

**TRAITEMENT OPERATOIRE DES
LVBP
CHOLEDOCOTOMIE**

DESC-SCVO, POITIERS JUIN 2010

H YAKHLEF -CHU Tours

INTRODUCTION(1)

- La prévalence des LVBP est de **5 à 15%** dans les vésicules biliaires symptomatiques
- 75 % sont suspectées en pré-op
- 25 % de diagnostic per-op

INTRODUCTION (2)

- Deux stratégies pour le TTT des LVBP:

EN 2 temps (séquentielle):

-SE puis cholécystectomie

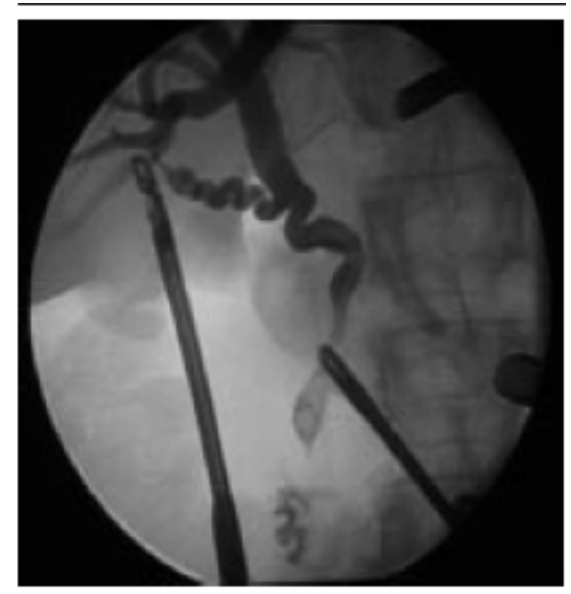
-SE post -op

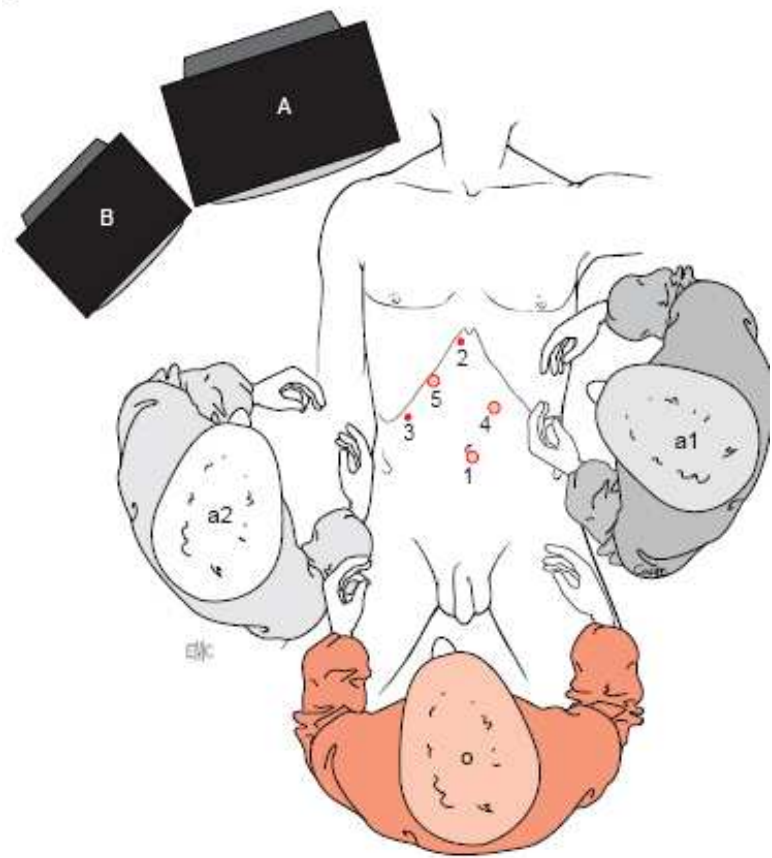
EN 1 temps:

cholécystectomie avec extraction des LVBP par laparotomie ou laparoscopie

Cholédocotomie(1)

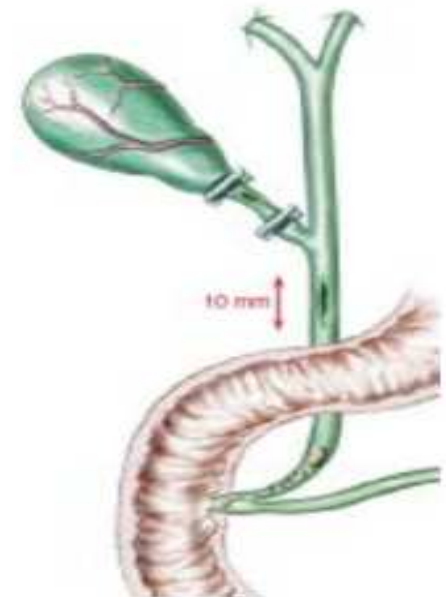
- 2 abords pour ttt des LVBP par coelioscopie:
 - voie transcystique
 - cholédocotomie
- Indication de la cholédocotomie:
 - échec de la voie transcystique
 - grande taille (> 5 mm)
 - nombre > 4 ou 5
 - siège au dessus de la convergence inférieure
 - canal cystique long ou implanté au bord gauche ou dans le trajet pancréatique





Cholédocotomie (2)

- Bonne exposition
- 1 trocart supplémentaire
- Exposition sur 2 cm de VBP
- L'incision :
 - éviter toute plaie de la paroi post
 - ne pas dépasser la $\frac{1}{2}$ de la circonférence
 - pas de dissection excessive
 - pas d'incision verticale si calibre limite
 - agrandir si nécessaire



Cholécystotomie(3)

- Extraction des calculs et contrôle de la vacuité par le cholédocoscope
- Redon en rétro pédiculaire hépatique
- Fermeture + ou – protéger par un drainage biliaire externe, 3 possibilités :
 - transcystique
 - par drain de Kehr
 - pas de drainage

Fermeture sans drainage biliaire externe

- Permet de supprimer la morbidité spécifique liée au drainage(4 à 16%)
- Selon Zhang WJ 2009 et Alhamdani All 2008:
 - pas de différence de mortalité
 - complications moins fréquentes
 - diminution de la durée de l'hospitalisation

- Un consensus en faveur SE dans les indications suivantes :
 - angiocholite aiguë grave
 - pancréatite aiguë avec une angiocholite
 - lithiases résiduelles
 - patients fragiles
- Pas de consensus en France
- **Un consensus aux USA recommande l'exploration laparoscopique plutôt que SE + cholécystectomie si les conditions humaines et matériels le permettent**

NIH state-of-the-science statement on endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for diagnosis and therapy.

NIH Consensus State Sci Statements 2002;19:1-26 (en ligne sur <http://consensus.nih.gov>).

Comparaison entre les 2 stratégies

- Point de comparaison :
 - efficacité
 - mortalité
 - morbidité
 - durée d'hospitalisation
 - coût

EFFICACITE

- L'efficacité d'exploration coelio : 96 %
(selon Berthou et al. 2007)
- Pas différence dans la méta-analyse de Matin DJ 2006

	SE 2-stage	Explo coelio 1- stage	
Neoptolemos	78 %	92%	P < 0,001
Hammerstron	77%	90%	
Suc et all 98	80%	94%	P < 0,02

MORTALITE

- 1% dans TTT en 1 temps (selon Berthou 2007)
- Pas de différence significative (selon Martin 2006)

	2 temps	1 temps coelio
Kharbutti et al.2008	0,5%	0,19%
EAES 99 Cuschierri	1,5 %	0,75%
Suc et al. 98	3%	1%
Tranter et al.	2%	1%

MORBIDITE

- Pour le TTT coelio 7,8%:-locale 4,8 %
 -générale 3,1 %
 (selon Berthou 2007)

	SE 2 tepms	Explo coelio	
Kharbutti all 08 (metanalyse)	13,5%	7%	
Neoptolemos et all 97	Majeur: 16,4%	8,5%	NS
	Mineur: 16,4%	13,6%	
Suc et all 98	11%	4%	p<0,05
	0 %	7%	p<0,01

DUREE D'HOSPITALISATION

- Plus courte en cas de TTT en 1 temps
(Cochrane database meta -analyse)
- 55h vs 98 h en moyenne
(selon Rogers et al. 2010)
- 6,4 j vs 9,55 j en moyenne
(selon EAES Cuschieri et al. 99)

COÛT

	Cout en \$/cas
Explora coelio	487
SE post -op	550
SE pré -op	1510

INCONVENIENTS DE LA SE

- Besoin de 2 anesthésies générales
- Association des 2 complications spécifiques de la chirurgie et de la SE
- Complication SE :
 - précoces : 6%
 - tardives : 7 à 18 %:
 - sténose cicatricielle
 - récidive
 - angiocholite par reflux
 - question du risque de cholangiocarcinome ?

CONCLUSION

- SE garde une place importante pour le TTT des LVBP
- Mais, l'exploration coelioscopique des VBP est un traitement de choix, au moins, aussi efficace et sans morbidité supplémentaire par rapport à la SE
- Doit être réalisée si les conditions humaines et matérielles le permettent.

Bibliographie

- EMC. Pr MILLOT et Dr BORIE
- Journal de chirurgie. Technique chirurgicale
- Berthou et al. Surg endosc 2007 Nov
- Zhang et al. J surg res 2009 Nov
- Alhamadani et al. Surg endosc 2008 Oct
- Martin et al. Cochrane Database 2006 Avr
- Kharbutti B et al. J Gastrointest Surg 2008 Nov
- Pelletier G www.chirurgie-viscerale.org
- Ponchon et al. Acta endoscopica 2000