



## 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: <a href="#">item 269</a>	- 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:** 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 2nde 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 méésentérique (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"> <li>◦ <b>Douleurs</b> +++</li> <li>◦ Poussées de PA</li> <li>◦ Pseudo-kystes +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Pseudo-kystes</b> +++</li> <li>◦ Douleurs +</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Calcifications</b> +++</li> <li>◦ Insuff. exo = diarrhée</li> <li>◦ Insuff. endo = diabète</li> </ul>

- **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