

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 2021-2022

N°

.....

MEMOIRE

PSEUDOKYSTES DU PANCREAS EN CHIRURGIE GENERALE AU CHU GABRIEL TOURE

GABRIEL TOURE

Présenté et soutenu publiquement le 30/12/2022 devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Dr Daouda COULIBALY

Pour l'obtention du Diplôme d'Etude Spécialisée en chirurgie générale

Jury

Président : Pr Nouhoum ONGOIBA

Membre : Pr Birama TOGOLO

Directeur : Pr Alhassane TRAORE

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION :	3-4
II. OBJECTIFS :	5
III. METHODOLOGIE :	6-7
IV. RESULTATS :	8-24
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	25-38
CONCLUSION :	39
RECOMMANDATIONS :	40
ANNEXES :	41-46

ABREVIATIONS

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LKP : Lésion(s) kystique(s) du pancréa(s)

PA : Pancréatite aigue

PC : Pancréatite chronique

PK : Pseudokyste

PKP : Pseudokyste du pancréas

TCK : Temps de céphaline Kaolin

TDM : Tomodensitométrie

TP : Taux de prothrombine

I. INTRODUCTION

Le pancréas, organe digestif annexe, est souvent le siège de pathologies diverses. Parmi ces pathologies, on peut citer les lésions kystiques. Les kystes et pseudo-kystes du pancréas sont des collections de suc pancréatique pur ou non, pouvant contenir du sang ou de la nécrose et dont la localisation peut être intra ou extra pancréatique [1]. La Conférence de Consensus d'ATLANTA a défini les pseudokystes du pancréas comme étant des collections de liquide pancréatique entourées d'une paroi de tissu fibreux granuleux consécutives à une pancréatite aiguë, un traumatisme pancréatique ou une pancréatite chronique [2]. La classification d'ATLANTA révisée en 2012 permet une distinction précise entre les différentes collections compliquant les pancréatites aiguës [3].

L'incidence des pseudokystes après pancréatite aiguë serait comprise entre 5 à 16 % et après pancréatite chronique, entre 20 à 40 % [4, 5, 6, 7].

Aux Etats-Unis, Sandy JT [8] et Wade JW [9] ont trouvé une faible incidence des PKP, soit 1,6%-4,5%, ou 0,5-1 pour 100 000 adultes par année.

Aux Royaumes-Unis, Imrie CW [10] a rapporté une incidence globale de 7 % de pseudokystes en tant que complication de la pancréatite aiguë.

En Asie, en Corée, Kim et Coll [11] ont trouvé une incidence de 14,6 % de PK dans les pancréatites aiguës et 41,8 % dans les poussées aiguës sur pancréatites chroniques.

En Afrique, plusieurs études ont été faites sur les PKP, en particulier au Maghreb.

Au Maroc, en 2018, SAIDI [12] avait rapporté une incidence de 1,33 cas par an.

Au Burundi, une étude faite par Mbonicura [13] en 2018, a trouvé une incidence de 2,3 cas par an.

Au Mali, Maïga AS [14] avait rapporté 2 cas par an dans le service de

chirurgie pédiatrique, en 2017, dans une thèse s'étendant sur 6 ans.

Le pseudokyste du pancréas est évoqué devant une douleur abdominale, des vomissements et/ou une masse abdominale [1, 6].

Ils peuvent évoluer vers la régression spontanée ou se compliquer d'une hémorragie, de compression ou de rupture. Le drainage spontané des FKP dans un viscère creux (duodénum, estomac, ou colon) reste un mode d'évolution exceptionnel [1, 6].

L'indication thérapeutique est sujette à discussions ainsi que la technique opératoire. Les différentes méthodes thérapeutiques sont ; l'abstention thérapeutique avec surveillance, le traitement non chirurgical (drainage percutané ou endoscopique) et le traitement chirurgical (drainage interne, externe ou résection chirurgicale).

Le pronostic des PKP dépend principalement de la pathologie pancréatique sous-jacente et des complications liées à son évolution.

Vu l'augmentation inhabituelle du nombre de cas de PKP en 2021, et n'ayant aucune connaissance d'étude réalisée sur cette pathologie chez les adultes, nous nous sommes proposé de faire une étude.

Le but de cette étude était d'évaluer la prise en charge thérapeutique des PKP dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE.

II. OBJECTIFS

II.1 OBJECTIF GENERAL

Evaluer la prise en charge chirurgicale des PKP.

III.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

Décrire les aspects épidémiologiques.

Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des PKP.

Analyser les résultats de la prise en charge chirurgicale.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de chirurgie générale, au centre hospitalier universitaire Gabriel Touré, sis dans la capitale Bamako, en commune III. L'hôpital comprend plusieurs services dont ceux des Urgences, d'anesthésie-réanimation et de chirurgie générale. Le service de chirurgie générale comprend onze professeurs dont trois titulaires.

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude descriptive à collectes de données retro et prospectives dans le service de chirurgie générale au CHU Gabriel TOURE.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur une période de 16 ans et 6 mois.

La phase rétrospective allait de Janvier 2006 à Décembre 2021

La phase prospective de Janvier 2022 à Juin 2006.

4. Méthodes :

4.1 Support

Toutes les données concernant la fiche d'enquête des patients ont été obtenues grâce aux observations médicales des patients, aux dossiers de la consultation externe, aux registres de compte rendu opératoire des urgences et ceux du bloc à froid, au registre anatomopathologique, au suivi à domicile.

4.2 Population d'étude :

Elle a concerné tous les patients hospitalisés dans le service pour kyste du pancréas et/ou opérés dans le service pour kyste du pancréas. Ils provenaient de toutes les régions du Mali et de la sous-région, dans un nombre important de cas

de Bamako.

4.3 Echantillon :

Elle a concerné tous les patients hospitalisés dans le service pour pseudokyste du pancréas et/ou opérés dans le service pour pseudokyste du pancréas.

5. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude les patients hospitalisés et/ou opérés pour pseudokystes du pancréas, dans le service.

6. Critères de non inclusion :

Non pas été inclus dans cette étude, les patients dont les données étaient insuffisantes (dans les dossiers médicaux) ou qui ont refusé de participer à l'étude

7. La saisie, le traitement et l'analyse des données :

La saisie, le traitement des textes ont été faits avec Microsoft Pack office 2013. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel Epi Info 7.2.5.0

8. Statistique :

Le test statistique utilisé a été le Khi2 avec un seuil de signification $P < 0,05$.

IV. RESULTAT

IV.1 FREQUENCE

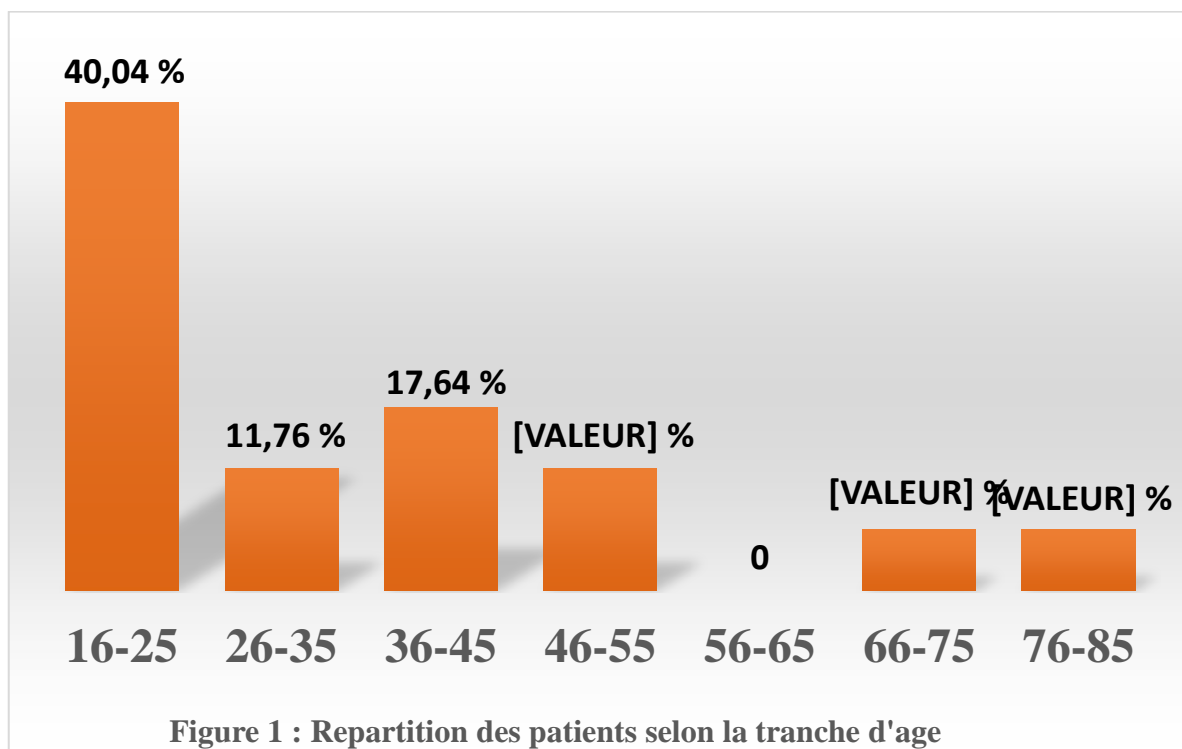
Notre étude a été portée sur une durée de 16 ans et 6 mois, au cours de laquelle nous avons noté 17 cas de PKP. Ce qui nous a donné une fréquence annuelle de **1,03** cas par an soit :

0,0006 (17/28359) des hospitalisations ;

0,0013 (17/13009) des interventions chirurgicales ;

0,0002 (17/75458) des consultations

IV.2 ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES



L'âge moyen était de 33,9 ans.

L'écart-type était de 19,15.

Les extrêmes étaient de 16 ans et 80 ans.

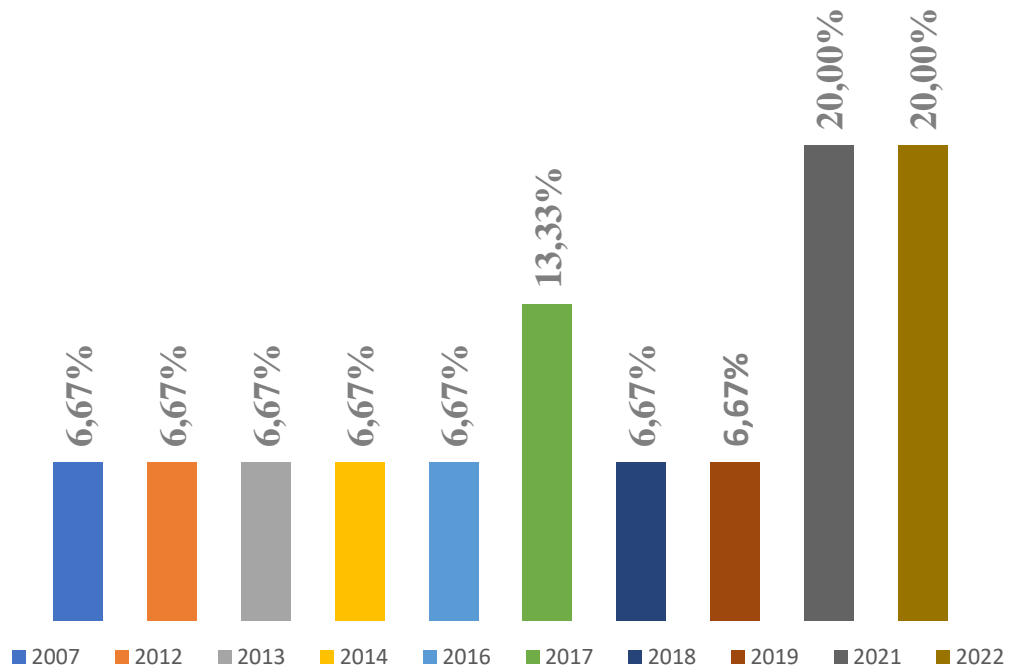


Figure 2 : Répartition des patients selon l'année de recrutement

Les fréquences les plus élevées étaient observées en 2021 et 2022.

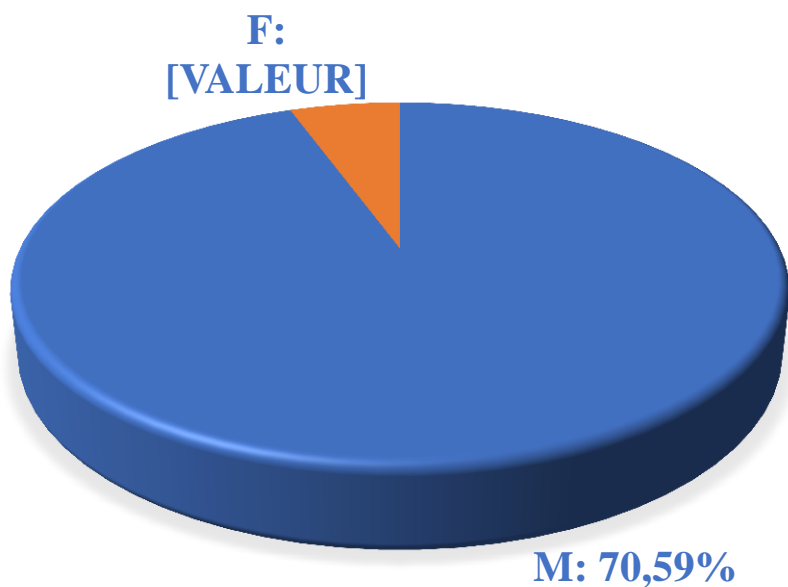


Figure 3 : Répartition des patients selon le sex-ratio

Le Sex-ratio était de 2,4.



FIGURE 4 : RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA PRINCIPALE ACTIVITÉ

Sur les 17 patients, quatre étaient des élèves et quatre autres des cultivateurs.

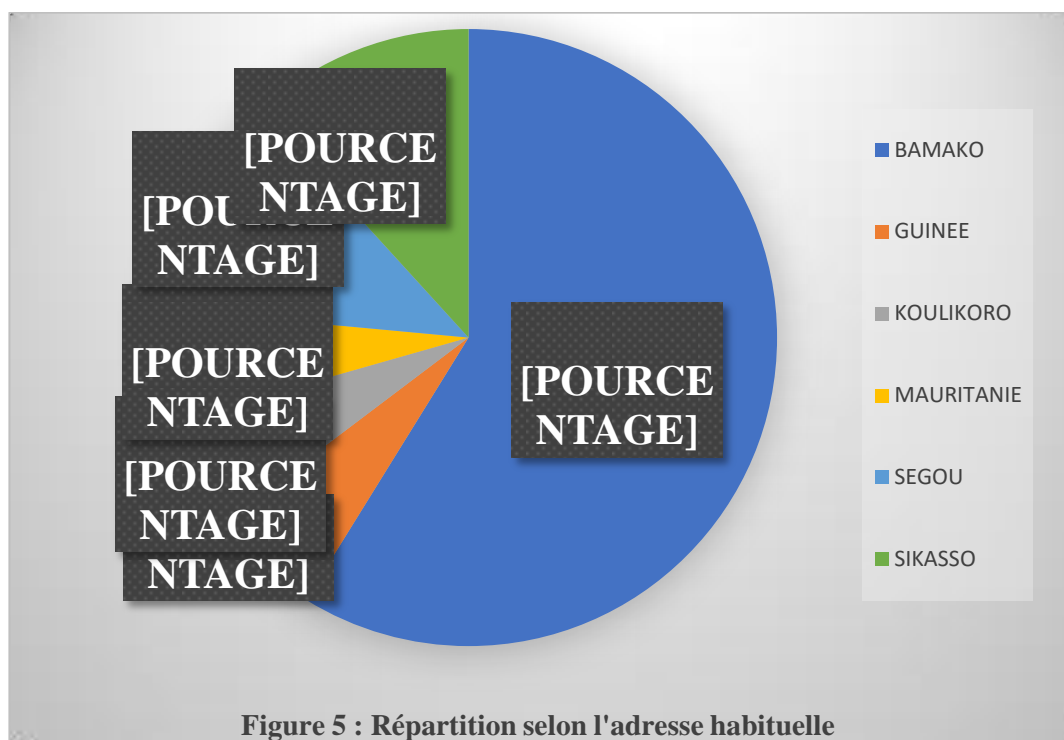


Figure 5 : Répartition selon l'adresse habituelle

Plus de la moitié des patients provenaient de Bamako.

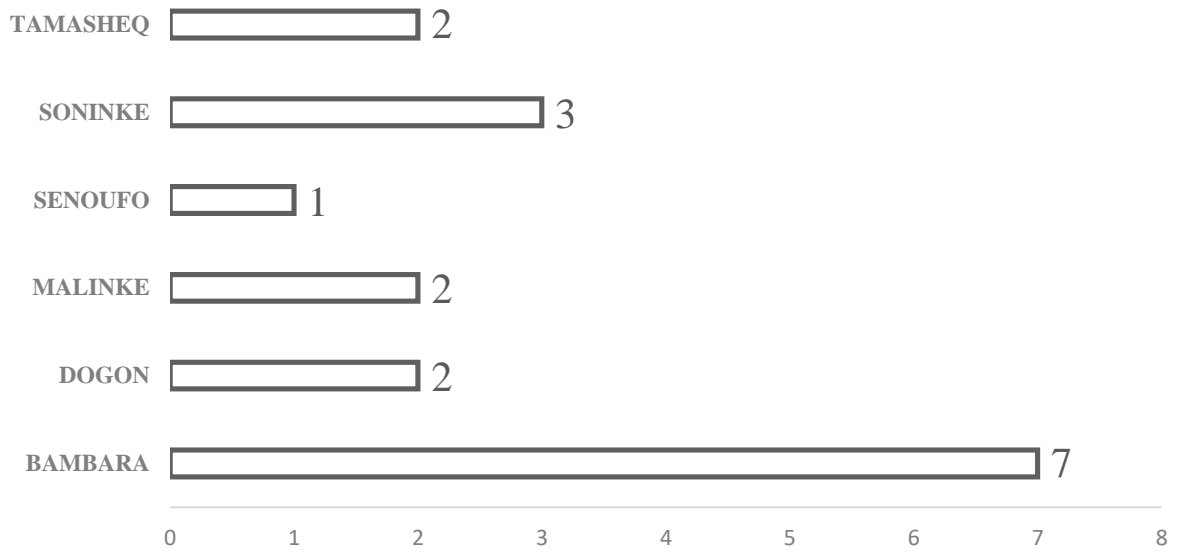


Figure 6 : Repartition selon l'ethnie

Moins de la moitié des patients était des Bambara.

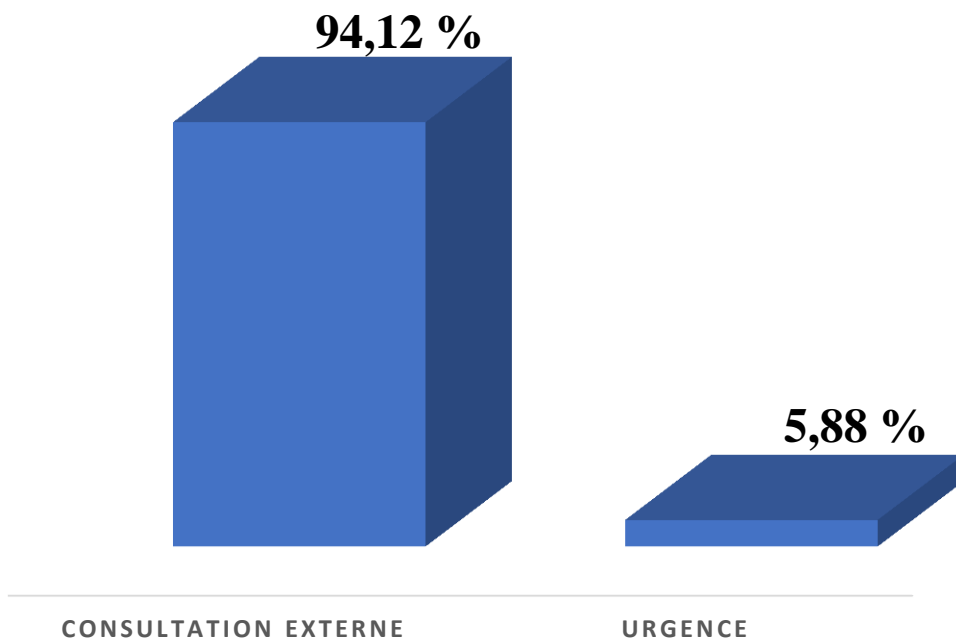


Figure 7 : Repartition selon le mode de recrutement

La majorité des patients était recrutée en consultation externe.

Tableau I : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	12	70,6
Masse épigastrique	4	23,5
Masse abdominale	1	5,9
Total	17	100

Plus des 2/3 des patients avaient consulté pour douleur abdominale.

Tableau II : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Pancréatite aigue	4	23,5
VIH	3	17,6
Pancréatite chronique	1	5,9
Lombarthrose	1	5,9
Diabète	1	5,9

Près d'un tiers des patients avaient un antécédent de pancréatite

Tableau III : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Fibrome utérin	1	5,9
Pancréatite œdémateuse	1	5,9
Appendicite	1	5,9
Cataracte	1	5,9

Un patient avait été opéré pour pancréatite oedemateuse.

Tableau IV : Répartition des patients selon les antécédents de pancréatite

Antécédents de pancréatite	Effectif	Pourcentage
Pancréatite aigue	4	23,5
Pancréatite chronique	1	5,9

La pancréatite a été notée chez moins de 1/3 de nos patients.

Tableau V : Répartition des patients selon l'étiologie du PKP

Etiologie	Effectif	Pourcentage
Traumatisme abdominal	5	29,4
Pancréatite aiguë/lithiase biliaire	4	23,5
Pancréatite chronique/lithiase biliaire	1	5,9
Indéterminée	7	41,2
Total	17	100

Un traumatisme abdominal était noté chez 1/3 des patients.

IV.2 ASPECTS CLINIQUES

Tableau VI : Répartition des patients selon les signes généraux

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Fièvre	4	23,5
Perte de poids	4	23,5
Anorexie	3	17,6
Asthénie physique	2	11,8

La fièvre et la perte de poids étaient observées chez moins de 1/3 des patients.

Tableau VII : Répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Douleur abdominale	17	100
Vomissements	3	17,6
Nausées	3	17,6

La douleur abdominale, nausées et vomissements étaient les principaux signes observés.

Tableau VII : Répartition des patients selon les signes physiques

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Masse abdominale	12	70,6
Voussure abdominale	7	41,2
Distension abdominale	3	17,6

Plus des 2/3 des patients avaient une masse abdominale palpable

Tableau VIII : Répartition des patients selon le siège de la douleur

Siège de la douleur	Effectif	Pourcentage
Epigastrique	10	58,8
Flanc gauche	2	11,8
Hypochondre droit	2	11,8
Général	1	5,9
Flanc droit	1	5,9
Lombaire	1	5,9

Le siège de la douleur était épigastrique pour plus de la moitié des patients.

Tableau IX : Répartition des patients selon le siège de la masse

Siège de la masse abdominale	Effectif	Pourcentage
Epigastrique	8	66,7
Hypochondre droit	2	16,7
Flanc droit	1	8,3
Flanc gauche	1	8,3

Une masse épigastrique palpable était observée chez 2/3 des patients.

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

Résultats de l'échographie	Effectif	Pourcentage
PKP	6	60
Masse du flanc gauche	1	10
Masse kystique du foie	1	10
Kyste de l'épiploon	1	10
Masse abdominale suppurée	1	10
Total	10	100

Le PKP avait été mis en évidence chez plus de la moitié des patients.

Tableau XI : Répartition des patients selon le résultat de la TDM abdominale

Résultat de la TDM	Effectif	Pourcentage
PKP	16	94,1
Duplication gastrique	1	5,9
Total	17	100

Le scanner était systématique chez tous les patients

Tableau XII : Répartition des patients selon le résultat de l'hémoglobine

Hémoglobine (g/dl)	Effectif	Pourcentage
< 10	2	11,8
10-11,9	7	41,2
12-16	8	47
Total	17	100

La moitié des patients avaient une anémie.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la lipasémie

Lipasémie (UI/L)	Effectif	Pourcentage
< 60	8	53,3
60-180	7	46,7
Total	15	100

Aucun de nos patients n'avait une hyperlipasémie supérieure à trois fois la normale.

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'amylasémie

Amylasémie (UI/L)	Effectif	Pourcentage
10-45	9	60
45-150	5	33,4
> 150	1	6,6
Total	15	100

L'amylase était normale chez plus de la moitié de nos patients.

Tableau XV : Répartition des patients selon la créatininémie

Créatininémie (Umol/L)	Effectif	Pourcentage
< 50	1	5,9
50-120	16	94,1
Total	17	100,0

La créatininémie était normale chez tous nos patients

Tableau XVI : Répartition des patients selon la glycémie

Glycémie (mmol/L)	Effectif	Pourcentage
< 4,10	4	23,5
4,10-6,10	12	70,6
> 6,10	1	5,9
Total	17	100,0

Seul un malade avait une glycémie supérieure à la normale.

Tableau XVII : Répartition des patients selon la calcémie

Calcémie (mmol/L)	Effectifs	Pourcentage
< 2,2	2	50
2,2-2,6	2	50
Total	4	100

La calcémie n'était pas systémique chez tous nos patients.

IV.4 ASPECTS THERAPEUTIQUES

Tableau XVIII : Répartition des patients selon le type de traitement

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Chirurgie	13	76,5
Abstention et surveillance	4	23,5
Total	17	100

Aucun de nos patients n'avait subi un traitement endoscopique ou radiologique.

Tableau XIX : Répartition des patients selon le geste chirurgical

Geste chirurgical	Effectif	Pourcentage
Dérivation kysto-gastrique	8	61,5
Dérivation kysto-jéjunale	3	23,1
Aspiration, lavage, drainage	2	15,4
Total	13	100

Une dérivation kysto-gastrique était réalisée chez plus de la moitié des patients.

Tableau XX : Répartition des patients selon les complications en fonction de type de traitement

Complications en fonction du type de traitement	Effectif	Pourcentage
Chirurgie	4/13	30,8
Abstention et Surveillance	1/4	25

Moins de 1/3 des patients avait une complication chirurgicale.

Tableau XXI : Répartition des patients selon le type de complications en fonction du geste chirurgical.

Geste chirurgical Type de complications	Dérivation Kysto-gastrique (Eff et %)	Dérivation Kysto-jéjunale (Eff et %)	Résection, lavage, drainage (Eff et %)
Récidive de PKP	1/8(12,5%)	-	1/2 (50%)
Pancréatite aigue	-	1/3(33,33%)	-
Sepsis	1/8(12,5%)	-	-

Nous avons observé moins de complication au cours de la dérivation kysto-gastrique.

IL y'a eu une seule complication au cours de l'abstention avec surveillance. Il s'agissait d'une péritonite par rupture du kyste.

La patiente a été opérée et le geste chirurgical a été : l'aspiration, le lavage et drainage.

Tableau XXII : Répartition des patients selon la morbidité post-op

Morbidité	Effectif	Pourcentage
Récidive de PKP	2/13	15,4
Sepsis	1/13	7,7
Pancréatite aigue	1/13	7,7

En dehors de la récurrence, du sepsis et de la pancréatite aigüe, nous n'avons pas observé d'autre morbidité.

Concernant la mortalité, nous avons observé un cas de décès. Il s'agissait d'une patiente chez qui il avait été réalisé comme geste chirurgical, une dérivation kysto-gastrique. La cause retenue avait été une embolie pulmonaire.

Tableau XXIII : Durée d'hospitalisation post-opératoire

Durée d'hospitalisation post-opératoire (Jours)	Effectif	Pourcentage
1-5 Jours	3	23,1
6-10 Jours	7	53,8
11-30 Jours	3	23,1
Total	13	100,0

La durée moyenne était de 8,7 jours.

L'écart-type était de 7,34.

Les extrêmes étaient de 1 et 30 jours

Tableau XXIV : Durée d'hospitalisation pendant la surveillance

Durée d'hospitalisation (Jours)	Effectif	Pourcentage
1-5 Jours	2	50
6-10 Jours	2	50
Total	4	100

La durée moyenne était de 7,2 jours.

L'écart-type était de 3,20.

Les extrêmes étaient de 4 et 10 jours

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. FREQUENCE HOSPITALIERE

Tableau XXV : Fréquence hospitalière et auteurs

Auteurs	Fréquence hospitalière	Test Statistique
MBONICURA, Burundi, 2018, N= 10 [13A]	1	P=1,0
RASCH, Allemagne, 2014, N=129 [15]	12,9	P=0,0022
GERMAN, Roumanie, 2010, N=117 [16]	14,6	P=0,0007
FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	3,4	P=0,6135
SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	1,33	P=1,0
NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17	1,03	

L'incidence des pseudokystes après pancréatite aiguë serait comprise entre 5 à 16 % et après pancréatite chronique, entre 20 à 40 % [4, 5, 6, 7].

La fréquence hospitalière de notre étude était de 1,03 cas par an. Cette fréquence n'est pas différente ($P > 0,05$) de celles des séries Burundaise de MBONICURA [13], Marocaines de FADIL [17] et SAIDI [12], qui avaient rapporté respectivement 1 cas par an, 3,4 cas par an, et 1, 33 cas par an. Par contre elle est inférieure à celles rapportées par RASCH [15] en Allemagne (12,9 cas par an) et GERMAN [16] en Roumanie (14,6 cas par an) avec $P < 0,05$. Cette différence pourrait s'expliquer par l'usage de moyens diagnostiques plus performant dans ces pays européens, notamment l'écho-endoscopie, l'IRM.

2. AGE

Tableau XXVI : Age et auteurs

Auteurs	Age moyen,	Test statistique
RASCH, Allemagne, 2014, N=129 [15]	52	P=0,0151
GERMAN, Roumanie, 2010, N=117 [16]	53,03	P=0,0102
SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	45,6	P=0,1123
BAGHLI, Algérie, 2017, N=29 [18]	48,7	P=0,0445
ZHANG, Chine, 2005, N= 73 [19]	39	P=0,5568
BOUHALOUAS, Algérie, 2014, N=7 [20]	30	P=0,6492
NOTRE ETUDE, Mali, 2015, N=17	33,9	

L'âge moyen dans notre étude était de 33,9 ans avec les extrêmes de 16 et 80 ans. La tranche d'âge la plus atteinte était les 16-25 ans, suivie des 36-45 ans. Cet âge moyen est inférieur (**P < 0,05**) à ceux des séries Allemande de RASCH [15], Roumaine de GERMAN [16] et Algérienne de BAGHLI [18], qui ont rapporté respectivement 52 ans, 53,03 ans et 48,7 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population africaine, en particulier celle du Mali.

3. SEX-RATIO

Tableau XXVII : Sex-ratio et auteurs

Auteurs	Homme/ Femme	Sex-ratio
GERMAN, Roumanie, 2010, N=117 [16]	94/23	4,09
SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	6/10	0,6
ZHANG, Chine, 2005, N= 73 [19]	43/30	1,43
BAGHLI, Algérie, 2017, N=29 [18]	9/20	0,45
FAIK, Maroc, 1994, N=13 [21]	6/7	0,86
BOUHALOUAS, Algérie, 2014, N=7 [20]	3/4	0,75
NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17	12/5	2,4

Le sex-ratio dans notre étude était de 2,4. Cette prédominance masculine est confirmée par GERMAN en Roumaine (sex-ratio de 4,09) et ZHANG en chine (sex-ratio de 1,43). Cependant dans presque toutes les séries Magrébines ; SAIDI [12] et FAIK [21] au Maroc (respectivement 0,6 et 0,86), BAGHLI [18] et BOUHALOUAS [20] en l'Algérie (respectivement 0,45 et 0,75), le sex-ratio est en faveur des femmes. Cette prédominance féminine, dans ces séries Algérienne et Marocaine pourrait s'expliquer par l'étiologie de la pancréatite. En effet la pancréatite étant la principale cause des PKP dans le monde, elle est fréquemment provoquée par l'alcool dans les pays développés et par la pathologie lithiasique dans ces pays Magrebins. Le sexe féminin étant un facteur de risque de lithiase biliaire.

4. ETIOLOGIES

Tableau XXVIII : Etiologies et auteurs

Auteurs	SAIDI, I Maroc, 2018, N=16 [12]	FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	BOULAJAAD Algérie, 2018, N=30 [22]	RASCH, Allemagne 2014 N=129 [15]	NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17
Pancréatite aigue	7(43,7%) P=0,39	22(64,7%) P=0,01	19(63,3) P=0,02	19(14,7%) P=0,56	4(23,5)
Pancréatite chronique	3(18,7%) P=0,55	2 (5,9%) P=1,00	5(16,7) P=0,54	84(65,1%) P=0,0000	1(5,9)
Traumatisme abdominal	6(37,5%) P=0,90	5(14,7%) P=0,38	6(20,0) P=0,71	5 (3,9%) P=0,0006	5(29,4)
Etiologie indéterminée	-	5(14,7%) P=0,03	-	21(16,9%) P=0,0077	7(41,2)

La formation d'un pseudo-kyste (PK) complique une poussée de pancréatite aiguë dans 10 % à 14,6 % des cas et une pancréatite chronique dans 20 à 40 % des cas [4, 5, 6, 7, 23, 24]. Les fréquences de la pancréatite chronique et du traumatisme abdominal dans notre étude n'étaient pas différentes ($P > 0,05$) de celles rapportées par SAIDI [12] et FADIL [17] au Maroc, BOULAJAAD [20] en Algérie, qui ont rapporté respectivement 18,7 %, 5,9 % et 16,7 % pour la pancréatite chronique, 37,5 %, 14,7 % et 20,0 % pour le traumatisme abdominal. Par contre elles étaient différentes de celles rapportées par RASCH [15] en Allemagne (65,1 % pour la pancréatite chronique et 3,9 % pour le traumatisme abdominal) avec $P < 0,05$. La fréquence de la pancréatite chronique (65,1 %) rapportée par RASCH [15] en Allemagne était supérieure à

notre fréquence de pancréatite chronique. En effet dans les pays développés, la principale étiologie des PKP est la pancréatite chronique alcoolique. Dans notre étude, le traumatisme abdominal est l'étiologie principale identifiée.

5. SIGNES GENERAUX

Tableau XXIX : Signes généraux et auteurs

Auteurs	RICHARD, USA, 1979 N=68 [24]	BAGHLI, Algérie, 2017, N=29 [18]	BOULA JAAD, Maroc, 2018, N=30 [22]	MBONI CURA, Burundi 2018, N=10 [13]	NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17
Fièvre	21(30,9) P=0,7660	5(17,5) P=0,89	8(26,6) P=1,00	1(10) P=0,718 1	4(23,5)
Perte de poids	29(42,6) P=0,2426	3(10) P=0,44	7(13,3) P=1,00	1(10) P=0,718 1	4(23,5)
Anorexie	-	-	7(13,3) P=0,93	-	3(17,6)
Asthénie physique	-	-	7(13,3) P=0,56	-	2(11,8)

Les fréquences de la fièvre et de la perte de poids dans notre étude étaient identiques ($P > 0,05$) à celles rapportées par RICHARD [24] au USA, BAGHLI [18] en Algérie, BOULAJAAD [22] au Maroc et MBONICURA [13] au Burundi, qui ont rapporté respectivement 30 %, 17, 5 %, 26, 6 % et 10 % pour la fièvre et 42, 6 %, 10 %, 13, 3 % et 10 % pour la perte de poids..

6. SIGNES FONCTIONNELS

Tableau XXX : Signes fonctionnels et auteurs

Auteurs	SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	LANKISCH, Allemagne 2006, N=369 [4]	FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	RASCH, Allemagne 2014 N=129 [15]	NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17
Douleur abdominale	16(100) P=0,15 5	369(100) P=0,155	31(91) P=0,527	82(63,6) P=0,006	17(100)
Vomissement	12(75) P=0,00 3	12(3,2) P=0,018	20(59) P=0,012	25(19,4) P=1,000	3(17,6)
Nausées	12(75) P=0,00 3	19(5,1) P=0,101	20(59) P=1,000	25(19,4) P=1,000	3(17,6)
Pleurésie	-	-	4(11,7) P=	-	-
Ictère	-	-	2(5,9) P=	5(3,9) P=	-

Sur le plan clinique, les pseudo-kystes compliquant une pancréatite chronique se manifestent par des douleurs dans 76 à 94% des cas, des vomissements dans 50% des cas, une masse abdominale dans 25% des cas et un ictère dans 10% des cas [1, 6]. Dans notre étude, de même celles de SAIDI [12], LANKISCH [4], FADIL [17] et RASCH [15], la douleur abdominale, les vomissements et les nausées étaient les manifestations cliniques les plus fréquentes. La fréquence de la douleur abdominale dans notre étude, était identique ($P > 0,05$) à celles de SAIDI [12] et FADIL [17] au Maroc (respectivement 100 % et 91 %) et celle de LANKISCH [4] en Allemagne (100 %).

7. SIGNES PHYSIQUES

Tableau XXXI : Signes physiques et auteurs

Auteurs	RICHA RD, 1979 USA, N=68 [24]	BAGHLI, Algérie, 2017, N=29 [18]	BOULAJ AAD Maroc, 2018, N=30 [22]	MBONICU RA, Burundi, 2018, N=10 [13]	NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17
Signes physiques					
Masse abdominale	32(47) P=0,142 8	7(24,13) P=0,0054	9(30) P=0,0171	1(10) P=0,0081	12(70,6)
Voussure abdominale	-	-	5(16,66) P=0,1327	-	7(41,2)
Sensibilité épigastrique	60(88,2) P=0,012 7	6(20,68) P=0,0214	-	1(10) P=0,0368	10(58,8)

Les fréquences de la masse abdominale et de la sensibilité épigastrique de nos patients étaient respectivement de 70,6 % et 58,8 %. La fréquence de la masse abdominale dans notre étude (70,6 %) était supérieure à celles de BAGHLI [18] en Algérie (24,13 %), BOULAJAAD [22] au Maroc (30 %) et MBONICURA [13] au Burundi (10 %) avec **P < 0,05**. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que nos malades sont vu tardivement. La fréquence de la sensibilité abdominale (58,8 %) était supérieure (**P < 0,05**) à celles de BAGHLI [18] en Algérie (20,68 %) et MBONICURA [13] au BURUNDI (10 %).

8. LIPASEMIE

Tableau XXXII : Lipasémie et auteurs

Auteurs	Normal (< 60)	Anormal (≥ 60)
	Effectif, %, P	Effectif, %, P
SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	10(62,5) P=0,8786	6(37,5) P=0,8786
BOUHALOUAS, Algérie, 2014, N=7 [20]	5(100) P=0,1759	0 P=0,1759
NOTRE ETUDE, 2022, N=17	8(53,3)	7(46,7)

La fréquence des patients ayant présentés une lipasémie supérieure à la normale dans notre étude était de 46,7 %. Cette fréquence n'était pas différente (**P** > **0,05**) de celles de SAIDI [12] au Maroc (37,5 %) et BOUHALOUAS [20] en Algérie (0 %).

9. AMYLASEMIE

Tableau XXXIII : Amylasémie et auteurs

Auteurs	Normal (10 à 45)	Anormal (> à 45)
	Effectif, %, P	Effectif, %, P
FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	15(59,3) P=1,0000	12(40,7) P=1,0000
CHARLES, USA, 1976, N=131 [25]	30(33) P=0,0056	101(77) P=0,0056
SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	7(43,8) P=0,5856	9(56,2) P=0,5856
BOULAJAAD, Maroc, 2018, N=30 [22]	2(50) P=1,0000	2(50) P=1,0000
NOTRE ETUDE, 2022, N=17	9(60)	6(40)

IL n'a aucune différence ($P > 0,05$) entre la fréquence des patients ayant présentés une hyperamylasémie dans notre étude (40 %), et celles des études Marocaines de FADIL [17], de SAIDI [12] et de BOULAJAAD [22] qui avaient rapporté respectivement 40,7 %, 56,2 % et 50 %. Par contre, la fréquence rapportée par CHARLES [25] au USA (77 %) était supérieure à la notre (40 %) avec ($P < 0,05$).

10. ECHOGRAPHIE

Tableau XXXIV : Echographie et auteurs

Auteurs	Effectif, %	Test statistique
BOULAJAAD, Maroc, 2018, N=30 [22]	25/30(83,3)	P=0,2743
SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	9/14(64,2)	P=1,0000
FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	23/29(79,3)	P=0,4318
NOTRE ETUDE, 2022, N=17	6/10(60)	

L'échographie permet d'analyser le contenu endokystique et d'orienter vers le geste qui serait efficace en cas de nécessité d'un drainage [26]. L'échographie est une technique atraumatique qui permet de différencier une masse solide d'une lésion kystique, et qui peut aider à la discussion du moment de prise en charge chirurgicale d'un PKP par l'estimation de l'épaisseur de sa paroi [27]. Dans la littérature la sensibilité de l'échographie pour la détection des PKP est de 75% [28]. Seuls 10 patients des 17 de notre étude ont pu réaliser une échographie. L'échographie a pu mettre en évidence le PKP dans 60 % des cas. Cette fréquence était identique (**P > 0,05**) à celles retrouvées dans les études Marocaines de BOULAJAAD [22] (83,3 %), de SAIDI [12] (64,2 %) et de FADIL [17] (79,3 %).

11. TDM

Tableau XXXV : TDM et auteurs

Auteurs	Effectif, %	Test statistique
BOULAJAAD, Maroc, 2018, N=30 [22]	30/30(100)	P= 0,7710
FAIK, Maroc, 1994, N=13 [21]	4/4(100)	P=1,0000
BOUHALOUAS, Algérie, 2014, N=7 [20]	6/7(85,7)	P=1,0000
SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	16/16(100)	P=1,0000
FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	26/27(96,3)	P=1,0000
NOTRE ETUDE, 2022, N=17	16/17(94,1)	

La classification d'Atlanta a défini des critères scannographiques précis pour différencier les différentes collections post-pancréatites aiguës [29] ;

- Collection liquidienne bien circonscrite
- Paroi visible (encapsulée)
- Densité liquidienne
- Maturation qui nécessite généralement au moins 4 semaines

En cas de PKP, la TDM a une sensibilité à 100% avec une spécificité de 93% [28].

Le TDM avait été réalisée chez tous nos patients et elle a mis en évidence le PKP dans 94,1 % des cas. Cette fréquence n'était pas différente (**P > 0,05**) de celles rapportées par BOULAJAAD [22], FAIK [21], BOUHALOUAS [20], SAIDI [12] et FADIL [17], soient respectivement 100 %, 100 %, 85,7, 100 %.

12. GESTE CHIRURGICAL

Tableau XXXVI : Geste chirurgical et auteurs

Auteurs	SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	BOUHA LOUAS, Algérie, 2014, N=7 [20]	FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	RASCH, Allemagne 2014 N=129 [15]	NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17
Geste chirurgical					
Drainage Chirurgical	11/16(68,7) P=0,9150	7/7(100) P=0,4217	19/34(55,9) P=0,2600	6/114(0,9) P=0,0000	13/17(76, 5)
Abstention et surveillance	5/16(31,2) P=0,9150	0 (0,0) P=0,4217	15/34(44,1) P=0,2600	44/114(38,6) P=0,3508	4/17(23, 5)
Drainage endoscopique	-	-	-	41/114(36) P=	-
Drainage per-cutané	-	-	-	8/114(7) P=	-
Résection	-	-	-	15/114(15,5) P=	-

Il existe plusieurs options dans la prise en charge des PKP. Ces options partent de l'abstention avec surveillance, à la chirurgie, en passant par les méthodes endoscopiques [12, 15, 17, 20]. Il ressort de notre étude que le drainage chirurgical et l'abstention avec surveillance sont les traitements les plus réalisés dans les pays en voie de développement [12, 17, 20,] tandis que dans les pays développés, le drainage endoscopique serait le traitement de première intention [15]. Il n'existe aucune différence entre les fréquences du drainage chirurgical et de l'abstention avec surveillance dans notre étude et celles

rapportées par SAIDI [12] au Maroc, BOUHALOUAS [20] en Algérie et FADIL [17] au Maroc, qui ont rapporté respectivement 68,7 %, 100 % et 55,9 % pour le drainage chirurgical, 31,2 %, 0,0 % et 44,1 % pour l'abstention avec surveillance. Par contre, notre fréquence de drainage chirurgical (76,5 %) était supérieure ($P < 0,05$) à celle rapportée par RASCH [15] en Allemagne (0,9 %). Ce décalage pourrait s'expliquer par un plateau technique insuffisant au Mali.

13. TYPES DE CHIRURGIE

Tableau XXXVII : Types de chirurgie et auteurs

AUTEURS TYPE DE CHIRURGIE	SAIDI, Maroc, 2018, N=16 [12]	MBONICUR A, Burundi, 2018, N=10 [13]	FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	BOUHAL OUAS, Algérie, 2014, N=7 [20]	NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17
Dérivation Kysto- Gastrique	9/11(81, 8) P=0,523 1	-	5/19(26, 3) P=0,103 9	2/7(28,6) P=0,3484	8/13(61, 5)
Dérivation Kysto- Jéjunale	1/11(9,1) P=0,714 0	10/10() P=0,0010	8/19(41, 1) P=0,462 8	5/7(71,4) P=0,0623	3/13(23, 1)
Aspiration, Lavage et drainage	1/11(9,1) P=1,000 0	-	-	-	2/13(15, 4)
Drainage externe	-	-	6/19(31, 6) P=	-	-

Il existe plusieurs techniques de dérivation chirurgicale parmi lesquelles on peut citer ; la dérivation Kysto-gastrique, la dérivation kysto-jéjunale. Il n'existe aucune différence ($P > 0,05$) entre les fréquences des dérivations kysto-

gastrique et kysto-jéjunale observées dans notre étude et celles rapportées par BOUHALOUAS [20] en Algérie (respectivement 28,6 % et 71,4 %), SAIDI [12] au Maroc (respectivement 81,8 % et 9,1 %) et FADIL [17] au Maroc (respectivement 26,3 % et 41,1 %).

14. MORBIDITE POST-OP

Tableau XXXVIII : Morbidité post-op et auteurs

Auteurs	BOUHA LOUAS, Algérie, 2014, N=7 [20]	MBONICURA, Burundi, 2018, N=10 [13]	FADIL, Maroc, 1998, N=34 [17]	NOTRE ETUDE, Mali, 2022, N=17
Récidive de PKP	1/7(14,3) P=1,0000	1/10(10) P=1,0000	-	2/13(15,4)
Sepsis	-	-	-	1/13(7,7)
Pancréatite	-	-	-	1/13(7,7)
Fistule digestive	-	1/10(10) P=	1/19(5,3) P=	-
Hémorragie	-	1/10(10) P=	-	-

Les pathologies compliquant les gestes chirurgicaux au cours de la prise en charges des PKP sont diverses. Plusieurs études ont rapporté des morbidités post-op avec des fréquences variables [12, 13, 15, 17, 20]. La fréquence de la récurrence après geste chirurgical, notée dans notre étude (15,4 %) n'est pas différente ($P > 0,05$) de celle rapportées par MBONICURA [13] au Burundi (10 %) et BOUHALOUAS [20] en Algérie (14,3 %).

CONCLUSION

Avec une fréquence hospitalière de 1,03 cas par an, le PKP est peu fréquente au Mali. Elle intéresse les sujets jeunes et les étiologies sont essentiellement le traumatisme abdominal et la pancréatite aiguë.

La clinique est marquée par la douleur et la masse abdominale.

Le diagnostic repose sur les images scannographiques.

La chirurgie a une place importante et la technique chirurgicale, est dominée par la dérivation kysto-gastrique. La morbidité est marquée par la récurrence.

RECOMMANDATIONS

Aux autorités politiques et sanitaires :

Former des médecins dans le traitement endoscopique des PKP.

Equiper les hôpitaux d'une unité d'écho-endoscopie.

Soutenir le coût de la prise en charge par une assurance ou une subvention.

Aux dirigeants de l'hôpital :

Rendre opérationnel, de façon continue le service de radiologie.

Equiper le laboratoire hospitalier pour la réalisation de tous les bilans biologiques.

Mise en place d'un système d'archivage électronique des dossiers médicaux, afin de faciliter leur exploitation.

ANNEXE

▪ RESUME

Introduction : Les pseudokystes du pancréas sont les lésions kystiques du pancréas les plus fréquentes.

Objectifs : Déterminer les aspects cliniques, thérapeutiques et les suites opératoires.

Méthodologie : Etude descriptive rétro et prospective, allant de janvier 2006 au mois de juin 2022. Ont été inclus dans cette étude tous les patients hospitalisés et/ou opérés pour PKP. Le diagnostic a été retenu sur des critères cliniques et scannographiques.

Résultats : Avec 17 patients, l'âge moyen était de 33,9 ans, avec des extrêmes allant de 16 à 80 ans. Le Sex-ratio était de 2,4. La clinique était dominée par la douleur abdominale (100 %) et la masse abdominale (70,6 %), voussure abdominale (41,2 %), la fièvre (23,5 %) et la perte de poids (23,5 %). Le traumatisme abdominal (29,4 %) et la pancréatite lithiasique (29,4 %) étaient les principales étiologies déterminées. La TDM avait fait le diagnostic dans 94,12 % des cas. Le drainage chirurgical interne et l'abstention avec surveillance étaient l'arsenal thérapeutique. La technique la plus réalisée était la dérivation kysto-gastrique (61,5 %) suivi de la kysto-jéjunale (23,1 %). La morbidité post-opératoire était marquée par 2 cas de récurrence, 1 cas de sepsis et 1 autre cas de pancréatite aiguë. La mortalité a été marquée par un cas de décès.

Conclusion : les PKP sont des pathologies peu fréquentes. La douleur abdominale, la masse abdominale sont les signes capitaux. La TDM permet de faire le diagnostic et le traitement repose sur la drainage chirurgical, endoscopique et l'abstention avec surveillance.

Mots clés : Faux, Kyste, Pancréas, Traumatisme, Pancréatite

▪ **ICONOGRAPHIE**



Figure 8 : Image scannographique d'un PKP.

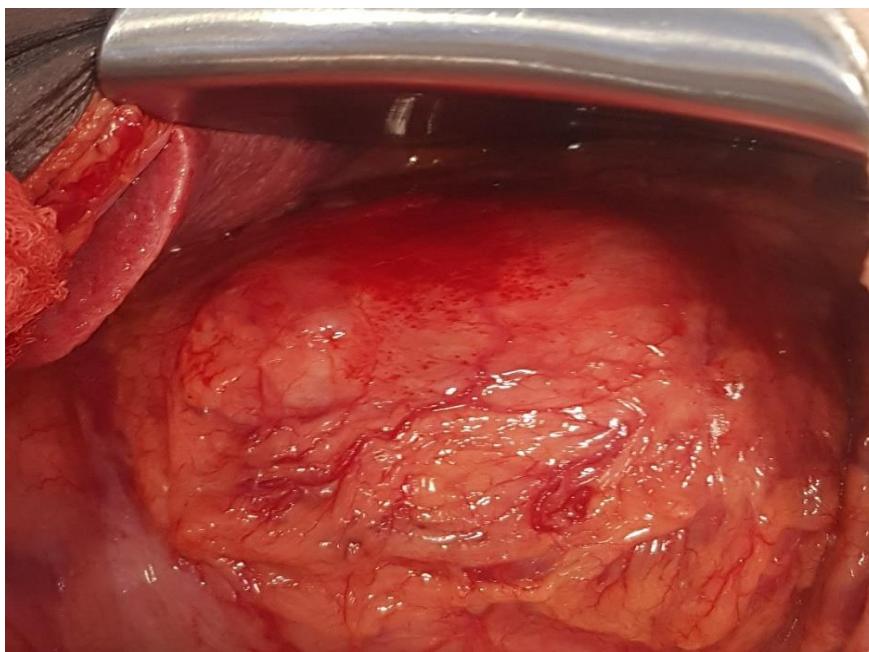


Figure 9 : Image en per-op d'un PKP. Paroi antérieure du kyste après ouverture de la paroi postérieure de l'estomac.

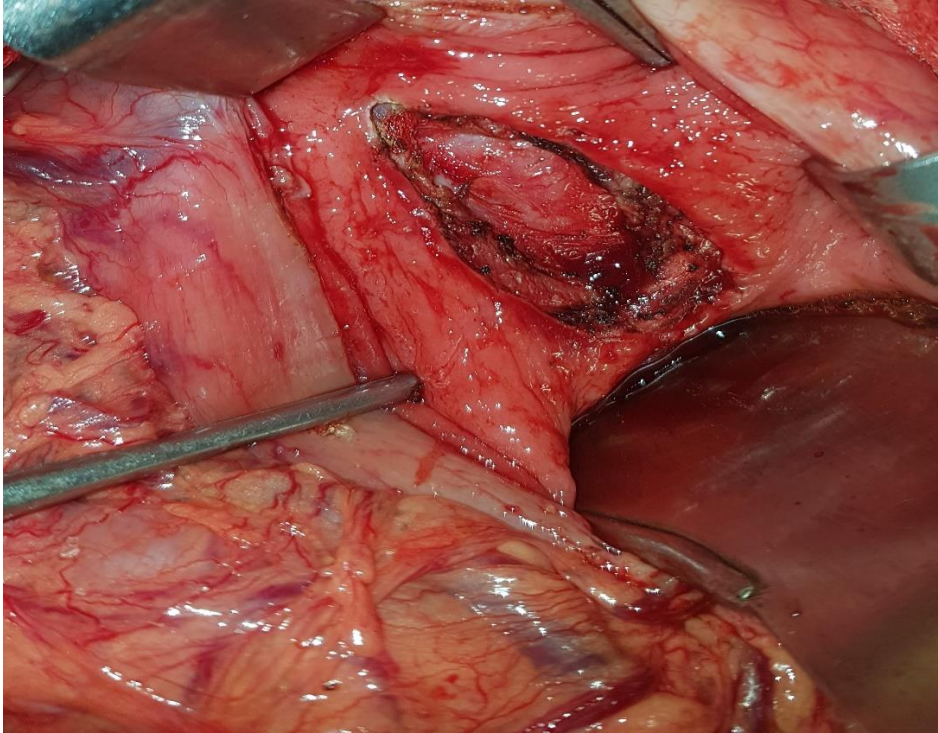


Figure 10 : Image en per-op d'un PKP. Cavité kystique après aspiration du liquide.

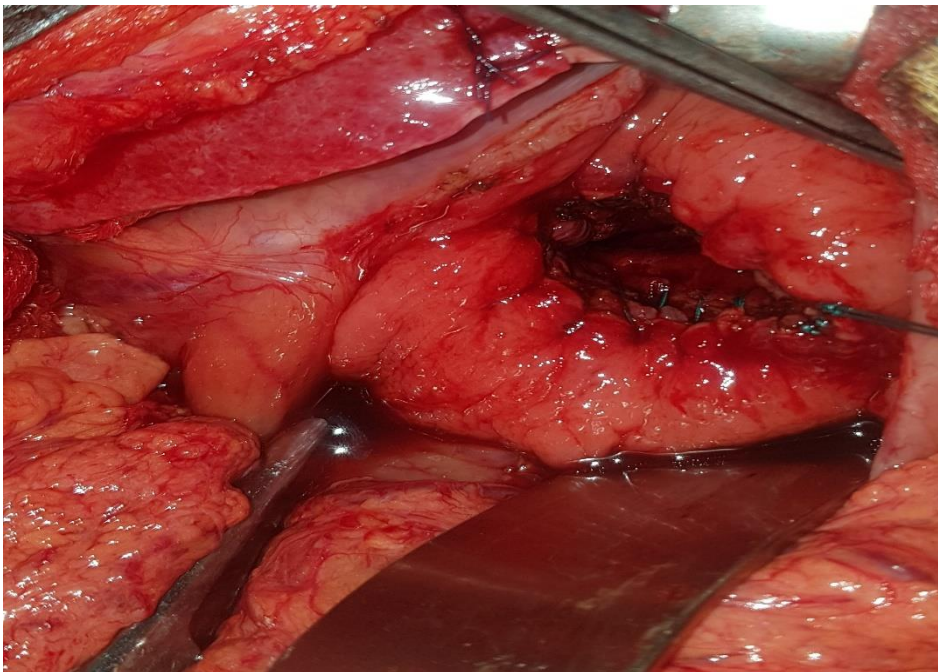


Figure 11 : Image en per-op d'un PKP. Anastomose kysto-gastrique transgastrique.



Figure 12 : Mr X, Voussure allant de l'épigastre à l'hypochondre gauche.

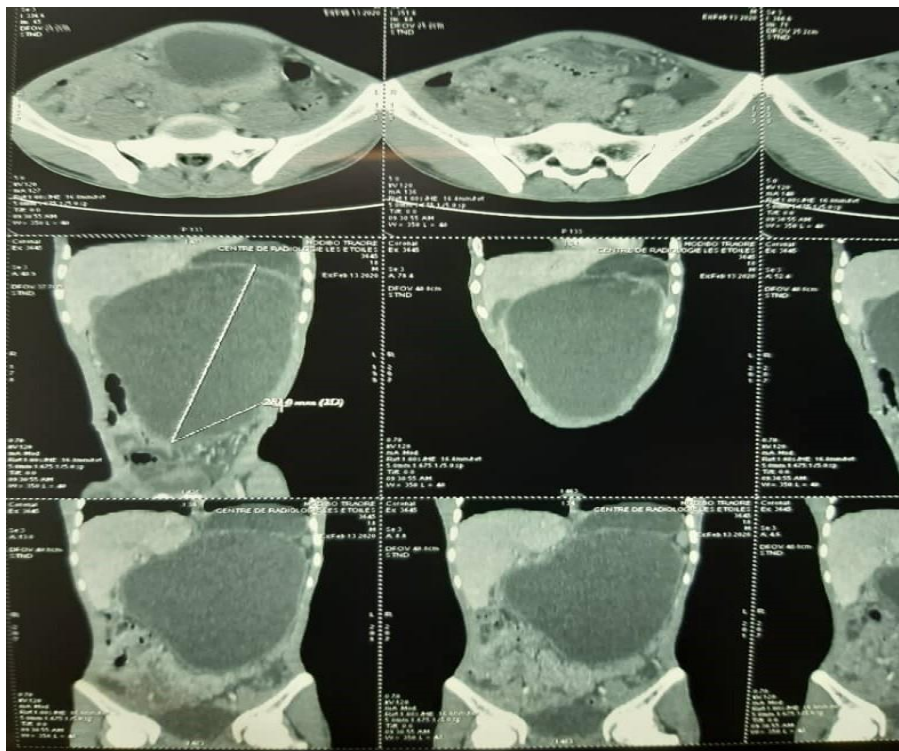


Figure 13 : Mr X, image scannographique d'une zone hypodense, homogène, ovale, contour net et paroi régulière, en faveur d'un PKP.

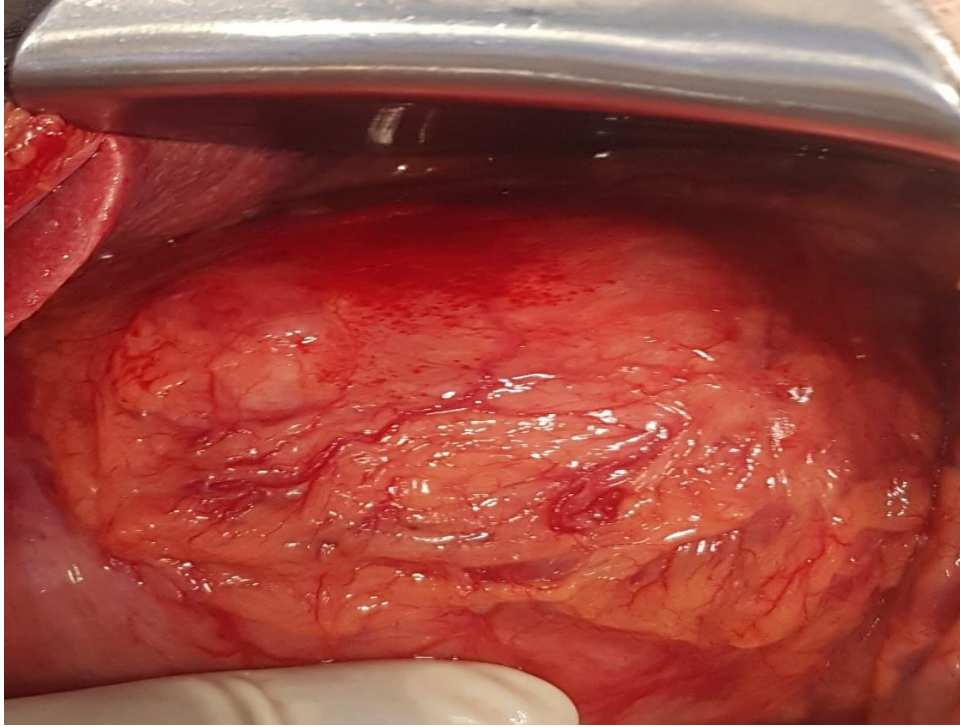


Figure 14 : Mr X en per-op. Paroi antérieure du PKP après ouverture de la paroi gastrique postérieure.

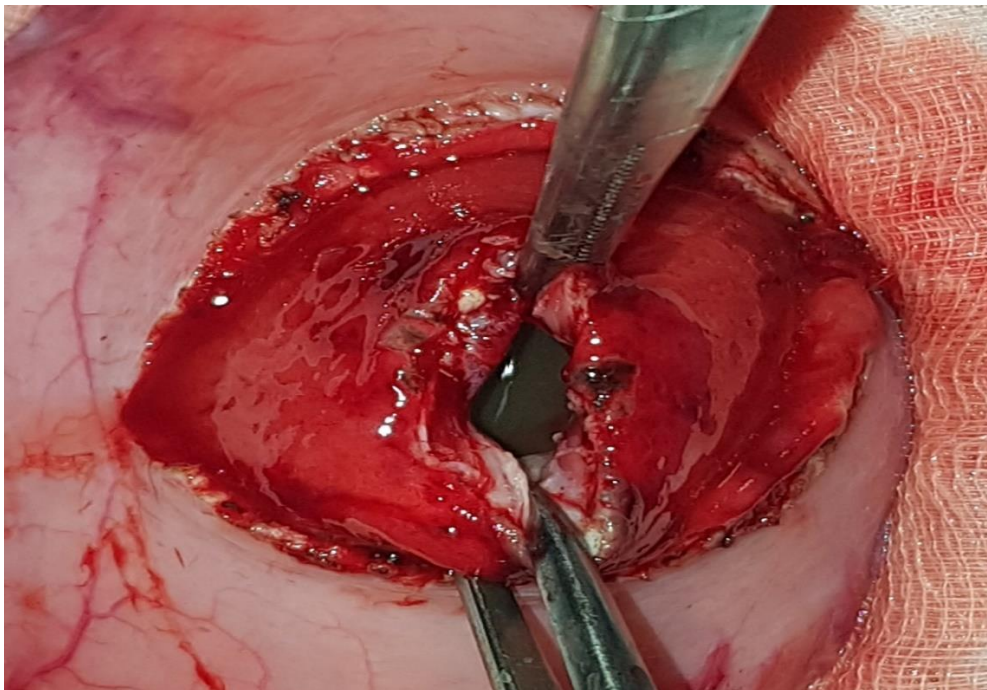


Figure 15 : Mr X en per-op. Ouverture de la paroi du kyste

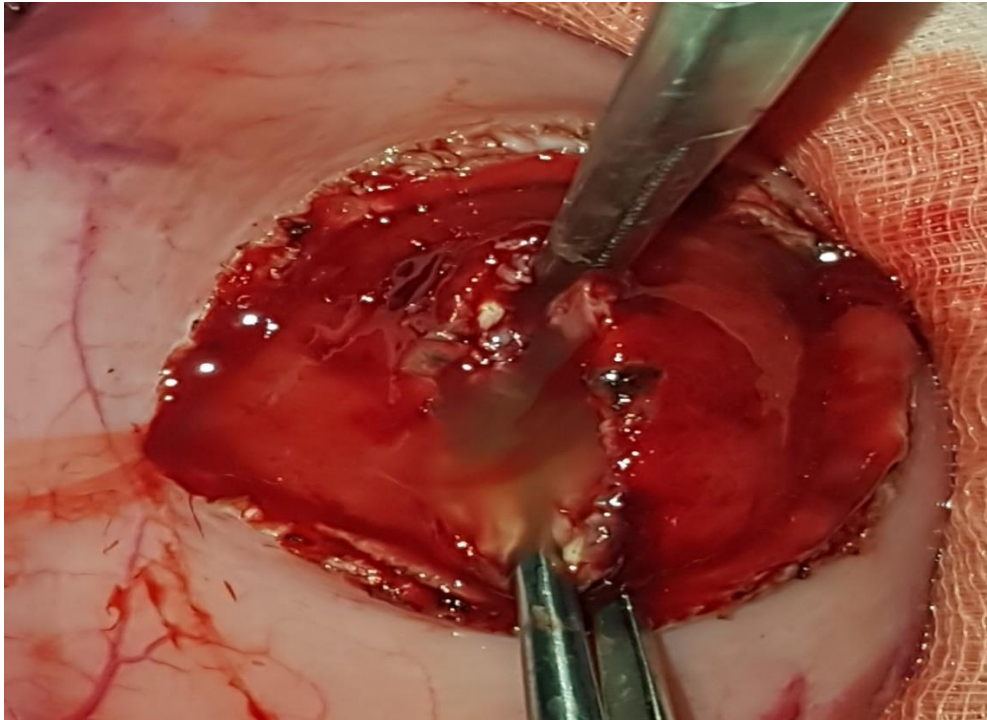


Figure 16 : Mr X en per-op. Ouverture de la paroi du kyste, liquide kystique.

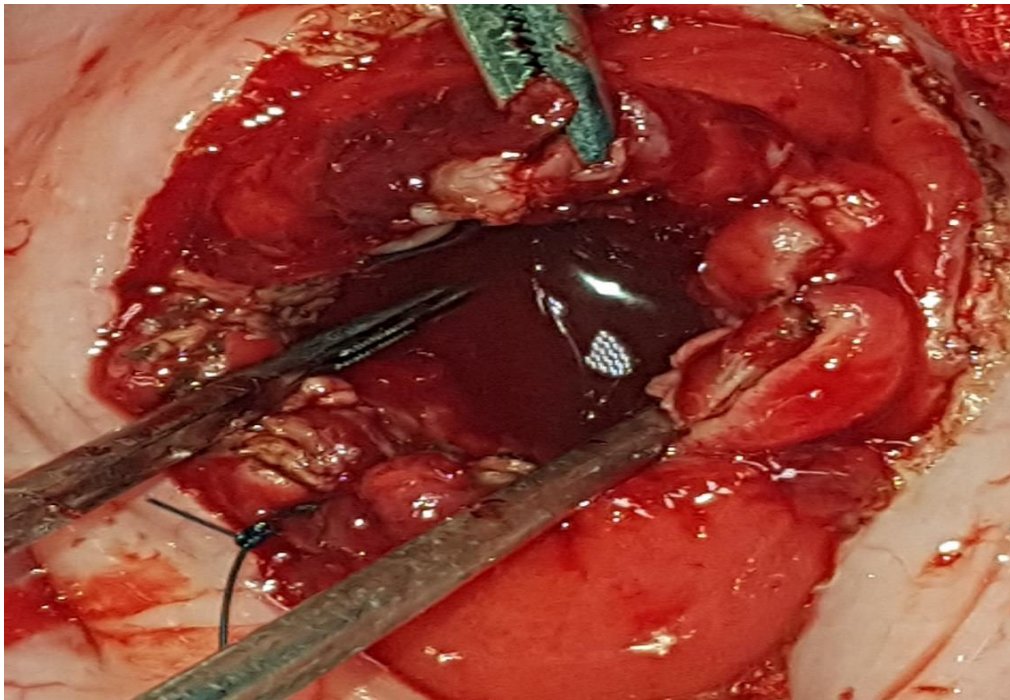


Figure 17 : Mr X en per-op. Anastomose kysto-gastrique après aspiration du liquide kystique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Barthet M.

Pseudo-kystes pancréatiques: qui et comment traiter?
Service de Gastroentérologie, Hôpital Nord, Chemin des
Bourelly, 13915 Marseille cedex 20. Page 3-8
www.fmcgastro.org

2. Bradley EL.

A clinically based classification system for acute pancreatitis.
Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis.
Arch Surg 1993;128:586-90.

3. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et Coll.

Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification
and definitions by international consensus.
Gut 2013;62(1):102-11.

4. Lankisch PG, Weber-Dany B, Maisonneuve P, et Coll.

Pancreatic pseudocysts : prognostic factors for their development and
their spontaneous resolution in the setting of acute pancreatitis.
Pancreatology 2012;12:85-90.

5. Kyeong Ok K, Tae K, Nyeun.

Acute pancreatic pseudocyst: incidence risk factors, and clinical outcomes.
Pancreas 2012;41:577-81.

6. Deprez PH.

Le traitement endoscopique des pseudokystes pancréatiques.
Chef du service d'hépatogastroentérologie, Cliniques universitaires Saint-Luc,
Université Catholique de Louvain (UCL), avenue Hippocrate 10, 1200
Bruxelles, Belgique
Post'U (2013) 293-302
www.fmcgastro.org/postu-main/postu-2013-paris

7. Barthet M, Bugallo M, Moreira Ls, Bastid C, Sastre B, Sahel J.
management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. a
retrospective study of 143 cases.
gastroenterol clin biol 1993; 17 270-276.

8. Sandy JT, Taylor RH, Christensen RM, Scudamore C, Leckie P.
Pancreatic pseudocyst. Changing concepts in management.
Am J Surg 1981; 141: 574-576

9. Wade JW.
Twenty-five year experience with pancreatic pseudocysts. Are we making
progress?
Am J Surg 1985; 149:705-708

10. Imrie A, Buist CW, Shearer LJ.
Importance of cause in the outcome of pancreatic pseudocysts.
The American Journal of Surgery, 156(3), 159–162.

11. Kim KO, Kim TN.
Acute pancreatic pseudocyst: incidence, risk factors, and clinical outcomes.
Pancreas. 2012 May;41(4):577-81.

12. Saidi IM.
Faux kystes du pancréas : Aspects cliniques et thérapeutiques (à propos de 16
Cas).
Thèse pour l'obtention du doctorat de Médecine.
Université Mohammed V de Rabat. Faculté de Médecine et de Pharmacie.
Année 2018 P30-142

13. Mbonicura JC, Moibeni A, Ntagirabiri R, Murekatete C et coll.
Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des Pseudokystes du
pancréas au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge, Burundi.
Jaccr Africa 2019; 3(4): 517-522

14. Maiga AS.

Pseudokystes du pancréas post traumatisme en chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

Thèse de médecine, Faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Année 2019, P100-101.

15. Rasch S, Noëtzl B, Phillip V, Lahmer T, Schmid RM, Alguèl H.

Management of pancreatic pseudocysts - A retrospective analysis.

PLoS ONE 12(9): e0184374.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184374>

16. German M, Domuta M, Maghiar A.

Epidemiological aspects of pancreatic pseudocyst.

University of Oradea, faculty of medicine and pharmacy, first december square, no. 10, Oradea, Romania.

e-mail: germanmihai@gmail.com

17. Fadil A et coll.

Les faux kystes du pancréas : à propos de 34 cas

Service des Urgences Chirurgicales Viscérales (Pavillon 35) C.H.U. Ibn Rochd Casablanca.

Maroc Médical, tome 23 n°4, Décembre 2001. Page :272-277

18. Baghli I, Soumia B.

Les pseudokystes pancréatiques.

Projet de fin de stage, service de chirurgie générale A.

Centre Hospitalo-Universitaire de Tlemcen (C.H.U.T.)

Année universitaire : 2017 / 2018 P46-56

19. Zhang Ai-Bin, Zheng Shu-Sen

Treatment of pancreatic pseudocysts in line with D'Egidio's classification.

World J Gastroenterol 2005;11(5):729-732

20. Bouhalouas T, Guerendi A, Abbassi O.

Pseudo-kyste du pancréas.

Mémoire pour l'obtention de diplôme de doctorat en médecine.

Université Aboubakr Belkaid Tlemcen Faculté de médecine.

Année 2014, Page 29-44

21. Faik M, Halhal A, Oudanane M, Housni K, Elbaroudi S, Tounsi A.

Les faux kystes du pancréas : à propos de 13 cas

Médecine du Maghreb 2000 n°79 P26

WWW.santetropicale.com

22A Boulajaad S.

Les faux kystes du pancréas : choix du type et du moment d'intervention.

Thèse de Médecine, Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech

Thèse présentée et soutenue publiquement le 05/03/2018 pour l'obtention du doctorat en médecine. Page : 7-70.

23. Kyeong Ok K, Tae K, Nyeun.

Acute pancreatic pseudocyst: incidence risk factors, and clinical outcomes.

Pancreas 2012;41:577-81.

24. Richard A.

Acute and Chronic Pancreatic Pseudocysts Are Different.

The American Journal of Surgery

December 1981 Volume 142 : P660-662

25. Charles F, Frey, MD.

Pancreatic Pseudocyst -Operative Strategy.

From the University of Michigan Medical Center,

Ann Arbor, Michigan, Volume 118, N°5 P652-660

26. Vullierme MP, Lagadec M.

Lésions kystiques pancréatiques.

Echographie en pathologie digestive.

2017;11 :269-289.

27. Bradley M, Clements JL.

Implications of diagnostic ultrasound in the surgical management of pancreatic pseudocysts.

Am J Surg.1974;127:163-73.

28. Cannon JW, Callery MP, Vollmer CM Jr.

Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: what is the evidence?

J Am Coll Surg. 2009; 209(3):385-93

29. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et Coll.

Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus.

Gut 2013;62(1):102-11.

FICHE D'ENQUETE

I. Données sociodémographiques

- **N°Dossier** :.....
- **Nom et Prénoms** :.....
- **Age** :.....
- **Sexe** :.....
- **Ethnie** :.....
- **Situation matrimoniale** :.....
- **Activité principale** :.....
- **Résidence habituelle** :.....
- **Nationalité** :.....
- **Niveau d'instruction** :.....
- **Mode d'admission** :.....
- **Date d'entrée** :.....
- **Date de sortie** :.....
- **Catégorie d'hospitalisation** :.....

II. Anamnèse

- **Adressé(e) par** :.....
- **Motif de consultation** :.....
- **Durée d'évolution de la symptomatologie** :.....
- **Si douleur, donner les caractéristiques** :.....

.....
.....

III. Mode de découverte

- **Sur Pancréatite aiguë** :.....
- **Sur Pancréatite chronique** :.....
- **Traumatisme pancréatique** :.....
- **Découverte fortuite** :.....

IV. Antécédents

- **Personnels médicaux :**.....
1=pancréatite aigüe 2=lithiase biliaire ou coliques hépatiques
3=Autres :
- **Personnels chirurgicaux :**.....
1=Oui 2=Non
Si oui, quelle intervention :.....
- **Personnels toxiques :**.....
1=Tabagisme 2= Ethylisme
- **Personnels traumatiques :**.....
1=Oui 2=Non

Si oui, préciser la date de survenue :.....

Si oui, préciser les circonstances de survenue :.....

Si oui, préciser le type de traumatisme :.....

V. Clinique

Examen général

- **Etat général :**.....
- **Score de l’OMS :**.....
- **Conjonctives :**.....
- **Constantes vitales :**.....
1=Température : °C
2=Fréquence cardiaque : Puls/mn
3=Fréquence respiratoire : Cycles/mn
4=Tension artérielle :..... mmhg

Signes fonctionnels

- **Douleur abdominale :**.....
- **Caractéristiques de la douleur abdominale :**.....
- **Nausees :**.....
- **Vomissements :**.....

Signes physiques

Inspection

- **Distension abdominale :**.....
- **Voussure abdominale :**.....
- **Egratignure abdominale :**.....

Palpation

- **Abdomen souple :**.....
- **Masse abdominale :**.....

- **Si masse, siège et caractéristiques :**.....
-
▪
- **Contracture Abdominale :**.....
- **Défense abdominale :**.....

Percussion abdominale

- **Matité abdominale :**.....

Auscultation abdominale

- **Auscultation abdominale sans particularité :**.....

Toucher pelvien

- **Toucher pelvien sans particularité :**.....

VI. Paraclinique

- **Biologie :**.....

Amylasémie :

Lipasémie :

Hb :

GB :

Plq :

CRP :

Ca²⁺ :

Glycémie :

Marqueurs tumoraux :

Autre bilans :.....

- **Radiologie :**.....

Rx thorax :

ASP :

Echo-abdomino-pelvienne :

TDM abdomino-pelvienne :

IRM abdominal :

CPRE :

Echo-endoscopie :

VII. Traitement

Modalités thérapeutiques : Si traitement chirurgical

- **Technique chirurgicale** :.....

La voie d'abord :

Type d'anastomose :

Durée d'hospitalisation :

Traitement associé :

Complications rencontrées :

- **Suivi post-thérapeutique** :.....

Contrôle Clinique :

Contrôle radiologique :

Durée du suivi :

Récidive, si oui, à quel délai du post-op:

VIII. Mortalité et morbidité

- **Mortalité** :.....

Per-opératoire :.....

Post opératoire :.....

- **Morbidité** :.....

Si oui, quel type de morbidité :.....