

QUAND FAUT-IL FAIRE UNE CPRE EN URGENCE?

Pr Frédéric Prat

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 le pronostic de l'affection aiguë
- En pratique:
 - Dans les 24 heures
 - Ou dans les 72 heures (pancréatite)

Apel D, Riemann JF. Emergency endoscopy. Can J Gastroenterol. 2000 Mar;14(3):199-203

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 ulcéruse
 - 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 (couplant, 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 ¾ des cas)
 - 3ème cause d'obstruction colique
 - Morbi-mortalité de la chirurgie
 - À éviter si ischémie
 - POAC (syndrome d'Ogilvie)
 - Si diamètre caecum \geq 12cm 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
 - Sténoses malignes
 - Sténoses bénignesProthèses
- 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 rétrospl) *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 ($BT>12\text{mg/l}$, 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 ($BT>23\text{mg/l}$)
 - 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 ($BT > 40\text{micromol/l}$)

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^{er} 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?

- Morbidité
- Mortalité
- DS et Coûts : *Am J Gastroenterol 2014;109:465-70*

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

Neehar D. Parikh, MD, MS^{1,2}, Rachel Issaka, MD¹, Brittany Lapin, MPH², Srinadh Komanduri, MD, MS¹, John A. Martin, MD¹ and Rajesh N. Keswani, MD¹

- *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