

Le rgo pédiatrique. ?Mythe ou réalité?

Quel(s) examen(s) pour quel(s) traitement(s) ?

Dr. Ph. Dacier (CHCA, Libramont) 2024



NASPGHAN- ESPGHAN 2019

Historique du reflux gastro-oesophagien

- 1959: 1/1000 naissances
- 1981: 1/300
- 1986: 1/50

Il est clair que l'on ne parle plus de la même chose.

Quelques chiffres

- 18% des nourrissons dans la population générale et 40% dans une consultation médicale sont concernés par du « rgo ».
- Laits artificiels: en Belgique 40 à 50 % des laits utilisés sont des laits «anti-régurgitation».
- 8% des pH-métries sont considérées comme anormales.
- 10 à 50% des rgo (mais quels rgo?) entraînent une oesophagite

Définitions

- Régurgitation: remontée sans effort du contenu gastrique dans le pharynx ou la bouche ou l'extérieur.
- Vomissement: remontée et projection hors de la bouche avec effort (et parfois nausée), du contenu gastrique.
- Reflux gastro-oesophagien (rgo): remontée du contenu gastrique dans l'oesophage.

Toute régurgitation est donc associée à un rgo; quand est-ce pathologique?

Comment différencier physiologique de pathologique?

- Soigner un enfant malade ce n'est pas facile,
- Mais soigner un enfant en bonne santé c'est impossible!!!!
- Mais, l'inconfort , c'est une maladie?

Anamnèse et examen clinique

- Repas
 - préparation.
 - nombre, quantité et Pourquoi?
- Relation entre les signes et les repas et/ou la position couchée.
- P, T, (PC) et **courbes**; signes digestifs et/ou respiratoires et/ou ORL; muguet buccal, halitose.

Signes cliniques

régurgitation, vomissement, douleur, refus alimentaire, hypersialorrhée, mérycisme, mauvaise haleine (halitose), hématemèse, cassure de la courbe pondérale, irritabilité, Sandifer, toux, wheezing, infections ORL ou respiratoires à répétition, asthme, troubles du sommeil, apnées,.....

Aucun n'est spécifique d'un reflux gastro-oesophagien **pathologique!!!**

Classification clinique

- Physiologique: régurgitations post-prandiales précoces (<1 an).
- Bénin: régurgitations « excessives ».
- Suspicion d'oesophagite
 - +/- complications.
- Atypique: signes «extra-digestifs» d'une suspicion reflux gastro-oesophagien.
 - +/- complications.

Lignes de conduite actualisées 2019

- En l'absence de signes de gravité ou de complications, un ou des traitements d'épreuve sont initialement proposés.
- Gravité: cassure pondérale, saignements digestifs, vomissements nocturnes, absentéisme scolaire, malaise....

Traitements hygiènodietétiques

- Anxiolyse parentale et de l'entourage.
- Epaississants (!kcal!osmol!) et laits «AR».
- pas de volumes excessifs (fractionnement).
- pas de manipulations excessives.
- Position proclive si $>1\text{An}$
- Prise en charge de l'obésité

Position

- thérapie positionnelle adjuvante: décubitus ventral avec inclinaison à 30°(tête>pieds).
 - Efficace à tout âge.
 - **MAIS**, association avec SIDS douteuse (constat épidémiologique)??? .
 - à l'encontre des recommandations officielles avant 1 A
 - Ccl: en-dehors des mois à risque et à bon escient.

Traitements « symptomatiques »

- Alginates (Gaviscon)
 - +/- efficace sur l'oesophagite, pas prouvé sur le rgo.
 - effets secondaires: apport en sel et constipation.
- Diméticone-Siméticone (Polysilon, Gelusil-siméthicone, infacol)
 - épaississant et anti-acide.
 - Diminution des gaz intestinaux (mécanisme?)

Traitements « prokinétiques »

Non disponibles <12 ans

-Cisapride (Prépulsid): retiré du commerce

-Dompéridone (mieux toléré que
Métoclopramide): 0.3 à 0.6mg/kg/dose, 4
fois/J.

- blocage récepteur dopamine entraîne effets secondaires neurologiques.

– Baclofène, érythrocyne....

Traitements anti-acides

- Inhibiteurs de la pompe à protons
 - Oméprazole: 1 à 4 mg/kg/J en 1X.
 - Lansoprazole: 0.7 à 2 mg/kg/J en 1X.
 - Pantoprazole: 1 à 2 mg/Kg/J en 1X.

Expérience en pédiatrie en amélioration, effets des traitements de longue durée peu connus.

Effets secondaires: pullulation microbienne, hypertrophie glandes mammaires.

Traitements chirurgicaux

- Chirurgie: Nyssen ou Toupet.
 - après mise au point complète, échec ou récurrence après 2 ans de traitement médicamenteux bien suivit et vérification compliance. Après exclusion contre-indication (manométrie oesophagienne).
- Sonde naso-jéjunale et jéjunostomie

Objectifs thérapeutiques

« primum non nocere »

Quels risques, quels bénéfices, quels moyens,...?

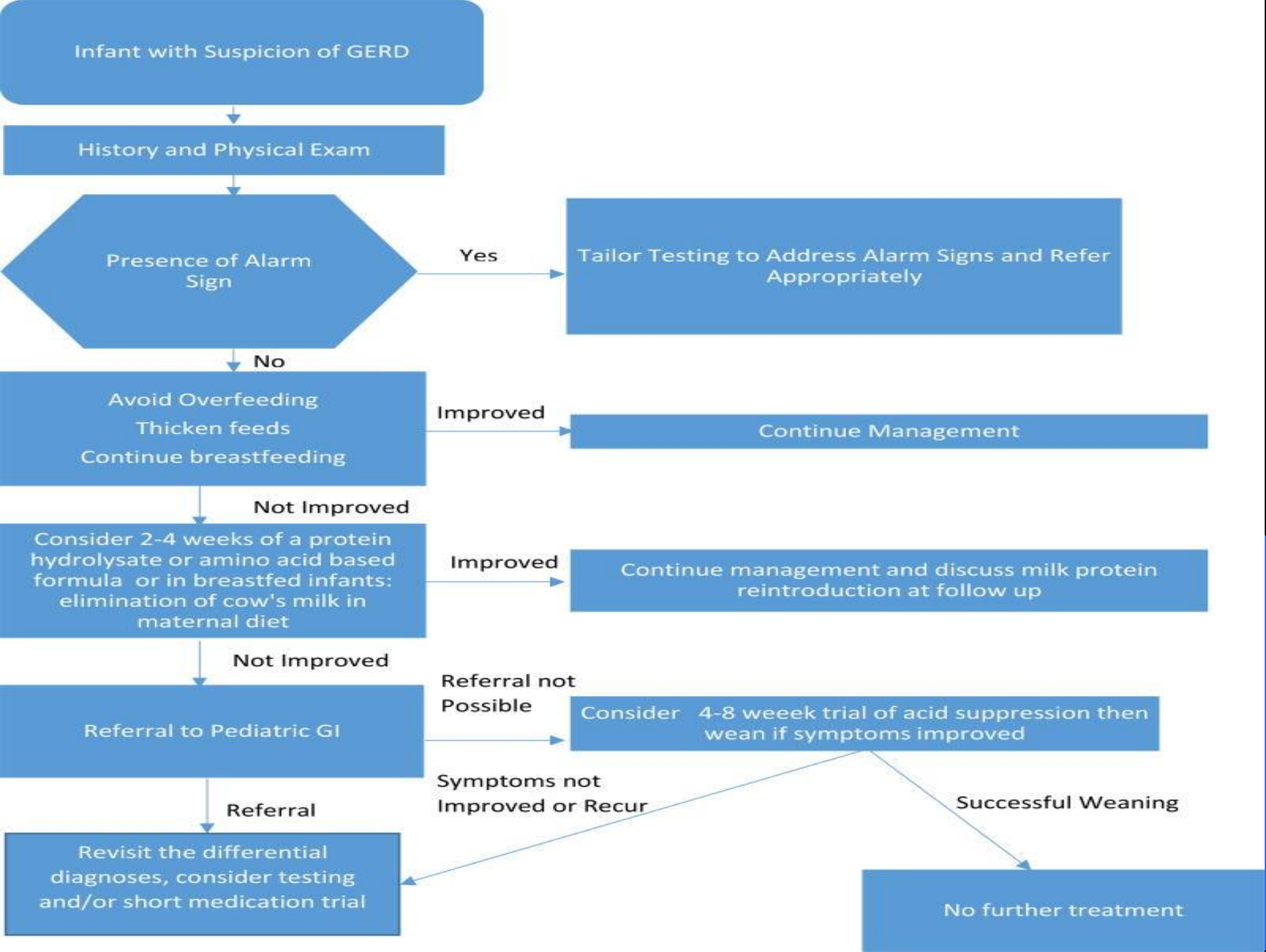
Doit-on médicaliser quelque chose de physiologique?

Lignes de conduite (<1 an)

- «Physiologique», «bénin»
 - ex. compl.: aucun.
 - trait.: réassurance avec éventuellement conseils hygiènodietétiques.

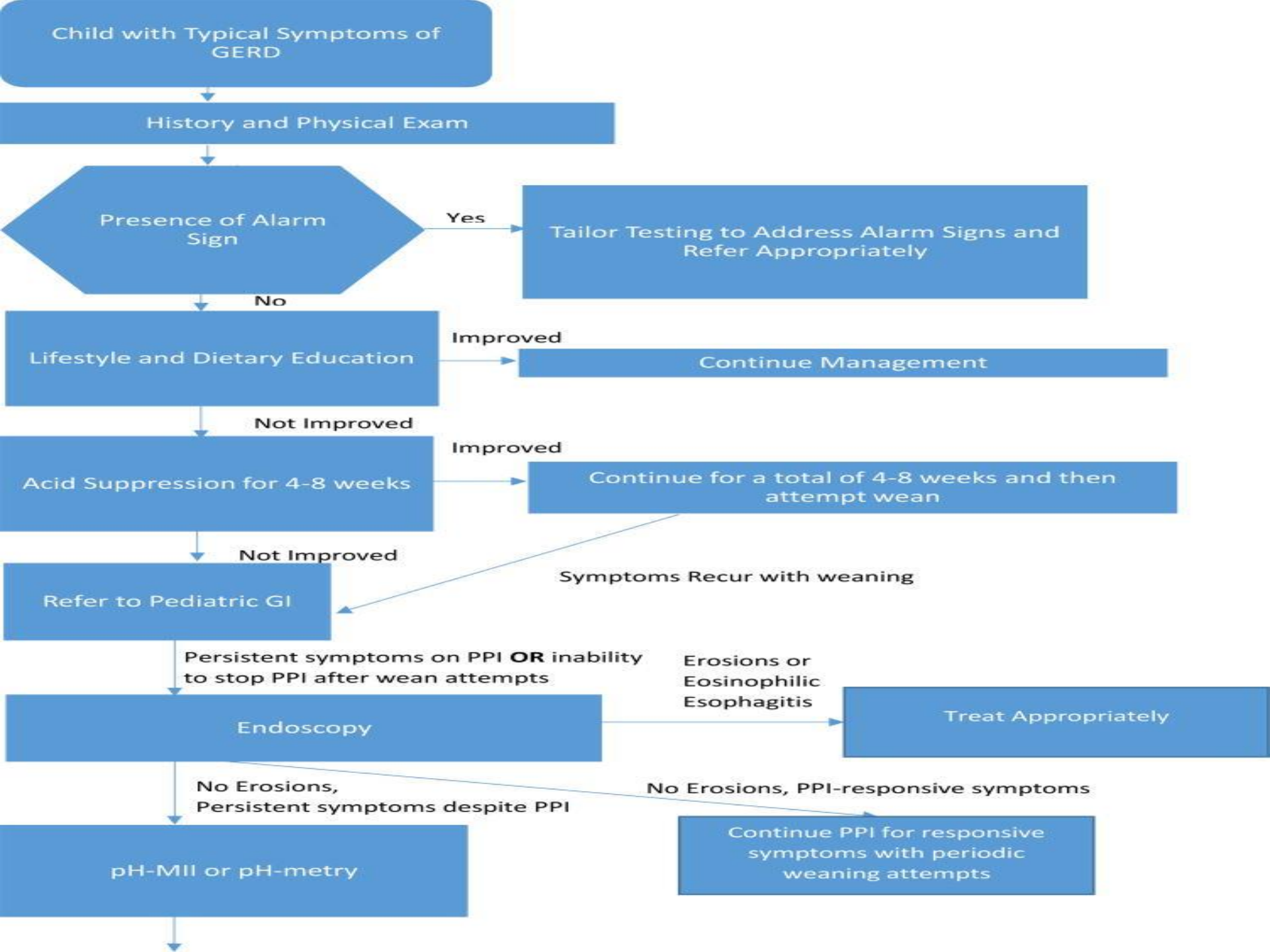
Quels laits?

- Consistant versus anti-régurgitation.
- Anti-régurgitation et hypo-allergénique.
- Consistant et hypo-allergénique.
- Hydrolysats poussés ou à base d'AA
- Hydrolysat de protéines de riz



Solutions non acceptables

- lait de soya pour enfant à risque d'allergie.
- lait hypo-allergénique ou de soya pour enfant allergique au lait de vache.
- nombre de changements de classe de lait excessif ($>2 \times /1M$).
- Lait demi-écrémé avant 1an.

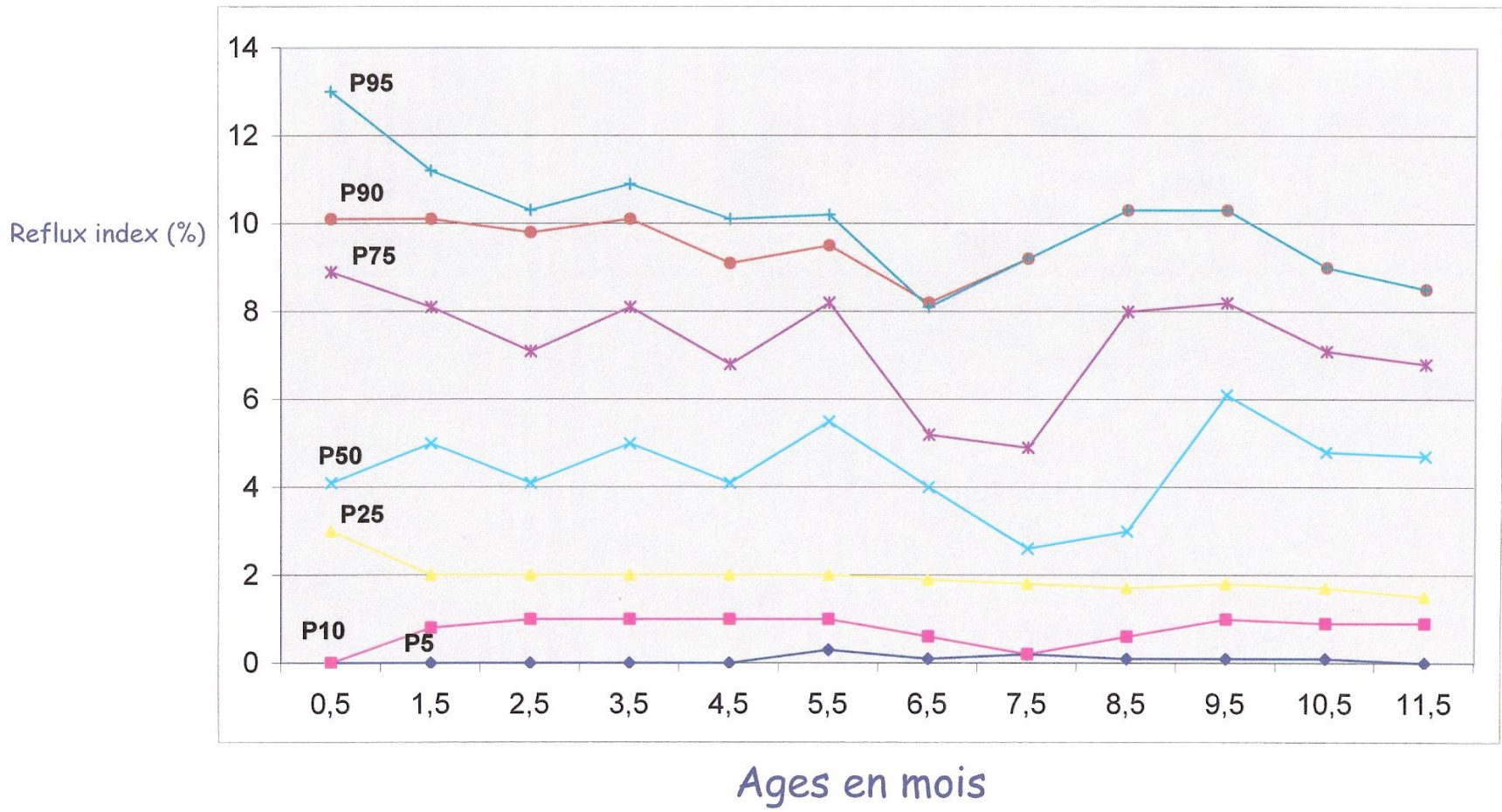


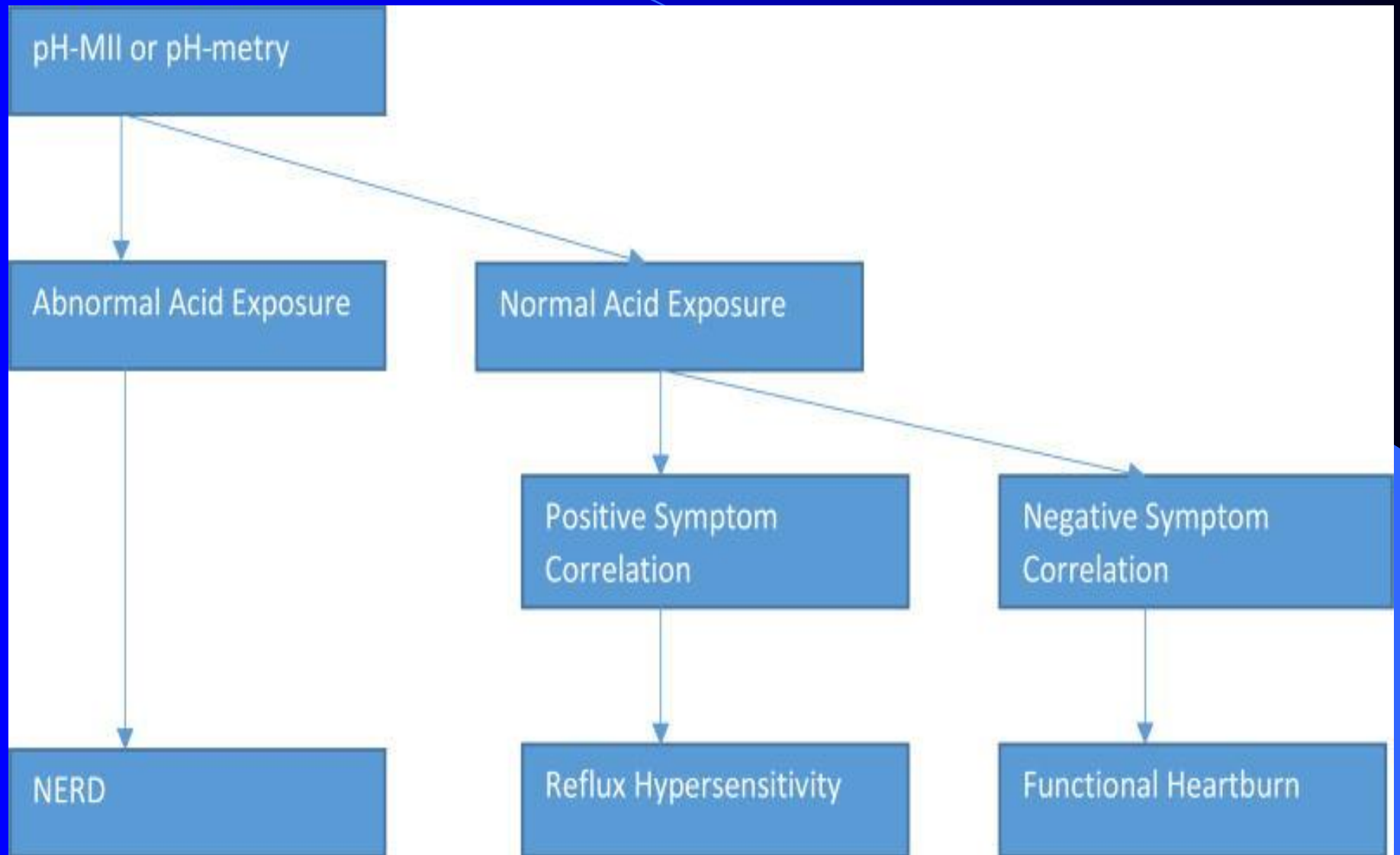
Examens complémentaires (1)

- Endoscopie (si red flag ou IPP « inefficace »)
 - dans de bonnes conditions de confort, de matériel et de personnel.
 - toujours avec biopsies étagées multiples .

Examens complémentaires (2)

- pH-métrie-impédancemétrie oesophagienne de longue durée (après endoscopie « non érosive » ou en cas de signes atypiques)
 - min. 16 à 18 H.
 - bonne position selon les symptômes (3°-5°CV).
 - analyse globale, par périodes et en fonction de l'âge.
 - %, nbre, durées, clairance, fréquence, aire sous la courbe, score d'Euler ($\text{nbre} > 1' + (4 \times \text{nbre} > 5')$), etc...





Examens complémentaires (3)

- **TOGD:** faux+: 30%; faux-: 14%. Surtout utile dans suspicion obstruction organique (malrotation, atrésie,...) ou recherche de fistule oeso-bronchique.
- **Scintigraphie:** faux+: 60 à 80%, faux-: pfs 75%(signes respi); peut étudier la vidange gastrique.
- **Manométrie:** pas utile au diagnostic initial, faussée par l'oesophagite; indispensable en pré-opératoire.

Conclusions (1)

- Les traitements hygiéno-diététiques et médicamenteux sont recommandés sans examens complémentaires («normal», «bénin», « oesophagite », «atypique»).

Conclusions (2)

- Dans les cas «avec complication ou gravité ou réfractaire» la fibroscopie digestive haute est l'examen de première intention.
- Dans les cas «atypiques» la pH-métrie-impédancemétrie est le premier examen, après traitement d'épreuve.

Conclusions (3)

- Après guérison de l'oesophagite, c'est la présence ou la prévalence d'un rgo pathologique qui conditionne la poursuite du traitement anti-reflux seul.
- C'est pour des raisons extra-médicales (éthiques, psychologiques et légales) que la position anti-reflux n'est plus recommandée en-dessous de 1A.

Take home message

- La maladie que l'on soigne c'est l'oesophagite!
- On peut aider les autres situations en se rappelant que ce n'est pas de la pathologie, mais du confort.

Merci pour votre attention!

Questions et (essai) de réponses