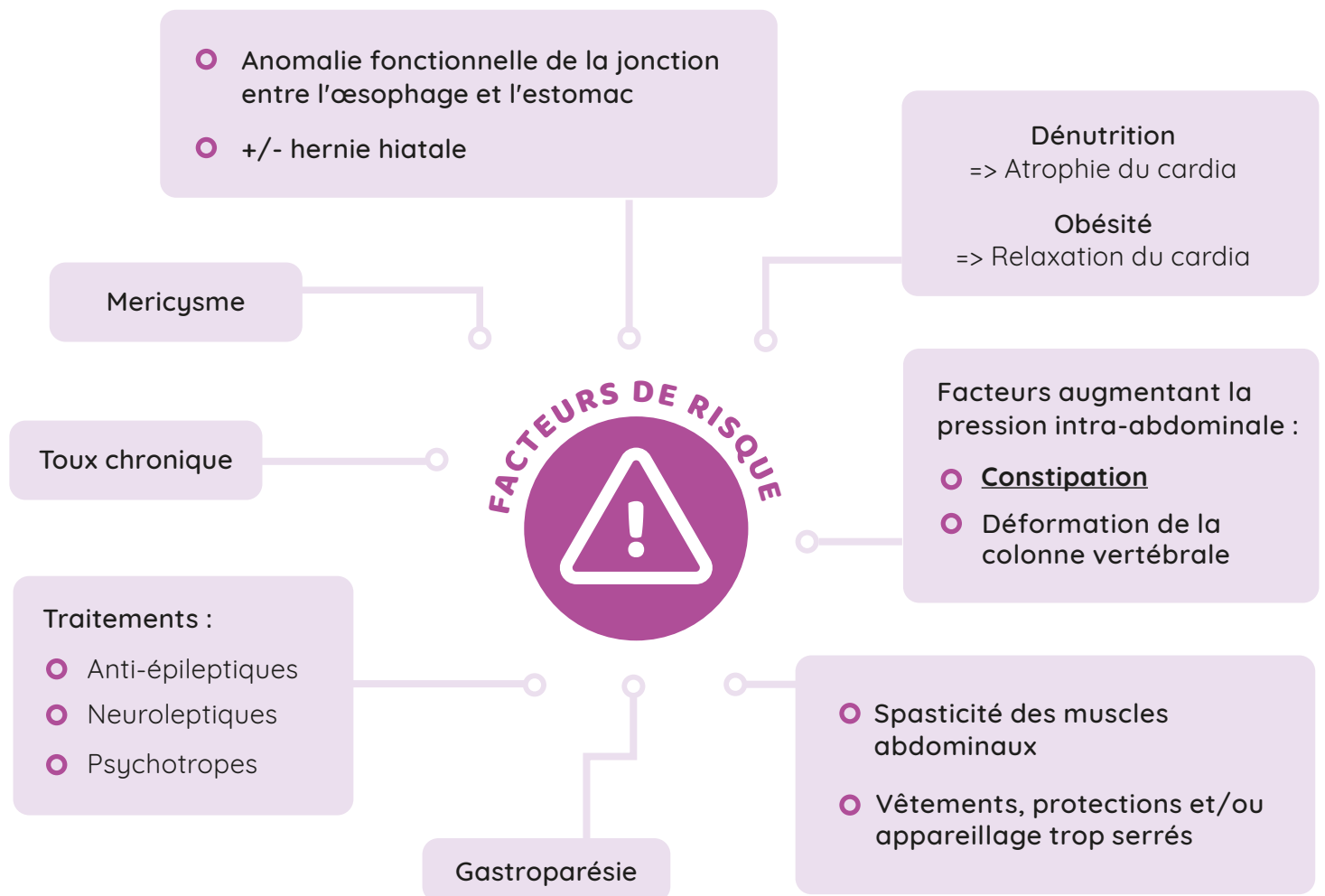


Fiche N° 6 / 13

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN



La prévalence du reflux gastro-œsophagien (RGO) est très importante chez les personnes polyhandicapées : de 50 à 75% selon les études. Il doit être systématiquement recherché, reconnu et traité car il constitue un facteur de risque majeur de dénutrition, troubles respiratoires, fausses-routes sur reflux et douleurs (parfois très importantes !).





COMMENT REPÉRER UN RGO ?

L'expression clinique du RGO est extrêmement polymorphe et nécessite une observation dans la vie quotidienne complétée par des observations médicales car les personnes polyhandicapées ne peuvent pas bien exprimer ce qu'elles ressentent. Chacun de ces signes ne peut être interprété de manière isolée, mais par leur addition et le repérage de leur fréquence.

Signes cliniques digestifs



- Régurgitations (notamment aux changements de position)
- Vomissements
- Nausées
- Eruclations (rots)
- Hoquet
- Présence de taches colorées sur l'oreiller

Signes ORL et stomato



- Encombrement de l'arrière gorge
- Infections et/ou inflammations ORL fréquentes (otites, rhino-pharyngites, angines, rhinites, laryngites...)
- Écoulement nasal
- Halitose (mauvaise haleine)
- Irritation péri-buccale, mycose buccale
- Odynophagie, dysphagie (= douleur ou difficulté à la déglutition)
- Erosion de l'émail dentaire

SIGNES ÉVOCATEURS DE RGO

Signes pulmonaires



- Toux après le repas, la nuit ou aux changements de position
- Pneumopathies, bronchites à répétition
- Asthme et hyper réactivité bronchique

Signes généraux



- Mains ou vêtements à la bouche
- Hypersalivation
- Troubles du sommeil
- Manifestations de douleur : cris, pleurs, automutilation, agitation, renforcement de la spasticité, déstabilisation de l'épilepsie, bruxisme (grincement de dents)...
- Refus alimentaires/comportement compulsif

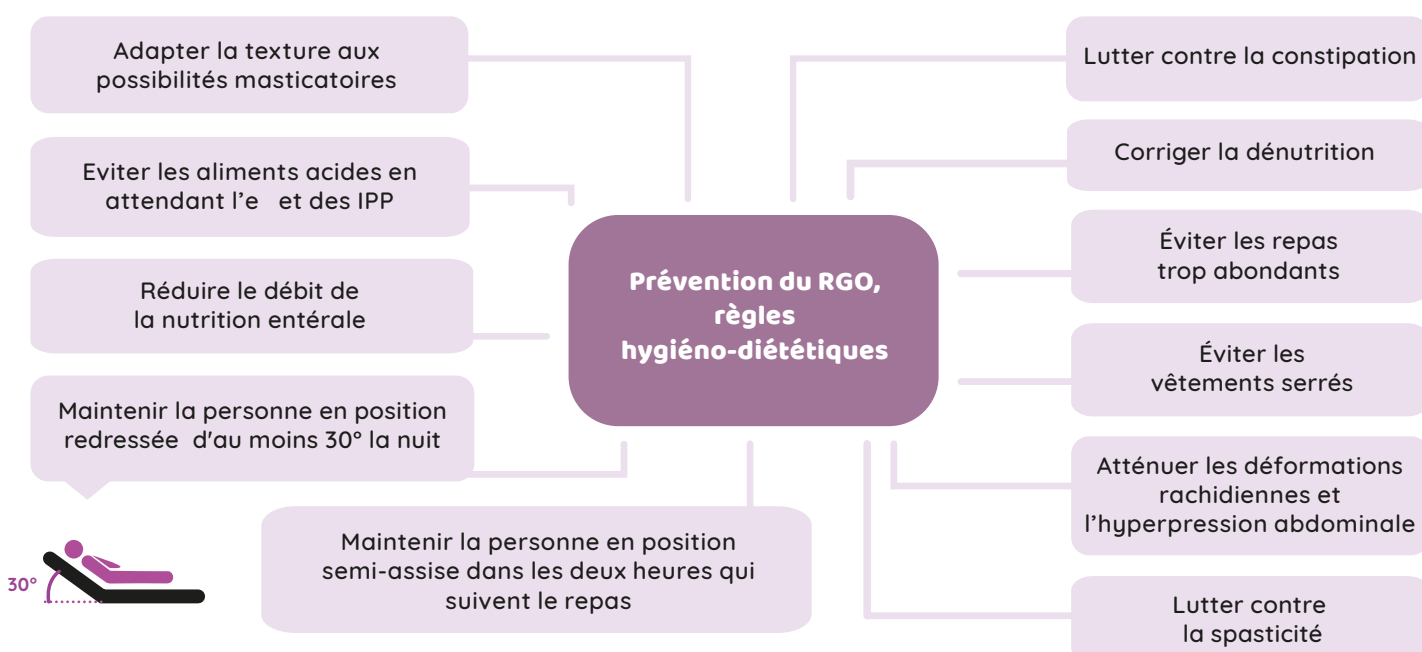




Examens complémentaires

Compte-tenu de la lourdeur de ces examens pour les personnes polyhandicapées, le diagnostic se fera le plus souvent par la clinique et par la mise en place d'un traitement d'épreuve par IPP (inhibiteurs de la pompe à protons).

- L'examen de référence est la pHmétrie. Elle n'est interprétable que si les IPP ont été arrêtés depuis une semaine.
- La fibroscopie permet de voir une œsophagite, un endobrachyoesophage ou une sténose peptique mais n'est pas un examen de diagnostic.
- NFS, ferritine, coefficient de saturation de la transferrine ; toute anémie doit orienter sur l'hypothèse d'un RGO.



Traitement :

Maîtrise optimale des facteurs de risques + IPP en suspension buvable ou comprimé orodispersible :

Dose d'attaque 40 mg Inexium® ou 30 mg Ogastoro® pendant 4 à 8 semaines

La dose d'attaque peut être doublée si les signes persistent

La dose peut être réduite de moitié si les signes regressent

Attention, les IPP n'empêchent pas le reflux gastro-œsophagien, ils en limitent simplement les conséquences sur la muqueuse œsophagienne

Ne jamais piler un IPP, ni ouvrir une gélule => Choisir un IPP orodispersible ou susp buvable : inexium® ou ogastoro® non substituable non modifiable.

Si les signes persistent avec un IPP double dose et une maîtrise maximale des facteurs de risque => demander un avis spécialisé.