

LES PANCREATITES AIGÜES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) YALGADO OUEDRAOGO AU BURKINA FASO.

Acute pancreatitis at centre hospitalier universitaire (CHU) Yalgado Ouedraogo au Burkina Faso

Ouangré E¹, Zaré C², Belemilga BGL², Sanou A¹, Zongo N¹, Sawadogo E¹, Théa K¹, Zida M¹, Gnonli P¹, Traoré SS¹.

(1) Service de Chirurgie Viscérale CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou ; (2) Service de Chirurgie Générale, CHU Souro-Sanou de Bobo-Dioulasso

Correspondance : Dr Edgar OUANGRE 09 BP 291 Ouagadougou 09, **Tel** : (00226)70 70 66 03 ; 78 17 24 73 **E-mail** : ouangredgar@yahoo.fr

RESUME

But: Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques, étiologiques, thérapeutiques et évolutifs de la pancréatite aiguë dans le contexte Burkinabè. **Matériels et méthode:** Il a été mené une étude transversale à visée descriptive à partir des dossiers des patients hospitalisés pour pancréatite aiguë dans le service de chirurgie générale et digestive du CHUYO du 1^{er} Janvier 2007 au 31 décembre 2012. **Résultats:** Trente cas de pancréatite aiguë ont été colligés soit une fréquence de 0,46% des hospitalisations et une incidence annuelle de 4,6 cas par an. Il y avait 22 hommes. L'âge moyen était de 42,7 ans. La consommation d'alcool était retrouvée dans 56,7%. Le tableau clinique était dominé par la douleur abdominale (100%). La lipasémie était supérieure à trois fois la normale dans 66,3%. L'échographie abdominale n'a été réalisée que dans 26,7% et le scanner abdominal a été réalisé dans 50%. Le traitement était essentiellement médical. L'évolution a été marquée par la survenue de complications générales dans 40% et un décès a été enregistré. **Conclusion:** les difficultés financières des patients sont un handicap important pour le diagnostic et la prise en charge précoce. **Mots clés:** pancréatite aiguë, diagnostic, traitement, Chirurgie, Ouagadougou,

SUMMARY

Aims To study the epidemiological, diagnosis, etiology, treatment and evolutionary aspects of acute pancreatitis. **Materials and methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study referred from records of patients hospitalized for acute pancreatitis in the Department of General and Digestive Surgery of teaching hospital Yalgado Ouedraogo in Burkina Faso from 1 January 2007 to 31 December 2012. **Results:** We collected 30 cases of acute pancreatitis is a frequency of 0.46 % of hospitalizations and an annual incidence of 4.6 cases per year. There were 22 men. The average age was 42.7 years. Alcohol consumption was found in 56.7 %. The clinical aspects were dominated by abdominal pain (100). Lipasemia was more than three times normal in 66.3%. Abdominal ultrasound was performed in 26.7% and abdominal CT, was made in 50 %. The Balthazar score was been evaluated in 15 patients and was lower in stage C in 9 cases. The treatment was mainly medical. The evolution was marked by the occurrence of systemic complications in 40% and one death was notified. **Conclusion:** financial hardship patients are a major handicap for the diagnosis and early treatment. **Keywords:** acute pancreatitis, diagnosis, Treatment, Surgery, Ouagadougou

INTRODUCTION

La pancréatite aiguë est une urgence médico-chirurgicale [1,2]. L'incidence varie entre 10 et 70 pour 100 000 habitants selon les pays européens et entre 50 et 80 pour 100 000 habitants aux Etats-Unis [10]. Le taux de mortalité globale avoisine les 2 à 10 % selon les régions pouvant atteindre 50 % dans les formes les plus sévères [3]. La pancréatite aiguë doit être diagnostiquée au début de son évolution sur des critères cliniques, biologiques et d'imageries simples qui permettent une évaluation précoce de sa sévérité [4, 5]. Cependant, c'est une affection qui peut présenter de multiples variations cliniques rendant son diagnostic complexe. La prise en charge est multidisciplinaire, faisant intervenir les réanimateurs, les hépatogastroentérologues, les chirurgiens et, de plus en plus ces dernières années, les radiologues [6]. Le but de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques

thérapeutiques et évolutifs de la pancréatite aiguë dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU Yalgado Ouédraogo.

MATERIEL ET METHODES

Une étude transversale descriptive a été réalisée une du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2012 soit une période de 6 ans et demie. Elle concernait l'ensemble des patients hospitalisés pour pancréatite aiguë dans notre service. Les données épidémiologiques étudiées incluaient l'âge, le sexe, la profession, les habitudes alimentaires et les antécédents médico-chirurgicaux. Les données diagnostiques retenues étaient : le motif de consultation, le délai de consultation, les signes cliniques, les signes paracliniques, les éléments du score de Ranson à l'entrée et les données du scanner abdominal pour l'évaluation du score de Balthazar. Le diagnostic de pancréatite aiguë a été retenu sur l'association d'au moins 2 des 3 signes suivants : une douleur abdominale; une lipasémie supérieure à 3 fois la normale ; des

anomalies pancréatiques à l'imagerie confirmant l'atteinte pancréatique.

RESULTATS

Il a été enregistré 30 cas de pancréatite aiguë dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU Yalgado Ouédraogo sur un total de 6479 hospitalisations soit 0,46% des hospitalisations. L'incidence annuelle était de 5 cas par an. L'âge moyen était de 42,7 ans avec des extrêmes de 19 et 85 ans. La tranche d'âge de 35 à 50 ans représentait 46,7%. Nous avons enregistré 8 femmes et 22 hommes soit un sex-ratio de 2,75. Aucun patient n'était porteur connu de lithiase biliaire ni d'obésité. La consommation d'alcool a été rapportée chez 17 patients soit 56,7%. Le délai moyen de consultation était de 3 jours avec des extrêmes de 6 heures à 8 jours. La répartition des patients selon les signes cliniques à l'entrée a été représentée dans le tableau I.

La lipasémie a été réalisée chez tous les patients. La valeur moyenne était de 387 UI/l avec des extrêmes de 66 à 1937 UI/l. Elle était supérieure à 3 fois la valeur normale chez 19 patients (63,3%). L'amylasémie a été réalisée chez 25 patients (83,3% des cas) et était élevée chez 18 patients. La valeur moyenne était de 293,3 UI/L avec des extrêmes de 72 à 1712 UI/L. L'échographie abdominale a été réalisée chez 8 patients soit 26,7% des cas. Elle a permis de mettre en évidence un aspect hypertrophique et œdémateux du pancréas faisant suspecter la pancréatite aiguë. L'appréciation des voies biliaires a permis de mettre en évidence un cas de lithiase biliaire. Le scanner abdominal a été réalisé chez 50% des patients permettant de mettre en évidence : le pancréas augmenté de volume dans 12 cas ; des coulées de nécrose dans 3 cas ; la présence de lithiases biliaires chez 2 patients (6,6%). Le score de Ranson à l'admission et à 48 heures n'a été évalué chez aucun des patients. Le score de Balthazar a été évalué chez 50% des patients (n=15) et était inférieur au stade C chez 9 patients sur 15.

Tous les malades ont reçu un traitement antalgique à base d'une association de Paracétamol et de Néfopam injectable. L'antibiothérapie a été administrée de manière prophylactique chez 18 patients soit 60% des cas dont une mono antibiothérapie à base de céphalosporine de troisième génération (ceftriaxone) chez 9 patients et une bi antibiothérapie chez les 9 autres. Cette bi antibiothérapie consistait à l'association d'une céphalosporine de troisième génération (ceftriaxone) à un imidazolé (métronidazole). Le relai par la voie orale a été faite aussi par l'association amoxicilline acide clavulanique. L'administration d'antiacides inhibiteurs de la pompe à protons a été notée chez 5 patients soit 16,7%. Tous les patients ont été mis sous

diète. Onze patients ont bénéficiés d'une pose de sonde naso-gastrique. L'alimentation parentérale par voie veineuse centrale a été utilisée dans 13,3% de cas (n=4) et une perfusion simple de solutés était faite chez 26 patients (86,7%).

Chez huit patients (26,7%) la laparotomie a été la circonstance diagnostique. Le diagnostic préopératoire était une péritonite aiguë généralisée dans 6 cas et une occlusion intestinale aiguë dans 2 cas. L'évolution a été simple dans 60% des cas ; cependant 12 patients (40%) ont développé des complications. Il s'agissait essentiellement de complications générales. L'état de choc a été retrouvée chez 4 patients (13,3%) ; un épanchement pleural chez 2 patients (6,6%) et une insuffisance rénale aigue fonctionnelle chez 4 patients (13,3%). Une hyperglycémie à 48,10 mmol a été retrouvée chez un patient diabétique connu. Un patient a présenté une récurrence de sa pancréatite aiguë et est décédé soit 3,3% de décès. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12,3 jours avec des extrêmes de 3 à 30 jours.

DISCUSSION

Il existe une disparité sur l'incidence de la pancréatite aiguë selon les pays et les périodes mais concordent presque tous sur la rareté de cette pathologie. L'incidence observée aux Etats-Unis était de 50 à 80/100 000 et de 22/100 000 en France [7]. Ces différences d'incidence pourraient expliquées par des facteurs environnementaux ou d'exposition comme l'alcool. Nous avons recensé au total 30 cas de pancréatite aiguë soit une incidence hospitalière de 4,6 cas par an. Elles ont représenté 0,46% des hospitalisations. En France elle représentait 4% des hospitalisations selon Aurc [8] alors qu'en Afrique du Sud Anderson [9] notait une fréquence de 2% . L'âge moyen de nos patients (42,7 ans) était proche de celui de Mutebi [10] au Kenya qui retrouvait 46 ans. L'âge moyen de survenue de la maladie en occident était de 54 ans [7]. Chamisa et al en Afrique du sud dans leur étude portant sur 707 cas sur 20 ans ont retrouvé le pic de survenu de la pancréatite aiguë entre 31 et 40 ans [11]. Dans notre série comme dans la plus part des études africaines l'âge moyen était relativement bas. Cet âge moyen pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population africaine, son mode de vie et sa courte espérance de vie plus et aussi aux facteurs de risques tels que la consommation d'alcool fort traditionnel ou frelaté. Il a été constaté une prédominance masculine (73,3%) avec un sex-ratio de 2,75. Chamisa et al [11] retrouvaient une prédominance masculine importante avec un sex-ratio de 5,7. La prédominance masculine pourrait s'expliquer par les

habitudes alimentaires des hommes qui consommeraient plus d'alcool et de surcroît des alcools frelatés.

Sur le plan diagnostique, le délai moyen de consultation dans notre série était de 3 jours. Ce long délai pourrait s'expliquer par l'organisation du système de santé qui met le CHU comme le dernier recours des patients. La douleur abdominale a constitué le principal signe fonctionnel retrouvé chez tous nos patients. Elle était associée à des nausées et/ou vomissements dans 56,7% des cas suivi d'arrêt de matière et de gaz dans 30%. Ces mêmes signes fonctionnels ont été rapportés par d'autres auteurs avec des résultats similaires [12, 13]. Il a été noté une fièvre dans 20% des cas ce qui est largement inférieure à celle retrouvée par Levy P et al qui était de 80% [12]. L'état de choc à l'entrée existait chez 6,7% de nos patients contre 20 à 30 % dans l'étude de Levy et al [12]. Les signes physiques étaient représentés majoritairement par la douleur abdominale à la palpation chez 66,7% des patients suivi de la défense abdominale 40% et du météorisme abdominal 30%. Seule la douleur abdominale reste le signe le plus constant. Cette symptomatologie peut simuler un abdomen chirurgical occasionnant des erreurs diagnostiques et le recours à la laparotomie qui a été pratiquée chez 8 de nos patients. La réalisation d'examen morphologiques en urgence (échographie, scanner abdominal) pourrait permettre d'éviter ces erreurs. Ces examens morphologiques restent inaccessibles en urgence dans notre contexte. La lipasémie était réalisée chez tous les patients et était supérieure à trois fois la normale dans 66,3%. La lipase sérique est produite et sécrétée exclusivement par le pancréas. Son dosage a une valeur diagnostique supérieure à celle de l'amylasémie avec une sensibilité de 94% versus 83%, et une spécificité de 96% versus 88% [14, 15]. Elle devrait être réalisée systématiquement devant toute douleur abdominale aiguë. L'échographie a été réalisée chez huit patients soit 26,7%. Ce résultat est inférieur à celui de Mutebi [10] au Kenya qui avait un taux de réalisation de l'échographie de 54%. Cet examen a comme avantage sa facilité, son accessibilité meilleure au scanner, son coût modeste mais sa sensibilité reste faible (60 à 90%) par rapport au scanner qui constitue l'examen de référence et qui doit être privilégié lorsqu'on suspecte une pancréatite [4]. La moitié de nos patients ont pu réaliser un scanner abdominal qui a permis de poser le diagnostic et d'établir le score de Balthazar. Dans la série de Mutebi [10] 74% des patients ont bénéficié d'un scanner abdominal. Cependant il reste un examen encore inaccessible à nos populations à cause de son coût toujours élevé.

Sur le plan pronostique, plusieurs scores ont été décrit permettant d'apprécier la gravité de la pancréatite. Le score de Ranson n'a été évalué chez aucun de nos patients. Cette faible évaluation de ce score était observée par Mutebi [10] au Kenya où il était renseigné seulement chez 8% des patients. Le score de Ranson est basé sur des paramètres cliniques et biologiques qui sont difficiles à réunir en urgence au CHU; ce qui justifierait sa faible réalisation. Le score de Balthazar a été évalué dans notre étude chez 15 patients. Il était inférieur au stade C dans 9 cas (60%). Les malades qui ont un stade inférieur à C ont souvent une évolution plus favorable comme chez nos patients.

Sur le plan étiologique dans notre étude l'alcoolisme a été incriminé dans 56,7%. Ce même constat était fait par Mutebi [10] qui rapportaient une consommation d'alcool dans 51% tandis que Chamisa et al retrouvaient l'alcool comme étiologie dans 67 à 84% selon les tranches d'âge [11]. Notre résultat est largement au dessus de celui retrouvé par Mann DV et al [16] en Angleterre qui incriminaient l'alcool dans 29% cas [16] et en France dans 36% des cas [17]. Nous avons retrouvé la lithiase biliaire dans 6,6%. Ce résultat est similaire à celui de MacPhail AP et al [18] qui retrouvait 7,4% par contre Mann DV et al retrouvaient la lithiase biliaire dans 30% et 37% en France [17]. Le faible pourcentage de lithiase biliaire observée dans notre étude et en générale en Afrique serait lié aux difficultés d'accès des patients à l'imagerie de pointe pour la recherche étiologique. Ces difficultés expliqueraient un taux élevé de 35,8% de cause idiopathique que celui retrouvé dans la littérature en général dans qui varie de 10 à 23% [19]

Au plan thérapeutique, le traitement de la douleur était institué dès l'admission à base de paracétamol associé au néfopam injectable chez tous les patients. L'association paracétamol et néfopam s'est avérée suffisante dans la prise en charge de la douleur. Les morphiniques n'ont pas été utilisés du fait des difficultés dans la manipulation et les nombreux effets secondaires. L'antibiothérapie a été instituée de façon prophylactique dans 60% des cas. Mutebi [10] au Kenya rapportait une antibiothérapie prophylactique dans 28,6% des cas. L'absence d'évaluation de la sévérité et les erreurs diagnostiques pourraient justifier notre fort taux d'antibiothérapie. L'antibiothérapie n'est justifiée qu'en cas d'infection documentée, devant un choc septique, une angiocholite, une infection nosocomiale [4]. Le traitement anti sécrétoire était institué chez 16,7% nos des patients. Les anti-sécrétoires gastriques ont deux intérêts théoriques : la prévention des ulcères, des hémorragies de stress, et la diminution de la

sécrétion pancréatique secondaire à l'inhibition de la sécrétion gastrique. Tous les patients étaient mis à jeun et une sonde nasogastrique était associée dans 36,7% des cas. La mise en place d'une sonde nasogastrique au cours de la pancréatite aiguë permet de soulager les patients présentant des vomissements incoercibles et de mettre au repos le pancréas par la diminution de l'arrivée de liquide acide dans le duodénum. L'alimentation parentérale par voie veineuse centrale était instituée dans 13,3%. Une alimentation parentérale est souvent mise en route au début permettant la mise au repos du pancréas et intervenant comme moyen thérapeutique visant à l'amendement de la poussée de la pancréatite. Cependant elle n'est pas toujours disponible et accessible financièrement ce qui fait qu'elle est remplacée par la perfusion simple par voie veineuse périphérique qui était de 83,7%. La laparotomie était utilisée chez 8 patients (26,7%). Elle a été indiquée suite à des erreurs de diagnostic. Ce chiffre est supérieur à celui d'Anderson [9] en Afrique du Sud qui rapportait seulement 1,4% ; les auteurs français ne rapportent pas de cas de diagnostic per opératoire. La faible réalisation des bilans d'imageries en urgence dans notre contexte justifierait les cas de laparotomie d'autant plus que la douleur pancréatique peut simuler un abdomen chirurgical. Des complications générales ont été rapportées dans 40%. Aucune complication locale pancréatique n'a été notée. Le taux de mortalité était de 3,3%. Ce chiffre est inférieur à celui d'Anderson [9] qui rapportait 9,9% de décès. Il est comparable à celui de Mutebi [10] qui était de 2,9%. Dans la littérature le taux de mortalité globale avoisine 2 à 10 % selon les régions pouvant atteindre 50 % dans les formes les plus sévères [3]. L'absence de complications locales pancréatiques, pourrait expliquer ce faible taux de mortalité dans notre série. La durée du séjour moyen d'hospitalisation a été de 12,3 jours. Elle est voisine à celle de Mutebi [10] au Kenya qui rapportait une durée moyenne de 11 jours. Elle est par contre inférieure à celle d'Anderson [9] qui était de 6 jours.

CONCLUSION

La pancréatite aiguë reste une urgence médico-chirurgicale peu fréquente. Le diagnostic repose sur les signes cliniques dont le plus constant est la douleur abdominale aiguë associée à une élévation de la lipasémie à plus de trois fois la normale et des signes d'atteinte pancréatique à l'imagerie médicale notamment la tomodensitométrie. L'alcoolisme chronique et la lithiase biliaire sont les causes les plus fréquentes. La prédiction de la sévérité par le score de Ranson et de Balthazar reste difficile à cause des faibles taux de réalisation des examens paracliniques. Le traitement est

d'abord médical et vise à calmer la douleur, à prévenir et à traiter les complications systémiques telles que les défaillances viscérales. Le recours à la chirurgie est indiqué qu'en cas de complications locales pancréatiques. L'insuffisance du plateau technique un handicap important pour le diagnostic et la prise en charge. Des actions devraient être menées pour permettre un meilleur diagnostic et une prise en charge adéquate de cette pathologie dont la morbi-mortalité reste élevée.

REFERENCES

- 1- **Carli B, Riou B.** Urgences médico-chirurgicales de l'adulte : Collection Anesthésie et réanimation d'aujourd'hui 1992 ; 390-397.
- 2- **Gainant A, Sautereau D.** Pathologie digestive et abdominale; ellipse édition marketing, 1996 ; 300-308.
- 3- **Jun B, Carr J, Chanques G.** Epidémiologie, pronostic et complications infectieuses nosocomiales des pancréatites aiguës graves en réanimation : étude prospective multicentrique à partir de la base de données CCLin Sud-Est. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2011 ; 30 :105-112.
- 4- **Conférence de consensus** Pancréatite aigue: Conclusion et recommandations de jury-Textes long et court. Gastroenterol Clin Biol 2001 ; 25: 177-192.
- 5- **Mennecier D.** Pancréatite aigue : moyens diagnostiques et éléments pronostiques. Réanimation 2008 ; 17 :768-774
- 6- **Jaber S, Sebbane M, Perrigault PF, Chanques G, Gallix B, Eledjam J.** Les pancréatites aiguës en réanimation : avancées thérapeutiques. [Ann Fr Anesth Reanim](#) 2007 Oct; 26(10): 844-9
- 7- **Montravers P, Benbara A, Chemchick H, Rkaiby N.** Pancréatites aiguës. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-050-B-30, 2007.
- 8- **Aurc A.** Les syndromes douloureux aigus de l'abdomen : étude prospective multicentrique. *Nouv Presse Med* 1981; 10: 3771-3773.
- 9- **Anderson F.** Acute pancreatitis: Demographics, etiological factors and outcomes in a regional hospital in South Africa. *SAJS* August 2008; vol 46, no.3: 83- 86.
- 10- **Mutebi M.** Acute pancreatitis at the Aga Khan University Hospital, Nairobi: a two year audit. *The Annals of African Surgery* November 2007; Vol.1: 60-62.
- 11- **Chamisa I, Mokoena T, Luvhengo TE.** Etiology and mortality from acute pancreatitis at Kalafong Hospital, Pretoria, South Africa, 1988-2007. A retrospective Evaluation, *East and Central African Journal Of Surgery*, Mar-Apr 2010, Vol. 15: 35-39
- 12- **Lévy P, Ruszniewski P, Sauvanet A.** Traité de pancréatologie clinique. Paris:

Flammarion Médecine Sciences; 2005. 422 pages

13- **Moreau J.** Quel est le gold standard pour le diagnostic? Gastroentérologie clinique et biologique 2001;25:1S7-11. 21

14- **Banks Pa, Freeman MI.** Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2006; 101:2379-2400.

15- **Jaber S, Sebbane M, Perrigault Pf, Chanques G, Gallix B, Eledjam J.** Les pancréatites aiguës en réanimation : avancées thérapeutiques. [Ann Fr Anesth Reanim](#) 2007 Oct;26 (10): 844-9

16- **Mann DV, Hershmann MJ, Hittinger R.** Multicentre audit of death from acute pancreatitis. Br J Surg 1994; 81: 890-893.

17- **Ruszniewski P.** Pancréatite aiguë : le temps du consensus. Conférence de consensus. Pancréatite aiguë. Gastroenterol Clin Biol 2001; 25 (suppl1):S1-S2.

18- **Macphail AP, Simon MO, Torrance JD.** Changing patterns of dietary iron overload in black South Africans. Am J Clin Nutr 1979; 32:1272-1278

19- **Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, Carr-Locke D, Telford J, Freeny P, et al.** Guidelines for the management of acute pancreatitis. J Gastroenterol Hepatol 2002;17(suppl):S15-S39.

Tableau I: Répartition des patients selon les signes cliniques à l'entrée

Signes	Effectif (n=30)	Fréquence (%)	fr
Douleurs abdominales	0	3,3	1
Arrêt des matières et des gaz	9	30	3
Fièvre	4	13,3	1
Nausées/vomissements	7	23,3	5
Météorisme abdominale	9	30	3
Ictère	1	3,3	3,
Défense abdominale	2	6,7	4
Etat de choc	2	6,7	6,