



### RESEARCH ARTICLE

## PANCREATITE AIGUE ET VOMISSEMENTS SEVERES AU COURS DE LA GROSSESSE : A PROPOS DE 24 CAS

Larbi Ed-Dafali, Mustapha Dahiri, Hajar El Kihel, Aziz El Hadloussi, Hind Lahyani, Reda Tawab, Younes Oujilali and Anas Saoud Tazi

### Manuscript Info

#### Manuscript History

Received: 20 July 2020

Final Accepted: 24 August 2020

Published: September 2020

#### Key words:-

Acute Pancreatitis, Severe Vomiting, Pregnancy, Diagnosis

### Abstract

pregnancy is rare conditions, the clinical signs of which are not specific and may be related to the pregnancy itself and cause a delayed diagnosis.

**Material And Method:** Our study is a 6-month comparative study of 24 patients, 18 with severe vomiting during pregnancy without pancreatitis (VS) and 6 with severe vomiting during pregnancy associated with (PA). The aim of our work was to determine the percentage of acute pancreatitis among patients with severe vomiting during pregnancy and to identify the signs pointing more towards this pathology.

**Results:** Twenty five percent of patients with severe vomiting had PA. In the 66.67% PA group were nulliparous. Abdominal pain was present in 83% of PA cases and in 55.46% cases of VS. Metabolic alkalosis was present in 60% of cases in the PA group and 31% in the VS group. Ultrasonography showed biliary origin in 66.67% of PA and in 16.67 of VS cases. There were no deaths in the 2 groups.

**Conclusion:** Given the high percentage of pancreatic origin in our study (25%), we should always mention PA in pregnant women with severe vomiting.

**Introduction:** The acute pancreatitis (PA) during

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

### INTRODUCTION :

La PA au cours de la grossesse est une pathologie rare (1), dont les signes cliniques ne sont pas spécifiques (surtout la douleur atypique et les vomissements) et peuvent être rattachés à la grossesse elle-même et être à l'origine d'un retard diagnostic. (2)

Notre étude est rétrospective et comparative s'étalant sur 6 mois et colligeant 24 patientes dont 18 ayant des vomissements sévères au cours de la grossesse sans pancréatite (VS) et 6 ayant des vomissements sévères au cours de la grossesse associés à une pancréatite aigue (PA).

Le but de notre travail était de déterminer le pourcentage des pancréatites aiguës parmi les patientes présentant des vomissements sévères au cours de la grossesse et identifier les signes orientant plus vers cette pathologie.

### **Matériel et méthodes :**

Notre étude est rétrospective et comparative s'étalant sur 6 mois du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 31 mars 2019 et colligeant 24 patientes dont 18 ayant des vomissements sévères au cours de la grossesse sans pancréatite (VS) et 6 ayant des vomissements sévères au cours de la grossesse associés à une pancréatite aiguë (PA).

Nous avons inclus toute patiente enceinte admise en réanimation pour des vomissements sévères définis par : alcalose métabolique, hyponatrémie inférieure à 135 et hypokaliémie inférieure à 3.5.

Nous avons retenu comme PA toute patiente présentant au moins 2 des 3 critères suivants : douleur épigastrique, lipasémie supérieure à 3 fois la normale et des signes radiologiques de PA.

### **Résultats :**

Dans notre étude, nous avons 6 cas (25%) de pancréatite aiguë (PA) parmi 24 cas de vomissements sévères au cours de la grossesse.

L'âge moyen dans le groupe de patientes ayant des vomissements sévères (PA) avec pancréatite aiguë était de 23,5 ans avec des extrêmes allant de 17 ans à 27 ans.

L'âge moyen dans le groupe de patientes ayant des vomissements sévères sans pancréatite (VS) aiguë était de 27 ans avec des extrêmes allant de 17 ans à 38 ans.

Trois (50%) parmi les patientes ayant des PA ont eu des antécédents médico-chirurgicaux : 1 cas de rhinite allergique, 1 cas de césarienne et 1 cas d'appendicectomie.

Huit (44,44%) des patientes ayant des PA ont eu des antécédents médico-chirurgicaux : 1 cas d'HTA, 1 cas d'asthme, 1 cas d'HTAG, 1 cas de diabète gestationnel, 1 cas de pré-éclampsie, 1 cas d'appendicectomie, 1 cas de césarienne et 1 cas d'amygdalectomie.

Aucune de nos patientes n'a eu d'antécédent de prise de toxiques.

Quatre (66,67%) des patientes ayant PA étaient primigestes nullipares et 2 (33,33%) multigestes multipares (tableau 2).

Sept (38,89%) des patientes ayant des VS étaient primigestes nullipares et 11 (61,11%) étaient multigestes multipares, 3 patientes (16,67%) avaient eu un avortement qui était précoce dans 2 cas et tardif dans 1 cas (tableau 2).

	PA	VS
Primigeste	66.67%	38.89%
Multigeste	33.33%	61.11%
Nullipare	66.67%	38.89%
Primipare	0%	0%
Multipare	33.33%	61.11%

Tableau 2 : gestité et parité

La grossesse a été suivie chez 5 patientes (83,33%) dans le groupe ayant des PA et non suivie dans 1 cas (16,67%).

Quinze (83,33%) des patientes ayant des VS ont eu une grossesse suivie et 3 (16,67%) non suivie.

L'âge gestationnel moyen des cas de PA étaient de 13 semaines d'aménorrhée (SA) plus 3 jours, avec 4 cas (66,67%) au cours du premier trimestre et 2 cas (33,33%) au cours du deuxième trimestre.

L'âge gestationnel moyen des cas de VS était de 13SA plus 6 jours, avec 12 cas (66,67%) au cours du premier trimestre, 4 cas (22,22%) au cours du deuxième trimestre et 2 cas (11,11%) au cours du troisième trimestre. (Tableau 3)

	PA	VS
Age gestationnel moyen	13SA+3 jours	13SA+6 jours
Premier trimestre	66,67%	66,67%
Deuxième trimestre	33,33%	22,22%
Troisième trimestre		11,11%

Tableau 3 : Age gestationnel chez nos malades

Dans les cas de PA, les vomissements étaient présents depuis 42 jours en moyenne avec des extrêmes allant de 21 jours à 3 mois.

Dans les cas de VS, les vomissements étaient présents depuis 26 jours en moyenne avec des extrêmes allant de 5 jours à 3 mois.

Parmi les cas de PA, 5 patientes (83,33%) avaient des douleurs abdominales, à type d'épigastralgies minimales dans 4 cas (80%), à type de douleur de l'hypochondre droit et de l'épigastre dans 1 cas (20%).

Dans les cas de VS, 10 patientes (55,46%) avaient des douleurs abdominales, à type d'épigastralgies dans 6 cas (60%), à type de pyrosis dans 2 cas (20%), à type de douleur périombilicale dans 1 cas (10%), à type de douleur abdominale diffuse dans 1 cas (10%).

A l'examen général, parmi les cas de PA toutes les patientes étaient conscientes et avaient une glycémie normale, 3 patientes (50%) avaient une température élevée supérieure à 38°C, et 3 patientes (50%) avaient un ictère.

Dans les cas de VS, 17 patientes (94,44%) étaient conscientes et 1 patiente (5,56%) était inconsciente (GCS 11/15), toutes les patientes avaient une glycémie et une température normales, 9 patientes (50%) avaient un ictère et 1 patiente (5,56%) avait un pli de déshydratation cutané.

A l'examen cardio-respiratoire, 3 patientes (50%) dans le groupe de PA étaient eupnéiques, 2 patientes (33,33%) avaient une bradypnée, et 1 patiente (16,67%) était polypnéique. La SpO2 était normale dans tous les cas. Quatre patientes (66,67%) étaient tachycardes et 2 patientes (33,33%) avaient une FC normale, 5 patientes (83,33%) avaient une TA normale et 1 patiente (16,67%) avait une hypotension.

Parmi les cas de VS, 10 patientes (55,56%) étaient eupnéiques, 2 patientes (11,11%) avaient une bradypnée et 6 patientes (33,33%) avaient une fréquence respiratoire entre 17 et 20 cycles/min. La SpO2 était normale. Six patientes (33,33%) avaient une FC normale et 12 patientes (66,67%) tachycardes, 16 patientes (88,89%) avaient une TA normale et 2 patientes (11,11%) avaient une hypotension.

L'examen abdominal, dans le groupe de PA, était normal dans 2 cas (33,33%), il a objectivé une sensibilité épigastrique dans 2 cas (33,33%) et une sensibilité de l'hypochondre droit avec l'épigastre dans 2 cas (33,34%).

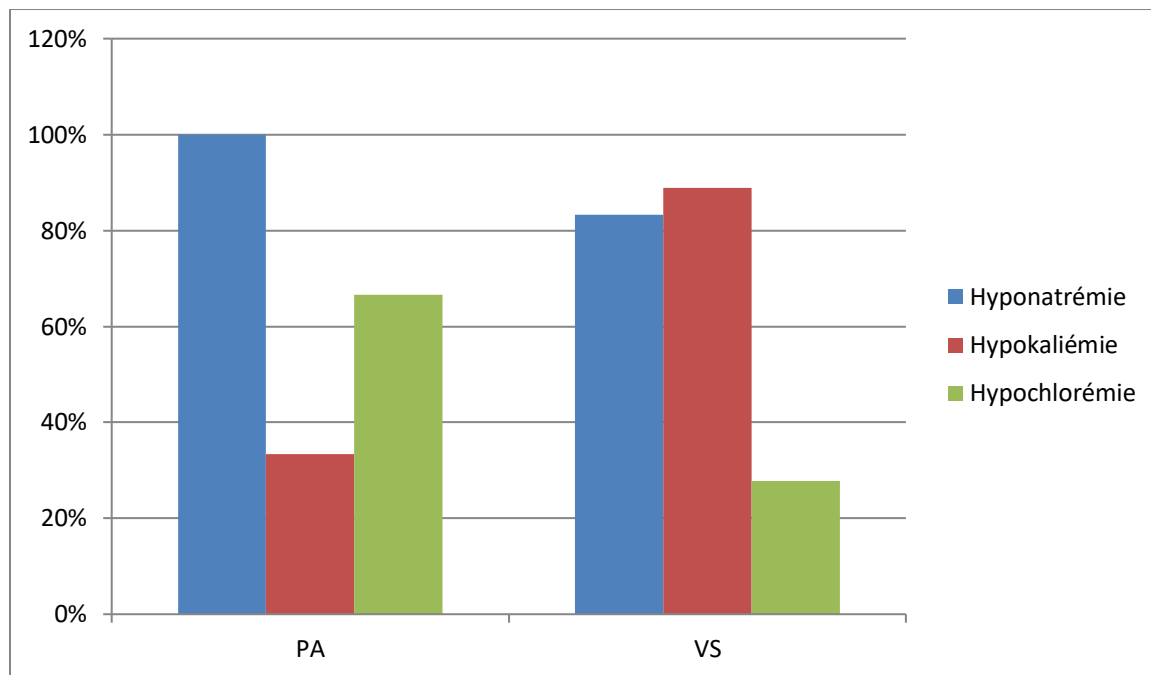
Chez les cas de VS, l'examen abdominal était normal dans 14 cas (77,78%), une sensibilité épigastrique a été retrouvée dans 2 cas (11,11%) et une sensibilité de l'hypochondre droit dans 2 cas (11,11%).

La lipasémie, dans les cas de PA, était de 627 en moyenne avec des variables allant de 270 à 1141.

Dans les cas de VS, la lipasémie était en moyenne de 81,94 avec des variables allant de 5 à 234.

Entre les cas de PA, toutes les patientes avaient une hyponatrémie (100%), 5 patientes (83,33%) avaient une hypokaliémie et une patiente (16,67%) avait une kaliémie normale, 4 patientes (66,67%) avaient une hypochlorémie et 2 patientes (33,33%) avaient une chlorémie normale.

Parmi les cas de VS, 15 patientes (83,33%) avaient une hyponatrémie et 3 patientes (16,67%) avaient une natrémie normale, 16 patientes (88,89%) avaient une hypokaliémie et 2 patientes (11,11%) avaient une kaliémie normale, 5 patientes (27,78%) avaient une hypochlorémie et 13 patientes (72,22%) avaient une chlorémie normale. (Graphique 1)



Graphique 1 : le pourcentage troubles électrolytiques dans les 2 groupes.

Dans les cas de PA, 3 patientes (50%) présentaient une élévation des ASAT et ALAT, 3 patientes (50%) avaient une cholestase biologique.

Parmi les cas de VS, 5 patientes (27,78%) avaient une élévation des ASAT et ALAT, 10 patientes (55,56%) présentaient une cholestase biologique.

Le TP était normal dans les 2 groupes.

Deux patientes (33,33%) ont présenté une altération de la fonction rénale parmi les cas de PA.

Entre les cas de VS, une patiente (5,56%) a eu une altération de la fonction rénale.

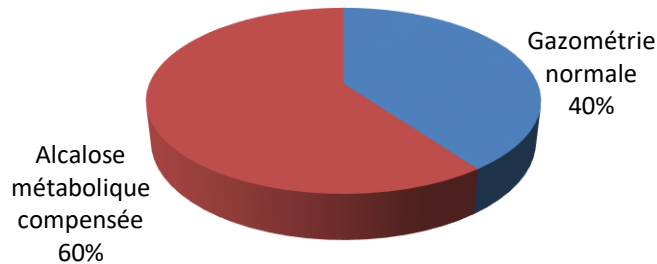
Deux patientes (33,33%), entre les cas de PA, ont eu une hyperleucocytose.

Sept patientes (38,89%), parmi les cas de VS, ont présenté une hyperleucocytose.

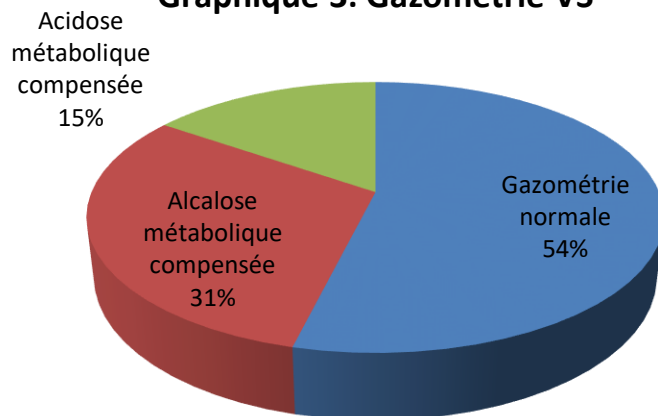
La gazométrie a été faite chez 5 patientes (83,33%) dans le groupe de PA, elle a retrouvé une alcalose métabolique compensée dans 3 cas (60%) et des valeurs normales dans 2 cas (40%).

Dans le groupe de VS, la gazométrie a été réalisée dans 13 cas (72,22%), elle a montré une acidose métabolique compensée dans 2 cas (15,38%), une alcalose métabolique compensée dans 4 cas (30,77%) et des valeurs normales dans 7 cas (53,85%). (Graphique 2 et 3)

**Graphique 2: Gazométrie PA**



**Graphique 3: Gazométrie VS**



L'échographie abdominale, réalisée chez tous les cas de PA, a objectivé un sludge vésiculaire dans 2 cas (33,33%), des macrolithiases vésiculaires dans 1 cas (16,67%), des microlithiases vésiculaires dans 1 cas (16,67%) et était normale dans 2 cas (33,33%).

Parmi les cas de VS, l'échographie abdominale, réalisée chez toutes les patientes, a montré un sludge vésiculaire dans 2 cas (11,11%), des microlithiases vésiculaires dans 1 cas (5,56%) et était normale dans 15 cas (83,33%).

L'échographie obstétricale a été faite chez toutes les malades, elle a retrouvé une grossesse intra utérine et évolutive dans tous les cas.

Dans les cas de PA, elle a montré un âge gestationnel moyen de 18 SA+1jour avec des extrêmes de 7SA+5jours et 30 SA. Et dans les cas de VS, elle a retrouvé un âge gestationnel moyen de 11 SA+9 jours avec des extrêmes de 7 SA+5 jours et 34 SA.

La TDM et l'IRM cérébrale ont été réalisées chez une seule patiente qui a eu une encéphalopathie de Wernicke parmi les cas de VS, les 2 examens étaient sans anomalie.

L'IRM abdominale a été faite chez une seule patiente entre les cas de VS, et qui a objectivé une dilatation minimale des voies biliaires intra et extra hépatiques.

Les cas de PA ont été stadifiés selon la nouvelle classification d'Atlanta (SIRS), 4 cas (66,67%) étaient classés comme PA mineure et 2 cas (33,33%) étaient classés comme PA sévère.

L'étiologie de la PA était biliaire dans 4 cas (66,67%) et non retrouvée dans 2 cas (33,33%).

Un seul cas parmi les cas de VS a été compliqué d'une MFIU diagnostiquée à son admission.

Tous les cas qui ont eu une PA ont eu un traitement médical à base de : un apport hydroélectrolytique, des antiémétiques, des antiacides, de la vitamine B1, avec un repos digestif. Et il y a eu recours à l'analgésie de premier palier dans 4 cas (66,67%).

Le traitement médical des cas de VS a été basé sur : un apport hydroélectrolytique, des antiémétiques, des antiacides, de la vitamine B1, avec un repos digestif. L'analgésie de premier palier a été administrée dans 3 cas (16,67%). La patiente qui a eu une encéphalopathie de Wernicke a été intubée, ventilée puis trachéotomisée.

Aucune de nos patientes n'a eu de traitement chirurgical au cours de son hospitalisation.

L'évolution des cas de PA a été marquée par la disparition des symptômes (vomissements+/- douleur) au deuxième jour dans 3 cas (50%), au troisième jour dans 2 cas (33,33%) et au quatrième jour dans 1 cas (16,67%).

L'alimentation a été reprise au troisième jour dans 3 cas (50%), au quatrième jour dans 2 cas (33,33%) et au cinquième jour dans 1 cas (16,67%).

L'évolution des cas de VS a été marquée par la disparition des symptômes (vomissements+/- douleur) au premier jour dans 2 cas (11,11%), au deuxième jour dans 10 cas (55,56%), au troisième jour dans 5 cas (27,78%) et au quatrième jour dans 1 cas (5,56%). L'alimentation a été reprise au troisième jour dans 12 cas (66,67%), au quatrième jour dans 5 cas (27,78%) et au cinquième jour dans 1 cas (5,56%).

Il n'y avait aucun cas de décès dans les 2 groupes.

### **Discussion :**

La pancréatite aiguë au cours de la grossesse est une pathologie rare avec une incidence allant de 1000 à 5000. (3)

L'âge maternel moyen de survenue est de 26 ans avec des extrêmes de 24,5 et 27,6. (4) Dans notre série, il était de 23,5 ans.

La multiparité est le principal facteur de risque. (5) Alors que dans notre étude 66, 67% des patientes étaient nullipares.

La pancréatite aiguë survient préférentiellement au cours du troisième trimestre (50%), en post partum dans 37% et au cours du premier et deuxième trimestre dans 13%. (6) Dans notre étude, elle est survenue dans 66,67% au cours du premier trimestre et dans 33,33% au cours du troisième trimestre.

Les signes fonctionnels sont dominés par la douleur qui a été retrouvée dans 100% des cas, et les vomissements dans 90% des cas selon l'étude de Charlet et al. (4) Dans notre étude, la douleur était présente dans 83% des cas et les vomissements dans 100% des cas.

La lipasémie, dont la spécificité et la sensibilité s'approche de 100%, doit être supérieure à 3 fois la normale pour le diagnostic positif. Le reste du bilan biologique (urée, créatinine ...) sert pour l'évaluation de la gravité et du pronostic. (2,7)

L'échographie est un examen anodin pour le fœtus, doit rechercher un élargissement du pancréas, des coulées de nécrose et des lithiases biliaires, mais elle est de réalisation difficile à cause de l'utérus augmenté de taille, et opérateur dépendant. (8, 4)

La tomодensitométrie abdominale permet le diagnostic et la stadification de la pancréatite aigue au-delà de 36 semaines d'aménorrhées. (9)

L'imagerie par résonnance magnétique est utilisable au cours du premier et du deuxième trimestre. (9)

La cholangiopancréatographie par résonnance magnétique est un bon examen pour l'arbre biliopancréatique mais moins spécifique que l'échoendoscopie, et d'utilisation controversée au premier trimestre à cause du risque lié aux impulsions de radiofréquence sur le développement fœtal. (4)

La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique est à éviter à cause du risque d'irradiation. (4)

L'échoendoscopie est l'examen le plus spécifique pour la détection des lithiases des voies biliaires, et dont la VPP est presque 100%. (4)

Le diagnostic de pancréatite aigue repose sur au moins 2 des critères suivants : la douleur, les signes radiologiques et la lipasémie supérieure à 3fois la normale. (4)

La révision Atlanta 2012 a permis de classer la pancréatite aigue en forme simple (absence de nécrose et dysfonction d'organe), la forme modérément sévère (dysfonction d'organe transitoire) et la forme sévère (dysfonction d'organe et ou nécrose pancréatique). (10)

Dans les formes bénignes, la douleur cède dans 90% en 48 à 72 heures sans complications, et dans les 10% qui restent la pancréatite aigue peut se compliquer d'un choc hypovolémique, d'insuffisance respiratoire, d'insuffisance rénale et de troubles hydroélectrolytiques. Les complications locales de la nécrose peuvent être un abcès du pancréas avec tableau de sepsis, fistulisation, hémorragie, ulcération digestive ou rupture de varices. Les complications liées à la pathologie biliaire sont la cholécystite aigue et l'angiocholite aigue. (11)

Le taux de mortalité maternelle est nul dans la plupart des études. (11)

Dans la littérature, 80% des femmes ayant présenté une PA (toutes causes confondues) accouchent normalement à terme. Cependant, plusieurs auteurs ont montré que la PA s'associe à un risque d'accouchement prématuré, de mort fœtale in utero, ou d'avortement spontané du premier trimestre. (11,12, 13)

Le traitement symptomatique est basé sur la mise à jeun, la correction des troubles hydroélectrolytiques, l'analgésie, et la réalimentation entérale dès la disparition de la douleur. Quant aux antibiotiques, ils ne sont pas systématiques sauf si infection. (14)

Le traitement spécifique de la PA d'origine biliaire pendant le premier trimestre est l'abstention, pendant le deuxième trimestre est la cholécystectomie de préférence par laparoscopie et pendant le troisième trimestre est l'abstention car risque d'accouchement prématuré, alors que la cholécystectomie s'impose en post partum. (15)

Le traitement spécifique de la PA par hypertriglycéridémie consiste en un régime pauvre en lipides, perfusion d'insuline si triglycérides supérieure à 10 grammes par litre, la plasmaphérèse est une technique efficace alors que les hypolipémiants restent controversés pendant la grossesse. (16,17)

**Conclusion :**

Devant le pourcentage élevé de l'origine pancréatique dans notre étude (25%), il faut toujours évoquer une PA chez toute femme enceinte présentant des vomissements sévères.

Aucun signe clinique ou biologique (autre que la lipasémie) ne permet d'orienter vers l'origine pancréatique des vomissements au cours de la grossesse d'où l'intérêt du dosage de la lipasémie chez toute parturiente présentant des vomissements sévères.



**Bibliographie:**

1. Ko CW, Beresford SA, Schulte SJ, Matsumoto AM, Lee SP. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. *Hepatology* 2005;41:359—65.
2. Bahloul M, Ayedi M, Dammak H, Trabelsi K, Bouaziz M. Pancréatite aigüe nécrotico-hémorragique secondaire à une hypertension artérielle gravidique. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2004 Mar;23(2):157-9.
3. Semih Hot, M.D., Seracettin Eğin, M.D., Berk Gökçek, M.D., Metin Yeşiltaş, M.D., Dursun Özgür Karakaş, M.D. Acute biliary pancreatitis during pregnancy and in the post-delivery period. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, May 2019, Vol. 25, No. 3.
4. P. Charlet, V. Lambert, G. Carles. Pancréatites aiguës et grossesse : cas cliniques et revue de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2014).
5. Ducarme G, Maire F, Chatel P, Luton D, Hammel P. Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *J Perinatol.* 2014; 34(2): 87-94.
6. Wilkinson EJ. Acute pancreatitis in pregnancy : a review of 98 cases and report of 8 new cases. *Obstet Gynecol Surv.* 1973 ; 28(5):281-303.
7. Jayi S, Bouguern H, Chaara H, Banani A, Melhouf MA. A propos d'un syndrome pseudo occlusif au décours d'une césarienne. *Espérance médicale* Décembre 2008, Tome 15.N 153.
8. Stimac Davor, Stimac Tea. Acute pancreatitis during pregnancy. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011; 23(10): 839-844.
9. Sarah Amourak, Sofia Jayi, Fatimazahra Fdili Alaoui, Hakima Bouguern, Hikmat Chaara, Moulay Abdelilah Melhouf. La pancréatite gravido-puerpérale: à propos de 6 cas. *Service de Gynécologie-obstétrique 2, CHU Hassan II, Fes, Université Sidi Mohammed Benabdellah.*
10. M. Zappa , J.P. Tasu , M. Zins , C. Aube , F. Pilleul , M.P. Vullierme , V. Vilgrain. Conférence d'Atlanta 2012 : classification révisée de la pancréatite aiguë. Terminologie francophone validée par la SIAD (Société d'imagerie abdominale et digestive). *Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle.* Volume 95, n° 9 pages 759-765 (septembre 2014).
11. Tang SJ, Rodriguez-Frias E, Singh S, et al. Acute pancreatitis during pregnancy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010;8:85—90.
12. Ramin KD, Ramin SM, Richey SD, Cunningham FG. Acute pancreatitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:187—91.
13. Warshaw AL. Improving the treatment of necrotizing pancreatitis: a step up. *N Engl J Med* 2010;362:1535—7.
14. Tenner RS, Baillie J, Dewitt J, Vege S, American College of Gastroenterology Guidelines. Management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013;108:1400—15.
15. Ismaïl Lawani, Aboudou Raimi Kpossou, Bruno Noukpozoukou, Freddy Houehanou Rodrigue Gnanon, Yacoubou Imorou Souaibou, Dansou Gaspard Gbessi, Benjamin Hounkpatin, Fancis Moïse Dossou, Jean-Léon Olory-Togbe. Pancréatite aiguë sévère sur grossesse chez le noir Africain: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal.* 2017;26:175.
16. Abu Musa AA, Usta IM, Rechdan JB, Nassar AH. Recurrent hypertriglyceridemia-induced pancreatitis in pregnancy: a management dilemma. *Pancreas* 2006;32:227—8.
17. Whitten AE, Lorenz RP. Hyperlipidemia-associated pancreatitis in pregnancy managed with fenofibrate. *Obstet Gynecol* 2011;117:517—9.