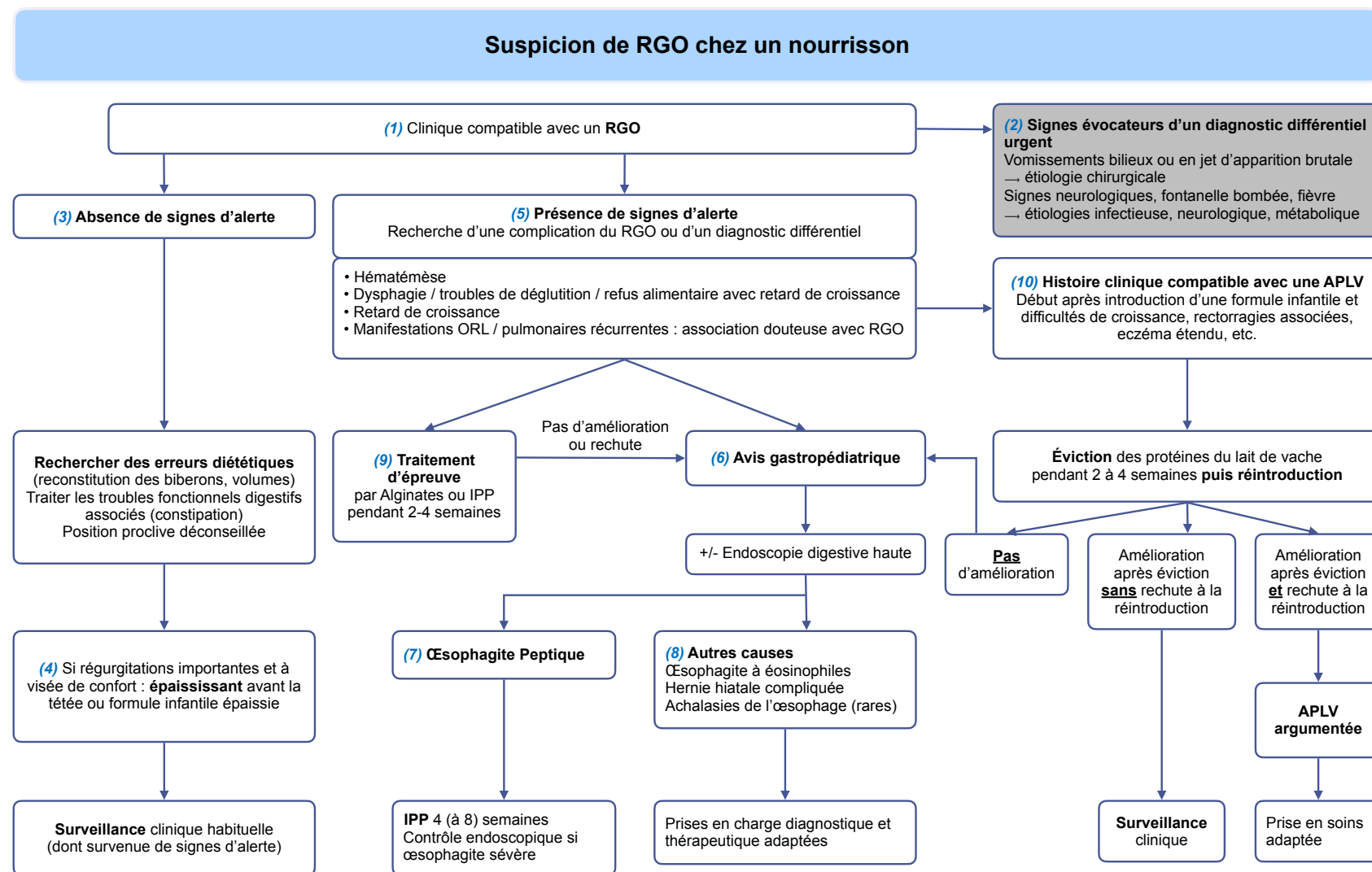




Abréviations :

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

RGO : reflux gastro-œsophagien

APLV : allergie aux protéines du lait de vache

*Auteur correspondant : camille.jung@chicreteil.fr (C. Jung)

Liens d'intérêts déclarés :

C. Jung. Activité de conseil scientifique sur des études cliniques

ou de présentations de sujets scientifiques pour : Menarini, Guigoz, Lactalis, Danone, Biostime

Article validé par : Association Française d'ORL Pédiatrique (AFOP), Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), Groupe Francophone d'Hépatologie – Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP), Groupe de Pédiatrie Générale sociale et environnementale (GPGse).

Remerciements aux relecteurs : T. Van Den Abbeele (AFOP), S. Brancato, F. Couttenier (AFPA), K. Garcette, A. Lalanne (GFHGNP), C. Guiheneuf (GPGse).

■ Introduction

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) du nourrisson est une affection bénigne et spontanément favorable, présent chez 40% des nourrissons de 4 mois. Dans certains cas, il peut être très invalidant, source d'inconfort pour le nourrisson et d'inquiétude pour les parents. Lorsque l'inconfort est important, ou lorsque le RGO est compliqué (d'une œsophagite par exemple), on parle de « RGO maladie ». Cette terminologie est adaptée à l'adulte et à l'enfant qui est à même de décrire précisément leur gêne en lien avec le reflux, mais peu aux nourrissons qui sont par ailleurs souvent jugés inconfortables les premières semaines, avec ou sans RGO.

En l'absence de meilleure définition, l'ESPGHAN a conservé le terme de « RGO maladie » pour les nourrissons très inconfortables. La difficulté est de pouvoir corréler ces symptômes d'inconfort au RGO. En effet, les reflux caractérisés en pH-impédancemétrie chez le nourrisson sont faiblement corrélés aux symptômes classiquement attribués au RGO : irritabilité, apnée, bradycardie, malaise, opisthotonos, difficultés alimentaires, etc. De même, l'association entre pathologies pulmonaires / ORL du nourrisson (stridor, pneumopathies / laryngites à répétition, etc.) et RGO reste difficile à établir et ne doit être retenue que dans des situations ciblées.

La plupart du temps, le RGO du nourrisson, qu'il soit physiologique ou source d'inconfort, ne requiert pas de traitement médicamenteux. Son diagnostic est clinique. En cas de signe d'alerte, il faut savoir rechercher des complications du RGO (rares chez le nourrisson) qui peuvent nécessiter des traitements spécifiques, ou évoquer un diagnostic différentiel de RGO.

■ Conduite à tenir devant un un reflux gastro-œsophagien du nourrisson

(1) Le RGO se caractérise par la remontée du contenu gastrique dans l'œsophage avec ou sans extériorisation. Il est également classé comme un trouble fonctionnel intestinal (TFI) défini ainsi : présence de régurgitations 2 fois ou plus par jour pendant 3 semaines ou plus, chez un nourrisson en bonne santé âgé de 3 semaines à 12 mois et sans signe d'alerte associé.

(2) Cette définition exclut de fait toutes les **autres causes de vomissements dont certaines urgences** (non traitées dans ce PAP) : tableaux d'occlusion gastro-intestinale (sténose du pylore, invagination intestinale aiguë, etc.) ; causes neurologiques (hydrocéphalie, hématome sous-dural, etc.) ; métaboliques, infectieuses, toxiques, etc.. Il est essentiel de rappeler que tout nourrisson doit être examiné de manière complète par un médecin ayant des compétences en pédiatrie, incluant la palpation abdominale et des orifices herniaires, ainsi que les mensurations dont le périmètre crânien.

(3) Dans la plupart des cas, le **RGO est un TFI et il n'y a pas de signe d'alerte** **(5)**. Dans cette situation, il convient de **rechercher les erreurs diététiques** : erreurs de reconstitution des biberons ou volume des biberons trop important pour l'enfant. On peut proposer un fractionnement des repas, même si cela n'améliore pas toujours le reflux. Dans tous les cas, le couchage à plat dos reste absolument recommandé ; **le proclive est déconseillé** en dehors d'un service de soins. Le traitement de la constipation éventuellement associée améliore également les symptômes.

(4) Épaissir le lait est le seul traitement qui a montré son efficacité dans la réduction de la fréquence des régurgitations du nourrisson dans des études contrôlées et dans une Cochrane de 2017. Les épaississants sont soit à base de farine de graines de caroube (utilisable dès 42SA d'âge corrigé), d'amidons (maïs, riz ou pomme de terre, tapioca) ou de pectine. En cas d'allaitement maternel et de RGO très invalidant, l'ESPGHAN préconise d'épaissir une petite

quantité de lait de mère tiré avant la tétée. Attention, le lait de mère contenant de l'amylase active à 37°C, l'épaississant utilisé ne doit pas être à base d'amidon. Pour les bébés non allaités, il est possible soit d'utiliser une formule anti-reflux soit d'épaissir avec un épaississant exogène. Les épaississants sont à l'origine de trouble du transit (diarrhée ou constipation) dans 10% des cas. En cas de trouble du transit invalidant, il convient de changer de type d'épaississant (caroube, amidon, ou mélange caroube / amidon +/- pectine).

(5) Des signes d'alerte doivent faire évoquer une complication du RGO et/ou rechercher un diagnostic différentiel : retard de croissance, troubles de la déglutition ou dysphagie (œsophagite à éosinophiles, œsophagite peptique ou non, troubles moteurs de l'œsophage, etc.), refus alimentaire (APLV, œsophagite, etc.), hématurie (œsophagite, gastrite), dystonie paroxystique (syndrome de Sandifer). Dans ces situations, un avis gastro pédiatrique rapide (<1 mois) est requis. A l'inverse, les malaises graves inattendus ou apnées sont rarement secondaires à un RGO chez le nourrisson. Il en est de même à cet âge des manifestations respiratoires hautes ou basses récurrentes. Les signes cliniques suivants : pleurs prolongés et inexpliqués (y compris en cours de repas ou au décours), opisthotonos, mâchonnement, irritabilité, apnées, malaises ou difficultés alimentaires sont trop souvent attribués à tort à un RGO.

(6) En cas de signe d'alerte et d'adressage au gastropédiatre, ce dernier posera ou non l'indication d'une endoscopie digestive haute à la recherche soit d'une complication du RGO (œsophagite peptique notamment), soit d'un diagnostic différentiel (œsophagite à éosinophiles, etc.). Ces diagnostics sont rares les premiers mois de vie mais doivent être évoqués en cas de signes d'alerte. En cas d'hématurie authentique, l'enfant doit être adressé aux urgences pédiatriques pour évaluation et avis spécialisé.

(7) Le diagnostic d'œsophagite n'est pas clinique mais endoscopique, confirmé par l'analyse anatomopathologique des biopsies œsophagiennes permettant d'en rechercher l'étiologie. Elle est rare chez le nourrisson. Un traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP), par esomeprazole ou omeprazole, à la dose de 1 mg/kg en 1 prise par jour pendant 4 semaines est indiqué en cas d'œsophagite **peptique**. En cas d'œsophagite sévère (très exceptionnelle à cet âge), la durée est de 8 semaines, avec un contrôle endoscopique à la fin de traitement.

(8) Autres causes de régurgitations. Le symptôme « régurgitation / vomissement » n'est pas spécifique du RGO. Les étiologies chirurgicales doivent en premier lieu être éliminées (sténose du pylore en particulier chez le nourrisson de 3 à 5 semaines). De même, ce symptôme peut être un signe d'alerte de très nombreuses manifestations aigues infectieuses, métaboliques, digestives, allergiques, etc. ou être associé à des pathologies neurologiques.

Un nourrisson qui a des vomissements après la prise du biberon / sein, une stagnation pondérale tout en buvant avec appétit doit faire suspecter un diagnostic différentiel du RGO (sténose du pylore, œsophagite à éosinophiles, sténose congénitale de l'œsophage, achalasie de l'œsophage, etc.).

(9) Un traitement d'épreuve par alginate (alginate de sodium, 1 à 2 ml/kg après chaque repas et non mélangé au lait ou aux aliments selon les RCP en vigueur) ou par IPP est parfois proposé. Ce traitement d'épreuve ne repose sur aucune base scientifique solide dans l'indication RGO acide du nourrisson. En effet, si l'effet placebo des IPP est clair dans les phases d'open-label run-phase des essais contrôlés, les phases en double aveugle n'ont pas montré d'amélioration des reflux et des symptômes attribués au RGO malgré une diminution de la sécrétion gastrique acide. Le traitement d'épreuve par IPP ne doit pas être la règle chez le nourrisson et ne doit pas dépasser 2-4 semaines, ce d'autant que les effets secondaires des IPP (augmentation de la susceptibilité aux infections, altération de l'absorption d'oligo-éléments / vitamines, modification de la flore digestive, etc.) sont de plus en plus documentés. Concernant les alginates de sodium, ils forment après administration en fin de repas un gel mousseux et visqueux dans l'estomac qui agit comme barrière pour prévenir les épisodes de reflux. Le niveau de preuve de leur efficacité est faible mais leur

tolérance semble bonne, ce qui a conduit à l'ESPGHAN à les recommander en cas de RGO invalidant.

En l'absence d'amélioration, après 4 semaines de traitement d'épreuve ou de rechute, les IPP doivent être arrêtés et un avis gastropédiatrique doit être (re)sollicité. Enfin, la place de la pH-impédancemétrie (pH-IMP), qui est l'examen de référence pour quantifier et qualifier un reflux acide basique ou gazeux, n'est pas claire dans la prise en charge du RGO du nourrisson, les signes d'inconfort ou d'alerte étant peu corrélés à la présence d'un RGO.

(10) Il existe de rares situations où une **allergie aux protéines du lait de vache** (APLV) non IgE-médiée se manifeste par une symptomatologie de RGO invalidant avec stagnation pondérale ou refus alimentaire après l'introduction des protéines du lait de vache (PLV). Cette situation clinique est distincte du syndrome d'entérocolite induite par les protéines alimentaires (SEIPA) dans sa forme aiguë, dans lequel les vomissements sont profus et répétés, associés à une pâleur ou léthargie dans les heures suivant l'ingestion de lait (1 à 4 heures habituellement). En cas de doute sur une APLV non IgE-médiée mimant un RGO, en particulier s'il existe d'autres signes cliniques évocateurs (diarrhée, rectorragies, eczéma important, etc.), un **test d'éviction / réintroduction** progressive peut être effectué avec un hydrolysat poussé de protéines du lait de vache ou de riz. Dans ces situations, la réintroduction dans les 2 à 4 semaines est essentielle pour attester de l'APLV et éviter des régimes non nécessaires car d'une part, les APLV se manifestant par un RGO sont peu fréquentes ; et d'autre part, une éviction prolongée des PLV favorise secondairement les troubles du comportement alimentaires du petit enfant (TCAPE) ainsi que la survenue potentielle d'une APLV authentique (rupture d'exposition). En pratique, le diagnostic d'APLV est porté et le régime sans PLV poursuivi uniquement si les signes cliniques récidivent à la réintroduction des PLV. En l'absence d'amélioration clinique, un autre diagnostic sera à évoquer.

■ Conclusion

Le RGO du nourrisson est une situation clinique très fréquente dont la prise en charge est relativement simple et claire lorsque ce RGO est isolé et bien toléré ou à l'inverse lorsqu'il est compliqué. Les situations cliniques « grises » d'inconfort du nourrisson sont plus difficiles à prendre en charge car les thérapeutiques actuelles sont peu efficaces.

■ **Mots-clés** : reflux gastro-œsophagien ; régurgitations ; vomissements ; nourrisson ; inhibiteur de la pompe à protons

■ **Key words**: gastroesophageal reflux; regurgitations; vomiting; infants; proton pump inhibitors

■ Bibliographie :

- Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018;66(3):516-554.
- Feed thickener for infants up to six months of age with gastro-oesophageal reflux. Kwok TC, Ojha S, Dorling J. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12(12):CD003211.
- Proton Pump Inhibitors in Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Fernández-González SM, Moreno-Álvarez A, Solar-Boga A. Children (Basel). 2024;11(3):296.
- Outcomes for infants with BRUE diagnosed with oropharyngeal dysphagia or gastroesophageal reflux disease: a multicenter study from the Pediatric Health Information System Database. Duncan DR, Liu E, Golden C et al. Eur J Pediatr. 2025;184(2):134.
- Temporal Association Between Reflux-like Behaviors and Gastroesophageal Reflux in Preterm and Term Infants. Funderburk A, Nawab U, Abraham S, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016;62(4):556-61