

La pancréatite aigue

Dr. TAIB Mustapha

Service de Chirurgie Générale - Hôpital Aïn Taya, Alger

1. Introduction

La pancréatite aigue est une affection présentant de multiples variations cliniques rendant son diagnostic complexe. Le dosage de l'amylase sérique et urinaire est une méthode standard de diagnostic, bien qu'il soit prouvé que ce test reconnaissait 01 malade sur 05 atteints de PA.

Le taux de mortalité avoisine les 2 à 10%. En fait, la PA se présente le plus souvent sous forme modérée et le traitement conservateur est fonction de la reconnaissance rapide de la plupart de ces PA. Les formes sévères constituent environ 15 à 20% des cas. Dans la dernière décade le taux de mortalité des PAS est passé de 30-80 % à 15-20%.

La PA reconnaît maintenant deux phases :

- 1ere phase : inflammation pancréatique extensive avec ou sans nécrose
- 2eme phase : syndrome réponse inflammatoire systémique qui peut provoquer un syndrome de dysfonction multi organe (MODS) avant la fin de la 1ere semaine.

Environ 50% des décès se produisent à la fin de la première semaine le plus souvent par MODS. La première phase des PA peut être réversible par les seules défenses naturelles du patient ou stoppée par une thérapeutique adaptée. La deuxième phase (2^e semaine) est caractérisée par la formation de nécrose stérile, la possibilité d'infection de nécrose, MODS, et décès.

Beger et ses collaborateurs ont montré que le taux de contamination de la nécrose pancréatique était de 24% durant la 1^e semaine, augmentait à 46% la 2^e semaine et culminait à 71% la 3^e semaine.

La défaillance d'organes est présente chez la moitié des patients présentant une nécrose pancréatique cependant l'extension de cette nécrose ne semble pas influencer la survenue tardive de défaillances systémiques. Par contre, l'augmentation du nombre de défaillances systémiques au cours d'une PAS augmentait la mortalité.

La corrélation entre l'âge avancé des patients et la mortalité est bien documentée. La défaillance respiratoire (insuffisance respiratoire aigue) est de loin la complication la plus fréquemment retrouvée chez les patients atteints de PAS; sur 719 patients l'atteinte respiratoire était présente chez 148 patients (21%), atteinte rénale(6%), cardio vasculaire(4%), coagulopathies (1%).

Ceci montre tout l'intérêt voire l'urgence de reconnaître précocement les patients qui peuvent « passer » en PAS spécialement ceux avec une défaillance subséquente, et ceux qui doivent être orientés précocement vers des unités de soins intensifs avec possibilité d'un traitement optimal.

Une meilleure connaissance de la physiopathologie et de la pathogénie des PA pourrait permettre de nouvelles stratégies de prise en charge. L'importance de l'équilibre des cytokines pro et anti inflammatoires est capitale dans la détermination des manifestations cliniques et surtout du devenir clinique.

Une définition des plus concises de cette pathologie est donnée par Ranson en 1982: "A l'heure actuelle le simple terme de pancréatite aigue est utilisé pour décrire une inflammation du pancréas associée à des facteurs étiologiques aussi divers que la lithiase biliaire et la morsure du scorpion noir de Trinidad. Elle comprend des tableaux anatomiques allant de l'œdème pancréatique à la nécrose pancréatique ou péri pancréatique massive et décrit un spectre de présentations cliniques qui inclut une pathologie bénigne spontanément résolutive à la forme fulminante rapidement mortelle".

Sur le plan exploration radiologique, le pancréas était considéré par les radiologues comme un organe caché et ne pouvait être exploré qu'indirectement en étudiant par quelques examens (TOGD) les structures avoisinantes.

L'échographie était le premier examen direct du pancréas.

L'exploration complète de la glande pancréatique a été rendue possible depuis l'introduction du CT scan.

C'est au cours du symposium de Cambridge en 1984 qu'est apparue la distinction fondamentale entre pancréatite aigue modérée et sévère.

Beger a été le premier en 1991 à se baser sur des données morphologiques radiologiques tirant ainsi profit des progrès de la tomodensitométrie.

Incluant par ailleurs des éléments biologiques (marqueurs sériques de l'inflammation, de nécrose ou d'infection) et cliniques (sepsis), il proposait le classement suivant : pancréatite interstitielle (œdémateuse), pancréatite nécrotique (stérile ou infectée) et pancréatite compliquée (pseudokyste, abcès pancréatique).

Cette première approche multidisciplinaire a manifestement représenté une avancée significative. Cependant, l'absence de définition précise des différents états et complications ainsi que l'utilisation par certains de synonymes inadéquats (pancréatite phlegmoneuse, gangréneuse, abcédée...) ont amené une confusion dans les reports des informations par les différentes équipes, expliquant par ailleurs les différences notables dans les résultats thérapeutiques.

A la lumière de ces faits, il est donc apparu fondamental à certains de donner une définition plus précise de la pancréatite aigue et surtout d'en spécifier exactement les différents états et les complications évolutives et ce, sur la base de données pratiques à la fois cliniques, biologiques, morphologiques radiologiques et anatomopathologiques.

C'est dans ce but que s'est tenu à Atlanta en septembre 1992 un symposium regroupant un groupe d'experts internationalement reconnus venant de 15 pays et regroupant 6 disciplines confrontées à la pancréatite aigue (anatomie, gastroentérologie, médecine interne, anatomopathologie, radiologie et chirurgie). Les conclusions de ce symposium représentent ainsi une avancée considérable dans l'homogénéisation du recueil des données sur les pancréatites aigues et ses complications et doivent être considérées actuellement comme définitions de référence dans toute publication (elles sont rapportées dans notre étude dans le chapitre terminologie).

Sur le plan thérapeutique et depuis une cinquantaine d'années la chirurgie est de plus en plus rationnelle (très large évolution des idées) ; initialement la chirurgie d'exérèse alors prônée (pancréatectomie totale) [Alexandre/27] est complètement abandonnée car grevée d'une lourde mortalité.

2. Epidémiologie

La PA est responsable de 3% de toutes les hospitalisations.

L'incidence varie considérablement selon les pays

- Angleterre 10/100 000
- Allemagne 15/100 000
- USA 40-80/100 000
- Finlande 70/100 000

3. Diagnostic de la pancréatite aigue

a. Présentation clinique

Le diagnostic de PA peut être problématique car il n'y a aucun signe clinique spécifique. Les patients présentant une PA peuvent souffrir de multitudes de symptômes incluant la douleur abdominale, météorisme abdominal, fièvre, nausées et vomissements, iléus, ictère. Selon la conférence du consensus de Paris 2001 la

douleur pancréatique est caractéristique lorsqu'elle est épigastrique, d'intensité majeure, en barre ou transfixiante, ou qu'elle irradie vers les 2 hypochondres, s'installant de façon rapidement progressive permanente pour atteindre son maximum en quelques heures et se prolongeant au-delà de 24h, calmée par l'antéflexion du tronc ou le décubitus latéral gauche.

Les signes d'accompagnement digestifs sont nombreux, non spécifiques et inconstants.

Aucun de ces symptômes n'a été rapporté à la sévérité de la maladie. De rares signes cliniques retrouvés comme des ecchymoses du flanc (signe de Grey Turner) ou péri ombilical (signe de Cullen) sont présents chez 1 à 3% des patients mais ne semblent pas prédire la sévérité de la maladie. Les patients présentant une PAS dès le premier jour d'hospitalisation développent en général un syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) caractérisé par la combinaison d'une douleur abdominale, une fièvre, une tachycardie et tachypnée.

b. Le diagnostic biologique

Traditionnellement le diagnostic biologique des PA est basé sur la détermination du taux d'amylase sérique et dans les urines. L'amylase augmente dans les 2-12 heures du début de la crise et se normalise 3 à 5 jours après.

Quoiqu'il en soit, 19% des PA ont une amylasémie normale et il est établi qu'une hyperamylasémie est retrouvée dans de nombreuses affections extra pancréatiques comme la cholécystite aigue, l'occlusion intestinale aigue, la perforation d'ulcère, réduisant par la même et de façon notable sa spécificité.

La lipase pancréatique est synthétisée de façon similaire à l'amylase dans la cellule acinaire exocrine et catalyse l'hydrolyse des triglycérides en di glycérides et acides gras simples.

Une meilleure spécificité et sensibilité a été rapportée par plusieurs essais.

Le taux de lipase sérique demeure élevé plus longtemps que celui de l'amylase.

La trypsine est la principale protéase contenue dans les sécrétions pancréatiques, sécrétée par les cellules acinaires du pancréas après activation d'une pro enzyme : le trypsinogène qui lui, est activé dans l'intestin par une entérokinase. Quand la trypsine atteint la circulation, il peut être inactivé par un inhibiteur majeur de la trypsine sérique : alpha 2 macroglobuline et alpha1 anti trypsine. Dans la pancréatite aigue, la concentration sérique du trypsinogène est fortement augmentée, elle a été considérée comme un bon marqueur de PA.

Récemment, un diagnostic rapide a été mis à l'essai par le dosage du TAP sur bandelettes urinaires.

Plusieurs études ont porté sur de nombreuses enzymes impliquées dans la pathogénie des PA notamment le dosage de l'élastase, de la phospholipase A2, de la chymotrypsine pour pouvoir faire le diagnostic positif et de sévérité des PA. Ces tests restent difficiles à obtenir dans la pratique quotidienne, sont des dosages onéreux et surtout n'ont pas montré leur supériorité sur la lipasémie.

Les autres anomalies biologiques rencontrées au cours de la pancréatite aigue (hyperleucocytose, anémie, thrombopénie, syndrome inflammatoire, coagulopathies, hyperglycémie, insuffisance rénale) sont inconstants et aspécifiques.

c. Le diagnostic radiologique

L'échographie abdominale, devenue examen de routine en urgences chirurgicales, est souvent réalisée chez tous les patients présentant une douleur abdominale aigue. Chez les patients présentant une PA, l'examen est souvent difficile d'abord

par la topographie profonde de la glande pancréatique et surtout par l'interposition de gaz accumulé et aggravé par des iléus fréquents lors de la poussée aigue.

Cependant, l'échographie garde toute son importance dans l'orientation étiologique (surtout biliaire) par l'exploration complète de l'arbre biliaire en mettant en évidence des signes directs ou indirects d'une obstruction biliaire.

Les recommandations de la conférence de consensus de 2001 suggèrent que l'imagerie devrait se limiter initialement à la réalisation d'une radiographie pulmonaire, d'une radiographie de l'abdomen sans préparation et d'une échographie abdominale.

La TDM ne devrait être réalisée en urgence que lorsqu'il existe un doute diagnostique en faveur d'une pancréatite aigue sévère, particulièrement chez les malades hospitalisés tardivement ou présentant des troubles de la conscience.

L'IRM pourrait être proposée à la place de la TDM particulièrement chez les patients présentant une altération de la fonction rénale, sous réserve de son accessibilité et de son coût.

L'examen tomodensitométrique est devenu la méthode de choix dans l'exploration de la glande pancréatique et de sa pathologie. Ainsi le diagnostic, l'évaluation, le suivi, et la détection de complications des PA sont plus aisés.

L'exactitude diagnostique des résultats de l'examen est maximale avec une spécificité de 100%. Cependant sa place dans le diagnostic premier des PA est discuté et discutable du fait de sa disponibilité limitée, de ses coûts élevés.

En outre l'examen tomodensitométrique peut être normal dans 8 à 28% des cas de PA surtout modérée.

4. Evaluation de la sévérité

L'évaluation de la sévérité ou l'identification de toutes les PA potentiellement graves revêt une grande importance. Il est prouvé que les patients atteints de PA admis en soins intensifs après un retard de transfert ont une mortalité plus importante que ceux admis directement. Il paraît évident que la mise en route rapide des soins de réanimation et l'institution précoce d'une surveillance étroite, d'une alimentation parentérale, d'une antibioprofylaxie, de la réalisation d'une sphinctérotomie endoscopique si angiocholite associée présente des avantages certains, tant sur le plan morbidité, que mortalité.

La prédiction de la sévérité dès les premiers moments de l'admission et par la même la survenue de défaillances systémiques au cours des PA constitue pour bon nombre de praticiens l'un des problèmes principaux dans la gestion des PA.

Sur le plan clinique, l'évaluation de la sévérité par des éléments cliniques seuls s'est avérée incertaine. Aussi, cette sévérité est indépendante du taux d'amylasémie et/ou de lipasémie.

L'examen tomodensitométrique CT scan a amélioré l'évaluation de la sévérité de la maladie en explorant l'étendue et la topographie de la nécrose pancréatique ce qui a d'ailleurs permis à Balthazar de définir une pancréatite aigue grave si la nécrose atteignait au moins 30% de la glande. Certains critères anatomiques ont été crédités comme de bons facteurs de gravité, la nécrose du pancréas céphalique était considérée comme aussi dangereuse que si tout le pancréas était atteint. Il a fallu attendre les travaux de Tenner en 2003 pour avancer que la défaillance d'organes se produisait dans seulement la moitié des cas de patients présentant une nécrose.

Ainsi la définition de la Pancréatite sévère (PAS) retenue lors du symposium d'Atlanta se résumait en l'existence d'une ou plusieurs défaillances viscérales et/ou complications locales, ou la présence d'au moins 03 critères de Ranson dans les 48

premières heures ou d'un score d'Apache II supérieur ou égal à 8 quelque soit le moment d'évaluation de ce score dans le cours évolutif de la maladie.

De nombreux scores multifactoriels ont été mis au point pour évaluer au moins la sévérité des PA vu le faible pouvoir prédictif de la clinique seule, de l'absence de corrélation entre l'intensité et l'importance des lésions de nécrose et la survenue de défaillances d'organes (données scanner). Le score de Ranson, le plus ancien, a été établi sur une population présentant une pancréatite d'origine éthylique comprenant 11 paramètres. Ce score n'est en fait complet qu'à la 48^e heure, ce qui constitue son principal inconvénient car la prédiction de sévérité sensée être précoce est tardive... Un autre système d'évaluation a été mis au point : Apache II score utilisé surtout en USI, plus précis et permet surtout de suivre l'évolution du patient (répétitif).

En raison de leur complexité, de la difficulté à les réunir ces scores clinico biologiques sont rarement employés dans la pratique courante.

De nombreuses études sont alors entreprises en quête de facteurs prédictifs simples avec un souci : efficacité et simplicité.

Parmi ces éléments prédictifs simples, la CRP est considérée comme le marqueur le plus simple de la sévérité des PA et correspond à la réponse hépatique de la phase aigue de la PA. Il faut néanmoins au moins 48-72h pour atteindre un niveau significatif (sup. à 150mg/ml).

De nombreux autres facteurs prédictifs de sévérité ont été étudiés qu'ils soient cliniques ou de laboratoire. Parmi ces tests, le dosage de la phospholipase A2 (enzyme inhibitrice des prostaglandines) a permis de faire une corrélation entre la concentration sérique de la phospholipase A2 et la sévérité de la PA.

La mesure de l'élastase sanguine a été employée avec succès pour évaluer la sévérité de la PA. Dans les pancréatites expérimentales, l'on retrouve rapidement et précocement une élévation sensible des cytokines pro inflammatoires lors d'une agression pancréatique.

Sur le plan clinique, les taux sériques des cytokines pro inflammatoires se corrént parfaitement avec la sévérité des PA. Parmi ces médiateurs de l'inflammation, l'interleukine IL6 est le plus important facteur de la réponse inflammatoire, l'interleukine IL8 agent chimiotactique pour les neutrophiles est censée contribuer au développement du dysfonctionnement d'organes.

Le dosage de ces cytokines est difficile, nécessitant de nombreux équipements...

En résumé, tous ces dosages sont peu disponibles et onéreux. Les systèmes de scores bio-cliniques sont le plus souvent complexes, très peu pratiques et ne peuvent être exécutés dans tous les cas. Le test biologique idéal à visée pronostique serait un marqueur précis pour une mesure rapide reproductible et bon marché. La Crp est le marqueur le plus utilisé pour l'évaluation de la sévérité de la PA mais sa sensibilité est basse dans la phase de début de la maladie. L'espoir semble provenir de l'étude des médiateurs de l'inflammation, les interleukines dont le dosage reste coûteux et laborieux. En conclusion, il semble qu'aucun test n'est idéal ni assez précis et une combinaison de plusieurs facteurs ou marqueurs s'avère nécessaire pour prévoir une PA grave et ses complications systémiques.

5. Nouvelles stratégies thérapeutiques

La plupart des patients présentant une PA modérée récupèrent sans aucun traitement particulier. Il faudrait se concentrer d'avantage sur les patients présentant des pancréatites sévères et l'absence de traitement spécifique de ces pancréatites graves pousse tous les praticiens à concentrer leurs efforts sur

l'identification rapide de ces malades (qui développent des formes graves avec défaillances poly viscérales) dans l'espoir qu'une prise en charge précoce et une réanimation appropriée dans des USI pourrait améliorer le pronostic. L'étude de Brivet a en effet montré qu'un retard aux soins de réanimation a multiplié par 4 son taux de mortalité.

Le traitement des PA est en grande partie un traitement symptomatique visant principalement à empêcher la survenue de complications systémiques au décours de la maladie. Deitch en 1992, a montré la supériorité de la nutrition entérale sur la parentérale : réduction du phénomène de translocation bactérienne et donc diminution le risque d'infection de la nécrose pancréatique.

Dans les cas gravissimes ou la PAN est associée à une angiocholite d'origine biliaire, la sphinctérotomie endoscopique a permis de réduire de manière très significative le taux de complications et de mortalité.

L'intérêt de l'antibiothérapie prophylactique s'est avéré utile dans le traitement des PAN.

Quelle place pour la chirurgie ?

La chirurgie garde toute sa place dans le traitement de la nécrose infectée, dans le traitement de l'origine biliaire de la PA, dans certaines complications tardives comme l'abcès ou le pseudo kyste du pancréas. La chirurgie est indiquée également si le statut clinique et biologique du patient se détériore en dépit d'une réanimation efficace et bien conduite.

L'avenir viendra probablement des nouvelles possibilités d'un traitement par immuno modulation...

6. ETAT ACTUEL DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PANCREATITE AIGUE DANS LES HOPITAUX DE LA REGION CENTRE

Une étude rétrospective sur l'ensemble des PA admises dans les services de chirurgie de la région centre (Alger, Blida, Tizi Ouzou) durant la période de janvier 2004 à décembre 2005 (2 ans) a été réalisée par notre équipe. Cette étude nous a permis d'obtenir quelques indicateurs de la prise en charge des PA dans ces structures, éventuellement les comparer à la seule étude référence sur le sujet en l'occurrence le rapport sur les PA présenté au congrès maghrébin de 1985 (Pancréatites aiguës nécrotico-hémorragique : expérience algérienne A. Hammad XIV Congrès médical maghrébin Monastir Tunisie Mai 1985).

Nous avons pu réunir 210 dossiers de patients présentant une pancréatite aiguë durant cette période, les données cliniques, biologiques, d'imagerie, thérapeutiques, et d'évolution ont été recueillies afin d'obtenir une étude descriptive et analytique de la population étudiée.

RESULTATS ET COMMENTAIRES

L'âge

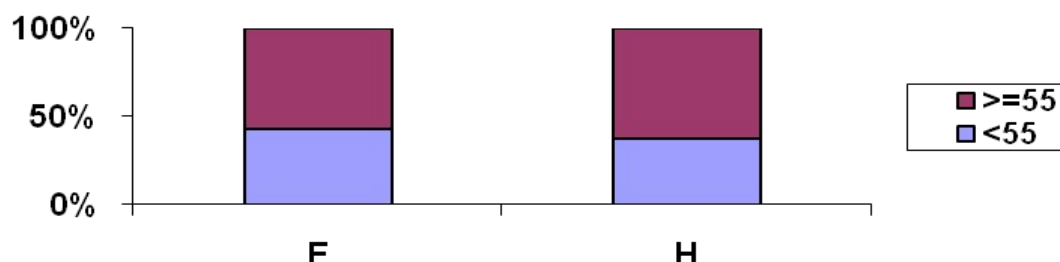
Les 210 patients inclus sont âgés de 16 à 80 ans.

L'âge moyen des hommes est de 52ans (extrêmes : 26-78 ans) alors que celui des femmes est de 50.8 ans (extrêmes : 16-80ans)

L'âge moyen global est de 51.15 ans (rapport maghrébin 85 :44 ans)

L'âge référence : >55 ans (La limite de 55 ans est retenue comme facteur de risque faisant partie du score de Ranson, il s'agit de l'âge moyen le plus retrouvé dans la littérature).

Répartition des pancréatites aiguës par sexe et par âge



La répartition couplée par âge et sexe de nos malades est identique pour les 2 groupes.

La fréquence maximale de pancréatite semble toucher la tranche d'âge située entre 40 et 60 ans.

Près de 50% des PA se recrutent dans la tranche d'âge 40 à 60 ans.

Le sexe

Sur les 210 dossiers de pancréatites aiguës :

- 141 sont des femmes soit 68.2%
- 69 sont des hommes soit (31.7%).

Le sex ratio est 0.49, il varie entre 0 et 0.75 ($p=0.9$). Ce chiffre confirme la prédominance féminine notée également dans d'autres séries de la littérature

Le diagnostic

Comme dans toutes les études la douleur abdominale est le signe principal et constant de la maladie. C'est le motif de consultation le plus retrouvé. La douleur est le plus souvent d'apparition brutale, elle atteint son maximum en quelques heures.

D'autres signes fonctionnels sont retrouvés avec une fréquence variable.

Présentation clinique

	%
Douleurs abdominales	97
Tableau cholécystites aiguës	58
Syndrome d'irritation péritonéal	16
Syndrome infectieux	14
Choc	13
ictère	11
Occlusion intestinale aiguë	10
Défaillances multi viscérales	5
Troubles respiratoires	3

La présentation clinique des patients de cette série est comparable à celle de la littérature. Cependant un élément clinique est quasi constant : la difficulté à discerner sur le plan fonctionnel et clinique la douleur de la PA et celle de la lithiase vésiculaire (colique hépatique). Les signes d'accompagnement sont nombreux, non spécifiques et le plus souvent inconstants.

Près de 11% des malades présentent des tares associées, la plus fréquemment retrouvée est l'obésité (l'indice de masse corporelle non évalué).

	<u>Tares associées</u>
Obésité	22%
Diabète	9%
Hypertension artérielle	8%
Insuffisance respiratoire	3%

Le dosage de l'amylase sérique est le test biologique le plus utilisé pour faire le diagnostic de PA dans le cadre de l'urgence. Ce test a été pratiqué chez environ 60% des malades.

Il n'a été contributif que dans 30% des cas ; en effet, dans un certain nombre de cas de pancréatites avérées, l'amylasémie était strictement normale. Ceci pouvant s'expliquer par l'élévation fugace de cette dernière passée inaperçue au moment de l'admission du patient, et par une normalisation de son taux sérique en moins de 48 heures.

Le dosage de la lipasémie a été peu retrouvé dans les dossiers. En fait cet examen est rarement disponible en urgence...

Près de 121 patients ont bénéficié d'une échographie abdominale (à l'admission). Seuls 64 patients (53%) présentaient des signes échographiques de pancréatites aiguës.

L'échographie abdominale est pratiquée en première intention devant des douleurs abdominales ou une suspicion de PA avec, en réalité, qu'un objectif : celui d'éliminer une urgence chirurgicale.

Sa sensibilité dans le diagnostic de PA est faible, cet examen reste très peu contributif au diagnostic.

D'ailleurs la confirmation diagnostique est, en règle générale, obtenue par l'examen TDM dans la plupart des cas. L'origine biliaire est souvent retrouvée par le seul examen échographique.

Les étiologies

PA d'origine biliaires :	143
PA cause non déterminée :	56
PA postopératoires :	4
PA post-SE :	3
PA alcoolique :	3
PA sur PCC :	1

Comme dans la grande majorité des études, l'étiologie biliaire prédomine sur toutes les autres. En effet, la cause biliaire est mise en évidence chez 67.62% des patients de notre étude alors que de nombreuses études retrouvent des taux variant entre 20 à 60%.

Dans notre pays, il s'agit de tout temps la cause la plus fréquente de PA :

Congrès Maghrébin 1972	67%
Congrès maghrébin 1985	72,3%
Région centre d'Alger (2004,2005)	67,62%
Hôpital Ain Taya (2004-2006)	56,92%

Dans cette étude les pancréatites aiguës sévères connaissent une origine biliaire dans 77.9% des cas.

Fait marquant, on note une proportion importante de PA dont l'étiologie n'a pu être déterminée (cause non évidente) : 26,7%.

Ce pourcentage est supérieur à celui habituellement observé dans la littérature qui varie de 10 à 20% et ce, bien entendu après un bilan approfondi.

Cette forte proportion d'étiologies indéterminées peut être due soit à un manque de réalisation d'explorations complémentaires particulièrement à la recherche d'une origine biliaire devant des PA d'évolution rapidement favorable et ne récidivant pas, soit le plus souvent à des moyens biologiques et radiologiques spécifiques très peu disponibles dans certaines de nos structures hospitalières.

	PA « essentielles » %	PAP0 %	PA Post SE %
Alcool %			
Congrès Maghrébin 1972	25	7	1,5
Congrès maghrébin 1985	15,6	4,8	1,8
Service Pr Djilali (2004-2006)	21,06	2,64	7,89
Région Centre (2004,2005)	26,7	1,90	1,43

La prédiction de sévérité

Dans les nombreux dossiers étudiés, la prédiction de la sévérité des PA n'a été qu'approximative. Elle se basait le plus souvent sur une évaluation clinique (âge, obésité, détresse respiratoire, signes de choc) qui, faut-il le rappeler, même si elle est pratiquée par un médecin expérimenté, prédit l'évolution vers une forme compliquée avec une sensibilité qui ne dépasse jamais 60%.

Le score de Ranson n'a été renseigné que dans 5.24% des cas.

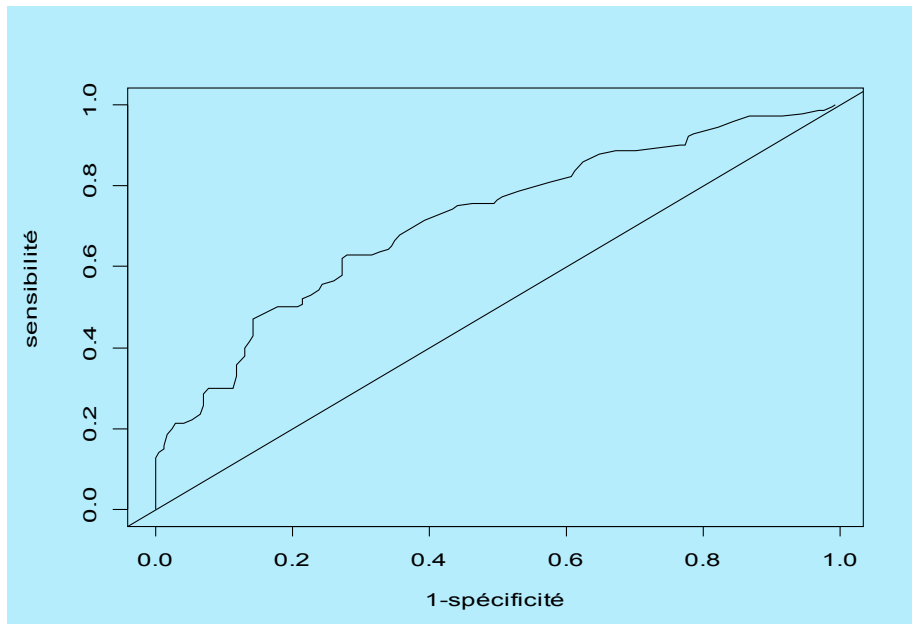
Ceci montre encore que ces scores multiparamétriques qui incluent des données cliniques et biologiques sont extrêmement difficiles à réunir surtout en urgence et qu'il faudrait peut être penser à obtenir des indices de sévérité simples pour apprécier la gravité de l'affection.

Sur le plan biologique, seule la glycémie aurait pu être utilisée comme un facteur prédictif de sévérité (dosage biologique le plus souvent retrouvé 75%) dans les différents centres cités.

Seuil > 1.80g/l	PAS	PAM
+	35	16 P=10 ⁻⁵
-	35	68

Dans cette étude la glycémie possède une :

Sensibilité	=	50	%
Spécificité	=	80.95	%
VPP	=	68,63	%
VPN	=	66,02	%



Courbe ROC : évaluation de La glycémie à l'admission

Histogramme
Test de wilcoxon (AUC =0.71)

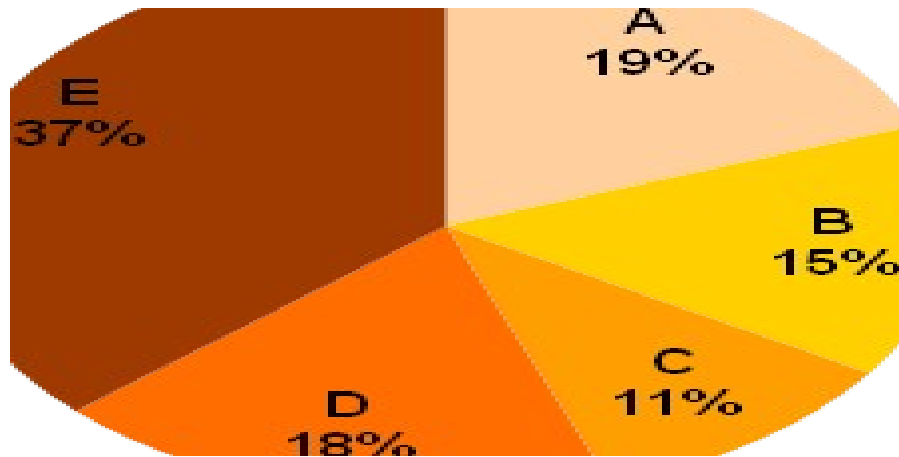
En somme, la glycémie à l'admission avec un seuil de 1.80g/l aurait été un excellent test pour distinguer les PAS des PAM avec une signification statistique appréciable ($p=0.005$).

L'examen tomodensitométrique est le plus souvent réalisé à l'admission (24^e heure) essentiellement dans un but diagnostique. L'évaluation des lésions est par conséquent sous évaluée. La réalisation précoce du scanner (avant la 72^e heure) peut, en effet, sous estimer l'importance des lésions pancréatiques ; la PA pouvant se développer sur un pancréas d'aspect normal au départ.

En effet, la gravité des PA a été le plus souvent évaluée sur les données TDM du pancréas à l'admission (ne prenant compte donc que les lésions initiales) : il s'agit par conséquent d'une gravité morphologique. On pourrait reprocher aussi aux différentes données d'imagerie d'établir une évaluation pronostique, et donc un diagnostic évolutif sur l'étude d'un simple aspect figé de la maladie à un moment donné. De même, la présence de nécrose glandulaire ne signifie pas nécessairement une évolution défavorable, on estime ainsi que la présence de nécrose permet de diagnostiquer une forme sévère de PA dans 50% des cas seulement.

En fait, une étude tomodensitométrique même évolutive reste insuffisante dans la prédiction de la sévérité d'où peut être l'intérêt d'avoir recours au score de sévérité tomodensitométrique qui lui associe le stade TDM et l'étendue de la nécrose.

Le score de Balthazar a été par contre calculé dans 85.24%... Lorsqu'il est renseigné il s'agit du stade E dans 37 % des cas. 82% des PAM ont bénéficié d'un scanner à l'entrée (stade A, B, C). L'indication de cet examen TDM nous semble excessive (surtout pour les stades A, B), une échographie suffit le plus souvent pour le diagnostic de PA modérée.



Répartitions des PA suivant le stade de Balthazar

Quelques particularités sont à noter chez nos patients

- Les pancréatites biliaires présentent plus volontiers une nécrose étendue (stade E de Balthazar).
- La prévalence moyenne de la PAS est de 49,3%.

Cette prévalence des PAS dans cette présente étude apparaît supérieure à la moyenne. La littérature considère que 20% des pancréatites aiguës sont nécrosantes et sévères.

Ceci semble être en rapport avec l'évaluation morphologique (sur des images TDM) exclusive de certaines PA qui mesure en fait la gravité des lésions anatomiques, sa valeur pronostique sera toujours inférieure à celle des scores bio cliniques qui mesurent eux la gravité de l'état du patient.

- Dans cette étude, le groupe PAS connaît une origine biliaire dans 77.9% des cas, cette cause biliaire est retrouvée le plus souvent par l'échographie abdominale dans 65% des cas.

Résultats de la prise en charge

La morbidité globale est de 17,14%.

- L'infection de nécrose a compliqué 8.7% des pancréatites aiguës. Ce taux d'infection de nécrose inférieur à celui de la littérature révèle peut être quelques difficultés à poser ce diagnostic. En effet aucune des infections de nécrose colligées n'a été précédée de ponction à l'aiguille fine ni documentée.
- Un pseudo kyste a été retrouvé dans les suites de 9% des pancréatites admises. Il s'agissait de PA de grades tomodynamométriques D ou E dans 75% des cas et C dans 25%. Aucun pseudokyste n'a été mis en évidence pour des pancréatites A ou B à l'admission. La résolution s'est faite spontanément dans 30% des cas.
- Deux récurrences de la PA ont été observées durant cette période (PA alcoolique, PA idiopathique).

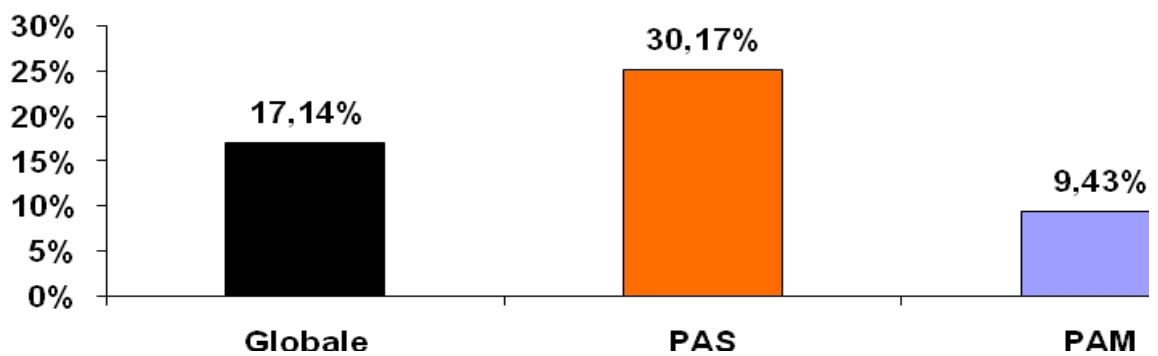
- Une fistule pancréatique externe prolongée chez une patiente opérée pour une abcédation de la nécrose pancréatique.
- Une éventration et une occlusion ont été notées dans 5.5% des laparotomies.

La mortalité

- Le taux de mortalité global dans cette série est de 17.14%
- La mortalité des PAS est de 30,1%
- La mortalité des PAM 9,43%.
- La mortalité moyenne des PAS d'origine biliaire est de 25,7%

	Mortalité PAS
Congrès maghrébin 1985	50 %
Centre Alger (2004,2005)	30,1%
Hôpital Ain Taya (2004-2006)	21%

Morbidité globale /par pancréatite modérée et sévère



Le taux de mortalité enregistré dans les formes modérées de 9.43% est nettement supérieur aux données les plus récentes de la littérature. Il semble que ce taux soit corrélé au mode d'évaluation de la sévérité (évaluation morphologique) qui peut mal classer certaines pancréatites aiguës sévères.

Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation chez les survivants est de 28 jours pour toutes les pancréatites aiguës. Elle est de 33.7 pour les PAS.

Traitement chirurgical

- Aucun geste chirurgical n'a été effectué sur une nécrose stérile ou sur le pancréas (50% des patients en ont eu un sur le pancréas dans le rapport maghrébin 1985).
- La chirurgie de nécessité (traitement de certaines complications telles une perforation colique, une hémorragie digestive etc....) a été rendue nécessaire dans 8% des cas.
- Parmi les 142 PA d'origine biliaire, une chirurgie biliaire est réalisée chez 22 patients dans le même temps d'hospitalisation (soit 15,5%), chez le reste des patients cette chirurgie a été différée après la phase aiguë de la PA (nécessitant une 2^e hospitalisation).
- Parmi les 103 PAS, le drainage de collection infectée (drainage exclusivement chirurgical) a été réalisé dans 7 cas soit 6,8%.

Cette étude rétrospective succincte nous a permis de réunir quelques informations :

- Une difficile exploitation des dossiers.
- La fréquence des pancréatites aiguës est loin d'être négligeable (210patients/2 an).
- L'âge de ces patients est relativement jeune (moyen 51.15 ans), sexe ratio est 0.49.
- Sur le plan clinique la douleur intense reste révélatrice.
- Le dosage de l'amylase sérique est réalisé dans 60% des cas cependant peu contributif (30%).
- Le taux de pancréatites aiguës d'origine biliaire est 67.62% (n=143).
- L'évaluation de sévérité a été principalement tomodynamométrique (gravité morphologique).
- Le score de Ranson n'a été calculé que dans 5.25%.
- La glycémie est le seul examen biologique qui aurait pu être utilisé pour la prédiction de sévérité. Une glycémie supérieure à 1,80 g /l est significativement corrélée à la gravité d'une PA (p=0.005).
- La prévalence des PAS est de 49.3%
- La prévalence de l'infection de nécrose 8.7%
- La mortalité globale est de 17.14.
- La mortalité des PAS est de 30.1%, celle des PAM 9.43%.
- La chirurgie biliaire a été différée dans 85% des cas (programmée dans une 2^e hospitalisation).

