

Post-test QCM

1 Lors du bilan étiologique d'une pancréatite aiguë :

- a. le bilan initial doit comporter un dosage des transaminases, des triglycérides et du calcium ☒
- b. des tests hépatiques normaux éliminent une origine biliaire ☐
- c. le scanner permet de chercher des calculs vésiculaires avec une bonne sensibilité ☐
- d. une pancréato-IRM à distance permet de chercher des arguments en faveur du diagnostic de tumeur intracanaulaire papillaire et mucineuse pancréatique (TIPMP) ☒
- e. une sténose canalaire avec dilatation d'amont doit faire évoquer le diagnostic de pancréatite auto-immune ☐

Bonnes réponses :

a, d. Dans 15 % des cas d'authentiques pancréatites aiguës biliaires, les tests hépatiques sont normaux. L'échographie réalisée précocement (pour éviter l'apparition de sludge lié au jeun) est plus sensible que le scanner pour la recherche de calculs vésiculaires. Le diagnostic de pancréatite auto-immune doit être évoqué devant une ou plusieurs sténoses du canal pancréatique principal, sans dilatation d'amont.

2 Pour évaluer la gravité d'une pancréatite aiguë :

- a. la recherche d'un SIRS (Syndrome de réponse inflammatoire systémique) est simple et fiable ☒
- b. la lipasémie est corrélée à la gravité de la pancréatite ☐
- c. le score CTSI (CT severity index) (de 0 à 10) doit remplacer le score de Balthazar (de A à E) ☒
- d. le scanner initial doit être réalisé dès l'admission du patient à la recherche de complications ☐
- e. un scanner de surveillance hebdomadaire doit être réalisé ☐

Bonnes réponses :

a, c. Aucun score ou paramètre biologique n'a montré sa supériorité par rapport à la recherche d'un SIRS dans l'évaluation de la gravité d'une pancréatite aiguë. Le scanner initial doit être réalisé au mieux entre la 72 et la 96^e heure après le début des douleurs, sauf doute diagnostique ou complication. La surveillance d'un patient est avant tout clinique et biologique.

3 Lors de la prise en charge initiale de la pancréatite aiguë :

- a. une hyperhydratation > 4 000 mL/j permet de diminuer le risque de complications et de mortalité ☐
- b. le début rapide d'une nutrition entérale permet de diminuer le risque de translocation bactérienne et de surinfection de la nécrose ☒
- c. la nutrition parentérale est à proscrire définitivement ☐
- d. une supplémentation en glutamine associée à la nutrition entérale diminue la mortalité ☐
- e. l'utilisation d'anti-oxydants est recommandée ☐

Bonnes réponses :

b. Une hydratation entre 2500 et 4000 mL/j est recommandée. La nutrition parentérale reste indiquée en cas de syndrome occlusif ou de fistule digestive. Le niveau de preuve de l'intérêt de la glutamine et des anti-oxydants est trop faible pour qu'ils soient recommandés.

4 Les complications de la pancréatite aiguë :

- a. en cas de pancréatite nécrosante, une surinfection survient dans 50 % des cas ☐
- b. une antibioprophylaxie n'est pas recommandée car elle ne permet pas de diminuer le risque de surinfection de la nécrose ☒

- c. une décontamination digestive initiale permet de diminuer le risque de surinfection de la nécrose ☐
- d. la survenue d'une thrombose des veines porte, mésentérique ou splénique doit faire systématiquement rechercher un facteur de thrombophilie ☐
- e. en cas de pancréatite aiguë grave, une anticoagulation efficace est recommandée pour diminuer le risque de complications thromboemboliques ☐

Bonnes réponses :

b. Une surinfection survient dans 30 % des pancréatites aiguës nécrosantes. L'antibioprophylaxie ne permet pas de diminuer le risque de surinfection de nécrose. Le risque de thrombose est lié à l'inflammation locale et non à des facteurs innés ou acquis de thrombophilie. Une anticoagulation à dose préventive est recommandée.

5 La nécrose infectée :

- a. la surinfection de nécrose survient le plus souvent durant la première semaine ☐
- b. il faut toujours réaliser une ponction simple à l'aiguille pour confirmer la surinfection avant d'envisager un geste de drainage ☐
- c. la nécrosectomie chirurgicale a une morbidité supérieure à la nécrosectomie endoscopique ☒
- d. la prise en charge associée au mieux un drainage endoscopique et radiologique selon la localisation des collections à drainer et l'expertise locale ☒
- e. si des prothèses métalliques ont été mises en place, il est recommandé d'attendre un minimum de 6 mois pour les retirer ☐

Bonnes réponses :

c, d. La surinfection survient le plus souvent après 3 à 4 semaines d'évolution de la PA. Si une surinfection est évoquée sur des paramètres cliniques et biologiques, un geste de drainage peut être proposé d'emblée. Plusieurs études randomisées ont montré qu'une stratégie en « step-up » associant drainage endoscopique, radiologique et chirurgical (avec abord coelioscopique) en dernier recours était préférable. Il est recommandé d'enlever les prothèses métalliques après 1 à 2 mois en raison du risque de complications.

6 La pancréatite aiguë biliaire :

- a. est la principale cause de pancréatite aiguë chez la femme enceinte ☒
- b. est éliminée s'il n'y a pas de calcul visible en échographie ☐
- c. nécessite une sphinctérotomie endoscopique biliaire dans les formes graves, même en l'absence d'ictère ☐
- d. est associé à un risque de récurrence d'événement bilio-pancréatique de 5 % si la cholécystectomie est retardée ☐
- e. fait poser l'indication d'une cholécystectomie au cours de la même hospitalisation, en l'absence de critères de gravité ☒

Bonnes réponses :

a, e. Une échographie abdominale normale ne permet pas d'éliminer formellement une origine biliaire à la pancréatite, seule l'échoendoscopie a une valeur prédictive négative de 100 % pour le diagnostic de lithias vésiculaire. La sphinctérotomie endoscopique n'est indiquée qu'en cas d'ictère ou d'angiocholite, quelle que soit la gravité de la PA. Le risque de récurrence d'événement bilio-pancréatique dans l'attente de la cholécystectomie est proche de 20 % si celle-ci est retardée. ☒