



Autisme 2003 : Comprendre, agir et guérir

Entérocolite liée à l'autisme : données caractéristiques

Arthur Krigsman, professeur adjoint à la *New York University*,
consultant en gastro-entérologie au *Lenox Hill Hospital* de New York

Les médecins et les professionnels de la santé qui traitent les enfants autistes ont constaté la présence de symptômes gastro-intestinaux chez une forte proportion d'entre eux. Même si l'on ne sait pas avec précision quel est le pourcentage d'enfants autistes qui souffrent d'une pathologie gastro-intestinale déterminée, plusieurs croient que celui-ci pourrait dépasser 60 à 70 %. Des données publiées récemment ont permis de révéler une atteinte du tractus gastro-intestinal qui touchait l'œsophage, l'estomac, le duodénum et le côlon. L'anomalie la plus importante que l'on ait pu observer est certes la présence d'une hyperplasie lymphonodulaire iléocolique et d'une entérocolite. On s'est alors demandé si ces pathologies constituaient une réelle entité diagnostique ou si elles n'étaient que des «variantes de la normale». Cette question est très importante, car elle se situe au cœur même de la définition de tout trouble médical.

Au départ, il faut comprendre que ces enfants éprouvent des douleurs et qu'ils souffrent. Ils manifestent des symptômes précis et spécifiques qui sont habituellement associés à l'entérocolite et à la maladie intestinale inflammatoire. Cependant, il est clair qu'il ne s'agit pas dans leur cas de maladie intestinale inflammatoire classique, car les signes histopathologiques spécifiques qui permettent normalement de poser ce diagnostic ne sont pas présents chez ces patients. Cette absence de signes connus et définis a porté de nombreux cliniciens à croire qu'il ne pouvait alors pas y avoir pathologie. Toutefois, les anomalies que l'on peut remarquer dans les prélèvements représentent une nouvelle forme d'inflammation intestinale n'ayant pas encore été définie avec précision, et cette histopathologie est particulière à des patients qui souffrent d'un trouble du développement appelé «autisme». Cette histopathologie de la muqueuse ne constitue qu'un élément du syndrome gastro-intestinal présent chez ces enfants. Les autres éléments essentiels du syndrome sont les symptômes caractéristiques qu'ils manifestent et leur réponse au traitement. Ces symptômes, qui seront d'ailleurs décrits un peu plus loin, peuvent être définis, mesurés, quantifiés et photographiés. Les médecins (et même les parents) croient souvent à tort que, lorsque ces enfants manifestent de la douleur, il ne s'agit en fait que d'un autre exemple des comportements étranges associés à l'autisme. Cela n'est pas ce que j'ai pu observer. En effet, j'ai pu constater que, dans de nombreux cas, ces comportements ne sont que les manifestations d'une douleur abdominale chez des enfants qui ne peuvent s'exprimer verbalement et n'ont aucune autre façon d'extérioriser la douleur. Lorsque les enfants reçoivent un diagnostic et qu'ils sont traités, ces comportements, de même que plusieurs des symptômes mentionnés préalablement, diminuent de façon marquée ou ils disparaissent complètement. Il est vraiment remarquable de constater que tous ont pu trouver des façons de s'exprimer et des comportements similaires pour tenter de se reconforter.

On peut parler d'entité diagnostique réelle dans le cas où des patients partagent les caractéristiques suivantes :

- 1) Antécédents
- 2) Symptômes
- 3) Résultats des essais de laboratoire
- 4) Résultat des analyses de pathologie clinique
- 5) Résultats histopathologiques
- 6) Réponse au traitement

Les patients qui font partie de ce groupe ont en commun des antécédents de troubles autistiques similaires, ainsi que des troubles fonctionnels à divers degrés. Chez la plupart d'entre eux, on remarque clairement une régression du développement. Toutefois, certains ne présentent qu'un retard du processus de développement normal et les comportements et activités caractéristiques de l'autisme pourront éventuellement se manifester.

Il est à noter que la symptomatologie est bien définie dans le groupe. On peut retrouver chez les patients certains ou la totalité des symptômes suivants : diarrhée, constipation, douleur abdominale, posture anormale, irritabilité, comportement automutilatoire et retard de croissance.

Les enfants autistes utilisent diverses méthodes afin d'exprimer la douleur abdominale. Celle qui consiste à se laisser soudainement tomber sur le sol pendant une période de jeu, tout en criant et en se tordant de douleur est probablement la plus saisissante. Lorsque les enfants agissent de la sorte, il est fréquent de les voir se cambrier le dos et agripper la partie inférieure de leur abdomen ou la région sus-pubienne. Certains enfants se frictionnent également les deux cotés de l'abdomen avec la paume des mains en un mouvement ascendant tout en se tordant de douleur et en effectuant souvent une pause au cours de laquelle ils agrippent les draps de leur lit. Ces épisodes semblent spasmodiques et ils se produisent de manière soudaine, sans que l'on s'y attende. Ils peuvent durer aussi peu que quelques minutes, mais peuvent également se prolonger pendant de deux à trois heures et ils reviennent fréquemment pendant une période s'échelonnant sur plusieurs jours. L'émission de selles ou de flatuosités ne semble pas résoudre ce problème. Les épisodes surviennent souvent lorsque la personne est endormie et ses cris peuvent tenir les autres membres de la famille éveillés pendant des heures. Le seul témoignage réel sur ce genre de douleur que l'on possède provient d'un patient autiste âgé de 36 ans qui ne peut s'exprimer verbalement ou maintenir un contact visuel significatif, mais qui est néanmoins plutôt articulé et intelligent. Pour communiquer, il utilise un clavier d'ordinateur. C'est donc ainsi qu'il a décrit la douleur qui l'afflige en disant qu'elle était localisée au centre de son ventre, «à l'endroit où l'on met habituellement une ceinture», et qu'elle irradiait vers le bas.

Les «accès de colère» et les crises de larme qui surviennent sans qu'il n'y ait présence de facteurs déclencheurs identifiables constituent des manifestations moins marquées de la douleur. Ces épisodes se produisent de façon aléatoire et peuvent durer des heures. Dans ces cas, généralement, l'enfant va tour à tour marcher et courir autour de la pièce en pleurant. On peut également noter la présence de comportements automutilatoires chez certains enfants pendant ces épisodes. De brefs moments de calme suivent, puis il y a de nouveau répétition des crises de larmes et de l'hyperactivité.

Enfin, la manifestation de la douleur est encore moindre chez certains enfants. Ces derniers seront alors irritables et passeront la majorité de la journée à pleurnicher et à pleurer et ils ne laisseront pas leurs parents les prendre dans leurs bras ou tenter de les reconforter.

De nombreux enfants ont trouvé des façons originales de soulager leur inconfort. On peut alors penser aux postures et positions bizarres qu'ils adoptent souvent et que l'on a cru pendant longtemps n'être que «d'autres comportements étranges associés à l'autisme». Cependant, lorsque l'on examine attentivement les diverses positions qu'ils adoptent alors, on peut s'apercevoir qu'ils tentent en fait d'exercer une pression sur la partie inférieure de leur abdomen.

Le symptôme que l'on retrouve le plus souvent est la diarrhée. Il est important d'expliquer ce que signifie ce terme. On croit souvent à tort que la «diarrhée» peut se définir par comme étant la présence de selles liquides et fréquentes qui s'accompagne d'un besoin impérieux d'aller à la selle. Même si cela est vrai, la diarrhée ne se limite pas uniquement à ce scénario. Ce terme s'applique également à la présence persistante de selles excessivement molles et non formées. Nous avons constaté que, chez les enfants présentant des troubles autistiques, les selles ont souvent la consistance du pudding au chocolat ou des épinards à la crème. De nombreux enfants n'ont jamais émis une seule selle adéquatement formée au cours de leur vie. Généralement, la fréquence des selles est d'une à trois fois par jour et il arrive souvent qu'elles soient précédées d'une période d'hyperactivité qui cesse lorsque la selle est passée. On y retrouve également des fragments d'aliments non digérés, tels que de la viande, des fruits et des légumes. Selon les parents de ces enfants, les selles diarrhéiques ont une odeur putride, qu'ils décrivent fréquemment comme étant «acide», «métallique» et semblable à celle d'un «animal mort». Souvent, les selles coulent le long des jambes des enfants qui portent des couches et elles provoquent une incontinence chez ceux qui ont déjà été entraînés à la propreté. Si l'enfant n'est pas nettoyé de façon rapide et adéquate, ces selles diarrhéiques peuvent alors entraîner un érythème fessier qui peut rapidement comporter des vésicules et produire des saignements.

Par contraste, de nombreux enfants souffrent, quant à eux, de constipation. Dans ce cas, les selles sont dures et volumineuses ou alors peu fréquentes. Il arrive qu'elles produisent une déchirure de la peau de l'anus et une douleur anale. De nombreux enfants peuvent ne pas pouvoir aller à la selle pendant 10 jours ou plus. Fait intéressant et particulier, même après cette longue période passée dans le côlon, les selles sont malgré tout souvent liquides et non pas fermes comme l'on pourrait s'y attendre. Les radiographies n'ont permis de révéler aucun signe de fécalome chez ces patients. Avec chaque jour qui passe, cependant, le degré d'irritabilité et d'hyperactivité augmente chez l'enfant. Lorsqu'il y a finalement émission d'une selle liquide, on peut constater que l'enfant adopte à ce moment des positions tout à fait inhabituelles.

Ce qui est le plus étonnant dans tout ceci : les résultats des analyses sanguines et des coprocultures effectuées sont normaux. En effet, même si les symptômes décrits antérieurement sont graves et chroniques, on constate que les marqueurs habituels de l'inflammation intestinale et de la maladie intestinale inflammatoire sont absents, et il en va de même en ce qui concerne les agents pathogènes pouvant se retrouver dans les selles. Toutefois, nous avons noté qu'il y avait des taux anormalement élevés d'anticorps anti-gliadine IgG et de thrombocytose, et nous croyons qu'ils représentent des marqueurs non spécifiques du processus inflammatoire intestinal.

Les résultats des analyses de pathologie clinique sont similaires chez tous les patients. On observe ainsi une hypertrophie marquée des nodules lymphoïdes de l'iléon terminal et, à un moindre degré, du côlon. Chez certains patients, on retrouve les modifications associées à la maladie intestinale inflammatoire classique, notamment la perte de marqueurs de surface vasculaires, une friabilité et des saignements, l'absence des caractéristiques propres à la muqueuse, ainsi que la présence de polypes inflammatoires, d'ulcérations aphteuses et d'un «halo rougeâtre».

Chez ces patients, les résultats histopathologiques permettent systématiquement de révéler une infiltration lymphocytaire et neutrophilique des muqueuses iléale et colique (et même de l'épithélium), une cryptite, la formation d'abcès cryptiques et une hyperplasie lymphoïde nodulaire

avec hyperactivité des centres germinatifs. Nous avons également pu noter la présence de mélanose colique chez un nombre significatif de patients qui ne semblaient pas prendre de laxatifs.

Enfin, tous les patients du groupe ont répondu à l'administration par voie orale d'anti-inflammatoires, tels que la sulfasalazine et la mésalamine. La réponse au traitement a pu être mesurée de manière objective en ce qui a trait à la fréquence et à la consistance des selles, à la fréquence et à la durée de la douleur abdominale, à l'irritabilité globale et à la croissance.

On peut conclure en disant que les patients de ce groupe partagent toutes les caractéristiques mentionnées préalablement à un degré significatif sur le plan statistique et on peut par conséquent affirmer qu'ils présentent une entité morbide distincte.