

## RGO de l'enfant : d'abord des conseils sur l'alimentation

## Les prescriptions de médicaments antireflux aux enfants ayant des régurgitations sont-elles pertinentes ?

*Are we overprescribing antireflux medications for infants with regurgitation?*

Khoshoo V, Edell D, Thompson A, Rubin M.

Pediatrics 2007;120:946-9.

### Contexte

En 1998-1999, les enfants ayant une suspicion de régurgitation comptaient pour 14 % des entrées dans le service de pédiatrie de l'hôpital de la Nouvelle-Orléans et 40 % d'entre eux recevaient déjà un traitement antireflux. En 2006-2007, pour le même problème, ils comptaient pour 23 % des entrées et 90 % avaient un traitement antireflux médicamenteux ou diététique.

### Objectif

Établir un diagnostic précis et évaluer la pertinence des traitements utilisés chez des enfants adressés dans un service de gastroentérologie pédiatrique pour régurgitations persistantes.

### Population étudiée

64 enfants avec des régurgitations persistantes sans anomalie neurologique ou dysmorphique, sans pathologie associée (type diarrhée), sans maladie respiratoire, sans exposition directe ou indirecte à la cigarette, soignés uniquement par leur maman.

### Méthode

Les dossiers médicaux des enfants hospitalisés pour des régurgitations depuis plus de 2 semaines ont été étudiés sur une période de 3 ans.

Les examens utilisés ont été la radiologie, l'échographie, la pH-métrie, les constantes biochimiques et les gaz du sang.

La pH-métrie était effectuée après arrêt des traitements prokinétiques depuis 5 jours ou arrêt des inhibiteurs de la pompe à protons depuis 10 jours. Un pH œsophagien distal inférieur à 4 pendant une durée supérieure à 5 % de la durée de l'examen a été considéré comme signe objectif de reflux gastro-œsophagien (RGO).

Le transit œsogastroduodénal (TOGD) a été utilisé pour l'étude morphologique de l'œsophage mais pas pour le diagnostic de reflux gastro-œsophagien.

### Résultats

92 enfants ont été identifiés et 64 avaient tous les critères d'inclusion. L'âge moyen était de 17,6 semaines ( $\pm$  6,5) avec une persistance des symptômes depuis 6,2 semaines ( $\pm$  3,9).

Les signes cliniques à l'entrée étaient : régurgitations isolées (57,8 % des cas), régurgitations et irritabilité (15,6 %), régurgitations avec des problèmes aux repas (15,6 %) et régurgitations avec symptômes respiratoires (10,9 %). La prise de poids moyenne au cours des 4 dernières semaines était supérieure à 15 g/j pour 89,1 % des nourrissons.

90,6 % de ces enfants recevaient un traitement antireflux à leur entrée à l'hôpital et 81,3 % une alimentation épaissie. Cette alimentation était épaissie avec des céréales de riz séché ou des flocons d'avoine. Cependant, dans 70,3 % des cas, elle n'était pas assez épaissie pour avoir un réel effet digestif.

Des résultats anormaux ont été retrouvés chez 13 enfants (20,3 %) sur 64 et associaient 8 RGO, 4 sténoses du pylore (avec 4 alcaloses métaboliques), 1 acidose métabolique (acidose tubulaire rénale), et 2 retards de la vidange gastrique (qui avaient en fait une sténose du pylore).

Sur 44 enfants ayant eu une pH-métrie, 42 recevaient un traitement antireflux alors que seulement 8 enfants (18,2 %) avaient une pH-métrie pathologique.

Les enfants avec une pH-métrie normale (69 % des cas) avaient, le plus souvent, des régurgitations comme seul signe clinique. 25 % de ceux avec une pH-métrie pathologique étaient dans

ce cas. Parmi les 7 enfants ayant eu une prise de poids inférieure à la normale (< 15 g/j) il y avait les 4 sténoses du pylore et le nourrisson ayant une acidose métabolique.

L'état clinique des enfants a été suivi par téléphone, courriels et consultations périodiques pendant 1 à 4 semaines. Les 8 enfants avec une pH-métrie anormale et l'enfant avec une acidose métabolique ont reçu un traitement antireflux. Les 4 enfants ayant une sténose du pylore ont été opérés ; 1 seul d'entre eux est devenu asymptomatique en postopératoire, les 3 autres ont nécessité un traitement antireflux. Tous les traitements médicamenteux ont été arrêtés chez les 51 enfants non atteints d'un RGO mais tous ont continué à recevoir une alimentation adaptée. Les parents ont reçu des conseils sur la diététique et sur l'influence de la

position de l'enfant. Parmi ces 51 enfants, 6 ont été perdus de vue, 6 ont eu une aggravation de leurs symptômes et 39 (69,6 %) se sont améliorés.

### Résultat principal

La plupart des enfants recevant un traitement antireflux n'ont pas les critères diagnostiques d'un RGO. Globalement, l'arrêt du traitement n'a pas provoqué d'aggravation de la symptomatologie chez les enfants ayant une pH-métrie normale. Seulement 20 % des enfants avaient une pathologie « avérée » expliquant leurs symptômes. Pour les enfants ayant des régurgitations sans signe de gravité, des conseils diététiques ainsi qu'une dédramatisation de la situation évitent, le plus souvent, la prise de médicaments.

## Commentaires

*Cette étude pose un problème de puissance pour l'interprétation des résultats. En 3 ans, 64 enfants ont été inclus soit moins de 2 par mois, ce qui est insuffisant pour faire des analyses statistiques solides.*

*Cependant, il est possible d'en tirer quelques conseils, ce que l'auteur appelle les « drapeaux rouges » : une faible prise de poids, des pleurs excessifs, une irritabilité, des problèmes pendant les repas, des symptômes respiratoires récidivants, une toux chronique, une dysphonie, des troubles du sommeil et une hématémèse doivent rendre plus vigilants sur le diagnostic et sur la prise en charge des enfants.*

*Ce qui souligne qu'un traitement qui n'est pas efficace en quelques jours (voire 1 ou 2 semaines) doit faire repenser le diagnostic initial.*

*Les prokinétiques sont très souvent prescrits dans ce trouble digestif. Leur utilité est discutable compte tenu de leur efficacité modérée<sup>(1)</sup> et de leurs effets secondaires sérieux et fréquents chez les nourrissons<sup>(2)</sup>. De plus, il semble que les conseils diététiques ne soient pas toujours bien compris par les parents, ou peut-être mal expliqués par les médecins. Devant des régurgitations persistantes, et avant une escalade thérapeutique, il faut donc réexpliquer la diététique.*

*Des notions assez classiques en médecine générale pour de nombreuses maladies !*

Eugène CASTELAIN – UFR Lille

## Références

1. Prescrire rédaction. Reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons et les enfants. Revue Prescrire 2007;284:455.
2. Hibbs AM, Lorch SA. Metoclopramide for the treatment of gastroesophageal reflux disease in infants: a systematic review. Pediatrics 2006;118:746-52.