

Ligne directrice sur l'admissibilité

Reflux gastro-œsophagien pathologique

Date de révision : 5 septembre 2025

Date de création : février 2005

Code [CIM-11](#) : DA22

Code médical d'ACC : 00911 reflux gastro-œsophagien

Définition

Le **reflux gastro-œsophagien pathologique (RGO)** est un trouble digestif chronique caractérisé par la réinjection constante du contenu de l'estomac dans l'œsophage. Ce reflux cause de l'irritation, de l'inflammation et d'autres symptômes incommodants.

Le reflux du contenu de l'estomac dans l'œsophage est un phénomène physiologique normal. Le reflux devient anormal lorsqu'il cause des lésions œsophagiennes ou qu'il provoque des symptômes persistants qui sont incommodants pour la personne.

Les symptômes incommodants du RGO comprennent, sans s'y limiter, les brûlements d'estomac persistants et la régurgitation. Le RGO se résout habituellement avec une prise en charge appropriée, y compris la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

Aux fins de la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA), les diagnostics équivalents pour le RGO comprennent :

- l'œsophagite par reflux
- le reflux gastro-œsophagien non érosif.

Exclusions :

Les conditions suivantes sont exclues de la présente LDA :

- reflux biliaire (plus souvent lié à une chirurgie antérieure de l'estomac/du pylore ou de la vésicule biliaire)
- œsophagite infectieuse
- œsophagite éosinophilique
- œsophagite

- hypersensibilité au reflux

Remarque : Les symptômes du RGO peuvent ressembler à ceux d'autres troubles gastro-intestinaux supérieurs. Il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical lorsque le diagnostic n'est pas clair.

Norme diagnostique

Un diagnostic d'un médecin, d'un infirmier praticien ou d'un adjoint au médecin qualifié (dans le cadre de son champ d'exercice) est requis. Les symptômes doivent persister pendant au moins trois mois et être présents pendant au moins six mois avant le diagnostic.

Le RGO est principalement un diagnostic clinique traité au moyen d'une modification du mode de vie et de l'alimentation ainsi que de la prise de médicaments (le plus souvent des IPP). Les personnes peuvent devoir passer un examen plus approfondi afin d'exclure d'autres causes possibles des symptômes dans les cas suivants :

- Il n'y a pas de symptômes classiques de brûlures d'estomac et de régurgitation.
- La prise d'IPP est inefficace.
- Il existe d'autres facteurs de risque de complications comme l'œsophage de Barrett ou l'adénocarcinome de l'œsophage.
- Il y a des signaux d'alarme tels que le fait que les symptômes sont apparus alors que la personne avait plus de 60 ans, de la difficulté à avaler connue sous le nom de dysphagie, de la douleur à avaler connue sous le nom d'odynophagie, de saignements gastro-intestinaux (GI), d'anémie ferriprive, de perte de poids involontaire ou de vomissements récurrents.

Les examens, le cas échéant, peuvent comprendre :

- L'endoscopie digestive haute avec ou sans biopsies, qui consiste à utiliser un endoscope pour voir l'œsophage, l'estomac et le duodénum.
- La manométrie œsophagienne, qui consiste à insérer une sonde dans l'œsophage pour mesurer la contraction musculaire et chercher des problèmes de motilité.
- La surveillance ambulatoire du pH œsophagien, alors qu'une sonde est placée dans l'œsophage pour mesurer le pH. Un journal des symptômes est tenu pour établir une corrélation entre les symptômes et l'exposition à l'acide.
- L'essai d'impédance de l'œsophage, qui consiste à insérer une électrode dans l'œsophage pour mesurer les courants électriques. Il est souvent utilisé en combinaison avec des essais sur le pH ou une manométrie.
- Les radiographies simples ou barytées, avec l'avènement des techniques actuelles, sont moins utilisées.

Anatomie et physiologie

Sur le plan anatomique, l'œsophage traverse le diaphragme, où le muscle crural aide à maintenir l'intégrité du sphincter œsophagien inférieur. Le sphincter œsophagien inférieur est un anneau musculaire qui se détend normalement lorsque les aliments descendent de l'œsophage à l'estomac et se resserre par la suite pour garder le contenu dans l'estomac.

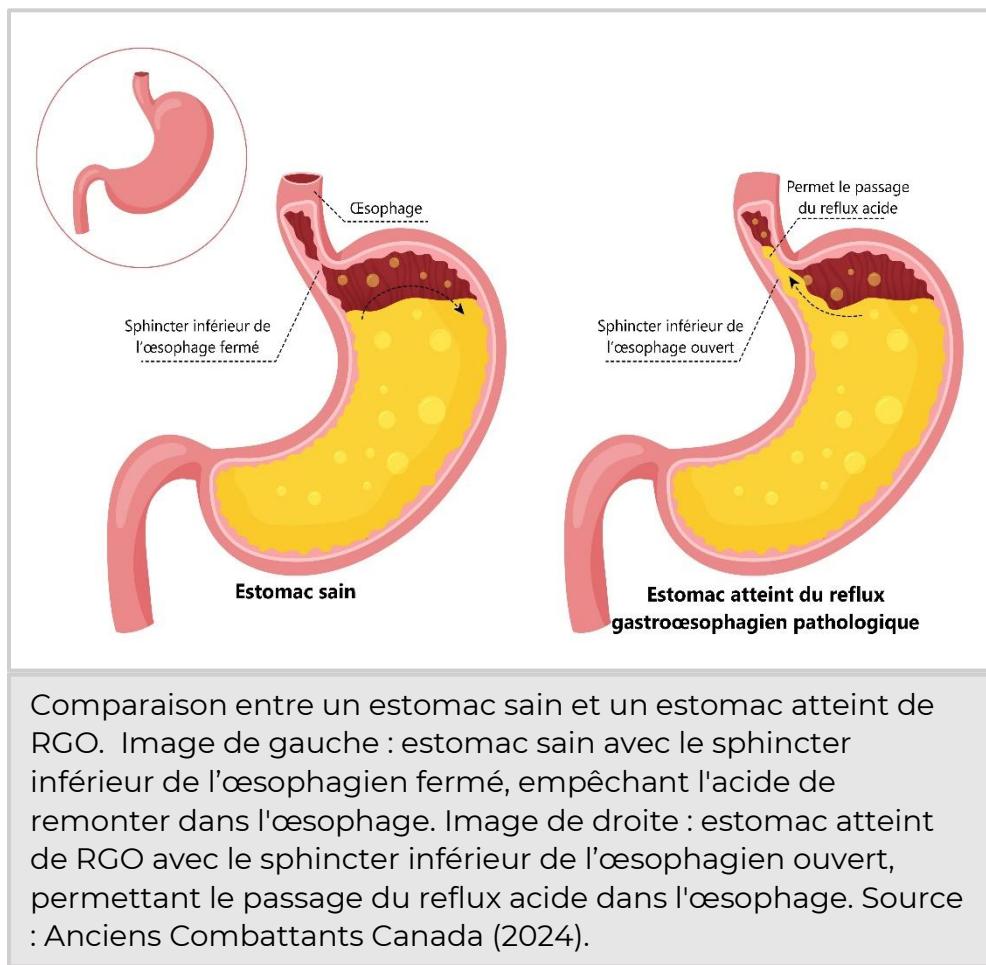
La digestion normale nécessite une combinaison de salivation adéquate, de déglutition normale et de fonction œsophagienne, ainsi que :

- de mouvements coordonnés des muscles de l'œsophage, appelés péristaltisme
- d'une configuration anatomique appropriée de la jonction gastro-œsophagienne
- du bon fonctionnement du sphincter œsophagien inférieur.

Tout problème ou dysfonctionnement de l'une ou l'autre de ces trois fonctions peut entraîner des symptômes de RGO problématiques. L'intégrité du sphincter œsophagien inférieur peut être affectée temporairement par divers aliments, médicaments ou être endommagée de façon permanente par un traumatisme ou par certaines interventions chirurgicales.

L'estomac est un environnement acide qui sert à digérer les aliments. Les cellules de l'estomac sont bien équipées pour faire face à cet environnement difficile, et la salive a un effet tampon sur l'acide. La muqueuse de l'œsophage n'est pas aussi résistante et est plus sensible à l'exposition à l'acide. Par conséquent, lorsque l'acide se réinjecte de façon répétée de l'estomac dans l'œsophage, il peut entraîner des symptômes (brûlures d'estomac classiques ou régurgitation, [Figure 1: Reflux gastro-œsophagien pathologique](#)).

Figure 1 : Reflux gastro-œsophagien pathologique



Caractéristiques cliniques

Le reflux gastro-œsophagien est un phénomène courant qui se produit physiologiquement chez les personnes normales, par exemple lorsqu'elles se penchent après avoir mangé un gros repas. Pour certaines personnes, le degré de reflux est suffisamment fréquent ou problématique pour répondre aux critères d'un diagnostic de RGO.

Habituellement, les deux principaux symptômes du RGO sont les suivants :

- les brûlements d'estomac, généralement décrites comme une sensation de brûlure dans la zone rétrosternale, le plus souvent après avoir mangé
- la régurgitation, une perception de l'écoulement du contenu de l'estomac qui remonte dans la bouche.

Les autres symptômes comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- La difficulté à avaler (dysphagie) et, plus rarement, la douleur à avaler (odynophagie).
- La douleur ou pression thoracique, généralement décrite comme une sensation de brûlure ou de compression sous-sternale et qui irradie vers le dos, le cou, la mâchoire et les bras. La douleur dure de quelques minutes à des heures, souvent après les repas, et peut réveiller les personnes pendant leur sommeil.
- L'augmentation de la salivation (aussi appelée « régurgitations acides ») en réponse au reflux.
- La sensation de boule dans la gorge.

D'autres symptômes peuvent survenir lorsque le contenu de l'estomac pénètre dans les voies respiratoires supérieures (bouche et gorge) et peut être aspiré dans le larynx (cordes vocales) ou les poumons :

- enrouement de la voix (laryngite)
- aspiration pulmonaire.

Le RGO prolongé ou grave peut entraîner des complications (surtout s'il n'est pas traité), lorsque l'acide immerge les tissus œsophagiens sensibles, ce qui entraîne de l'érosion, une œsophagite et, éventuellement, des ulcères œsophagiens. Ces complications comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- l'érosion œsophagienne
- la sténose œsophagienne (rétrécissement de parties de l'œsophage causé par le tissu cicatririel)
- l'ulcération
- l'anémie ferriprive causée par un saignement occulte
- l'œsophage de Barrett
- le cancer de l'œsophage (adénocarcinome).

L'aspiration causée par le RGO peut provoquer :

- de la toux transitoire ou persistante
- de l'essoufflement
- pneumonite : inflammation des tissus pulmonaires causée par l'exposition au contenu gastrique.

Dans de rares cas où le diagnostic de RGO est clair et où les interventions liées au mode de vie et les médicaments ne contrôlent pas les symptômes, une intervention chirurgicale peut être effectuée. La chirurgie la plus courante est une fundoplication de Nissen par laparoscopie, qui consiste à enrouler la partie supérieure de l'estomac autour du bas de l'œsophage pour renforcer le sphincter œsophagien inférieur.

Bien que l'incidence du RGO soit presque égale chez les personnes de sexe masculin et les personnes de sexe féminin, le ratio personne de sexe masculin-personne de sexe féminin semble augmenter à mesure que la maladie progresse. Chez les personnes de sexe masculin, l'incidence de l'œsophagite par reflux, de l'œsophage de Barrett et de l'adénocarcinome de l'œsophage est plus élevée, tandis que chez les personnes de sexe féminin, la maladie du reflux gastro-œsophagien non érosif est plus fréquente et on signale une douleur plus importante associée aux symptômes.

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Aux fins de l'admissibilité à Anciens Combattants Canada (ACC), on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent les conditions énumérées dans la [section des définitions](#) de la présente LDA, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs énumérés dans la section A ont été déterminés sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et médicale actualisée, ainsi que des meilleures pratiques médicales fondées sur des données probantes. Des facteurs autres que ceux énumérés à la section A peuvent être pris en considération, mais il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

Les conditions énoncées ci-dessous sont fournies à titre indicatif. Dans chaque cas, la décision doit être prise en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis.

Facteurs

1. Souffrir d'une **hernie hiatale** au moment de l'apparition clinique de RGO. Une hernie hiatale signifie une hernie d'une partie de l'estomac dans la cavité thoracique par le hiatus œsophagien dans le diaphragme.
2. Subir une **chirurgie intra-abdominale** dans la région du sphincter œsophagien inférieur, la région qui entoure immédiatement l'œsophage intra-abdominal et les piliers du diaphragme, dans les jours suivant l'apparition clinique ou l'aggravation de RGO.

L'interférence avec le sphincter œsophagien inférieur pendant certaines interventions chirurgicales, comme la vagotomie, la gastrectomie partielle ou totale et la dilatation œsophagienne, peut jouer un rôle dans le développement de l'œsophagite par reflux. Certaines procédures de perte de poids, comme la gastrectomie longitudinale, peuvent prédisposer au RGO, tandis que d'autres procédures, comme le pontage gastrique de Roux-en-Y, ne le prédisposent pas.

3. Avoir reçu un diagnostic de **certains troubles médicaux**, y compris certaines maladies auto-immunes, au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de RGO. Les effets de ces troubles sur l'œsophage peuvent comprendre une diminution de la motilité et un dysfonctionnement du sphincter œsophagien inférieur. Ces troubles comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- sclérodermie (sclérose généralisée)
- connectivite mixte (syndrome de Sharp)
- polymyosite
- syndrome de Sjögren
- syndrome de Zollinger-Ellison.

4. L'**augmentation de la pression intra-abdominale** au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de RGO peut être causée, sans s'y limiter, par l'obésité.

5. L'utilisation de **médicaments** de la liste de médicaments indiquée à l'[annexe A](#), appuyée par la chronologie de l'apparition clinique ou de l'aggravation du RGO.

S'il est allégué que le médicament a causé l'apparition clinique ou l'aggravation clinique du RGO, il faut établir les faits suivants :

- le médicament était prescrit pour traiter une affection admissible
- la personne recevait le médicament au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation du RGO
- la littérature médicale actuelle soutient que le médicament peut entraîner l'apparition clinique ou l'aggravation du RGO
- le médicament est utilisé à long terme de façon continue et ne peut raisonnablement être remplacé par un autre médicament, ou le médicament est connu pour ses effets persistants après l'arrêt du traitement.

6. Avoir reçu le diagnostic de **trouble lié à la consommation d'alcool**.

7. L'incapacité d'obtenir un **traitement médical approprié** du RGO.

Remarque : Au moment de la publication, l'opinion d'experts en santé et les preuves scientifiques sont insuffisantes pour conclure que le stress psychologique ou des troubles psychiatriques précis comme les [troubles anxieux](#), les [troubles dépressifs](#), l'[état de stress post-traumatique \(ÉSPT\)](#), les [troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#) causent ou aggravent de façon permanente le RGO.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du RGO.

- Hernie hiatale
- œsophage de Barrett (métaplasie des épithéliums cylindriques)
- Dysplasie de l'œsophage, œsophagite par reflux ou œsophagite érosive (p. ex. érosion œsophagienne, ulcérations et formation de sténose)
- Reflux gastro-œsophagien non érosif
- Brûlements d'estomac/dyspepsie fonctionnels
- Syndrome de détresse postprandiale
- Syndrome de douleurs épigastriques

Section C : Affections courantes pouvant découler, en totalité ou en partie, du reflux gastro-œsophagien pathologique et/ou de son traitement

La section C est une liste des affections qui peuvent être causées ou aggravées par le RGO ou son traitement. Les affections énumérées à la section C ne sont pas comprises dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation du RGO. Une décision relativement à l'admissibilité consécutive peut être prise si le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis du cas appuient une relation corrélative.

Les affections autres que celles énumérées à la section C peuvent être prises en considération; il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

- Asthme
- Bronchiectasie
- Pneumonite par aspiration
- Érosion dentaire (seulement dans des circonstances exceptionnelles lorsque le RGO n'a pas été traité)
- Adénocarcinome de l'œsophage

Remarque : Pour l'asthme, la bronchiectasie, la pneumonie par aspiration et l'érosion dentaire, un diagnostic confirmé de RGO est requis.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [Asthme – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [État de stress post-traumatique \(ÉSPT\) – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles anxieux – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles dépressifs – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles liés à l'utilisation de substances – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Indemnité pour douleur et souffrance - Politiques](#)
- [Demandes de pension d'invalidité de la Gendarmerie royale canadienne - Politiques](#)
- [Admissibilité double – Prestations d'invalidité](#)
- [Détermination d'une invalidité](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de paix – Principe d'indemnisation](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de guerre et du service spécial – Principe d'assurance](#)
- [Invalidité consécutive à une blessure ou maladie non liée au service -](#)
- [Invalidité consécutive](#)

Annexe A : Médicaments

Les médicaments ou les catégories de médicaments qui peuvent causer ou aggraver le RGO comprennent, sans s'y limiter, les éléments qui figurent dans la liste ci-dessous.

Remarque : Un médicament peut faire partie d'une famille de médicaments. Un médicament peut produire des effets différents de ceux de la classe à laquelle il appartient. Ce sont les effets du médicament eux-mêmes qui devraient être pris en compte.

- Anticholinergiques, y compris, mais sans s'y limiter (**Remarque :** Ce groupe ne comprend pas les médicaments ayant des effets secondaires anticholinergiques) :
 - benztropine (Cogentin)
 - trihexyphénidyle (Artane)
 - flavoxate (Urispas)
 - oxybutynine (Ditropane)
 - orphénadrine.

- Inhibiteurs calciques :
 - amlodipine (Norvasc)
 - diltiazem (Tiazac)
 - felodipine (Plendil)
 - flunarizine
 - nifédipine (Adalat, Procardia)
 - nimodipine
 - vérapamil (Isoptin).
- Antidépresseurs tricycliques (**Remarque** : Ce groupe ne comprend pas les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine [ISRS] ni les antidépresseurs inhibiteurs de recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline [IRSN]) :
 - amitriptyline (Elavil)
 - clomipramine (Anafranil)
 - désipramine
 - doxépine
 - imipramine (Impril, Tofranil, Tripamine)
 - nortriptyline (Aventyl, Norventyl)
 - trimipramine (Surmontil).
- Théophylline
- Traitement hormonal substitutif (THS) avec œstrogène seulement
(**Remarque** : Cela ne comprend pas le traitement combiné d'œstrogène et de progestérone).
- Utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : lorsque l'utilisation d'AINS est requise de façon permanente et continue :
 - célecoxib (Celebrex)
 - diflunisal
 - étodolac
 - flurbiprofène (Ansaid)
 - ibuprofène (Advil, Motrin)
 - indométhacine (Indocid)
 - kétoprofène
 - méloxicam (Mobic)
 - nabumétone
 - naproxène (Aleve, Anaprox, Naprosyn)
 - népafénac (Nevanac)
 - piroxicam (Feldene)
 - sulindac
 - acide tiaprofénique
 - diclofénac (Arthrotec, Cambia).

Remarque : Pour ce qui est des AINS topiques, comme Pennsaid et Voltaren, la décision doit se prendre en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis. Il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou au conseiller médical.

Références compter à 22 janvier 2025

Disponible en anglais seulement

- Asanuma, K., Iijima, K., & Shimosegawa, T. (2016). Gender difference in gastro-esophageal reflux diseases. *World journal of gastroenterology*, 22(5), 1800.
- Australian Government Repatriation Medical Authority. (2021). *Statement of Principles concerning Gastro-esophageal Reflux Disease, Reasonable Hypothesis and Balance of Probabilities*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)
- Australian Government Repatriation Medical Authority. (2018). *Statement of Principles concerning Tooth Wear, Reasonable Hypothesis and Balance of Probabilities*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)
- Cassisi, J. E., Umeda, M., Deisinger, J. A., Sheffer, C., Lofland, K. R., & Jackson, C. (2004). Patterns of Pain Descriptor Usage in African Americans and European Americans With Chronic Pain. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(1), 81–89. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.10.1.81>
- Chatzidimitriou, K. (2022). *Prevalence and association of gastroesophageal reflux disease and dental erosion: An overview of reviews*. [Unpublished master's thesis]. Aristotle University of Thessaloniki.

Chatzidimitriou, K., Papaioannou, W., Seremidi, K., Bougioukas, K., & Haidich, A. B. (2023). Prevalence and association of gastroesophageal reflux disease and dental erosion: An overview of reviews. *Journal of dentistry*, 133, 104520.

<https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104520>

Chokhawala, K., Stevens, L. (2022, Sept.). Antipsychotic Medications. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519503/>

Cook, M. B., Wild, C. P., & Forman, D. (2005). A systematic review and meta-analysis of the sex ratio for Barrett's esophagus, erosive reflux disease, and nonerosive reflux disease. *American journal of epidemiology*, 162(11), 1050-1061.

CPS [Internet] (2016) Canadian Pharmacists Association; c2016

Craven, M. R., Kia, L., O'Dwyer, L. C., Stern, E., Taft, T. H., & Keefer, L. (2018). Systematic review: Methodological flaws in racial/ethnic reporting for gastroesophageal reflux disease. *Diseases of the Esophagus*, 31(3), dox154.

<https://doi.org/10.1093/dote/dox154>

Davidhizar, R., & Giger, J. N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review*, 51(1), 47-55.

<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2003.00208.x>

Denholm, M., & Jankowski, J. (2011). Gastroesophageal reflux disease and bulimia nervosa – a review of the literature. *Diseases of the Esophagus*, 24(2), 79-85.

<https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2010.01096.x>

Department of Health Government of Alberta, Canada (2016). Enhanced Clinical Care Pathway: Gastroesophageal Reflux Disease.

Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History,

- pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262-1279. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032>
- Elsevier. (2022). Gold Standard Drug Database.
<https://www.elsevier.com/solutions/drug-database>
- Farjam, M., Sharafi, M., Bahramali, E., Rezaei, S., Hassanzadeh, J., & Rezaeian, S. (2018). Socioeconomic Inequalities in Gastroesophageal Reflux Disorder: Results from an Iranian Cohort Study. *Middle East Journal of Digestive Diseases*, 10(3), 180. <https://doi.org/10.15171/mejdd.2018.108>
- Fass, R. (2022). Approach to refractory gastroesophageal reflux disease in adults. In N.J. Talley (Ed.). *UpToDate*.
- Gerretsen, P., & Pollock, B. G. (2011). Drugs with anticholinergic properties: A current perspective on use and safety. *Expert opinion on drug safety*, 10(5), 751-765. <https://doi.org/10.1517/14740338.2011.579899>
- Hajizadeh, M., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2016). Socioeconomic gradient in health in Canada: Is the gap widening or narrowing? *Health Policy*, 120(9), 1040-1050. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.07.019>
- Hungin, A., Molloy-Bland, M., & Scarpignato, C. (2019). Revisiting Montreal: New insights into symptoms and their causes, and implications for the future of GERD. *The American Journal of Gastroenterology*, 114(3), 414-421. <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0287-1>
- IBM Micromedex (2023). Diltiazem [Drug monograph]. *DynaMed*.
- Jordão, H. W. T., Coleman, H. G., Kunzmann, A. T., & McKenna, G. (2020). The association between erosive toothwear and gastro-oesophageal reflux-related

symptoms and disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of dentistry*, 95, 103284. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103284>

Kahrilas, P.J. (2022). Medical management of gastroesophageal reflux disease in adults. In N.J. Talley (Ed.). *UpToDate*.

Kahrilas, P.J. (2022). Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux in adults. In N.J. Talley (Ed.). *UpToDate*.

Katz, P. O., Dunbar, K. B., Schnoll-Sussman, F. H., Greer, K. B., Yadlapati, R., & Spechler, S. J. (2022). ACG Clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 117(1), 27–56. <https://doi.org/10.14309/ajg.00000000000001538>

Kim, Y. S., Kim, N., & Kim, G. H. (2016). Sex and Gender Differences in Gastroesophageal Reflux Disease. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 22(4), 575–588. <https://doi.org/10.5056/jnm16138>

Lexicomp (n.d). *UpToDate*. Retrieved October 2022.

Li, Y., Wang, Z., Fang, M., Tay, F. R., & Chen, X. (2022). Association between gastro-oesophageal reflux disease and dental erosion in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of dentistry*, 125, 104247. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2022.104247>

Luchenski, S., Quesnel-Vallee, A., & Lynch, J. (2008). Differences between women's and men's socioeconomic inequalities in health: Longitudinal analysis of the Canadian population, 1994-2003. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(12), 1036–1044. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.068908>

MD, S. J. C. (2014). Traumatic Brain Injury. Physical Medicine and Rehabilitation Board Review, Third Edition. Pg. 88-89 Demos Medical Publishing. Physical Medicine

and Rehabilitation Board Review, Fourth Edition - Sara J. Cuccurullo, MD - Google Books

Moraczewski J, Aedma KK. Tricyclic Antidepressants. [Updated 2022 Nov 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557791/>

Mungan Z., Pınarbaşı Şimşek B. (2017). Which drugs are risk factors for the development of gastroesophageal reflux disease? *Turkish Journal of Gastroenterology*, 28(1), S38-S43. <http://doi.org/10.5152/tjg.2017.11>

Oudkerk, J., Grenade, C., Davarpanah, A., Vanheusden, A., Vandenput, S., & Mainjot, A. K. (2023). Risk factors of tooth wear in permanent dentition: A scoping review. *Journal of oral rehabilitation*. 10.1111/joor.13489. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/joor.13489>

Rajendra, S., Ackroyd, R., & Mohan, C. (2005). South Asian origin as a risk factor for GERD. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 22(1), 75–76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02530.x> Ramachandran, A., Raja Khan, S. I., & Vaitheeswaran, N. (2017). Incidence and pattern of dental erosion in gastroesophageal reflux disease patients. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 9 (Suppl 1), S138–S141. https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_125_17

Ranjitkar, S., Kaidonis, J. A., & Smales, R. J. (2012). Gastroesophageal reflux disease and tooth erosion. *International Journal of Dentistry*, 2012, Article 479850. <https://doi.org/10.1155/2012/479850>

Richter, J. E. (2024). Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in Adults. *DynaMed*. Richter, J. E., & Rubenstein, J. H. (2018). Presentation and Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*, 154(2), 267–276.

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.07.045>

Shu, L., & Tong, X. (2022). Exploring the causal relationship between gastroesophageal reflux and oral lesions: A mendelian randomization study.

Front. Genet., 13, 1046989. <https://doi.org/10.3389/fgene.2022.1046989>

Sleisenger, M. (1989). *Gastrointestinal disease pathophysiology diagnosis management* (4th ed.). W.B. Saunders.

Spechler, S. J. (1992). Comparison of Medical and Surgical Therapy for Complicated Gastroesophageal Reflux Disease in Veterans. *New England Journal of Medicine*, 326(12), 786–792. <https://doi.org/10.1056/NEJM199203193261202>

The Rome Foundation. (2016). Rome IV Criteria: Diagnostic criteria for functional GI disorders. Retrieved September 7, 2022, from:

<https://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-criteria/>

Thrift, A. P., Kramer, J. R., Qureshi, Z., Richardson, P. A., & El-Serag, H. B. (2013). Age at Onset of GERD Symptoms Predicts Risk of Barrett's Esophagus. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(6), 915–922. <https://doi.org/10.1038/ajg.2013.72>

Vafaei, A., Rosenberg, M. W., & Pickett, W. (2010). Relationships between income inequality and health: A study on rural and urban regions of Canada. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy*.

<https://doi.org/10.3316/informit.392149531726529>

Veterans Affairs Canada (2024). *Gastroesophageal Reflux Disease*. License for use purchased from <https://doi.org/10.3316/informit.392149531726529>

[Design. Royalty Free SVG, Cliparts, Vectors, and Stock Illustration. Image 195471834. \(123rf.com\)](https://www.123rf.com/stock-vector-design-royalty-free-svg-cliparts-vectors-and-stock-illustration-image-195471834.html)

Vakil, N., van Zanten, S. V., Kahrilas, P., Dent, J., Jones, R., & Global Consensus Group. (2006). The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *The American Journal of Gastroenterology*, 101(8), 1900–1943. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00630.x>

Velanovich, V. (2006). Nonsurgical factors affecting symptomatic outcomes of antireflux surgery. *Diseases of the Esophagus*, 19(1), 1–4. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2006.00528.x>

Warsi, I., Ahmed, J., Younus, A., Rasheed, A., Akhtar, T. S., Ain, Q. U., & Khurshid, Z. (2019). Risk factors associated with oral manifestations and oral health impact of gastro-oesophageal reflux disease: A multicentre, cross-sectional study in Pakistan. *BMJ Open*, 9(3), e021458. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021458>

Willis, K., & Hajizadeh, M. (2020). Socioeconomic inequalities in gastric cancer incidence in Canada: 1992–2010. *Acta Oncologica*, 59(11), 1333–1337. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1764098>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. <https://icd.who.int/>

Yanushevich, O. O., Maev, I. V., Krikheli, N. I., Andreev, D. N., Lyamina, S. V., Sokolov, F. S., Bychkova, M. N., Beliy, P. A., & Zaslavskaya, K. Y. (2022). Prevalence and risk of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease: A meta-analysis. *Dentistry journal*, 10(7), 126. <https://doi.org/10.3390/dj10070126>