

**PLAIES DES VOIES BILIAIRES
APRES CHOLECYSTECTOMIE
LAPAROSCOPIQUE
A propos de 17 cas**

CHU Toulouse Rangueil

PATIENTS (I)

- 1992 à 2002
- 17 patients (8 hommes et 9 femmes)
- Age médian : 53 ans (23 - 77 ans)
- 13 prises en charge secondaires et 4 du service
(pour 2250 cas- 2‰)

PATIENTS (II)

17 cholécystectomies par laparoscopie :

7 cas de conversion (65%)

8 cholécystites aiguës (47 %)

7 cholangiographies perop (41 %)

Topographie des lésions

* *Cystique* : 5

. fuite du moignon (4)

. plaie du canal cystique (1)

* *Jonction cystico-cholédocienne* : 1

* *Canal hépatique commun* : 9

* *Convergence* : 2

Topographie des lésions

* *Cystique*

- . fuite du moignon : 4
- . plaie du canal cystique : 1

* *Jonction cystico-cholédocienne* : 1

* *Canal hépatique commun* : 9

* *Convergence* : 2

=> *Plaie artérielle associée (Br Droite) = 2 (18%)*

Plaies Mineures

Plaies Majeures

Topographie des lésions

* *Cystique*

- . fuite du moignon : 4
- . plaie du canal cystique : 1

* *Jonction cystico-cholédocienne* : 1

* *Canal hépatique commun* : 9

* *Convergence* : 2

=> *Plaie artérielle associée (Br Droite) = 2 (18%)*

Plaies Mineures

Plaies Majeures

Traitement des lésions (I)

* Ré-intervention en postopératoire immédiat

- 12 cas

- délai médian : 8 jours (2 - 30)

=> **Lavage et drainage des voies biliaires**

-> résolution “spontanée” dans 6 cas (cystique)

* Réparation immédiate

- 1 cas (section de l'artère hépatique droite)

=> **anastomose hépatico-jéjunale**

Traitement des lésions (II)

* Réparation secondaire

- 10 cas

- durée d'attente avant la réparation ≥ 3 mois

=> *Anastomose hépatico-jéjunale : 9*

AHJ + Hépatectomie Dte : 1

Evolution (I)

- *Décès = 0*
- *Réfection de l'anastomose bilio-digestive*
 - > après réparation immédiate, n = 1 (100 %)
(réfection de l'AHJ à 2 reprises avec une hépatectomie droite lors de la dernière opération) -> après
 - réparation secondaire, n = 1 (10 %)

Evolution (II)

- *Transplantation hépatique*
 - > cirrhose biliaire secondaire
 - > 2 cas (18 %)
- *Crises d'angiocholite après AHJ*
 - > 3 cas (27 %)

Conclusions

Lésions graves, car :

- > malades jeunes
- > au minimum deux interventions pour la majorité des malades (60 %)
- > conséquences importantes (TH dans 18 % des plaies majeures)
- > diminution de la qualité de vie probable (angiocholites)

PLAIES DES VOIES BILIAIRES APRES CHOLECYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE

Yaoundé 2003

INTRODUCTION

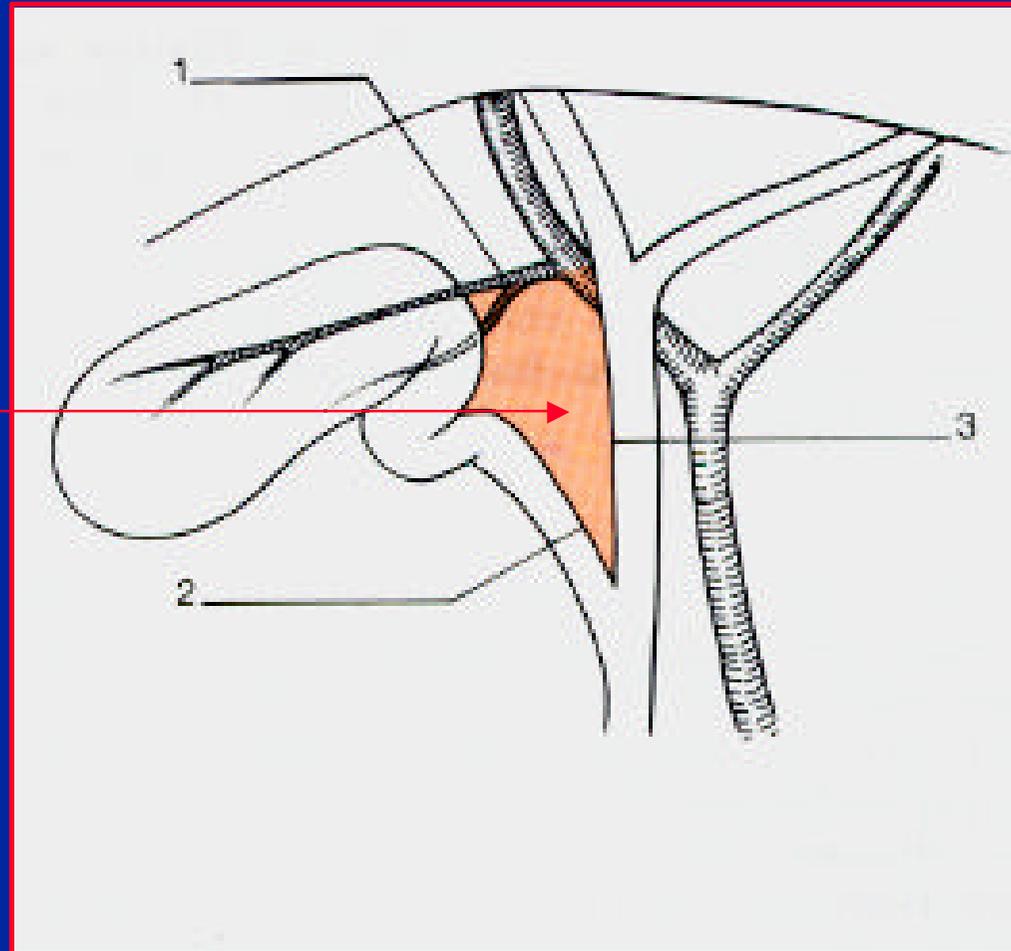
- Incidence des plaies des voies biliaires :
 - . 0,3 % après cholécystectomie “open”
 - . **0,6 %** après cholécystectomie “**coelio**”
 - /-> “incompressible !!!”
- Association avec une lésion artérielle (br Dte)
 - > présente dans **40 %** des plaies des VB

Buell JF Arch Surg 2002,137,708

Bachelier World J Surg 2001,25,1335

ANATOMIE

Triangle de
Calot



FACTEURS DE RISQUE

- Locaux :

- . inflammation (chronique), obésité
- . variation anatomique (glissement sectoriel)
- . saignement per-opératoire
- . défaut technique (mauvaise exposition) +++

- Généraux :

- . âge
- . sexe masculin
- . symptomatologie sur une longue période
- . nombre de crises aiguës
- . expérience du chirurgien (+/-)

AHRENDT SA World J Surg 2001,25,1360

GOUMA DJ Digestive Surgery 2002,19,117

MECANISMES DES LESIONS (I)

- * *Confusion entre le cystique et la VBP +++*

 - > traction excessive de la vésicule, canal cystique court ou accolé à la VBP

- * *Difficulté d'hémostase de l'artère cystique*

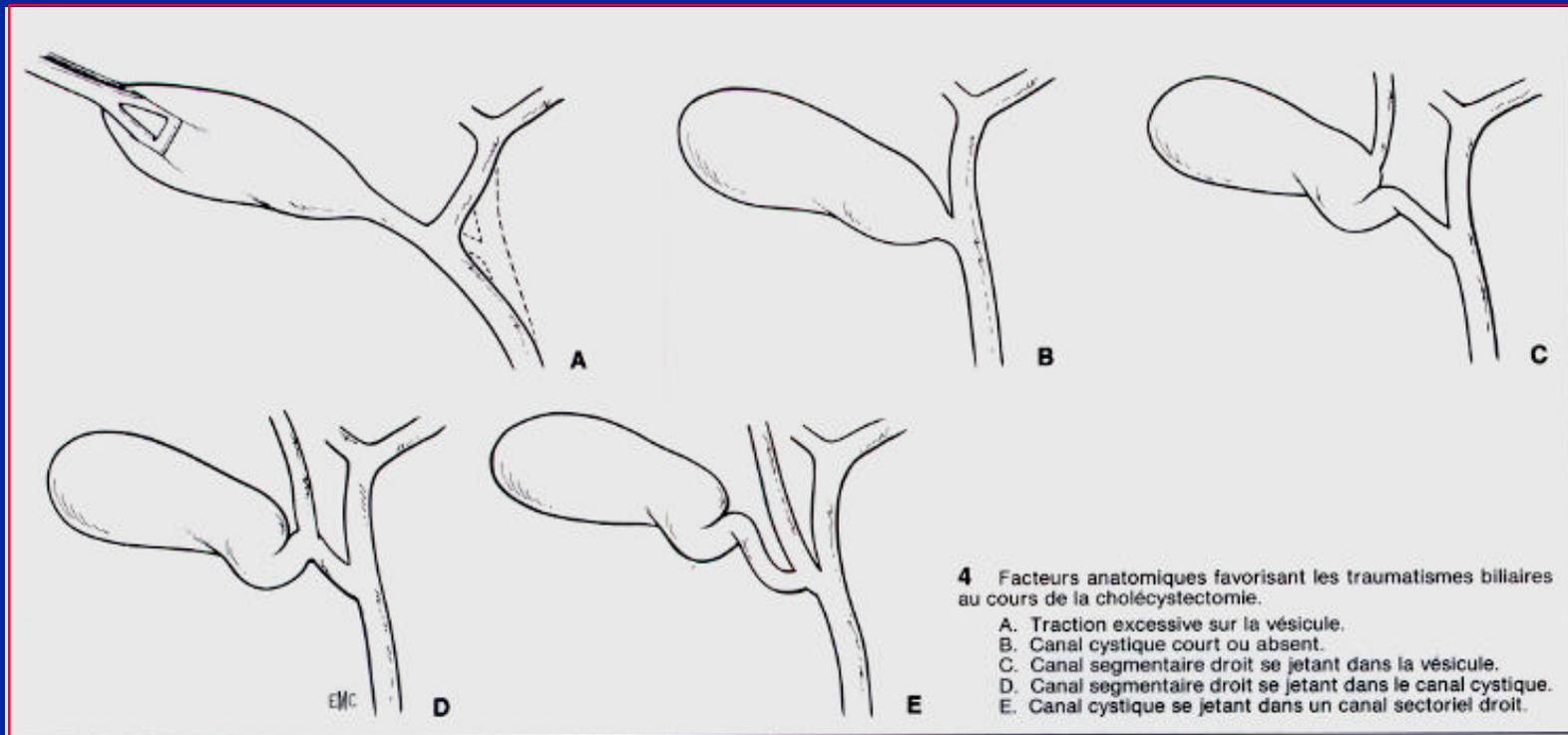
 - > “clips à la volée”

- * *Variations anatomiques des voies biliaires*

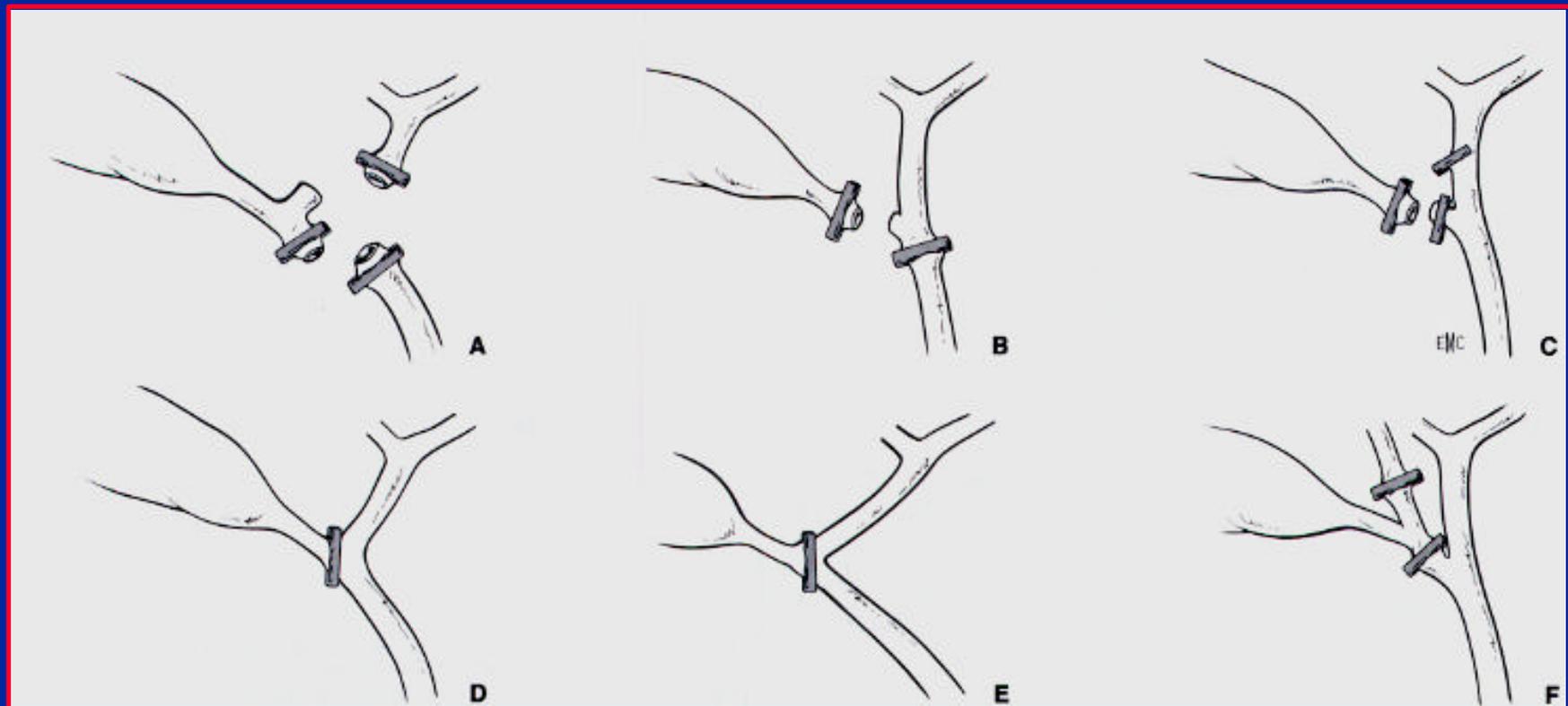
- * *Autres*

 - > mauvaise fermeture du cystique, électrocoagulation monopolaire

MECANISMES DES LESIONS (II)



PRINCIPALES LESIONS (I)



DIAGNOSTIC clinique

* Per-opératoire

- issue anormale de bile
- cholangiographie +++

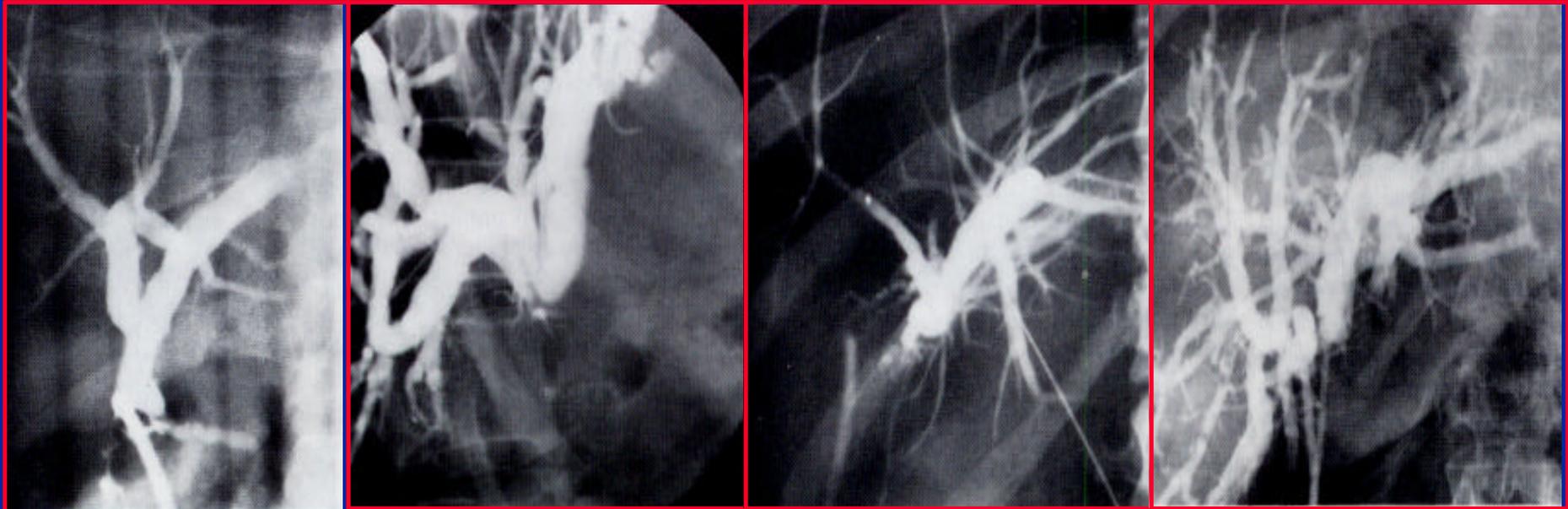
=> reconnue dans 15 à 30 % selon les études

* Postopératoire

- fistule biliaire externe (si drainage !)
- cholépéritoïne (+ fréquent)
 - bilome
 - ictère

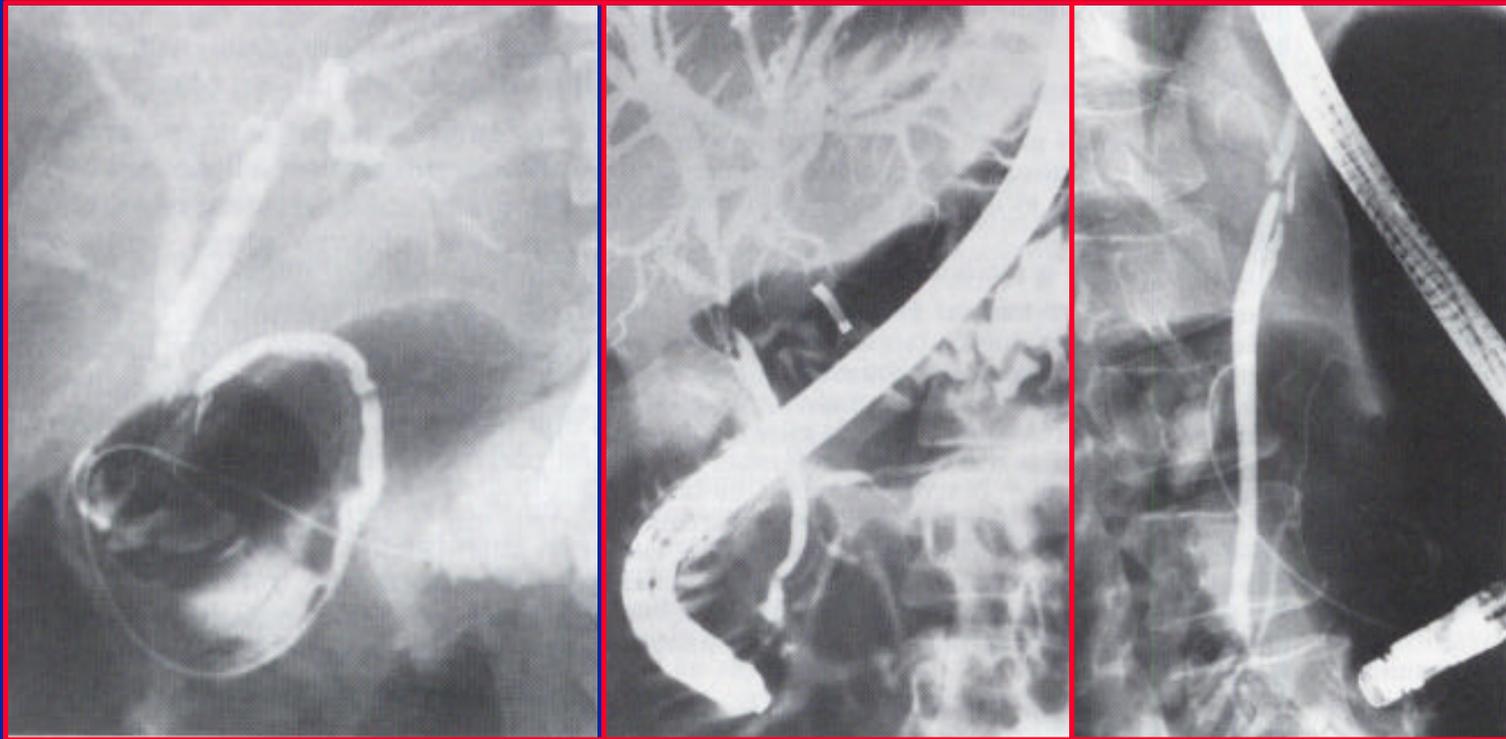
DIAGNOSTIC radiologique

Cholangiographie percutanée



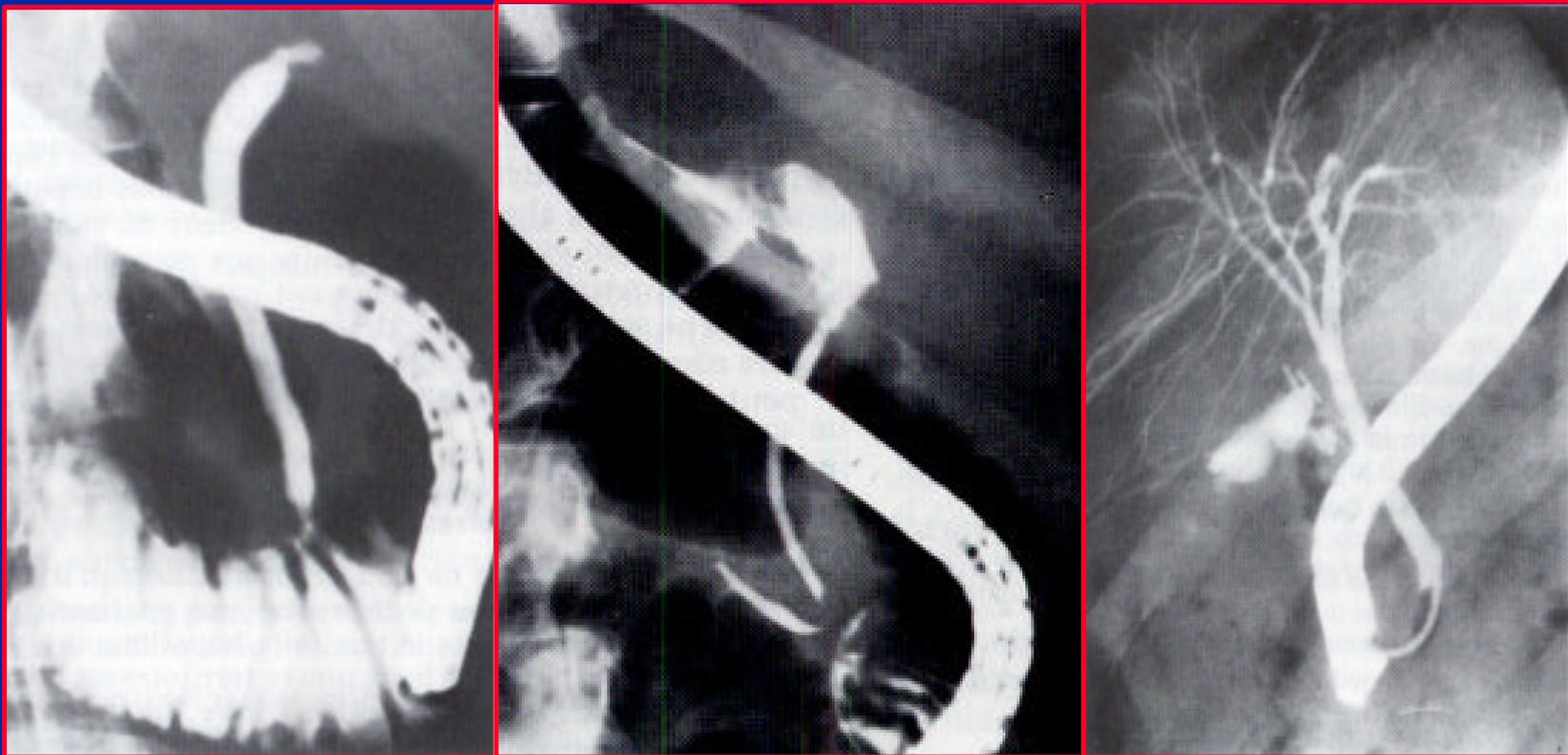
DIAGNOSTIC radiologique

Cholangiographie rétrograde



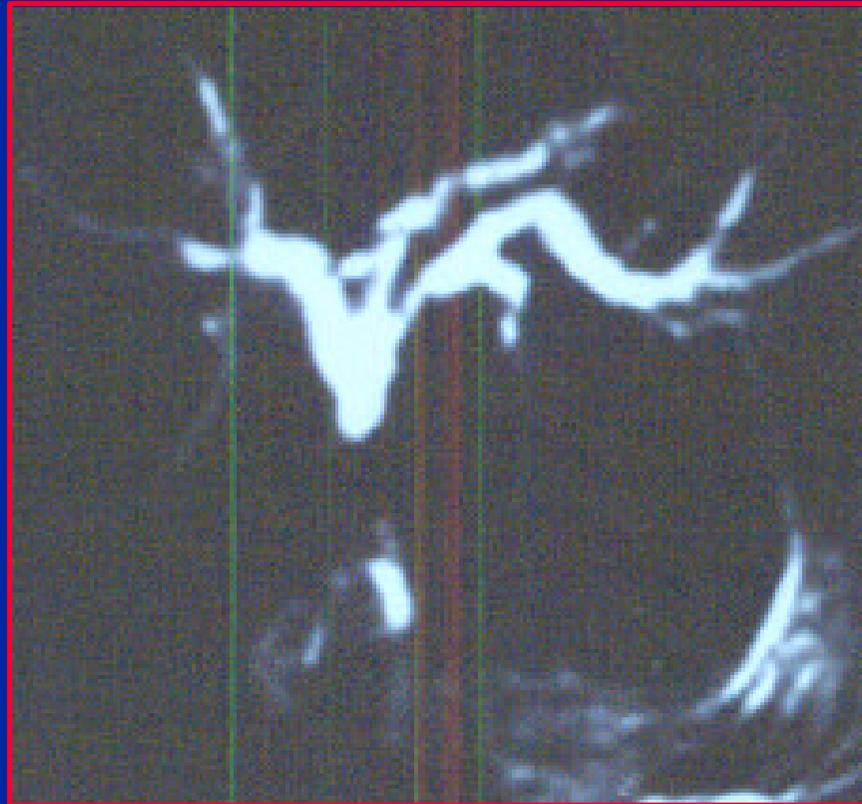
DIAGNOSTIC radiologique

Cholangiographie rétrograde



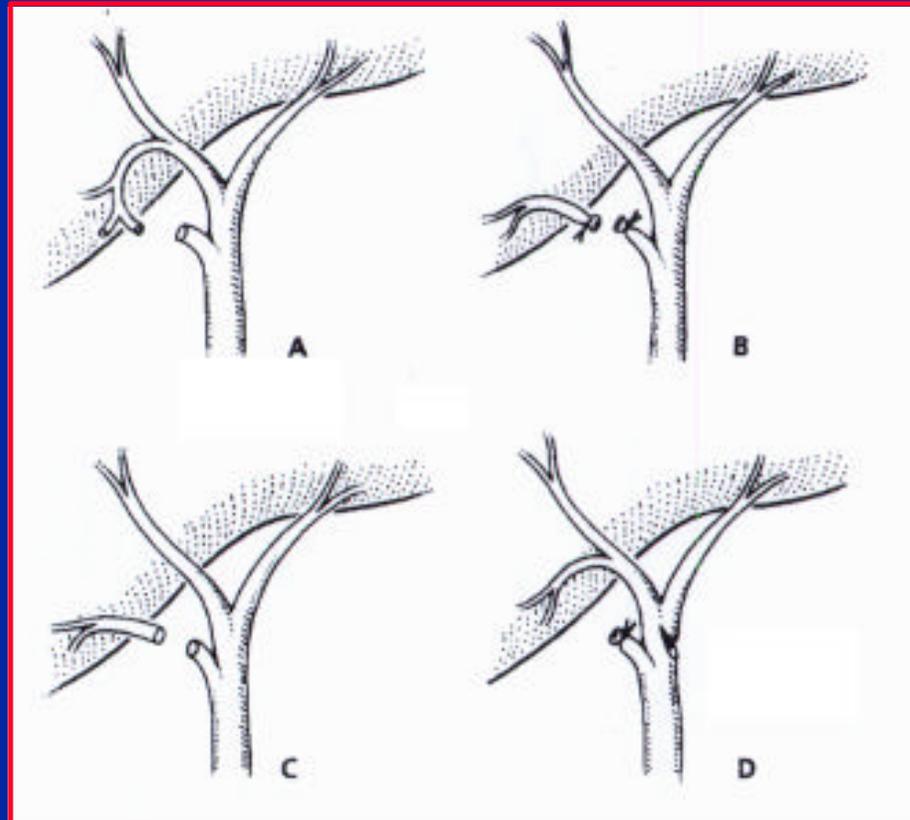
DIAGNOSTIC radiologique

Bili-IRM



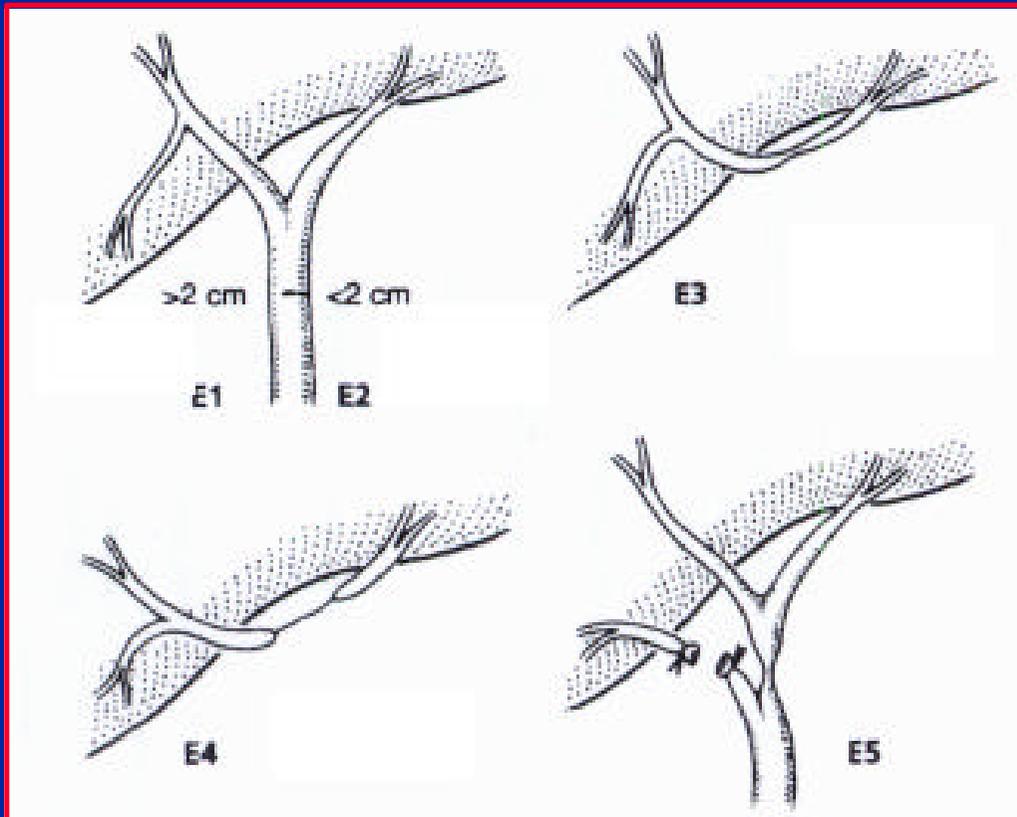
Classification des plaies de la VBP

- Classification de Strasberg -



**Plaies
“mineures”**

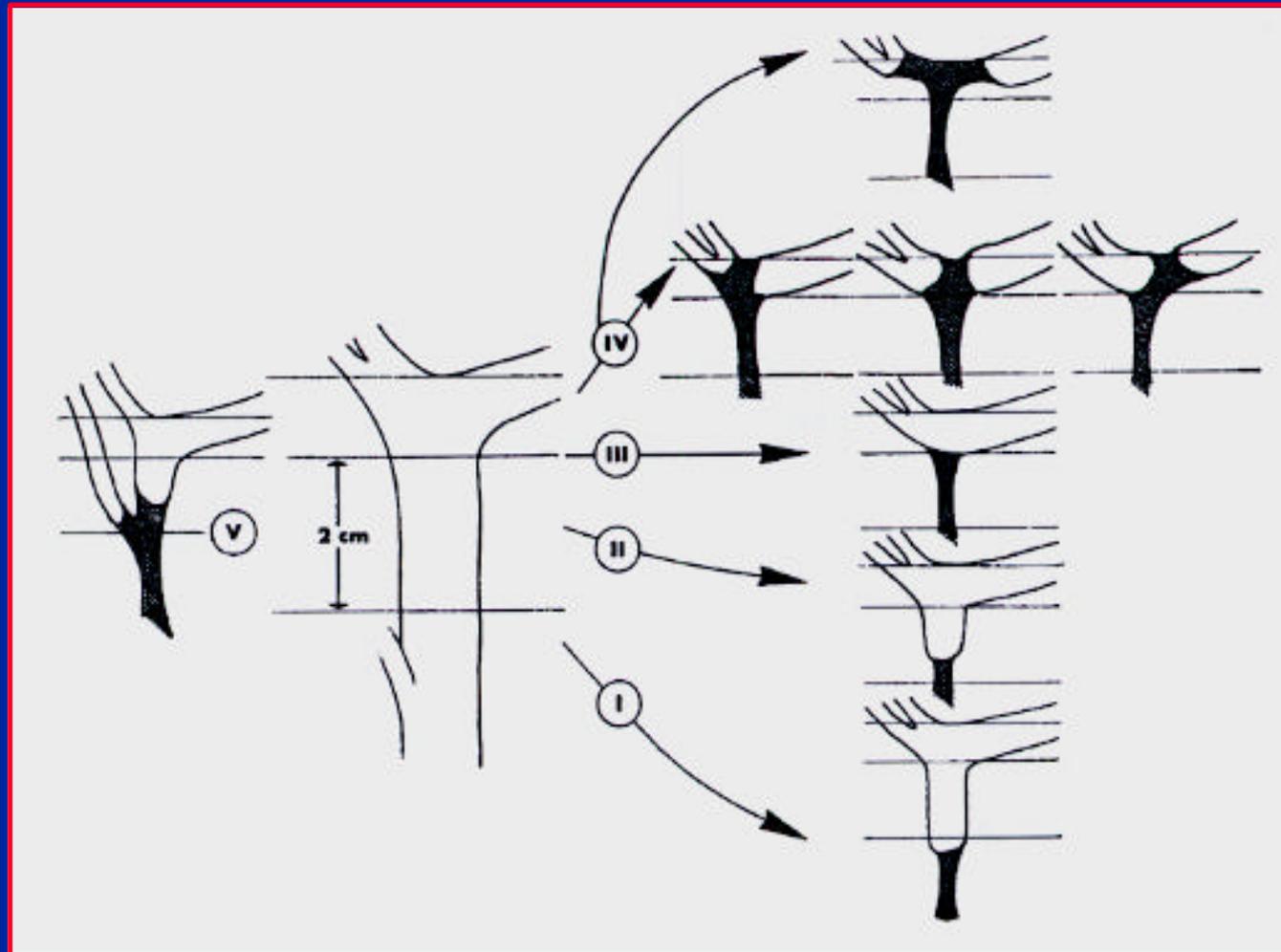
Classification des plaies de la VBP - Classification de Strasberg -



**Plaies
“majeures”**

Classification des sténoses de la VBP

- Classification de Bismuth -



TRAITEMENTS

* *Diagnostic peropératoire (15 à 30 %)*

-> Eviter les réparations biliaires immédiates, car mauvaises conditions (Hepp, 1960) :

- . VBP fine

- . remaniement de la région sous hépatique (chirurgie, inflammation)

- . nécrose secondaire VBP (clips, ligature)

=> **risque d'échec** plus important (sténose anastomotique, CBS, réintervention fréquente)

-> Séries récentes => réparation immédiate (ABD) si expérience suffisante (moins de morbidité postop) **Tsalis**

KG Surg Endosc 2003,17,31

TRAITEMENTS

* *Diagnostic postopératoire*

. **Fistule biliaire**

-> attendre son tarissement, puis TTT d'une sténose éventuelle par une anastomose biliodigestive

-> CPRE + prothèse biliaire

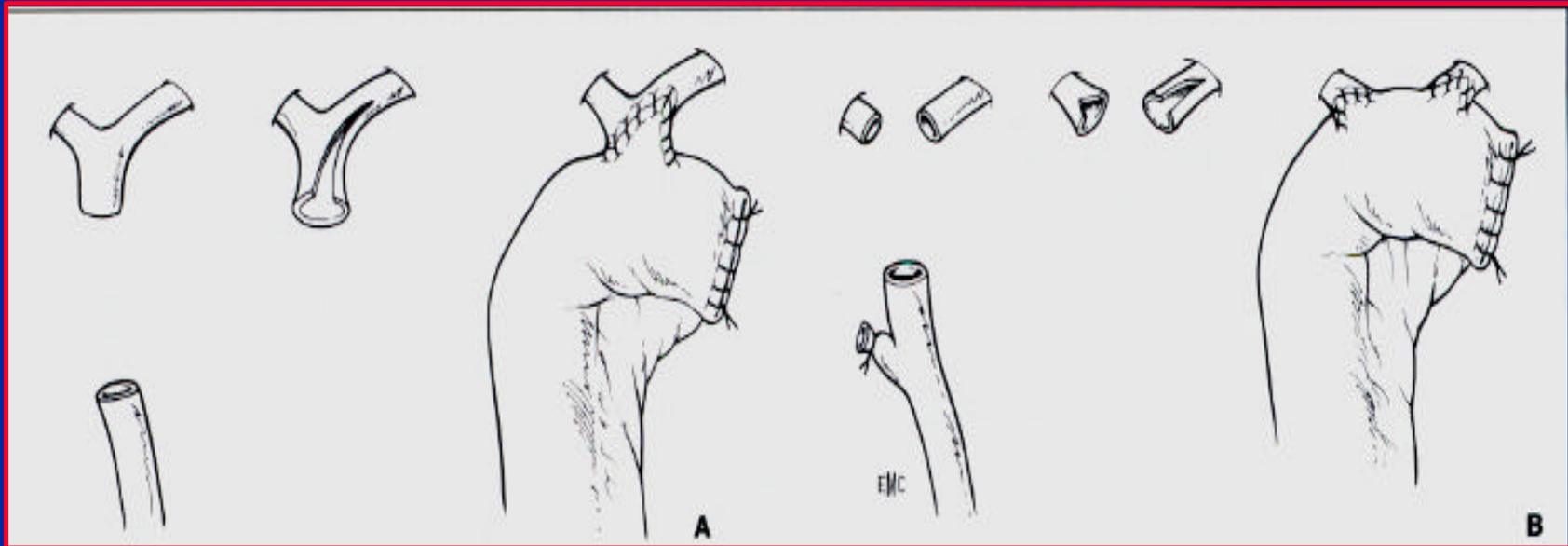
. **Cholépéritoine**

-> chirurgie en urgence : lavage et drainage des voies biliaires sectionnées ou sous hépatique puis anastomose biliodigestive à distance (> 3 mois)

. **Bilome, ictère**

-> drainage percutané puis TTT de la sténose

ANASTOMOSE BILIODIGESTIVE



RESULTATS A LONG TERME

- . Bonne fonction à long terme après réparation d'une plaie des VBP chez 90 % des malades
- . Augmentation de ce chiffre en fonction du délai d'attente entre la plaie et la réparation
- . Diminution de la qualité de vie (physique et psychique) à 5 ans (procès +++)

CONCLUSIONS 1

- Prévention par une technique rigoureuse
- Conversion si pas de reconnaissance de l'anatomie
- La cholangiographie les reconnaît mais ne les prévient pas
- Leur reconnaissance peropératoire permet une tentative de réparation

CONCLUSIONS 2

- Etre alerté par une douleur, une fièvre, un ictère, un écoulement de bile
- Comprendre par une opacification le mécanisme
- Avoir recours aux traitements non opératoires pour les lésions bénignes
- Les lésions complexes doivent être opérées à distance par des chirurgiens spécialisés