

LES INDICATIONS CHIRURGICALES AU COURS DES PANCREATITES AIGUES

Dr Ahmed GUIRAT

AHU Service de Chirurgie Générale
de SFAX

INTRODUCTION

- Pancréatite aigues : 2 formes anatomopathologiques: les pancréatites œdémateuses bénignes et les pancréatites sévères nécrotico-hémorragiques.
- L'étiologie biliaire est la plus fréquente (>70% en Tunisie)
- Le traitement de la pancréatite aiguë est médical dans plus de 85 %.
- La chirurgie a une place réduite pour le traitement des complications et de l'étiologie biliaire.
- Chirurgie lourde avec importante morbi-mortalité

Pancréatite aigue

```
graph TD; A[Pancréatite aigue] --> B[Pancréatite aigue bénigne]; A --> C[Pancréatite aigue nécrotico-hémorragique]; B --> D[Pas de nécrose<br/>Pas d'hémorragie<br/>Evolution favorable qq jours]; C --> E[Destruction parenchyme P<br/>Nécrose + hémorragie<br/>Evolution imprévisible];
```

Pancréatite aigue
bénigne

Pas de nécrose
Pas d'hémorragie
Evolution favorable qq jours

Pancréatite aigue
nécrotico-
hémorragique

Destruction parenchyme P
Nécrose + hémorragie
Evolution imprévisible

PANH

2 -3 mois

Régression ad
integrum 50%

2^{ème}
semaine

Infection de nécrose
25- 30%

> 6^{ème}
semaine

Enkystement > 6^{ème} s
10%

Autres 10%

Phlégmon < 4^{ème} s

Abcès > 4^{ème} s

Regression 40%

Persistence +/-
Rupture, infection,
compression,
hémorragie

Perforation digestive
Hémorragie
Migration dans le médiastin
Faux anévrisme
Thrombose vv
fistules

LES INDICATIONS CHIRURGICALES

```
graph TD; A[LES INDICATIONS CHIRURGICALES] --> B[Traitement des complications]; A --> C[Traitement de l'étiologie biliaire];
```

Traitement
des
complications

Traitement
de l'étiologie
biliaire

Pancréatites aiguës bénignes

- Indications chirurgicales: traitement de la lithiase
- Pancréatites Stade A, B et C d'origine lithiasique
- Cholécystectomie et CPO au cours de la même semaine d'hospitalisation



Les pancréatites nécrotico-hémorragiques

- La surinfection de nécrose: la plus grave
- Les faux kystes
- Autres complications (perforation, hémorragie...)
- Traitement de l'étiologie biliaire

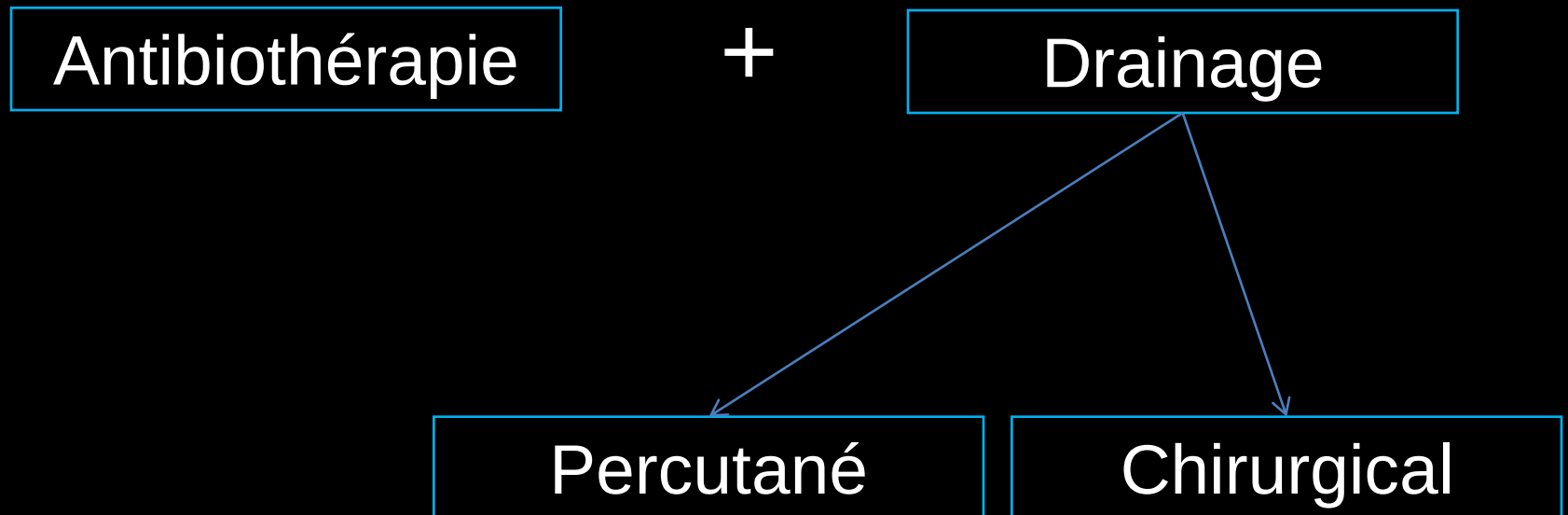
La surinfection de nécrose pancréatique

- Complication grave
- A partir de la 2^{ème} semaine
- Diagnostic:

Syndrome septique confirmé par ponction
radio - guidée avec examen
bactériologique

La surinfection de nécrose pancréatique

CAT:

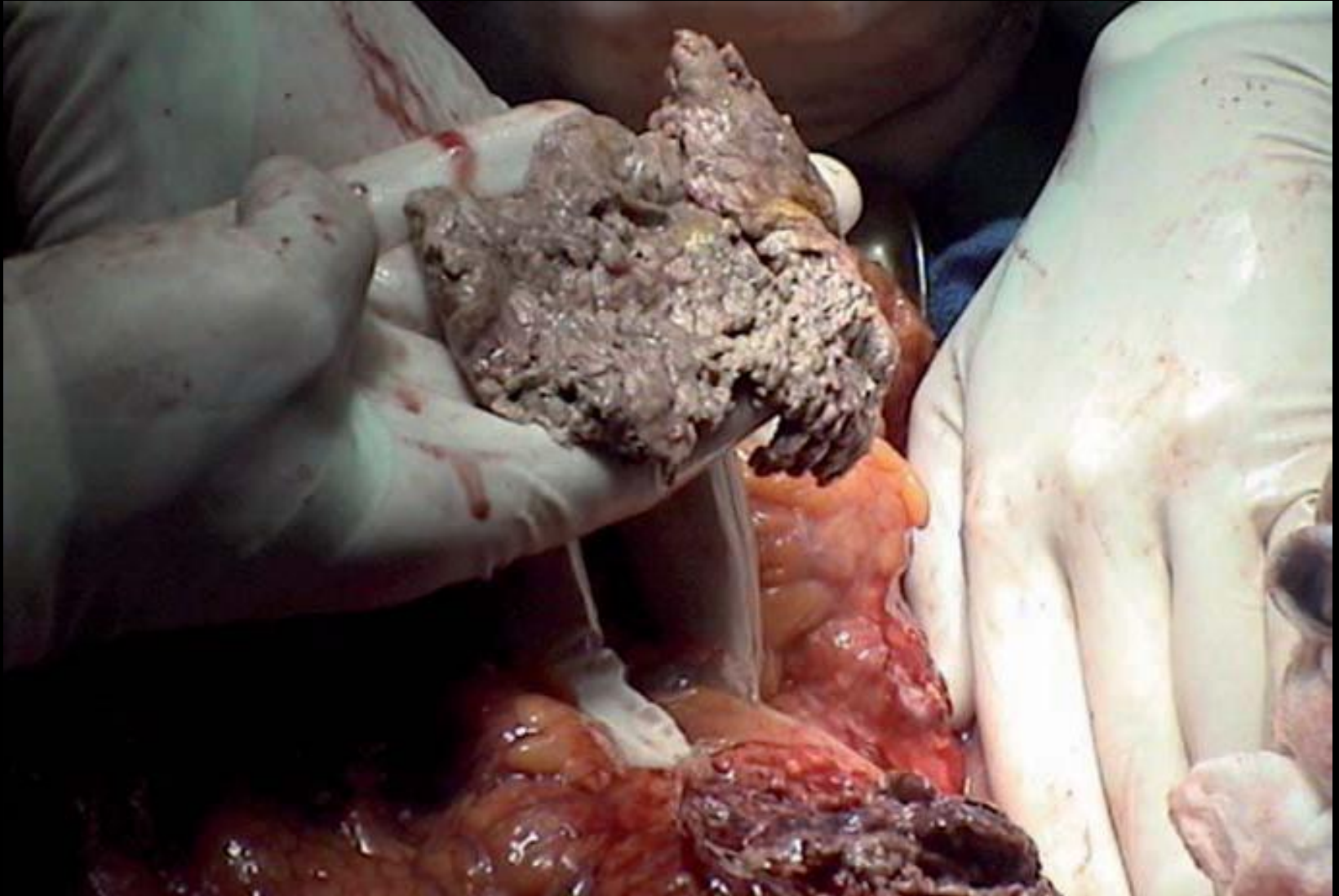


Surinfection de nécrose

Les techniques chirurgicales:

- Les résections réglées pancréatiques sont abandonnées au profit des nécrosectomies assurant l'exérèse des seuls foyers nécrotiques.

Nécrosectomie

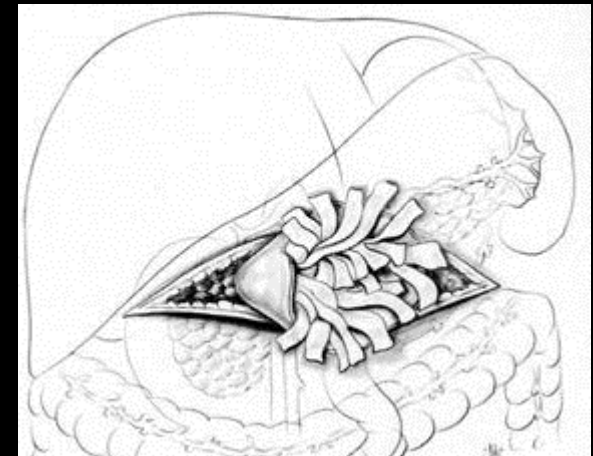


L'étoupe pancréatique nécrotique se détache facilement des tissus encore viables. Elle est responsable de l'obstruction fréquente des drainages percutanés ou chirurgicaux.

Les techniques de ventre ouvert :

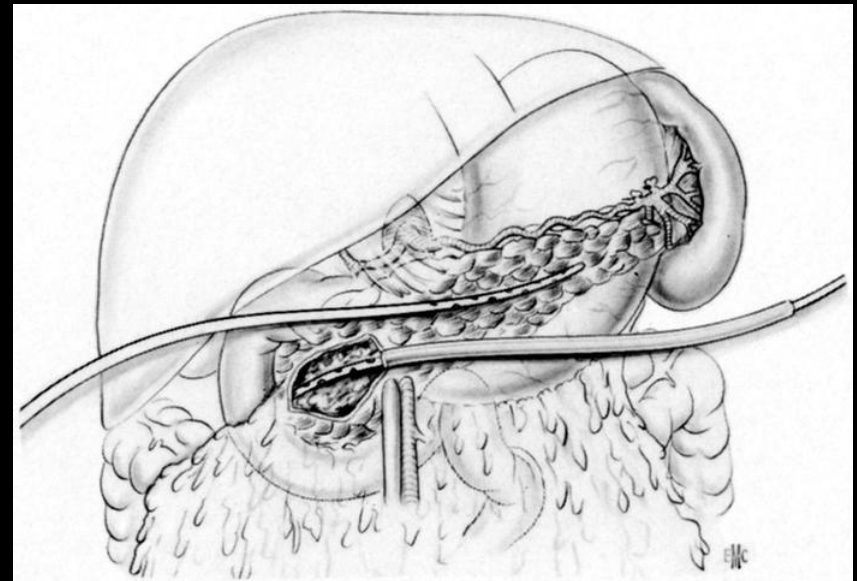
La laparostomie

- permet des débridements répétés tous les 2 à 3 jours pendant une à deux semaines pour évacuer la nécrose: rarement proposées
- Geste lourd
- Taux de fistules digestives +++
- Mortalité > 50%



Les techniques de nécrosectomie avec drainage simple et fermeture abdominale

- Détersion imparfaite au long cours des sites nécrotiques, conduisant à des réinterventions fréquentes pour obstruction ou inefficacité des drainages.
- Mortatilité : 42 à 70 %



Nécrosectomie et irrigation continue des sites de drainage

- Détersion prolongée des sites nécrotiques.
- Elles peuvent être réalisée par un abord antérieur large
- Réaliser la cholécystectomie en cas d'origine biliaire
- Traiter d'éventuelles complications digestives associées, à type de perforation ou de nécrose
- Une jéjunostomie d'alimentation
- Mortalité postopératoire de 10 à 25 %,
- Morbidité : 34 to 95% (Fistules, Insuffisance pancréatique...)



Nécrosectomie par voie rétropéritonéale

- Elles peuvent être réalisées par **voie rétropéritonéale** (85%).
- Guidées par un drainage radiologique percutané préalable
- Utilement aidées par l'utilisation d'un matériel de vidéoscopie (vidéo assistée)
- nécessitant des procédures fréquemment répétées 2 à 3 fois mais préservant l'intégrité de la paroi abdominale.

Nécrosectomie par voie rétropéritonéale

- Ne permet pas l'exploration intrapéritonéale
- Ne permet pas un geste associé sur les voies biliaires





Nécrosectomie rétropéritonéale vidéo-assistée

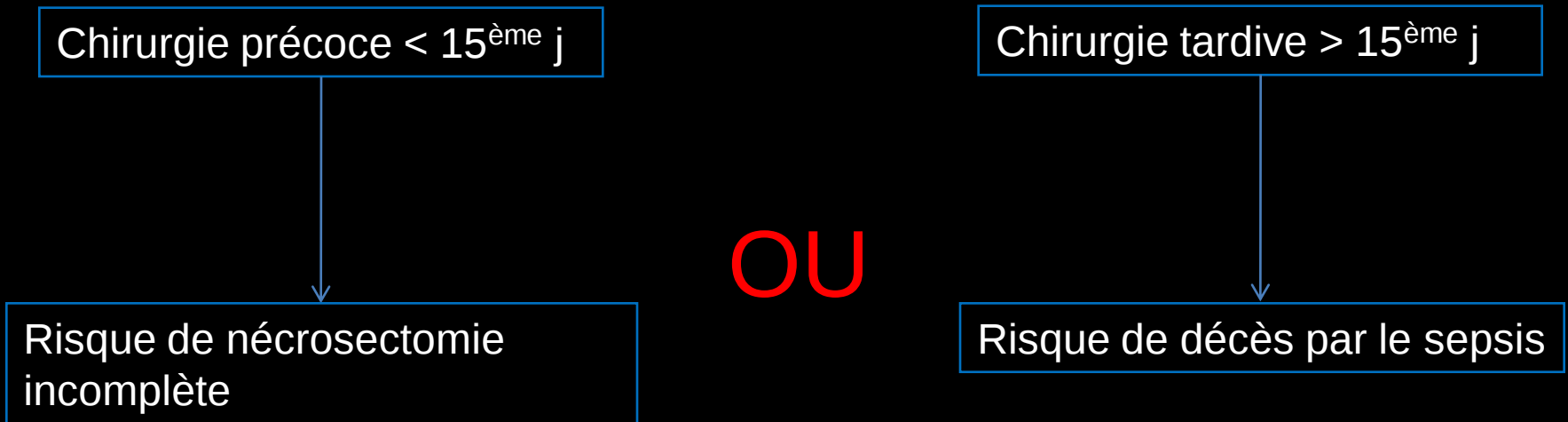


Morbidité: 44%

Mortalité: 23%

*Van Santvoort HC, Besselink MG, Horvath KD, et al.
Videoscopic assisted retroperitoneal debridement in infected
necrotizing pancreatitis. HPB (Oxford) 2007;9:156-9.*

Quand opérer?



1 seule étude randomisée: mortalité postopératoire diminuée d'un facteur 3,4 si la détersion chirurgicale était repoussée au-delà du 12^e jour

Mier J, Luque-de-Leon E, Castillo A, Robledo F, Blanco R. Early versus late necrosectomy in severe acute necrotizing pancreatitis. Am J Surg 1997;173:71-15.

Comment retarder l'intervention?

Antibiothérapie

+

Drainage percutané

- Durée drainage: 16 à 98 jours
- Succès: pas de nécrosectomie jusqu' 52%
- Morbidité moindre : 20% (fistules +++)
- Mortalité: 15%

Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. N Engl J Med 2010;362:1491-502.

Avantages d'une intervention tardive >21j

- Clivage facile entre la nécrose et le parenchyme pancréatique sain
- Patients plus stables sur le plan hémodynamique
- Moindre saignement per opératoire
- Moindre morbidité (fistules, diabète)

Résultats post opératoires

- La mortalité des patients opérés varie selon les séries récentes de 10 à 25 %.
- La durée d'hospitalisation moyenne est de 1,5 à 2 mois auxquels s'ajoute une convalescence de 1 à 6 mois
- Morbidité : jusqu'à 40 %

Fistules +++

Séquelles endocrines 8 à 18 %

Les éventrations

Les pancréatites nécrotico-hémorragiques

- La surinfection de nécrose: la plus grave
- Les faux kystes
- Autres complications (perforation, hémorragie...)
- Traitement de l'étiologie biliaire

Pseudokystes

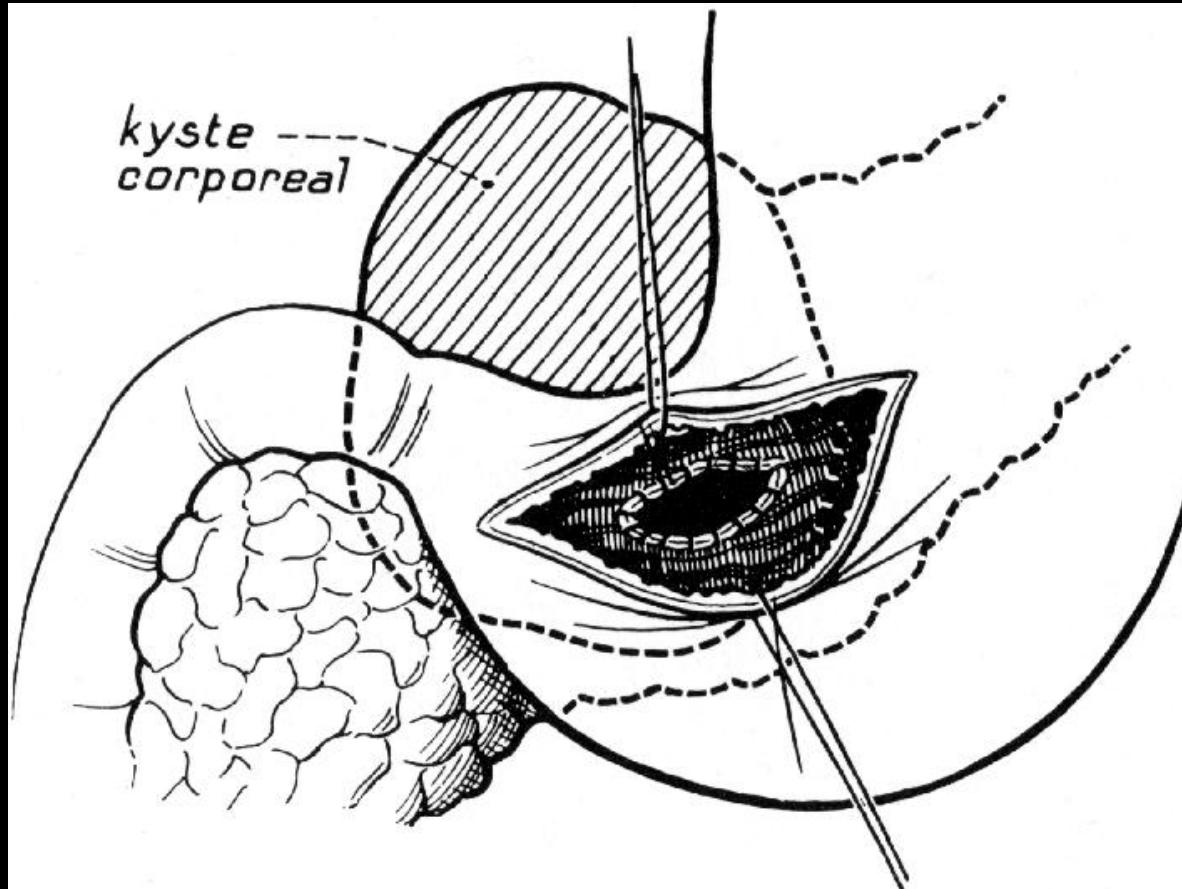
- PKP non compliqué: surveillance
- PKP > 5cm ou symptomatique > 3mois
- PKP compliqué (infection, hémorragie, compressif) si échec traitement endoscopique ou percutané



Chirurgie du pseudokyste

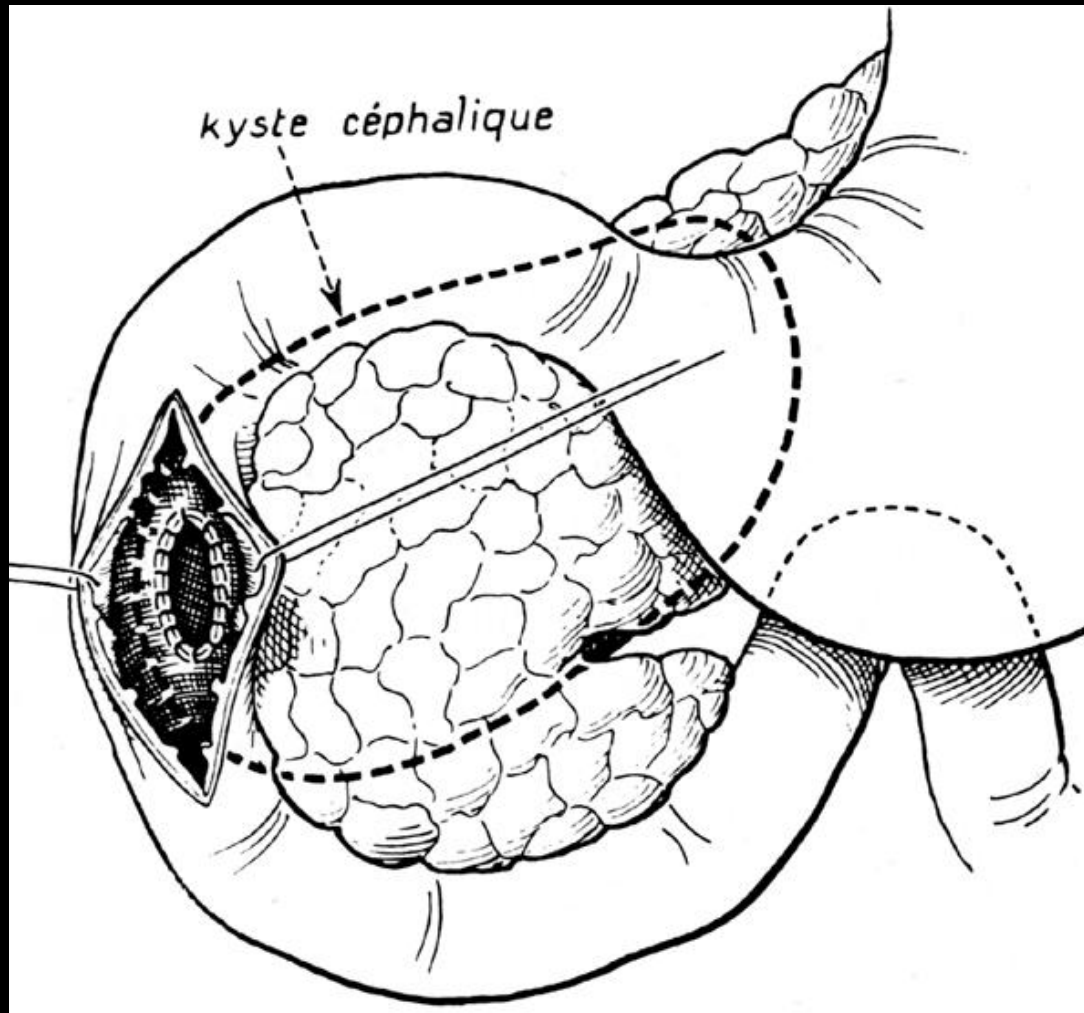
Anastomose kysto-gastrique

« kysto-gastrostomie trans-gastrique »

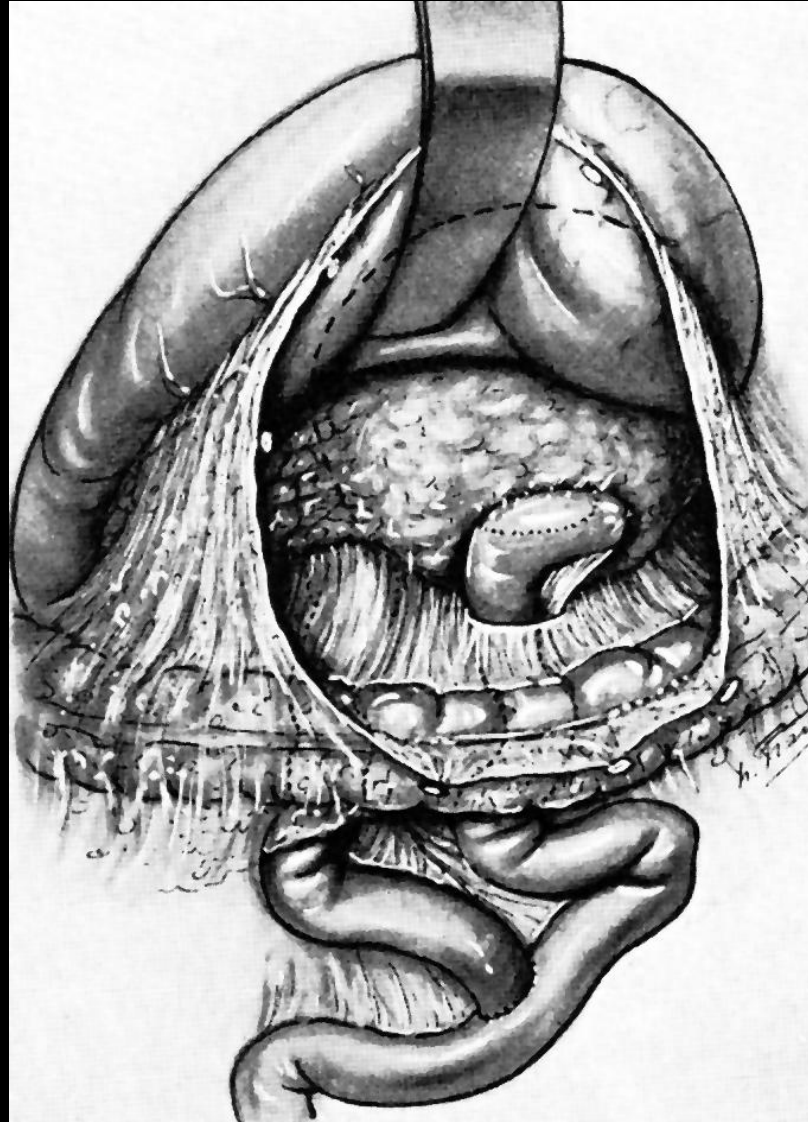


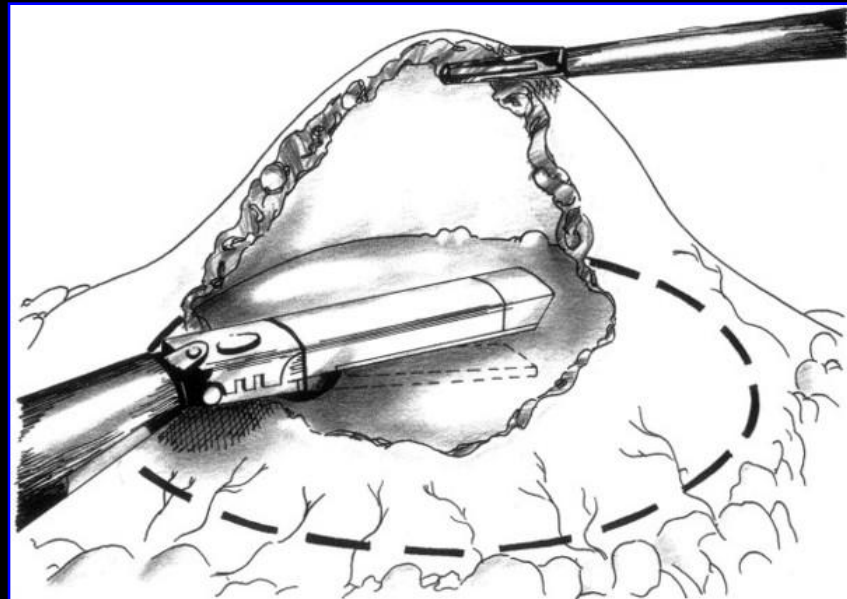
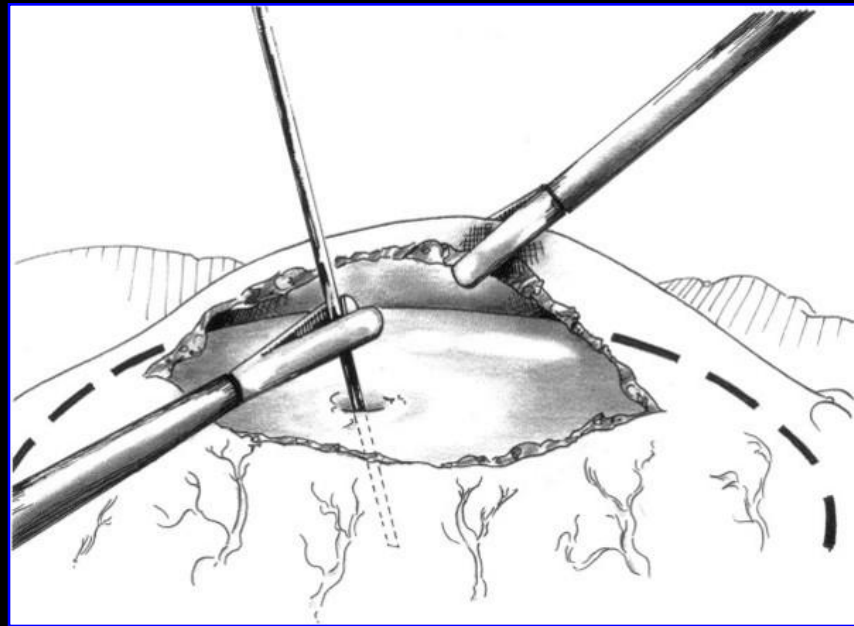
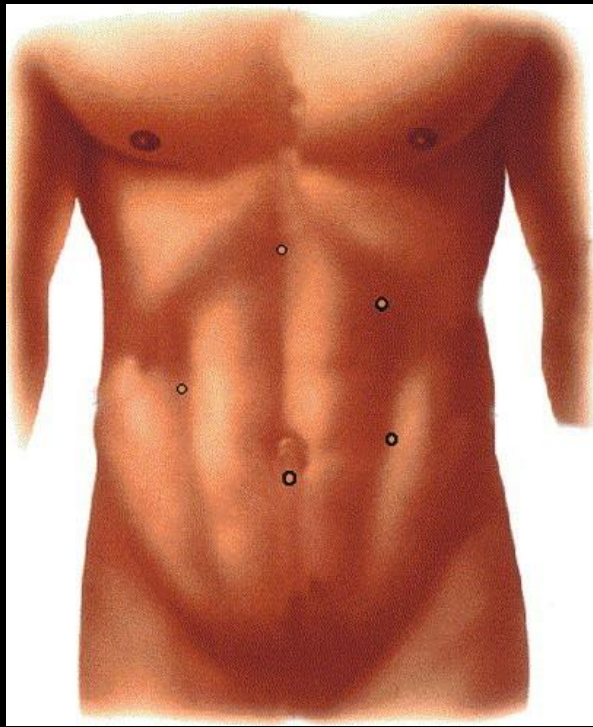
Anastomose kysto duodénale

kysto-duodénostomie



kysto-jéjunostomie sur anse en « Y »





FKP – abord laparoscopique

Les pancréatites nécrotico-hémorragiques

- La surinfection de nécrose: la plus grave
- Les faux kystes
- **Autres complications** (perforation, hémorragie...)
- Traitement de l'étiologie biliaire

Autres indications chirurgicales:

- Perforation d'un organe creux : résection-stomie, fistulisation dirigée.
- Hémopéritoine: hémostase en urgence
- Faux anevrysme: ligature si échec embolisation
- Sténose duodénale: GEA
- Sténose colique : colectomie segmentaire

Les pancréatites nécrotico-hémorragiques

- La surinfection de nécrose: la plus grave
- Les faux kystes
- Autres complications (perforation, hémorragie...)
- Traitement de l'étiologie biliaire

En cas d'évolution favorable

- Disparition des coulées de nécrose après 2 à 3 mois: Chlécystectomie + cholangiographie

Pancréatite grave associée à une urgence biliaire

- Cholécystite aiguë gangréneuse:
cholécystectomie en urgence + DTC
- Angiocholite aiguë lithiasique:
 - Sphinctérotomie endoscopique
 - CPRE + DNB si troubles hémostasie
 - Chirurgie si échec traitement endoscopique

Les laparotomies exploratrices:

Les défaillances viscérales

- s'aggravant malgré une réanimation maximale, faisant craindre une complication viscérale ou un rare faux négatif de la dernière ponction bactériologique
- Le bénéfice est incertain quand la nécrose s'avère finalement stérile avec une mortalité postopératoire de 40 %, mais elles peuvent être salvatrices si elles découvrent et traitent par exemple une autre complication digestive (nécrose colique, etc.).

CONCLUSION

- Pancréatite aiguë: traitement médical 85%
- La mortalité des patients opérés varie selon les séries récentes de 10 à 25 %.
- Le traitement chirurgical des complications est lourd, grevé d'une lourde morbi-mortalité et doit être confié à un chirurgien expérimenté.
- L'indication opératoire en urgence doit être prise en collaboration entre chirurgiens, radiologues, gastroentérologues et réanimateurs.

CONCLUSION

- Les indications chirurgicales en urgence:
 - l'infection de nécrose
 - Les complications biliaires associées
 - Autres: hémorragie, péritonite
- Les indications chirurgicales électorales:
 - l'étiologie biliaire
 - Les faux kystes
 - Autres: pseudoaneurysmes, sténose digestive...