

Pancréatite aigue avec bilan enzymatique normale : A propos d'un cas

Ben Salah.CH ¹, Ben Kahla.N ², Korbsi.B ², Ammar.Y ²

1 : Groupement de santé de base de Nabeul,
2 : Service des Urgences-SMUR CHU Maamouri Nabeul

■ Introduction :

La pancréatite aigue (PA) est une pathologie inflammatoire à la fois locale, régionale et générale. Il s'agit d'une affection aigue du pancréas ayant une importante mortalité (2 à 5%) et morbidité. Le diagnostic positif repose sur l'association d'au moins deux facteurs caractéristiques : douleur abdominale évocatrice et/ou élévation des enzymes pancréatiques et/ou examen morphologique.

■ Observation :

Patiente âgée de 69 ans, ayant des antécédents d'hypertension artérielle et d'hypothyroïdie, consultant à nos urgences pour une douleur thoracique avec irradiation dorsale de type constrictive.

L'examen clinique était sans anomalie ainsi que l'électrocardiogramme (pas de trouble de la repolarisation) et le dosage des troponines (deux mesures à 6 heures d'intervalle).

Le lendemain, elle se présente pour des nausées avec fièvre. Un traitement symptomatique lui a été prescrit. Vingt quatre heure après, elle reconulte pour des douleurs épigastrique avec irradiation dorsale. L'examen à l'admission trouvait une fièvre à 39°, une hypotension (70/40mmHg), une tachycardie à 110/mn, un souffle systolique au foyer aortique, et une sensibilité épigastrique.

L'électrocardiogramme a objectivé une tachycardie sinusale avec des signes de HVG. La biologie a mis en évidence un syndrome inflammatoire biologique (GB 13200/mm³, CRP 187,3mg/l), et le dosage des enzymes pancréatiques était normal (Amylasémie à 100UI/L et Lipasémie à 60UI/L). L'ETT : absence de végétations, RAO minime, cardiomyopathie hypertensive avec bonne fonction systolique (FE=64%) et sans trouble de la cinétique segmentaire évident, dilatation biauriculaire. Une tomodensitométrie abdominale a montré une hypertrophie de la tête de pancréas avec perte des lobulations physiologiques associé à une infiltration de la graisse péri-pancréatique en regard: aspect en faveur d'une pancréatite stade C (Fig 1 et 2).

La patiente a été hospitalisée en réanimation. L'évolution était favorable.

■ Discussion :

La P.A doit être diagnostiquée au début de son évolution, sur des critères cliniques et biologiques. Mais, parfois, le tableau clinique est atypique comme c'est le cas de notre patiente, la douleur était à point de départ thoracique orientant vers un SCA. La symptomatologie abdominale n'est apparue qu'après 48 heures d'évolution associée à un état de choc et à un syndrome inflammatoire biologique.

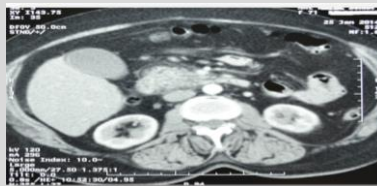


Figure 1: TDM abdominale: pancréatite stade C

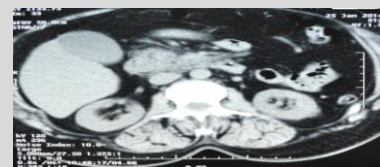


Figure 2: TDM abdominale : pancréatite stade C

• La valeur diagnostique du bilan enzymatique est étroitement dépendante du délai écoulé entre le début des signes cliniques et le moment de leur dosage. La cinétique des enzymes pancréatiques est différente, l'amylase sérique s'élève rapidement et atteint son maximum quelques heures après le début de la P.A, mais comme elle a une demi-vie courte de l'ordre de 12 heures, elle se normalise dans les 24 heures suivant l'arrêt du processus inflammatoire. La lipase sérique s'élève de façon plus retardée par rapport à l'amylase et se normalise dans les 48 heures après le début de la P.A. La sensibilité du dosage de ces différentes enzymes pancréatiques va donc diminuer avec le délai écoulé depuis le début de la P.A. Dans notre cas, le bilan enzymatique était pratiqué 48 heures après le début de la P.A, puisque le tableau initial était atypique. Sachant que, l'amylase est synthétisée aussi bien par le pancréas que par les glandes salivaires et l'isoamylase pancréatique ne représente que 35 à 50% de l'amylase sérique totale, on devrait théoriquement distinguer l'amylase pancréatique des autres isoenzymes ce qui n'est pas fait en pratique courante. La lipase est produite et sécrétée exclusivement par le pancréas, elle est plus spécifique pour le diagnostic de P.A. En pratique, le dosage de l'amylase sérique est le plus couramment utilisé bien qu'il est peu spécifique. La lipasémie apparaît comme étant le marqueur biologique le plus spécifique et le plus sensible avec une supériorité diagnostique à celle de l'amylase. En cas de doute diagnostique, comme c'était le cas pour notre patiente, seule la tomodensitométrie abdominale permet de porter le diagnostic.

■ Conclusions :

Le diagnostic d'une pancréatite aigue ne doit pas reposer uniquement sur le dosage enzymatique. Il faut tenir compte du temps écoulé entre le dosage enzymatique et le début des signes cliniques, qui est parfois trompeur et atypique chez les sujets âgés.