

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

Dyschésie du nourrisson : prévalence et évolution

KRAMER EAH *et al.* Defecation patterns in infants: a prospective cohort study. *Arch Dis Child* 2014;0:1-4.

La dyschésie anorectale du nourrisson est définie, selon les critères de ROME III, par des efforts de poussée importants avec pleurs pendant au moins 10 minutes avant l'émission d'une selle normale ou molle chez un enfant de moins de 6 mois bien portant. Ces nourrissons ont souvent plusieurs selles par jour. La symptomatologie serait due à un défaut de coordination entre l'augmentation de la pression abdominale précédant la défécation et la relaxation du plancher pelvien. Les symptômes commencent le plus souvent dans les premiers mois de vie et se résolvent spontanément en quelques semaines.

Le but de l'étude était d'évaluer la prévalence et l'évolution de la dyschésie anorectale du nourrisson, données inconnues contrairement aux autres troubles fonctionnels gastro-intestinaux du nourrisson, et de voir si cette symptomatologie était associée à un risque de constipation ultérieure.

Des nouveau-nés biens portants ont été inclus de façon prospective de septembre à novembre 2003 selon les critères suivants : terme ≥ 37 SA, poids de naissance ≥ 2500 g, hospitalisation postnatale ≤ 2 jours, absence de lésions congénitales, de troubles métaboliques ou d'allergie aux protéines de lait de vache. Après inclusion, les parents remplissaient un questionnaire concernant l'alimentation et les conditions de défécation de leur enfant à 1, 3 et 9 mois. Des critères de ROME III modifiés ont été établis en considérant le diagnostic possible chez des enfants jusqu'à 9 mois et en prenant en compte un aspect rouge du visage lors de l'effort de poussée, avec ou non émission d'une selle.

Sur les 1292 enfants ayant pu être inclus, 600 n'ont présenté aucun trouble de la défécation au cours de la période étudiée, et ont formé le groupe contrôle. Les enfants utilisant des laxatifs ou répondant aux critères diagnostiques d'une constipation fonctionnelle n'ont pas été pris en compte pour l'analyse. Selon les critères de ROME III, on retrouvait une dyschésie à 1 mois et 3 mois respectivement chez 51 (3,9 %) et 11 (0,9 %) patients. À l'âge de 9 mois, le diagnostic était encore posé chez 0,9 % des enfants, mais non pris en compte car les enfants étaient âgés de plus de 6 mois. Sur les 51 patients symptomatiques à 1 mois, 1 seul avait encore une dyschésie à 3 mois et aucun à 9 mois. Avec les critères modifiés de ROME III, le diagnostic était porté à 1, 3 et 9 mois chez respectivement 223 (17,3 %), 84 (6,5 %) et 74 (5,7 %) enfants.

Les critères démographiques des enfants et parents n'étaient pas différents entre les patients dyschésiques et les contrôles.

Parmi les 1292 enfants, le diagnostic de constipation fonctionnelle définie par les critères de ROME III (1 à 3 selles dures ou moins par semaine) était porté chez 0,8 %, 1,5 % et 2,3 % respectivement à 1, 3 et 9 mois. Parmi les enfants avec une dyschésie à 1 mois, 6 % avaient une constipation fonctionnelle à 9 mois.

Ce travail prospectif retrouve, selon les critères établis par la classification de ROME III, qu'une dyschésie anorectale du nourrisson est rare, et que sa prévalence diminue entre 1 et 3 mois. Les auteurs proposent une définition élargie prenant en compte les enfants jusqu'à l'âge de 9 mois, et retrouvent ainsi une augmentation de la prévalence de ce trouble. Ils confirment cependant qu'aucune relation n'existe entre une dyschésie anorectale et l'apparition d'une constipation ultérieure. La dyschésie s'améliore spontanément sans traitement spécifique, la prescription de laxatif est inutile.

Impact d'une infection congénitale à HHV-6 sur le développement neurologique du nourrisson

CASERTA MT *et al.* Early developmental outcomes of children with congenital HHV-6 infection. *Pediatrics* 2014;134:1111-1118.

L'embryogenèse est une période cruciale pour le développement neurologique de l'enfant. Des facteurs environnementaux, comme des virus, peuvent affecter ce processus ; c'est le cas notamment des infections congénitales à CMV responsables d'une atteinte neurologique plus ou moins sévère ainsi que de déficits sensoriels. Le virus HHV-6, pouvant être séparé en type A et B, appartient à la famille des herpès virus. Il est étroitement lié au CMV et affecte les jeunes enfants, contaminés le plus souvent par voie oropharyngée par des adultes asymptomatiques. Les signes cliniques en rapport avec l'infection sont souvent frustrés et non spécifiques, limités à un état fébrile fugace ou plus rarement associés à une éruption roséoliforme. Après la primo-infection, le virus reste à l'état latent, en particulier dans le système nerveux central. On estime qu'environ 0,99 % des nouveau-nés présenteraient une infection congénitale à HHV-6. Le mécanisme de transmission est, dans la majorité des cas, en rapport avec une hérédité mendélienne suite à l'intégration du virus dans le génome humain (ciHHV-6), ou dû à un passage transplacentaire d'une infection maternelle à HHV-6.

Le but de ce travail était de déterminer si une infection congénitale à HHV-6 avait un impact sur le développement neurologique et sensoriel précoce de l'enfant.

Il s'agit d'une étude prospective cas-témoins, réalisée entre 2003 et 2007, évaluant en double aveugle le développement neurologique de l'enfant. Des tests spécifiques

d'intelligence (test de Fagan, échelles de Bayley), visuels et une audiométrie ont été réalisés à l'âge de 12 mois afin d'évaluer les fonctions sensorielles et cognitives. L'étude a été proposée à tous les nouveau-nés nés à plus de 36 SA avec réalisation d'une PCR HHV-6 au sang du cordon. L'intégration chromosomique du virus (ADN HHV-6) était recherchée dans les follicules pileux. Les enfants ayant une infection congénitale ont été appariés avec au moins un témoin selon le genre, l'ethnie, l'âge gestationnel et l'âge maternel. Les caractéristiques familiales (tabac, alcool et niveau socio-économique) étaient également prises en compte.

Sur les 21 207 nouveau-nés ayant eu une PCR HHV-6 au sang du cordon, 207 présentaient une infection congénitale. Parmi ceux-ci, 39 nourrissons (33 infectés par HHV-6B et 6 par HHV-6A) ont été inclus dans l'étude; ils ne présentaient aucun signe clinique particulier à la naissance. Ces enfants ont été comparés à 63 témoins appariés non infectés. Les enfants des deux groupes avaient les mêmes caractéristiques démographiques. À 12 mois, le score moyen d'intelligence de Bayley était de $103,4 \pm 8,9$ dans le groupe infecté *versus* $105,4 \pm 12,4$ dans le groupe contrôle. En modèle de régression linéaire, les enfants avec une infection congénitale à HHV-6 avaient un score significativement plus bas que les contrôles ($p = 0,03$). Un meilleur score de Bayley était significativement associé à un âge gestationnel élevé et à la persistance d'un

allaitement maternel à l'âge de 6 mois. En prenant comme variable indépendante le type d'infection congénitale, les nourrissons avec ciHHV-6 avaient des scores de développement significativement plus bas que les contrôles, alors que ce n'était pas le cas pour les enfants ayant une infection transplacentaire. Aucune différence significative n'était notée entre les deux groupes concernant le test d'intelligence de Fagan et les tests visuels. Pour les 17 enfants infectés ayant eu une audiométrie entre 12 et 24 mois, aucune surdité n'était notée.

Cette étude prospective évalue pour la première fois les conséquences d'une infection congénitale à HHV-6 sur le neurodéveloppement à court terme, et met en évidence qu'à 12 mois les scores d'intelligence de Bayley sont significativement plus bas chez les nourrissons infectés et notamment chez ceux avec ciHHV-6. Les infections congénitales à HHV-6 sont relativement fréquentes (environ 1 naissance sur 101) et les nouveau-nés sont pauci ou asymptomatiques à la naissance. Ces données doivent donc être confirmées par des études ultérieures plus puissantes, évaluant si ces différences de scores persistent après l'âge de 1 an.

J. LEMALE

*Service de Gastroentérologie et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.*