

Mise au point

Les formes mal connues et/ou trompeuses du reflux gastro-œsophagien depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte

Poorly known and/or misleading forms of gastro-esophageal reflux from infancy to adulthood

P. Molkhou

Université René-Descartes, 10, rue du Grand-Veneur, 91450 Soisy-sur-Seine, France

Reçu le 29 décembre 2014 ; accepté le 14 janvier 2015

Disponible sur Internet le 26 février 2015

Résumé

Le reflux gastro-œsophagien est une affection fréquente. Son diagnostic reste difficile dans ses formes digestives, il l'est encore plus dans ses formes atypiques. Il convient chez le nourrisson de distinguer le reflux physiologique des formes pathologiques. Le reflux « bruyant » peut être à l'origine d'œsophagite, d'otite séreuse, d'allergie alimentaire. Les relations entre reflux et allergie alimentaire, allergie cutanée et asthme justifient sa recherche au moins comme facteur aggravant dans ces pathologies allergiques, d'autant plus qu'il peut y prendre un aspect trompeur.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Reflux gastro-œsophagien ; Aspects cliniques ; Allergie ; Enfant ; Adulte

Abstract

Gastro-esophageal reflux (GER) is a common phenomenon. Digestive clinical aspects are sometimes difficult to be diagnosed. It is also more difficult to detect atypical forms. In infancy, GER should be distinguished from gastro-esophageal reflux disease (GERD). "A noisy" reflux might trigger esophagitis as well as a serous otitis or food allergy. The linkage existing between GERD and food allergy, cutaneous allergy and asthma should be investigated as an increasing risk of allergic diseases as it can take a deceptive aspect.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Gastro-esophageal reflux; Clinical aspects; Allergy; Child; Adult

1. Introduction

Le reflux gastro-œsophagien ou RGO désigne le passage, à travers le cardia, d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage avec ou sans régurgitation et/ou vomissement. Les éléments agressifs du contenu gastrique pour la muqueuse œsophagienne sont principalement l'acide et la pepsine. Le RGO est considéré comme banal et même « physiologique » chez le nourrisson en excellente santé avant 2 mois. Cependant, il peut revêtir, dès cette période de vie, des aspects cliniques plus ou moins sévères qui vont inquiéter les parents et

conduire à de nombreuses visites chez le pédiatre. Les risques de complications à distance doivent être envisagés et pris en charge précocement, alors que, classiquement, l'évolution est considérée comme favorable après l'acquisition de la marche.

Le RGO est un phénomène physiologique qui survient plusieurs fois par jour aussi bien chez les nourrissons, les enfants et les adultes en bonne santé. La plupart de ces épisodes ne dépassent pas 3 minutes au cours de la période post-prandiale chez les sujets en bonne santé et n'entraînent que peu ou aucun symptôme. Par contre, dans le RGO pathologique ou RGO maladie (RGOM) (*GERD* des auteurs anglo-saxons), les contenus gastriques seront à l'origine de symptômes et/ou de complications. Cette distinction entre RGO physiologique et RGO maladie nous paraît essentielle pour aborder à tous les

Adresse e-mail : paul.molkhou@orange.fr

âges, le problème des formes méconnues, voire trompeuses du RGO maladie.

2. Rappel historique

Le RGO, sujet d'actualité depuis plusieurs décennies, a été décrit pour la première fois en 1947 par deux radiologues [1] qui attirent l'attention sur des anomalies du cardia chez des nourrissons vomisseurs. En 1960, Carré, un pédiatre britannique, s'intéresse à l'association vomissements nocturnes et broncho-pneumopathies récidivantes [2].

Quelques années plus tard, en 1967, Urschel et Paulson publient des observations de troubles digestifs et respiratoires isolés ou associés chez des nourrissons porteurs d'anomalies œsophago-gastriques [3].

Au cours des années 1970–1980, de nombreux auteurs concentrent leur attention sur l'association RGO et formes chroniques respiratoires hautes et basses chez l'enfant [4] et chez l'adulte.

Ce n'est qu'à partir de 1985 que le RGO apparaît sous un nouvel aspect. En effet Forget et Arends [5] découvrent, à côté des signes cliniques et radiologiques chez des nourrissons vomisseurs porteurs de RGO, l'existence dans 1 cas sur 5 d'une allergie aux protéines du lait de vache (APLV) avec présence de plasmocytes à IgE à la biopsie duodénale, et la guérison dans les 24 heures suivant l'arrêt de toute alimentation lactée. À la même époque en 1986, Ventura et al. [6] décrivent chez des nourrissons âgés de 1 à 7 mois des formes digestives évoquant un RGO, ou un tableau pseudo-chirurgical posant le diagnostic d'une sténose hypertrophique du pylore. Un bilan immuno-allergologique permet de déceler une APLV et de constater la guérison complète soit après un régime sans protéines de lait de vache, soit après l'utilisation de formules lactées à base de soja ou d'hydrolysats de caséine.

En 1987, l'équipe de St.-Vincent de Paul à Paris [7] décrit une forme familiale d'endobrachy-œsophage (2 générations) à l'occasion de la découverte chez un adolescent d'un œsophage de Barrett passé inaperçu pendant de longues années. En 1990, à propos d'une observation personnelle, chez un adolescent porteur d'un RGO avec endobrachy-œsophage et d'une allergie alimentaire (AA), est faite une revue des rapports existants entre RGO et AA [8]. En 2002 et 2005, deux articles ont été consacrés au RGO maladie chez l'enfant [9,10]. Récemment, une importante mise au point a été publiée en 2009 [11].

3. Aspects cliniques

3.1. Chez le prématuré

L'existence d'un RGO chez les prématurés est un phénomène habituel qui doit être considéré comme physiologique en principe et nécessite une surveillance pour détecter toute manifestation évoquant une complication [12]. Une excellente revue parue en 2013 attire l'attention sur les méfaits de certaines thérapeutiques en insistant sur la prudence des décisions [13].

3.2. Chez le nouveau-né et le nourrisson

« Le reflux silencieux » [14] risque de passer souvent inaperçu pendant les premières semaines de vie étant donné une prise régulière de poids, un comportement rassurant et l'absence de tous symptômes pouvant éveiller l'attention des parents, lorsque soudainement et sans cause apparente, le bébé semble perturbé, se met à pleurer pendant de longues périodes sans qu'aucune mesure ne puisse le calmer. Ce nouveau comportement inquiète les parents, perturbe leur sommeil et ils vont alors consulter le pédiatre dont le rôle reste délicat étant donné les nombreuses causes pouvant expliquer ces pleurs incessants.

Il est important pour les parents, la mère en particulier, de distinguer chez son bébé différents types de pleurs qui vont exprimer soit le désir de boire du lait, ou bien le besoin d'être changé, ou encore d'être placé en position verticale pour faire un rot. Par contre, l'existence de troubles du sommeil, de réveils incessants pour réclamer un biberon qui va entraîner une rémission passagère, des sensations d'étouffements au moment des tétées doivent attirer l'attention des parents inquiets et entraîner une consultation du pédiatre qui bien informé devrait rechercher l'existence de reflux acides silencieux sans se contenter de penser à une allergie aux protéines lactées bovines si l'enfant est nourri artificiellement [9].

Une observation personnelle nous a permis de découvrir un RGO lors d'une réaction anaphylactique au lait de vache (LV) chez un nourrisson de 3 mois allaité au sein pendant 2 mois, puis sevré progressivement par sa mère allergique au LV qui avait cependant pris du LV pendant sa grossesse [15].

Chez le nourrisson, on connaît mal encore la sensibilité œsophagienne à l'agression acido-peptique, ce qui pourrait expliquer que 80 % des reflux sont totalement asymptomatiques. En effet en fonction du contenu gastrique, le reflux peut être acide ou non ou contenir de l'air. L'absence de méthode diagnostique fiable a longtemps occulté le rôle éventuel du reflux non acide tant dans la physiopathologie du RGO que dans l'apparition de symptômes résistants au traitement anti-sécrétoire.

C'est précisément dans ce sens que des études récentes ont montré qu'une grande partie des reflux du nourrisson ne sont pas acides, grâce à de nouvelles méthodes d'enregistrement utilisant l'impédancemétrie endoluminale [16]. Cette méthode permet de détecter la progression d'un bolus dans un organe creux. Appliquée à l'œsophage, cette technique, combinée à l'enregistrement du pH œsophagien, permet l'étude du reflux non acide et ouvre des perspectives intéressantes tant pour le domaine de la physiopathologie du RGO que pour ses applications en clinique. Wenzl et al. [17] viennent de montrer, dans une étude récente, que la plupart des épisodes de reflux chez les nourrissons ne sont pas acides. En effet, des résultats obtenus chez 50 enfants correspondant à 318 heures d'enregistrement ont mis en évidence 282 reflux acides par pHmétrie contre 1887 reflux acides et non acides par impédancemétrie. Ces chiffres montrent bien que 85,1 % de cas de reflux seraient passés inaperçus avec la seule pHmétrie. Ce même auteur propose également de combiner pHmétrie et impédancemétrie comme outils performants dans le diagnostic d'un RGO chez les nourrissons [17]. Il n'est pas rare de mettre en évidence un RGO passé

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3385833>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3385833>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)