

LITHIASE BILIAIRE ET CHIRURGIE BARIATRIQUE :

PLACE ET MOMENT DE LA
CHOLECYSTECTOMIE

THIBAudeau Emilie
CHU ANGERS

PLAN

- Incidence de la lithiase vésiculaire
- Physiopathologie
- Options thérapeutiques en fonction du type de chirurgie :
 - En cas de chirurgie restrictive
 - En cas de diversion duodénale
 - En cas de by pass gastrique :
 - Devant une vésicule « saine »
 - En cas de lithiase préexistante

INCIDENCE DE LA LITHIASE VESICULAIRE

- **Plus importante dans la population obèse :**
 - **21 à 38%**
 - Varie en fonction :
 - Age, sexe et dans le temps
 - Femme > homme
 - Attention : **outils diagnostiques**

- **Après chirurgie bariatrique:**
 - Augmentation à partir du **3^{ième} mois jusqu'à la 2^{ième} année**
 - Manifestations cliniques variables selon les études
 - Après by pass gastrique :
 - RR dans les 2 premières années : 5.8
 - Après : identique à la population générale
 - Manifestations cliniques de 10 à 37%

PHYSIOPATHOLOGIE

- **Dans obésité : origine multifactorielle**
 - Surtout sursaturation en cholestérol

- **Chirurgie bariatrique ⇒ facilitation de la formation de la lithiase vésiculaire :**
 - Diminution de la vidange gastrique
 - Hypersaturation de la bile en cholestérol

- **Facteurs prédictifs :**
 - **Célérité de perte de poids +++**
 - **Montage chirurgical +++:**
 - Chirurgie restrictive < by pass gastrique < diversion bilio pancréatique
 - Taux de triglycérides, du cholestérol total avec les fractions de LDL et de VLDL
 - Pour certains: rapport taille/hanche et IMC préopératoire

EN CAS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE

■ Les options thérapeutiques:

■ Traitement chirurgical :

■ Cholécystectomie

- Avant, pendant ou après??...

■ Traitement médical:

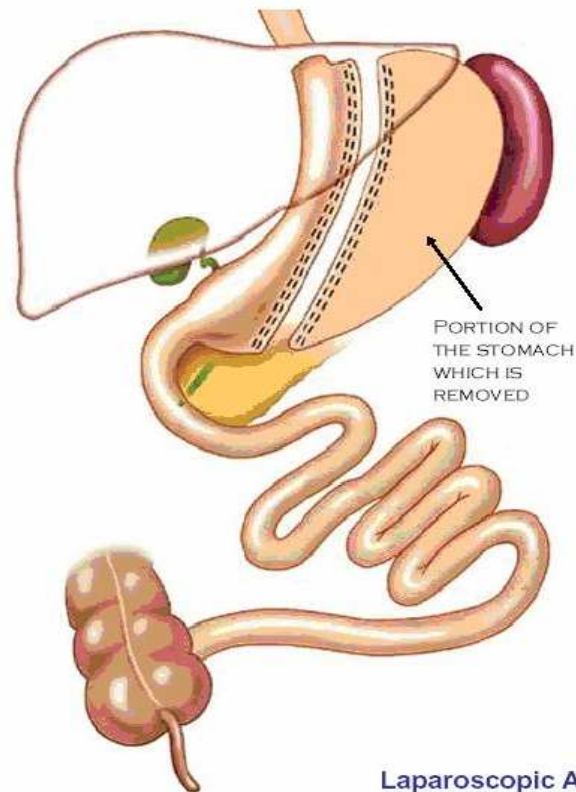
- Par acide ursodésoxycholique (Ursodiol®)

■ Abstention thérapeutique

■ Adapter la thérapeutique en fonction de la chirurgie réalisée

CHIRURGIE RESTRICTIVE

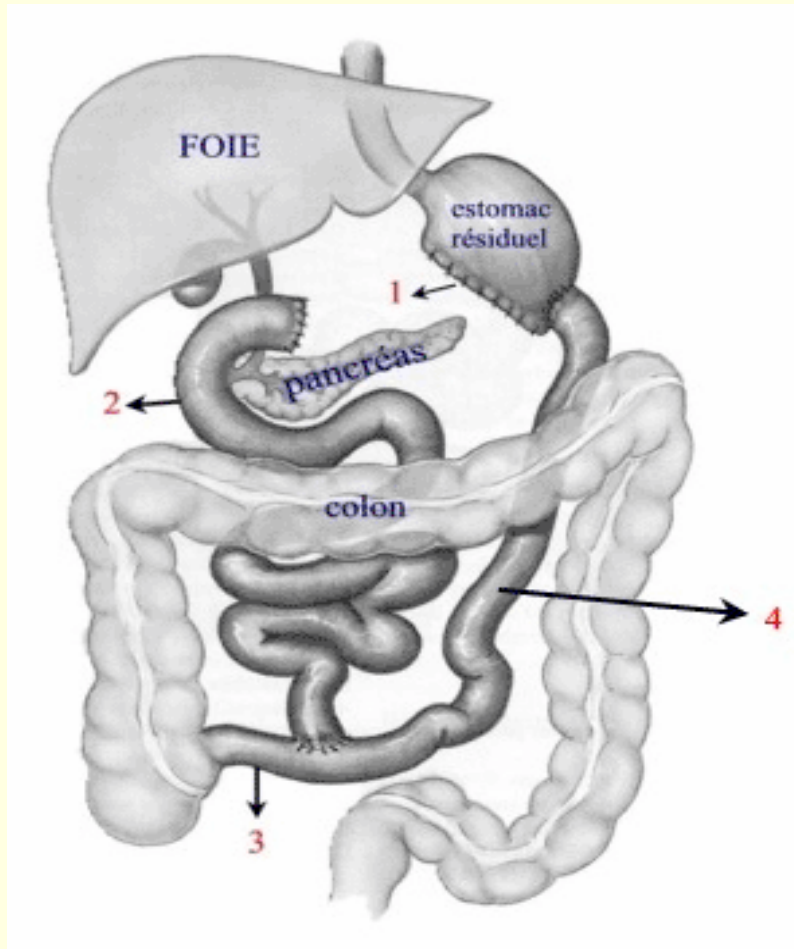
RESTRICTIVE VERTICAL GASTRECTOMY



Laparoscopic Assoc
Of San Francisco©

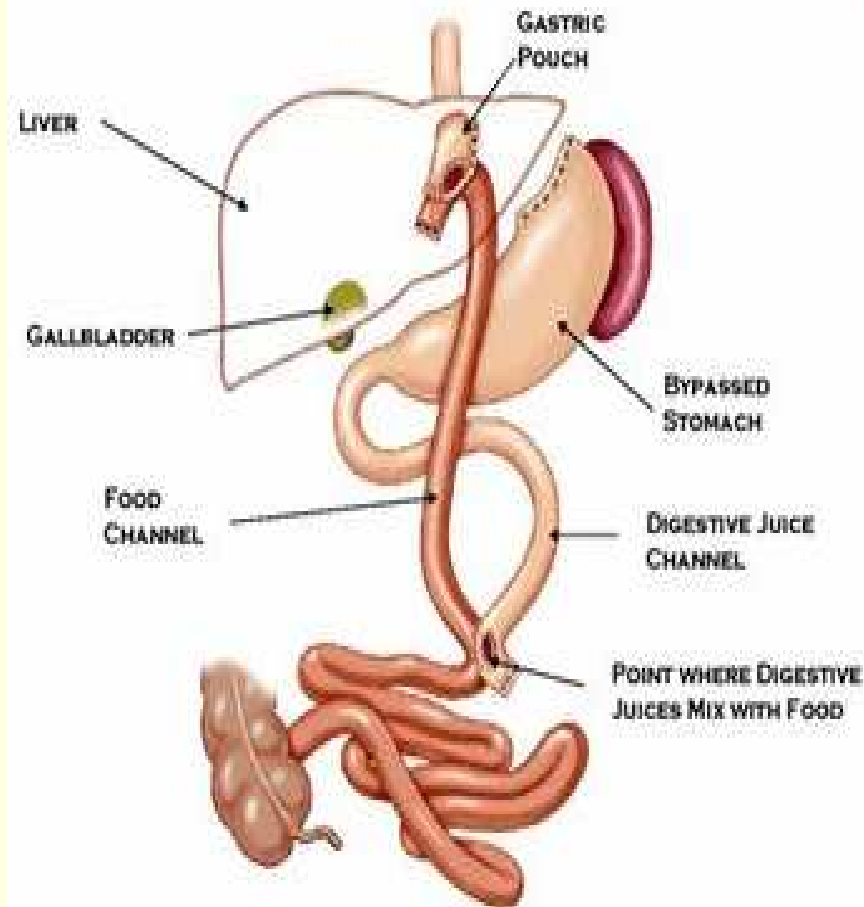
- **IMC moindre**
- Perte de poids plus **lente**
- D'après étude d'O'Brien et al. : **pas de différence significative en terme de complications vésiculaires** entre les patients opérés d'une gastroplastie et la population obèse non opérée
- En cas d'anneau gastrique : geste potentiellement **septique**
- Traitement par Ursodiol : efficacité prouvée
- **Cholécystectomie pas nécessaire**

DIVERSION BILIO-PANCREATIQUE



- Chirurgie **peu utilisée** en chirurgie de l'obésité (type switch ou Scopinaro)
- Génère une perte de poids très importante et rapide car malabsorption +++
- Article de Mason et AL: cholécystectomie doit être réalisée en cas de diversion de plus de la moitié du grêle
- **LA CHOLECYSTECTOMIE DOIT ETRE REALISEE DE PRINCIPE**

BY PASS GASTRIQUE



Laparoscopic Assoc
Of San Francisco©

ROUX-EN-Y GASTRIC BYPASS

- **Cholécystectomie systématique/ cholécystectomie en cas de lithiase asymptomatique**
- Nécessité d'une **échographie préopératoire**:
 - Sensibilité réduite
 - Réalisée par échographiste avec un haut niveau d'expertise chez le sujet obèse
- Si échographie non contributive:
 - Possibilité de réaliser une **écho-endoscopie préopératoire** ou une **échographie peropératoire**

EN CAS DE VESICULE « SAINNE »

■ ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA CHOLECYSTECTOMIE SYSTEMATIQUE :

- **Dissociation** entre les résultats échographiques et anatomopathologiques
- Durée d'**hospitalisation** identique, faible augmentation de la **durée opératoire**
- **Peu de conversion** en laparotomie (1.7% vs 1.1%)
- Pas d'augmentation du taux de **complications** (7% vs 10%)
- Traitement **radical**
- Absence d'**accès** aux voies biliaires en endoscopie après la chirurgie

EN CAS DE VESICULE «SAINE»

■ ARGUMENTS CONTRE LA CHOLECYSTECTOMIE:

- **Faible incidence des symptômes** biliaires en cas de bilan préopératoire normal et traitement médical par Ursodiol :
 - Réintervention pour calcul symptomatique dans 3 à 9% des cas
- Réalisation parfois **difficile** et théoriquement plus simple après amaigrissement du malade :
 - Position inadéquate des trocarts
 - Fatigue de l'opérateur
 - Vésicule souvent enchâssée dans un foie stéatosique
- Existence d'une alternative médicale par **Ursodiol®**
- Risque **limité dans le temps** puisque qu'il redevient similaire 2 ans après la réalisation du by pass

EN CAS DE VESICULE «SAINNE»

- **La cholécystectomie à titre systématique ne semble pas être justifiée**
- **Traitement médical par Ursodiol:**
 - **Les avantages :**
 - **Morbidité inférieure**
 - Efficacité prouvée
 - **Rapport coût/efficacité supérieur** à celui de la cholécystectomie systématique
 - Prise facile
 - **Les inconvénients:**
 - Le traitement doit être d'au moins 6 mois
 - Efficacité nettement diminuée en cas d'anomalies biliaires préexistantes et surtout de lithiase déjà formée
 - Observance parfois médiocre du fait des effets secondaires

EN CAS DE VESICULE LITHIASIQUE

- La cholécystectomie semble **licite** en cas de lithiase asymptomatique:
 - **50%** des lithiases asymptomatiques deviennent symptomatiques et 20% donnent des **complications sévères**
 - **Absence d'accès aux voies biliaires** par voie endoscopique après la chirurgie
 - Chirurgie peut être faite **en même temps**
- Apparition d'une **nouvelle tendance** :
 - Remise en cause de la cholécystectomie en cas de lithiase asymptomatique

CONCLUSION

CHIRURGIE
RESTRICTIVE

traitement médical
par Ursodiol

DIVERSION
BILIO
PANCREATIQUE

cholécystectomie



CONCLUSION : BY PASS GASTRIQUE

