



Cas Clinique

Pancréatite Aiguë Associée à une Perforation Gastrique : À Propos d'un Cas

Acute Pancreatitis and Gastric Perforation: A Case Report

Yves-Zakari Kossi Odjo Dogbe¹, Oumar Bachar Loukoumi¹, Boka Tounga Yahouza², Mahamat Hissene Tidjani³, M Gagara¹, H Daddy¹, MS Chaibou¹

Affiliations

- Département d'Anesthésie Réanimation et Urgence, Hôpital National de Niamey (NIGER)
- Département de Chirurgie, Hôpital National de Niamey (NIGER)
- Département d'Imagerie médicale, Hôpital Général de Référence de Niamey (NIGER)

Auteur correspondant

Yves-Zakari KOSSI ODJO DOGBE,
Anesthésie-Réanimation, Hôpital National
de Niamey (NIGER)
Tel : 00 (227) 92555686
E-mail : yveszakari@gmail.com

Mots clés : Pancréatite aiguë, perforation
gastrique

Key words: Acute pancreatitis, gastric
perforation

Article history

Submitted: 14 July 2024
Revisions requested: 7 September 2024
Accepted: 15 September 2024
Published: 27 September 2024

RÉSUMÉ

La pancréatite aiguë est une inflammation sévère du pancréas, bien que rare, représente une urgence médico-chirurgicale grave, particulièrement lorsqu'elle est associée à une péritonite causée par une perforation gastrique. Ce type d'association, extrêmement rare, présente un taux élevé de morbidité et de mortalité malgré les avancées en réanimation. Nous rapportons un cas rare de pancréatite aiguë associée à une perforation gastrique chez un patient de 36 ans admis aux urgences pour douleur abdominale aiguë, hyperthermie et vomissements. Le diagnostic de pancréatite aiguë a été confirmé par des niveaux élevés de lipase et d'amylase, et un scanner a révélé un pneumopéritoine et une nécrose pancréatique. Une laparotomie a révélé une perforation gastrique, nécessitant une réparation chirurgicale et un drainage. Le patient a reçu une antibiothérapie et un soutien hémodynamique en réanimation, avec une évolution post-opératoire favorable. Ce cas souligne la complexité de l'association entre pancréatite aiguë et perforation gastrique, nécessitant une intervention multidisciplinaire rapide pour une prise en charge optimale.

ABSTRACT

Acute pancreatitis, a severe inflammation of the pancreas, although rare, represents a serious medical-surgical emergency, particularly when associated with peritonitis caused by gastric perforation. This type of association, extremely rare, presents a high morbidity and mortality rate despite advances in resuscitation. We report a rare case of acute pancreatitis associated with gastric perforation in a 36-year-old patient admitted to the emergency department for acute abdominal pain, hyperthermia and vomiting. The diagnosis of acute pancreatitis was confirmed by elevated lipase and amylase levels, and a CT scan revealed pneumoperitoneum and pancreatic necrosis. A laparotomy revealed a gastric perforation, requiring surgical repair and drainage. The patient received antibiotic therapy and hemodynamic support in the ICU, with a favorable post-operative outcome. This case highlights the complexity of the association between acute pancreatitis and gastric perforation, requiring rapid multidisciplinary intervention for optimal management.

INTRODUCTION

La pancréatite aiguë est une inflammation de la glande pancréatique secondaire une autodigestion de la glande (1). La pancréatite aiguë est rare mais grave. Urgences médico-chirurgicales. Son association à une péritonite par perforation gastrique est encore plus rare (2). La pancréatite aiguë et la perforation gastrique constituent une urgence médico-chirurgicale. Les morbidités et mortalités de cette reste toujours graves malgré les progrès de la réanimation (3,4). Nous rapporter un cas rare de pancréatite aiguë associée à une péritonite aiguë généralisé par perforation gastrique compliqué d'un état

de choc mixte prise en charge dans notre service de réanimation et faire une revue de la littérature.

Le but de notre travail était de discuter des aspects diagnostique, thérapeutique et pronostics.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 36 ans admis aux urgences médicales de l'hôpital national de Niamey (NIGER) pour douleur abdominale aiguë généralisée, hyperthermie, et vomissements évoluant depuis 3 jours. Militaire de profession, il présentait depuis 3 ans une épigastralgie

chronique non documentée d'allure ulcéreuse. Environ 4 semaines avant son admission, il présentait une douleur à l'épaule d'origine traumatique pour laquelle il était traité par PREGABALINE gélule (1 comprimé par jour) et CELECOXIB à la posologie de 1 comprimé matin et soir par jour) depuis.

Le début des symptômes remonte à 3 jours avant son admission avec un inconfort abdominal. L'évolution immédiate après 3 jours, était marqué par la survenue d'une douleur abdominale aiguë en barre épigastrique, intense, irradiant dans l'hypochondre gauche, accompagnée de nausées et de vomissements alimentaires, le tout dans un contexte de fièvre non chiffrée qui a motivé sa consultation aux urgences de l'hôpital National de Niamey.

A l'examen clinique, il présentait une polypnée à 24 cycles par minutes, une tachycardie à 120 battements par minutes, une pression artérielle normale à 135/79 mm Hg. L'examen physique retrouvait un abdomen non distendu participe peu à la respiration, matité pré-hépatique avec des ecchymoses du flanc gauche et péri-ombilicale. Le toucher rectal retrouve un cul sac de douglas bombant et douloureux. Une pancréatite aiguë a été suspecté et un bilan paraclinique réalisé qui retrouvait une lipasémie supérieure à 3 fois la normale et amylasémie à 6 fois la normale permettant de poser le diagnostic d'une pancréatite aiguë. Le patient fut transféré en Réanimation polyvalente de l'hôpital National de Niamey (NIGER) pour une suite de prise en charge. Au cours des premières heures d'hospitalisation en réanimation, on notait une majoration de la douleur abdominale ainsi que des vomissements malgré l'administration d'antalgiques de palier 3, puis installation d'un tableau de péritonite aigue généralisée devant une défense abdominale généralisée.

Un scanner TAP (image 1 à 3) avait été réalisé en urgence dans l'heure, mettant en évidence un pneumopéritoine signant une perforation d'un organe creux, avec un épanchement pleural liquidien bilatéral, ainsi qu'une coulée de nécrose pancréatique.

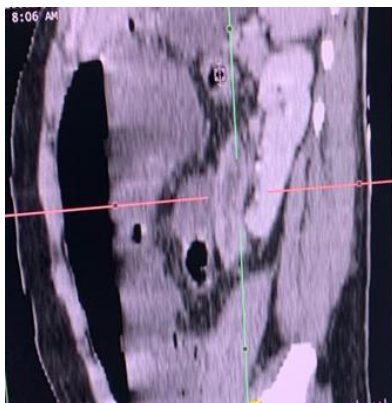


Figure 1 : Pneumopéritoine

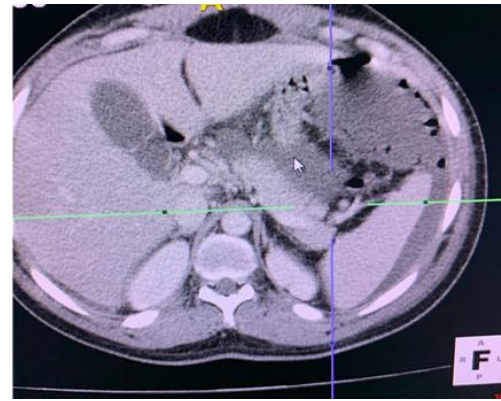


Figure 2 : Coulée de nécrose pancréatique

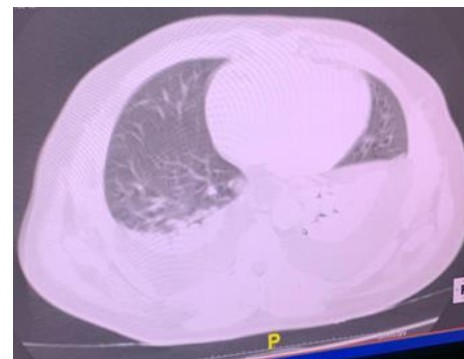


Figure 3 : Épanchement pleural bilatéral

L'indication d'une laparotomie avait été posée. Le patient avait bénéficié d'une évaluation préanesthésique qui retrouvait une instabilité hémodynamique justifiant une optimisation hémodynamique par un remplissage vasculaire adapté à l'aide soluté balancé puis l'adjonction d'un vasopresseur (Noradrénaline) pour un objectif de PAM supérieur à 75 mmHg.

Une laparotomie fut réalisée sous anesthésie générale et intubation oro-trachéale. Aspiration de 3 litres de liquide digestif à l'ouverture de la cavité abdominale, avec à l'exploration : découverte d'une perforation gastrique sur la face antérieure de l'antrum de l'estomac (image 4). Comme gestes réalisés on notait le lavage de la cavité abdominale, excision de la perforation, suture des berges et drainage.

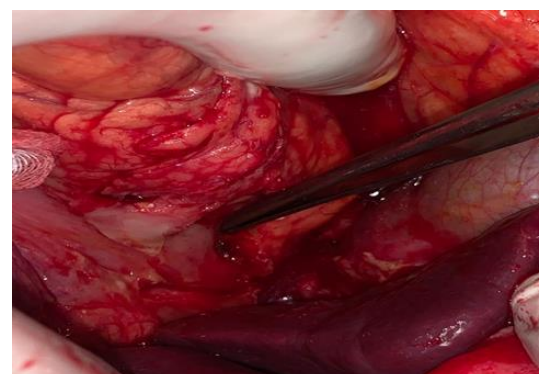


Image 4 : Perforation gastrique sur la face antérieure de l'estomac

Le patient fut réadmis en service de réanimation pour la poursuite de sa prise en charge.

Une antibiothérapie probabiliste par Ceftriaxone 2 gramme par jour (en IVD) avec Métronidazole 500 mg chaque 8 heures (en IVL) fut débuté pour choc septique compliquant une péritonite par perforation gastrique associée à une pancréatite aiguë avec coulée de nécrose au scanner abdominale. Stabilisation de l'état hémodynamique grâce à de la Noradrénaline (au maximum 1 mg par heure) ainsi que la restauration de la volémie et mise sous ventilation mécanique.

L'évolution post-opératoire en réanimation a été favorable, notamment par le sevrage de la Noradrénaline, de la ventilation mécanique et extubation oro-trachéale après 48 heures post-opératoire. Le patient est transféré en service hospitalisation conventionnelle après 7 jours de prise en charge en Réanimation.

Le suivi a un mois de la sortie de l'hôpital notait une évolution favorable.

DISCUSSION

La présentation clinique de ce cas est particulièrement intéressante en raison de l'association peu commune d'une pancréatite aiguë avec une perforation gastrique. La pancréatite aiguë est généralement une maladie caractérisée par une inflammation du pancréas, souvent causée par la formation de calculs biliaires ou une consommation excessive d'alcool (2). Cependant, dans ce cas, la présence d'une perforation gastrique a ajouté une complexité significative à la situation clinique.

Le CELECOXIB est un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) qui peut avoir des effets secondaires gastro-intestinaux, notamment des ulcères gastriques, mais la perforation gastrique est un événement rare associé à ces médicaments.

Le diagnostic de PA repose sur l'association de deux des trois critères suivants :

- Douleurs typiques
- Élévation des enzymes pancréatiques au-dessus de trois fois la normale
- Imagerie par scanner, IRM ou échographie (5).

En ce qui concerne cette association le diagnostic peut être suspecté fortement par la présence des lésions pancréatique et la présence d'un pneumopéritoine.

Une des questions fondamentales soulevées par ce cas est de savoir si la pancréatite aiguë a contribué à la perforation gastrique ou si les deux conditions étaient indépendantes l'une de l'autre. Il est important de noter que la pancréatite peut entraîner une inflammation sévère de l'étage sus-mésocolique, stress intense et inhabituel ; prises antiinflammatoire pour soulager la douleur pancréatique ce qui pourrait contribuer à une perforation. La présence d'une coulée de nécrose pancréatique est également un élément important à prendre en compte. La nécrose pancréatique est une complication grave de la pancréatite aiguë, dans laquelle une partie du pancréas devient nécrosée en raison de l'inflammation. Plusieurs scores ont été développés pour évaluer la gravité, dont le seul score qui a été retenu est le score du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) (6). Cette nécrose peut se propager et affecter d'autres organes de la cavité abdominale, augmentant ainsi le risque de complications telles que la perforation gastrique.

Quelle que soit la voie d'abord (chirurgicale, radiologique, endoscopique), les indications indiscutables de nécrosectomies ont :

- Une infection de nécrose suspectée cliniquement ou démontrée chez un malade dont l'état clinique se dégrade,
- De préférence lorsque la nécrose s'est organisée (délai habituel 4semaines).
- En cas d'apparition d'une défaillance d'organe, plusieurs semaines après le début de la PA, sur une nécrose organisée. (7)

La découverte d'une perforation gastrique lors de la laparotomie souligne l'importance cruciale de l'intervention chirurgicale rapide et de la prise en charge en réanimation.

La pancréatite aiguë reste un challenge pour les cliniciens qui devront rapidement en identifier l'étiologie et la sévérité (8). Le traitement est principalement symptomatique en dehors de la désobstruction des voies biliaires par voie endoscopique dans la forme biliaire (9). Les progrès de la radiologie interventionnelle ont permis de diminuer nettement le recours à la chirurgie qui garde une place indispensable en cas d'évolution défavorable ou d'urgence chirurgicale (10).

Le traitement de la perforation gastrique consiste généralement en une réparation chirurgicale de la perforation et une gestion appropriée des complications, telles que le pneumopéritoine et l'épanchement pleural. Dans ce cas, la combinaison d'une perforation gastrique et d'une pancréatite aiguë a nécessité une gestion multidisciplinaire avec une coordination étroite entre l'équipe chirurgicale et l'équipe de réanimation.

CONCLUSION

Le cas clinique met en lumière la complexité des présentations cliniques en médecine d'urgence. Une approche diagnostique et thérapeutique rapide et précise est essentielle pour assurer une prise en charge optimale des patients présentant des affections graves et potentiellement mortelles telles que la pancréatite aiguë associée à une perforation gastrique. Une surveillance continue en réanimation et une intervention chirurgicale opportune ont joué un rôle clé dans le rétablissement favorable de ce patient.

REFERENCES

1. Maraví E, Zubia F, Petrov M, Navarro S, Laplaza C, Morales F et al. SEMICYUC 2012. Recommandations pour la gestion des soins intensifs de la pancréatite aiguë. *M ed Intensiva* 2013;37(3) :163-179
2. HECTOR L, Maité L, Andrés T, Pablo. A : perforation gastrique associée à aigue pancréatite : rapport de cas ; *arc bras cir dig lettre à l'éditeur* 2017;30(2) :162-163 doi : /10.1590/0102-6720201700020019
3. Peery AF, Dellon ES, Lund J, et al. Burden of Gastrointestinal Disease in the United States : 2012 Update. *Gastroenterology* 2012 ;143 :1179-87.
4. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology* 2013 ;144 :1252-61.
5. Working Group IAPAAPAG. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis.

- Pancreatology 2013 Jul-Aug ;13(4 Suppl 2) : e1-15. PubMed PMID : 24054878
6. Working Group IAP/APA. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology 2013 Jul-Aug ;13(4 Suppl 2): e1-15. PubMed PMID : 24054878.
 7. Perner A, Haase N, Guttormsen AB, Tenhunen J, Klemenzson G, Aneman A, et al. Hydroxyethyl starch 130/0.42 versus Ringer's acetate in severe sepsis. N Engl J Med 2012 Jul 12 ;367(2) :124-34. PubMed PMID : 22738085
 8. Loveday BP, Srinivasa S, Vather R, Mittal A, Petrov MS, Phillips AR, et al. High quantity and variable quality of guidelines for acute pancreatitis: a systematic review. Am J Gastroenterol 2010 Jul ;105(7):1466-76. PubMed PMID : 20606652.
 9. Forsmark CE, Swaroop vege S, Wilcox CM. Acute pancreatitis. N Engl J Med 2016 ;375 :1972-81
 10. OLIVIER WINDISCH, TONI RAFFOUL, CATRINA HANSEN b, Prs JEAN-LOUIS FROSSARD, PHILIPPE MOREL et LÉO BÜHLER : Pancréatite aiguë : quelles nouveautés dans la prise en charge Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 1240-6