

pas contrôlée par
1).
tout le pancréas
re, Warren).

multiples et de
s (Sato, Warren).
atectomie est in-

e (Gall, Warren).

te de la douleur,
ncréatite du moi-
nent curatif d'un
Mais il faut que
de soit raison-
nsommation d'al-
contact médecin-

t résultats.

15/123 = 13,8 %.
9/90 = 10 %.
16/32 = 50 %.
6/33 = 18 %.

06 = 55 %,
7 = 76 %,
: 39/98 = 40 %,
rhée : 22/28 =

Follow-up à long terme (3-15 ans) après intervention pour pancréatite chronique

J. Lerut, P. Gianello, J.B. Otte et P.J. Kestens

Département de Chirurgie Digestive, Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles (Belgique).

Long term follow-up (3 to 15 years) after surgery for chronic pancreatitis

Een follow-up op lange termijn (3 tot 15 jaar)
na heilkundige ingreep voor chronische pancreatitis

Résumé

De 1966 à 1981, 100 patients subissent une intervention chirurgicale pour pancréatite chronique. L'âge moyen de ces patients est de $45,9 \pm 11$ DS ans. La majorité est de sexe masculin (88 %). L'alcool est le facteur causal de la pathologie pancréatique dans 77 % des cas.

La douleur (88 %) associée ou non à diverses complications, telles que l'obstruction biliaire (35 %) et/ou gastro-duodénale (9 %), les pseudokystes (50 %) et l'hémorragie gastro-intestinale représentent les indications de la chirurgie. La douleur invalidante est la seule indication de la chirurgie chez 24 % des patients, et, en outre, 14 % sont opérés pour suspicion de tumeur pancréatique. Les examens radiologiques pré- et peropératoires, ainsi que la détermination de la localisation de lésions de pancréatite guideront l'attitude chirurgicale correcte.

Soixante-trois pour-cent subissent une résection pancréatique [duodéno pancréatectomie céphalique (35 patients); duodéno-pancréatectomie totale (4 patients) et spléno-pancréatectomie gauche (24 patients)], tandis que 37 % des patients subissent une intervention de drainage: double drainage

(16 patients), drainage biliaire seul (7 patients) et drainage pseudokystique (14 patients).

Le choix d'une technique de résection ou de drainage est en réalité conditionné par le calibre du canal de Wirsung qui est supérieur à 10 mm de diamètre chez 14,3 % des patients réséqués *versus* 82,3 % chez les patients ($p < 0,001$). Néanmoins, la gravité des lésions de la pancréatite chronique est semblable dans le groupe des résections et drainage.

La mortalité globale hospitalière est de 5 % (3 % pour les interventions électives) et est toujours en relation avec une résection pancréatique plus ou moins étendue.

Le *follow-up* de ces patients s'échelonne de trois à quinze ans après l'intervention.

Les résultats du traitement chirurgical au long cours sont évalués en fonction de la symptomatologie clinique, des contrôles biologiques de la fonction exo- et endocrine, ainsi que des examens paracliniques tels que l'ultrasonographie et le scanner du pancréas.

L'étude de la survie actuarielle (à huit ans) nous donne les résultats suivants: intervention de double courant 85 % $\pm$ 10 % DS; spléno-pancréatectomie gauche 78 % $\pm$ 12 % DS; drainage biliaire et/ou bilio-

kystique $50\% \pm 12\%$ DS; et duodéno-pancréatectomie $39\% \pm 12\%$ DS.

L'analyse des résultats à long terme des diverses techniques chirurgicales en fonction de la disparition de la douleur, de la dégradation de la fonction exo- et endocrine et de la mortalité au long cours nous montre bien que les meilleurs résultats à long terme sont obtenus pour les interventions de double drainage (96,8 %) et pour les spléno-pancréatectomies gauches (80 %). Le groupe des résections droites du pancréas obtient effectivement le taux le plus bas de bons résultats à long terme et la mortalité au long cours est de 31 % : 90 % de ces décès se constatent endéans les cinq ans suivant l'intervention et sont presque toujours dus à une progression de la maladie ou rapportés à des complications pulmonaires, cardio-vasculaires, hépatiques, métaboliques et développement intercurrent de néoplasmes. L'altération de la fonction exocrine y est plus importante que chez les patients drainés qui, eux, ont souvent des perturbations endocrines plus prononcées.

Le facteur causal à long terme le plus important est bien sûr, la persistance de

l'alcoolisme puisque, lorsqu'il y a abstinence, on obtient 90 % d'excellents et de bons résultats à six ans, *versus* 30 % de bons résultats en présence d'un alcoolisme persistant ($p < 0,002$). La dilatation du canal de Wirsung par ailleurs n'a pas de valeur pronostique tandis que la présence de calcifications importantes au moment de l'intervention semble favoriser les résultats de la chirurgie au long cours, mais n'influence pas la survie.

La dégradation progressive des bons résultats et le taux de mortalité tardive élevée dans les résections céphaliques du pancréas démontrent bien que la chirurgie de la pancréatite chronique n'est qu'un traitement palliatif de la maladie qui doit être strictement réservé aux complications de celle-ci ainsi qu'aux patients présentant une douleur invalidante et résistant à tout traitement médical. Les interventions de drainage lorsqu'elles sont possibles doivent être préférées. Un suivi postopératoire à long terme est indispensable afin de pouvoir juger des différentes modalités thérapeutiques.

Surgical tr

B. Rosseel*, U
A. Hubens**

Summary

Whenever pos
should be treatec
pancreatic resecti
for infected or in
the tail of the p

In view of the
pialization of the
to septic patients
to patients in poo
non-surgical methc
catheter drainage
stomy have been
seem to bear a
techniques do. Fur
to define their
selected cases like
with infected cy:
1985, 48, 611-61

Introduction

Pseudocysts
sent an impc
pancreatitis and
Pseudocysts are
necrotic materia
high concentrati
mes surroundec
fined connective
epithelial lining.

Estimations o
complication ra