

Techniques de canulation de la papille et de sphinctérotomie[1]

Papilla cannulation and sphincterotomy techniques[1]

Traduction : D. Heresbach

Relecteurs : X. Dray · E. Bories

© Lavoisier SAS 2017

Pour la commission enseignement–recommandations

La SFED a décidé après accord de l'ESGE de vous faire partager les recommandations de l'ESGE en publiant les traductions de leurs résumés, le texte intégral étant disponible sur <http://www.esge.com/esge-guidelines.html>

Ces recommandations sont relayées et adoptées par la SFED.

1. L'ESGE propose que la canulation biliaire difficile soit définie par :

- plus de cinq contacts lors de tentative de cathétérisme ;
- plus de cinq minutes d'échec après visualisation de la papille ;
- plus d'un cathétérisme ou opacification non intentionnels des canaux pancréatiques (*évidence de faible qualité, recommandation faible*).

2. L'ESGE recommande la technique de canulation assistée par fil-guide, car elle permet de diminuer le risque de pancréatite aiguë postcathétérisme rétrograde endoscopique (CPRE) [*évidence de qualité modérée, recommandation forte*]. L'ESGE suggère d'utiliser un fil-guide dont l'extrémité est hydrophile, ce qui facilite la canulation biliaire (*évidence de qualité très faible, recommandation faible*).

3. L'ESGE recommande de recourir à la technique de canulation biliaire assistée par fil-guide pancréatique quand la canulation biliaire est difficile et que plusieurs cathétérismes pancréatiques non intentionnels surviennent (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*). L'ESGE recommande de tenter la mise en place d'une prothèse pancréatique prophylactique en cas de canulation biliaire assistée par fil-guide pancréatique (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*). En cas de canulation difficile et d'absence de passage accidentel du fil-guide dans le canal pancréatique, la technique de la précoupe peut être

envisagée selon la morphologie de la papille, la précoupe ou les tentatives multiples présentant le même taux de succès et de complications, mais la pancréatite est moins fréquente en cas de précoupe précoce (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*).

4. L'ESGE recommande la technique d'infundibulotomie comme technique de précoupe à privilégier (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*). L'ESGE suggère que la technique de précoupe ne soit utilisée que par les endoscopistes qui ont un taux de succès de plus de 80 % en première intention en utilisant une technique standard (*évidence de faible qualité, recommandation faible*). En dessous de ce taux, un endoscopiste ne devrait pas recourir à la précoupe sans recours. Quand l'accès au canal pancréatique est facile à obtenir, l'ESGE recommande la pose d'une prothèse pancréatique avant la précoupe. L'ESGE suggère de s'assurer de la migration spontanée de la prothèse pancréatique par une radiographie une semaine après sa pose (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*).

5. L'ESGE recommande que chez les patients avec une petite papille difficile à cathétériser une sphinctérotomie transpancréatique puisse être envisagée si un fil-guide est inséré dans le canal pancréatique de manière non intentionnelle. Toutefois, cette technique ne devrait être réalisée que par des experts (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*). L'ESGE suggère qu'en cas de sphinctérotomie transpancréatique, une prothèse pancréatique préventive soit posée (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*).

6. L'ESGE recommande d'utiliser un courant mixte pour la sphinctérotomie et non un courant de coupe pur, afin de diminuer le risque d'hémorragie modérée (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*). L'ESGE suggère d'utiliser un courant alternant coupe et coagulation qui diminue les coupes non contrôlées (ZIP) et les hémorragies persphinctérotomies (*évidence de qualité modérée, recommandation faible*).

D. Heresbach (✉)
e-mail : denis.heresbach@ch-centre-bretagne.fr

7. L'ESGE suggère le recours à la dilatation papillaire biliaire au ballonnet comme alternative à la sphinctérotomie pour extraire les calculs de moins de 8 mm et en l'absence de contre-indication anatomique (sténose biliaire, ampullome, antécédent de chirurgie biliaire hors cholécystectomie, macrolithiase) ou clinique (pancréatite aiguë, cholangite aiguë, précoupe papillaire), en particulier en cas de coagulopathie ou de montage chirurgical (*évidence de qualité modérée, recommandation forte*). Pour réaliser une dilatation papillaire biliaire, un ballon de 8 mm est recommandé, quel que soit le diamètre de la voie biliaire. Les données concernant la durée de dilatation sont discordantes, mais une minute pourrait avec un risque pour une dilatation supérieur à cinq minutes (*évidence de qualité forte, recommandation faible*). Bien que les données comparant l'incidence des pancréatites post-CPRE après dilatation biliaire endoscopique et sphinctérotomie soient manquantes, les experts recommandent la réalisation d'une courte sphinctérotomie avant dilation pour réduire le risque de pancréatite (*évidence de qualité faible, recommandation faible*).

8. L'ESGE ne recommande pas de sphinctérotomie biliaire systématique en cas de sphinctérotomie pancréatique, sauf indication spécifique de type obstacle biliaire ou dysfonctionnement du sphincter d'Oddi (*évidence de qualité modérée, recommandation faible*).

9. L'ESGE suggère, en cas de diverticule péripapillaire et de cathétérisme difficile de la papille, que la pose d'une prothèse pancréatique suivie d'une précoupe ou la réalisation d'une infundibulotomie sont des options adaptées, le choix dépendant des conditions anatomiques et de l'opérateur (*évidence de qualité faible, recommandation faible*). L'ESGE suggère que la sphinctérotomie est sûre en cas de diverticule périampullaire. Dans les cas où une sphinctérotomie complète est rendue difficile par le diverticule, l'extraction d'un gros calcul peut être facilitée par une petite sphinctérotomie suivie d'une dilatation de la papille ou une dilatation de la papille exclusive (*évidence de qualité faible, recommandation faible*).

10. Pour la canulation de la papille accessoire, l'ESGE suggère d'utiliser une technique de canulation assistée par fil-guide, avec ou sans contraste, et une sphinctérotomie avec un sphinctérotome standard ou une précoupe sur prothèse (*évidence de qualité faible, recommandation faible*). L'ESGE suggère, en cas de difficulté pour le cathétérisme de la papille accessoire, de recourir à la sécrétine qui peut être précédée de la pulvérisation duodénale de bleu de méthylène (*évidence de qualité faible, recommandation faible*). L'ESGE suggère que le diagnostic de pancréas divisum repose sur des critères morphologiques (bombement, ouverture de l'orifice et sécrétion pancréatique) combinés aux données d'une pancréatico-IRM qui doit toujours précéder

la CPRE, sauf contre-indication formelle (*évidence de qualité faible, recommandation faible*).

11. En cas de calcul cholédocien et de cholécystectomie programmée, l'ESGE suggère une CPRE peropératoire avec un rendez-vous pendant la coelioscopie, si les expertises et conditions locales le permettent (*évidence de qualité modérée, recommandation faible*). L'ESGE suggère qu'en cas d'échec de CPRE la technique antérograde avec pose de fils-guides par voie transpariétale ou sous échoendoscopie peut être utilisée pour accès biliaire selon les disponibilités et expertises locales (*évidence de qualité faible, recommandation faible*).

12. L'ESGE suggère qu'en cas de gastrectomie de type Billroth II (Finsterer) la CPRE soit réalisée dans un centre référent, en première intention avec un latéroscope et qu'un endoscope à vision axiale ne soit utilisé qu'en cas d'échec (*évidence de qualité faible, recommandation faible*). Un cathéter droit ou un sphinctérotome inversé avec ou sans fil-guide est recommandé par l'ESGE pour CPRE en cas de gastrectomie de type Billroth II (*évidence de qualité faible, recommandation forte*). L'ESGE suggère que la sphinctérotomie dans une gastrectomie Billroth II soit réalisée avec un sphinctérotome inversé. Une dilatation au ballonnet est suggérée comme alternative à la sphinctérotomie pour extraction de calcul dans cette situation anatomique particulière (*évidence de qualité faible, recommandation faible*). En cas de remaniement anatomique complexe, l'ESGE recommande le recours à un centre disposant de l'entéroscopie assistée (*évidence de qualité très faible, recommandation faible*).

Liens d'intérêts : ESGE guidelines represent a consensus of best practice based on the available evidence at the time of preparation. They may not apply in all situations and should be interpreted in the light of specific clinical situations and resource availability. Further controlled clinical studies may be needed to clarify aspects of this statement, and revision may be necessary as new data appear. Clinical consideration may justify a course of action at variance to these recommendations. This guideline is intended to be an educational device to provide information that may assist endoscopists in providing care to patients. This guideline is not a rule and should not be construed as establishing a legal standard of care or as encouraging, advocating, requiring, or discouraging any particular treatment. This document was translated by the Société française d'Endoscopie Digestive and the translation accuracy is under the responsibility of SFED.

Bibliographie

Testoni PA, Mariani A, Aabakken L, et al. Papillary cannulation and sphincterotomy techniques at ERCP: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. *Endoscopy* 2016;48:657-683.