

Prise en charge du reflux gastro-œsophagien

Le mécanisme du RGO est dû en grande partie à des ouvertures transitoires du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO). Normalement celui-ci reste fermé (en dehors du moment où les aliments entrent dans l'estomac) et empêche l'acidité gastrique de remonter dans la bouche. La distension gastrique (repas abondant) et la position horizontale favorisent le RGO. Les autres mécanismes sont moins fréquents et s'observent surtout dans les cas de reflux sévères : défaut de fermeture neurologique du SIO, hyperpression abdominale (conséquence des quintes de toux quand le LIS est encombré ou est aspiré). Les mécanismes du reflux chez les patients victimes de lésions cérébrales sévères sont mal documentés. La pression basale du SIO semble être diminuée chez les traumatisés crâniens, du moins précocement après le traumatisme et chez les patients atteints d'accidents vasculaires cérébraux ou d'anoxie. Les troubles de la vidange gastrique pourraient jouer un rôle primordial dans le RGO et les pneumopathies d'inhalation chez les patients hospitalisés en soins intensifs, ou chez les cérébro-lésés. Un résidu gastrique anormal est fréquemment constaté lors de la nutrition artificielle par sonde et les vomissements alimentaires ne sont pas rares. Des troubles de la vidange gastrique (ce qui augmente la distension donc le RGO) sont souvent constatés chez les patients atteints de maladies neurologiques graves.

Lutter contre le RGO en réanimation, rééducation mais aussi à domicile est le facteur principal de prévention des infections pulmonaires, que la personne mange ou non.

Au total, quand l'introduction de l'alimentation artificielle se heurte à un RGO « sévère », malgré les précautions « hygiéno-diététiques » habituelles les solutions consistent à :

- Passer au moins 1 poche la nuit lentement, ce qui libère d'autant la journée pour les activités faite « estomac vide ».
- Utiliser les solutions « concentrées » telles que le SONDALIS « 1,5 » qui permet de donner avec 2 poches de 500 cc l'équivalent de 3 habituelles (2 poches = 1'500 calories = 2 sondalis habituels).
- Et enfin traiter médicalement :
 - inhibiteurs de la pompe à protons : les plus faciles à avaler sont l'Eupantol et l'Inhipomp et le seul qui puisse passer dans les sondes est l'Inexium ; les autres (souvent en gélules) ne doivent pas être utilisés, même en ouvrant la gélule, car les microgranules qu'elles contiennent ne doivent pas être pilés sous peine d'être dénaturés

dans l'estomac et si on les donne telles qu'elles, elles bouchent les sondes.

- anti vomitifs en solution tels que le Motilium (plus que le Primpéran qui est plus sédatif pour le cerveau)
- et éviter certains médicaments qui les favorisent ainsi que le tabac, l'alcool le café et le thé...mais si on ne peut même plus avoir quelques plaisirs....