MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ CHEZ UNE PARTURIENTE PRÉSENTANT UNE PANCRÉATITE AIGUE

JOURNÉE EXTÉRIEURE DE L'ILAR À METZ

Dr CADOZ
Service de réanimation polyvalente CHR mercy
Samedi 14 juin 2014

HISTOIRE DE LA MALADIE

Mme L.21 ans 32SA+2 j

- **Antécédents**

- Médicaux et chirurgicaux : aucun
- Obstétricaux : G1P0

- **Mode de vie**

Albanaise, barrière linguistique totale, vit en camps de réfugiés

- **08/01/2014**

- Douleurs abdominales
- Fébricule 37.9℃
- MAP

Biologie d'admission

- Gb 22 G/L
- CRP 12 g/dl
- Lipasémie 8798 UI/L
- Bilirubine totale : 19 mg/L
- GGT 42 UI/L

PANCRÉATITE AIGUE

- **Hospitalisation en chirurgie digestive**

- **TTT**

- À jeun , antalgie
- Tocolyse par adalate puis tractocile
- MPF par célestène

- **10/01/2014**

- **Hospitalisation en grossesse pathologique** pour oligoamnios

- **TTT**

Majoration ttt antalgique par PCA morphine et spasfon.
ATB probabiliste par rocéphine et flagyl.

11/01/2014

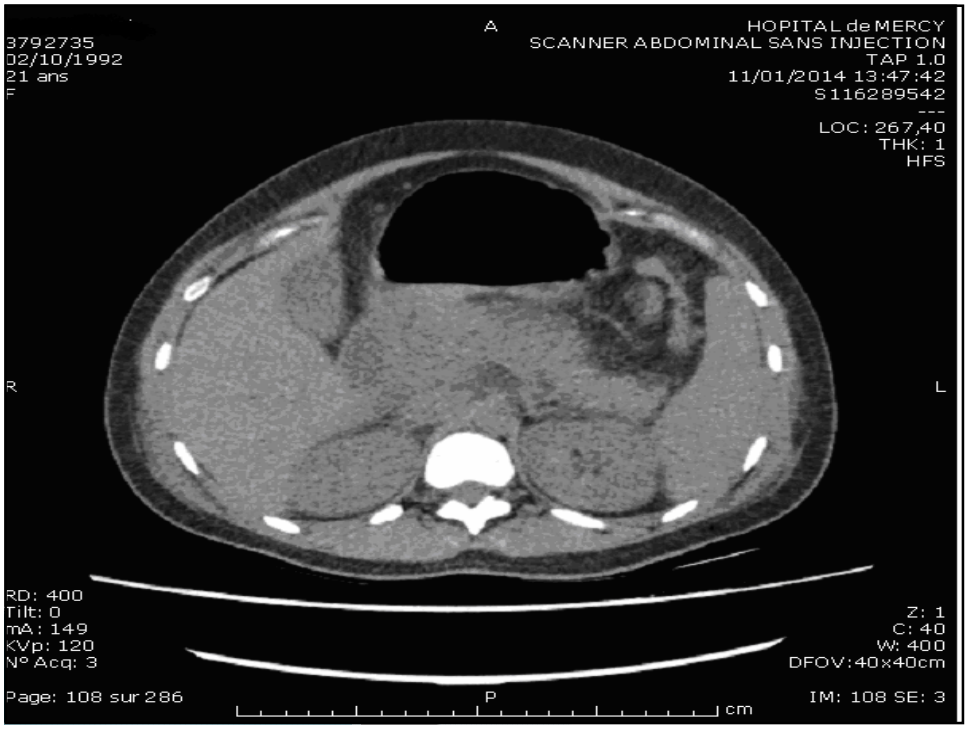
- **Transfert en chirurgie digestive**

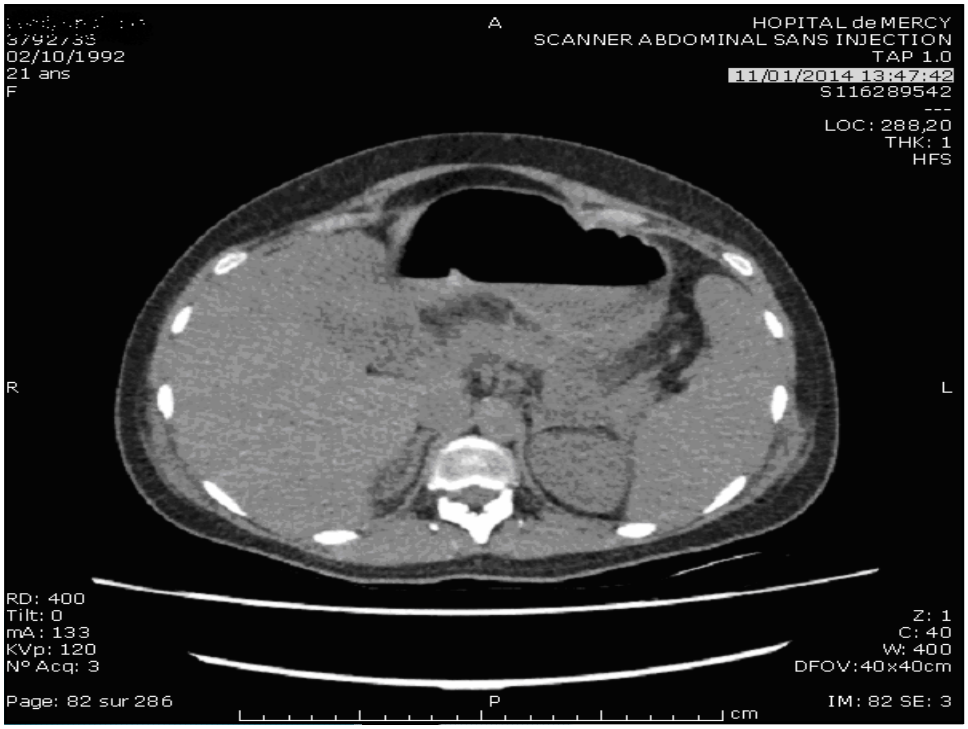
Majoration du syndrome inflammatoire
MAP stable

- **TTT**

Pose SNG en aspiration

- **Scanner non injecté**





- **12/01/2014**

Transfert en soins continus

- **14/01/2014**

Retrait SNG

Alimentation légère

- **17/01/2014**

  - **ÉCHO ABDOMINALE**

VB lithiasique sans dilatation voie biliaire
Absence de cholécystite
Épanchement en arrière cavité épiploon en regard tête et queue pancréas

  - Confirmé par **IRM PANCRÉATIQUE**

CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Risque important de migration lithiasique et de récidive

DÉCISION

- Accouchement après 34 SA au mieux
- Accouchement précoce si aggravation

21/1/2014 soit 34 SA+1 J

- Déclenchement travail
- AVB sous péridurale
- 8h de travail
- Extraction instrumentale par ventouse de flexion et forceps

- Hémorragie de la délivrance par atonie utérine
- Conversion AG

Examen sous valve, RU
Protocole nalador

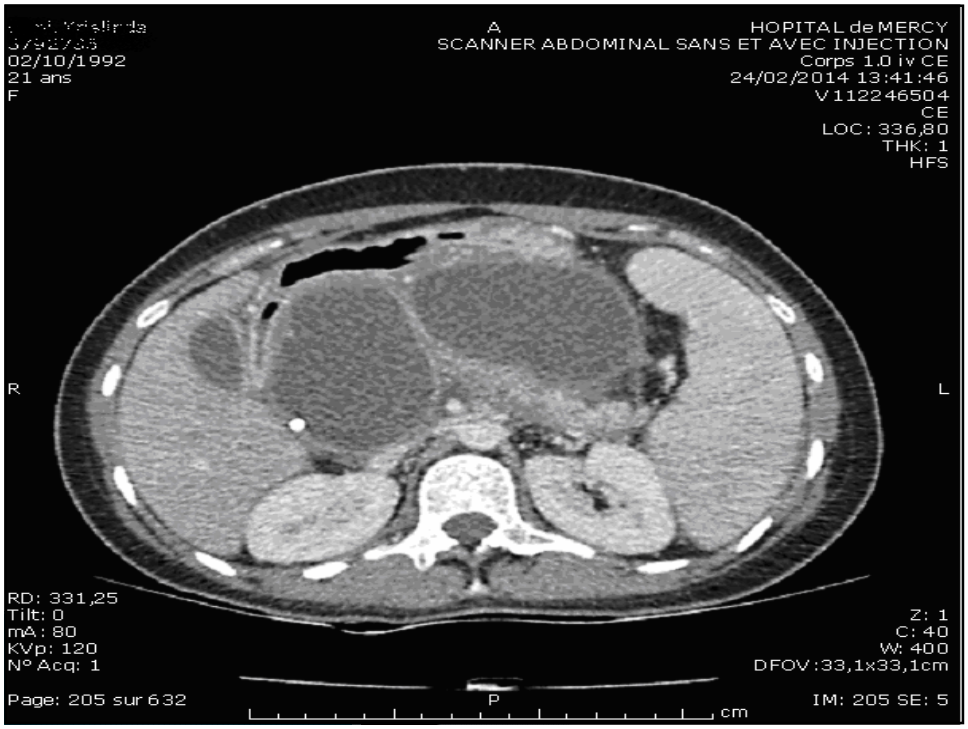
- Pertes sanguines :1500 cc
- Hb = 3.4 g/dl, TQ 23%

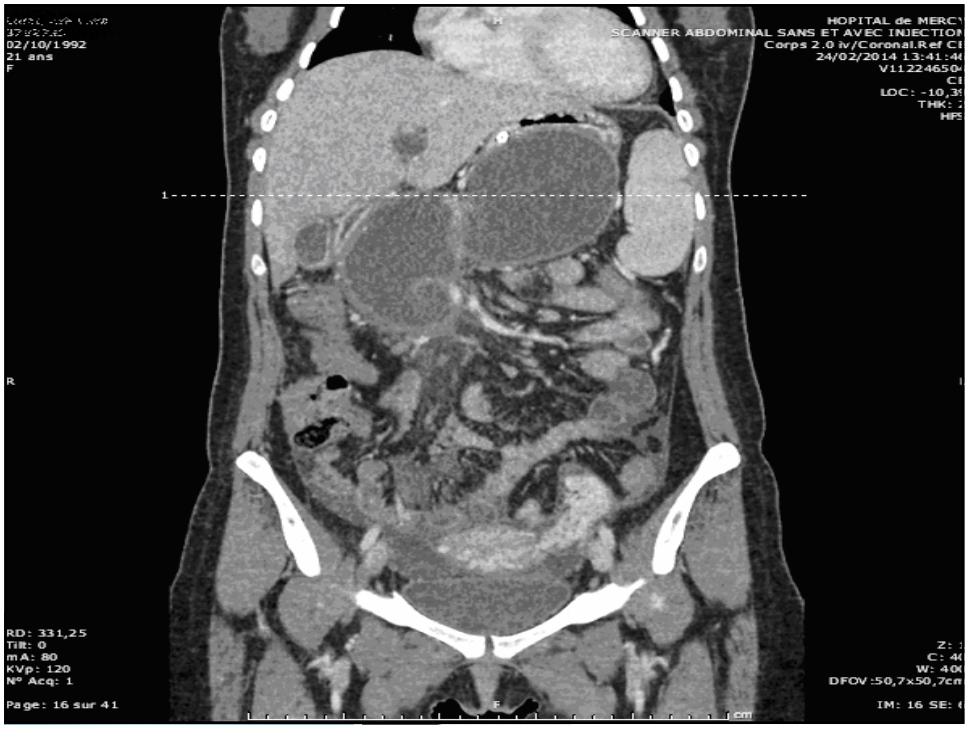
⇒ 3 CGR et 1PFC, exacyl, clottafact

- Évolution favorable

24/01/2014 :Scanner injecté

- 2 pseudo kystes comprimant la VB principale et refoulant l'estomac
- Coulée occupant les gouttières pariéto-coliques
- Nécrose tête pancréas comprimant VB





- **28/01/2014**

  - Douleur abdominale
  - Cholestase ictérique
  - Lipasémie

  ⇒ Endoprothèse biliaire par CPRE

  Amélioration biologique et clinique

- **30/01/2014**

  - Sortie J+18 en HGE

SUITES COMPLIQUÉES

- **05/02/14**
  - Thrombose portale étendue
    - ⟹ Anti coagulation curative
- **26/02/2014**
  - Majoration pseudo kyste pancréatique
    - ⟹ Chgt prothèse biliaire + drainage pseudo kyste

- **07/03/2014**
  - Surinfection du pseudo kyste
    - ⟹ Drainage par anastomose kysto-gastrique
- **18/3/2014**
  - Sortie au domicile à J+69

DISCUSSION

PANCRÉATITE AIGUE GRAVE EN GÉNÉRAL

- **Éléments de gravité**

Importance comorbidités et terrain
Défaillances d'organes : score SOFA ou APACHE II
Mortalité : score de BISAP

SCORE BISAP

Somme des signes suivants dans les 24 heures de la présentation

- Urée sanguine > 25 mg / dl (8.9 mmol/L)
- Glasgow < 15
- Syndrome de réponse inflammatoire systémique
- Âge > 60 ans
- Épanchement pleural sur des études d'imagerie

BISAP Score

BISAP Score	Observed Mortality
0	0.1%
1	0.4%
2	1.6%
3	3.6%
4	7.4%
5	9.5%

Wu et al, Gut 2008

ATB PRÉVENTIVE

- Non

Pas de différence de mortalité
Émergence de germes résistants
Surinfection à levure

Pancreatology .2013 Jul-Aug;13(4 Suppl 2)
IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. WorkingGroup IAP/APA Acute Apncreatitits Guidelines

La nutrition entérale

- Le plus précocement possible
- Dans les 24 heures suivant l'admission, réduction :

- de la mortalité
- des passages en réanimation
- d'infection de nécrose

Chang et al.critical Care 2013
Wereszczynska-Siemiatkowska et al. Pancreas 2013

PANCRÉATITE AIGUE ET GROSSESSE

QQ GÉNÉRALITÉS

- **Complication rare**

incidence est de 1 pour 1000 à 3000 grossesses

- **Fréquence** augmente avec le terme

- **Étiologie :**

- Lithiasique ++++
- Hypertriglycéridémie
- Pré-éclampsie
- Autre

Mortalité

- **Dans les années 70-80**

Mortalité maternelle 0 à 37%
Mortalité foetale 11 à 37%

Wilkinson EJ. Acute pancreatitis in pregnancy: a review of 98 cases and a report of 8 new cases. Obstet Gynecol Surv1973;28:281—303.

- **Actuellement**

Pas de mortalité maternelle
Entre 0.57 et 4.7% mortalité fœtale

Acute pancreatitis in pregnancy: review of three casesand anaesthetic managementR. Pandey, A. Jacob, H. Brooks Department of Anaesthesia, Leicester General Hospital, Leicester, UK

- **Due à :**

Amélioration du diagnostic
Pluridisciplinarité

- **Complication**

  - Idem que reste population

  - MAP
  - Accouchement prématuré
  - Mort foetale

EXAMEN DIAGNOSTIQUE D'IMAGERIE

- **ÉCHOGRAPHIE :**

  - Innocuité théorique
  - Moins bonne sensibilité que scanner et IRM

- **SCANNER :**

  - Rayonnement

- **IRM**

  - Difficulté à obtenir l'examen
  - Innocuité 1er trimestre non sûre à 100%

- **ÉCHOENDOSCOPIE**

  - Sensibilité élevée
  - Disponibilité limitée
  - Nécessité sédation

THÉRAPEUTIQUE

- **Traitement conservateur** à privilégier

- **Pas d'antibiothérapie préventive**

- Privilégier **alimentation per os**

Hernandez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A.Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience. JGastrointest Surg 2007;11:1623–7.

- **Éviter VVC**

Plus de complication infectieuse que le reste de la population

Russo-Stieglitz KE, Levine AB, Wagner BA, Armenti VT. Pregnancy outcome inpatients requiring parenteral nutrition. J Matern Fetal Med 1999;8:164–7.

- **Admission précoce en secteur de soins continus**

Diminue morbidité et mortalité fœtale

Demirkiran O, Dikmen Y, Utku T, Urkmez S. Critically illobstetric patients in the intensive care unit. Int J Obstet Anesth 2003;4:266–70.

CAS DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE

- **1ER TRIMESTRE :**

Abstention thérapeutique et cholécystectomie au 2ème trimestre

- **2ÈME TRIMESTRE :**

Cholécystectomie (coelioscopie)

- **3ÈME TRIMESTRE :**

Sphinctérotomie et cholécystectomie en post-partum

AVB OU CÉSARIENNE ?

- Aucun consensus

Aucune donnée dans la littérature

- Nécessité d'une concertation pluridisciplinaire et au cas par cas

- Risque de perforation de pseudo kyste lors du Valsalva : privilégier césarienne?

Eddy JJ, Lynch GE, Treacy DE. Pancreatic pseudocysts in pregnancy: a case report and review of the literature. J Perinatol 2003;23:69–72.

CONCLUSION

- Rare
- Pathologie lithiasique au premier plan
- Hospitalisation en soins continus précoce
- Mode d'accouchement ?
- Concertation pluridisciplinaire

MERCI DE VOTRE ATTENTION