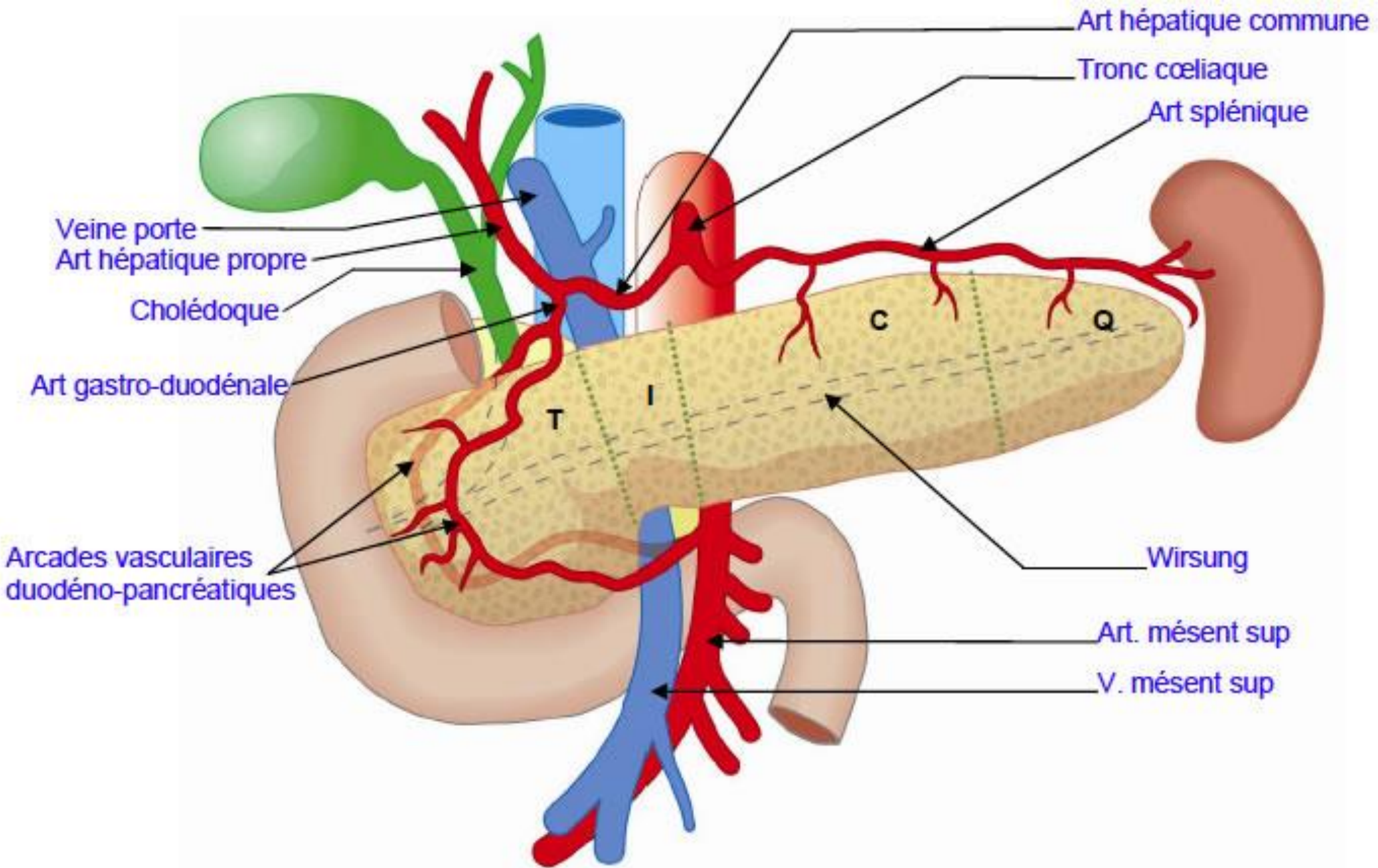


# Prise en charge endoscopique de la pancréatite chronique



Dr Maxime Seivert  
Gastroentérologue  
CHC St Elisabeth – CRA Malmedy



## Définition :

- Processus inflammation chronique du pancréas aboutissant à une fibrose progressive du parenchyme
- Destruction progressive plus ou moins complète de la glande pancréatique
- Affecte d'abord la fonction exocrine puis la fonction endocrine
- Secondaire à une inflammation chronique et/ou à une obstruction canalaire
- Destruction focale puis diffuse des acini, fibrose, infiltration inflammatoire, destruction/remaniement des canaux , obstructions canalaire, calcifications parenchymateuses et canalaire



## Epidémiologie :

Incidence estimée à 25/100 000 dans les pays industrialisés

Importance du milieu socio-économique



Associée à une utilisation accrue des ressources de santé et un risque de chômage.

Mortalité reste plus élevée que dans la population général : Survie à dix ans entre 69 à 80% (cancer du pancréas, les complications après interventions chirurgicales et l'hémorragie digestive)

## Etiologies

- 80-90% : **Alcool** (150g / jour +/- 10 verres) durant 10-15 ans pour un homme, 8-10 ans pour une femme  
Susceptibilité individuelle, pas de seuil universel, nécessité de rechercher un facteur confondant en cas de faible consommation.
- Tabac (facteur de risque indépendant, dose dépendant, synergique avec l'alcool)
- Causes génétiques/héréditaires <35 ans !!!! :
  - CFTR (même hétérozygote, parfois sans autre signe de muco, peut être synergique avec autre facteur de risque, >1000 mutations connues)
  - PRSS1 (Cationic trypsinogen serine protease 1) => PA et PC
  - SPINK1 (Serine protease inhibitor Kazal type 1, pénétrance de 1%) => PC
  - CTSC (Chymotrypsinogene C)



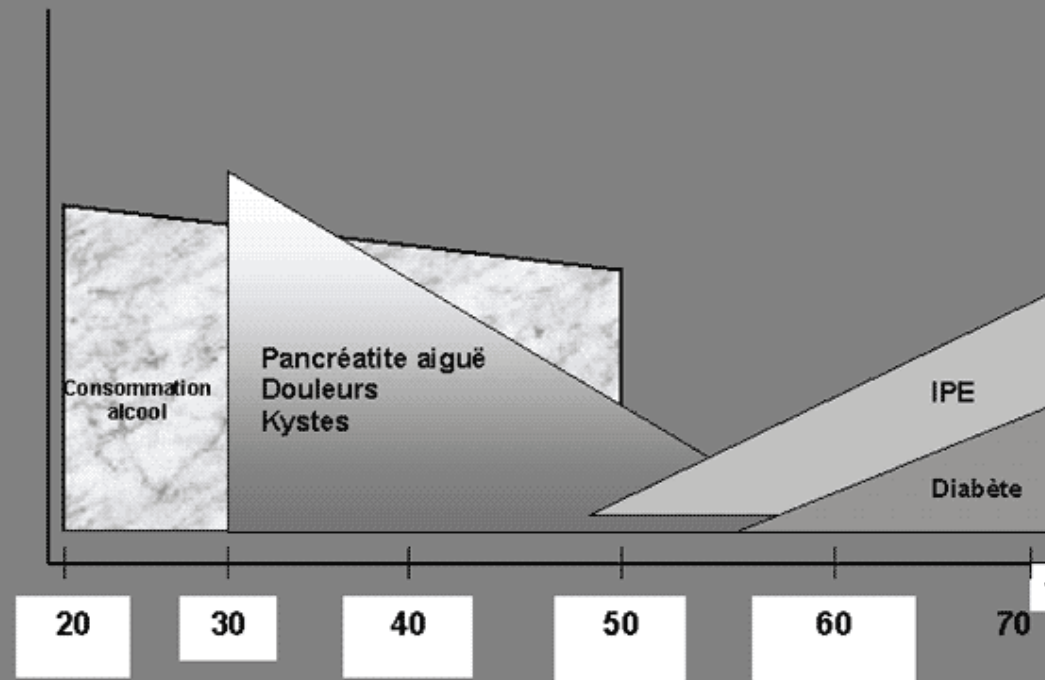
- 
- 
- ▶ Causes obstructives (trauma, pseudokyste, calculs, tumeurs (ADK, IPMT), *pancréas divisum, dysfonction oddienne, contreversés*)
  - ▶ Pancréatite tropicale (Sud de l'Inde et Pays tropicaux, touche les enfants et jeunes adultes, insuffisance exo et endocrines rapides, mortelle, étio ?? Denutrition ? Fruit Cassa ? Mutation SPINK1 ?)
  - ▶ Pancréatite auto-immune IgG 4 de type I ou II, maladies inflammatoires systémiques (LED) !!! Forme pseudo tumorale
  - ▶ Hypertriglycémie
  - ▶ Hyperparathyroïdie
  - ▶ Iatrogène : médicaments (immunosuppresseur ?), post radiothérapie, ...
  - ▶ Idiopathique (au final fréquente)

## Les circonstances diagnostiques :

- La douleur pancréatique (obstruction , inflammation, DKPA, ischémie, neuropathique). Tendance à la disparition spontanée au cours de l'évolution de la maladie.
- La pancréatite aiguë
- Le kyste ou pseudo-kyste pancréatique (rétentionnel, post PA, infecté, rompu, fistulisant, ...)
- L'ictère par compression/sténose de la VBP
- La sténose duodénale
- L'épanchement (péritonéal, pleural)
- Cachexie (perte de > 20%)
- L'hémorragie digestive (UGD, hémorragie du Wirsung, ...)
- Le diabète (3c pancreatogenique) et la stéatorrhée (>7gr de graisse par jour) dans les diagnostics tardifs
- Cancer du pancréas

## HISTOIRE NATURELLE (pancréatite chronique alcoolique)

FREQUENCE

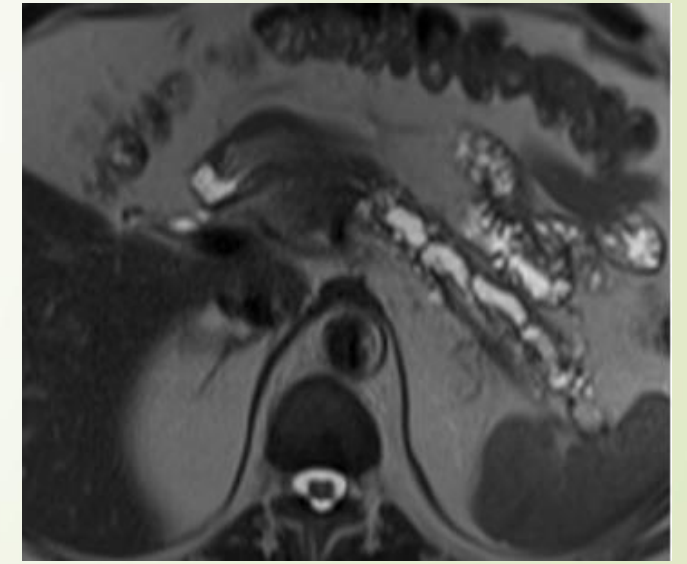
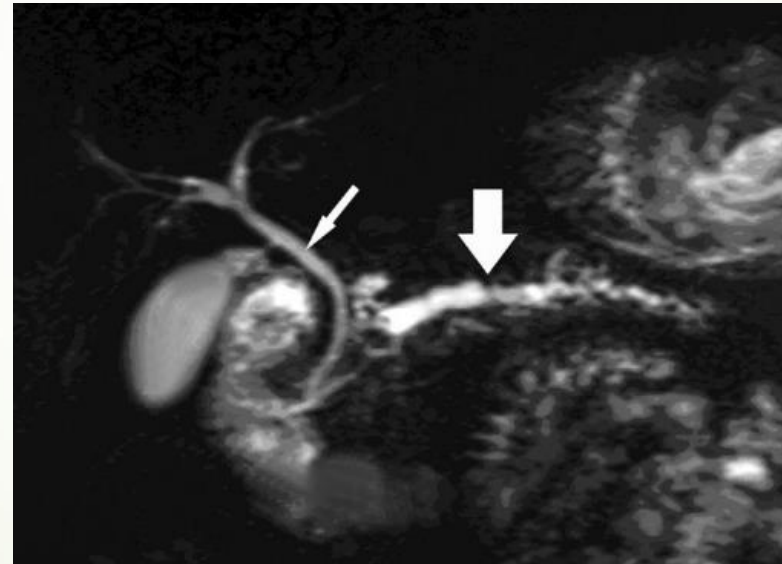
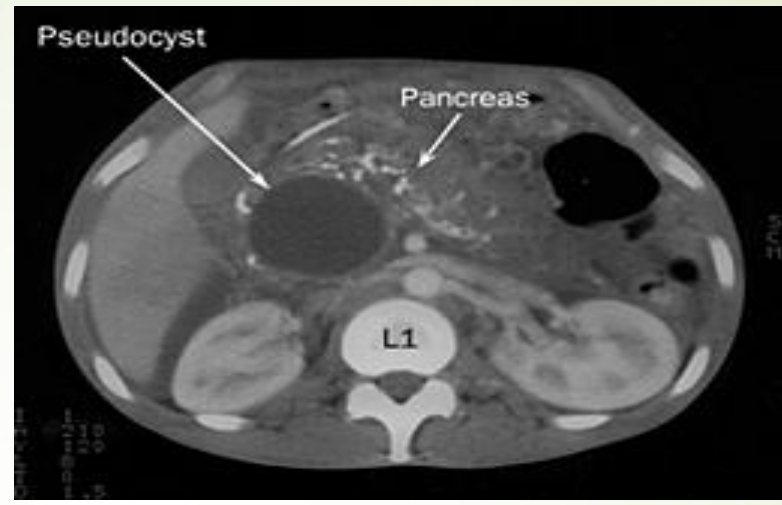
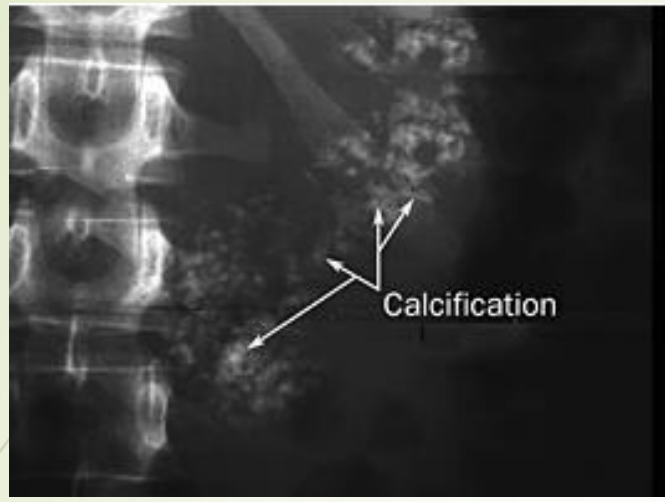


\* IPE : Insuffisance pancréatique exocrine



## Le diagnostic positif :

- ▶ Le contexte : Homme, la quarantaine, éthylique chronique, douleurs abdominales, ou découverte d'un pseudo-kyste
- ▶ Biologie : Stigmates d'alcoolisme chronique. Parfois lipasémie, sinon normale en dehors des PA. Diabète, signe de dénutrition, cholestase (an)ictérique. Carence vit. ADEK
- ▶ ASP : calcifications
- ▶ US - CT abdominal – RMN +/- sécrétine : Augmentation de volume ou une atrophie du pancréas, irrégularité et hétérogénéité localisées ou diffuse, calcifications pancréatiques, kystes intra-pancréatiques, anomalies canalaire.
- ▶ Les tests fonctionnels : Tests fécaux dosage de l'élastase fécale 1 (enzyme protéolytique quasi exclusivement pancréatique) et la recherche d'une stéatorrhée, stéatocrite acide sur échantillon de selle.



## ➤ L'écho-endoscopie :

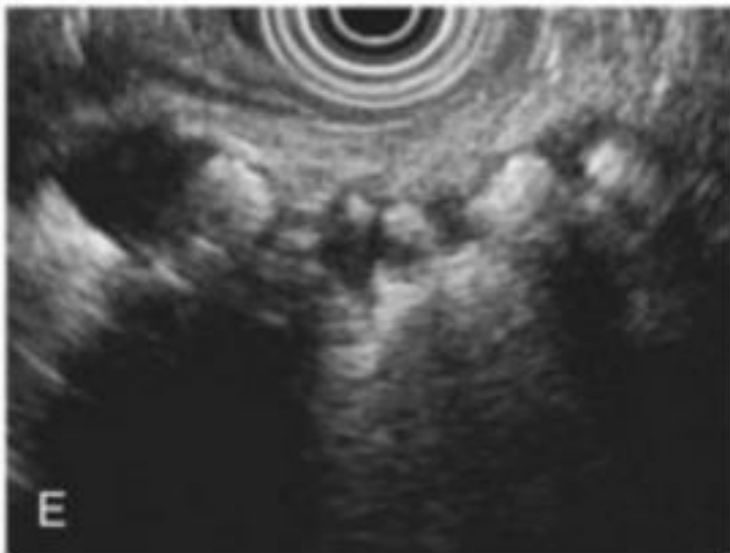
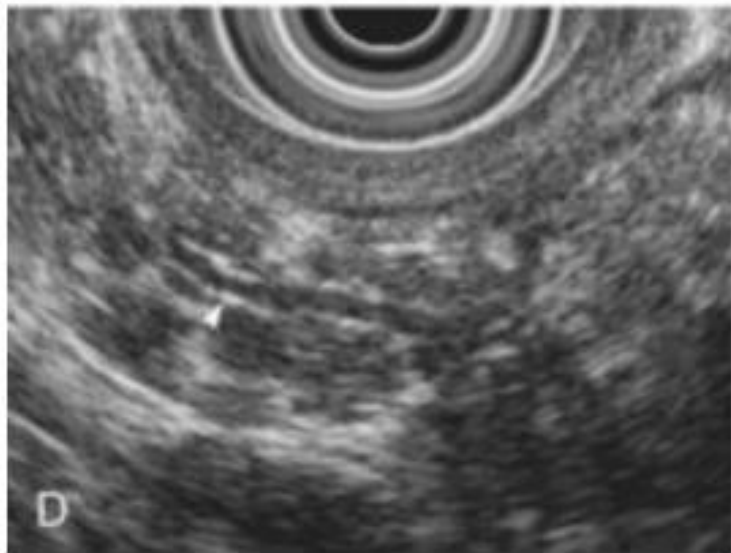
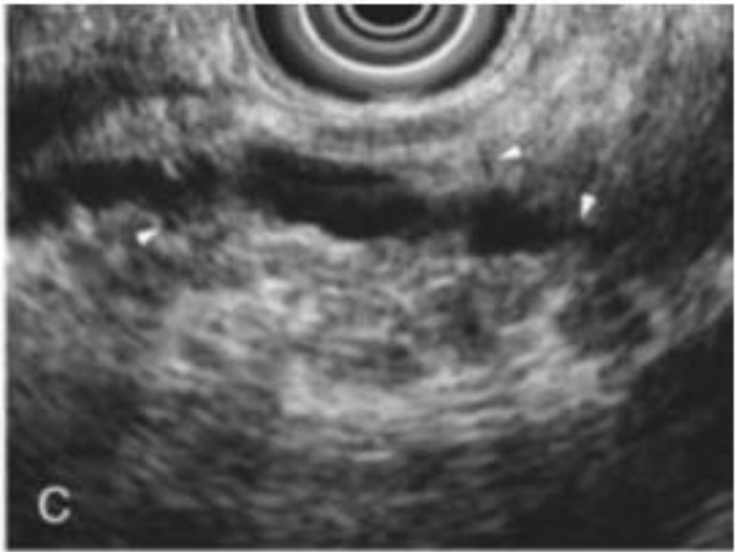
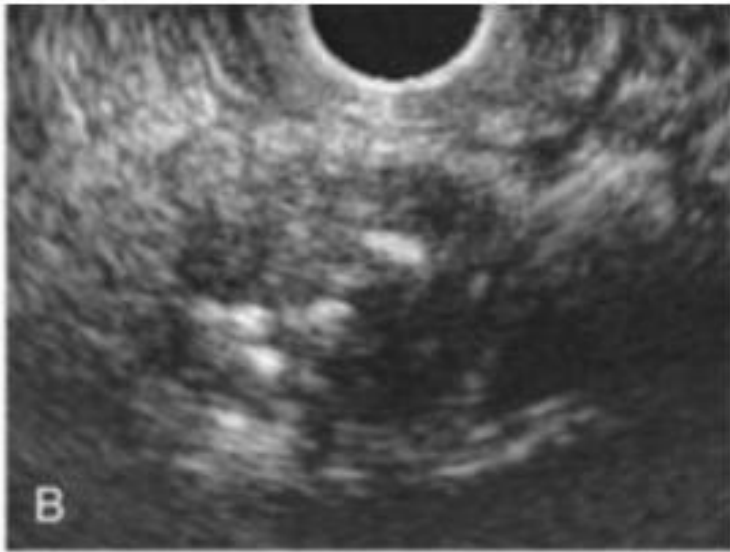
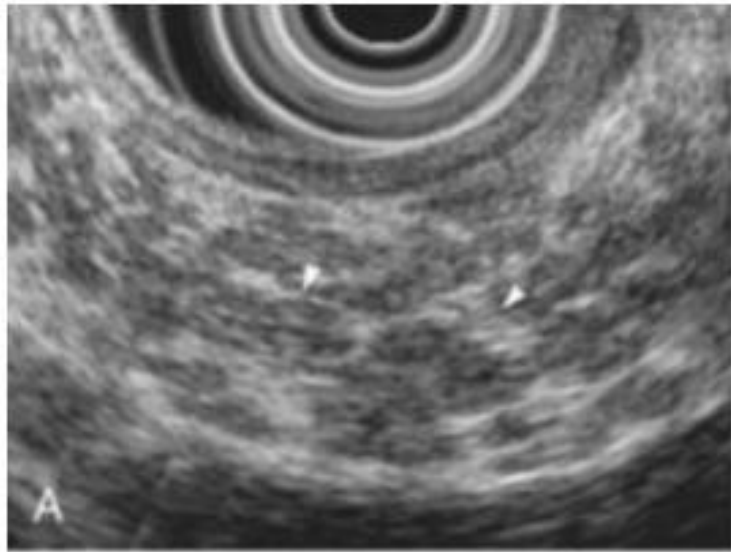
Diagnostic précoce

Multiples classifications : Classification de Rosemont

- Critères majeures :
  - Foyers hyper-échogènes avec cône d'ombre correspondant à des calcifications
  - Lobularité augmentée avec un aspect en rayon de miel
- Critères mineures :
  - Présence de kystes
  - Canal dilaté de diamètre > 3,5mm
  - Contour irrégulier du CPP
  - Canaux secondaires > 1 mm
  - Parois canalaies hyperéchogènes
  - Foyers hyperéchogènes sans cône d'ombre

	Sensibilité	Spécificité
<b>CT</b>	<b>75-90%</b>	<b>85%</b>
<b>IRM</b>	<b>88%</b>	<b>98%</b>
<b>EUS</b>	<b>80-100%</b>	<b>80-100%</b>

(Mayerle J, *Dtsch Arztebl Int* 2013)  
(Schneider A, *J Gastroenterol* 2007)



## Prise en charge de la douleur en cas de PC :

- Arrêt de toute consommation éthylique. !!! L'abstinence ne conduit pas toujours à l'amélioration des symptômes.
- Régime normo-protéique, allégé en graisse voire normolipidique. Effet positif des TG à chaînes moyennes (Peptamen). Rechercher les carences.
- Arrêt du tabagisme
- Supplémentation enzymatique, diminution de la stimulation pancréatique.
- Antalgiques : paracétamol, tramadol, morphinique, AINS, Amitriptyline, Nortriptyline, Pregabaline.
- Anti-oxydant ?



## Les complications tardives de la PC :

### ➤ **L'insuffisance pancréatique exocrine :**

Stéatorrhée : Débit fécal de graisses supérieur à 7 g/j pour un régime apportant 100 g de graisses) et un amaigrissement modéré. Nécessite une destruction >90 % du tissu exocrine.

Selles claires, mastic, très nauséabondes, flottantes et tachant le papier hygiénique comme un corps gras.

Traitement : Créon (25-75 000 unités de lipases par repas principal et 20 à 25 000 par collation à adapter aux plaintes)

### ➤ **L'insuffisance pancréatique endocrine (Diabète) :**

Complication majeure et tardive.

Risque d'apparition de 30 % à 5 ans, 50 % à 10 ans et 70 % à 15 ans

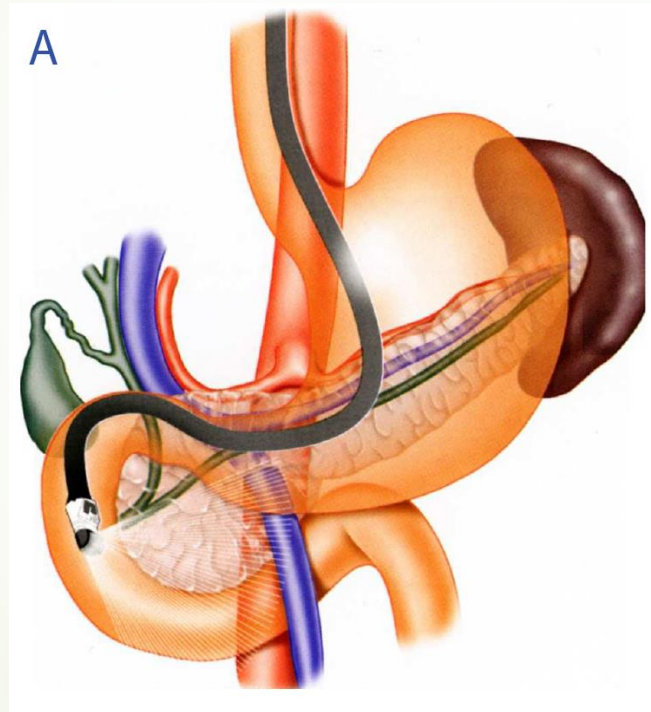
Traitement : Metformine puis insuline. Rôle anti-néoplasique de la metformine.


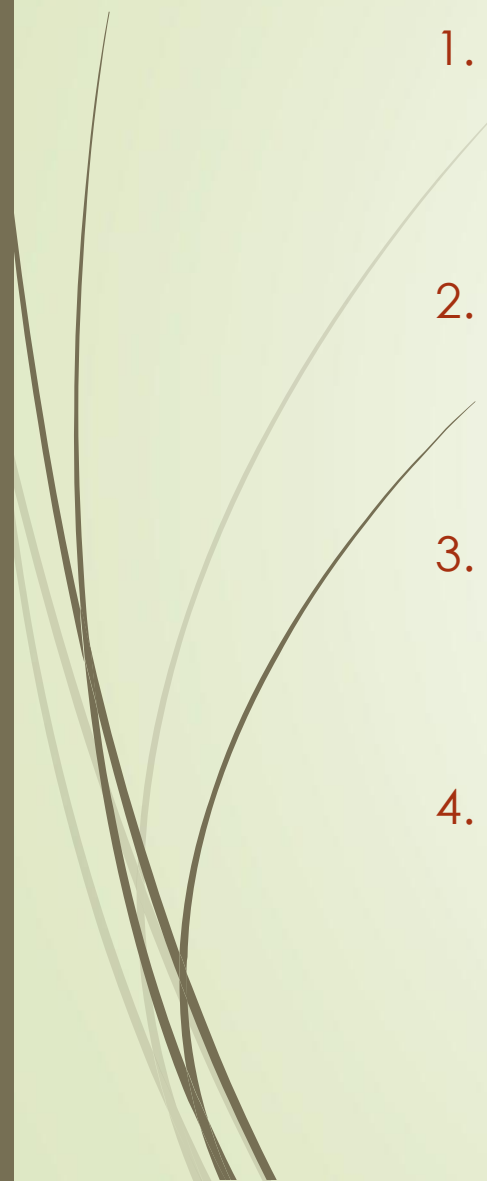
### ➤ **La dégénérescence**

Risque d'adénocarcinome pancréatique accru de +/- 5 %



# Nécessité et indications des traitements invasifs endoscopiques et chirurgicaux



- 
- 
1. Prise en charge de la douleur pancréatique
  2. Drainage biliaire et/ou duodénal
  3. Prise en charge des complications de la PCC
  4. Diagnostic de la néoplasie pancréatique

## Traitement endoscopique (TE) de la douleur en cas de PCC:

Habituellement le premier choix

Peu d'étude (2) randomisée permettant la comparaison avec la chirurgie. La chirurgie semble plus efficace à court et long terme mais résultats très discutés (peu de patients, population très sélectionnée, stade terminal de leur maladie)

P. Dite et al. Endoscopy 2003;35:553-558  
Djuna et al. Gastroenterology 2011;141:1690-1695


Comment améliorer la douleur en cas de PCC :

### **Décompression du CPP et/ou bloc ou neurolyse coeliaque**

Dilatation d'une sténose, extraction de calculs, pose d'une ou plusieurs prothèse(s) dans le Wirsung pour drainer le CPP et calibrer une sténose, sphinctérotomie de la papille mineure pour les divisum.

Le geste endoscopique est associé ou non à une lithotritie extra-corporelle pour fragmentation des calculs. La lithotritie peut être suffisante d'un point de vue antalgique !

Efficacité à court terme 70 à 94% ( 4-6 semaines )et 52 à 82% à long terme

- 
- Le TE permet de faire le bridging en cas d'indication formelle de prise en charge chirurgicale (Pancréatite juvénile ou héréditaire compliquée)
  - Indiquée en cas de contre-indication formelle à la chirurgie (HTP, comorbidités +++)
  - Choix du patient

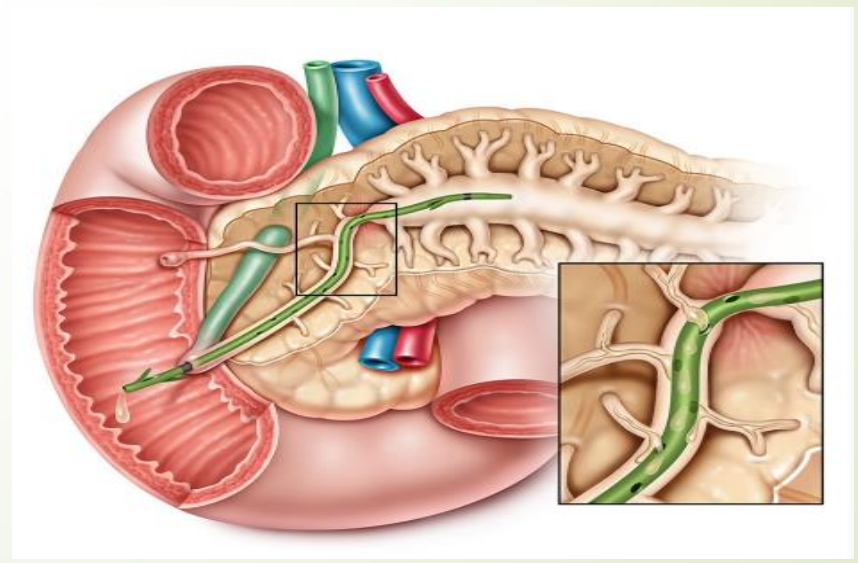
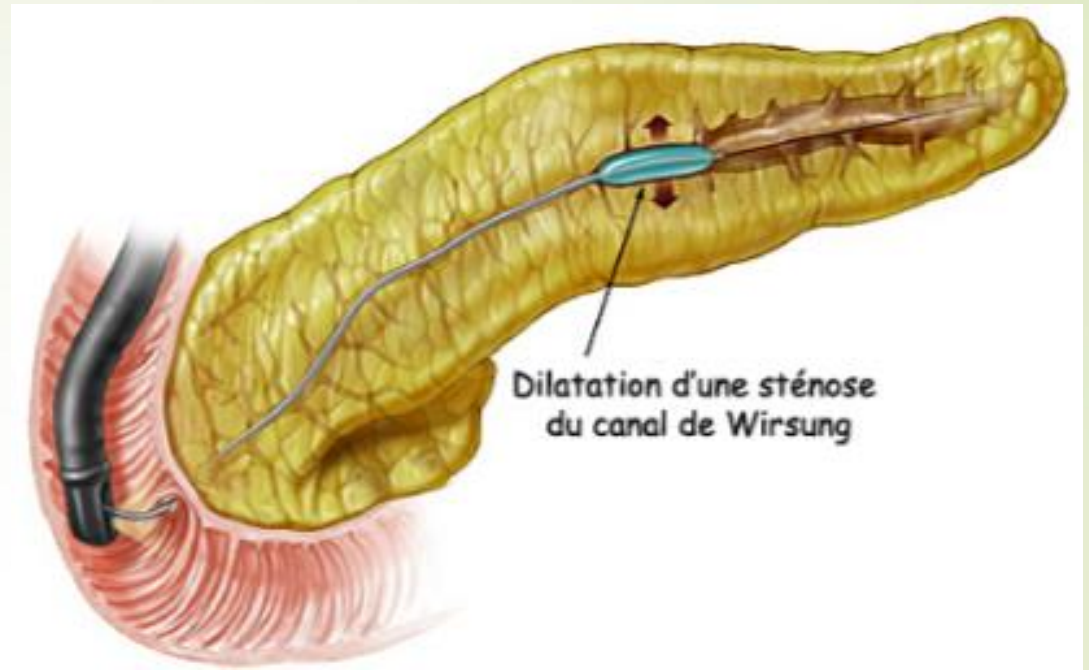
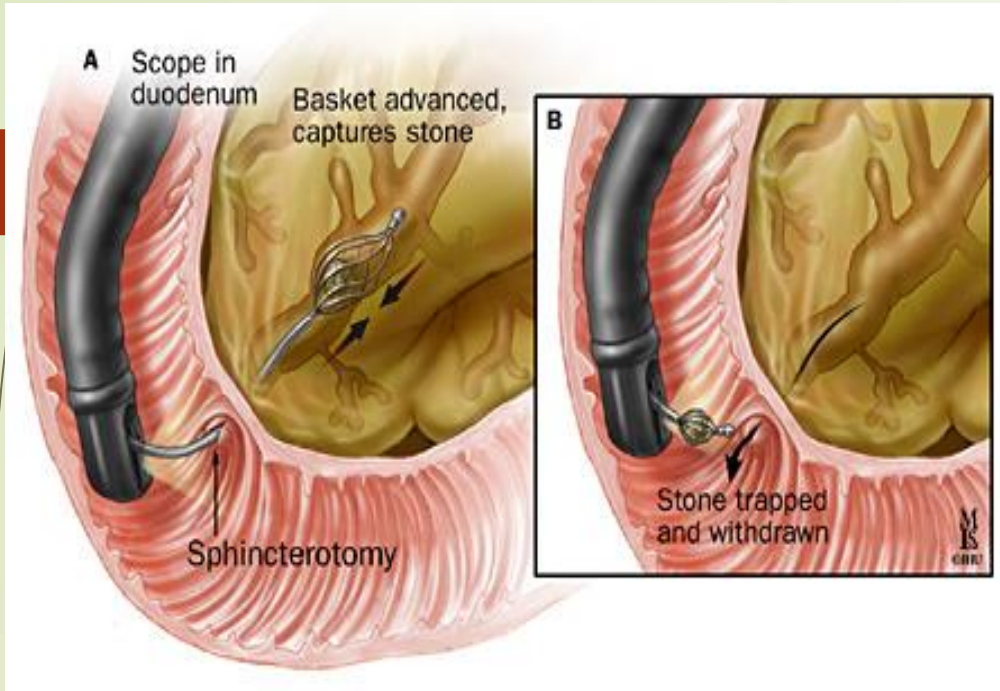


## Indications de la lithotritie extra-corporelle :

Idéalement, avant l'ERCP, en cas de PCC symptomatique

Dans un centre de référence

Calculs de 2-5mm, intra-canalaire, plutôt de la tête du pancréas

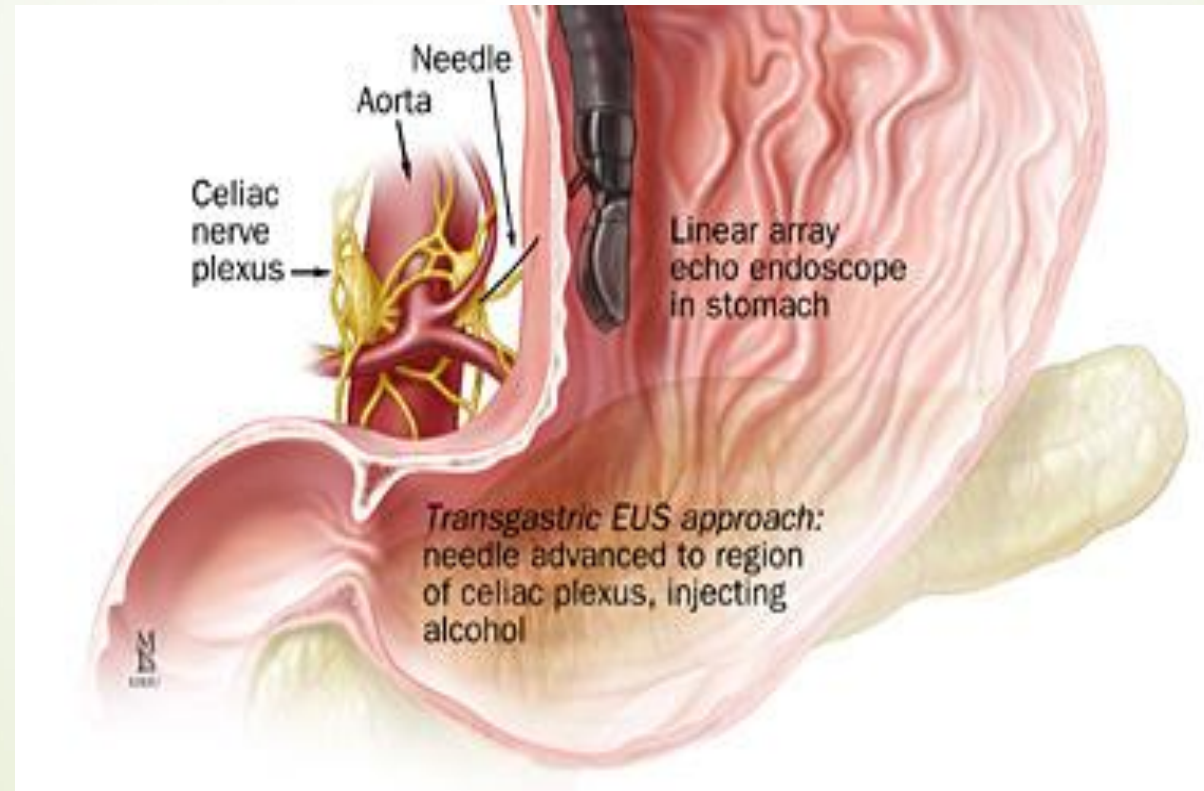




## Prise en charge de la douleur en endoscopie interventionnelle :

- Le bloc coeliaque en EUS ou per cutané sous contrôle CT (chirocaine + corticoïde ou alcool absolue)

Effet variable et limité dans le temps 2 à 6 mois mais peut être répété.





## Traitement des complications de la PC

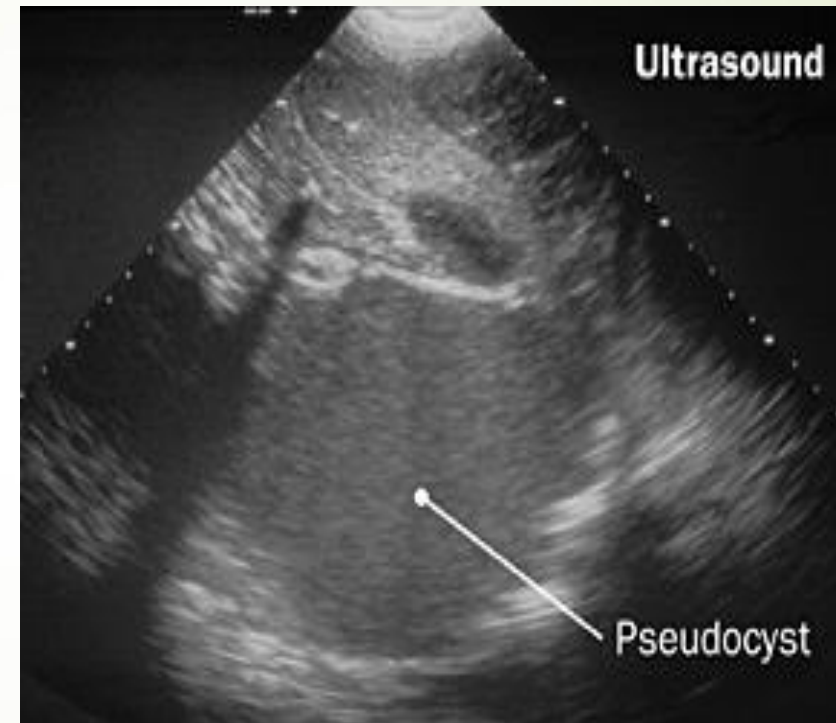
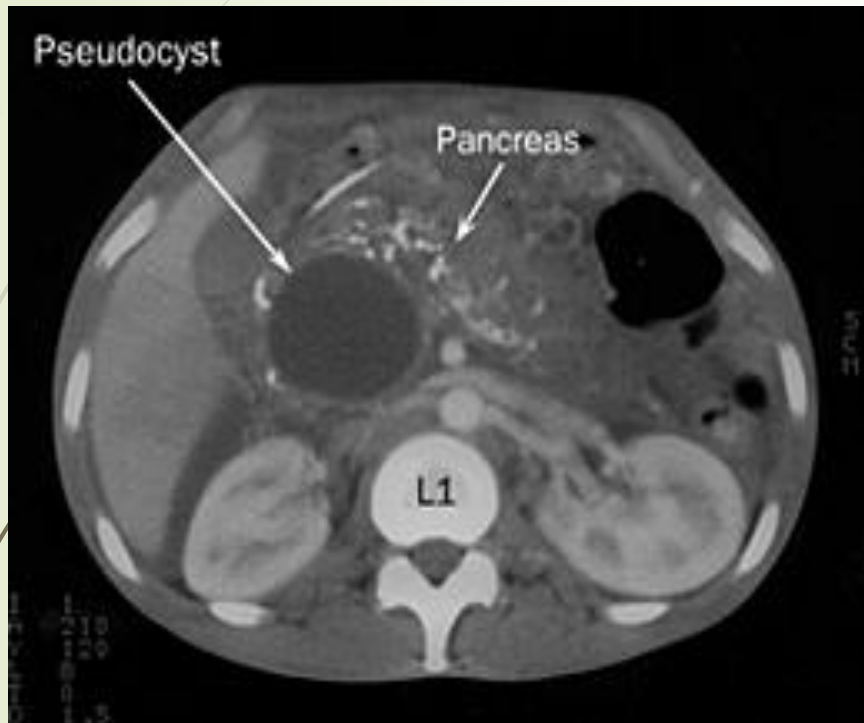
Drainage de pseudokystes symptomatiques ou infectés, nécrosectomie

Suppression d'un ictère par compression de la VBP,

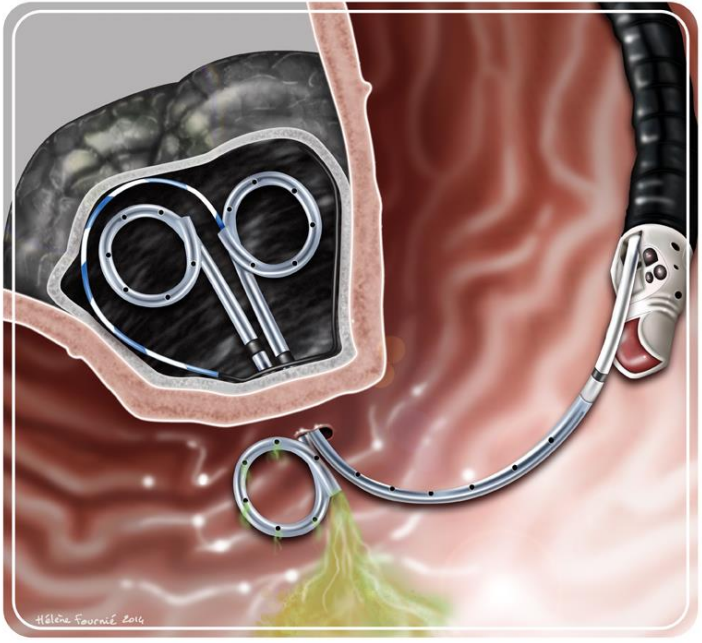
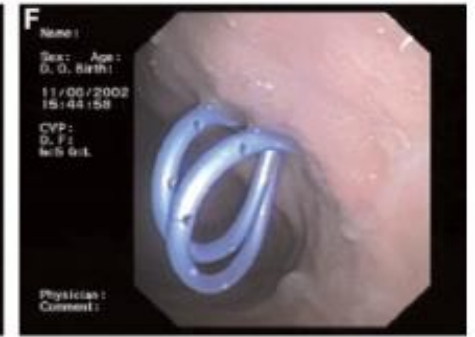
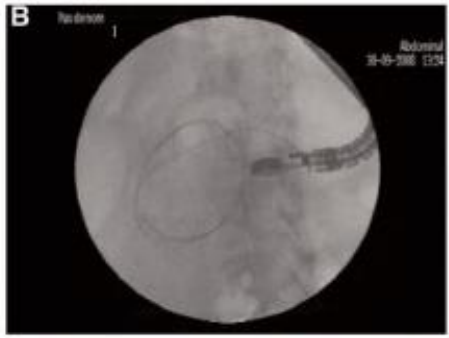
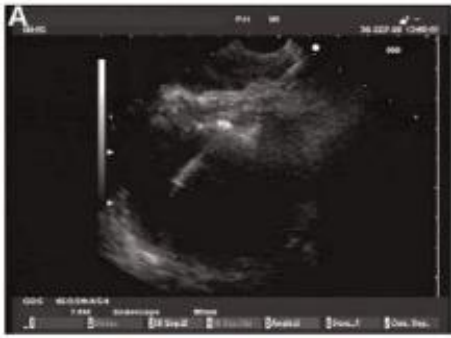
Traitement d'une ascite pancréatique ou d'épanchements pleuraux

Traitement de la sténose duodénale

## Kysto-gastrostomie endoscopique :



Compressif ? Symptomatique au delà de 6 semaines? Infecté ?  
Plus de 4-6 centimètres ?  
Le taux de succès > à 90 %  
Complications : hémorragies, infections et perforations

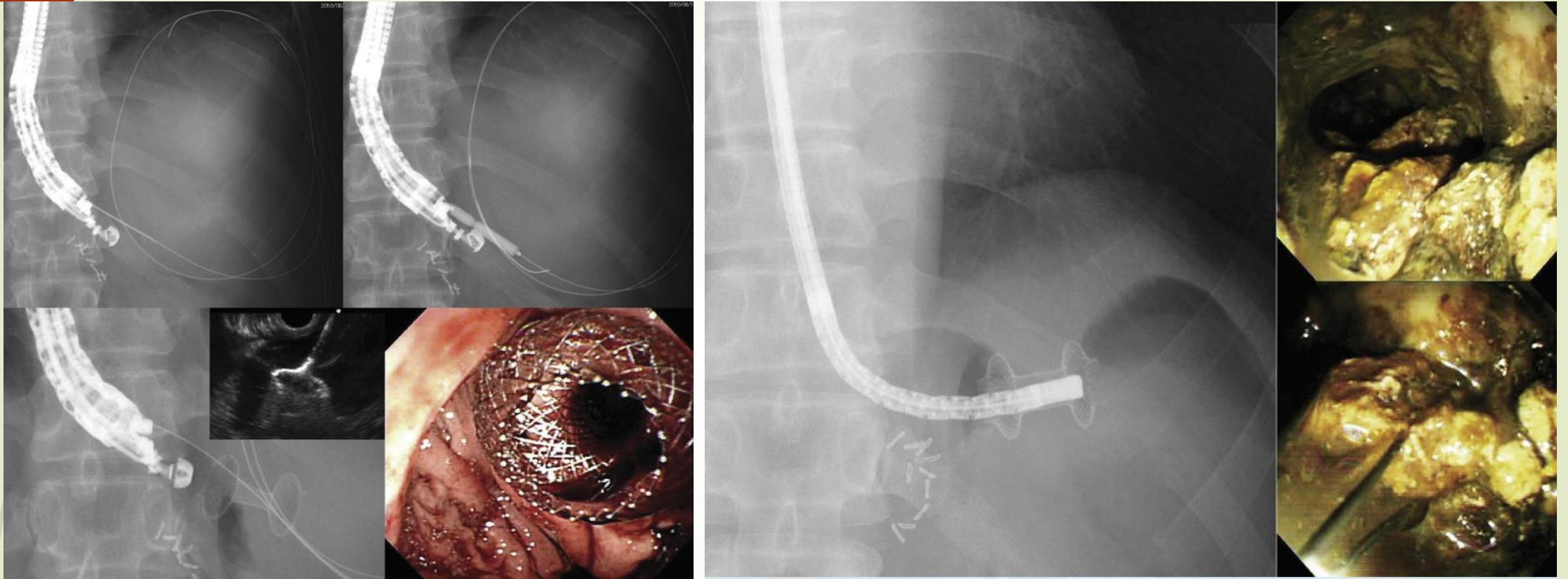




# LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE



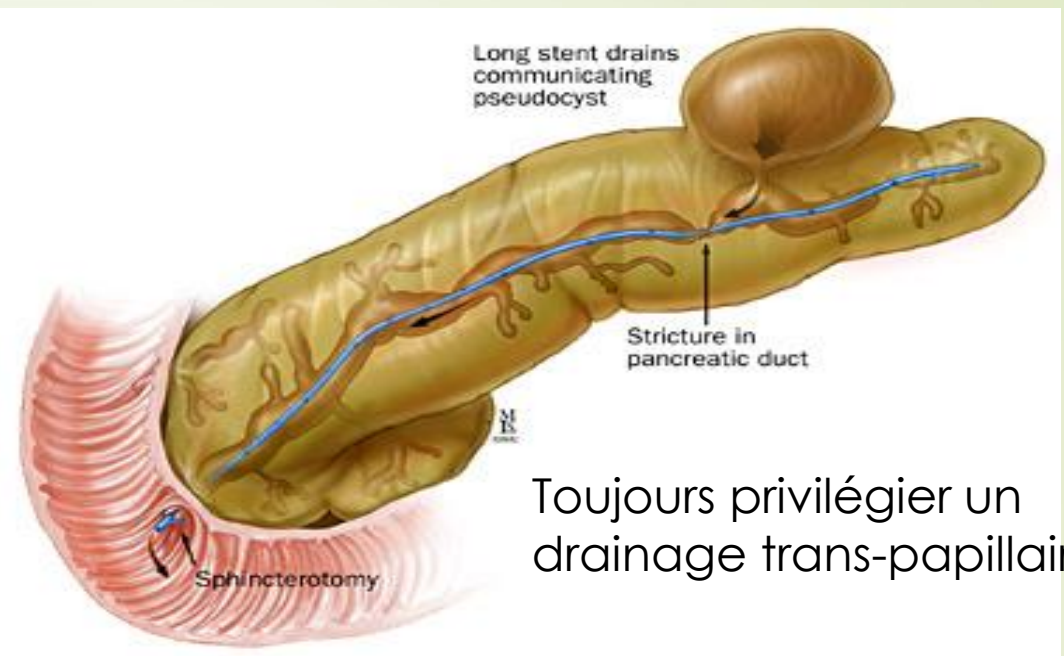
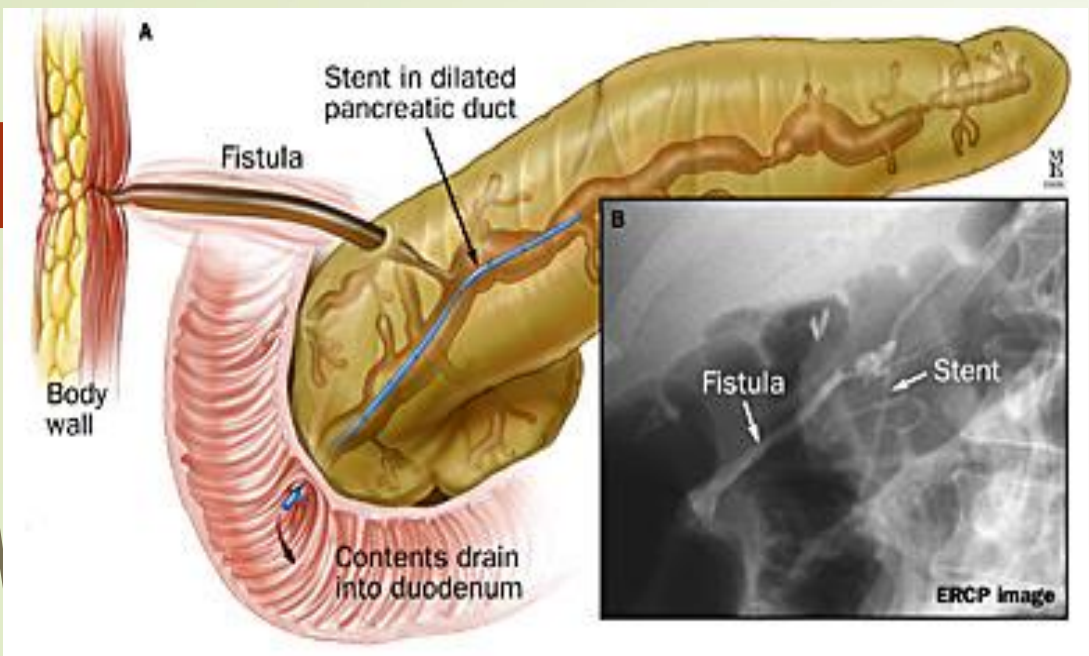
## La nécrosectomie endoscopique :



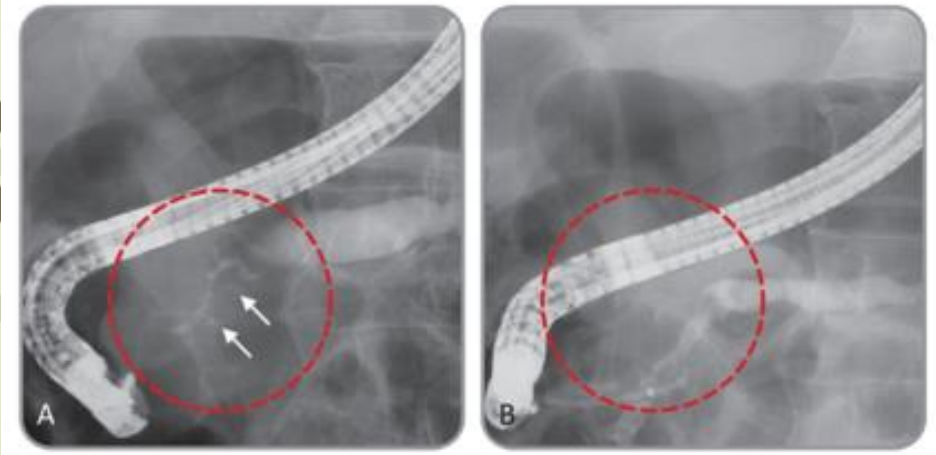
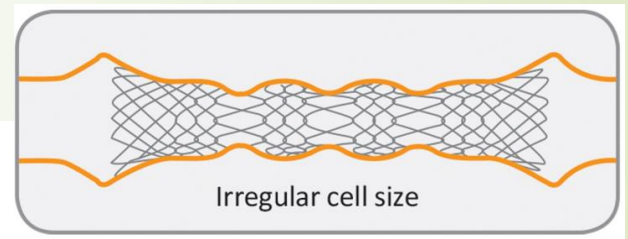
1/3 de complication et de reprise chirurgicale (hémorragie, surinfection, persistance du kyste, migration de la prothèse, ...)

A référer dans un centre tertiaire





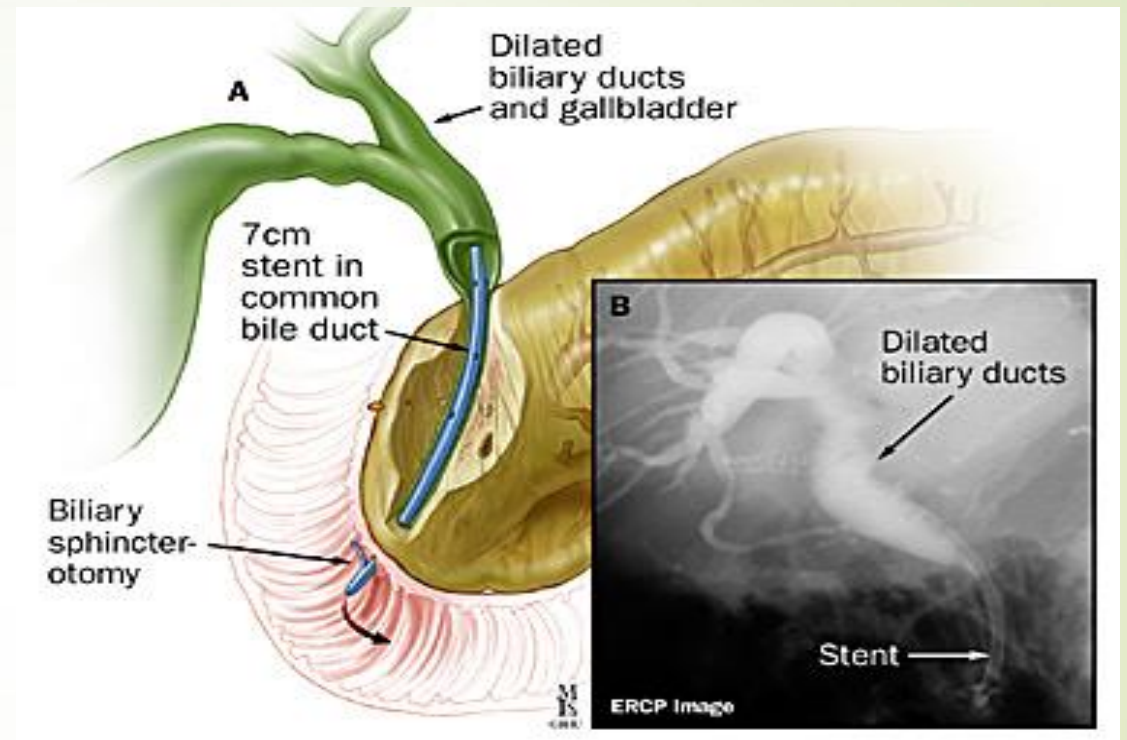
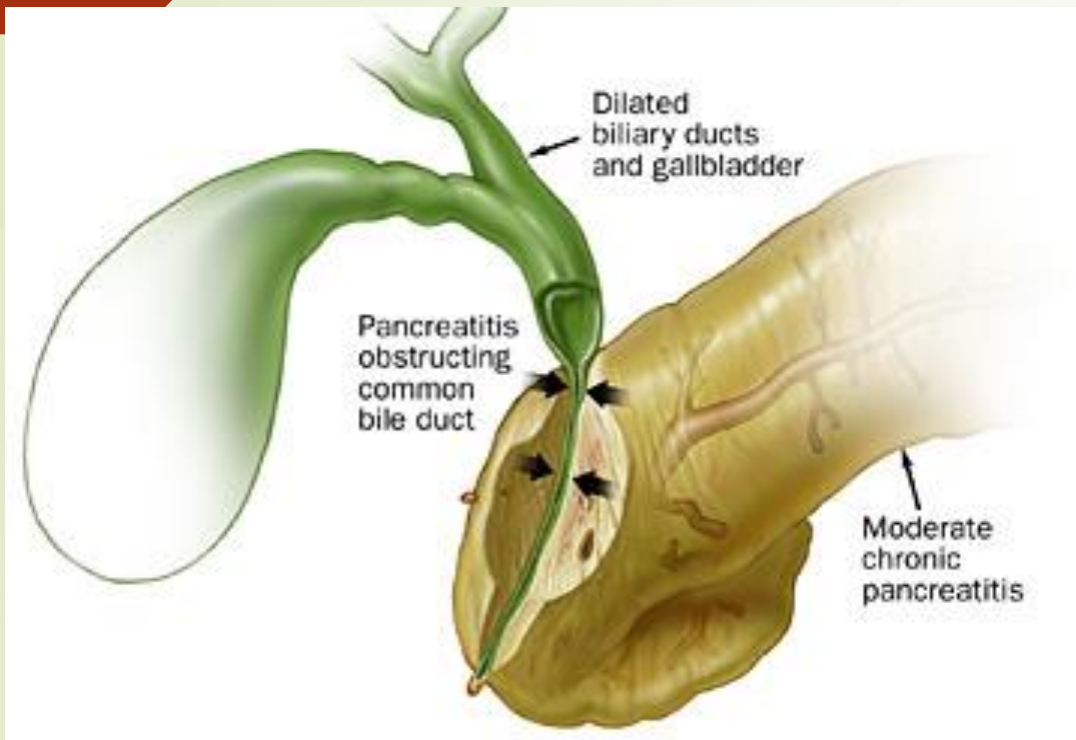
Toujours privilégier un drainage trans-papillaire



◀ **A.** Pancreatograms obtained before placement of the metal stent showing tight pancreatic-duct stricture in the pancreatic head (arrow) associated with marked upstream duct dilation  
**B.** After 3-month placement showing resolution of the pancreatic-duct stricture and improvement of upstream dilation

[GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY 2010;72:86-91]

## Drainage biliaire endoscopique :

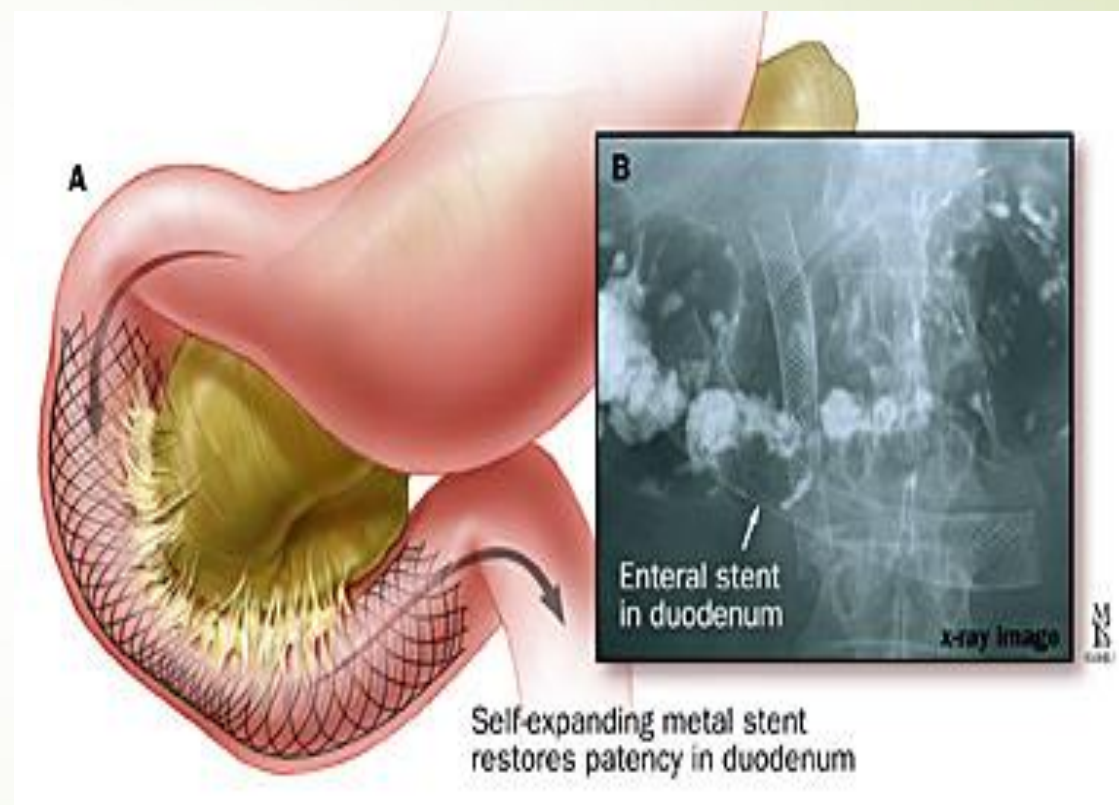
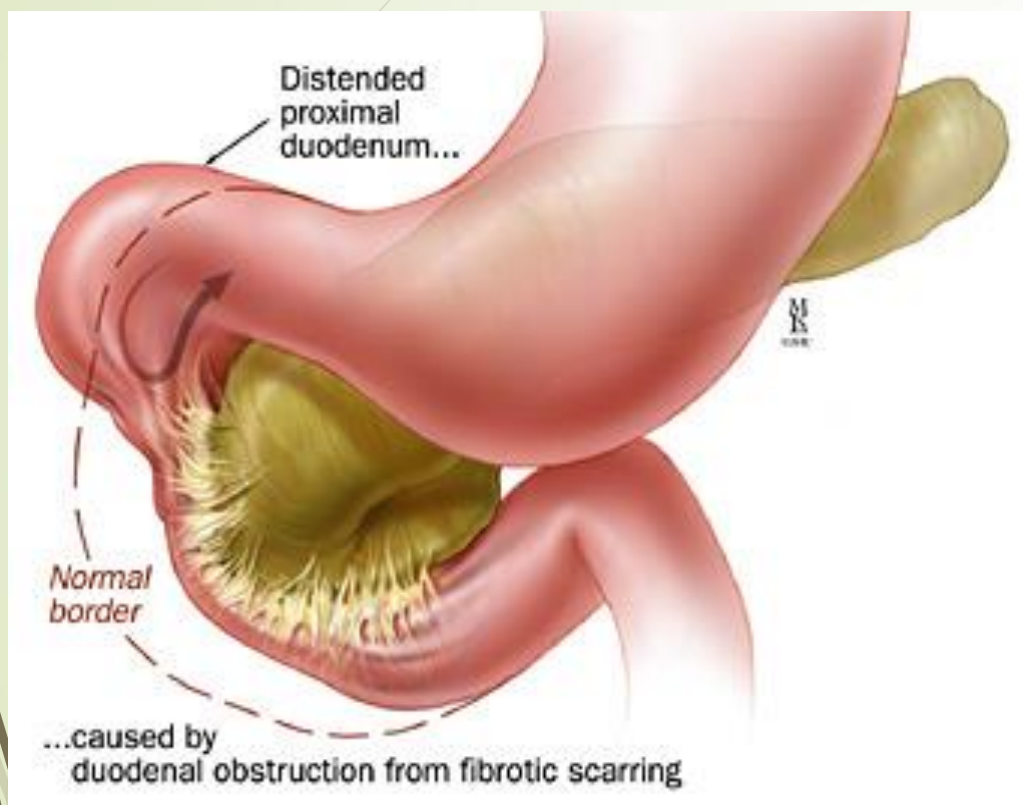


Risque important de récurrence au retrait de la prothèse ou obstruction.

=> Prothèse métallique couverte ou multiples prothèses plastiques pour calibrer la sténose ou **chirurgie**



## Traitement de la sténose duodénale :





## Prise en charge chirurgicale :

### Indications :

- ▶ Douleurs non ou insuffisamment soulagées par le traitement médical et/ou endoscopique
- ▶ Compression ou obstruction d'organe de voisinage sans option ou réfractaire au traitement endoscopique
- ▶ Comprend des exérèses et des dérivations.
- ▶ Soupçons de néoplasie pancréatique
- ▶ Peu d'études mais semble plus efficace à long terme pour traiter les douleurs pancréatiques

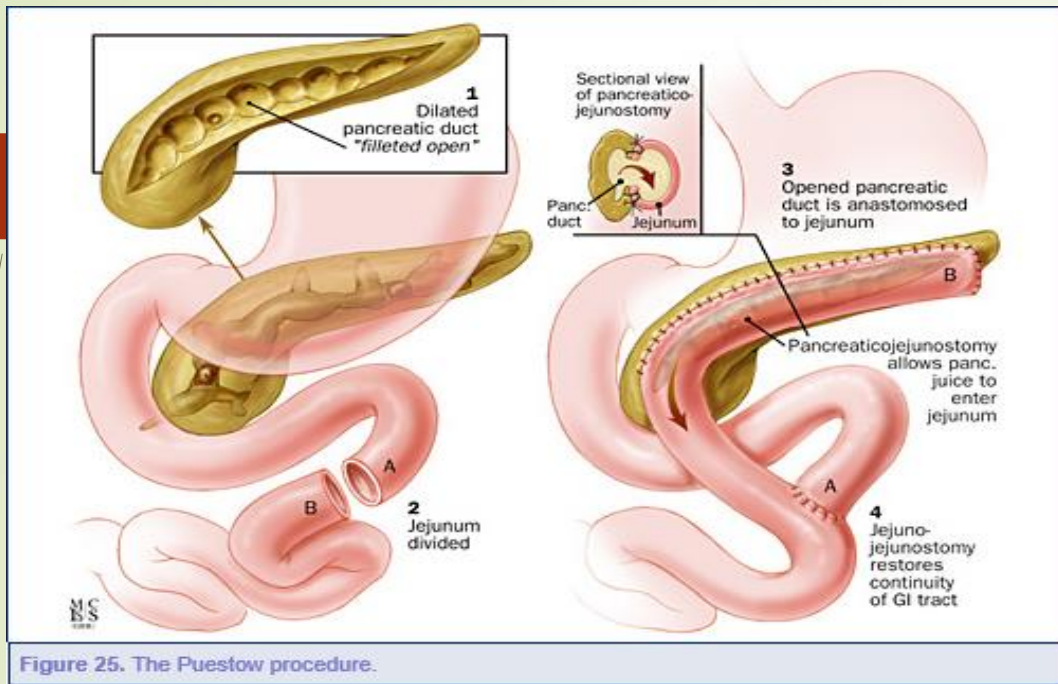


Figure 25. The Puestow procedure.

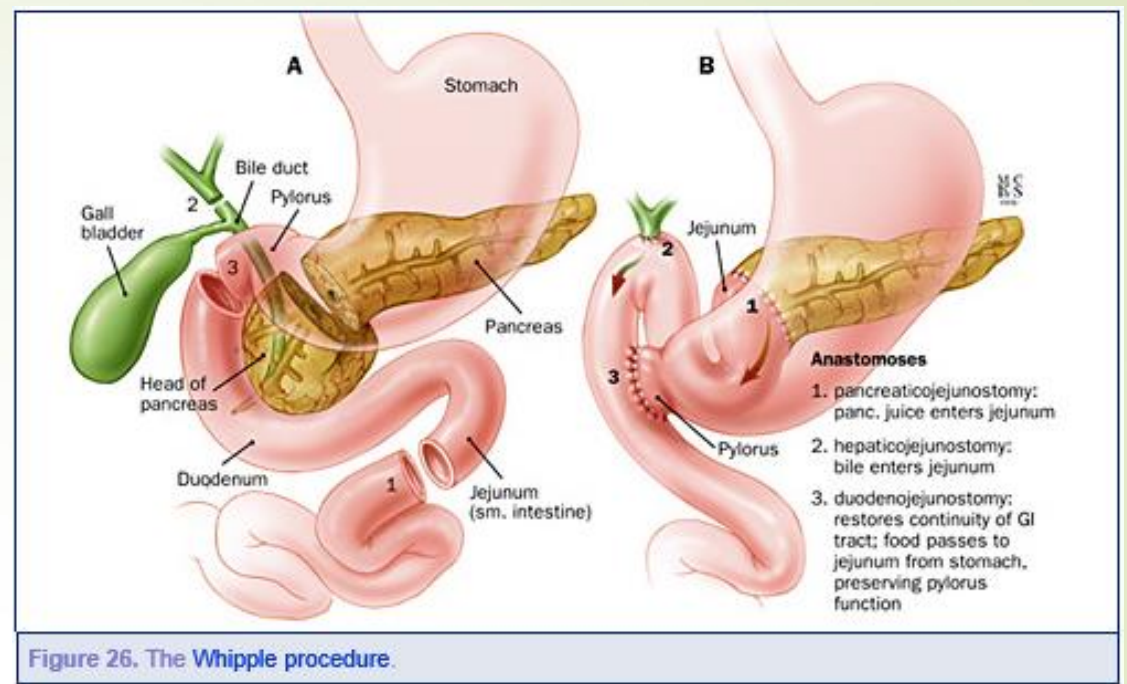


Figure 26. The Whipple procedure.

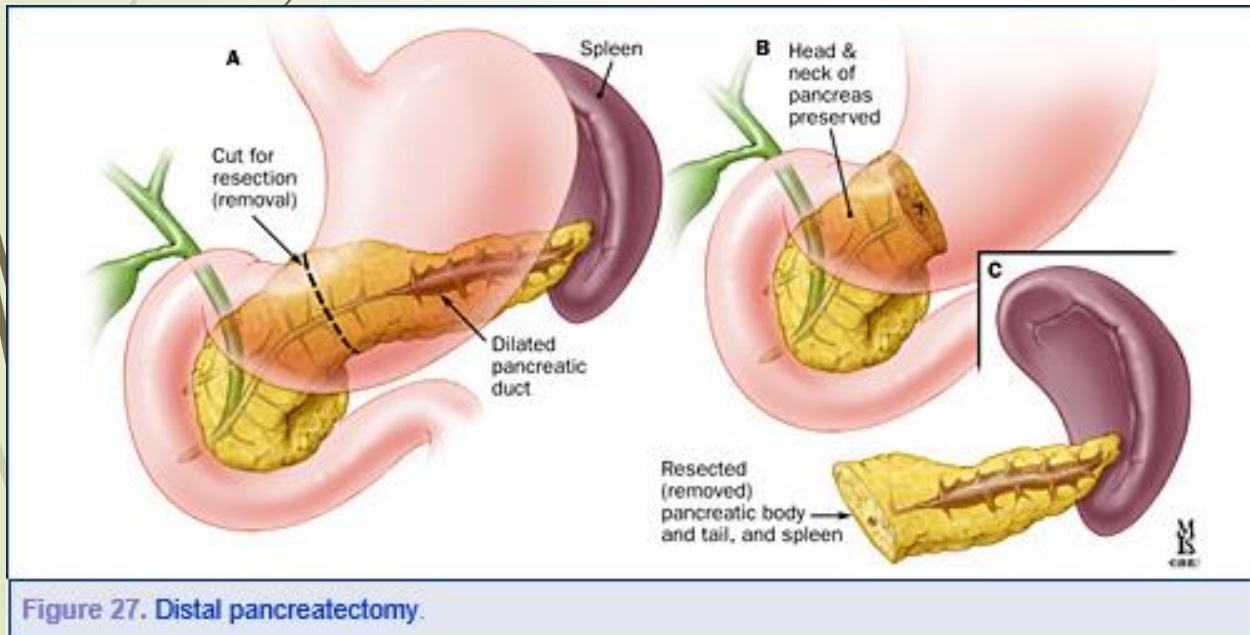


Figure 27. Distal pancreatectomy.

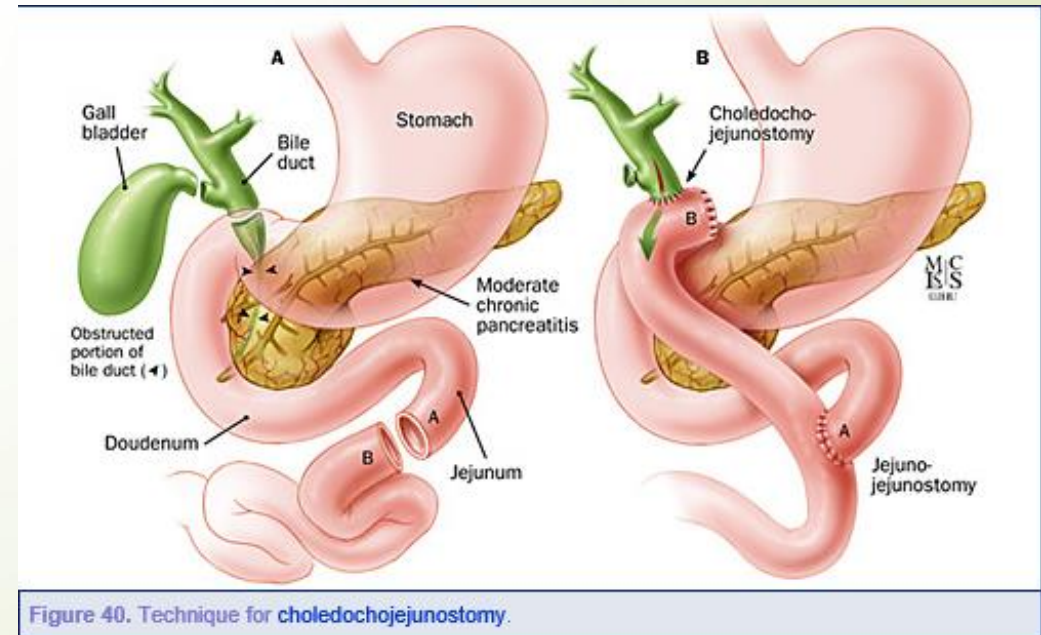
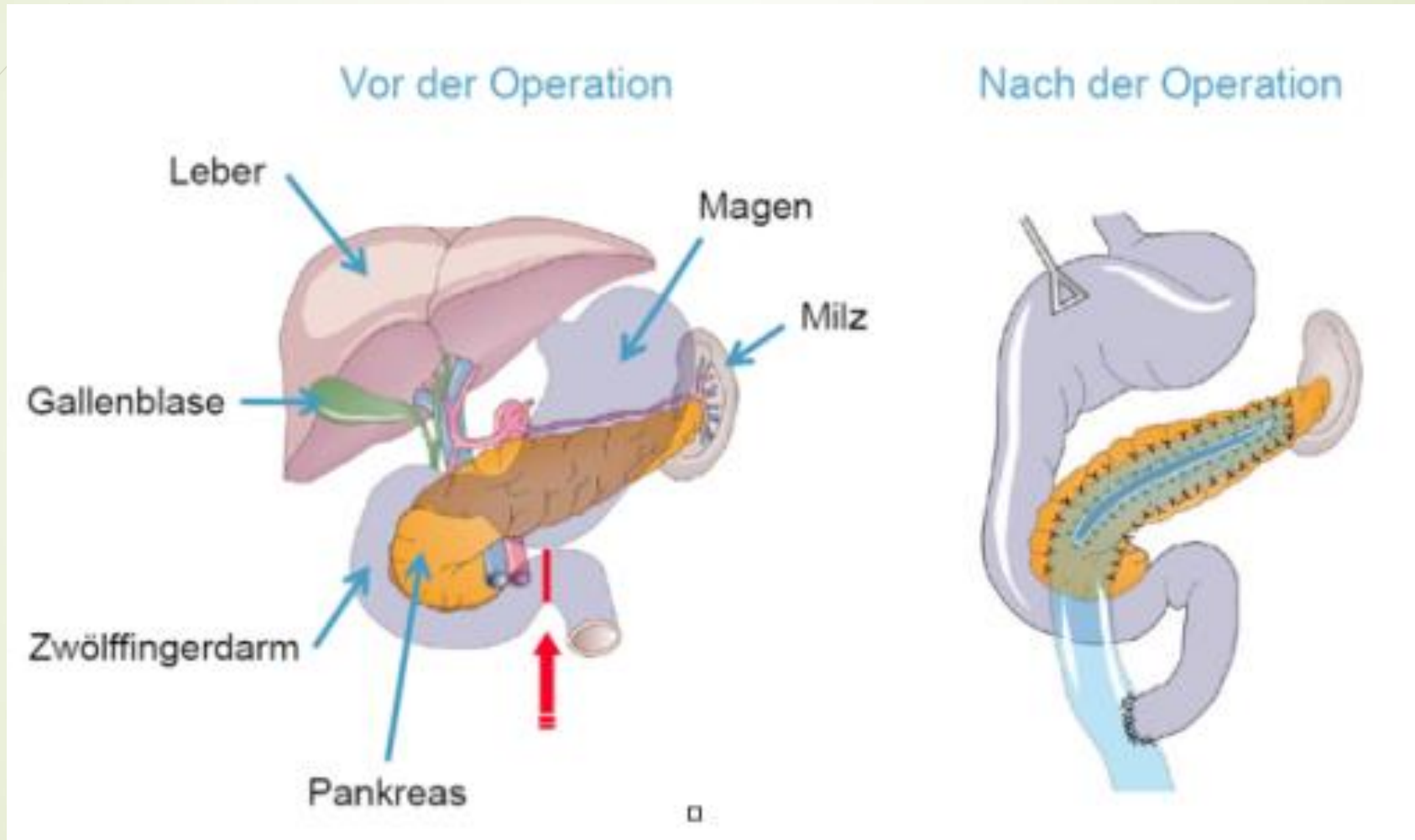


Figure 40. Technique for choledochojejunostomy.



Opération de Frey





## Sources :

1. www.uptodate.com
2. Dumonceau J-M et al, ESGE Guideline for endoscopic treatment of chronic pancreatitis, Endoscopy 2012
3. Barthet M, Traitement endoscopique des pseudokystes pancréatiques Acta endoscopica 2010
4. Nadim Zalaket et al. Traitement de la pancréatite chronique, Médecine thérapeutique 1999;5(7):549-53
5. Johns Hopkins University - Gastroenterology and Hepatology  
[https://gi.jhsps.org/JHGI\\_Directions.aspx?CurrentUDV=31](https://gi.jhsps.org/JHGI_Directions.aspx?CurrentUDV=31)
6. <http://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2014/les-dix-commandements-de-la-pancreatite-chronique>
7. Update on PCC. C. J. Bruns UEG 2016



Merci pour votre attention

Des question ?