

# Pancréatite aiguë grave

ESC\_DL\_002\_Overview

## Aperçu général

**Durée du scénario** : 12 à 15 minutes.

**Public cible** : Étudiants de médecine, internes et résidents.

**Résumé** : Patiente de 56 ans, opérée pour LV il y a 2 ans, admise pour douleurs abdominales, vomissements. Elle présentera une pancréatite aiguë grave.

**Objectifs critiques** :

- Poser le diagnostic positif,
- Penser aux diagnostics étiologiques,
- Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- Considérer les examens complémentaires,
- Établir les facteurs pronostiques.

# Pancréatite aiguë grave

ESC\_DI\_002\_Briefing

## Signes fonctionnels

<b>Patient(e)</b>	:	56 ans, sexe féminin
<b>Data</b>	:	Poids = 86 Kg, Taille = 176 cm
<b>SF</b>	:	douleurs abdominales,
<b>Début</b>	:	quelques jours
<b>Signes associés</b>	:	vomissements
<b>Mode d'admission</b>	:	urgences
<b>Signes critiques</b>	:	malaise

## Antécédents

<b>Médico-chirurgicaux</b>	:	cholécystectomie
<b>Toxiques</b>	:	RAS
<b>Allergies</b>	:	RAS

## Signes physiques

<b>Fonction respiratoire</b>	:	FR = 26 c/min, pas de cyanose, pas de râles, SpO2 = 94%			
<b>Fonction circulatoire</b>	:	FC = 146 bpm, PA = 90/60 mmHg, pâleur, auscultation normale			
<b>Fonction neurologique</b>	:	GCS = 14/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral			
<b>Examen somatique</b>	:	distension abdominale, sub-ictère			
<b>Glycémie</b>	:	1,4 g/L	<b>Température</b>	:	38,2 °C

# Pancréatite aiguë grave

ESC\_DI\_002\_Scénario

## Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Morphine
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> IPP
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	
<input type="checkbox"/> Appareil ECG	
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	
<input type="checkbox"/> Défibrillateur	

## Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué féminin
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples

## Formateurs

- Instructeur 1 : technicien aux manettes
- Instructeur 2 : briefing et debriefing
- Instructeur 3 : debriefing
- Facilitateur 1 : senior de garde
- Facilitateur 2 : mari de la patiente

# Pancréatite aiguë grave

ESC\_DI\_002\_Scénario

## Baseline

FR = 26  
SpO2 = 94%  
EtCO2 = 30

FC = 146  
PA = 90/60

GCS = 14/15  
Myosis serré

TTT Défaillances  
d'organes

Interventions

RAS

FC = 120  
PA = 100/70  
SpO2 = 95%

CPRE

Non

Oui



# Pancréatite aiguë grave

ESC\_DI\_002\_Programmation

## Baseline

**FR = 26 c/min, SpO2 = 94%, pas de cyanose, pas de râles**

**FC = 146 bpm, PA = 90/60 mmHg, pâleur, auscultation normale**

**EtCO2 = 30 mmHg**

**GCS = 14/15, pas de déficit, myosis serré bilatéral**

## Critical

**Détresse respiratoire**

**État de choc**

## Landing

**FR = 12 c/min, SpO2 = 97%, pas de râles**

**FC = 110 bpm, PA = 110/70 mmHg**

**EtCO2 = 35 mmHg**

**Stabilisation hémodynamique et respiratoire**

# Pancréatite aiguë grave

ESC\_DI\_002\_Debriefing

## Fiche

- La gravité initiale de la pancréatite doit être systématiquement recherchée du fait de sa morbidité potentielle,
- Les scores complexes de gravité s'effacent au profit de marqueurs simples comme les défaillances d'organe ou les signes de déshydratation extracellulaire,
- L'antibiothérapie dite prophylactique n'a jamais démontré son utilité en dehors des infections biliaires associées,
- La nutrition entérale reste la nutrition de référence. Son initiation précoce en site gastrique est possible dans la grande majorité des cas,
- L'infection de nécrose, première cause de mortalité secondaire, ne survient habituellement qu'à partir de la seconde semaine d'évolution,
- L'antibiothérapie adaptée est la pierre angulaire de la prise en charge de l'infection pancréatique. Un drainage radiologique est souvent le complément nécessaire,
- La chirurgie de débridement devient l'exception et le recours aux échecs avérés du drainage et de l'antibiothérapie,
- L'étiologie biliaire est prépondérante ; elle doit être recherchée afin d'éliminer une réelle angiocholite qui imposera un drainage endoscopique,
- Le rare syndrome du compartiment abdominal est aspécifique dans sa prise en charge.

## Objectifs techniques

- Poser le diagnostic positif d'une hémorragie digestive haute,
- Éliminer les diagnostics différentiels,
- Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- Considérer les examens complémentaires,
- Établir les facteurs pronostiques.

## CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
<b>Hématies</b>	<b>3.8</b> $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
<b>Hémoglobine</b>	<b>9.4</b> g/dL	(10.9-13.7)
<b>Hématocrite</b>	<b>27.8</b> %	(34.0-40.0)
<b>VGM</b>	<b>80.3</b> fl	(73.0-86.0)
<b>CCMH</b>	<b>32.6</b> g/dL	(32.0-36.0)
<b>Leucocytes</b>	<b>17.50</b> $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
<b>Neutrophiles</b>	<b>52.0</b> %	
Soit	<b>12.72</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
<b>Eosinophiles</b>	<b>0.6</b> %	
Soit	<b>0.06</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
<b>Basophiles</b>	<b>0.5</b> %	
Soit	<b>0.01</b> $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
<b>Lymphocytes</b>	<b>10.5</b> %	
Soit	<b>5.0</b> $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
<b>Monocytes</b>	<b>6.0</b> %	
Soit	<b>0.55</b> $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
<b>Plaquettes</b>	<b>160</b> $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

# Hémostase

	Résultat	Références
<b>Temps de Quick Patient</b>	<b>17.3</b> sec	
<b>Taux de prothrombine</b>	<b>66</b> %	(70-140)
<b>INR</b>		
<b>TCA Temps témoin</b>	<b>30</b> sec	
<b>TCA Temps patient</b>	<b>34</b> sec	(25.0-35.0)
<b>Fibrinogène</b>	<b>2.6</b> g/L	(2.00-4.00)

# Ionogramme

	Résultat	Références
<b>Sodium (Na<sup>+</sup>)</b>	<b>150</b> mmol/L	(135-145)
<b>Potassium (K<sup>+</sup>)</b>	<b>4,5</b> mmol/L	(3.5-5.5)
<b>Calcium (Ca<sup>2+</sup>)</b>	<b>100</b> mg/L	(90-105)
<b>Chlore (Cl<sup>-</sup>)</b>	<b>103</b> mmol/L	(100-105)
<b>Glycémie</b>	<b>0.90</b> g/L	(0.70-1.10)
<b>Urée</b>	<b>1.20</b> g/L	(0.10-0.50)
<b>Créatinine</b>	<b>28</b> mg/L	(6-12)
<b>GOT (ASAT)</b>	<b>160</b> UI/L	(< 35)
<b>GPT (ALAT)</b>	<b>140</b> UI/L	(5-40)
<b>Albumine</b>	<b>38</b> g/L	(35-55)

# Ionogramme

	Résultat	Références
CRP	290 mg/L	(< 10)

# Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
<b>LDH</b>	<b>800</b> UI/L	(190-400)

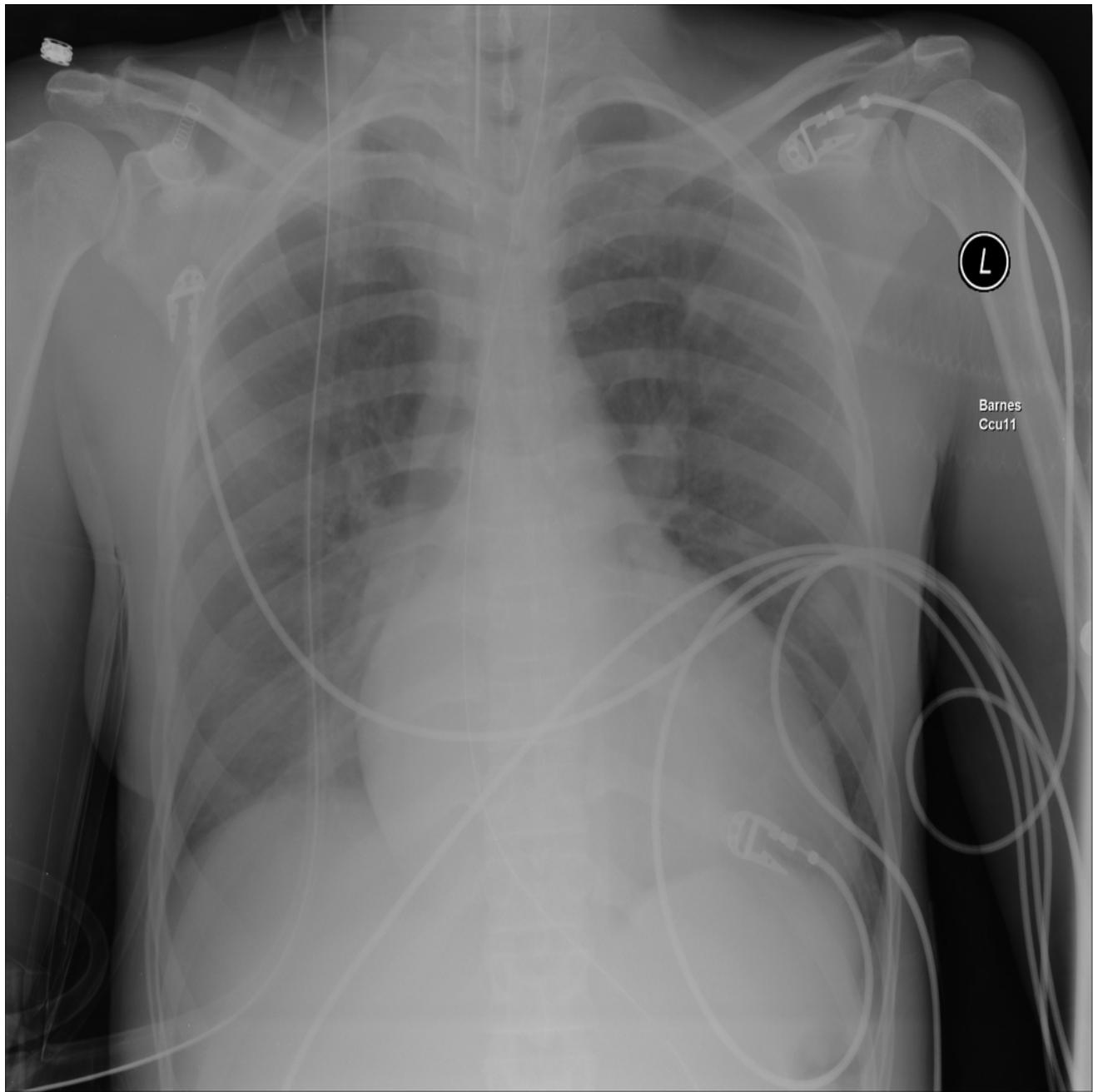
# Marqueurs biologiques

	Résultat	Références
<b>Lipasémie</b>	<b>1800 UI/L</b>	(<150)

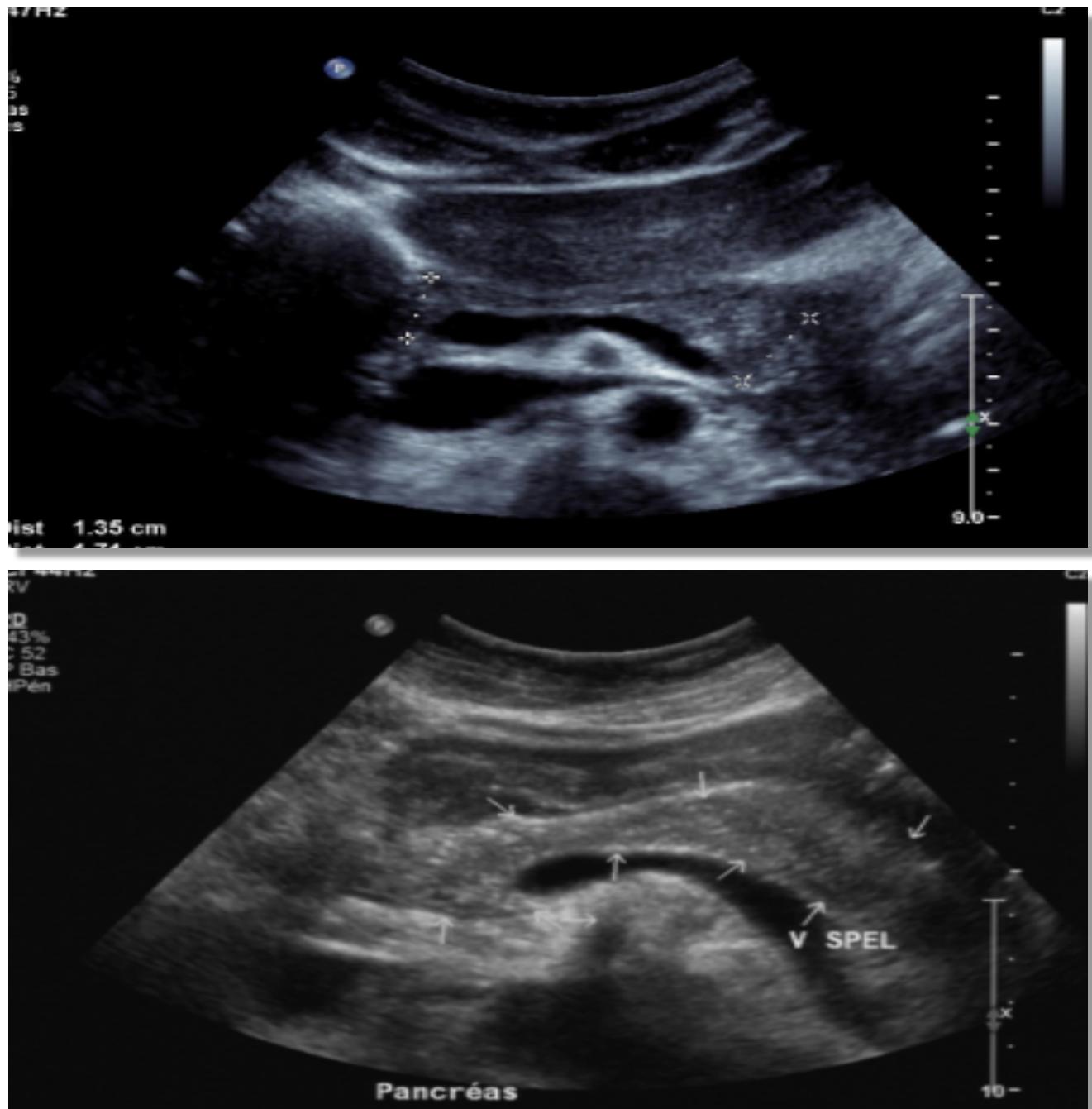
# Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	<b>7.30</b>	(7.35-7.45)
CO <sup>2</sup>	<b>50</b> mmHg	(35-45)
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	<b>30</b> mmol/L	(22-26)
PaO <sup>2</sup>	<b>59</b> mmHg	(> 85)
SaO <sup>2</sup>	<b>90</b> %	(95-100)
Lactates	<b>1</b> mmol/L	(< 2)

# Radiographie du Poumon



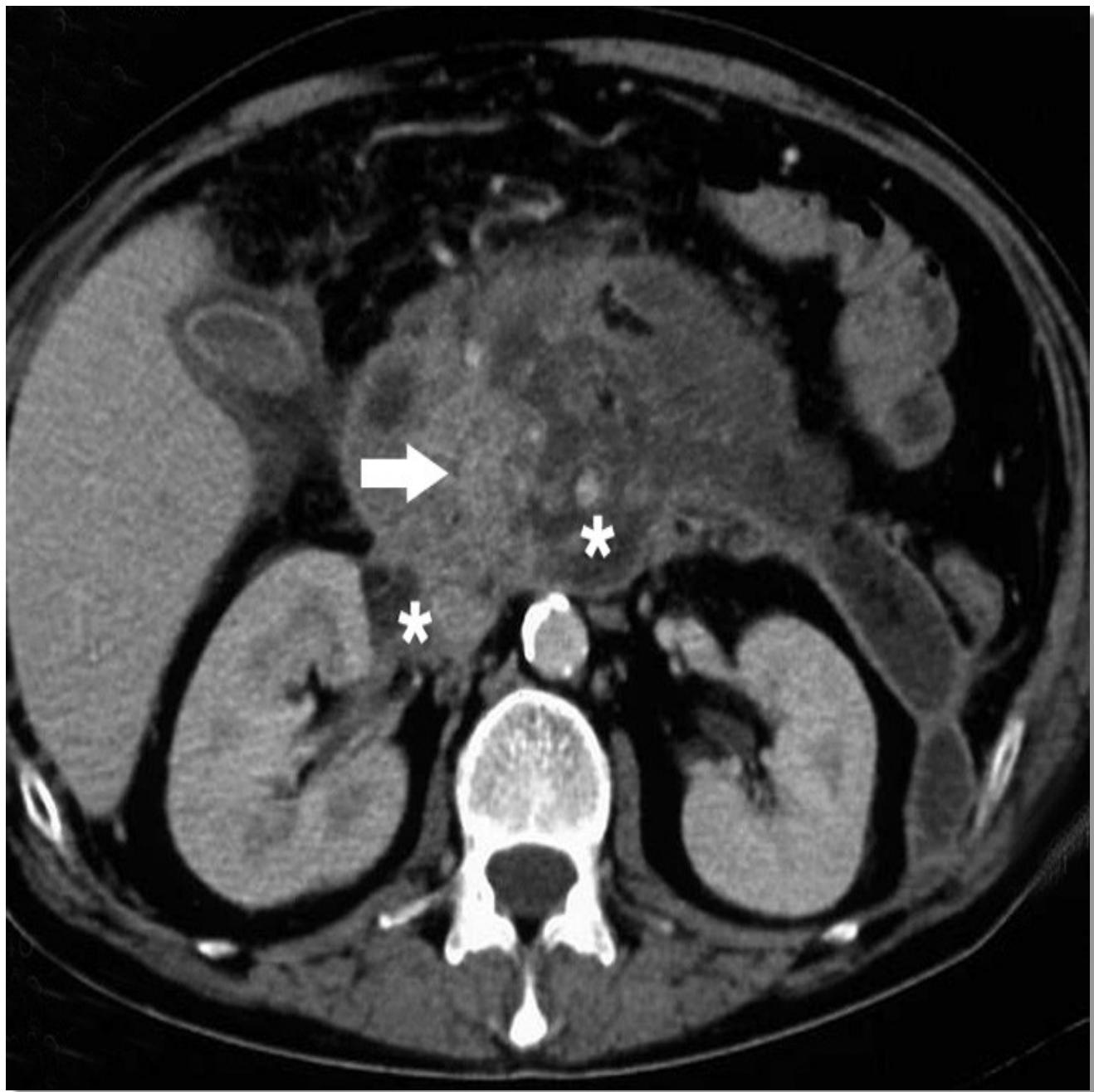
# Échographie abdominale



Interprétation :

**Vésicule biliaire inexisteante (cholécystectomie).  
Pancréas non vu.**

# TDM abdominale



Interprétation :

**Nécrose de la tête pancréatique avec des coulées de nécrose. Balthazar stade E.**



**Interprétation :**

**Calcul VBP.**

ECG

Referred by: Emergency Room  
Confirmed By: \_\_\_\_\_

25mm/s 10mm/mV 100Hz 005C 12SL 250 CID: 73

EID:934 EDT: 06:39 30-MAY-2001 ORDER: 2312396  
Page 1 of 1