

PANCRÉATITE AIGUË

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE ET PRISE EN CHARGE SELON LA GRAVITÉ

DIAGNOSTIC POSITIF DE PANCRÉATITE AIGUË

Douleurs abdominales évocatrices et lipase > 3N
Pas de scanner aux Urgences pour le diagnostic positif sauf si urgence abdominale mal étiquetée

ÉVALUATION DE GRAVITÉ

À L'ADMISSION Présence d'un SIRS
Terrain : Co-morbidités, BMI

ÉVOLUTION SIRS à 48h – Créatinine à 48h
Scanner J3 – J5 après le début des douleurs

DIAGNOSTIC DE SIRS si ≥ 2 critères présents

Température <36 ou >38°C
Fréq. cardiaque >90bpm
Fréq. respiratoire >20/min ou
PaCO₂ <32mmHg
GB <4000/mm³ ou
>12000/mm³

SCANNER

- Pas de scanner répété systématique, sauf si dégradation clinique, à refaire avant gestes (cholécystectomie, CPRE)
- Scanner avant J3 = risques (sous estimer les lésions, aggravation de la pancréatite, insuff rénale)

INFORMATIONS

- Score de Ranson & CRP = abandonnés
- Score Balthazar : pas plus efficace que SIRS
- SIRS transitoire : mortalité 8%
- SIRS persistant à 48h : mortalité 25%

PANCRÉATITE AIGUË GRAVE (20%)

Hospitalisation prolongée, en USC ou en réanimation

PANCRÉATITE AIGUË BÉNIGNE (80%)

Hospitalisation au moins 48h

INDICATIONS DE TRANSFERT EN RÉANIMATION

Fréq. cardiaque <40 ou >150bpm
Pression artérielle... PAs <80 ou
PAm <60 ou
PAd >120mmHg
Fréq. respiratoire >35/min
Natrémie <110 ou >170mmol/L

Kaliémie <2 ou >7 mmol/L
PaO₂ <50mmHg
pH <7.1 ou >7.7
Glycémie >44.4mmol/L
Calcémie <3.75 mmol/L
SIRS persistant, Anurie, Coma

TRAITEMENT

- Ré-hydratation, équilibration hydro-électrolytique rapide
- PAS D'ANTIBIOTHÉRAPIE SYSTÉMATIQUE
- Nutrition ENTÉRALE (SNG) précoce (< 48h)
- Nutrition parentérale uniquement en cas d'ileus
- Traitement spécifique selon étiologie

TRAITEMENT

- Mise à jeun, traitement antalgique
- Réalimentation après 48h sans douleurs +/- après traitement de la cause (biliaire ++)
- Traitement selon étiologie

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

INTERROGATOIRE

Antécédent personnel : colique hépatique, cholécystectomie, pancréatite
ATCD familiaux pancréatiques

Habitus : ALCOOL ? Tabac ? Surpoids ?
Contexte : prise médicamenteuse ?
contexte viral ? altération de l'état général ?

BIOLOGIE

Bilan hépatique, Calcémie,
Triglycérides > 10mmol/L
Info : Cytolyse transitoire dans les 48h = 85%VPP PA biliaire

ÉCHOGRAPHIE

Vésicule lithiasique ?
Dilatation des voies biliaires ou du Wirsung ?
Calcifications pancréatiques ?
Masse ou kyste pancréatique ?

Si doute sur le diagnostic étiologique (notamment biliaire) : **Écho-endoscopie CBIPPS**

Pancréatite aigue biliaire (PAB)
40%

Pancréatite aigue alcoolique
40%

Pancréatite aigue autre
20%

TUMEUR, TIPMP, médicaments, viral, métabolique, malformation, génétique, auto-immun

Écho-endoscopie +/- CPRE CBIPPS

puis Cholécystectomie dans l'établissement d'hospitalisation d'origine
Timing selon la gravité de la PAB

TRAITEMENT PENDANT L'HOSPITALISATION

Arrêt de la cause de la pancréatite (alcool, médicaments...)

Réalimentation orale après 48h sans douleurs

Sortie après réalimentation

Consultation CBIPPS après la sortie

PAB GRAVE

- Cholécystectomie retardée après régression des coulées de nécrose (souvent plusieurs mois)
- +/- CPRE + sphinctérotomie endoscopique préventive à la sortie de réanimation, pour permettre la réalimentation orale

PAB + ANGIOCHOLITE OU ICTÈRE

- Écho-endoscopie + CPRE dans les 24h
- Cholécystectomie dans la même hospitalisation

PAB BÉNIGNE

- Cholécystectomie dans la même hospi
- Écho-endoscopie la veille (après 48h sans douleurs)
- Réalimentation après cholécystectomie
- puis sortie

RECHERCHE K SURAJOUTÉ, COMPLICATIONS (pseudo-kystes...)

- Scanner
- IRM
- Echo-endoscopie

BILAN ÉTIOLOGIQUE

- IRM pancréatique, Scanner
- Écho-endoscopie
- +/- Bilan génétique
- +/- Bilan auto-immun