

Le reflux gastro-oesophagien (RGO)

1. Définition

Le reflux gastro-oesophagien (RGO) désigne le passage, à travers le cardia, d'une partie du contenu de l'estomac (y compris l'acide qu'il renferme) dans l'oesophage (tube par lequel transitent les aliments entre la bouche et l'estomac), en dehors de tout effort de vomissement.

Particulièrement fréquent chez le nourrisson, d'évolution souvent transitoire, le RGO peut en fait s'exprimer à tout âge.

La muqueuse de l'estomac le protège contre l'effet de l'acide.

Le reflux d'acide dans l'oesophage dépourvu d'une telle protection peut être responsable d'une inflammation et de brûlures à ce niveau (oesophagite).

2. Les symptômes

Les symptômes sont variables en fonction de l'âge de l'enfant et d'un patient à l'autre.

Ils peuvent être d'ordre « digestif » ou « extra-digestif », voire mixte...

o Manifestations digestives :

- Régurgitations très abondantes, fonction de la position couchée, d'autant plus marquées que l'enfant est jeune et pouvant aller jusqu'à mimer de véritables vomissements.
- Retentissement négatif sur la courbe de poids
- Douleur abdominales épigastriques, volontiers matinales, parfois associée à des nausées chez le grand enfant
- Hémorragie (rare)

o Manifestations respiratoires :

- Infections ORL à répétition,
- Broncho-pneumopathies,
- Toux nocturne,
- « asthme ».

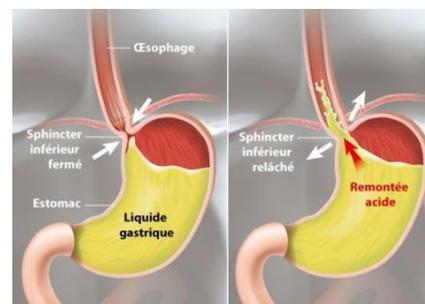
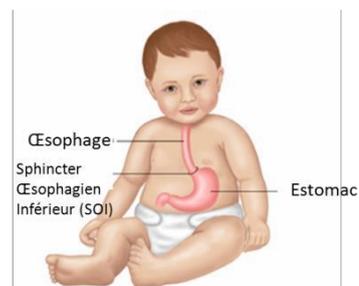
o Malaises

Les apnées prolongées du nourrisson ou les malaises majeurs (mort subite) doivent faire rechercher un RGO

o Situations particulières

Le RGO complique un certain nombre de situations pathologiques :

- Hernie diaphragmatique congénitale,
- Atrésie de l'oesophage,
- Problèmes neurologiques,
- Sténose caustique de l'oesophage...



3. Mise au point

Les examens complémentaires ne sont envisagés que dans l'exploration d'un reflux **PATHOLOGIQUE** c'est à dire avec des manifestations importantes.

- **L'endoscopie** ou gastroscopie est un examen réalisé chez votre enfant après administration d'un sédatif. Cet examen permet de visualiser la muqueuse de l'œsophage, l'existence éventuelle d'une œsophagite (lésions induites par le RGO), sa gravité, la morphologie de la jonction œsogastrique, l'existence d'une éventuelle hernie hiatale associée, (passage d'une partie de l'estomac dans le thorax), l'examen de l'estomac et du duodénum (première portion du « petit » intestin). L'absence d'œsophagite n'exclut pas formellement un RGO.
- **La radiologie** ou transit œso-gastro-duodéal (TOGD) à la baryte fluide n'a pas de valeur diagnostique mais donne des renseignements très utiles notamment en cas de hernie hiatale associée (étude de la morphologie).
- **La pH-métrie** : une sonde d'enregistrement très fine est placée dans l'œsophage de l'enfant sous contrôle radiographique et enregistre sur une durée de 24 heures les valeurs du pH. On étudie habituellement les phases où le pH est inférieur à 4 permettant de décrire le nombre et la longueur des reflux en relation avec les repas et la position de l'enfant.
- **Le transit isotopique** : peut être utile (mise en évidence du traceur dans le tractus respiratoire) si les signes respiratoires sont prédominants.

4. Prise en charge

Le traitement dépend de la gravité du reflux et de l'âge de l'enfant.

En effet, nombreux reflux du nourrisson disparaissent avec la croissance, la station assise et l'acquisition de la marche.

- **Mesures générales et hygiéno-diététiques**
 - Suppression de l'environnement tabagique,
 - « orthostatisme », élévation de la tête du lit,
 - Fractionnement des repas : nombreux petits repas,
 - Epaississement des biberons,
 - Chez l'enfant plus grand, diminution des graisses, du chocolat, des boissons gazeuses.
- **Traitement médical**
 - Médicaments protecteurs de la muqueuse
 - Médicaments anti-sécrétoires (diminuant la quantité et l'acidité des sécrétions de l'estomac)
 - Médicaments agissant sur la motilité intestinale et la vidange de l'estomac en modifiant le temps de digestion
- **Traitement chirurgical**

L'indication opératoire est posée en cas d'échec des mesures conservatrices ou en cas de récurrence importante à l'arrêt d'un traitement médical bien conduit sur une période de temps suffisante.

Il sera également envisagé dans certaines anomalies associées importantes (hernie hiatale).

Rarement, une indication plus précoce peut être discutée en cas de résistance au traitement médical, de sténose peptique sévère (rétrécissement secondaire aux brûlures de l'œsophage) ou de malaise grave en relation avec un RGO massif.

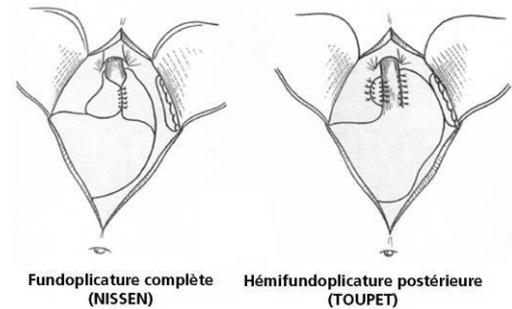
Il est également proposé dans certains terrains particuliers comme chez l'enfant infirme moteur cérébral (IMC)

La cure du RGO impose la création d'un dispositif qui s'oppose au RGO tout en permettant une fonction normale de la jonction œsogastrique (arrivée de l'œsophage dans l'estomac).

Les techniques proposées reposent sur 2 principes fondamentaux :

- la « reposition » de l'œsophage abdominal,
- la création d'une valve anti-reflux. Cette valve pouvant être complète (360° : c'est la technique de Nissen), ou incomplète (valve postérieure : c'est la technique de Toupet).

Ces interventions sont réalisées dans la majorité des cas par laparoscopie (4 ou 5 petites incisions abdominales).



○ Evolution

Votre enfant pourra présenter dans un certain nombre de cas après l'opération des difficultés transitoires avec l'ingestion de certains aliments (dysphagie) comme le pain, la viande, le riz ou les pâtes. Ces aliments devront être évités dans la période postopératoire immédiate et réintroduits progressivement. L'importance et la durée de cette dysphagie sont très variables d'un enfant à l'autre.

Certains enfants ne seront plus capables de faire des renvois facilement et certains se plaindront d'un ballonnement abdominal.

Les bénéfices de cette intervention sont d'autant meilleurs que le reflux était grave.

Plus de 90% des enfants sont satisfaits et ces résultats sont relativement stables dans le temps.

Les symptômes respiratoires ne sont parfois que partiellement améliorés lorsque le RGO n'est pas seul en cause.

Les récurrences sont possibles et surviennent plus fréquemment dans certaines situations particulières (enfants présentant des signes neurologiques comme chez l'IMC...)