

mai larg și o populație mai mare. Drept urmare, medicii specialiști din instituțiile unde maternitățile vor fi dizolvate vor putea activa în serviciul specializat de ambulatoriu pentru asistența medicală gravidelor și ginecopatelor din teritoriul respectiv. Concomitent, pentru planificarea, pregătirea și perfecționarea cadrelor medicale este necesară crearea în regiunile republicii a monitoringului multilateral și multidimensional de evoluție a cadrelor disponibile, atât de necesare pentru funcționarea optimală nu numai a serviciului de asistență mamei și copilului, dar și în întregime a domeniului sănătății.

#### Bibliografie

1. Cernețchi O. Formarea cadrelor – factor decisiv în asistența medicală acordată mamei și copilului. Buletin de perinatologie. 2008, Nr.4. pag. 22 – 24;

2. Шувалова М. П., Фролова О. Г., Волгина В. Д., Письменская Т. В. Кадровое обеспечение врачами акушерами-гинекологами в России и регионах. Материалы XIII Всероссийского научного форума Мать и дитя. Москва 2012, с. 461 – 462;

3. www.ms.gov.md Raport de referire la analiza fenomenului de migrație a populației din Republica Moldova, inclusiv a cadrelor medicale. Chișinău, 2011;

4. www.cnms Rapoarte - Anuar Statistic Medical. Sănătatea publică în Moldova, 2014;

5. www.cnms.md Rapoarte - Evoluția sistemului de sănătate din Republica Moldova în perioada guvernării coaliției proeuropene, anii 2009 – 2014;

6. www.cnms.md Observatorul Național „Resurse umane în Sănătate”;

7. Св. Никитина, Н.Желамски. Развитие кадрового потенциала систем здравоохранения, современная оценка ситуации и тенденции кадров, ресурсов.

© Tighineanu Olga

Tighineanu Olga

### MALADIES INFLAMMATOIRES INTESTINALES AUX ENFANTS DANS LE CADRE DE LA CLASSIFICATION DE PARIS 2010

*L'Institut de la mère et de l'enfant. Département de gastroentérologie pédiatrique.  
IMSP IMetE (directeur, docteur en médecine S. Gațcan)*

#### SUMMARY

#### INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN CHILDREN IN THE CONTEXT OF THE PARIS CLASSIFICATION, 2010

**Key words:** Crohn's disease, ulcerative colitis, Paris classification, 2010, children.

**Background.** *Diagnosis of inflammatory bowel diseases (IBD), including subtypes of ulcerative colitis, Crohn's disease and unspecified colitis remains uncertain, but according to several international guidelines diagnosis is based on clinical manifestations, endoscopic examination and histologic evaluation of bowel mucosa. The onset and evolution of inflammatory bowel diseases in children are highlighted by several atypical phenotypes, thus the Paris classification, 2010 clearly defines the subtypes of inflammatory bowel disease, pointing out the diagnosis shortcomings ensuring correct diagnosis, phenotypic evolution, but also prognosis which allows a personalized and rational therapeutic conduct.*

**Purpose.** *To evaluate the evolutionary phenotypic features of inflammatory bowel diseases, Crohn's disease and ulcerative colitis in children in the Republic of Moldova in comparison with other European centers, in the context of the Paris classification, 2010.*

**Material and methods.** *The research was based on a prospective study, which included all patients hospitalized in the Department of Gastroenterology, PMSI Mother and Child Institute, during 2010 and 2014, with the diagnosis of UC or CD, established as a result of history taking, clinical examination, laboratory tests, endoscopic and histological examination, stratified according to the Paris classification, 2010.*

**Results.** *There were included 51 children with inflammatory bowel diseases in our study. Of them, 45 (88.23%) with ulcerative colitis and 6 (11.76%) with Crohn's disease, aged between 4 months and 17 years. Patients with Crohn's disease, by criterion A (age), 4 (66.67%) children were included in criterion A1a and 2 (33.34%) children in criterion A1b, data similar to other European centers, being predominant in children older than 10 years. Colonic location was estimated in 66.67% (4/6) (L2), while ileocolonic location in 33.34% (2/6), as other regions without a certain location dominant as a whole. Crohn's*

disease pattern in all national children is non-stenosing and non-penetrating (B1), being characterized by lack of perineal damage. Stature-weight retardation accounted for 83.34% of cases. Children with ulcerative colitis in the Republic of Moldova are characterized by the same process extension, pancolitis being the most common (E4 - proximal to the hepatic flexure) in 64.45% of cases, left colitis (E2 - distal to the splenic flexure) in 24.39% of cases, and extensive colitis (E3 - distal to the hepatic flexure) 8.9% of cases, and finally proctitis (E1) in 4.45% of cases. The severity rate assessed according to pediatric activity index (PUCAI) was estimated in 82.3% of cases.

**Conclusions.** According to the Paris classification, 2010, Crohn's disease, in children in the Republic of Moldova, is characterized by criteria similar to other European centers, such as age (A1a, A1b), location (L), retardation (G), but it is marked by a non-stenosing and non-penetrating (B1) pattern, as well as cases of ulcerative colitis do not diverge from other European centers, localization criterion (E), while the severity of the disease is noticeable especially in national children.

## REZUMAT

### BOLILE INFLAMATORII INTESTINALE LA COPII ÎN CONTEXTUL CLASIFICĂRII PARIS, 2010

**Key words:** boala Crohn, colita ulceroasă, clasificarea Paris, 2010, copii

**Background.** Diagnosticul bolilor inflamatorii intestinale (BII), ce include subtipurile colita ulceroasă, boala Crohn și colita neprecizată, rămîne a fi incert, însă conform mai multor ghiduri internaționale diagnosticul este bazat pe manifestările clinice, examenul endoscopic și evaluarea histologică a mucoasei intestinului. Debutul și evoluția bolilor inflamatorii intestinale la copiii și adolescenți se evidențiază prin mai multe fenotipuri atipice, astfel clasificarea Paris, 2010 definește în mod cert subtipurile de boală inflamatorie intestinală, evidențiază lacunele de diagnostic asigurînd stabilirea unui diagnostic corect, evoluția fenotipică, dar și pronosticul, ceea ce permite o conduită terapeutică personalizată rațional.

**Scopul.** Evaluarea particularităților fenotipice evolutive ale maladiilor inflamatorii intestinale, boala Crohn și colita ulceroasă, a copiilor din Republica Moldova în comparație cu alte centre europene, în contextul clasificării Paris, 2010.

**Material and methods.** Cercetarea a fost fundamentată pe un studiu prospectiv, ce-a inclus toți pacienții internați în secția gastroenterologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului în perioada 2010–2014, cu diagnosticul de CU sau BC, stabilit în rezultatul anamnezei, examenului clinic, testelor de laborator, examenului endoscopic și histologic și stratificați conform clasificării Paris, 2010.

**Results.** În studiul nostru au fost incluși 51 copii cu maladii inflamatorii intestinale, dintre care 45 (88,23%) cu colită ulceroasă și 6 (11,76%) cu boala Crohn, cu vârsta cuprinsă între 4 luni și 17 ani. Pacienții cu boala Crohn, după criteriul A (vârsta), 4 (66,67%) copii s-au inclus în criteriul A1a și 2 (33,34%) copii în criteriul A1b, date similare cu alte centre europene, predominînd copiii mai mari de 10 ani. În 66,67% (4/6) s-a estimat localizare colonică (L2) și în 33,34% (2/6) iliocolonică, la fel altor regiuni, fără o anumită dominantă de localizare per ansamblu. Patternul bolii Crohn la toți copiii naționali este non-stenozant, non-penetrant (B1) și se caracterizează prin lipsa afectării perianale, iar retardul staturo-ponderal a fost prezent în 83,34% cazuri. Copiii cu colită ulceroasă, din Republica Moldova, se caracterizează prin aceeași extindere a procesului, cel mai frecvent evidențindu-se pancolita (E4 – proximal de flexura hepatică) în 64,45% cazuri, urmează colita de stînga (E2 – distal de flexura splenică) în 24,39% cazuri, apoi colita extensivă (E3 – distal de flexura hepatică) 8,9% cazuri și la final proctita (E1) cu 4,45% cazuri. Gradul de severitate evaluat conform indicelui pediatric de activitate (PUCAI), a fost estimat în 82,3% cazuri.

**Conclusions.** La copiii din Republica Moldova, conform clasificării Paris, 2010, boala Crohn, se remarcă prin criterii similare altor centre europene, cum ar fi vârsta (A1a, A1b), localizarea (L), retardul (G), dar se evidențiază prin patternul non-stenozant, non-penetrant (B1), la fel și cazurile de colita ulceroasă nu prezintă divergențe între alte centre europene, la criteriul localizare (E), pe cînd severitatea maladiei este remarcată, în special la copiii naționali.

Le diagnostic des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), qui comprend les sous-types comme la colite ulcéreuse (CU), la maladie Crohn (MC) et la colite indéterminée, reste incertain mais qui impose obligatoirement l'exclusion de la colite infectieuse, allergique ou des troubles de l'immunodéficience primaire avec des manifestations cliniques similaires. D'après plusieurs guides internationaux le diagnostic est basé sur les manifestations cliniques, l'examen endoscopique et l'évaluation histologique de la muqueuse intestinale.

Le début et l'évolution des maladies inflammatoires de l'intestin aux enfants et aux ados se met-

tent en évidence par plusieurs phénotypes atypiques soulignant des lacunes dans la détermination du diagnostic précoce, de la forme clinique, endoscopique, et puis de la conduite thérapeutique opportune et rationnelle.

La classification du Paris, 2010, a été une étape importante dans la standardisation des définitions et dans la classification des maladies inflammatoires de l'intestin aux enfants. En suivant les critères Porto de 2005, cette révision implique une thèse basée sur des preuves pour faciliter le diagnostic de maladie inflammatoire de l'intestin et pour permettre aux cliniciens de diagnostiquer l'évolution phénotypique. Les

nouveaux critères de la classification de Paris 2010 soulignent les sous-types de maladie inflammatoire intestinale, les lacunes dans le diagnostique assurant la détermination d'un diagnostique correct, l'évolution phénotypique, le pronostique ce qui monte à une conduite thérapeutique rationnellement personnalisée.

Les recherches épidémiologiques récentes suggèrent la croissance de l'incidence et de la prévalence des maladies inflammatoires intestinales, 25% des cas étant signalés dans l'enfance ou dans l'adolescence, car les études dans cette direction sont minimales. Conformément à un rapport des Etats-Unis les taxes de l'hospitalisation pour les enfants avec la maladie Crohn ont augmentées suffisamment de 81 mln. dollars en 1997 à 143 mln. dollars en 2009 [7].

L'évolution des maladies inflammatoires intestinales est très variable, avec une grande diversité dans le phénotype de la colite ulcéreuse et de la maladie Crohn [1]. Cette diversité est déterminée chez les adultes par l'hétérogénéité clinique, par les différences de lieu, l'évolution. Mais les recherches précédentes ont rapporté même des différences dans le début des maladies inflammatoires intestinales entre la population pédiatrique et les adultes, même si la classification de Montréal 2005 n'a pas été prévue pour la population pédiatrique. Donc, la classification de Paris 2010 est une nouvelle recommandation basée sur des preuves scientifiques, étant abordée comme une modification des critères de Montréal de 2005 en touchant et la population pédiatrique [2]. Ce nouveau système de classification a été appliqué seulement dans quelques études de la population.

L'incidence pédiatrique des maladies inflammatoires intestinales est dans une croissance continue, quelques recherches remarquent la prédominance de la maladie Crohn, des autres de la colite ulcéreuse, en spécial dans l'Europe de Nord. Ainsi l'incidence pour la maladie Crohn a augmenté de 0 en 1977-1981 à  $7,2/10^5$  en 2007-2011, mais pour la colite ulcéreuse de  $0,7/10^5$  (1977-1981) à  $5,2/10^5$  (2007-2011) [3], propres tant pour les pays développés que pour ceux en voie de développement [6]. En Irlande, en 2000-2010, l'impact des MII a avancé de  $2,5/10^5$  à  $5,6/10^5$  en 2010, avec une augmentation de l'incidence de la MC de 0,153 ( $p = 0,04$ ), mais pour la CU de 0,175 ( $p < 0,01$ ) [4]. En Ecosse, en 2003-2008, l'incidence de MC a été de  $4,7/10^5$ , et de la CU de  $2,06/10^5$ , si on compare les dates de 1990-1995, une augmentation significative de l'incidence, MII  $4,45/10^5$  ( $p < 0,0001$ ), MC  $2,86/10^5$  ( $p < 0,0001$ ) et CU  $1,59/10^5$  ( $p = 0,023$ ) [12]. A Stockholm, région du nord, entre 2002-2007, les MII n'ont pas connu une grande augmentation, étant de  $12,8/10^5$  (2007), une faible augmentation de 3,2% ( $p = 0,54$ ), CU  $2,8/10^5$  (2007), une tendance d'augmentation de 58,4% ( $p < 0,01$ ) et l'incidence de la MC a été de  $9,2/10^5$ . Même si cette tendance d'augmentation n'a pas été assez significative au nord

du Stockholm en 2002-2007, en comparant avec les études de 1990-2001, le taux de l'incidence des MII a clairement augmenté. En Danemark de l'Est on a senti une incidence similaire de la CU et de la MC [5]. La moyenne annuelle de l'incidence pour la période 2007-2009 a été de  $6,4/10^5$  pour les MII, et de  $3,2/10^5$  BC et  $3,1/10^5$  pour CU. Le rapport le plus récemment réalisé en Europe de Sud, en Espagne, a été une étude rétrospective pédiatrique pour 1996-2009, Martinde-Carpi et d'autres ont signalé une croissance des MII de  $0,97/10^5$  à  $2,8/10^5$ . Cette croissance a été plus évidente pour MC (de  $0,53 - 1,7/10^5$ ), même si la CU a augmenté de  $0,39 - 0,88/10^5$  [8]. Une étude récente dans l'Europe de l'Est, en Sloveenie de Nord-Est, a marqué une incidence moyenne annuelle de  $7,6/10^5$  pour MII, et de  $4,6/10^5$  pour MC et de  $2,8/10^5$  pour CU. En 2002-2009, l'incidence a augmenté pour MII  $5,7/10^5$ , MC  $3,9/10^5$  et CU de  $1,8/10^5$  ainsi que,  $8,9/10^5$ ,  $5,0/10^5$  et  $3,4/10^5$  pendant 2008-2010.

On atteste des dates similaires en Hongrie, d'après le Registre pédiatrique pour MII, en 2007-2009, l'incidence moyenne annuelle a été de  $7,48/10^5$  (MII),  $4,72/10^5$  (MC) et  $2,32/10^5$  (CU) [9]. Ainsi, on peut conclure que dans l'Europe de l'Est l'incidence des MII parmi la population pédiatrique est considérablement plus haute que dans l'Europe de l'Ouest, donc une incidence pédiatrique en croissance a été attestée au nord et au sud de l'Europe, aussi bien dans l'Europe de l'Est.

Cette croissance de l'incidence pourra être expliquée par le rajeunissement du début des MII, mais un argument fort de cette hypothèse sera l'hierarchisation de l'incidence par groupes d'âge (0-5 ans, 6-10 ans et 11-15 ans). Henderson et autres (2012) ont comparé l'incidence entre deux périodes (1990-1995 et 2003-2008) et ils ont constaté qu'il n'existe aucune croissance significative de l'incidence dans un lot de patients: lot 0-5 ans (de  $0,9/10^5$  à  $1,5/10^5$ ,  $p = 0,292$ ), le groupe de 6-10 ans (de  $4,3/10^5$  à  $7,4/10^5$ ,  $p = 0,039$ ) et 11-15 ans (de  $7,8/10^5$  à  $11,8/10^5$ ,  $p = 0,052$ ). Une autre recherche, en Californie, pendant 1996-1999, 2000-2002 et 2003-2006, propose des résultats toujours en croissance de la CU pour le groupe de 10-14 ans, mais un peu moins croissants pour ceux de 15-17 ans [11]. Chouraki et autres (2011) ont divisé les patients en deux groupes d'âge (0-9 ans et 10-19 ans), et de même, pendant 1988-1990 et 2006-2007, ils ont remarqué une croissance plus évidente parmi les enfants plus âgés et une croissance faible pour les enfants petits [6]. Contrairement à ceux-ci, Jakobsen et autres n'ont pas saisi une telle différence pour une période de 12 ans (1998-2009).

La classification de Montréal des MII a plusieurs points faibles en ce qui concerne la classification des patients pédiatriques. Les particularités phénotypiques évolutives de la maladie (la localisation, l'activité clinique a temps, le retard de croissance

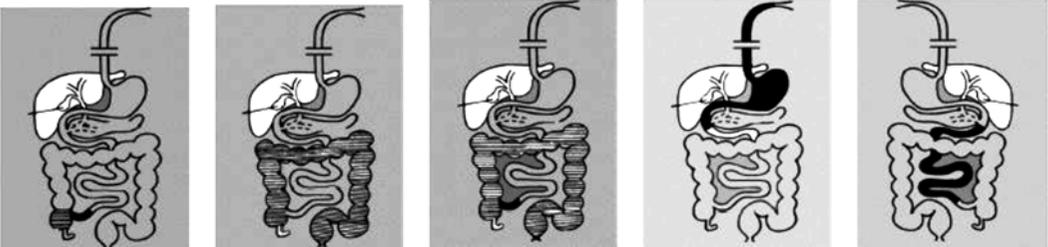
statur pondérale) ne sont pas suffisamment abordées dans la classification de Montréal. Pour faciliter la recherche pédiatrique de MII et pour fonder des critères internationaux pour la définition phénotypique, un group d'experts dans le domaine de la pédiatrie, spécialisés en maladies inflammatoires intestinales, ont élaboré des recommandations basées sur des preuves concrètes en vue de modifier les critères de Montréal.

L'âge du début influence le phénotype tant dans le cadre de la maladie Crohn que dans la colite ulcéreuse. Les modifications de la classification de Montréal, vis-à-vis de la maladie Crohn (tableau 1), comprennent :

l'âge A1a (0-<10 ans), A1b (< 17 ans), A2 (17-40 ans) și A3 (> 40 ans); la localisation L4a (proximal de ligament Treitz) et L4b (distal de lig. Treitz); la présence et l'absence (G1 et G0), mais pour la colite ulcéreuse (tableau 20), l'activité clinique conformément à l'indice d'activité pédiatrique UC PUCAI (S0- sans gravité et S0-grave) et la localisation E4 (la pancolite - proximité de flexion hépatique). Ces modifications reflètent mieux les maladies inflammatoires intestinales aux enfants et elles portent le titre de: *la classification de Paris, 2010*.

Le tableau 1

La classification de la maladie Crohn, d'après la classification de Montréal, 2005 et de Paris, 2010

Critère	Classification de Montréal	Classification de Paris, 2010
<b>Age</b>	A1: < 17 ans A2: 17-40 ans A3: > 40 ans	<b>A1a:</b> 0 -< 10 ans <b>A1b:</b> < 17 ans <b>A2:</b> 17-40 ans <b>A3:</b> > 40 ans
<b>Localisation</b>	<b>L1:</b> iléal terminal/ limité à la cec <b>L2:</b> colon <b>L3:</b> ilio-colonique <b>L4</b>	<b>L1:</b> 1/3 distal de ileum/limité à la cec <b>L2:</b> colon <b>L3:</b> ilio-colonique <b>L4a:</b> proximal de lig. Treitz <b>L4b:</b> distal de lig. Treitz
<b>Pattern</b>	<b>B1:</b> non-stenosant, non-pénétrant <b>B2:</b> sténose <b>B3:</b> pénétrant <b>p:</b> lesion perianale	<b>B1:</b> non-stenosant, non-pénétrant <b>B2:</b> sténose <b>B3:</b> pénétrant <b>B2: B3:</b> sténose/ pénétrant simultanément/ consécutif <b>p:</b> lésion perianale
<b>Retard</b>		<b>G0:</b> sans retard <b>G1:</b> retard
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>L1</span> <span>L2</span> <span>L3</span> <span>L4a</span> <span>L4b</span> </div> 	

**L'objectif de l'étude.** L'évaluation des particularités phénotypiques évolutives des maladies inflammatoires intestinales, La maladie Crohn et la colite ulcéreuse aux enfants de la République de Moldavie en comparaison avec autres centres européens dans le contexte de la classification de Paris, 2010.

**Matériel et Méthodes.** Pour déterminer les particularités phénotypiques évolutives de la maladie Crohn et de la colite ulcéreuse, la recherche a été fondée sur une étude prospective, qui comprend des patients hospitalisés dans la section de gastroentérologie de l'Institut de la Mère et de l'Enfant pendant 2010-2014, ayant le diagnostic de CU ou MC a la suite de l'anamnèse, de l'examen clinique, des testes de la-

boratoire, de l'examen endoscopique et histologique.

Cette étude a encadré 51 enfants avec des maladies inflammatoires intestinales, dont 45(88,23%) avec de la colite ulcéreuse et 6 (11,76) avec la maladie Crohn, ayant l'âge entre 4 mois et 17 ans, avec l'âge moyen de 72±23,93 mois, car l'âge du début a constitué 51±19,91 mois, et avec de lacunes dans le diagnostic précoce des enfants ayant cette maladie. La division par sexes des enfants a souligné la prévalence féminine dans le cadre de la CU avec 24 filles et 21 garçons, le *sex ratio* étant de 1,14, mais dans le cadre de la MC par une prévalence peu significative les garçons dominant avec 4 cas et 2 filles, le *sex ratio* étant de 2/1. Conformément au critère de résidence

La classification de la colite ulcéreuse, d'après la classification de Montréal, 2005 et de Paris, 2010

Critère	Classification de Montréal	Classification de Paris, 2010		
<b>Localisation</b>	<b>E1:</b> proctite – la diminution de l'inflammation au rectum (l'extension de l'inflammation distale de la jonction rectosigmoïdienne) <b>E2:</b> colite de gauche (colite). L'extension de l'inflammation distale de flexion lienale. <b>E3:</b> Colite étendue (pancolite). L'implication étendue du colon, l'extension de l'inflammation proximale de la flexion lienale.	<b>E1:</b> proctite <b>E2:</b> colite de gauche (distale de la flexion splénique) <b>E3:</b> étendue (distal de la flexion hépatique) <b>E4:</b> pancolite (proximal de la flexion hépatique)		
<b>Gravité</b>	<b>S0:</b> rémission <b>S1:</b> facile <b>S2:</b> modérée <b>S3:</b> grave	<b>S0:</b> rémission < 10 <b>S1:</b> facile 10 – 34 <b>S2:</b> Modérée 35 – 64 <b>S3:</b> Grave ≥ 65		
	<b>E1</b> <b>E2</b> <b>E3</b> <b>E4</b>			

les enfants des lieux urbains dominant 30(38,82%) en comparaison avec 21(41,17) des enfants de la région rurale, des dates assez importantes pour mettre en lumière les facteurs étiologiques.

#### Résultats et Débats.

Les particularités cliniques évolutives des maladies inflammatoires intestinales sont dictées par l'entité nosologique, l'âge du début, l'extension du processus et de l'activité. Dans notre étude on a examiné 51 enfants avec des maladies inflammatoires intestinales, dont 45(88,23%) avec de la colite ulcéreuse et 6 (11,76) avec la maladie Crohn, ayant l'âge entre 4 mois et 17 ans. Si on le compare avec d'autres centres européens, la République de Moldavie se situe sur la dernière place d'après le nombre des cas de la maladie Crohn (6 cas), mais en ce qui tient de la colite ulcéreuse sur la troisième place, après le registre Eurokids, l'Hongrie, étant suivie par la Slovaquie du Nord-est, le Stockholm du Nord, l'Irlande.

Pendant la recherche on a identifié parmi les patients avec colite ulcéreuse 38 enfants (92,68%) qui manifestaient de la rectorragie, de la diarrhée 30 enfants (73,17%), le syndrome fébrile 10(24,39%) des cas, mais aux patients diagnostiqués avec de la maladie Crohn c'était la diarrhée 5(83,34%) enfants, le retard du poids 5(83,34%) enfants. Le mal au ventre a été caractéristique dans tous les deux cas, 27(65,85%) des cas pour les enfants accusant la colite ulcéreuse et 5(83,84%) des cas pour la maladie Crohn.

Conformément à la classification de Paris, 2010, les patients avec la maladie Crohn ont été divisés d'après le critère de l'âge (critère A), ainsi 4(66,67%) des enfants se sont retrouvés dans le critère A1a et 2(33,34%) enfants dans le critère A1b, en prévalent les enfants âgés de plus de 10 ans, dates similaires aux autres centres européens. On a estimé dans 66,67%(4/6) cas la localisation colonique(L2) et dans 33,34%(2/6) cas la localisation ilio-colonique, la même chose dans d'autres régions, en ensemble sans aucune dominante de localisation. Le Pattern de la maladie Crohn aux enfants de notre pays est non-sténosant, non-pénétrant(B1) pour 100%des cas, de même on atteste le manque de l'affection perianale, mais en Hongrie, d'après le registre Eurokids, jusqu'au 12% des cas ont le pattern sténosant/pénétrant simultanée/consécutif (B2, B3), mais près de Stockholm et d'Irlande les patients avec la maladie Crohn comportent de l'affection perianale de 8% à 14,5%. Le retard statur pondéral a été présenté en Hongrie (6,6%), Irlande (23%) et en République de Moldavie (83,34%).

Si d'après la classification de Paris, 2010, les patients avec la maladie Crohn dans quelques pays européens se sont classés sur les dernières places, alors que les patients souffrant de la colite ulcéreuse de la République de Moldavie se placent parmi les premières, au nombre de 45 patients, d'après le registre européen Eurokids (578 cas) et en Hongrie (121cas). Si on parle de la localisation, les enfants avec colite ul-

Le tableau 3

## La classification de Paris pour les patients avec la maladie Crohn dans quelques pays de l'Europe [9, 10]

	<b>Eurokids</b>	<b>Hongrie</b>	<b>Stockholm de nord</b>	<b>Slovenie de nord-est</b>	<b>Irlande</b>	<b>Republique de Moldavie</b>
	<b>582</b>	<b>247</b>	<b>96</b>	<b>43</b>	<b>31</b>	<b>6</b>
<b>Age</b>						
<b>A1a</b>	20% (244/1221)	11% (27/247)	-	-	26% (8/31)	33,34% (2/6)
<b>A1b</b>	80%	78% (197/247)	-	-	74% (23/31)	66,67% (4/6)
<b>A2</b>	-	9% (23/247)	-	-	-	-
<b>Localisation</b>						
<b>L1</b>	16%	13,4% (33/247)	8% (8/96)	20,9% (9/43)	19% (6/31)	-
<b>L2</b>	28% (159/582)	27,5% (68/247)	71% (68/96)	4,6% (2/43)	45% (14/31)	66,67% (4/6)
<b>L3</b>	53%	58,7% (145/247)	20% (19/96)	74,5% (32/43)	32% (10/31)	33,34% (2/6)
<b>L4a</b>	-	-	17% (16/96)	48,9% (21/43)	-	-
<b>L4b</b>	-	-	1% (1/96)	34,9% (15/43)	-	-
<b>Patern</b>						
<b>B1</b>	82% (959/1177)	12,1% (216/256)	95% (91/96)	86% (56/65)	90% (28/31)	100%
<b>B2</b>	12% (144/1177)	2,3% (31/256)	5% (5)	6% (4/65)	6% (2/31)	-
<b>B3</b>	5% (55/1177)	1,2% (6/256)	-	8% (5/65)	3% (1/31)	-
<b>B2B3</b>	2% (19/1177)	0,6% (3/256)	-	-	-	-
<b>Affection perianale</b>	9% (114/1207)	14,5% (37/247)	8% (8/96)	-	10% (3/31)	-
<b>Retard</b>						
<b>G1</b>	-	6,6% (16/244)	-	-	23% (4/31)	83,34% (5/6)

Le tableau 4

## La classification de Paris, 2010, pour les patients avec la colite ulcéreuse dans quelques pays de l'Europe [9, 10]

	<b>Eurokids</b>	<b>Hongrie</b>	<b>République de Moldavie</b>	<b>Slovénie de nord-est</b>	<b>Stockholm de nord</b>	<b>Irlande</b>
	<b>578</b>	<b>121</b>	<b>45</b>	<b>39</b>	<b>29</b>	<b>14</b>
<b>E1</b>	5% (27/578)	5% (6/121)	4,45% (2/45)	5,2% (2/39)	11% (3/29)	14% (2/14)
<b>E2</b>	18% (104/578)	24,8% (30/121)	24,39% (10/45)	25,6% (10/39)	14% (4/29)	14% (2/14)
<b>E3</b>	9% (50/578)	13,2% (16/121)	8,9% (4/45)	7,7% (3/39)	4% (1/29)	7% (1/14)
<b>E4</b>	69% (397/578)	57% (69/121)	64,45% (29/41)	61,4% (24/39)	75% (21/29)	65% (9/14)
<b>Gravité S1</b>	-	18,6% (13/121)	82,3% (37/45)	-	-	43% (6/31)

cereuse de la République de Moldavie se caractérisent par le même déroulement du procès, le plus souvent on atteste la pancolite (E4-proximité de la flexion hépatique), c'est dans 64,45%cas, semblable à l'Irlande (65%), la Slovénie de nord-est (61,4%), le registre Eurokids (69%), puis la colite de gauche suit (E2-distal

de flexion splénique) avec 24,39% des cas, la même situation en Hongrie(24,8%), en Slovénie d nord-est ( 25,6%) puis la colite extensive (E3-distal de flexion hépatique) 8,9% des cas, aussi comme dans le registre Eurokids (9%), Slovénie de nord-est (7,7%), Irlande (7%0, et finalement la proctite (E1) avec 4,45% de

cas, en comparaison avec 5% du registre Eurokids, Hongrie (5%), Slovaquie de nord-est (5,2%).

Le degré de gravité a été évalué conformément à l'indice pédiatrique de l'activité (PUCAI), ainsi que de 6 centres européens inclus dans ce projet de recherche, 3 centres n'ont remarqué aucune activité de la colite ulcéreuse, et seulement la Hongrie, l'Irlande, la République de Moldavie ont envisagé une activité clinique de 18,6% à 82,3%.

### Conclusion

1. Les particularités clinique-évolutives des maladies inflammatoires intestinales sont dictées par l'entité nosologique, l'âge du début, l'extension du processus et de l'activité.

2. D'après la classification de Paris, 2010, la maladie Crohn se manifeste aux enfants de la République de Moldavie par des critères similaires aux autres centres européens comme l'âge (A 1a, A 1b), la localisation (L), le retard (G), mais elle se remarque par des formes cliniques sans complications comme la sténose, la pénétration, ou autrement dit le pattern non-sténosant, non-pénétrant (B1).

3. Conformément à la classification de Paris, 2010 les cas de colite ulcéreuse, dans la République de Moldavie, ne présentent pas de divergences dans les autres centres européens en ce qui concerne le critère de la localisation (E), mais la gravité de la maladie est remarquée en spécial aux enfants de notre pays.

### Bibliographie

1. A. Levine, "Pediatric inflammatory bowel disease: is it different?" *Digestive Diseases*, vol. 27, no. 3, pp. 212–214, 2009.

2. A. Levine, A. Griffiths, J. Markowitz et al., "Pediatric modification of the Montreal classification for inflammatory bowel disease: the Paris classification," *Inflammatory Bowel Diseases*, vol. 17, no. 6, pp. 1314–1321, 2011.

3. B. D. Lovasza, L. Lakatosb, A. Horvathc et al., "Incidence rates and disease course of pediatric inflammatory bowel diseases in Western Hungary between 1977–2011," *Digestive Liver Diseases*, 2013.

4. B. Hope, R. Shahdadpuri, C. Dunne et al., "Rapid rise in incidence of Irish paediatric inflammatory bowel

disease," *Archives of Disease in Childhood*, vol. 97, pp. 590–594, 2012.

5. C. Jakobsen, A. Paerregaard, P. Munkholm et al., "Pediatric inflammatory bowel disease: increasing incidence, decreasing surgery rate, and compromised nutritional status: a prospective population-based cohort study 2007–2009," *Inflammatory Bowel Diseases*, vol. 17, no. 12, pp. 2541–2550, 2011.

6. E. I. Benchimol, K. J. Fortinsky, P. Gozdyra, M. Van den Heuvel, J. Van Limbergen, and A. M. Griffiths, "Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: a systematic review of international trends," *Inflammatory Bowel Diseases*, vol. 17, no.1, pp. 423–439, 2011.

7. J. C. Debruyn, I. S. Soon, J. Hubbard, I. Wrobel, R. Panaccione, and G. G. Kaplan, "Nationwide temporal trends in incidence of hospitalization and surgical intestinal resection in pediatric inflammatory bowel diseases in the United States from 1997 to 2009," *Inflammatory Bowel Diseases*, vol. 19, pp. 2423–2432, 2013.

8. J. Martin-de-Carpi, A. Rodriguez, E. Ramos et al., "Increasing incidence of pediatric inflammatory bowel disease in Spain (1996–2009): The SPIRIT Registry," *Inflammatory Bowel Diseases*, vol. 19, no. 1, pp. 73–80, 2013.

9. K. E. Muller, P. L. Lakatos, A. Arato et al., "Incidence, Paris classification, and follow-up in a nationwide incident cohort of pediatric patients with inflammatory bowel disease," *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 57, pp. 576–582, 2013.

10. Katalin EszterMüller, Peter Laszlo Lakatos et al., "Incidence and Paris Classification of Pediatric Inflammatory Bowel Disease" Hindawi Publishing Corporation, Gastroenterology Research and Practice. Volume 2014, Article ID 904307, 10 pages.

11. O. Abramson, M. Durant, W. Mowet et al., "Incidence, prevalence, and time trends of pediatric inflammatory bowel disease in Northern California, 1996 to 2006," *Journal of Pediatrics*, vol. 157, no. 2, pp. 233.e231–239.e231, 2010.

12. P. Henderson, R. Hansen, F. L. Cameron et al., "Rising incidence of pediatric inflammatory bowel disease in Scotland," *Inflammatory Bowel Diseases*, vol. 18, pp. 999–1005, 2012.