

Techniques de cannulation de la papille et de sphinctérotomie : recommandations de l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)

Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline

Traduction : Denis Heresbach, Aymeric Becq

Relecture : Xavier Dray

DÉFINITION DE LA CANNULATION BILIAIRE DIFFICILE

1. ESGE suggests that difficult biliary cannulation is defined by the presence of one or more of the following: more than 5 contacts with the papilla whilst attempting to cannulate; more than 5 minutes spent attempting to cannulate following visualization of the papilla; more than one unintended pancreatic duct cannulation or opacification (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère que la cannulation biliaire difficile soit définie par la présence d'au moins un des critères suivants : plus de 5 contacts avec la papille lors de tentative de cannulation ; plus de 5 minutes de tentative de cannulation après visualisation de la papille ; plus d'une cathétérisation ou opacification non intentionnelles des canaux pancréatiques (niveau de preuve bas, recommandation faible).

TECHNIQUE DE CANNULATION AVEC OPACIFICATION OU FIL-GUIDE

2. ESGE recommends the guidewire-assisted technique for primary biliary cannulation, since it reduces the risk of post-ERCP pancreatitis (moderate quality evidence, strong recommendation).

L'ESGE recommande la technique de cannulation biliaire assistée par fil-guide, car elle permet de diminuer le risque de pancréatite aiguë post-CPRE (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

3. ESGE suggests that the use of a hydrophilic (tipped) guidewire for biliary cannulation can help achieve successful cannulation (very low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère que l'utilisation d'un fil-guide à extrémité hydrophile facilite la cannulation biliaire (niveau de preuve très bas, recommandation faible).

CANNULATION BILIAIRE ASSISTÉE PAR FIL-GUIDE PANCRÉATIQUE

4. ESGE recommends using pancreatic guidewire (PGW)-assisted biliary cannulation in patients where biliary cannulation is difficult and repeated unintentional access to the main pancreatic duct occurs (moderate quality evidence, strong recommendation).

L'ESGE recommande de recourir à la technique de cannulation biliaire assistée par fil-guide pancréatique quand la cannulation biliaire est difficile et que plusieurs cathétérismes pancréatiques non intentionnels ont été réalisés (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

5. ESGE recommends attempting prophylactic pancreatic stenting in all patients with PGW-assisted attempts at biliary cannulation (moderate quality evidence, strong recommendation).

L'ESGE recommande de tenter la mise en place d'une prothèse pancréatique prophylactique en cas de cannulation biliaire assistée par fil-guide pancréatique (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

6. In the event of difficult biliary cannulation and absence of unintentional main pancreatic duct access, precutting is suggested according to papillary morphology. Precutting or persistent cannulation attempts present similar success and overall complication rates but PEP is less frequent when precutting is performed early (moderate quality evidence, strong recommendation).

En cas de cannulation biliaire difficile et d'absence de passage accidentel du fil-guide dans le canal pancréatique, la technique de la pré-coupe peut être envisagée selon la morphologie de la papille. La pré-coupe et les tentatives multiples de cannulation présentent les mêmes taux de succès et de complications, mais la pancréatite post-CPRE est moins fréquente en cas de pré-coupe précoce (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

PRÉ-COUPÉ BILIAIRE

7. ESGE recommends needle-knife fistulotomy as the preferred technique for precutting (moderate quality evidence, strong recommendation).

L'ESGE recommande la technique d'infundibulotomie comme technique de pré-coupe à privilégier (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

8. ESGE suggests that precutting should be used only by endoscopists who achieve selective biliary cannulation in more than 80% of cases using standard cannulation techniques. Endoscopists who do not reach such a success rate should not be doing precuts independently (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère que la technique de pré-coupe ne soit utilisée que par des endoscopistes qui ont un taux de cannulation de plus de 80 % en première intention en utilisant une technique standard de cannulation. Les endoscopistes dont le taux de succès de cannulation n'atteint pas ce seuil ne devraient pas entreprendre une pré-coupe seuls (niveau de preuve bas, recommandation faible).

9. When access to the pancreatic duct is easy to obtain, ESGE suggests placement of a pancreatic stent prior to precutting. It is suggested that endoscopists check for spontaneous pancreatic duct stent migration at 1 week post insertion, using abdominal X-ray (moderate quality evidence, weak recommendation).

Quand l'accès au canal pancréatique est facile à obtenir, l'ESGE recommande la pose d'une prothèse pancréatique avant la pré-coupe. L'ESGE suggère de s'assurer de la migration spontanée de la prothèse pancréatique par une radiographie abdominale une semaine après sa pose (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

SPHINCTÉROTOMIE BILIAIRE TRANSPANCRÉATIQUE

10. ESGE recommends that in patients with a small papilla that is difficult to cannulate, transpancreatic biliary sphincterotomy should be considered if unintentional insertion of a guidewire into the pancreatic duct occurs. However this technique should only be performed by experts (moderate quality evidence, strong recommendation).

L'ESGE recommande que chez les patients avec une petite papille difficile à cathétériser, une sphinctérotomie transpancréatique puisse être envisagée si un fil-guide est inséré dans le canal pancréatique de manière non intentionnelle. Toutefois, cette technique ne devrait être réalisée que par des experts (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

11. In patients who have had transpancreatic sphincterotomy, ESGE suggests prophylactic pancreatic stenting (moderate quality evidence, strong recommendation).

L'ESGE suggère qu'en cas de sphinctérotomie transpancréatique, une prothèse pancréatique prophylactique soit mise en place (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

SPHINCTÉROTOMIE BILIAIRE : COURANT MIXTE OU COUPE PURE

12. ESGE recommends that mixed current is used for sphincterotomy rather than pure cut current alone, as there is a decreased risk of mild bleeding with the former (moderate quality evidence, strong recommendation).

L'ESGE recommande d'utiliser un courant mixte pour la sphinctérotomie, plutôt qu'un courant de coupe pure, afin de diminuer le risque d'hémorragie modérée (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

13. ESGE suggests that a current mode that provides alternating cutting and coagulation phases (e.g. Endocut or Pulsecut) is used instead of conventional blended current, as it may be associated with fewer episodes of uncontrolled cutting ("zippers") and a lower risk of bleeding at the time of sphincterotomy (moderate quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère d'utiliser un courant alternant coupe et coagulation (par exemple *Endocut* ou *Pulsecut*) plutôt qu'un courant mixte, car cela pourrait diminuer les coupes non contrôlées et le risque d'hémorragie immédiate (niveau de preuve modéré, recommandation faible).

DILATATION PAPILLAIRE BILIAIRE AU BALLONNET COMME ALTERNATIVE À LA SPHINCTÉROTOMIE

14. ESGE suggests endoscopic papillary balloon dilation (EPBD) as an alternative to endoscopic sphincterotomy (EST) for extracting CBD stones < 8mm in patients without anatomical or clinical contraindications (e.g. acute pancreatitis, acute cholangitis, or precut sphincterotomy), especially in the presence of coagulopathy or altered anatomy (moderate quality evidence, strong recommendation).

L'ESGE suggère le recours à la dilatation papillaire biliaire au ballonnet comme alternative à la sphinctérotomie pour extraire les calculs de moins de 8 mm, en l'absence de contre-indication anatomique ou clinique (pancréatite aiguë, angiocholite, pré-coupe), en particulier en cas de trouble de la coagulation ou d'anatomie modifiée (niveau de preuve modéré, recommandation forte).

15. For performance of EPBD, a 8-mm diameter balloon is recommended irrespective of the CBD diameter, and papillary dilation following waist disappearance should last for a minimum of 2 minutes. Data on the duration of dilation are conflicting, but 1 minute of dilation may have a higher rate of complications than 5minutes (high quality evidence, weak recommendation).

Pour réaliser une dilatation papillaire biliaire au ballonnet, un ballon de 8 mm de diamètre est recommandé, quel que soit le diamètre de la voie biliaire principale, et la dilatation devrait durer 2 minutes au minimum après disparition de l'encoche au niveau du ballon. Les données concernant la durée de dilatation sont discordantes, mais une dilatation d'une minute pourrait avoir un risque de complication supérieur à une dilatation durant 5 minutes (niveau de preuve élevé, recommandation faible).

16. Although data comparing the incidence of PEP after balloon dilation or sphincterotomy are lacking, experts recommend creation of a short biliary sphincterotomy before dilation to reduce the risk of PEP (low quality evidence, weak recommendation).

Bien qu'il y ait peu de données comparant l'incidence de pancréatite post-CPRE après dilatation au ballonnet ou après sphinctérotomie, les experts recommandent la réalisation d'une sphinctérotomie courte avant dilatation pour réduire le risque de pancréatite post-CPRE (niveau de preuve bas, recommandation faible).

SPHINCTÉROTOMIE PANCRÉATIQUE

17. ESGE does not recommend routine biliary sphincterotomy for patients undergoing pancreatic sphincterotomy, and suggests that it is reserved for patients in whom there is evidence of coexisting bile duct obstruction or biliary sphincter of Oddi dysfunction (moderate quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE ne recommande pas la réalisation d'une sphinctérotomie biliaire systématique en cas de sphinctérotomie pancréatique, et suggère de la réserver aux cas d'obstacle biliaire ou de dysfonctionnement du sphincter d'Oddi (niveau de preuve modéré, recommandation faible).

CANNULATION ET DIVERTICULE PÉRI-PAPILLAIRE

18. In patients with periampullary diverticulum (PAD) and difficult cannulation, ESGE suggests that pancreatic duct stent placement followed by precut sphincterotomy or needle-knife fistulotomy are suitable options to achieve cannulation, and that the most suitable technique should be selected on the basis of patient anatomy and operator experience (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère, en cas de diverticule péri-papillaire avec cannulation difficile, que la mise en place d'une prothèse pancréatique suivie d'une pré-coupe ou la réalisation d'une infundibulotomie sont des options acceptables pour parvenir à une cannulation, et que le choix de la technique devrait dépendre de l'anatomie du patient et de l'expérience de l'opérateur (niveau de preuve bas, recommandation faible).

19 ESGE suggests that EST is safe in patients with PAD. In cases where EST is technically difficult to complete as a result of a PAD, large stone removal can be facilitated by a small EST combined with EPBD or use of EPBD alone (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère que la sphinctérotomie est sûre en cas de diverticule péri ampullaire. Dans les cas où une sphinctérotomie complète est rendue difficile par le diverticule, l'extraction d'un calcul volumineux peut être facilitée par une sphinctérotomie courte suivie d'une dilatation papillaire biliaire au ballonnet ou d'une dilatation papillaire biliaire au ballonnet seule (niveau de preuve bas, recommandation faible).

CANNULATION ET SPHINCTÉROTOMIE DE LA PAPILLE ACCESSOIRE

20. When cannulation of the minor papilla is difficult, ESGE suggests secretin injection, which can be preceded by methylene blue spray in the duodenum (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère, en cas de difficulté pour la cannulation de la papille accessoire, de recourir à l'injection de sécrétine qui peut être précédée par la pulvérisation duodénale de bleu de méthylène (niveau de preuve bas, recommandation faible).

21. To diagnose pancreas divisum, ESGE suggests using morphological criteria (bulging, opening, and pancreatic fluid secretion) in combination with MRCP, which should always be performed before pancreatic ERCP unless contraindicated (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère que le diagnostic de pancréas divisum repose sur des critères morphologiques (bombement, ouverture de l'orifice pancréatique, et sécrétion pancréatique) combinés aux données d'une pancréatico-IRM qui doit toujours précéder la CPRE sauf contre-indication formelle (niveau de preuve bas, recommandation faible).

22. ESGE suggests using wire-guided cannulation, with or without contrast, and sphincterotomy with a pull-type sphincterotome or a needle-knife over a plastic stent, according to the operator's experience and available devices (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère d'utiliser une technique de cannulation assistée par fil-guide, avec ou sans contraste, et une sphinctérotomie avec un sphinctérotome standard ou une pré-coupe sur prothèse plastique, en fonction de l'expérience de l'opérateur et du matériel disponible (niveau de preuve bas, recommandation faible).

CANNULATION BILIAIRE ANTÉROGRADE FILOGUIDÉE

23. In patients with choledocholithiasis who are scheduled for elective cholecystectomy, ESGE suggests intraoperative ERCP with laparoendoscopic rendez-vous where local expertise and conditions allow (moderate quality evidence, weak recommendation).

En cas de calcul de la voie biliaire principale et de cholécystectomie programmée, l'ESGE suggère une CPRE per-opératoire avec un rendez-vous cœlio-endoscopique, si l'expertise et les conditions locales le permettent (niveau de preuve modéré, recommandation faible).

24. ESGE suggests that when biliary cannulation is unsuccessful with a standard retrograde approach, anterograde guidewire insertion either by a percutaneous or EUS-guided approach can be used to achieve biliary access. Which approach is utilized will depend on local expertise and facilities (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère qu'en cas d'échec de cannulation par approche rétrograde, la technique antérograde avec mise en place d'un fil-guide par voie transcutanée ou sous échocendoscopie peut être utilisée pour parvenir à un accès biliaire, et ce selon l'expertise et les moyens locaux (niveau de preuve bas, recommandation faible).

CANNULATION ET SPHINCTÉROTOMIE EN CAS D'ANATOMIE MODIFIÉE

25. ESGE suggests that in patients with Billroth II gastrectomy ERCP should be performed in referral centers, with the side-viewing endoscope as a first option; forward-viewing endoscopes (gastroscope, pediatric colonoscope, and balloon enteroscope) are the second choice in cases of failure (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère qu'en cas de gastrectomie type Billroth II, la CPRE soit réalisée dans un centre référent, avec un endoscope à vision latérale en première intention, ou avec un endoscope à vision axiale (gastroscope, coloscope pédiatrique, entéroscopie à ballon) en seconde intention en cas d'échec (niveau de preuve bas, recommandation faible).

26. A straight standard ERCP catheter or an inverted sphincterotome, with or without the guidewire, is recommended by ESGE for biliopancreatic cannulation in patients who have undergone Billroth II gastrectomy (low quality evidence, strong recommendation).

Un cathéter droit ou un sphinctérotome inversé, avec ou sans fil-guide, est recommandé par l'ESGE pour cannulation bilio-pancréatique chez les patients aux antécédents de gastrectomie de type Billroth II (niveau de preuve bas, recommandation forte).

27. ESGE suggests sphincterotomy in Billroth II gastrectomy patients should be performed with an inverted sphincterotome over the guidewire. Endoscopic papillary balloon dilation (EPBD) is suggested as an alternative to sphincterotomy for stone extraction in this setting (low quality evidence, weak recommendation).

L'ESGE suggère que chez les patients aux antécédents de gastrectomie de type Billroth II, la sphinctérotomie soit réalisée avec un sphinctérotome inversé, sur fil-guide. Une dilatation papillaire biliaire au ballonnet est suggérée comme alternative à la sphinctérotomie pour l'extraction de calcul dans ce contexte (niveau de preuve bas, recommandation faible).

28. In patients with complex post-surgical anatomy ESGE suggests referral to a center where device-assisted enteroscopy techniques are available (very low quality evidence, weak recommendation).

En cas de d'anatomie modifiée complexe post-opératoire, l'ESGE recommande de référer le patient à un centre disposant de techniques d'entéroscopie assistée (niveau de preuve très bas, recommandation faible).

BIBLIOGRAPHIE

Testoni PA, Mariani A, Aabakken L et al. Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016; 48(7): 657-83. doi: 10.1055/s-0042-108641. Epub 2016 Jun 14.