

TRAITEMENT OPERATOIRE DES
LITHIASES DE LA VBP :
Sphinctérotomie endoscopique

A.DAVID

Service de chirurgie digestive et
endocrinienne
CHU POITIERS

BUTS

- LEVER L'OBSTACLE : extraction des calculs de la VBP
- PREVENIR LA RECIDIVE : Cholécystectomie
 - Problème : pas de consensus hors situations particulières
 - => Par quel(s) moyen(s) ?

L'ARSENAL THERAPEUTIQUE

=> Il y a schématiquement quatre stratégies thérapeutiques possibles :

- le traitement chirurgical par laparotomie avec exploration de la VBP
- la sphinctérotomie endoscopique précédée ou suivie de la cholécystectomie
- le « tout coelio »
- l'association sphinctérotomie endoscopique et cholécystectomie = technique du « Rendez-vous »

Ce qui se dégage

- « Two-stage management » : CPRE + SE pré-opératoire suivie d'une cholécystectomie
- « One-stage management »: Rendez-vous laparoscopique et « tout-coelio »

« Two-stage » : SE + cholécystectomie

- A longtemps été le choix préférentiel des chirurgiens et des gastro-entérologues
- Problèmes:
 - Implique 2 AG successives +++
 - Multiplication des actes
 - Multiplication des complications
 - Augmentation des coûts
 - Allongement de la durée d'hospitalisation

« One-stage » : Tout coelio et technique du rendez-vous

- Laparoscopie et exploration de la VBP par le chirurgien (cholécotomie et voie trans-cystique)
- Cholécystectomie et SE dans le même temps anesthésique : technique du « rendez-vous »

Pourquoi préférer le RDV au tout-coelio?

=> Des chiffres du tout coelio :

- Le taux d'extraction calculeuse : 82 à 96 % par voie transcystique et de 92 à 97 % par cholécotomie
- Si échec de la voie transcystique -> recourt à la cholécotomie ou conversion en laparotomie (4 à 13 %)
- Manoeuvres endobiliaires : prolonge l'intervention -> morbidité plus importante (surtout si cholécotomie)
- taux de ré-intervention précoce : 1 à 3 %
- Cholécotomie = geste technique difficile

SE et cholécystectomie en 1 temps?

- On évite une 2^{ème} AG
- MAIS :
 - Toujours 2 actes
 - CPRE-SE grêvée d'une morbidité variant de 4 à 12% selon les séries (tout-coelio : 4 à 17%)
 - » Risque de PA
 - » Risque de perforation
 - » Risque d'hémorragie
 - » Risque d'infection

La solution : technique du
« Rendez-vous »

Technique du « Rendez-vous »

- Clipage et section du cystique
- Introduction d'un fil guide dans la VB par voie trans-cystique
- Passage de la papille
- Introduction du fibroscope jusqu'à la papille
- Extériorisation du fil guide à travers le canal opérateur de l'endoscope
- Introduction dans la VBP d'un sphinctérotome à double canal
- Temps chirurgical
- Temps endoscopique

- Clipage et section du canal cystique

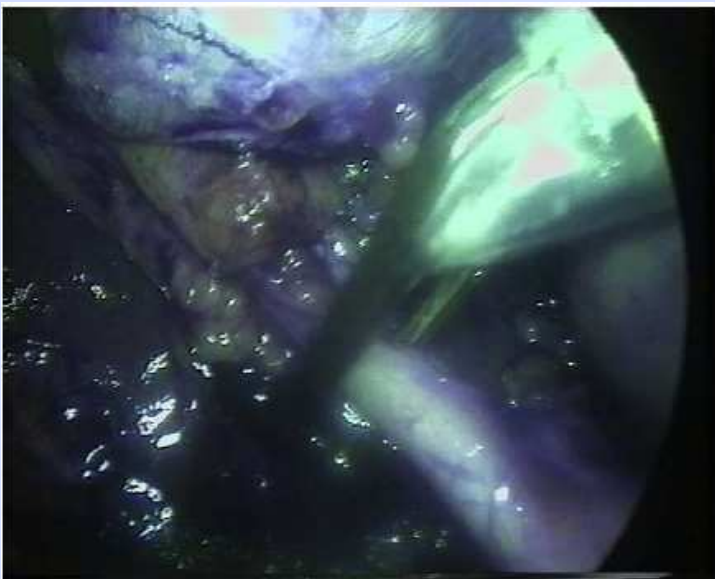


Fig. 1. Clipping of the cystic duct.

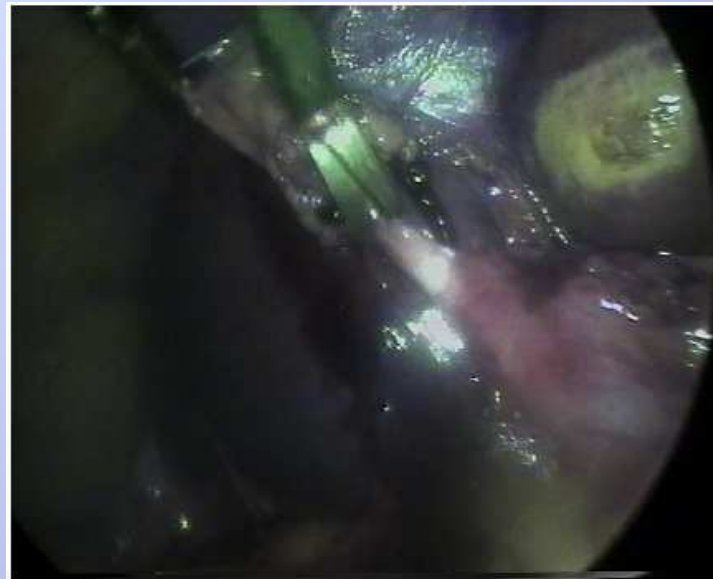


Fig. 3. Incision of the cystic duct.

- Introduction d'un fil guide dans la VBP par voie trans-cystique jusqu'à la papille puis la lumière duodénale



Fig. 4. Insertion of IOC catheter into the cystic duct.

- Extériorisation du fil guide à travers le canal opérateur de l'endoscope
- Introduction dans la VBP d'un sphinctérotome à double canal



AVANTAGES

- Facilite passage de l'Oddi :

-> *La Greca et al.:*

- 2 groupes de 19 patients (RDV VS CPRE-SE)
- Vacuité VBP obtenue : 100% des cas “groupe RDV” vs 89.5% des cas “groupe CPRE-SE”

AVANTAGES

- Cathétérisme sélectif de la VBP : évite cathétérisation du Wirsung = cause la + fréquente de PA

-> *La Greca et al.:*

- 2 groupes de 19 patients (RDV VS CPRE-SE)
- Dosage amylasémie à H6 et H66
- Elévation de l'amylasémie : 15.7% "groupe RDV" et 47.3% "groupe CPRE-SE"

AVANTAGES

- Réduction du temps de la procédure endoscopique :

-> *La Greca et al.:*

- 2 groupes de 19 patients (RDV VS CPRE-SE)
- Durée de la procédure endoscopique plus court dans le “groupe RDV” (17 vs. 26 minutes)

INCONVENIENTS

- > Organisation complexe : disponibilité des spécialistes , matériel
- > Ne réduit pas le risque d'infection face à une cathétérisation antérograde
- > Toujours le risque de perforation per-endoscopique
- > « Réduit » le rôle du chirurgien
- > Position pour l'endoscopiste?

Quelle position?

- 57 patients
- SE post cholécystectomie (même temps opératoire)
 - 32 patients décubitus dorsal
 - 25 patients de DL G
- RESULTATS: succès de la SE dans 100% des cas

Cemachovic et al.

RESULTATS

- Fei HONG et al. (2000) : 27 patients
 - Vacuité VBP : 100%
 - Réussite cholécystectomie : 100%
 - Morbidité 7 % (PA n=2) , mortalité 0%
 - Temps opératoire : 160 mn (80-210mn)
 - Durée d'hospitalisation : 3 jours

RESULTATS FACE AU TOUT-COELIO

	TECHNIQUE DU RDV (n=35)	TOUT-COELIO (n=41)
VACUITE VBP	94 %	95 %
MORBIDITE	9 %	5 %
TPS OPERATOIRE	117 mn	89 mn
CONVERSION	6 %	5 %

ET FACE AU TRAITEMENT EN 2
TEMPS ?

	SE PREOPERATOIRE + CL (n=45)	TECHNIQUE DU RDV (n=46)
VACUITE VBP	80 %	95,6 %
MORBIDITE	9 %	6,5 %
DUREE HOSPIT	8 jours	4,3 jours
COUT	3834 €	2829 €

CONCLUSION

- Pas de consensus
 - Avantage du «one-stage management » face au « two-stage management » sur tous les facteurs étudiés
 - Entre « tout coelio » et technique du RDV : résultats équivalents , avantage au tout-coelio pour temps opératoire
 - Mais nécessite des mains entraînées +++
- => Utiliser la technique avec laquelle l'opérateur est le plus familier +++++

REFERENCES

- J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2008 Feb;18(1):113.
- Laparo-endoscopic "rendezvous": a new technique in the choledocholithiasis treatment Cavina E et al.
- Laparoendoscopic "rendezvous" versus laparoscopic antegrade sphincterotomy for choledocholithiasis
- Intraoperative endoscopic sphincterotomy is a reasonable option for complete single-stage minimally invasive biliary stones treatment (Endoscopy. 2001 Aug;33(8):727-8.)
- Pub MED
- Science-DIRECT
- EM Consulte
- Annals of surgery
- Journal de chirurgie
- Cours DU chirurgie hépato-biliaire