

Pancréatite aiguë IC-358

- Connaître la définition de la pancréatite aiguë
- Savoir identifier les situations de gravité immédiate de la pancréatite aiguë
- Savoir faire le diagnostic de pancréatite aiguë : sémiologie de la douleur pancréatique et biologie (lipase)
- Connaître le diagnostic différentiel des douleurs abdominales
- Savoir identifier une complication infectieuse secondaire
- Connaître les éléments biologiques permettant de suspecter une origine biliaire devant une pancréatite aiguë
- Connaître les indications et les objectifs des examens d'imagerie devant une pancréatite aiguë
- Connaître les éléments de gravité d'une pancréatite aiguë
- Tomodensitométrie d'une pancréatite aiguë nécrosante
- Savoir identifier les deux principales causes de pancréatite aiguë
- Connaître les autres causes de pancréatite aiguë
- Connaître la prise en charge symptomatique : nutrition des pancréatites, analgésie multimodale, principes de réanimation hydroélectrolytique, indication de transfert en réanimation ou surveillance continue
- Connaître la prise en charge étiologique : connaître les principes de prise en charge d'une pancréatite biliaire
- Connaître la prise en charge des complications : connaître les principes de prise en charge d'une coulée de nécrose
- Connaître le pronostic des pancréatites bénignes et sévères, évolution et mortalité
- Connaître les deux principales complications tardives d'une pancréatite aiguë

Connaître la définition de la pancréatite aiguë OIC-358-01-A

Définition : inflammation aiguë du pancréas associant œdème interstitiel et cytotéatonecrose (nécrose pancréatique et tissus avoisinants).

Mécanisme : autodigestion pancréatique par les enzymes pancréatiques protéolytiques.

Deux formes :

- pancréatite aiguë (PA) bénigne œdémateuse (80% des cas)
- PA sévère nécrosante (20% des cas) : 1 ou plusieurs défaillances d'organes, et/ou complication locale (nécrose, abcès, pseudo-kyste)

Savoir identifier les situations de gravité immédiate de la pancréatite aiguë OIC-358-02-A

La gravité immédiate de la PA s'apprécie sur les éléments suivants :

- la présence d'un Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique (SRIS)
- la présence d'une ou plusieurs défaillances d'organes (état de choc, troubles de la conscience, insuffisance rénale aiguë, détresse respiratoire aiguë, coagulation intravasculaire disséminée)
- les antécédents du patient : risque de décompensation d'une pathologie chronique

La présence de critères de gravité immédiate impose l'hospitalisation en unité de soins intensifs (absence de défaillance d'organes) ou en réanimation (1 ou plusieurs défaillances d'organes).

Savoir faire le diagnostic de pancréatite aiguë : sémiologie de la douleur pancréatique et biologie (lipase) OIC-358-03-A

Le diagnostic positif de PA repose sur l'association : **Douleur abdominale évocatrice + Lipasémie supérieure à 3 fois la normale (3N)**

- **Douleur abdominale évocatrice :**

La douleur pancréatique est présente dans plus de 90% des cas et est généralement typique avec :

- localisation : principalement épigastrique, débordant rarement vers les hypochondres
- début rapide, se majorant en quelques heures
- très intense
- à irradiation dorsale, transfixiante
- avec inhibition de l'inspiration
- position antalgique en « chien de fusil »

La douleur abdominale peut être accompagnée d'autres manifestations cliniques :

- vomissements par iléus réflexe

- météorisme sonore fréquent à l'examen clinique

- signes généraux : fièvre, tachycardie, hypotension

- **Elévation de la lipasémie supérieure à 3 fois la normale (3N)**

- précoce, le pic de lipasémie est parfois bref, atteignant son maximum en 24 à 48 heures après l'apparition de la douleur. Après 48 heures, le taux de lipasémie peut passer sous la barre de 3N.

- le taux de lipasémie n'est pas corrélé à la gravité de la pancréatite aiguë et n'a aucune valeur pronostique.

Connaître le diagnostic différentiel des douleurs abdominales OIC-358-04-A

- Infarctus myocardique inférieur
 - Ulcère gastro duodénal, perforé ou non
 - Cholécystite aiguë
 - Infarctus mésentérique
 - Péritonite
 - Rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale
-

Savoir identifier une complication infectieuse secondaire OIC-358-05-B

La surinfection de coulées de nécrose pancréatique est une complication grave de la PA, associée à une surmortalité.

Délai de survenue : 2 à 4 semaines après le début de l'hospitalisation

Mécanisme : translocation bactérienne à point de départ digestif

Signes évocateurs :

- cliniques : hyperthermie (« **hyperthermie/fièvre** »), apparition ou majoration d'un SRIS
- biologiques : apparition ou majoration d'un syndrome inflammatoire biologique (« **élévation de la protéine C-réactive (CRP)** », « **syndrome inflammatoire aigu ou chronique** »)
- radiologiques : présence de bulles d'air au sein des coulées de nécrose sur le scanner (inconstant) (« **découverte d'une anomalie abdominale à l'examen d'imagerie médicale** »)

Diagnostics différentiels : autres causes d'infection : intérêt des prélèvements bactériologiques multi-sites à la phase initiale (ECBU, écouvillon de cathéter, prélèvement pulmonaire)

Connaître les éléments biologiques permettant de suspecter une origine biliaire devant une pancréatite aiguë OIC-358-06-B

Des anomalies biologiques transitoires sont évocatrices d'une origine biliaire (migration lithiasique dans la voie biliaire principale):

- un pic précoce de transaminases (ASAT et ALAT), parfois élevé (souvent >10N),
 - associé souvent à une élévation des marqueurs de cholestase: PAL, GGT et bilirubine.
-

Connaître les indications et les objectifs des examens d'imagerie devant une pancréatite aiguë OIC-358-07-A

En cas d'association d'une douleur évocatrice + lipasémie supérieure à 3N, aucun examen n'est nécessaire au diagnostic positif de PA.

Les deux examens principaux sont l'**échographie abdominale (à visée étiologique)**, et le **scanner abdomino-pelvien** avec injection de produit de contraste (**pronostic et diagnostic différentiel**): ils sont complémentaires (Tableau 1).

L'échographie abdominale sert uniquement à l'orientation étiologique en recherchant essentiellement une lithiasie vésiculaire, plus rarement une dilatation de la voie biliaire principale et très rarement une lithiasie de la voie biliaire principale (sensibilité faible de l'échographie pour la lithiasie de la voie biliaire principale). Elle doit être faite systématiquement, idéalement dans les 48 heures (risque de sludge vésiculaire induit par le jeûne) et le scanner abdomino-pelvien ne peut s'y substituer car il est moins performant pour le diagnostic de lithiasie biliaire.

Le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste évalue principalement la gravité (même s'il peut identifier des diagnostics différentiels). Réalisé après un dosage de la créatinine, il ne doit pas être fait trop précocement car il risque de minimiser la gravité de la pancréatite. Il est effectué environ 72 heures par rapport au début de la douleur. En cas d'incertitude, (malade vu après le pic de lipasémie ou douleur atypique), le scanner abdomino-pelvien pourra confirmer la PA s'il montre des lésions caractéristiques. Le scanner abdomino-pelvien visualise :

- La présence et l'étendue d'une nécrose pancréatique (défaut de rehaussement du pancréas au temps précoce) ou péripancréatique
- La présence et la localisation des collections de nécrose
- Les complications, notamment une ascite, un épanchement pleural, une fistule, une hémorragie ou la perforation d'un organe creux.

Le scanner abdomino-pelvien permet de calculer le score de sévérité dénommé CTSI (Computed-Tomography Severity Index) qui combine l'étendue de la nécrose et le rehaussement du pancréas (Tableau 2). En cas de score supérieur ou égal à 4, la pancréatite est sévère et le risque de décès et de complications sévères est plus élevé.

Tableau 1. Indications et objectifs des examens d'imagerie devant une pancréatite aiguë (« demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique », « découverte d'une anomalie abdominale à l'examen d'imagerie médicale », « rédaction de la demande d'un examen d'imagerie », « demande d'un examen d'imagerie »).

	Échographie abdominale	Scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste
Indication	Diagnostic étiologique	Diagnostic de gravité +/- Diagnostic positif si présentation atypique +/- Élimine un diagnostic différentiel
Délai	Urgence : < 48 premières heures après l'apparition de la douleur	72 heures après l'apparition de la douleur
Anomalies recherchées	Lithiase vésiculaire Dilatation de la voie biliaire principale Lithiase de la voie biliaire principale	Nécrose pancréatique et collections de nécrose permettant le calcul du score CTSI ⁽¹⁾ (PA sévère si CTSI ≥ 4) Complications : ascite, épanchement pleural, fistule, hémorragie (« hémorragie aiguë »), perforation d'un organe creux

⁽¹⁾CTSI : Computed-Tomography Severity Index (score de sévérité)

Tableau 2. « Computed-Tomography Severity Index » - Score de sévérité des pancréatites aiguës

Critères scannographiques à 72 heures du début des douleurs	Points
INFLAMMATION PANCREATIQUE	0
• Pancréas normal	1
• Elargissement pancréatique (focal ou diffus)	2
• Infiltration de la graisse péripancréatique	3
• Une collection péripancréatique	4
• >ou égal à 2 collection OU une seule collection avec bulles de gaz	
NECROSE PANCREATIQUE	0
• 0	2
• < 30%	4
• 30-50%	6
• > 50%	

Classification Pancréatite peu sévère : 0-3

Pancréatite modérément sévère : 4- 6

Pancréatite grave 7-10

Connaître les éléments de gravité d'une pancréatite aiguë OIC-358-08-B

Critères de gravité cliniques :

- présence d'emblée ou apparition d'une ou plusieurs défaillances d'organes
- persistance d'un SRIS pendant plus de 48 h

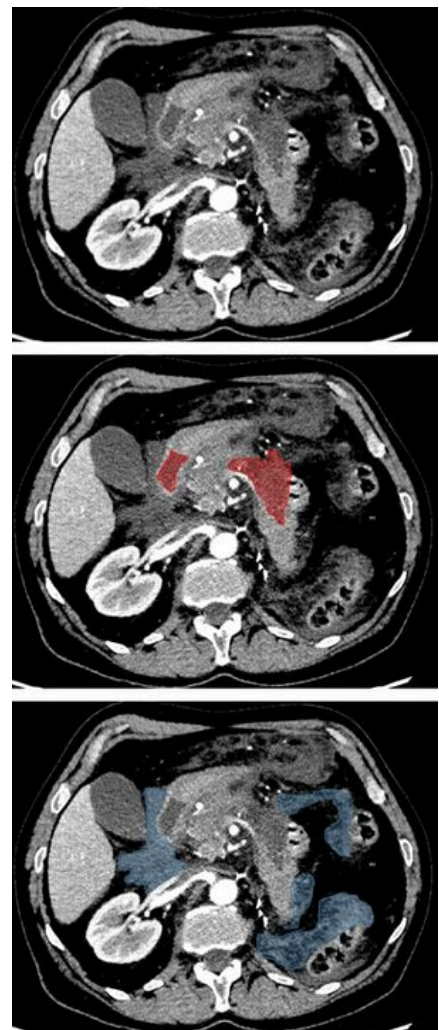
Critère de gravité biologique : CRP > 150 mg/L à 48 h

Critère de gravité radiologique : score CTSI ≥ 4 à 72 h (**2C-358-EC-A01**)

Tomodensitométrie d'une pancréatite aiguë nécrosante OIC-358-09-B

Nécrose pancréatique comprise entre 25% et 50% (en rouge), et collections de nécrose péri-pancréatiques (en bleu) vers les fascia péri-rénaux, le hile hépatique et vers l'avant dans le mésentère

(« [découverte d'une anomalie abdominale à l'examen d'imagerie médicale](#) »)



Pancréatite aiguë grave d'origine biliaire chez une patiente de 71 ans.

Savoir identifier les deux principales causes de pancréatite aiguë OIC-358-10-A

Les 2 principales causes de PA sont l'alcool (PA alcoolique – 40 % des cas) et la lithiase biliaire (PA biliaire – 40 % des cas).

Tableau. Éléments cliniques et biologiques en faveur d'une pancréatite aiguë alcoolique ou biliaire.

	PA alcoolique	PA biliaire
Terrain	Éthylisme chronique (souvent > 10 ans) Consommation d'alcool > 100 g équivalent éthanol pur par jour Antécédent d'autres maladies liées à l'éthylisme chronique	Surcharge pondérale et variations pondérales (typiquement après chirurgie bariatrique) Grossesse en cours Multiparité Antécédents familiaux de lithiase biliaire
Sexe	Masculin	Féminin
Âge	40-50 ans	> 50 ans
Clinique	Signes cliniques d'éthylisme chronique	Signes cliniques d'angiocholite aiguë
Biologie	Anomalies pré-existantes Macrocytose Élévation des γ -GT	Anomalies transitoires Élévation (« pic ») précoce des transaminases (ALAT > 3N) Élévation des marqueurs de cholestase : PAL, γ -GT, bilirubine

Connaître les autres causes de pancréatite aiguë OIC-358-11-B

- **Tumorale** : il s'agit de la 1ère cause à évoquer au-delà de 50 ans en cas de PA non alcoolique et non biliaire. Elle est la conséquence d'une compression extrinsèque du canal pancréatique principal (Wirsung), le plus souvent par un adénocarcinome. L'imagerie abdominale peut mettre en évidence des signes directs (obstacle tumoral) ou indirects (dilatation segmentaire des canaux pancréatiques)
- **Médicamenteuse** : certains médicaments peuvent être responsables de PA (> 100, les plus fréquemment impliqués ; IEC; le plus souvent non grave), bien que l'imputabilité soit souvent difficile à affirmer. L'interrogatoire et la chronologie de la prise

médicamenteuse par rapport à la PA aident à faire le diagnostic grâce notamment à des bases de données pancréatologiques (ex: Pancréatox®).

- Métabolique :
 - hypertriglycéridémie > 10 mmol/L (9 g/L); le taux de triglycérides doit être systématiquement dosé lors du bilan initial de PA car il baisse rapidement après le jeûne;
 - hypercalcémie > 3 mmol/l (quelle que soit la cause); la calcémie doit être systématiquement dosée lors du bilan initial de PA;
- Traumatique :
 - traumatisme abdominal fermé, notamment au cours d'un accident de la voie publique avec choc épigastrique.
 - iatrogène : cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) dans 5% des cas en lien avec l'injection de produit de contraste dans le canal pancréatique principal (Wirsung), sphinctérotomie endoscopique
- Infectieuse : rare et surtout d'origine virale (oreillons, CMV, EBV, échovirus et coxsackie). Les parasitoses peuvent entraîner des PA au cours de la migration des larves à travers le sphincter d'Oddi (ascaridiose)
- Ischémique : contexte de réanimation ou après une chirurgie abdominale ou cardiaque, liée à un bas débit et très grave.
- Auto-immune : le plus souvent non grave, parfois d'aspect pseudo-tumoral, +/- associées à une élévation des IgG4 ou aux MICI.
- génétique : PA récidivantes dès l'enfance
- Idiopathique : malgré une enquête étiologique complète, la PA peut rester sans cause; 15% des cas

Connaître la prise en charge symptomatique : nutrition des pancréatites, analgésie multimodale, principes de réanimation hydroélectrolytique, indication de transfert en réanimation ou surveillance continue OIC-358-12-B

La prise en charge des patients dépend de la sévérité de la pancréatite aiguë.

(« prescrire des antalgiques », « évaluation et prise en charge de la douleur aiguë »)

PA non sévère	PA sévère d'emblée ou aggravation secondaire avec critères de sévérité (2C-358-IU-B01)
Hospitalisation en secteur conventionnel	Hospitalisation en unité de soins intensifs (absence de défaillance d'organes) ou en réanimation (1 ou plusieurs défaillances d'organes)
Traitement étiologique	
Oxygénothérapie à la phase initiale	
Analgésie multimodale adaptée à l'intensité douloureuse	
Prophylaxie thromboembolique ou anticoagulation efficace si thrombose documentée	
Équilibration hydro-électrolytique : correction de l'hypovolémie	
Pas d'indication à une antibiothérapie préventive de l'infection de coulée de nécrose	
Maintien à jeun jusqu'à diminution des douleurs abdominales	
Sonde naso-gastrique en aspiration en cas de vomissements importants et incoercibles	
Alimentation orale dès diminution de la douleur (dans les 48-72 h généralement)	
Nutrition artificielle précoce, de préférence entérale, dès les 48 premières heures pour prévenir l'infection des coulées de nécrose	
Surveillance clinique quotidienne	Mesures spécifiques de réanimation en cas de défaillance d'organes
	Surveillance clinique et biologique pluriquotidienne

Prise en charge des pancréatites aiguës en fonction de la sévérité

Connaître la prise en charge étiologique : connaître les principes de prise en charge d'une pancréatite biliaire OIC-358-13-B

PA d'origine biliaire

La mise en évidence d'une origine biliaire par imagerie doit s'envisager en urgence, pour faire le diagnostic étiologique et traiter une éventuelle lithiasie enclavée dans l'ampoule de Vater (cependant 80% des calculs cholédociens s'évacuent spontanément). Quand ils sont volumineux, ils peuvent être visualisés lors de l'échographie abdominale ou du scanner.

Le traitement de la lithiasie biliaire du cholédoque est essentiel pour prévenir une récurrence de gravité imprévisible.

Il comporte :

- **Extraction de calculs enclavés dans le cholédoque** : cholangiographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec sphinctérotomie endoscopique (« demande et préparation aux examens endoscopique (bronchiques, digestifs) », « explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique ») :
 - en urgence (< 24 h) en cas d'angiocholite initialement associée
 - à distance sinon
- **Antibiothérapie** probabiliste après hémocultures **si angiocholite associée**
- **Cholécystectomie systématique** (« explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique »). Le plus souvent, elle est réalisée **avant** la reprise alimentaire orale, qui favorise les contractions vésiculaires et augmente le risque de récurrence de la PA biliaire ou d'autres complications lithiasiques :
 - au cours de la même hospitalisation en cas de PA non sévère
 - selon l'état clinique du patient en cas de PA sévère (souvent différée 3 à 6 semaines après l'épisode initial)

PA non biliaires

Elles relèvent d'un traitement de la cause (prise en charge de la consommation excessive d'alcool, traitement d'une cause métabolique ou tumorale, etc.) et de la prise en charge des facteurs aggravants (arrêt du tabagisme).

Connaître la prise en charge des complications : connaître les principes de prise en charge d'une coulée de nécrose OIC-358-14-B

Les éléments permettant de suspecter ou d'identifier une coulée de nécrose pancréatique sont présentés dans le paragraphe [2C-258-DP-B01](#).

Diagnostic et prise en charge :

- ponction-drainage (percutané radioguidé ou endoscopique) des coulées de nécrose (indiquée uniquement en cas de suspicion de surinfection) : à visée de documentation bactériologique et à visée thérapeutique (« **explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique** »)
- antibiothérapie adaptée aux prélèvements bactériologiques et aux hémocultures (antibiothérapie probabiliste avant réception des résultats bactériologiques en cas de sepsis sévère ou de choc septique) (« **prescrire un anti-infectieux** »)
- nécrossectomie chirurgicale en dernier recours en cas d'échec

Diagnostics différentiels : autres causes d'infection : intérêt des prélèvements bactériologiques multi-sites à la phase initiale (ECBU, écouvillon de cathéter, prélèvement pulmonaire)

Complications potentielles :

- érosion vasculaire au contact de la coulée de nécrose responsable d'un pseudo-anévrisme (ou faux anévrisme) : risque de rupture dans un organe creux ou dans le péritoine (« **hémorragie aiguë** »)
- thrombose porte ou mésentérique

Connaître le pronostic des pancréatites bénignes et sévères, évolution et mortalité OIC-358-15-B

La mortalité globale de la PA est inférieure à 5 %.

Celle des PA bénignes est inférieure à 1 %.

En cas de PA sévère, la mortalité est d'environ 10 % mais est plus élevée en cas de nécrose infectée (« **annonce d'un diagnostic de maladie grave au patient et/ou à sa famille** »).

Le pronostic initial est conditionné par les complications immédiates (choc, détresse respiratoire, syndrome de défaillance multi viscérale).

Le pronostic retardé est lié à la surinfection de nécrose qui survient le plus souvent entre la 2^{ème} et la 4^{ème} semaine.

A plus long terme peut apparaître une insuffisance pancréatique exocrine ou endocrine (diabète). Ces deux complications sont plus fréquentes en cas de PA sévère.

Connaître les deux principales complications tardives d'une pancréatite aiguë OIC-358-16-B

Les deux complications tardives essentielles sont l'apparition de pseudokystes ou de collections nécrotiques organisées:

- Ce sont des collections liquidiennes soit de liquide pancréatique par une fistule pancréatique (pseudokyste) soit liées à l'organisation et la liquéfaction des foyers de nécrose (collection nécrotique organisée);
- Elles peuvent être totalement asymptomatiques ou provoquer des douleurs;
- Elles peuvent disparaître spontanément (moins de 50 % des cas) ou se compliquer de rupture, d'hémorragie ou de compression des organes de voisinage (voies biliaires, duodénum, vaisseaux...);
- Elles sont identifiées par échographie ou plus souvent par scanner.

	Pseudokyste pancréatique	Collection nécrotique organisée
Définition	Collection de liquide pancréatique par une fistule pancréatique	Collection liée à l'organisation et à la liquéfaction des foyers de nécrose
Signes évocateurs	Douleur Signes en rapport avec la survenue de complications Peut être totalement asymptomatique	
Diagnostic positif	Échographie ou scanner abdominal (« découverte d'une anomalie abdominale à l'examen d'imagerie médicale »)	
Évolution	Régression spontanée (< 50% des cas) Complications : rupture, hémorragie, compression des organes de voisinage	

