

LES MANIFESTATIONS OTORHINOLARYNGOLOGIQUES DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

RAJI A., ESSAADI M., CHEKKOURY I.A., BENCHAKROUN Y.

RESUME

Le rôle du reflux gastro-œsophagien est démontré dans la pathologie chronique et inflammatoire des voies aériennes supérieures. Il est fréquent chez l'enfant. Au niveau de la sphère ORL, il est responsable de pharyngites, de laryngites, d'otites caractérisées par leur atypie symptomatique et surtout par leur récurrence. Le diagnostic est souvent fait à l'étape clinique devant des signes gastriques très évocateurs. Dans les cas atypiques, le recours à des examens paracliniques s'avère indispensable. La pH-métrie œsophagienne est l'examen le plus sensible. La fibroscopie œsophagienne est de mise pour éliminer une œsophagite associée. Le traitement est médical. Le traitement chirurgical est indiqué dans les formes rebelles ou compliquées.

Mots clés : *Reflux gastro-œsophagien, pathologie oto-rhino-laryngologique, diagnostic, traitement.*

SUMMARY

The role of the gastro-oesophageal reflux is demonstrated in the chronic and inflammatory superior airway pathology. It is frequent at the child. To the level of the ENT sphere, it is responsible to pharyngitis, laryngitis, otitis characterised by their atypical signs and especially by their relapse. The diagnosis is often made in the clinic stage ahead of very evocative gastric signs. In uncommon cases, the recourse to other examination proves indispensable. The oesophageal pH-metry is the most sensitive examination. The oesophageal endoscopy is made to eliminate an associated oesophagitis. The processing is medical. The surgical processing is indicated in rebel forms.

Key words : *gastro-oesophageal reflux, ear nose throat pathology, diagnosis, treatment.*

INTRODUCTION

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est défini comme le passage anormal et répété du contenu gastrique dans l'œsophage. Mis à part, le RGO physiologique post-prandial précoce qui réalise de banales régurgitations de faible abondance sans aucune manifestation douloureuse ; le RGO symptomatique peut aboutir à la «maladie RGO». Cette maladie comprend certes des signes digestifs connus depuis fort longtemps tels que le pyrosis, les vomissements, les régurgitations et les hémorragies digestives hautes témoignant d'une œsophagite. Les malaises avec perte de connaissance, apnée et bradycardie peuvent faire partie du tableau clinique (1, 2, 3).

La notion selon laquelle des pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL) chroniques ou récidivantes puissent être liées à un trouble digestif comme le RGO est connue depuis quelques années seulement à la différence de la relation entre le RGO et l'inflammation chronique des voies aériennes inférieures qui est en fait connue depuis plus d'un siècle (4, 5, 6).

EPIDEMIOLOGIE ET PATHOGENIE

Le RGO est fréquent durant les premiers mois de la vie. Il n'a aucune signification pathologique du moment qu'il reste isolé sans autres manifestations œsophagiennes, respiratoires ou ORL. Le RGO pathologique peut se voir à tous les âges. La pH-métrie, dans ce cas, oppose deux situations selon la cinétique du reflux. La première situation est celle des malades qui ont une stagnation du liquide gastrique dans l'œsophage ou réalise un aller-retour incessant ; ces malades ont des manifestations œsophagiennes directes du RGO. Par contre, la deuxième situation réalise des reflux brefs de liquide gastrique dans l'œsophage, dans ces cas, la pH-métrie n'est pas pathologique selon les critères des gastro-entérologues, mais peut être à l'origine d'une contamination des voies aériennes. Les manifestations ORL dues au RGO peuvent être expliquées par deux

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale - Hôpital 20 août - Casablanca.

mécanisme. L'atteinte de la muqueuse respiratoire peut se faire par contamination directe par le contenu gastrique régurgité. Celui-ci, vu sa composition acide, riche en enzymes, entraîne une agression directe de la muqueuse pharyngo-laryngo-trachéale. Ce mécanisme peut être affirmé par un transit baryté ou une scintigraphie thoracique. Quelques données cliniques de mauvaise cicatrisation post-opératoire après chirurgie laryngée viennent appuyer cette constatation. Le deuxième mécanisme est un phénomène réflexe à point de départ œsophagien et à médiation vagale aboutissant à une hypersécrétion, une broncho-constriction et de la toux (2, 3, 7, 8, 9).

Les effets du RGO sur la sphère ORL et surtout sur les voies pharyngo-laryngo-trachéales et bronchiques génèrent un obstacle endothoracique faisant augmenter les pressions intra-abdominales à toute expiration et par conséquent la genèse ou l'aggravation du RGO, ce qui réalise un cercle vicieux qu'il faut rompre dans toute prise en charge de manifestations ORL du RGO (2, 3, 9, 10, 11).

CLINIQUE

Manifestations trachéales (4, 5, 8, 12, 13)

L'atteinte trachéale au cours du RGO se traduit cliniquement par une toux chronique sèche survenant essentiellement au décubitus ou à l'effort. La bronchite chronique génère un obstacle des voies aériennes au cours des mouvements respiratoires et donc une augmentation de pression endothoracique qui elle aussi entrave le mouvement des muscles abdominaux et serait responsable de l'aggravation du reflux gastro-œsophagien. Un véritable cercle vicieux s'installe. Devant ce type de manifestation, il est indispensable d'éliminer des anomalies des voies aériennes, une tumeur ou un kyste endo-luminal, par l'usage de radiographie thoracique et d'un bilan endoscopique. La prise en charge de ces malades passe obligatoirement par le traitement du RGO seul garant de le rompre le cercle vicieux.

Manifestations laryngées

Chez l'adulte, la manifestation la plus communément liée au RGO est la laryngite dysphonante. En effet, plusieurs travaux ont démontré par enregistrement simultané des PH œsophagien et pharyngé que l'acidité gastrique peut remonter au cours du RGO jusqu'au pharynx est venir au contact du larynx (7, 12). La laryngoscopie indirecte objec-

tive une congestion avec épaissement muqueux voir œdème des cordes vocales et de la région intra-ryténodienne (10, 12, 14, 15). Les cordes vocales sont parfois même ulcérées. La laryngoscopie directe en suspensions avec examen microscopique permet une étude beaucoup plus fine des lésions et surtout de réaliser des biopsies devant des aspects suspects : la survenue de cancer est possible. Chez l'enfant, le RGO est souvent associé à la laryngomalacie. En fait, le RGO est connu fréquent chez les nouveau-nés et les nourrissons. Il paraît qu'il serait l'épine révélatrice ou aggravante de la laryngomalacie jusque là bien tolérée. Par ailleurs, la laryngomalacie, génère une dépression endothoracique et induit un RGO voir son exacerbation. Enfin, que le RGO soit cause ou conséquence ou simple association, il est presque toujours responsable de laryngospasme intermittent. Mis à part la laryngomalacie, la pathologie la plus couramment associée au RGO est la laryngite et en particuliers la laryngite sous glottique chez l'enfant de moins d'un an (7, 12, 14, 15). L'étude de la pH-métrie couplée œsophagienne et pharyngienne affirme le diagnostic.

La laryngoscopie met en évidence une congestion importante du vestibule laryngé laquelle régresse de façon spectaculaire après traitement du RGO. Toutefois, la recherche d'une malformation du larynx sur le plan radiologique et endoscopique est indispensable. D'autres pathologies laryngées peuvent être liées au RGO, telles que les sténoses laryngées ; il a été démontré à travers plusieurs publications que le RGO est le promoteur d'échec thérapeutique des sténoses laryngo-trachéales et des diastèmes congénitaux (7, 12, 14, 16).

La mort subite du nourrisson (MSN) est la complication la plus grave. Elle semble plus fréquente chez les prématurés que chez les nouveau-nés à terme. Elle est due à une stimulation des chémorécepteurs au niveau de la margelle et du vestibule laryngé, générateur d'une apnée réflexe par le biais des nerfs laryngés supérieurs et inhibition réflexe des voies respiratoires. En effet, les autopsies réalisées chez les nourrissons ont démontré la responsabilité du RGO en mettant en évidence une œsophagite peptique. En fait, il paraît que la MSN est pluri-factorielle combinant apnée obstructive et centrale (13, 17, 18, 19).

Manifestations oro-pharyngées (7, 10, 12, 20, 21)

Le signe principal est la paresthésie pharyngée. D'autres

symptômes peuvent être rapportés telles que les sensations de rugosité, de douleur constrictive «boule dans la gorge» et les sensations de corps étranger. L'élément important est que la gêne disparaît au moment de l'alimentation et est majorée à la déglutition de la salive à vide. Plusieurs études ont affirmé l'existence de RGO chez des malades porteurs de pharyngites chroniques et ont démontré une amélioration clinique par le simple traitement anti-reflux. L'examen ORL est souvent négatif. Parfois, on note un aspect congestif uniforme de la muqueuse pharyngée. L'atteinte prédomine au niveau des parois pharyngées latérales et postérieures ainsi qu'au niveau des piliers postérieurs des amygdales qui sont dédoublés et épaissis. Les amygdales sont saines.

Les manifestations naso-cavaires (2, 3, 4, 5, 8)

Des travaux d'enregistrement de la pH-métrie au niveau œsophagien et pharyngé chez le nourrisson ont affirmé la présence du reflux au niveau de l'oro-pharynx. Ces mêmes travaux se sont efforcés d'affirmer ce reflux au niveau du rhinopharynx. Les résultats sont spectaculaires : il y a un reflux gastro-rhino-pharyngé chez les enfants porteurs de rhino-pharyngite chronique (2, 3, 4, 8). L'aspect clinique n'a révélé aucune spécificité, comparé aux rhino-pharyngites allergiques. Ce reflux prédomine surtout en décubitus dorsal, situation fréquente chez le nouveau-né et le nourrisson.

Les manifestations otologiques (1, 3, 5, 6, 8, 12)

La contamination rhino-pharyngée par le RGO génère une inflammation cavaire et donc un dysfonctionnement tubaire, lequel aboutit inéluctablement à une otite séro-muqueuse. La répétition des événements favorise la contamination microbienne de l'oreille moyenne et aboutit alors à une otite moyenne aiguë. Cette situation est surtout fréquente chez l'enfant. Chez l'adulte, le RGO est générateur d'otalgie réflexe à partir du pharynx ou par simple irradiation de la douleur pharyngée vers l'oreille.

En présence de cette symptomatologie ORL diversifiée et non spécifique, l'orientation du diagnostic vers un RGO repose sur l'anamnèse. La symptomatologie clinique du RGO est souvent évidente, mais elle peut être déroutante. Les signes digestifs les plus évocateurs sont :

- Le pyrosis : brûlure rétro-sternale ascendante à point de départ épigastrique.

- Les régurgitations alimentaires ou liquidiennes sont prises parfois à tort pour des vomissements.

Ces symptômes ont plus de valeur lorsqu'ils sont répétitifs et surviennent en post-prandial ou déclenché par certaines positions du malade: pencher vers l'avant ou allonger la nuit. L'atypie symptomatique se voit chez le nourrisson où il faut rechercher l'existence de pleurs et de refus de biberons avec parfois stagnation de la courbe pondérale, malaises, pâleur, hypotonie, apnée ou cyanose du décubitus ou aux changements de position.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Leur objectif est d'affirmer le diagnostic du RGO et surtout d'éliminer une œsophagite.

- **Le transit œso-gastro-duodénal** : est peu fiable pour le diagnostic de RGO. Les manœuvres auxquelles on doit recourir sont peu spécifiques (1, 5, 12).
- **La fibroscopie œsophagienne**, la prémédication et la présence du fibroscope dans l'œsophage aboutissent inéluctablement à la modification de la motricité œsophagienne. Elle ne permet que de constater la présence d'une œsophagite, d'une volumineuse hernie hiatale ou chez le nourrisson d'une béance par incontinence cardiale. En outre, une endoscopie normale ne permet pas d'éliminer un RGO (1, 5, 12).
- **L'échographie** : n'est pas d'usage courant dans cette pathologie et elle a l'inconvénient de n'explorer la cinétique gastro-œsophagienne que pendant une durée limitée (12).
- **La scintigraphie du thorax** : elle n'est pas d'usage courant. Elle est réalisée après ingestion d'aliments marqués radioactifs. Elle permet une analyse quantitative du reflux. Il semble qu'elle n'a une valeur objective que si elle met en évidence une contamination broncho-pulmonaire par le contenu gastrique régurgité (12).
- **La pH-métrie** : est très utile au diagnostic du RGO. Elle consiste à enregistrer les variations du pH du bas œsophage sur 18 à 24 heures, détectant ainsi l'exposition du bas œsophage à l'acidité gastrique. Ses limites sont les artefacts techniques liés au matériel et aux conditions d'enregistrement ; en plus la pH-métrie ne permet pas de détecter les reflux alcalins d'origine duodénal réputés aussi caustiques. Les valeurs pathologiques de la pH-métrie, actuellement d'usage, sont définies par les gastro-entérologues et jusqu'à présent,

aucun auteur n'a défini les valeurs pathologiques chez les sujets souffrants de formes extra-digestives du RGO (2, 3, 22). Plusieurs auteurs ont essayé de sensibiliser cet examen par l'enregistrement simultané des variations du PH dans le haut œsophage et le pharynx, ce qui a permis d'augmenter la sensibilité du test mais cette exploration fait augmenter les erreurs par multiplications des artefacts techniques. La pH-métrie couplée n'est pas toujours concluante car certaines manifestations ORL du RGO sont plutôt réflexes que dues à une contamination directe pharyngo-laryngée (2, 3, 21, 22). En plus deux reflux d'intensité comparable à la PH-métrie n'ont pas les mêmes effets ORL et cela est dû à une variation des seuils de sensibilité d'une personne à l'autre. Une hyper réactivité respiratoire au RGO est très discutée et semble être basée sur des phénomènes allergiques (3, 12, 21, 22). Ceci fait que cet examen n'est pas utilisé dans un but diagnostique en routine (2, 3, 12).

Il ressort que les examens complémentaires devant des manifestations ORL du RGO ne sont pas toujours indispensables. Le clinicien rencontre en pratique deux situations :

- Un RGO typique à l'interrogatoire, le diagnostic est certain. Une fibroscopie digestive est demandée pour éliminer une œsophagite associée,
- Un RGO atypique : La preuve diagnostique est apportée par la pH-métrie classique. Elle permet souvent de redresser le diagnostic. Toutefois devant ces cas atypiques et malgré la négativité de la pH-métrie, rien n'interdit de tenter un test thérapeutique.

TRAITEMENT

Le traitement du RGO est avant tout médical et repose sur les mesures hygiéno-diététiques et sur les traitements médicamenteux.

1 - La posture (1, 2, 12)

Celle-ci permet de maintenir au cours du décubitus une inclinaison de 30 à 45° de la tête et du buste par rapport à l'abdomen. Chez le tout petit, il est recommandé de l'attacher dans cette position de proclive soit en décubitus dorsal ou en décubitus ventral et essayer dans la mesure du possible de le maintenir en position verticale en dehors du lit. Cette inclinaison est abaissée à 10-20° chez le nourrisson et l'adulte.

2 - Règles hygiéno-diététiques (1, 2, 12)

Le régime supprime l'alcool, le café, le thé, le chocolat, le

tabac, le jus d'orange et les aliments trop gras, qui relâche le tonus du sphincter inférieur de l'œsophage. Les repas sont fractionnés et pris à heures régulières et surtout une heure et demie avant d'aller au lit. Il faut éviter de porter une ceinture et lui préférer des bretelles. Chez les nourrissons, il est recommandé de ne pas utiliser des couches trop serrées.

Chez le nouveau-né ou le nourrisson, il faut éviter l'alimentation liquide, les repas seront systématiquement épaissis afin d'éviter les remontées laiteuses et de faciliter le transit pharyngo-œsophagien.

3 - Traitements médicamenteux (1, 2, 10, 23)

Ils ont pour but de :

- protéger la muqueuse œsophagienne et pharyngée par la prise après les repas et au coucher de pansements protecteurs (Alginates),
- augmenter le tonus du bas œsophagien et accélérer la vidange gastrique (cisapride ou la dompéridone),
- diminuer les sécrétions acides gastriques par les anti-histaminiques H2 et les inhibiteurs de la pompe à protons.

Le traitement médical est toujours de mise et est fonction de la gravité du tableau clinique.

4 - Traitement chirurgical (1, 2, 12)

Il est indiqué dans les RGO rebelles avec œsophagite sévère ou une sténose peptique. Certains auteurs le préconisent dans les insuffisances du traitement médical et dans les formes respiratoires chroniques. L'intervention chirurgicale consiste en une fundoplicature de Nissen.

CONCLUSION

Les manifestations ORL du RGO sont, en pratique courante, sous-estimées. Apanage connu des gastro-entérologues, le RGO peut générer des lésions pharyngo-laryngées, bronchiques et otologiques qui doivent être connus du généraliste et du spécialiste. Un interrogatoire précis et un bon examen clinique permettent outre le fait d'éliminer une cause tumorale, de démasquer un RGO. Dans les formes atypiques, la pH-métrie permet d'affirmer le diagnostic. La prise en charge thérapeutique passe avant tout par les mesures hygiéno-diététiques et le traitement médical. Le résultat est tributaire d'une collaboration multidisciplinaire regroupant généraliste, gastro-entérologue, pédiatre et oto-rhino-laryngologiste.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CHODOSH PL.
Gastro-oesophago-pharyngeal reflux.
Laryngoscope 1977 ; 87,9 : 1418-27.
- 2 - CONTENCIN P., NARCY PH.
Gastropharyngeal reflux in infants and children. A pharyngeal pH monitoring study.
Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1992 ; 118 : 1028-1030.
- 3 - CONTENCIN P., VIALA P., NARCY PH.
Nasopharyngeal pH monitoring in infants and children with chronic rhinopharyngitis.
Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 1991 ; 22 : 249-256.
- 4 - FILIACI F., ZAMBETTI G., LUCE M., LO VECCHIO A., DOCIMO M., ROMEO R.
Research of non specific hypereactivity of upper airways in subjects with gastro-oesophageal reflux (G.E.R.) : Preliminary reports.
Allergol. Immunopathol. 1997 ; 25, 6 : 266-71.
- 5 - TROTOUX J., ANGELARD B., AUBERT PH.
Manifestations ORL du reflux gastro-œsophagien.
Rev. Prat. 1989; 39 : 291-293.
- 6 - BERNARD F., DUPONT CH., VIALA P.
Gastroesophageal reflux and upper airway diseases.
Clin. Rev. Allerg. 1990, 8 : 403-425.
- 7 - DE ROUDE T., MELANGE M., REMACHE M., BERTRAND B.
Pharyngo-laryngeal consequences of gastro-oesophageal reflux. Value of oesophageal pH measurements in 74 patients.
Acta Gastro-enterol. Belg. 1991 ; 54, 2 : 169-75.
- 8 - DESCHNER WK., BENJAMIN SB.
Extra-oesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux disease.
Am. J. Gastro-enterol. 1989 ; 84 : 1-5.
- 9 - CONTENCIN P., ADJOUA P., VIALA P., ERMINY M., NARCY PH.
La pH-métrie couplée, (Oesophagienne et oro/hypopharyngée, de longue durée dans les formes ORL de reflux gastro-œsophagien de l'enfant.
Ann. Oto-laryngol. Chir. Cervicofac. 1992 ; 109 : 129-133.
- 10 - WARD PH., BERCI G.
Observation on the pathogenesis of chronic non specific pharyngitis and laryngitis.
Laryngoscope 1982 ; 92, 12 : 1377-82.
- 11 - LITTLE FB., KOUFMAN JA., KOHUT RI., MARSHALL RB.
Effect of gastric acid on the pathogenesis of subglottic stenosis.
Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1985 ; 94 : 516-519.
- 12 - CONTENCIN P.
Manifestations ORL du reflux gastro-œsophagien.
EMC, ORL ; 1995,20-822-A-10, 7p.
- 13 - HOLINGER L.D.
Chronic cough in infants and children.
Laryngoscope 1986 ; 96 :316-322.
- 14 - GAYNOR E.B.
Gastro-œsophageal reflux as an etiologic factor in laryngeal complications of intubation.
Laryngoscope 1988 ; 98 : 972-979.
- 15 - WILSON JA., WHITE A., VON HAACKE NP. et al.
Gastro-oesophageal reflux and posterior laryngitis.
Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1989 ; 98 : 405-410.
- 16 - WARD BH., ZWITMAN D.
Contact ulcer and granulomas of the larynx: new insights into their aetiology as a basis for more rational treatment.
Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 1980 ; 88 3 : 262-9.
- 17 - POST EJ., WOOD AK., PAGE M., JEFFERY EE.
A method for simultaneous physiological and radiography recordings from sleeping neonatal piglets.
Sleep 1995, 18, 5 : 309-16.
- 18 - PATON JY., VANAYAKKARA CS., SIMPSON H.
Observations on gastro-oesophageal reflux, central apnea and heart rate in infants.
Eur. J. Pediatr. 1990 ; 149, 9 : 608-12.
- 19 - HERBST JJ., MINTON S., BOOK LS.
Gastro-oesophageal reflux causing respiratory distress and apnea in newborn infants.
J. Pediatr. 1979 ; 95 : 763-768.
- 20 - LABROUSSE JM., PALIQUIN M.
Pharyngeal paresthesia secondary and gastro-oesophageal reflux.
J. Otolaryngol. 1983, 12, 4 : 261-2.
- 21 - KATZ PO.
Ambulatory esophageal and hypopharyngeal pH monitoring in patients with hoarseness.
Am. J. Gastro-enterol. 1990, 85 : 38-40.
- 22- KOUFMAN J.A.
The otolaryngologic manifestations of gastro-oesophageal reflux disease (GERD) : a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24 hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury.
Laryngoscope 1991 ; 101 : 1-78.
- 23- WILLING J., FURUKAWA Y., DAVIDSON GP., DERT J.
Strain induced augmentation of upper oesophageal sphincter pressure in children.
Gut. 1994 ; 35, 2 : 159-64.