

Janvier 2003

RECOMMANDATIONS DE LA



TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE DE LA PANCRÉATITE CHRONIQUE DOULOUREUSE

M. BARTHET (Marseille)

Avec la collaboration de :

G. GAY (Nancy), T. PONCHON (Lyon),
B. NAPOLEON (Lyon), J. BOYER (Angers),
J.-M. CANARD (Paris),
P. DALBIES (Béziers),
J. ESCOURROU (Toulouse),
M. GREFF (Nice), J. LAPUELLE (Toulouse),
J.-C. LETARD (Poitiers),
B. MARCHETTI (Marseille),
L. PALAZZO (Paris),
J.-F. REY (Saint-Laurent-du-Var),
D. SAUTEREAU (Limoges)

I. DÉFINITION

La douleur est un symptôme survenant précocement au cours de la pancréatite chronique (PC) et maximale dans les 5 à 10 premières années (1). Quarante-quatre pour cent des malades ayant une PC ont des épisodes douloureux courts, 56 % des malades ont des douleurs prolongées (2). L'intensité de la douleur est considérée, au début de la maladie, comme sévère chez environ 60 % des malades ayant une PC, une amélioration partielle survenant chez 33 % d'entre eux et une disparition chez 32 % (3). Le rôle de l'abstinence alcoolique est important (3). La présence, ou non, d'anomalies canalaire n'est pas forcément corrélée à la persistance des douleurs (4).

II. CAUSES DES DOULEURS AU COURS DE LA PC

La physiopathologie de la douleur au cours de la PC est complexe. De nombreux facteurs sont impliqués (2) comme l'hyperpression canalaire ou interstitielle pancréatique, l'infiltrat inflammatoire péripancréatique et nerveux, l'existence de pseudokyste pancréatique qui affecte 20 à 40 % des pancréatites chroniques, de sténose duodénale ou de dystrophie kystique duodénale, de sténose biliaire, voire l'association à un ulcère duodéal (2). Le traitement endoscopique vise à réduire certains de ces facteurs.

III. PRINCIPES DE BASE

- 1. Il importe d'abord de rechercher et d'éliminer un cancer pancréatique**, même chez un patient ayant une pancréatite chronique connue. Ceci, d'autant plus, qu'il n'y a pas d'exploration chirurgicale et, en particulier, pas de résection chirurgicale. Le traitement endoscopique de la pancréatite chronique suppose, au préalable, que soit réalisé un bilan parenchymateux pancréatique complet par échographie, scanner et/ou IRM, échoendoscopie. Les explorations peuvent être rendues difficiles en raison des remaniements de la glande et, en particulier, des calcifications. Aussi, il est recommandé d'assurer, au début de la prise en charge par voie endoscopique de la pancréatite, un suivi rapproché des patients pour détecter une dégradation anormale de l'état général, une aggravation inexpliquée des symptômes ou des lésions faisant craindre un processus néoplasique sous-jacent.
- 2. Il ne faut traiter qu'en cas de symptômes persistants et/ou de complications.** Jusqu'à présent, aucune étude n'ayant démontré l'intérêt d'un traitement préventif, la décision de traiter ne doit pas se prendre uniquement devant des images pathologiques.
- 3. Il est utile de disposer d'un matériel adapté** (radioscopie de haute qualité, accessoires) qui peut comporter un lithotriteur extracorporel et un échoendoscope thérapeutique.

4. Le traitement endoscopique peut nécessiter des interventions itératives et son effet sur la douleur peut être seulement suspensif. Il faut, si possible, s'assurer de la compliance des patients au traitement, et leur faire comprendre la nécessité de revenir régulièrement ou en cas de récurrence des symptômes.

IV. MODALITÉS DU TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE ET SES COMPLICATIONS

Le traitement endoscopique de la PC fait appel à plusieurs techniques. Le choix est guidé par la wirsungographie IRM ou la par wirsungographie rétrograde.

Sphinctérotomie pancréatique (SP)

La SP constitue la première étape du traitement endoscopique canalaire. Elle diminue la pression canalaire, et elle permet aussi l'extraction de calculs ou de fragments de calculs pancréatiques. Certaines équipes ont fait état de disparition de douleur pancréatique chez des patients traités seulement par SP (5-7). La principale difficulté technique de la SP est la canulation profonde du canal pancréatique. Il peut être utile d'utiliser des guides de 0.025 inches téflonisés, et des sphinctérotomes à extrémité effilée. Dans certains cas, la réalisation préalable d'une sphinctérotomie biliaire peut améliorer l'accès à l'orifice pancréatique, mais cette sphinctérotomie biliaire ne doit pas être systématique (8).

Enfin, la fréquence de calculs proximaux impactés dans la paroi du canal pancréatique peut nécessiter la réalisation d'une lithotritie extracorporelle préalable (9).

La morbidité de la SP varie entre 4,2 % et 12,6 % selon les séries considérées (5-8).

Traitement des sténoses canales par dilatation, forage et intubation

Les sténoses sont parfois très serrées et d'une grande dureté. Une dilatation avant pose de prothèse est souvent nécessaire et est conduite à l'aide de bougies de calibre croissant (6-11 Fr) ou de ballonnets de haute pression. La dilatation par forage utilisant l'extracteur de prothèse de Soehendra (10, 11) est apparue récemment mais peut être recommandée.

La dilatation de sténose des canaux pancréatiques doit être suivie par la mise en place de prothèse (12-15). Les prothèses sont en plastique (polyéthylène ou polyuréthane). Un certain nombre d'éléments font encore l'objet d'évaluation et sont laissés à l'appréciation de l'opérateur : la longueur de la prothèse, le caractère multiperforé ou non de celle-ci, la durée de l'intubation, son changement systématique ou non. La mise en place de prothèses métalliques a été proposée pour obtenir une perméabilité prolongée mais ces prothèses peuvent

conduire à une obstruction définitive de la lumière du canal pancréatique et ne sont pas recommandées.

Extraction des calculs pancréatiques

Les calculs pancréatiques ne peuvent être extraits qu'après réalisation d'une SP là où les sténoses, généralement situées en aval, doivent être dilatées. Les calculs impactés dans la paroi du canal pancréatique peuvent être fragmentés par lithotritie extracorporelle avant extraction. Sans lithotritie extracorporelle, le taux d'extraction complète de calculs ne dépassait pas 40 % dans les premières séries (9), d'où l'importance d'avoir accès à ce type de matériel.

Drainage endoscopique des pseudokystes pancréatiques

Les techniques de drainage endoscopique des pseudokystes pancréatiques font l'objet d'une fiche de recommandation spécifique.

Neurolyse coélique

L'échoendoscopie interventionnelle permet de prendre en charge la douleur au cours de la PC selon deux modalités : la neurolyse coélique et le drainage des pseudokystes pancréatiques. La neurolyse coélique est effectuée par injection de xylocaïne ou de bupivacaïne et de triamcinolone ou d'alcool, de part et d'autre, et 5 mm au-dessus de la naissance du tronc coélique (16, 17). Sa morbidité est faible avec 3 patients présentant une diarrhée parmi 90 traités (16).

V. RÉSULTATS ET INDICATIONS DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR D'ORIGINE PANCRÉATIQUE

1. En ce qui concerne le traitement canalaire : au total, 740 cas ont été rapportés dans une méta-analyse de la littérature (7, 12-18). Le succès technique du traitement endoscopique a été obtenu dans 85 % des cas, en moyenne (58-96 %). L'amélioration immédiate de la douleur était observée dans 81 % des cas, en moyenne (62-100 %). Avec un recul moyen de 30 mois (14-64 mois), l'amélioration de la douleur chutait à 61 % (24-95 %) avec une grande disparité d'appréciation. Les complications graves étaient rares.

Initialement, le traitement endoscopique était réservé aux patients présentant un risque chirurgical définitif ou temporaire et aux patients pour lesquels l'origine des douleurs était douteuse, le traitement endoscopique représentant un test diagnostique avant de proposer une dérivation chirurgicale.

Actuellement, du fait des résultats obtenus, le traitement endoscopique est devenu le traitement instrumental de première intention avant la chirurgie quand les conditions anatomiques suivantes sont réunies : sténose courte, localisée dans la tête du pancréas, avec dilatation d'amont. Le traitement endoscopique est proposé après une période d'évaluation de l'effet

de l'arrêt de l'alcool. Cependant, le traitement chirurgical conserve une place, les deux traitements se complètent. La chirurgie est indiquée en cas de doute sur la présence d'une lésion néoplasique sous-jacente, en cas d'échec technique initial de l'endoscopie et de la lithotritie extracorporelle, en cas de lésions prédominantes au niveau du corps et de la queue du pancréas, en cas de sténose biliaire associée (le traitement endoscopique ne permettant pas la levée définitive de l'obstacle biliaire), et si le traitement endoscopique, devant être répété, devient fastidieux et pénible pour le patient.

2. En ce qui concerne la neurolyse coéliqua : sous contrôle échoendoscopique, deux études prospectives randomisées en ont étudié les résultats (19, 20). L'amélioration était observée chez 50 à 55 % des patients traités sous contrôle échoendoscopique avec un bénéfice persistant chez 10 à 30 % des patients seulement après 24 semaines d'évolution. La place de la neurolyse coéliqua est donc limitée dans la PC en raison d'une efficacité immédiate relative et surtout du taux élevé de récurrence douloureuse.

RÉFÉRENCES

1. BERNADES P., BELGHITI J., ATHOUËL M., MALLARDO N., BREIL P., FEKETE F. Histoire naturelle de la pancréatite chronique : étude de 120 cas. *Gastroenterol Clin Biol* 1983 ; 7 : 8-13.
2. LEVY P., RUSNIEWSKI P., BERNADES P. Histoire naturelle de la pancréatite chronique alcoolique. *Gastroentérol Clin Biol* 2000 ; 24 : 725-41.
3. HAYAKAWA T., KONDO T., SHIBATA T., SUGIMOTO Y., KITAGAWA M. Chronic alcoholism and evolution of pain and prognosis in chronic pancreatitis. *Dig Dis Sci* 1989 ; 34 : 33-8.
4. LANKISCH P.G., LOHR-HAPPE A., OTTO J., CREUTZFELDT W. Natural course in chronic pancreatitis. Pain, exocrine and endocrine insufficiency and prognosis of the disease. *Digestion* 1993 ; 54 : 148-55.
5. FUJI T., AMANO H., OHMURA R.R., AKIYAMA T., TAKEMOTO T. Endoscopic pancreatic sphincterotomy. Technique and evaluation. *Endoscopy* 1989 ; 21 : 27-30.
6. HUIBREGTSE K., SCHEINEIDER B., VRIJ A.A., TYGTAT G.N.J. Endoscopic pancreatic drainage in chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 1988 ; 34 : 9-15.
7. GRIMM H., MEYER W.H., NAM V.C., SOEHENDRA N. New modalities for treating chronic pancreatitis. *Endoscopy* 1989 ; 21 : 70-4.
8. KIM M.H., MYUNG S.J., KIM Y.S., SEO D.W., NAM S.W., AHN J.H. *et al.* Routine biliary sphincterotomy may not be indispensable for endoscopic pancreatic sphincterotomy. *Endoscopy* 1998 ; 30 : 697-701.
9. DELHAYE M., VANDERMEERE N.A., BAIZE M., CREMER M. Extracorporeal shock-wave lithotripsy of pancreatic calculi. *Gastroenterology* 1992 ; 102 : 610-20.
10. BRAND B., THONKE F., OBYTZ S., BINMOELLER K.F., RATHOD V., SEITZ U. *et al.* Stent retriever for dilation of pancreatic and bile duct strictures. *Endoscopy* 1999 ; 31 : 142-5.
11. ZIEBERT J.J., DISARIO J.A. Dilatation of refractory pancreatic duct strictures : the turn of the screw. *Gastrointest Endosc* 1999 ; 49 : 632-5.

12. HEYRIES L., BARTHET M., MIRANDA C., BERNARD J.P., SAHEL J. Intubation pancréatique perendoscopique dans la pancréatite chronique : à propos de 70 cas. *Gastroentérol Clin Biol* 1999 ; 23 : 469-74.
13. 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 : 171-76.
14. PONCHON T., BORY R.M., HEDELUIS F., ROUBEIN L.D., PALIARD P., NAPOLEON B. *et al.* Endoscopic stenting for pain relief in chronic pancreatitis : results of a standardized protocol. *Gastrointest Endosc* 1995 ; 42 : 452-56.
15. SMITS M.E., MURTY BADIGAS S., RAUWS E.A.J., TYTGAT GNJ, HUIBEGGTSE K. Long term results of pancreatic stents in chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 1995 ; 42 : 461-7.
16. GRESS F., SCHMITT C., SHERMAN S., CIACCIA D., IKENBERRY S., LEHMAN G. Endoscopic ultrasound-guided coeliac block for managing abdominal pain associated with chronic pancreatitis : a prospective single center experience. *Am J Gastroenterol* 2001 ; 96 : 409-16.
17. WIERSEMA M.J., WIERSEMA L.M. Endosonography-guided celiac plexus neurolysis. *Gastrointest Endosc* 1996 ; 44 : 656-62.
18. ADAMEK H.E., JAKOBS R., BUTTMANN A., ADAMEK M.U., SCHNEIDER A.R., RIEMAN J.F. Long-term follow-up of patients with chronic pancreatitis and pancreatic stones treated with extracorporeal shock wave lithotripsy. *Gut* 1999 ; 45 : 402-5.
19. GRESS F., SCHMITT C., SHERMAN S., IKENBERRY S., LEHMAN G. A prospective randomized comparison of endoscopic ultrasound and computed tomography-guided celiac plexus block for managing chronic pancreatitis pain. *Am J Gastroenterol* 1999 ; 94 : 900-5.
20. GRESS F., SCHMITT C., SHERMAN S., CIACCIA D., IKENBERRY S., LEHMAN G. Endoscopic ultrasound-guided coeliac block for managing abdominal pain associated with chronic pancreatitis : a prospective single center experience. *Am J Gastroenterol* 2001 ; 96 : 409-16.

Éditée avec le soutien du

laboratoire

BEAUFOUR IPSEN

24, rue Erlanger

75781 PARIS CEDEX 16

Téléphone : 01 44 96 13 13

www.bipmed.com

ALN
éditions



Réalisation : Editions ALN