



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

Reflux gastro-œsophagien et pathologies respiratoires chroniques

Gastro-esophageal reflux and chronic respiratory diseases

S. Dirou^{a,b}, P. Germaud^b, S. Bruley des Varannes^{c,d},
A. Magnan^{a,b,d,e,f}, F.-X. Blanc^{a,b,d,e,f,*}

^a Université de Nantes, Nantes 44000, France

^b Institut du thorax, service de pneumologie, hôpital G. et R. Laënnec, CHU de Nantes, boulevard J.-Monod, 44093 Nantes cedex 1, France

^c Institut des maladies de l'appareil digestif, service d'hépatogastroentérologie et assistance nutritionnelle, CHU de Nantes, Nantes 44093, France

^d DHU2020 médecine personnalisée des maladies chroniques, Nantes 44000, France

^e Inserm, UMR1087, institut du thorax, Nantes 44093, France

^f CNRS, UMR 6291, Nantes 44000, France

Reçu le 12 septembre 2014 ; accepté le 6 mars 2015

MOTS CLÉS

Asthme ;
Toux chronique ;
Fibrose pulmonaire
idiopathique ;
pH-
impédancemétrie ;
Inhibiteurs de la
pompe à protons

Résumé Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est fréquemment associé aux pathologies respiratoires chroniques sans qu'un lien de causalité puisse être affirmé. Plusieurs éléments, d'ordre physiopathologique et expérimental, plaident en faveur du rôle pathologique du RGO dans les maladies respiratoires. À l'inverse, les affections respiratoires ainsi que les traitements tels que les bronchodilatateurs peuvent favoriser le RGO. Dans le bilan d'une toux ou d'un asthme sévère, il n'y a plus d'indication à rechercher de façon systématique un RGO ni à avoir toujours recours au test thérapeutique par inhibiteurs de la pompe à protons. La pH-impédancemétrie s'impose désormais comme l'examen diagnostique de référence permettant de mettre en évidence le reflux non acide sur lequel les inhibiteurs de la pompe à protons sont inefficaces. Des données récentes ont montré le rôle potentiel du RGO dans la fibrose pulmonaire idiopathique et dans la bronchiolite post-greffe pulmonaire, faisant discuter la place de la chirurgie. Des études utilisant notamment l'impédancemétrie couplée à la pHmétrie restent cependant nécessaires afin de mieux appréhender et prendre en charge l'association entre RGO et pathologies respiratoires chroniques.

© 2015 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xavier.blanc@chu-nantes.fr (F.-X. Blanc).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmr.2015.03.004>

0761-8425/© 2015 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Asthma;
Chronic cough;
Idiopathic pulmonary
fibrosis;
pH impedance
monitoring;
Proton pump inhibitor

Summary Gastroesophageal reflux disease (GERD) frequently occurs in association with chronic respiratory diseases although the casual link is not always clear. Several pathophysiological and experimental factors are considered to support a role for GERD in respiratory disease. Conversely, respiratory diseases and bronchodilator treatment can themselves exacerbate GERD. When cough or severe asthma is being investigated, GERD does not need to be systematically looked for and a therapeutic test with proton pump inhibitors is not always recommended. pH impedance monitoring is now the reference diagnostic tool to detect non acid reflux, a form of reflux for which proton pump inhibitor treatment is ineffective. Recent data have shown a potential role of GERD in idiopathic pulmonary fibrosis and bronchiolitis obliterans following lung transplantation, leading to discussions about the place of surgery in this context. However, studies using pH impedance monitoring are still needed to better understand and manage the association between GERD and chronic respiratory diseases.

© 2015 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les patients porteurs de pathologies respiratoires chroniques, en particulier d'asthme, de mucoviscidose et de fibrose pulmonaire idiopathique (FPI), sont également souvent atteints de reflux gastro-œsophagien (RGO). Le RGO est décrit comme le désordre du troisième millénaire [1]. En effet, il s'agit d'une pathologie très fréquente dans les pays occidentaux, avec une prévalence en augmentation. En France, entre 10 et 30% de la population générale sont atteints de RGO, incluant 4 à 7% de patients présentant une symptomatologie journalière [2].

La problématique concernant la relation entre RGO et pathologie respiratoire a été soulevée la première fois par Sir William Osler, médecin canadien, en 1892 à propos de l'asthme. Depuis, plus de 900 publications discutent du rôle que pourrait jouer le RGO dans la pathologie asthmatique ou de celui de l'asthme dans la survenue d'un RGO.

La relation entre RGO et pathologie respiratoire a le plus souvent été attestée sur le fait qu'un traitement anti-reflux améliorait les symptômes et la fonction respiratoire. Mais le lien de cause à effet ne semble pas si évident et la controverse sur la relation entre RGO et maladies respiratoires reste un sujet d'actualité. Nous nous proposons donc de faire un état des lieux de cette relation pas toujours très claire. Ainsi, après une brève revue de la physiopathologie, des explorations et des traitements du RGO, nous détaillerons les principales pathologies respiratoires chroniques pour lesquelles la relation avec le RGO est discutée.

Rappels physiopathologiques

Le RGO se définit par le passage intermittent, involontaire, d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage en dehors de tout effort de vomissement. Chez toute personne, un reflux physiologique peut exister; il se produit majoritairement en période post-prandiale de manière brève et

non répétée et se distingue ainsi du reflux pathologique. Le sphincter inférieur de l'œsophage est une structure anatomique primordiale puisqu'il s'agit de la principale barrière anti-reflux. La pression au niveau de ce sphincter est largement supérieure au gradient de pression s'exerçant en situation normale entre l'abdomen et la cage thoracique (10–35 mmHg contre 4–6 mmHg), ce qui permet d'éviter le reflux. Le diaphragme participe au fonctionnement de cette barrière anti-reflux en assurant un tonus basal au sphincter inférieur de l'œsophage par l'intermédiaire de ses contractions.

En théorie, le RGO peut déclencher des manifestations respiratoires (toux, hyperréactivité bronchique...) par trois mécanismes [3]:

- une stimulation vagale des récepteurs à l'acidité du bas œsophage. En effet, l'œsophage et l'arbre bronchique possèdent une innervation commune par le nerf vague. On parle alors de réflexe vagal œsophagobronchique;
- un réflexe axonal local responsable d'un relargage de tachykinines telle que la substance P;
- des micro-inhalations de liquide gastrique.

Au vu de ces trois mécanismes physiopathologiques, il est légitime de se poser la question du retentissement du RGO sur la pathologie respiratoire.

Par ailleurs, une pathologie respiratoire peut favoriser un RGO par l'obstruction bronchique qui engendre une pression intrapleurale négative et/ou par la distension thoracique qui entraîne un abaissement du diaphragme et une augmentation de la pression intra-abdominale. Ces deux phénomènes ont pour conséquence une élévation du gradient de pression thoraco-abdominal qui devient supérieur à la pression du sphincter inférieur de l'œsophage. Cette hyperpression abdominale peut faciliter la survenue de relaxations transitoires du sphincter qui constituent le principal phénomène à l'origine du RGO. Par ailleurs, les bronchodilatateurs inhalés favorisent le RGO par une relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage, tout comme les corticoïdes par un mécanisme non précisé [4,5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5874733>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5874733>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)