



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

REVUE FRANÇAISE
D'**Allergologie**

Revue française d'allergologie xxx (2017) xxx–xxx

Fait clinique

Manifestations atypiques du reflux gastro-œsophagien (RGO) et maladies allergiques, les liaisons dangereuses

*Atypical signs of gastro-esophageal reflux disease (GERD) and allergic diseases:
“Dangerous liaisons”*

P. Molkhou^{a,*}, C. Métayer^b, T. Baranes^c, J.-C. Wagué^d

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

^b Hôpital Ambroise-Paré, 160, rue Gambetta, 92150 Suresnes, France

^c Hôpital Ambroise-Paré, 29, rue de Sèvres, 75006 Paris, France

^d Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 20, rue des Bernardins, 75005 Paris, France

Reçu le 10 février 2017 ; accepté le 15 février 2017

Résumé

Les insuffisances lors du diagnostic et de la prise en charge du reflux gastro-œsophagien (RGO), quel que soit l'âge de sa survenue, restent fréquentes. À partir des observations rassemblées ici, la discussion doit susciter, de la part des médecins de toutes disciplines, une attention plus soutenue à une pathologie multiforme et donc souvent trompeuse. Le diagnostic est d'autant plus difficile dans des formes atypiques mimant ou compliquant des symptômes allergiques. Dans ces cas, c'est la prise en charge thérapeutique du RGO qui améliore la symptomatologie respiratoire, cutanée ou digestive. Les six cas cliniques présentés ici par une équipe d'allergologues de différents modes d'exercice illustrent ces situations.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Reflux gastro-œsophagien ; Allergie ; Formes atypiques ; Endobrachyœsophage ; Allergie alimentaire

Abstract

There is frequently failure in the diagnosis and management of gastroesophageal reflux (GERD) regardless of the age of onset. The discussion based upon the clinical observations presented below should prompt doctors in every medical specialty to be more aware of multiform variants, which can be misleading. Diagnosis is particularly difficult in atypical cases that mimic or complicate allergic symptoms. Therapeutic management of GERD is necessary to improve respiratory, cutaneous and digestive symptoms. The six clinical cases presented herein by a multidisciplinary team of allergists clearly illustrate such situations.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Gastroesophageal reflux; Allergy; Atypical forms; Barrett's esophagus; Food allergy

1. Introduction

Les formes atypiques du reflux gastro-œsophagien (RGO) maladie sont trompeuses et des symptômes extradiigestifs

peuvent dominer le tableau clinique. Dans ces cas, le diagnostic positif demeure difficile d'autant plus que cette affection peut être associée à différentes manifestations allergiques dont l'allergie alimentaire. Les relations physiopathologiques avec l'allergie alimentaire sont complexes et demeurent controversées. Le diagnostic de RGO maladie doit cependant être précoce pour en améliorer la prise en charge et éviter la survenue de complications dont la plus sévère est l'endobrachyœsophage de Barrett.

* Auteur correspondant.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reval.2017.02.237>

1877-0320/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les 6 observations présentées ici, essentiellement pédiatriques, illustrent ces différents aspects.

2. Cas clinique 1

Adolescent de 14 ans, Thierry souffre d'une urticaire évoluant depuis plus de 6 mois ne cédant à aucun traitement antihistaminique. Alors âgé de 8 ans, ce garçon avait déjà présenté des crises d'urticaire aiguë rattachées, à l'époque, à l'ingestion de crustacés et de poissons.

Après une période muette de 6 ans, sans aucune manifestation cutanée, ce garçon reconsulte pour de nouvelles poussées d'urticaire plus ou moins intenses à prédominance nocturne, 2 à 3 heures après le dîner et surtout après le coucher. Toutes les investigations, à la recherche d'une étiologie alimentaire, infectieuse ou parasitaire restent sans réponse. C'est alors que deux épisodes d'urticaire généralisée, avec angio-œdème et troubles respiratoires surviennent à 10 jours d'intervalle, vers minuit. Le patient signale, pour la première fois, la présence, depuis plusieurs semaines, de brûlures épigastriques après les repas. Ces derniers faits nous orientent vers le diagnostic d'un reflux gastro-œsophagien.

Une fibroscopie gastrique et une biopsie montrent l'existence d'un endobrachyœsophage. Une pH métrie de 24 heures enregistre une prédominance de reflux nocturnes.

Un traitement antireflux associant un prokinétique, autorisé à l'époque, un anti-H1 et un anti-H2 est suivi d'une amélioration spectaculaire (à cette époque, les IPP n'étaient pas encore disponibles).

L'œsophagite s'est améliorée au bout de 3 mois de traitement, mais les lésions d'endo-brachy-œsophage sont toujours présentes confirmées par la biopsie. Notre patient reste alors entièrement dépendant de la médication antireflux, car toute tentative d'arrêt du traitement est suivie de nouvelles poussées d'urticaire. Une intervention chirurgicale de type Nissen est alors décidée. Le résultat est spectaculaire puisque plus aucune médication n'a été utilisée depuis cette décision.

Ce patient est suivi régulièrement depuis 1990 et aucune rechute clinique de son RGO n'a été constatée. La fibroscopie œsophagienne confirme la persistance d'une muqueuse de Barrett (endobrachyœsophage), mais sans aucun signe d'aggravation.

Commentaires : cette observation ancienne montre que l'urticaire apparaissant au coucher et/ou se développant pendant la période de décubitus et associée à des épigastries a permis d'évoquer un RGO que la fibroscopie avec biopsies a utilement documenté. Ce RGO ancien et resté silencieux avait pu aboutir à la constitution progressive de sa complication majeure : le syndrome de Barrett.

3. Cas clinique 2

Paul, jeune garçon de 15 mois, est adressé par un correspondant ORL pour un bilan allergologique devant la présence d'otites récidivantes, de manifestations digestives douloureuses et de perte de poids. Ce jeune enfant appartient à une famille avec

antécédents atopiques (mère allergique aux protéines lactées, en particulier chèvre et brebis).

L'enfant nourri au sein pendant le premier mois, est passé ensuite à une formule lactée bovine. C'est à partir de ce changement de régime que la mère constate l'apparition de régurgitations après chaque biberon et de pleurs orientant vers une souffrance digestive. La prescription de lait épaissi et un traitement symptomatique ont fait régresser momentanément les symptômes, mais apparaissent des troubles du sommeil, en particulier la nuit, qui perturbent la qualité de vie de cet enfant.

L'apparition d'une fièvre et de douleurs ORL avec présence d'otites congestives récidivantes font évoquer une intolérance aux protéines lactées bovines confirmées par un patch-test positif (Diallertest®). Les IgE spécifiques aux différentes protéines du lait de vache sont légèrement augmentées.

L'endoscopie digestive réalisée dans le cadre du bilan montre des signes de souffrance œsophagienne, avec la présence à la biopsie de nombreux éosinophiles (> 15 éléments par champ). La pH métrie de 24h objective un nombre important de reflux diurnes et nocturnes. La constatation d'une œsophagite à éosinophiles est alors un argument supplémentaire pour porter le diagnostic de RGO relié à une allergie aux protéines lactées.

L'enfant est mis sous un régime excluant toute alimentation à base de produits laitiers. Le produit de substitution est à base d'acides aminés (Neocate Advance®) associé à un traitement antiacide pour une période de six mois. Au terme de ce traitement, une nouvelle endoscopie revient négative et une nouvelle pH métrie ne montre plus de reflux pathologique. Le Neocate Advance® est poursuivi pour une période de 12 mois date à laquelle une réintroduction progressive de produits laitiers est envisagée (yaourt, beurre, fromage, puis lait de vache) qui s'est déroulée sans incident. L'examen ORL n'a plus montré d'otite séreuse avec impédancemétrie normale. L'état général de cet enfant s'est rapidement amélioré avec une reprise de poids, sommeil retrouvé et appétit normal.

Commentaires : un reflux gastro-œsophagien précoce associé à une allergie alimentaire (protéines lactées essentiellement) est souvent difficilement identifié. Les manifestations extradiagnostiques telles les laryngites et otites sont fréquentes. Il est donc recommandé, chez tout jeune enfant souffrant d'otites récidivantes, de bénéficier d'investigations tendant à rechercher un RGO et une intolérance aux produits laitiers.

4. Cas clinique 3

Jade, née le 29 septembre 2001 présente depuis l'âge de 1 an une toux sèche, chronique, persistant jour et nuit, indépendamment de la saison, de l'environnement, de la prise alimentaire ; elle perturbe au plus haut point la vie familiale et scolaire. Vue à plusieurs reprises dans les services spécialisés de plusieurs hôpitaux, le diagnostic d'asthme est systématiquement porté, le traitement conventionnel (corticothérapie inhalée et bêta 2 mimétique inhalé) systématiquement prescrit et renouvelé malgré l'absence de résultats. Le bilan allergologique (tests cutanés) est négatif.

Au regard de cette évolution défavorable, l'hypothèse de RGO est alors évoquée et une pH métrie est réalisée, objectivant une acidification quasi-permanente du bas œsophage avec 722 reflux, également diurnes et nocturnes, le pourcentage de temps à $\text{pH} < 4$ étant de 50 %. La fibroscopie objective une banale œsophagite de reflux et une gastrite antrale interstitielle sans *Helicobacter pylori*.

Un traitement par IPP est instauré qui se révèle efficace sur la toux, la pH métrie de contrôle objectivant une réduction du nombre de reflux à 99 et un pourcentage de temps sous $\text{pH} < 4$ limité à 6,6 %. Mais l'amélioration clinique se révèle instable et l'âge de Jade (4 ans 7 mois) n'autorisant pas la poursuite de doses élevées d'IPP, l'indication opératoire est posée avec intervention de Nissen, portant sur la correction d'une petite hernie hiatale et d'un hiatus œsophagien très distendu. La toux disparaît totalement et immédiatement.

Un TOGD est pratiqué 1 an plus tard, justifié par un accident aigu de toux gênante. Le montage antireflux est stable. À l'âge de 9 ans, une pH métrie de contrôle est réalisée : sur les 20 h d'enregistrement, on note 7 reflux brefs et non acides, le temps sous $\text{pH} < 4$ étant de 0,1 %. Une EFR avec test à la métacholine est normale. À l'âge de 12 ans, Jade est une brillante élève, elle ne tousse plus, est en parfaite santé.

Commentaires : ce cas est une illustration des errements diagnostics devant l'existence d'une toux sèche pouvant faire évoquer un asthme et, en réalité, unique et spectaculaire témoin de l'existence d'un RGO majeur ayant nécessité une intervention chirurgicale.

5. Cas clinique 4

Arnaud est né le 02 juillet 1973. À l'âge de 38 ans, accompagnant 2 de ses 3 enfants suivis pour allergie pollinique et RGO associé, il signale, après avoir été très attentif à leur interrogatoire, qu'il présente depuis de nombreuses années plusieurs des troubles évoqués, notamment toux persistante, pyrosis et impaction alimentaire, justifiant la prise régulière d'un pansement gastrique. Une fibroscopie gastrique est rapidement réalisée qui objective une hernie hiatale, une œsophagite de grade 2, un endobrachyœsophage et une gastrite à *H. pylori*.

Cette dernière est traitée par la trithérapie conventionnelle (IPP+2 AB) pendant 2 semaines, la présence de l'endobrachyœsophage imposant la poursuite de l'IPP. Le contrôle clinique est excellent, mais le moindre écart alimentaire et/ou oublié médicamenteux est sanctionné par la reprise des troubles initiaux. Le bilan allergologique pour les pneumallergènes et les trophallergènes est négatif.

Une fibroscopie gastrique de contrôle est pratiquée après 2 ans de prise en charge : l'œsophagite et la gastrite ont disparu, l'endobrachyœsophage est inchangé.

Commentaires : ce cas d'adulte très fréquent dans nos consultations est une illustration de ces formes méconnues depuis de longues années, traitées empiriquement, qui aboutissent à une complication majeure du RGO, l'endobrachyœsophage.

6. Cas clinique 5

Mathias, né le 19 mars 1999, est vu pour la première fois à l'âge de 5 ans pour un syndrome d'allergies multiples en particulier alimentaires à expression dermorespiratoire.

Dans les antécédents familiaux, on retient une mère allergique aux acariens et aux pollens et souffrant d'un asthme sévère. De l'interrogatoire, on retient l'apparition d'un eczéma survenu dès l'âge de 1 mois et persistant depuis lors.

La survenue de 3 bronchiolites dans sa première année signe l'installation probable d'un asthme du nourrisson traité par corticoïdes inhalés. Des troubles digestifs à type de vomissements entraînent une fibroscopie œsophagienne qui révèle l'existence d'une œsophagite. Un TOGD visualise un RGO massif, remontant jusqu'à la carène. Un traitement par IPP est alors administré avec succès pendant une année.

Mathias présente également au cours des années suivantes des manifestations d'allergie alimentaire à l'arachide, à la moutarde et au blé pour lesquelles un régime d'éviction totale a été mis en place. Les parents signalent en plus des poussées intermittentes d'urticaire qui ne semblent pas, après enquête, correspondre à une étiologie allergique.

Sur le plan biologique, les IgE totales sont élevées à 1900 KU/L. Les tests cutanés en prick sont nettement positifs pour le bouleau, l'alternaria, l'arachide, la moutarde et le blé. Les EFR de base sont normales.

Devant ce bilan, il est décidé de maintenir le régime d'éviction qui ne modifie en rien ni les poussées d'eczéma ni les crises d'urticaire. À l'occasion d'une consultation ORL, une hypertrophie adénoïdienne est notée qui entraînera par la suite une adénoïdectomie. La laryngoscopie révèle une inflammation de la margelle postérieure, témoin de la persistance d'une forme haute du RGO découvert dès sa prime enfance. Le traitement par IPP est de nouveau repris et très rapidement la mère signale une amélioration spectaculaire de l'eczéma puis sa disparition et celle des poussées d'urticaire.

Commentaires : ce jeune garçon est venu consulter en réalité pour un syndrome dermorespiratoire associé à des allergies alimentaires multiples. Quant au RGO découvert dans les premiers mois, il a été traité correctement pendant sa première année, mais après disparition des manifestations digestives, les contrôles par pH métrie n'ont plus été effectués et le traitement a été interrompu. Cette observation doit donc attirer l'attention sur l'existence des reflux silencieux au plan digestif, les poussées d'urticaire, essentiellement de décubitus, devant être reconnues comme possible et unique expression d'un RGO oublié mais resté actif sous une forme non conventionnelle.

7. Cas clinique 6

Guillaume, âgé de 2 ans, est vu pour la première fois en 2005 pour une urticaire généralisée avec œdème de la face après avoir consommé des cacahuètes. Durant l'examen, il est noté une conjonctivite et un eczéma prédominant aux plis de flexion. L'interrogatoire fait apparaître l'existence de nombreuses bronchites et otites.

Le bilan allergologique par prick-tests confirme une sensibilisation à l'arachide, à la moutarde et aux squames de cheval. Une trousse d'urgence est prescrite et un PAI instauré. À l'occasion d'une consultation au printemps 2006, on diagnostique une pollinose aux bétulacées et une sensibilisation à *Alternaria*. Une EFR pratiquée est normale à cette époque.

En 2008, la répétition de bronchites, d'otites, puis l'apparition d'un hémorragie et d'un asthme conduisent à l'instauration d'un traitement d'épreuve antireflux, les parents refusant les explorations digestives à la recherche d'un RGO. Un traitement par IPP apporte une nette amélioration avec disparition de la toux, du hémorragie et des douleurs gastriques. Malheureusement, le traitement n'est pas poursuivi, ce qui entraîne la récurrence progressive des symptômes avec aggravation de l'asthme en 2010. Devant une hyperréactivité bronchique importante (Pd 20 de méthacholine à 75 µg), une corticothérapie inhalée par Symbicort® 100 est instaurée. Un nouveau bilan allergologique met en évidence l'existence d'une allergie croisée rosacées/noisette-bétulacées. Les parents refusent la mise en route d'une immunothérapie spécifique prétextant que leur enfant qui pratique le sport ne se plaint pas et que son état ne semble pas a priori inquiétant.

Au cours des deux années suivantes, l'état respiratoire ne s'est pas amélioré et c'est la survenue d'une dysphagie en 2012 qui conduit les parents à revenir consulter. Cette nouvelle évolution conduit à faire pratiquer une fibroscopie digestive en juin 2013 qui met en évidence une hernie hiatale de 1,5 cm et une œsophagite à éosinophiles avec 50 éosinophiles par champ à la biopsie. Le traitement proposé associe un corticoïde dégluti et un IPP.

Un régime d'éviction alimentaire est rapidement mis en place pour l'arachide, le lait de vache, les fruits à coque (noisette, amande, noix), les rosacées crus (pomme, poire, fruits à noyaux, fraise). Les corticoïdes déglutis sont maintenus pendant 10 mois ainsi que le régime alimentaire. Une nouvelle fibroscopie gastrique pratiquée en décembre 2014 objective la normalisation macroscopique et microscopique de la muqueuse œsophagienne. Guillaume continue l'IPP étant autorisé à reprendre uniquement des fruits cuits.

Commentaires : cette observation illustre les difficultés rencontrées quelquefois auprès des familles pour asseoir un diagnostic de RGO chez l'enfant. Un diagnostic précis et posé précocement grâce à une fibroscopie avec biopsies œsophagiennes aurait certainement évité à ce garçon les complications survenues après de longues années d'hésitation.

8. Discussion

De nombreux doutes persistent quant à l'existence de cette affection encore mal connue, voire méconnue, donc mal diagnostiquée dans notre pays et non traitée, avec risque de complications [1-4]. Il paraît indispensable et nécessaire de redéfinir la notion de RGO physiologique (GER) et celui de RGO pathologique véritable maladie (GERD) dans la définition anglosaxonne, étant donné la présence de nombreuses formes atypiques et trompeuses de cette affection [5,6]. En effet, il existe un malentendu en ce qui concerne le diagnostic du reflux

gastro-œsophagien physiologique (ou GER) et du reflux maladie (GERD).

Le reflux gastro-œsophagien non pathologique (GER des anglo-saxons) consiste dans le passage de tout ou d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage, avec ou sans régurgitations et vomissements. Il s'agit d'un processus physiologique, donc normal, survenant plusieurs fois par jour, quel que soit l'âge, chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte. La plupart des épisodes de rejet n'excèdent pas trois minutes, surviennent en période post-prandiale et n'occasionnent que peu ou pas de symptômes. Après l'âge de 4 mois, leur fréquence diminue et le reflux physiologique devrait donc en principe disparaître, aux alentours de la fin de la première année (âge de la marche), lié à la qualité de la clearance œsophagienne.

Par contre, s'il s'agit du RGO maladie (GERD des auteurs anglosaxons), le reflux du contenu gastrique se traduit par une symptomatologie multiple souvent invalidante avec des complications comme l'endobrachyœsophage ou œsophage de Barret de plus en plus fréquent même chez des enfants et des adolescents [7,8].

Par ailleurs, il faut noter que chez le nourrisson et le jeune enfant, il existe des particularités pouvant favoriser le RGO [9]. Ce sont notamment un œsophage abdominal court, un estomac de faible capacité physiologique, un retard de la vidange gastrique avec incompatibilité contenant/contenu. Chez le grand enfant et l'adulte, on peut noter une faiblesse du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO), une altération de la clearance œsophagienne et du couple péristaltisme œsophagien/salivaire, une malposition cardiotubérositaire, quelquefois une hernie hiatale par glissement (différente de la hernie par roulement). Enfin, on insiste sur le rôle favorisant de la surcharge pondérale.

En dehors des formes digestives et extradiigestives décrites depuis la fin du XVIII^e siècle, le RGO silencieux a été rattaché en 1962 par Kennedy [10] à des manifestations respiratoires nocturnes. C'est pour la première fois en 1985 que le RGO a été associé à une allergie aux protéines du lait de vache [11]. Récemment, le RGO a été retrouvé dans 8 à 10 % chez des enfants porteurs d'une œsophagite à éosinophiles [12].

L'incidence réelle du RGO maladie est difficilement appréciable chez le nourrisson, car ne prenant en compte que les régurgitations/vomissements, il est impossible de le dissocier du RGO physiologique [9-14]. Elle serait de 8 % à l'âge de 3 ans [13], de 15 % chez l'adolescent, de 10 à 17 ans, et de 20 à 40 % chez l'adulte, le critère pris en compte étant le pyrosis lui-même présent quotidiennement dans 5 % des cas. Il semblerait, par ailleurs, que le RGO de l'adulte soit parfois le continuum d'une histoire silencieuse ou oubliée, ayant débuté dans la prime enfance (nourrisson), d'où l'intérêt d'un diagnostic précoce dans une éventuelle démarche préventive.

L'existence incontestablement de plus en plus observée de formes familiales [15] a en outre suggéré une possible origine génétique pour les formes les plus sévères et chroniques. C'est ainsi qu'un gène a été récemment identifié qui serait de type autosomique. Il a été localisé sur le chromosome 13q14 [16]. Les influences génétiques sur le RGO pathologique ont été également étudiées chez des jumeaux mono- et dizygotes [17]. Ces

recherches ont confirmé la prévalence du RGO pathologique chez les monozygotes.

Les signes d'appel de RGO pathologique dépendent de l'âge :

- ainsi en période néonatale [18], ce peut être apnée chez le prématuré, vomissements, cris importants, troubles du sommeil, hématemèses précoces (avant le 10^e jour) et associées souvent à une œsophagite sévère ;
- chez le nourrisson, on décrit des manifestations respiratoires aiguës (apnées, stridor), des manifestations digestives (vomissements avec perte de poids), évoquant le diagnostic d'une sténose hypertrophique du pylore. Les hernies hiatales sont fréquentes. C'est une période pendant laquelle une intolérance et/ou une allergie aux protéines du lait de vache (I/APLV) doit être systématiquement recherchée [19]. L'œsophagite est fréquente chez le nourrisson (fibroscopie gastrique de stade 1 et 2 selon la classification de Savary). On observe également des manifestations « neurologiques » à type de malaises graves, survenant après les repas, au cours des changes, des troubles du comportement (pleurs inconsolables avec sommeil agité). Le « near-miss » est une entité liée à la mort subite qui présente les mêmes mécanismes physiopathologiques. Il ne s'en distingue que par son issue souvent liée à la précocité du traitement, alors que la mort subite inexplicée du nourrisson ne semble plus actuellement être imputée en grande partie au RGO [20] ;
- chez l'enfant et l'adolescent, ce peut être la découverte d'un RGO apparemment asymptomatique, chez des enfants souffrant d'épisodes laryngés, d'otites à répétition, et/ou de bronchopneumopathies récidivantes et chez lesquels, on découvre souvent une œsophagite sévère. On décrit aussi des formes douloureuses intéressant le tube digestif avec aphtes, brûlures d'estomac, douleurs épigastriques et rétrosternales, éructations, abdomen distendu après les repas, dysphagie (symptôme d'œsophagite). Souvent, il peut s'agir d'une douleur abdominale chronique sans sémiologie claire orientant vers une pathologie de l'œsophage.

Chez les enfants encéphalopathes, le RGO est fréquent et quelquefois difficile à diagnostiquer. Le syndrome de Barrett ou endobrachyœsophage, rare en pédiatrie dont nous avons rapporté quelques cas chez des enfants et des adolescents [7–9].

Une forme neurologique particulière est constituée par le syndrome de Sandifer, à rechercher chez un enfant présentant un torticolis qui en réalité n'est qu'une attitude antalgique, attitude adoptée par l'enfant pour combattre la douleur en rapport avec des douleurs secondaires à une inflammation de l'œsophage liées elles-mêmes à un reflux gastro-œsophagien (la hernie hiatale). Le traitement médical du problème digestif va permettre un retour à une position et à une mobilité normale de la tête et du cou. Dans quelques cas, une intervention chirurgicale est indiquée pour faire disparaître la hernie [9] ;

- chez l'adulte, deux symptômes sont hautement évocateurs et suffisent à eux seuls à faire porter cliniquement le diagnostic. Ce sont le pyrosis douleur rétrosternale ascendante, à type de brûlures, apparaissant en postprandial, lors de l'antéflexion du tronc ou encore en décubitus avec alors un véritable syndrome

postural (pyrosis postural) et les régurgitations de liquide acide dans le pharynx ou le cavum. D'autres symptômes peuvent faire suspecter une pathologie de RGO mais sont moins spécifiques. Ce sont soit des douleurs épigastriques ou brûlures épigastriques ou rétrosternales localisées sans irradiation ascendante, soit une odinophagie (douleur rétrosternale apparaissant au moment de la déglutition), en faveur de lésions d'œsophagite, soit une dysphagie intermittente ou permanente devant faire suspecter une sténose ou un trouble de la motricité œsophagienne associé et imposant systématiquement une fibroscopie pour éliminer un cancer.

D'autres symptômes sont nettement atypiques :

- douleur rétrosternale pouvant simuler en tous points une insuffisance coronarienne et devant faire éliminer avant tout cette pathologie artérielle ;
 - manifestations respiratoires à type de dyspnée nocturne ou de crises d'asthme. Il existe en effet une intrication fréquente du RGO et de la maladie asthmatique, l'un aggravant l'autre vice-versa. On décrit aussi des toux chroniques, des hémoptysies, des bronchites et pneumopathies à répétition, des hoquets chroniques. Il existe aussi un lien avec le syndrome d'apnée du sommeil [21] ;
 - manifestations pharyngées allant des paresthésies (globus hystéricus) ou gêne lors de la déglutition de salive aux « fausses angines » avec essentiellement des signes de pharyngite, manifestations laryngées avec dysphonie ou enrouement souvent au réveil ;
 - dorsalgies évoquant des troubles rhumatologiques ;
 - troubles d'endormissement ;
 - manifestations ORL comprenant dyspnées laryngées, toux trachéale nocturne, sinusites, enrouement chronique, voix rauque, pharyngite chronique, douleurs à la déglutition avec sensation de « boule dans la gorge ». Ces sensations disparaissent lors de la déglutition.
- Ce sont aussi des otites récidivantes aiguës ou séreuses, notamment chez l'enfant, avec ou sans trouble auditifs et pour lesquelles la recherche d'un RGO est souvent confirmée [22,23] ;
- manifestations dentaires à type de gênes douloureuses bucco-pharyngées aggravées par la prise de mets ou boissons acides. Les lésions dentaires (atteinte de l'émail) se voient chez des adolescents, et sont situées au niveau des incisives et des prémolaires. Elles sont reconnaissables à leur aspect en cuvette qui les distingue de la carie [24] ;
 - formes cutanées avec quelques observations faisant état de l'association d'eczéma de RGO et d'allergie alimentaire [8,25–28].

Par ailleurs, les relations entre RGO et allergie sont complexes puisque les symptômes peuvent être trompeurs et que le RGO peut aggraver ou favoriser un état allergique notamment vis-à-vis des allergènes alimentaires (Fig. 1). Cette situation est illustrée dans les cas cliniques présentés.

Les observations 1 et 4 sont des cas d'endobrachyœsophage, la première concerne un adolescent de 14 ans où

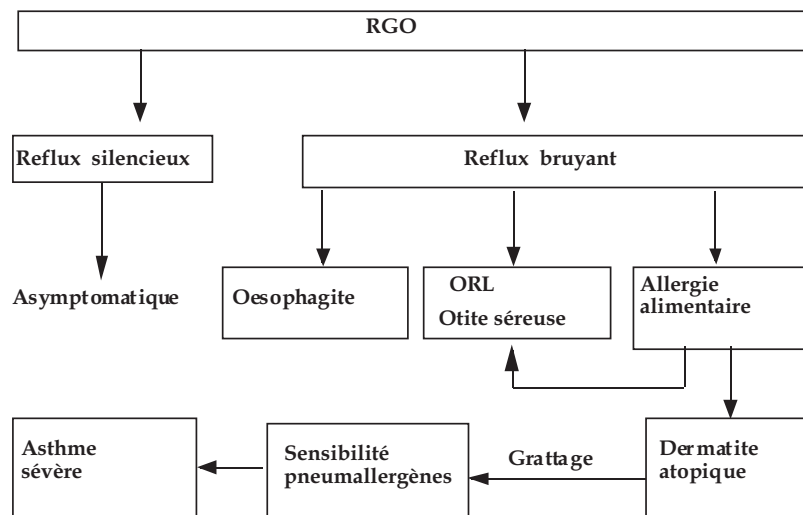


Fig. 1. Relations entre RGO, allergie alimentaire et autres manifestations allergiques.
D'après Paul Molkhou, Symposium SHS Londres Royal College Londres, 2002 [29].

l'endobrachyœsophage a été découvert suite à l'existence d'une urticaire de décubitus, la seconde chez un adulte de 38 ans. Ce sont des découvertes fortuites de complications restées longtemps méconnues, complications majeures d'un RGO resté silencieux et/ou négligé.

L'observation 3 est un exemple d'erreurs diagnostiques répétées par omission d'une recherche d'un RGO devant la persistance d'une toux sèche, considérée comme ne pouvant être liée qu'au seul asthme, et ce, malgré l'échec répété du traitement.

Dans les observations 2, 5, et 6, il s'agit d'enfants allergiques aux aliments, d'âge différent, le premier était allergique aux protéines lactées bovines, le second et le troisième étant des poly-allergiques. Ils présentent tous les trois une œsophagite à éosinophiles, en plus d'un eczéma et d'une urticaire dans le cas 5. La recherche systématique d'un RGO pathologique et la mise sous traitement a permis à ces enfants de recouvrer un état de santé normal malgré les difficultés rencontrées auprès des familles.

9. Conclusion

Le reflux gastro-œsophagien pathologique peut se présenter sous des formes atypiques et souvent silencieuses faisant souvent errer le diagnostic. Ceci est d'autant plus vrai chez le patient allergique où les signes sont bâtarde ou masqués par la symptomatologie allergique. Le dépistage du RGO est indispensable, compte tenu de l'impact important sur la qualité de vie et du risque de complications potentiellement sérieuses.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Gottrand F. Reflux gastro-œsophagien de l'enfant : des médicaments largement prescrits, souvent inutiles et parfois délétères. Entretiens Bichat 2011.
- [2] Curien-Chotard M, Jantchou P. Prévalence et histoire naturelle du reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson : étude d'une cohorte française ERGO (étude épidémiologique du reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson en Franche Comté). Medscape 2013.
- [3] Gomez M. RGO : un enfant sur 2 est traité pour rien. Pourquoi Docteur; 2013.
- [4] Eisendrath P, Tack J, Devière J. Diagnosis of gastroesophageal reflux disease in general practice: a Belgian national survey. Endoscopy 2012;34:998-1003.
- [5] Sullivan JS, Sundaram SS. Gastroesophageal reflux. Pediatr Rev 2012;33:243-53.
- [6] Katz PO, Gerson LB, Vela MF. (March 2012) Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2013;108:308-28.
- [7] Dupont C, Dhellemmes C, Khakifa G, Molkhou P, Hélarlot P. Observation radio endoscopique, endobrachyœsophage. Pédiatrie 1987;42:261-5.
- [8] Molkhou P. Gastroesophageal reflux (GER) and food allergy. ACI Int 2001;13:129-30.
- [9] Molkhou P. Reflux gastro-œsophagien chez l'enfant. In: EMC Pédiatrie. Paris: Elsevier SAS; 2005, 4-014-L-10.
- [10] Kennedy JH. Silent gastroesophageal reflux: an important but little known cause of pulmonary complications. Chest 1962;42:42-5.
- [11] Forget P, Arends JW. Cow's milk protein allergy and gastroesophageal reflux. Eur J Pediatr 1985;144:298-300.
- [12] Molkhou P, Wagué JC. L'œsophagite à éosinophiles chez le jeune enfant en 2011. Réflexions à propos de 3 observations. Pediatr Prat 2011:228.
- [13] Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK, Pediatric practice research group. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during childhood. A pediatric practice-based survey. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:150-4.
- [14] Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-œsophageal reflux disease: a systematic review. Gut 2005;54:710-7.
- [15] De Boissieu D, de Montis G, Badoual J. Formes familiales de reflux gastro-œsophagien. Ann Pediatr (Paris) 1990;37:221-5.
- [16] Hu FZ, Preston RA, Post JC, White GJ, Kikuchi LW, Wang X, et al. Mapping of a gene for severe pediatric gastroesophageal reflux to chromosome 13q14. JAMA 2000;284:325-34.
- [17] Cameron AJ, Lagergren J, Henriksson C, Nyren O, Locke GR, Pedersen N. Gastroesophageal reflux disease in monozygotic and dizygotic twins. Gastroenterology 2002;122:55-9.
- [18] Poets CF. Gastroesophageal reflux: a critical of its role in preterm infants. Pediatrics 2004;113:128-32.
- [19] Molkhou P. Quand penser à une APLV chez un nourrisson avec RGO ? Pediatr Prat 2012:242.

- [20] Molkhou P. Reflux gastro-œsophagien et affections respiratoires chroniques de l'enfant. Paris: Édition Ipsen; 1987.
- [21] Chollet R. Le reflux gastro-œsophagien atypique. Eentretiens Bichat 2011.
- [22] Molkhou P, Dupont C. Symptômes digestifs et ORL. 1^{re} partie. Rev Off Soc Fr ORL 1996;39:65–9.
- [23] Contencin P. Manifestations ORLdu reflux gastro-œsophagien. In: EMC Oto-rhino-laryngologie. Paris: Elsevier SAS; 1995 [20-822-A-10].
- [24] 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;6:384–9.
- [25] Molkhou P, Wagué JC. Eczéma, reflux gastro-œsophagien et allergie alimentaire. Dermatol Prat 2004;183.
- [26] Cafarelli C, Cavagni G, Deriu FM, Zanotti P, Atherthon DJ. Gastrointestinal symptoms in atopic eczema. Arch Dis Child 1998;78:230–4.
- [27] Kokkonen J, Similä S, Herva R. Gastrointestinal findings in atopic children. Eur J Pediatr 1980;134:249–54.
- [28] McCalla R, Savilathi E, Perkkio M, Kuitunen P, Backman A. Morphology of the jejunum in children with atopic eczema due to food allergy. Allergy 1980;35:563–71.
- [29] Molkhou P. Relations entre RGO allergie alimentaire et autres manifestations allergiques. Londres: Symposium SHS, Royal College; 2002.