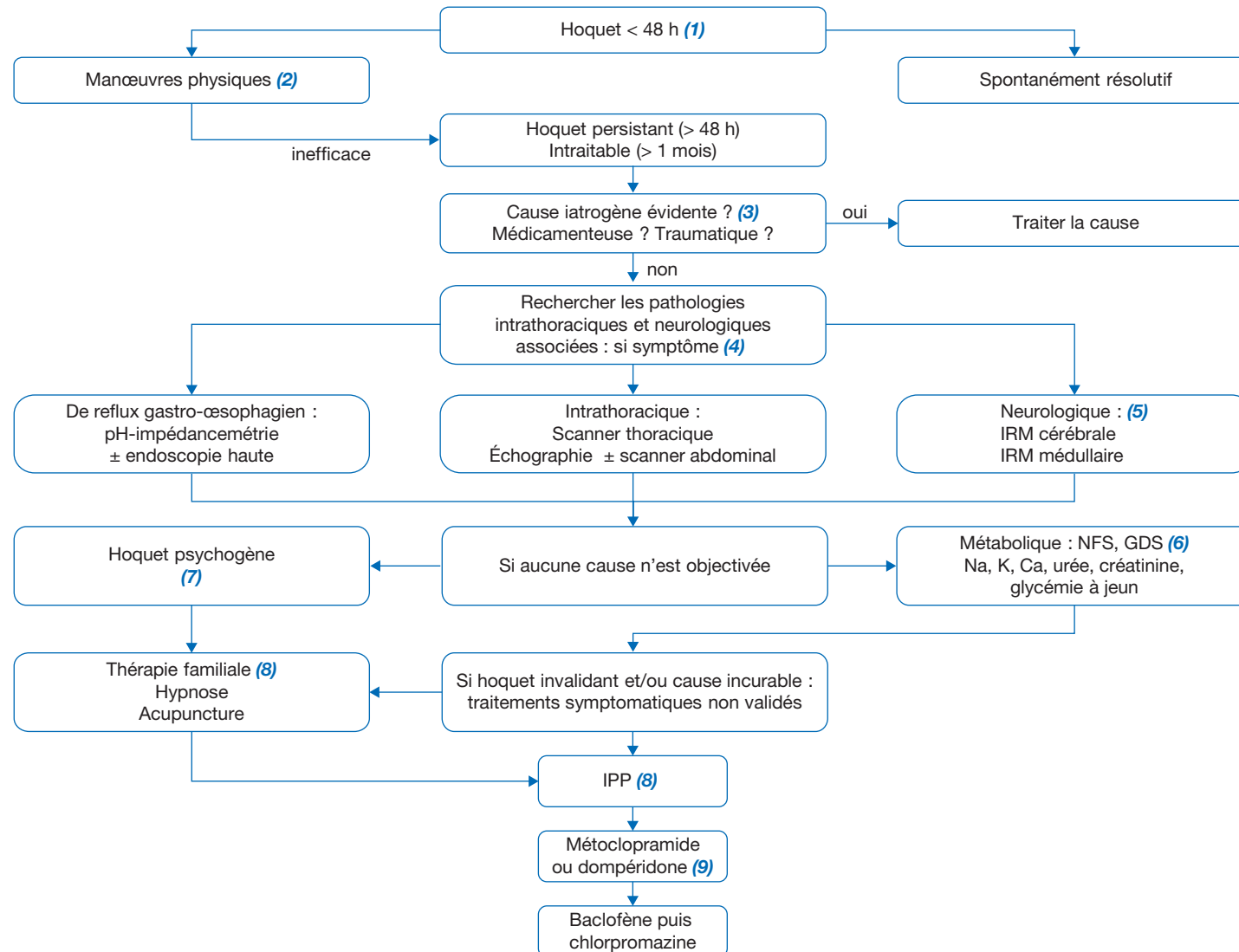


J. Viala

Service de gastro-entérologie pédiatrique, hôpital Robert-Debré, 48 boulevard Sérurier, 75019 Paris



Correspondance.

Adresse e-mail : jerome.viala@aphp.fr (J. Viala).

■ Arbre diagnostique – Commentaires

(1) L'immense majorité des hoquets cède spontanément en quelques minutes. Ils sont déclenchés par la stimulation d'un arc réflexe qui relie les afférences vagales, diaphragmatiques et sympathiques au réseau neurologiques central formé par l'hypothalamus, le tronc cérébral et la moelle cervicale dont les efférences stimulent les muscles intercostaux et le diaphragme. Chez l'adulte, l'homme est plus fréquemment atteint (OR = 2,42). En l'absence d'étude pédiatrique, l'ensemble de nos connaissances dérivent de situations adultes.

(2) De nombreuses manœuvres physiques ont été décrites efficaces sans réelle étude : les stimulations vagales par frayer, compression oculaire, massage carotidien, les stimulations œsopharyngées par l'ingestion massive et rapide d'eau, la morsure dans un citron, l'instillation nasale de vinaigre, l'ingestion de sucre, ou les stimulations respiratoires par l'apnée, la bloquée en inspiration forcée et extension du cou, manœuvre de Valsalva... La majorité de ces techniques agiraient par élévation de la capnie. Un simple maintien aussi prolongé que possible d'une apnée en expiration serait tout aussi efficace. Si le hoquet persiste, il convient d'éliminer les causes simples et souvent iatrogènes : chirurgie thoracique ou intracrânienne, endoscopie digestive haute ou bronchique, endoprothèse œsophagienne, intubation trachéale, cathéter central ou intrarachidien. Les médicaments ont également été incriminés : stéroïdes, agonistes de la

dopamine, benzodiazépines, opioïdes, barbituriques, macrolides, chimiothérapie (sels de platine). Une alcoolisation aiguë ou chronique doit également être éliminée.

(3) Si le hoquet persiste et devient gênant, une recherche étiologique s'impose avec trois causes principales : pathologies intrathoraciques, neurologiques et psychogènes. Cependant, les causes de hoquet restent mal connues car découlant de simples cas rapportés ou de courtes séries.

(4) De nombreuses lésions inflammatoires, tumorales, vasculaires ou infectieuses des organes thoraco-abdominaux peuvent engendrer un hoquet. Dans un centre de gastro-entérologie adulte, les hoquets persistants avaient une cause digestive dans 80 % des cas (reflux gastro-œsophagien (RGO), œsophagite, achalasie, gastrite, ulcère, gastroparésie, cholécystite, lithiase biliaires, transplantation hépatique, pancréatite, maladies inflammatoires digestives, cancers digestifs). Les autres causes sont cardiopulmonaires (infarctus, péricardite, tuberculose, grippe, médiastinite, pleurésie, pneumopathie, asthme, abcès, traumatisme thoracique, tumeurs médiastinales), et plus rarement intra-abdominales (grossesse, hydronéphrose, splénomégalie, pathologies prostatiques, cancer utérin). Comme 70 % des adultes consultant pour hoquet souffrent de RGO, la pH-impédancemétrie est fréquemment prescrite en cas de hoquet isolé et les explorations scanographies ou endoscopiques en cas de symptômes évocateurs ou d'absence de RGO.

(5) Toute lésion du circuit neurologique impliqué peut induire un hoquet. Les causes neurologiques fréquemment rapportées chez

l'adulte sont les tumeurs intracrâniennes, l'épilepsie, les lésions vasculaires (ischémie, hémorragie, thrombose, anévrisme) et la sclérose en plaques. Selon les symptômes, une IRM cérébrale ou médullaire peut révéler les lésions.

(6) L'hyponatrémie, l'hypocalcémie, la maladie d'Addison et le diabète ont été associés au hoquet. D'autres désordres métaboliques ont également été rapportés : l'hyperurémie, l'hypokaliémie et l'insuffisance rénale.

(7) Des cas de hoquet psychogène ont été décrits chez l'adolescent. Le contrôle familial des bénéfices secondaires a permis de faire disparaître les symptômes.

(8) L'essentiel du traitement des hoquets persistants relève du traitement de la cause. Cependant, un traitement empirique par inhibiteur de la pompe à protons apparaît sûr et efficace chez 66 % des adultes.

(9) Au vu du niveau de preuve disponible, une méta-analyse adulte de 2015 a proposé que l'escalade thérapeutique utilise le baclofène avant le métoclopramide ou le dompéridone pour finir avec la chlorpromazine. Au vu des effets secondaires neurologiques et des habitudes pédiatriques, le métoclopramide et dompéridone semblent d'utilisation plus aisée chez l'enfant avant d'envisager les deux autres alternatives.

■ Lien intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts en relation avec cet article.

■ Références

- Kohse EK, Hollmann MW, Bardenheuer HJ et al. Chronic Hiccups: An Underestimated Problem. *Anesth Analg* 2017;125:1169-83.
- Cymet TC. Retrospective analysis of hiccups in patients at a community hospital from 1995-2000. *J Natl Med Assoc* 2002;94:480-3.
- Cabane J, Bizet J-L, Derenne J-P. Le hoquet chronique est souvent une maladie œsophagienne. Une étude prospective de 184 cas. *Press Med* 2010;39:e141-6.
- Steger M, Schneemann M, Fox M. Systemic review: the pathogenesis and pharmacological treatment of hiccups. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;42:1037-50.