

Référence : UF2300/063.a	Titre : Prise en charge d'une Pancréatite aigüe aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES	Page :1/3 Date d'émission : 31/07/2023 Date dernière révision :
Rédaction : Nom : Dr Assane Saliou KAMA Fonction : PHC	Vérification : Nom : Dr Camille DESCHAMPS Fonction : PHC	Vérification : Nom : Dr Julien MARLIER Fonction : PHC
Approbation : Nom : Dr Alexis FREMERY Fonction : CCA	Approbation : Nom : Pr Jean Marc PUJO Fonction : PUPH	Approbation : Nom : Fonction :
Ont collaboré à la rédaction :		Visa qualité :
Services concernés par application : Service d'accueil des urgences		
Attention, seule la version numérique de ce document fait foi		

I- OBJET

Description de la prise en charge précoce de la pancréatite aiguë.

II- PERSONNES CONCERNÉES

L'ensemble du personnel soignant des urgences et du SAMU-SMUR 973

III- TEXTE DE REFERENCE

1. Michael Bartel, MD, Ph D, Fox Chase Cancer Center, Temple University, Septembre 2020. Pancréatite aiguë. Dernière révision totale septembre 2020
2. Philippe Levy. Recommandations internationales sur la pancréatite aigue Post'U 2015, Paris.
3. Pancréatite aigue grave du patient adulte en soins critiques. Recommandations Formalisées d'Experts de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation en 2021.
4. A. Meunier, A. Paisant, E. Cesbriion Metivier, R. Bisson, C. Aubé. Place de l'imagerie dans la Pancréatite aigue et chronique. CHU Angers, Janvier 2022.
5. Banks PA, Bollen TL, Devernis C, et al : Classification of acute pancreatitis 2012 : Revision of the Atlanta Classification and définitions by international consensus. Gut. 2013 ; 62 : 102-11.
6. Working Group IAPAPAAG. IAP/APA evidence – based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology 2013 Jul-Aug ; 13(4suppl 2) : e1- 15.3. Appui santé et médico-social. Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France 2020.
7. Pateron D .Urgences et défaillances viscérales aigues UE11. MED-LINE Editions ;2015

Référence : UF2300/063.a	Titre : Prise en charge d'une Pancréatite aigüe aux urgences	
Document organisationnel : F Document opérationnel : R	SECTEUR EMETTEUR : SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES	Page :2/3 Date d'émission : 31/07/2023 Date dernière révision :

IV- DEFINITION

Classification révisée d'Atlanta en 2012 : Présence au moins de deux de ces critères :

- douleur abdominale, épigastrique,
- augmentation à plus de trois fois la normale de la lipase sanguine
- présence sur un scanner abdominal d'un aspect évocateur de pancréatite aigüe.

V- DESCRIPTION

A. Clinique

- Douleur abdominale : typiquement **épigastrique, transfixiante**, irradiant dans le dos ou l'hypochondre gauche, d'installation rapidement progressive pour être maximum en quelques heures, permanente, résiste aux antalgiques habituels, calmée par l'antéflexion du tronc ou le décubitus latéral gauche.
- Signes peu spécifiques :
 - Vomissements alimentaires puis bilieux, nausées (50% des cas)
 - Défense abdominale (80% des cas)
 - Fièvre (80% des cas)
 - Iléus réflexe (occlusion fonctionnelle) (70% des cas)
 - Ictère
 - Choc

B. Orientation

- SAUV : Si signes de gravité (défaillances d'organes, défaillances hémodynamiques, etc.)
- BOX : Absence de signe de gravité

C. Biologie : Élévation de la lipase > 3N

Nfs, plaq, Ionogramme, **calcémie**, urée, créatinine, CRP, Bilan hépatique complet, **lipase**, albumine, TP, TCA, **triglycérides**, glycémie.

NB : la lipasémie est un critère de diagnostic et non de suivi (ne pas répéter son dosage)

D. Critères d'évolution péjorative (à l'admission et surtout à H48) :

- Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) avec présence d'au moins de 2 des 4 critères
 - Température < 36°C ou >38°C
 - Fréquence cardiaque > 90bpm
 - Fréquence respiratoire > 20 cycles /min ou PaCO2 <32 mmhg
 - Leucocytose < 4G/l ou 12 G/l
- Défaillance d'organe : choc, insuffisance respiratoire aigüe, insuffisance rénale aigue, coagulopathie

NB : Score de APACHE II, Ranson, Glasgow : plus recommandés



Référence : UF2300/063.a	Titre : Prise en charge d'une Pancréatite aiguë aux urgences	
Document organisationnel : F Document opérationnel : R	SECTEUR EMETTEUR : SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES	Page :3/3 Date d'émission : 31/07/2023 Date dernière révision :

D. Imagerie

- **Échographie abdominale** : en urgence pour mettre évidence un obstacle sur la voie biliaire principale qui impose une CPRE
- TDM abdominale sans injection si patient déshydraté
- TDM abdominale avec injection indiqué à partir de 72 à 96 h après le début de la symptomatologie

E. Prise en charge

Surveillance scopée si signes de gravité

Pas de traitement spécifique pour la pancréatite aiguë :

- **Ringer lactate** : débit 5-10 ml/kg/h jusqu'à obtenir une amélioration des paramètres biologiques Fc<120/min, PAM >65 mmHg Diurèse 0,5-1ml/kg/h. Remplissage sous monitoring échographique souhaitable.
- Si patient alcoolique : Rajout de 500 mg Vit B1 et 250 mg Vit B6
- Antalgiques classiques de préférence Palier III si EVA>6, PCA morphine
- Pas d'Aspirine, pas d'AINS
- Alimentation entérale légère sans graisse précoce (<48h) si absence de vomissement, diminution de la douleur, amélioration des marqueurs inflammatoires
- Si vomissements incoercibles à la phase précoce, SNG en aspiration douce avec compensation des pertes digestives avec du Ringer lactate volume/volume
- Pas d'antibiothérapie à visée préventive
- Oxygénothérapie si SpO2<95%

F. Orientation à l'issue de la prise en charge aux urgences

- **Réanimation-USC** : si troubles hémodynamiques, ioniques sévères, signes neurologiques, anurie, Ca2+>3,75 mmol/l, glycémie >44 mmol/l, SRIS persistant
- **Hépatogastro-entérologie** : hospitalisation standard ou indication de CPRE

