

Prophylaxie de la pancréatite post-CPRE ; recommandation de l'ESGE

D. Heresbach · R. Laugier

© Springer-Verlag France 2011

Introduction

En 2010, l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) a produit une recommandation [1] dont nous vous rapportons les principaux éléments et les commentaires d'expert qui apporteront les pondérations secondaires aux particularités de la cholangiopancreatographie rétrograde par voie endoscopique (CPRE) en France.

Recommandations de l'ESGE

La pancréatite post-CPRE (PPCPRE) est la complication la plus fréquente après CPRE, décrite dans 3,5 % des cas. Elle est légère ou modérée dans 90 % des cas, et des facteurs de risque (multipliant le risque relatif par 2) ont été décrits : les uns sont liés aux patients (dysfonctionnement du sphincter d'Oddi, sexe féminin, antécédent de pancréatite), d'autres à la procédure (précoupe avant sphinctérotomie, injection multiple des canaux pancréatiques).

Il n'y a pas d'argument pour dire que le faible nombre de CPRE réalisées par établissement puisse être lié à l'incidence de la PPCPRE. Les données reliant le nombre de PPCPRE au nombre d'examen réalisés par gastroentérologue sont contradictoires et ne permettent pas de conclure. Un faible nombre de CPRE par établissement ou endoscopiste est seulement lié au taux d'échec de la CPRE.

Une amylasémie ou une lipasémie à moins de 1,5 fois la limite supérieure à la normale, deux à quatre heures après la CPRE, exclut une PPCPRE alors qu'une valeur de plus de trois à cinq fois la limite supérieure à la norme, quatre à six heures après, a une haute valeur prédictive positive de PPCPRE. **Un dosage systématique de l'amylasémie ou de la lipasémie est recommandé pour les patients chez qui la CPRE est réalisée en ambulatoire et ceux qui ont**

une valeur inférieure à 1,5 fois la norme peuvent sortir de l'unité le jour même sans risque.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) diminuent le risque de PPCPRE : la prévention de cette PPCPRE n'a été démontrée que pour l'administration rectale de 100 mg de diclofénac ou d'indométacine. **L'administration rectale de 100 mg de diclofénac ou d'indométacine immédiatement avant ou après la CPRE est recommandée, mais son administration intraduodénale ne semble pas avoir le même effet protecteur.**

La trinitrine réduit l'incidence de la PPCPRE mais est inefficace lorsqu'elle est délivrée par voie transcutanée. Les effets secondaires comme l'hypotension transitoire et les céphalées en limitent l'utilisation ; il n'est donc pas recommandé de l'utiliser en routine pour prévenir la PPCPRE.

Une seule étude a montré que la ceftazidime prévenait la PPCPRE, et d'autres études doivent être publiées pour recommander éventuellement son utilisation pour la prophylaxie de la PPCPRE.

Basée sur une méta-analyse de dix essais contrôlés randomisés, la somatostatine est inefficace pour prévenir la PPCPRE : il n'est donc pas recommandé de l'utiliser pour prévenir la PPCPRE. La somatostatine à des doses spécifiques pourrait être plus efficace, mais les résultats doivent être interprétés avec précaution.

L'administration d'octréotide ne diminue pas l'incidence de la PPCPRE dans l'analyse de huit études de bonne qualité. Il n'est pas recommandé de l'utiliser pour la prévention de la PPCPRE, mais des études ultérieures utilisant des doses préventives supérieures à 0,5 mg sont souhaitables.

Le gabexate ou l'ulinstatine ne préviennent pas la PPCPRE et ne sont pas recommandés pour cette prophylaxie.

Il n'y a pas d'arguments pour impliquer la position du patient dans la PPCPRE, et donc aucune recommandation pour une position particulière durant la CPRE.

Les traumatismes pancréatiques secondaires aux multiples tentatives de cathétérisme biliaire sont un facteur de risque de la PPCPRE, et ce nombre de cathétérismes doit être minimisé autant que possible.

L'injection de produit de contraste dans les canaux pancréatiques est un facteur de risque indépendant de PPCPRE ;

D. Heresbach (✉)

Unité d'endoscopie digestive, centre hospitalier de Cannes,
15, avenue des Broussailles, CS 50008, F-06414 Cannes, France
e-mail : d.heresbach@ch-cannes.fr

R. Laugier

Hôpital La Timone, AP-HM, 264, rue Saint-Pierre,
F-13385 Marseille cedex 05, France

si une opacification des canaux pancréatiques est faite (ou requise), le volume et le nombre d'injections doivent être aussi faibles que possible.

Comparés aux produits de contraste classique d'osmolarité élevée, ceux à faible osmolarité sont plus coûteux et n'ont pas prouvé leur moindre induction de PPCPRE. L'utilisation systématique de ces agents de contraste n'est donc pas recommandée.

L'insufflation par le dioxyde de carbone (CO₂) à la place de l'air n'est pas associée à une diminution de la PPCPRE mais diminue l'incidence et l'intensité des douleurs abdominales après l'examen. **L'utilisation du CO₂ est recommandée en particulier pour les CPRE réalisées en ambulatoire pour éliminer une possible confusion avec les douleurs abdominales consécutives à la PPCPRE.**

Le recours au cathétérisme par un fil-guide réduit l'incidence des PPCPRE et augmente le succès de la canulation biliaire comparé à la méthode fondée sur l'opacification première. **La méthode de canulation biliaire à l'aide un fil-guide doit donc être recommandée.**

L'incidence de la PPCPRE n'est pas influencée par le type de courant électrique utilisé lors de la sphinctérotomie (coupe pure ou courant mixte). Un courant mixte de coupe et de coagulation est seulement recommandé pour la sphinctérotomie biliaire chez les patients à haut risque d'hémorragie.

La mise en place d'une prothèse pancréatique diminue l'incidence de la PPCPRE : le recours à un fil-guide pancréatique est utile après canulation répétée et involontaire du canal pancréatique pour les cathétérismes biliaires difficiles, et dans ce cas, la mise en place d'une prothèse pancréatique prophylactique est recommandée.

Différentes techniques de sphinctérotomie biliaire avec précoupe biliaire sont décrites : la méthode de fistulotomie est associée à un plus faible risque de PPCPRE que la précoupe au couteau aiguille, mais d'autres études sont nécessaires pour déterminer quelle méthode serait la moins dangereuse et la plus efficace. Il n'y a pas de publication qui permette de dire si le taux de complications après précoupe est corrélé à l'expérience de l'endoscopiste avec cette méthode. La multitude des tentatives de cathétérisme biliaire génère plus de PPCPRE que la méthode de sphinctérotomie avec précoupe. La méthode de précoupe doit donc être utilisée par un endoscopiste ayant une expérience du cathétérisme biliaire, en fonction des constatations anatomiques, de la préférence de l'endoscopiste, de l'indication de la sphinctérotomie biliaire ; elle doit être décidée rapidement pour ne pas multiplier les injections pancréatiques inutiles.

Comparée à la sphinctérotomie, la dilatation papillaire au ballon (DPB) de faible calibre (≤ 10 mm) est associée à un risque plus important de PPCPRE et moindre d'hémorragie. La DPB n'est pas recommandée en routine à la place de la sphinctérotomie mais est utile en cas de trouble de la coagu-

lation ou de situation anatomique particulière (chirurgie de type Billroth II). **En cas de DPB chez un sujet jeune, la pose prophylactique d'une prothèse pancréatique doit être fortement envisagée.**

Les avantages de réaliser une macrodilatation au ballonnet du sphincter d'Oddi (MDSO) avec des ballons hydrauliques de plus de 10 mm, en complément d'une sphinctérotomie pour l'extraction de volumineux calculs biliaires, sont discutables. L'association de la MDSO à la sphinctérotomie n'augmente pas le risque de PPCPRE et permet d'éviter une lithotripsie mécanique, mais il n'existe pas suffisamment de données pour recommander l'association de la MDSO à la lithotripsie mécanique.

Lors de la manométrie du sphincter d'Oddi, l'utilisation d'un cathéter perfusé sans aspiration augmente le risque de PPCPRE comparé au cathéter modifié. La manométrie du sphincter d'Oddi doit être réalisée avec un cathéter triple lumière avec aspiration simultanée ou avec un cathéter muni d'un microcapteur électronique sans injection de liquide.

La pose prophylactique d'une prothèse pancréatique est recommandée pour prévenir la PPCPRE chez les patients à risque élevé de PPCPRE. Actuellement, la pose d'une prothèse plastique de 4 ou 5 Fr est recommandée. La chute de la prothèse doit être recherchée entre cinq et dix jours après son placement, **et si elle est encore en place, doit être enlevée secondairement sans dépasser des durées de présence de prothèse de plus de dix jours.**

Commentaires du Pr René Laugier

De toute cette très large littérature, que doit-on retenir en pratique pour notre usage quotidien ?

La littérature internationale continue de préconiser la recherche précoce de la PPCPRE par un dosage de l'amylasémie : une recommandation de la HAS déconseille pourtant de faire en France ce dosage en le remplaçant par une mesure de la lipasémie, beaucoup plus spécifique !

De toutes les mesures médicamenteuses, seule l'administration rectale de 100 mg de diclofénac ou d'indométacine, immédiatement avant ou après la CPRE, est recommandée, mais une étude récente vient de signaler que si l'on administre le même produit aux mêmes doses directement dans le duodénum au travers de l'endoscope, l'effet protecteur n'est plus retrouvé...

Les mesures techniques sont les plus importantes à prendre en considération :

- la méthode de canulation biliaire à l'aide d'un fil-guide est recommandée ;
- la multitude des tentatives de cathétérisme biliaire génère plus de PPCPRE que la méthode de sphinctérotomie avec

précoupe. La méthode de la précoupe doit être utilisée par un endoscopiste ayant une expérience du cathétérisme biliaire, en fonction des constatations anatomiques, de la préférence de l'endoscopiste et de l'indication de la sphinctérotomie biliaire. Elle doit être décidée et mise en œuvre rapidement pour éviter la multiplication des tentatives. En cas de canulations ou d'injections répétées et involontaires du canal pancréatique pour les cathétérismes biliaires difficiles, la mise en place d'une prothèse pancréatique prophylactique est clairement recommandée. Elle doit être de très petite taille, 5 voire 4 Fr, de façon à s'éliminer rapidement et spontanément. Si cela n'est pas le cas dans les dix jours, elle doit être retirée endoscopiquement ;

- une prothèse pancréatique prophylactique de la PPCPRE doit aussi être posée en cas de DPB (dilatation papillaire par ballonnet) de moins de 10 mm, chez un sujet jeune, mais cette technique elle-même n'est pas à recommander en pratique courante ou de première intention ;

- chaque fois qu'un patient est à risque élevé de PPCPRE, la pose d'une prothèse pancréatique prophylactique est recommandée : ce sera le cas pour des examens longs et difficiles, chez des patients ayant une suspicion de pathologie oddienne bénigne ou ayant déjà présenté une PPCPRE dans le passé.

On note donc que les indications de prothèses pancréatiques prophylactiques ne sont pas les plus nombreuses, parmi tous les cathétérismes de la papille, mais dans ces cas précis ne pas la poser pourrait être considéré comme une perte de chance pour le patient.

Référence

1. Dumonceau JM, Andriulli A, Deviere J, Mariani A, Rigaux J, Baron TH, et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. *Endoscopy*. 2010;42:503-15