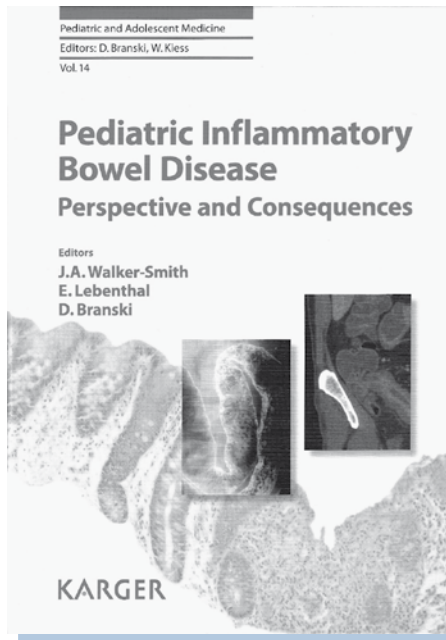


Pediatric inflammatory bowel disease

Perspective and conséquences

Editors: Walker-Smith J.A., Lebenthal E., Branski D.
Karger 2009, ISBN 3805591349

Mustapha Mazouni, Lausanne



Cet ouvrage traite des maladies inflammatoires de l'intestin (MII) chez l'enfant, principalement de la maladie de Crohn (MC), de la colite ulcéreuse (CU) et de la colite indéterminée (CI). Il a été réalisé par les meilleurs spécialistes mondiaux du moment et il apporte les connaissances les plus récentes dans ce domaine. Cet ouvrage aborde successivement les connaissances fondamentales sur les MII (pathogénie, épidémiologie, génétique et anatomie pathologique), les moyens d'investigation (endoscopie et imagerie), l'approche clinique des MII, orientée sur les particularités chez l'enfant et enfin la prise en charge thérapeutique. Le problème délicat de la transition des soins à l'âge adulte est abordée dans le dernier chapitre de l'ouvrage.

La pathogénie des MII est très complexe et non complètement élucidée. Bien que leur étiologie demeure non claire, un grand nombre de données de la littérature, rapportées par les auteurs, impliquent un dysfonctionnement du système immunitaire de la muqueuse intestinale qui réagit aux constituants normaux de la microflore

commensale. Il existe aussi plusieurs lignes d'évidence supportant que les MII peuvent être favorisées par «un background» génétique rendant quelques individus plus susceptibles que d'autres. La MC et la CU sont habituellement considérées comme des maladies génétiques complexes avec des gènes variés qui jouent un rôle contributif sur le développement de la maladie

Des données intéressantes sont rapportées concernant l'épidémiologie des MII. La définition de la MII par les «Critères de Porto» a permis de mieux définir les MII et de pouvoir comparer l'incidence et la prévalence de la maladie dans les pays européens et dans d'autres pays. La MC et la CU surviennent entre 15-25 ans mais peuvent s'observer chez le petit enfant. La MC est plus commune chez le garçon et semble en augmentation en particulier dans les pays où elle était classiquement basse (Afrique, Asie, Pays arabes). Plusieurs facteurs de risque sont rapportées comme la consommation de tabac, la prédisposition ethnique, l'environnement propre, l'exposition prénatale et précoce à des nutriments dans la première année de vie.

L'étude génétique a été initiée sur les preuves épidémiologiques publiées dans plusieurs études. Mais c'est la confirmation de «CARD 15» comme un gène susceptible de MC à la fin des années 90 qui a entraîné des progrès rapides en génétique moléculaire permettant l'avènement à grande échelle des techniques de «genotyping» et surtout l'identification de plus de 30 gènes associés à des MII. Toutes ces découvertes génétiques et leurs implications dans les MII chez l'enfant sont largement développées dans ce chapitre par les auteurs.

Le diagnostic anatomo-pathologique précis est essentiel dans la prise en charge optimale de l'enfant avec une MII. Il est important de distinguer entre la MC, la CU et d'autres pathologies. Les descriptions de

la CU, de la MC et les variations des formes classiques sont largement exposées dans ce chapitre et sont bien illustrées par de très belles images sélectionnées. Par ailleurs les pièges diagnostiques représentés par la colite infectieuse et les vasculites systémiques sont aussi présentés.

Quant aux moyens d'investigation de la MII, **l'endoscopie** joue un rôle important dans la prise en charge de la maladie depuis le diagnostic initial à la réalisation d'une thérapeutique endogène. Actuellement avec l'endoscopie moderne le duodénum et l'iléocolon peuvent être accessibles et faire une biopsie. Les auteurs insistent sur le matériel spécifique à utiliser et sur la préparation spécifique de l'enfant qui doivent être un pré-requis avant toute investigation Ils rapportent en les décrivant et en les discutant les nouvelles méthodes de diagnostic. En ce qui concerne **l'imagerie**, les auteurs considèrent qu'elle offre plusieurs modalités dans l'évaluation des MII. Puis ils passent en revue les différentes techniques d'imagerie (explorations conventionnelles au baryum, échographie, CT scan, IRM) et présentent une sélection de clichés commentés très intéressants. Ils insistent enfin sur le choix de la technique qui doit dépendre de l'état clinique de l'enfant tout en privilégiant l'utilisation de l'échographie, du CT scan et de l'IRM

L'étude clinique des MII chez l'enfant comporte tout d'abord une approche de diagnostic clinique, une étude des formes précoces et une discussion du problème de la croissance et de la puberté. Selon les auteurs, le diagnostic d'une MII chez l'enfant requière un haut degré de suspicion. Une fois la maladie suspectée, le premier test qui établit le diagnostic inclut une fibroscopie oesophago-gastrique, une colonoscopie, une biopsie endoscopique et une imagerie de l'intestin grêle. De nouvelles modalités de diagnostic sont présentées. Quant aux **MII à début précoce** (nourrisson, petit enfant et enfant en âge préscolaire (enfants < 6 ans), elles sont présentées de manière exhaustive (génétique, épidémiologie, présentation clinique et traitement). Elles constituent un phénotype distinct et pourraient être considérées comme une entité spécifique. Elles se présentent avec des manifestations sévères dont le pronostic est réservé, avec des signes mettant en danger la vie de l'enfant et des symptômes qui

nécessitent une thérapeutique agressive. Ces formes précoces de MII sont uniques dans leur association à de nombreuses maladies (maladies métaboliques, états d'immuno-déficience, anomalies des neutrophiles, granulomatose etc.). Le problème du retard de croissance et pubertaire au cours des MII est ensuite abordé dans un chapitre spécial. Les auteurs signalent son importance chez beaucoup de patients en particulier dans la MC. La faible taille est particulièrement importante chez les patients ayant une atteinte jéjunale. Une explication de ce phénomène est donnée ainsi qu'une proposition de traitement spécifique pour le retard de croissance et pubertaire.

La prise en charge thérapeutique des MII associe à la fois la nutrition entérale, l'administration de médicaments et la chirurgie. **La nutrition entérale exclusive** demeure pour les auteurs un traitement important chez l'enfant et l'adolescent porteur d'une MC. Ils rapportent beaucoup de travaux qui documentent l'efficacité de cette thérapeutique. Elle permet la guérison de la muqueuse intestinale. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une équipe multidisciplinaire (diététicienne, nurse, pédiatre, psychologue) pour conduire ce traitement, supporter l'enfant et sa famille et augmenter la compliance. Puis ils abordent les différents aspects concernant cette technique: indications, nutrition entérale exclusive (diète élémentaire et semi-élémentaire, diète avec polymères), nutrition entérale et MC, réintroduction alimentaire, support nutritionnel péri-opératoire. Quant à **la prescription médicamenteuse**, elle a pris une grande importance au cours de ces 25 dernières années avec la mise sur le marché de nombreux médicaments spécifiques. Les auteurs rappellent les objectifs du traitement (induction et maintenance de la rémission, monitoring et correction du déficit nutritionnel, prévention des complications) et les principes de la prescription de médicaments chez l'enfant (restaurer une croissance normale ou sub-normale, favoriser la maturation de la puberté, favoriser le développement psycho-social). Ils proposent ensuite un protocole de traitement pour toutes les formes de MC et de CU et un résumé sous forme de deux arbres décisionnels (MC et CU). Quant au **traitement chirurgical** il joue souvent un rôle critique dans la prise en charge des MII. Les auteurs précisent les indications chirurgicales dans

la MC et la CU, les différentes techniques chirurgicales utilisées, les complications possible et le devenir à long terme des patients opérés.

La transition des soins du jeune adolescent à l'âge adulte est une étape à la fois très importante et difficile à réaliser afin d'assurer une poursuite efficace de la prise en charge de la maladie. Celle ci demande une longue et méticuleuse préparation du patient, de la famille et de l'équipe médicale pour adulte. Les auteurs proposent dans ce chapitre et de façon exhaustive, une stratégie par progression pas à pas de cette période de transition assurant ainsi une très bonne continuité dans la qualité des soins.

En conclusion, cet ouvrage scientifique très spécialisé peut être recommandé en premier lieu au gastroentérologue pédiatre, au chirurgien pédiatre, au pédiatre hospitalier, au pédiatre praticien et à l'équipe soignante qui prend en charge ce type de patient (infirmière, diététicienne, pédiatre, psychologue).