

# Drainage endoscopique des collections pancréatiques

 Erwan BORIES

 11, rue Louise-Colet 13090 Aix en Provence  
 erwan.bories@icloud.com

## Drainage endoscopique des collections pancréatiques

Les collections pancréatiques peuvent survenir dans les suites d'une pancréatite aiguë, d'une pancréatite chronique ou après une rupture canalaire pancréatique après une chirurgie, ou un traumatisme. Les collections pancréatiques dans les suites d'une pancréatite aiguë nécrosante sont définies, selon la classification d'Atlanta (1), comme des **collections liquidiennes ou nécrotiques aiguës** survenant durant les 4 premières semaines, pouvant évoluer vers une **nécrose pancréatique circonscrite** ou vers un **pseudokyste** après la 4<sup>e</sup> semaine. Les collections symptomatiques doivent être drainées. Les indications incluent ainsi douleur, infection et compression d'organes adjacents (2). La taille de la collection n'est plus une indication en soi. Néanmoins, une augmentation de taille lors du suivi constitue une indication de drainage.

Différentes techniques endoscopiques ont été décrites : abord transpapillaire ou transmural, permettant la mise en place de prothèses métalliques ou plastiques. Ces procédures interventionnelles nécessitent un plateau technique adéquat afin de réduire les complications et permettre leurs prises en charge en cas de survenue. Ainsi, scopie et insufflateur de CO<sub>2</sub> sont indispensables ainsi qu'une anesthésie générale avec protection des voies aériennes. Une antibioprophylaxie est recommandée en l'absence d'antibiothérapie déjà instaurée. La prise en charge de ces patients nécessite également une collaboration pluridisciplinaire avec radiologues, chirurgiens et réanimateurs.

L'abord transpapillaire consiste en un drainage du kyste par une prothèse insérée lors d'un cathétérisme rétrograde après sphinctérotomie pancréatique. L'extrémité discale de la prothèse, d'un diamètre adapté au diamètre du canal pancréatique principal, sera au mieux insérée dans le kyste, sinon positionnée au contact ou au-delà de la brèche canalaire. Ce traitement n'est possible qu'en cas de communication du kyste avec le canal pancréatique principal, et réservé aux kystes rétentionnels et aux pseudokystes localisés dans la tête du pancréas, de taille inférieure à 3 cm.

L'abord transmural, réalisé avec un échoendoscope thérapeutique (canal opérateur  $\geq 3,7$  mm) par voie transduodénale, transgastrique, voire transjéjunale en cas de chirurgie préalable, est le traitement de référence, avec un taux de succès supérieur à 90 %. Elle consiste en la création d'une anastomose entre la collection et une cavité digestive. Cette anastomose sera pérennisée par le placement de prothèses plastiques ou d'une prothèse métallique. Cet abord est réalisable, quelle que soit la taille de la collection et sa localisation, sous réserve d'une distance avec la paroi digestive n'excédant pas 10 mm. Cette procédure peut constituer le traitement exclusif ou permettre des séances de nécrosectomie ultérieure. La procédure « standard », utilisée dans toutes les études randomisées *versus* chirurgie (3, 4), est désormais bien standardisée : repérage de la collection et vérification de l'absence de vaisseaux interposés par échoendoscopie, insertion d'un fil guide hydrophile dans la collection, élargissement du trajet, mise en place de 2 ou 3 prothèses plastiques doubles queues de cochon.

### OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les indications du drainage endoscopique des collections pancréatiques
- Connaître les principales étapes du drainage et les différentes techniques
- Connaître les complications du drainage endoscopique

### LIENS D'INTÉRÊT

Consultant Cook Medical, Pentax

### MOTS-CLÉS

Collections pancréatiques, échoendoscopie, nécrose pancréatique

L'insertion du fil guide peut être réalisée par ponction à l'aide de la pointe diathermique du cystostome ou d'une aiguille de 19 gauges selon la préférence de l'opérateur. Il faut noter toutefois qu'en cas de ponction présumée difficile (hypertension portale...), la ponction à l'aiguille devra être privilégiée, étant plus précise. L'élargissement du trajet est réalisé le plus souvent en utilisant un cystostome de 10 french ou de 8,5 french qui permettra l'insertion de plusieurs guides en parallèle. Toutefois, un dilateur progressif (4-5-7 french) peut être utilisé. L'utilisation d'une aiguille à précoupe ou d'un sphinctérotome sont à éviter compte tenu du risque de faux trajet. Après création de la communication, une dilatation hydrostatique à 6-8 mm est souvent utilisée, afin d'améliorer la vidange du kyste et faciliter l'insertion des prothèses. Des dilatations plus importantes seront réalisées les jours qui suivent la procédure initiale en cas de nécessité pour réaliser une nécrosectomie endoscopique. Les prothèses plastiques doubles de cochons sont les plus utilisées, car elles ont un excellent rapport coût/efficacité et un faible risque de complication. Le diamètre des prothèses plastiques n'a que peu d'importance, leurs rôles étant de maintenir ouverte l'anastomose créée. De ce fait, les prothèses de 7 et 8,5 french sont les plus utilisées, leurs manipulations étant plus simples avec un échoendoscope que celles de 10 fr. Plus récemment les prothèses métalliques d'apposition ont été utilisées dans cette indication. Elles ont l'avantage d'avoir un diamètre plus important (15-20 mm) et de pouvoir être positionnées grâce à un système en un temps. Une pointe diathermique permet de créer l'accès à la collection, celui-ci étant intégré au système de pose de la prothèse, réduisant ainsi la durée de la procédure et le nombre de manipulations. Elles rendent plus aisé l'accès à la cavité en cas de nécessité de séances itératives de nécrosectomie. Néanmoins, elles seraient associées à un plus grand nombre de complications hémorragiques, et n'ont pas montré de supériorité en termes d'efficacité par rapport aux prothèses plastiques (5). Les dernières recommandations (6) sont donc de ne pas utiliser de prothèses d'apposition dans les collections liquidiennes

et les pseudokystes. Concernant le drainage des nécroses localisées, les prothèses métalliques d'apposition et les prothèses métalliques peuvent être utilisées selon les préférences de l'opérateur. L'insertion supplémentaire d'un drain nasokystique pour lavage est recommandée en cas de collection infectée ou volumineuse (2, 7).

Une complication secondaire au drainage survient dans 5 à 20 % des cas en cas de drainage de pseudokyste et jusqu'à 40 % pour le traitement des nécroses localisées. Les complications décrites sont les hémorragies, les infections, les complications liées au stent (migration, incarceration), les perforations et péritonites (par dislocation du trajet), les récidives. Dans le cas d'un drainage transpapillaire, une pancréatite aiguë peut survenir. Un pseudoanévrisme doit être systématiquement recherché et traité avant tout drainage par un scanner injecté avant tout drainage transmural. Les prothèses métalliques d'apposition ont un risque hémorragique et d'incarcération intrapariétale majorés et doivent être remplacées par des prothèses plastiques dans les 4 semaines. La durée de drainage doit être suffisante afin de limiter le risque de récurrence, et dépendra de l'existence ou non de lésions canalaire associées. Une durée de 3 mois est habituellement recommandée, sous réserve de la disparition complète de la collection. Un traitement des lésions du canal pancréatique principal doit être proposé si possible (rupture partielle, sténose céphalo-isthmique) avant le retrait des prothèses kystoentérales. Dans le cas contraire, le drainage devra être maintenu définitivement en laissant en place au moins 2 prothèses plastiques, permettant dans le même temps le traitement de l'hyperpression canalaire.

Pour conclure, le drainage endoscopie est devenu la technique de référence de la prise en charge des collections pancréatiques compliquées, l'abord transmural guidé par échoendoscopie constituant la première étape de prise en charge dans la très grande majorité des cas. Ces techniques nécessitent une expertise et un plateau technique complet afin de choisir le traitement le plus adapté et de limiter les complications.

---

## Références bibliographiques

---

1. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C *et al.* Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 2013;62:102-11.
2. Teoh AYB, Dhir V, Kida M *et al.* Consensus guidelines on the optimal management in interventional EUS procedures: results from the Asian EUS group RAND/UCLA expert panel. *Gut* 2018;67:1209-1228.
3. van Brunschot S, van Grinsven J, van Santvoort HC *et al.* Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. *Lancet* 2018;391:51-58.
4. Varadarajulu S, Bang JY, Sutton BS *et al.* Equal efficacy of endoscopic and surgical cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst drainage in a randomized trial. *Gastroenterology* 2013;145:583-90 e1.
5. Bang JY, Hawes R, Bartolucci A *et al.* Efficacy of metal and plastic stents for transmural drainage of pancreatic fluid collections: a systematic review. *Dig Endosc* 2015;27:486-98.
6. Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J *et al.* Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) evidence-based multidisciplinary guidelines. *Endoscopy* 2018; 50:524-546.
7. Yuan H, Qin M, Liu R *et al.* Single-step versus 2-step management of huge pancreatic pseudocysts: a prospective randomized trial with long-term follow-up. *Pancreas* 2015;44:570-3.

# 5

## Les cinq points forts

- Seules les collections pancréatiques symptomatiques (fièvre, douleur, compression) doivent être traitées.
- Le drainage transmural guidé par échocendoscopie est la technique de référence pour le traitement des collections pancréatiques.
- Les prothèses plastiques constituent le traitement de référence des pseudo kystes.
- Les prothèses métalliques d'apposition et les prothèses plastiques peuvent être utilisées pour le drainage des collections nécrotiques localisées.
- Les complications sont dominées par l'infection et les hémorragies.