

ITEM 271 (ex-268) : REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN DE L'ENFANT

RGO = passage involontaire du contenu gastrique vers l'œsophage

- Habituellement physiologique : survenue quotidienne de régurgitations habituelle chez le nourrisson (surtout au cours des 1er mois de vie), liées à la quantité de liquide ingérée et à l'incompétence fonctionnelle du dispositif anti-reflux, disparaissant avant l'âge de 1 an (alimentation solide, maturation fonctionnelle du sphincter inférieure de l'œsophage)
- Facteurs de risque de RGO pathologique : encéphalopathie, suites d'interventions pour atrésie de l'œsophage, sténose du pylore, hernie diaphragmatique congénitale

Physiopathologie	= Inefficacité du dispositif anti-reflux fonctionnel (SIO) et anatomique (raccordement cardio-tubérositaire, anneau musculo-fibreux, amarrage phréo-œsophagien, pression abdominale)		
	Mécanismes	- Relaxations inappropriées transitoires du SIO : épisodes ≥ 5 sec, indépendants de la déglutition. En partie par inadéquation entre volume gastrique et quantité de lait absorbée : $V > 120 \text{ ml/kg/j}$ - Plus rarement Hypotonie \pm permanente du SIO	
	Complications	= Liées à l'abondance du RGO, son pH, le niveau atteint dans l'œsophage, la protection des voies aériennes, la capacité de réparation de la muqueuse et la maturation neurologique	
Diagnostic	C	- RGO physiologique (à tout âge) = régurgitations banales , se réduisant avec l'âge \rightarrow chez 2/3 des enfants de 4-5 mois , puis diminue rapidement jusqu'à 1/4 des enfants de 6 à 7 mois , puis $< 5\%$ des enfant de 1 an - RGO pathologique = avec conséquences somatiques : œsophagite, manifestations extra-digestives, malaises... \rightarrow Les explorations paracliniques sont indispensables pour identifier un RGO acide pathologique, justifiant d'un traitement par IPP (sauf en cas de pyrosis de l'enfant, de diagnostic clinique)	
		Régurgitations	= Expulsions soudaines, sans effort, d'une petite quantité de liquide gastrique alimentaire par la bouche : spontanée ou contemporaine d'une éructation - Terrain : jeune nourrisson (non-acquisition de la position assise) - Horaire : rejets per- ou post-prandiaux - Facteurs favorisants : changements de position, alimentation liquidienne
		DD	- Vomissements : accompagné de contractions musculaires ou abdominales \rightarrow Des vomissements non bilieux peuvent parfois accompagner les régurgitations
		CAT	- Eliminer une suralimentation (< 6 mois) - Après l'âge de la marche : évoquer un autre diagnostic (mérycisme, achalasie)
		Pyrosis	- Seulement chez l'enfant capable de l'exprimer : diagnostic clinique de RGO
		Œsophagite	- Refus du biberon après quelques suctions - Pleurs/agitation dans la période per-prandiale ou au cours du sommeil (++entre 2 et 4 mois), très rarement liés à un RGO acide pathologique. - Retentissement tardif sur la prise pondérale - Hématémèse exceptionnelle chez l'enfant
		DD	- Sténose du pylore (chez le jeune nourrisson)
		CAT	- Fibroskopie œso-gastro-duodénale indispensable
		Manifestations ORL et respiratoires	- ORL : - Dyspnée laryngée - Dysphonie \pm Erosions dentaires - Respiratoires (RGO rarement en cause) : - Toux chronique (nocturne ++) - Bronchiolite ou pneumonie récidivante \rightarrow Un asthme , des otites ou rhinopharyngites récidivante ou un érythème du larynx n'orientent pas spécifiquement vers un RGO pathologique : en pratique, il ne faut pas évoquer un RGO en 1^{ère} intention devant des manifestations ORL et respiratoires.
		Malaise	- Forme typique : perte de contact avec pâleur et cyanose , hypotonie , et parfois apnées et/ou bradycardie \rightarrow Difficile à relier avec certitude à un RGO pathologique = pH métrie pathologique indispensable
Autres	- Un ralentissement staturopondéral doit faire rechercher d'autres causes qu'un RGO		

Diagnostic	PC	pH-métrie œsophagienne des 24h	<ul style="list-style-type: none"> = Examen de référence pour le diagnostic de RGO acide, indispensable pour poser le diagnostic en présence de signes digestif lorsqu'il n'y a pas de régurgitations. - Réalisé au moins sur $\geq 24h$, contrôle de la position de la sonde (3 cm au-dessus du cardia) - % de temps avec un pH œsophagien < 4 : RGO franchement pathologique si $> 5\%$ après 1 an, $> 10\%$ avant 1 an - Analyse qualitative : périodes de reflux, concordances avec des symptômes Des reflux prolongés ≥ 30 min témoignent d'une mauvaise clairance œsophagienne. → Un résultat anormal n'est pas la preuve d'une relation causale entre le RGO et l'événement, sauf en cas de concordance temporelle nette (rare) 	
		Fibroscopie œsogastro-duodénale	<ul style="list-style-type: none"> - Examen de référence pour le diagnostic d'œsophagite peptique ulcérée → La confirmation du diagnostic témoigne d'un RGO (pH-métrie inutile) → L'absence de signe d'œsophagite ne permet pas d'éliminer le diagnostic de RGO - Evaluation anatomique : hernie hiatale - Diagnostic d'autres causes d'œsophagite : infectieuse, allergique (à éosinophiles) 	
		Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Transit œso-gastro-duodéal : recherche d'une anomalie morphologique du tractus digestif supérieur (malrotation intestinale, hernie hiatale par glissement, arcs vasculaires anormaux) → indiqué en cas de RGO résistant au traitement et en 2nd intention ou bilan préopératoire - Manométrie œsophagienne : recherche d'anomalies de la motricité œsophagienne ou d'une cause non anatomique d'échec de traitement = uniquement indiquée pour diagnostic différentiel - Impédancemétrie : exploration des RGO acides et non acides ($> 50\%$ des RGO) 	
		Indications	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun examen : RGO avec manifestations digestives typiques non compliqué - pH-métrie œsophagienne : RGO non cliniquement évident, manifestations extra-digestives - Fibroscopie œsogastroduodénale : recherche d'une œsophagite ou anomalie anatomique - Transit œso-gastro-duodéal : mise en évidence d'une anomalie anatomique - Manométrie œsophagienne : mise en évidence d'une anomalie fonctionnelle 	
TTT	Mesures hygiéno-diététiques		<ul style="list-style-type: none"> - Réassurance des parents - Épaississement du lait seulement si allaitement artificiel : lait épaissi (AR) ou ajout d'un épaississant - Réduction du volume des biberons si volumes trop importants - Aucune de ces mesures en dehors de la réassurance en cas d'allaitement au sein - Pas d'efficacité prouvée de l'inclinaison du berceau (proclive) ainsi que l'éviction du tabagisme passif → En cas de non-amélioration malgré ces mesures l'hypothèse d'une APLV doit être évoquée et régime sans PLV empirique peut être mis en place pendant 2 à 4 semaines. Si les symptômes disparaissent à l'issue de cette période, une épreuve de réintroduction des PLV confirmera ou pas. 	
		TTT médicamenteux	IPP	<ul style="list-style-type: none"> = Action antisécrétoire puissante, dose-dépendante, plateau d'activité en 3 à 5 jours : - AMM > 1 an : oméprazole 1 mg/kg/J (Mopral®), ésoméprazole (Inexium®) - AMM > 12 ans : pantoprazole - Administration en 1 prise, avant le 1^{er} repas de la journée ; Ø effet sur régurgitations - Effets secondaires : diarrhée, céphalées, vertiges, augmentation risque infections digestives et respiratoires, risque allergie alimentaire et augmentation des fractures.
			Indication	<ul style="list-style-type: none"> - Œsophagite érosive prouvée par FOGD (y compris < 1 an = hors AMM) - Complications extra-dig de RGO acide authentifié à pH-métrie - Pyrosis mal toléré de l'enfant → Les pleurs isolés ou un malaise en l'absence de RGO acide prouvé ne sont pas des indications de traitement empirique par IPP
		Autres	<ul style="list-style-type: none"> - Dompéridone (Motilium®, Péryds®) : inefficace dans le RGO de l'enfant - Alginate (Gaviscon®) en prise préprandiale : mesure adjuvante dans les régurgitations symptomatiques (efficacité contestée) - Métoclopramide (Primpéran®) : contre-indiqué chez l'enfant < 18 ans 	
TTT chirurgical		<ul style="list-style-type: none"> = Fundoplicature de Nissen ou Toupet : exceptionnel chez l'enfant - RGO compliqué et rebelle au traitement médicamenteux (exceptionnel), ou sur terrain particulier (encéphalopathie sévère, hernie hiatale...) → En cas de doute sur un trouble de la motricité œsophagienne, une manométrie doit être réalisée en préopératoire afin de discuter de l'indication chirurgicale. 		
Suivi			<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité du traitement (régression des signes initiaux) : n'est pas une preuve formelle du rôle du RGO - Absence d'amélioration clinique ou survenue d'une complication : évaluer la compliance, rechercher un diagnostic différentiel (mércysisme) ou des facteurs intercurrents → Le RGO physiologique du nourrisson a une évolution habituellement favorable au cours du 2^{ème} semestre de vie. 	