

Effets indésirables liés à la CPRE : recommandations de l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)

ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline

Traduction : Aymeric Becq

Relecture : Xavier Dray

DÉFINITIONS ET ÉPIDEMIOLOGIE

1. ESGE suggests to define (i) post-ERCP pancreatitis as new or worsened abdominal pain combined with > 3 times the normal value of amylase or lipase at more than 24 hours after ERCP and requirement of admission or prolongation of a planned admission; (ii) cholecystitis according to the revised “Tokyo Guidelines 2018” ; and (iii) other ERCP related adverse events according to the 2010 lexicon of definitions proposed in 2010 for the American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère de définir (i) la pancréatite post-CPRE comme une douleur abdominale de novo ou l'aggravation d'une douleur abdominale préexistante associée à une amylasémie ou à une lipasémie > 3 fois la normale à plus de 24 heures de la CPRE et la nécessité d'une hospitalisation ou le prolongement d'une hospitalisation programmée ; (ii) la cholécystite selon les recommandations révisées de Tokyo (2018) ; et (iii) les autres effets indésirables associés à la CPRE selon le lexique de définitions proposé en 2010 par l'American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Recommandation faible, niveau de preuve bas.

2. ESGE suggests to grade the severity of ERCP-related adverse events according to the Atlanta classification for pancreatitis, the revised Tokyo Guidelines 2018 for cholangitis and cholecystitis, and the 2010 ASGE lexicon for other ERCP-related adverse events. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère de classer la sévérité les effets indésirables de la CPRE selon la classification d'Atlanta pour la pancréatite, les recommandations révisées de Tokyo (2018) pour l'angiocholite et la cholécystite, et le lexique de l'ASGE (2010) pour les autres effets indésirables de la CPRE. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

FACTEURS DE RISQUE D'EFFETS INDÉSIRABLES

3. ESGE suggests that patients should be considered to be at high risk for post-ERCP pancreatitis when at least one definite or two likely patient-related or procedure-related risk factors are present (Table 3). Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère que les patients soient considérés à haut risque de pancréatite post-CPRE quand au moins un facteur de risque certain ou deux facteurs de risque possibles, liés au patient ou à la procédure, sont présents (tableau). Recommandation faible, niveau de preuve bas.

Tableau : Facteurs de risque de pancréatite post-CPRE, saignement et angiocholite

Facteurs de risque (FDR) de complication	Odds ratio
FDR de pancréatite aiguë post CPRE	
<i>FDR certains, liés au patient</i>	
Dysfonction du sphincter d'Oddi suspectée	2,04-4,37
Femme	1,40-2,23
Antécédent de pancréatite	2,00-2,90
Antécédent de pancréatite aiguë post CPRE	3,23-8,70
<i>FDR certains, liés à la procédure</i>	
Cannulation difficile	1,76-14,9
Passage du fil guide dans le Wirsung > 1	2,10-2,77
Injection dans le Wirsung	1,58-2,72
<i>FDR probables, liés au patient</i>	
Age jeune	1,59-2,87
Voie biliaire principale non dilatée	3,80
Absence de pancréatite chronique	1,87
Bilirubine sanguine normale	1,89
Insuffisance rénale chronique	1,70
<i>FDR probables, liés à la procédure</i>	
Pré-coupe	3,22-3,10
Sphinctérotomie pancréatique	1,23-3,07
Dilatation au ballon de la papille	4,51
Echec d'extraction des calculs biliaires	4,51
Echographie intra-canaulaire	2,41
FDR de saignement	
Anticoagulants	4,39
Plaquettes < 50000/mm ³	35,30
Cirrhose	2,05-2,85
Insuffisance rénale chronique	1,86-13,30
Saignement per-procédure	4,28
Faible expérience de l'endoscopiste	1,44
Echec de cannulation avec pré-coupe	3,09
FDR d'angiocholite	
Drainage incomplet	
Obstacle hilaire	2,59
Antécédent de CPRE	2,48
Age > 60 ans	1,98
Cholangioscopie	4,98

4. ESGE suggests that patients should be considered to be at increased risk for post-sphincterotomy bleeding if at least one of the following factors is present: anticoagulant intake, platelet count < 50000/mm³, cirrhosis, dialysis for end-stage renal disease, intraprocedural bleeding, low endoscopist experience. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère que les patients soient considérés à haut risque d'hémorragie post-sphinctérotomie si au moins un des facteurs suivants est présent : traitement anticoagulant, taux de plaquettes < 50000/mm³, cirrhose, dialyse pour maladie rénale au stade terminal, hémorragie per procédure, faible expérience de l'endoscopiste. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

5. ESGE suggests that patients should be considered to be at high risk for post-ERCP cholangitis when there is incomplete biliary drainage, including hilar obstruction and primary sclerosing cholangitis, and when cholangioscopy is performed. Weak recommendation, very low quality evidence.

L'ESGE suggère que les patients soient considérés à haut risque d'angiocholite post-CPRE en cas de drainage biliaire incomplet, d'obstruction hilaire ou de cholangite sclérosante primitive, et quand une cholangioscopie est effectuée. Recommandation faible, niveau de preuve très bas.

6. ESGE suggests that patients should be considered to be at increased risk for perforation in the setting of surgically altered anatomy, the presence of a papillary lesion, sphincterotomy, biliary stricture dilation, a dilated common bile duct, sphincter of Oddi dysfunction, and precut sphincterotomy. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère que les patients soient considérés à haut risque de perforation en cas d'anatomie modifiée, de lésion papillaire, de sphinctérotomie, de dilatation de sténose biliaire, de voie biliaire principale dilatée, de dysfonction du sphincter d'Oddi, et de pré-coupe. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

7. ESGE suggests advising patients to return if symptoms recur after the extraction of common bile duct (CBD) stones, in particular if these were themselves recurrent CBD stones. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère de conseiller aux patients de reconsulter en cas de récurrence des symptômes après extraction de calculs de la voie biliaire principale (VBP), en particulier si il s'agissait déjà d'une récurrence lithiasique. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

8. ESGE recommends that both oral and written informed consent should be obtained prior to ERCP. The consent process should take into account individual and procedure-related risks, correct indication, and urgency of ERCP, as well as national practice. Strong recommendation, low quality evidence.

L'ESGE recommande qu'un consentement à la fois oral et écrit soit obtenu avant la CPRE. Le processus de consentement devrait prendre en compte les risques liés au patient et à la procédure, la bonne indication, et le degré d'urgence de la CPRE, ainsi que la pratique au niveau national. Recommandation forte, niveau de preuve bas.

PREVENTION DE LA PANCRÉATITE POST-CPRE

9. ESGE recommends routine rectal administration of 100mg of diclofenac or indomethacin immediately before ERCP in all patients without contraindications to nonsteroidal anti-inflammatory drug administration. Strong recommendation, moderate quality evidence.

L'ESGE recommande l'administration intra-rectale systématique de 100 mg de diclofenac ou d'indométacine juste avant toute CPRE, en absence de contre-indication à l'administration d'AINS. Recommandation forte, niveau de preuve modéré.

10. ESGE recommends against administration of NSAIDs for PEP prophylaxis in pregnant women at ≥ 30 -week gestation and in patients as well as first-degree relatives with a history of Stevens- Johnson or Lyell's syndromes attributed to NSAIDs. Strong recommendation, low quality evidence.

L'ESGE recommande de ne pas administrer d'AINS en prévention de la pancréatite post-CPRE chez les femmes enceinte à 30 semaines ou plus de gestation et avec antécédent personnel ou au premier degré de syndrome de Stevens Johnson ou de syndrome de Lyell secondaire à la prise d'AINS. Recommandation forte, niveau de preuve bas.

11. ESGE recommends aggressive hydration with lactated Ringers solution (3mL/kg/hour during ERCP, 20mL/kg bolus after ERCP, 3 mL/kg/hour for 8 hours after ERCP) in patients with contraindication to NSAIDs, provided that they are not at risk of fluid overload and that a prophylactic pancreatic duct stent is not placed. Strong recommendation, moderate quality evidence.

L'ESGE recommande une hydratation intensive par solution de Ringer (3mL/kg/h pendant la CPRE, 20mL/kg en bolus après la CPRE, 3mL/Kg/h pendant 8 heures post-CPRE) chez les patients avec contre-indication aux AINS, sous réserve qu'ils ne soient pas à risque de surcharge volémique et qu'une prothèse pancréatique préventive ne soit pas placée. Recommandation forte, niveau de preuve modéré.

12. ESGE suggests administration of 5mg sublingual glyceryl trinitrate before ERCP in patients with a contraindication to NSAIDs or to aggressive hydration for the prevention of PEP. Weak recommendation, moderate quality evidence.

L'ESGE suggère l'administration sublinguale de 5 mg de trinitrate de glycérol avant la CPRE chez les patients avec une contre-indication aux AINS ou à l'hydratation intensive pour la prévention de la pancréatite post-CPRE. Recommandation faible, niveau de preuve modéré.

13. ESGE does not recommend protease inhibitors and topically administered epinephrine onto the papilla for PEP prophylaxis. Strong recommendation, moderate quality evidence.

L'ESGE ne recommande pas d'inhibiteur de protéase ni l'administration topique d'adrénaline sur la papille pour la prévention de la pancréatite post-CPRE. Recommandation forte, niveau de preuve modéré.

14. ESGE recommends prophylactic pancreatic stenting in selected patients at high risk for PEP (inadvertent guidewire insertion/opacification of the pancreatic duct, double-guidewire cannulation). Strong recommendation, moderate quality evidence.

L'ESGE recommande la mise en place d'une prothèse pancréatique à visée prophylactique chez les patients à haut risque de pancréatite post-CPRE (cannulation involontaire avec le fil-guide, opacification involontaire du Wirsung, cannulation avec la technique du double fil-guide). Recommandation forte, niveau de preuve modéré.

15. For prophylactic pancreatic stenting, ESGE suggests the use of a short 5-Fr pancreatic stent with no internal flange but having a flange or a pigtail on the duodenal side; passage of the stent from the pancreatic duct should be evaluated within 5 to 10 days of placement and retained stents should be removed endoscopically. Weak recommendation, low quality evidence.

Pour la mise en place d'une prothèse pancréatique prophylactique, l'ESGE suggère l'utilisation d'une prothèse courte de 5 French, sans ailette interne mais avec une ailette ou queue-de-cochon du côté duodéal ; la migration de la prothèse devrait être contrôlée entre 5 et 10 jours après sa mise en place et un retrait endoscopique devrait être organisé en l'absence de migration spontanée. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

16. ESGE does not suggest the routine combination of rectal NSAIDs with other measures to prevent PEP. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE ne suggère pas la combinaison systématique d'AINS intra-rectal avec d'autres mesures préventives de la pancréatite post-CPRE. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

AUTRES MESURES DE PRÉVENTION DES EFFETS INDÉSIRABLES

17. ESGE suggests against routine endoscopic biliary sphincterotomy before the insertion of a single plastic stent or an uncovered/partially covered SEMS for relief of biliary obstruction. Weak recommendation, moderate quality evidence.

L'ESGE suggère de ne pas effectuer de sphinctérotomie biliaire systématique avant l'insertion d'une prothèse plastique unique ou d'une prothèse métallique auto-expansible non couverte/partiellement couverte pour la désobstruction biliaire. Recommandation faible, niveau de preuve modéré.

18. ESGE suggests intraoperative rendez-vous ERCP for CBD stone extraction in patients scheduled for cholecystectomy. Weak recommendation, high quality evidence.

L'ESGE suggère une CPRE avec technique de rendez-vous per-opératoire pour l'extraction de calcul de la voie biliaire principale chez les patients avec cholécystectomie programmée. Recommandation faible, niveau de preuve élevé.

19. ESGE recommends against the routine use of antibiotic prophylaxis before ERCP. Strong recommendation, moderate quality evidence.

L'ESGE recommande de ne pas administrer une antibioprofylaxie systématique avant CPRE. Recommandation forte, niveau de preuve modéré.

20. ESGE suggests antibiotic prophylaxis before ERCP in the case of anticipated incomplete biliary drainage, for severely immunocompromised patients, and when performing cholangioscopy. The antibiotic agent used should be active against Gram-negative bacteria and adapted as much as possible to local epidemiology. Weak recommendation, moderate quality evidence.

L'ESGE suggère une antibioprofylaxie avant CPRE en cas de drainage incomplet prévisible, chez les patients sévèrement immunodéprimés, et lors d'une cholangioscopie. L'antibiotique utilisé devrait être actif contre les bactéries à Gram négatif et adapté à l'épidémiologie locale autant que possible. Recommandation faible, niveau de preuve modéré.

21. ESGE suggests tests of coagulation are not routinely required prior to ERCP for patients who are not on anticoagulants and not jaundiced. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère que des tests d'hémostase préalables à la CPRE ne soit pas systématiquement requis chez les patients qui ne sont ni sous anticoagulant, ni ictériques. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

22. ESGE suggests testing serum amylase and/or lipase 2 - 6 hours after ERCP in patients with post-procedural abdominal pain who are to be discharged on the day of ERCP. Patients with serum amylase and lipase values less than 1.5 and 4 times the upper normal limit, respectively, can be discharged without concerns about development of post-ERCP pancreatitis. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère de doser l'amylasémie et/ou la lipasémie sanguine 2 à 6 heures après la CPRE chez les patients présentant une douleur abdominale au décours du geste et dont le retour à domicile est prévu le jour même. Si l'amylasémie et la lipasémie sont inférieures à 1,5 et 4 fois la limite supérieure de la normale, respectivement, les patients peuvent rentrer au domicile sans arrière-pensée sur le développement d'une pancréatite post-CPRE. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

23. ESGE suggests against salvage pancreatic stenting in patients with post-ERCP pancreatitis. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère de ne pas mettre en place une prothèse pancréatique de sauvetage chez les patients avec pancréatite post-CPRE. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

24. ESGE suggests treatment of persistent or delayed postsphincterotomy bleeding by local injection of epinephrine (1:10 000), possibly combined with thermal or mechanical therapy when injection alone fails. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère le traitement d'une hémorragie post-sphinctérotomie persistante ou retardée par l'injection locale d'adrénaline (1:10 000), associée à une hémostase thermique ou mécanique en cas d'échec. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

25. ESGE suggests temporary placement of a biliary fully covered self-expandable metal stent for postsphincterotomy bleeding refractory to standard hemostatic modalities. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère la mise en place d'une prothèse métallique auto-expansible couverte temporaire en cas d'hémorragie post-sphinctérotomie persistante après techniques d'hémostase standard. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

26. ESGE suggests to evaluate patients with post-ERCP cholangitis by abdominal ultrasonography or CT scan and, in the absence of improvement with conservative therapy, to consider repeat ERCP. A bile sample should be collected for microbiological examination during repeat ERCP. Weak recommendation, low quality evidence.

L'ESGE suggère d'évaluer les patients avec angiocholite post-CPRE par échographie abdominale ou TDM et, en cas d'absence d'amélioration avec traitement conservateur, de discuter d'une nouvelle CPRE. Un prélèvement de bile pour analyse microbiologique devrait être réalisé pendant cette nouvelle CPRE. Recommandation faible, niveau de preuve bas.

BIBLIOGRAPHIE

Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2020; 52(2): 127-149. doi: 10.1055/a-1075-4080. Epub 2019 Dec 20.