

# QUAND FAUT-IL FAIRE UNE CPRE EN URGENCE?

Pr Frédéric Prat

[Frederic.prat@cch.aphp.fr](mailto:Frederic.prat@cch.aphp.fr)

# Qu'est-ce qu'une endoscopie urgente?

- Si elle est faite très rapidement:
  - Peut traiter efficacement le motif de présentation
  - Peut améliorer de pronostic de l'affection aiguë
- En pratique:
  - Dans les 24 heures
  - Ou dans les 72 heures (pancréatite)

# Quelles sont les indications reconnues d'endoscopie haute urgente? 1-HD

- Stabilité hémodynamique d'abord
- Dans de bonnes conditions:
  - AG
  - Estomac vidangé –érythromycine-
  - Intubation si nécessaire,
  - Personnel formé
- En association IPP IV haute dose si HD ulcéreuse
- Avec geste d'hémostase endoscopique
- Une HD haute n'est pas en soi une indication d'endoscopie urgente

# Quelles sont les indications reconnues d'endoscopie haute urgente? 2- autres

- L'obstruction aiguë sur corps étranger:
  - Enfants
  - Selon:
    - nature du CE (coupant, tranchant = 15-35% risque de perforation)
    - Localisation (oeso, hypopharynx), taille (> 6cm long ou > 2.5cm diam), délai
- L'ingestion de caustique:
  - bilan initial très précoce -6h- => chirurgie ou pas

*Contini S, Scarpignato C. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: a comprehensive review. WJG 2013;19:3918-30*

# Quelles sont les indications reconnues d'endoscopie basse urgente?

- Occlusion colique aiguë par:
  - Volvulus (sigmoïde  $\frac{3}{4}$  des cas)
    - 3<sup>e</sup> cause d'obstruction colique
    - Morbi-mortalité de la chirurgie
    - À éviter si ischémie
  - POAC (syndrome d'Ogilvie)
    - Si diamètre caecum  $\geq 12$ cm et/ou symptômes depuis  $\geq 6$  jours (risque perforation spontanée, ischémie aiguë, mortalité)
- Plus discutable:
  - HD basse (faible rentabilité)
  - Occlusion aiguë sur tumeur colorectale (« bridge to surgery »)

# Quelles sont les indications reconnues de CPRE urgente?

- L'angiocholite
- La pancréatite aiguë biliaire

# Les indications actuelles de la CPRE

- |  |           |
|--|-----------|
| • Extraction de calculs de la VBP (+/- VBIH)   | SE        |
| • Levée d'obstacle tissulaire de la VBP et du hile <ul style="list-style-type: none"><li>• Sténoses malignes</li><li>• Sténoses bénignes</li></ul> | Prothèses |
| • Assèchement de fistules biliaires  | Prothèses |
| • Traitement d'obstructions et fistules pancréatiques  | Prothèses |

# Les indications où l'urgence existe

- Lorsqu'il existe un sepsis non immédiatement contrôlé:
  - SIRS
  - Choc septique avec hypo-TA < 90mmHg
  - Fièvre persistant à > 24h d'antibiothérapie probabiliste
  - Douleur abdominale croissante
  - Troubles de conscience,
  - IRA avec oligo-anurie

*Lee DW, et al. Gastrointest Endosc. 2002 Sep;56(3):361-5*

- Pancréatite grave ?



# La CPRE améliore-t-elle l'issue?

## 1- angiocholite

- Oui en cas de LVBP:

- *Leung JWC, Chung SCS, Sung JJY, et al. Urgent endoscopic drainage for acute suppurative cholangitis. Lancet 1989;I:1307–9.*
- *Lai ECS, Mok FPT, Tan ESY, et al. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. N Eng J Med 1992;326:1582–6*
- *Lau JYW, Ip SM, Chung SCS, et al. Endoscopic drainage aborts endotoxemia in acute cholangitis. Br J Surg 1996;83:181–4.*

- Et même sans LVBP!

- *Hui CK, et al. A randomised controlled trial of endoscopic sphincterotomy in acute cholangitis without common bile duct stones. Gut 2002;51:245–247*

- Avantage aussi en cas d'angiocholite modérée:

- Seulement sur la DS (étude prosp non random) *Jang SE, et al, Dig Dis Sci 2013 ; 58 : 2082 – 7*
- Sur taux de réadmission à J30 (étude rétrosp) *Navaneethan U, et al. Gastrointest Endosc 2013 ; 78 : 81 – 90*

# Comment procéder?

## 1- angiocholite

- La SE ne suffit pas, il faut:
- Soit assurer la liberté complète des VB (enlever **tous** les calculs)
- A défaut, drainer
  - DNB
  - Prothèse
  - Prothèse mieux que DNB:
    - meilleur confort
    - Moins de risque de déplacement
      - (Lee DW, et al. *Gastrointest Endosc.* 2002 Sep;56(3):361-5)
  - Peut être fait sans RX, en USI, mais conditions dégradées
    - (Stavropoulos, *Endoscopy* 2005;37:389-92)

# La CPRE améliore-t-elle l'issue?

## 2- pancréatite aiguë

- Le rationnel:
  - La durée d'obstruction du CW est corrélée à la sévérité de la PA
  - La levée précoce de l'obstruction peut améliorer le pronostic
- Les grandes études:
  - Résultats contradictoires:
    - Populations hétérogènes
    - Délais variables/début
    - Sélection discutable: trop ou pas assez d'angiocholites associées
  - 1 donnée acquise:
    - **CPRE + SE utile avant 72h si angiocholite ou obstruction bil. associée**

*Neoptolemos JP, et al. Lancet. 1988;2:979–983.*

*Fan ST, et al. N Engl J Med. 1993;328:228–232.*

*Fölsch UR, et al. N Engl J Med. 1997;336:237–242*

# La CPRE améliore-t-elle l'issue?

## 2- pancréatite aiguë

- Depuis 2000
  - 1 méta-analyse (*Petrov MS, Ann Surg. 2008;247:250-7*)
    - PA sévère ou pas, seule l'angiocholite justifie la CPRE urgente.
    - Mais exclut 4 RCT sur 7
  - 1 nouveau RCT c/o pts avec PA et obstruction biliaire (*Oria A, Ann Surg 2007;245: 10–17*)
    - Pas de différence TC vs SE
    - Mais 51 pts/groupe, délai 48h symptômes + 72h admission, obstruction minimale (BT>12mg/l, VBP 8mm)
  - 1 grande étude multicentrique (*Van Santvoort HC, et al. Ann Surg. 2009;250:68-75*)
    - Gd nombre de pts (81+72 = 153) avec PA grave uniquement, sans angiocholite, mais avec (67%) ou sans (33%) obstruction (BT>23mg/l)
    - Mortalité NS mais qd même 6% ERCP vs 15% TC
    - Complications 25% vs 54% (p<0.02)
    - Nécrose > 30% 8% vs 31% (p<0.01)

# Que conclure?

## 2- pancréatite aiguë

- 1- Que la PA soit grave ou non, s'il y a angiocholite associée, une CPRE est indiquée en urgence (72h au plus après les 1ers symptômes)
- 2- Si la PA est grave, la CPRE en urgence est bénéfique dès lors qu'il existe une obstruction biliaire (BT > 40micromol/l)

# Y a-t-il d'autres indications de CPRE urgente?

- La femme enceinte:
  - pas de différence, mais toujours IRM ou EUS avant CPRE
  - Retarder le geste si possible si 1<sup>er</sup> trimestre
- Lésions du pancréas: trauma pancréatique
  - Recherche de lésion canalaire,
  - Guide la chirurgie
  - Peut traiter la lésion

*Takishima T, et al. Nihon Geka Gakkai Zasshi. 1995;96:569-76*

- En pratique
  - rarement de vraies urgences
  - Pas de précipitation, évaluation soigneuse avant décision de CPRE

# Quels avantages à une intervention en urgence?

## Inpatient Weekend ERCP Is Associated With a Reduction in Patient Length of Stay

Neehar D. Parikh, MD, MS<sup>1,2</sup>, Rachel Issaka, MD<sup>1</sup>, Brittany Lapin, MPH<sup>2</sup>, Srinadh Komanduri, MD, MS<sup>1</sup>, John A. Martin, MD<sup>1</sup> and Rajesh N. Keswani, MD<sup>1</sup>

- Morbidité
- Mortalité
- DS et Coûts : *Am J Gastroenterol 2014;109:465-70*
  - *Comparaison rétrospective 53 CPRE faites le WE vs 71 faites le lundi:*
    - *DS réduite si CPRE le weekend ( $p < 0.01$ )*
    - *Coûts réduits ( $p < 0.05$ )*
    - *Risque réduit en analyse multiV. de DS > 3j*

# Pourquoi la CPRE est-elle rarement organisée en urgence?

- Personnel Médical: < 10% des HGE pratiquent la CPRE, <5% ont une activité > 100 actes/an
- PNM: infirmières formées
- Activité/volume: seuls les centres à gros volume peuvent organiser cette activité
- Structure: bloc 24/24 équipé pour l'endoscopie et radiologie
- Rareté des indications: quelques dizaines par an en IdF



# Comment organiser la permanence des soins en CPRE?

- Cas de petits CHU de province:
  - centre de référence unique
  - obligation d'assurer l'urgence endoscopique
  - intégration de la CPRE
- Cas de la région IdF et des gros CHU
  - Nombreux centres interventionnels
  - Centralisation de l'urgence
  - Surcentralisation pour la CPRE?

# Que proposer à Paris et IDF?

- Une astreinte
- Centralisée
- Intégrée à la garde de chirurgie
- Endoscopistes interventionnels formés ayant une activité régulière
- Activité de CPRE mais aussi de recours:
  - Hémorragies post-interventionnelles (CPRE etc)
  - Prothèses digestives
  - Drainages de collections