

LITHIASE

de la VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

Etat de la prise en charge actuelle

M.COMY, B. de KERVILER, M. SMAILI, F. DENIMAL, M. ISAMBERT

Service de Chirurgie Digestive
C.H.D. La Roche sur Yon

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Etat de la prise en charge actuelle

- **REVUE DE LA LITTERATURE**
- **EXPERIENCE DU CHD 1997-2002**
- **POINTS TECHNIQUES**

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Pas de consensus

Sauf :

- **Angiocholite sévère**

[Lai. Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. N Engl J Med 1992;326(24):1582-6]

- **Pancréatite aiguë grave**

[GCB 2001;25(2):177-92]]

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

**Faut-il traiter
la lithiase asymptomatique de la VBP ?**

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Faut-il traiter la lithiase asymptomatique de la VBP ?

➤ **CPO non systématique : méconnaissance LVBP dans 5 % des cas.**

[J Am Coll Surg 1995;180:293-6]

➤ **Histoire naturelle : 21 % de migration spontanée à 1 mois.**

[Choledocolithiasis : a prospective study of spontaneous common bile duct stone migration. Gastrointest Endosc 2000;51(2):175-9]

➤ **Possible de négliger la lithiase < 5 mm**

[abnormal intraoperative cholangiography. Treatment options and long-term follow-up. Arch Surg 1997;132:347-50]

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Faut-il traiter la lithiase asymptomatique de la VBP ?

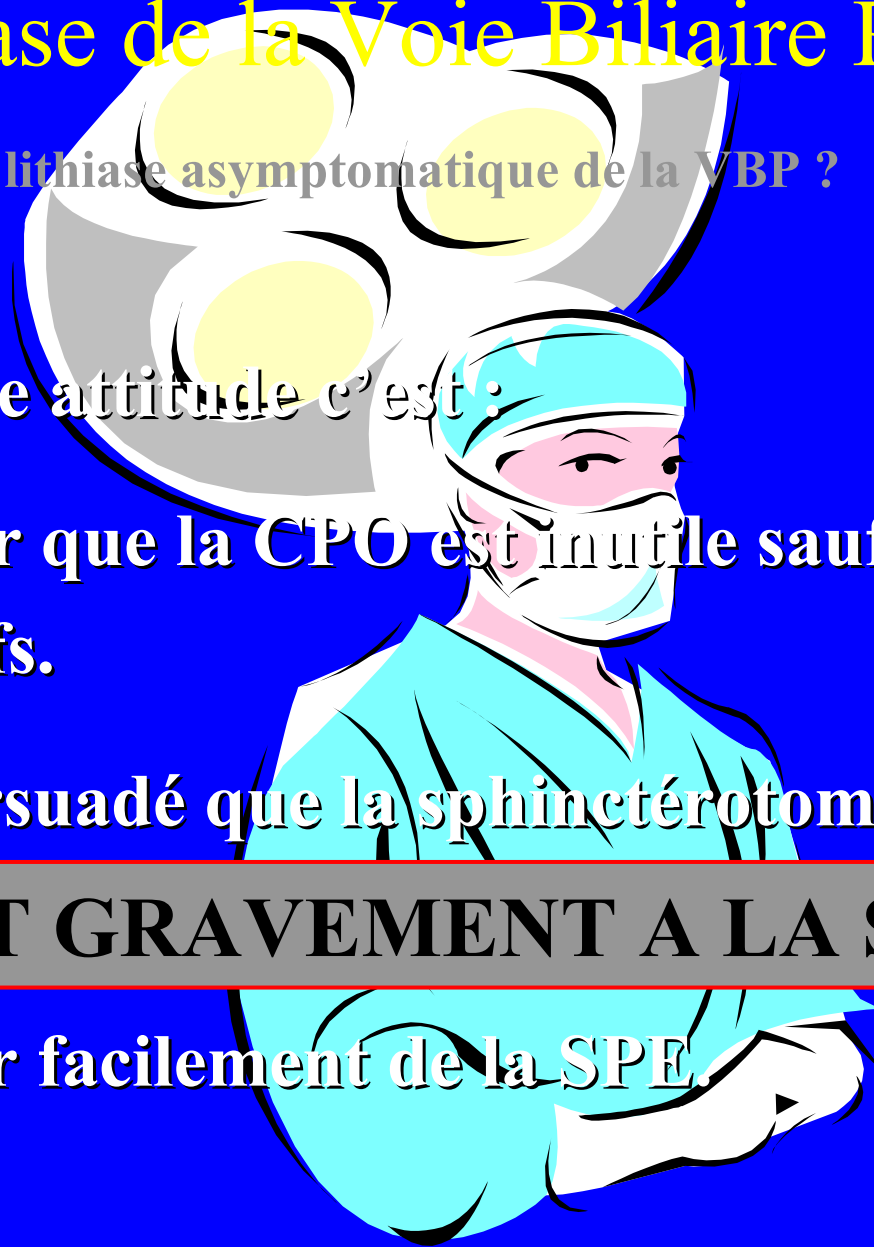
Prôner cette attitude c'est :

1. affirmer que la CPO est inutile sauf critères prédictifs.

2. être persuadé que la sphinctérotomie est le

NUIT GRAVEMENT A LA SANTE ?

3. disposer facilement de la SPE.



Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP

Quel traitement ?

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Lithotritie percutanée transhépatique

[Ogawa. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2002;9(2):213-7]

Deux traitements envisageables

1. La chirurgie.

2. La sphinctérotomie perendoscopique (SPE).

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

SPE isolée ?

- 40 à 50 % de récurrence
- morbidité accrue du geste chirurgical de « rattrapage »
 1. [wait-and-see policy or laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for bile-duct stones : a randomised trial. Lancet 2002;360(9335):739-40]
 2. [gallstone cholangitis: a 10-year experience of combined endoscopic and laparoscopic treatment. Surg endosc 2002;16(6):975-80]

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

SPE isolée ?

NON

Sauf patient cholécystectomisé

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Approche combinée ?

- Références multiples prouvant la faisabilité
- Timing ?

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Approche combinée

SPE pré-opératoire

➤ 2 temps anesthésiques

SPE postopératoire

➤ Risque d'échec de la procédure : 5 %

SPE per-opératoire

➤ tactique de choix

[laparo-endoscopic « rendezvous »:a new technique in the choledocolithiasis treatment.

Hepatogastroenterology 1998;45(23):1430-5

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Approche chirurgicale Faisable ?

Ne se pose que pour la coelioscopie

Dorman 143/148 LVBP traitées sous coelio

[laparoscopic common bile duct exploration by choledocotomy. An effective and efficient method of treatment of choledocolithiasis.

Surg Endosc 1998;12(7):926-8]

Tokumura 217 approches coelioscopiques

[laparoscope management of common bile duct stones: transcystic approach and choledocotomy. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2002;9(2):206-12]

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Morbidité comparée

Analyse de 6 études contrôlées et randomisées

[Hay. Lithiase de la voie biliaire principale symptomatique : traitement endoscopique ou chirurgical ? J Chir 1998;135:4-9]

**Pas de différence statistiquement significative
entre
SPE + cholecystectomie vs chirurgie complète**

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Lithiase résiduelle

	SPE (%)	Chirurgie (%)
Neoptolemos <i>et al</i>	17	8
Hammarström <i>et al</i>	23	10
EAES	29	2
Suc <i>et al</i>	20	6

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Lithiase résiduelle

Critère en défaveur de la SPE

« Intraoperative cholangiography is still indicated after preoperative endoscopic cholangiography for gallstone disease. »

Edye. Surg Endosc 2002;16(5):799-802

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Rapport coût / efficacité

Critère en défaveur de la SPE

Urbach. Cost-effective management of common bile duct stones: a decision analysis of the use of ERCP, intraoperative cholangiography, and laparoscopic bile duct exploration.

Surg Endosc 2001;15:4-13



Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

Hay. J Chir 1998

« ...(l'approche combinée) ne doit pas être le traitement en première intention à proposer chez un malade, non cholécystectomisé, ayant une LVBP symptomatique en dehors de la pancréatite aiguë ou de l'angiocholite grave. »

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

PROBLEMES

- Disponibilité sur place de la technique
- Maîtrise de la technique
- Disponibilité des individus (rendez-vous)

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Lithiase symptomatique de la VBP : quel traitement ?

PROBLEMES

- Disponibilité sur place de la technique
- Maîtrise de la technique
- Disponibilité des individus (rendez-vous)

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 1997-2002 (PMSI)

Interventions pour lithiase biliaire	1150
Chirurgie de la VBA seule	1003
Chirurgie de la VBP	147 (13%)
Proportion globale de cholécystites	35 %

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 1997-2002 (PMSI)

Nbre global de Cholangiographies / 1003VBA	843	84%
Nbre de Cholangiographies / 827VBA coelio	770	93%
Cholangio non réalisées (dont 43 C complémentaires)	160	
Echecs de la cholangiographie / 1003 VBA	117*	12%

*** Dont 85 Cholécystites**

Lithiase de la voie Biliaire Principale

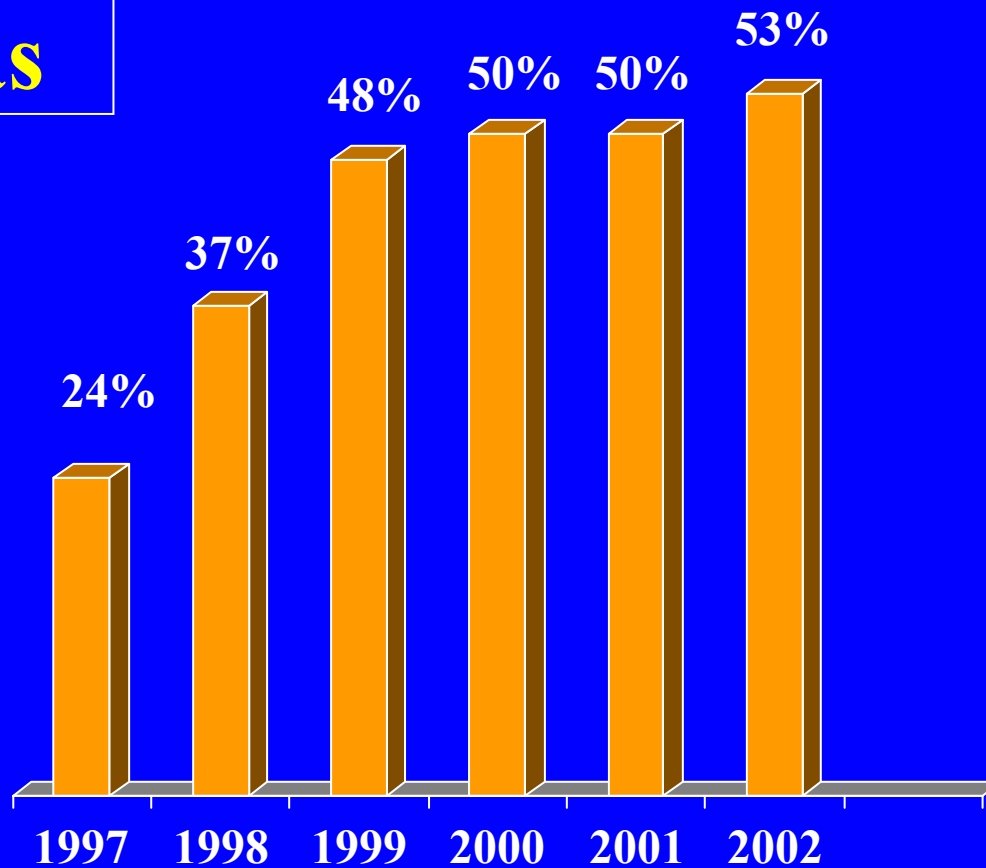
Expérience du CHD: 1997-2002 (PMSI)

Nbre d'interventions pour LVBP	147	
Traitement par laparotomie	80	
Traitement coelioscopique	67	46%

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 1997-2002 (PMSI)

147 cas



Proportion de prise en charge coelioscopique

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 1997-2002

147 cas

Type de chirurgie	Laparotomie	Coelioscopie
cholédocotomies	81 %	75 %
Extrac trans cystiques	19 %	25 %
cholécystites	35 %	34 %

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 2001-2002

69 cas

Age moyen	63 ans
Cholécystites A°	21 (30%)
Certitude LVBP pré op	22 (32 %)
Suspicion LVBP pré op	32 (46 %)
Découverte Cholangio per op	15 (22%)

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 2001-2002

69 cas

	Coelioscopies	Conversions	Laparotomies
	38	14	17
Durées opératoires (mn)	146	173	111
Séjour post op (j)	8	10	12

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 2001-2002

14 Conversions

- **27% des approches coelioscopiques :**
- **3 echecs d'extraction coelio:**
 - 1 réglé définitivement par laparo – cholédoco – kher**
 - 2 apparemment réglés par laparo – kher mais LR au contrôle**
KT = libération VBP mais 1 PA° et 1 état Angiocholitique post KT

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 2001-2002

38 Coelioscopies

- **25 cholédoctomies :**
 - toutes contrôlées par cholédocoscopie
 - toutes drainées; 17 kher , 8 transcystiques
- **9 extractions transcystiques:**
 - 1 cas sans aucun drainage
- **4 lithiases non retrouvées**
- **les drainages biliaires:**
 - contrôlés au J6
 - délai moyen de retrait 6 semaines

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: 2001-2002

Les complications

	Coelioscopies 38	Conversions 14	Laparotomies 17
Reprise chirurgicale	1 Saignement orifice redon Reprise coelio J2	1 Cholépéritoine J2	1 Malade lourd de réa éviscération
Lithiase Résiduelle	0	3 Chir laparo complète/ 3 libérations KT dont 2 compliqués	2

Lithiase de la Voie Biliaire Principale

Expérience du CHD: Indications

- Toute LVBP est traitée
- Certains cas sont proposés à la Sphinctérotomie endoscopique
 - Angiocholite
 - Sujet à très haut risque opératoire
 - Lithiase résiduelle
 - Pancréatite aigue (consensus)
- Le traitement de choix est chirurgical
 - Explorations préopératoires limitées. (cas particuliers: IRM)
 - Cholangiographie per- opératoire ++++
 - A priori COELIOSCOPIQUE

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Points techniques: le matériel

- 2 colonnes vidéo
- 1 cholédoscope souple +++
- Des sondes et pinces d'extraction (dormia, fogarty..)
 - Standards +++
 - Spécifiques pour canal opérateur (facultatif)

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Points techniques: l'installation

- **Comme une vésicule**
- **2 aides**
- **Optique 0°**
- **Suspendre le ligament rond**
- **1 Trocart supplémentaire latéro ombilical gauche**
- **Verticaliser la VBP +++**
- **Horizontaliser le cystique**

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Points techniques: la cholédocotomie

- **Verticale / souvent plus courte que par laparotomie ++**
- **Ciseaux ou Bistouri à lame rétractable**
- **Cholédoque gonflé**
- **Extraction + vérification complète par cholédocoscopie ++**
- **Suture au fil résorbable protégée par drainage biliaire externe**
 - **Surjet + drain trans cystique ++++ (étanchéité)**
 - **Points séparés + kher**
- **Redon rétro pédiculaire hépatique**

Lithiase de la voie Biliaire Principale

CONCLUSION

- **Le traitement chirurgical exclusif peut régler simplement et en un seul temps la majorité des LVBP.**
- **La cholangiographie per opératoire est la clé de la prise en charge**
- **La voie coelioscopique peut reproduire la totalité des gestes validés par laparotomie**
- **La conversion en laparotomie reste un recours**

Lithiase de la voie Biliaire Principale

Les progrès de la chirurgie ?

**Peut on réduire encore la DMS,
en un seul temps opératoire,
significativement et sans risque,
et accélérer la réhabilitation ?**