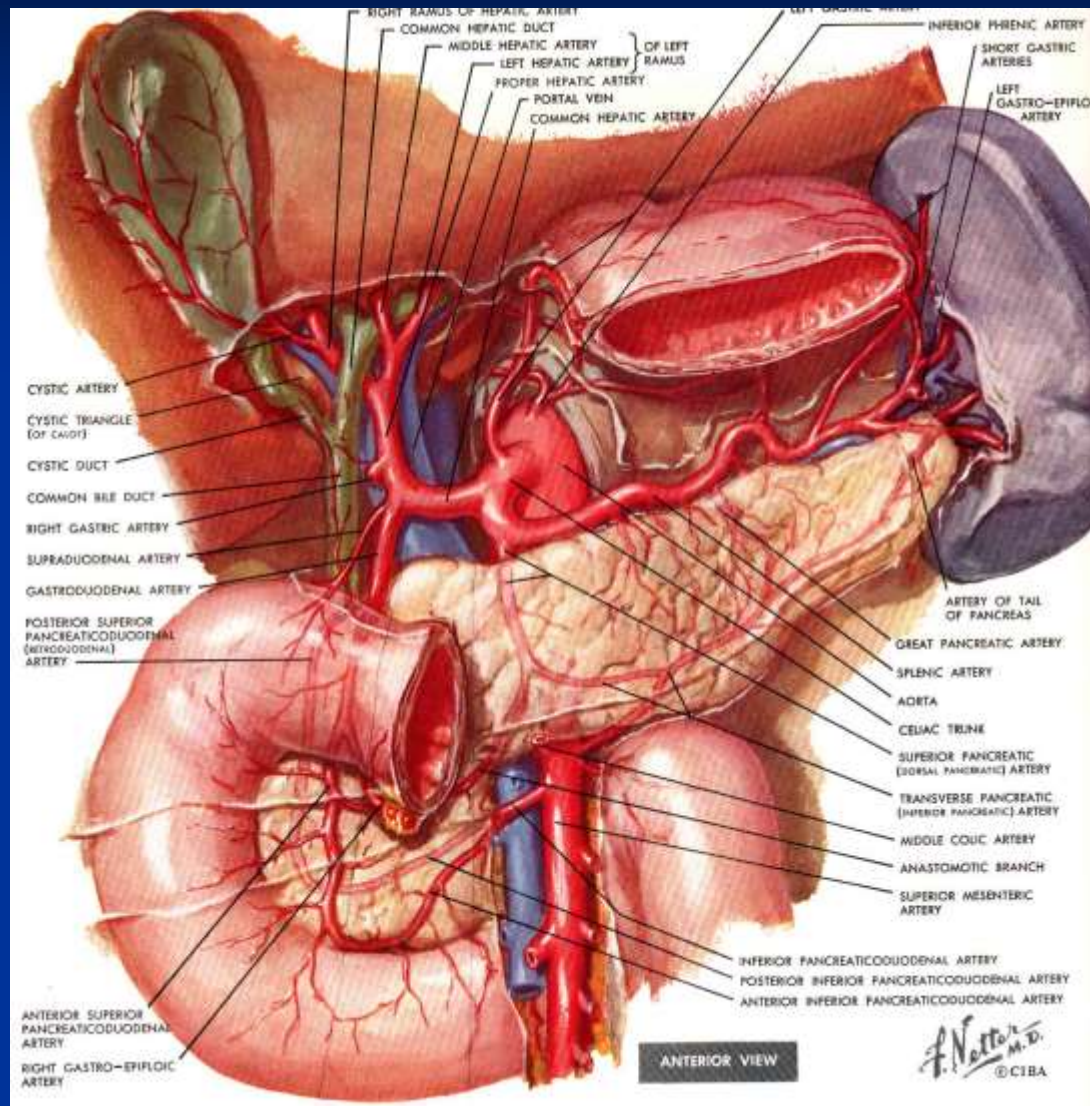
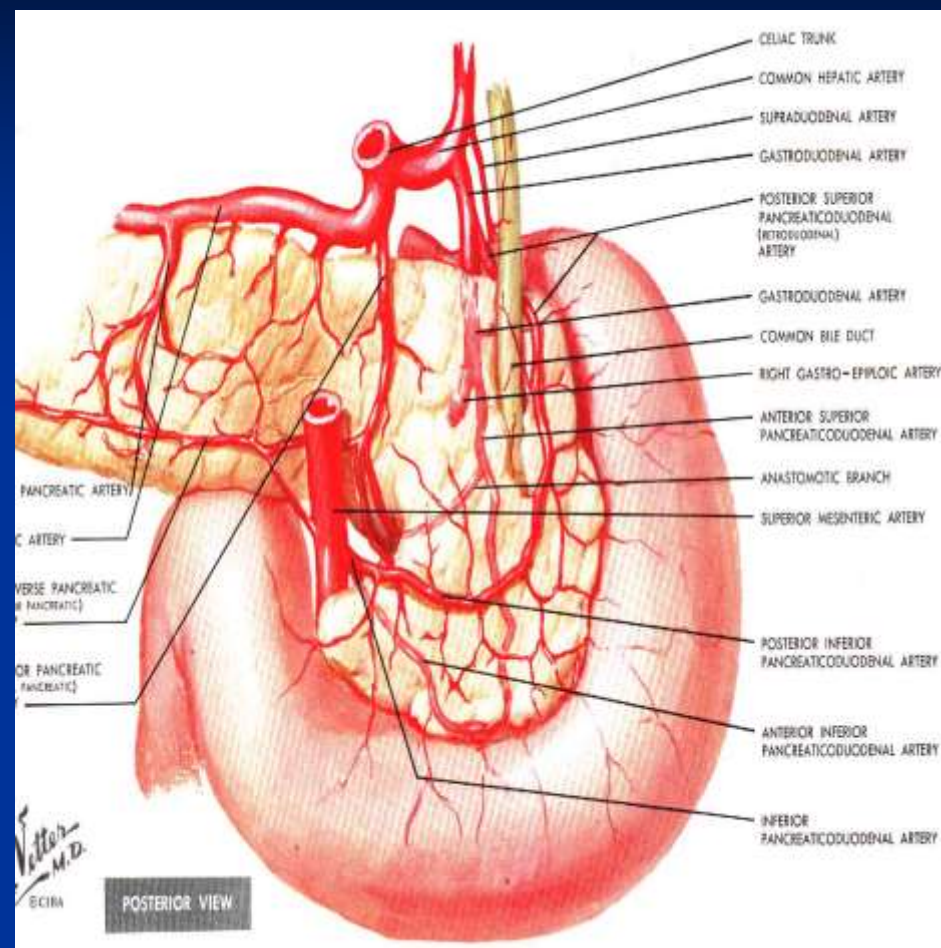
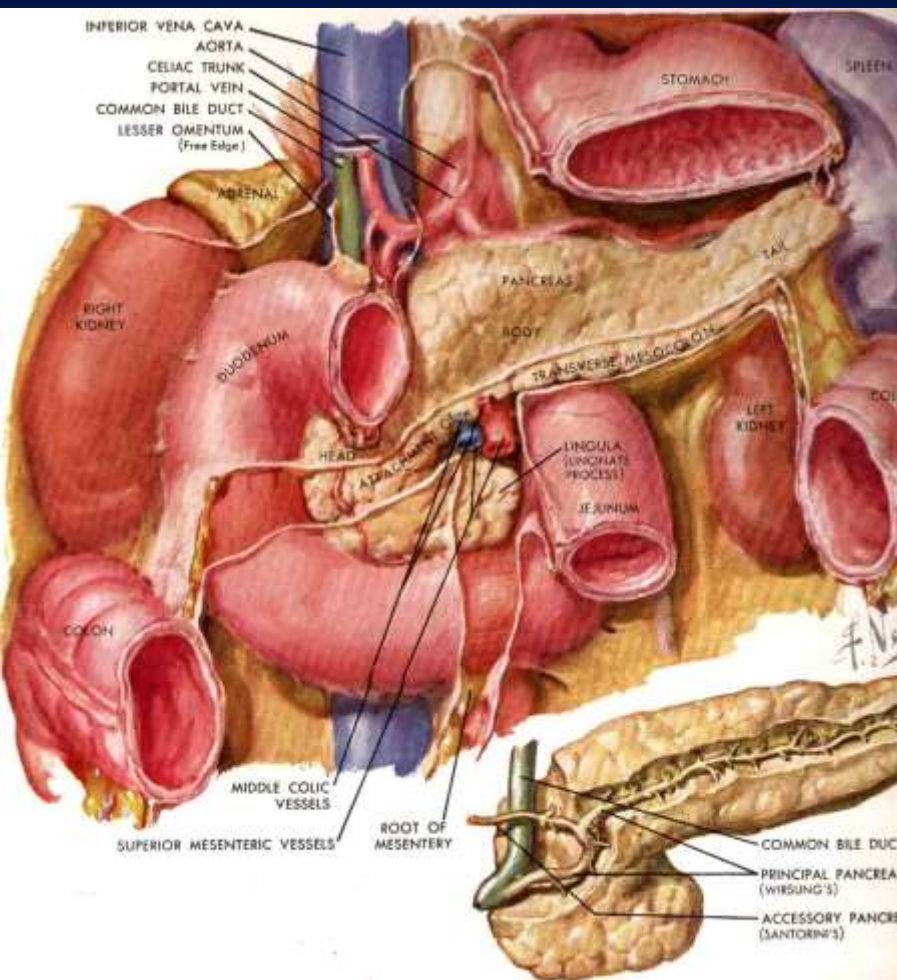
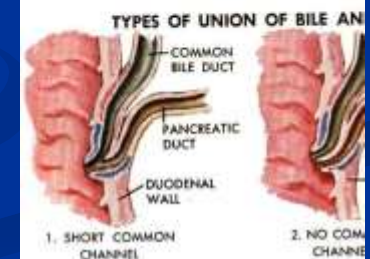
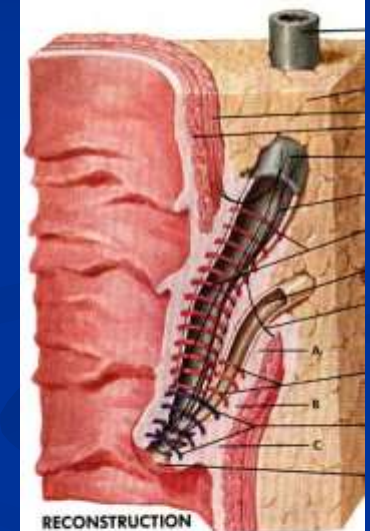
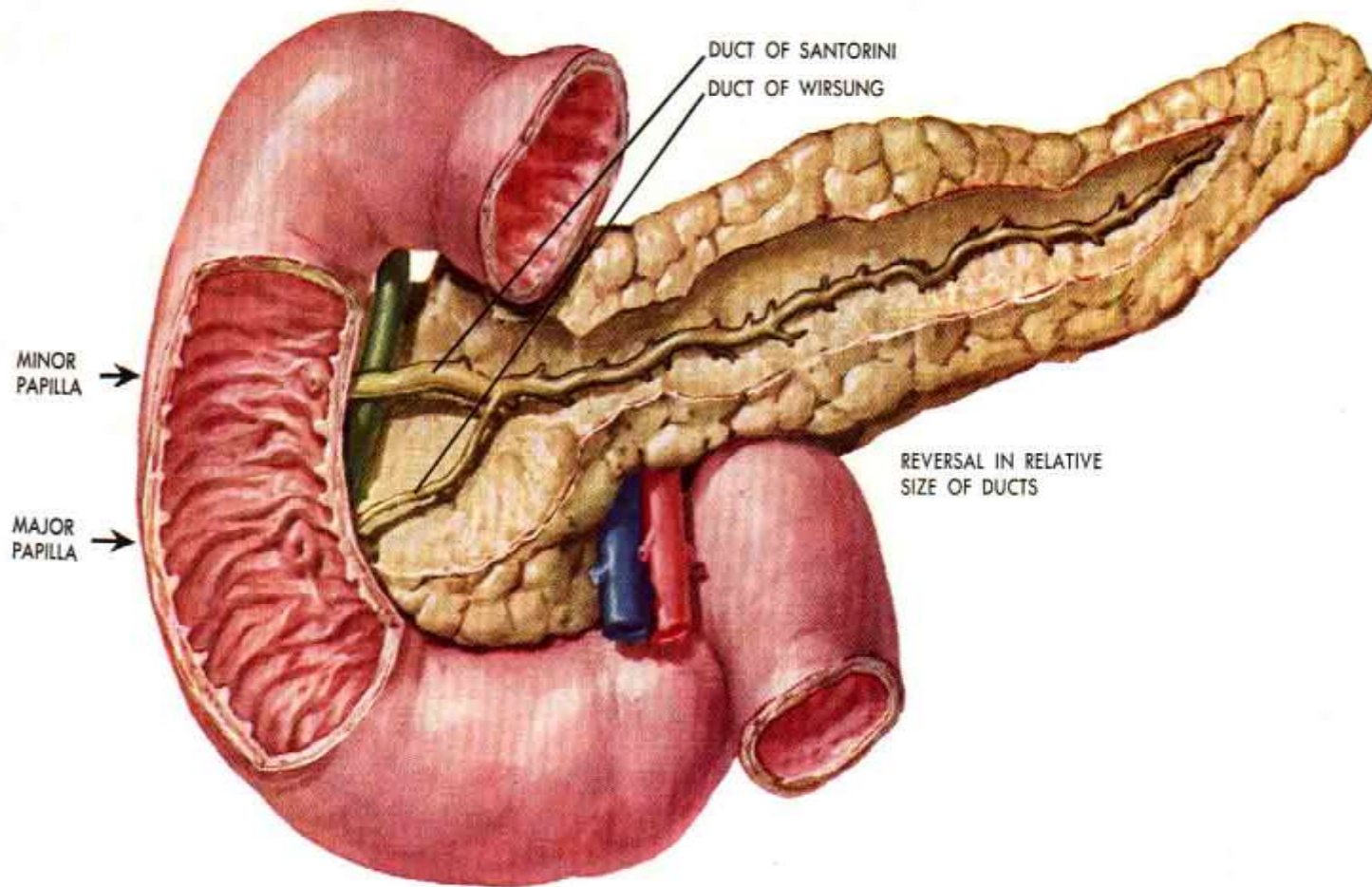


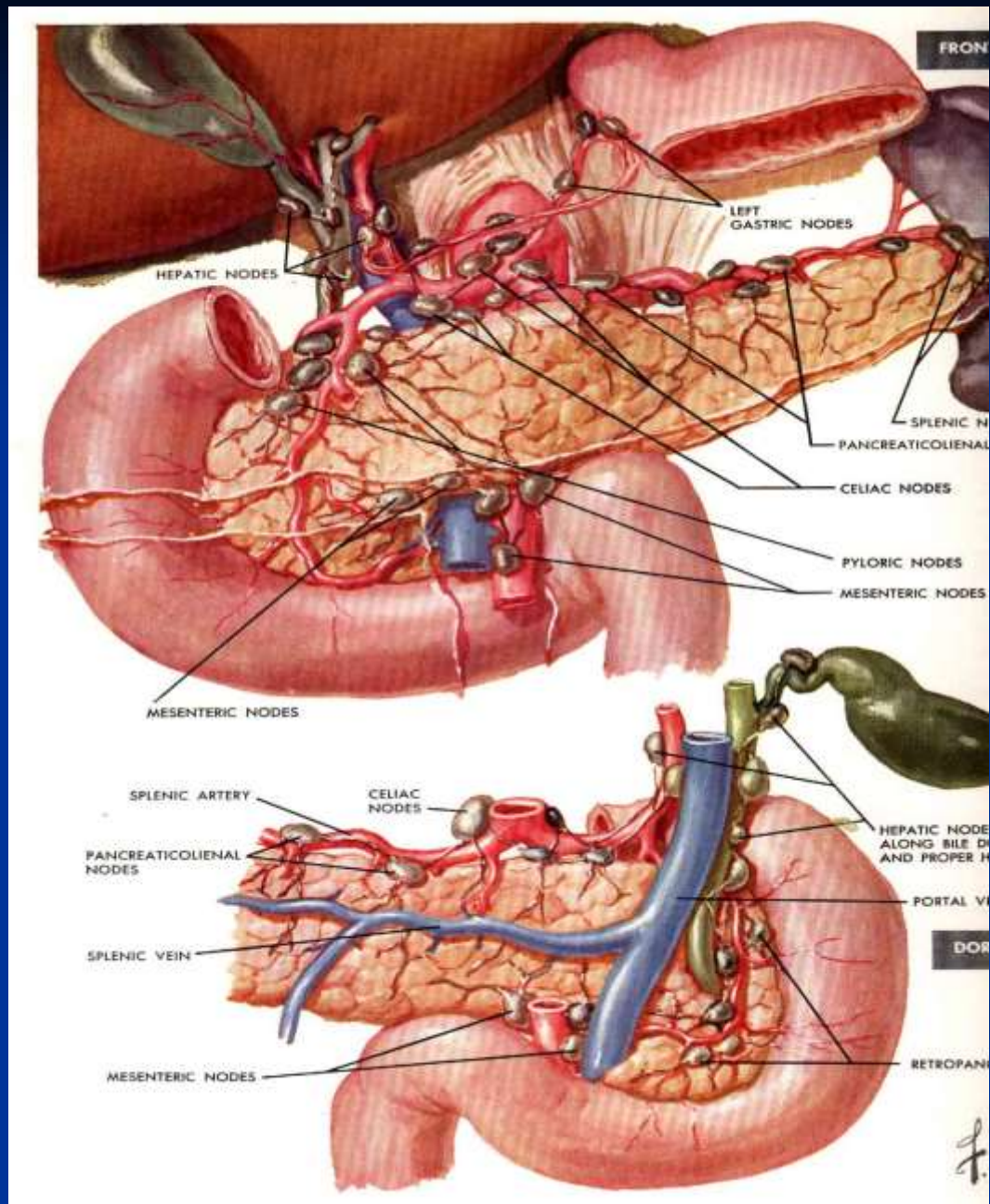
LA PANCREATITE CHRONIQUE

ANATOMIE









LA PANCREATITE CHRONIQUE

DEFINITION : une affection inflammatoire chronique du pancréas, ayant une évolution progressive vers la destruction pancréatique, exocrine et endocrine, et menant à l'insuffisance pancréatique

La pancréatite chronique

Etiologie

- L'alcoolisme chronique – la cause la plus importante de la PC (plus de 90% des cas)
 - nécropsie: > 45% des alcooliques présentaient des modifications morphologiques de PC, en l'absence des signes cliniques de la maladie
 - durée de la consommation - 10-20 années de “heavy drinking”
 - certains patients peuvent présenter concomitamment des lésions du type hépatopathie éthanolique (stéatose, hépatite alcoolique ou même le cirrhose hépatique éthylique)

Étiologie

- **Hypercalcémie** – dans l'hyperparathyroïdisme
- **Obstructions ductales** dues aux:
 - traumatismes pancréatiques
 - tumeurs pancréatiques
 - sténoses oddiennes
 - anomalies congénitales du type “pancreas divisum” (insuffisance fusionnaire des conduits embryonnaires)
- **Pancréatite héréditaire** – transmission AD
- **Malnutrition** – PC tropicale en Inde
- **Hémochromatose** – le diabète bronzé

! Lithiase biliaire – facteur certain pour la PA, il n'engendre pas la PC

Pathogénie

- Alcoolisme chronique → secr. pancréatique avec excès de protéines → précipite → bouchons protéiques →
 - Obstructions des petits conduits pancréatiques, avec activation rétrograde des enzymes pancréatiques
 - par impregnation avec du carbonate du calcium → calculs
- Alcoolisme → altération de la sécrétion de **litostatine** (qui empêche la nucléisation et la précipitation des cristaux de CaCO_3 de la sécrétion pancréatique)
- Obstructions → ruptures, dilatations des conduits → activation des enzymes → fibroses périductales → nouvelles sténoses → destructions tissulaires → calcifications

Anatomie pathologique

■ Macroscopique :

- pancréas petit , dur
- rarement hypertrofique, pseudotumoral

■ Microscopique:

- fibrose, infiltrat lymphoplasmocytaires autour des acines
- conduits dilatés de façon non uniforme, avec des bouchons protéiques
- éventuellement des calculs wirsungiens

Tableau clinique

- **Douleur abdominale** – le symptôme dominant
 - épigastrique, périombilicale, parfois, 'en barre'
traînante, fâcheuse, parfois occasionnelle, souvent intense ,
quasi permanente, invalidante
 - déclenchée par l'alimentation, laquelle stimule la sécrétion
enzymatique
 - dans 10-20% des cas la douleur est absente
- **Ictère obstructif** – par compression de la tête pancréatique sur
VBP
- **Malabsorption avec stéatorée**
- **Diabète sucré secondaire** – 50-70% des PC calcifiantes
- **Examen objectif** – généralement pauvre douleur lors de la
palpation de l'abdomen supérieur
 - Éventuellement on peut palper un pseudokyste grand
 - Épanchement pleural ou péritonéal

Biologie

- Augmentation de l'amylasémie , de l'amylazurie, de la lipase sérique

! Légère ou modérée < que dans la PA

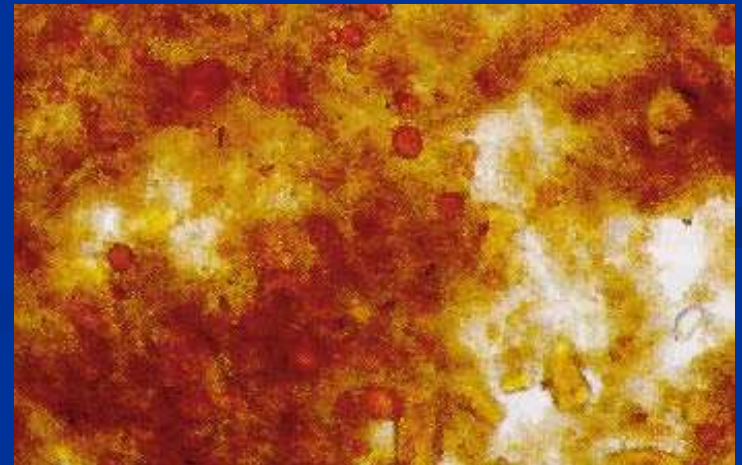
- quasi normales dans les PC sévères (du fait de la réduction de la masse de tissu pancréatique restant)

- **Stéatorée**

- test quantitatif - > 7g lipides perdues par selle /jour
- test semiquantitatif
 - coloration des selles avec du rouge de Sudan

Créatorée > 2,5 g/jour

Hyperglycémie ou
TG altérée



Evaluation par imagerie

- **Radiologie** – Rgr abdominale à jeun , centrée sur le pancréas
→ **calcifications pancréatiques** (dans 30% des PC calcifiantes)
- **Echographie** – la méthode la plus utilisée pour diagnostiquer des PC avancées
 - **calcifications pancréatiques diffuses**
 - **hétérogénéité pancréatique** (aspect non homogène)
 - **dilatation du conduit de Wirsung de plus de 3 mm → 10-15 mm**
 - **calculs wirsungiens** (im. hyperécogène avec ombre post.)
 - **pseudokystes pancréatiques** (im. transsoniques avec dimensions variables)

Evaluation par imagerie

■ Scanner

- méthode exacte et fidèle pour diagnostiquer et suivre les PC
- indiquée pour évaluation initiale ou si l'échographie n'a pas été tranchante
- visualise même des **calcifications mineures**, chez les patients obèses ou météorisés → supérieure à l'échographie mais plus coûteuse

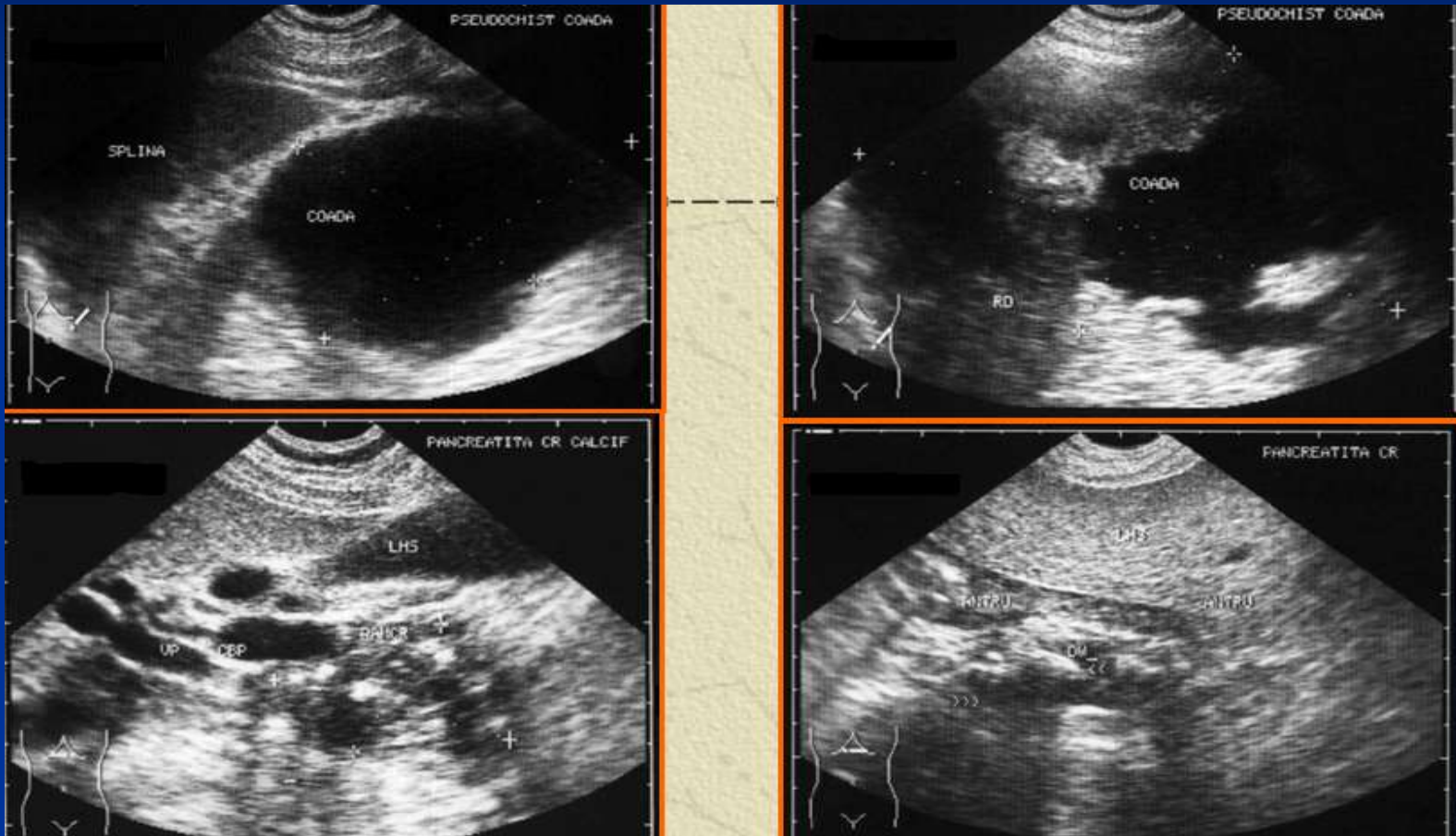
■ L'échoendoscopie – utile et fidèle pour diagnostiquer les PC

■ La pancréatographie endoscopique rétrograde (ERCP)

utile également dans les cas précoces de PC

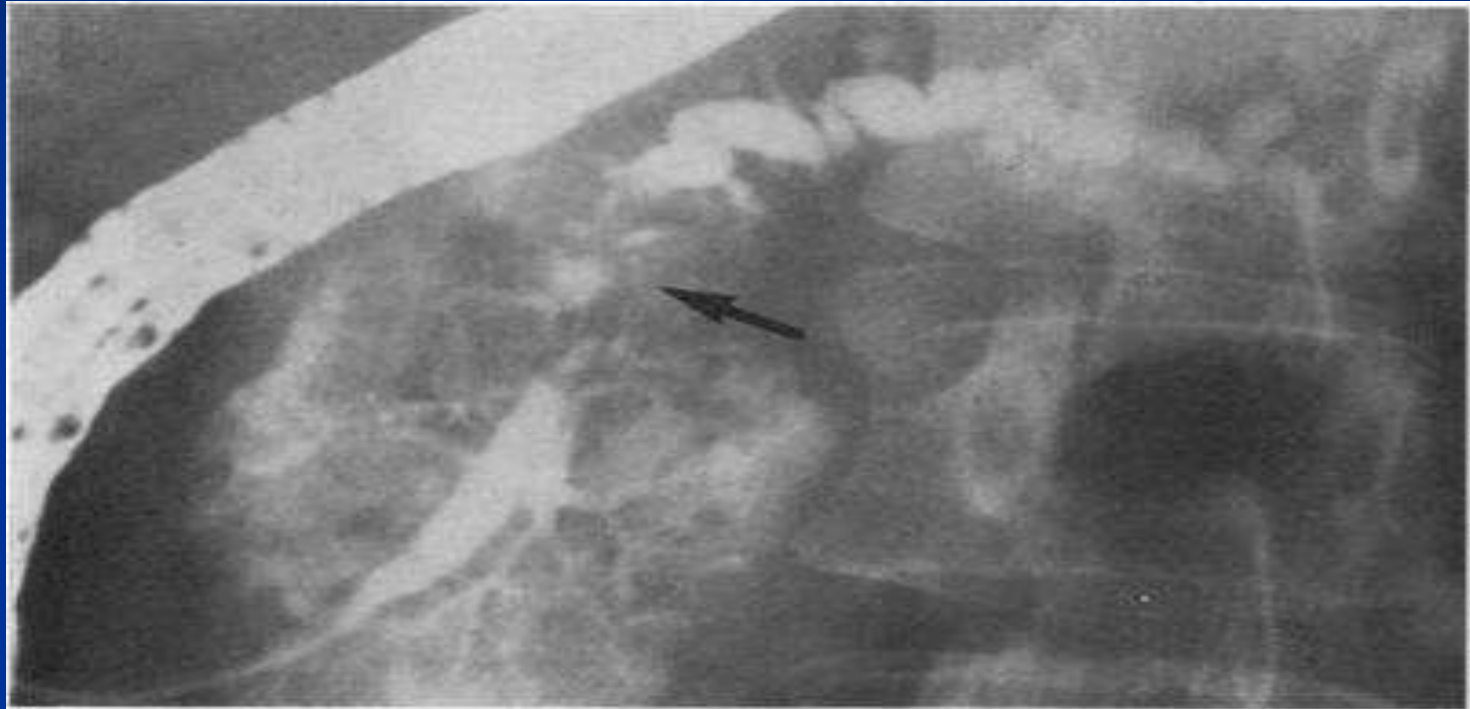
Wirrsung irrégulier, avec sténoses et dilatations

Evaluation par imagerie



ECHO – pancréatite chronique

Evaluation par imagerie



ERCP – obstruction du conduit pancréatique

Evaluation par imagerie



ERCP - ductul pancreatic si ramurile sale sunt dilatate neregulat

ERCP – dilatation pancréatique

Evaluation par imagerie



Figure 55-6 Pancreatic calcifications. CT scan showing multiple, calcified, intraductal stones in a patient with hereditary chronic pancreatitis.

CT — calcifications pancréatiques

Tests sécrétoires pancréatiques

- **Test de Lundth** – dosage des enzymes pancréatiques dans le suc pancréatique obtenu par intubation duodénale (**lipase, trypsine et amylase**, après stimulation alimentaire)
- **Test avec sécrétine** – stimulation pancréatique avec sécrétine, ou sécrétine - céruléine
- **Test PABA** – administration d'un polypeptide attaché au PABA (acide paraaminobenzoïque) Sous l'influence de la chémotrypsine le péptide se défait du PABA qui se résorbe et s'élimine par l'urine
 - la baisse **de l'élimination du PABA** → signe indirect de la souffrance pancréatique
 - **Le test pancréolaril** – substrat lipidique, marqué à la fluorescéine
 - sous l'effet des estérases pancréatiques, la fluorescéine se défait, s'élimine par l'urine, et on peut alors la doser
- **Test de l'élastase 1 fécale** – test fonctionnel pancréatique moderne
 - met en évidence l'insuffisance pancréatique précoce

Classification

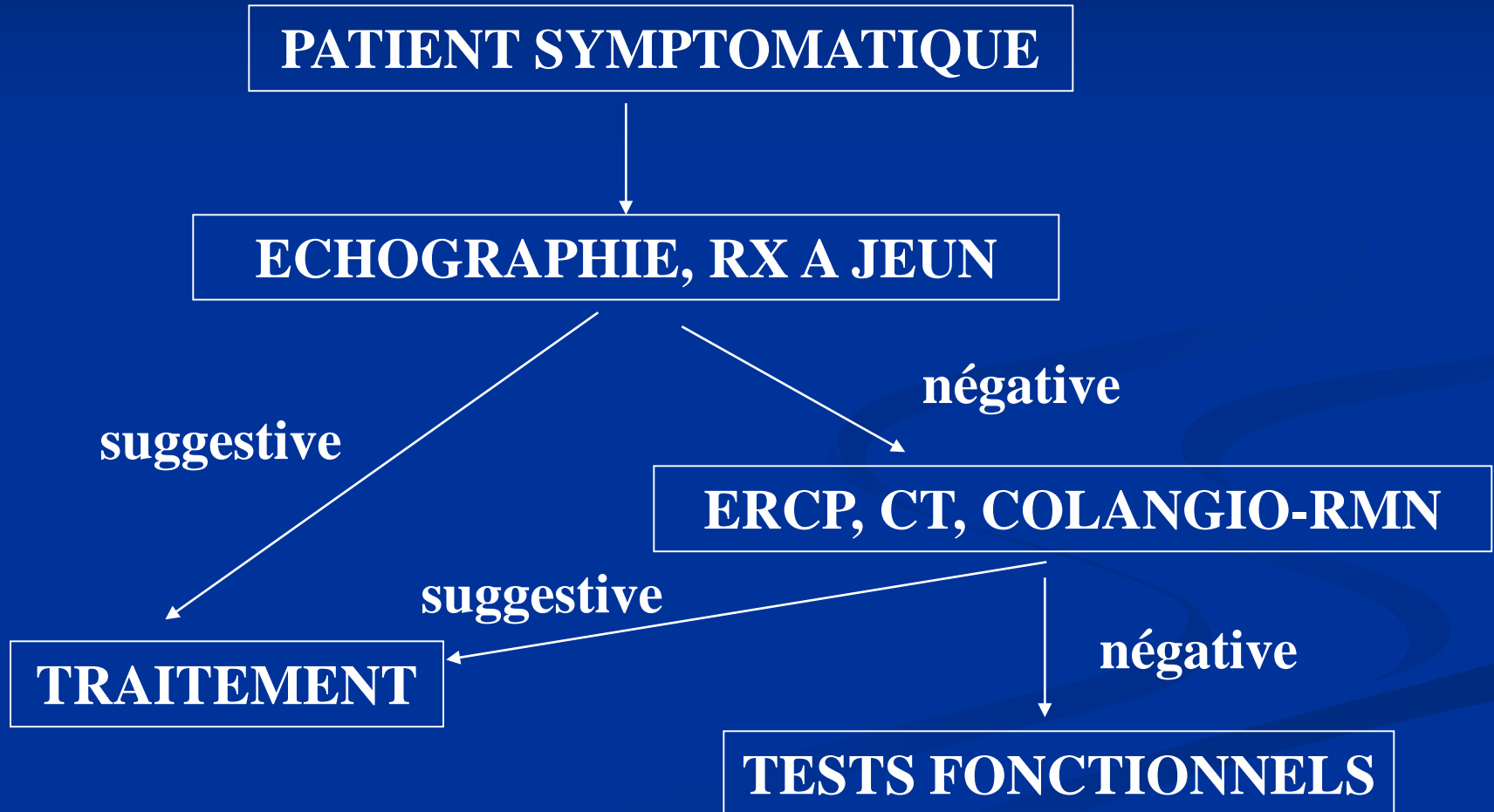
■ Formes cliniques :

- PC avec douleur (intermittante ou continue)
- PC enterocolitique
- PC ictérique
- PC **pseudotumorale**
- PC métabolique
- Pseudokyste pancréatique

■ Formes anatomopathologiques :

- PC obstructive – avec une importante dilatation du conduit de Wirsung
- PC calcifiante – predominant les calcifications du parenchyme
- PC mixte – avec calcifications et dilatations ductales

Algorithme diagnostique



Evolution

- Chronique , avec poussées d' exacerbation
- Au début, parfois asymptomatique ; à la longue symptomatique, avec le signe le plus important, la douleur
- L'arrêt total de la consommation d'alcool peut avoir un effet bénéfique sur la douleur, mais pas toujours
- Avec le temps apparaissent la maldigestion , la malabsorbtion , avec dénutrition secondaire

Complications

Pseudokyste pancréatique – parfois compressif

Abcès pancréatique – par surinfection du pseudokyste

Ascite récidivante

- riche en amylases
- pas très abondante
- sérocitrine ou hémorragique

Ictère obstructif – par la compression VBP de la tête pancréatique hypertrophique (dg. Différentiel difficile avec le néoplasme céphalique pancréatique)

Thrombose de la veine splénique ou de la veine porte – par inflammation de voisinage

Traitement

■ Diététique:

- suppression complète et définitive de la consommation d'alcool
- éviter les repas abondants, riches en lipides et protéines
- dans les épisodes de PA sur fond de PC: repos alimentaire, alimentation parentérale, sonde naso-gastrique

■ Médicaments

- **analgésiques** au besoin
- **substituents enzymatiques pancréatiques**
 - améliorent les symptômes par réduction de la sécrétion pancréatique
- **Triglycérides à chaîne moyenne**, , 40 g/jour (huile de coco) si la maldigestion ne peut être corrigée par de substituents enzymatiques uniquement

Traitement

■ Endoscopique:

- Papilotomie
- Mise en place de prothèses
- Extraction de calculs du conduit de Wirsung
- Drainage du pseudokyste pancréatique

■ Chirurgical:

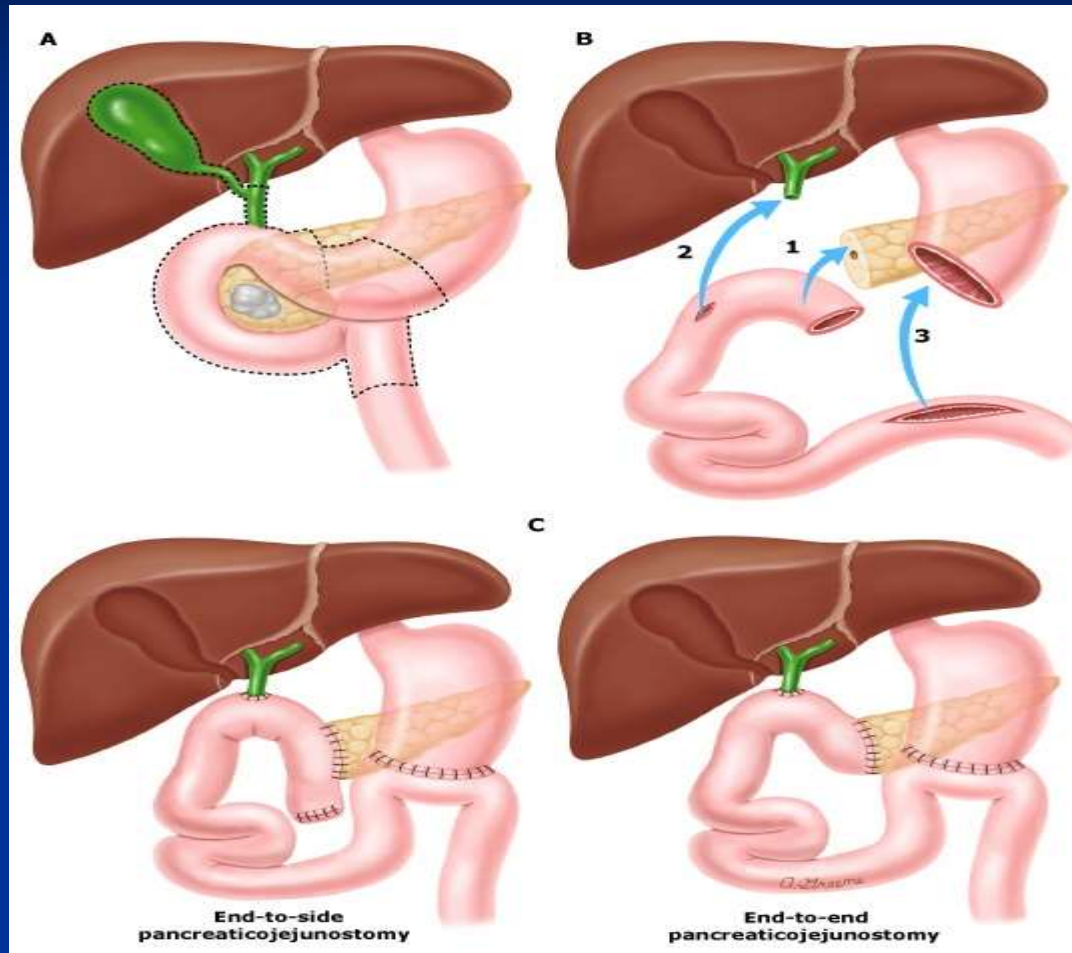
- Blocage du plexus céliaque— dans les formes hyperalgiques
- Pancréatectomie subtotalăe au totale
- Tehniques de dérivation ou décompression (pancréatojéjunostomie latérale)

Traitement



Papilotomie endoscopique

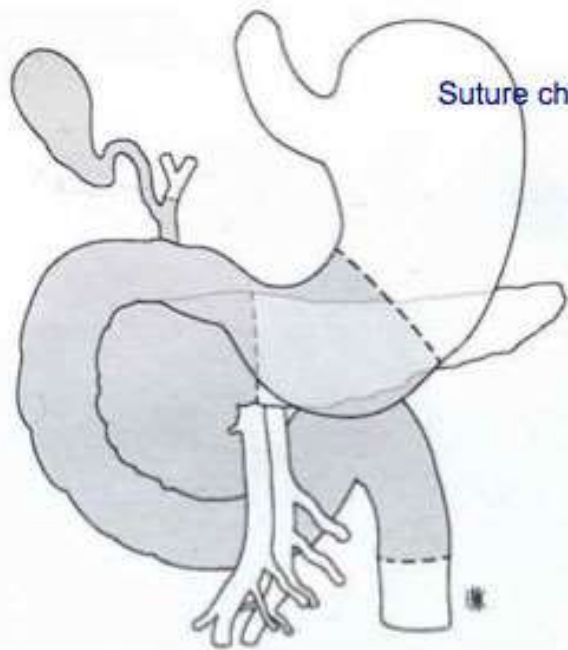
Traitement



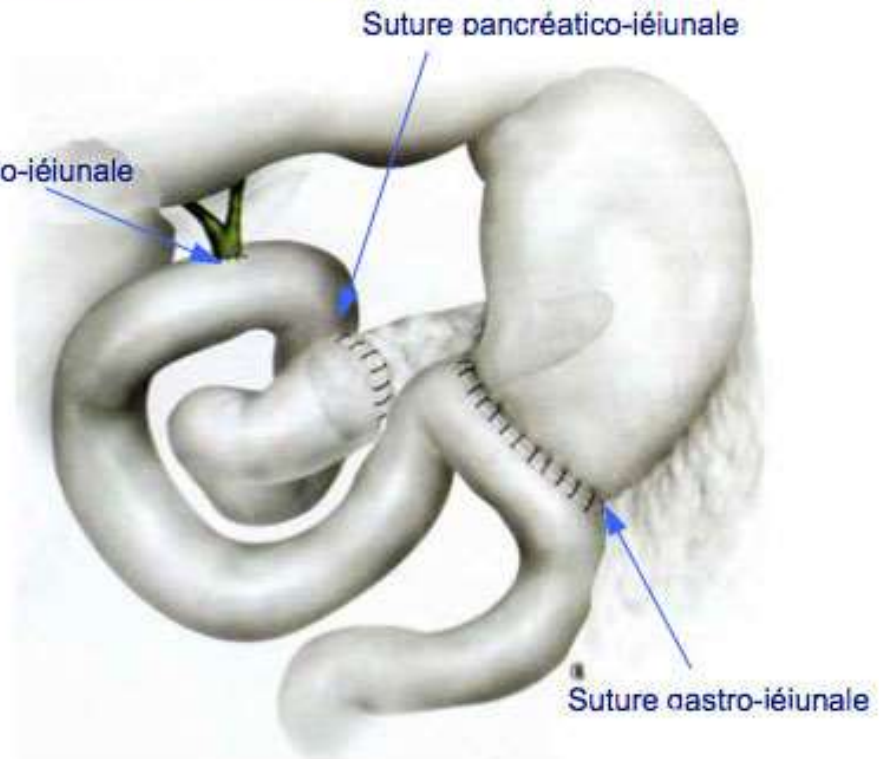
Pancréatectomie de Whipple

Duodeno-pancreatectomie cefalique

Duodénopancréatectomie céphalique



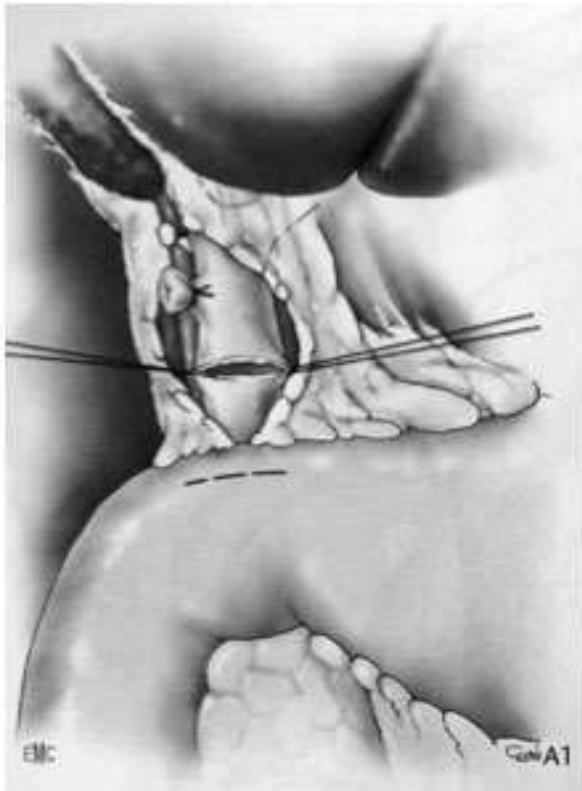
En grisé, les zones enlevées.



La reconstruction

Derivations bilio-digestives

Dérivation bilio-digestive



Ouverture du cholédoque



Suture entre le cholédoque et le duodénum

este denudat, este de țesut pancreatic cefalic rezidual (Fig.40 b).
 are pancreatoduodenale anterioară și pos-
 cu conservarea arterei gastro-duodenale
 drepte.

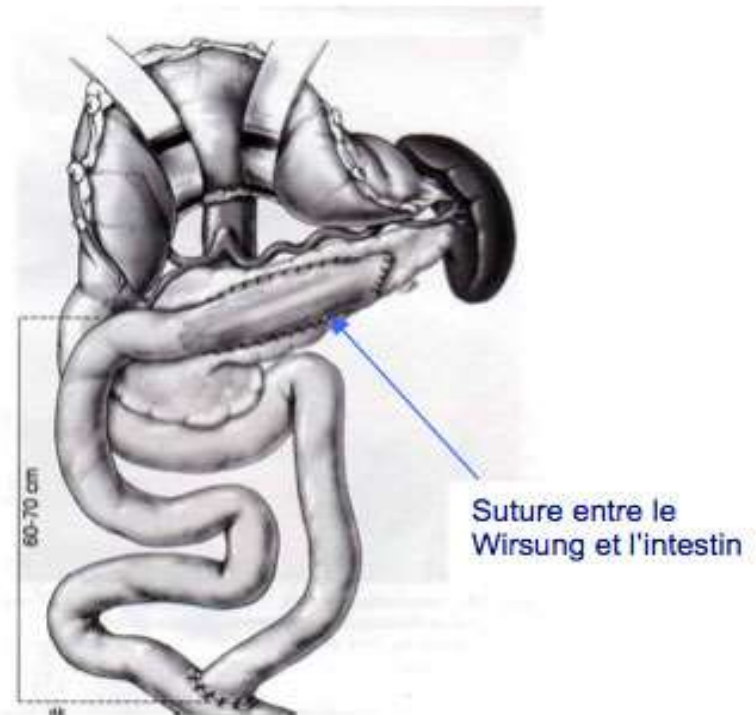
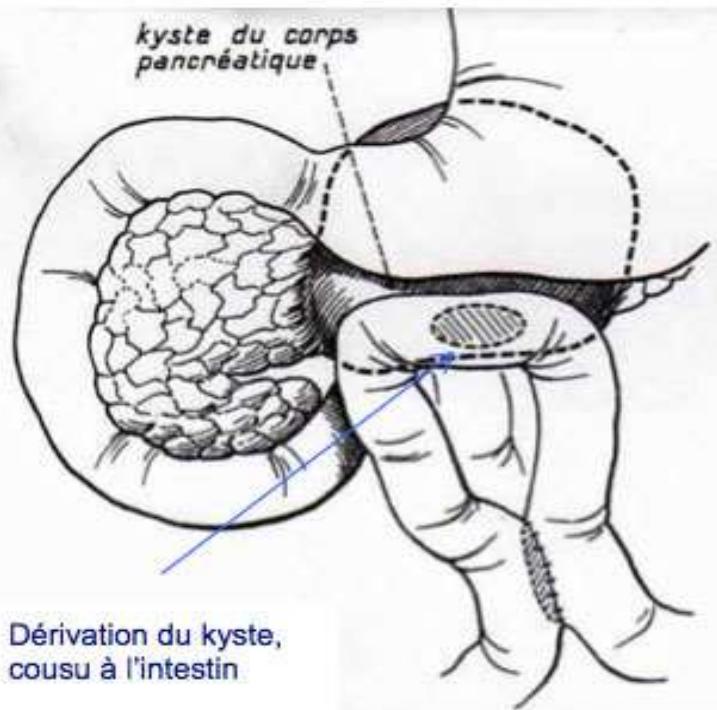
nite
 mite:
 ic în
 rico-
 cefa-
 ulare
 e, cu
 eatic

ecția
 lună
 areia
 crea-
 liga-
 non--
 a fi
 pan-
 lunei



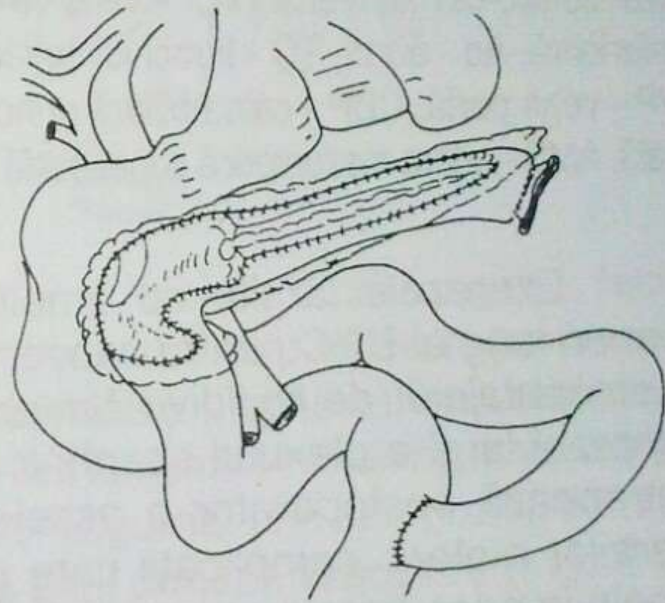
Derivations pancréatico-digestives

Dérivation



de a asigura drenajul biliar.
Morbiditatea și rezultatele pe termen lung ale acestei tehnici nu par să fie diferite de cele ale tehnicii Beger. Totuși, un studiu prospectiv randomizat comparând cele două tehnici a arătat o morbiditate de 20 % pentru operația Beger (fistule pancreatice și hemoragii digestive) și de 9% pentru operația Frey.¹⁵ Acest studiu confirmă cel puțin calitatea bună a rezultatelor pe termen lung, rezultate care par a fi similare pentru ambele operații.

Fig.44. Operația Frey: ansa în Y este aplicată ca o "ventuză" pe toată suprafața zonei de pancreatectomie cefalică și pe toată lungimea wirsungotomieii corporeo-caudale.



10.2.3. Rezecțiile lărgite

- ❑ Chiurajul ganglionar în DPC pentru leziuni maligne ale capului de pancreas

... cu chiuraj ganglionar extensiv, este recoman-
... 16,17