

# Cholécystostomie percutanée dans les cholécystites aiguës chez les patients à haut risque anesthésique

K. Welschbillig<sup>1</sup>, P.Pessaux<sup>1</sup>, J.Lebigot<sup>2</sup>, E.Lermite<sup>1</sup>, Ch.Aube<sup>2</sup>, O.Brehant<sup>1</sup>  
C.Teyssedou<sup>1</sup>, A.Hamy<sup>1</sup>, J.P.Arnaud<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de chirurgie digestive – CHU Angers

<sup>2</sup> Service de radiologie – CHU Angers

# Introduction

- Cholécystectomie = Traitement de choix de la cholécystite aiguë.
  - Taux de mortalité  $< 0,8\%$ .
  - Taux de mortalité  $> 15\%$  chez les patients âgés ou à haut risque anesthésique.
- Une alternative à la cholécystectomie : La cholécystostomie percutanée.

# La cholécystostomie percutanée

- Décrite par Radder en 1980.<sup>1</sup>
- Principe :
  - Décompression de la vésicule biliaire
  - Drainage de la bile infectée.
- Intérêt confirmé par plusieurs études dans la littérature.<sup>2,3</sup>

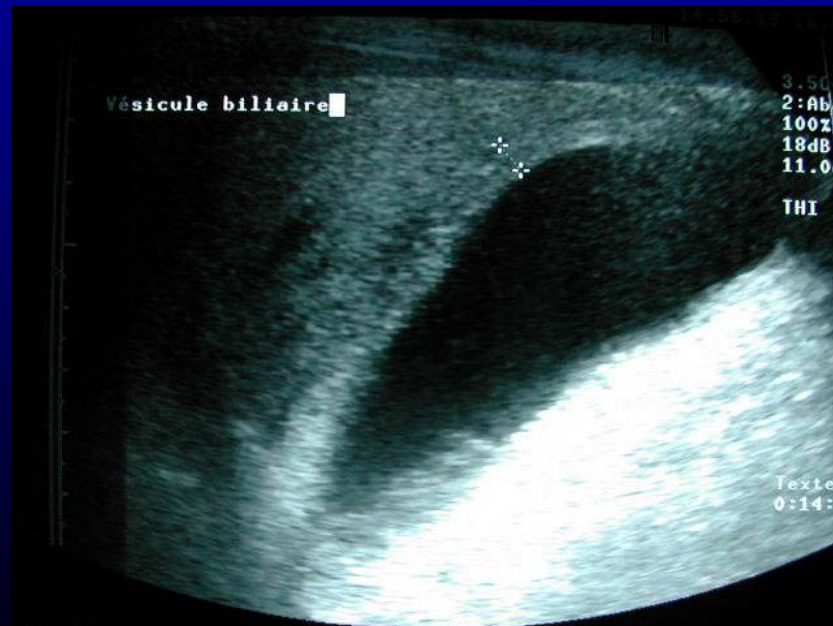
1 Radder R.W., Diagn Imaging, 1980

2 Boggi U., Hepato-gastroenterology, 1999

3 Chang L., Am J Surg, 2000

# Buts de l'étude

Évaluer nos résultats de cholécystostomie percutanée comme alternative à la cholécystectomie en urgence chez des malades âgés ou à haut risque anesthésique atteints de cholécystite aiguë



# Patients

- Admis aux urgences entre octobre 1995 et mars 2005.
- Cholécystite aiguë lithiasique ou alithiasique.
- Score ASA  $\geq$  III.
- Décision multidisciplinaire de cholécystostomie percutanée.

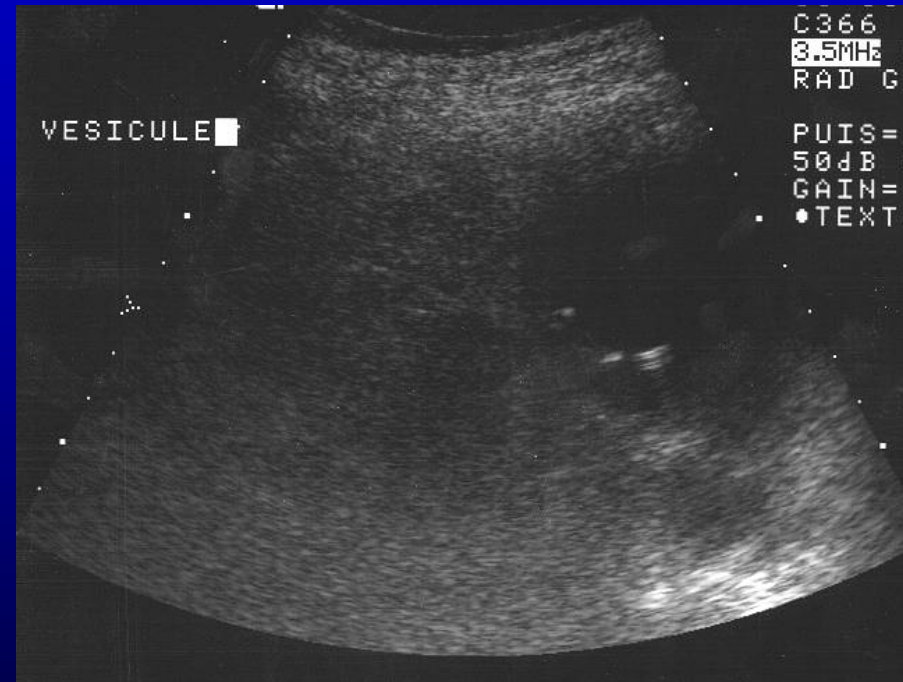
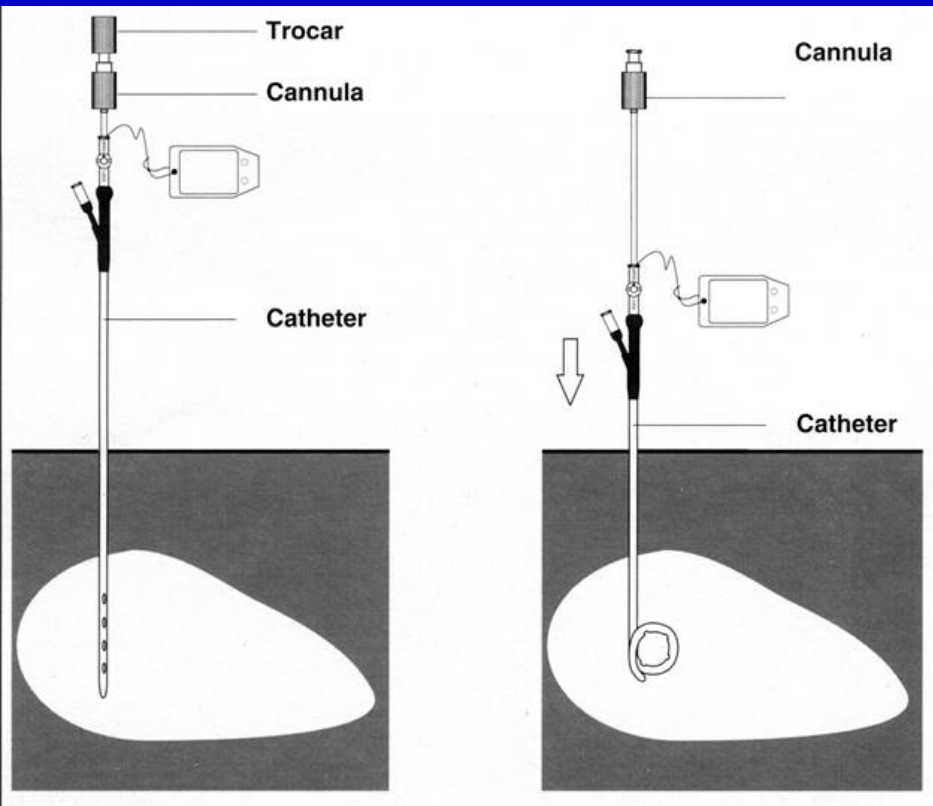
# Méthode (1)

- Patient a jeun > 8 heures, antibiothérapie IV associée.
- Dans le service de radiologie sous anesthésie locale.
- Ponction percutanée transhépatique directe de la vésicule sous échographie.
- OU
- Ponction percutanée indirecte selon Seldinger sous tomодensitométrie.
- Drain multiperforé Pigtail® de calibre 8 French.

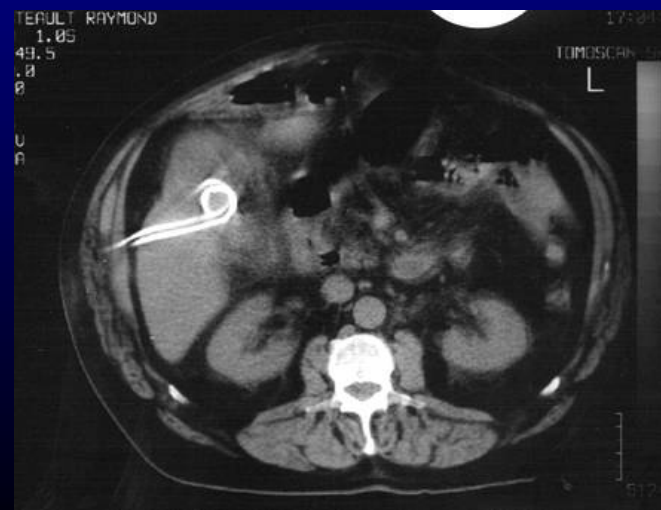
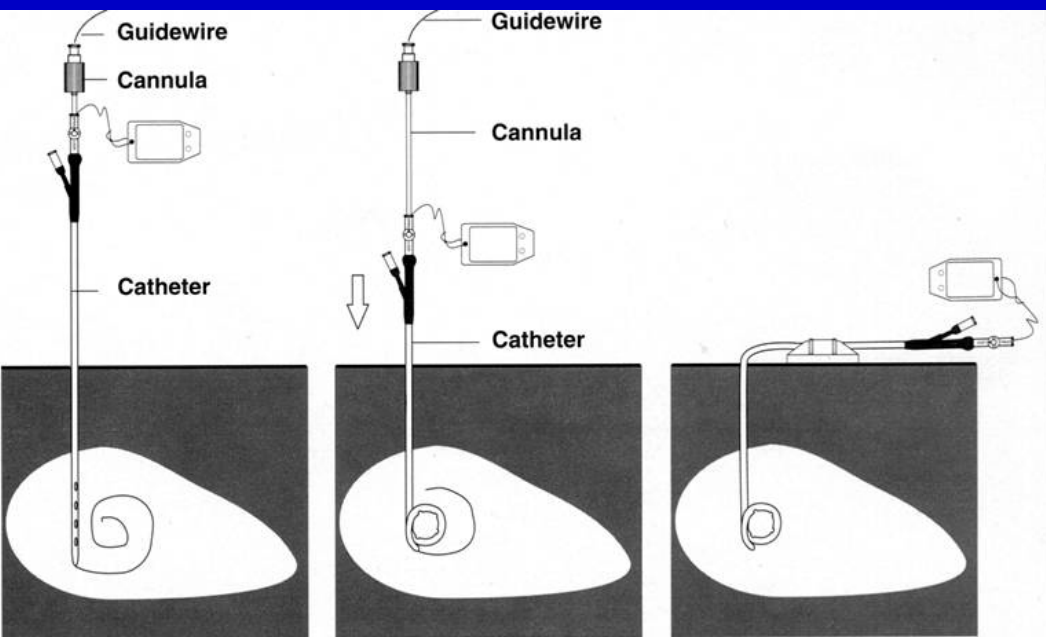
# Méthode (2)

- Prélèvement de bile → Adaptation de l'antibiothérapie.
- Cholangiographie antérograde si suspicion d'une lithiase des voies biliaires associée.
- Drainage déclive.
- 4 lavages quotidiens avec 10 ml de sérum physiologique.
- Clampage du drain après résolution des signes clinico-biologiques.

# technique échographique



# Technique TDM



# Cholangiographie antérograde



# Patients

- Critères démographiques :
  - 65 patients inclus.
  - Age moyen : 78 ans (45-95).
  - Hommes : 58% (n = 38).
- Critères cliniques :
  - ASA III : 78% (n = 51), ASA IV : 22% (n = 14).
  - Température > 38.5°C : 85% (n = 55).
- Critères échographiques :
  - Cholécystite lithiasique : 75% (n = 49).
  - Paroi vésiculaire > 3mm : 94% (n = 61).
  - Distension vésiculaire : 72% (n = 47).
  - Épanchement péri-vésiculaire 29% (n = 19).

# Pathologies associées

| Conditions associées          | nombre | pourcentage |
|-------------------------------|--------|-------------|
| Cardiopathie décompensée      | 41     | 63 %        |
| Insuffisance respiratoire     | 25     | 38 %        |
| Insuffisance rénale           | 16     | 24 %        |
| Obésité morbide               | 13     | 20 %        |
| Antiagrégant ou anticoagulant | 10     | 17 %        |
| Diabète                       | 7      | 11 %        |
| Néoplasie                     | 7      | 11 %        |
| Cirrhose                      | 4      | 6 %         |
| Choc septique                 | 4      | 6 %         |

# Résultats

- Ponction sous échographie : 92% (n = 60).
- Succès de la technique : 97% (n = 63).
- Résolution de l'épisode de cholécystite : 90% (n = 55).
  - en 72h (n = 49).
  - en 96h (n = 6).
- Mortalité liée à la technique : 0%.
- Morbidité liée à la technique : 5% (3 hématomes pariétaux).
- 2 patients ont arraché leur drain → Second drainage.

Cholécystite aiguë

n = 65

Échec de la technique

n = 2 (3%)

Succès de la technique

n = 63 (97%)

Traitement médical n = 2

Cholécystectomie n = 2

Drainage inefficace

n = 2 (3%)

Drainage efficace

n = 61 (94%)

1 Décès lié aux comorbidités

Rechute < 30J

n = 6 (9%)

Récidive > 30J

n = 5 (8%)

Mortalité < J30 liée  
aux comorbidités

n = 8 (12%)

Pas de récurrence

n = 42 (64%)

Cholécystectomie n = 3

Traitement médical n = 3

Cholécystectomie n = 3

Traitement médical n = 2

Cholécystectomie n = 2

Décès n = 5

Survie sans récurrence n = 35

# Résultats

- Durée du drainage moyen 18 Jours (9-60).
- Persistance d'une cholestase : 9% (n=6) →  
Cholangiographie → lithiase de la VBP →  
Sphinctérotomie endoscopique.
- Mortalité à J30 : 14% (n = 9) liée aux comorbidités.
- Cholécystectomie : 15,3% (n = 10).
  - 9,2% après récurrence (n= 6).
  - 3,1 % après drainage inefficace (n = 2).
  - 3,1 % de cholécystectomie à froid (n = 2).

# Dans la littérature

- Faisabilité du geste de 90 à 100%.<sup>4</sup>
  - Mortalité à J30 de 0 à 21%.<sup>5</sup>
  - Mortalité spécifique exceptionnelle.<sup>6</sup>
  - Morbidité faible autour de 10% : fistule biliaire, hémorragie, cholépéritone, perforation colique, réaction vagale.<sup>6</sup>
- Intérêt de la correction des troubles de coagulation, de la voie trans-hépatique, de l'utilisation de drains hydrophiles.

<sup>4</sup> Wong S.K.H., Surg Endosc, 1999

<sup>5</sup> Hamy A., Surgery, 1997

<sup>6</sup> Mac Gahan J.P., Radiology, 1989

# La cholécystostomie percutanée en conclusion

- Une alternative à la cholécystectomie pour cholécystite aiguë chez
  - les patients âgés.
  - les patients à risque anesthésique élevé.
- Une technique efficace avec un taux de mortalité nul et un taux de morbidité faible.
- A elle seule un geste curatif de la cholécystite aiguë.
- peut être suivie si possible d'une cholécystectomie à distance.