

Le *pancreas divisum* : une pancréatite aigüe pas comme les autres !

Pancreas divisum. An acute pancreatitis like no other!

Ilhem Ouahab, Abdelaziz Behar

Service de Chirurgie Générale,
CHU de Sétif – Algérie.

Correspondance à :

Ilhem OUAHAB

dr_ouahabilhem@yahoo.fr

DOI:<https://doi.org/10.48087/BJMSr.2018.5124>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Le *pancreas divisum* est une cause rare de pancréatite aigüe. C'est la malformation congénitale du pancréas la plus fréquente atteignant 5 à 15 % des sujets, devant le pancréas aberrant et le pancréas annulaire. Cette malformation résulte de l'absence de fusion embryologique des bourgeons pancréatiques ventral et dorsal qui conservent ainsi une autonomie de drainage. Généralement, le *pancreas divisum* est asymptomatique ou il se manifeste par une pancréatite aigüe récidivante. Le diagnostic positif est confirmé par la cholangio-wirsungo-IRM. La chirurgie est le traitement de référence ; elle ne s'adresse qu'aux patients symptomatiques. Nous présentons le cas clinique d'une patiente de 42 ans qui présentait une pancréatite aigüe récidivante où la cholangio-IRM objectivait le *pancreas divisum*. Le traitement chirurgical réglait le problème de notre patiente avec des résultats satisfaisants.

Mots-clés : Pancréatite aigüe ; *Pancreas divisum* ; Malformation congénitale ; Cholangio-IRM ; Chirurgie ; Sphinctéroplastie – Sphinctérotomie endoscopique.

ABSTRACT

Pancreas divisum is a rare cause of acute pancreatitis. It is the most common congenital malformation of the pancreas reaching 5 to 15% of the subjects, which is more frequent than aberrant pancreas and annular pancreas. This malformation results from the absence of embryological fusion of the ventral and dorsal pancreatic buds, which thus preserve drainage autonomy. Generally, pancreas divisum is asymptomatic or it manifests as recurrent acute pancreatitis. Positive diagnosis is confirmed by cholangio-wirsungo-MRI. Surgery is the treatment of reference; it is only indicated for symptomatic patients. We present the case of a 42-year-old patient with recurrent acute pancreatitis where cholangio-MRI revealed *pancreas divisum*. Surgical treatment solved the problem of our patient with satisfactory results.

Keywords: Acute pancreatitis; *Pancreas divisum*; Congenital malformation; Cholangio-MRI; Surgery Sphincteroplasty - Endoscopic sphincterotomy.

Introduction

Le *pancreas divisum* (PD) est une anomalie congénitale des canaux pancréatiques caractérisée par l'absence de fusion des ébauches pancréatiques ventrale et dorsale [1]. Outre l'intérêt de la connaissance de l'anomalie canalaire pancréatique, le PD suscite à l'heure actuelle des polémiques quant à sa responsabilité en pathologie. La prévalence élevée de PD chez les patients présentant des pancréatites aiguës récidivantes, la présence de pancréatite obstructive siégeant électivement sur le canal pancréatique dorsal et les résultats des traitements ciblés sur la papille accessoire sont les arguments plaçant pour le caractère pathogène du P D. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 42 ans qui présentait une cause rare de pancréatite aigüe récidivante définie sous le nom de *pancreas divisum*. L'intérêt de notre cas clinique est d'avoir une réflexion sur la responsabilité du *pancreas divisum* des pancréatites aiguës récidivantes.

Observation

Il s'agissait d'une femme de 42 ans aux antécédents de douleurs abdominales récidivantes de type pancréatique évoluant depuis 4 ans. Elle était hospitalisée 4 fois pour pancréatite aigüe récidivante bénigne « œdémateuse ». Le bilan étiologique exhaustif était négatif (la lithiase biliaire, la prise médicamenteuse, l'hyperparathyroïdie, l'hyperlipidémie et traumatisme abdominal étaient éliminés). L'échographie et le scanner de contrôle avaient montré des signes classiques de pancréatite aigüe œdémateuse (stade A de Balthazar). S'agit-il d'une pancréatite aigüe récurrente dite idiopathique ?

La cholangio-wirsungo-IRM confirmait le *pancreas divisum* complet : Type I (Dawson-Langman) (figure 1). Le traitement chirurgical avait consisté en une cholécystectomie + sphinctéroplastie trans duodénale (papille décapitée + canulation + suture des berges pancréatiques et duodénales + calibrage sur drain perdu de Duval). Les résultats étaient satisfaisants : (Follow-up : 2 ans).

Discussion

Embryologie [2] :

À la 5^{ème} semaine, la glande pancréatique se compose de 2 ébauches : La plus petite, ventrale se détache du bourgeon bilio-pancréatique et la plus volumineuse, dorsale déverse ses sécrétions à la partie postérieure de D2. L'union des 2 ébauches aboutit au pancréas normalement fusionné (6^{ème} semaine). L'absence de fusion des ébauches pancréatiques (ventrale et dorsale) aboutit à la formation du *pancreas divisum* (figure 2). Le canal pancréatique dorsal est dominant et draine la majeure partie des sécrétions pancréatiques à travers d'une papille accessoire non adaptée. La sécrétion exocrine du pancréas ventral est drainée par la papille principale.



Figure 1. Cholangio-wirsungo – IRM. *Pancreas divisum* complet (type I)

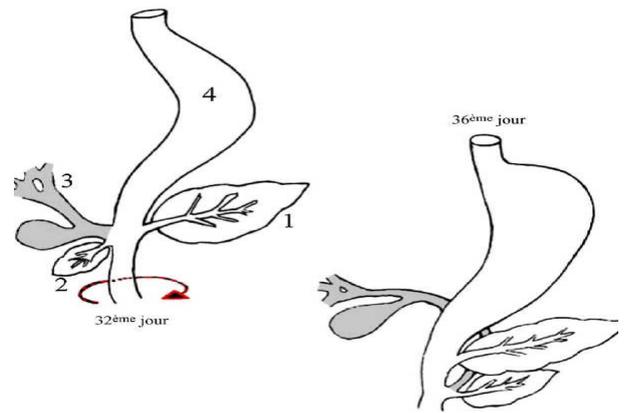


Figure 2. Anomalie embryologique de fusion des canaux pancréatiques.

Conséquence physiologique :

Le faible débit du pancréas ventral s'écoule dans le large orifice de la papille principale plus la bile, les sécrétions abondantes du volumineux pancréas dorsal s'écoulent par un minuscule pertuis, celui de la papille accessoire [3]. C'est l'étroitesse de celle-ci, insuffisante au drainage du pancréas dorsal qui explique la survenue de pancréatite aiguë récurrente (inadéquation de calibre entre la papille mineure et le débit important du canal pancréatique dorsal : Sténose organique ou fonctionnelle ?

Classifications [4] :

- Classification de Milbourn-Sigfusson (1950-1983) : 3 types : type I (85%), type II (6%) et type III (5%) : *Pancreas divisum*.
- Classification de Dawson-Langman (1966) : type I (embryonnaire) (7,5%) = *Pancreas divisum*, type II (classique) (40%), type III (*ansa pancreatica*) (17,5%), type IV (canal accessoire oblitéré) (35%).

Clinique :

Trois situations [5] : découverte fortuite : La plus fréquente (55%) au cours d'une CPRE ; douleurs abdominales de type pancréatique, aiguës, isolées ou récidivantes (24%) ; pancréatite aiguë récidivante (notre cas) : (21%). La responsabilité du *pancreas divisum* ne peut être retenue qu'après avoir éliminé les causes habituelles de pancréatite (Pancréatite aiguë idiopathique).

Biologie :

L'élévation du taux sérique des enzymes pancréatiques est habituelle mais aucun profil spécifique n'a été décrit au cours du *pancreas divisum* [6].

Imagerie :

Echographie : montre les signes échographiques habituels de pancréatite aiguë (PA). Parfois, on peut objectiver des signes échographiques propres au PD (Pietri) [7] : cloison séparant ébauche ventrale et dorsale, visibilité nette du segment pancréatique situé en arrière de la veine mésentérique supérieure (VMS). L'injection de sécrétine provoque l'augmentation du calibre du canal pancréatique dorsal avec sténose de la papille accessoire (valeur prédictive du traitement).

TDM : Peut montrer une cloison grasseuse séparant pancréas ventral et dorsal (Seto) [8].

Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (C.P.R.E) : Examen de référence. Cathétérisme papille principale et accessoire + I.V sécrétine : Canulation de la papille principale : opacification du canal de Santorini, court et fin : Drainage de la partie postérieure de la tête. Cathétérisme de la papille accessoire : Opacification su canal pancréatique dorsal : Drainage du corps, de la queue et du reste de la tête du pancréas. L'injection de sécrétine permet de bien remplir les canaux excréteurs du pancréas et de sensibiliser le diagnostic des anomalies anatomiques (figure 3).

Cholangio-wirsungo-IRM :

Examen de référence (pondérationT2) [10]. Peut montrer un drainage du canal pancréatique principal dans le canal de Santorini qui s'abouche dans la petite caroncule ± santorinicèle (figure 4). Le canal de Wirsung grêle se jette dans la grande caroncule avec le cholédoque. La courbe axiale montre le croisement du canal de Santorini et de la voie biliaire principale (VBP) "signe de croisement".



Figure 3. Cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique. Le canal pancréatique ventral est court et le canal pancréatique dorsal se jette dans la papille mineure [9].

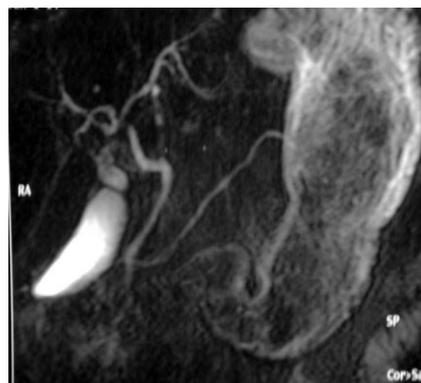


Figure 4. Cholangio-wirsungo-IRM.

Traitement :

Il existe 2 types de traitements : endoscopique (sphinctérotomie de la papille accessoire + intubation c.p.p + prothèse (stent) [11], principales complications : pancréatite post-opératoire et sténose S.E +++), chirurgicale : Sphinctérotomie (ST) ou sphinctéroplastie (SP) transduodénale de la papille accessoire ou bisphinctérotomie ou bisphinctéroplastie + cholécystectomie [12].

Une seule indication : les *pancreas divisums* symptomatiques.

Les résultats de la ST /SP endoscopique ou chirurgicale sont favorables dans 75 % des cas ayant des P.A récidivantes (notre cas), ils sont moins bons quand la symptomatologie est représentée par des douleurs chroniques isolées (Brenner) [13].

Conclusion

Décrit pour la première fois par Opie en 1910, le *pancreas divisum* s'observe dans 5 à 15 % de la population et représente la plus fréquente des malformations congénitales du pancréas [14]. Bien que la relation de cause à effet du *pancreas divisum* et la pancréatite aiguë reste controversée, on observe plus souvent un PD chez les patients ayant une PA idiopathique que dans la population générale. Le diagnostic repose sur la CPRE, l'IRM a démontré depuis son excellente performance avec une concordance inter observateur élevée (Vilgrain) [15]. La fréquence de l'anomalie canalaire que représentent le PD et son impact clinique réel reste encore mal connue. Le traitement de la cause de la PA récidivante est essentiel. Il faut savoir y penser en cas de PA récidivante inexpliquée : une pancréatite aiguë pas comme les autres !

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Sugawa C., Walt A.J., Nunez D.C., Masuyama H. Pancreas divisum: Is it a normal anatomic variant? Am. J. Surg. 1987; 153 (1): 62-67
2. Nessler J.P., Munier G., Froment N., Grosdidier G., Borrelly J. Pancreas divisum or embryonic pancreas. Anatomical study (apropos of 16 cases) Bull. Assoc. Anat. (Nancy) 1983; 67 (198): 325-329
3. Klein SD, Affronti JP. Pancreas divisum, an evidence-based review: part I, pathophysiology. Gastrointestinal Endoscopy 2004; 60: 419-25.
4. Steven D, Klein J.P -pancreas divisum an evidence based review. Gastro intestinal endoscopy. 2004
5. Kumar P, Clark M. L'essentiel pour la médecine clinique. Chapitre 5 p 132
6. Berthélémy S. Le bilan pancréatique. 2015 Elsevier Masson SAS
7. Elmas N. The role of diagnostic radiology in pancreatitis. Eur JRadiol 2001; 38:120-32.
8. Balthazar EJ. Staging of acute pancreatitis. Radiol Clin NorthAm 2002; 40:1199-209.
9. Sigfusson BF, Wehlin L, Lindström CG. Variants of pancreatic duct system of importance in endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Acta Radiol Diag 1983; 24: 113-27.
10. Manfredi R, Costamagna G, Brizi MG, Mar-esca G, Vecchioli A, Colagrande C et al. Severe chronic pancreatitis versus suspected pancreatic disease: dynamic MR cholangio-pancreatography after secretin stimulation. Radiology 2000; 214: 849-55.
11. Delhaye M, Celso M, Deviere J. Endoscopic technique for the management of pancreatitis and its complications. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2004; 18: 155-81.
12. Varshney S., Johnson C.D. Surgery for pancreas divisum Ann. R. Coll. Surg. Engl. 2002; 84 (3): 166-169
13. Brenner P.-pancreatitis and pancreas divisum: Etiological and surgical considerations. Aust.NZ.J.Surg.1990
14. Madura J. Pancreas divisum: stenosis of the dorsally dominant pancreatic duct. A surgically correctable lesion. Am J Surg 1986; 151: 742- 6.
15. Cohen S, Bacon BR, Berlin JA, Fleischer D, Hecht GA, Loehrer PJSr. et al. National institutes of health state of the science conference statement: ERCP for diagnosis and therapy. January 14-16, 2002. Gastro- intest Endosc 2002; 56:803-9. Pancréas divisum. Hepato-gastro-enterologie.