



PANCREATITE AIGUE

GASTRO-ENTEROLOGIE

4^{ème} Année Médecine

A.K. GHOUALI

Amin.ghouali@univ-tlemcen.dz

Janvier 2025

OBJECTIFS

- Diagnostiquer une pancréatite aigue
- Etablir le degré de gravité des pancréatites aigues
- Planifier la prise en charge des pancréatites aigues



PLAN

- Introduction
- Physiopathologie
- Etiologies
- Diagnostic positif
- Gravité et Pronostic
- Complications
- Traitement
- Points essentiels

GENERALITES

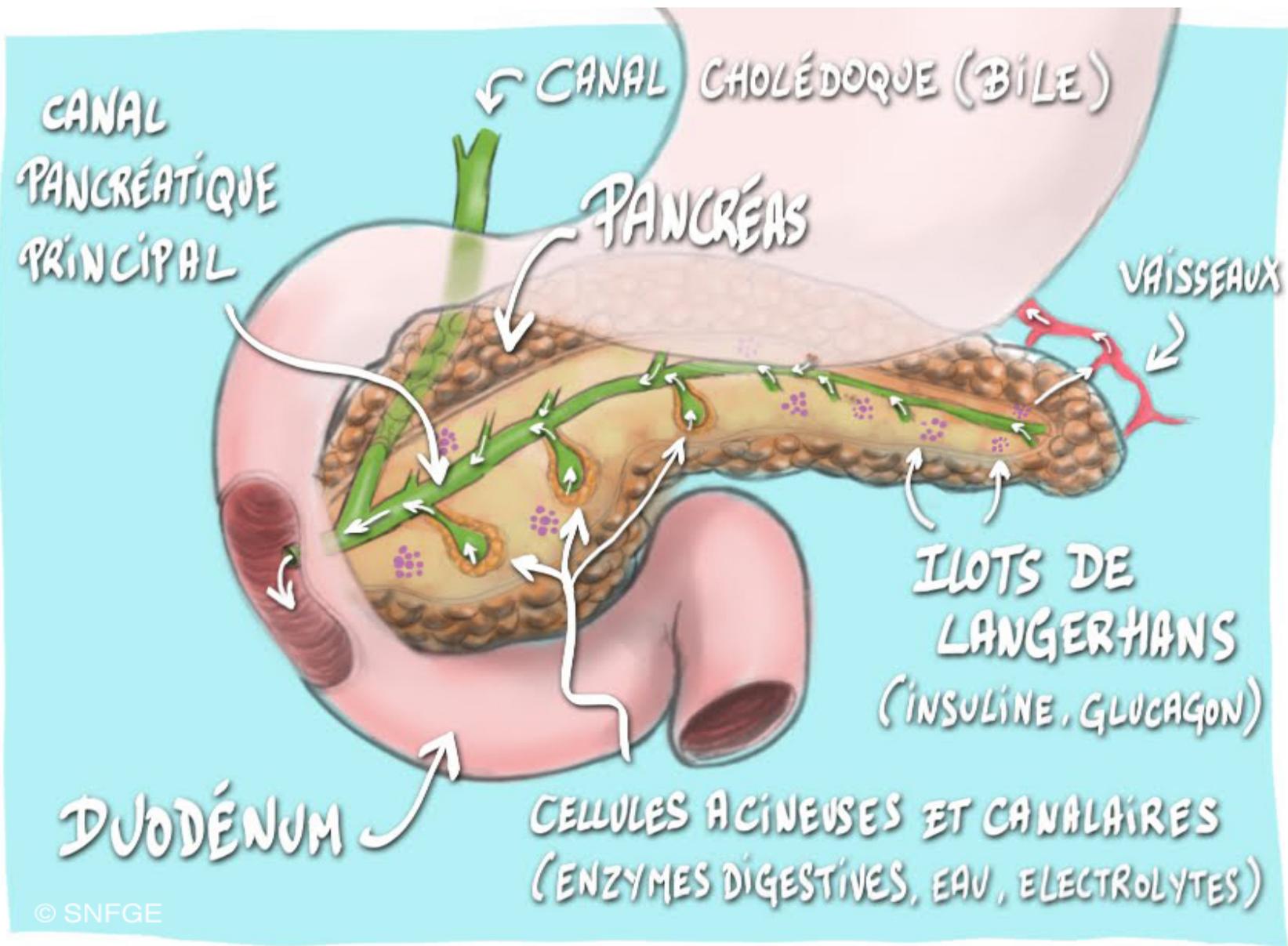
- Définition:
 - PA = Inflammation du pancréas
 - En pratique = douleur pancréatique + lipasémie > 3N
- Epidémiologie:
 - Incidence : 2-3/10000 habitants en France ; Mortalité = 5%
 - 5^{ème} urgence abdominale ; 30% d'admission en réa (grave)
- Formes anatomo-pathologiques:
 - PA œdémateuse : la plus fréquente+++ (90% des cas) = **forme beigne**
 - PAS nécrotique : 10 % des cas = **forme grave**
- C'est une urgence médico-chirurgicale





PHYSIOPATHOLOGIE

- = Auto-digestion des cellules pancréatiques par enzymes protéolytiques
- = 2 mécanismes menant à la libération incontrôlée d'enz panct :
 - ⇒ Obstruction canalaire
 - ⇒ Dysfonction des cellules acineuses (synthèse incontrôlée)



© SNFGE

ETIOLOGIES

- La lithiase biliaire de la VBP (**40%**) : « PA biliaire »
 - Obstruction du sphincter d'Oddi par une LVBP
 - Arguments en faveur (critères de Blamey ++) :
 - Sexe féminin ; âge > 50ans
 - PAL > 2N ; ALAT > ASAT ; ALAT > 3N
 - Amylasémie > 13N (ne devrait plus être dosée)

- Alcool (**30%**) : « PA alcoolique »
 - Diagnostic d'élimination
 - +++ Homme ; éthyliste chronique à quantifier

ETIOLOGIES

- A toujours rechercher +++
 - Tumorales : Tm. Pancréas maligne ++ (10%) ou bénigne ; ampullome Vatérien
 - Métaboliques : hypercalcémies ; hyperlipidémies (HTG++)
 - Médicamenteuses : (IEC, diurétique furosémide, antidiabétiques sulfamides, antiépileptique valproate de sodium)
- Plus rare (en 2^{ème} intension)
 - Iatrogènes : post-CPRE (3-4%) ; post-opératoire
 - Infectieuses :
 - Virus : VIH, oreillons, coxsackies, CMV
 - Bactérie : mycobactéries, mycoplasme
 - Parasite : ascaris, kyste hydatique
 - Anomalies canalaire:
 - Pancréas divisum
 - TIPMP
- Idiopathique : pas d'étiologie retrouvée dans 10% cas

DIAGNOSTIC POSITIF

Coup de tonnerre
dans un ciel serein



DIAGNOSTIC POSITIF

- **Examen clinique**

- **Interrogatoire**

- Terrain : antcd de lithiase biliaire ; éthyliste chronique
 - Prises : alcool +++ ; médicaments
 - Anamnèse : heure et mode de survenue ; évolution
 - Signes fonctionnels : « douleur pancréatique »
 - Siege épigastrique en barre
 - Intensité : +++ = insupportable
 - Irradiation en arrière = transfixiante
 - Position antalgique en antéflexion
 - Recherche de signes associés
 - **Apyrexie +++**
 - Signes digestifs : nausées ; vomissement ; iléus reflexe





DIAGNOSTIC POSITIF

- Examen physique

- Constantes : T° ++ ; PA ; FR ; FC
- Ex. abdominal : pauvre ; pas de défense en général
- Recherche de signes de gravité :
 - Déshydratation : vomissement incoercibles
 - Signes de choc : FC > 120 ; marbrures ; oligurie
 - Signes de Cullen : ecchymoses péri-ombilicales
 - Signe de Grey-Turner : infiltration hématique des flancs
- Orientation étiologique clinique :
 - PA biliaire
 - PA alcoolique



Signe de Cullen
Ecchymose périombilicale



Le signe de Grey Turner
Ecchymoses sur les hypochondres

• Examen complémentaires :

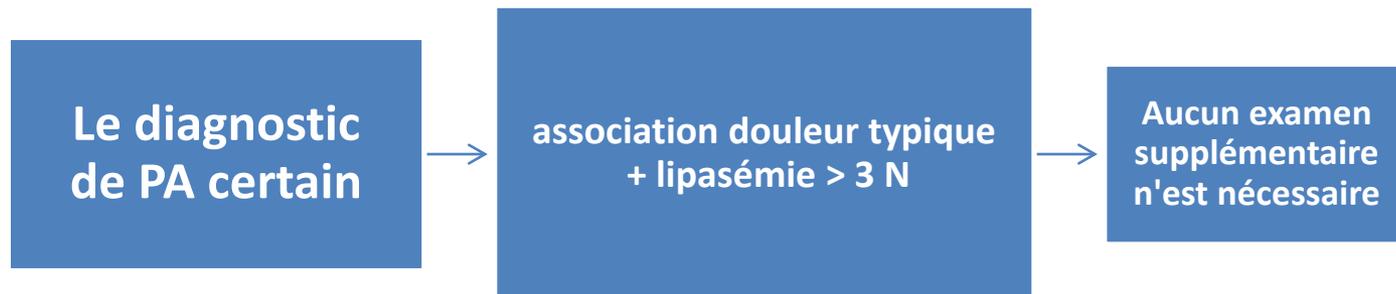
– Pour le Dg positif

- **Dosages des enzymes pancréatiques +++**

- Lipasémie > 3 N = pancréatite (définition)

- Elévation de l'amylase (n'est plus utilisé ; moins spécifique)

– Il n'y a **pas de corrélation** entre le taux sérique de **lipasémie** et la **gravité** de la pancréatite



– Pour le Dg étiologique

- Bilans biologiques
 - FNS : recherche aug. VGM = alcoolisme chronique
 - Bilan de cytolyse
 - Bilan rénal ; calcémie ; EAL (exploration d'une anomalie lipidique)
- Bilan radiologique : **échographie abdomino-pelvienne +++**
 - **Systematique** : toujours rechercher une LB
 - Parenchyme pancréatique peut être normal
 - Recherche d'une stéatose hépatique
 - Recherche d'un épanchement pleural ou abdominal
- A distance (en 2^{ème} intension) (et si le dg n'est pas retrouvé)
 - Bili-IRM, Echo-endoscopie
 - Bilan métabolique (à refaire ; plus poussé)
 - Recherche de prise médicamenteuse +++

- **Dg Différentiels**

- Infarctus du myocarde : au moindre doute faire un ECG + troponine
- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Perforation d'UGD
- Occlusion intestinale aigue
- Kc du pancréas
- Troubles métaboliques : acido-cétose ; ISA

GRAVITE et PRONOSTIC

- Intérêt :

- Poser un pronostic

- (la mortalité globale est de l'ordre de 5 %)

- Déterminer le lieu d'hospitalisation

- ☐ Dans la majorité des cas la PA est beigne

- Patients peuvent être **hospitalisés en service de médecine ou de chirurgie**

- ☐ Dans 30% des cas, la PA est sévère et met en jeu le pronostic vital

- La mortalité peut atteindre 30 %

- Les malades doivent être hospitalisés en **unité de soins continus**, voire de **soins intensifs**

❖ **Pancréatite aiguë sévère (grave):**
l'existence d'une **défaillance d'organe(s)**
et/ou la survenue d'une **complication locale:**

A. Terrain:

- Age > 80 ans,
- Obésité (IMC > 35 ++)
- Insuffisance organiques pré-existante
- **Toujours rechercher une défaillance d'organe +++**
 - Hémodynamique
 - Respiratoire
 - Neurologique
 - Rénale
 - Hématologique

B. Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) : 2 éléments ou plus

- $T^{\circ} < 36^{\circ}$ ou $> 38^{\circ}$
- Pouls > 90
- FR > 20 ou $PCO_2 < 32$ mmHg
- GB < 4000 ou > 12000

Présence à l'admission

Persistance plus de 48h : même après ttt



Prédissent une évolution sévère et un sur-risque de mortalité

C. Scores de gravite biocliniques:

- ✓ Taches ecchymotiques lombaires ou péri-ombilicales
- ✓ **CRP > 150 mg/l** à la 48h
- ✓ **Score de Ranson :**

A l'admission

- Age > 55 ans
- ASAT > 250U/L (6X N)
- LDH > 350 U/L (1,5XN)
- GB > 16000/mm³
- Glycémie > 2g/L

MORTALITE

Score 3 - 4: 15 %

5 - 6: 40 %

> 7: 100 %

A 48 heures

- Ht > 10 %
- Urée > 1.8 mmol/l (0,02g/l)
- Calcémie < 2 mmol/l (80mg/l)
- PaO₂ < 60 mmHg
- Deficit bases > 4 mmol/l
- séqu. liquid. > 6000 ml

Score < 3 PA bénigne

Score ≥ 3 PA sévère

- ✓ **Score de IMRIE** : alternative

D. Score radiologique : Score de Balthazar (TDM) évalué à 72H (j3) +++

AVANT INJECTION			APRÈS INJECTION	
Classe	Lésion	Points	Points	Nécrose
A	Pancréas normal	0	0	0 %
B	Elargissement focal/diffus du pancréas	1	2	< 30 %
C	Infiltration de la graisse péripancréatique	2	4	30-50 %
D	1 seule collection péripancréatique	3	6	> 50 %
E	• ≥ 2 collections péripancréatique • OU une collection contenant des bulles d'air	4		

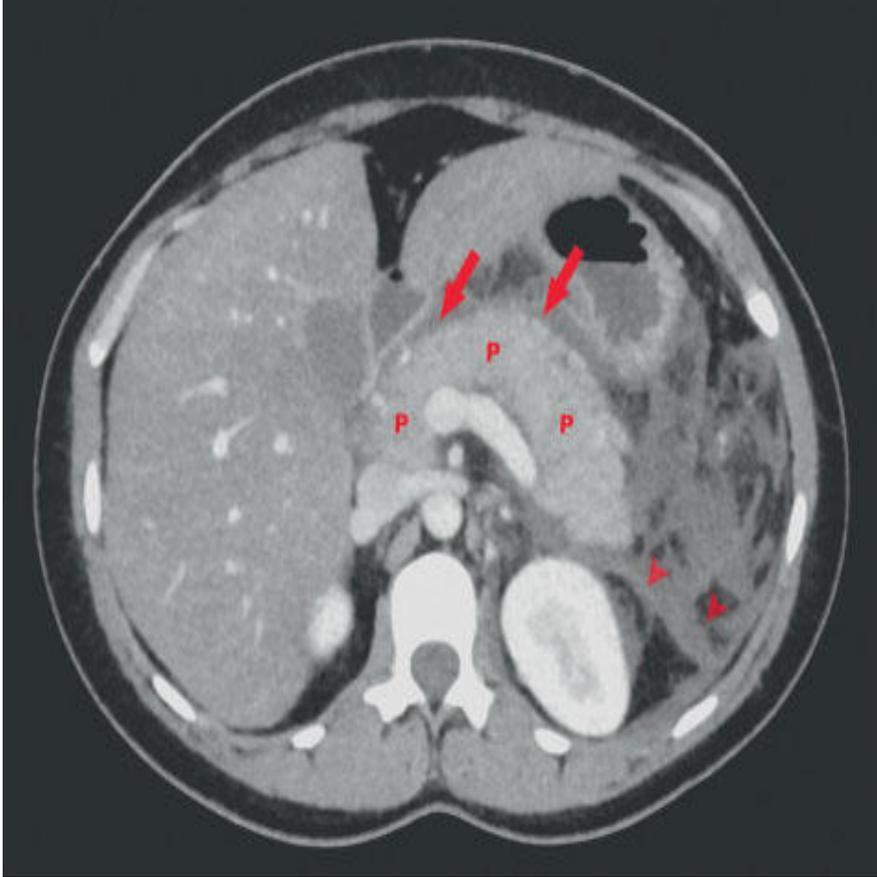
CTSI coté de 0-10

- 0-3 = PA peu sévère

- 4-6 = PA modérément sévère

- 7-10 = PA grave

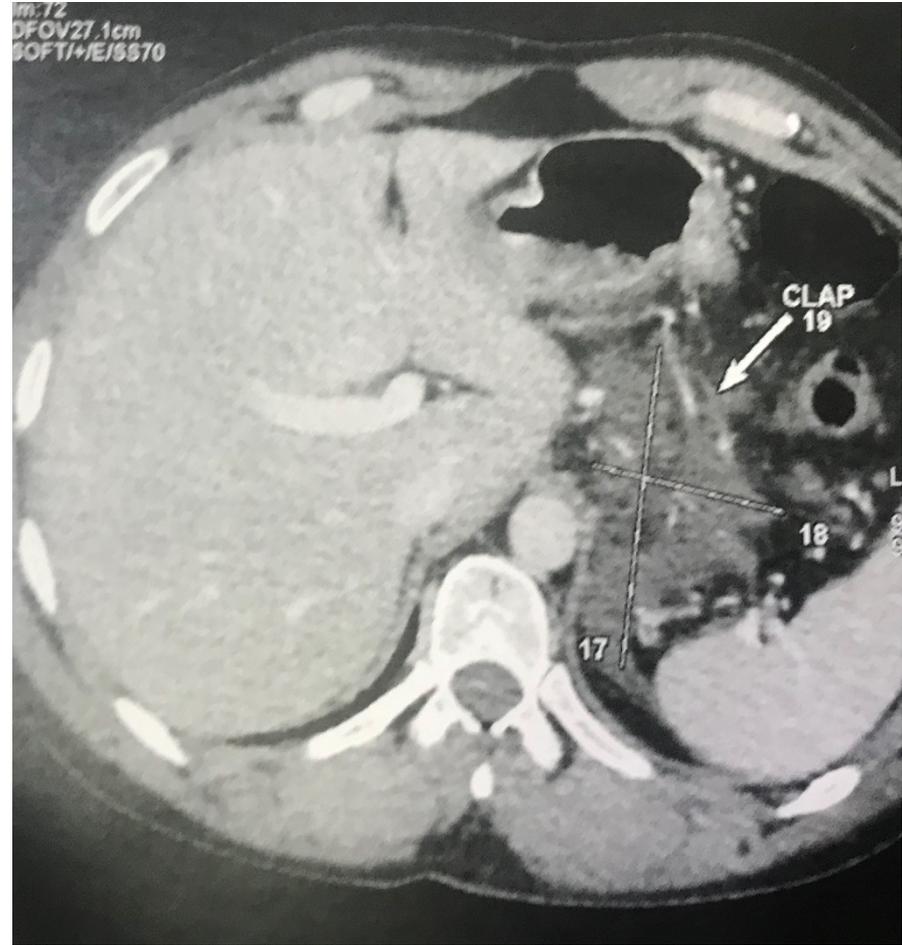
CTSI => Le **C**omputed **T**omography **S**everity **I**ndex



- Coulée de nécrose pancréatique rétro gastrique et para splénique
- Pas de nécrose pancréatique



- Multiples coulées de nécrose pancréatiques
- Nécrose partielle pancréatique



COMPLICATIONS

- A la phase aigue :
 - Défaillance d'organes +++ et/ou choc septique
 - Insuffisance pancréatique aigue : endocrine ou exocrine
 - Déshydratation
 - Autres complications locales
 - Péritonite stercorale par perforation digestive voisine
 - Atteinte d'organes voisins : rate ; nécrose des voies urinaires
 - Hémorragie par rupture des Vx rétro-péritonéaux ou spléniques
- A la phase subaigüe :
 - Surinfection des zones de nécrose +++
 - La plus grave des complications locales ; tardive entre S1 et S3
 - Clinque : à évoquer devant fièvre (avec des signes de sepsis)
 - Paraclinique : TDM avec bulle d'air ds zone de nécrose
 - Ponction à l'aiguille fine : dg de certitude avec guidage TDM ou écho
 - Prélèvement pour bactério : ex. direct ou culture ; antibiogramme
 - Collections liquidiennes / PKP (pseudokyste pancréatique)
 - Fréquents : +++ PA sévère
 - Si formation d'une paroi fibrineuse = PKP (souvent après S6)
 - Si infection de la collection = abcès
- A distance :
 - Insuffisance pancréatique endocrine (diabète) ou exocrine (malabsorption)
 - PKP unique ou multiples symptomatiques

TRAITEMENT

Buts :

- Corriger le retentissement systémique
- TTT la douleur
- TTT l'infection
- TTT les complications et l'étiologie



- Il n'existe pas de traitement spécifique des pancréatites aiguë
- Le traitement est symptomatique, dans certains cas étiologique

1. Pancréatite aiguë bénigne

- **Hospitalisation** en unité simple
- **Mise à jeun stricte** ±
- **Repos strict**
- **Antalgiques**
- **Perfusion de solutés hydro-électrolytiques**
- Une sonde nasogastrique d'aspiration :
si vomissements importants et incoercibles
- Une **surveillance** quotidienne
- Une réalimentation orale classique sera reprise le plus précocement possible si tolérée
- Le **bilan étiologique** sera fait en parallèle et les mesures adaptées seront prises
- Sans oublier l'arrêt de tout éventuel médicament potentiellement responsable

2. Pancréatite aiguë sévère

- **Hospitalisation en unité de soins continus ou en réanimation**
- **Mise à jeun strict**, sonde nasogastrique d'aspiration (si vomissements)
- **Antalgiques** ; Prévenir l'ulcère de stress
- Pose d'un cathéter central
- Pas d'antibiothérapie préventive de l'infection de la nécrose.
- Une nutrition artificielle (par voie entérale par une sonde nasogastrique d'alimentation)
- Il n'y a aucun traitement spécifique de la pancréatite aiguë

La surveillance renforcée :

Clinique : pluriquotidienne

Biologique : créatinine, SpO₂, hémogramme quotidien, CRP bihebdomadaire

Radiologique : TDM tous les 10 à 15 jours

POINTS ESSENTIELS

- Urgence médico-chirurgicale
- Grave = pronostic vital
- Définition
- Hospitalisation en urgence
- Score de gravité : SIRS ; CRP ; BALTHAZARD
- Traiter la cause

BIBLIOGRAPHIE

- Lévy P. Pancréatite aiguë. EMC - Traité de Médecine Akos 2015
- Lévy P. Recommandations internationales sur la pancréatite aiguë. Post'U - Paris 2015
- Buscail L. Les pancréatites aiguës. Post'U - Paris 2016
- Conférence de consensus SNFGE - 2020
- Collège des enseignants d'hépatogastro-entérologie - Edition 2018