

# Lithiase asymptomatique de la Voie Biliaire Principale :

## Quelle conduite à tenir?

**Claire BLANCHARD**  
**Maryam HITIER**

*DESC Poitiers, 3-4 juin 2010*

# Introduction

- 2 modes de découvertes

Cholangiographie  
per-opératoire

Examen d'imagerie

- 4 à 6 % de LVBP fortuite lors d'une cholangiographie per opératoire <sup>1</sup>

# Histoire naturelle de la LVBP

- **Fréquence des LVBP compliquées : 2 à 3%**<sup>1</sup>
  - < **50%** des LVBP en cholangiographie
  - → **surdiagnostic**
  - → **passage spontané**
  - → **non expression clinique**
- **Élimination spontanée** d'une LVBP :  
**16% à 75%** <sup>2</sup>

- *1 Collins et al. Am Surg 2006*
- *2: Balandraud et al. gastroenterol Clin et Biol 2006*

# Histoire naturelle de la LVBP

- **Risques** LVBP:
  - Angiocholite
  - Pancréatite aiguë
  - Ictère rétentionnel
  - Cirrhose biliaire secondaire

**Toute lithiase de la VBP  
doit être traitée** <sup>1, 2</sup>

1: Sales JP, Pelletier G. EMC, Hépatologie 2008

2: NIH consensus 1993



# Objectifs du traitement

Extraire les  
calculs

Prévenir leur  
récidive

Assurer le drainage de la  
bile vers le tube digestif

Prévenir les  
complications et leurs  
conséquences

# Les Questions à se poser?

Circonstances de découverte ?

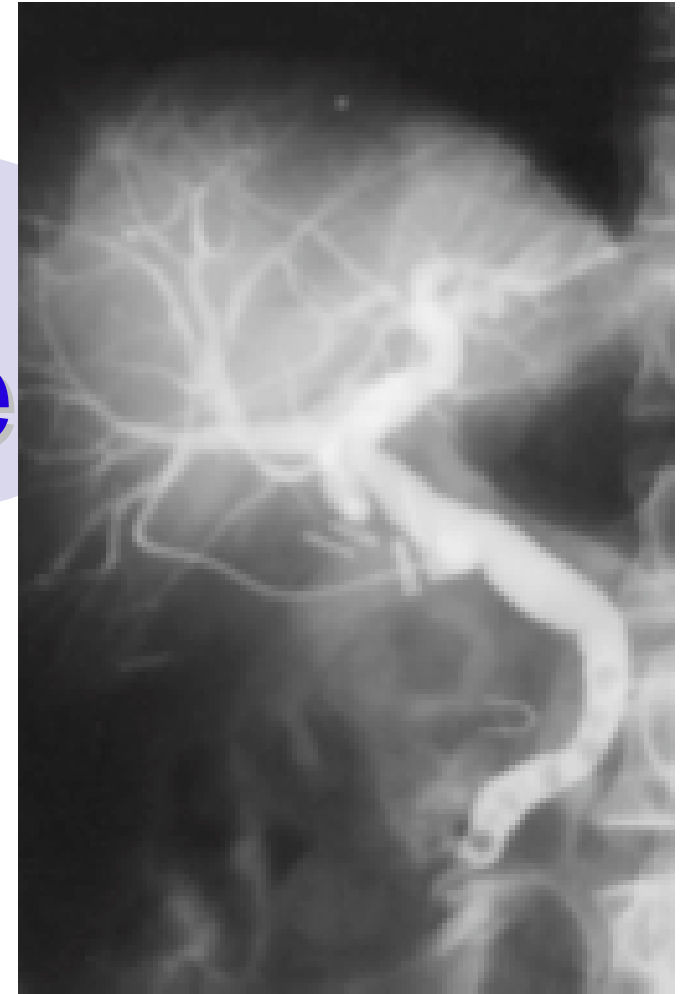
Âge et comorbidités du patient ?

Patient cholécystectomisé ?

Plateau technique sur place ?

Expérience du chirurgien ?

**Découverte fortuite  
sur cholangiographie  
per opératoire**



# Cholangiographie systématique ?

- **Réalisable 90 à 100%** <sup>1</sup>
- **Prévention des fistules et plaies biliaires** <sup>2</sup>
- **Sensibilité : 80 à 96%** <sup>3</sup>
- **Spécificité : 98%** <sup>3</sup>
- **Échographie per op ?** (Se 92%, Sp 100%) <sup>4</sup>

- 1: Millat et al. 1997
- 2: Fletcher et al. An Surg 1999
- 3: Corder et al. Br J Surg 1992
- 4: Petrov et al. Br J Surg 2001

# Découverte fortuite sur cholangiographie : CAT ?

En 1 temps

- « **tout chirurgical** » :  
cholécystectomie +  
extraction chirurgicale
- Cholécystectomie +  
**Sphinctérotomie per op**

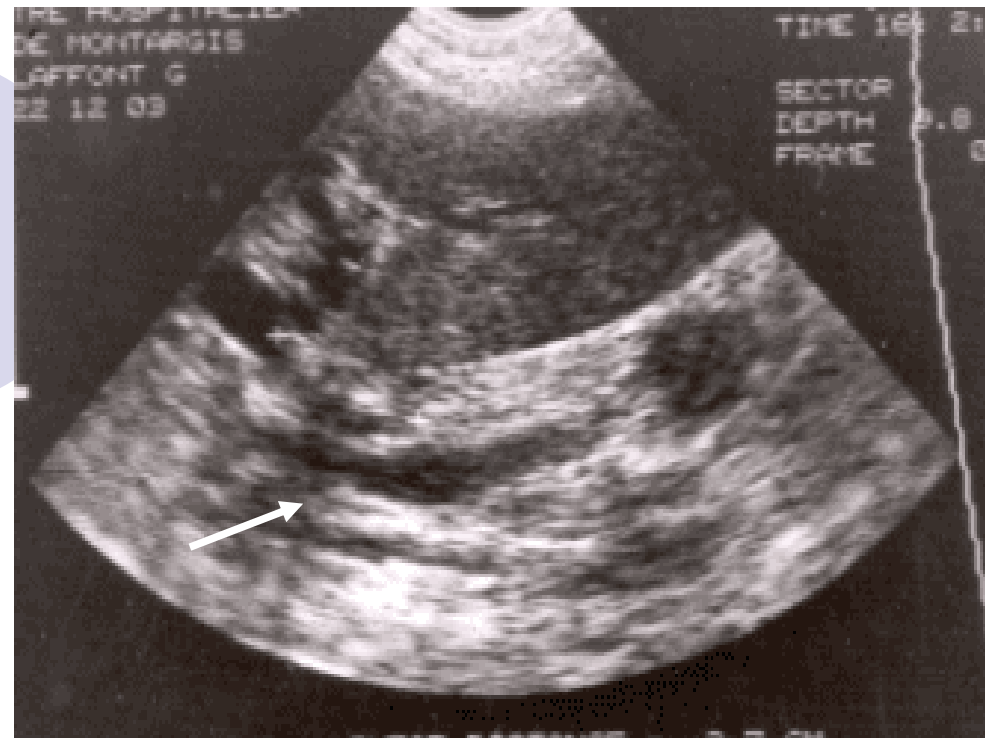
En 2 temps

- Sphinctérotomie dans un  
2nd temps

Attitude conservatrice

- Drain trans-cystique laissé en place  
+ ou – sphinctérotomie dans un 2<sup>nd</sup> temps

# Découverte fortuite d'une LVBP sur imagerie



# Découverte LVBP fortuite sur imagerie

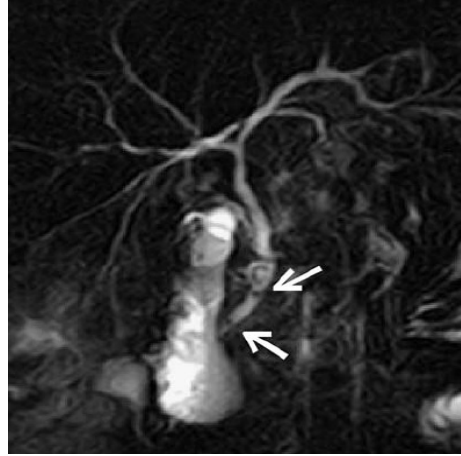
## Échographie:

- Examen de référence  
(Se et Sp 97%)
- **LVBP:**  
*Performance de 37% à 90%:*
  - expérience de l'opérateur
  - taille et nombre de calculs
  - dilatation VBP

## TDM:

- Bonnes performances
- *Médiocre pour calculs cholestéroliques*
- *Irradiant*

# LVBP: Comment la confirmer?



## BILI-IRM

- non invasif, non irradiant
- Se : 81 à 100%
- Sp : 93 à 100% <sup>1</sup>
- étude globale VB, pancréas et variations anatomiques

### MAIS :

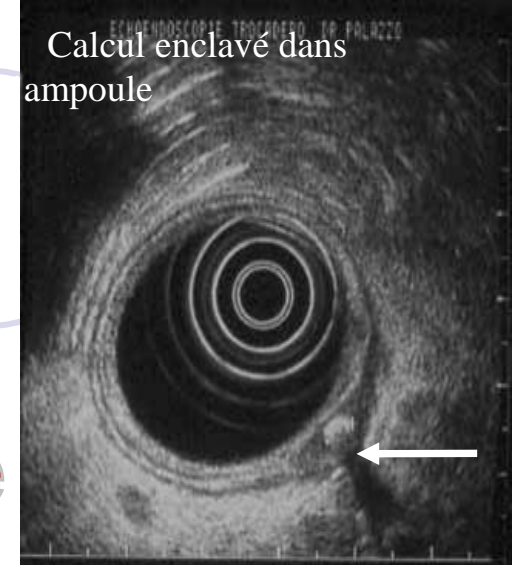
- lithiase < 3mm et calculs enclavés dans l'ampoule (Se 70%, Sp 90%) <sup>2</sup>
- disponibilité

## Echo-Endoscopie

- Se: 84 à 100%
- Sp: 97 à 100% <sup>1</sup>
- Micro lithiases et pathologies ampullaires

### MAIS

- opérateur dépendant
- AG
- invasif



1: Mark DH et al. Gastrointestinal Endoscopy 2002  
2: Romagnulo et al. Ann. Intern.Med. 2003

# Découverte sur imagerie : CAT ?

Vésicule  
en place

Patient  
cholécystectomisé

## - *En 1 temps:*

- Cholécystectomie

- ET extraction chirurgicale

- OU Sphinctérotomie en per op

## - *En 2 temps:*

- Sphinctérotomie pré op

- PUIS* Cholécystectomie

## - **Sphinctérotomie seule...**

- *RR de récurrence = 22,42*

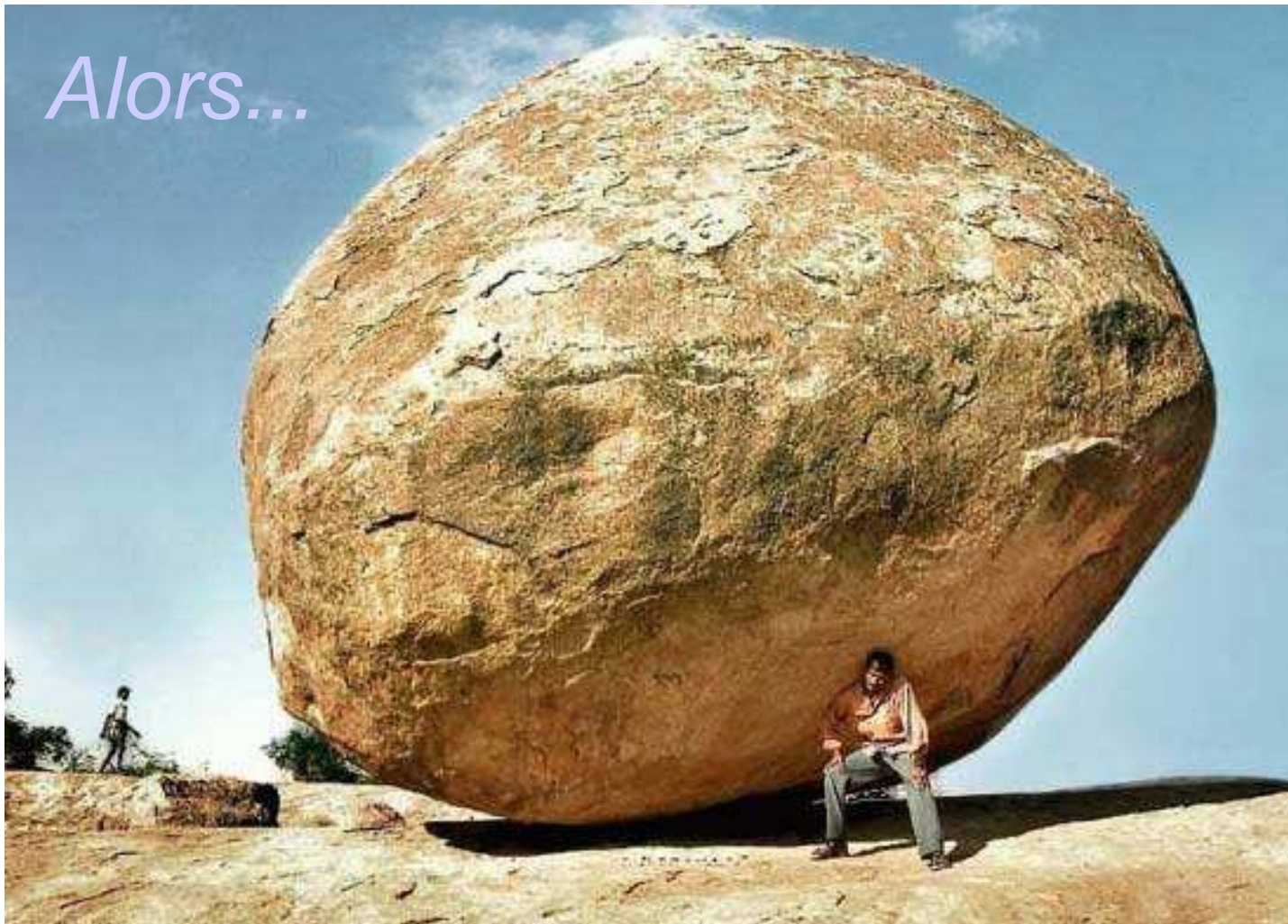
- *Conversion accrue si chirurgie secondaire<sub>1</sub>*

- Sphinctérotomie seule

- Cholécotomie

- Anastomose bilio-digestive

*Alors...*



**Quelle est la meilleure  
prise en charge ?**

Quelle est la meilleure en charge ?

**. PAS DE CONSENSUS**

Patient



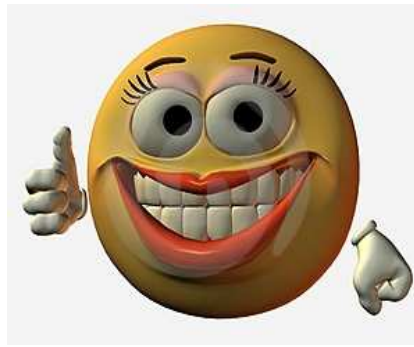
Expérience du  
chirurgien

Plateau technique

# Avantages

- **Extraction chirurgicale**

- 1 seule AG
- Succès 80% <sup>1</sup>
- Pas de manœuvre sur la papille
- Une seule équipe



# Sphinctérotomie

- Moins invasif
- ATCD de cholécystectomie
- Succès: 77% <sup>1</sup>
- Cholangiocarcinome ? <sup>2</sup>

1: Moraux et al. Am J Surg 1995

2: Karlson et al. Br J Surg 1997

# Inconvénients



## Extraction chirurgicale

- Matériel spécifique
- Learning curve
- 2% de sténose de la VB, (VBP fine ++)<sup>2</sup>
- Allongement du temps opératoire
- Re-opération dans 5% après cholécotomie<sup>1, 6</sup>

## Sphinctérotomie

- Plateau technique
- 2 équipes + ou – 2 AG
- Échec 4-8% nécessitant une chirurgie<sup>6</sup>
- Risque à court terme: 5%<sup>3</sup>
- Risque à long terme: 5,8%<sup>4</sup>
- Délabrement définitif de la fonction Oddienne
- Pas de recul >10 ans
- Cholécystectomie indispensable<sup>5</sup>

1: Cuschieri et al. *Surgical endoscopy* 1999

2: Nathanson et al. *Ann Surg* 2005

3: Chang et al. *Am J Gastroenterol* 2006

4: Prat et al. *Gastroenterology* 1996

5: Sales JP, Pelletier G. *EMC* 2008

6: Berci et al. *Surg Endosc* : 1994, Martin et al. *Ann Surg* 1998, Rhodes et al; *Lancet* 1998

# Méta-analyses:

## Sphinctérotomie endoscopique vs Extraction chirurgicale

- *Clayton et al. Br J Surg 2006*

- *Martin et al. Cochrane data base Syst Rev 2006*

# Clayton et al. Br J Surg. 2006

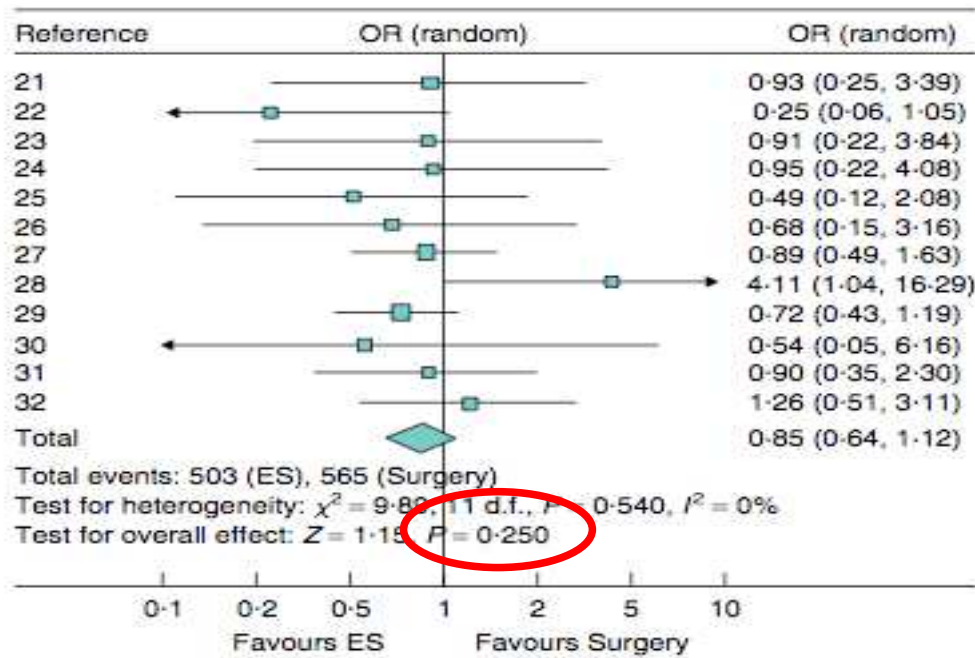
## 12 études randomisées

- 7: Endoscopie + chirurgie vs Chirurgie ouverte
- 5: Endoscopie + chirurgie vs Cœlioscopie

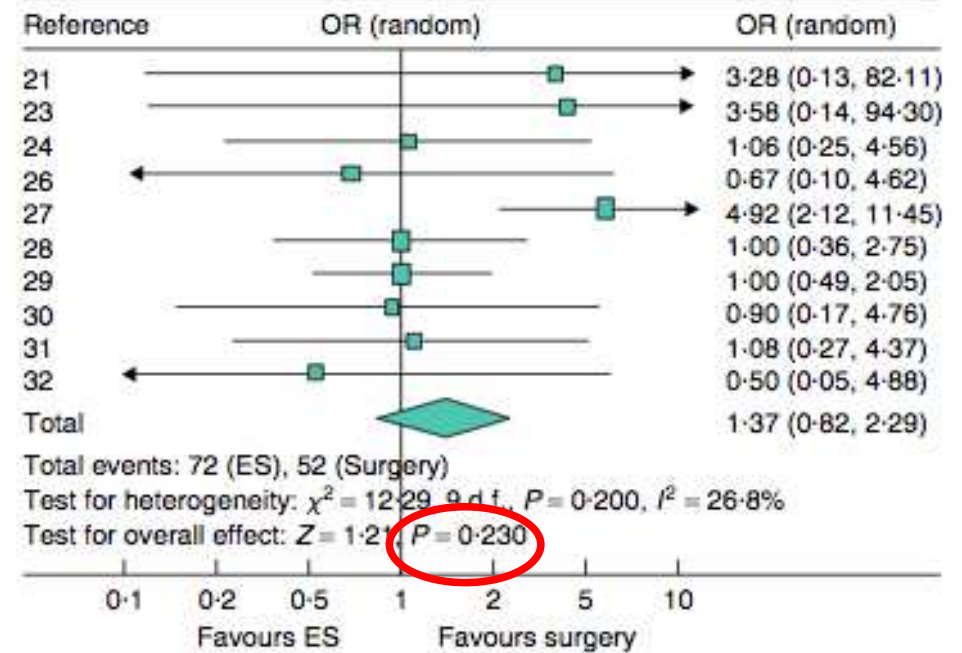
Table 1 Summary of randomized trials comparing endoscopic common duct clearance plus surgery against surgery alone

Reference (year)	Treatment	n	Successful duct clearance	Mortality	Morbidity (Total)	Morbidity (Major)	Additional procedures required	Median hospital stay (days)
21 (1987)	ES	55	50	2	18	9	1	9
	S	59	54	1	13	5	0	11
22 (1991)	ES	26	17	0	4	1	n.a.	5
	S	26	23	0	7	1	n.a.	6
23 (1992)	ES	16	5	0	3	0	1	n.a.
	S	18	6	0	3	0	0	n.a.
24 (1995)	ES	39	35	0	7	3	4	n.a.
	S	41	37	0	9	4	4	n.a.
25 (1996)	ES	50	44	3	8	5	n.a.	5
	S	48	45	2	11	4	n.a.	11
26 (1998)	ES	16	15	0	2	2	2	10
	S	17	15	0	3	3	3	11.5
27 (1998)	ES	97	67	3	13	13	28	12
	S	105	75	1	13	5	8	16
28 (1998)	ES	40	37	0	6	4	10	3.5
	S	40	30	0	7	2	10	1
29 (1999)	ES	133	82	2	17	9	17	9
	S	133	92	1	21	9	17	6
30 (2005)	ES	45	43	0	11	6	3	7.7
	S	41	40	0	12	7	3	6.4
31 (2002)	ES	42	27	1	6	3	5	9
	S	36	24	1	5	2	4	7.4
32 (2006)	ES	93	85	0	8	1	1	4.2
	S	141	126	0	22	1	3	4.6
Total	ES	652	503(77.1)	11 (1.69)	106 (16.25)	58 (8.89)	72 (12.5)	
	S	705	565(80.1)	6 (0.85)	128 (18.15)	43 (6.1)	52 (8.2)	

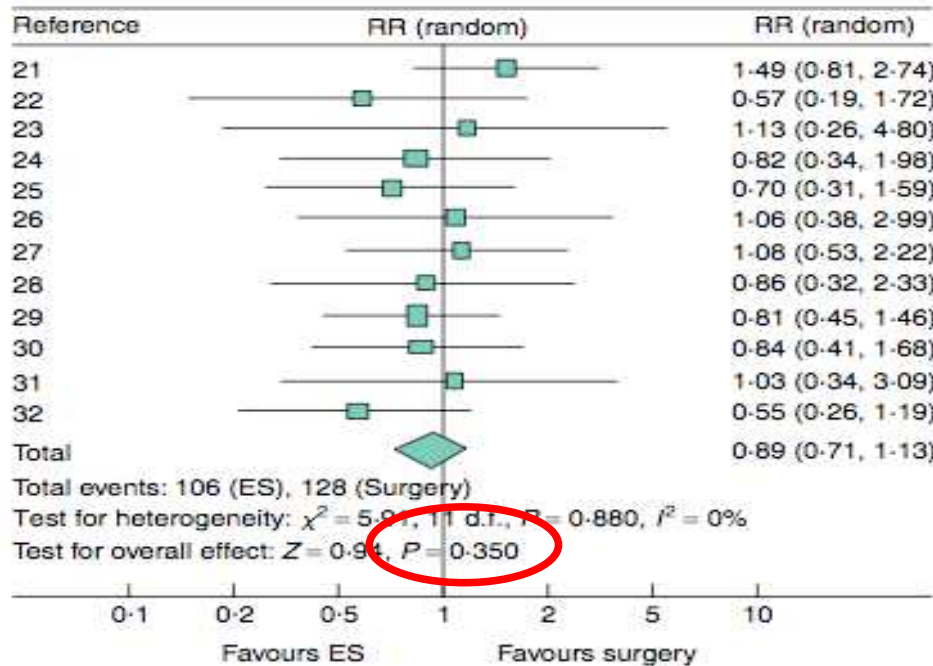
Pas de différence significative



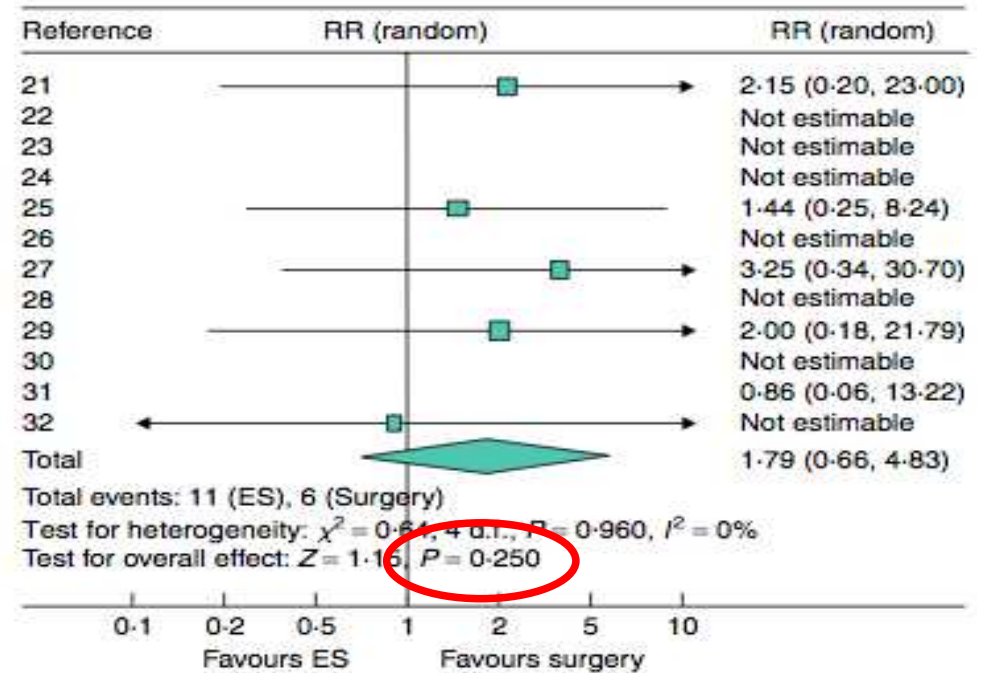
Clairance VBP



Procédures additionnelles



Morbidité totale



Mortalité

*Martin et al. Cochrane data base Syst Rev 2006*

## Chirurgie ouverte :

« **Tout chirurgie** » > **Cholécystectomie + SE**

Clairance, Procédures additionnelles,  
Nombre total de procédures, Mortalité

→ **extraction chirurgicale en cas de  
cholécystectomie / laparotomie**

*Martin et al. Cochrane data base Syst Rev 2006*

## Laparoscopie :

- « **Tout chirurgie** » = **Cholécystectomie + SE**

Clairance, morbidité, mortalité

- « **Tout chirurgie** » > **Cholecystectomie + SE**

Nombre de procédures totales  
Durée totale hospitalisation



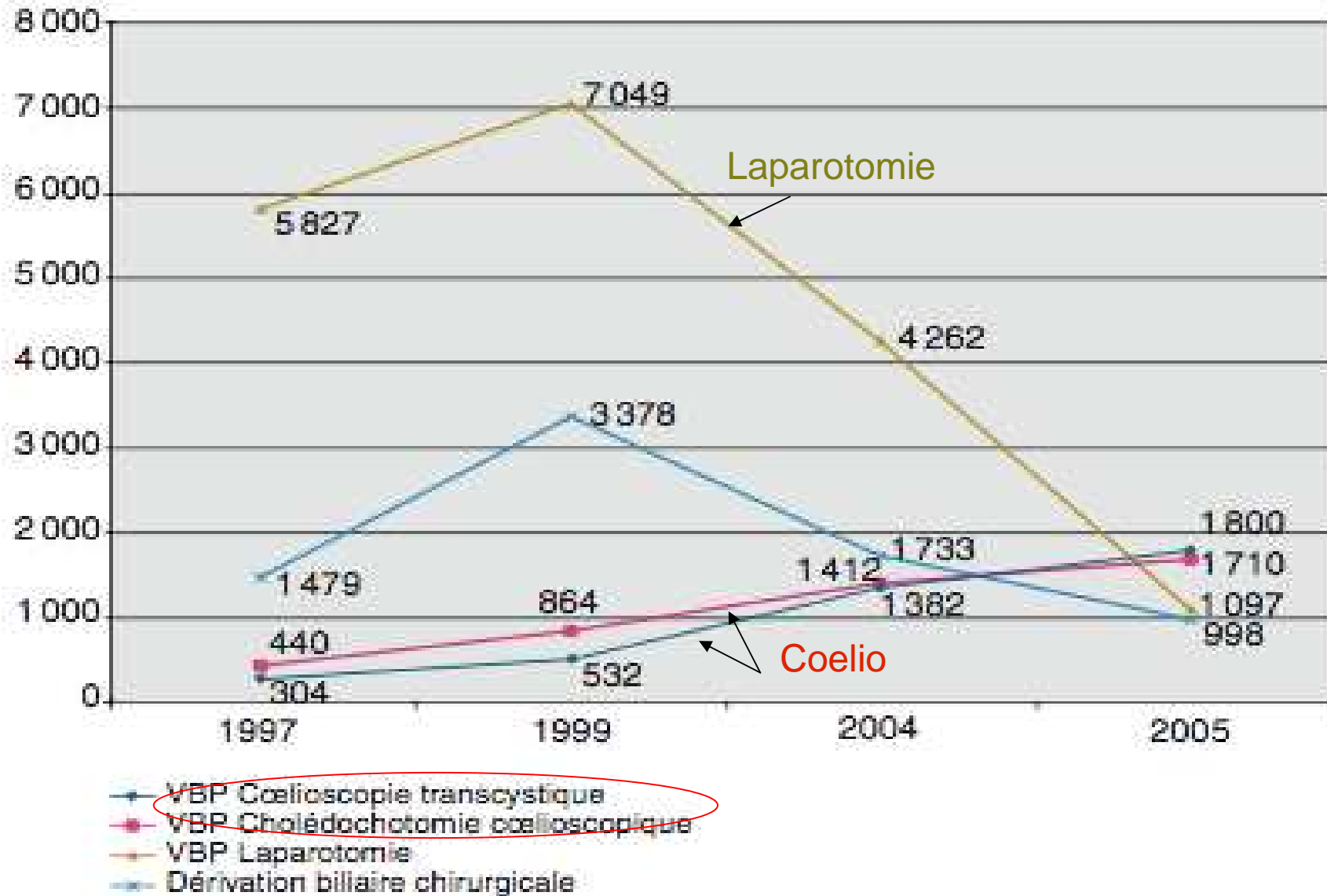
# Méta-analyses

« Pre or post-operative ERCP for bile duct clearance in patients undergoing cholecystectomy for gallstones offers **no apparent advantage over surgical exploration** »



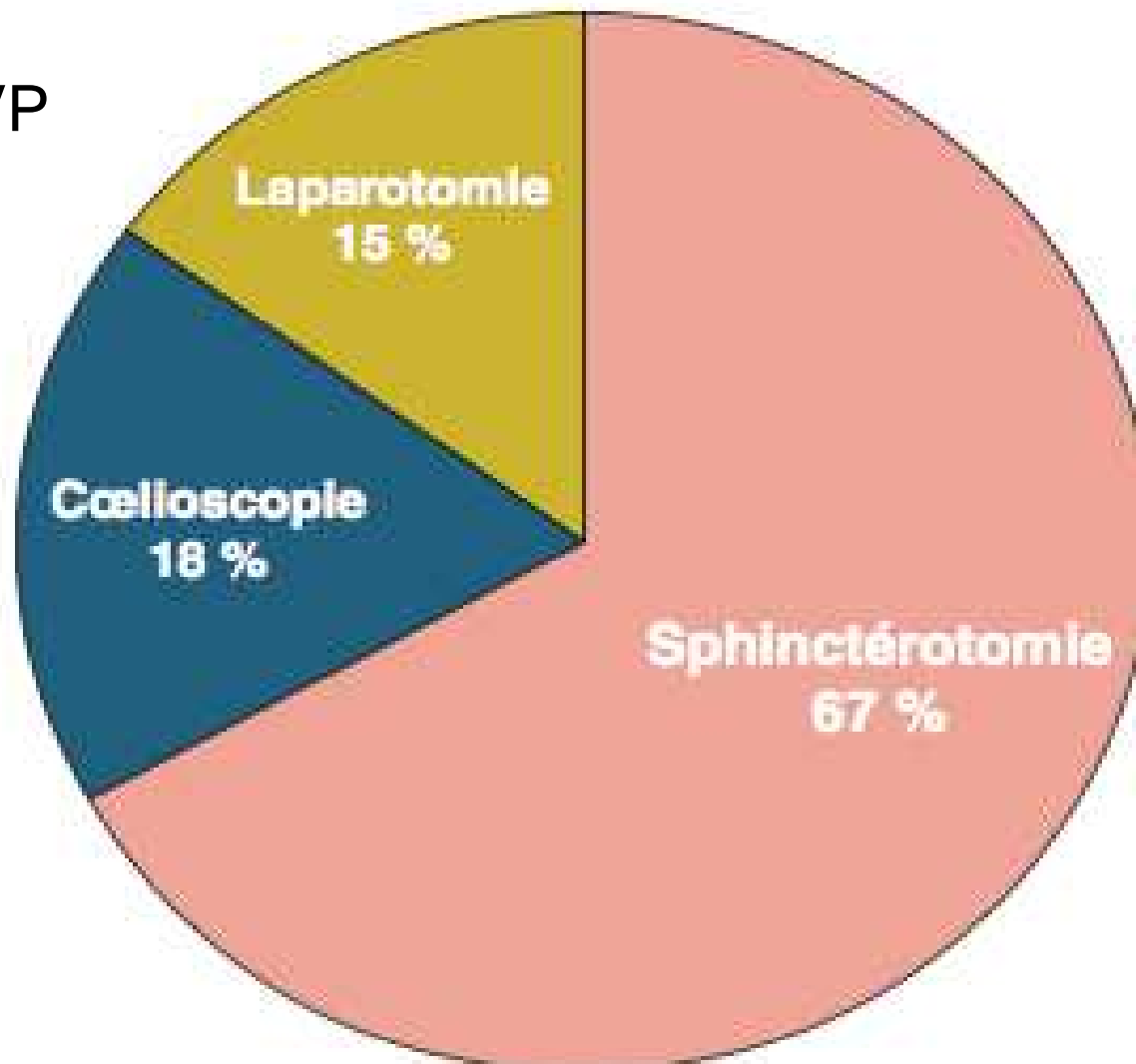
Quelles sont les pratiques  
en France?

# Données PMSI (2005)



# Répartition des pratiques de traitement des LVBP en 2005

14 000 LVP



# Attitude attentiste?

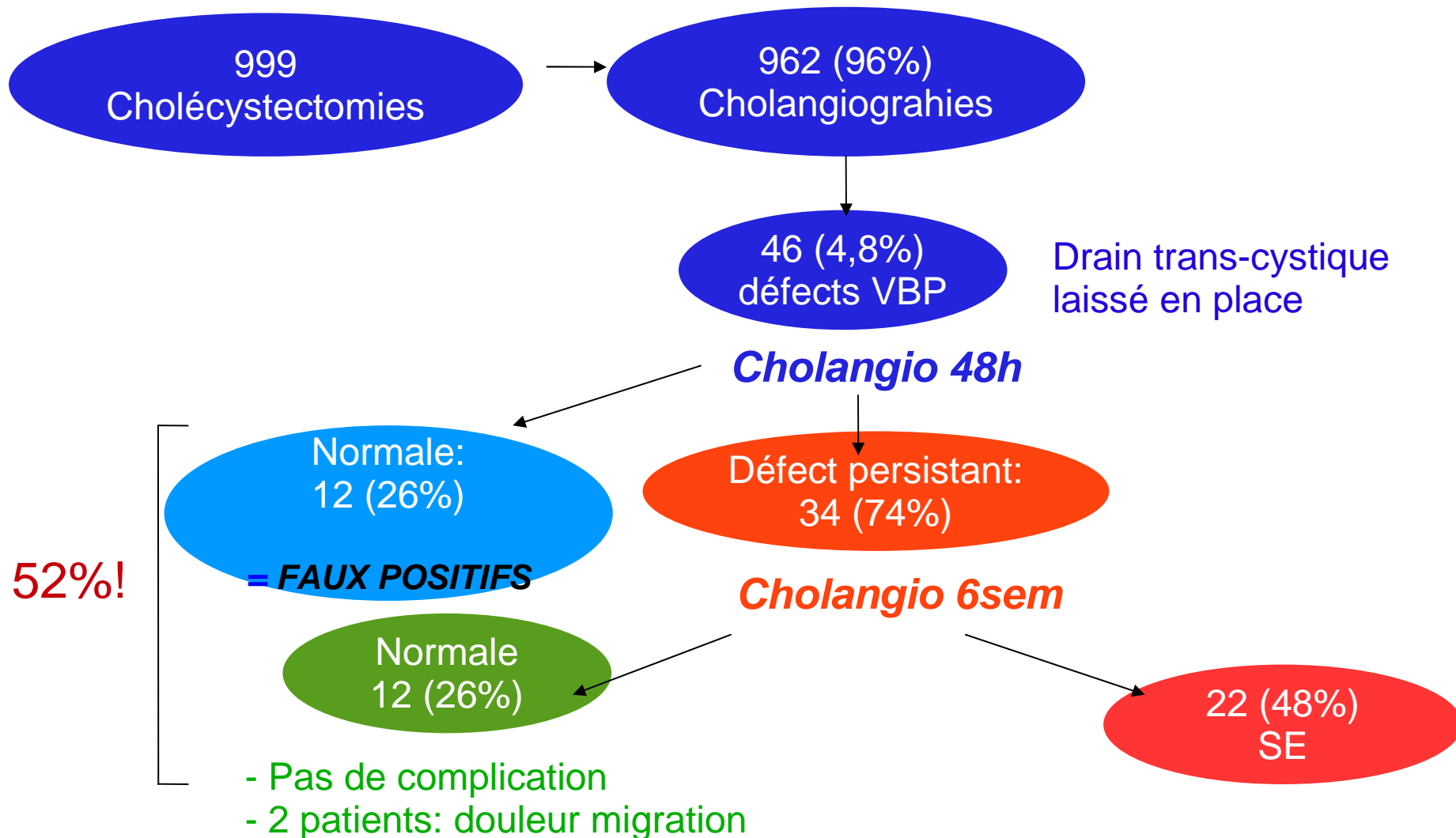


*ou laisser faire la nature...*

# Attitude attentiste ?

*A Prospective Study of Common Bile Duct Calculi in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy; Collins et al. Ann Surg 2004*

- Étude prospective basée sur l'histoire naturelle de la LVBP





# Préservation de la VBP

- 2,5% de LVBP persistante
- Correspondant à < 50% des calculs sur cholangiographie
  - **50% d'exploration invasive excessive de la VBP!**



# Préservation de la VBP ?

**« It is reasonable to manage asymptomatic choledocolithiasis expectantly in the short term after laparoscopic cholecystectomy »**

