

Référence : Størdal K, Beck CE. Réduire les inhibiteurs de la pompe à protons chez les nourrissons ayant des symptômes de reflux gastro-œsophagien. Le Médecin de famille canadien. Mars 2025 ; 71(3) : 173-176.
Lien : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11934640/>
PMCID : 11934640

Q4 Reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons

Relativement aux nourrissons chez qui on soupçonne des reflux gastro-œsophagiens, lequel des énoncés suivants est faux ?

- 1. Les infections respiratoires sont plus fréquentes durant les interventions avec des IPP.
- 2. Il a été démontré que les IPP réduisent les symptômes de reflux pathologique suspecté chez des nourrissons.
- 3. Le reflux des nourrissons est moins acide que celui des personnes plus âgées.
- 4. Il a été démontré que les épaississants alimentaires réduisent la fréquence des régurgitations.

Résumé formatif : La régurgitation, souvent appelée reflux gastro-œsophagien, est un phénomène physiologique. La plupart des nourrissons de moins d'un an régurgitent deux fois ou plus chaque jour durant les premiers mois de leur vie ; il faut faire la distinction entre ce comportement normal et le reflux gastro-œsophagien pathologique (RGO) ou d'autres diagnostics inquiétants. Il y a lieu de soupçonner un RGO si le nourrisson ne grandit pas en raison de problèmes d'alimentation. **Le reflux des nourrissons est moins acide en raison d'une plus faible production d'acide gastrique et des effets tampons des fréquents repas à base de lait, ce qui diffère des reflux chez les personnes plus âgées. En dépit de nombreux essais randomisés, il n'a pas été démontré que les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) réduisaient les symptômes de reflux pathologique suspecté chez des nourrissons.** Par conséquent,

il ne faudrait pas prescrire d'IPP à des nourrissons, à moins qu'une investigation approfondie par des spécialistes ait conclu à un diagnostic de RGO.

Entre 2003 et 2015, six essais cliniques randomisés sur les IPP incluaient des nourrissons ayant des régurgitations, dont deux ont aussi étudié la question chez des nourrissons nés avant terme ayant un RGO suspecté. Des méta-analyses et des revues de ces six essais ont conclu que les IPP dans cette catégorie d'âge ne procurent pas de réduction substantielle des symptômes par rapport à un placebo. Le premier essai a fait valoir que les pleurs et l'irritabilité diminuaient avec le temps, quel que soit le traitement attribué. Une autre étude comportait l'évaluation du reflux acide ou non acide; bien qu'il ait été démontré que les IPP réduisaient l'acidité de l'œsophage,

le nombre total d'épisodes de reflux et les symptômes concomitants n'étaient pas différents de ceux avec le traitement placebo. La réduction spontanée des régurgitations avec le temps pourrait expliquer pourquoi les cliniciens surestiment les bienfaits des interventions, ce qui ne peut pas être reproduit dans des essais contrôlés. Les lignes directrices de pratique clinique sur le reflux gastro-œsophagien pédiatrique de 2018 recommandent clairement d'éviter d'utiliser des IPP chez des nourrissons autrement en bonne santé qui régurgitent visiblement, pleurent ou ont de la détresse, et ce, en raison du manque de données probantes.

À court terme, les IPP sont bien tolérés, mais on s'inquiète de plus en plus des effets secondaires dus à un usage à long terme.

Dans une récente étude basée sur les registres à l'échelle nationale en France, portant sur des enfants suivis de la naissance jusqu'à un âge médian de 3,8 ans, on a observé un risque accru d'infections. En outre, une étude prospective auprès de 186 enfants (âge médian de dix mois) a révélé un risque plus élevé d'infections gastro-intestinales par rapport au groupe témoin, et les infections gastro-intestinales et des voies respiratoires étaient plus fréquentes durant les interventions avec des IPP par rapport à la période de quatre mois précédente. Une autre préoccupation se situe dans la réduction de l'absorption des vitamines et des minéraux qui peut entraîner des déficiences nutritionnelles, y compris une plus faible densité minérale osseuse et un risque de fracture, selon une revue pédiatrique. La dysbiose et la prolifération bactérienne dans l'intestin grêle sont des effets secondaires bien connus et révélés dans des études menées chez des adultes, mais on a peu étudié ces effets chez les nourrissons, probablement en raison d'un accès limité aux aspirats duodénaux. La prolifération bactérienne dans l'intestin grêle peut causer des symptômes gastro-intestinaux, comme de la douleur, de la diarrhée et des ballonnements, et la dysbiose intestinale est associée à des maladies chroniques à médiation immunitaire.

Les parents s'inquiètent souvent des épisodes fréquents de régurgitation chez leur nourrisson. Il est essentiel de leur expliquer que l'on s'attend à ce que les symptômes se résorbent avec le temps, que des médicaments soient prescrits ou non, pour souligner la différence entre un RGO d'un côté et une

immaturité gastro-intestinale et un reflux physiologique de l'autre. Pour ce faire, il faut passer en revue les facteurs rassurants (p. ex., un bébé vigoureux ayant un gain pondéral approprié, qui atteint les jalons de développement), de même qu'un plan prévoyant des examens plus approfondis si les symptômes persistaient ou s'aggravaient avec le temps.

L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) peut causer des symptômes de reflux, ce qui complique la distinction entre les deux diagnostics. Pour un nourrisson chez qui une APLV est soupçonnée, la première étape thérapeutique serait d'éliminer les protéines du lait de vache de son alimentation. Pour les nourrissons alimentés par lait maternisé, on recommande un essai de préparation hydrolysée pendant deux semaines. Dans le cas d'un nourrisson allaité au sein, l'abstention par la mère de consommer du lait de vache pendant deux à quatre semaines est une option. Dans les deux cas, une réduction manifeste des symptômes peut être attribuable à l'évolution naturelle des régurgitations qui se résorbent ou à l'APLV elle-même. Par conséquent, il est préférable de réintroduire les protéines de lait de vache pour évaluer les symptômes sur une base continue et éviter ainsi des régimes alimentaires restrictifs inutiles. Lorsqu'un diagnostic d'APLV est posé, d'autres traitements ne sont habituellement pas nécessaires.

Il a été démontré que les épaississants alimentaires réduisent la fréquence des régurgitations d'en moyenne deux épisodes par jour, comme l'indique une revue Cochrane qui portait sur huit essais cliniques randomisés contrôlés. Les effets sur d'autres symptômes ou sur la réduction de l'exposition à l'acide œsophagien sont moins certains. Le lait maternel peut être épaisse avec des produits à base de gomme, tandis que des céréales pour nourrissons (p. ex., des céréales de riz) ou des additifs à base de gomme peuvent servir à épaisser le lait maternisé. La constipation et un vidange gastrique plus lent (qui pourraient, en revanche, aggraver la régurgitation) sont des effets secondaires possibles de certains épaississants alimentaires. L'introduction d'une alimentation solide est susceptible de réduire la fréquence des régurgitations et pourrait être envisagée après l'âge de quatre mois.

La bonne réponse est 2.

Alerte à la surutilisation !

Cette question pratique cadre avec la **recommandation** de la Société canadienne de pédiatrie diffusée par l'organisme canadien Choisir avec soin : ***N'utilisez pas d'emblée un inhibiteur de la sécrétion acide ou un agent prokinétique pour le traitement du reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons.***