

# Reflux gastro-œsophagien

chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale

## 2<sup>de</sup> partie – Chez le nourrisson et chez l'enfant

**P<sup>r</sup> Frédéric Gottrand**

Unité d'hépatologie, gastro-entérologie et nutrition, clinique de pédiatrie,  
hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, et faculté de médecine, université de Lille-2, 59000 Lille  
fgottrand@chru-lille.fr

### Objectifs

- Diagnostiquer un reflux gastro-œsophagien et une hernie hiatale aux différents âges.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est un phénomène physiologique défini par la remontée du contenu gastrique dans l'œsophage. Le signe clinique principal du RGO chez le nourrisson est les régurgitations (extériorisation par la bouche sans effort du contenu gastrique) qui sont un motif très fréquent de consultation. Le RGO pathologique se définit par des épisodes de reflux trop fréquents, quand la clairance du reflux est insuffisante, ou encore quand le RGO est responsable de manifestations autres que les régurgitations.

### DIAGNOSTIC

#### Signes cliniques en fonction de l'âge

La prévalence du RGO et les signes cliniques varient selon l'âge (tableau 1). Des régurgitations fréquentes (définies comme plus de 3 par jour) s'observent chez 20 à 30 % des nourrissons durant les premiers mois de vie. On estime que dans le monde 20 à 25 % des parents consultent au moins une fois un médecin pour des régurgitations du nourrisson. La fréquence des régurgitations varie largement en fonction de l'âge. Des régurgitations sont observées chez 50 % des nourrissons de moins de 3 mois, chez plus de 66 % des nourrissons à 4 mois, mais seulement chez 5 % d'entre eux à l'âge de 1 an. La disparition des régurgitations ne signifie pas forcément que le RGO est guéri, et il existe actuellement des données montrant que le RGO peut chez certains enfants se prolonger plusieurs années, voire durant l'âge adulte, avec des manifestations différentes selon l'âge (tableau 1).

Plusieurs facteurs expliquent la fréquence des régurgitations chez le nourrisson. La motricité œsophagienne est fortement impliquée dans la physiopathologie du RGO (fréquence élevée

des relaxations inappropriées du sphincter inférieur de l'œsophage). Il existe également des facteurs anatomiques (angle de His insuffisant, portion de l'œsophage sous-phrénique courte). De plus, les nourrissons passent beaucoup de temps en position allongée, ils mangent liquide, ne mastiquent pas et produisent donc moins de salive.

#### Diagnostic positif

Le diagnostic de reflux est habituellement clinique, et les examens complémentaires ne doivent être proposés qu'aux enfants chez qui la clinique n'est pas évocatrice ou univoque.

Pour le RGO, c'est la pH-métrie de longue durée, réalisée actuellement le plus souvent en ambulatoire, qui reste l'examen de référence. Il s'agit d'introduire une fine sonde munie d'un capteur de pH au niveau du tiers distal de l'œsophage et d'enregistrer, à l'aide d'un petit boîtier électronique relié à la sonde, les variations du pH au niveau de l'œsophage. Chaque épisode de reflux acide est ainsi enregistré et il est possible, par un marqueur d'événements sur le boîtier, de corrélérer éventuellement la survenue d'un épisode de reflux à une manifestation clinique (toux, bradycardie, pleurs...). Un enregistrement prolongé d'au moins 18 heures est nécessaire pour interpréter l'examen de façon fiable. Il est alors possible de calculer des scores (pourcentage de temps passé à pH < 4 sur temps total d'enregistrement définissant l'index de reflux qui est le critère le plus robuste de définition d'un RGO) qui, en comparaison avec des normes, permettent le diagnostic du RGO acide et d'en mesurer l'importance. Cet examen doit être

**Tableau 1** Symptômes du reflux gastro-œsophagien en fonction de l'âge

SIGNES	NOURRISSON	ENFANT	ADULTE
Régurgitations	++++	+	+
Vomissements	++	++	+
Pyrosis	?	++	+++
Douleur épigastrique	?	+	++
Douleur rétrosternale	?	+	++
Dysphagie	?	+	++
Pleurs fréquents, irritabilité	+++	+	-
Anémie, méléna, hématurie	+	+	+
Refus, difficultés alimentaires, anorexie	++	+	+
Retard de croissance	++	+	-
Anomalies de posture, syndrome de Sandifer	++	+	-
Hoquet persistant	++	+	+
Érosions dentaires	?	+	+
Enrouement, pharyngite	?	+	+
Toux chronique, pneumopathie d'inhalation	+	++	+
Wheezing, laryngite, otite	+	++	+
Laryngomalacie, stridor, croup	+	++	-
Asthme, sinusite	-	++	+
Sténose laryngée, nodules cordes vocales	-	+	+
Malaise grave, mort subite, apnée, désaturation	+	-	-
Bradycardie	+	?	?
Troubles du sommeil	+	+	+
Altération de la qualité de vie	++	++	++
Œsophagite	++	++	++
Sténose œsophagienne	-	+	+
Barrett, adénocarcinome de l'œsophage	-/-	+/-	+/+

+++ très fréquent ; ++ fréquent ; + possible ; - absent ; ? inconnu.

réalisé sans traitement antireflux. Il est parfois utile de le faire sous traitement prokinétique ou antisécrétoire quand il est nécessaire de savoir si le RGO persiste malgré le traitement, en vue d'une indication chirurgicale par exemple.

Le transit œso-gastro-duodénal est un examen peu sensible et spécifique pour le diagnostic du RGO. Il présente cependant l'intérêt d'une accessibilité souvent plus grande que la pH-métrie et aussi de pouvoir mettre en évidence une malformation anatomique (rare) de l'œsophage ou de l'estomac.

En cas de suspicion d'œsophagite, c'est l'endoscopie digestive haute qui permet d'affirmer ou d'éliminer le diagnostic, voire d'évoquer un diagnostic différentiel (allergie, œsophagite à éosinophile...), par la réalisation de biopsies œsophagiennes et/ou gastriques. Cet examen ne fait pas le diagnostic du RGO mais de ses conséquences. Il permet de plus de faire le diagnostic de hernie

hiatale, hernie par glissement chez l'enfant, et donc non visualisée habituellement par les examens radiologiques.

La place des autres examens (scintigraphie, manométrie, échographie, impédancemétrie œsophagienne) est beaucoup plus limitée en pratique.

## Diagnostic différentiel (tableau 2)

Si la manifestation clinique principale du RGO du nourrisson est la régurgitation, des vomissements (impliquant la notion de rejets par la bouche avec effort du contenu gastrique) sont volontiers associés.

En revanche, s'ils sont bilieux ils ne sont jamais dus au RGO, et il faut évoquer une urgence chirurgicale (volvulus du grêle par exemple).

Si les vomissements sont alimentaires mais ont respecté un intervalle libre de plusieurs semaines après la naissance et sont d'évolution progressive en intensité et fréquence, le diagnostic de sténose du pylore doit être évoqué ; enfin, en cas de RGO apparaissant au sevrage, rebelle aux mesures thérapeutiques habituelles, d'autant plus s'il s'accompagne d'une mauvaise courbe pondérale, il faut évoquer l'allergie aux protéines du lait de vache. Rappelons enfin que de nombreuses affections générales s'accompagnent chez l'enfant de vomissements (otite moyenne aiguë, infection urinaire, hypertension artérielle, hypertension intracrânienne, hypercalcémie, insuffisance surrénale, hyperammoniémie...), qu'il faudra savoir rechercher en fonction du contexte et des données de l'examen clinique.

## ARGUMENTER L'ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE ET PLANIFIER LE SUIVI DU PATIENT

### Quelles sont les modalités thérapeutiques du RGO ?

#### 1. Abstention

La majorité des nourrissons présentent des régurgitations simples, peu abondantes, qui disparaîtront spontanément avec l'âge. Les explications, la réassurance de la famille suffisent dans ces cas.

#### 2. Mesures diététiques et épaississement

La correction des erreurs diététiques (un nourrisson qui régurgite est souvent vorace et affamé : plus il régurgite plus il réclame et plus la famille est tentée d'augmenter les quantités... et donc d'auto-entretenir ce RGO) est la première mesure à entreprendre. L'épaississement peut être réalisé avec des laits épaissis (laits « confort » ou « AR ») à la caroube ou avec de l'amidon, ou alors des épaississants (Gumilk, Gélopectose) ajoutés dans le biberon. Les études réalisées avec les épaississants montrent clairement une efficacité sur le symptôme régurgitation, mais l'absence de toute efficacité sur le RGO par lui-même (le nombre et la durée des reflux acides mesurés par pH-métrie ne sont pas modifiés). Les épaississants sont à tort considérés comme

peu coûteux et anodins. En effet, des effets secondaires ont été décrits : selles molles avec la caroube, ballonnements, constipation avec l'amidon, bézoard gastrique, augmentation de la toux, quelques observations d'allergie à la caroube, effets potentiels sur l'absorption intestinale des nutriments, minéraux et oligo-éléments.

### 3. Position proclive 30° en position ventrale

C'est un autre ancien pilier du traitement du RGO. Elle est actuellement complètement abandonnée après les campagnes de prévention de la mort subite du nourrisson. Les autres modalités de proclive sur le dos ou le côté n'ont pas démontré leur efficacité sur les régurgitations et le RGO.

### 4. Les prokinétiques

Le cisapride est le seul médicament prokinétique ayant démontré dans certaines études une efficacité sur le RGO chez l'enfant de moins de 3 ans. Quelques observations d'allongement du QT ont été rapportées chez des prématurés, pour des doses dépassant habituellement 0,8 mg/kg/j. Des cas d'allongement du QT et/ou de survenue de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointe) parfois mortels ont été rapportés (fréquence estimée à 2 pour 1 million de patients/mois), dans 85 % des cas chez des patients polymédiqués (recevant des inhibiteurs du cytochrome P450 3A4) et/ou porteurs d'une pathologie cardiaque préexistante ou d'autres facteurs de risque favorisant les troubles du rythme. Actuellement, son utilisation est limitée aux enfants de moins de 3 ans après échec des autres traitements du RGO. La prescription doit être faite par un pédiatre hospitalier après réalisation d'un bilan sanguin et d'un électrocardiogramme, répétés 72 heures après l'instauration du traitement, et la délivrance du cisapride est faite par rétrocession par les pharmacies hospitalières (depuis août 2005).

Pour les autres prokinétiques disponibles actuellement (dompéridone et métoclopramide), aucune étude n'a pu démontrer leur efficacité par rapport au placebo. Le métoclopramide est un médicament difficile à utiliser compte tenu de la fréquence de

## QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

**Le RGO est une affection très fréquente du nourrisson et on peut considérer que tout médecin doit en connaître les signes et les principes d'exploration et de traitement.**

Il est de plus très facile dans un dossier transversal de pédiatrie de rajouter des symptômes digestifs et faire discuter le RGO par ses aspects de diagnostic positif ou différentiel.

On peut ainsi facilement envisager un dossier d'un nourrisson qui pleure où, entre autres étiologies (hernie étranglée,

colique...), l'hypothèse d'une œsophagite peptique (avec la discussion de l'indication d'une endoscopie et les modalités du traitement) pourrait être envisagée.

L'autre possibilité est la démarche étiologique et thérapeutique devant des vomissements (cause chirurgicale, extradiigestive, RGO...). ●

## POINTS FORTS

### à retenir

- Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est un phénomène **physiologique** défini par la remontée du contenu gastrique dans l'œsophage.
- Il est très fréquent chez le nourrisson, chez qui il se manifeste par des régurgitations.
- Dans les cas non compliqués, **aucun examen complémentaire n'est nécessaire**. La pH-métrie n'est indiquée qu'en cas de doute diagnostique devant des manifestations **extradiigestives**.
- **L'endoscopie digestive** est indiquée en cas de suspicion d'œsophagite.
- Le traitement en première intention est **l'abstention** ou des mesures hygiéno-diététiques. Les **épaississants** sont efficaces sur les **régurgitations** mais **ne modifient pas le RGO**. À part le **cisapride** dont l'utilisation est actuellement très restreinte, **aucun prokinétique disponible sur le marché n'a fait la preuve de son efficacité**. Les **antisécrétoires** ne sont indiqués que pour traiter l'œsophagite.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p.106)

ses effets secondaires et de l'étroitesse de la marge entre dose efficace et dose toxique. Le dompéridone, du fait de sa bonne tolérance, et malgré l'absence de preuve de son efficacité est ainsi redevenu le médicament de première intention du RGO chez l'enfant.

### 5. Antiacides

Ils n'ont pas d'efficacité directe sur le RGO mais sur l'œsophagite, et donc sur certains symptômes comme le pyrosis. Les effets secondaires les plus habituels sont des troubles du transit ; ils peuvent interagir avec l'absorption de certains médicaments, et exposer à une intoxication par l'aluminium en cas d'utilisation très prolongée et/ou d'insuffisance rénale.

### 6. Antisécrétoires

Ils sont représentés par les anti-H2 (cimétidine, ranitidine, famotidine, nizatidine) et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) [oméprazole, lansoprazole, pantoprazole, rabéprazole, ésooméprazole]. Pour la majorité de ces médicaments, les données pharmacodynamiques et pharmacocinétiques sont très rares, voire absentes chez l'enfant (sauf pour l'oméprazole et le lansoprazole), et seuls la cimétidine et l'oméprazole ont actuellement l'AMM

Q 280 ▲

Tableau 2 Principaux diagnostics différentiels du reflux gastro-œsophagien du nourrisson

	RGO	VOLVULUS DU GRÊLE	STÉNOSE DU PYLORE	ALLERGIE AUX PROTÉINES DU LAIT DE VACHE
<b>Symptômes</b>	réurgitations (vomissements)	vomissements bilieux	vomissements alimentaires	vomissements (réurgitations)
<b>Chronologie</b>	dès la naissance	variable	intervalle libre	au sevrage
<b>Terrain</b>	aucun	apparition brutale	garçon	atopie
<b>Signes associés</b>	aucun	défense, contracture arrêt du transit	déshydratation sensation d'être affamé	eczéma, urticaire, diarrhée, cassure de la courbe pondérale
<b>Diagnostic</b>	clinique	échographie, radiologie	échographie	tests cutanés, IgE spécifiques
<b>Traitement</b>	aucun, règles hygiéno-diététiques	chirurgie	chirurgie	éviton des protéines du lait de vache

(autorisation de mise sur le marché) en France en pédiatrie. Ils n'ont pas d'effet sur le RGO, mais sur la sécrétion acide et donc sur le pyrosis et l'œsophagite. Les IPP ont très peu d'effets secondaires, mais il n'existe pratiquement pas de données sur leur utilisation au très long cours en pédiatrie (l'AMM pour l'oméprazole est l'œsophagite ulcérée chez l'enfant de plus de 1 an, pendant 4 à 6 semaines).

## 7. Chirurgie

La chirurgie a des indications rares et bien codifiées. En pédiatrie, c'est l'intervention de Nissen qui est la plus fréquemment réalisée.

### Quelles indications ?

Un RGO chez un nourrisson sans signe d'œsophagite, de malaise, ne s'explique pas, il est physiologique. Il faut détecter la suralimentation, éviter les jus de fruits, mettre en place des mesures de puériculture (tétine, éructation au cours des repas, bonne position, acheter des bavoirs, prendre patience...).

En cas de réurgitations gênantes, il faut utiliser des laits épaissis avant de penser médicaments.

Si les symptômes persistent ou en cas de manifestations extradiigestives de RGO, la dompéridone peut être prescrite seule ou associée à des antiacides (habitude « franco-française » qui n'a jamais été réellement évaluée). En cas d'échec, le cisapride peut être prescrit après avis hospitalier spécialisé.

En cas de signes d'œsophagite (douleurs ou malaise pendant le biberon, hématurie, mauvaise croissance), une endoscopie est préférable avant traitement antisécrétoire. Dans l'attente de l'AMM (à venir) d'autres inhibiteurs de la pompe à protons, l'oméprazole est à utiliser chez l'enfant de plus de 1 an. Une autre position plus pragmatique consiste, en cas de signe clinique évoquant une œsophagite, à proposer un traitement d'épreuve

par les antisécrétoires sans réaliser d'endoscopie préalable. Si cette attitude est retenue, il faut cependant en évaluer l'efficacité au bout de quelques semaines, remettre en cause le diagnostic en cas de non-réponse au traitement (pratiquer alors une endoscopie ou évoquer un autre diagnostic, par exemple l'allergie aux protéines du lait de vache), et en tout cas ne pas prolonger ce traitement plus de 4 à 6 semaines.

L'utilisation au long cours des IPP dans le RGO de l'enfant en dehors d'une œsophagite (actuellement le traitement de première intention chez l'adulte) n'est aujourd'hui pas recommandée. Cependant, dans des manifestations respiratoires ou ORL rattachées à un RGO, un traitement de quelques semaines à quelques mois par un IPP (en pratique, actuellement l'oméprazole ou le lanzoprazole chez l'enfant) peut être discuté, compte tenu de l'absence actuelle d'alternative thérapeutique et de l'excellente tolérance habituelle de ces médicaments. Les risques sont de prescrire des IPP trop largement et de manière trop prolongée sans avoir fait un minimum d'investigations visant à établir l'existence du RGO et le bénéfice potentiel de ces médicaments.

La chirurgie est indiquée en cas de RGO sévère (œsophagite récidivante ou résistante, malaise grave résistant au traitement) ou de RGO du grand enfant dépendant du traitement médical. ■

*L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.*

**DÉJÀ TRAITÉ :** • 1<sup>re</sup> partie : « Chez l'adulte »  
Rev Prat 2006;56[14]:1591-6.