

NUMÉRO THÉMATIQUE

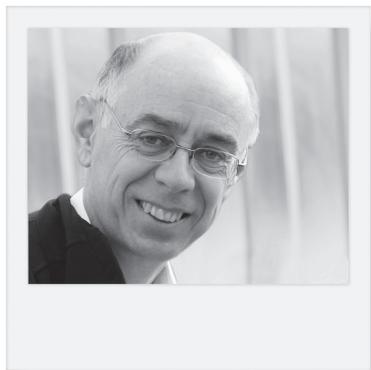
Remise en cause de nos certitudes

Reflux gastro-œsophagien : les mesures hygiéno-diététiques ont-elles un intérêt ?

RÉSUMÉ : Le reflux gastro-œsophagien n'est pas un diagnostic de maladie, mais un phénomène physiologique. Il est exacerbé chez le nourrisson du fait des quantités de liquide ingérées.

Il faut distinguer le reflux typique (régurgitations, œsophagite peptique, pyrosis) du reflux atypique accusé de nombreuses manifestations extradigestives (asthme, laryngites, pleurs, érythème pharyngé, malaises, mauvaise haleine...) bien souvent sans preuves de causalité et pour lequel les démonstrations par des études contrôlées de l'efficacité des traitements font défaut.

Les mesures "hygiéno-diététiques" concernent surtout le reflux typique, hors œsophagite. Chez le prématuré, une bonne gestion de la sonde nasogastrique et une position ventrale ou latérale sont recommandées. Chez le nourrisson, les laits épaissis sont utiles. Chez l'enfant plus grand, de nombreuses mesures sont proposées : alimentation, position de sommeil, restriction des activités à risque. Leur efficacité est discutable.



→ **O. MOUTERDE**

Gastropédiatre, CHU de Rouen,
Université de Sherbrooke.
Hôpital Charles-Nicolle, ROUEN.

Avant de diagnostiquer et chercher à traiter un reflux gastro-œsophagien, il est bon de rappeler quelques éléments clés à ce sujet [1-3].

>>> Le reflux gastro-œsophagien n'est pas une maladie mais un phénomène physiologique, quoique probablement inutile, qui se produit plusieurs fois par jour chez tout un chacun [3]. Poser ce "diagnostic" à tort a des conséquences sur les familles et les médecins, lesquels ont tendance à l'accuser ensuite de tous les maux et à chercher à le traiter indûment [4].

>>> Chez le nourrisson, ce phénomène est plus fréquent et plus abondant du fait surtout de la quantité de liquide bue par jour, relativement au poids. Ainsi, si probablement 100 % des nourrissons ont un reflux gastro-œsophagien, 60 % le manifestent sous forme de régurgitation,

et une petite proportion seulement va avoir des conséquences néfastes. Mieux vaut banaliser les régurgitations que de se lancer dans l'aventure du diagnostic et du traitement d'un "reflux" simple.

>>> Au-delà de l'âge nourrisson, le reflux typique se manifeste sous forme de pyrosis, que le jeune enfant n'est pas capable de décrire. On constate donc un "trou" dans la demande de soin pour les reflux typiques, jusqu'à 4-5 ans au moins [1].

>>> Le reflux "atypique" est la grande situation où des traitements sont actuellement prescrits, quand on l'accuse de manifestations extradigestives comme les otites, l'asthme, les laryngites, les réveils nocturnes, la mauvaise haleine, les apnées du prématuré, les malaises et les pleurs du nourrisson... Dans toutes ces circonstances, les preuves de la responsabilité du reflux sont souvent

pauvres et les résultats des études contrôlées très décevants, expliquant que les recommandations et AMM soient peu incitatives pour prescrire, au moins sans avoir prouvé le caractère pathologique d'un reflux.

>>> Le reflux typique pathologique est celui qui a des conséquences sur la santé ou la qualité de vie de l'enfant [1]. Il s'agit des œsophagites peptiques érosives, qui ne doivent pas être évoquées trop facilement; quand elles le sont, elles doivent être prouvées par endoscopie. Plus tard, le pyrosis est au premier plan. Un enfant qui régurgite au-delà de l'âge de la marche n'a pas un reflux typique.

>>> Le traitement logique d'un reflux pathologique serait un prokinétique, s'il en existait un qui soit à la fois autorisé, bien toléré et efficace.

>>> Le diméticone (Polysilane®) n'est pas un traitement du reflux, mais du météorisme. Il en est de même avec les IPP, qui sont un traitement de l'acidité gastrique, quand celle-ci a des conséquences néfastes; ce qui est rare. L'acide est utile, et les IPP ont de nombreux effets secondaires possibles. Les indications des AMM et des recommandations sont limitées dans le reflux (œsophagite, pyrosis, reflux pathologique prouvé, hors AMM avant 1 an). Ils doivent être prescrits avec parcimonie [5]. Les alginate sont un recours possible.

Ces préalables étant posés, nous allons à présent parler des mesures hygiéno-diététiques. On comprendra qu'elles s'adressent avant tout au reflux typique, tant aucune n'a fait sa preuve dans les manifestations extradiigestives. Il existe une stratégie possible de prise en charge, débutant par ces mesures d'hygiène de vie, puis l'alginate, enfin et éventuellement les IPP lorsque l'acide pose problème.

Parmi ces mesures, nous évoquerons les suivantes :

- la position: reflux et vidange gastrique sont dépendants de la position;
- les volumes ingérés: à jeun, l'estomac est vide mais très acide; après un repas, il est plein mais neutre (il a été décrit récemment, chez l'adulte, une "poche gastrique acide" dans la partie proximale de l'estomac, expliquant la possibilité de reflux acides en postprandial immédiat) [6];
- la consistance: l'épaississement augmente la viscosité, diminue le reflux et parfois la vitesse de vidange gastrique... L'estomac est donc plein plus longtemps [7];
- le pH des aliments contribue-t-il aux conséquences du reflux?
- certains aliments favorisent-ils le reflux par un effet "pharmacologique"?

Et quatre tranches d'âge:

- le prématuré,
- le nourrisson,
- le jeune enfant,
- l'enfant et l'adolescent.

Le prématuré [3, 8-10]

Dans cette population, se retrouve la distinction entre reflux typique (régurgitations, mauvaise croissance) et d'éventuelles manifestations atypiques de reflux (apnées, bradycardies, désaturations, inconfort...). Malgré une utilisation fréquente de traitements antireflux dans ces deuxièmes situations, la grande majorité de la littérature plaide contre la responsabilité d'un reflux, et montre une absence d'effets des traitements disponibles ainsi que des effets secondaires parfois graves [10, 11]. L'alginate (Gaviscon®) aurait une certaine efficacité sur les reflux typiques (meilleure prise de poids, diminution des régurgitations) [12].

1. L'alimentation [10]

Le prématuré est souvent en nutrition entérale par sonde initialement. Cela permet d'étaler dans le temps les

apports alimentaires dont le volume est très important par rapport au poids. Il est ainsi possible de ralentir le débit quand l'alimentation est source de régurgitations et vomissements. Il est conseillé, pour lutter contre le reflux, d'éviter les stimulations inutiles, de remonter la sonde nasogastrique dans l'œsophage entre les phases de nutrition, une sonde transcardiale augmentant le risque de reflux. Il n'y a pas de recommandations pratiques concernant l'effet "pharmacologique" sur le système antireflux, d'un composé, ou un autre de l'alimentation [8].

Il faut signaler que les produits destinés à enrichir le lait maternel peuvent augmenter le reflux (probablement en augmentant l'osmolarité du contenu gastrique).

2. L'épaississement

Il n'est pas de mise en cas de nutrition par sonde. Il est également déconseillé, lorsque l'enfant prématuré est au biberon, pour plusieurs raisons:

- absence de préparations épaissies de composition adaptée au prématuré;
- augmentation de l'osmolarité ralentissant la vidange gastrique (il n'existe pas de lait pré-épaissi convenant au prématuré);
- doute sur la biodisponibilité de micronutriments;
- risque potentiel d'entérococolite, au moins avant l'acquisition d'une tolérance digestive complète.

3. La position [13]

La littérature est hésitante sur ce sujet [2, 10]. Elle est cependant unanime pour mettre en garde contre une position autre que le décubitus dorsal, dès que l'enfant n'est plus surveillé par moniteur ou est sortant.

Le proclive n'a pas fait la preuve d'une quelconque efficacité, certaines études montrant même une augmentation des

NUMÉRO THÉMATIQUE

Remise en cause de nos certitudes

reflux chez le nourrisson. La position en décubitus latéral droit (DLD) favoriserait la vidange gastrique mais aussi le reflux (**fig. 1**); certains la conseillent la première heure suivant l'alimentation. Le décubitus latéral gauche diminuerait le risque de reflux et est préféré par certains, soit après 1 heure en DLD, soit d'emblée. L'alternative est la position ventrale, toujours sous surveillance.

Le nourrisson [1-3, 5, 7]

Le nourrisson ingère avant la diversification 120 à 130 mL/kg, soit pour un adulte de 70 kg l'équivalent de plus de

8 litres de liquides, auxquels s'ajoute de l'air, alors que la contenance de son œsophage est de 6 mL à 5 kg (**fig. 2**).

Le reflux est donc quasiment la norme chez le nourrisson, les 40 % qui ne régurgitent pas doivent être considérés comme ayant un système antireflux très performant !

1. L'alimentation

Le lait maternel est bien sûr privilégié, avec ou sans régurgitations. Celles-ci sont finalement à banaliser, avec ou sans allaitement, et le plus souvent sans aucune conséquence.

Il est illusoire de vouloir fractionner les biberons ou tétées pour diminuer les volumes chez un nourrisson, lequel va spontanément réduire son nombre de repas au fil du temps. Lutter contre la suralimentation, fréquente, ou les autres erreurs diététiques est en revanche une priorité [7]. Faire roter les nourrissons "voraces" en cours de biberon, préconiser la position proclive ventrale dans les bras en postprandial immédiat peuvent diminuer les reflux accompagnant les rots.

Il n'y a aucun argument pour modifier le régime lors de la diversification pour éviter des aliments acides ou augmentant potentiellement le reflux. L'allergie au lait de vache pourrait être responsable de reflux sévère dans de rares cas. Dans ces cas, un traitement d'épreuve par hydrolysats poussés peut être tenté, en sachant que les régurgitations sont habituellement plus importantes avec des protéines hydrolysées (moindre floculation), mais la vidange gastrique plus rapide [6].

2. L'épaississement

Les épaississants sont moins utilisés actuellement (caroube, amidons). Ils augmentent la charge calorique, l'osmolarité et la viscosité du bol alimentaire, et ralentissent la vidange gastrique, ce qui peut avoir un effet paradoxal. Ils sont par ailleurs responsables de troubles digestifs (constipation ou diarrhée), et leur préparation est plus longue.

On leur préfère en première intention les préparations pré-épaissies de différentes façons (caroube, amidons). Leur effet sur les régurgitations est prouvé [1, 2]. Les inconvénients évoqués portent sur l'absorption de micronutriments, l'inconfort digestif, une toux de mécanisme obscur [2, 7]. À noter qu'ils ne modifient pas les résultats de pHmétrie; cela est logique, puisque les reflux acides surviennent à distance des repas. Leur effet étant au mieux modeste en

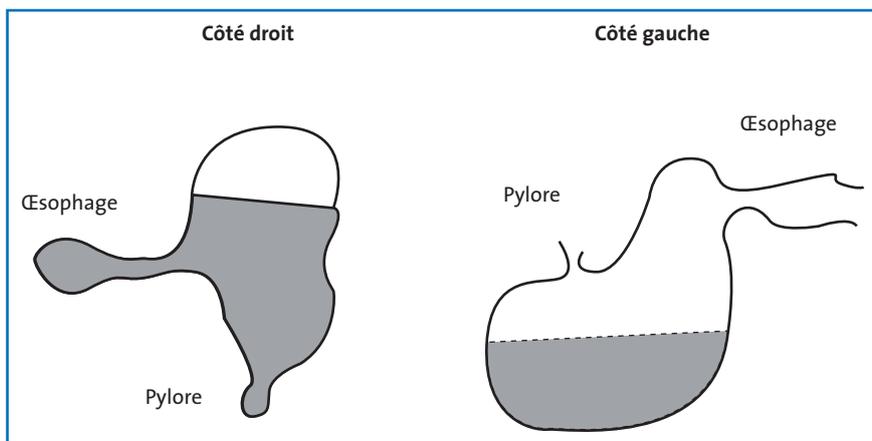


FIG. 1: Dessin réalisé à partir d'un TOGD, montrant les rapports entre contenu gastrique, pylore et cardia en décubitus droit et gauche chez un nourrisson.



FIG. 2: Illustration de la quantité de liquide que devrait boire quotidiennement un adulte pour imiter un nourrisson, soit 8 litres sous forme de boissons gazeuses (le nourrisson avale de l'air).

diminuant le nombre de régurgitations, s'acharner à essayer plusieurs préparations pour trouver la meilleure paraît inutile [7].

3. La position [13]

Les choses sont claires dans ce domaine. Tous les nourrissons doivent dormir sur le dos, régurgiteurs ou non. La position ventrale de sommeil est reconnue comme la meilleure pour éviter le reflux [1, 2, 10], mais elle était accusée de favoriser la mort subite du nourrisson (MSIN). Cette mode qui a duré un peu plus de 10 ans, jusqu'au début des années 90, a multiplié par 7 le nombre de MSIN, plaçant par là même contre la responsabilité du reflux dans ces décès. La position latérale est elle-même plus dangereuse et expose au basculement sur le ventre, situation la plus à risque pendant le sommeil.

On conseille d'éviter la position assise dans un siège, les couches trop serrées; mais il ne s'agit que de simples recommandations empiriques [7].

Le proclive n'a jamais fait la preuve de son efficacité, même avec des angles extrêmes (*fig. 3*) ! Il favoriserait même le reflux selon certains auteurs [2]. Le proclive lui-même ou les dispositifs de contention peuvent entraîner des risques.



FIG. 3 : Équipement vendu il y a quelques années pour placer les nourrissons en proclive.

Le jeune enfant [2]

Cette tranche d'âge est particulière. Les régurgitations ont disparu, ou doivent orienter vers d'autres diagnostics. Citons le mérycisme (régurgitations d'aliments épais dans ce cas), l'achalasie, l'œsophagite à éosinophiles, les vomissements. Parmi ces jeunes enfants qui régurgitent, on trouve également les "fins de régurgitations physiologiques" concernant les liquides, et qui devraient s'amender peu après l'âge de la marche.

Après l'âge des régurgitations, le reflux typique se manifeste par un pyrosis, difficile à diagnostiquer car l'enfant n'est pas capable de le décrire avant 4 ou 5 ans. Il y a, de fait, peu de plaintes à propos du reflux à cet âge.

À cet âge comme à tous âges, les manifestations extradigestives "traditionnellement associées au reflux" – souvent à tort – sont présentes. Si elles coexistent avec un reflux typique, celui-ci doit être diagnostiqué et pris en compte comme tel. À défaut, aucune mesure d'hygiène de vie à visée "reflux" n'a d'efficacité spécifique prouvée sur l'évolution du trouble en question.

L'enfant et l'adolescent [2, 14, 15]

Chez le grand enfant et l'adolescent, le reflux typique rejoint celui de l'adulte et se manifeste par le pyrosis. Les blocages alimentaires ont une autre signification (achalasie, œsophagite à éosinophiles, exceptionnellement complication d'un reflux sous forme de sténose). La toux chronique, l'asthme, la mauvaise haleine, les laryngites, l'érythème du pharynx ne sont pas des situations où le reflux doit être évoqué en première intention et traité sans preuves. Cela sort du cadre de cet article. Il faut reconnaître que les conseils d'hygiène de vie à cet âge sont peu étayés, parfois contraignants pour des résultats incer-

tains. Ils sont à moduler selon la sévérité du reflux (qui justifiera plutôt alors un traitement médicamenteux) et l'efficacité des mesures proposées.

1. L'alimentation

Elle est diversifiée. Aucun régime pour éviter les aliments "acides" n'a d'intérêt. Certains enfants peuvent être incités à éviter ce qui entraîne des douleurs œsophagiennes lors de l'ingestion. Cela peut être un signe d'alerte pour des lésions muqueuses, et fera discuter une exploration endoscopique pour ne pas laisser évoluer une œsophagite de façon chronique.

Le volume de l'alimentation a peu d'implication dans les conseils à donner. Les boissons gazeuses peuvent entraîner un inconfort, et une grande quantité de liquide avant le coucher (moins de 3 heures) est parfois mal tolérée.

Certains aliments ont la réputation de favoriser le reflux de façon "pharmacologique" par une action sur le sphincter inférieur de l'œsophage. Citons le chocolat et les repas très gras, dont les conséquences sur le reflux sont discutées. Chez l'adulte, si des fiches de régime très élaboré, extrême, sont distribuées par certains, aucun régime n'est préconisé par la plupart des auteurs. Leur justification est très douteuse, et leur impact serait probablement très faible chez l'enfant en regard de la gêne occasionnée (www.cregg.fr) [2].

2. La position [13]

Il s'agit de la seule tranche d'âge où le proclive peut être recommandé pendant le sommeil, pour des manifestations typiques ou atypiques de reflux [2]. Il est obtenu au moyen de cales sous les pieds à la tête du lit, et reste modéré. Son intérêt est discuté. On retrouve ici et là le conseil de dormir plutôt sur le côté gauche, consigne difficile à suivre tout au long de la nuit...

NUMÉRO THÉMATIQUE

Remise en cause de nos certitudes



FIG. 4 : Traitement hygiénique des régurgitations.

Par ailleurs, quelques conseils d'hygiène de vie sont usuellement donnés : éviter de se pencher profondément, utiliser des ustensiles à long manche (balais !), éviter l'activité physique intense, le tout pouvant favoriser les pyrosis.

3. Autres conseils

Il est conseillé d'éviter la constipation, les ceintures trop serrées, certains alcools. Le bavoir reste une valeur sûre

pour combattre les conséquences du reflux simple du nourrisson (fig. 4).

Bibliographie

1. GOTTRAND F, VANDENPLAS Y. Reflux gastro-œsophagien. In : TURCK D, GOTTRAND F. Gastro-entérologie pédiatrique, Progrès en pédiatrie 40, Doin, Paris 2016, pp. 14-22.
2. VANDENPLAS Y, RUDOLPH CD, DI LORENZO C *et al.* Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2009;49:498-547.
3. MOUTERDE O, DUMANT C. Reflux gastro-œsophagien. In : Abécédaire d'hépatogastro-entérologie et nutrition pédiatriques. Sauramps Médical, Montpellier. 2015 pp. 159-162.
4. SCHERER LD, ZIKMUND-FISHER BJ, FAGERLIN A *et al.* Influence of "GERD" label on parents' decision to medicate infants. *Pediatrics*, 2013;131:839-845.
5. MOUTERDE O, CHOURAQUI JP, RUEMMELE F *et al.* Cessons de prescrire les IPP pour suspicion de reflux gastro-œsophagien en dehors des indications justifiées. *Arch Pediatr*, 2014;21:686-689.
6. MITCHELL DR, DERAKHSHAN MH, ROBERTSON EV *et al.* The Role of the Acid Pocket in Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol*, 2016;50:111-119.
7. CHOURAQUI JP. Régurgitations et reflux gastro-œsophagien. In : Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique. Doin, Paris 2012. Pp. 362-367.
8. MOUTERDE O *et al.* Réflexions sur le reflux gastro-œsophagien du prématuré. *Médecine et Enfance*, mai 2008, pp. 187-189.
9. CORVAGLIA L, MARTINI S, ACETI A *et al.* Nonpharmacological management of gastroesophageal reflux in preterm infants. *Biomed Res Int*, 2013;2013:141967.
10. KÜLTÜRSAY N. Gastroesophageal reflux (GER) in preterms: current dilemmas and unresolved problems in diagnosis and treatment. *Turk J Pediatr*, 2012;54:561-569.
11. POETS CF, BROCKMANN PE. Myth: gastroesophageal reflux is a pathological entity in the preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med*, 2011;16:259-263.
12. ATASAY B, ERDEVE O, ARSAN S *et al.* Effect of sodium alginate on acid gastroesophageal reflux disease in preterm infants: a pilot study. *J Clin Pharmacol*, 2010;50:1267-1272.
13. MOUTERDE O. Reflux gastro-œsophagien et position : faut-il choisir ? Que choisir ? *Réalités Pédiatriques*, sept 2013.
14. Conseils de pratique SNFGE : www.snfge.org/download/file/fid/1589
15. Les fondamentaux de la pathologie digestive. Éditions Elsevier Masson Paris 2014. http://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/chap-1_fondamentaux-pathologie-digestive_octobre-2014.pdf

Merci à Patrick Tounian pour sa lecture du manuscrit.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.