

Pancréatite aiguë: Nutrition, Antibiothérapie

Harry SOKOL
DES Gastroentérologie
29 avril 2006

Pancréatite aiguë

- Infection de nécrose pancréatique : cause majeure de mortalité
- Infection de la nécrose par translocation bactérienne

→ Intérêt des questions de nutrition et d'antibiothérapie

Nutrition artificielle

Nutrition artificielle

- Pour quels patients ?
- Nutrition entérale vs parentérale ?
- Site de la NE ?

Nutrition artificielle: pour quels patients?

- Les besoins énergétiques dépendent¹:
 - du statut nutritionnel de départ
 - de la gravité de la PA
 - des complications septiques
- PA non sévère:
 - Besoins énergétiques peu importants
 - Reprise d'une alimentation normale dans les 7 jours le plus souvent²

1: *Dickerson. Crit Care Med 1991*

2: *Larvin. Lancet 1989*

Pancréatite aiguë

Pancréatite Modérée:

- Ranson ≤ 2
- APACHE II ≤ 9
- Pas de défaillance viscérale
- Pas de nécrose

Evaluer la gravité

Pancréatite sévère

- Ranson > 2
- APACHE II > 9
- Défaillance viscérale
- Nécrose

Reprise nutrition
orale après
quelques jours

Nutrition
artificielle

D'après McClave 1997

NE vs NPT

- Pendant longtemps:
 - NPT privilégiée
 - Concept : repos pancréatique
- Etat clinique des PA sévères :
 - Pas uniquement dû au pancréas lui-même
 - Aggravé par la non utilisation intestinale
 - Sécrétion pancréatique ↓ → intérêt de la mise au repos pancréatique à relativiser

Nutrition entérale

Maintien de l'intégrité muqueuse lié à l'alimentation:

Jeûn

Pullulation
bactérienne

L'absence de nutrition entérale favorise la translocation bactérienne

atrophie
muqueuse

↓ nombre et activité
des lymphocytes du
GALT

↓ Production
de mucine

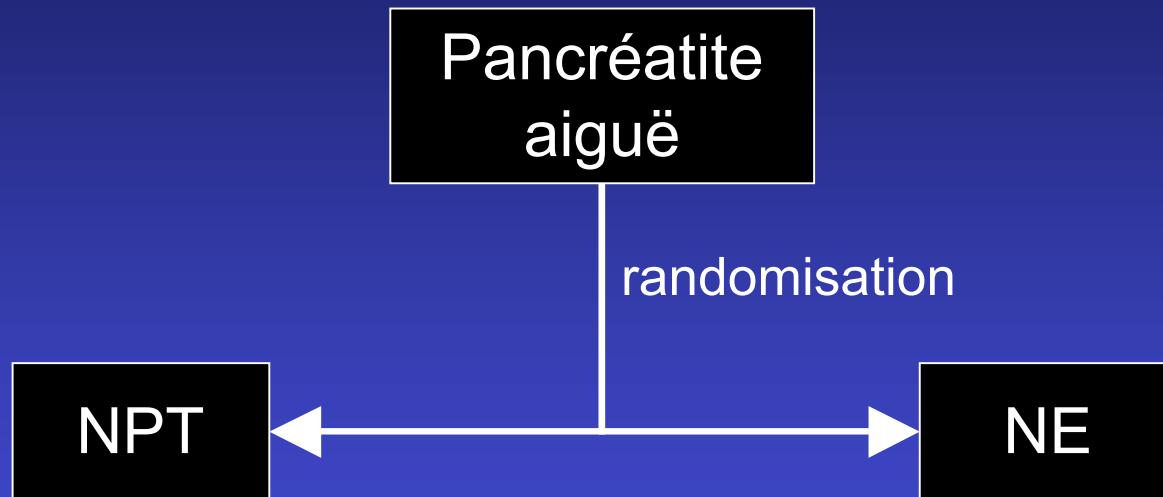
↓ Niveau
d'IgA digestif

↑ Stress
oxydatif

Méta-analyse: NPT vs NE

7 études randomisées contrôlées

McClave et al. JPEN 2006



Abou-Assi. Am J Gastroenterol 2002

Kalfarentzos. Br J Surg 1997

Olah. Nutrition 2002

Windsor. Gut 1998

McClave. JPEN 1997

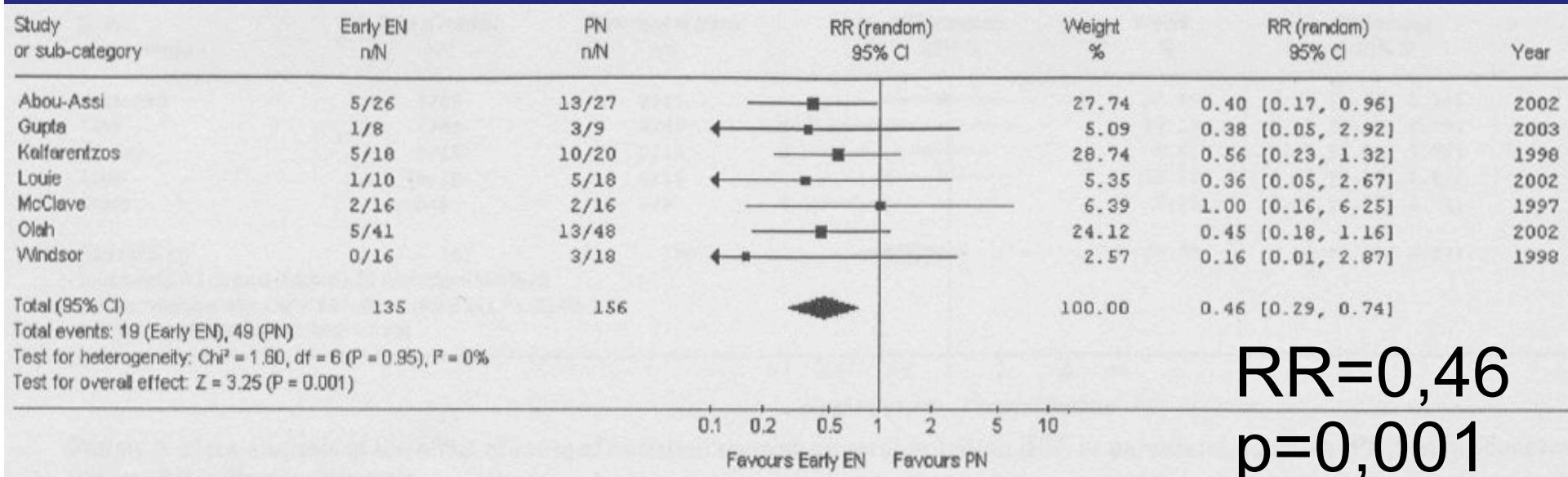
Louie. Can J Surg 2005

Gupta. Pancreatology 2003

Méta-analyse: NPT vs NE

Résultats

NE > NPT : complications infectieuses

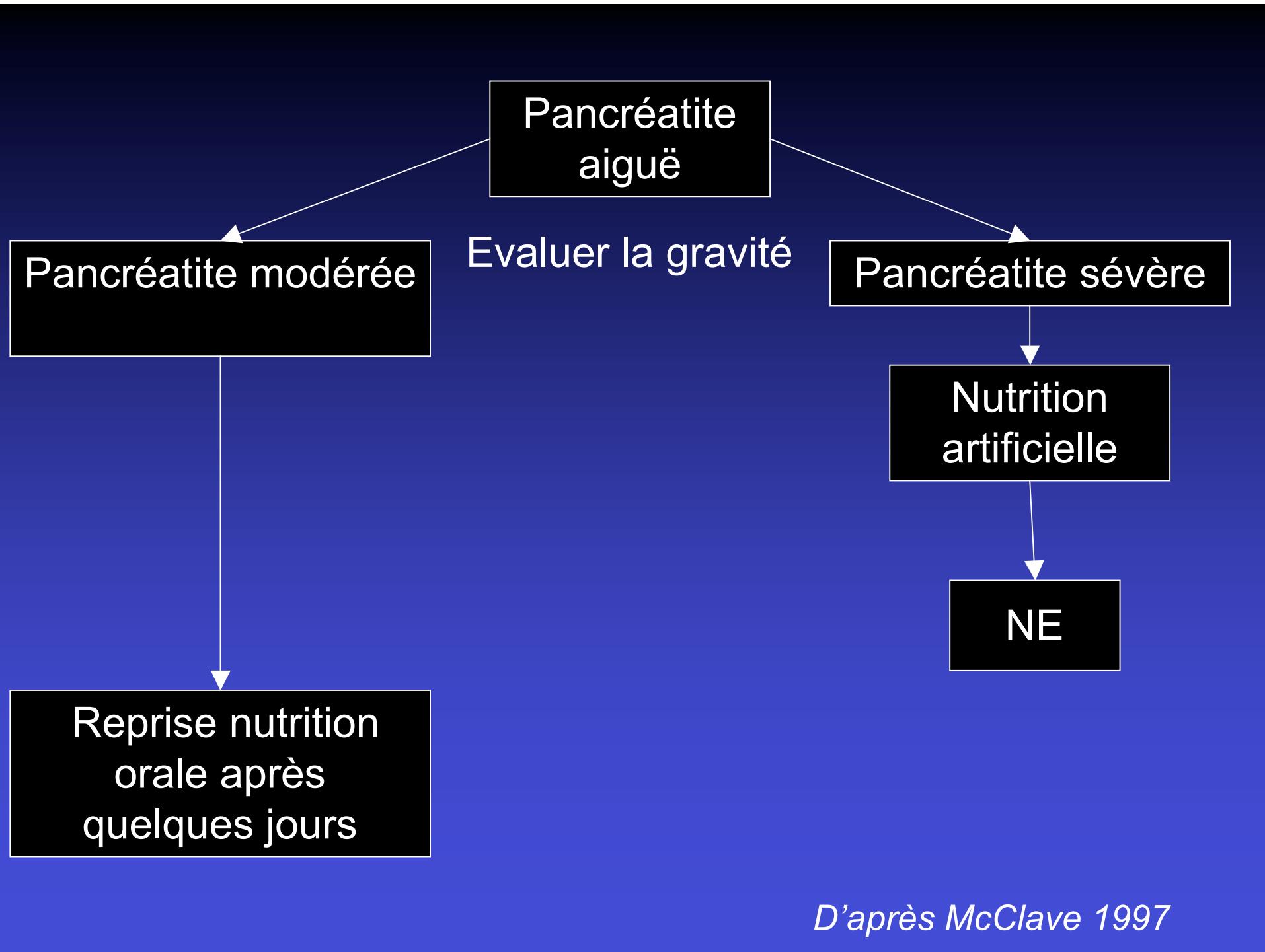


Pas de différence significative pour la mortalité

Méta-analyse: NPT vs NE

Résultats

- NE > NPT en terme de:
 - Durée d'hospitalisation ≈ - 4 jours (4 études)
 - Nombre de complications :
0,55 /patient vs 1,35 /patient (1 étude)
 - Vitesse de diminution de la CRP (2 études)
 - Contrôle glycémique (2 études)
 - Durée de nutrition artificielle (2 études)
 - Coût 5 à 7 fois moindre (2 études)



D'après McClave 1997

Que faire si NE impossible?

2 études comparant NPT vs hydratation IV

Sax et al. 1987

55 PA de gravité modérée: NPT <24h après l'admission

→NPT:

- Durée d'hospitalisation plus longue (10 vs 16 jours)
- Complications et mortalité inchangées

Que faire si NE impossible?

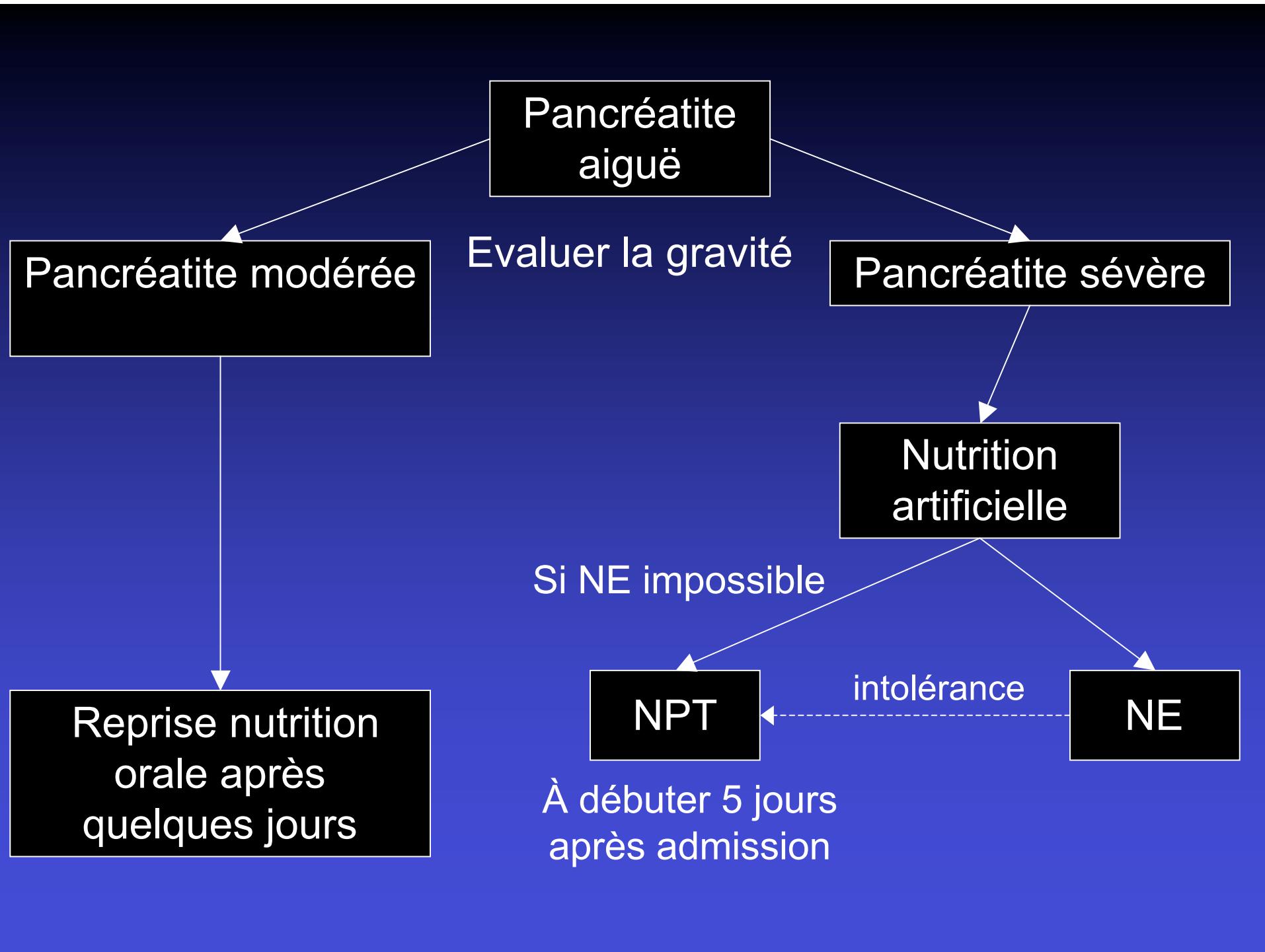
2 études comparant NPT vs hydratation IV

Xian-Li et al. 2004

44 PA sévères : NPT débutée 24-48h après l'admission

→NPT:

- Durée d'hospitalisation plus courte (28 vs 39 jours)
- Complications diminuées (52,4% vs 91,3%)
- Infections diminuées (23,8% vs 34,8%)
- Mortalité diminuée (14,3% vs 43,5%)



NE: jéjunale ou gastrique?

- Chez le volontaire sain, la nutrition
 - intragastrique stimule les sécrétions pancréatiques¹
 - après l'angle de Treitz limite les sécrétions pancréatiques²

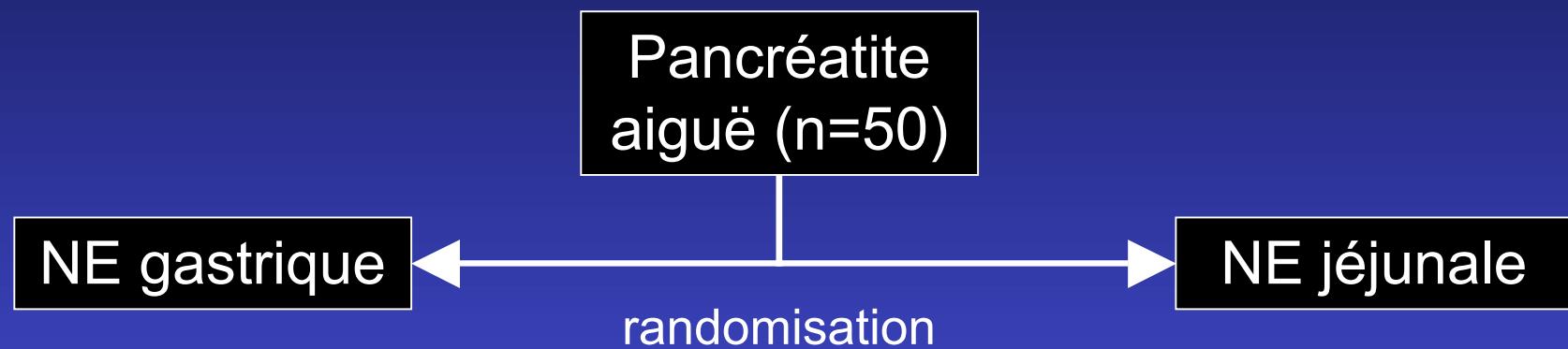
→ NE jéjunale préférée dans la PA

1: O'Keefe. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2003

2: Vu. *Eur J Clin Invest* 1999

NE: jéjunale ou gastrique?

Eatock et al. Am J Gastroenterol 2005



→ Pas de différence en terme de :

- Durée d'hospitalisation
- Tolérance
- Recours aux antalgiques
- Mortalité

Antibiothérapie prophylactique

Antibiothérapie prophylactique

PA nécrosantes :

- 5 études récentes antérieures à 2004
- Aucune en double aveugle ou contre placebo

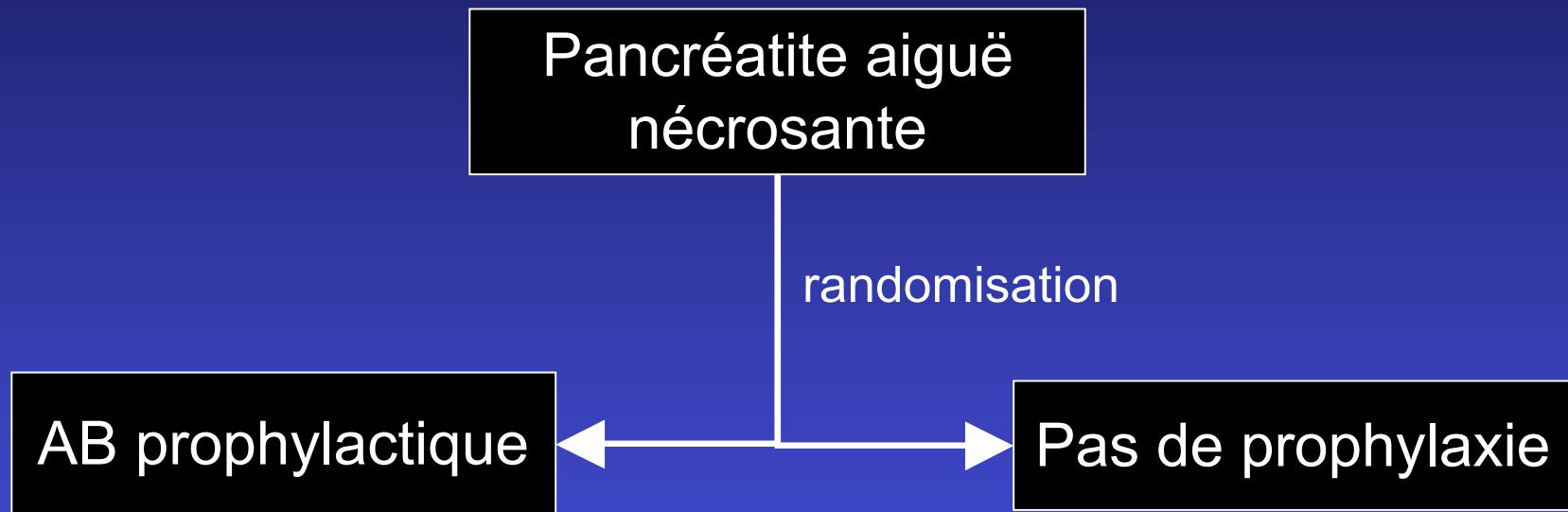
	n	AB	Réduction de Infections pancr.	Mortalité
<i>Pederzoli 1993</i>	74	Imipenem	Oui	Non
<i>Sainio 1995</i>	60	Cefuroxime	Oui	Non
<i>Delcenserie 1996</i>	23	Cefta/Am/Metr	Oui	Non
<i>Schwarz 1997</i>	26	Oflo/Metro	Non	Non
<i>Nordback 2001</i>	58	Imipenem	NA	Non

- Pas d'effet sur la mortalité
- Résultats divergents sur la prévention des infections pancréatiques

Méta-analyse: AB vs rien

3 études randomisées contrôlées

Sharma et al. Pancreas 2001



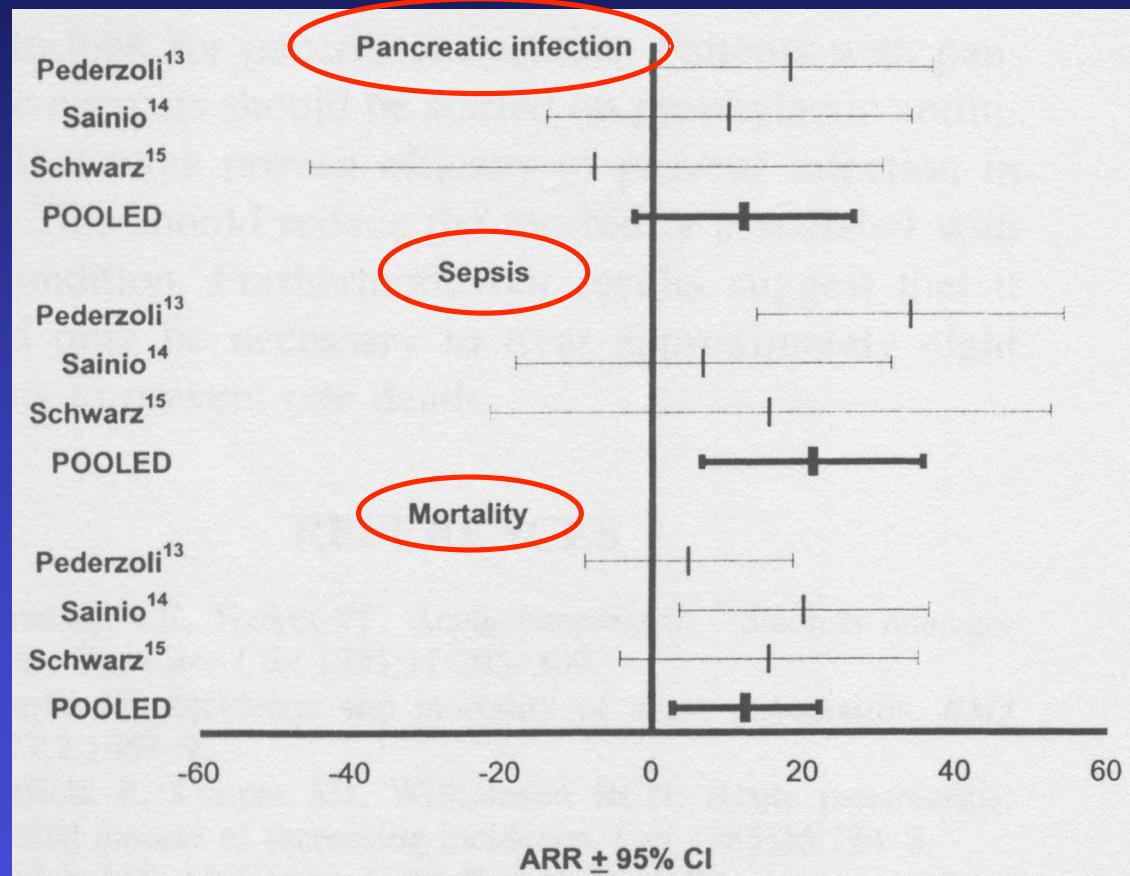
Pederzoli. Surg Gynecol Obstet 1993

Sainio. Lancet 1995

Schwarz. Dtsch Med Wochenschr 1997

Méta-analyse: AB vs Rien

Résultats



Réduction du risque absolu NS

Réduction du risque absolu de 21,1%

Réduction du risque absolu de 12,3%

Antibiothérapie prophylactique

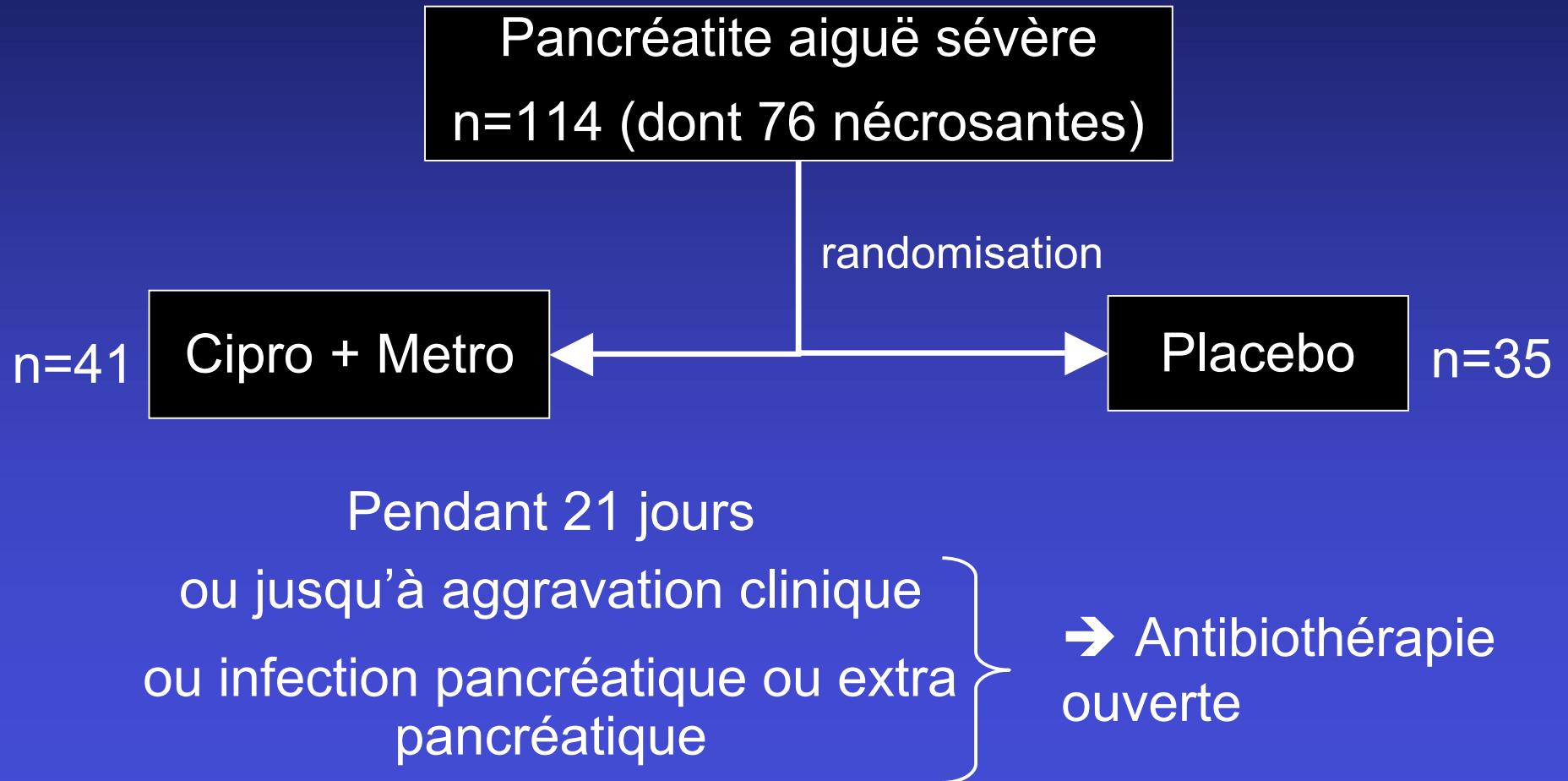
Après les résultats de ces études et de cette méta-analyse: avis divergents

→ Nombreuses sociétés savantes en faveur d'une antibiothérapie prophylactique

(Conférence de Consensus SNFGE 2001: contre)

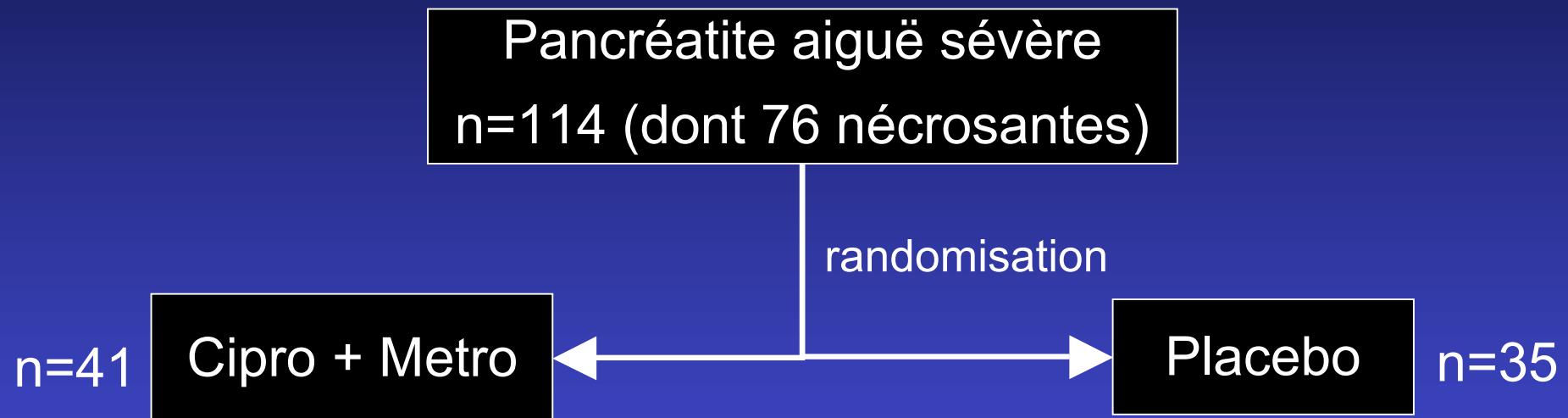
Antibiothérapie prophylactique

1ère étude en double aveugle contre placebo
Isenmann. Gastroenterology 2004:



Antibiothérapie prophylactique

1ère étude en double aveugle contre placebo
Isenmann. Gastroenterology 2004:

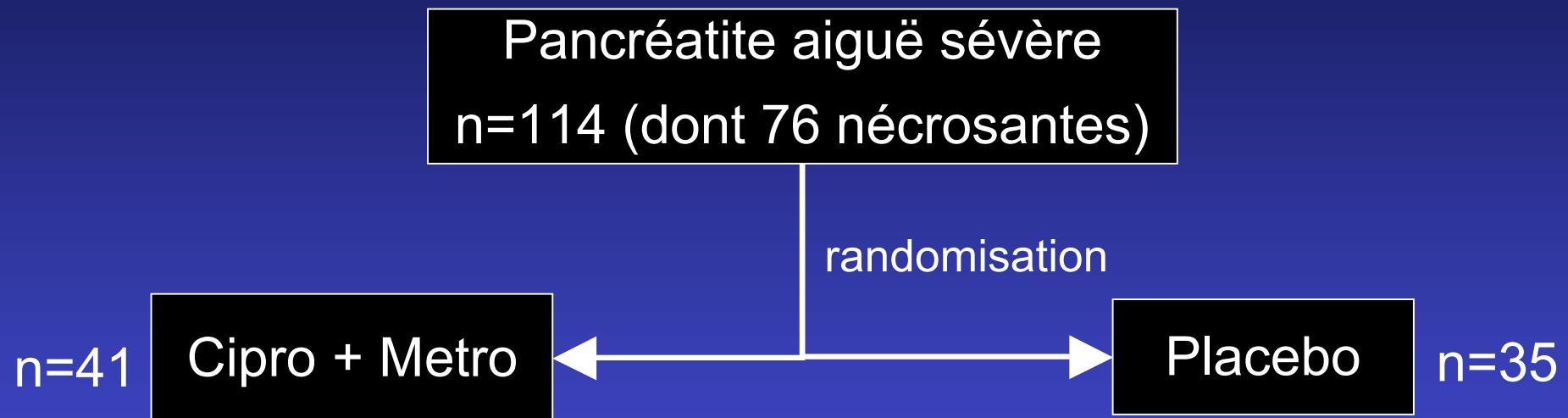


Pas de différence en terme de :

- Infection pancréatique ou extra pancréatique
- Autres complications
- Durée d'hospitalisation
- Mortalité

Antibiothérapie prophylactique

1ère étude en double aveugle contre placebo
Isenmann. Gastroenterology 2004:



Mais :

→ Surcoût

→ Infection à bactéries plus souvent résistantes à la ciprofloxaciné

Conclusion: Traitement des PA sévères

Conférence de consensus internationale (2004):

- Nutrition entérale en 1ère intention
- Site jéjunal de préférence
- Nutrition parentérale après 5 à 7 jours d'essai de la NE

- Pas d'antibiothérapie prophylactique
- Pas de décontamination digestive prophylactique