

ASSOCIATION DES GASTROENTEROLOGUES LIBERAUX DE L'ALGEROIS

6^e séminaire de formation continue de pathologie digestive

Hilton Alger, le 27 et 28 novembre 2015

Que reste-il du traitement chirurgical de la lithiase de la voie biliaire principale ?

Pr Kamel Bentabak

Service de Chirurgie Oncologique

Centre Pierre et Marie Curie, Université d'Alger 1

Introduction

- Une LVBP est associée à une lithiase vésiculaire dans 10 à 18% des cas^{1,2}.
- Plusieurs options existent et son traitement reste controversé :
 - L'option chirurgicale
 - Chirurgie par laparotomie « chirurgie classique »
 - Chirurgie par coelioscopique « le tout coelioscopique »
 - L'option combinée
 - SE puis cholécystectomie coelioscopique
 - Cholécystectomie coelioscopique suivie de SE
 - Cholécystectomie coelioscopique et SE

Évolution de la prise en charge de la LVBP

- La coelioscopie est le gold standard du traitement chirurgical de la lithiase vésiculaire.
- Le développement de la coelioscopie a entraîné une augmentation de la prise en charge de la LVBP par traitement combiné hors des centres experts.
- L'abord coelioscopique de la VBP (trans-cystique ou cholédocienne) est une technique exigeante nécessitant de l'expérience et un matériel adapté (cholédoscope flexible, amplificateur de brillance...).
- L'option sphinctérotomie endoscopique est devenue la plus répandue.

Que reste-il du traitement chirurgical de la LVBP ?

- Les bénéfices et risques des différentes approches ?
- Critères de jugement :
 - Mortalité
 - Morbidité
 - Désobstruction de la voie biliaire
 - Procédures additionnelles
 - Séjour d'hospitalisation
 - Coût
- Revue de la littérature

Guidelines on the management of common bile duct stones (CBDS)

E J Williams, J Green, I Beckingham, R Parks, D Martin, M Lombard

Complications de la CPRE	Incidence (%) reportée dans de larges séries prospectives	Incidence (%) rapportée par British Society of Gastroenterology ⁶
Pancréatite	1,3 – 6,7 ^{1,2,3,4,5}	1,5
Hémorragie	0,7 – 2 ^{1,2,3,4}	0,9
Angiocholite	0,5 – 5 ^{1,2,3,4}	1,1
Perforation	0,3 – 1 ^{1,2,3,4}	1,4

1. Freeman ML et al. N Engl J Med 1996;335:909–18.

3. Masci E et al. Am J Gastroenterol 2001;96:417–23.
31.

5. Freeman ML et al. Gastrointest Endosc 2001;54:425–34.

2. Loperfido S et al. Gastrointest Endosc 1998;48:1–10.

4. Christensen M et al. Gastrointest Endosc 2004;60:721–

6. Williams EJ et al. Gut 2008; 57:1004-1021.

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography: utilisation and outcomes in a 10-year population-based cohort

Nayantara Coelho-Prabhu,¹ Nilay D Shah,² Holly Van Houten,² Patrick S Kamath,¹
Todd H Baron¹

Mortalité	Incidence (%) dans une large série rétrospective 1072 CPRE (1997-2006)
Durant la procédure	0
Dans les 30 jours	2,4 (26/1072)

Meta-analysis

Meta-analysis of endoscopy and surgery *versus* surgery alone for common bile duct stones with the gallbladder *in situ*

E. S. J. Clayton¹, S. Connor¹, N. Alexakis² and E. Leandros²

¹Department of Surgery, Christchurch Public Hospital, Christchurch, New Zealand and ²Department of Surgery, University of Athens School of Medicine, Athens, Greece

- Chirurgie seule vs SE + Chirurgie

British Journal of Surgery 2006; **93**: 1185–1191

Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones (Review)

Dasari BVM, Tan CJ, Gurusamy KS, Martin DJ, Kirk G, McKie L, Diamond T, Taylor MA

- Chirurgie ouverte vs SE + Cholécystectomie
- Chirurgie laparoscopique vs SE préopératoire + CL
- Chirurgie laparoscopique vs CL + SE postopératoire
- Chirurgie laparoscopique vs CL + SE peropératoire



THE COCHRANE
COLLABORATION®

2013

Meta-analysis of endoscopy and surgery *versus* surgery alone for common bile duct stones with the gallbladder *in situ*

E. S. J. Clayton¹, S. Connor¹, N. Alexakis² and E. Leandros²

¹Department of Surgery, Christchurch Public Hospital, Christchurch, New Zealand and ²Department of Surgery, University of Athens School of Medicine, Athens, Greece

- 12 études (1987-2006)
- 1357 patients
- Critères évalués:
 - Désobstruction de la VBP
 - Mortalité
 - Morbidité
 - Morbidité majeure
 - Procédures additionnelles

Meta-analysis of endoscopy and surgery *versus* surgery alone for common bile duct stones with the gallbladder *in situ*

E. S. J. Clayton¹, S. Connor¹, N. Alexakis² and E. Leandros²

¹Department of Surgery, Christchurch Public Hospital, Christchurch, New Zealand and ²Department of Surgery, University of Athens School of Medicine, Athens, Greece

Critères	Endoscopie + Chirurgie	Chirurgie seule	P
Désobstruction	503 (77,1%)	565 (80,1%)	0,250
Mortalité	11 (1,69%)	8 (0,85%)	0,250
Morbidité	106 (16,25%)	128 (18,5%)	0,350
Morbidité majeure	58 (8,89%)	43 (6,1%)	0,130
Procédure additionnelle	72 (12,5%)	52 (8,2%)	0,230

Meta-analysis of endoscopy and surgery *versus* surgery alone for common bile duct stones with the gallbladder *in situ*

E. S. J. Clayton¹, S. Connor¹, N. Alexakis² and E. Leandros²

¹Department of Surgery, Christchurch Public Hospital, Christchurch, New Zealand and ²Department of Surgery, University of Athens School of Medicine, Athens, Greece

Conclusion: Both approaches have similar outcomes, and treatment should be determined by local resources and expertise.

La prise en charge dépend des compétences de chaque centre

Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones (Review)

2013

Dasari BVM, Tan CJ, Gurusamy KS, Martin DJ, Kirk G, McKie L, Diamond T, Taylor MA

- 16 études randomisées (1758 patients)
- 8 études (737 patients)
 - Chirurgie ouverte vs SE + Chirurgie
- 5 études (621 patients)
 - Chirurgie laparoscopique vs SE préopératoire + CL
- 2 études (166 patients)
 - Chirurgie laparoscopique vs CL + SE postopératoire
- 1 étude (234 patients)
 - Chirurgie laparoscopique vs CL + SE peropératoire



Chirurgie ouverte vs SE

Critères	Études	Patients	Chirurgie	vs	SE	P
Mortalité J30	8	733	5/371 (1%)		10/358 (3%)	NS
Morbidité globale			76/371 (20%)		69/358 (19%)	NS
Lithiase résiduelle	7	609	20/313 (6%)		47/269 (16%)	0,0002

Coelioscopie vs SE préopératoire



Critères	Études	Patients	Coelioscopie vs SE préopératoire		P
Mortalité J30	5	580	2/285 (0,7%)	3/295 (1%)	NS
Morbidité globale			44/285 (15%)	37/295 (13%)	NS
Lithiase résiduelle			24/285 (8%)	31/295 (11%)	NS

Coelioscopie vs SE postopératoire

Critères	Études	Patients	Coelioscopie vs SE postopératoire		P
Mortalité J30	2	166	0	0	
Morbidité globale			13/81 (16%)	12/85 (14%)	NS
Lithiase résiduelle			7/81 (9%)	21/85 (25%)	0,0008

Coelioscopie vs SE peropératoire

Critères	Études	Patients	Coelioscopie vs SE peropératoire		P
Mortalité J30	1	234	0	0	
Morbidité globale			6/141	8/93	NS
Lithiase résiduelle			6/141	6/93	NS

Prospective randomised study of preoperative endoscopic sphincterotomy versus surgery alone for common bile duct stones

J P NEOPTOLEMOS, D L CARR-LOCKE, D P FOSSARD

Durée d'hospitalisation	SE + Chirurgie Groupe I (n=55)	Chirurgie seule Groupe II (n=59)	P
De l'intervention à la sortie	9j (4-57)	11j (6-27)	0,0012
Du 1 ^{er} jour d'hospitalisation à la sortie	16j (9-59)	21j (10-50)	0,0065

Postoperative ERCP Versus Laparoscopic Choledochotomy for Clearance of Selected Bile Duct Calculi

A Randomized Trial

Postoperative Outcomes (No Mortality)

	n=45 ERCP /	n=41 Choledochotomy	<i>P</i>
Bile leak	0	6 (2 settled, 3 ERCP, 1 reoperation)	0.01
Pancreatitis			
Biochemical	4	3	
Clinical (Glasgow Score ²⁶)	1 (2)	1 (4)	
Severe sepsis	1	1	
Retained stone	2 (reoperation)	1 (ERCP)	
GI bleed	2 (transfusion)	0	
Reoperation	3	3	
Overall significant morbidity	6 (13%)	7 (17%)	NS
Hospital stay (mean) (days)	7.7	6.4	0.57

NS, not significant.

Choledocholithiasis

Endoscopic Sphincterotomy or Common Bile Duct Exploration

The Cost of Successful ES and Cholecystectomy Compared to that of Cholecystectomy and CBDE

Successful ES and Surgery

Hospital

>Preop. Days for ES
Endoscopy Suite

=
=

Cholecystectomy and CBDE

>Postop. Days for CBDE
>OR Time

Professional fees

Endoscopist	\$800	
Surgeon	\$1312	\$1680
Asst. surgeon	\$328	\$420
Anesthesiologist	\$512	\$640
Total	\$2952	\$2740

Preoperative Endoscopic Sphincterotomy Versus Laparoendoscopic Rendezvous in Patients With Gallbladder and Bile Duct Stones

TABLE 3. Mean Hospital Costs: Group I (ERCP + LC) and Group II (RV)

	Group I (n=45)	Group II (n=46)	P
Endoscopic room	285€ (380€ × 45 min)	0€	NA
Endoscopic tools	489€	489€	NA
Operating room	540€ (450€ × 1.2 hr)	900€ (450€ × 2 hr)	NA
Laparoscopic tools	120€	150€	NA
Hospital stay	2400€ (300€ × 8)	1290€ (300€ × 4.3)	<0.001
Total cost (€)	3834	2829	<0.05

NA indicates not applicable.

Conclusion: La technique du RDV entraine une réduction du séjour et du coût

Traitement de l'angiocholite grave

- En association avec les antibiotiques
- Le drainage : comment?

	Chirurgie	SE	P
Mortalité J30	6/28 (21,42%)	2/43 (4,65%)	< 0,005

Conclusion : Traitement chirurgical en absence de sphinctérotomie endoscopique

Faut-il enlever toutes les LVBP

- Cas de la découverte d'un calcul cholédocien asymptomatique sur VBP fine lors d'une cholangiographie peropératoire systématique
- Laisser un drain trans-cystique
 - Migration spontanée en 48 heures dans 16 à 25 % des cas
 - Migration spontanée en 6 semaines dans 35-50 % des cas
- Une SE post-op peut être évitée dans environ 2 cas sur 3

Indications formelles de la chirurgie

- Lithiase résiduelle de la VBP après échec de la SE
- Syndrome de Mirizzi
- Calcul enclavé dans la papille
- Indications d'anastomoses bilio-digestives
 - Sténose de la VBP
 - Empièchement massif de la VBP et des VBIH
- Gastrectomie ou Bypass gastrique avec montage en Y de Roux

Conclusion

- Il n'y a pas de différence entre l'option chirurgicale et endoscopique en terme de morbidité, de mortalité et de désobstruction de la VBP
- Le choix doit se faire en fonction des compétences locales et du moment du diagnostic.
- L'option chirurgicale reste une alternative valable à la sphinctérotomie endoscopique.