

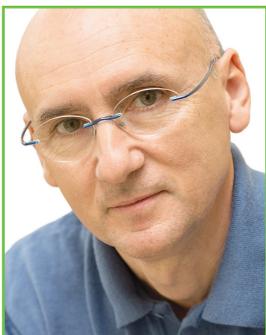
I Revues générales

Infection à *Helicobacter pylori* : quand y penser ? Quels risques chez l'enfant ?

RÉSUMÉ : La prévalence de l'infection à *H. pylori* diminue dans le monde occidental et dans certains pays émergents. La majorité des enfants infectés par *H. pylori* sont asymptomatiques et les différentes études pédiatriques ne trouvent pas toujours de relation entre la présence d'*H. pylori* et les troubles digestifs, notamment les douleurs abdominales récurrentes.

La recherche d'une infection à *H. pylori* est utile uniquement en cas de douleurs épigastriques en relation avec les repas ou réveillant l'enfant la nuit, associées ou non à des vomissements, suggérant une maladie peptique. Il n'existe pas d'association entre infection à *H. pylori* et reflux gastro-œsophagien chez l'enfant. La recherche d'une infection à *H. pylori* peut être utile en cas d'anémie ferriprive sans étiologie retrouvée et réfractaire au traitement martial, et en cas de purpura thrombocytopénique immun chronique.

Une gastrite nodulaire est l'aspect endoscopique le plus fréquemment rencontré. *H. pylori* est un facteur de risque d'ulcère duodénal, mais pas de lésions ulcéreuses gastriques chez l'enfant dans les pays à faible prévalence d'infection. Il n'a pas été décrit d'adénocarcinome pendant l'enfance et les cas de lymphome de type MALT sont exceptionnels.



T. LAMIREAU, R. ENAUD

Unité de Gastroentérologie pédiatrique,
Hôpital des Enfants,
CHU de BORDEAUX.

L'infection par *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) est acquise souvent dans l'enfance, avant l'âge de 10 ans, et se transmet au sein du foyer familial (mère-enfant en général). Sa prévalence varie en fonction du lieu géographique (plus élevée dans les pays en voie de développement par rapport aux pays industrialisés), du statut socio-économique (plus fréquent dans les milieux socioéconomiques faibles) et de l'âge [1].

Quand penser à l'infection à *H. pylori* ?

La majorité des enfants infectés par *H. pylori* sont asymptomatiques [2]. Les douleurs abdominales sont inconstantes puisque *H. pylori* est retrouvé chez 5 à 30 % des enfants asymptomatiques [3]

et plusieurs études n'ont pas retrouvé de présence plus fréquente d'*H. pylori* en cas de douleurs abdominales récurrentes par rapport à une population contrôlée asymptomatique, notamment en France (63 versus 49 % dans le groupe contrôle) [4]. Seules des douleurs de type "torsion" semblent plus fréquemment retrouvées chez les enfants infectés (26,4 vs 8,1 %, $p = 0,01$) [5]. Néanmoins, certaines études ont rapporté une amélioration des symptômes cliniques après un traitement d'éradication [6]. La majorité de ces études sont toutefois rétrospectives ou non randomisées versus placebo.

La recherche d'une infection à *H. pylori* est utile uniquement en cas de douleurs épigastriques en relation avec les repas ou réveillant l'enfant la nuit, associées ou non à des vomissements, suggérant une

POINTS FORTS

- L'infection par *H. pylori* est le plus souvent asymptomatique chez l'enfant.
- La recherche d'une infection à *H. pylori* est justifiée uniquement en cas de syndrome peptique.
- La recherche d'une infection à *H. pylori* peut être utile en cas d'anémie ferriprive réfractaire.
- L'aspect endoscopique habituel de l'infection à *H. pylori* est la gastrite nodulaire.
- La survenue de cancer gastrique lié à *H. pylori* touche uniquement les adultes.

maladie peptique. En effet, en l'absence de maladie peptique à l'endoscopie (ulcérations ou érosions gastriques ou duodénales), l'éradication de l'infection à *H. pylori* n'améliore pas les symptômes chez l'enfant. Au cours d'une endoscopie digestive haute effectuée pour une symptomatologie peptique et montrant la présence d'érosions ou ulcérations gastriques ou duodénales, des biopsies doivent être effectuées à la recherche d'une infection à *H. pylori* [7].

En revanche, chez l'enfant présentant des douleurs abdominales d'allure fonctionnelle, caractérisées par des douleurs périombilicales isolées, uniquement diurnes et sans retentissement sur l'état général, la recherche de l'infection à *H. pylori* n'est pas recommandée [7]. Des tests de diagnostic non invasifs pour cette infection ne doivent pas être réalisés chez ces enfants car leur positivité pourrait conduire à la réalisation d'une endoscopie, ce qui n'est pas recommandé selon le consensus de ROME IV.

Bien que les **vomissements** soient fréquents, il n'existe pas d'association entre infection à *H. pylori* et reflux gastro-œsophagien chez l'enfant.

D'autres troubles digestifs (éruptions, halitose, diarrhée chronique, de malnutrition et de retard de croissance) ont été

attribués à *H. pylori*, par le biais d'une diminution de la sécrétion gastrique acide.

Une association entre infection à *H. pylori* et **anémie ferriprive** a été démontrée, justifiant la recherche de *H. pylori* chez des enfants présentant une anémie ferriprive réfractaire inexplicite. Le diagnostic de l'infection à *H. pylori* dans le bilan d'investigation initiale chez les enfants présentant une anémie par carence martiale n'est pas recommandé. Cependant, en cas d'anémie réfractaire au traitement et pour laquelle les autres causes ont été éliminées, la recherche de lésions gastroduodénales par une endoscopie avec biopsies pourrait être considérée. Si une infection à *H. pylori* est détectée, un traitement d'éradication de *H. pylori* doit alors être associé à la supplémentation martiale. Les tests non invasifs de recherche de *H. pylori* ne sont pas recommandés dans le bilan d'investigation initiale d'une anémie par carence martiale chez l'enfant [8].

Chez l'enfant atteint de **purpura thrombocytopénique immun chronique**, l'éradication de l'infection à *H. pylori* est plus souvent suivie de guérison par rapport aux enfants non traités. La recherche de l'infection à *H. pylori* doit se faire par des tests non invasifs qui, s'ils sont

positifs, feront discuter l'indication d'une endoscopie en fonction de la numération plaquettaire [7].

La recherche d'une infection à *H. pylori* lors de l'exploration des causes d'une petite taille n'est pas recommandée.

Bien que la transmission intrafamiliale de l'infection à *H. pylori* entre les parents et leur enfant soit démontrée, il n'est pas recommandé de rechercher systématiquement une infection à *H. pylori* chez un enfant dont un membre de la famille vivant au domicile a été retrouvé positif.

Quels sont les risques de l'infection à *H. pylori* ?

L'infection à *H. pylori* est la première infection bactérienne associée au développement de cancers chez l'homme. *H. pylori* prolifère au contact des cellules épithéliales, causant une cascade de synthèse de molécules pro-inflammatoires (chimiokines, IL8, GRO alpha et ENA-78). Cette inflammation entraîne l'apoptose de nombreuses cellules et stimule la régénération cellulaire. Parallèlement, *H. pylori* altère le système de réparation de l'ADN, augmentant de façon majeure le risque de mutation et de prolifération de cellules malignes. Ces altérations provoquent l'apparition d'une gastrite aiguë interstitielle, qui fait ensuite place à une gastrite chronique.

L'évolution est lente et on observe en général uniquement des lésions de gastrite pendant l'enfance [8]. Avec le temps, la gastrite peut s'associer dans certains cas à un ulcère gastrique ou duodéal, qui s'observe essentiellement chez l'adulte et plus rarement chez l'enfant. L'apparition de prolifération clonale de lymphocytes B peut être responsable chez l'adulte de lymphome de type MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*) dont quelques cas ont été décrits chez l'enfant [9]. La survenue d'un cancer gastrique invasif touche 3 % des sujets adultes porteurs

I Revues générales

de *H. pylori*. Il s'accompagne d'une mortalité élevée, puisqu'il représente la 2^e cause de décès par cancer dans le monde. La susceptibilité individuelle et les différents génotypes de *H. pylori* plus ou moins virulents expliquent le risque variable de développer un cancer gastrique chez les différents individus. Il n'a pas été décrit jusqu'à présent de cas de cancer gastrique pendant l'enfance [8].

À l'heure actuelle, il est recommandé d'éradiquer *H. pylori* chez l'enfant en cas d'antécédents familiaux de cancer gastrique [7].

BIBLIOGRAPHIE

1. KALACH N, BONTEMS P, RAYMOND J. *Helicobacter pylori* infection in children. *Helicobacter*, 2017;22:e12414.
2. KALACH N, MENTION K, GUIMBER D *et al.* *Helicobacter pylori* infection is not associated with specific symptoms in non-ulcer-dyspeptic children. *Pediatrics*, 2005;115:17-21.
3. MACARTHUR C, SAUNDERS N, FELDMAN W. *Helicobacter pylori*, gastroduodenal disease, and recurrent abdominal pain in children. *JAMA*, 1995;273:729-734.
4. RAYMOND J, BERGERET M, BENHAMOU PH *et al.* A 2-year study of *Helicobacter pylori* in children. *J Clin Microbiol*, 1994;32:461-463.
5. KALACH N, MENTION K, GUIMBER D *et al.* *Helicobacter pylori* infection is not associated with specific symptoms in non-ulcer-dyspeptic children. *Pediatrics*, 2005;115:17-21.
6. FRANK F, STRICKER T, STALLMACH T *et al.* *Helicobacter pylori* infection in recurrent abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2000;31:424-427.
7. JONES NL, KOLETZKO S, GOODMAN K *et al.*, on behalf of ESPGHAN, NASPGHAN. joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for the management of *Helicobacter pylori* in children and adolescents (update 2016). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017;64:991-1003.
8. PACIFICO L, ANANIA C, OSBORN JF *et al.* Consequences of *Helicobacter pylori* infection in children. *World J Gastroenterol*, 2010;16: 5181-5194.
9. MOSCHOVI M, MENEGAS D, STEFANAKI K *et al.* Primary gastric Burkitt lymphoma in childhood: associated with *Helicobacter pylori*? *Med Pediatr Oncol*, 2003;41:444-447.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.