



Risques et complications de la CPRE

- **Dr Fabien Fumex**
- **Hôpital Privé Jean Mermoz - Lyon**

Objectifs pédagogiques

- Fréquence des principales complications
- Le risque infectieux : comment le prévenir ?
- Le risque hémorragique post-sphinctérotomie
- Facteurs de risque de pancréatite aiguë et prévention


Conflits d'intérêts

- Boston Scientific : workshops

Introduction

- Avec les progrès de l'imagerie et de l'écho-endoscopie, évolution logique du cathétérisme bilio-pancréatique vers des procédures essentiellement thérapeutiques
- Complications bien connues dominées par le risque de pancréatite aigue du fait de sa gravité potentielle
- Meilleure compréhension des facteurs de risque et des moyens de prévention de ces complications

Perforation

- Complication rare 0.1 à 0.6%
- Perforation directe par l'endoscope : gastrectomie partielle
- Perforations péri-ampullaires surtout
 - Sphinctérotomie trop large
 - Ou liées aux difficultés de cathétérisme : faux trajets par le fil guide, injections extra-canalaires ou recours à une pré-coupe
-  **Perforations rétro-péritonéales essentiellement**
 - Pouvant évoluer vers une collection alimentée par les sucs biliaires et pancréatiques
 - Et un abcès rétro-péritonéal



Prévention et prise en charge des perforations post CPRE

- **Prévention**

- Connaître les techniques de cathétérisme difficile, maîtriser sa prise de risque, connaître ses limites et savoir s'arrêter !

- **Traitement**

- Fonction des données cliniques et de l'imagerie
- Prise en charge médico-chirurgicale
- Clip ovesco et/ou chirurgie si perforation directe
- Conservateur le plus souvent si perforation retro-péritonéale mais drainage radiologique souvent nécessaire
- Chirurgie si perforation en péritoine libre
- Prothèse biliaire et/ou pancréatique possible

Complications hémorragiques

- Concernent environ 1% des procédures, en majorité bénignes ou modérées, immédiates ou retardées
- Facteurs favorisants
 - Sphinctérotomie, pré-coupe, coagulopathie, anticoagulants
- Prévention
 - Gestion des anticoagulants
 - Dilatation plutôt que sphinctérotomie
- Traitement
 - Endoscopique +++
 - Techniques d'hémostase habituelle, préférer pince hémostatique et attention à l'orifice pancréatique
 - Prothèse métallique couverte de tamponnement si besoin
 - Artériographie en deuxième intention

Complications infectieuses

- 1% d'angiocholites après cathétérisme biliaire
 - Mais risque vital dans les infections sévère
- Contamination directe par les bactéries digestives du fait des manœuvres de la procédure
 - Contamination exceptionnelle par les endoscopes
- Le facteur de risque principal est l'ictère rétentionnel
 - Pose prothèse biliaire, sténose du hile, procédures combinées
 - Cholangioscopie rétrograde (5%)
 - Cholangite sclérosante primitive
- Cas particulier des cholécystites aiguës (0.2 à 0.5%)
 - Favorisée par la présence de lithiases vésiculaires
 - Ou par l'obstruction de l'abouchement du cystique par une prothèse métallique couverte en particulier en cas d'envahissement tumoral

Prévention des complications infectieuses

- L'antibioprophylaxie reste recommandée bien que son intérêt ne soit pas clairement démontré
- Discutable en l'absence d'obstruction biliaire ou si drainage complet obtenu en fin de procédure
- Poursuivre de l'antibiothérapie si :
 - Drainage biliaire incomplet, cholangite sclérosante, sténose post-transplantation hépatique, cholangioscopie rétrograde
- Choix du secteur à drainer en cas de sténose hilare
- Cholécystite aiguë
 - Ne pas recouvrir le canal cystique
 - Drainage radiologique et changement de prothèse



Pancréatite aiguë post-cathétérisme

- Complication la plus fréquente : incidence de 3.5%
- Complication potentiellement la plus grave
 - 11% de formes sévères
 - 3% de décès
- Diagnostic : douleurs abdominales et élévation des lipases
 - Classification d'Atlanta revisitée en 2012
 - Gravité si nécrose ou défaillance systémique
 - La surinfection de la nécrose fait basculer le pronostic
- Facteurs de risque : patient et procédure
- Prévention : prothèse pancréatique et AINS

Quels sont les patients à risque de pancréatite aïgue post CPRE ?

- Antécédent de pancréatite aïgue post CPRE OR 8.7
- Antécédent de pancréatite aïgue OR 2.4
- Suspicion de dysfonction du sphincter d'oddi OR 1.9
- Femme OR 3.5

- Voies biliaires non dilatées
- Bilirubinémie normale OR 1.9
- Absence de pancréatite chronique OR 1.9

Les facteurs de risque sont cumulatifs

Pancréatite aiguë post CPRE : facteurs de risque liés à la procédure

- Temps de canulation supérieur à 10 minutes OR 1.76
- Injections multiples ou passages multiples du fil guide dans le canal pancréatique principal OR 2.7
- Sphinctérotomie pancréatique OR 3.1
- Dilatation du sphincter d'oddi OR 4.5
- Ampullectomie
- Précoupe OR 2.3



Prévention de la PA post CPRE : prothèse pancréatique

- Réduction du risque de PA post CPRE et particulièrement des formes graves chez les patients à haut risque
 - OR 0.44 (0.24-0.81)
- Prothèse plastique temporaire fine (5 french) à retirer dans les 10 jours suivants la procédure
- Pour quels patients ?
 - Patients à haut risque : DSO, sphinctérotomie pancréatique, ampullectomie, dilatation sphincter d'oddi
 - Ou cumul de facteurs de risque liés au patient ou à la procédure
- Limites
 - Complications liées à la pose de la prothèse pancréatique

Prévention de la PA post CPRE : Anti-inflammatoires

- Administration intra-rectale de 100 mg d'indométhacine ou de diclofénac
- Immédiatement avant ou après la procédure
- Réduction de moitié du risque de PA post CPRE
- Pour tous les patients sauf contre-indication

POINTS FORTS

- La pancréatite aiguë est la complication la plus fréquente du cathétérisme bilio-pancréatique et survient dans 3.5% des cas
- Les facteurs de risque de la pancréatite aiguë post CPRE sont liés au patient et aux difficultés de la procédure
- Sa prévention implique l'utilisation systématique d'AINS par voie rectale et la mise en place d'une prothèse pancréatique temporaire pour les patients à haut risque
- L'hémorragie post-sphinctérotomie est rare et favorisée par les troubles de coagulation et les traitements anti-coagulants. L'hémostase endoscopique est efficace
- Les complications infectieuses surviennent essentiellement en cas d'ictère rétentionnel. L'antibiothérapie doit être maintenue si le drainage biliaire est incomplet.