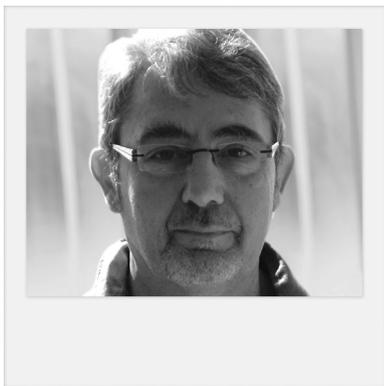


Gastro-entérologie pédiatrique : quoi de neuf ?



→ J. P. OLIVES

Gastro-entérologie et Nutrition,
Hôpital des Enfants,
TOULOUSE.

L'année 2012 en gastro-entérologie pédiatrique a été plus riche, en termes de publications concernant des recommandations et des conduites à tenir diagnostiques ou pour le suivi d'enfants présentant des affections chroniques, que d'articles originaux présentant des découvertes scientifiques majeures ou des techniques médicales révolutionnaires.

Diagnostic non invasif de la maladie cœliaque : on enfonce le clou !

A l'occasion du même numéro de *Réalités Pédiatriques* à la fin de l'année 2011, nous avons présenté les nouvelles recommandations pour le diagnostic de maladie cœliaque qui finalement étaient parues dans le *Journal of Pediatric*

Gastroenterology and Nutrition en janvier 2012 [1]. Le groupe de travail de la Société européenne de gastro-entérologie pédiatrique (ESPGHAN), dans ce très long article, précisait que pour le diagnostic, devant des symptômes évocateurs de maladie cœliaque, une élévation des anticorps IgA anti-transglutaminases de 10 fois la normale devait conduire à la pratique du dosage des anticorps IgA anti-endomysium et la recherche des gènes DQ2 et DQ8 pour confirmer le diagnostic. Si ces éléments étaient positifs, la pratique d'une biopsie intestinale n'était pas nécessaire [2].

Suite à un article paru dans la même revue, Kurppa K *et al.* analysent l'utilité de ces nouveaux critères de diagnostic dans les populations à risque. Ils ont utilisé un nouveau test appliquant l'anticorps anti-transglutaminase sur les globules rouges humains, montrant qu'il y a une très bonne relation avec le dosage des anticorps anti-endomysium et la recherche génétique en biologie moléculaire des haplotypes HLA. Cependant, un certain nombre de sujets ont des taux modérément élevés et ces deux auteurs suggèrent qu'il reste toujours une place pour la biopsie intestinale lorsque les cas sont douteux [3].

Dans le même mensuel de cette revue, un éditorial est rédigé par deux experts de la maladie cœliaque de la Société américaine de gastro-entérologie pédiatrique, Ivor Hil et Karoly Horvath, qui insistent sur le fait que ces nouvelles recommandations appliquées en Europe ne le sont pas encore aux Etats-Unis puisque la dernière mise au point sur la conduite à tenir diagnostique dans ce pays date de 2005. Ces experts américains admet-

tent que cette nouvelle stratégie est très utile pour le praticien libéral, que cette nouvelle procédure est non invasive et permet de dépister dans la majorité des cas les sujets atteints. Par contre, pour les spécialistes gastro-entérologues pédiatres et endoscopiques, la biopsie intestinale doit rester un examen courant et d'indication nécessaire si l'histoire clinique n'est pas franche, si les résultats sont douteux ; compte tenu que seule une étude histologique et immunohistochimique permet de confirmer définitivement un diagnostic, arguant du fait que le régime sans gluten est un régime contraignant pour la vie sociale, compliqué à réaliser, coûteux pour les familles et par principe, prévu pour toute la vie durant [4].

Nous attendons impatiemment les commentaires et la position du Groupe francophone d'hépatogastro-entérologie et nutrition pédiatrique sur ces nouvelles stratégies diagnostiques prévus pour paraître prochainement dans les *Archives de Pédiatrie*.

Vaccination rotavirus : sœur Anne ne vois-tu rien venir ?

Toujours dans le numéro de l'Année Pédiatrique de la fin 2011, nous avons développé les différents événements qui avaient conduit à la non mise en place de recommandations systématiques de la vaccination à rotavirus chez le jeune nourrisson et déploré ce retard.

Les différentes informations qui circulent à l'heure actuelle sont contradictoires et ne semblent pas faire penser que la mise en place de cette vaccination

en France soit pour tout de suite. Sans tomber dans la psalmodie et les lamentations des gens désespérés, nous croyons encore important d'écrire cette année la même phrase, mot pour mot, "les épidémies hivernales vont bientôt commencer, les consultations de médecine libérale seront saturées et les services d'accueil des urgences pédiatriques et des hôpitaux pédiatriques seront sous tension. Nous ne pourrions pas accueillir tous les enfants malades. Le coût indirect sous forme de prescription de laits inutiles, de médicaments inefficaces et le taux d'absentéisme des parents à leur travail continuera d'être très élevé dans notre pays. "Qui se soucie de nous...", chantait Jacques Dutronc!".

IPP : incitation à la prescription pondérée

Lors du Congrès annuel de la Société française de pédiatrie à Bordeaux du 6 au 9 juin, le Docteur Marc Bellaïche a présenté une mise au point tout à fait remarquable sur le bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez l'enfant, en insistant particulièrement sur les effets secondaires et le côté délétère de ces prescriptions systématiques et prolongées [5].

Il est bon de rappeler qu'en France, seules 3 molécules ont l'autorisation de mise sur le marché chez l'enfant : l'oméprazole pour les œsophagites ulcérées de l'enfant de plus de 1 an. L'oméprazole et le pantoprazole chez l'enfant de plus de 12 ans dans les indications d'œsophagite peptique, de prévention des récurrences d'œsophagite, mais aussi du traitement du RGO symptomatique. Cependant, leur utilisation dans d'autres indications peut être tolérée selon les recommandations de l'AFSSAPS (grade C).

Il est indispensable de bien retenir les affections pour lesquelles les IPP ne sont pas indiquées en raison d'effets secondaires ou parce qu'elles n'ont pas d'ef-

ficacité sur la pathologie concernée : les coliques du nourrisson ou pleurs incessants isolés, un traitement par IPP est contre-indiqué chez un nourrisson qui présente un RGO pathologique mais qui a déjà fait un malaise sévère. Les épigastalgies ou ce qu'il est convenu d'appeler les dyspepsies de l'enfant d'âge scolaire ne sont pas une indication, les hémorragies digestives de faible abondance, et en particulier celles qui évoquent une gastrite aiguë infectieuse ou dues à la prise de médicaments ne doivent pas conduire à la prescription d'IPP sauf dans le cas de prise d'AINS en quantité notable. Les IPP ne sont pas non plus recommandées et n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans la prévention des hémorragies en réanimation en pré- et en postopératoire, contrairement à ce que pensent souvent les médecins anesthésistes.

Toute une suite d'effets indésirables ont été publiés suite à l'utilisation massive de ces médicaments en milieu hospitalier et en ambulatoire, les prescriptions ayant été multipliées par 7 ou 8 en moins de 5 ans dans plusieurs pays : une dernière revue fait état globalement de 14 % d'effets secondaires lors de traitements supérieurs à 3 semaines. Les effets secondaires vont de simples symptômes comme des nausées, des diarrhées, un rash cutané, un état d'agitation ou d'irritabilité jusqu'à des réactions iatrogènes graves et polymorphes : dermatoses chroniques, complications hématologiques (leucopénie, anémie, thrombopénie), manifestations digestives (hépatite, pancréatite, colite), réactions psychiatriques à type de confusion mentale, ou encore pullulation microbienne avec sensibilité aux infections, en particulier intestinales, par diminution de l'acidité gastrique, et fréquence des pneumonies chez le jeune enfant.

Des données provenant d'étude chez l'adulte sont encore plus inquiétantes, concernant un risque plus élevé de voir se développer un cancer hépatocellulaire. Bien évidemment, des études pros-

pectives épidémiologiques demandent à confirmer ces résultats préliminaires et, en ce qui concerne les cancers de l'estomac ou les gastrites chroniques, pour l'instant, les études divergent mais incitent à la prudence. Les IPP pourraient également avoir une action sur le métabolisme phosphocalcique favorisant l'ostéoporose, l'ostéomalacie et les fractures de fatigue ou spontanées. Cela mérite réflexion et prudence chez nos malades chroniques qui nécessitent un traitement par IPP et sont déjà prédisposés à un déficit minéral osseux.

Traitement et prise en charge de l'allergie aux protéines du lait de vache chez l'enfant : de l'ancien ou du moderne ?

Toujours dans le *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* numéro 2 du mois d'août 2012, décidément incontournable cette année, le Comité de gastro-entérologie de la société européenne réaffirme et conseille qu'au vu du nombre de diagnostics incertains d'allergie aux protéines de vache conduisant à des régimes d'exclusion prolongée inappropriés, le diagnostic doit être étayé par des tests de provocation avec inclusion-réintroduction montrant une réelle efficacité, en fonction de l'âge, par des tests biologiques (IgE spécifiques) et/ou cutanés validés. La partie la plus importante de cette mise au point concerne le traitement. Ce Comité continue de recommander une attitude "classique", basée sur l'utilisation des hydrolysats de protéines extensifs ayant fait la preuve de leur efficacité dans des études cliniques contrôlées sur une période de plusieurs mois. Les produits à base de protéines de soja, de protéines de riz et les solutions d'acides aminés ne sont pas recommandés systématiquement [6].

D'autres attitudes commencent à émerger et conduisent à des discussions, voire à des controverses. Lors du Congrès de la société européenne d'hépatogastro-

GASTRO-ENTÉROLOGIE

entérologie et nutrition pédiatriques (ESPGHAN) à Stockholm du 27 au 28 avril 2012, une communication d'une équipe de Rome, en Italie, (Nocerino R *et al.*) a présenté une étude prospective sur l'acquisition de la tolérance en utilisant plusieurs types de régimes diététiques.

Ils ont comparé la durée de l'exclusion et la date de la tolérance permettant le retour à une alimentation avec des quantités significatives de protéines du lait de vache chez 225 enfants, en utilisant soit un hydrolysate extensif de protéines de caséine seul, un hydrolysate extensif de caséine contenant du lactobacillus GG, un hydrolysate de protéines de riz, un hydrolysate de protéines de soja, et enfin une solution d'acides aminés.

Leurs résultats suggèrent que l'efficacité et la tolérance sont plus rapidement acquises avec un hydrolysate extensif de caséine et que cet effet est renforcé par la présence du lactobacillus GG [7]. Malheureusement, cette étude n'étudie pas des produits qui sont couramment utilisés dans la prise en charge de l'allergie aux protéines de lait de vache de l'enfant, en particulier en France, comme les hydrolysats extensifs de protéines du lactosérum. Cette classe d'hydrolysats nécessiterait une même étude comparative pour avoir une idée précise sur l'ensemble des produits de substitution.

Enfin, une très bonne mise au point a été publiée par le Professeur Guy Dutau dans le n° 5 du mois de septembre 2012 de *Nutrition et Pédiatrie* [8] sur les nouvelles techniques d'induction de la tolérance aux aliments. Il s'agit d'une revue exhaustive concernant la plupart des allergènes alimentaires : arachide, œuf de poule, fruits à coques, etc. La partie la plus significative de cette revue générale concerne l'allergie aux protéines du lait

de vache. L'auteur rappelle qu'à l'heure actuelle, plusieurs équipes utilisent des techniques d'induction de la tolérance par voie sublinguale, en introduisant précocement dans l'alimentation des nourrissons des protéines du lait de vache et ne proposent plus systématiquement de prolonger des exclusions sans aucune particule d'allergène pendant 9 à 12 mois. Des tests peuvent être pratiqués précocement sous forme de provocation orale permettant de déterminer quelle charge antigénique l'enfant supporte sans réaction adverse. Une fois que celle-ci est définie, il reçoit de façon régulière des quantités progressivement croissantes par paliers à domicile. Les premiers résultats montrent que la réintroduction d'une alimentation normale avec des produits d'origine bovine peut être beaucoup plus précoce et donc diminue la durée des régimes, leur coût, et permet d'éviter les éventuelles conséquences, en particulier déficit calcique ou déséquilibre alimentaire.

Le Comité de nutrition de la société française de pédiatrie semble, lui, prendre une position plus nuancée et laisser la place à la possibilité de réintroductions plus précoces à doses progressives [9].

Hépatologie pédiatrique

Pour ceux qui veulent en savoir plus, nous recommandons également la lecture du n° 5 du mois de mai 2012 du *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* concernant le diagnostic et la prise en charge de la fibrose hépatique non alcoolique chez l'enfant (NASH) [10] et celle du n° 6 du mois de juin 2012 sur les conseils pratiques de diagnostic et de prise en charge des enfants étant atteints d'une infection à hépatite C [11].

Bibliographie

1. OLIVES JP. Maladie cœliaque, critères diagnostiques : vers une simplification ? *Réalités en Nutrition et Diabétologie*, 2012 ; 38 : 6-8.
2. HUSBY S, KOLETZKO S, KORPONAY-SZABO IR *et al.* European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. Guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2012 ; 54 : 136-160.
3. KURPPA K, SALMINIEMI J, UKKOLA A. Utility of the new ESPGHAN criteria for the diagnosis of celiac disease in at-risk groups. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2012 ; 54 : 387-391.
4. HILL ID, HORVATH K. Nonbiopsy diagnosis of celiac disease: are we nearly there yet ? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2012 ; 54 : 310-311.
5. BELLAÏCHE M. Inhibiteurs de la Pompe à Protons : nécessaires... mais parfois délétères. *Nutrition et Pédiatrie*, 2012 ; 5 : 20-21.
6. KOLETZKO S, NIGGEMANN B, ARATO A *et al.* Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2012 ; 55 : 221-229.
7. BERNI CANANI R, NOCERINO R *et al.* Effect of Lactobacillus GG on tolerance acquisition in infants with cow's milk allergy: a randomized trial. *J Allergy Clin Immunol*, 2012 ; 129 : 580-582.
8. DUTAU G. Allergies alimentaires. Peut-on induire une tolérance chez les patients allergiques aux aliments ? *Nutrition et Pédiatrie*, 2012 ; 5 : 7-12.
9. DUPONT C, CHOURAQUI JP, DE BOISSIEU *et al.* Dietary treatment of cow's milk protein allergy in childhood. *Br J Nutr*, 2012 ; 107 : 325-330.
10. VAJRO P, LENTA S, SOCHA P *et al.* Diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease in children and adolescents: position paper of the ESPGHAN Hepatology Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2012 ; 54 : 700-713.
11. MACK CL, GONZALEZ-PERALTA RP *et al.* NASPGHAN practice guidelines: Diagnosis and management of hepatitis C infection in infants, children, and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2012 ; 54 : 838-855.

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