

## pathologies aiguës de l'étage sous mésocolique

### Q 268 pancréatites aiguës

femme de 34 ans, obèse, ayant présenté dans la soirée une douleur abdominale épigastrique intense transfixiante avec irradiations vers la droite, nausées et vomissements, calmée par une position antalgique "en chien de fusil".

L'examen clinique montre un abdomen ballonné avec une palpation sensible du creux épigastrique.

Il n'y a pas de signes de choc. La température est à 38,2°C.



symptomatologie clinique variable, peu spécifique.

dans les cas sévères les ecchymoses du **flanc** (signe de **Grey-Turner**) et **péri ombilicale** (signe de **Cullen**) peuvent être observées.

# 1. Quel(s) examen(s) biologique(s) vous paraît-il licite de demander en pareil cas



- amylasémie, amylosurie et surtout **lipasémie** plus sensible et plus spécifique
- **CRP +++**, pour le diagnostic des formes nécrotico-hémorragiques ; (VPP > 90% si CRP > 150)
- **trypsinogène urinaire** (VPN +++ si normal)

- Bilan biologique "classique"
  - NFS, hématocrite, ionogrammes sanguin et urinaire
  - **urée sanguine et créatininémie**
  - **calcémie +++ ; LDH**
  - **cytolyse hépatique et cholestase** : transaminases, phosphatases alcalines, gamma GT... signes de **migration calculuse récente** dans la VBP
  - myoglobine, CRP, troponine pour éliminer un IDM à forme abdominale

importance des éléments biologiques, mais

- les amylases ne sont élevées que dans 80 à 90% des cas ; elles sont rapidement excrétées par les reins et peuvent revenir à la normale en 48 à 72 heures.

- il n'y a aucune corrélation entre la gravité de la PA et le niveau d'élévation des amylases.

- les amylases peuvent s'élever dans :

- les cholécystites gangréneuses
- les infarctus intestino-mésentériques
- les perforations ulcéreuses
- les occlusions intestinales

10 % des PA meurent de choc avec défaillance polyviscérale précoce (respiratoire, rénale) ou de façon différée de sepsis

## Score clinico-biologique de Ranson

à l'admission :

- âge supérieur à 55 ans
- leucocytose  $> 16\ 000/\text{mm}^3$
- glycémie  $> 2\text{g/l}$  ou  $11\ \text{mmol/l}$
- LDH  $> 350\ \text{UI/l}$  ( $> 1,5 \times \text{N}$ )
- SGOT  $> 250\ \text{UI/l}$  ( $> 6 \times \text{N}$ )

mortalité :

33 % si 3 critères présents

58 % si 5 critères présents

100 % si  $\geq 7$  critères

durant les 48 heures initiales :

- chute de l'hématocrite  $> 10\ \%$
- élévation de l'azotémie  $> 0,5\ \text{g/l}$  ou  $> 1,8\ \text{mmol/l}$
- calcémie  $< 80\ \text{mg/l}$  ou  $< 2\ \text{mmol/l}$
- PaO<sub>2</sub>  $< 60\ \text{mm Hg}$
- déficit alcalin  $> 4\ \text{mEq/l}$
- séquestration liquidienne estimée  $> 6\ \text{litres}$

## 2. Quel(s) examen(s) d'imagerie vous paraît(ssent) nécessaire(s) ?



Quels éléments séméiologiques en attendez-vous

- **ASP** pour éliminer une perforation digestive, une occlusion mécanique du grêle ou du colon ou une colique néphrétique...
- peut montrer les calcifications d'une pancréatite chronique calcifiante (alcoolique dans 85 % des cas, génétique, hypercalcémie, idiopathique dans 10 % des cas)
- **ECG**, radiographie thoracique pour éliminer une pathologie aiguë thoracique : IDM +++ ; perforation digestive
- échographie abdominale pour le diagnostic de lithiase biliaire vésiculaire, plus que pour le diagnostic positif
- scanner : quand ? comment ? conférence de consensus 2000
- écho endoscopie et IRM (cholangio-IRM) ; non accessibles en urgence

### 3. Y a-t-il, en pareil cas, une indication formelle de scanner en urgence

- “ toute **douleur abdominale aiguë évocatrice**, associée à une élévation de la **lipasémie supérieure à 3 x N** dans les **48 premières heures** suivant le début des symptômes fait porter le diagnostic de PA.”
- “ lorsque le diagnostic de PA est porté sur des signes cliniques et biologiques, il n'y a pas lieu de réaliser un examen d'imagerie pour le confirmer.”

*Conférence de consensus janvier 2001*

**TDM en urgence +++**

- uniquement **si doute diagnostique**  
ou **formes très sévères** (en préopératoire)
- avec injection de produit de contraste iodé
- volume des coulées et étendue de la nécrose / diagnostic différentiel

**substitution par l'IRM ? +++++**

#### 4. Le scanner a été pratiqué.

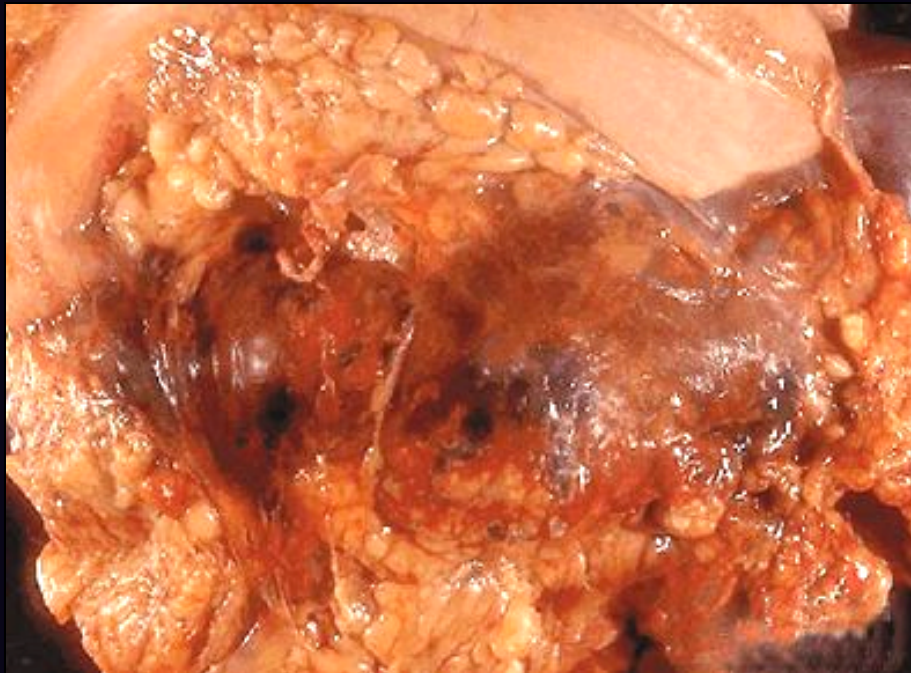
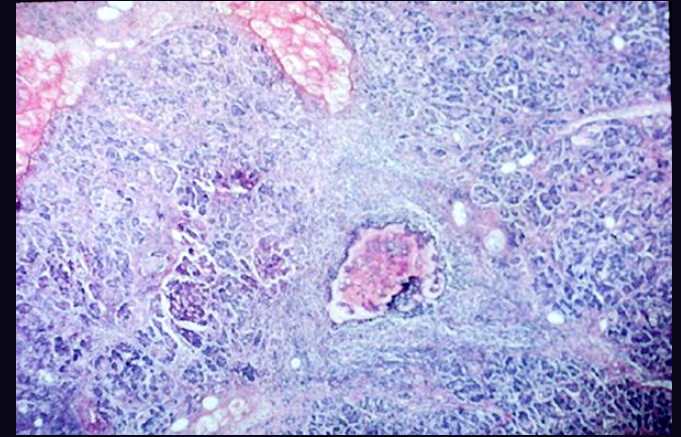
décrivez brièvement la technique et les principales anomalies observées. précisez la place, l'intérêt et les limites du scanner dans cette affection.



- scanner avec injection de produit de contraste iodé hydrosoluble
- épanchements liquidiens péri pancréatique et de l'espace para-rénal antérieur gauche
- épaissement du fascia pré rénal et du fascia latéro-conal
- pas de signe de nécrose parenchymateuse (rehaussement homogène de la glande)

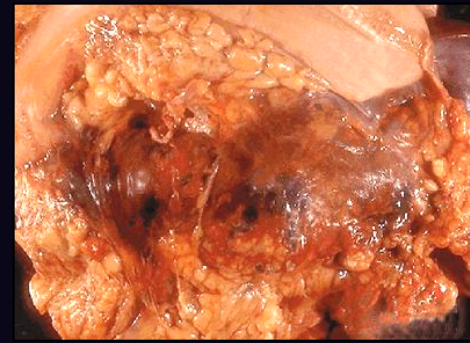


mild pancreatitis



collection liquidienne péri  
pancréatique

**Score scanographique de Balthazar :**  
Index de sévérité de la PA



1. extension des lésions : 0 à 4 points

Grade A : pancréas normal

Grade B : élargissement diffus ou focal de la glande incluant le flou et l'irrégularité des contours , mais sans l'inflammation péri pancréatique

Grade C : anomalies intrinsèques du pancréas avec infiltration péri pancréatique

2 pts

Grade D : collection péri pancréatique unique et de petit volume

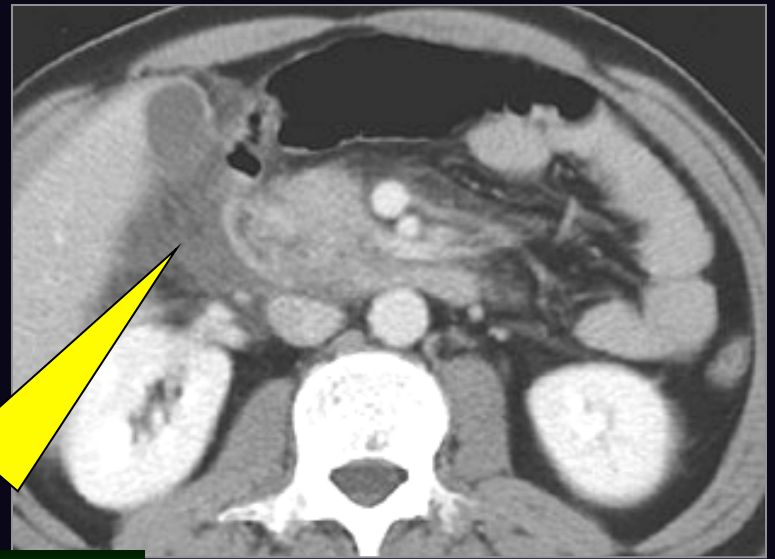
Grade E : 2 ou plus de 2 collections volumineuses ou présence de gaz dans le pancréas ou le rétro péritoine

4 pts



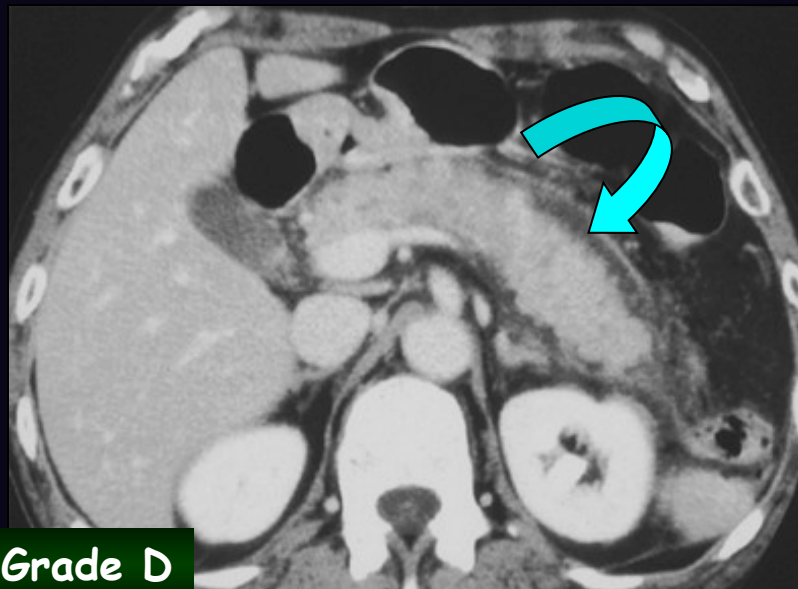
Grade C

3 points



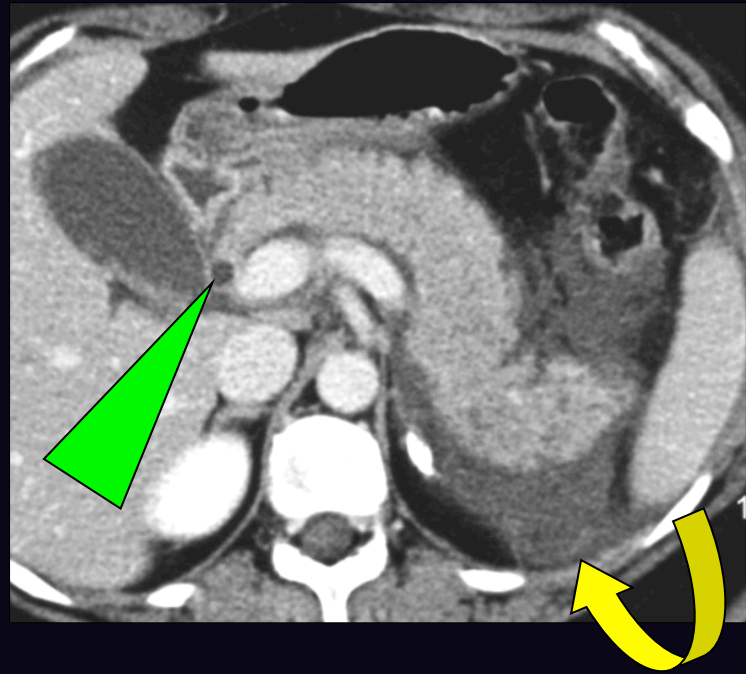
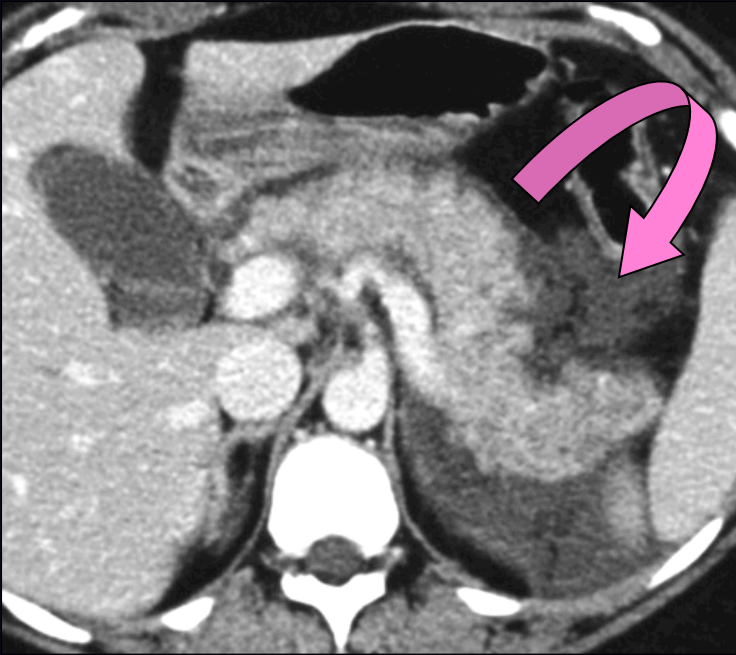
Grade D

3 points



Grade D

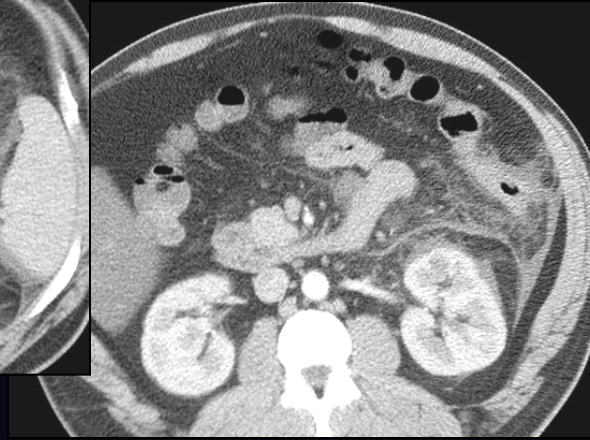
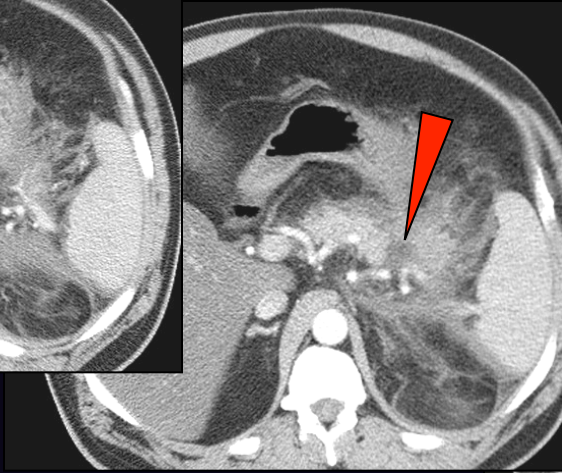
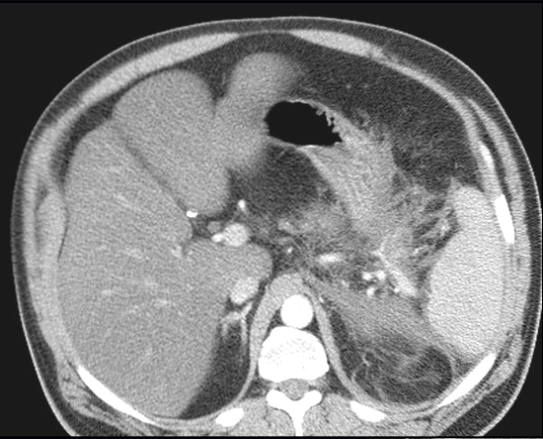
4 points



4 points

Grade E sans nécrose  
PA biliaire

4 points

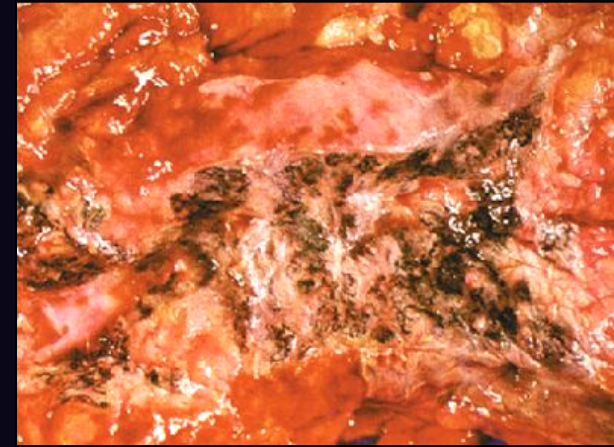


Grade E



pancréatite aiguë œdémateuse ; voies de diffusion dans l'espace rétro péritonéal

**Score scanographique de Balthazar :**  
**Index de sévérité de la PA**



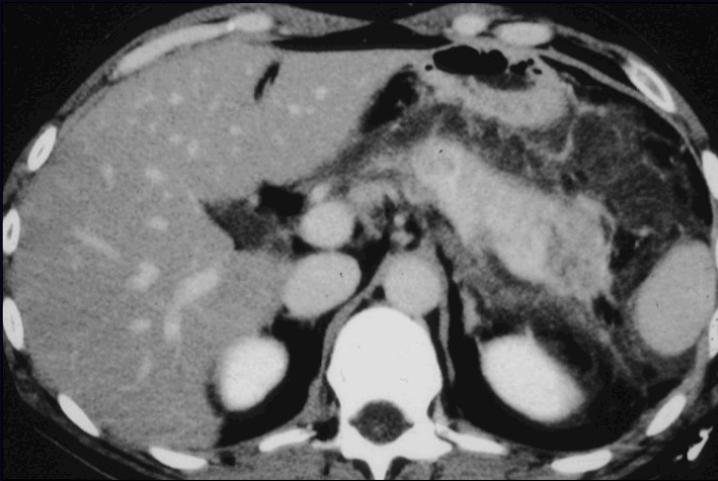
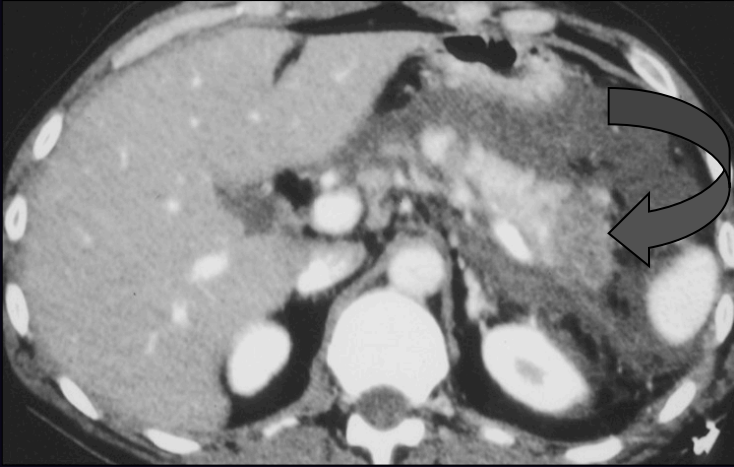
**2. extension de la nécrose 0 à 6 points**

-l'inflammation et l'œdème interstitiel des pancréatites modérées se traduisent par un rehaussement de 40 à 50 UH.

-la nécrose correspond à une **absence de rehaussement** ou un **rehaussement inférieur à 30 UH**.

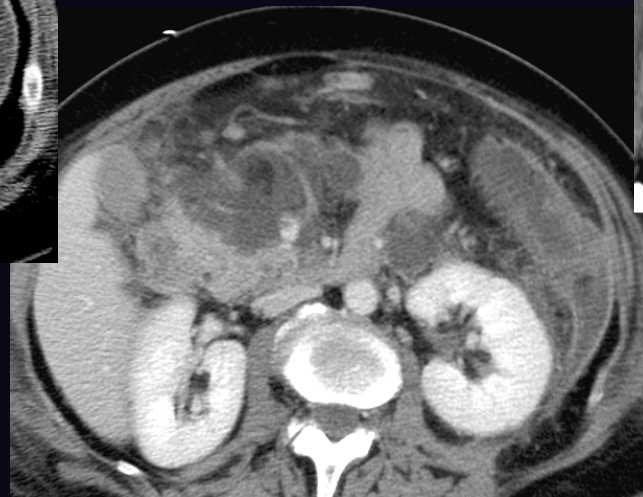
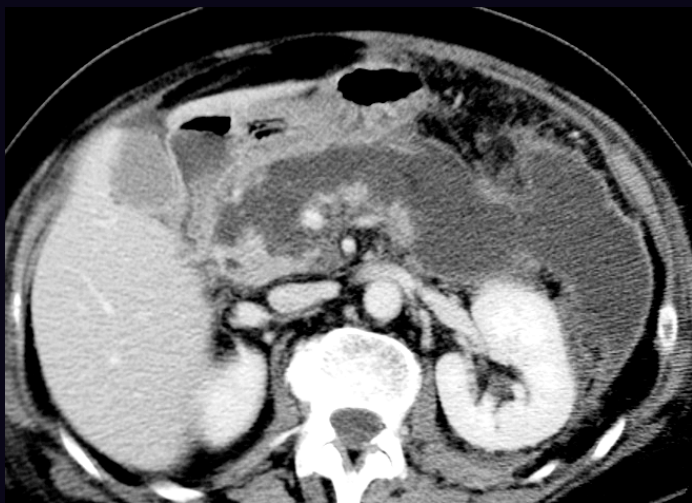
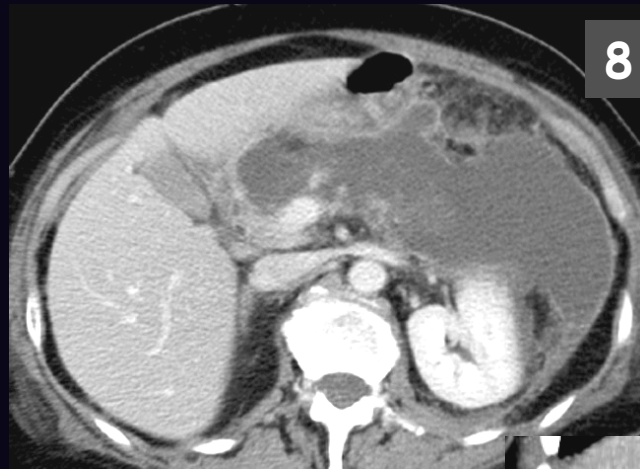
< 30% de la glande :	2 points
30 à 50% de la glande :	4 points
> 50 % de la glande :	6 points

6 points sur 10



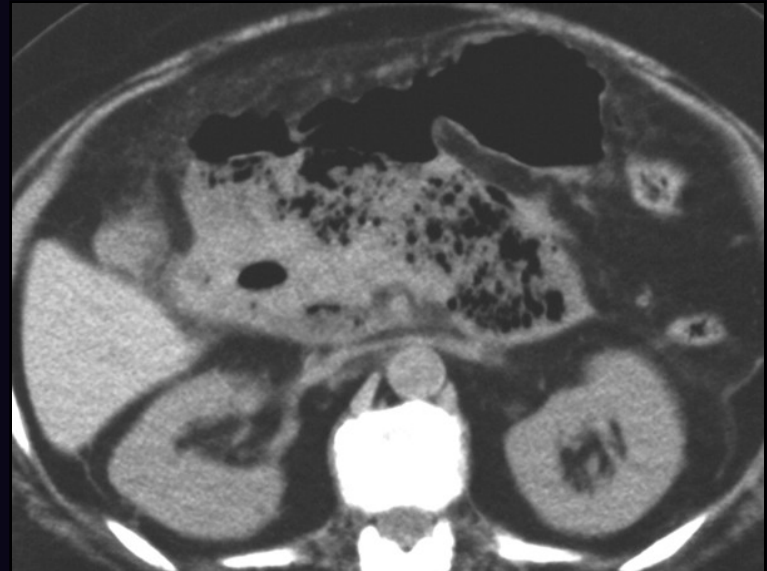
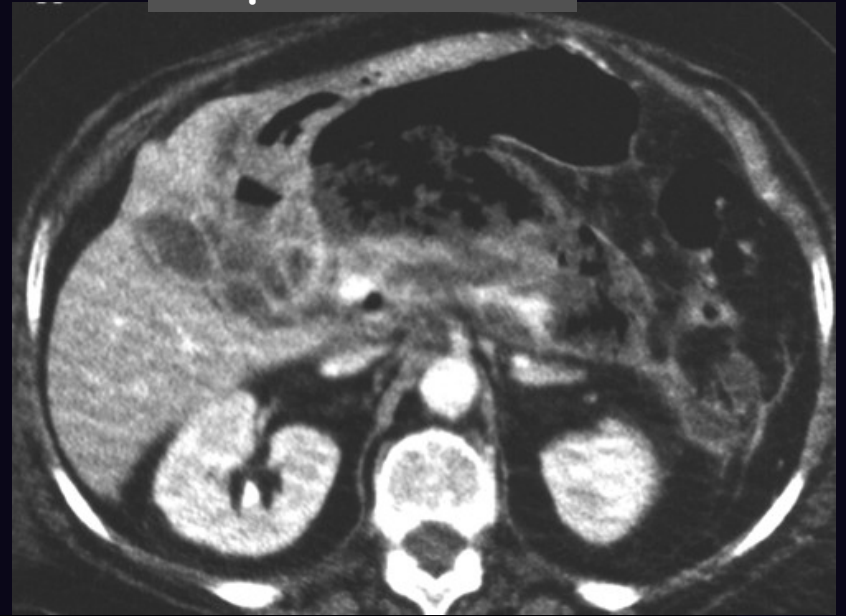
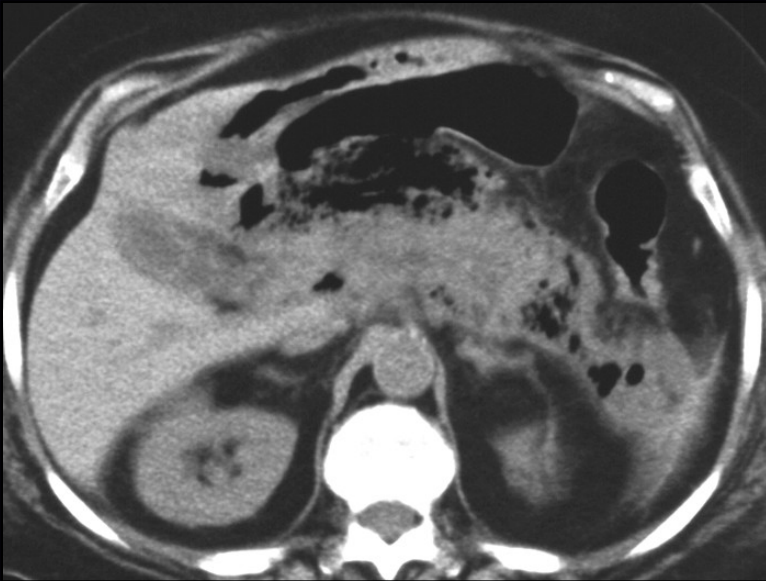
- zone de nécrose parenchymateuse : rehaussement < 30 UH
- surface inférieure à 30% de la glande : 2 points sur 6 à l'indice de gravité (+ 4 points sur 4 pour la diffusion) = 6/10

8 points sur 10

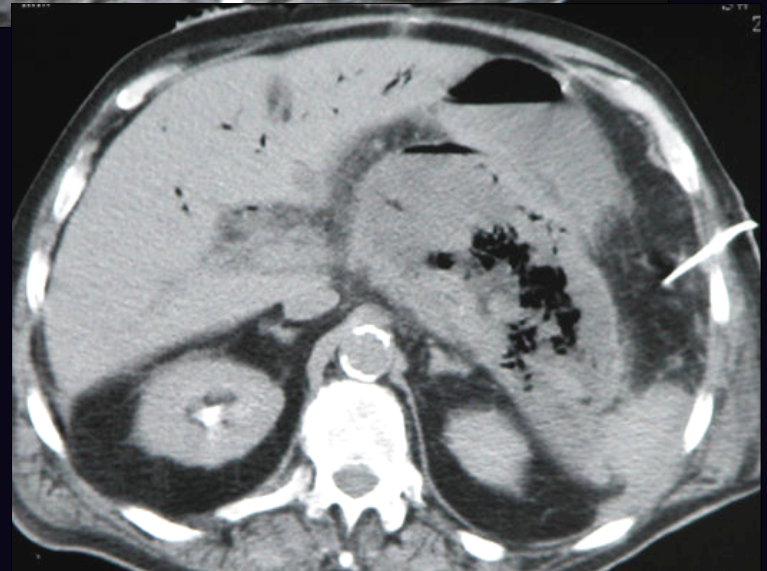
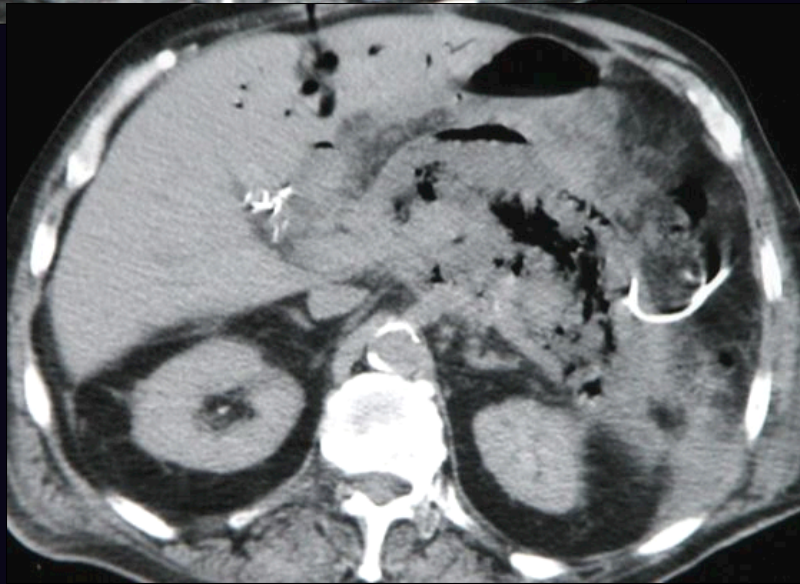
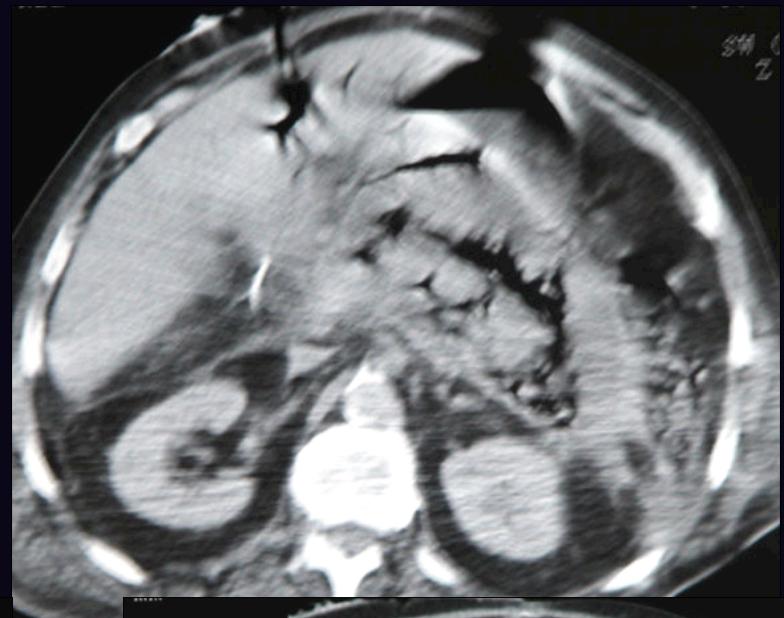
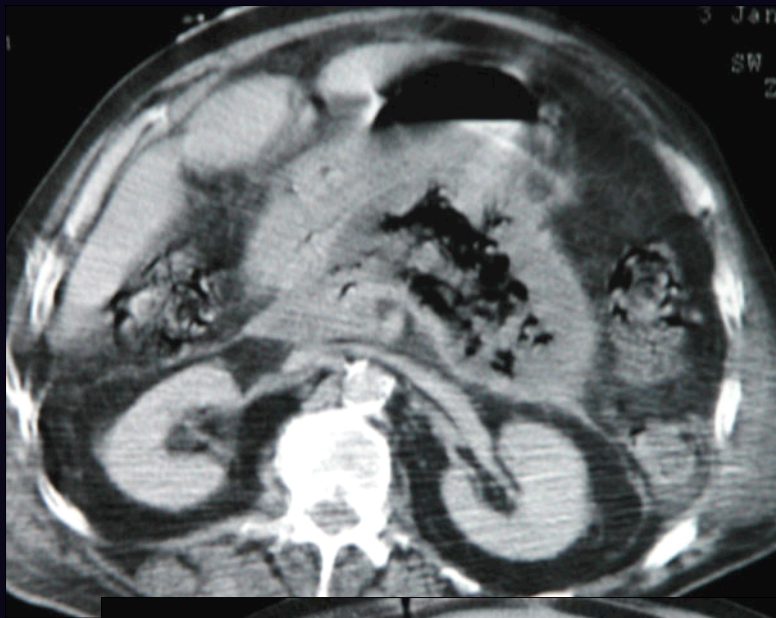


PA nécrotique ( 1 )

10 points sur 10



pancréatite aiguë biliaire nécrotique grade E : J 30



**nécrose pancréatique infectée drainée**

10 points sur 10

5. À quelles autres techniques d'imagerie peut-on avoir recours pour le diagnostic étiologique de cette affection



-diagnostic de **calculs migrant** ou **migrés** de la **voie biliaire principale**

- échographie transpariétale

calculs vésiculaires ++++

calculs de la VBP +/-

- **écho-endoscopie**

calculs de la VBP basse +++

tumeurs du carrefour bilio-digestif +++

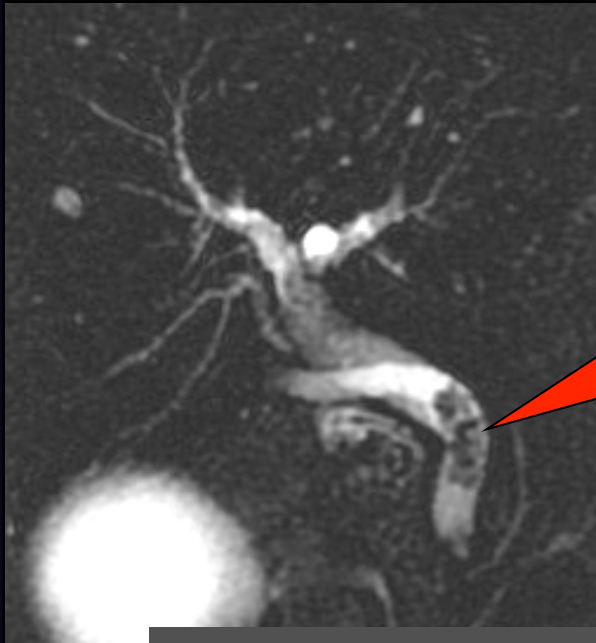
- **cholangio-pancréatographie MR** +++

pas d'anesthésie

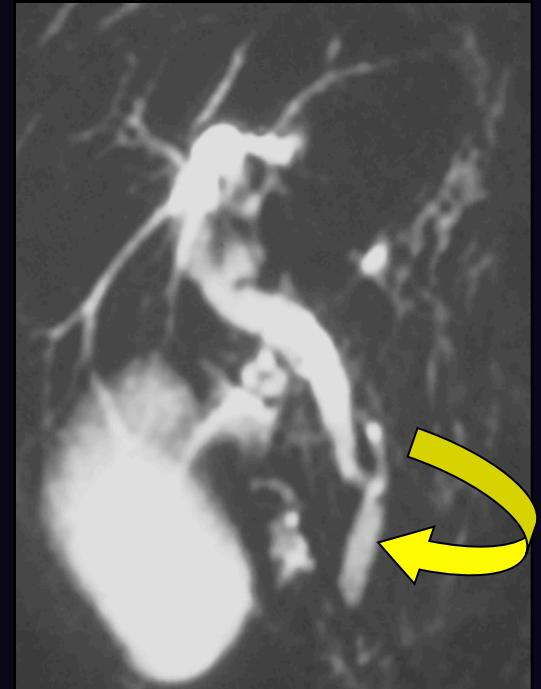
pas d'injection de produit de contraste

diagnostic non invasif du **pancréas divisum**

- attention aux pancréatites aiguës " cryptogénétiques " en apparence : **10 %** sont révélatrices d'un **obstacle tumoral sur les canaux excréteurs du pancréas**



calculs de la VBP

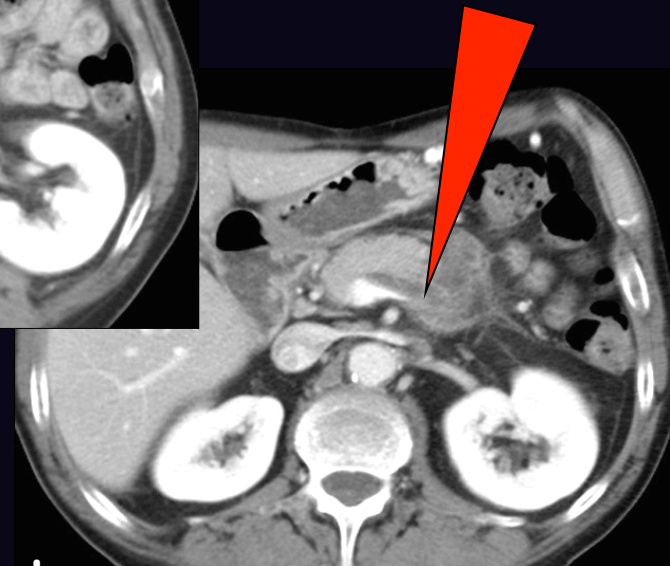
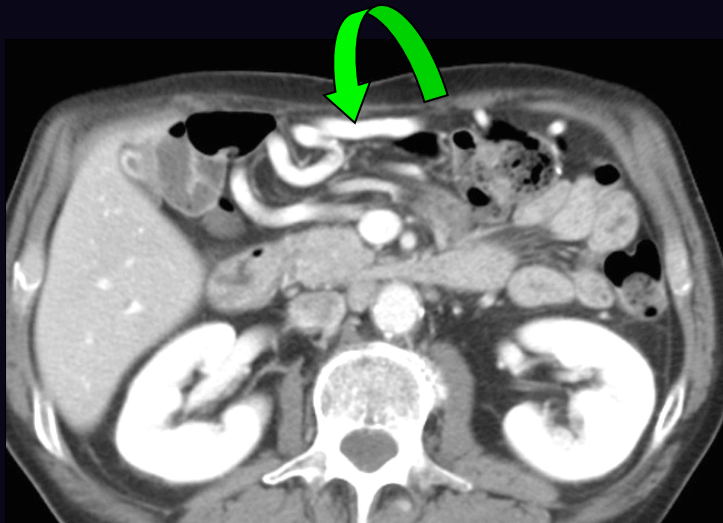


canal commun long  
« long commun  
channel » sd



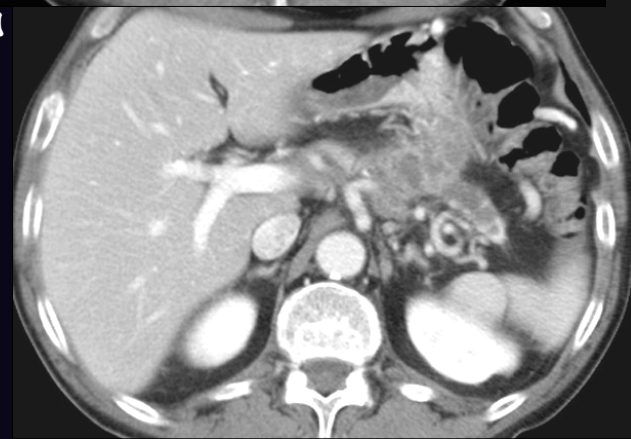
canal pancréatique  
dorsal dominant et  
pancréas divisum

## 6. Imagerie et complications précoces des PA

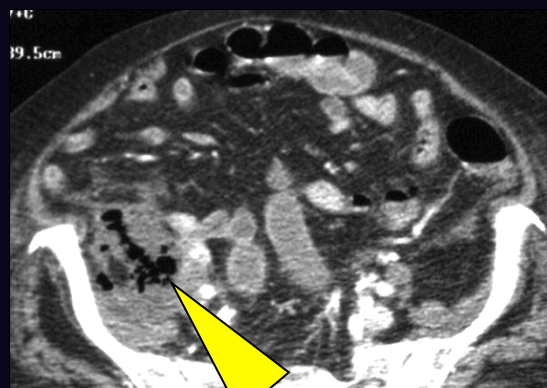
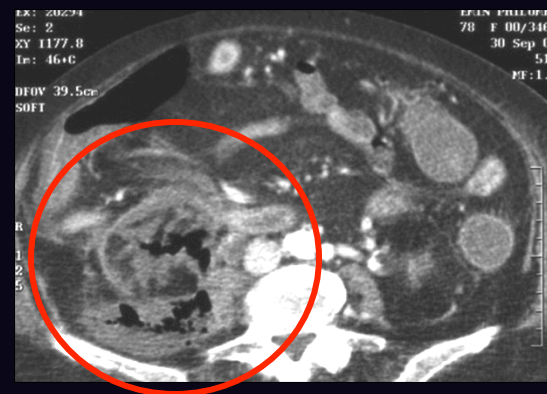


infarctissement splénique

thrombose de la  
veine splénique  
et HTP  
segmentaire



complications portales des PA



PA nécrose infectée

## 7. Complications différées de la pancréatite aiguë

### Pseudo kystes

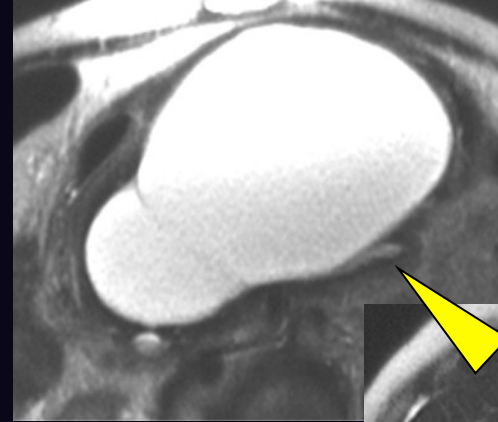
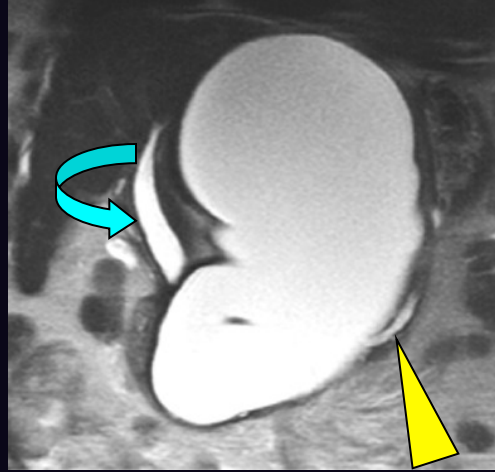
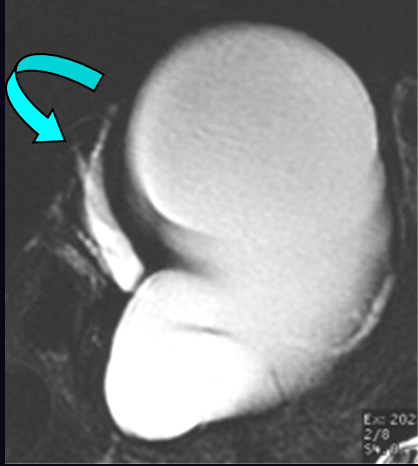
dans 20% des cas, qui répondent à 2 mécanismes :

- par distension canalaire ( PK rétentionnel )
- par nécrose ( PK nécrotique )

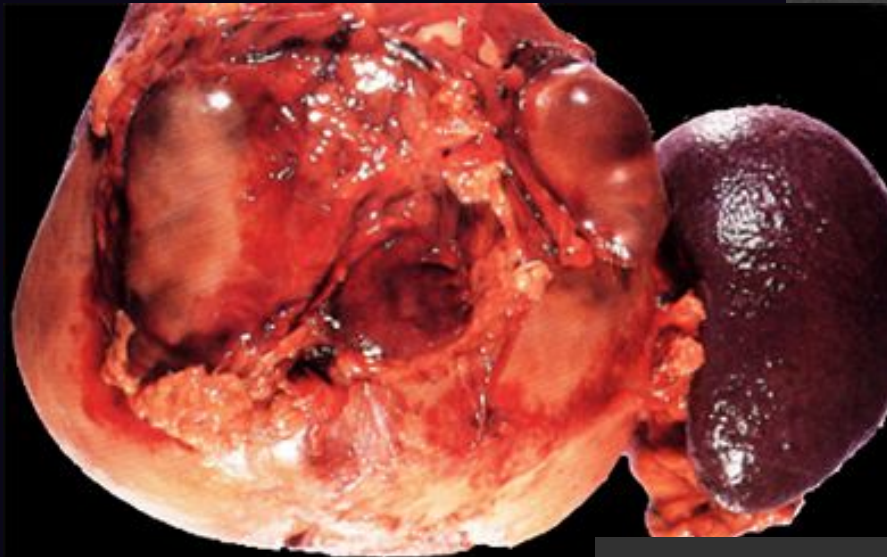
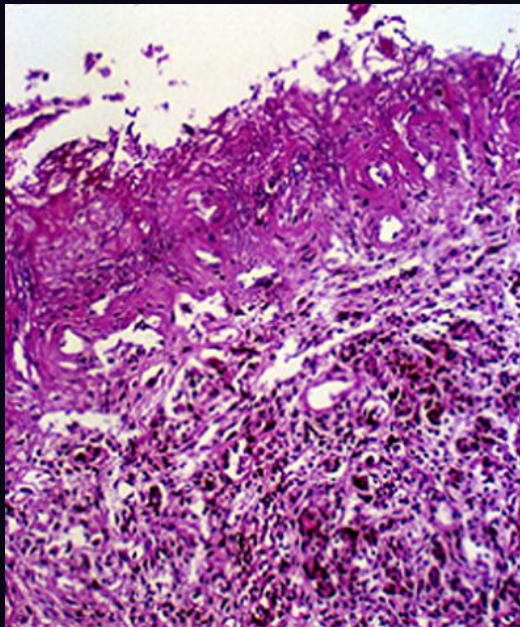
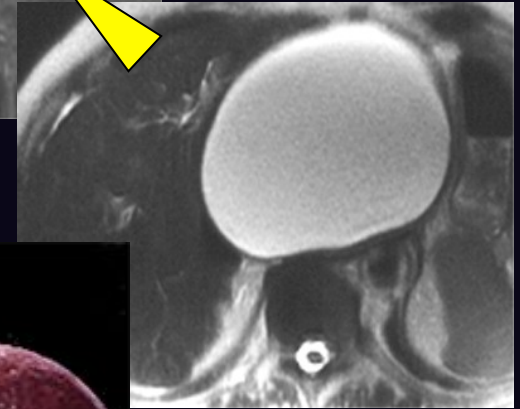
### Complications des pseudo-kystes

- infections +++
- compressions veineuses et HTP segmentaire
- hémorragies : faux anévrysmes+++

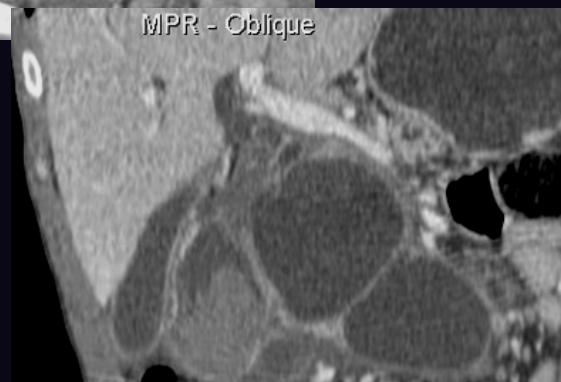
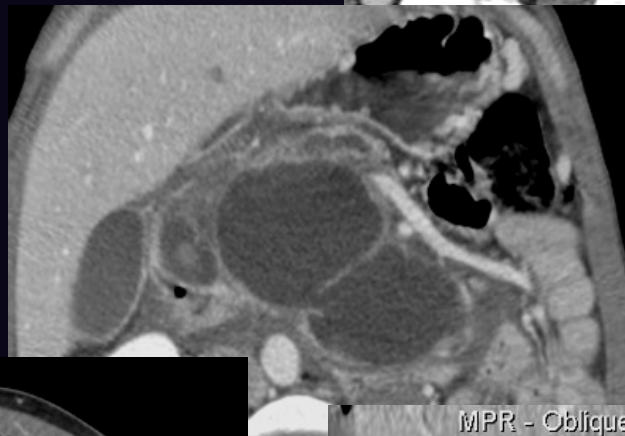
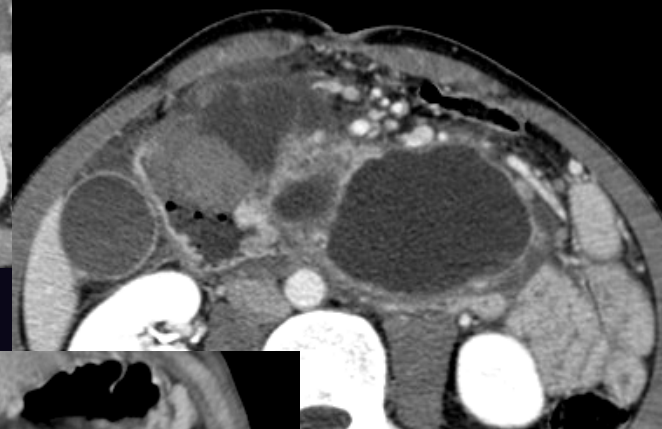
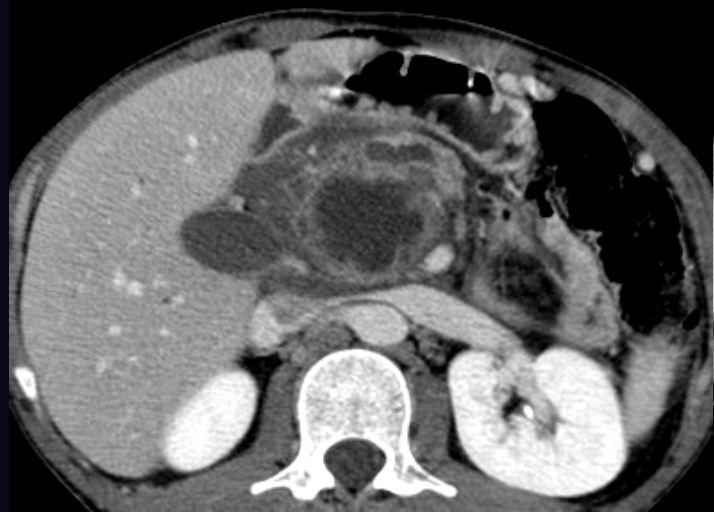
85 à 90% des images liquidiennes observées dans la région pancréatique sont des **pseudo-kystes** !!!



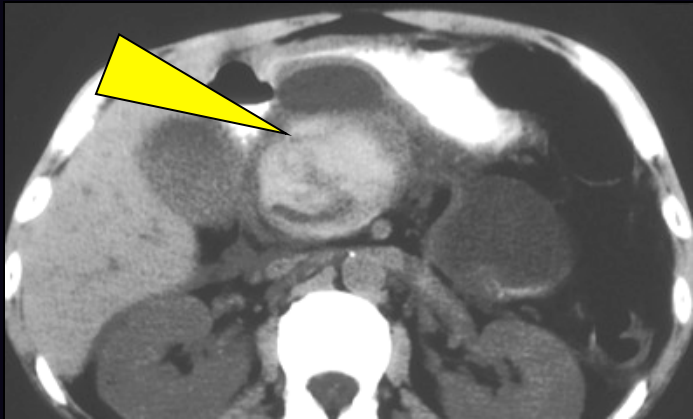
IRM T2



pseudo-kyste du pancréas

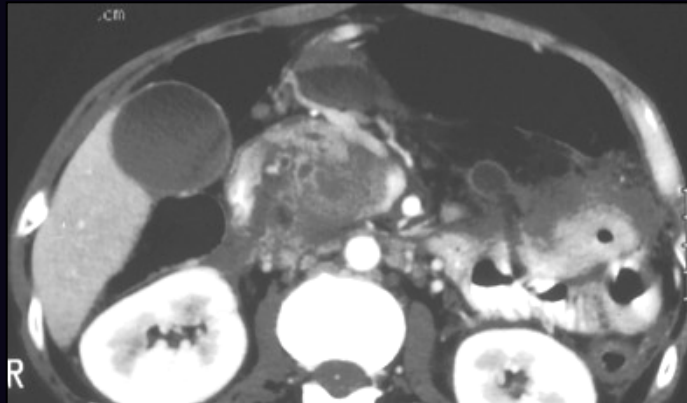


pseudo-kystes post  
nécrotiques



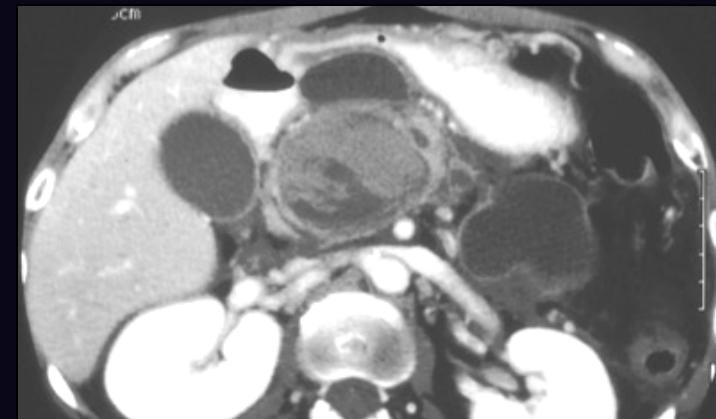
**hyperdensité spontanée +++** du contenu du kyste signant la haute densité protéique donc la nature hémorragique

avt inj.



50"

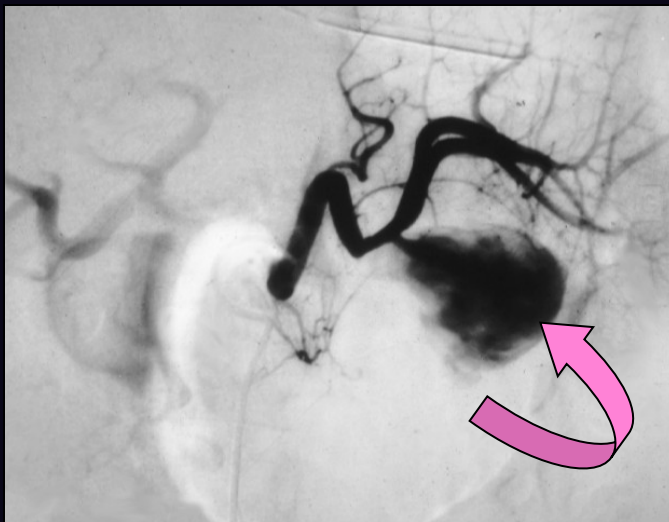
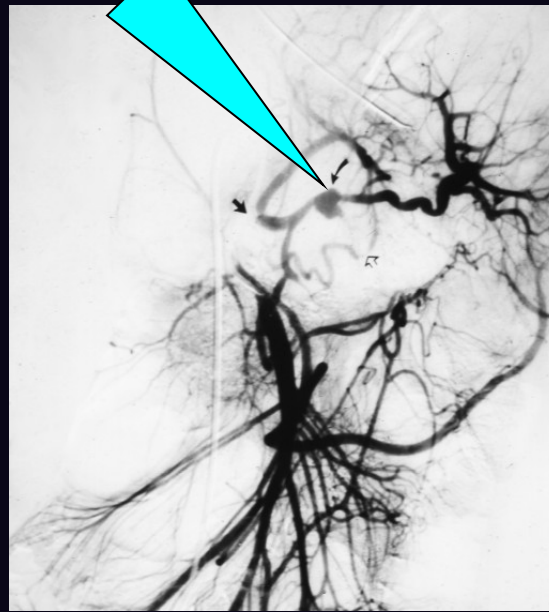
70"



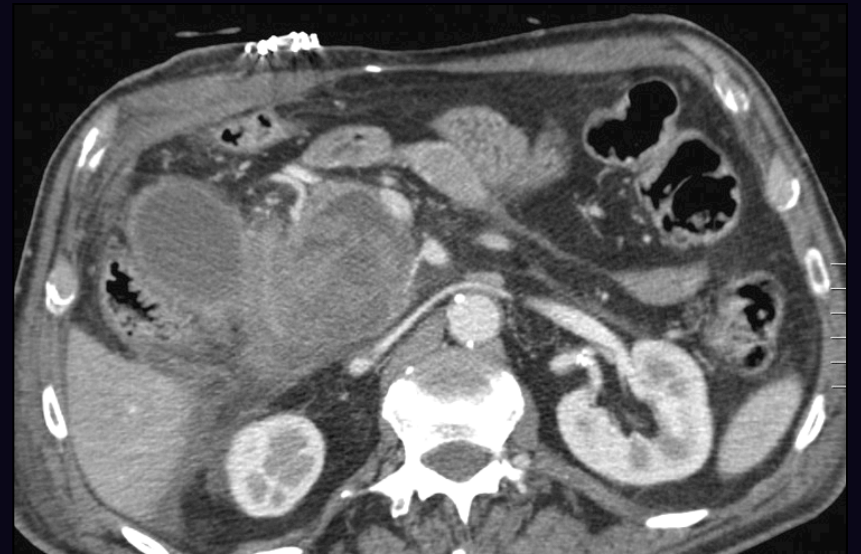
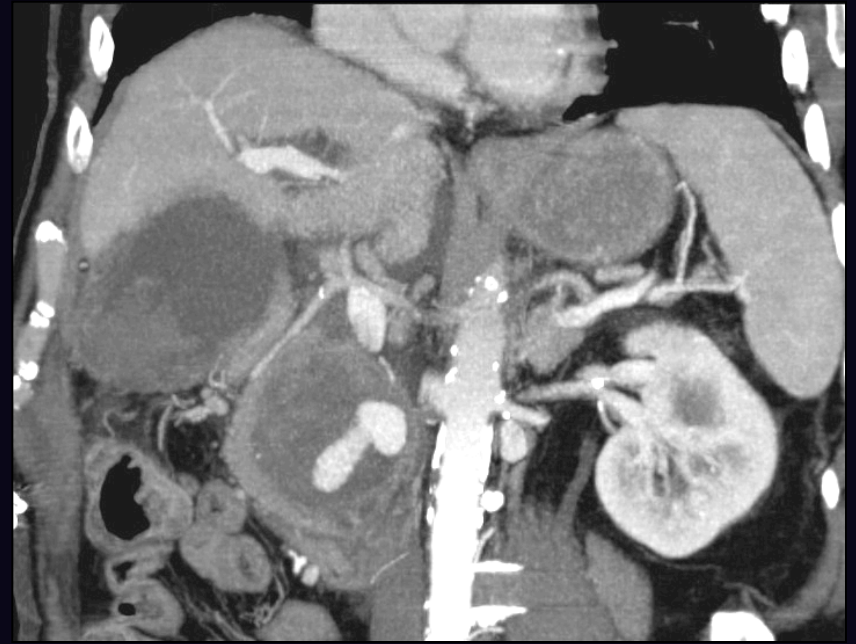
NB : l'hyperdensité du contenu du kyste est beaucoup moins visible après injection de produit de contraste en raison du fenêtrage

**pseudo-kyste hémorragique**

**tout pseudo-kyste hyperdense** doit faire rechercher un **faux-anévrisme artériel** sur les artères du pancréas.

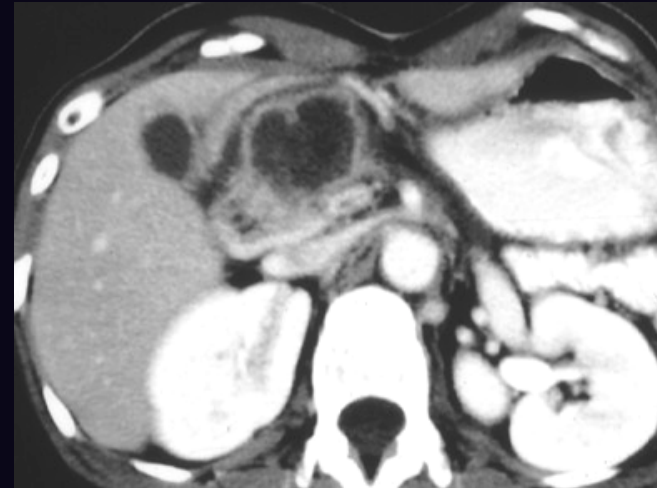
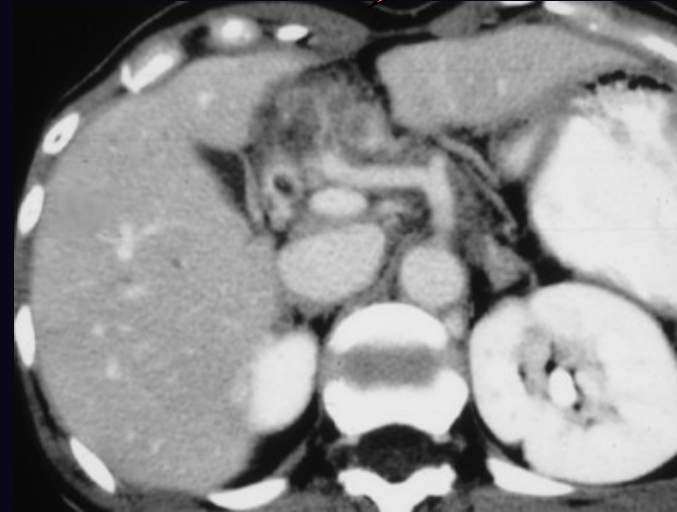
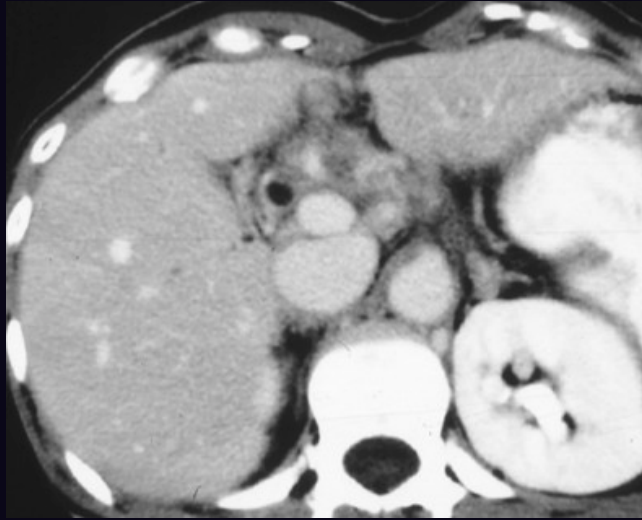


faux-anévrismes compliquant des pseudo-kystes ; explorations angiographiques, remplacées maintenant par l'angioscanner

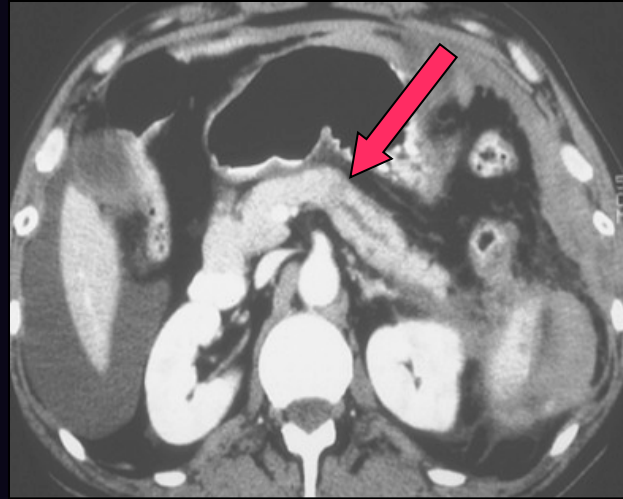


très gros faux-anévrismes compliquant un pseudo-kyste céphalique.

Attention : 10 % des adénocarcinomes du pancréas se révèlent par une pancréatite aiguë



pancréatite récidivante chez une jeune femme :  
adénocarcinome ductal !



pancréatite aiguë avec ruptures splénique et colique gauche, symptomatiques d'un adénocarcinome du corps du pancréas