Le reflux gastro-œsophagien : y penser, l'évaluer, le traiter

chez la personne souffrant d'une déficience intellectuelle d'origine génétique

Aimé RAVEL

Samedi 26 mars 2011, Paris

Quelques rappels

- La pression dans l'œsophage est négative et celle dans l'estomac est positive
- Il existe dans le bas œsophage une zone de forte pression qui s'appelle le sphincter inférieur de l'œsophage, SIO, (du Grec : « serrer »)

Le sphincter inférieur de l'œsophage (SIO)

- La pression du SIO n'est parfois pas présente à la naissance
- Normalement la pression du SIO se relâche environ 1 seconde après la déglutition et ce durant 6 à 8 secondes, pour réapparaître ensuite avec une légère hypertonie réactionnelle
- **Le reflux gastro-œsophagien (RGO) pathologique** (GERD en Anglais) est lié à un dysfonctionnement du SIO, indépendamment de toute anomalie anatomique (hernie hiatale)

Le RGO physiologique du nourrisson

- Le SIO est normal
- Les reflux sont 2 fois plus fréquents chez les nourrissons éveillés qu'endormis et en position verticale que couchée
- En effet normalement la pression du SIO est plus élevée en position couchée et dans le sommeil qu'en position verticale et éveillée
- Le SIO est sous le contrôle du tronc cérébral

Le rôle du tronc cérébral

- Le tronc cérébral est situé à la base du cerveau
- Il contient des centres qui participent au contrôle de la respiration, de la fréquence cardiaque, de la pression sanguine, de la déglutition, de la digestion, de la régulation de l'éveil et du sommeil.
- Et en particulier il contrôle le SIO

Le dysfonctionnement néonatal du tronc cérébral (DNTC)

- Il a été décrit initialement chez des nouveaux nés souffrant d'un syndrome de Pierre Robin : troubles de la succion, de la déglutition, RGO, malaises, bradycardie (ralentissement du cœur)
- Aujourd'hui on sait que ce DNTC peut être associé à de nombreux syndromes polymalformatifs mais aussi qu'il peut être isolé.
- Il pourrait être à l'origine de certaines morts subites du nourrisson.

Le cadre élargi des dysfonctionnements du TC

- Actuellement on parle de dysfonctionnement ou d'immaturité du tronc cérébral dans de très nombreuses situations
- On considère volontiers que les RGO importants, surtout s'ils s'associent à une absence de synchronisation entre la déglutition et le SIO à la manométrie, entrent dans ce cadre.

Fréquence

- Elle est mal connue car on hésite à faire des examens complémentaires chez des patients souvent fragiles.
- Trois chiffres :
  - Un RGO sévère est présent chez 75% des enfants polyhandicapés (= déficience intellectuelle importante)
  - Il est trouvé chez 62% des nourrissons trisomiques 21 présentant des apnées du sommeil
  - Et chez 49% des patients présentant des troubles envahissants du développement

Signes cliniques du RGO

- Signes digestifs
  - Régurgitations (≠ vomissements)
  - Vomissements
  - Hémorragies digestives (œsophagite, gastrite associée)
  - Douleurs de l'épigastre (en cas d'œsophagite)
  - Mérycisme
  - Dysphagie (refus alimentaire ou pleurs)
- Conséquences nutritionnelles
  - Retard staturo-pondéral
  - Anémie

Signes cliniques du RGO

- Manifestations respiratoires
  - Broncho-pneumopathies à répétition (composante asthmatiforme prédominante, atteinte prédominante du lobe supérieur poumon droit)
- Manifestations ORL
  - Laryngites répétées
  - Érythème de la margelle postérieure du larynx
  - Laryngomalacie associée
  - Otites répétées
- Chez le jeune enfant, accidents aigus :
  - apnées, malaises, voire mort subite

Examens complémentaires

- La fibroscopie
- La pH-métrie œsophagienne
- La manométrie œsophagienne
- Le Transit œso-gastro-duodénal (TOGD)

Situations pouvant prêter à confusion

- infections broncho-pulmonaires répétées : fausses routes alimentaires ; mais parfois associées
- douleurs épigastriques et anémie : gastrites infectieuses (hélicobacter pylori) ; mais parfois associées
- Dénutrition, fatigue : maladie cœliaque ; parfois associée
- troubles du sommeil : apnées du sommeil ; mais RGO souvent associé aux apnées

Complications à long terme

- Asthme ; troubles de la ventilation pulmonaire
- Cholestéatome (conséquence de l'otite séreuse chronique)
- Caries dentaires
- Sténose œsophagienne
- Dénutrition
- Cancer du tiers inférieur de l'œsophage

Possibilités de Traitement

- Mesures hygiéno-diététiques :
  - Fractionnement des repas, coucher 1h30 après le repas
  - Réduction des graisses
  - Restreindre la consommation de chocolat, thé, tabac
- Antiacides :
  - Hydroxyde d'aluminium, alginate, smectite,…
- Inhibiteurs de la sécrétion acide gastrique :
  - Oméprazole, etc.
- Modificateurs de la pression du SIO :
  - Métoclopramide
  - Dompéridone
- Traitement chirurgical :
  - Si possible par voie cœlioscopique

Aspects pratiques

- Limiter les examens complémentaires lorsque le tableau clinique est évident et lorsqu'on envisage pas de traitement chirurgical (laryngoscopie ou fibroscopie nasopharyngée à la recherche d'un érythème de la margelle postérieure du larynx)

Aspects pratiques (suite)

- A partir de l'âge de 6 à 8 ans le traitement chirurgical peut être licite
- Il faut alors faire un bilan complet : fibroscopie, manométrie, pH-métrie, TOGD
- Si possible opérer par cœlioscopie
- Les suites sont en général très simples

Conclusion

- Le RGO est très fréquent et le plus souvent d'importance sous estimée (expression réduite de la douleur)
- Ne pas hésiter à être très actif sur le plan thérapeutique