

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 récidive: environ 20% des cas à 1 mois et 30% à 6 mois

Problématique de la prise en charge de la PA biliaire

Traitemen^t d'urgence de
la PA

Prévenir l'évolution vers les
formes sévères

Bénéfice/risque CPRE+/-SE

Traitemen^t différé de la
PA

Prévenir les récidives

Cholécystectomie
Prise en charge de la LVBP

Physiopathologie de la PA biliaire

- Migration et passage transcholédochien 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

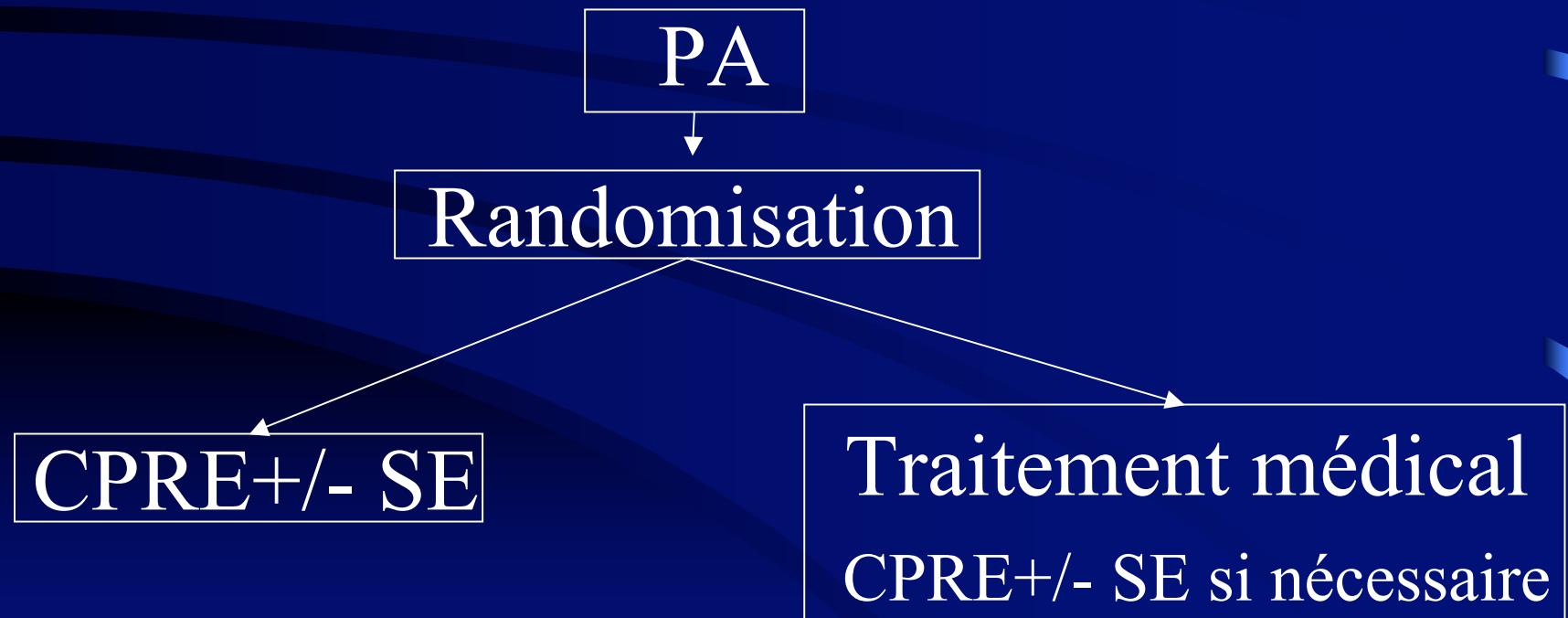
- Techniques chirurgicales: mortalité élevée car complications post opératoires sévères surtout en cas de PA biliaires graves.*
- En cas d'angiocholite aiguë lithiasique le taux de mortalité et de complication est moindre en cas de traitement endoscopique comparé au traitement chirurgical. **

=>**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)



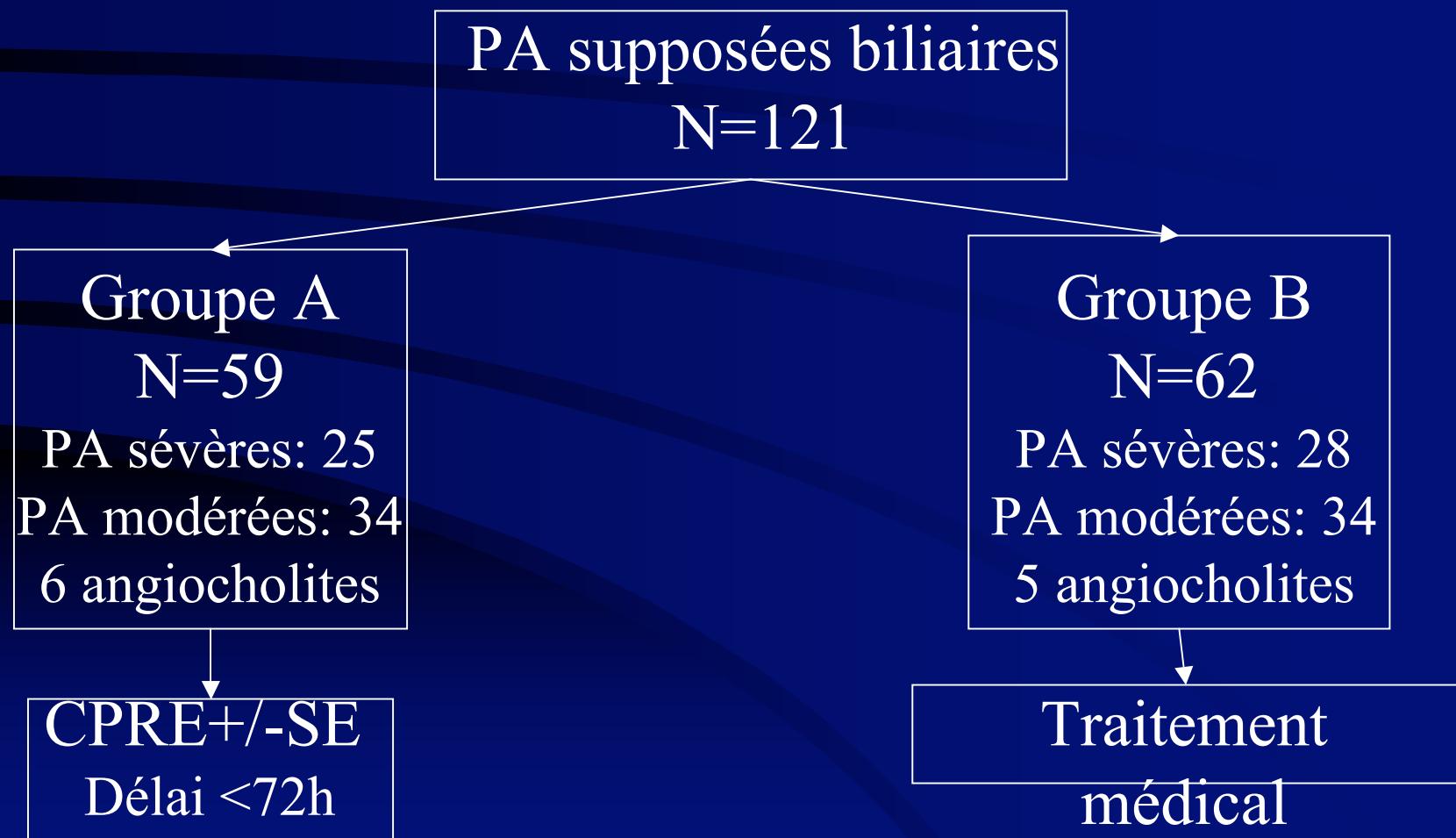
Caractéristiques des études

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	morbilité		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

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	Morbidité		P	mortalité		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:

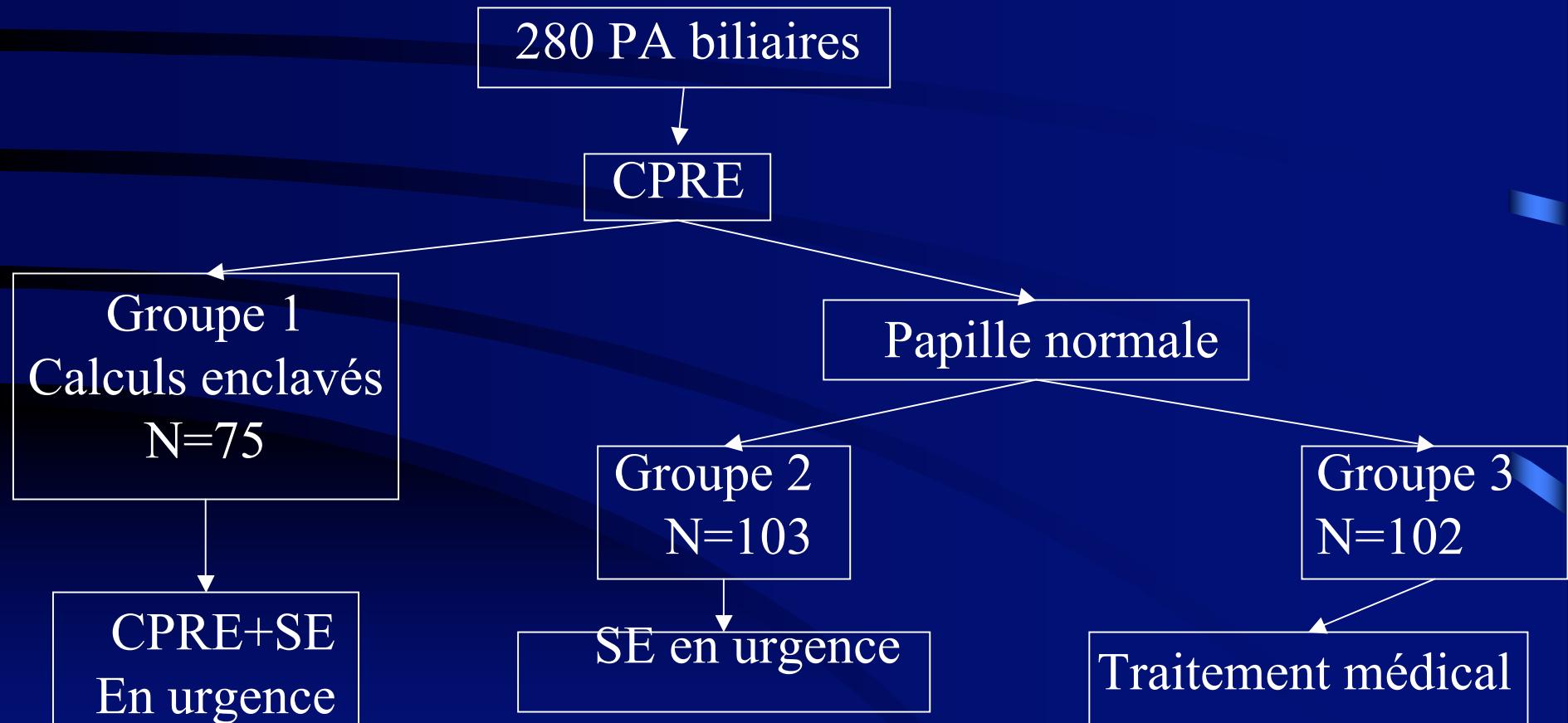
- Complications respiratoires plus fréquentes dans le groupe traité par CPRE/ SE précoce.
- Mais pas de différence de morbidité globale, ni de mortalité.
- Faible taux de complication lié à la sphinctérotomie: 2 cas d'hémorragie, pas de perforation
- Conclusion des auteurs :
CI à CPRE+/- SE en urgence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

- Abstract, 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
morbidity	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 préocement (<12è h) ?
- Place de la SE dans les PA sévères ?

Nouvelles études avec IRM/EUS préalable pour sélectionner les patients