

# **Reflux gastro-oesophagien au cours de la sclérodermie systémique**

**M. LAHCENE**

**Service de Médecine Interne**

**Hôpital de Kouba - Alger**

XVIII° Congrès National de Médecine Interne

XVI° Congrès Maghrébin de Médecine Interne

Tlemcen: 27 - 29 Avril 2012

# Observation 1

---

- Femme de 44 ans, G2 P2, porteuse d'une sclérodermie systémique cutanée limitée révélée 6 ans auparavant par un phénomène de Raynaud bilatéral assez bien géré par la nifédipine.
- Elle rapporte également quelques arthralgies des petites articulations, sensibles au paracétamol à la demande.
- Cette dame n'est pas dyspnéique et est normotendue.
- Le bilan viscéral (cardiovasculaire, pleuro-pulmonaire, rénal, hépatique et thyroïdien) est sans particularité.

# Observation 2

---

- Elle a consulté pour pyrosis quotidien, assez intense, associé à une discrète dysphagie aux solides.
- L'endoscopie œsogastroduodénale (EOGD) révèle une oesophagite par reflux (OR) sévère.



# Question 1- Quelle est la prévalence clinique du RGO au cours de la ScS?

---

- A. < 10%
- B. 10 - 20%
- C. 20 - 40%
- D. > 50%

# Question 1- Quelle est la prévalence clinique du RGO au cours de la ScS?

---

- A. < 10%
- B. 10 - 20%
- C. 20 - 40%
- D. > 50%**

# Prévalence clinique du RGO

---

- **Population générale : 10%**

RGO de l'adulte. Conférence de consensus franco-belge 1999

- **ScS : 50 - 70%**

Abu-Shakra M. Semin Arthritis Rheum 1994  
Marie I et al. Aliment Pharmacol Ther 2006  
Lahcene M. et al. Gastroenterol Clin Biol 2009

# Prévalence endoscopique du RGO

## Oesophagite par reflux

---

- **Population générale : 1%**

RGO de l'adulte. Conférence de consensus franco-belge 1999

- **ScS : 30 - 60%**

Abu-Shakra M. Semin Arthritis Rheum 1994  
Marie I et al. Aliment Pharmacol Ther 2006  
Lahcene M. et al. ISRN Rheumatology 2011

# Prévalence des formes compliquées de l'œsophagite par reflux

---

---

• **Sténose** :           **10%** (3,2 - 40)

---

• **EBO** :               **5%** (0 - 7)

---

• **Ulcère** :           **0 - 3%**

---

• **AdénoKc** :       **0 - 7%**

---

Poirier TJ. Am J Gastroenterol 1972; Abu-Shakra M. Semin Arthritis Rheum 1994  
Marie I. et al. Aliment Pharmacol Ther 2006; Katzka DA. Am J Med 1987;  
Lahcene M. et al. J Afr Hepato Gastroenterol 2008



# Question 2 - Quels sont les facteurs de survenue d'une OR?

---

A. Age

B. Ancienneté de la maladie

C. Type de ScS

D. Présence de TMO

(troubles moteurs oesophagiens)

# Question 2 - Quels sont les facteurs de survenue d'une OR?

---

A. Age

B. Ancienneté de la maladie

C. Type de ScS

**D. Présence de TMO**

# Facteurs de survenue d'une oesophagite par reflux

---

- Pas de lien avec :
  - Age, sexe
  - Durée de la maladie
  - Type de ScS
- Facteur majeur = TMO
  - ⇒ altération de la clairance oesophagienne

Sjögren RW. Arthritis Rheum 1994

Marie I. et al. Aliment Pharmacol Ther 2006

Lahcene M. et al. Gastroenterol Clin Biol 2009

# Question 3 - La présence de symptômes oesophagiens est-elle bien corrélée à celle d'une OR?

---

- A. Oui, dans tous les cas
- B. Oui, lorsque les symptômes sont sévères
- C. Oui, lorsque l'OR est sévère
- D. Non

# Question 3 - La présence de symptômes oesophagiens est-elle bien corrélée à celle d'une OR?

---

A. Oui, dans tous les cas

**B. Oui, lorsque les symptômes sont sévères**

C. Oui, lorsque l'OR est sévère

D. Non

# Corrélations symptômes / présence d'une oesophagite

---

- Présence de symptômes sans OR > 40%
- OR asymptomatique  $\cong$  20%
- OR = plus fréquente si les symptômes sont sévères
- Sévérité des symptômes non corrélée à celle de l'OR

Zamost BJ et al. Gastroenterology 1987  
Aubert A et al. Gastroenterol Clin Biol 1991  
Lahcene M et al. Gastroenterol Clin Biol 2009

# Question 4 - Quel traitement proposerez-vous à cette patiente?

---

- A. IPP simple dose
- B. IPP simple dose + alginate à la demande
- C. IPP à double dose
- D. IPP matin + ranitidine le soir

# Question 4 - Quel traitement proposerez-vous à cette patiente?

---

- A. IPP simple dose
- B. IPP simple dose + alginate à la demande
- C. IPP à double dose**
- D. IPP matin + ranitidine le soir



# Traitement à proposer en première intention

---

- IPP = efficaces dans le RGO de la ScS
- Oesophagite sévère : IPP x 2-4

Hendel L. et al. Aliment Pharmacol Ther 1992

Shoenut JP. et al. Aliment Pharmacol Ther 1992

Lahcene M. et al. Gut 2009

# **Evolution**

## **Après 3 mois d'OMP x 2**

---

- Disparition du pyrosis
- Discrète dysphagie intermittente

# **Question 5- Faut-il arrêter les IPP et les reprendre à la demande?**

---

1. Oui

2. Non

# Question 5- Faut-il arrêter les IPP et les reprendre à la demande?

---

1. Oui

**2. Non**

# Durée et posologie des IPP

---

- TMO: définitifs, non régressifs
- Récidive du RGO: fréquente à l'arrêt du traitement
- IPP au long cours
- Dose minimale efficace
- IPP au long cours  $\cong$  bien tolérés

Hendel L. et al. Aliment Pharmacol Ther 1992

Shoenut JP. et al. Aliment Pharmacol Ther 1992

Lahcene M. et al. Gut 2009

# **Question 6 - Après 3 mois de traitement antisécrétoire, une nouvelle EOGD vous paraît-elle utile?**

---

1. Oui

2. Non

**Question 6 - Après 3 mois de traitement  
antisécrétoire, une nouvelle EOGD vous  
paraît-elle utile?**

---

**1. Oui**

2. Non

# Contrôle endoscopique

---

- Systématique dans les OR sévères
- Vérifier la cicatrisation des lésions
- IPP x 2-4, jusqu'à cicatrisation



# **Question 7- Quelles autres explorations de l'œsophage vous paraissent justifiées?**

---

- **pH-métrie œsophagienne des 24h** pour rechercher et quantifier un RGO acide pathologique :
  1. Oui
  2. Non

# Question 7- Quelles autres explorations de l'œsophage vous paraissent justifiées?

---

- **pH-métrie œsophagienne des 24h** pour rechercher et quantifier un RGO acide pathologique :
  1. Oui
  2. Non
- **Manométrie œsophagienne** pour rechercher et quantifier les TMO :
  1. Oui
  2. Non

# Autres explorations de l'œsophage

---

- **pH-métrie œsophagienne des 24h : Non**

Existence d'une érosion du bas œsophage =  
très spécifique du RGO.

RGO de l'adulte. Conférence de consensus franco-belge. 1999

# Autres explorations de l'œsophage

---

- **pH-métrie œsophagienne des 24h : Non**

Existence d'une érosion du bas œsophage = très spécifique du RGO.

RGO de l'adulte. Conférence de consensus franco-belge. 1999

- **Manométrie œsophagienne : Non**

L'existence d'une OR est quasiment toujours corrélée à celle de TMO sévères.

Zamost BJ. et al. Gastroenterology 1987, Aubert A. et al. Gastroenterol Clin Biol 1991  
Sjögren RW. Arthritis Rheum 1994, Lahcene M. et al. Gastroenterol Clin Biol 2009

# Conclusion

---

- **RGO au cours de la ScS** : fréquent
  - Secondaire aux TMO
  - Faible corrélation symptômes/endoscopie
- **Conséquences:**
  - Altération de la qualité de vie
  - Oesophagite par reflux > 30%
- **Traitement symptomatique** = efficace
  - IPP au long cours