



Reçu le :
19 juillet 2010
Accepté le :
6 août 2010
Disponible en ligne
12 octobre 2010

Consensus factuel international sur la définition du reflux gastro-œsophagien pathologique en pédiatrie[☆]

A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population

P.-M. Sherman^a, E. Hassall^b, U. Fagundes-Neto^c, B.-D. Gold^d, S. Kato^e, S. Koletzko^f, S. Orenstein^g, C. Rudolph^h, N. Vakil^{i,j}, Y. Vandenplas^{k,*}

^a Gastroenterology-Pediatric, Hospital for Sick Children, University of Toronto, Toronto, Canada

^b Division of Gastroenterology, British Columbia Children's Hospital/University of British Columbia, Vancouver, Canada

^c Disciplina de Gastroenterologia, Departamento de Pediatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brésil

^d Division of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, États-Unis

^e Department of Pediatrics, École universitaire de médecine de Tohoku, Sendai, Japon

^f Dr von Haunersches Kinderspital, Universität Ludwig Maximilians, Munich, Allemagne

^g University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvanie, États-Unis

^h Division of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, Medical, College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, États-Unis

ⁱ University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin, États-Unis

^j Marquette University College of Health Science, Milwaukee, Wisconsin, États-Unis

^k Department of Pediatrics, UZ Brussel Kinderen, Vrije Universiteit Brussel, Bruxelles, Belgique

Disponible en ligne sur

 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Mots clés : Reflux gastro-œsophagien, Consensus

1. Introduction

La définition de Montréal du reflux gastro-œsophagien (RGO) pathologique de l'adulte a été élaborée à partir d'un consensus factuel international s'appuyant sur des études menées chez l'adulte¹. Ces recommandations servent maintenant à l'établissement de priorités en matière de recherche et pour l'élaboration des recommandations de prise en charge des patients dans de nombreux endroits à travers le monde. Toutefois, tout en reconnaissant les besoins spécifiques à la pédiatrie, le travail de ce groupe s'est limité aux adultes.

[☆] Article traduit et résumé avec l'autorisation des auteurs de l'article original « A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population ». Am J Gastroenterol 2009;104:1278-95; doi : 10.1038/ajg.2009.129 ; publié en ligne (en anglais) le 7 avril 2009. Version longue traduite de cet article disponible sur www.sfpediatric.com.

* Auteur correspondant.

e-mail : yvan.vandenplas@uzbrussel.be

En pédiatrie, le RGO pathologique s'observe dans les différentes tranches d'âge. Divers termes et définitions du RGO sont utilisés dans la littérature et en pratique quotidienne. Ce manque d'homogénéité contribue aux larges variations dans la prise en charge des patients. En outre, l'absence de définitions claires du RGO et de ses manifestations est une source de confusion pour le clinicien, tant pour interpréter les résultats des essais cliniques que pour comprendre la façon d'utiliser les tests de diagnostic existants. Il est donc nécessaire d'établir une définition uniforme. Une actualisation des recommandations relatives au RGO par les sociétés nord-américaines et européennes de gastroentérologie pédiatrique met également en lumière la nécessité d'élaborer des critères internationalement reconnus et de soutenir les recommandations à partir d'une revue systématique des données.

Le but de ce groupe était donc d'obtenir un consensus international au sujet de la définition et de la classification du RGO en pédiatrie destiné à l'élaboration de recommandations futures pour la pratique clinique et comme base aux essais cliniques.

2. Méthodologie

La méthode Delphi modifiée, semblable à celle utilisée pour l'élaboration de la définition de Montréal, a servi à la formulation des propositions définissant le RGO pathologique en pédiatrie. Les principales étapes de ce processus furent les suivantes :

- sélection d'un groupe international participant au consensus ;
- élaboration de projets de propositions ;
- revue systématique de la littérature en vue d'identifier et d'évaluer de façon critique les preuves pour chacune des propositions ;
- vote anonyme, discussion et répétition du vote anonyme par le groupe du consensus après reformulation de chacun des projets de propositions.

Les membres du groupe ont convenu qu'il était préférable d'appliquer les définitions mises au point pour les adultes lorsque cela était pertinent, afin d'éviter toute confusion à propos de termes discordants. Il a été cependant distingué trois tranches d'âges : les nouveau-nés et les nourrissons (de 0 à 12 mois), les enfants (de 1 à 10 ans) et les adolescents (de 11 à 18 ans).

Un président ne participant pas aux votes dirigeait le groupe de consensus. Le président a sélectionné les membres du groupe en fonction de leur expertise reconnue dans le domaine du RGO pathologique en pédiatrie et de la nécessité d'avoir une représentation internationale et une diversité des points de vue et des expertises dans le domaine.

Les études chez l'homme, publiées en anglais entre janvier 1980 et décembre 2007 ont fait l'objet de recherches systématiques dans Medline, EMBASE et CINAHL. Des articles ont été rajoutés au cours de ce processus et distribués à tous les membres du groupe de consensus.

Le système de niveaux de preuve 4 a été utilisé :

- élevé : il y a peu de chances que des études supplémentaires modifient notre confiance envers l'appréciation de l'effet ;
- modéré : des études supplémentaires affecteront probablement de façon importante notre confiance envers l'appréciation de l'effet et pourraient modifier cette appréciation ;
- faible : des études supplémentaires affecteront très probablement de façon importante notre confiance envers l'appréciation de l'effet et risquent de modifier cette appréciation ;
- très faible : toute appréciation de l'effet est incertaine.

La mention « sans objet » a été utilisée lorsque ces niveaux de preuve n'étaient pas applicables à une proposition précise. Il a été attribué un niveau de preuve préliminaire à chaque proposition, avant le vote final. Chaque proposition a été à nouveau examinée par le comité après le vote final, puis lors de la rédaction du projet de rapport.

Pour chacune des propositions, le groupe a voté anonymement à quatre reprises. Entre chacun de ces votes, les pro-

positions ont été revues en tenant compte des commentaires du groupe et d'experts externes et de nouvelles revues critiques de la littérature disponible. Des propositions supplémentaires propres à la pédiatrie et n'ayant pas été abordées antérieurement, en particulier au sujet des pathologies mimant le RGO ou pouvant être confondues avec lui (comme les allergies alimentaires) ont été ajoutées. Une échelle de six points servait au vote : (1) complètement d'accord (A+), (2) modérément d'accord (A), (3) plutôt d'accord (A-), (4) plutôt pas d'accord (D-), (5) modérément pas d'accord (D) et (vi) complètement en désaccord (D+). Le consensus a été défini a priori comme l'accord (la somme des votes A+, A et A-) d'au moins les trois quarts (soit $\geq 75\%$) des membres votants sur une proposition.

Deux réunions plénières ont été organisées et financées par INSINC Consulting (Guelph, Ontario, Canada), avec une subvention sans restrictions d'AstraZeneca Research and Development (Mölnådal, Suède). AstraZeneca n'a pas contribué au contenu et au déroulement des ateliers, ni à l'élaboration des propositions et de cet article. Les conflits d'intérêts éventuels des membres du comité ont été documentés avant la première réunion du comité dans un document distribué à tous les membres. De même que lors du processus de Montréal, le but de l'exercice était d'élaborer des définitions du RGO et non de se prononcer pour ou contre des traitements ou des dispositifs médicaux.

3. Résultats

Pour le premier vote, 62 propositions ont été présentées, s'appuyant sur les 50 propositions des définitions de Montréal. De plus, 12 propositions supplémentaires spécifiques à la pédiatrie ont été proposées par le président. Lors du vote initial, un consensus a été atteint pour 47 des 62 propositions (soit 76 %) (*tableau 1*).

Lors du second vote, le nombre de propositions a augmenté substantiellement, pour passer à 177, essentiellement en raison de la décision du groupe de voter séparément pour chacune des tranches d'âges sur un grand nombre de propositions. Un consensus a été obtenu pour 78 des 117 propositions (soit 67 %).

Au troisième tour, le groupe a examiné 86 propositions et a atteint un consensus pour 57 d'entre elles (soit 66 %). Lors du vote final, 59 propositions ont été présentées. Un consensus a été obtenu dans 98 % (soit 58 propositions) des cas et un accord de la part de plus de 87 % du groupe votant a été obtenu dans 95 % des cas (56 propositions).

3.1. Définition internationale du RGO pathologique en pédiatrie : propositions

Proposition 1. On parle de RGO pathologique chez l'enfant lorsque le reflux du contenu gastrique provoque des symptômes gênants ou des complications ;

Tableau I
Processus d'élaboration de consensus et résultats des votes [FGI].

	Nombre de propositions	Proportion de propositions avec consensus
Vote 1 (courrier électronique), juillet 2007	62	76 %
Vote 2 (1 ^{er} atelier), sept. 2007	117	67 %
Vote 3 (courrier électronique), nov. 2007	86	66 %
Vote 4 (2 ^e atelier), déc. 2007	59	98 %

Quarante-trois propositions tirées des définitions de Montréal ; 7 propositions modifiées à partir des définitions de Montréal ; 12 nouvelles propositions.
 Deux propositions tirées des définitions de Montréal ; 29 propositions modifiées à partir des définitions de Montréal ; 28 nouvelles propositions.

D'accord : 100 % (A+ : 87,5 % ; A : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 2. Les symptômes du RGO varient en fonction de l'âge ;

D'accord : 100 % (A+ : 87,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 3. Les symptômes dus au RGO sont gênants lorsqu'ils ont un effet négatif sur le bien-être de l'enfant ;

D'accord : 100 % (A+ : 12,5 % ; A : 75 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 4. Les nouveau-nés (âge : de 1 à 30 jours) et les nourrissons (de > 30 jours à < 1 an) en bonne santé, mais présentant des symptômes de reflux non gênants et sans complications, ne devraient pas recevoir un diagnostic de RGO pathologique ;

D'accord : 87,5 % (A+ : 62,5 % ; A : 12,5 % ; A- : 12,5 % ; D- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 5. Les symptômes de reflux non gênants chez les tout-petits et les enfants (de 1 à 10 ans) ne devraient pas entraîner un diagnostic de RGO pathologique ;

D'accord : 75 % (A+ : 37,5 % ; A : 37,5 % ; D- : 12,5 % ; D : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 6. Les symptômes de reflux non gênants chez les adolescents (de 11 à 17 ans) ne devraient pas entraîner un diagnostic de RGO pathologique ;

D'accord : 87,5 % (A+ : 50 % ; A : 37,5 % ; D- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 7. En pédiatrie, les régurgitations sont définies comme le passage du contenu gastrique qui reflue dans le pharynx ou la bouche, ou qui sort de la bouche ;

D'accord : 100 % (A+ : 12,5 % ; A : 87,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 8. Les vomissements bilieux ne doivent pas entraîner un diagnostic de RGO pathologique ;

D'accord : 100 % (A+ : 75 % ; A : 12,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 9. Les régurgitations sont un symptôme caractéristique du reflux chez le nourrisson, mais elles ne sont ni nécessaires ni suffisantes pour établir un diagnostic de RGO pathologique car elles ne sont ni sensibles ni spécifiques ;

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A : 37,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 10. Il peut s'avérer impossible de distinguer les symptômes du RGO pathologique de ceux d'une allergie alimentaire, en particulier chez le nourrisson ;

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A : 25 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 11. En pratique clinique, les adolescents sont généralement capables de décrire les symptômes spécifiques au RGO et de déterminer si ces symptômes sont gênants ;

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A : 37,5 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 12. Les études portant sur les symptômes de reflux en pédiatrie sont insuffisantes et sont une priorité pour la recherche future ;

D'accord : 100 % (A+ : 75 % ; A : 25 % ; niveau de preuve : sans objet).

3.2. Pathologies prédisposant au RGO pathologique sévère et chronique

Certaines affections sous-jacentes prédisposent les enfants aux formes les plus sévères et chroniques du RGO ainsi qu'à leurs complications (*tableau II*).

Proposition 13. L'enfant atteint d'un trouble nerveux central a un risque accru de souffrir de RGO pathologique.

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A : 12,5 % ; A- : 25 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 14. L'atrésie œsophagienne s'accompagne d'un risque accru de RGO pathologique.

D'accord : 100 % (A+ : 75 % ; A : 12,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 15. La mucoviscidose s'accompagne d'un risque accru de RGO pathologique.

D'accord : 100 % (A+ : 75 % ; A : 12,5 % ; A- : 25 % ; niveau de preuve : élevé).

3.3. Syndromes symptomatiques du RGO pathologique

Proposition 16. Chez l'enfant plus âgé, le pyrosis est défini comme une sensation de brûlure rétrosternale.

D'accord : 100 % (A+ : 50 % ; A : 37,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 17. Chez l'adolescent, le pyrosis est défini comme une sensation de brûlure rétrosternale.

D'accord : 100 % (A+ : 87,5 % ; A : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 18. Le syndrome de reflux typique est caractérisé par du pyrosis, avec ou sans régurgitations.

Tableau II**Facteurs prédisposant au reflux gastro-œsophagien (RGO) pathologique sévère et chronique.**

Atteinte neurologique
 Anomalies œsophagiennes congénitales (p. ex. atrésie de l'œsophage, hernie diaphragmatique congénitale)
 Mucoviscidose
 Hernie hiatale
 Obésité
 Antécédents familiaux de RGO pathologique sévère ou d'œsophage de Barrett ou adénocarcinome œsophagien

D'accord : 100 % (A+ : 37,5 % ; A : 37,5 % ; A- : 25 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 19. Chez les enfants plus âgés et les adolescents dont le développement cognitif permet de signaler de façon fiable les symptômes, le pyrosis et les régurgitations sont des symptômes du syndrome de reflux typique.

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A : 37,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 20. Le diagnostic de « syndrome de reflux typique » ne peut pas être posé chez le nourrisson et l'enfant qui n'a pas les capacités cognitives lui permettant de signaler ses symptômes de façon fiable.

D'accord : 75 % (A+ : 37,5 % ; A : 37,5 % ; D- : 12,5 % ; D+ : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 21. Chez l'enfant plus âgé et l'adolescent, le RGO est la cause la plus fréquente de pyrosis.

D'accord : 87,5 % (A+ : 37,5 % ; A : 50 % ; D- : 12,5 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 22. Chez l'enfant plus âgé et l'adolescent, le pyrosis peut avoir plusieurs causes, non liées au reflux. On ignore la prévalence de ces causes.

D'accord : 100 % (A+ : 50 % ; A : 37,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 23. Chez l'adolescent sans troubles neurologiques, le syndrome de reflux typique peut être diagnostiqué sur la base de symptômes caractéristiques, sans test diagnostique supplémentaire.

D'accord : 87,5 % (A+ : 12,5 % ; A : 62,5 % ; A- : 12,5 % ; D- : 12,5 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 24. Chez l'enfant, le reflux pathologique non érosif est défini par la présence de symptômes gênants causés par le reflux du contenu gastrique et par l'absence de perte de substance au niveau de la muqueuse à l'endoscopie.

D'accord : 100 % (A+ : 12,5 % ; A : 75 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 25. Chez l'enfant plus âgé et chez l'adolescent, les douleurs épigastriques peuvent être un symptôme majeur du RGO pathologique.

D'accord : 100 % (A : 75 % ; A- : 25 % ; niveau de preuve : modéré).

Proposition 26. Chez le nouveau-né et le nourrisson, un RGO pathologique peut s'accompagner de troubles du sommeil.

D'accord : 87,5 % (A+ : 25 % ; A : 25 % ; A- : 37,5 % ; D+ : 12,5 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 27. Chez le tout-petit et chez l'enfant, un RGO pathologique peut s'accompagner de troubles du sommeil.

D'accord : 100 % (A+ : 12,5 % ; A : 37,5 % ; A- : 50 % ; niveau de preuve : très faible).

Proposition 28. Chez l'adolescent, le RGO pathologique peut s'accompagner de troubles du sommeil.

D'accord : 100 % (A : 62,5 % ; A- : 37,5 % ; niveau de preuve : très faible).

Proposition 29. Chez les tout-petits et chez les enfants, l'exercice physique peut provoquer des symptômes gênants de RGO pathologique chez des sujets qui ont habituellement peu ou pas de symptômes (reflux induit par l'effort).

D'accord : 87,5 % (A : 12,5 % ; A- : 75 % ; D- : 12,5 % ; niveau de preuve : très faible).

Proposition 30. Chez les adolescents, l'exercice physique peut provoquer des symptômes gênants de RGO pathologique chez des sujets qui ont habituellement peu ou pas de symptômes (reflux induit par l'effort).

D'accord : 100 % (A+ : 25 % ; A : 25 % ; A- : 50 % ; niveau de preuve : très faible).

Proposition 31. Lorsqu'on évalue un RGO pathologique, il faut faire une distinction entre la rumination et les régurgitations.

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A : 25 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

3.4. Syndromes s'accompagnant de lésions œsophagiennes

Proposition 32. Chez l'enfant, les complications œsophagiennes du RGO pathologique sont les suivantes : œsophagite par reflux, hémorragie, sténose, œsophage de Barrett et, rarement, adénocarcinome.

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A : 25 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Il s'agit de complications bien connues chez l'enfant et chez l'adulte (*tableau III*).

3.4.1. Œsophagite par reflux

Proposition 33. Les données existantes ne permettent pas de recommander l'examen histologique en tant qu'outil pour confirmer ou exclure un diagnostic de RGO pathologique chez l'enfant.

D'accord : 87,5 % (A+ : 37,5 % ; A : 25 % ; A- : 25 % ; D+ : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 34. Un des principaux rôles de l'examen histologique de l'œsophage consiste à exclure d'autres affections du diagnostic différentiel.

D'accord : 100 % (A+ : 37,5 % ; A : 50 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Voici une liste des paramètres lésionnels les plus fréquemment cités : hyperplasie de la couche de cellules basales et

Tableau III
Définition internationale du RGO pathologique chez l'enfant.

Œsophagiens		Extra-œsophagiens		
Symptômes susceptibles d'être causés par le RGO pathologique ^a	Syndromes symptomatiques	Syndromes avec lésions de l'œsophage	Associations formelles	Associations possibles
Nourrissons ou enfants jeunes (0 à 8 ans) ou plus âgés n'ayant pas la capacité cognitive de signaler leurs symptômes de façon fiable	Enfants plus âgés ou adolescents ayant la capacité cognitive de signaler leurs symptômes de façon fiable		Syndrome de Sandifer Érosion dentaire	Bronchopulmonaires Asthme Fibrose pulmonaire Dysplasie bronchopulmonaire
Régurgitations excessives	Syndrome de reflux typique	Œsophagite par reflux		Laryngotrachéaux et pharyngiens Toux chronique Laryngite chronique Enrouement de la voix Pharyngite
Refus des aliments/anorexie Pleurs inexplicables		Sténose par reflux Œsophage de Barrett Adénocarcinome		Rhinologiques et otologiques Sinusite Otite moyenne séreuse
Suffocation/haut-le-cœur/toux Troubles du sommeil				Nourrissons Apnée pathologique Bradycardie Malaise grave du nourrisson
Douleurs abdominales				

RGO : reflux gastro-œsophagien.

Un RGO pathologique est présent chez l'enfant lorsque le reflux du contenu gastrique occasionne des symptômes gênants ou des complications.

^a Dans les cas où d'autres causes ont été exclues (p. ex. allergie alimentaire, particulièrement chez les nourrissons).

élongation des papilles : éosinophiles ; combinaisons et dilatation des espaces intercellulaires.

Proposition 35. Chez l'enfant, l'œsophagite par reflux est définie à l'endoscopie par des pertes de substance au niveau de la muqueuse œsophagienne distale.

D'accord : 62,5 % (A+ : 50 % ; A- : 12,5 % ; D : 12,5 % ; D+ : 25 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 36. Lorsque des érosions liées au reflux sont présentes à l'endoscopie, leur grade doit être décrit en fonction de l'une des classifications validées de l'œsophagite érosive.

D'accord : 100 % (A+ : 50 % ; A : 50 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 37. Chez les enfants, par ailleurs en bonne santé, l'œsophagite par reflux peut ne pas être chronique ou récidiver après un traitement.

D'accord : 100 % (A+ : 12,5 % ; A : 75 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 38. L'œsophagite par reflux chez les enfants présentant une atteinte neurologique chronique, une atrésie de l'œsophage opérée, une hernie hiatale ou une maladie respiratoire chronique est habituellement chronique et récidivante.

D'accord : 87,5 % (A+ : 12,5 % ; A : 62,5 % ; A- : 12,5 % ; D : 12,5 % ; niveau de preuve : modéré).

Proposition 39. Bien qu'il y ait une corrélation entre la fréquence et l'intensité des symptômes de RGO chez l'enfant et la sévérité des lésions au niveau de la muqueuse, ni l'une ni l'autre ne peut prédire avec précision la sévérité des lésions de la muqueuse chez un patient en particulier.

D'accord : 100 % (A+ : 12,5 % ; A : 62,5 % ; A- : 25 % ; niveau de preuve : faible).

3.4.2. Sténose liée au reflux

Proposition 40. On définit une sténose liée au reflux comme étant un rétrécissement permanent de la lumière œsophagienne causé par le RGO pathologique chez l'enfant.

D'accord : 100 % (A+ : 75 % ; A : 25 % ; niveau de preuves : sans objet).

Proposition 41. Le symptôme caractéristique d'une sténose chez l'enfant est la présence d'une dysphagie gênante et persistante.

D'accord : 100 % (A+ : 37,5 % ; A : 50 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 42. Chez l'enfant plus âgé et chez l'adolescent, la dysphagie est perçue comme une difficulté de passage de la nourriture de la bouche à l'estomac.

D'accord : 100 % (A+ : 50 % ; A : 37,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 43. Une dysphagie gênante est présente lorsqu'un enfant plus âgé ou un adolescent doit modifier ses habitudes alimentaires ou qu'il signale une obstruction alimentaire.
D'accord : 100 % (A+ : 25 % ; A : 62,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

3.4.3. Œsophage de Barrett

Proposition 44. Chez l'enfant, l'œsophage de Barrett survient principalement chez les sujets présentant une hernie hiatale et chez ceux atteints de certains troubles sous-jacents prédisposant au RGO pathologique sévère.

D'accord : 100 % (A+ : 25 % ; A : 62,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 45. Le terme « suspicion de métaplasie œsophagienne à l'endoscopie » (ESEM, en anglais) décrit des observations endoscopiques compatibles avec un œsophage de Barrett mais qui attendent une confirmation histologique.

D'accord : 100 % (A+ : 25 % ; A : 75 % ; niveau de preuve : sans objet).

Proposition 46. La documentation des points de repère œsophagogastriques ainsi que de multiples biopsies sont nécessaires pour parler de suspicion de métaplasie œsophagienne à l'endoscopie (ESEM).

D'accord : 87,5 % (A+ : 12,5 % ; A : 62,5 % ; A- : 12,5 % ; D- : 12,5 % ; niveau de preuve : modéré).

Proposition 47. Lorsque des biopsies provenant d'une métaplasie œsophagienne suspectée à l'endoscopie (ESEM) mettent en évidence un épithélium cylindrique, on lui donnera le nom d'« œsophage de Barrett » et la présence ou l'absence de la métaplasie intestinale sera spécifiée.

D'accord : 100 % (A+ : 50 % ; A : 37,5 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

3.5. Syndromes extra-œsophagiens (Tableau 3)

Proposition 48. Le syndrome de Sandifer (torticolis) est un signe spécifique du RGO pathologique chez l'enfant.

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A- : 37,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 49. Les preuves indiquant que le RGO pathologique cause ou exacerbe la sinusite, la fibrose pulmonaire, la pharyngite ou l'otite moyenne séreuse chez l'enfant sont insuffisantes.

D'accord : 100 % (A : 100 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 50. Une toux chronique, une laryngite chronique, l'enrouement de la voix et l'asthme peuvent être liés à un RGO pathologique.

D'accord : 87,5 % (A+ : 25 % ; A : 37,5 % ; A- : 25 % ; D- : 12,5 % ; niveau de preuve : très faible).

Proposition 51. En l'absence de pyrosis ou de régurgitations, un asthme inexpliqué a peu de chances d'être lié à un RGO pathologique.

D'accord : 100 % (A+ : 12,5 % ; A : 75 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 52. Une toux chronique, une laryngite chronique, l'enrouement de la voix et l'asthme sont des maladies multifactorielles et le reflux d'acide peut être un cofacteur aggravant.

D'accord : 87,5 % (A+ : 37,5 % ; A : 25 % ; A- : 25 % ; D- : 12,5 % ; niveau de preuve : très faible).

Proposition 53. Un RGO pathologique peut causer des érosions dentaires chez l'enfant.

D'accord : 100 % (A+ : 12,5 % ; A : 37,5 % ; A- : 50 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 54. Il existe un lien entre le RGO pathologique et une dysplasie bronchopulmonaire chez les nouveau-nés et les nourrissons, mais la relation de cause à effet n'est pas prouvée.

D'accord : 100 % (A+ : 25 % ; A : 50 % ; A- : 25 % ; niveau de preuve : faible).

Proposition 55. Chez le prématuré, il n'existe pas de lien de causalité entre le RGO et les apnées pathologiques ou une bradycardie.

D'accord : 100 % (A+ : 37,5 % ; A : 50 % ; A- : 12,5 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 56. Bien que le reflux provoque des apnées physiologiques, il ne cause des épisodes d'apnée pathologiques que chez un très petit nombre de nouveau-nés et de nourrissons.

D'accord : 100 % (A+ : 37,5 % ; A : 37,5 % ; A- : 25 % ; niveau de preuve : modéré).

Proposition 57. Lorsque le reflux cause des apnées pathologiques, il y a plus de chances que le nourrisson soit éveillé et que l'apnée soit de type obstructif.

D'accord : 100 % (A+ : 25 % ; A : 25 % ; A- : 50 % ; niveau de preuve : modéré).

Proposition 58. Un diagnostic de « mort subite manquée » du nourrisson (ALTE, en anglais) justifie d'envisager d'autres causes que le RGO.

D'accord : 100 % (A+ : 25 % ; A : 50 % ; A- : 25 % ; niveau de preuve : élevé).

Proposition 59. Actuellement, aucun test diagnostique unique ne peut confirmer ou exclure un tableau extraœsophagien du RGO pathologique en pédiatrie.

D'accord : 100 % (A+ : 62,5 % ; A : 37,5 % ; niveau de preuve : sans objet).

4. Conclusion

Le présent rapport est la première initiative, à représentation internationale, basée sur des preuves, visant à élaborer une définition officielle du RGO pathologique en pédiatrie. Dans le cadre d'une initiative distincte, un comité mixte des sociétés de gastroentérologie pédiatrique européenne (ESPGHAN) et nord-américaine (NASPGHAN) met actuellement à jour les recommandations abordant les problèmes relatifs au diagnostic et à la prise en charge du RGO pathologique.

La définition du RGO pathologique montre des similitudes et des différences chez l'enfant et chez l'adulte. Par exemple, bien qu'une définition du RGO pathologique axée sur le patient soit une approche raisonnable chez l'adulte, l'enfant plus âgé et l'adolescent sans atteinte neurologique, on est arrivé au consensus que les enfants de moins de 8 ans ne pouvaient pas signaler de façon fiable leurs symptômes pertinents. Les restrictions de la définition des symptômes du RGO pathologique chez les plus jeunes enfants et chez les nourrissons sont dues aux limites du langage, à la nécessité du signalement par un tiers et au choix des critères de référence « gold standard » utilisés pour diagnostiquer un RGO pathologique.

Ce rapport décrit également les affections qui entraînent le plus grand risque de RGO pathologique sévère et chronique compliqué chez l'enfant. Ces affections sont les suivantes : l'atteinte neurologique, l'atrésie œsophagienne opérée, la mucoviscidose, l'hernie hiatale, l'obésité et les antécédents familiaux de RGO pathologique ou de ses complications.

Dans le passé, les pédiatres effectuant des endoscopies prélevaient couramment des biopsies au niveau de l'œsophage distal apparemment normal et établissaient ou excluaient le diagnostic de RGO pathologique sur la base des observations histologiques. Notre procédure a permis d'arriver au consensus que les paramètres histologiques utilisés actuellement traduisent des modifications réactionnelles aspécifiques et qu'ils ne sont pas assez sensibles ou spécifiques pour établir un diagnostic de RGO pathologique. Le consensus s'est également fait autour de l'idée que l'intérêt de la biopsie œsophagienne est de confirmer ou d'exclure le diagnostic d'autres affections, comme l'œsophagite à éosinophiles, l'œsophage de Barrett, une infection et la maladie de Crohn.

Le terme « suspicion de métaplasie œsophagienne à l'endoscopie » (ESEM) est proposé pour nommer les observations endoscopiques compatibles avec un œsophage de Barrett. Ces observations doivent être confirmées par un examen histologique approfondi et par la présence ou l'absence d'une métaplasie intestinale spécifique. Il s'agit d'une modification importante de la façon de faire, qui est conforme à la définition de Montréal du RGO pathologique chez l'adulte.

Ce document apporte également des précisions à propos des preuves actuelles concernant le lien apparent entre le RGO pathologique et divers symptômes extraœsophagiens. Le consensus de Montréal comporte des propositions au sujet du syndrome de la douleur thoracique liée au reflux, mais la rareté des cardiopathies ischémiques chez l'enfant rend ces propositions inutiles pour la définition pédiatrique du RGO pathologique.

En pédiatrie, de nombreux aspects du RGO souffrent d'un manque de preuves de niveau élevé. Il s'agit, entre autres, de la nécessité de valider les scores des symptômes par des signes objectifs de RGO dans diverses tranches d'âges, de la caractérisation de l'œsophagite non érosive, y compris du rôle de l'histologie, des études axées sur les populations

concernant l'évolution à long terme des lésions œsophagiennes et du rôle du reflux en tant que cause des troubles extraœsophagiens chez l'enfant. Il est impératif de mener des études prospectives multicentriques dont les critères de prélèvement, d'examen et d'évaluation soient uniformes.

Les définitions du RGO proposées dans ce document permettront d'uniformiser la pratique clinique et les études menées en pédiatrie dans diverses tranches d'âges. Ces définitions fourniront des références pour les organismes de financement, les autorités réglementaires et l'industrie pharmaceutique, relativement aux projets pertinents de recherche.

Conflits d'intérêt

Garant de l'article : Philip M. Sherman, MD.

Contributions spécifiques des auteurs : tous les auteurs ont participé aux réunions de consensus et ont étayé les propositions par des commentaires écrits. P.M.S. a rédigé une première ébauche du présent article à partir de ces commentaires et cette ébauche a été lue par tous les auteurs, puis révisée par P.M.S. et E.H. Tous les auteurs ont approuvé la version définitive avant la soumission.

Soutien financier : les ateliers ont été organisés et financés par INSINC Consulting (Guelph, Ontario, Canada), avec une subvention sans restrictions d'AstraZeneca Research and Development (Möln dal, Suède). Le commanditaire n'a aucunement contribué à l'élaboration, au contenu, au déroulement ni aux résultats des ateliers.

Intérêts divergents éventuels : U.F.-N., S.Ka. et C.R. n'ont aucun intérêt financier important à signaler. Comité consultatif : Abbott (P.M.S., S.Ko.), AstraZeneca (S.Ko.), Mead Johnson (P.M.S.), Movetis (S.Ko., Y.V.), Santarus (B.D.G.). Services d'experts-conseils : Abbott (E.H.), Altana (E.H.), AstraZeneca (B.D.G., N.V., S.O.), Axcan (B.D.G.), Biocodex (Y.V.), Braintree Labs (S.O.), Bristol Myers Squibb (S.O.), INSINC Consulting (P.M.S.), Malesci (N.V.), McNeil (S.O.), Mead, Meridian (N.V.), Johnson and Johnson (S.O.), Novartis (N.V.), Orexo (N.V.), Proctor & Gamble (N.V., P.M.S.), Reliant (S.O.), Salix (S.O.), Santarus (B.D.G.), Shire (N.V.), S.H.S. (S.Ko., Y.V.), TAP (B.D.G., E.H., S.O., N.V.), Wyeth (B.D.G., S.O.). Soutien de la recherche : Altana (N.V.), AGI (N.V.), AstraZeneca (E.H., S.Ko., N.V., Y.V.), Boston Scientific (N.V.), Fresenius (S.Ko.), Institute Rosell (P.M.S.), Medtronic (N.V.), Nestle (S.Ko., Y.V.), Novartis (N.V.), Numico (Y.V.), Shire (N.V.), SHS (S.Ko., Y.V.), TAP (B.D.G.), Wyeth (Y.V.). Bureau des conférenciers : AstraZeneca (B.D.G., S.Ko., N.V.), Novartis (N.V.), Takeda (N.V.), TAP (B.D.G., N.V.). Actionnaire : Antibe Therapeutics (P.M.S.), Orexo (N.V.). Autre : Nestle Nutrition (P.M.S. – programme de formation, Y.V.).

Remerciements

Nous remercions chacun des réviseurs *ad hoc* pour leurs commentaires et rétroactions tout au long de l'élaboration des

propositions, ainsi que M. Paul Sinclair, INSINC Consulting Inc., pour l'organisation de ce processus et de l'initiative. Le Dr Catherine Henderson a fourni son aide pour la mise en forme, rédigé les comptes rendus des réunions et géré la base de

données de la documentation. P.M.S. est titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les maladies de l'appareil digestif. B.D.G. est financé en partie par des bourses des N.I.H., DK-53708 et DK-06544.