

Lésions iatrogènes des voies biliaires lors des cholécystectomies

P. Ortega-Deballon, N. Cheynel, L. Benoit, G. di Giacomo, J.P. Favre, P. Rat

Service de Chirurgie Digestive, Thoracique et Cancérologique, CHU du Bocage – Dijon.

Correspondance : P. Ortega Deballon, Service de Chirurgie Digestive, Thoracique et Cancérologique, CHU du Bocage, 1 Bd Jeanne d'Arc, F 21079 Dijon Cedex.

e-mail : pablo.ortega-deballon@chu-dijon.fr

Résumé/Abstract

Lésions iatrogènes des voies biliaires lors des cholécystectomies

P. Ortega-Deballon, N. Cheynel, L. Benoit, G. di Giacomo, J.P. Favre, P. Rat

But de l'étude : étudier les lésions biliaires iatrogènes en cours de cholécystectomie : les facteurs de risque et les résultats de la réparation, pour en déduire une conduite à tenir.

Patients et méthode : révision de la série de patients adressés dans notre service dans une période de 9 ans pour lésion de la voie biliaire au cours d'une cholécystectomie : type de lésion, circonstances, réparation et évolution.

Résultats : entre 1997 et 2005, 18 patients ont été pris en charge pour lésion biliaire au cours de cholécystectomie (14 par coelioscopie et 4 par laparotomie ; 9 femmes et 9 hommes). L'indication opératoire la plus fréquente était des coliques hépatiques (n = 8). Trois patients ont été opérés en urgence. Chez 9 patients il existait une paroi vésiculaire inflammatoire. Une cholangiographie peropératoire a été réalisée chez 9 patients, ne permettant la découverte de la lésion biliaire que dans un cas. La plaie latérale de la voie biliaire a été le type de lésion le plus fréquent. Dans 9 cas la lésion a été découverte en peropératoire : un drainage biliaire a été mis en place, associé à une réparation primaire chez 5 patients ; trois patients ont nécessité ultérieurement une chirurgie biliaire. Chez 9 malades la découverte de la lésion a été tardive, et 6 ont nécessité une dérivation bilio-digestive. Deux patients sont décédés, 3 ont présenté des épisodes d'angiocholite pendant le suivi et 2 ont nécessité une cure d'événement.

Conclusion : l'inflammation est le principal facteur de risque de lésion de la voie biliaire. La réalisation d'une cholangiographie peropératoire ne met pas à l'abri d'une lésion méconnue de la voie biliaire. Le drainage biliaire pour les lésions détectées en cours d'intervention diminue la morbidité associée et serait un bon choix pour le chirurgien sans expérience hépatobiliaire. La morbidité est plus élevée chez les patients avec découverte tardive de la lésion biliaire.

Mots-clés : Voies biliaires. Traitement. Cholécystectomie laparoscopique. Traumatisme de la voie biliaire principale. Réparation biliaire.

Iatrogenic biliary injuries during cholecystectomy

P. Ortega-Deballon, N. Cheynel, L. Benoit, G. di Giacomo, J.P. Favre, P. Rat

Aim of the study: To analyze our experience with biliary injuries during cholecystectomy in order to determine associated risk factors, morbidity, and results after reconstruction.

Patients and methods: Review of the series of patients referred to our department for biliary injury during cholecystectomy over a 9-year period. Items regarding the type of lesion, risk factors, management, morbidity, and late results were recorded.

Results: Fifteen patients were referred to our department for bile duct injury during cholecystectomy between 1997 and 2005 (14 by laparoscopy and four by laparotomy; nine women and nine men). The main surgical indication was biliary colic (n=8). Three patients were operated on in an emergency setting (for acute cholecystitis). In nine patients the gallbladder wall was inflammatory. Intraoperative cholangiography was performed in nine patients, but revealed just one injury. Lateral injury to the bile duct was the most frequent type of lesion. In nine patients, the injury was detected intraoperatively and a biliary drainage was left in place; five of them had a synchronic repair and three required later reconstruction. Nine patients had a delayed identification of biliary injury; six of them required a biliodigestive anastomosis. Two patients died, three had several episodes of acute cholangitis after reconstruction and two presented incisional hernia.

Introduction

La fréquence des lésions iatrogènes des voies biliaires (LVB) a doublé depuis que la coelioscopie est considérée comme l'abord idéal de la cholécystectomie [1, 2]. Estimés à 0,16 %-2,35 % pour l'abord coelioscopique contre à 0,07 %-0,9 % pour la laparotomie [3], ces taux n'ont pas diminué ces dernières années, ce qui ne permet pas d'attribuer cette complication à la simple courbe d'apprentissage [4, 5].

Ces complications ont des conséquences en terme de morbidité, mortalité et qualité de vie pour les patients, mais aussi en terme de coût pour le système de santé, multipliant par 26 les dépenses en cas de complications [6, 7]. En 2002, un peu plus de 83 000 cholécystectomies ont été réalisées en France d'après le PMSI. Si on admet une incidence de lésions biliaires d'environ 1 %, plus de 800 complications de ce genre ont été prises en charge [8]. Par ailleurs, les lésions biliaires lors de la cholécystectomie coelioscopique sont la cause la plus fréquente de plainte judiciaire contre un chirurgien digestif aux États-Unis [9].

Quelques facteurs de risque relatifs à la morbidité du malade, à l'anatomie du pédicule hépatique, à l'état de la paroi vésiculaire et à la technique chirurgicale, ont été identifiés lors de travaux précédents [10, 11]. En revanche, plusieurs points restent en discussion concernant les cholécystites aiguës, l'utilité de la cholangiographie peropératoire, le type et le moment de la réparation et ses résultats à long terme [12, 13].

L'objet de ce travail était de revoir notre expérience des lésions biliaires iatrogènes au décours des cholécystectomies, de retrouver les facteurs favorisant leur survenue et de décrire les lésions, leur réparation et les résultats.

Conclusion: An inflammatory environment is the main risk factor for biliary injury during cholecystectomy. Bile duct injury is more frequent with laparoscopic cholecystectomy but can also occur with an open approach. Intraoperative cholangiography does not prevent biliary injuries nor detect them accurately. Biliary drainage can reduce morbidity for intraoperatively detected injuries and may be a sensitive approach for the surgeon with no hepatobiliary experience. Morbidity is increased in patients with delayed identification of the injury.

Key words: Cholecystectomy. Laparoscopy. Iatrogenic. Biliary injury. Biliary reconstruction. Biliary stricture.

Patients et méthode

Il s'agit d'une analyse rétrospective d'une série de patients traités entre Janvier 1997 et Décembre 2005 (9 ans) pour LVB au cours d'une cholécystectomie. Les patients présentant d'autres complications de la cholécystectomie mais sans lésion biliaire n'ont pas été inclus.

Pour tous les patients les données suivantes ont été recueillies : indication de cholécystectomie (type de pathologie et caractère d'urgence), aspect peropératoire de la vésicule avec éventuelles anomalies des voies biliaires, réalisation d'une cholangiographie peropératoire et résultat, élément lésé et type de lésion (selon la classifications de Strasberg *et al.*, figure 1) [14], forme de

découverte de la lésion (peropératoire, à la cholangiographie ou postopératoire), type de réparation et moment de celle-ci, durée du suivi, autres interventions nécessaires par la suite et qualité de vie du patient après la réparation.

Tous les patients avec une découverte tardive de la lésion biliaire ont eu d'une artériographie avant la reconstruction biliaire, dans le but d'éliminer une lésion vasculaire associée qui aurait pu conditionner la réussite d'une anastomose sur la voie biliaire.

Pour l'analyse des variables quantitatives recueillies, seule la moyenne a été calculée (présentée comme moyenne \pm déviation standard). Aucun test de statistique déductive ou de contraste d'hypothèses n'a été réalisé. Tous les pourcentages ont été arrondis à l'entier le plus proche.

Résultats

Dix huit patients ont été pris en charge dans le service pour LVB lors d'une cholécystectomie (9 femmes et 9 hommes), d'âge moyen de $58,8 \pm 13,5$ ans (entre 25 et 87 ans). Quatorze avaient été abordés par cœlioscopie et 4 par laparotomie première. Douze avaient eu une cholécystectomie dans un autre centre et 6 dans notre service.

Les indications opératoires étaient des crises de coliques hépatiques ($n = 8$, donc 44 %), une cholécystite aiguë opérée en urgence ($n = 3$), une

chirurgie après traitement médical de cholécystite aiguë ($n = 4$), une suspicion ou des antécédents de lithiasse de la voie biliaire principale ($n = 2$) et une pancréatite aiguë ($n = 1$). Chez 11 patients (61 %) le chirurgien a noté la présence d'une paroi vésiculaire inflammatoire.

Une cholangiographie peropératoire a été réalisée chez 10 patients (9 fois sous cœlioscopie). Elle a été utile pour la découverte de la LVB dans 2 cas : mise en évidence d'une lésion méconnue du canal hépatique droit dans un cas et confirmation d'une plaie du cholédoque dans l'autre. Chez les 8 autres malades la cholangiographie a été interprétée comme normale, mais elle avait été réalisée avant la libération vésiculaire. Chez le patient où elle a permis la découverte de la LVB elle a été réalisée après la libération de la vésicule, en fin d'intervention.

Les lésions retrouvées dans l'ensemble de la série sont détaillées dans le *tableau 1*. Les patients avec une découverte peropératoire et postopératoire de la LVB sont détaillés dans les *tableaux 2 et 3*.

Dans le premier groupe de patients (découverte peropératoire), il y a eu un décès. Il s'agissait d'un malade de 80 ans qui avait été opéré par laparotomie pour une cholécystite aiguë. La lésion du canal hépatique était associée à une section de l'artère hépatique droite qui a imposé une hépatectomie droite. Il est décédé dans les suites opératoires d'une défaillance multiviscérale. Trois patients ont nécessité ultérieurement une dérivation bilio-digestive (dont un avec procédure de Barker, qui consiste à laisser l'anse grêle proximale en sous-cutané de façon à faciliter un éventuel accès endoscopique par la suite). Aucun des 8 malades survivants n'a présenté de nouvelle complication biliaire par la suite (avec un suivi moyen de 5,8 ans) ; dans deux

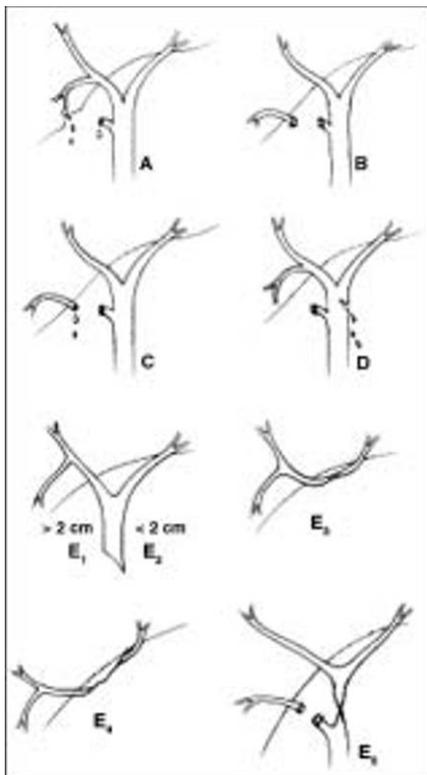


Figure 1 : Classification des lésions biliaires lors de la cholécystectomie selon Strasberg *et al.* [14].

Tableau 1

Distribution du type de lésions dans la série.

Type de lésion (Strasberg ¹⁴)	Nombre de patients (%)
Plaie canal hépatique droit (B)	1 (6)
Section incomplète de la VBP (D)	9 (50)
Section complète de la VBP (E)	8 (44) [E ₁ : 3 // E ₂ : 1 // E ₃ : 3 // E ₅ : 1]
Total	18 (100)

VBP = voie biliaire principale.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4296613>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4296613>

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