

Pancréatite du post partum : A propos d'un cas et revue de la littérature

Abderrahmane MOHAMED CHEIKH 1, Y. BELHAJ 2, F.ECH-CHOUYEKH 3, S. JAYI 4, FZ FDILI ALAOUI 5, H. CHAARA 6, A. MELHOUF7

Service de gynécologie obstétrique CHU HASSAN II de FES

Abstract : *Acute pancreatitis is the most common exocrine abnormality of the pancreas. The onset of acute pancreatitis postpartum or during pregnancy is rare. Biliary pathology is by far the most common cause, followed by hypertriglyceridemia. Acute pancreatitis associated with pregnancy-induced hypertension is a rare situation with an unfavorable outcome. Its prognosis depends on the speed of diagnosis. We report a case of serious acute pancreatitis secondary to preeclampsia occurring two weeks after delivery in a 24-year-old patient with a good outcome.*

Keywords : pancreatitis ; pregnancy ; Pre-eclampsia;

INTRODUCTION

La pancréatite aigüe est la plus fréquente des anomalies exocrines du pancréas

L'installation d'une pancréatite aigüe en post-partum ou durant la grossesse est rare. La pathologie biliaire constitue de loin la cause la plus fréquente, suivie d'hypertriglycéridémie.

La pancréatite aigüe associée à une hypertension gravidique est une situation rare dont l'évolution est défavorable.

Son pronostic dépend de la rapidité du diagnostic. Nous rapportons un cas de pancréatite aigüe grave secondaire à une prééclampsie survenant deux semaines après l'accouchement chez une patiente de 24 ans avec une bonne évolution.

OBSERVATION :

parturiente âgée de 32 ans suivie pour thrombose veineuse des Membres inférieurs depuis le 4ème mois de la grossesse sous HBPM ; patiente à J5 du post partum d'une césarienne pour PES sévère clinique (Chiffre tensionnel élevé et biologique (help syndrome évolutif) pour sauvetage maternel à 31SA+2jours, où la patiente a présenté des épigastralgies intenses transfixiantes avec vomissement examen clinique patiente consciente tachycarde à 110bpm normo tendu à 12/08 ; température à 40, examen abdominale présence d'une sensibilité épigastrique avec le reste de l'examen est sans particularité, Un bilan biologique a montré une lipasémie à 30xN ; CRP à 261 GB à 11000 Hb à 8,9 normochrome normocytaire TP à 87 %, hypoalbuminémie à 22 avec hypocalcémie et une calcémie corrigée normale GOT à 37 ; GPT à 11 ionogramme sanguin normale ;

Bilan radiologique : TDM aspect scanographique en faveur de pancréatite stade E avec un grade de sévérité à IV, épanchement intrapéritonéal de faible abondance de densité liquidienne au niveau péri et sous hépatique, péri splénique au niveau des GPC. Sur les coupes passant par le thorax épanchement pleural de moyenne abondance en bilatérale de densité liquidienne motivant son admission en réanimation pour PEC.

La PEC thérapeutique a comporté l'hospitalisation en service de réanimation ; l'arrêt de l'alimentation entérale remplacé par une alimentation parentérale, une antibiothérapie ; supplémentation en albumine antalgique ; antiémétique ; Inhibiteur de la pompe à proton Lovenox dose curative.

L'évolution a été marquée par une amélioration clinico-biologique ; apyrétique absence de douleur, CRP à 20 GB à 5000, lipasémie à 25 la patiente a été déclarée sortante après un mois d'hospitalisation.

DISCUSSION :

La pancréatite aigüe est une inflammation aiguë de la glande pancréatique, secondaire à une autodigestion du pancréas par activation intra pancréatique des enzymes digestives (2,6)

La survenue d'une pancréatite aigüe durant la grossesse ou en post-partum est une situation particulière et rare, son incidence est de 1 à 14 cas pour 10.000 naissances Elle se manifeste le plus souvent au cours du troisième trimestre, et plus rarement en post-partum (4)

Les étiologies sont dominées par la lithiase biliaire suivie par l'hypertriglycéridémie et plus rarement l'hypertension artérielle ; les autres causes sont identiques aux étiologies de pancréatites en dehors de grossesse : consommation excessive d'alcool,

hypercalcémie, infection, auto-immune, traumatique, iatrogène... ...néanmoins aucun lien de causalité entre pancréatites et grossesse n'a été clairement identifié (1.3.5.2)

Sur le plan physiopathologique, la fréquence de la lithiase biliaire au cours de la grossesse est secondaire à une augmentation du volume et de la durée de la vidange vésiculaires par l'effet de la progestérone qui entraîne une hypotonie des voies biliaires et une hypertonie du sphincter d'Oddi. (2.3) Les pancréatites secondaires à l'hypertriglycéridémie sont plus fréquentes au cours du 3^{ème} trimestre. Elles sont liées à une augmentation physiologique et progressive des lipides au cours de la grossesse. (1) Au cours de la pré-éclampsie, la pancréatite est due à l'ischémie pancréatique en rapport avec la vasoconstriction et l'altération de la microvascularisation de l'organisme. (7.8)

Le pronostic de cette entité a connu une importante amélioration grâce à la disponibilité des différents outils biologiques (lipasémie) et radiologiques (échographie et scanner abdominal) qui permettent un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée (4)

La pancréatite aigüe en post-partum garde les mêmes caractéristiques cliniques, biologiques et radiologiques ; il s'agit souvent d'épigastalgies intenses transfixiantes avec irradiation dorsale, associées à des nausées, vomissements et fièvre, L'examen clinique objective une sensibilité voire défense épigastrique, une diminution des bruits hydroaériques par iléus réflexe, le signe de Murphy peut être présent. Le diagnostic est confirmé par le dosage de la lipasémie ; il est supérieur à 3 fois la normale. On constate également une hyperleucocytose et une élévation des enzymes hépatiques et de la CRP. Les examens radiologiques (Echographie abdominale, TDM abdominale et IRM) permettent d'évaluer la sévérité de la pancréatite aigüe, et de rechercher l'étiologie (2.5)

La prise en charge de la pancréatite au cours de la grossesse et dans le post partum suit les recommandations de la pancréatite chez la population générale à savoir : repos stricte du tube digestif ; alimentation parentérale ; analgésie ; antibiothérapie et drainage en cas de surinfection des coulées de nécrose ; le traitement étiologique est basée sur cholécystectomie en cas de pancréatite biliaire; régime pauvre en lipide associée aux hypolipémiant si cause hypertriglycéridémie (9)

Conclusion :

La pancréatite du post partum est une situation très rare ; son Diagnostic repose sur la clinique et la biologie et sa stadification repose sur la radiologie ; la prise en charge est multidisciplinaire nécessite des radiologues ; obstétricien ; chirurgien gastro-entérologue et des réanimateurs .

Le pronostic a connu une nette amélioration ces dernières années grâce a la rapidité du diagnostique et de la Prise en charge .

bibliographie

- 1- Abderrahmane. J et AL : pancréatite idiopathique du Post partum difficulté diagnostique à propos d'un cas. [Pan Afr Med J](#). 2022 ; 41: 48.
- 2- Sharma A, Gurjar M, Azim A, Baronia AK. Acute pancreatitis in early postpartum period: a case report. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*. 2013;3(2):111. [[Google Scholar](#)]
- 3-. Boukatta B, Sbai H, Laalim SA, Iman Toughrai, Nawfel Houari, Abderrahim El Bouazzaoui, et al. Pancréatite aigüe du post-partum: à propos d'un cas. *The Pan African Medical Journal*. 2013 May 2;15:2. [[Google Scholar](#)]
- 4- Sharma A, Gurjar M, Azim A, Baronia AK. Acute pancreatitis in early postpartum period: a case report. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*. 2013;3(2):111.
- 5- Pandey R, Jacob A, Brooks H. Acute pancreatitis in pregnancy: review of three cases and anaesthetic management. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 2012 Oct;21(4):360–3. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 6- Olaf J Bakker, Hjalmar C Van Santvoort, Marc GH Besselink. Prevention, Detection, and Management of Infected Necrosis in Severe Acute Pancreatitis. *Current Gastroenterology Reports*. 2009;11(2):104–110. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 7- Bahloul B, Ayedi M, Dammak H, Trabelsi K, Bouaziz M. Pancréatite aigüe nécrotico-hémorragique secondaire à une hypertension artérielle gravidique. *AFAR*. 2004;23(2):157–159. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
- 8- Karsenti D, Bacq Y. Pancréatite aigüe et grossesse. *La lettre de l'hépto-gastroentérologue*. 2002;5(4):189–191. [[Google Scholar](#)]

9- Chen C-P, Wang K-G, Su T-H, Yang YC. Acute pancreatitis in pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1995 Sep;74(8):607–10. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]