

## Case report

### Traumatisme fermé de l'abdomen occasionnant une pancréatite aiguë: présentation de cas



#### *Blunt abdominal trauma causing acute pancreatitis: presentation of the case study*

Youssef Khaoula<sup>1,\*</sup>, Jawhar Mokni<sup>1</sup>, Aloui Feten<sup>1</sup>, Beizig Ameni<sup>1</sup>, Maksoudi Chedly<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service des Urgences Hôpital Régional de Kasserin, Tunisie

\*Corresponding author: Youssef Khaoula, Service des Urgences Hôpital Régional de Kasserin, Tunisie

Mots clés: Pancréatite aiguë, traumatisme abdominal, grave de pronostic

Received: 22/12/2017 - Accepted: 17/04/2018 - Published: 13/06/2018

#### Résumé

La pancréatite aiguë est une affection grave de pronostic réservé, son étiologie est soit biliaire ou alcoolique et l'origine traumatique est extrêmement rare et souvent associée à d'autres lésions intra abdominale. Nous présentons le cas d'un homme 56 ans aux atcds psychiatriques sous neuroleptiques et aux ATCDS de néphrotomie gauche et qui consulte dans les suites d'une chute d'un escalier 3 jours auparavant pour sd occlusif, à l'examen état hémodynamique respiratoire et neurologique correct, sensibilité épigastrique, une TDM pratiqué montre une pancréatite stade E traumatique avec au bilan de nombreuses perturbations: élévation des amylases, de la glycémie, des GB et de la CRP; l'évolution était défavorable avec le décès du patient 72 H plupart par une défaillance multi viscérale suite à un choc septique malgré une réanimation approprié. La pancréatite aiguë traumatique étant une affection grave, pourvue qu'elle est très rare et parfois difficile à diagnostiquer vue la non spécificité des signes cliniques, il faut savoir y penser afin la prendre en charge à temps.

**Pan African Medical Journal. 2018;30:126. doi:10.11604/pamj.2018.30.126.14675**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/30/126/full/>

© Youssef Khaoula et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Abstract

*Acute pancreatitis is a serious disease having a guarded prognosis. Its etiology involves either bladder or alcohol. Traumatic origin is extremely rare and it is often associated with other intra-abdominal lesions. We here report the case of a 56-year old man with a history of psychiatric disorders for which he was under therapy with neuroleptics and of left nephrotomy. He presented, after a stair fall occurred 3 days before, with occlusive syndrome. Clinical examination showed normal respiratory hemodynamic and neurological status as well as epigastric tenderness. CT scan revealed traumatic pancreatitis stage E. Laboratory tests showed many disturbances: high amylase, blood glucose, white blood cell count and CRP. The patient died 72 hours after mainly because of multi-system organ failure secondary to septic shock, despite appropriate resuscitation. Acute traumatic pancreatitis is a serious condition. Although it rarely occurs and it is sometimes difficult to diagnose due to the non-specificity of clinical signs, physicians should suspect it in order to manage the disease early.*

**Key words:** *Acute pancreatitis, abdominal trauma, guarded prognosis*

## Introduction

---

La pancréatite aiguë est une affection grave de pronostic réservé, son étiologie est soit biliaire ou alcoolique et l'origine traumatique est extrêmement rare et souvent associée à d'autres lésions intra-abdominales.

## Patient et observation

---

C'est un homme âgé de 56 ans suivi en psychiatrie sous traitement neuroleptique et aux antécédents de néphrotomie gauche il y a une vingtaine d'années pour une étiologie indéterminée et qui consulte pour douleurs abdominales avec syndrome subocclusif. A noter la notion de traumatisme il y a 3 jours (chute d'escalier). Examen: état hémodynamique et respiratoire correct, état neurologique correct. Ecchymose périorbitaire gauche. Auscultation cardio-pulmonaire normale. Abdomen souple ballonné, sensibilité épigastrique. Le bilan biologique a montré de nombreuses anomalies: Glycémie élevée à 15,77 mmol, créatinine à 157, bilan hépatique normal, une CRP très élevée > 160 NFS: hb à 16,3 GB 22 400 plaq 164 000; TP à 62%. Une amylosémie 2 fois la normale à 345. TDM abdominopelvienne a montré (Figure 1 A, B): -un pancréas de densité hétérogène légèrement tuméfié siège d'une contusion hémorragique corpérocaudale avec épanchement péri pancréatique et importante densification de la graisse de l'arrière cavité des épiploons. -hémopéritoine de moyenne abondance diffus; péri hépatique, interanse, péri splénique et dans le Douglas. -Absence d'anomalie d'allure traumatique du foie, de la rate et du rein droit. pancréatite stade E traumatique. La décision thérapeutique était basée sur l'approche du traitement conservateur et le patient a été hospitalisé

en réanimation sous surveillance stricte clinique et biologique et principalement sous antibiothérapie large spectre forte dose et hyperhydratation. Malheureusement l'évolution était défavorable avec l'installation d'un choc septique suite à une surinfection des coulées de nécrose mal jugulée par une antibiothérapie à large spectre à forte dose et aboutissant à une défaillance multi-viscérale et au décès du patient au bout de 72 heures de son admission.

## Discussion

---

La pancréatite aiguë est une affection grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Son étiologie est souvent soit alcoolique soit biliaire. Vu sa localisation anatomique, l'origine traumatique est extrêmement rare en particulier en cas de traumatisme fermé, survenant seulement dans 0,2 à 4% des cas de traumatisme abdominal [1-4]. C'est une affection grave, de pronostic très réservé avec une mortalité très élevée, elle est souvent associée à d'autres lésions intra-abdominales en particulier celle du duodénum; seule elle est extrêmement rare (0,1% des cas) [4]. Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments clinique et biologique; l'imagerie permet de confirmer le diagnostic et de stadifier la pancréatite. Sur le plan clinique, elle se manifeste par des signes non spécifiques tels que des douleurs épigastriques, des vomissements. Sur le plan biologique, l'élévation de l'amylase n'est pas toujours présente et elle est non spécifique et non corrélée à la sévérité de l'atteinte; en effet l'amylase peut être normale le 1<sup>er</sup> jour ou même dans les quelques jours qui suivent le traumatisme [2-5]. Sur le plan radiologique, la TDM abdominale reste le moyen le plus accessible et le plus facile pour explorer un abdomen traumatique chez un patient hémodynamiquement stable; ce pendant, précocement faite le

pancréas paraît normal dans 20 à 40% des cas [2-5]. La mortalité est estimée à 9 à 46% des cas. Plusieurs facteurs s'y intriguent; le retard diagnostique ou de prise en charge semble en être un facteur déterminant, également la présence de lésions traumatiques associées, responsable notamment de choc hémorragique, ainsi que la pancréatite en elle-même et ses complications et elle n'est pas corollé au stade de la pancréatite [2-5]. Plusieurs facteurs s'associent pour prédire le pronostic en dehors de l'état hémodynamique du patient et l'atteinte du cholédoque, les facteurs décrits dans le score de RANSON: la glycémie élevée, l'élévation de l'urée, l'hyperleucocytose sont tous des indicateurs d'un mauvais pronostic [6]. Pour finir, la prise en charge des lésions traumatiques du pancréas n'est pas codifiée; chaque cas est particulier et plusieurs facteurs s'intriguent dans la décision thérapeutique: la nature de la lésion, sa localisation, l'atteinte ou non du cholédoque, les complications associées et l'état hémodynamique du patient sont les principaux arguments. Actuellement les nouvelles recommandations reposent sur l'approche du traitement conservateur non chirurgical [2, 3, 5].

## Conclusion

---

La pancréatite aiguë traumatique étant une affection grave, pourvue qu'elle est très rare et parfois difficile à diagnostiquer vu la non spécificité des signes cliniques, il faut savoir y penser afin la prendre en charge à temps.

## Conflits d'intérêts

---

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs

---

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Figure

---

**Figure 1:** (A, B) image de TDM abdominale

## Références

---

1. Brasoveanu V, Balescu I, Anghel C, Barbu I, Ionescu M, Bacalbasa N. A case report of pancreatic transection by blunt abdominal trauma. *Chirurgia (Bucur)*. 2014 Jan-Feb; 109(1): 123-7. **PubMed | Google Scholar**
2. Tan KK, Chan DX, Vijayan A, Chiu MT. Management of pancreatic injuries after blunt abdominal trauma: experience at a single institution. *JOP*. 2009 Nov 5; 10(6): 657-63. **PubMed | Google Scholar**
3. Seong Youn Hwang, Young Cheol Choi. Prognostic determinants in patients with traumatic pancreatic injuries. *J Korean Med Sci*. 2008 Feb; 23(1): 126-30. **PubMed | Google Scholar**
4. Ayaz Ahmed Memon, Hasnain Zafar, Rushna Raza, Ghulam Murtaza. Traumatic pancreatic injury-an elusive diagnosis: experience from a developing country urban trauma referral centre. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2013; 63(4): 440-444. **PubMed | Google Scholar**
5. Uma Debi, Ravinder Kaur, Kaushal Kishor Prasad, Saroj Kant Sinha, Anindita Sinha, Kartar Singh. Pancreatic trauma: a concise review. *World J Gastroenterol*. 2013 December 21; 19(47): 9003-9011. **PubMed | Google Scholar**
6. Popa CC, Badiu DC, Rusu OC, Grigorean VT, Neagu SI, Strugaru CR. Mortality prognostic factors in acute pancreatitis. *J Med Life*. 2016 Oct-Dec; 9(4): 413-418. **PubMed | Google Scholar**

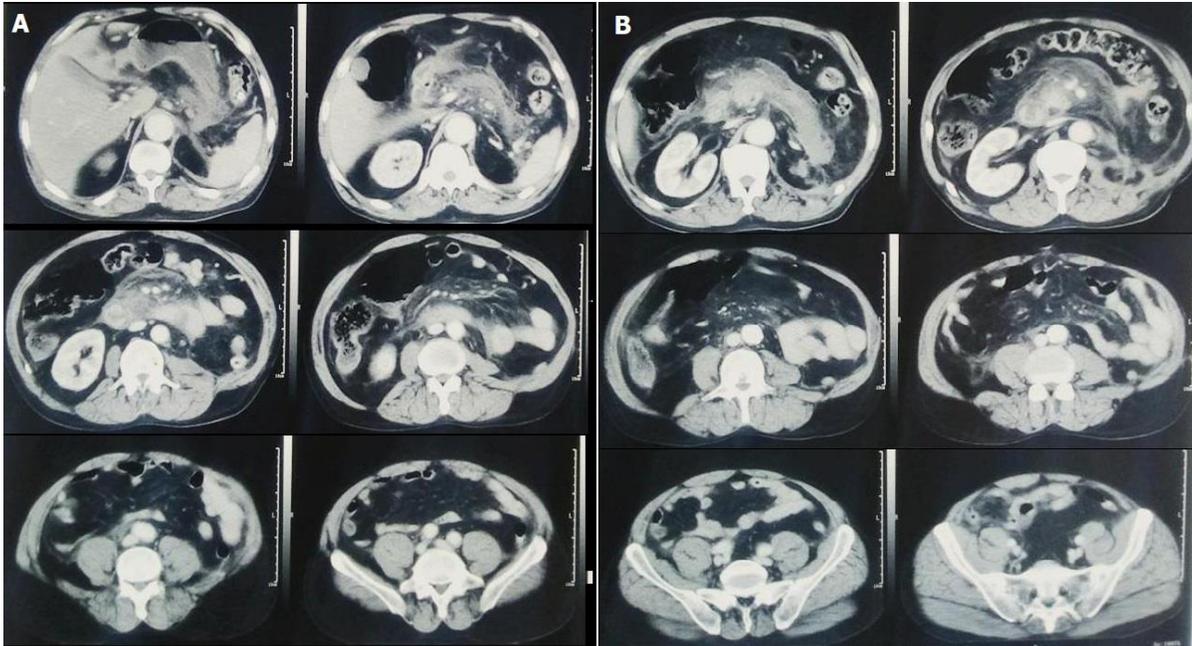


Figure 1: (A, B) image de TDM abdominale