

# PANCREATITES AIGUES GRAVES

QUAND OPERER?  
QUE FAIRE?



K.Turner, service chirurgie hépato-biliaire et digestive, CHU Rennes.

---

---

# Pancreatite aigue grave:

- Trt médical dans 85% des cas de PA
  - PAG: 5 à 10% des PA.
  - 20-25% de mortalité propre.
  - auto digestion de la glande et des organes de voisinage, se compliquant de nécroses, abcès, pseudokyste, fistule
  - défaillance multiviscérale
- => indication chirurgicale?
- 
-

# SCORES PRONOSTICS (consensus 2001):

- TERRAIN :

sexe masculin

âge supérieur à 80 ans

obésité (BMI > 25)

insuffisance organique  
préexistante

- CLINICO- BIOLOGIQUES:

-RANSON > 3

-APACHE II > 8

-CRP > 150 mg à la 48è h

- SCANNOGRAPHIQUE à  
48-72h:

-BALTHAZAR

---

---

# QUAND OPERER?

→ complications locorégionales+++:

- septiques: nécrose+++ ,
- hémorragiques
- pseudokyste (compressions des structures voisines)
- fistule
- épanchement des séreuses
- ictère

→ complications générales:

- SDRA, IRA, dénutrition... => relèvent de la réanimation médicale.
- 
-

# pancréatique aigue grave nécrosante:

- définition:

- zone de parenchyme non viable focalisée ou diffuse

- zone hypodense au TDM < 50 UH, sans réhaussement après injection de pdc

=> **place de la TDM+++ à 48H**



# nécrose pancréatique: évolution

- risque d'INFECTION secondaire +++ par translocation bactérienne.
  - probabilité croissante jusqu'à la 3<sup>e</sup> semaine, décroissance progressive au-delà.
  - proportionnel à l'étendue de la nécrose
  - 50% des décès.
  - place de la **TDM+++**:
    - > images aériques au sein d'une collection
    - > **intérêt diagnostic**: ponction percutanée radioguidée
      - => **preuve bactério++** (oriente atb iv!)
- 
-

# indications chirurgicales face à la NP

- nécrose stérile: trt médical+++
  - nécrose surinfectée: +++
  - aggravation clinique malgré une réanimation maximale.(risque de surinfection!)
- 
-

# A quel moment intervenir?

- consensus difficile sur terme optimal
- rôle délétère d'une intervention trop précoce (<7j) + zones nécrotiques mal délimitées.
- trop tardive? risque de décès+++

=>au moment de la décroissance des symptômes (3<sup>e</sup> semaine)

=>en urgence si absence de réponse à une réanimation maximale

=> après la 6<sup>e</sup> sem: complications tardives

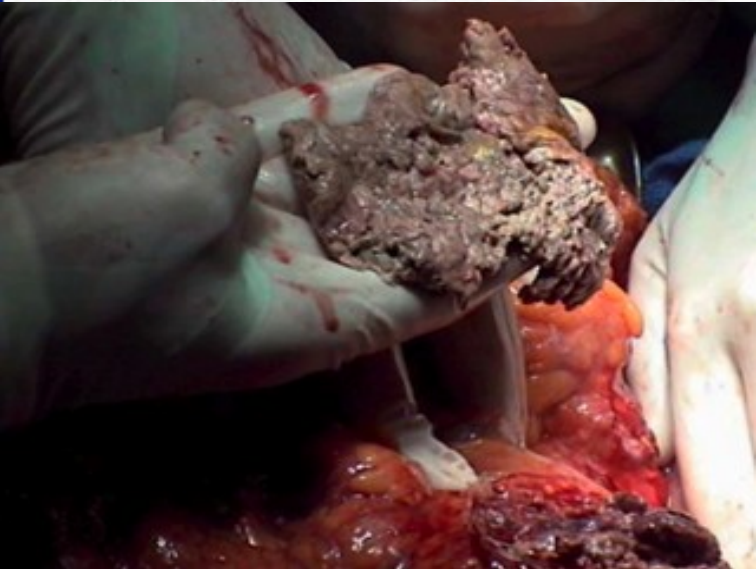
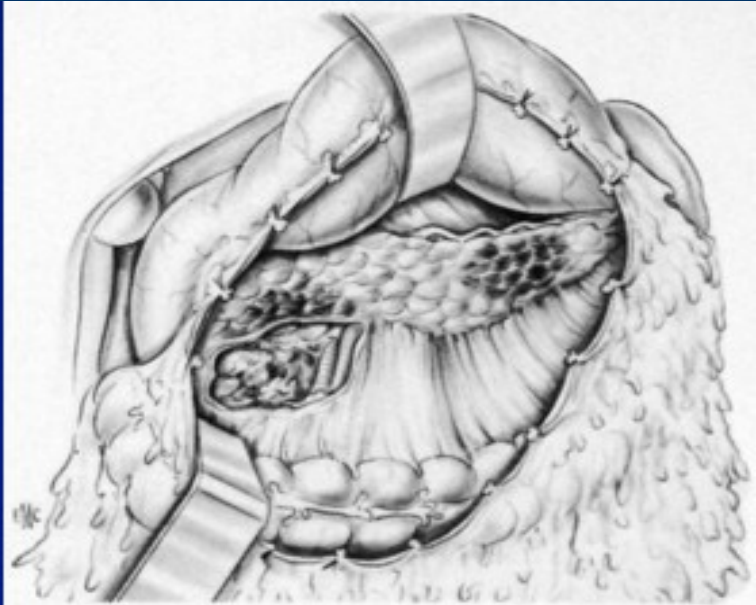
---

---

# Nécrose pancréatique infectée: quelles techniques?

- **NECROSECTOMIE + DRAINAGE+++** + atb IV adaptée aux germes systématique.
  - pas de place pour la pancréatectomie.
  - pas de technique supérieure à une autre
  - Alternative: drainage percutané sous TDM en urgence avant chirurgie à distance pour « passer un cap »
- 
-

# nécrosectomie par abord transpéritonéal



+++

>avantages:

- exploration de toutes les lésions

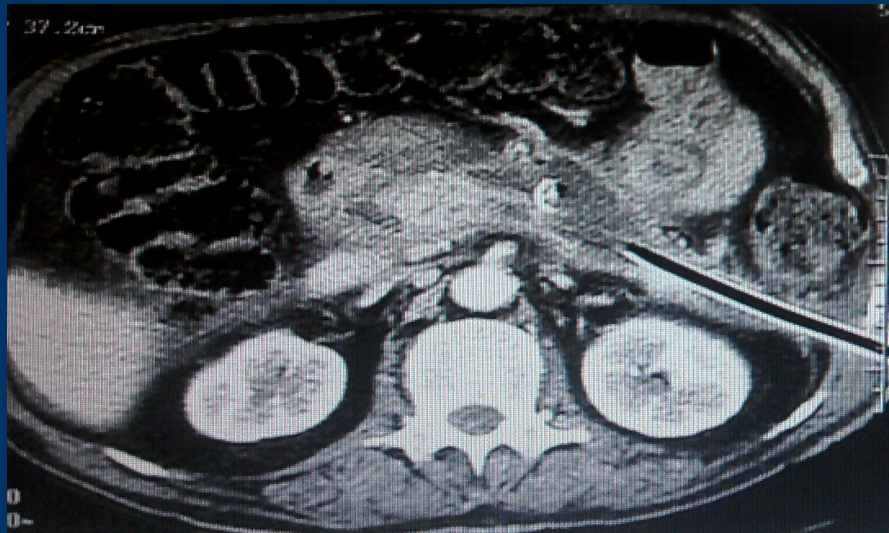
-gestes associés: stomies ,  
jéjunostomie+++  
cholecystecomie

>inconvénients: suites plus lourdes+++.

# nécrosectomie par abord rétropéritonéal

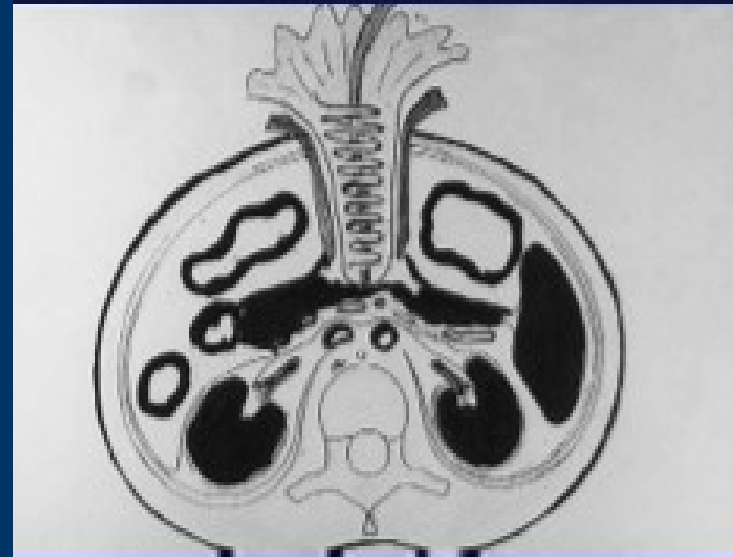


- + : voie électorale d'abord = préservation pariétale.
- : dissection « aveugle » n'explorant pas la totalité des lésions, expose au risque de réintervention (1/3 des cas) mais drainage radio assisté préalable++, vidéoscopie rétropéritonéale



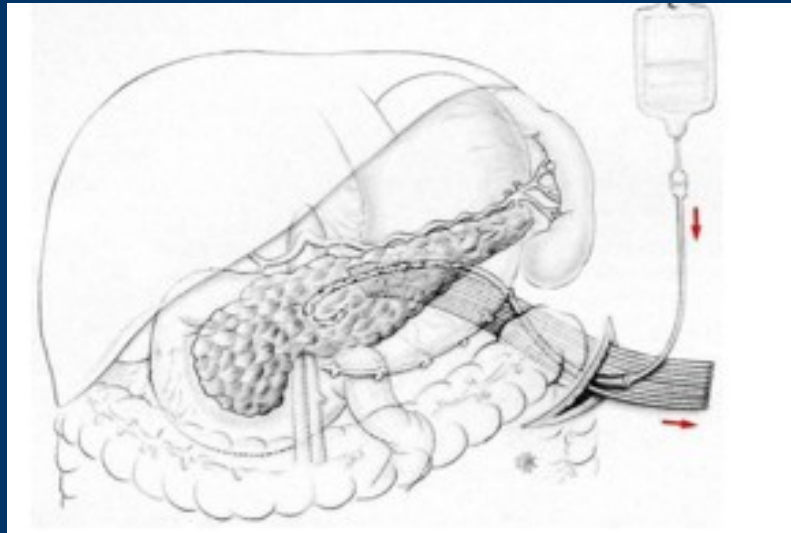
# open packing: pancréatostomie

- rarement proposée
  - irrigation quotidienne
  - ablation à j15
  - drainage de la loge par un système tissé (mickulicz) + drain tubulaire
- + : nécrosectomies itératives
- : éventration de la zone de stomie, fistules++



# drainage - irrigation en circuit fermé

- irrigation mécanique continue au sérum phy, en circuit fermé, après nécrosectomie.(volume variable jusqu'à 40L)



## Nécrosectomie coelioscopique

- shunte les problèmes pariétaux.

# Syndrome du compartiment abdominal

- TDM: infiltration rétropéritonéale, distension abdominale massive, compression VCI et veines rénales
- PIA > 22

=> décompression chirurgicale par laparostomie  
fermeture aponévrotique ultérieure.



# toilette péritonéale

- parfois utile à la phase initiale de la PA, en dehors de la nécrose, pour « laver les cytokines pro- inflammatoires » (IL2,6, TNF $\alpha$ )
  - indication exceptionnelle de sauvetage chez des patients en SDRA, CIRCI, pré-mortem...
- 
-

# complications tardives

- > Pseudokyste non traitable par voie endoscopique
  - > Abscès pancréatique résiduel non accessible
  - > Fistule (ancien trajet de drainage, séquellaire de lésions nécrotiques initiales)
  - > Complications vasculaires:
    - Rupture artérielle, Pseudanévrismes , hémorragies: érosion vasculaire, hémorragie intrakystique.
    - => l' **artériographie +++** : embolisation
    - => **chirurgie** en cas d'**échec** des techniques endovasculaires ou d'**instabilité hémodynamique**: ligature vasculaire à préférer à une pancréatectomie partielle.
- 
-

# conclusion:

-La pancréatite aigue grave ( 20% des cas):  
Pronostic d'autant plus engagé que la nécrose est étendue.

=> PLACE DE LA CHIRURGIE pour :

- l'infection
  - état de choc
  - échec des techniques endoscopiques ou de radiologie interventionnelle pour les autres complications.
  - pas de technique chirurgicale ayant montré sa supériorité
  - **prédominance des techniques associant nécrosectomie+drainage.**
  - développement croissant de techniques mini invasives de drainage.
- 
-

# bibliographie:

- EMC hge, chirurgie digestive 7-110-A20.
  - conférence de consensus SNFHGE 2001
  - conférence consensus atlanta 1992
  - E patchen delinger et Al, Ann surg, may 2007
  - Berger et Al, surg, march 05
  - Mark et Al Am J surg 05
  - Yousaf et Al BJS 2003;90:407-420
  - Fagniez et Al, chirurgie des pancréatites aiguës, EMC chirurgie digestive
  - nécrosectomie pancréatique par endoscopie rétropéritonéale:  
F.Denimal, Ph.Kosydar, L.gambiez (lille)
  - revue du praticien fev 11, F.Paye, M.Netto, aphp st Antoine.
- 
-