



Reflux gastro-œsophagien de l'enfant

Gastroesophageal reflux in children

P. Molkhou

Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 74, avenue Denfert-Rochereau, 75014 Paris, France

MOTS CLÉS

Reflux
gastro-œsophagien ;
Œsophagite ;
Vomissement ;
Asthme ;
Allergie alimentaire

Résumé Le reflux gastro-œsophagien (RGO) chez l'enfant peut se présenter sous de multiples formes cliniques isolées ou associées. Chez le nourrisson, les premiers signes sont des vomissements qui peuvent être traités dans les formes simples par des repas épais, une position surélevée sur le dos et si nécessaire par des prokinétiques et des antiacides. En cas d'œsophagite, complication assez fréquente, qui mérite une endoscopie œsophagienne, le traitement associera de préférence un inhibiteur de pompe à protons (IPP) à un prokinétique. En dehors des formes digestives, le RGO peut intéresser l'appareil respiratoire avec la sphère ORL et les bronches. Ces mêmes signes se retrouvent chez l'enfant plus grand. Le diagnostic repose sur un interrogatoire minutieux avec l'aide d'une pH-métrie pour confirmer un reflux acide en sachant que chez le jeune enfant les reflux sont souvent non acides. Actuellement, il est recommandé de rechercher une intolérance ou une allergie alimentaire afin de mieux adapter le traitement. Une indication chirurgicale (type Nissen) est posée après l'échec des thérapeutiques médicales prolongées avec de bons résultats.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Gastroesophageal
reflux;
Oesophagitis;
Vomiting;
Asthma;
Food allergy

Abstract The clinical manifestations of gastroesophageal reflux (GER) in infancy and childhood include vomiting, dysphagia, abdominal pain and substernal pain, œsophagitis and respiratory disorders. Diagnostic approaches consist of history and physical examination, œsophageal pH monitoring, endoscopy, biopsy and sometimes an empiric medical therapy. Treatment options in infancy include a prone position, diet change with milk thickening agents and if necessary with a new formula without cow milk proteins. Lifestyle changes in children and adolescents are recommended. In case of œsophagitis, acid suppressor therapy with proton pump inhibitors is used. Prokinetic therapy reduces the frequency of symptoms. Surgical therapy (fundoplication) generally results in favourable outcomes when prolonged medical therapy is not successful.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est défini comme le passage du contenu gastrique au niveau de l'œsophage à travers le cardia. Chez le nouveau-né et le nourrisson, il doit être distingué

des régurgitations, phénomènes physiologiques après les repas. Toutefois, le RGO devient pathologique en cas de symptomatologie clinique ou s'il provoque une œsophagite de reflux. Cette dernière, sous-estimée, peut se compliquer de sténose œsophagienne, d'hémorragie digestive, et même d'endobrachyœsophage ou syndrome de Barret, – métaplasie glandulaire de l'épithélium œsopha-

Adresse e-mail : paul.molkhou@libertysurf.fr (P. Molkhou).

gien – affection en principe de l'adulte, que nous avons observée, chez l'enfant et le jeune adolescent.^{1,2}

Le RGO, en pathologie pédiatrique, a bénéficié de nombreuses publications, ces trois dernières décennies. Il est responsable d'un nombre important de symptômes et plusieurs études récentes ont abordé en détail sa physiopathologie, son diagnostic ainsi que son traitement médical et chirurgical.^{2,3}

Les complications du reflux ont été reconnues dans plusieurs groupes de patients. On a pu ainsi décrire des crises d'apnée, d'asthme et de pneumopathies récidivantes. Plus récemment, on a attiré l'attention sur des formes respiratoires hautes (« *head and neck manifestations* » des auteurs anglo-saxons) telles que des manifestations bucco-pharyngolaryngées et également des otites moyennes et séreuses.⁴ Ces derniers symptômes ont été jusqu'à ces derniers temps attribués à l'allergie ; ceci est en partie vrai, mais une revue détaillée de ces deux maladies a permis de reconnaître une certaine similitude des signes et symptômes et dans certaines circonstances, une association.²

Dans cet article, sont exposés successivement après un bref rappel historique et épidémiologique, les mécanismes physiopathologiques, les aspects cliniques en fonction de l'âge, et des organes (formes digestives, extradigestives, et leurs associations). Une partie est réservée au RGO et à l'allergie alimentaire. Enfin, les méthodes diagnostiques actuelles et futures ainsi que les moyens thérapeutiques sont également discutés.

Historique

Le RGO, sujet d'actualité depuis plusieurs décennies, a été décrit pour la première fois en 1776, par Rosen von Rosenstein qui attira l'attention sur l'association entre asthme et RGO.⁵

C'est en 1892, qu'Osler signale pour la première fois l'existence de douleurs rétrosternales chez des sujets adultes vomisseurs, se plaignant de dysphagie et même de quintes de toux après les repas et dans certains cas, souffrant d'asthme. Il rattache tous ces signes à l'existence d'une anomalie fonctionnelle du sphincter inférieur de l'œsophage.

En 1946, Mendelson est le premier à établir une relation entre l'existence d'un RGO et des troubles respiratoires, comme l'asthme et une toux nocturne récurrente.⁶

Un an plus tard, en 1947, deux radiologues Neuhäuser et Berenger attirent l'attention sur des anomalies du cardia chez des nourrissons vomisseurs.⁷

En 1960, Carré, un pédiatre britannique, s'intéresse à l'association vomissements nocturnes et bronchopneumopathies récidivantes.⁸

En 1962, Kennedy décrit les « RGO silencieux » responsables de manifestations respiratoires nocturnes.⁹

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 œsophagogastriques.¹⁰ 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 et chez l'adulte.³

Ce n'est qu'à partir de 1985, que le RGO apparaît sous un nouvel aspect. En effet, Forget et Arends découvrent, à côté des signes cliniques et radiologiques chez des nourrissons vomisseurs porteurs de RGO, l'existence dans un cas sur cinq d'une allergie aux protéines du lait de vache avec présence de plasmocytes à IgE à la biopsie duodénale, et la guérison dans les 24 heures suivant l'arrêt de toute alimentation lactée.¹¹

À la même époque en 1986, Ventura et al. décrivent chez des nourrissons âgés de 1 à 7 mois des formes digestives évoquant un RGO, ou pseudochirurgicales posant le diagnostic d'une sténose hypertrophique du pylore. Un bilan immunoallergologique permet de déceler une intolérance et/ou allergie aux protéines du lait de vache (I/APLV) et de constater la guérison complète soit après un régime sans protéines de lait de vache, soit après élimination de formules, à base de soja ou d'hydrolysats de caséine.¹²

En 1990, Molkhou,² à propos d'une observation personnelle, chez un enfant porteur d'un RGO, avec endobrachyœsophage et d'une allergie alimentaire (AA) fait une revue des rapports existant entre RGO et allergie (cf. infra).

Épidémiologie

Le RGO touche environ 40 % des nourrissons vers l'âge de 3 à 4 mois, puis sa fréquence baisse pour atteindre 8 % vers 3 ans comme dans l'étude de Vandénplas et Sacré.¹³

Actuellement, la fréquence du RGO serait supérieure comme dans l'étude de Nelson et al.,¹⁴ qui évaluent à 15 % le pourcentage des adolescents (10-17 ans) présentant des symptômes digestifs évoquant une pathologie de RGO. Aux États-Unis, 4 % des admissions hospitalières en pédiatrie sont représentées par des enfants souffrant de RGO et ce chiffre ne cesse de croître depuis ces cinq dernières années.

Chez l'adulte, le RGO est une pathologie extrêmement fréquente variant de 20 à 40 % avec comme

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9294314>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9294314>

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