

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 3 février 2015

Première heure:

Le reflux gastro-œsophagien pas seulement un pH-énomène

Orateur: Dr J. Ezri (CHUV Lausanne)

Le reflux gastro-œsophagien est un phénomène physiologique se produisant plusieurs fois par jour, parfois extériorisé; les régurgitations (sortie de contenu gastrique modéré) est à distinguer du vomissement (sortie forcée).

Le reflux gastro-œsophagien est fréquent et normal chez le petit enfant, en général de résolution spontanée.

La barrière anti reflux est composée du sphincter œsophagien inférieur, avec son muscle lisse, se relâchant lors de la déglutition ; des piliers du diaphragme; de l'angle des His ; des ligaments œsophagiens.

Chez le nouveau-né, l'immaturation du sphincter, un œsophage court, des repas fréquents, une position couchée, l'importance du volume des repas explique un reflux gastro-œsophagien plus fréquent.

Cela devient problématique si les symptômes sont gênants ou lors de complication.

Des lignes directrices et consensus ont établi une définition du reflux gastro-œsophagien (*non donnée durant la conférence*). Le but est d'éviter de sur-traiter, de surclasser, et d'identifier qui envoyer chez le spécialiste. Le reflux semble moins fréquent en Asie, la prévalence chez nous est d'environ 0.3 %.

Lorsque les mécanismes protecteurs ne fonctionnent plus, ou lors d'atteinte respiratoire, le reflux devient plus fréquent. Les antécédents d'atteinte morphologique de l'intestin, les pseudo obstruction, les atteintes pulmonaires (dyskinésie ciliaire, mucoviscidose,...) l'obésité favorisent le reflux gastro-œsophagien.

Il existe une susceptibilité familiale avec que plus de cas de hernie hiatale, d'œsophage de Barrett, de cancers de l'œsophage ; un gène a même été identifié.

Les symptômes significatifs du RGO sont les douleurs épigastriques, l'irritabilité, les pleurs, le pyrosis, des douleurs rétrosternales, la toux chronique, les pneumonies à répétition, le syndrome de Sandifer ainsi que l'anémie chronique, la voix rauque, et d'autres.

Un diagnostic différentiel existe avec la sténose du pylore, la malrotation, le volvulus, la gastroparésie, les gastro-entérites, l'œsophagite à éosinophiles.

L'allergie aux protéines du lait de vache et non IgE médiée, entre également dans le diagnostic différentiel. Les signes de l'œsophagite à éosinophiles sont peu spécifiques chez le petit enfant, chez le plus grand c'est essentiellement la dysphagie.

Un lien est possible entre les deux pathologies.

Le diagnostic de dyspepsie fonctionnelle, surtout chez le plus grand enfant, est surtout un diagnostic d'exclusion.

Complication du reflux :

- Oesophagite peptique, ulcère ; des biopsies sont nécessaires car parfois les lésions sont visibles seulement en microscopie.
- Œsophage de Barrett : métaplasie œsophagienne (muqueuse gastrique) avec un risque d'évolution vers un cancer. Chez l'enfant, le cancer est très rare.
- Sténose œsophagienne (structure cicatricielle).

Quand suspecter une maladie de reflux ? Cela dépend de l'âge et des symptômes.

Les instruments diagnostic possibles sont le transit œsogastroduodéal, la pH-métrie et la pH impédancemétrie, l'endoscopie. Le but est de documenter la maladie, de rechercher des complications, d'exclure d'autres pathologies.

Chez le nourrisson, les symptômes sont peu spécifiques. Chez le grand enfant, les symptômes sont plus typiques. Les signes d'alarme à surveiller sont fièvre, fontanelle bombée, anomalies neurologiques, pouvant faire suspecter par exemple une hypertension intracrânienne.

Le transit œsogastroduodéal renseigne sur la forme de l'œsophage, peut observer un reflux, et rechercher des complications.

La pH-métrie (les inhibiteurs de la pompe à protons doit être stoppés en tout cas 10 jours avant l'examen) donne une indication sur la quantité en pourcentage du reflux acide, mais chez le nouveau-né les repas fréquents tamponnent les remontées acides. L'examen donne un indice de reflux, recherche des épisodes de plus de cinq minutes, ainsi que leur intensité.

La pH impédancemétrie de 24 heures est un enregistrement du pH ainsi que des pressions œsophagiennes, et donne ainsi également une idée sur les reflux non acides.

La gastroscopie permet l'identification d'une œsophagite; il y a une mauvaise corrélation entre les symptômes et les signes observés ; l'absence d'œsophagite n'exclut pas un reflux. L'indication à la gastroscopie est l'hématémèse, une anémie isolée, ou des symptômes évocateurs.

La scintigraphie au Milk Scan recherche des signes de broncho-aspiration, mais un examen négatif n'exclut pas une broncho-aspiration.

Traitement :

- 1) Rassurer, mesures d'hygiène, alimentaire.
- 2) Épaississant pour le lait, positionnement
- 3) Pansement digestif, anti acide.
- 4) Prokinétiques
- 5) Inhibiteurs de la pompe à protons
- 6) Chirurgie

Il est nécessaire d'éviter la suralimentation. Il faut éviter les repas volumineux, contrôler le poids, éviter certains aliments (chocolat, jus de citron).

Les épaississants possibles sont la caroube et l'amidon, avec un risque de surcharge calorique avec l'amidon. Cela diminue l'extériorisation du reflux, mais n'améliore pas la pH-métrie ; il y a un risque de diarrhée.

La position ventrale ou en décubitus latéral gauche améliore la situation, mais pas la pH-métrie. Ce type de position ne peut pas être recommandé.

Lors de suspicion d'allergie aux protéines du lait de vache, un essai thérapeutique avec un hydrolysé poussé peut être fait.

Les pansements œsophagiens sont par exemple le Gaviscon, l'Ulcofant, et d'autres médicaments. Ils sont mal étudiés, mais amènent un soulagement rapide, utile chez le grand enfant ; par contre, il y a le problème des sels d'aluminium.

Prokinétiques : le plus efficace est le Cisapride, retiré du marché à cause de l'allongement du QT ; la domperidone n'a pas d'efficacité démontrée, mais également les effets secondaires neurologiques ou cardiaques relevant.

Le métopropramide est un agent dopaminergique, ayant peu d'efficacité démontrée mais également des effets secondaires importants.

Betanechole : agoniste cholinergique, peu étudié

Baclofène : agoniste gabaergique : semble intéressant mais mal étudié.

Érythromycine (un quart de la dose donnée comme antibiotique) améliore la motilité œsophagienne mais les douleurs épigastriques sont fréquentes et il y a risque de tachyphalaxie.

Anti sécrétoire (IPP) et antihistaminiques H2 (ranitidine) bloquent l'acidité de l'estomac. L'IPP a été considéré comme un médicament miracle, et engendre des coûts de santé très importants. Il faut le prendre le matin à jeun, 30 minutes avant le repas. La pompe à protons est bloquée, mais pas le reflux. Chez l'adulte, l'efficacité a été démontrée ; chez le nourrisson, l'effet est moins clair (Van Per Pol 2011) (Tjon J A Pharmacothérapie 2013). Il existe un risque de céphalées, diarrhées, constipation ; il y a également des effets délétères à long terme. Il y a un risque accru d'infection, liés à la diminution de la barrière gastrique, un risque d'hypomagnésémie, un risque d'ostéoporose.

Les anti H2 (ranitidine) sont données à raison de 4 à 8 mg par kilo par jour, en deux à trois doses ; les études sont médiocres, mais il semble avoir une diminution des symptômes et un effet de guérison supérieure au placebo.

La chirurgie anti reflux (enroulement de fundus sur le sphincter) entraîne des effets secondaires fréquents et parfois invalidants, et il existe même un risque de rechute de reflux (revue Mauritz J Gastrointestinal Surg 2011 ; les groupes sont très hétérogènes, il n'y a pas de tests standardisés, et le recours à la chirurgie doit rester exceptionnel.

En résumé :

En l'absence de signes d'alarme et en l'absence de signe de reflux pathologique, il n'est pas nécessaire de pratiquer des investigations ni d'introduire un traitement, on peut rassurer les parents. Si il y a persistance après 18 mois, des investigations deviennent utiles.

Lors de présence de signes d'alarme, ou lors d'apports caloriques insuffisants, un bilan devient utile.

Chez le grand enfant, lors de signe typique, un traitement d'inhibiteur de pompe à protons pendant deux semaines est introduit, avec des mesures diététiques. Un bilan est pratiqué lors de rechute.

Il existe une littérature abondante, mais ancienne et médiocre. Il est important de différencier le reflux physiologique du reflux pathologique. Actuellement, il manque des guidelines

Il n'y a aucun traitement idéal dans la maladie de reflux.