

EPU Paris VII



Journée de Gastroentérologie

Vendredi 6 janvier 2006

Palais des Congrès de Paris
Porte Maillot - Niveau 3

Organisateurs scientifiques

Professeurs Benoît COFFIN
et Marc LÉMANN

Renseignements et inscriptions

BCA

5, boulevard du Général Leclerc
92113 Clichy Cedex - France
contact@b-c-a.fr - www.b-c-a.fr
T : +33 (0)1 41 06 67 70
F : +33 (0)1 41 06 67 79

STENOSES BILIAIRES OU DUODENALES : CHIRURGIE OU ENDOSCOPIE

Alain SAUVANET

Service du Prof. Fekete
Hôpital Beaujon
100, Bld du Général Leclerc
92118 CLICHY CEDEX

alain.sauvanet@bjn.ap-hop-paris.fr

Les sténoses biliaires et duodénales constituent 2 complications fréquentes de la pancréatite chronique et des adénocarcinomes péri-ampullaires (pancréas, voie biliaire principale, ampoule de Vater). Le choix du traitement de ces sténoses (chirurgie ou endoscopie) est principalement conditionné par le caractère bénin ou malin de la sténose et, en cas de sténose maligne, des circonstances au cours desquelles est affirmé le caractère palliatif du traitement.

1. STENOSES DE LA PANCREATITE CHRONIQUE

Les sténoses duodénales symptomatiques relèvent en règle d'une dérivation chirurgicale. Lorsque la sténose s'intègre dans un tableau plus complexe (douleurs invalidantes, sténose biliaire), une exérèse peut être indiquée.

Les sténoses biliaires doivent être traitées en cas de cholestase persistant plus de 3 à 9 mois, afin d'éviter la survenue d'une fibrose et/ou d'une dysfonction hépatique. La chirurgie (anastomose cholédoco-duodénale ou hépatico-jéjunale) a une effet définitif, mais est associé à une morbidité significative (complications respiratoires=10%) et est contre-indiqué dans certaines circonstances (poussée récente de pancréatite, hépatite alcoolique aiguë associée, hypertension portale segmentaire avec cavernome pédiculaire). Ces sténoses biliaires peuvent également être traitées par endoprothèse plastique. Ce traitement nécessite des changements réguliers de prothèses et ne permet, une levée définitive de la sténose que dans 25% à 30% des cas (1). Certains artifices techniques (dilatation au ballonnet, intubation par 2 prothèses parallèles) pourraient améliorer ces résultats (2). Du fait de ses résultats à distance décevants, le traitement endoscopique n'est indiquée qu'en cas de refus ou de contre-indication à la chirurgie.

2. STENOSES MALIGNES

Lorsqu'une exérèse curative n'est pas possible, le choix entre chirurgie et endoscopie dépend surtout des circonstances au cours desquelles est affirmé le caractère palliatif du traitement, et à un moindre degré du terrain (risque opératoire), de la diffusion tumorale (maladie loco-régionale ou métastatique), de l'existence d'une sténose isolée (en règle biliaire) ou double (biliaire et digestive).

2.1 LE CARACTERE PALLIATIF DU TRAITEMENT N'EST AFFIRME QU'EN PEROPERATOIRE

Chez un patient opéré en vue d'une exérèse curative, une extension tumorale contre-indiquant cette exérèse est découverte lors de la laparotomie chez environ 15% des malades. Dans ce cas, l'intervention doit comporter une dérivation biliaire (anastomose cholédoco-duodénale ou hépatico-jéjunale en fonction de la localisation de la sténose par rapport au duodénum) et une dérivation digestive (anastomose gastro-jéjunale). Les dérivations biliaires ont habituellement des suites simples. Le principal inconvénient des dérivations digestives est la survenue (dans 2% à 30% des cas en fonction du montage et surtout de la définition utilisée) d'une gastroplogie se traduisant par des douleurs épigastriques post-prandiales, des vomissements, et obligeant à différer la réalimentation au-delà de la reprise du transit intestinal. La physiopathologie de ce trouble est mal connue. Le traitement comportant une aspiration gastrique et des prokinétiques, est efficace en 1 à 5 semaines. La distension préalable de l'estomac semble un facteur favorisant car ce trouble est plus fréquent après dérivation curative que préventive. Toutefois, deux essais contrôlés ont montré qu'en cas de sténose biliaire isolée compliquant un cancer du pancréas, une double dérivation biliaire et digestive était préférable à une dérivation biliaire isolée car elle n'entraînait pas de surmorbidity immédiate et prévenait la survenue à distance des symptômes d'obstruction digestive haute chez environ 20% des patients (3,4). En cas d'ampullome, le risque de sténose duodénale semble supérieur et justifie également une double dérivation systématique.

Si la contre-indication à une exérèse curative est affirmée en laparoscopie, certaines équipes entraînées réalisent une dérivation dans le même temps; sinon, un traitement endoscopique nécessitant en règle une deuxième anesthésie est nécessaire.

2.2 LE CARACTERE PALLIATIF DU TRAITEMENT EST AFFIRME PAR L'IMAGERIE

2.2.1 STENOSES BILIAIRES

Plusieurs essais randomisés avaient montré que, chez des malades non sélectionnés, le traitement endoscopique de l'ictère était aussi efficace et mieux toléré que le traitement chirurgical (5). Les résultats de la chirurgie se sont améliorés mais, dans les séries récentes, elle n'est réalisée que chez des patients sélectionnés. Actuellement, dans les centres spécialisés, la faisabilité de l'intubation endoscopique des voies biliaires (par prothèse plastique ou prothèse métallique expansible) atteint 95% et la mortalité est de 3% (5).

L'intubation par voie percutanée trans-hépatique, moins diffusée et plus complexe que la voie endoscopique, est réservée aux échecs de cette dernière. et peut aussi être utilisée comme appoint au traitement endoscopique : un guide est placé au travers de la

sténose par voie trans-hépatique, est repéré endoscopiquement dans le duodénum et sert de tuteur à l'insertion endoscopique de la prothèse. Cette technique (dite du « rendez-vous ») permet d'augmenter la faisabilité de l'insertion d'endoprothèses plastiques, et autorise le changement ultérieur des prothèses par voie endoscopique pure.

Le traitement endoscopique de l'ictère expose à 2 complications tardives : l'occlusion de la prothèse et la survenue d'une sténose duodénale symptomatique. L'occlusion de la prothèse est la conséquence de dépôts d'un sédiment biliaire en cas de prothèse plastique, et d'une prolifération tumorale endoluminale en cas de prothèse métallique non couverte. La médiane de perméabilité des prothèses plastiques est de 3 à 4 mois (6) contre 6-8 mois pour les prothèses métalliques expansibles non couvertes et 12-14 mois pour les prothèses métalliques expansibles couvertes (7,8). Les prothèses métalliques expansibles couvertes pourraient être associées à un risque accru de migration et de cholécystite par occlusion du canal cystique. Les occlusions des prothèses plastiques sont traitées par changement de prothèse et celle des prothèses métalliques par l'insertion d'une prothèse plastique dans la prothèse métallique.

Une sténose duodénale symptomatique survient chez 5% à 15% des malades traités par endoprothèse biliaire (5). Ce taux semble d'autant plus élevé que la survie est prolongée.

2.2.2 STENOSES DUODENALES

Ces sténoses duodénales sont plus rares que les sténoses biliaires: Le traitement endoscopique consiste, après avoir éliminé un obstacle sous-jacent par carcinose péritonéale, en la mise en place dans la sténose d'une prothèse métallique auto-expansible non couverte, sous contrôle fluoroscopique. Le taux de succès de mise en place d'endoprothèses duodénales est de plus de 95% (9). Ce geste permet le plus souvent une reprise de l'alimentation dans les 24 premières heures. Les principales causes d'échec précoce sont un obstacle sous-jacent par carcinose méconnue, une couverture insuffisante de la sténose, ou une migration de la prothèse (9). A distance, la sténose récidive dans 10% des cas. Il est possible de mettre en place de façon concomitante ou de changer une endoprothèse biliaire. Le temps biliaire doit alors précéder le temps duodéal, bien que l'accès endoscopique à la voie biliaire à travers les mailles d'une prothèse duodénale reste possible mais plus aléatoire (10).

2.2.3 CHOIX DU TRAITEMENT

Chez un malade à haut risque opératoire ou en cas de maladie métastatique, un traitement endoscopique exclusif est préférable du fait d'un moindre risque immédiat, de la possibilité de débiter plus rapidement la chimiothérapie (médiane=8 mois), et de la faible espérance de vie. Une prothèse biliaire métallique est plus adaptée qu'une prothèse plastique car elle reste perméable jusqu'au décès du patient dans 70% des cas (11).

En cas de maladie loco-régionale, l'espérance de vie est plus longue (médiane=12 mois), mais un traitement endoscopique exclusif (comportant au besoin une prothèse biliaire métallique et une prothèse duodénale) est définitivement efficace dans 70% à 90% des cas (11).

Une double dérivation chirurgicale n'apparaît plus qu'exceptionnellement indiquée, chez un patient à faible risque opératoire et dont le pronostic est > 6 mois (absence de métastases), lorsqu'un traitement endoscopique exclusif pose un problème de faisabilité ou de disponibilité. L'allongement de la survie progressivement permis par les traitements anti-tumoraux, pourrait constituer un argument pour le traitement chirurgical, dont l'efficacité est définitive.

REFERENCES

- 1) Cahen D, Van Berkel AM, Oskam D, et al. Long-term results of endoscopic drainage of common bile duct strictures in chronic pancreatitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005; 17:103-108.
- 2) Catalano MF, Linder JD, George S, Alcocer E, Geenen JE. Treatment of symptomatic distal common bile duct stenosis secondary to chronic pancreatitis : comparison of single vs multiple simultaneous stents. *Gastrointest Endosc* 2004, 60, 945-952.
- 3) Lillemoe KD, Cameron JL, Hardacre JM, et al. Is prophylactic gastrojejunostomy indicated for unresectable periampullary cancer. A prospective randomized trial. *Ann Surg* 1999; 230 : 322-330.
- 4) Van Heek NT, De Castro SM, van Eijck CH, et al. The need for a prophylactic gastrojejunostomy for unresectable periamullary cancer. A prospective randomized multicenter trial with special focus on assessment of quality of life. *Ann Surg* 2003; 238 : 894-905.

- 5) Taylor MC, McLeod RS, Langer B. Biliary stenting versus bypass surgery for the palliation of malignant distal bile duct obstruction: a meta-analysis. *Liver Transpl Surg* 2000; 6: 302-308.
- 6) Prat F, Chapat O, Ducot B, et al. A randomized trial of endoscopic drainage methods for inoperable malignant strictures of the common bile duct. *Gastrointest Endosc* 1998 ; 47: 1-7
- 7) Isayama H, Komatsu Y, Tsujino T et al. A prospective randomised study of « covered » versus « uncovered » diamond stents for thje management of distal bile duct obstruction. *Gut* 2004; 53:729-734.
- 8) Nakai Y, Isayama H, Komatsus Y, el al. Efficacy and safety of the covered Wallstent in patients with distal malignant biliary obstruction. *Gastrointest Endosc* 2005; 62:742-748.
- 9) Bessoud B, de Baere T, Denys A et al. Malignant gastroduodenal obstruction : palliation with self-expanding metallic stents. *J Vasc Interv Radiol* 2005; 16: 247-253.
- 10) Kaw M., Singh S., Gagneja H.. Clinical outcome of simultaneous self-expandable metal stents for palliation of malignant biliary and duodenal obstruction. *Surgical Endoscopy* 2003; 17: 457-61.
- 11) F Maire, P Ponsot, A Aubert, et al. A l'heure de l'allongement de la survie des malades ayant un adénocarcinome pancréatique non résecable, quelle est l'efficacité à long terme des endoprothèses biliaires et duodénales ? *Gastroenterol Clin Biol*, 2004, 28, hors série 1, A92.