

# LIGNES DIRECTRICES SUR L'ADMISSIBILITÉ AU DROIT À PENSION

## REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN PATHOLOGIQUE

**CMP** 00911  
**CIM-9** 530.1

### DÉFINITION

Le reflux gastro-oesophagien (RGO) pathologique désigne la régurgitation dans l'oesophage du contenu de l'estomac. Il est causé par un dysfonctionnement du sphincter oesophagien inférieur.

L'oesophagite est une complication du reflux qui se manifeste lorsque les défenses muqueuses qui combattent habituellement les effets d'agents délétères sur la muqueuse oesophagienne succombent à la pepsine ou à la bile acides sécrétées par l'estomac. L'oesophagite par reflux (peptique) est qualifiée de biliaire ou alcaline, suivant la composition du contenu gastrique régurgité.

### NORME DIAGNOSTIQUE

Un diagnostic doit être posé par un médecin qualifié.

Dans le cas d'une oesophagite, il faut soumettre les rapports des investigations appropriées, puisqu'on ne peut généralement fonder le diagnostic uniquement sur des observations cliniques.

Les investigations peuvent notamment inclure une investigation du tractus gastro-intestinal supérieur, des radiographies, une déglutition barytée et/ou un examen gastroscopique avec ou sans biopsie muqueuse.

Les sujets ont tendance à se traiter eux-mêmes, souvent pendant des années, avant d'obtenir une évaluation médicale.

### ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Les mécanismes anti-reflux normaux sont le sphincter oesophagien inférieur ainsi que la structure anatomique de la jonction gastro-oesophagienne. Le reflux survient uniquement lorsque le gradient de pression gastro-oesophagien diminue. Il peut être causé par une augmentation de la pression intra-gastrique ou une diminution transitoire

ou soutenue du tonus du sphincter lui-même. Une activité anormale du muscle crural entourant l'orifice oesophagien du diaphragme et des changements dans la structure anatomique de la jonction gastro-oesophagienne, comme il s'en présente dans le cas d'une hernie hiatale, prédisposent également le sujet au reflux gastro-oesophagien.

## **CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES**

On peut compter au nombre des symptômes cliniques une déglutition difficile, une déglutition douloureuse, des brûlures d'estomac, des douleurs ou une pression au thorax, des crampes et la régurgitation du contenu de l'oesophage.

Un reflux sévère, qui atteint le pharynx et la bouche, peut provoquer une laryngite, un enrouement le matin et une aspiration pulmonaire.

Les symptômes sont souvent exacerbés par la position couchée et une pression abdominale accrue. Les symptômes ont tendance à s'estomper lorsque le sujet se redresse.

Les complications de l'oesophagite par reflux sont notamment la dysphagie (déglutition difficile), l'odynophagie (déglutition douloureuse), l'érosion, la constriction, l'ulcération, l'anémie ferriprive (à cause de saignements occultes), l'oesophage de Barrett et, dans certains cas, le cancer de l'oesophage. L'aspiration peut provoquer une toux, une dyspnée ou une pneumonite.

## **CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PENSION**

### **A. CAUSES ET/OU AGGRAVATION**

**LES CONDITIONS ÉNONCÉES CI-DESSOUS NE DOIVENT PAS OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIES. DANS CHAQUE CAS, LA DÉCISION DOIT SE PRENDRE EN FONCTION DU BIEN-FONDÉ DE LA DEMANDE ET DES PREUVES FOURNIES.**

1. Souffrir d'une hernie hiatale au moment de l'apparition des symptômes uniquement

Une hernie hiatale désigne l'expansion d'une partie de l'estomac dans la cavité thoracique, suivant un trajet qui emprunte l'orifice oesophagien du diaphragme.

2. Subir une chirurgie intra-abdominale dans la région du sphincter oesophagien inférieur, dans les jours suivant l'apparition ou l'aggravation des symptômes

La région du sphincter oesophagien inférieur est la région immédiatement voisine de l'oesophage intra-abdominal et des piliers diaphragmatiques.

L'atteinte du sphincter oesophagien inférieur au cours de certaines interventions chirurgicales, telles qu'une vagotomie, une gastrectomie totale ou partielle, une résection oesophagienne basse ou une dilatation oesophagienne, peut jouer un rôle dans le développement de l'oesophagite par reflux. Les symptômes attribuables à une intervention chirurgicale devraient normalement se manifester au cours du mois suivant cette intervention.

3. Souffrir de sclérodermie au moment de l'apparition ou de l'aggravation des symptômes

La sclérodermie est un trouble multisystémique caractérisé par l'association d'anomalies vasculaires, de sclérose et d'atrophie des tissus conjonctifs et de changements auto-immunitaires.

4. Souffrir d'une élévation de la pression intra-abdominale au moment de l'apparition ou de l'aggravation des symptômes

La pression intra-abdominale peut augmenter notamment sous l'effet de :

- l'obésité

5. Présenter une diminution du gradient de pression gastro-oesophagien au moment de l'apparition ou de l'aggravation des symptômes

De nombreux facteurs peuvent provoquer une diminution de la pression gastro-oesophagienne, les plus courants étant :

- les anticholinergiques, les inhibiteurs calciques, les bêta-stimulants, les nitrates, le diazépam et l'aminophylline
- les matières grasses
- le chocolat
- la menthe
- l'alcoolisme chronique

6. Incapacité d'obtenir un traitement médical approprié

**B. AFFECTIONS DONT IL FAUT TENIR COMPTE DANS LA DÉTERMINATION  
DU DROIT À PENSION/L'ÉVALUATION**

- Hernie hiatale
- Érosions, ulcérations et sténose de l'oesophage
- Oesophage de Barrett (métaphasée cylindrique)
- Dysplasie oesophagienne

**C. AFFECTIONS COURANTES POUVANT DÉCOULER EN TOTALITÉ OU EN  
PARTIE D'UN REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN PATHOLOGIQUE ET/OU  
DE SON TRAITEMENT**

- Asthme
- Bronchiectasie
- Adénocarcinome de l'oesophage

## BIBLIOGRAPHIE

1. Australie. Department of Veterans Affairs : recherche médicale se rapportant au Statement of Principles concernant Gastroesophageal Reflux Disease and Esophagitis, où sont citées les références suivantes :
  - 1) Kahrilas, P.J. Gupta, R.R. (1990) Mechanisms of acid reflux associated with cigarette smoking. Gut 31 pp4-10
  - 2) Sleisenger, M.H. & Fordtran, J.S. (1993 ) Gastrointestinal Disease, Pathophysiology, Diagnosis, Management (5th edn) W. B. Saunders Company, Philadelphia.
  - 3) Kahrilas, P.J.(1992) Cigarette smoking and gastro-oesophageal reflux disease. (Review) Digestive Diseases. 10(2)pp61-71.
  - 4) Kahrilas, P.J. (1990) Oesophageal motor activity and acid clearance (Review) Gastroenterology Clinics of North America. 19(3):pp537-50
  - 5) Katz, P.O. (1991) Pathogenesis and Management of Gastro-oesophageal Reflux Disease. Journal of Clinical Gastroenterology 13(Supplement 2) S6-S15.
  - 6) Kikendall, J.W. et al [1984] Effect of cigarette smoking on gastro-intestinal physiology and non-neoplastic digestive disease. J. Clin. Gastroenterology 6 pp65-78
  - 7) Sloan, S. Rademaker, A.W. et al (1992) Determinants of Gastro-oesophageal Junction Incompetence: Hiatal Hernia, Lower Oesophageal sphincter, or Both? Annals of Internal Medicine Vol 117. No 12.
  - 8) Harrison's Principles of Internal Medicine 13th edn. p1359
  - 9) Bott, S. Prakash, C. McCallum, R.W. Medication induced Oesophageal injury: Survey of the Literature.(1987). The American Journal of Gastroenterology. 82 pp758-763.
  - 10) Holloway, R.H. Dent, J. (1990) Pathophysiology of Gastro-oesophageal reflux. Gastroenterology Clinics of North America. pp530-531.
  - 11) Sloan, S. Kahrilas, P.J.(1991) Impairment of Oesophageal Emptying with Hiatal Hernia. Gastroenterology 100:pp596-605.
  - 12) Harrison's Principles of Internal Medicine 13th edn. p1362
  - 13) Day, J.P. Richter, J.E. (1990) Medical and Surgical Conditions predisposing to Gastro-oesophageal Reflux Disease. Gastro-enterology Clinics of North America. pp596-603
  
2. Canada. Anciens Combattants Canada. Directive médicale sur le *reflux gastro-oesophagien*.

3. Fauci, Anthony S. and Eugene Braunwald, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 14<sup>th</sup> ed. Montreal: McGraw-Hill, 1998.
4. Sleisenger, M., M.D. *Gastrointestinal Disease Pathophysiology Diagnosis Management*. 4<sup>th</sup> ed. Toronto: W. B. Saunders, 1989.