

- 40) Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS et al. (2001) Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 32 (Suppl 2): S1-S31
- 41) Vandenplas Y et al. (1994) Reflux esophagitis in infants and children: a report from the working group on gastro-oesophageal reflux disease of the European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 18: 413-422
- 42) Vandenplas Y, Belli DC, Branski D et al. (2000) Current pediatric indications for cisapride. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 31: 480-489
- 43) Koletzko S (2004) Erkrankungen des Oesophagus. In: Reinhardt D (Hrsg.) *Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter*, 7. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg, New York, S 1021-1041
- 44) Mandel KG, Daggy BP, Brodie DA et al. (2000) Review article: alginate-raft formulations in the treatment of heartburn and acid reflux. *Aliment Pharmacol Ther* 14: 669-690
- 45) Kawai M, Kawahara H, Hirayama S et al. (2004) Effect of baclofen on emesis and 24 h-oesophageal pH in neurologically impaired children with gastro-oesophageal reflux disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 38: 317-323
- 46) Chiba N, De Gara CJ, Wilkinson JM et al. Speed of healing and symptom relief in grade II to IV gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1997; 112: 1798-810
- 47) Klinkenberg-Knol EC, Jansen JM, Festen HP, et al. Double-blind multicentre comparison of omeprazole and ranitidine in the treatment of reflux oesophagitis. *Lancet* 1987; 1: 349-51
- 48) Sontag SJ. The medical management of reflux esophagitis. Role of antacids and acid inhibition. *Gastroenterol Clin North Am* 1990; 19: 683-712
- 49) Hassal E., Israels D, Shepherd R et al. (2000) Omeprazole for treatment of chronic erosive esophagitis in children: a multicenter study of efficacy, safety, tolerability and dose requirements. *J Pediatr* 137: 800-807
- 50) Spechler SJ, Lee E, Ahnen D et al. (2001) Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease. Follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 285: 2331-2338
- 51) Tytgat GNJ (2000) Review article: Long term use of proton pump inhibitors in GERD - help or hindrance? *Aliment Pharmacol Ther* 15 (Suppl 2): 6-9
- 52) Vigneri S, Termini R, Leandro et al. (1995) A comparison of five maintenance therapies for reflux esophagitis. *N Engl J Med* 333: 1106-1110
- 53) Ashcraft KW (1993) Gastroesophageal reflux. In: Ashcraft KW, Holder TM (Hrsg.) *Pediatric Surgery*. Saunders, Philadelphia, S270-288
- 54) Boix-Ochoa J, Rowe MI (1998) Gastroesophageal reflux. In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL et al. (Hrsg.) *Pediatric surgery*. Mosby, St. Louis, S 1007-1028
- 55) Spitz, McLeod E (2003) Gastroesophageal reflux. *Semin Pediatr Surg* 12:237-240
- 56) Bufler P, Ehringhaus C, Koletzko S (2001) Dumping syndrome: a common problem following Nissen fundoplication in young children. *Pediatr Surg Int* 17: 351-355
- 57) Trolia V, Fitzgerald J, Hassal E et al. Safety of Lansoprazole in the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in Children. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2002; 35, Suppl 4, S 300-7

La maladie de reflux gastro-oesophagien chez les nourrissons et les enfants

George Marx und Pascal Müller, St. Gall

Traduction: Alexandre Corboz, La Chaux-de-Fonds

1. Introduction et définition

Le reflux gastro-oesophagien (gastroesophageal reflux; GER*) est défini comme un retour involontaire de contenu gastrique dans l'oesophage et constitue un problème fréquent en pratique pédiatrique. En l'absence de symptômes associés, le GER est un phénomène physiologique du nourrisson, et ne constitue pas une maladie: des mesures de diagnostic ou de traitement ne sont pas nécessaires¹. Il faut dissocier la maladie de reflux (gastroesophageal reflux disease; GERD), associée à des symptômes ou des complications du GER (*voir tableau 1*). Le but de cet article est de créer un schéma de diagnostic et de traitement se basant sur les données actuelles.

2. Physiopathologie

Le sphincter oesophagien inférieur (lower esophageal sphincter; LES)¹ est l'un des éléments les plus importants de la barrière anti-reflux; à tout âge, le tonus du LES s'élève à environ 25 mm de Hg. Le diaphragme, qui se contracte lors d'une augmentation de la pression intra-abdominale, l'angle de His (incisura cardialis; angle aigu entre l'oesophage et le fundus gastrique) et une motricité intacte de l'oesophage tubulaire constituent d'autres mécanismes antireflux. Le GER apparaît lors d'épisodes de relaxation transitoire ou d'augmentation de tonus inadéquate du LES lors d'augmentation de la pression abdominale². Ceci représente, en particulier chez les nouveau-nés et les prématurés, la cause la plus fréquente. Beaucoup plus rarement, le GERD se manifeste lors de troubles de la motilité d'origine neurogène ou myogène. Sans traitement, le GERD évolue vers une inflammation chronique de la muqueuse oesophagienne avec des oesophagites érosives ou ulcéreuses et le risque

consécutif d'une sténose. De plus, une transformation de l'épithélium stratifié oesophagien en épithélium cylindrique spécialisé peut survenir: la muqueuse dite de Barrett¹⁰. Potentiellement, celle-ci peut évoluer vers une dégénérescence maligne.

3. Epidémiologie

Selon les observations cliniques, des régurgitations récidivantes s'observent chez 2/3 des nourrissons de 4 mois; à l'âge de 12 mois un GER n'apparaît plus que chez 5 % des enfants^{5,6}. L'évolution spontanée d'un GER non compliqué est favorable chez pratiquement tous ces enfants. En ce qui concerne la prévalence de maladie de reflux chez les enfants d'âge scolaire et préscolaire, on ne dispose que d'estimations^{7,8}. L'incidence se situe entre 2% et 10%. Une maladie de reflux se manifeste plus fréquemment chez des enfants porteurs d'un retard psychomoteur, de pneumopathie chronique telle que l'asthme ou la mucoviscidose et de malformations telles que la hernie hiatale ou d'atrésie oesophagienne opérée.

4. Sémiologie clinique

Les signes cliniques d'une maladie de reflux ne sont pas les mêmes chez le nourrisson d'une part et chez l'enfant d'âge scolaire ou préscolaire d'autre part. Entre le GER physiologique et le GERD grave existe une zone de transition tant clinique que morphologique, qui n'est pas toujours facile à cerner. Durant les premiers mois de vie, on observe des régurgitations, en raison du volume oesophagien modeste de 10 à 15 ml («ça lui remonte»). Les manifestations d'une oesophagite sont des pleurs excessifs, une irritabilité, une hyper-extension du tronc, le refus alimentaire, des épisodes d'hématémèse ou une anémie. Occasionnellement, on peut aussi observer des déglutitions plus fréquentes chez le nourrisson reflueur (la salive alcaline sert à tamponner le suc gastrique acide qui reflue). L'insuffisance de l'apport énergétique (liée tant aux vomissements répétitifs qu'au

* Les abréviations suivantes dérivées de l'anglais ont été maintenues sans changement dans l'ensemble du texte français (note du traducteur) :

GER: Gastroesophageal reflux

GERD: Gastroesophageal reflux disease

LES: lower esophageal sphincter

refus alimentaire suite à l'odynodysphagie et à la dysphagie) provoquera un retard de croissance. En dehors du tube digestif, on pourra observer chez les nourrissons une toux récurrente, un wheezing, des attaques de cyanose, des apnées, des malaises du nourrisson ou des pneumonies par aspiration. Une association avec la mort subite du nourrisson (SIDS) n'est pas connue.

Chez les enfants plus âgés, la maladie de reflux se manifeste plus fréquemment par des douleurs rétrosternales ou épigastriques. De plus, la dysphagie, la nausée, le retard staturo-pondéral ou l'anémie peuvent être le témoin d'une oesophagite⁸⁾. Une toux chronique, un asthme, un stridor, une raucité de la voix ou des pneumonies par aspiration doivent faire prendre en compte la maladie de reflux à titre de diagnostic différentiel. Rarement, le GERD se manifeste dans le cadre d'un syndrome de Sandifer, avec des dystonies nucales, cervicales et thoraco-abdominales⁹⁾.

Finalement, toutes les maladies impliquant des vomissements récurrents peuvent provoquer une oesophagite ou être associées aux symptômes susmentionnés (reflux gastro-oesophagien dit secondaire; voir tableau 2).

5. Le diagnostic de la maladie du reflux gastro-oesophagien

Comme nous l'avons déjà mentionné, la frontière entre reflux gastro-oesophagien physiologique et pathologique est floue, de sorte

| |
|---|
| <p>Symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vomissements répétés ou régurgitations • Retard staturo-pondéral • Irritabilité • Brûlures d'estomac • Hématémèse • Dysphagie ou refus alimentaire • Apnée ou malaise du nourrisson • Wheezing ou stridor • Raucité de la voix • Toux • Distorsion positionnelle (Sandifer) |
| <p>Sémiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oesophagite • Sténose oesophagienne • Syndrome de Barrett • Laryngite • Pneumonie récidivante • Anémie |

Tableau 1: Symptômes et complications du reflux gastro-oesophagien, qui conduisent à une GERD

| | |
|------------------------------|---|
| Maladie infectieuse | Par exemple gastro-entérite, infection urinaire |
| Maladie gastro-entérologique | Allergie alimentaire, maladie coeliaque, oesophagite éosinophilique, achalasie, pancréatite |
| Maladie métabolique | Maladie métabolique héréditaire, urémie, céto-acidose |
| Hypertension intracrânienne | Tumeur cérébrale, hydrocéphalie, hématome sous-dural |
| Occlusion intestinale | Volvulus, atresie, invagination, sténose du pylore, malrotation |
| Maladie rénale | Uropathie obstructive, insuffisance rénale |
| Médicament, toxique | Vitamine D, cytostatiques, digitale, Xanthine |
| Causes psychogènes | Troubles du comportement alimentaire, vomissements cycliques. |

Tableau 2: Les diagnostics différentiels de la maladie de reflux gastro-oesophagien

que le médecin traitant doit décider, en se basant sur une anamnèse précise et un examen clinique méticuleux, si des investigations et des traitements sont indiqués.

5.1. L'échographie

L'échographie est un complément de l'examen clinique et ne sera pas utilisée de manière systématique en pédiatrie. Le radiologue expérimenté peut documenter l'épaisseur de la muqueuse dans l'œsophage distal, le cardia et – en partie – la vidange gastrique. Comme il s'agit d'une image instantanée, l'absence d'une preuve échographique du GER pendant l'examen n'exclut pas une maladie de reflux¹¹⁾.

5.2. Transit oesophago-gastro-duodénal

Cette technique d'imagerie met en évidence l'anatomie radiologique des voies digestives supérieures. On peut observer la déglutition, la réplétion et la vidange gastrique, et on peut provoquer par différentes techniques de positionnement des épisodes de reflux. Cependant, c'est l'option iconographique de mettre en évidence, ou à l'inverse d'exclure une hernie hiatale qui est la plus importante. Or, ici également, il s'agit d'une image instantanée. Les épisodes isolés de reflux que l'on peut observer ne sont pas obligatoirement l'expression d'une maladie de reflux, et éventuellement, des hernies hiatales par glissement peuvent passer inaperçues.

5.3. Scintigraphie

Suite à l'administration de sulfate colloïdal de ⁹⁹M-Technetium en solution aqueuse ou avec du lait, on enregistre la déglutition et la vidange gastrique à la caméra γ. Il est possible de prouver des aspirations bronchiques par augmentation de l'activité dans les bronches. Cependant, la technique d'imagerie n'a

pas été standardisée pour distinguer phénomène de reflux et maladie de reflux. Pour cette technique d'investigation également, il s'agit d'images instantanées, qui ne représentent pas obligatoirement une maladie de reflux¹²⁾. D'autre part il ne faudra pas négliger des désavantages tels que l'exposition au rayonnement ou la durée relativement longue de l'examen.

5.4. pH-métrie de longue durée (24 heures)

Invariablement, la pH-métrie de longue durée reste la clé de voûte pour le diagnostic d'un reflux gastro-oesophagien^{13), 14)}. Durant 16 à 24 heures, on enregistre de manière continue le pH dans l'œsophage distal, se basant sur des valeurs physiologiquement différentes entre l'estomac (pH 1-2) et l'œsophage (pH 5-7)¹⁵⁾. Durant l'examen, un protocole recensera l'activité de l'enfant, les repas, les phases de sommeil et les symptômes potentiellement associés au reflux, en particulier respiratoires. On dispose de valeurs normales ou de courbes de percentile en fonction de l'âge, pour les paramètres du reflux gastro-oesophagien dans l'œsophage proximal et distal. On établit un graphique et analyse les variations du pH pendant l'ensemble de l'examen, le temps absolu du pH en-dessous de certaines valeurs limites et la proportion du pH inférieur à la valeur limite par rapport au total de l'enregistrement (index de reflux). On évalue l'enregistrement avec cet index de reflux et d'autres paramètres secondaires (l'intégrale de la surface sous la courbe par rapport à un pH inférieur à 4). Bien que la pH-métrie soit relativement bien tolérée et simple à réaliser, d'importantes et élémentaires restrictions limitent cette méthode d'investigation, telles que les sensibilité et spécificité limitées ainsi que l'incapa-

cité de dépister un reflux alcalin. La méthode ne donne pas non plus de renseignements sur l'anatomie et sur l'état de la muqueuse de l'œsophage.

5.5. Manométrie

La manométrie œsophagienne occupe un rôle insignifiant en ce qui concerne le diagnostic de la maladie de reflux en pédiatrie. Elle n'est guère réalisable chez le nourrisson.

5.6. Mesures de l'impédance électrique intraluminaire (IMP)

La technique repose sur la variation de la pseudo-résistance (l'impédance) intraluminaire œsophagienne lors du passage d'un bolus le long d'un segment de mesure déterminé¹⁶. L'impédance peut être comparée à la résistance électrique, qui est donc inversement proportionnelle à la conductibilité électrique. Les conditions d'examen de l'IMP correspondent à celles d'une pH-métrie. L'IMP prend de plus en plus d'importance pour le diagnostic des reflux laryngopharyngés. Il s'agit cependant d'une technique bien onéreuse pour les enfants, de surcroît pas encore standardisée, de sorte que des normes par classe d'âge ne sont pas disponibles. La technique est encore expérimentale en pédiatrie.

5.7. Endoscopie

En gastro-entérologie pédiatrique, l'endoscopie sera en règle générale réalisée en anesthésie générale et représente pour le malade une charge relativement importante. Ainsi, l'œsophago-gastro-duodéno-scopie (OGD) ne fait de sens que si l'on peut s'attendre à une œsophagite de reflux. Une OGD physiologique exclut certes une œsophagite, mais pas obligatoirement une maladie de reflux. Lors d'une endoscopie digestive supérieure, on examine en une même séance l'estomac et le duodénum, et l'on peut porter le diagnostic d'autres maladies qui doivent être envisagées, telles que les ulcères, les varices, d'autres dysplasies et finalement les gastrites érosives. Le diagnostic histopathologique des biopsies duodénales, antrales et œsophagiennes joue un rôle important. Très rarement, l'on rencontre déjà dans la classe d'âge pédiatrique un œsophage de Barrett⁷.

6. Aspects thérapeutiques

Le premier but du traitement de la maladie de reflux est de soulager complètement le malade, de guérir les lésions épithéliales de

l'œsophagite, et finalement d'en prévenir les complications. Il n'existe pas de traitement curatif de la maladie de reflux, sauf pour certaines opérations antireflux, la maladie ne peut être que contrôlée.

En règle générale, il vaut la peine de recommander quelques modifications du style de vie, bien qu'aucune efficacité n'ait pu être prouvée jusqu'à présent, ni pour les enfants ni pour les adultes^{18, 19}. La recommandation fréquente de réduire l'excès pondéral est certainement raisonnable, puisque les problèmes généraux liés au surpoids seront diminués. Les données concernant une perte pondérale et une amélioration de la maladie de reflux sont discutées de manières extrêmement contradictoires²⁰. L'éviction diététique de la menthe, du chocolat, des repas gras, du jus de citron, du café, du thé noir, des limonades gazeuses et de l'alcool peut être utile, puisque ces aliments diminuent le tonus du LES et favorisent ainsi le reflux^{21, 22}. Des médicaments tels que les antagonistes calciques, les anticholinergiques, le diazépam ou la théophylline peuvent également exercer une influence défavorable sur la compétence du sphincter. Des arguments adéquats documentent que le tabagisme tant passif qu'actif est associé à une augmentation du reflux gastro-œsophagien²³⁻²⁶.

6.1. Mesures diététiques

A l'exception des nourrissons porteurs d'une intolérance ou allergie aux protéines bovines qui bénéficient d'une éviction des protéines bovines, des manipulations des différents laits de formule n'apportent pas d'avantages notables lors de maladie de reflux²⁷. De même, il n'est pas clairement démontré que les enfants allaités ont moins d'épisodes de reflux que les enfants non allaités. Une étude²⁸ a montré que les enfants allaités avaient (uniquement) pendant la période de sommeil actif (REM) moins d'épisodes de reflux que les enfants non allaités, ce qui n'était pas le cas pendant les autres états d'éveil ou de sommeil.

Les laits antireflux et l'épaississement des laits de formule (par exemple de la farine de caroubier, Nestargel[®]) n'améliorent certes pas, à la pH-métrie, l'index de reflux^{29, 30}, mais diminuent clairement le nombre d'épisodes de reflux²⁹⁻³¹, raison pour laquelle cette attitude est recommandée. On peut admettre que des petits repas fréquents sont utiles chez les petits patients, afin de minimiser autant que possible la pression intragastrique.

6.2. Traitement postural

Des études par pH-métrie ont pu démontrer que, en décubitus ventral, les nourrissons subissaient nettement moins d'épisodes de reflux qu'en décubitus dorsal³²⁻³⁴. La discussion est ouverte si le décubitus ventral en position anti-trendelenburg à 30° est plus favorable que le décubitus ventral en position horizontale³⁵. Bien que le décubitus ventral soit toujours encore préconisé pour le traitement du GER, plusieurs études ont documenté que ce positionnement est associé à une incidence plus élevée de la mort subite du nourrisson³⁶, raison pour laquelle l'Académie Américaine de Pédiatrie recommande sans équivoque le décubitus dorsal comme position de sommeil³⁷. Actuellement, on ne dispose pas encore d'études en regard de l'efficacité de la position de sommeil d'enfants souffrant de reflux à l'âge préscolaire. L'élévation du sommier à 30° ainsi que le décubitus latéral gauche pourraient hypothétiquement être avantageux^{38, 39}.

6.3. Pharmacothérapie de la maladie de reflux gastro-œsophagien

Tant les sociétés européennes (ESPGHAN) que nord-américaines (NASPGHAN) de gastro-entérologie pédiatrique se sont décidées pour un schéma par paliers^{40, 41}, partant de l'éventail considérable des manifestations de la maladie de reflux, du nombre élevé d'enfants à traiter et du pronostic très bon, du moins à l'âge pédiatrique. Après le retrait définitif du prokinétique cisapride (Prepulsid[®]) du marché suisse et planétaire, en raison d'éventuels troubles du rythme cardiaque, actuellement, nous ne disposons plus de prokinétiques à efficacité prouvée par rapport à la maladie de reflux à l'âge pédiatrique. Pour le traitement médical, on en reste donc aux antacides.

6.3.1. Antacides, alginate et protecteurs de la muqueuse

Alors que pour les adultes, les antacides (Riopan[®], Ulcogant[®]) jouent un rôle important pour l'automédication des malades souffrant légèrement ou moyennement et sont réputés être sûrs et anodins, ces substances ne sont recommandées ni par l'ESPGHAN ni par la NASPGHAN pour l'administration aux enfants⁴⁰⁻⁴², car l'on ne dispose pas de données suffisantes en ce qui concerne l'efficacité et d'éventuels effets secondaires chez des malades d'âge pédiatrique. Chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire, la teneur très élevée en aluminium de la majorité de

ces produits peut engendrer une charge significative en métal et des dépôts irréversibles dans le squelette et dans le cerveau⁴³. Les alginates (par exemple Gaviscon[®]) gonflent après contact avec l'acide gastrique et forment un film protecteur à la surface de la muqueuse⁴⁴. Lors d'une combinaison avec un traitement antacide, la formation de gel fait défaut, raison pour laquelle un traitement combiné est inefficace. Les comprimés de Gaviscon[®] qui contiennent également de l'hydroxide d'aluminium ne devraient donc pas être administrés aux nourrissons et enfants en âge préscolaire.

6.3.2. Procinétiques

Le domperidone (Motilium[®]) accélère la vidange gastrique et déploie également un effet anti-émétique central. Cependant on n'a pas pu démontrer une efficacité significative lors de maladie de reflux.

La métoclopramide (Paspertine[®]) est un cholinergique, qui déploie son effet tant sur des récepteurs périphériques que centraux. Tenant compte du taux relativement élevé d'effets secondaires et de l'absence d'efficacité en comparaison avec un placebo, pour les enfants souffrant de reflux, l'administration de ce médicament à des enfants souffrant d'une maladie de reflux doit être refusée.

L'érythromycine renforce les contractions oesophagiennes et antrales, et accélère la vidange gastrique. L'activité prokinétique de l'érythromycine est observée à des concentrations de 1 à 3 mg/kg/j, c'est à dire à moins de 25 % du dosage nécessaire à un traitement anti-infectieux. Un réel avantage de ce médicament pour la maladie de reflux à l'âge pédiatrique n'a pu être prouvé dans aucune étude, raison pour laquelle l'érythromycine n'est pas prescrite de manière systématique.

L'antagoniste des récepteurs gaba baclofène (Lioresal[®]) est un médicament, avec lequel on traite l'hypertonie musculaire chez les malades atteints d'une tétraspasticité. Une première étude pilote sur 8 enfants tétraspastiques porteurs d'une maladie de reflux a montré, avec une dose journalière de 0.7mg/kg en 3 doses⁴⁵, une diminution de la fréquence des vomissements et une diminution des épisodes de reflux prolongé. Des effets secondaires tels qu'anxiété, somnolence, vertiges et sensation de réplétion ont été décrits. En résumé, le baclofène

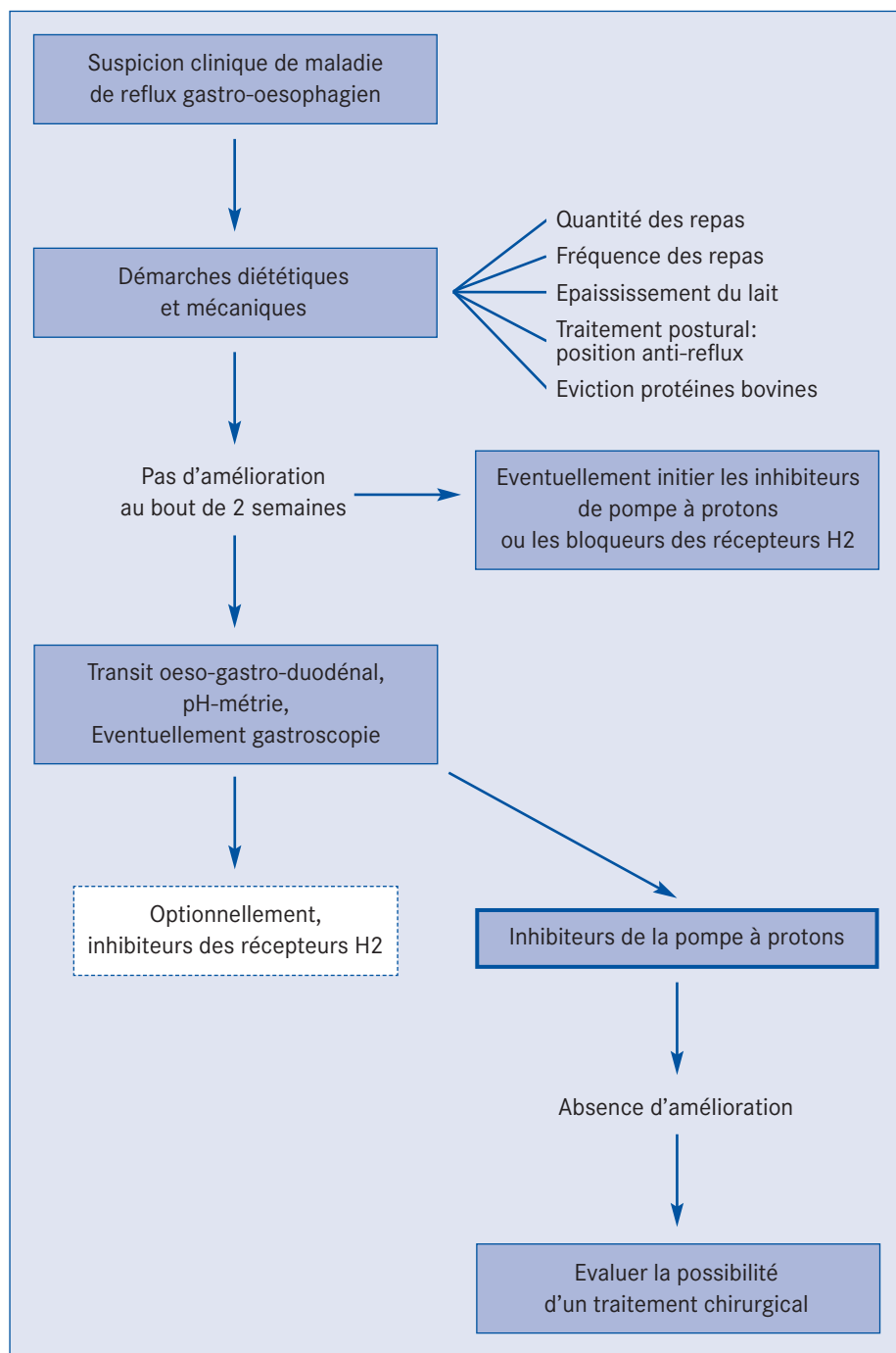


Figure 1: Schéma de traitement par palier pour la maladie de reflux

ne pourrait constituer une option thérapeutique intéressante, au moins dans un sous-groupe de malades sévèrement atteints ou également de malades porteurs d'une infirmité motrice cérébrale. Des études à plus longue échéance sont nécessaires.

6.3.3. Antagonistes des récepteurs H2

La cimétidine et la ranitidine (Zantic[®]) font partie de ce groupe. En raison des effets secondaires endocriniens (effets anti-androgènes tel que par exemple la gynécomastie),

un traitement prolongé à la cimétidine est à proscrire chez les enfants. Les antagonistes des récepteurs H2 servaient au traitement des oesophagites érosives avant la découverte des inhibiteurs de pompe à protons (PPI). Ces substances ont été commercialisées il y a bien longtemps; malgré tout, on ne dispose de manière un peu surprenante que de peu de données validées chez les enfants. Bien que la ranitidine ne soit pas admise officiellement pour les enfants, cet antagoniste des récepteurs H2 est prescrit très sou-

vent chez des nourrissons et petits enfants porteurs de maladie de reflux. L'application et le dosage sont simples avec les comprimés effervescents (4 à 8 mg/kg/jour, en 2 à 3 doses).

6.3.4. Les inhibiteurs de pompe à protons

L'oméprazole (Antra[®], Antramups[®], Omezol Mepha[®]) et le lansoprazole (Agopton[®]) sont les inhibiteurs de pompe à protons actuellement admis en Suisse pour le traitement des oesophagites érosives et de la maladie de reflux chez l'enfant. Suite à une inactivation irréversible de la H⁺/K⁺ATP-ase, la sécrétion acide gastrique est supprimée, jusqu'à ce que l'enzyme ait été à nouveau reconstituée. Le traitement antacide adéquat permet d'une part la guérison de l'oesophagite par reflux, et améliore d'autre part la mobilité de l'œsophage distal et le tonus du sphincter oesophagien distal, ce qui améliore à son tour la symptomatologie du reflux⁽⁴⁶⁾⁻⁽⁴⁸⁾. Contrairement aux antagonistes des récepteurs H₂, l'administration prolongée des inhibiteurs de pompe à protons ne provoque pas d'effet d'accoutumance. Administration en pratique: les comprimés «mups» se dissolvent après quelques secondes dans une cuillère contenant de l'eau ou du jus de pomme. Cette suspension peut être ensuite administrée directement dans la bouche d'enfants jeunes ou aussi d'enfants handicapés. Chez les enfants porteurs d'une sonde naso-gastrique, celle-ci doit être plus grande que charrière 12, pour ne pas être obstruée. En présence d'une sonde naso-gastrique ou d'une PEG plus étroite, il faut se servir de l'Omezol Mepha[®], dont les «pellets» plus petits passent également une sonde charrière 8.

Une étude internationale multicentrique a établi chez des enfants dont l'oesophagite par reflux était prouvée endoscopiquement, que les doses nécessaires se situaient entre 0.7 à 3.5 mg/kg/j, pour normaliser une pH-métrie précédemment pathologique et pour obtenir la guérison de l'oesophagite⁽⁴⁹⁾. Il s'est avéré que c'était en particulier les enfants de moins de 6 ans qui avaient besoin de doses plus élevées. En présence de fortes douleurs ou d'un status impressionnant, il faut débiter avec des doses de 1.5 à 2 mg/kg/j, pour obtenir rapidement le soulagement des douleurs et la guérison des muqueuses. Après 2 à 4 semaines de traitement, le dosage peut être réduit. Les inhibiteurs de pompe à protons peuvent aussi être utilisés avec succès pour le traitement au long cours de la maladie de reflux⁽⁴⁹⁾⁻⁽⁵²⁾.

6.4 Traitement chirurgical du reflux gastro-oesophagien en pédiatrie

Il s'avère que la chirurgie du reflux, effectuée par un chirurgien expérimenté est couronnée de succès à un taux de 85 à 90%. La chirurgie n'est cependant indiquée que si un traitement conservateur soutenu, exploitant toutes les ressources n'a pas abouti au succès. Cliniquement, les signes peuvent en être les vomissements chroniques, la persistance des douleurs, le retard staturo-pondéral, mais aussi la persistance d'inspirations récidivantes avec des pneumonies et également d'attaques d'apnée récidivantes. Ceci vaut en particulier chez les enfants porteurs d'un retard psychomoteur plus important, dont l'alimentation est tributaire d'une gastrostomie. L'indication à un traitement chirurgical devrait être réalisée dans un cadre interdisciplinaire. Les investigations pré-opératoires doivent prendre en compte, en plus des données anamnestiques et cliniques, une pH-métrie de longue durée, une endoscopie digestive haute ainsi qu'un transit oeso-gastro-duodénal, afin de documenter l'anatomie oeso-gastrique et la vidange adéquate et physiologique de l'estomac. A cette occasion, la présence d'une malrotation devrait également être recherchée⁽⁵³⁾⁻⁽⁵⁵⁾. Les fundoplications selon Nissen, Thal ou Boix-Ochoa sont les techniques opératoires les plus fréquentes. En établissant l'indication, il faut à tout prix tenir compte des effets secondaires tels que le «Gasbloat»(à savoir l'impossibilité d'éructer), le syndrome de dumping, la diminution de la capacité gastrique, et l'impossibilité de vomir lors de malaises ou de gastro-entérite virale.

7. Suivi

Le traitement d'une maladie de reflux avec un inhibiteur de pompe à protons doit être conduit pendant au minimum 8 à 12 semaines⁽⁵⁷⁾. Lorsqu'une oesophagite a été documentée, une endoscopie de contrôle est indiquée après la période de traitement, afin de documenter le succès thérapeutique, et d'éviter des complications potentiellement dangereuses telles que des sténoses ou un œsophage de Barrett.

8. Récapitulation

Le GER est une maladie fréquente de la clientèle pédiatrique, dont le décours est en règle général bénin chez le nourrisson. Dans la plupart des cas, le diagnostic peut être

posé avec l'anamnèse et l'examen clinique. Lors de complication d'un reflux, à savoir lors d'une maladie de reflux, un diagnostic plus poussé doit être obtenu, pour lequel différentes investigations peuvent être choisies en fonction des symptômes cliniques. Chez les nourrissons, une éviction probatoire d'une à deux semaines avec un lait de formule exempt de protéines bovines peut être justifiée chez les enfants non allaités. Après avoir exploité les différentes mesures concernant le mode d'alimentation (petit repas fréquents, traitement postural, réduction du poids, éviction de mécanismes provoquant des relaxations inadéquates du sphincter), la prochaine étape du traitement sera constituée par des médicaments, principalement par les inhibiteurs de pompe à protons mais selon les cas aussi par des antagonistes H₂. L'indication chirurgicale doit être posée de manière prudente, après en avoir soigneusement pondéré, dans un contexte interdisciplinaire, les avantages et les inconvénients (voir schéma 1).

Correspondance:

Dr. med. George Marx
Pädiatrische Gastroenterologie
Ostschweizer Kinderspital
Claudiusstrasse 6
9006 St. Gallen

Nous remercions chaleureusement le Dr G. Baumgartner, chirurgie pédiatrique du Ostschweizer Kinderspital ainsi que Mme A. Mathis, diététicienne pour leurs conseils précieux et la revue du manuscrit. Nous remercions le Dr A. Corboz pour la traduction.

Références

Voir le texte allemand.