

■ Analyse bibliographique

■ Bénéfice d'une alimentation précoce dans la prise en charge des pancréatites aiguës modérées de l'enfant

ELLERY KM *et al.* The benefits of early oral nutrition in mild acute pancreatitis. *J Pediatr*, 2017;191:164-169.

L'incidence des pancréatites aiguës chez l'enfant a augmenté ces 20 dernières années. Aux États-Unis, l'incidence des hospitalisations pour des pancréatites aiguës est de 13,2 pour 100 000 enfants par an, soit environ 10 000 enfants par an. La nutrition joue un rôle important dans le traitement de cette pathologie, cependant le protocole de réalimentation optimal reste vague dans la prise en charge chez l'enfant comme chez l'adulte. Historiquement, un repos digestif était préconisé pour empêcher la sécrétion d'enzymes pancréatiques. Chez l'adulte, une réalimentation d'abord pauvre en graisses est désormais recommandée dès que les signes cliniques s'améliorent. Chez l'enfant, la littérature est limitée et les recommandations varient selon les équipes.

Le but de ce travail était de comparer l'évolution des enfants présentant une pancréatite aiguë et réalimentés immédiatement dès leur prise en charge à ceux recevant une réalimentation plus traditionnelle selon l'évolution des signes cliniques. Les enfants, âgés de 2 à 21 ans, qui se sont présentés à l'hôpital de Columbus (Ohio) entre août 2011 et octobre 2013 pour une pancréatite aiguë, ont été inclus dans l'étude. La pancréatite était définie par au moins 2 des 3 signes suivants : douleurs abdominales avec nausées ou vomissements, un taux de lipase > 3 fois la normale et/ou une imagerie en faveur d'une pancréatite. Les patients étaient exclus en cas de pancréatite sévère (dysfonction d'organe) ou chronique (présence de calcifications ou anomalies ductulaires sur l'imagerie), de pancréatite post-chirurgicale, de pancréatite survenue dans un contexte de nutrition entérale ou parentérale. Les enfants inclus prospectivement recevaient, dès l'admission, une alimentation limitée en graisses sous forme de 2 petits repas. Ils étaient comparés à une cohorte historique de pancréatite modérée ayant été traité de façon traditionnelle avec un repos digestif initial puis une reprise alimentaire dès l'amélioration des signes digestifs et/ou biologiques.

Trente patients ont été inclus dans le groupe alimentation immédiate et 92 dans le groupe réalimentation traditionnelle. Les groupes étaient similaires en termes d'âge (11,8 *versus* 12,5 ans ; $p = 0,53$), de sexe (35 % de filles *versus* 50 % ; $p = 0,39$), d'indice de masse corporelle, de taux d'ALAT (113 *versus* 80 UI/L ; $p = 0,19$) et de taux de leucocytes (12,3 *versus* 12,2 K/cu ; $p = 0,65$). Les taux de lipase moyens étaient significativement plus élevés dans le groupe de réalimentation immédiate par rapport au groupe réalimentation traditionnelle (5 362 *versus* 2 773 U/L ; $p = 0,02$). Tous les patients du groupe

alimentation immédiate ont eu une imagerie contre 92 % dans l'autre groupe. L'anomalie majoritairement retrouvée était un œdème du pancréas dans les 2 groupes. Une cause infectieuse était l'étiologie la plus fréquente dans le groupe "alimentation précoce" alors qu'une cause idiopathique était majoritairement retrouvée dans l'autre groupe. Dans le groupe de réalimentation immédiate, 3 patients (10 %) ont eu une aggravation des douleurs avec l'alimentation orale ce qui a conduit à diminuer transitoirement les apports avant de reprendre une alimentation sans graisse avec succès. Aucun des patients de ce groupe n'a eu besoin de nutrition entérale ou parentérale. Dans le groupe "réalimentation traditionnelle", 16 patients (17 %) n'ont pas toléré la reprise alimentaire, 6 ont eu besoin d'une nutrition entérale et 9 d'une nutrition parentérale. Les patients réalimentés immédiatement avaient une durée moyenne d'hospitalisation de 48h30 (37-70 heures) contre 93h dans le groupe réalimentation plus tardive (52-145 heures), $p < 0,0001$). Les patients du premier groupe étaient en moyenne au repos digestif durant 14h (7-19h30) contre 34h (19-55 heures) dans l'autre groupe, $p < 0,0001$. Au cours du suivi prospectif réalisé jusqu'à 30 jours après la sortie, les patients réalimentés immédiatement n'ont présenté aucune complication, un seul patient a été réhospitalisé 24 h pour douleur.

Cette étude suggère que dans les pancréatites aiguës modérées, une réalimentation immédiate pauvre en graisses dès l'admission diminue la durée d'hospitalisation et n'entraîne pas plus de complications à court et moyen terme. D'autres études sont nécessaires notamment pour comparer l'intérêt d'une alimentation pauvre en graisses par rapport à une alimentation normale.

■ Prise de paracétamol pendant la grossesse et risque de survenue d'un trouble de l'attention-hyperactivité chez l'enfant

YSTROM E *et al.* Prenatal exposure to acetaminophen and risk of ADHD. *Pediatrics*, 2017: in press

Le paracétamol est le traitement le plus utilisé en cas de fièvre ou douleur, chez la femme enceinte, 50 à 70 % d'entre elles en consommeraient pendant la grossesse. Or, le médicament traverse le placenta et il est retrouvé dans les urines du nouveau-né à la naissance en cas d'exposition prénatale. Des études de population ont mis en évidence qu'une utilisation prolongée pendant la grossesse pouvait être responsable de trouble de l'attention et d'hyperactivité chez l'enfant. Ces travaux n'ont cependant pas pris en compte un certain nombre de facteurs confondants comme le motif d'utilisation

du médicament, une pathologie inflammatoire pouvant elle-même provoquer des anomalies de développement chez le fœtus, la fréquence d'utilisation avant la grossesse, la consommation du médicament par le père avant la conception.

Le but de cette étude norvégienne de population, prospective, était de voir si l'utilisation de paracétamol pendant la grossesse était associée à un trouble de l'attention-hyperactivité (TDAH) chez l'enfant après ajustement sur les facteurs cités ci-dessus. À partir des registres nationaux de santé publique, les femmes enceintes ont été invitées à participer par mail à l'étude à 18 SA. Des questionnaires concernant la prise de paracétamol et l'évolution de l'enfant étaient envoyés aux familles pendant la grossesse (18 et 30 SA), après l'accouchement, et aux 6 mois, 18 mois et 3 ans de l'enfant. Les données de 112 973 enfants et leurs parents ont pu être étudiées. Les enfants avec un TDAH étaient identifiés grâce à un registre spécifique.

Parmi les 112 973 enfants, 2 246 ont présenté un TDAH. Le diagnostic augmentait avec l'âge, l'estimation cumulative était de 4 % à l'âge de 13 ans. Parmi les femmes enceintes, 46,7 % avaient pris du paracétamol pendant la grossesse; 27 % au cours du premier trimestre, 16 % au 2^e et 3,3 % au cours des 3 trimestres. La consommation de paracétamol avant la grossesse chez la mère était environ comparable à celle du premier trimestre ($r = 0,49$) et du second et 3^e trimestre ($r = 0,49$). La consommation paternelle était associée à celle de la mère avant et pendant la grossesse ($r = 0,18-0,10$). Les nouveau-nés exposés en anténatal au paracétamol avaient un risque (*hazard ratio*) non ajusté d'avoir un TDAH augmenté de 17, 39 et 46 % respectivement après une exposition au 1^{er}, 2^e et 3^e trimestre. Après ajustement sur l'utilisation du paracétamol avant la grossesse par les parents, le risque familial de développer un TDAH et les indications de prise du traitement, une association modeste était retrouvée lors de l'exposition anténatale

au 1^{er} trimestre (HR = 1,07 ; IC 95 % : 0,96-1,19) au 2^e trimestre (HR = 1,27 ; IC 95 % : 1,07-1,38) et 3^e trimestre (HR = 1,27 ; IC 95 % : 0,99-1,63). Concernant le nombre de jours d'utilisation, une exposition prénatale inférieure à 7 jours était négativement associée à un TDAH chez l'enfant (HR = 0,90 ; IC 95 % : 0,81-1), en revanche, le HR augmentait au-delà de 7 jours avec le nombre de jours d'exposition. Une consommation anténatale pendant 29 jours ou plus entraînait une augmentation du HR pour un TDAH à 2,20 (IC 95 % : 1,50-3,24). L'utilisation du médicament pour cause de fièvre ou d'infection pendant 22 à 28 jours était fortement associée à un TDAH chez l'enfant (HR = 6,15 ; IC 95 % : 1,71-22,05).

Ce travail met en évidence que la prise prolongée (≥ 29 jours) de paracétamol pendant la grossesse est associée à un risque augmenté de TDAH ($\times 2$) chez l'enfant même après ajustement sur le risque familial de TDAH, les indications de la prise du traitement et la consommation du médicament par le père et la mère avant la conception. Cette association pourrait être liée à une modification du développement cérébral secondaire au stress oxydatif lié au traitement, à une interférence avec les hormones sexuelles maternelles et à une variation des taux de facteur neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF) impliqué dans la maturation cérébrale. Une prise ponctuelle du traitement (< 8 jours) retrouve en revanche une association négative avec la survenue d'un TDAH de l'enfant.



J. LEMALE

Service de Gastroentérologie
et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.

Livre



La 3^e édition du livre "Alimentation de l'enfant de 0 à 3 ans" de P. Tounian *et al.*, entièrement remise à jour, vient de paraître. Cet ouvrage de référence fournit tous les outils pratiques pour mieux comprendre les bases nutritionnelles de l'alimentation de l'enfant en se basant sur les tout derniers travaux scientifiques. Il contient également des documents utilisables dans la grande majorité des situations, normales ou pathologiques, où des conseils alimentaires doivent être prodigués. Cet ouvrage est édité par Masson dans la collection "Pédiatrie au quotidien".