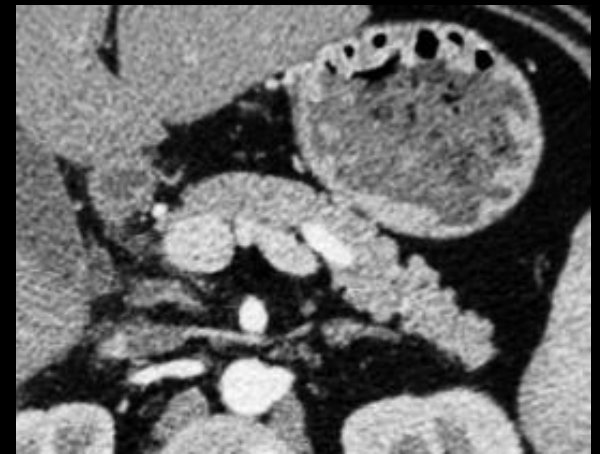
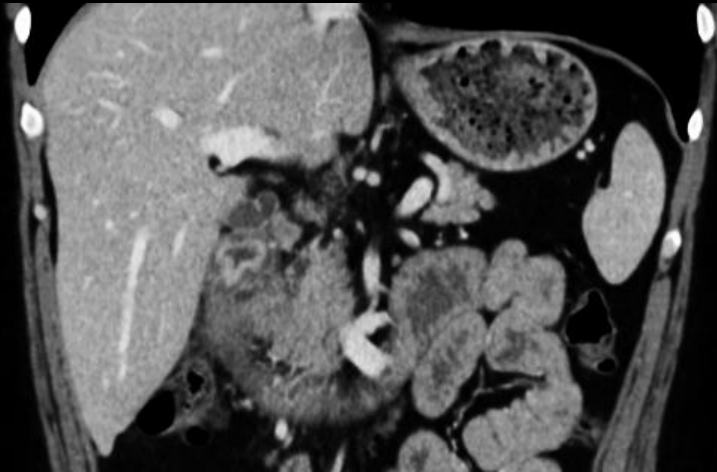
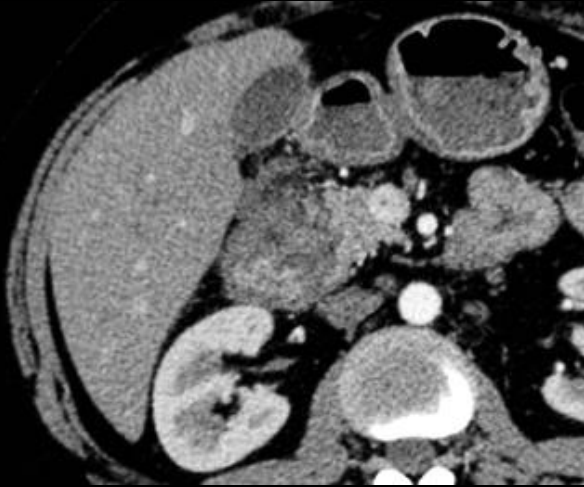
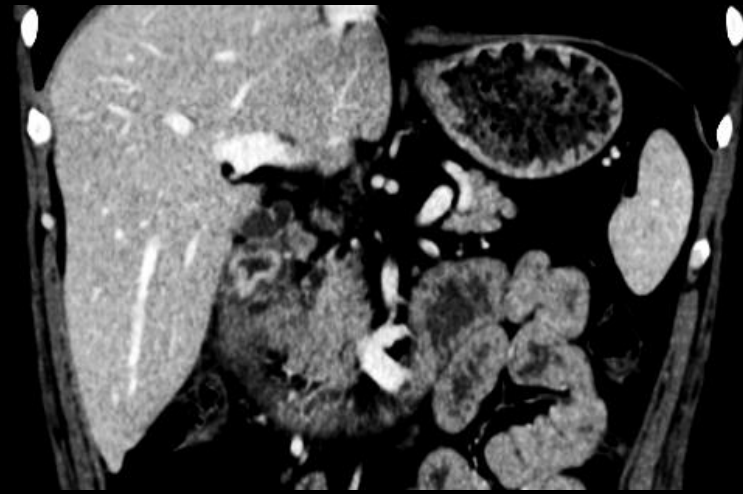
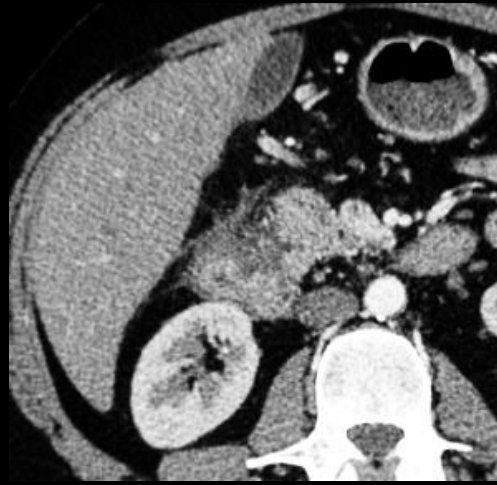
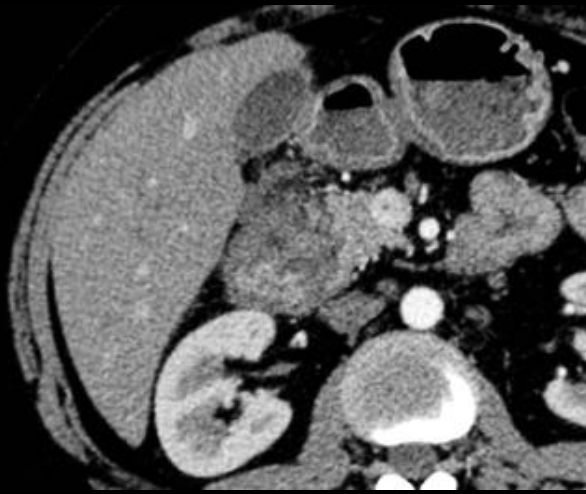


Patient, 46 ans , **éthylique**. Douleurs abdominales , perte de poids. Quels sont , sur les coupes scanographiques suivantes , les items sémiologiques significatifs , à retenir pour l'orientation diagnostique

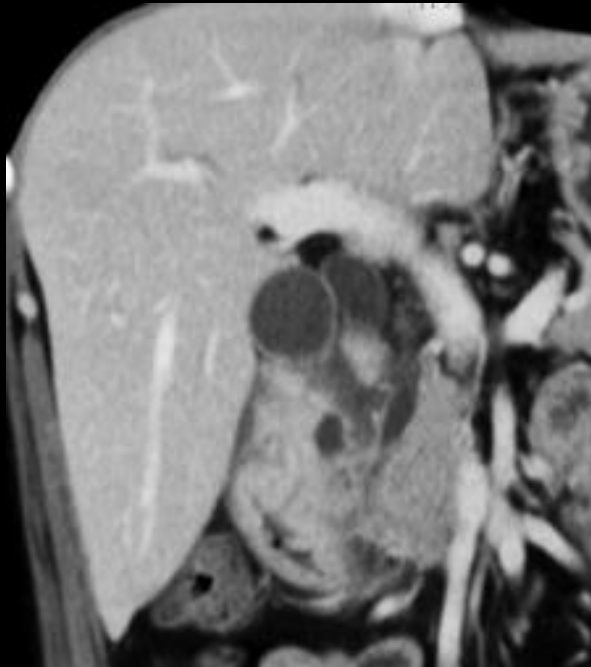
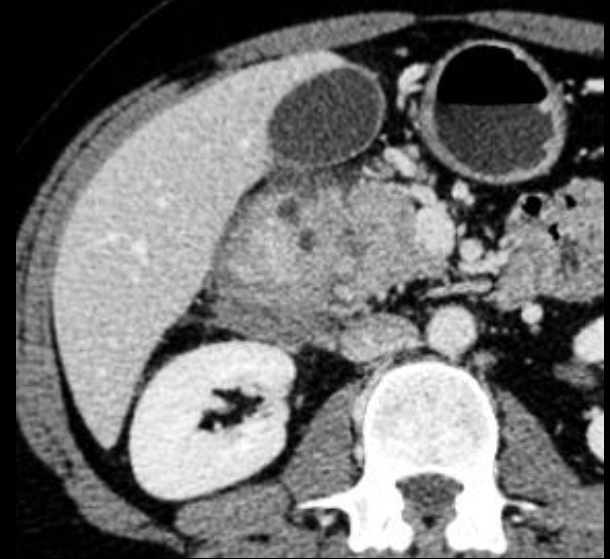
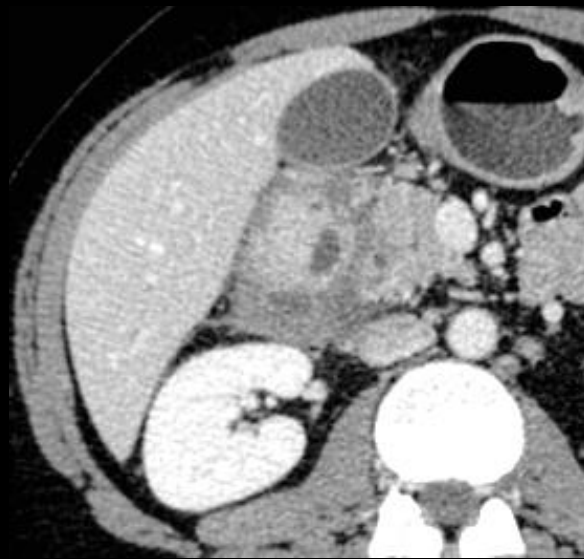
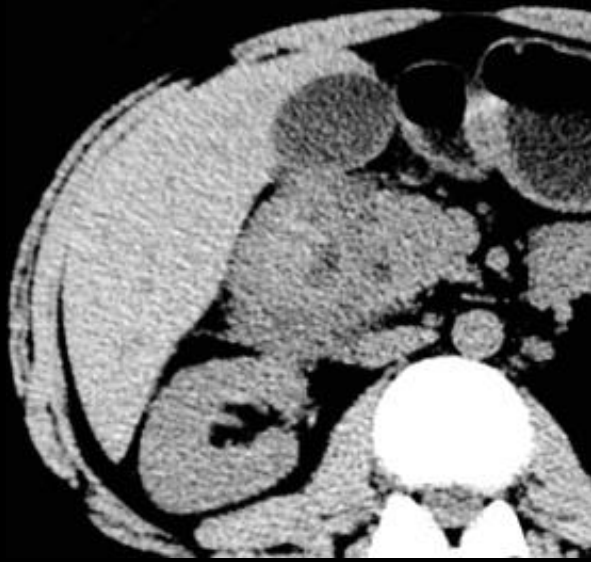




Alors que le **pancréas isthmique** et la **pancréas corporéo-caudal** sont **parfaitement normaux** (bords nets, parenchyme ,lobulé, rehaussement homogène)

Le **pancréas céphalique** est hétérogène avec une zone de moindre rehaussement entre la paroi interne du deuxième duodénum sus-vatérien et une large bande de pancréas normal au flanc droit de l'axe veineux mésentérico portal

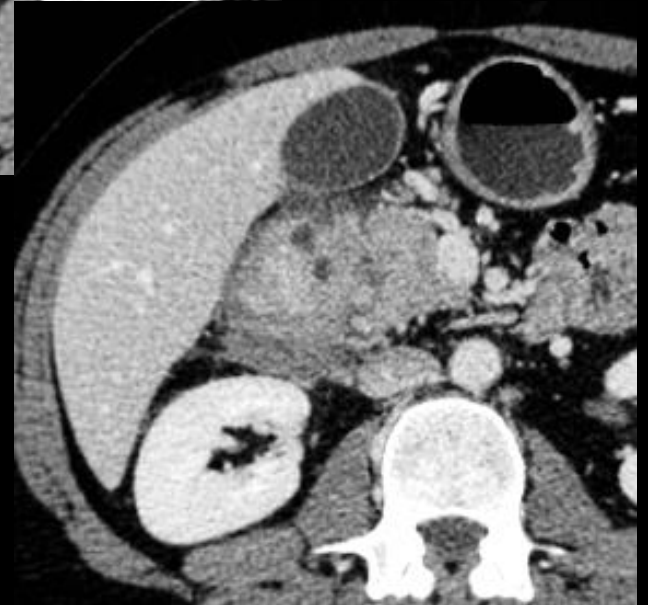
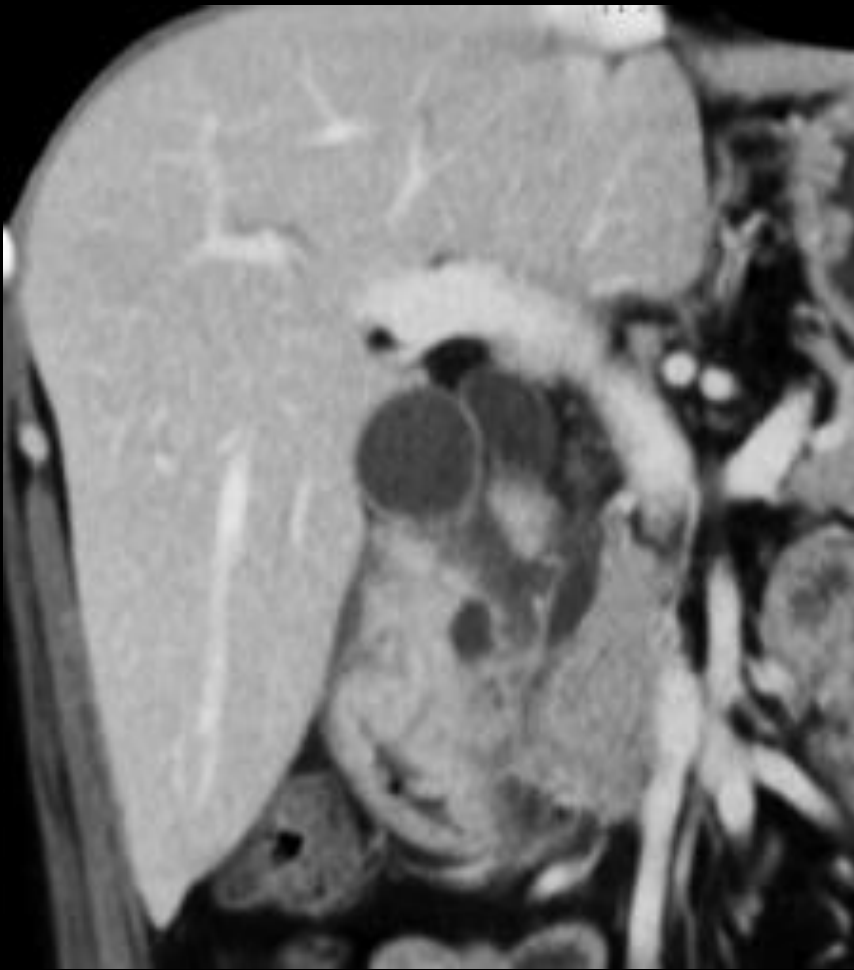
La région moins rehaussée correspond au **sillon duodéno-pancréatique**



évolution 5 mois plus tard ; l'amaigrissement et les douleurs persistent, accompagnées de vomissements post-prandiaux précoces et d'un subictère conjonctival

Cholestase biologique modérée

Toute la zone précédemment restée hypodense est maintenant rehaussée de façon intense et progressive sur les coupes réalisées dans le post-équilibre . Cette cinétique de rehaussement est caractéristique du tissu fibreux collagène. La voie biliaire principale est modérément dilatée dans son segment sus-pancréatique et se termine "en queue de radis" ans le pancréas céphalique



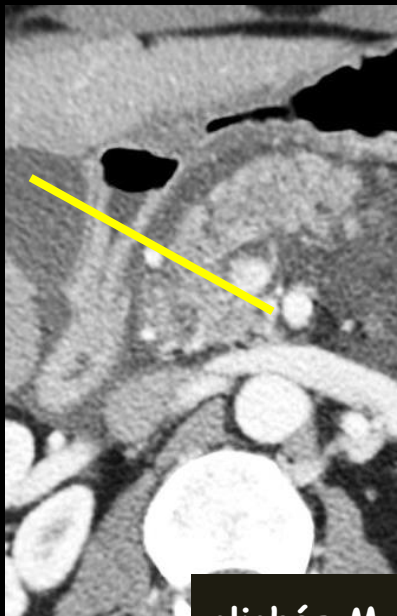
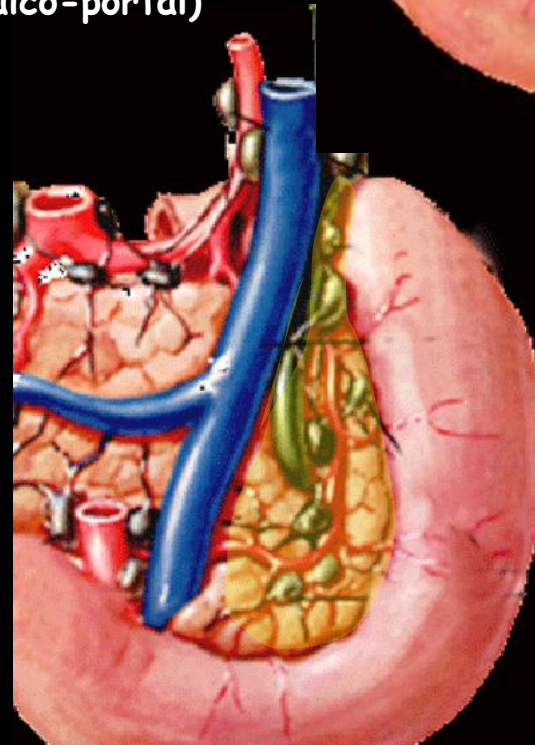
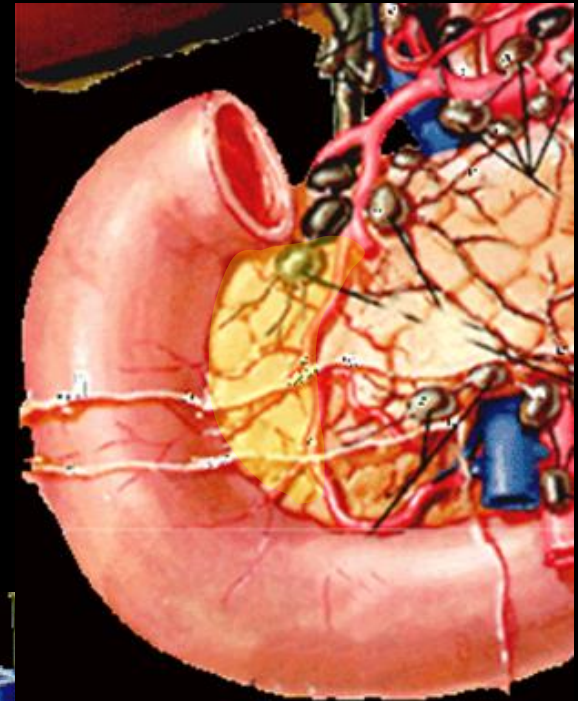
la paroi de D2 est circonférentiellement épaissie.

il existe plusieurs images kystiques infracentimétriques dans le parenchyme du pancréas céphalique, en particulier au contact de la paroi interne de D2, dans la région sus-vatérienne . Il s'agit, bien

sur, d'une **pancréatite paraduodénale**

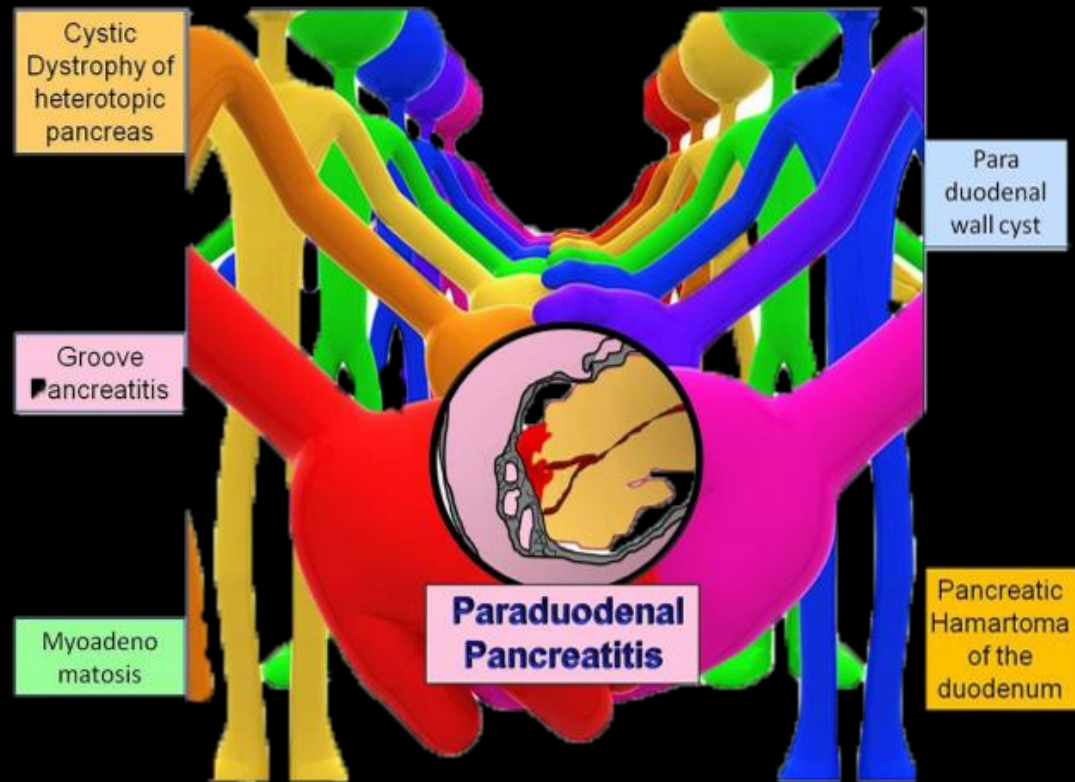
les pancréatites paraduodénales

Cette dénomination fait suite à plusieurs décennies de discussions physiopathologiques et sémantiques au sujet de cette atteinte inflammatoire localisée au **sillon duodéno-pancréatique**. région comprise entre le bord interne de D1 et D2 et le bord droit de l'isthme du pancréas (axe artère gastro-duodénale/bord droit de l'axe veineux mésaraïco-portal)



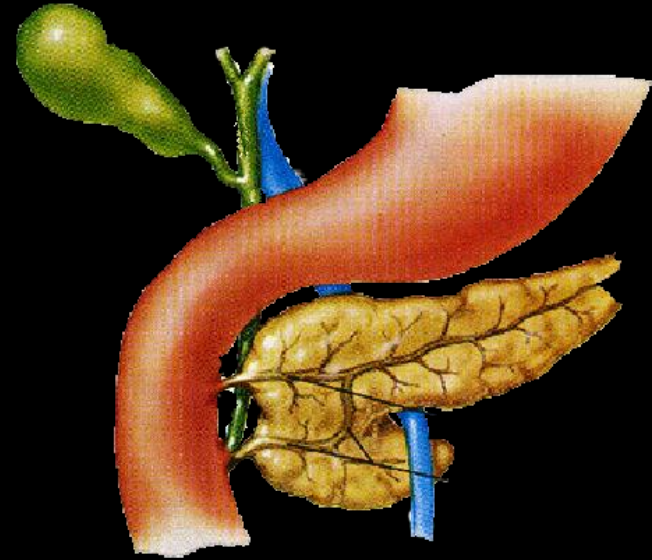
pancréatites paraduodénales : évolutions conceptuelles

- décrites initialement en 1969 par F. Potet puis F. Fléjou sous le terme de **dystrophie kystique sur pancréas aberrant (DKPA)** de la paroi duodénale
- dénommée **pancréatite du sillon** (groove pancreatitis) par Becker et Mischke en 1993
- puis **pancréatite paraduodénale** en 2004 par Adsay et Zamboni , terme maintenant accepté par tous
- le terme de **pancréatite paraduodénale** est un nom "parapluie" sous lequel sont venues s'abriter plusieurs affections distinguées du point de vue anatomo-pathologique: myoadénomatose, pancréatite du sillon, hamartome pancréatique du duodénum etc.



file:///C:/Users/XP/Downloads/ECR2013_C-1131.pdf

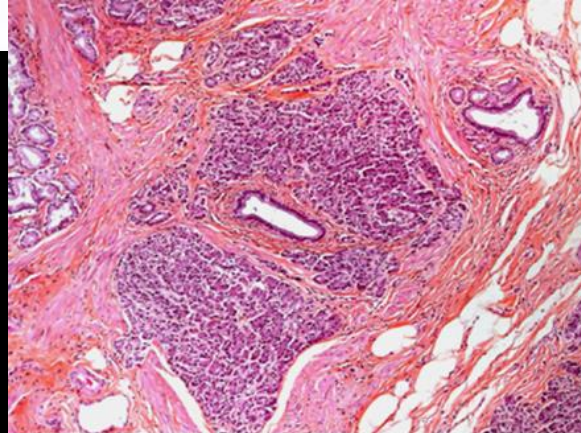
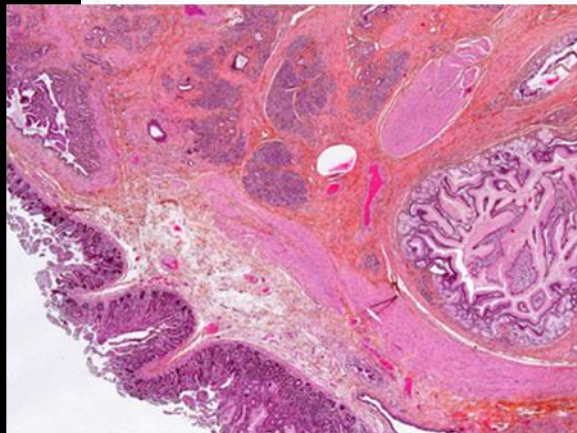
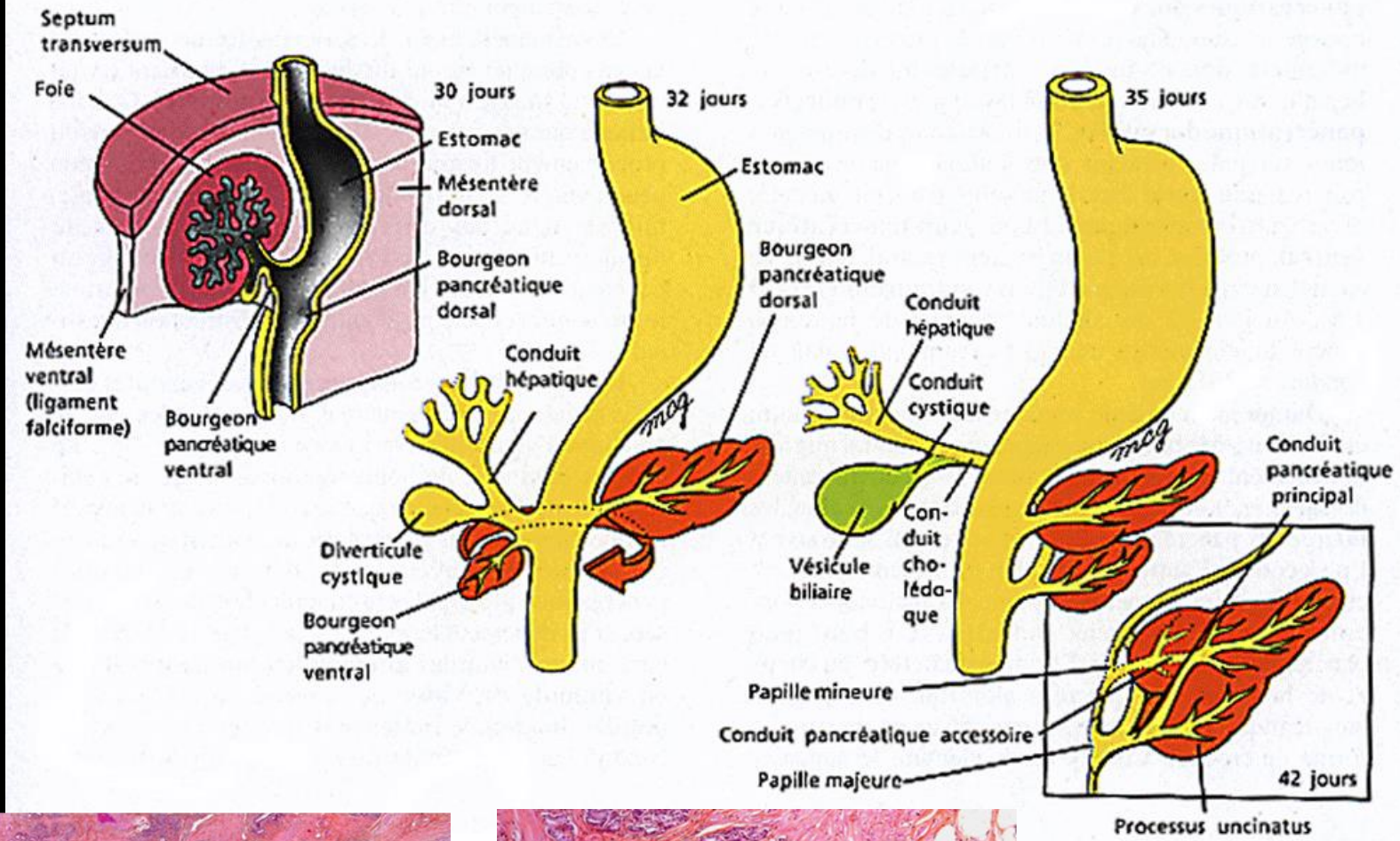
Le fait important est que la présence de tissu pancréatique dans la paroi duodénale est considérée actuellement comme la conséquence d'une **involution incomplète du pancréas dorsal** dans cette région plutôt qu'à une authentique hétérotopie.



Paraduodenal pancreatitis: a new unifying term and its morphological characteristics

[Jean-François Fléjou](#)

Jean-François Fléjou MD PhD is at Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Hôpitaux Universitaires Paris-Est, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris, France. Conflicts of interest: none declared



-hétérotopies pancréatiques ou "pancréas aberrants" ou défauts d'involution d'une partie de l'ébauche pancréatique

- **définition de la pancréatite paraduodénale**

"Forme focale de pancréatite chronique atteignant le sillon pancréatico duodénal , localisée entre la tête du pancréas, le duodénum et la voie biliaire principale"

- Deux formes

Forme pure : atteinte limitée au sillon sans atteinte parenchymateuse

Forme segmentaire : atteinte du sillon et du parenchyme pancréatique adjacent; refoulement de la VBP vers la gauche



- 2 points communs aux deux formes

- la topographie des lésions

typiquement l'épicentre des lésions se situe au niveau de la papille mineure, lieu d'abouchement du canal de Santorini (système canalaire du pancréas d'origine dorsale); nettement au dessus de la grande papille



- le terrain

80 % des pancréatites paraduodénales sont observées chez des hommes d'âge moyen (40 ans) , éthyliques et tabagiques chroniques

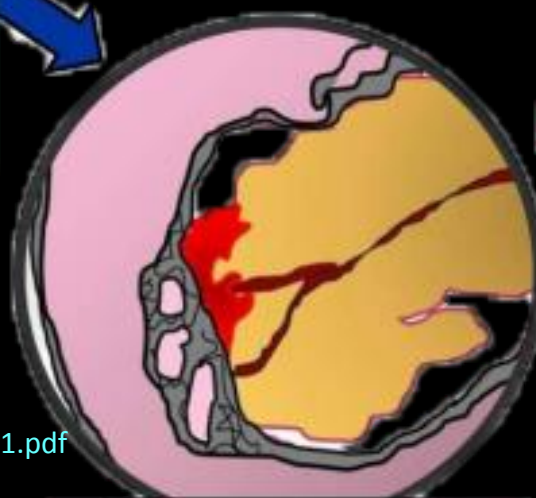
sur le plan physiopathologique, il est probable qu'un dysfonctionnement de la papille mineure, d'origine anatomique ou fonctionnelle, soit le primum movens, à l'origine d'une pancréatite locale, avec une transformation kystique caractéristique



**Functional / Anatomical
obstruction of MINOR PAPPILA
+
Heterotopic Pancreatic tissue
within the Duodenal wall**



**CHRONIC ALCOHOL
consumption**



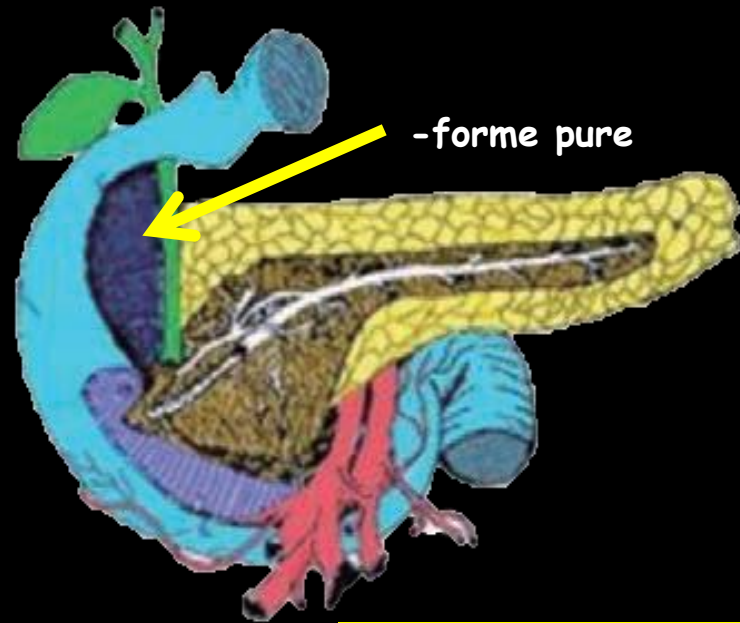
Paraduodenal Pancreatitis

file:///C:/Users/XP/Downloads/ECR2013_C-1131.pdf

That the process is often centered at the minor papilla suggests that an anatomic variation may render this area particularly susceptible to the effects of alcoholic injury.

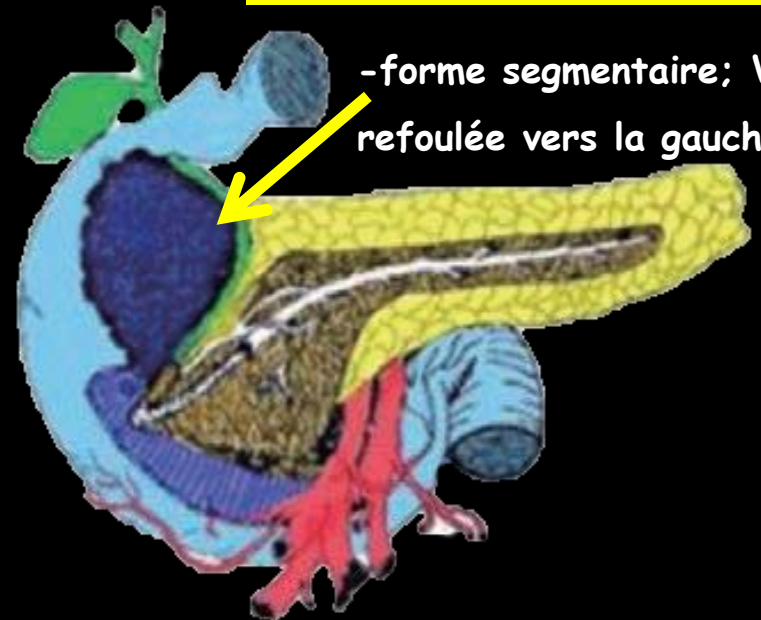


le "sillon" normal



-forme pure

pancréatites paraduodénales



-forme segmentaire; VBP
refoulée vers la gauche

Online Submissions: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/office>
wjg@wjgnet.com
doi:10.3748/wjg.v17.i39.4349

World J Gastroenterol. 2011 October 21; 17(39): 4349-4364
ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)
© 2011 Baishideng. All rights reserved.

EDITORIAL

Cystic dystrophy of the duodenal wall is not always associated with chronic pancreatitis

Raffaele Pezzilli, Donatella Santini, Lucia Calculli, Riccardo Casadei, Antonio Maria Morselli-Labate, Andrea Imbrogno, Dario Fabbri, Giovanni Taffurelli, Claudio Ricci, Roberto Corinaldesi

Table 1 Epidemiological and clinical characteristics of patients in the 18 retrospective studies involving patients with a benign cystic duodenal wall

Author ^[Ref.] yr	Time interval of patient enrollment	n (%)			Age (yr)	Alcohol drinkers
		Total	Males	Females	Mean (range)	n (%)
Stolte <i>et al</i> ^[7] 1982	NR	30	30 (100)	-	41.3 (NR)	22 (73.3)
Yamaguchi <i>et al</i> ^[10] 1992	1983-1989	8	8 (100)	-	58.0 (33-70)	4 (50.0)
Fléjou <i>et al</i> ^[11] 1993	1959-1991	10	10 (100)	-	41.0 (31-56)	2 (20.0)
Itoh <i>et al</i> ^[12] 1994	NR	4	3 (75.0)	1 (25.0)	43.0 (37-53)	NR
Fékété <i>et al</i> ^[13] 1996	1989-1993	6	6 (100)	-	40.0 (35-46)	4 (66.7)
Procacci <i>et al</i> ^[16] 1997	1992-1996	10	10 (100)	-	41.0 (32-59)	9 (90.0)
Irie <i>et al</i> ^[18] 1998	1995-1996	5	5 (100)	-	41.0 (33-46)	2 (40.0)
Vullierme <i>et al</i> ^[23] 2000	1988-1998	20	18 (90.0)	2 (10.0)	44.0 (36-56)	NR
Aoun <i>et al</i> ^[81] 2005	NR	4	2 (50.0)	2 (50.0)	69.0 (66-71)	NR
Pessaux <i>et al</i> ^[26] 2006	1990-2004	12	11 (91.7)	1 (8.3)	42.4 (34-54)	9 (75.0)
Jouannaud <i>et al</i> ^[27] 2006	1990-2002	23	20 (87.0)	3 (13.0)	45.0 (30-66)	23 (100)
Tison <i>et al</i> ^[29] 2007	1983-2001	9	8 (88.9)	1 (11.1)	48.0 (37-63)	8 (88.9)
Rebours <i>et al</i> ^[40] 2007	1995-2004	105	96 (91.4)	9 (8.6)	46.0 (24-75)	86 (81.9)
Rahman <i>et al</i> ^[46] 2007	2000-2005	11	10 (90.9)	1 (9.1)	48.0 (35-61)	10 (90.9)
Castell-Monsalve <i>et al</i> ^[47] 2008	NR	5	4 (80.0)	1 (20.0)	47.0 (40-53)	4 (80.0)
Jovanovic <i>et al</i> ^[52] 2008	1996-2006	13	10 (76.9)	3 (23.1)	41.5 (17-60)	6 (6.2)
Casetti <i>et al</i> ^[63] 2009	1990-2006	58	54 (93.1)	4 (6.9)	44.7 (IQR 36.8-51.8)	57 (98.3)
Ishigami <i>et al</i> ^[6] 2010	2001-2008	15	14 (93.3)	1 (6.7)	48.0 (31-64)	NR
Overall	-	348	319 (91.70)	29 (8.30)	-	246/305 (70.70)

IQR: Interquartile range; NR: Not reported.

Online Submissions: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/office>
 wjg@wjgnet.com
 doi:10.3748/wjg.v17.i39.4349

World J Gastroenterol 2011 October 21; 17(39): 4349-4364
 ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)
 © 2011 Baishideng. All rights reserved.

EDITORIAL

Cystic dystrophy of the duodenal wall is not always associated with chronic pancreatitis

Raffaele Pezzilli, Donatella Santini, Lucia Calculli, Riccardo Casadei, Antonio Maria Morselli-Labate, Andrea Imbrogno, Dario Fabbri, Giovanni Taffurelli, Claudio Ricci, Roberto Corinaldesi

Table 2 Epidemiological and clinical characteristics of patients in the 18 retrospective studies involving patients with a benign cystic duodenal wall (continues from Table 1) *n* (%)

Author ^[Ref.] yr	Time interval from the symptoms to the diagnosis	Abdominal pain		Weight loss	Jaundice	Hyperamylase mia
		Mean (range)	No. of cases	Type		
Stolte <i>et al</i> ^[77] 1982	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Yamaguchi <i>et al</i> ^[10] 1992	NR	NR	3 (37.5)	NR	0	2 (25.0)
Fléjou <i>et al</i> ^[11] 1993	NR	NR	7 (70.0)	Persistent	9 (90.0)	4 (40.0)
Itoh <i>et al</i> ^[12] 1994	NR	NR	3 (75.0)	NR	NR	NR
Fékété <i>et al</i> ^[13] 1996	NR	NR	6 (100)	Recurrent	6 (100)	0
Procacci <i>et al</i> ^[16] 1997	4.5 yr (1-9)	NR	10 (100)	Recurrent	4 (40.0)	1 (10.0)
Irie <i>et al</i> ^[18] 1998	NR	NR	4 (80.0)	NR	0	0
Vullierme <i>et al</i> ^[23] 2000	41.5 d (1-140)	NR	NR	NR	NR	NR
Aoun <i>et al</i> ^[81] 2005	NR	NR	3 (75.0)	NR	0	1 (25.0)
Pessaux <i>et al</i> ^[36] 2006	NR	NR	9 (75.0)	Persistent in 4 (44.4)	12 (100)	2 (16.7)
Jouannaud <i>et al</i> ^[37] 2006	NR	NR	22 (95.7)	NR	16 (69.6)	0
Tison <i>et al</i> ^[39] 2007	NR	NR	9 (100)	NR	9 (100)	2 (22.2)
Rebours <i>et al</i> ^[40] 2007	1 yr (0-24)	NR	91 (86.7)	Continuous in 35 (38.4); occasional in 56 (61.5)	73 (69.6)	13 (12.4)
Rahman <i>et al</i> ^[46] 2007	NR	NR	11 (100)	Recurrent in 8 (72.7)	10 (90.9)	0
Castell-Monsalve <i>et al</i> ^[47] 2008	NR	NR	5 (100)	Persistent	NR	NR
Jovanovic <i>et al</i> ^[52] 2008	7.5 mo (0.5-36)	NR	12 (92.3)	NR	4 (30.8)	4 (30.8)
Casetti <i>et al</i> ^[63] 2009	NR	NR	46 (79.3)	Persistent	NR	3 (5.2)
Ishigami <i>et al</i> ^[6] 2010	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Overall	-	-	241/283 (85.20)	-	178/246 (70.30)	32/274 (11.70)

NR: Not reported.

Online Submissions: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/office>
wjg@wjgnet.com
doi:10.3748/wjg.v17.i39.4349

World J Gastroenterol 2011 October 21; 17(39): 4349-4364
ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2640 (online)
© 2011 Baishideng. All rights reserved.

EDITORIAL

Cystic dystrophy of the duodenal wall is not always associated with chronic pancreatitis

Raffaele Pezzilli, Donatella Santini, Lucia Calculli, Riccardo Casadei, Antonio Maria Morselli-Labate, Andrea Imbrogno, Dario Fabbri, Giovanni Taffurelli, Claudio Ricci, Roberto Corinaldesi

Table 3 Epidemiological and clinical characteristics of patients in the 18 retrospective studies involving patients with a benign cystic duodenal wall (continues from Table 2) *n* (%)

Author ^[Ref.] yr	Imaging	Duodenal findings	CBD stenosis	Duodenal stenosis
Stolte <i>et al</i> ^[7] 1982	NR	Brunner hyperplasia in 25	15 (50.0)	NR
Yamaguchi <i>et al</i> ^[10] 1992	US, CT, ERCP, PTC	Edema and nodular appearance; Brunner hyperplasia	4 (50.0)	5 (62.5)
Fléjou <i>et al</i> ^[11] 1993	ERCP, EUS	Edema and congestion of the mucosa	0	7 (70.0)
Itoh <i>et al</i> ^[12] 1994	CT	NR	NR	NR
Fékété <i>et al</i> ^[13] 1996	CT, ERCP, EUS	Edema and congestion of the mucosa	0	5 (83.3)
Procacci <i>et al</i> ^[16] 1997	CT, ERCP, EUS	Inflammation in 8	2 (20.0)	2 (20.0)
Irie <i>et al</i> ^[18] 1998	MRI	Brunner hyperplasia in 3	2 (40.0)	3 (60.0)
Vullierme <i>et al</i> ^[23] 2000	CT	NR	3 (15.0)	20 (100)
Aoun <i>et al</i> ^[31] 2005	US, CT, ERCP, EUS	NR	4 (100)	NR
Pessaux <i>et al</i> ^[36] 2006	US, EUS, CT, ERCP, MRI	NR	NR	NR
Jouannaud <i>et al</i> ^[37] 2006	EUS, CT	Inflammation in 3	NR	8 (34.8)
Tison <i>et al</i> ^[39] 2007	US, CT, MRI, angiography	Non specific inflammation in 9	5 (55.6)	9 (100)
Rebours <i>et al</i> ^[40] 2007	CT, EUS	Brunner hyperplasia in 61	26 (24.8)	50 (47.6)
Rahman <i>et al</i> ^[46] 2007	CT, MRI, EUS	Brunner hyperplasia	0	5 (45.5)
Castell-Monsalve <i>et al</i> ^[47] 2008	MRI, EUS	Duodenal stenosis in 3	3 (60.0)	3 (60.0)
Jovanovic <i>et al</i> ^[52] 2008	US, CT, MRI, EUS	NR	6 (46.2)	NR
Casetti <i>et al</i> ^[63] 2009	US, CT, MRI, EUS	NR	3 (5.2)	NR
Ishigami <i>et al</i> ^[6] 2010	CT, MRI	NR	9 (60.0)	NR
Overall	-	-	82/309 (26.50)	117/212 (55.20)

CBD: Common bile duct; NR: Not reported; US: Transabdominal ultrasonography; CT: Computer tomography; MRI: Magnetic resonance imaging; EUS: Endoscopic ultrasonography; ERCP: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography; PTC: Percutaneous transhepatic cholangiography.

Online Submissions: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/office>
 wjg@wjgnet.com
 doi:10.3748/wjg.v17.i39.4349

World J Gastroenterol 2011 October 21; 17(39): 4349-4364
 ISSN 1007-9327 (print) ISSN 2219-2840 (online)
 © 2011 Baishideng. All rights reserved.

EDITORIAL

Cystic dystrophy of the duodenal wall is not always associated with chronic pancreatitis

Raffaele Pezzilli, Donatella Santini, Lucia Calculli, Riccardo Casadei, Antonio Maria Morselli-Labate, Andrea Imbrogno, Dario Fabbri, Giovanni Taffurelli, Claudio Ricci, Roberto Corinaldesi

pancréatites paraduodénales ; données anatomo-pathologiques

Epaississement du versant pancréatique de la paroi duodénale au dessus du niveau de la grande papille

aspect pseudo tumoral de la muqueuse :
hypertrophie des plis,
lésions polypoides sessiles,

kystes:

taille : 1 à 2 mm-40 mm ;
contenu liquide clair,
parfois matériel plus épais et calculs

siègent dans la sous muqueuse

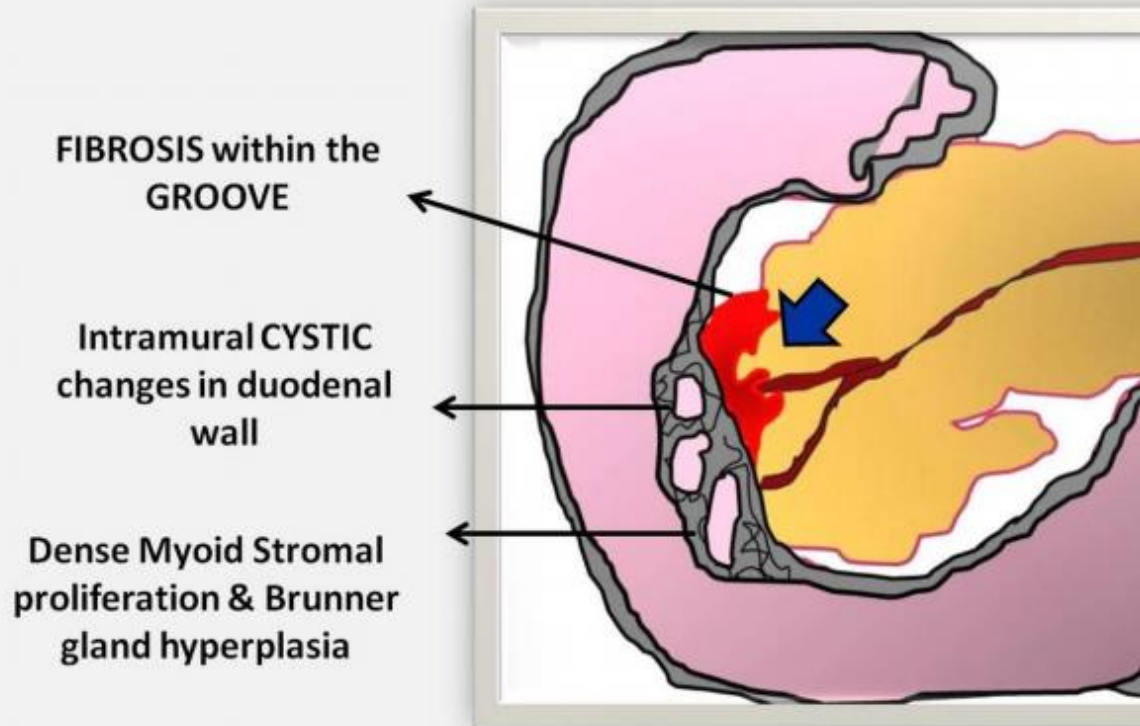


Paraduodenal pancreatitis: a new unifying term and its morphological characteristics

Jean-François Fléjou

Jean-François Fléjou MD PhD is at Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Hôpitaux Universitaires Paris-Est, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris, France. Conflicts of interest: none declared

PATHOLOGY: Chronic inflammatory, cystic, and fibrotic changes in the duodenal wall and pancreatic tissue near the minor papilla



Lesion may simulate malignancy because of marked scarring & ill-defined borders of the process



Forme kystique



Forme kystique simulant
une duplication digestive



Forme solide

l'aspect macroscopique varie en fonction de l'importance relative et du siège des contingents fibreux et des formations kystiques

Paraduodenal pancreatitis: a new unifying term and its morphological characteristics

Jean-François Fléjou

Jean-François Fléjou MD PhD is at Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Hôpitaux Universitaires Paris-Est, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, Paris, France. Conflicts of interest: none declared

kystes développés à partir de l'épithélium cylindrique; parfois une érosion et tissu granuleux inflammatoire autour du kyste

hyperplasie des glandes de Brunner de localisation sous muqueuse, qui viennent surélever la muqueuse conférant au duodénum son aspect polypoïde

autour des kystes, on peut trouver du tissu pancréatique endocrine et endocrine (faible proportion)

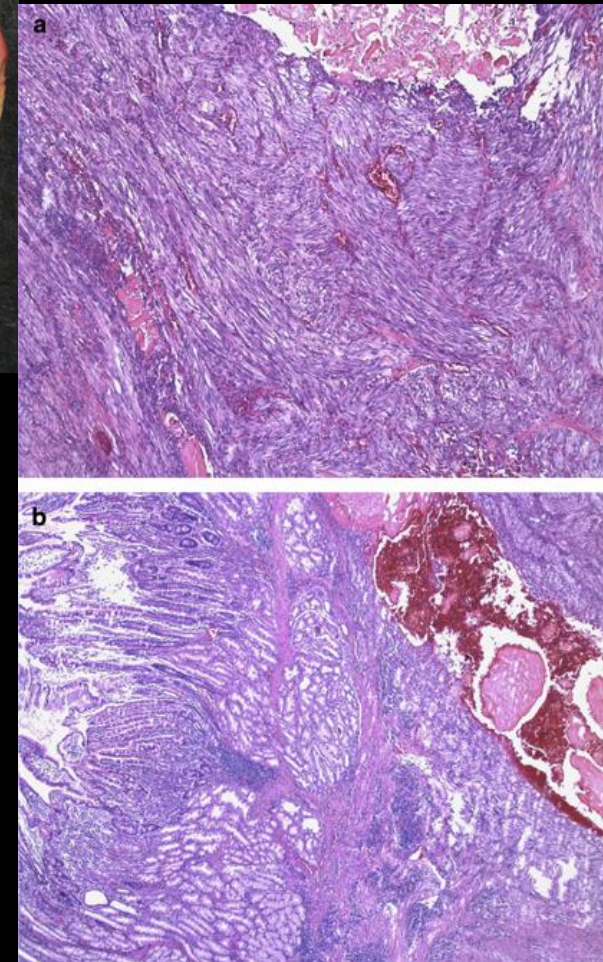
ainsi qu'une prolifération myoïde stromale dense : **myoadénomatose**

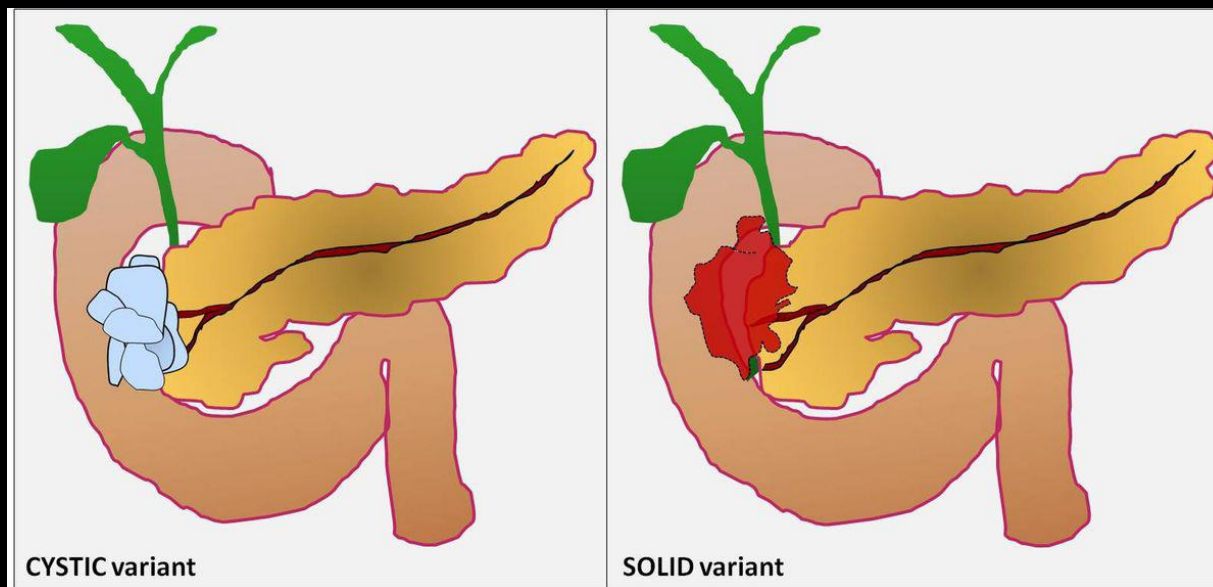
le sillon pancréatico-duodéal est totalement comblé par du tissu fibreux



http://www.nature.com/modpathol/journal/v20/n1s/fig_tab/3800690f20.html

prolifération
myofibroblastique

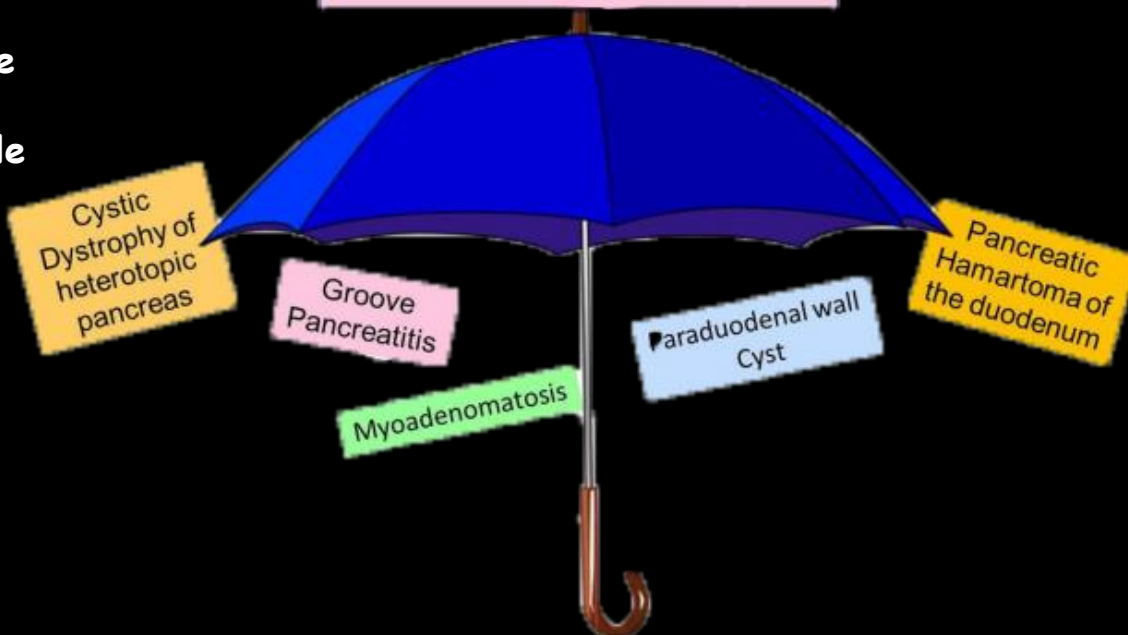




http://poster.ng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&doi=10.1594/ecr2013/C-1131

les 2 formes décrites par Adsay et Zamboni (2004) correspondent aux différentes présentations macroscopique qui ont été regroupées sous l'appellation "parapluie" de pancréatite paraduodénale

Paraduodenal Pancreatitis



EPOS™
Electronic Presentation Online System

ESR
European Society of Radiology

Paraduodenal pancreatitis: unrecognized or misdiagnosed?

Poster No.: C-1131
Congress: ECR 2013
Type: Educational Exhibit
Authors: A. Arora¹, V. Bhatia¹, A. Mukund¹, A. Dev¹, Y. Petidar², S. T. Thapar¹, S. K. Sarin¹, ¹New Delhi/IN, ²Madhya Pradesh/IN
Keywords: Abdomen, Pancreas, CT, Ultrasound, MR, Diagnostic procedure, Inflammation
DOI: 10.1594/ecr2013/C-1131

pancréatites paraduodénales ; critères diagnostiques en imagerie

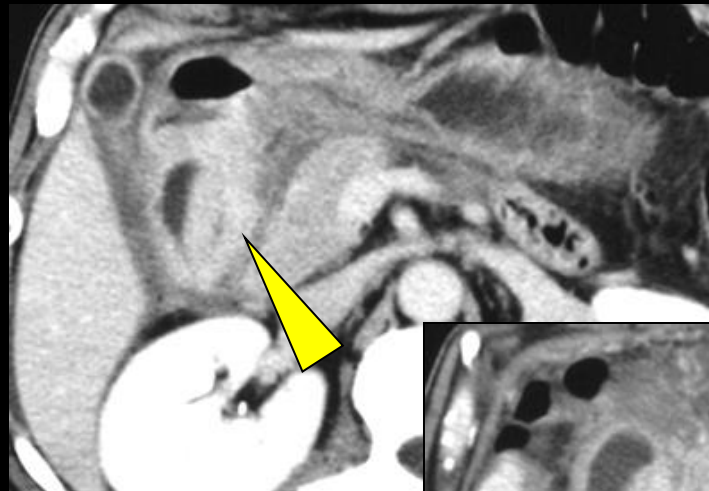
3 signes principaux sont retenus dans la littérature récente

- **épaississement focal** ($> 3\text{mm}$) **de la paroi de D2** (axial et coronal)
- **prise de contraste majorée de la paroi de D2** (comparativement au jéjunum)
- **images kystiques** dans la région du canal pancréatique accessoire ou de la paroi de D2 à proximité du siège supposé de la papille mineure
- les 3 signes doivent être présents pour le diagnostic de pancréatite paraduodénale, sinon il s'agit d'un adénocarcinome ductal du pancréas céphalique +++

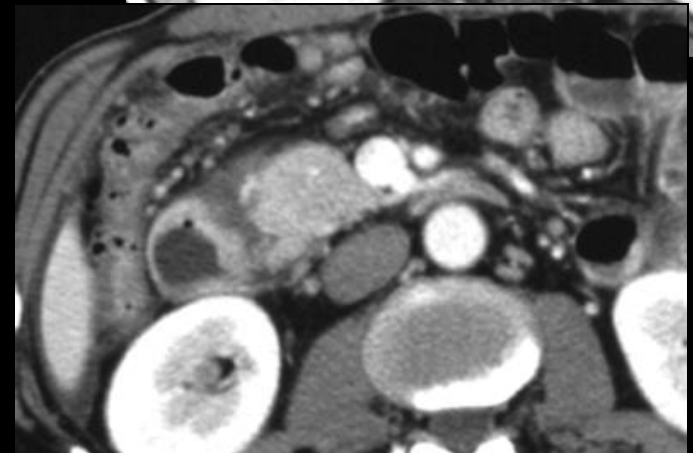
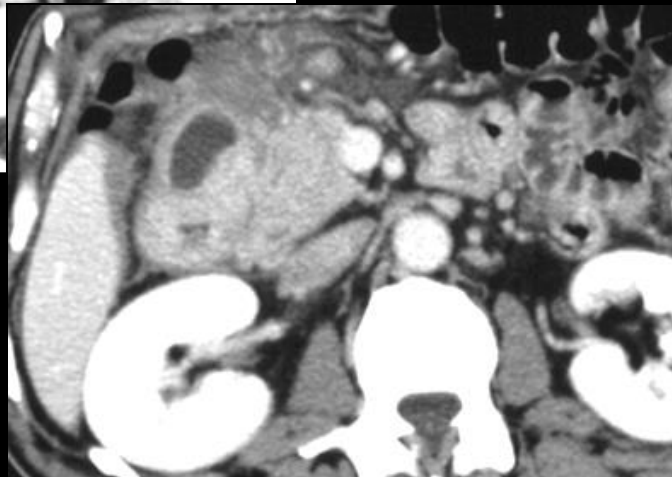
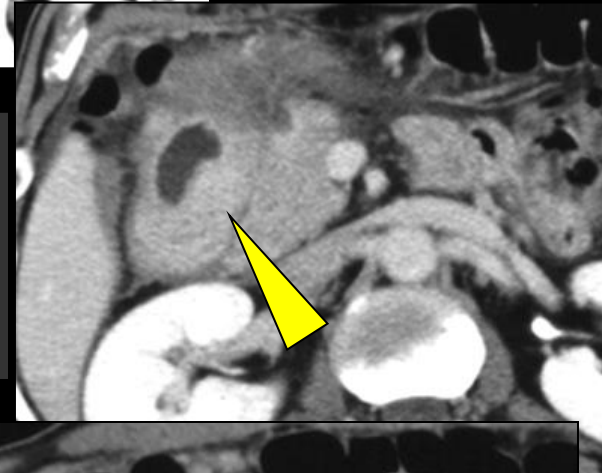
• signes mineurs

- dilatation canalaire $> 2\text{ mm}$
- dilatation VBP $> 6\text{ mm}$
- sténose du tronc porte ou de la confluence portale $> 30\%$
- présence ou absence d'une cavité à contenu liquide de la région du canal pancréatique accessoire ou de la paroi duodénale

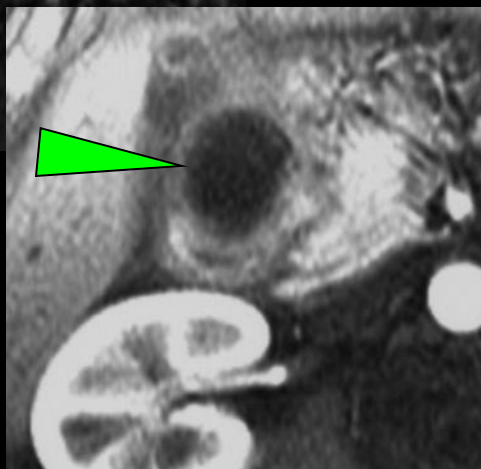
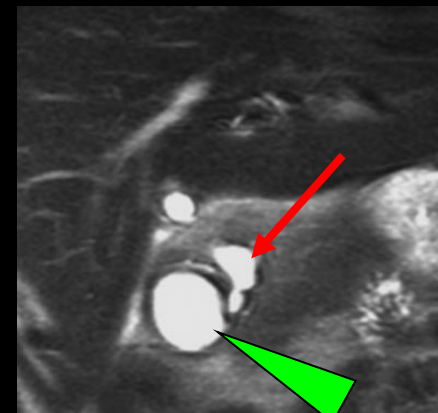
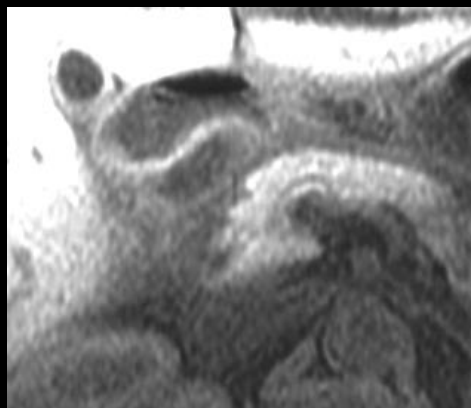
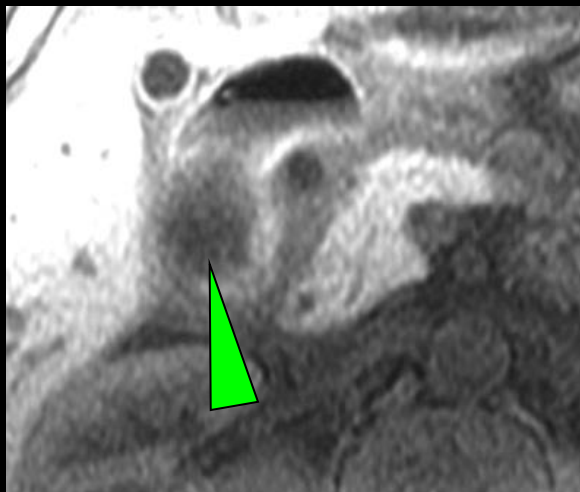
cas compagnon 1



épaississement
circonférentiel sténosant
de D2, maximal en regard
de la petite papille
rehaussement majoré



cas compagnon 1 évolution

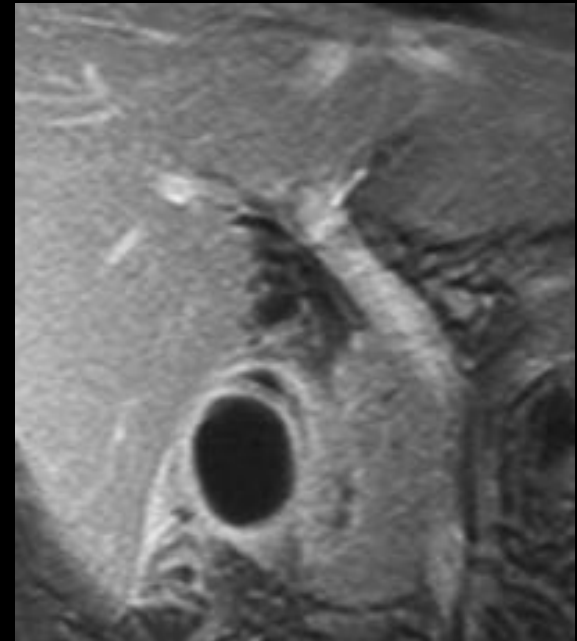
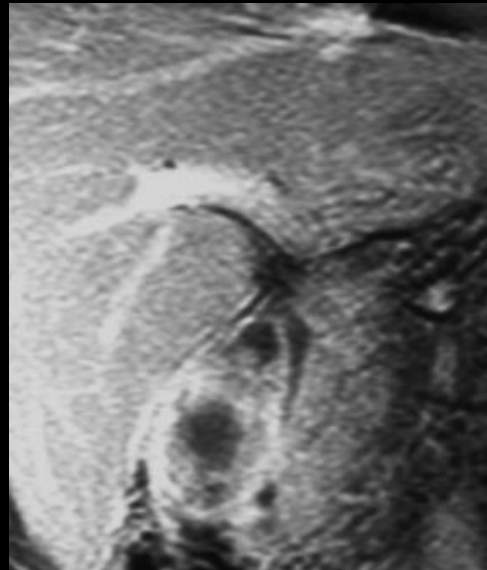
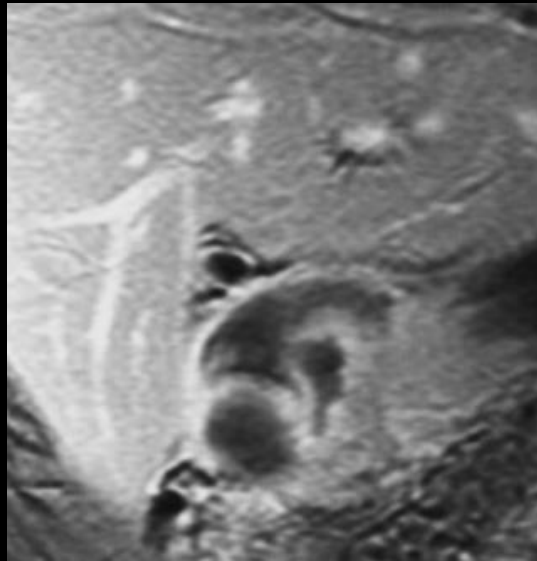
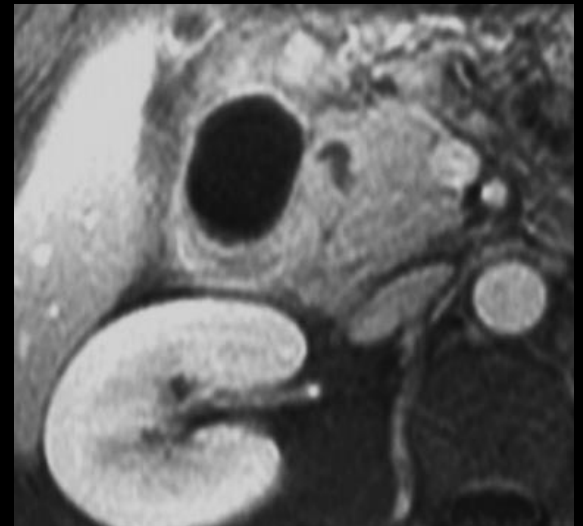


images kystiques dans la
paroi duodénale épaissie et
rehaussée de D2 , au
niveau de la papille mineure

apparition d'une lésion
kystique de 23 mm
développée dans la paroi
antéro-latérale de D2 ,

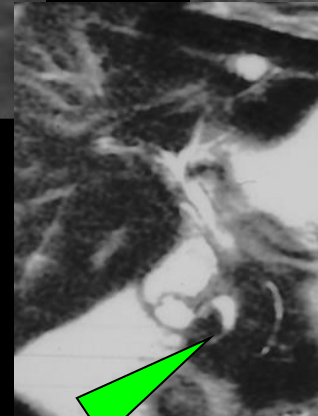
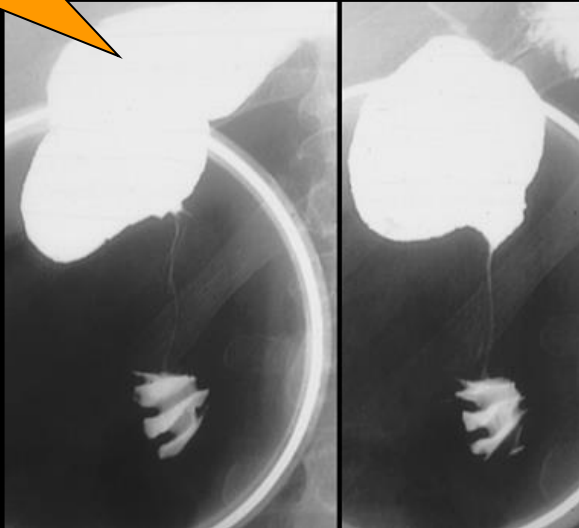
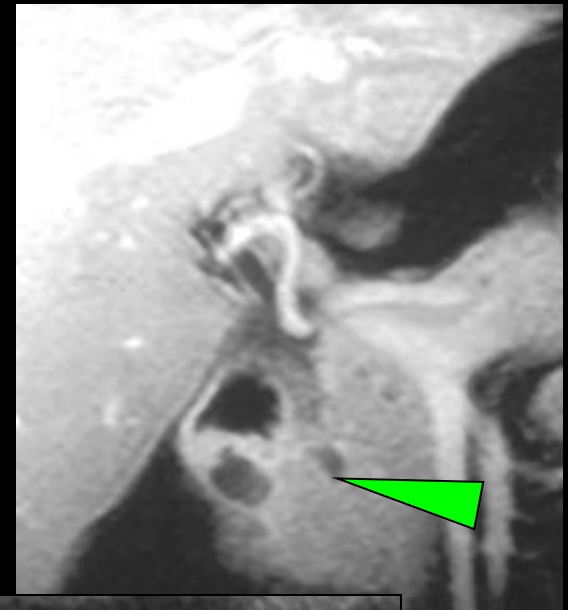
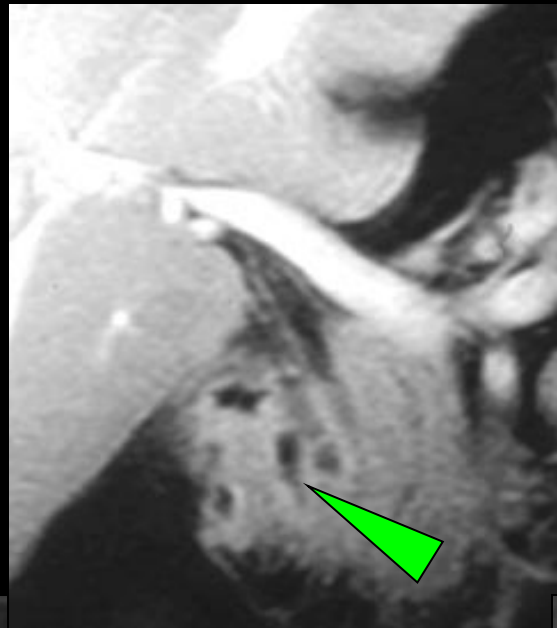
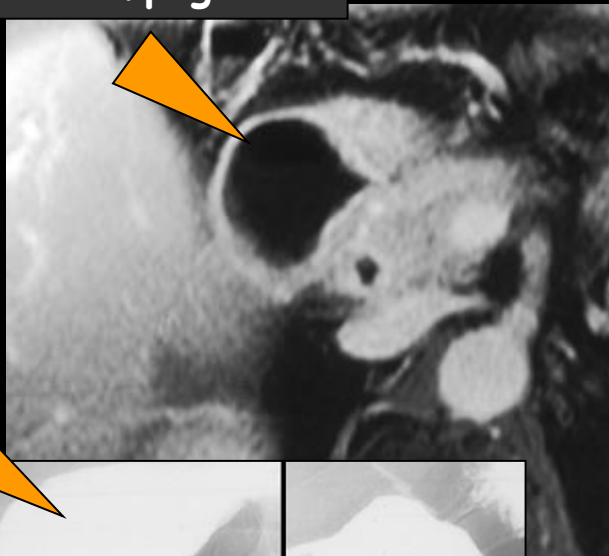


cas compagnon 1 évolution



sténose digestive et compression de
la VBP

cas compagnon 2

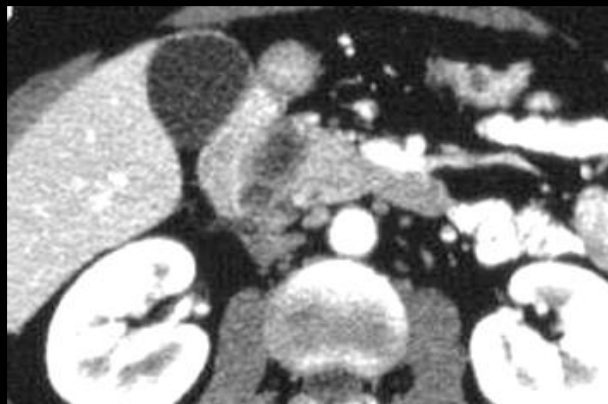
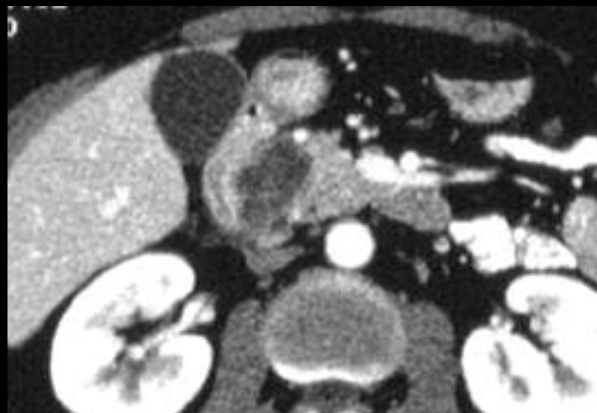
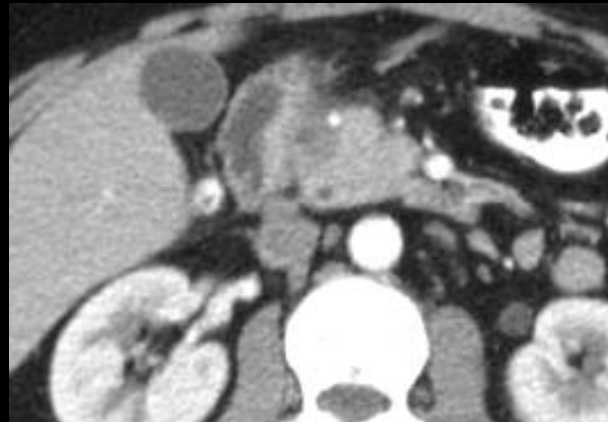
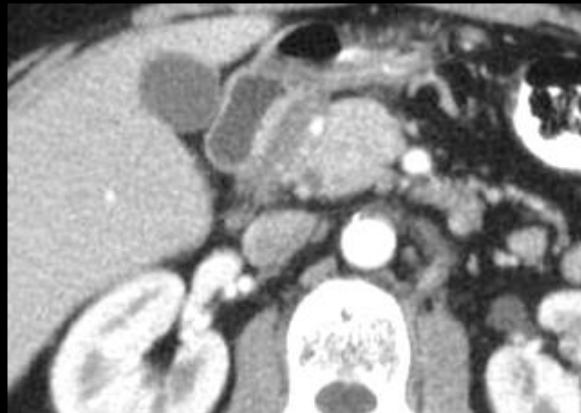
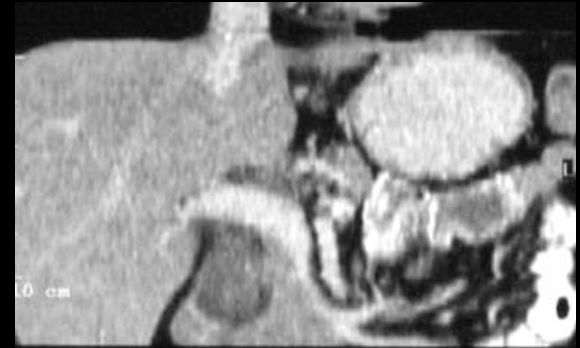
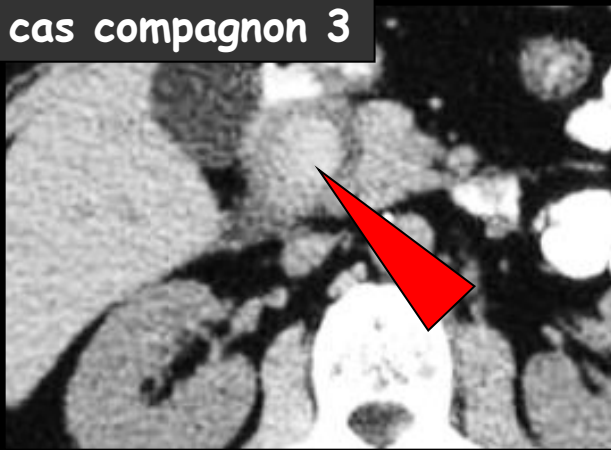


sténose serrée de la région haute de D2 avec dilatation d'amont

épaississement pariétal avec rehaussement retardé progressif caractéristique du tissu fibreux collagène

images kystiques de la région de la papille mineure

cas compagnon 3



nécrose kystique aiguë à contenu hyperdense
'hémattique sans faux
anévrisme objectivé, de la
région du sillon

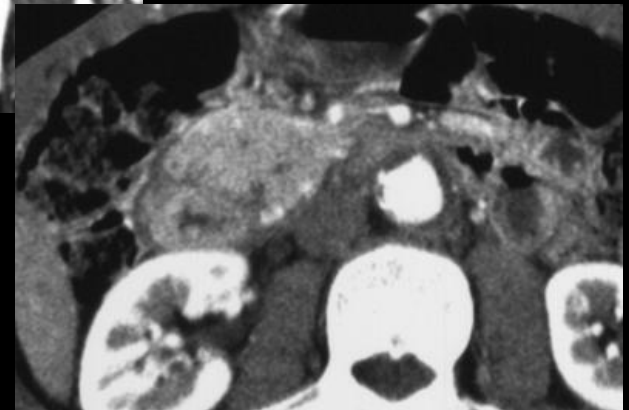
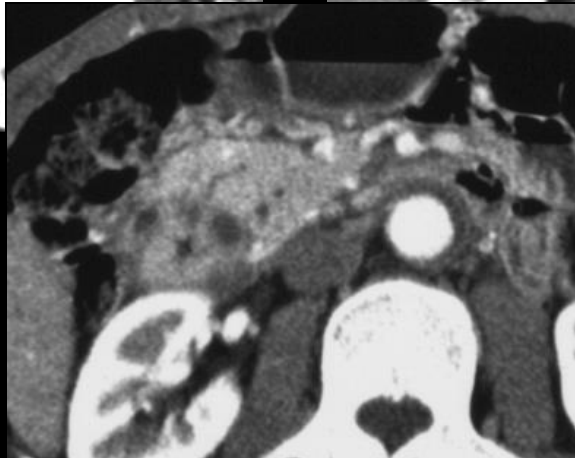
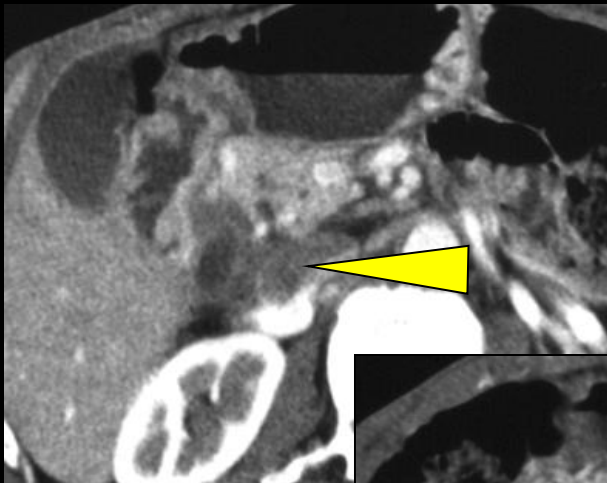
évolution : épaissement
circonférentiel modéré des
parois de D2 avec
rehaussement majoré

organisation des lésions de
nécrose dans la région du
sillon

cas compagnon 4



collections liquidiennes
aiguës péripancréatiques à
développement rétro-
pancréatique, développées
sur toute la hauteur du
sillon, avec une nette
prédominance dans la
région sus vatrérienne



messages à retenir

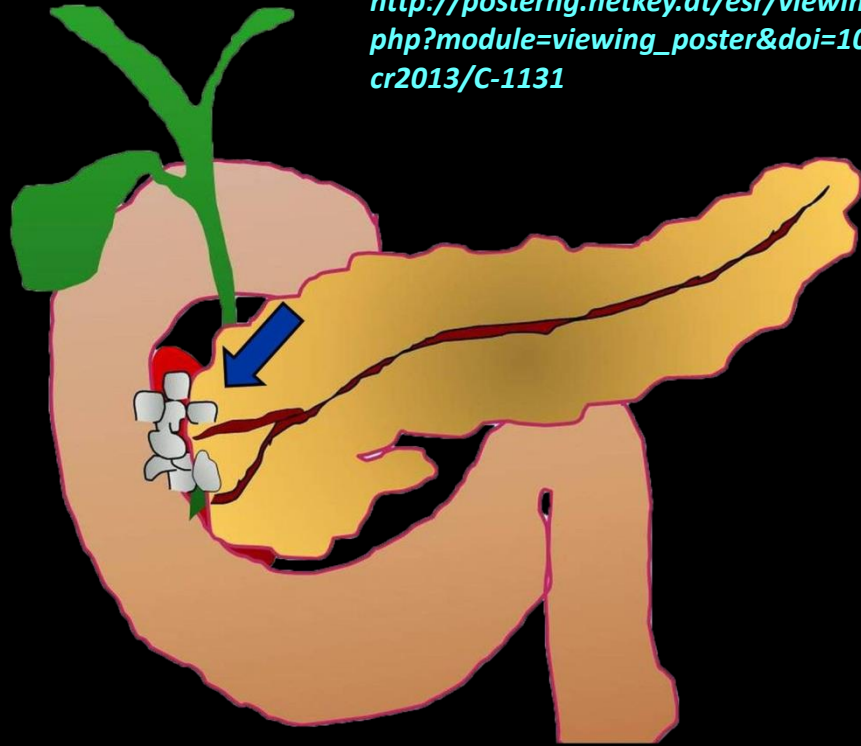
-la **pancréatite paraduodénale** représente, avec la pancréatite auto-immune à IgG 4 le diagnostic différentiel essentiel de l'adénocarcinome ductal du pancréas céphalique

-elle touche dans 80% des cas au moins un homme d'âge moyen (40 ans), **alcoolique et fumeur**

-le diagnostic en imagerie repose sur la **coexistence de 3 signes** :

- .épaississement de la paroi duodénale; plus marqué sur le versant pancréatique
- .kyste(s) de taille variable dans la paroi ou dans la région paraduodénale
- .masse fibreuse comblant le sillon

http://posterng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&doi=10.1594/e-cr2013/C-1131



la **physiopathologie** fait intervenir les actions conjointes

- de **l'intoxication éthylo-tabagique chronique** qui augmente la viscosité du suc pancréatique et provoque la formation de bouchons protéiques et de calculs . on évoque également l'hyperplasie des glandes de Brunner provoquée par l'alcoolisme chronique, à l'origine d'une dysfonction de la papille mineure
- d'une **obstruction anatomique ou d'une absence du canal de Santorini** lorsque des ilots de tissu pancréatique se retrouvent dans la paroi duodénale par migration ou défaut de résorption

2 formes de pancréatite paraduodénale peuvent être rencontrées:

- la **forme solide** développée dans la région de la papille mineure (avec deux types selon l'étendue: forme pure et forme segmentaire) Elle correspond à la pancréatite du sillon
- la **forme kystique** avec deux sous types ; la **dystrophie kystique de la paroi duodénale** dans laquelle les kystes sont dans la paroi et les **kystes paraduoénaux** dans laquelle les kystes sont dans la fibrose du sillon

