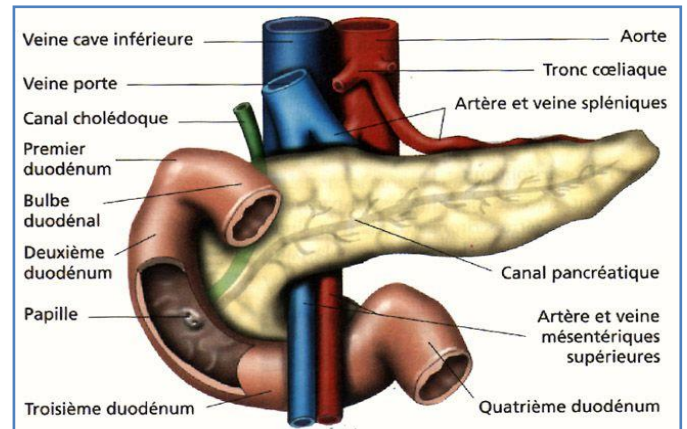


Les pancréatites aiguës

I/ Introduction - Définition

Un syndrome douloureux abdominal secondaire à une inflammation aiguë de la glande pancréatique allant de l'œdème (cliniquement bénigne) jusqu'à la nécrose pancréatique (cliniquement sévère)

« **autodigestion de la glande pancréatique** »



Des atteintes inflammatoires du pancréas avec une extension variable aux tissus voisins et aux organes à distance, associées à une élévation significative des enzymes pancréatiques

Une pancréatite légère (mild : modérée , bénigne , peu sévère) :

un minimum de dysfonction viscérale et une guérison sans complication

Une pancréatite sévère : une défaillance poly viscérale

des complications locales telles que : les pseudo kystes "aigus", la nécrose pancréatique, les abcès du pancréas

II/ Epidémiologie

✚ Terrain :

- Age moyen : 50-60 ans
- Sexe ratio = 1

✚ Fréquence en augmentation: 80.000 cas / an aux États-Unis.

✚ Formes graves: 15 à 20 % des PA

- 20 à 40 % de mortalité

III/ Physiopathologie

✚ **Théorie canalaire**

- surpression intracanaulaire par obstacle biliaire
- augmentation de perméabilité des endothéliums canaux aux enzymes protéolytiques

Alcool => viscosité du suc pancréatique => bouchons protéiques intracanaux => inflammation locale
Calcul => retrodiffusion du suc pancréatique



Augmentation de la pression intracanaulaire en amont

✚ **Théorie acineuse**

- origine toxique, ischémique...
- mise en contact des enzymes avec des hydrolases lysosomiales
- activation enzymatique (trypsine), lyse cellulaire, formation de radicaux libres

◆ **PHENOMENES INFLAMMATOIRES**

- Cascade de l'inflammation
- Manifestations ischémiques
- Recrutement des cellules inflammatoires: **cytokines et chimiokines**
 - Déséquilibre entre cytokines pro et anti inflammatoires et chimiokines => sévérité de PA
 - Libération de cytokines pro inflammatoires
 - => augmentation de la réaction inflammatoire locale => défaillances multiviscérales

◆ **CONSEQUENCES LOCALES:**

- œdème, nécrose du pancréas
- agression au niveau de la cavité péritonéale

◆ **CONSEQUENCES GENERALES**

- atteinte multiviscérale

IV/ Etiologies

◆ **Ethylisme**

◆ **Obstruction des voies biliaires**

- Traumatismes y compris opératoire
- Médicaments
- Exploration rétrograde des voies biliaires
- Hypertriglycéridémie
-

Toute PA non alcoolique non biliaire est d'origine tumorale jusqu'à preuve du contraire »

Age > 50 ans

- Tabagisme actif et important
- Diabète ou une altération de l'état général
- Antécédents familiaux
- Toute anomalie de structure du parenchyme
- Toute lésion kystique
- Distension canalaire (en amont de la tumeur) n'allant pas jusqu'à la région ampullaire
- Atrophie inexplicée du pancréas gauche

V/ Diagnostic positif

Le diagnostic de PA repose sur l'association de deux des trois critères suivants :

- Douleurs typiques
- Élévation des enzymes pancréatiques au-dessus de trois fois la normale
- Imagerie par scanner, IRM ou échographie

➔ Suffit à faire le diagnostic de pancréatite

A) Clinique

- **Douleur abdominales**++++
- Nausées , vomissements, arrêt des matières et des gaz
- Palpation: douleur provoquée, signe de Cullen, signe de Grey Turner
- Signes de gravité



B) Biologie

- **Lipasémie** > 3 N
- le bilan initial doit comporter un dosage :
 - des enzymes hépatiques,
 - de la triglycéridémie
 - et de la calcémie.
- FNS, bilan rénal, hémostase....
- CRP > 150 mg/l (84 % de risques de f. nécrotiques)
- Amylasémie: Ne la doser plus jamais et dans aucun fluide
- lipasémie > amylasémie sensibilité (94 vs 83%) spécificité (96 vs 88%)

International Association of Pancreatology
American Pancreatic Association
Marc Besselink , Pancreatology, 2013.

C) Radiologie

- une échographie abdominale impérative et urgente (une lithiasse vésiculaire avant qu'elle ne soit éventuellement induite par le jeûne.)
- Le scanner abdomino-pelvien
- pancréatoIRM
- Echoendoscopie

IMAGERIE NON OBLIGATOIRE



La PA est diagnostiquée sur les 2 premiers critères

Absence de signes de défaillance systémique

Absence d'un syndrome inflammatoire biologique sévère ou persistant .

Un réflexe !

- PA = scanner Pour faire le diagnostic et apprécier la sévérité
- Scanner nécessaire si PA supposée sévère, doute sur une complication, cause toujours pas déterminée

Pancréas

normal	A 0
élargi	B 1
asp. inflammatoire du pancréas, de la graisse	
péripancréatique:	C 2
une collection	D 3
2 collections ou +:	E 4

Nécrose

absente	0
1/3	2
moitié	4
> moitié	6

SCORE: <2 : morbidité : 4 % ; mortalité: 0
7 - 10: morbidité: 92 %; mortalité: 17 %

VI/ Diagnostic de gravité

Appréciation de la gravité par des scores ?

- IGS 2, APACHE II
- Scores spécifiques
 - Score de Ranson
 - Score d 'Imrie
- Enterrement du score de Ranson et de toutes ses variantes

Le seul score qui a été retenu est le score du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS).

➔ **SIRS :association de deux ou plus des conditions suivantes:**

- température < 36°C ou > 38°C ;
- fréquence cardiaque > 90/min ;
- fréquence respiratoire > 20/min ou PaCO₂ < 32 mmHg ;
- leucocytose > 12 000/mm³, < 4 000/ mm³ ou présence de formes immatures circulantes (> 10 % des cellules)

Sa présence à l'admission et surtout sa persistance plus de 48 heures prédisent une évolution sévère et un sur-risque de mortalité.

➔ Prédiction de la sévérité à l'admission Sensibilité: 100% , Spécificité: 31%

•Mortalité SIRS transitoire: 8 %

SIRS persistant > 48 h : 25 % Sensibilité 77-89% , Spécificité 79-86%

Facteurs de risque

- Âge
- Tares viscérales
- Obésité

≥ 1 défaillance viscérale = forme grave

- Rein
- Poumon
- Cardio-vasculaire

Meilleur marqueur = CRP

- Élévation retardée / au début des symptômes
- Valeur discriminante bonne > 48ème h
- Seuil de 150 mg/L VPN= 94%
- Élévation continue péjorative
- Décroissance rassurante

VII/ Diagnostic différentiel

- ◆ *Cholécystite aiguë*
- ◆ *Infarctus iléo-mésentérique*
- ◆ *Ulcère perforé*
- ◆ *Occlusion*
- ◆ *Péritonite*
- ◆ *Appendicite aiguë*

VIII/ Evolution et traitement

Phase précoce

- *intense réaction inflammatoire*
- *atteinte polyviscérale*

Secondairement, après 1 à 2 semaines

- *risque de surinfection de la nécrose*

A) Phase précoce

Complications cardiovasculaires

- *Etat de choc*
 - *82 % de décès vs 7 %*
 - *hypovolémie +++ (séquestration)*
 - *SIRS*
 - *hémorragique*
 - *septique, plus tardif*

Complications respiratoires

- *Hypoxémie modérée très fréquente*
 - *douleur, troubles de ventilation*
- *Epanchements pleuraux*
- *Aggravées par des troubles neurologiques*
- *SDRA: gravité ++*

Complications rénales

- *Fréquente*
- *Initiale par hypovolémie non contrôlée*
- *Secondaire*
 - *état de choc*
 - *sepsis*
- *Gravité variable*
- *Anurie: mortalité de 80 %*

✚ Complications diverses

- Hémorragies gastro-intestinales
- Hémorragies intra-abdominales (ulcération vasculaire)
- Perforations digestives

❖ Traitement général

- Maintenir la volémie (donc la TA et la diurèse)
- Prise en charge classique d'un choc de « type inflammatoire », noradrénaline, etc...
- Ventilation artificielle
- Troubles métaboliques:
 - hyperglycémie, hypocalcémie
 - hypomagnésémie, hypophosphorémie

➤ Analgsie

✓ morphiniques

pas de CI

souvent indispensables

✓ péridurale

hasardeux: infection, hématorachis

durée ?

➤ Antibiothérapie prophylactique et complications infectieuses

Conférence de Consensus:

Pas d'antibiothérapie préventive

risque écologique > bénéfice pour le patient

❖ Traitements à action locale ?

- Diminution de la sécrétion acide
 - antiH2, atropine
 - Somatostatine ou octreotide: inhibiteur de la sécrétion pancréatique
- Inhibiteurs de protéases: aprotinine

➔ **Pas d'indications**

❖ Traitement chirurgical précoce

- « 10-minute surgical discussion of acute pancreatitis should probably include 9 minutes of silence » Geokas 1972.
- S'abstenir dans la phase initiale
- SAUF si
 - diagnostic incertain
 - pancréatite biliaire persistante
 - perforation digestive
 - hémorragie intra-abdominale

Pancréatite aiguë et v. biliaires

- Pas de chirurgie biliaire en urgence
- CPRE ± sphinctérotomie en urgence
 - angiocholite et/ou critère obstructif (consensus)
 - PAG dans les 72 premières heures
 - si équipe entraînée
- Secondairement
 - pour éviter une récurrence

❖ Nutrition entérale

- formes « simples »: dès la disparition des douleurs (sans analgésiques)
- formes graves:
 - commencer « tôt »
 - au niveau jéjunale +++; v. nasale ou jéjunostomie
 - serait plutôt favorable
 - tolérance dans la phase précoce ?

❖ Nutrition parentérale

- Souvent nécessaire
 - au début
 - totale ou en complément
- Classique
 - 1.5 les dépenses énergétiques de base
 - apport de lipides en l'absence d'hypertryglycémie > 2-3 N

B) Deuxième phase

Complications infectieuses

- Infection de la nécrose: 50 %
- Si nécrose étendue, infection très fréquente
 - 70 % si nécrose entre 50 et 100 % du pancréas
- Par translocation bactérienne d'origine colique
- Tissu pancréatique et péripancréatique
- Conditionne largement le pronostic
 - défaillance multiviscérale

◆ Nécrose stérile ou infectée ?

- clinique: temp. sepsis
- leucocytose, CRP, procalcitonine ±,
- TDM (ou écho): ponction diagnostique à l'aiguille fine (18 à 22 g);
 - ✓ plusieurs zones.
 - ✓ bactériol: ex direct, culture
 - ✓ répéter l'examen

❖ Drainage percutané

- ✓ Selon l'opérateur
- ✓ Selon l'accessibilité de la zone concernée
 - souvent très insuffisant (liquide visqueux, drain de 24)
 - risque de surinfection
 - retard thérapeutique

❖ Traitement chirurgical

- ✓ Chirurgie souvent indispensable
- ✓ Soit après échec du drainage
- ✓ Soit d'emblée
 - zones inaccessibles ou multiples
- ✓ Gravité ?
 - complications (hémorragie, perforation)
- ✓ Chirurgie lourde, exérèse, drainage
- ✓ Reprise(s) programmée(s) ou non

IX/ Conclusion

- ◆ Penser à ce diagnostic
- ◆ Penser à l'obstruction des voies biliaires
- ◆ Prise en charge rapide des tr. Hémodynamiques et respiratoires
- ◆ Pas de chirurgie précoce (sauf exception)
- ◆ Suivi médico-radio-chirurgical
- ◆ Rechercher les complications infectieuses: clinique, TDM, ponction
- ◆ Associer
 - décision chirurgicale
 - radiologie interventionnelle
 - **PLURIDISCIPLINARITE**

Points forts

- ◆ La sévérité d'une pancréatite aiguë se juge sur l'existence de défaillances viscérales et le risque d'évolution sévère sur le calcul du score SIRS. Le score de Ranson doit être abandonné.
- ◆ La nutrition entérale est le seul traitement médical ayant un effet positif sur la mortalité.
- ◆ L'antibiothérapie prophylactique est décommandée par tous les guidelines.
- ◆ Le traitement de la nécrose infectée nécessite une approche multidisciplinaire et doit suivre une stratégie dite «step-up» débutant par un drainage radiologique jusqu'à un drainage chirurgical si nécessaire.
- ◆ Le traitement de la lithiase biliaire est essentiel au cours de la pancréatite biliaire. Il repose sur une cholécystectomie avant la reprise alimentaire en cas de pancréatite bénigne. La sphinctérotomie en urgence n'est indiquée de façon formelle qu'en cas d'angiocholite associée.