

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Pancréatite aigue	Version : 2 Date d'application : 01/2023

Protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique des pancréatites aiguës.

1. Etiologies

- **Lithiasique** (40-50%) : probabilité évaluée par le score de Blamey (femme, > 50 ans, ALAT > 3N, PA > 2,5N). Pic de transaminase très précoce et transitoire.
- **Alcoolique** (30-40%). Ne pas oublier de rechercher une décompensation de cirrhose et de prendre en charge le sevrage alcoolique.
- **Autres** : tumeur pancréatique bénigne (TIPMP) ou maligne (adénocarcinome), médicaments (Codéine, Imurel®), cannabis, hypercalcémie, hypertriglycémie, pancréatite auto-immune, plus rarement : ascaris, VIH, Oreillon, tuberculose.

2. Présentation clinique

- **Douleur** et tension épigastrique, brutale, violente et permanente, transfixiante, inhibant la respiration, reproduite à la palpation +/- défense, et souvent résistante aux antalgiques simples.
- **Iléus réflexe** (60%), **nausée/vomissements** (70%), ictère (30%).
- +/- fièvre, sueurs, hypotension, confusion, polypnée.

3. Signes de gravité

- **Signes de choc** (tachycardie, hypotension, marbrures, sueurs, oligo-anurie, soif, confusion...)
- **Sepsis sévère et choc septique** (angiocholite ?)
- **Polypnée** (FR > 25), hypoxie, détresse respiratoire
- **Acidose lactique** (souvent le premier témoin d'une hypovolémie ou d'une nécrose)
- **Terminaison** : âge, obésité

4. Diagnostic

Douleur typique + Lipasémie > 3N

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Pancréatite aigue	Version : 2 Date d'application : 01/2023

5. Diagnostics différentiels

- Perforation d'ulcère gastrique et autres péritonites
- Colique hépatique, cholécystite et angiocholite
- SCA (notamment SCA inférieur)
- Ischémie mésentérique
- Dissection aortique
- Anévrysme de l'aorte abdominale compliqué
- Syndrome cannabinoïde
- Acido-cétose diabétique

6. Examens complémentaires

- **ECG** (éliminer en urgence un SCA inférieur)
- **Biologie** : NFS, ionogramme, fonction rénale, CRP, bilan hépatique complet, lipase, hémostase.
- Et une fois le diagnostic fait : rajouter la calcémie et la triglycéridémie (causes rares de pancréatite).
- **Gazométrie** (avec lactates) en cas de désaturation ou de signe de gravité.
- **RT** (avec coupes) ou échographie pleuro-pulmonaire : recherche d'épanchements pleuraux.
- **Echographie abdominale** : à réaliser dans les 24h (recherche de lithiases vésiculaires avant qu'elle ne soit induite par le jeûne) ; à demander dès les urgences si le radiologue est disponible, sinon sera faite depuis le service d'aval (notamment pour les patients admis aux urgences la nuit et sans perturbation du bilan hépatique).
- **Scanner abdominal injecté** : à faire entre 72 et 96h après le début des douleurs. Le faire aux urgences si le patient à mal depuis plus de 72h ou si on souhaite éliminer un diagnostic différentiel en urgence (notamment péritonite et pathologies vasculaires) ou une complication.

NB : Lipase ;

- *Savoir répéter le dosage de la lipasémie si elle est inférieure à 3N mais prélevée précocement par rapport au début des douleurs (cinétique 4 à 6h).*
- *Pancréatite aigüe sur pancréatite chronique calcifiante sans augmentation de la lipase, mais avec une douleur typique.*

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Pancréatite aigue	Version : 2 Date d'application : 01/2023

7. Prise en charge

- **Patient à jeun**
- VVP de bon calibre (+ 2^{ème} voie veineuse en cas de signe de gravité)
- Réhydratation : **Ringer Lactate** 3-4L/24h (Objectifs : Ht 35-44%, PAM 75, diurèse > 0,5-1ml/kg/h), à mettre en place rapidement, et à adapter à l'état d'hydratation du patient (clinique, protidémie, hématocrite...) avec correction des troubles ioniques.
- **Antalgiques : Morphine** souvent nécessaire + co-analgésiques (Paracétamol, Nefopam, Spasfon...). *Contre-indication des AINS. Attention aux doses de paracétamol si la fonction hépatique n'est pas connue, chez un patient à risque.*
- **Antémétiques +/- sonde naso-gastrique** en cas de vomissements répétés sur iléus réflexe.
- **Oxygène** en cas d'hypoxie (l'hypoventilation est fréquente).
- Contrôle glycémique par **insuline**.
- Drainage d'un épanchement pleural s'il est symptomatique.
- Chez le patient alcoolique chronique : vitaminothérapie +/- benzodiazépines selon le score de Cushman, et attention à l'hypophosphorémie et l'hypomagnésémie.
- En cas de pancréatite lithiasique : cholécystectomie à prévoir, au cours de la même hospitalisation en cas de pancréatite bénigne, au mieux avant la réalimentation per os.
- En cas de pancréatite lithiasique associée à une angiocholite : antibiothérapie, prise en charge du sepsis, et CPRE en urgences en cas d'angiocholite sévère ne répondant pas au traitement médical (expansion volémique et antibiothérapie IV).

8. Complications possibles à la phase aigue

- SDRA
- Défaillance hémodynamique (avec risque de foie de choc, d'insuffisance rénale fonctionnelle, de colite ischémique...)
- Hypoventilation (40% des cas)
- Epanchement pleural
- Insuffisance rénale aigue (3^{ème} secteur, vomissements, vasoplégie et hypotension)
- Syndrome du compartiment abdominal (abdomen tendue, hypoxie, IRA anurique, collapsus, ischémie mésentérique, cytolyse hépatique)
- Thrombose veineuse porte ou mésentérique.
- CIVD

Rédigé par : Tom VERCELLONE

Vérifié par : Marie-Angèle ROBIC ; Adrien LE MEUR

Approuvé par : Nathalie VINNEMANN ; Charles Henri HOUZE CERFON

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'urgences
Pancréatite aigue	Version : 2 Date d'application : 01/2023

9. Indications d'hospitalisation

- **Tout épisode de pancréatite aigüe typique doit être hospitalisé.**
- L'hospitalisation doit être discutée avec le spécialiste en cas de forme atypique (lipasémie élevée sans douleur typique, douleur sans hyperlipasémie, formes chroniques...)
- Service d'hospitalisation selon la gravité (gastro-entérologie, soins intensif, réanimation), à discuter avec les spécialistes concernés.

10. Prescription pour le service d'aval

- **Patient à jeun**
- **Antalgiques** adaptés à l'EVA (Morphine si besoin)
- **Réhydratation** avec du Ringer Lactate ou du Polyionique : 3 à 4L/24h
- **Traitement anticoagulant préventif**
- **Oxygène** si besoin
- **Antibiotiques** en cas d'angiocholite associée (cf *protocole angiocholite*)
- Sonde nasogastrique en cas de vomissements répétés
- Antiémétiques si besoin
- Chez le patient alcoolique chronique : vitaminothérapie systématique avec *Bévitine*® (B1) 500mg/j et *Becilan*® (B6) 500mg/j, et benzodiazépines en cas de risque de sevrage compliqué (ou en cas de signes de sevrage avéré : cf protocole Cushman).
- Surveillance toutes les 4h : température, FC, TA, saturation, diurèse, volume d'aspiration gastrique si SNG en place.
- Biologie de contrôle le lendemain : NFS, ionogramme, bilan hépatique.