

## L'année pédiatrique

# Quoi de neuf en gastroentérologie pédiatrique ?



**J.-P. OLIVES**

Gastroentérologie et Nutrition  
pédiatrique,  
Département Médico-Chirurgical de  
Pédiatrie, Hôpital des Enfants,  
CHU, TOULOUSE.

Pour apporter un peu d'originalité à cette revue des actualités parues en gastroentérologie pédiatrique en 2017, plutôt que de les présenter comme un catalogue "à la Prévert", nous allons les découvrir en suivant le sens du transit digestif: de la bouche à l'anus !

### Troubles de l'oralité : une histoire d'équipe

Les troubles de l'oralité alimentaire englobent à la fois, les difficultés alimentaires, le refus de l'alimentation et les troubles de la déglutition. Courant 2016, deux équipes ont souligné l'importance des événements de la période périnatale (prématurité, césarienne, hospitalisation) comme des facteurs de déclenchement de troubles de l'oralité précoce [1,2]. Dans la discussion, les auteurs insistent sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire impliquant simultanément des pédiatres, des ORL phoniatres spécialisés dans les troubles de la déglutition, des orthophonistes, des diététiciens et des psychologues ou psychiatres, tous et formés à l'approche spécifique des troubles de l'oralité du jeune enfant. En 2017, une revue générale sur le sujet avec une méta-analyse incluant 11 études et regroupant 591 patients confirme qu'un suivi intensif multidisciplinaire est bénéfique et que les procédures de prise en charge devraient être standardisées pour mieux évaluer leur impact dans de futures études [3].

### Périactine : retour vers le futur

La cyproheptadine, plus connue des pédiatres sous le nom de Périactine a été

largement utilisée entre 1970 et 1990, souvent à la demande des parents, pour tenter de stimuler l'appétit des jeunes enfants : "Docteur, il ne mange rien, vous n'auriez pas un sirop pour qu'il s'alimente mieux?". Il faut bien convenir que ce type de prescription était utilisée plus pour rassurer les familles que fondée sur des preuves ou des résultats d'études contrôlées. De plus, l'impression globale de l'efficacité de cette thérapeutique "en ouvert" n'était pas franchement évidente. Il ne faut jamais avoir de jugement définitif en matière scientifique sur des faits ou des données basés sur de simples impressions. Depuis quelques années, la cyproheptadine a été réévaluée dans plusieurs études. Elle est maintenant fréquemment utilisée pour son effet orexigène dans des pathologies chroniques s'accompagnant de troubles de l'appétit comme la mucoviscidose, le SIDA, les cancers, ou des syndromes génétiques comme le Prader-Willi ou le Silver-Russell [4]. En tant qu'antihistaminique H1, son efficacité a également été montrée dans le syndrome des vomissements cycliques [5] et dans les troubles fonctionnels intestinaux comme le syndrome de l'intestin irritable et l'hypermotilité viscérale [6].

### Quand la bouche "parle"

Les malades souffrant d'une Maladie Chronique Inflammatoire de l'Intestin (MICI) peuvent présenter des lésions de la cavité orale. Ces lésions sont des manifestations extradigestives de la maladie, des complications de carences nutritionnelles ou bien les effets secondaires des thérapeutiques. Ces lésions orales sont

plus fréquentes au cours de la maladie de Crohn qu'au cours de la rectocolite hémorragique. Leur prévalence est plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte [7]. Les lésions buccales aphtoides ne sont pas que l'apanage des MICI, de la maladie de Behcet ou de maladies allergiques. Les atteintes de la muqueuse buccale et les anomalies de l'émail dentaire font partie des symptômes atypiques et peu connus de la maladie cœliaque.

Deux études parues en 2017, établies sur des méta-analyses de respectivement 46 articles [8] et 30 articles [9] rapportent que les lésions buccodentaires de l'intolérance au gluten ne se limitent pas uniquement aux aphtes et aux anomalies de l'émail, mais comprennent aussi la langue géographique, les glossites atrophiques, la chéilite angulaire, les sensations de brûlure linguale, les retards de l'éruption dentaire et les caries. Ces atteintes sont plus fréquentes avant l'âge de 12 ans et leur prévalence varie de 2 à 10 %.

## L'année pédiatrique

### IPP : toujours trop prescrits

Une enquête observationnelle nationale a été réalisée en Nouvelle-Zélande successivement en 2005 et 2015. 2,4 % des enfants de moins de 1 an avaient reçu des IPP en 2005. Ce chiffre avait doublé en 2015 (5,2 %). 8,7 % avaient été traités avant l'âge de 1 mois et 71,6 % avant l'âge de 3 mois. Dans leur conclusion, les auteurs soulignent que majoritairement ces prescriptions étaient en rapport avec le traitement d'un reflux gastroœsophagien sévère [10].

### Helicobacter pylori : des recommandations à suivre

Les Sociétés Européenne et Nord-Américaine de gastroentérologie pédiatrique (ESPGHAN et NASPGHAN) se sont réunies pour actualiser les recommandations de prise en charge de l'infection à *Helicobacter pylori* chez l'enfant [11]. Le groupe de travail recommande avant tout d'identifier la cause des symptômes digestifs présentés par l'enfant avant de rechercher systématiquement une infection à *Helicobacter pylori* face à n'importe quel symptôme peu spécifique. Si l'infection est prouvée, le traitement doit être adapté à la souche et à sa sensibilité aux antibiotiques. Lorsque la sensibilité du germe n'est pas connue, une trithérapie à forte dose associant amoxicilline, métronidazole et IPP doit être proposée pendant 14 jours ou une trithérapie incluant du bismuth, comme par exemple, le Pylera qu'il faut associer à un IPP.

### Vaccination rotavirus : coupable ou non coupable ?

Depuis 2006, l'efficacité du vaccin rotavirus a été largement démontrée concernant la morbidité et la mortalité due à l'infection à rotavirus chez les jeunes enfants [12]. De plus, l'impact économique de la vaccination sur la baisse des coûts de santé est très important.

L'OMS recommande donc une vaccination universelle des nourrissons. En France, cette vaccination n'est toujours pas recommandée, les experts estimant que la balance bénéfice-risque n'est pas en faveur de ce vaccin.

#### 1. Coupable ?

Une méta-analyse publiée en juillet 2017 dans la revue *Vaccine* incluant 6 cohortes et représentant 4 506 265 premières doses de vaccin montre qu'il existe un risque associé d'invagination intestinale aiguë dans les 7 jours suivant la première prise orale de vaccin comparé aux 9 643 enfants constituant le groupe contrôle. (Risque relatif: 3,71 et Odd ratio : 8,45) [13].

En France, des décès ont défrayé la chronique imputant la responsabilité du vaccin. En fait, c'est le retard au diagnostic des invaginations intestinales aiguës qui a été à l'origine de la mort de ces enfants. Dans d'autres pays du monde où la vaccination est généralisée depuis près de 10 ans, les décès après vaccination rotavirus sont exceptionnels car les médecins et les familles sont informés et particulièrement vigilants durant les premiers jours après la première prise.

#### 2. Non coupable ?

Le vaccin rotavirus a également été soupçonné de déclencher des réactions auto-immunes et des maladies comme le diabète de type 1 ou la maladie cœliaque. Une étude nationale de cohorte a été menée en Finlande entre 2009 et 2014 et a conclu que le vaccin rotavirus est sûr et qu'il n'augmente pas l'incidence de la maladie cœliaque et du diabète de type 1 [14].

### Probiotiques : des résultats et des recommandations

Depuis plusieurs années, l'intérêt pour le microbiote ne se dément pas. Les travaux sont légion et la littérature est foison-

nante. Pour lutter contre la dysbiose et améliorer le cours de certaines affections comme l'infection à *Clostridium difficile* ou la maladie de Crohn, la transplantation fécale se développe et se perfectionne de jour en jour.

Les probiotiques gardent une place de choix dans le traitement d'affections plus courantes comme les diarrhées aiguës infectieuses et la diarrhée associée aux antibiotiques. *Saccharomyces boulardii* se distingue avec des évidences parmi d'autres souches qui ont fait aussi preuve d'efficacité dans ces situations [15]. Les Sociétés Européenne (ESPGHAN) et Francophone (GFHGNP) de gastroentérologie pédiatrique le recommandent en traitement associé aux solutions de réhydratation orale dès les premiers signes de diarrhées aiguës du jeune enfant (gastroentérites) [16]. Dans une méta-analyse publiée en 2017, cette souche confirme à nouveau son intérêt dans le traitement de la diarrhée associée aux antibiotiques [17].

### MICI : un véritable arsenal thérapeutique

257 articles concernant la prise en charge et le traitement des MICI de l'enfant ont été référencés sur Pubmed en 2017.

La prise charge thérapeutique des MICI de l'enfant est un véritable challenge. Les stratégies appliquées associent plusieurs approches, anti-inflammatoires, lutte contre la dysbiose, biothérapies et interventions chirurgicales.

En dehors du traitement des poussées, le maintien d'une rémission prolongée est un des objectifs prioritaires. Dans ce contexte, les probiotiques sont de plus en plus utilisés. Une revue de 18 publications met en évidence un effet significatif de la combinaison de *Lactobacillus GG* et de prébiotiques dans la rectocolite hémorragique ; l'association de *Saccharomyces boulardii* avec deux autres souches montre des résul-

## L'année pédiatrique

tats en faveur d'une tendance favorable ( $p = 0,057$ ) dans la maladie de Crohn.

L'efficacité de l'anticorps monoclonal adalimumab sur le maintien de la rémission dans la maladie de Crohn été testée au cours de l'étude IMAGINE 2 chez 100 enfants et adolescents (âge moyen : 14,5 ans). Le taux de rémission avoisine les 50 % à la 240<sup>e</sup> semaine de traitement. Cette thérapie permet un arrêt plus précoce de la corticothérapie et une reprise plus rapide de la vitesse de croissance staturale [19].

L'indication de la chirurgie est toujours restée très mesurée face aux complications chez les patients pédiatriques souffrant de MICI. Le groupe d'experts de l'ESPGHAN a publié en 2017 des recommandations concernant la place des techniques chirurgicales dans la maladie de Crohn pédiatrique sur la base d'un algorithme précisant que malgré les progrès des techniques endoscopiques et l'efficacité des biothérapies, la chirurgie devait être une option plus fréquemment considérée [20]. Pour ce qui concerne la rectocolite hémorragique, un article paru dans le *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* rappelle que le début précoce de la maladie chez l'enfant augmente sensiblement le risque ultérieur de colectomie [21].

### Encoprésie : les lavements par cœcostomie améliorent la qualité de la vie ?

Pour terminer cette revue des actualités 2017, une fois n'est pas coutume, nous avons choisi de présenter un article discutable pour ne pas dire critiquable.

L'encoprésie sévère associe une rétention fécale rectale et colique, des troubles de la défécation, des pertes de selles non contrôlées et souvent des troubles du comportement. Le retentissement sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille est très important. Le plus souvent une prise en charge multidisciplinaire

incluant une psychothérapie et des laxatifs osmotiques à fortes doses permet de retrouver un transit normal.

Une équipe chirurgicale du Michigan a réalisé chez 10 enfants ayant de multiples pertes fécales quotidiennes et un échec de la prise en charge médicale, une appendicostomie ou une cœcostomie.

Au moyen de la sonde mise en place par cette stomie, des lavements antérogrades quotidiens étaient pratiqués. Dans leur article, les auteurs ne précisent pas combien de temps la sonde est laissée en place et concluent que la disparition des pertes fécales améliore significativement la qualité de vie de ces enfants [22] ! Décidément les chirurgiens n'ont peur de rien.

### BIBLIOGRAPHIE

- DUBEDOUT S, CASCALES T, MAS E *et al.* Feeding disorders in infants and toddlers: At-risk situations and predisposing factors. *Arch Pediatr*, 2016;23:570-576.
- HVELPLUND C, HANSEN BM, KOCH SV *et al.* Perinatal Risk Factors for Feeding and Eating Disorders in Children Aged 0 to 3 Years. *Pediatrics*, 2016;137.
- SHARP WG, VOLKERT VM, SCAHILL L *et al.* A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care ? *J Pediatr*, 2017;181:116-124.
- LEMOINE A, HARBISON MD, SALEM J *et al.* Effect of Cyproheptadine on Weight and Growth Velocity in Children with Silver-Russell Syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017;11. doi: 10.1097/MPG.0000000000001708
- BADHIAN N, SANEIAN H, BADHIAN S *et al.* Prophylactic Therapy of Cyclic Vomiting Syndrome in Children: Comparison of Amitriptyline and Cyproheptadine : A Randomized Clinical Trial. *Am J Gastroenterol*, 2017. doi: 10.1038/ajg.2017.194
- KRASAEAP A, MADANI S. Cyproheptadine: A Potentially Effective Treatment for Functional Gastrointestinal Disorders in Children. *Pediatr Ann*, 2017;46: 120-125.
- KATSANOS KH1, TORRES J1, RODA G *et al.* Review article: non-malignant oral manifestations in inflammatory bowel diseases. *Aliment Pharmacol Ther*, 2015;42:40-60.
- PEREIRA MACHO V, COELHO AS, VELOSO E SILVA DM. Oral manifestations in pediatric patients with celiac disease. *Open Dent Jour*, 2017;11:539-545.
- NIERI M, TOFANI E, DEFRAIA E *et al.* Enamel defects and aphthous stomatitis in celiac and healthy subjects: Systematic review and meta-analysis of controlled studies. *J Dent*, 2017;65:1-10.
- BLANK ML, PARKIN L. National Study of Off-label Proton Pump Inhibitor Use Among New Zealand Infants in the First Year of Life (2005-2012). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017;65:179-184.
- JONES NL1, KOLETZKO S, GOODMAN K *et al.* Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of Helicobacter pylori in Children and Adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017;64:991-1003.
- JONESTELLER CL, BURNETT E, YEN C *et al.* Effectiveness of Rotavirus Vaccination: A Systematic Review of the First Decade of Global Postlicensure Data, 2006-2016. *Clin Infect Dis*, 2017;65:840.
- KASSIM P, ESLICK GD. Risk of intussusception following rotavirus vaccination: An evidence based meta-analysis of cohort and case-control studies. *Vaccine*, 2017;35:4276-4286.
- VAARALA O, JOKINEN J, LAHDENKARI M *et al.* Rotavirus Vaccination and the Risk of Celiac Disease or Type 1 Diabetes in Finnish Children at Early Life. *Pediatr Infect Dis J*, 2017;36:674-675.
- HOJSAK I. Probiotics in Children: What Is the Evidence? *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*, 2017;20:139-146.
- Diarrhée aiguë du nourrisson et de l'enfant : Recommandations d'experts. GFHGNP. Janvier 2017. Fiche disponible sur le site internet de la Société Française de Pédiatrie : <http://www.sfpediatricie.com/recommandation/diarrhee-aiguë-du-nourrisson-et-de-l'enfant-recommandations-d-experts-gfngnp>.
- BLAABJERG S, ARTZI DM, AABENHUS R. Probiotics for the Prevention of Antibiotic-Associated Diarrhea in Outpatients-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Antibiotics*, 2017. pii: E21. doi: 10.3390/antibiotics6040021. Review.
- GANJI-ARJENAKI M, RAFIEIAN-KOPAEI M. Probiotics are a good choice in remission of inflammatory bowel diseases: A meta analysis and systematic review. *J Cell Physiol*, 2017. doi: 10.1002/jcp.25911

## L'année pédiatrique

19. FAUBION WA, DUBINSKY M, RUEMMELE FM *et al.* Long-term Efficacy and Safety of Adalimumab in Pediatric Patients with Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis*, 2017;23:453-460.
20. AMIL-DIAS J, KOLACEK S, TURNER D *et al.* Surgical Management of Crohn Disease in Children: Guidelines From the Paediatric IBD Porto Group of ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017;64:818-835.
21. RINAWI F1, ASSA A, ELIAKIM R *et al.* Risk of Colectomy in Patients With Pediatric-onset Ulcerative Colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017;65:410-415.
22. CHURCH JT, SIMHA S, WILD LC *et al.* Antegrade continence enemas improve quality of life in patients with medically-refractory encopresis. *J Pediatr Surg*, 2017;52:778-782.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.