

PANCREATITE AIGUE

Module de gastroentérologie
Pr TABECHE M.

DEFINITION -GÉNÉRALITÉS

Inflammation aigue du pancréas.

-2 formes:

PA oedemateuse: 80% des cas. Bénigne, guérison en moins de 10j. mortalité 0-1% .

PA nécrosante: 20% des cas. Grave, potentiellement létale, risque de défaillance viscérale. Mortalité pouvant atteindre 30%.

Dans 80% des cas l'étiologie est d'origine lithiasique ou alcoolique.

DIAGNOSTIC POSITIF

La PA se caractérise par:

- Une douleur: épigastrique et transfixiante en coup de poignard. Le début brutal ou rapidement progressif, intense et permanente.
a irradiation dorsale. Position antalgique en chien de fusil, aggravée par la prise médicamenteuse.
- Vomissements: alimentaires ou bilieux
- constipation: iléus réflexe.
- État de choc
- Défense à la palpation



DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic de pancréatite aiguë repose sur au moins 2 des 3 critères suivants:

- 1- une douleur abdominale évocatrice d'une origine pancréatique.
- 2-la lipase sérique $>3N$
- 3-l'imagerie (échographie, TDM,IRM) évocatrice de PA

DIAGNOSTIC POSITIF

Devant une douleur typique avec une lipasémie $> 3N$, le diagnostic de PA est posé

et

l'imagerie n'est pas nécessaire.

La lipasémie

- -examen nécessaire au diagnostic de PA.
- 10% des PA sont associées à une lipasémie normale.
- surtout s'il y a un délai entre le début des symptômes et la première prise de sang.
- 7 jours après le début des symptômes , la lipase peut s'être normalisée.
- Le diagnostic n'est donc pas exclu.
- En cas de doute devant un tableau abdominal aigu ,le seul examen radiologique à faire est une TDM avec et sans injection.

La lipasémie (2)

Le dosage de la lipasémie n'a aucun intérêt :

- Chez un malade n'ayant pas de symptômes évocateurs de PA.
- A titre de dépistage du cancer du pancréas.
- Comme élément de gravité ou de surveillance de la PA.

→ ne doit être dosée qu'une seule fois aux urgences devant un syndrome abdominal aigu

Diagnostic différentiel

Devant une douleur épigastrique à irradiation dorsale et si la lipasémie est normale .Il faudrait évoquer :

- Un infarctus du myocarde.
- Un ulcère duodéal perforé
- Une ischémie mésentérique
- Une rupture d'anévrysme de l'aorte abdominale.
- Une cholecystite,angiocholite ou péritonite biliaire.
- Une péritonite sur perforation intestinale.
- Il s'agit d'urgence nécessitant une prise en charge rapide.
- Le scanner permet de faire le diagnostic différentiel dans la plupart des cas cependant
- Chez tout sujet au-delà de 40ans présentant une douleur épigastrique même si le diagnostic de PA est évident il est obligatoire de faire un ECG avec dosage des enzymes cardiaques.

DIAGNOSTIC DE GRAVITE

On distingue 2 formes:

1-PA œdémateuse: 80%

Bénigne, elle ne s'aggrave pas en général,
guérison en moins de 10j. Mortalité: (0-1%)

2-PA nécrosante: 20%

Grave, potentiellement létale, risque de
défaillance viscérale, infection. Mortalité : (
pouvant atteindre les 30%).

DIAGNOSTIC DE GRAVITE(suite)

3critères:

- clinique ou SIRS
- biologique
- radiologique

Sur quel terrain surviennent les PA graves?

- comorbidités: cardiovasculaires+++

- IMC: sujet obèse

- âge: sujet âgé

Les scores clinico-biologiques : abandonnés(
Apache II, RANSON)


Une seule question SIRS ou pas SIRS

SIRS ou syndrome de réponse inflammatoire systémique

Prédiction de la sévérité à l'admission (sensibilité 100%, spécificité 31%)

4 Critères:

- Température: $< 36^{\circ}$ ou $> 38^{\circ}\text{C}$.
- Fréquence cardiaque > 90 batt/mn.
- Fréquence respiratoire > 20 /mn et $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg.
- Leucocytose $> 12000/\text{mm}^3$ ou $< 4000/\text{mm}^3$

Si au moins 2 des 4 critères  SIRS

- pas de SIRS: **Forme légère.**
- SIRS moins de 48h: **Forme modérée**
- SIRS persistant au-delà 48^{ème} h: **Forme sévère**

Gravité de la PA selon la classification d'ATLANTA REVISEE EN 2012

Légère	Absence de complication locale ou systémique
modérée	Complication locale ou systémique (décompensation d'une maladie préexistante ou défaillance d'organe transitoire (- de 48H)
sevère	Défaillance d'organes persistante (> de 48H)

- Mortalité:

- en cas de SIRS transitoire: 8%

- en cas de SIRS persistant au-delà de 48h: 25%

2 éléments peuvent être maintenus des anciens scores:

-Ht > 40%  hémoconcentration.

-insuffisance rénale  hypoperfusion rénale

2^{ème} critère de sévérité: examen tomодensitométrique

- Pas dans un but diagnostic
- scanner avec injection du produit de contraste (en absence d'insuffisance rénale)
- réalisation entre la 72^{ème} h et la 96^{ème} h du début des symptômes(interrogatoire du patient sur le début des symptômes)
- évalue:
 - inflammation pancréatique et péripancréatique.
 - nécrose pancréatique (absence de prise de contraste du parenchyme au temps injecté)
 - complications: hgie,fistule,perforation.

La seule indication du scanner précoce est le doute
diagnostic

Scanner précoce

risque de sous estimer la

SCORE CTSI (scanner)

Aspects morphologiques		Etendue de la nécrose	
-Pancréas morphologiquement normal	0	0% de la glande nécrosée	0
-Augmentation de volume	1	<30% de la glande nécrosée	2
-Infiltration de la graisse péripancréatique	2	30-50% de la glande nécrosée	4
-Une seule collection extrapancréatique	3	> 50% de la glande nécrosée	6
-Au moins 2 ou 1 collection contenant du gaz	4		
Valeur comprise entre 0 et 4		Valeur comprise entre 0 et 6	

Le CTSI correspond à la somme des deux

valeurs

Si CTSI <3, la morbidité et mortalité (3%) sont faibles

Si CTSI entre 4 et 6 : PA sévère, mortalité 6%

Si CTSI > 6: PA grave, mortalité 17%

CTSI modifié:

+ épanchement pleural: + 2 au score

+ ascite: +2 au score

COMPLICATIONS

- Complications initiales: 1^{ère} semaine
 - Defaillances graves:
 - SDRA (syndrome de détresse respiratoire aigu)
 - Insuffisance rénale aigu.
 - Choc hypovolémique
 - Autres: (plus rares)
 - pseudo anévrysmes par érosion artérielle.
 - rupture d'un organe creux (duodénum,colon)
 - fistule interne avec épanchement péritonéal,pleural
 - troubles de la coagulation (CIVD)
 - manifestations neuropsychiatriques (encéphalopathie pancréatique, confusion, désorientation)
 - manifestations cutanées: M.de WEBER CHRISTION (cytostéatonécrose)

	Phase précoce <4s	Phase tardive >4s
PA oedemateuse	Collection péripancréatique aigue	Pseudokyste
PA nécrosante	Collection nécrotique aigue	Nécrose collectée

-Complications tardives: 3-4 semaines dans les PA graves

1-Necrose pancréatique collectée, infectée (20- 30%)

Diagnostic clinique:

- signes de sepsis
- fièvre
- SIRS
- stagnation ou détérioration de l'état général

Diagnostic radiologique:

-présence de bulles de gaz extraluminaire dans le pancréas et/ou les tissus péripancréatiques.

Diagnostic bactériologique:

Preuve microbiologique par ponction

2 -Pseudokystes:

- Collections liquidiennes péripancréatiques
- compliquent 10 à 50% des PA, apparaissent en moyenne au-delà de 4 semaines.
- asymptomatiques ou douleurs.
- scanner: collection péripancréatique, hypodense, arrondie.
- évolution:
 - disparition :50% des cas.
 - complications: infection,hgie,compression d'organes du voisinage.

PRISE EN CHARGE INITIALE DE LA PA

- Tout patient ayant une PA doit être hospitalisé car évolution possible vers une forme compliquée.
- Hospitalisation simple ou en USI si signe de gravité.
- **Hydratation** en IV précoce : Ringer Lactate 3-4l dans les 24-48h (surveillance PAM, diurèse, HT)
- Antalgiques: paracétamol, morphiniques.
- Anticoagulation préventive (risque de thrombose élevée)
- Jeune initial
- Pas d'intérêt de l'antibiothérapie .
- IPP: prévention d'ulcères de stress.
- Prévention du délirium tremens (origine alcoolique): valium, vitB1,B6.

REALIMENTATION

- PA non grave: alimentation orale précoce (pauvre en graisse) après 48h sans douleur.
- Cas particulier de la PA d'origine biliaire non grave: pas de réalimentation avant la cholecystectomie car risque de récurrence.
- Prévoir la cholécystectomie durant la même hospitalisation(48-96h) puis réalimentation orale.

PA grave:(CTSI>6): nutrition entérale à privilégier > nutrition parentérale.voie gastrique ou jéjunale.

- la mortalité, les défaillances multiples d'organes et les infections systémiques.

Intérêt de la nutrition entérale dans les PA graves

- Mise au repos du pancréas
Préserve la trophicité de la muqueuse intestinale
- Prévient le risque de translocation bactérienne
- Apporte les besoins nutritionnels dans un contexte d'hypercatabolisme.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

- Defaillance d'organes: Phase aiguë
 - mesure de réanimation:ventilation mécanique: SDRA
 - Insuffisance rénale: dialyse.
- Infection de coulée de nécrose: J10-J14
 - documentation par ponction scanno-guidée ou endoscopie.
 - début d'une antibiothérapie à large spectre secondairement adaptée à l'antibiogramme
 - drainage en privilégiant les techniques les moins invasives: drainage percutané,necrosectomie par voie endoscopique, necrosectomie transmésocolique sous laparoscopie , necrosectomie chirurgicale par laparotomie.
 - .PKP infecté ou compression:
 - ponction échoguidée ou scanoguidée

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Doit être recherchée dès l'admission et le diagnostic de PA.

1- origine biliaire:40% (migration d'un calcul dans la VBP)

-femme,> 50 ans, surpoids, antécédents familiaux de LV .

↑-Bilan hépatique: transaminases

-Bilan hépatique normal: échographie abdominale

2-Alcoolique: 40%

-interrogatoire: ethylisme> 10ans, > 10verre /j

-signes d'impregnation alcoolique: (VGM,GGT)

-poussées de PA sur pancréatite chronique.

3- Autres:

-Tumeurs maligne ou bénigne du pancréas

-

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE (2)

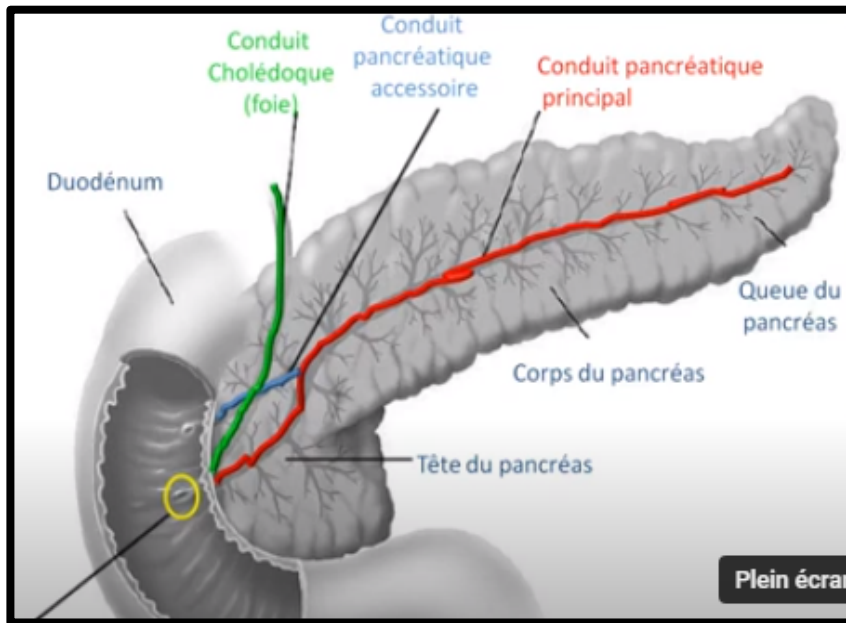
- Hypertriglyceridémie: ($> 10\text{mmol/l}$, aspect lactesant du sang)
- Hypercalcémie: ($> 3\text{mmol/l}$ associée à une hyperparathyroïdie.)
- Post-opératoire
- Post-CPRE
- Médicamenteuse: furosémide, imurel, depakine
- Infectieuses: oreillons
- Auto-immune: M.de CHRON, RCH.
- Post-traumatique
- Génétique
- Idiopathique.

- A distance , en l'absence d'orientation étiologique il faut réaliser:

Echoendoscopie biliopancréatique+cholangio-pancréatoIRM (1mois-6semaines)

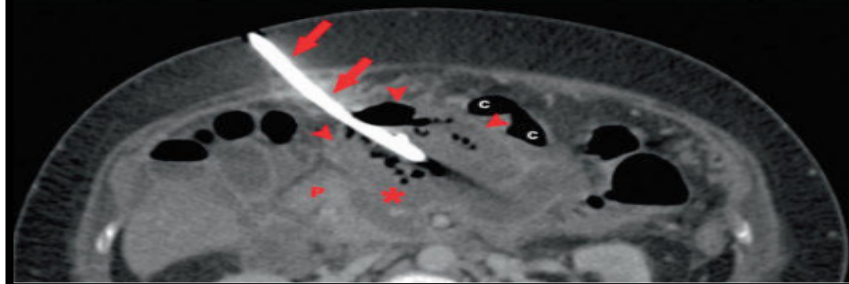
- Recherche:
- Microlithiase vésiculaire
- Anomalies canalaire pancréatiques
- Tumeurs pancréatiques
- Pancréatite chronique débutante.

CPRE +sphinctérotomie endoscopique + ATB:
angiocholite associée (48-72h)



Drainage sous CT-scan de la collection de nécrose aiguë surinfectée

Pose d'un drain Pigtail (flèches) au sein de la collection de nécrose aiguë infectée (têtes de flèche) par voie percutanée, sous guidage scanographique. * : nécrose pancréatique ; P : parenchyme pancréatique viable, se rehaussant ; C : côlon transverse.



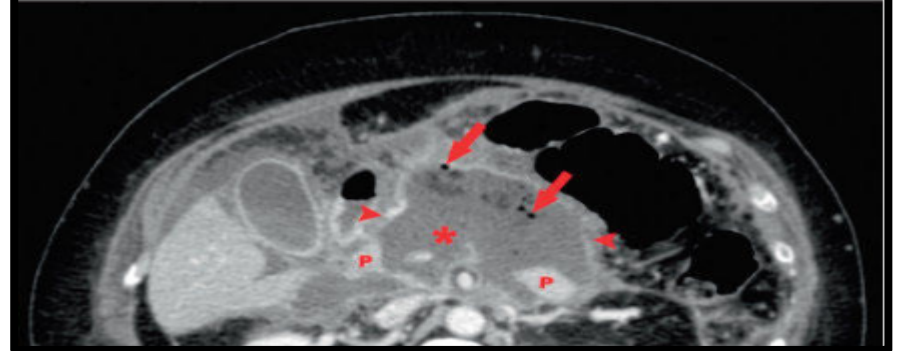


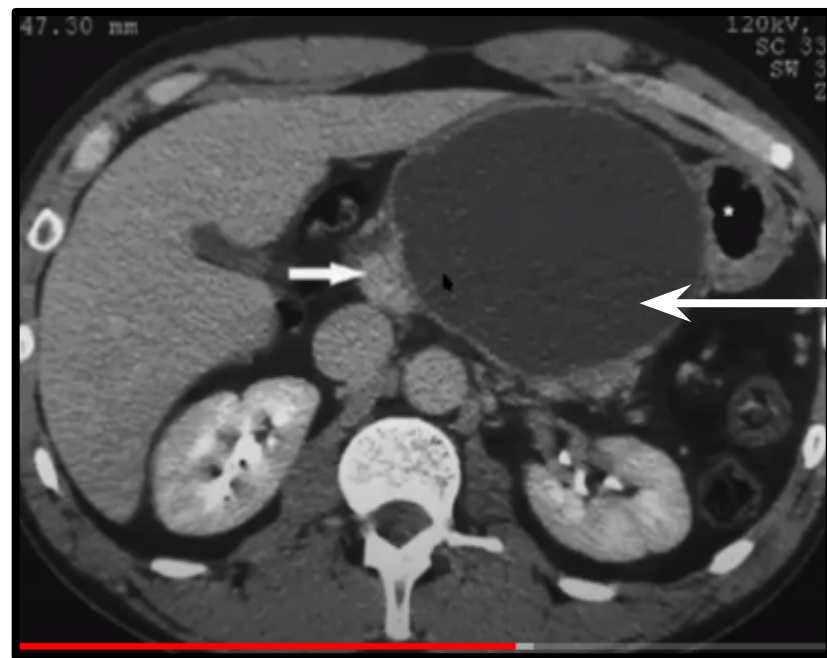
M.deWEBER CHRISTION :
cytostéatonécrose

CT-scan injecté montrant une pancréatite aiguë nécrosante avec surinfection de la nécrose (coupe axiale)

Formation d'une collection de nécrose aiguë (têtes de flèche) avec apparition de bulles d'air (flèches) en son sein, évocatrices d'une surinfection de la nécrose.

* : nécrose pancréatique ; P : parenchyme pancréatique viable, se rehaussant.





pseudokyst

e