



Item278-Pancréatite chronique.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une pancréatite chronique. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: item 269	- Alcool +++ / hyperCa sur HPT.I - Douleur / diarrhée / amaigrissement - Calcifications (tardives) / dilatation - Cholestase / stéatorrhée et élastase - Douleurs → PK → calcifications - Complications pseudo-kystes (3+3) - Insuffisance pancréatique exo/endo - Cancer du pancréas - Douleurs: antalgiques +/- prothèse - Traitement de l'insuffisance endo(3) / exo(2) - Traitement des PK que si > 4cm et > 6S	- Glycémie veineuse - C° du terrain alcoolique - Prévention du DT en aigu - Sevrage alcoolique / Cs spé - Support nutritionnel - PK asympt. = abstention

Généralités

Définition

- Pancréatite chronique (PC) = maladie inflammatoire chronique et fibrosante du pancréas
- caractérisée par la destruction irréversible du parenchyme exocrine puis endocrine

Epidémiologie

- Prévalence de la pancréatite chronique en France = 0.4%
- !! sex ratio: **H > F** = 9/1 (cf terrain: alcool)

Physiopathologie

- **PC = fibrose mutilante + lithogénèse sur fond de poussées de PA:**
- 1. Alcool → favorise la formation de cristaux et ↑ viscosité du suc pancréatique
- 2. Lithiase intra-canaulaire = stase en amont → inflammation puis sténose cicatricielle
- 3. Poussées de PA = formation de fibrose / majorée par action directe de l'alcool
- 4. Fibrose mutilante = destruction du tissu exocrine puis endocrine
- 5. Insuffisance pancréatique mixte

Etiologies

Une étiologie principale = alcool +++

- Ethylisme chronique = responsable de **85%** des cas de pancréatite chronique
- !! Seulement après consommation importante et longue: 10-15 verres/j sur 10-15ans..

Autres étiologies = rares

- Hypercalcémie chronique (1%): hyperparathyroïdie primitive ++ (cf [Hypercalcémie](#))
- Causes obstructives: tumeurs du pancréas (TIPMP, ampullome)
- Causes génétiques: mucoviscidose, PC héréditaire (T° AD)
- Causes auto-immunes: PC auto-immune ou associées aux MICI
- Causes iatrogènes: radiothérapie, médicaments

Idiopathique:

dans 10% des cas

- Remarque: les lithiases biliaires ne sont pas une cause de PC (≠ PA!)

Diagnostic

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: homme ++ / 35-45ans / atcd de PA
 - Prises: médicament / **alcoolisme** chronique (**A savoir !**)
 - Anamnèse: cf évolution: douleurs si PC débutante
 - Signes fonctionnels
 - Douleur pancréatique +++
 - Siège = épigastrique (parfois hypochondre)
 - Irradiation = postérieure / transfixiante
 - Intense / permanente (peut durer plusieurs jours)
 - ↑ par les repas gras / ↓ par antéflexion et les AINS
 - Signes associés
 - **Diarrhée** chronique par malabsorption (« maldigestion »), selles grasses stéatorrhée et SPUPD (découverte de diabète)
- Examen physique
 - Amaigrissement +++ : très fréquent et multifactoriel:
 - Restriction alimentaire volontaire (douleurs aux repas)
 - Insuffisance pancréatique: endocrine / exocrine
 - Sténose duodénale par PK / Tumeur du pancréas
 - Autres signes
 - Ictère: par sténose du cholédoque ou sur hépatite alcoolique
 - Pleurésie (gauche ++) si poussée ou fistulisation d'un PK
- Modes de découverte
 - Par une poussée de PA: bénigne / au début de l'évolution / diagnostic par TDM
 - Par une complication: pseudo-kyste +++ / diarrhée / diabète, etc.
 - Fortuite: présence de calcifications pancréatiques à l'ASP ou au TDM

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
 - ASP: face + profil + oblique antérieur gauche
 - Recherche de calcifications (aire pancréatique = T12-L1) / peu utile en pratique
 - TDM abdominale sans et avec injection +++ (**A savoir !**)
 - Pour diagnostic positif
 - ↑ volume et déformation du pancréas (atrophie si évoluée)
 - **Calcifications** pancréatiques: pathognomonique +++
 - **Anomalies canalaire**s: dilatation irrégulière du Wirsung (canal > 3cm)
- Pour diagnostic étiologique
 - En faveur de l'alcool: NFS et BHC: VGM ↑ / GGT ↑ / ALAT ↑ / dosage CDT
 - Bilan phosphocalcique: rechercher une hypercalcémie chronique (+/- PTH 1-84)
- Pour évaluation du retentissement
 - Rechercher une insuffisance pancréatique (exocrine – endocrine)
 - Dosage élastase-1 fécale (++): reflète une **insuffisance pancréatique exocrine**
 - Dosage stéatorrhée: insuffisance exocrine si > 7g/24h après 50-100g de beurre (certain si >10g/24h)
 - Bilan nutritionnel: albuminémie +/- pré-albumine pour dénutrition (**A savoir !**)
 - Glycémie: à jeun / diabète II = insuffisance pancréatique endocrine (**A savoir !**)
 - Rechercher des pseudo-kystes et leurs complications
 - TDM abdominale avec injection +++
 - Visualisation des **pseudo-kystes**
 - Compression de la VB principale +/- du duodénum
 - Hypertension portale segmentaire
 - Enzymes pancréatiques: ↑ lipasémie si poussée aiguë ou pseudo-kyste
 - Bilan hépatique: pour cholestase = ↑ PAL / ↑ bilirubine conjuguée
 - Examens de 2^{de} intention
 - Echo-endoscopie: examen invasif mais le plus sensible
 - Echo abdo: pour éliminer une compression de la VBP
 - EOGD: pour recherche de VO sur hypertension portale
 - Wirsungo-IRM et Bili-IRM

Diagnostiques différentiels

- Celles des douleurs épigastriques

- Cancer du pancréas +++ (cf [Tumeurs du pancréas.](#))
- Ulcère gastro-duodéal (cf [Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite.](#))
- Angor mésentérique (douleurs per-prandiales)
- TIPMP: Tumeurs intracanalaires papillaires mucineuses du pancréas

Evolution

Evolution naturelle

- Evolution clinique en 3 phases

0-5 ans	5-10 ans	> 10 ans
<ul style="list-style-type: none"> ◦ Douleurs +++ ◦ Poussées de PA ◦ Pseudo-kystes + 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Pseudo-kystes +++ ◦ Douleurs + 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Calcifications +++ ◦ Insuff. exo = diarrhée ◦ Insuff. endo = diabète

- **Mortalité**
 - Mortalité à 10ans = 20% / !! liée au terrain et non à la PC chez 80% des patients
 - → **La gravité de la pancréatite chronique est celle de son terrain**

Complications

- **Poussées de pancréatite aiguë**
 - Surtout au début de l'évolution
 - Crises douloureuses avec lipasémie > 3N: cf [Pancréatite aiguë.](#)
- **Pseudo-kystes pancréatiques (ou « faux kystes »)**
 - Pseudo-kystes = collection liquidienne contenant du suc pancréatique
 - **On distingue**
 - **PK nécrotiques** = organisation de tissu necrosé post-pancréatite aiguë
 - **PK rétentionnels** (séreux) = par dilatation canalaire en amont d'une lithiase
 - **Diagnostic**
 - **Clinique:** masse épigastrique; s. de compression (HTP / ictère / vomissements)
 - **Paraclinique:** lipasémie ↑ (par obstruction) / la TDM pose le diagnostic
 - **Complications +++ (6)**
 - **Compression des organes de voisinage**
 - **de la VBP:** ictère cholestatique
 - **du duodénum:** vomissements chroniques
 - **de la veine splénique:** HTP / thrombose / C° (VO ++)
 - **Complications intrinsèques**
 - **Rupture:** dans tube digestif ou séreuse = péritonite, pleurésie, péricardite
 - **Infection:** tableau de sepsis sévère → drainage chirurgical et poly-ABT IV
 - **Hémorragie** intra-kystique
- **Insuffisance pancréatique**
 - **Insuffisance pancréatique exocrine = malabsorption**
 - Clinique: diarrhée chronique avec stéatorhée (cf [Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant.](#))
 - Rechercher un syndrome **carentiel** (cf [Dénutrition chez l'adulte et l'enfant](#))
 - Carence en albumine = OMI +/- dénutrition + hypoprotidémie
 - Carence en Vit. K = hématomes / troubles de l'hémostase
 - Carence en Fer/Zinc = phanères cassants et peau fragile
 - **Insuffisance pancréatique endocrine = diabète secondaire** (cf [Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.](#))
 - Par déficit de production d'insuline / 25% des PC après 10ans
 - Glycémie veineuse systématique lors du diagnostic/suivi (**A savoir !**)
- **Cancer du pancréas**
 - Risque relatif **x20**: cf [Tumeurs du pancréas.](#)
 - A suspecter lors de la reprise des douleurs sur tableau de PCC
- **!! NPO les complications liées au terrain = 3 principales causes de mortalité (A savoir !)**
 - Cirrhose +++ (15 à 30% des patients ayant une PC)
 - Cancers des VADS, maladies cardio-vasculaires, etc.
 - Cardiovasculaires (IDM / AVC / IAM)

Traitement

Prise en charge

- Traitement en ambulatoire / suivi au long cours

Education du patient / MHD

- Arrêt complet et définitif de l'alcool (cf [Addiction à l'alcool](#).)
 - En aigu: prévention du DT: vitamines B1/B6/PP + hydratation + BZD
 - Au décours: Cs spécialisée en alcoologie / entretiens motivationnels, etc.
- Arrêt du tabac
 - car FdR de poussée de PA et surtout FdR CV +++

Traitement symptomatique

- Prise en charge des douleurs
 - Traitement médicamenteux antalgique (cf [Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses](#))
 - Selon EVA: paliers I (paracétamol) / II (tramadol) / III (morphine)
 - Si morphine: titration 1mg/kg/J puis morphine LI 1x/4h + LP 1x/12h
 - Si échec: décompression canalaire
 - endoscopique: sphinctérotomie et pose de **prothèse** dans canal de Wirsung
 - chirurgicale: anastomose Wirsungo-jéjunéale (intervention de Frey)
- Prise en charge de la dénutrition (**A savoir !**)
 - Support nutritionnel +++ (cf [Dénutrition chez l'adulte et l'enfant](#))
 - Oral +++ : alimentation enrichie (hypercalorique) / conseils diététiques
 - Si poussée/douleur: nutrition entérale par SNG (brève) / stomie

Traitement des complications

- Poussées de pancréatite aiguë
 - Repos et à **jeun** strict + traitement symptomatique (cf. [Pancréatite aiguë](#).)
 - Nutrition artificielle: entérale par SNG si PA prolongée
- Insuffisance pancréatique
 - Exocrine
 - Régime hypercalorique / hyperprotidique / hypolipidique (cf stéatorrhée)
 - Supplémentation vitaminique: Vit. liposolubles (ADEK) / Vit. B12-B9-B1-B6
 - Enzymes pancréatiques: gastroprotégées / au milieu des repas (ex: Créon®)
 - Endocrine
 - Régime pauvre en sucres rapides (mais normoglycémique)
 - Anti-diabétiques oraux ou insulinothérapie si nécessaire
- Pseudo-kystes
 - Indications
 - !! Seuls les PK symptomatiques ou compliqués doivent être traités (**A savoir !**)
 - En pratique: **PK > 4cm et/ou évolution > 6S** (sinon: régression spontanée ++)
 - Modalités
 - Traitement endoscopique: **1ère** intention / drainage du kyste (trans-papillaire/duo/gastro)
 - Traitement chirurgical: dérivation kysto-digestive / si échec ou CI au traitement endoscopique
 - !! si suspicion d'infection
 - PK infecté = contre-indication à un traitement endoscopique ou chirurgical (**A savoir !**)
 - → ponction d'évacuation +/- drainage percutané + poly-ABT parentérale

Mesures associées

- Prise en charge à **100%** (ALD)
- Association de patients (alcooliques / PC)

Surveillance

- des C° de la pancréatite chronique: **poids / douleurs** / cholestase / glycémie / PK
- des C° de l'alcoolisme (**A savoir !**): bilan hépatique / échographie abdominale régulière

Synthèse pour questions fermées

Quelle est la principale cause de pancréatite chronique en France ?

- Alcool

Quel est le premier diagnostic à évoquer devant des douleurs abdominales de type pancréatique chez un homme de 60 ans ?

- Cancer du pancréas

Un diagnostic différentiel de pancréatite devant des douleurs abdominales déclenchées par les repas chez un homme de 60 ans ?

- Angor mésentérique