

Definition-Glité

- La **pancréatite aiguë** est la conséquence d'une inflammation rapide du pancréas.
- En fonction de sa gravité, elle peut avoir de graves complications et une grande mortalité malgré le traitement.
- Alors que les cas modérés se normalisent grâce à des mesures conservatives ou à l'endoscopie, les cas graves nécessitent une chirurgie (souvent plus d'une intervention) pour endiguer l'évolution de la maladie.

Épidémiologie

- Elle est responsable de près de 200 000 admissions annuelles aux États-Unis et son incidence croît avec le temps.
- En France, le taux d'incidence est de 22 pour 100 000 (population âgée de plus de 15 ans)*.
- Les quatre cinquièmes sont des formes bénignes. L'incidence des formes graves est stable tant aux États-Unis qu'en Europe.

*conférence de consensus de 2001 de la Société nationale française de gastroentérologie.

Etiologie

- Les deux causes les plus fréquentes de pancréatite aiguë sont:
 - La consommation excessive d'**alcool**
 - **La lithiase biliaire** (provoque généralement un obstacle mécanique sur la voie d'excrétion biliaire, surtout si ces dernières sont petites: microlithiases).

Elles représentent chacune environ 40 % des cas.

- **Complication postopératoire ou d'un traumatisme.**
- **Pancréatographie rétrograde** (qui complique environ 5 % de ces dernières).
- **Pancréatite chronique.** (poussée aiguë).
- **Tumeur du pancréas.**
- **Causes médicamenteuses** (moins de 2 % des cas). La codéine fait partie des médicaments pancréatotiques.
- **Causes infectieuses:** virales (Cytomégalovirus, virus ourlien...), parasitaires (Helminthiase...), bactériennes rarement.
- **Causes plus rares :** Héritaire, Lupus érythémateux disséminé ; Périartérite noueuse ; Maladie de Crohn ou Rectocolite hémorragique.
- **Idiopathique** (sans cause trouvée) : 8 % des cas environ.

Physiopathologie

- Sécrétion importante et inappropriée par le pancréas d'enzymes protéolytiques, particulièrement **la trypsine**, enzyme de digestion, et qui ne peut être évacuée dans le système canalaire pancréatique vers le duodénum. L'irritation de la graisse péripancréatique par ces sécrétions provoque une « autodigestion » et une réaction

inflammatoire qui va aggraver les lésions.

- La cause de la pancréatite alcoolique est moins claire. Elle pourrait être due à un déficit d'inactivation de la trypsine ou d'élimination de cette dernière.
- Conséquences:
 - une *inflammation rétropéritonéale* avec dans les formes graves, suffusion de liquide hémorragique dans la grande cavité péritonéale
 - le *passage d'enzymes activées dans la circulation générale*, soit directement, soit par résorption de l'épanchement intrapéritonéal.

Anatomie-Pathologie

Les lésions anatomiques permettent de distinguer 2 types de pancréatites aiguës, différentes aussi par leur mode évolutif:

- * La **pancréatite aiguë œdémateuse** évolue vers la guérison sans séquelle avec restitution ad integrum de la glande. Toutefois, la *mortalité peut atteindre 10% en cas de lésions diffuses*.
- * La **pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique** est la forme grave de la maladie, dont la *mortalité est de 80%*, et où existent une *fuite liquidienne* précoce avec constitution d'un 3^e secteur et une *cytostéatonecrose*.

Diagnostic positif

Il repose sur plusieurs éléments :

- Examen clinique
- Biologie
- Imagerie: Echographie abdominale, le scanner abdominal, l'IRM biliaire et l'échoendoscopie (nécessite une anesthésie générale). Il n'est pas rare d'avoir recours à tous ces examens en cas de pancréatite atypique.

Examen clinique

Femme multipare, homme éthylique, tous 2 proches de la cinquantaine.

- **La douleur** est quasi constante. Elle est à prédominance épigastrique, irradiant dans le dos (transfixiante) et soulagée par l'antéflexion (position penchée en avant), d'où la classique position en « chien de fusil ». Elle est le plus souvent à début brutal, choquante parfois, pouvant être prolongée plusieurs jours en l'absence de traitement. Elle peut être majorée par la palpation (signe de Mallet guy et de Mayo-Robson).
- **Les nausées et vomissements** sont fréquents pouvant témoigner d'un syndrome occlusif par iléus réflexe.
Ce tableau est celui du 'drame pancréatique de Dieulafoy' ou de 'catastrophe abdominale de Mondor'.
- **Une fièvre** est présente au début de l'affection, en général modérée.
- **Un ictère** est présent dans 1/3 des cas
- Rarement, il peut exister **des ecchymoses** péri-ombilicales (signe de Cullen) ou des flancs (infiltrat sanguin rétro péritonéal, signe de Grey-Turner), qui sont des signes de gravité.

Biologie

- **la lipasémie et l'amylasémie :**

Destruction d'une partie du pancréas entraîne le relargage de ces deux enzymes.

-Le diagnostic est porté devant une élévation de la lipasémie supérieure à 3 fois son taux normal (soit ≥ 600 UI/l). Le taux reste élevé pendant plusieurs jours, permettant parfois un diagnostic rétrospectif.

-Amylasémie et amylasurie sont aussi augmentés au bout de quelques heures et pendant plusieurs jours lors des pancréatites aiguës mais sont moins spécifiques et moins sensibles et il n'est donc plus recommandé de les doser pour poser le diagnostic.

***Ionogramme sanguin:** 2 paramètres doivent attirer l'attention: une **hypocalcémie** et une **hyperglycémie** en l'absence d'antécédents de diabète.

Ils ont une valeur pronostic importante.

***La C reactive protein (CRP)** dont l'augmentation au cours de l'évolution doit faire rechercher une aggravation locale.

***Numération formule sanguine (NFS) :**

-une **hyperleucocytose** à polynucléaires neutrophiles

-Une **anémie**

***Le bilan hépatique** peut être normal ou montrer une élévation non-spécifique des paramètres surtout en cas d'obstacle sur la voie biliaire principale donc en cas de cause lithiasique.

Imagerie

- **Abdomen sans préparation (ASP):** Anse sentinelle.

- **Téléthorax:** discrets épanchements pleuraux.

- **Echographie abdominale :** peu contributive, le pancréas étant une structure profonde, dont l'analyse par les ultrasons est rendue difficile par l'interposition des gaz digestifs. Ce dernier examen est cependant important pour rechercher une cause (calcul biliaire, dilatation du cholédoque) à la pancréatite.

- **Scanner abdominal :** examen de référence dans la prise en charge immédiate de la pancréatite aiguë, permet de faire :

-L'état des lésions : Dans 20% des cas, le pancréas est **normal**. Ailleurs, il est **hypertrophié et homogène**. Enfin, le 3^e aspect est celui d'un pancréas **inhomogène avec des zones de nécrose** *ne prenant pas le contraste*.

Les coulées pancréatiques sont représentées par des zones

hypodenses correspondant aux épanchements liquidiens, à de la nécrose ou à de l'œdème: il n'est pas possible de différencier ces 3 aspects sur le scanner. Elles sont décrites selon leur siège anatomique. **La classification de Balthazar permet de donner un indice de gravité.**

-D'orienter vers une cause. Une dilatation des voies biliaires ou du canal du pancréas (canal de Wirsung) oriente vers un obstacle. Une atteinte hépatique, une circulation sanguine anormale dans le ventre peuvent orienter vers l'alcool. Des calcifications

du pancréas se voient également en cas alcoolisme mais aussi dans certaines pancréatites familiales. Des kystes pancréatiques pourront orienter vers une maladie des canaux des voies biliaires (TIPMP).

- **IRM biliaire:** est également un très bon examen. De réalisation aisée et rapide, elle permet sans anesthésie et sans risque iatrogène, le diagnostic de petits calculs des voies biliaires et d'anomalies des canaux pancréatiques. Peut être une aide au diagnostic.
- **Echoendoscopie : s/A.G.:**
En cas de doute persistant sur la cause, la sonde d'échographie située en tête d'un endoscope souple type fibroscopie d'estomac est positionnée dans le duodénum, permet de mettre en évidence des anomalies millimétriques et de retrouver une cause dans 40 à 80% des cas inexplicables. En cas de suspicion de tumeur ou de kyste, il est possible de pratiquer des prélèvements (biopsies) ou des ponctions. Elle peut être thérapeutique.

Complications

I/Complications précoces:

- le **choc** : consécutif à de l'hypovolémie (3° secteur) et de la libération de substances vaso-actives
- une **insuffisance respiratoire:** par dyspnée due à la douleur, aux épanchements pleuraux et à l'œdème lésionnel. Si l'hypoxie est fréquente, un syndrome de détresse respiratoire est plus rare.
- une **insuffisance rénale aigue:** fait suite à l'hypovolémie
- Les **troubles métaboliques**
- La **CIVD** est rare.

II/Complications secondaires:

complications locales de la nécrose

- **La nécrose du pancréas ou des collections péripancréatiques :** est une complication grave, aboutissant à une surinfection avec parfois survenue d'un collapsus cardio-vasculaire. Le diagnostic est suspecté devant une évolution défavorable à la première semaine. Il est confirmé par le scanner abdominal.
- **Pseudo-kystes liquidiens de mécanisme inflammatoire:** Ces pseudo-kystes peuvent comprimer des organes adjacents ou s'infecter. Le diagnostic en est fait par échographie ou scanner.
- **Récidive:** surtout si le facteur causal n'a pas été pris en charge.
- **Insuffisance pancréatique séquellaire,** soit de type endocrine (diabète sucré), soit de type exocrine.

Pronostic

Les éléments d'appréciation de la gravité du pronostic suivant doivent permettre de sélectionner et d'orienter les malades graves vers un service de réanimation :

- **Le terrain** : sujet âgé, obésité, insuffisances organiques préexistantes.

- Les éléments d'évaluation de la **défaillance d'un ou plusieurs organes** : cardiaques, respiratoires, neurologiques, rénaux ou hématologiques
- Les scores biocliniques spécifiques, en particulier le **score de Ranson**
- **La C reactive protein (CRP)** dont l'augmentation au cours de l'évolution doit faire rechercher une aggravation locale. _____ CRP>120mg/l :pancréatite aigue sévère.
- Le **score morphologique de Balthazar**, évalué sur le scanner abdominal réalisé sans puis avec injection de produit de contraste, au mieux entre 48 et 72 h du début des douleurs.

Score de Balthazar

Critère	Grade
• Pancréas normal	A
• Élargissement focal ou diffus du pancréas	B
• Densification de la graisse péri-pancréatique	C
• Coulée de nécrose péri pancréatique unique	D
• Coulées multiples ou présence de bulles de gaz au sein d'une coulée	E

Score de Ranson

Il indique une pancréatite aigue sévère dès que 3 éléments sont présents. C'est le score diagnostique le plus utilisé dans la pancréatite aigue.

Critères à l'admission (5)	Critères à 48h (6)
âge>55ans	chute de l'hématocrite de plus de 10points
GB>16 000/mm ³	urée sanguine>1,8mM
glycémie>11mM	calcémie<2mM
<u>LDH</u> >1,5N	PO2<60mmHg
ASAT>6N	Déficit en bases >4mEq/l
	séquestration liquidienne>6 l (perfusions - [<u>diurèse</u> + volume de l'aspiration gastrique])

Traitement

1) Buts

Le traitement de la pancréatite aigue ne vise qu'à dépister et corriger les complications de la maladie, et à supprimer la cause de la maladie.

2) Moyens et indications

- Les médicaments diminuant les sécrétions sexocrines (somatostatine, glucagon, anti-H2 et atropine) sont inutiles, de même que les anti-inflammatoires.
- L'**aspiration gastrique** n'est utile qu'en cas d'iléus ou de vomissements importants.
- Les principes généraux du traitement sont: **traitement de la douleur** par la procaine IV (2g/24h), correction des désordres hydroélectrolytiques et de l'hypovolémie par des macromolécules et de l'albumine (4 à 5l dans les 24 premières heures, selon la tolérance cardiaque en particulier), **traitement de la défaillance respiratoire**, apport nutritionnel parentéral adéquat.

Un traitement classique est le jeûne strict, afin de mettre le pancréas au repos total, la nutrition étant alors apportée par voie intraveineuse (nutrition parentérale). Cette attitude n'est cependant plus tout à fait unanime et la poursuite d'une nutrition classique (en site jéjunal, c'est-à-dire par sonde) permettrait d'éviter certaines complications, notamment infectieuses, sans être délétère en termes d'évolution.

- L'antibiothérapie est instituée en cas de surinfection secondaire.
- * La **dialyse péritonéale** peut être utile pour limiter la douleur et le choc initiaux. Elle n'améliore pas le pronostic et ne prévient pas les abcès.
- * Un **kyste pancréatique** doit être surveillé car les petits kystes pancréatiques régressent spontanément en moins de 6 semaines. Une complication oblige à une *dérivation kysto-digestive*.
- * La tendance actuelle est de **n'opérer que pour évacuer les foyers infectieux** du fait de l'importance de la mortalité opératoire. Le drainage des collections peut se faire par mise en place de drain sous anesthésie locale sous scanner.

Traitement

- + En cas d'origine lithiasique et de *pancréatite aigüe oedémateuse*, la *cholécystectomie* peut être faite au cours d'une même hospitalisation (pour éviter une récurrence précoce) après régression de tous les signes. Dans le cas d'une *pancréatite aigüe nécrotico-hémorragique*, le traitement peut être une *sphinctérotomie en urgence* avec évacuation des éventuels calculs cholédociens. Ce geste diminue certes la morbidité mais pas la mortalité.
- + Le traitement de la pancréatite aigüe alcoolique est le sevrage complet.

CONCLUSION

- 2 groupes de pancréatites aigües doivent être distinguées, de présentation anatomique, d'évolution et comportant des complications différentes.
- Les causes lithiasiques et alcooliques dominent les étiologies et, en ce qui concerne la lithiase vésiculaire, appelle un traitement spécifique de l'affection pour éviter les récurrences précoces.