



Item353-Pancréatite aiguë.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une pancréatite aiguë. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- CC: Pancréatite aiguë / SNFGE / 2001 - Polycopié national: item 268	- PA oedémateuse / nécrotique - PA alcoolique / biliaire / autres - Douleur épigastrique apyrétique - Etiologie: clinique / biologie / écho - Gravité: clinique / biologie / TDM - Score de Balthazar (4+6) / Ranson - Bulles d'air = ponction + ex. bactériologique - Traitement sympto: AG + SNG + RHE - C°: ABT + drainage chirurgical - Traitement étio: CPRE ou cholécystectomie	- Intoxication éthylique / Mdt - Prise de la température - Recherche signes de gravité - Lipase > 3N = PA - Echographie abdominale - TDM abdo injecté à +48H - ECG + troponine si doute - Fièvre sur PA = ICN = Pct° - Patient à jeun avec SNG - Prévention du DT +++ - Sevrage alcool au décours

Généralités

Définition

- Pancréatite aiguë (PA) = inflammation du pancréas
- En pratique = douleur pancréatique + lipasémie > 3N

Epidémiologie

- Incidence = 1-2/10 000 habitants/an en France / mortalité = 3 à 5%
- Etiologie de douleur abdominale rare (3%) mais grave (30% en Réa)

Formes anatomo-pathologiques

- **PA oedémateuse:** la plus fréquente +++ (90% des cas) / forme **bénigne**
- **PA nécrotique:** 10% des cas / forme **grave** / forme **grave**

Physiopathologie

- PA = auto-digestion des cellules pancréatiques par enzymes protéolytiques (trypsine)
- **2 mécanismes menant à la libération incontrôlée d'enzymes pancréatiques**
 - obstruction canalaire → synthèse dans interstitium (lithiase biliaire +++)
 - dysfonction des cellules acineuses → synthèse incontrôlée (alcool +++)

Etiologies

Lithiase biliaire de la VBP (PA biliaire ; 50%)

(cf [Lithiase biliaire et complications.](#))

- **Arguments en faveur = critères de Blamey +++**
 - Sexe féminin / âge > 50ans (terrain)
 - PAL > 2.5N / **ALAT > 3N** et ALAT > ASAT (cytolyse)

Alcool (PA alcoolique ; 40%)

- !! Diagnostic d'élimination = d'abord éliminer une PA biliaire
- Terrain: homme / éthyliste chronique à quantifier (cf [Addiction à l'alcool.](#))

Autres étiologies (PA « non A - non B » ; 10%)

- **A toujours rechercher (3) +++**
 - **Tumorales:** rechercher un **cancer** du pancréas / ampullome Votérien
 - **Métaboliques:** hypercalcémie (HPT I) / hyperlipidémie (HTG +++)
 - **Médicamenteuses:** toujours rechercher une prise médicamenteuse
- **Plus rares / en 2nde intention**
 - **iatrogènes:** post-CPRE (3%) / post-opératoire
 - **Immunologique :** PA récidivante.

- **Génétique** : 3 gènes : CFTR associé Muco +++
- **Infectieuses**
 - **Virus**: VIH (traitement ARV ++) / ROR / CMV / coxsackie
 - **Bactérie**: mycoplasma pneumoniae / legionelle / campylobacter jejuni
 - **Parasite**: ascarirose
- **Anomalies canalaire**s: (d'où obstruction)
 - Pancréas divisum: anomalie anatomique la plus fréquente (5-10% population)
 - Tumeurs intracanales papillaires mucineuses du pancréas (TIPMP)
- **PA idiopathique**
 - cf pas d'étiologie retrouvée dans 10% des pancréatites aiguës
 - → en général, cholécystectomie prophylactique quand même

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: atcd de lithiase biliaire / éthyliisme chronique
 - **Prises**: **alcool** (A savoir !) / médicamenteuse
 - **Anamnèse**: heure et mode de survenue / évolution
 - **Signes fonctionnels**
 - **Douleur pancréatique** +++
 - Siège: épigastrique / en barre
 - Intensité +++ : insupportable
 - Irradiation: en arrière / transfixiante
 - Position antalgique en antéflexion (// péricardite)
 - **Rechercher des signes associés**
 - !! **apyrexie** (si fièvre: surinfection des coulées de nécrose)
 - Signes digestifs: nausées / vomissements / iléus réflexe
- **Examen physique**
 - **Constantes**: température (A savoir !) / PA / FR / FC
 - **Examen abdominal**: typiquement pauvre / pas de défense en général
 - **Recherche des signes de gravité** (A savoir !)
 - Déshydratation: cf vomissements incoercibles
 - Signes de **choc**: collapsus / FC > 120 / marbrures / oligurie
 - Signe de Cullen: échy-moses péri-ombilicales
 - Signe de Grey-Turner = infiltration hématique des flancs
 - **Orientation étiologique clinique**
 - **En faveur d'une PA biliaire**: ictère / angiocholite / terrain (Blamey)
 - **En faveur d'une PA alcoolique**: éthyliisme / signes d'IHC ou cirrhose

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Dosage des enzymes pancréatiques** (A savoir !)
 - **Lipase > 3N = pancréatite aiguë** (par définition)
 - élévation de l'amylase (mais n'est plus utilisé: remplacée par lipase)
- **Pour diagnostic étiologique**
 - **Bilan biologique**
 - NFS: recherche ↑ VGM = alcoolisme chronique
 - BHC: **ALAT** > ASAT si **biliaire** / ASAT > **ALAT** si alcoolique
 - Iono-urée-créatinine (pour hypercalcémie) / EAL (pour HTG à faire à la phase initiale sinon patient à jeun chute rapide des TG !)
 - **Echographie abdominale** +++
 - **Systématique**: toujours rechercher une lithiase biliaire (A savoir !)
 - Parenchyme pancréatique peut être normal ou échogénécité ↓
 - Recherche une stéatose hépatique (cf stéatose alcoolique)
 - Recherche un épanchement pleural ou abdominal (SdG)
 - !! Peu sensible pour les lithiases de la VBP (Se n'élimine pasle diagnostic (A savoir !)
 - **En seconde intention si PA « non A - non B » (à distance)**
 - TDM de contrôle et écho-endoscopie pancréatique ++ (pour cancer)
 - Bilan métabolique: phospho-calcique (hypercalcémie) / EAL (hyperTG)
 - Interrogatoire: rechercher une prise médicamenteuse
- **Pour évaluation de la gravité**
 - **TDM abdominale injectée** → pour score de Balthazar

- D'emblée si doute ou SdG / sinon à + 48-72H après début des symptômes
 - Permet le diagnostic étiologique: recherche lithiase, stéatose alcoolique..
 - +/- thérapeutique: guide le drainage percutané si coulées de nécrose infectées
 - Bilan de gravité de la PA = TDM à J2/3 systématique / rechercher: (5)
 - Hypertrophie pancréatique diffuse = ↑ volume (cf PA oedémateuse)
 - Zones de **nécrose** pancréatique = **ne se réhaussant pas** après injection
 - Infiltration graisse péri-pancréatique = graisse hétérogène hyperdense
 - Collection liquidienne +/- surinfectée = abcès
 - Surinfection des coulées de nécrose = bulles de gaz +++
 - Bilan biologique
 - Éléments du score de **Ranson** (glycémie ++ : insuffisance pancréatique aiguë)
 - **CRP**: syndrome inflammatoire biologique / SdG si **CRP** > 150mg/L à 48h
 - Défaillance **d'organe**: iono-urée-créatinine (IRA) / TP-TCA-Plaquettes (CVD)
 - Ponction à l'aiguille fine radio-guidée
 - Pour diagnostic bactériologique si surinfection de la nécrose
 - Bilan pré-thérapeutique
 - Bilan pré-op: Gpe-Rh-RAI + TP-TCA / Cs anesthésie
- Signes de gravité: « PA grave » si ≥ 1 critère sur 5 parmi: (!! CC Pancréatite aiguë / SNFGE / 2001)**
- Terrain fragile (> 80ans / obèse / comorbidité)
 - Présence d'une défaillance d'organe
 - Score de Ranson > 3 à l'admission
 - CRP > 150mg/L à H48
 - Score de Balthazar > 4 à J3
- Diagnostics différentiels**
- Infarctus du myocarde: à éliminer au moindre doute: ECG + troponine (A savoir !)
 - Perforation d'UGD
 - Cancer du pancréas
 - Trouble métabolique: acido-cétose / ISA
 - Occlusion intestinale aiguë

Gravité et pronostic (CC SNFGE 2001) = 5

Terrain

- Age > 80ans
- Obésité (IMC > 30 kg/m²)
- Insuffisance organique pré-existante

Recherche d'une défaillance d'organe (+++)

- Hémodynamique: PAs < 90 / FC / marbrures
- Respiratoire: FR > 20 / PaO₂ < 60mmHg
- Neurologique: somnolence / GCS < 13
- Rénale: oligurie / créatininémie > 170µM
- Hématologique: P < 80 000/mm³

Score clinico-biologique = score de RANSON

à l'admission	à + 48h
Glycémie > 11mM	↓ Bicarbonates ≥ 4mM
Age > 55ans	PaO ₂ ≤ 60mmHg
Leucocytes > 16 000/mL	↑ Urée ≥ 1.8mM
LDH > 1.5N (350U/L)	Calcémie ≤ 2mM
ASAT > 6N (250U/L)	↓ Hématocrite > 10%
	Eau séquestrée ≥ 6L

Résultat

- PA sévère si score de **Ranson** > 3 → hospitalisation en REA
- score = 3-5 → mortalité = 10% / score ≥ 6 → mortalité > 50% !
- **Alternative: score d'IMRIE (ou Glasgow; seuil de gravité: IMRIE > 3)**
 - Age > 55 ans
 - Globules blancs > 15 G/L

- Glycémie > 10 mmol/L (saufdiabète)
- LDH > 600 U/L (3,5 N)
- Urée sanguine > 16 mmol/L
- Calcémie < 2 mmol/L
- PaO₂ < 60 mm Hg
- Albuminémie < 32 g/L
- ASAT > 100 U/L (2N)

CRP à 48H

- Signe de gravité si CRP > **150mg/L**

Score radiologique = score de BALTHAZAR

avant injection		après injection	
lésion morphologique	points	nécrose (%)	points
pancréas normal	0 (A)	0%	0
↑ volume du pancréas	1 (B)	< 30%	2
infiltration graisse	2 (C)	30-50%	4
coulée unique de nécrose	3 (D)	> 50%	6
≥ 2 coulées de nécrose ou surinfection (bulles d'air)	4 (E)		

- **Résultat**
 - Addition des 2 scores pour évaluation de la mortalité
 - Score = 0-3 → M = 3% / 4-6 → M = 6% / 7-10 → M = 17%
 - Pancréatite aiguë sévère si score de **Balthazar > 4**

Complications

Complications à la phase aiguë

- **Défaillances d'organes +++** (cf **Septicémie/Bactériémie/Fongémie de l'adulte et de l'enfant.**)
 - Syndrome de défaillance multi-viscérale (IRA ++ / SDRA / CIVD, etc.)
 - Choc septique = sepsis sévère + hypoTA malgré remplissage bien mené
- **Insuffisance pancréatique aiguë**
 - **Endocrine:** hyperglycémie fréquente (!! insulinothérapie si PA grave)
 - **Exocrine:** rare / dans le mois qui suit la PA / évolution favorable
- **Déshydratation**
 - DEC par constitution d'un 3ème secteur +/- IRA fonctionnelle
- **Autres complications locales aiguës**
 - Péritonite stercorale par perforation digestive voisine (C° précoce)
 - Atteinte organes voisins: rate / nécrose voies urinaires
 - Hémorragie par rupture des Vx rétro-péritoneaux ou spléniques

Complications à la phase subaiguë

- **Surinfection des zones de nécrose +++**
 - !! La plus **grave** des complications locales / **tardive** entre **S1 et S3**
 - **Clinique:** à évoquer devant toute **fièvre** +/- signes de sepsis (**A savoir !**)
 - **Paraclinique**
 - **TDM: bulles d'air** dans la coulée de nécrose (!! non spécifique)
 - **Ponction à l'aiguille fine:** diagnostic de certitude (**A savoir !**)
 - Sous guidage radiologique: TDM ou échographie
 - Prélèvement pour bactériologie: ex. direct / culture / ABG
 - **Germes en cause:** staph aureus / E. Coli / polymicrobien ++
- **Collections liquidiennes / pseudo-kyste**
 - !! Fréquentes: > 50% des cas
 - Si formation d'une paroi fibrineuse = **pseudo-kystes** / après ≥ 6 semaines
 - Si infection de la collection = abcès pancréatiques / dès J15 (!! pas de nécrose)

Complications à distance

- Insuffisance pancréatique endocrine (diabète) ou exocrine (malabsorption)
- Pseudokyste unique ou multiples +/- compressifs
- Autres: fistules pancréatiques internes / sténose colique..

Traitement

Mise en condition

- Hospitalisation / en urgence / en médecine ou **REA** si PA grave (**5**, cf supra)
- Pose VVP / oxygénothérapie / SNG si vomissement (! pas systématique)
- Maintien patient **A JEUN** +++ / repos strict au lit
- !! Arrêt de tout médicament potentiellement responsable/aggravant (**A savoir !**)

Traitement symptomatique +++

- **Mesures symptomatiques devant toute PA**
 - **Traitement antalgique**: paracétamol en IV / morphiniques faciles (!! AINS sont CI)
 - **Rééquilibrage hydro-électrolytique**: réhydratation isotonique (NaCl 0.9%)
 - **Pose SNG**: en pratique, seulement si vomissements / en aspiration douce
- !! En cas de PA sévère (≥ 1 des 5 SdG): ajouter
 - **Insulinothérapie**: si insuffisance pancréatique endocrine
 - **Nutrition artificielle ++** : **entérale** (!! en aval: sonde naso-jéjunéale) pour ~7 jours
 - **Traitement d'un choc / CIVD**: remplissage / noradrénaline / transfusion plaquette

Traitement étiologique (!! NPO)

- **Si pancréatite aiguë alcoolique**
 - Sevrage et **prévention du DT**: hydratation + Vit B1/B6/PP + BZD (**A savoir !**)
 - NPO sevrage de l'alcool à distance et soutien en toxicologie
- **Si pancréatite aiguë lithiasique** (!! CCPancréatite aiguë / SNFGE / 2001)
 - **Si PA lithiasique bénigne**
 - **Cholécystectomie en subaigu** coelioscopique avec cholangiographie perop
 - A faire pendant la même hospitalisation / !! **pas** d'indication pour CPRE
 - **Si PA lithiasique avec angiocholite ou ictère obstructif**
 - **CPRE en urgence** → sphinctérotomie puis extraction du calcul + bactéri
 - Cholécystectomie à distance de la poussée ($\geq +2M$) / sous coelioscopie
 - **Remarque**
 - Indication de la CPRE dans les PA graves non ictériques non consensuelle

Traitement d'une surinfection de coulée de nécrose

- **Traitement médicamenteux = antibiothérapie**
 - **Si surinfection des zones nécrosées = indication formelle à ABT**
 - Probabiliste / parentérale / à large spectre / active contre BGN et entérobactéries
 - **après la ponction** à l'aiguille fine +++ / secondairement adaptée à l'ABG
 - → Tienam ® + gentamicine en IV
 - !! **Remarque: ABT hors surinfection (ABP)**
 - Si PA bénigne (oedémateuse = 80% des cas) = inutile
 - Si PA nécrotique = **non** recommandée en ABP (fréquente en pratique)
- **Traitement chirurgical = drainage (sous AG ++)**
 - le **drainage** s'impose si surinfection nécrotique confirmée par la ponction (**A savoir !**)
 - Drainage sous contrôle radiologique souvent proposé en 1ere intention mais rarement suffisant
 - Le plus souvent chirurgicale = bi-sous-costale + nécrosectomie + lavage/drains
 - (parfois drainage par voie endoscopique, voie trans-gastrique ou trans-duodénale)

Mesures associées

- **P° des C° de décubitus: HBPM** + bas de contention + lever précoce
- **P° ulcère de stress: IPP PO** (surtout si PA grave en réanimation)

Surveillance +++

- **Clinique**: douleur (**EVA**) / **constantes** (PA-FC-FR-SpO2-T°) / liquide d'aspiration gastrique
- **Paraclinique**: lipasémie / glycémie / NFS-CRP / TDM 1x/10 jours si grave

Traitement préventif lors de la CPRE

(Recos européennes / ESGE)

- **Probablement à oublier pour l'ECN (absent du collège et du KB...)**
- Diclofénac 100mg ou Indométacine en intra-rectal avant ou après la CPRE
- Surveillance par amylasémie ou lipasémie pour les patients chez qui une CPRE est réalisée en ambulatoire
- sortie possible le jour même si valeur inférieure à 1,5N

Synthèse pour questions fermées

Quel est le principal inconvénient du score de Ranson ?

- On ne connaît la sévérité de la PA qu'après 48h...

"n'ont de réelle utilité que dans le cadre de protocoles d'études, la valeur individuelle est discutable car classent mal un patient sur 5" (Collège HGE)

Quels sont les 5 éléments d'appréciation de la gravité d'une PA dans les 48 premières heures ?

- Terrain - CRP - Score TDM - Score clinico-biologique - Existence d'une défaillance viscérale

Quel est l'examen de référence pour évaluer la gravité d'une pancréatite aiguë ?

- TDM à 48h (CT severity index)

Quel examen radiologique réalisez vous à l'admission de votre patient ?

- Echographie abdominale (cause lithiasique)

Dégradation clinique à J15 d'une pancréatite aiguë : douleur abdominale, fièvre et aggravation du syndrome inflammatoire biologique, quel est le premier diagnostic à évoquer ?

- Infection de la nécrose pancréatique