

LE TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DES
PANCREATITES CHRONIQUES

DESC de chirurgie viscérale

Nantes, les 12 et 13 janvier 2006

Xavier BRIENNON, service du Pr ARNAUD (CHU Angers)

INTRODUCTION (1)

- 2 types: -pancréatite inflammatoire, généralement calcifiante
 - pancréatite obstructive (tumorale ou post-traumatique)

■ Causes: -ALCOOL (80 à 90%)

- hyperparathyroïdie

- familiales

- tropicales

- post-radiothérapie

- auto-immunes

- idiopathiques

INTRODUCTION (2)

■ Évolution:

1) phase douloureuse:

- par crises
- obligeant à une phase de jeûne
- habituellement soulagée par les antalgiques

2) phase d'insuffisance pancréatique:

- exocrine (stéatorrhée)
- endocrine (diabète)

CAUSES DE LA DOULEUR

☀ Hyperpression canalaire (sténose ou lithiase pancréatique)

☀ Infiltrat inflammatoire péripancréatique et nerveux

☀ Pseudo kystes pancréatiques

☀ Sténose duodénale

☀ Sténose biliaire



Traitement endoscopique

TDM

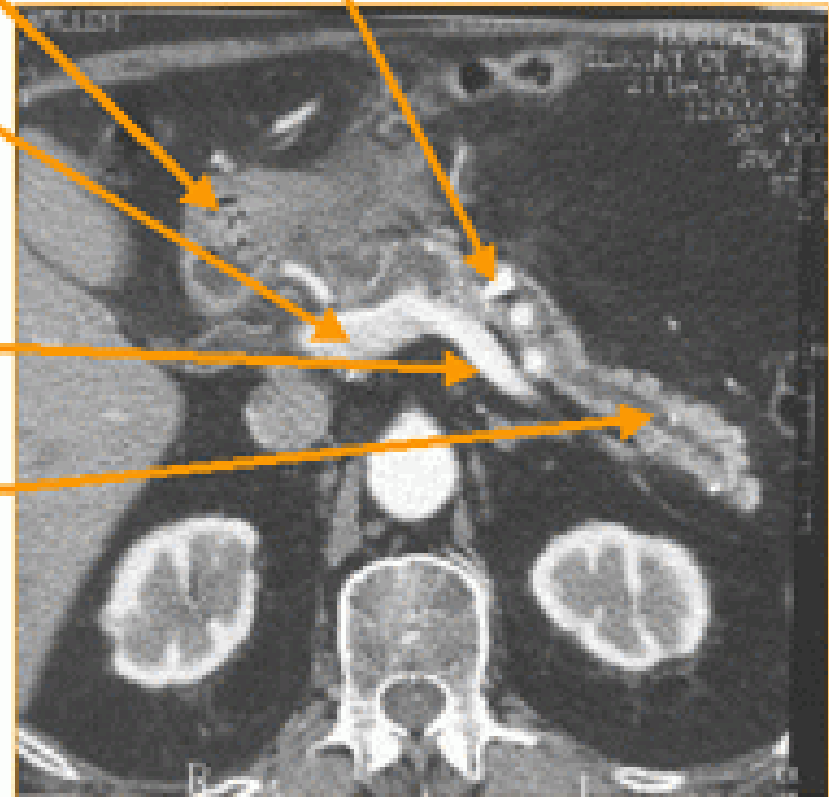
Antre gastrique

Confluent spléno-mésaraïque

Veine splénique

Canal pancréatique dilaté

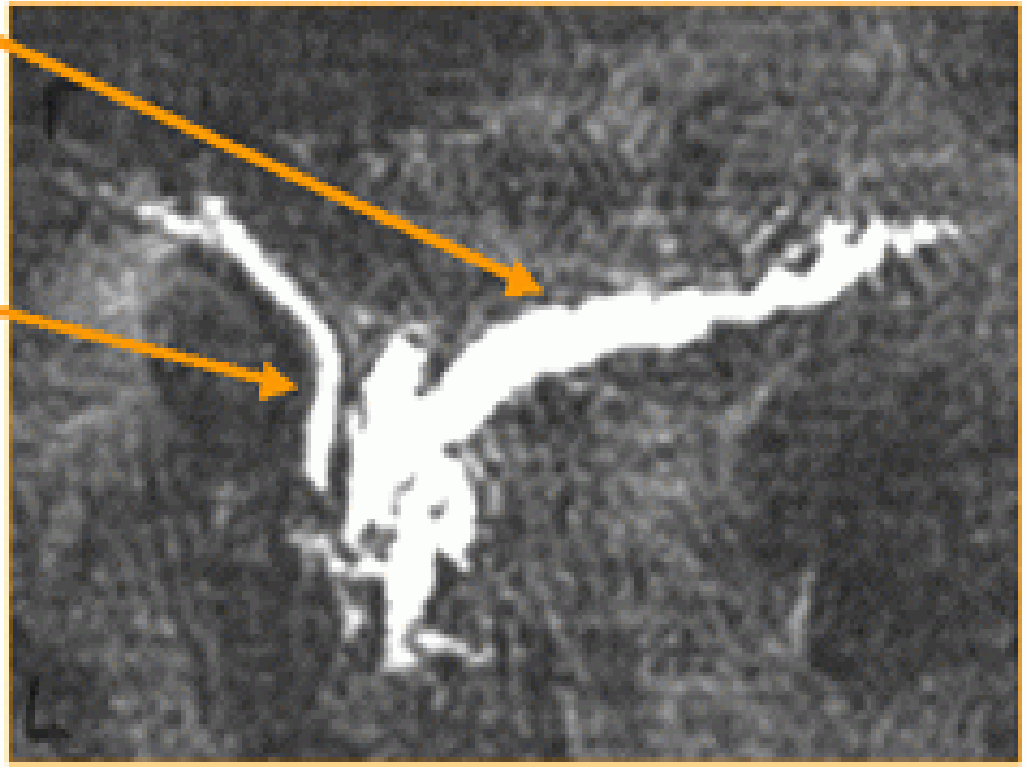
Calcifications dans le corps du pancréas



IRM

Canal pancréatique principal pathologique

Voie biliaire principale normale

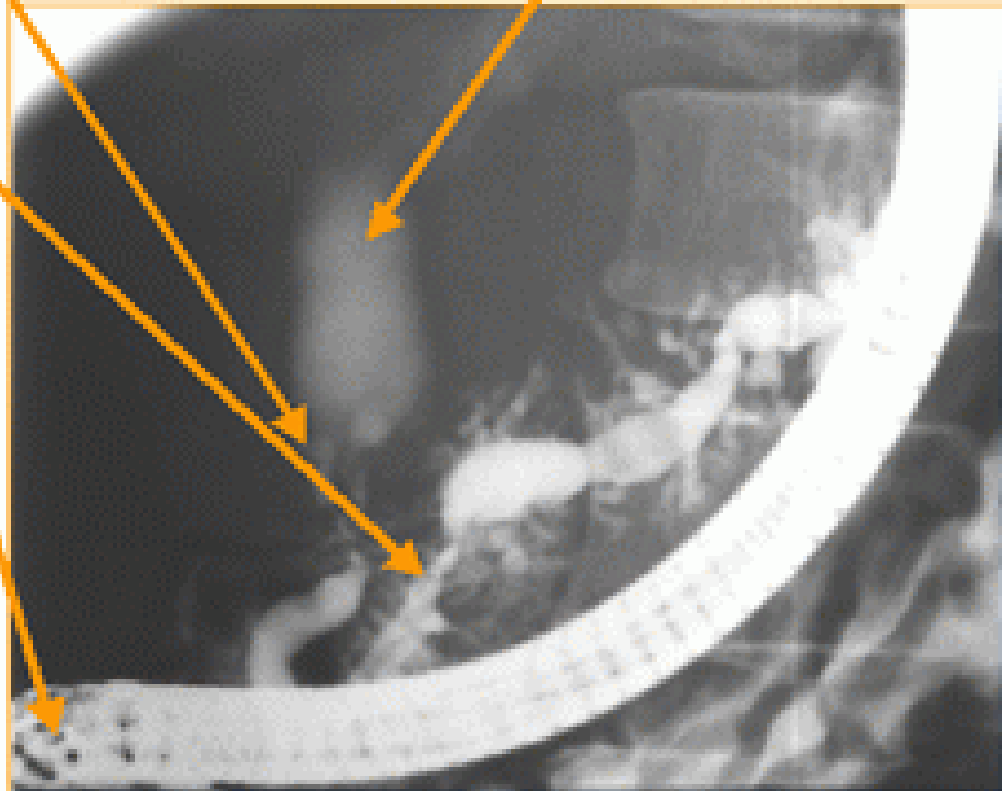


CPRE

Sténose de la voie
biliaire et du canal
pancréatique principal

Voie biliaire dilatée en
amont de la sténose

Endoscope à vision
latérale



PSEUDOKYSTE



COMPLICATIONS

- ☀ Poussées aiguës
- ☀ Sténoses cholédociennes
- ☀ Sténoses duodénales
- ☀ Pseudo kystes
- ☀ Hyperalgie
- ☀ Épanchements séreux
- ☀ Hémorragies digestives
- ☀ Diabète
- ☀ Malabsorption
- ☀ Cancérisation

PRINCIPES DE BASE DU TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

✿ Éliminer au préalable un cancer du pancréas:

-échographie

-TDM ou IRM

-écho endoscopie

✿ Seulement en cas de symptômes persistants et/ou de complications

✿ Disposer d'un matériel adapté

✿ Nécessité d'interventions itératives

➡ compliance du patient

LES DIFFERENTS TRAITEMENTS *ENDOSCOPIQUES*

- Sphinctérotomie pancréatique principale +/- biliaire
- Désobstruction du canal de Wirsung par extraction des calculs intra-canalaies
- Mise en place de prothèses pancréatiques +/- biliaires
- Dilatation au ballonnet ou par forage et intubation
- Lithotritie extracorporelle (LEC)
- Drainage endoscopique des pseudo kystes
- Neurolyse coeliaque

LA SPHINCTEROTOMIE PANCREATIQUE

- Première étape du traitement endoscopique

- Diminue la pression canalaire

- Permet l'extraction de calculs ou de fragments de calculs

- Difficultés techniques:

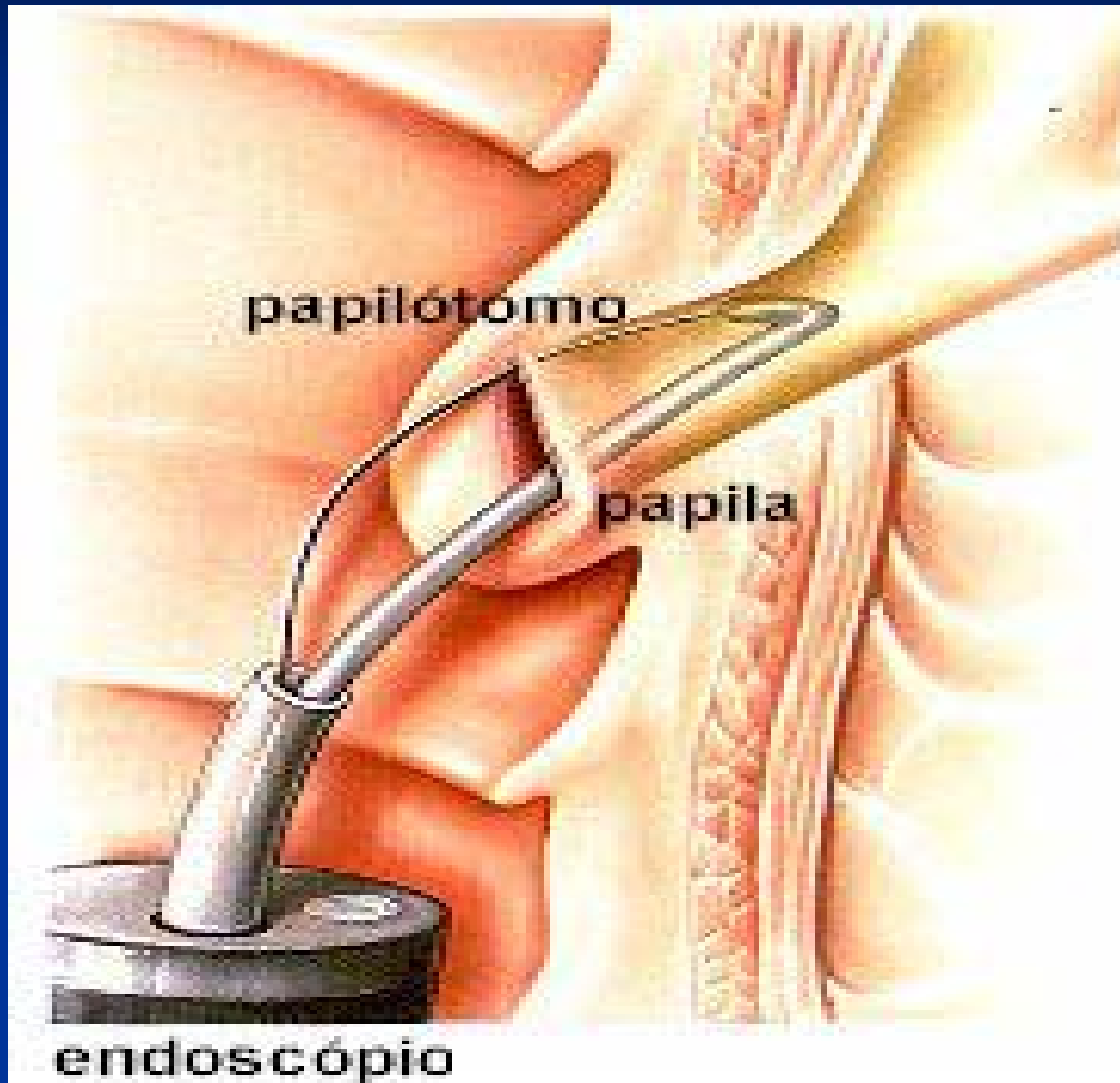
 - canulation profonde du canal de Wirsung

 - nécessité d'une sphinctérotomie biliaire

- Associée à d'autres gestes (LEC, dilatation, prothèse...)

- Morbidité entre 4,2% et 12,6% (Pancréatite aiguë, perforation, hémorragie, infection...)

SPHINCTEROTOMIE



TRAITEMENT DES STENOSES

■ Dilatation avant pose de prothèses:

- bougies de calibre croissant
- ballonnets de haute pression
- par forage (extracteur de prothèse de Soehendra)

■ Mise en place de prothèses:

- après dilatation
- plastiques (métalliques non recommandées)
- remplacements réguliers
- associée ou non à une intubation

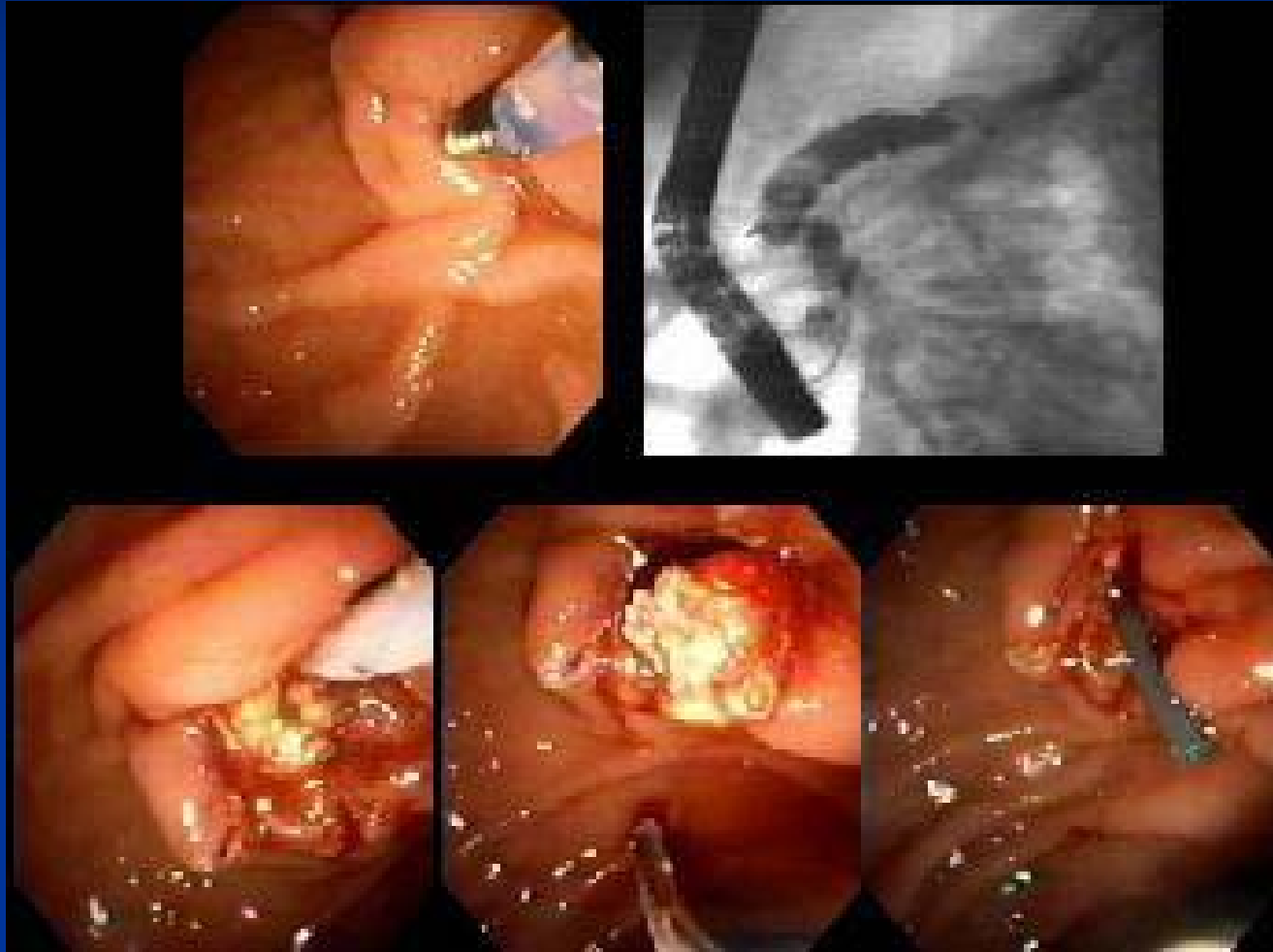
EXTRACTION DE CALCULS

✿ Après une sphinctérotomie

✿ Après dilatation des sténoses d'aval

✿ Précédée d'une LEC pour les calculs impactés dans la paroi

EXTRACTION DE CALCUL



TRAITEMENT DES PSEUDOKYSTES

■ Kysto-gastostomie endoscopique

■ Kysto-duodénostomie endoscopique

■ Drainage transpapillaire

■ Avec drain nasokystique ou prothèse simple

LA NEUROLYSE COELIAQUE

- Par écho endoscopie interventionnelle
- Injection de xylocaïne ou de bupivacaïne et de triamcinolone ou d'alcool
- De part et d'autre et 5 mm au-dessus du tronc coeliaque
- Morbidité faible aux environs de 3% (diarrhées++)
- Efficacité relative: -50 à 55% d'amélioration immédiate
-10 à 30% après 24 semaines

RESULTATS

- Selon une méta-analyse de la littérature, soit 740 cas
- Succès technique du traitement endoscopique: 85% (58-96%)
- Amélioration immédiate de la douleur: 81% (62-100%)
- Amélioration avec recul moyen de 30 mois: 61% (24-95%)
- Complications graves rares

INDICATIONS DU TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

✿ Avant, patients présentant un risque chirurgical

✿ Actuellement, traitement de première intention quand:

-sténoses courtes

-lésions situées dans la tête du pancréas

-dilatation d'amont

-après évaluation de l'effet de l'arrêt de l'alcool

INDICATION DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Doute sur la présence d'une lésion néoplasique sous-jacente
- Échec du traitement endoscopique
- Lésions prédominantes au niveau du corps et de la queue
- Sténose biliaire associée
- Pénibilité ou absence de compliancé au traitement endoscopique répété