

LE MÉRYCISME :

QUAND L'ÊTRE HUMAIN SE MET À RUMINER

FALLETY J (1), MALCHAIR A (2), DELVENNE V (3)

RÉSUMÉ : Le mérycisme est un trouble gastro-intestinal fonctionnel rare et méconnu. En effet, le diagnostic est posé, en moyenne, avec un retard de 21 à 77 mois. Ce retard peut entraîner des conséquences dramatiques pour le patient comme une importante perte de poids, un déséquilibre ionique et un isolement social. Au travers d'une situation clinique, nous évoquons les difficultés et les particularités du diagnostic de mérycisme ainsi que sa prise en charge, dans un tableau évoquant un trouble des conduites alimentaires. Cette pathologie peut se rencontrer dans diverses spécialités comme la médecine générale, la pédiatrie, la gastro-entérologie, l'endocrinologie, la dentisterie, la pédopsychiatrie, la psychiatrie, les services de néonatalogie ou encore à la maternité.

MOTS-CLÉS : *Mérycisme - Rumination - Trouble du comportement alimentaire - Régurgitation - Reflux gastro-œsophagien*

MERYCISM : WHEN HUMAN BEINGS START RUMINATING

SUMMARY : Merycism is a rare and little-known functional gastrointestinal disorder. Indeed, the diagnosis is made, on average, with a delay of 21 to 77 months. This delay can lead to dramatic consequences for the patient such as significant weight loss, ionic imbalance and social isolation. Through a clinical situation, we evoke the difficulties and the particularities of the diagnosis of merycism as well as its management, in a situation evoking a disorder of the eating habits. This pathology can be found in various specialties such as general medicine, pediatrics, gastroenterology, endocrinology, dentistry, child psychiatry, psychiatry, neonatology services or maternity.

KEYWORDS : *Merycism - Rumination - Eating disorder - Regurgitation - Gastroesophageal reflux*

INTRODUCTION

Le mérycisme est un trouble fonctionnel caractérisé par une remontée volontaire ou involontaire du bol alimentaire après le repas. Classiquement décrit chez le nourrisson, surtout en situation de carence, le diagnostic est rarement posé chez l'enfant plus âgé ou chez l'adulte. Le diagnostic est peu posé et fréquemment retardé, en moyenne de 21 à 77 mois (1). En effet, en raison d'un sentiment de honte, le patient rapporte très rarement les remontées du bol alimentaire. Il peut néanmoins venir consulter à la suite de complications du phénomène ou se plaindre de vomissements.

C'est une pathologie peu étudiée, tant du point de vue psychopathologique que physiopathologique. Au travers de la situation d'un jeune adolescent présentant un retard staturo-pondéral, nous proposons d'évoquer les signes cliniques pouvant évoquer le mérycisme, les moyens d'investigation et les éléments de prise en charge pluridisciplinaire nécessitant une collaboration des différents intervenants.

SITUATION CLINIQUE

M. est un jeune garçon de 13 ans hospitalisé en pédopsychiatrie pour une suspicion d'anorexie mentale avec vomissements. Il a fréquenté un centre de jour pour adolescents en raison de symptômes de refus scolaire anxieux. Une cassure de la courbe staturo-pondérale a été observée pendant ce séjour. Une mise au point en pédiatrie générale est proposée pour réaliser une exploration somatique montrant une tachycardie à l'électrocardiogramme (rythme sinusal à 130 bat/min contrôlé par holter un mois plus tard à 96 bat/min). Les échographies cardiaque, abdominale, des voies urinaires et du cou s'avèrent toutes normales. Il n'y a pas de plaintes digestives. Outre le retard staturo-pondéral, l'examen clinique était normal et le patient ne prenait aucun traitement et ne consommait aucune substance. La prise de sang était normale, à l'exception des amylases qui étaient augmentées. On ne notait aucune carence nutritionnelle.

Au terme de ce bilan, le diagnostic d'anorexie mentale avec vomissements a donc été évoqué avec une indication d'hospitalisation en pédopsychiatrie. Le patient et sa famille réfutait ce diagnostic.

Au niveau de son histoire développementale, on note un poids de naissance de 4.200 kg, une suspicion de dépression du post-partum chez la mère, une intolérance à certains aliments, notamment aux protéines de lait, dès l'âge de 1 an. En raison de troubles du sommeil depuis la naissance, M. a dormi dans la chambre de ses parents jusqu'à l'âge de 3 ans. Par la suite,

(1) Service de Pédopsychiatrie, CHU Saint-Pierre, Bruxelles; Faculté de Médecine, ULiège, Belgique.

(2) Service de Pédopsychiatrie, CHU Liège; Faculté de Médecine, ULiège, Belgique.

(3) Service de Pédopsychiatrie, HUDERF, Faculté de Médecine, ULB, Bruxelles Belgique.

il a gardé de nombreux éveils nocturnes et une anxiété de séparation ayant entraîné des épisodes de refus scolaires anxieux dès la 3^{ème} primaire. A l'âge de 6 ans, M. est décrit comme très sélectif et exigeant au niveau alimentaire. Il met beaucoup de temps à manger et saute régulièrement les repas. Une pHmétrie de 24h réalisée à l'époque pour toux et reflux gastro-œsophagien s'était révélée normale.

Les parents se sont séparés quand il est âgé de 7 ans, après de nombreux conflits conjugaux. Le père présente une dépendance à l'alcool et M. l'a vu, à de nombreuses reprises, en état d'ébriété.

Lors de l'admission dans notre service M., âgé de 13 ans présente une restriction alimentaire et pèse 31.800 kg (P3 de la courbe de poids) et mesure 149 cm (P10 de la courbe de taille), pour un indice de masse corporelle (IMC) de 14,3 kg/m (P3 de la courbe IMC). Il ne présente pas d'autre plainte et il insiste sur le fait qu'il ne vomit pas (vomir le dégoûte) malgré une biologie montrant des amylases augmentées.

Un contrat alimentaire, des entretiens individuels et de famille sont instaurés comme classiquement pour les patients souffrant d'anorexie mentale. Après 5 mois de prise en charge, on ne remarque aucune amélioration de l'état du patient, voire une dégradation de son état thyroïdienne. Il présente des affects dépressifs et des automutilations ainsi que des troubles du sommeil pour lesquels un traitement à base d'antidépresseurs (Sypraléxa 20 mg) et Mélatonine (3 mg) est instauré. La compliance avec la famille reste compliquée vu le refus du diagnostic d'anorexie mentale.

Au vu de cette évolution défavorable, l'histoire clinique du patient a été reconsidérée par toutes les équipes de soins. Malgré l'augmentation des amylases salivaires, le patient niait le fait de vomir et aucun vomissement n'avait été objectivé au cours de l'hospitalisation. M. a alors décrit une impression régulière de trop plein gastrique avec une remontée d'aliments solides, qu'il recrachait et jetait par la fenêtre. Il refusait toute alimentation liquide. Nous avons alors évoqué l'hypothèse du mérycisme avec lui. Il a alors reconnu faire remonter le bol alimentaire volontairement et involontairement après les repas. Cette hypothèse diagnostique a alors été reprise avec les parents en présence du jeune et fût associée à un grand soulagement. On arrivait enfin à comprendre ce qui se passait pour lui. Vu les plaintes de pyrosis, une gastroscopie a été réalisée montrant une œsophagite de grade A et des inhibiteurs de la pompe à protons ont été administrés.

Outre le travail d'acceptation du diagnostic, une aide pour les repas afin d'éviter le processus de mérycisme, des exercices de relaxation, et la poursuite des entretiens ont permis une amélioration rapide de son état. En quelques semaines, une reprise pondérale a été observée jusqu'à 40,8 kg, ainsi qu'une reprise de la croissance très importante, atteignant 154,6 cm. Les affects dépressifs et les automutilations ont rapidement disparu. La relation avec les parents s'est également améliorée avec une individualisation progressive. Deux mois après la pause du diagnostic de mérycisme, le patient a pu sortir de l'hôpital.

DISCUSSION

Le mérycisme est un trouble gastro-intestinal fonctionnel, caractérisé par la régurgitation volontaire, répétée et sans efforts, de l'estomac à la cavité buccale, des aliments solides comme des liquides ingérés (entre 10 minutes et 1 heure après le repas). Les aliments sont remastiqués puis soit ravalés, soit recrachés. Le phénomène doit persister pendant plus d'un mois, plusieurs fois par semaine. Il n'y a pas de pathologie gastrique sous-jacente comme un reflux-gastro œsophagien ou une sténose du pylore. Le phénomène serait dû à une inversion du gradient de pression œsogastrique, possible grâce à une manœuvre abdominothoracique coordonnée, consistant en une aspiration thoracique, une relaxation du diaphragme et une augmentation de la pression intragastrique (2).

Le diagnostic est essentiellement clinique. On peut le poser grâce aux critères du DSM-5 (Tableau I) et/ou avec les critères de Rome III (Tableau II).

La prévalence du mérycisme est inconnue. Ce syndrome est considéré comme rare dans la population, mais est peut-être plus fréquent que l'on pense. Des études doivent encore être réalisées à grande échelle. Le syndrome est décrit, le plus souvent, chez les nourrissons avec une prépondérance masculine, mais celui-ci peut apparaître à tout âge avec une prévalence plus importante chez les filles ultérieurement.

Chez le nourrisson, on observe une posture caractéristique, avec une tension musculaire, une cambrure du dos, la tête en arrière et des mouvements de succions qui semblent être associés à du plaisir. Cependant, le bébé peut être irritable et affamé entre les épisodes de régurgitation. Une absence de prise de poids ou une perte de poids est régulièrement observée, alors que ce sont des bébés qui mangent (3).

Tableau I. Critères diagnostiques DSM-5 (3).

Régurgitation répétée de la nourriture pendant une période d'au-moins 1 mois. La nourriture régurgitée peut être remâchée, ravalée ou recrachée.
La régurgitation répétée n'est pas due à une maladie gastro-intestinale (p. ex. reflux gastro-oesophagien, sténose pylorique) ni à une autre affection médicale associée.
Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale, d'une boulimie, d'accès hyperphagie ou d'une restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments.
Si les symptômes surviennent dans le contexte d'un autre trouble mental (p. ex. handicap intellectuel ou autre trouble neuro-développemental), ils sont suffisamment graves pour justifier, à eux seuls, une prise en charge clinique.

Tableau II. Critères diagnostiques de Rome III (1).

Les critères doivent être présents les 3 derniers mois avec l'apparition des symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic :
Régurgitation répétée avec ravalement ou recrache de la nourriture - Commence tôt après l'ingestion du repas - Pas pendant le sommeil - Ne répond pas au traitement standard pour le reflux gastro-œsophagien
Pas de vomissement
Pas d'inflammation, d'origine anatomique, métabolique ou néoplasique

Le phénomène apparaît quand le nourrisson se croit seul, ce qui explique le nombre important d'erreurs de diagnostic (4).

Dans les années 1970 à 1990, des éléments psychopathologiques ont été décrits chez le nourrisson comme une insuffisance du lien mère/bébé. Le mérycisme est classiquement observé dans les cas où la mère souffre de difficultés psychiques et n'arrive pas à être émotionnellement en lien avec son bébé, par exemple, lors d'une dépression du post-partum (5). Certains facteurs prédisposant ont été évoqués comme un défaut de stimulation, une carence en soins, des conditions de vie difficiles, ou encore des problèmes relationnels avec les parents (3). Contrairement aux nourrissons, chez l'enfant comme chez l'adulte, les éléments psychopathologiques sont largement méconnus. Par le passé, il a été décrit chez des patients avec une déficience intellectuelle ou de l'autisme, le symptôme de régurgitation amenant un auto-apaisement (3). Actuellement, bien qu'il existe très peu d'études psychopathologiques, le mérycisme a été décrit chez des patients avec

une fonction intellectuelle normale en lien avec la dépression, l'anxiété, le stress et les troubles alimentaires (6).

La physiopathologie du mérycisme est de plus en plus étudiée afin de mieux comprendre les mécanismes de cette maladie, de mieux la détecter, et de la soigner. En effet, on observe par exemple sur pubmed, une augmentation des publications sur la physiopathologie depuis 2014.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL (7, 8)

Le diagnostic différentiel sera différent selon l'âge du patient. Chez le nourrisson, on peut penser à une gastroparésie, une sténose pylorique, une hernie hiatale ou un syndrome de Sandifer. Chez le sujet plus âgé, les principales maladies à exclure sont le reflux gastro-œsophagien, la régurgitation post-prandiale, les vomissements chroniques, l'achalasie, le cancer et l'anorexie mentale.

Une bonne anamnèse peut orienter le diagnostic vers le mérycisme, lors de plaintes digestives, de perte de poids ou d'isolement social. Pour le diagnostic différentiel avec la gastroparésie, l'achalasie et le reflux gastro-œsophagien, dans le mérycisme les régurgitations surviennent entre 10 minutes à 1 heure après le repas, en général sans acidité et donc sans sensation de brûlure. Il n'y a pas de symptômes pendant le sommeil (2, 9). Il convient d'être particulièrement attentif dans le cadre du reflux gastro-œsophagien. Selon certaines études, 20 % des patients réfractaires aux traitements seraient en fait des patients atteints de mérycisme non diagnostiqué (10). Si l'anamnèse n'est pas suffisante pour le diagnostic différentiel, une manométrie peut être faite afin d'exclure les autres pathologies et objectiver le mérycisme (11). Celle-ci est notamment utile lorsque le patient rejette le diagnostic. En effet, la clé de la prise en charge, est l'acceptation du trouble par le patient et son entourage (11).

COMPLICATIONS (12)

Environ 40 % des patients souffrant de mérycisme présentent une perte de poids. Chez le nourrisson et l'enfant, il peut y avoir une cassure de la courbe staturo-pondérale. On peut aussi retrouver un déséquilibre électrolytique, la présence d'érosions dentaires, une déficience fonctionnelle et, dans des cas rares, une œsophagite avec un risque d'œsophage de Bar-

rett. Très fréquemment, il peut apparaître de l'anxiété, une dépression et un impact sur la vie sociale, avec un isolement et un refus de manger en société. Ces complications apparaissent surtout si le diagnostic est posé tardivement.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE (1, 2, 12)

La prise en charge en ambulatoire est possible, mais dans la plupart des cas une hospitalisation avec un travail avec une équipe pluridisciplinaire est nécessaire. En effet, le patient a souvent besoin d'une renutrition suite à une perte de poids trop importante ou lorsqu'une anomalie électrolytique et/ou une indication médicale est présente.

La première étape essentielle pour prendre en charge un patient atteint de mérycisme est l'acceptation du trouble par le patient et sa famille. Chez le nourrisson, la prise en charge se fera principalement grâce au travail du lien mère-bébé, avec des résultats qui peuvent être observés rapidement.

Pour les autres patients, quel que soit l'âge, le traitement consistera en une thérapie comportementale accompagnée d'un travail sur la respiration diaphragmatique postprandiale et des exercices de relaxation. Deux types de respiration diaphragmatique sont proposés montrant des résultats semblables, même si la seconde, assistée par biofeedback, est plus coûteuse et demande plus de temps (6, 13). La respiration diaphragmatique peut être apprise dès l'enfance. L'objectif est de respirer avec l'abdomen afin de modifier les cycles de contraction abdominales qui déclenchent les épisodes de régurgitation. On demande au patient de mettre une main sur la poitrine et l'autre sur l'abdomen. Le patient doit alors inspirer en gonflant l'abdomen, puis expirer sans déplacement de la main sur la poitrine, tandis que la main sur l'abdomen suit le dégonflement de ce dernier. La respiration doit être lente et complète, d'une fréquence de 6 à 8 respirations par minute. Cet exercice doit être réalisé pendant environ 15 minutes après le repas, et plus longtemps si l'envie de ruminer persiste. Il est important que le patient s'entraîne régulièrement en dehors des repas afin de maîtriser cette technique. La respiration par biofeedback a pour objectif de tonifier la masse musculaire basale afin de supprimer l'activité de rumination. Lors des exercices, le patient est guidé en temps réel par un électromyogramme disposant d'un indicateur visuel et auditif. Ce dispositif permet au patient de mieux

contrôler l'activité de ses muscles abdominothoraciques. Plus précisément, le patient est incité à réduire volontairement l'activité des muscles intercostaux et des muscles abdominaux antérieurs, et d'augmenter l'activité du diaphragme. Cet exercice doit être reproduit quotidiennement pendant 5 minutes avant et après chaque repas (14).

En plus de l'un de ces deux exercices respiratoires, le patient sera accompagné afin qu'il soit capable de détecter son comportement ruminatoire qui, avec le temps, relève souvent de l'automatisme. Il peut être intéressant d'utiliser un journal quotidien pour noter les observations. Une fois la prise de conscience faite, des techniques pour changer les habitudes par des moyens de distraction (marche, lecture, jeux vidéos) sont alors proposées (15).

Dans la mesure du possible il faut éviter la chirurgie bariatrique ou toute autre intervention médicale. Si des plaintes persistent, des inhibiteurs de la pompe à protons peuvent être donnés en prévention des œsophagites, mais ils sont rarement efficaces sur la problématique de fond.

Chez l'adulte, dans les cas résistants, certaines études montrent des résultats probants avec l'utilisation de Baclofène (10 mg 3 fois par jour) bien qu'effectuées sur de petits échantillons et nécessitant d'être confirmées à plus grande échelle (6, 13, 16).

CONCLUSION

Le mérycisme est une pathologie qui touche des patients de tout âge, de la naissance à l'âge adulte, garçons comme filles. Il doit être suspecté lors d'une perte de poids importante sans explication somatique et sans trouble des conduites alimentaires spécifique. Des études doivent encore être réalisées afin de déterminer la fréquence du mérycisme car il passe fréquemment inaperçu. Une anamnèse approfondie est nécessaire pour poser le diagnostic. Des examens complémentaires peuvent être intéressants pour exclure d'autres pathologies ou pour objectiver le mérycisme. La prise en charge se fera essentiellement par une thérapie comportementale axée sur des exercices de respiration et de relaxation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mousa H, Montgomery M, Alioto A. Adolescent rumination syndrome. *Gastroenterol Curr Rep* 2014;**16**:398.
2. Absah I, Rishi A, Talley NJ, et al. Rumination syndrome : pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil* 2017;**29**:e12954.
3. Crocq A, Guelfi JD, Boyer P, et al. *DSM-V-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris:Elsevier;2015:390-2.
4. Thouvenin B, Forgot d'Arc B, Baujat G, et al. Infantile rumination. *Archives Pédiat* 2005;**12**:1368-71.
5. Benninga M, Faure C, Hyman P, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2016;**15**:S0016-5085(16)00182-7.
6. Vachhani H, De Souza Ribeiro B, Schey R. Rumination syndrome : recognition and treatment. *Curr Treat Options Gastro* 2020;**18**:60-8.
7. Chial HJ, Camilleri M, Williams DE, et al. Rumination syndrome in children and adolescents: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics* 2002;**111**:158-62.
8. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;**130**:1527-37.
9. Soykan I, Chen J, Kendall BJ, McCallum RW. The rumination syndrome: clinical and manometric profile, therapy, and long-term outcome. *Dig Dis Sci* 1997;**42**:1866-72.
10. Nakagawa K, Sawada A, Hoshikawa Y, et al. Persistent post-prandial regurgitation vs rumination in patients with refractory gastroesophageal reflux disease symptoms: identification of a distinct rumination pattern using ambulatory impedance-pH monitoring. *Am J Gastroenterol* 2019;**114**:1248-55.
11. Tutuian R, Castelle D. Rumination documented by using combined multichannel intraluminal impedance and manometry. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;**2**:340-3.
12. Blinder BJ, Goodman SL, Goldstein R. Rumination: a critical review of diagnosis and treatment. In : *The eating disorders*. Blinder BJ, Chaitin BF, Goldstein R. PMA Publishing Group;1988:315-29.
13. Halland M, Pandolfino J, Barba E. Diagnosis and treatment of rumination syndrome. *Clin Gastroenter Hepatol* 2018;**16**:1549-55.
14. Halland M, Parthasarathy G, Bharucha AE, Katzka DA. Diaphragmatic breathing for rumination syndrome: efficacy and mechanisms of action. *Neurogastroenterol Motil* 2016;**28**:384-91.
15. Green A, Alioto A, Mousa H, Di Lorenzo C. Severe pediatric rumination syndrome: successful interdisciplinary inpatient management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;**52**:414-8.
16. 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.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr J. Falletty, Service de Pédiopsychiatrie, CHU Saint-Pierre, Bruxelles, Belgique.
Email : jfalletty@student.uliege.be