

## PANCREATITES

Introduction :

- Le pancréas est situé en arrière de l'estomac, dans le cadre duodénal. Ainsi lorsque l'on retire la tête du pancréas, on est obligé de retirer le duodénum en même temps.
- Le pancréas est une zone mal située pour l'exploration en imagerie.
- Il est difficile de le ponctionner. De plus, il y a de gros vaisseaux à son contact (artères hépatique et splénique, veines cave et mésentérique), ce qui rend son étude difficile.
- Le pancréas se divise en quatre zones : La tête et le crochet, l'isthme (col), le corps et la queue.
- Le pancréas est une glande amphicrine.

L'activité exocrine consiste en la sécrétion des enzymes par les cellules acineuses, elles vont ensuite sortir par le canal pancréatique principal.

La fonction endocrine consiste en la sécrétion de l'insuline par les ilots de Langerhans qui contiennent également le glucagon, la somatostatine, et le polypeptide pancréatique .

Le parenchyme est plein, il comporte 95 % de cellules acineuses. Quelques canaux intra et interlobulaires + ilots.

- Il existe 2 grands groupes :

*Pancréatites aiguës (pancréatite oedémateuse et congestive, pancréatite nécrotico-hémorragique).*

*Pancréatites chroniques (pancréatite calcifiante, pancréatite obstructive).*

*I / PANCREATITE AIGUE: due à de nombreuses causes, 75% sont d'origine biliaire ou alcoolique et 10% sont idiopathiques.*

*Autres causes: post chirurgie, corticoïdes, tumeur en aval, vascularite, connectivite, infections (virale, bactérienne, parasitaire), hyperparathyroïdie.*

*A / FORMES BENIGNES : rares représentées par la pancréatite oedémateuse et congestive ou interstitielle.*

*Macroscopie: pancréas tuméfié, congestionné, luisant d'œdème, de couleur pâle, à surface boursouflée, la lobulation est plus apparente, le méso est épaissi.*

*Microscopie: oedème diffus interstitiel, congestion vasculaire marquée, infiltrats diffus ou localisés (mono ou polynucléés), réaction fibroblastique, dilatation canaliculaire, pas de nécrose.*

*B/ PANCREATITE NECROTICO-HEMORRAGIQUE: C'est la forme classique de la nécrose aiguë hémorragique du pancréas.*

*Macroscopie :*

*- Au niveau du pancréas: aspect variable, souvent masse nécrotico-hémorragique qui peut être circonscrite ou diffuse.*

*A la coupe: tâches à contours irréguliers en carte de géographie de couleurs variées (gris, rouge, jaune).*

- *En extra pancréatique: c'est la diffusion des lésions nécrotiques et hémorragiques dans le péritoine, les viscères abdominaux et à distance. Elles se traduisent par des tâches de bougie, jaune clair, cerclées d'un liseré hémorragique. Elles peuvent être nombreuses.*

Microscopie:

- Au niveau du pancréas: Remaniements vasculaires interstitiels + Nécrose du parenchyme (acini et canaux excréteurs).

- A distance: CYTOSTEATONECROSE .

Complications:

- Décès par collapsus.
- Nécrose extensive des viscères abdominaux.
- Pseudo kyste du pancréas.
- Thromboses.
- Passage à la chronicité.

II/ PANCREATITES CHRONIQUES:

Définition : sclérose intra pancréatique étendue entraînant une régression du tissu exocrine.

A/ Les pancréatites d'amont (pancréatites chroniques obstructives):

- Secondaires à un obstacle des canaux excréteurs, une oddite avec ou sans lithiase biliaire, un reflux biliopancréatique (hypotonie du sphincter d'Oddi), un reflux duodéno pancréatique (hypertonie du sphincter d'Oddi), une tumeur de la papille, un cancer de la tête du pancréas.
- Elles restent localisées et ne sont jamais calcifiantes.
- Elles se stabilisent ou même régressent partiellement après levée chirurgicale de l'obstacle.
- Quelques cas sont dus à des anomalies congénitales
- Elles peuvent se voir après traumatisme.

B/ Pancréatite chronique calcifiante

Etiologies :

- Alcoolisme chronique (80%)
- Autres: pancréatite héréditaire , hyperparathyroïdie , régime alimentaire (hyperlipidémie), pancréatite tropicale , idiopathique .

Macroscopie:

Induration de la glande avec atrophie ou hypertrophie globale. A la coupe: ectasie canalaire avec ou sans lithiase.

Microscopie:

Au stade précoce

- Alternance de foyers fibreux et de parenchyme normal
- Sclérose constante péri et intra lobulaire parfois inflammatoire (lobulation)
- Images d'atrophie des acini contrastant avec la préservation du tissu endocrine
- Canaux déformés, éctasiques. Leur revêtement est hyperplasique ou métaplasique.

*Au stade avancé, sclérose extensive avec atrophie, dilatation des canaux, bordés par une réaction inflammatoire et la sclérose*

*Formes particulières :*

*1/ - La pancréatite auto-immune: rare, elle atteint surtout les canaux.*

*- Aspect pseudo-tumoral*

*- Corticoïde*

*- Récidives, mais qui sont curables aujourd'hui.*

*- Elle associe une inflammation lymphocytaire, plasmocytaire et beaucoup de fibrose.*

*- Elle touche également d'autres organes : le rein, la rate, les poumons, les glandes salivaires... C'est donc une maladie systémique, mais la localisation pancréatique est fréquente.*

*2/ - Pancréatite de la mucoviscidose.*

*- Pancréas scléro atrophique*

*- Fibrose systématisée avec distension kystique de l'arbre excréteur et calcifications*

*3/- Pancréatite idiopathique*

*4/- Pancréatite à éosinophiles: jeunes à terrain atopique ou au cours d'un syndrome d'hyper-éosinophilie idiopathique.*