

Fistules pancréatiques



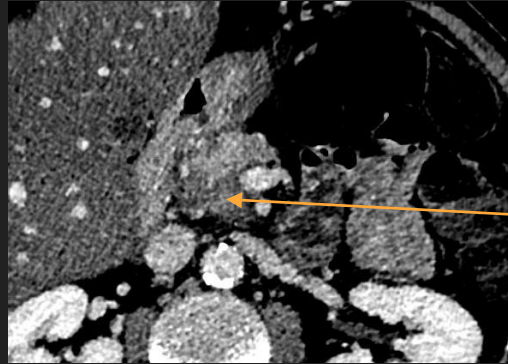
Steven VOISIN,
4^{ème} meilleur interne d'imagerie abdominal & digestive

Lundi 17 mai 2021

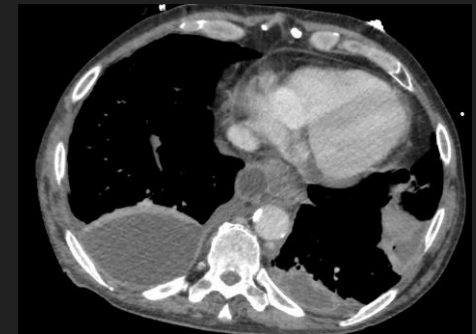
CHU
Rennes

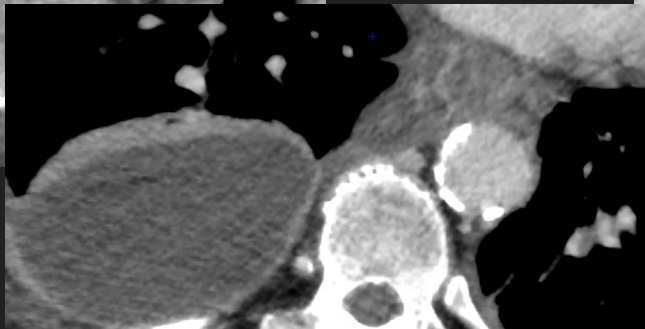
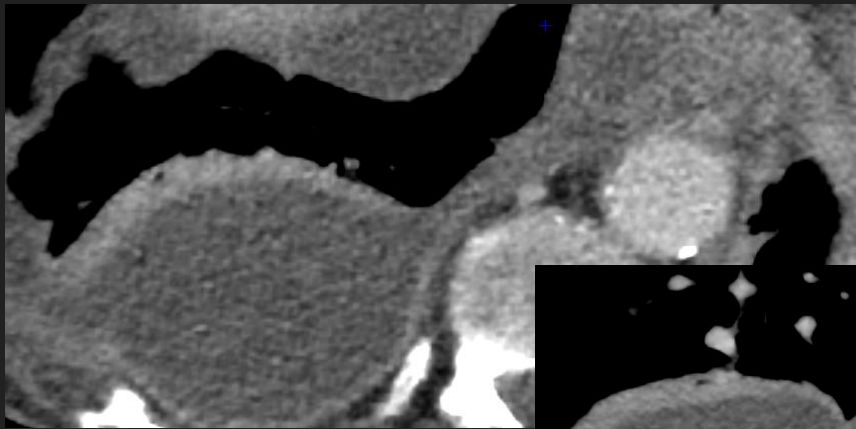
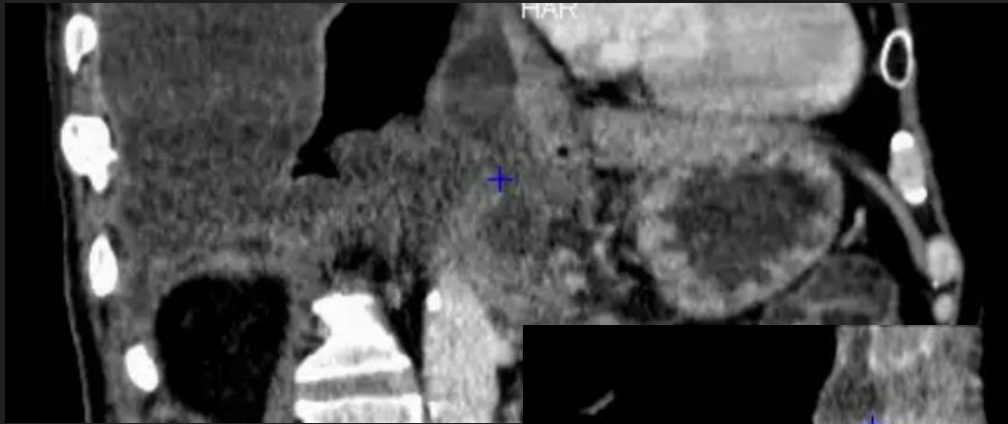
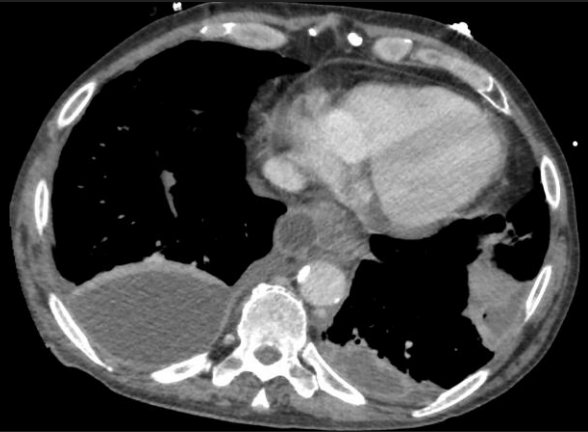
Mr E, 58 ans, OH chronique

- Début mars 2021: Dyspnée, fièvre, notion de masse tête pancréas
 - Pas d'EP, SDRA, épanchement pleural bilat prédominant à droite



- Fin mars 2021: Persistance des symptômes malgré drainage pleural
 - Collections nécrotiques aigues péripancréatiques remontant dans l'espace inframédiastinal postérieur, empyème pleural droit

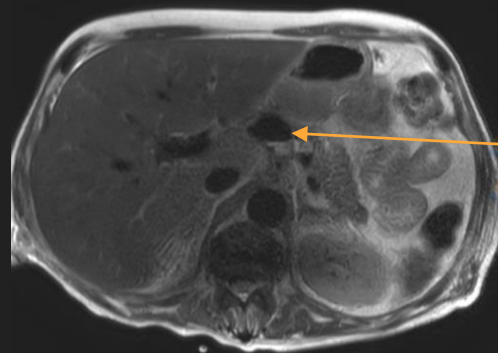
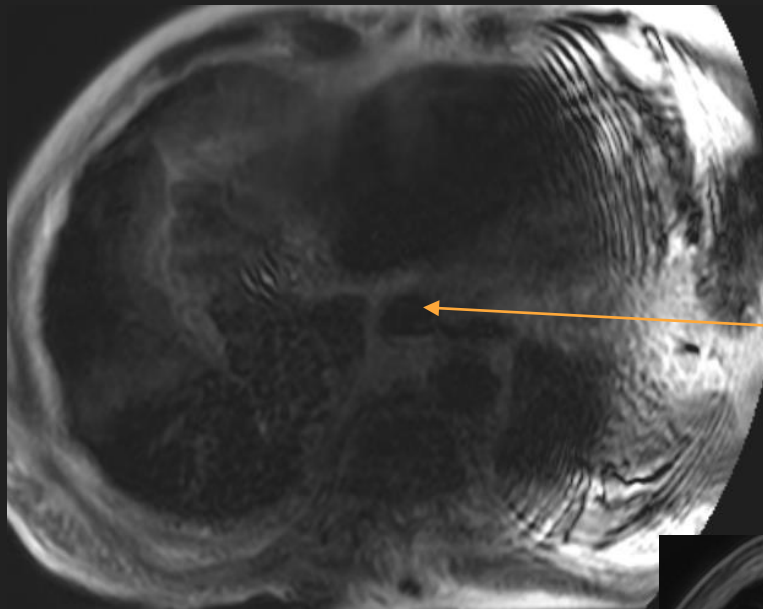




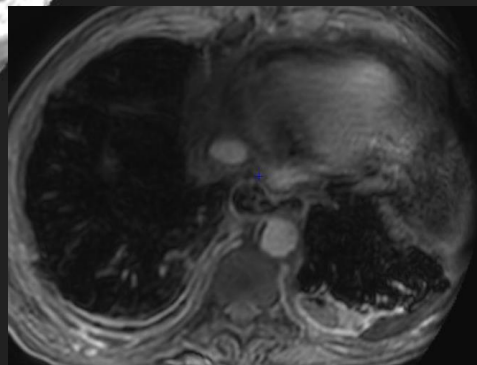
Nouveau drainage pleural en radiologie et demande de dosage de la lipase /amylase sur le liquide de drain.



IRM pancréatique après drainage



Apparition de gaz dans les CNA →
confirme bien la communication avec
l'espace pleural



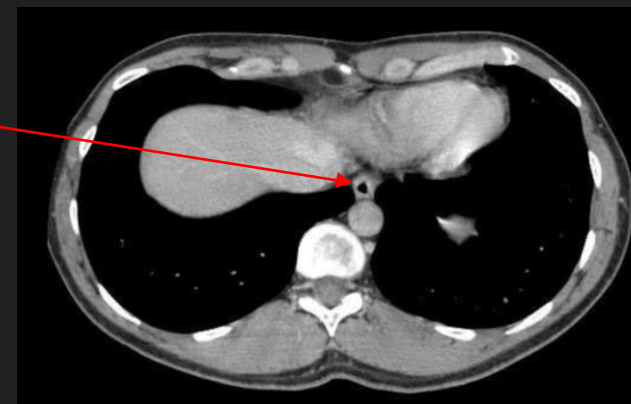
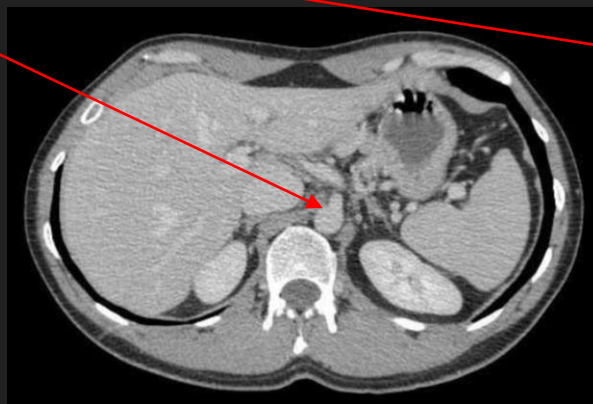
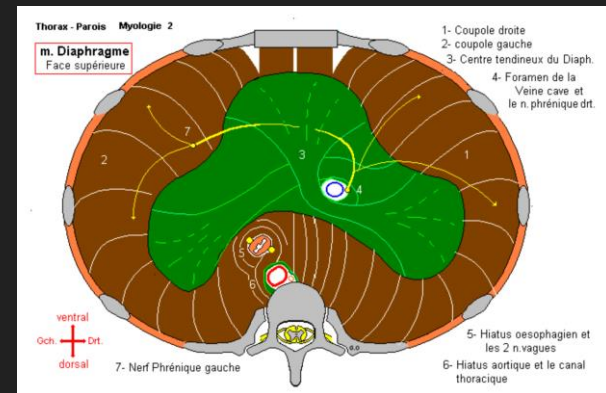
Finalement lipase
(150000Ui > 10000) sur le
liquide de drainage .
Quel est votre diagnostic??

Fistules pancréatiques: généralités

Fistules INTERNES		Fistules EXTERNES	
Ir = Spontanée	IIr = Provoquée	Post-Op/chir	Post-Trauma
Effraction canalaire (IIr à pancA nécrosante, PancC, K ...) → fuite dans: • <u>TD (Tube Digestif):</u> ○ Fistule kysto-gastrique/duodéal/colique ■ hémorragie dig ■ svt auto-guérison :) • <u>Séreuses (Péritoine, Plèvre):</u> ○ ANT: Fistule pancréatico-péritonéal ■ Ascite ○ POST: Fistule pancréatico-pleural ■ Pleurésie • <u>VBP (Voie biliaire principale):</u> ○ Fistule pancréatico-biliaire ■ hémobilie, angiocholite, rien • <u>VP (Veine Porte):</u> ○ Fistule pancréatico-portale ■ cystostéatonécrose s/cut diffuse A ■ Thrombose porte	Fistule recherchée afin de traiter/drainer les collections pancréatiques ou les dilatations des canaux pancréatiques par voie chirurgicale (wirsungojéjunostomie) OU endoscopique (kystoentérostomie)	<u>Pancréatectomie partielle (DPC):</u> • ≈ 20% (10 - 30%) • FdR: Pancréas gras > sain > fibreux <i>typiquement l'obèse aux multiples FdRCV</i> • Diagno+: [Amylase]_{drain} ≥ 3x [Amylase]_{sang} à J3 • 3 grades ISGPF (A, B, C) ○ A = ttt préventif ○ B = ttt med (octréotide) ○ C = ttt interv (RI/chir) <u>Autre:</u> • Drainage de collection (pseudo-)kyste panc • Biopsie pancréatique • Chir extra-pancréatique	Lésion du canal pancréatique principal par Trauma Ouvert (arme blanche ...) ou Fermé → Classif de Lucas selon atteinte parenchyme pancréas, lésion wirsung, atteinte Vx mésentérique, atteinte cadre duodéal

FOCUS sur Fistules pancréatico-pleural

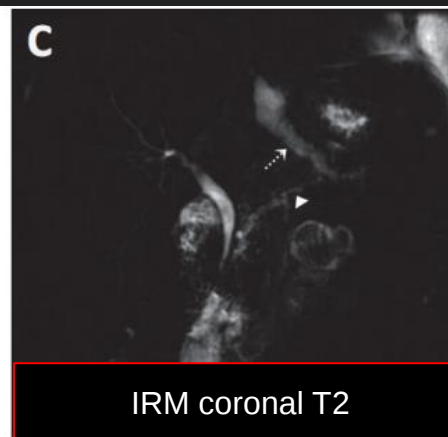
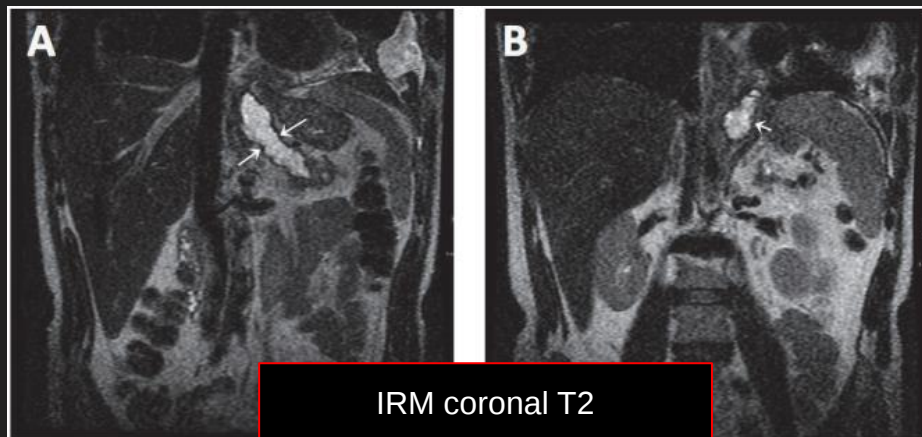
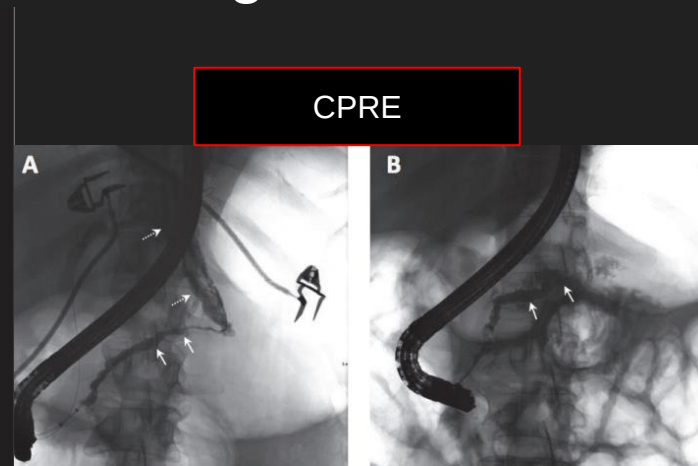
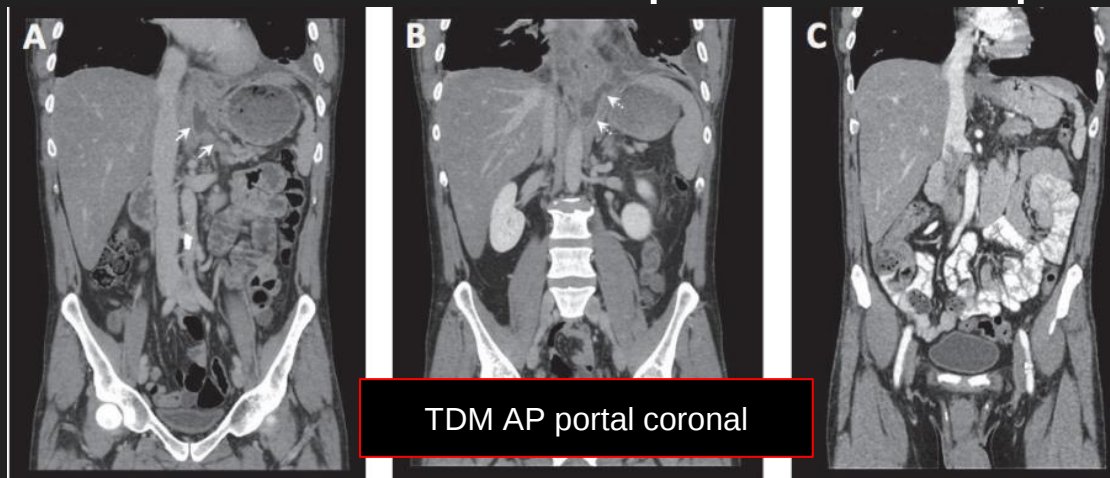
- Collection/liquide d'origine pancréatique:
 - CNA (collection nécrotique aiguë) ou WON ou NOP
 - lésion canal pancréatique principal
- de localisation POSTÉRIEURE
- qui va communiquer avec l'espace pleural (ou médiastinal) en remontant via:
 - hiatus oesophagien
 - hiatus aortique
 - Orifice VCI (médiastin)



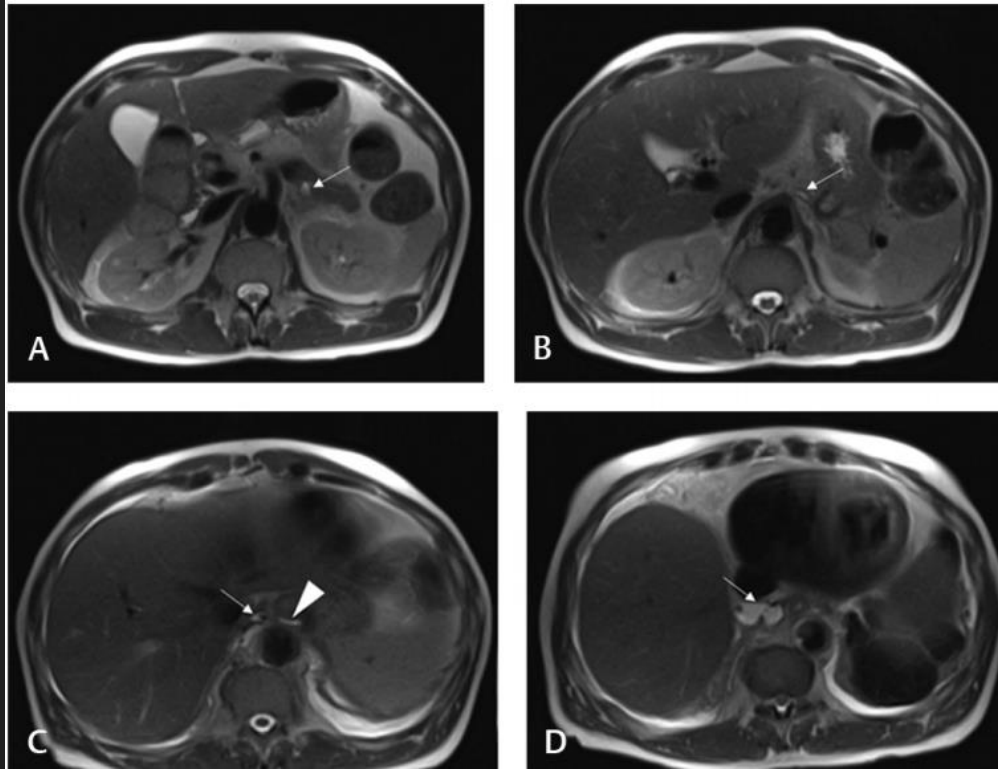
FOCUS sur Fistules pancréatico-pleural

- Epidémio: rare $\approx 5\%$ (3-7%) des pancréatites (chronique > aigue > > trauma)
- Clinique: survient svt dans les < M+2 de l'épisode aiguë
 - Pulmonaire:
 - Dyspnée (65%), Toux (27%), douleur thoracique (23%)
 - **Épanchement pleural récurrent**: unilatéral (**Gche** (75%) > Dte (20%)) > bilatéral (15%)
 - Digestif: douleur abdo (30%), ascite (30%)
- Diagnostic positif: *souvent retardé !!!*
 - Bio:
 - Épanchement pleural exsudatif (critères de light)
 - **[Amylase]_{drain/liquide} > 1000 UI/L + [Protéine]_{drain/liquide} > 30 g/L**
 - /\ [Lipase]_{sang} peut être normal !!
 - Imagerie:
 - TDM AP IV+ (Se 47%): voir le trajet fistuleux hypoTDM jusqu'à la plèvre
 - Bili-IRM (80%) → T2 TSE (TE court) avec FS pour voir les liquides/voies biliaires et trajet fistuleux
 - CPRE (Se 78%)

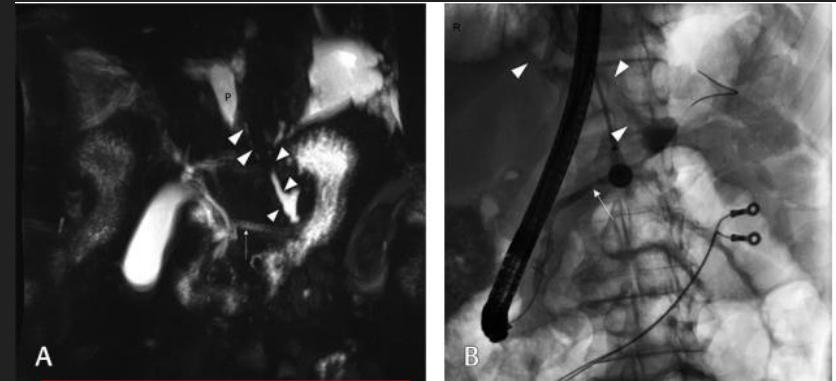
FOCUS sur Fistules pancréatico-pleural: Imagerie



FOCUS sur Fistules pancréatico-pleural: Imagerie



IRM axial T2



IRM coronal T2

CPRE

FOCUS sur Fistules pancréatico-pleural

- Prise en charge:
 - a. TTT Médical: (succès 30-60%)
 - Diminuer l'épanchement (arrêt du jeune, nutrition par SNG/PE)
 - Analogue somatostatine (Octréotide) pour freiner sécrétion pancréatique
 - Drainer l'épanchement (thoracocentèse)
 - Endoscopique:
 - Stent ductal pour boucher la brèche afin de refermer la fistule
 - b. TTT Chirurgical: (succès 90%)
 - Si échec ttt méd ou non accessibilité
 - Résection voir stomie de la fistule dans le TD (gastro/jéjuno-stomie)

TAKE HOME MESSAGE Fistule pancréatico-pleural

Pancréatite traînante avec collections et épanchement pleuraux

→ Penser à la fistule pancréatico-pleural:

- Pister le trajet fistuleux sur l'imagerie
- ne pas hésiter à rappeler aux cliniciens de doser l'amylase dans les prélèvements: diagnostic positif si **[Amylase]_{liquide} > 1000 UI/L**



Références

Fistules pancréatiques

L. Heyries, C. Loeve, X. Lagrange, M. Ouaiissi, B. Sastre, J.-P. Bernard

On désigne sous ce terme des trajets faisant communiquer le canal pancréatique ou une de ses branches avec l'extérieur ou un autre organe. La mortalité dépend essentiellement de la gravité de l'affection sous-jacente, le décès étant souvent le fait d'une complication septique. La réussite du traitement dépend de la coopération entre réanimateurs, radiologues, endoscopistes et chirurgiens.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Received: 2011.01.11
Accepted: 2011.04.04

Pancreaticopleural fistulas of different origin: Report of two cases and a review of literature

Katarzyna Wypych¹, Zbigniew Serafin^{1,2}, Przemysław Gałązka³,
Piotr Strześniewski^{1,2}, Włodzimierz Matuszczak⁴, Katarzyna Nierzwicka³,
Władysław Lasek¹, Andrzej I. Prokurat³, Marek Bąk⁴

Pancreaticopleural Fistula: A Review of Imaging Diagnosis and Early Endoscopic Intervention

Ali Kord Valeshabad,^{1,2} Jennifer Acostamadiedo,³ Lekui Xiao,¹ Winnie Mar¹ and Karen L. Xie¹

PANCRÉATITE CHRONIQUE

Diagnosis and management of pancreatic fistulae resulting in pancreatic ascites or pleural effusions in the era of helical CT and magnetic resonance imaging

ORIGINAL
ARTICLE

Dermot O'TOOLE (1), Marie-Pierre VULLIERME (2), Philippe PONSOT (1), Frédéric MAIRE (1), Valérie CALMELS (2),
Olivia HENTIC (1), Pascal HAMMEL (1), Alain SAUVANET (1), Jacques BELGHITI (1), Valérie VILGRAIN (2),
Philippe RUSZKIEWSKI (1), Philippe LÉVY (1)

(1) Pôle des maladies de l'appareil digestif ; (2) Service de radiologie, Hôpital Beaujon.

Pancreaticopleural Fistula: A Cause of Recurrent Pleural Effusions in Chronic Pancreatitis

Ayah Megahed¹ Rahul Hegde¹ Pranav Sharma¹ Rahmat Ali¹ Anas Bamashmos¹

¹Department of Radiology, Yale New Haven Health Bridgeport Hospital, Bridgeport, Connecticut, United States

Address for correspondence Rahul Hegde, MBBS, MD, DNB, FRCR, Department of Radiology, Yale New Haven Health Bridgeport Hospital, 267 Grant St, Bridgeport CT 06610, United States (e-mail: Rahul.hegde@yale.edu).

J Gastrointestinal Abdominal Radiol ISGAR 2021;4:74–76.

Autres:

- <https://radiopaedia.org/articles/pancreaticopleural-fistula-3>
- <http://onclepaul.fr/wp-content/uploads/2011/07/pleur%C3%A9sie-amyilasique-2.pdf>