

PANCRÉATITE AIGUË

I. DÉFINITION

Elle est rare à prédominance féminine

Pancréatite aiguë nécrotique (grave) qui suivie d'un taux de décès élevé

C'est une urgence médicale

II. PHYSIOPATHOLOGIE

C'est une glande qui assure 2 rôles :

- Rôle endocrine
- Rôle exocrine :
 - Lipolytique ; lipase
 - Glycolytique : amylase
 - Protéolytique

Théorie canalaire expliquerait la “cascades” des formes lithiasiques (par reflux) :

Agent inducteur intra-canaire sous pression (bile, alcool) → augmentation de la perméabilité aux enzymes protéolytiques → Diffusion interstitielle (oedème, inflammation, nécrose) → Retentissement sur la microcirculation → Extension II des lésions aux acini.

Effets tissulaires des enzymes protéolytiques :

Phospholipase A2 : propriétés cytolytiques → Altération du surfactant pulmonaire.

Elastase : dégradation des fibres élastique des vaisseaux → altération vasculaire hémorragique

Trypsine : activation des compléments de kinines → rôle dans CIVD, choc, insuffisance rénale aiguë.

Kallikrein : relargage bradykinine et kallidine → instabilité hémodynamique.

Lipase : dégradation des tissus adipeux → nécrose péripancréatique

- **La pancréatite aiguë oedémateuse** (oedème affectant uniquement la glande pancréatique), d'évolution habituellement bénigne, plus fréquente (80%) que

- **La pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique** (20%), plus rare, mais qui peut être mortelle.

Elle se caractérise par la nécrose de tout ou partie de la glande pancréatique et par des coulées inflammatoires extra-pancréatiques. Le risque est alors l'infection de cette nécrose qui est la principale cause de mortalité.

Actuellement la classification est clinique et l'on parle de pancréatite aiguë bénigne (évolution sans complication) (80% des PA) et de pancréatite aiguë grave (accompagnée de complications locale et systémiques) (20% des PA).

La pancréatite est une inflammation et non pas une infection, les conséquences seront irréversibles.

III. ÉTIOLOGIES

Causes fréquentes :

Le **Calcul biliaire** est l'étiologie la plus fréquente (80%) , tandis que la cause alcoolique chronique (évoqué lors de l'interrogatoire) est moins fréquente.

Le calcul va bloquer le canal de WIRSUNG et provoque une hyperpression du canal à l'origine de la pancréatite. (effectuer une échographie pour évoquer la cause biliaire)

Causes rares :

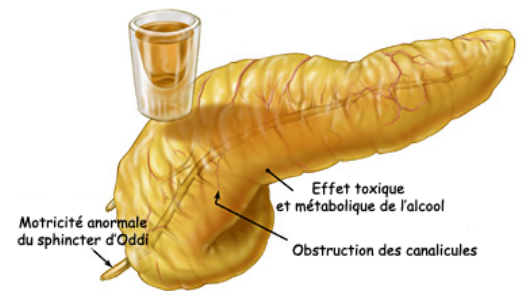
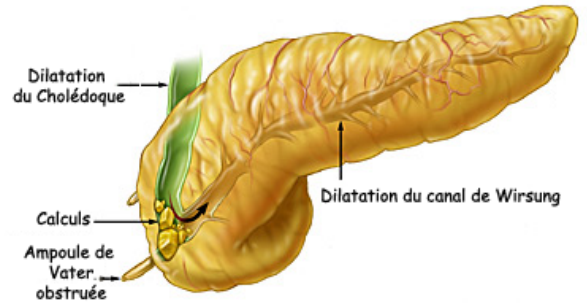
- tumeurs malignes +++
- Post-opératoires
- Post CPRE

Causes exceptionnels 10%

- Hypertriglycéridémie (> 10 mmol/L)
- Hypercalcémie quelqu'en soit la cause
- Médicamenteuse (chronologie +++)
- infection virale (virus de la rougeole), bactérienne, parasitaire.
- Auto-immune
- Canalaire (pancréas divisum)

Sans causes

- Idiopathique (il pourrait s'agir de microlithiases)



IV. DIAGNOSTIC POSITIF

A. Clinique

Signes fonctionnels :

Le maître symptôme est une **douleur** (position antalgique en chien de fusil), cette douleur est spécifique du pancréas et est :

- quasi constante, permanente, continue,
- aiguë,
- brutale (*coup de tonnerre dans un ciel serein*),
- Sans accalmies
- épigastrique,
- en coup de poignard (transfixiante),

→ irradiation dans le dos en hémicceinture.

Les signes associés à la douleur : **nausées** (dues à la douleur), **vomissements** (pouvant être bilieux)

Facteurs déclenchant la douleur : repas copieux, obésité....

Signes cliniques	Fréquence	Risque de mortalité
Douleur abdominale	90%	Indépendante
Vomissements	50%	Indépendante
Iléus réflexe	30%	Indépendante
Etat de choc	10%	> 40%
Dyspnée	15%	> 30%
Oligurie ou anurie	10-15%	30-50%
Signes neurologiques	5%	30%
Signes d'infection	4%	15%
Hémorragies	3%	20%

* La dyspnée : est due à un épanchement pleural qui gêne le jeu pulmonaire.

* Une hypocalcémie : nécrose, consommation du calcium circulant.

Les signes généraux :

Reflètent d'emblé les complications (**fièvre**, tachycardie, hypotension (Signes de gravité))

Signes physiques :

C'est la palpation qui détermine une **défense**, **localisés** au niveau de **l'épigastre**, la palpation est douloureuse au niveau des angles costo-diaphragmatiques (signe de Mayo-Robson), Les signes pathognomonique qui témoignent d'une **pancréatite nécrosante** sont les tâches de Cullen et Greg Turner.

- A la percussion on retrouve un **tympanisme** (iléus réflexe, "mais **ce n'est pas une occlusion**")
- Toucher pelvien : à un stade avancé un toucher rectal est douloureux.

B. Examens complémentaires

a) Biologie

Devant un tableau typique demander une lipasémie* :

Un score 3 fois la normale (**Hyperlipasémie**) indique qu'il s'agit d'une pancréatite aiguë.

* La lipasémie est spécifique au pancréas contrairement à l'amyasémie qui peut être associé à d'autres pathologies et le faite qu'elle peut augmenter et regresser d'un seul coup.

Lipasémie 3 fois la normale (90 UI) + douleur évocatrice du pancréas → Diagnostic formelle d'une pancréatite

Autres : Hyperamylasémie, Hyperamylasurie.

b. Radiologie

Le scanner à une seule indication lors de l'établissement du diagnostic formelle quand la douleur caractéristique de la pancréatite est présente mais sans une lipasémie exacte (le scanner est réalisé sur le champs pour poser le diagnostic différentiel)

V. EVOLUTION

Moyens biologiques

- ★ **Le score de ranson** [1 point par item] critère clinico-biologique, permet d'évaluer la gravité de la pancréatite

À l'admission	
Âge	> 55 ans
Leucocytes	> 16 000/mm ³
LDH	> 1,5xN
ASAT	> 6xN
Glycémie	> 11 mmol/L
Entre l'admission et la 48 ^e heure	
Chute de l'hématocrite	> 10 points
Élévation de l'urée sanguine	> 1,8 mmol/L
Calcémie	< 2 mmol/L
PaO ₂	< 60 mmHg
Chute des Bicarbonates	> 4 meq/L
Séquestration liquidienne	> 6 L*
* : cela signifie qu'il a fallu perfuser plus de 6 litres de soluté dans les 48 premières heures pour maintenir un équilibre hydro-électrolytique satisfaisant.	
Nombre de signes	Risque de mortalité (%)
0-2	0,9
3-4	16
5-6	40
7-8	100

* Séquestration liquidienne (3^{ème} secteur)

Inconvénient : La difficulté de rassembler les 11 items au moment de la crise aiguë.

- **Le score d'IMRIE** (24-48 h) [1 point par item]

Ces scores n'évoquent pas l'évolution locorégionale.

- Age > 55ans
- Leucocytes > 15G/L
- Glycémie > 10mmol/L (sauf diabète)
- LDH > 600 U/L (3,5N)
- Urée sanguine > 16 mmol/L ,calcémie < 2 mmol/L
- PaO₂ < 60 mmHg
- Albuminémie < 32 g/L
- ASAT > 100U/L (2N)
- CRP >150 mg/L à la 48ème heure

La lipasémie ne rentre en aucun cas dans les critères de gravité d'une pancréatite aiguë

Résumé :

Au cours d'une pancréatite aiguë, il y aura :

- ✓ Hyperleucocytose à polynucléaires
- ✓ Hypercalcémie
- ✓ Augmentation des transaminases hépatiques
- ✓ Augmentation des LDH
- ✓ Augmentation de l'urée sanguine
- ✓ Hyperglycémie
- ✓ Chute de l'hématocrite
- ✓ Hypoalbuminémie
- ✓ PaO₂ < 60 mmHg
- ✓ Déficit en bases > 4 mmol/L
- ✓ Hyperbilirubinémie
- ✓ CRP

Moyens radiologiques :

- **Le scanner (TDM)** est l'examen clé réalisé 48 h après la crise.
Il s'agit d'un scanner injecté
- **ASP** : anses sentinelles
- **Téléthorax** : épanchement
- **Echographie** : état de la vésicule biliaire et cholédoque.
- **La CPRE** : pour un but diagnostique et thérapeutique et la présence d'une infection secondaires (due à la nécrose).
- **SCORE DE BALTHAZAR**

Scanner		Scanner avec injection	
<i>Stade A</i> Pancréas normal	0 pt	Pas de nécrose	0 pt
<i>Stade B</i> Élargissement de la glande	1 pt	Nécrose < tiers de la glande	2 pts
<i>Stade C</i> Infiltration de la graisse Péripancréatique	2 pts	Nécrose > 1/3 et < 1/2	4 pts
<i>Stade D</i> Une coulée de nécrose	3 pts	Nécrose > 1/2 glande	6 pts
<i>Stade E</i> Plus d'une coulée de nécrose ou présence de bulles au sein du pancréas ou d'une coulée de nécrose	4 pts		

Total des 2 colonnes (maximum 10 pts)

Points 0-3	3 % mortalité	8 % pancréatite sévère
Points 4-6	6 % mortalité	35 % pancréatite sévère
Points 7-10	17 % mortalité	92 % pancréatite sévère

D et E (stades les plus graves)

Complications tardives : pseudo-kystes (nécrosés sans paroi), apparition d'un diabète

Pancréatites graves

Responsables de décès (15 jours après la survenue de la crise) dues à une défaillance d'organes.

Il n'y pas de traitement spécifique et ne nécessite pas d'anti-inflammatoires

80% des décès lors de la pancréatite grave sont causés par la nécrose

VI. TRAITEMENT DU SYNDROME

Traitement médicale

Le traitement est symptomatique

- Mise au repos du tube digestif : une alimentation non stimulante pour le pancréas
- pallier l'insuffisance pancréatique
- Antalgiques
- Éviter les défaillances : 4 tuyaux : Oxygénothérapie, cristalloïdes et macromolécules, antisécrétoire (pour éviter les gastrite dues au stress), ATB à la demande

Le traitement est plus médicale (selon l'étiologie) plus que chirurgicale (en cas d'infection installé l'abcès sera traité chirurgicalement, nécrose, pseudokystes, cholécystectomie si la cause est biliaire)

Traiter l'étiologie pour éviter la récurrence qui est plus grave.

Indication chirurgicale

- 1^{ère} intention : nécrose infectée
- 2^{ème} intention :
 - ◆ Abcès
 - ◆ Pseudo-kystes
- Autres :
 - ◆ Abdomen chirurgical
 - ◆ Cholecystéctomie
 - ◆ Sequelles.