

test clinique

les réponses

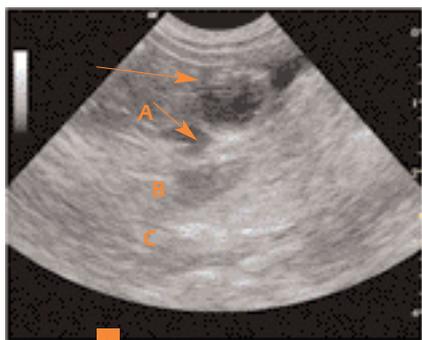
une pancréatite aiguë

Caroline Tardieu

Chemin du ruisseau du Moulin
66690 Saint-André



2 Radiographie abdominale
(photo Clinique de la Croix Bleue,
Perpignan).



3 Échographie abdominale :
- elle montre le pancréas d'échogéné-
cité hétérogène (à dominante hypoécho-
gène), la graisse péri-tonéale en regard hyper-
écho-gène, et la présence
d'un épanchement
autour du duodénum.
flèches : épanchement
A : duodénum ; B : pancréas ;
C : graisse péri-tonéale
(photo F. Albery).

1 Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et quels examens complémentaires envisagez-vous ?

• Face à un tableau clinique d'abdomen aigu associé à un état de choc, et à ces commémoratifs, les hypothèses diagnostiques suivantes peuvent être retenues :

- une péritonite ;
- une pancréatite aiguë ;
- une affection aiguë d'origine gastro-intestinale (ulcération, corps étranger, intoxication, ischémie, torsion de rate, volvulus, ...) ;
- une affection de l'appareil hépatobiliaire (obstruction ou rupture des voies biliaires) ;
- une affection du système uro-génital (obstruction urinaire par calculs uretéraux, abcès prostatique).

• La radiographie effectuée met en évidence une perte de contraste au niveau de l'abdomen crânial, suggérant une péritonite ou un épanchement focal, ainsi qu'un contenu aérien des anses digestives (photo 2).

• L'hyperglycémie oriente vers une pancréatite. Un snap test cPLI (lipase pancréatique) est alors réalisé, il se révèle positif.

• L'échographie abdominale montre un pancréas plutôt hypoécho-gène, mal délimité, ainsi qu'une augmentation de l'échogéné-cité de la graisse péri-tonéale en périphérie ; un épanchement localisé autour du duodénum descendant est également présent (photo 3).

Discussion

Diagnostic biologique

• Une élévation isolée ou combinée de l'amyplasémie ou de la lipasémie permet seulement de suspecter une pancréatite.

Un dosage de la lipase pancréatique (cPLI) est donc réalisé.

Ce dosage offre actuellement la meilleure sensibilité (selon les études, entre 63 et 93 p. cent) et la meilleure spécificité (selon les mêmes études, entre 78 et 97,5 p. cent) dans le diagnostic de la pancréatite du chien [3, 4, 5, 7].

• Lors de pancréatite aiguë, une élévation transitoire de la glycémie (par la libération d'hormones hyperglycémiantes), et une hypocalcémie (en rapport avec la saponification des graisses) sont fréquentes ; une modification de la valeur de la bilirubine, des transaminases et des phosphatases alcalines (due à la compression des voies biliaires), ainsi qu'une azotémie le plus souvent d'origine pré-rénale (choc hypovolémique) sont également observées.

Diagnostic par imagerie

• L'échographie est l'examen de choix, très spécifique si le matériel est performant et l'opérateur expérimenté.

• Le pancréas inflammatoire présente une taille augmentée, une échogéné-cité hétérogène ou diminuée ; en périphérie de l'organe, une hyperéchogéné-cité de la graisse péri-tonéale peut être observée, ainsi parfois qu'un halo hypoécho-gène masquant son contour (œdème périphérique), ou une collection anécho-gène (épanchement localisé) comme dans ce cas [1, 3].

• La radiographie, en revanche, manque de sensibilité.

2 Quel pronostic émettez-vous ?

• Le pronostic des pancréatites aiguës est réservé chez le chien, la mortalité varie de 27 à 47 p. cent [2]. En effet, lors de pancréatite, l'activation locale de la trypsine provoque des lésions pancréatiques importantes, ainsi que l'activation et la libération d'autres enzymes protéolytiques et lipolytiques localement, puis, si l'atteinte est sévère, dans la circulation générale. La mise en jeu du système de complément, de l'Interleukine 1 (IL-1), du TNF (Tumor Necrosis Factor), et du PAF (facteur d'activation plaquettaire) est responsable d'une inflammation systémique (SIRS) et d'une défaillance multiorganique : insuffisance rénale aiguë, détresse respiratoire, troubles du rythme cardiaque, coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD), sepsis.

• Dans le cadre d'une inflammation systémique, le nombre d'organes atteints conditionne le pronostic [2].

• À moyen terme, et les jours suivants, des abcès stériles peuvent se constituer au sein du pancréas et comprimer les voies biliaires. De plus, certains territoires pancréatiques peuvent nécroser, nécessitant alors une intervention chirurgicale.

• À plus long terme, les complications peuvent être un diabète sucré, une insuffisance pancréatique exocrine ou une pancréatite chronique [3, 6].

• Dans ce cas, les examens sanguins renouvelés quelques heures après le bilan précédent montrent les valeurs suivantes :

- calcium : 56 mg/l (valeur de référence (V.R.) : 79-120) ;
- créatinine : 39,2 mg/l (V.R. : 5-18) ;
- hémoglobine : 10,6 g/dl (V.R. : 12-18) ;
- plaquettes : 58 000 / mm³ (V.R. : 175 000-500 000).

Tableau 1 - Bilans sanguins et urinaires après mise en œuvre des mesures d'urgence

Analyse sanguine	
Paramètres	Valeurs obtenues (valeurs de référence)
● Glycémie	- 4,18 g/l (0,74-1,43)
● Urée	- 0,4 g/l (0,14-0,56)
● Créatinine	- 16,6 mg/l (16,6)
● Protéines totales	- 66 g/l (60-80)
● Na+	- 153 mmol/l (144-160)
● K+	- 4,4 mmol/l (3,5-5,8)
● Cl-	- 116 mmol/l (109-122)
Analyse urinaire	
● Densité	- 1,040 (réfractomètre)
● Bandelette	- Protéines = 0 - Sang = 0 - Bilirubine = ++ - Glucose = 0

Tableau 2 - 2^e bilan sanguin

Analyse sanguine	
Paramètres	Valeurs obtenues (valeurs de référence)
● ALKP	- 170 U/l (23-212)
● Calcium	- 73mg/l (79-120)
● Créatinine	- 31,5 mg/l (5-18)
● Glycémie	- 0,72 g/l (0,74-1,43)
● Protéines totales	- 72 g/l (60-80)
● Globules blancs	- 15 800/mm ³ (6000-12000)
● Globules rouges	- 8,28 M/mm ³ (5,5-8,5)
● Hémoglobine	- 17,9 g/dl (15-20)
● Hématocrite	- 54,9 % (44-57)
● Plaquettes	- 154 000 / mm ³ (200 000-460 000)

Tableau 3 - Posologie des morphiniques lors de pancréatite chez le chien
(d'après M. Hugonnard [2])

Analgésique	Posologie
● Morphine	0,2 à 1 mg/kg SC ou IM toutes les 4 h
● Butorphanol (Dolorex®)	0,1 à 0,8 mg/kg IM ou SC toutes les 1 à 2 h
● Buprénorphine (Buprécare®)	20 à 30 µg/kg IM ou per os
● Fentanyl®	Patch de 25 à 100 µg/h à renouveler tous les 3 j
● Protocol "MLK"	Morphine : 0,1 mg/kg/h + Lidocaïne : 10 à 30 µg/kg/min + Kétamine : 2 µg/kg/min

3 Quel traitement proposez-vous ?

● Il est primordial d'adapter le traitement à l'évolution de la maladie, en fonction des données cliniques et biologiques de l'animal. En cas de défaillance multi-organique, un traitement intensif est nécessaire :

- Le maintien de la volémie par perfusion intraveineuse adaptée, l'analgésie (tableau 3) et le traitement symptomatique des vomissements (citrate de maropitant, ou métopimazine, (l'usage du métoclopramide étant controversé [6])) constituent la base du traitement d'une pancréatite aiguë.

Des antisécrétoires, oméprazole ou ranitidine, peuvent être administrés en cas de vomissements fréquents.

- La lutte contre les surinfections bactériennes est réalisée classiquement avec des β-lactamines et du métronidazole ; les fluoroquinolones sont réservées aux cas suspects de bactériémie.

Remarque : les pancréatites canines sont en général aseptique.

- L'administration d'héparine de bas poids moléculaire (nadroparine calcique) à raison de 100 UI/kg par voie sous-cutanée une fois par jour, évite une CIVD [3].

- L'apport de facteurs de coagulation par transfusion de plasma frais est préconisé si possible. Il convient d'apporter 10 à 20 ml/kg de plasma par perfusion intraveineuse sur une durée de 4 à 6 heures [1].

- En règle générale, l'animal est réalimenté le plus tôt possible.

Dans ce cas, la réalimentation était impossible, sans une stabilisation médicale préalable.

● Face à la dégradation rapide de l'animal, l'impossibilité de réaliser une transfusion et la volonté des propriétaires, ce chien a été euthanasié.

CONCLUSION

● Les pancréatites du chien sont majoritairement idiopathiques. Certains facteurs sont prédisposants : la race (Schnauzers miniatures, Cockers, Cavaliers King Charles, Terriers), l'obésité, la consommation d'une alimentation riche en graisse, l'hyperlipémie notamment familiale (Schnauzers).

● Les manifestations cliniques d'une pancréatite peuvent être très variables, parfois frustes (alors souvent sous-diagnostiquées), ou bien d'évolution très rapide vers un état critique, comme dans ce cas. Il est alors essentiel de mettre en œuvre un traitement intensif, ainsi qu'une surveillance rapprochée de l'état clinique de l'animal, et de certains paramètres biologiques ciblés.

● Des études s'inspirant de la gestion des cas de pancréatite aiguë chez l'homme sont en cours ; elles recherchent de nouveaux marqueurs pronostiques chez le chien (établissement d'échelles de scores cliniques, dosage de la protéine C-réactive, ...) afin d'établir un pronostic fiable, et de mieux suivre l'évolution de la maladie et la réponse au traitement [2].

Références

- Freiche V, Hernandez J. Pancréas. Gastro-entérologie canine et féline, Elsevier Masson, Paris. 2010:257-83.
- Holm JM, Chan DL, Rozanski EA. Acute pancreatitis in dogs. Journal of Veterinary Emergency and Critical Care 2003;13(4):201-13.
- Hugonnard M. Les pancréatites du chien et du chat. CEAV de médecine Interne. Module gastro-entérologie 2011.
- McCord K, Davis J, Leyva F, coll. A multi-institutional study evaluating diagnostic utility of SPEC cPL in the diagnosis of acute pancreatitis in dogs. Proceedings ACVIM Montréal 2009 (abstract).
- Neilson-Carley SC, Robertson JE, Newman SJ, coll. Specificity of a canine pancreas-specific lipase assay for diagnosing pancreatitis in dogs without clinical or histologic evidence of the disease. Am Journal of Vet Res 2011;72: 302-7.
- Steiner JM. Canine pancreatic disease. Current Veterinary Therapy XIV Elsevier ed, Missouri 2009: 534-8.
- Steiner JM, Newman S, Xenoulis P, coll. Sensitivity of serum markers for pancreatitis in dogs with macroscopic evidence of pancreatitis. Veterinary Therapy 2008;9(4):263-73.

CANINE - FÉLINE

Crédit Formation Continue :
0,05 CFC par article