

Cette question a fait l'objet d'une mise à jour sur [larevuedupraticien.fr](http://larevuedupraticien.fr)

Ce FOCUS attire votre attention sur des points importants

# PANCRÉATITE AIGÜE

Dr Pierre Guibert, Pr Gilles Bommelaer

Service d'hépatogastroentérologie, Hôtel-Dieu, Centre hospitalier universitaire, 63003 Clermont-Ferrand, France  
[pguibert@chu-clermontferrand.fr](mailto:pguibert@chu-clermontferrand.fr)  
[gbommelaer@chu-clermontferrand.fr](mailto:gbommelaer@chu-clermontferrand.fr)

L'incidence des pancréatites aiguës (PA) a progressé ces deux dernières décennies, au moins en Amérique du Nord et en Europe, et malheureusement le traitement spécifique qui permettrait de stopper le processus physiopathologique d'auto-digestion enzymatique du pancréas n'a pas encore vu le jour.

La revue de la littérature révèle deux choses. D'une part, la Conférence de consensus sur la pancréatite aiguë, qui s'est tenue à Paris en 2001, reste tout à fait d'actualité et doit continuer de faire référence pour notre pratique. L'essentiel en est repris dans les « Références Universitaires » de La Revue du Praticien sur la question, consultable désormais en ligne. D'autre part, si le traitement miracle n'existe pas encore, des progrès non négligeables ont été réalisés, notamment en ce qui concerne les facteurs prédictifs de sévérité de la maladie.

Certains débats, restés ouverts en 2001, n'ont pu être clos par les essais randomisés et méta-analyses de ces dernières années. Parmi eux, citons la question brûlante, toujours ouverte à controverse, de l'antibiothérapie précoce en cas de nécrose pancréatique. Brûlante, en effet, car l'infection d'une nécrose pancréatique ou péripancréatique est un événement défavorable majeur dans l'histoire d'une PA sévère. Elle complique 50 % des formes graves, et 80 % des décès lui sont imputables. En l'absence de preuve formelle de son efficacité, elle reste non recommandée en France, et n'est de toute façon jamais envisagée avant ponction à visée bactériologique.

Également, les probiotiques oraux, qui avaient nourri certains espoirs de prévention des complications infectieuses (pancréatiques ou extra-pancréatiques) au décours d'une PA nécrosante se sont révélés non seulement inefficaces versus placebo, mais également dangereux, responsables d'une surmortalité dans cette catégorie de patients (RR 2.53,  $p = 0,004$ ). Cette surmortalité est principalement liée à des ischémies intestinales.

De leur côté, les thérapies antioxydantes intraveineuses, notamment la combinaison de N-acétylcystéine, sélénium et vitamine C, n'ont pas permis, à ce jour, de réduire l'incidence des complications des pancréatites aiguës sévères.

Enfin, la prise en charge initiale spécifique des pancréatites aiguës d'origine biliaire continue de faire débat. Il est admis qu'en cas d'ictère rétionnel ou d'angiocholite, une sphinctérotomie endoscopique doit être réalisée le plus tôt possible au cours d'une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Mais en dehors de ces cas de figure, est-il nécessaire de réaliser cette CPRE en

urgence ? La réponse est non. Une méta-analyse publiée en 2008 montre en effet l'absence de bénéfice de la CPRE dans ce contexte, en termes de taux de complications ou de mortalité, et cela que la PA biliaire soit prédite bénigne ou sévère.

Donc aucune révolution, semble-t-il, dans le traitement des pancréatites aiguës. Pourtant, de réelles avancées ont eu lieu et devraient, pour nous cliniciens, devenir incontournables et nous

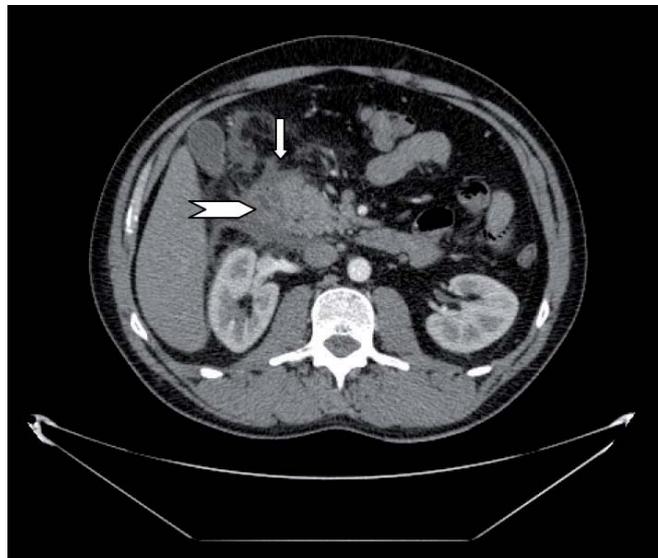


FIGURE Coupe scanographique d'une pancréatite aiguë avec coulée de nécrose de l'espace pararénel antérieur droit, et infiltration de la graisse péripancréatique.

TABLEAU

### Index de sévérité tomодensitométrique

Inflammation pancréatique et péripancréatique	pt	Nécrose pancréatique*	pt
<b>Grade A</b>		<b>Pas de nécrose</b>	
pancréas normal .....	0	.....	0
<b>Grade B :</b>		<b>Nécrose &lt; 30 %</b>	
élargissement focal ou diffus du pancréas .....	1	.....	2
<b>Grade C :</b>		<b>Nécrose 30-50 %</b>	
pancréas hétérogène associé à une densification graisse péri-pancréatique .....	2	.....	4
<b>Grade D :</b>		<b>Nécrose &gt; 50 %</b>	
coulée péri pancréatique unique .....	3	.....	6
<b>Grade E :</b>			
coulées multiples ou présence de bulles de gaz au sein d'une coulée .....	4		
			<b>Total (maximum 10 points)</b>
Index de sévérité	Morbidité %	Mortalité %	
< 3	8	3	
4 - 6	35	6	
7 - 10	92	17	

\* Défaut de rehaussement du parenchyme pancréatique.

permettre d'optimiser la prise en charge initiale et la surveillance des patients. Elles ont trait pour l'essentiel à l'interprétation de facteurs biologiques prédictifs.

**Voici un exemple :**

Une femme de 59 ans, IMC= 29,5, se rend aux urgences pour la survenue d'épigastalgies transfixiantes accompagnées de vomissements. Le diagnostic de PA est rapidement confirmé par une lipasémie mesurée à 1 342. Le reste de la biologie montre : GB = 11,5 G/L, Ht = 38 %, ALAT = 4 N, ASAT = 2 N, créatininémie = 75 µmol/L, CRP = 32, bilirubinémie totale = 15 µmol/L.

**Quelles informations importantes pouvons-nous en retirer ?**

- origine lithiasique très probable : outre le terrain (âge, sexe, surcharge pondérale), un taux d'ALAT > 3 N a en soi une VPP de 95 % ;
  - faible risque de survenue d'une nécrose : un taux d'Ht < 44,8 % à l'admission du patient a une VPN de nécrose de 88,5 %.
- Le bilan à 48 heures retrouve une CRP à 12.

Ce résultat nous conforte dans l'idée d'une PA bénigne puisqu'une CRP toujours inférieure à 150 après 48 heures a une VPN de nécrose de 94 %.

Imaginons le même tableau avec un jeune homme dont le bilan initial retrouverait une créatininémie à 80 µmol/L et, le lendemain, malgré une bonne hydratation intraveineuse, une créatininémie majorée à 101 µmol/L.

Ce seul élément doit nous faire craindre la survenue d'une nécrose pancréatique : une élévation de la créatininémie > 1,8 mg/dL (soit 15,9 µmol/L) dans les 48 premières heures, malgré une hydratation adéquate, a une VPP de nécrose de 93 %.

Ainsi, un simple bilan biologique standard quotidien, bien interprété, apporte quantité de renseignements diagnostiques, étiologiques et prédictifs.

Peu coûteux et facilement accessible, ce bilan doit nous aider à appréhender au mieux la gravité de la pancréatite aiguë afin d'orienter le patient, avant même la réalisation de la TDM injectée (idéalement à la 48<sup>e</sup> heure après le début des douleurs), vers la structure de soins la plus appropriée.

L'enjeu est primordial puisque les patients souffrant d'une pancréatite aiguë compliquée doivent être transférés au plus vite dans une unité spécialisée en pathologie digestive, à proximité d'un service de réanimation.

La prise en charge sera alors multidisciplinaire, alliant les compétences des réanimateurs, des gastroentérologues, des chirurgiens et des radiologues interventionnels. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

**POUR EN SAVOIR +**

- Pathologie chirurgicale du pancréas. Monographie. Rev Prat 2002;52[14]:1524-78.
- Pancréatite aiguë (Gastroenterol Clin Biol 2001 Feb;25(2):177-92 <https://owa.chu-clermontferrand.fr/owa/UrlBlockedError.aspx>)