

INDICATIONS ET LIMITES DE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE CHEZ L'ENFANT

P. Tounian

Gastroentérologie et nutrition pédiatriques

Hôpital Armand-Trousseau, Paris

e-mail : p.tounian@trs.aphp.fr

Au cours des dernières décennies, le développement de l'endoscopie digestive diagnostique et interventionnelle en pédiatrie a largement contribué aux nombreux progrès réalisés dans le domaine de la gastroentérologie pédiatrique. C'est donc en toute logique que ses indications se sont multipliées, entraînant de ce fait une généralisation de la pratique de l'endoscopie digestive chez l'enfant à de nombreux praticiens, dont certains n'ayant qu'une formation restreinte en gastroentérologie pédiatrique. La conséquence regrettable mais indiscutable de cette multiplication des actes a été un accroissement considérable du nombre d'indications abusives et une fréquence non négligeable d'interprétation erronée.

Il y a quelques années, la société savante de gastroentérologie et nutrition pédiatriques (GFHGNP) a publié des recommandations en matière d'indications des endoscopies digestives chez l'enfant [1]. L'objectif de cet article sera, non pas de reprendre de manière exhaustive la liste des recommandations énumérées dans ce papier, mais de discuter la pertinence de l'indication de l'endoscopie digestive au cours des situations les plus fréquemment rencontrées en pratique pédiatrique courante. Les endoscopies réalisées dans l'unique but d'effectuer des biopsies duodénales ne seront volontairement pas abordées.

Indications de l'endoscopie digestive à la recherche d'une œsophagite peptique

L'endoscopie digestive est le meilleur examen pour rechercher une œsophagite peptique. Sa sensibilité et sa spécificité dans les formes mineures d'œsophagite sont cependant médiocres avec une grande variabilité d'interprétation selon les opérateurs [2]. Ainsi, seule l'existence d'érosions ou d'ulcérations du bas-œsophage est formellement évocatrice d'œsophagite peptique. La présence d'un simple érythème du bas-œsophage, quelle que soit son extension, est un aspect physiologique chez le nourrisson, et ne doit donc en aucun cas être qualifiée "d'œsophagite congestive" [3].

Tout d'abord, il est important de rappeler une évidence : l'œsophagite peptique est une complication du reflux gastro-œsophagien. Ainsi, une endoscopie digestive à la recherche d'une œsophagite n'est indiquée que s'il existe préalablement un reflux gastro-œsophagien, soit cliniquement évident (régurgitations, vomissements), soit diagnostiqué par une pH-métrie. Une endoscopie digestive ne doit donc jamais être demandée pour rechercher un reflux gastro-œsophagien !

Chez le nourrisson, la survenue d'une hématomèse est la seule circonstance clinique justifiant la réalisation d'une endoscopie digestive en première intention, même s'il est rare que celle-ci révèle l'existence d'une œsophagite peptique [2,4]. La recherche systématique d'une œsophagite chez les nourrissons ayant présenté un malaise de type vagal n'est pas justifiée. En effet, non seulement il faut s'assurer préalablement qu'il existe bien un reflux gastro-œsophagien, clinique ou en réalisant une pH-métrie, et surtout parce que les reflux responsables d'un malaise sont rarement compliqués d'une œsophagite [2]. En revanche, les pleurs inexplicables, la mauvaise prise des biberons ou une mauvaise croissance staturo-pondérale ne justifient pas la recherche d'une œsophagite. En effet, les signes endoscopiques objectifs d'œsophagite peptique sont en fait exceptionnels dans ces indications lorsque l'examen est effectué par un endoscopiste expérimenté [2]. Ainsi, si l'on suspecte qu'un reflux gastro-œsophagien est à l'origine de l'un de ces symptômes (ce qui est en fait rarement le cas), il faut toujours confirmer son existence par une pH-métrie. D'ailleurs, les pleurs du nourrisson, symptômes évoquant l'existence d'une œsophagite dans l'idée d'un bon nombre de pédiatres, ne fait pas partie des indications d'endoscopie dans le document établi par le GFHGNP [1].

Chez l'enfant en âge de s'exprimer et porteur d'un reflux gastro-œsophagien connu, l'existence d'une hématomèse, d'une dysphagie, de brûlures rétro-sternales ou de douleurs épigastriques peuvent justifier une endoscopie digestive à la recherche d'une œsophagite peptique. A cet âge, les œsophagites, mais également l'endobrachyœsophage, sont plus

fréquents que chez le nourrisson, probablement en raison de l'ancienneté du reflux gastro-œsophagien.

Indications de l'endoscopie devant des douleurs abdominales

Chez l'enfant, les principales pathologies responsables de douleurs abdominales et dont le diagnostic repose sur l'endoscopie digestive sont : la gastrite à *Helicobacter pylori*, l'œsophagite et l'ulcère gastro-duodéal. Cette dernière pathologie, fréquente chez l'adulte et donc à l'origine de nombreuses demandes d'endoscopie digestive, est très rare chez l'enfant. Quant aux gastrites à *Helicobacter pylori*, leur responsabilité dans les douleurs abdominales est difficile à établir car la guérison des douleurs abdominales n'est pas toujours corrélée à l'éradication d'*Helicobacter pylori* et, inversement, les douleurs abdominales peuvent disparaître alors que l'infection à *Helicobacter pylori* persiste [5,6].

Les circonstances qui peuvent conduire à prescrire une endoscopie digestive devant des douleurs abdominales sont donc les suivantes : localisation épigastrique des douleurs, caractère invalidant des douleurs (réveils nocturnes, absentéisme scolaire, limitation des activités usuelles), et existence de signes associés (perte de poids, vomissements itératifs, anémie).

Indications de l'endoscopie devant une hématomèse

Devant une hématomèse, il faut avant tout éliminer un saignement d'origine non digestive dégluti (épistaxis, hémoptysie, saignement stomatologique). Un interrogatoire et un examen clinique méticuleux permettent ainsi souvent d'éviter l'endoscopie digestive.

Une fois ces diagnostics différentiels exclus, une endoscopie digestive pourra être réalisée à la recherche d'un ulcère gastro-duodéal, d'une gastrite hémorragique médicamenteuse (anti-inflammatoires), d'une œsophagite, voire de varices œsophagiennes. Là encore, il faut bien distinguer les hématomèses de l'enfant de celles de l'adulte. Chez l'adulte, les hématomèses font craindre l'existence d'un ulcère ou de varices œsophagiennes qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital et justifient donc souvent une endoscopie en urgence. Ces pathologies sont très rares chez l'enfant et il est donc exceptionnel qu'une hématomèse soit suffisamment abondante pour engager à court terme le pronostic vital.

Le problème de l'hématomèse de l'enfant ayant des vomissements itératifs est particulier. Dans cette circonstance il est en effet fréquent que quelques filets de sang accompagnent les

vomissements. Ils sont le reflet d'une irritation du bas-œsophage dont l'évolution est rapidement favorable après disparition des vomissements. L'endoscopie n'est pas justifiée.

Enfin, certains saignements digestifs d'origine gastro-duodénale peuvent ne pas être extériorisés par la bouche et s'exprimer par une anémie ferriprive résistant à la supplémentation martiale ou par des rectorragies chez le jeune nourrisson. Ces symptômes peuvent donc justifier une endoscopie digestive après avoir éliminé les nombreuses autres pathologies qui peuvent en être responsables.

Indications de l'endoscopie devant des vomissements

L'existence de vomissements isolés ne justifie en aucun cas la réalisation d'une endoscopie digestive en première intention. Ce n'est qu'en cas de vomissements itératifs et non bilieux qu'une endoscopie pourra être demandée, si bien-sûr l'enquête étiologique effectuée auparavant est restée négative.

Cette endoscopie pourra alors révéler une gastrite ou un ulcère peptique souvent pré-pylorique entraînant un obstacle à l'évacuation gastrique.

On retiendra enfin que la suspicion de sténose hypertrophique du pylore chez le jeune nourrisson est une très mauvaise indication car la sensibilité et la spécificité de l'endoscopie dans cette indication sont très faibles [1].

Indications de l'endoscopie devant une dysphagie

Le terme de dysphagie ne devrait être réservé qu'aux enfants en âge de s'exprimer. Il faut en effet utiliser ce terme avec beaucoup de prudence chez les nourrissons qui refusent le biberon ou qui pleurent pendant les repas.

Les dysphagies de l'enfant ne sont pas toujours d'origine organique, mais une endoscopie doit être demandée lorsqu'elles persistent dans le but de mettre en évidence certaines pathologies œsophagiennes. Il peut s'agir d'une sténose congénitale (de révélation tardive) ou acquise de l'œsophage, d'un corps étranger bloqué dans l'œsophage et dont l'ingestion était passée inaperçue, ou d'une œsophagite peptique, virale (herpès), candidosique (en cas d'immunodépression ou d'utilisation de corticoïdes inhalés), ou caustique.

Indications de l'endoscopie digestive en urgence

Il est rarement urgent de réaliser une endoscopie digestive chez l'enfant. Il existe cependant trois situations qui justifient l'urgence.

La première est l'hématémèse massive et incontrôlable. L'endoscopie est alors justifiée pour réaliser directement l'hémostase par pose de clips in situ pour les ulcères ou par ligature de varices œsophagiennes rompues, ou pour permettre une décision chirurgicale à visée hémostatique. Dans tous les autres cas, l'endoscopie pourra être différée, et ceci d'autant plus que la présence de sang en quantité abondante peut rendre difficile la visualisation des lésions responsables du saignement.

La deuxième est l'ingestion d'un corps étranger. L'extraction en urgence d'un corps étranger est justifiée seulement lorsque celui-ci est bloqué dans l'œsophage supérieur depuis plus de 6 heures ou lorsqu'il est pointu ou tranchant. Les corps étrangers bloqués dans l'œsophage inférieur ne justifient une extraction endoscopique que s'ils restent bloqués plus de 24 heures, la plupart passant effectivement dans l'estomac, soit spontanément, soit après ingestions itératives de petites gorgées d'eau froide [7]. En revanche, les piles bloquées dans l'œsophage doivent être extraites en extrême urgence, quelle que soit leur localisation. L'extraction des corps étrangers intra-gastriques non pointus n'est pas urgente, sauf s'ils entraînent des symptômes digestifs (vomissement itératifs, douleurs). Elle ne sera effectuée que s'ils stagnent dans l'estomac depuis plus de 24 heures pour les piles, ou plus de 4 semaines pour les autres corps étrangers.

La troisième est l'ingestion de caustique. Il faut cependant éviter d'effectuer l'endoscopie trop tôt après l'ingestion du caustique afin de ne pas sous-évaluer la gravité des lésions en cours de constitution [8]. Un délai minimum de 6 à 12 heures après l'ingestion est ainsi nécessaire.

Références bibliographiques

1. Mougenot JF, Faure C, Olives JP, Chouraqui JP, Codoner P, Gottrand F, Jacquemin E, Lenaerts C, Maherzi A, Morali A, Mouterde O, Roy P, Sarles J, Scaillon M, Tounian P. Fiches de recommandations du Groupe francophone d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatrique (GFHGPN). Indications actuelles de l'endoscopie digestive pédiatrique. Arch Pédiatr 2002; 9: 942-4.
2. Tounian P, Charritat JL, Girardet JP, Fontaine JL. Les œsophagites peptiques du jeune enfant. Analyse rétrospective de 448 endoscopies digestives hautes. Ann Pédiatr 1997; 44: 396-404.
3. Mougenot JF. Endoscopie digestive. In: Navarro J, Schmitz J. Gastroentérologie pédiatrique. 2ème ed. Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2000: 664-86.
4. Mougenot JF, Balquet P. Les hématuries de l'enfant. Approche diagnostique actuelle. In: Journées Parisiennes de Pédiatrie. Paris, Flammarion Médecines Sciences, 1978: 243-53.
5. Gormally SM, Prakash N, Durnin MT, Daly LE, Clyne M, Kierce BM, Drumm B. Association of symptoms with Helicobacter pylori infection in children. J Pediatr 1995; 126:753-6.
6. Dohil R, Israel DM, Hassal E. Effective 2-week therapy for helicobacter pylori disease in children. Am J Gastroenterol 1997; 92: 244-7.
7. Connors GP, Chamberlain JM, Ochenschlager DW. Symptoms and spontaneous passage of esophageal coins. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149: 36-9.
8. Tounian P. Que faire devant une ingestion de caustiques chez l'enfant ? Réalités Pédiatriques 1997; 18: 18-24.