Prise en charge de la pancréatite aigue à l'hôpital Saint-Joseph

Mise en place d'un chemin clinique

Dr A Laquière, Dr O Maurin, Dr D. Agnel, Dr F Lamy,
Dr P Ledreff
et toutes les équipes médicales et paramédicales des services d' urgences, d'hépatogastroentérologie, de radiologie, de réanimation.

La pancréatite aigue et chemin clinique: pourquoi ?

- **Problème de prise en charge**: TDM<48H, ATB prophylactique, mauvaise prise en charge de la douleur, absence d'hydratation appropriée ……
- **Faire un protocole interdisciplinaire** (urgentiste, radiologue, chirurgien, hépato gastroentérologue, anesthésite-réanimateur) sur la PA pour améliorer les pratiques cliniques.
- **Adapté aux recommandations actuelles**

TABLE 1. Clinical Characteristics and Presentations of Patients According to Hospital Volume

	LVH (n = 2287)	MVH (n = 2235)	HVH (n = 2485)	*P*
Patient characteristics				
No. hospitals	474	189	113	
Average cases per hospital	4.8	11.8	22.0	
Severity of acute pancreatitis, %				
Mild cases	90.3	91.0	90.4	0.724
Severe cases	9.7	9.0	9.6	
Hospital type, %				
Academic hospitals	8.0	11.1	13.4	<0.001
Community hospitals	92.0	88.9	86.6	
Age, mean (SD), yr	62.0 (17.7)	60.1 (17.6)	60.9 (17.5)	0.822
Elderly patients, %	27.3	23.6	23.9	0.006
Male patients, %	65.7	67.5	65.1	0.200
Severity of comorbid conditions, %				
Mild	57.6	55.2	51.9	0.001
Moderate	23.5	24.0	25.2	
Severe	18.9	20.8	22.9	
Use of ambulance transportation, %	20.6	22.8	23.1	0.081
Use of ICU, %	1.9	3.9	4.6	<0.001
Patient outcomes				
In-hospital mortality within 30 d, %	2.5	1.4	1.4	0.008
Mild cases	1.7	0.8	0.9	0.011
Severe cases	14.1	11.9	8.4	0.032
LOS, mean (SD), d	19.5 (18.4)	19.6 (18.2)	18.9 (17.2)	0.001
Mild cases	18.1 (16.7)	18.0 (15.4)	17.5 (15.6)	<0.001
Severe cases	32.7 (26.7)	35.2 (31.8)	31.7 (24.4)	<0.001

© 2011 Lippincott Williams & Wilkins

Depuis la conférence de consensus 2001

Table 3. Comparison of recommendations in most up-to-date guidelines with high quality scores

Topic	IAP 2002 (ref. 38)	BSG 2005 (ref. 46)	ACG 2006 (ref. 49)	JSAEM 2006 (refs. 18–25)
Severity assessment	Not stated	APACHE II, CRP, Glasgow score, persistent organ failure	APACHE II, hematocrit Older age, obesity, organ failure at admission, pleural effusion, CRP	JPN score, APACHE II, CRP
Nutritional intervention	Not stated	Severe disease: use enteral route Nasogastric route is effective in 80% of cases	Severe disease: use enteral route over parenteral whenever possible	Severe disease: enteral nutrition is superior to parenteral nutrition
Pharmacological intervention	Prophylactic antibiotics: may not improve survival	Prophylactic antibiotics: no consensus; if used, should be given for maximum 14 days	Prophylactic antibiotics: not recommended	Prophylactic antibiotics: necessary in severe disease Analgesia is crucial
Biliary tract intervention	Cholecystectomy: biliary pancreatitis; in mild disease during index admission; in severe disease delayed until	Urgent ERCP: severe disease with cholangitis, jaundice, or dilated common bile duct	Urgent ERCP: severe biliary pancreatitis and retained bile duct stones, cholangitis	Urgent ERCP: biliary pancreatitis with cholangitis or bile duct obstruction

Diagnostic positif

- **Douleur abdominale et lipase >3N (**recommandation A)
- **Pas d'indication amylasémie (**recommandation B)
- Sensibilité de la lipase: pas 100%
- Bandelette urinaire trypsinogène anionique de type 2: VPN=99%

Déterminer la date de début des douleurs

Diagnostic de gravité : score clinico-biologique

APACHE II:

Assessment of severity should be done by a scoring system such as Acute Physiology and Chronic Health Evaluation **(APACHE) II** (recommandation A)

- **Si >8= pancréatite aigue grave**
- Score le plus sensible pour évaluer la gravité d'une pancréatite aigue
- Fait à l'entrée puis à 24H et renouvelé en fonction de l'évolution

CRP > 150 à 48H (recommandation A)

Age>80 ans, IMC>30, insuffisance organique préexistante

Indication de surveillance renforcée :

en USI ou service de gastroentérologie :

clinique pluri-quotidienne ; biologique : créatininémie, SpO2 ou gaz du sang, hémogramme quotidiens et CRP bihebdomadaire.

Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI Scores in Predicting Organ Failure, Complications, and Mortality in Acute Pancreatitis

Georgios I. Papachristou, MD[1,2], Venkata Muddana, MD[1], Dhiraj Yadav, MD[1], Michael O'Connell, PhD[1], Michael K. Sanders, MD[1], Adam Slivka, MD, PhD[1] and David C. Whitcomb, MD, PhD[1,3,4]

Am J Gastroenterol 2010; 105:435–

Diagnostic de gravité: défaillance viscérale

1) TA < 90 mm Hg malgré le remplissage,
2) Glasgow neurologique < 13,
3) PaO2 sous air < 60 mm Hg (8 kPa),
4) Créatinémie >170 sans insuffisance rénale préalable,
5) plaquettes < 80 G.L-1.

Indication de transfert en réanimation

American Journal of Gastroenterology
ISSN 0002-9270
© 2007 by Am. Coll. of Gastroenterology
doi: 10.1111/j.1572-0241.2007.01446.x
Published by Blackwell Publishing

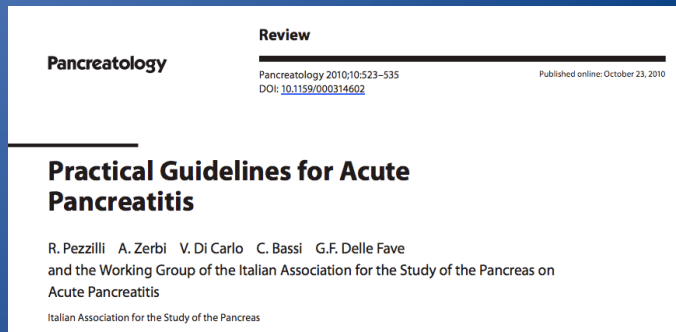
Characterization of Newer Subgroups of Fulminant and Subfulminant Pancreatitis Associated With a High Early Mortality

Manik Sharma, M.D., Debabrata Banerjee, M.D., D.M., and Pramod K. Garg, M.D., D.M.
Department of Gastroenterology, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India

Diagnostic de gravite : TDM

1) CT should be carried out **48–72 h from the onset of the symptoms** in patients with predicted severe pancreatitis because the evidence of necrosis correlates well with the risk of otherlocal and systemic complications (recommendation C)
2) Patients with persisting organ failure, signs of sepsis, or deterioration in clinical status **6–10 days after** admission will require anadditional CT scan (recommendation B)

Score de gravité = Baltazar > 4 (déterminer par le radiologue)



Review

Pancreatology

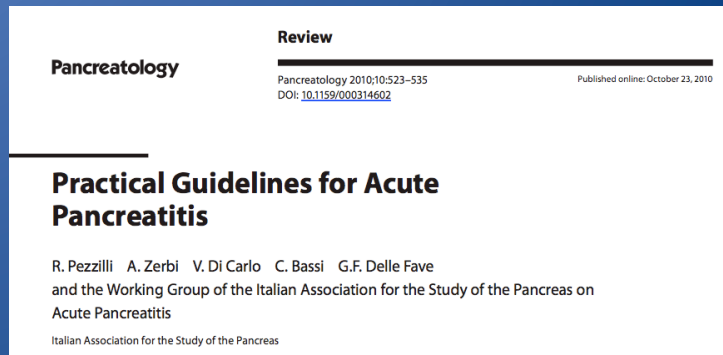
Pancreatology 2010;10:523–535
DOI: 10.1159/000314602
Published online: October 23, 2010

Practical Guidelines for Acute Pancreatitis

R. Pezzilli A. Zerbi V. Di Carlo C. Bassi G.F. Delle Fave
and the Working Group of the Italian Association for the Study of the Pancreas on Acute Pancreatitis
Italian Association for the Study of the Pancreas

Prise en charge immédiate

- Toute pancréatite aigue doit être hospitalisée et toute pancréatite aigue grave doit être transférée dans un centre avec endoscopie interventionnelle/radiologie interventionnelle/réanimation/chirurgie pancréatique (recommandation A)
- **Remplissage: 2 à 3L/24H (serum phy/bionolyte)** à adapter à la fonction cardiaque
- **Antalgie : perfalgan 1g/3x/j, acupan 1 à 2 Ampoule 3x/J et morphine si insuffisant (titration ou PCA)**
- **Pas d'IPP systématique sauf si pancréatite aigue grave**
- **Pas d'antibiothérapie probabiliste systématique**



Review

Pancreatology

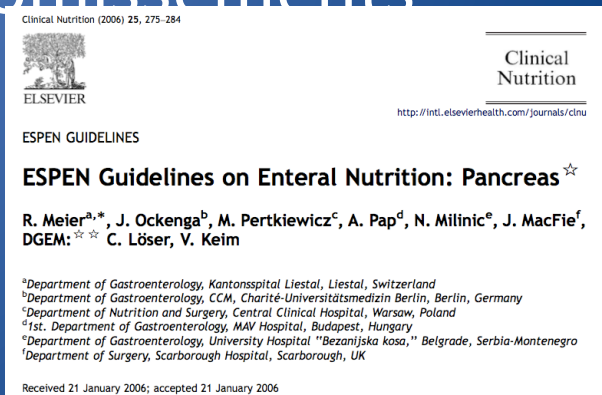
Pancreatology 2010;10:523–535
DOI: 10.1159/000314602
Published online: October 23, 2010

Practical Guidelines for Acute Pancreatitis

R. Pezzilli A. Zerbi V. Di Carlo C. Bassi G.F. Delle Fave
and the Working Group of the Italian Association for the Study of the Pancreas on Acute Pancreatitis
Italian Association for the Study of the Pancreas

Nutrition artificielle

- Pour les pancréatites graves
- Nutrition entérale dans les premières heures avec SNG d'alimentation sur 24H (recommandation A)
- Diminution du risque d'infection de la nécrose hémorragique
- En l'absence d'iléus réflexe et de vomissements
- Sinon NPE avec SNG d'aspiration
- 35 Kcal/j pauvre en lipide



Clinical Nutrition (2006) 25, 275–284

ELSEVIER

Clinical Nutrition

http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu

ESPEN GUIDELINES

ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Pancreas ☆

R. Meier[a,*], J. Ockenga[b], M. Pertkiewicz[c], A. Pap[d], N. Milinic[e], J. MacFie[f], DGEM:☆☆ C. Löser, V. Keim

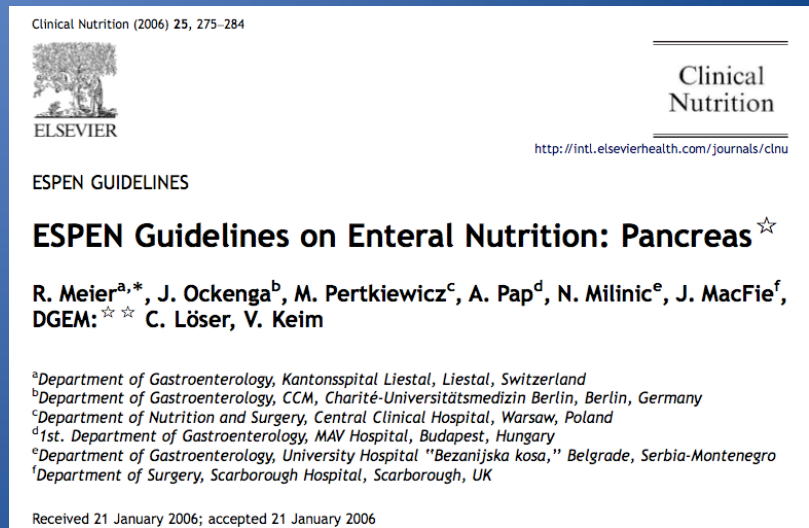
[a]*Department of Gastroenterology, Kantonsspital Liestal, Liestal, Switzerland*
[b]*Department of Gastroenterology, CCM, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany*
[c]*Department of Nutrition and Surgery, Central Clinical Hospital, Warsaw, Poland*
[d]*1st. Department of Gastroenterology, MAV Hospital, Budapest, Hungary*
[e]*Department of Gastroenterology, University Hospital "Bezanijska kosa," Belgrade, Serbia-Montenegro*
[f]*Department of Surgery, Scarborough Hospital, Scarborough, UK*

Received 21 January 2006; accepted 21 January 2006

Alimentation orale

- Pour les pancréatites bénignes
- Pas de douleur sans antalgique et lipase < 3N
- En générale 3 à 4 jours après hospitalisation
- Reprise progressive selon protocole:

Jours	Calories (Kcal	Lipides (g)
1	250	< 5
2	1 000	5-10
3	1 500	15-20
4	1 600	25-30
5	1 700	35-40



Clinical Nutrition (2006) 25, 275–284

ELSEVIER

Clinical Nutrition

http://intl.elsevierhealth.com/journals/clnu

ESPEN GUIDELINES

ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Pancreas ☆

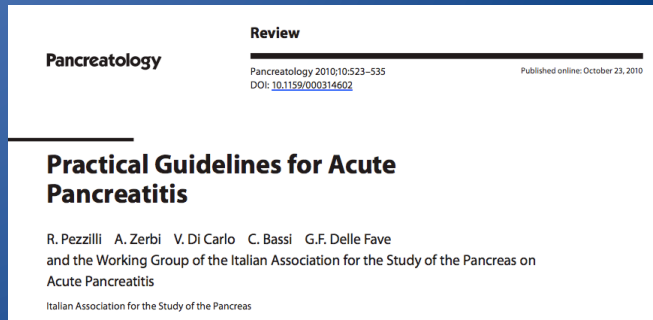
R. Meier[a,*], J. Ockenga[b], M. Pertkiewicz[c], A. Pap[d], N. Milinic[e], J. MacFie[f], DGEM:☆☆ C. Löser, V. Keim

[a]*Department of Gastroenterology, Kantonsspital Liestal, Liestal, Switzerland*
[b]*Department of Gastroenterology, CCM, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany*
[c]*Department of Nutrition and Surgery, Central Clinical Hospital, Warsaw, Poland*
[d]*1st. Department of Gastroenterology, MAV Hospital, Budapest, Hungary*
[e]*Department of Gastroenterology, University Hospital "Bezanijska kosa," Belgrade, Serbia-Montenegro*
[f]*Department of Surgery, Scarborough Hospital, Scarborough, UK*

Received 21 January 2006; accepted 21 January 2006

Antibiothérapie

- Pas d'antibiothérapie probabiliste systématique
- Différencier SRIS d'une infection nécrose
- Ponction sous echo ou TDM de la nécrose
- Si pancréatite grave avec nécrose hémorragique et fièvre > 38,5°et/ou CRP > 300 et/ou signes TDM d'infection
- **Tienam 500 mg 3X/j pendant 14 j après prélèvements bactériologiques (recommandation A)**



Review

Pancreatology

Pancreatology 2010;10:523–535
DOI: 10.1159/000314602
Published online: October 23, 2010

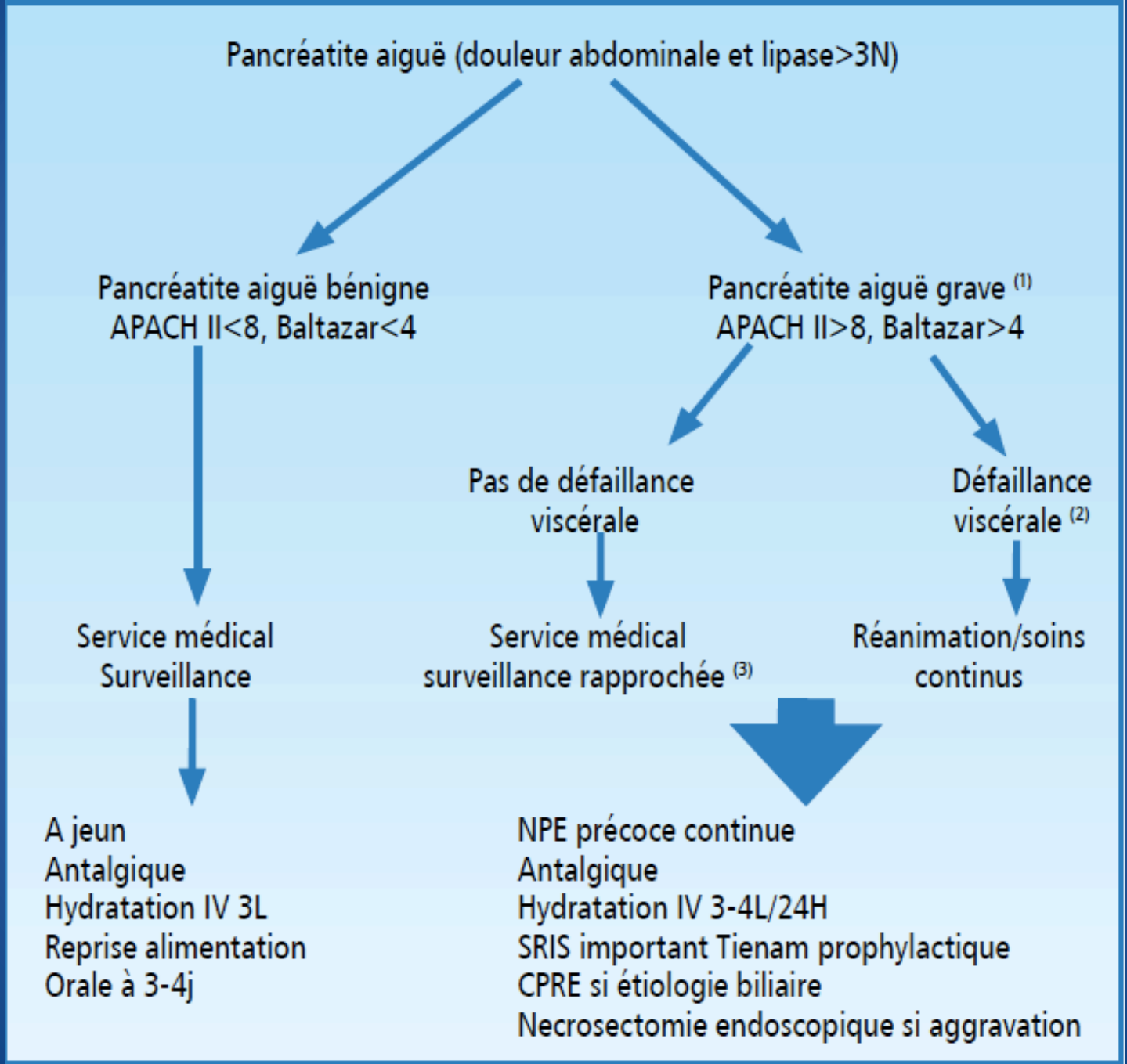
Practical Guidelines for Acute Pancreatitis

R. Pezzilli A. Zerbi V. Di Carlo C. Bassi G.F. Delle Fave
and the Working Group of the Italian Association for the Study of the Pancreas on Acute Pancreatitis
Italian Association for the Study of the Pancreas

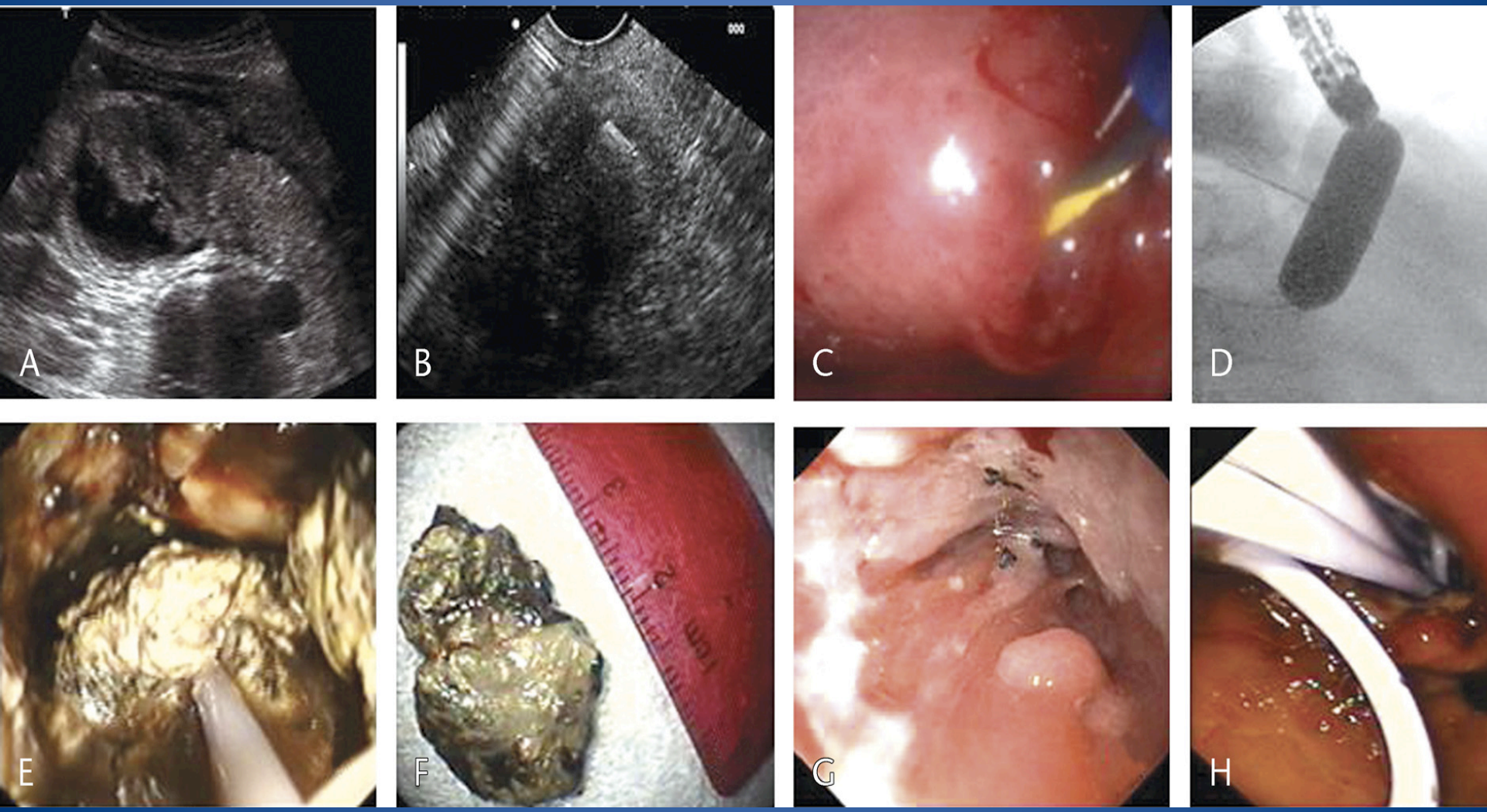
Diagnostic étiologique

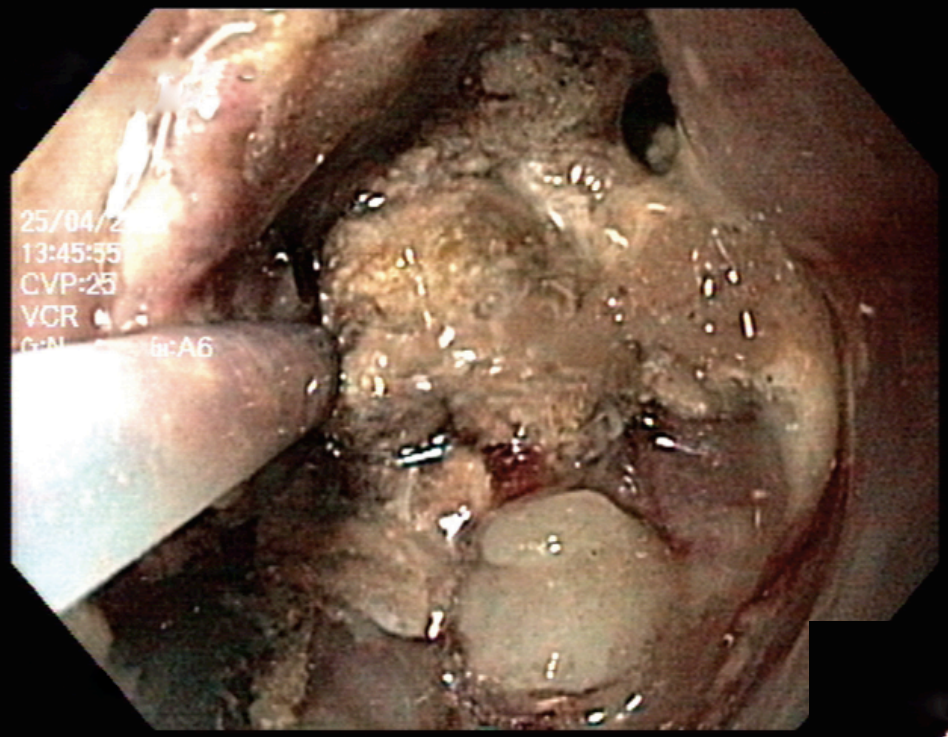
1) **OH:** interrogatoire > 50 g/j > 10 ans
2) **Biliaire:** alat > 3N, echo abdo, Echoendoscopie: lithiase ou microlithiase
3) **Cancer:** > 50 ans, TDM, EE à distance +++++
4) **Métabolique:** PTH et calcémie/phosphorémie, Triglycérides
5) **Héréditaire:** âge jeune/PA récidivante/ATCD dans la famille (test génétique service de gastro)
6) **Médicamenteuse:** tout nouveau traitement
7) **Idiopathique:** 15% (viral)
8) **Post traumatique:** toute chirurgie, CPRE, AVP
9) **Malformations:** pancreas divisum
10) **Pancréatite auto-immune**

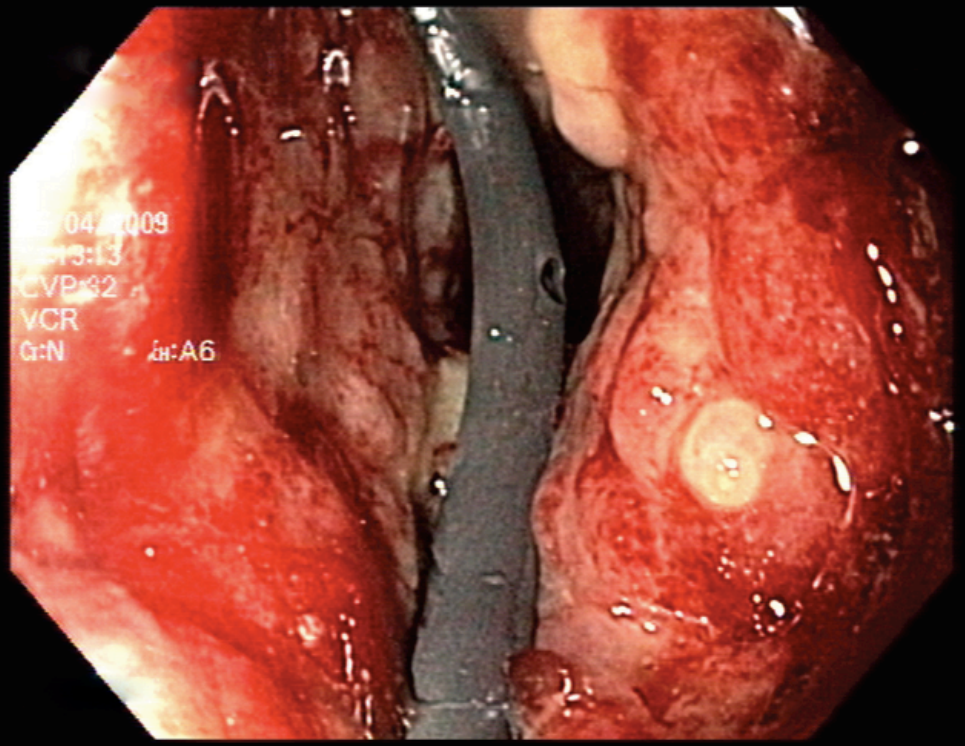
Organigramme : prise en charge de la pancréatite aiguë en 2012



Nécrosectomie endoscopique




13:45:55
CVP:25
VCR
G:N
Gн:A6


VCR
G:N
Gн:A6

CHEMIN CLINIQUE PANCREATITE AIGUE

THEME : Parcours de soins des patients présentant une pancréatite aigue de l'entrée aux urgences (J0) jusqu'à la sortie (J12).

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL :

HGE : Dr LAQUIERE
UHCD : Dr LEDREFF
MUP/LDP : Dr LE BOUGEANT
Réa/USI : Dr AGNEL
FCG/ RCG : Dr POL
Radiologie : Dr BEAURAIN
Médecin généraliste hospitalier HGE : Mme ANSALDI Christelle
Cadres de santé: Mme SEBAN Anne-Françoise
Diététicienne :Mme ARNAUD Claude
Cadre supérieur de santé : Mme VERMANDEL Véronique

ORGANISATION DU CHEMIN CLINIQUE :

Binôme responsable : Dr A. LAQUIERE et SEBAN Anne Françoise
Projet institutionnel Direction des soins: Mme NOBLE
Gestion des extractions de données à partir d'ACTIPIDOS : Mme LIMOZIN

PERIMETRE DU CHEMIN CLINIQUE :

- Parcours aux urgences, dans les différents services d'hospitalisation (Gastro, MUP, UHCD…), Réanimation
- 8 objectifs et 22 Indicateurs

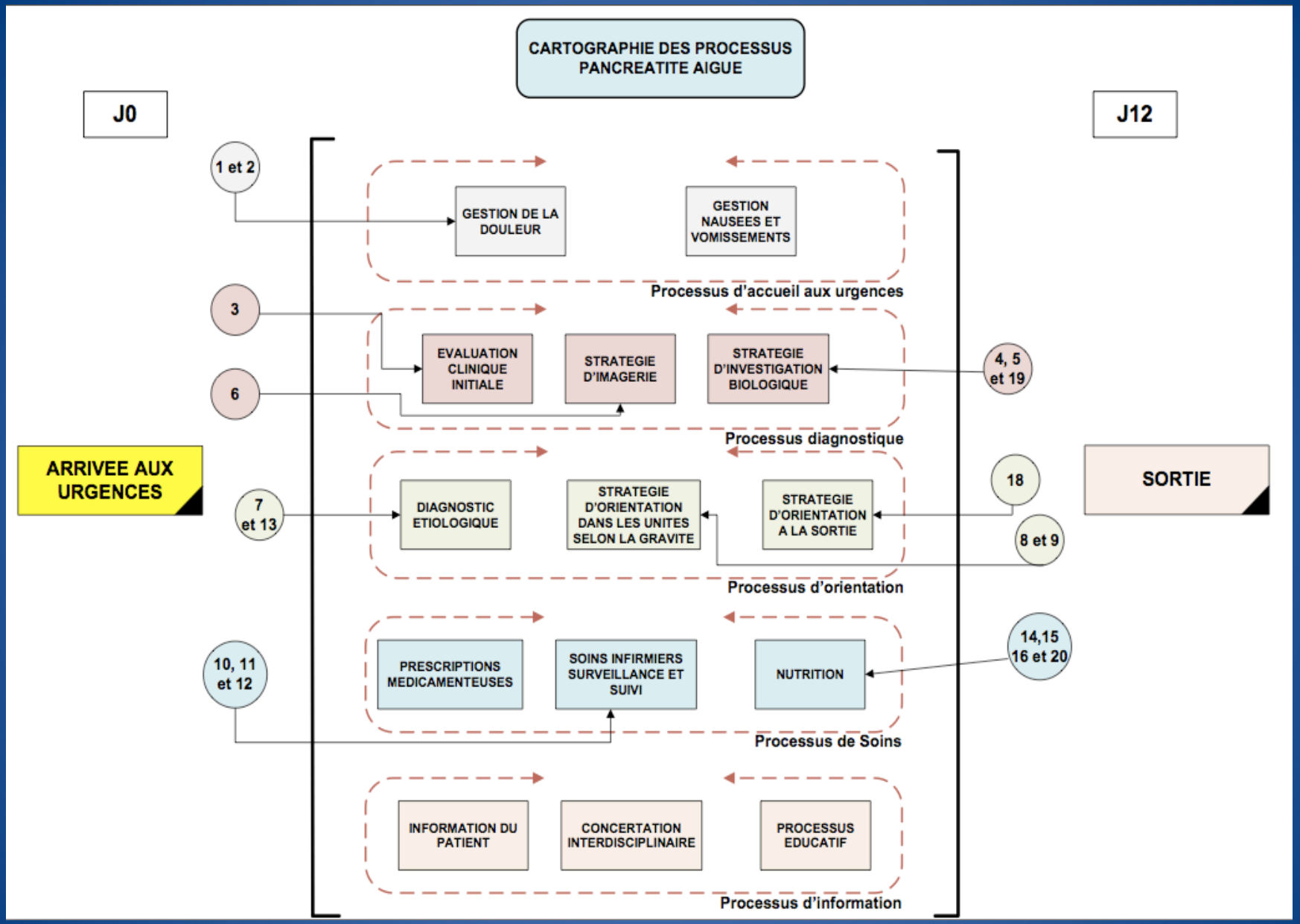
PHASE DE TEST : de octobre à décembre 2011

DATES DE L'AJUSTEMENT DU CHEMIN CLINIQUE : fin décembre

LANCEMENT : à partir de janvier 2012

Les indicateurs: exemples

- **INDICATEUR 2**: Pourcentage de patient où une évaluation de la douleur est renseignée dès l'entrée du patient
- **INDICATEUR 6**: Pourcentage de patient avec une évaluation de la gravité de la PA à l'aide du score APACHE II
- **INDICATEUR 8** : Pourcentage de scanner réalisé entre J2 et J3 (la douleur abdominale évocatrice de PA est apparue depuis plus de 48h)
- **INDICATEUR 9**: Pourcentage de patients bien orientés selon le score de gravité (requête sur les séjours)
- **INDICATEUR 15**: Nombre de sondes nasogastriques posées (pertinentes uniquement pour les patients en PA sévère) (requête sur prescription d'une alimentation entérale)


CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS
PANCREATITE AIGUE
J0
J12
1 et 2
GESTION DE LA DOULEUR
GESTION NAUSEES ET VOMISSEMENTS
Processus d'accueil aux urgences
3
6
EVALUATION CLINIQUE INITIALE
STRATEGIE D'IMAGERIE
STRATEGIE D'INVESTIGATION BIOLOGIQUE
4, 5 et 19
Processus diagnostique
ARRIVEE AUX URGENCES
7 et 13
DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE
STRATEGIE D'ORIENTATION DANS LES UNITES SELON LA GRAVITE
STRATEGIE D'ORIENTATION A LA SORTIE
18
8 et 9
SORTIE
Processus d'orientation
10, 11 et 12
PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES
SOINS INFIRMIERS SURVEILLANCE ET SUIVI
NUTRITION
14,15 16 et 20
Processus de Soins
INFORMATION DU PATIENT
CONCERTATION INTERDISCIPLINAIRE
PROCESSUS EDUCATIF
Processus d'information

Déclenchement chemin clinique

Dr Laquiere Arthur (gas) - [Visite]

109 n° 10003720 — Dr Jacquin Claude
Mlle Test Formation — IPP=00201642
41 ans, 48,0 kg, 1m70 (ISC=1,54m², IMC=16,6)
< 18 pour une personne agée de moins de 70 ans

Suivi des protocoles

Protocoles récents et protocoles en cours sauf les protocoles annulés

Prescription d'un protocole

Date de début : 13/12/2011 à 00:00

Annuler | Valider !

☐ Déploiement des examens répétés en examens individuels
☑ Tout cocher/décocher

	J/H	Début	Si		Acte ou examen	Durée/posologie	Note
☑	J+0	mar. 13/12			Analyses : Gazometrie arterielle * (Laboratoire)		
☑	J+0	mar. 13/12			Dieteticien		
☑	J+0	mar. 13/12			Saturation O2 : pose (mesure saturation O2)	3 jour(s)	
☑	J+0	mar. 13/12			Saturation O2 : surveillance (mesure saturation O2)	3 jour(s)	
☑	J+0	mar. 13/12			Temperature / mesure (temperature corporelle)	3 jour(s)	
☑	J+0	mar. 13/12			Pouls / mesure (pls)	3 jour(s)	
☑	J+0	mar. 13/12			Conscience / surveillance	3 jour(s)	
☑	J+0	mar. 13/12			Rythme respiratoire / mesure frequence	3 jour(s)	
☑	J+0	mar. 13/12			Mise a jeun du patient	3 jour(s)	
☑	J+0	mar. 13/12			SODIUM CHL PERFUF 0,9% SOL INJ 1L: 1 INJ	1 X 1 fois par jour indéterminé	

Démarrer | Microsoft PowerPoint - [... | Dr Laquiere Arthur (gas) ... | 19:57

Prescriptions consultations médicales

Dr Laquiere Arthur (gas) - [Visite]

109 n° 10003720 — Dr Jacquin Claude
Mlle Test Formation — IPP=00201642
41 ans, 48,0 kg, 1m70 (ISC=1,54m², IMC=16,6)
< 18 pour une personne agée de moins de 70 ans

Prescription de consultations

Prescriptions récentes et prescriptions en cours sauf les prescriptions annulées

Si	Urg.	Consultations	Catégories	Date	Note	Résult	N° Ordo.
		Anesthesie - reanimation : consultation	Medical	mer. 14/12/11			P[9]
		Hepato-gastro-entérologie	Medical	mer. 14/12/11			P[9]
		Dieteticien	Paramedical	mar. 13/12/11			P[9]
		Chirurgie générale et digestive	Medical	mer. 14/12/11			P[9]
		Dieteticien	Paramedical	jeu. 15/12/11			P[9]

Démarrer — Microsoft PowerPoint - [... — Dr Laquiere Arthur (gas) ... — 19:59

Prescriptions examens paracliniques

Dr Laquiere Arthur (gas) - [Visite]

109 n° 10003720 — Dr Jacquin Claude
Mlle Test Formation — IPP=00201642
41 ans, 48,0 kg, 1m70 (ISC=1,54m², IMC=16,6)
< 18 pour une personne agée de moins de 70 ans

CCAM

Prescription d'actes imageries, médicaux et chirurgicaux

Prescriptions récentes et prescriptions en cours sauf les prescriptions annulées

Si	Urg.	Actes	Catégories	Date	RMO	Note	Résult	N° Ordo.
		[0729003]-Abdomino-Pelvien Sca	[IMAGERIE] Scanne	jeu. 15/12/11	HR			P[9]
		[0414001]-Abdominale Ech A JEUN	[IMAGERIE] Echogr	mer. 14/12/11	HR			P[9]
		[EEBP]-Echographie endo pancréatique ATTENTION : RDV traité par ULTRAGENDA		jeu. 15/12/11	HR			P[9]

Démarrer — Microsoft PowerPoint - [... — Dr Laquiere Arthur (gas) ... — 19:59

Prescriptions médicales

Dr Laquiere Arthur (gas) - [Visite]

109 n° 10003720 — Dr Jacquin Claude
Mlle Test Formation — IPP=00201642
41 ans, 48,0 kg, 1m70 (ISC=1,54m², IMC=16,6)
< 18 pour une personne agée de moins de 70 ans

Traitements thérapeutiques

Prescriptions récentes et prescriptions en cours sauf les prescriptions annulées

Si	<!>	Médicament	VA	Posologie	Début	Durée	Note	N° Ordo.
		SODIUM CHL PERFUF 0,9% SOL INJ 1L: 1 INJ	VVP	1 X 1 fois par jour à passer en 12h	Aujourd'hui 00:00	indéterminé		P[9]
		PERFALGAN 1G ADULTE FLACON 100		1 g 4 fois par jour	Aujourd'hui 00:00	indéterminé		P[9]
		ACUPAN 20MG/2ML SOL INJ: 6 AMP	SE	1 X 1 fois par jour Débit = 0,0 ml/h	Aujourd'hui 00:00	2 jour(s) (fin demain 23:59)		P[9]
⚠		MORPHINE CHL AGT 1MG/ML INJ 1ML **Si besoin**	sc	5 mg 6 fois par jour Si besoin	Aujourd'hui 00:00	indéterminé		P[9]
		BIONOLYTE G5 SOL INJ FP 1L: 1 L	VVP	1 X 1 fois par jour à passer en 12h	Aujourd'hui 00:00	indéterminé		P[9]

Démarrer — Microsoft PowerPoint - [... — Dr Laquiere Arthur (gas) ... — 20:00

Prescriptions Bilans biologiques

Dr Laquiere Arthur (gas) - [Visite]

109 n° 10003720 — Dr Jacquin Claude
Mlle Test Formation — IPP=0020164
41 ans, 48,0 kg, 1m70 (ISC=1,54m², IMC=16,6)
< 18 pour une personne agée de moins de 70 ans

Prescription d'examens de biologie et bactériologie

Prescriptions récentes et prescriptions en cours sauf les prescriptions annulées

Si	Urg.	Examens de biologie/bactériologie	Catégories	Date	Note	Résult	N° Ordo.
		Analyses : Gazometrie arterielle * (Laboratoire)		mar. 13/12/11			P[9]
		Analyses : Numeration *, Plaquettes, Formule Leucocytaire *, Temps de céphaline activé *, Ionogramme sanguin complet *, Azotémie (Uree), Créatinine (Créatininémie), Glycémie, Proteine-C-Réactive (PCR), Calcemie		mer. 14/12/11			P[9]
		Analyses : Numeration *, Plaquettes, Formule Leucocytaire *, Ionogramme sanguin complet *, Azotémie (Uree), Créatinine (Créatininémie), Glycémie, Proteine-C-Réactive (PCR), Triglycerides, ASAT (Transaminase GO), ALAT		ven. 16/12/11			P[9]
		Analyses : Numeration *, Plaquettes, Formule Leucocytaire *, Ionogramme sanguin complet *, Azotémie (Uree), Créatinine (Créatininémie), Glycémie, Proteine-C-Réactive (PCR), Triglycerides, ASAT (Transaminase GO), ALAT		lun. 19/12/11			P[9]
		Analyses : Numeration *, Plaquettes, Formule Leucocytaire *, Ionogramme sanguin complet *, Azotémie (Uree), Créatinine (Créatininémie), Glycémie, Proteine-C-Réactive (PCR), Triglycerides, ASAT (Transaminase GO), ALAT		ven. 23/12/11			P[9]

Démarrer — Microsoft PowerPoint - [... — Dr Laquiere Arthur (gas) ... — 20:01

Prescriptions IDE

Dr Laquiere Arthur (gas) - [Visite]

109 n° 10003720 — Dr Jacquin Claude
Mlle Test Formation — IPP=00201642
41 ans, 48,0 kg, 1m70 (ISC=1,54m², IMC=16,6)
< 18 pour une personne agée de moins de 70 ans

Prescription de soins infirmiers

Prescriptions récentes et prescriptions en cours sauf les prescriptions annulées

Si	Urg.	Soins infirmiers	Catégories	Fréquence	Début	Durée	Note	N° Ordo.
		Toilette lavabo : AP (aide partielle)	Soins de base		Demain 00:00 (mer. 14/12/2011)	3 jour(s) (fin 16/12/11 23:59)		P[9]
		Glycemie capillaire	Soins techniques	3 fois par jour	Aujourd'hui 00:00	3 jour(s) (fin aprés-demain 23:59)		P[9]
		VVP / perfusion : pose (voie veineuse peripherique)	Soins techniques		Aujourd'hui 00:00	1 jour (fin aujourd'hui 23:59)		P[9]
		VVP / perfusion: surveillance (voie veineuse peripherique)	Soins techniques	3 fois par jour	Aujourd'hui 00:00	2 jour(s) (fin demain 23:59)		P[9]
⚠		Sonde gastrique / aspiration : surveillance si vomissements, en aspiration à -40 mmHg	Soins techniques	3 fois par jour	Aujourd'hui 00:00	3 jour(s) (fin aprés-demain 23:59)		P[9]
		Sonde gastrique = alimentation / nutripompes : surveillance	Soins techniques	3 fois par jour	Aujourd'hui 00:00	3 jour(s) (fin aprés-demain 23:59)		P[9]
		Poids / mesure	Soins techniques	1 fois par jour	Aujourd'hui 00:00	3 jour(s) (fin aprés-demain 23:59)		P[9]
		Taille / mesure	Soins techniques		Aujourd'hui 00:00	1 jour (fin aujourd'hui 23:59)		P[9]
		Nausees, vomissements / surveillance	Soins techniques	A quantifier:	Aujourd'hui 00:00	3 jour(s) (fin aprés-demain 23:59)		P[9]
		EN / Surveillance douleur (échelle numérique)	Soins techniques	4 fois par jour	Aujourd'hui 00:00	3 jour(s) (fin aprés-demain 23:59)		P[9]
		TA / mesure de la tension arterielle (pression arterielle)	Soins techniques		Aujourd'hui 00:00	3 jour(s) (fin aprés-demain 23:59)		P[9]

<== Tournez la page pour voir le reste

Démarrer — Microsoft PowerPoint - [... — Dr Laquiere Arthur (gas) ... — 20:01

Planifications IDE

Dr Laquiere Arthur (gas) - [Planification et dossier soignant]

109 n° 10003720 — Dr Jacquin Claude
Mlle Test Formation — IPP=00201642
41 ans, 48,0 kg, 1m70 (ISC=1,54m², IMC=16,6)
< 18 pour une personne agée de moins de 70 ans

Transmissions ciblées | **Planification** | Diagramme de suivi | Feuille de surveillance | Agenda | Saisie SIIPS

Plan de soins du 13/12/2011 (aujourd'hui)
[109 - Mlle Test Formation]

Interventions	?	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6
Conscience / surveillance		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
EN / Surveillance douleur (échelle	4x	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Glycemie capillaire	3x	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Mise a jeun du patient		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Nausees, vomissements / surveille		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Poids / mesure		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Pouls / mesure (pls)		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Rythme respiratoire / mesure frequ		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Saturation O2 : pose (mesure satu		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Saturation O2 : surveillance (mesu		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Sonde gastrique / aspiration : surv	3x	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Sonde gastrique = alimentation / nu	3x	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
TA / mesure de la tension arterielle		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Taille / mesure		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?							
Temperature / mesure (temperatur		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
VVP / perfusion : pose (voie veine		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?							
VVP / perfusion: surveillance (voie	3x	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
ACUPAN 20MG/2ML SOL INJ: 6 AM Débit = 0,0 ml/h	1	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
BIONOLYTE G5 SOL INJ FP 1L: 1 L à passer en 12h		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
SODIUM CHL PERFUF 0,9% SOL IN à passer en 12h		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
PERFALGAN 1G ADULTE FLACON	4x	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
MORPHINE CHL AGT 1MG/ML INJ 1	6x	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Dieteticien		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?							

Commentaire séjour

Traçabilité du 13/12/2011

Démarrer | Microsoft PowerPoint - [... | Dr Laquiere Arthur (gas) ... | 20:03

Agenda

Dr Laquiere Arthur (gas) - [Planification et dossier soignant]

109 n° 10003720 — Dr Jacquin Claude
Mlle Test Formation — IPP=00201642
41 ans, 48,0 kg, 1m70 (ISC=1,54m², IMC=16,6)
< 18 pour une personne agée de moins de 70 ans

Transmissions ciblées | Planification | Diagramme de suivi | Feuille de surveillance | **Agenda** | Saisie SIIPS

Agenda du patient

mardi 13 décembre 2011 (aujourd'hui)

- Saturation O2 : pose (mesure saturation O2)
- Temperature / mesure (temperature corporelle)
- Conscience / surveillance
- Mise a jeun du patient
- 1 g - PERFALGAN 1G ADULTE FLACON 100
- 5 mg - MORPHINE CHL AGT 1MG/ML INJ 1ML
- VVP / perfusion : pose (voie veineuse peripherique)
- Sonde gastrique / aspiration : surveillance
- Poids / mesure
- Nausees, vomissements / surveillance
- Voie Veineuse Périphérique : Bionolyte G5 Sol Inj Fp 1l: 1 L
- TA / mesure de la tension arterielle (pression arterielle)
- EN / Surveillance douleur (échelle numérique)
- Taille / mesure
- Sonde gastrique = alimentation / nutripompes : surveillance
- VVP / perfusion: surveillance (voie veineuse peripherique)
- Glycemie capillaire
- 1DU - Seringue Électrique : Acupan 20mg/2ml Sol Inj: 6 amp
- Voie Veineuse Périphérique : Sodium Chl Perfuf 0,9% Sol Inj 1l: 1 inj
- Rythme respiratoire / mesure frequence
- Pouls / mesure (pls)
- Saturation O2 : surveillance (mesure saturation O2)
- **Dieteticien**
- **Analyses**

mercredi 14 décembre 2011 (demain)

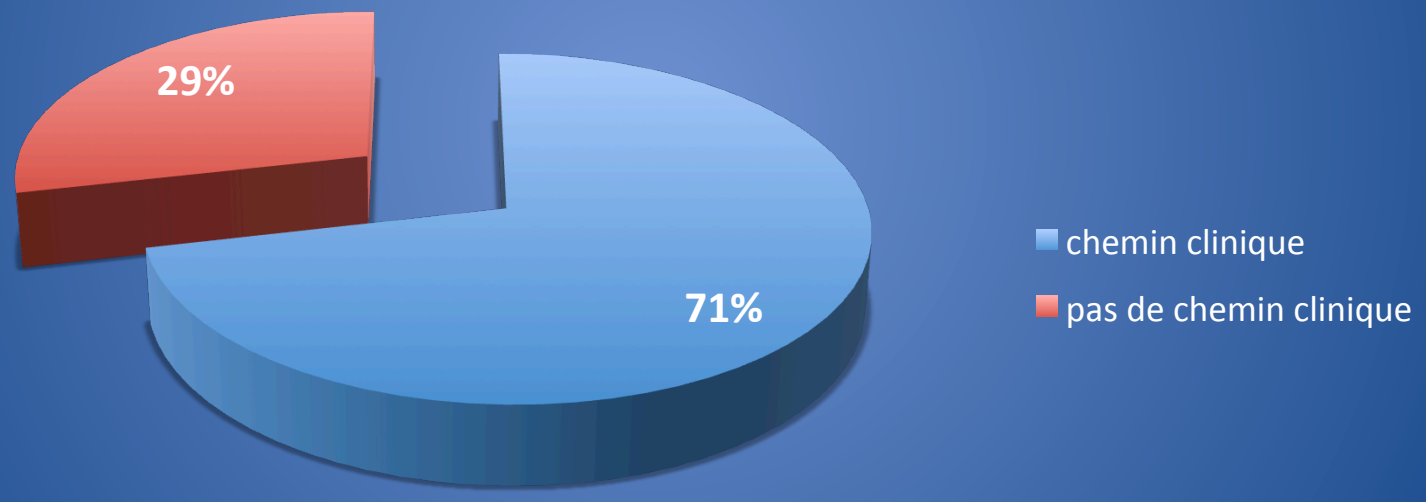
- **Anesthesie - reanimation : consultation**
- **Chirurgie générale et digestive**
- Saturation O2 : surveillance (mesure saturation O2)
- Pouls / mesure (pls)
- Rythme respiratoire / mesure frequence
- Voie Veineuse Périphérique : Sodium Chl Perfuf 0,9% Sol Inj 1l: 1 inj
- 1DU - Seringue Électrique : Acupan 20mg/2ml Sol Inj: 6 amp
- Toilette lavabo : AP (aide partielle)
- VVP / perfusion: surveillance (voie veineuse peripherique)
- Sonde gastrique = alimentation / nutripompes : surveillance
- Nausees, vomissements / surveillance
- Voie Veineuse Périphérique : Bionolyte G5 Sol Inj Fp 1l: 1 L
- TA / mesure de la tension arterielle (pression arterielle)
- EN / Surveillance douleur (échelle numérique)
- Poids / mesure
- Sonde gastrique / aspiration : surveillance
- Glycemie capillaire
- 5 mg - MORPHINE CHL AGT 1MG/ML INJ 1ML
- 1 g - PERFALGAN 1G ADULTE FLACON 100
- Mise a jeun du patient
- Conscience / surveillance
- Temperature / mesure (temperature corporelle)
- Saturation O2 : pose (mesure saturation O2)
- **Hepato-gastro-entérologie**
- **Abdominale** **Ech**
- **Analyses**

jeudi 15 décembre 2011

- Saturation O2 : surveillance (mesure saturation O2)
- Pouls / mesure (pls)
- Rythme respiratoire / mesure frequence
- Voie Veineuse Périphérique : Sodium Chl Perfuf 0,9% Sol Inj 1l: 1 inj
- 5 mg - MORPHINE CHL AGT 1MG/ML INJ 1ML
- Toilette lavabo : AP (aide partielle)
- Sonde gastrique / aspiration : surveillance
- Poids / mesure
- EN / Surveillance douleur (échelle numérique)
- **Echographie endo pancréatique**
- TA / mesure de la tension arterielle (pression arterielle)
- Voie Veineuse Périphérique : Bionolyte G5 Sol Inj Fp 1l: 1 L
- Nausees, vomissements / surveillance
- Sonde gastrique = alimentation / nutripompes : surveillance
- Glycemie capillaire
- **Dieteticien**
- 1 g - PERFALGAN 1G ADULTE FLACON 100
- Mise a jeun du patient
- Conscience / surveillance
- Temperature / mesure (temperature corporelle)
- Saturation O2 : pose (mesure saturation O2)

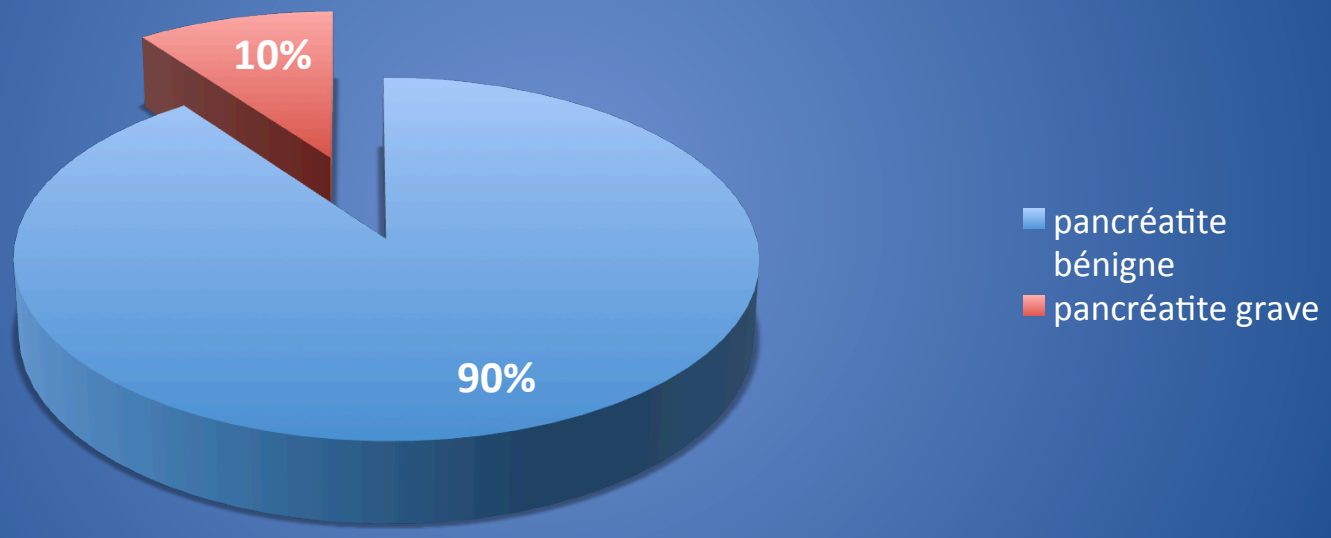
Démarrer | Microsoft PowerPoint - [... | Dr Laquiere Arthur (gas) ... | 20:04

Evaluation de la période de mise en place d'octobre à décembre 2011: résultats



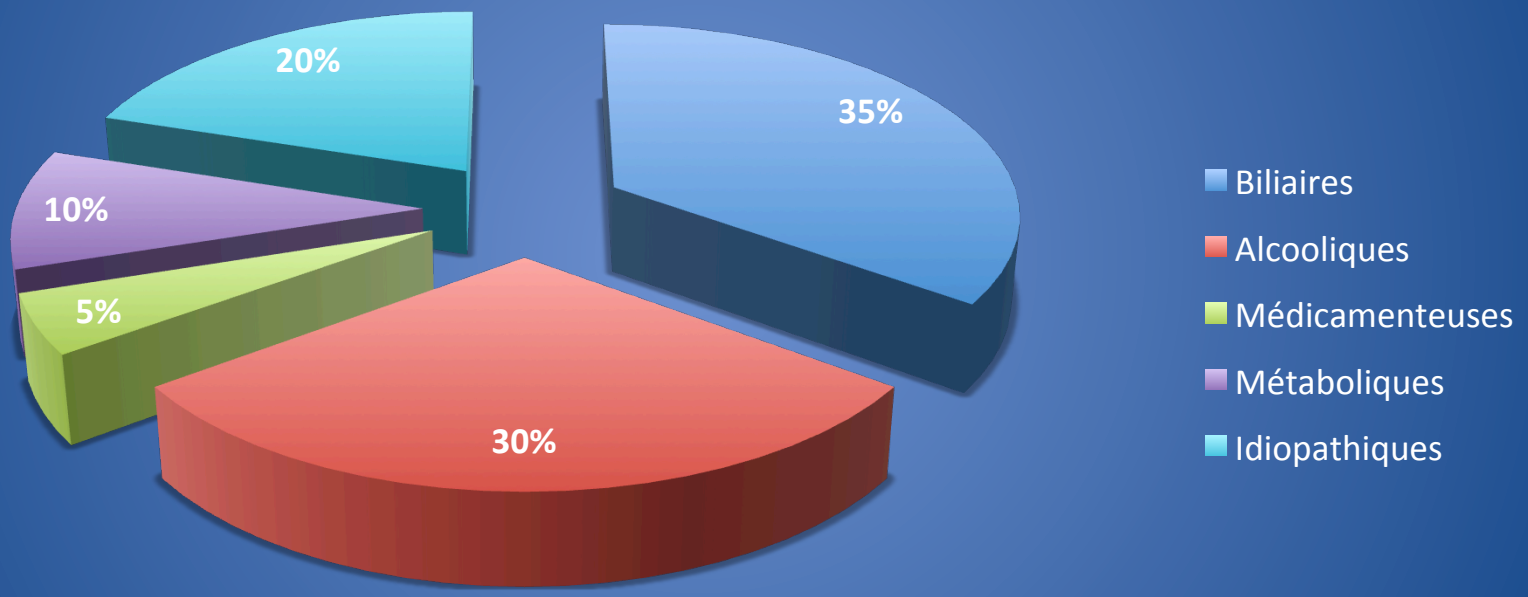
N=28

Gravités des PA



N=20

Etiologies



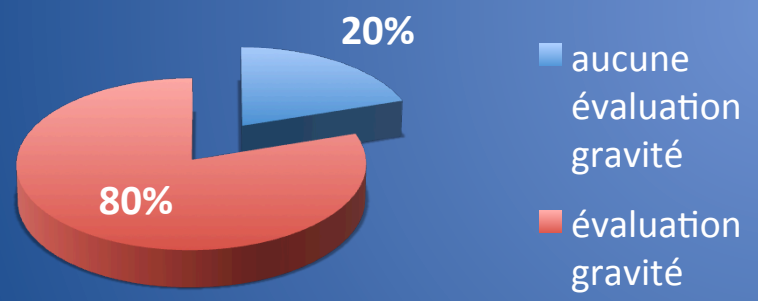
N=20

A) Prise en charge de la douleur

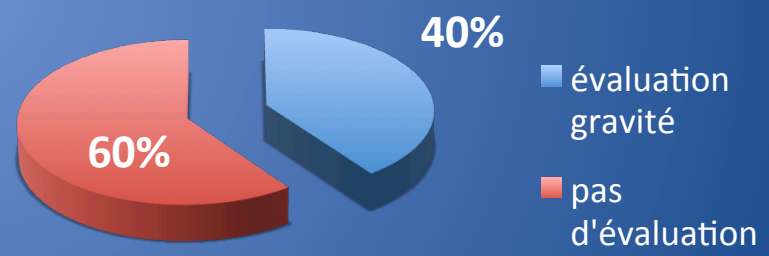
- Pour 18 patients la prise en charge de la douleur du patient était notée dans le dossier médical et paramédical. Pour 2 patients (10%) l'évaluation de la douleur n'était pas répertoriée, le CC n'a pas été déclenché, un traitement antalgique uniquement à la demande a été débuté.
- Le délai entre l'arrivée du patient aux urgences et la prise en charge de la douleur n'a pu être estimé du fait d'un biais important de mesure.

B) Evaluation initiale de la gravité de la PA et orientation du patient dans le service approprié.

Evaluation gravité



Evaluation précise de la gravité



N=20

B) Evaluation initiale de la gravité de la PA et orientation du patient dans le service approprié.

Dans 40 % des cas une évaluation à J0 par le score de Ranson a été correctement faite mais aucune évaluation à J2.

Pour 20% des patients aucune évaluation de la gravité n'est notée dans le dossier médical.

B) Evaluation initiale de la gravité de la PA et orientation du patient dans le service approprié.

- 13 patients (65%) ont eu une évaluation correcte de la gravité de leur PA par un TDM à 48H du début des douleurs avec calcul du score de Baltazar en chiffre.

B) Evaluation initiale de la gravité de la PA et orientation du patient dans le service approprié.

- 17 patients (85%) on bien été orientés malgré une évaluation parfois imprécise de la gravité de la PA. 3 patients (15%) ont été mal orientés :
- pour 1 patient score APACHII=7, pas d'autre facteur de gravité, orienté en USI (augmentation inutile des couts)
- pour 2 patients score non fait, orienté directement en USI car Hyper TG majeure, PA évaluée comme bénigne par estimation des scores de gravité à postériori (augmentation inutile des couts)

C) Surveillance clinico-biologique adaptée en fonction de la gravité

- 8 patients (40%) seulement ont eu une surveillance clinico-biologique adaptée à la gravité de la PA. Pour 11 patients les bilans biologiques à J1, J3 et J7 n'étaient pas respectés car le CC n'était pas déclenché ou n'était pas respecté. Ces patients ont eu un bilan biologique tous les jours de leurs hospitalisation pour des pancréatites aigues bénignes (augmentation inutile des couts)

D) Prise en charge thérapeutique

- Tous les patients on été correctement laissé à jeun sauf 2 (10%), car dans ces cas le diagnostic de PA n'a pas était fait par le médecin ou le chirurgien. Tous les patients ont été vu et correctement réalimenté par la diététicienne, selon un protocole défini au préalable (cf tableau).
- Pour une PA grave l'alimentation enterale précoce avec SNG n'a pas était introduite (NPE d'emblée).
- Pour 5 patients (25%) une antibiothérapie prophylactique inadaptée a été prescrite.

L'optimisation du CC de la PA à l'hopital Saint Joseph

1) Amélioration de la prise en charge de la douleur et de sa traçabilité par l'IOA.
2) Enlever l'amylase des bilans d'entrée des urgences.
3) Information (par des réunions de service) pour que le CC soit déclenché systématiquement pour toute PA.
4) Insister sur l'évaluation de la gravité aux urgences de la PA: calcul APACH II.
5) Respecter les bilans de suivi.
6) Arrêter de faire une TDM à l'entrée lorsque que la lipase>3N et < à 48H des douleurs.
7) Arrêter de prescrire une antibiothérapie prophylactique surtout pour les PA bénignes.
8) Insister sur la prescription de la Nutrition Entérale pour les PA graves.
9) Favoriser le transfert direct des PA grave en réanimation.
10) Communication vers les cliniques ou hôpitaux périphériques de Marseille pour améliorer la prise en charge des PA dans la région.

Mise en place d'une IDE coordinatrice (04 91 80 82 24)

Conclusion

Le travail en collaboration aidé des outils informatiques devrait améliorer la prise en charge des patients atteints de pancréatite aigue.

IDE coordinatrice: 04 91 80 82 24

Merci