

Cas clinique

Titre court : Les pièges du cathétérisme biliaire

**Titre : Comment ne pas confondre la voie biliaire
et la voie pancréatique et inversement ?**

Title: How to differentiate between biliary and pancreatic duct?

Samaha E. (1), Canard JM. (2)

(1) Service de Gastro-Entérologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris - 20, rue Leblanc - 75015 Paris.

(2) Service d'Endoscopie Digestive, Clinique du Trocadéro - 62, rue de la Tour - 75016 Paris.

Correspondance.

Docteur Canard Jean-Marc - Hôpital Européen Georges Pompidou - 20, rue Leblanc - 75015 Paris
Téléphone : 01 56 09 54 54 - e-mail : jm.canard@hotmail.fr; elia.samaha@egp.aphp.fr.

Mots clés.

Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique. Sténose biliaire. Cancer du pancréas.

Key words.

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Biliary stenosis. Pancreatic cancer.

Résumé.

Le cathétérisme des voies biliaires peut s'avérer être un vrai défi. Nous présentons le cas d'un patient de 57 ans chez qui a été diagnostiqué une tumeur de la tête pancréatique. Un traitement par chimiothérapie a été débuté. Survenue au cours de la chimiothérapie d'un épisode d'angiocholite avec une dilatation majeure des voies biliaires sur le scanner, motivant la réalisation d'un cathétérisme biliaire en urgence. Celui-ci met en évidence une sténose biliaire d'aspect tumoral assez caractéristique de type V selon la classification de Sarles et d'un canal de Wirsung très dilaté, qui aurait pu être pris par défaut pour la voie biliaire principale. Le patient a été traité avec succès par la mise en place d'une prothèse biliaire métallique expansible.

Points clés.

Ce qui est déjà connu :

- Le cathétérisme biliaire peut être un vrai défi, surtout en cas de sténose biliaire maligne ;
- La classification de Sarles permet de différencier une sténose bénigne et une sténose maligne, le type V étant pathognomonique d'une sténose maligne par cancer de la tête du pancréas.

Ce qui est nouveau :

- En cas de sténose de type V selon Sarles, il existe un risque de prendre le canal pancréatique pour la voie biliaire principale ;
- La mobilisation du patient en décubitus latéral puis ventral au cours de la CPRE permet de mieux voir la voie pancréatique et de mieux dégager la voie biliaire pour le cathétérisme.

Introduction.

Le cathétérisme des voies biliaires est parmi les gestes les plus complexes en endoscopie interventionnelle. Malgré 40 ans d'histoire et d'expérience, nous sommes toujours confrontés à des situations difficiles et souvent inhabituelles qu'il ne faut pas méconnaître.

Cas clinique.

Il s'agit d'un patient de 57 ans, chez qui a été découvert une masse corporéo-caudale du pancréas de 97 millimètres x 96 mm associée à des lésions secondaires hépatiques et rénales, lors du bilan de douleurs abdominales, avec altération de l'état général. L'écho-endoscopie avec cytoponction de la masse retrouve des lésions carcinomateuses. La ponction-biopsie hépatique confirme la localisation hépatique d'un adénocarcinome dont l'aspect histologique et immuno-histochimique est en faveur d'une origine primitive excréto-pancréatique. Cliniquement, le patient était OMS 1. Il n'y avait pas de fièvre ni d'ictère au moment du diagnostic.

Un traitement par chimiothérapie à base de FOLFIRINOX a été débuté et le patient reçoit un total de 7 cures en 4 mois.

Au moment de sa 8^{ème} cure, le patient fut hospitalisé pour fièvre avec ictère évoluant depuis 48 heures. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire avec une augmentation des transaminases (ASAT 3xN, ALAT 5xN) et une élévation majeure des enzymes cholestatiques (phosphatases alcalines 15xN, gamma-glutamyl-transférase 50xN et bilirubine totale 3xN). La scannographie montre une dilatation des voies biliaires intra- et extra-hépatiques secondaire à une tumeur pancréatique envahissant la tête du pancréas, avec une voie biliaire principale mesurée à 14 mm, et une majoration en taille des métastases hépatiques et rénales (figure 1).

Une antibiothérapie à base de céphalosporines de 3^{ème} génération et de métronidazole a été débutée et un cathétérisme rétrograde des voies biliaires a été réalisé en urgence pour lever l'obstruction, permettant un bon drainage par la mise en place d'une prothèse biliaire métallique (fig. 2 à 5).

Discussion.

La classification des sténoses biliaires est connue depuis plus de 50 ans. En 1958, Sarles et *al.* (1) ont publié une classification des sténoses biliaires dans les pancréatites chroniques basée sur l'aspect en cholangiographie intraveineuse (fig. 6). Dans cette classification, les types I à III correspondent à des sténoses biliaires d'origine bénigne (type I : sténose allongée ; type II : obstacle au niveau du sphincter d'Oddi ; type III : aspect en sablier). Le type IV, qui peut également se voir en cas de cancer du pancréas, correspond soit à une compression latérale ou antéropostérieure localisée du cholédoque intrapancréatique en cas de pseudokyste (type IV-a) soit à une compression angulaire de la voie biliaire qui est refoulée au bord supérieur du pancréas et dessine une angulation à parois rigides sans rétro-dilatation en cas de cancer (type IV-b). Le type V ou type sténosant correspond à une sténose incomplète à distance de la papille, à la partie haute de la tête du pancréas, avec rétro-dilatation très importante et horizontalisation de la voie biliaire principale refoulée par la tumeur. Cet aspect est pathognomonique du cancer de la tête du pancréas. Il existe enfin le type obstructif, qui correspond à une sténose complète tumorale de la voie biliaire principale à la partie haute de la tête du pancréas sans visualisation des voies biliaires sus-jacentes (2).

Les types sténosant et obstructif sont les plus fréquents. Dans notre cas, il s'agissait d'un type sténosant (type V selon Sarles). La difficulté de ce cas était de prendre le canal pancréatique opacifié au début du geste pour la voie biliaire principale, ce qui aurait eu des conséquences en cas de sphinctérotomie. La mobilisation du patient en décubitus latéral puis ventral a permis de mieux voir la voie pancréatique et de mieux dégager la voie biliaire pour le cathétérisme.

Conclusion.

Le cathétérisme biliaire représente toujours un défi pour un endoscopiste, surtout en cas de sténose biliaire. Malgré les compétences techniques, nous nous retrouvons parfois dans des situations difficiles où la bonne connaissance des fondamentaux de l'anatomie bilio-pancréatique pathologique peut éviter de se faire piéger.

Références bibliographiques.

- 1- Sarles H, Sarles JC, Guien C. Study of biliary and pancreatic ducts during chronic pancreatitis. *Arch Mal Appar Dig Mal Nutr* 1958; 47: 664-77.
- 2- Canard JM, Létard JC. Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) diagnostique. In: Canard JM, Létard JC, Palazzo L. *Endoscopie digestive*, Paris, 2006; 497-532.

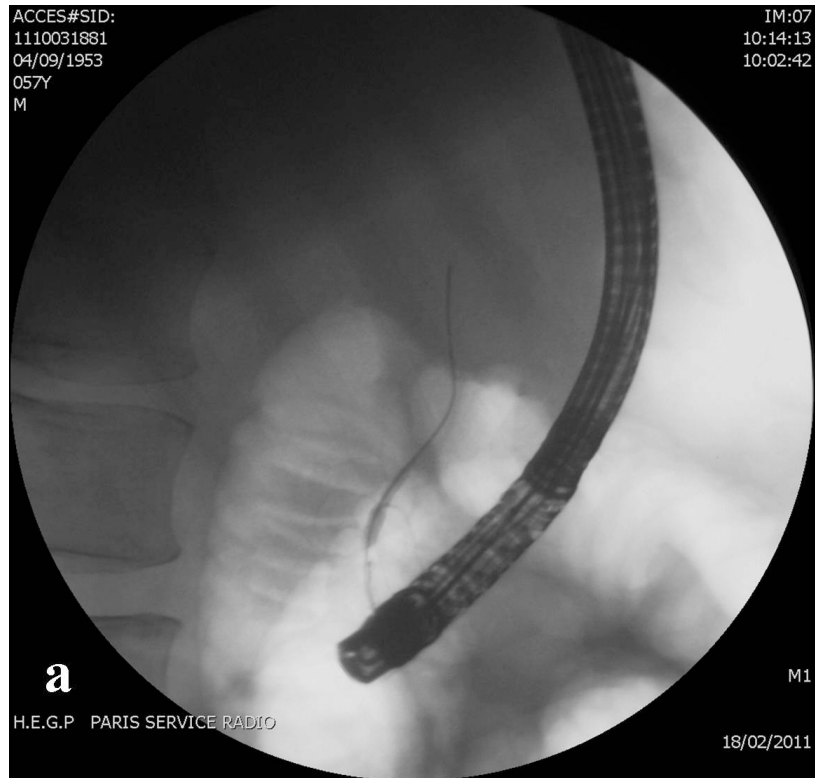
Figures et légendes.

Fig. 1 : Dilatation majeure de la voie biliaire principale (flèche blanche) et des voies biliaires intra-hépatiques en amont d'une masse de la tête du pancréas (flèche noire).



Fig. 2 :

- a) Cathétérisation dans un premier temps en décubitus latéral gauche d'un canal avec dilatation majeure en amont : c'est peut-être la voie biliaire principale ?.



- b) En décubitus ventral, on s'aperçoit qu'on est dans le pancréas car la dilatation majeure en amont correspond au Wirsung, avec débris nécrotiques.

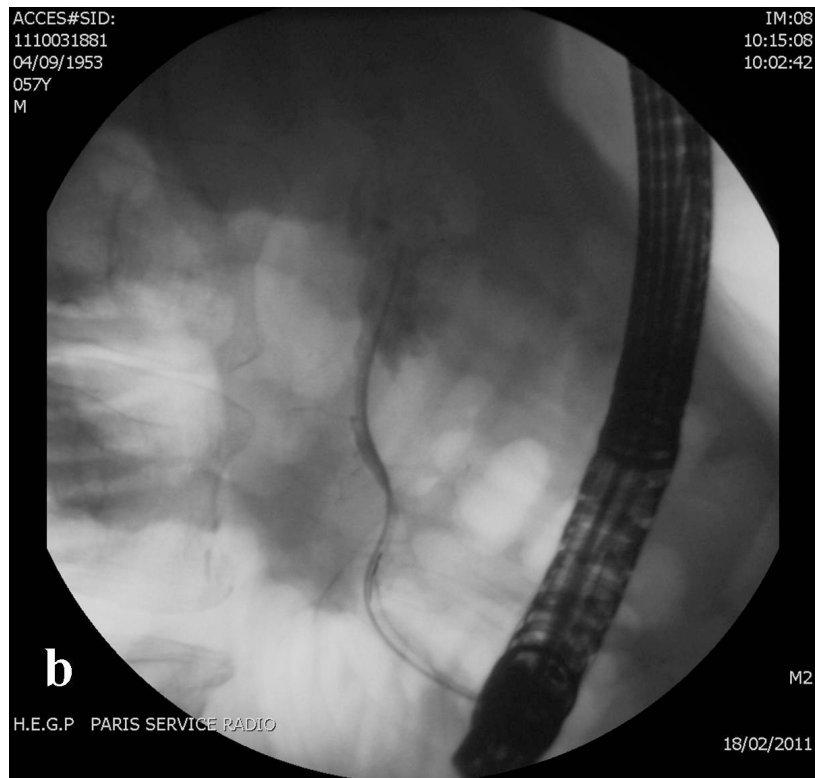


Fig. 3 :

- a) La modification de position du patient permet de mieux séparer le départ des deux canaux pancréatique et biliaire, de repérer la voie biliaire et de monter un fil-guide dans celle-ci.

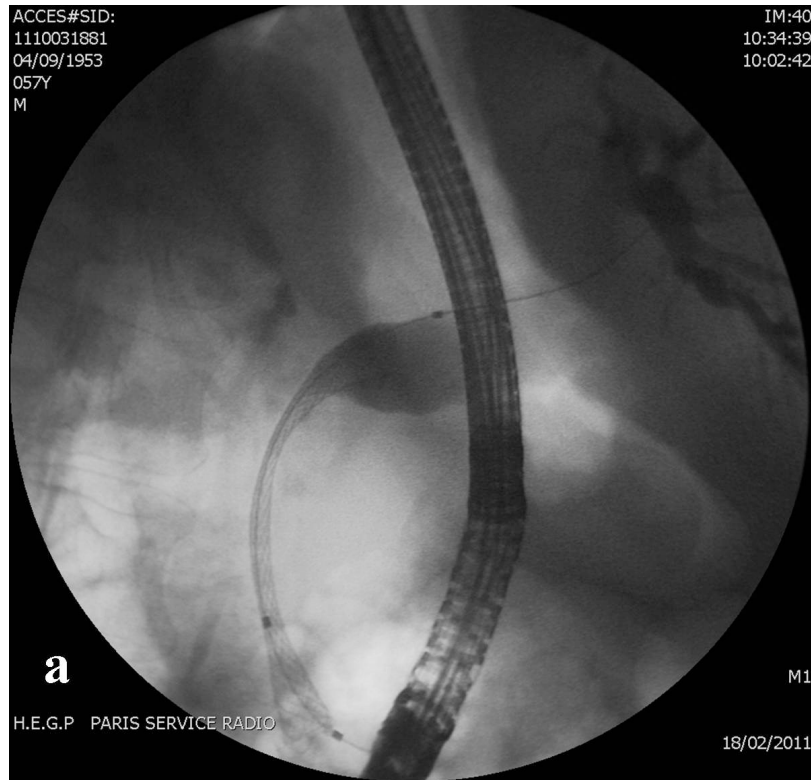


- b) Il s'agit d'une sténose de type V de la classification de Sarles caractéristique d'un cancer du pancréas avec horizontalisation et dilatation majeure de la voie biliaire principale.



Fig. 4 :

- a) Après sphinctérotomie, mise en place d'une prothèse métallique expansive partiellement couverte de type Wallflex™ de 6 centimètres de long et 10 mm de diamètre.



- b) Expansion partielle mais satisfaisante de la prothèse avec vidange complète de l'arbre biliaire et aérobilie massive en fin de procédure.

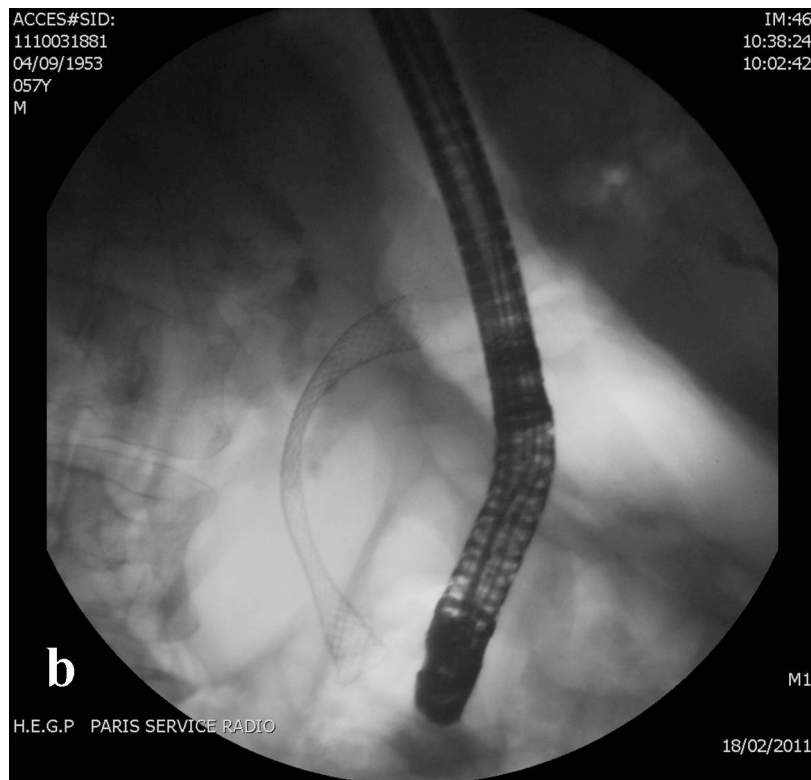


Fig. 5 : Ecoulement de bile noire par la prothèse.

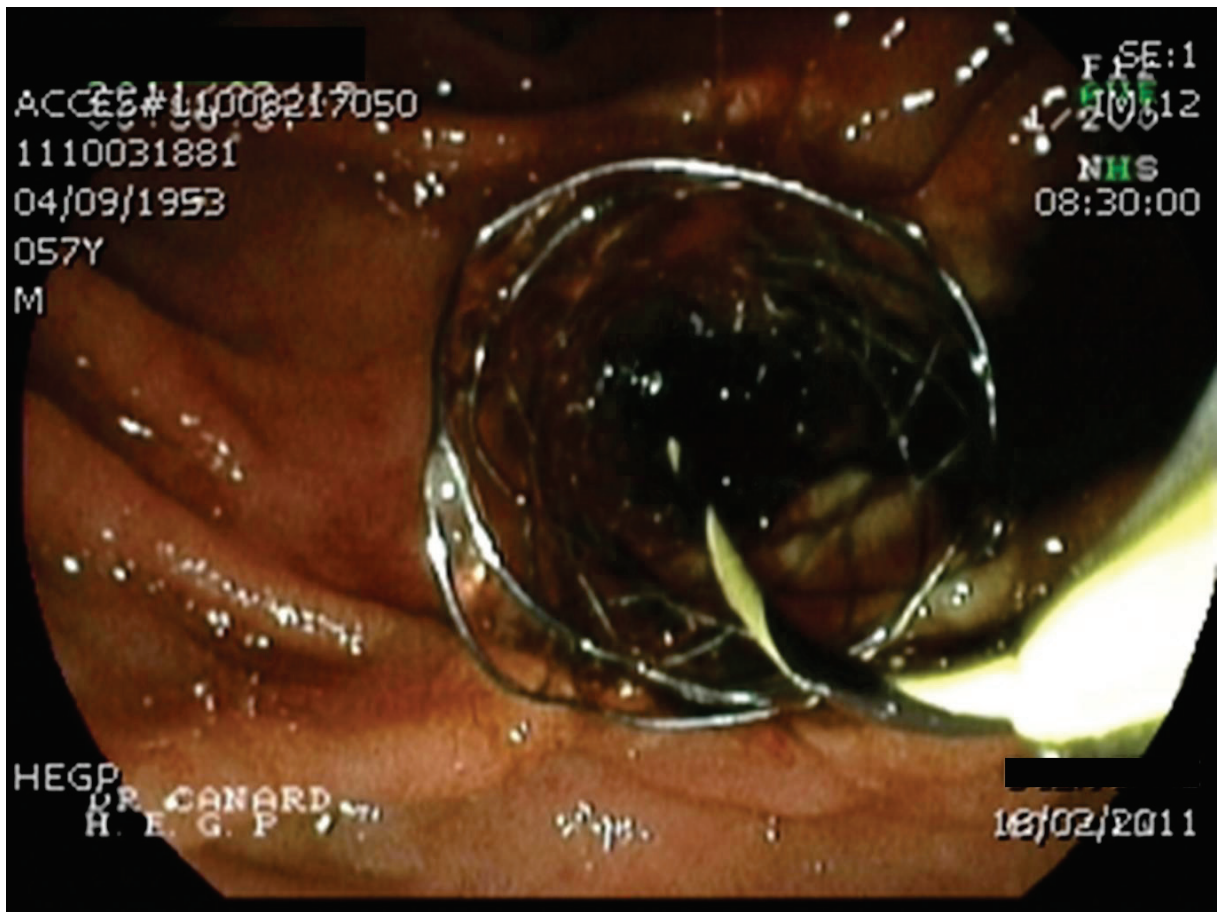


Fig.6 : Aspect cholangiographique du retentissement biliaire de la pathologie pancréatique selon Sarles et *al.* Tiré de « Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) diagnostique. In: Endoscopie digestive. Edition 2006. »

- Type I : Sténose allongée ;
- Type II : Obstacle au niveau du sphincter d'Oddi ;
- Type III : Aspect en sablier ;
- Type IV : Compression par un pseudokyste du pancréas (IV-a) ou par un cancer (IV-b) ;
- Type V : Aspect de cancer du pancréas.

