

Pancréatite aiguë grave

Dr. Philippe SEGUIN

CHU de RENNES

Question 1

Quels sont les éléments de gravité initiaux ?

La gravité peut être pressentie sur des arguments cliniques. Ainsi, la présence de comorbidités, l'âge avancé (> 80 ans), l'obésité ($BMI > 30 \text{ Kg.m}^{-2}$) constituent des facteurs de gravité reconnus. De même, une surmortalité est observée lorsqu'il existe des ecchymoses pariétales et des flancs, une surdistension abdominale liée à la présence d'un iléus et/ou d'une ascite [1] [2]. Mais c'est surtout la présence d'une ou plusieurs défaillances d'organe, non spécifique à la pancréatite, qui constitue un signe d'alerte fort, justifiant à elles seules l'admission en réanimation. A cet égard, l'utilisation du score du [Sepsis Related Organ Failure Assesement \(SOFA\)](#) permet de différencier et de stratifier le(s) défaillance(s) d'organe(s) et s'est avéré aussi pertinent à prédire la mortalité que le [score APACHE II](#). La plupart des scores, spécifiques ou généralistes, sont néanmoins d'un faible apport car complexes à utiliser, basés sur le recueil de variables sur un délai de 24 à 48 heures ou répétés dans le temps. **Le score d'Imrie permet une évaluation immédiate de la gravité s'il est d'emblée > 3** [1].

Des tests biologiques peuvent aider à évaluer la gravité. **La CRP** est le test le plus simple et le plus utilisé. Néanmoins, il n'est pertinent qu'au delà des 36 à 48^e heures d'évolution de la maladie. Ainsi, un taux $< 150 \text{ mg.L}^{-1}$ à la 48^e heure permettrait d'écarter une forme grave avec une bonne spécificité [1] [3]. L'hémoconcentration est un marqueur simple mais discuté de gravité ; un **hématocrite** (HT) $\geq 50\%$ serait prédictif de la gravité. A l'opposé, un HT normal à l'admission permet d'écarter le risque de pancréatite grave [3]. D'autres tests ont été évalués mais ne sont pas de pratique courante.

L'imagerie par **tomodensitométrie** permet aussi d'établir un score de gravité [4]. L'envahissement progressif de la cavité péritonéale à partir du pancréas lésé permet de définir 5 stades de sévérité croissante et l'injection de produit de contraste l'importance de la nécrose. Un score supérieur ≥ 7 témoigne d'une morbidité et mortalité accrues. **De façon générale l'admission de ces patients en réanimation ou en secteur de soins intensifs doit être large.** En effet, l'expression de la gravité peut être différée de quelques heures notamment chez les patients admis précocement. De plus, la qualité de la prise en charge initiale, notamment le rétablissement d'une volémie correcte et la compensation des pertes hydro électrolytiques, conditionnent en grande partie l'évolution ultérieure en assurant une perfusion d'organe satisfaisante.

1. Société nationale française de gastroentérologie. Conférence de consensus : pancréatite aiguë.

Conclusion et Recommandations du Jury – Textes long et court. [Gastroenterol Clin Biol 2001 ;25:177-92.](#)

2. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M, Sekimoto M, Hirota M, Takeda K, Isaji S, Koizumi M, Satake K, Otsuki M, Matsuno S ; JPN. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis : treatment of gallstone-induced acute pancreatitis. [J Hepatobiliary Pancreat Surg 2006 ;13:56-60.](#)

3. Markers for predicting severity and progression of acute pancreatitis. Schütte K, Malfertheiner P. [Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2008 ;22:75-90.](#)

4. Balthazar EJ, Robinson DL, Megibow AJ, Ranson JH. Acute pancreatitis-induced : value of CT in establishing prognosis . [Radiology 1990 ;174:331-36.](#)

Question 2

Y a t il une place pour l'antibiothérapie préventive ?

Non, même si cette question a fait l'objet de débats controversés. En effet, l'infection étant la principale cause de morbidité et de mortalité des pancréatites graves, il était tentant de vouloir prévenir la survenue d'une infection par l'administration d'antibiotique(s) par voie systémique et ce dès les premiers jours. Néanmoins, les carences méthodologiques des études, l'émergence de germes résistants aux agents antimicrobiens utilisés ainsi que des surinfections à levures ont conduit à écarter une telle démarche thérapeutique [1]. La méta-analyse de la Cochrane Database de 2006 souligne d'ailleurs dans sa conclusion la nécessité d'études complémentaires de meilleures qualités [2]. Dans cet esprit, deux travaux plus récents ont comparé prophylaxie versus placebo et n'ont pas montré de différence de mortalité entre les groupes [3] [4].

1. Société nationale française de gastroentérologie. Conférence de consensus : pancréatite aiguë. Conclusion et Recommandations du Jury – Textes long et court. [Gastroenterol Clin Biol 2001 ;25:177-192.](#)

2. Villatoro E, Bassi C, Larvin M. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis. [Cochrane Database Syst Rev 2006 ;18:CD002941.](#)

3. Isenmann R, Rünzi M, Kron M, Kahl S, Kraus D, Jung N, Maier L, Malfertheiner P, Goebell H, Beger HG ; German Antibiotics in Severe Acute Pancreatitis Study Group. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis : a placebo-controlled, double-blind trial. [Gastroenterology 2004 ;126:997-1004.](#)

4. Dellinger EP, Tellado JM, Soto NE, Ashley SW, Barie PS, Dugernier T, Imrie CW, Johnson CD, Knaebel HP, Laterre PF, Maravi-Poma E, Kissler JJ, Sanchez-Garcia M, Uzzolino S. Early antibiotic treatment for severe acute necrotizing pancreatitis : a randomized, double-blind, placebo-controlled study. [Ann Surg 2007 ;245:674-83.](#)

Question 3

L'alimentation entérale est-elle contre indiquée ?

Non, de façon générale chez les patients de réanimation, de part ses effets bénéfiques sur la trophicité de la muqueuse intestinale, la réduction du risque infectieux voire la mortalité, la nutrition entérale, notamment lorsqu'elle est débutée précocement, est à privilégier. Le dogme selon lequel la nutrition entérale « aggrave » la pancréatite est largement battu en brèche. Par ailleurs, le bénéfice de la nutrition entérale dans les formes les plus graves de pancréatite est souligné dans deux méta-analyses récentes [1] [2]. En effet, cette voie d'administration, comparée à la nutrition parentérale, diminue, les risques d'infections notamment de la loge pancréatique, de défaillance multiviscérale ou encore la mortalité. Le principe d'une nutrition précoce, si possible dans les 48 premières heures, semble le plus intéressant et là encore au dépend de la nutrition parentérale [3]. Du fait notamment du risque d'exacerbation des douleurs abdominales par stimulation de la sécrétion pancréatique l'intérêt d'une alimentation naso-jéjunale a longtemps prévalu [4]. Néanmoins, il est montré récemment que l'alimentation nasogastrique semble aussi bien tolérée que celle administrée en site jéjunal [5]. Par contre elle peut s'avérer difficile notamment lorsqu'existe une compression duodénale. Ainsi, lorsque le patient requiert une

laparotomie, la réalisation d'une jéjunostomie d'alimentation est recommandée. Le type de mélange diététique utilisé ne semble pas déterminant et l'intérêt d'une immunonutrition n'est pas démontrée [6].

1. Cao Y, Xu Y, Lu T, Gao F, Mo Z. Meta-Analysis of Enteral Nutrition versus Total Parenteral Nutrition in Patients with Severe Acute Pancreatitis. [Ann Nutr Metab. 2009 ;53:268-275](#)
2. Petrov MS, van Santvoort HC, Besselink MG, van der Heijden GJ, Windsor JA, Gooszen HG. Enteral nutrition and the risk of mortality and infectious complications in patients with severe acute pancreatitis : a meta-analysis of randomized trials. [Arch Surg 2008 ;143 1111-7](#)
3. Petrov MS, Pylypchuk RD, Uchugina AF. A systematic review on the timing of artificial nutrition in acute pancreatitis. [Br J Nutr 2008 ;19:1-7](#)
4. Antoun S, Merad M. Nutrition entérale au cours des pancréatites aiguës et de la période péri-opératoire chez l'adulte : indications, modalités d'administration. [Réanimation 2003 ;12:378-83](#)
5. Petrov MS, Correia MI, Windsor JA. Nasogastric tube feeding in predicted severe acute pancreatitis. A systematic review of the literature to determine safety and tolerance. [JOP 2008 ;9:440-8](#).
6. Petrov MS, Atduev VA, Zagainov VE. Advanced enteral therapy in acute pancreatitis : is there a room for immunonutrition ? A meta-analysis. [Int J Surg 2008 ;6:119-24](#)

Question 4

Comment faire le diagnostic de nécrose infectée et quelle prise en charge ?

L'infection de la nécrose est une complication grave qui survient chez 40 à 70 % des patients dans la deuxième ou troisième semaine d'évolution [1]. La pérennisation, l'aggravation ou la survenue de défaillance(s) d'organe(s) dans un contexte septique avec fièvre, hyperleucocytose, doit conduire à s'interroger sur la présence d'une nécrose infectée. En dehors des cas où la présence de gaz dans la cavité rétropéritonéale signe la complication infectieuse, le diagnostic de nécrose infectée repose sur la ponction, guidée par TDM, à l'aiguille fine des foyers de nécrose. Ces ponctions peuvent être réalisées sur un ou plusieurs sites et répétées si besoin. Le traitement anti infectieux est débuté dès les résultats de l'examen direct. Conjointement un traitement local, le plus souvent chirurgical, s'impose. Ce dernier repose habituellement sur une nécrosectomie « à la demande » et un drainage à l'aide de drains de gros calibre qui permettront la réalisation de lavages en postopératoire [2].

Les modalités pratiques de l'antibiothérapie sont conditionnées par l'écologie locale. Cette dernière est toujours secondairement adaptée aux vues des résultats des cultures et de l'antibiogramme. La durée n'est pas codifiée mais 10 jours d'antibiothérapie semblent raisonnables. La persistance de signes infectieux témoigne le plus souvent d'un défaut de drainage qu'une antibiothérapie ne saurait traiter.

1. Frossard J-L, Steer ML, Pastor CM. Acute pancreatitis. [Lancet 2008 ;371 : 143](#)
2. Working party of the British Society of Gastroenterology ; Association of Surgeons of Great Britain and Ireland ; Pancreatic Society of Great Britain and Ireland ; Association of Upper GI Surgeons of Great Britain and Ireland. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. [Gut 2005 ;54:iii1-9](#)