

PSEUDOKYSTES PANCREATIQUES QUI ET COMMENT TRAITER EN 2005 ?

Philippe LEVY

Fédération Médico-Chirurgicale d'Hépatogastroentérologie

Hôpital Beaujon

100, Bld du Général Leclerc

92118 CLICHY Cedex

philippe.levy@bjn.ap-hop-paris.fr

PK compliquant une pancréatite aiguë

- Fréquence : 2 à 50 %
complications 21 à 46 %
délai 6 semaines (?) (collection, paroi, régression spontanée)
- Localisation corporeo-caudale : 2/3 cas
Bombement : 25 %
Communication syst. canalaire 25 %
multiples 15 %


*Borcher Gastroenterol Clin Biol 1993; 16: 853
Lasser Gastroenterol Clin Biol 1994; 18: 880
Gauguin Gut 1997; 41: 821*

PK compliquant une pancréatite chronique

- Fréquence : 20 % à 40 %
Régression spontanée < 10 %
- Localisation céphalique : 2/3 cas
Bombement : 50 %
Communication syst canalaire 50 %
multiples 15 %

*Borcher Gastroenterol Clin Biol 1993; 17: 270
Lasser Gastroenterol Clin Biol 1994; 18: 880
Gauguin Gut 1997; 41: 821*

Pseudokyste pancréatique: Evolution spontanée

- 
- Asymptomatique
 - Complication (cf infra)
 - Régression
 - Disparition spontanée

*Lasser Gastroenterol Clin Biol 1994; 18: 880
Gauguin Gut 1997; 41: 821*

Pseudokyste pancréatique: Lesquels traiter d'emblée ?

- PK symptomatiques:
 - Douleurs
 - Compression d'un organe de voisinage
- PK infectés (\approx abcès)
- PK hémorragiques (pseudoanévrisme)
- PK caudal et compression de la veine splénique ?

Pseudokyste pancréatique: Facteurs prédictifs de traitement.

- 97 PK chez 90 malades ayant une PC
- Régression spontanée ou persistance asymptomatique: n= 47
 - après un délai médian de 29 semaines (2-143)
- Nécessité d'un traitement spécifique: n= 50

Gauguin Gut 1997;41:821

Pseudokyste pancréatique: Facteurs prédictifs de traitement.

- PK extrapancréatique
- PK > 4-6 cm
 - Risque de complication passant de 20-25% à 70-80%
- Donc traiter les PK
 - > 6 cm asymptomatique
 - 4-6 cm (à voir)

Gauguin Gut 1997;41:821

Modalités thérapeutiques

- Traitement percutanés :
 - ponction simple
 - drainage
- Traitement endoscopique
- Traitement chirurgical

Traitement percutané

- Ponction simple :
 - sous échographie ou TDM
 - efficacité immédiate >50 %; récurrence >2/3
 - abandonné
- Drainage percutané :
 - sous échographie ou TDM
 - calibre important 12-25 Fr; drainage prolongé > 15 jours
 - efficacité 42 à 96 %; récurrence > 1/3 cas
 - utile en urgence en cas de sepsis non contrôlé

Waller Ann Surg 1999; 229:781-9

Traitement endoscopique : modalités

- Sphinctérotomie pancréatique
- Traitement des sténoses canalaire (forage, dilatation, prothèse) et des effractions canalaire
- Drainage des kystes et pseudokystes pancréatiques transmural ou transpapillaire

Stratégie thérapeutique établie par...

- Échographie
- TDM
- RM
- Echoendoscopie

Journal Gastroentérologie Clin Biol 1993;17:270-6

Drainage des pseudokystes

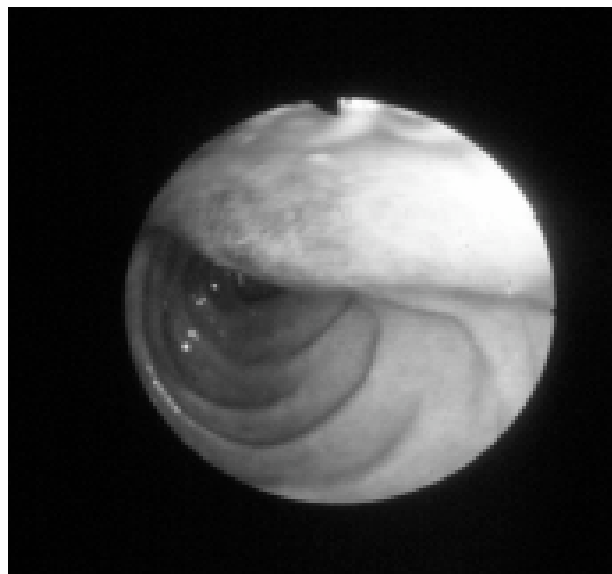
Choix thérapeutique

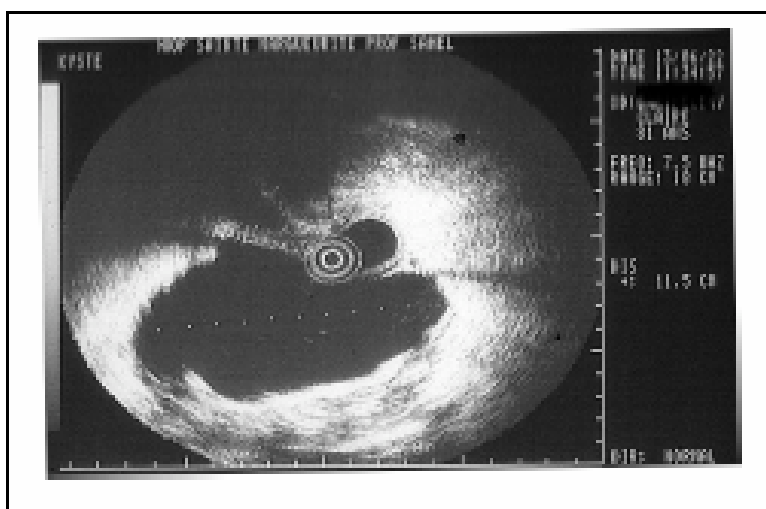
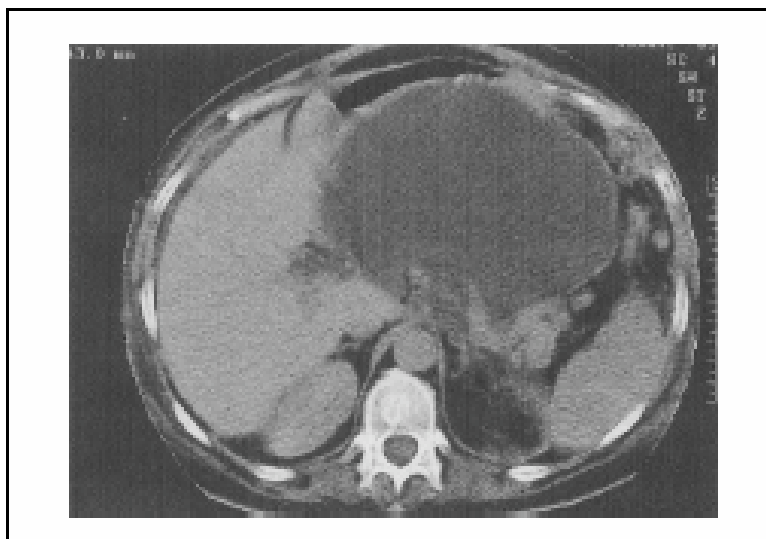
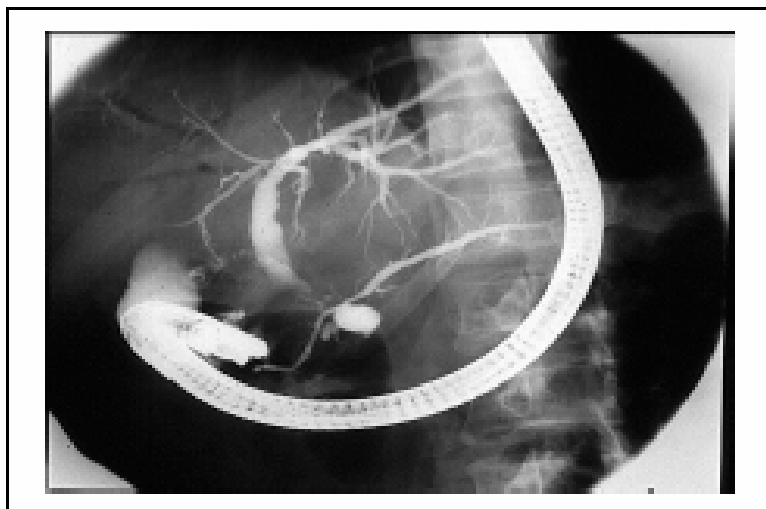
transmurale

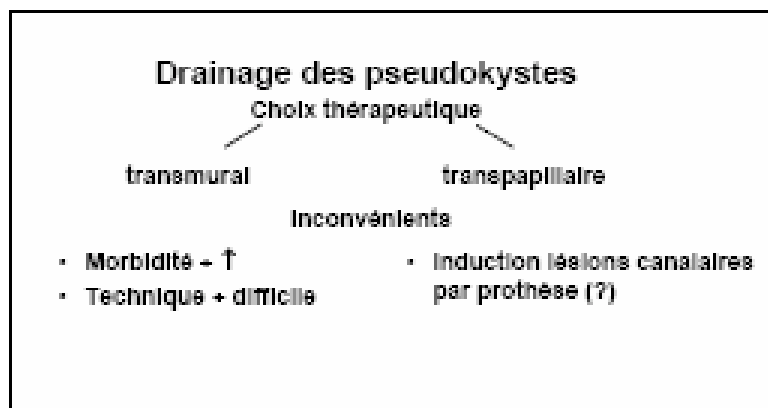
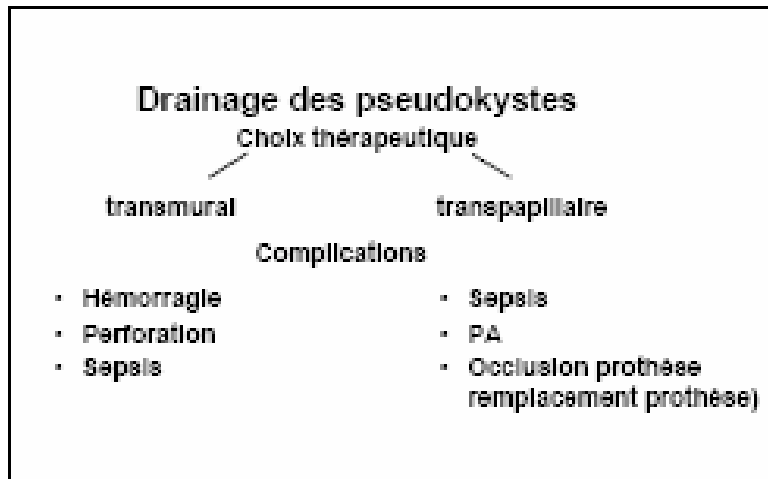
transpapillaire

Indications

- Bombant
- EUS-guidé
- Distance paroi-kyste < 1 cm
- Absence de vascularisation pariétale, d'HTP, de contenu hémorragique ou solide
- Rupture/obstruction complète
- Taille < 8 cm
- Communiquant
- Obstruction canalaire (Ca²⁺, sténose)
- Rupture partielle (tête/corps)







Drainage transmurale des pseudokystes

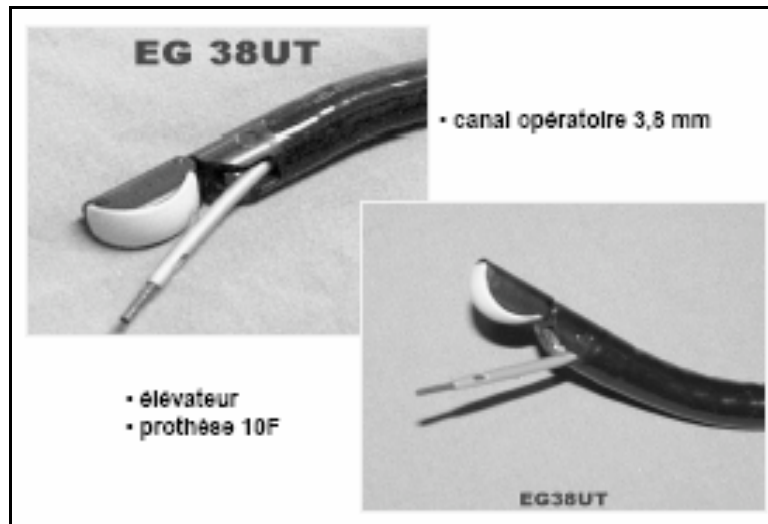




LONGITUDINAL-SCAN
PENTAX mit Biopsie
Convex Array PENTAX
7,5/5,0 MHz

Echoscopes
interventionnels
(Pentax/Olympus)

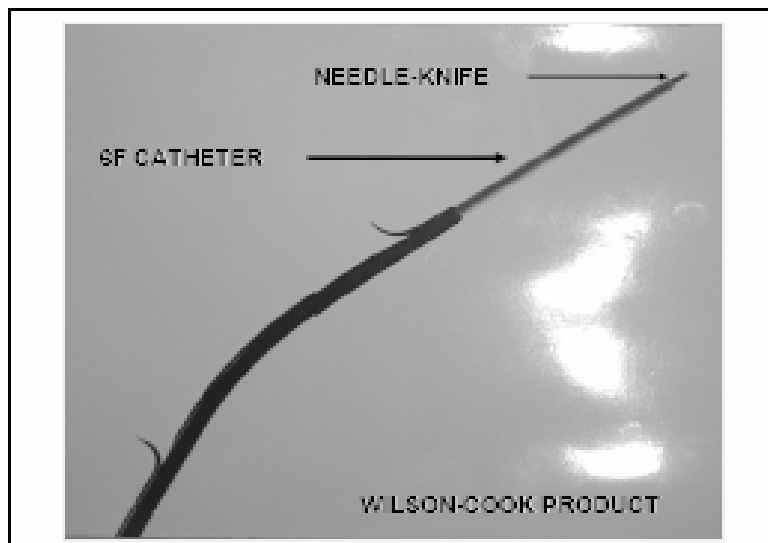
HITACHI



Drainage transmurale des pseudokystes

Matériel

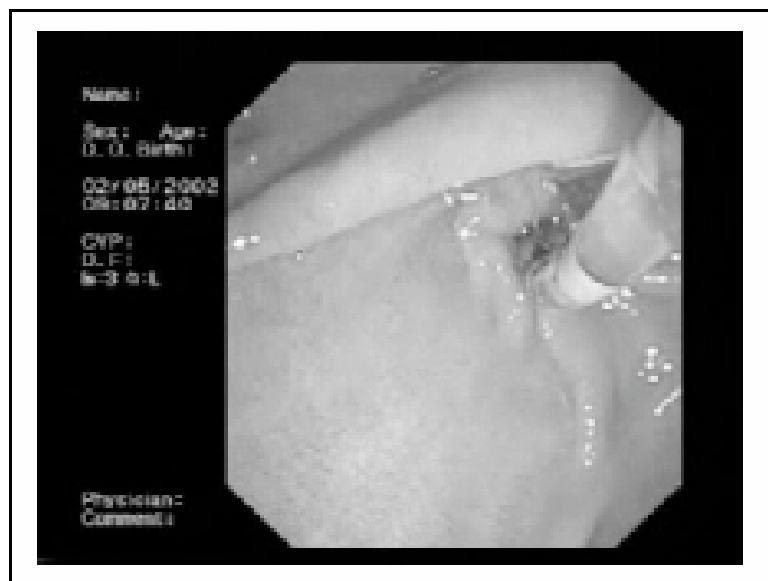
- Aiguille standard pour FNA
 - 22 G (guide 0,018)
 - 19 G (guide 0,033)
- Cystentérostome 6,5 F - 8,5 F - 10 F (Endoflex)
- Cystotome 10 F (aiguille diathermique) (WC)
- Instrument "one-step"
 - aiguille 19 G
 - prothèse 7 F ou 10 F (6 cm longueur, 2 trous lat., 4 flaps)
 - poussoir



Technique

- Drainage transmural:
- Drainage sous échographie :
- Drainage transpapillaire:

*Barter Gastroenterol Clin Biol 1993; 17:270-6; Barter Gastroenterol Biopsy 1995; 42:208-13
Glosswein Endoscopy 2001; 13:473-7*



Résultats : drainage transmural

- 6 séries publiées incluant 191 kystes traités par kysto-entérostomie:

. Echec	5 % (0-16 %)
. Récidive	6 % (3-13 %)
. Chirurgie secondaire	15 % (12-30 %)
. Morbidité	15 %

(hémorragie, perforation, infection),

- kystogastrostomie → kystododuodéostomie



Guérison: 78 % (51-82 %)

Résultats : drainage transpapillaire

- 6 séries publiées incluant 121 kystes traités par voie trans-papillaire:

. Récidive	9 %
. Chirurgie secondaire	11 %
. Morbidité	10 % (PA, infection),



Guérison: 85 % (76-94 %)

Drainage sous échocoscopie

- Drainage 18/20 abcès (drain nasokystique) et 15 pseudokystes (prothèse ou drain)
- 3 récurrences dans un délai moyen de 27 mois
- Succès thérapeutique 31/35 patients (88%) (4 patients opérés)

Gastroint Endoscopy 2001;33:473-77

Traitement des complications de la PC

Drainage des pseudokystes

	Choix thérapeutique	
	transmurale	transpapillaire
	8 séries 88-92	8 séries 91-95
Patients	191	121
Résolution clinique initiale	93%	87%
Succès à long terme	78%	84%
Morbidités	15%	10%
Mortalité	1	0
Chirurgie	15%	11%
Suivi (m)	9-48	15-37

Beckingham, *Br J Surg* 1997; 84: 1638; Barthet, *GCB* 2002; 26: B130

Indications

- PC : Pseudo-kyste > 4-6 cm ou symptomatique
Favoriser drainage transpapillaire:
traitement des lésions canalaire responsables
- PA : Respecter délai de maturation (collection, paroi)
drainage transmurale +/- transpapillaire

QUE CHOISIR ?

Chirurgie OU Endoscopie

Réséction, dérivation (kystogastrostomie,
kystojéjunostomie, kystowirsungojéjunostomie)

Sur quelles bases ?

absence d'étude randomisée
en fonction des indications
en fonction de l'expérience des équipes

Pseudo-kystes pancréatiques

- Efficacité et morbidité endoscopie/chirurgie sont comparables en comparaison historique
- Méthodes non exclusives
- Endoscopie en première intention, chirurgie en cas d'échec ou de contre-indication ou d'autre indication chirurgicale ?

Barthel Gastroenterol Clin Biol 1993;17:270-6; Barthel Gastrointest Endosc 1995;42:208-13

Conclusion

- Le traitement endoscopique des PK pancréatiques est une avancée importante des 20 dernières années
- mais:
 - . Pas d'étude randomisée
 - . Pas d'étude coût-efficacité
 - . Méthodes disparates
 - . Expérience des équipes indispensable