

PLAIES DES VOIES BILIAIRES

✓ **MECANISMES**

✓ **CONSEQUENCES**

✓ **PRISE EN CHARGE**

SINA RAHME Zahi

(BREST)

La cholécystectomie par laparoscopie « Gold standard » :

✓ **POUR LA LITHIASE VESICULAIRE SIMPLE**
mais plaies VBP X 2 (0.3-0.4% vs 0.1-0.2%),

✓ **POUR LA CHOLECYSTITE AIGÜE**
mais taux de conversion 30%
et plaies VBP x 3.3 (Russell et al, 1996)

Recommandations SFCD 2005

I) MECANISMES DES **PLAIES DES VB**

➤ **70% : méconnaissance anatomique**

➤ **30% : erreurs techniques :**

✓ **d'hémostases :**

- clips sur artère ou VB
- lésions de coagulation

✓ **de biliostase (clips)**

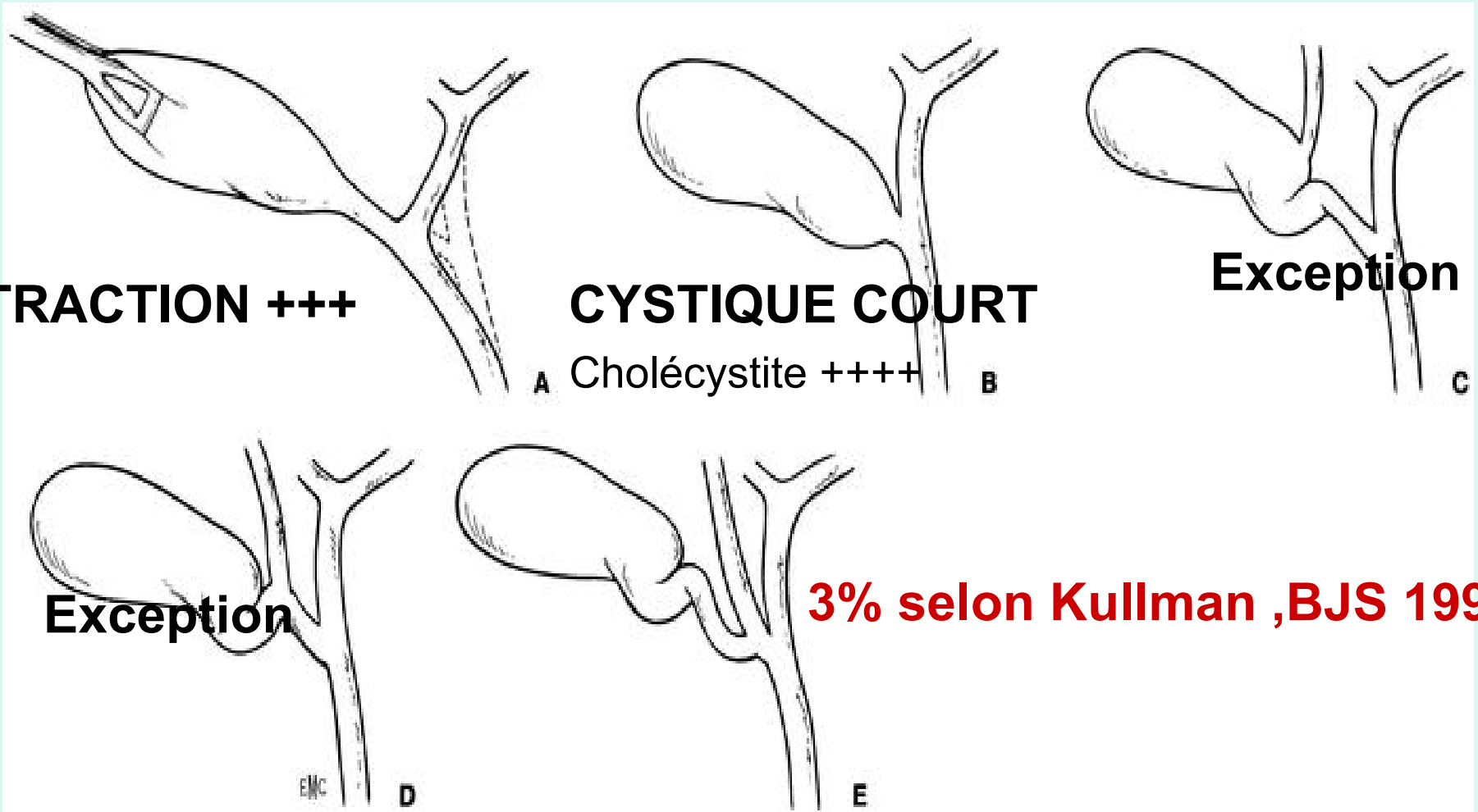
✓ **de traction excessive**

↑ ***si cholécystite +++***

(Shallaly et Cuschieri HPB 2000)

Anomalies d'abouchement et de repérage du canal cystique

(>50% des causes « anatomiques »)



TRACTION +++

CYSTIQUE COURT

Exception

A Cholécystite ++++ B

Exception

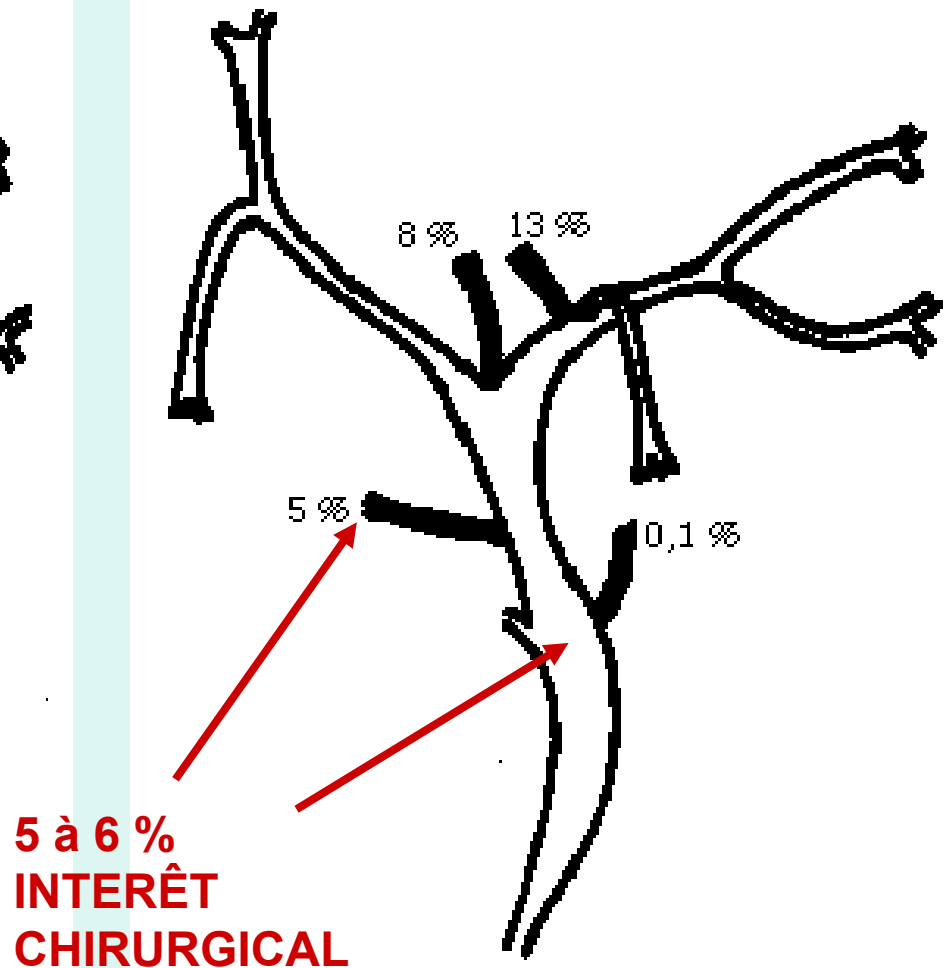
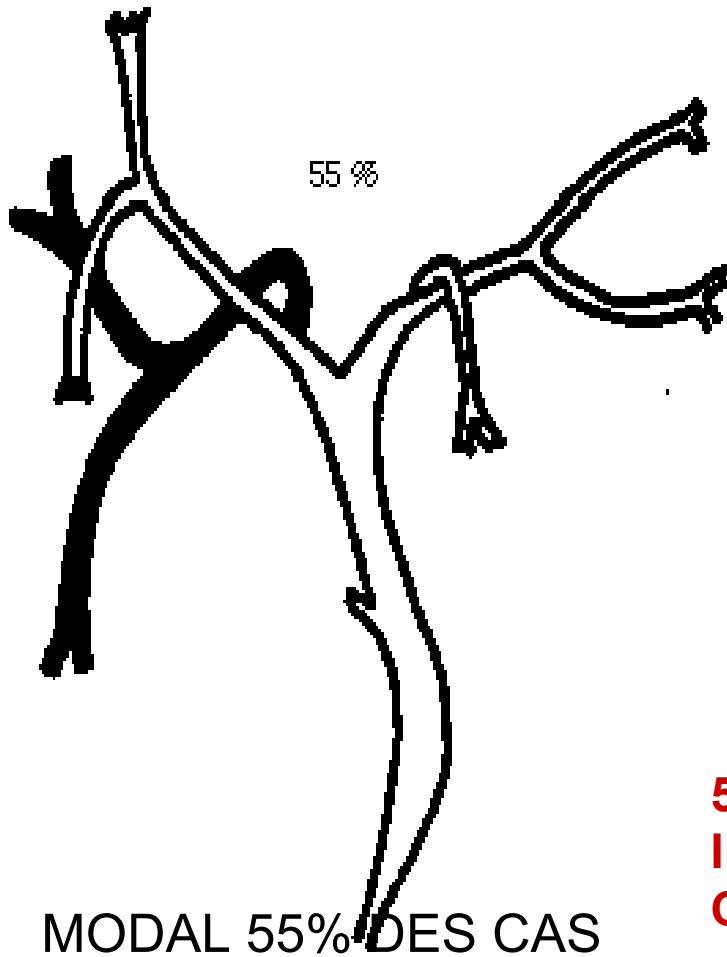
3% selon Kullman ,BJS 1996

EMC D

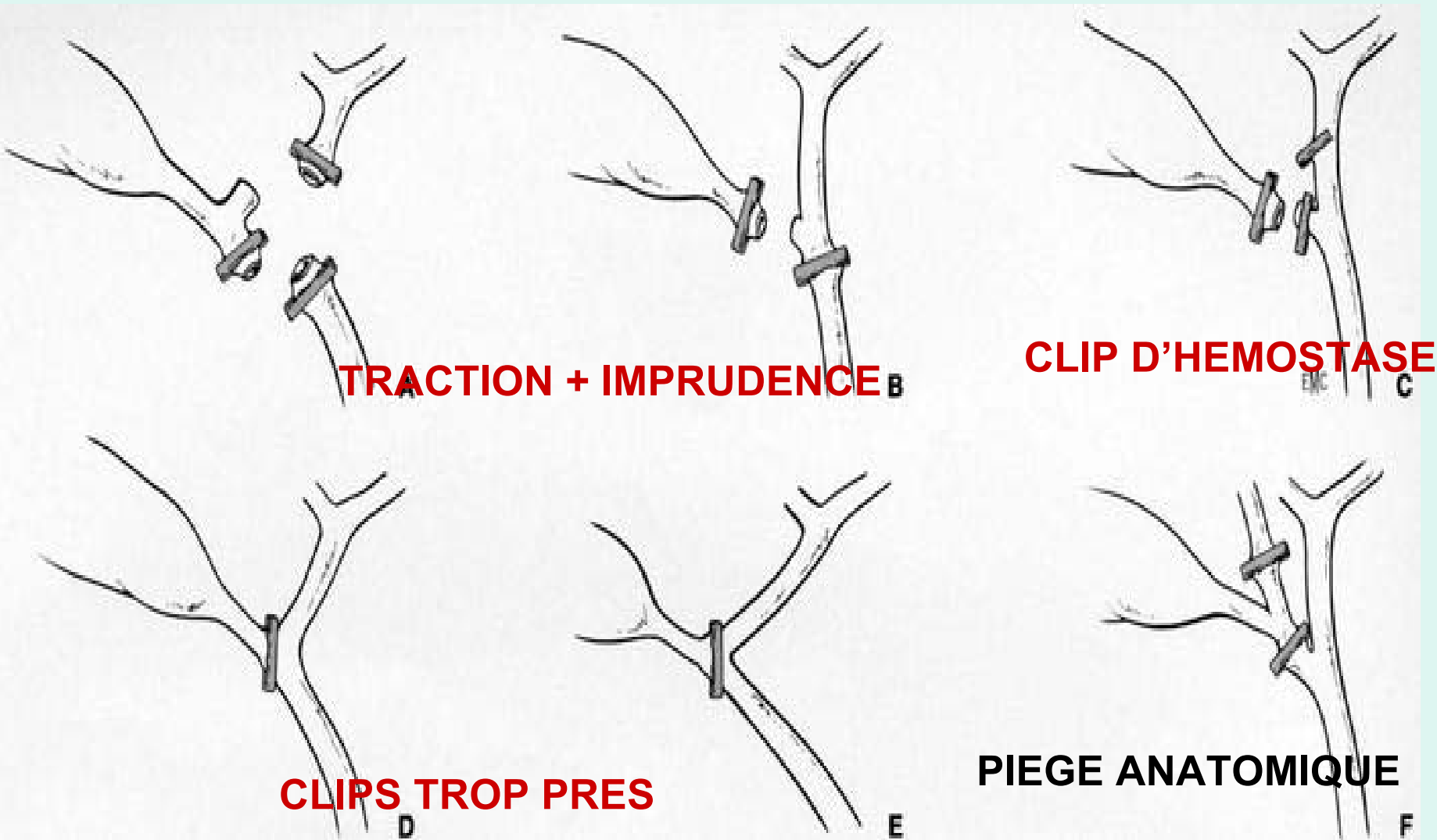
EMC E

Anomalies d'abouchement du canal latéral droit

INTERÊT CHIRURGICAL DANS 5 à 6% DES CAS



**LES ERREURS TECHNIQUES
DIMINUENT AVEC L'APPRENTISSAGE :**
après 50 interventions **risque 1,7% → 0,57%**



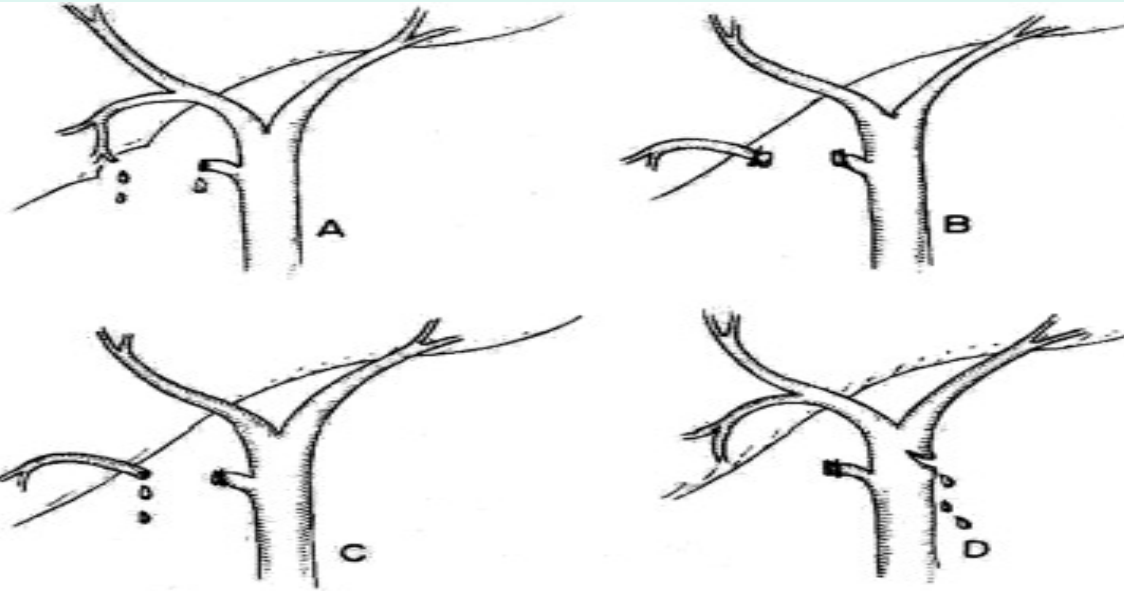
II) CONSEQUENCES **DES PLAIES DES VB**

ELLES DIFFERENT SELON :

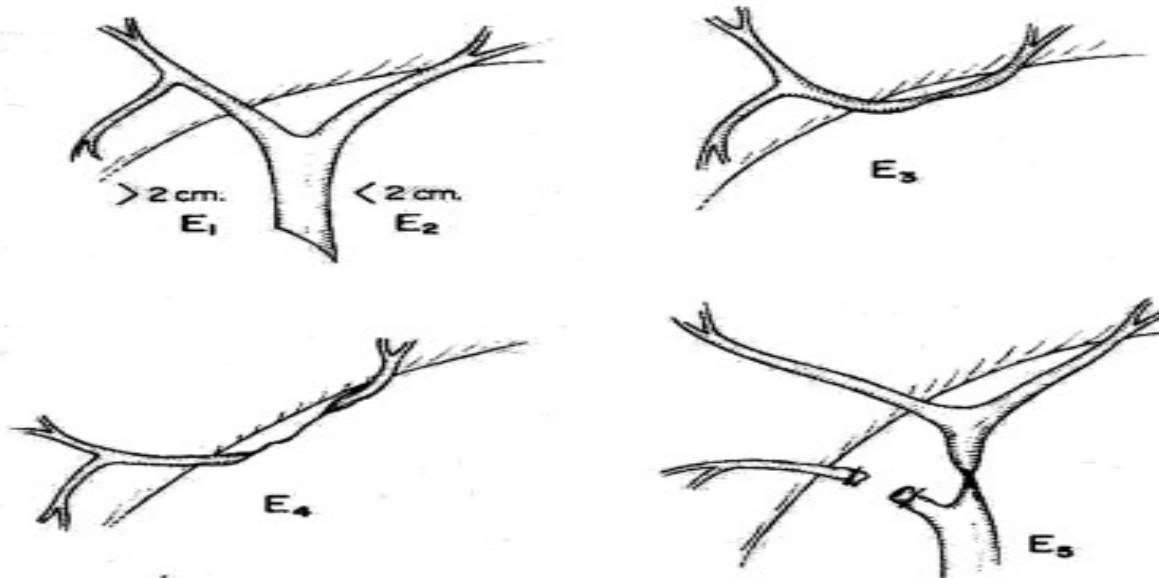
- Découverte durant l'opération .
- Découverte la semaine post opératoire
- Découverte à distance

INTERÊT DE LA CLASSIFICATION DE STRASBERG + BISMUTH

STRASBERG



BISMUTH



**A) EN CAS DE DECOUVERTE
PER OPERATOIRE (15 à 20% des cas)**

**Rôle préventif de la cholangiographie per-
opératoire systématique discuté ++**

CONTROVERSE PLUTÔT FAVORABLE !!

- F. Borie, B. Millat, J Chir 2003
- Recommandation SFCD, 2005

➤ CONVERTIR SI NECESSAIRE ++

B) EN CAS DE DECOUVERTE DANS LA SEMAINE POST OPERATOIRE

1) Péritonite biliaire :

- Douleurs,+++
- Vomissement ,
- Fièvre,
- Défense

2) Fuite biliaire par un drain ou une plaie

3) Biliome : ictère+ fièvre

4) Obstacle complet : ictère, douleur fièvre

C) EN CAS DE DECOUVERTE DANS LES 3 MOIS à 1 AN :

Apparition d'une dilatation des voies biliaires **sur sténose**
ou sur obstacle complet responsable :

- ✓ **d'un ictère nu**
- ✓ **A terme d'une cirrhose biliaire**
secondaire pouvant même nécessiter
parfois une Transplantation Hépatique

III) PRISE EN CHARGE DES PLAIES DES VB

- Immédiate (en per-op)**
- Précoce (dans le mois)**
- Tardive (dans les 3 à 6 mois)**

A) Réparations immédiates guidées par la cholangiographie per opératoire l'état vasculaire des tissus

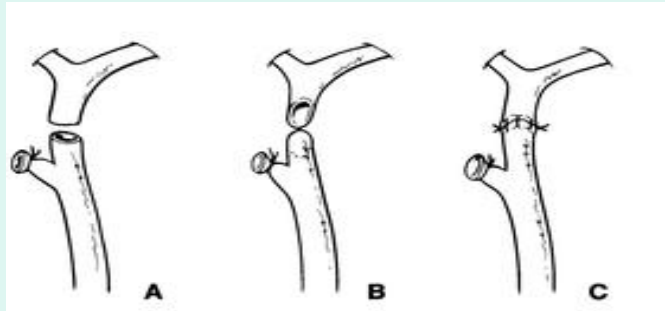
Schématiquement :

- **Type A à C avec 2 lobes bien drainés**
→ clip ou ligature du canal ouvert.
- **Type D, plaie latérale**
→ suture primitive +/- sur un drain en T
- **Type E, plaie du hile**
→ Suture primitive +/- sur un drain en T
→ Anastomose hépatico-jéjunale
→ ou Anastomose de type Hepp-Couinaud.

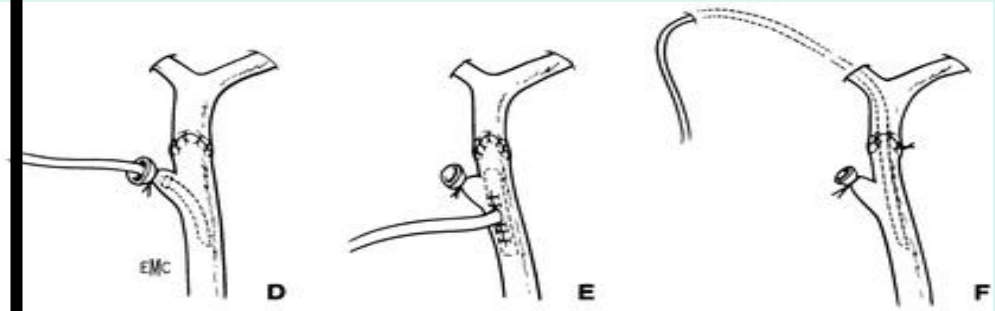
REPARATIONS IMMEDIATES SANS PERTE DE SUBSTANCE

VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

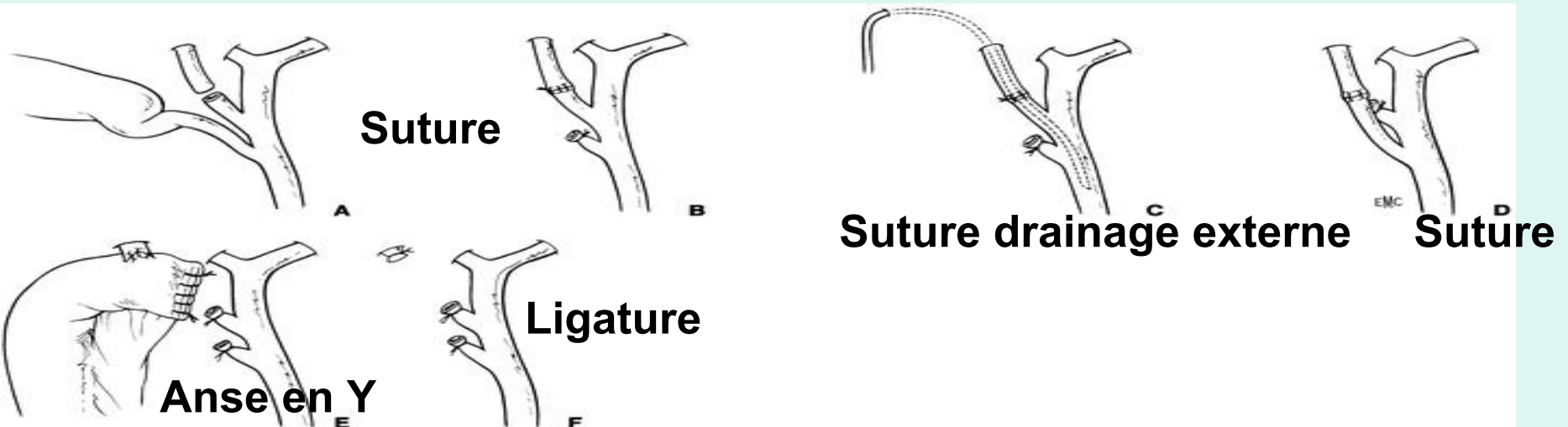
SUTURES DIRECTES



SUTURES + DRAINAGES BILIAIRE EXTERNE



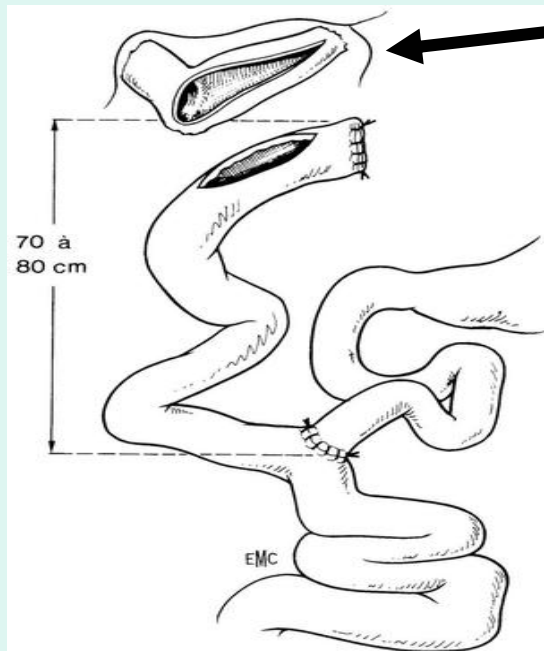
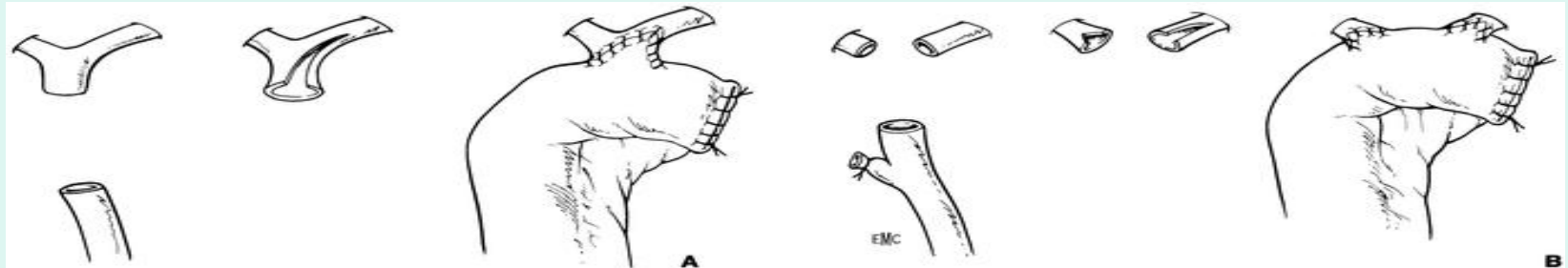
CANAL SECTORIEL



REPARATIONS IMMEDIATES

AVEC PERTES DE SUBSTANCE

- Hepatico-Jéjunale et anastomoses au hile avec plasties



Canal hépatique gauche

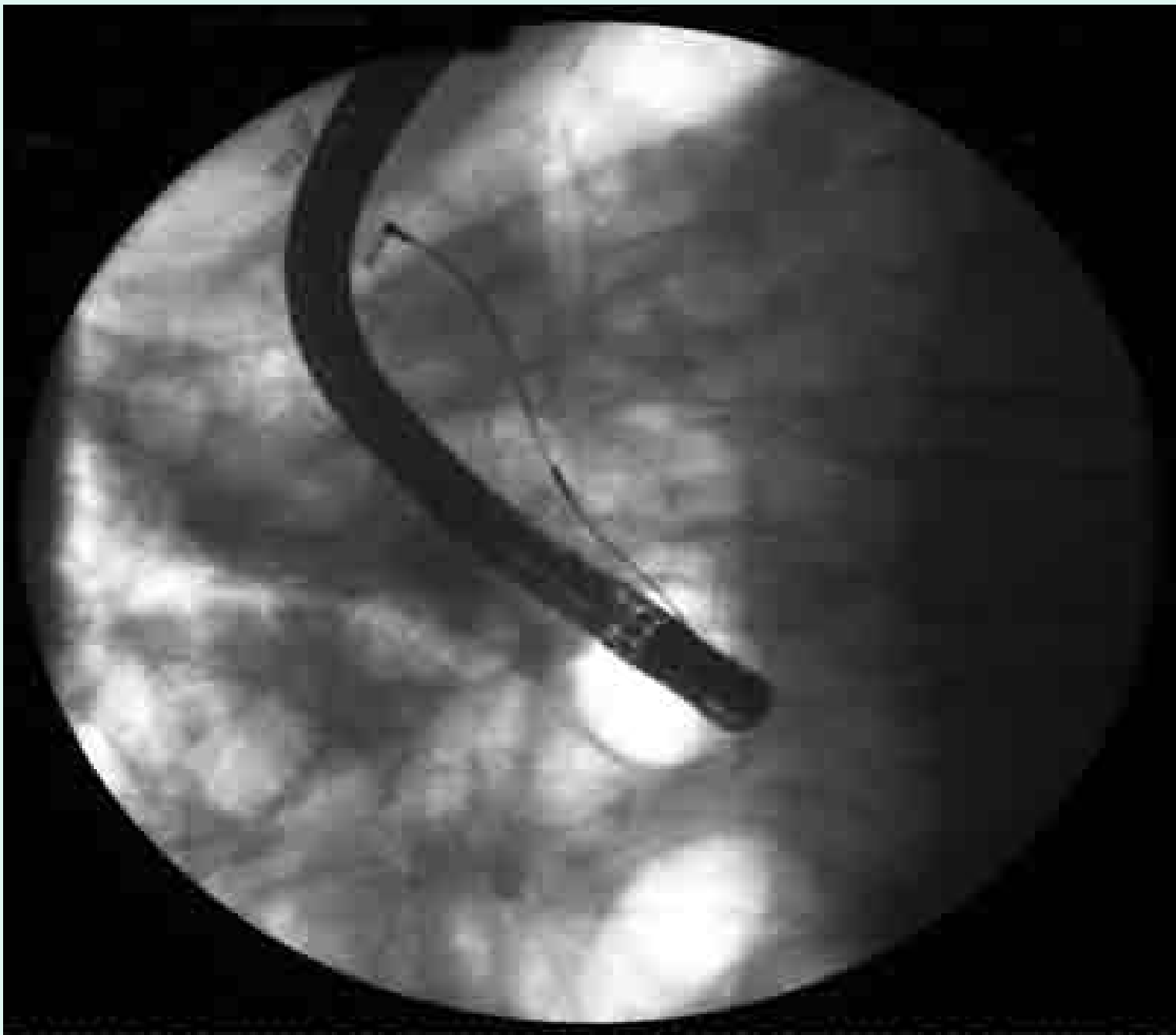
Anastomose Hepp-Couinaud

B) PRISE EN CHARGE PRECOCE :

3 semaines – 1 mois

Importance d'une cartographie lésionnelle

- **Cholangiographie trans-hépatique**
- **CPRE.**
- **Ou Bili-RMN +++++**

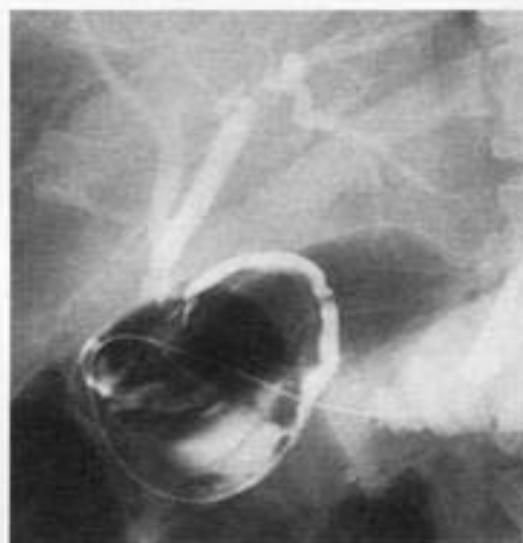




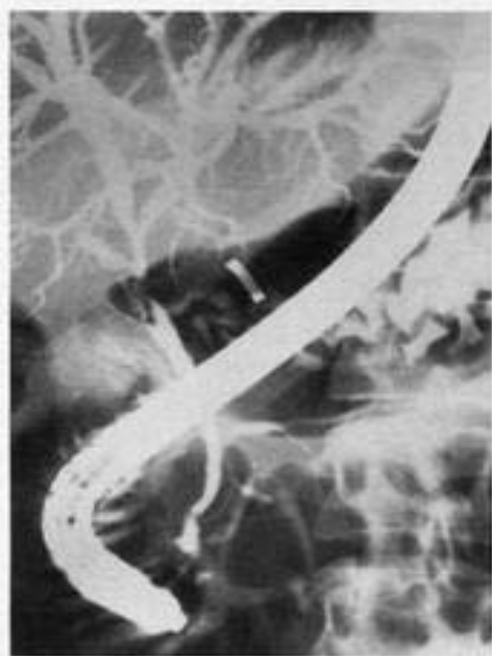
A



B



C



D



E



F



PRISE EN CHARGE PRECOCE :

3 semaines – 1 mois

➤ **1) Eventuellement**

sphinctérotomie +/- prothèse biliaire.

➤ **2) Chirurgie de réparation possible que si dilatation des canaux**

(occlusion complète d'emblée)

➤ **3) En cas de fistule biliaire externe**

⇒ **attendre la dilatation des canaux**

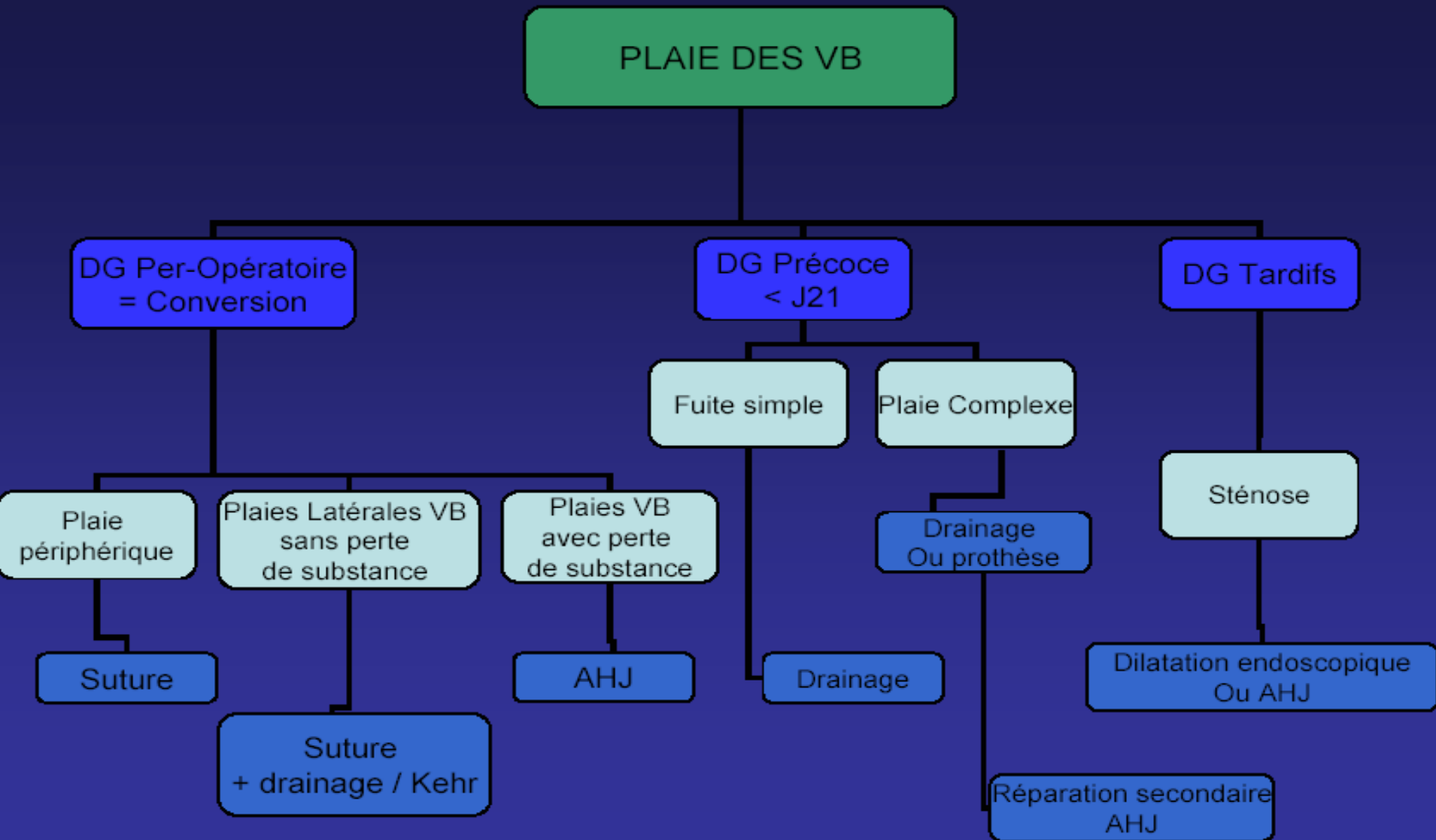
C) PRISE EN CHARGE TARDIVE ET REPARATION RETARDEE (3 à 6 mois)

- **SAVOIR ATTENDRE** régression inflammation et dilatation des canaux.
- ***Comment réparer ?***
 - **Le plus souvent intervention de Hepp-Couinaud**
⇒ si portion longue extra hépatique du canal biliaire gauche
 - **Parfois réparation sans dissection de la plaque hilaire (Murr 1999)**
⇒ si lésions plus distales (classe E1, E2)

Facteurs de succès du traitement (Stewart 1995)

- 1) Une cholangiographie per opératoire.
- 2) Réparation chirurgicale plutôt qu'une dilatation endoscopique.
- 3) Technique opératoire de type Hepp-Couinaud plutôt qu'une anastomose bilio-bilaire termino-terminale.
- 4) Bonne expérience du chirurgien.

CONCLUSION



BIBLIOGRAPHIE

1. S.McKenzie, R. Schwartz, The management of bile duct injuries occurring during laparoscopic cholecystectomy, *Curr Surg*. 2006 Jan-Feb;63(1):20-3.
2. D.J. Gouma, H. Obertop , Management of Bile Duct Injuries: Treatment and Long-Term Results *Digestive Surgery* 2002;19:117-122.
3. Shallaly GEI, Cuschieri A: Nature, aetiology and outcome of bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy. *HPB* 2000;2:3-12.
4. Bismuth H: Postoperative strictures of the bile duct; in Blumgart LH (ed) *The Biliary Tract*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1982, pp 209-218.
5. Fletcher DR, Hobbs MST, Tan P, et al: Complications of cholecystectomy: Risks of the laparoscopic approach and protective effects of operative cholangiography. A population-based study. *Ann Surg* 1999;229:449-457.
6. O. Mathisen, O. Soreide and A. Bergman, Laparoscopic cholecystectomy : Bile duct and vascular injuries : Management and outcome. *Scand J Gastroenterol* 37 (2002), pp. 476-481.
7. Nuzzo G, Giuliani F , Giovannini I, Ardito F, D'Acapito F, Vellone M , Capelli G, Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy : results of a national survey on 56591 cholecystectomies. *Arch Surg*. 2005, oct; 140 (10):986-92.
8. L. Stewart and L.W.Way, Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy : Factors that influence the results of treatment. *Arch Surg* 130 (1995), pp.1123-1128.
9. L.W.Way, L.Stewart, W.Gantert, K.Liu, C.M.Lee, K. Whang and J.G.Hunter, causes and preventions of laparoscopic bile duct injuries. *AnnSurg* 237 (2003),pp. 460-469.
10. Solheim K, Buanes T. Bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy. *Int Surg* 1995;80:361-4.
11. Moore MJ, Bennett CL. The learning curve for laparoscopic cholecystectomy. The Southern Surgeons Club. *Am J Surg* 1995;170:55-9.

11. Wright KD, Wellwood JM. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy without operative cholangiography. *Br J Surg* 1998;85:191-4.
12. Murr MM, Gigot JF, Nagorney DM, Harmsen WS, Ilstrup DM, Farnell MB. Long-term results of biliary reconstruction after laparoscopic bile duct injuries. *Arch Surg* 1999;134:604-9; discussion 609-10.
13. GIGOT JF (Belgian Group for Endoscopic Surgery). Complications biliaires au cours de cholécystectomie laparoscopique. Résultats d'une série multicentrique belge. 15e Journées de Chirurgie digestive. Rennes. 1993
14. HEPP J, COUINAUD C L'abord et l'utilisation du canal hépatique gauche dans les réparations de la voie biliaire principale. *Presse Méd* 1956 ; 64 : 947-948
15. HANNOUN L, BALLADUR P, PARC R. Complications biliaires de la laparoscopie-cholécystectomie. Traitement chirurgical. 15e Journées niçoises de Pathologie et Chirurgie digestives Vidéo laparoscopie 1993
16. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ: An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 1995;180:101-125.
17. Lillemoe KD, Melton GB, Cameron JL, Pitt HA, Campbell KA, Talamini MA, Sauter PA, Coleman J, Yeo CJ: Postoperative bile duct strictures: Management and outcome in the 1990s. *Ann Surg* 2000;232:430-441.
18. Gigot JF, Navez B, Etienne J, Cambier E, Jadoul P, Guiot P et al. A stratified intraoperative surgical strategy is mandatory during laparoscopic common bile duct exploration for common bile duct stones. Lessons and limits from an initial experience of 92 patients. *Surg Endosc* 1997;11:722-8.
19. Kum CK, Eypasch E, Lefering R, Paul A, Neugebauer E, Troidl H. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it really safe? *World J Surg* 1996;20:43-8; discussion 48-9.
20. Russell JC, Walsh SJ, Mattie AS, Lynch JT. Bile duct injuries, 1989-1993. A statewide experience. *Arch Surg* 1996;131:382-8.
21. Stewart L, Way LW. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Factors that influence the results of treatment. *Arch Surg* 1995;130:1123-8; discussion 1129.