

Place de l'échoendoscopie dans les pathologies biliopancréatiques

B Napoléon, Lyon

L'échoendoscopie (EE) biliopancréatique s'est développée ces 10 dernières années. L'examen généralement réalisé sous anesthésie générale utilise des échoendoscopes à vision latérale ou foroblique. La descente dans le deuxième duodénum permet d'examiner pratiquement dans 100% des cas l'ensemble de la glande pancréatique et des voies biliaires extrahépatiques. Par ailleurs les rapports du pancréas avec les différents vaisseaux adjacents peuvent être appréciés de manière quasi-constante.

La proximité de la sonde et de la sphère biliopancréatique permet l'utilisation de sonde de fréquence élevée (7,5 à 12 MHz) avec une excellente définition. Ainsi une lésion pancréatique < 10 mm de diamètre sera visualisée. La contrepartie à cette excellente définition est la profondeur de champ qui est limitée. Ainsi l'exploration du hile ne sera possible que dans 1 / 4 des cas et les rapports vasculaires de certaines volumineuses tumeurs pancréatiques pourront être inanalysables.

Certains facteurs peuvent également gêner l'examen

- les sténoses duodénales non franchissables et certaines chirurgies (gastrectomie totale et Billroth 2, en particulier) peuvent limiter l'exploration au corps et à la queue du pancréas.
- la réalisation préalable d'une sphinctérotomie ou la présence d'une prothèse peuvent également gêner l'examen (aérobilie, cône d'ombre induit par la prothèse...).

Les performances de l'EE se sont progressivement confirmées comme supérieures à celles de l'échographie (US) et du scanner (TDM) et au moins identiques à celles de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Plus récemment l'apparition du scanner hélicoïdal (hTDM) et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ont remis en question la supériorité de l'EE. Les possibilités de l'EE se sont par ailleurs complétées avec le développement de la ponction sous EE et l'utilisation de minisondes endocanalisaires introduites en transpapillaire ou en transhépatique.

Actuellement la place respective de tous ces examens reste très dépendante des conditions locales (échoendoscopiste, radiologue ou cathétériseur confirmé, IRM disponible ...), mais les données de la littérature permettent de se faire une opinion des choix théoriques idéaux en fonction du contexte clinicobiologique.