

## 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  <b>Sexe féminin</b>  <b>Antécédent de pancréatite</b>	Antécédent de PEP  <b>Âge jeune</b>  Voies biliaires non dilatées  Absence de pancréatite chronique  Taux de bilirubine normal	<b>Tentative de canulation &gt; 10 minutes</b>  <b>Taux de canulation pancréatique</b>  <b>Injection pancréatique</b>	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
<b>Approbation par le service qualité pour mise en application le</b>		30/12/2020	VALIDE