

Plaie des voies biliaires lors
d'une cholécystectomie sous
cœlioscopie : résultats des
réparations précoces des plaies
non identifiées en per opératoire

Niaz Kohneh Shahri

Nantes

Introduction

- La cholécystectomie par cœlioscopie :
 - a été introduite en France en 1987 et aux USA en 1988.
 - est actuellement le traitement de référence des lithiases biliaires symptomatiques.
 - L'incidence des plaies biliaires par cette voie reste stable à 0,1-0,9 %, supérieure à celle en laparotomie.

Lorsque la plaie est découverte en per opératoire, soit dans 39% des cas :

- réparation immédiate dans 96 à 100% des cas
- avec un meilleur pronostic.

Lorsque la plaie est découverte secondairement,

pas de consensus concernant le délai de la réparation : débat entre une attitude attentiste et une réparation précoce.

But de notre étude

- Étaient de comparer le résultat :
 - Des réparations précoces aux réparations tardives
 - Des anastomoses bilio biliaires aux anastomoses bilio digestives.

Patients et Méthodes

- Étude rétrospective 1990 – 2003.
- Six CHU de l'inter-région de l'ouest et le CHD de la Roche Sur Yon.
- Étaient inclus les patients qui ont eu une plaie des voies biliaires :
 - survenue lors d'une cholécystectomie sous cœlioscopie
 - identifiées secondairement
 - avec une réparation précoce dans le mois qui a suivi la cholécystectomie.

Résultats

- Douze patients : 10 femmes et 2 hommes.
- Âge moyen : 49 ans (écart type=17).
- Score ASA moyen : 1,75.
- Motif de la cholécystectomie :
cholécystite (n=9), colique hépatique (n=2),
indéterminé (n=1).
- Cholangiographie per opératoire : 4 fois.

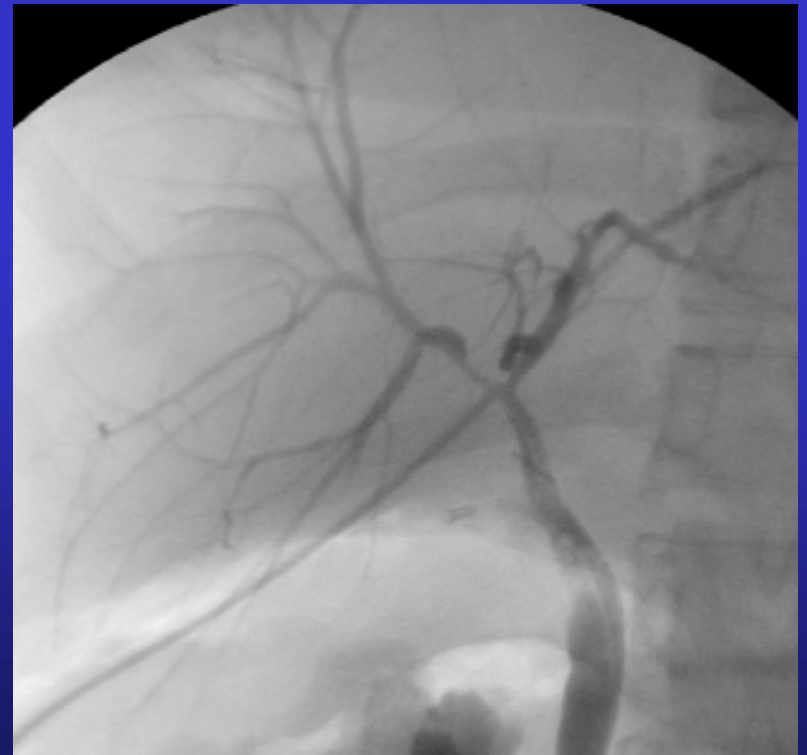
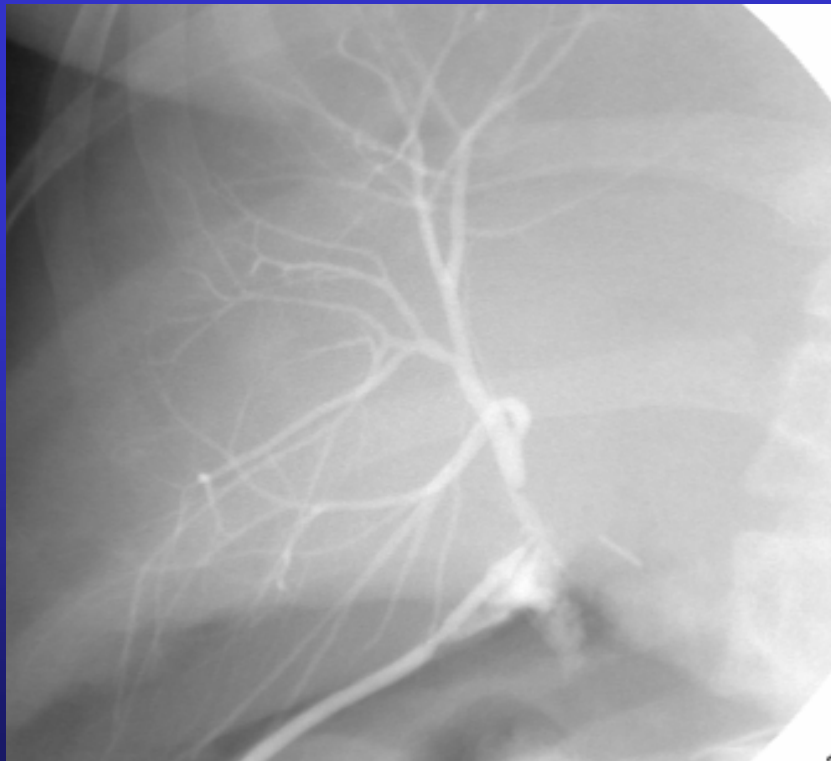
Image d'une
cholangiographie
considérée comme
« normale » malgré
la non opacification
des voies biliaires
supérieures.



Cholangiographie
lors d'une
cholécystectomie
(cholangiographie
considérée comme
normale).



Opacification du canal sectionné manquant sur le cliché précédent (à gauche), opacification après sa réimplantation hilare protégée par un drain de Kehr (à droite).



- Constatations per opératoires :
 - Inflammation du triangle de Calot et du pédicule (n=6)
 - Canal biliaire aberrant dans le fond vésiculaire (n=1)
 - Présence de 2 canaux cystiques (n=1).
- Drainage : 5 cas.
- Délai diagnostique moyen de la plaie biliaire : 8,5 jours.

- Mode de révélation de la plaie :
 - Choléperitoine (n=4)
 - Fistule biliaire externe (n=2)
 - Ictère (n=6).
- Examens complémentaires :
Échographie, tomодensitométrie, IRM, artériographie, cholangiographie par voie rétrograde.
- Délai moyen avant la chirurgie réparatrice :
15,3 jours.

Patient	Lésion	Stade Bismuth	Chirurgie
1	Canal hépatique	II	hépaticojejunal
2	Canal hépatique	II	hépaticojejunal
3	Convergence	IV *	hépaticojejunal
4	Convergence	IV	biliodig (x 2)
5	Canal hépatique	II	bilio biliaire
6	Canal hépatique	II	hépaticojejunal
7	Canal hep + droit	V *	bilio bil, drain
8	Canal hépatique	II	bilio biliaire
9	Canal hépatique	II	choledocojejun
10	Toit convergence	III	hépaticojejunal
11	Canal hépatique	II	hépaticojejunal
12	Canal hep droit	Canal droit	bilio biliaire

- Suites de la chirurgie : simples chez 11 patients.
- Durée moyenne de séjours : 13,7 jours.
- Suites tardives : nouvelle confection de 2 anastomoses bilio digestives à 7,5 et 11 ans, et une éventration non opérée.

- Avec un recul moyen de 40 mois, taux de réussite globale des réparations précoces : 81,8 %.
- Taux de réussite des réparations bilio biliaires (n=4) : 100%.
- Taux de réussite des anastomoses bilio digestives (n=7) : 71,4 %.

Discussion

- Les plaies biliaires en coelioscopie touchent une population jeune, féminine, d'âge médian de 42 à 44 ans.
- Le mécanisme lésionnel de ces plaies est identique en laparotomie et en laparoscopie.
- Par contre le stade lésionnel est souvent plus grave en laparoscopie.

- Classification des plaies selon Bismuth

stade	I	II	III	IV	V	Canal droit isolé
Wudel * (n=74)	17	17	6	28	6	0
Melton * (n=54)	3	20	14	8	4	5
Lillemoie (n=118)	4	40	38	21	7	8
Notre série (n=12)	0	7	1	2	1	1

- Ces lésions ont été révélées par :
 - Angiocholite (32-39%)
 - Biliome ou péritonite biliaire (31%)
 - Ictère (24-27%).

- Le bilan lésionnel consiste en :
 - Échographie
 - Bili RM (++++)
 - Cholangiographie par voie rétrograde ou transhépatique (plus rarement)
 - Artériographie.

Traitement chirurgical (1)

- Les principes de la réparation :
 - anastomose muco muqueuse
 - sur une muqueuse saine et bien vascularisée
 - sans tension.

D'où la réalisation d'une anastomose bilio digestive plus souvent qu'une anastomose bilio biliaire.

Traitement chirurgical (2)

- Quel est le **meilleur délai** avant la réparation secondaire?
 - Lors de la dilatation des voies biliaires, après le tarissement de la fistule pour certains, soit après 8 à 12 semaines.

(H Bismuth, F Lazorthes. Rapport AFC Paris:Masson, 1981)

- Réparation précoce, pour d'autres, en vue des bons résultats obtenus et avec une morbidité moindre.

(Chapman *et al.* J gastrointestinal surg 2003, Lillemoe *et al.* Ann Surg 2000)

Prévention

- Cholangiographie per opératoire : pour ou contre?
- Le rôle de l'enseignement et la courbe d'apprentissage ?
- Le plus important reste la technique de la dissection :

regard critique lors de la dissection, dissection prévesiculaire, identification de l'artère et du canal cystiques dans le triangle de Calot, cholangiographie avant la section de l'artère.

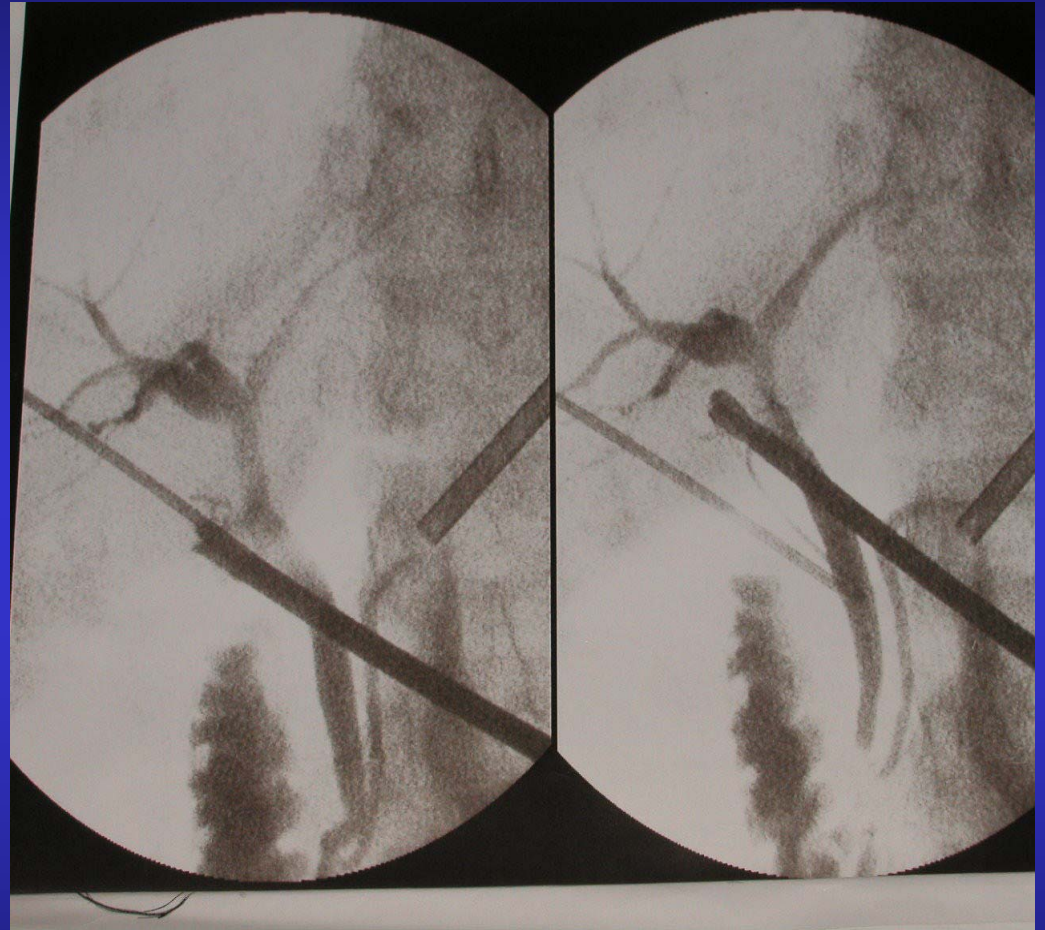
Conclusion

- Plaie biliaire reconnue en per opératoire : réparation immédiate souvent bilio biliaire sur un drain de kehr.
- Plaie biliaire reconnue secondairement : réparation précoce par une anastomose sans tension sur des muqueuses saines souvent bilio digestive, plus rarement bilio biliaire.

Je tiens à remercier pour leur collaboration
Messieurs les professeurs :

- Champion et collaborateurs
- De Calan
- Hamy
- Richer et collaborateurs
- Le Neel, Le Borgne, Paineau, Lehur et le Docteur Mirallié et en particulier Monsieur le Docteur E.Letessier et Madame C.Curto.

Image d'une
cholangiographie
où la présence de
2 canaux
cystiques était
signalée lors de la
dissection.



Cholangiographie per
opératoire lors de la
réparation chez le
même patient : section
de la VBP par traction
probable du ou « des
canaux cystiques » qui
avaient pourtant bien
été repérés.

