



Chapitre 68

Pancréatite aiguë : comment j'évalue la gravité et je décide de l'orientation

D. PATERON, Y. YORDANOV, P.A. RAYNAL

Les formes aiguës sévères des pancréatites représentent de 10 à 30 % des pancréatites et leur mortalité varie de 20 à 70 % selon les séries, le plus souvent liée initialement à une détresse respiratoire ou une défaillance d'organe d'une durée supérieure à 48 h. Par la suite, le problème majeur est lié au sepsis induit par l'infection de la nécrose. La lithiase biliaire et l'intoxication alcoolique sont les causes les plus fréquentes de pancréatite, observée dans 35 à 45 % des cas pour chacune d'entre elles.

L'évaluation de la gravité fait partie de la prise en charge initiale et repose sur des éléments cliniques, biologiques et radiologiques. Il existe des scores bio-cliniques spécifiques dont les plus utilisés sont le score de Ranson, le score d'Imrie et le Bedside index of severity in acute pancreatitis score (BISAP score). Aucun de ces scores ne s'avère nettement supérieur. Ils ont une bonne valeur prédictive négative de pancréatite sévère mais une faible valeur prédictive positive. Les signes tomodensitométriques de gravité sont liés à l'inflammation pancréatique et l'extension péripancréatique permettent d'établir un « index de sévérité tomodensitométrique », bien corrélé à la morbidité et la mortalité.

La survenue d'une ou de plusieurs défaillances viscérales impose de rechercher systématiquement une complication chirurgicale.

Service des urgences, Hôpital Saint-Antoine, APHP, Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris 6, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75012 Paris.

Correspondance : Dominique Pateron, Service des urgences, hôpital Saint-Antoine, APHP, UMR S 707, Université Paris 6, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 75571 Paris Cedex 12.

Téléphone : (33) 1 49 28 30 70 – fax : (33) 1 49 28 42 25.

E-mail : dominique.pateron@sat.aphp.fr

1. Prise en charge thérapeutique initiale

Une surveillance étroite des patients et les traitements conservateurs sont les meilleurs garants d'une évolution simple des pancréatites aiguës et ce, malgré toutes les tentatives thérapeutiques.

Dans tous les cas, un bilan clinique (hémodynamique, douleur, sepsis, examen abdominal), biologique (ionogramme sanguin, numération formule sanguine, gaz du sang artériel) et une radiographie thoracique sont indispensables à l'admission. Une réévaluation régulière clinique et biologique est nécessaire.

La compensation des pertes hydroélectrolytiques et le rétablissement d'une volémie correcte doivent être effectués le plus rapidement possible. Une surveillance de l'oxygénation doit être effectuée pour s'assurer du maintien d'une saturation percutanée en oxygène > 95 %. Le recours à la ventilation assistée doit permettre de conserver cet objectif. Une analgésie doit être débutée dès le début de la prise en charge. Les effets de la morphine sur le sphincter d'Oddi ne doivent pas influencer son utilisation. La pose d'une sonde naso-gastrique d'aspiration n'est justifiée lors de vomissements itératifs. La mise à jeun est guidée par les douleurs et de l'intolérance digestive. Dans les pancréatites aiguës peu sévères, l'alimentation orale peut être reprise classiquement, progressivement après une période de 48 heures sans douleurs et une normalisation de la lipasémie.

Sur la base des études disponibles, il n'est pas recommandé d'instituer une antibiothérapie préventive systématique. L'antibiothérapie d'emblée n'est justifiée qu'en cas d'infection documentée, devant un choc septique, une angiocholite, une infection nosocomiale.

Les seules indications opératoires initiales de la PA sont une perforation d'organe creux, un choc hémorragique ou une lithiase biliaire. La chirurgie pourra être décidée secondairement en cas de surinfection de la nécrose. Les techniques de chirurgie mini-invasive sont de plus en plus utilisées.

2. Complications tardives

Plus de 80 % des décès par PA sont dus aux complications septiques locorégionales. L'identification de germes obtenus par ponction percutanée guidée par imagerie permet d'affirmer le diagnostic d'infection et est indispensable à la prise en charge thérapeutique de la PA. L'antibiothérapie probabiliste débutée dès le diagnostic de surinfection de nécrose est adaptée après résultat de l'antibiogramme. Les buts du traitement sont l'évacuation chirurgicale des débris nécrotiques et le drainage des collections infectées, en respectant le pancréas restant. En l'absence de surinfection, la nécrose peut évoluer vers la constitution de pseudokystes ou d'abcès pancréatiques.

3. PA biliaires

La recherche de l'origine biliaire d'une PA doit être effectuée précocement par échographie. Les anomalies biologiques hépatiques sont constatées dans 85 à 90 % de ces cas. Un taux d'ALAT > 150 UI/L est hautement prédictif d'une pancréatite biliaire. En urgence, il faut envisager la recherche par IRM et/ cholangiographie rétrograde et le traitement d'une lithiase cholédocienne. À distance, il faut discuter l'indication d'une cholécystectomie. La sphinctérotomie endoscopique (SE) a été proposée dans le but de traiter l'angiocholite, de prévenir la constitution de la nécrose ou sa surinfection. Elle est préférée à la chirurgie de désobstruction canalaire. Dans tous les cas où une SE est envisagée en urgence, elle doit être réalisée le plus précocement possible.

Références

1. Phillip V., Steiner J.M., Algül H. Early phase of acute pancreatitis: Assessment and management. *World J Gastrointest Pathophysiol* 2014 ; 5 : 158-68.
2. Schepers N.J., Besselink M.G.H., van Santvoort H.C. Early management of acute pancreatitis. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. 2013 ; 27 : 727-43.
3. Pancréatite aiguë. Conférence de consensus, SNFGE et ANAES, Paris 2001.