

Docteur, j'en ai plein la bavette

Louis Paquette

2

Vous recevez William, trois mois et demi, à votre cabinet. Sa maman est désespérée, car il régurgite sans cesse. Elle vous demande quoi faire... Changer de lait, faire des tests ? William pèse 8 kg, boit 40 onces de lait par jour et mange déjà des céréales. Que faites-vous ?

NOUS ÉTUDIERONS L'ŒSOPHAGE en explorant les quelques centimètres de la bouche à l'estomac de notre poupon. En général, les patients s'inquiètent lorsque le contenu de l'estomac fait marche arrière.

Le reflux gastro-œsophagien est, par définition, le passage du contenu gastrique dans l'œsophage¹. Il peut être extériorisé ou non. Dans le présent article, j'utiliserai le terme « régurgitation » pour désigner un reflux gastro-œsophagien extériorisé sur la bavette. Les régurgitations se font habituellement sans effort, contrairement aux vomissements qui constituent une émission avec force et inconfort. De façon caractéristique, les vomissements s'accompagnent de contractions musculaires et de nausées². La régurgitation est un phénomène normal très fréquent chez le nouveau-né. Environ 65 % des bébés de quatre mois régurgitent³⁻⁶. À six mois, 20 % le font encore. Ces manifestations disparaissent totalement à un an lors du passage à la posture debout³.

Mais pourquoi nos bébés régurgitent-ils autant ?

Des particularités anatomiques et physiologiques accentuent le reflux gastro-œsophagien chez le bébé. D'abord, l'œsophage du poupon est plus étroit et plus court que celui des adultes, donc très peu compliant. De plus, le sphincter est en position supra-diaphragmatique, ce qui le rend plus vulnérable aux pressions intra-abdominales et gastriques et donc au

Le Dr Louis Paquette, omnipraticien, exerce la médecine familiale au Centre de santé et de services sociaux de Beauce et en GMF à la clinique familiale de Saint-Georges. Il est chargé d'enseignement clinique auprès des résidents en médecine familiale de l'Université Laval de Québec. Médecin accoucheur, il a un intérêt particulier pour la périnatalité.



Figure 1. Positionnement de bébé et reflux gastro-œsophagien

reflux gastro-œsophagien³. Par ailleurs, nous savons que la vidange gastrique chez le bébé est plus lente que chez l'adulte. L'élément contribuant le plus au

Tableau 1

Reconnaître les entités cliniques et le reflux pathologique^{1-3,7,11}

Entités cliniques évocatrices	Symptômes d'un RGO* pathologique
Œsophagite	Refus de boire Douleur pendant les boires Syndrome de Sandifer† Hématémèse
Symptômes respiratoires	Respiration sifflante Toux chronique Pneumonies récidivantes Stridor Laryngite récidivante
Symptômes d'intolérance aux protéines bovines	Diarrhées Rectorragie Pleurs excessifs Atopie et antécédents familiaux d'atopie Dermite atopique
Obstruction	Vomissements Nausées Déshydratation
Causes de RGO secondaire	Infections Prématurité Neuropathie Certains médicaments Malformations digestives
Signes d'alarme	Retard pondéral Étouffements Vomissement bilieux
Réflexe d'éjection puissant Attention : les symptômes de cette entité clinique ressemblent à ceux d'une œsophagite ! Éliminer cette dernière possibilité avant de conclure au réflexe d'éjection puissant.	Chez le bébé allaité : ☉ déglutition bruyante ☉ étouffements ☉ bébé qui s'arque et s'enlève du sein

* RGO : reflux gastro-œsophagien

† Position antalgique arquée chez le bébé lors des régurgitations douloureuses

reflux gastro-œsophagien est sans aucun doute le petit estomac qui doit contenir un volume de lait par c'est-à-dire accompagné de symptômes cliniques ou de complications érosives, respiratoires ou pondé-

kilo de poids huit fois plus élevé que chez l'adulte². Je fais souvent la démonstration suivante avec les parents : un bébé de 4 kilos qui ingère 35 onces de lait équivaut à un adulte de 70 kilos qui boirait 17 litres de lait par jour. Qui plus est, la pression intra-abdominale est augmentée chez le bébé par les pleurs, par la position assise, par la défécation et par la toux.

Nous avons longtemps cru que le sphincter œsophagien inférieur ne fonctionnait pas correctement chez le nouveau-né. Cette théorie est maintenant révolue. En effet, un phénomène de relaxation transitoire du sphincter œsophagien inférieur, qui permet aux adultes de faire des rots, entraîne un reflux gastro-œsophagien chez le bébé^{2,4}. Dès que le sphincter du bébé se relaxe, il y a reflux. Lorsqu'un bébé n'est pas encore capable de s'asseoir, il est habituellement couché sur le dos, ce qui place le sphincter œsophagien inférieur en position favorisant le reflux (figure 1). Par ailleurs, l'exposition au tabac contribue au reflux chez le bébé³. Enfin, en raison de la composition protéique et grasseuse et de l'osmolarité élevée du lait maternisé, la vidange gastrique de ce dernier est deux fois plus lente que celle du lait maternel et contribue probablement au reflux gastro-œsophagien⁵.

Quand doit-on s'inquiéter ?

La plupart des bébés qui régurgitent n'en sont aucunement incommodés et ne présentent aucune complication. Ils sont désignés, dans la littérature, sous le vocable *happy spitters*. On parle alors de reflux gastro-œsophagien physiologique^{3,7}. Cependant, il est impératif de repérer les bébés souffrant de reflux pathologique,

Il est impératif de repérer les bébés souffrant de reflux gastro-œsophagien pathologique, c'est-à-dire accompagné de symptômes cliniques ou de complications érosives, respiratoires ou pondérales.

Repère

rales⁶. De tous les bébés qui régurgitent, 7 % seulement présentent un reflux pathologique⁶. L'examen et une anamnèse minutieuse portant une attention particulière aux symptômes cliniques permettent au clinicien de reconnaître invariablement le reflux pathologique, d'établir le diagnostic différentiel et d'amorcer le traitement.

Le *tableau I* illustre les éléments de l'anamnèse qui permettent de reconnaître le reflux pathologique et de poser le diagnostic.

Lors de vrais vomissements, le clinicien doit toujours éliminer la possibilité d'une obstruction, le plus souvent causée par une sténose du pylore. Cette dernière consiste en une hypertrophie du muscle pylorique et se manifeste par des vomissements projectiles chez le bébé de deux à quatre semaines. Cette affection est de trois à quatre fois plus fréquente chez le garçon tandis que son incidence est de 0,3 % chez les nouveau-nés⁸. La cause en est inconnue, mais il y aurait une tendance familiale. Son traitement est de nature chirurgicale. Les autres causes d'obstruction (malrotation, entérite nécrosante, maladie de Hirschsprung, volvulus ou intussusception) sont rares. Lorsqu'une obstruction est soupçonnée, une orientation en spécialité pédiatrique s'impose⁸. Les vomissements associés à des rectorragies, à de la diarrhée, à des pleurs excessifs et à des douleurs abdominales chez un bébé ayant des antécédents familiaux d'atopie doivent nous orienter vers une allergie aux protéines bovines^{1,7}. Pour en savoir plus sur ce sujet, consultez l'article de la D^{re} Marie-Josée Lemieux-Roy sur l'allergie au lait dans ce numéro.

De par la proximité fonctionnelle et anatomique des appareils digestif et respiratoire, il y a toujours eu un lien entre les affections digestives et respiratoires. Au XII^e siècle, un médecin juif, Moses Maimonides, déconseillait la suralimentation et décrivait, dans un traité sur l'asthme, une association entre le fait de manger, de se coucher et d'avoir une respiration sifflante⁹. Encore aujourd'hui, le lien entre les symptômes respiratoires et le reflux gastro-œsophagien est bien connu. On estime que de 50 % à 60 % des enfants asthmatiques souffrent de reflux gastro-

œsophagien⁹. Deux mécanismes semblent expliquer les symptômes pulmonaires chez les « reflueurs ». D'une part, les micro-aspirations pulmonaires et, ensuite, un mécanisme réflexe où la stimulation des récepteurs gastro-œsophagiens entraîne une bronchoconstriction et une toux chronique. D'autre part, l'hyperinflation pulmonaire créée par l'asthme modifie l'anatomie fonctionnelle du sphincter œsophagien inférieur. Aussi, la manœuvre de Valsalva causée par la toux augmente vraisemblablement les pressions abdominales et le reflux chez les asthmatiques. Cette relation de cause à effet est donc réciproque^{9,10}.

Les bébés allaités sont aussi touchés par une entité fréquente et peu connue, le réflexe d'éjection puissant qui imite bien des maux. Les symptômes de ce problème sont souvent attribués faussement au reflux gastro-œsophagien. Les signes en sont une déglutition bruyante, l'étouffement du bébé au sein, une position arquée du bébé et un bébé qui lâche le sein¹¹.

Enfin, plusieurs éléments, comme les infections, les neuropathies et la prise de certains médicaments, sont associés à des réflexes gastro-œsophagiens.

Les examens complémentaires sont-ils utiles ?

Vous réalisez que l'anamnèse est généralement la seule étape requise chez les bébés qui régurgitent. En clinique, il est donc primordial d'obtenir l'évolution détaillée des difficultés d'alimentation et, idéalement, d'observer le boire de notre poupon et son comportement. Aussi, la courbe de croissance est un outil indispensable¹². Si l'anamnèse révèle un reflux gastro-œsophagien physiologique, aucune évaluation complémentaire n'est nécessaire. De plus, si le reflux est pathologique, mais que le diagnostic clinique semble évident, l'essai thérapeutique devrait être tenté sans examen supplémentaire. Révisons ensemble les différents examens paracliniques utiles dans le diagnostic du reflux gastro-œsophagien. Lors d'une telle évaluation, une consultation en pédiatrie est appropriée.

D'abord, la gorgée barytée sert uniquement à évaluer l'intégrité anatomique du tube digestif, mais est peu utile pour diagnostiquer une œsophagite ou pour mettre en évidence un reflux gastro-œsophagien. Le

La majorité du temps l'anamnèse est la seule étape requise chez les bébés qui régurgitent.

Repère

Tableau II

Utilité des différents examens complémentaires

Gorgée barytée	● Examen utile pour évaluer l'intégrité du tube digestif
pH-métrie	● Examen utile chez le bébé présentant des symptômes pulmonaires sans reflux visible ● Test de choix pour diagnostiquer le RGO ● Disponibilité faible
Endoscopie	● Utilité limitée ● Test qui permet de visualiser une œsophagite ou une maladie ulcéreuse, surtout dans les cas graves ou réfractaires au traitement
Scintigraphie au lait	● Examen coûteux et peu disponible ● Examen utile pour diagnostiquer un RGO, une aspiration pulmonaire et une anomalie de la vidange gastrique

Tableau III

Positions à favoriser chez le bébé souffrant de RGO^{3,7,10}

- Mettre le bébé en position verticale lorsqu'on le tient dans ses bras.
- Éviter la position assise dans les sièges.
- Coucher le bébé sur le dos, de préférence en lui surélevant la tête à 30 degrés.
- Mettre le bébé en position ventrale après le boire afin de diminuer les reflux (figure 1). Assurer une surveillance constante pour que le bébé ne s'endorme pas dans cette position. Il faut faire dormir les bébés sur le dos afin de prévenir la mort subite du nourrisson. Étant donné le risque potentiel, cette position ventrale n'est recommandée qu'à l'éveil et sous surveillance constante.

vomissement franc est le signe évocateur le plus fiable d'une anomalie anatomique obstructive.

Étant donné que le reflux gastro-œsophagien peut provoquer des symptômes pulmonaires, la pH-métrie devient un examen utile chez les bébés qui présentent des symptômes pulmonaires sans régurgitation. Il est inutile de rechercher un reflux gastro-œsophagien chez le bébé qui régurgite, ce dernier phénomène étant par définition un reflux extériorisé. Quoique la pH-métrie

soit l'examen de référence pour diagnostiquer le reflux gastro-œsophagien, elle est peu disponible hors du milieu tertiaire.

L'indication de l'endoscopie est très limitée. Cet examen sert à diagnostiquer une œsophagite ou une maladie ulcéreuse sous visualisation directe. Il est utile chez les bébés présentant des symptômes d'œsophagite très marqués ou chez les bébés réfractaires au traitement médical.

Le tableau II résume l'utilité des différents tests diagnostiques.

Y a-t-il des traitements efficaces ?

Quel que soit le type de régurgitations, le traitement non interventionniste devrait toujours prévaloir. Il faut d'abord rassurer les parents. Ensuite, il faut leur montrer les positions favorables pour le bébé et leur indiquer de fractionner les boires, d'épaissir le lait, d'éviter le tabac dans l'environnement de l'enfant et de choisir l'allaitement maternel de préférence^{2,7}. Il faut aussi leur expliquer que la régurgitation est un phénomène normal et fréquent chez l'enfant et leur mentionner l'absence de complications et l'évolution de la situation.

Si l'anamnèse révèle un reflux gastro-œsophagien physiologique chez un *happy spitter* qui n'est pas incommodé par les régurgitations, qui n'éprouve aucune dou-

leur ni aucun symptôme pulmonaire et qui présente une courbe pondérale normale, seules les interventions non médicamenteuses décrites précédemment sont nécessaires. La grande majorité des bébés « régurgiteux » entre dans cette catégorie. Le tableau III énumère les positions à favoriser chez le bébé qui régurgite.

Étant donné que le trop-plein de l'estomac explique souvent la régurgitation, les parents doivent éviter de suralimenter leur bébé. Ils doivent donc fractionner

Si l'anamnèse révèle un reflux gastro-œsophagien physiologique chez un *happy spitter* qui n'est pas incommodé par les régurgitations, qui n'éprouve aucune douleur ni aucun symptôme pulmonaire et qui présente une courbe pondérale normale, seul le traitement non interventionniste est nécessaire. La grande majorité des bébés « régurgiteux » entre dans cette catégorie.

Repère

les boires⁶, c'est-à-dire en augmentant leur fréquence et en diminuant la quantité de lait ingéré chaque fois.

Doit-on épaissir le lait? Même si les tests diagnostiques, tels que la PH-métrie, ne semblent pas appuyer l'efficacité de cette mesure, un lait plus épais diminue les régurgitations et le volume régurgité^{4,10,12}. Donc, pourquoi pas? (Voir la recette détaillée dans l'encadré). L'inconvénient possible de cette méthode est que le bébé peut avoir de la difficulté à boire en raison de la viscosité accrue du lait. Il pourrait alors être nécessaire d'élargir le trou de la suce, ce qui pourrait entraîner une ingestion plus grande d'air ou de lait et ensuite le reflux gastro-œsophagien. De plus, l'ajout de céréales de riz à une formule modifie la composition nutritive et peut provoquer de la constipation. Les préparations de lait maternisé déjà épaissi sont bien tolérées par les poupons. Leur viscosité moindre ne nécessite pas de trou plus gros et leur formule nutritive est bien équilibrée. C'est pour cette raison qu'elles semblent favorisées dans la littérature.

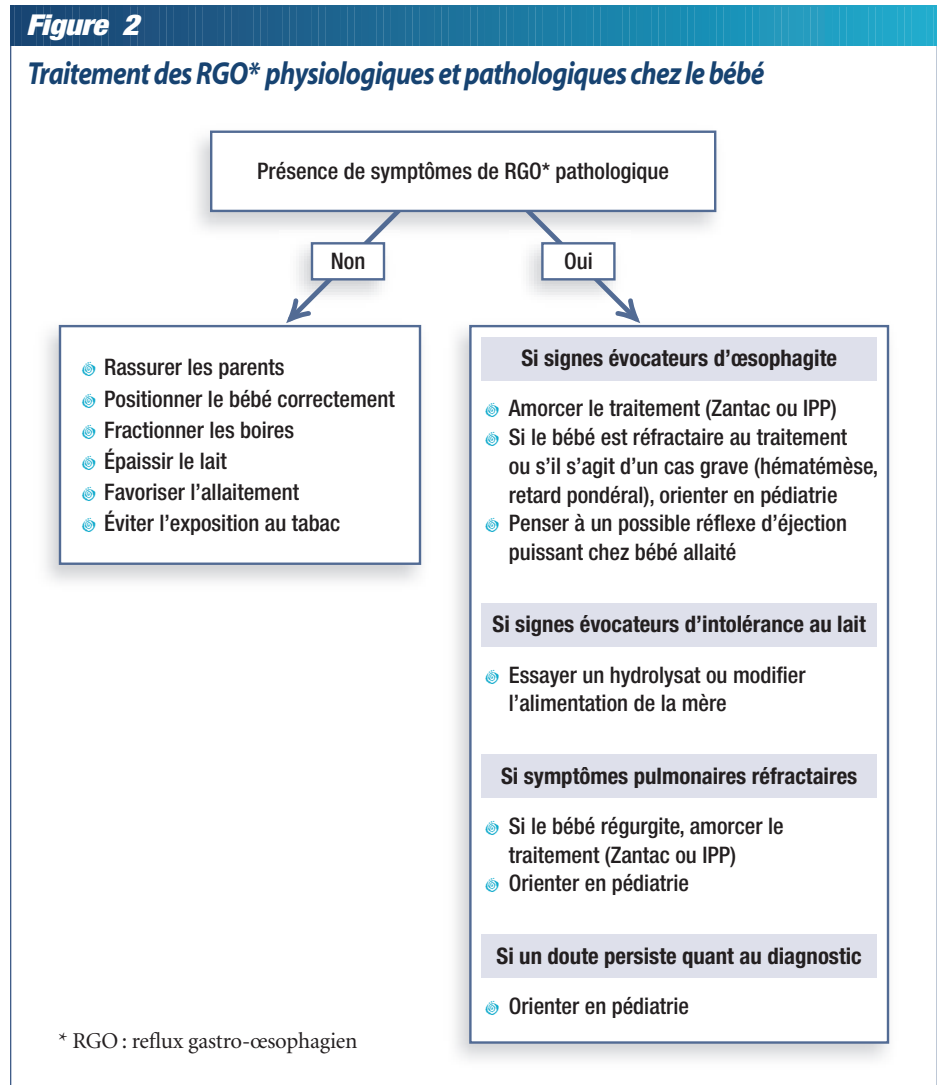
L'essai d'hydrolysats et la modification de l'alimentation de la mère doivent être réservés aux bébés chez qui le médecin soupçonne une intolérance aux protéines bovines. Enfin, l'allaitement et l'absence de tabac dans l'environnement de l'enfant sont des mesures indéniables pour éviter le reflux gastro-œsophagien.

Le traitement médicamenteux est réservé aux bambins présentant des symptômes d'œsophagite ou à ceux dont le reflux peut entraîner des symptômes pulmonaires. Si on soupçonne une œsophagite, un essai thérapeutique avec des antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine (antiH₂) ou un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) est souvent très utile et efficace, sans besoin d'examen supplémentaires. J'entreprends sou-

vent un tel traitement au cabinet, en faisant un suivi étroit du bébé et, à l'occasion, en discutant du cas avec le pédiatre. Le Zantac constitue encore un excellent choix en première ligne et cause peu d'effets indésirables. On doit traiter le bébé pendant de six à huit semaines, mais surtout poursuivre jusqu'après l'âge de 4 mois, âge du pic des reflux gastro-œsophagiens chez

Figure 2

Traitement des RGO* physiologiques et pathologiques chez le bébé



* RGO : reflux gastro-œsophagien

Encadré

Recette maison

La recette maison classique pour épaissir le lait consiste à ajouter 1 c. à soupe de céréale de riz pour de un à quatre onces de lait. Vous pouvez également utiliser *Thicken up*, de Novartis, composé d'amidon de maïs. La recette est de 15 ml dans quatre onces de lait.

l'enfant. Les IPP semblent plus efficaces et tout aussi sûrs. Le lansoprazole (Prevacid) est approuvé chez l'enfant. Étant donné leur intervalle thérapeutique étroit et leur risque d'effets indésirables, les prokinétiques (Maxeran, Motilium, Prepulsid) sont très peu utilisés. Le cisapride (Prepulsid) était le plus efficace de cette classe, mais il a été retiré du marché⁶.

Pour en savoir plus sur le traitement des régurgitations chez l'enfant, consultez la figure 2.

Revenons au cas de William

Maintenant, lorsqu'une maman désespérée vous dira qu'elle en a plein la bavette, j'espère que vous saurez quoi faire. Dans la majorité des cas, elle arrivera avec un gros bébé sans symptômes, comme William, assis dans un siège d'auto, régurgitant et souriant. En interrogeant la maman, vous apprendrez que le bébé n'a pas de symptômes et que sa courbe de croissance est normale. Le bébé sera donc un happy spitter, c'est-à-dire qu'il souffre d'un reflux gastro-œsophagien physiologique. Vous devez alors rassurer la maman en lui expliquant que le phénomène est normal et bénin. Vous réviserez avec elle le traitement non interventionniste, soit le fractionnement des boires, l'utilisation d'un lait maternisé épaissi et l'emploi le plus restreint possible du siège d'auto.

J' ESPÈRE QUE CET EXPOSÉ VOUS A DONNÉ DES OUTILS CLINIQUES POUR SOIGNER TOUT BÉBÉ QUI RÉGURGIT. 🍵

Date de réception : 15 mars 2007

Date d'acceptation : 27 mai 2007

Mots clés : reflux gastro-œsophagien, nourrissons, régurgitation

Le Dr Louis Paquette n'a signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? *Pediatrics* 2002; 110 (5): 972-84.
2. Jones AB. Gastroesophageal reflux in infants and children, when to reassure and when to go further. *Can Fam Physician* 2001; 47: 2045-53.
3. Henry SM. Discerning differences: gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease in infants. *Adv Neonatal Care* 2004; 4 (4): 235-47.
4. Vandenplas Y, Lifshitz JZ, Orenstein S, Lifshitz CH et coll. Nutritional management of regurgitation in infants. *J Am Coll Nutr* 1998; 17 (4): 308-16.
5. Callahan CW. Increased gastroesophageal reflux in infants: can hist-

Summary

Doctor, my baby spits all over. Regurgitation is a frequent problem in infants. Up to 65% of 4-month-old babies present gastroesophageal reflux (GER). Anatomic and physiologic particularities of infants are the reasons for this common phenomenon. While parents often worry, most babies are not bothered by their regurgitation and present physiologic GER. However, it is imperative that physicians identify the less frequent pathologic GER, which is associated with symptoms and complications. This article reviews the different clinical entities and symptoms of pathologic GER, particularly pulmonary manifestations of GER.

A careful history is mandatory and often the only investigation necessary to identify pathologic GER and manage GER in infants. When the history reveals a physiologic GER in a "happy spitter" without pain or pulmonary symptoms, and with normal growth, only conservative management is necessary. This article discusses the different aspects of investigating and managing GER in infants.

Keywords: gastroesophageal reflux, infants, spitting

6. Cayer S. Le reflux gastro-œsophagien : comment s'en sortir. *Les entretiens de pédiatrie 2006 : le fœtus et le nouveau-né*. Congrès de l'Université Laval, faculté de médecine 2006 ; 319-44.
7. Arguin AL, Swartz MK. Gastroesophageal reflux in infants: a primary care perspective. *Pediatr Nurs* 2004; 30 (1) : 45-51, 71.
8. Weber ML. *Dictionnaire de thérapie pédiatrique*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 1994 : p. 944.
9. Sontag SJ. The spectrum of pulmonary symptoms due to gastroesophageal reflux. *Thorac Surg Clin* 2005; 15 (3) : 353-68.
10. Juchet A, Brémont F, Dutau G, Olives JP. Toux chronique et reflux gastro-œsophagien chez l'enfant. *Arch Pédiatr* 2001; 18 (19 ref) : 629s-34s.
11. Fortin C, Mercier JC. *Formation en allaitement, module 3*. Direction de la santé publique, septembre 2006.
12. Armentrout D. Gastroesophageal reflux in infants. *Nurse Pract* 1995; 20 (5) : 54-63.
13. Hyman PE, rédacteur. Pediatric GI problems, vol. 4 (figure 4-42). Dans : Feldman M, rédacteur. *Gastroenterology and Hepatology. The Comprehensive Visual Reference*. Philadelphie : Churchill Livingstone ; 1998.