



Les affections pancréatiques de l'enfant

Prof. Isabelle Scheers

Service de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition Pédiatrique, Cliniques Universitaires St-Luc, UCL, Bruxelles

La pancréatite aigue et chronique en pédiatrie

Définition

La **pancréatite aigue** est définie par la présence chez un enfant d'au moins deux des trois critères mentionnés:

- 1/ Clinique suggestive: douleurs abdominales sus ombilicale, irradiant dans le dos.
- 2/ Elévation de la lipase sérique à au moins trois fois la limite supérieure de la norme.
- 3/ Imagerie du pancréas pathologique: œdème, nécrose pancréatique.

La fonction et la structure pancréatique est entièrement restaurée à l'issue de l'épisode aigu.

La **pancréatite aigue récurrente** est définie comme la répétition d'épisodes de pancréatite aiguë.

La **pancréatite chronique** est définie par des épisodes répétés de pancréatite entraînant une destruction progressive de la glande. Ceci est associé à une perte irréversible et progressive de la fonction pancréatique endocrine et exocrine.

Etiologies

Les causes de **pancréatites aiguës** sont résumées dans la Table-1.

Il n'existe pas de classification des causes de **pancréatite chronique** spécifique à l'enfant. Néanmoins, la classification TIGAR-O (toxique/métabolique-génétique-auto immune-aigue récurrente-obstructive. Table-2) décrite chez l'adulte peut également être appliquée en pédiatrie.

L'anamnèse détaillée permettra d'orienter les examens complémentaires à réaliser pour définir l'étiologie de la pancréatite. Elle renseignera sur l'existence de facteurs favorisants comme des antécédents familiaux de pancréatite, des antécédents personnels de maladies systémiques, immuno-inflammatoires, métaboliques ou oncologiques, la prise de médicaments, la consommation d'alcool chez les adolescents, ou un tabagisme qu'il soit passif ou actif.

Présentation clinique

La plupart des jeunes patients atteints de pancréatite présentent des douleurs abdominales. Celles-ci peuvent être plus ou moins intenses; tantôt aiguës, intermittentes ou prolongées. L'enfant plus âgé pourra mieux définir le type de douleur qu'il présente. Les nausées et vomissements sont fréquents tout comme un faible appétit et une perte de poids. La fièvre doit être recherchée mais n'est pas constante. Chez les patients atteints de pancréatite chronique on pourra parfois observer une constipation ou au contraire des selles abondantes, malodorantes et huileuses signe d'insuffisance pancréatique exocrine. Des symptômes de carence en vitamines ADEK (déméralisation osseuse, tendance hémorragique, trouble de la vision nocturne) ou un diabète peuvent également survenir dans le décours évolutif de la pancréatite chronique.

Mise au point diagnostique

Biologie:

Le diagnostic repose avant tout sur la mise en évidence d'une élévation de la lipase (et/ou de l'amylase) sérique d'au moins 3x la limite supérieure à la norme. L'élévation de la lipase est plus sensible et spécifique que l'amylase. Le dosage concomitant des enzymes hépatiques, de la bilirubine et des GGT permettra d'exclure une cause biliaire.

D'autres analyses peuvent également être intéressantes et seront réalisées en fonction du contexte clinique: profil lipidique, dosage des IgG4, calcémie, analyses métaboliques, sérologies virales, bactériologie, etc.

Examens radiologiques:

Les examens radiologiques vont permettre de confirmer le diagnostic et d'éventuellement préciser l'étiologie de la pancréatite.

L'échographie du foie, des voies biliaires et du pancréas est l'examen de choix pour le bilan de première ligne. Non invasif, il permettra d'exclure une anomalie de la voie biliaire, une éventuelle lithiase biliaire et des anomalies de l'échostructure hépatique ou pancréatique (calcifications, œdème, pseudokyste, présence d'une lithiase pancréatique). Elle est également l'examen de choix dans le bilan initial des traumatismes abdominaux.

La cholangio-IRM permet une analyse fine des canaux pancréatiques. Néanmoins, chez le jeune enfant cette technique présente plusieurs limitations. D'une part, elle nécessite une sédation afin d'éviter tout mouvement, d'autre part la résolution de l'imagerie est assez faible; enfin, le faible calibre du canal pancréatique limite la détection d'éventuelles sténoses. L'injection concomitante de sécrétine permet d'induire la sécrétion pancréatique et donc de dilater de façon transitoire (environ 10 minutes) le canal pancréatique. Cette technique, nécessitant une certaine expertise, augmente la probabilité de détection d'éventuelles anomalies ductulaires pancréatiques mais reste malheureusement encore trop peu utilisée chez l'enfant où son intérêt paraît pourtant réel.

Analyses complémentaires:

L'évaluation de la **fonction pancréatique exocrine** est importante à réaliser chez les enfants présentant une symptomatologie positive (stéatorrhée, ballonnement abdominal, retard pondéral), en cas de pancréatites sévères et/ou répétées. L'**élastase fécale** est facile à réaliser et peu coûteuse. Elle est considérée comme positive si sa valeur est $<100\mu\text{g/g}$ (valeur normale $>200\mu\text{g/g}$). Des valeurs intermédiaires (entre 100 et $200\mu\text{g/g}$) peuvent être associées à une perte de la fonction pancréatique qui reste toutefois insuffisante que pour engendrer une insuffisance pancréatique clinique. A noter que l'élastase peut également être modérément abaissée en cas de diarrhée infectieuse, de maladie coéliqua, d'entéropathie ou de grêle court. Le **stéatocrite acide dosé sur des selles de 24h** est également un test fréquemment utilisé en routine, sa valeur normale doit être inférieure à 10%. Le **dosage des graisses sur une collecte de selles de 72h** permet de quantifier l'importance de la stéatorrhée. Elle doit être réalisée chez un enfant suivant un régime riche en graisses. Le test est considéré comme positif si la stéatorrhée est supérieure à 15% chez l'enfant de moins de 6 mois et à 7% chez l'enfant de plus de 6 mois.

Le suivi de la **fonction pancréatique endocrine**, par le biais d'un dosage de la glycémie à jeun est également conseillé chez les enfants présentant des épisodes sévères et/ou répétés de pancréatites.

Un **test à la sueur** sera réalisé dans le bilan initial de tout enfant présentant une pancréatite chronique, ceci afin d'exclure une mucoviscidose.

La recherche de **mutations génétiques** dans les gènes causaux (PRSS, CPA2) ou prédisposants (SPINK, CFTR et CTSC) aux pancréatites sera réalisée systématiquement chez tout enfant présentant un tableau de pancréatites récurrentes sans étiologie démontrée. En effet, différentes études ont montré que

l'activation intrapancréatique de la trypsine joue un rôle clé dans la pathogenèse de la pancréatite chronique. Une mutation engendrant un gain de fonction du trypsinogène cationique (PRSS) ou une perte de fonction des gènes inhibiteurs de la trypsine (SPINK) ou du trypsinogène (CTRC) augmente le risque de pancréatite chronique.

Complications de la pancréatite

Des complications générales ou locales peuvent survenir dans le décours (im)médiat d'une pancréatite.

Chez les enfants présentant une pancréatite chronique on peut noter sur le long terme une perte de la fonction pancréatique endocrine et exocrine. Un suivi oncologique est recommandé à l'âge adulte chez ces patients.

La principale complication générale décrite dans le décours immédiat est la défaillance multisystémique. Sa fréquence est exceptionnelle chez l'enfant. Elle requiert une prise en charge aux soins intensifs.

Les complications locales les plus rencontrées dans le décours d'un épisode de pancréatite sont par ordre de fréquence le pseudokyste, la nécrose pancréatique, l'obstruction duodénale, la thrombose spléno-mésentérique et l'hémorragie digestive. Les complications locales peuvent parfois survenir à distance de l'épisode aigu raison pour laquelle un suivi clinique et échographique régulier est nécessaire jusqu'à normalisation du statu clinique et de l'enzymologie.

Prise en charge thérapeutique et pronostic

Traitement médical

Durant la phase aiguë

La plupart des pancréatites chroniques et aiguës de sévérité légère à modérée (absence d'atteinte multisystémique) répondront à un traitement médical conservateur basé sur le repos digestif et le contrôle de la douleur.

Dans la majorité des cas après 24 à 48h de jeûne, l'enfant présentera une évolution clinique et biologique favorable. Durant cette période, l'administration d'une hydratation (orale ou intraveineuse) est nécessaire. Une alimentation orale pourra être reproposée une fois que les enzymes pancréatiques sont en amélioration et que l'enfant ne présente plus de douleurs abdominales importantes. L'alimentation entérale par sonde gastrique ou jéjunale sera proposée à l'enfant dénutri refusant de s'alimenter.

Le contrôle de la douleur se fera par paliers. Le premier palier consiste en l'administration de paracétamol ou d'AINS. Si le contrôle antalgique est insuffisant sous ce traitement, l'ajout de dérivés morphiniques à courte/longue durée d'action peut être proposé. Malheureusement la plupart des médicaments antalgiques utilisés présentent également potentiellement des effets secondaires gastrointestinaux et généraux qu'il faudra considérer avant initiation d'une thérapie. L'évaluation

systematique et régulière de l'intensité de la douleur, en suivant l'échelle EVA ou FLACC par exemple, est indispensable pour évaluer adéquatement l'effet du traitement.

Il n'y a pas d'évidence que l'utilisation d'enzymes pancréatiques, permettant théoriquement de diminuer la boucle de feed-back de l'activation de la sécrétion pancréatique exocrine, puisse avoir un impact sur le déroulement de l'épisode.

L'utilisation d'antioxydants pour prévenir les récurrences de pancréatites n'a jamais été étudiée chez l'enfant.

L'antibiothérapie n'est pas indiquée d'emblée sauf s'il existe une infection prouvée.

Après l'épisode aigu

Le support nutritionnel des patients atteints de pancréatite chronique est essentiel. Il n'existe pas de diète spécifique. On recommandera à l'enfant de manger varié en suivant la pyramide nutritionnelle. L'éviction des graisses n'est pas indiquée. Des fréquents petits repas est souvent mieux toléré. Un suivi diététique peut être proposé pour réaliser un bilan des apports et des habitudes alimentaires. Le diététicien pourra sur cette base donner des conseils nutritionnels orientés à l'enfant et ses parents.

En cas d'insuffisance pancréatique exocrine, l'administration d'enzymes pancréatiques est indiquée. Le dosage sera adapté en fonction de la consistance et de la taille du repas en ne dépassant pas 10.000U lipase/kg/repas. La supplémentation en vitamines ADEK et B12 sera adaptée en fonction des taux sériques.

Les patients présentant une insuffisance pancréatique endocrine seront traités par un schéma d'injection d'insuline.

L'éviction du tabagisme passif et des boissons alcoolisées doit faire l'objet d'une attention particulière.

Traitement endoscopique

La cholangiopancréatographie rétrograde interventionnelle par voie endoscopique (ERCP) et l'échoendoscopie (EUS) sont des techniques de plus en plus utilisées en pédiatrie pour traiter la pancréatite et ses complications. Ces techniques permettent le drainage de pseudokystes, une décompression ductulaire, l'extraction de lithiases et la pose de prothèses dans la voie pancréatique. Plusieurs études ont montré l'intérêt, l'efficacité et le peu d'effets secondaires associés à ces techniques lorsqu'elles sont réalisées par un endoscopiste expérimenté.

Traitement chirurgical

La chirurgie pancréatique est devenue rare en pédiatrie et doit être réservée aux patients présentant une tumeur pancréatique ou des épisodes répétés de pancréatites sévères n'ayant pas répondu au traitement médical et endoscopique. Elle est également proposée aux patients présentant un traumatisme sévère avec transection de l'ampoule ou destruction de la tête du pancréas (trauma pancréatique de grade IV ou V respectivement selon la classification de l'American Association for Surgery of Trauma).

