

Analyse bibliographique

Persistence de lésions séquellaires un an après un traumatisme crânien modéré

EWING-COBBS L *et al.* Persistent postconcussion symptoms after injury. *Pediatrics*, 2018;142:in press.

Des difficultés de concentration, des céphalées, une irritabilité sont des symptômes fréquemment observés après un traumatisme crânien (TC) modéré puisqu'environ 30 % des enfants seraient concernés. Bien que ces symptômes régressent dans la majorité des cas dans le mois suivant le TC, quelques enfants gardent des troubles de façon prolongée affectant leur vie familiale et scolaire. Pour prédire la survenue de ces complications, les études de la littérature sont surtout basées sur l'imagerie mais prennent rarement en compte les caractéristiques du patient avant le TC.

Le but de ce travail prospectif était d'étudier les caractéristiques des patients et de leur famille au sein d'une cohorte longitudinale d'enfants ayant eu un TC modéré en comparaison d'un groupe de patients ayant eu un traumatisme orthopédique des membres.

Les enfants de 4 à 15 ans ayant été pris en charge dans un centre de traumatologie dans 2 États nord-américains entre janvier 2013 et septembre 2015 étaient inclus. Les enfants étaient classés par âge, par type de lésion et par sévérité du TC. Les enfants avec des troubles psychiatriques ou un retard mental étaient exclus. La sévérité du TC était définie selon le score de Glasgow, l'existence d'une perte de connaissance de plus ou moins 30 minutes, la présence d'une désorientation, d'une amnésie de plus ou moins de 24 heures et l'existence ou non d'une fracture du crâne. La présence d'une lésion de contusion ou hémorragique sur le scanner cérébral correspondait à un TC compliqué (TCc). Les enfants étaient suivis régulièrement pendant 12 mois avec évaluation de leur état par des scores prenant en compte le comportement, l'attention, les émotions, la fatigue et par des échelles de suivi post-TC remplies par les parents. Plus les scores étaient élevés, plus les troubles étaient importants. L'environnement familial était évalué par le *Social Capital Index*.

Sur les 414 enfants inclus initialement, 347 ont complété au moins une visite de suivi, 119 avec un TC modéré, 110 avec un TCc modéré et 118 avec une atteinte orthopédique. Après appariement sur les caractéristiques de l'enfant et sur le type de TC, les troubles somatiques et la fatigue évoluaient différemment selon l'âge de l'enfant. Les enfants entre 4 et 8 ans avaient des scores d'évaluation bas à 3 mois par rapport aux enfants plus âgés et cela changeait peu jusqu'à 12 mois. Les enfants plus grands et surtout les adolescents avaient des scores plus élevés initialement mais ceux-ci diminuaient au cours du temps. Même après ajustement, les filles avaient des

scores plus élevés de 3-4 points par rapport aux garçons tout au long du suivi. En analyse multivariée, les troubles affectifs, l'adolescence, des désaccords familiaux et un faible niveau socio-économique avant le traumatisme étaient associés à des scores plus élevés. Des troubles émotionnels et cognitifs persistaient plus d'un an chez 25 % des enfants avec un TC, 31 % avec un TCc *versus* chez 21 % des patients avec une atteinte orthopédique. L'*odds ratio* pour avoir des troubles persistants après un TC était de 1,94 (IC 95 % : 1,05-3,59) chez les filles et de 7,01 (IC 95 % : 2,10-23,4) après un TCc chez les enfants de 4 à 8 ans.

Ce travail met en évidence que la persistance de troubles cognitifs ou émotionnels surviendrait chez 20 à 30 % des enfants ayant un TC modéré, de façon plus importante chez les filles adolescentes mais également en cas de contexte psychosocial familial précaire avant le traumatisme.

Atteinte intestinale révélant une maladie de Kawasaki

COLOMBA C *et al.* Intestinal involvement in Kawasaki disease. *J Pediatr*, 2018;202:186-193.

La maladie de Kawasaki est une vascularite touchant les vaisseaux de petits et moyens calibres dont l'étiologie est inconnue. Une atteinte des artères coronaires survient chez 25 % des patients non traités. Elle touche surtout les enfants de moins de 5 ans avec un *ratio* garçon/fille de 1,7/1. Dans les pays développés, il s'agit de la principale cause de cardiopathie acquise de l'enfant. Le diagnostic repose sur l'existence d'une fièvre depuis plus de 5 jours avec 4 des 5 critères suivants : une atteinte oropharyngée, une hyperhémie conjonctivale bilatérale, une éruption cutanée, des modifications des extrémités, des adénopathies cervicales > 1,5 cm. Cependant, le diagnostic peut être posé devant des formes incomplètes.

Peu de choses sont connues sur les complications digestives de la maladie. Le but de ce travail était de faire une analyse de la littérature concernant l'épidémiologie et les caractéristiques cliniques des patients ayant une atteinte digestive dans le cadre d'une maladie de Kawasaki.

Une recherche a été réalisée à partir des bases de données Pubmed et SCOPUS, les articles traitant d'une atteinte intestinale en cas de maladie de Kawasaki étaient inclus.

Trente-trois articles publiés entre 1979 et 2017 reprenant 48 cas de maladie de Kawasaki avec une atteinte intestinale ont été inclus. La plupart des articles étaient des rapports de cas, il existait 2 séries de 310 et 219 patients dans lesquelles une atteinte intestinale était observée dans 7 et 10 cas.

■ Analyse bibliographique

L'âge moyen des enfants au diagnostic était de 39,5 mois (+/- 31,1) et l'âge médian de 36 mois (3-54 mois). La fièvre, les douleurs abdominales, les vomissements étaient les signes prédominants au début de la maladie, respectivement dans 82 %, 69 % et 49 % des cas. Une diarrhée était observée dans 29 % des cas et un ictère dans 2 %. Les signes classiques de la maladie de Kawasaki apparaissaient tous après les signes digestifs mais dans 29 % des cas les critères diagnostiques étaient incomplets. Sur les imageries (échographie et/ou scanner abdominal), des signes de pseudo-obstruction (rétrécissement concentrique de la paroi intestinale avec multiples anses dilatées) étaient visualisés dans 77 % des cas. Dans 20 % des cas, une atteinte appendiculaire était présente. On notait également 2 cas d'hémorragie duodénale, 1 cas de colite ischémique, 1 cas d'ischémie mésentérique et 1 cas d'hydrocholécyste. 51 % des enfants ont eu une chirurgie, 10 % ont eu une laparotomie exploratrice, 16 % une résection d'une anse intestinale.

Avec un délai plus ou moins long, tous les patients sauf 3 ont eu un traitement médical, des immunoglobulines seules ou associées à de l'aspirine à fortes doses. L'évolution était favorable dans 57 % des cas, 14 % ont développé des anévrysmes des coronaires. Trois enfants sont décédés, un d'une nécrose hépatique massive, un autre après une laparotomie et le dernier d'un choc septique. Un enfant a présenté une récurrence de la vascularite 3 ans plus tard. Parmi les survivants, aucune séquelle digestive n'était observée.

Ce travail met en évidence que l'atteinte digestive est rare dans la maladie de Kawasaki puisqu'elle est estimée de 2 à 4 % des cas. Les douleurs abdominales et les vomissements lorsqu'ils sont au premier plan retardent le diagnostic et la prise en charge spécifique. Il faut savoir évoquer une maladie de Kawasaki devant ces tableaux fébriles avec des signes de pseudo-obstructions intestinales même si les critères diagnostiques de la maladie sont incomplets afin d'éviter des chirurgies inutiles et la survenue d'anévrysmes des coronaires dus à un retard diagnostique.



J. LEMALE

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