

**PSEUDOKYSTES PANCREATIQUES  
QUI ET COMMENT TRAITER EN 2005 ?**

*Philippe LEVY*

*Fédération Médico-Chirurgicale d'Hépato-Gastroentérologie  
Hôpital Beaujon  
100, Bld du Général Leclerc  
92118 CLICHY Cedex  
[philippe.levy@bjn.ap-hop-paris.fr](mailto:philippe.levy@bjn.ap-hop-paris.fr)*

## PK compliquant une pancréatite aiguë

- Fréquence : 2 à 50 %  
complications 21 à 46 %  
délai 6 semaines (?) (collection, paroi, régression spontanée)
- Localisation corporéo-caudale : 2/3 cas  
Bombement : 25 %  
Communication syst. canalaire 25 %  
multiples 15 %

*Borberg Gastroenterol Clin Biol 1993; 14: 853  
Lauré Gastroenterol Clin Biol 1994; 15: 880  
Gouyon Gut 1997; 41: 821*

## PK compliquant une pancréatite chronique

- Fréquence : 20 % à 40 %  
Régression spontanée < 10 %
- Localisation céphalique : 2/3 cas  
Bombement : 50 %  
Communication syst canalaire 50 %  
multiples 15 %

*Borberg Gastroenterol Clin Biol 1993; 17: 270  
Lauré Gastroenterol Clin Biol 1994; 15: 880  
Gouyon Gut 1997; 41: 821*

## Pseudokyste pancréatique: Evolution spontanée

- 
- Asymptomatique
  - Complication (cf infra)
  - Régression
  - Disparition spontanée

*Lauré Gastroenterol Clin Biol 1994; 15: 880  
Gouyon Gut 1997; 41: 821*

## Pseudokyste pancréatique: Lesquels traiter d'emblée ?

- PK symptomatiques:
  - Douleurs
  - Compression d'un organe de voisinage
- PK infectés ( $\approx$  abcès)
- PK hémorragiques (pseudoanévrisme)
- PK caudal et compression de la veine splénique ?

## Pseudokyste pancréatique: Facteurs prédictifs de traitement.

- 97 PK chez 90 malades ayant une PC
- Régression spontanée ou persistance asymptomatique: n= 47
  - après un délai médian de 29 semaines (2-143)
- Nécessité d'un traitement spécifique: n= 50

*Gouyou-Beauchamps et al. 1997; 47: 821*

## Pseudokyste pancréatique: Facteurs prédictifs de traitement.

- PK extrapancréatique
- PK  $> 4-6$  cm
  - Risque de complication passant de 20-25% à 70-80%
- Donc traiter les PK
  - $> 6$  cm asymptomatique
  - 4-6 cm (à voir)

*Gouyou-Beauchamps et al. 1997; 47: 821*

## Modalités thérapeutiques

- Traitement percutané :  
ponction simple  
drainage
- Traitement endoscopique
- Traitement chirurgical

### Traitement percutané

- Ponction simple :  
sous échographie ou TDM  
efficacité immédiate >50 %; récidive >2/3  
abandonné
- Drainage percutané :  
sous échographie ou TDM  
calibre important 12-25 Fr; drainage prolongé > 15 jours  
efficacité 42 à 96 %; récidive > 1/3 cas  
utile en urgence en cas de sepsis non contrôlé

*Medizin Ann Dtsch 1999; 299:781-2*

### Traitement endoscopique : modalités

- Sphinctérotomie pancréatique
- Traitement des sténoses canalaires (forage, dilatation, prothèse) et des effractions canalaires
- Drainage des kystes et pseudokystes pancréatiques transmural ou transpapillaire

### Stratégie thérapeutique établie par...

- Echographie
  - TDM
  - IRM
  - Echoendoscopie

North Central City Bd 1993-17-270-6

## Drainage des pseudokystes

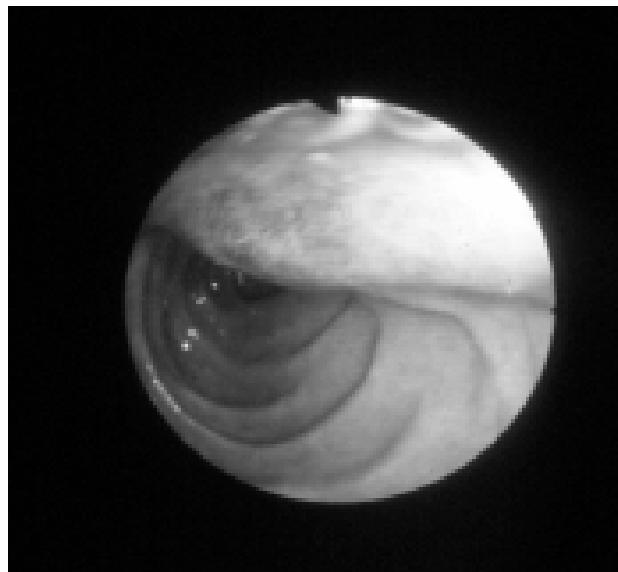
### Choix thérapeutique

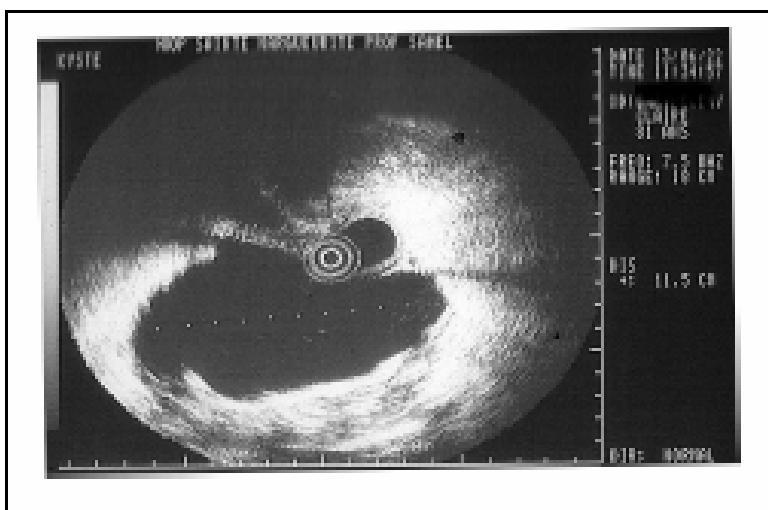
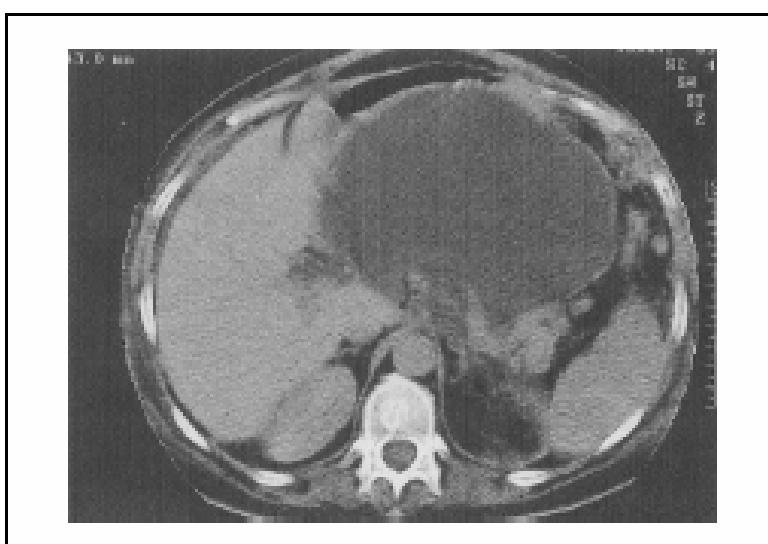
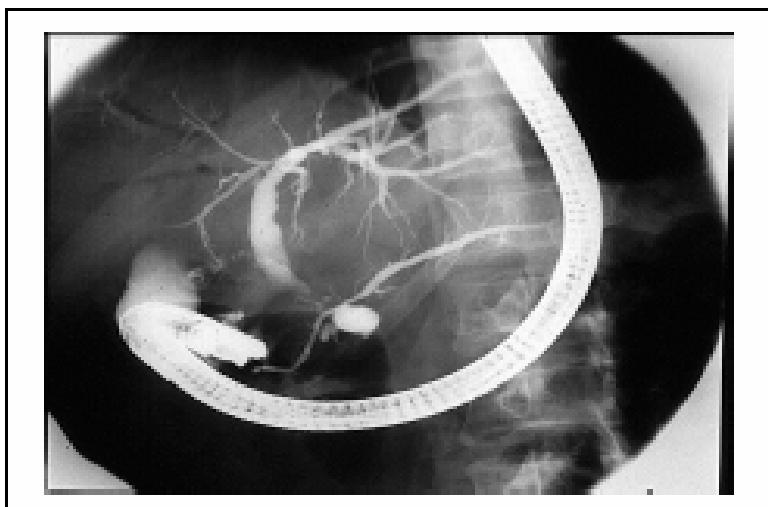
### transmural

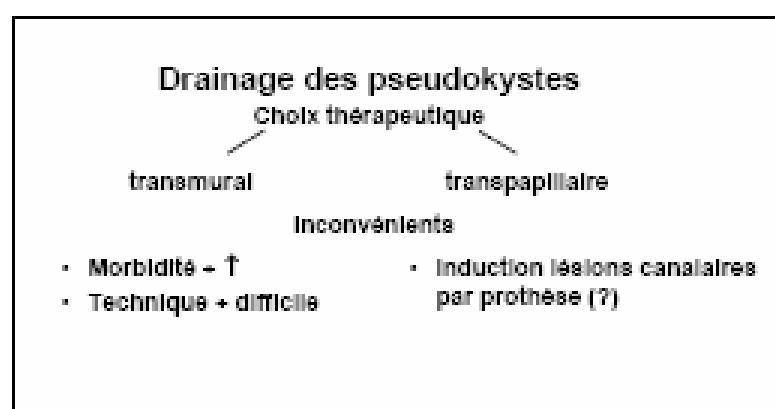
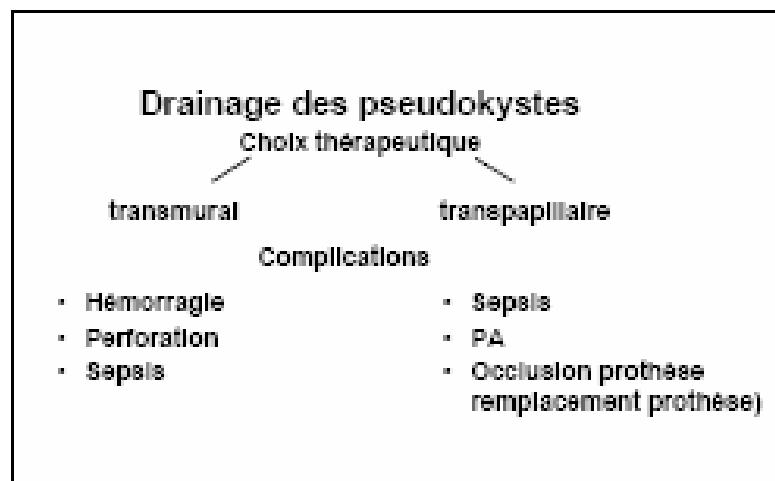
### transpapillaire

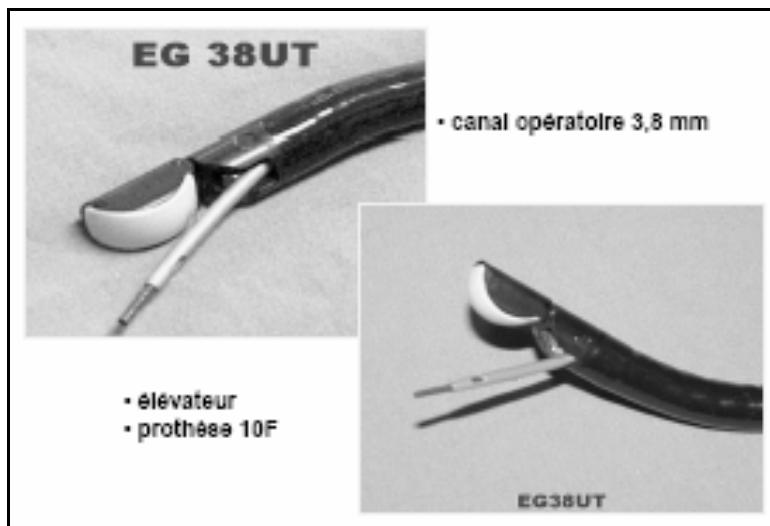
## Indications

- Bombant
  - EUS-guidé
  - Distance paroi-kyste < 1 cm
  - Absence de vascularisation pariétale, d'HTP, de contenu hémorragique ou solide
  - Rupture/obstruction complète
  - Taille < 6 cm
  - Communiquant
  - Obstruction canalaire (Ca<sup>++</sup>, sténose)
  - Rupture partielle (bâtonnets)





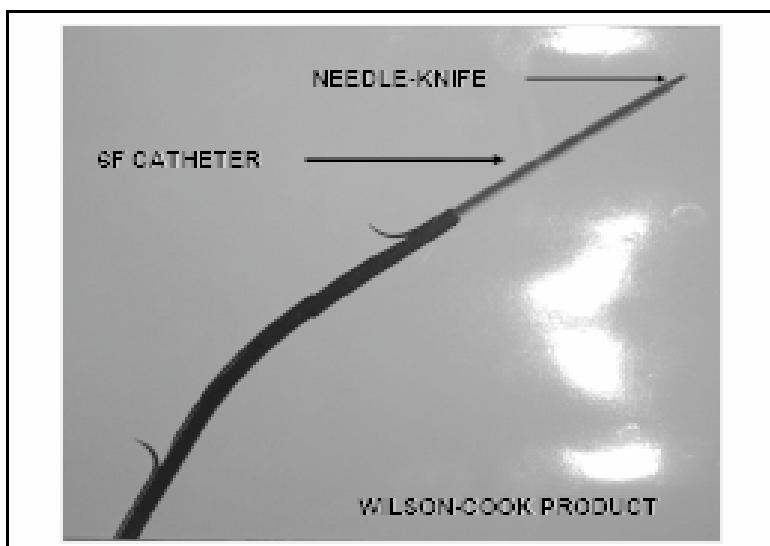




### Drainage transmural des pseudokystes

#### Matériel

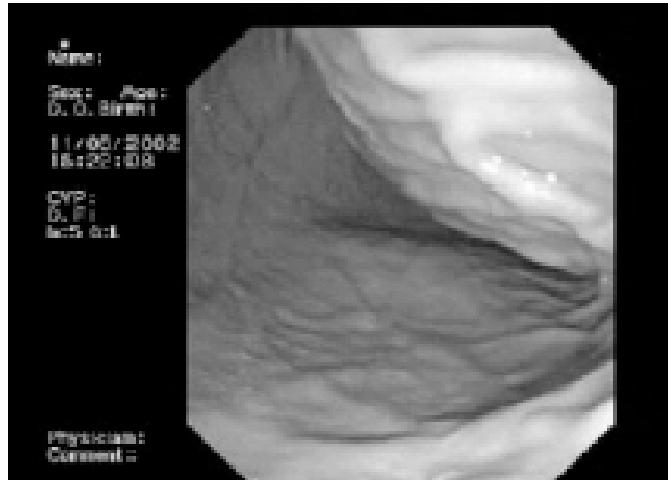
- Aiguille standard pour FNA      — 22 G (guide 0,018)  
    / 19 G (guide 0,035)
- Cystentérostome 6,5 F - 8,5 F - 10 F (Endoflex)
- Cystotome 10 F (aiguille diathermique) (WC)
- Instrument "one-step"
  - aiguille 19 G
  - prothèse 7 F ou 10 F (6 cm longueur, 2 trous lat., 4 flaps)
  - pousseur



## Technique

- Drainage transmural:
- Drainage sous échoendoscopie:
- Drainage transpapillaire:

*Borbet Gastroenterol Clin Biol 1993; 17: 270-6; Borbet Gastroenterol Endosc 1995; 42: 203-13  
Gastroint Endoscopy 2001; 53: 473-7*



## Résultats : drainage transmural

- 6 séries publiées incluant 191 kystes traités par kysto-entérostomie:
  - . Échec 5 % (0-16 %)
  - . Récidive 6 % (3-13 %)
  - . Chirurgie secondaire 15 % (12-30 %)
  - . Morbidité 15 % (hémorragie, perforation, infection),
- kystogastrectomie =kystoendoscopie

↓  
Guérison: 78 % (51-82 %)

## Résultats : drainage transpapillaire

- 6 séries publiées incluant 121 kystes traités par voie trans-papillaire:
  - . Récidive 9 %
  - . Chirurgie secondaire 11 %
  - . Morbidité 10 % (PA, infection),

↓  
Guérison: 85 % (76-94 %)

## Drainage sous échoendoscopie

- Drainage 18/20 abcès (drain nasokystique) et 15 pseudokystes (prothèse ou drain)
- 3 récidives dans un délai moyen de 27 mois
- Succès thérapeutique 31/35 patients (88%) (4 patients opérés)

*Gastrointest Endosc 2007; 65: 473-77*

## Traitement des complications de la PC

### Drainage des pseudokystes

	Choix thérapeutique	
	transmural 8 séries 88-92	transpapillaire 6 séries 81-85
Patients	191	121
Résolution clinique initiale	93%	87%
Succès à long terme	78%	84%
Morbidité	13%	10%
Mortalité	1	0
Chirurgie	13%	11%
Scuté (m)	9-48	15-37

Beckingham, Br J Surg 1997; 84: 1638; Barnet, GCB 2002; 26: S130

## Indications

- PC : Pseudo-kyste > 4-6 cm ou symptomatique  
Favoriser drainage transpapillaire:  
traitement des lésions canalaires responsables
- PA : Respecter délai de maturation (collection, paroi)  
drainage transmural +/- transpapillaire

## QUE CHOISIR ?

Chirurgie      OU      Endoscopie

Résection, dérivation (kystogastrostomie,  
kystojejunostomie, kystowirsungojejunostomie)

Sur quelles bases ?

absence d 'étude randomisée  
en fonction des indications  
en fonction de l 'expérience des équipes

## Pseudo-kystes pancréatiques

- Efficacité et morbidité endoscopie/chirurgie sont comparables en comparaison historique
- Méthodes non exclusives
- Endoscopie en première intention, chirurgie en cas d'échec ou de contre-indication ou d'autre indication chirurgicale ?

Barbut Gastroenterol Clin Biol 1993;17:279-86; Barbut Gastroenterol Radiol 1993;42:208-13

## Conclusion

- Le traitement endoscopique des PK pancréatiques est une avancée importante des 20 dernières années
- mais:
  - . Pas d'étude randomisée
  - . Pas d'étude coût-efficacité
  - . Méthodes disparates
  - . Expérience des équipes indispensable