

## Cathétérisme biliaire : faut-il réserver la prophylaxie par AINS aux seuls patients à haut risque ou la proposer à tous ?

### Bile Duct Catheterisation: Should Prophylaxis with NSAIDs Be Reserved for High Risk Patients or Proposed for Everyone?

E. Bories

© Lavoisier SAS 2016

La pancréatite aiguë (PA) est la complication la plus fréquente et la plus redoutée en cas de cathétérisme biliopancréatique rétrograde (CPRE), survenant dans 3 à 13 % des cas. Plusieurs procédures ou situations sont considérées à risques majorés : dysfonction oddienne, antécédent de PA, précoope, de cinq tentatives ou plus, sphinctéroclasie, ampullectomie (critères majeurs), femme d'âge inférieur ou égal à 50 ans, PA récurrente, injection ou brossage du canal pancréatique (critères mineurs).

Afin de réduire le risque de PA, seuls les AINS par voie rectale ont prouvé leur efficacité pour les patients à risque, mais semblent également efficaces lorsqu'on les donne avant toute CPRE. Les AINS sont administrés habituellement 30 à 60 minutes avant la CPRE, l'efficacité semblant supérieure à une utilisation immédiatement après la CPRE.

Une étude multicentrique récente [1] a évalué de manière prospective randomisée deux stratégies : délivrance de la prophylaxie par AINS à tous les patients avant CPRE (groupe A) ou uniquement aux patients/procédures à risque immédiatement après la CPRE (groupe B). Étaient jugés à risques élevés de PA les patients présentant au moins un critère majeur ou deux critères mineurs ou plus. Deux mille six cents patients ont été randomisés, 1 297 dans le groupe A, 1 303 dans le groupe B (281 patients à haut risque recevant l'AINS vs 1 022 patients à risque moyen). La réduction du risque de PA était de 53 % sur la population globale. La prophylaxie préprocédure était efficace de manière équivalente dans les groupes à haut risque et à risque moyen. De même, la réduction de risque était observée pour les PA modérées et graves de façon équivalente. Aucune augmentation des complications n'était observée, notamment hémorragique.

Cette étude confirme la place importante des AINS par voie rectale dans la prévention de la PA post-CPRE. Une administration large en préprocédure quelles que soient l'indication et l'existence ou non de facteurs de risque de PA est à privilégier comme le confirme cette étude. Le traitement systématique des patients avant CPRE est donc à mettre en place dans nos organisations pratiques, tracé dans le dossier médical du patient. Reste à déterminer si, pour les patients à haut risque, la prophylaxie médicamenteuse rend futile la mise en place d'une prothèse pancréatique prophylactique ?

La dernière édition de Vidéo-Digest a été une franche réussite, avec une large participation aux sessions de formations pratiques et théoriques. Cette audience en hausse permanente et vos retours positifs encourageant l'ensemble du comité d'organisation à poursuivre dans cette voie, avec une exigence de qualité scientifique et de sécurité pour les patients traités. Plusieurs réunions de formations sont proposées en janvier 2017 : les soirées européennes sur le retour sur le congrès européen et la Journée du Club francophone d'échoendoscopie du 27 janvier 2017 qui sera une session de procédures en direct. N'oubliez pas de vous inscrire à ces différents congrès de formation !

Bon bout d'an et bonne lecture !

### Référence

1. Luo H, Zhao L, Leung J, et al. Routine pre-procedural rectal indometacin versus selective post-procedural rectal indometacin to prevent pancreatitis in patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a multicentre, single-blinded, randomised controlled trial. *Lancet* 2016;387:2293–301

E. Bories (✉)  
Unité d'exploration médicochirurgicale oncologique, institut  
Paoli-Calmettes,  
232, boulevard de Sainte-Marguerite, F-13273 Marseille cedex  
09, France  
e-mail : erwan.bories@outlook.fr