

# Pancréatite aiguë : généralement d'origine biliaire ou alcoolique

Le bilan étiologique doit être effectué le plus rapidement possible pour tenter d'éviter une récurrence.

DR GUY SCEMAMA, PARIS

**1.** La pancréatite aiguë (PA) est une affection parfois grave dont la prise en charge est multidisciplinaire. Ainsi, 30 % des patients doivent être hospitalisés en réanimation. L'âge médian de survenue de la PA est de 54 ans, avec une prédominance masculine (60 %).

Les deux principales causes sont l'intoxication alcoolique et la lithiase biliaire, représentant respectivement 36 et 37 % des PA. Les autres causes sont médicamenteuses, iatrogènes, infectieuses, métaboliques, associées aux maladies inflammatoires digestives ou dysimmunitaires, tumorales ou génétiques. Dans environ 16 % des cas, il n'est pas retrouvé de cause à la PA. La mortalité globale de la maladie est estimée à 3,7 %.

**2.** Toute douleur abdominale aiguë évocatrice associée à une élévation de la lipasémie supérieure à 3N dans les 48 heures suivant le début des symptômes doit faire porter le diagnostic de PA. La douleur est présente dans tous les cas, elle est épigastrique, intense, transfixiante et/ou irradiant dans les deux hypochondres. D'autres signes peuvent être associés : nausée, vomissement, arrêt des matières et des gaz (iléus réflexe).

Biologiquement, le diagnostic est affirmé par l'élévation de la lipasémie au-delà de 3N, l'augmentation de l'amylasémie étant moins sensible et moins spécifique.

Le diagnostic de PA établi, l'objectif initial est d'évaluer la gravité de la PA et de rechercher une cause.

**3.** À la phase initiale, lors de la poussée de PA, ce sont les données de l'anamnèse, la biologie et l'imagerie qui peuvent orienter vers une étiologie biliaire, alcoolique, évidente dans un contexte de traumatisme, d'infection, de prise médicamenteuse

pancréatotoxique, d'hypercalcémie ou d'hypertriglycéridémie.

**4.** L'origine alcoolique d'une PA est évoquée sur le contexte, les antécédents de pancréatite chronique, les antécédents éventuels de poussée antérieure, la présence de signes évocateurs de pancréatite chronique (calcifications pancréatiques).

**5.** Les arguments en faveur d'une origine biliaire de la PA sont un âge supérieur à 50 ans, le sexe féminin, une élévation des Alat. Cependant, une origine biliaire doit être systématiquement recherchée, même en l'absence de critères évocateurs, car un traitement spécifique doit être réalisé. L'échographie permet la mise en évidence de lithiases vésiculaires, alors que les lithiases cholécystiennes sont rarement diagnostiquées par l'échographie. Lorsque ces explorations ne sont pas contributives, une échoendoscopie ou une cholangio-IRM doit être réalisée. Ces examens permettent de mettre en évidence les calculs cholécystiens ainsi que les calculs vésiculaires de petite taille.

**6.** À la phase secondaire sera effectué un bilan chez les patients pour lesquels le bilan initial ne montre pas d'étiologie (PA idiopathique *a priori*) ou lorsque la cause biliaire, alcoolique ou non A non B n'est pas totalement prouvée. Ce bilan sera réalisé à deux mois, car certaines images d'inflammation ou de nécrose peuvent gêner la visualisation de lésions pancréatiques.

**7.** L'évaluation du pronostic est fondée sur des critères clinico-biologiques et radiologiques. Les critères clinico-biologiques répondent historiquement à ceux définis par Ranson. Ces derniers sont faciles à collecter à l'admission, plus difficile sur les 48 premières heures. Les critères radiologiques font appel au score TDM (après



ADOBE STOCK

injection de produit de contraste) de Balthazar, en exigeant des radiologues de quantifier la nécrose (indice de nécrose).

**8.** Devant une PA *a priori* bénigne, c'est-à-dire sans facteur de pronostic péjoratif, l'hospitalisation est de mise dans un secteur traditionnel en ne négligeant pas une forte réhydratation initiale et la mise à jeun stricte, et une évaluation à 48 heures est réalisée.

**9.** Dans le cadre d'une PA biliaire bénigne, l'objectif est d'éviter la récurrence. La cholécystectomie peut être effectuée lors de la même hospitalisation en l'absence de complications aiguës et de nécrose.

**10.** En cas de PA biliaire sévère, la cholécystectomie devra être reportée de six semaines après un contrôle TDM. Dans le cadre de PA accompagnée d'une angiocholite (fièvre élevée, cholestase volontiers ictérique à l'admission), il est licite de proposer une sphinctérotomie endoscopique à condition de la réaliser dans les 48 heures suivant l'admission, par un opérateur expérimenté, au sein d'un centre référent pour l'endoscopie thérapeutique.

## RÉFÉRENCE

Louis Buscaill, Jean-Baptiste Nousbaum. Les pancréatites aiguës. FMC-HGE. Post'U 2016, 193-7.

Le Dr Guy Scemama déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.