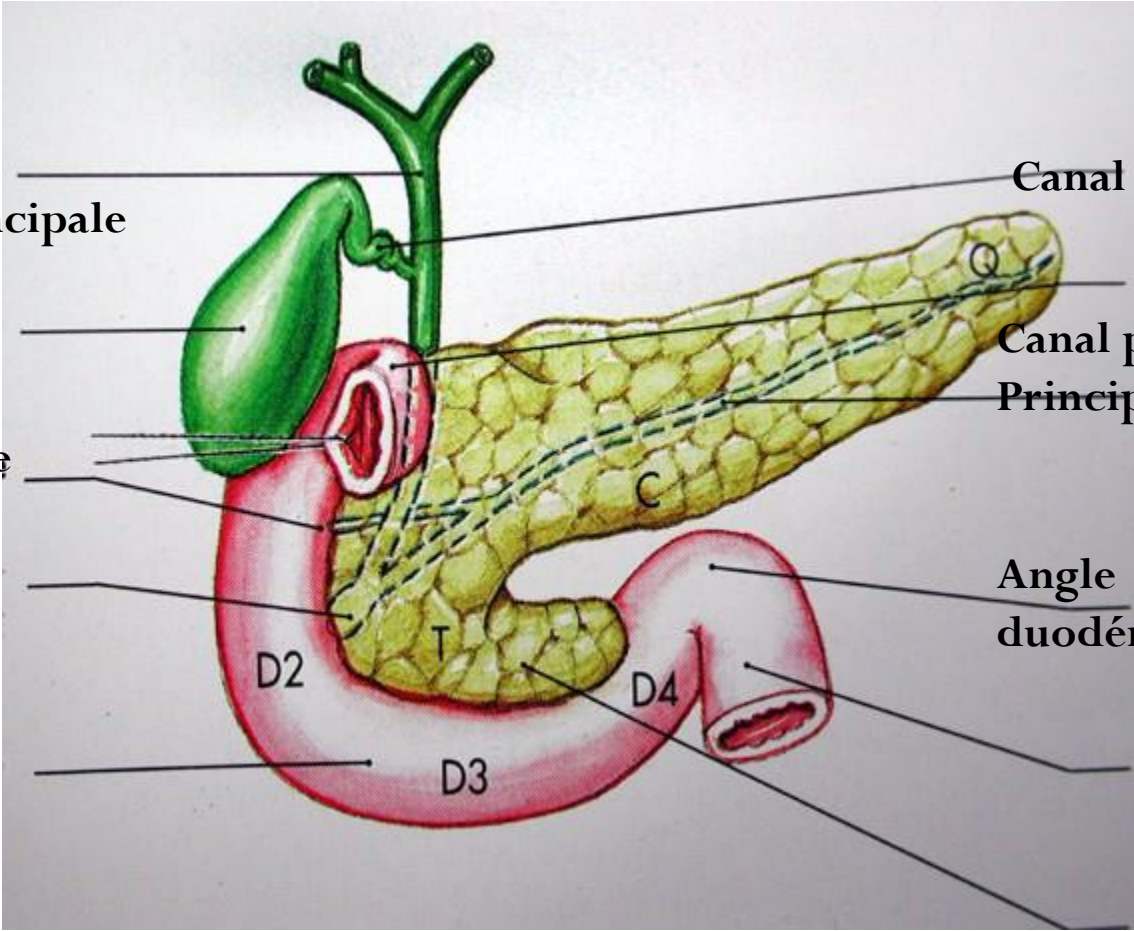




# Pancreatite

**Dr Mohamed Amine MSOLLI**

Service des Urgences  
**MONASTIR**



Voie biliaire principale

Vésicule Biliaire

Ampoule biliopancréatique (de Vater)

Canal Cystique

Canal pancréatique Principal (Wirsung)

Angle duodénojejunal

D2

D3

D4

C

T

# Physiopathologie

Cette glande digestive a deux fonctions:

- *Une sécrétion endocrine: la sécrétion d'Insuline par les îlots de Langerhans*
- *Une sécrétion exocrine, le suc pancréatique, porteur d'Enzymes :*
  - Lipolytiques = Lipase
  - Glycolytiques = Amylase
  - Protéolytiques

# Physiopathologie

**« autodigestion de la glande pancréatique »**

# Pancréatite aiguë

syndrome douloureux abdominal provoqué par l'œdème ou la nécrose de la glande pancréatique

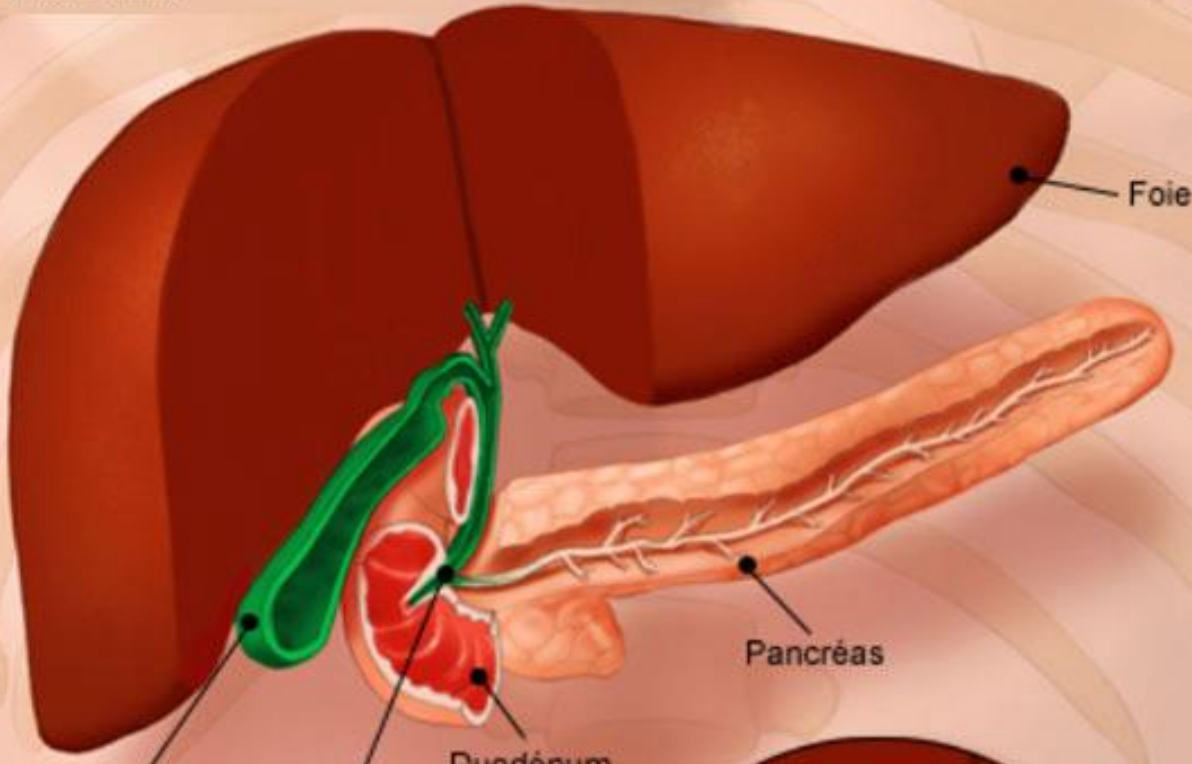
pancréatite aiguë bénigne

pancréatite aiguë grave

# Pancréatite aiguë

- Terrain :
  - Age moyen : 50-60 ans
  - Sexe ratio = 1
- Etiologies :
  - Lithiase : 40%
  - Alcool : 40%
  - Autres 20%

pancréatite



Lithiase



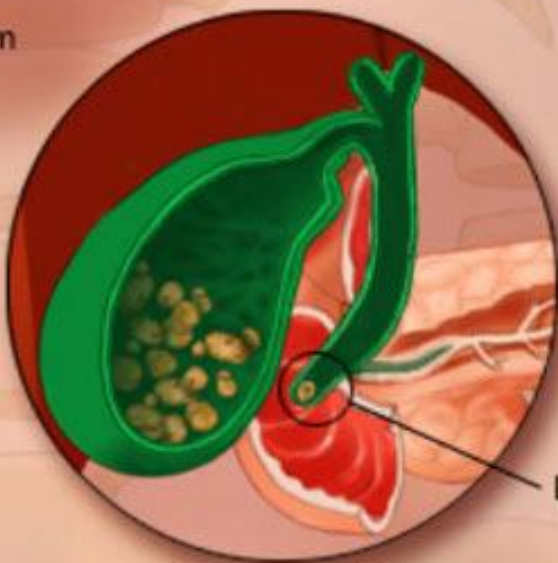
Cholecystite

Vésicule

Cholédoque

Pancréas

Duodénum



Lithiase

Angiocholite ou pancréatite

Lithiase



Angiocholite

# Clinique

- Douleur abdominale +++  
à type de coup de poignard épigastrique irradiant dans le dos soulagée par l'anteflexion
- Nausées, vomissements, iléus
- Etat de choc, oligurie, polypnée, fièvre



# Examens paracliniques

- Biologie : enzymes pancréatiques
  - Amylase > 3 N
  - Lipase > 3 N
    - élévation plus durable et plus spécifique).

- Diagnostic:

Douleur évocatrice

+

Augmentation de la lipasémie >3N

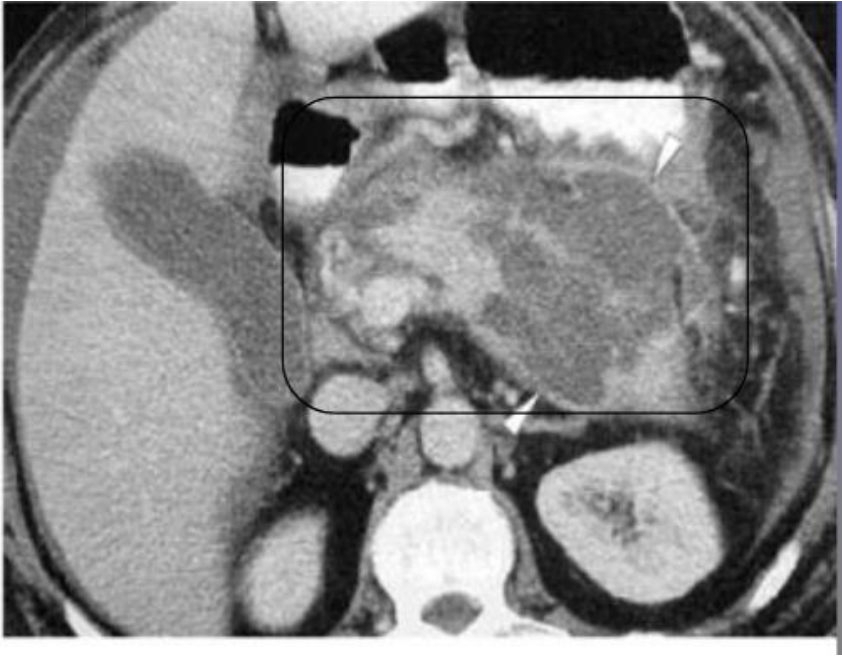
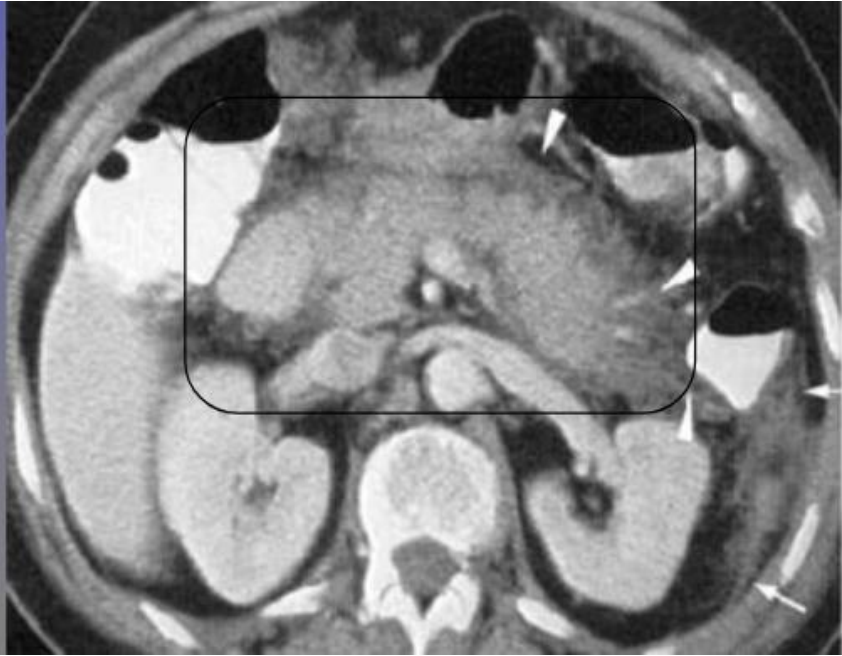
# Examens paracliniques

- Scanner : +++
  - à faire dans les 48 heures
  - hypertrophie pancréatique
  - collections liquidiennes péripancréatiques
  - coulées de nécrose, abcès

# Scanner



# Scanner



# Gravité

- Score de Balthazar :
  - Balthazar A : scanner normal
  - Balthazar B : hypertrophie pancréatique
  - Balthazar C : inflammation péri-pancréatique
  - Balthazar D : collection/coulée de nécrose unique
  - Balthazar E : collections/coulées de nécrose multiples, ou présence de bulles d'air dans 1 coulée

# Gravité

- Score de Balthazar modifié : de 1 à 10

<b>Balthazar A</b>	pancréas normal	<b>0 point</b>
<b>Balthazar B</b>	élargissement focal ou diffus du pancréas	<b>1 point</b>
<b>Balthazar C</b>	densification de la graisse péri-pancréatique	<b>2 point</b>
<b>Balthazar D</b>	coulée de nécrose péri-pancréatique unique	<b>3 point</b>
<b>Balthazar E</b>	coulées multiples ou présence de bulles de gaz au sein d'une coulée	<b>4 point</b>

+ **score sur 6** cotant la quantité de nécrose pancréatique  
(nécrose : 0-30% = +2, 30-50% = +4, >50% = +6)

<b>Points</b>	<b>% de mortalité</b>	<b>% de pancréatite sévère</b>
<b>0 - 3</b>	<b>3</b>	<b>8</b>
<b>4 - 6</b>	<b>6</b>	<b>35</b>
<b>7 - 10</b>	<b>17</b>	<b>92</b>

# Gravité

## • Score de Ranson

### Admission :

- Age > 55 ans
- Leuco > 16 000
- Glyc > 11 mmol/l
- LDH 350 UI/l
- ASAT > 250 UI/l

### A 48 h :

- Baisse Hb > 10%
- Augment Urée > 1,8 mmol/l
- Calcémie < 2 mmol/l
- Pa O<sub>2</sub> < 60 mm Hg
- Déficit basique > 4 mEq/l
- Séquestration liquidienne > 6 litres

**Ranson < 3 : PA légère**

**Ranson > 3 : PA sévère**



# Gravité

## N'importe quand lors des 48 1ères heures :

- Age >55 ans
- Leucos > 15 000
- Glyc >10 mmol/l = 2 g/l (en absence de diabète)
- LDH > 3,5 fois la normale
- Urée > 16 mmol/l (0,45 g/l)
- Calcémie < 2 mmol/l (80 mg/l)
- Pa O<sub>2</sub> < 60 mm Hg
- Albu < 32 g/l
- ASAT > 2 N

**Imrie > 3 : PA sévère**

# Gravité

- CRP > 150 mg/L à la 48ème heure
  - valeur prédictive indépendante de PA sévère
  - Son augmentation au cours de l'évolution doit faire rechercher une complication locale

# Traitement

- Hospitalisation
- Si PA légère :
  - Traitement médical (court) : à jeun, antalgiques
  - Cholécystectomie si l'étiologie est biliaire
- Si PA sévère :
  - Réanimation lourde et prolongée
  - Chirurgie limitée aux complications (infection, hémorragie,...)
  - Cholécystectomie si l'étiologie est biliaire

# Pancréatite aiguë sévère

- Défaillance d'organe et/ou complication locale
- Score de Ranson et de Balthazar
- CRP > 150 mg/L à la 48ème heure ou augmentée secondairement

# Traitement médical

## PA sévère

- Choc : remplissage, voie centrale, mesure de la PVC, +/- drogues vasopressives
- Si détresse respiratoire : intubation + VA
- Douleurs : jeûne strict +/- aspiration digestive, antalgiques IV, Morphine
- Alimentation entérale dès que possible +/- nutrition parentérale (3000 kcal/j)

# Traitements PA sévère

- Sphinctérotomie : (intérêt débattu) Pourrait être utile (dans les 1ères 48 h) dans les formes biliaires avec calcul obstructif de la VBP
- Chirurgie :
  - limitée au traitement des complications
    - Abscesses : drainage des collections infectées + cholécystectomie, jéjunostomie, parfois iléostomie de décharge
    - Hémorragie : hémostase
    - Nécrose colique : colectomie segmentaire + stomies
  - en l'absence de complication : cholécystectomie à distance si lithiase

# Bilan étiologique

- L'origine biliaire de la pancréatite aiguë est à rechercher en priorité en raison de sa fréquence et de l'existence d'un traitement spécifique

# Bilan étiologique

- Arguments en faveur d'une cause lithiasique :
  - Age supérieur à 50 ans
  - Sexe féminin (deux fois plus fréquent)
  - Le meilleur marqueur biologique de pancréatite biliaire est l'élévation des ALAT, qui doivent être dosées précocement (si  $>$  trois fois la normale, leur valeur prédictive positive est de 95 %, mais un taux normal n'élimine pas le diagnostic).



# Bilan étiologique

- Recherche d'une cause lithiasique :
  - Echographie (à faire en urgence si possible : permet éventuellement de proposer une sphinctérotomie précoce)
  - Scanner à 48 h: permet parfois de faire le diagnostic
  - Si écho normale et pas de cause évidente : Echo-endoscopie à distance (> 1 mois) à la recherche d'une microlithiase

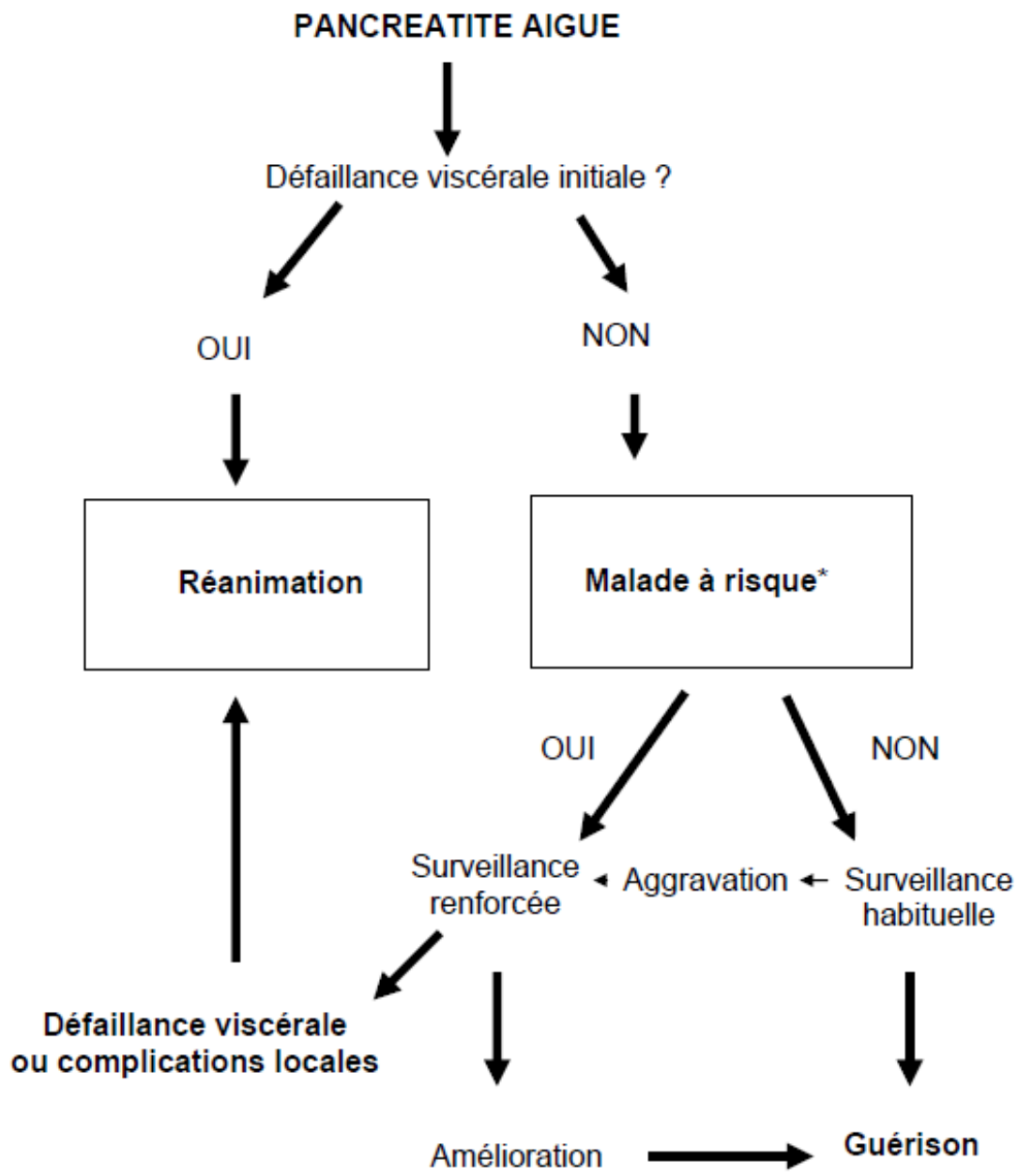
# Bilan étiologique

- Si alcool : sevrage
- Si hypertriglycéridémie : traitement hypolipémiant

# Evolution

- En général récupération sans séquelles
- Complications à distance :
  - diabète
  - insuffisance pancréatique exocrine
  - pseudo-kystes (10-20%), à traiter si symptomatiques
  - fistules
- Décès (dans 5-10% des PA sévères)





(\*: terrain, Ranson >3, CRP > 150, index TDM >= 4)

# Pancréatite chronique

# Pancréatite chronique

- Définition : sclérose du parenchyme pancréatique, associée à une inflammation continue entraînant une destruction progressive de la glande pancréatique
- Evolution : lente et progressive
- Risques : douleurs et insuffisance pancréatique endocrine et exocrine

# Epidémiologie

- Incidence :
  - France : environ 5/100 000 hab/an
- Terrain : homme jeune
- Sexe ratio :
  - 85% sont des hommes



# Etiologies

- Alcoolique : 80%
- Pancréatite chronique héréditaire : 5 à 10%
- Autre
  - hypercalcémie chronique
  - post-traumatique
  - anomalie anatomique congénitale (pancréas divisum,...)
  - dilatation en amont d'un cancer

# Physiopathologie

- 95% sont des pancréatites chroniques calcifiantes :
  - anomalies des canaux pancréatiques : zones de sténose et de dilatation
  - précipitations protéique et calcique
  - sclérose du parenchyme pancréatique

# Diagnostic

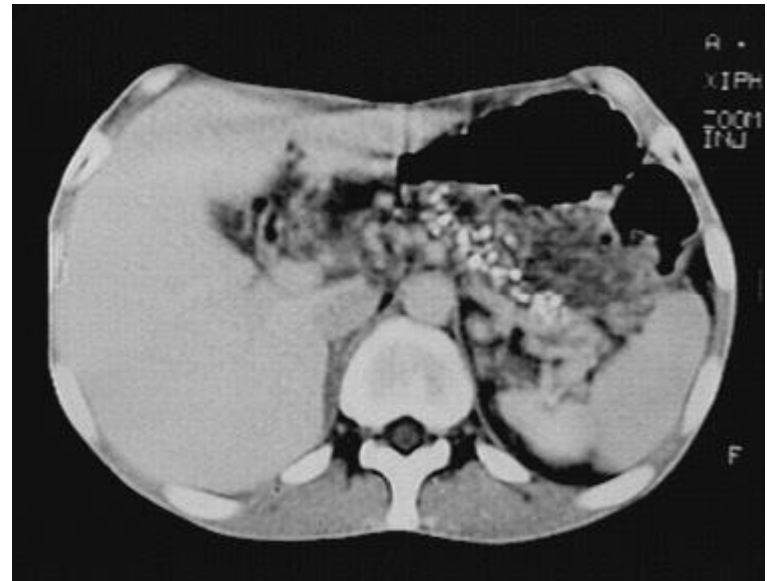
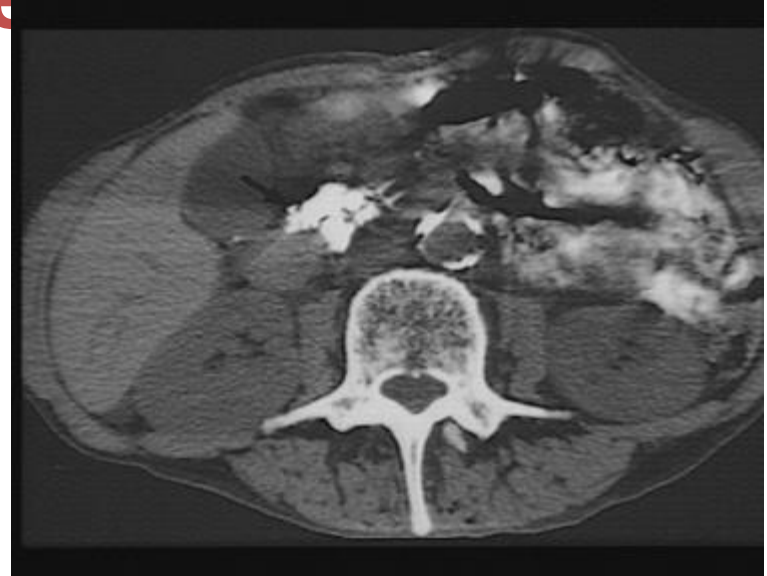
- Clinique = douleur
  - terrain : homme jeune, alcool
  - douleur sus-ombilicale ou épigastrique + irradiations
  - douleur intense
  - dure quelques h / j
  - déclenchée par la prise d'alcool

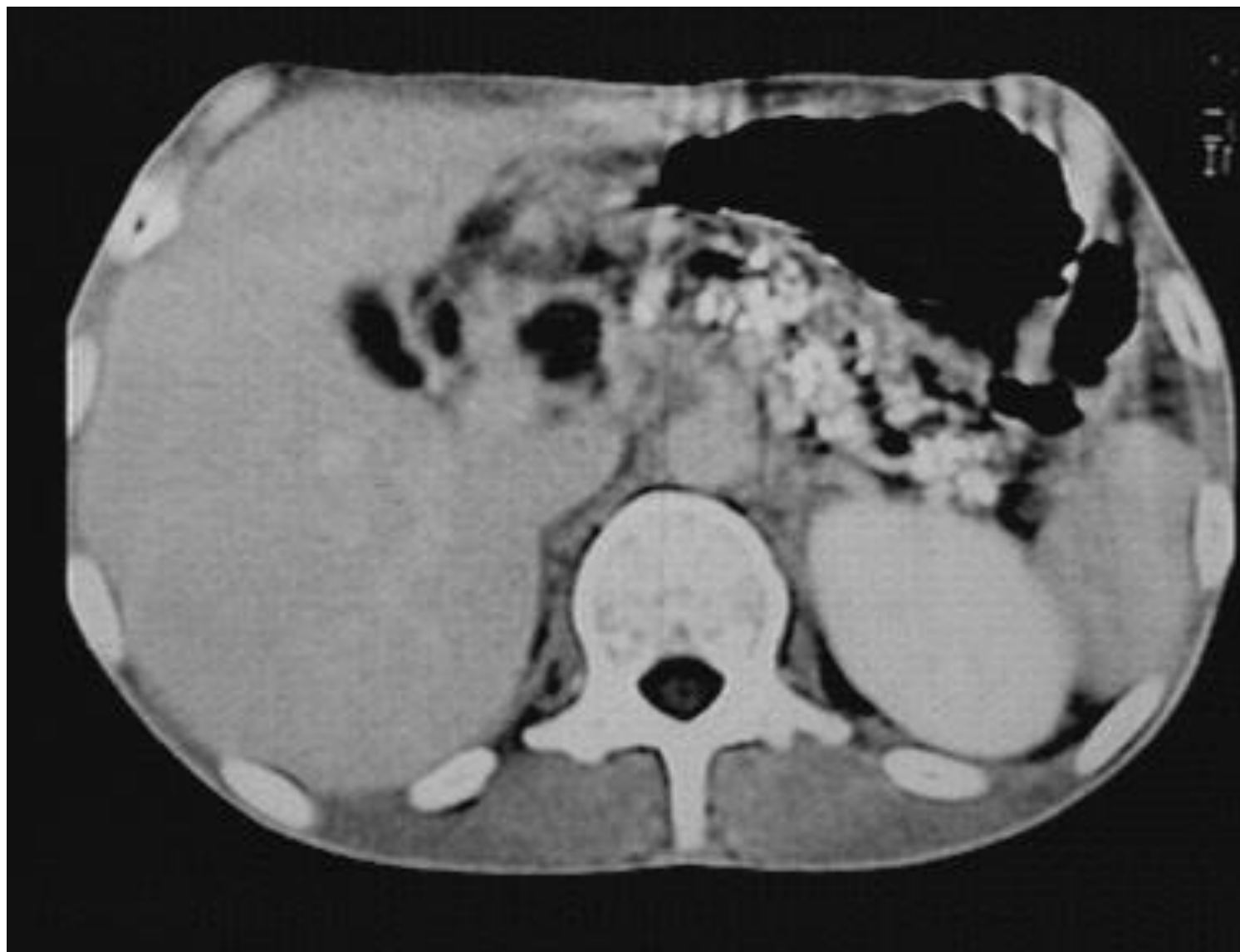
# Diagnostic

- Biologie
  - glycémie
  - tests d'absorption
- Imagerie
  - difficile au stade précoce
  - au stade de PC avérée

# Diagnostic au stade de PC avéré

- Hétérogénéité de la glande
  - noyaux de fibrose
  - calcifications (scanner non injecté)
- Dilatation du canal de Wirsung





# Complications

Peuvent être précoces ou tardives

- Poussées de pancréatite aiguë
- Pseudokystes
- Compression de la voie biliaire principale
- Compression duodénale
- Thrombose veineuse du système porte
- Hémorragies
- Adénocarcinome pancréatique

# Insuffisance pancréatique

## Tardive

- **Diabète**
  - 60-75 % après 15 ans d'évolution
  - traité par insuline ou anti-diabétiques oraux
- **Insuffisance pancréatique exocrine**
  - diarrhée et malabsorption)
  - souvent parallèle au diabète
  - traitée par extraits pancréatiques



# Surveillance

## Proposition de surveillance d'un patient ayant une PC :

- Tous les ans ou tous les 6 mois :
- écho
- GGT
- test d'hyperglycémie provoquée par voie orale

# Traitement médical

- Pas de traitement spécifique de la fibrose et des bouchons pancréatiques
- Traitement de la cause = sevrage alcoolique
- Traitement des complications
  - douleurs : antalgiques
  - diabète : insulinothérapie ou anti-diabétiques oraux
  - maldigestion : extraits pancréatiques (Creon, Eurobiol)

# Traitement endoscopique

En cas de bouchons (= calculs)

- Sphinctérotomie pancréatique
- Lithotripsie extracorporelle
- Endo-prothèse

# Traitement chirurgical

- Gestes de dérivation
  - dilatation en amont d'une sténose
  - pseudo-kyste
- Résections
  - DPC si lésions de la tête
  - Spléno-pancréatectomie gauche si lésions du corps/queue

An anatomical illustration of a human torso, showing the internal organs in a semi-transparent blue color. The pancreas is highlighted in a bright red color, indicating its location in the abdominal cavity. The text "Pancreatite" is overlaid on the upper part of the torso, and "Merci" is overlaid on the lower part, specifically over the pancreas.

Pancreatite

Merci