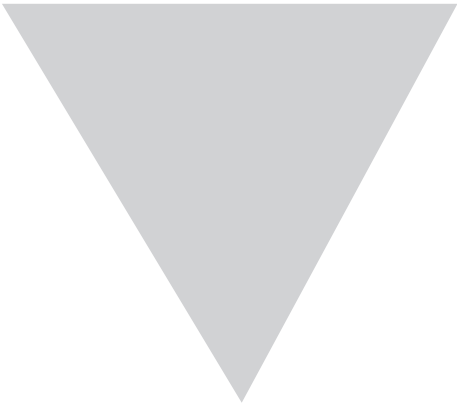




PANCRÉATITE AIGÜE : QUOI DE NEUF ?

Sigismond Lasocki, Thomas Gaillard, Pauline Dupre, Tiphaine Bernard
Département Anesthésie Réanimation, CHU Angers, 4 rue Larrey - 49933
Angers cedex 9

INTRODUCTION

La pancréatite aiguë est une pathologie relativement fréquente, avec une incidence de 5 à 100 cas pour 100 000 habitants [1]. Son diagnostic repose sur l'association d'une douleur typique (épigastrique, transfixiante...), d'une élévation des enzymes pancréatiques (*i.e.* lipasémie) $\geq 3N$ et/ou d'une imagerie (TDM, IRM ou échographie). On distingue classiquement deux causes principales : l'intoxication alcoolique et les causes biliaires (environ 40 % chacune en France [1]), ce qui rend nécessaire la réalisation d'une échographie abdominale dans la prise en charge initiale et le dosage des transaminases (recherche d'élévation fugace signant une cause biliaire potentielle), afin de rechercher la présence d'une lithiase biliaire. A côté de ces causes fréquentes, il faut savoir rechercher les tumeurs intracanalaires (papillaire ou mucineuse), 1^{ères} causes de pancréatites non alcooliques et non biliaires après 50 ans, les causes médicamenteuses et les hypertriglycéridémies, qui appellent un traitement spécifique (par échanges plasmatiques)

Depuis la dernière conférence de consensus française, « multidisciplinaire » de 2001, la prise en charge des pancréatites aiguës a évolué [2]. Nous reviendrons sur les principaux changements, qui concernent le diagnostic de gravité, l'hydratation, l'antibiothérapie et surtout les méthodes de drainage.

1. DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ

1.1. BILAN INITIAL

Outre le bilan étiologique cité en introduction (bilan hépatique, échographie, triglycéridémie) à réaliser aux urgences et la calcémie (élément de gravité initiale), la recherche d'une anomalie canalaire (en particulier tumorale) fera appel à la pancréatico-IRM (plus qu'à une IRM « biliaire »), puis éventuellement à une écho-endoscopie à la recherche de micro-calculs ou de sludge biliaire non vu en échographie.

La CPRE est indiquée en cas d'angiocholite, et probablement en cas de pancréatite aiguë avec obstruction biliaire selon les dernières recommandations [2].

Le scanner sera réalisé à l'admission s'il existe un doute diagnostique ou entre la 72^{ème} et la 96^{ème} heure après le début des symptômes pour l'évaluation de la pancréatite.

2.2. LA GRAVITÉ

La gravité est au mieux caractérisée par les scores de gravités habituels ou les scores de défaillances d'organe, plutôt que par les scores spécifiques type Ranson.

Il est proposé d'utiliser le SIRS (Tableau I), s'il persiste à 48 h la mortalité passe de 8 à 25 % [3].

La simple élévation de l'urée, utilisée comme marqueur d'une séquestration liquidienne, est également un élément de gravité : une urée > 20 mg.dl⁻¹ est associée à une augmentation de mortalité d'un facteur 4 [4].

Tableau I

Cirières du SIRS

La présence de 2 critères parmi les suivants signe la présence d'un SIRS :

Température	< 36 ou > 38°C
FC	> 90/min
FR	> 20/min (ou PaCO ₂ < 32 mmHg)
Leucocytose	>12 ou < 4 Giga/l

L'indication d'une hospitalisation en réanimation repose sur des critères « habituels », non spécifiques, notamment [2]

- Fréquence cardiaque < 40 ou > 150/min.
- Pression artérielle systolique < 80 mmHg ou PAM < 60 mmHg ou PAD > 120 mmHg.
- Fréquence respiratoire > 35/min
- Natrémie < 110 ou > 170 mmol.l⁻¹
- Kaliémie < 2 mmol.l⁻¹ ou > 7 mmol.l⁻¹
- paO₂ < 50 mmHg
- pH < 7,1 ou > 7,7
- Glycémie > 44,4 mmol.l⁻¹
- Calcémie < 3,75 mol.l⁻¹
- Anurie
- Coma
- SIRS persistant.

2. RÉHYDRATATION HYDROÉLECTROLYTIQUE

Une réhydratation rapide, dans les 24 premières heures, permet de limiter la survenue/persistance du SIR. Les données récentes, issues d'études multicentriques notamment chinoises, ont permis de préciser les volumes et débit de cette réhydratation. Le débit initial, utilisant des cristalloïdes, probablement balancés, doit être autour de 5-10 ml.kg⁻¹.h⁻¹ [5]. Les objectifs sont également non spécifiques : normalisation hémodynamique (correction de la tachycardie et de l'hypotension, maintien d'une diurèse), lutte contre l'hémoconcentration (objectif d'hématocrite entre 35 et 44 %).

3. ANTIBIOTHÉRAPIE

Il n'y a toujours aucune indication à l'antibioprophylaxie, comme le confirme une méta-analyse récente [6].

La place de la décontamination digestive est moins claire. Les données sont discordantes, mais le faible développement de ces stratégies en général, plaide plutôt contre son utilisation dans le contexte particulier de la pancréatite. En revanche, si cette stratégie fait partie de la prise en charge habituelle des patients de l'unité de réanimation, elle peut être proposée.

4. ALIMENTATION

Il faut mettre en place une alimentation entérale le plus tôt possible (< 48 h), y compris en cas de pancréatite aiguë grave. En effet, l'alimentation entérale précoce améliore le pronostic, notamment en réduisant le risque d'infection de nécrose (par rapport à une alimentation parentérale) [7]. La voie gastrique peut être utilisée en première intention, elle est utilisable dans plus de 90 % des cas. La voie jéjunale sera proposée en cas d'intolérance digestive.

Les recommandations les plus récentes sur l'alimentation entérale précoce sont de débiter l'alimentation à un débit de 10-20 ml.h⁻¹ en surveillant la tolérance clinique (douleur abdominale etc.), il n'est pas nécessaire de couvrir immédiatement les besoins énergétiques théoriques. Ces recommandations de l'ESICM confirment l'indication d'une nutrition entérale précoce en cas de pancréatite aiguë grave [8].

Pour les pancréatites aiguës non graves, l'alimentation orale doit être reprise dès que les douleurs diminuent.

5. PRISE EN CHARGE INTERVENTIONNELLE

5.1. GESTION DE LA NÉCROSE PANCRÉATIQUE

Si la prise en charge chirurgicale était le paradigme du traitement des coulées de nécroses pancréatiques, les données les plus récentes ont conduit à recommander une prise en charge graduée, conduisant à retarder la place de la chirurgie [9]. Il est intéressant de noter que ceci permet « d'éviter » la chirurgie dans près de 50 % des cas [10].

Les indications indiscutables de nécrosectomie (chirurgicale ou endoscopique) sont [11] :

- L'infection de nécrose suspectée cliniquement et confirmée notamment par la présence d'air à la tomodensitométrie, chez un malade dont l'état clinique se dégrade, de préférence lorsque la nécrose s'est organisée (délai habituel > 4 semaines). Ces infections surviennent dans 40 à 70 % des cas de pancréatites sévères.
- En cas d'apparition d'une défaillance d'organe, dans un contexte de nécrose organisée (évoluant en général depuis plusieurs semaines).

Les autres indications reposent sur les complications attribuables aux coulées de nécrose telles que :

- Syndrome du compartiment abdominal.
- Compression gastrique, intestinale ou biliaire.
- Hémorragie.

Il convient d'adopter une stratégie en « step-up », progressive, en commençant par des drainages percutanés ou per-endoscopiques, avant de recourir à la chirurgie [12].

5.2. CHOLECYSTECTOMIE

La cholecystectomie est indiquée en cas de pancréatite aiguë biliaire.

Elle doit être précoce en cas de pancréatite bénigne (idéalement < 48 h, avant la reprise de l'alimentation per os, qui risque dans 20 % des cas environ d'induire une récurrence de la pancréatite).

Elle doit être décalée, jusqu'à disparition des coulées, en cas de pancréatite sévère.

CONCLUSION

La pancréatite aiguë grave reste une pathologie fréquente et potentiellement sévère. Les progrès de la prise en charge reposent essentiellement sur la réhydratation initiale et les drainages percutané et endoscopique, s'intégrant dans des stratégies « graduées », permettant de retarder/éviter la chirurgie. Par ailleurs, l'antibioprophylaxie, de même que l'alimentation parentérale pour la « mise au repos du pancréas » n'ont toujours pas leur place, au contraire de l'alimentation entérale, qui doit être précoce.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Roberts S, Morrison-Rees S, John A, Williams J, Brown T, Samuel D. «The incidence and aetiology of acute pancreatitis across Europe.» *Pancreatol* 2017;17(2):155-165.
- [2] Working Group, I. A. P. A. P. A. P. G. «IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis.» *Pancreatol* 2013;13(4 Suppl 2):e1-15.
- [3] Mofidi R, Duff M, Wigmore S, Madhavan K, Garden O, Parks R. «Association between early systemic inflammatory response, severity of multiorgan dysfunction and death in acute pancreatitis.» *Br J Surg* 2006;93(6):738-744.
- [4] Wu B, Bakker O, Papachristou G, Besselink M, Repas K, van Santvoort H, Muddana V, Singh V, Whitcomb D, Gooszen H, Banks P. «Blood urea nitrogen in the early assessment of acute pancreatitis: an international validation study.» *Arch Intern Med* 2011;171(7):669-676.
- [5] Wu B, wang J, Gardner T, Repas K, Delee R, Yu S, Smith B, Banks P, Conwell D. «Lactated Ringer's solution reduces systemic inflammation compared with saline in patients with acute pancreatitis.» *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9(8):710-717 e711.
- [6] Wittau M, Mayer B, Scheele J, Henne-Bruns D, Dellinger E, Isenmann R. «Systematic review and meta-analysis of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis.» *Scand J Gastroenterol* 2011;46(3):261-270.
- [7] Al-Omran M, Albalawi Z, Tashkandi M, Al-Ansary L. (). «Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis.» *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(1):CD002837.
- [8] Reintam Blaser A, Starkopf J, Alhazzani W, Berger M, Casaer M, Deane A, Fruhwald S, Hiesmayr M, Ichai C, Jakob S (ESICM Working Group on Gastrointestinal Function) et al. «Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines.» *Intensive Care Med* 2017;43(3):380-398.
- [9] van Grinsven J, van Santvoort H, Boermeester M, Dejong C, van Eijck C, Fockens P, Besselink M, (Dutch Pancreatitis Study, Group). «Timing of catheter drainage in infected necrotizing pancreatitis.» *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* (2016);13(5):306-312.
- [10] Kager L, Lekkerkerker S, Arvanitakis M, Delhay M, Fockens P, Boermeester M, van Hooft J, Besselink M. «Outcomes After Conservative, Endoscopic, and Surgical Treatment of Groove Pancreatitis: A Systematic Review.» *J Clin Gastroenterol*. 2016;21:(Epub ahead of print)
- [11] van Santvoort H, Besselink M, Bakker O, Vleggaar F, Timmer R, Weusten B, Gooszen H, (Dutch Pancreatitis Study Group). «Endoscopic necrosectomy in necrotising pancreatitis: indication is the key.» *Gut* 2010;59(11):1587.
- [12] van Santvoort H, Besselink M, Bakker O, Hofker H, Boermeester M, Dejong C, van Goor H, Schaapherder A, van Eijck C, Bollen T, van Ramshorst B et al. «A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis.» *N Engl J Med* 2010;362(16):1491-1502.