

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

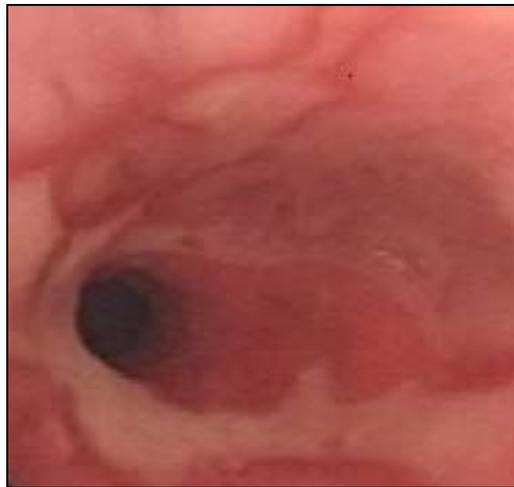
Tlemcen: 27 - 29 Avril 2012

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