

LES FRACTURES DE L'ISTHME DU PANCREAS

A propos de 3 cas

Observation N°1

- Me F, âgée de 41 ans
- Traumatisme thoraco-abdominal par des coups de pieds.
- L'examen à son admission: douleurs abdominales, non systématisés et sans défense
- Biologique: hyperleucocytose et une discrète hyperamylasémie (2N)
- TDM: contusion hépatique du segment III + hypodensité de l'isthme pancréatique

Evolution après 48H

- défense abdominale généralisée + AEG
- TDM: fracture de l'isthme pancréatique associée à un épanchement péritonéal de moyenne abondance
- Biologie: ↑ GB (22000 /mm³), ↑ Amylasémie (3250 UI/l)

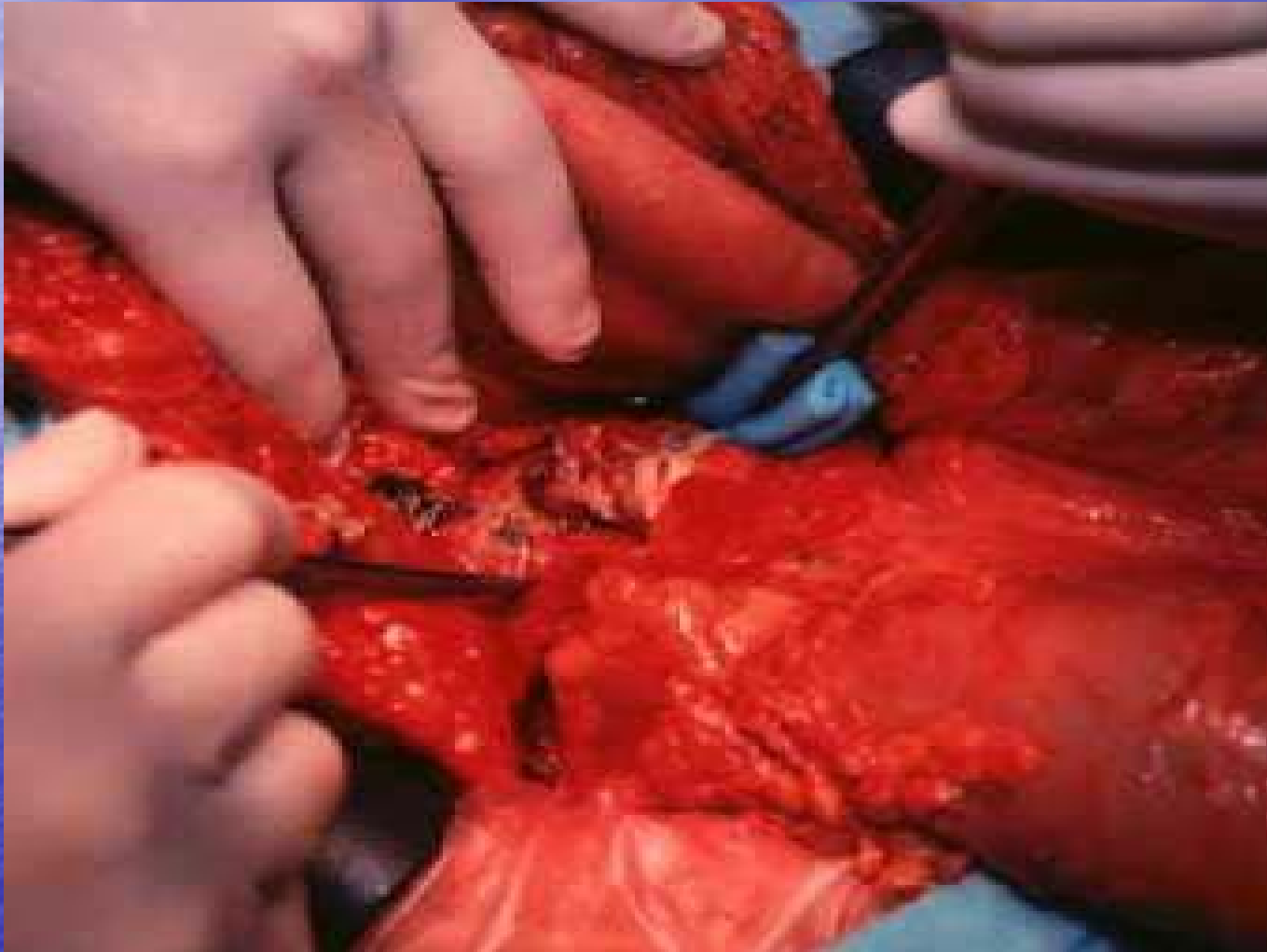
Fig1: Fracture complète de l'isthme pancréatique



Traitement chirurgical

- L'exploration: rupture complète de l'isthme pancréatique et lésions de pancréatite aiguë.
- La cholangiographie per-opératoire par voie transcystique: pas de lésion biliaire.
- Wirsungographie antérograde: RAS
- Traitement: pancréatectomie corporéo-caudale avec conservation splénique

Fracture de l'isthme pancréatique



Evolution

- Les suites opératoires: simples.
- Durée d'hospitalisation: 17 jours.
- L'évolution : satisfaisante. avec un recul de 03 ans.

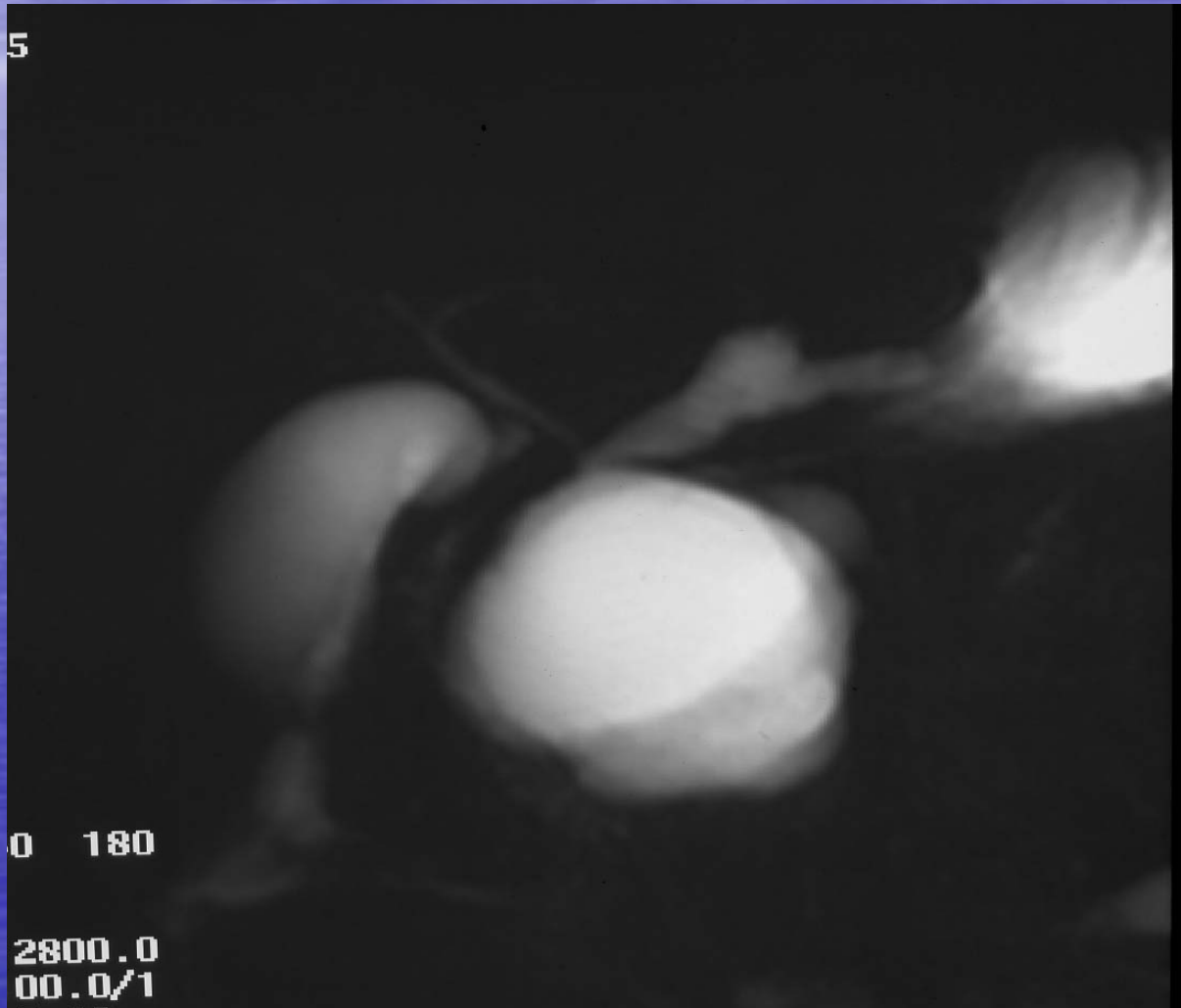
Observation 2

- Mr L, âgé de 34 ans
- Antécédents de toxicomanie et d'éthylisme chronique
- Hospitalisé dans un service de médecine pour une pancréatite aigue dans les suites d'un traumatisme abdominal
- L'état du patient a continué à se dégrader

Bilan paraclinique

- Deux TDM: effectuées à 24H d'intervalle, ont montré des lésions de PA.
- Troisième TDM: apparition d'un hématome en regard de l'isthme
- IRM : solution de continuité du canal de Wirsung au niveau le l'isthme

IRM montrant une collection alimentée par un canal de wirsung



Traitement chirurgical

- Exploration : pancréatite avec coulées de nécroses.
- Pancréas : fracture isthmique
- Traitement : drainage large

Evolution

- Suites : simples
- Durée d'hospitalisation: 40 jours
- Gêne épigastrique croissante s'installe en rapport avec un volumineux faux kyste du pancréas.
- Le patient sera réhospitalisé à deux reprises pour des crises de pancréatites aiguës qui ont régressé sous traitement médical

Formation d'un faux kyste après rupture de l'isthme pancréatique



Evolution

- L'anastomose kysto-jéjunale après un délai de 70 jours.
- Durée d'hospitalisation : 15 jours
- Evolution: bonne.

Observation N°3

- Mlle M, âgée de 19 ans
- AVP en 2003.
- L'examen à l'admission: douleur de l'HCD.
- TDM: contusion du segment IV du foie
- Evolution: majoration des douleurs
- Nouvelle TDM, à 24H d'intervalle: fracture de l'isthme pancréatique + pneumopéritoine

TDM montrant une rupture de l'isthme avec formation d'un faux kyste



TDM montrant une rupture de l'isthme avec formation d'un faux kyste



Traitement

- Intervention chirurgicale: fracture avec nécrose au niveau de l'isthme + lésions de pancréatite aiguë + une plaie de l'angle duodéno-jéjunal
- Traitement effectué: drainage du foyer de fracture + fermeture sur drain de Petzer de l'angle de Treitz

Evolution

- réintervention, six jours plus tard: péritonite aigue secondaire à un lâchage de la fistulisation dirigée.
- Traitement: résection du 4ème duodénum et de la première anse jéjunale + anastomose duodéno-jéjunale.
- Troisième intervention, à j10: évacuation d'un abcès pelvien

Evolution

- Amélioration progressive.
- Durée d'hospitalisation: 46 jours
- Néanmoins, plusieurs crises de pancréatite aigue ont été noté et nécessitant à chaque fois une hospitalisation.
- Une Wirsungo-IRM, effectuée après 6 mois de l'accident: collection liquidienne alimentée par le Wirsung qui présente par ailleurs une solution de continuité

Evolution

- La patiente a été opérée, un an après son accident,
- Anastomose pancréatico-gastrique
- La patiente, a retrouvé depuis une vie normale.

Introduction

- Les traumatismes du pancréas : 0,2 à 6 % des traumatismes abdominaux [2-5]
- AVP: première cause en Europe
- USA: les plaies par balle représentent entre 30 et 45 % des traumatismes du pancréas [4]
- L'atteinte du pancréas est isolée dans 1 à 12% des cas
- associée à une lésion hépatique dans 47 % des cas, estomac (42 %), Rate (28 %) et le duodénum dans 19 % des cas [4].

Introduction

- Le pronostic est conditionné dans la phase précoce par la gravité des lésions associées, responsables de 48,7 à 81,8 % de mortalité des premières 48 heures [1].
- L'atteinte pancréatique elle-même n'est responsable du décès du patient que dans 5 à 10 %.
- Le retard diagnostique et les atteintes du canal de Wirsung sont les principales causes de morbidité et mortalité.

Diagnostic

- Le tableau clinique est extrêmement variable et généralement pauvre et ne permet pas de conclure à une atteinte post-traumatique du pancréas
- pancréatite aiguë après un traumatisme abdominal doit être exploré

Diagnostic

- Dans une étude de Stanley et al [7], englobant 144 patients avec pancréatite aigue sévère d'étiologies diverses, il a été mis en évidence une fuite canalaire dans 37 % des cas.

Biologie

- L'augmentation du taux sérique d'amylases et de lipases est inconstante et non spécifique
- Amylasémie normale, dosée précocement, n'élimine pas une atteinte pancréatique
- 33 % des cas d'hyperamylasémie ne s'accompagnent pas d'atteinte intra-abdominale et seulement 8 % sont associées à une lésion pancréatique [1,3]

Biologie

- Dans une étude de William et al [8], un dosage du taux sérique d'amylases et lipases avait été effectué sur un échantillon de 507 enfants avec traumatisme abdominal ou autre. Il a été constaté que 48% des patients avec une hyperamy/lipasémie ne présentaient aucune lésion intra-abdominale et 3/8 patients avec atteinte du pancréas avaient un taux sérique de ces enzymes normal

Biologie

- La spécificité de cet examen peut être améliorée par la répétition des dosages ou avec des taux élevés d'amylasémie dépassant 500 UI [3,4,5]

Imagerie

- TDM: sensibilité de 50 à 80 %
spécificité supérieure à 75 % [1,7]
- La performance de cet examen augmente avec sa répétition et un résultat initial normal n'élimine pas le diagnostic [1]
- permet de suspecter une atteinte du canal pancréatique lorsque la fracture touche plus de 50 % du diamètre du parenchyme [6]

Imagerie

- CPRE : recherche d'une atteinte du canal de Wirsung +/- traitement [5]
- Wirsungo-IRM: même performance diagnostic que CPRE + détection de collections locorégionales alimentées par le wirsung [4]

Traitement

- précoce et adaptée
- Morbidité passe de 18 % à 45 % suivant que le traitement a eu lieu avant ou après la 6ème heures [1].
- Mortalité : passe de 11 % à 57 % suivant la précocité du traitement
- Si état hémodynamique précaire: Les lésions pancréatiques doivent bénéficier d'un drainage large
- Si état hémodynamique stable: le traitement définitif doit être tenté durant l'intervention initiale

Traitement

- Contusions superficielles : surveillance
- L'atteinte du canal pancréatique: privilégier geste définitif qui sera la résection ou parfois une reconstruction

Pancréatectomie corporéo-caudale

- pancréatectomie distale, associée ou non à une splénectomie.
- Le moignon céphalique étant fermé après vérification de l'intégrité du Wirsung et de la papille
- La préservation de la rate sans prolongement significatif de la durée de l'intervention est possible dans 50 % des cas [6]
- Doit laisser au moins 30 % de parenchyme sain
- Mortalité: 6,2 à 23 % [3]

DPC

- DPC: intervention longue et inadapté dans ces conditions d'urgence
- L'anastomose bilio-digestive de petit calibre
- L'anastomose pancréato-digestive se fait sur un parenchyme sain et friable, rendant la survenue de fistules relativement fréquentes (66%) [9].
- Le risque de fistules peut être majoré par le contexte septique et les lésions de pancréatite
- Mortalité de DPC dans ces conditions: 30 % [1]

Fermeture du versant céphalique et anastomose du versant corporel

- Option très intéressante
- Permet de traiter la fracture tout en préservant le parenchyme
- Intervention plus courte que les deux précédentes
- suppose des conditions locales favorables que l'on peut avoir dans les prises en charge précoces

Traitement des cas tardifs

- aux stades tardifs: drainage au contact du foyer de fracture.
- Evolution:
 - Fistule pancréatique externe qui peut finir par se tarir dans les 6 mois [8]
 - Pseudokyste
- Pseudokystes asymptomatiques: abstention thérapeutique
- Les pseudokystes développés sur une lésion du wirsung au niveau de l'isthme nécessitent dans la grande majorité des cas un geste chirurgical [9]

Endoprothèses

- Indications: ruptures non complète du wirsung ou capsule pancréatique intact [10]
- Sa place reste à définir dans la prise en charge initial d'un polytraumatisé, d'un patient instable ou dans les cas de nécessité d'un traitement urgent et efficace
- Nécessite une équipe expérimentée

Conclusion

- Le pronostic des lésions pancréatiques est liée au délai de prise et à l'atteinte du Wirsung.
- La DPC est à éviter
- La fermeture du moignon céphalique et l'anastomose du segment distal est à privilégier sinon pancréatectomie distale
- Les endoprothèses sont une attitude expérimentale

REFERENCES

1. **Johanet. H, Fasano. J.J, Marmuse. J.P, Fichelle. A, Saint-Marc. O, Benhamou. G et al. Traumatismes du pancréas: urgence diagnostique et thérapeutique. J. Chir. (Paris), 1991, 128, n° 8-9, p. 337-342**
2. Sukul. K, Lont. H. E, Johannes. E. J. Management of pancreatic injuries. Hepato-Gastroenterol. 39 (1992), 447-450.
3. Sriussadaporn. S. Management of Pancreatic Injuries. J Med Assoc Thai. Vol 77. N° 11. November 1994. P 580-587.
4. Khan. T.F.T, Zahari. A. Diagnosis and management of blunt pancreatic trauma: A case report with review of the literature. Med J Malaysia, Vol 48, N° 2, June 1993
5. **Reith. H.B, Dittrich. H, Kozuschek. W. Le traitement des traumatismes du pancréas, étude d'une série de 34 malades. J. Chir. (Paris), 1993, 130, n° 5, p. 247-251.**
6. **Leppäniemi. A. K, Haapiainen. R. K. Pancreatic trauma with proximal duct injury. Annales Chirurgiae et Gynaecologiae 83; 191-195, 1994.**
7. Sheridan. R. L, Mitchell. J. Blunt pancreatic transection: management by distal pancreatectomy with splenic salvage. Injury, 1994, Vol. 25, 677-678, December.
8. Baulieux. J, Delpero. J. R. Traitement chirurgical du cancer du pancréas: les exérèses à visée curative. Ann Chir 2000 ; 125 : 609-17.
9. **Perissat. J, Collet. D, Arnoux. R, Salloum. J, Bikandou. G. Traumatismes du duodéno-pancréas. Principes de technique et de tactique chirurgicales. - Editions Techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris, France), Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40898, 1991.**
10. Stephen M. Cattaneo, Jeffrey D et al. Management of a pancreatic duct injury with an endoscopically placed stent. Surgery 2004; 135:690-2