

Les différentes options du traitement d'un pseudokyste du pancréas.

E.Lermite

Journées DESC/SCVO Nantes janvier 2003

Définition et Étiologies

- Symposium d'Atlanta (1992)
- Étiologies :
 - Pancréatite aiguë : 59% à 78% des PK.
 - Pancréatite chronique : 20 à 40 % des PK
 - Post traumatique : anecdotique.

Abstention thérapeutique

- Pourquoi ?
50% de résolution spontanée
- Pour qui ?
 - Asymptomatique et non compliqué.
 - Diminution taille.
 - Étiologie : régresse plus facilement après PA.
- Comment ?
 - Par écho/TDM pendant 4 à 6 semaines.

Traitement radiologique

- Moyens :
 - Ponction percutanée simple
 - Drainage percutané
- Résultats :
 - Morbidité : infection du drain = 48%
 - Récidive après ponction = 60%, après drainage = 7 à 33%
- Indications : PK infectés.

Traitement endoscopique (I)

- Moyens :

- Drainage transpapillaire.
- Drainage transmural :
Dérivation kystogastrique ou kystoduodénale.

- Résultats :

Mortalité = 0.23%

Récidive = 16%

Morbidité = 20%

- transpapillaire = 12% (pancréatite aiguë)

- transmural = 25% (hémorragie)

Traitement endoscopique (II)

- Indications :
 - PK symptomatiques et compliqués
 - Augmentation de taille.
- Contre-indications :
 - PK multiples
 - Suspicion de cancer
 - PK hémorragiques
 - PK non matures (paroi fine).

Traitement chirurgical (I)

Drainage externe

- Technique :
- Résultats :
 - Mortalité : 6 à 10% (mais biais de recrutement)
 - Récidive : 18 à 22%
 - Fistule persistante : 10%
- Indications :
 - PK immatures
 - PK infectés et échec traitement percutané
 - PK rompus ou hémorragiques

Traitement chirurgical (II)

Exerèses

- Technique :
 - Résultats :
 - Mortalité = 10%
 - Morbidité élevée.
- rarement réalisée de 1ère intention.
- Indications :
 - Hémorragie par rupture artère splénique
 - Suspicion de cancer

Traitement chirurgical (III)

Dérivations internes (I)

- Dérivations kystogastriques :
 - **Technique** : voie transgastrique. Ponction du kyste. Ourler paroi PK.
 - **Résultats** :
 - Mortalité : 3 à 5.8%
 - Morbidité : 24% (hémorragie)
 - Récidive : 2.5%
 - **Indications** :
 - Syndromes compressifs et adhérent face post estomac.

Traitement chirurgical (IV)

Dérivations internes (II)

- Dérivation kystoduodénale :
 - **Technique** : voie transduodénale. Manœuvre de Kocher. Ponction du kyste sous la papille. Suture pari.
 - **Résultats** : idem.
 - **Indications** : PK tête et uncus.
- Dérivation kystojejunale :
 - **Technique** : ouverture ACE et dissection PK. Anse en transmésocolique.
 - **Résultats** : idem mais récidence = 4.5%
 - **Indications**: PK bombants face inf pancréas, PK>15cm

Traitement chirurgical (V)

Dérivations internes (III)

- Indications :
 - PK récidivants
 - PK symptomatiques avec autre complication PC
 - PK multiples
 - PK géants
 - Echec du traitement endoscopique ou radiologique

Conclusion

- Aucune étude prospective randomisée ne compare les techniques
- Traitement radiologique : PK infectés
- Traitement endoscopique ou chirurgical : en fonction des centres.
- La chirurgie reste la référence.
- Techniques décrites sous coelioscopie.