



Pancréatite chronique

- [Quelles sont les deux formes de pancréatite chroniques ?](#)
- [Quelles sont les principales causes de pancréatite chronique ?](#)
- [Quelle douleur peut faire penser à une maladie pancréatique ?](#)
- [Quelle est l'évolution naturelle d'une pancréatite chronique ?](#)
- [Quelles sont les principales complications de la pancréatite chronique ?](#)
- [Dans quel ordre fait-on habituellement les examens du pancréas ?](#)
- [Quels sont les examens sanguins utiles au diagnostic ?](#)
- [Quel est le traitement médical de la pancréatite chronique ?](#)
- [Quelles sont les techniques instrumentales non chirurgicales dans la pancréatite chronique ?](#)
- [Quand doit-on envisager un traitement chirurgical de la pancréatite chronique ?](#)

7.2.1. Quelles sont les deux formes de pancréatite chroniques ?

Ce sont les pancréatites inflammatoires, généralement calcifiantes (**figures 1 - 17**) (où il existe des dépôts protéiques, calcifiés ou non, dans les canaux dilatés) et les pancréatites obstructives secondaires à un obstacle, en général tumoral ou post traumatique, sur le canal pancréatique principal.

7.2.2. Quelles sont les principales causes de pancréatite chronique ?

L'alcool est de très loin la cause la plus fréquente (80 à 90 % des cas). Le risque de développer une pancréatite chronique calcifiante débute dès les faibles consommations d'alcool à condition que la consommation d'alcool soit prolongée : plus de 10 à 15 ans pour la femme et 15 à 20 ans pour l'homme.

Les autres causes, beaucoup plus rares, sont :

- l'hyperparathyroïdie (quelle qu'en soit la cause) ;
- les formes familiales (parfois dans le cadre d'une mucoviscidose atténuée) ;
- les formes tropicales ;
- les formes post-radiothérapie ;
- les formes auto-immunes ;
- aucune cause n'est trouvée dans 10 à 20 % des cas.

7.2.3. Quelle douleur peut faire penser à une maladie pancréatique ?

Elle survient par crises de plusieurs heures à plusieurs jours, séparées par des intervalles de calme pouvant durer quelques jours, semaines, mois ou années. Elle a un début rapidement progressif, un siège habituellement épigastrique et a des irradiations postérieures transfixiantes ou dans les hypocondres. Il existe souvent une position antalgique en antéflexion. La douleur peut être de forte intensité. Elle est aggravée presque immédiatement par l'alimentation, obligeant le malade à restreindre son alimentation voire à jeûner. Elle est, en revanche, habituellement soulagée par les antalgiques.

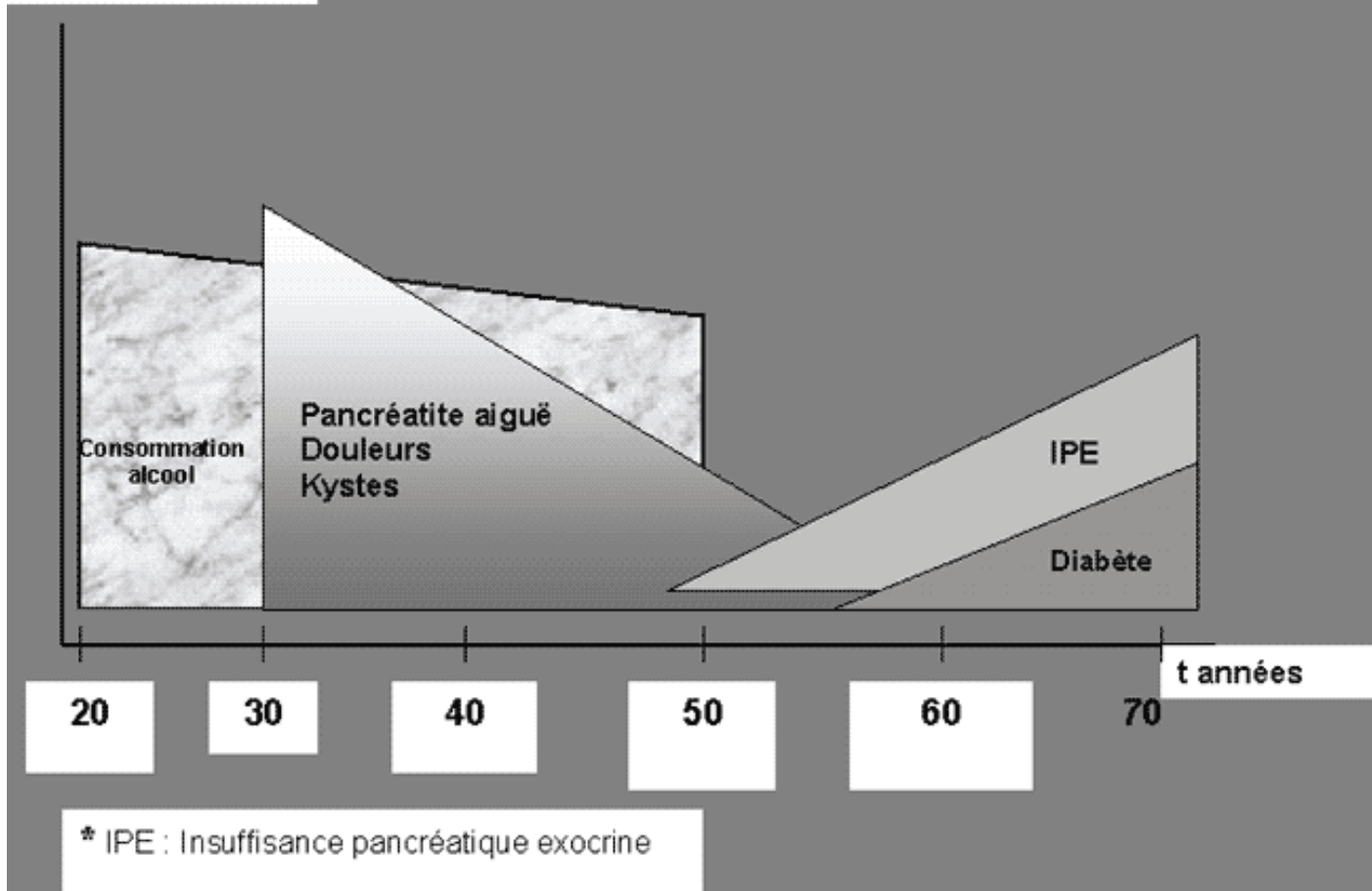
7.2.4. Quelle est l'évolution naturelle d'une pancréatite chronique ?

La pancréatite chronique calcifiante évolue en deux phases. La première, s'étendant sur 10 à 15 ans, est marquée par des crises douloureuses abdominales et des complications aiguës (poussées de pancréatite aiguë, pseudokystes). La seconde, débutant en moyenne 10 ans après les premiers symptômes, est dominée par l'installation de l'insuffisance pancréatique exocrine (stéatorrhée) et endocrine (diabète). A ce moment, les douleurs disparaissent progressivement chez la majorité des malades.

Dans 10 à 20 % des cas, la pancréatite chronique calcifiante évolue dès le début sans symptômes douloureux.

HISTOIRE NATURELLE (pancréatite chronique alcoolique)

FREQUENCE



7.2.5. Quelles sont les principales complications de la pancréatite chronique ?

Ce sont :

- les poussées aiguës observées dans la moitié des cas et qui surviennent surtout dans les cinq premières années d'évolution ;
- les pseudokystes (**figures 18 - 19**) observés dans 20 % des cas environ. Ce sont des collections par distension canalaire (pseudokyste rétentionnel) ou par nécrose (pseudokyste nécrotique), dont le volume est varié ;
- le diabète, observé dans 80 % des cas après 15 ans d'évolution de la PC ;
- la maldigestion intestinale ; elle aboutit rarement à une dénutrition
- les sténoses cholédoquiennes (cholestase avec ou sans ictère) ;
- les sténoses duodénales (rares) ;
- les épanchements séreux (péritoine, plus rarement plèvre) par rupture de kyste ou fistule ;
- les hémorragies digestives :
 - par wirsungorragie (**figures 20 - 22**) ;
 - rupture d'une varice œsogastrique par hypertension portale due à une thrombose de la veine porte ou de la veine splénique ;
 - par ulcère gastro-duodéal associé ;

- la cancérisation est exceptionnelle; elle n'influence pas la prise en charge et le traitement.

La PC est rarement la cause directe de la mort, contrairement aux autres manifestations de l'alcool-tabagisme. La surmortalité est d'environ 35 % (excès de mortalité par rapport à celle de sujets non atteints de cette affection), 20 ans après le début de la pancréatite chronique.

7.2.6. Dans quel ordre fait-on habituellement les examens du pancréas ?

- ASP qui peut montrer des calcifications sur l'aire de projection du pancréas (L1-L2). (**figures 1 - 3**).
- Échographie et/ou scanographie qui peuvent montrer une augmentation de volume de tout ou partie du pancréas ou au contraire une atrophie, des calcifications pancréatiques, une dilatation du canal pancréatique principal, des formations kystiques... La scanographie est devenue indispensable à l'évaluation des lésions intra- et péri-pancréatiques. (**Figures 4>5>6>7>8**).
- Echoendoscopie, qui peut mettre en évidence des modifications canalaire et parenchymateuses minimes, mieux que les méthodes précédentes, mais qui est rarement indispensable au diagnostic (**figures 9 - 10**);
- CPRE qui peut mettre en évidence des sténoses et dilatations des canaux pancréatiques, des calculs intracanaux et une sténose cholédoquienne. Elle ne s'utilise que dans des cas particuliers. (**figure 13 - 17**).
- CPRM, disponible dans certains centres, et dont la place reste à définir (**figures 11 - 12**).

7.2.7. Quels sont les examens sanguins utiles au diagnostic ?

L'amylasémie et de la lipasémie ne sont élevées qu'au cours et au décours immédiat d'une poussée aiguë. Leur dosage au cours de la pancréatite chronique est donc inutile en dehors de cette circonstance. Une cholestase (GGT, phosphatases alcalines, bilirubinémie) doit être systématiquement recherchée d'autant qu'elle ne se traduit par aucun symptôme clinique (ce qui signifie qu'il n'y a pas d'ictère) dans la moitié des cas (GGT, phosphatases alcalines). Elle témoigne de la compression du cholédoque. (**Figure 4 - 5**)

7.2.8. Quel est le traitement médical de la pancréatite chronique ?

Au cours d'une poussée aiguë, le jeûne est associé à un traitement antalgique. Une assistance nutritive (entérale si possible, sinon parentérale) est souvent indiquée. L'aspiration gastrique n'est utile qu'en cas de vomissements incoercibles.

En dehors des poussées aiguës, on associe :

- la suppression totale et définitive des boissons alcoolisées (il n'y a pas de dose seuil sans risque de poussée) ;
- le régime normoprotéique et modérément hypolipidique ;
- en cas de stéatorrhée, extraits pancréatiques gastroprotégés à prendre au milieu des trois repas, à doses suffisantes.

7.2.9. Quelles sont les techniques instrumentales non chirurgicales dans la pancréatite chronique ?

- Ponction ou drainage de pseudokystes par abord percutané guidé par échographie ou scanographie ou par abord endoscopique ou échoendoscopique (kysto-gastrostomie ou kysto-duodénostomie).
- Décompression canalaire par mise en place de prothèses pancréatiques par endoscopie, éventuellement après extraction de calculs. Ces derniers peuvent avoir été fragmentés au préalable par lithotritie extra-corporelle.
- Infiltration des plexus coeliaques par injection d'anesthésiques ou d'alcool absolu guidé par échographie, scanographie ou par abord échoendoscopique.

7.2.10 Quand doit-on envisager un traitement chirurgical de la pancréatite chronique ?

Les indications sont les compressions d'organes de voisinage (duodénum, voie biliaire principale), les pseudokystes non traitables par les méthodes non chirurgicales et la dilatation des voies pancréatiques en amont d'une sténose provoquant des douleurs incontrôlables.

Les techniques font appel à des exérèses (duodéno-pancréatectomie céphalique ou spléno-pancréatectomie gauche), à des dérivations (bilio-digestive ou gastro-entérostomie) et à des drainages internes dans une anse digestive ou l'estomac (d'un pseudo-kyste ou du canal pancréatique principal si il est dilaté). La splanchiectomie, par voie thoracique, peut être proposée en cas de douleurs invalidantes et rebelles.

Les exérèses pancréatiques sont de moins en moins souvent effectuées dans le cas de la pancréatite chronique. Les techniques endoscopiques sont en revanche de plus en plus souvent utilisées en première intention.