



Bébés en pleurs : les inhibiteurs de la pompe à protons peuvent-ils aider?

QUESTION CLINIQUE

Chez les nourrissons (≤ 1 an) dont les pleurs ou l'irritabilité sont attribués aux tétées, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) atténuent-ils les symptômes par rapport au placebo sans causer de préjudices supplémentaires?

CONCLUSION

Les IPP ne réduisent pas les pleurs, l'agitation, l'irritabilité ou la régurgitation attribués aux tétées. Cependant, ils sont susceptibles d'augmenter le risque d'effets indésirables graves (p. ex., des infections des voies respiratoires) de 2,5 % sous placebo à 12 % à 4 semaines.

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire. Essais contrôlés randomisés (ECR) qui portent sur des nourrissons, identifiés par des revues systématiques publiées au cours des dix dernières années, étant donné qu'aucune méta-analyse n'est disponible¹⁻⁵.
- Deux ECR contrôlés par placebo; durée de quatre semaines^{6,7} :
 - 162 nourrissons (âge médian : 4 mois) pleurant dans l'heure suivant ≥ 25 % des tétées; lansoprazole (de 0,2 à 1,5 mg/kg/jour)⁶ :

- Réduction ≥ 50 % des tétées avec un ou plusieurs épisodes de pleurs ou réduction ≥ 50 % de la durée des épisodes : 54 % dans chaque groupe.
- Pleurs, régurgitation, arrêt des allaitements, refus de la tétée, cambrure du dos : aucune différence.
- Événements indésirables graves (p. ex., infections des voies respiratoires) : 12 % par rapport à 2,5 % (placebo); nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 10.
- 30 nourrissons (âge moyen : 5 mois) avec des pleurs fréquents dont les reflux ont été confirmés par une biopsie ou le suivi du pH; oméprazole (10-20 mg/jour)⁷ :
 - Pleurs/agitation (minutes/24 heures) : aucune différence.
 - Irritabilité (score de 0 à 10 sur une échelle visuelle analogue; plus le score est faible, plus la situation est meilleure) : aucune différence.
- Aucun ECR contrôlé par placebo des antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine.
 - Comparaisons directes avec un IPP : aucune différence⁸.
- Quatre ECR de sevrage (de 8 à 268 nourrissons de 1 à 11 mois) : Traitement ouvert avec du rabéprazole⁹, de l'ésoméprazole¹⁰, du pantoprazole¹¹ ou de la famotidine¹² $\times 1$ à 4 semaines; les sujets répondants ou qui respectaient le protocole ont été répartis au hasard pour continuer de prendre le médicament ou recevoir un placebo, et ce, en insu. À 4-5 semaines :
 - Vomissements, régurgitation, irritabilité, difficultés d'alimentation, scores des symptômes, effets indésirables : aucune différence⁹⁻¹¹.
 - Poids : aucune différence⁹.
- Limites : La plupart des ECR ont été financés par l'industrie^{6,9-12}.

CONTEXTE

- La régurgitation sans effort fréquente des tétées est courante durant la petite enfance (≥ 40 % des nourrissons)¹³.
- La régurgitation accompagnée de symptômes de détresse (p. ex., des pleurs, la cambrure du dos, l'irritabilité) a traditionnellement été attribuée au reflux gastroœsophagien pathologique. Les IPP améliorent le pH œsophagien dans les ECR sur des nourrissons⁷, mais ils n'atténuent pas les symptômes.
- Les lignes directrices recommandent de ne pas effectuer d'essais empiriques d'antiacides pour les cas de pleurs, de détresse ou de régurgitation^{13,14}. On peut rassurer les parents en leur disant que la régurgitation fréquente peut être normale et que le problème se règle souvent (résolution à un âge ≤ 1 an dans 90 % des cas)¹³.

RÉFÉRENCES

1. Tighe M, Afzal NA, Bevan A, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11).
2. van der Pol R, Langendam M, Benninga M, et al. JAMA Pediatr. 2014;168(10):947-954.
3. Cohen S, Bueno de Mesquita M, Mimouni FB. Br J Clin Pharmacol. 2015;80(2):200-208.
4. Gieruszczak-Białek D, Konarska Z, Skórka A, et al. J Pediatr. 2015;166(3):767-770.

AUTEURS

Omar Abo Saada, candidat Pharm. D., **Émélie Braschi**, M. D., Ph. D., **Samantha S. Moe**, Pharm. D.

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

5. Mattos AZ, Marchese GM, Fonseca BB, et al. Arq Gastroenterol. 2017 Dec;54(4):271-280.
6. Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, et al. J Pediatr. 2009;154(4):514-520.
7. Moore DJ, Tao BSK, Lines DR, et al. J Pediatr. 2003;143(2):219-223.
8. Azizollahi HR, Rafeey M. Korean. J Pediatr. 2016;59(5):226.
9. Hussain S, Kierkus J, Hu P, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58(2):226-236.
10. Winter H, Gunasekaran T, Tolia V, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015; 60:S9-S15.
11. Winter H, Kum-Nji P, Mahomedy SH, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2010;50(6):609-618.
12. Orenstein SR, Shalaby TM, Devandry SN, et al. Aliment Pharmacol Ther. 2003;17(9):1097-1107.
13. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018;66(3):516.
14. Davies I, Burman-Roy S, Murphy MS. BMJ. 2015;350.

**OUTILS DE LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



A CHAPTER OF THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA
UNE SECTION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

Les articles Outils de la pratique sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.