



LES MICI CHEZ L'ENFANT IBD IN CHILDREN



Qu'est-ce que les maladies inflammatoires chroniques intestinales ? Quels sont leurs particularités chez l'enfant ?

Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) sont des affections chroniques à rechute.

La maladie de Crohn peut toucher n'importe quelle partie du tube digestif (y compris la bouche et l'anus). La recto-colite hémorragique ne touche que le côlon et le rectum (gros intestin). Les lésions sont caractérisées par une atteinte de la paroi digestive qui est enflammée, épaissie et ulcérée.

L'évolution se fait en général par poussées de plusieurs semaines entrecoupées de rémission dont la durée est très variable. Certains patients vont avoir une maladie grave pratiquement continue et invalidante, d'autres une maladie plus bénigne avec de très longues périodes de rémission, et peu de conséquences sur la vie courante.

Il ne s'agit pas d'une maladie contagieuse ou liée à des chocs affectifs. Sa cause est encore inconnue mais il existe des anomalies immunitaires locales qui entretiennent le processus inflammatoire.

Le début se fait habituellement chez l'adulte jeune, mais il peut survenir chez l'enfant avant 10 ans. Les symptômes sont surtout digestifs, diarrhée et douleurs abdominales, perte de l'appétit. Il peut y avoir des atteintes extra-digestives (articulaires, cutanées, oculaires).

La particularité de la maladie de Crohn chez l'enfant ou l'adolescent est son retentissement presque obligatoire sur la croissance en poids mais aussi en taille et le retard pubertaire. Le décalage atteint souvent deux ans. La survenue d'une rémission permet de combler ce retard et la taille définitive des enfants atteints est le plus souvent normale. Ce retard de croissance et pubertaire est beaucoup plus exceptionnel dans la RCH (Recto-Colite Hémorragique).

Existe-t-il une différence entre les MICI de l'enfant et de l'adulte ?

Il n'y a pas de différence entre la recto-colite hémorragique de l'enfant et celle de l'adulte. Mais les traitements doivent être adaptés soigneusement notamment en ce qui concerne l'utilisation des corticoïdes qui devront toujours être de courte durée étant donné leur retentissement sur la croissance.

La plus grande différence en ce qui concerne la maladie de Crohn entre l'enfant et l'adulte est le retentissement sur la croissance staturo-pondérale et la puberté qui peuvent être ralenties ou stoppées.

Pour cette raison les pédiatres et les chirurgiens attachent beaucoup d'importance aux choix des traitements dans cette maladie chez l'enfant. Bien que les médicaments utilisés soient les mêmes que pour les adultes (acides 5 amino-salicylés, corticoïdes, azathioprine, méthotrexate, anti_TNF..) La façon de les employer est différente. Par exemple la cortisone (Cortancyl) doit être donnée en traitement court et jamais de façon prolongée étant donné ses retentissements sur la croissance staturale. C'est la raison pour laquelle à l'âge pédiatrique la maladie de Crohn est souvent traitée par des méthodes de nutrition entérale qui ont fait la preuve de leur efficacité, non seulement dans le contrôle des poussées de la maladie, mais également sur la croissance staturale.

Quels examens sont nécessaires au diagnostic ?

Chez l'enfant, il n'y a pas d'examen spécifique comme chez l'adulte, les examens endoscopiques (coloscopie et endoscopie œsogastroduodénale) permettent de visualiser l'inflammation au niveau de la muqueuse intestinale, typiquement des ulcérations superficielles où le scanner, l'échographie ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permettent de mieux visualiser l'intestin grêle et peuvent révéler une complication (abcès, perforation, Sténose).

Les prélèvements sanguins permettent de :

Rechercher une anémie

Détecter l'intensité de l'inflammation par le dosage de la vitesse de sédimentation (VS) et de l'activité de la protéine C (CRP)

Le seul examen spécifique à l'enfant est la radiographie du poignet pour évaluer l'âge osseux pour rechercher un retard staturo-pondéral.

Évolution

Les MICI évoluent par poussées. Les périodes d'accalmie entre les crises peuvent être plus ou moins longues. Il est imprévisible après une première crise, même importante, de déterminer l'évolution de la maladie. Seul le temps entre chaque poussée peut donner une indication sur l'évolution future de la maladie.

Celle-ci influe sur le développement pubertaire, conduisant à un retard de croissance. Ce retard persiste dans 20 % des cas, soit une perte d'environ 15 cm sur la taille définitive. Son retentissement doit être limité en contrôlant la maladie, soit à l'aide des médicaments, soit à l'aide de la nutrition artificielle.

Quels sont les Traitements ?

Les traitements utilisés sont les mêmes que chez l'adulte. Le but est d'enrayer les crises et d'éviter de nouvelles poussées. Ces différents traitements doivent tenir compte, chez l'enfant, des problèmes de croissance, ce qui implique un mode et un rythme d'administration des médicaments différents de ceux préconisés chez l'adulte. La corticothérapie peut être utilisée à forte dose sur de courtes périodes n'excédant pas 3 mois par an dans les formes sévères. Une corticothérapie à libération locale, donnant ainsi moins d'effets secondaires, peut être préférée dans certaines formes de maladie de Crohn.

Les immunosuppresseurs et les anti-TNF peuvent être donnés dans les cas suivants : d'emblée en cas de fortes poussées invalidantes et compliquées, en cas de corticodépendance et en cas de résistance à la corticothérapie. Ces traitements nécessitent une surveillance biologique fréquente.

La nutrition artificielle, le plus souvent administrée à l'aide d'une sonde de nutrition entérale, permet de pallier, soit l'inefficacité du traitement médical, soit la survenue de complications du traitement médicamenteux, soit une importante dénutrition en parallèle du traitement médical. Dans la maladie de Crohn, la nutrition entérale peut être utilisée en remplacement d'un traitement médicamenteux, par contre, elle est très peu utilisée dans la RCH

Le traitement chirurgical est rarement proposé chez l'enfant. Il est proposé en dernier recours, à savoir devant une inefficacité des médicaments et de la nutrition entérale, lors de survenue de complications. L'intervention chirurgicale consiste, dans la maladie de Crohn, à enlever un segment d'intestin. L'efficacité du traitement médical dans la RCH rend encore plus rares les indications opératoires chez l'enfant.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EST ASSOCIÉE À UNE MEILLEUR SANTÉ OSSEUSE CHEZ L'ENFANT PRÉSENTANT UNE MICI :

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) réduisent la densité minérale osseuse chez l'enfant avec un risque accru des fractures. L'activité physique est bénéfique car la déminéralisation osseuse (DMO) retrouvée chez les enfants porteurs de MICI n'est pas corrélée aux apports de calcium, à la vitamine D, ni au syndrome inflammatoire.

Conclusion :

La maladie de crohn ou la RCH (MICI) de l'enfant sont des affections rares.

Les signes digestifs sont les plus fréquents et les plus évocateurs du diagnostic.

La coloscopie avec biopsie constitue la clé du diagnostic le support nutritionnel et les immunosuppresseurs permettent au cours de la maladie de crohn de limiter l'emploi de corticoïdes, d'éviter la chirurgie mutilante et de diminuer le nombre de rechutes et d'améliorer la croissance staturo-pondérale et le développement pubertaire de l'enfant.

Sources:

Les dépliants d'information de l'AFA

1- Questions Réponses au professeurs d'enfants atteints de MICI.

2- Questions Réponses au parents faire face aux MICI

3- Fiche de la commission MICI du CREGG « les MICI chez l'enfant »

جمعية الشفاء لحاملي أمراض التهابات المعى المزمنة لولاية وهران



أمراض التهابات المعى المزمنة عند الطفل



Les Laboratoires
FRATER-RAZES

AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL
DES LABORATOIRES FRATER-RAZES

المقر الاجتماعي : 21 شارع بعديد قدور - حي كيفيلي - وهران
الهاتف : 00 213 41 25 78 64 - البريد الإلكتروني : el_chiffa@yahoo.fr

ماهي أمراض التهابات المعى المزمنة؟ ما هي خصائصها عند الأطفال؟

أمراض التهابات المعى المزمنة هي عبارة عن أمراض مزمنة تنتكس. مرض الكرون يمكن أن يصيب أي قطعة من الأنبوب الهضمي (بما في ذلك الفم و الشرج). التهاب القولون التقرحي هو مرض يصيب القولون و المستقيم (الأمعاء الغليظة) فقط. تتميز التقرحات بإصابة الجدار الجهاز الهضمي الملتهب و المتسكك و المتقرح.

يتطور بشكل عام من خلال نوبات لعدة أسابيع تتخللها فترات خمود المرض، و مدتها متغيرة جداً. سيصاب بعض المرضى بمرض خطير مستمر تقريبا و مسبب للعجز، وبينما يصاب البعض الآخر بمرض غير خطير مع فترات طويلة جداً من خمود المرض و قليل من العواقب على الحياة اليومية. إنه ليس مرضا معديا أو مرتبطا بصدمات عاطفية. لا يزال سببه مجهولا لحد الآن و لكن هناك تشوهات مناعية محلية التي تحافظ على عملية الإلتهاب . يبدأ ظهور المرض عادة عند الشباب، و لكن يمكن أن يظهر عند الأطفال قبل سن العاشرة. الأعراض بشكل خاص معوية و هي الإسهال و آلام بطنية و فقدان الشهية. قد تسبب هذه الأمراض أعراض خارجة عن الجهاز الهضمي و هي مفصلية (إلتهاب المفاصل)، جلدية، عينية). إن خصوصية مرض الكرون عند الأطفال أو المراهقين هو تأثيره الإجباري تقر يبا على النمو في الوزن و لكن أيضا في الطول و تأخر البلوغ. غالبا ما يصل التأخير إلى عامين . إن حدوث خمود المرض يسمح بتعويض هذا التأخير و الإرتفاع النهائي للأطفال المصابين طبيعيا. هذا التأخير في النمو و البلوغ هو أكثر إستثنائية في مرض إلتهاب القولون التقرحي.

هل يوجد فرق بين مرض إلتهاب الأمعاء المزمن لدى الأطفال و البالغين؟

لا يوجد فرق بين مرض التهاب القولون التقرحي لدى الأطفال و البالغين. ولكن يجب أن تكون العلاجات مكيفة بعناية. خاصة فيما يتعلق باستخدام القشريات، والتي يجب أن تكون دائما قصيرة المدة نظراً لتأثيرها على النمو.

يتمثل الاختلاف الأكبر فيما يتعلق بمرض الكرون بين الأطفال و الكبار هو تأثيره على نمو الوزن المرتفع و البلوغ، والذي يمكن أن يتباطأ أو يتوقف . لهذا السبب ، يولي أطباء الأطفال و الجراحون أهمية كبيرة لاختيار العلاجات لهذا المرض عند الأطفال. على الرغم من أن الأدوية المستعملة هي نفسها بالنسبة للكبار (حامض 5 أمينوساليسيليك، القشرانيات ، الأزاثيوبيرين، ميثوتركسات، الأدوية المضادة لعوامل النخر). طريقة استخدامها مختلفة على سبيل المثال ، يجب إعطاء الكورتيزون في علاج قصير وليس لفترة طويلة ، نظراً لتداعياته على نمو الطول و هذا هو السبب في علاج مرض الكرون في سن الأطفال غالباً بطرق التغذية المعوية التي أثبتت فعاليتها ، ليس فقط في السيطرة على النوبات، ولكن أيضاً في النمو القامة.

ما هي الفحوصات اللازمة للتشخيص؟

عند الأطفال، لا يوجد فحص محدد كما هو الحال عند البالغين ، تسمح الفحوصات التنظيرية (تنظير القولون و تنظير المعدة و الأمعاء) برؤية الإلتهاب على مستوى الغشاء المخاطي للأمعاء ، و عادة ما تكون تقرحات سطحية حيث الماسح الضوئي البطني (سكانير) أو التصوير بالرنين المغناطيسي يسمح برؤية بشكل أفضل للأمعاء الدقيقة، و يمكن أن يكشف عن مضاعفات (خراج، ثقب، تضيق). تسمح التحاليل المخبرية للدم البحث عن فقر الدم. الكشف عن شدة الإلتهاب بواسطة قياس معدل الترسيب و نشاط البروتين. الفحص الوحيد المخصص للطفل هو تصوير الأشعة السينية للمعصم لتقييم عمر العظام، و البحث عن تأخير في فقدان الوزن.

التطور

تتطور أمراض إلتهابات المعى المزمنة عن طريق نوبات يمكن أن تكون فترات الهدوء بين النوبات طويلة أو أكثر لا يمكن التنبؤ بعد حدوث النوبة الأولى حتى و لو كانت مهمة، بتحديد تطور المرض.

فقط الوقت بين كل نوبة يمكن أن يعطي دلالة على التطور المستقبلي للمرض. هذا يؤثر على التطور البلوغي، مما يؤدي إلى تأخر النمو. يستمر هذا التأخير في 20% من الحالات ، أي خسارة حوال 15 اسم من الحجم النهائي يجب الحد من تأثيره من خلال السيطرة على المرض ، إما بمساعدة الأدوية أو بمساعدة التغذية الإصطناعية.

ما هي العلاجات؟

العلاجات الدوائية المستخدمة هي نفسها المستخدمة عند الكبار. تهدف إلى معالجة و وقف الهجمات و تجنب نوبات جديدة. يجب أن تأخذ هذه العلاجات الدوائية المختلفة في الاعتبار عند الأطفال ، مشاكل النمو ، مما يعني أن طريقة و معدل إعطاء الأدوية تختلف عن تلك الموصى بها عند الكبار. يمكن استخدام العلاج بالقشريات بجرعات عالية لفترات قصيرة لا تتجاوز 03 أشهر في السنة في الحالات الصعبة. قد يفضل العلاج بالقشريات الموضوعي في بعض أشكال مرض الكرون مما لها من آثار جانبية أقل. يمكن إعطاء الأدوية المثبطة للمناعة و الأدوية المضادة لعوامل النخر في الحالات التالية : فوراً في حالة حدوث نوبات شديدة، ومنهكة ومعقدة ، و في حالة إعتمادية القشريات و في حالة مقاومة العلاج بالقشريات فإن هذه العلاجات الدوائية تتطلب المراقبة البيولوجية المتكررة

إن التغذية الاصطناعية التي تدار في الغالب باستخدام أنبوب التغذية المعوية تسمح بالعلاج المؤقت إما لعدم فعالية العلاج الطبي، أو حدوث مضاعفات العلاج الدوائي ، أو نقص التغذية بشكل كبير بالتوازي مع العلاج الطبي. في مرض الكرون يمكن استخدام التغذية المعوية كبديل للعلاج الدوائي ، و من ناحية أخرى فهي قليلة الاستخدام في مرض إلتهاب القولون التقرحي. نادرا ما يتم إقتراح العلاج الجراحي عند الأطفال، يتم إقتراحه كملجأ أخير، أي أمام عدم فعالية الأدوية و التغذية المعوية و عند حدوث مضاعفات. تتضمن العملية الجراحية في مرض الكرون بإستئصال جزء من الأمعاء المصابة. إن فعالية العلاج الدوائي في مرض إلتهاب القولون التقرحي تجعل مؤشرات الجراحة عند الأطفال أكثر ندرة. .

يرتبط النشاط البدني بتحسين صحة العظام لدى الأطفال المصابين بأمراض التهابات المعى المزمنة :

تقلل أمراض التهابات المعى المزمنة من كثافة المعادن في العظام لدى الأطفال المعرضين لخطر متزايد للإصابة بالكسور. يعتبر النشاط البدني مفيداً لأن إزالة المعادن من العظام الموجودة عند الأطفال المصابين بأمراض التهابات المعى المزمنة لا ترتبط بأخذ الكالسيوم أو فيتامين د و لا متلازمة الإلتهاب.

استنتاج

يعد مرض الكرون و مرض إلتهاب القولون التقرحي لدى الأطفال من الأمراض النادرة. العلامات الهضمية هي الأكثر شيوعاً و الأكثر توجهاً بالتشخيص .

يعتبر تنظير القولون مع الخزعة هو الفحص الرئيسي لتشخيص فالدعم الغذائي و مثبطات المناعة في مرض الكرون تسمح بالحد من استخدام القشريات، و تجنب الجراحة المشوهة و تقليل من عدد الانتكاسات و تحسين النمو الطول و الوزن و تطور البلوغ للطفل.

مصادر

منشورات إعلامية لجمعية AFA

- 1- أسئلة و أجوبة لأساتذة الأطفال المصابين بأمراض التهابات المعى المزمنة
- 2- أسئلة و أجوبة للأولياء.
- 3- بطاقة لجنة أمراض التهابات الأمعاء المزمنة عند الأطفال CREGG