

Les gastrites de l'enfant

A. A. OUAKEUR, M. SBIHI, A. BOURRAHOUI*

Service de Pédiatrie. Hôpital mère-enfant. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص

في هذه الدراسة، نتناول تجربة مصلحة طب الأطفال بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش. و هنا نقوم بدراسة رجعية على مدى فترة 3 سنوات و شهرين، بين يناير 2010 وفبراير 2013، ل 214 حالة التهاب المعدة عند الأطفال. كان متوسط العمر في دراستنا 7 سنوات ونصف، أما المرضى المصابين بالهليكوباكتر بيلوري فكانوا أكبر سنا (متوسط العمر 10 سنوات)، مع العلم أن الأعمار تتراوح بين 7 أيام إلى 16 عاما. كان التقيؤ والام البطن المتكررة الأعراض الأكثر انتشارا (57% و 70%) وكان المظهر الأكثر مشاهدة بالمنظار الداخلي هو التهاب المعدة العقدي (75%) ، والذي يوحي ولكن بشكل ليس قطعي إلى التهاب المعدة الناتج عن الهليكوباكتر بيلوري. خزعة المعدة مع الفحص النسيجي هو الفحص الذي يمكن التشخيص وإلى تصنيف التهاب المعدة، وأحيانا لتوضيح المسببات. كان التهاب بجرثومة هليكوباكتر بيلوري المسببات السائدة في دراستنا (77% من الحالات). يتمثل العلاج في وصف مضاد حيوي مزدوج بالإضافة إلى الأوميبرازول لمدة 7 إلى 14 يوما للأطفال المصابين بالهليكوباكتر بيلوري. عند المرضى غير المصابين، وصفا الأوميبرازول لمدة 4 إلى 8 أسابيع. تمكنا خلال معاينة تطور حالات الأطفال من ملاحظة التحسن في الأعراض لـ 83% من المرضى المصابين بجرثومة الهليكوباكتر بيلوري. لم تتمكن من تقييم مقاومة الهليكوباكتر بيلوري للمضادات الحيوية في هذه الدراسة.

الكلمات الأساسية: التهاب المعدة - الأطفال - هليكوباكتر بيلوري - خزعة المعدة.

Résumé Dans ce travail, nous rapportons l'expérience du service de pédiatrie B du CHU Mohamed VI de Marrakech. Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 3 ans et 2 mois, entre janvier 2010 et février 2013, à propos de 214 cas de gastrite chez l'enfant. La moyenne d'âge de notre étude était de 7 ans et demi, les patients infectés par l'H. pylori étaient plus âgés (moyenne d'âge de 10 ans), avec des extrêmes allant de 7 jours à 16 ans. Les vomissements et les douleurs abdominales récurrentes (DAR) étaient les motifs de consultation les plus prédominants (respectivement 57% et 70%). L'aspect endoscopique le plus observé était l'aspect nodulaire (75% des endoscopies), qui est suggestif mais non pathognomonique d'une gastrite à Helicobacter pylori. La biopsie gastrique avec examen anatomopathologique est l'examen qui permet d'étiqueter le diagnostic, de classer la gastrite, et parfois d'en préciser l'étiologie. L'infection à Helicobacter pylori était l'étiologie la plus prédominante dans notre étude (77% des cas). Le traitement a consisté en l'administration d'une double antibiothérapie plus un IPP qui est toujours l'Oméprazole pendant 7 à 14 jours chez les enfants infectés par l'Helicobacter pylori. Chez les patients non infectés par l'Helicobacter pylori, l'Oméprazole a été préconisé pour une durée de 4 à 8 semaines. L'évolution a été marquée par l'amélioration des symptômes de 83% des patients infectés par l'Helicobacter pylori. Un traitement séquentiel a été entrepris pour les enfants non améliorés. La résistance de Helicobacter pylori aux antibiotiques n'a pas pu être évaluée dans cette étude.

Mots clés Gastrite - enfant - Helicobacter pylori - biopsie gastrique.

Abstract In this study, we report the experience of the Pediatrics department B of CHU Mohamed VI Marrakech. This is a retrospective study over a period of 3 years and 2 months, between January 2010 and February 2013, of about 214 cases of gastritis in children. The average age of our study was 7 and a half years, patients infected with H. pylori were older (average age 10 years), with extremes ranging from 7 days to 16 years. Vomiting and recurrent abdominal pain were the most prevalent symptoms (57% and 70%). The most viewed endoscopic aspect was nodular gastritis (75% endoscopy), which is suggestive but not pathognomonic of Helicobacter pylori gastritis. Gastric biopsy with histological examination is the examination that allows to label the diagnosis, to grade the gastritis, and sometimes to clarify the etiology. Infection with Helicobacter pylori was the most predominant etiology in our study (77% of cases). The treatment consisted in the administration of a double antibiotic plus a PPI which was always Omeprazole for 7 to 14 days in children infected with Helicobacter pylori. In patients not infected with Helicobacter pylori, the Omeprazole has been advocated for a period of 4 to 8 weeks. The evolution was marked by improvement in symptoms of 83% of patients infected with Helicobacter pylori. A sequential treatment was undertaken for unimproved children. The resistance of Helicobacter pylori to antibiotics has not been evaluated in this study.

Key words Gastritis - Children - Helicobacter pylori - Gastric biopsy.

Introduction

La définition de la gastrite est histologique car aucun signe clinique, radiologique, endoscopique et/ou sécrétoire ne semble être spécifique de l'affection. Il s'agit d'une inflammation du chorion associée à des degrés divers d'atrophie glandulaire et d'altération de l'épithélium de revêtement des cryptes. Elles font actuellement un regain d'intérêt grâce aux perfectionnements des techniques d'exploitation et d'identification d'un nouvel agent infectieux : Helicobacter pylori (H.pylori). Leur diagnostic repose sur l'endoscopie digestive haute avec multiples biopsies. Les objectifs de ce travail sont : Décrire le profil épidémiologique, clinique, endoscopique et évolutif des gastrites chez l'enfant, rechercher une éventuelle relation entre l'aspect endoscopique et l'étiologie de la gastrite et rapporter les différentes options thérapeutiques.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur une période de 3 ans et 2 mois, entre janvier 2010 et Février 2013, à propos de 214 cas de gastrite chez l'enfant, colligés à l'unité d'endoscopie digestive au service de pédiatrie B du CHU Mohamed VI de Marrakech. Notre étude a inclus

tout patient âgé de moins de 16 ans, des 2 sexes, ayant bénéficié d'une endoscopie digestive tous motifs confondus, avec biopsies antrale et fundiques, et présentant une gastrite à l'examen anatomopathologique. L'analyse rétrospective des dossiers médicaux retenus pour l'étude a été faite suivant une fiche d'exploitation préétablie recueillant les différents paramètres anamnestiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs.

Résultats

La tranche d'âge de notre série était comprise entre 7 jours et 16 ans avec une moyenne d'âge de 10 ans pour les enfants infectés par H. pylori et 7,5 pour les enfants non infectés. Les filles étaient aussi bien atteintes que les garçons. Les vomissements étaient le symptôme prédominant (57% des cas), suivies par les épigastralgies récurrentes (54% des cas) et du retard statur pondéral (20%). Les hématémèses et les douleurs abdominales d'autres sièges étaient présentes chez 17% des enfants, Les dyspepsies chez 12% des patients. Enfin, l'anémie résistante au traitement martial a été trouvée chez 11% des patients et les maelena

chez 8%. La répartition des motifs de réalisation d'endoscopie digestive haute selon la présence ou non de l'*Helicobacter pylori* est représentée dans le tableau I. L'endoscopie digestive haute a retrouvé dans 37% des cas une congestion de la muqueuse gastrique, dans 49% des cas une gastrite purpurique et dans 75% un aspect nodulaire ou micronodulaire. Une gastrite hémorragique a été retrouvée dans 3,7%. Seulement trois cas d'ulcère ont été retrouvés, dont un chez un patient hospitalisé en réanimation pour brûlure grave. Concernant les gastrites hypertrophiques, trois cas ont été observés dans notre étude, dont deux ont été accompagnés d'hypoprotidémie et d'hypoalbuminémie. L'association de plusieurs aspects était aussi notée. La répartition des aspects endoscopiques selon la présence ou non de l'*H. pylori* est représentée dans le tableau II.

Tableau I : Motifs de réalisation de l'endoscopie digestive haute.

	Patients Hp+ n=165	Patients Hp- n=49
Epigastralgies	99 (60%)	16 (33%)
Vomissements	92 (56%)	29 (66%)
Hématémèses	26 (16%)	10 (20%)
RSP	33 (20%)	10 (20%)
Dyspepsie	26 (16%)	0
Anémie réfractaire	20 (12%)	3 (6%)
Dirrs abdominales	16 (10%)	16 (33%)
Maelena	10 (6%)	6 (12%)

Tableau II : Aspects endoscopiques selon la présence ou non de l'*H. pylori*.

Aspect endoscopique	Patients Hp+ n=165	Patients Hp- n=49
Congestion	53 (32%)	26 (53%)
Nodules	145 (88%)	16 (33%)
Ulcère	2 (1%)	1 (2%)
Hyperplasie des plis	0	3 (6%)

L'examen anatomopathologique dont les résultats ont été classés selon le système Sydney actualisé, avait montré que l'infection à *Helicobacter pylori* était présente chez 165 enfants, soit dans 77% des cas. La classification selon la sévérité a objectivé que 64% des infections à *H. pylori* étaient modérées, 26% étaient minimales et seulement 10% étaient sévères. 88% des gastrites à *H. pylori* étaient de siège antrale. La classification selon le degré de l'inflammation, évalué par le degré d'infiltration par les monocytes et les lymphocytes, la gastrite était modérée dans 63% des cas, dont 90% était Hp+. 46% des patients avaient une gastrite d'activité minimale, l'activité étant évaluée par la présence de polynucléaires neutrophiles. L'atrophie gastrique qui est jugée sur le degré de l'atteinte des structures glandulaires, n'a été présente que chez 23 patients (11%) de façon légère, et seulement 3 enfants avaient une atrophie modérée dont l'âge était de 15 à 16 ans. Un seul cas de métaplasie a été retrouvé dans notre étude, chez une patiente de 13 ans, chez laquelle la recherche de l'*H. pylori* était positive. La stratégie thérapeutique adoptée dans notre étude a consisté en l'éradication de l'Hp chez les patients Hp+. Ces derniers ont été mis sous Omeprazole à raison de 1 mg/Kg/j et une double antibiothérapie à base d'amoxicilline à raison de 50 mg/Kg/j et de clarithromycine à raison de 7,5 mg/Kg/j ou de métronidazole à raison de 20 à 30 mg/Kg/j, pour une durée de 7 jours à 14 jours.

137 enfants ont vu leur symptomatologie s'améliorer, tandis que 28 enfants souffraient toujours des mêmes symptômes malgré une bonne observance du traitement. L'endoscopie digestive haute de contrôle avec biopsies avait montré la persistance de l'*H. pylori* et un traitement séquentiel a été débuté avec 5 jours d'amoxicilline+IPP puis 5 jours de métronidazole+clarithromycine en plus d'un IPP. On n'a pas pu trancher sur la présence ou non de résistances de l'*H. pylori* aux antibiotiques, ceci est dû au fait que nous ne disposons pas de milieux de culture bactérienne de l'*H. pylori*. Les gastrites à *H. pylori* - ont été traitées par les IPP à la dose 1 mg/Kg/j pendant 4 à 8 semaines. Les gastrites dont l'origine était vraisemblablement virale ont été traitées par IPP pendant 2 à 4 semaines avec une bonne évolution clinique.

Discussion

La gastrite est une inflammation du chorion associée à des degrés divers d'atrophie glandulaire et d'altération de l'épithélium de revêtement des cryptes. Actuellement, peu de données existent sur la prévalence des gastrites chez l'enfant [1]. Dans une étude prospective, sur 100 enfants adressés pour endoscopie en raison d'une dyspepsie non ulcéreuse, 79% avaient une gastrite et aucun un ulcère [2]. L'infection à *Helicobacter pylori* est universellement répandue et il existe une grande disparité géographique des prévalences. Elles sont toujours plus élevées dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés. Au sein même d'un pays, la prévalence augmente chez les sujets de faible revenu familial. La prévalence dans les pays développés augmente de 1% par année d'âge pour atteindre plus de la moitié de la population à 50 ans, et augmente au fur et à mesure que l'âge de la population étudiée augmente. A l'inverse, dans les pays en voie de développement, les prévalences élevées sont observées dès l'enfance pour atteindre 80% et plus chez l'adolescent et restent ensuite stables chez l'adulte. La fréquence de l'infection à *H. pylori* augmente avec l'âge [3]. Des études épidémiologiques [4] ont démontré que l'infection à *H. pylori* débute habituellement dans l'enfance et persiste tout au long de la vie. Cependant, peu de données sont disponibles concernant l'âge de début, le taux et le mode d'infection. Le sexe ne semble pas constituer un facteur de risque des gastrites. Il s'agirait plutôt du mauvais niveau d'hygiène et le bas niveau socio-économique dans les gastrites à *H. pylori*. Dans l'étude de Kalach N et Al [5], une prédominance masculine a été observée alors que d'autres études ont trouvé le contraire [6][7]. Les signes cliniques les plus fréquemment rencontrés sont les douleurs abdominales récurrentes (DAR) (38 à 78 % des cas). Cependant, aucune étude n'a permis de poser clairement un lien entre DAR et infection à *H. pylori*. Récemment, la conférence de consensus pédiatrique canadienne a conclu que les DAR ne sont pas une indication à rechercher l'infection à *H. pylori* en première intention [8]. Les vomissements sont fréquents, bien qu'inconstants. Plus rarement l'infection peut se révéler par une entéropathie exsudative. Des troubles dyspeptiques, des éructations, une mauvaise haleine

peuvent constituer des signes d'appel évocateurs. Chez l'enfant, la notion d'amaigrissement ainsi qu'un retard de croissance staturale associé à un mauvais état nutritionnel semblent plus fréquents chez les patients infectés. Une association entre infection à *H. pylori* et anémie ferriprive a été démontrée et la recherche de *H. pylori* doit être envisagée chez des enfants présentant une anémie ferriprive réfractaire, quand aucune cause n'a été trouvée [8]. L'aspect endoscopique dans la gastrite à *H. pylori* peut être variable, allant d'un aspect normal à un ulcère. L'aspect nodulaire de la muqueuse gastrique est aussi fréquemment observé chez l'enfant que chez l'adulte. Néanmoins, la relation entre la gastrite nodulaire et la présence de l'*H. pylori* reste incertaine malgré la fréquente association entre les deux. Selon Mazigh Mrad et Al [9], l'aspect nodulaire de la muqueuse gastrique a une spécificité importante (85,7%) et une valeur prédictive positive de 87,5% pour le diagnostic de l'infection par l'*Helicobacter pylori*. Par contre, Prasad et Al [10] a conclu que l'aspect nodulaire de l'antré est un indicateur pauvre pour l'infection à *H. pylori* chez l'enfant (VPP=46,4%, sensibilité=42%), il a aussi insisté sur la nécessité des biopsies gastriques au cours de l'endoscopie pour confirmer la présence de l'*H. pylori*. Concernant la maladie ulcéreuse, elle se développe chez un petit nombre d'enfants et paraît rare en comparaison avec les adultes [11]. Cependant, des études récentes montrent que les ulcères non associés à l'*H. pylori* sont en augmentation [12]. La classification de Sydney actualisée [13] est la classification des gastrites la plus utilisée, elle a pour but de mettre en accord les anatomopathologistes et de grader différents paramètres en utilisant une échelle visuelle analogique: l'inflammation, l'activité, l'atrophie, la métaplasie et l'infection à *H. pylori*. Dans des études pédiatriques précédentes, la prévalence de la gastrite histologique variait de 75% à 100% [5]. La plus faible prévalence de la gastrite chronique a été rapportée par des séries pédiatriques américaines: 32% pour Elitsur et al. [14] et 26,31% pour Mahony et al. [15]. La gastrite chronique survient aussi bien chez les garçons que chez les filles. L'aspect classique de la gastrite chronique active communément observés chez les adultes, caractérisé par la présence de polynucléaires neutrophiles dans l'infiltrat inflammatoire, est plus rare chez les enfants. Concernant l'atrophie gastrique, plusieurs études ont confirmé qu'elle est une pathologie qui ne se limite pas seulement à des patients adultes [16]. Toutefois, en raison de la recherche non systématique au cours de la gastroscopie pédiatrique de cet état histologique considéré comme pré-néoplasique chez les adultes, sa prévalence n'est pas bien évaluée en pédiatrie, variant de 0 à 72% selon différentes études. La métaplasie intestinale est rare chez l'enfant, elle est la conséquence de l'infection prolongée à *H. pylori* et sa prévalence augmente avec le temps. Shabib et al, en comparant deux groupes d'enfants, un ayant une gastrite *H. pylori* positive et l'autre une gastrite *H. pylori* négative, a rapporté une fréquence de métaplasie intestinale, respectivement de 42% et 6%. La trithérapie, associant deux antibiotiques et un IPP, est généralement prescrite en première intention pour une durée de 7 jours. Cependant, en raison d'un risque d'échecs de l'ordre de 30% avec une trithérapie de 7 jours, la durée de traitement peut d'emblée être de 14 jours. En seconde intention après échec de la première

cure, il est recommandé d'instaurer une trithérapie de 14 jours.

Conclusion

La gastrite de l'enfant est en rapport avec un déséquilibre entre les facteurs d'agression et de défense naturelle de la muqueuse gastrique. Le facteur majeur contribuant à ce déséquilibre est l'*H. pylori*. Ce micro-organisme a apporté un éclairage nouveau à toute la pathologie gastrique et duodénale de l'adulte, mais aussi de l'enfant.

Références

- 1-Gottrand F. Douleurs abdominales et gastrite chez l'enfant. La revue du praticien 2011,639.
- 2-Kalach N, Mention K, Guimber D, Michaud L, Spyckerelle C, Gottrand F. *Helicobacter pylori* infection is not associated with specific symptoms in nonulcer-dyspeptic children. *Pediatrics* 2005,115:17-21.
- 3- Maherzi A, Fendri C, Benjlani S, Bousnina S. L'infection symptomatique à *H. pylori*: étude prospective des aspects épidémiologique, diagnostiques et thérapeutiques chez l'enfant en Tunisie. *Archives de pédiatrie* 1996, pp. 329-334.
- 4-Gottrand F. L'infection à *H. pylori* survient précocement dans la vie. *Archives de pédiatrie* 1999;6p.634.
- 5-Kalach N, Papadopoulos S, Asmar E, Spyckerelle C, Gosset P, Raymond J, Dehecq E, Decoster A, Creusy C, Dupont C. In French children, primary gastritis is more frequent than *H. pylori* infection. *Springer science* 2008.
- 6-Urgas M, Pehlivanoglu E.H. *pylori* infection and peptic ulcer in eastern Turkish children: is it more common than known? *Turk J pediatr* 2011,632-7.
- 7-Omar I Saadah, H. *pylori* infection in Saudi children: clinical, endoscopic and pathological findings. *Arab journal of gastroenterology* 2010,11:39-43.
- 8-Jones NL, Sherman P, Fallone CA, Flook N, Smail F, Veldhuyzen Van Zanten S et al. Canadian *Helicobacter* Study Group Consensus Conference: update on the approach to *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents – An evidence-based evaluation. *Can J gastroenterol* 2005;19(8);pp.399-408.
- 9-Sonia Mazigh Mrad, Kamel Abidi, Ines Brini, Samir Boukhtir, Azza Sammoud. Nodular gastritis: An endoscopic indicator of *Helicobacter pylori* infection in children. *La Tunisie médicale* 2012;90(11),pp.789-92.
- 10-Prasad KK, Thapa BR, Sharma AK et Al. Reassessment of diagnostic value of antral nodularity for *Helicobacter pylori* infection in children. *Minerva Gastroenterol Nutr* 2008;54,pp.1-6.
- 11-Jones NL, Sherman PM. Approaching *Helicobacter pylori* infection in children: level 1 evidence at last and a word of caution. *J pediatr* 2001, pp. 622-623.
- 12-Oderda G, Mura S, Valori A, Brustia R. Idiopathic peptic ulcers in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48(3),pp.268-70.
- 13-Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system. International workshop on the histopathology of gastritis. Houston 1994. *Am J Surg Pathol* 1996;20:1161-81.
- 14-Elitsur Y, Raghuverra A, Sadat T, Vaid P. Is gastric nodularity a sign for gastric inflammation associated with *Helicobacter pylori*. infection in children? *J Clin Gastroenterol*. 2000;30(3):286-288.
- 15-Mahony MJ, Wyatt JI, Littlewood JM. *Campylobacter pylori* gastritis. *Arch Dis Child*. 1988;63:654-5.
- 16-Ozturk Y, Buyukgebiz B, Arslan N, Ozer E. Antral glandular atrophy and intestinal metaplasia in children with *Helicobacter pylori* infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(1),pp.96-7.