

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 12 octobre 2010

### Reflux gastro-œsophagien

Drsse Tempia

Un enfant de 4 mois, ancien grand-prématuré, est hospitalisé pour 3ème dose de vaccin (il avait fait une apnée au cabinet du pédiatre lors de la deuxième injection) et pH métrie en raison de pleurs violents avec mouvements en opisthotonos faisant suspecter un reflux gastro-œsophagien (RGO). L'hospitalisation est utile en cas de suspicion de RGO pour une surveillance, introduction d'un régime ou réglage alimentaire, de discuter d'un traitement et d'une éventuelle pH métrie.

Une anamnèse alimentaire poussée et une observation sont faites, les apports sont limités à 170 cc par biberon, avec une amélioration de la symptomatologie. La Ph-métrie est tout de même pratiquée qui sera normale.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est le passage de liquide gastrique dans l'œsophage, de brève durée.

Le RGO maladie associe des symptômes et des complications.

La régurgitation est le passage de contenu gastrique dans la bouche. Le vomissement est l'extériorisation du contenu gastrique.

Il y a impotence de la barrière gastro-œsophagienne soit lié à une relaxation excessive du sphincter œsophagien inférieur, soit à une non résistance de ce sphincter à une augmentation de la pression digestive. Un retard de vidange gastrique peut aussi être impliqué.

Les symptômes sont les régurgitations fréquentes, une mauvaise prise de poids, un ruminement, une toux, un wheezing, un stridor. Des signes pathologiques sont l'œsophagite, l'œsophagite de Barrett, les caries de reflux, l'anémie, la mauvaise prise de poids.

Les signes inquiétants sont des vomissements biliaires ou sanglants, la fièvre, une fontanelle bombante, devant faire rechercher d'autres causes.

Les examens possibles sont la Ph-métrie, l'examen de la motilité œsophagienne, la manométrie, l'endoscopie, le transit oeso-gastrique, la scintigraphie pulmonaire.

La pH-métrie permet la recherche d'un reflux acide, l'enregistrement se fait sur 12 à 24 heures avec des électrodes cutanée et intra-œsophagienne. L'examen est considéré comme anormal si il y a plus de 7% du temps avec reflux acide, normale si il y a moins que 4% du temps.

La "combined multiple intraluminal impedancemetry" et pH métrie permettent d'étudier les mouvements de fluide intraoesophagien et leur pH, Mais cet examen est très chronophage et rarement pratiqué.

La manométrie permet des mesures de pression (utile en cas d'atteinte neurologique)

L'endoscopie permet de visualiser les lésions d'œsophagite (utile pour l'œsophagite à candida ou à éosinophile)

Le TOGD à une mauvaise sensibilité et spécificité, mais permet de mieux analyser l'anatomie.

Prise en charge:

Il faut diminuer le volume par repas, augmenter la fréquence, éventuellement épaissir; prendre en charge les autres pathologies.

La position sur le ventre améliore les symptômes de RGO, mais ne peut pas être systématiquement recommandée à cause du risque de mort subite.

Chez les plus grands, éviter l'alcool, le tabac, les épices.

Traitement médical:

Les antiH2 (par ex cimétidine, ranitidine) sont moins efficaces que les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), ont une tachyphylaxie et des effets secondaires

Les IPP sont plus efficaces pour bloquer la sécrétion acide de l'estomac, à donner le matin, dose environ 2mg/kg

Pour la motilité gastrique et œsophagienne, le metoclopramide diminue le reflux, à des doses de 0,1 à 0,15mg/kg/j en 4 x (attention aux effets extrapyramidaux), de même que la dompéridone. Le cisapride n'est plus employé.

Le traitement chirurgical par cure de Niessen est réservé en cas de non réponse, avec atteinte pulmonaire

Le RGO non compliqué est diagnostiqué par l'anamnèse (signes typiques, éventuellement associés à du stress parental)

En cas de signes d'alarme (par exemple vomissements sanglants, cassure de la courbe de poids, constipation, ...) il faut rechercher notamment une maladie digestive (par ex. achalasie, Hirschprung, œsophagite à éosinophiles, allergie aux protéines bovines)

En cas de reflux non compliqué, il suffit de diminuer le volume des repas, d'augmenter la fréquence, d'exclure une intolérance aux protéines bovines.

En cas de signes d'alarme, il faut rechercher une maladie sous-jacente (penser aussi à la maltraitance, aux allergies, aux maladies métaboliques, rénales, neurologiques notamment hypertension intracrânienne)

Le RGO est rarement en cause lors de pleurs inexplicables

Chez les enfants de plus de 18 mois qui régurgitent, la pH métrie le TOGD sont envisagés plus rapidement. Le traitement par IPP également. Chez le grand enfant; l'éducation alimentaire est utile, un traitement d'épreuve de 2 semaines par IPP est introduit.

Le malaise grave du nourrisson est rarement en rapport avec un RGO.

L'œsophagite de reflux nécessite un traitement de 3 mois

L'intolérance aux protéines bovines se retrouve dans 3% de la population. Il n'y a pas de test diagnostique. Lors de traitement d'épreuve (test ouvert) il est parfois difficile d'être sûr du diagnostic.

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)