

PROTOCOLE D'HYDRATATION PREVENTION DES PANCREATITES AIGUES POST CPRE

Objet	Domaine d'application
Ce protocole vise à diminuer le risque de pancréatite post endoscopique chez les patients bénéficiant de ce geste.	Bloc d'endoscopie / SSPI Services d'hospitalisation recevant ces patients

Responsabilité

Gastro-entérologues – Anesthésistes – IADE – IDE de salle de réveil et des services d'hospitalisation recevant ces patients.

Référence(s)

Erwan Vo Quang, René Louis Vitte, Frédérick Moryoussef. Pancréatite aiguë post-CPRE et Ringer lactate : où en sommes-nous ? Hépatogastro et Oncologie digestive. Mai 2019 ; Volume 26 - Numéro 5 : 449 457

Définition(s)

Pancréatite Post Endoscopique (PEP) : nouvelle douleur ou aggravation d'une douleur d'allure pancréatique, avec une élévation de la lipasémie et/ou amylasémie à plus de 3N plus de 24 heures suivant le geste et la nécessité d'une nouvelle ou poursuite d'hospitalisation d'au moins deux nuits.

Processus

1. GENERALITES ET CONTEXTE

- La pancréatite post endoscopique (PEP) est définie par : Nouvelle douleur ou aggravation d'une douleur d'allure pancréatique, avec une élévation de la lipasémie et/ou amylasémie à plus de 3N plus de 24 heures suivant le geste et la nécessité d'une nouvelle ou poursuite d'hospitalisation d'au moins deux nuits.
- Incidence des pancréatites post CPRE 3.5 à 9.7% selon les études ; **15% chez les patients à risque.**
- Nombre d'actes effectués sur la structure : 200 à 250 actes environ / an

2. FACTEURS DE RISQUE DE PEP

Risques liés au patient		Risques liés à la procédure	
Risques certains	Risques probables	Risques certains	Risques probables
(DSO) Dysfonction sphinctérienne suspectée Sexe féminin Antécédent de pancréatite	Antécédent de PEP Âge jeune Voies biliaires non dilatées Absence de pancréatite chronique Taux de bilirubine normal	Tentative de canulation > 10 minutes Taux de canulation pancréatique Injection pancréatique	Précoupe biliaire Sphinctérotomie pancréatique Dilatation au ballon du sphincter biliaire Persistance de lithiase dans la voie biliaire

3. PROTOCOLE (LE PLUS ETUDIE)

Perfusion de Ringer Lactate de 3 mL/kg par heure pendant la procédure, suivi d'un bolus de 20 mL/kg juste après (SSPI), puis d'une perfusion de 3 mL/kg par heure durant les huit heures suivant la procédure, en l'absence de contre-indication.

Suppositoire d'AINS en l'absence de contre-indication : Il s'agit d'une recommandation de la société européenne de gastro-entérologie (*Il n'y a que peu de données sur l'association avec le protocole d'hyperhydratation*).

4. CONTRE-INDICATIONS

Troubles électrolytiques (Na < 130 mmol/L et Na > 150 mmol/L).

Risque de surcharge ou de décompensation d'organe :

- Cirrhose.
- Insuffisance cardiaque NYHA > 2 ou FEVG < 45 % ou infarctus du myocarde de moins de trois mois.
- Insuffisance rénale chronique (clairance comprise entre 15 et 40 mL/kg selon les études).
- Insuffisance respiratoire chronique.

Tolérance : Les différentes études semblent montrer une bonne de tolérance de ce protocole chez des patients bien sélectionnés.

Ce protocole nécessite une évaluation au cas par cas entre le gastro-entérologue et l'anesthésiste pour le bénéfice du patient sans augmentation du risque.

	Nom - Fonction	Date	Visa
Rédacteurs	Dr Arnaud PAYEN – Anesthésiste référent CLME Dr Mathieu DE PREVILLE – Gastro-entérologue CLME Dr Afchine ALAMDARI – Gastro-entérologue CLME		
Vérificateurs	Dr KHALIFA – Anesthésiste référent CHSN		
Approbateurs	Dr Arnaud PAYEN – Anesthésiste référent CLME Dr Claude MASLIAH – Gastro-entérologue référent CLME		VALIDE VALIDE
Approbation par le service qualité pour mise en application le		30/12/2020	VALIDE