

CAS CLINIQUE

Association torticolis - reflux gastro-oesophagien : le syndrome de Sandifer

Gontran Ondzotto¹, Jean Rosaire Ibara², Narcisse Ele³, Emmanuel Koutaba⁴

¹ Service ORL - CHU de Brazzaville, Congo

² Service de Gastro-entérologie - CHU de Brazzaville, Congo

³ Service de Chirurgie Digestive - CHU de Brazzaville, Congo

⁴ Service de Chirurgie Pédiatrique - CHU de Brazzaville, Congo

INTRODUCTION

Le torticolis est une malposition du cou caractérisée par une rotation de celui-ci (avec ou sans flexion, avec ou sans extension) et une inclinaison latérale de la tête. Il s'agit d'un symptôme pouvant relever de plusieurs causes plus ou moins graves qui doit retenir l'attention et faire l'objet d'un examen complet. Sa survenue brutale chez l'enfant, principalement lors des repas, consécutif à un reflux gastro-oesophagien (RGO) avec ou sans hernie hiatale réalise le syndrome de Sandifer [1]. Les rapports des premiers cas collectés par le docteur Sandifer, dont le syndrome porte son nom, furent communiqués pour la première fois par Kinsbourne en 1964 [2]. Nous en rapportons un cas dans cet article.

CAS CLINIQUE

Janie A. a été admise à l'âge de 16 mois pour une inclinaison de la tête à droite d'installation brutale, sans tuméfaction du muscle sterno-cléido-mastoïdien, évoluant dans un contexte apyrétique, s'associant à

(Fr ORL - 2006 ; 91 : 263 - 265)

Mots clés : Torticolis, Reflux gastro-oesophagien, Nourrisson.

Date de soumission : octobre 2004

Date d'acceptation : juillet 2006

Auteur correspondant : Gontran Ondzotto

Service ORL - CHU de Brazzaville

BP 13356 - Brazzaville, Congo

e-mail : ondzotto@voila.fr

une surélévation de l'épaule du même côté. Cette anomalie posturale de la tête et du cou qui évoquait un torticolis, évoluait depuis 15 jours de façon permanente mais disparaissait au cours du sommeil.

Elle avait présenté un RGO diagnostiqué à 24 jours de vie ayant fait l'objet d'un traitement médical (métoclopramide : 10 mg x 4 / jour) et un épaissement des repas. Aucune anomalie posturale identique n'était retrouvée dans les antécédents.

L'interrogatoire relevait que la patiente présentait depuis 6 jours des régurgitations et des vomissements. L'examen physique mettait en évidence le caractère indolore du torticolis et l'absence d'anomalies neuromusculaires.

La radiographie du rachis cervical n'identifiait aucune anomalie. Le transit gastro-oesophagien (TOGD) retrouvait un RGO avec une malposition cardio-tubérositaire (ascension du cardia). Devant ce tableau associant torticolis et RGO, le diagnostic de syndrome de Sandifer a été évoqué. Le traitement a consisté en une fundo-plicature à l'aide de la technique de Nissen. Les suites opératoires ont été simples, caractérisées par une régression progressive du torticolis et des symptômes du RGO. A 45 jours post-opératoires, l'examen clinique était normal.

DISCUSSION

Les manifestations supra glottiques du RGO ont ouvert un nouveau domaine de pratique clinique et d'investigations [3]. Cependant, elles sont méconnues pour trois raisons [4] :

1)-les symptômes cliniques du RGO dans plus de la moitié des cas de manifestations supra glottiques avec des fréquences variables selon les organes cibles ;

2)-dans une proportion égale, l'oesophagite est absente lors de l'endoscopie et le diagnostic repose

Le syndrome de Sandifer

sur une pH-métrie de 24 heures avec enregistrement à deux niveaux (pharyngé et oesophagien) ;

3)-les plaintes de manifestations supra glottiques du reflux peuvent prévaloir dans une catégorie d'organes (pulmonaires, ORL ou oro-buccales) ou s'exprimer dans l'ensemble des organes agressés ce qui, pour donner une validité à leur prévalence, suppose une anamnèse prenant en compte les symptômes des spécialités concernées.

Dans la pratique ORL, sans tenir compte des biais de sélection, 4 à 10 % des patients présentent des symptômes et/ou des lésions en rapport avec un RGO [5]. L'évaluation de la prévalence du torticolis dans les manifestations supra glottiques du reflux est difficile à apprécier. En effet, le syndrome de Sandifer est méconnu et peu d'études ne rapportent que des échantillons de population de représentativité insuffisante [1-2, 6].

Le torticolis est caractérisé par une attitude vicieuse de la tête et du cou, douloureuse ou non, permanente, chronique ou temporaire. Il s'agit d'un symptôme pouvant relever de plusieurs causes plus ou moins graves et doit en conséquence retenir l'attention du praticien et faire l'objet d'un examen complet. Dans la majorité des cas, cet examen retrouvera une brièveté musculaire cervicale d'origine congénitale. Parfois, il s'agit d'une affection malformative du rachis cervical, neurologique (souffrance de l'axe neural) ou infectieuse (syndrome de Grisel). L'implication du RGO reste une éventualité rare.

Le mécanisme par lequel le RGO engendre au cours de son évolution le torticolis n'est pas bien connu. Il pourrait s'agir d'une attitude que prendrait l'enfant pour lutter contre les douleurs provoquées par l'oesophagite peptique ; mais aussi d'une réaction des muscles du cou vis à vis du reflux acide.

Ses manifestations cliniques débutent généralement de façon précoce, dans les premières semaines ou premiers mois de vie.

Dans ce syndrome, le torticolis peut être paroxystique ou chronique. Il peut être influencé par les repas. Mais deux éléments fondamentaux le caractérisent : il n'y a jamais d'anomalie neurologique ou musculaire (sterno-cléido-mastoïde scalène, trapèze) [6].

Les manifestations cliniques du RGO (vomissements, régurgitations, douleurs et irritabilité post-prandiale) sont toujours antérieures au torticolis et souvent déjà traitées médicalement.

L'absence fréquente d'oesophagite invalide le rôle de l'endoscopie et la pH-métrie /24 h est devenue le « gold standard » du diagnostic du RGO. Cette der-

nière donne souvent des chiffres très sévères de 4 ou 5 sur 24 heures.

La manométrie oesophagienne constitue une seconde approche du diagnostic du RGO. Elle nécessite un second enregistrement proximal et alourdit le bilan diagnostique.

En dépit de sa complexité technique, l'emploi d'une sonde de pH-manométrie de 24 heures équipée d'un manchon perfusé et d'électrodes intégrées offre le bénéfice de distinguer les types de relaxation du sphincter oesophagien inférieur.

Le TOGD, réalisé chez notre patiente, n'est pas indiqué pour confirmer le reflux, mais pour déterminer plus ou moins sa gravité et relever son association ou non à une hernie hiatale.

La suspicion d'un syndrome de Sandifer exempte le torticolis de toute attitude thérapeutique et implique un traitement efficace du RGO. Ce traitement comprend :

- les règles hygiéno-diététiques :

- réduction du volume des repas proposés : le volume ingéré étant plus petit, le volume disponible pour les régurgitations est faible. Cette pratique offre un avantage : elle augmente les périodes de neutralisations gastriques ; elle comporte un inconvénient : elle augmente le nombre de reflux post-prandiaux [7],

- l'épaississement des repas par les farines, le tapioca ou des substances pectiques ;

- les médicaments prokinétiques en 3-4 prises augmentent le tonus du sphincter inférieur oesophagien, accélèrent la vidange pylorique et pour certains d'entre eux, améliorent la motricité du tube digestif ;

- les antiacides et pansements : alginate de Na, pansements gastriques, les inhibiteurs ou freinateurs de la sécrétion acide. Le recours aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) a donné des résultats satisfaisants [8]. La posologie moyenne recommandée est de 1,5mg/kg/j en une prise. Les IPP de seconde génération assurent une inhibition sécrétoire optimale d'une durée satisfaisante (18-20 heures) avec des scores d'efficacité symptomatique élevés [3].

L'échec du traitement médical, des mesures hygiéno-diététiques adaptées doit faire envisager une cure chirurgicale anti-reflux [7]. Cette dernière fait appel à la technique classique dite de fundo-plicature décrite par Nissen [1, 6, 9].

Une fois le RGO corrigé, le torticolis disparaît progressivement.

Le syndrome de Sandifer

CONCLUSION

En dehors du cadre diagnostique habituel de torticolis de l'enfant (congénital, malformatif, neurologique, infectieux), il importe de rechercher les antécédents digestifs, notamment le RGO, pour avoir à évoquer le syndrome de Sandifer.

La prise en charge thérapeutique se résume à celle du RGO qui consisterait à la prescription des mesures hygiéno-diététiques, des prokinétiques et anti-H2 ou des inhibiteurs de la pompe à protons. Si celle-ci n'est pas satisfaisante, l'indication d'un traitement chirurgical anti-reflux s'impose.

RÉFÉRENCES

1. Nana Yakkara CS, Ramompaton JY. Sandifer syndrome: an over looked diagnosis? *Dev Med Child Neurol.* 1985; 27: 816-819.
2. Kinsbourne M. Hiatus hernia with contorsions of the neck. *Lancet* 1964; 1: 1058-1061.
3. Mainguet P. Les manifestations supraglottiques du RGO. *Acta Endoscopica* 2004; 34 : 311-319.
4. Mainguet P. Les manifestations supraglottiques du RGO. ALN Editions, Nancy 2003; pp 46.
5. Toohill RJ, Mushtag E, Lehman RH. Otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux. In "Sacritan T, Alvarez-vincent JJ, Bartual J et al. Eds Proceedings of XIV World Congress of otolaryngology-Head and Neck Surgery. Amsterdam, Kugler et Ghedini Publications 1990, pp 3005-3009.
6. Tekou H, Felou A, Akue B, Senah KC, Dagnrah PC, Atanley R. Le syndrome de Sandifer. *Tunisie Med.* 1998; 76 : 88-90.
7. Le Luyer B, Le Roux P, Briquet MT, Bouulloche J. Traitement médical du RGO. *Rev Int Pédiatr.* 1999; 30 : 94-98.
8. Gunasekaran T, Hassal EG. Efficacy and safety of omeprazole for severe gastroesophageal reflux in children. *Gastroesophageal* 1993; 123 : 148-158.
9. Duffy JP, Maggard M, Hiyama DT, Atkinson JB, McFadden DN, Hines OJ. Laparoscopic Nissen fundoplication improves quality of life in patients with atypical symptoms of gastroesophageal reflux. *Am Surg.* 2003; 69 : 833-838.