Augmentation magnétique du sphincter inférieur de l'oesophage
- ❖ Chirurgie bariatrique



TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

Domaine de la recherche clinique :

- ❖ Application d'une énergie de radiofréquence au niveau de la jonction œsogastrique
- ❖ Fundoplicature transorale
- ❖ Antireflux Mucosal Interventions (ARMI) :
 - Mucosectomie sous cardiale antireflux (ARMS)
 - Ablation sous cardiale au plasma argon (ARMA)
 - Ligatures élastiques sous cardiales (ARBL)

SUIVI

- ❖ Œsophagite grade C ou D : Contrôle endoscopique à 4 semaines après traitement par IPP
- ❖ Œsophage de Barret : Selon classification de Prague

TAKE HOME MESSAGES

- ❖ **Signes typiques : Pyrosis, régurgitations acides, douleur thoracique rétrosternale**
- ❖ **Examens paracliniques obligatoires en cas de signes atypiques ou de signes d'alarme**
- ❖ **EOGD en première intention**
- ❖ **Définitions consensuelles du diagnostic de reflux à la pH-métrie ou à la pH-impédancemétrie : TEA > 6%, > 80 reflux/24h**
- ❖ **RHD, traitement médicamenteux, chirurgie**
- ❖ **RGO réfractaire**



MERCI