



RFE Pancréatite aigue grave du patient adulte en soins critiques (SFAR, SFNGE, SFR, SFNCM, SFED - 2021)



Diagnostic positif et étiologique

Pancréatite aigue (PA)

Critères en faveur d'une admission en soins critiques

- Pancréatite aigue grave (= forme avec défaillance viscérale +/- infection coulée de nécrose)
- Pancréatite à risque de devenir grave (pas de score précis recommandé)

Score BISAP (à priori le plus performant)

- Urée > 8,9 mmol/L
 - Trouble conscience (GCS < 15)
 - Présence d'un SIRS
 - Age > 60 ans
 - Image écho/TDM de pleurésie
- ⇒ BISAP ≥ 2 est à risque de forme grave

Doute diagnostic si :

- PA sans douleurs et/ou lipasémie négative
- Pas d'amélioration clinique sous traitement
- Aggravation de l'état malgré traitement

TDM Abdomino pelvien sans puis avec injection dès que possible

Recherche étiologique dès que possible

- Bilan hépatique (ASAT/ALAT, γGT, PAL, bilirubine)
- Triglycéridémie
- Calcémie
- Echographie abdominale

Etiologies de pancréatite aigue

- Lithiasique ++++
- Alcool ++
- Métabolique (hypercalcémie / hypertrigly, ...)
- Médicaments (losartan, valproate ...)
- Iatrogène = post CPRE
- Traumatique / Virale

Principes thérapeutiques

Traitement initial de la PA

- Remplissage vasculaire guidé par monitoring (et probablement pas du 3-5 mL/kg systématique)
- Pas de probiotiques par voie entérale
- Aucune stratégie précise de ventilation (VNI/OHD/VM invasive) ou de sédation ou d'analgésie préconisée

Besoin de ventilation mécanique

Mesure pression intra abdominale

Si syndrome compartiment abdo (PIA > 20 mmHg)

> **Ttt médical conservateur**

- Aspiration contenu digestif
 - Drainage épanchement péritonéal
 - Limitation apports volémiques
 - Augmentation sédation ± curarisation
- > Si échec : Décompression chir à discuter

Nutrition des patients ayant une PA

- Préférer nutrition ENTERALE plutôt que IV
- Pas de délai d'instauration (pas d'introduction systématique < 48-72h)
- Pas de sonde naso jéjunale en 1er intention
- Pas nécessaire d'utiliser des mélanges semi-élémentaires ou élémentaires ou immunonutrition
- Pas de nécessité d'anti oxydants en compléments

Circonstances devant faire retarder la nutrition entérale

- Choc / Hypoxémie / Acidose non contrôlée
- Hémorragie digestive supérieure
- Aspiration gastrique > 500 mL/6h
- Ischémie ou obstruction intestinale
- Sd du compartiment abdo
- Fistule à haut débit sans abord nutritionnel distal

Contre indication à la nutrition ENTERALE

- Nutrition parentérale
- L-glutamine IV (0,2 g/kg/j)

Traitement étiologique de la PA

- Pas de traitement adjuvant « non conventionnel » (anti enzymes, antibio prophylactique ...)

Si angiocholite SEULEMENT

CPRE

Si hyper triglycéridémie

- **Fibrates** (± insuline avec HNF/HBPM)
- Si échec → **Echanges plasmatiques**

Traitement des complications

Complications infectieuses

- Pas de traitement anti infectieux en prévention (d'une infection de coulée ou extra pancréatique)

Stratégie diagnostique

- Ne pas se limiter à la clinique et CRP
=> S'aider du **dosage de la PCT** et de la **TDM abdo**
- Pas de ponction aiguille fine si absence de signes cliniques ou TDM évocatrice de surinfection

Stratégie thérapeutique

- **Drainage collection infectée**
 - * Par **approche mini invasive (endoscopique / radio percutanée)**
 - * *Si impossible* => Transfert patient vers centre qui peut le faire
- **Antibiothérapie probabiliste initiale**
 - * Ciblant **Entérobactéries résistantes + E. faecium + P. aeruginosa + levures**
 - * Adaptation secondaire à culture liquide drainage + Avis pluri disciplinaire (Réa + HGE + Infectio)

Complications vasculaires

- Si hémorragie viscérale
=> Radiologie interventionnelle endo vasculaire en 1er

Complications thrombotiques

- Pas de recommandation sur le bénéfice risque d'une anticoagulation curative ou préventive sur :
- Situations à risque de thrombose veineuse splanchnique
 - Thrombose veineuse splanchnique avérée