

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI  
**UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**



UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N° .....

## Thèse

# LES PANCREATOPATHIES : (Pancréatites aiguës, Pancréatites chroniques et Cancers du Pancréas) au service d'Hépatogastro-Entérologie Du CHU Gabriel Touré.

Présentée et soutenue publiquement le 18/07/2024 devant la Faculté  
de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Par M. Dramane B Coulibaly**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

## Jury

**Président** : M. Bakary T DEMBELE, Professeur

**Membre** : M. Amadou TRAORE, Maître de conférences Agrégé

**Co-directrice** : Mme. Sanra Deborah SANOGO, Maître de conférences

**Directrice** : Mme. Hourouma SOW, Maître de conférences Agrégé



***DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS***

## Dédicaces et remerciements

### DECICACES

- À mon père Feu Barima Coulibaly

Cher père, je vous dédie ce travail car c'est grâce à votre engagement que j'ai pu commencer mon cursus scolaire. Votre engagement dans mon éducation est la meilleure des choses dont j'ai eu le plus besoin. Dors en paix cher père.

- À ma mère Feu Mariam Diarra

Chère mère, vous m'avez tout donné pour que je puisse avoir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité, vos encouragements et votre soutien m'ont beaucoup aidé. Que le tout puissant Allah vous accueille dans son paradis.

- À mon oncle Lassana Coulibaly et ses épouses

Cher oncle, vos aides m'ont beaucoup touché. Vous m'avez conseillé et orienté du début jusqu'à la fin de mon cursus universitaire. Qu'Allah vous aide dans vos projets.

- À mon épouse Zeinabou Mahamoudou

Vos conseils et encouragements durant cette thèse m'ont beaucoup aidé. Merci pour tout.

## Remerciements

- À ALLAH

Louange à ALLAH Le Tout Puissant, L'Omniscient, L'Omnipotent qui nous a créé et nous a octroyé la santé et les moyens nécessaires pour faire ce travail.

- À tous mes frères, sœurs, cousins et cousines de la famille, recevez mes remerciements pour vos encouragements et votre soutien.
- À nos professeurs, maîtres de conférences et de recherche

Pr DIARRA Moussa T, Pr KONATE Anselme, Pr MAÏGA Moussa Y, Pr DOUMBIA Kadiatou, Pr SOW Hourouma, Pr DICKO Moussa Y,

Pr TOUNKARA Makansiré, Pr SANOGO Sanra Déborah.

Vous ne serez jamais assez remerciés pour la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos côtés. Trouvez ici chers maîtres, le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

- Au docteur, Kalba Peliaba.

Cher docteur merci pour la qualité de la formation et la disponibilité dont nous avons bénéficié à vos côtés.

- Aux D.E.S du service d'Hépto-Gastroentérologie du CHU GT :

Dr TRAORE Alimatou, Dr KODIO Seydou, Dr DABALE Abdoul Kader, Dr TRAORE Aichatou, Dr KONATE Adama, Dr DIARRA Sara, Dr SAVANE Boubacar, Dr Moussa keita, Dr Abdel Adeoti, Dr Mariam Guitteye, Dr Fatoumata Sanogo, Dr Agossou Julien, Dr Lamine N'Diaye, Dr Abou Diarra.

Merci pour l'aide et le soutien apportés à la concrétisation de ce travail.

- Aux membres du service d'Hépto-Gastroentérologie :

Dr Dembele Sawé, Dr Bambara Gaoussou, Diallo Mamou Hamed, SISSOKO Mamoudou, Kante Astan, Mamadi Kouma, Ahamadou Cissé, Abou Dia, Kalifa Dembele, Niouma Traoré, Fatou Wattara, Assimi Diallo etc.

Merci à chacun de vous pour la franche collaboration et les moments agréables partagés.

- À tout le personnel de la FMOS/FAPH, merci pour les enseignements offerts.
- A mes amis et camarades de classe, etc. merci pour votre soutien et votre collaboration depuis le début de ce cursus universitaire

***HOMMAGE AUX  
MEMBRES DU JURY***

## À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY DE THÈSE

**Professeur Bakary Tientigui DEMBELE**

- ❖ **Professeur Titulaire en chirurgie générale à la FMOS ;**
- ❖ **Diplômé de pédagogie en science de la sante à l'université de bordeaux ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- ❖ **Chef de filière IBODE de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS) ;**
- ❖ **Secrétaire général de la Société Malienne de Colo-proctologie ;**
- ❖ **Membre de la société de chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;**
- ❖ **Membre de la société Africaine francophone de chirurgie digestive (S.A.F.CHI.D) ;**
- ❖ **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone ;**
- ❖ **Membre de l'Association Française des Chirurgiens (AFC) ;**
- ❖ **Membre du Collège Ouest Africain des Chirurgiens (WACS).**

**Cher maitre,**

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

Que le tout Puissant Allah vous protège, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations puissent jouir de vos enseignements.

Amen !

## À NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY DE THÈSE

**Professeur Amadou TRAORE**

- ❖ Médecin colonel à la Direction Centrale des Services de Santé des Armées (DCSSA) ;
- ❖ Maître de conférences agrégé à la FMOS ;
- ❖ Spécialiste en chirurgie générale ;
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- ❖ Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA).

**Cher maître.**

C'est un grand honneur et un privilège de vous avoir dans notre jury de thèse. Merci pour la simplicité que vous avez témoigné en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver dans ce travail cher maître, l'expression de notre gratitude.

## À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTRICE DE THÈSE

**Professeur Sanra Déborah SANOGO Épouse SIDIBE**

- ❖ Maître de conférences à la FMOS ;
- ❖ Praticienne hospitalière au CHU du Point G ;
- ❖ Secrétaire générale adjointe de la société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD) ;
- ❖ Membre de la Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE) ;
- ❖ Membre du RFM (Réseau des femmes médecin du Mali).

**Chère Maître,**

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, chère Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

Que le tout puissant vous bénisse, vous donne la force d'atteindre vos ardents objectifs, qu'il bénisse tout ce que vous entreprendrez et conforte votre santé.

Amen !

## À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTRICE DE THÈSE

**Professeur SOW Hourouma Epouse COULIBALY**

- ❖ **Maître de conférences agrégée à la FMOS ;**
- ❖ **Ancienne interne des hôpitaux ;**
- ❖ **Membre de la Société Malienne des Maladies de l'Appareil Digestif (SOMMAD) ;**
- ❖ **Membre de la Société Nationale Française de Gastro Entérologie (SNFGE) ;**
- ❖ **Praticienne hospitalière au CHU Gabriel TOURE.**

**Chère Maître,**

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous une personne exceptionnelle.

Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés.

Nous vous prions Chère Maître de bien vouloir trouver ici l'expression de nos vifs remerciements.

Qu'Allah vous donne santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenants puissent bénéficier de la qualité de votre enseignement.

Amen !



***SIGLES ET  
ABREVIATIONS***

## SIGLES ET ABREVIATIONS

ACE : Antigène Carcinoembryonnaire.

AEG : Altération de l'état générale.

ALAT : Alanine Aminotransférase.

CA19-9 : Carbo hydrate Antigène19-9.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

cm : centimètre.

CPRE : Cholangio Pancréatographie Rétrograde Endoscopique

CRP : Protéine-C- Réactive.

Créat : Créatinine.

FOGD : Fibroscopie œsogastroduodénale.

Gamma-GT : Gamma-glutamyltranspeptidase.

g/L : gramme par litre.

GP : Glycoprotéine.

Hb : Hémoglobine.

HTA : Hypertension artérielle.

IPP : Inhibiteur de la pompe à proton.

IRM : Imagerie par résonance magnétique.

mg : milligramme.

MI : Membre inférieur.

N : Normale.

n : nombre.

OMI : Œdème des Membres Inférieurs.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

PA : Phosphatases Alcalines.

PCC : Pancréatite chronique calcifiante.

TDM : Tomodensitométrie.

VBEH : Voies biliaires extra hépatiques.

VBIH : Voies biliaires intra hépatiques.

°C : degré Celsius.



***TABLE DES  
ILLUSTRATIONS***

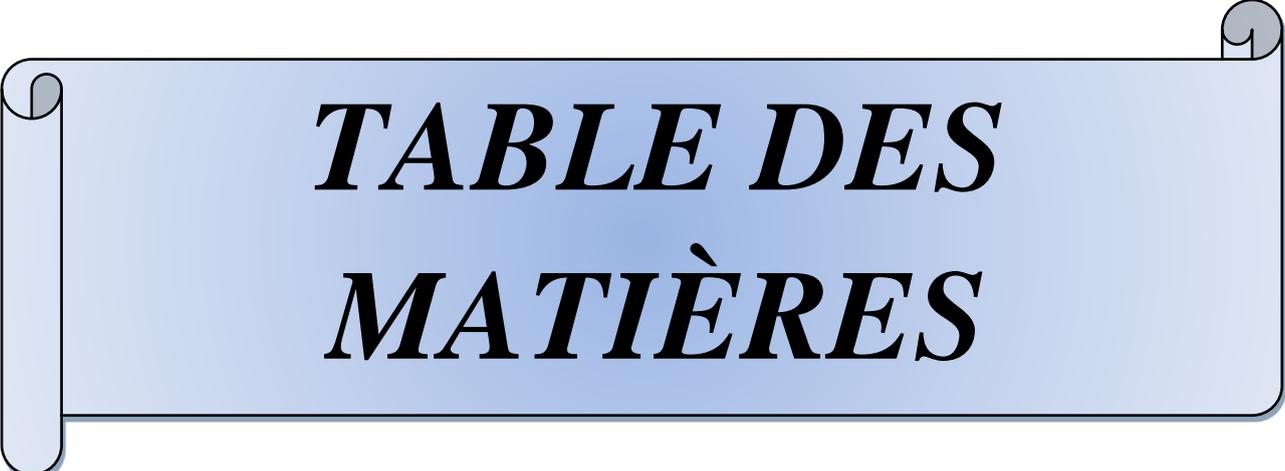
## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Scores radiologiques utilisés en pratique clinique pour la prédiction du pronostic des pancréatites aiguës. ....	17
<b>Tableau II</b> : Index de sévérité de Balthazar .....	18
<b>Tableau III</b> : Répartition des patients selon l'âge.....	44
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patients selon le sexe .....	45
<b>Tableau V</b> : Répartition des patients selon la profession .....	45
<b>Tableau VI</b> : Répartition des patients selon le délai de consultation .....	45
<b>Tableau VII</b> : Répartition des patients selon le motif de consultation .....	46
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des patients selon les antécédents médicaux .....	46
<b>Tableau IX</b> : Répartition des patients selon les habitudes toxiques .....	47
<b>Tableau X</b> : Répartition des patients selon le stade OMS.....	47
<b>Tableau XI</b> : Répartition des patients selon les signes physiques .....	48
<b>Tableau XII</b> : Répartition des patients selon les résultats de la biologie.....	49
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie ....	50
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des patients selon les résultats scannographiques. .	51
<b>Tableau XV</b> : Répartition des patients selon la FOGD.....	51
<b>Tableau XVI</b> : Répartition des patients selon le diagnostic.....	52
<b>Tableau XVII</b> : Répartition des patients selon les traitements .....	52
<b>Tableau XVIII</b> : Répartition des patients selon le délai de consultation.....	53
<b>Tableau XIX</b> : Répartition des patients selon les causes de décès .....	53
<b>Tableau XX</b> : Répartition des patients selon la profession .....	54
<b>Tableau XXI</b> : Répartition des patients selon les antécédents .....	55
<b>Tableau XXII</b> : Répartition des patients selon le stade de l'OMS .....	55
<b>Tableau XXIII</b> : Répartition des patients selon les signes fonctionnels.....	56
<b>Tableau XXIV</b> : Répartition des patients selon les signes physiques.....	56
<b>Tableau XXV</b> : Répartition des patients selon les résultats de la biologie .....	57
<b>Tableau XXVI</b> : Répartition des patients selon les résultats du scanner abdominal .....	58

<b>Tableau XXVII</b> : Répartition des patients selon la classification de Balthazar	<b>58</b>
<b>Tableau XXVIII</b> : Répartition des patients selon les résultats de la fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD)	<b>59</b>
<b>Tableau XXIX</b> : Répartition des patients selon la profession	<b>61</b>
<b>Tableau XXX</b> : Répartition des patients selon le stade de OMS	<b>62</b>
<b>Tableau XXXI</b> : Répartition des patients selon les résultats de la biologie	<b>62</b>
<b>Tableau XXXII</b> : Répartition des patients selon le motif de consultation	<b>65</b>
<b>Tableau XXXIII</b> : Répartition des patients selon le stade de OMS	<b>65</b>
<b>Tableau XXXIV</b> : Répartition des patients selon les signes fonctionnels	<b>66</b>
<b>Tableau XXXV</b> : Répartition des patients selon les signes physiques	<b>66</b>
<b>Tableau XXXVI</b> : Répartition des patients selon les résultats de la biologie	<b>67</b>
<b>Tableau XXXVII</b> : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie abdominale	<b>67</b>
<b>Tableau XXXVIII</b> : Répartition des patients selon les résultats du scanner abdominal	<b>68</b>

## LISTES DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Vue Antérieure du Pancréas .....	<b>7</b>
<b>Figure 2</b> : Rapports et vascularisation du pancréas .....	<b>7</b>



***TABLE DES  
MATIÈRES***

## Table des matières

I. INTRODUCTION :	1
II. OBJECTIFS	4
OBJECTIF GENERAL	4
III. GENERALITES	6
3.1. RAPPELS	6
3.1.2. CONFIGURATION ET RAPPORTS [16].	7
3.1.3. SITUATIONS ET MOYENS DE FIXITE [17].	8
3.1.4. Direction	8
3.1.5. Forme, couleur et consistance	8
3.1.6. Dimensions et poids	8
3.1.7. HISTOLOGIE DU PANCREAS [18-19]	8
3.1.8 Le pancréas exocrine	9
3.1.9. Le pancréas endocrine	9
3.1.10. PHYSIOLOGIE DU PANCREAS [20-22].	10
3.2. ANATOMOPATHOLOGIE DU PANCREAS [23].	10
3.2.1 La pancréatite aiguë.	10
3.2.3. Tumeurs du pancréas.	11
3.2.3.1. Tumeurs du pancréas exocrine.	11
3.2.3.2. Tumeurs du pancréas endocrine.	12
3.3. PRINCIPALES PANCREATOPATHIES [1].	12
3.3.1. PANCREATITE AIGUE	12
3.3.1.1. Définition.	12
3.3.1.2. Signes cliniques et para cliniques	12
<b>3.3.1.3. Diagnostic</b>	15
3.3.1.5. Traitement.	19
<b>3.3.2. Pancréatite chronique</b>	20
<b>3.3.2.1. Définition</b>	20
<b>3.3.2.2. Signes cliniques et paracliniques.</b>	20

<b>3.3.2.2.1. Signes cliniques</b> .....	20
<b>3.3.2.2.1. Type de description : la pancréatite chronique non compliquée.</b>	20
<b>3.3.2.2.2. Signes para cliniques</b> .....	21
<b>3.3.2.3. Diagnostic</b> .....	23
<b>3.3.2.5. Traitement</b> .....	24
3.3.3. Tumeurs du pancréas .....	25
3.3.3.1. Tumeurs malignes .....	25
3.3.3.1.1. Facteurs de risque .....	26
3.3.3.1.2. Signes cliniques et paracliniques .....	26
3.3.3.1.2.1. Signes cliniques .....	26
3.3.3.1.2.1.1. Type de description : Adénocarcinome de la tête du pancréas .....	26
<b>3.3.3.1.2.2. Signes paracliniques</b> .....	27
3.3.3.1.3. Diagnostic .....	30
<b>3.3.3.1.5. Traitement</b> .....	32
3.3.3.2. Les tumeurs bénignes .....	34
3.3.3.2.1. Tumeurs endocrines .....	34
<b>3.3.3.2.2. Les tumeurs kystiques</b> .....	35
<b>3.3.3.2.3. Traitement [23]</b> .....	35
IV. PATIENTS ET MÉTHODES : .....	38
<b>4.1. Cadre et lieu d'étude :</b> .....	38
<b>4.2. Type et Période d'étude :</b> .....	39
<b>4.3. Population d'étude :</b> .....	39
4.3.1. Critères d'inclusion : .....	39
4.3.2. Critères de non inclusion : .....	39
4.4. Le déroulement de l'étude : .....	39
4.5. Les méthodes : .....	40
4.5.1. Examen clinique .....	40
4.5.1.1. Interrogatoire : .....	40
4.5.1.2. Examen Physique (systématisation) : A la recherche de : .....	40

4.5.2. Examens para cliniques :.....	40
4.6. Les modalités thérapeutiques et les paramètres évolutifs :.....	41
4.7. Considérations éthiques : .....	41
4.8. Saisie et analyses de données :.....	42
4.9. Test Statistique :.....	42
V. RESULTATS .....	44
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	70
VII. CONCLUSION.....	85
VIII. RECOMMANDATIONS .....	87
Références .....	89
Annexes .....	96

# ***INTRODUCTION***

## I. INTRODUCTION :

La pancréatite aiguë correspond à une atteinte inflammatoire aiguë de la glande pancréatique qui va engendrer son auto - digestion [1].

L'incidence annuelle de la pancréatite aiguë varie de 13 à 45/100000 habitants en fonction des études et des pays [1].

Elle est de 20 femmes à 30 hommes pour 100000 habitants en France [2].

La pancréatite aiguë a représenté 10% de toutes les hospitalisations en chirurgie en Algérie [3].

Au Gabon la fréquence hospitalière de la pancréatite aiguë était de 5,7% [4].

Dans une étude réalisée au Mali, la pancréatite aiguë a représenté 0,11% des hospitalisations dans un service de chirurgie générale [5].

La pancréatite chronique correspond à une inflammation chronique du pancréas associée au développement d'une fibrose du parenchyme [1].

Sur le plan mondial, la prévalence de la pancréatite chronique pourrait donc être estimée à 4,9% pour 100.000 habitants [6].

Aux Etats unis en 2002, les pancréatites seraient à l'origine de 327000 hospitalisations [7].

Les tumeurs du pancréas primitives ou secondaires sont l'ensemble de néoformations bénignes ou malignes développées aux dépens des tissus pancréatiques [1].

Elles sont dominées par le cancer du pancréas exocrine [8].

En France environ 15000 nouveaux cas de cancers du pancréas sont diagnostiqués par an [9-11].

Selon LanKish P.G et al en Allemagne le taux d'incidence de la pancréatite aiguë, de la pancréatite chronique et du cancer du pancréas pour 100000 habitants /an était respectivement de 19,7 ; 6,4 et 7,8 [1].

En Afrique, selon une étude au Burkina, la fréquence hospitalière des affections pancréatiques était de 0,6% dont 68,4% du cancer de pancréas, 10,5 de pancréatite aiguë et 15,8 de pancréatites chroniques [12].

Ibrahim à Dakar rapporte 120 cas de pathologies pancréatiques dont 57 cas de pancréatite 53 cas de cancer et 10 cas de kystes [13].

En Côte d'Ivoire ; NOZAIS a rapporté 30 cas sur 6 ans dont 20 cas de pancréatites et 10 cas de cancer [14].

Sur le plan clinique, ces pathologies se manifestent fréquemment par la douleur abdominale parfois associée à des nausées, des vomissements, un ictère, un amaigrissement [1].

Leurs diagnostics sont basés sur le dosage de la lipasémie et l'imagerie (Echographie abdominale, scanner abdominal et IRM pancréatique) [1].

Le traitement est surtout médical dans les pancréatites, mais en cas de complications ou de lithiase biliaire, l'endoscopie et la chirurgie peuvent être indiquées [1].

Quant au cancer du pancréas, l'adénocarcinome du pancréas (AP) représente 90% des tumeurs du pancréas, il reste le cancer digestif le plus mortel, avec un taux de survie globale (SG) à 5 ans, tous stades confondus, de 7% à 8% (INVS) (Cowppli-Bony et al., 2016) [1].

A défaut d'étude sur les affections pancréatiques en général dans notre service, nous avons initié ce travail pour étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de ces pathologies qui sont généralement de mauvais pronostic.

# ***OBJECTIFS***

## II. OBJECTIFS

### OBJECTIF GENERAL

- Etudier les pancréatopathies dans le service d'hépatogastro-entérologie.

### OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence des pancréatopathies.
- Décrire les aspects cliniques et paracliniques des pancréatopathies.
- Analyser les résultats de la prise en charge des pancréatopathies.

# ***GÉNÉRALITÉS***

### III. GENERALITES

#### 3.1. RAPPELS

##### 3.1.1. ANATOMIE DU PANCREAS

Le pancréas est un organe plein situé dans la cavité abdominale, plus précisément dans le rétro-péritoine.

C'est une glande annexe du tube digestif de type amphicrine (à la fois endocrine et exocrine).

On distingue 4 parties anatomiques du pancréas :

- La tête du pancréas située sous le foie est bordée par le duodénum auquel elle adhère intimement.

Elle est traversée par la voie biliaire principale, ou canal cholédoque qui amène la bile produite par le foie jusqu'au duodénum.

- L'isthme est la partie médiane du pancréas et la plus étroite située juste en avant des vaisseaux mésentériques (artère mésentérique supérieure et veine mésentérique supérieure qui se réunit à la veine splénique pour former la veine porte, chargée de ramener le sang veineux de l'intestin et de la rate vers le foie).

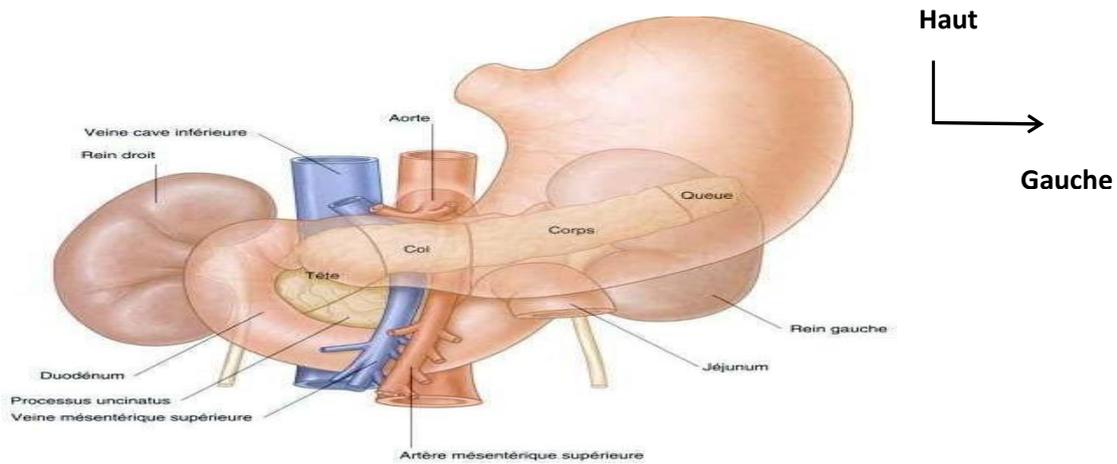
- Le corps du pancréas s'étend obliquement vers la gauche et le haut de l'abdomen en avant du rein gauche et de la glande surrénale.

- La queue du pancréas constitue l'extrémité gauche du pancréas.

Elle est située à proximité immédiate de la rate et de ses vaisseaux (artère et veine splénique).

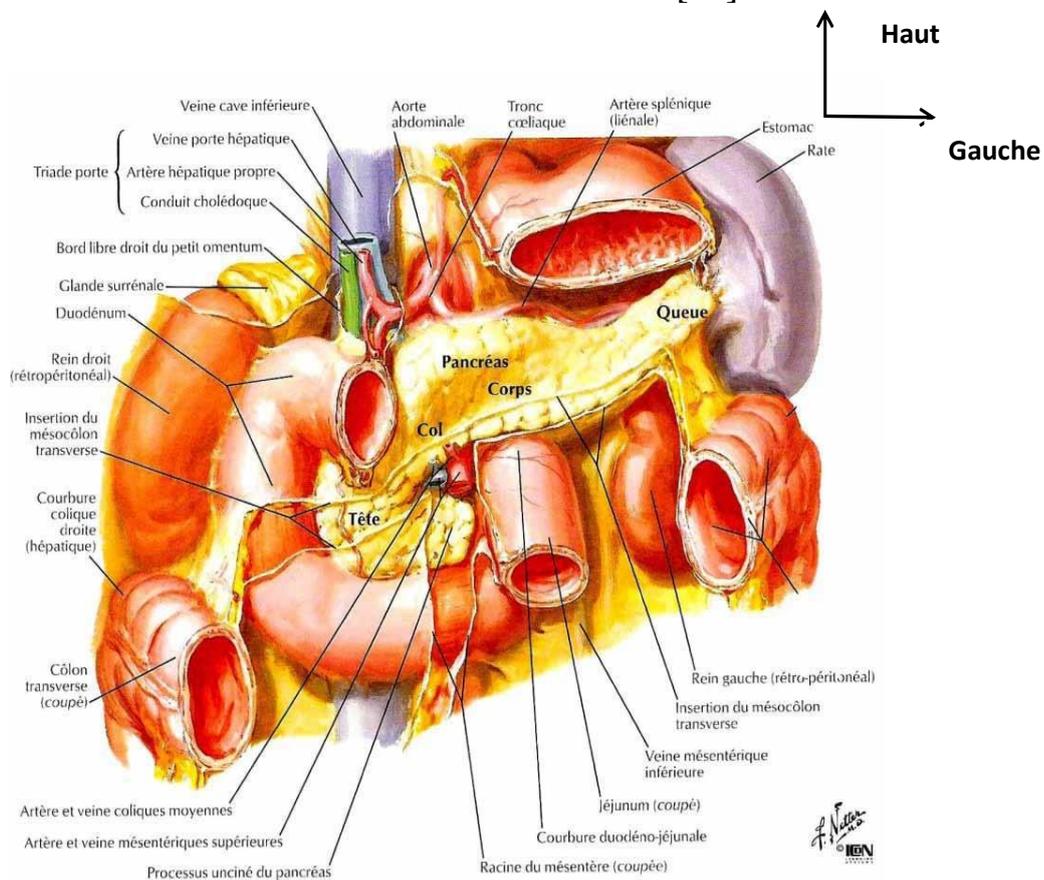
Toute la longueur du pancréas est traversée par le canal pancréatique principal dit canal de Wirsung qui collecte les sucs digestifs fabriqués par le pancréas pour les déverser dans le duodénum.

Avant de se jeter dans le duodénum, le Wirsung s'unit à la voie biliaire principale (canal cholédoque) et l'ensemble déverse la bile dans l'intestin au niveau de l'ampoule de Vater par un orifice appelé papille [15].



**Figure 1 : Vue Antérieure du Pancréas**

### 3.1.2. CONFIGURATION ET RAPPORTS [16].



**Figure 2 : Rapport et vascularisation du pancréas**

Danielle Françoise Wendkuni BELEMSIGRI.

### **3.1.3. SITUATIONS ET MOYENS DE FIXITE [17]**

Le pancréas est situé dans la région épigastrique à hauteur de la deuxième vertèbre lombaire en avant des vaisseaux para vertébraux (aorte, veine cave inférieure) en arrière de l'estomac et du côlon transverse.

Il s'étend transversalement de droite à gauche du duodénum au pédicule vasculaire de la rate.

Il est fixé par le péritoine, le duodénum et les vaisseaux qui le traversent.

### **3.1.4. Direction**

Sa direction est légèrement oblique de bas en haut et de droite à gauche.

### **3.1.5. Forme, couleur et consistance**

Le pancréas est un organe allongé de droite à gauche et présente :

- une extrémité droite volumineuse renflée appelée la tête.
- une partie plus étroite et allongée faisant suite à la tête : c'est le corps.
- la tête est unie au corps par un segment rétréci : c'est le col.
- la glande se termine par une extrémité mince : c'est la queue.

La coloration du pancréas est blanc rosé à l'état frais.

Il est de consistance ferme et a l'aspect granuleux.

### **3.1.6. Dimensions et poids**

Le pancréas mesure environ 15 cm de long.

Sa plus grande hauteur est de 7cm.

Sa plus grande épaisseur varie de 2 à 3 cm.

Le pancréas pèse en 80 grammes.

### **3.1.7. HISTOLOGIE DU PANCREAS [18-19]**

Les fonctions du pancréas sont assurées séparément par deux structures, liées l'une à l'autre, mais morphologiquement différentes.

Ce sont les acini séreux qui forment avec un système de canaux excréteurs le « pancréas exocrine » ; et les îlots de LANGERHANS qui constituent le « pancréas endocrine ».

### 3.1.8 Le pancréas exocrine

Le pancréas est entouré par une capsule conjonctive très fine qui envoie des travées internes cloisonnant l'organe en lobules.

Dans ces travées cheminent des vaisseaux sanguins, des nerfs et des canaux excréteurs.

Le pancréas exocrine est constitué de 2 portions : l'une sécrétrice formée par les acini et l'autre excrétrice, correspondant aux canaux.

Le suc pancréatique est une solution aqueuse contenant des électrolytes, des bicarbonates et des protéines dont environ 80% sont représentées par des enzymes digestives.

L'action du suc pancréatique sur le bol alimentaire porte principalement sur la digestion des protéines.

La régulation de la sécrétion pancréatique est double, nerveuse et humorale.

### 3.1.9. Le pancréas endocrine

Le rôle endocrine du pancréas est assuré par des amas de cellules disséminés dans l'organe : les îlots de LANGERHANS.

La microscopie électronique et surtout l'immunocytochimie révèlent l'existence de quatre types cellulaires dans les îlots de Langerhans : les cellules A, B, D et PP - les cellules A, qui constituent environ 20% de la population, sont grandes et contiennent des granulations  $\alpha$  insolubles dans l'alcool. Elles sécrètent le glucagon.

- les cellules B sont les plus nombreuses (75%). Plus petites, leurs granulations  $\beta$  sont solubles dans l'alcool. Elles sécrètent l'insuline.

- les cellules D, peu fréquentes (5%) contiennent de grosses granulations peu denses, encloses dans une membrane. Elles contiennent de la somatostatine.

- les cellules PP, récemment mises en évidence par l'immunocytochimie, sont très mal connues. Leurs vacuoles sont de petite taille et ont un contenu dense.

Elles sont responsables de la sécrétion du peptide pancréatique.

### **3.1.10. PHYSIOLOGIE DU PANCREAS [20-22]**

#### **✓ Le pancréas exocrine**

Le pancréas exocrine secrète des enzymes, de l'eau et des électrolytes dans la lumière digestive dont le rôle essentiel est la digestion des aliments.

Le suc pancréatique, produit de la sécrétion exocrine de la glande, est un liquide incolore, aqueux, plus ou moins épais et visqueux, suivant sa concentration en protéines.

Le pancréas déverse quotidiennement dans le duodénum 1,5 à 3 litres de liquide. Ce liquide est alcalin, isotonique au plasma, contenant des électrolytes (potassium, sodium, chlore et bicarbonates) et des enzymes à 90% qui se regroupent en quatre groupes majeurs : les enzymes lipolytiques, protéolytiques, nucléolytiques et glycolytiques.

Le suc pancréatique contient d'autres protéines en quantités minime : l'albumine et l'ensemble des protéines plasmatiques, la lactoferrine, l'antigène carcinoembryonnaire (ACE), la glycoprotéine 2 (GP2) et la lithostatine.

#### **✓ Le pancréas endocrine**

La fonction endocrine du pancréas est assurée par les îlots de LANGERHANS formés de quatre types de cellules : les cellules A (ou  $\alpha$ ), les cellules B (ou  $\beta$ ), les cellules D ( $\delta$ ) et les cellules PP (polypeptide pancréatique).

### **3.2. ANATOMOPATHOLOGIE DU PANCREAS [23].**

#### **3.2.1 La pancréatite aiguë**

Différentes lésions peuvent se rencontrer au cours de la pancréatite aiguë.

Ces lésions vont d'un simple œdème glandulaire aux lésions de nécrose intéressant essentiellement les éléments tissulaires lipidiques.

#### **3.2.2. La pancréatite chronique**

##### **➤ Aspects macroscopiques**

- Forme diffuse : pancréas augmenté de volume, congestif.
- Forme localisée : intéresse la région corporelle ou caudale ; le plus souvent, il s'agit d'une pancréatite céphalique.

□ Forme pseudo kystique : de localisation antérieure fréquente, de diamètre variable et peut mesurer 20 ou 25cm.

- Aspects microscopiques : la cellule acineuse peut subir divers types de dégénérescence : acidophile, hydropique et vacuolaire.

Les éléments sécrétoires peuvent être atrophiés ou nécrosés.

Les îlots de Langerhans sont peu touchés.

Les canaux excréteurs peuvent être remaniés de différentes façons.

Une sclérose va de pair avec les cellules épithéliales.

Les altérations vasculaires sont le plus souvent artérielles.

### **3.2.3. Tumeurs du pancréas**

#### **3.2.3.1. Tumeurs du pancréas exocrine**

- Tumeurs bénignes : représentées par l'adénome pancréatique et les tumeurs conjonctives et nerveuses.

- Tumeurs malignes

□ Carcinome

Le carcinome du pancréas exocrine se développe dans la tête, le corps ou la queue.

L'infiltration de l'organe dans sa totalité est occasionnelle.

Le siège céphalique est le plus habituel (60 à 80% des cas).

L'adénocarcinome, très ou moyennement différencié, est le plus commun.

Reproduisant plus ou moins la morphologie cellulaire ou structurale d'un tissu glandulaire exocrine, il est qualifié de tubuleux, tubulopapillaire ou

Cystadénocarcinomateux, selon les structures prédominantes.

A ces formes nettement définies s'ajoutent quelques autres types de différenciations diverses : carcinome trabéculaire ou trabéculo-vésiculaire, pseudo-acineux, malpighien métaplasique, indifférencié.

□ Sarcome

De découverte rare et exceptionnelle, il convient toutefois, d'en signaler l'existence car un carcinome indifférencié à cellules fusiformes risque d'être confondu avec un sarcome fibroblastique.

Le sarcome peut devenir très volumineux.

### **3.2.3.2. Tumeurs du pancréas endocrine**

#### **➤ Tumeurs bénignes**

Il s'agit de l'adénome langerhansien ou insulinome bénin.

#### **➤ Tumeurs malignes**

Il s'agit du carcinome Langerhansien ou insulinome malin.

Les travées cellulaires sont intriquées à un réseau capillaire sanguin et à un stroma fibrocollagénique partiellement hyalin.

Ces travées sont plus larges que celle de l'adénome et les cellules y sont cylindriques au contact des vaisseaux et polyédriques ou même fusiformes.

Evoquant celle de l'adénome, elles ont des limites distinctes ou non, une teinte grisâtre et une consistance molle.

Le siège est plus caudal que céphalique.

## **3.3. PRINCIPALES PANCREATOPATHIES [1].**

### **3.3.1. PANCREATITE AIGUE**

#### **3.3.1.1. Définition**

Sur le plan physiopathologique, la pancréatite aiguë correspond à une atteinte inflammatoire aiguë de la glande pancréatique qui va engendrer son autodigestion.

Sur le plan clinique, elle se définit par une douleur abdominale, épigastrique, avec une augmentation à plus de trois fois la normale de la lipase sanguine et par ou la présence sur un scanner abdominal d'un aspect évocateur de pancréatite aiguë selon la classification révisée d'Atlanta en 2012.

#### **3.3.1.2. Signes cliniques et para cliniques**

##### **➤ Signes fonctionnels**

- la douleur abdominale est la plus fréquente : d'apparition brutale, siégeant au niveau du creux épigastrique ou dans les hypochondres, elle est transfixiante, violente, irradie dans le dos en inhibant la respiration, calmée par la position en chien de fusil et s'aggrave progressivement en quelques heures, elle est prolongée,

sans rémission, associée à des nausées et des vomissements, alimentaires puis bilieux,

-on note un arrêt des matières et des gaz, secondaire au développement d'un iléus réflexe,

➤ Signes généraux

L'état général est le plus souvent conservé mais on peut avoir une déshydratation, une fièvre, une polypnée ou une tachycardie, une hypo ou hypertension.

➤ Signes physiques

-Inspection : recherche une distension abdominale, les signes de Cullen (une ecchymose péri ombilicale) et de Grey Turner (une ecchymose au niveau des flancs)

-Palpation : une défense abdominale

-Percussion : recherche un météorisme

-Auscultation : recherche un souffle systolique ou à renforcement systolique.

➤ Signes para cliniques

- Biologie

Sur le plan biologique, seul le dosage de la lipase est nécessaire pour poser le diagnostic de pancréatite aiguë.

Le dosage de l'amylase sanguine et/ou urinaire n'a plus d'intérêt et n'est plus réalisé en pratique.

Il n'y a aucun intérêt à doser de manière répétée la lipase au cours d'une pancréatite aiguë.

Le chiffre retenu pour le diagnostic de pancréatite aiguë est celui de trois fois au-dessus de la valeur normale supérieure.

- L'imagerie

- Radiographie de l'Abdomen sans préparation (ASP)

La radiographie de l'abdomen sans préparation est l'examen de base en présence d'un syndrome abdominal aigu et peut montrer un syndrome occlusif, de calcifications pancréatiques.

- Radiographie pulmonaire

Elle est systématique et recherche notamment un épanchement pleural gauche, des signes d'atélectasie sous-segmentaires des bases et un œdème pulmonaire.

- Echographie-Doppler abdominale

C'est l'examen morphologique de première intention

L'échographie recherche un pancréas augmenté de volume (œdème), un épanchement intrapéritonéal.

Elle peut montrer des calculs vésiculaires (voire des calculs de la voie biliaire principale) orientant l'étiologie de la pancréatite aiguë.

Elle permet la ponction drainage d'abcès.

- Tomodensitométrie (TDM) abdominale

C'est l'examen de référence pour le diagnostic de pancréatite aiguë tant dans le bilan initial que dans le suivi et la détection de complications.

Elle permet de mettre en évidence un élargissement pancréatique focal ou diffus, une hétérogénéité du parenchyme pancréatique, un flou des contours de la glande pancréatique, une densification de la graisse péri-pancréatique ou un épaissement des fascias périnéaux.

Elle est indiquée à la phase initiale en cas de doute diagnostique, dans les formes sévères et l'index de sévérité à nouveau évalué aux 72 heures.

- IRM pancréatique

Très bon examen analysant la morphologie pancréatique :

-L'injection de gadolinium n'est pas néphrotoxique. Mais il n'est pas de pratique courante ;

-Accessibilité difficile en urgence ;

-Patients avec contre-indication à l'injection de PCI ;

-Intérêt dans le bilan étiologique de la PA.

### 3.3.1.3. Diagnostic

#### ➤ Diagnostic positif

Le diagnostic de pancréatite aiguë est posé en présence de deux des trois critères suivants, selon la conférence de consensus d'Atlanta de 2012 (encadré 2.5) :

- Une douleur abdominale compatible avec une douleur de pancréatite aiguë : épigastrique, transfixiante, de début brutal, atteignant son maximum au bout de 30 minutes et persistant plus de 24 heures ;
- Une élévation de la lipasémie supérieure à trois fois la limite supérieure de la normale ;
- Imagerie (scanner, échographie) objectivant des signes de pancréatite aiguë.

Ainsi :

- L'association des deux premiers critères est le plus souvent suffisante et l'imagerie n'est pas nécessaire à l'admission du patient pour faire le diagnostic ;
- En présence de douleurs abdominales évocatrices de pancréatite aiguë sans élévation de la lipase (patients se présentant de façon tardive après le début des symptômes ou patients avec une pancréatite chronique calcifiante),
- L'imagerie permet de redresser le diagnostic.

#### ➤ Diagnostic de gravités.

Facteurs clinicobiologiques de mauvais pronostic des pancréatites aiguës

- Anamnestiques : âge, obésité, insuffisances chroniques existantes (rénale, pulmonaire, cardiaque).
- Présence d'un SRIS et sa persistance au-delà de 48 heures.

Il est défini comme la présence d'au moins deux critères parmi les suivants

- température  $<36\text{ °C}$  ou  $>38\text{ °C}$  ;
- fréquence cardiaque supérieure à 90 bpm ;
- fréquence respiratoire supérieure à 20/min ou  $\text{PaCO}_2 < 32\text{ mmHg}$  ;
- leucocytes  $>12\text{ G/L}$  ou  $<4\text{ G/L}$  ou  $>10\%$  immatures.
- Survenue d'une défaillance d'organe d'emblée ou secondairement.

- Score de Marshall modifié >2.
- Élévation du taux de CRP >150 mg/L.
- Survenue d'une ou plusieurs complications locorégionales, en particulier infection de la nécrose.
- Score radiologique élevé (Balthazar, CTSI, MCTSI) Scores radiologiques

Il est recommandé de réaliser un scanner abdominopelvien injecté à 72–96 heures du début des douleurs pour évaluer l'étendue de la nécrose intra- et extra pancréatique et détecter des complications précoces (épanchements, perforation, complications vasculaires, etc.).

Plusieurs scores radiologiques ont été développés pour évaluer la sévérité de la pancréatite aiguë et son pronostic.

Le premier d'entre eux est le score de Balthazar, décrit dès 1985.

Il est le plus utilisé malgré ses imperfections.

Il s'appuie sur l'étude des modifications de la taille du pancréas et des anomalies péripancréatiques, en rapport avec l'inflammation pancréatique.

Le score de Balthazar évalue essentiellement la nécrose extra pancréatique.

Il classe la pancréatite aiguë en cinq stades,

**Tableau I** : Scores radiologiques utilisés en pratique clinique pour la prédiction du pronostic des pancréatites aiguës.

<b>Classification Balthazar (morphologie du pancréas)</b>	<b>Cotation</b>
<b>A</b> : pancréas normal	0
<b>B</b> : augmentation de volume du pancréas (œdème)	1
<b>C</b> : inflammation de la graisse péri-pancréatique (contours flous)	2
<b>D</b> : présence d'une collection péri-pancréatique	3
<b>E</b> : présence de plusieurs coulées péri-pancréatiques et à distance du pancréas ou présence de bulles de gaz au sein d'une coulée	4

<b>Classification Balthazar (étendue de la nécrose)</b>	<b>Cotation</b>
Pas de nécrose	0
Nécrose < 30 % de la glande	2
Nécrose entre 30 et 50 % de la glande	4
Nécrose > 50 % de la glande	6

A partir de ce score, est établi l'index de sévérité tomographique de Balthazar qui est donné par la somme des points correspondant aux lésions.

**Tableau II** : index de sévérité de Balthazar

Cotation	Morbidité (%)	Mortalité (%)
2-3	8	3
4-6	35	6
7-10	92	17

### ➤ Diagnostic différentiel

Il se fera avec les étiologies des douleurs abdominales aiguës.

- Affections médicales

Ce sont : l'infarctus du myocarde postéro diaphragmatique, l'embolie pulmonaire, la pneumopathie, le choc septique.

- Affections chirurgicales

Il s'agit de la perforation d'ulcère gastroduodéal, l'infarctus du mésentère et fissuration par rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale, l'appendicite perforée.

En outre nous pouvons citer la péritonite biliaire, la cholécystite aiguë, l'angiocholite, l'occlusion intestinale.

### ➤ Diagnostics étiologiques

Les principales causes des pancréatites aiguës chez l'adulte sont :

-pancréatite aiguë biliaire, pancréatite aiguë alcooliques, pancréatite aiguë obstructives (tumeurs, anomalies canalaire, etc.), pancréatite aiguë auto-immunes, pancréatite aiguë métaboliques (hypertriglycéridémie, hypercalcémie), pancréatite aiguë médicamenteuses, pancréatite aiguë génétiques, pancréatite aiguë infectieuses, pancréatite aiguë iatrogènes (post-CPRE, post-chirurgie, etc.), toxiques, les causes rares (traumatisme, allergie, dialyse, ischémie, venins, etc.), idiopathiques

#### 3.3.1.4. Evolution

Ils varient avec l'étiologie et le type anatomopathologique.

Les pancréatites aiguës biliaires sont en règle moins graves que celles alcooliques.

### 3.3.1.5. Traitement.

#### ➤ Buts :

- Restaurer l'anatomie et la fonction du pancréas
- Correction des désordres hydro électrolytiques
- Prévention des complications

#### ➤ Moyens

##### ☐ Mesures hygiéno-diététiques

- Mise à jeun
- Arrêt de l'alcool

##### ☐ Médicaux

- Réanimation : remplissage vasculaire, oxygénothérapie, ventilation mécanique
- Traitement de la douleur : antalgiques à savoir le paracétamol et les morphiniques
- Traitement des complications infectieuses à base d'antibiotiques
- Nutrition artificielle

##### ☐ Chirurgicaux

- Nécrosectomie avec drainage
- Cholécystectomie.

#### ➤ Indications

Il n'existe pas de traitement spécifique des pancréatites aiguës.

Le traitement est symptomatique centré sur la douleur, adapté à la gravité mais peut dans certains cas (origine biliaire ou métabolique) comporter une part étiologique.

Les mesures hygiéno-diététiques sont indiquées dans tous les cas.

- La pancréatite aiguë bénigne : une hospitalisation sera nécessaire associée à un traitement symptomatique et une surveillance stricte.

La pancréatite aiguë sévère : l'hospitalisation se fera en unité de réanimation associée à une alimentation parentérale.

Les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) seront prescrits en cas de défaillance multi viscérale.

Des antibiotiques seront utilisés en cas d'infection.

La surveillance sera renforcée.

### **3.3.2. Pancréatite chronique**

#### **3.3.2.1. Définition**

La pancréatite chronique (PC) correspond à une inflammation chronique du pancréas associée au développement d'une fibrose du parenchyme.

#### **3.3.2.2. Signes cliniques et paracliniques**

##### **3.3.2.2.1. Signes cliniques**

##### **3.3.2.2.1. Type de description : la pancréatite chronique non compliquée**

- **Signes fonctionnels**

Il s'agit surtout de la douleur.

Les crises douloureuses sont prolongées, habituellement intenses et capricieuses.

La douleur est soit une crampe soit une pesanteur sans inhibition respiratoire ni fièvre.

Elle siège habituellement dans la moitié supérieure de l'abdomen, le plus souvent épigastrique.

L'irradiation transfixiante médiane est la plus caractéristique.

La survenue d'une crise douloureuse après consommation d'alcool chez les malades sevrés est fréquemment signalée.

Le repas aggrave une crise qui a commencée.

La durée des épisodes douloureux est longue : plusieurs heures pendant 2 à 3 jours.

Pendant la crise, la douleur peut être calmée par la position en chien de fusil.

- **Signes généraux**

L'amaigrissement est le principal signe.

- **Signes physiques**

L'examen du malade est décevant car réduit à la constatation d'une sensibilité épigastrique ou d'un des hypochondres.

La perception d'une masse épigastrique peut être la conséquence d'une hypertrophie du pancréas ou d'un kyste.

Une splénomégalie par compression de la veine splénique, un souffle systolique épigastrique, un ictère peuvent être retrouvés.

D'autre part, en cas de pancréatite chronique alcoolique, l'examen peut montrer des signes d'éthylisme : hypertrophie parotidienne, maladie de Dupuytren, varicosités des pommettes, haleine caractéristique, pituites matinales, tremblements des extrémités, signes cliniques de cirrhose (souvent plus tardifs).

### 3.3.2.2.2. Signes para cliniques

- **Biologie**

- **A visée diagnostique**

L'amylasémie et la lipasémie ne sont élevées qu'au cours et à décours immédiat d'une poussée aiguë.

Si une élévation persiste, il faut suspecter une collection kystique.

- **Bilan de retentissement**

- **Glycémie**

Une glycémie élevée à jeun est parfois observée au cours d'une poussée douloureuse et dans les jours qui suivent celle-ci pour se normaliser souvent ensuite.

- **Stéatorrhée**

Elle est, comme le diabète, d'apparition tardive dans le cours de la maladie ; signe d'une insuffisance pancréatique exocrine.

- **Morphologie**

- **Première intention**

- **Radiographie de l'abdomen sans préparation**

Les clichés de face, profil et obliques droit et gauche peut montrer des calcifications pancréatiques au niveau des vertèbres lombaires L2-L3.

Ce sont des calculs multiples, irréguliers de taille, de forme et de densité, disséminés dans l'aire pancréatique.

- **Echographie abdominale**

Elle peut mettre en évidence :

- une augmentation de volume de la glande ou une atrophie ;
- une augmentation de son échogénicité ou la présence de micro foyers hyperéchogènes ;
- une dilatation du canal de Wirsung contenant ou non des calculs

Elle peut aussi détecter des complications :

- faux- kystes (image anéchogène avec renforcement postérieur) ;
- dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques traduisant une sténose du cholédoque ;
- ascite, épanchement pleural, splénomégalie, thrombose splénique ou porte (intérêt du doppler), dysmorphie hépatique en faveur d'une cirrhose associée.

- **Tomodensitométrie abdominale**

Elle permet de visualiser les mêmes anomalies que l'échographie mais est plus sensible pour mettre en évidence les calcifications.

Elle est plus performante chez les sujets peu échogènes particulièrement au cours des poussées aiguës où il peut exister un iléus réflexe.

- **IRM abdominale**

La place de l'IRM n'est pas encore bien définie.

La cholangio wirsungo IRM permet d'obtenir une cartographie des voies biliaires et pancréatiques.

➤ **Seconde intention**

Ils ne seront réalisés que lorsque les examens précédents n'auront pas mis en évidence de calcifications ou d'autres anomalies évocatrices, et surtout dans les cas où se pose le diagnostic différentiel avec un cancer.

• **Echo endoscopie digestive**

Elle peut être utile dans le diagnostic des pancréatites chroniques débutantes avec l'avantage de son innocuité par rapport à la cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique, malgré la nécessité d'une anesthésie générale.

• **Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)**

Son rôle est désormais uniquement thérapeutique (pose de prothèse pancréatique ou biliaire, drainage de pseudo-kystes).

**3.3.2.3. Diagnostic**

➤ **Diagnostic positif**

Le diagnostic positif est fait à l'imagerie (échographie, scanner) qui montre une altération des canaux pancréatiques et ou des calcifications. Ces signes à l'échographie sont associés à une insuffisance pancréatique exocrine.

➤ **Diagnostic différentiel**

- Il faut éliminer les ulcères gastriques ou duodénaux, la lithiase biliaire, les lésions vasculaires (anévrismes, angor intestinal), les adénopathies cœliaques, la pathologie rachidienne et neurologique.

- Le principal diagnostic différentiel est celui de cancer du pancréas.

➤ **Diagnostic étiologique**

- Pancréatites chroniques calcifiantes (PCC)
- Alcoolisme chronique : c'est la principale cause (80 à 90 %).

La durée moyenne de la consommation d'alcool avant les premiers symptômes est de 15 ans chez l'homme, 10 ans chez la femme.

- Hypercalcémies des hyperparathyroïdies
- Pancréatite héréditaire

- Mucoviscidose
- Lithiase biliaire
- Pancréas divisum
- Pancréatites chroniques obstructives

Ces pancréatites chroniques sont rares.

L'obstacle peut être une tumeur, une sténose post-traumatique du canal de Wirsung ou une séquelle fibreuse d'une pancréatite aiguë céphalique.

Le pancréas divisum peut également causer une obstruction.

#### **3.3.2.4. Evolution**

L'évolution de la pancréatite chronique est généralement favorable sous traitement médical bien conduit.

Ce traitement médical peut être suffisant lorsqu'elle est couplée au traitement de la cause (suppression de toute boisson alcoolisée, restriction des aliments riches en graisse).

Malgré ce traitement des complications peuvent apparaître : poussées de pancréatites aiguës, pseudo kyste du pancréas, épanchements des séreuses riches en amylase, sténose duodénale due à une augmentation du volume de la tête du pancréas ou un pseudo kyste, compression de la voie biliaire principale ou du cholédoque, hémorragies digestives en rapport avec une hypertension portale ou une compression splénique, insuffisance pancréatique exocrine.

#### **3.3.2.5. Traitement**

##### **➤ Buts**

- Calmer la douleur
- Compenser l'insuffisance pancréatique exocrine et endocrine
- Traiter les complications

##### **➤ Moyens**

- **Mesures hygiéno-diététiques**
- Sevrage alcoolique total
- Arrêt du tabac

- Alimentation pauvre en graisse
- **Médicamenteux**
- Antalgiques : paracétamol ou morphiniques
- Extraits pancréatiques : Eurobiol, Créon
- **Instrumentaux**
- Drainage interne ou externe des sécrétions pancréatiques ou des collections pancréatiques.
- Endoscopiques : prosthèse pancréatique
- **Chirurgicaux**
- Résection pancréatique
- Derivations: bilio-digestive, kysto-digestive, wirsungo-digestive

➤ **Indications**

Le sevrage alcoolique est nécessaire dans tous les cas.

La prise en charge de la douleur se fera par les antalgiques.

Les morphiniques sont souvent utilisés.

Le traitement de l'insuffisance pancréatique se fera par des extraits pancréatiques. Ils sont indiqués qu'en cas d'amaigrissement ou de stéatorrhée cliniquement évidente ou, au mieux, biologiquement prouvée.

L'indication chirurgicale, de dérivation ou de résection, n'est posée qu'en cas d'échec du traitement médical.

### **3.3.3. Tumeurs du pancréas**

Les tumeurs du pancréas se caractérisent par une prolifération tissulaire ou cellulaire non inflammatoire développée aux dépens des structures pancréatiques.

Ces tumeurs peuvent être bénignes ou malignes (primitives ou secondaires).

Les tumeurs malignes prédominent dans 90% des cas.

#### **3.3.3.1. Tumeurs malignes**

Les tumeurs malignes du pancréas sont des néoformations qui se développent aux dépens du système sécrétoire exocrine du pancréas.

### **3.3.3.1.1. Facteurs de risque**

#### Facteurs de risque exogènes

Le seul facteur de risque exogène clairement établi pour l'adénocarcinome pancréatique est le tabac, que ce soit par consommation active ou passive.

Le rôle des autres facteurs alimentaires tel le café demeure très discuté.

#### Facteurs de risque endogènes

Les affections pancréatiques prédisposant à un risque endogène de cancer du pancréas sont le diabète, la pancréatite chronique alcoolique, la pancréatite chronique héréditaire.

Il existe des formes héréditaires de cancer du pancréas se transmettant sur un mode dominant.

Par ailleurs, des antécédents familiaux augmentent le risque individuel : multiplié par 9 si un parent au premier degré est atteint et par 32 si deux proposants au premier degré sont atteints.

### **3.3.3.1.2. Signes cliniques et paracliniques**

#### **3.3.3.1.2.1. Signes cliniques**

##### **3.3.3.1.2.1.1. Type de description : Adénocarcinome de la tête du pancréas**

Les signes cliniques sont d'installation insidieuse et progressive.

#### **Signes fonctionnels**

La symptomatologie est dominée la douleur, une asthénie et une anorexie.

La douleur, typiquement, est épigastrique ou sous-costale gauche, parfois sous-costale droite ; elle est transfixiante.

Ses manifestations sont intenses et prolongées, provoquant une restriction alimentaire volontaire.

Les douleurs sont généralement liées à l'envahissement des nerfs de la région cœliaque par la tumeur (douleurs solaires) et témoignent donc souvent de son inextirpabilité.

#### **Signes généraux**

L'ictère est présent associé à une altération de l'état général et à un amaigrissement.

L'ictère est « nu » (sans fièvre ni douleur) et précédé et/ou associé à un prurit d'évolution progressive sans rémission.

- **Signes physiques**

L'examen physique peut noter des lésions cutanées de grattage, un ictère associé à une grosse vésicule biliaire distendue et indolore (loi de COURVOISIER-TERRIER).

L'examen peut noter également des adénopathies palpables au niveau supraclaviculaire gauche (ganglion de TROISIER) ou au niveau péri-ombilical.

Parfois, on retrouve une masse abdominale épigastrique, une hépatomégalie, une splénomégalie ou de l'ascite.

A un stade évolué, le syndrome pancréatico-biliaire de BARD et PICK associe ictère, prurit, amaigrissement massif, gros foie de cholestase, grosse vésicule et l'exceptionnelle tumeur profonde de l'épigastre.

### 3.3.3.1.2.2. Signes paracliniques

- **Biologie**

- **Biologie hépatique**

Les tumeurs de la tête du pancréas se traduisent habituellement par :

-un syndrome de cholestase

-une cytolyse parfois, source d'erreur diagnostique.

-un syndrome inflammatoire accompagne parfois, les formes fébriles.

L'élévation de l'amylasémie et de la lipasémie est plus rare.

- **Marqueurs tumoraux**

Il n'y a pas de marqueurs biologiques très sensibles, ni très spécifiques des cancers du pancréas.

La sensibilité de l'antigène carbohydre 19-9 (CA 19-9) est de l'ordre de 60 à 70 % avec une spécificité de 80%. La sensibilité de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) est de l'ordre de 30 à 40%.

- **Morphologie**

- **Echographie abdominale**

C'est l'examen de première intention mais peu sensible.

Elle peut objectiver :

- un syndrome tumoral : modifications de forme, de taille et d'échogénicité, masse céphalo-pancréatique de diamètre supérieur à 3 cm
- un syndrome obstructif : dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques, grosse vésicule distendue à paroi fine ;
- des métastases hépatiques, des adénopathies (cœlio-mésentériques), une atteinte vasculaire (envahissement des vaisseaux juxta-pancréatiques), une ascite.

L'échographie permet également de faire une cytoponction pour histopathologie.

#### ➤ **Tomodensitométrie abdominale**

C'est l'examen de référence.

Elle permet :

- de visualiser des lésions de plus petite taille, de définir le siège de l'obstacle et l'extension tumorale aux pédicules splénique, mésentérique et au tronc porte ainsi qu'aux organes de voisinage ;
- de rechercher des adénopathies cœlio-mésentériques, rétro-péritonéales et des signes indirects : dilatation biliaire et/ou du canal de Wirsung, atrophie parenchymateuse d'amont.

Elle recherche également des métastases viscérales (scanner thoracoabdomino-pelvien).

#### ➤ **Echo-endoscopie**

L'échographie endoscopique permet le diagnostic des tumeurs de petite taille non visibles au scanner.

Elle permet aussi de préciser l'extension locorégionale et de réaliser, si nécessaire une biopsie.

#### • **Autres examens morphologiques**

D'autres examens morphologiques peuvent aider au diagnostic de cancer du pancréas.

Il s'agit de :

- la cholangio-pancréatographie-rétrograde endoscopique (CPRE) :  
à visée thérapeutique ;

- l'IRM pancréatico-biliaire ;
- la biliographie intra veineuse ;
- la tomographie à émission de positons ;
- le TEP scanner pour le bilan d'extension ;
- l'angiographie ;
- la scintigraphie des récepteurs de la somatostatine pour le bilan d'extension ;
- la scintigraphie osseuse ;
- le transit oeso-gastro-duodéal.

- **Examen histologique**

L'examen histologique est l'examen clé qui apporte le diagnostic de certitude de la tumeur pancréatique.

Elle est indispensable avant tout traitement radio ou chimiothérapique, c'est-à-dire dans tous les cas de tumeur non résécable ou en cas de traitement néo-adjuvant.

- **Bilan d'extension**

Le but de l'imagerie est de rechercher une contre-indication à l'exérèse. Les critères de non résécabilité sont différents d'un centre à l'autre et le choix des examens d'imagerie en est influencé.

Les contre-indications les plus consensuelles à un geste d'exérèse à visée curative sont : la présence d'une carcinose péritonéale, de métastases hépatiques et un envahissement du tronc coélique, de l'artère hépatique ou de l'artère mésentérique supérieure.

Les examens d'imagerie utilisés dans le bilan d'extension du cancer du pancréas sont nombreux : la radiographie pulmonaire, la radiographie osseuse (rachis dorso-lombaire...), l'échographie abdominale, l'artériographie, le transit Oesogastroduodéal, la TDM, l'IRM.

### 3.3.3.1.3. Diagnostic

#### ➤ Diagnostic positif

Le diagnostic d'adénocarcinome se pose devant les signes cliniques et para cliniques.

La certitude nécessite l'examen sous microscope (examen anatomopathologique).

#### ➤ Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel se fait avec de nombreuses affections. On discutera principalement des cholestases extra hépatiques :

- La lithiase du canal cholédoque
- L'ampullome vaterien
- Le cancer primitif des voies biliaires
- La pancréatite chronique

#### ➤ Diagnostic étiologique

- Facteurs endogènes
- Pancréatite chronique : il existe une corrélation positive entre la pancréatite chronique calcifiante et le cancer du pancréas.
- Diabète : le cancer du pancréas représenterait 5 à 20% des cancers rencontrés chez le diabétique contre 4% chez les sujets non diabétiques.
- Obésité : l'obésité ou la surcharge pondérale semble augmenter le risque de cancer du pancréas surtout lorsqu'elle survient tardivement.
- Facteurs hormonaux : l'existence des récepteurs aux oestrogènes, aux androgènes et à la progestérone renforce l'hypothèse d'une hormonodépendance.
- Facteurs génétiques : jusqu'à 10% des cancers du pancréas auraient une origine héréditaire.
- Vie reproductive : il semblerait que la parité et surtout le nombre d'enfants aient un effet protecteur vis-à-vis du cancer du pancréas.
- Facteurs exogènes

- Tabac : c'est le seul facteur clairement établi et l'on estime qu'environ 30% des cancers du pancréas peuvent lui être attribués.
- Alcool : les risques sont globalement plus élevés pour les alcools forts que pour la bière et le vin rouge.
- Alimentation : une alimentation riche en graisse et en protéines augmenterait modérément le risque.
- Expositions professionnelles : le personnel de laboratoire, les pharmaciens, les infirmiers, les pompiers, les marins, les coiffeurs et les employés de pressing seraient des groupes à risque.

L'exposition aux pesticides organochlorés, aux hydrocarbures, aux radiations favoriserait la survenue de cancer du pancréas.

➤ **Classification TNM du cancer du pancréas (UICC 2009)**

T. Tumeur primitive

- Tx Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
- T0 Pas de signe de tumeur primitive
- Tis Carcinome in situ
- T1 Tumeur limitée au pancréas, < ou = 2 cm dans son plus grand diamètre
- T2 Tumeur limitée au pancréas, > 2 cm dans son plus grand diamètre
- T3 Tumeur étendue au-delà du pancréas, mais sans envahir le tronc cœliaque ni l'artère mésentérique supérieure
- T4 Tumeur envahissant le tronc cœliaque ou l'artère mésentérique supérieure

N. Adénopathies régionales

- Nx Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales
- N0 Pas d'adénopathie régionale métastatique
- N1 Adénopathies régionales métastatiques

M. Métastases à distance

- Mx Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
- M0 Pas de métastase à distance
- M1 Présence de métastase(s) à distance

#### **3.3.3.1.4. Evolution**

La tumeur du pancréas est la plus grave des tumeurs digestives. Sa guérison est exceptionnelle.

Le diagnostic est le plus souvent fait à un stade avancé avec un envahissement vasculaire et ganglionnaire.

En l'absence de résection chirurgicale la médiane de survie est de 12 mois. La survie globale est de moins de 5 % à 5 ans.

#### **3.3.3.1.5. Traitement**

##### **➤ Buts**

- Ablation de la tumeur si possible
- Améliorer la qualité de vie des patients.

##### **➤ Moyens**

##### **Médicaux**

- Antalgiques : paracétamol et morphiniques
- La vitamine K
- Ponction d'ascite itérative

**Chimiothérapie** : Antimétabolites (gemcitabine, 5-FU et capécitabine) et dérivées du platine (oxaliplatine ou la cisplatine)

##### **Radiothérapie**

##### **Chirurgicaux**

-Chirurgie curative

De toutes les méthodes thérapeutiques, c'est la seule à pouvoir prétendre à une action curative, puisque les rares guérisons à 5 ans ont toutes été consécutives à ce traitement.

Il s'agit de :

- la pancréatectomie partielle
  - la pancréatectomie totale
  - la pancréatectomie élargie ou régionale
- Chirurgie palliative

Ces interventions palliatives sont destinées à supprimer la rétention biliaire, évitant la menace vitale de la cholestase complète, et à permettre la poursuite d'une alimentation orale en cas de sténose duodénale.

Il s'agit des :

- dérivations digestives
- dérivations biliaires

### **Instrumentaux**

- Drainages biliaires non chirurgicaux (externe et interne)
- Endoscopie interventionnelle.

#### ➤ **Indications**

Les antalgiques seront utilisés selon l'intensité de la douleur.

Seulement 15 % des tumeurs pancréatiques peuvent faire l'objet d'une résection chirurgicale au moment du diagnostic.

En effet, il existe déjà très fréquemment à l'occasion du diagnostic des métastases hépatiques, une ascite néoplasique ou un envahissement vasculaire.

Dans ce cas, le traitement devient palliatif.

#### ➤ **Pronostic**

Le pronostic global des adénocarcinomes du pancréas est très mauvais, il ne s'est pas ou peu modifié au cours des dernières décennies car la plupart des tumeurs (85 %) sont symptomatiques lors du diagnostic et donc inextirpables.

Après une duodéno-pancréatectomie céphalique, les taux de survie à 5 ans sont de l'ordre de 5 %.

Ils atteignent 35 % dans les séries regroupant l'ablation de tumeurs de moins de 2 cm de diamètre.

Après intervention palliative, les durées moyennes de survie dépendent de l'extension locorégionale :

- en présence de métastases hépatiques, la durée de survie est de l'ordre de 3 mois.
- en présence de métastases ganglionnaires, elle est de l'ordre de 6 mois.

### 3.3.3.2. Les tumeurs bénignes

#### 3.3.3.2.1. Tumeurs endocrines

Les tumeurs endocrines représentent 5 à 10 % des tumeurs solides pancréatiques. Elles peuvent être diagnostiquées à l'occasion :

- d'un syndrome hormonal comme par exemple au cours des insulinomes (Hypoglycémies souvent sévères) ou des gastrinomes (syndrome de Zollinger Ellison associant des ulcères gastro-duodénaux ou jéjunaux multiples et une diarrhée) qui sont les deux tumeurs les plus fréquentes.

Le VIPome (sécrétion de VIP), le glucagonome (sécrétion de glucagon) et le somatostatine (sécrétion de somatostatine) sont exceptionnelles ;

- d'un syndrome de masse d'autant que plus de 50 % des tumeurs endocrines ne sont pas fonctionnelles (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de syndrome hormonal) ;
- d'un bilan génétique familial
- d'une découverte fortuite à l'occasion d'un examen d'imagerie.

Le bilan biologique standard doit inclure au minimum un dosage sérique de la chromogranine A qui est un marqueur de toutes les tumeurs endocrines.

Les autres explorations sont fonction des symptômes (insulinome : épreuve de jeûne, dosage de l'insuline et du peptide C ; gastrinome : dosage de la gastrinémie).

Le bilan d'imagerie fait appel au scanner avec injection de produit de contraste et à l'écho-endoscopie.

Le scanner montre la tumeur primitive avec un rehaussement vasculaire intense au temps artériel ; il permet également un bilan d'extension.

L'échoendoscopie est l'examen de référence et permet la réalisation éventuelle de biopsies écho guidées.

Le traitement chirurgical est centré sur l'exérèse (pancréatectomie gauche ou totale).

### 3.3.3.2.2. Les tumeurs kystiques

Ce sont des tumeurs dues à une métaplasie mucineuse de l'épithélium canalaire pancréatique.

Elles peuvent atteindre le canal pancréatique principal ou ses branches secondaires.

Ces tumeurs peuvent se révéler par des crises de pancréatite aiguë ou une découverte fortuite.

Elles ont un potentiel de dégénérescence de 5 à 50 % selon le type d'atteinte canalaire.

Le bilan d'imagerie doit comporter un scanner ou une échoendoscopie. L'échoendoscopie permet une meilleure caractérisation des lésions et une meilleure évaluation des critères prédictifs de malignité.

La tumeur est constituée de petites cavités kystiques, de moins de 2 cm de diamètre, séparées par des tractus fibreux centraux.

Le diagnostic est anatomopathologique.

La décision entre une résection pancréatique ou une simple surveillance dépend de la nature et de l'étendue de l'atteinte canalaire et de la présence ou non de signes de dégénérescence.

### 3.3.3.2.3. Traitement [23]

#### ➤ Buts

- Restaurer l'anatomie et la fonction du pancréas
- Correction des désordres hydro électrolytiques
- Prévention des complications

#### ➤ Moyens

#### - Mesures hygiéno-diététiques

- Mise à jeun
- Arrêt de l'alcool

#### -Médicaux

- Réanimation : remplissage vasculaire, oxygénothérapie, ventilation mécanique

- Traitement de la douleur : antalgiques à savoir le paracétamol et les morphiniques

- Traitement des complications infectieuses à base d'antibiotiques

- Nutrition artificielle

### **-Chirurgicaux**

- Nécrosectomie avec drainage

- Cholécystectomie.

#### **➤ Indications**

Il n'existe pas de traitement spécifique des pancréatites aiguës.

Le traitement est symptomatique centré sur la douleur, adapté à la gravité mais peut dans certains cas (origine biliaire ou métabolique) comporter une part étiologique.

Les mesures hygiéno-diététiques sont indiquées dans tous les cas.

- La pancréatite aiguë bénigne : une hospitalisation sera nécessaire associée à un traitement symptomatique et une surveillance stricte.

- La pancréatite aiguë sévère : l'hospitalisation se fera en unité de réanimation associée à une alimentation parentérale.

Les inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) seront prescrits en cas de défaillance multi viscérale.

Des antibiotiques seront utilisés en cas d'infection.

La surveillance sera renforcée.



***PATIENS ET  
MÉTHODES***

#### **IV. PATIENTS ET MÉTHODES :**

##### **4.1. Cadre et lieu d'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le service d'hépatogastro-entérologie du centre hospitalier et universitaire Gabriel Touré.

##### ➤ **Situation géographique :**

Le CHU Gabriel Touré est situé dans le centre administratif de la ville de Bamako en commune III. Il est limité à l'Est par le quartier Médina Coura ; à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieur (ENI) ; au Nord par l'Etat Major des armées et au Sud par la gare du chemin de fer. A l'intérieur de cet établissement se trouve : Le service d'Hépatogastro-Entérologie ; il est limité à l'Est par celui de Neuro Chirurgie à l'ouest par celui d'Imagerie médicale et celui de la Cardiologie ; au Nord par celui du Laboratoire d'analyse et au sud par celui de la réanimation au sein du département médecine.

##### ➤ **Les locaux :**

Le service d'Hépatogastro-Entérologie. Il comprend :

- 06 salles d'hospitalisation d'une capacité de 32 lits ; une salle VIP ;
- Les bureaux du chef de service, des médecins, du major et le secrétariat.

##### ➤ **Le personnel est constitué :**

- Sept (7) Hépatogastro-Entérologues,
- Sept (7) infirmiers,
- Trois (3) techniciens de santé,
- Un (1) aide-soignant,
- Et Quatre (4) techniciens de surface.

##### ➤ **Les activités :**

- Les consultations externes (du Mardi au Vendredi) ;
- Les hospitalisations (tous les jours).
- Fibroscopie oeso-gastroduodénale (Mardi, Mercredi et Jeudi).
- L'ano rectoscopie (Mardi, Mercredis et Jeudi).

#### **4.2. Type et Période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale, avec une phase rétrospective de Juillet 2018 à Novembre 2021 et une phase prospective allant de Décembre 2021 à Novembre 2022.

#### **4.3. Population d'étude :**

Notre étude concernait tous les patients admis dans le service pour pancréatopathies pendant cette période.

##### **4.3.1. Critères d'inclusion :**

Ont été inclus tous les patients, chez qui le diagnostic de la pancréatopathie a été confirmé soit par la biologie et / ou l'imagerie et / ou l'histologie.

##### **4.3.2. Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus les patients sans pathologie pancréatique.

#### **4.4. Le déroulement de l'étude :**

Le diagnostic de la pancréatite aiguë a été retenu sur l'association d'au moins 2 des 3 signes suivants :

- une douleur abdominale (qu'elle soit localisée ou généralisée),
- une lipasémie supérieure à 3 fois la normale,
- des anomalies pancréatiques à l'imagerie à type d'augmentation diffuse de la glande.

Le diagnostic de la pancréatite chronique a été morphologique basé sur la présence d'au moins un des signes suivants à l'échographie ou au scanner :

- des calcifications pancréatiques,
- des anomalies de calibres des canaux pancréatiques.

#### **Les tumeurs pancréatiques**

- malignes : une altération de l'état général, un ictère et une grosse vésicule biliaire palpable (loi de Courvoisier-Terrier), une masse pancréatique associée ou non à des métastases hépatiques (et / ou d'autres localisations) à l'échographie, à la TDM et / ou à l'IRM abdominale, et/ou une étude histologique de ponction écho guidée ou scanno guidée du pancréas ou du foie confirmant le caractère malin des

cellules, ou à défaut la confirmation histologique de la malignité après une intervention chirurgicale.

-bénignes : une masse pancréatique sans signe de malignité.

#### **4.5. Les méthodes :**

Les patients inclus dans notre étude ont bénéficié d'un examen clinique complet.

##### **4.5.1. Examen clinique**

###### **4.5.1.1. Interrogatoire :**

• Les antécédents :

Maladies systémiques, la prise d'alcool et de tabac,

La notion de diabète familial.

Les signes de pancréatopathies : une douleur épigastrique transfixiante, un arrêt des matières et des gaz, des nausées et vomissements, un prurit, une diarrhée, un amaigrissement.

###### **4.5.1.2. Examen Physique (systématisation) :** A la recherche de :

• Un météorisme abdominal, un ictère, une défense, une altération de l'état général, des lésions de grattage, des urines foncées, des selles décolorées, des adénopathies périphériques.

• Une sensibilité ou une masse épigastrique et l'examen des autres organes.

##### **4.5.2. Examens para cliniques :**

\* **Biologie :**

+ Dosage de la lipasémie : à la recherche d'une hyperlipasémie.

+ Dosage de la glycémie, HBA1c.

+ Hémogramme : à la recherche de répercussion hématologique notamment une anémie.

+ Dosage des phosphatases alcalines, Gamma GT, bilirubine totale et conjuguée, à la recherche d'une cholestase et des transaminases à la recherche d'une cytolyse, CA- 19.9.

**\*Morphologiques :**

+ Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) : recherche de calcifications du pancréas, et éventuellement une anse sentinelle en cas de poussée aiguë ;

+ Echographie abdominale : recherche des anomalies d'écho structure et de morphologie du pancréas et de la vésicule biliaire avec appréciation des autres organes pleins sus méso coliques.

- **Pancréas :**

Recherche des anomalies :

- une augmentation du volume, une atrophie, une hypertrophie focale.

- une masse focale, une anomalie de calibre du Wirsung supérieur à 2mm, une irrégularité des contours et une anomalie de structure.

- **Voies biliaires :**

Dilatation des voies extra hépatiques (voie biliaire principale supérieure à 4 mm et le cholédoque supérieur à 7 mm) et intra hépatiques

+ Le scanner abdominal pour complément de l'échographie.

#### **4.6. Les modalités thérapeutiques et les paramètres évolutifs :**

Comportaient :

- les règles hygiéno-diététiques (le sevrage alcoolique),

- les traitements médicamenteux,

- les traitements chirurgicaux,

- le traitement endoscopique,

- l'évolution sur le plan anatomique et sur le plan fonctionnel.

#### **4.7. Considérations éthiques :**

Les patients ont été informés de la nature de l'étude et leurs consentements verbaux ont été obtenus pour l'inclusion.

Le recueil des données a été effectué dans le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations.

**4.8. Saisie et analyses de données :**

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft office Word 2016, collectées sur une fiche d'enquête et analysées au logiciel Epi info 7.2.5.0.

**4.9. Test Statistique :**

Le Test de Khi2( $X^2$ ) a été utilisé pour comparer les résultats qui étaient significatifs pour une valeur  $p < 0,05$ .

# *RÉSULTATS*

## V. RESULTATS

### 5.1. Aspects épidémiologiques

#### 5.1.1. Fréquence

De juillet 2018 à novembre 2022, nous avons colligé 30 cas de pancréatopathie sur 3772 patients reçus dans le service d'Hépatogastro-Entérologie du CHU Gabriel Touré, soit une fréquence hospitalière de 0,79%.

Il s'agissait de 13 cas de pancréatite aiguë soit 43,33%, 5 cas de pancréatite chronique soit 16,67%, 12 cas de tumeur du pancréas soit 40%.

#### 5.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des patients

**Tableau III** : Répartition des patients selon l'âge

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
18-28	4	13,33
29-38	4	13,33
39-48	4	13,33
49-58	7	23,34
59-68	5	16,67
69-78	4	13,33
79-88	2	6,67
Total	30	100

L'âge moyen était de  $52,26 \pm 17,6$  avec des extrêmes de 18 et 81 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 49-58 ans (23,34%).

**Tableau IV : Répartition des patients selon le sexe**

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	16	53,33
Féminin	14	46,67
Total	30	100

Les hommes étaient les plus représentés avec un sexe-ratio de 1,14.

**Tableau V : Répartition des patients selon la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Femme au foyer	9	30
Cultivateur	8	26,66
Salarié	7	23,34
Commerçant	3	10
Chauffeur	2	6,67
Elève ou Etudiant	1	3,33
Total	30	100

Les femmes au foyer, les cultivateurs et les salariés étaient les plus retrouvés dans respectivement : 30,00% ; 26,66% et 23,34%.

**Tableau VI : Répartition des patients selon le délai de consultation**

Délai en jours	Effectif	Pourcentage (%)
0-7	7	23,34
8-14	2	6,67
15-21	3	10
22-30	6	20
>30	12	40
Total	30	100

Le délai de consultation variait entre 5 et 1814 jours avec un délai moyen de 150 jours  $\pm$  148,99 jours. La majorité des patients soit 40% ont consulté après 1 mois.

### 5.1.3. Motifs de consultation :

**Tableau VII** : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	21	70
Vomissements	11	36,66
Ictère	09	30
Altération de l'état général	08	26,66
Anorexie	01	3,33

La douleur abdominale était le principal motif de consultation suivi des vomissements dans respectivement 70% et 36,66%.

### 5.1.4. Antécédents

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Sans antécédents	21	70
Antécédents médicaux	09	33,33
Antécédents chirurgicaux	05	16,66

Chez 9 patients, nous avons noté des antécédents médicaux à type de diabète de type I, 2 cas soit 6,67% ; de pancréatite aiguë 1 cas soit 3,33% ; d'HTA 5 cas soit 16,67% et d'ictère dans 1 cas soit 3,33%.

Les antécédents chirurgicaux ont été retrouvés chez 5 patients soit 16,66%, 2 cas d'hystérectomie, 1 cas de cure herniaire, 1 cas d'appendicite, 1 cas de hernie inguinale.

### 5.1.5. Habitudes toxiques

**Tableau IX** : Répartition des patients selon les habitudes toxiques

Habitudes toxiques	Effectif	Pourcentage (%)
Alcool moderne (bière)	02	6,66
Tabac	02	6,66

Comme habitude toxique, nous avons trouvé une consommation d'alcool dans 6,66% des cas et de tabagisme dans 6,66%.

### 5.1.6. Signes cliniques

#### - Signes généraux

**Tableau X** : Répartition des patients selon leur stade OMS

Etat général (stade OMS)	Effectif	Pourcentage (%)
Stade OMS II	5	16,67
Stade OMS III	13	43,33
Stade OMS IV	12	40
Total	30	100

Les patients étaient aux stades OMS III et IV dans respectivement 43,33% et 40%.

**Tableau XI** : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage (%)
Epigastralgie à la palpation	16	53,33
Amaigrissement	12	40
Ictère	09	30
Pâleur conjonctivale	07	23,33
Fièvre	06	20
OMI	04	13,33
Plis de déshydratation	03	10
Masse abdominale	03	10
Hépatomégalie	03	10
Ascite	03	16,66
Lésions de grattage	01	3,33

Les signes physiques les plus retrouvés étaient une épigastralgie, un amaigrissement, et un ictère dans respectivement 53,33%, 40%, et 30%.

### 5.1.7. Examens paracliniques

#### - Biologie

**Tableau XII** : Répartition des patients selon les résultats de la biologie

Résultats biologie	Effectif	Pourcentage (%)
Taux d'Hb <12g/dl (n=23)	17	73,91
Lipasémie >3N (n=15)	12	80
ALAT>2N (n=19)	09	47,36
CRP >6mg/l (n=7)	07	100
Natrémie <135mmol/l (n=19)	05	26,31
Bilirubinémie >N (n=6)	04	66,66
Créat >N (n=22)	04	18,18
TP<70%(n=13)	04	30,76
ACE>N (n=2)	01	50
Gamma GT>N (n=2)	01	50
Kaliémie < 3,5 (n=19)	01	5,26
Triglycéridémie >N (n=9)	01	11,11

L'hyperlipasémie et la CRP étaient respectivement retrouvées dans 12 cas soit 80% et 7 cas soit 100%.

### 5.1.8. Morphologie

#### - L'échographie abdominale

**Tableau XIII** : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie

Echographie abdominale (n=18)	Effectif	Pourcentage (%)
Normale	03	16,66
Cholécystite	03	16,66
Hépatomégalie hétérogène	02	11,11
Lithiase vésiculaire	02	11,11
Dilatation VBIH/ VBEH	02	11,11
Ascite	02	11,11
Dilatation de Wirsung	01	05,55
Splénomégalie	01	05,55
Pancréas hétérogène calcifié	01	05,55

Dix-huit (18) patients ont bénéficié de l'échographie dont les anomalies les plus fréquentes étaient la cholécystite 16,66%.

- **Scanner abdominal**

**Tableau XIV** : Répartition des patients selon les résultats scannographiques.

Scanner abdominal (n=28)	Effectif	Pourcentage (%)
Tumeur du pancréas	12	42,85
Pancréatite aiguë	08	28,57
Dilatation des VBIEH	07	25
Faux kyste	04	14,28
Adénopathie	03	10,71
Calcification pancréas	03	10,71
Ascite	02	7,14
Lithiase vésiculaire	02	7,14
Grosse vésicule biliaire	01	3,57
Cholécystite	01	3,57

Le scanner réalisé chez 28 patients a objectivé comme anomalies les plus fréquentes des aspects de tumeur du pancréas 42,85%, de pancréatite aiguë 28,57%, de dilatation des VBI et EH 25% et faux kystes 14,28%,

-**Examen endoscopique** : Fibroscopie oeso-gastroduodénale (FOGD)

**Tableau XV** : Répartition des patients selon les lésions à la FOGD

FOGD (n=14)	Effectif	Pourcentage (%)
Gastropathie érythémateuse	07	50
Reflux gastroduodéal	07	50
Normale	03	21,42
Œsophagite mycosique	02	14,28
Ulcère gastrique	01	7,14

La fibroscopie œsogastroduodénale réalisée chez 14 patients.

### 5.1.9. Diagnostic

**Tableau XVI : Répartition des patients selon le diagnostic**

Diagnostic	Effectif	Pourcentage (%)
Pancréatite aiguë	13	43,33
Tumeur du pancréas	12	40
Pancréatite chronique	05	16,67
Total	30	100

Le diagnostic de la pancréatite aiguë a été retrouvé dans 43,33% des cas, celui de tumeur du pancréas dans 40% et de pancréatite chronique dans 16,67%.

### 5.1.10. Traitement

**Tableau XVII : Répartition des patients selon les traitements**

Traitement médical (n=30)	Effectif	Pourcentage (%)
Solutés de réhydratation	30	100
Antalgiques	30	100
Diète totale	18	60
Inhibiteur de la pompe à proton (IPP)	16	53,33
Antibiotiques	15	50
Antiémétiques	06	20
Laxatifs	03	10
Chélateur de sels biliaires	01	3,33
Diurétiques	01	3,33
Dextran	01	3,33
Transfusion	01	3,33
Traitement chirurgical (n=03)	03	100

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical, les plus utilisés étaient les solutés de réhydratation, les antalgiques, la diète totale, les antibiotiques, et les IPP dans respectivement 100% ; 100% ; 60% ; 53,33% et 50%.

Trois patients ont été référés en chirurgie.

### 5.1.11. Evolution

**Tableau XVIII** : Répartition des patients selon l'évolution

Evolution	Effectif	Pourcentage (%)
Evolution favorable	18	60
Décès	08	26,67
Décharge	02	6,67
Perte de vue	02	6,66
Total	30	100

L'évolution était favorable dans 60%, (décès dans 26,67%, décharge dans 6,66% et perte de vue dans 6,66%).

**Tableau XIX** : Répartition des patients selon les causes de décès

Causes de décès	Effectif	Pourcentage (%)
Tumeur du pancréas	06	75
Pancréatite aiguë	01	12,50
Pancréatite chronique	01	12,50
Total	08	100

Nous avons enregistré comme cause du décès 6 cas de tumeur du pancréas, 1 cas de pancréatite aiguë, et 1 cas de pancréatite chronique dans respectivement 75%, 12,50%, et 12,50%.

## 5.2. Résultats selon les pathologies

### 5.2.1. Pancréatite aiguë

#### 5.2.1.1. Aspects épidémiologiques

##### - Fréquence

Dans notre étude 13 cas (43,33%) de pancréatites aiguës ont été retrouvés.

##### - Sexe

Il y avait plus de femme (10cas) que d'homme (3 cas) soit 76,93% contre 23,07%, avec un *sex-ratio* de 0,3.

##### - Age :

L'âge moyen de survenue était de 46,53 ans $\pm$ 11,72 avec des extrêmes de 20 et 81 ans.

##### - Profession :

**Tableau XX** : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Femmes au foyer	04	30,76
Salariés	03	23,08
Cultivateur	03	23,08
Commerçant	03	23,08
Total	13	100

Les femmes au foyer étaient les plus représentées dans 4 cas (30,76%), suivi des salariés, des cultivateurs et des commerçants 3 cas chacun (23,08%).

##### - Délai de consultation :

Le délai moyen de consultation était de 13,63 jours  $\pm$ 12,23 avec des extrêmes de 2 et 60 jours.

### 5.2.1.2. Antécédents :

- Antécédents personnels

**Tableau XXI** : Répartition des patients selon les antécédents

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
<b>HTA</b>	<b>04</b>	<b>30,76</b>
Ictère	01	7,69
Pancréatite aiguë	01	7,69
Hystérectomie	01	7,69
Cure herniaire	01	7,69

Un antécédent d'HTA 4 cas soit 30,76%, d'ictère 1cas, de pancréatite aiguë 1 cas d'hystérectomie 1 cas, de cure herniaire 1 cas soient 7,69% chacune.

- Habitudes toxiques et mode de vie :

- Tabac 1 cas (07,69%)
- Alcool 1 cas (07,69%).

### 5.2.1.3. Motifs de consultation

- Le motif de consultation était la douleur abdominale (100%), suivi des vomissements (53,84%), et de trouble de la conscience (07,69%).

### 5.2.1.4. Signes généraux

**Tableau XXII** : Répartition des patients selon le stade OMS

Etat général stade OMS	Effectif	Pourcentage (%)
Stade OMS II	02	15,39
Stade OMS III	07	53,84
Stade OMS IV	04	30,77
Total	13	100

Les stades OMS III et IV étaient les plus dominants

### 5.2.1.5. Signes fonctionnels

**Tableau XXIII** : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	13	100
Vomissements	08	61,53
Vertiges	03	23,07
Céphalées	02	15,38
Diarrhée	02	15,38
Impotence fonctionnelle des MI	01	7,69
Arrêt matière et gaz	01	7,69
Prurit	01	7,69

Les signes fonctionnels les plus retrouvés étaient la douleur abdominale dans 100% des cas, suivie des vomissements dans 61,53% des cas.

### Signes physiques

#### 5.2.1.6. Signes physiques

**Tableau XXIV** : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage (%)
Epigastralgie	11	84,61
Fièvre	04	30,76
Tachycardie	02	15,38
Hypotension artérielle	02	15,38
Plis de déshydratation	02	15,38
Pâleur conjonctivale	01	7,69
Méléna	01	7,69
Lésion de grattage	01	7,69
Tympanisme abdominale	01	7,69
Hypothermie	01	7,69
Hypertension artérielle	01	7,69
OMI	01	7,69

Les signes physiques étaient dominés par l'épigastralgie et la fièvre dans respectivement 84,61%, et 30,76%.

### 5.2.1.7. Aspects paracliniques

#### - Biologies

**Tableau XXV** : Répartition des patients selon les résultats de la biologie

Résultats biologie	Effectif	Pourcentage (%)
Lipasémie >3N (n=13)	11	84,61
Taux Hb<12g/dl (n=11)	08	72,72
ALAT>2N (n=11)	04	36,36
CRP>6mg/dl (n=3)	03	100
Glycémie >1,23 (n=13)	01	7,69
Triglycéridémie >N (n=7)	01	14,28
Kaliémie<3,5 (n=11)	01	9,09
Créat>N (n=13)	01	7,69
Natrémie<135 (n=11)	01	9,09

Les anomalies les plus retrouvés étaient une hyperlipasémie, une anémie, une cytolyse, une CRP élevée, et une hyperglycémie dans respectivement 84,61%, 72,72% ; 36,36% ; 100% et 7,69%.

#### - Morphologie

#### + Echographie abdominale

Elle a été réalisée chez 6 patients :

- Normale : 05 cas (83,33%)
- Cholécystite : 01 cas (16,66%)
- Lithiase vésiculaire : 01 cas (16,66%)

**+ Scanner abdominal**

Il a été réalisé chez 10 patients.

**Tableau XXVI :** Répartition des patients selon les résultats du scanner abdominal

Résultats scanner abdominal	Effectif	Pourcentage (%)
Pancréatite aiguë	07	70
Lithiase vésiculaire	02	20
Kyste pancréas	01	10
Cholécystite	01	10
Dilatation de la VBP	01	10

Le scanner réalisé chez 10 patients a révélé comme anomalie un aspect de pancréatite aiguë dans 70% des cas et une lithiase vésiculaire dans 20% des cas.

**Tableau XXVII :** Répartition des patients selon la classification de Balthazar

Classification de Balthazar	Effectif	Pourcentage (%)
Stade A	01	10
Stade B	02	20
Stade C	03	30
Stade D	01	10
Non classé	03	30

Selon la classification de Balthazar le stade C, était le plus représenté.

Nb : à noter que 2 patients présentaient 3 critères de SRIS (Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique) : à H0 et à H48.

T > 38°C

Leucocytes > 12 000g/l

Fréquence cardiaque > 90b/mn

### Fibroskopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) :

- Une fibroskopie oeso-gastroduodénale a été réalisée chez 9 patients.

**Tableau XXVIII :** Répartition des patients selon les résultats de la fibroskopie oeso-gastro-duodénale (FOGD)

Résultats FOGD (n=9)	Effectif	Pourcentage (%)
Normale	03	33,33
Gastropathie érythémateuse	03	33,33
Reflux gastroduodénale	03	33,33
Ulcère gastrique	01	11,11
Œsophagite mycosique	01	11,11

La gastropathie érythémateuse et le reflux gastroduodénal étaient les anomalies endoscopiques les plus retrouvées dans 33,33% chacun.

#### 5.2.1.8. Etiologies :

Les étiologies retrouvées étaient :

- Lithiase vésiculaire : 1 cas
- Alcool : 1 cas
- Hyper- triglycémie : 1 cas
- Tabac : 1 cas

#### 5.2.1.9.Aspects thérapeutiques

##### - Traitement médical

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical.

- Solutés de réhydratation : 13 cas (100%)
- Diète : 13 cas (100%)
- Antalgiques : 13 cas (100%)
- Palier 1 : 2 cas (15,39%)
- Palier 2 : 7 cas (53,84%)
- Palier 3 : 4 cas (30,77%)

- Antibiotiques :

Des antibiotiques ont été administrés chez 6 patients. Il s'agissait : du Ceftriaxone 5 cas (38,46%) ; Ceftriaxone + Métronidazole 1 cas (7,69%).

- Antis sécrétoires

Treize (13) patients (100%) ont reçu des Antisécétoires : il s'agissait du Oméprazole 40mg et de l'Esoméprazole 40mg.

- Traitement chirurgical

Cholécystectomie sous coelioscopie chez 1 cas (07,69%).

- Aspects évolutifs :

- Evolution favorable dans 11 cas (84,61%)

- Décès dans 1 cas (07,69%)

- Décharge dans 1 cas (07,69%).

## 5.2.2. Pancréatite chronique

### 5.2.2.1. Aspects épidémiologiques

- **Fréquence :**

Dans notre étude 5 cas de pancréatite chronique ont été trouvés soit 16,66% des maladies pancréatiques.

- **Sexe**

Il y avait plus d'hommes (60%) que de femmes (40%), avec un *sex-ratio* de 1,5.

- **Age :**

L'âge moyen de survenue était de 43 ans $\pm$ 14,8 avec des extrêmes de 20 et 73 ans.

- **Profession :**

**Tableau XXIX :** Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivateur	02	40
Femmes au foyer	01	20
Salariés	01	20
Elève	01	20
Total	05	100

Les cultivateurs étaient les plus représentés dans 40,00%.

- **Délai de consultation :**

Le délai moyen de consultation était 28 mois+20 jours  $\pm 810,70$  avec des extrêmes de 5 mois et 60 mois.

**5.2.2.2. Aspects cliniques**

**5.2.2.2.1. Antécédents :**

- Antécédents personnels
  - HTA 1 cas (20,00%).
  - Diabète 1 cas (20%)
- Antécédents chirurgicaux :
  - Hystérectomie 1 cas (20%).
- Habitudes toxiques et mode de vie :
  - Alcool 1 cas (20%) de quantité inconnue.

**5.2.2.2.2. Motif de consultation**

- Douleur abdominale : 5 cas (100%) ;
- Vomissements 2 cas (40%) ;
- Altération de l'état général : 2 cas (40,00%)

**-Signes généraux**

**Tableau XXX : Répartition des patients selon le stade OMS**

Etat général stade OMS	Effectif	Pourcentage (%)
Stade OMS II	01	20
Stade OMS III	02	40
Stade OMS IV	02	40
Total	05	100

Les stades OMS III et IV étaient les plus retrouvés soit 40% chacun.

**- Signes fonctionnels**

- Douleur abdominale : 05 cas (100%)
- Vomissements : 03 cas (60%)

**5.2.2.3. Examen physique**

- Epigastralgie à la palpation : 5 cas (100%)
- Pâleur conjonctivale : 1 cas (20,00%)
- Fièvre : 1 cas (20,00%)

**5.2.2.4. Aspects paracliniques**

**- Biologie**

**Tableau XXXI : Répartition des patients selon les résultats de la biologie**

Résultats biologie	Effectif	Pourcentage (%)
Taux Hb<12g/dl (n=4)	02	40
CRP>6mg/l (n=2)	02	40
Lipasémie>3N (n=1)	01	20
Glycémie >1,23 (n=03)	01	20
Natrémie<135meq/l (n=2)	01	20
Triglycéridémie élevée (n=1)	01	20
Gamma GT>N (n=2)	01	20

Sur les 5 cas de pancréatites chroniques, la lipasémie était élevée chez un patient soit 20%.

- Morphologie

- Echographie abdominale

Elle a été réalisée chez 02 patients. Nous avons retrouvé comme particularité :

- Vésicule biliaire distendue alithiasique : 1 cas (50%)
- Pancréas hétérogène avec calcification 1 cas (50%)

- Scanner abdominal

Il a été réalisé chez 04 patients. Il a permis le diagnostic de pancréatite chronique dans tous les 4 cas (80%).

Calcifications pancréatique 4 cas

Faux kystes 1 cas

Pancréatite focale de la tête 1 cas

Atrophie pancréatite 1 cas

- Fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) :

- Une fibroscopie oeso-gastroduodénale a été réalisée chez 2 patients (40%), comme particularités :
  - Gastropathie érythémateuse 1cas (50%)
  - Œsophagite mycosique 1cas (50%)
  - Reflux duodéno-gastrique 1cas (50%).

#### **5.2.2.5. Aspects thérapeutiques**

- **Traitement médical**

Tous les patients ont bénéficié un traitement médical.

- Solutés de réhydratation : 05 cas (100%)
- Antalgiques : 05 cas (100%)
  - Palier 1 : 01 cas (20%)
  - Palier 2 : 02 cas (40%)
  - Palier 3 : 02 cas (40%)
- Antibiotiques :

Des antibiotiques ont été administrés chez 05 patients. Il s'agissait du Ceftriaxone 5 cas (100%) ; Ceftriaxone + Métronidazole 1 cas (20%).

### **Traitement chirurgical**

Aucun.

- Aspects évolutifs :
  - Rémission dans 04 cas (80%)
  - Décès dans 1 cas (20%)

### **5.2.3. Tumeur du pancréas**

#### **5.2.3.1. Aspects épidémiologiques**

##### **- Fréquence**

Dans notre étude 12 cas de cancers de pancréas ont été répertoriés soit 40%.

##### **- Sexe :**

Le sexe masculin était prédominant. Nous avons enregistré 9 hommes (75%) et 3 femme (25%) avec un *sex-ratio* de 3.

##### **- Age.**

L'âge des patients était compris entre 18 et 81 ans avec une moyenne de 53,84 ans  $\pm$ 14,49 ans. Le cancer était plus fréquent après 60 ans.

##### **- Profession**

Les cultivateurs étaient les plus représentés : 5 cas (41,66%).

##### **- Délai de consultation**

Le délai moyen de consultation était de 78,25 jours  $\pm$ 56,97 jours avec des extrêmes de 7 et 365 jours.

#### **5.2.3.2. Aspects cliniques**

##### **5.2.3.2.1. Antécédents**

- Antécédents personnels
  - Diabète 2 cas (16,66%)
- Antécédents chirurgicaux :
  - Appendicite : 1 cas (08,33%)
  - Hernie inguinale : 1 cas (08,33%)

- Antécédents familiaux :
- HTA : 1 cas (08,33%)
- Diabète : 1 cas (08,33%)
- Habitude toxique et mode de vie : aucun.

#### 5.2.3.2.2. Motifs de consultation

**Tableau XXXII** : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
AEG	06	50
Ictère	05	41,66
Vomissement	02	16,66
Douleur abdominale	01	08,33
Anorexie	01	08,33

Le motif de consultation le plus retrouvé était l'altération de l'état général (50%) suivi de l'ictère (41,66%).

#### 5.2.3.2.3. Signes généraux :

- **Etat général :**

**Tableau XXXIII** : Répartition des patients selon le stade OMS

Etat général stade OMS	Effectif	Pourcentage (%)
Stade OMS III	02	16,66
Stade OMS IV	10	83,34
Total	12	100

Dans 83,34% des cas les patients étaient au stade IV de l'OMS.

#### 5.2.3.2.4. Signes fonctionnels

**Tableau XXXIV** : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	05	41,66
Vomissement	03	25,00
Prurit	02	16,66
Constipation	01	08,33
Toux	01	08,33

Les signes fonctionnels étaient dominés par la douleur abdominale et les vomissements dans respectivement 41,66% et 25% des cas.

#### 5.2.3.2.5. Examen physique

**Tableau XXXV** : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques (n=12)	Effectif	Pourcentage (%)
Ictère	06	50
OMI	06	50
Pâleur conjonctivale	06	50
Urine foncées	05	41,66
Epigastralgie à la palpation	04	33,33
Ascite	03	25
Plis de déshydratation	03	25
Tachycardie	03	25
Lésion de grattage	03	25
Trouble conscience	03	25
Fièvre	02	16,66
Masse abdominale	01	08,33
Selles graisseuses	01	08,33
Selles décolorées	01	08,33
Grosse vésicule biliaire	01	08,33
Adénopathie	01	08,33

Les signes physiques les plus représentés étaient l'ictère, l'OMI et la pâleur conjonctivale soit 50% chacun.

### 5.2.3.3. Aspects paracliniques

#### - Biologie

**Tableau XXXVI** : Répartition des patients selon les résultats de la biologie

Résultats biologie	Effectif	Pourcentage (%)
Taux Hb <12g/l) (n=08)	07	87,50
ALAT >2N (n=06)	05	83,33
Bilirubine >N (n=06)	04	66,66
TP <70% (n=06)	04	66,66
Créatinémie >N (n=07)	03	42,85
Natrémie <135 meq/l (n=06)	03	50
CRP >6mg/l (n=02)	02	100
ACE >N (N=02)	01	50

Les anomalies biologiques les plus retrouvées étaient l'anémie dans 87,50%, une cytololyse (83,33%) et un TP bas (66,66%).

#### -Morphologie

##### - Echographie abdominale

L'échographie réalisée chez 6 patients. (50,00%)

**Tableau XXXVII** : Répartition des patients selon les résultats de l'échographie abdominale

Résultats échographie abdominale (n=06)	Effectif	Pourcentage (%)
Hépatomégalie hétérogène	02	33,33
Dilatation des VBIEH	02	33,33
Splénomégalie	01	16,66
Lithiase vésiculaire	01	16,66
Cholécystite	01	16,66
Dilatation du Wirsung	01	16,66

L'échographie réalisée chez 6 patients a mis en évidence comme anomalie fréquente une hépatomégalie hétérogène et une dilatation des VBIEH dans 33,33% chacun

##### - Scanner abdominal

Tous les patients ont bénéficié un scanner abdominal.

**Tableau XXXVIII : Répartition des patients selon les résultats du scanner abdominal**

Résultats scanner abdominal (n=12)	Effectif	Pourcentage (%)
Tumeur pancréas	12	100
Métastases ganglionnaires	07	58,33
Dilatation des VBIEH	06	50
Métastases hépatiques	06	50
Métastases péritonéales	05	41,66
Métastases pulmonaires	03	25
Grosse vésicule biliaire	01	08,33

Le scanner réalisé chez tous les patients a mis en évidence la tumeur du pancréas avec des métastases ganglionnaires, hépatiques, péritonéales, et pulmonaires dans respectivement 58,33% ; 50% ; 41,66% et 25%.

#### **5.2.3.4. Aspects thérapeutiques**

##### **- Traitement médical :**

Le traitement médical a été effectué chez tous les patients.

- Solutés de réhydratation : 12 cas (100,00%)
- Antalgiques : 12 cas (100%) à base de Morphine
- Antibiotiques : 3 cas (25,00%), il s'agissait du Ceftriaxone.
- Antisécrétoire : 3 cas (25%) il s'agissait du Caprazole 40mg et Esoméprazole 40mg.
- Chélateur de sels biliaire : 1 cas (08,33).

##### **- Traitement chirurgical :**

Un traitement chirurgical a été réalisé dans 2 cas (16,66%).

#### **5.2.3.5. Aspects évolutifs**

- 7 patients décédés (58,33%).
- 4 patients perdu de vue (33,34%).
- 1 patient a signé la décharge (08,33%).



***COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION***

## VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Limites et difficultés :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gastroentérologie du CHU Gabriel TOURE de Bamako.

Au cours de la réalisation de ce travail, nous avons rencontré certaines difficultés en rapport avec le caractère rétrospectif d'une partie de l'étude.

Ces difficultés pourraient être résumées comme suit :

- la mauvaise tenue des dossiers cliniques ;
- l'absence de réalisation de certains examens paracliniques par faute de moyens financiers des patients.

Malgré ces limites, nous sommes parvenus à des résultats, qui ont suscité des commentaires.

### 2. Fréquences :

De juillet 2018 à Novembre 2022, 3772 patients ont été reçus en hospitalisation dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

Durant cette période, 30 cas de pancréatopathies ont été collectés soit une fréquence hospitalière de 0,79% des patients.

Il s'agissait de 13 cas de pancréatites aiguës soit 43,33%, 5 cas de pancréatites chroniques soit 16,67%, 12 cas de tumeurs du pancréas soit 40%.

Nos résultats étaient comparables à ceux rapportés par Danielle ainsi que ceux rapportés par Ouango [13-24].

Ce faible taux d'affection pancréatique peut s'expliquer par les difficultés diagnostiques confondant les signes d'alerte en premier à d'autres affections gastro-intestinales et / ou hépatobiliaires.

La faible fréquentation dans les centres de santé pourrait être associée à cette fréquence basse.

Les pancréatites aiguës ont été les plus représentées dans notre étude. Nos résultats étaient proches de ceux de Ibrahim au Sénégal qui a retrouvé 48,18% de

tumeurs du pancréas et 51,82% pour les pancréatites mais inférieurs à ceux de Yonli à Ouagadougou en 2012 qui a obtenu une incidence de 4,6 cas par an. Danielle [13] a obtenu une prédominance des affections tumorales (73,7%) [38, 39].

Cette fréquence élevée des tumeurs du pancréas pourraient s'expliquer par le retard de la consultation des patients dans les services de santé.

### **3. Age et sexe :**

L'âge moyen était de  $52,26 \pm 17,6$  avec des extrêmes de 18 et 81 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 49-58 ans (7 cas soit 23,33%). Notre moyenne d'âge était proche de celle trouvée dans l'étude d'Ouango [24] qui était de 53,4 ans. Mais supérieure à celle de Danielle [13] 48,57 ans.

Le sexe masculin a été prédominant avec un *sex-ratio* de 1,14. Des résultats similaires ont été rapportés par Danielle et Ouango [13] et [24].

La prédominance masculine est rapportée de manière classique dans la quasi-totalité des études de SARLES et al [26].

Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer par les facteurs de risque des affections pancréatiques que sont essentiellement l'alcool et le tabac auxquels les hommes seraient les plus exposés.

### **4. Aspects cliniques :**

Nous avons noté des antécédents médicaux à type de diabète (2 cas), de pancréatite aiguë (1 cas), d'HTA (5 cas) et d'ictère (1 cas).

Ces mêmes ATCD étaient présents dans l'étude de Danielle à des proportions différentes en 2017 [13].

Deux patients consommaient de l'alcool soit 6,66% et deux patients du tabac soit 6,66%.

La douleur abdominale était le principal motif de consultation chez 70% des patients.

Ce résultat est inférieur à celui d'HEFAIEDH et al [27] qui la retrouvait dans 100%.

Cela pourrait s'expliquer par une consultation tardive.

De plus, la douleur est un signe typique de pancréatite aiguë et un signe tardif de cancer du pancréas.

L'épigastrie, l'amaigrissement et la pâleur conjonctivale étaient majoritaires dans 53,33%, 40% et 23,33% des cas.

L'ictère était le signe physique le plus fréquemment rencontré par la plupart des auteurs français notamment FREXINOS et al [28], qui le trouvait dans 20% des cas.

En Afrique, Ibrahim [14] retrouvait l'ictère cholestatique et la grosse vésicule palpable dans respectivement 30,5% et 38% des cas et OUANGO [24] notaient l'ictère cholestatique, la grosse vésicule palpable et la masse abdominale respectivement dans 67,57% ; 59,46% et 16,22%.

### **5. Aspects paracliniques :**

La lipasémie était élevée dans 80% des cas. Selon les recommandations de la SNFGE [29], la lipasémie permettrait le diagnostic dans 60% des cas.

Pour les examens d'imagerie 93,33% des patients ont réalisé le scanner parmi lesquels 12 cas ont évoqué des tumeurs pancréatiques soit 42,85%.

Ce résultat est proche de celui de Danielle avec 53,3% de cas de masses abdominales évoquées au scanner.

L'échographie et la Fibroscopie ont été réalisées dans respectivement 60% et 46,66%.

Cette masse pancréatique à l'imagerie médicale pourrait être considérée comme un signe de découverte tardive de la maladie.

## **6. Thérapeutique :**

Le traitement médical reposait sur les solutés de réhydratation, la diète, IPP, antalgiques et les antibiotiques.

Il était contraire à la plupart des études européennes de MAILLARD [30] et FREXINOS et al [28] par l'absence d'antibiotiques, mais fait en revanche d'antalgiques et d'extraits pancréatiques.

L'utilisation d'antibiotiques dans notre contexte serait pour la prévention des infections.

Nos résultats sont cependant inférieurs à ceux rapportés par OLORY-TOGBE et al [31].

Le taux bas de consultation en chirurgie dans notre contexte trouverait son explication de faite que la majorité de nos patients est vu à un stade tardif.

## **7. Evolution :**

L'évolution a été favorable dans 56,67%.

En 2017 Danielle [13] avait rapporté un taux de guérison de 26,3%.

Ce constat était identique à celui de BA et al [46].

Cette évolution favorable pourrait s'expliquer par le caractère bénin de la pancréatite aiguë qui était prédominante dans notre étude.

## **8. PANCREATITES AIGUËS**

### **8.1.ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES**

#### **8.1.1. Fréquence**

Dans notre étude 13 cas de pancréatites aiguës ont été retrouvés soit 43,33% des pancréatopathies.

Cela représentait 0,79% des patients reçus.

OUANGO [24] avait retrouvé 7 cas de pancréatites aiguës.

YONLI [25] en avait dans une étude hospitalière à Ouagadougou sur une période de 6 ans et 6 mois, du 1er janvier 2006 au 31 juin 2012 soit une incidence de 4,6 cas par an et elle représentait 0,46% des hospitalisations.

En Afrique du sud ANDERSEN [32] notait une fréquence de 2% des hospitalisations contre 5,2% pour ABDESSAMAD [33] au CHU de Fès au Maroc.

Tous les chiffres indiquent que la pancréatite aiguë est une pathologie peu fréquente ou sous diagnostiquée.

### **8.1.2. Sexe :**

Nous avons constaté une prédominance féminine (76,93%) de la pancréatite aiguë. Ce constat avait été fait par AISSRAOUIT [34] 69,9% et EL KHANBOUBI [35] 59% au Maroc.

### **8.1.3. Age :**

L'âge moyen de survenu était de  $46,53 \pm 11,7$  ans avec des extrêmes de 20 ans et 81 ans.

Il est inférieur à celui de TAIB en Algérie [36].

(51,15 ans), de EL KHABOUBI [35] (50ans) de MEYER [37] en France trouvait un âge moyen de 55,7 ans contre 59,6 ans pour CAVALINI [22] en Italie.

L'âge moyen de survenu de la maladie de la tranche d'âge 29-38 ans est de 31,25%.

### **8.1.4. Profession :**

Les femmes au foyer 30,76%, les salariés, les cultivateurs et les commerçants étaient les plus représentés soit 23,08 chacun.

### **8.1.5. Délai de consultation :**

Le délai moyen de consultation était de 13,63 jours avec des extrêmes de 2 jours et 60 jours. Ce délai est supérieur à ceux de Douche S en France en 2018 (3 jours). Cette différence peut être expliquée par le retard de consultation dans notre contexte.

## 8.2. ASPECTS CLINIQUES

### 8.2.1. Antécédents :

- **Antécédents personnels**

L'HTA était l'antécédent le plus retrouvé dans 4 cas soit 30,76%, suivi d'ictère 7,69% et de pancréatite aiguë 7,69%. Danielle [13] rapportait une HTA dans 8% des cas. Ce qui est inférieur à celle de notre étude.

- **Habitude toxique et mode de vie**

La consommation de tabac a été retrouvée dans 1 cas, suivi d'alcool 1 cas soit 7,69 % chacun.

Ce qui est inférieur à ceux de Danielle [38], MUTEBI [39] qui rapportaient respectivement une consommation d'alcool de 15,4% et 18%.

### 8.2.2. Motif de consultation :

Le motif de consultation le plus fréquent était la douleur abdominale dans tous les cas soit (100%), suivi de vomissements 53,84%.

Ces résultats sont les mêmes que ceux de LEVY [40] ; MOREAU [41] ; EL KHANBOUBI [35] et OUANGO [24] qui la retrouvaient dans la même proportion.

Cette douleur était suivie des vomissements dans 46,15% des cas.

### 8.2.3. Signes généraux

L'état général était mauvais dans 30,77% des cas.

Pour SANKALE [42] et OUANGO [24], le mauvais état général était rencontré dans 50% et 100% des cas respectivement.

Ce qui pourrait s'expliquer par un retard à la consultation favorisant l'évolution défavorable de la maladie.

L'épigastrie à la palpation a été retrouvée dans 84,61% des cas, suivie de la fièvre 30,76%.

Ces résultats diffèrent de celui d'Ouango [24] et de BOISSEL [25] qui rapportaient que les signes physiques de la pancréatite aiguë étaient pauvres.

#### **8.2.4. Aspects paracliniques**

- Biologie

La lipasémie avait été dosée chez 11 patients chacun et elle était supérieures à 3 fois la normale soit 84,61%.

Ce dosage avait permis le diagnostic des pancréatites aiguës dans 84,61% des cas. Ce résultat est proche de celui de FLEUREAU [44] qui retrouvait une sensibilité de la lipasémie à 94% dans le diagnostic des pancréatites aiguës.

#### **8.2.5. Morphologie**

L'échographie abdominale a été réalisée chez 6 patients, les anomalies retrouvées étaient une cholécystite et une lithiase vésiculaire dans 16,66% chacun.

Ce résultat est inférieur à celui de MULEBI [39] au Kenya et EL KHANBOUBI [35] au Maroc dans respectivement 54% et 80% des cas.

Le scanner abdominal réalisé chez 10 patients, il a permis le diagnostic de la pancréatite aiguë dans 7 cas soit 70% avec leur classification de Balthazar.

Ce résultat est inférieur à celui de Pamateck [48] (90%) et permis de faire le diagnostic chez tous les cas et d'établir le score pronostic de Balthazar.

Cependant, le scanner n'est pas indispensable pour le diagnostic positif à lipasémie supérieur à 3 fois la normale.

- **Diagnostic de gravité :**

Le score de Balthazar le plus retrouvé était le stade C soit 30% des cas.

A noté que deux de nos patients présentaient trois critères de SRIS (syndrome de réponse inflammatoire systémique).

#### **8.2.6. Etiologie**

Les étiologies retrouvées étaient la lithiase vésiculaire 1 cas, l'alcool 1 cas et hyper-triglycérides 1 cas.

##### **8.2.6.1. Aspects thérapeutiques**

- **Traitement médical**

Tous les patients ont été mis à jeun. Même constat chez Pamateck [48].

Des antalgiques ont été utilisés dans 100%. Ils sont largement administrés comme le confirme la plupart des auteurs : [13-24].

Six patients ont bénéficié de l'antibiothérapie 46,15%.

Ce résultat est différent de celui de Danielle en 2017 au Burkina Faso [38] qui n'avait pas utilisé d'antibiotique.

Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement antisécrétoire.

Escourou [25], Pariente [46], Mignon [18] et Ouango [24] en avaient utilisés également.

- **Traitement chirurgical :**

Aucun traitement chirurgical n'a été instauré.

### **8.2.6.2. Aspect évolutif :**

L'évolution était favorable dans 84,61%, le décès dans 7,69%. Ce résultat est inférieur à celui de Ouango [24] qui avait enregistré 33,33% des cas de décès.

## **9. Pancréatite chronique**

### **9.1. Aspects épidémiologiques**

#### **9.1.1. Fréquence**

Dans notre étude 5 cas de pancréatite chronique ont été trouvés soit 16,66% des maladies pancréatiques.

Ce résultat est proche de celui de Danielle en 2017 au Burkina Faso [13] qui a répertorié 6 cas soit 15,8% des affections pancréatiques.

SAKANLE [42] à Dakar et Ouango [24] à Ouagadougou, eux trouvaient respectivement 72,41% et 56,25% des cas de pancréatite chronique.

Cette fréquence plus élevée des pancréatites chroniques chez le sujet africain pourrait s'expliquer par la faible fréquentation des services de santé et le retard à la consultation.

#### **9.1.2. Sexe**

Dans notre étude le sexe masculin prédomine soit 60% d'homme, c'est le cas de SARLES et al [26], HEFAIEDH [27] et Ouango [24] qui ont recensé respectivement 75,68%, 87,5% et 88,89% d'hommes.

Ceci pourrait s'expliquer par l'exposition plus élevée des hommes aux facteurs de risque.

### **9.1.3. Age**

L'âge moyen de survenue de la pancréatite chronique était de 43 ans.

Il était similaire à ceux rapportés par HEFAIEDH [27] et SAKANLE [42] qui étaient de 43 et 40 ans.

En Europe et en Asie, pour le SNFGE [29] l'âge de début des pancréatites chroniques était de 50 ans OOMI et al [30] au Japon trouvait une moyenne d'âge de 60 ans.

Cette moyenne d'âge plus élevée dans les pays occidentaux pourrait s'expliquer par le niveau de vie et l'espérance de vie plus élevée dans ces pays.

### **9.1.4. Profession**

Les patients dans notre étude étaient des cultivateurs à 40%.

Ce résultat est similaire de celui de Danielle en 2017 au Burkina Faso [13] soit 50%.

### **9.1.5. Délai de consultation**

Le délai moyen de consultation était  $860 \pm 810$  jours avec des extrêmes de 150 et 1800 jours.

## **9.2. Aspects cliniques**

### **9.2.1. Antécédents**

Aucun antécédent de pancréatite ou de diabète n'avait été retrouvé.

Le patient ayant un antécédent alcoolique représentait 20%.

Ce résultat est inférieur à celui de LEVY [40] qui retrouvait 40% d'alcool.

### **9.2.2. Motif de consultation**

Les motifs de consultation les plus fréquents dans notre étude étaient la douleur abdominale et les vomissements retrouvés respectivement dans 100% et 50%.

Ces résultats sont similaires à ceux de Ouango [24] qui trouvaient respectivement 100% et 28,57%.

### 9.2.3. Signes généraux

L'état général stades OMS III et IV sont les plus représentés soit 40% des cas chacun.

SAKNLE [42] le retrouvait dans 50%, FLEUREAU [44] retrouvait dans 15%.

### 9.2.4. Examen physique

L'épigastrie à la palpation, la pâleur conjonctivale et la fièvre étaient respectivement retrouvés dans 100% ; 20%, et 20% des cas.

Ces résultats diffèrent de ceux de Ouango [24] hépatomégalie et l'ascite dans 16,7% chacun.

### 9.2.5. Aspects paracliniques

#### - Biologie

L'anémie, CRP élevée, hyperlipasémie, et hyperglycémie dans respectivement 50%, 100%, 33,33%, 33,33%.

Ce résultat est similaire à celui de Ouango [24] qui avait retrouvé une hyperlipasémie dans 22,22% des cas.

Nous avons noté une hyperglycémie.

Ce qui est différent de celui de Danielle en 2017 au Burkina Faso [13] qui n'avait pas recensés un cas d'hyperglycémie.

#### - Morphologie

L'échographie abdominale montrait la présence de calcifications pancréatiques dans 50%.

Selon LEVY [40] l'échographie retrouvait des calcifications chez au moins 20% des patients.

Le scanner abdominal a permis le diagnostic de pancréatites chroniques dans tous les cas.

Ces résultats sont similaires à ceux de Ouango [24] qui recensait les mêmes anomalies.

### **9.3. Aspects thérapeutiques**

#### **- Traitement médical**

Tous les patients ont bénéficié des solutés de réhydratation 100% des cas.

Des antalgiques ont été utilisés dans 100%, ils sont largement administrés comme le confirme la plupart des auteurs Ouango [24], MAILLARO [30], PARIENTE [46].

Tous les patients ont bénéficié de l'antibiothérapie 100%.

Ce résultat est contraire à celui de Danielle en 2017 au Burkina Faso [13] qui n'avait pas utilisé de l'antibiotique.

#### **- Traitement chirurgical**

Aucun traitement chirurgical n'a été instauré. Pour OUANGO [24] une dérivation digestive a été effectuée dans 11,11% des cas.

### **9.4. Aspects évolutifs**

L'évolution a été marquée par la rémission dans 80% des cas, le décès dans 20%.

Ce résultat est inférieur à celui de OUANGO [24] qui avait enregistré 33,33% des cas.

## **10. Tumeur du pancréas**

### **10.1. Aspects épidémiologiques**

#### **10.1.1. Fréquence**

Dans notre étude 12 cas de cancers du pancréas a été répertoriés soit 40% des maladies pancréatiques sur une période de 5 ans

Nos résultats sont inférieurs à ceux de KOEFI [50] au Burkina Faso qui recensait 10 cas/ an dans une étude hospitalière à Ouagadougou sur une période de 6 ans allant du 1er Février 2009 au 31 Janvier 2015.

#### **10.1.2. Sexe**

Le sexe masculin était prédominant soit 75%, cette prédominance est observée chez la plupart des auteurs [13-24].

Cette prédominance pourrait s'expliquer par les hormones sexuelles, telles que les oestrogènes qui joueraient un rôle protecteur, tandis que les androgènes (la testostérone) favoriseraient la survenue du cancer du pancréas.

### **10.1.3. Age**

L'âge moyen des patients était de 53,84 ans.

Nos résultats sont en adéquation avec de nombreux auteurs pour lesquels le cancer du pancréas toucherait avec prédilection les personnes âgées avec une prédominance après 50 ans.

En effet LOMPO [51], KOEFI [50], OUANGO [24], SANO et al [52] avaient respectivement rapporté un âge moyen de 57 ans, 61 ans, 60,7 ans, et 60 ans.

### **10.1.4. Profession**

Nos résultats montrent que 41,66% des patients de notre étude avaient une profession à revenu faible constituée de cultivateurs.

Ces chiffres sont proches à ceux de LOMPO [51], ILBOUDO [53], et KOEFI [50], qui avaient rapporté un taux respectivement de 76%, 75%, et 76,6%.

Cette prédominance des patients à faible revenu serait certainement un reflet de notre population générale dont la majorité vit en dessous du seuil de pauvreté.

### **10.1.5. Délai de consultation**

Le délai moyen de consultation était de  $78,25 \pm 56,97$  jours avec des extrêmes de 7 et 365 jours. Nos résultats sont inférieurs à ceux de SANO et al [52] Ouagadougou, KOEFI [50], OLORY TOGBE et al [31] au Bénin qui retrouvaient respectivement 95 jours, 90 jours, 90 jours. Dans tous les cas le constat dans les études Africaines est le retard à la consultation par faute de moyens financiers.

## **10.2. Aspects cliniques**

### **10.2.1. Antécédents**

Dans notre étude nous avons noté deux cas d'antécédents de diabète soit 16,66%, ce résultat est légèrement supérieur à ceux de OUANGO [24] et KOEFI [50] dans 11,10% et 13,30%.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le caractère rétrospectif de l'étude d'une part ou les dossiers ne contiennent pas toujours toutes les informations, mais aussi au fait que les patients ignorent souvent les antécédents des membres de la famille. Des antécédents familiaux d'HTA et de diabète ont été répertoriés soit 8,33% des cas chacun.

Les antécédents chirurgicaux d'appendicite et de hernie inguinale avaient été trouvés soit 8,33 chacun.

### **10.2.2. Motif de consultation**

Le motif de consultation le plus représenté était de l'AEG dans 50%, de l'ictère dans 41,66% et des vomissements dans 16,66% des cas.

Ce qui est similaire de celui de OUANGO [24] où la douleur abdominale, l'ictère et les vomissements qui constituaient les motifs les plus fréquents.

### **10.2.3. Signes généraux**

Le mauvais état général était dans 83,34% des cas.

Le même constat était fait chez OUANGO [24].

### **10.2.4. Examen physique**

Les principaux signes physiques étaient l'ictère, l'OMI, la pâleur conjonctivale dans 50% chacun.

Ce constat était fait chez OUANGO [24] et KOEFI [50].

## **10.3. Aspects paracliniques**

### **- Biologie**

L'anémie, la cytolyse, le TP bas avaient été réalisés respectivement dans 87,50%, 83,33% et 66,66%.

Contrairement à ce de OUANGO [24] qui retrouvait une lipasémie élevée dans 50%.

### **- Morphologie**

L'échographie abdominale réalisée dans 50% à objectivé comme anomalie, une hépatomégalie hétérogène dans 33,33%, une dilatation des VBIEH dans 33,33%.

Ce qui est différents à ceux de OUANGO [24] et KOEFI [50] qui retrouvaient respectivement une masse pancréatique dans 50%, et 38,3% des cas.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que c'est un examen à opérateur dépendant.

Le scanner abdominal a été réalisé dans 100% des cas et a permis de poser le diagnostic dans tous les cas. Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés par LOMPO [51] et YODA [54] qui retrouvaient respectivement 40%, et 37,14%.

Cette différence pourrait s'expliquer par la disponibilité du scanner dans la majorité de nos centres hospitaliers universitaires.

#### **10.4. Aspects thérapeutiques**

Le traitement médical a été effectué chez tous les patients 100% des cas.

Solutés de réhydratation 100% des cas.

L'antalgique a été instauré dans 100% des cas.

Nos résultats sont similaires à ceux de OUANGO [24] dans leur série respectivement 100% et 95,24%.

Une antibiothérapie a été réalisée dans 25%, KOEFI [50] avait retrouvé 26,9%.

Le traitement chirurgical a été réalisé dans 16,66%.

#### **10.5. Aspects évolutifs**

La mortalité était de 58,33%.

Nos résultats sont supérieurs à ceux rapportés par YODA [54] et LOMPO [51] qui trouvaient respectivement 10% et 7,5%.

Ce taux élevé de décès dans notre étude est dû au diagnostic tardif des tumeurs du pancréas.

# *CONCLUSION*

## VII. CONCLUSION

Les pancréatopathies au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré de Bamako ont un caractère clinique, paraclinique et thérapeutique comparable à celui décrit dans la littérature, dans la plupart des séries africaines en général et au Mali en particulier.

Leur fréquence est faible, les hommes sont les plus concernés.

Le diagnostic repose sur les signes cliniques et paracliniques, notamment la douleur abdominale. En ce qui concerne la biologie, la lipasémie a été effectuée dans la majorité des cas. Les examens paracliniques morphologiques utilisés pour le diagnostic de ces pathologies étaient l'échographie abdominale et la tomodensitométrie abdominale.

La prise en charge tardive due au retard de consultation dans le service spécialisé a fait que le traitement a été essentiellement médical.

# ***RECOMMANDATIONS***

## VIII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons des recommandations en vue de l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des pancréatopathies.

### **Au Ministre de la Santé**

- Assurer une sensibilisation active sur les facteurs de risque des affections pancréatiques notamment l'alcoolisme et le tabagisme ;
- Doter les centres de santé de référence d'un plateau technique performant

### **Au Directeur Général du CHU- Gabriel TOURE**

- Mettre à disposition l'échographie et la tomodensitométrie abdominales en urgence ;
- Créer une unité d'archivage numérique centralisée des dossiers des patients pour un meilleur suivi et évaluation des pratiques cliniques au sein de l'hôpital.

### **Au personnel de santé**

- Référer le plus tôt possible les patients en milieu spécialisé pour une prise en charge adéquate ;
- Assurer une bonne tenue des dossiers médicaux.

### **A la population**

- Eviter la consommation d'alcool et/ou de tabac ;
- Se rendre le plus tôt possible dans un centre de santé en cas de douleur abdominale.



# *REFERENCES*

## Références

- [1] : **Louis B, Barbara B, Muscari F, Carrère N, Otal P.** Traité de pancréatologie : Issy-Les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson ; 2021.
- [2] : **Rebours V, Lévy P, Bretagne JF, Bommelaer G, Hammel P, Ruszniewski P.** Do guidelines influence medical practice ? changes in management of acute pancreatitis 7 years after the publication of the french guide. EUR J Gastroenterol Hepatol 2012 ; 24 :143-8p.
- [3] : **Slimane NN, Khiali R, Ammari S, Haicheur EH, Taieb M.** Epidémiologie des pancréatites aiguës. Annales Algériennes de chirurgie.2020 : 8p.
- [4] : Association de Recherche en Chirurgie et Association aigus de l'abdomen : étude prospective multicentrique. Nouv Presse Med. 1981 ; 10 : 3771 – 3p.
- [5] : **Seydou P.** Pancréatites Aigues Nécrotiques et Hémorragiques en chirurgie générales du CHU Gabriel Toure. Thèse Med. Bamako ; 2021. 75p.
- [6] : **SOCIETE NATIONAL FRANCAISE DE GASTRO-ENTEROLOGIE.** Epidemiologie des maladies non cancéreuses du pancréas entre 1990 et 1992. Reims mars 2001. [En ligne] visité le 29 mars 2011. Disponible sur internet : <http://www.snfge.asso.fr>.
- [7] : **Lowenfels AB.** Epidemiology and impact of pancreatic diseases in the United States. New York in Current gastroenterology reports 2005; 7(2) : 90-5.
- [8] : **Sielezn eff I, Cowen D, Payan MJ.** Tumeurs du pancréas. Faculté de Médecine de Marseille : 2005, 13p.
- [9] : **David PR, Théodore SH, Nabeel B.** Pancreatic Adenocarcinoma. N Engl J Med 2014 ; 371(11) :1039-49.
- [10] : **Bouvier AM, Uhry Z, Jooste V, Drouillard A, Remontet L, Launoy G et al.** Focus on an Unusual rise In Pancreatic cancer incidence in France. Int J Epidemiol. 2017 ; 46 :1764-72.
- [11] : **Rahib L, Smith AD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM.** Projecting cancer incidence and deaths to 2030 : The unexpected

burden of thyroid. Liver. And pancreas cancers in the United States. Cancer Res.2014 ; 74 : 2913-21p.

[12] : **Lankisch PG, Assmus C, Maisonneuve P, Lowensfels AB.** Epidemiology of Pancreatic Diseases In Luneburg Country : A study of in a defined German population. Luneburg in journal of pancreas.2006 ; 7 (3) : 257-61.

[13] : **Danielle FWB.** Aspects Epidemiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques des affections pancréatiques. Thèse Med (ouagadougou) ; 2017. (98) : 87p.

[14] : **Ibrahim F.** La pathologie pancréatique chez le noir Africain (à propos de 120 cas observés à Université Cheikh Anta Diop). Thèse Méd (Dakar). 1977 : 128p.

[15]. **Anatomie du pancréas** Service de chirurgie générale et digestive Hôpital Saint-Antoine [Internet]. [Consulté le 27 août 2018]. Disponible sur : <http://chirurgie-digestivesat.aphp.fr/chirurgie/pancreatectomies/anatomie-du-pancreas/>.

[16]. **Rouviere H, Delmas A.** Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle. 2e édition. Paris : Masson ; 1992, 458-64p.

[17]. **Douksiyeh A, Sai AM.** La tumeur Pancréatique, de plus en plus une réalité en milieu tropical, in Mali medi, 2006 N°0631 [En ligne] << <http://www.keneya.net>>>. [Consulté le 15 mars 2015 à 12h01].

[18]. **Mignon M.** Pathologie Pancréatique. in précis des maladies de l'appareil digestif ; Paris : Marketing Ellipses ; 1982, 370-447p.

[19]. **TORTORA G.** Principes d'anatomie et de physiologie. 3<sup>e</sup> édition. Paris : Edition Française ; 2002 : 624-627.

[20]. **VAYSSE N.** Physiologie du pancréas exocrine. In Encyclopédie Médico-Chirurgicale ; Paris : Hépatologie ; 1992 : 7-15.

[21]. **SILBERNAGL S, DESPOPOULOS A.** Atlas de poche de physiologie. 3<sup>e</sup> édition. Paris : Flammarion ; 2002 :312.

- [22]. **CABANNE F, BONENFANT L.** Anatomie pathologique : Principes de la pathologie générale et spéciale. Paris : Maloine ; 1982. 874-889.
- [23]. **HAOT J, JOURET A.** Anatomie pathologique de la pancréatite chronique. In Acta Endoscopica. Bruxelles. 1998 ; 5 : 28.
- [24]. **Ouango J.** Les affections pancréatiques : Aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et thérapeutiques dans le service d'Hépto-gastro-entérologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Thèse Méd (Ouagadougou) ; 2011 : 120p.
- [25]. **Yonly Y.** Pancréatites aiguës dans le service de Chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo : Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. Thèse Méd (Ouagadougou) ; 2012, 125p.
- [26]. **Sarles H, Cros RC, Bidart JM.** Multicenter inquiry into the etiology of pancreatic diseases. In Digestion 1979 : 110-25p.
- [27]. **Hefaiiedh R, Sabbeh M, Ouakaa K, Gargouri D, Hela E, Kochlef A.** La pancréatite chronique calcifiante : Etude clinique et thérapeutique. Expérience de 6 ans d'un service de gastro-entérologie in La Tunisie Médicale. 2015 ; 93 (2) : 69-72p.
- [28]. **FREXINOS J, ESCOUROU J, LAZORTES F, PASCAL JP, BALAS D, DUFFAUT M et al** Pancreas. In Hépto-gastro-entérologie Clinique. Paris : SIMEP 1990 : 379-408.
- [29]. **SOCIETE NATIONALE FRANCAISE DE GASTRO-ENTEROLOGIE.** Consensus Conference: acute pancreatitis. Gastroenterol Clin Biol 2001: 25: 177-92.
- [30]. **Maillard JN.** Diagnostic et indications thérapeutiques des affections pancréatiques in Soins. Chirurgie Paris. 1984 ; 35 : 9-14p.

- [31]. **Olory JL, Gbessi DG, Dansou D, Akele MT, Hougbe F.** Les tumeurs du pancréas : notre expérience au CNHU-HKM de Cotonou in Carcinologie clinique en Afrique. 2011; 10 (2) : 59-62p.
- [32]. **Anderson F.** Acute pancreatitis: Demographics, etiological factors and outcomes in a regional hospital in South Africa. SAJS August. 2008 ; 46 (3) : 83-6p.
- [33]. **Abdessamad MB.** Pancréatite aiguë à propos de 305 cas. Thèse Méd. Rabat ; 2012.
- [34]. **Aissaoui F.** Pancréatite aiguë à propos de 76 cas au service de chirurgie B du CHU Hassan II ; thèse Med. Rabat 2007 : 207p.
- [35]. **Khanboubi A.** Pancréatite aiguë biliaire à propos de 66 cas au Maroc. Thèse Méd. Rabat ; 2009, 132p.
- [36]. **Taib M.** La pancréatite aiguë Service de Chirurgie Générale à Hopital Taya, Alger.2005 ;
- [37]. **Meyer E.** Les pancréatites aiguës : présentation cliniques et étude des pratiques à partir de 161 dossiers au Centre Hospitalier de Haguenau et revue de la littérature. Thèse Méd (paris). 2005 : 65p.
- [38]. **Anderson F.** Acute pancreatitis: Demographics, etiological factors and outcomes in a regional hospital in South Africa. SAJS August. 2008 ; 46 (3) : 83-6p.
- [39]. **Mutebi M.** Acute pancreatitis at the Aga Khan University Hospital, Nairobi: a two year audit. The Ann of African Surgery November 2007; 1: 60-2p.
- [40]. **Levy P.** Maladies du pancréas. Paris : Medi Text ; 2006 : 155p
- [41]. **Moreau J.** Quel est le gold standard pour le diagnostic? Gastroentérologie clinique et biologique 2001; 25 : 157-21p.
- [42]. **Sakanle M.** La pathologie pancréatique du noir Africain à l'exclusion du diabète. In Médecine tropicale 1984 ; 44(3) : 259-68p.

- [43].FREXINOS J, ESCOUROU J, LAZORTHES F, PASCAL JP, BALAS D, DUFFAUT M et al Pancreas. In Hépto-gastro-entérologie Clinique. Paris : SIMEP 1990 : 379-408.
- [44]. **Fleureau C.** Les pancréatites aiguës. Consensus Gastroentérologie Clinique et Biologique 2001 : 45p.
- [45]. **ESCOUROU J.** Evaluation Prospective Multicentrique de la Mutation ki-Ras dans le suc Pancréatique pour le Diagnostic Précoce du Cancer Pancréatique. In Gastroentérologie Clinique et biologique Paris : 1990 ; 71(2) : 17-21p.
- [46].**PARIENTE EA.** Pancréatite chronique : Etiologies, diagnostic et pronostic, principes du traitement. In La vie médicale Paris : 1990 ; 71(2) : 17-21.
- [47]. **Mignon M.** Pathologie pancréatique. In Précis des maladies de l'appareil digestif ; Paris : Marketing Ellipses ; 1982 : 370-447p.
- [48]. **Pamateck S.** Pancréatites Aigues Nécrotiques et Hémorragiques en chirurgie générales du CHU Gabriel Toure [Thèse]. Med : Bamako ;2021. 75p.
- [49]. **Fleureau C.** Les pancréatites aiguës- Consensus Gastroentérologie Clinique et Biologique 2001 ; (5) : 48p.
- [50]. **Koefi H.** Les tumeurs malignes du pancréas : Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs. Thèse Méd (Ouagadougou) ; 2015 : 133p.
- [51]. **Lompo WA.** Les tumeurs de la tête du pancréas à propos de 59 cas colligés au Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO. Thèse Méd. Ouagadougou ; 2012 : 94 p.
- [52]. **Sano D, Sanou A, Zongo N, Bonkougou G, Kaboré R, Zida M et al.** Cancers du Pancréas : aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. A propos de 48 cas au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo . In Oncologie Clinique Afrique. 2009 ; 6 : 15-9p.
- [53]. **Ilboudo TM.** Les tumeurs de la tête du pancréas en milieu hospitalier. Thèse Méd.Ouagadougou ; 2001 : 89p.

[54]. **Yoda H.** Les tumeurs de la tête du pancréas à propos de 35 cas colligés au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo. Thèse Méd. (Ouagadougou) ; 2010 : 115p.



# *ANNEXES*

**Annexes**

**Fiche d'enquête**

**Numéro dossier :** .....

**Diagnostic :** .....

**I. IDENTITE**

**Nom :** ..... **Prénom (s) :** .....

**Sexe :** 1= Masculin /\_\_ / 2= Féminin /\_\_ /

**Age :** .....

**Zone de résidence :** Urbaine /\_\_ / Rurale /\_\_ / Tel .....

**Profession :** Salarié /\_\_ / Secteur informel /\_\_ / Femme au foyer /\_\_ /

**Cultivateur /\_\_ / Elève/Étudiant /\_\_ / Autres /\_\_ /**

**Date d'entrée :** ..... **Date de sortie :** .....

**Délai de consultation :** .....

**II. MOTIF DE CONSULTATION**

**Douleur abdominale /\_\_ / Installation.....**

**Siège..... Irradiation.....**

**Intensité..... Résistance.....**

**Soulagement.....**

**Prurit /\_\_ /**

**Ictère /\_\_ / Franc /\_\_ / Subictère /\_\_ /**

**Asthénie /\_\_ /**

**Nausée /\_\_ /**

**Vomissement /\_\_ /**

**Anorexie /\_\_ /**

**Amaigrissement /\_\_ /**

**Hémorragie digestive /\_\_ / Hématémèse /\_\_ / Méléna /\_\_ /**

**Trouble du transit /\_\_ /**

**Si Oui, Diarrhée /\_\_ / Constipation /\_\_ /**

**Alternance diarrhée – constipation /\_\_ /**

Dyspepsie /\_\_ /

Urines foncées /\_\_ /

Selles décolorées /\_\_ /

Masse abdominale /\_\_ / siège.....

Consistance ..... sensibilité.....

Mobilité..... mesures.....

Autres :

.....

### III. ANTECEDENTS

1= Oui 2= Non

Antécédents médicaux

Diabète /\_\_ / Pancréatite /\_\_ / Lithiase biliaire /\_\_ /

HTA /\_\_ / Ictère /\_\_ /

Antécédents chirurgicaux

Intervention chirurgicale /\_\_ /

Si Oui, Type ..... Date .....

Antécédents familiaux

Diabète /\_\_ /

Pancréatite /\_\_ /

Cancer du pancréas /\_\_ /

Habitudes alimentaires et mode de vie

Alcool /\_\_ /

Si Oui, Durée .....

Type : Liqueur /\_\_ / Alcool frelaté /\_\_ / Bière industrielle /\_\_ /

Bière locale /\_\_ /

Quantité .....

Tabac /\_\_ /

Si Oui, Durée .....

**Quantité en paquets-années .....**

**Alimentation riche en graisse /\_\_ /**

**Automédication /\_\_ /**

**Si Oui, molécules**

#### **IV. SIGNES CLINIQUES**

**1= Oui 2= Non**

**Signes généraux**

**Etat général : Bon /\_\_ / Assez-bon /\_\_ / Mauvais /\_\_ /**

**Ictère /\_\_ /**

**Conjonctival /\_\_ / Palmoplantaire /\_\_ /**

**Anémie clinique /\_\_ /**

**Déshydratation /\_\_ /**

**Dénutrition /\_\_ /**

**Fièvre /\_\_ /**

**OMI /\_\_ /**

**Obésité /\_\_ /**

**Si Oui, IMC ..... : Poids /\_\_\_\_\_ / Taille /\_\_\_\_\_ /**

**Autres : .....**

**Signes physiques**

**Masse abdominale (épigastre ou hypochondres) /\_\_ /**

**Hépatomégalie /\_\_ /**

**Grosse vésicule /\_\_ /**

**Lésions de grattage /\_\_ /**

**Ascite /\_\_ /**

**Ecchymose /\_\_ /**

**Péri-ombilicales /\_\_ / Des flancs /\_\_ /**

**Autres : .....**

## V. SIGNES PARACLINIQUES

**Biologie**

**Enzymes pancréatiques : Lipasémie .....**

**Cholestase : 1= Oui /\_\_ / 2= Non /\_\_ /**

**Bilirubine totale .....**

**Bilirubine conjuguée .....**

**Gamma-GT .....**

**Phosphatases alcalines .....**

**Syndrome inflammatoire : 1= Oui 2= Non /\_\_ /**

**Gammaglobulines .....**

**CRP .....**

**VS .....**

**Marqueur tumoral : CA 19-9 .....**

**ACE .....**

**Glycémie ..... Hémoglobine glyquée .....**

**TP .....**

**Transaminases : ASAT ..... ALAT .....**

**Cholestérol total ..... HDL ..... LDL .....**

**Triglycérides .....**

**NFS : GB ..... Hb ..... Hcrite .....**

**VGM ..... TCMH ..... Plt .....**

**Ionogramme sanguin : Ca<sup>2+</sup> ..... K<sup>+</sup> ..... Na<sup>+</sup> .....**

**Cl<sup>-</sup>..... HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> .....**

**Le SIRS :**

**-température .....**

**-fréquence cardiaque .....**

**-fréquence respiratoire .....**

**-leucocytes**

**Morphologie**

**Echographie**

**Pancréas : Taille normale /\_\_ / Hypertrophie /\_\_ / Lithiase biliaire /\_\_ /**

**Calcifications /\_\_ / Masse /\_\_ / Dilatations des VBIEH et Wirsung /\_\_ /**

**Coulées liquidiennes /\_\_ /**

**Pseudo kyste /\_\_ /**

**Adénopathies profondes /\_\_ /**

**Hypertension portale /\_\_ /**

**Ascite /\_\_ /**

**Carcinose péritonéale /\_\_ /**

**Autres :**

.....

**Scanner abdominal**

**Calcifications pancréatiques /\_\_ /**

**Faux kyste /\_\_ /**

**Masse pancréatique /\_\_ /**

**Lésions du foie /\_\_ /**

**Lésions des VB /\_\_ /**

**Adénopathies profondes /\_\_ /**

**Lésions des vaisseaux /\_\_ /**

**Pancréatite aiguë /\_\_ /**

**Si oui, Score de Balthazar**

**Grade A /\_\_ / Grade B /\_\_ / Grade C /\_\_ / Grade D /\_\_ / Grade E /\_\_ /**

.....

.....

.....

.....

**Autres :** .....

**Radiographie de l'ASP**

**Calcifications pancréatiques /\_\_ /**

**Syndrome de masse abdominal /\_\_ /**

**Niveaux hydro-aériques d'iléus /\_\_ /**

**Autres : .....**

**Radiographie thoracique**

**Métastase pulmonaire /\_\_ /**

**Epanchement pleural liquidien /\_\_ /**

**Autres : .....**

**Endoscopie digestive haute**

**Masse pancréatique /\_\_ /**

**Inflammation pancréatique /\_\_ /**

**Examen anatomopathologique**

**1= Oui /\_\_ / 2= Non /\_\_ /**

**Si oui : Type de prélèvement : chirurgical /\_\_ / scannoguidé /\_\_ /**

**Macroscopie**

.....  
.....

**Microscopie**

.....  
.....

**VI. TRAITEMENT**

**1 = Oui /\_\_ / 2= Non /\_\_ /**

**Abstention thérapeutique /\_\_ /**

**Si oui, justification :**

.....  
.....

**Traitement médical /\_\_ /**

**Si oui,**

**MHD : Sevrage alcoolique /\_\_ / Arrêt du tabac /\_\_ /**

**Régime pauvre en graisses /\_\_ / Jeûne /\_\_ / Alimentation équilibrée /\_\_ /**

**Antalgiques : Palier 1 /\_\_ / Palier 2 /\_\_ / Palier 3 /\_\_ /**

**Si oui, molécules : .....**

**Extraits pancréatiques : /\_\_ /**

**Si oui, molécules : .....**

**Anti-sécrétoires : /\_\_ /**

**Si oui, molécules : .....**

**Antibiotiques : /\_\_ /**

**Si oui, molécules : .....**

**Chimiothérapie : /\_\_ /**

**Si oui, molécules : .....**

**Radiothérapie : /\_\_ /**

**Traitement chirurgical /\_\_ /**

**Si oui,**

**Exérèse chirurgicale /\_\_ /**

**Dérivation biliaire /\_\_ /**

**Dérivation digestive /\_\_ /**

**Traitement endoscopique /\_\_ /**

## **VII. Evolution**

**1= Oui /\_\_ / 2= Non /\_\_ /**

**Favorable /\_\_ / : Guérison /\_\_ / Rémission /\_\_ /**

**Complication : Anémie /\_\_ /**

**Abcès /\_\_ /**

**Pseudo kystes /\_\_ /**

**Fistule /\_\_ /**

Saignement /\_\_ /

Diabète /\_\_ /

Autres .....

Décès /\_\_ / Cause .....

Perdu de vue /\_\_ /

## Fiche signalétique

**Nom :** COULIBALY

**Prénom :** Dramane B

**Téléphone :** (00223) 70 11 10 20

**Adresse e-mail :** [coulibalydramaneb2@gmail.com](mailto:coulibalydramaneb2@gmail.com)

**Nationalité :** Malienne

**Titre :** Pancréatopathies au service d'hépto-gastro-entérologie du CHU Gabriel Touré.

**Année universitaire :** 2023-2024

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

**Secteur d'intérêt :** Hépto-gastro-entérologie

### Résumé :

**Introduction :** la pancréatopathies correspond à une atteinte inflammatoire aiguë de la glande pancréatique qui va engendrer son auto – digestion

**But :** Etudier les pancréatopathies dans le service d'hépto-gastro-entérologie.

**Méthodologie :** Il s'agit d'une étude transversale, avec une phase rétrospective de Juillet 2018 à Novembre 2021 et une phase prospective allant de Décembre 2021 à Novembre 2022.

**Résultats :** Nous avons colligé 30 cas de pancréatopathie sur 3772 patients reçus dans le service d'Hépto-Gastro-Entérologie du CHU Gabriel Touré, soit une fréquence hospitalière de 0,79%.

Il s'agissait de 13 cas de pancréatite aiguë soit 43,33%, 5 cas de pancréatite chronique soit 16,67%, 12 cas de tumeur du pancréas soit 40,00%.

Le sexe masculin était le plus représenté avec 53,33% et avec un sexe-ratio de 1,14. La douleur abdominale était le principal motif de consultation suivie des vomissements dans respectivement 70 %, et 36,66 %.

Les antécédents étaient dominés par le diabète 06,67 %.

La lipasémie était très élevée dans 80 %, les cholécystites étaient image échographique la plus dominante et confirmée par le scanner abdominal

Le traitement était médical 100 %. Sauf en cas de complications.

L'évolution était favorable dans la majorité des cas.

**Conclusion :** Les pancréatopathies au CHU Gabriel Touré de Bamako ont un caractère clinique, paraclinique et thérapeutique comparable à celui décrit dans la littérature, dans la plupart des séries africaines en général et au Mali en particulier. Leur fréquence est faible, les hommes sont les plus concernés.

Le diagnostic repose sur les signes fonctionnels notamment la douleur abdominale et biologiquement la lipasémie a été effectuée dans la majorité des cas. Les examens paracliniques morphologiques sont dominés par l'échographie abdominale et la tomodensitométrie abdominale qui constitue l'examen clé.

La prise en charge tardive due au retard de consultation dans le service spécialisé a fait que le traitement a été essentiellement médical.

**Mots clés :** les Pancréatopathies, Aspect thérapeutique et évolutif.

## Identification sheet

**Last name:** COULIBALY

**First name:** Dramane B

**Address: Tel:** (00223) 70 11 10 20

**E-mail:** coulibalydramaneb2@gmail.com

**Nationality:** Malian

**Thesis title:** Pancreatopathies in the hepato-gastroenterology department of Gabriel Touré University Hospital.

**Academic year:** 2023-2024

**City of defense:** Bamako

**Country of origin:** Mali

**Depository:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Mali (FMOS)

**Focus area:** Hepato-gastro-enterology

## Abstract

**Introduction:** Pancreatopathy is an acute inflammatory disease of the pancreatic gland that causes it to self-digest.

**Purpose:** To study pancreatopathies in the hepato-gastroenterology department.

**Methodology:** This is a cross-sectional study, with a retrospective phase from July 2018 to November 2021 and a prospective phase from December 2021 to November 2022.

**Results:** We recorded 30 cases of pancreatic disease out of 3772 patients admitted to the Hepato-Gastro-Enterology Department of Gabriel Touré University Hospital, representing a hospital frequency of 0.79%.

These included 13 cases of acute pancreatitis (43.33%), 5 cases of chronic pancreatitis (16.67%) and 12 cases of pancreatic tumour (40.00%).

The male sex was the most represented at 53.33%, with a sex ratio of 1.14. Abdominal pain was the main reason for consultation followed by vomiting in 70% and 36.66% respectively. Past history was dominated by diabetes (06.67%).

Lipasemia was very high in 80%, and cholecystitis was the most dominant ultrasound image, confirmed by abdominal CT.

Treatment was 100% medical. Except in the case of complications.

The majority of cases evolved favourably.

**Conclusion :** The clinical, paraclinical and therapeutic features of pancreatopathy at Gabriel Touré University Hospital in Bamako are comparable to those described in the literature, in most African series in general and in Mali in particular. Their frequency is low, with men being the most affected.

Diagnosis is based on functional signs, notably abdominal pain, and biologically, lipaemia has been performed in the majority of cases. Morphological paraclinical examinations are dominated by abdominal ultrasound and abdominal CT scan, which is the key examination. Delayed management due to late referral to the specialist department has meant that treatment has been essentially medical.

**Key words :** Pancreatopathies, Therapeutic and evolutionary aspects.

### **Serment d'Hippocrate**

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'ETRE SUPREME, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs Enfants l'instruction que j'ai reçue de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

*Je le jure*