

faut-ils enlever tous les calculs
de la voie biliaire principale diagnostiqués ?

*faut-ils enlever les calculs
de la voie biliaire principale
asymptomatiques ?*

*une lithiase vésiculaire asymptomatique
ne doit pas être traitée*

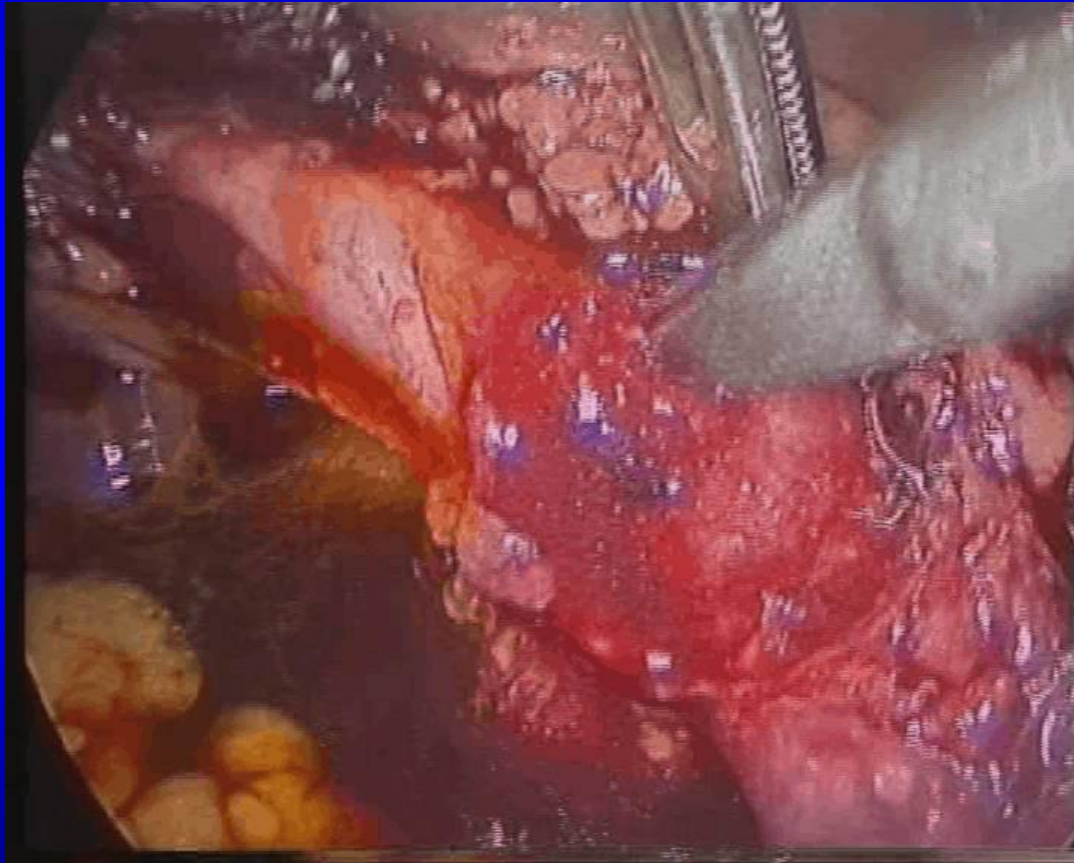
[conférence de consensus Strasbourg décembre 1991]

faut-ils enlever les calculs
de la voie biliaire principale
asymptomatiques ?

dogme

« toute lithiase de la VBP,
même asymptomatique,
doit être traitée »

extraction per opératoire systématique des calculs ?



Lire cette vidéo

faut-ils enlever les calculs
de la voie biliaire principale
asymptomatiques ?

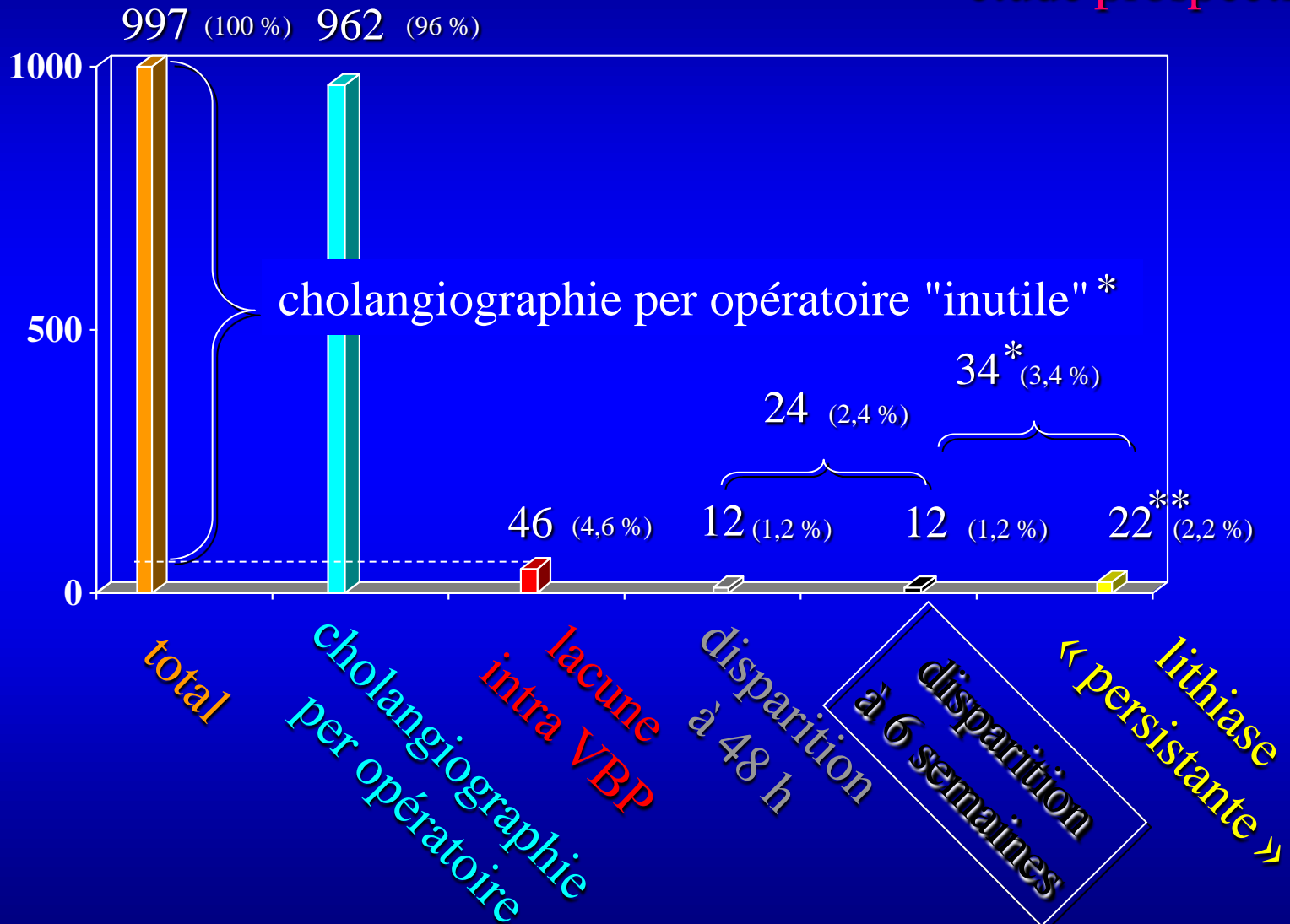
dogme

« toute lithiase de la VBP,
même asymptomatique,
doit être traitée »

*pourtant, nombre de calculs passent spontanément
et sont éliminés dans le tube digestif...*

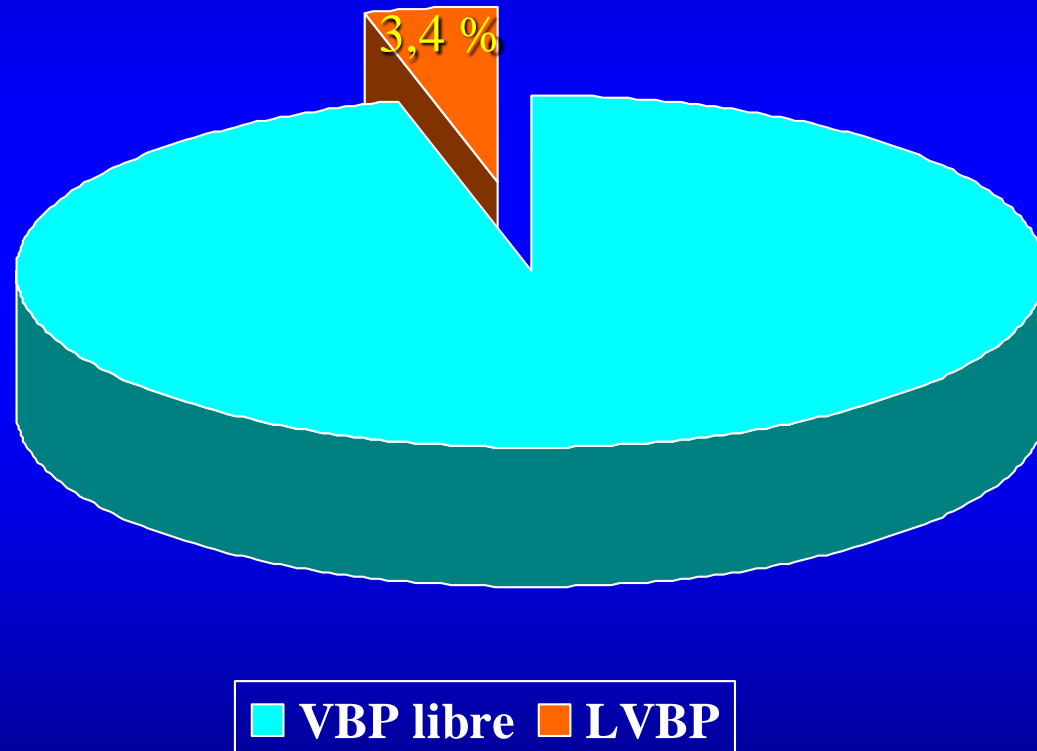
combien de calculs « passent » ? [Collins *et al.* Ann Surg 2004]

étude prospective

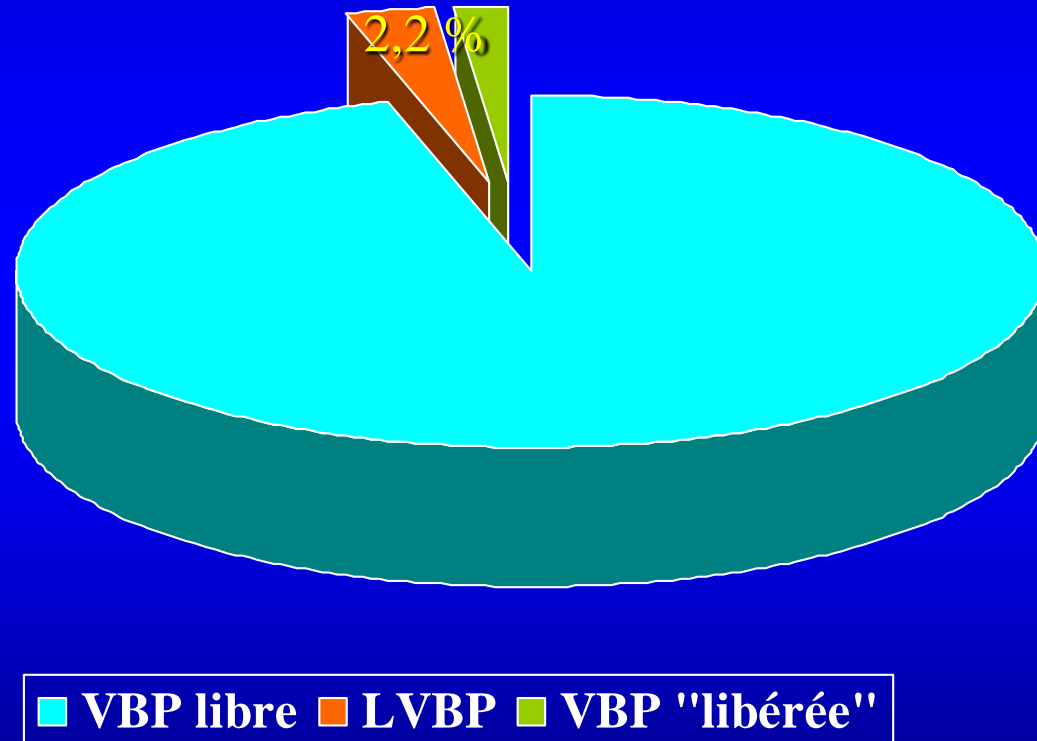


il faut faire * 30 cholangio pour diagnostiquer 1 lithiase ** 45 pour une et 1 lithiase « persistante »

fréquence de la lithiase de la voie biliaire principale lors d'une cholécystectomie laparoscopique



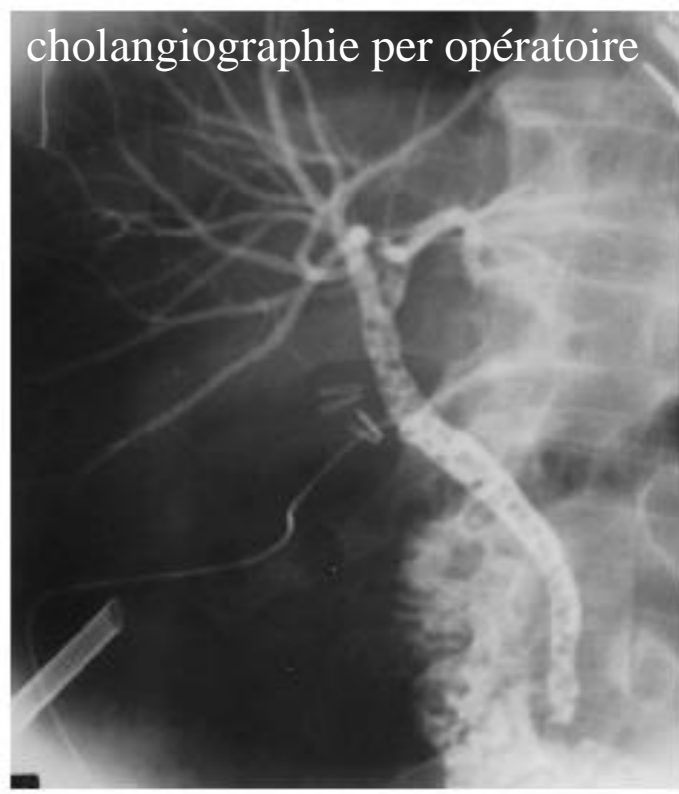
fréquence de la lithiase de la voie biliaire principale lors d'une cholécystectomie laparoscopique



les calculs « passent »

[Collins *et al.* Ann Surg 2004]

cholangiographie per opératoire



de leur nombre !

de leur taille (≤ 15 mm) !

de la taille de la voie biliaire principale

que faire des calculs persistants ?

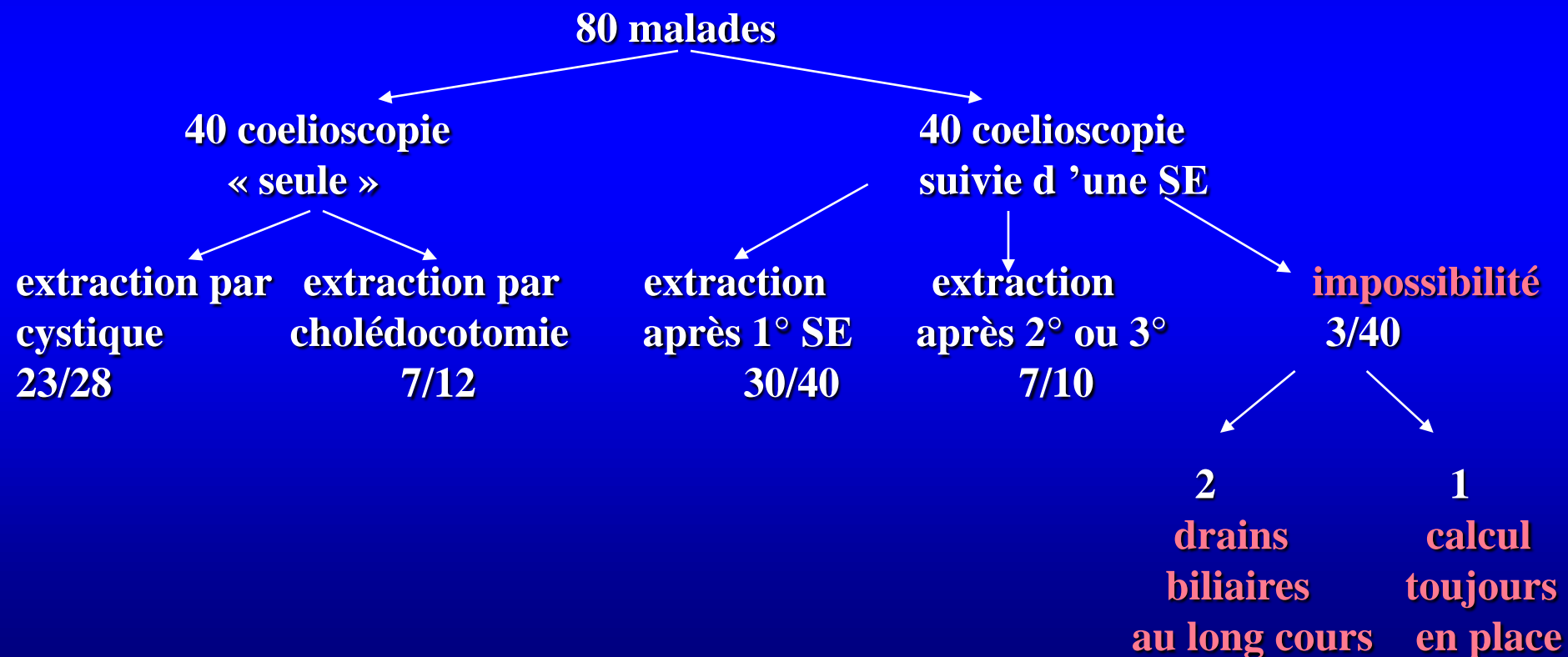
- rien...
- une sphinctérotomie endoscopique (SE)*
 - 22 (2,2 %) ont eu une indication de CPRE
 - 20 ont eu une SE
 - 2 ‰ n'ont pu l'avoir...('bien' à 5 ans)

*[Collins *et al.* Ann Surg 2004]

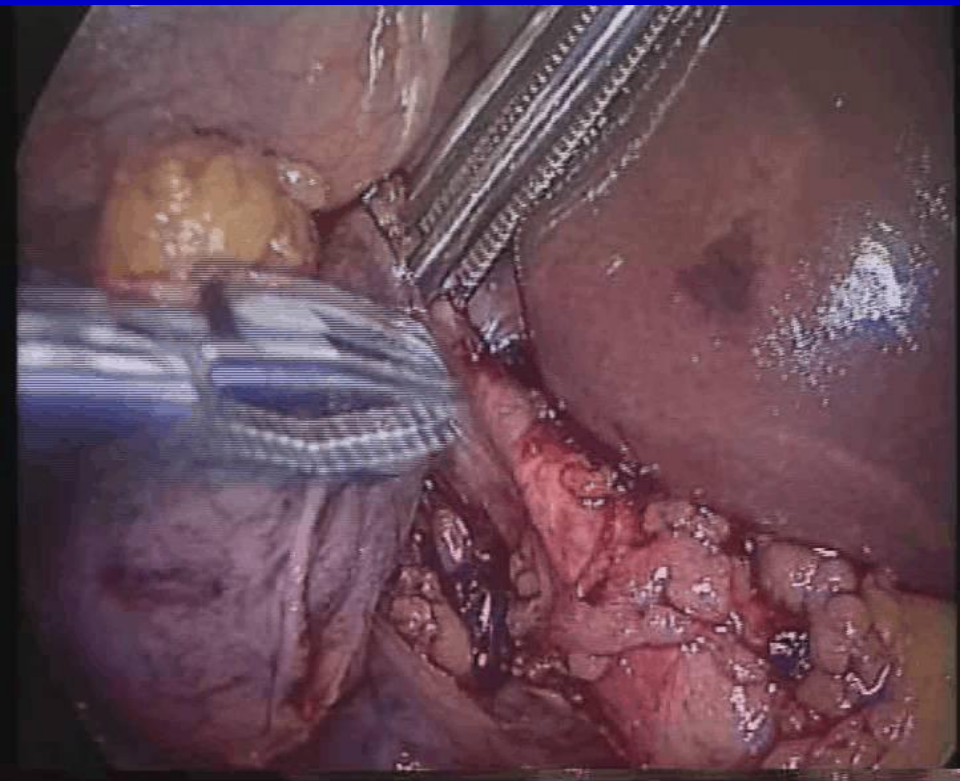
la sphincterotomie endoscopique postopératoire peut-elle rattraper des LVBP délibérément laissées en place ?

[Rhodes *et al.* Lancet 1998]

étude randomisée



cholangiographie per opératoire systématique ?



Lire cette vidéo

justification d'une cholangiographie per opératoire sélective

score prédictif d'une LVBP: étude multivariée

$$\begin{aligned} R = & 0,04 \times \text{âge} + 3,1 \text{ si VBP} > 12 \text{ mm (écho} = 8 \text{ mm)} \\ & + 1,2 \text{ si calculs de moins de 10 mm} \\ & + 1 \text{ si colique hépatique} \\ & + 0,7 \text{ si cholécystite} \end{aligned}$$

[Huguier *et al.* Surg Gynecol Obstet 1991]

indication d'une cholangiographie per opératoire sélective

score prédictif d'une LVBP: étude multivariée

seuil du score

probabilité d'avoir*
une LVBP (%)

> 5.9

81

de 5.9 à 3.5

17

< 3.5

2

si score < 3.5 alors probabilité *de "voir" une LVBP = 2 %

cette situation existait chez 46 % de la population (1 malade/ 2)

[Huguier *et al.* Surg Gynecol Obstet 1991]

justification d'une cholangiographie per opératoire sélective

valeur du seuil $\geq 3,5$

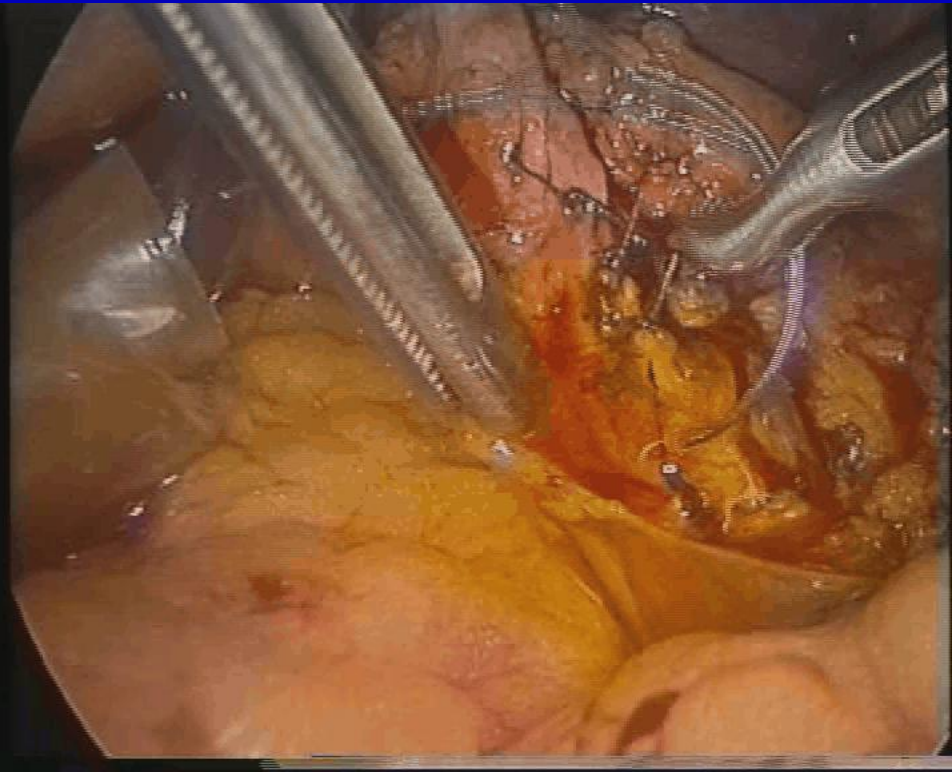
	lithiase	% population
Huguier et Lacaine (1991) n = 511	2 %	46 %
Montariol (1995) n = 167	5 %	34 %
Millat (1995) n = 315	2,5 %	27 %
Bouillot (1995) n = 147	5 %	43 %

le dogme du traitement synchrone de
toute LVBP identifiée lors d'une
cholécystectomie laparoscopique doit-il
être remis en cause ?

parce que c'est plus difficile?



Lire cette vidéo



Lire cette vidéo

le dogme du traitement synchrone de toute LVBP identifiée lors d'une cholécystectomie laparoscopique doit-il être remis en cause ?

- non si la VBP est "large"
- probablement si la VBP est "fine"



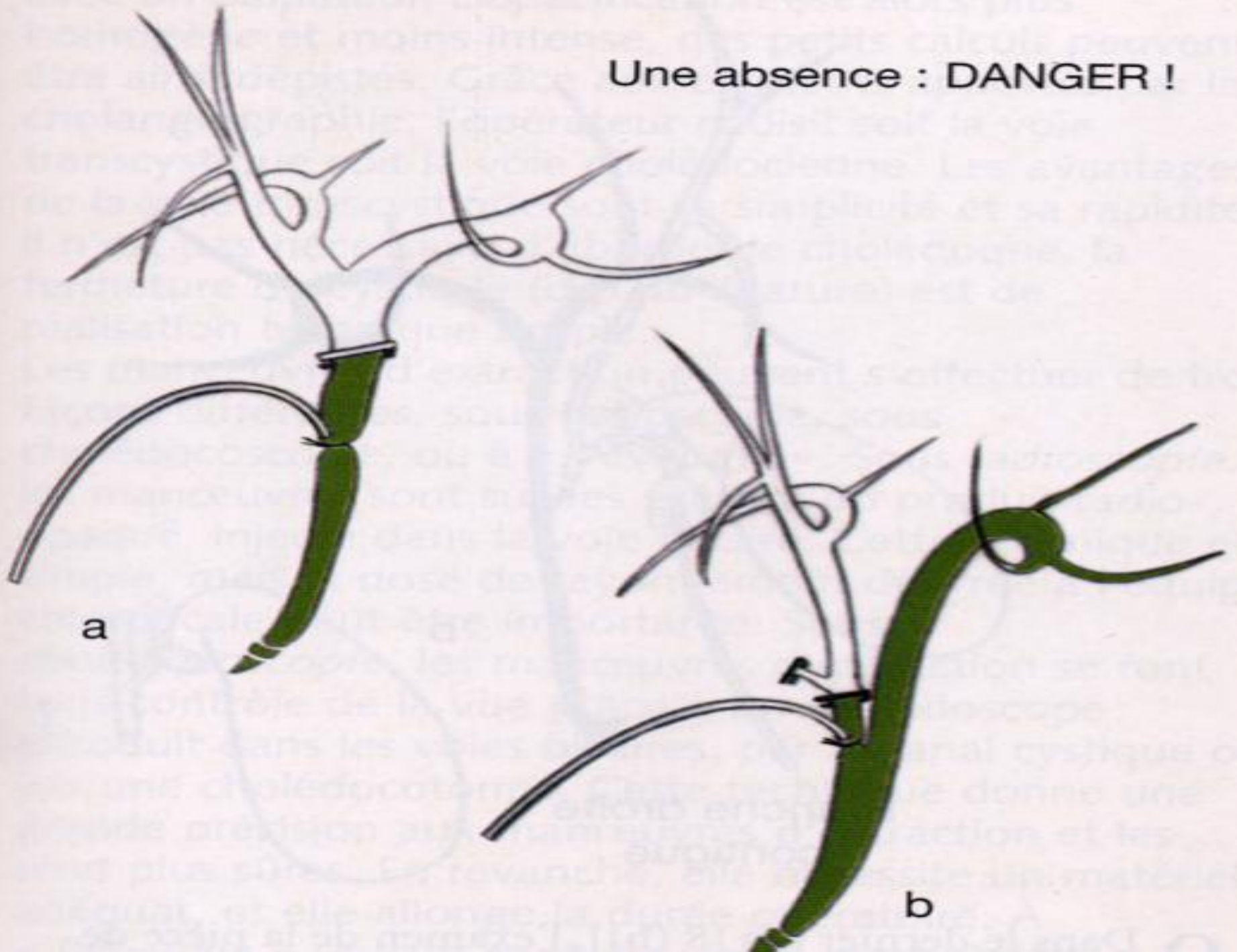
que faire si la VBP est "fine" ?

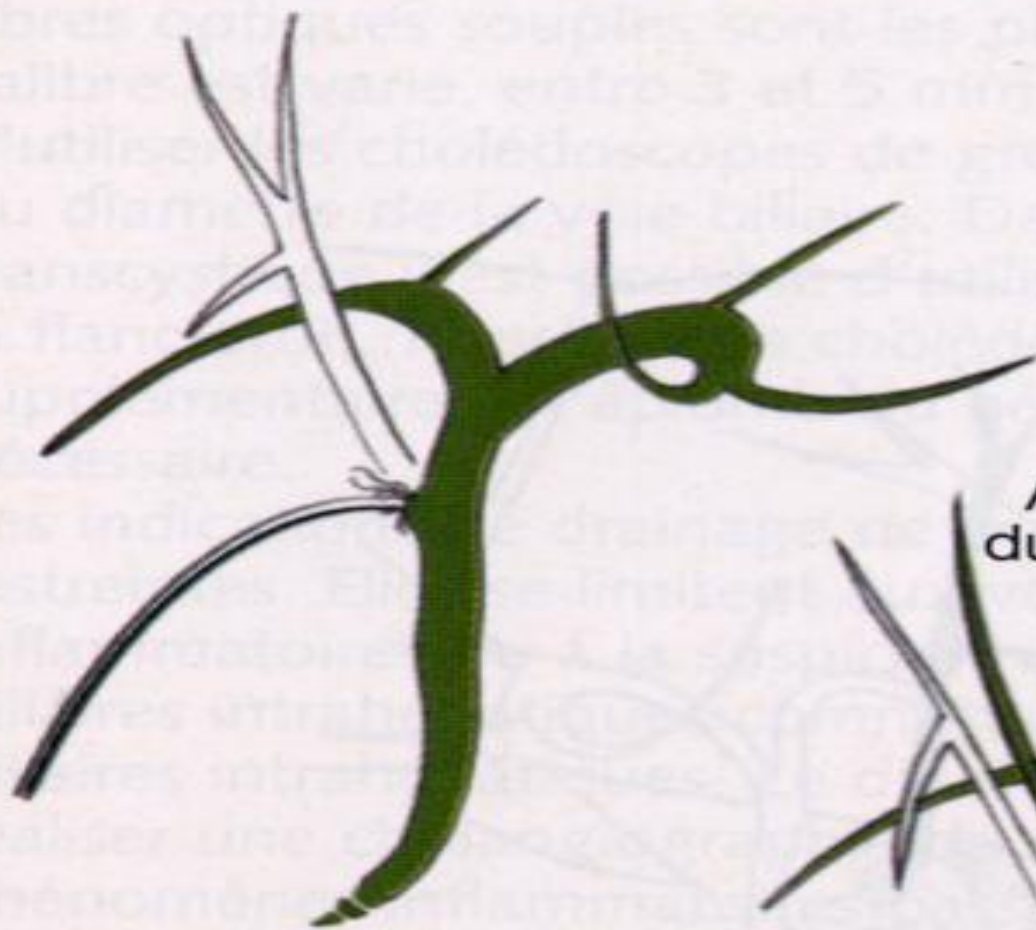
- laisser un drain et faire une cholangiographie
 - faire une cholangio-IRM
- } 6 semaines après

si lithiase "persistante" alors ERCP + SE

qu'est-ce qu'une VBP "fine" ?

Une absence : DANGER !





Absence du secteur
antérieur droit

Absence d'un segment
du secteur antérieur droit





où est le danger ?

*le casque
bien sûr !*

