

Traitement endoscopique de la pancréatite chronique calcifiante

Endoscopic treatment of calcifying chronic pancreatitis

Pr José Sahel.

Hôpital de la Conception, Marseille.

Mots clés

- ◆ Pancréatite chronique
- ◆ traitement endoscopique

Résumé

Les indications du traitement chirurgical sont les formes douloureuses résistant au traitement médical bien conduit ainsi que les complications. Les traitements endoscopiques peuvent être proposés dans certains cas, en alternative au traitement chirurgical.

Le drainage des canaux pancréatiques : une sphinctérotomie endoscopique pancréatique est le plus souvent nécessaire. Les résultats de ce seul traitement sont très difficiles à apprécier, car la plupart des malades reçoivent indépendamment de la sphinctérotomie pancréatique d'autres traitements de drainage. En effet, l'intubation du canal pancréatique, par la papille principale ou par la papille accessoire est effectuée de façon similaire à l'intubation biliaire. Les sténoses qui sont habituellement rencontrées sont dilatées par ballonnet ou par bougies. Une prothèse, dont la taille (5 - 10 F) et la longueur (3 à 10 cm) sont adaptées à l'anatomie canalaire, est placée sur un guide nu ou couvert par un cathéter. La durée de l'intubation est variable, entre 6 et 12 mois. La plupart des auteurs remplacent systématiquement les prothèses tous les 4 à 6 mois pour éviter leur obstruction et la récurrence douloureuse ; d'autres auteurs ne remplacent les prothèses qu'en cas de récurrence douloureuse. D'après les données de la littérature, l'amélioration clinique est observée dans 2/3 des cas.

L'extraction des calculs et la lithotritie : l'extraction des calculs par cathéter à ballonnet ou par une sonde de Dormia est le plus souvent difficile, car les calculs pancréatiques sont exceptionnellement libres dans la lumière du canal pancréatique. De plus, l'existence de sténoses canalaire peut rendre leur extraction impossible. De ce fait, la lithotritie extra-corporelle est habituellement indispensable. D'après une étude comparative récente, les résultats sont similaires après lithotritie extra-corporelle seule et après lithotritie extra-corporelle suivie d'intubation du canal pancréatique.

Le bloc cœliaque peut être effectué sous contrôle échographique ou plus précisément échoendoscopique après repérage du tronc cœliaque en utilisant un corticoïde ou de l'alcool absolu. Les effets antalgiques sont malheureusement de courte durée.

Le traitement endoscopique des complications :

- en cas de sténose de la voie biliaire responsable de cholestase ou d'ictère, l'intubation biliaire est nécessaire. Les résultats satisfaisants sont observés dans un tiers à la moitié des cas avec une morbidité relativement élevée (20 %) et une mortalité d'environ 3,5 %. Il est vraisemblable que la mise en place de plusieurs prothèses biliaires en plastique ou d'une prothèse métallique auto-expansible couverte améliorera ces résultats ;

- le traitement des kystes et pseudo-kystes pancréatiques. En fonction du volume des kystes et du caractère communiquant des kystes avec les canaux pancréatiques, on peut proposer soit une dérivation transmurale (kystogastrostomie ou kystoduodénostomie), soit un drainage trans-papillaire, soit une association des deux méthodes. Le drainage transmurale peut être effectué sous contrôle endoscopique simple lorsqu'existe un bombement dû à la compression de la paroi digestive par le kyste soit, en absence de bombement, sous contrôle écho-endoscopique. Après création d'une fistule kysto-digestive, la kystostomie est élargie soit par courant diathermique, soit par un cathéter à ballonnet et une ou plusieurs prothèses sont mises en place de façon à permettre un drainage satisfaisant entre le kyste et la lumière digestive. Les prothèses peuvent être retirées après affaissement du kyste, c'est-à-dire après 2 ou 3 mois. Les meilleurs résultats font état d'une disparition des kystes dans 85 à 90 % des cas en association avec une amélioration de la symptomatologie due au kyste dans également 90 % des cas. La morbidité est d'environ 15 %, la mortalité d'1 %.

Conclusion : le traitement endoscopique des pancréatites chroniques, assurant un drainage des canaux pancréatiques ou de certaines complications, donne des résultats satisfaisants, souvent comparables à ceux obtenus chirurgicalement. Pour l'instant, 2 études randomisées sont disponibles dans la littérature montrant une supériorité des résultats chirurgicaux. Néanmoins, de nouvelles études comportant des effectifs de patients plus importants sont nécessaires afin de fixer avec précision les indications respectives des traitements endoscopiques et chirurgicaux.

Correspondance :

Pr J Sahel, hôpital de la Conception, 147 boulevard Bailly, 13005 Marseille.

Email : jose.sahel@ap-hm.fr

Keywords

- ◆ Chronic pancreatitis
- ◆ endoscopic treatment

Mots clés**Abstract**

The treatment of chronic pancreatitis has been mainly surgical for long long time. Recently endoscopic treatment was proposed as an alternative to surgery. Initially performed for drainage of pancreatic cysts and pseudocysts, endoscopic techniques were developed for pancreatic and biliary ducts stenosis. Following pancreatic sphincterotomy, dilatation of stenosis, duct stenting and stone extraction, techniques derived from biliary endotherapy, were applied. In addition extra-corporeal shock wave lithotripsy of pancreatic stones are usually necessary. Indications of the endoscopic treatment should be discussed in close cooperation with surgeons and interventional radiologists.

Jusqu'à il y a une vingtaine d'années, le traitement des formes hyperalgiques de pancréatite chronique calcifiante résistantes au traitement médical bien conduit était représenté par la chirurgie soit de dérivation (wirsungojéjunostomie), soit de résection (duodéno pancréatectomie céphalique ou pancréatectomie caudale en fonction de l'importance des lésions canalaire). À l'heure actuelle, des traitements endoscopiques peuvent être proposés dans certains cas en alternative efficace au traitement chirurgical.

Les différentes méthodes endoscopiques

Le traitement endoscopique des pancréatites chroniques doit être pratiqué dans un centre expert, sous contrôle radiologique de haute qualité, l'opérateur devant disposer, indépendamment d'un endoscope à vision latérale (et dans certains cas d'un écho-endoscope opérateur), d'une panoplie d'instruments variés : sphinctérotome, fils-guides, bougies pour dilatation, cathéters pour dilatation, prothèses en plastique de tailles variées (5 F à 10 F), cathéter à ballonnet, sonde de Dormia.

Le drainage des canaux pancréatiques

Ce traitement est basé sur le principe du rôle de l'hyperpression intra-canaulaire (et intra-tissulaire) bien démontré au cours des pancréatites chroniques. Ce traitement est la version endoscopique de la wirsungojéjunostomie. Une sphinctérotomie pancréatique est le plus souvent nécessaire. Ce seul traitement, dans la plupart des cas, est insuffisant et l'appréciation des résultats de la seule sphinctérotomie pancréatique est difficile, car les malades ont le plus souvent d'autres traitements de drainage. La sphinctérotomie pancréatique doit donc être considérée comme un geste préalable, facilitateur des manœuvres instrumentales endocanalaire (1).

En cas de sténose canalaire pancréatique, quelle qu'en soit la topographie, une dilatation par bougies ou par cathéters à ballonnet doit être pratiquée. Après ce geste, les calculs pan-

créatiques, s'ils ne sont pas trop volumineux, peuvent être extraits à l'aide d'une sonde de Dormia ou d'un cathéter à ballonnet ou expulsés par lavage à l'aide d'un cathéter poussé jusque dans la queue du pancréas (2). Secondairement, une prothèse pancréatique dont la taille (5 à 10 F) et la longueur (3 à 10 cm) doivent être adaptées à l'anatomie canalaire, est placée sur un guide nu ou couvert par un cathéter. La durée de l'intubation est variable suivant les centres, entre 6 et 12 mois. Dans la plupart des cas, il est recommandé de remplacer systématiquement les prothèses tous les 4 à 6 mois pour éviter leur obstruction responsable souvent de récurrences douloureuses ou de complications septiques (1).

D'après les données de la littérature, l'amélioration clinique est observée dans 2/3 des cas (tableau 1) [1, 2, 6, 7].

L'extraction des calculs pancréatiques et la lithotritie

L'extraction des calculs pancréatiques par cathéters à ballonnet ou par sonde de Dormia est le plus souvent difficile ou impossible, car les calculs pancréatiques sont exceptionnellement libres et flottants dans la lumière du canal pancréatique, si celui-ci est toutefois dilaté. De plus, l'existence de sténoses canalaire peut rendre leur extraction impossible. De ce fait, la lithotritie extra-corporelle est habituellement indispensable et fait partie de la panoplie des techniques devant précéder un geste endoscopique en cas de calculs pancréatiques surtout si ces calculs sont obstructifs (3, 4). Les résultats de la lithotritie extra-corporelle sont indiqués dans le tableau 2.

Le bloc cœliaque

Il peut être effectué sous contrôle échographique ou, de façon plus précise, sous guidage échocendoscopique après repérage du tronc cœliaque. Le bloc est effectué en utilisant soit un corticoïde soit de l'alcool absolu. Malheureusement, les effets antalgiques sont de courte durée.

Le traitement endoscopique des complications

En cas de sténose de la voie biliaire principale responsable de cholestase ou d'ictère

Une intubation biliaire est alors nécessaire. Cette technique endoscopique est bien connue depuis 1980, date de cette

Auteurs	Patients (n)	Succès technique (%)	Amélioration précoce de la douleur (%)	Suivi (mois)	Amélioration à long terme (%)
Grimm	70	58	82	2-36	57
Cremer	76	94	94	18-72	94
Ponchon	33	85	74	12	52
Sauerbruch	24	87	83	24	50
Delhaye	123	95	100	14	37
Schneider		86	70	20	70
Binmoller	93		74	58	64
Smits	51	96	81	64	24
Dumonceau	70		95	24	95
Adamek	80			40	54
Heyries	70	85	62	29	58
Rösch	1018	70		59	65
Total	1758	85	81	30	61

Tableau 1. Traitement endoscopique des sténoses canalaire pancréatiques.

Auteurs	Patients (n)	Séances (n)	Disparition des douleurs (%)	Fragmentation (%)	Clairance (%)
Sauerbruch	24	1,6	37	87	50
Ohara	32	4,6	79	100	75
Costamagna	35	1,9	17	100	80
Delhaye	123	1,8	53	99	59
Schneider	50	2,4	76	85	56
Total	264	1,6-4,6	17-79	85-100	50-75

Tableau 2. Résultats de la lithotritie extra-corporelle.

Auteurs	Patients (n)	Amélioration clinique (%)	Obstruction de la prothèse (%)	Migration de la prothèse (%)	Guérison (%)	Durée d'intubation (mois)
Deviere	25	100	32	40	12	-
Barthet	19	100	0	5	10,5	10
Smits	58	100	62	7	27	10
Vitale	25	100	56		80	13

Tableau 3. Résultats de l'intubation biliaire endoscopique au cours des sténoses de la voie biliaire principale.

description princeps par le Professeur Soehendra (8). Les résultats satisfaisants sont observés dans 1/3 à la moitié des cas avec une morbidité relativement élevée (20 %) et une mortalité d'environ 3,5 % (tableau 3) [11, 12].

Il est vraisemblable que la mise en place de plusieurs prothèses biliaires en plastique ou d'une prothèse métallique auto-expansible couverte améliorera ces résultats.

Le traitement des kystes et pseudokystes pancréatiques

En fonction du volume du (ou des) kyste(s) et du caractère communicant des kystes avec les canaux pancréatiques, on peut proposer soit un drainage transmural (kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique), soit un drainage transpapillaire, soit une association des 2 méthodes (9, 10). Le drainage transmural peut être effectué sous contrôle endoscopique simple lorsqu'existe un bombement dû à la compression de la paroi gastrique ou duodénale par le kyste, ou en l'absence de bombement sous contrôle échodopographique. Après création d'une fistule kysto-digestive en utilisant un bistouri diathermique, la kystostomie est élargie par un cathéter à ballonnet ou par un courant diathermique, et une ou plusieurs prothèses en double queue de cochon sont mises en place de façon à permettre un drainage satisfaisant du kyste dans la lumière digestive. Les prothèses ont pour but essentiellement de maintenir ouverte suffisamment longtemps la kystostomie. Les prothèses peuvent être retirées après affaissement de la cavité kystique, habituellement après 2 ou 3 mois. Les résultats de ces traitements sont indiqués dans les tableaux 4 et 5.

Faut-il proposer d'emblée le traitement endoscopique ou le traitement chirurgical ?

Jusqu'à une époque récente, il était impossible de répondre à cette question. Deux travaux comparatifs ont été publiés récemment. Dans une 1^{re} étude tchèque, 72 malades ont été randomisés et après un suivi de 5 ans l'amélioration symptomatique était significativement supérieure dans le groupe chirurgical (37 % *versus* 14 % dans le groupe endoscopique). Cependant, dans cette étude, 80 % des malades du groupe chirurgical ont été traités par une procédure de résection et seulement 20 % ont eu un traitement de dérivation. Dans ces conditions, il est difficile de comparer les résultats du traitement endoscopique à ceux du traitement chirurgical. De plus, la lithotritie extra-corporelle n'était pas disponible dans ce centre (13).

Auteurs	Kystogastrostomie (n)	Kystoduodénostomie (n)	Echecs (n)	Récidives (n)	Chirurgie secondaire (n)	Morbidité (n)	Mortalité (n)
Dohmoto	5	1	0		1	0	0
Cremer	11	22	1	3	5	3	0
Bejanin	9	5	2	3	6	3	0
Barthet	12	66	0	14	2	12	1
Smits	16	10	3	3	8	5	0
Binmoeller	24	4	6	5	5	0	
Total	181	10 (5,5 %)	29 (16 %)	27 (15 %)	28 (15,5 %)	1 (0,5 %)	

Auteurs	Patients (n)	Prothèses (F)	Guérison (n)	Récidive (n)	Morbidité (n)	Chirurgie secondaire (n)
Kozarek	8		7	0	3	4
Dohmoto	6	7	6	1	2	0
Barthet	30	7-10	23	3	4	5
Smits	19	7-10	14		1	
Binmoeller	37	5-7	35	5	1	
Catalano	21	5-10	17	1	1	2
Total	121	7 Fr	102 (85 %)	10 (9,8 %)	12 (10 %)	11 (11 %)

Tableau 4. Résultat du drainage transpapillaire des kystes et pseudokystes

Plus récemment, une autre étude prospective néerlandaise a été publiée. Trente-neuf malades ayant une pancréatite chronique calcifiante hyperalgique ont été randomisés : 19 ont eu un drainage transpapillaire endoscopique (dont 16 ont reçu auparavant une lithotritie extracorporelle) et 20 malades ont subi une dérivation pancréatico-jéjunale. Après un suivi de 24 mois, les malades traités chirurgicalement avaient une amélioration symptomatique significativement supérieure. L'amélioration complète ou partielle des douleurs a été obtenue chez 75 % des malades du groupe chirurgical et seulement 36 % des malades traités par endoscopie : il faut souligner la discordance entre ce résultat et le résultat habituellement obtenu dans les centres experts (tableau 1) [14]. On peut donc conclure que le choix du traitement dépend des expertises locales. Le traitement endoscopique peut être proposé en 1^{re} ligne, car il ne coupe pas les ponts à un traitement chirurgical ultérieur en cas d'échec.

Références

- Heyries L, Barthet M, Miranda C, Bernard JP, Sahel J. Pancreatic intubation by endoscopy in chronic calcifying pancreatitis. *Gastroenterol Clin Biol* 1999;23:469-76.
- Cremer M, Deviere J, Delhaye M, Baize M, Vandermeeren A. Stenting in severe chronic pancreatitis: results of medium-term follow-up in seventy-six patients. *Endoscopy* 1991;23:171-6.
- Sauerbruch T, Holl J, Sackmann M, Werner R, Wotzka R, Paumgartner G. Disintegration of a pancreatic duct stone with extracorporeal shock waves in a patient with chronic pancreatitis. *Endoscopy* 1987;19:207-8.
- Delhaye M, Vandermeeren A, Baize M, Cremer M. Extracorporeal shock-wave lithotripsy of pancreatic calculi. *Gastroenterology* 1992;102:610-20.
- Giovannini M, Pesenti C, Rolland AL, Moutardier V, Delpero JR. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic pseudocysts or pancreatic abscesses using a therapeutic echo endoscope. *Endoscopy* 2001;33:473-7.
- Dumonceau JM, Deviere J, Le Moine O, et al. Endoscopic pancreatic drainage in chronic pancreatitis associated with ductal stones: long-term results. *Gastrointest Endosc* 1996;43:547-55.
- Rosch T, Daniel S, Scholz M, et al. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: a multicenter study of 1000 patients with long-term follow-up. *Endoscopy* 2002;34:765-71.
- Soehendra N, Reynders-Frederix V. Palliative gallengangdrainage. *Dtsch Med Wochenschr* 1979;104:206-9.

Tableau 5. Résultat de la kystoentérostomie endoscopique au cours de la pancréatite chronique.

9. Barthet M, Bugallo M, Moreira LS, Bastid C, Sastre B, Sahel J. Management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. A retrospective study of 143 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1993;17:270-6.
10. Barthet M, Sahel J, Bodiou-Bertei C, Bernard JP. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 1995;42:208-13.
11. Barthet M, Bernard JP, Duval JL, Affriat C, Sahel J. Biliary stenting in benign biliary stenosis complicating chronic calcifying pancreatitis. *Endoscopy* 1994;26:569-72.
12. Deviere J, Cremer M, Baize M, Love J, Sugai B, Vandermeeren A. Management of common bile duct stricture caused by chronic pancreatitis with metal mesh self expandable stents. *Gut* 1994;35:122-6.
13. Dite P, Ruzicka M, Zboril V, Novotny I. A prospective, randomized trial comparing endoscopic and surgical therapy for chronic pancreatitis. *Endoscopy* 2003;35:553-8.
14. Cahen DL, Gouma DJ, Nio Y, et al. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. *N Engl J Med* 2007;356:676-84.