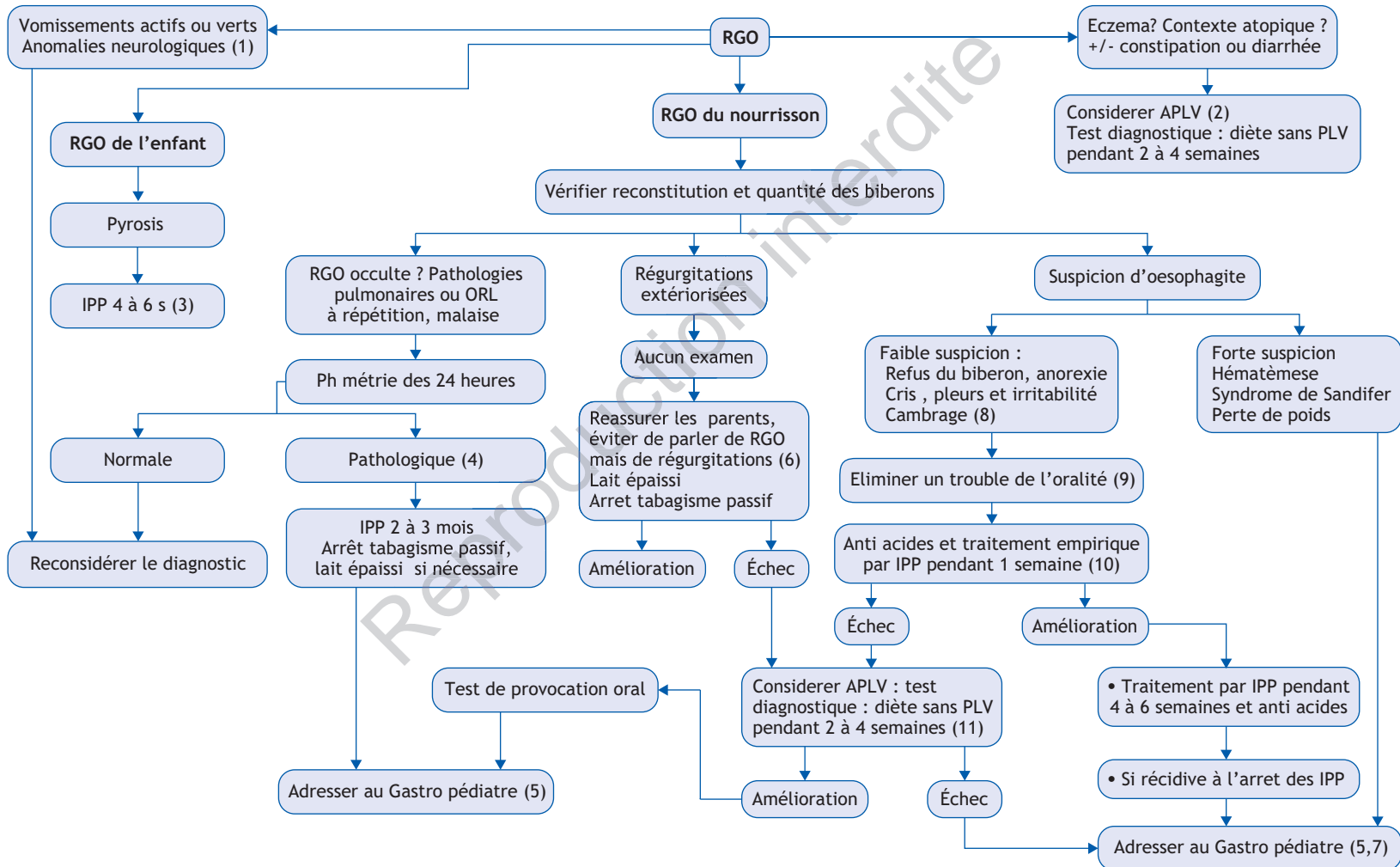


M. Bellaïche*, A. Mosca, J. Viala

Service de gastroentérologie pédiatrique, hôpital Robert-Debré (AP-HP), 4, boulevard Sérurier,
75019 Paris, France



■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) Les vomissements actifs ne correspondent pas au reflux gastro-œsophagien (RGO) qui est une remontée passive du liquide gastrique. Devant des vomissements, l'enquête étiologique est différente à la recherche d'une cause médicale (en particulier neurologique, métabolique ou infectieuse) ou chirurgicale (le caractère bilieux des vomissements signe un obstacle sous Vaterien).

(2) Dans quelques études italiennes, l'allergie aux protéines de lait de vache (APLV) est à l'origine de près de 50 % de RGO dans un contexte atopique.

(3) Comme chez l'adulte, chez l'enfant qui peut s'exprimer, un pyrosis nécessite un traitement empirique par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pendant 4 à 6 semaines.

(4) Les critères de pH-métrie pathologiques sont d'ordre quantitatif et qualitatif. L'index de reflux > 4,5 % sur 24 heures est défini chez le grand enfant et l'adulte mais chez le nourrisson, la limite n'est pas aussi tranchée (percentiles en fonction de l'âge). D'un point de vue qualitatif, le nombre de reflux (< 2,2 reflux par heure) et la clairance œsophagienne (reflux le plus

long < 15 min) doivent être considérés. Dans les manifestations respiratoires, il existe volontiers un type de tracé avec des pics de reflux diurnes fréquents, sans toutefois qu'on puisse lui attribuer avec certitude une valeur pathologique. La place de l'impédancemétrie reste à définir dans ce cadre.

(5) Toute prescription renouvelée d'IPP exige une consultation avec un gastro pédiatre. Effectivement, les effets secondaires des IPP sont de 14 % et la récurrence des symptômes à l'arrêt des IPP n'est pas toujours due au RGO acide. L'inflation de prescription des IPP est telle qu'un deuxième avis est indispensable.

(6) La gravité des symptômes et du ressenti des parents est moindre quand on évite de parler de RGO, synonyme de maladie auprès des familles au profit de régurgitations.

(7) Des explorations complémentaires se discutent dans ces situations cliniques (endoscopie, manométrie œsophagienne).

(8) Une étude bien menée contre placebo montre l'inefficacité des IPP sur chacun de ces symptômes. Toutefois, l'addition de plusieurs de ces symptômes peut être témoin d'une œsophagite.

(9) Des troubles de l'oralité du nourrisson peuvent être à l'origine d'un refus alimentaire et mimer des signes pouvant faire évoquer une œsophagite.

(10) Le rapport bénéfice risque de la prescription de prokinétiques n'est pas favorable. Il n'y a donc plus lieu de prescrire aucun prokinétiques dans le RGO du nourrisson. Cinquante pour cent des nourrissons sont améliorés par un placebo. Attention donc à ne pas affirmer avec certitude un RGO compliqué sur la seule réponse aux IPP. Devant l'association d'un RGO et d'un inconfort et/ou d'une difficulté à s'alimenter et/ou d'une croissance modeste, un essai empirique par un IPP peut être proposé. Cette attitude est discutée, voire contestée par certains, adoptée par d'autres.

(11) Un essai empirique par une diète sans PLV doit être proposé devant un RGO résistant à une prise en charge hygiéno-diététique bien menée.

■ Liens d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun lien d'intérêts pour cet article.

■ Références

- Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519-26.
- Iacono G, Carroccio A, Cavataio F, et al. Gastroesophageal reflux and cow's milk allergy in infants: a prospective study. *J Allergy Clin Immunol* 1996;97:822-7.
- Cavataio F, Iacono G, Montalto G, et al. Gastroesophageal reflux associated with cow's milk allergy in infants: which diagnostic examinations are useful? *Am J Gastroenterol* 1996;91:1215-20.
- Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guideline Recommendations of NASPGHAN and ESPGHAN. *J Pediatr Nutr* 2009;49:498-547.
- Saint-Maurice D, Michaud L, Guimber D, et al. pH-métrie œsophagienne et manifestations respiratoires récidivantes de l'enfant : est-il possible de limiter l'enregistrement à la période diurne ? *Arch Pediatr* 2002;9:1236-40.
- Working Group of the European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. A standardized protocol for the methodology of esophageal pH monitoring and interpretation of the data for the diagnosis of gastro-œsophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992;14:467-71.
- Wenzl TG, Moroder C, Trachterna M, et al. Esophageal pH monitoring and impedance measurement: a comparison of two diagnostic tests for gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;34:519-23.
- Hassall E. Over-Prescription of Acid-Suppressing Medications in infants: How it Came About, Why It's Wrong, and What to Do About It. *J Pediatr* 2012;160:193-8.
- Chen IL, Gao WY, Johnson AP, et al. PPI use in infants: FDA reviewer experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012; 54:8-14.
- Scherer D, Zikmund-Fisher BJ, Fagerlin A, et al. Influence of "GERD" Label on Parents' Decision to Medicate Infants. *Pediatrics* 2013;131:839-45.
- Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, et al. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr* 2009;154:514-20.
- Gastro-oesophageal reflux disease: recognition, diagnosis and management in children and young people. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 14/01/2015.
- Mouterde O, Chouraqui JP, Ruemmele F, et al. Cessons de prescrire des inhibiteurs de pompes à proton pour suspicion de reflux gastro-œsophagien, en dehors des indications justifiées ! *Arch Pediatr* 2014;7:686-9.