

**Laboratoire de Recherche sur les Maladies Inflammatoires Cryptogénétiques de
l'Intestin**

**Association Algérienne de Développement de la Formation Continue et d'Evaluation des
Pratiques Médicales en Hépatogastroentérologie**

Réunion de Consensus sur la Maladie de Crohn

La maladie de Crohn de l'enfant

*Dr K.Berkouk, M. Bensmina, A.Laraba
Service de pédiatrie CHU Bab El Oued*

- Formes pédiatriques de MC: 10 -20% des maladies de Crohn
- Epidémiologie exacte difficile du fait :
 - Caractère insidieux
 - Retard au diagnostic
 - Présentation par signes extradigestives

Study	Geographical region	Crohn's disease (per 100,000)	Ulcerative colitis (per 100,000)
Kugathasan et al. ⁸ (2000-2002)	United States (Wisconsin)	4.56	2.14
Lindberg et al. ⁹ (1993-1995)	Sweden	1.3	3.2
Hassan et al. ¹⁰ (1995-1997)	United Kingdom (Wales)	1.36	0.75
Armitage et al. ¹¹ (1981-1995)	United Kingdom (Scotland)	2.5	1.3
Phavichitr et al. ¹² (1991-2001)	Australia	2.0	Not reported

Registre Californien Colites inflammatoires de 1996 à 2006 (0-17ans)

Incidence annuelle moyenne : 2.7/100000

Augmentation de 2.2 à 4.3/100000 pour Crohn (P = .09)

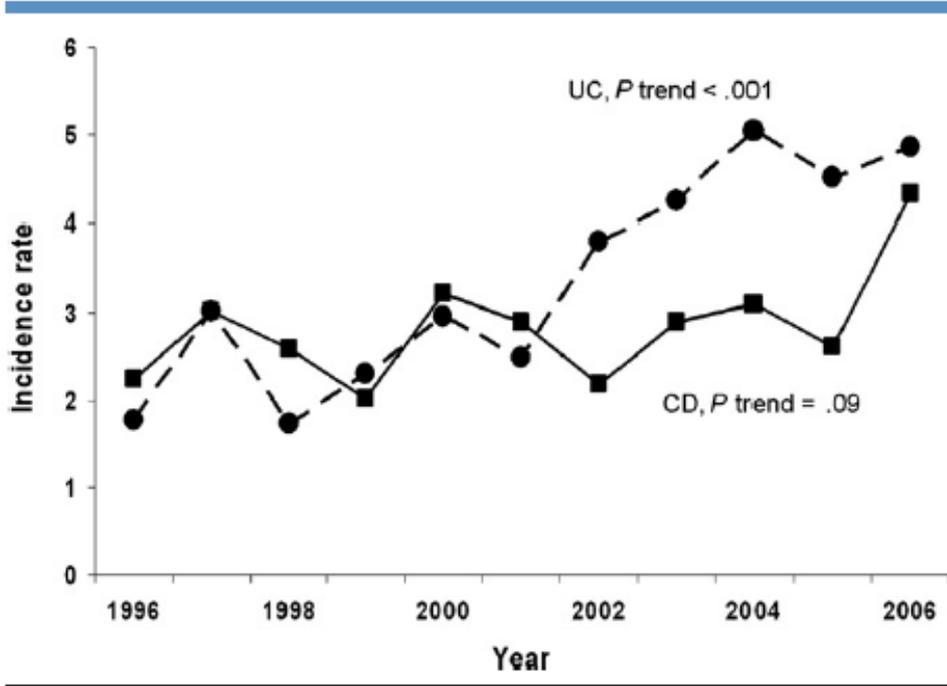


Figure 1. Eleven-year trend in the age-standardized incidence rate (per 100 000 person-years) for CD (solid line) and UC (dotted line). Tests for trend were performed comparing 3 intervals of the study, 1996–1999, 2000–2002, 2003–2006, with the Cochran-Armitage trend test.

En Algérie :

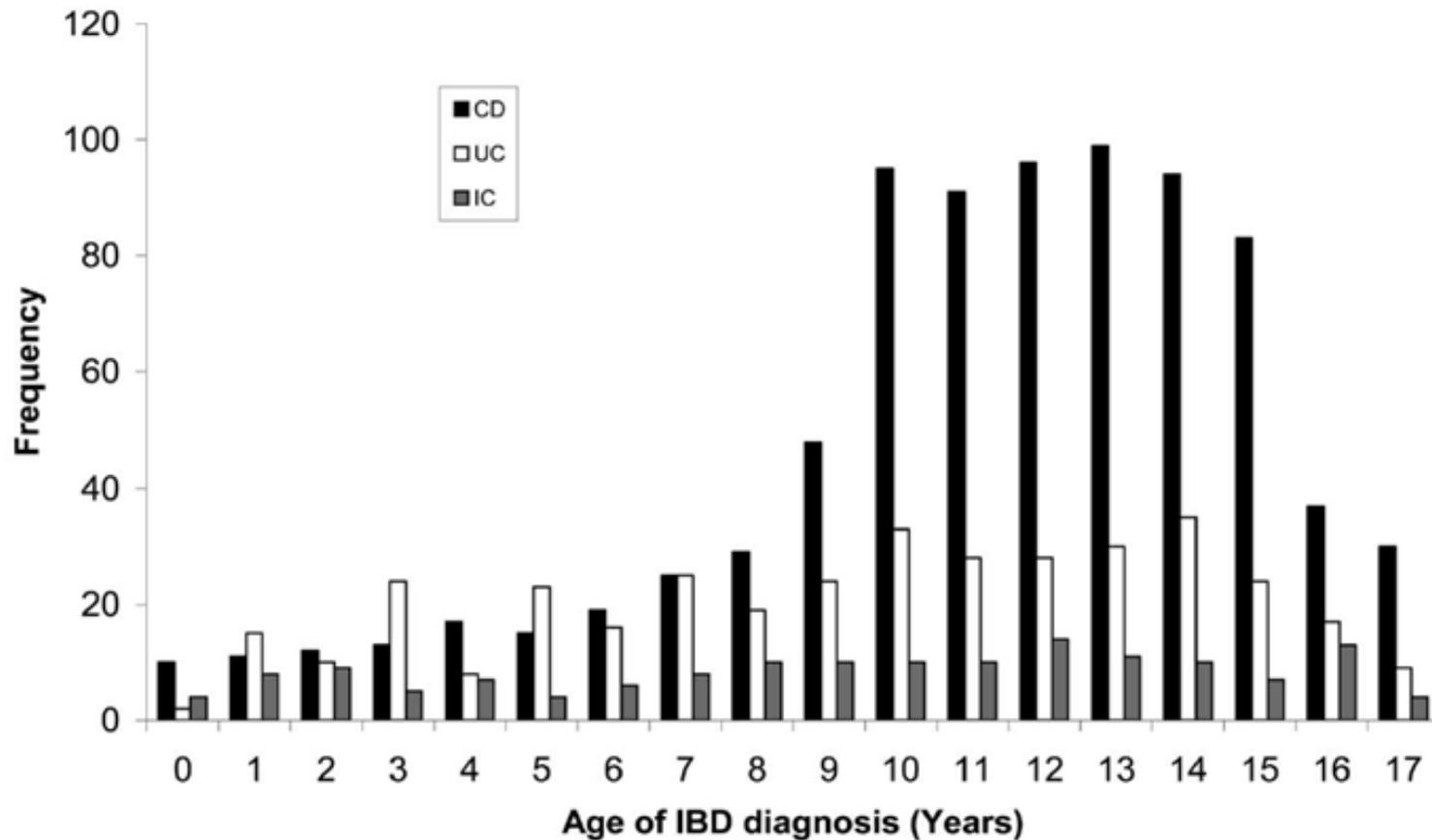
- Pas d'étude épidémiologique de la maladie de Crohn chez l'enfant
- Une étude rétrospective multicentrique (Alger, Constantine):
 - **72 colites inflammatoires dont 37 MC**

Age

Tout âge, un pic entre 11-12ans (registre pédiatrique US :798 Crohn)

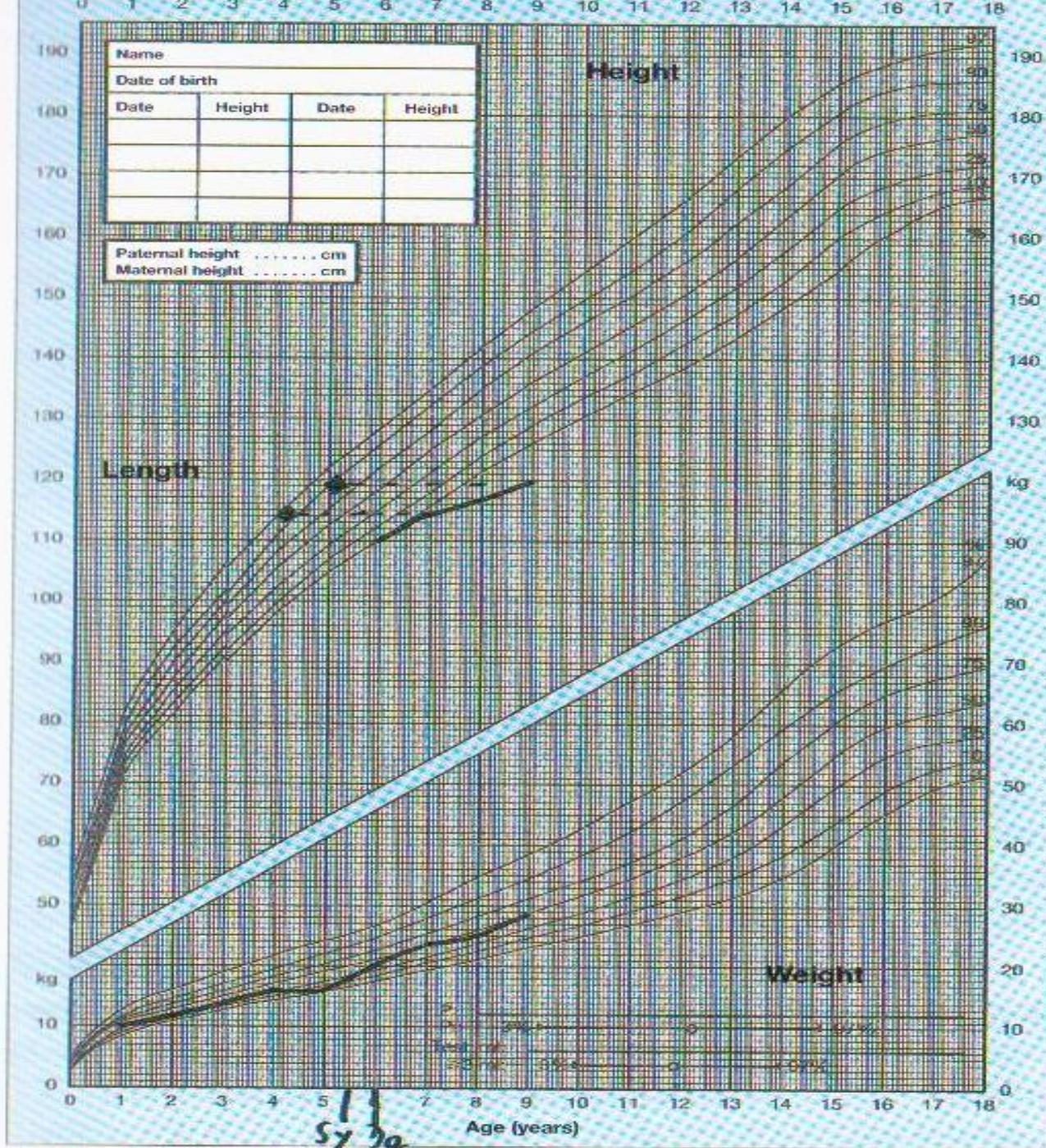
Cas avant 2ans possibles

Plus jeune âge rapporté: 4 mois



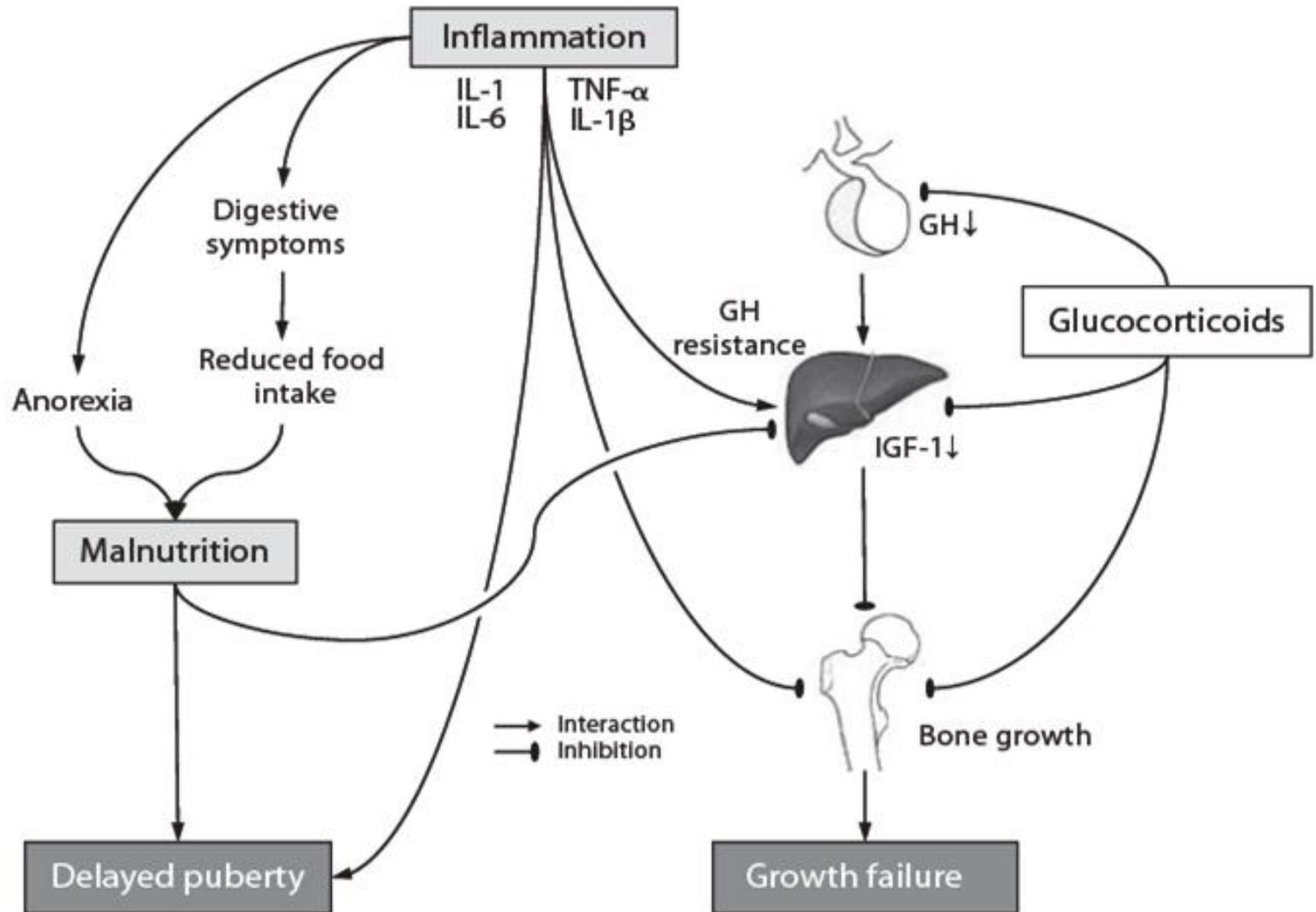
Particularités phénotypiques

Manifestations Cliniques	%
Douleurs abdominales	75%
Diarrhée	65%
Amaigrissement	65%
Retard de croissance staturale	25- 60%
Nausées/ vomissements	25%
Atteinte périanale	20-30%
Rectorragies	20%
Manifestations extra digestives	25-35%



Zürich Longitudinal Growth Study (Preder et al.)

Mécanisme du retard de croissance staturale



Specificities of inflammatory bowel disease in childhood

Anne M. Griffiths^{* MD, FRCP(C)}

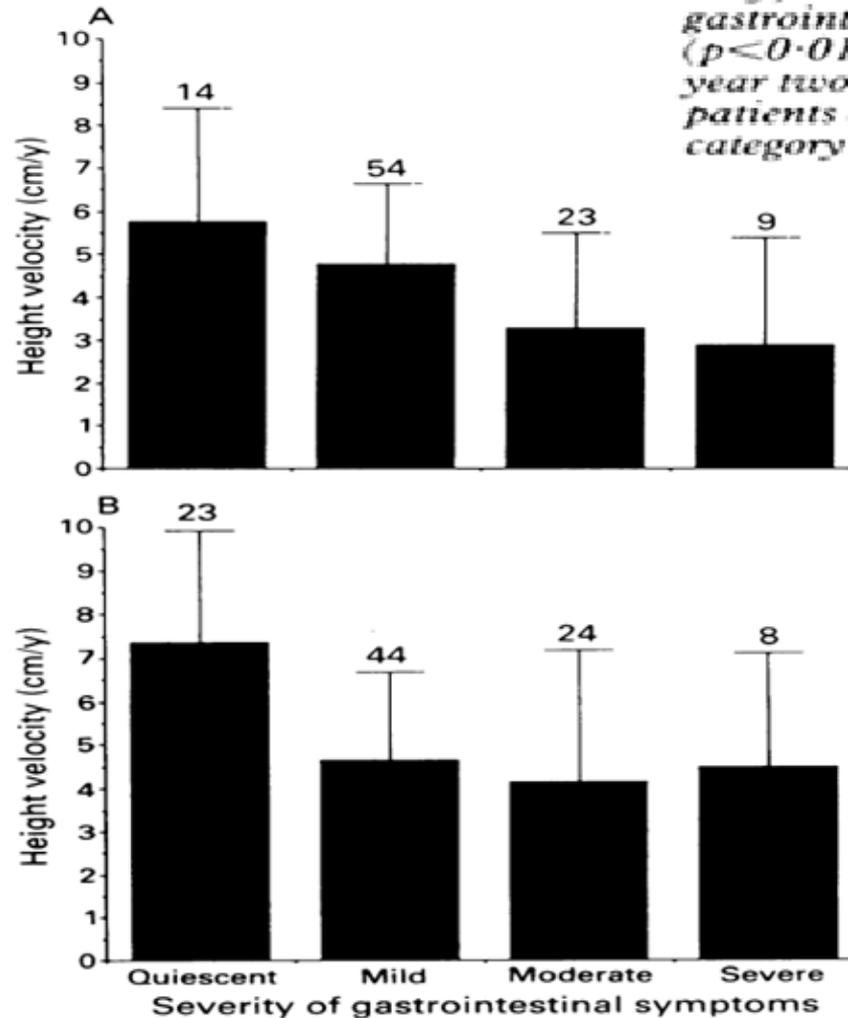
Table 6. Prevalence of linear growth impairment in paediatric Crohn's disease as treated in the 1980s and into the 1990s.

Study (reference)	Time of assessment	Patients studied	Definition of linear growth impairment	Percentage with growth impairment (%)
Kanof ⁴⁵	At diagnosis	Prepubertal (Tanner I or II) patients (<i>n</i> = 50)	Decrease in height velocity	88
Kirschner ⁵³	At diagnosis		Decrease in height centile > 1 SD	36
Griffiths ⁴⁷	During follow-up	Prepubertal (Tanner I or II) patients (<i>n</i> = 100)	Height velocity ≤ 2 SD for age for ≥ 2 years	49
Hildebrand ⁵⁰	Before diagnosis or during follow-up	Population-based cohort of 46 children	Height velocity ≤ 2 SD for age for 1 year	65
Markowitz ⁵¹	At maturity	38 children in tertiary care setting	Failure to reach predicted adult height	37

Vélocité de la croissance en fonction de la sévérité de la maladie

Growth and clinical course of children with Crohn's disease

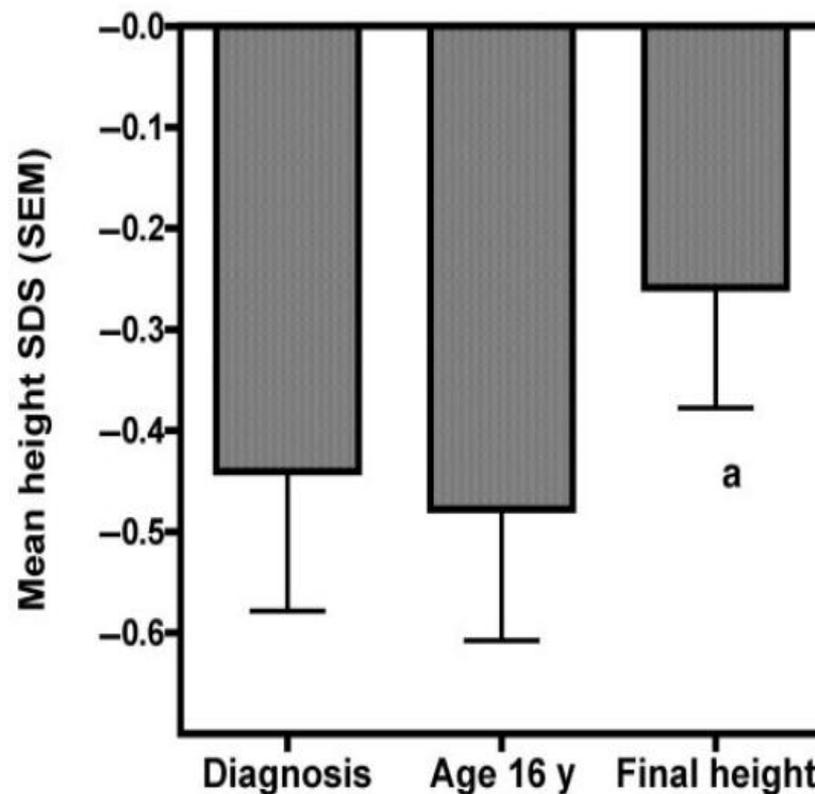
Height velocity (mean (SD) cm/y) according to severity of gastrointestinal symptoms ($p < 0.01$); (A) year one; (B) year two. Numbers of patients are shown for each category.



Clinical Features Affecting Final Adult Height in Patients With Pediatric-Onset Crohn's Disease

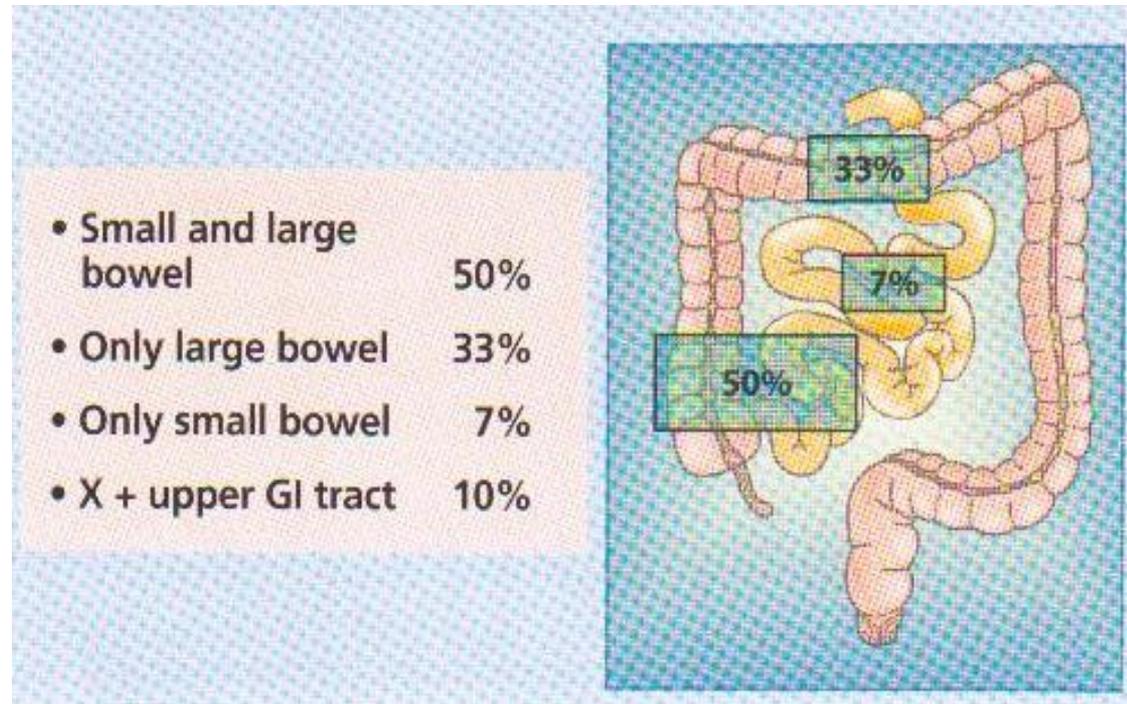
Andrew Sawczenko, Anne B. Ballinger, Martin O. Savage and Ian R. Sanderson
Pediatrics 2006;118:124

- Déficit final moins important qu'au moment du diagnostic
- Déficit final faible : - **0.29 DS**
- **Déficit de - 8 cm dans 19% des cas**
- **Facteurs de risque:**
 - garçons
 - atteinte jéjunale
 - début pré pubertaire MC



Extension de la maladie

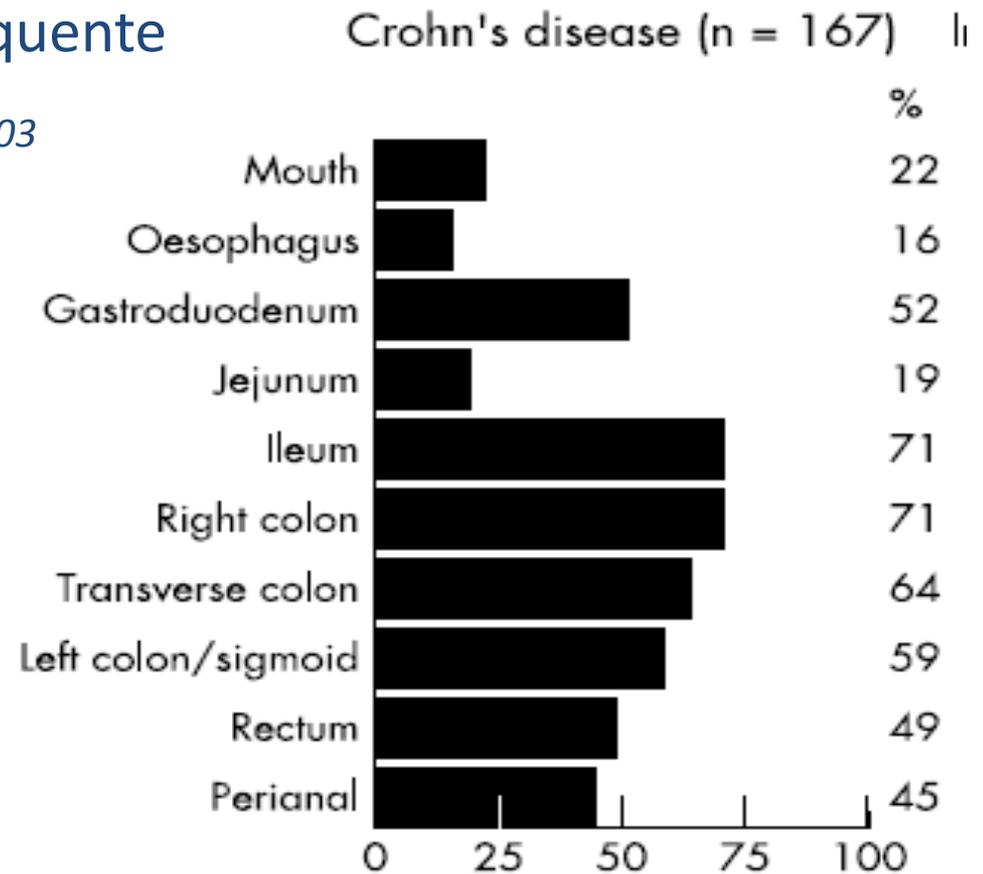
- Atteinte colique isolée fréquente :
 - 32% chez moins de 6 ans (colites inclassées +++)
 - 20% entre 6-12 ans
 - 24% entre 13-17 ans



- Après 8 ans extension proche de celle des adultes

■ Atteinte gastroduodénale fréquente

A Sawczenko. Arch Dis Child 2003



Fréquence de l'atteinte augmente avec l'âge :

- 05% entre 0-5ans
- 10% entre 1-12 ans
- 13% entre 13-17ans

Heyman .The journal of pediatrics 2005

Explorations diagnostiques

Localisation anatomique

Œsophage et grêle proximal

Intestin grêle

Iléon et Colon

Investigations

Endoscopie haute

Transit du grêle

IRM

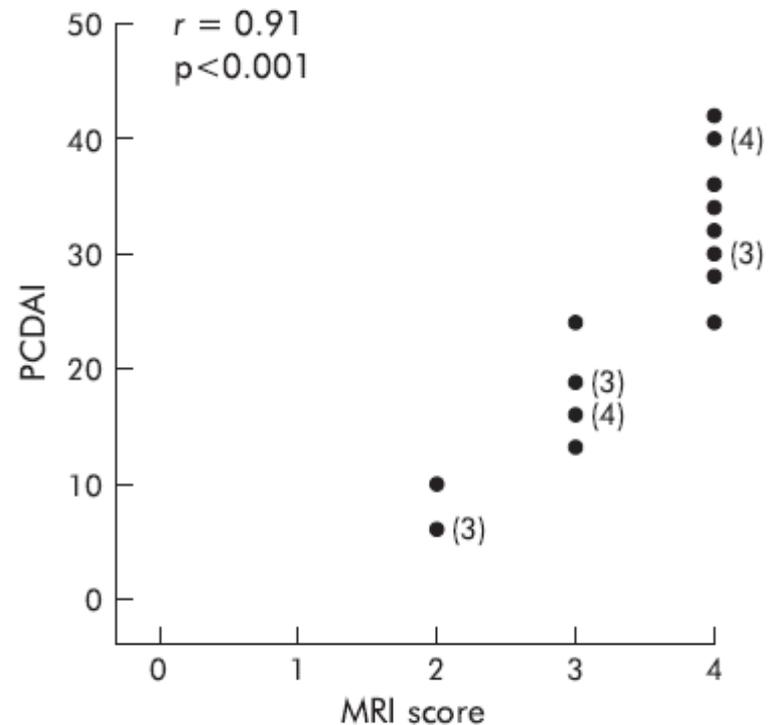
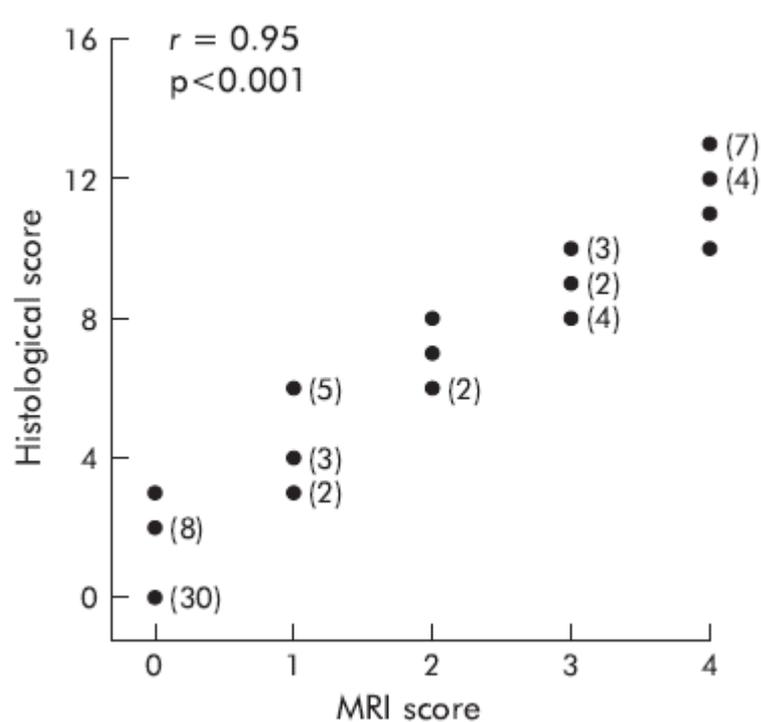
Entérscopie

Vidéo capsule

Colonoscopie avec cathétérisme
iléale

Apport de l'IRM dans le diagnostic de la MC

- Sensibilité de 84%
- Spécificité de 100%



Pediatric Modification of the Montreal Classification for Inflammatory Bowel Disease: The Paris Classification

	Montreal	Paris
Age at Diagnosis	A1: below 17 y A2: 17-40 y A3: Above 40 y	A1a: 0-<10y A1b: 10-<17 y A2: 17-40 y A3: >40 y
Location	L1: terminal ileal ± limited cecal disease L2: colonic L3: ileocolonic L4: Isolated upper disease*	L1: distal 1/3 ileum ± limited cecal disease L2: colonic L3: ileocolonic L4a: upper disease proximal to Ligament of Treitz* L4b: upper disease distal to ligament of Treitz and proximal to distal 1/3 ileum*
Behavior	B1: non-stricturing non-penetrating B2: stricturing B3: penetrating p: perianal disease modifier	B1: nonstricturing nonpenetrating B2: stricturing B3: penetrating B2B3: both penetrating and stricturing disease, either at the same or different times p: perianal disease modifier
Growth	n/a	G ₀ : No evidence of growth delay G ₁ : Growth delay

Laboratory Values for Children With Newly Diagnosed Inflammatory Bowel Disease

David R. Mack, *Pediatrics* 2007;119;1113

TABLE 2 Frequency of Normal Laboratory Values at Diagnosis

Disease Subtype	Frequency of Normal Laboratory Values, %				
	4 Tests	3 Tests	2 Tests	1 Test	0 Tests
CD					
Mild	21	20	29	25	5
Moderate	5	9	27	34	25
Severe	2	8	18	32	40
Total	9	12	26	31	22

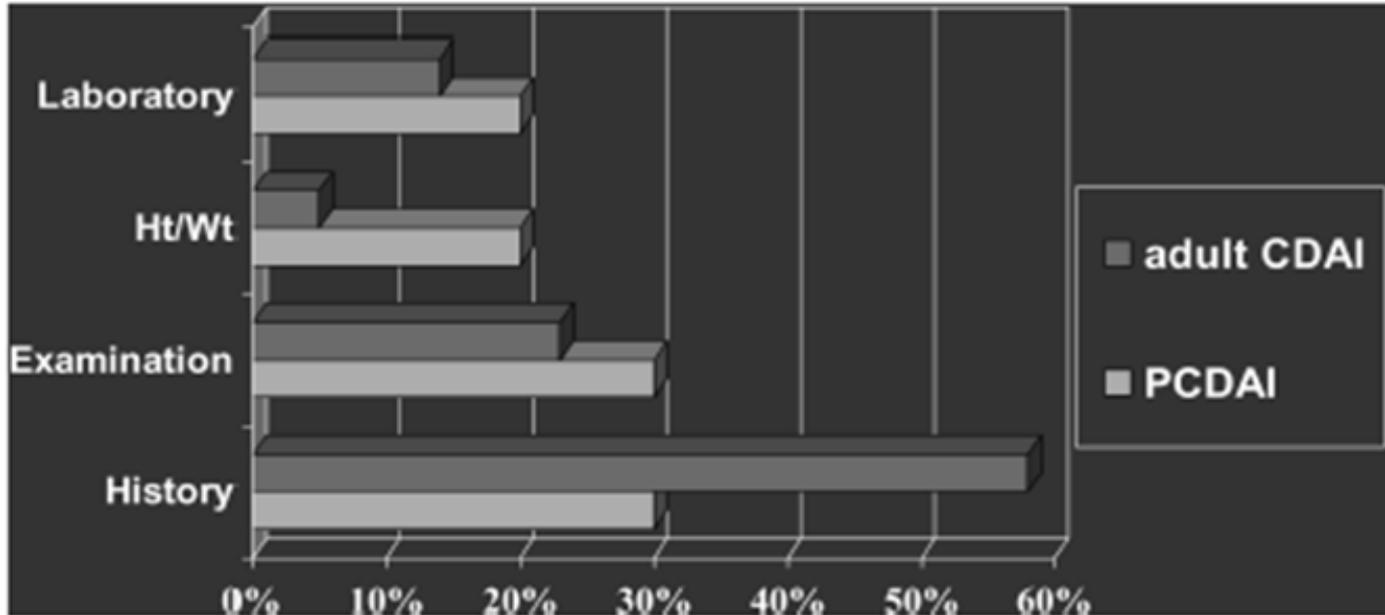
TABLE 3 Frequency of Normal Individual Laboratory Values

	Frequency of Normal Laboratory Values, % (n)		
	CD		
	Mild (N = 105)	Moderate (N = 196)	Severe (N = 65)
ESR	35 ^{a,b} (37)	16 ^a (31)	14 ^b (9)
Hemoglobin level	51 ^{a,b} (54)	24 ^a (47)	20 ^b (13)
Platelet count	58 ^{a,b} (61)	43 ^a (85)	34 ^b (22)
Albumin level	82 ^{a,b} (86)	51 ^{a,c} (100)	31 ^{b,c} (20)

PCDAI

<i>Selles/jour</i>		<i>Lésions anales</i>	
Aucune	0	Absentes	0
< 5 ± sang	5	Fissures	5
≥ 5 et sang abondant	10	Fistules/Abcès	10
<i>Douleurs abdominales</i>		<i>Manifestations extra-intestinales, articulaires, cutanées, fièvre > 38°C, uvéite</i>	
Absentes	0	Absentes	0
Modérées	5	Une	5
Sévères	10	Deux et plus	10
<i>État général</i>		<i>Hématocrite (%)</i>	
Bon	0	≥ 34	0
Moyen/activité limite	5	29–33	5
Mauvais (arrêt de scolarité ou alitement)	10	< 29	10
<i>Poids</i>		<i>Vitesse de sédimentation (mm à la 1^{re} heure)</i>	
Gain normal	0	< 20	0
Stagnation	5	20–50	5
Perte de poids ≥ 10 %	10	> 50	10
<i>Taille-vitesse de croissance</i>		<i>Albumine (g/l)</i>	
≥ -1 DS	0	≥ 35	0
≤ -1 DS < -2 DS	5	31–34	5
< -2DS	10	≤ 30	10
<i>Masse abdominale</i>			
Absente	0		
Douteuse	5		
Certaine	10		

Domaine de recouvrement entre PCDAI et CDAI



Contribution faible de l'histoire clinique chez l'enfant
Intérêt des examens biologiques et clinique

PCDAI \leq 10 Rémission
PCDAI \geq 30 F Modérée
PCDAI \geq 50 F Sévère
Variation de 12.5 points = réponse

Prise en charge thérapeutique

Objectifs :

- Contrôler l'activité de la maladie et prévenir les rechutes
- Prévenir et traiter les complications
- **Prévenir ou corriger déficit énergétique et carences nutritionnelles**
- **Assurer une croissance et un développement pubertaire normaux**
- **Promouvoir un développement psychosocial**

Armes Thérapeutiques

Table 5. Therapy for Mild to Moderate Active Crohn's Disease and Ulcerative Colitis

Active Crohn's disease	Active ulcerative colitis
Mesalamine—oral or rectal for active disease	Same
Corticosteroids for active disease	Same
Purine analogues (6-MP/AZA) for corticosteroid resistance or dependence	Same
Methotrexate for 6-MP/AZA resistance or intolerance (less commonly used)	Same, but less evidence of efficacy
Anti-TNF- α antibody in corticosteroid-resistant patients, in fistulizing disease, or in place of corticosteroids	Use unclear but may be beneficial
Antibiotics (metronidazole/ciprofloxacin)	No benefit
Maintenance therapy: mesalamine, 6-MP/AZA, methotrexate. Anti-TNF- α antibody in selected patients	Maintenance therapy: mesalamine, 6-MP/AZA

6-MP, 6-mercaptopurine; AZA, azathioprine; TNF, tumor necrosis factor.

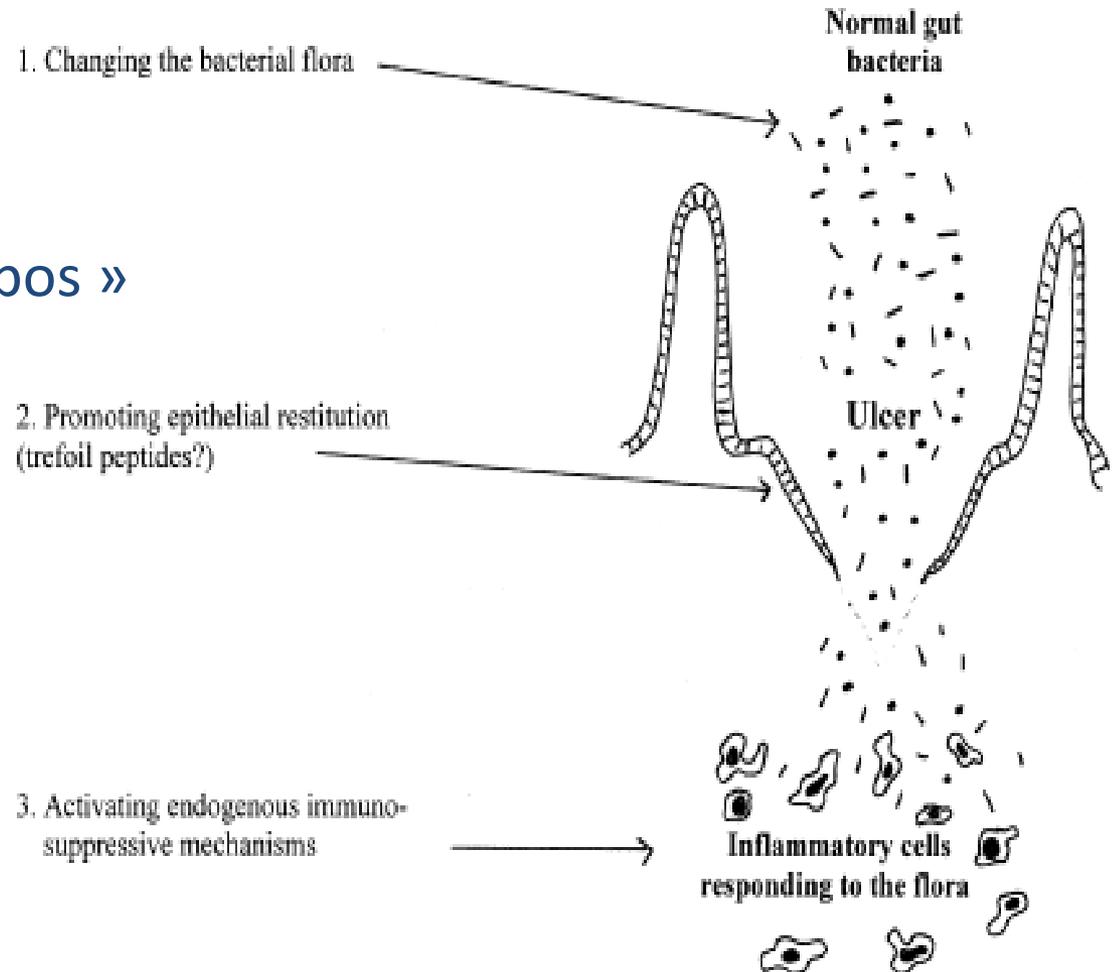
Prise en charge nutritionnelle

- **Alimentation entérale exclusive** alternative efficace au traitement médicamenteux, en particulier à la corticothérapie dans le contrôle des poussées de la maladie (dénutrition+++).
- **Alimentation entérale nocturne prolongée** intérêt pour le traitement du retard staturopondéral ou pubertaire, et dans les formes corticodépendantes ou résistantes.

Mode d'action nutrition entérale .

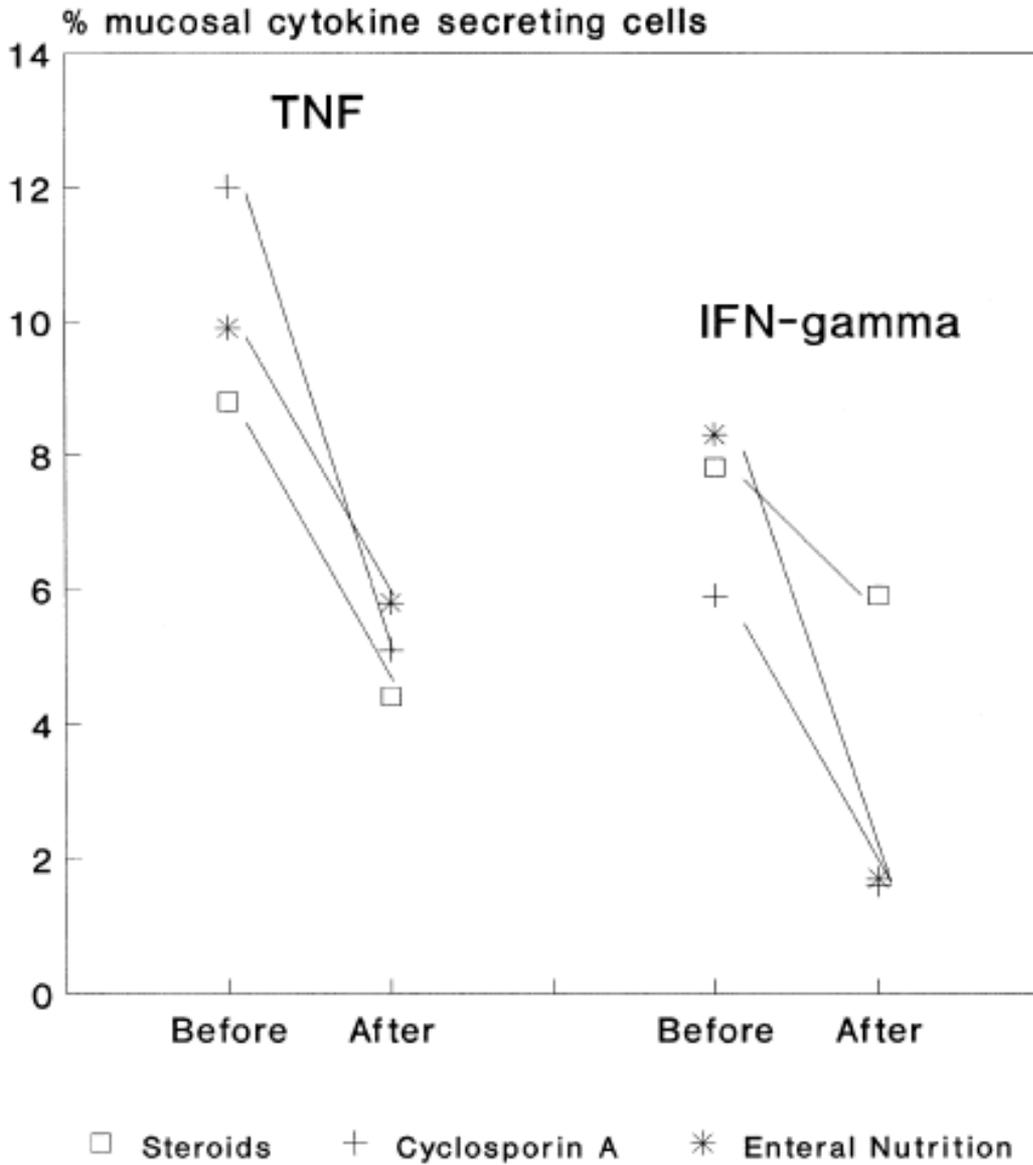
Deux théories:

- un effet « nutritionnel »
- un effet de « mise au repos »



Breese EJ. Gastroenterology 1994

Breese EJ. Aliment Pharmacol ther 1995

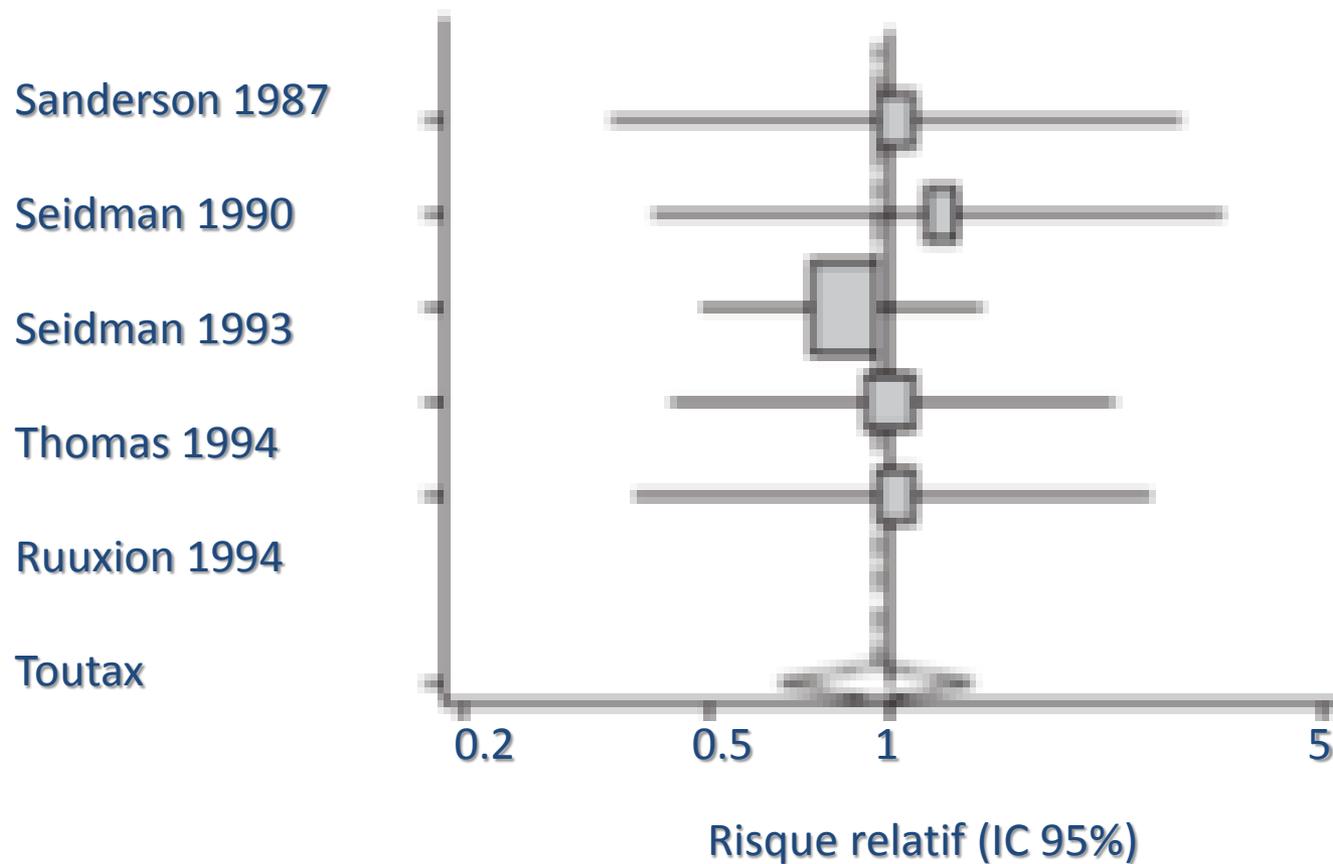


Réduction des cytokines proinflammatoires dans la muqueuse après 6 sem de trt

*Breese EJ. Gastroenterology 1994
Breese EJ. Aliment Pharmacol ther 1995*

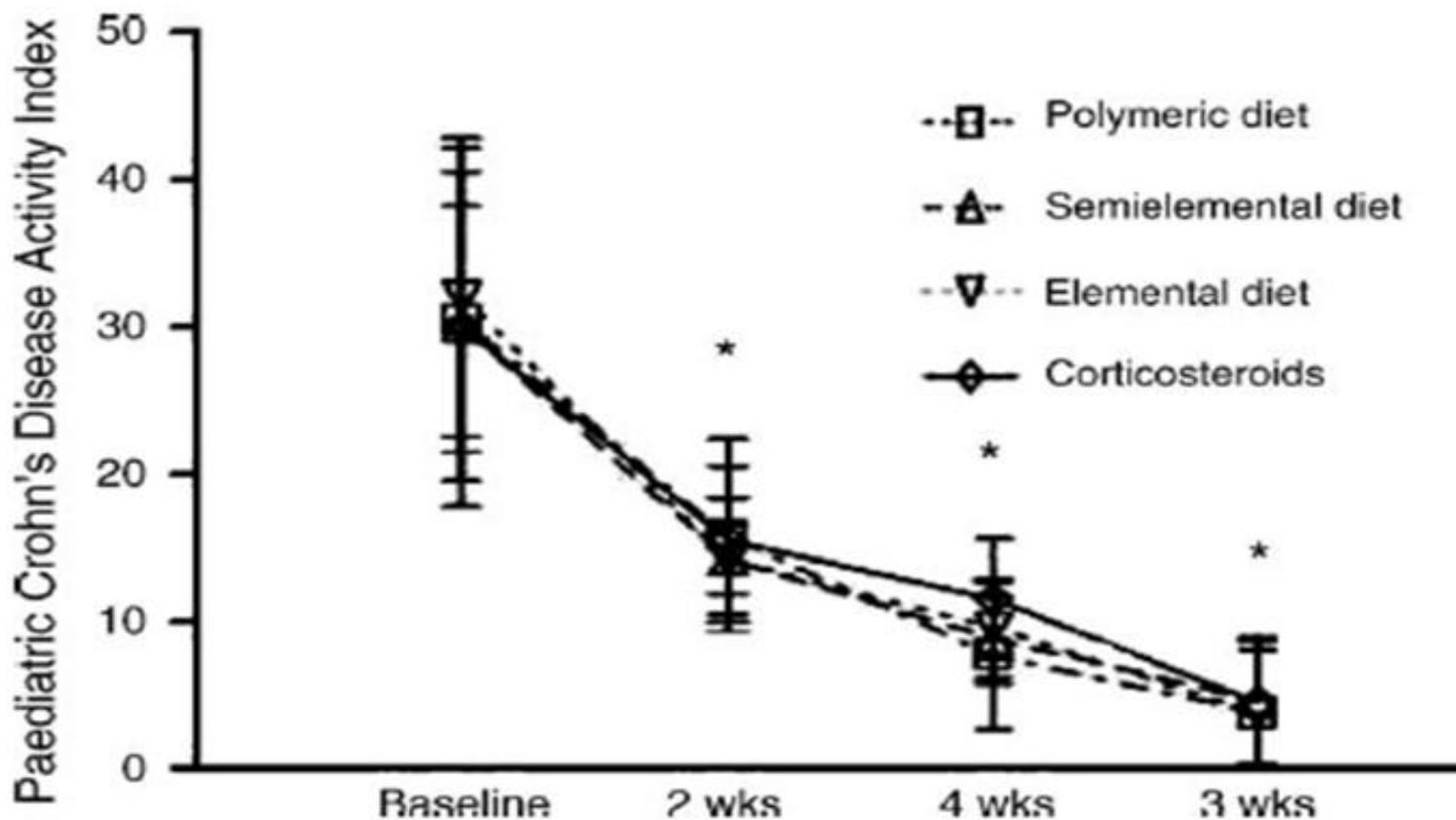
Comparaison NE / Corticothérapie en traitement d'induction

Méta analyse de 5 essais contrôlés randomisés



	Cs	NT		
		Elemental	Semi-elemental	Polymeric
<i>N</i>	10	12	13	12
Age (range), years	12.4 (8-17)	12.1 (7-16)	11.8 (8-15)	11.5 (9-17)
Male sex	6	6	6	9
Location (SB/C/IC) ^a	6/1/3	7/2/3	8/1/4	7/1/4
PCDAI (mean ± S.D.)	30.0 ± 10.5	32.0 ± 10.7	30.0 ± 12.2	30.4 ± 7.8

^a SB/C/CI: small bowel/colonic/ileocolonic.



Comparaison NE / Corticothérapie en traitement d'entretien

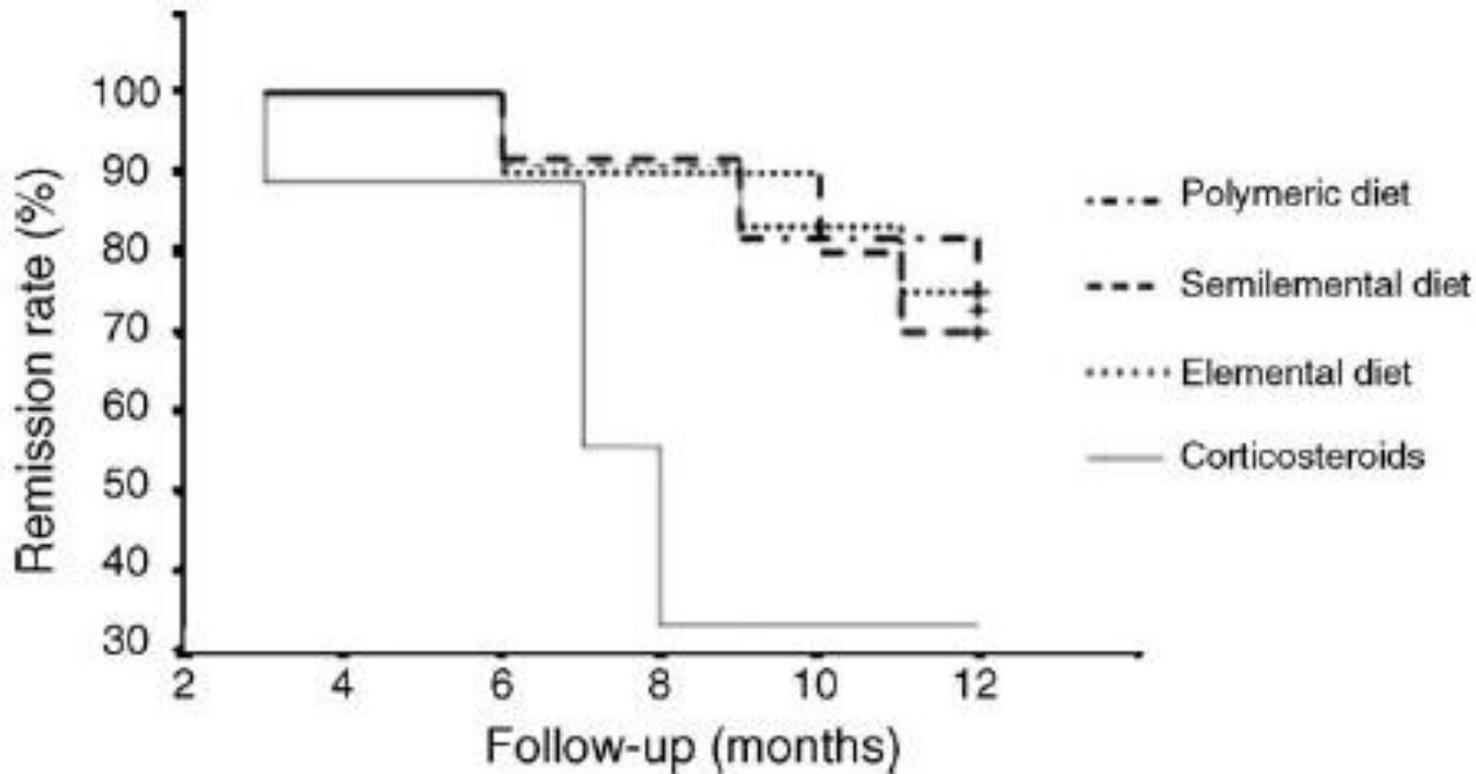
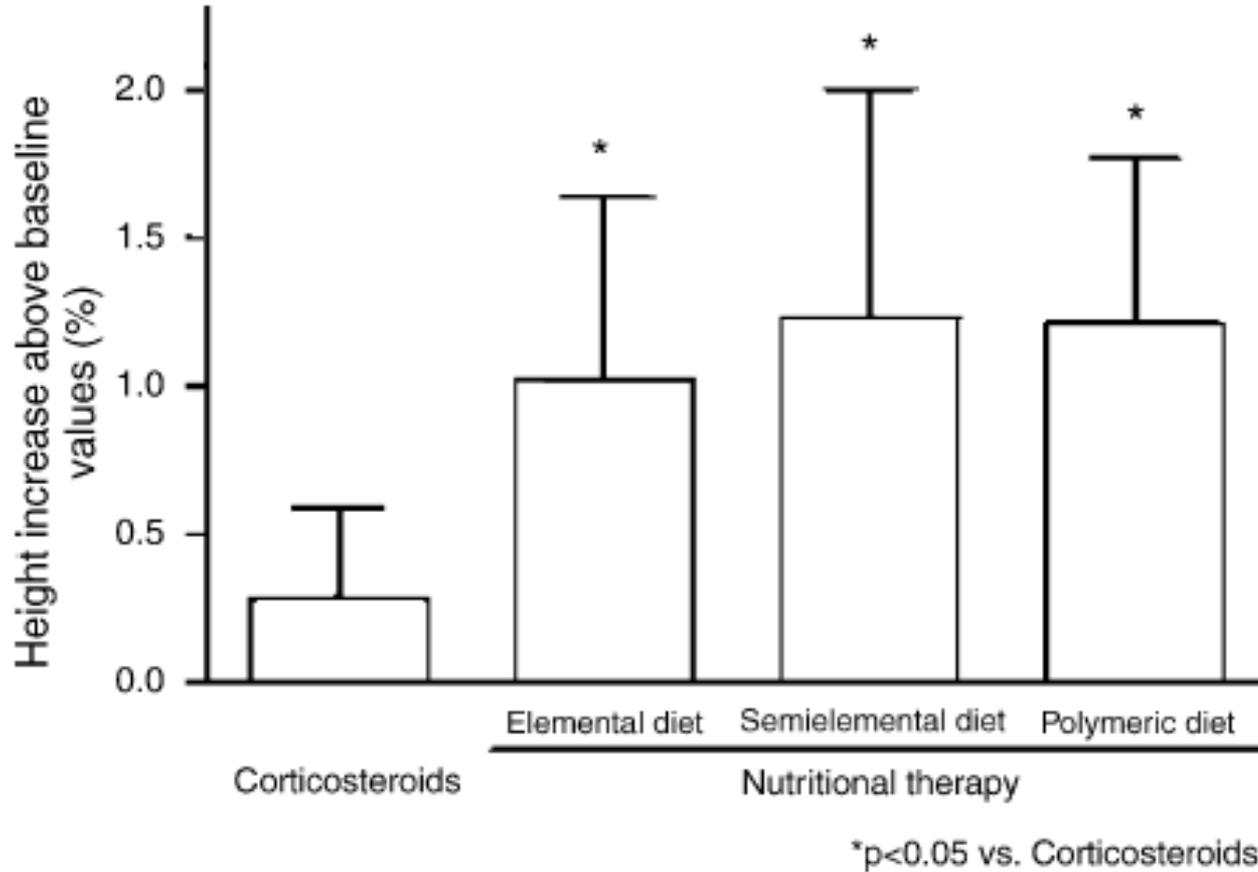


Fig. 2. Kaplan–Meyer curve showing a more prolonged clinical remission during the 12 months of follow up induced by NT compared to Cs in children with active CD.

Effet de la nutrition sur la croissance



Anti TNF α

Infliximab

Indications:

- Enfant et adolescent entre 6 et 17 ans
- Formes sévères réfractaires
- Intolérance ou contre indications aux traitements conventionnels

- **Plusieurs études non randomisées**
- **Etudiés en association avec Immunosuppresseur**

TABLE 3. Overview of Studies on the Efficacy of Repeated Infliximab Infusions in Pediatric Crohn's Disease

Study	N	Age (yr)	Concomitant IS	Infliximab	Treatment Outcome	Definition Used for Treatment Outcome
Hyams et al ³⁴	112	Mean 13.3	100%	3-dose induction wk 0, 2, 6 Randomization wk 10: IFX every 8 wk (group A) IFX every 12 wk (group B)	Wk 54: 56% remission (group A), 24% remission (group B)	PCDAI \leq 10
Ruemmele et al ³⁶	40	Mean 13.9	100%	3-dose induction wk 0, 2, 6 Randomization wk 10: IFX every 8 wk (group A) IFX on demand (group B)	Wk 60: 83% remission (group A), 61% remission (group B)	HBI < 5 and/or complete fistula closure
Wewer et al ⁴²	24	Median 15.4	92%	IFX on demand, scheduled IFX infusions Median 4 infusions	90 days after intended cessation of IFX: 29% prolonged response, 42% IFX dependency, 25% no response	Prolonged response: (total) regression of symptoms. IFX dependency: necessity of repeated infusions to maintain clinical response. No response: no regression of symptoms. See study by Wewer et al.
Duricova et al ⁴³	82	8 – 18	91%	Induction only, IFX on demand, scheduled IFX infusions Median 7 infusions	After 3 to 75 mo follow-up: 22% prolonged response, 66% IFX dependency, 12% no response	
Wynands et al ³⁵	38	Mean 13.8	84%	3-dose induction wk 0, 2, 6 (group A) 3-dose induction wk 0, 2, 6 followed by IFX every 8 wk for 1 year (group B)	Wk 52: 25% remission (group A), 58% remission (group B) Wk 104: 27% remission (after withdrawal of IFX in group B)	HBI < 5
Sinitsky et al ⁴⁴	16	Mean 13.0	94%	3-dose induction wk 0, 2, 6 followed by IFX every 8 wk	Yr 1: 83% clinical remission; 58% relapse at some time during 1 st yr	PCDAI < 15
de Ridder et al ⁴⁵	66	Mean 14.5	98%	IFX on demand, scheduled IFX infusions Mean 15 infusions	After mean follow-up of 41 mo: 15% prolonged response, 56% IFX dependency, 29% loss of response	Prolonged response: main tenance of good clinical response minimally 90 days after last IFX infusion. IFX dependency: necessity of repeated infusions to maintain clinical response. Loss of response: initially good clinical response, but finally withdrawal of IFX and switch of medical therapy or surgery.

Etude REACH

Critère principal :

- Phase 1 d'induction : Rémission clinique à S10
- Phase 2 d'entretien : Rémission clinique à S60

Rémission clinique à S10 définie par une rémission complète : score HBI < 5 ; VS < 20 mm/h et/ou une fermeture complète des fistules et un sevrage des corticoïdes.

Caractéristiques des patients à l'inclusion

	Remicade® 5 mg/kg à S0, S2 et S6
Nombre de patients	40
Âge moyen	13,9 ± 2,2 ans (médiane : 14 ans)
Durée moyenne de la maladie	3,0 ± 2,4 ans (médiane : 4 ans)
Sex ratio (Hommes : Femmes)	22 : 18
Taille moyenne	151,9 ± 13,1 cm (médiane : 150,9 cm)
Maladie de Crohn non sténosante non pénétrante (nombre de patients)	27
Traitement par azathioprine (nombre de patients)	36
Traitement par méthotrexate (nombre de patients)	3
HBI moyen	7,6 ± 3,5 (médiane : 6)
Dose moyenne de prednisone > 1 mg/kg (nombre de patients)	13
Dose moyenne de prednisone 0,3 - 1 mg/kg (nombre de patients)	27

9 patients ne sont pas entrés en phase 2.

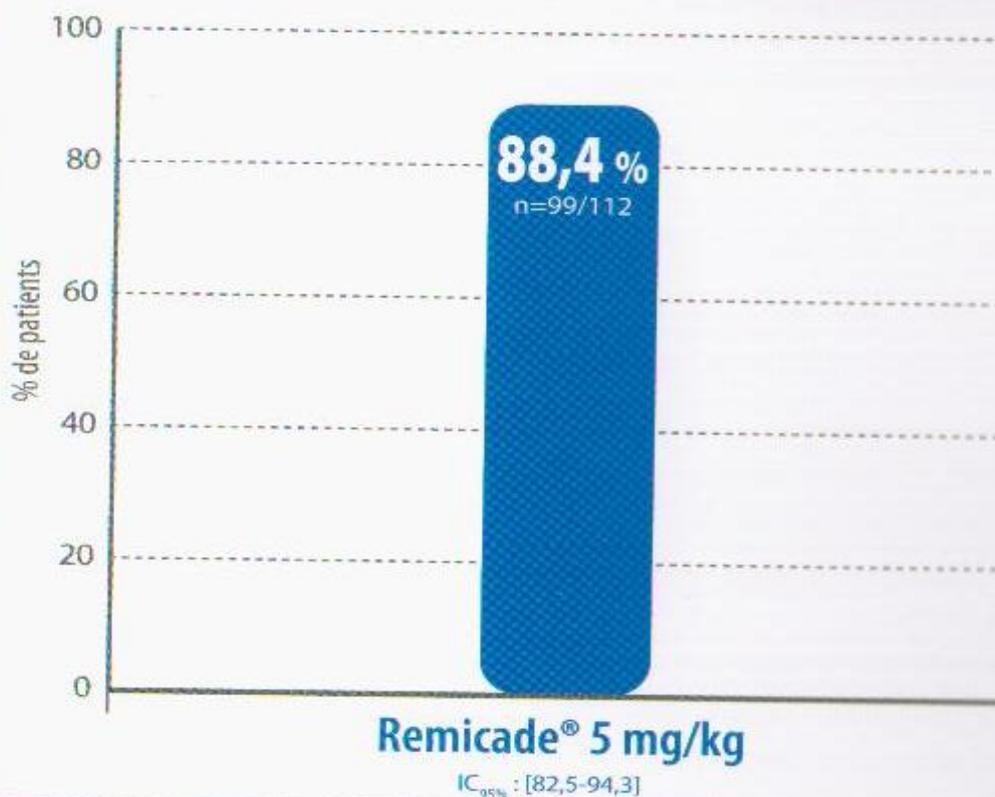
Phase 2 : 18 patients ont été randomisés dans le groupe A, 13 patients dans le groupe B.

Une réponse clinique

À S10

Réponse clinique définie par une diminution du score PCDAI d'au moins 15 points par rapport à l'inclusion et un score total ≤ 30 .

Critère principal



Etude GFHGNP

Caractéristiques des patients à l'inclusion

À l'inclusion, tous les patients devaient être sous une dose stable de 6-MP, AZA ou MTX.

	Patients inclus (n=112)	Remicade [®] 5 mg/kg toutes les 8 semaines (n=52)	Remicade [®] 5 mg/kg toutes les 12 semaines (n=51)	Patients non randomisés à S10 (n=9)
Garçons / Filles	58,9% / 41,1%	63,5% / 36,5%	56,9% / 43,1%	44,4% / 55,6%
Âge (ans)	13,3 ± 2,5	12,9 ± 2,5	13,7 ± 2,4	13,7 ± 3,3
Poids (kg)	43,8 ± 14,6	45,0 ± 17,3	41,9 ± 11,5	47,9 ± 13,2
Taille (cm)	153,1 ± 15,0	153,1 ± 15,2	153,0 ± 14,6	153,7 ± 18,0
Durée d'évolution de la maladie (années)	2,0 ± 1,4	2,3 ± 1,5	1,6 ± 1,3	2,4 ± 1,6
Durée des symptômes (mois)	7,2 ± 8,5	6,6 ± 7,9	8,2 ± 9,6	4,6 ± 2,9
Score PCDAI	41,2 ± 8,3	42,1 ± 9,2	40,1 ± 6,8	41,7 ± 10,2
VS (mm/h)	38,9 ± 23,1	37,3 ± 18,7	41,9 ± 26,8	30,6 ± 22,4
Traitements associés				
- 6-MP/AZA	100 (89,3%)	46 (88,5%)	47 (92,2%)	7 (77,8%)
- MTX	11 (9,8%)	7 (13,5%)	2 (3,9%)	2 (22,2%)
- 5-ASA	59 (52,7%)	31 (59,6%)	25 (49,0%)	3 (33,3%)
Corticoïdes associés				
- ≤ 1 mg/kg	35 (31,3%)	23 (44,2%)	10 (19,6%)	2 (22,2%)
- > 1 mg/kg	4 (3,6%)	1 (1,9%)	2 (3,9%)	1 (11,1%)

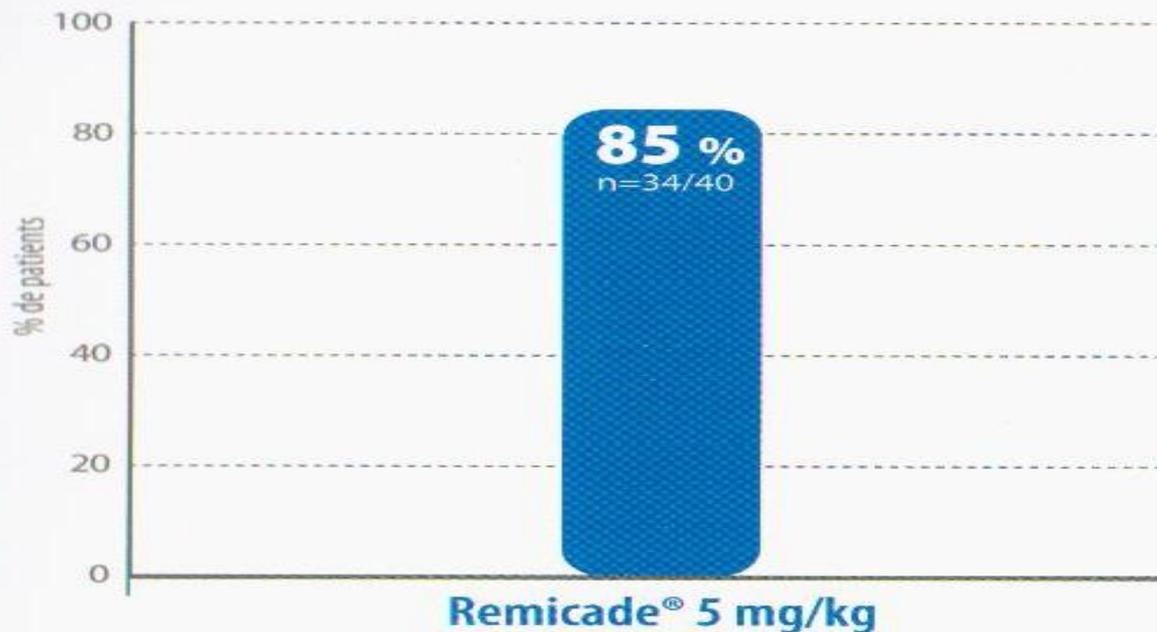
Chez l'enfant et l'adolescent dans GFHGNP⁽⁸⁾

Une rémission clinique

À S10

Rémission clinique définie par un score HBI < 5 ; VS < 20 mm/h et/ou une fermeture complète des fistules et un sevrage des corticoïdes.

Critère principal



Critère principal

À S60

Chez 83,3 % des patients traités par Remicade® (n=15/18)

Response to infliximab is related to disease duration in paediatric Crohn's disease

P. LIONETTI*, F. BRONZINI*, C. SALVESTRINI*, C. BASCIETTO†, R. BERNI CANANI‡, G. L. DÉ ANGELIS§, G. GUARISO¶, S. MARTELOSSI**, B. PAPADATOU†† & A. BARABINO‡‡
 *Dipartimento di Pediatria, Università di Firenze – Ospedale Meyer, Firenze, Italy; †Istituto di Pediatria, Università 'La Sapienza', Roma, Italy; ‡Dipartimento di Pediatria, Università 'Federico II', Napoli, Italy; §Dipartimento di Pediatria, Università di Parma, Parma, Italy; ¶Dipartimento di Pediatria, Università di Padova, Padova, Italy; **IRCCS Burlo Garofalo, Trieste, Italy; ††IRCCS Bambino Gesù, Roma, Italy; ‡‡IRCCS Gaslini, Genova, Italy

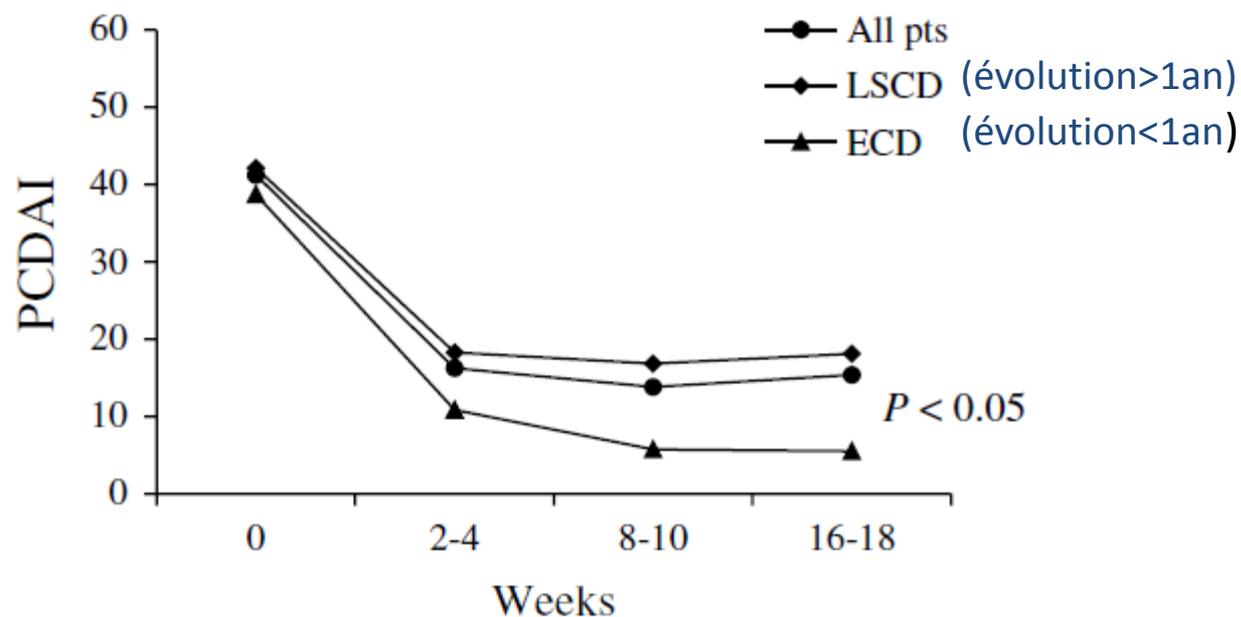


Figure 1. Mean Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI) in 22 paediatric patients at 2–4, 8–10 and 16–18 weeks after initial infusion. LSCD: long-standing Crohn's disease (disease duration > 1 year); ECD: early Crohn's disease (disease duration < 1 year).

Efficacité dans les formes fistulisées

TABLE 2. Overview of Pediatric Studies on the Efficacy of Infliximab in Fistulizing Crohn's Disease

Study	N	Infliximab	Effect on Fistula
Cezard et al ²⁹	12	3-dose induction days 0, 15, 45	Day 90: 100% fistula closure
Lionetti et al ³⁰	13	mean 3.3 infusions, interval range 2 – 12 wks	Wk 18: 54% fistula closure, 23% partial response, 23% minimal response
Ruemmele et al ³⁶	13	3-dose induction wk 0, 2, 6	Wk 10: 69% complete fistula closure
De Ridder et al ³⁷	16	Various treatment schedules Mean 7 infusions	After a mean follow-up of 25 months: 56% fistula closure or drainage cessation
Crandall et al ^{a38}	22	3-dose induction wk 0, 2, 6 Randomization wk 10: infliximab every 8 or 12 wk	Wk 2: 41% partial or complete response ^b Wk 54: 73% partial or complete response ^b

^aPost-hoc analyses of the REACH study.³⁴

^bPartial response: initial perirectal subscore of 10 (active fistula, drainage, tenderness or abscess) decreasing to 5 (1–2 indolent fistula, scant drainage, no tenderness); Complete response: initial perirectal subscore of 5 or 10 decreasing to 0 (no symptoms or asymptomatic tags).

Tolérance de Remicade®

Chez l'enfant et l'adolescent dans REACH⁽⁷⁾

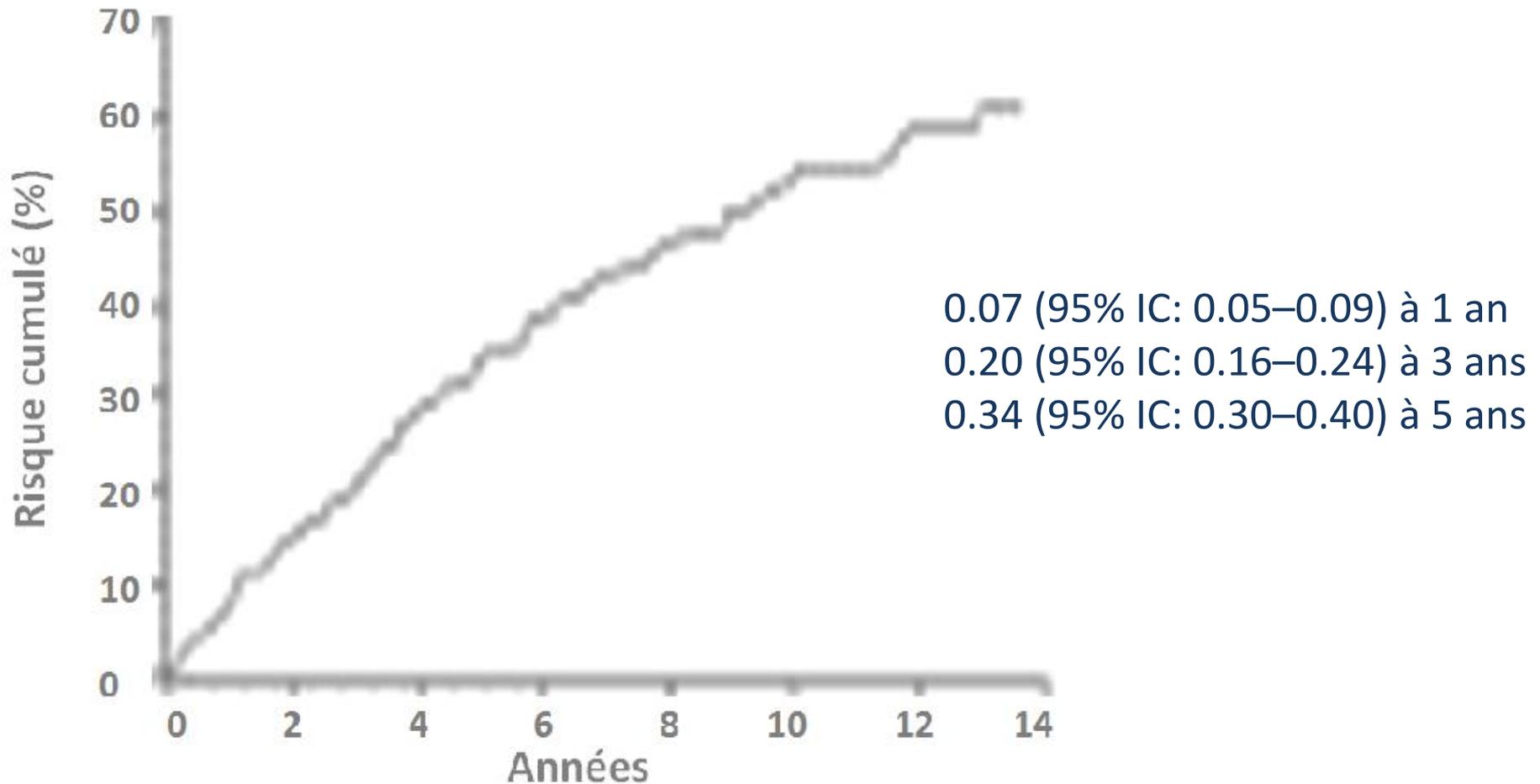
	Patients inclus (n=112)	Remicade® 5 mg/kg toutes les 8 semaines (n=53)	Remicade® 5 mg/kg toutes les 12 semaines (n=50)	Patients non répondeurs à S10 (n=9)
Durée de suivi (en semaines)	47,2	51,5	49,6	8,8
Exposition à Remicade® sur les 54 semaines (moyenne/patient)				
- Nombre de perfusions de Remicade®	31	409	319	21
- Dose totale de Remicade® (mg/kg)	39,9	40,0	31,1	11,0
Effets indésirables (EI)	106 (94,6%)	51 (96,2%)	46 (92,0%)	9 (100%)
EI ayant entraîné un arrêt de traitement	12 (10,7%)	2 (3,8%) ^(a)	4 (8,0%) ^(b)	6 (66,7%)
EI graves ^(c)	22 (19,6%)	8 (15,1%)	7 (14,0%)	7 (77,8%)
Infections	61 (54,4%)	39 (73,6%)	19 (38,0%)	3 (33,3%)
Infections sévères ^(d)	9 (8,0%)	3 (5,7%)	4 (8,0%)	2 (22,2%)
Sténoses intestinales	3 (2,7%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	2 (22,2%)
Réactions liées à la perfusion ^(e)	19 (17,0%)	9 (17,0%)	9 (18,0%)	1 (11,1%)
Pneumonie	3 (2,7%)	2 (3,8%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)
Zona	2 (1,8%)	2 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Durée de l'anti TNF α ?

- Pas de données cliniques comparatives quant à l'usage prolongé de l'IFX au-delà d'une année chez l'enfant.
- 89% de dépendance chez patients traités plus de 1 an
- Question des risques et des complications à long terme induits par combinaison traitement biologique et immunomodulateur (cas de LMNH chez enfant)

Histoire Naturelle de la maladie de Crohn pédiatrique

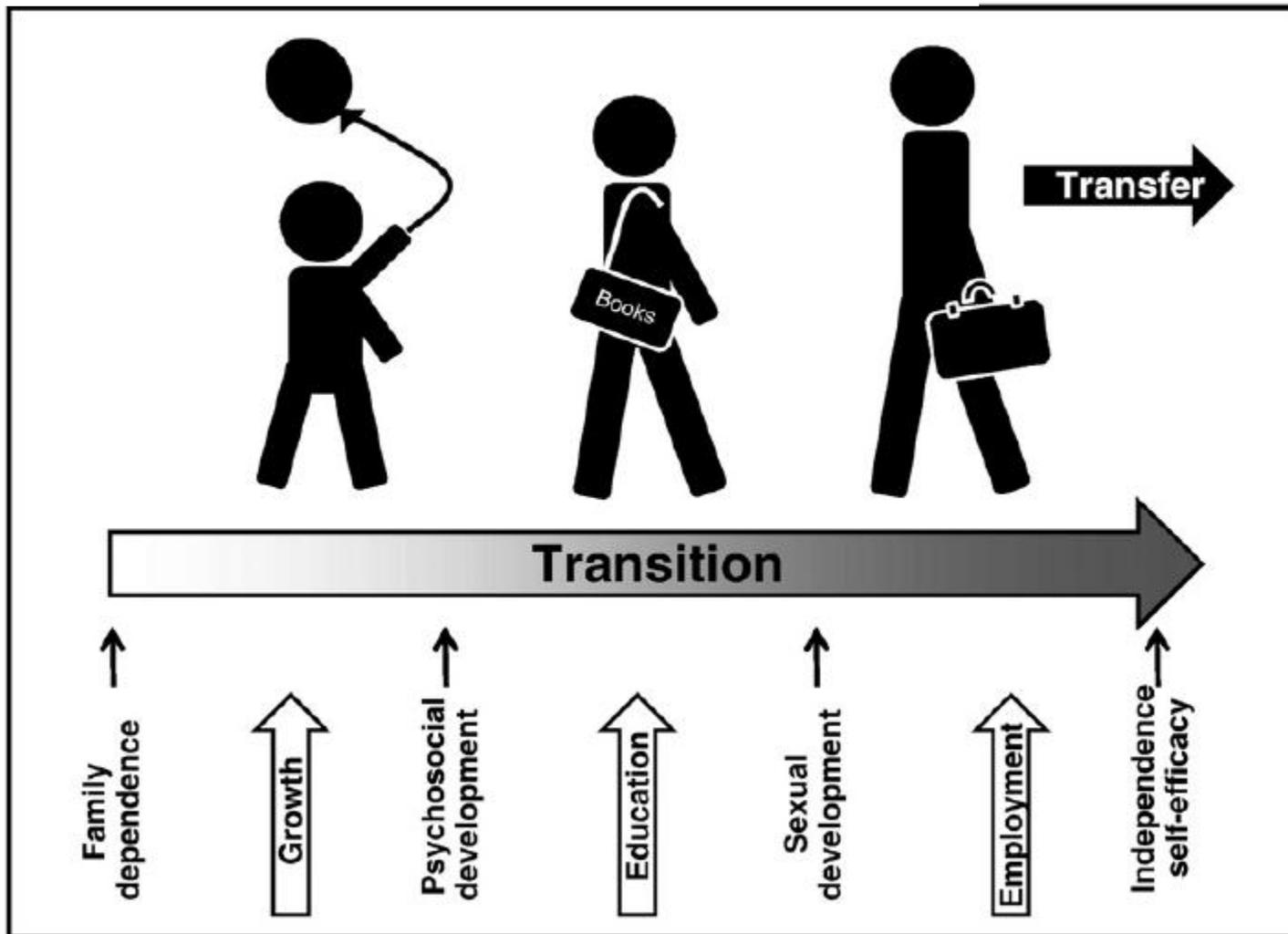
Risque cumulé de la première résection intestinale chez 394 enfants:



REVIEW ARTICLE

Adolescents with IBD: The importance of structured transition care

J. Goodhand, C.R. Hedin, N.M. Croft, J.O. Lindsay*





REVIEW ARTICLE

Adolescents with IBD: The importance of structured transition care

J. Goodhand, C.R. Hedin, N.M. Croft, J.O. Lindsay*

Table 2 Adolescent and disease specific milestones that determine the 'ideal' timing of transfer to adult care.

Determinant	Ideal
Chronological age	Between 16 and 25
Maturity	Mature (role self-efficacy scales)
Independent in health care	No longer reliant on parents
Self-advocacy	Ability to make informed decisions
Preparation	Knowledgeable
Readiness	Comfortable with adult care team
Availability of adult specialist	Specialist interest in adolescent IBD
Current medical status	Clinical remission
Adherence to treatment	Adherent even in remission

Conclusion

- MC de l'enfant le plus souvent grave (longue durée d'évolution)
- Touche enfants de tout âge (adolescents et les pré-adolescents++)
- Pose problèmes de prise en charge différents en fonction de l'âge qu'il s'agisse des indications thérapeutiques, de la surveillance du traitement et de son observance.
- Retentissement nutritionnel /Risque de petite taille (surveillance+++)
- Eviction des corticoïdes et recours à un traitement nutritionnel (NE++)
- Prévoir transition

Adalimumab

Etude Imagine 1: Evaluation de l'efficacité et innocuité

- 192 enfants réfractaires au traitement conventionnel
- ADA: 160mg et 80mg si plus de 40kg / 80mg et 40mg si moins de 40kg en sous cutané
- **S4 : 188 diminutions de 15 pts du PCDAI**
- TRT d'entretien pendant 48 sem :
 - 40 ou 20 mg selon le poids
 - 20 ou 10 mg
- **S26** sur 152 qui ont poursuivi le trt : - 63 (**33.5%**) **en rémission**
-38.7% vs 28.4% ($P = 0.075$).
- Pas d'effets secondaires nouveaux



The effects of anti-TNF- α treatment with adalimumab on growth in children with Crohn's disease (CD)

S. Malik ^{a, b}, S.F. Ahmed ^a, M.L. Wilson ^c, N. Shah ^d, S. Loganathan ^e, S. Naik ^f,
 B. Bourke ^g, A. Thomas ^h, A.K. Akobeng ^h, A. Fagbemi ^h,
 D.C. Wilson ^c, R.K. Russell ^{b, *}

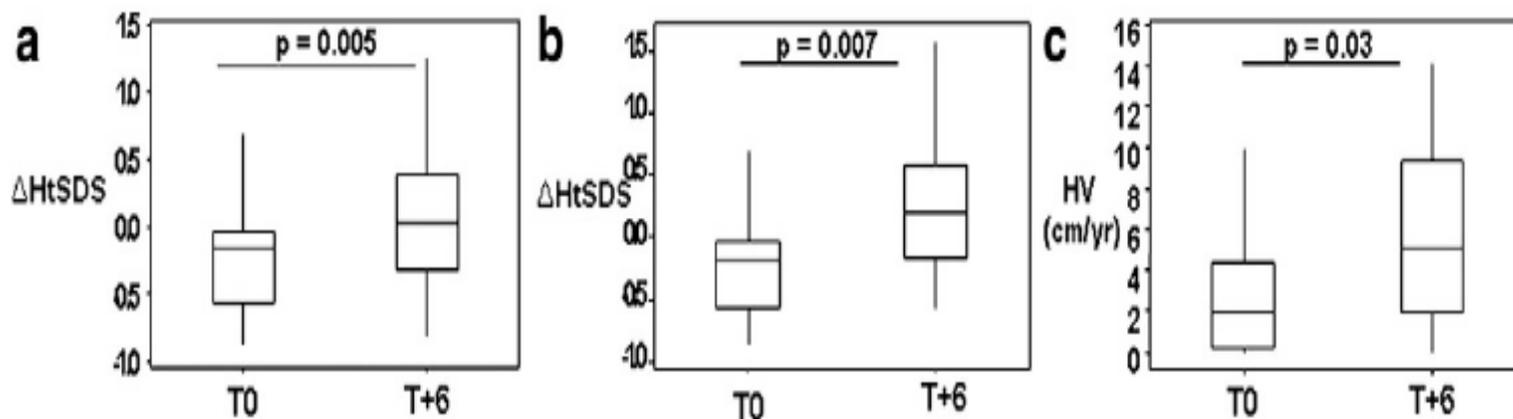


Figure 2 Growth in children with CD during the 6 months prior to adalimumab therapy (T0) and in the 6 months following start of therapy (T+6); a – change in height standard deviation scores (Δ HtSDS) in overall group of 36 children; b – change in height standard deviation scores (Δ HtSDS) in overall group of 28 children who had remission after adalimumab therapy; c – height velocity (HV, cm/year) in overall group of 28 children who had remission – box and whisker plots represent median, 10th, 25th, 75th, and 90th centiles.

Effet de l'infliximab sur la croissance

Poursuite de l'infliximab toutes les 8 sem + AZA chez 8 enfants

Table 3

Anthropometric measurements in children with Crohn's disease undergoing retreatment infusion of infliximab as well as in those receiving only a baseline schedule of infliximab

	Retreated ^a		<i>P</i>	Non-retreated ^b		<i>P</i>
	Baseline ^c	6 months after beginning therapy		Baseline	6 months after beginning therapy	
Weight Z score	-0.67 ± 0.43	-0.29 ± 0.49	<0.01	-0.21 ± 0.44	-0.19 ± 0.42	NS
Height Z score	-1.15 ± 0.81	-0.62 ± 0.99	<0.01	-0.86 ± 0.42	-0.83 ± 0.40	NS

Values as mean ± S.D.

^a Children undergoing retreatment infusion.

^b Children receiving only a baseline therapeutic programme.

^c Before starting the baseline infusion programme.

