

Séminaire de DES du 29 avril 2006

Prise en charge des douleurs au cours de la pancréatite chronique

Pierre-Emmanuel RAUTOU

Physiopathologie de la douleur dans la PC

90% des PC



Physiopathologie de la douleur dans la PC

↑ pression canalaire + fibrose
→ ischémie tissulaire

Théorie du
« compartiment »

90% des PC



Douleur

Physiopathologie de la douleur dans la PC

↑ pression canalaire + fibrose
→ ischémie tissulaire

Théorie du
« compartiment »

90% des PC



Douleur

Théorie
« neurogénique »

Engainement nerveux par un
processus inflammatoire

Physiopathologie de la douleur dans la PC

↑ pression canalaire + fibrose
→ ischémie tissulaire

Théorie du
« compartiment »

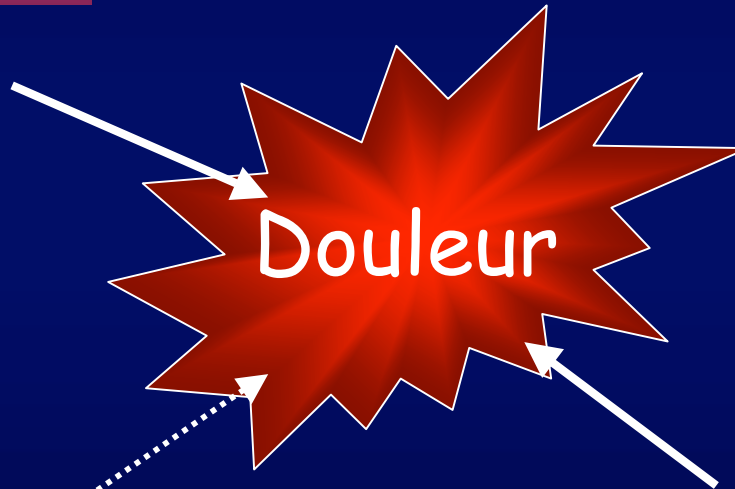
90% des PC

Douleur

Pseudokyste

Théorie
« neurogénique »

Engainement nerveux par un
processus inflammatoire



Histoire naturelle de la douleur dans la PC

- Evolution **spontanée** vers la **sédation** des douleurs, mais après un délai variable de **5 à 10 ans**
- **Stratégie d'attente pas raisonnable**

Ammann, Gastroenterology 1999
Lankisch, Digestion 1993

Traitements des douleurs de PC

- ① Traitement **médical**
- ② Drainage de **pseudokystes**
- ③ Traitement **endoscopique**
 - ✓ Bloc Coeliaque
 - ✓ Drainage canalaire
- ④ Traitement **chirurgical**
 - ✓ Interventions de dérivation
 - ✓ Interventions d'exérèse

Pas d'étude contrôlée
comparant
une attitude
thérapeutique à
l'histoire naturelle

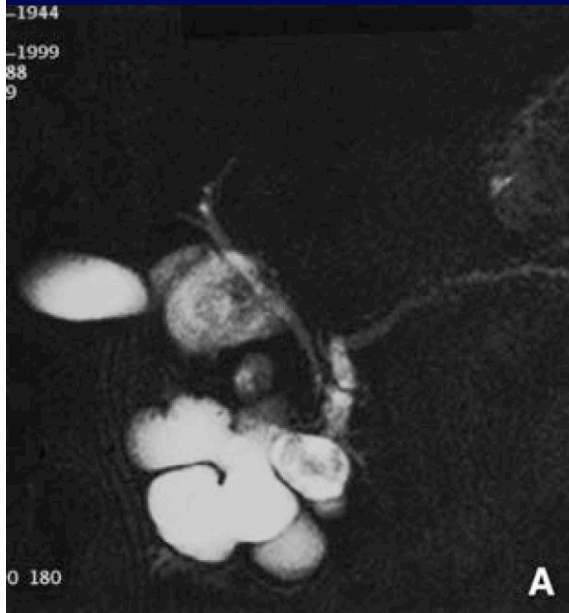
A/ Traitement médical

- **Antalgiques** : paracétamol, AINS, mais souvent morphiniques
- Mesures diététiques :
 - **arrêt complet de l'alcool** (disparition des douleurs chez 50% des patients)
 - **± arrêt tabac**
- Enzymes pancréatiques : possible mais modeste
- Octréotide : efficacité sur douleur non démontrée

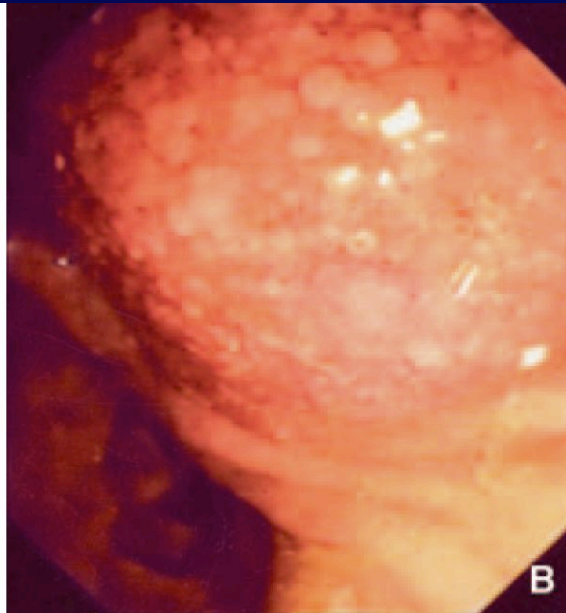
B/ Drainage des pseudokystes

- Drainage :
 - Externe percutané
 - Interne :
 - Chirurgical
 - Endoscopique (transmural ou transpapillaire) si
 - non hémorragique,
 - paroi présente,
 - pas de nécrose solide

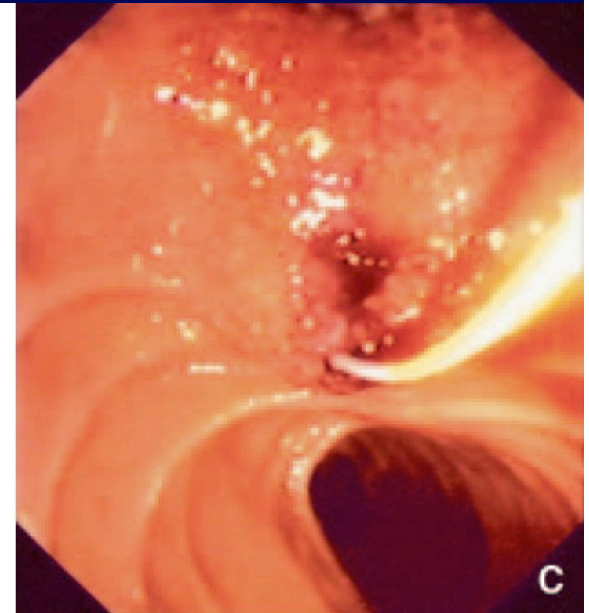
Drainage transduodéal (1)



CPRM : kyste
céphalique polylobé



Bombement
intraduodéal



Ponction
diathermique

Conditions :

- contact PK / tube digestif
- paroi kysto-digestive < 10 mm

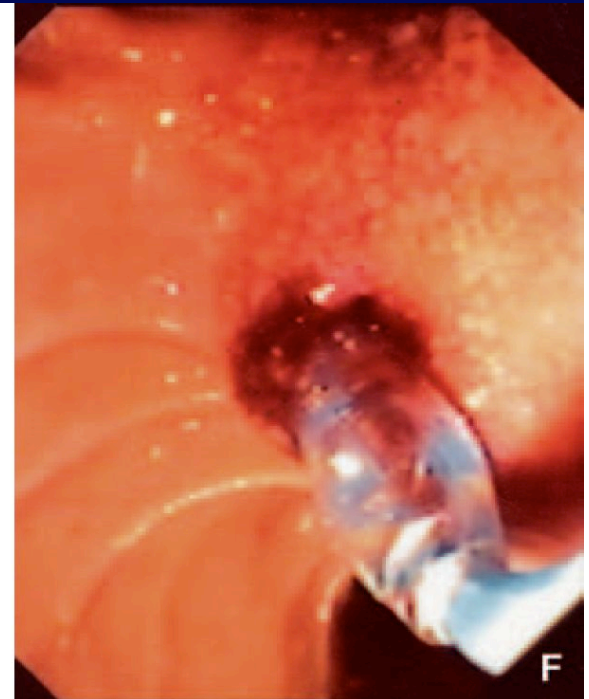
Drainage transduodéal (2)



Guide enroulé dans
le kyste



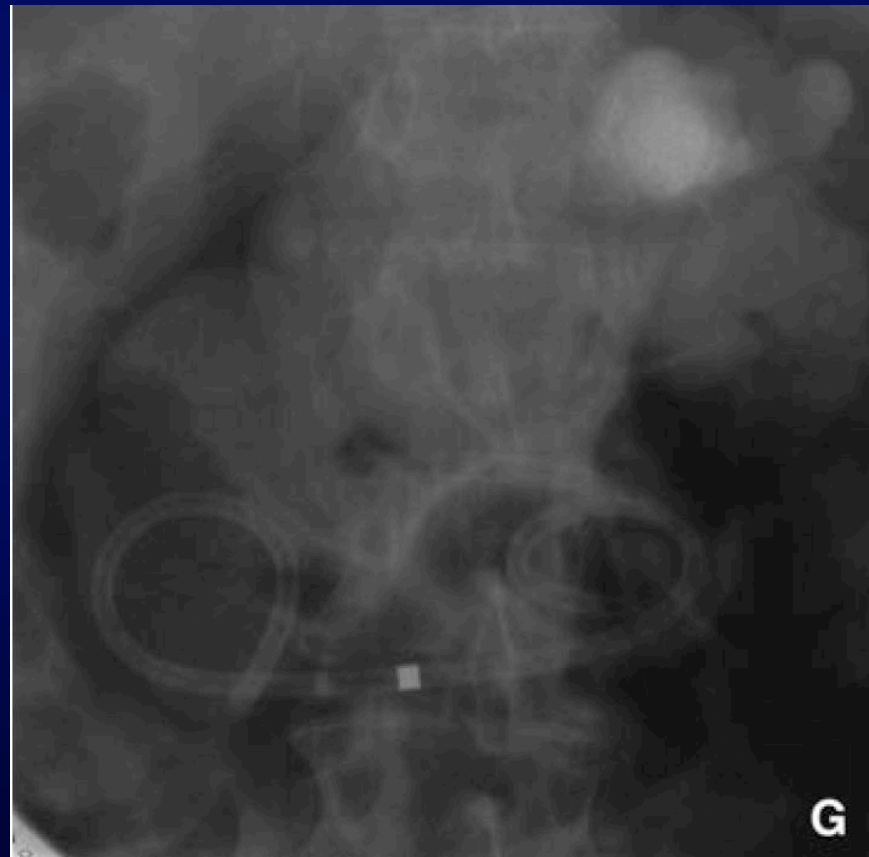
Dilatation
pneumatique de la
kystoduodénostomie



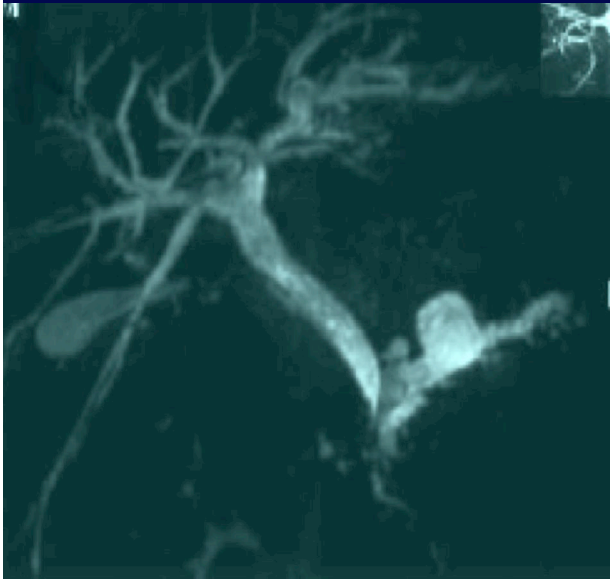
Vision endoscopique
de la dilatation
pneumatique

Drainage transduodéal (3)

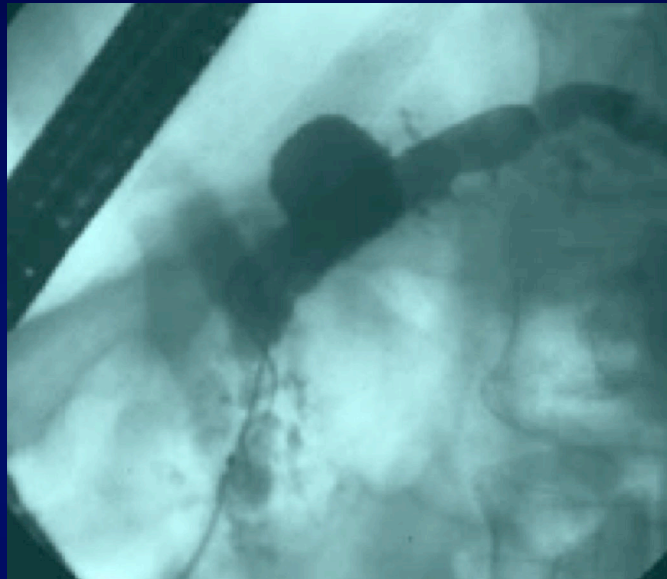
Prothèse kystoduodénale
en double queue de
cochon 10 F



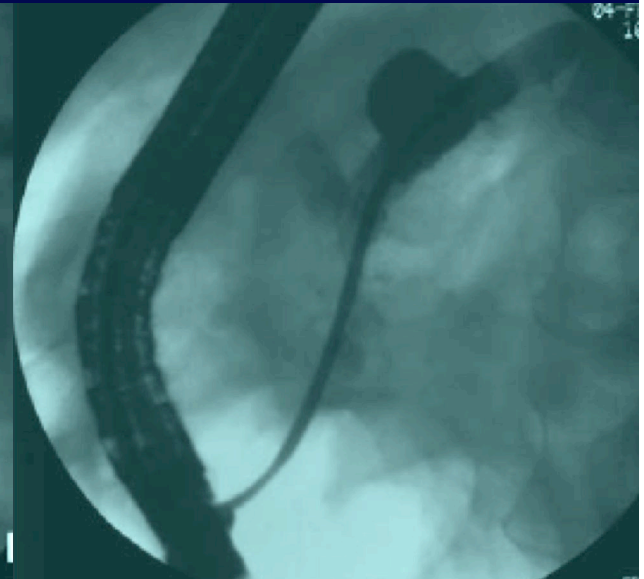
Drainage transpapillaire (1)



CPRM : kyste
pancréatique au-
dessus d'une sténose
canalaire, sténose
biliaire associée



Sténose canalaire
pancréatique
infranchissable



Forage de la sténose

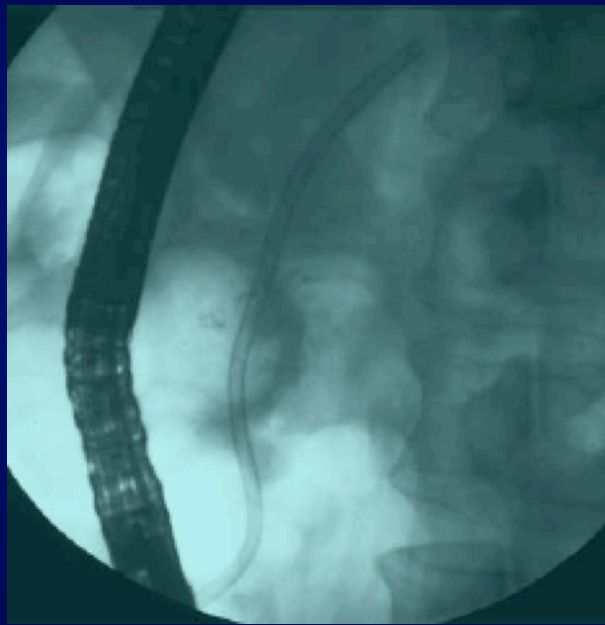
Conditions :

sténose canalaire franchissable +
pseudokyste communiquant

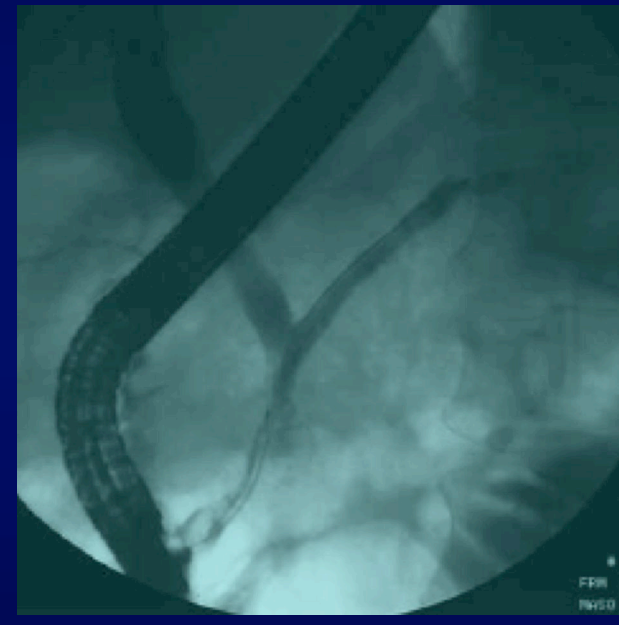
Drainage transpapillaire (2)



Dilatation de la
sténose au ballonnet



Prothèse pancréatique



CPRE 4 mois plus
tard : disparition de
la sténose

C/ Traitement endoscopique

- Bloc coeliaque :
 - Stéroïdes > alcool
 - Echoendoscopie > TDM
 - Décevant :
 - 55% d'amélioration à court terme
 - 10% à moyen terme
- Drainage canalaire endoscopique
 - Sphinctérotomie pancréatique
 - Prothèses pancréatiques
 - Lithotritie extracorporelle

1- Sphinctérotomie pancréatique

- Permet accès au canal principal
- Rarement efficace seule : sténose papillaire isolée
- Complications : 4%

2- Prothèses pancréatiques

- Indications : sténose fibreuse symptomatique du CPP, plutôt proximale
- Complications :
 - Pancréatite aiguë (5 à 40%) bénigne
 - Migration prothétique (2 à 6%)
 - Obstruction prothétique :
 - Habituelle, généralement asymptomatique
 - Parfois grave : abcès pancréatique, pancréatite aigue
- Changement systématique tous les 3-4 mois
- Durée 6 mois à 1 an

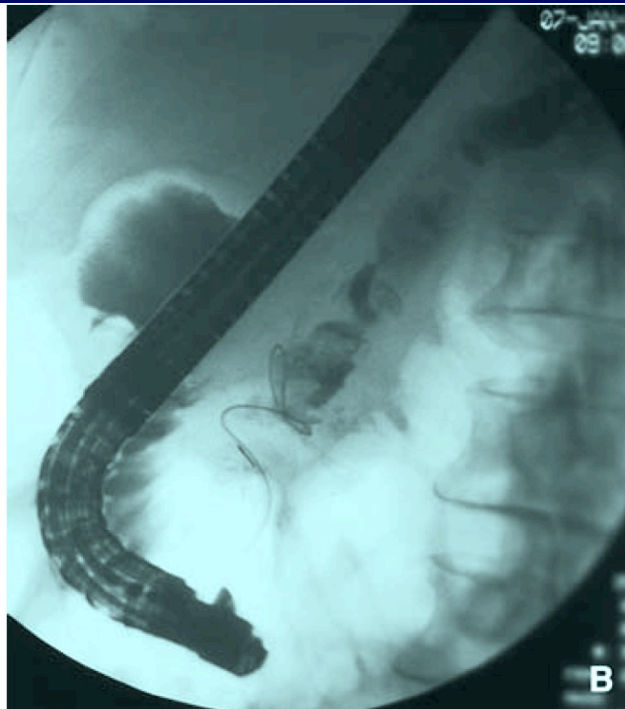
2- Prothèses pancréatiques

1- Sphinctérotomie
pancréatique



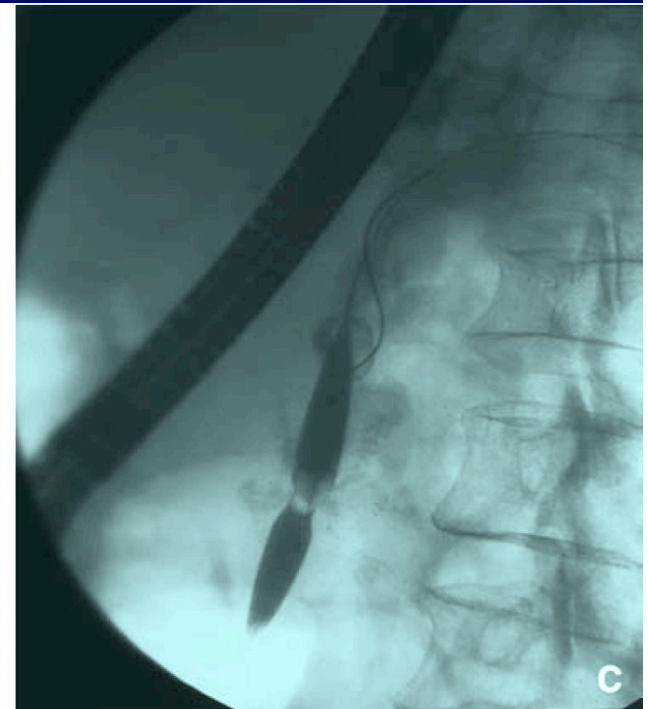
ASP : volumineux calculs
céphaliques

2- Franchissement
par fil guide



Le guide bute sur la sténose
et le calcul céphalique

3- Dilatation au
ballonnet



Dilatation au ballonnet de
la sténose pancréatique

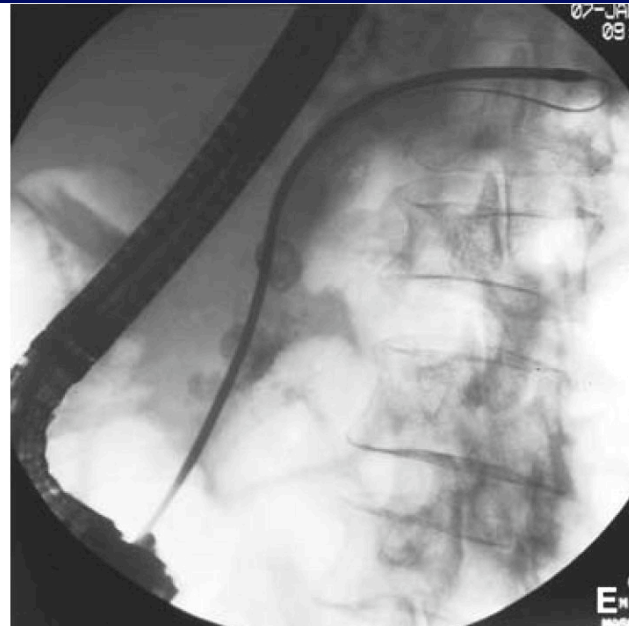
2- Prothèses pancréatiques

± 4- **Forage** avec un
extracteur

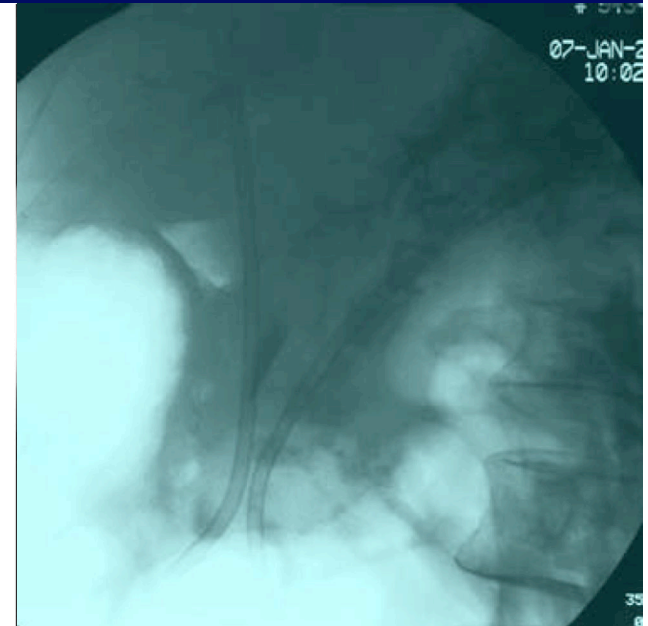
5- Pose de prothèse
plastique



La sténose reste serrée
et infranchissable



Forage de la sténose par un
extracteur de prothèse à vis



Prothèses pancréatique et
biliaire

3- Lithotritie extracorporelle

- Indication : **sténoses lithiasiques**
- Technique :
 - Sous sédation
 - Nb de séances : 1 à 12
 - Puis **CPRE** pour évacuation des calculs ± prothèse
- Complications : (rares, mais difficiles à évaluer)
 - Douleurs abdominales
 - Sepsis
 - Pancréatite aiguë



Résultats du drainage canalaire endoscopique

	Prothèse pancréatique	Lithotritie extracorporelle	Prothèse pancréatique + Lithotritie extracorporelle
Nombre cumulé de malades	179	112	467
Amélioration clinique immédiate	74-94%	83-95%	62-100%
Disparition de la douleur au terme du suivi	52-94%	50-68%	24-70%
Durée de suivi (mois)	2-72	18-60	14-64

Résultats du drainage canalaire endoscopique

→ Succès immédiat : > 3/4
Succès à long terme (14 ans) :
2/3

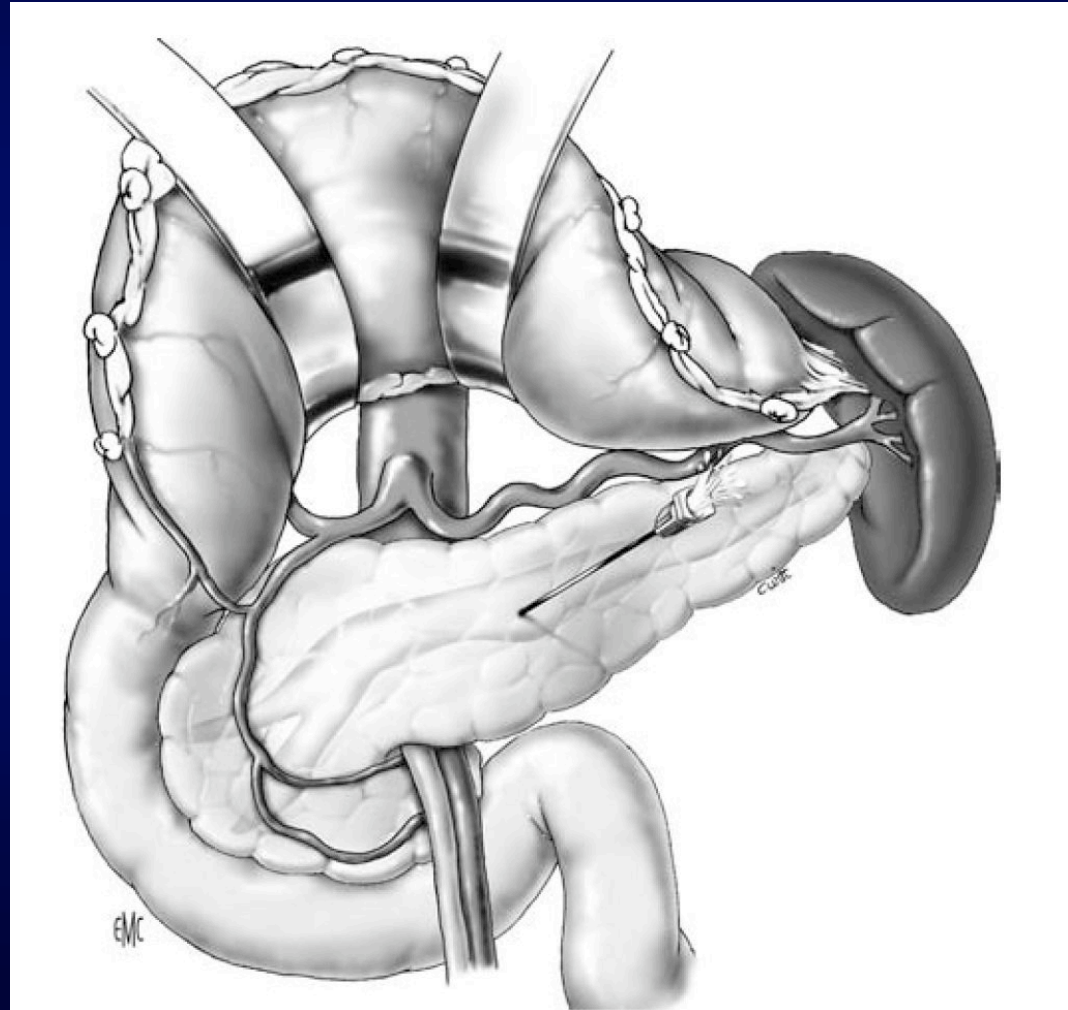
- Une prothèse pancréatique première **n'augmente pas le risque** de la dérivation pancréaticojéjunale
→ **sélection** des « bons candidats » à la chirurgie

D/ Traitement chirurgical

- Interventions de dérivation
 - Anastomose wirsungo-jéjunale sur anse en Y
 - Intervention de Frey
- Interventions d'exérèse
 - DPC
 - Intervention de Beger

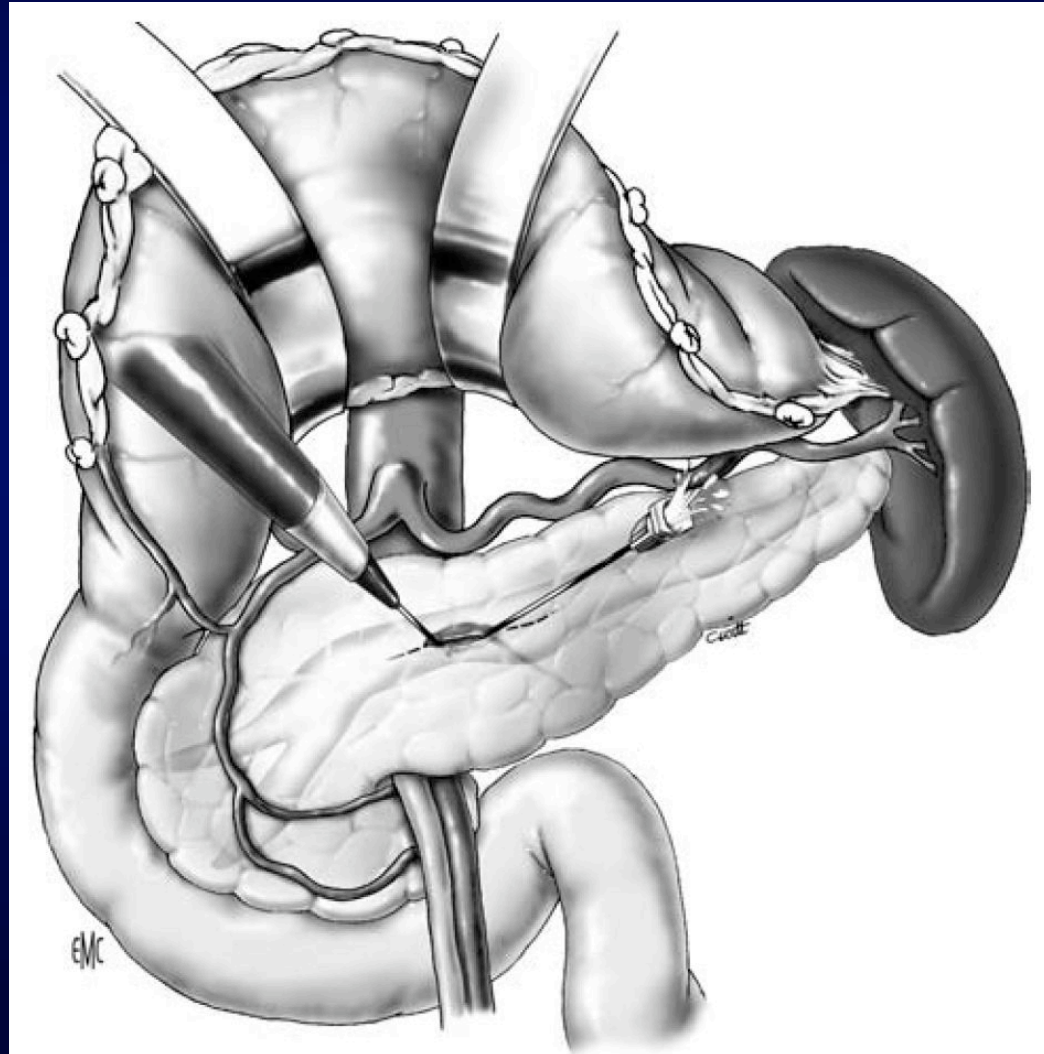
Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (1)

Ponction à l'aiguille fine
du canal de Wirsung au
niveau du corps



Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (2)

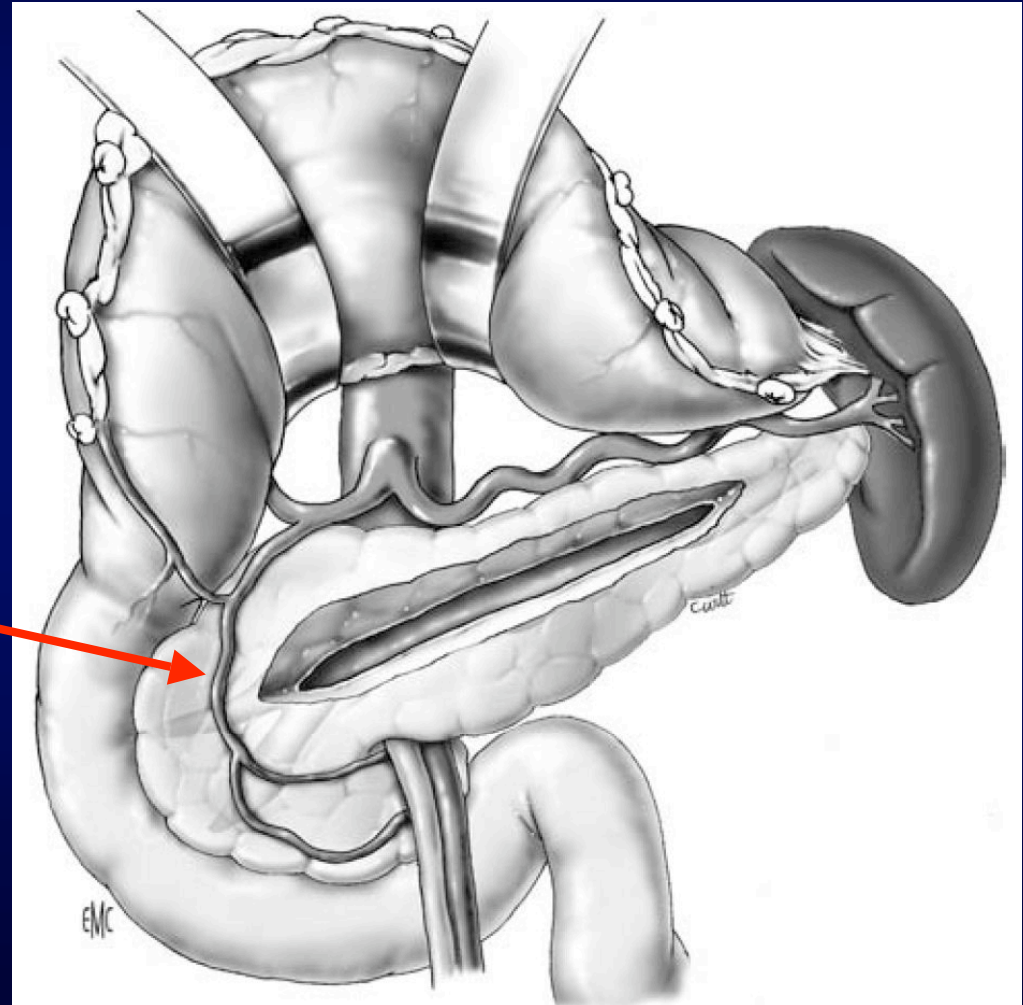
Ouverture du canal de
Wirsung (incision au
bistouri électrique)



Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (3)

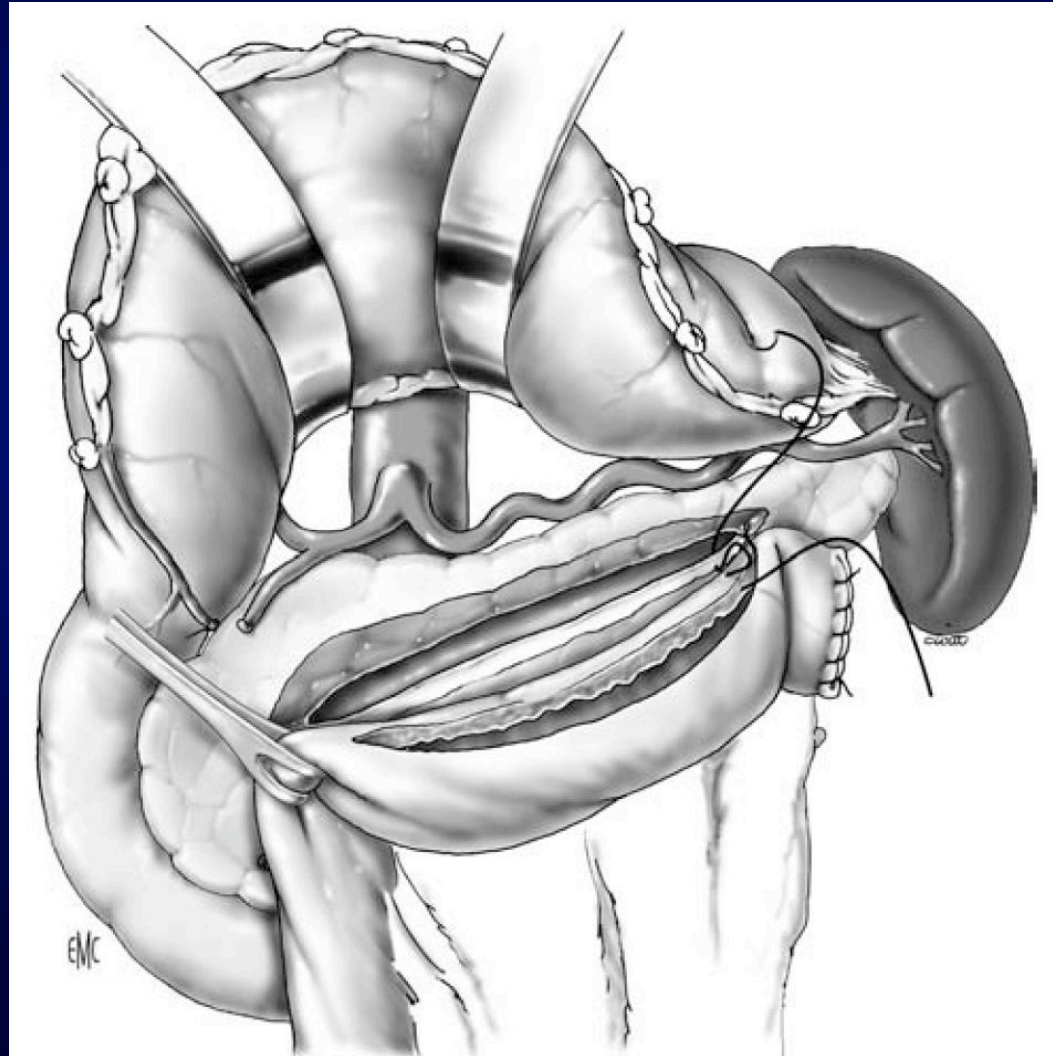
Aspect du canal de Wirsung ouvert dans son trajet corporéocaudal. À droite, l'ouverture est «arrêtée» par l'artère gastroduodénale et la profondeur du trajet canalaire.

+ Ablation des calculs



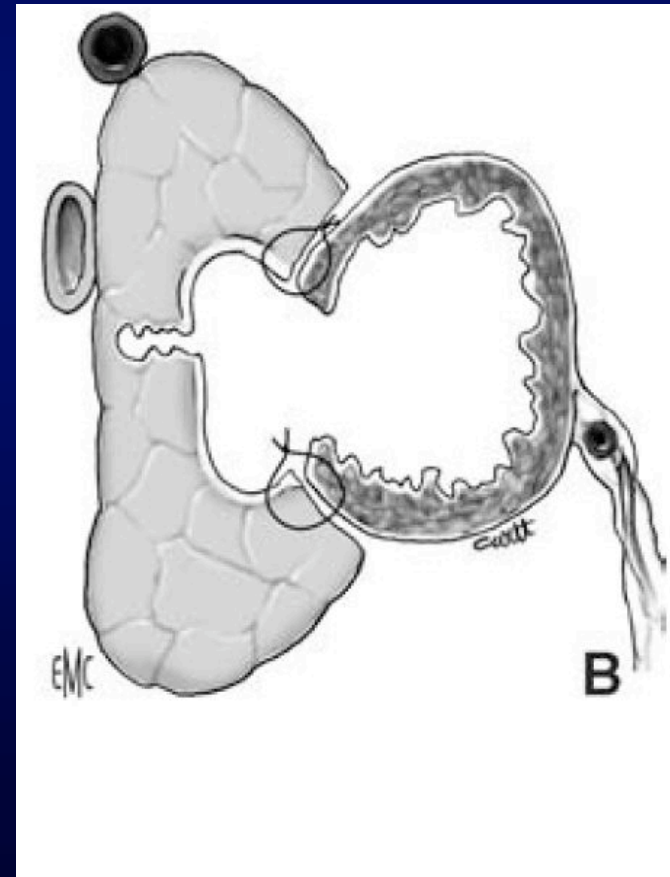
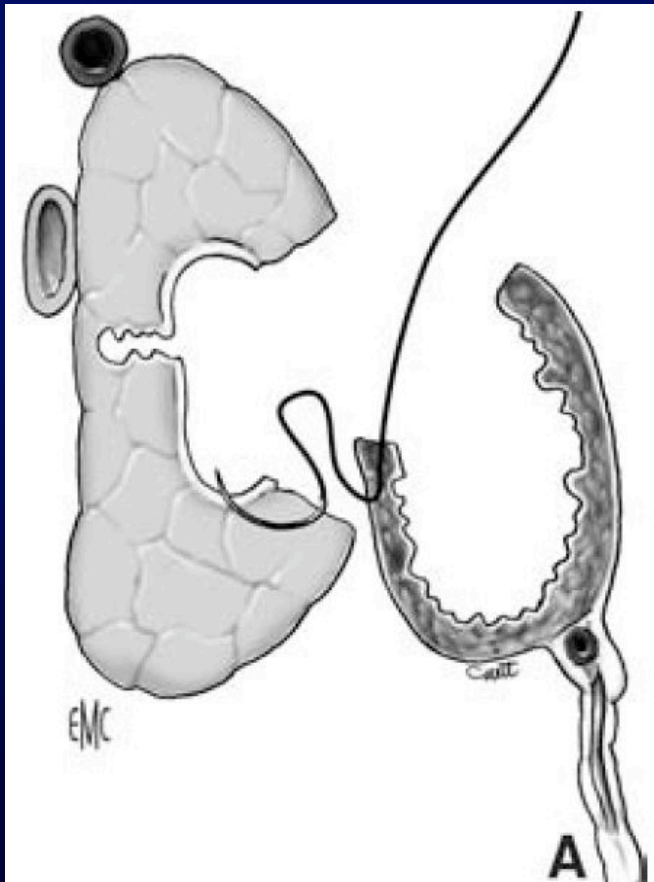
Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (4)

Ouverture de
l'anse jéjunale en Y sur son
bord antimésentérique, en
regard de l'ouverture
du Wirsung



Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (5)

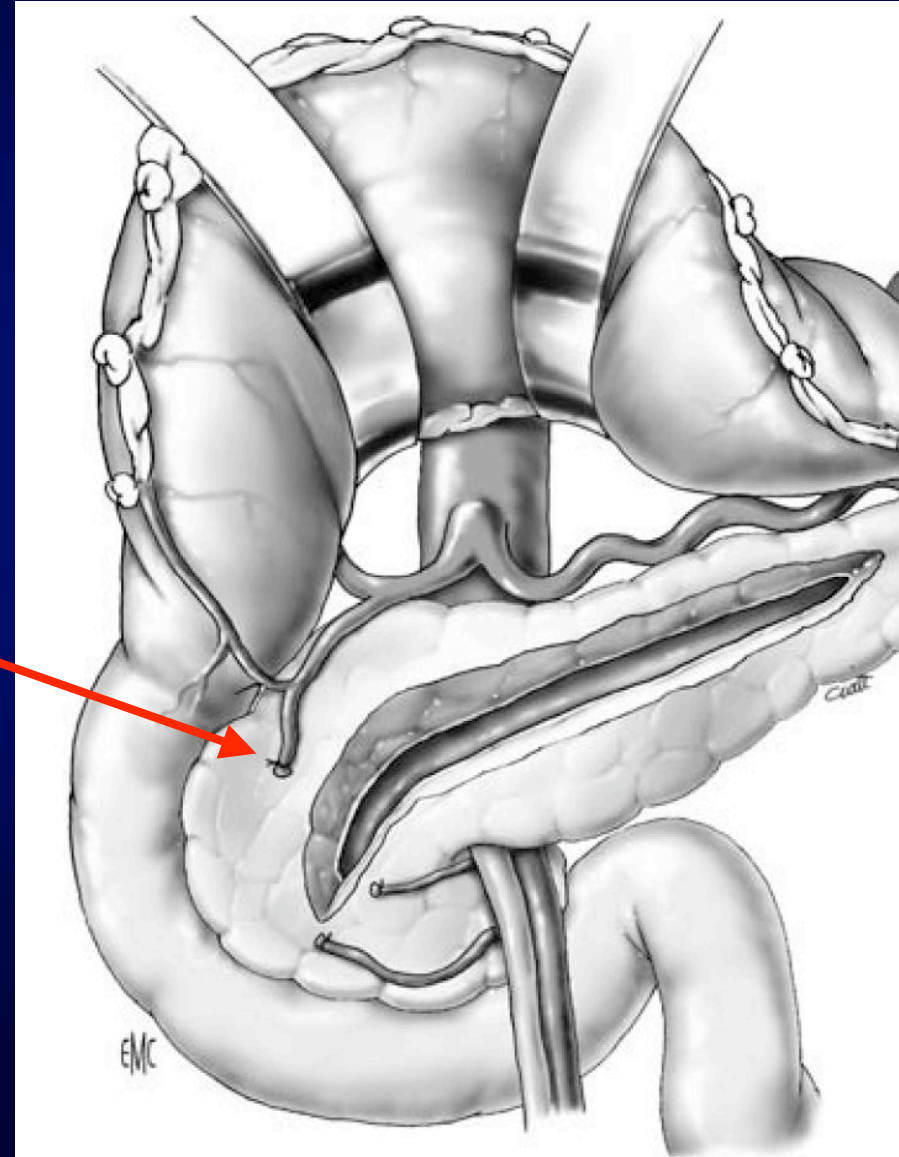
Coupe sagittale. **Affrontement mucomuqueux** (exclue les vaisseaux du parenchyme pancréatique de la lumière de l'anastomose : ↓ risque d'hémorragie postopératoire)



Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (6)

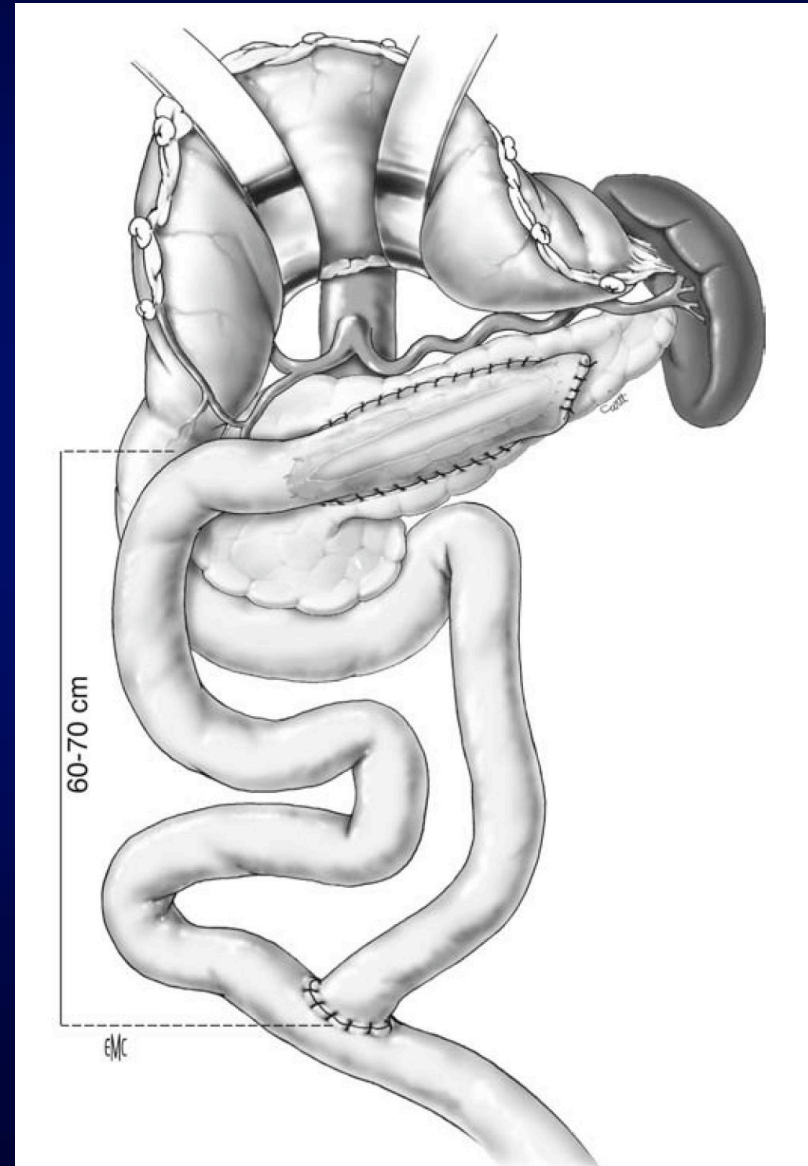
Ouverture complète du canal de **Wirsung** (possible qu'en cas de coexistence d'une dilatation importante et d'une atrophie Parenchymateuse). Nécessite la **ligature de l'artère gastroduodénale** en regard du pancréas.

Souvent impossible



Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (7)

Aspect en fin d'intervention :
l'anse en Y mesure 60 à 70 cm



Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (8)

		Dérivation du CPP	FREY	DPC	BEGER
Faible	Mortalité	1%	2%	2%	2%
	Fistule pancréatique	1%	<5%		
	Morbidité	faible	faible	30%	> Frey
	Troubles fonctionnels	0	0	+++	0
	Disparition ou ↓ nette des douleurs	70-95%	90%	70-90%	70-95%
	Prise de poids	55-80%	65-85%	50-75%	90%

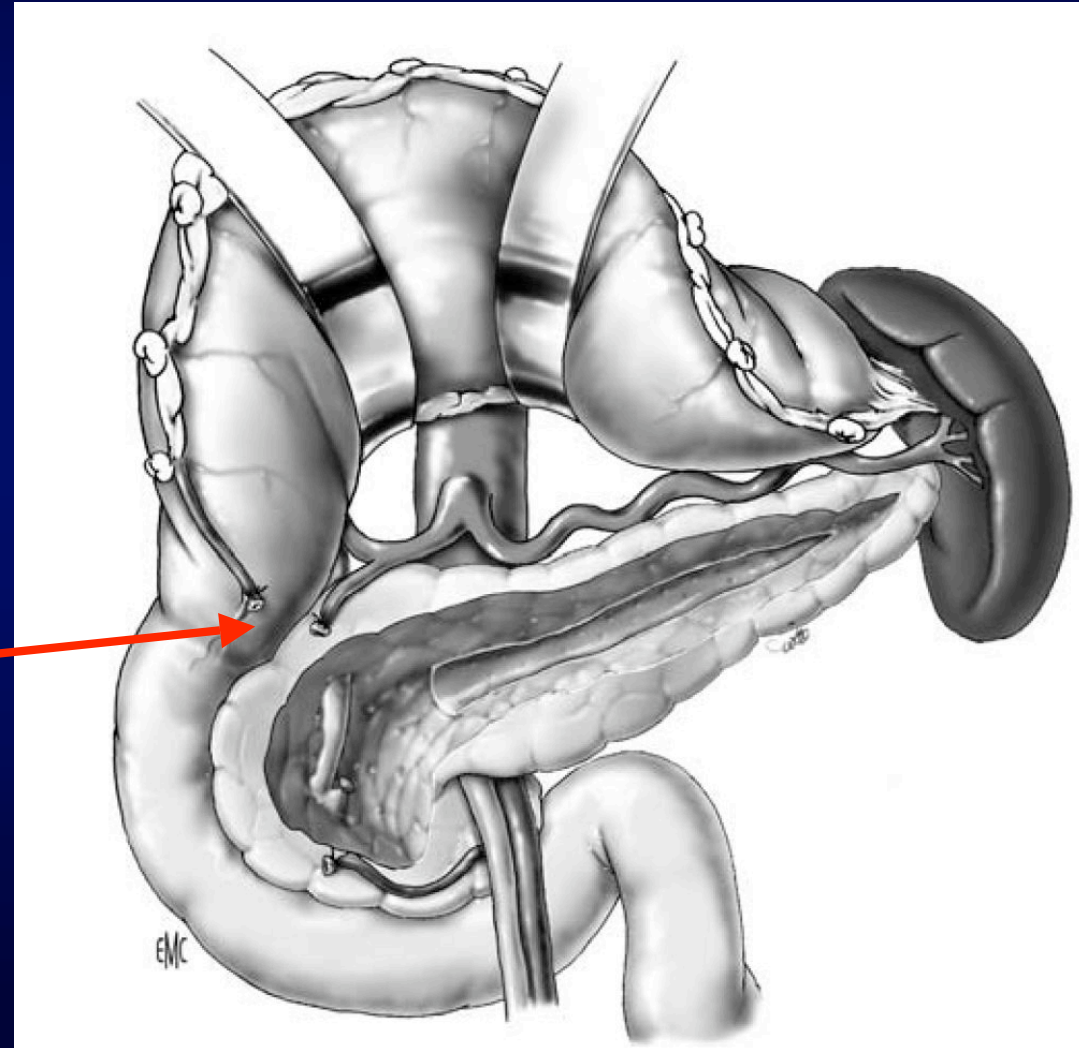
Anastomose wirsungojéjunale sur anse en Y (9)

- Echs peuvent être liés à :
 - Sténose anastomotique (10% seulement)
 - Absence de décompression du CPP céphalique ++
 - Dystrophie kystique de la paroi duodénale
 - Sténose biliaire
 - Cancer du pancréas

Intervention de Frey (1)

Indication : hypertrophie inflammatoire de la tête du pancréas

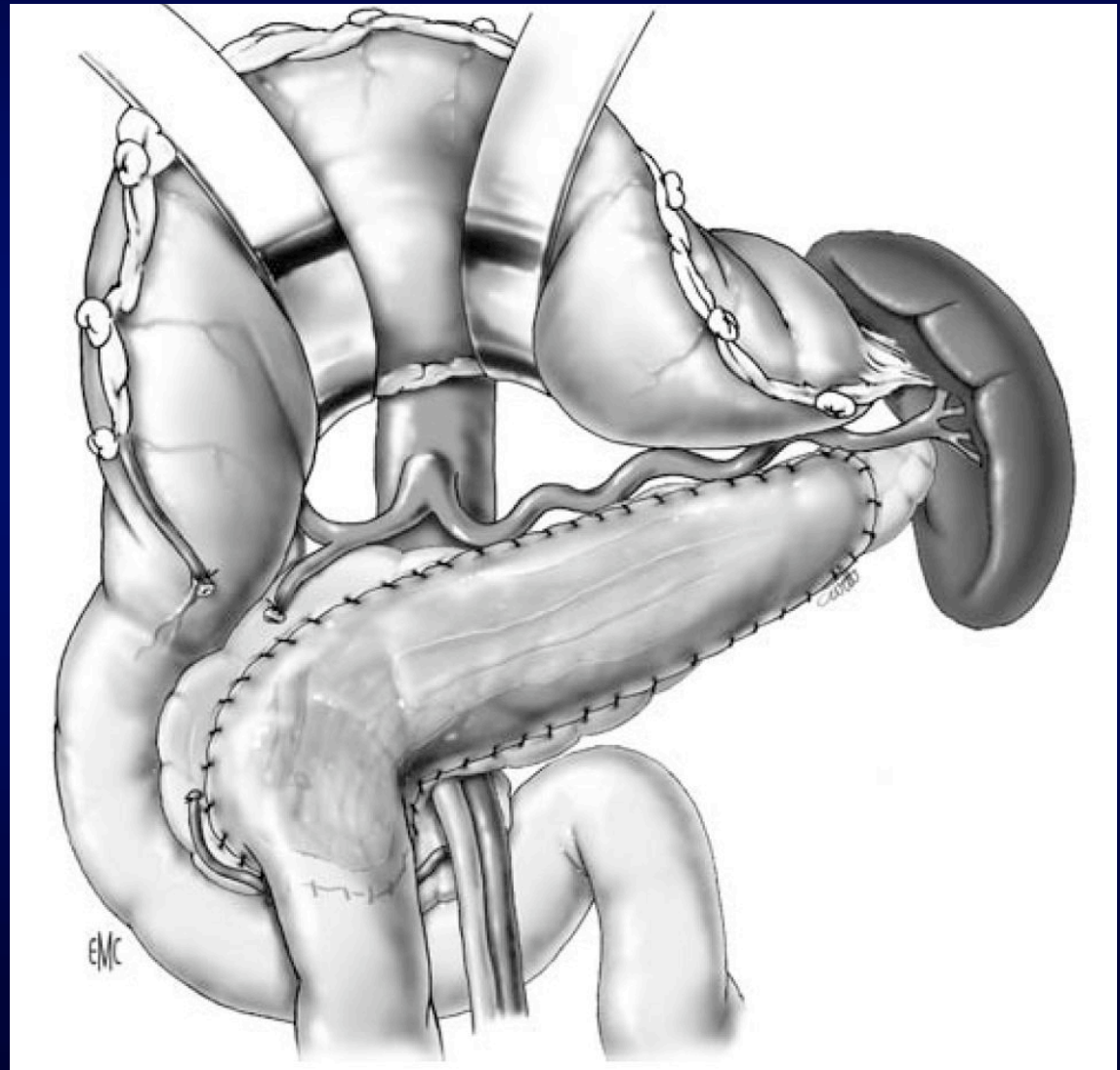
Ouverture du canal de Wirsung corporeocaudal et évidemment parenchymateux céphalique → section des vaisseaux gastroépiploïques droits + de l'artère gastroduodénale



Frey, Ann Surg 1994

Intervention de Frey (2)

Aspect de l'anastomose terminée

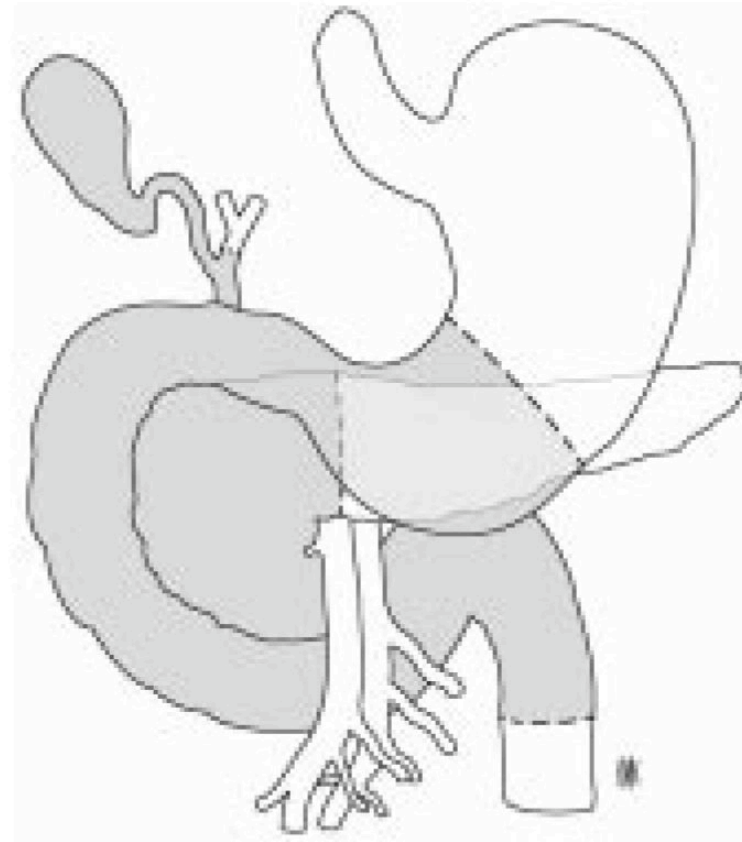


Intervention de Frey (3)

		Dérivation du CPP	FREY	DPC	BEGER
=	Mortalité	1%	2%	2%	2%
	Fistule pancréatique	1%	<5%		
	Morbidité	faible	faible	30%	> Frey
	Troubles fonctionnels	0	0	+++	0
↑	Disparition ou ↓ nette des douleurs	70-95%	90%	70-90%	70-95%
	Prise de poids	55-80%	65-85%	50-75%	90%

Duodénopancréatectomie céphalique (1)

- Indications :
 - **Obstacle** céphalique
 - **Hypertrophie** céphalique inflammatoire
 - **Dystrophie kystique** inflammatoire



Intervention de Whipple : en grisé, ce qu'elle comporte de résection.

Duodénopancréatectomie céphalique (2)

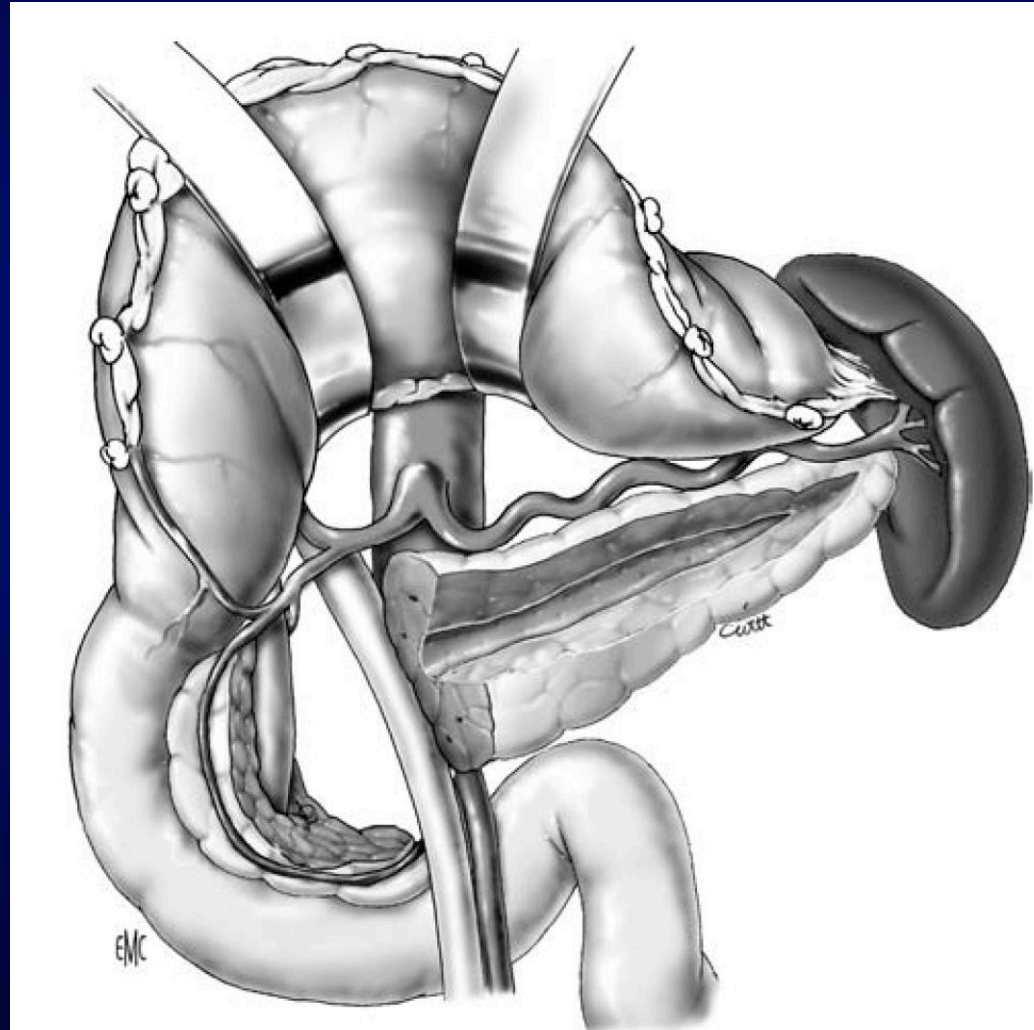


	Dérivation du CPP	FREY	DPC	BEGER
Mortalité	1%	2%	2%	2%
Fistule pancréatique	1%	<5%		
Morbidité	faible	faible	30%	> Frey
Troubles fonctionnels	0	0	+++	0
Disparition ou ↓ nette des douleurs	70-95%	90%	70-90%	70-95%
Prise de poids	55-80%	65-85%	50-75%	90%

Intervention de Beger (1)

Indication : hypertrophie inflammatoire et douloureuse de la tête

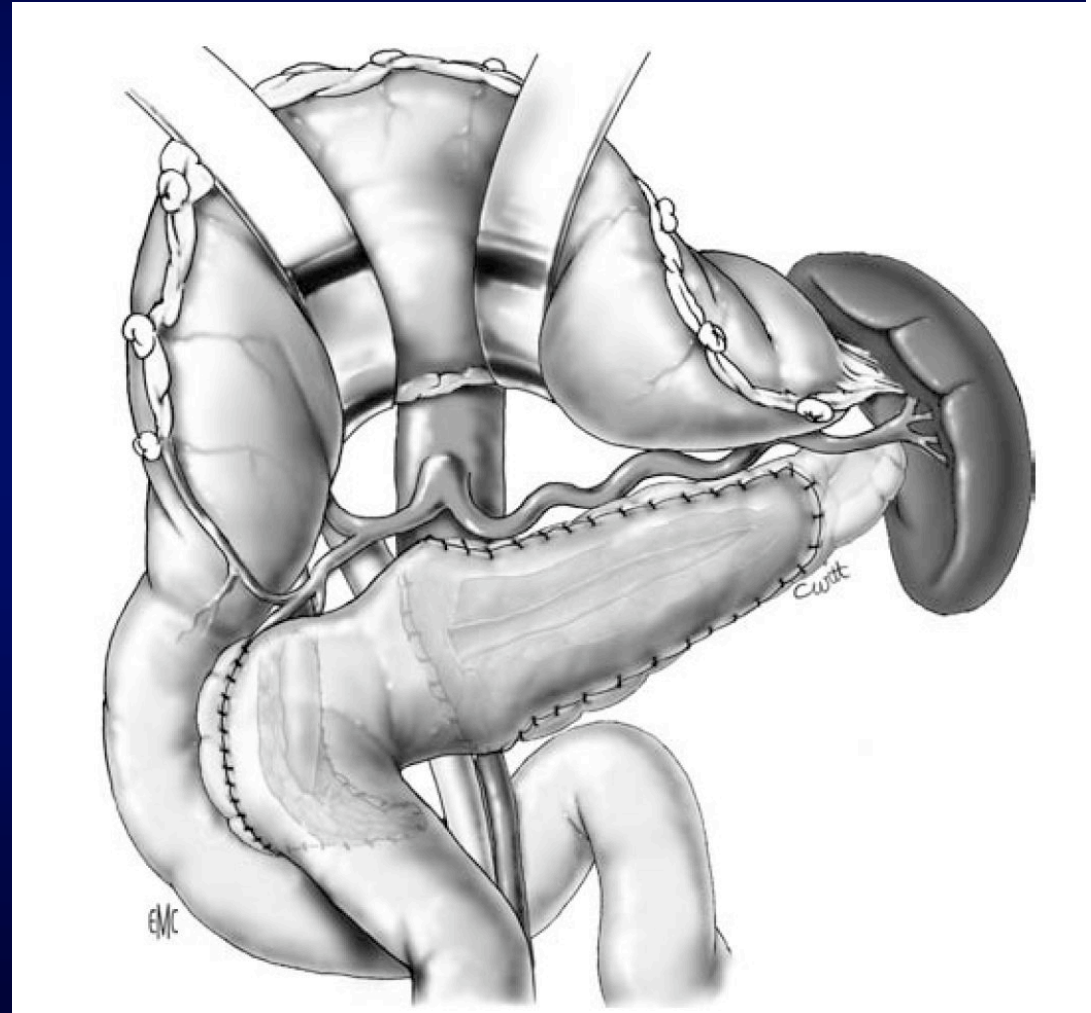
Aspect après exérèse partielle de la tête du pancréas : la VBP intrapancréatique et l'axe veineux mésentéricoporte sont mis à nu



Intervention de Beger (2)

Aspect après ouverture du canal de Wirsung corporeocaudal et anastomose sur anse jéjunale en Y du canal de Wirsung et de la tranche pancréatique céphalique

Intervention plus compliquée

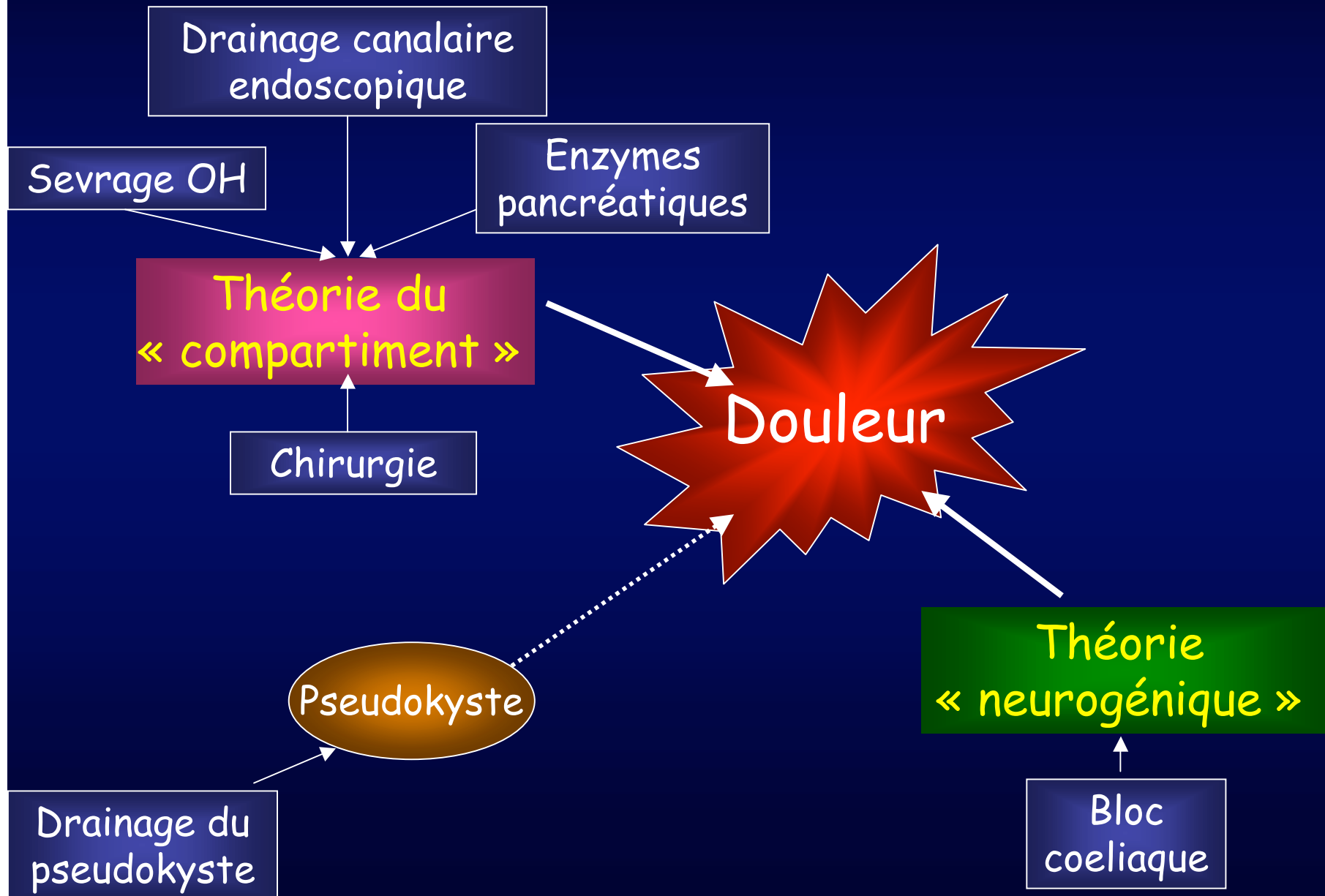


Intervention de Beger (3)

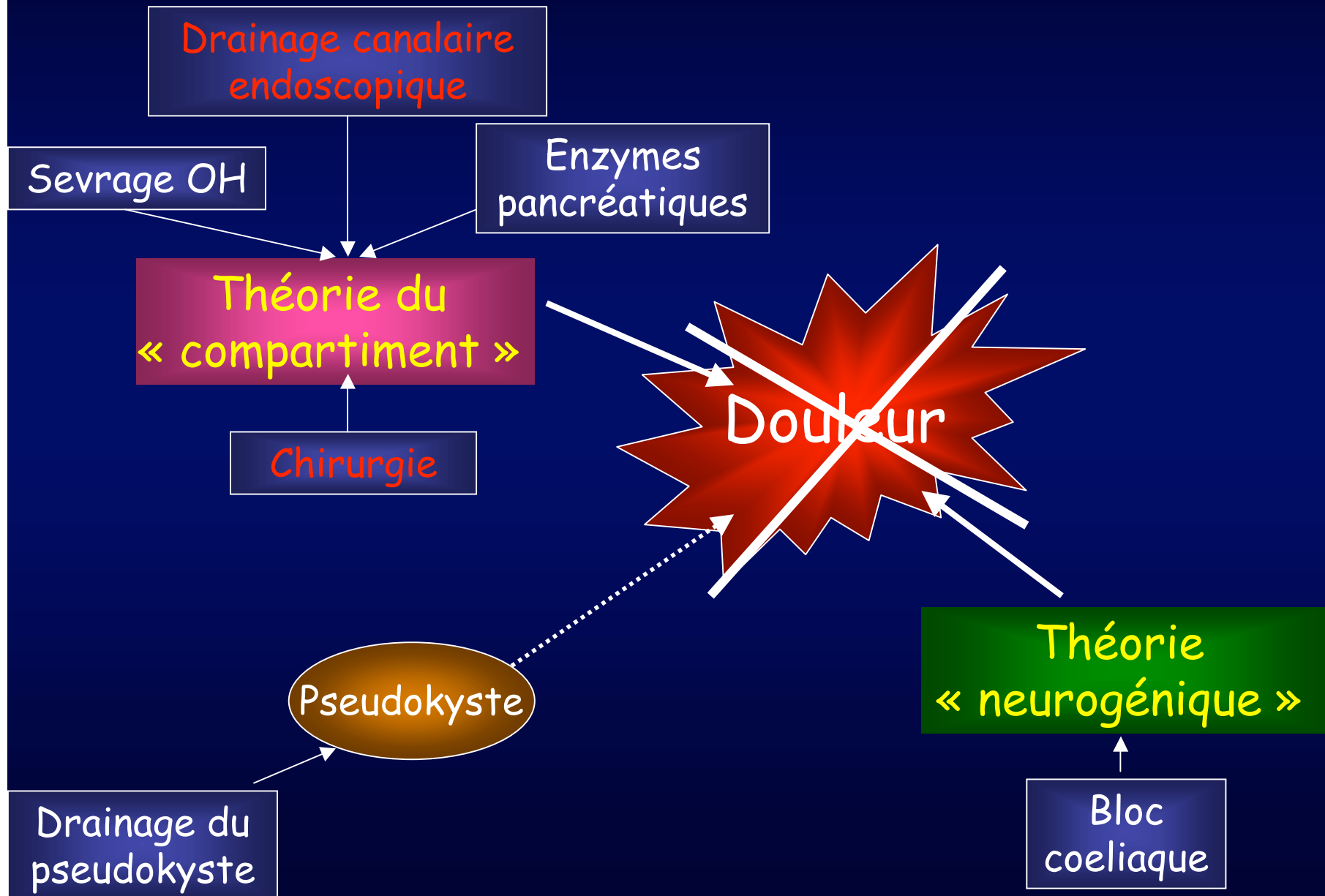
	Dérivation du CPP	FREY	DPC	BEGER
Mortalité	1%	2%	2%	2%
Fistule pancréatique	1%	<5%		
Morbidité	faible	faible	30%	> Frey
Troubles fonctionnels	0	0	+++	0
Disparition ou ↓ nette des douleurs	70-95%	90%	70-90%	70-95%
Prise de poids	55-80%	65-85%	50-75%	90%



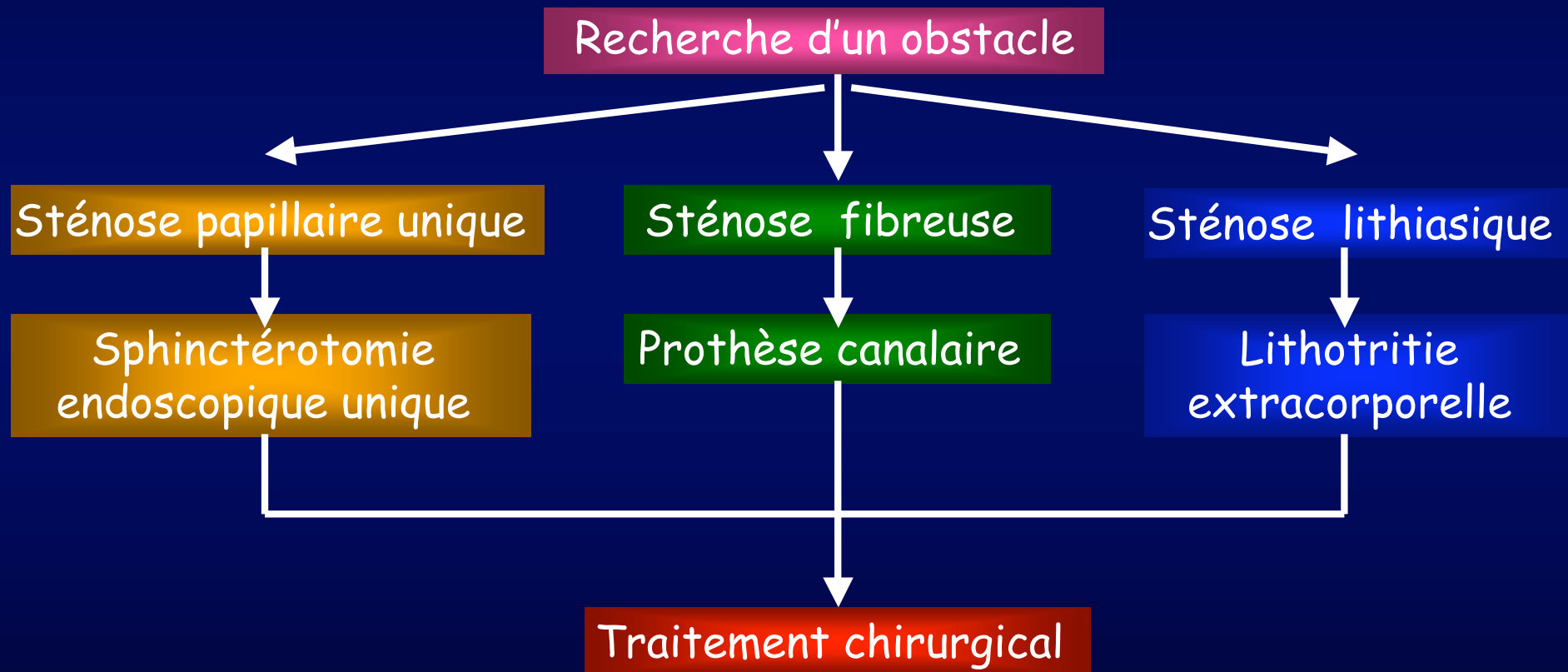
Conclusion (1)



Conclusion (2)



Conclusion (3)





Traitement endoscopique de désobstruction des canaux pancréatiques

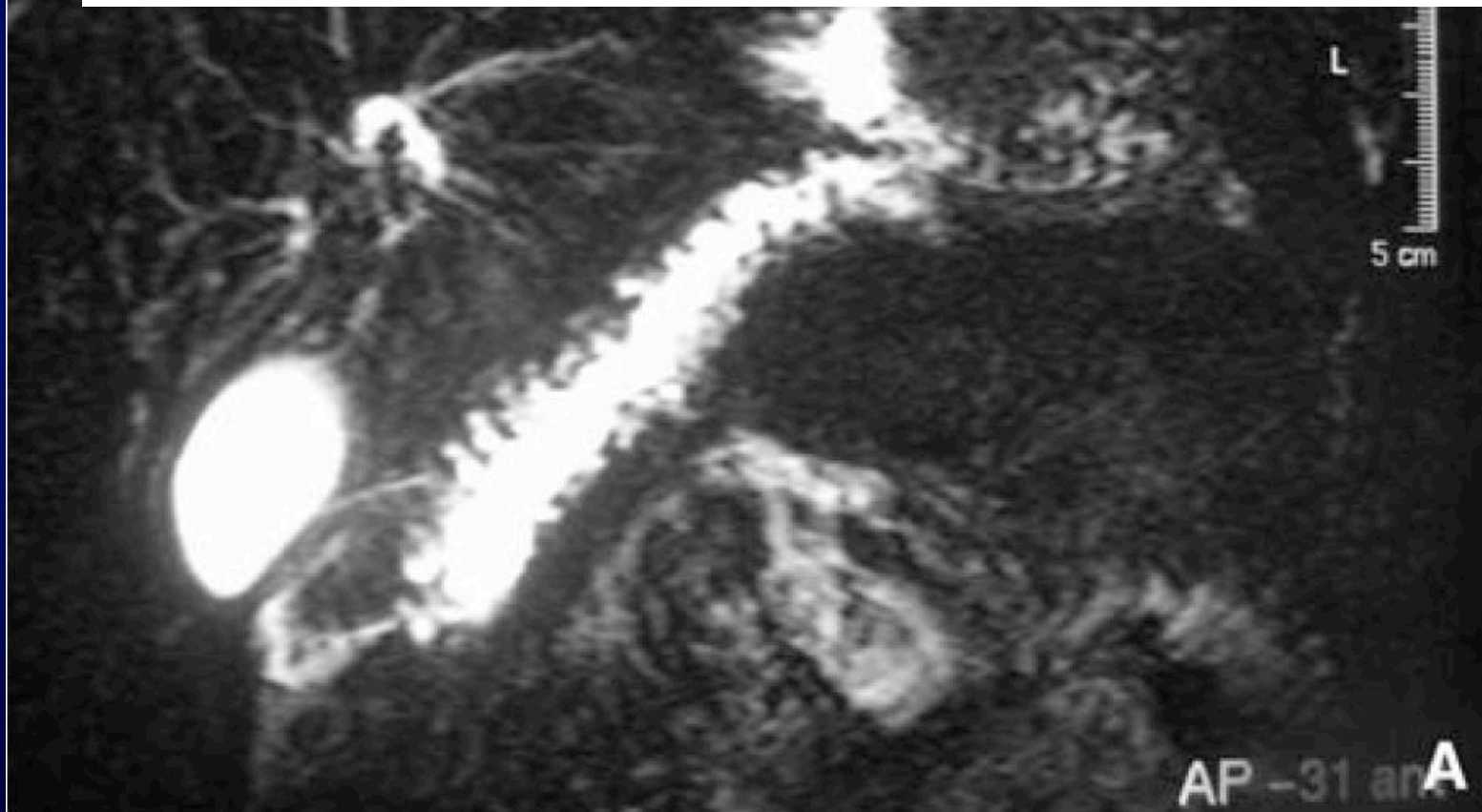
Auteurs (réf.)	Patients (n =)	Succès technique (%)	Disparition douleur immédiate (%)	Durée suivi (mois)	Disparition douleur tardive (%)
Grimm [36]	70	58	82	2-36	57
Cremer [37]	76	94	94	18-72	94
Ponchon [38]	33	85	74	12	52
Sauerbruch [39]	24	87	83	24	50
Delhayé [22]	123	95	100	14	37
Schneider [23]	50	86	70	20	70
Binmoeller [40]	93		74	58	64
Smits [41]	51	96	81	64	24
Dumonceau [42]	70		95	24	95
Adamek [43]	80			40	54
Heyries [13]	70	85	62	29	58
Rösch [44]	1018	70	-	59	65
Total	1758	85	81	30	61

Principales séries évaluant le traitement endoscopique de désobstruction des canaux pancréatiques

Résultats de la lithotritie extracorporelle

Auteurs (réf.)	Malades (n=)	Séances (nombre)	Disparition de la douleur (%)	Fragmentation (%)	Clairance (%)
Sauerbruch ^[19]	24	1,6	37	87	50
Ohara ^[20]	32	4,6	79	100	75
Costamagna ^[21]	35	1,9	17	100	80
Delhaye ^[22]	123	1,8	53	99	59
Schneider ^[23]	50	2,4	76	85	56
Total	264	1,6-4,6	17-79	85-100	50-75

A. Wirsungographie par résonance magnétique : il existe une dilatation marquée des canaux pancréatiques, harmonieuse, en amont d'une sténose céphalique.





B. Cholangiographie rétrograde endoscopique : la sténose céphalique n'a pas été cathétérisée et l'opacification d'amont est très incomplète. Il existe des calcifications à proximité du canal de Wirsung céphalique. La flaque de produit de contraste située en haut et à gauche correspond à une opacification résiduelle de la vésicule biliaire.

