



Profils épidémiologique-cliniques et étiologiques de la pancréatite aiguë dans le service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital Befelatanana.

Characteristics and outcome of acute pancreatitis at the gastroenterology and hepatology department of the Befelatanana hospital.

N H RANDRIAMIFIDY ^{(1)*}, R A L RAKOTOZAFINDRABE ⁽¹⁾, B M RALAIZANAKA ⁽²⁾, J A RAKOTOMALALA ⁽³⁾, H T RAVELOMANANTSOA ⁽¹⁾, M N A E A RAKOTONDRAVELO ⁽⁴⁾, T H RABENJANAHARY ^(5,6), S H RAZAFIMAHEFA ^(2,7)

- (1) Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar
(2) Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Universitaire Andrainjato, Fianarantsoa, Madagascar
(3) Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Universitaire Mahavoky Atsimo Mahajanga, Madagascar
(4) Unité épidémiologie et recherche clinique, Institut Pasteur, Antananarivo, Madagascar
(5) Service d'hépatogastroentérologie, Centre Hospitalier Universitaire Morafeno, Toamasina, Madagascar
(6) Faculté de Médecine de Toamasina, Madagascar
(7) Faculté de Médecine de Fianarantsoa, Madagascar

Soumis le 23 Février 2026
Accepté le 05 Avril 2026

RESUME

Introduction : La pancréatite aiguë est un processus inflammatoire aigu du tissu pancréatique pouvant provoquer des lésions locales, un syndrome de réponse inflammatoire systémique et une défaillance organique. Le but de ce travail est de décrire le profil épidémiologique, clinique et étiologique des patients atteints de pancréatite aiguë. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique des patients admis au service d'Hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana d'Antananarivo pendant 7 ans et 3 mois, diagnostiqués comme une pancréatite aiguë. **Résultats :** La prévalence hospitalière était de 2,5%. La sex-ratio et l'âge moyen étaient successivement de 2,5 et 40,6±14,4 ans. Près de 98,5% des patients présentaient une douleur abdominale. L'alcool (42,5%) et la lithiase biliaire (18%) étaient les principales étiologies. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement médical. Au final, 97,5% étaient de bonne évolution et 5 patients étaient décédés (2,5%). **Conclusion :** La pancréatite aiguë se manifeste principalement par des douleurs abdominales. Les principaux facteurs étiologiques identifiés sont l'alcool et la lithiase biliaire.

Mots clés : Etiologie ; Evolution ; Madagascar ; Pancréatite aiguë.

ABSTRACT

Background: Acute pancreatitis is an acute inflammatory process of the pancreatic tissue that can lead to local lesions, a systemic inflammatory response syndrome and organ failure. The purpose of this study is to describe the epidemiological, clinical, and etiological profile of patients with acute pancreatitis. **Methods :** This was a retrospective, descriptive, monocentric study of patients admitted to the Hepatology and Gastroenterology department of the Joseph Raseta Befelatanana Hospital University in Antananarivo over a period of 7 years and 3 months who were diagnosed with acute pancreatitis. **Results :** Its incidence was 2,5%. The sexratio and the average year was successively 2,5 and 40,6±14,4 years old. The abdominal pain appeared on 98,5% of the patients. The alcohol (42,5%) and the gallstones stayed (18%) the main etiology. All of the patients profited the medical treatment. 97,5% was in favorable evolution and 5 patients passed away (2,5%). **Conclusion :** Acute pancreatitis is primarily characterized by abdominal pain. The main identified causes are alcohol and gallstones.

Keywords : Acute pancreatitis ; Etiology ; Evolution ; Madagascar.

INTRODUCTION

La pancréatite aiguë est une affection caractérisée par une inflammation du pancréas. Elle peut entraîner des complications graves et est une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle constitue la principale cause d'hospitalisation pour la maladie gastro-intestinale aux Etats-Unis [1]. La mortalité dépend de la gravité de la maladie, allant d'environ 3% dans les cas de pancréatite interstitielle légère à 20% dans les formes nécrosantes [2]. Il existe deux types de pancréatite aiguë: pancréatite œdémato-interstitielle et pancréatite nécrosante. Les causes les plus fréquemment rencontrées dans la littérature sont la lithiase biliaire et la consommation excessive d'alcool [3]. A notre connaissance, peu d'études se sont penchées sur la pancréatite aiguë à Madagascar. Ainsi, L'objectif était de décrire le profil épidémiologique, clinique et étiologique des patients atteints de pancréatite aiguë au sein du service d'Hépatogastroentérologie du centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana

d'Antananarivo.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et monocentrique, menée sur une période de 7 ans et 3 mois, allant de Janvier 2015 au Mars 2022. L'étude a été réalisée dans le service d'Hépatogastroentérologie du centre hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana (CHU JRB), Antananarivo, Madagascar. La

Du Service d'Hépatogastroentérologie
CHU Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo

*Auteur correspondant :

Dr. Nitah Harivony RANDRIAMIFIDY

Adresse : Service d'Hépatogastroentérologie
CHU Joseph Raseta Befelatanana
Antananarivo, Madagascar

Téléphone : +261 34 77 908 64

E-mail : nitaharivony@gmail.com

population d'étude était constituée de tous les patients hospitalisés et diagnostiqués comme une pancréatite aiguë durant la période d'étude. Ont été inclus tous les patients avec un diagnostic certain de pancréatite aiguë (selon la classification révisée d'Atlanta) admis dans le service d'Hépatogastroentérologie. Ont été exclus tous les patients ayant des dossiers incomplets.

Selon la classification d'Atlanta de 2012, le diagnostic d'une pancréatite aiguë repose sur la présence au moins de deux des trois critères suivants : la douleur abdominale suggestive qui est marquée par une épigastrie persistante avec une irradiation dorsale, la lipasémie supérieure à trois fois la normale et la présence d'éléments caractéristiques à l'imagerie (au scanner ou à l'Imagerie par Résonance Magnétique ou à l'échographie abdominale). Les variables étudiées comprenaient les variables démographiques (genre, âge, secteur d'activité, niveau socio-économique), les variables cliniques (antécédents et signes cliniques), les variables biologiques (lipasémie), le diagnostic de gravité (score du Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique ou SRIS, Computed Tomography Severity Index ou score CTSI, classification d'Atlanta), les étiologies, les complications, les traitements et l'évolution intra-hospitalière. Le score SRIS permet d'évaluer la gravité clinique de la pancréatite aiguë. Sa gravité se définit par la présence d'au moins 2 éléments sur 4 du score (Score ≥ 2). Ces éléments comprennent une Température $< 36^\circ$ ou $> 38^\circ$, Fréquence cardiaque > 90 battements par minute, Fréquence respiratoire > 20 cycles par minute, leucocytes $> 12\ 000/\text{mm}^3$ ou $< 4000/\text{mm}^3$. Le score CTSI permet d'évaluer, par scanner abdominal, la gravité de la pancréatite aiguë. Il s'agit d'une pancréatite peu sévère si le score est compris entre 0 et 3, d'une pancréatite modérément sévère si le score est compris entre 4 et 6, et d'une pancréatite sévère si le score est compris entre 7 et 10. La classification d'ATLANTA permet d'évaluer la sévérité de la pancréatite aiguë. La forme légère se définit par l'absence de dysfonction d'organe et l'absence de complications locales ou systémiques. La forme modérément grave se caractérise par la présence transitoire (inférieure à 48 heures) de dysfonction d'organe, la présence de complications locales ou systémiques sans dysfonction d'organe persistante ainsi que des complications systémiques sous forme d'exacerbation d'une comorbidité sous-jacente. La forme grave se définit par la présence de dysfonction d'un ou plusieurs organes durant plus de 48 heures.

En ce qui concerne l'étiologie, la pancréatite aiguë alcoolique est définie par des antécédents d'alcoolisme chronique (plus de 40 grammes d'alcool par jour chez les femmes et 60 grammes par jour chez les hommes, pendant plus de 5 ans) ou par une consommation excessive d'alcool avant l'épisode de la pancréatite aiguë, et ce, en l'absence d'autres causes de pancréatite aiguë. La pancréatite aiguë est secondaire à une hypertriglycéridémie lorsque le taux de triglycérides est supérieur ou égal à 11,3 mmol/L (1000 mg/dL), et ce, en l'absence de lithiase biliaire ainsi que d'un antécédent significatif de consommation d'alcool. Le diagnostic d'une pancréatite aiguë auto-immune est posé devant une élévation de l'IgG4, et il est confirmé par l'examen histopathologique. On parle de pancréatite aiguë

idiopathique lorsqu'aucune cause n'est identifiée après la réalisation des bilans de recherches étiologiques. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients à l'aide d'une fiche d'enquête et analysées statistiquement à l'aide de logiciel SPSS[®], version 25.0.

RESULTATS

Au cours de la période d'étude, sur les 7919 patients hospitalisés au sein du service d'hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana, 200 ont été diagnostiqués comme pancréatite aiguë donnant une prévalence hospitalière de 2,5%. Une prédominance masculine était observée avec 143 hommes (71,5%) et 57 femmes (28,5%), soit un sex ratio de 2,5. La tranche d'âge la plus représentée était celle de moins de 30 ans ($n=28$ soit 28%), avec un âge moyen de $40,6 \pm 14,4$ ans. La majorité des patients avaient un niveau socio-économique moyen (45,5%). Les patients les plus affectés par la pancréatite aiguë étaient les employés du secteur secondaire ($n=95$ soit 47,5%). Dans notre étude, 124 patients (62%) étaient éthyliques, 39 patients (19,5%) étaient hypertendus et 13 patients (6,5%) étaient diabétiques (Tableau I).

La douleur abdominale était le signe le plus retrouvé chez 197 patients (soit 98,5%). Parmi les patients ayant réalisé la lipasémie, 126 patients (63%) avaient une valeur de lipasémie supérieure ou égale à trois fois la normale. Selon la gravité, 98 patients (49%) avaient une gravité clinique à l'admission selon le score SRIS (score ≥ 2). Dans les 72 heures où plus après la manifestation clinique, parmi les patients ayant réalisé le scanner abdominal, 46 patients ne présentaient aucune complication, c'est-à-dire ne score CTSI ≤ 3 , 20,27% CTSI entre 7 à 10 et 17,56% CTSI entre 4 et 6. Selon la classification d'Atlanta, 106 patients (53%) présentaient une pancréatite aiguë légère, 73 patients (36,5%) modérément grave et 21 patients (10,5%) graves. Parmi les patients, 91 patients (45,5%) avaient présenté des complications, dont les plus retrouvées étaient la nécrose pancréatique (30 patients soit 15%) et l'ascite (30 patients soit 15%) (Tableau II).

Dans notre étude, la première cause de la pancréatite aiguë était l'intoxication alcoolique dans 85 cas soit 42,5%, suivie de l'origine lithiasique et de la pancréatite idiopathique dans respectivement 36 cas (18%) et 62 cas (31%). D'autres étiologies aussi ont été aussi retrouvées telles que; tumorale, auto-immune, médicamenteuse, infectieuse et hypertriglycéridémie. La plupart des patients présentant une pancréatite aiguë (199 patients soit 99,5%) avait bénéficié des traitements médicaux conservateurs, c'est-à-dire un antalgique à type de Paracétamol ou dérivés morphiniques selon l'intensité de la douleur en complément de l'arrêt de toute alimentation jusqu'à la disparition de la douleur. Un patient était transféré en milieu chirurgical. L'évolution est marquée par une bonne évolution dans la majorité des cas (195 patients soit 97,5%) et 5 patients étaient décédés suite à des complications. La durée moyenne d'hospitalisation des patients était de $6,9 \pm 3,8$ jours (Tableau III).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et comorbidités de nos patients avec une pancréatite aigüe

Variable	Effectif n= 200 (%)	P
Genre		
<i>Homme</i>	143 (71,5)	0,006
<i>Femme</i>	57 (28,5)	
Age (ans)		
<i>Moyenne (ET)</i>	40,6 (14,4)	0,13
≤30	56 (28,0)	0,19
31-40	53 (26,5)	
41-50	40 (20,0)	
Secteurs d'activité		
<i>Primaire</i>	22 (11,0)	0,22
<i>Secondaire</i>	95 (47,5)	
<i>Tertiaire</i>	23 (11,5)	
<i>Autre</i>	60 (30,0)	
Niveau socioéconomique		
<i>Bas</i>	63 (31,5)	0,07
<i>Moyen</i>	91 (45,5)	
<i>Elevé</i>	46 (23,0)	
Tabagisme	88(44,0)	0,45
Alcoolisme chronique	124 (62,0)	0,17
Comorbidités		
<i>Hypertension</i>	57 (28,5)	0,001
<i>Diabète</i>	39 (19,5)	0,02
<i>Cardiopathie ischémique</i>	13 (6,5)	0,001
<i>Insuffisance rénale chronique</i>	1 (0,5)	0,35
<i>Asthme</i>	3 (1,5)	0,06
<i>Chirurgie récente</i>	4 (2,0)	0,26
<i>Tuberculose pulmonaire</i>	3 (1,5)	0,63
<i>Goutte</i>	4 (2,0)	0,90
	3 (1,5)	0,49
	12 (6,0)	0,16

DISCUSSION

Dans cette étude portant sur des patients hospitalisés pour une pancréatite aigüe dans le service d'hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, nous avons observé une prévalence hospitalière de 2,5 %. Ce résultat s'aligne avec les données épidémiologiques rapportées dans la littérature, comme celles d'une étude faite au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville dont la prévalence était de 3,7% [4]. Dans notre étude, nous avons noté une prédominance masculine, avec un sex ratio de 2,5. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature. Une étude faite au Burkina Faso a objectivé une prédominance masculine de 73,3% dont la sex-ratio était de 2,75 [5]. Dans notre étude, l'âge moyen des patients était de 40ans. Ce résultat est similaire aux résultats des autres études, montrant une prédominance des patients jeunes. En Alger, l'âge moyen des patients atteints de pancréatite aigüe était de 49 ans [6]. De même, une étude menée au Centre Hospitalier Universitaire de Fès à Maroc a montré un âge moyen de 46 ans [7].

Tableau II : Caractéristiques clinico-biologiques, scores pronostiques et étiologiques de nos patients avec une pancréatite aigüe

Variable	Effectif n= 200 (%)	P
Symptômes		
<i>Douleur abdominale</i>	197 (98,5)	0,63
<i>Nausées/vomissements</i>	124 (62,0)	0,34
<i>Fièvre</i>	25 (12,5)	0,16
<i>Arrêts des matières et des gaz</i>	21 (10,5)	0,33
<i>Signe de Grey Turner</i>	1 (0,5)	0,29
<i>Altération de l'état général</i>	60 (30,0)	0,007
<i>Diarrhée</i>	22 (11,0)	0,45
<i>Dyspnée</i>	4 (2,0)	0,03
<i>Hémorragie digestive</i>	11 (5,5)	0,26
<i>Ascite</i>	7 (3,5)	0,004
<i>Ictère</i>	17 (8,5)	0,04
<i>Déshydratation</i>	5 (2,5)	0,22
Score SRIS à l'admission		
< 2	102 (51,0)	< 0,001
≥ 2	98 (49,0)	
Score CTSI (n=74)		
<i>Moyenne (ET)</i>	3,1 (3,0)	< 0,001
≤3	46 (23)	< 0,001
4-6	13 (6,5)	
7-10	15 (7,5)	
Type de pancréatite		
<i>Œdémateuse</i>	168 (84,0)	< 0,001
<i>Nécrotique</i>	32 (16,0)	
Étiologies		
<i>Lithiase biliaire</i>	36 (18,0)	0,15
<i>Alcool</i>	85 (42,5)	0,56
<i>Infection parasitaire</i>	2 (1,0)	0,18
<i>Infection bactérienne</i>	2 (1,0)	0,93
<i>Hypertriglycéridémie</i>	1 (0,5)	0,29
<i>Auto-immune</i>	4 (2,0)	0,06
<i>Médicament</i>	3 (1,5)	0,06
<i>Pancréatite idiopathique</i>	67 (30,5)	0,45

SRIS : Syndrome de réponse inflammatoire systémique ; CTSI: Computed Tomography Severity Index

Dans notre cas, 45,5% des patients ayant un niveau socio-économique moyen. Une étude faite par Ellis MP et al a montré une incidence élevée de cette pathologie dans les zones avec un niveau socio-économique faible. La pancréatite aigüe d'origine alcoolique est dominante dans les zones dont le statut socio-économique est défavorisé. La pancréatite aigüe, bien que souvent associée à des facteurs de risque tels que l'alcoolisme et les maladies métaboliques, peut également être influencée par des conditions socio-économiques et des niveaux d'accès aux soins de santé [8]. Sur le plan clinique, la douleur abdominale était le symptôme le plus dominant de la pancréatite aigüe dans notre étude, observée chez 98,5 % des cas. Ce qui est similaire aux résultats retrouvés dans la littérature, comme une étude faite en Arabie saoudite montrant que la douleur abdominale était présente chez 83,6% des patients [9], confirmant son statut de principal symptôme de la pancréatite aigüe [10]. De plus, selon le critère révisé d'Atlanta, le diagnostic de la pancréatite aigüe est retenu par la présence de deux

des 3 critères suivants : douleur abdominale, lipasémie plus de trois fois à la normale et aspect radiologique compatible avec une pancréatite aiguë.

Tableau III : Complications, traitement et issue des patients intra-hospitalières

Variable	Effectif n= 200 (%)	P
Complications	91 (45,5)	< 0,001
<i>État de choc</i>	7 (3,5)	0,004
<i>Nécrose</i>	30 (15,0)	< 0,001
<i>Pseudo kystes</i>	21 (10,5)	< 0,001
<i>Pleurésie</i>	20 (10,0)	< 0,001
<i>Ascite</i>	30 (15,0)	< 0,001
<i>Abcès</i>	1 (0,5)	0,29
<i>Iléus paralytique</i>	21 (10,5)	0,33
<i>Décompensation des comorbidités</i>	21 (10,5)	< 0,001
<i>Défaillance respiratoire</i>	6 (3,0)	0,008
<i>Défaillance cardiaque</i>	2 (1,0)	0,13
<i>Défaillance rénale</i>	10 (5,0)	0,001
<i>Défaillance multi-viscérale</i>	4 (2,0)	0,03
Traitements		
<i>Médical conservateur</i>	199 (99,5)	0,29
<i>Chirurgie</i>	1 (0,5)	0,29
Durée de séjour		
<i>Moyenne (ET)</i>	6,9 (3,8)	< 0,001
Issue des patients		
<i>Bonne évolution</i>	195 (97,5)	0,02
<i>Décès</i>	5 (2,5)	

L'analyse des valeurs de lipasémie révèle que 63 % des patients avaient des taux supérieurs ou égaux à trois fois la normale. Ce résultat est proche de celui de la littérature. Ceux qui nous confirment l'importance et la place du dosage de la lipasémie en cas de suspicion de pancréatite aiguë tout en sachant que la normalisation de lipasémie n'élimine pas une pancréatite aiguë [11]. L'évaluation par le scanner abdominal a permis de classer les complications selon le score CTSI. Notamment, 46 patients (23,3 %) n'ont présenté aucune complication, tandis que 37,8 % des patients avaient un score CTSI entre 4 et 10. Ces résultats soulignent l'hétérogénéité des présentations cliniques dans la pancréatite aiguë et l'importance d'une prise en charge individualisée [12].

La classification d'Atlanta a permis de stratifier la sévérité de la pancréatite dans notre cohorte, avec 53 % des patients présentant une forme légère. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature, où la majorité des cas de pancréatite aiguë sont classés comme légers [13]. Et aussi, notre étude a été réalisée seulement dans un service d'Hépatogastroentérologie n'incluant pas le service de réanimation ou d'unité de soins intensifs.

Sur le plan étiologique, la pancréatite aiguë est une pathologie complexe dont les étiologies varient consi-

dérablement selon les populations étudiées. Dans notre cohorte, l'intoxication alcoolique s'est révélée être la principale cause de pancréatite aiguë, représentant 42,5% des cas. Ce résultat est similaire à des résultats retrouvés dans la littérature, qui soulignent l'importance de l'alcool comme facteur de risque majeur pour cette condition. De même que les hommes sont les plus touchés dans notre étude et du fait de l'alcoolisme précoce, chronique et excessif chez les hommes malgaches [14]. L'origine lithiasique constituait aussi l'une des principales causes de la pancréatite avec 18% des cas, ce qui est également conforme aux résultats d'autres études qui montrent que les calculs biliaires sont une cause fréquente de pancréatite aiguë, représentant 47,2 % des cas [15]. Sur le plan thérapeutique, les résultats de notre étude montrent que la majorité des patients atteints de pancréatite aiguë (99,5%) ont été traités par des approches conservatrices, comprenant principalement l'administration d'antalgiques et le jeûne thérapeutique jusqu'à la résorption des symptômes. Ce constat est en accord avec les recommandations actuelles qui soulignent l'importance d'une gestion conservatrice dans le traitement de la pancréatite aiguë, permettant ainsi une réduction des risques associés à des interventions plus invasives [12].

Les résultats de notre étude montraient une évolution favorable de la pancréatite aiguë, dont 97,5 % des patients (195 sur 200) ayant connu une amélioration clinique significative avec une durée moyenne d'hospitalisation de 6,9 jours. Ce résultat est proche de ceux rapportés dans la littérature. En Egypte, 8% des patients étaient décédés et la durée moyenne d'hospitalisation était de 6,89±1,89 jours [16]. Cette tendance positive dans le pronostic de la pancréatite aiguë est cohérente avec plusieurs études récentes qui mettent en évidence l'impact des avancées dans la prise en charge et le traitement de cette pathologie. De nombreuses études ont montré que la plupart des patients surtout les pancréatites aiguës légères sont de bonne évolution et ne nécessitent pas forcément une hospitalisation prolongée. [17]. Cependant, il est important de noter que malgré cette majorité de cas avec une évolution favorable, 5 patients de notre étude sont décédés en raison de complications, ce qui souligne la gravité potentielle de la pancréatite aiguë. Ces complications peuvent survenir rapidement et nécessitent une surveillance étroite ainsi qu'une intervention précoce pour améliorer le pronostic des patients.

CONCLUSION

Notre étude met en lumière la prévalence de la pancréatite aiguë au sein du service d'hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire de Befelatanana qui était de 2,5%. La prédominance masculine et la forte représentation des patients de moins de 30 ans soulignent l'importance d'une sensibilisation accrue sur les facteurs de risque, notamment l'intoxication alcoolique, qui demeure la principale étiologie identifiée. Le tableau clinique est typiquement marqué par des douleurs abdominales intenses. Malgré la gravité potentielle de la pancréatite aiguë, notre étude révèle que la majorité des patients a bénéficié d'un traitement conservateur efficace, conduisant à une évolution favorable dans 97,5% des cas.

REFERENCES

1. Werge M, Novovic S, Schmidt PN, Gluud LI. Infection increases mortality in necrotizing pancreatitis : Asystematic review and meta-analysis. *Pancreatology* 2016; 16(5): 698—707.
2. Kahalel M. Management of pancreatitis and pancreatic : fluid collections. *Rev Gastroenterol Peru* 2018; 38(2): 169—82.
3. Yadav D, Lowenfels AB. The epidemiology of pancreatitis and its complications. *Gastroenterology* 2013; 144(6): 1252—61.
4. Mikolélé Ahoui Apendi PC, Ngami RS, Inkiamé SPM, et al. Prévalence de la Pancréatite aiguë dans l'étiologie des douleurs abdominales à Brazzaville. *Health Sci Dis* 2024; 25(4): 140—3.
5. Ouangré E, ZaréC, Belemilga BGL, et al. Les pancréatites aiguës au centre hospitalier universitaire CHU Yalgado Ouedraogo au Burkina Faso. *Mali Med* 2016; 1(31): 8—11.
6. Slimane N, Khaiali R, Ammari S, Haicheur EH, Taieb M. Epidémiologie des pancréatites aiguës. *Ann Chir Alg* 2020; 51(1): 22—9.
7. Zaïmi M, Lamrani J, Bouassria A, Louchi A. Aspects épidémiologiques des pancréatites aiguës au CHU de Fes. A propos de 106 cas. *JEPH* 2009; 7: 53—9.
8. Ellis MP, French JJ, Chamley RM. Pancréatite aiguë et l'influence de la privation socio-économique. *Br J Surg* 2009; 96(1): 74—80.
9. Aljiffry MM, Alhazmi MF, Alqam RA, Takiyeddin SS, Abufaraj M. Epidemiological features of acute pancreatitis (AP) : largest single-center, cohort study in the western region of Saudi Arabia. *Cureus* 2023; 15(5): e38445.
10. Yadav AP, Raya A, Rai BK, Shah RP. Profil clinique de la pancréatite aigüe. *Janaki Med Coll J Med Sci* 2022; 10(2): 65—9.
11. Meunier A , Paisant A, Métivier C, Bisson R, Aube C. Place de l'imagerie dans la pancréatite aiguë. *Med Hyg* 2003; 61: 229—33.
12. Tenner, S, Baillie J, DeWitt J, Vege S. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2013; 108(9): 1400—15.
13. Papachristou GI, Muddana V, Yadav D, et al. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI scores in predicting organ failure, complications, and mortality in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 2010; 105(2): 435—41.
14. Raharison M. La lutte contre l'alcoolisme à Madagascar : le succès est-il possible ? [Thèse]. Médecine humaine : Antananarivo ; 2012. 151p.
15. Del Vecchio Blanco G, Gesuale C, Varanese M, Monteleone G, Paouluzi OA. Idiopathic acute pancreatitis : a review on etiology and diagnostic work-up. *Clin J Gastroenterol* 2019; 12(6): 511—24.
16. Alkareemy EAR, Ahmed LAW, El-Masry MA, Habib HA, Mustafa MH. Etiology, clinical characteristics, and outcomes of acute pancreatitis in patients at Assout University Hospital. *The Egyptian Journal of Internal Medicine* 2020; 32(1): 1—6.
17. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg* 2019; 14: 27.