

FICHE

Reflux gastro-œsophagien chez l'enfant de moins d'un an : définitions, prise en charge et pertinence des traitements pharmacologiques

Validée par le Collège le 29 février 2024

L'essentiel

- Les régurgitations simples sont très fréquentes avant l'âge d'un an et ne présentent pas, dans la majorité des cas, de caractère de gravité même si elles peuvent être la source d'une anxiété parentale élevée.
- Chez l'enfant de moins d'un an, la distinction entre régurgitations simples et RGO pathologique est parfois délicate.
- Les signes d'alerte d'une autre pathologie à prendre en charge en urgence sont des vomissements violents et en jet ou des vomissements bilieux (vert fluorescent).
- Une irritabilité ou des pleurs excessifs, associés ou non à des régurgitations visibles, ne justifient pas à eux seuls des examens complémentaires à la recherche d'un RGO pathologique ni un traitement anti-sécrétoire.
- La réassurance parentale et des mesures diététiques et posturales sont généralement suffisantes pour la prise en charge des régurgitations simples.
- Il est recommandé de ne pas recourir à un inhibiteur de la pompe à protons pour traiter des signes isolés de reflux de type régurgitations, pleurs ou irritabilité rapportés chez un enfant dont le développement est par ailleurs normal.
- Avant l'âge d'un an, le recours à un inhibiteur de la pompe à protons relève d'une prescription hors AMM. Il est réservé au traitement d'une œsophagite par reflux authentifiée par endoscopie œsogastroduodénale ou au traitement d'un reflux gastro-œsophagien pathologique attesté par pH-métrie.

Régurgitations simples et reflux gastro-œsophagien pathologique : comment les différencier ?

Distinguer des régurgitations simples d'un reflux pathologique chez un enfant de moins d'un an est parfois complexe (cf. définitions en annexe 1). Les manifestations et les signes d'alerte nécessitent d'être précisés pour proposer des conseils ou une prise en charge adaptée.

Régurgitations simples

Les régurgitations simples sont une manifestation visible du reflux gastro-œsophagien (RGO) **physiologique**, apparaissant en général avant le 2^e mois :

- elles touchent jusqu'à 70 % des nourrissons de 4 mois ;
- elles surviennent **en post-prandial** et peuvent être **pluriquotidiennes**. Elles sont de courte durée et spontanées. Elles peuvent ressembler à un jet mais se produisent sans effort de vomissement. Elles peuvent entraîner des pleurs qui témoignent surtout de la gêne de l'enfant mais ne traduisent pas l'existence de douleurs.

Bien tolérées, les régurgitations simples sont **sans gravité** et n'ont pas de retentissement sur la croissance staturo-pondérale.

L'évolution naturelle est une **résolution spontanée** vers l'âge d'un an du fait de la maturation des mécanismes anti-reflux, de l'orthostatisme et de la diversification de l'alimentation.

Reflux gastro-œsophagien pathologique

Un RGO est considéré comme pathologique en cas de symptômes gênants persistants ou de complications. Le RGO pathologique est **peu fréquent**¹ chez l'enfant de moins d'un an.

- Les symptômes sont non spécifiques. Les principaux signes évocateurs sont des **régurgitations persistantes ou excessives associées à un refus de s'alimenter, des pleurs persistants inhabituels, une irritabilité lors de l'alimentation, un retard de croissance ou des troubles du sommeil**.

Une irritabilité ou des pleurs excessifs, mais restant isolés, ne doivent pas conduire à un diagnostic de RGO pathologique chez l'enfant de moins d'un an, d'autant plus que son développement est par ailleurs normal².

- La principale complication digestive est l'**œsophagite par reflux**. Elle reste très rare. La fréquence et l'intensité du reflux ne sont pas suffisantes pour attester de sa présence. Elle peut être suspectée notamment devant l'association à une hématurie.
- Des **manifestations respiratoires ou ORL** telles qu'une pneumopathie d'inhalation, une respiration sifflante, une toux chronique, un stridor ou des laryngites à répétition, **associées ou non à des régurgitations**, peuvent être liées à un RGO pathologique, mais le lien de causalité n'est pas clairement démontré.
- Le syndrome de Sandifer, posture dystonique de la tête et du cou évoquant un torticolis, associée à des régurgitations fréquentes, est une manifestation rare caractéristique du RGO pathologique.

¹ La prévalence du RGO pathologique varie de 1 % à 12,6 % selon les études. Elle est difficile à estimer compte tenu de l'hétérogénéité des définitions retenues pour qualifier les reflux physiologique et pathologique dans les études cliniques.

² Il n'existe pas de données scientifiques probantes en faveur de l'attribution des pleurs persistants au RGO pathologique, même en présence de régurgitations visibles.

Les pleurs prolongés et inexplicables du nourrisson, appelés aussi à tort « coliques du nourrisson », sont fréquents, atteignent leur maximum entre 6 et 8 semaines et durent jusqu'à 2 heures par jour. Ces pleurs peuvent s'observer chez un nourrisson présentant par ailleurs des régurgitations, sans relation entre les deux manifestations.

Facteurs de risque

Les prématurés, les enfants atteints de troubles neurologiques, de certaines maladies génétiques (dont la mucoviscidose) ou d'une anomalie congénitale de l'œsophage sont plus enclins à souffrir d'un RGO pathologique sévère et chronique.

Signes d'alerte à rechercher

Afin de ne pas méconnaître une pathologie **à prendre en charge en urgence**, il convient de rechercher systématiquement les signes d'alerte suivants :

- des **vomissements en jet devenant fréquents** chez un enfant de 2 à 8 semaines jusque-là en bonne santé et dont l'appétit est conservé mais qui ne prend plus de poids, évoquant une sténose hypertrophique du pylore ;
- des **vomissements bilieux** (vert fluorescent) et une distension abdominale évoquant une obstruction intestinale ;
- une **fontanelle bombée** et une augmentation rapide du périmètre crânien associées ou non à une fièvre ou une léthargie pouvant faire évoquer un trouble neurologique ou infectieux.

Une **allergie aux protéines du lait de vache** est à évoquer devant des régurgitations persistantes ou excessives chez un nourrisson qui présente également un eczéma et/ou un terrain familial atopique au premier degré associé ou non à des rectorragies ou à une diarrhée chronique.

Doivent alerter en faveur d'un RGO pathologique :

- une **hématémèse** évoquant une œsophagite par reflux ;
- une **perte de poids** ;
- des **difficultés d'alimentation (refus de s'alimenter) ou un ralentissement de la croissance associé(es) à un changement de comportement** tel que pleurs ou irritabilité persistant(e)s et inhabituel(le)s ;
- l'apparition de régurgitations excessives après l'âge de 6 mois ou leur persistance au-delà de l'âge d'un an.

Approche diagnostique

Les signes d'alerte d'un diagnostic différentiel écartés, une **écoute des signes rapportés** par les parents **et un examen clinique** sont généralement suffisants pour distinguer des régurgitations simples d'un RGO pathologique.

Tableau 1. Régurgitations simples et reflux gastro-œsophagien pathologique

Signes	Régurgitations simples	RGO pathologique
Âge d'apparition	Entre 1 semaine et 6 mois	Quel que soit l'âge
Évolution avec diversification alimentaire et orthostatisme	Amélioration puis disparition vers 1 an	Persistance
Régurgitations visibles	+	+ * ou absence (RGO occulte) **
Modalités	Post-prandial immédiat Non digéré	À distance des repas, nocturne Digéré
Appétit conservé	+	+/- refus de s'alimenter
Courbe de croissance	Pas de cassure	Possible cassure pondérale
Signe d'alerte	/	Hématémèse
Pleurs/irritabilité persistants inhabituels associés à d'autres signes	-	+/-
Manifestations respiratoires et ORL récurrentes (pneumopathie récurrente, respiration sifflante, toux chronique, stridor ou laryngites à répétition) associées à d'autres signes	-	Possible (mais lien de causalité non clairement démontré)

* La quantité des régurgitations n'est pas, à elle seule, suffisante pour évoquer un RGO pathologique mais elle doit alerter en cas d'association avec au moins un autre signe.

** En l'absence de régurgitations visibles, un RGO pathologique occulte peut être évoqué uniquement en présence de plusieurs autres signes associés.

Comment prendre en charge les régurgitations simples du nourrisson ?

Les régurgitations simples ne nécessitent **aucun test** pour être documentées.

Même si la pression parentale est élevée compte tenu de l'anxiété générée par ces régurgitations, **aucun traitement pharmacologique n'est nécessaire** dès lors que la croissance pondérale est normale et que les signes d'alerte ont été écartés.

La réassurance parentale et des mesures diététiques et posturales (positionnement, modifications alimentaires) sont alors généralement suffisantes.

Conseils et réassurance parentale

Les régurgitations simples peuvent être à l'origine d'une réelle anxiété parentale à prendre en compte :

- écouter les inquiétudes des parents et les rassurer en les informant de la fréquence et des caractéristiques de ces manifestations, de leur absence de gravité (courbe de poids normale) et de leur résolution spontanée dans plus de 90 % des cas vers l'âge d'un an ;
- rappeler l'absence de lien avec les pleurs prolongés, inexpliqués ou coliques du nourrisson ;
- prévenir les conduites dangereuses telles que le secouement du bébé ;
- rechercher des signes de dépression du post-partum et de risque de maltraitance.

La poursuite de l'allaitement est à encourager.

Positionnement

Comme pour tout nourrisson, afin de prévenir la mort inattendue du nourrisson, **seul le couchage à plat sur le dos**, sans élévation de la tête ni position latérale, est recommandé pour le sommeil.

- Éviter de coucher l'enfant directement après le repas et le maintenir, aux bras ou en écharpe, en position verticale pendant, si possible, 20 à 30 minutes avant de le coucher.

Autres modalités non pharmacologiques

En l'absence de données scientifiques probantes, le recours aux pratiques non conventionnelles de santé n'est pas recommandé.

Modifications alimentaires

Une évaluation des modalités des prises alimentaires, qu'elles soient au sein ou au biberon, permet de rechercher une éventuelle suralimentation (quantité ingérée, par jour ou par prise, excessive). Si tel est le cas, pour les enfants nourris au biberon :

- rappeler les quantités préconisées pour l'âge et le poids de l'enfant en cas d'erreur diététique ;
- **fractionner les repas** afin de mieux répartir l'apport journalier (réduction de la quantité par prise avec augmentation de la fréquence des prises), selon l'âge et le poids de l'enfant.

Il conviendra également de vérifier que la reconstitution de la préparation pour nourrisson est correctement réalisée (30 ml d'eau par mesure de poudre de lait rase, non bombée, non tassée), que l'enfant mange à sa faim, sans être forcé à finir son biberon et qu'il peut éructer lors de pauses et en fin de repas afin d'évacuer l'air avalé.

Épaississants

Si les régurgitations sont toujours gênantes malgré la réassurance et la mise en œuvre des premières mesures diététiques et posturales sur une période d'au moins deux semaines, il est conseillé d'épaissir la préparation pour nourrisson pour les enfants nourris au biberon. Il n'y a pas d'indication à ajouter des biberons de lait épaissi chez les nourrissons exclusivement allaités, ni de tirer le lait de la mère pour l'épaissir.

- Les épaississants sont disponibles sous forme de **poudre épaississante** à ajouter dans la préparation pour nourrisson (cuillère-mesure en fonction du volume du biberon) ou de préparation épaissie au préalable (préparation « formule épaissie » et **préparation anti-régurgitations « AR »**).
- Les préparations anti-régurgitations « AR », à base de caroube³ ou à base d'amidon (> 2 g/100 ml) ou d'une association caroube et amidon, ont un pouvoir plus épaississant que les préparations « formule épaissie » (teneur en amidon ≤ 2 g/100 ml).

Les poudres épaississantes ou les préparations anti-régurgitations « AR », disponibles uniquement en pharmacie, sont à utiliser en cas de régurgitations importantes, les préparations « formule épaissie » étant limitées aux troubles digestifs mineurs.

³ Les préparations à base de caroube épaississent dès la reconstitution dans le biberon : il convient d'utiliser une tétine adaptée.

Essai d'éviction-réintroduction des protéines du lait de vache

En cas de signes d'**allergie aux protéines de lait de vache non IgE médiée** (régurgitations persistantes ou excessives et eczéma, terrain familial atopique, constipation, rectorragies ou diarrhée chronique) **ou si un RGO pathologique est suspecté après échec des mesures diététiques et posturales** précédentes, il est conseillé de faire un essai d'éviction des protéines de lait de vache de **2 à 4 semaines**, suivi d'une réintroduction systématique après amélioration ou non des symptômes.

- L'essai est réalisé avec une préparation à base d'**hydrolysat poussé de protéines de lait de vache ou un hydrolysat de protéines de riz**.
- En l'absence d'amélioration, un deuxième essai avec une préparation à base d'acides aminés peut être réalisé avant d'exclure une allergie aux protéines du lait de vache (APLV).

Les laits avec hydrolyse partielle des protéines du lait de vache ne sont pas recommandés pour le diagnostic ni la prise en charge d'une allergie aux protéines du lait de vache.

En cas d'allaitement, un régime d'éviction des protéines de lait de vache (sans substituer par du lait de chèvre ou de brebis en raison du risque élevé d'allergie croisée) peut être proposé à la mère pendant 2 à 4 semaines, tout en veillant à une supplémentation maternelle en calcium. Mais les allergies aux protéines du lait de vache transmises par le lait de la mère restent très rares.

Si les régurgitations réapparaissent à la réintroduction, le diagnostic d'allergie aux protéines du lait de vache est à considérer. Le recours à un spécialiste (gastro-entérologue pédiatre ou pédiatre spécialisé en allergologie) est alors recommandé.

Quels examens complémentaires devant des signes d'alerte ou une suspicion de RGO pathologique ?

Les examens complémentaires sont rarement nécessaires chez l'enfant de moins d'un an et il n'existe pas d'examen de référence pour poser un diagnostic du RGO pathologique.

Ils sont utiles au cas par cas, en cas de signes d'alerte et/ou après évaluation par un pédiatre ou gastro-entérologue pédiatre.

Tableau 2. Examens complémentaires en présence de signes d'alerte ou selon le contexte

Signes d'alerte ou contexte	Suspicion	Examens complémentaires
Vomissements bilieux (vert fluo)	Obstruction intestinale nécessitant un avis chirurgical en urgence	Échographie abdominale
Vomissements en jet, devenant fréquents	Sténose hypertrophique du pylore, autre anomalie anatomique	Échographie abdominale ou transit œsogastroduodéal
Hématémèse, méléna, dysphagie et retard de croissance +/- associés à des régurgitations	Œsophagite par reflux ou diagnostic différentiel après évaluation par un gastro-entérologue pédiatre	Endoscopie œsogastroduodénale avec biopsies
En l'absence de régurgitations extériorisées mais présence d'au moins 2 signes tels que refus alimentaire, retard de croissance, pleurs persistants inhabituels, manifestations respiratoires ou ORL à répétition ou malaise	RGO pathologique occulte	pH-métrie œsophagienne des 24 heures ou pH-impédancemétrie œsophagienne, si disponible
Selon le contexte, régurgitations extériorisées avec signes cités ci-dessus	Signes indûment attribués à un RGO pathologique pour confirmer l'absence de lien entre symptômes et régurgitations	pH-métrie œsophagienne des 24 heures ou pH-impédancemétrie œsophagienne, si disponible

En l'absence de données en faveur de l'utilisation empirique chez l'enfant de moins d'un an, il n'est pas recommandé de recourir à un essai d'une à deux semaines avec un inhibiteur de la pompe à protons pour le diagnostic du RGO pathologique.

Il n'est pas recommandé de recourir à d'autres examens complémentaires tels que biomarqueurs extra-œsophagiens (pepsine salivaire), manométrie œsophagienne, scintigraphie gastrique, essai d'alimentation transpylorique pour le diagnostic du RGO pathologique.

Quels traitements pour un RGO pathologique et place des inhibiteurs de la pompe à protons ?

Anti-acide : alginat de sodium

En cas de suspicion de RGO pathologique après échec des mesures diététiques et posturales, un **essai à base d'alginat de sodium** en suspension buvable peut être proposé sur une courte durée, 1 à 2 semaines maximum, bien que les preuves de son efficacité soient limitées.

Il est administré après chaque repas et à distance de toute autre prise médicamenteuse.

En cas d'amélioration des symptômes, l'indication du traitement devra être réévaluée régulièrement pour éviter une utilisation prolongée.

Antisécrétoires gastriques : inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Les données cliniques d'efficacité et de tolérance des anti-sécrétoires sont extrêmement limitées chez l'enfant de moins d'un an et leur intérêt n'est pas démontré dans cette population.

Des effets indésirables (céphalée, nausées, diarrhée, constipation) peuvent être observés chez l'enfant. L'exposition à un IPP est associée à une augmentation de 34 % du risque global d'infections bactériennes ou virales graves chez les jeunes enfants.

Le rapport bénéfice/risque doit être évalué avant toute prescription pour laquelle les doses minimales efficaces et la durée la plus courte possible seront recherchées.

Parmi les IPP actuellement commercialisés, l'oméprazole (gélule gastro-résistante dosée à 10 mg, identique à celle destinée à l'adulte) et l'ésooméprazole (sachet de 10 mg de granulés gastro-résistants pour suspension buvable, forme pédiatrique) disposent d'une AMM dans le reflux gastro-œsophagien chez l'enfant à partir d'un an. **Leur prescription est hors AMM chez l'enfant de moins d'un an⁴.**

Il est recommandé de ne pas recourir à un IPP pour traiter des signes isolés de reflux de type régurgitations, pleurs ou irritabilité rapportés chez un enfant dont le développement est par ailleurs normal.

En cas de régurgitations extériorisées excessives ou persistantes associées à d'autres signes de RGO pathologique (tels que des refus alimentaires ou un retard de croissance associés à un changement de comportement ou des manifestations respiratoires ou ORL récurrentes), les IPP ne sont pas indiqués en première intention. Selon le contexte et dans le cadre d'une décision médicale partagée, un traitement par IPP (hors AMM) peut être envisagé après échec des mesures diététiques et posturales, échec du test d'éviction des protéines du lait de vache, échec du traitement anti-acide, et authentification par pH-métrie œsophagienne des 24 heures ou pH-impédancemétrie œsophagienne, si disponible.

Chez l'enfant âgé d'un mois à un an, le recours à un IPP (hors AMM) est réservé au traitement de :

- **RGO pathologique occulte** (absence de régurgitations extériorisées mais présence d'au moins deux signes de RGO pathologique tels que des refus alimentaires ou un retard de croissance associés à un changement de comportement ou des manifestations respiratoires ou ORL récurrentes) **attesté par pH-métrie œsophagienne des 24 heures ou pH-impédancemétrie œsophagienne** si disponible, et après échec des mesures diététiques et posturales ;
- **œsophagite par reflux authentifiée par endoscopie œsogastroduodénale.**

Un traitement de 4 à 8 semaines sera envisagé à la posologie la plus faible possible dans un premier temps puis reconsidéré par le spécialiste.

La posologie d'oméprazole ou d'ésooméprazole recommandée est de 1 mg/kg en une prise, à jeun, 30 minutes avant un repas. Une forme pédiatrique en suspension buvable est à privilégier.

Prokinétiques

Aucun prokinétique (dompéridone, métoclopramide) n'est recommandé pour le traitement du reflux gastro-œsophagien compte tenu de leur rapport bénéfice/risque défavorable.

Interventions chirurgicales

Le recours à un traitement chirurgical est exceptionnel. Il peut être envisagé en cas de RGO pathologique réfractaire ou chronique.

⁴ Depuis le 1^{er} juin 2021, une spécialité à base d'oméprazole en poudre pour suspension buvable (forme pédiatrique) dispose d'une AMM dans le traitement des reflux du nourrisson âgé de 1 mois à 1 an. En juin 2022, la Commission de la transparence de la HAS a recommandé de limiter son remboursement au seul traitement des RGO pathologiques chez l'enfant de 1 mois à 1 an (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3344840/fr/hexocet-omeprazole-ulcere-et-reflux-gastro-oesophagien). Mais à ce jour (29/02/24), cette spécialité n'est pas commercialisée en France.

Annexe 1. Définitions

Reflux gastro-œsophagien physiologique

Le RGO physiologique est un phénomène normal de remontée du contenu gastrique dans l'œsophage associée ou non à des régurgitations extériorisées de ce contenu.

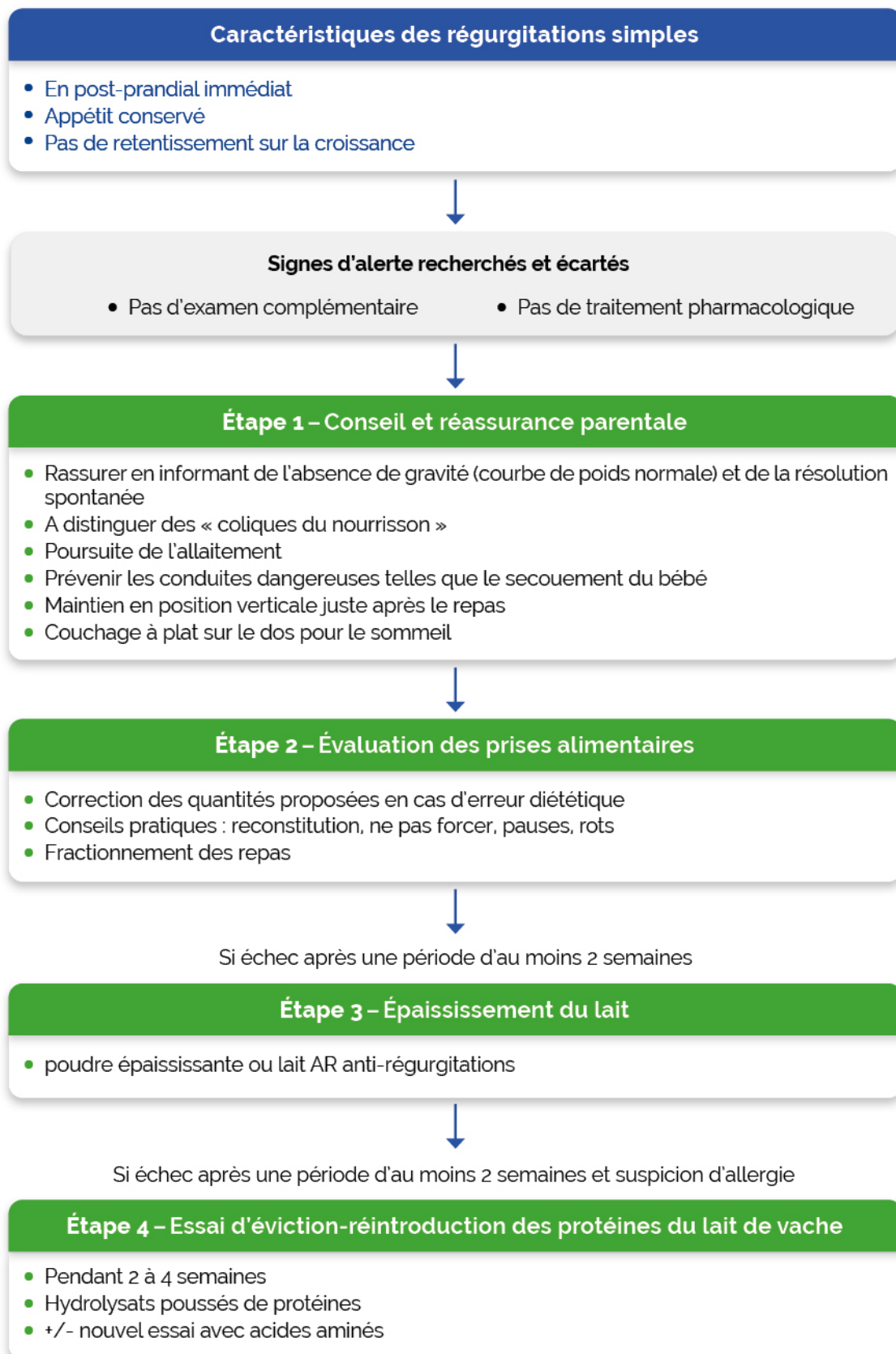
Régurgitations simples

Les régurgitations simples sont une manifestation visible du RGO physiologique et se caractérisent par l'extériorisation sans effort d'une partie du contenu gastrique.

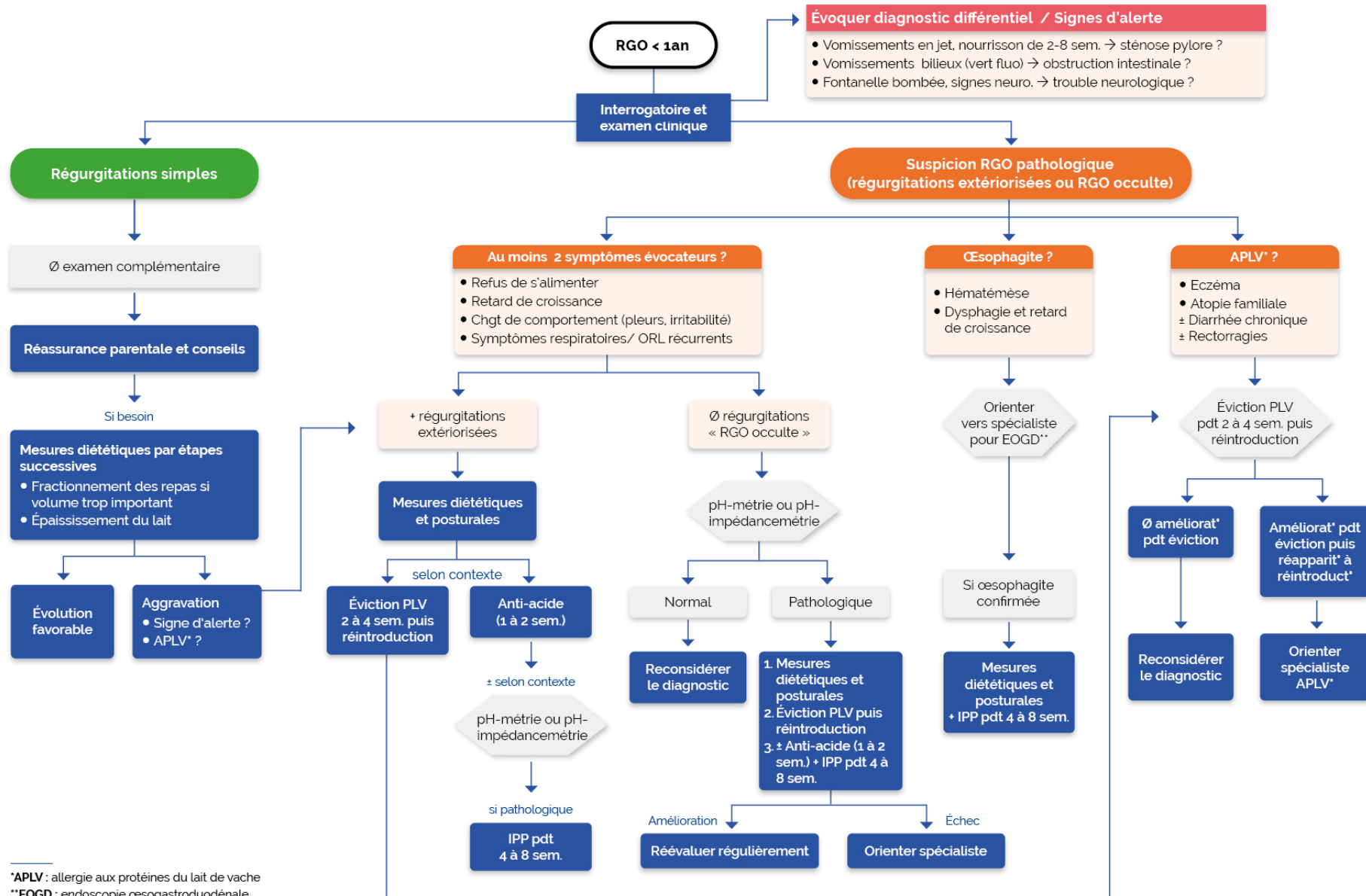
Reflux gastro-œsophagien pathologique

Le RGO pathologique est un reflux extériorisé ou non du contenu gastrique provoquant des symptômes gênants et ayant un effet négatif sur le bien-être et les activités quotidiennes de l'enfant ou pouvant entraîner des complications graves.

Annexe 2. Prise en charge des régurgitations simples du nourrisson



Annexe 3. Arbre décisionnel de prise en charge du reflux gastro-œsophagien chez l'enfant de moins d'un an



*APLV : allergie aux protéines du lait de vache
 **EOGD : endoscopie œsogastroduodénale

Ce document présente les points essentiels **de la publication : Reflux gastro-œsophagien chez l'enfant de moins d'un an : définitions, prise en charge et pertinence des traitements pharmacologiques**, Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr