



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



## MISE AU POINT

# La cholangiographie peropératoire systématique réduit-elle le risque de plaie biliaire au cours des cholécystectomies par laparoscopie ? Approche factuelle<sup>☆</sup>



Does routine intraoperative cholangiography reduce the risk of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy? An evidence-based approach

**K. Slim<sup>\*</sup>, G. Martin**

*Service de chirurgie digestive, CHU Estaing, 1, place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand, France*

Disponible sur Internet le 29 juillet 2013

### MOTS CLÉS

Cholécystectomie ;  
Cholangiographie  
peropératoire ;  
Plaie biliaire ;  
Chirurgie factuelle

**Résumé** La place de la cholangiographie peropératoire systématique (CPO) au cours des cholécystectomies reste controversée. Le but de cette revue de la littérature factuelle était d'analyser le rôle de la CPO dans la prévention et la détection des plaies biliaires au cours des cholécystectomies. La relative rareté de cet accident fait que les essais randomisés et les méta-analyses ayant inclus moins de 12 000 patients ne peuvent répondre à la question posée. De ce fait, seules six études comparatives ont été incluses dans cette revue. Les conclusions de ces études étaient discordantes, la moitié montrant un effet protecteur de la CPO systématique et l'autre moitié aucun effet. Les études américaine et suédoise ayant inclus le plus grand nombre de patients ont néanmoins suggéré que même si ce n'est pas la panacée, la CPO systématique permettait d'éviter les accidents biliaires majeurs (un accident sur 500 cholécystectomies environ). Enfin, dans le cadre de la gestion de ce risque, il faut aussi insister sur l'utilité d'un enseignement destiné aux jeunes (et moins jeunes) chirurgiens afin de leur apprendre à interpréter le cholangiogramme.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2013.06.002>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [kslim@chu-clermontferrand.fr](mailto:kslim@chu-clermontferrand.fr) (K. Slim).

1878-786X/\$ – see front matter © 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2013.05.006>

**KEYWORDS**

Cholecystectomy;  
Intraoperative  
cholangiography;  
Bile duct injury;  
Evidence-based  
surgery

**Summary** The role of routine intraoperative cholangiography (IOC) during cholecystectomy is still controversial. The aim of this evidence-based review is to assess this role of prevention or detection of common bile duct injuries during cholecystectomy. The relative rarity of this incident make randomized controlled trials or meta-analyses including less than 12,000 patients not appropriate to answer the question. In this way, only six comparative studies were included in this review. Results of these studies were conflicting, half of them showing that routine IOC can be beneficial, and the other half no effect. American and Swedish studies including the largest number of patients have nevertheless suggested that, even if it is not the panacea, routine IOC could prevent serious biliary incidents (almost 1 out of 500 cholecystectomies). Finally, in the setting of risk management, one should highlight the importance of teaching the young (and the less young) surgeon how to interpret intraoperative cholangiograms.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

De nos jours, personne ne remet en question la place de la voie laparoscopique pour réaliser une cholécystectomie pour lithiase biliaire symptomatique, même si toutes les études montrent un risque plus élevé de plaies biliaires pour la laparoscopie [1]. Les mécanismes des plaies biliaires sont multiples. Les facteurs de risque sont liés à la maladie (inflammation), au patient (obésité, anomalies anatomiques des voies biliaires), ou au geste opératoire (expérience du chirurgien, techniques d'exposition ou de dissection, réalisation ou non d'une cholangiographie peropératoire [CPO], mauvaise interprétation de la cholangiographie). La place de la CPO comme facteur de prévention ou de détection de plaie biliaire est encore controversée. Le but de cet article est d'analyser la place de la CPO dans la gestion des risques de plaie biliaire au cours des cholécystectomies par laparoscopie.

La médecine fondée sur les preuves (ou médecine factuelle) accorde le niveau de preuve le plus élevé aux essais randomisés et aux méta-analyses qui permettent de mesurer les bénéfices comparatifs de stratégies médicales. Il s'agit de démontrer (ou non) avec le meilleur niveau de preuve possible la place de la CPO pour prévenir ou détecter les plaies biliaires. Ne seront pas abordées dans cet article les règles de dissection pour prévenir ces accidents, les questions relatives au choix du moment de la CPO et aux contraintes techniques qui en découlent du fait de l'absence de données factuelles sur ces sujets.

## La littérature factuelle répond-elle à la question ?

La recherche dans les bases de données a retrouvé deux revues systématiques [2,3], la revue la plus récente [3] a inclus six essais randomisés de cholécystectomie avec ou sans CPO. La CPO était réalisée dans tous les essais à la recherche d'une lithiase de la voie biliaire principale. Seuls quatre essais [4–7] comportaient une voie d'abord laparoscopique. Il a été décrit dans trois essais deux incidents majeurs (clippage ou section du canal hépatique commun) en l'absence de cholangiographie et deux incidents mineurs (arrachement du canal cystique) au cours de la CPO. Ces trois essais ont inclus au total 768 patients, alors que la revue systématique a inclus 1715 patients. Le taux global de plaies biliaires dans cette revue (incluant voie ouverte et voie laparoscopique) était de 0,2% dont la moitié était des lésions majeures (0,1%). Cette méta-analyse

répond-elle à la question de la place de la CPO dans la prévention ou la détection des plaies biliaires? La réponse est clairement NON du fait de la rareté de cette complication. En effet on peut craindre une erreur statistique de type 2 (conclure à une fausse équivalence en cas d'effectif trop faible notamment en cas d'événements rares). Il a été calculé que pour démontrer l'efficacité de la CPO en termes de réduction du taux de plaies biliaires par exemple de 0,6 à 0,3% (avec une puissance statistique de 80% et une significativité de 95%), un essai comparatif devrait inclure plus de 12 000 patients [8]. D'autres, considérant une incidence plus faible (de 0,15–0,6) de plaies biliaires et préférant une puissance de 90% ont évalué le nombre de patients nécessaire à 26 000 [9]. Les mêmes auteurs utilisant un autre calcul ont évalué (quelques années plus tard) le nombre de patients à inclure dans une étude randomisée à plus de 30 000 [10].

La revue systématique allemande [2] publiée il y a une dizaine d'années aurait pu répondre à la question de la place de la CPO puisqu'elle a inclus plus de 320 000 cholécystectomies (dans 40 séries). Il y avait deux fois moins de plaies biliaires chez les patients ayant eu une CPO systématique (0,21 vs 0,43%,  $p < 0,05$ ) et la plaie était diagnostiquée en peropératoire deux fois plus souvent en cas de CPO systématique (87 vs 44,5%). Mais il s'agit d'une revue d'études non randomisées avec une importante hétérogénéité des séries incluses. Une revue systématique plus récente a aussi été publiée en 2011 et a comporté un calcul succinct du rapport de cotes du risque de plaie biliaire avec ou sans CPO sur la base de six études de cohortes, le risque de plaie biliaire était, là aussi, réduit avec la CPO (rapport de cotes 0,67, intervalle de confiance [IC] 0,61–0,75) [11]. Malgré la significativité statistique des résultats cumulés, le niveau de preuves reste faible du fait de la qualité des études incluses. La littérature factuelle ne suffit donc pas à évaluer la place de la CPO.

## De quelles autres études disposons-nous ?

Nous retiendrons donc uniquement les études comparatives (bien entendu non randomisées) incluant plus de 12 000 patients, opérés par laparoscopie et ayant eu ou non une CPO systématique. Six études comparatives de cohorte répondent à ces critères (Tableau 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311865>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311865>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)