

Caractéristiques des enfants et adolescents atteints de sclérose en plaques

BELMAN A *et al.* Characteristics of children and adolescents with multiple sclerosis. *Pediatrics*, 2016;138: In press.

La sclérose en plaques (SEP) est souvent considérée comme une maladie de l'adulte jeune; cependant, 2,7 à 5,4 % des patients atteints ont eu une première poussée avant l'âge de 18 ans. D'abord décrite dans quelques cas cliniques chez l'enfant, les études multicentriques ont permis d'estimer la fréquence de la maladie en pédiatrie à 0,2-0,64/100 000 enfants. Les travaux déjà réalisés n'ont pas étudié si des différences cliniques existaient chez l'enfant en termes d'âge de survenue ou de race.

Le but de cette étude multicentrique était de mieux définir les critères démographiques et les caractéristiques cliniques selon l'âge.

Les enfants vus entre mai 2011 et février 2015, dans un des huit centres hospitaliers pédiatriques nord-américains participant à l'étude et ayant présenté une première poussée de SEP, ont été inclus. Les caractéristiques démographiques, familiales, l'histoire médicale, les résultats des examens complémentaires et les différents traitements mis en place ont été recueillis de façon prospective. Le diagnostic de première poussée de SEP était fait sur la clinique, la localisation et le profil du liquide céphalorachidien. Le nombre de patients avec un index IgG élevé et/ou la présence d'une bande oligoclonale était précisé.

Au total, 490 enfants et adolescents (324 filles, 166 garçons) présentaient les critères de SEP. Les premiers symptômes apparaissaient avant l'âge de 12 ans chez 139 patients (28 %) et après 12 ans chez 351 (72 %). Le ratio fille/garçon était de 1,95 pour 1. Pour les deux sexes, les symptômes apparaissaient majoritairement à l'adolescence, avec un pic à 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons. Pour les filles, les signes cliniques survenaient avant la ménarche dans 22 % des cas; l'âge moyen des premières règles était de $11,6 \pm 1,4$ ans.

Concernant les origines ethniques, 67 % des enfants étaient Blancs et 21 % Afro-américains. 6 % des patients étaient nés en dehors des États-Unis, et 39 % des enfants étaient des Américains de seconde génération avec au moins un de leurs deux parents nés à l'étranger (majoritairement en Amérique du Sud, Caraïbes, Asie, Europe et Afrique). Un antécédent familial de SEP était noté dans 5 % des cas (fratrie, parents, grands-parents). Une histoire familiale de maladie auto-immune était retrouvée dans 35 % des cas, surtout chez les grands-parents: dysthyroïdie (14 %), polyarthrite rhumatoïde (11 %), maladie inflammatoire chronique intestinale (5 %) et lupus érythémateux disséminé (2 %). Les signes cliniques différaient avant et après 12 ans. Une histoire d'infection avant la première poussée était plus fréquente chez les jeunes patients, de même que les encéphalopathies et les troubles de la coordination. Les adolescents avaient en revanche plus de troubles de la sensibilité.

Sur le plan anatomique, une localisation sur la moelle épinière était significativement plus importante chez les enfants de plus de 12 ans ($p < 0,01$). Sur le plan biologique, la présence de bandes oligoclonales et l'élévation des IgG étaient plus importantes chez les adolescents. La sévérité des poussées était similaire quel que soit l'âge des patients à 2 ans du suivi. Le diagnostic de la maladie par rapport aux premiers symptômes était en moyenne de 155 jours dans le groupe des jeunes enfants *versus* 61 jours dans le groupe des plus de 12 ans, expliquant que la mise en place d'un traitement était souvent retardée chez les plus jeunes enfants ($p = 0,002$).

Cette étude multicentrique, analysant un grand nombre de patients atteints d'une SEP, met en évidence que les symptômes chez l'enfant de moins de 12 ans sont différents de ceux présentés par les adolescents. Ceux-ci doivent être connus pour éviter un retard à la prise en charge.

J. LEMALE

Service de Gastroentérologie et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.