

Rumination et éructations excessives

↪ **François Mion**

✉ Pavillon L, Hôpital E. Herriot, 69437 Lyon cedex 03

E-mail : francois.mion@chu-lyon.fr

Objectifs pédagogiques

- Connaître la physiopathologie et les causes
- Connaître les critères permettant le diagnostic de rumination
- Connaître le bilan à réaliser
- Connaître les éléments de la prise en charge

Conflits d'intérêt

MSD, Laborie, Medtronic, Abbvie, Pfizer, Biocodex

Mots-clés

Manométrie, impédancemétrie, troubles du comportement

ABRÉVIATIONS

RGO : reflux gastro-oesophagien

EMG : électromyographie

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

SIO : sphincter inférieur de l'oesophage

Introduction

La rumination et les éructations excessives représentent une cause peu fréquente de consultation, mais posent souvent des difficultés diagnostiques et de prise en charge. Ces syndromes ont essentiellement un impact négatif sur la qualité de vie, notamment du fait de la gêne sociale occasionnée. Cependant, une perte pondérale significative pourrait concerner jusqu'à 40 % des patients.

Le diagnostic peut parfois être évident devant des symptômes typiques et isolés, mais s'inscrit souvent dans un contexte de dyspepsie ou de reflux gastro-oesophagien.

Physiopathologie

Rumination

La rumination, correspondant à la remontée sans effort (donc différent du vomissement) du contenu gastrique, survient de manière récurrente en fin de repas. Contrairement à la régurgitation, la rumination est initiée par une contraction abdominale (*cf. infra*). Ce phénomène est physiologique chez les mammifères ruminants, mais anormal chez l'homme.

Le mécanisme a été parfaitement étudié chez l'homme en utilisant des techniques d'EMG, et surtout de manométrie oeso-gastrique post-prandiale avec impédancemétrie (1).

Le phénomène initiateur est une contraction « volontaire » mais non perçue par le patient des muscles de la paroi abdominale entraînant une augmentation de la pression intra-gastrique, suivie d'une augmen-

tation de pression oesophagienne et d'un reflux du contenu gastrique (figure 1). Des variations de cette rumination « primaire » ont été décrites, telles que : i) la rumination « secondaire » où l'augmentation de la pression gastrique survient au cours d'un épisode spontané de reflux en lien avec une relaxation spontanée transitoire du sphincter inférieur de l'oesophage, ii) la rumination associée à une éructation supra-gastrique (*cf. infra*), iii) la rumination précédée d'une diminution de la pression intra-thoracique déclenchée par une contraction brève du diaphragme. En principe, il n'y a pas d'anomalie de la motricité oesophagienne ou gastrique, même si ce syndrome peut être associé à une hernie hiatale ou à un hypopéristaltisme oesophagien.

Éructations

Les éructations excessives comme plainte principale sont relativement rares, représentant seulement 3 % des consultations dans un travail rapportant l'expérience d'un centre expert tertiaire (2). Elles peuvent cependant être fréquemment signalées par les patients dans un contexte de dyspepsie ou de reflux gastro-oesophagien.

Les éructations excessives correspondent à l'expulsion sonore de gaz en provenance de l'estomac vers la bouche. Ces éructations sont secondaires à des déglutitions d'air ou à des aspirations d'air en excès lors d'inspirations profondes. Elles sont soit « primaires », correspondant à un trouble du comportement (tic), soit secondaires à des *stimuli* digestifs désagréables (dyspepsie, dysphagie ou RGO). Par exemple, une étude a montré l'augmentation significative des éructations gastriques après *sleeve* gastrectomie chez 15 patients obèses (3).

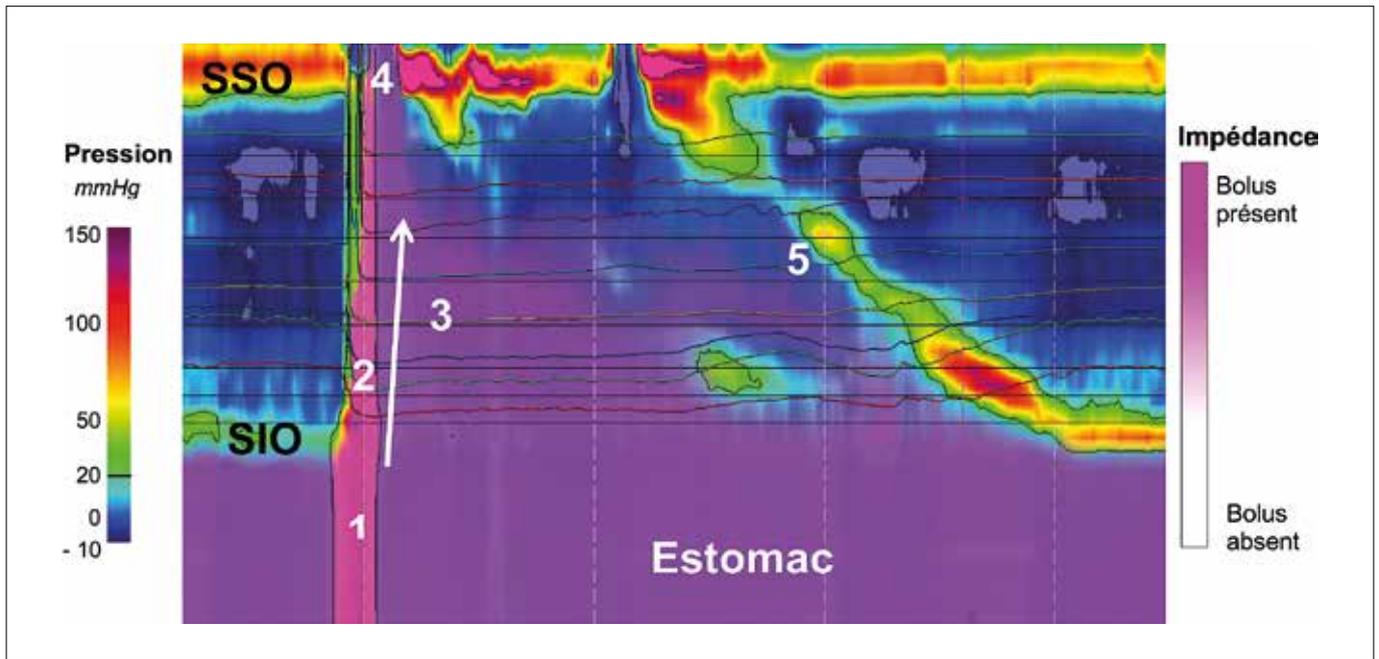


Figure 1. Enregistrement de manométrie œsophagienne haute résolution avec impédancemétrie, montrant un épisode typique de rumination

- 1 :** Augmentation de la pression gastrique (contraction abdominale).
 - 2 :** Augmentation de pression œsophagienne.
 - 3 :** Reflux.
 - 4 :** Ouverture du sphincter supérieur de l'œsophage (SSO).
 - 5 :** Déglutition permettant la clairance œsophagienne de la régurgitation.
- SIO :** Sphincter inférieur de l'œsophage.

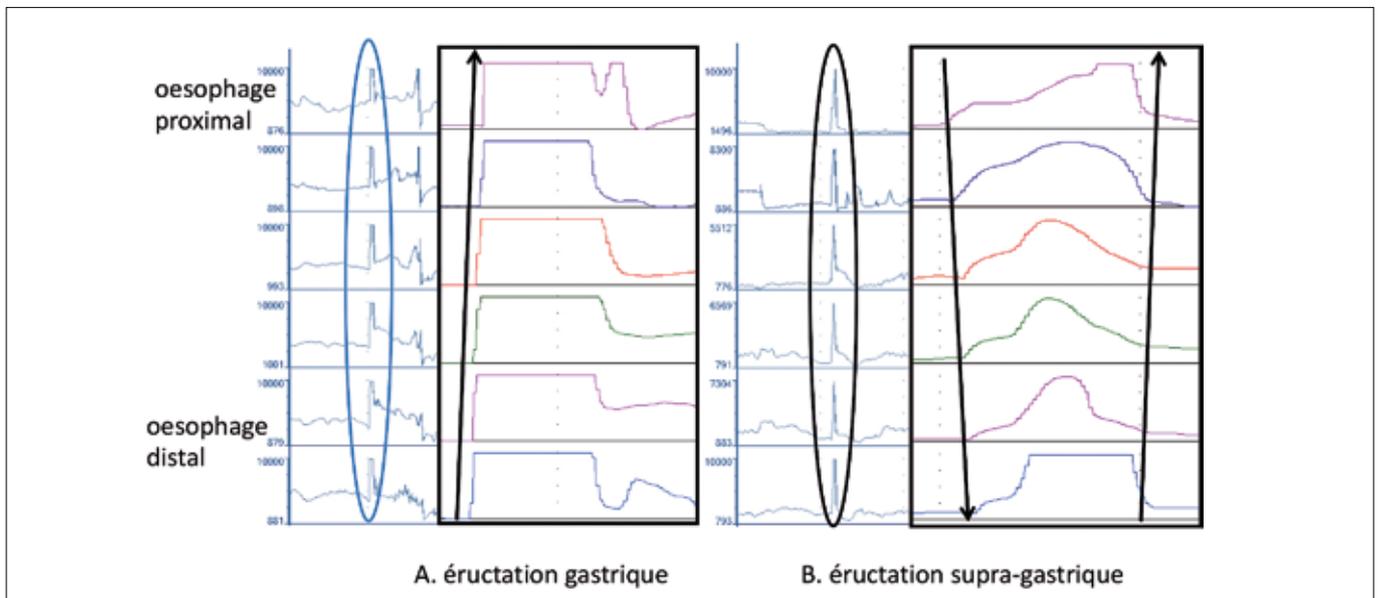


Figure 2. Enregistrements de pH-impédancemétrie montrant 2 épisodes d'éructions

L'augmentation brutale de l'impédance intra-luminale œsophagienne est caractéristique du passage de gaz dans l'œsophage (éructation). La figure 2A montre que l'augmentation d'impédance démarre dans le bas de l'œsophage (éructation gastrique), alors que dans la figure 2B l'augmentation d'impédance démarre dans l'œsophage proximal (ingestion d'air), et le retour à la normale commence dans l'œsophage distal (éructation supra-gastrique).

Deux mécanismes sont identifiés en manométrie avec impédancemétrie : les éructations gastriques et supra-gastriques (figure 2) (4). Les éructations gastriques sont réflexes, avec remontée d'air en provenance de l'estomac, associant une relaxation

des sphincters inférieur et supérieur de l'œsophage. Les éructations supra-gastriques correspondent à l'aspiration (ou à la déglutition) d'air dans l'œsophage, suivie d'une expulsion avant l'arrivée dans l'estomac, du fait d'une augmentation brutale

de pression au niveau de l'estomac et/ou de l'œsophage.

L'existence de ces éructations excessives doit être suspectée, notamment en cas de symptômes de RGO résistants aux IPP (5).

Diagnostic clinique de rumination et d'éructions excessives

Rumination

Habituellement, dans les formes typiques, le diagnostic de rumination est purement clinique : le patient décrit typiquement des remontées alimentaires en fin et après les repas, remontées qui sont habituellement re-dégluties. Classiquement, le phénomène cesse lorsque les régurgitations deviennent acides. Parfois, les symptômes sont moins typiques, décrits par le patient comme des vomissements ou des régurgitations banales.

Les critères de Rome IV sont les suivants : épisodes persistants ou récurrents de régurgitations dans la bouche de nourriture récemment ingérée, suivis de crachement ou de mastication et déglutition. Les régurgitations ne sont pas précédées de haut-le-cœur. La symptomatologie doit avoir débuté depuis plus de 6 mois et être présente lors des 3 derniers mois (6).

Les éléments suivants sont également en faveur du diagnostic : les régurgitations sans effort ne sont habituellement pas précédées de nausées ; les régurgitations contiennent des aliments reconnaissables qui peuvent avoir un goût agréable ; le processus tend à s'arrêter quand le matériel régurgité devient acide.

Chez les enfants, les critères diagnostiques sont les mêmes, en ajoutant l'absence de régurgitation pendant le sommeil et l'absence de réponse au traitement du RGO. La disparition des symptômes lors d'interactions sociales est également à rechercher chez les nourrissons.

Éructions

Pour les éructations excessives, le diagnostic est également très simple, si le patient présente des salves d'éructations plus ou moins bruyantes lors de la consultation, qui s'interrompent lorsque le patient parle ou est concentré (ou distrait).

Les critères diagnostiques de Rome IV sont les suivants : éructations gênantes (suffisamment sévères pour impacter sur les activités usuelles) au moins 3 jours par semaine, d'origine gastrique ou supra-gastrique.

L'observation de crises d'éructations est en faveur du diagnostic d'éructations supra-gastriques. La réalisation d'une pH-impédancemétrie intraluminaire œsophagienne peut être utile pour distinguer les éructations gastriques et supra-gastriques (figure 2) (6).

Bilan diagnostique

Dans les formes typiques, le bilan à réaliser peut être très limité : une endoscopie digestive haute est souhaitable, pour rechercher une éventuelle cause œsophagienne (hernie hiatale, œsophagite) ou gastrique (ulcère, gastrite).

Les explorations fonctionnelles peuvent permettre de mettre en évidence le mécanisme des symptômes et éventuellement d'expliquer au patient le phénomène. Ces explications peuvent constituer la première étape de la prise en charge comportementale (biofeedback).

Rumination

Pour le syndrome de rumination, le meilleur examen est la manométrie haute résolution avec impédancemétrie avec la prise d'un repas (7). Les anomalies observées sont parfaitement décrites (cf. physiopathologie) et permettent un diagnostic de certitude (figure 1). L'enregistrement permet également de montrer au patient les phénomènes qui se produisent lors de la rumination (augmentation de pression intra-gastrique liée à une contraction des muscles de la paroi abdominale) et de montrer la possibilité de contrôler ces contractions par la respiration abdominale ou diaphragmatique (cf. infra).

S'il existe un doute à l'issue de cet examen, on peut proposer la réalisation d'une pH-impédancemétrie œsophagienne de 24 heures, qui pourra montrer des épisodes récurrents de reflux dès la fin du repas et qui disparaissent ensuite, notamment pendant la période nocturne.

Éructions

Pour le diagnostic des éructations excessives, l'examen de référence est la pH-impédancemétrie œsophagienne des 24 heures, qui permet de distinguer les remontées gazeuses d'origine gastrique ou

supra-gastrique (6). Là encore, il est possible d'utiliser l'enregistrement pour expliquer le mécanisme au patient avant de débiter une rééducation.

Prise en charge thérapeutique

En général, les traitements usuels du RGO (IPP, prokinétiques) sont inefficaces. La résistance aux IPP peut d'ailleurs constituer un critère diagnostique du syndrome de rumination chez les enfants et doit inciter à rechercher une rumination ou des éructations excessives chez les adultes (5).

Une étude récente a montré l'intérêt potentiel du baclofène (5 mg x 3 par jour pendant 8 jours, puis 10 mg x 3/jour ensuite), en réduisant le nombre total d'épisodes de rumination par rapport au placebo (8). Le nombre d'épisodes de contraction abdominale était identique, mais la pression moyenne du SIO augmentait sous baclofène et le nombre de relaxations transitoires spontanées du SIO diminuait. Les patients notaient une amélioration de leur état dans 63 % des cas sous baclofène, contre seulement 26 % sous placebo.

Dans cette étude, des patients avec éructations supra-gastriques ont été traités par baclofène sans efficacité ; le baclofène ne semble donc pas utile dans cette indication.

La chirurgie anti-reflux n'est pas conseillée pour le traitement des ruminations ou des éructations excessives : les données de la littérature sont très faibles, une seule étude montrant un intérêt potentiel de la fundoplicature chez 5 malades avec rumination (9). Conceptuellement, les risques d'échec et/ou de complications sont plus élevés dans ce contexte de troubles du comportement.

Les thérapies comportementales constituent donc la principale piste thérapeutique : la respiration « diaphragmatique » ou abdominale profonde est simple à enseigner et peut faciliter le contrôle des épisodes de rumination ou d'éructations excessives (10). De façon similaire mais plus complexe, une technique de rééducation par biofeedback a été décrite (11). Cette rééducation consis-

tait en 3 sessions sur une période de 10 jours. L'activité électrique (EMG) des muscles intercostaux, abdominaux et du diaphragme était enregistrée par des électrodes de surface, 5 minutes avant et 30 minutes après un repas test. On expliquait aux patients avant la prise du repas comment augmenter ou diminuer l'activité des muscles avec contrôle visuel de l'EMG, puis comment limiter les ruminations après le repas en contrôlant l'activité musculaire thoraco-abdominale. Les patients devaient faire les mêmes exercices avant et après les repas à domicile entre les séances, puis les poursuivre ensuite régulièrement. La prise en charge orthophoniste est également une possibilité, mais avec un thérapeute connaissant la pathologie et motivé pour cette prise en charge (12).

Enfin, toutes les techniques favorisant la relaxation et la gestion du stress doivent être conseillées (méditation, hypnose...).

Références

1. Kessing BF, Bredenoord AJ, Smout AJPM. Objective manometric criteria for the rumination syndrome. *Am J Gastroenterol* 2014 ; 109 : 52-59.
2. Koukias N, Woodland P, Yazzaki E, *et al.* Supragastric belching : prevalence and association with gastroesophageal reflux disease and esophageal hypomotility. *J Neurogastroenterol Motil* 2015 ; 21 : 398-403.
3. Burgerhart JS, van de Meeberg PC, Mauritz FA, *et al.* Increased belching after sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2016 ; 26 : 132-7.
4. Kessing BF, Bredenoord AJ, Smout AJPM. Mechanisms of gastric and supragastric belching : a study using concurrent high resolution manometry and impedance monitoring. *Neurogastroenterol Motil* 2012 ; 24 : e573-79.
5. Yadlapati R, Tye M, Roman S, *et al.* Postprandial High Resolution Impedance Manometry Identifies Mechanisms of Non-Response to Proton Pump Inhibitors. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018;16:211-218.
6. Stanguellini V, Chan FKL, Hasler WL, *et al.* Rome IV criteria : gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2016 ; 150 : 1380-92.
7. Absah I, Rishi A, Talley NJ, *et al.* Rumination syndrome : pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil* 2017 ; 29 : e12954.
8. Pauwels A, Broers C, Van Houtte B, *et al.* A randomized double-blind, placebo-controlled, cross-over study using baclofen in the treatment of rumination syndrome. *Am J Gastroenterol* 2018 ; 113 : 97-104.
9. Oelschlager BK, Chan MM, Eubanks TR, *et al.* Effective treatment of rumination with Nissen fundoplication. *J Gastrointest Surg* 2002 ; 6 : 638-44.
10. Chitkara DK, Van Tilburg M, Whitehead WE, *et al.* Teaching diaphragmatic breathing for rumination syndrome. *Am J Gastroenterol* 2006 ; 101 : 2449-52.
11. Barba E, Accarino A, Soldevilla A, *et al.* Randomized, Placebo-Controlled Trial of Biofeedback for the Treatment of Rumination. *Am J Gastroenterol* 2016; 111 : 1007-13.
12. Bredenoord AJ. Management of belching, hiccups and aerophagia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013 ; 11 : 6-12.

LES CINQ POINTS FORTS

Le syndrome de rumination est cliniquement assez caractéristique (régurgitations répétées et ravalées, pendant et après les repas), mais doit être évoqué devant certains cas de reflux ou vomissements inexpliqués.

L'examen de référence pour le diagnostic est la manométrie haute résolution avec impédancemétrie au cours et après la prise d'un repas.

Les éructations excessives peuvent être secondaires à une pathologie gastrique (chirurgie de réduction gastrique par exemple), ou un trouble du comportement (tic).

L'examen de référence pour distinguer les éructations gastriques et supra-gastriques est la pH-impédancemétrie œsophagienne.

Le traitement du syndrome de rumination et des éructations excessives repose essentiellement sur les thérapies comportementales, notamment les techniques de respiration abdominale profonde (respiration diaphragmatique).

Questions à choix unique

Question 1

Quelle caractéristique clinique de régurgitations doit faire évoquer un syndrome de rumination :

- A. Survenue nocturne préférentielle
 - B. Survenue post-prandiale
 - C. Remontées salivaires
 - D. Régurgitations acides
 - E. Régurgitations alimentaires suivies de déglutition
-

Question 2

Quel est l'examen clé pour le diagnostic d'éructions supra-gastriques :

- A. Gastroskopie
 - B. Manométrie œsophagienne
 - C. Scintigraphie de vidange gastrique
 - D. pH-impédancemétrie œsophagienne ambulatoire
 - E. Biopsies œsophagiennes
-

Question 3

Quel est le traitement de référence du syndrome de rumination :

- A. IPP
- B. Rééducation avec respiration abdominale
- C. Baclofène
- D. Chirurgie anti-reflux
- E. Dompéridone

Notes
