

# « La lithiase biliaire, de loin la première cause de pancréatite aiguë... »

A. Issolah, F. Zebboudj

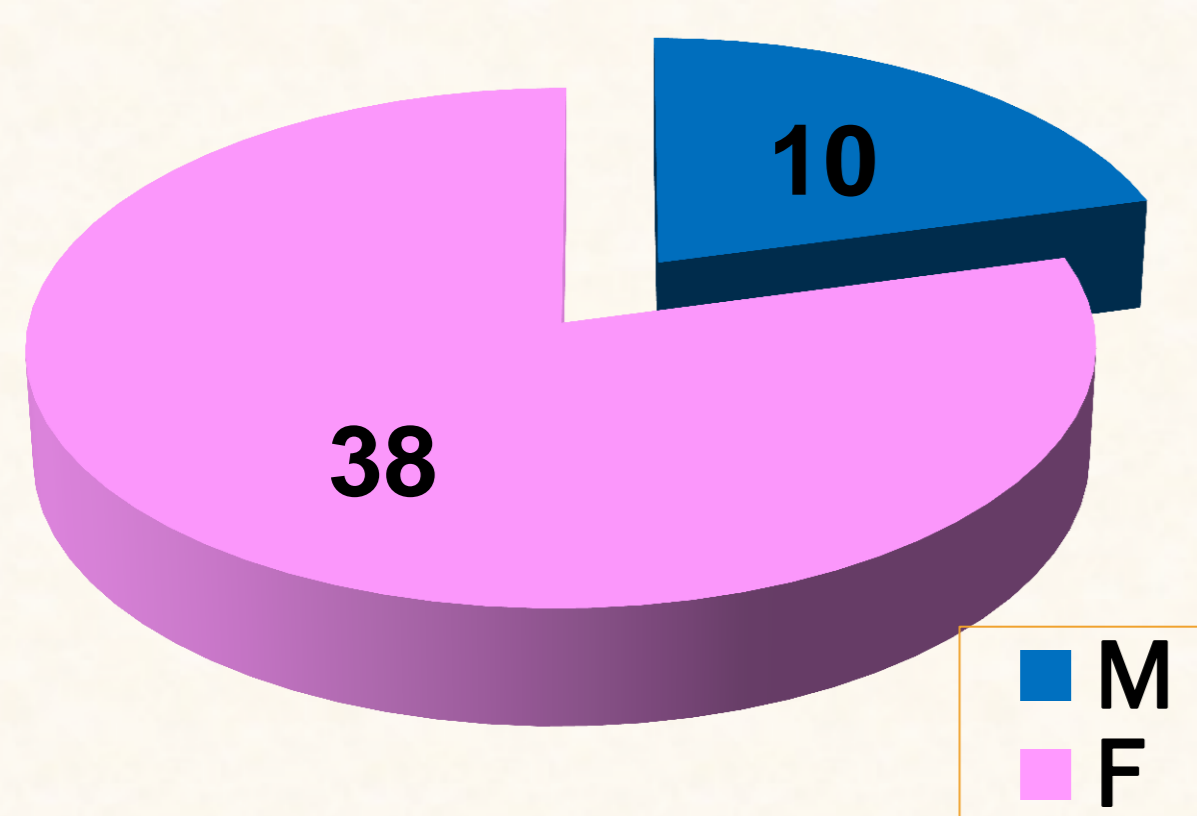
Etablissement public hospitalier service de chirurgie générale, Rouiba, ALGÉRIE

## Résumé:

Dans notre série de 48 cas de pancréatites aiguës (PA). Trente huit femmes étaient concernées (sex-ratio : 3,8). Dans les antécédents on retrouvait 32 lithiases vésiculaires (LV) (66,6%), 10 diabétiques (20,8%), 4 opérés de lithiase biliaire (LB) (8,3%) et 3 alcooliques (6,2%). Dans 41 cas (85,4%), il y'avait hyperleucocytose et dans 13 cas (27%) insuffisance rénale aiguë. La classification de Balthazar montrait 15 cas de grade E (31,2%), 12 de B (25%), 9 de D(18,7%), 8 de A (16,6%) et 4 de C (8,33%). L'étiologie était une LV dans 36 cas (75%), post-opératoire 6 cas (12,5%), 3 cas (6,2%) alcoolique et autant idiopathiques. Les patients ont bénéficié d'une réanimation adéquate, 32 cholécystectomies, 8 sphinctérotomies endoscopiques(SE). Morbimortalité: 8 récives, dont 4 en attente d'être opérées de LV. Deux pseudokystes après PA grade E chez une femme de 38 ans et un homme de 32 ans, et 2 infections de nécrose chez une femme de 62 ans diabétique, grade D et un homme de 23 ans, grade E. Deux décès (4,1%), des PA sévères grade E chez une patiente de 74 ans et un homme de 49 ans, suite à une atteinte multiviscérale après respectivement 18 et 5 jours de soins intensifs. Discussions: la LB était la première cause, d'où à notre avis l'intérêt de l'opérer même asymptomatique. La SE n'était pas systématique. Malgré des soins intensifs, la PA sévère était imprévisible. En conclusion, surveillance stricte et anticipation sont nécessaires car la complication peut survenir à tout moment.

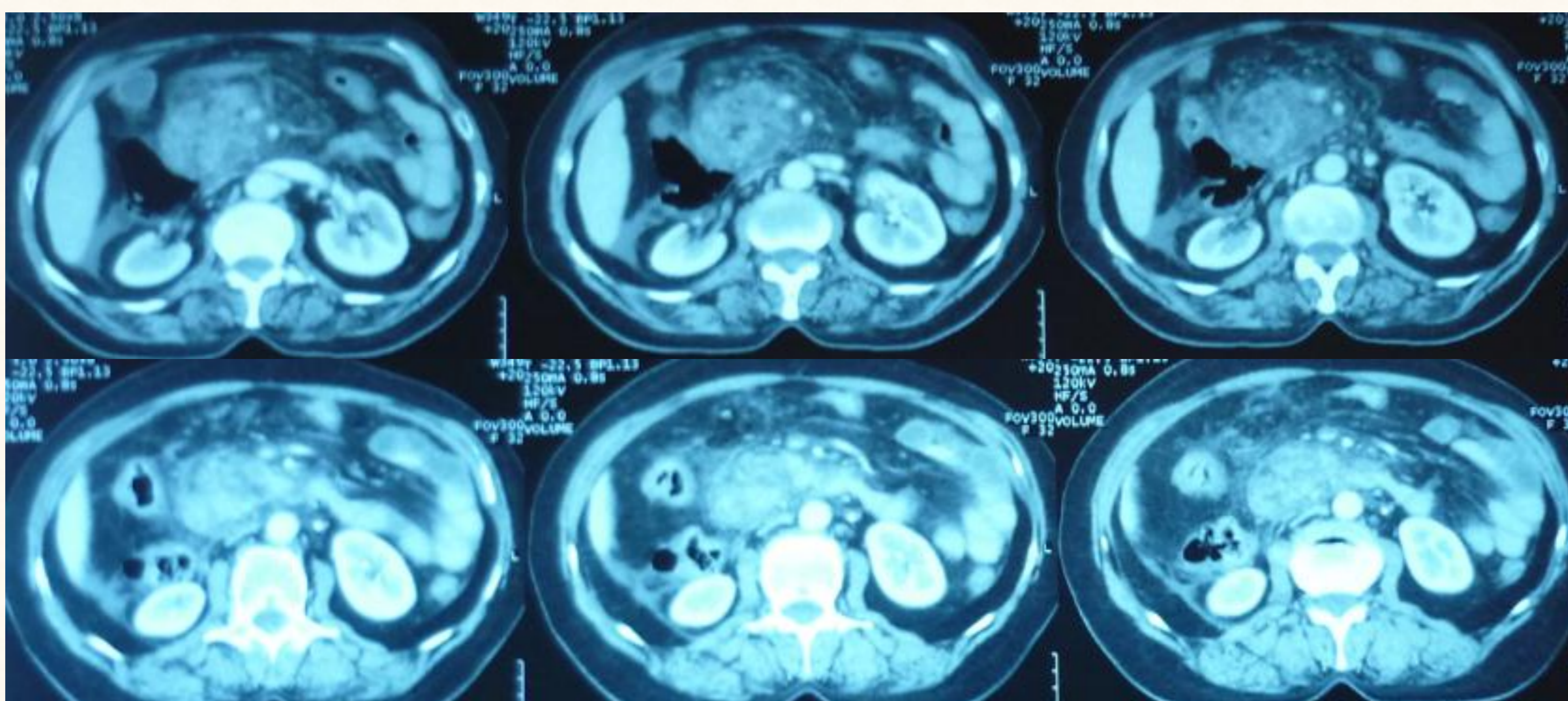
**Introduction.** L'acte chirurgical en urgence pour pancréatite aiguë étant écarté à moins d'une complication septique majeure ou hémorragique, la prise en charge est devenue pluridisciplinaire, mais on peut précéder les événements, en intervenant directement sur la principale cause qui est la lithiase vésiculaire. La deuxième cause étant l'alcoolisme, un problème de société, de santé publique. Une fois la PA en place, surtout si elle est sévère, le défi est de garder viable autant les autres viscères nobles que le pancréas lui-même. La PA est devenu un problème épidémiologique, et le chirurgien à un rôle primordial de prévention, lorsqu'il s'agit d'une cause biliaire: le premier à intervenir.

## Patients et méthodes



Age	n	%
[20-30 [	8	16,7
[30-40 [	8	16,7
[40-50 [	8	16,7
[50-60 [	10	20,8
[60-70 [	5	10,4
[70-80 [	7	14,6
[80-90 [	2	4,2

Dans les antécédents des patients on retrouvait 32 lithiases vésiculaires (LV) (66,6%), 10 diabétiques (20,8%) suivis et traités, 4 opérés de lithiase biliaire (LB) (8,3%) et 3 alcooliques (6,2%). Le diagnostic a été suspecté cliniquement et confirmé biologiquement par la lipasémie. Les analyses ont montré une hyperleucocytose dans 41 cas et révélé chez seize (16) patients un diabète inaugural ou méconnu, une Insuffisance rénale aiguë chez 13 patients. Trente six (36) cas de lithiase vésiculaires dont 4 cholécystites aiguës ont été visualisées à l'échographie. Parmi les causes, on retrouvait aussi 4 lithiases résiduelles fermées, une sphinctérotomie endoscopique et en post-opératoire d'une fistule duodéno-pancréatique. La tomодensitométrie pratiquée le 3<sup>ème</sup> jour avait conclu dans la moitié des cas à des stade D ou E, avec au moins une collection liquidienne. (Tableau ci-dessous) . Pour tous les patients la prise en charge consistait en une hospitalisation et une réanimation avec réhydratation adéquate. L'antibiothérapie n'était pas systématique, contrairement à l'oméprazole . Les gestes pratiqués ont consisté en 32 cholécystectomies, 8 sphinctérotomies endoscopiques et 4 patients étaient en attente d'intervention.



Pancréas augmenté de volume, siège d'un important remaniement et densification inflammatoire de la graisse périlésionnelle, avec présence d'au moins deux coulées. Liquide intrapéritonéal périhépatique, périplénique et interanses. Conclusion: pancréatite stade E de BALTHAZAR

Échographie	R.A.S		
	Lithiase vésiculaire	32	66,7%
Cholécystite lithiasique	04	8,3%	
TDM (stade de Balthazar)	stade A	08	16,7%
	stade B	12	25%
	stade C	04	8,3%
	stade D	09	18,8%
	stade E	15	31,3%

## Résultats

L'évolution a été bonne dans 34 cas (70,8%). Il y'e 8 récives (16,7%) et une morbi-mortalité qui se traduisait par 4 complications (16,7% des PA sévères) à type de pseudokyste après PA grade E chez une femme de 38 ans et un autre chez un homme de 32 ans, ayant bénéficié chacun d'une kysto-jéjunostomie associée à la cholécystectomie. Deux cas d'infection de nécrose chez une femme de 62 ans diabétique, grade D et un homme de 23 ans, grade E. Deux décès (13,3% des PA grade E) chez une patiente de 74 ans et un homme de 49 ans, suite à une atteinte multiviscérale après respectivement 18 et 5 jours de soins intensifs.

## Commentaires

Comparativement aux années 80, dans ce même service de chirurgie, où les PA étaient souvent vouées à des décès, malgré ou à cause de tout l'acharnement chirurgical qui y était mis, trente ans après et malgré une incidence encore plus importante les résultats sont nettement meilleurs, grâce à une meilleure connaissance et moins d'indication chirurgicale. Le dosage rapide de la lipasémie a facilité le diagnostic précoce, et le scanner au 3<sup>ème</sup> jour a permis de les classer et d'épier une éventuelle suppuration de nécrose. Chez nos malades, l'étiologie est essentiellement la lithiase, et contrairement à la littérature, l'alcoolisme n'est pas une cause principale, il ne représenterait que près de 6%. Sur les 48 PA, la moitié était sévère. Les PA bénignes n'ont jamais compliqué contrairement aux autres. Corollaire, la morbi-mortalité est liée à la gravité des lésions. Mais pour prédire la sévérité à l'admission et à 48 heures , il a été retenu (conférence multidisciplinaire, dans *Pancreatology* [1]) le score du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS), qui est défini par l'association d'au moins deux des conditions suivantes: température < 36°C ou > 38°C ; fréquence cardiaque > 90/min ; fréquence respiratoire > 20/min ou PaCO2 < 32 mmHg ; leucocytose > 12000/mm3, < 4 000/mm3 ou présence de formes immatures circulantes (> 10 % des cellules). Un SIRS persistant plus de 48 heures est associé à une mortalité de 25 % versus 8 % pour un SIRS transitoire [2]. Pour nos malades on prescrivait systématiquement des inhibiteurs de la pompe à protons, pour prévenir les complications de stress. Pour Offenstadt G et all, ces dernières résultent de défaillances viscérales graves (notamment respiratoires) et le meilleur traitement préventif est la correction de ces défaillances [3]. Pour les PA récurrentes, elles ne sont le fait d'étiologie indéterminée que dans un seul cas, les autres lithiasiques attendent la cholécystectomie.

## Conclusions

La lithiase vésiculaire (LV) est la pathologie chirurgicale que l'on rencontre le plus souvent dans notre consultation située à la périphérie d'Alger-est. Et malgré des interventions chirurgicales qui se font à un rythme soutenue, et surtout en urgence pour les cas compliquées ou potentiellement graves, il arrive que certaines LV, parmi lesquelles des lithiases asymptomatiques soient revues quelques semaines plus tard en pancréatites aiguës (PA). Dans notre expérience nous avons constaté que 85,4% des cas de PA étaient d'origine lithiasique, et que la morbi- mortalité concernait les PA sévères. et que par conséquent une prise en charge chirurgicale systématique, d'autant plus que l'acte est bien maîtrisé, en amont diminuerait considérablement l'incidence des PA, autrement plus graves que la LV.

## Bibliographique

- [1] Working Group IAPAPAAPG. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology* 2013 Jul-Aug;13(4 Suppl 2):e1-15. PubMed PMID: 24054878.  
 [2] Mofidi R, Duff MD, Wigmore SJ, Madhavan KK, Garden OJ, Parks RW. Association between early systemic inflammatory response, severity of multiorgan dysfunction and death in acute pancreatitis. *Br J Surg* 2006 Jun;93(6):738-44. PubMed PMID: 16671062.  
 [3] Offenstadt G, Maury E, Guidet B. Hémorragie gastroduodénale de stress en réanimation. *Rev Prat* 1995;45: 2303-6.