

Existe-t-il encore une place pour la cholécystectomie par laparotomie ?

Plan

Historique

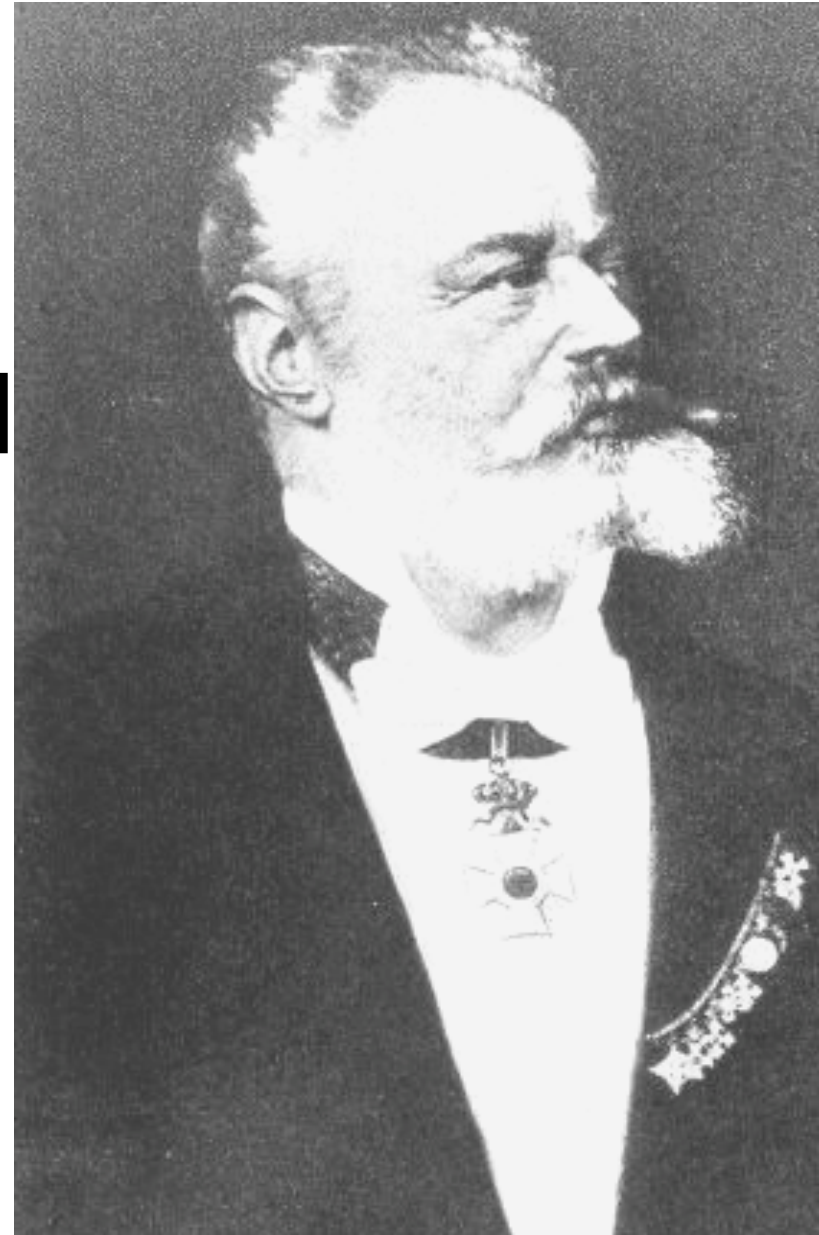
Évolution des indications depuis la conférence de consensus NIH 93

Quels sont les patients opérés par laparotomie aujourd'hui ?

Perspective de la mini laparotomie ?

Historique

ère cholécystectomie en
1882 par Carl LANGENBUCH
(1846-1901)



Pendant plus d'un siècle , la cholécystectomie par laparotomie est considérée comme la technique de référence. Efficace et sûre.

- Morbidité 5.1%, Mortalité 0.4%

(Open cholecystectomy : its morbidity and mortality as a reference standard. Can J Surg 1993;36:75-80)

À partir des années 80 , développement de coelioscopie

- Erich Mühe 1985
- Philippe Mouret 1986



(Gallstones and laparoscopic cholecystectomy)

- Toutes les lithiases symptomatiques doivent être traitées
- La cholécystectomie par coelioscopie est sûre et efficace et est le traitement de choix.

1993(Gallstones and laparoscopic cholecystectomy)

- diminution de la douleur
- diminution de la durée de la convalescence post opératoire
- pas d'augmentation de la morbidité ou de la mortalité
- augmentation minime du taux de plaie biliaire
- coût égal

- Cirrhose avec hypertension portale
- Suspicion de cancer de la vésicule
- Fistule cholécysto-entérique
- Grossesse
- Péritonite généralisée, choc septique
- Pancréatite aiguë sévère
- Coagulopathie sévère
- ATCDs cardio-pulmonaires majeurs

Évolution des indications des cholécystectomies par laparotomie

Après 17 ans d'évolution et d'évaluation des pratiques en laparoscopie,

Que reste-t-il des indications de cholécystectomie par laparotomie ?

indications restantes

Contre indications anesthésiques au pneumopéritoine :

- Cardiopathies congestives décompensées, insuffisance coronarienne instable.
- ATCD pulmonaire : emphysème, dystrophie bulleuse
- Hypertension intra cranienne, glaucome à angle fermé, dérivation ventriculo péritonéale
- Instabilité hémodynamique, choc septique

biliaire

- Toute suspicion de cancer de la vésicule biliaire préopératoire, doit être opéré par laparotomie



Cauprion cancer de la vésicule biliaire

- Risque de greffe néoplasique sur orifice de trocard
 - dans 6 à 17% lors de laparoscopie pour cancer de la vésicule biliaire
 - pour tous les types dont Tis et T1
- Dissémination intra péritonéal par pneumopéritoine, notamment si perforation de la vésicule ou extériorisation sans sac.
- Diminution significative de la survie si perforation vésiculaire lors de la coelioscopie
- Si confirmation extemporanée : nécessité résection complète et curage

Suspicion de cancer

- Risque de transformation d'une tumeur potentiellement curable en maladie disséminée.

Cirrhose.

- consensus NIH 93 : pas d'indication car risque hémorragique et d'insuffisance hépatocellulaire.
- Méta-analyse 2003 et Essai randomisé 2008

operative time (min)	96.13 ± 17.33 (61–142)	76.13 ± 15.13 (53–96)	<0.05
hospital stay (days)	6 ± 1.74 (3–9)	1.87 ± 1.11 (1–5)	<0.01
time to resume diet (h)	47.84 ± 14.97	18.36 ± 8.1	<0.005
postoperative pain			
1 day	7.93 ± 1.09	4.12 ± 0.67	<0.05
2 day	5.84 ± 1.08	2.34 ± 0.66	<0.05
3 day	4.41 ± 0.77	1.1 ± 0.65	<0.05

intraoperative and postoperative blood loss.

	OC group	LC group	P value
intraoperative			
<50	27 (49.1%)	42 (76.36%)	
50–500	19 (34.5%)	11 (20%)	<0.01
>500	9 (16.4%)	2 (3.64%)	
postoperative blood transfusion	7 (12.72%)	0	<0.05
intraoperative			
<50	46 (83.61%)	52 (94.5%)	
50–500	5 (9.1%)	3 (5.5%)	<0.23

postoperative complications rate.

	OC group	LC group	P value
Morbidity	19 patients	7 patients	
Pulmonary infections	5 (9.1%)	3 (5.5%)	<0.561
Deterioration of liver function	9 (16.4%)	3 (5.5%)	<0.05
Bile duct leak	6 (10.9%)	2 (3.6%)	<0.062
Cholecystic leak	3 (5.5%)	3 (5.5%)	<0.452
Mild encephalopathy	3 (5.5)	0	<0.437
Wound infections	10 (18.2%)	1(1.8%)	<0.05
Incisional hernia	8 (14.5)	1(1.8%)	<0.05
Internal hemorrhage	2 (3.6%)	0	<0.42
	46	13	

CHLHOSC

- En faveur de la coelioscopie pour les child A et B

- durée opératoire plus courte
- durée d'hospitalisation plus courte,
- diminution des saignement per opératoires,
- moins de complications post opératoires

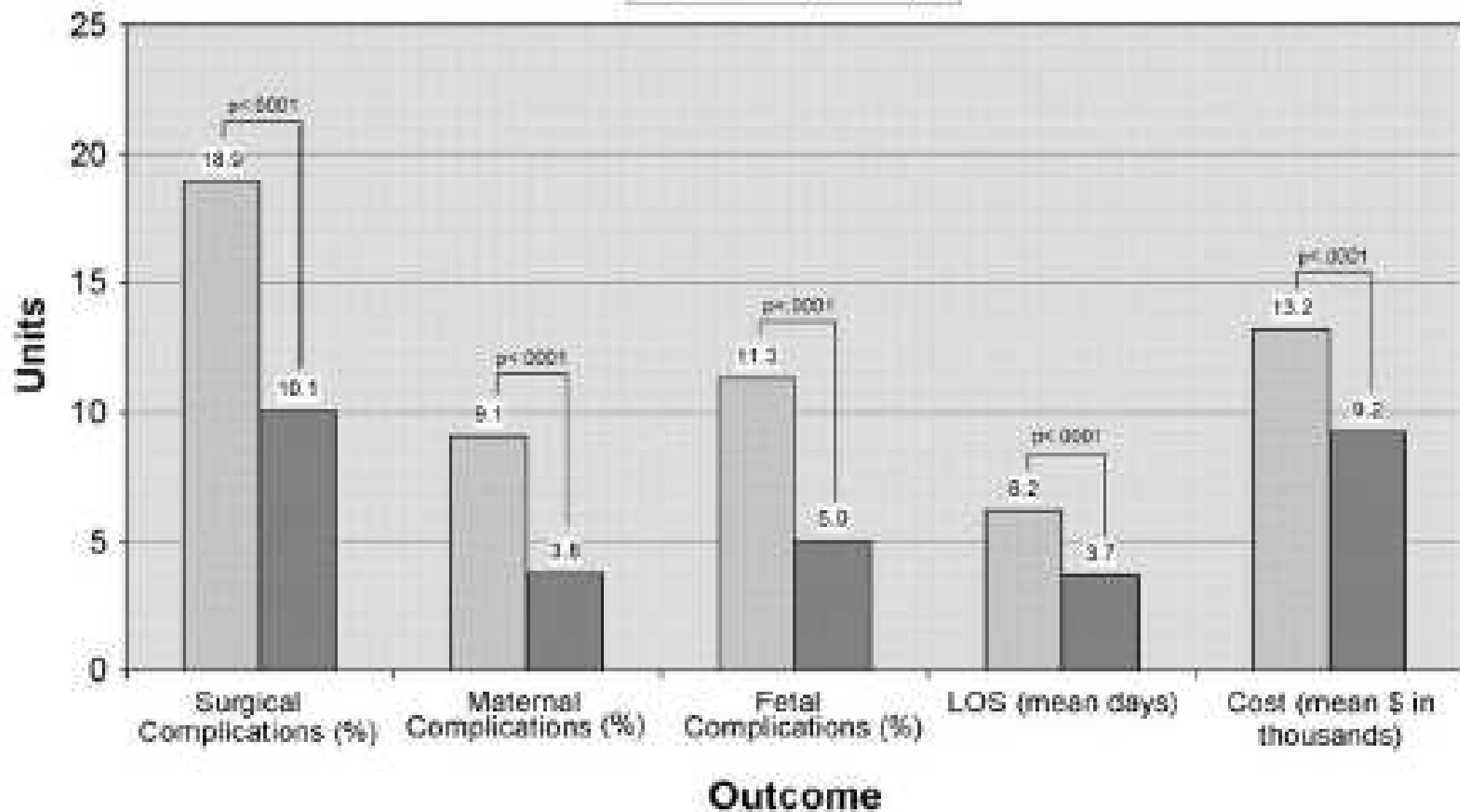
- Child C : le drainage percutané de la vésicule est la meilleure option, chirurgie doit être évitée.

grossesse.

Coelioscopie vs laparotomie :

- moins de complications chirurgicales
- moins de complications maternelles
- moins de complications foetales

Open Laparoscopic



cholecystectomie

- Laparoscopic cholecystectomy is the treatment of choice in the pregnant patient with gallbladder disease regardless of trimester
- SAGES Guidelines for Diagnosis, Treatment, and Use of Laparoscopy for Surgical Problems during Pregnancy. 2007
- Pas de chirurgie lors du premier trimestre
- Préférer lors du 2ème et début du 3ème trimestre
- Utiliser de basse pression d'insufflation (10 mmHg)

Indications à la cholécystectomie par laparotomie

- Contre indication au pneumopéritoine : HTIC, emphysème pulmonaire, insuffisance coronarienne sévère, glaucome à angle fermé, dérivation ventriculo-péritonéale
- Choc septique
- Suspicion de cancer de la vésicule biliaire

• Qui sont les patients opérés aujourd'hui par laparotomie?

Est-ce que les indications actuelles de cholécystectomie par laparotomie se limitent à celles-ci?

Etat actuel

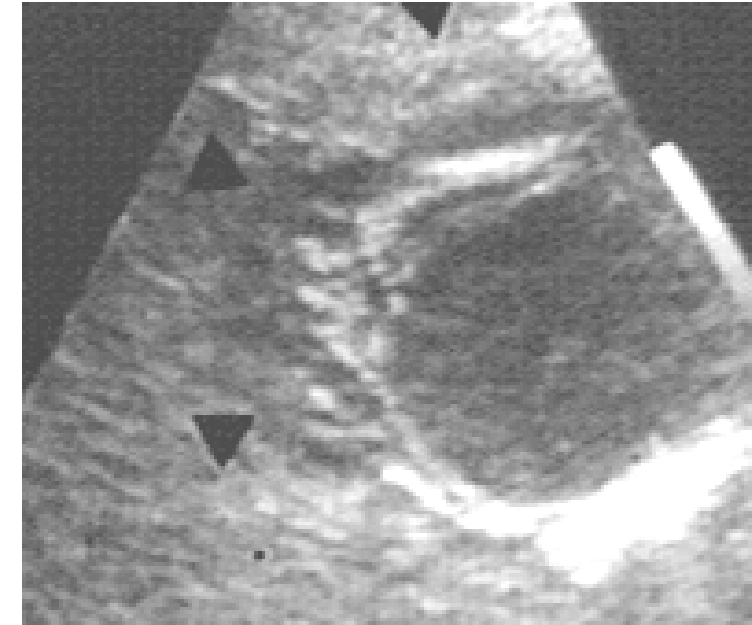
4 % à 9.6% des cholécystectomies sont d'emblée opérées par laparotomie

Indications préopératoires

	No. of patients (n = 123)
Previous upper abdominal surgery	28 (22.7)
General peritonitis	24 (19.5)
Planned CBD exploration	23 (18.7)
During non-HPB surgery	21 (17.1)
Suspected gallbladder carcinoma	12 (9.8)
Gallbladder empyema	5 (4.1)
Fistulous disease (to GI tract)	3 (2.4)
Penetrating trauma	1 (0.8)
Portal hypertension	1 (0.8)
Large distended gallbladder on ultrasonography	1 (0.8)
Unknown	4 (3.3)

Indications relatives :

- Antécédents chirurgie sus mésocolique.
- Epaissement majeur de la paroi vésiculaire : gangrène, empyème vésiculaire (>10mm)
- Nécessité d'explorer la voie biliaire principale
 - Lithiases voie biliaire principale
 - Syndrome de Mirizzi



Indications relatives à la laparotomie

Les indications retenues par les chirurgiens dans la pratique quotidienne ne sont pas uniquement des contre indications absolues à la laparoscopie.

Elles sont également fonction :

- Des antécédents du patient (chirurgie sus mésocolique)
- De l'aspect préopératoire de la vésicule, sévérité de l'inflammation
- De la nécessité d'explorer la voie biliaire principale
- De l'expérience du chirurgien en coelioscopie

conversion

Table 2 Main outcome measures

Outcomes	Group 1 (open)	Group 2 (conversion)	Group 3 (laparoscopic)	All groups
% of complications	46 (34)*	20 (29)*	77 (6.4)	143 (10)
% of major complications	6 (4.4)	4 (5.9)*	14 (1.2)	24 (1.7)
Mortality	4 (2.9)*	1 (1.5)*	0 (0)	5 (.4)
Length of procedure (min)	41.3 ± 19.2	57.3 ± 22.8*	33.1 ± 15.2	35.0 ± 18.1
Length of stay (d)	6.9 ± 7.6*	6.0 ± 9.3*	1.3 ± 2.7	2.0 ± 4.1
30-day readmission (%)	6.6	10*	2.2	3.0
90-day readmission (%)	8.1	8.8	3.0	3.7
Reoperation (%)	0	4.4*	.6	.7

* $P < .05$ compared with group 3.

Table 3 Major complications

Major complications	Group 1 (open) n = 136	Group 2 (conversion) n = 68	Group 3 (laparoscopic) n = 1210	Total n = 1414
% of bile leak	2 (1.5)	1 (1.5)	11 (.9)	14 (1.0)
% of bleeding	0 (0)	1 (1.5)	3 (.2)	4 (.3)
% of CBD injury	0 (0)	1 (1.5)	0 (0)	1 (.07)
% of death	4 (0)	1 (1.5)	0 (0)	5 (.4)
Total (%)	6 (4.4)	4 (5.9)	14 (1.2)	24 (1.7)

CBD = common bile duct.

EXISTE-T-IL ENCORE UNE PLACE À LA CHOLÉCYSTECTOMIE PAR LAPAROTOMIE ?

Oui,

- Indications formelles : suspicion de cancer
choc septique, contre indication au
pneumopéritoire...
- Indications relatives : ATCD de chirurgie
susmésocolique, inflammation majeure de
vésicule (empyème), nécessité d'explorer la
voie biliaire principale

HTIC, dérivation ventriculo péritonéale

Emphysème pulmonaire , insuffisance coronarienne sévère,

Glaucome à angle fermé,

Choc septique

Suspicion de cancer de la vésicule

OUI

Choix Laparotomie d'emblée

NON

Antécédent chirurgie sus mésocolique

Sévérité de l'inflammation

Epaisseur de la paroi vésiculaire

Nécessité d'explorer la voie biliaire

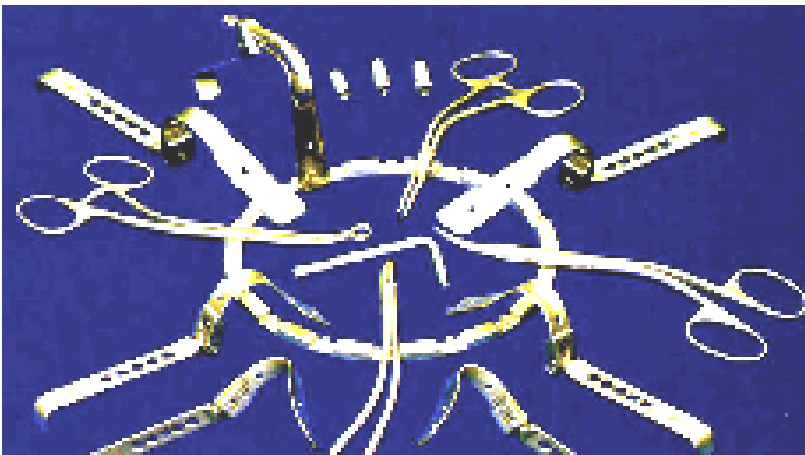
OUI

Choix en fonction de l'expérience du chirurgien

NON

Mini laparotomie ?

- décrite par Dubois en 1982
- Incision de moins de 8 cm
- Technique idem cholécystectomie par laparotomie



Conclusion de la Cochrane review 2010

- Dans le cadre de la prise en charge des lithiases vésiculaires symptomatiques
- La mini laparotomie et la coelioscopie sont supérieures à la laparotomie « classique » en terme de durée de la convalescence et durée d'hospitalisation
- La durée opératoire et le coût sont significativement en faveur de la mini laparotomie.