

Acute biliary
pancreatitis... Some
mistakes to avoid

Frédérique Maire

Hôpital Beaujon, Service de
gastroentérologie-pancréatologie,
92118 Clichy cedex



Correspondance : F. Maire
frederique.maire@aphp.fr

Quand la pancréatite est biliaire... Quelques erreurs à éviter

▼ Résumé

L'origine biliaire d'une pancréatite aiguë (PA) doit être systématiquement évoquée devant une élévation initiale des transaminases. L'échographie abdominale faite précocement est indispensable dans le bilan d'une PA, car elle permet de rechercher des calculs vésiculaires et/ou des voies biliaires. Si l'échographie transpariétale est normale ou non contributive, seule l'échoendoscopie permettra d'éliminer formellement le diagnostic de lithiase vésiculaire. Chez un patient déjà cholécystectomisé, la survenue d'une PA avec perturbations du bilan hépatique doit faire évoquer une lithiase biliaire résiduelle ou *de novo*, une lithiase intrahépatique, une dysfonction du sphincter d'Oddi ou un diverticule duodéal parapapillaire.

La cholécystectomie est le traitement de la cause de la PA biliaire et doit être proposée rapidement en raison du risque de récurrence d'événement bilio-pancréatique (incluant une nouvelle PA, une angiocholite, une cholécystite, ou des coliques hépatiques). Elle ne doit pas être récusée au seul motif de l'âge. Elle est également indiquée chez les patients qui ont déjà eu une sphinctérotomie endoscopique biliaire. La CPRE avec sphinctérotomie biliaire en urgence ne réduit pas le risque de complication et de décès en cas de PA biliaire grave, elle n'est indiquée qu'en cas d'angiocholite ou de dilatation de la voie biliaire principale associée à une élévation de la bilirubine.

- **Mots clés :** pancréatite aiguë, erreurs diagnostiques, erreurs thérapeutiques

▼ Abstract

The biliary origin of acute pancreatitis must be systematically evoked in front of initial elevation of transaminases. Early abdominal ultrasonography is essential in the assessment of acute pancreatitis, to search for gallbladder and/or choledoco-lithiasis. If transparietal ultrasonography is normal or non contributive, only endoscopic ultrasonography will formally eliminate the diagnosis of gallbladder lithiasis. In cholecystectomized patients, the occurrence of acute pancreatitis with abnormal liver tests is suggestive of residual or de novo biliary lithiasis, intrahepatic lithiasis, Oddi sphincter dysfunction or a parapapillary duodenal diverticulum.

Cholecystectomy is the treatment of the cause of acute biliary pancreatitis and should be proposed quickly because of the risk of recurrence of bilio-pancreatic events (including a new acute pancreatitis, cholangitis, cholecystitis, or hepatic colic). It should not be challenged simply because of advanced age. It is also indicated in patients who had a biliary endoscopic sphincterotomy. Performing ERCP with sphincterotomy in emergency does not reduce the risk of complications and death in severe acute biliary pancreatitis, it is only indicated in cases of cholangitis or dilatation of the main bile duct associated with elevated bilirubin.

- **Key words:** acute pancreatitis, diagnostic errors, therapeutic errors

Pour citer cet article : Maire F. Quand la pancréatite est biliaire... Quelques erreurs à éviter. Hépatogastro et Oncologie Digestive 2019 ; 26 : 92-99. doi : 10.1684/hpg.2019.1870

Ne pas évoquer l'origine biliaire de la pancréatite aiguë car le patient est alcoolique

Un patient ayant une consommation chronique d'alcool peut présenter une authentique pancréatite aiguë (PA) biliaire. Les tests hépatiques peuvent être difficiles à interpréter en cas de consommation chronique d'alcool.

Les résultats des études épidémiologiques pour évaluer si l'alcool augmente le risque de lithiase biliaire sont contradictoires [1]. L'alcool augmente le risque d'hypertriglycéridémie, qui augmente le risque de lithiase.

Dans le doute sur une origine biliaire à la PA, en présence de calcul(s) vésiculaire(s), chez un patient ayant une consommation chronique d'alcool, il faut proposer une cholécystectomie.

/// Un patient ayant une consommation chronique d'alcool peut avoir une authentique pancréatite aiguë biliaire ///

Ne pas évoquer l'origine biliaire car le patient est cholécystectomisé

La cholécystectomie n'élimine pas complètement le risque de survenue d'une PA biliaire. En cas de PA avec perturbations transitoires du bilan hépatique chez un patient cholécystectomisé, cinq diagnostics sont à envisager :

- une lithiase biliaire résiduelle, à évoquer en première intention ;
- une lithiase biliaire *de novo* ;
- une lithiase intrahépatique dans le cadre d'un syndrome LPAC (*Low Phospholipid-Associated Cholelithiasis*) associé aux mutations ABCB4/MDR3 : à évoquer devant un âge inférieur à 40 ans, la récurrence de symptômes biliaires après cholécystectomie, une histoire familiale de lithiase au premier degré ou un antécédent de cholestase gravidique [2] ;
- une dysfonction du sphincter d'Oddi, plus fréquente après cholécystectomie : il s'agit de crises douloureuses répétées, pouvant associer une hyperlipasémie et/ou une cytolyse. Il s'agit habituellement de PA non graves. L'interrogatoire permettra de chercher des facteurs

médicamenteux favorisant (dérivés de la codéine). Il s'agit d'un diagnostic d'élimination ;

- un diverticule duodénal parapapillaire, qui, en cas d'impaction alimentaire, peut mimer un tableau de migration lithiasique.

Ainsi, en cas de PA avec perturbations du bilan hépatique chez un patient cholécystectomisé, il faut réaliser une échoendoscopie pour chercher une lithiase de la voie biliaire principale résiduelle ou *de novo*, plus sensible que l'IRM pour la détection de petits calculs (< 5 mm) et une échographie hépatique ciblée pour chercher une lithiase intrahépatique (aspect en queue de comètes) (figure 1). La scintigraphie de vidange biliaire peut quant à elle aider au diagnostic de dysfonction du sphincter d'Oddi, mais avec une faible valeur prédictive négative. En complément de l'échoendoscopie, l'examen endoscopique de la papille, au mieux par duodénoscopie, est important pour s'assurer de l'absence d'anomalie ampullaire.

/// En cas de pancréatite aiguë avec perturbations du bilan hépatique chez un patient cholécystectomisé, il faut réaliser une échoendoscopie pour chercher une lithiase de la voie biliaire principale ///

Ne pas évoquer l'origine biliaire car il existe un *pancreas divisum*

En théorie, un *pancreas divisum* complet devrait mettre à l'abri d'une PA biliaire car il existe alors un abouchement séparé du cholédoque et du canal pancréatique : le cholédoque s'abouche dans la papille majeure et le canal pancréatique principal (qui est alors le canal dorsal) dans la papille mineure.

En réalité, le *pancreas divisum* complet ne protège pas totalement du risque de pancréatite biliaire, même si sa prévalence est faible (2,7 %) chez les patients présentant une PA d'origine biliaire, vs. 7 % dans la population générale ($p < 0,01$) [3]. En cas de migration lithiasique, il est probable que l'inflammation pancréatique débute dans le pancréas ventral puis s'étend de proche en proche à l'ensemble du pancréas.

/// Le *pancreas divisum* complet ne protège pas totalement du risque de pancréatite biliaire ///

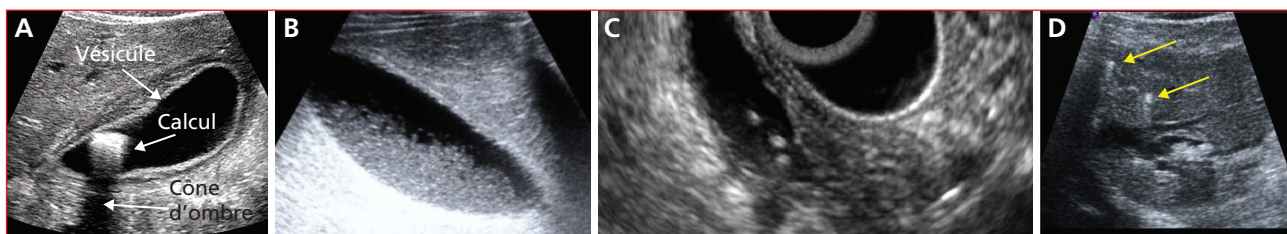


Figure 1 • A) Lithiase vésiculaire en échographie transpariétale. B) Sludge dans la vésicule en échographie. C) Minilithiase vésiculaire en échoendoscopie. D) Aspect de queue de comète intrahépatique évocateur du syndrome LPAC (*Low Phospholipid-Associated Cholelithiasis*).

Ne pas retenir l'origine biliaire car les transaminases sont normales

Le pic initial de cytolyse est un signe très évocateur de l'origine biliaire d'une PA, d'où l'intérêt de faire un bilan hépatique dès l'admission du patient. Ainsi, des ALAT > 150 U/mL indiquent une origine biliaire avec une valeur prédictive positive > 85 % [4]. Cependant, il a été rapporté d'authentiques PA biliaires chez environ 15 % de patients qui avaient des tests hépatiques normaux [4, 5].

/// Les tests hépatiques peuvent être normaux en cas de pancréatite aiguë biliaire ///

Ne pas faire d'échographie abdominale... car, de toute façon, on va faire une tomodensitométrie

L'échographie est plus sensible (95 %) que le scanner pour le diagnostic de lithiase vésiculaire [6,7]. Elle est donc indispensable [6].

/// L'échographie biliaire est indispensable au bilan d'une pancréatite aiguë ///

Attendre pour faire l'échographie abdominale

L'échographie doit être faite précocement (24 premières heures du début des douleurs) pour la recherche de calculs vésiculaires (figure 1). D'une part, parce qu'il est important de confirmer l'origine biliaire de la pancréatite pour la prise en charge ultérieure du patient, et, d'autre part, car il existe un risque de faux positifs de lithiase si l'on attend. En effet, le jeûne favorise l'apparition rapide de sludge vésiculaire. Il a ainsi été rapporté que 100 % des malades en nutrition parentérale totale ont une lithiase vésiculaire au bout d'un mois [8].

/// L'échographie doit être faite dans les 24 premières heures du début des douleurs pour chercher des calculs vésiculaires ///

Éliminer l'origine biliaire s'il n'est pas vu de calcul à l'échographie

L'échographie a une sensibilité d'environ 95 % pour le diagnostic de lithiase vésiculaire. Cependant, ce chiffre chute à 70 % dans le contexte de PA, en raison de l'interposition de gaz digestifs liés à l'iléus réflexe associé à la PA.

Pour le diagnostic de calculs cholécociens, l'échographie transpariétale n'a une sensibilité que de 50 à 75 %. Elle est par contre très utile pour mettre en évidence une dilatation des voies biliaires, qui peut être un signe indirect d'obstacle lithiasique.

Seule une échoendoscopie permettra d'éliminer le diagnostic de lithiase vésiculaire avec une valeur prédictive négative de 100 %. L'IRM est un peu moins sensible que l'échoendoscopie pour le diagnostic de petits calculs biliaires (< 5 mm) [9].

/// Seule une échoendoscopie permet d'éliminer avec certitude le diagnostic de lithiase vésiculaire ///

Donner des antibiotiques, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des inhibiteurs de la pompe à protons, poser une sonde gastrique en aspiration...

La prise en charge des patients présentant une PA biliaire doit être conforme aux bonnes pratiques recommandées pour toute PA indépendamment de sa cause [10]. L'ensemble de ces mesures n'est pas détaillé ici.

Ne pas proposer rapidement une cholécystectomie

La cholécystectomie sous coelioscopie est le traitement de la cause de la PA biliaire. Elle est recommandée dans tous les *Guidelines*, rapidement, au cours de la même hospitalisation [10]. Cependant, les études des pratiques montrent qu'elle est encore souvent faite dans les quatre à six semaines, principalement pour des raisons de disponibilité des blocs opératoires.

Pourquoi faut-il proposer rapidement une cholécystectomie après une PA d'origine biliaire ? La raison principale est le risque de récurrence d'événement bilio-pancréatique (incluant une nouvelle PA, une migration lithiasique, une angiocholite, une cholécystite ou des coliques hépatiques) après une première PA biliaire, évalué dans la littérature de 17 % à 61 % (selon le délai de la cholécystectomie et si une sphinctérotomie biliaire a été effectuée) [11-13]. En 2012, dans une méta-analyse portant sur près de 1 000 patients, Van Baal *et al.* [11] avaient décrit un risque d'événement bilio-pancréatique de 18 % dans les six semaines vs. 0 % si la cholécystectomie est faite précocement ($p < 0,0001$). En 2015, l'étude prospective randomisée PONCHO de Da Costa *et al.* [12] concluait à 17 % de mortalité ou complication liée à la lithiase en cas de cholécystectomie retardée vs. 5 % en cas de cholécystectomie précoce ($p = 0,002$). Plus récemment, une nouvelle méta-analyse portant sur 1 833 patients

ayant fait une PA biliaire montrait une récurrence d'événements bilio-pancréatiques chez 25 % des patients dans l'attente de la cholécystectomie [14].

Par ailleurs, la crainte, initialement invoquée, d'augmenter le risque de complications opératoires et le taux de conversion en cas de cholécystectomie précoce a été formellement balayée par de nombreux travaux [15].

Ainsi, la cholécystectomie doit être faite dès que possible au cours de la même hospitalisation.

/// Le risque élevé de survenue d'un événement bilio-pancréatique justifie la cholécystectomie précoce après une pancréatite aiguë biliaire ///

Récuser la cholécystectomie car le patient est âgé

La cholécystectomie ne doit pas être refusée au seul motif de l'âge chronologique (recommandation faible, niveau de preuve très faible car la plupart des études incluant des patients âgés excluaient les patients inaptes à la chirurgie).

Une large étude de registre américaine sur plus de 184 000 patients ayant une PA biliaire dont 41 % étaient âgés de plus de 65 ans a montré une augmentation des risques de réadmissions dans les 30 jours et de mortalité corrélés à l'âge [16, 17]. Targarona *et al.* [16] ont décrit dans une étude prospective chez 98 patients âgés en moyenne de 80 ans, un risque de récurrence d'événements bilio-pancréatiques de 6 % en cas de cholécystectomie alors qu'il était de 21 % en cas de sphinctérotomie seule ($p = 0,04$). Ce bénéfice significatif de la cholécystectomie se maintenait chez les plus de 75 ans y compris après ajustement des comorbidités majeures (cancer, insuffisance cardiaque ou hépatique).

L'indication de la cholécystectomie doit donc être systématiquement discutée chez les sujets âgés et la décision prise après évaluation des comorbidités et du risque anesthésique.

/// L'indication de la cholécystectomie doit être systématiquement discutée chez les sujets âgés ///

Considérer qu'il n'est plus nécessaire de faire une cholécystectomie si une sphinctérotomie biliaire a été effectuée

La cholécystectomie est indiquée après PA biliaire, y compris chez les patients ayant eu une sphinctérotomie biliaire, en raison du risque de récurrence d'événements bilio-pancréatiques, évalué de 17 à 39 % [18-21]. Il s'agit

alors principalement de complications biliaires, plus que de récurrence de PA (< 5 %).

Dès 2007, l'étude de la Cochrane reprenant 5 essais randomisés, soit 662 patients ayant tous une sphinctérotomie biliaire suivis d'une cholécystectomie ou d'une surveillance, montrait une augmentation de la mortalité (RR 1,78, $p = 0,010$) et des complications bilio-pancréatiques (RR 2,53, $p = 0,03$) en cas de surveillance simple, et indépendamment des facteurs de risque chirurgicaux [20]. L'étude prospective randomisée de Da Costa *et al.* [12] montrait que, dans le sous-groupe des patients ayant eu une sphinctérotomie endoscopique (30 %), le risque de mortalité ou réadmissions pour événement bilio-pancréatique était de 17 % si la cholécystectomie était retardée vs. 3 % si la cholécystectomie était précoce.

Cette augmentation du risque de complications bilio-pancréatiques chez les patients ayant eu une sphinctérotomie biliaire seule est également observée chez les sujets âgés [16]. Elmunzer *et al.* [22] ont décrit chez 11 808 patients de plus de 65 ans, ayant tous eu une sphinctérotomie biliaire pour PA biliaire ou lithiase cholécystienne, un risque de complications de 39 % vs. 18 % selon qu'ils aient eu ensuite une simple surveillance ou une cholécystectomie ($p < 0,0001$).

/// La cholécystectomie est nécessaire après une pancréatite aiguë biliaire, y compris chez les patients ayant une sphinctérotomie biliaire ///

Faire la cholécystectomie sans regarder avant le bilan hépatique...

Afin de décider de la stratégie thérapeutique, il est important de savoir s'il existe une lithiase de la voie biliaire principale associée à la lithiase vésiculaire.

Les critères à haut risque de lithiase cholécystienne et devant amener à proposer une CPRE (cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique) rapidement sont : la visualisation d'un calcul dans la voie biliaire principale par l'échographie ou l'imagerie en coupe, une dilatation de la voie biliaire principale associée à une élévation de la bilirubine, ou une angiocholite [23].

Les critères à risque intermédiaire de lithiase cholécystienne sont une anomalie persistante des tests hépatiques ou une dilatation de la voie biliaire principale à l'échographie, et doivent amener à proposer une échocystoscopie ou une bili-IRM ou une exploration peropératoire de la voie biliaire principale. S'il existe un ou des calcul(s) dans la voie biliaire principale, une CPRE est indiquée pour réaliser une sphinctérotomie biliaire et extraire les calculs. L'extraction d'un calcul de la voie biliaire principale au cours de la cholécystectomie coelioscopique peut être une alternative selon l'expérience du chirurgien et la présentation du cas [23].

En préopératoire, l'absence de dilatation du cholédoque et d'anomalies biochimiques hépatiques rend le diagnostic de lithiase cholédocienne hautement improbable. L'échoendoscopie ou la bili-IRM pré-opératoire ne sont pas nécessaires, la cholangiographie per-opératoire non plus.

/// Une anomalie persistante des tests hépatiques ou une dilatation de la voie biliaire principale à l'échographie doivent amener à proposer une échoendoscopie ou une bili-IRM ///

Proposer une CPRE en urgence à tout patient ayant fait une pancréatite aiguë biliaire

L'intérêt théorique d'une CPRE avec sphinctérotomie biliaire chez un patient ayant fait une PA biliaire pourrait être double : premièrement, lever l'obstacle et donc influencer l'évolution de la PA et deuxièmement, mettre à l'abri d'une récurrence d'événement biliopancréatique.

Cependant, dans la grande majorité des PA d'origine biliaire, le(s) calcul(s) migre(nt) spontanément. Et une fois la cascade enzymatique déclenchée, la pancréatite évolue pour son propre compte. De plus, la CPRE n'est pas dénuée de risques liés à l'anesthésie générale (notamment, le risque de pneumopathie) et au geste lui-même (aggravation de la PA, perforation duodénale, hémorragie).

Depuis les années 80, de nombreuses études ont évalué l'indication de la CPRE au cours de la PA biliaire. Plusieurs essais randomisés et méta-analyses ont permis de conclure qu'il n'y avait pas de bénéfice à la CPRE en urgence, en termes de mortalité et de complications, quelle que soit la gravité de la PA [24, 25]. Le débat est définitivement clos avec l'étude hollandaise de Schepers *et al.* [26] : 230 patients avec PA biliaires présumées sévères sans angiocholite étaient randomisés pour avoir une CPRE en urgence ou un traitement conservateur. Le risque de décès ou complication majeure dans les six mois (critère d'évaluation principal) était respectivement de 39 % et 44 % (NS), permettant aux auteurs de conclure que la CPRE en urgence ne réduit pas le risque de complication et de décès en cas de PA grave.

Ainsi, les indications de la CPRE chez les patients ayant une PA biliaire sont l'angiocholite (recommandation de grade 1B), et probablement l'obstruction biliaire (grade 1C). La CPRE n'est pas indiquée chez les patients ayant une PA biliaire non grave sans angiocholite (grade 1A) [10].

/// Il n'y a pas de bénéfice à la CPRE en urgence, en termes de mortalité et de complications, quelle que soit la gravité de la pancréatite aiguë ///

Réalimentation par voie orale le patient dans l'attente de sa cholécystectomie

C'est un sujet controversé. En théorie, la reprise d'une alimentation orale va induire, via la cholécystokinine, des contractions vésiculaires et augmenter le risque d'une nouvelle migration de calcul, et donc exposer au risque d'une nouvelle PA biliaire. La gravité de cette nouvelle PA n'est pas prévisible, elle peut être plus grave que la première.

Alors que faire ? Toutes les sociétés savantes sont unanimes sur l'indication de réaliser la cholécystectomie rapidement (au cours de la même hospitalisation) en cas de PA biliaire non grave. Il semble raisonnable de laisser le patient à jeun jusqu'à cette intervention.

Cependant, la cholécystectomie précoce n'est parfois pas possible en cas de terrain défavorable (comorbidités lourdes), de complications générales (défaillance d'organe(s) associée à la PA grave), ou du fait des conditions locales (PA nécrosante avec coulée dans le pédicule hépatique ou autour de la vésicule biliaire).

En cas de PA grave avec défaillance d'organe, la nutrition entérale est recommandée. Elle diminue la mortalité et le risque de complications infectieuses comparativement à la nutrition parentérale, en maintenant l'intégrité de la muqueuse intestinale [27]. La nutrition parentérale est réservée aux patients présentant une intolérance alimentaire. La cholécystectomie sera réalisée dès que l'état du patient le permettra.

Lorsque la cholécystectomie n'est pas possible en raison des conditions locales (coulées péri-vésiculaires qui augmentent le risque de complications opératoires), 3 alternatives sont possibles :

- La réalimentation orale en attendant que l'inflammation se résorbe et que la cholécystectomie devienne possible : c'est bien sûr le plus simple mais cela expose le patient au risque de nouvel événement bilio-pancréatique. Bakker *et al.* [28] ont montré en 2014 que la nutrition entérale précoce n'était pas supérieure à la reprise d'une diète orale, en termes de complications infectieuses et de mortalité, chez des patients ayant une PA toute cause confondue à haut risque de complications. Dans cette étude, 56 % des patients avaient une PA d'origine biliaire, mais il n'était pas analysé spécifiquement le risque de complications et de récurrence d'événement bilio-pancréatique dans ce sous-groupe.

- La nutrition entérale : en raison de son débit continu, elle n'engendre pas de contractions vésiculaires et pourrait permettre de diminuer le risque d'événement bilio-pancréatique. Il y a très peu de données dans la littérature. Dans une étude rétrospective menée dans le service, nous avons observé un risque d'événement bilio-pancréatique de 3 % sous nutrition entérale [29]. Cela peut être une solution d'attente jusqu'à régression de l'inflammation au contact de la vésicule, mais elle est un peu contraignante pour le patient.

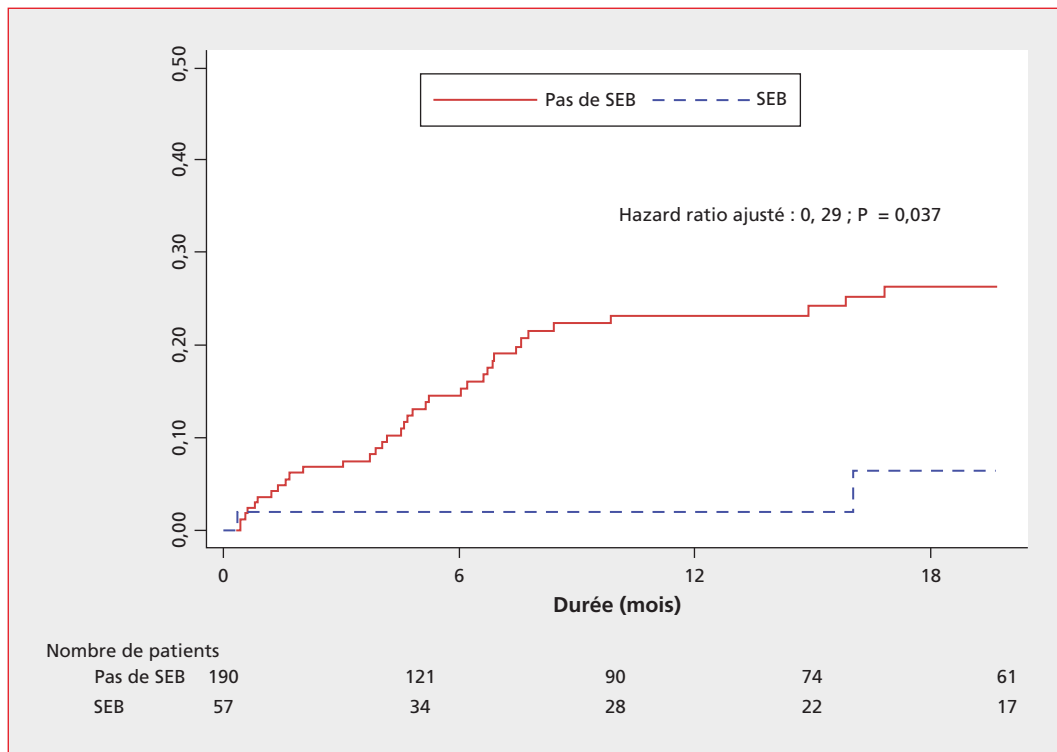


Figure 2 • Risque de récurrence de pancréatite aiguë selon qu'une sphinctérotomie endoscopique biliaire (SEB) soit réalisée ou non chez 247 patients ayant une pancréatite aiguë biliaire et une contre-indication à la cholécystectomie (d'après Garcia et al. [34]).

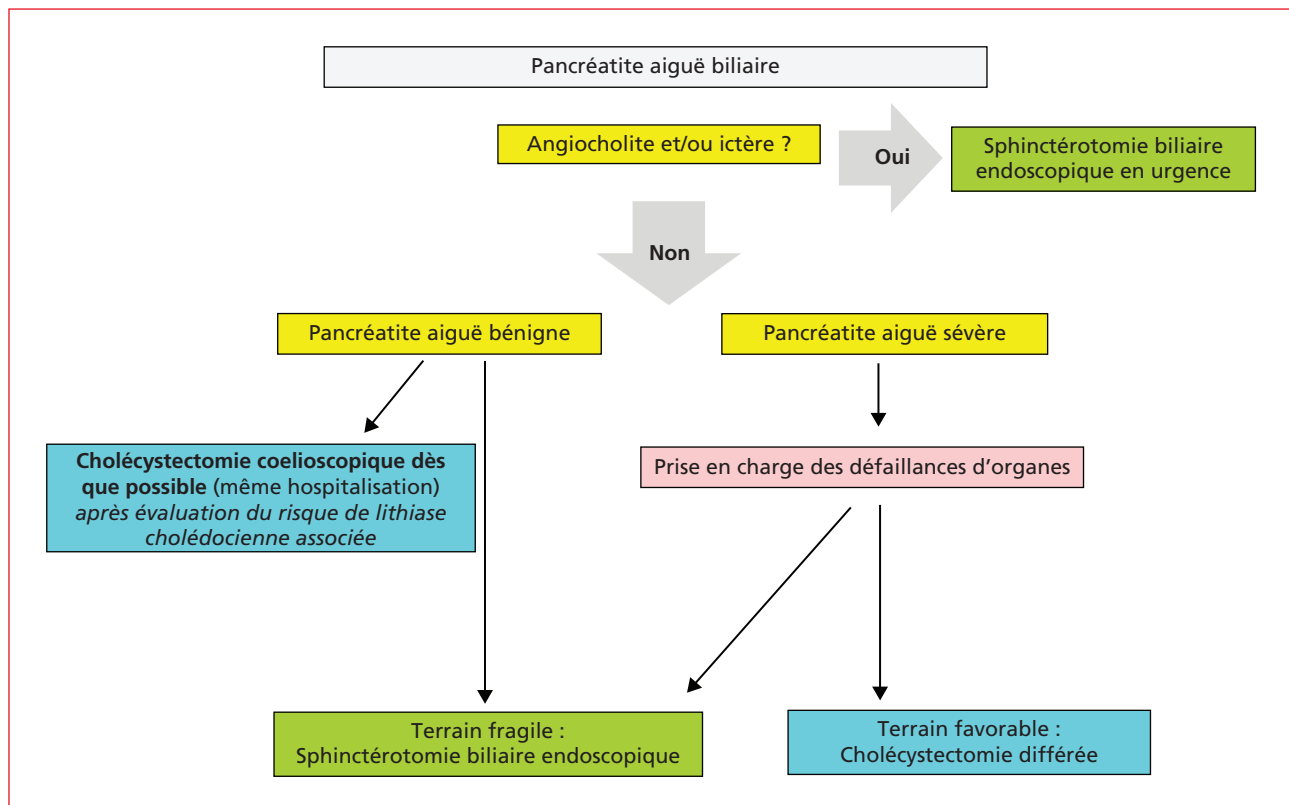


Figure 3 • Proposition d'algorithme de prise en charge des patients ayant une pancréatite aiguë biliaire.

– La sphinctérotomie endoscopique biliaire : plusieurs études rétrospectives ont observé que la sphinctérotomie endoscopique biliaire diminuait le risque de récurrence de PA biliaire (< 5 %) [30–33]. Très récemment, une nouvelle étude rétrospective par Garcia *et al.* [34] a décrit chez 247 patients ayant une PA biliaire et une contre-indication à la cholécystectomie, un risque de récurrence de PA de 17,4 % pour un suivi médian de 426 jours : l'incidence cumulée à 1 an de nouvelle PA était de 1,8 % en cas de sphinctérotomie et de 23 % en l'absence de sphinctérotomie ($p = 0,006$) (figure 2). En analyse multivariée, la sphinctérotomie avait un effet protecteur de la récurrence de PA (RR 0,29, $p = 0,037$). Ainsi, même s'il n'y a pas encore d'étude randomisée sur ce sujet, la sphinctérotomie est probablement une option pour prévenir un nouvel événement bilio-pancréatique si la cholécystectomie est retardée ou contre-indiquée.

La nutrition entérale ou la sphinctérotomie endoscopique biliaire doivent être proposées chez les patients ayant une contre-indication à la cholécystectomie rapide



TAKE HOME MESSAGES

- L'origine biliaire d'une pancréatite aiguë doit être évoquée même si le patient est alcoolique, s'il est cholécystectomisé, ou s'il existe un *pancreas divisum*.
- Le pic initial de cytolysé est très évocateur d'une origine biliaire, mais il ne faut pas éliminer formellement l'origine biliaire devant des transaminases normales : il faut déjà s'assurer que le bilan hépatique a été fait précocement. Et d'authentiques pancréatites aiguës biliaires peuvent être associées à un bilan hépatique normal.
- Si une origine biliaire est suspectée, l'échographie abdominale transpariétale doit être réalisée rapidement.
- Si une origine biliaire est suspectée et que l'échographie abdominale est normale, il faut proposer au mieux une échoendoscopie et/ou une bili-IRM.
- Il faut réaliser la cholécystectomie dès que possible, en raison du risque de récurrence d'événements bilio-pancréatiques. Et ne pas la récuser uniquement car le patient est âgé.
- La cholécystectomie est indiquée même si le patient a déjà eu une sphinctérotomie biliaire.
- La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) avec sphinctérotomie biliaire n'est indiquée qu'en cas d'angiocholite ou d'ictère obstructif.
- Il est souhaitable d'éviter de réalimenter par voie orale le patient dans l'attente de sa cholécystectomie.

Une proposition d'algorithme de prise en charge des patients ayant une PA est présentée dans la figure 3, intégrant les deux questions majeures : Existe-t-il une angiocholite associée ? La pancréatite aiguë est-elle grave ?

Liens d'intérêts :

l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- European Association for the Study of the Liver (EASL). . EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol* 2016 ; 65 : 146-81.
- Erlinger S. Low phospholipid-associated cholestasis and cholelithiasis. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology* 2012 ; 36 : S36-40.
- Stan Iuga R, Bertin C, Vuillier MP, *et al.* Le pancréas divisum (PD) protège de la pancréatite aiguë (PA) biliaire. 2014 <https://www.snfge.org/résumé/P113>.
- Ammori BJ, Boreham B, Lewis P, *et al.* The biochemical detection of biliary etiology of acute pancreatitis on admission : a revisit in the modern era of biliary imaging. *Pancreas* 2003 ; 26 : e32-35.
- Anderson K, Brown LA, Daniel P, *et al.* Alanine transaminase rather than abdominal ultrasound alone is an important investigation to justify cholecystectomy in patients presenting with acute pancreatitis. *HPB (Oxford)* 2010 ; 12 : 342-7.
- van Geenen EJM, van der Peet DL, Bhagirath P, *et al.* Etiology and diagnosis of acute biliary pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010 ; 7 : 495-502.
- Gurusamy KS, Gijlaca V, Takwoingi Y, *et al.* Ultrasound versus liver function tests for diagnosis of common bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 : CD011548.
- Buxbaum JL, Abbas Fehmi SM, Sultan S, *et al.* ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc* 2019 ; 89 : 1075-1105.
- Wan J, Ouyang Y, Yu C, *et al.* Comparison of EUS with MRCP in idiopathic acute pancreatitis : a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2018 ; 87 : 1180-8.
- IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol* 2013 ; 13 : e1-15.
- van Baal MC, Besselink MG, Bakker OJ, *et al.* Timing of cholecystectomy after mild biliary pancreatitis : a systematic review. *Ann Surg* 2012 ; 255 : 860-6.
- da Costa DW, Bouwense SA, Schepers NJ, *et al.* Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO) : a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2015 ; 386 : 1261-8.
- Krishna SG, Kruger AJ, Patel N, *et al.* Cholecystectomy During Index Admission for Acute Biliary Pancreatitis Lowers 30-Day Readmission Rates. *Pancreas* 2018 ; 47 : 996-1002.
- Lyu Y-X, Cheng Y-X, Jin H-F, *et al.* Same-admission versus delayed cholecystectomy for mild acute biliary pancreatitis : a systematic review and meta-analysis. *BMC Surg* 2018 ; 18 : 111.
- Gurusamy KS, Nagendran M, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallstone pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; CD010326.
- Targarona EM, Ayuso RM, Bordas JM, *et al.* Randomised trial of endoscopic sphincterotomy with gallbladder left in situ versus open surgery for common bile duct calculi in high-risk patients. *Lancet* 1996 ; 347 : 926-9.
- Patel K, Li F, Luthra A, *et al.* Acute Biliary Pancreatitis is Associated With Adverse Outcomes in the Elderly : A Propensity Score-Matched Analysis. *J Clin Gastroenterol* 2019 ; 53 : e291-7.
- Boerma D, Rauws EA, Keulemans YC, *et al.* Wait-and-see policy or laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for bile-duct stones : a randomised trial. *The Lancet* 2002 ; 360 : 761-5.
- Lau JYW, Leow C-K, Fung TMK, *et al.* Cholecystectomy or gallbladder in situ after endoscopic sphincterotomy and bile duct stone removal in Chinese patients. *Gastroenterology* 2006 ; 130 : 96-103.

- 20** • McAlister VC, Davenport E, Renouf E. Cholecystectomy deferral in patients with endoscopic sphincterotomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 ; CD006233.
- 21** • Reinders JSK, Goud A, Timmer R, *et al.* Early Laparoscopic Cholecystectomy Improves Outcomes After Endoscopic Sphincterotomy for Choledochocystolithiasis. *Gastroenterology* 2010 ; 138 : 2315-20.
- 22** • Elmunzer BJ, Noureldin M, Morgan KA, *et al.* The Impact of Cholecystectomy After Endoscopic Sphincterotomy for Complicated Gallstone Disease. *Am J Gastroenterol* 2017 ; 112 : 1596-602.
- 23** • Buxbaum J, Quezada M, Chong B, *et al.* The Pancreatitis Activity Scoring System predicts clinical outcomes in acute pancreatitis : findings from a prospective cohort study. *Am J Gastroenterol* 2018 ; 113 : 755-64.
- 24** • Petrov MS, van Santvoort HC, Besselink MGH, *et al.* Early Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Versus Conservative Management in Acute Biliary Pancreatitis Without Cholangitis: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *Annals of Surgery* 2008 ; 247 : 250-7.
- 25** • Fogel EL, Sherman S. ERCP for Gallstone Pancreatitis. *New England Journal of Medicine* 2014 ; 370 : 150-7.
- 26** • Schepers NJ, Bakker OJ, *et al.* Early biliary decompression versus conservative treatment in acute biliary pancreatitis (APEC trial) : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016 ; 17-5.
- 27** • Al-Omran M, Albalawi ZH, Tashkandi MF, *et al.* Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 ; CD002837.
- 28** • Bakker OJ, van Brunschot S, van Santvoort HC, *et al.* Early versus On-Demand Nasoenteric Tube Feeding in Acute Pancreatitis. *N Engl J Med* 2014 ; 371 : 1983-93.
- 29** • Steuer N, Maire F, Muller N, *et al.* Pancréatite aiguë biliaire sévère : traiter la lithiase biliaire avant de réalimenter oralement les patients ! 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.snfge.org/résumé/P560>.
- 30** • Vázquez-Lglesias JL, González-Conde B, López-Rosés L, *et al.* Endoscopic sphincterotomy for prevention of the recurrence of acute biliary pancreatitis in patients with gallbladder in situ : long-term follow-up of 88 patients. *Surg Endosc* 2004 ; 18 : 1442-6.
- 31** • Hwang SS, Li BH, Haigh PI. Gallstone Pancreatitis Without Cholecystectomy. *JAMA Surgery* 2013 ; 148 : 867-72.
- 32** • Qayed E, Shah R, Haddad YK. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Decreases All-Cause and Pancreatitis Readmissions in Patients With Acute Gallstone Pancreatitis Who Do Not Undergo Cholecystectomy : A Nationwide 5-Year Analysis. *Pancreas* 2018 ; 47 : 425-35.
- 33** • Ridditid W, Kulpatcharapong S, Piyachaturawat P, *et al.* The impact of empiric endoscopic biliary sphincterotomy on future gallstone-related complications in patients with non-severe acute biliary pancreatitis whose cholecystectomy was deferred or not performed. *Surg Endosc* 2019 ; 33 : 3325-33.
- 34** • García de la Filia Molina I, García García de Paredes A, Martínez Ortega A, *et al.* Biliary sphincterotomy reduces the risk of acute gallstone pancreatitis recurrence in non-candidates for cholecystectomy. *Dig Liver Dis* Published Online First : 28 May 2019. Doi : 10.1016/j.dld.2019.05.007.