

# TRAITEMENT DES TRAUMATISMES DE LA VBP APRES CHOLECYSTECTOMIE

Brachet D  
CHU Angers  
25/01/2007 Rennes

# CHOLECYSTECTOMIE COELIOSCOPIQUE

- ▶ Risque plaie voies biliaires = 0.5%
- ▶ Plaies majeures = 75%
- ▶ Mortalité = 1.7 à 8%
- ▶ Morbidité = 30 à 40%

Farges O, AFC 2005  
Chiche L, AFC 2006

# PREVENTION

- ▶ Indication de la coelioscopie
- ▶ Règles de bonne pratique chirurgicale
- ▶ CONVERTIR en cas de difficultés
- ▶ Cholangiographie per-opératoire systématique ?

**SAVOIR RECONNAÎTRE UNE PLAIE EN  
PER-OPERATOIRE**

# TRAITEMENT IMMEDIAT

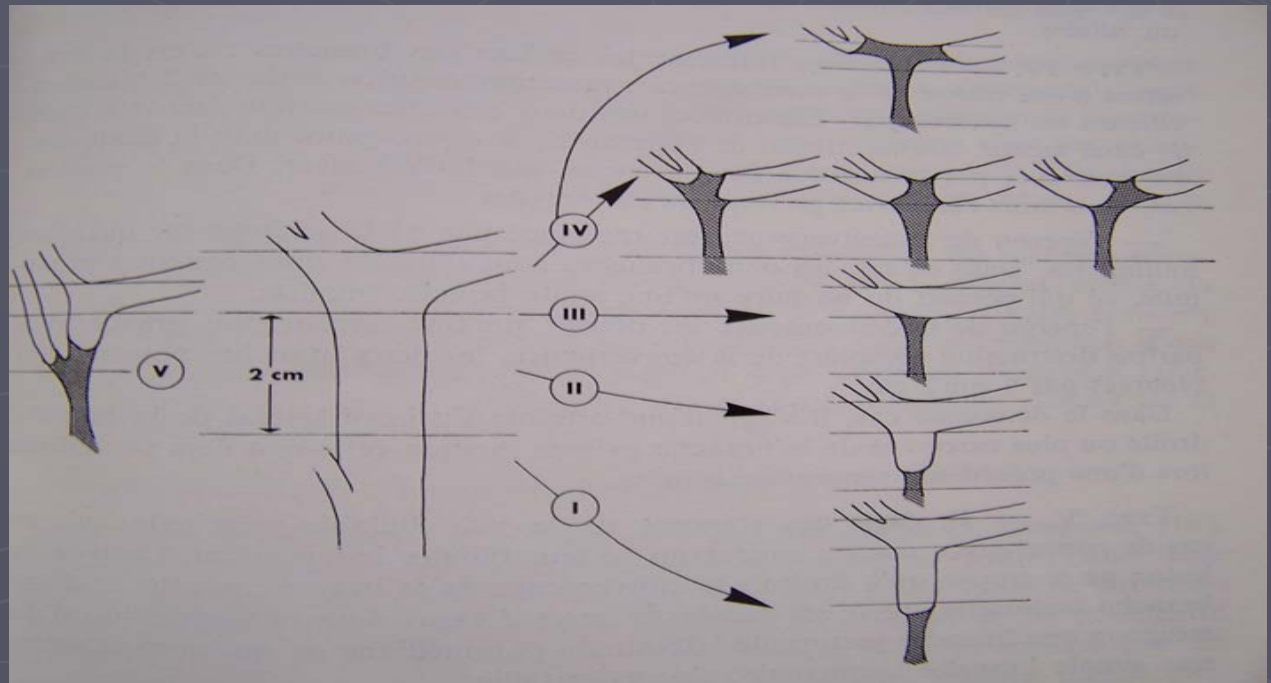
- ▶ Type de trauma :
  - Plaie : partielle/complète  
nette/contuse
  - Ligature ou clippage
- ▶ Localisation : cholangiographie ++
- ▶ Lésion vasculaire associée
- ▶ Chirurgien :
  - TTT immédiat ou transfert
  - Coelioscopie ou conversion

# CLASSIFICATIONS

## STRASBERG plaies

Type A	Fuite d'un canal mineur en continuité avec la VBP
Type B	Ligature d'une partie de l'arbre biliaire
Type C	Fuite d'un canal non communiquant avec la VBP
Type D	Plaie latérale de la voie biliaire extra-hépatique
Type E	Plaie circumférentielle des canaux hépatiques

## BISMUTH Sténoses



# TRAITEMENT IMMEDIAT

- ▶ Ligature canal segmentaire/sectoriel (A-C)
  - Risque septique
- ▶ Levée de ligature (B)
- ▶ Suture directe bilio-biliaire (D-E)
  - Perte substance, VB fines
- ▶ Anastomose bilio-digestive (E)

# PRINCIPES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

- ▶ Suture muco-muqueuse, sur tissu sain et bien vascularisé, sans tension et sans sténose
- ▶ Drainage biliaire externe

# TRAITEMENT DIFFERE (>2mois)

## ► En cas :

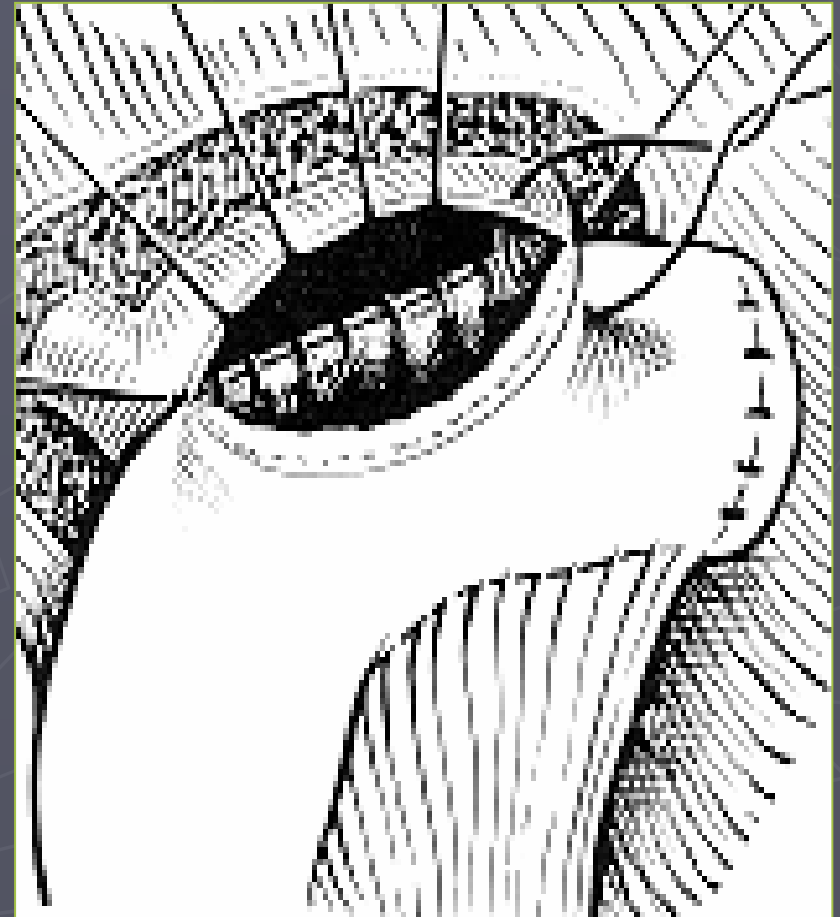
- de trauma méconnu en per-opératoire
- d'échec du TTT immédiat

## ► Intérêt :

- Voies biliaires dilatées
- Muqueuses saines
- Anastomose sans tension

# TRAITEMENT DIFFERE (>2mois)

- ▶ Anastomose bilio-biliaire
- ▶ Anastomose bilio-digestive :  
intervention de Hepp  
Couinaud
- ▶ Faisabilité 95%
- ▶ >90% succès



# TRAITEMENT PRECOCE (<2mois)

- ▶ Hors trouble hémodynamique ou contexte septique
- ▶ Diminution de morbi-mortalité, durée de séjour et du coût de la prise en charge

Thomson BN, Br J Surg 2006

Schmidt SC, Br J Surg 2005

Kohneh Shahri N, Ann Chir 2005

Savader SJ, Ann Surg 1997

# TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE

- ▶ Sténose : calibration prolongée
  - Faisabilité = 70-80%
  - >60% succès
- ▶ Fistule : drainage, prothèse
  - Plaie limitée, d'accès facile
- ▶ TTT percutané

Ponchon T, AFC 2006

Farges O, AFC 2005

# CONCLUSION

- ▶ Détection per-opératoire : cholangiographie
- ▶ Conversion / Transfert
- ▶ Approche multidisciplinaire
- ▶ Information claire au patient