

Nécrosectomie Endoscopique Pour Les Pancréatites Aigues Graves : Quel Apport De Cette Nouvelle Technique ? (A Propos De 04 Cas)

Z. Hamidi, A. Arramdani, H Horma, A. Lamine Sajai, M. Lahlali, H. Abid, N. Lahmidani, M. Elyousfi, N. Aqodad, M. El Abkari, A. Ibrahim, D. Benajah

Service D'hépto-Gastro-Entérologie, CHU Hassan II De Fès.
Faculté De Médecine Et De Pharmacie, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah De Fès.
Corresponding author : Z. Hamidi

Résumé : *Introduction :* L'infection De La Nécrose Pancréatique Est La Forme La Plus Péjorative Des Pancréatites Aigues, Leur Prise En Charge Chirurgicale Est Associée À Une Morbi-Mortalité Très Elevée. Les Moyens Mini-Invasifs Semblent Etre Une Bonne Alternative Au Traitement Chirurgical, Notamment : Le Drainage Endoscopique Et/Ou Radiologique. La Nécrosectomie Endoscopique Avec Mise En Place De Prothèse Est De Plus En Plus Utilisée. Cette Technique Cesse D'évoluer Tout En Essayant D'optimiser Les Résultats Post-Interventionnels. Nous Présentons L'expérience Du Service Des Explorations Fonctionnelles Et Endoscopique Digestives Du CHU Hassan II De Fès Dans La Nécrosectomie Endoscopique.

Matériels Et Méthodes : Quatre Patients Ont Bénéficié D'une Nécrosectomie Endoscopique Dans Notre Service Entre 2012-2017 Comme Traitement D'une Pancréatite Aigüe Nécrosante Surinfectée.

Résultat : On A Colligé 4 Cas : 3 Femmes Et Un Homme, Avec Un Age Moyen De 49 Ans [41-60]. La Pancréatite Etait D'origine Biliaire Dans Tous Les Cas. L'indication De La Nécrosectomie Etait Un Sepsis Sévère Non Contrôlé Par Un Traitement Médical Avec Présence À L'imagerie De Nécrose Pancréatique Qui Etait Associé À Des Signes De Surinfection (Bulles D'air) Dans Un Cas. Elle A Été Réalisée En Moyenne 84 Jours Après Le Début De La Pancréatite Aigues (16 jours-8 mois). Deux Patients Ont Bénéficié D'un Drainage Endoscopique En 1^{ère} Intention Alors Que Chez Les Deux Autres Il Etait En 2^{ème} Intention Après Echec Du Drainage Radiologique. La Technique A Consisté À La Mise En Place De 1 À 2 Drains En Double Queue-De-Cochon Au Niveau De La Collection. L'étude Bactériologique Du Liquide Prélevé A Permis De Mettre En Evidance Un Germe Dans 3 Cas Ce Qui A Permis D'adapter L'antibiothérapie. La Nécrosectomie Endoscopique A Permis Une Amélioration Clinique Initiale Dans 3 Cas, Et A Long Terme Dans Un Seul Cas Avec Une Mortalité De 75% Des Cas.

Conclusion : La Nécrosectomie Endoscopique Est Une Nouvelle Technique Endoscopique Interventionnelle Est Une Technique Prometteuse Qui Commence À Faire Ses Preuves En Vue De Diminuer La Morbi-Mortalité De La Prise En Charge Chirurgicale Des Pancréatites Aigues Graves.

Mots Clés : Pancréatite Aigüe Nécrosante-Nécrosectomie Endoscopique.

Date of Submission: 16-04-2018

Date of acceptance: 02-05-2018

I. Introduction:

La Pancréatite Aigue Est Une Affection Potentiellement Grave Dont L'évolution Est Difficile À Prévoir. Elle Nécessite Une Prise En Charge Multidisciplinaire. L'infection De La Nécrose Pancréatique Est La Forme La Plus Péjorative Des Pancréatites Aigues.

La Nécrosectomie Chirurgicale Constitue Un Geste Lourd Avec Morbi-Mortalité Elevé. Les Moyens Mini-Invasifs Semblent Etre Un Bon Alternatif Au Traitement Chirurgical Notamment : Le Drainage Endoscopique Et/Ou Radiologique. L'objectif De Notre Etude Est Présentons L'expérience De Notre Service D'exploration Fonctionnelle Et Endoscopique Digestive Du Centre Hospitalier Hassan II De Fès Dans La Nécrosectomie Per-Endoscopique.

II. Matériels Et Méthodes :

Durant Notre Période D'étude De 5 Ans (2012-2017), Quatre Patients Ont Bénéficié D'une Nécrosectomie Endoscopique, Au Sein Du Service D'exploration Fonctionnelle Et Endoscopique Digestive Du Centre Hospitalier Hassan II De Fès, Comme Traitement D'une Pancréatite Aigüe Nécrosante Surinfectée

❖ **Technique De Réalisation :**

La Technique De La Nécrosectomie Endoscopique En Cas De Pancréatite Aigue Nécrosante Surinfecté Consiste A :

1. Repérage Des Coulés De Nécrose Pancréatique Par Echoendoscopie Linéaire Et Choix Du Site De Ponction En Evitant Les Interpositions Vasculaires. Ce Repérage Echoendoscopique Augmente L'efficacité De Drainage Et Evite Les Complications Ce Qui Augmente La Sécurité Du Geste,Ce Pendantil Peut Etre Faite Sans Echo-Endoscopie En Cas D'une Collection Bombé Dans Le Tube Digestif Avec Absence Des Signes D'htp A L'imagerie En Coupe :Une Thrombose De Système Porte Qui Est Une Complication Fréquente ; La Thrombose De La Veine Splénique Qui Est La Localisation La Plus Fréquente Au Cours Despancréatite Nécrosante (23% Vs 3.6%Dans L'ensemble Des Pancréatite) [6, 7] Et La Thrombose De La Veine Porte Qui Est Rare Mais Peut Etre Observée[8],Comme Chez Les Deux Cas De Notre Série N°3 Et N°4.
2. Ponction Puis Aspiration Du Contenu De La Cavité Par Une Aiguille 19 Gauge.
3. Mise En Place D'un Fils Guide Sous Contrôle Radioscopique (Figure 01).

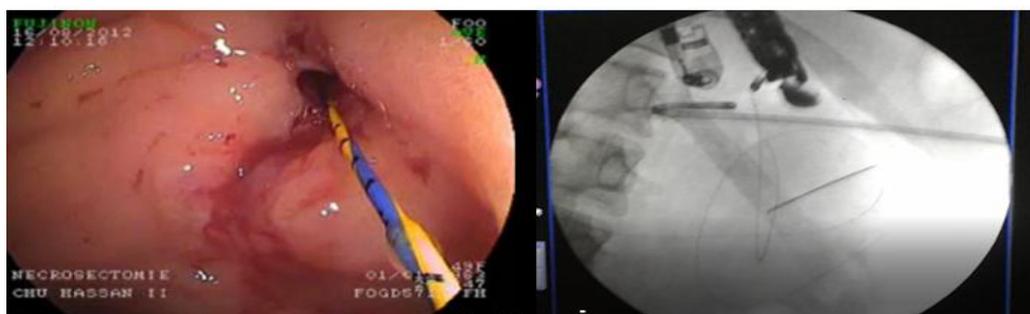


Figure 1 : Mise En Place Du Fils Guide Sous Contrôle Endoscopique ; A : Image Endoscopique ; B : Image Radioscopique.

4. Dilatation Pneumatique Au Ballonnet De 8mm (Figure 02).(A 13.5mmhg)

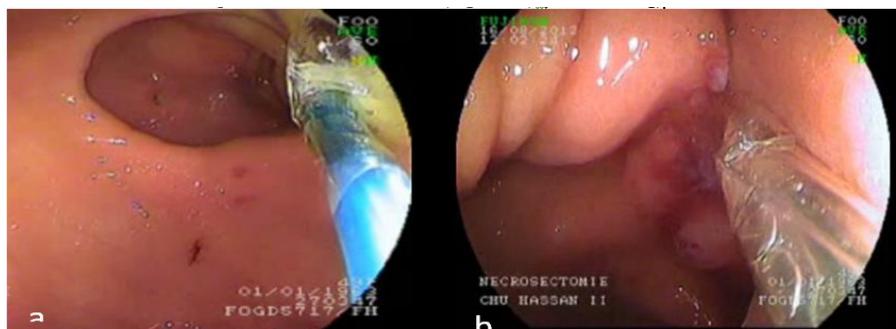


Figure 2: Dilatation Pneumatique Au Ballonnet; A: Avant ; B: Après.

5. Mise En Place D'une Ou Plusieurs Prothèses Double Queue De Cochon Avec Un Drain Naso-Kystique Qui Sert A Rincer Régulièrement La Cavité.
6. Dilatation Dans Un Deuxième Temps De La Fistule Gastro-Kystique Par Un Ballonnet De 15 A 20 Mm.
7. Un Gastroscope Ou Nasofibroscope Est Introduit Dans La Cavité Nécrotique Avec Réalisation D'une Nécrosectomie Par Pince Tripode, Anse Diathermique Ou Dormia (Figure 3) : Plusieurs Séances Peuvent Etre Nécessaires.



Figure 3: Photos Endoscopiques De La Nécrosectomie ; A : Par La Pince Tripode ; B : Par Anse Dormia ; C : Contrôle Endoscopique Après Nécrosectomie.

8. Mise En Place D'une Ou Plusieurs Prothèses Double Queue De Cochon Assurant Le Drainage De La Cavité Résiduelle(Figure 4).



Figure 4: Images Endoscopique De La Mise En Place De La Prothèse Double Queue De Cochon.

III. Observations :

1. Observation N1 :

Madame L.N. Agée De 44 Ans, Sans Antécédents Pathologiques Notables. Admise Aux Urgences Pour Douleurs Epigastriques Type Solaire Associées A Des Vomissements Alimentaires. Le Diagnostic D'une Pancréatite Aigue A Eté Retenu Chez La Patiente. L'imagerie En Coupe (Scanner Abdominale) Réalisée Après 72h Est Revenue En Faveur D'une Pancréatite Aigue Stade E Selon La Classification De BALTAZAR, Associé Aune Vésicule Biliaire Multi Lithiasique, Dilatation Des Voies Biliaires Intrahépatiques (VBIH) Et Une Discrète Dilatation De La Voie Biliaire Principale (VBP) Qui Etait Mesurée A 8.5 Mm. La Patiente A Bénéficié D'une Cholangiopancréatographie Rétrograde (CPRE) Avec Extraction Des Calculs.

L'évolution A Eté Marquée, 16 Jours Après Son Admission, Par L'apparition Des Pics Fébriles Avec Une Instabilité hémodynamique, D'où Son Transfert Au Service De Réanimation Médico-Chirurgicale.

Le Bilan Biologique A Objectivé A Un Syndrome Inflammatoire (Hyperleucocytose A 21000 Et CRP A 240). Une Suspicion De Surinfection De Coulés De Nécrose A Eté Suspectée D'où La Réalisation D'un Scanner Abdominal qui Est Revenue en Faveur D'une Collection Mesurant 14*6cm Contenant Des Bulles D'air (Figure 05).

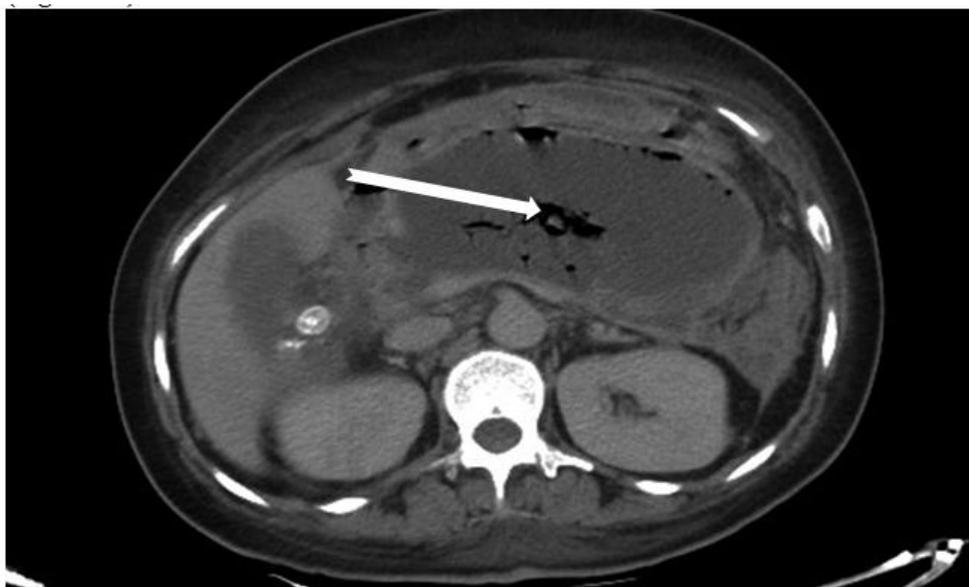


Figure 5: Image Scannographique objectivant Une Collé De Nécrosé Infecté Contenant Des Bulles D'air (Flèche) Avec Vésicule Biliaire Lithiasique.

La Patiente A Bénéficié D'un Drainage Scanographique Avec Mise En Place D'un Drain De 10Fr Au Niveau De La Collection (Figure 06). L'étude Bactériologique Du Liquide Prélevé Mis En Evidence une E. Coli, Une Antibiothérapie Adaptée A L'antibiogramme A Été Instauré.

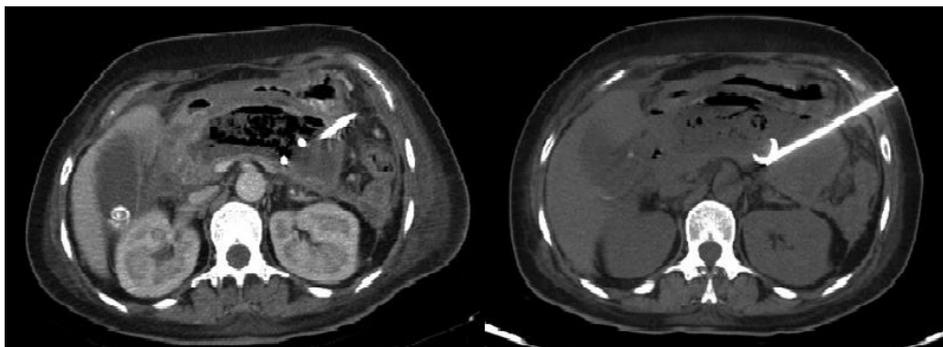


Figure 6: Image Scannographique Montrant Un Drainage Percutané D'une collection De Nécrose Infectée Avec Drain En Place

L'évolution A Été Marquée Par La Persistance Du Sepsis. Un Contrôle Scannographique A Été Réalisé : Une Légère diminution De La Taille De La collection pancréatique Surinfectée Avec Le Drain En Place. Un Complément De Drainage Endoscopique A Été Discuté Et La Patiente A Bénéficié D'une Nécrosectomie Endoscopique Trans-Duodénale (Figure 7) Avec Mise En Place De 2 Prothèses double Queue De Cochon associées A un Drain Nasokystique.



Figure 7: Image De La Pièce De Nécrosectomie (Pancréas Nécrosé).

Après Une Amélioration Transitoire, La Patientea Présenté Un Nouveau Syndrome Fébrileavec détresse Respiratoire où La Réalisation D'un Nouveau Scanner Abdominale Qui A Objectivé Une Perforation Duodénale avec Un Epanchement Au Niveau De La Face Postérieure De L'estomac Associé A Un Pneumopéritoine (Figure 8).

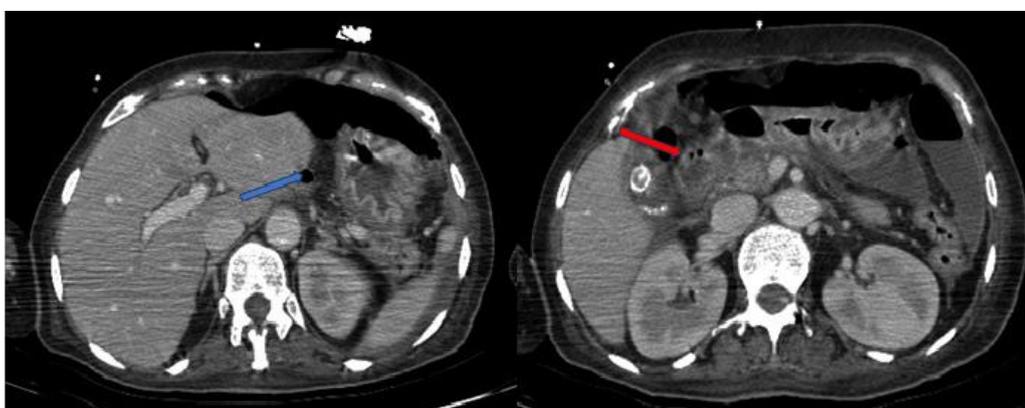


Figure 8: Une Perforation Duodénale (Flèche Rouge) Associé A Un Epanchement Au Niveau De La Face Dorsale De L'estomac Avec Pneumopéritoine (Flèche Bleu).

La Patiente A Eté Admise Au Bloc Opératoire Et L'exploration Chirurgicale A Objectivé Une Collection Abcédée Au Niveau De L'arrière Cavité Des Epiploons Ainsi Qu'une Perte De Substance Au Niveau De La Paroi Gastrique Postérieure D'où La Réalisation D'un Lavage Abdominal Avec Mise En Place D'un Drain Au Niveau De L'arrière Cavité Des Epiploons Et Suture De La Paroi Gastrique. L'évolution A Eté Marquée Par Le Décès De La Patiente 10 Jour Après Suite A Une Arrêt Cardio-Respiratoire.

2. Observation N 2:

Madame M.M, Agée De 43 Ans, Ayant Comme Antécédent angiocholite Aigue D'origine Lithiasique Avec Une Vésicule Biliaire Multilithiasique, Ayant Bénéficié D'une Sphinctérotomie Endoscopique Qui A Objectivé Une Sténose Etendu Sur 20mm De La VBP Associe A Une Dilatation Kystique De La VBP Qui Etait Mesurée A 25 Mm Et Qui Est Le Siège De Multiple Lithiasies, En Amont De La Sténose, Vue L'échec D'extraction Endoscopique De Calcule Une Prothèse Biliaire A Eté Mise En Place Pour Assurer Un Drainage Biliaire. Une Etude Histologique Des Biopsies Réalisées Au Niveau De La Sténose N'a Pas Objectivé De Signes De Malignités.

Un Mois Après L'épisode D'angiocholite, La Patiente A Présenté Une Pancréatite Aigue Grave (Douleurs Abdominales, Vomissement, Sensibilité Epigastrique, Tachycardie, Polypnée, Conjonctives Décolorées Avec Fièvre A 38.5°C). Le Bilan Biologique A Objectivé : Une Anémie A 8.6g/Dl Avec Hyperleucocytose A 13480 Elé/MI Et CRP Elevée (117mg/L).

Le Scanner Abdominal Réalisé A Objectivé Une pancréatite Stade Ede Balthazar avec Une Collection Pancréatique surinfectée.

La Patiente A Eté Mise Sous Antibiothérapie Mais Sans Amélioration D'où L'indication D'un Drainage Endoscopique De La Collection Sous Contrôle Echoendoscopique Qui A Mis En Evidence D'une Collection Hyperéchogène, Hétérogène Non Systématisée Dans La Cavité Péritonéale. Notre Malade A Bénéficié D'une mise En Place De 2 Prothèses En Queue De Cochon Permettant Un Bon

Drainage. L'étude cytotobactériologique Du Liquide Prélevé Etait Positive à *Klebsiella PNEUMONIA* Ce Qui A Permis L'adaptation De L'antibiothérapie Avec Une Amélioration Clinique Et Biologique Transitoire (Sevrage Des Drogues Vasoactives Et De La Sédation Avec Bonne Adaptation Hémodynamique Et Un Réveil Progressif Sans Sevrage Définitif De La Ventilation Assistée).

L'évolution Après 3 Jour Du Drainage Endoscopique A Eté Marquée Par L'apparition De Méléna Avec Déglobulisation Très Importante Et Un Etat De Choc Hémorragique, La FOGD Réalisée Chez La Patiente A Objectivé La Migration De La Une Prothèse En Queue De Cochon Au Niveau De La Bouche De Killian avec un ulcère De 15mm Stade III De Forrest Qui Siège Au Niveau De L'orifice De La Gastrostomie.

Malgré Le Contrôle De Saignement, Le Choc Septique A Persisté D'où La Décision D'une Nécrosectomie Endoscopique En 2^{ème} Temps Qui A Eté Réalisée Avec Résection De 30% De Nécrose.

L'évolution A Eté Marquée Par La Persistance De L'état De Choc Septique Avec Décès 24h Après Le Geste.

3. Observation N3 :

Monsieur E.M. Agé De 60 Ans, Sans Antécédents Pathologiques Notables, Admise Aux Urgences Pour Prise En Charge D'une Pancréatite Aigue Grave (Tachycardie, Fièvre A 39.5°C, Hyperleucocytose A 27000 élé/MI Et Une CRP Elevée A 142 Mg/L) D'où Son Hospitalisation En Milieu De Réanimation Ou Un Scanner Abdominal A Eté Réalisé Et Qui A Objectivé Une Pancréatite Aigüe classée Stade E De Balthazar Avec Plusieurs Collections Péritonéales Sans Bulles D'air, Associées A Une Thrombose Portale D'où La Suspicion D'une Infection De Coulee De Nécrose.

Un Drainage Percutané Sous Control Scanographique A Eté Réalisé Ramenant Un Litre De Liquide Purulent Dont L'étude Cytobactériologique Etait En Faveur D'une Surinfection Par *Staphylococcus AUREUS* D'où L'instauration D'une Antibiothérapie Adaptée. Le Contrôle Radiologique A Eté Réalisé Devant L'aggravation Clinique Et Biologique Et Qui A Conclu A L'inefficacité Du Drainage Radiologique. Ce Qui A Justifié Une Nécrosectomie Endoscopique avec Résection De 70% De Nécrose A Travers Une Fistule Kysto-Duodénale Spontanée Et Mise En Place De Deux Prothèses Double Queue De Cochon.

Au Cours De Son Séjour En Réanimation, Le Patient A Présenté Une Décompensation Acidocétosique Inaugurale Avec Une Aggravation Progressive De Son Etat De Choc Septique Et Décès Après 24h.

4. Observation 4 :

Madame F.H. Agée De 49 Ans Ayant Comme Antécédent Une Pancréatite Stade E De Balthazar Fort Probablement D'origine biliaire (Vésicule Biliaire Lithiasique Sur L'imagerie Mais Sans Dilatation Des Voies Biliaire Ni Cholestase Biologique). Admise Aux Urgences Dans Un Tableau De Douleurs Abdominales Avec Vomissement Intermittents Survenant 6 Mois Après Le Premier Episode. La TDM (Tomodensitométrie) Abdominale a Mis En Evidence un Faux Kyste De Pancréas Pour Lequel Elle A Bénéficié D'un Drainage Endoscopique avec Mise En Place De Deux Drains Double Queue De Cochon Qui Ramenaient Un Liquide Clair.

L'évolution A Eté Marquée, Un Mois Après Le Drainage Endoscopique, Par L'apparition D'un Syndrome Infectieux Clinique Et Biologique Sans Défaillance Viscérale, D'où La Réalisation D'un Scanner Abdominal Qui A Montré De Multiples Coulees De Nécroses Péritonéales Avec Une Thrombose Partielle De La Veine Porte.

La Fibroscopie (Esogastroduodénale) A Mis En Evidence L'issu De Pus A Travers Les 2 Prothèses Double Queue De Cochon, Une Nécrosectomie Endoscopique A Eté Réalisée Chez La Patiente Après Extraction Des 2 Drains Et Dilatation Pneumatique De La Fistule Gastrokystique suivie D'une Mise En Place D'une Prothèse Double Queue De Cochon Avec Un Drain Naso-Kystique.

L'évolution Clinique, Biologique Et Radiologique Etait Favorable, Après 8 Mois, Avec La Diminution En Taille Des Collections Péripancréatiques cependant La Patiente A Présenté une D'hypertension Portale Secondaire A La Thrombose Portale,

Un contrôle Radiologique, Réalisé 2ans Après La Nécrosectomie, A Objectivé Une Disparition Des Coulees De Nécrose Et La Patiente A Bénéficié D'une Extraction De La Prothèse

Le Contrôle Clinique Trouve Une Patiente Asymptomatique avec Un Recul De 5ans.

IV. Discussion :

La Nouvelle Classification Révisée **De La Pancréatite Aigüe De La Conférence d'Atlanta 2012** A Proposé Une Nouvelle Terminologie Pour Les Collections Pancréatiques strictement Liquidiennes Et Non Strictement Liquidiennes. Elle Distingue Ainsi Quatre Types De Collections, Deux Aiguës, Avec Ou Sans Nécrose, Et Deux Tardives, Egalement Avec Ou Sans Nécrose [12] :

❖ Dans La **Pancréatite Aigüe Œdémateuse Inflammatoire** : Les Collections Qui N'ont Pas De Capsule Rehaussée Sont Appelées Collections Liquidiennes Aiguës Péri-Pancréatiques (CLAP) Qui Sont

Caractérisées Par Leur Résorption Le Plus Souvent Spontanément, Sans Surinfection, A Condition D'éviter Tout Geste Invasif. Elles Sont Considérées Comme Pseudokyste Après Développement D'une Capsule (Généralement Après Les 4 Premières Semaines). Leur Contenu Est Strictement Liquidien, Le Plus Souvent, Et Elles Disparaissent Spontanément.

- ❖ Dans Les **Pancréatites Nécrisantes** : Une Collection Sans Capsule Rehaussée Est Appelée **Collection Nécrisante Aiguë (CNA)** Qui Sont Des Collections A Contenu Mixte Liquidien Et Non Liquidien (Survient Généralement Dans Les 4 Premières Semaines) Qui Deviennent Ensuite Une **Nécrose Kystique Organisée (NKO)**.

La Distinction Entre Les CAN Et Les Collections Liquidiennes Aiguës Péri-Pancréatiques Est Difficile, Voire Même Impossible, En Imagerie Au Cours De La 1^{ère} Semaine, Vue Le Caractère Qui Semble Liquidien Pour Les 2 Types, Mais Qui Devient Généralement Possible Par La Suite [19].

La Nécrose Pancréatique Et/Ou Péri Pancréatique Survient Approximativement Dans 15 % Des Pancréatites Aiguës, Ce Qui Leurs Confère Un Surcroît De Morbidité Et De Mortalité [1].

L'infection De La Nécrose Pancréatique Est La Forme La Plus Péjorative Des Pancréatites Aiguës. Selon A. Brahmidi dans Son Etude Rétrospective Portant Sur 305 Cas De Pancréatite Aiguë Colligées Dans Le Service De Chirurgie Du CHU Hassan II De Fès, Durant Une Période De 3 Ans Du Janvier 2009 Au Décembre 2011 : 38,7 % Ont Été Classe Stade E De BALTHAZAR, La Surinfection De La Nécrose Pancréatique A Été Retenue Chez 11 Malades (Soit 3,6%) Dont Dix Patients Sont Décédés (90,9 %) [3].

L'infection De La Nécrose Pancréatique Peut Être Observée Chez 30% A 70% Des Patients Atteints D'une Pancréatite Nécrisante [21,22,24]. Le Taux De Contamination Est Plus Elevé Au Cours De La 3^{ème} Semaine Alors Qu'il Est Le Plus Bas Au Cours De La 1^{ère} Semaine Et Au-Delà De La 4^{ème} Semaine [25]. Le Taux De Mortalité Chez Les Patients Avec Une Nécrose Infectée Et Une Défaillance Viscérale Est De L'ordre De 35,2% Vs 1,4% Chez Les Patients Avec Une Nécrose Infectée Sans Défaillance Viscérale [22]. Le Taux De Mortalité Plus Elevé Dans Le Groupe De Patient Avec Une Infection Précoce (<30 Jours) Par Rapport Au Groupe Avec Infection Tardive (>30 Jours) (22% Vs 3%) [23].

L'intérêt Du Drainage Et Du Débridement N'est Etabli Qu'en Cas De Nécrose Pancréatique Surinfectée. Certaines Equipes La Proposent Egalement En Cas De Nécrose Collectée Stérile Symptomatique, Notamment En Cas De Persistance Ou De Réapparition De Douleurs Abdominales Malgré Le Traitement Antalgique, De Majoration Des Défaillances Multiviscérales Ou D'obstruction Digestive Haute Ou Biliaire [1]. Le Diagnostic De L'infection De La Nécrose Pancréatique Est Important Pour Un Traitement Adapté Et Ainsi Il Conditionne Le Pronostic De La Pancréatite Aiguë Nécrisante, Mais N'est Pas Toujours Facile. L'apparition De Bulles De D'air Dans La Collection (En Dehors De Tout Geste Interventionnel), A L'imagerie, Est Evocatrice D'infection, Mais Peut Être Due A Une Communication Avec L'appareil Digestif. En Cas De Son Absence, Le Diagnostic Sera Fait Par Une Ponction A L'aiguille Fine Qui, En Raison Du Risque De Surinfection, Ne Doit Être Réalisée Que S'il Existe Une Forte Suspicion Clinique De L'infection Des Colées De Nécrose. Les Faux Négatifs De La Ponction Représentent Moins De 10 % Ce Qui Justifie Sa Répétition En Cas De Forte Suspicion De La Surinfection [12].

Une Nécrosectomie Chirurgicale Est Possible Mais Constitue Un Geste Lourd Avec Morbidité Elevée Et Un Risque De Décès Supérieur Par Rapport Au Moyen Mini-Invasif [2]. Rasch S. Et Al Ont Rapporté Un Taux De Morbidité Et De Mortalité Significativement Plus Bas Dans La Pancréatite Nécrisante Infectée Traitée Par Des Techniques De Drainage Mini-Invasifs Suivie D'une Nécrosectomie Endoscopique Par Rapport A Une Intervention Chirurgicale D'emblée : Une Mortalité Globale De 10,5% Contre 33,3% Avec Une Morbidité De 44,7% Vs 73,3% (Incluant La Persistance De Sepsis Et Les Complications Hémorragiques) [9].

Un Drainage Radiologique Scannoguidé Peut Être Proposé Comme Alternatif Curatif Autrement Chirurgical Ou En Attente D'une Chirurgie Chez Les Patients Sévèrement Et Inopérables Dans L'immédiat. Plusieurs Cathéters De Grand Calibre (20-24Fr) Peuvent Être Nécessaires Pour Drainer Des Collections Multilocalisées Associées A Un Rinçage Par Sérum Salé Stérile, Au Moins Trois Fois Par Jour, Pour Eviter L'obstruction Des Drains Par Les Débris Nécrisants Qui Sont, Souvent, Responsables De L'échec Du Drainage Percutané. Le Drain Peut Être Retiré Après Assèchement De La Collection (Liquide Claire Avec Un Débit Moins De 10cc Sur 2 Jours Successives). Le Taux De Succès Rapporté Est Variable Entre 36 A 64% Selon Les Séries [11,13,16], Avec Recours Au Traitement Chirurgical Dans Certains Cas En 2^{ème} Intention. Les Complications Majeures Du Drainage Percutané Scannoguidé Sont Les Hémorragies Et Les Blessures Des Organes Adjacents. Selon Wen-Hua He. Et Al, Dans Leur Etude De Comparaison Entre Le Traitement Endoscopique Et Percutané, Une Supériorité Du Traitement Endoscopique A Été Démontrée [17].

Actuellement La Nécrosectomie Endoscopique Est Préférable Aux Autres Techniques, Elle Permet De Réduire La Mortalité Ainsi Que La Morbidité De Cette Affection Grave. Dans Une Récente Méta-Analyse Incluant 581 Cas Ayant Bénéficié D'une Nécrosectomie Endoscopique : L'infection Descollée De Nécrose A Été Documentée Dans 57% Des Cas, Les Résultats Étaient Favorables Chez 81% Des Patients Avec Une Mortalité De 6% [4]. La Mortalité Accrue Dans Notre Série Peut Être Expliquée Par La Gravité De Tableau

Clinique : Tous Les Patients Se Sont Présentés D'emblée Avec Une Défaillance Multiviscérale nécessitant Des Drogues Vasoactives. L'infection Decollée Pancréatique a été Documenté Dans 75% Des Cas Dans Notre Série.

Les Complications Les Plus Fréquentes, Associées A La Nécrosectomie Endoscopique, Par Ordre De Fréquence Sont: L'hémorragie Digestive (12,6%) Qui Peut Se Produire Pendant La Dilatation De La Fistule Tractus Gastro-Intestinal par Ballonnet Ou De Façon Retarde, La Perforation Digestive (4,4%) Qu'il Faut Craindre Devant Toute Aggravation Clinique Après Une Nécrosectomie, L'embolie Gazeuse (0,8%) Qui Est Une Complication Potentiellement Mortelle Et Dont Le Risque Peut Etre Diminué Par Insufflation Par CO₂ [5].

Dans Notre Série, On A Noté : Un Cas D'hémorragie Digestive Engendrant Un Etat De Choc Hémorragique Qui A Justifié la Mise En Route D'un Traitement Par Les IPP (Inhibiteurs De La Pompe A Protons) Malgré L'absence De Consensus Sur Ce Point [5], Un Cas De Perforation Duodénale Qui A Eté Responsable d'une Instabilité Hémodynamique Nécessitant Une Augmentation Des Doses Des Drogues Vasoactives et Un Cas De Migration De La Prothèse Qui A Eté Décrite Dans La Littérature, Avec Un Risque Qui Varie Entre 1 Et 15%, Et Elle Concerne A La Fois Les Prothèses Plastiques Et Métalliques [14].

Le Choix Entre Laprothèse métallique Et Les Prothèses Plastiques Reste Discutable [5], Dans Les Etudes Publiées il N'y A Pas De Donnée qui Preuve La Supériorité Des Prothèses métalliques Totale-ment Couvertes par Rapport Aux prothèses Plastiques En Ce Qui Concerne : L'efficacité, Les Complications et Le Taux De Récurrence. Même Donnée pour Le Traitement Endoscopique Des Faux Kystes Infectés [20]. Cependant, Les Prothèses Métalliques Entièrement Couvertes offrent Une Meilleure Capacité De Drainage Et Un Accès Endoscopique Direct Grâce A Leur Diamètre Important [18]. Cependant, Des Etudes Comparatives Réalisées Sur Une Grande Population Sont Nécessaires Pour Valider Le Choix De Prothèse Idéale.

Certaines Equipes Ont Proposé D'associer Un Drainage Endoscopique Et Un Drainage Percutanéen Cas Decollection De Grande Taille et En Cas De Collection De Nécrose Mal Limitée Et Diffuse Avec Un Accès à Travers L'estomac Ou Le Duodénum Est Non Optimal [15,18].

V. Conclusion :

La Nécrosectomie Endoscopique Permet De Réséquer La Nécrose Pancréatique Infectée Et Non Collectée. Elle Représente Une Nouvelle Avancée de L'endoscopie Interventionnelle Dans La Prise En Charge Des Pancréatites Aiguës Nécessaires Et Infectées Qui Commence A Faire Ses Preuves En Vue De Diminuer La Morbi-Mortalité De La Prise En Charge Chirurgicale Des Pancréatites Aiguës Graves. L'amélioration Des Résultats Obtenus De Cette Technique Compte Sur La Coopération Etroite Entre Les Radiologues, Les Chirurgiens Et Les Gastroentérologues Ainsi Que Sur Leur Engagement.

Déclaration D'intérêts:

Les Auteurs Déclarent N'avoir Aucun Conflit D'intérêt En Relation Avec Cet Article.

Reference

- [1] Franck Cholet, O. Pennec, M. Robaszkiwicz. La Nécrosectomie Pancréatique Endoscopique : Une Nouvelle Arme Dans L'arsenal Thérapeutique De La Nécrose Infectée. *Acta endosc.* (2014) 44:36-42. DOI 10.1007/S10190-013-0358-5.
- [2] Van Brunschot S, Hollemans RA, Bakker OJ, Et Al. Minimally Invasive And Endoscopic Versus Open Necrosectomy For Necrotising Pancreatitis: A Pooled Analysis Of Individual Data For 1980 Patients. *Gut* 2017;0:1-10. Doi:10.1136/Gutjnl-2016-313341.
- [3] Brahmi Abdessamad. Pancréatite Aiguë (A Propos De 305 Cas). Thèse, N° 098/12, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté De Médecine Et De Pharmacie Fès Année 2012
- [4] Van Brunschot S, Fockens P, Bakker OJ, Et Al. Endoscopic Transluminal Necrosectomy In Necrotising Pancreatitis: A Systematic Review. *Surgendosc.* 2014 May;28(5):1425-38. Doi: 10.1007/S00464-013-3382-9.
- [5] Isayama H, Nakai Y, Rerknimitr R, Et Al. The Asian Consensus Statements On Endoscopic Management Of Walled-Off Necrosis Part 2: Endoscopic Management. *J Gastroenterol Hepatol.* 2016 Sep;31(9):1555-65. Doi: 10.1111/Jgh.13398.
- [6] Carlos Marra-Lopez, Federico Bolado, Hector Canaval-Zuleta, Et Al. Analysis And Predictive factors Of Splanchnic vein thrombosis In Acute Pancreatitis. *Pancreatology* 17(3):S113-S114 · July 2017. DOI:10.1016/J.Pan.2017.05.356
- [7] Easler J, Muddana V, Furlanaet Al. Portosplenomesenteric vein thrombosis In Patients With Acute Pancreatitis associated with pancreatic necrosis And Usually Has A Benign Course. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014 May;12(5):854-62. Doi: 10.1016/J.Cgh.2013.09.068.
- [8] A. Türkvatani Et A. Erden , M.A. Türkoglu, Et Al. Imagerie De La Pancréatite Aiguë Et De Ses Complications. Partie 2 : Complications De Lapancréatite Aiguë. *Journal De Radiologie Diagnostique Et Interventionnelle* volume 96, Issue 1, February 2015, Pages 23-34
- [9] Rasch S, Phillip V, Reichel S, Et Al. Open Surgical Versus Minimal Invasive Necrosectomy Of The Pancreas-A Retrospective multicenter analysis Of The German pancreatitis study Group. *Plos One.* 2016 Sep 26;11(9):E0163651. Doi: 10.1371/Journal.Pone.0163651.
- [10] S. G. Prabhudesai, S. Patel, N. Bharwani, Et Al. Acute Pancreatitis: The Role Of Imaging In Diagnosis And treatment. *ECR* 2010. DOI :10.1594/Ecr2010/C-3235.
- [11] Mortel et al. Jirshman J, Szejnfeld D, Et Al. CT-Guided percutaneous catheter Drainage Of Acute Necrotizing pancreatitis: Clinical experience And Observations In Patients With sterile And Infected Necrosis. *AJR*;192, January 2009. DOI: 10.2214/AJR.08.1116.

- [12] M. Zappa, J.P. Tasu, M. Zins, Et Al. Conférence d'Atlanta 2012 : Classification Révisée De La Pancréatite Aiguë. Terminologie Francophone Validée Par La SIAD (Société D'imagerie Abdominale Et Digestive) ;Journal De Radiologie Diagnostique Et Interventionnelle (2014) 95, 759—765.
- [13] Baudin G, Chassang M, Gelsi E, Novellas S, Et Al. Ctguided Percutaneous Catheter Drainage Of Acute Infectious Necrotizing Pancreatitis: Assessment Of Effectiveness And Safety. *AJR Am J Roentgenol.* 2012 Jul;199(1):192-9. Doi: 10.2214/AJR.11.6984.
- [14] Alialalli, Jeffrey Mosko, Gary May And Christopher Teshima. Endoscopic Ultrasound-Guided Management Of Pancreatic Fluid Collections: Update And Review Of The Literature. *Clinendosc* 2017;50:117-125. <https://doi.org/10.5946/ce.2017.045>
- [15] Shyamvaradarajulu. A Hybridendoscopic Technique For The Treatment Of Walled-Off Pancreaticnecrosis. *The American Journal Of Gastroenterology*(2013)108,1015-1017. Doi:10.1038/Ajg.2013.113
- [16] Freeny PC, Hauptmann E, Althaus SJ, Traverso LW, Sinanan M. Percutaneous CT-Guidedcatheter Drainage Of Infected Acute Necrotizingpancreatitis: Techniques And Results. *AJR Am J Roentgenol.* 1998 Apr;170(4):969-75. DOI: 10.2214/Ajr.170.4.9530046.
- [17] Wen-Hua He, Yong Zhu, Yin Zhual, Et Al.Theoutcomes Of Initial Endoscopic Transluminal Drainage Are Superior To Percutaneous Drainage For Patients Withinfectedpancreaticnecrosis: A Prospective Cohortstudysurgicalendoscopy · February 2017.DOI: 10.1007/S00464-016-5324-9.
- [18] Albers D, Toerner T, Charton JP, Neuhaus H, Schumacher B. Endoscopictherapy For Infectedpancreaticnecrosisusingfullycovered Self-Expandablemetalstents: Combination Of Transluminal Necrosectomy, Transluminal And Percutaneous Drainage. *Gastroenterologie* 54(1):26-30 · January 2016. DOI: 10.1055/S-0041-104228.
- [19] Banks PA, Bollen TL, Dervenis C,Et Al.Classification Of Acute Pancreatitis—2012: Revision Of The Atlanta Classification And Definitions By International Consensus. *Gut* 2013; 62:102–111. Doi: 10.1136/Gutjnl-2012-302779.
- [20] Chandran S, Efthymiou M, Kaffes A, Et Al . Management Of Pancreatic Collections With A Novelendoscopicallyplacedfullycovered Self-Expandablemetalstent: A National Experience.*Gastrointestendosc.* 2015 Jan;81(1):127-35. Doi: 10.1016/J.Gie.2014.06.025.
- [21] Ranson JH, Balthazar E, Caccavale R, Cooper M. Computedtomography And The Prediction Of Pancreaticabscess In Acute Pancreatitis. *Ann Surg.* 1985 May;201(5):656-65.
- [22] Werge M, Novovic S, Schmidt PN, Gluud LL. Infection Increasesmortality In Necrotizingpancreatitis: A Systematicreview And Meta-Analysis. *Pancreatology.* 2016 Sep-Oct; 16(5):698-707. Doi:10.1016/J.Pan.2016.07.004.
- [23] Guo Q, Li A, Xia Q, Hu W.Late Infection Of Pancreatic Necrosis: A Separateentity In Necrotizingpancreatitiswithlowmortality. *Pancreatology.* 2015 Jul-Aug;15(4):360-5. Doi: 10.1016/J.Pan.2015.05.459.
- [24] Beger HG, Rau B, Mayer J, Pralle U. Natural Course Of Acute Pancreatitis. *World J Surg.* 1997 Feb;21(2):130-5.
- [25] Uhl W, Schrag HJ, Wheatley AM, Büchler MW. The Role Of Infection In Acute Pancreatitis. *Digsurg* 1994; 11: 214–219.

Z. Hamidi "Nécrosectomie Endoscopique Pour Les Pancréatites Aigues Graves : Quel Apport De Cette Nouvelle Technique ? (A Propos De 04 Cas)." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, vol. 17, no. 4, 2018, pp 61-68