



Pancréatite aiguë

[Qu'est ce qu'une pancréatite aiguë ?](#)

[Quelles sont les principales causes de pancréatite aiguë ?](#)

[Quelles sont les causes rares de pancréatite aiguë ?](#)

[La pancréatite aiguë est-elle une maladie grave ?](#)

[Quels sont les symptômes d'une pancréatite aiguë ?](#)

[Quelles sont les complications les plus fréquentes d'une pancréatite aiguë ?](#)

[Quels sont les tests sanguins pour faire le diagnostic de pancréatite aiguë ?](#)

[Quel est l'intérêt de l'échographie et du scanner dans la pancréatite aiguë ?](#)

[Quels sont les principaux signes de gravité d'une pancréatite aiguë ?](#)

[Quel est le traitement de la pancréatite aiguë ?](#)

[Quand envisage t-on un traitement instrumental ou chirurgical de pancréatite aiguë ?](#)

7.3.1. Qu'est ce qu'une pancréatite aiguë ?

La pancréatite aiguë est une auto-digestion de la glande et, éventuellement, des organes de voisinage. Elle peut se compliquer de nécrose, d'infection et de défaillances viscérales multiples. La mortalité est de 5 à 10 %.

7.3.2. Quelles sont les principales causes de pancréatite aiguë ?

Ce sont la lithiase biliaire **Figure 17** (migration cholédocienne) et l'alcool (poussée inaugurale de pancréatite chronique). Il existe aussi des pancréatites aiguës après chirurgie abdominale et thoracique (pancréatite aiguë postopératoire). Une pancréatite aiguë (qui peut être sévère) complique environ 5% des CPRE. Une pancréatite aiguë peut révéler une tumeur située en aval. Elle se produit dans environ 10 % des cas d'adénocarcinome du pancréas et peut les révéler.

7.3.3. Quelles sont les causes rares de pancréatite aiguë ?

Ce sont l'hyperlipémie (majeure), l'hyperparathyroïdie, les infections virales (oreillons, *Echovirus*) et parasitaires (ascaris), les médicaments (diurétiques thiazidiques, azathioprine, œstrogènes). Les causes peuvent aussi être des anomalies congénitales des canaux bilio-pancréatiques comme le pancréas divisum et le kyste du cholédoque ainsi que la mucoviscidose.

L'ensemble de ces autres causes représente au total moins de 10 % des causes de pancréatites aiguës.

Finalement, il reste environ 10 % des pancréatites aiguës qui sont considérées comme idiopathiques (sans cause connue).

7.3.4. La pancréatite aiguë est-elle une maladie grave ?

On distingue la pancréatite aiguë œdémateuse (**figures 23 - 26**) (œdème affectant uniquement la glande pancréatique), d'évolution habituellement bénigne et la pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique (**figures 27>32**), plus rare, mais qui peut être mortelle. La seconde se caractérise par la nécrose de tout ou partie de la glande pancréatique et par des coulées inflammatoires extra-pancréatiques. Le risque est alors l'infection de cette nécrose qui est la principale cause de mortalité.

7.3.5. Quels sont les symptômes d'une pancréatite aiguë ?

Ce sont des douleurs abdominales à début rapidement progressif, intenses et permanentes, avec position antalgique en chien de fusil, vomissements, iléus paralytique, choc hypovolémique, oligo-anurie, troubles neuro-psychiques et détresse respiratoire.

Il peut exister un tympanisme et une défense sus-ombilicale mais souvent les signes d'examen physique contrastent par leur pauvreté avec la gravité du tableau général.

Fréquence des principaux signes cliniques de pancréatite aiguë :

Signes cliniques	Fréquence (%)
Douleur abdominale	90
Vomissements	50
Iléus réflexe	30
Etat de choc	10
Dyspnée	15
Oligurie ou anurie	10-15
Signes neurologiques	5
Signes d'infection	4

7.3.6. Quelles sont les complications les plus fréquentes d'une pancréatite aiguë ?

Ce sont l'infection des zones de nécrose (**figures 29 ->30 -> 32**), les défaillances multiviscérales (poumon [syndrome de détresse respiratoire aiguë], rein [insuffisance rénale], foie [insuffisance hépatique], système nerveux central), les pseudokystes (**figures 18 - 19 - 33**), les hémorragies, les fistules pancréatiques dans un organe creux, ou externes après drainage chirurgical, la cytotéatonecrose à distance (**figures 34 - 35**) et la dénutrition. Une ou plusieurs interventions chirurgicales, radiologiques (drainage percutané, embolisation en cas d'hémorragie (**figures 20 - 22**)) ou endoscopiques (voir tableau p. 11) sont parfois nécessaires. La durée du séjour hospitalier (en réanimation ou non) peut être de quelques jours à plusieurs mois.

7.3.7. Quels sont les tests sanguins pour faire le diagnostic de pancréatite aiguë ?

Ce sont l'hyperamylasémie (accompagnée d'hyperamylasurie) et l'hyperlipasémie contemporaines des premiers signes cliniques. L'hyperamylasurie persiste plus longtemps que l'hyperamylasémie.

7.3.8. Quel est l'intérêt de l'échographie et du scanner dans la pancréatite aiguë ?

L'échographie a un intérêt diagnostique montrant l'hypertrophie de la glande, hypoéchogène en cas d'œdème, et elle a surtout un intérêt étiologique du fait de la visualisation de calculs vésiculaires ou du calibre de la voie biliaire principale extra et intra-hépatique. Elle permettra plus tard le dépistage des pseudokystes. Elle ne visualise cependant pas le pancréas dans sa totalité dans près d'un tiers des cas.

La scanographie fournit une bonne évaluation des lésions pancréatiques et des coulées nécrotiques péri-pancréatiques. Le volume des coulées de nécrose et l'importance de la nécrose de la glande ont une valeur pronostique (**figures 23 - 32**).

Les deux examens permettent, en cas de nécessité, des prélèvements percutanés dirigés des collections pancréatiques et péri-pancréatiques à la recherche d'une infection de celles-ci.

7.3.9. Quels sont les principaux signes de gravité d'une pancréatite aiguë ?

Au cours de l'évolution, l'existence d'une nécrose pancréatique ou extra-pancréatique, d'une infection de celle-ci, d'une défaillance viscérale (poumon, foie, cardio-vasculaire, etc) sont des signes de gravité. Le risque de ces complications est apprécié par différents scores dont les plus utilisés sont le score de Ranson, le score de Glasgow et le score SOFA. Le taux de CRP et les signes scanographiques ont aussi une forte valeur pronostique.

Score de Ranson

Chaque paramètre est coté 1 lorsqu'il est présent. La pancréatite est considérée comme sévère si le score est supérieur à 3

A l'admission (hospitalisation) :

Age	> 55 ans
Leucocytes	> 16 000/ mm ³
LDH	> 1,5xN
ASAT	> 6xN

Entre l'admission et la 48^{ème} heure d'hospitalisation :

Chute hématokrite	> 10 points
Élévation urée sanguine	> 1,8 mmol/l
Calcémie	< 2 mmol/l
PaO ₂	< 60 mm Hg
Chute des Bicarbonates	> 4 meq/l
Séquestration liquidienne	> 6 l

Nombre de signes	% de mortalité
0-2	0,9
3-4	16
5-6	40
7-8	100

Score scanographique de Balthazar

Figure 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27

Scanographie		Scanographie avec injection	
Stade A : Pancréas normal	0 pt	Pas de nécrose	0 pt

Stade B : Elargissement de la glande	1 pt	Nécrose < tiers de la glande	2 pts	
Stade C : Infiltration de la graisse péripancréatique	2 pts	Nécrose > 1/3 et < 1/2		4 pts
Stade D : Une coulée de nécrose	3 pts	Nécrose > 1/2 glande		6 pts
Stade E : Plus d'une coulée de nécrose au sein du pancréas ou infection d'une coulée de nécrose	4 pts			

Total des 2 colonnes (maximum 10 pts)

Score	% de mortalité
0-3	3
4-6	6
7-10	17

7.3.10. Quel est le traitement de la pancréatite aiguë ?

Le traitement médical des pancréatites aiguës repose sur les mesures de réanimation symptomatique comportant l'aspiration gastrique (en cas de vomissements répétés), la rééquilibration hydroélectrolytique et énergétique, le traitement de la douleur et du choc, l'oxygénothérapie et l'assistance ventilatoire en cas de détresse respiratoire, l'antibiothérapie guidée par l'antibiogramme après ponction éventuelle de la nécrose en cas d'infection locale ou générale.

En cas de pancréatite aiguë grave présumée biliaire associée à une angiocholite, la sphinctérotomie endoscopique doit être pratiquée dans les 48 premières heures.

Les indications chirurgicales sont destinées à évacuer et à drainer une nécrose infectée.

7.3.11. Quand envisage-t-on un traitement instrumental ou chirurgical de pancréatite aiguë ?

A la phase aiguë, toute collection infectée (**figures 34 - 35**) doit être largement drainée, le plus souvent par méthode chirurgicale (plus rarement radiologique). Une intervention chirurgicale en urgence ou une embolisation sous contrôle radiologique (**figures 20 - 22**) peuvent être nécessaires en cas d'hémorragie digestive par wirsungorragie le plus souvent due à l'érosion d'une artère.

Plus tard, le traitement d'un pseudokyste (**figure 33**) ou la résection de débris nécrotiques séquestrés peuvent être nécessaires.

Les décisions concernant le traitement de la lithiase biliaire doivent être concertées. Dans les pancréatites aiguës biliaires bénignes, une cholécystectomie avec exploration de la voie biliaire principale doit être faite au cours de la même hospitalisation. Dans les formes graves, le traitement peut faire appel :

- à la chirurgie (cholécystectomie et drainage de la voie biliaire) ;
- ou à l'endoscopie interventionnelle (sphinctérotomie) :

- en urgence en cas d'angiocholite ;
- ou après un délai pour prévenir les récurrences.