

# Frédérique MAIRE

## Quand et comment traiter la lithiase biliaire au cours de la pancréatite aigue

- connaître les indications validées de la sphinctérotomie endoscopique en urgence
- Connaître les indications validées de la sphinctérotomie endoscopique élektive
- Connaître les indications et modalités de la cholécystectomie

# Quand et comment traiter la lithiase biliaire au cours de la pancréatite aiguë ?

Frédérique MAIRE

Service de Gastroentérologie et Pancréatologie

Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif

Hôpital Beaujon - Clichy





# Généralités

---

- 40% des PA sont d'origine biliaire
- Bénignes : 80% / Sévères : 20% (mortalité : 8-15%)
- Mécanismes mal connus :
  - obstruction du canal pancréatique par un calcul (théorie d'Opie)
  - infection de la bile ?
- Principal risque : récurrence de migration lithiasique
  - 30% dans les 6 premiers mois
  - de gravité imprévisible



# Les questions...

---

1. Quelle est la place de la sphinctérotomie endoscopique en urgence ?
2. Faut-il faire une cholécystectomie ?
3. Quand ?
4. Quelles sont les modalités optimales de la cholécystectomie ?
5. Comment rechercher une lithiase de la VBP associée ?
6. Quand ?
7. Chirurgie laparoscopique de la lithiase de la VBP
8. Faut-il traiter la lithiase de la VBP par voie endoscopique ou chirurgicale ?
9. Quand ?
10. Le cas particulier des PA biliaires graves

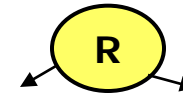


# 1. Quelle est la place de la sphinctérotomie endoscopique en urgence ?

---

- 4 études randomisées anciennes + 1 récente
- 2 méta-analyses
- 1 conférence de consensus française

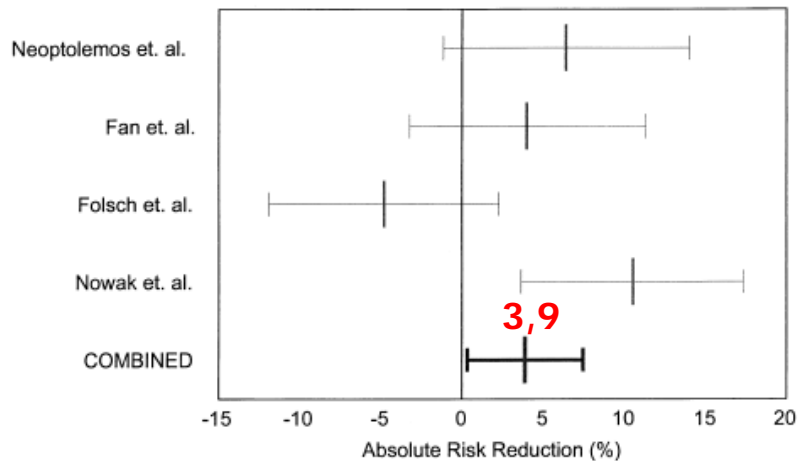
# Quatre études randomisées



	n	Critères d'inclusion	%	CPRE dans les 24/72 premières h (et SE en cas de lithiase VBP)	Traitement conservateur	P
Neoptolemos Leicester 1988	121	PA biliaire	mortalité	2	8	NS
			morbidité	17	34	NS
Fan Hong Kong 1993	195	PA quelle que soit la cause	mortalité	5	9	NS
			morbidité	18	29	P=0,001
Nowak Pologne 1995 (abstract)	280	PA biliaire	mortalité	2	13	P=0,001
			morbidité	17	36	P=0,001
Fölsch Allemagne 1997	238	PA biliaire en excluant les malades avec signes d'obstruction biliaire	mortalité	8	3	NS
			morbidité	46	51	NS

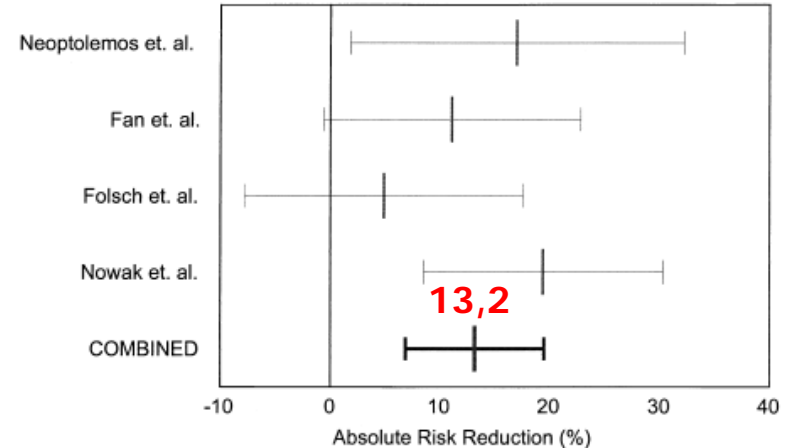
# 1<sup>ère</sup> méta-analyse en 1999 par Sharma

## Mortalité



5% (SE) vs 9% (conservateur) **P<0,05**

## Morbidité



25% (SE) vs 38% (conservateur) **P<0,001**

**Deux études ont évalué le sous-groupe des PA sévères :**

bénéfice SE en termes de - mortalité : 1 étude/2

- morbidité : 2 études/2



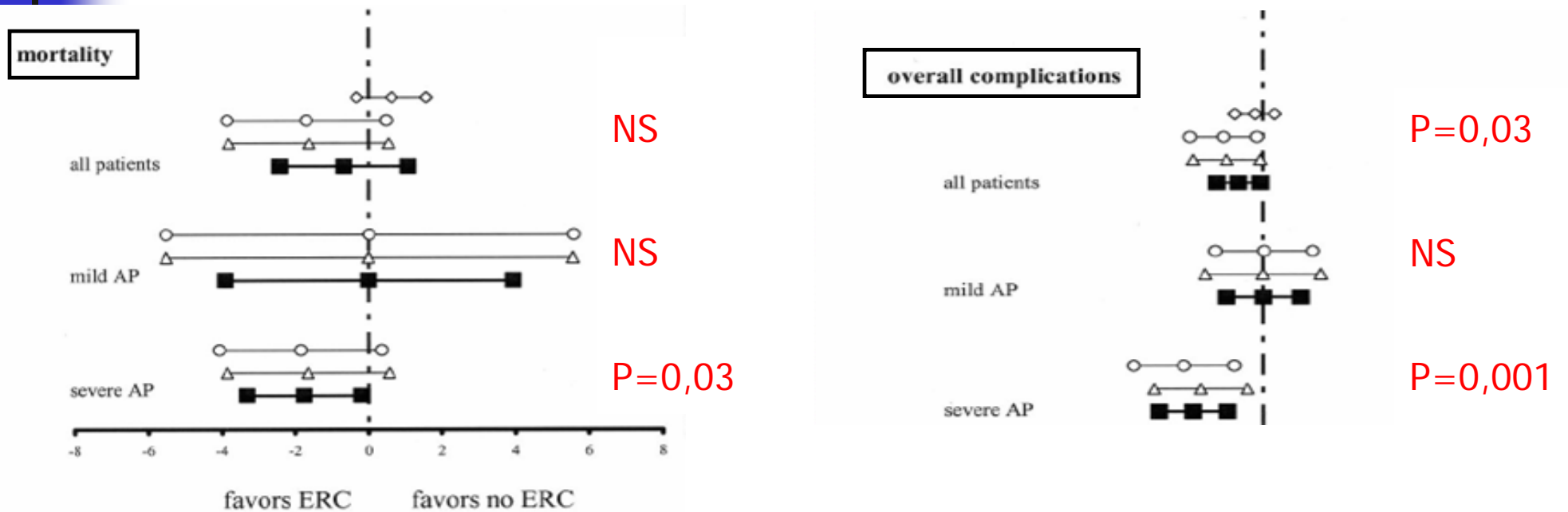
## Consensus français

---

- Traitement en urgence
  - 2 situations consensuelles
    - en cas d'angiocholite et ou d'ictère obstructif, la SE est indiquée
    - dans les PA bénignes, la SE n'est pas indiquée en urgence
  - 2 situations non consensuelles
    - PA grave, SE peut être réalisée < 72<sup>ème</sup> heure
    - PA vue précocement, aucune recommandation



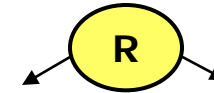
## 2<sup>ème</sup> méta-analyse en 2006 par Heinrich



**PA non sévères :**  
pas de bénéfice de la SE en morbidité/mortalité

**PA sévères :**  
bénéfice de la SE en morbidité/mortalité

# Nouvelle étude randomisée par Oria en 2007

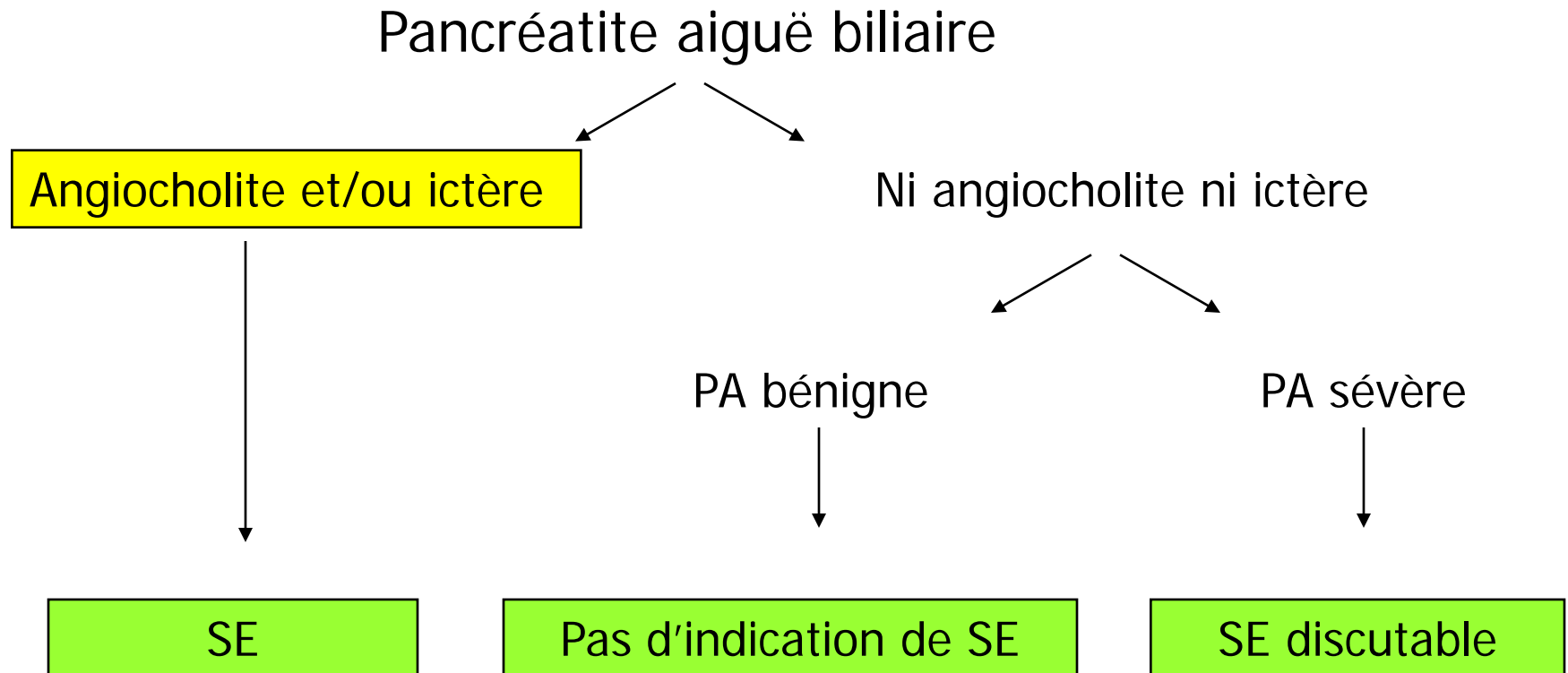


	n	Critères d'inclusion	%	CPRE dans les 72 premières h (et SE en cas de lithiase VBP)	Traitement conservateur	P
Oria Argentine 2007	103	PA biliaire avec obstruction biliaire (VBP > 8 mm, bilirubine > 12 mg/L) MAIS sans angiocholite	mortalité	6	2	NS
			morbidity	21	18	NS

Pas de bénéfice de la SE, y compris dans le sous groupe des PA sévères

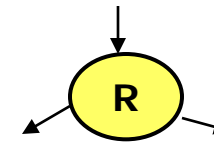
Quelle est la place de la sphinctérotomie endoscopique en urgence ?

*Synthèse ...*



## 2. Faut-il faire une cholécystectomie ?

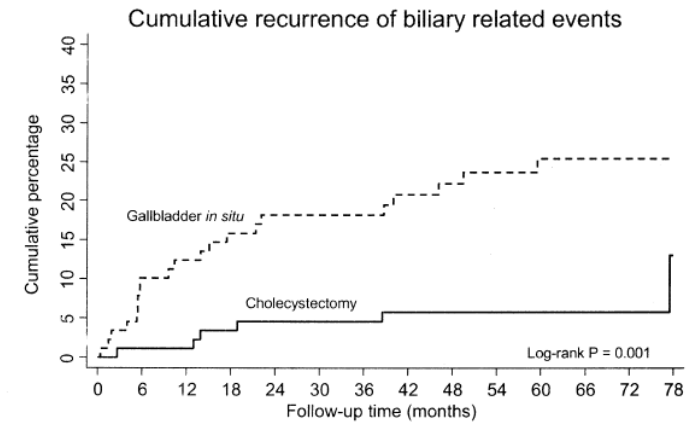
Lithiase VBP, traitée par SE



	%	Surveillance	Cholécystectomie	P
Boerma Lancet 2002	complications biliaires dans les 30 mois	47	2	<0,001
	cholécystectomie de nécessité	37		NS
	conversion en laparotomie	55	20	0,01
	complications postopératoires	32	14	NS
Lau Gastroenterology 2006	complications biliaires dans les 5 ans	24	7	0,001
	cholécystectomie de nécessité	10		
	conversion en laparotomie	50	20	<0,05
	complications postopératoires	10	10	NS

## Si on ne la fait pas...

- **Risque de complications biliaires : 20-45%**  
*(le plus souvent au cours de la 1<sup>ère</sup> année)*
  - cholécystectomie secondaire : 10-37%



- **Risque de récurrence de PAB après SE exclusive : 3%**  
*(migration possible de calculs volumineux par un cystique large)*

Faut-il faire une cholécystectomie ?

## *Synthèse...*

---

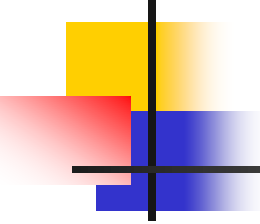
- **Oui**, car la cholécystectomie réduit voire annule le risque de récurrence d'accident biliaire dès lors que la clairance de la VBP est assurée
- Chez les malades à haut risque opératoire (grand âge, tares viscérales sévères), la CPRE/SE sans cholécystectomie secondaire est possible



### 3. Quand faut-il faire la cholécystectomie ?

---

- Date optimale : **7 à 10 jours** après la PA biliaire si bénigne
  - A cette date, mortalité ~ 0% et taux de conversion < 10%
  - L'idéal : avant d' avoir réalimenté par voie orale le patient pour minimiser le risque d'une nouvelle migration favorisée par la contraction vésiculaire secondaire à l'ingestion alimentaire
- PA biliaires nécrosantes : problèmes spécifiques (*cf question 10*)



## 4. Quelles sont les modalités optimales de la cholécystectomie ?

---

- Cholécystectomie par laparoscopie : traitement de référence
- Exploration per-opératoire de la VBP : sensibilité 85%, spécificité >95%
  - par cholangiographie par cannulation du canal cystique : méthode de référence
    - Réussite : 90%
    - Limites : échecs du cathétérisme du cystique, calculs <4 mm
  - par écho-laparoscopie
    - Avantages : ne nécessite ni dissection, ni cannulation, permet de voir des petits calculs
    - Limites : - équipement et expertise
      - moins performante pour analyser l'arborisation biliaire / le cholédoque distal



## 5. Comment rechercher une éventuelle lithiase de la VBP ?

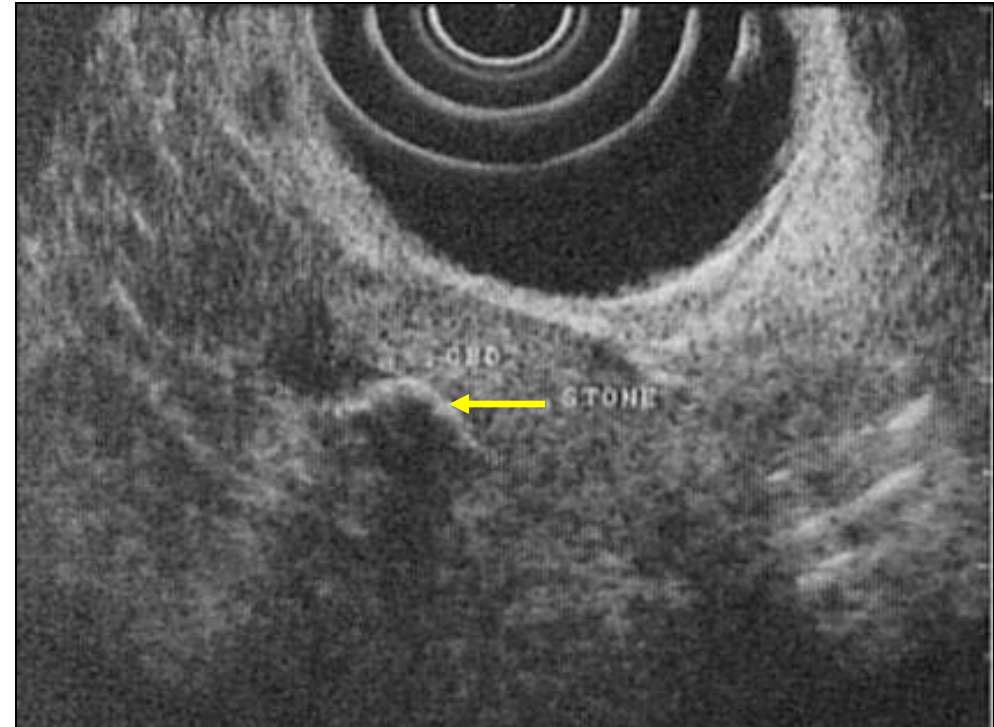
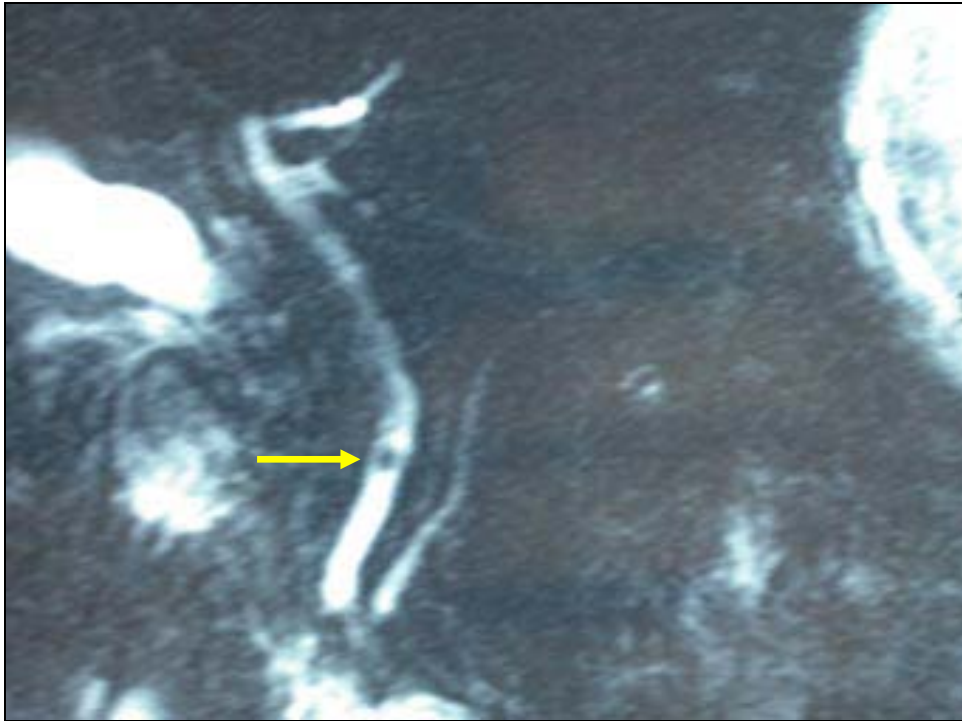
- A suspecter si :
  - bilirubine reste élevée
  - diamètre de la VBP > 8 mm
- A confirmer par l'imagerie et/ou l'exploration per-opératoire

%	Echographie	Scanner	IRM	Echo-endoscopie
<b>Sensibilité</b>	72	53	93	96
<b>Spécificité</b>	98	100	97	86
<b>VPP</b>	97	100	93-100	100
<b>VPN</b>	81	73	98	100

- non invasive
- ↓ sensibilité à 55% si calculs < 6 mm

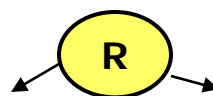
- indépendant de la taille des calculs
- VPN = 100%

# Cholangio-IRM et Echo-endoscopie



# Place de la CPRE et de l'Echo-endoscopie pour le diagnostic de lithiase de la VBP

140 malades ayant une PA biliaire



**EE puis CPRE/SE si lithiase de la VBP**  
au cours de la même anesthésie

**d'emblée CPRE/SE si lithiase de la VBP**

Taux de succès d'exploration VBP	100%	86%	P=0,001
Faux négatifs	0	6	
Morbidité	7%	14%	NS

bon rapport coût-efficacité de l'échoendoscopie

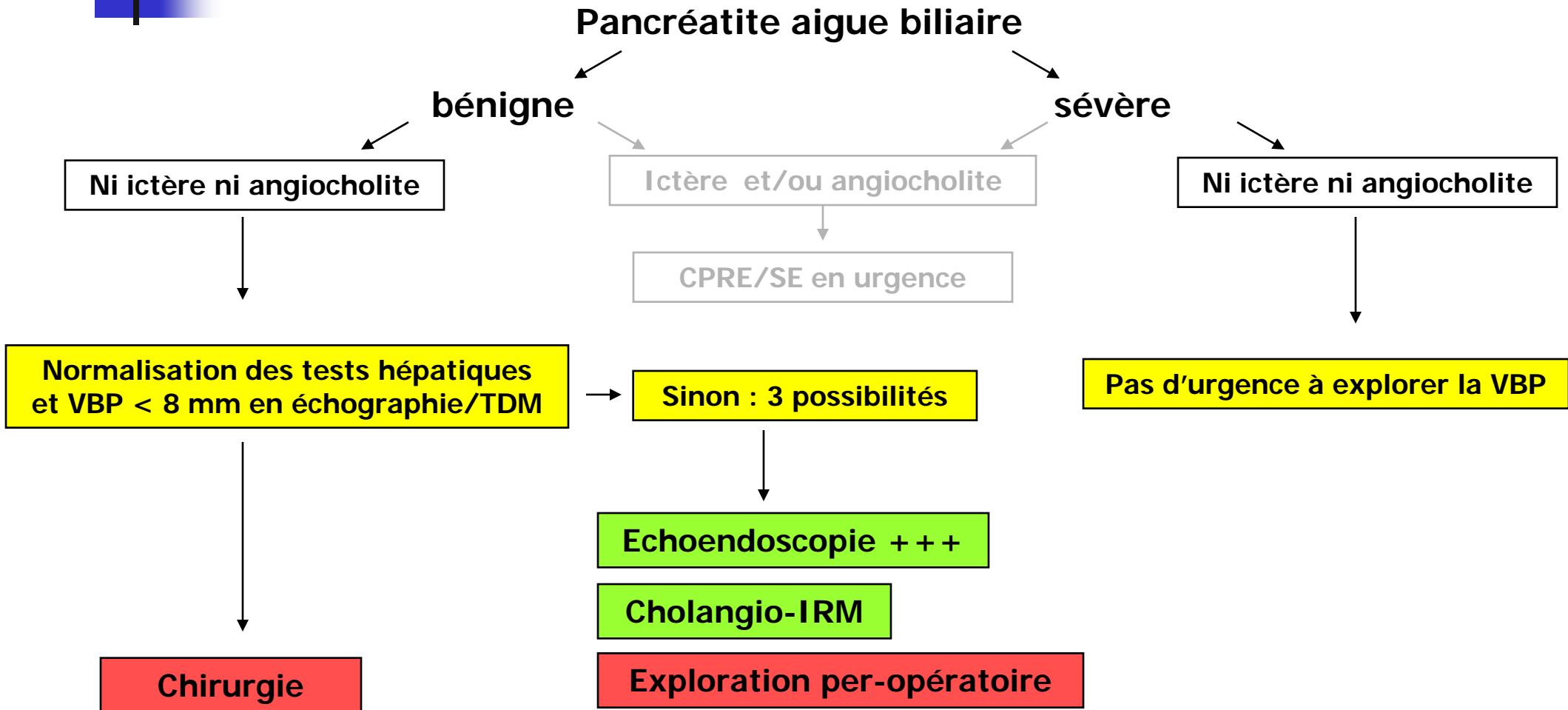


## 6. Quand rechercher une lithiase de la VBP ?

---

- La prévalence de la lithiase de la VBP décroît au fil des jours suivant l'épisode initial
  - 26% avant la 48<sup>ème</sup> heure
  - 5% au-delà
- Peut se faire en **pré- ou en per-opératoire**, selon la stratégie thérapeutique choisie (traitement tout chirurgical ou couplé endoscopie/chirurgie)  
*(cf question 8)*

Comment et quand rechercher une lithiase de la VBP ?  
*Synthèse...*





## 7. Aspects techniques de la chirurgie de la lithiase de la VBP sous laparoscopie

---

- Mêmes principes qu'en chirurgie ouverte
- Voie transcystique (++) si canal cystique court et de calibre suffisant
- Cholécotomie indiquée si VBP > 8 mm



# Résultats de la chirurgie de la VBP sous laparoscopie

---

- Abord de la VBP sous coelioscopie 85%
- Clairance de la VBP 85-90%
- Mortalité 0-1%
- Complications majeures 10%
- Réinterventions 3%

Fonction du niveau d'expérience des équipes

## 8. Faut-il traiter la lithiase de la VBP par voie endoscopique ou chirurgicale ?

Auteur [ref]	Taux de calculs résiduels		Taux de mortalité		Durée du séjour hospitalier	
	Sphinctérotomie endoscopique — 1 <sup>re</sup> tentative (%)	Chirurgie (%)	Sphinctérotomie endoscopique (%)	Chirurgie (%)	Sphinctérotomie endoscopique (%)	Chirurgie (%)
Neoptolemos et al. [53]	17	8	4	1	9 (4-57)	4 (6-27)
Targarona et al. [59]	4	2	4	6	11	15
Stain et al. [98]	13	12	0	0	4 (2-12)	6 (4-22)
Stiegmann et al. [99]	29	14	0	0	11	9
Hammarström et al. [100]	23	10	0	0	13 (2-42)	16 (2-42)
Kapoor et al. [101]	—	13	0	0	11 (6-18)	11 (6-24)
Rhodes et al. [102]	25	0	0	0	4 (1-11)	1 (1-26)
Suc et al. [103]	20	6	3	1	15	18
EAES et al. [104]	16	2	2	1	10 (5-14)	6 (2-12)

- mortalité <4% (NS)
- complications majeures ≈ 10% (NS)
- recours à des procédures complémentaires endoscopie > chirurgie
- coût respectif ?





Faut-il traiter la lithiase de la VBP par voie endoscopique ou chirurgicale ?

## *Synthèse...*

---

### **Si expertise locale :**

Priorité au **traitement chirurgical laparoscopique en 1 temps**

### **Sinon : 3 possibilités**

- 1) Abord de la VBP par laparotomie
- 2) Sphinctérotomie biliaire lors de la laparoscopie
- 3) Sphinctérotomie endoscopique pré- ou post-laparoscopie



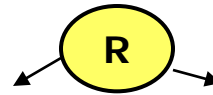
## 1) Abord de la VBP par laparotomie

---

- Taux de calculs résiduels : 2-5%
- Mortalité : 0-4%
- Complications : 4-12%

## 2) Sphinctérotomie biliaire lors de la laparoscopie

91 patients ayant une lithiase VBP



**CPRE/SE AVANT**  
**la cholécystectomie coelioscopique**  
*durant la même hospitalisation*

**CPRE/SE PENDANT**  
**la cholécystectomie coelioscopique**

clairance de la VBP	80%	96%	NS
morbidity	9%	6,5%	NS
mortalité	0%	0%	NS
coût global	3 834 €	2 829 €	P<0,05
durée d'hospitalisation	8j	4,3j	P<0,0001

Economie d'une étape de traitement



### 3) Sphinctérotomie biliaire pré- ou post-laparoscopie

---

- Faisabilité technique 90-98%
- Clairance de la VBP 80-95%
- Complications graves 5-10% (hémorragie, pancréatite, perforation)
- Mortalité < 1%

Fonction du niveau d'expertise des équipes

# 9. Quand réaliser le traitement endoscopique de la lithiase de la VBP ?

## *Indications électorives*

---

- **Si le diagnostic de lithiase de la VBP a été posé en pré-opératoire,** il est préférable de réaliser la SE en **pré-opératoire**
- **En cas de simple suspicion,**
  - la SE pré-opératoire n'est pas justifiée car elle risque d'être faite de façon abusive dans un grand nombre de cas
  - elle sera donc réalisée en **post-opératoire** (si confirmation par la cholangiographie per-opératoire)
  - Risque d'échec de la SE post-opératoire : faible



## 10. Cas particulier des PA biliaires graves

---

- 15-20% des PA biliaires
  - Risque de surinfection de la nécrose + + + +
  - Défaillances viscérales précoces ou secondaires + +
  - Le **risque d'une récurrence de PA par nouvelle migration lithiasique** n'est pas au 1er plan
  - Son incidence et sa gravité sont mal connues



PA biliaires graves : conduite à tenir

## *Synthèse...*

---

### ■ En urgence

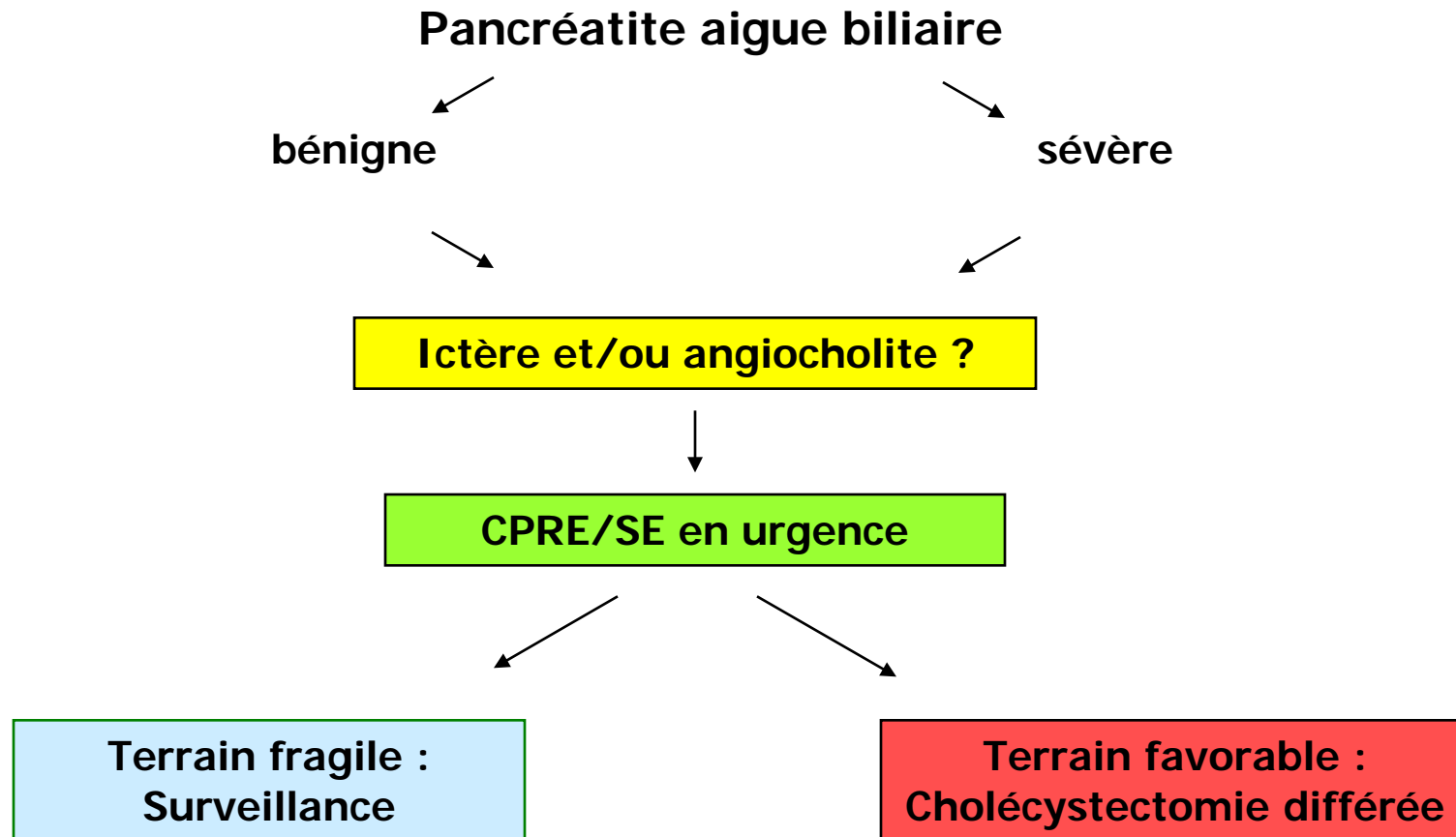
- Si angiocholite/ictère : SE en urgence
- Si indication opératoire (pour traiter les complications, notamment infectieuses) : cholécystectomie dans le même temps

### ■ En différé

- Si terrain favorable : cholécystectomie différée lorsque l'abord de la région vésiculaire le permet
- Si patient à haut risque opératoire : SE exclusive différée (avant reprise alimentation orale)

# Conclusions (1) :

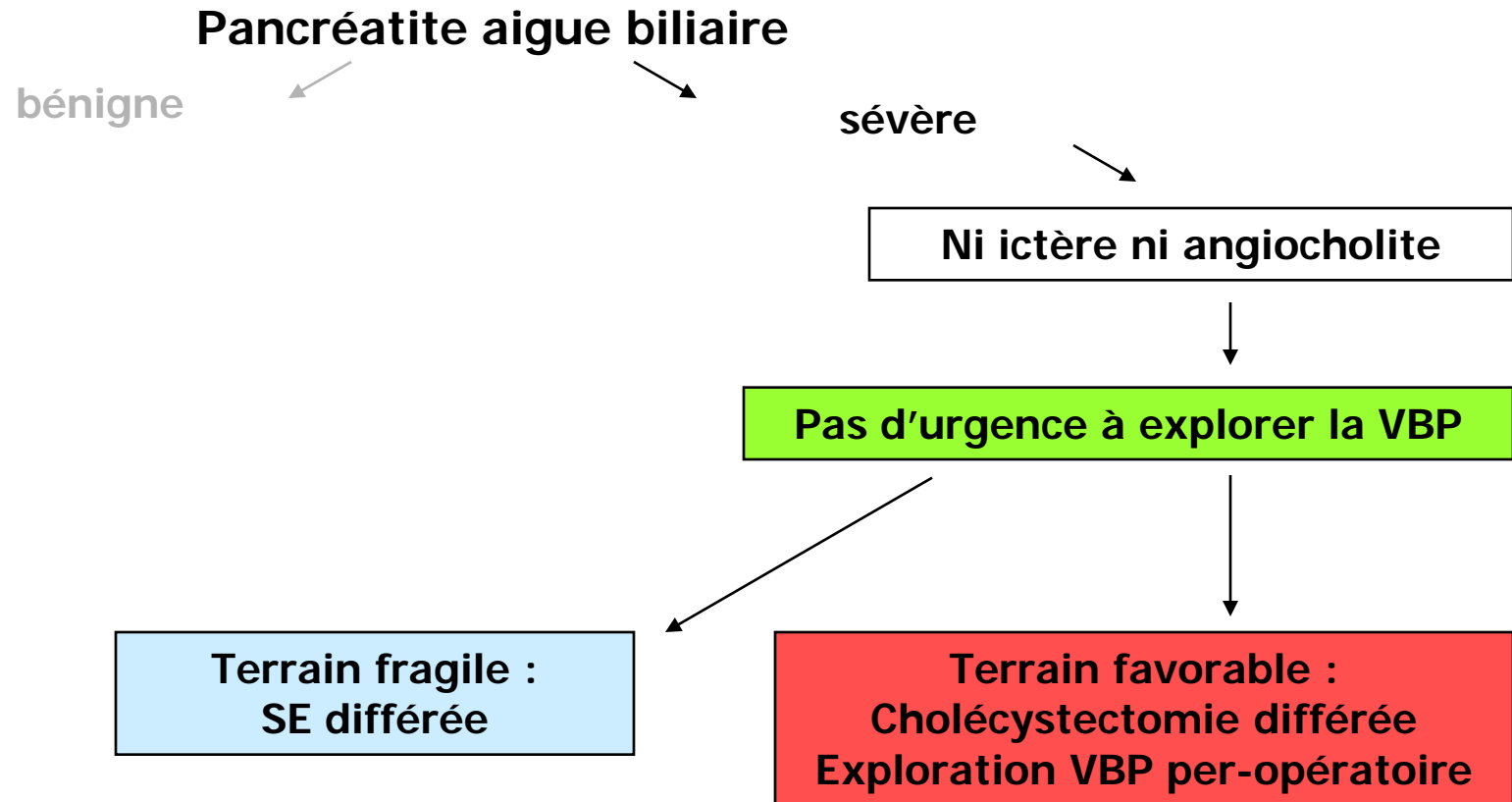
*En urgence, 1 seule question...*





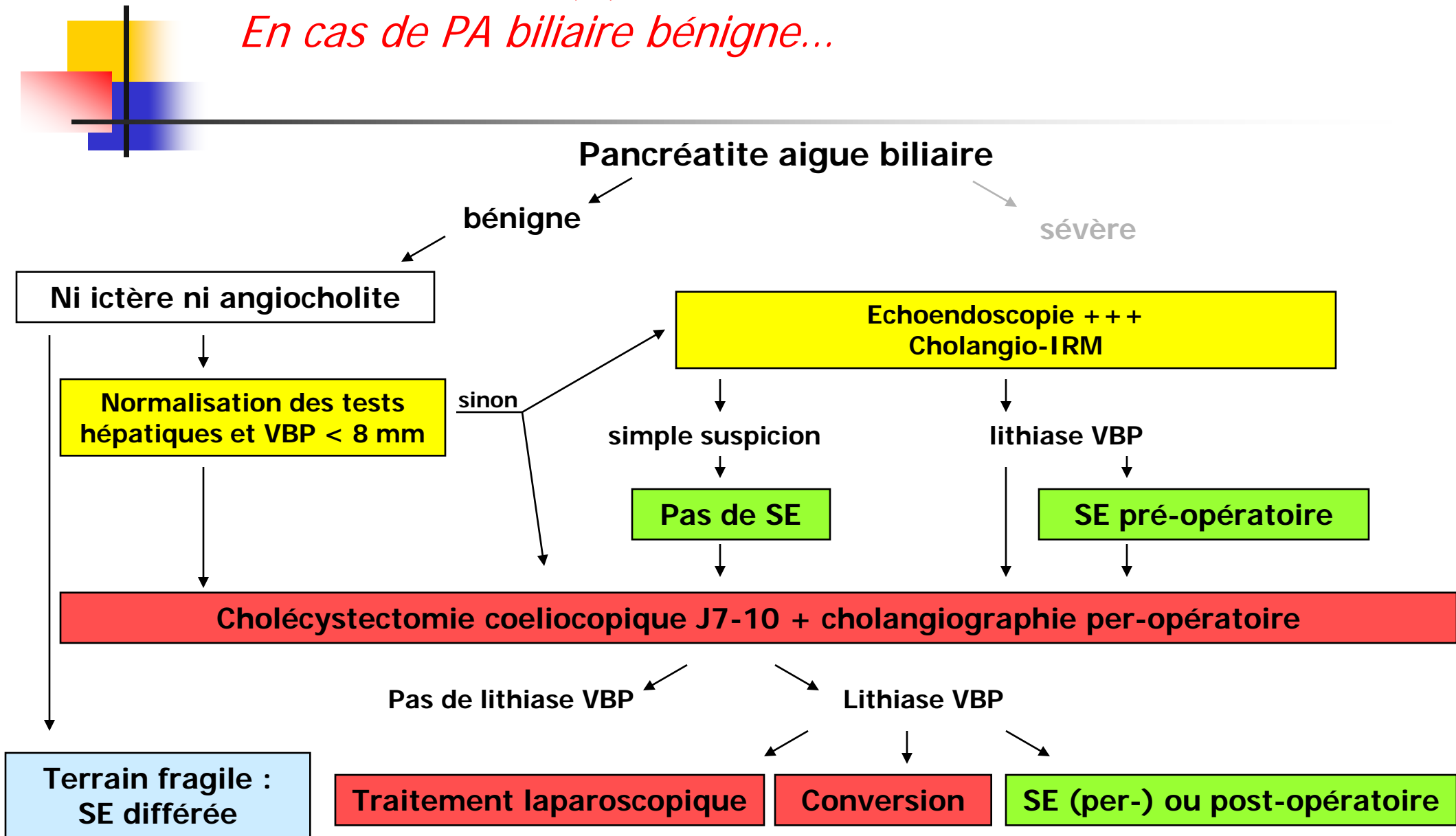
# Conclusions (2) :

*En cas de PA biliaire grave...*



# Conclusions (3) :

*En cas de PA biliaire bénigne...*





FMCHGE