



DYSFONCTIONNEMENT DU SPHINCTER D'ODDI

Philippe PONSOT

Service de Gastroentérologie

Hôpital Beaujon

100, Bld du Général Leclerc

92118 CLICHY Cedex

philippe.ponsot@bjn.ap-hop-paris.fr

Le dysfonctionnement du sphincter d'Oddi (DSO) est une affection caractérisée par des douleurs biliaires et/ou pancréatiques en rapport avec une sténose fibreuse ou un spasme du sphincter d'Oddi.

Le DSO survient généralement dans les suites précoces ou lointaines d'une cholécystectomie, mais il peut se manifester vésicule en place.

Les méthodes diagnostiques du DSO sont controversées. La manométrie, considérée comme l'examen de référence (1), n'est utilisée que par certaines équipes en raison de ses difficultés de réalisation et surtout du risque de pancréatite aiguë (2). D'autres examens (dosages enzymatiques, échoendoscopie et IRM) permettent d'établir le diagnostic avec une bonne fiabilité, tout en éliminant les autres causes d'obstruction biliaire extra-hépatique. Il est essentiel de ne pas méconnaître le diagnostic de DSO avant de réaliser un cathétérisme rétrograde des voies biliaires et d'une sphinctérotomie endoscopique qui comportent dans cette situation un risque élevé de complications.

PHYSIOPATHOLOGIE

Elle est mal connue. Une atteinte sphinctérienne directe (inflammation et fibrose) est observée dans la moitié des cas. Le DSO peut également résulter de troubles moteurs induits par une dénervation entraînant une rupture du contrôle non adrénérgique, non cholinérgique du sphincter d'Oddi. La CCK libre pourrait alors exciter directement les fibres musculaires du muscle oddien.

CLINIQUE

Le DSO est habituellement diagnostiqué dans les suites d'une cholécystectomie, après un délai très variable des quelques semaines à plusieurs années. Il se manifeste par une douleur biliaire et/ou pancréatique, siégeant dans l'épigastre ou l'hypochondre droit, à irradiation scapulaire ou dorsale, généralement sans fièvre. La douleur est d'intensité variable et dure de quelques minutes à quelques heures. Une élévation transitoire des enzymes hépatiques (transaminases, phosphatases alcalines, Gamma GT) survenant dans les heures suivant la douleur à une très grande valeur d'orientation vers un obstacle extra-hépatique. En cas de sténose oddienne fibreuse, il peut exister une cholestase anictérique chronique. La prise de médicaments contenant de la codéine ou ses dérivés peut déclencher une crise et doit être recherchée.

IMAGERIE

Le diagnostic de DSO ne peut être établi directement par les examens d'imagerie. Le but de ces examens est d'éliminer une autre cause d'obstruction biliaire : lithiase résiduelle, ampullome, sténose post-opératoire des voies biliaires, cholangite. Les examens les plus utiles sont l'échoendoscopie et la bili-IRM. L'échographie a pour principal intérêt de rechercher une dilatation des voies biliaires, qui est inconstante au cours du DSO. Le diagnostic différentiel le plus difficile est l'ampullome, qui peut nécessiter la réalisation d'une sphinctérotomie endoscopique avec biopsies intra-ampullaires.

DIAGNOSTIC

Par une approche pragmatique, le diagnostic de DSO peut être raisonnablement établi chez un patient ayant des douleurs typiquement bilio-pancréatiques, une élévation des enzymes hépatiques et/ou pancréatiques lors des crises, une échoendoscopie et une IRM normales ou ne montrant qu'une dilatation canalaire jusqu'à l'ampoule. On peut ainsi écarter les autres causes d'obstruction biliaire et les troubles moteurs ou sensitifs gastro-duodénaux qui peuvent être à l'origine de douleurs pseudo-biliaires, sans anomalies biologiques hépatiques (3). La cholangiographie diagnostique doit être exclue en raison de son risque élevé de complication au cours du DSO.

Pour les auteurs américains, une manométrie biliaire est nécessaire au diagnostic. Le critère est l'élévation de la pression basale au dessus de 40 mmHg (1, 6). En raison du risque relativement élevé de pancréatite post-manométrie (6 à 11%) (2), cet examen ne fait pas l'objet d'un consensus. La scintigraphie biliaire est en revanche dénuée de risque. Le critère le plus fiable est la mesure du temps de transit entre le hile et le duodénum du DISIDA marqué au Tm 99 qui doit être inférieur à 10 mn (4). Un temps de transit allongé du DISIDA serait évocateur de DSO, mais la précision diagnostique de la scintigraphie biliaire reste discutée.

TRAITEMENT

Traitement médical :

Le traitement médical est décevant. Seule la nifédipine (10 mg x 3), a permis dans une étude contrôlée, une diminution des épisodes douloureux (5), mais son inconvénient principal, outre ses effets secondaires, est la nécessité d'une prise thérapeutique au long cours pour des manifestations cliniques parfois très espacées. La toxine botulinique et la somatostatine ne semblent pas efficaces.

Traitement endoscopique :

La sphinctérotomie endoscopique est un traitement efficace du DSO (6) mais sa morbidité est importante, en particulier le risque de pancréatite aiguë qui est de 10 à 30% (7). Il faut donc la réserver :

1. aux DSO bien établis.
2. aux DSO très symptomatiques en l'absence de prise de codéine ou de ses dérivés.

Le risque de pancréatite et sa gravité peuvent être réduits par la mise en place systématique d'une prothèse pancréatique, ce risque passant dans une étude de 27% à 6% (8). Au moindre doute, des biopsies intra-ampullaires doivent être réalisées pour ne pas méconnaître une tumeur intra-ampullaire.

Bibliographie

1. Lehman GA, Sherman S. Sphincter of Oddi dysfunction. *Int J Pancreatol* 1996 ; 20 : 11-25.
2. Maldonado ME, Brady PG, Mamel JJ, Robinson B. Incidence of pancreatitis in patients undergoing sphincter of Oddi manometry. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 387-90.
3. Desautels SG, Slivka A, Hutson WR, Chun A, Mitrani C, Dilorenzo C, Wald A. Postcholecystectomy pain syndrome : physiology of abdominal pain in sphincter of Oddi type III. *Gastroenterology* 1999 ; 116 : 900-5.
4. Cicala M, Habib FI, Vavassori P, Pallotta N, Schillaci O, Costamagna G, Guaparino MPL, Scoparino F, Fiocca F, Torsoli A, Corazziari E. Outcome of endoscopic sphincterotomy in post-cholecystectomy patients with sphincter of Oddi dysfunction as predicted by manometry and quantitative scintigraphy. *Gut* 2002 ; 50 : 665-8.
5. Guelrud M, Mendoza S, Rossiter G, Ramirez L, Barkin J. Effect of nifedipine on sphincter of Oddi activity : studies in healthy volunteers and patients with biliary dyskinesia. *Gastroenterology* 1988 ; 95 : 1050-8.
6. Geenen JE, Hogan WJ, Dodds WJ, Touli J, Venu RP. The efficacy of endoscopic sphincterotomy after cholecystectomy in patients with sphincter of Oddi dysfunction. *N. Engl J Med* 1989 ; 30 : 82-7.
7. Barthet M, Desjeux A, Heyries L. Complications de la CPRE diagnostique et thérapeutique à court terme. *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; 26 : 980-7.
8. Tarnasky PR, Palesh YY, Cunningham JT, Mauldin PD, Cotton PB, Hawes RH. Pancreatic stenting prevents pancreatitis after biliary sphincterotomy in patients with sphincter of Oddi dysfunction. *Gastroenterology* 1999 ; 115 : 1518-24.