



Quelle est la place de l'endoscopie dans le traitement de la pancréatite chronique calcifiante (PCC) ?

 **Philippe GRANDVAL**

 Service de gastroentérologie, hôpital de la Timone, Aix Marseille Université - 13000 MARSEILLE (France)

 Philippe.grandval@ap-hm.fr

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les complications d'une PCC et leur physiopathologie
- Connaître les indications du traitement endoscopique
- Connaître les techniques endoscopiques et leurs limites
- Savoir quand proposer une prise en charge chirurgicale
- Comprendre le positionnement de l'endoscopie au sein d'une prise en charge globale (addictologie, algologie, nutrition, endocrinologie...)

LIEN D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec sa présentation.

MOTS-CLÉS

Douleur ; Insuffisance pancréatique ; Traitement endoscopique.

ABRÉVIATIONS

Non communiquées

Introduction

La pancréatite chronique (PC) est une maladie multi-factorielle, inflammatoire et destructrice, conduisant à une fibrose progressive du pancréas. Elle se caractérise par des manifestations douloureuses chroniques, une malabsorption avec diarrhée, un diabète et un risque de cancer pancréatique. Longtemps, la PC s'est résumée à la forme alcoolique, qui reste cependant l'étiologie la plus commune. Mais certaines pancréatites chroniques plus rares sont la conséquence de prédispositions génétiques ou de maladies auto-immunes. La phase symptomatique de la PC en particulier alcoolique est associée à la douleur pancréatique, et est jalonnée de complications bien connues, dont les sténoses biliaires, survenant dans 8 à 30 %, responsables de cholestases, voire de cirrhoses biliaires secondaires, les kystes dans 20 à 40 % des cas, des sténoses duodénales dans 5 % des PC secondaires à une dystrophie kystique sur pancréas aberrant (ou « groove pancreatitis ») et des hémorragies digestives sur hypertension portale segmentaire ou lésions artérielles.

Physiologie et complications de la PC

Les lésions majeures regroupent une inflammation, une fibrose inter- puis intra-lobulaire, une perte de cellules acineuses et des îlots de Langerhans avec atrophie glandulaire, des calcifications parenchymateuses, des épaisissements des parois canalaire associées une fibrose péri-ductale à l'origine de sténoses, et de la formation des calculs. Leur répartition dans le pancréas est hétérogène. Parmi les causes environnementales, l'alcool et le tabac restent les deux facteurs majeurs de la PC, et sont presque constamment associés. L'étude du NASP2 a montré une évolution ces dernières années avec une répartition des étiologies dans laquelle l'alcool représente 44,5 %, les causes non alcooliques 26,9 % et les formes idiopathiques 28,6 %. Cependant, chez l'homme, l'alcool reste la principale étiologie dans 60 % des cas (1).

Les nouveaux concepts ont conduit à proposer un modèle d'évolution intégrant l'ensemble des autres causes et facteurs de risques de PC, et dans lequel sont identifiées les

premières manifestations qui peuvent être des pancréatites aiguës inaugurales signant le début de la maladie (ou « SAPE » pour *Sentinel acute pancreatitis Event*) et des pancréatites récidivantes.

Après un premier épisode de pancréatite aiguë alcoolique, le risque de progression vers une PC est élevé en l'absence de sevrage (estimé à 41 %) et plus réduit en cas d'obtention d'une abstinence (14 %). Le tabac intervient pour 25 % dans le risque de PC et l'absence de sevrage aggrave la progression de la maladie, ce qui confirme la nécessité d'obtenir un sevrage complet et définitif chez tous les patients atteints de PC.

Indications de la prise en charge chirurgicale et endoscopique

Les traitements chirurgicaux et endoscopiques concernent en très grande majorité les PC alcooliques, beaucoup de formes héréditaires ou auto immunes étant peu symptomatiques ou relevant seulement de la prise en charge de l'insuffisance pancréatique. Avant toute chose, l'obtention d'un sevrage alcoolique et tabagique est indispensable et nécessite le recours d'addictologues pour encadrer et sécuriser la prise en charge. Lorsque celui-ci est obtenu, en particulier pour l'alcool, les douleurs, les complications de la PC et l'apparition d'une insuffisance pancréatique exocrine sont significativement diminuées (2). Une évaluation clinico-biologique à recherche d'une insuffisance pancréatique endocrine et exocrine doit être réalisée et sa prise en charge thérapeutique doit démarrer dès que la preuve en est faite.

Les traitements invasifs, chirurgicaux et endoscopiques ne sont proposés qu'en cas de symptômes ou complications et jamais chez un patient asymptomatique même avec des lésions canalaire importantes ou des calculs obstructifs. Le bénéfice du drainage pancréatique sur l'évolution des fonctions endocrines et exocrines n'est en effet pas démontré. Les stratégies endoscopiques et chirurgicales sont détaillées dans les recommandations de l'ESGE 2018 (3), la conférence de consensus de 2020 (4), et les recommandations de l'ASGE de 2024 (5).

Les niveaux de preuve des études placent la chirurgie, le plus souvent de dérivation (wirsungo-jéjunostomie), en première intention chez des malades souffrant depuis moins de 6 mois de douleurs réfractaires. L'étude de Cahen publiée dans le NEJM en 2007 (6) puis l'étude ESCAPE du JAMA de 2020 (7) avaient démontré, dans deux travaux randomisés, qu'une chirurgie de dérivation wirsungo-jéjunale chez des malades opérables souffrant de douleurs pancréatiques était plus efficace que l'endoscopie en termes de douleur avec une diminution par deux des scores de douleurs et 75 % de patients contrôlés à 2 ans vs. 30 % dans le groupe endoscopie (différences significatives). Dans les formes associées à une atteinte inflammatoire localisée à la tête du pancréas, une intervention de Frey avec évidement céphalique peut être proposée. Ces résultats non contestables ont été confirmés par les suivis à long terme, mais ils doivent être replacés dans le contexte de possibles et fréquentes contre-indications chirurgicales (dénutrition, hypertension portale, absence de dilatation suffisante du canal de Wirsung...) et de la disponibilité de chirurgiens experts.

Indications et principes du traitement endoscopique

Une endoscopie thérapeutique peut être proposée pour traiter l'obstruction du canal de Wirsung, principale cause de la douleur. Ce traitement nécessite une dilatation de la sténose, l'extraction des calculs après fragmentation, et un traitement de calibrage à l'aide de stents en plastique. La clairance des calculs dépend de la taille de ceux-ci. Pour les calculs de plus de 5 mm, leur extraction endoscopique étant quasi impossible, une fragmentation par lithotritie est recommandée en première intention, soit extra corporelle, suivie ou non d'une CPRE, soit intra corporelle par lithotritie électro hydraulique ou laser, guidée par pancréatoscopie. Cette dernière a l'avantage de permettre dans le même temps le traitement des sténoses canalaire associées dans plus de 50 % des cas et l'élimination des débris. La lithotritie, quelle que soit la méthode, est efficace avec une clairance de calculs obtenue dans 75 à 80 % des cas. Elle dépend cependant de la disponibilité des centres experts. Le traitement des sténoses est la deuxième grande indication du traitement endoscopique et son utilité est démontrée depuis de nombreuses années. Classiquement, une prothèse plastique de petit calibre (7 french) est placée dans le Wirsung et changée à 2-3 mois puis tous les 4 mois pour un diamètre croissant (10 puis 11,5 Fr) pour une période de calibrage de 12 à 18 mois (jusqu'à disparition de la sténose). La méta-analyse la plus récente de Jafri M *et al* a montré que 88 % des patients étaient immédiatement soulagés et que 67,5 % d'entre eux le restaient sur le long terme (8). Une technique de multi-stenting a également démontré son utilité dans des sténoses réfractaires avec 74 % de patients soulagés sur un suivi de 9 ans. Chez des patients non-candidats à une chirurgie, en échec de CPRE et avec une dilatation du canal de Wirsung (au moins 4 mm), une dérivation Wirsungo-gastrique guidée par écho-endoscopie peut être proposée, en centre expert en raison des difficultés techniques et des risques plus élevés de complications (9).

Le traitement endoscopique est également en première ligne dans la gestion des complications de la PC dont la sténose de la voie biliaire principale et les kystes pancréatiques qui est en général réalisé dans le même temps endoscopique. Enfin, il peut permettre dans des cas sélectionnés de traiter directement la douleur réfractaire grâce à un bloc coeliaque (10) et l'obstruction duodénale secondaire à une pancréatite duodénale (ou DKPA) par dérivation gastro-jéjunale guidée par EE (9). Cependant les données de ces techniques nécessitent d'être consolidées.

Conclusions

Le traitement endoscopique de la PC est bien codifié. Il repose, chez les patients symptomatiques avec douleurs réfractaires, sur le traitement chirurgical lorsqu'il est possible et indiqué, et le traitement endoscopique, plutôt en cas d'échec ou impossibilité de chirurgie. Ces traitements sont d'autant plus efficaces qu'un sevrage alcool-tabagique a été obtenu, et sont toujours associés au suivi et au traitement de l'insuffisance pancréatique endocrine et exocrine.

Références

1. Coté GA, Yadav D, Slivka A, Hawes RH, Anderson MA, Burton FR, *et al.* Alcohol and smoking as risk factors in an epidemiology study of patients with chronic pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* mars 2011;9(3):266-73; quiz e27.
2. Coté GA, Yadav D, Slivka A, Hawes RH, Anderson MA, Burton FR, *et al.* Alcohol and smoking as risk factors in an epidemiology study of patients with chronic pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* mars 2011;9(3):266-73; quiz e27.
3. Dumonceau JM, Delhaye M, Tringali A, Arvanitakis M, Sanchez-Yague A, Vaysse T, *et al.* Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Updated August 2018. *Endoscopy.* févr 2019;51(2):179-93.
4. Kitano M, Gress TM, Garg PK, Itoi T, Irisawa A, Isayama H, *et al.* International consensus guidelines on interventional endoscopy in chronic pancreatitis. Recommendations from the working group for the international consensus guidelines for chronic pancreatitis in collaboration with the International Association of Pancreatology, the American Pancreatic Association, the Japan Pancreas Society, and European Pancreatic Club. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* sept 2020;20(6):1045-55.
5. Sheth SG, Machicado JD, Chhoda A, Chalhoub JM, Forsmark C, Zyromski N, *et al.* American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of chronic pancreatitis: methodology and review of evidence. *Gastrointest Endosc.* janv 2025;101(1):e1-53.
6. Cahen DL, Gouma DJ, Nio Y, Rauws EAJ, Boermeester MA, Busch OR, *et al.* Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. *N Engl J Med.* 15 févr 2007;356(7):676-84.
7. Issa Y, Kempeneers MA, Bruno MJ, Fockens P, Poley JW, Ahmed Ali U, *et al.* Effect of Early Surgery vs Endoscopy-First Approach on Pain in Patients With Chronic Pancreatitis: The ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 21 janv 2020;323(3):237-47.
8. Jafri M, Sachdev A, Sadiq J, Lee D, Taur T, Goodman A, *et al.* Efficacy of Endotherapy in the Treatment of Pain Associated With Chronic Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JOP J Pancreas.* mars 2017;18(2):125-32.
9. van Wanrooij RLJ, Bronswijk M, Kunda R, Everett SM, Lakhtakia S, Rimbas M, *et al.* Therapeutic endoscopic ultrasound: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Technical Review. *Endoscopy.* mars 2022;54(03):310-32.
10. Machicado JD, Tanner S, Adoor D, Chalhoub JM, Plann-Curley B, Lee UJ, *et al.* Endoscopic ultrasound-guided celiac plexus block for painful chronic pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* sept 2025;25(6):860-7.

5

Les cinq points forts

- Le traitement endoscopique de la pancréatite chronique concerne essentiellement la pancréatite alcoolique
- Seuls les patients avec des douleurs réfractaires relèvent d'un traitement chirurgical ou endoscopique
- Le traitement chirurgical doit être proposé en première intention chez les patients opérables avec douleurs réfractaires de moins de 6 mois
- Le traitement endoscopique est indiqué en première intention dans les sténoses biliaires et en deuxième intention pour la douleur
- Un sevrage alcoolique et tabagique conditionne l'efficacité des traitements proposés