

Prise en charge de la nécrose infectée au cours de la pancréatite aiguë grave

Rédacteurs : Louis BUSCAIL, Barbara BOURNET, Philippe OTAL et Bertrand SUC, Services de Gastroentérologie et Nutrition, Radiologie et Chirurgie Digestive, CHU Rangueil, Pôle Digestif, 31052, Toulouse Cedex 9.

Éléments de référence :

- 1- Freeman ML, Werner J, van Santvoort HC, Baron TH, Besselink MG, Windsor JA, Horvath KD, van Sonnenberg E, Bollen TL, Vege SS; International Multidisciplinary Panel of Speakers and Moderators. Interventions for necrotizing pancreatitis: summary of a multidisciplinary consensus conference Pancreas. 2012;41:1176-94.
- 2- Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, Tsiotos GG, Vege SS; Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62:102-11.
- 3- IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. Pancreatology. 2013;13(4 Suppl 2):e1-15.

Date : août 2015

POURQUOI TRAITER LA NECROSE INFECTEE ?

- 10 à 20 % des patients avec pancréatite aiguë présentent une atteinte nécrotique pancréatique ou péri-pancréatique.
- La nécrose va s'infecter dans près de 2/3 des cas.
- La mortalité des pancréatites aiguës graves passe de 15 à 30 % en cas d'infection de la nécrose par rapport à une nécrose non infectée.
- L'infection est bactérienne (origine digestive : Entérocoque, E. Coli) et/ou fongique.
- La nécrose intra-pancréatique est classiquement plus grave que la nécrose extra-pancréatique.

QUAND SUSPECTER LA NECROSE INFECTEE ?

En général après la 4^{ème} semaine quand la nécrose commence à s'organiser avec une coque périphérique et un contenu à la fois liquidien et solide.

COMMENT SUSPECTER ET DIAGNOSTIQUER UNE INFECTION DE NECROSE ?

- Sur des arguments clinico-biologiques : patients avec des signes cliniques comme fièvre, sepsis sévère, vomissements, ictère mais aussi biologiques comme l'élévation du chiffre sanguin de la CRP et de la procalcitonine
- Sur des arguments radiologiques avec notamment la présence de bulles d'air au sein de la nécrose à l'examen scannographique. On discutera en fonction de l'accessibilité, d'une ponction de la nécrose à l'aiguille fine sous scanner pour recherche d'une infection bactérienne et/ou fongique.

A NE PAS FAIRE ?

- Drainer une collection aiguë (avant 4 semaines) asymptomatique.
- Drainer/traiter de la nécrose asymptomatique et/ou non infectée.
- Instituer une antibiothérapie systématique en cas de fièvre (toujours documenter une infection et son lieu, s'aider du dosage de la procalcitonine (pas vraiment utile en pratique courante), avoir recours si nécessaire à la ponction de la nécrose par voie rétropéritonéale).
- Se passer d'une nutrition entérale précoce pour toute pancréatite aiguë supposée sévère afin de diminuer les risques de translocation bactérienne et donc d'infection.

COMMENT TRAITER ?

- Toute pancréatite aiguë sévère doit être transférée au sein d'un centre référent tertiaire possédant toutes les compétences requises pour la prise en charge des pancréatites aiguës graves.
- Après concertation pluridisciplinaire : gastroentérologues, réanimateurs, radiologues et chirurgiens.
- Avec l'appui d'une imagerie récente par scanner.
- Evaluation du contenu +/- solide de la nécrose par IRM ou écho afin de prédire la difficulté du drainage.
- En choisissant l'approche dite « step up » : première étape radiologique, éventuellement complétée par l'approche endoscopique pour finir par l'approche chirurgicale mini invasive puis invasive en dernier recours. Chaque procédure sera débutée par un prélèvement systématique bactériologique et fongique de la nécrose.

- Dans la stratégie Step-up, on peut discuter le traitement médical par (ATB) si l'infection n'entraîne pas de défaillance viscérale.
- **Le traitement radiologique** consiste à la mise en place de drains sous contrôle scannographique, par voie rétropéritonéale, transgastrique ou transhépatique. Le calibre des drains va de 12 à 16 F et sera suivi d'un lavage abondant avec du sérum physiologique avec contrôle de la position et de l'évolution tous les 10 à 15 jours. Cette technique est applicable à la plupart des localisations de la nécrose. Reposer des drains de plus en plus gros si le premier est trop petit.
- **Le traitement endoscopique** concerne essentiellement la nécrose pancréatique et péri-pancréatique. La voie d'abord est surtout transgastrique. Ce traitement n'est possible que dans des centres tertiaires rompus à l'endoscopie interventionnelle bilio-pancréatique.
 - Une première technique consiste à repérer la zone nécrotique principale par échoendoscopie avec ponction en zone non vasculaire puis repérage du point de ponction par un fil guide si possible laissé en place. Le deuxième temps consiste à dilater le point de ponction sous contrôle endoscopique (duodénolescope, gastroscope ou coloscope) puis de procéder à la nécrosectomie au moyen de sonde de dormia, anse à filet ou tripode. Un drain naso kystique de 18 F est laissé en place dans la cavité en fin de procédure pour lavages quotidiens). La procédure peut être réitérée en fonction du résultat clinique et radiologique.
 - La deuxième technique, plus récente, consiste à la mise en place en un seul temps sous contrôle entièrement échoendoscopique d'une prothèse diabolique expansive (en général 16 mm de diamètre et suffisamment longue pour éviter la migration)) puis de laisser en place un drain de gros calibre mis en lavage quotidien afin de drainer liquide et nécrose. Compte tenu du calibre de la prothèse, une nécrosectomie de la cavité par voie transprothétique est possible au moyen d'un gastroscope dans les jours qui suivent en fonction de l'évolution clinique et radiologique. La prothèse est laissée en place au moins 1 à 2 mois. Un abord combiné endoscopique et radiologique est parfois souhaitable.
- **Le traitement chirurgical** : il peut être qualifié de « mini-invasif » et correspond à une rétropéritonéoscopie préférentiellement par voie gauche latérale en passant entre le rein et la racine du mésocolon. Il peut être plus « invasif » par voie transpéritonéale. Il ne sera indiqué qu'après échec des deux approches radiologique et endoscopique. La main du chirurgien peut être guidée par la mise en place pré-opératoire d'un drain radiologique. Elle consiste à extraire la nécrose, laver et mettre en place de très gros drains de lavage (drains de Davol).

DANS TOUS LES CAS

- **Etre patient**, c'est à dire ne pas traiter des images mais aussi se dire que les drainages et lavages seront longs et parfois fastidieux mais ils restent la

base du traitement. Le patient doit surtout être informé du temps nécessaire au traitement de la nécrose.

- **Prendre en compte** : l'aspect nutritionnel, le traitement du diabète, celui d'une surinfection fongique et des autres complications de la pancréatite aiguë.