

**CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PLAIE
DES VOIES BILIAIRES APRES
CHOLECYSTECTOMIE PAR
LAPAROSCOPIE**

Yasmina CHEVALIER
Séminaires du DESC
NANTES 17, 18 Janvier 2003

Introduction: Plaies des Voies Biliaires

Fréquence 0,2 à 1,1 %

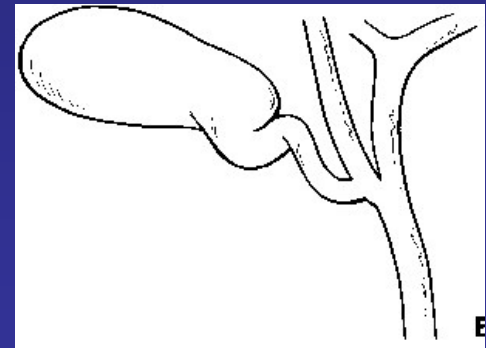
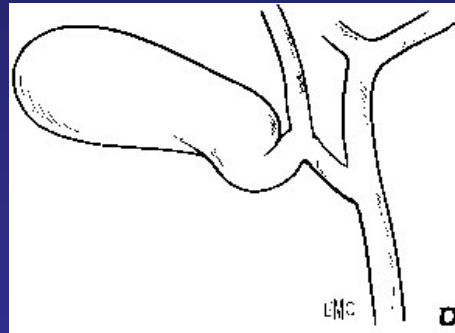
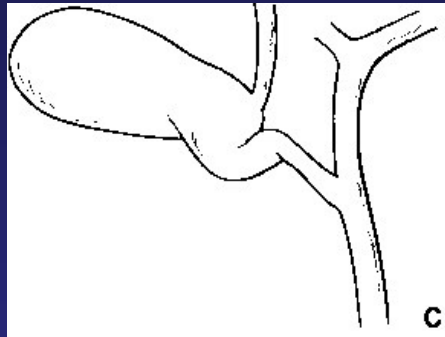
Rapport de l'AFC 99

TYPES DE PLAIE	N (%)
Fuites biliaires simples	38 (27)
Section partielle VBP	40 (28,5)
Section complète VBP	16 (11,4)
Sténose	17 (12)

Causes

- Courbe d'apprentissage
- Expérience: Risque 1,7% → 0,57% après 50 CL
- Caractère inflammatoire
- Variations anatomiques

Variations anatomiques



Problématique

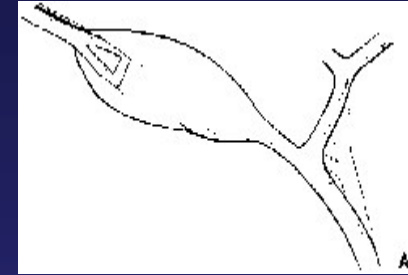
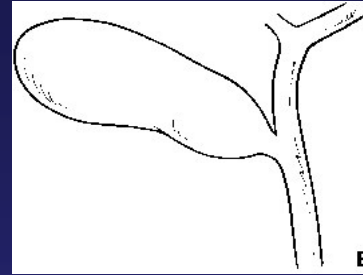
La conduite à tenir dépend:

- Mécanisme de la lésion
- Présentation clinique
- La localisation de la plaie
- Moment du Diagnostic

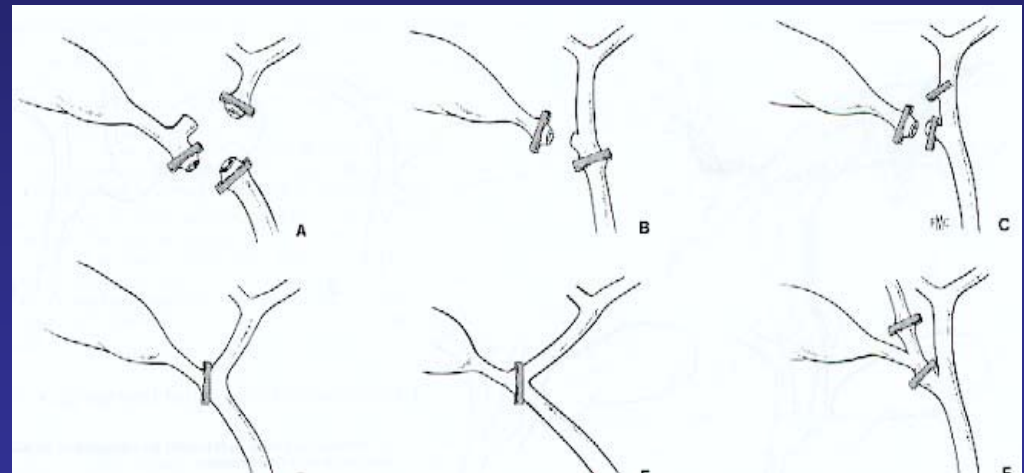
→ Comment réparer

Mécanisme

- Plaies franches par confusion entre le cystique et le cholédoque



- Plaies latérales ou sténose par clips



- Sténose par lésion ischémique

Diagnostic :

Per-opératoire

Fuite de bile après la dissection

Cholangiographie +++

Post-opératoire précoce

Drainage ss hépatique: Fistule biliaire

Biliome: Douleurs abdominales, fièvre

Cholépéritoine: Péritonite

Post-opératoire tardif (plusieurs mois)

Ictère, angiocholite (sténose)

Types de plaies / Classifications

Identification et Localisation: Cartographie Biliaire
CPRE, Cholangiographie, TDM, Cholangio-IRM

Classification:

Strasberg:

Type A: fuite d'un canal mineur en continuité avec la VBP

Type B: Ligature d'une partie de l'arbre biliaire

Type C: Fuite d'un canal non communiquant avec la VBP

Type D: Plaie latérale de la VB extrahépatique

Type E: Plaie circonférentielle des canaux hépatiques

Mais aussi Classifications de Olsen, Scholl

Plaies simples / Plaies Complexes

→ Quand et Comment Réparer ?

Quand Réparer ?

Diagnostic per-opératoire = Conversion

mais reconnaissance = 30 à 50 %

Réparation immédiate +++ Taux d'échec reste élevé

CI: Lésions inflammatoires, Inexpérience

Diagnostic post-opératoire précoce (J < 21)

Phénomènes inflammatoires +++

Pas de réparation à ce stade

Réintervention possible pour drainage

→ **Réparation définitive 1 à 3 mois après**
à ciel ouvert , Anastomose bilio-digestive (AHJ)

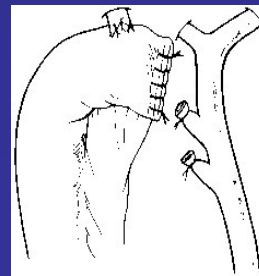
Réparation Immédiate : Comment ? (1)

- Bonnes conditions : Suture / Drainage ss Coelio
- Mauvaise Visualisation : Conversion - Exposition

Plaie Périphérique → Suture fils non résorbable

Plaie latérale de VB → Drainage / Kehr

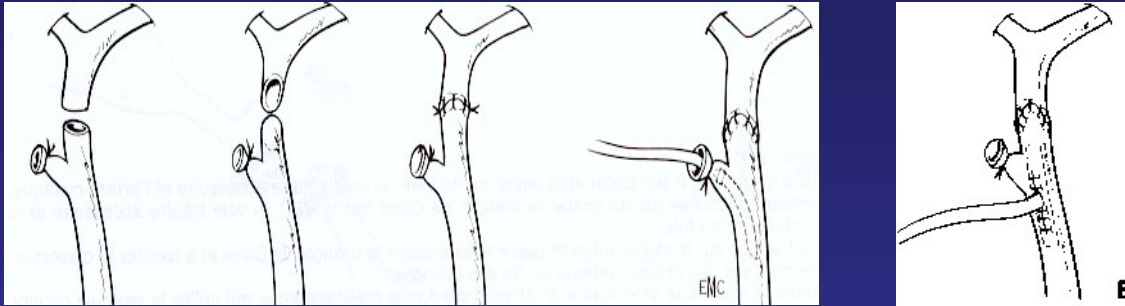
Plaie du canal sectoriel droit



Réparation Immédiate : Comment ? (2)

Plaie Franche de la VB sans perte de substance

→ Suture bilio-biliaire + drainage Biliaire



Plaie de la VB avec Perte de Substance

→ anastomose hépatico-jéjunale

Si Plaie Complexe ou Inexpérience

→ Drainage puis Transfert

Diagnostic post-opératoire précoce : Comment traiter? (1)

Plaies simples:

Fuite dans lit vésiculaire:

- Drainage percutané (tarissement spontané)
- Drainage / Coelio

Fuite sur moignon cystique

- Ttt endoscopique: SE , Drain nasobiliaire ou prothèse
+ Drainage percutané
- Ttt chirurgical: Drainage ou clip

Diagnostic post-opératoire précoce : Comment traiter? (2)

Plaies Complexes : lésions de la VBP

Drainage +++

Attendre +++ la dilatation des VB

Réparation secondaire par une équipe spécialisée

Réparation Différée

Anastomose Biliodigestive sur anse en Y:

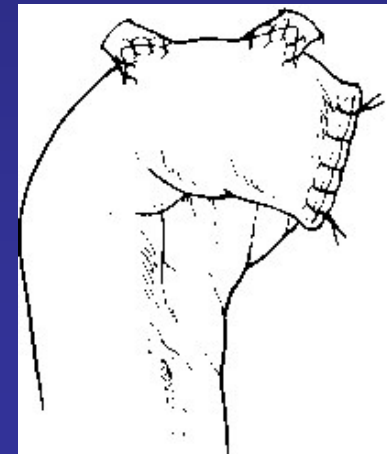
Réparation muco-muqueuse

Décollement du colon dt

Décollement du duodéno-pancréatique

- Si plaie à moins de 2 cm de la convergence:
Décoller la plaque hilaire

- Si plaie haute sur la convergence: mobiliser le
lobe carré (nécessité de 2 cholangioG)



Résultats à long terme

Sténoses sur Lésions Ischémiques

Classification de Bismuth

Anastomoses Bilio-Digestives

90 % de Bons Résultats Fonctionnels à 10 ans

Mais Mauvaise Qualité de Vie (Melton et Yeo, Ann Surg 02)

Prévention +++

Respect des Règles de Dissection

Ne pas hésiter à Drainer et Transférer

PLAIE DES VB

DG Per-Opérateur
= Conversion

DG Précoce
< J21

DG Tardifs

Fuite simple

Plaie Complexe

Sténose

Plaie
périphérique

Plaies Latérales VB
sans perte
de substance

Plaies VB
avec perte
de substance

Drainage
Ou prothèse

Suture

AHJ

Drainage

Dilatation endoscopique
Ou AHJ

Suture
+ drainage / Kehr

Réparation secondaire
AHJ

Bibliographie:

Traitement des complications de la cholecystectomie.

Moreaux J. EMC-Techniques Chirurgicales App.digestif, 40-960,1993.

Traitement endoscopique des complications biliaires de la chirurgie laparoscopique.

Ligory C, Lefebvre JF, De Paulo GA. EMC-Techniques chirurgicales App. Digestifs, 40-961,2001.

Complications de la chirurgie abdominale sous vidéo-laparoscopie.

Rapport du 101 ème congrès de l'AFC.Descottes B, Samama G, Ségol P 1999, p 67-97.

Long term Biliary Function After Reconstruction of Major Bile Duct Injuries With Hepaticoduodenostomy or Hepaticojejunostomy.

Moraca R, Lee F, Ryan J, Traverso LW. Arch Surg. 2002;137:889-94.