

Philippe Lévy

Les Dix
Commandements



Pancréatite aiguë Les 10 choses à faire ou à ne pas (plus) faire

Pôle des Maladies de l'Appareil
Digestif

Service de Gastroentérologie-
Pancréatologie

Hôpital Beaujon, Clichy.



ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

Journées Francophones
d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2009

CONFLITS D'INTÉRÊT

- Aucun conflit

En 2001

- Plusieurs sociétés savantes co-organisatrices de la conférence de consensus sur la PA
 - Conclusions du jury en réponse aux 6 questions posées
- Modifications indiscutables des pratiques (1)
- Tout est-il parfait dans un monde idéal ?

En 2009

- Non, tout n'est pas parfait
- Certaines pratiques ont encore cours et d'autres n'ont pas été adoptées
 - Erreurs par défaut ou par excès
- Conséquences
 - Perte de chance
 - Perte de temps
 - Pécuniaire
 - Écologie bactérienne
- Essai de résumer les grands points à toujours respecter

1

Un long combat... l'amylase

- Ne la doser plus jamais et dans aucun fluide
- lipasémie > amylasémie
 - sensibilité (94 vs 83%)
 - spécificité (96 vs 88%)
- Garder votre amylase pour digérer les glucides !



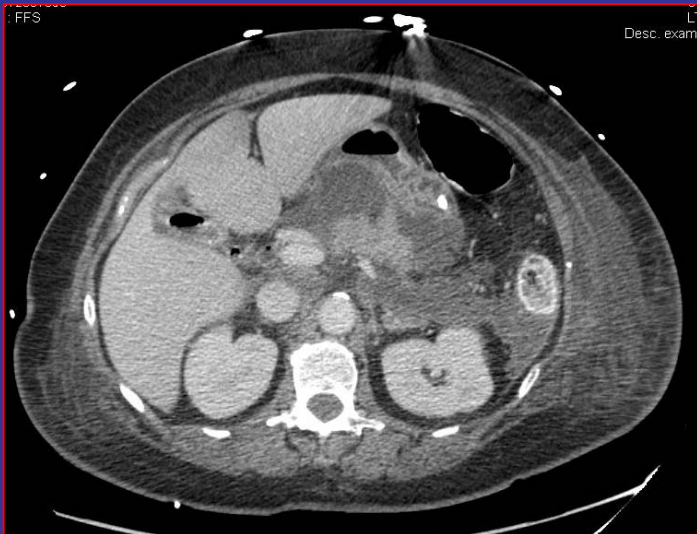
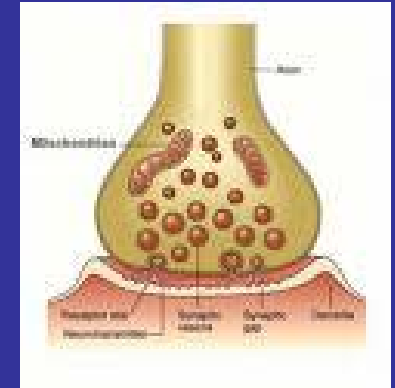
Un long combat... l'amylase

- **Demandez au biochimiste de**
 - **retirer le dosage de la nomenclature**
 - **faire le dosage de la lipase y compris pendant les horaires de garde**

2

Un réflexe !

- PA = scanner
 - Pour faire le diagnostic
 - Pour apprécier la sévérité
- Est-ce bien utile en cas de PA itératives ?



Marqueurs biocliniques de sévérité

- Bon sens clinique
- Si aucun marqueur n'est au rouge, le risque de PA sévère est très faible
- Scanner nécessaire si
 - PA supposée sévère,
 - doute sur une complication
 - cause toujours pas déterminée

Pas de scanner =

- Gain de temps
- Diminution des coûts et de la DMS
- Diminution de l'irradiation ?
 - Dans le cadre des PA génétiques chez des malades jeunes

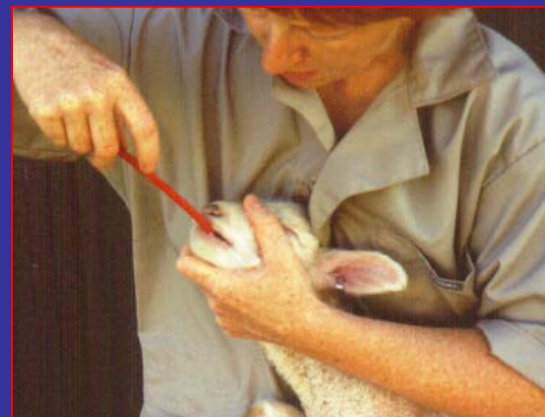


➔ Peu ou pas d'intérêt versus un risque putatif même faible

3

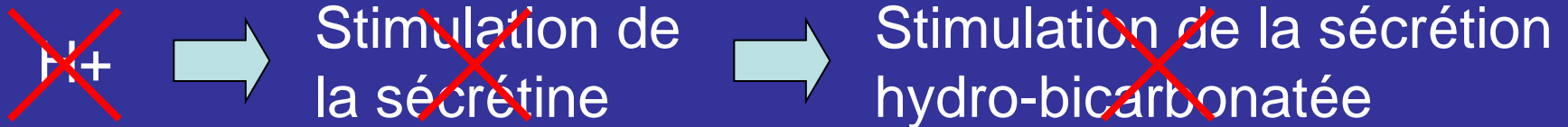
La sonde gastrique

- Intérêt indiscutable en cas de vomissements incoercibles
- Si les vomissements sont présents dans 70-90% des cas de PA, ils sont exceptionnellement sévères et prolongés



La sonde gastrique

- Autre justification: diminution de la sécrétion pancréatique...



- En cas de PA sévère, la sécrétion pancréatique est « spontanément » effondrée

La sonde gastrique

- 8 études randomisées et prospectives
- Pas d'amélioration de l'évolution de la PA
- Pose systématique de SNG allonge
 - le délai de la reprise alimentaire
 - le délai de reprise du transit
 - la durée de la période douloureuse
 - les besoins en analgésiques
 - la durée totale de l'hospitalisation (de l'ordre de 2-3 jours)

La sonde gastrique

- Effets secondaires spécifiques de la SNG
 - hémorragie
 - douleurs oro-pharyngées
- La pose d'une SNG = le geste le plus souvent réalisé
 - quelle que soit sa gravité et la présence ou non de vomissements.
- Enquête de pratique japonaise, SNG posée dans 33% des cas de pancréatite modérée et 71% des cas de pancréatites sévères



4

Les IPP...

- 2 intérêts théoriques
 - prévention des ulcères et hémorragies de stress
 - diminution de la sécrétion pancréatique hydroélectrolytique (cf. SNG)

IPP et ulcère de stress...

- Intérêt de la prévention des ulcères de stress de plus en plus remis en question
- Manifestations cliniques exceptionnellement significantes
- Surtout fréquentes en cas de défaillances viscérales graves (notamment respiratoires)
- Meilleur traitement préventif : correction de ces défaillances
- En l'absence de défaillance viscérale, (PA non sévères), intérêt nul des antisécrétoires gastriques acides

IPP et sécrétion exocrine

- Intérêt de la diminution de la sécrétion gastrique acide basale par les anti-sécrétoires gastriques acides non démontré
- Aucun essai n'a utilisé d'IPP



Amyl



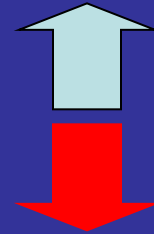
IPP



5

Savoir reconnaître une forme grave

- Mortalité: 3-5 %
- Causes de mortalité
 - Défaillances viscérales (1^{ère} semaine)
 - Infection de la nécrose (> 15^{ème} jour)
- Formes graves =
 - USC ou USI
 - +/- centre spécialisé
 - Chirurgie
 - Radiologie
 - Endoscopie



Savoir reconnaître une forme grave

➤ Facteurs de risque

- Âge
- Tares viscérales
- Obésité

➤ ≥ 1 défaillance viscérale = forme grave

- Rein
- Poumon
- Cardio-vasculaire

Savoir reconnaître une forme grave

- Meilleur marqueur = CRP
- Élévation retardée / au début des symptômes
- Valeur discriminante bonne > 48^{ème} h
- Seuil de 150 mg/L
 - VPN= 94%
 - Élévation continue péjorative
 - Décroissance rassurante

Scores



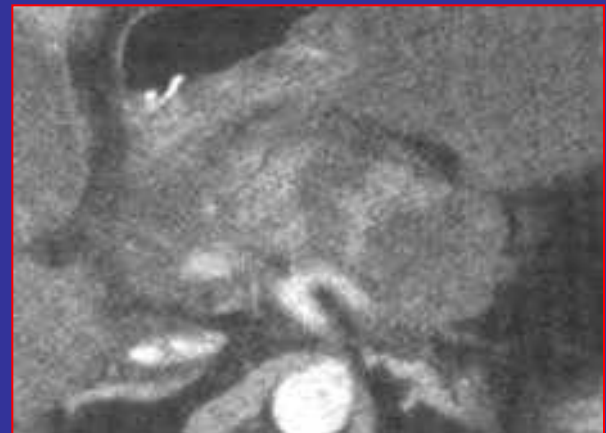
- Score de Ranson
 - le plus simple
 - le mieux connu
 - performances imparfaites mais honorables
 - trop sensible
- Score APACHE II retenu par la conférence de consensus
 - complexe
 - impossible à retenir
 - utilisé par les réanimateurs

Score BISAP

- Développé à partir de 18000 patients
- Calculé dans les 24 premières heures
 - **B**lood urea nitrogen > 15 mg/ml),
 - Trouble de la conscience (**I**mpaired mental status)
 - **S**yndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS)
 - **A**ge > 60 ans
 - Épanchement **P**leural.
- Chaque paramètre = 1pt
- BISAP= 5 => mortalité > 20%
- BISAP = 0 => mortalité <1%
- Validation indépendante nécessaire

Score de Balthazar

- Utiliser la version chiffrée de 1990 !
- Nécrose de la glande au moins aussi importante (sinon plus) que les coulées
- Moins équivoque



6

Antibiothérapie prophylactique

- Infection de la nécrose = une des 1^{ères} causes de mortalité
- La prévenir est logique et souhaitable



Obstacles

- Pénétrer un tissu par définition peu ou pas vascularisé
- Risque de masquer une infection
- Sélectionner des germes résistants à des antibiotiques majeurs
- Négliger des interventions de drainage

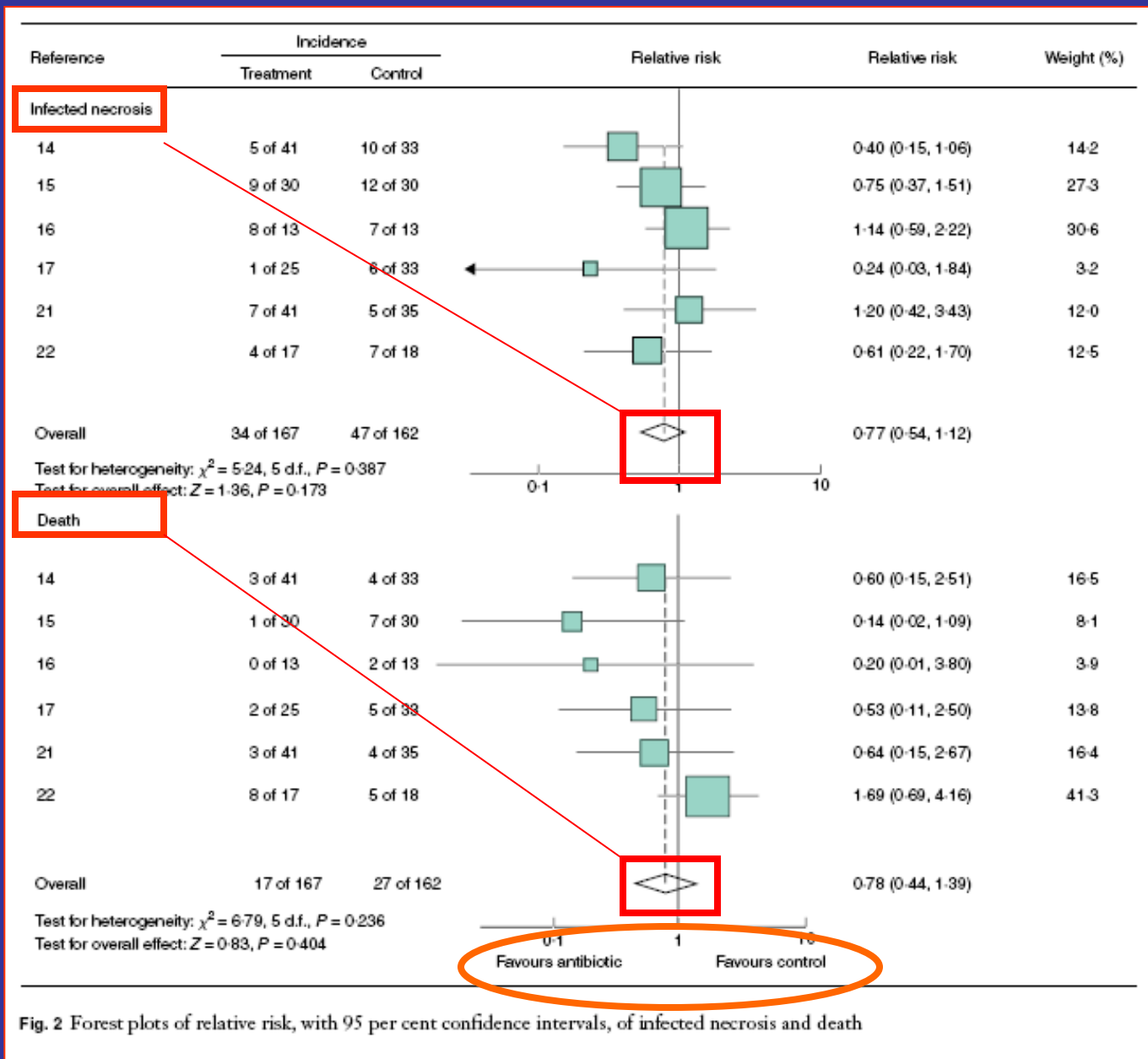


Fig. 2 Forest plots of relative risk, with 95 per cent confidence intervals, of infected necrosis and death

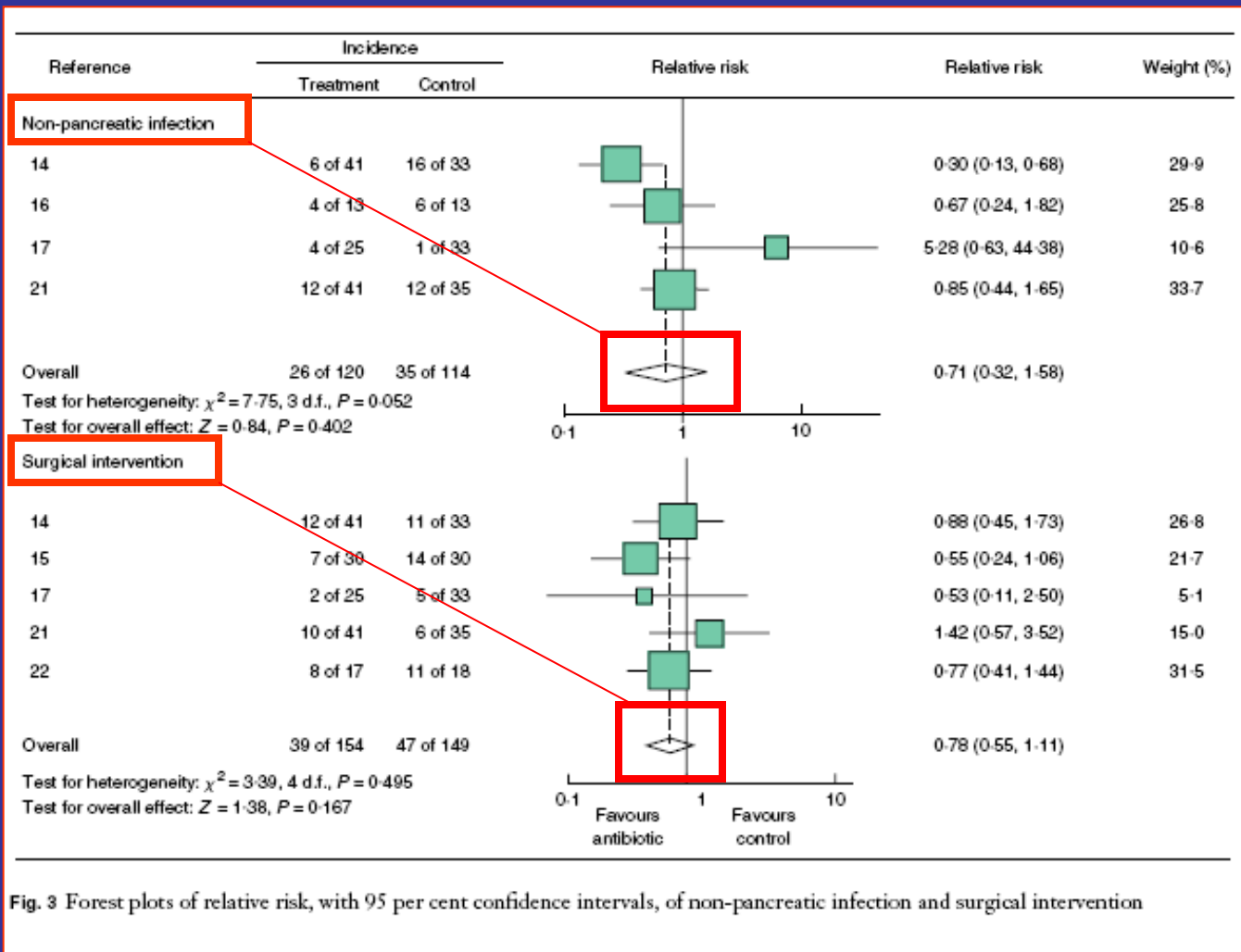


Fig. 3 Forest plots of relative risk, with 95 per cent confidence intervals, of non-pancreatic infection and surgical intervention

Recommendation

- The evidence to enable a recommendation about antibiotic prophylaxis against infection of pancreatic necrosis is conflicting and difficult to interpret. Some trials show benefit, others do not. At present there is no consensus on this issue. If antibiotic prophylaxis is used, it should be given for a maximum of 14 days (recommendation grade B). Further studies are needed (recommendation grade C).

Jury Recommendations

Recommendation 7. We recommend against the routine use of prophylactic systemic antibacterial or antifungal agents in patients with necrotizing pancreatitis in light of inconclusive evidence and divided expert opinion.

UK working party
GUT 54, Suppl. 3, 1-9 (2005)

Nathens et al.
Crit. Care Med. 32, 2524-2536 (2004)

In daily practice, according to the current state of knowledge, early preventive antibiotics cannot be recommended. Controlled studies, using rigorous methodologies taking into consideration the deficiencies of previous trials, are required to confirm the efficacy of such strategies.

French consensus conference on acute pancreatitis
Eur J GastroenterolHepatol 2001;13 Suppl4

Antibiothérapie préventive de routine dans les PA sévères
NON

ATB préventive de routine dans les PA nécrosantes
NON

ATB à la demande
OUI
chez les malades ayant une infection prouvée !!

Il faut savoir résister à l'envie de prescrire des antibiotiques chez un malade fébrile ayant une hyperleucocytose et une CRP élevée +++

Antibiothérapie prophylactique...



7

Nutrition artificielle: restez nature !

- Uniquement pour les PA sévères !
- La nutrition entérale est possible
- Peut être faite par voie gastrique et non jéjunale
 - Drip mis au lit du malade

Nutrition artificielle: restez nature !

- La nutrition entérale
 - favorise le flux sanguin mésentérique
 - maintien d'une barrière muqueuse trophique
 - limite la translocation bactérienne,
 - **diminue le taux de surinfection de nécrose, de complications, le nombre d'intervention de drainage**
- **Rôle sur la mortalité non démontré mais probable**
- Nécessité que la nutrition entérale soit mise en place le plus précocement possible (<48 heures après le début des symptômes)



Nutrition **PAR**entérale

Utiliser le **digestif**
dés lors **sain**



8

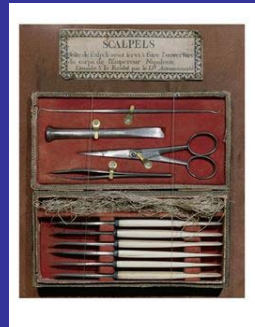
PA biliaire et SE/CPRE

- Migration spontanée du calcul dans les 48 premières heures
- PA peu sévère: aucune indication de la SE en urgence



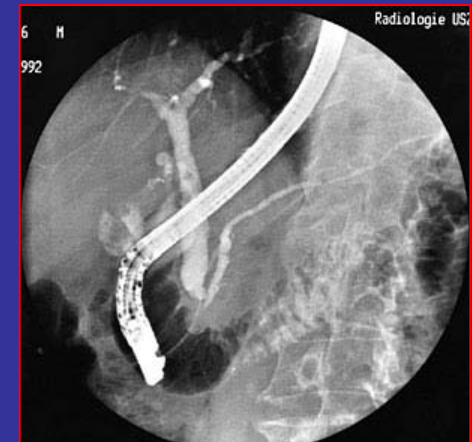
Sphinctérotomie endoscopique **en urgence**: pour qui ?

- SE en urgence en cas de PA grave chez un malade instable: pas anodin
 - transport
 - anesthésie
 - intubation



Sphinctérotomie endoscopique **en urgence**: pour qui ?

- La PA biliaire sévère n'est pas en soi une indication de SE urgente
 - Aucun effet sur la mortalité
- Une seule situation claire: l'angiocholite



9

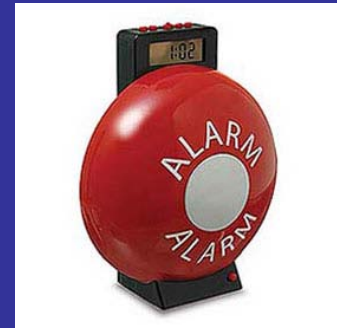
Chercher la cause



- A la fois plus complexe et moins compliqué
 - Nombreuses « nouvelles » causes
 - Investigations plus performantes et mieux codifiées
- Imagerie +++
 - TDM, IRM et EE
- La suite dépend du contexte
 - Génétique, autoimmune, métabolique

Chercher la cause

- « Toute PA non alcoolique non biliaire est d'origine tumorale jusqu'à preuve du contraire »
 - Age > 50 ans
 - Tabagisme actif et important
 - Diabète ou une altération de l'état général
 - Antécédents familiaux
 - Toute anomalie de structure du parenchyme
 - Toute lésion kystique
 - Distension canalaire (en amont de la tumeur) n'allant pas jusqu'à la région ampullaire
 - Atrophie inexplicquée du pancréas gauche





10^{ème}

commandement

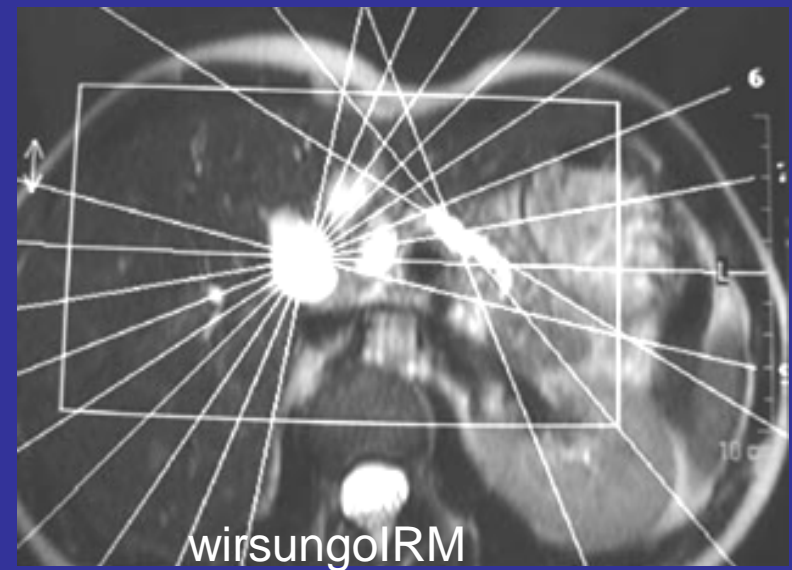
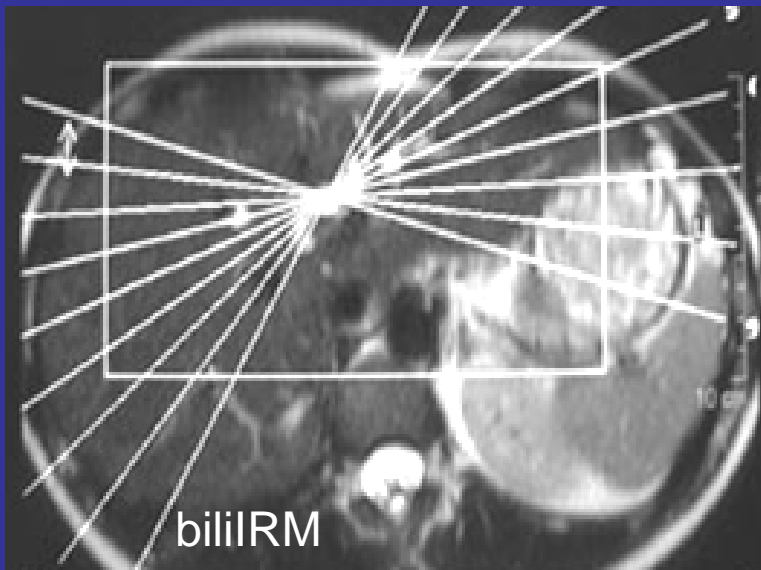
« Tu ne convoiteras ni la femme, ni la maison, ni rien de ce qui appartient à ton prochain »

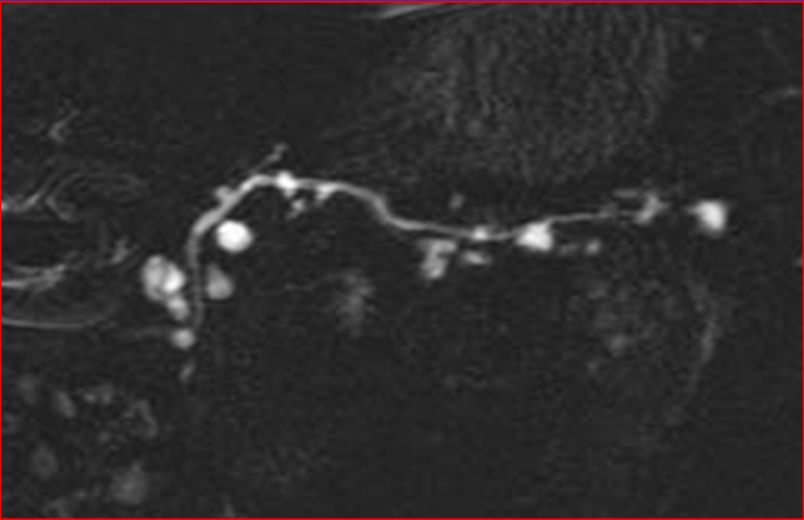
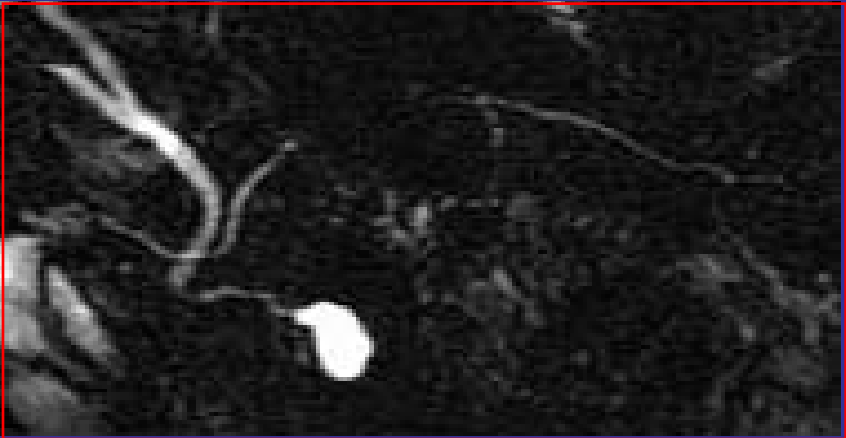
Excellente imagerie

- A froid
- Savoir interpréter soit même les radios de notre spécialité
 - Ne vous arrêtez jamais au compte rendu
- Scanner
- Surtout pancréato-IRM +++

P-IRM

- Coupes épaisses pondérées en T2, radiales centrées sur le pancréas
- Positionnement des coupes # : une sur le confluent biliopancréatique, une série sur le corps du pancréas





Les 10 commandements de la pancréatite aiguë

- Ne dosez plus **l'amylase**.
- **Ne pas faire un scanner** à chaque poussée de pancréatite en l'absence de signe de gravité.
- La **sonde gastrique** est sans intérêt voire nocive en l'absence de vomissements abondants.
- L'utilisation **d'anti-sécrétoires gastriques acides** doit être proscrite chez les malades sans antécédent ulcéreux sans défaillance viscérale.
- **L'évaluation de la gravité** repose sur la collection d'informations simples cliniques, biologiques et radiologiques généralement facile à obtenir.
- **L'antibiothérapie à visée prophylactique** n'est pas justifiée (voire délétère).
- En cas de suspicion d'infection de nécrose, employez tous les moyens pour la prouver.
- En cas d'infection prouvée, drainez aussi bien que possible et antibiothérapie adaptée.
- N'envisager une **nutrition artificielle** qu'en cas de pancréatite sévère.
- Dans ce cas, la mettre en place urgemment (<48 heures après le début des symptômes) par voie gastrique.
- La seule indication clairement validée de la **sphinctérotomie endoscopique** en urgence est l'angiocholite.
- Chercher et rechercher les **causes** les plus **fréquentes** : alcoolisme chronique et lithiase biliaire.
- Toute PA non alcoolique non biliaire est d'origine **tumorale** jusqu'à preuve du contraire .
- La recherche des autres causes doit dépendre du contexte.
- La **pancréato-IRM** permet de mettre en évidence un nombre important de cause canalaire aux pancréatites aiguës notamment les TIPMP.