



Pancréatite aiguë et grossesse : un cas du premier trimestre et revue de littérature

M.Aitoufki, N.Tijani, J.Elmoudene, Z.Tazi, MH.Alami

Hôpital de maternité et de santé reproductive les orangiers

Université Mohamed V- Souissi-Rabat

Introduction

La pancréatite aiguë (PA) au cours de la grossesse est une affection rare, survenant entre 1/1000 et 1/12000 grossesses. L'étiologie biliaire est la plus fréquente, son diagnostic au cours de la grossesse est difficile, vu la non spécificité du tableau clinique et vu que très souvent les douleurs et les vomissements peuvent être rattachés aux signes sympathiques de la grossesse surtout au premier trimestre ce qui peut retarder le diagnostic. L'amylasémie et la lipasémie confirment le diagnostic. L'imagerie aide pour faire le diagnostic de gravité

Nous rapportant un cas de pancréatite aiguë stade B de balthazar du 1er trimestre dont le diagnostic initial était des vomissements gravidiques.

Observation

Primipare âgée de 29 ans, sans antécédents pathologiques notables admise dans la formation à 12SA pour prise en charge des vomissements incoercibles évoluant dans un contexte d'amaigrissement non chiffré depuis une semaine. L'examen clinique retrouve un IMC à 24, une TA :12/06, une fréquence cardiaque à 100bpm, un abdomen souple le reste de l'examen somatique est sans particularité. Une échographie obstétricale objectivant une grossesse évolutive correspondant à l'âge gestationnel, un bilan biologique objectivant un trouble hydro-électrolytique avec une cytolysé hépatique 3 fois la normale, les sérologies hépatiques étaient négatives, la patiente a été hospitalisée avec arrêt de l'alimentation, correction des troubles hydro-électrolytiques et traitement symptomatique sans amélioration clinique avec installation des épigastralgies 2jours après son hospitalisation, une échographie abdominale réalisée n'a pas objectivé d'anomalie, la lipasémie était trois fois la normale, devant le risque tératogène de la TDM au 1^{er} trimestre on a réalisé une IRM abdominale qui a objectivé une pancréatite aiguë stade B de balthazar avec une vésicule biliaire siège d'un sludge. Elle a été hospitalisée en réanimation mise sous ration de base, arrêt de l'alimentation et antalgique avec une bonne évolution clinique et biologique. Après sa sortie, le suivi de grossesse jusqu'à terme est passé sans incident, l'accouchement s'est déroulé par césarienne pour disproportion foeto-pelvienne avec des suites de couches sans anomalie.

Conclusion

La pancréatite aiguë gestationnelle est une affection rare, habituellement bénigne, mais non connue et non traitée s'accompagne d'une morbi-mortalité materno-fœtale importante. la pathologie biliaire est la cause la plus fréquente. nous invitons les praticiens à travers ce cas de penser à la pancréatite aiguë chez toute femme enceinte avec des vomissements associés ou non à des douleurs abdominales afin d'éviter les retards du diagnostic et d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

Références :

- 1-Papadakis EP, Sarigianni M, Mikhailidis DP, Mamopoulos A, Kara- gianni V. Acute pancreatitis in pregnancy: an overview. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011;159:261—6.
- 2- Charlet P, et al. Pancréatites aiguës et grossesse : cas cliniques et revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2014).
- 3- Tenner RS, Baillie J, Dewitt J, Vege S, American College of Gastroenterology Guidelines. Management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2013;108:1400—15.
- 4- Rosing DK, de Virgilio C, Yaghoubian A, et al. Early cholecystectomy for mild to moderate gallstone pancreatitis shortens hospital stay. J Am Coll Surg 2007;205:762—6.
- 5- Jelin EB, Smink DS, Vernon AH. Management of biliary tract disease during pregnancy: a decision analysis. Surg Endosc 2008;22:54—60.

Discussion

L'association de PA et grossesse est une affection rare, plus fréquente au 2ème trimestre et au post- partum et atteint surtout la femme jeune.

L'étiologie la plus fréquente est la pathologie biliaire (presque 70 %), puis l'abus d'alcool (10%), l'hypertriglycéridémie (4%), l'hyperparathyroïdie (1,5%), et d'autres causes plus rares sont parfois retrouvées: les infections bactériennes (*Mycoplasma pneumoniae*), virales (EBV, virus ourlien), parasitaires (*ascaris*) ; l'ischémie pancréatique secondaire à un choc, une hypoxie aiguë, aux vascularites ; les causes médicamenteuses : diurétiques (furosémide, thiazidiques) et antibiotiques (sulfamides, tétracyclines) ; les malformations congénitales pancréatiques (pancréasdivisum) ou dysfonctionnement du sphincter d'Oddi. La cause des pancréatites aiguës reste inconnue dans 10% des cas environ. [1]

Sur le plan de la pathologie biliaire: au cours de la grossesse physiologique, la vidange de la vésicule biliaire est moins efficace, le volume de la vésicule augmente et le flux biliaire diminue. L'augmentation physiologique du taux d'œstrogènes et du taux de cholestérol concourent à l'augmentation de la stase biliaire et favorisent la lithogénèse. L'augmentation du taux de progestérone renforce ce phénomène en induisant une relaxation des muscles lisses. Les calculs biliaires qui migrent dans la voie biliaire principale et à travers le sphincter d'Oddi peuvent obstruer transitoirement ou de façon permanente le canal pancréatique de Wirsung, ce qui entraîne une hyperpression hydrostatique et active l'autodigestion de la glande pancréatique par ses propres enzymes[2]

Le tableau clinique de la PA pendant la grossesse est trompeuse et non spécifique. Les douleurs abdominales ou dorsales, d'apparition brutale, très intense, de siège épigastrique le plus souvent, irradiant surtout vers le dos, parfois sont tranfixiantes, soulagées par la position antéfléchie, sont les symptômes les plus fréquents dans 91% des cas. Malgré le caractère typique de ces douleurs, elles peuvent poser le diagnostic différentiel avec une menace d'avortement et une grossesse extra utérine au 1er trimestre ou une menace d'accouchement prématuré, hématome rétroplacentaire, HELLP syndrome et rupture utérine au 2ème et 3ème trimestre. En post-partum, il se fait avec une péritonite, pelvipéritonite, une endométrite ou une embolie amniotique et aussi avec toutes les urgences chirurgicales digestives ou non. Les nausées ou vomissements sont présents dans 73% des cas et doivent être différenciés des celles gravidiques, surtout au premier trimestre[3].

La confirmation de la PA se fait principalement par le dosage de la lipase et l'amylase sérique, dont le taux s'élève. Les autres examens biologiques permettront de faire le diagnostic étiologique ou de gravité. L'imagerie est réalisée en urgence en cas de doute diagnostique, ou pour la recherche étiologique ou l'évaluation de gravité en cas d'aggravation secondaire. Chez une femme enceinte, il est préférable de faire en première intention des examens non radio- ionisants, notamment l'échographie et l'IRM [2]. L'hospitalisation en cas de PA au cours de la grossesse est obligatoire même en absence de signes de gravité.

Le traitement médical est identique à la pancréatite en dehors de la grossesse : la mise à jeun, l'alimentation parentérale et le traitement de la douleur[3]. Le traitement spécifique de la pancréatite secondaire à une lithiase biliaire est la cholécystectomie. Elle devrait être réalisée à distance de l'épisode aiguë, et si c'est possible en post partum. La gravité de l'épisode initial ou une récurrence précoce le feront réaliser plus rapidement au cours de la grossesse. selon plusieurs auteurs, la cholécystectomie très précoce permet d'éviter les récurrences de pancréatites aiguës, n'augmente pas le risque de complications péri-opératoires, ni la difficulté per-opératoire et induit une durée d'hospitalisation semblable au traitement médical conservateur[4]. Plusieurs auteurs suggèrent que la coelioscopie au 1er, ainsi qu'au 3e trimestre de la grossesse est réalisable sans augmentation de la morbidité fœtale [5].