

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

## Techniques et indications de la cholécystostomie percutanée dans la prise en charge de la cholécystite aiguë en 2014<sup>☆</sup>

Technique and indications of percutaneous cholecystostomy in the management of cholecystitis in 2014

A. Venara<sup>a</sup>, V. Carretier<sup>b</sup>, J. Lebigot<sup>b</sup>, E. Lermite<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie digestive et endocrinienne, CHU, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex, France

<sup>b</sup> Service de radiologie, CHU, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex, France

### MOTS CLÉS

Cholécystite ;  
Cholécystostomie ;  
Prise en charge  
médicale ;  
Radiologie  
interventionnelle

**Résumé** Le gold standard dans le traitement de la cholécystite aiguë est la chirurgie associée à un traitement antibiotique. Dans certaines situations, une alternative à la chirurgie est représentée par la cholécystostomie percutanée. Cette cholécystostomie est habituellement réalisée par le radiologue sous anesthésie locale, sous guidage par échographie ou scanner. Le drainage peut suivre 2 voies, la voie transhépatique ou la voie transpéritonéale. Les complications, qui surviennent dans environ 10% des cas, sont représentées selon la voie utilisée respectivement par l'hémorragie, l'hémobilie ou le pneumothorax, d'une part, et la fuite biliaire, d'autre part. Les indications de la cholécystostomie percutanée sont principalement la résistance à un traitement médical bien conduit et les patients hospitalisés en réanimation. Le drain doit rester en place en principe 3 à 6 semaines avant d'être ôté. Chez les patients en bon état général (ASA I-II), une cholécystectomie à distance semble recommandée pour éviter toute récurrence.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2014.06.003>.

<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.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [Emlermite@chu-angers.fr](mailto:Emlermite@chu-angers.fr) (E. Lermite).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2014.04.006>

1878-786X/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**KEYWORDS**

Cholecystitis;  
Cholecystostomy;  
Non surgical  
management;  
Interventional  
radiology

**Summary** The gold standard in treatment of acute cholecystitis is cholecystectomy associated with antibiotics. In certain circumstances, percutaneous cholecystostomy is an interventional alternative. Percutaneous cholecystostomy is usually performed under local anesthesia by the radiologist using ultrasonographic or CT guidance. A drain can be inserted either through a transhepatic or a transperitoneal approach. Complications occur in nearly 10% of cases including hemorrhage, hemobilia, pneumothorax or bile leaks, depending on whether the approach was transhepatic or transperitoneal. The main indications for percutaneous cholecystostomy are resistance to medical treatment or severely ill patients in intensive care. Drains should be maintained three to six weeks before removal. In patients with good general condition (ASA score I–II), secondary cholecystectomy can be recommended to avoid recurrence.  
© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La cholécystite aiguë est l'un des motifs d'admission en chirurgie les plus fréquents dans les pays occidentaux. Les recommandations récentes de la Haute Autorité de santé et de la Société nationale française de gastroentérologie [1], basées notamment sur les Tokyo Guidelines [2,3] sont en faveur d'une cholécystectomie précoce (<7 jours). La cholécystectomie doit être associée à une antibiothérapie [1]. Ce traitement de référence peut être grevé d'une morbi-mortalité non négligeable, atteignant 30% dans certains sous-groupes de patients [4].

Cette cholécystectomie en urgence n'est cependant pas toujours recommandée, notamment dans les cholécystites aiguës lithiasiques sévères (grade III) [1]. Des techniques alternatives comme la cholécystostomie percutanée ont été développées. Initialement décrite par voie chirurgicale en 1859 [5], elle n'a été réalisée par voie radiologique et percutanée qu'à partir de 1980 [6]. Le but de cette mise au point est d'exposer les techniques, les indications et le pronostic des cholécystostomies radiologiques percutanées.

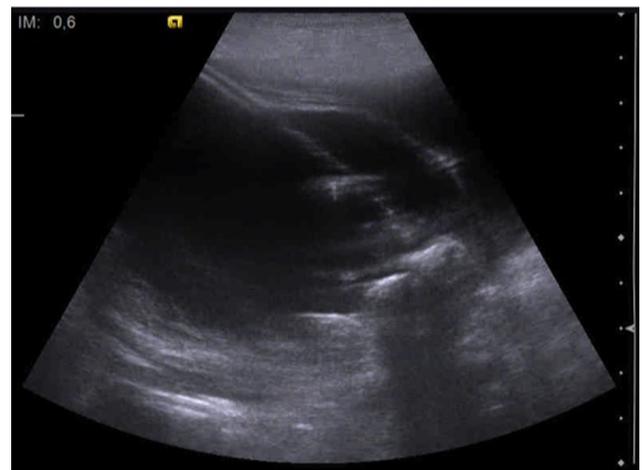
## Technique

La cholécystostomie percutanée est une technique habituellement réalisable sous anesthésie locale par un radiologue.

Deux voies d'abord ont été décrites : la voie transhépatique et la voie transpéritonéale. La voie transhépatique est utilisée préférentiellement par la plupart des auteurs car elle diminue le risque de fuite biliaire, permet de maintenir le drain en place plus longtemps et conduit à un trajet fistuleux de constitution plus rapide [7,9].

La voie transpéritonéale est utilisée lorsque la voie transhépatique est impossible pour des raisons anatomiques, de pathologie hépatique ou de troubles de l'hémostase, à la condition que la vésicule soit distendue et adhérente à la paroi abdominale [7,9].

En ce qui concerne le guidage, deux moyens sont possibles : l'échographie ou la tomodensitométrie (TDM). L'échographie utilisée seule peut permettre la réalisation du geste au lit d'un patient en défaillance multiviscérale et non mobilisable. La procédure peut être associée à une fluoroscopie afin de mieux contrôler le positionnement du guide puis du drain en injectant une petite quantité de produit de contraste une fois le drain de cholécystostomie en place [9]. En cas d'impossibilité de réaliser la procédure sous



**Figure 1.** Réalisation d'une cholécystostomie sous échographie. On peut voir l'aiguille de ponction (aspect linéaire blanchâtre) à l'intérieur de la vésicule.

échographie (Fig. 1), elle peut être effectuée sous guidage TDM (Fig. 2).

Deux techniques ont été décrites pour réaliser la cholécystostomie percutanée [7,9]. Ainsi, on peut différencier la technique de Seldinger au cours de laquelle une aiguille fine est introduite jusque dans la vésicule biliaire sous anesthésie locale. Un guide y est ensuite inséré pour permettre le passage de dilateurs progressifs jusqu'à autoriser le passage d'un drain en queue de cochon d'un diamètre de 8 French en général. Le calibre du drain est adapté à la consistance de la bile. Une aspiration sur le drain est réalisée à visée bactériologique puis le drain est mis au sac en déclivité. L'avantage de cette technique est la finesse de l'aiguille mise initialement en place, ce qui « autorise » avec un très faible risque de perforation cliniquement patente la ponction involontaire d'organes de voisinage tels que le tube digestif puis un repositionnement de l'aiguille. Son inconvénient est la multiplicité des gestes qui en font une procédure plus longue. L'autre technique est la technique « du trocart ». Il s'agit en fait d'un abord direct qui permet après mise en place d'un trocart d'insérer un drain en queue de cochon de 8 French. Le trocart de ponction et le drain ont le même diamètre ce qui augmente le risque d'hémorragie d'origine hépatique. Néanmoins, il s'agit de la technique utilisée préférentiellement chez beaucoup d'équipes car elle limite les gestes.

Quelques complications sont possibles au cours du geste. Ainsi, des cas de malaises vagues ont été décrits lors de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6099039>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6099039>

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