

# ***Pancréatite aigue***

Pr. MAKHLOUFL.S

## **I-RAPPEL ANATOMIQUE**

- Division anatomique du pancréas
- Impact traumatique
- Wirsung, papille majeure et mineure, sphincters.
- Vascularisation =genèse des complications hémorragiques.

## **II- DEFINITION ANATOMIQUE**

1-Inflammation aigue : œdème, nécrose, défaillances d'organes, complications( nécrose, abcès, pseudo-kystes)

2-Formes anatomiques : §. œdémateuse(60 à 80%)= bénigne

§. Nécrotico-hémorragique(20%) ➡➡➡ défaillances multi viscérales  
+ infection nécrose (mortalité 10-20%)

## **III- EPIDEMIOLOGIE**

- Incidence, prévalence
- prédominance féminine (lithiase biliaire++)
- Age (quarantaine)
- mortalité globale : 5% (10 à 20% dans les forme.80% de F.bénignes

## **IV – MECANISME**

obstacle = dilatation du Wirsung = sécrétion de trypsine = irritation graisse péri-pancréatique puis autodigestion de la glande ➡➡➡ aggravation des lésions.

## **V- PHYSIOPATHOLOGIE**

Activation des pro enzymes ➡➡➡ digestion du pancréas et +/- des organes de voisinage.

Conséquences: nécrose, infection, défaillances viscérales.

## VI- ETIOLOGIES

2 causes principales : **calcul biliaire**

### **Alcoolisme chronique**

3eme cause : tumeur (adénocarcinome)

**Autres** : traumatique, métabolique, infectieuse, génétique, auto-immune, anomalies vasculaires, médicamenteuses.

## VII- DIAGNOSTIC POSITIF

### 1-Clinique.

- **Douleur(+++)**, vomissements, iléus reflexe.
- **Disproportion** état du malade/pauvreté des signes cliniques
- Signes + rares mais graves: **CULLEN** et **GREY-TURNER**.
- Rechercher des signes de défaillances viscérales : pulmonaire(SDRA), cutanée(déshydratation extra cellulaire), sanguine(TA instable, tachycardie), neurologique( désorientation, coma)

### 2-Biologie

- **+++ lipasémie** : 3 fois la normale
- ALAT( N fois 3)=étiologie biliaire , Fns, CRP, ionogramme.
- Recherche de lipase dans les épanchements pleuraux ou péritonéaux(=suspicion de fistule pancréatique)

### 3- Rôle de l'imagerie

**Scanner ++** : si doute (48 premières heures)

statut évolutif (après 48h)

(si atteinte fonc.rénale: pas d'injection produit de contraste)

**Echo** : (-) diag.(+) et diag.de gravité

(++) diag. de LV

**Clichés standards (+/-)**

**ASP: niveaux inconstants / Télé-thorax**: épanchements pleuraux discrets

*anse sentinelle*

## **VIII-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

Infarctus du myocarde ,UGD perforé, cholécystites aiguës, infarctus mésentérique, péritonite biliaire, rupture d'anévrisme.

## **IX- EVALUATION DU PRONOSTIC**

**A-CLINIQUE** : différentier P.oedémateuse de P. nécrotico-hémorragique.(terrain, évaluation défaillances d'organes)

### **B- SCORES CLINICO-BIOLOGIQUES**

1-Le **SIRS** (Syndr. de Réponse Inflammatoire Systémique) **sirs** > 48 h = mortalité de **25%** / **8%** pour un sirs transitoire

critères d'évaluation : **T°**>38 ou <36°C . **Fr. Cardiaque** >90/mn **Taux de respiration** >20/mn. ou **PCO2** <32mm Hg **Leucocytes**> 12000 ou <4000

2-La **CRP**

3-Score de **RANSON**

4-Scores de **GLASGOW-IMRIE** et **APACHE II**

### **C - CRITERES RADIOLOGIQUES**

1- Score de **BALTHAZAR**

2- **CTSI** (0 à 10) : pancréatite peu sévère (0 à 3)

« modérément sévère (4 à 6)

« grave (7 à 10)

### **D- EN RESUME : PRONOSTIC**

**GRAVE** : si défaillance d'organes et/ou Complication locale (nécrose, abcès, pseudo-kyste)

### **ELEMENTS D'APPRECIATION :**

1-Terrain: âge, obésité, insuff.organique préexistante

2-Evaluation de la défaillance d'un ou plusieurs organes (cœur, poumon,neurol, rein, hémato

3- **SIRS** (syndrome de réponse inflammatoire systémique): **transitoire(48h)** ou **persistant (>48h** 25% de mortalité)

4-Score biologique spécifique (**RANSON** et **IMRIE** > 3)

5-**CRP**> 150mg/l à la 48eme h = recherche d'une aggravation locale

6- Score morphologique de **Balthazar** (> 6 pts)


## **X- COMPLICATIONS**

**1-Pancréatite nécrosante= défaillance multi-viscérale**

**2-Infection de la nécrose( GB, CRP) = ponction écho guidée des zones de nécrose**

**3-Autres : pseudo-kystes, hémorragies(grades), fistules pancréatiques, syndr. de Weber-Christian , dénutrition, épanchements , angiocholites, insuffisance pancréatique, ADK du pancréas,**

## **XI- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE**

Score clinico-biologique + stadification  lieu de prise en charge

**3 Préalables : -poser un diagnostic**

**-rechercher des signes de gravité**

**-classer la pancréatite**

**Bénigne : nécrose:0 ; défaillance d'organe: 0**

**Modérée : nécrose stérile et/ou défaillance d'organe transitoire (inf. à 48h)**

**Sévère : nécrose infectée ou défaillance d'organe persistante (sup. à 48h)**

**Critique : nécrose infectée et défaillance d'organe persistante**

**-Utilisation des scores de gravité pour déterminer le lieu de prise en charge(Tableau)**

## **XII- PRINCIPES DU TRAITEMENT**

**Pas de Trt spécifique : soit symptomatique**

**soit étiologique (origine bil.ou métabolique)**

**1. PA. Bénigne : Hosp. Médecine**

**jeune strict ( nutrition parentérale (+/-)**

**nutrition classique en site jéjunale(++)**

**Antalgiques ( morphiniques si nécessaire)**

**Surveillance quotidienne**

**2. PA. Sévère**

**Hosp. Réa (si défaillance viscérale: Trt organe atteint)**

**Mise à jeun**

## **Antalgiques**

## **Inhibiteurs pompe à protons**

**ATB** si infection prouvée (hémocult, prélev.nécrose, antibiog+)

**Soins continus** si **CRP >150** , **Ranson > 3**, **Balthazar > 4**

**Nutrition artificielle** par sonde naso-jéjunale

**Cathéter central** (PVC + solutés hydro-électrolytiques)

**Surveillance renforcée** : clinique ,biol ,et imagerie (*créat., hémogramme, PaO2, CRP* 2 fois/sem, *Scanner* tous les 10 à 15j)

**Si complication** (perf.digestive, hémorragie active, angiocholite) :

**intervention chirurgicale** : **TRT complication + éviter récidive** :  
(cholécystectomie, jéjunostomie d'alimentation, sphinctérotomie endosc.)

### **3. TRT étiologique**

- Hygiène alimentaire
- Suppression alcool
- Cholécystectomie ou sphinctérotomie endoscopique
- TRT hypertriglycéridémie

## **XIII- METHODES THERAPEUTIQUES**

### **1. PA. Oedémateuse :**

Jeune, réa, antalgiques, Trt étiologique

### **2. PA. Sévère :**

Jeune, antalgiques, sonde gastrique(vomissements), nutrition entérale, ATB adaptée

Si nécrose infectée : drainage en urgence (chirurgical ou radiologique)

Si angiocholite : sphinctérotomie endoscopique dans les 48h .

## **XIV- LA PANCREATITE AIGUE BILIAIRE**

### **1- Contexte**

**2- Biologie** : ALAT, Bil.totale, lipasémie, gamma Gt, Ph.alcalines

**3- Imagerie** : écho++, Scanner +/-, echo-endo+ CRE, Bili-IRM (si doute)

**4- TRT** : **PA. Bénigne** : cholécystectomie à j7- j10

**PA. Grave** : cholécystectomie à distance

**Haut risque opératoire** : sphinctérotomie endoscopique seule .