

# **Sphinctérotomie endoscopique en urgence dans les pancréatites aiguës biliaires**

# Plan

- Introduction
- Physiopathologie de la PA biliaire
- PA biliaire: comparaison traitement conventionnel et sphinctérotomie endoscopique
- Traitement différé de la PA biliaire

# Introduction

- PA biliaires: 40 % des causes de PA
- Enjeu diagnostique car implication thérapeutique.
- Sévère dans 20 % des cas
- Risque de récurrence: environ 20% des cas à 1 mois et 30% à 6 mois

# Problématique de la prise en charge de la PA biliaire

Traitement d'urgence de la PA	Traitement différé de la PA
Prévenir l'évolution vers les formes sévères	Prévenir les récurrences
Bénéfice/risque CPRE+/-SE	Cholécystectomie Prise en charge de la LVBP

# Physiopathologie de la PA biliaire

- Migration et passage transcholédocien d'un calcul: facteur de déclenchement de la PA biliaire. Facteur nécessaire mais non suffisant
- Facteurs anatomiques
- Obstruction du canal pancréatique: rôle dans le déclenchement de la PA
- Durée de l'obstruction: rôle dans l'aggravation des lésions pancréatiques\*
- Médiateurs de l'inflammation

\**Runzi, Gastroenterology 1993*

## Décompression biliaire à la phase aiguë de la PA biliaire

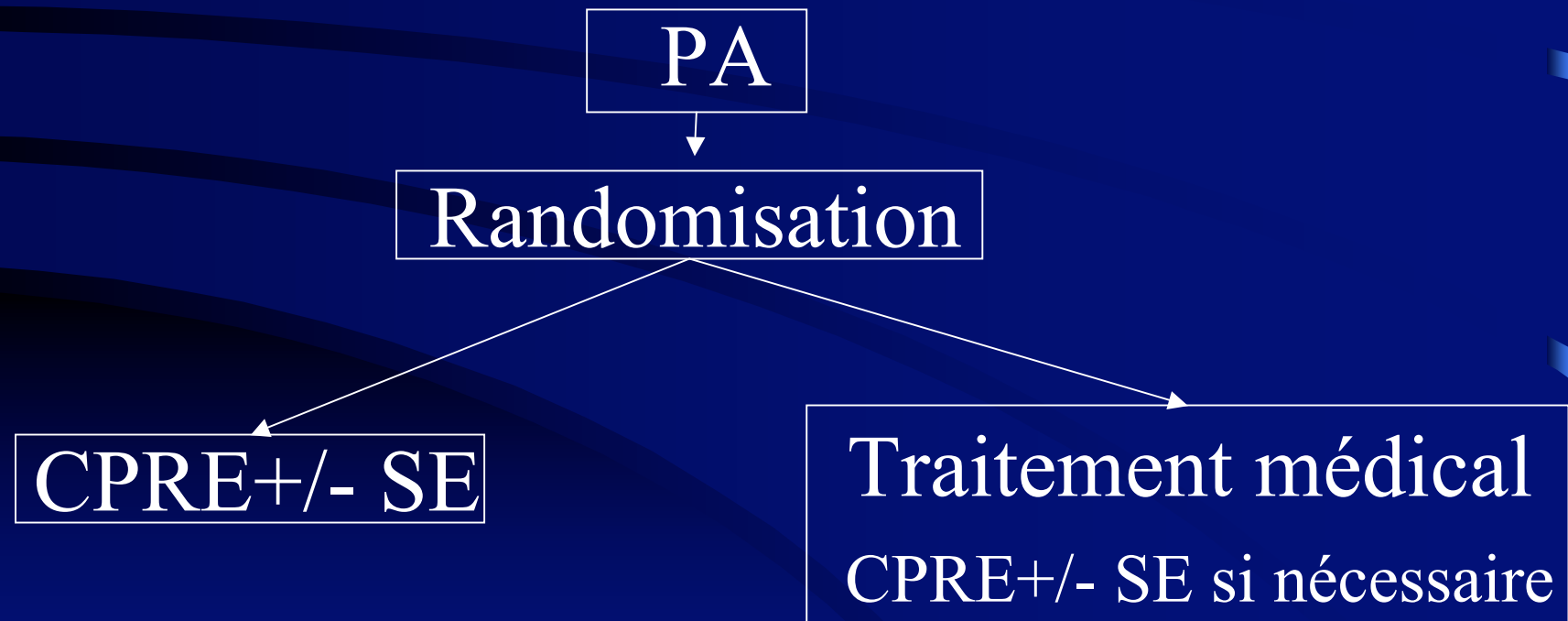
- Techniques chirurgicales: mortalité élevée car complications post opératoires sévères surtout en cas de PA biliaires graves.\*
- En cas d'angiocholite aiguë lithiasique le taux de mortalité et de complication est moindre en cas de traitement endoscopique comparé au traitement chirurgical. \*\*

**=> Développement des techniques endoscopiques:  
CPRE+/- SE**

*\* Kelly, Surgery 1988; \*\* Lai, NEJM 1992*

# Intérêt de la CPRE+/- SE

4 études randomisées (dont 1 sous forme d'abstract)



# Caractéristiques des études

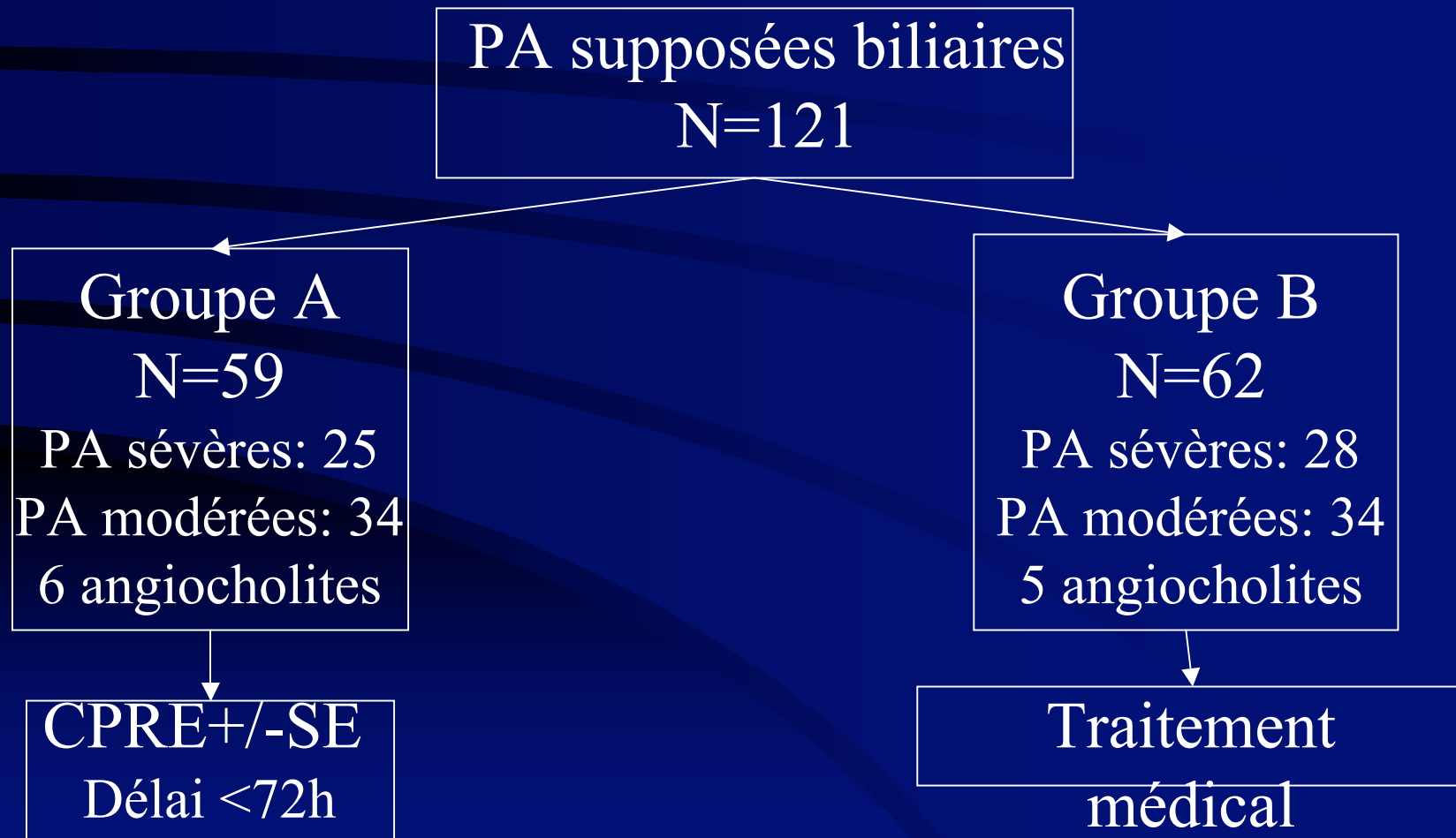
*Boyer, Gastroentérologie clinique et biologique 2001( texte des experts)*

Critères	Néoptolemos (1988)	Fan (1993)	katowice	Folsch (1997)
Nbe de centres	1	1	1	22
Nbe endoscopistes	1	Peu?	?	nombreux
Nbe de malades	121	195	205	238
PA biliaires exclusivement	oui	non	oui	oui
Ictère/angio-cholites exclus	non	non	non	oui
Stratification selon sévérité	oui	+/-	?	+/-
Délai CPRE	<72h (post admission)	<24h (post admission)	<24h (début douleur)	<72h (début douleur)



# CPRE+/-SE Vs Traitement médical

*Neoptolemos, Lancet 1988*



## Résultats étude de Néoptolemos (1)

N malades	morbidité		P	mortalité		P
	CPRE+/- SE N=59	TT médical N=62		CPRE+/- SE N=59	TT médical N=62	
Résultats globaux N= 121	17%	34%	NS	2%	8%	NS
PA sévères N=53	24%	61%	0,001	4%	18%	0,001
PA sévères Sf angioch	15%	60%	0,003	?	?	?
PA modérées N=68	12%	12%	NS	0%	0%	NS

## Conclusions études Néoptolemos

- Moins de complications en cas de PA biliaires graves si traitement endoscopique.
- Pas de différence significative en cas de PA non grave

## Critiques étude Néoptolemos

- Bénéfice même après exclusion des patients avec angiocholite initiale (6 groupe A et 5 groupe B)
- Pas de complication directe de la SE  
(0 angiocholite 0 perforation, 0 hémorragie)
- Peu de SE (réalisée que si lithiase visualisée par CPRE dans la VBP). Groupe PA sévère (N=25) seulement 16 SE.

# Étude de Fan NEJM 1993

195 patients hospitalisés pour PA

```
graph TD; A[195 patients hospitalisés pour PA] --> B[97 malades]; A --> C[98 malades];
```

97 malades  
PA bénignes=56  
PA graves=41  
CPRE +/- SE  
Dans les 24 heures

98 malades  
PA bénignes=58  
PA graves=40  
Tt médical

Particularités de l'étude: toute cause  
Pas de sélection de PA supposée biliaire  
( 64 % des cas)

## Résultats étude de Fan (1)

N malades	Morbidity		P	mortality		P
	CPRE+/ - SE N=97	Tt Méd. N=98		CPRE+/ -SE N=97	Tt Méd. N=98	
Résultats globaux N= 195	18%	29%	NS	5%	9%	NS
PA sévères N=81	13%	54%	0,008	3%	18%	NS
Lithiases confirmées	16%	33%	0,03	2%	8%	0,09

## Résultats étude de Fan (2)

variables	CPRE+/-SE N=97	Traitement médical N=98	P
Complications globales	17/97	28/98	NS
Complications locales	10/97	12/98	NS
Complications systémiques	10/97	14/98	NS
Sepsis biliaires	0	12/98	P=0,001

## Conclusions étude de Fan 1993

- Diminution significative du taux de complications biliaires dans le groupe CPRE+SE, quelle que soit la cause de PA
- Diminution significative du taux de complications biliaires dans le sous-groupe PA sévères traitées précocement par CPRE+SE
- Diminution de la morbidité grâce à la CPRE +/- SE dans le sous groupe de patients ayant une lithiase biliaire vésiculaire ou cholédocienne (N=127 soit 65%).

La conclusion des auteurs: faire une CPRE+/- SE à toute PA en urgence



## Critiques de l'étude de Fan

- Inclusion de PA d'origine éthylique
- Critères d'évaluation de la gravité propres aux auteurs
- Faible pourcentage de SE: 37 patients/ 97 patients:  
60 CPRE pour rien
- Complications de la SE: 4 cas d'hémorragie dans les 2 groupes.

# Étude de Fölsch NEJM 1997

## Étude multicentrique:

238 patients ayant une PA d'origine biliaire probable

Exclusion des patients présentant:

- des signes d'obstruction biliaire
- des signes de sepsis biliaires

126 patients  
CPRE +/- SE  
dans les 72 h

112 patients:  
Tt conventionnel

## Résultats Étude de Fölsch NEJM 1997

	CPRE+/- SE N=126	TT conventionnel N=112	P
mortalité	10%	4%	NS
Morbidité	46%	51%	NS
Complications Respiratoires	12%	4,5%	p=0,03

## Conclusions de l'étude de Fölsch:

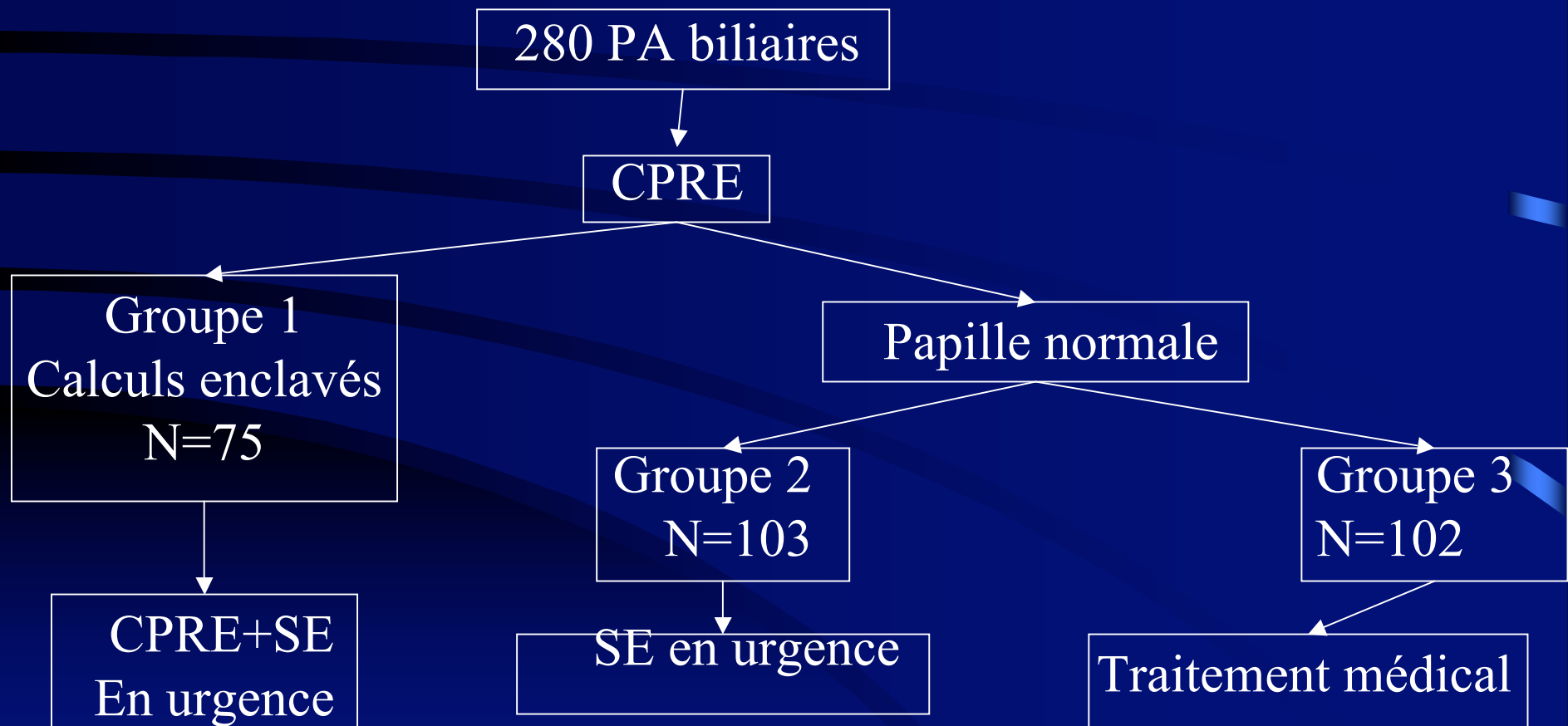
- Complications respiratoires plus fréquentes dans le groupe traité par CPRE/ SE précoce.
- Mais pas de différence de morbidité globale, ni de mortalité.
- Faible taux de complication lié à la sphinctérotomie: 2 cas d'hémorragie, pas de perforation
- Conclusion des auteurs :  
CI à CPRE+/- SE en urgence en l'absence de signes d'obstruction ou de sepsis biliaire

## Critiques de l'étude de Fölsch et al.

- Exclusion des patients bénéficiant du traitement endoscopique précoce (lithiasse enclavée ou sepsis biliaire)
- Sévérité des PA non prises en compte. Peu de PA graves (13%)
- Beaucoup de complications respiratoire : Conditions d'anesthésie ?
- Expérience des endoscopistes hétérogène

# Étude de Nowak

## *Gastroenterology 1995*



**Comparaison des groupes 1 et 3**

## Résultats étude de Nowak

Variables	Groupe 1	Groupe 3	P
Morbidité	17%	36%	P<0,001
Mortalité	2%	13%	P<0,001

## Conclusion étude de Nowak

- Diminution significative de la morbidité et de la mortalité par la réalisation d'une SE en urgence quelque soit la gravité de la PA



## Critiques de l'étude de Nowak

- Abstact, problèmes méthodologiques: nombreuses imprécisions
- Critères de sélection des patients en faveur de la SE

# Méta-analyse des 4 études précédentes: résultats

*Sharma American journal of gastroenterology 1999*

	CPRE+/-SE N=460	TT conventionnel N=374	P
Mortalité	5%	9%	P <0,05
morbidité	25%	38%	P<0,001

## **Méta-analyse: conclusion**

- Diminution significative de la morbidité et de la mortalité en cas de traitement par SE comparé au traitement médical.

## Méta-analyse: critiques

*Sharma American journal of gastroenterology 1999*

- Hétérogénéité des études minimise la valeur de cette méta analyse.
- En supprimant l'étude de Nowak: le bénéfice ne persiste que pour la morbidité et disparaît pour la mortalité
- Pas d'analyse possible en fonction de la sévérité de la PA du fait du manque de données.

# Recommandations de la conférence de consensus

*Boyer Gastroentérologie clinique et biologique 2001*

## ce qui est prouvé:

Indication indiscutable à une CPRE+/- SE en urgence:

- ictère obstructif
- Angiocholite

Pas d'indication à la CPRE+/- SE en urgence en cas de PA biliaire non sévère

Recommandations de la conférence de consensus  
*Gastroentérologie clinique et biologique 2001*

ce qui est discuté

- En cas de PA grave supposée biliaire, une CPRE+/- SE se discute.( Elle doit alors être réalisée en urgence dans les 72h.)
- Que faire si PA vue dans les 12 premières heures ?

# Comment traiter une PA biliaire ?

*Conférence de consensus Gastroentérologie clinique et  
biologique 2001*

- Traitement différé
  - PA bénignes
    - Cholécystectomie, par voie laparoscopique, au cours de la même hospitalisation = traitement de référence
    - LVBP traitée par
      - voie laparoscopique
      - voie endoscopique (post ou pré-opératoire)
  - PA sévères
    - Cholécystectomie différée (ou abstention si terrain non favorable)
    - LVBP traitée par voie endoscopique

## Conclusions et perspectives

### 1. SE en urgence : 2 situations consensuelles

- en cas d'angiocholite et ou d'ictère obstructif, la sphinctérotomie endoscopique (SE) est indiquée
- dans les PA bénignes, pas d'indication à la SE en urgence

### 2. Questions non résolues :

- Que faire en cas de PA vue précocement (<12h) ?
- Place de la SE dans les PA sévères ?

Nouvelles études avec IRM/EUS préalable pour sélectionner les patients