

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

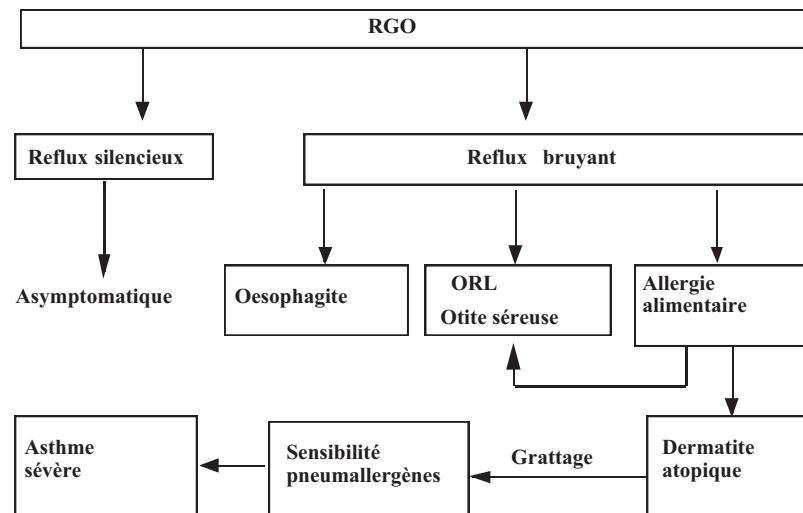


Fig. 1. Relations entre RGO, allergie alimentaire et autres manifestations allergiques.

jusque-là inaperçu « silencieux » ou mal reconnu, qui peut se révéler par un sommeil agité, des douleurs abdominales, des broncho-pneumopathies récidivantes ou des manifestations ORL, telles que rhino-pharyngites, otites et surtout laryngites à répétition survenant surtout la nuit et inquiétant à juste raison les parents [9].

Il est également fréquent de noter l'existence de pathologies gastro-intestinales associées, comme une allergie digestive d'origine alimentaire, ou cutanée (urticaire récidivante ou eczéma atopique) [18]. Il est important d'insister sur le problème des otites récidivantes ou des otites séreuses pour lesquelles nos confrères ORL nous demandent un avis en tant que pédiatre allergologue, évoquant à juste raison une étiologie allergique possible. Dans un certain nombre de cas, la découverte d'un RGO passé inaperçu a permis de régler ce problème [19,20]. Les relations possibles entre RGO, allergie alimentaire et autres manifestations allergiques sont résumées dans la Fig. 1 [21]. On sait aussi que le RGO est souvent silencieux chez l'asthmatique ; cette nouvelle donnée confirme l'intérêt du dépistage du RGO chez les patients asthmatiques.

3.3. Chez les grands enfants et adolescents

3.3.1. Les formes respiratoires [4]

La persistance d'une toux spasmodique, d'épisodes de bronchites obstructives récidivantes (*wheezing*), d'infection récidivante d'un même territoire pulmonaire, en particulier du lobe moyen doit orienter vers l'existence d'un RGO.

La découverte d'un asthme doit non seulement déclencher un bilan immuno-allergologique mais faire rechercher l'existence d'un RGO [22]. En effet l'association RGO–asthme a été mise en évidence dans des études pédiatriques. Serag et al. ont réalisé une étude cas témoin, sur un large effectif d'enfants âgés de 2 à 18 ans (1980 porteurs de RGO comparés à 7920 sujets témoins). La prévalence de l'asthme était significativement plus élevée chez les porteurs de RGO (13 % versus 7 % chez les témoins) [23].

Les relations entre RGO et asthme chez l'enfant suscitent plusieurs questions :

- le RGO est-il un facteur déclenchant de la crise d'asthme ? Ce sujet demeure controversé ;
- le RGO est-il un facteur d'aggravation de l'asthme ? La réponse est affirmative après une étude dans un groupe de 77 enfants asthmatiques âgés de 39 à 170 mois [24] ;
- le RGO est-il secondaire à l'asthme ? La symptomatologie digestive de RGO est souvent absente ou méconnue chez la moitié des enfants asthmatiques présentant une pH-métrie pathologique [25]. Les mécanismes physiopathologiques correspondent surtout à l'aggravation de l'inflammation des voies aériennes par aspiration du contenu gastrique.

3.3.2. Les lésions dentaires [27]

Les dentaires sont également le résultat du RGO supra-glottique oral. Cette érosion, qui peut déjà se voir chez des adolescents, est située dans la majorité des cas sur le versant postérieur des arcades dentaires au niveau des incisives et des prémolaires. Elle est reconnaissable à son aspect en cuvette, ce qui la distingue de la carie molle et noirâtre. Les atteintes superficielles de l'émail sont difficiles à reconnaître sauf par un stomatologiste [26]. Souvent, le reflux orobuccal intéresse les tissus mous et entraîne des plaintes buccales gênantes (sensations de brûlures au niveau de la bouche et de gencives) souvent aggravées par l'usage de mets et/ou de boissons acides.

3.3.3. L'halitose [26]

L'halitose ou mauvaise haleine est vécue comme un handicap venant limiter leur vie personnelle (échec sentimentaux, isolement social) et professionnelle (performances de travail, carrière professionnelle). L'halitose peut être de survenue récente ou chronique, parfois régulière à certaines heures de la journée. Elle est isolée ou associée à une mauvaise odeur corporelle ou à d'autres symptômes systémiques ou respiratoires. Le RGO est

Tableau 1

Manifestations atypiques du RGO chez l'adulte.

Manifestations thoraciques

Précordialgies atypiques ou douleurs thoraciques non coronariennes

Manifestations pulmonaires

Asthme

Bronchite

Toux chronique

Pneumonies

Atélectasies

Hoquet chronique

Syndrome d'apnée du sommeil

*Manifestations laryngologiques**Enrouement chronique*

l'une des causes de l'halitose et peut exister chez le grand enfant et l'adulte.

3.3.4. *Chez l'adulte [28]*

Les études épidémiologiques estiment qu'environ une fraction de 15 à 30 % de la population présente un pyrosis hebdomadaire et 7 à 10 %, un pyrosis quotidien. De nombreuses manifestations atypiques (Tableau 1) peuvent être liées au RGO. Il s'agit de pathologies touchant la sphère pulmonaire ou ORL, voire des douleurs thoraciques simulant une insuffisance coronarienne.

Les patients présentant des manifestations atypiques ne se plaignent habituellement pas de symptômes digestifs, ce qui peut rendre le diagnostic de RGO difficile et faire sous-estimer sa prévalence réelle.

Les différents examens complémentaires sont souvent mis en défaut. En effet, la prévalence de l'œsophagite est faible chez ces patients rendant l'endoscopie digestive peu contributive. De même, la pHmétrie des 24 heures, qui a une excellente sensibilité de 92 % en présence de symptômes digestifs, est nettement moins performante dans le cadre des manifestations extra-digestives où l'on retrouve 20 à 50 % de faux négatifs [4]. L'absence de *gold standard* explique la place importante du traitement anti-sécrétoire comme test thérapeutique afin de démontrer le rôle prépondérant de l'acide.

4. Conclusion

Le reflux gastro-œsophagien, affection très fréquente à tous les âges de la vie, risque de passer souvent inaperçu étant donné ses formes cliniques, quelquefois silencieuses, donc asymptomatiques mais avec des manifestations extra-digestives à caractère multiforme. En dehors des relations RGO–asthme, bien connues mais dont la physiopathologie reste imprécise, il convient d'attirer l'attention des allergologues sur ces formes atypiques et trompeuses. Il convient également de souligner l'intérêt d'un dépistage précoce de cette maladie afin d'éviter des complications sévères comme les œsophagites et l'endobrachy-œsophage retrouvé chez un certain nombre de nos patients adolescents.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Neuhauser EB, Berenberg W. Cardio œsophageal relaxation as a cause of vomiting in infants. *Radiology* 1947;48:480–3.
- [2] Carre JJ. Pulmonary infections in children with a partial thoracic stomach ("hiatus hernia"). *Arch Dis Child* 1960;35:481–3.
- [3] Urschel Jr HC, Paulson DL. Gastro œsophageal reflux and hiatal hernia. Complications and therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1967;53: 21–32.
- [4] Molkhou P. Reflux gastro-œsophagien et affections respiratoires chroniques de l'enfant. Paris: Ed. Ipsen; 1987.
- [5] Forget P, Arends JW. Cow's milk protein allergy and gastro-œsophageal reflux. *Eur J Pediatr* 1985;144:298–300.
- [6] Ventura A, Pineschi A, Tasso M. Cow's milk intolerance and abdominal surgery: a puzzling connection. *Helv Paediatr Acta* 1986;41: 487–94.
- [7] Dupont C, Dhellemmes C, Khalifa G, Molkhou P, Hélardot P. Observation radio endoscopique, endobrachyœsophage. *Pédiatrie* 1987;42: 261–5.
- [8] Molkhou P, Barau E. Gastroœsophageal reflux and allergy. *Clin Rev Allergy* 1990;8:363–80.
- [9] Molkhou P. Les formes trompeuses du reflux gastro-œsophagien (RGO) chez le nourrisson et l'enfant. *J Pediatr Pueric* 2002;15:427–33.
- [10] Molkhou P. Reflux gastro-œsophagien chez l'enfant. EMC Pédiatrie Paris: Elsevier SAS; 2005 [4-014-L-10].
- [11] Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al. Pediatric gastro œsophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASP-GHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498–547.
- [12] Omari TI, Barnett CP, Benninga MA. Mechanisms of gastro-œsophageal reflux in preterm and term infants with reflux disease. *Gut* 2002;51: 475–9.
- [13] Corvaglia L, Monari C, Martini S, Aceti A, Faldella G. Pharmacological therapy of gastro-œsophageal reflux in preterm infants. *Gastroenterol Res Pract* 2013 2013;714564. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/714564>.
- [14] Kennedy JH. Silent gastro œsophageal reflux: an important but little known cause of pulmonary complications. *Dis Chest* 1962;42:42–5.
- [15] Molkhou P. Quand penser à une APLV chez un nourrisson avec RGO ? *Pédiatrie Pratique* 2012:242.
- [16] Zerbib F, Sifrim D. La mesure de l'impédance œsophagienne dans le reflux gastro-œsophagien. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27:451–4.
- [17] Wenzl TG, Moroder C, Trachterna M, Thomson M, Silny J, Heimann G, et al. Esophageal pH monitoring and impedance measurement: a comparison of two diagnostic tests for gastro œsophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;34:519–23.
- [18] Molkhou P, Wagué JC. L'œsophagite à éosinophiles chez le jeune enfant en 2011. *Pédiatrie Pratique* 2011:228.
- [19] Molkhou P, Dupont C. Symptômes digestifs et ORL. 1^{re} partie. *Rev Off Soc Fr ORL* 1996;39:65–9.
- [20] Contencin P. Manifestations ORL du reflux gastro-œsophagien. EMC Oto-rhino-laryngologie Paris: Elsevier SAS; 1995 [8p, 20-822-A-10].
- [21] Molkhou P. Relations entre RGO alimentaire et autres manifestations allergiques. Symposium SHS. Londres: London Royal College; 2002.
- [22] Didier A, Têtu L, Miguères M. Asthme et reflux gastro-œsophagien. *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2004;44:79–82.
- [23] El-Serag HB, Gilger M, Kuebel M, Rabenek L. Extra œsophageal reflux disease in children without neurologic defects. *Gastroenterology* 2001;121:1294–9.

- [24] Cinquetti M, Micelli S, Voltolina C, Zoppi G. The pattern of gastroesophageal reflux in asthmatic children. *J Asthma* 2002;39:135–42.
- [25] Mittal S. Congrès annuel de l'American College d'asthmologie et d'allergie clinique; 2003 [abstract 38].
- [26] Meurman JH, Toskal J, Nuutinen P, Klemetti E. Oral and dental manifestations in gastroesophageal reflux disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78:583–9.
- [27] Madrid C, Abarca M, Pop S, Korsvold T, Bouferrache K. Lésions buccales du reflux gastro-œsophagien de l'enfant : des réalités et quelques mythes. *Rev Med Suisse* 2010;6:388–9.
- [28] Chollet R. Le reflux gastro-œsophagien atypique. Les entretiens de Bichat; 2011.