

du CHU Gabriel Touré

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE 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 2020-2021

N°

MEMOIRE

PANCREARITES AIGUES NECROTIQUES ET HEMORRAGIQUES EN CHIRURGIE GENERALE DU CHU GABRIEL TOURE

Présenté et soutenu publiquement devant le jury de
La Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Le 31 décembre 2021

Par Dr. Seydou PAMATECK

Pour obtenir le grade de chirurgien généraliste

Président : Pr Zimogo Zié SANOGO

Membre de jury : Pr Drissa TRAORE

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale

du CHU Gabriel Touré

Directeur : Pr Alhassane TRAORE

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION :	4 - 6
II.	OBJECTIFS :	7 - 8
III.	METHODOLOGIE :	9 - 12
IV.	RESULTATS :	13 - 37
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	38 - 55
	CONCLUSION :	56 – 57
	SUGGESTION :	58 – 59
	ANNEXES :	60 -70

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale

du CHU Gabriel Touré

LISTE DES SIGLE ET ABREVIATIONS

APACHE	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
ATCD	Antécédents
CN	Coulées de nécrose
CPRE	Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique
CRP	Protéine C Réactive
DR	Détresse Respiratoire
DVB	Dilatation des Voies Biliaires
FC	Fréquence cardiaque
FR	Fréquence respiratoire
GB	Globule blanc
ILN	Infection du liquide de nécrose
IR	Insuffisance rénale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISR	Indice de sévérité radiologique
KHF	kyste hydatique du foie
LV	Lithiase Vésiculaire
PA	pancréatite aigue
PANH	Pancréatites aiguës nécrotique hémorragique
PEC	Prise en charge
SE	Sphinctérotomie endoscopique
SIRS	syndrome de réponse inflammatoire systémique
TDM	Tomodensitometrie
VBP	Voie biliaire principale
VNI	Ventilation Non Invasive

INTRODUCTION

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

I. INTRODUCTION

La pancréatite aiguë (PA) est un processus inflammatoire aiguë du pancréas lié à une autodigestion de la glande par ses propres enzymes très puissantes [1, 2].

La nécrose pancréatique et/ou des tissus péri pancréatiques survient dans 10 à 20 % des cas de pancréatite aiguë (PA). La nécrosectomie chirurgicale réalisée précocement après le début des symptômes doit être évitée car le taux de mortalité est alors très élevé [3, 4]. L'infection de cette nécrose constitue un tournant dans l'évolution de la maladie. La prise en charge de la pancréatite aiguë (PA) fait l'objet de nombreux articles originaux, d'études randomisées parfois apparemment contradictoires, portant sur divers aspects thérapeutiques.

La pancréatite aiguë n'est pas une pathologie rare. Les études rapportent une incidence globale de 40 à 70/100000, avec cependant de grandes variations en fonction des continents, et au sein d'un même continent. Ainsi l'incidence observée aux Etats-Unis est de 68 à 74/100000 [5, 6], tandis qu'au Brésil elle est de 19,2/100000 (20). On retrouve les mêmes hétérogénéités en Europe avec des incidences de 9,8/100000 [2, 7] en Angleterre, 22/100000 en France [1] et 61,6/100000 en Espagne [8]. Ces différences d'incidence peuvent être expliquées par des facteurs environnementaux ou d'exposition comme l'alcool. Yadav et coll. ont mis en évidence, sur une revue de la littérature sur les incidences, une différence de distribution des étiologies et des incidences en fonction des pays [9]. Ainsi ils expliquent que la faible incidence des pancréatites aiguës au Royaume-Uni est due à une plus faible consommation d'alcool, notamment par rapport aux pays scandinaves.

L'incidence de la PA d'origine biliaire augmente avec l'âge, avec un âge moyen de 54 ans [4, 10, 11].

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

Le sexe masculin semble être le plus fréquent (55-65%) dans les pancréatites aiguës [12, 13].

Le diagnostic de la PA repose, en général, sur l'association d'une douleur abdominale aiguë évocatrice et une élévation de la lipasémie, dans les premières 48 heures suivant le début des symptômes [12]. L'imagerie n'a pas d'intérêt que dans les cas de doute diagnostique.

Le scanner injecté, réalisé dans les 48 premières heures, a une sensibilité de 77 à 92% et une spécificité de 95% [1, 6]. Il permet à la fois de confirmer le diagnostic, d'évaluer la gravité, et éventuellement d'identifier l'étiologie.

L'Imagerie par Résonance magnétique semble supérieure au scanner, mais sa limite réside dans la prise en charge des patients instables.

L'identification urgente de la gravité des PA demeure un objectif primordial vue ces implications thérapeutiques [4]. La classification d'Atlanta (CA) est une classification internationale multidisciplinaire premièrement établie en 1992 puis revue en 2012 et retenue par de multiples cliniciens comme standard. Elle distingue les pancréatites aiguës en deux entités, qui sont différenciées à l'aide d'une TDM. [5] Les différentes techniques à disposition dans cet arsenal thérapeutique, sont complémentaires et associées. Aujourd'hui dans une stratégie de « step up » récemment bien décrite et évaluée par un essai de phase 3, est une technique de drainage percutané radiologique premier est réalisé, associé à une antibiothérapie adaptée aux germes trouvés pendant 72 heures. C'est dans un deuxième temps ainsi retardé et si les phénomènes septiques persistent qu'une nécrosectomie par voie mini invasive endoscopique rétropéritonéale ou endoscopique est réalisée [6]. En cas d'échec, une chirurgie conventionnelle est proposée mais ne s'impose alors que dans un nombre limité de cas, entre 0 et 40% des malades traités selon les séries. Elle associe débridement large, nécrosectomie, drainage et irrigation-lavage continue intra abdominale [2, 7]. Peu

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

d'études ont été effectués sur cette affection dans notre contexte, c'est ainsi que nous avons réalisé ce travail pour améliorer sa prise en charge. Cette prise en charge est complexe et multidisciplinaire, faisant intervenir des réanimateurs, des hépato-gastroentérologues, des chirurgiens, et des radiologues, dans toutes les étapes du diagnostic au traitement.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré

OBJECTIFS

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

II. OBJECTIFS

GENERAL

- ❖ Etudier les pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques (PANH) en chirurgie générale

SPECIFIQUES

- ❖ Déterminer la fréquence des PANH ;
- ❖ Décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques ;
- ❖ D'analyser les suites opératoires

METHODOLOGIE

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

III. METHODOLOGIE

- 1. Cadre et lieu de l'étude :** notre étude se déroulera en chirurgie générale du Centre Hospitalier et Universitaire Gabriel Touré.
- 2. Type d'étude :** Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective descriptive réalisée dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré.
- 3. Période de l'étude :** L'étude a été réalisée de janvier 2006 à juin 2021 soit une période de 15,6 ans
- 4. Méthodes :** Les patients ont été recrutés à partir du registre du bloc opératoire d'urgence, le dossier clinique des malades hospitalisés pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale. Une fiche d'enquête établie a permis de recueillir l'ensemble des renseignements pour chaque patient.

Les paramètres étudiés ont été la démographique, clinique, thérapeutique, et le suivie postopératoire. Nous avons utilisé le score de BALTHAZAR pour évaluer les lésions.

L'index de sévérité tomодensitométrique, décrit par BALTHAZAR, possède une réelle pertinence quant à sa puissance pour révéler une pancréatite sévère, et prédire la mortalité (30, 31, 48, 49).

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

Tableau 1 : score de Balthazar

Inflammation pancréatique et péri pancréatique	Nécrose pancréatique
<u>Grade A :</u> Pancréas normal (0pt)	Pas de nécrose (0pt)
<u>Grade B :</u> Élargissement focal ou diffus du pancréas (1pt)	Nécrose < 30 % (2pts)
<u>Grade C :</u> Pancréas hétérogène associé à une densification de la graisse péri-pancréatique (2 pts)	Nécrose 30 - 50 % (4pts)
<u>Grade D :</u> Coulée péri pancréatique unique (3pts)	Nécrose > 50 % (6pts)
<u>Grade E :</u> Coulées multiples ou présence de bulles de gaz au sein d'une coulée (4pts)	

Tableau 2 : Total des 2 colonnes (maximum 10 points)

Index de sévérité	Morbidité %	Mortalité %
< 3	8	3
4-6	35	6
7-10	92	17

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

- 5. Population d'étude :** tous les patients opérés dans le service pour pancréatites aiguës pendant la même période.
- 6. Echantillon :** tous les patients opérés dans le service pour pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques.
- 7. Critères d'inclusions :** ont été inclus dans cette étude tous les patients prises en charge pour pancréatite avec la lipasémie très élevée et des coulées de nécroses à la TDM avec score de Balthazar au CHU Gabriel Touré
- 8. Critère de non-inclusion :** n'ont pas été inclus dans cette étude les cas de pancréatites non opérés et les pancréatites chroniques
- 9. Saisie et analyses des données :** ont été effectuées sur le Pack office 2016 et Epi info. 7.1., Épi Info™ version 6.0 Fr.
- 10. Test statistique :** Le test de comparaison utilisé a été le Chi2 avec un seuil de significativité inférieur à 0,05.

Les scores de gravités et les scores pronostiques (SIRS, BISAP, RANSON, IMRIE, APACHE II), n'ont pas été pris en compte et ont été laissés au soin des réanimateurs dans la méthodologie.

RESULTATS

IV. RESULTATS

14

Dr Seydou Pamateck

mémoire de fin d'année d'étude 2021

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

1. FREQUENCE

De janvier 2006 à juin 2021 (15 ans et 6 mois), 30 cas de pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques ont été enregistrés dans le service. Pendant cette même période ils ont représenté :

- 0,11% (30/27941) **des hospitalisations ;**
- 0,16% (30/18410) **des urgences chirurgicales ;**
- Et 0,04% (30/73781) **des consultations**

2. DONNES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2.1. Tranche d'âge

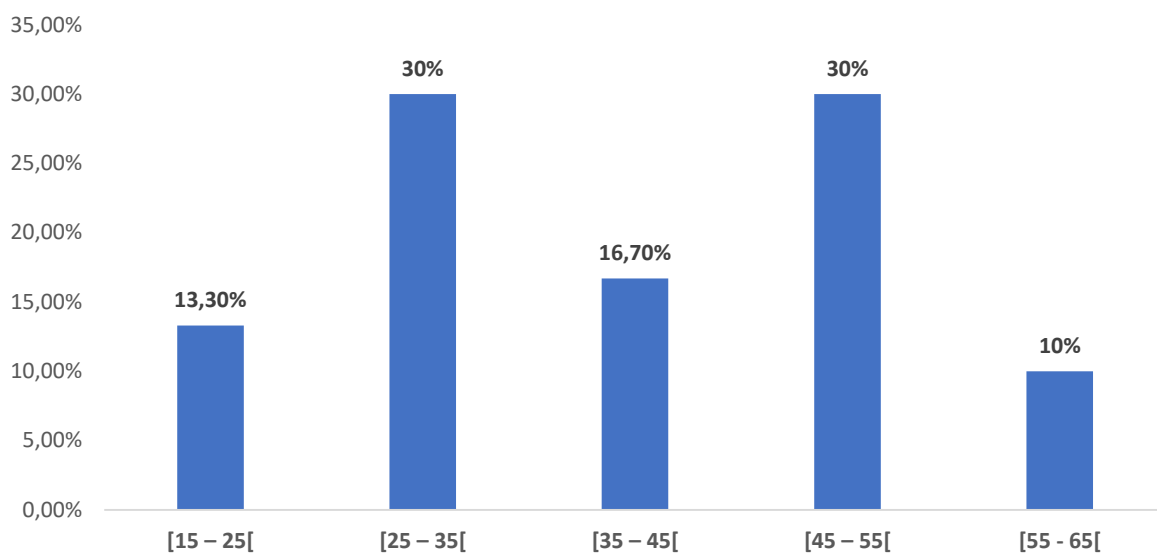


Figure 1 : répartition selon la tranche d'âge

L'âge moyen : **39,3 ans ± 13,68** Min : 18 ans Max : 62 ans

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

2.2. Année de recrutement

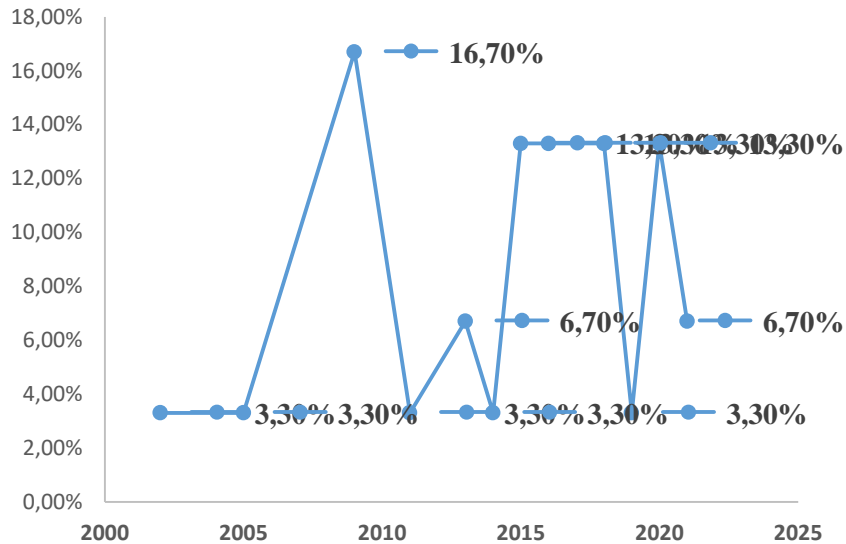


Figure 2 : répartition selon l'année de recrutement

Nous avons recruté 16,7% (05 cas) en 2009 suivi de l'année 2015, 2016, 2018 et 2020 avec 13,3% (04 cas)

2.3. Sexe

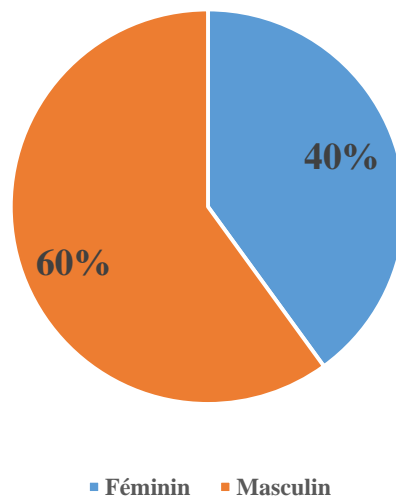


Figure 3 : répartition selon le sexe

Sex-ratio = 1,5

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

2.4. La profession

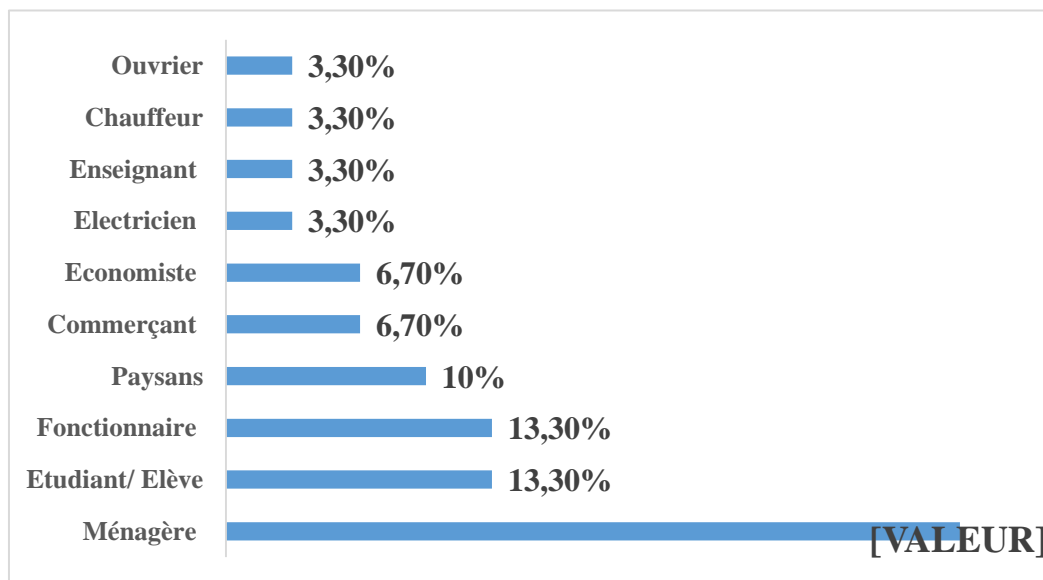


Figure 4 : répartition selon la profession

Les femmes aux foyers ont été les nombreux avec une fréquence relative de **36,7%**.

2.5. Motif de consultation

La douleur abdominale a été le motif de consultation chez tous nos malades.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

2.6. Circonstances de découverte

Tableau 3 : répartition selon la Circonstance de découverte des PANH

Circonstance	Fréquence	Pourcentage
Peropératoire	3	10
TDM abdominale	27	90
Total	30	100

La constatation per opératoire ont révélé 10% de cas.

2.7. Antécédent d'HTA

Tableau 4 : répartition selon l'antécédent HTA

HTA	Fréquence	Pourcentage
Non	28	93,3
Oui	2	6,7
Total	30	100

Nos malades avaient un antécédent d'HTA dans **6,7%**.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

2.8. Antécédent de diabète

Tableau 5 : répartition selon l'antécédent de diabète

Diabète	Fréquence	Pourcentage
Non	25	83,3
Oui	5	16,7
Total	30	100

La notion de diabète a été retrouvées chez nos patients dans **16,7% de cas.**

2.9. La consommation de l'alcool

Tableau 6 : répartition selon la consommation d'alcool

Alcool	Fréquence	Pourcentage
Non	23	76,7
Oui	7	23,3
Total	30	100

Nos patients étaient éthyliques dans **23,3%.**

2.10. La consommation du tabac

Tableau 7 : répartition selon la consommation de tabac

Tabac	Fréquence	Pourcentage
Non	15	50
Oui	15	50
Total	30	100

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

La moitié de nos patients était des fumeurs dans 50%.

2.11. Etiologies

Tableau : répartition des PANH selon les étiologies

Etiologies	Fréquence	Pourcentage
Traumatiques	8	26,7
Alcool	7	23,3
Lithiase biliaire	3	10
Aucun	12	40

Les traumatismes ont été l'étiologie la plus dominante avec 26,7% suivie de

DONNEES CLINIQUES

2.12. Principaux signes cliniques

Tableau 9 : répartition selon les principaux signes cliniques

Clinique	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdominale	30	100
Vomissements	22	73,3
Fièvre	10	30
Trouble du transit	7	23,3
Signe de Cullen	20	66,7
Signe de Grey Turner	5	16,7
Défense épigastrique	28	93,3
Signe de choc	17	56,7

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

La douleur abdominale a été le signe clinique la plus fréquente (soit **100%**), suivie de la défense épigastrique (**93,3%**), vomissements (**73,3%**), signe de Cullen (**66,7%**), qui est une ecchymose péri-ombilicale associée à une hémorragie intra péritonéale. Le signe de Grey Turner est (16,7%) c'est une ecchymose du flanc ou de l'abdomen dû à un hématome rétropéritonéal.

2.13. Le délai de la consultation

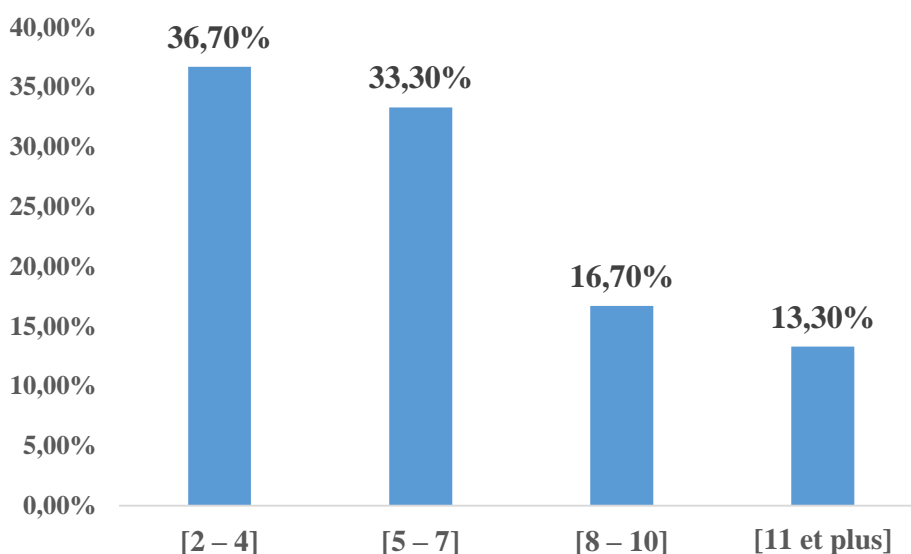


Figure 5 : répartition des PANH selon le délai de la consultation en heure

Délai moyen = 6,93 heures \pm 5,12 min = 2 mois max = 20 mois

2.14. Le mode de recrutement

Tous les patients ont été reçus en urgence avec une fréquence relative de **100%**.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré

2.15. Signes paracliniques

2.15.1.

B

Biologies

❖ La lipasémie

Tableau 10 : répartition selon le résultat de la lipasémie

Lipasémie en UI/L	Fréquence	Pourcentage
60 – 180	6	20
Supérieur 180	24	80
Total	30	100

Tous nos patients avaient une élévation de la lipasémie, dont, dans 80% la lipasémie était supérieure à 3 fois la normale.

❖ L'amylasémie

Tableau 11 : répartition selon le résultat de l'amylasémie

Amylasémie en UI/L	Fréquence	Pourcentage
10 – 180	12	40
Supérieur à 180	18	60
Total	30	100

L'élévation de l'amylasémie a été supérieure à 3 fois la normale dans 60% de cas.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

❖ La glycémie

Tableau 12 : répartition selon le résultat de Glycémie

Glycémie g/l	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 1,10	7	23,3
1,11 – 2	14	46,7
Supérieur à 2	9	30
Total	30	100

Le taux de la glycémie a été supérieur à 2g/l dans 30%.

❖ La créatininémie

Tableau 13 : répartition selon le résultat de la créatinémie

Créatinémie $\mu\text{mol/l}$	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 50	1	3,3
51 – 120	16	53,4
Supérieur à 120	13	43,3
Total	30	100

Une insuffisance rénale fonctionnelle a été trouvée chez nos patients dans 43,3%.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

2.15.2.

R

adiologies

❖ **La tomodensitométrie abdominale (TDM)**

Tableau 12 : répartition des patients selon la réalisation de la TDM

TDM	Fréquence	Pourcentage
Non	3	10
Oui	27	90
Total	30	100

La TDM a été réalisée chez nos patients dans 90% des cas. Les 10% ont été une constatation per-opératoire.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré

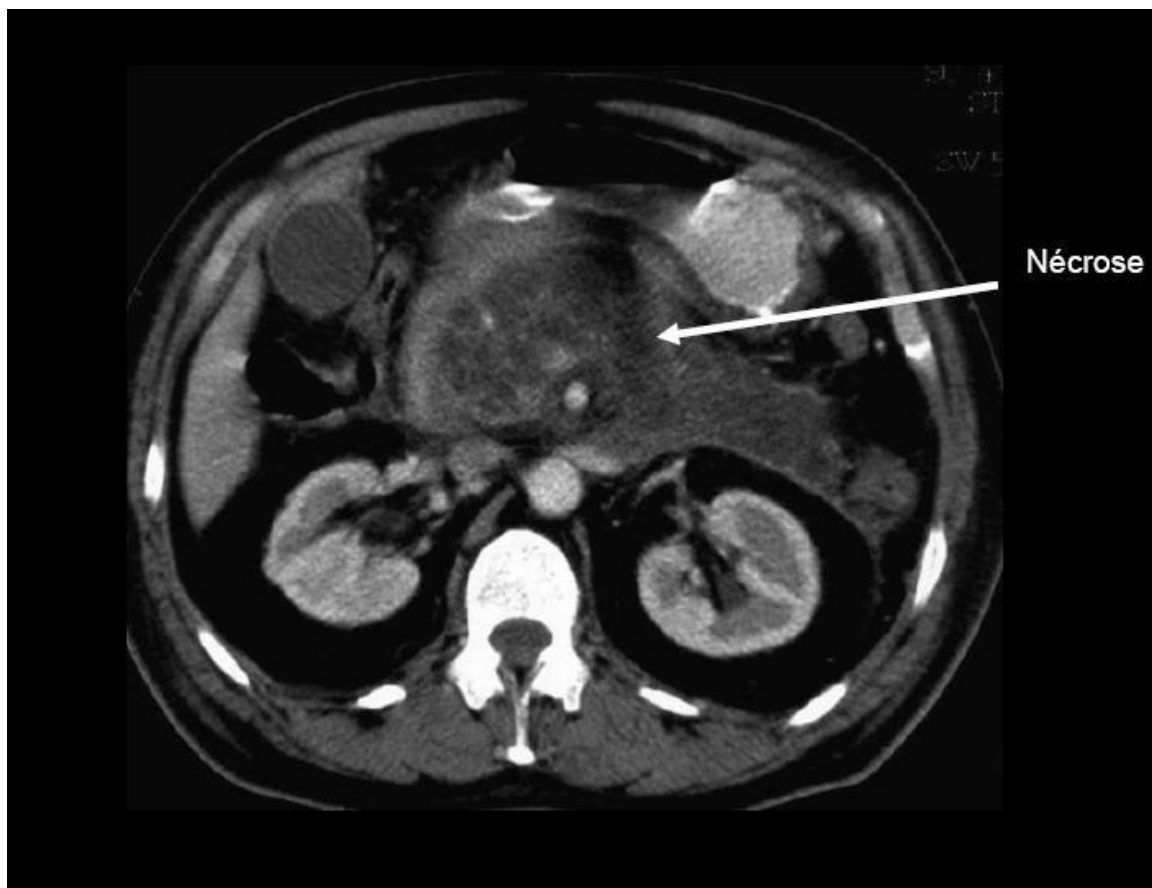


Figure 6 : aspect scanographique d'une pancréatite nécrosante.

❖ **Score de BALTHAZAR**

Tableau 15 : répartition des PANH selon le score de BALTHAZAR

BALTHAZAR	Fréquence	Pourcentage
D	16	59,3
E	11	40,7
Total	27	100

La moitié de nos patients avait un score BALTHAZAR D dans 59,3%.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

2.16. Le diagnostic préopératoire

Tableau 16 : répartition selon le diagnostic préopératoire

Diagnostic Préopératoire	Fréquence	Pourcentage
Cholécystite aiguë	1	3,3
Eviscération post- opératoire	1	3,3
Hémopéritoine traumatique	2	6,7
Pancréatite aiguë	19	63,4
Péritonite aiguë généralisée	4	13,3
Péritonite post-opératoire	2	6,7
Péritonite traumatique	1	3,3
Total	30	100

La pancréatite aiguë a été le diagnostic préopératoire le plus posé dans 63,4%.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

3. TRAITEMENT

Tous les malades ont été opérés

3.1. Le diagnostic peropératoire

Tableau 17 : répartition selon le diagnostic peropératoire

Diagnostic Peropératoire	Fréquence	Pourcentage
Pancréatite aiguë hémorragique post opératoire	4	13,33
Pancréatite aiguë nécrotique et hémorragique	19	63,34
Pancréatite traumatique ulcéro hémorragique	7	23,33
Total	30	100

La pancréatite aiguë nécrotique-hémorragique a été le diagnostic en peropératoire dans **63,34% cas**.

3.2. Le nombre de bloc effectué par malade

Tableau 18 : répartition selon le nombre de bloc opératoire

Nombre de bloc	Fréquence	Pourcentage
1	24	80
2	4	13,3
3	2	6,7
Total	30	100

La reprise au bloc opératoire a été effectuée dans **6,7%** chez nos malades.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

3.3. Le type de chirurgie

Tableau 19 : répartition selon le type de chirurgie réalisée

Type chirurgie	Fréquence	Pourcentage
Curative	29	96,7
Palliative	1	3,3
Total	30	100

La chirurgie a été curative dans 96,7% chez nos patients.

3.4. Gestes effectués

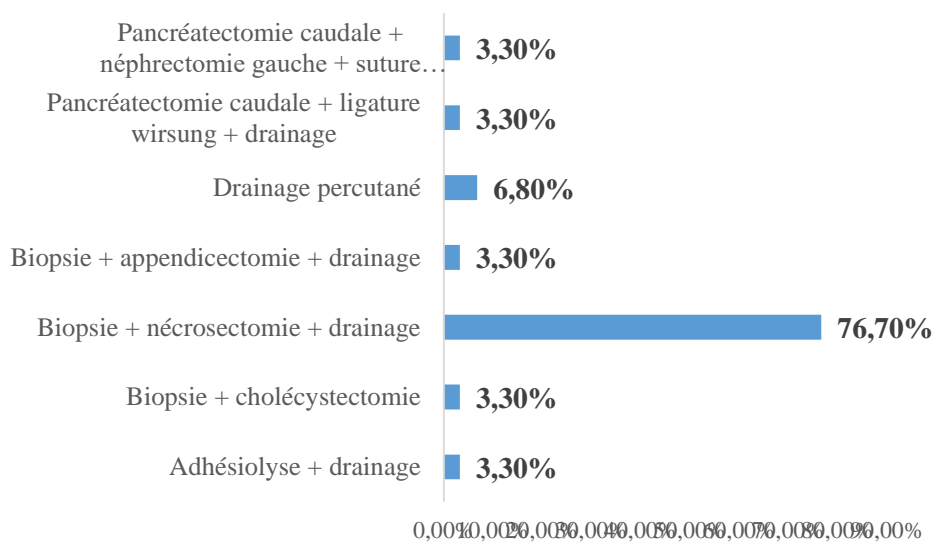


Figure 7 : répartition selon les gestes effectués

La biopsie suivie de la nécrosectomie puis drainage ont été les gestes effectués chez nos malades avec **76,7%**.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**



**Figure 8 : pièces opératoires de nécrosectomie au CHU Gabriel Touré
(Bamako- Mali).**

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

3.5. Pathologies associées

Tableau 20 : répartition selon les pathologies associées

Pathologies associées	Fréquence	Pourcentage
Appendicite aiguë	1	3,3
Contusion rénale gauche	1	3,3
Lithiase vésiculaire	1	3,3
Lithiase du Wirsung	2	6,7
Perforation gastrique + fracture rein gauche traumatique	1	3,3
Péritonite postopératoire	1	3,3
Tumeur rétropéritonéale /pneumopathie	1	3,3

La lithiase du Wirsung et les adhérences digestives ont été les pathologies associées les plus fréquentes chez nos malades dans **6,7%** chacun.

3.6. Les suites opératoires à une semaine.

Tableau 21 : répartition selon les suites à J7 postopératoire

Suite J7	Fréquence	Pourcentage
Complicquée	12	40
Simple	18	60
Total	30	100

Il y a eu 40% des complications chez nos patients une semaine après l'intervention.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

3.7. Le type de complications postopératoires

Tableau 22 : répartition selon le type de complications postopératoires

Types complications	Fréquence	Pourcentage
Choc septique	2	6,7
Insuffisance rénale aiguë	1	3,3
Thrombophlébite du MI	1	3,3
Lithiase du Wirsung	1	3,3
Péritonite postopératoire par nécrose iléale	1	3,3
Péritonite postopératoire pancréatite nécrotico- hémorragique	4	13,3
Vomissements	1	3,3
Décès	1	3,3

Le choc septique a été la complication la plus fréquente dans 6,7% cas.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

3.8. La réintervention

Tableau 23 : répartition selon la réintervention

Réintervention	Fréquence	Pourcentage
Non	24	80
Oui	6	20
Total	30	100

Une reprise a été effectuée chez nos patients dans 20%.

3.9. Gestes effectués à la réintervention.

Tableau 24 : répartition selon le geste effectué à la réintervention

Gestes reprise	Fréquence	Pourcentage
Nécrosectomie + lavage + drainage	4	13,3
Dérivation Wirsungo-jéjunale	1	3,3
Résection iléale + anastomose iléo-iléale + lavage + drainage	1	3,3

La nécrosectomie pancréatique suivie de lavage puis drainage ont été les gestes les plus effectués à la reprise dans 13,3%.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

3.10. Les suites opératoires après réintervention

Tableau 25 : répartition selon les suites opératoires après réinterventions

Suites réintervention	Fréquence	Pourcentage
Simple	19	60,3
Fistule digestive	1	3,3
Abcès paroi	2	6,7
Péritonite postopératoire	2	6,7
Total	30	100

La péritonite postopératoire et l'abcès de la paroi ont été les complications majeures dans **6,7%**.

3.11. Les gestes des complications de la 2^{ème} réintervention

Tableau 26 : répartition selon les gestes des complications de la 2^{ème} réintervention

Gestes 2 ^{ème} réintervention	Fréquence	Pourcentage
Evacuation des coulées nécrotiques	1	3,3
Jéjunostomie	1	3,3
Traitement médical	3	10

La jéjunostomie et l'évacuation des coulées de nécrose ont été effectuées à la 2^{ème} réintervention.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

3.12. Les suites de la 2^{ème} réintervention

Tableau 27 : répartition selon les suites de la 2^{ème} réintervention

Suite 2 réintervention	Fréquence	Pourcentage
Décédé	2	6,7
Simple	3	10

Il y a eu 6,7% de décès dans les suites opératoires de la 2^{ème} réintervention.

3.13. Les suites opératoires à 1 mois

Tableau 28 : répartition selon les suites à 1 moi

Suites à 1 moi	Fréquence	Pourcentage
Décédé	8	26,7
Vivant	22	73,3
Total	30	100

Les suites opératoires à 01 mois ont été marquées par **26,7%** de décès.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

3.14. Durée d'hospitalisation en jour

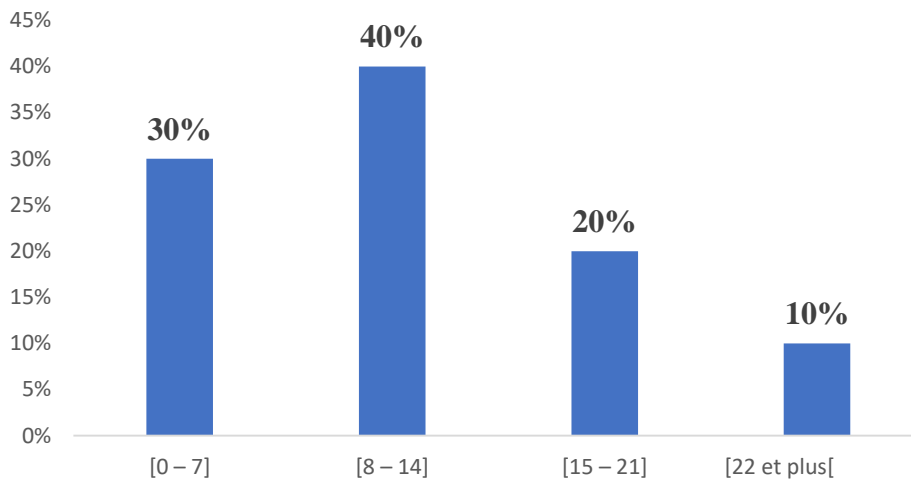


Figure 9 : répartition selon la durée d'hospitalisation en jour

Durée moyenne : 12,13 jours \pm 7,05

Minimum : 1 jour

Maximum : 22 jours

3.15. Mortalité globale

Tableau 28 : répartition selon la mortalité

Mortalité	Fréquence	Pourcentage
Décédé	9	30
Vivant	21	70
Total	30	100

Nous avons enregistré 09 cas de décès soit 30%.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

3.16. Les causes du décès

Tableau 31 : répartition selon la cause du décès

Cause du décès	Fréquence	Pourcentage
Choc septique	6	20
Défaillance multiviscérale	1	3,3
Septicémie	2	6,7

Le choc septique a été la cause du décès avec 20%.

4. ANALYSES MULTIVARIEES

4.1. Le délai de la prise en charge en fonction du décès

Tableau 32 : répartition selon le délai de la prise en charge en fonction du décès

Délai pec	Décédé		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	n (%)
[2 – 4]	1 (3,3)	10 (33,3)	11 (36,7)
[5 – 7]	3 (10)	7 (23,3)	10 (33,3)
[8 – 10]	2 (6,7)	3 (10)	5 (16,7)
[11 et plus]	3 (10)	1 (33,3)	4 (13,3)
Total n (%)	9 (30)	21 (70)	30 (100)

Nous avons une mortalité élevée dans la tranche 5 à 7 heures et 11 heures avec % sans différence statistiquement significative de $P = 0,0794$ et $\text{Chi}^2 = 18,0912$.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

4.2. Le grade de Balthazar en fonction du décès

Tableau 33 : grade de Balthazar et décès

BALTHAZAR	Décédé		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	n (%)
D	2 (7,7)	14 (51,8)	16 (59,3)
E	7 (29,2)	4 (14,8)	11 (40,7)
Total n (%)	9 (33,3)	18 (66,7)	27 (100)

La probabilité du décès est d'autant plus élevée lorsque le score Balthazar est de l'index E avec une différence statistique de $P = 0,0143$ et un $\text{Chi}^2 = 8,4921$.

4.3. La tranche d'âge en fonction causes de décès

Tableau 34 : tranche d'âge et causes de décès

Tranche âge	Causes décès			Total
	Choc septique n (%)	Septicémie n (%)	Défaillance multiviscérale n (%)	n (%)
[15 – 25[	2 (7,7)	-	-	2 (7,7)
[25 – 35[	1 (3,3)	-	-	1 (3,3)
[35 – 45[	1 (3,3)	-	1 (3,3)	2 (7,7)
[45 – 55[	1 (3,3)	2 (7,7)	-	3 (10)
[55 - 65[	1 (3,3)	-	-	1 (3,3)
Total n (%)	6 (20)	2 (7,7)	9 (33,3)	9 (33,3)

La septicémie et le choc septique ont été les causes du décès les plus fréquentes dans la tranche d'âge 45 - 55 sans différence statistiquement de $P = 0,5493$ et $\text{Chi}^2 = 63,9286$.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

4.4. Le délai de prise en charge en fonction des complications

Tableau 35 : Le délai de prise en charge et des complications

Délai PEC	COMPLICATIONS		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	n (%)
[2 – 4]	2 (7,7)	9 (30)	11 (33,7)
[5 – 7]	3 (10)	7 (23,3)	10 (33,3)
[8 – 10]	3 (10)	2 (7,7)	5 (16,7)
[11 et plus]	4 (13,3)	-	4 (13,3)
Total n (%)	12 (40)	18 (60)	30 (100)

Nous avons 13,3% des complications dans la tranche dont le délai est supérieur 11 jours sans différence statistique de $P = 0,0811$ et un $\text{Chi}^2 = 18,0208$

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

4.5. Les gestes effectués en fonction des complications

Tableau 36 : les gestes effectués et complications

GESTES	COMPLICATIONS		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	n n (%)
Adhésiolyse + drainage	-	1 (3,3)	1 (3,3)
Biopsie + cholécystectomie	-	1 (3,3)	1 (3,3)
Biopsie + nécrosectomie + drainage	10 (33,3)	13 (43,3)	23 (76,7)
Biopsie + appendicectomie + drainage	1 (3,3)	-	1 (3,3)
Drainage percutané	-	2 (7,7)	2 (7,7)
Pancréatectomie caudale + ligature wirsung + drainage	-	1 (3,3)	1 (3,3)
Pancréatectomie caudale + néphrectomie gauche + suture gastrique + drainage	1 (3,3)	-	1 (3,3)
Total n (%)	12 (40)	18 (60)	30 (100)

La biopsie de la nécrosectomie puis drainage a été le geste effectué fréquemment avec 33,3% des complications sans différence statistique de $P = 0,3663$ et de $\text{Chi}^2 = 17,4008$.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

4.6. Les gestes effectués en fonction du décès

Tableau 37 : gestes effectués et décès

GESTES	DESCES		Total
	Oui n (%)	Non n (%)	n (%)
Adhésiolyse + drainage	-	-	1 (3,3)
Biopsie + cholécystectomie			1 (3,3)
Biopsie + nécrosectomie + drainage	8 (26,7)	13 (43,3)	21 (63,3)
Biopsie + appendicectomie + drainage			1 (3,3)
Drainage percutané			4 (13,3)
Pancreatectomie caudale + ligature wirsung + drainage	-	-	1 (3,3)
Pancreatectomie caudale + néphrectomie gauche + suture gastrique + drainage	1 (3,3)	-	1 (3,3)
Total n (%)	9 (30)	21 (70)	30 (100)

Nous avons enregistré 26,7% du taux de décès chez nos malades dont le geste effectué a été la biopsie, nécrosectomie puis drainage avec un $P = 0,3663$ et de $\text{Chi}^2 = 17,3016$.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré

COMMENTAIRES ET DIUSCUSSION

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nos résultats nous ont permis de faire un certain nombre de commentaires et

Discussion :

Les 30 dossiers ont été répertoriés à partir des registres de consultation, d'hospitalisation, des comptes-rendus opératoires et des observations. Nous avons suivi en prospective 6 malades.

Nos difficultés ont été :

- l'exploitation de certains dossiers incomplets ;
- le non-respect des rendez-vous par certains patients ;
- le pouvoir d'achat de certains patients était insuffisant pour assurer une prise en charge financière correcte.

Ses difficultés sont retrouvées par certains auteurs africains [9, 10, 11, 13, 14, 17]

5.1. FREQUENCE HOSPITALIERE

Tableau 38 : la fréquence hospitalière et auteurs

Auteurs	Fréquence (%)	Test statistique P
AMARTI, Maroc, 2011, N = 40 [9]	2,3	0,50
Le ROUX, France, 2019, N =267 [11]	3,7	0,53
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	0,08	0,75
YONLI, Burkina Faso, 2012, N=30 [17]	0,46	0,75
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	0,11	

On estime à environ 11 000, le nombre de patients hospitalisés chaque année pour pancréatite aiguë (PA) [1]. La nécrose pancréatique et/ou des tissus péri pancréatiques survient dans 10 à 20 % des cas de PA [1 ; 5].

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

La fréquence hospitalière a été de 0,11% cette fréquence est inférieure à celle de la série burkinabè, marocaine et française (0,46% ; 2,3% ; 3,7%) sans différence statistique de $P > 0,05$.

5.2. AGE MOYEN

Tableau 39 : âge moyen et auteurs

Auteurs	Age moyen	Test statistique P
AMARTI, Maroc, 2011, n = 40 [9]	50±17,68	0,007
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	37,86±13,08	0,708
Le ROUX, France, 2019, N =267 [11]	59±18,98	0,001
SLIMANE, Algérie, 2020, N = 356 [20]	49±15,98	0,001
DOUCHE, France, 2018, N = 283 [16]	52,45±17,7	0,002
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 30 [17]	42,7±15,78	0,376
Notre étude, Mali, 2021, n = 30	39,3±13,68	

La survenue de la pancréatite est variable selon les étiologies de la PA.

L'incidence de la PA d'origine biliaire augmente avec l'âge, avec un âge moyen de 54 ans [9, 11, 20, 24].

L'âge moyen de nos patients a été de 39,3 ans. Il existe une différence significative avec ceux de Amarti au Maroc (50 ans), de Le Roux et Douche en France (59 ans ; 52,42 ans) et de Slimane en Algérie (49 ans) avec un $P < 0,005$. Cette différence pourrait s'expliquer le caractère jeune de la population dans notre pays. Il n'existe pas de différence significative avec ceux de Dembélé au Mali (37,86 ans) et de Yonli au Burkina Faso (42,7 ans) avec $P > 0,05$.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

5.3. SEX-RATIO

Tableau 40 : Sex-Ratio Et auteurs

Auteurs	Sex-ratio	Test statistique P
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	2	0,69
Le ROUX, France, 2019, N =267 [11]	1,4	0,50
SLIMANE, Algérie, 2020, N = 356 [20]	0,37	0,46
DOUCHE, France, 2018, N = 283 [16]	2,1	0,69
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 30 [17]	2,75	0,70
Notre étude, Mali, 2021, n = 30	1,5	

La répartition selon le sexe est en général variable selon les étiologies de la pancréatite aiguë. Le sexe masculin semble être le plus fréquent (55-65%) dans les pancréatites aiguës [9, 16 ; 17].

Le ratio dans notre étude a été de 1,5 sans différence statistique avec tous les auteurs du tableau ci-dessus avec un **P>0,05**. [11, 16, 17, 20]

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

5.4. ETIOLOGIES

Tableau 41 : étiologies et auteurs

Etiologies	Auteurs			
	Le ROUX, France, 2019, N = 21 [15] =267 [11]	DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	Peron, France, 2019, N = 148 [19]	Notre étude, Mali, 2021, n = 30
Traumatiques n (%) P	10 (3,7) P = 0,0000	7 (33,3) P = 0,6070	13 (8,8) P = 0,0139	8 (26,7)
Alcool n (%) P	84 (31,5) P = 0,3599	4 (19,1) P = 0,9838	64 (43,2) P = 0,0422	7 (23,3)
Lithiase biliaire n (%) P	110 (41) P = 0,0009	2 (9,5) P = 0,6729	48 (32,4) P = 0,0132	3 (10)

Les deux causes principales de PA, en France, reste actuellement l'alcoolisme chronique et la lithiase biliaire qui sont chacune à l'origine d'environ 30 à 40% des cas [20, 23]. Et dans environ 20 % des cas aucune cause n'est mise en évidence [9]. Dans notre étude l'étiologie était traumatique dans 8 cas (26,7%), alcoolique 7 cas (23,3%), lithiasique dans 3 cas (10%). Il existe une différence statistique de **P>0,05**. Avec la série française de Le ROUX et de PERON, traumatique (3,7% ; 8,8%), alcoolique (31,5% ; 43,2%), lithiasique (41% ; 32,8%). Cette différence pourrait liée au taux de consommation d'alcool et de la fréquence de lithiase biliaire plus élevées en occident et les infrastructures routières en mauvais état dans notre pays [11 ; 19]. Cependant il n'y a pas de différence avec celle de DEMBELE Mali en 2019 **P>0,05** [15].

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

5.5. DELAI MOYEN DE CONSULTATION

Tableau 42 : délai moyen de consultation et auteurs jours

Auteurs	Délai moyen	Test statistique P
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 30 [17]	4±1,51	0,0601
Maghrebi, Tunisie, 2017, N = 10 [14]	9±7,25	0,3254
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	4,85±1,75	0,1596
DOUCHE, France, 2018, N = 283 [16]	3±1,32	0,0000001
Notre étude, Mali, 2021, n = 30	6,93±5,12	

Le délai moyen de consultation de nos patients a été de 6,93 jours \pm 5,12. Ce délai est supérieur à celui de DOUCHE en France en 2018 (3 jours \pm 1,32) avec une différence de P = 0,0000001. Cette différence peut être expliquée le retard de consultation et l'absence de l'assurance maladie pour tous. En revanche il n'existe pas de différence statistique avec les autres auteurs du tableau ci-dessus [14, 15, 17] avec P>0,05

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

5.6. PRINCIPAUX SIGNES CLINIQUES

Tableau 43 : les principaux signes cliniques et auteurs

Principaux signes	Auteurs			
	Le ROUX, France, 2019, N = 267 [11]	DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 30 [17]	Notre étude, Mali, 2021, n = 30
Douleur abdominale n (%)	205 (77) P = 0,003	21 (100) P = 1	30 (100) P = 1	30 (100)
Vomissements n (%)	5 (1,9) P = 0,0001	-	17 (56,7) P = 0,17	22 (73,3)
Fièvre n (%)	-	-	20 (20) P = 0,37	10 (30)
Trouble du transit n (%)	8 (3) P = 0,0001	-	9 (30) P = 0,56	7 (23,3)
Signe de Cullen n (%)	-	18 (85,7) P = 0,12	-	20 (66,7)
Signe de Grey Turner n (%)	-	-	-	5 (16,7)
Défense épigastrique n (%)	-	-	12 (40) P = 0,00001	28 (93,3)
Signe de choc n (%)	5 (1,5) P = 0,0001	-	2 (6,7) P = 0,00003	17 (56,7)

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

La douleur pancréatique est évoquée devant une douleur abdominale aiguë épigastrique, dans 90% des cas, et irradiant dans le dos, dans 50 % des cas, ou vers l'hypochondre gauche [4].

La présence d'ecchymoses périombilicales (signe de Cullen) ou des flancs (signe de Grey-Turner) classiquement rapportées dans la littérature comme péjoratives sont en fait d'apparition tardive et sont peu spécifiques [5 ; 6].

Tous nos patients présentaient une douleur abdominale. Le signe de Cullen et Grey Turner ont été de (66,7% et 16,7%) et les vomissements (73,3%). Il existe une différence statistiquement significative de **P<0,05** avec la série française de Le Roux en 2019 (77% = douleur abdominale, 1,9% = vomissements) [11]. Cette différence pourrait expliquer le retard de consultation dans nos malades et les étiologies.

D'autres signes ont été retrouvés dans notre étude : la fièvre (30%), le trouble de transit (23,3%), la défense épigastrique (93,3%) et le signe de choc (56,7%).

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

5.7. BIOLOGIES : LIPASEMIE ET AMYLASEMIE

Tableau 44 : résultat de lipasémie et l'amylasemie et auteurs

Auteurs	Lipasémie Supérieur à 180 n (%)	Amylasemie Supérieur à 135 n (%)
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 30 [17]	5 (16,7) P = 0,00001	17 (68) P = 0,59
DOUCHE, France, 2018, N = 283 [16]	222 (79,28) P = 0,9133	-
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	15 (71,4) P = 0,7077	-
Le ROUX, France, 2019, N = 267 [11]	246 (94,1) P = 0,0159	21 (7,9) P = 0,0003
Maghrebi, Tunisie, 2017, N = 10 [14]	10 (100) P = 0,3064	-
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	24 (80)	18 (60)

En pratique, la lipasémie apparaît comme étant le marqueur biologique le plus spécifique et le plus sensible et sa supériorité diagnostique a été confirmée lors de la conférence internationale de Santorini [7]. Ainsi, l'association d'un syndrome douloureux abdominal aigu intense et d'une élévation de la lipasémie supérieure à trois fois la normale dans les 48 heures qui suivent le début des symptômes sont le gold standard du diagnostic de la pancréatite aiguë [7 ; 21]. Nous avons 80% de nos patients avaient une élévation de la lipasémie supérieure à 3 fois à la normale. Cette fréquence est différente avec les séries burkinabè (16,7%) [17] et française (94,1%) [11] avec $P < 0,05$. Cette différence pourrait être liée à la durée d'évolution des symptômes. Cependant il n'y a pas de différence statistique avec la série de Dembélé au Mali, de Douche en France et Maghrebi en Tunisie

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

(71,4% ; 79,28% ; 100%) [14 ; 15 ; 16]. P>0,05.

5.8. TOMODENSITOMETRIE ABDOMINALE

Tableau 45 : la réalisation de la tomodensitométrie abdominale et auteurs

Auteurs	TDM abdominale		Test statistique P
	OUI n (%)	NON n (%)	
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 30 [17]	15 (50)	15 (50)	0,0007
DOUCHE, France, 2018, N = 283 [16]	245 (86,57)	-	0,8060
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	21 (100)	-	0,3739
Le ROUX, France, 2019, N =267 [11]	212 (79,4)	55 (20,6)	0,1650
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	27 (90)	3 (10)	

La tomodensitométrie (TDM) abdominale permet de réaliser un bilan lésionnel complet pancréatique et extra pancréatique avec des performances supérieures à celles de l'échographie. C'est l'examen de référence pour le diagnostic de PA.[8] : Elle permet de visualiser la nécrose pancréatique sous la forme d'une zone d'hypoperfusion avec une Se de 80 à 90 % et une Sp de 95 à 100 % [9]. Cet élément est considéré comme de grande valeur pronostique mais elle ne doit pas être réalisée trop précocement (avant la quarante- huitième heure) dans les PA sévères, car elle risque de sous-estimer l'extension de la nécrose. En pratique clinique, une TDM abdominale est le plus souvent réalisée à la phase initiale afin de poser le diagnostic de PA. Il faut donc dans les formes graves,

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

réaliser une seconde TDM à la soixante-douzième heure permettant alors d'évaluer l'étendue des coulées de nécrose et de la nécrose intra glandulaire [10]. La TDM a été réalisée chez 90% de nos patients, sans différence avec les séries française de 2018 et 2019 et malienne de 2019 avec $P > 0,05$ [11, 15, 16]. Il y a une différence statistique avec la série de YONLI au Burkina Faso (50%) avec $P = 0,0007$. Cette différence pourrait être due de l'état clinique des patients à l'admission et le contexte d'urgence.

5.9. SCORE DE BALTHAZAR ET AUTEURS

Tableau 46 : le score de Balthazar et auteurs

Auteurs	BALTHAZAR		Test statistique P
	D n (%)	E n (%)	
AMARTI, France, 2017, N = 148 [19]	54 (37,5)	90 (62,5)	0,0547
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	14 (66,7)	7 (33,3)	0,6279
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 30 [17]	12 (80)	3 (20)	0,0910
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	16 (59,3)	11 (40,7)	

Nos patients présentaient de coulée unique ou multiple au scanner (BALTAZAR D et E) avec (59,3% et 40,7%) sans différence significative avec les autres auteurs du tableau ci-dessus avec $P > 0,05$.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

5.10. DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE ET AUTEURS

Tableau 47 : le diagnostic peropératoire et auteurs

Auteurs	Diagnostic		
	Pancréatite aiguë hémorragique post opératoire n (%)	Pancréatite aiguë nécrotique et hémorragique n (%)	Pancréatite traumatique ulcéro hémorragique n (%)
Maghrebi, Tunisie, 2017, N = 10 [14]	-	5 (50) P = 1	-
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 8 [17]	-	3 (37,5) P = 0,8175	-
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	4 (13,33)	19 (63,34)	7 (23,33)

Le diagnostic de la PA repose, en général, sur l'association d'une douleur abdominale aigue évocatrice et une élévation de la lipasémie, dans les premières 48 heures suivant le début des symptômes [22]. L'imagerie n'a pas d'intérêt que dans les cas de doute diagnostique [9]. Le diagnostic de pancréatite nécrotique et hémorragique a été posé chez nos patients dans 63,33% des cas et la pancréatite aiguë traumatique ulcero-hémorragique (23,33%) de cas sans différence statistiquement significative de $P > 0,05$ avec tous les auteurs du tableau ci-dessus.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

5.11.CHIRURGIE ET AUTEURS

Tableau 48 : les gestes chirurgicaux et auteurs

GESTES	Auteurs		
	DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 8 [17]	Notre étude, Mali, 2021, n = 30
PC+Nephrectomie+SG	1 (4,8)	-	1 (3,3)
n (%)	P = 0,36	-	
PC+LW+Drainage	1 (4,8)	-	1 (3,3)
n (%)	P = 0,36	-	
Drainage percutané	-	2 (25)	2 (6,8)
n (%)	-	P = 0,0004	
Biopsie +	-	-	1 (3,3)
appendicectomie +	-	-	
drainage n (%)			
Biopsie +	17 (80,9)	6 (75)	23 (76,7)
nécrosectomie +	P = 0,98	P = 0,71	
drainage n (%)			
Biopsie +	2 (9,5)	-	1 (3,3)
cholécystectomie	P = 0,75	-	
n (%)			
Adhésiolyse +	-	-	1 (3,3)
drainage n (%)	-	-	

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

Avant la vulgarisation de la radiographie interventionnelle et la laparoscopie, l'approche du traitement de la pancréatite nécrosante avec infection secondaire du tissu nécrotique était la nécrosectomie ouverte pour éliminer complètement le tissu nécrotique infecté [7, 12]. Cette approche invasive est associée à des taux élevés de complications (34 à 95%) et de décès (11 à 39%) et à un risque d'insuffisance pancréatique à long terme [13, 14, 15, 16, 17, 18, 19].

Par faute de plateau technique adéquat nous avons réalisé cette approche traditionnelle chez tous nos malades.

La step-up approach a révolutionné le pronostic à court et moyen termes en diminuant les complications postopératoires et en améliorant les résultats fonctionnels. De plus, cette stratégie évite la nécrosectomie chirurgicale dans un tiers des cas. [20] La laparotomie garde néanmoins certaines indications en urgence. La biopsie associée à la nécrosectomie puis drainage a été le geste le plus effectué avec 76,7% sans différence significative avec les autres auteurs du tableau ci-dessus (80,9% et 75%) [17, 21] $P > 0,05$. Une pancréatectomie céphalique a été effectué chez deux de nos patients, une néphrectomie plus suture gastrique (1patient). Sans différence statistique avec la série de Dembélé en 2019 [15]. $P = 0,36$

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

5.12.SUITES OPERATOIRES A UNE SEMAINE

Tableau 49 : les suites opératoires à une semaine et auteurs

Auteurs	Suites à J7		Test statistique P
	Complicquée n (%)	Simple n (%)	
SLIMANE, Algérie, 2020, N = 356 [20]	129 (36,07)	227 (63,93)	0,64
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	10 (47,6)	11 (52,4)	0,59
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 8 [17]	12 (40)	18 (60)	0,78
Peron, France, 2019, N = 148 [19]	62 (41,9)	86 (58,1)	0,85
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	12 (40)	18 (60)	

Nous avons enregistré une morbidité de 40% chez nos patients. Ce taux ne diffère pas statistiquement significatif avec les autres auteurs du tableau ci-dessus, avec un $P > 0,05$.

5.13. TYPE DE COMPLICATIONS POSTOPERATOIRES

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

Tableau 50 : les types de complications postopératoires

	Auteurs			
	YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 8 [17]	Peron, France, 2019, N = 148 [19]	SLIMANE, Algérie, 2020, N = 356 [20]	Notre étude, Mali, 2021, n = 30
Types complications	4 (13, 3)	-	-	2 (6,7)
Choc septique	P= 0,0001	-	-	
Insuffisance rénale aiguë n (%)	4 (13, 3) P= 0,0001	66 (42,6) P= 0,00004	-	1 (3,3)
Thrombophlébite du MI n (%)	-	-	-	1 (3,3)
Lithiase du Wirsung n (%)	-	-	-	1 (3,3)
PPO par nécrose iléale n (%)	-	5 (3,4) P = 0,5876	-	1 (3,3)
PPO pancréatite nécrotico- hémorragique n (%)	1 (3, 33) P= 0,0001	-	38 (11,31) P = 0,9617	4 (13,3)
Vomissements n(%)	-	-	-	1 (3,3)

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

La péritonite post-opératoire a été la morbidité la plus fréquente dans notre étude avec (13,3%) suivie du choc septique (6,7%) avec une différence de $P < 0,0001$ avec la série de Yonli en 2012 (3,33% et 13,3%). Cette différence pourrait être expliquée par les conditions d'hospitalisation, l'état nutritionnel des patient et le retard de consultation. Il n'existe pas de différence avec celle de Slimane en 2020 en Algérie.

6.14. REINTERVENTION

Tableau 51 : la réintervention et auteurs

Auteurs	Réintervention		Test statistique P
	Oui n (%)	Non n (%)	
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	3 (14,3)	18 (85,7)	0,8779
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 8 [17]	1 (12,5)	7 (87,5)	0,8573
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	6 (20)	24 (80)	

Une reprise de 20% a été faite chez nos patients avec une $P = 0,9$ sans différence avec les autres auteurs du tableau ci-dessus [15, 17].

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

6.15. SUITES OPERATOIRES A 1 MOIS

Tableau 52 : les suites opératoires à 1 mois et auteurs

Auteurs	Suites a J30		Test statistique P
	Décédé n (%)	Vivant n (%)	
SLIMANE, Algérie, 2020, N = 356 [20]	39 (11,6)	317 (89,04)	0,00002
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	5 (23,8)	16 (76,2)	0,2274
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	8 (26,7)	22 (73,4)	

A 30 jours de l'intervention la mortalité a été de 26,7% avec une probabilité qui diffère de celle de Slimane en Algérie (11,6) [20]. Cette différence pourrait être exprimée par les techniques utilisées, les tares associées. En revanche il ne diffère pas de celle de Dembélé au Mali en 2019. [15].

6.16. DUREE HOSPITALISATION

Tableau 53 : la durée hospitalisation et auteurs

Auteurs	Durée moyen	Test statistique P
DOUCHE, France, 2018, N = 283 [16]	7,13 ± 3,05	0,000001
YONLI, Burkina Faso, 2012, N = 8 [17]	12, 3± 7,13	0,7463
DEMBELE, Mali, 2019, N = 21 [15]	32± 7,13	0,00002
SLIMANE, Algérie, 2020, N = 356 [20]	36± 17,32	0,0000001
Notre étude, Mali, 2021, n = 30	12,13 ± 7,05	

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 12,13 jours chez nos patients. Sans différence de $P = 0,74$ avec la série de Yonli au Burkina Faso 12,3 jours. Cependant il existe une différence de $P = 0,0000001$ avec les séries de Dembélé au Mali, de Slimane en Algérie et de la Douche en France [15, 16, 20]. Qui pourrait être due aux gestes chirurgicaux, l'état du patient les tares associées et les le types de morbidité.

6.17. MORTTALITE GLOBALE

Tableau 54 : la mortalité globale et auteurs

Auteurs	Survie		Test statistique P
	Décédé n (%)	Vivant n (%)	
AMARTI, Maroc, 2011, N = 40 [9]	5 (12,5)	35 (87,5)	0,07
Peron, France, 2019, N = 148 [19]	26 (17,6)	122 (82,4)	0,12
DOUCHE, France, 2018, N = 283 [16]	10 (3,53)	273 (96,47)	0,001
Notre étude, Mali, 2021, N = 30	9 (30)	21 (70)	

Nous avons enregistré une mortalité de 30% sans différence avec celles de Amarti au Maroc (12,5%) [9], et de Péron en France (17,6%) [19]. $P > 0,05$.

La mortalité était faible dans la série de la Douche en France (3,53%) [16]. $P = 0,001$.

Cette différence peut être liée à la technique utilisée et le type de morbidité et au plateau technique.

CONCLUSION

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

CONCLUSION

La pancréatite aiguë nécrotique et hémorragique peu fréquente dans notre pratique. Elle survient plus souvent chez l'adulte jeune de sexe masculin. La tomodensitométrie a été un grand apport diagnostique, ainsi que la lipasémie. Les étiologies retrouvées ont été le traumatisme, l'alcool et la lithiase biliaire. Le traitement a été chirurgical la nécrosectomie surtout. La morbidité a été marquée par le choc septique et la mortalité qui est élevée.

SUGGESTIONS

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

SUGGESTIONS

❖ Au ministre de la Santé :

- Renforcement de la formation des chirurgiens en vue de doter les différents CMA en personnels qualifiés, évitant ainsi les évacuations.
- Renforcement du plateau technique en matière de chirurgie du premier niveau de référence des patients (CMA).
- Renforcement des compétences en matière de chirurgie du personnel de premier niveau des formations sanitaires périphériques.

❖ A l'administration de l'hôpital :

- Rendre effectif la prise en charge sans prépaiement aux urgences viscérales.
- Création d'une salle de déchoquage dans le service de Chirurgie Générale.
- Equipement des urgences viscérales en matériel médico-technique (respirateur, oxymètre, chariot d'anesthésie, ...).
- Disponibilité et l'accessibilité en urgence aux examens d'imagerie médicale.
- Mise en place d'un système d'archivage électronique des dossiers médicaux, afin de faciliter leur exploitation.

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré

ANNEXE

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

FICHE SIGNALÉTIQUE :

Nom : PAMATECK **Prénom :** Seydou

Tel : 76 34 50 15 ; E-mail : spamateck@yahoo.fr

Titre : pancréatites aiguës nécrotique et hémorragique en chirurgie générale du Centre Hospitalier Universitaire "Gabriel Touré".

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année : 2021

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

RESUME

Introduction : pancréatite aiguë sévères sont des affections graves de la pathologie digestive.

Objectifs : Déterminer la fréquence des PA sévère, décrire les aspects diagnostiques, thérapeutiques et d'analyser les suites opératoires

Méthodologie : Etude rétrospective allant de janvier 2006 à juin 2021 ; incluant tous les patients prises en charge pour pancréatites confirmées par le taux de lipasémie élevée et la classification TDM de Balthazar au CHU Gabriel Touré.

Résultats : De janvier 2006 à juin 2021 (15,6 ans), 30 cas de pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques ont été enregistrés dans le service. qui ont représenté pendant cette même période 0,12% (30/25274) des hospitalisations. L'âge moyen était de 39,30 ans avec des extrêmes de 18 ans et 62 ans et un écart type de 13,68 ans. Le sexe ratio est de 1,5. La durée d'évolution moyenne est de 6,93 mois ; l'écart type 5,12 mois avec des extrêmes de 2 mois et 20 mois, les antécédents médicaux ont été l'HTA (2 cas, 6,7%), le diabète (5 cas,

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

16,7%), les facteurs de risque étaient la consommation d'alcool (7 cas, 23,3%), le tabac (15 cas, 50%). Les étiologies étaient d'origine lithiasique dans 3 cas (10%) et traumatique dans 12 (40%) cas, l'alcool 7 cas (23,33%). La douleur abdominale était présente dans 100% de cas, le signe de Cullen 20 cas (66,7%), 86,7% ont été admis en urgence. Le taux de lipasémie était comprise entre 100-1000UI/L chez 24 patients (80%), et supérieur à 1000UI/L chez 6 patients (20%). La TDM a été réalisée chez 27 patients (90%), dont le résultat a permis de classer 16 cas BALTAZAR D, 11 cas BALTAZAR E. Tous nos patients ont été opérés, les gestes chirurgicaux réalisés ont été la nécrosectomie avec drainage et biopsie (27 patients), la pancréatectomie corporeo-caudale associée à la cholécystectomie (2 patients). La reprise chirurgicale 5 cas (nécrosectomie itérative). Les suites opératoires ont été simples 18 cas (60%). La morbidité a été de 40%, dont la fistule digestive (1 cas), la péritonite postopératoire (4 cas), choc septique (2 cas), la thrombophlébite (1 cas). La mortalité a été de 22,7% (5 cas), Insuffisance rénale aiguë (1 cas), Lithiase du Wirsung (1 cas).

Conclusion : les pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques sont pathologies grave de pronostiques sévères, la prise en charge nécessite une équipe multidisciplinaire.

Mots clés : pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques, chirurgie digestive, Bamako, Mali

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. David Malka, Isabelle Rosahézode :

Diagnostic positif et étiologique de pancréatite aiguë. Conférence de consensus : pancréatite aiguë. Gastroenterol biol 2001 ;25 :177-92

2. Anouhar Benhima :

Pancréatite aiguë biliaire : profil épidémiologique et de la prise en charge
Thèse de médecine, FMPHA Marrakech (Maroc) ; 2018, n°183-18, p1-124

3. Pastor CM.:

Pancreatitis-Associated Acute Lung Injury: New Insights. Chest. 2003;124(6):2341–2351.

4. Risse O, Arvieux C, Abba J, Letoublon C,

Chirurgies des complications des pancréatites aiguës, EMC – techniques chirurgicales – appareil digestif 2012 ; 7(4) : 1-14 P40-885

5. OLIVIER W.

Pancréatite aiguë : quelles nouveautés dans la prise en charge ? Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 1240-6

6. Banks PA, Bollen PL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al.

Classification of acute pancreatitis 2012: revision of the Atlanta classification and definition by international consensus. Gut 2013 ;62 :102-11.

7. Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS, Boermeester

MA, Dejong CH, et al.: A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. N Engl J Med 2010 Apr 22;362(16):1491-502.

8. Yassine ARRAD

Profil épidémiologique des pancréatites aiguës prise en charge et évolution
Thèse de médecine, FMPHA Marrakech (Maroc) ; 2017, n°116-17, p1-125

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

9. Lamiae EL AMARTI

La pancréatite aiguë grave : prise en charge en milieu de réanimation à propos de 40 cas thèse médecine n°4, 2011 université Mohammed V, faculté de médecine et de Pharmacie -Rabat- P1-197

10. **Levitt MD, Eckfeldt JH. Go VLW, Dimagno EP, Gardner JD, Lebenthal E, Reber HA**, : Diagnosis of acute pancreatitis. In: Scheele GA, editors. The pancreas: biology, pathobiology, and disease. 2nd ed. New York: Raven Press; 1993. p. 613-35.

11. Le Roux Marie :

Prise en charge des pancréatites aiguës aux urgences au CHU angers, Thèse de Médecine Faculté de Sante Université Angers 2020 N° 10935F P 1-58

12. Philippe Lévy :

Recommandations internationales sur la pancréatite aiguë, 2015, France, P1-8 E-mail : philippe.levy@bjn.aphp.f 21/6/2021 ; 20h01mn

13. Anne Leroi Cagnon :

Caractérisation étiologique de la pancréatite aiguë médicamenteuse, these de médecine FACULTE MEDECINE UNIVERSITE MONTREAL CANADA 2019, P1-100

14. Houcine Maghrebi¹, &, Rami Rhaeim¹, Anis Haddad¹, Amin Makni¹, Jouini Mohamed¹, Kacem Montasser¹, Ben Safta Zoubeir¹ :

Pancréatite aiguë médicamenteuse : à propos de 10 cas, Pan African Medical Journal. 2017 ;28 :80. doi :10.11604/pamj.2017.28.80.1216

15. Dembélé¹ BT, Sidibé¹ BY, Traoré¹A, Traoré¹AA, Konaté¹ M, Maïga¹A, : pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale au CHU Gabriel Touré. j afr chir digest 2019; vol19(1) : 2647 – 2651 issn: 2415 - 2307

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

16. DOUCHE Sarah :

La prise en charge de la pancréatite aiguë aux urgences du CHU de Strasbourg est-elle conforme aux dernières recommandations ? étude rétrospective sur 283 patients. Thèse médecine université de Strasbourg faculté de médecine de Strasbourg, 2018, n°193 p1-156

17. Yemboado Aimé Parfait YONLI

Les pancréatites aiguës dans le service de chirurgie générale et digestive du CHU YO : aspects épidémiologiques, diagnostiques thérapeutiques et évolutifs. à propos de 30 cas, thèse médecine unité de formation et de recherche en sciences de la santé (ufr / sds) section médecine, 2012, n°164 p1-125

18. Allah–Kouadio¹ E, Diakité² M, Koné¹ S. :

Pancréatite aiguë nécrotico hémorragique révélée par une hémorragie digestive haute par rupture de varices œsophagienne. Abidjan Rev Int Sc Méd 2013 ;15,2 :100-103. EDUCI 2013

19. Peron Matthieu

Morbidité et mortalité des patients pour pancréatite aiguë en réanimation et soins intensifs. Thèse de médecine université nante faculté médecine 2017 n°130 France p1-66

20. Nait Slimane*, R. Khiali, S. Ammari, EH. Haicheur, M.Taieb.

Épidémiologie des pancréatites aiguës. Annales Algériennes de Chirurgie (Juin 2020) T51 – N°1, 22 – 29.

21. Ruedi F Toeni :

La pancréatite aiguë, la révision 2012 de la classification d'Atlanta 1992. Radiology.rsna.org n Radiology : Volume 262 Number 3, 2012,262:751-764

22. De Campos T, Cerqueira C, Kuryura L, et al.

Morbi-mortality indicators in severe acute pancreatitis. JOP 2008, 9:690-7.

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

23. Gonzalez-Gasch A, de Casasola GG, Martin RB, Herreros B, Guijarro C.A: simple prognostic score for risk assessment in patients with acute pancreatitis. Eur J intern Med 2009, 20: 43-8.

24. Harrison DA, D'Amico G, Singer M.

The Pancreatitis Outcome Prediction (POP) Score: a new prognostic index for patients with severe acute pancreatitis. Crit Care Med 2007, 35:1703-8

**Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale
du CHU Gabriel Touré**

FICHE D'ENQUÊTE

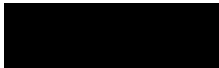
I. IDENTITE :



-Nom:..... -Numéro d'entrée :.....

-Age :..... -Sexe :.....

II. Antécédents :



-Lithiase vésiculaire connue.....

-Alcoolisme.....

- Cholécystectomie.....

- Prise médicamenteuse.....

- Diabète.....

- HTA.....

- Autres.....

III. Diagnostic Positif :

• Signes Cliniques à l'admission:

- Douleur.....

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

- Vomissements.....
- Fièvre.....
- Etat de choc.....
- Ictère
- Autres.....

• Biologie :

- Lipasémie.....
- Amylasémie.....

IV. Diagnostic de sévérité

- Score de Balthazar.....

A.....

B..... C... D.....E.....

- Défaillance

multi-viscérale

.....

- Type :.....

V. Etiologies :

IMAGERIE

Echographie :

- Lithiase vésiculaire.....
- Lithiase biliaire.....
- Dilatation de la VBP.....

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

-Autre.....

TDM :

-Lithiase visible:

Bilan lipidique.....

•

VI. Traitement :

• **Traitement médical** : Seul..... Associé.....

-Traitement antalgique :.....Palier :.....

-SNG.....

-Traitement anticoagulant.....

-Insuline.....

-anti-sécrétoire gastrique acide :.....

-Antibiothérapie.....Famille d'antibiotique :

-Nutrition artificielle.....

-Durée..... -Voie :.....

-moment d'instauration par rapport à l'admission :

• **Traitement endoscopique**

Pancréatites aiguës nécrotiques et hémorragiques en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré

-Indication.....

-Heure de réalisation (par rapport à l'admission) :.....

-Gestes effectués.....

-Succès/ Echec.....

-Complications.....

• **Traitement Chirurgicale**.....

-Indication.....

-Gestes effectués.....

VII. Evolution

-Guérison.....

-Complications..... Type.....

Traitement de la complication.....

-Décès.....