JFHOD 21-24 MARS PARIS 2013

Traitement endoscopique des pseudokystes pancréatiques

Pierre H. Deprez
Cliniques universitaires Saint-Luc
Bruxelles

CONFLITS D'INTÉRÊT

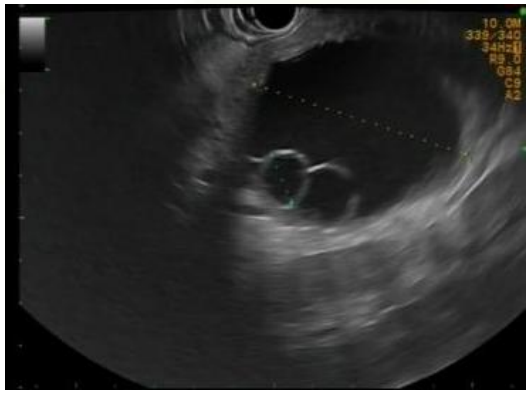
Pas de conflit d'intérêt avec la présentation

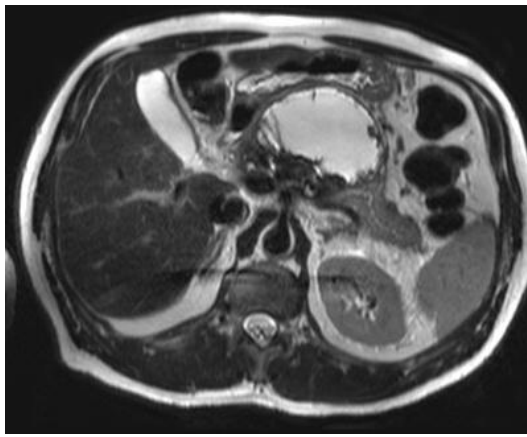
Objectifs pédagogiques

- Connaître l'histoire naturelle des pseudokystes en fonction de la maladie pancréatique sous-jacente
- Connaître les indications thérapeutiques
- Identifier les contre-indications au traitement endoscopique
- Quels sont le matériel nécessaire et les techniques endoscopiques ?

Introduction

- Définition des pseudokystes pancréatiques (Atlanta)
- Catégorisation en:
  - PKP aigus
    - Conséquence de nécrose ou effusion
    - Résolution spontanée possible
  - PKP chroniques
    - Communication avec le canal pancréatique 50% cas
    - Résolution spontanée rare
- Diagnostic différentiel avec d'autres lésions kystiques
- Rôle de l'IRM: nécrose, canaux





Bradley EL. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis. Arch Surg 1993;128:586-90

Quand drainer un PKP?

- Symptômes et complications
  - Infection
  - Extension, compression, obstruction
  - Fistule
  - Hémorragie
    - Angio-TDM pour exclure un pseudoanévrysme à traiter par embolisation
    - Mortalité 19%

- Pancréatite aiguë
  - Temporiser min 4-6 semaines
  - Suivre la liquéfaction de la nécrose

Barthet M et al. Traitement des pseudokystes de pancréatite aiguë étude rétrospective de 45 patients. Gastroentérol Clin Biol 1992;16:853-9.

Alternatives au traitement endoscopique

- Attendre la résolution, en l'absence de symptômes

- Drainage chirurgical
  - Efficacité du drainage 95 %
  - Capacité de traiter des anomalies associées (sténose, rupture, fistule)
  - Traitement des échecs endoscopiques et percutanés
  - MAIS
    - Mortalité 1-5 %, Morbidité 30 %, abord plus invasif, durée hospitalisation +

- Drainage radiologique
  - Drainage des collections non accessibles par voie endoscopique
  - Drainage d'urgence ou de patients en état critique
  - MAIS
    - Moindre efficacité (42-96 %)
    - Haut taux de récidive
    - Complications locales

Nealon WH, Walser E. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas. Ann Surg 2005;241:948-57.

Techniques endoscopiques
Abord transpapillaire

- Indications:
  - PKP tête ou isthme
  - <5cm
  - Pancréatite chronique
  - Hypertension portale sévère

- Technique
  - Communication
  - KT sélectif du canal pancréatique
  - Sphinctérotomie pancréatique
  - Désobstruction canalaire
  - Endoprothèse (proche de la communication ou pontant)

Catalano MF et al. Treatment of pancreatic pseudocysts with ductal communication by transpapillary pancreatic duct endoprosthesis. Gastrointest Endosc 1995; 42:214-8

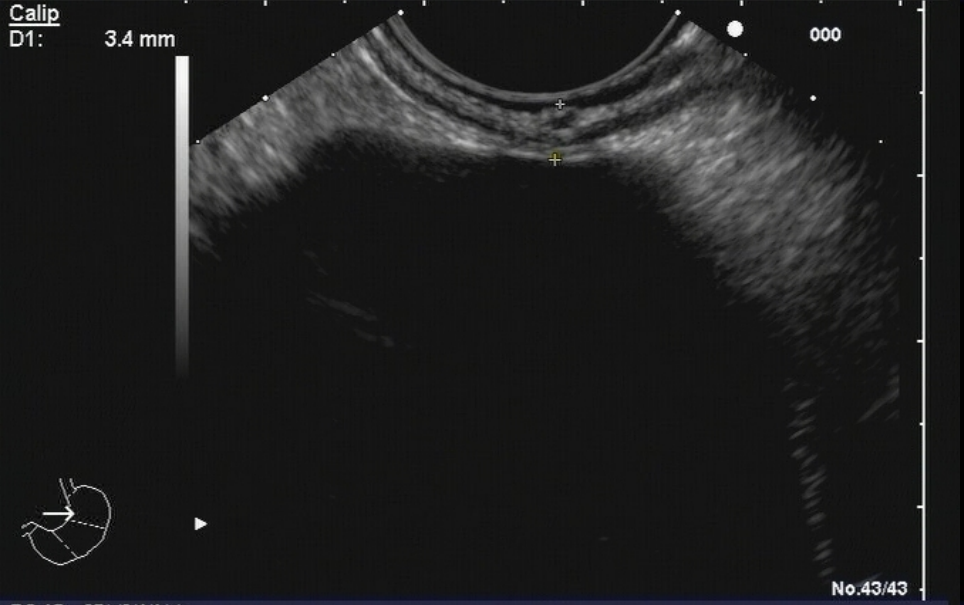
Techniques endoscopiques
Abord transmural

- Indications:
  - PKP bombants et non bombants
  - Collections de grande taille (>5 cm)
  - Collections corporéocaudales
  - Collections post-opératoires

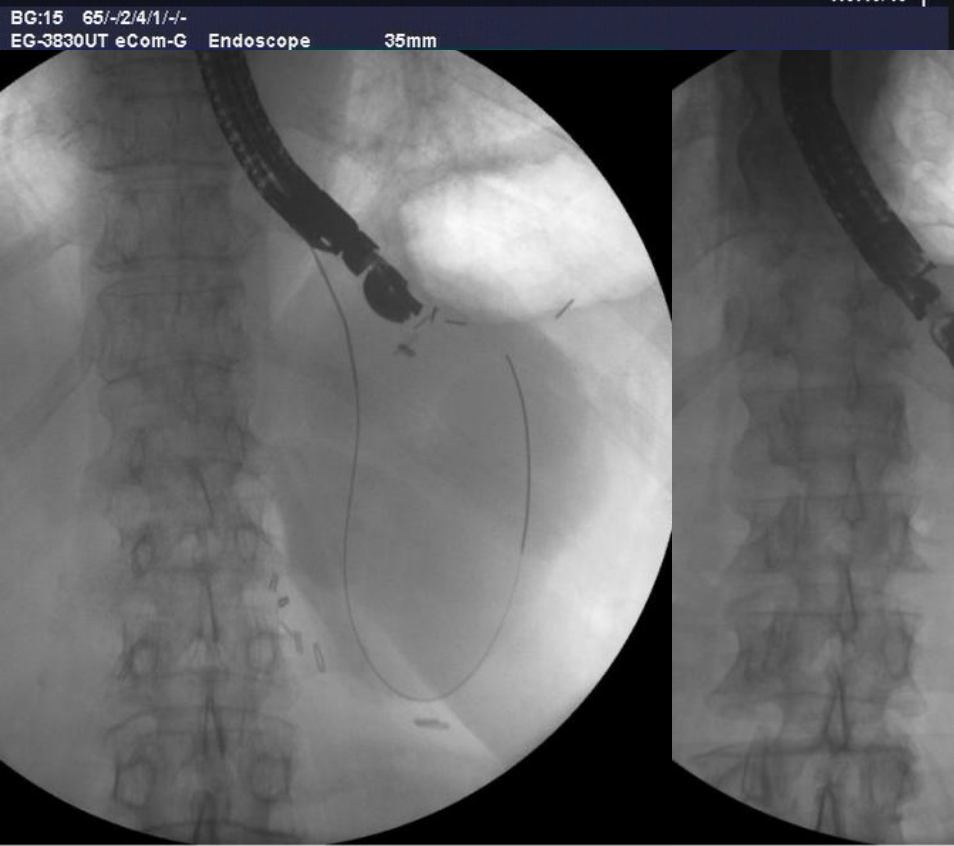
- Technique
  - Echoendoguidé ou non
    - Systématique
    - Basé sur algorythmes

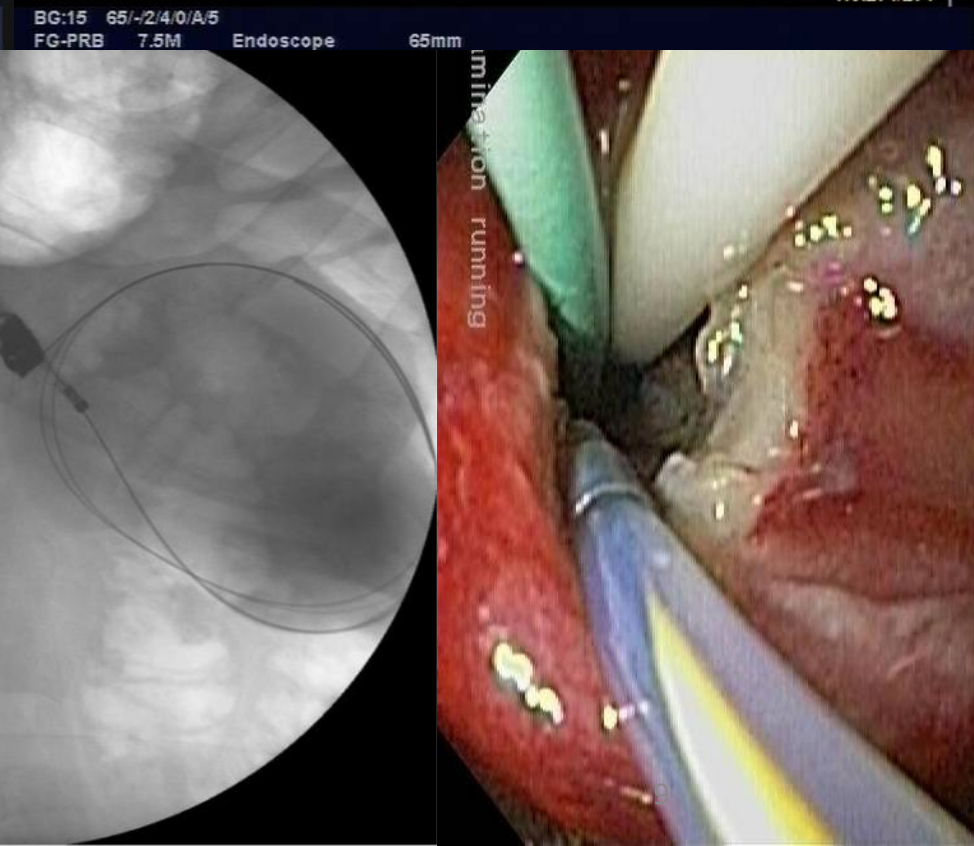
ASGE guideline: The role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inflammatory fluid collections of the pancreas. Gastrointest Endosc 2005;61:363-70

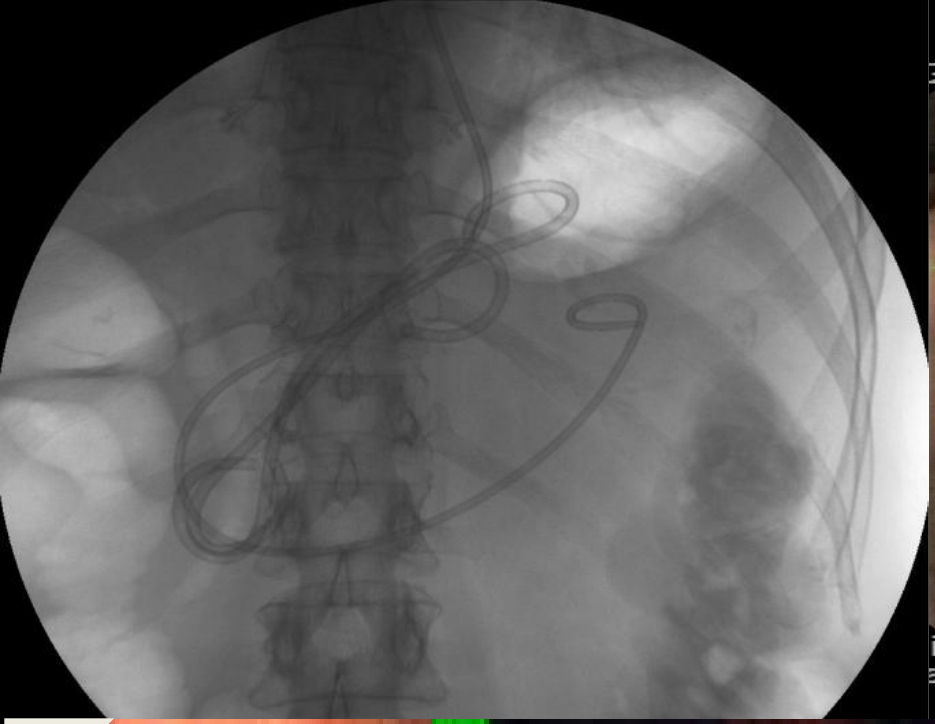
Barthet et al Clinical usefulness of a treatment algorithm for pancreatic pseudocysts. Gastrointest Endosc 2008;67:245-52

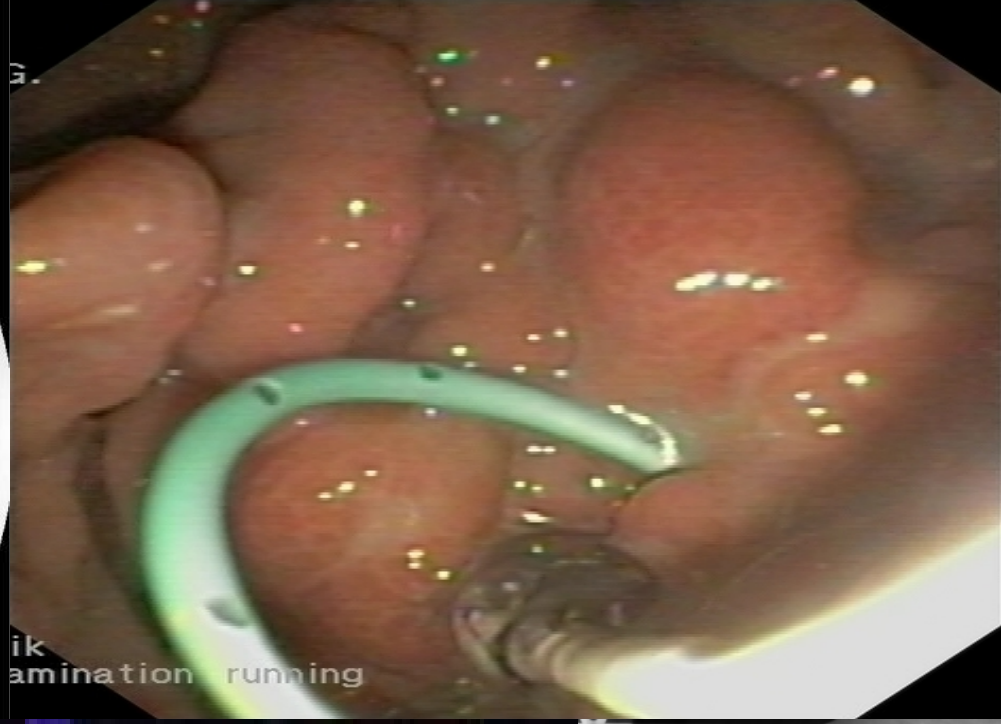

Calip
D1: 3.4 mm
000
No.43/43

000
No.274/274

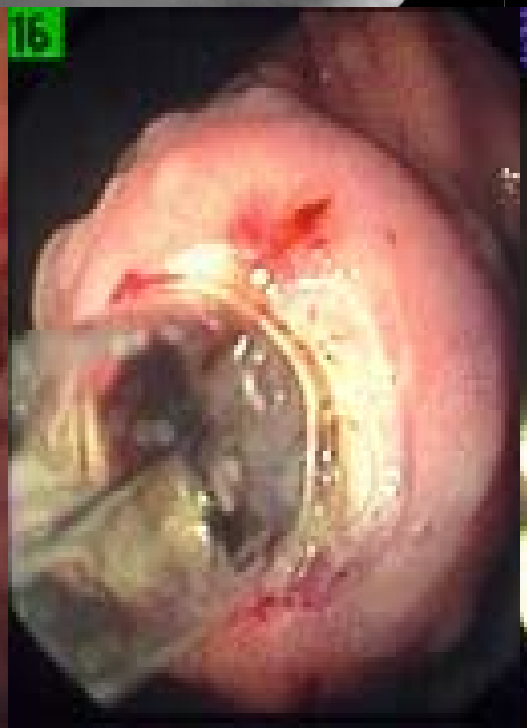

BG:15 65/-/2/4/1/-/-
EG-3830UT eCom-G Endoscope 35mm


BG:15 65/-/2/4/0/A/5
FG-PRB 7.5M Endoscope 65mm
imination running

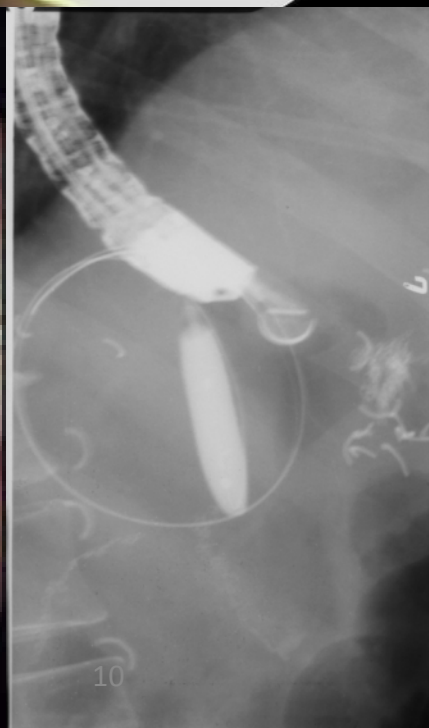



ik
amination running

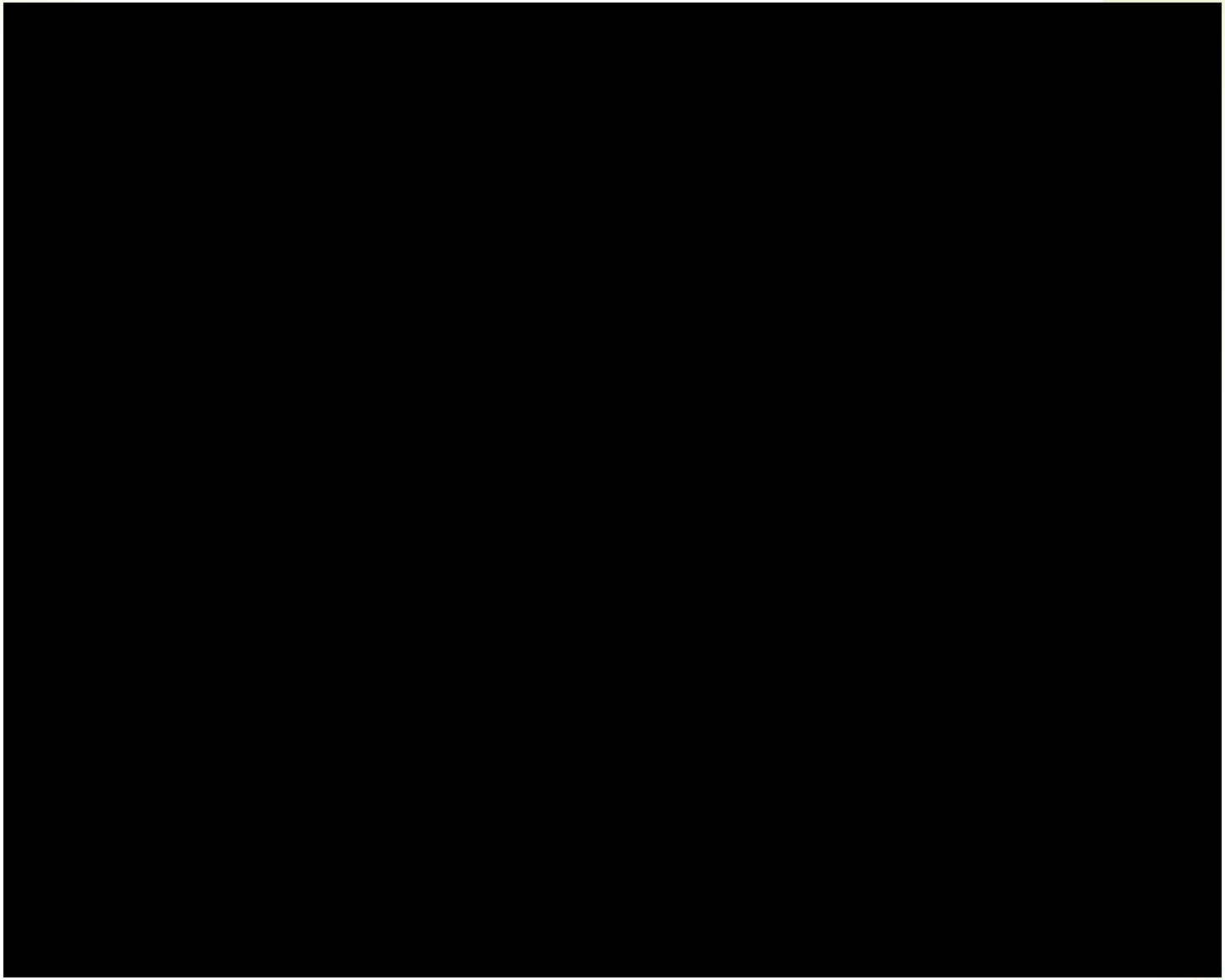
Dilatation


16

20

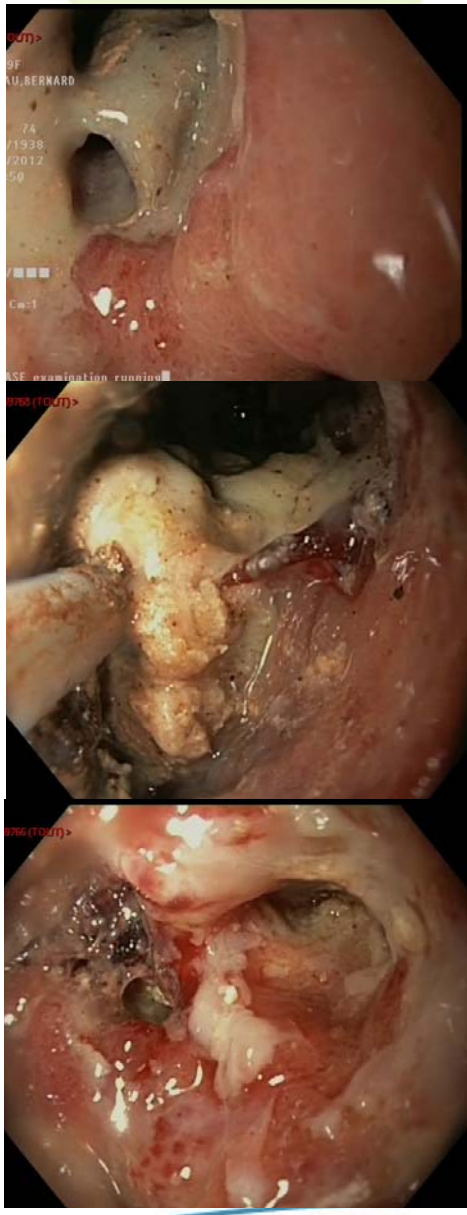


Technique de drainage échoendoguidé



Avantages du traitement endoscopique

- Efficacité comparable au traitement chirurgical
- Moindre coût
- Plus courte durée d'hospitalisation
- Taux morbi/mortalité plus faible
- Traitement combiné des PK et des pathologies canalaires associées
- Création d'une fistule interne plutôt qu'externe
- Association possible avec la nécrosectomie



Seewald S et al EUS 2008 Working Group document: evaluation of EUSguided drainage of pancreatic-fluid collections (with video). Gastrointest Endosc 2009;69:S13-21
Park D et al Endoscopic ultrasound-guided versus conventional transmural drainage for pancreatic pseudocysts: a prospective randomized trial. Endoscopy 2009;41: 842-8.

1. Pseudokystes asymptomatiques
2. Pseudokystes < 5 cm avec communication canalaire
   Préférer un accès transpapillaire
3. Collection dans un contexte pancréatite aiguë
   Attendre au minimum 6 semaines, pour attendre la réduction de la nécrose solide et l'encapsulation sauf infection
4. Pseudoanévrysme
   À traiter avant drainage endoscopique
5. Troubles de la coagulation
   À corriger avant drainage
6. Collection inaccessible
   Distance à évaluer par EE (distance de plus d'1 cm par rapport à l'estomac/duodénum ou jéjunum)
7. Présence de nécrose solide
   Préférer un abord chirurgical (sauf si expertise en nécrosectomie endoscopique)
8. Doute quant au diagnostic de pseudokyste versus tumeur kystique
   EE diagnostique préalable au geste de drainage avec ponction (cytologie et biochimie)

Contre-indications au traitement endoscopique par EE transmurale

Comment optimaliser le R/ endoscopique?

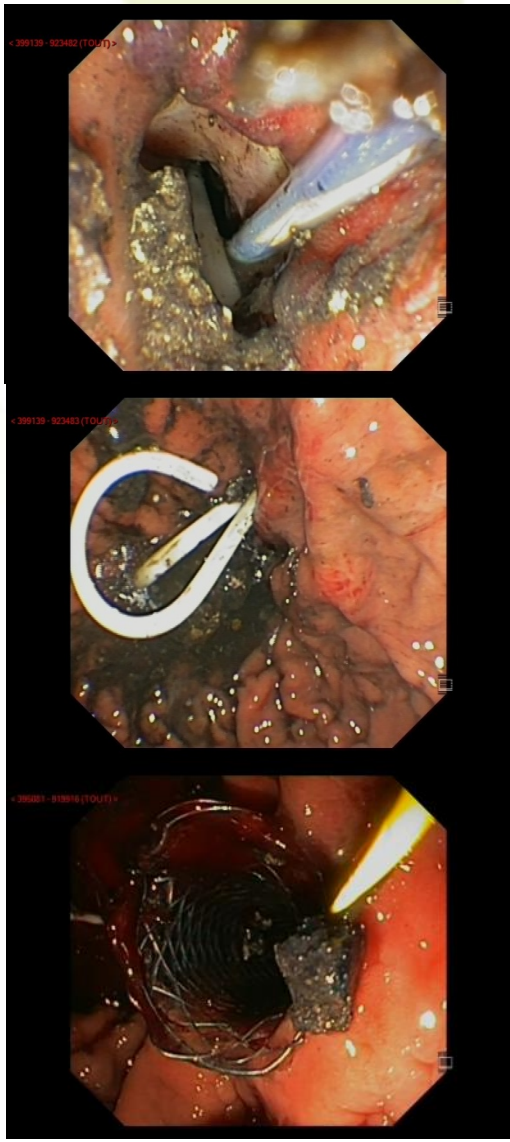
- Associer l'abord transmural et transpapillaire
- Choisir des conditions optimales
  - Imagerie pré-opératoire (IRM-EE)
  - Insufflation CO^2
  - Intubation
  - Antibiothérapie péri-procédurale
  - Kystoduodénostomie > Kystogastrostomie
  - Site: proximité, pas d'interposition vasculaire
  - Exclure pseudoanévrysme
  - Contrôle per-procédure par multi-imagerie (RX-US-endo)
  - Instrumentation/technique appropriée (prothèses double queue de cochon)
  - Nécrosectomie si nécessaire (>48h + tard)

Complications

- Taux moyen d'échec 0-16 %
- Taux de récidive 3 à 13 %
- Morbidité 15,5 %:
  - Hémorragie, infection, pancréatite, péritonite

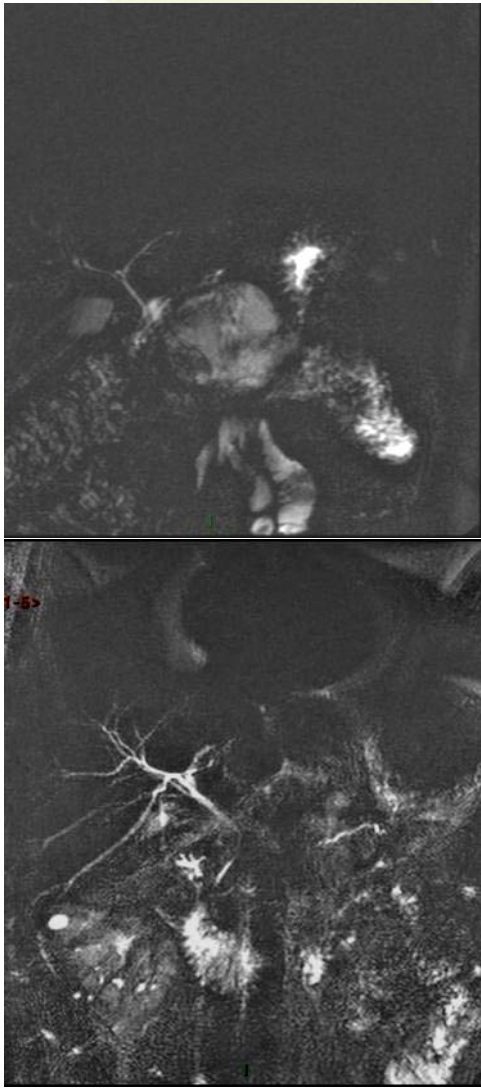
- Hémorragie
  - Pseudoanévrysme
  - Site de kystogastrostomie
  - Hypertension portale

- Infection
  - Remplacement prothèses, nécrosectomie
  - Drainage et lavage



Quel suivi?

- Clinique et biologique (CRP)
- TDM ou IRM à 4 semaines: >50% régression
- TDM ou IRM à 3 mois: résorption complète
- Anomalies pancréatiques ou canalaires associées
- Durée de prothétisation: minimum 3 mois
  - ?? permanente si haute probablité de récidive



Arvanitakis M et al . Pancreatic-fluid collections: a randomized controlled trial regarding stent removal after endoscopic transmural drainage. Gastrointest Endosc 2007;65:609-19.

Conclusions

- Indications limitées au traitement des PKP symptomatiques et compliqués plutôt que de tenir compte de la taille et de la durée
- Abord transmural ou transpapillaire ou combiné
- Echoendoscopie: rôle essentiel
- Multidisciplinarité

Les 5 points forts

1. L'histoire naturelle des pseudokystes pancréatiques est différente dans la pancréatite aiguë et chronique.
2. Le drainage des pseudokystes pancréatiques dans la pancréatite aiguë doit être si possible différé en raison d'un taux de régression spontanée plus important.
3. Le drainage transgastrique ou transduodénal guidé par échoendoscopie est le gold standard dans les collections de plus de 5 cm.
4. Le traitement transpapillaire améliore les résultats du drainage endoscopique pour les pseudokystes pancréatiques communicants associés à des anomalies canalaires.
5. La recherche de pseudoanévrysme associé aux pseudokystes pancréatiques doit être faite avant toute tentative de drainage.