

Les pancreatites aiguës en Afrique subsaharienne : a propos de 16 cas au chu de treichville

Acute pancreatitis in sub-saharan Africa: about 16 cases at teaching hospital of treichville

KM Goho, KHN Ahue, M Keita, N Anoh, AA Adon, YM Yapo, ACV N'guessan, NA Coulibaly, KJ Kpan, AG Aboua, KJ N'dri, OB Blegole, JM Casanelli

*Service de chirurgie générale digestive et endocrinienne chu de Treichville-Abidjan
Service de chirurgie digestive et proctologique du CHU de Treichville*

Correspondant : Goho koudé Marius Email : gohokouidemarius@gmail.com Cel : +225 0708067146

Résumé :

Les pancréatites aiguës (PA) se définissent comme une inflammation aiguë du pancréas. C'est une pathologie dont l'incidence est sous-estimée en Afrique subsaharienne. Sa forme nécrotique est pourvoyeuse de conséquences graves. Le but de cette étude est de montrer les caractères épidémiologiques, diagnostiques et évolutifs de cette affection. Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'est déroulée entre janvier 2019 et décembre 2023 dans le service de chirurgie digestive et endocrinienne du chu de Treichville. Nous y avions inclus tous les patients de moins de 16 ans reçus et traités pour une pancréatite aiguë ayant des dossiers complets. Nous avons recensé 16 cas. Il s'agissait de 10 hommes et 6 femmes. L'âge moyen était de 44 ans. Le motif principal de consultation était la douleur abdominale. Le diagnostic avait été posé selon les critères de la conférence d'Atlanta. Le pronostic des patients a été évalué avec le score SRIS (score de réaction inflammatoire systémique). Au total nous avons eu 12 cas de pancréatite œdémateuse. L'étiologie principale était idiopathique (7 cas). L'évolution était marquée par le décès de 4 patients. La prise en charge des Pancréatites aiguës revêt un défi majeur en Afrique subsaharienne à cause de sa méconnaissance par de nombreux praticiens et de sa forme grave qui peuvent entraîner la mort du patient.

Mots-clés : Douleurs abdominales-Pancréatites aiguës- SRIS

Abstract:

Acute pancreatitis (AP) is defined as an acute inflammation of the pancreas. It is a pathology whose incidence is underestimated in sub-Saharan Africa. Its necrotic form is a source of serious consequences. The aim of this study is to show the epidemiological, diagnostic and evolutionary characteristics of this condition. This was a retrospective study that took place between January 2019 and December 2023 in the digestive and endocrine surgery department at teaching Hospital of the Treichville. We included all patients under 16 years of age received and treated for acute pancreatitis with complete files. We identified 16 cases. There were 10 men and 6 women. The average age was 44 years. The main reason for consultation was abdominal pain. The diagnosis was made according to the criteria of the Atlanta conference. The prognosis of the patients was assessed with the SRIS score (systemic inflammatory reaction score). In total we had 12 cases of edematous pancreatitis. The main etiology was idiopathic (7 cases). The evolution was marked by the death of 4 patients. The management of acute pancreatitis is a major challenge in sub-Saharan Africa because of its lack of knowledge by many practitioners and its severe form which can lead to the death of the patient.

Keywords: Abdominal pain-Acute pancreatitis- SIRS

Introduction

La pancréatite aiguë (PA) est une inflammation aiguë du pancréas, due à une autodigestion de la glande par une activation prématurée et inadaptée des enzymes pancréatiques dans les canaux pancréatiques, au sein même de la glande. [1] C'est une pathologie grave surtout dans sa forme nécrotique. [2] L'incidence de la pancréatite aiguë varie considérablement selon les pays. Cette dernière est de 13-45 cas pour 100 000 habitants par an dans les pays occidentaux mais reste sous-estimée en Afrique subsaharienne. [3] Les

étiologies des pancréatites aiguës sont multiples mais les plus fréquentes sont les calculs biliaires et l'alcool.[4] Leur diagnostic est souvent difficile. Selon la conférence d'Atlanta, deux critères sur trois permettent de confirmer celui-ci. Il s'agit de la douleur adnominale typique, d'une augmentation de la lipasémie et un scanner abdominal montrant des images en faveur d'une pancréatite.[5] Le but de cette étude était de montrer les caractéristiques épidémiologiques, diagnostiques et évolutifs des pancréatites aiguës dans nos conditions de travail.

Matériels et méthode Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, réalisée de janvier 2019 à décembre 2023. Elle a eu pour cadre le service de Chirurgie digestive et endocrinienne du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville. Elle concernait tous les patients admis et traités pour une pancréatite aigüe dans notre service. Les paramètres étudiés étaient d'ordre épidémiologique (Age, sexe, antécédent), clinique (délai de consultation, signes cliniques), paraclinique (imagerie et biologique) et évolutif. Après recueil des données, celles-ci ont été saisies et analysées sur un tableau Excel. Les résultats ont été exprimés en fréquence et en médiane avec leurs extrêmes. **Résultats** Pendant la période d'étude, 16 cas de pancréatite aigüe ont été colligés. Soit une fréquence de 4 cas par an. Il y avait 10 hommes et 6 femmes avec un sex-ratio de 1,66. L'âge moyen des

Tableau I : Signes cliniques présentés par les patients

| Signes | Fréquence % |
|--------------------------|-------------|
| Douleurs abdominale | 100 |
| Vomissement | 43 |
| Trouble du transit | 37 |
| Trouble de la conscience | 12,5 |
| Détresse Respiratoire | 12,5 |
| Oligo-anurie | 12,5 |
| Distension abdominale | 31,25 |
| Irritation péritonéale | 25 |

Nos patients avaient réalisé des examens d'imagerie allant de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) au scanner abdominal. La radiographie de l'abdomen sans préparation a été réalisée chez 3 patients soit 18,75% des cas et elle montrait une stase hydro-aérique. La radiographie thoracique qui avait été faite chez 10 patients soit 62,5% des cas avait objectivée une pleurésie dans 2 cas. Quant au scanner abdominal fait chez 13 patients soit 81,25%. Il y avait également des perturbations biologiques. La lipasémie dosée chez 10 patients soit 62,5% avait montré une valeur supérieure à 3 fois la normale dans 3 cas. L'amylase avait été dosée chez 10 patients soit 62,5% avec une valeur supérieure à 3 fois la normale dans 5 cas. On avait respectivement une hyperleucocytose, une leucopénie et anémie chez 6, 2 et 3 patients. On avait une hyperurémie dans 2 cas et une hypercréatininémie dans 3 cas. La CRP était positive chez 10 patients. Le bilan hépatique avait été réalisé chez 3 patients était normal. Le pronostic des patients a été fait à partir du score SRIS (score de réaction inflammatoire systémique). Ainsi nous avons classé les patients en trois groupes selon la classification révisée d'Atlanta. Les pancréatites légères (8 cas), les pancréatites modérées (4 cas) et enfin les pancréatites graves (4 cas). Nous avons recensé 4 cas de pancréatite en per-opératoire. Il s'agissait de patients présentant un tableau franc d'abdomen chirurgical. L'étiologie était alcoolique dans 6 cas, biliaire dans 3 cas et idiopathique dans 7

patients est de 44,37 ans avec des extrêmes allant de 25 à 74 ans. On avait 9 patients avec antécédents d'alcoolisme chronique et 1 patient avec antécédent de lithiase biliaire. Le délai de consultation allait de 20 heures à 3 jours. Le motif de consultation était la douleur abdominale chez tous nos patients. Le siège de celle-ci était épigastrique dans 50% des cas. Il y avait des vomissements alimentaires chez 7 patients (43%) et un trouble du transit chez 6 patients (37%). L'état général des patients étaient conservés dans 11 cas soit 68,75%. 2 patients présentaient un état de choc avec une agitation, une détresse respiratoire, une oligo-anurie. Il y avait une distension abdominale dans 5 cas et des signes d'irritation péritonéale dans 4 cas ayant conduit à un diagnostic per-opératoire. Cependant aucun patient ne présentait de signes cutanés. **Tableau I.**

cas. Par ailleurs, concernant la forme anatomopathologique, les pancréatites œdémateuses étaient les plus fréquentes dans notre série (75%). Le traitement était médical. Il consistait en un remplissage hydro-electrolytique associé à des antalgiques de pallier II et / ou III selon l'intensité de la douleur. Tous les patients étaient en diète absolue dès les premières heures de leur admission jusqu'à la disparition de la douleur. Le reste du traitement était fonction de la présence ou non de défaillance viscérale. Quatre patients avaient été transférés en réanimation. La durée d'hospitalisation moyenne était de 15 jours avec des extrêmes de 2 jours et 25 jours. On notait 4 décès dus à une défaillance multiviscérale. **Discussion** Les pancréatites aiguës (PA) sont fréquentes. En Europe, Leur incidence est de 13-45 cas pour 100000 habitants [1]. Cependant il faut noter que cette incidence varie d'un continent à l'autre, ainsi que d'un pays à l'autre. En Afrique subsaharienne, l'incidence de cette affection est sous-estimée faute d'archive correcte mais aussi à cause d'une méconnaissance de cette affection. C'est ainsi que tandis que nous recensons 16 cas en 4 ans, MIKOLELE à Brazzaville et MAGANGA-MOUSSAVOU à Libreville en trouvais respectivement 11 cas en 8 mois et 37 cas en 4 ans. [6-7] Il y avait une prédominance masculine dans notre série. Nos résultats sont corroborés par ceux de OUANGRE qui retrouvaient une prédominance masculine au Burkina Faso [8].

Cela s'expliquerait par la forte consommation d'alcool chez l'homme que chez la femme en Afrique subsaharienne. Notre étude tout comme celle de Mutebi au Kenya et Ouangré au Burkina Faso montre que la PA touche en majorité les patients entre 40 et 50 en Afrique noire. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la population africaine est globalement plus jeune. Le délai moyen de consultation dans notre série est supérieur à 3 jours. Il est similaire à celui retrouvé dans la plupart des études africaines [11]. En effet ce retard s'expliquerait par l'automédication, les tradithérapies, l'absence de couverture maladie et la pyramide sanitaire qui exige un passage par les centres périphériques. Le principal motif de consultation des PA est la douleur abdominale localisée ou non. Cette affection revêt un caractère bien particulier en ce sens la symptomatologie que présente certains patients est déroutante. Ce qui serait l'explication la plus plausible des PA découvertes en per opératoire. Dans notre cohorte nous en avons dénombré 4 cas. Dans notre série hormis les signes digestifs tels que rapportés par la littérature à savoir vomissements, état de choc avec des défaillances multi-viscérales aucun signe cutané n'avait été rapporté. Le diagnostic de PA repose sur trois éléments essentiels qui sont clinique, biologique et paraclinique.[5] Celui-ci est positif lorsque le patient présente au moins deux critères sur trois. Il s'agit de la douleur abdominale qui doit être typique avec une position antalgique en chien de fusil. Le second signe est une élévation jusqu'à trois fois la normale de la lipasémie et/ou de l'amylasémie. Et enfin un scanner abdominal montrant des images de pancréatite aiguë. Dans notre casuistique, le scanner abdominal, la lipasémie/l'amylasémie ont été réalisées chez respectivement 11 et 10 patients. A notre décharge, il est important de noter que la pancréatite aiguë est mal connue chez beaucoup de nos confrères. De ce fait, ces examens hormis le fait qu'ils ne soient pas systématiques, sont parfois inaccessibles dans nos hôpitaux ou hors de prix pour certains patients. La prise en charge des PA aiguës se déroule en trois étapes. La première consiste en un diagnostic clair et rapide. La seconde étape consiste quant à elle, à la recherche de défaillance viscérale. Cela permet aux praticiens de faire le tri des patients afin de sélectionner ceux qui

Références

1. **A Becq, M Camus.** Pancréatite aiguë – définition, épidémiologie et causes. La Presse Médicale Formation, 2023 – Elsevier.
2. **D.R.J. Wolbrink, E. Kolwijck, J. TenOever, K.D. Horvath, S.A.W. Bouwense, J.A. Schouten.** Management of infected pancreatic necrosis in the intensive care unit : a narrative review. Clinical Microbiology and Infection Volume 26, Issue 1, January 2020, Pages 18-25
3. **A. Adiamah, E. Psaltis, M. Crook , DN. Lobo.** A systematic review of the epidemiology, pathophysiology and current management of hyperlipidaemic pancreatitis. Clinical Nutrition Volume 37, Issue 6, Part A, December 2018, Pages 1810-1822
4. **JL Frossard, A. Von Laufen, JM Dumonceau, C. Felley.** Diagnostic et bilan étiologique d'une pancréatite aiguë. Acquisitions thérapeutiques 2002 (III) : gastro-entérologie/hépatologie.

nécessiterait une admission en soins intensifs. Cette deuxième étape primordiale se base sur l'examen clinique des patients mais aussi sur certains scores biologiques ou d'imagerie permettant l'évaluation des résultats de la prise en charge des malades. Dans notre série, nous avons utilisé celui de SRIS (Score de Réaction Inflammatoire et Systémique) parce qu'il est simple et facilement accessible avec possibilité de le répéter. La troisième étape consiste à déterminer l'étiologie de cette affection afin d'éviter une éventuelle récurrence. Au terme de cette démarche, notre étude avait montré que les pancréatites aiguës étaient généralement bénignes. En effet, nous avons retrouvé 25 % de cas sévères dans notre série tout comme Mikele qui en avait trouvé 27%. Les étiologies les plus fréquentes étaient respectivement idiopathiques, alcooliques et calculeuses. Nait et al ont retrouvé les mêmes étiologies mais dans un ordre différent. Chez lui, les pancréatites d'origine calculeuses venaient en tête. La durée d'hospitalisation des patients atteints de cette maladie dépend du tableau clinique présenté par ces derniers. En effet, dans les formes bénignes, l'hospitalisation ne dure que quelques jours tandis qu'en cas de défaillance viscérale, le séjour hospitalier peut être très long. Dans notre casuistique, le délai moyen d'hospitalisation était relativement court (15 jours). Les PA sont généralement bénignes. Selon la littérature, les formes graves ne représentent que 10 à 20% de cette affection. Dans notre série, nous en avons trouvé 25%. Cette forme grave est la conséquence d'une défaillance viscérale ou d'une nécrose du pancréas lui-même. Selon certains auteurs occidentaux, les formes graves de pancréatites seraient à l'origine de 13 à 35 % de décès (13-14). Dans notre cohorte, la mortalité était évaluée à 25%. **Conclusion** Les pancréatites aiguës sont fréquentes en Afrique subsaharienne. Cependant leur incidence est sous-évaluée. Cette pathologie souvent méconnue à cause de son polymorphisme clinique revêt un défi considérable dans les pays en voie de développement concernant sa prise en charge. Malgré certains consensus internationaux et des scores biologiques tels que le SRIS. Dans sa forme grave, la pancréatite aiguë est greffée d'une mortalité élevée.

5. **Mikolélé Ahoui Apendi PC, Ngami RS, Inkiamé SPM, Mimiesse Monamou JF, Mongo Onkouo A, Itoua-Ngaporo NA et al.** Prévalence de la Pancréatite Aigüe dans l'Étiologie des Douleurs Abdominales à Brazzaville. Health Sci.Dis: Vol 25 (4) Avril 2024 pp 140-143
6. **Maganga-Moussavou I-F épouse Taba Odounga, Itoudi Bignoumba PE, Nzouto PD, Bisvigou U, Mbounja M épouse Zue Ndoutoumou, Eyi Nguema AG, Nsegue Mezui A et al.** Profil épidémiologique des patients atteints de pancréatite aiguë au service d'Hépatogastroentérologie du CHU de Libreville. Bull Med Owendo. Année 2021. Volume 19 N° 50 : 28-32.
7. **Aurc A.** Les syndromes douloureux aigus de l'abdomen : étude prospective multicentrique. Nouv Presse Med 1981 ; 10 : 3771-3773.
8. **Ouangré E, Zaré C, Belemlilga BGL, et al.** Les Pancréatites Aigües au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Yalgado Ouedraogo au Burkina Faso. Mali Médical. 2016 ; 31 (1) : 8 – 12.
9. **Mutebi M.** Acute pancreatitis at the Aga Khan University Hospital, Nairobi: a two years audit. The Annals of African Surgery. 2007; 1: 60 – 2..
10. **G Piton, G Capelier, T Desmettre.** Prise en charge des pancréatites aiguës aux urgences. Urgences 2024. SFMU, Chap 18. P1-12.
11. **N. Nait Slimane, R Khiali, S Ammari, EH Haucheur, M. Taieb.** Épidémiologie des pancréatites aiguës Annales algériennes de chirurgie (juin 2020) T 51 N1, 22-29
12. **P levy.** Recommandations internationales sur les pancréatites aiguës. FMC-HGE. Post-U(2015). SYNTHÈSE ET RECOMMANDATION. https://www.fmcgastro.org/file>019_026 Levy
13. **Banks PA, Freeman ML,** practice parameters committee of american college of gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2006; 101:2379-400
14. **van dijk SM, hallensleben NDL, van sanvoort HC et al.** Acute pancreatitis: recent advances through randomized trials. Gut.2017; 66: 2024-32.