

Les pancréatites chez le chien.

Une pancréatite est une inflammation du tissu pancréatique. Elle peut être qualifiée d'aiguë ou de chronique en fonction du type d'inflammation se développant dans le pancréas. En pratique, une pancréatite est considérée aiguë si les symptômes sont récents et chronique si les symptômes sont anciens et récurrents.

Une pancréatite peut être rencontrée à tout âge mais la plupart des chiens ont plus de 5 ans. Les Cavalier King Charles, les Cockers Anglais, les Terriers, les Boxers, Borders Collies et Schnauzers nains sont prédisposés. Certains facteurs de risques ont été identifiés : surpoids, écarts alimentaires, être stérilisé, avoir subi une chirurgie, une hyperlipidémie ou la prise de certains médicaments (phénobarbital, bromure, azathioprine, sulfamides notamment).

Lors d'un accès aigu de pancréatite, les signes cliniques classiquement identifiés sont un abattement, une anorexie, une déshydratation, des vomissements, de la diarrhée, une douleur abdominale. Dans les cas les plus sévères, une hyperthermie, une déshydratation, un ictère, des signes d'hypotension ou de troubles de la coagulation peuvent être présents. La présentation clinique d'une pancréatite chronique est beaucoup plus frustrante et se limite souvent à des phases d'anorexie et d'abattement ; les signes digestifs et la douleur abdominale sont relativement peu fréquents.

Le bilan sanguin hémato-biochimique de routine ne permet pas de diagnostiquer une pancréatite avec certitude. Il peut cependant montrer de nombreuses modifications mais les anomalies les plus évocatrices de pancréatite sont une augmentation des enzymes hépatiques (ALT et ALP), une hyperbilirubinémie, une hyperprotidémie, une leucocytose neutrophilique.

Le test le plus sensible et spécifique dans le diagnostic des pancréatites est la mesure de l'immunoréactivité de la lipase spécifique pancréatite canine ou cPLi. Une valeur inférieure à 200 µg/L n'est pas en faveur d'une pancréatite et une valeur supérieure à 400 µg/L est évocatrice de cette affection. Un résultat compris entre ces deux valeurs n'est pas considéré diagnostique. Ce test présente toutefois des limites. Il peut être faussement négatif lors de pancréatite chronique, en particulier si elle est légère à modérée. Il peut également être faussement positif en cas d'occlusion digestive, péritonite ou de masse hépatique. Un test rapide réalisable au chevet du patient existe (snap cPLi®). Un résultat négatif permet d'exclure une pancréatite aiguë mais un résultat positif doit être confirmé par d'autres examens.

L'échographie abdominale est l'examen d'imagerie de choix dans le diagnostic des pancréatites même s'il n'est pas toujours aisé, le pancréas n'étant pas l'organe le plus facile à distinguer. Les anomalies échographiques rapportées lors de pancréatite aiguë comprennent une hypoéchogénéité pancréatique, une augmentation de

taille et des contours irréguliers, une hyperéchogénéité du mésentère péri-pancréatique, une dilatation du conduit pancréatique et éventuellement une ascite. Lors de pancréatite chronique, l'échographie est moins sensible mais peut permettre d'identifier un pancréas de petite taille, hyperéchogène, irrégulier à multinodulaire.

L'examen de choix dans le diagnostic des pancréatites est l'examen histologique de tissu pancréatique. Il requiert malheureusement la réalisation de biopsies pancréatiques. L'invasivité de cette procédure explique qu'elle soit rarement réalisée.

Le traitement des pancréatites aiguës est largement symptomatique et doit être adaptée à la sévérité de chaque cas. Il repose avant tout sur la fluidothérapie qui permet de corriger les déficits hydro-électrolytiques et d'assurer une bonne perfusion du pancréas. Dans les cas sévères présentés en choc, la fluidothérapie permet également de restaurer une pression artérielle adéquate. Les pancréatites sont réputées douloureuses et le deuxième pilier du traitement est l'analgésie. Elle est assurée en hospitalisation par l'administration parentérale de dérivés morphiniques (morphine, buprénorphine, méthadone, fentanyl) éventuellement potentialisés par de la kétamine ou de la lidocaïne. En dehors de la clinique, le tramadol, la buprénorphine, la gabapentine peuvent être utilisés. Le prise en charge nutritionnelle est également indispensable lors de pancréatite aiguë. Il est actuellement recommandé d'initier la réalimentation dès qu'un bon contrôle des vomissements est obtenu, si nécessaire par le placement d'une sonde d'alimentation entérale (sonde naso-oesophagienne, sonde d'oesophagostomie). L'aliment apporté est le plus souvent appauvri en graisses bien qu'il n'existe pas d'évidence scientifique confirmant cette recommandation. Enfin, un traitement anti-émétique est prescrit afin de gérer les vomissements et/ou les nausées, un traitement anti-acide est également souvent administré. Les pancréatites aiguës ne requièrent un traitement chirurgical qu'exceptionnellement. C'est le cas de certaines complications comme un abcès pancréatique, un pseudokyste pancréatique ou une obstruction des voies biliaires extra-hépatiques.

Le traitement des pancréatites chroniques est largement symptomatique. La prescription d'un aliment appauvri en graisses permet d'obtenir une réduction de la douleur abdominale post-prandiale chez certains patients. Si elle est insuffisante, la prescription d'analgésiques oraux peut être recommandée (tramadol, paracétamol, gabapentine). Les conséquences fonctionnelles de la pancréatite chronique (diabète sucré, insuffisance pancréatique exocrine) doivent être prise en charge de manière spécifique lorsqu'elles sont identifiées.