



ACHBT

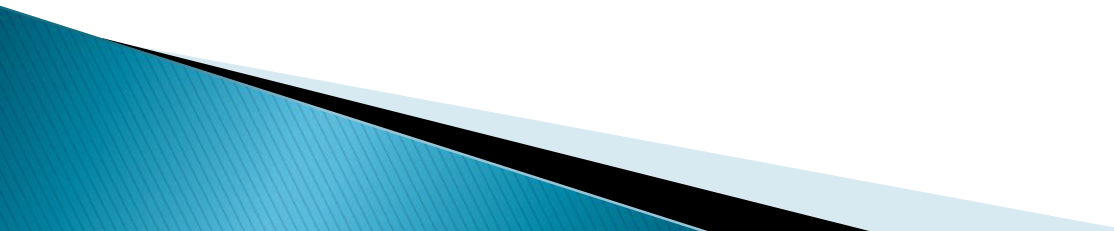
ASSOCIATION DE CHIRURGIE
HEPATO-BILIO-PANCREATIQUE
ET TRANSPLANTATION

Plaie des voies biliaires vues tardivement : Que faire?

Journées ACHBT jeunes – 8 et 9 janvier 2018

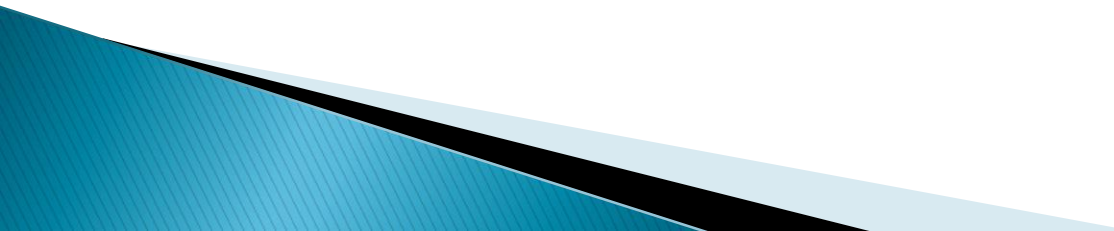
Charlotte Maulat

Situations cliniques

- ▶ Ictère
 - ▶ Cholestase chronique
 - ▶ Angiocholites à répétition
 - ▶ Cirrhose biliaire secondaire
- 

Plaie des voies biliaires « vues tardivement »
=
Sténose

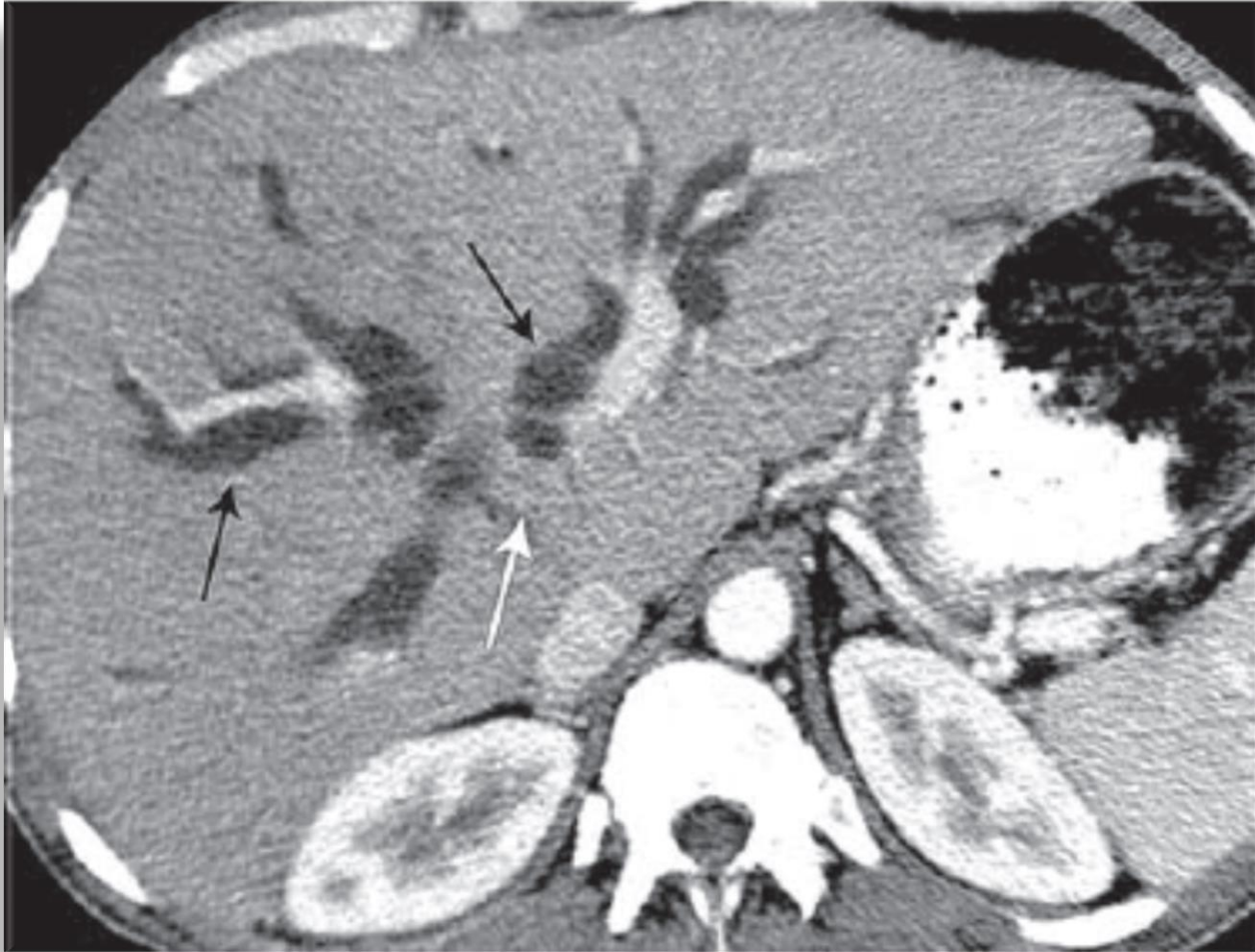
L'évaluation du malade et de la maladie

- ▶ Bilan nutritionnel
 - ▶ Bilan inflammatoire
 - ▶ Explorations morphologiques
- 

Diagnostic positif

TDM APC

Diagnostic des conséquences

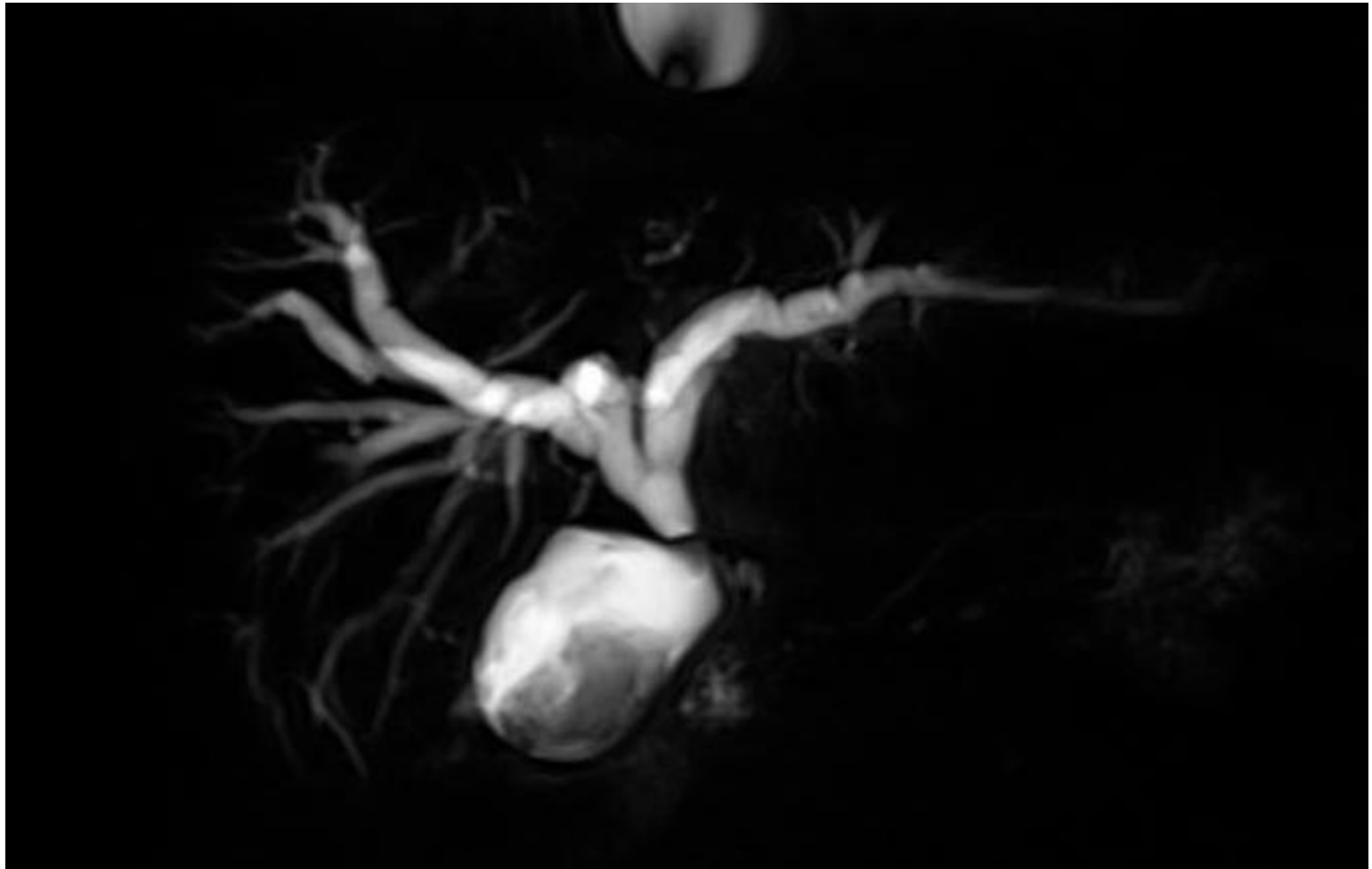


Les lésions vasculaires +++ ; L'aspect du parenchyme

Diagnostic positif

Cholangio-IRM

Diagnostic topographique



Cholangiographie trans-hépatique

En cas d'angiocholite+++



CPRE

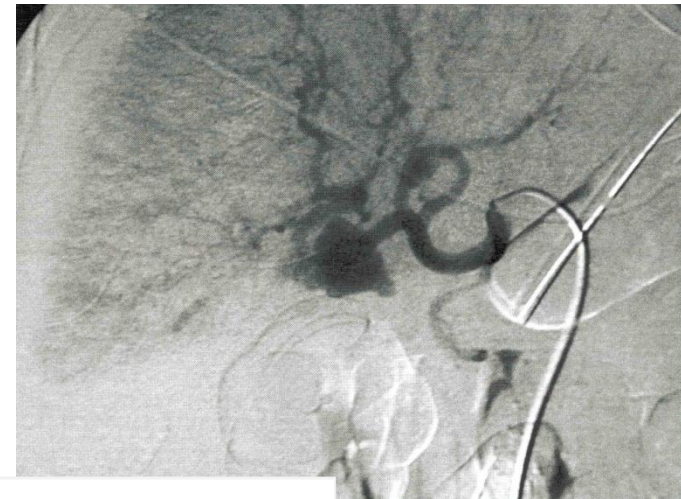
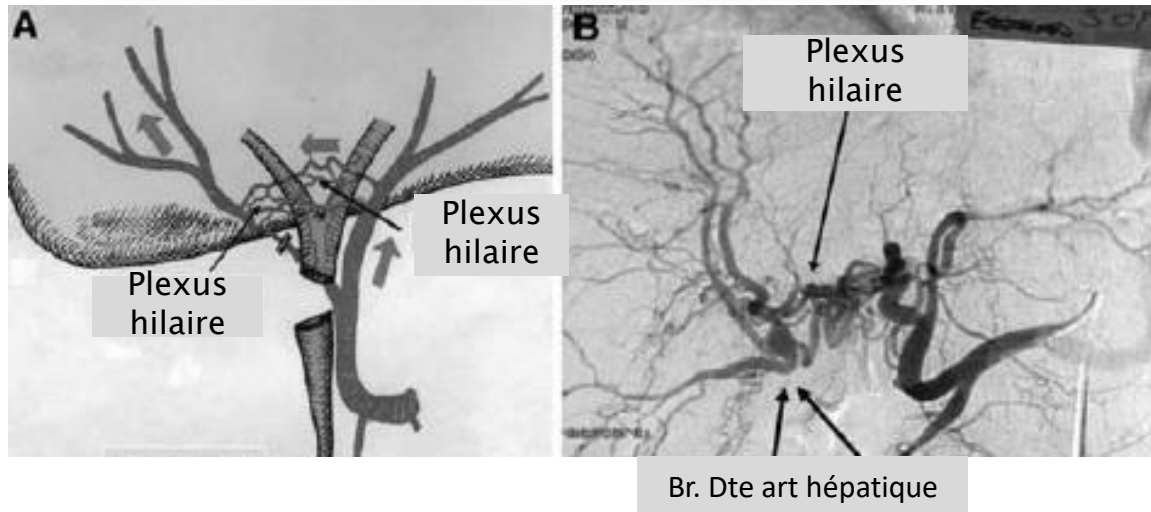


Bilan « d'extension »

Bilan « d'extension »

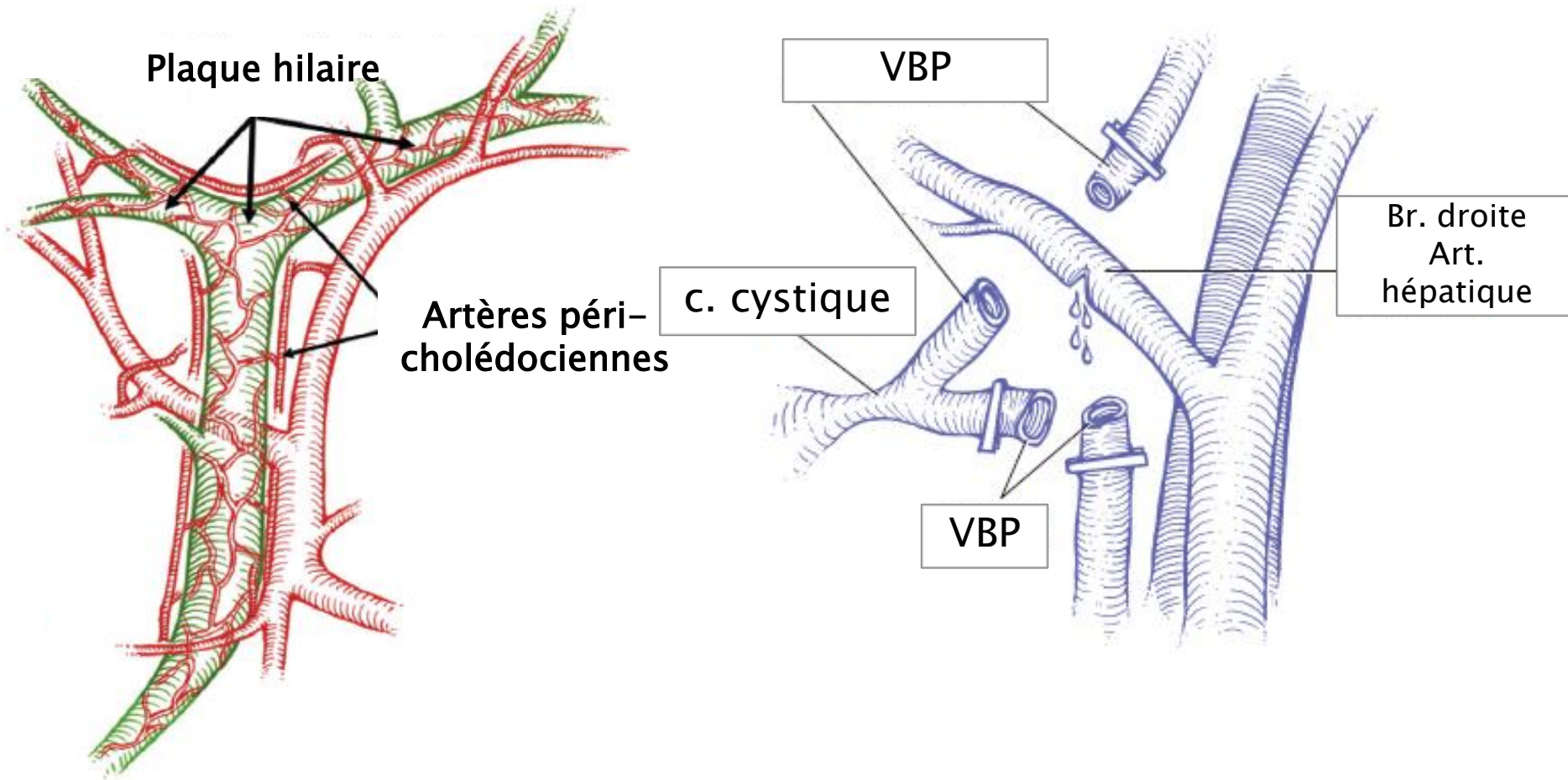
**Plaie vasculaire associée
=> Artérielle**

20 à 40 %



Scanner injecté 3 temps ou Angio-IRM

Plaies vasculaires



Bilan « d'extension »

Compte-rendu opératoire de la cholécystectomie



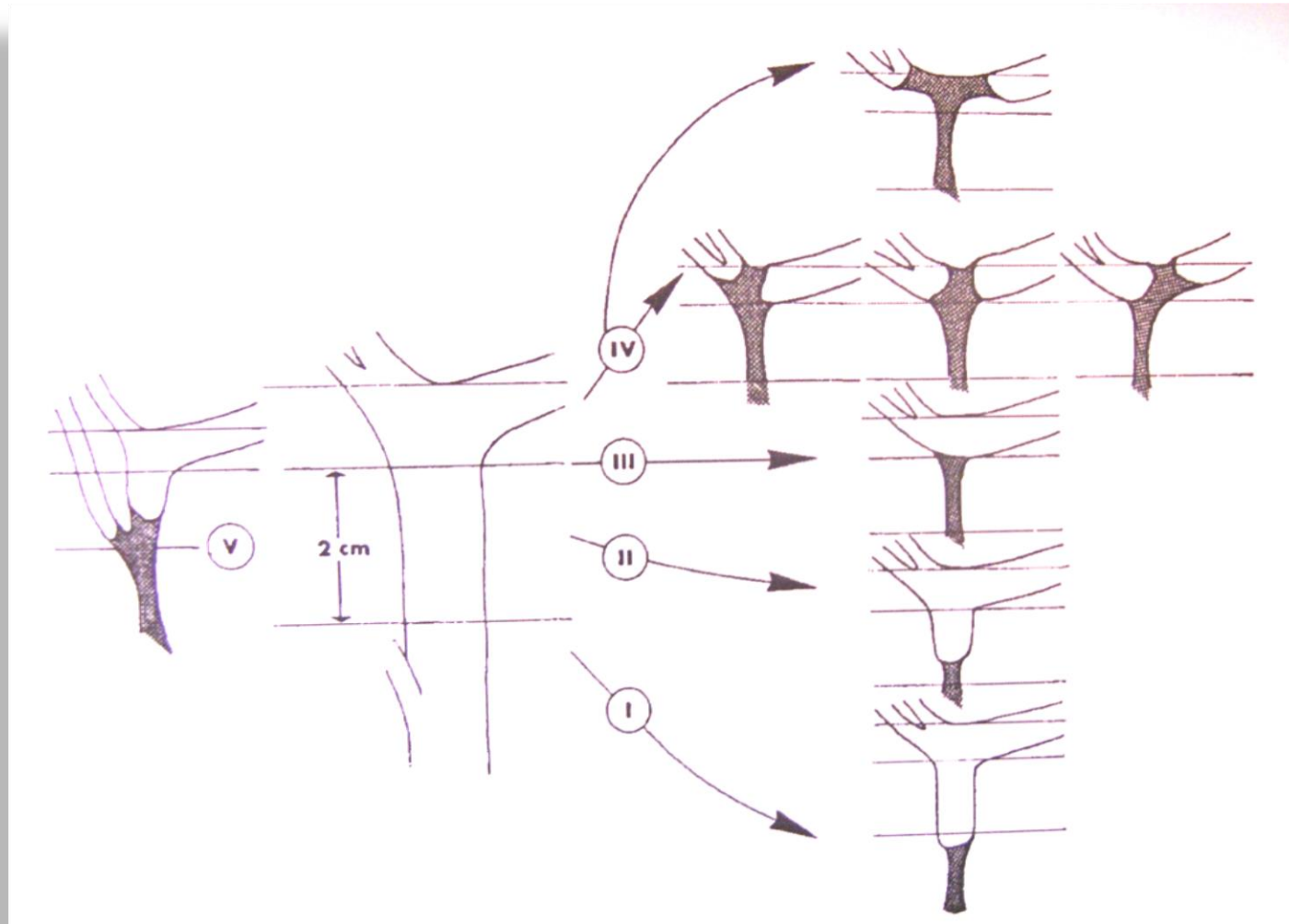
Nombre de clips



Hémorragie

Cholangiographie

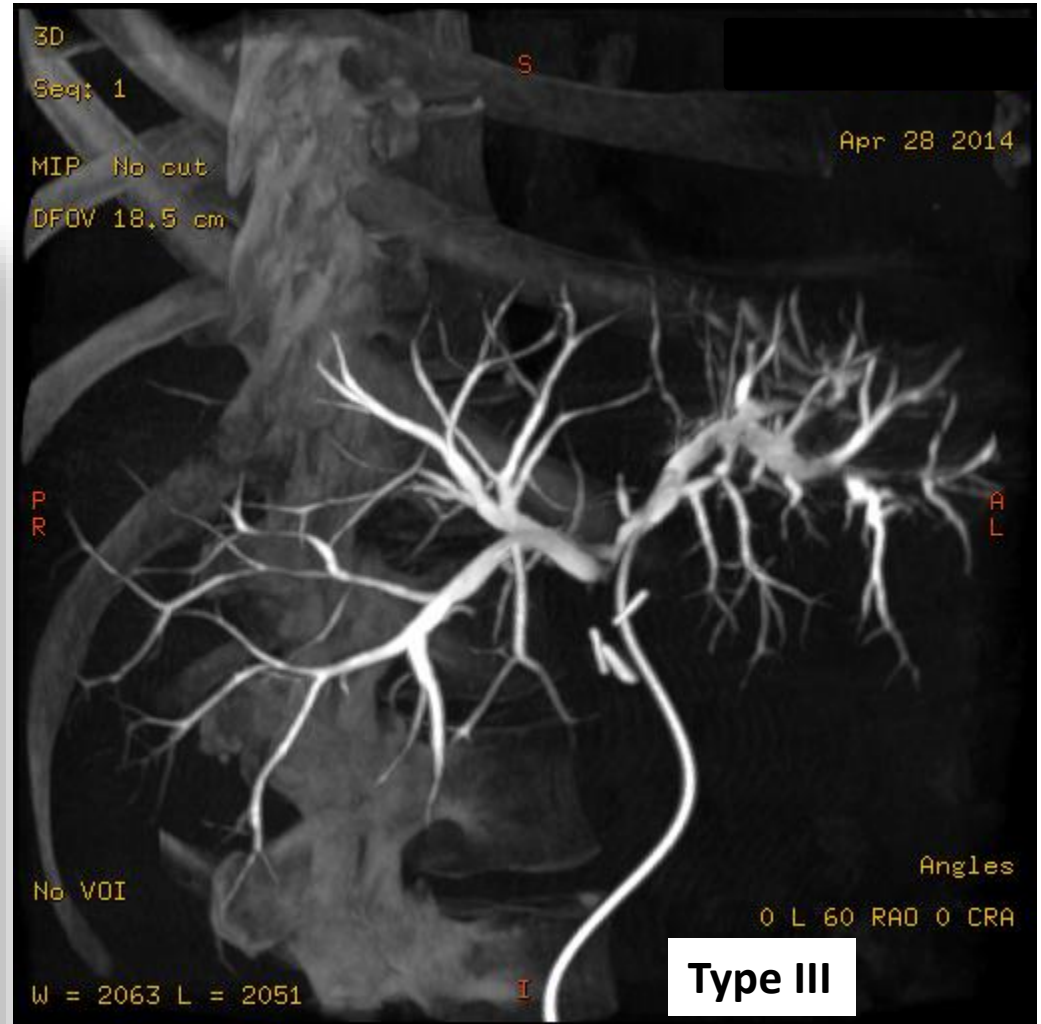
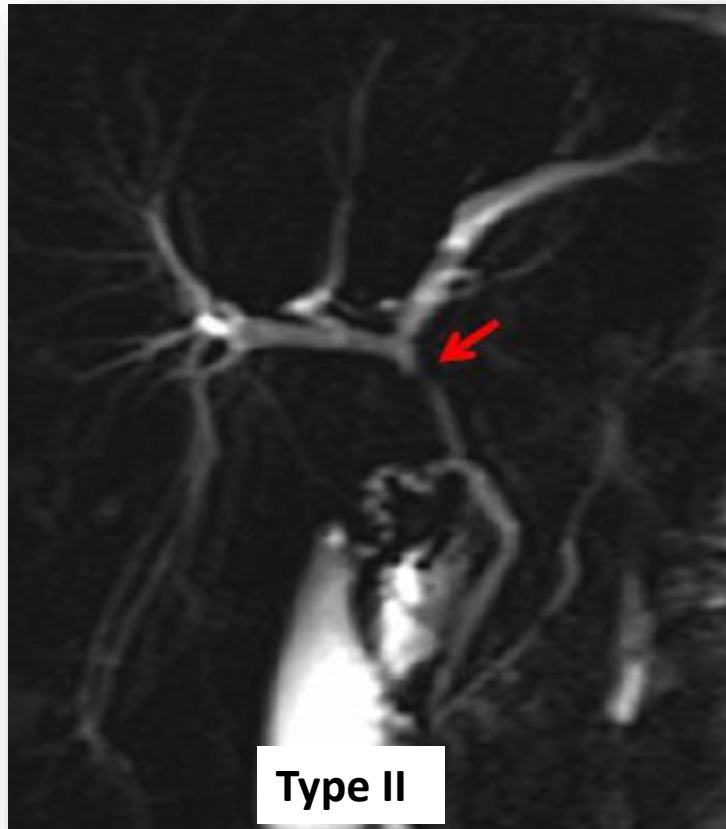
Classer la sténose...pour bien la traiter



Classification de Bismuth

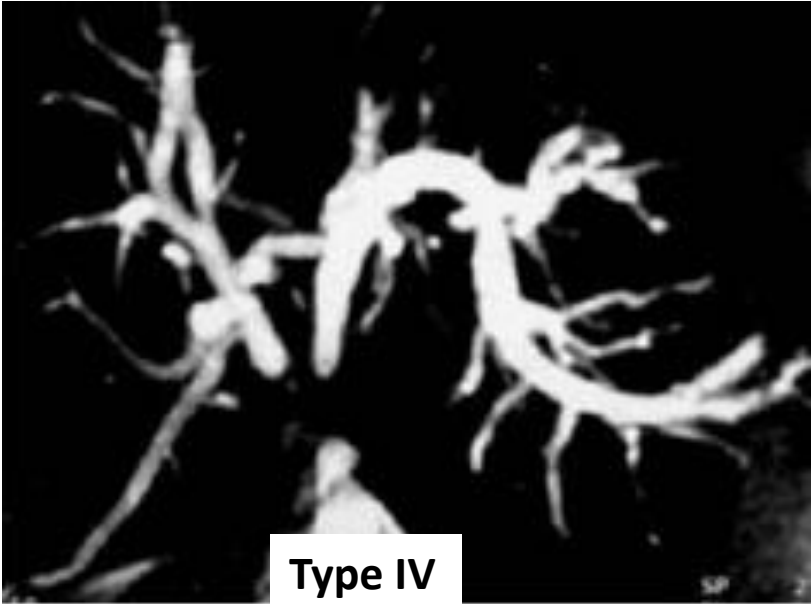
Cholangio-IRM

Diagnostic topographique

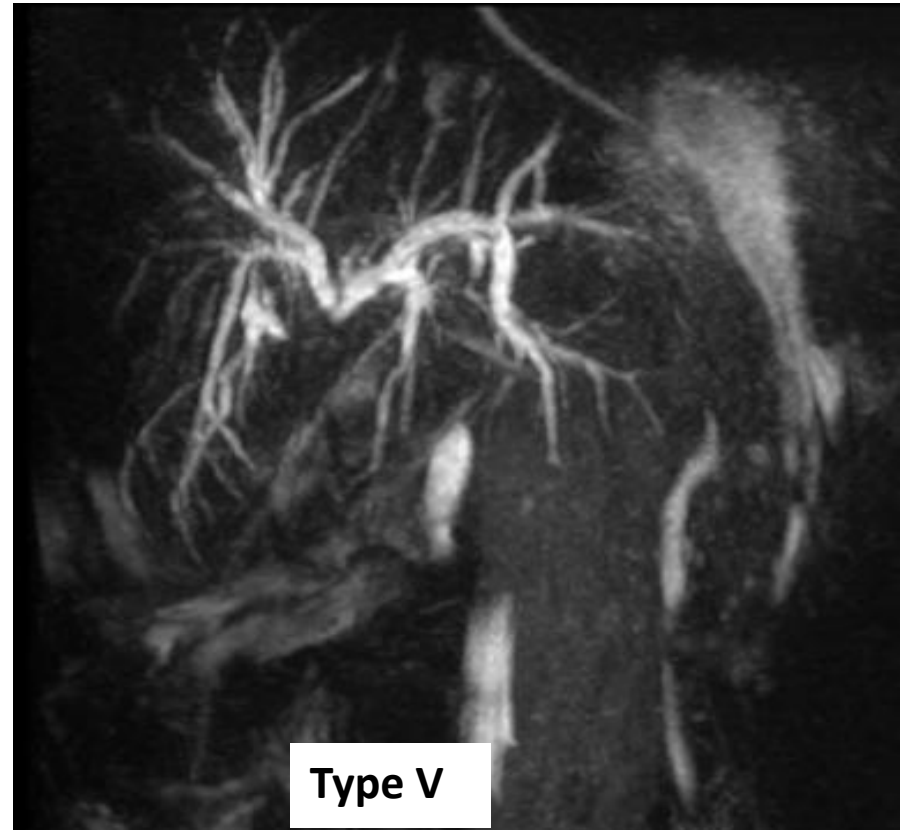


Cholangio-IRM

Diagnostic topographique

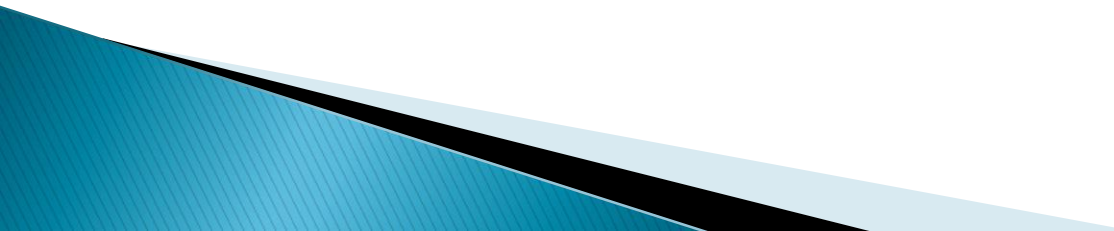


Type IV



Type V

Le traitement : les moyens

- ▶ **La chirurgie**
 - ▶ **La radiologie interventionnelle**
 - ▶ **L'endoscopie**
- 

Le traitement

ATTENTE

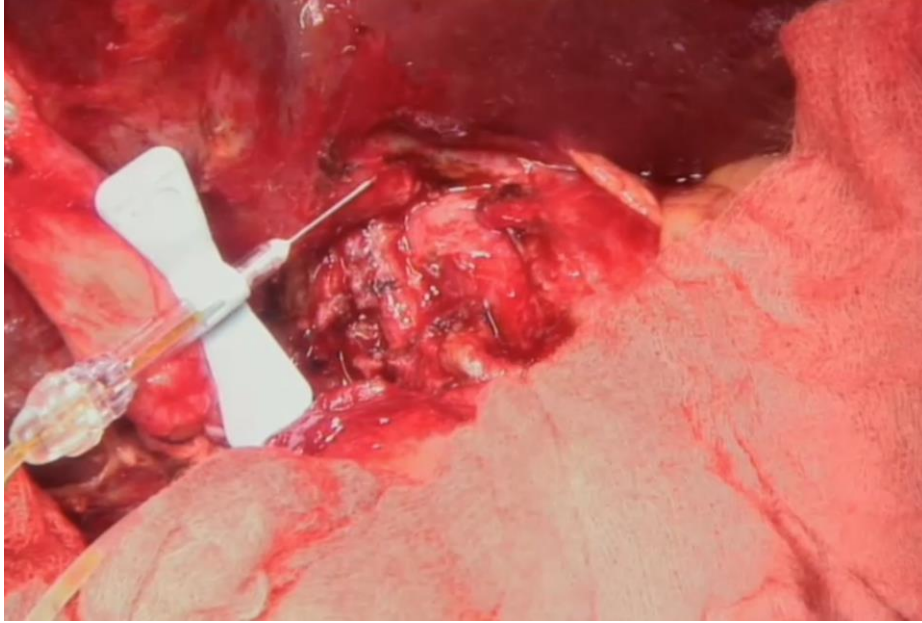
**Sténose bénigne de la
VBP**



Drainage biliaire

Réparation biliaire

La réparation biliaire par anastomose hépatico-jéjunale



Toujours :

Cholangiographie per-op a l'aiguille

Cartographie complète

Anastomose muco-muqueuse

Fils fins résorbables

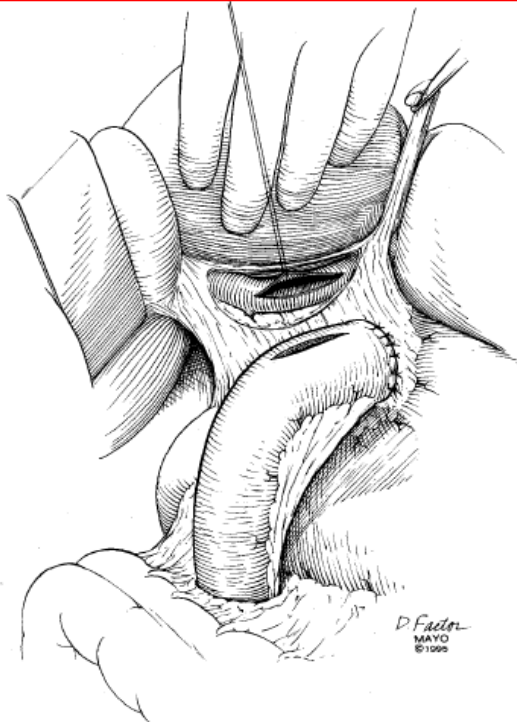
Lunettes grossissantes

Drainage intra-abdominal



La réparation biliaire par anastomose hépatico-jéjunale

Procédure de Hepp-Couinaud



Toujours :

Cholangiographie per-op a l'aiguille

Cartographie complète

Anastomose muco-muqueuse

Fils fins résorbables

Lunettes grossissantes

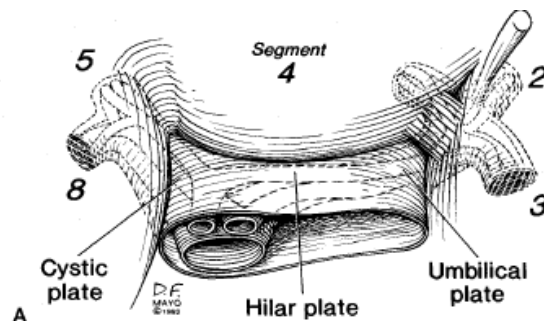
Drainage intra-abdominal

En fonction du type :

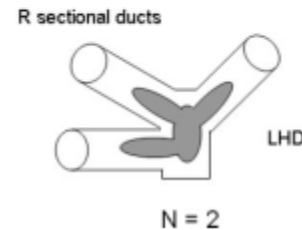
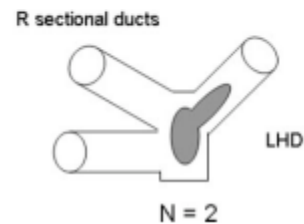
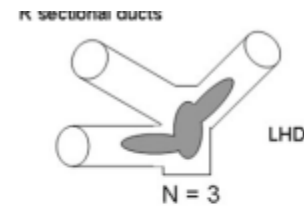
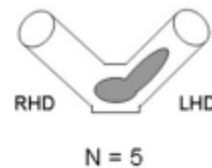
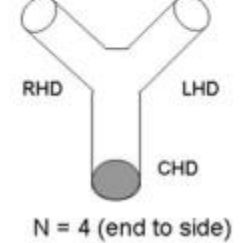
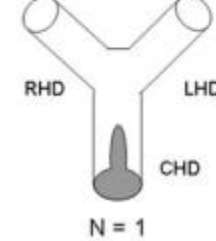
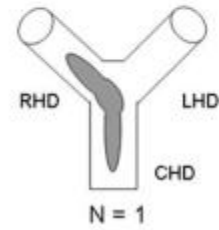
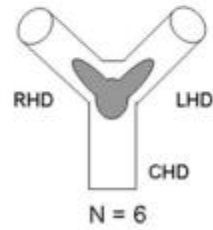
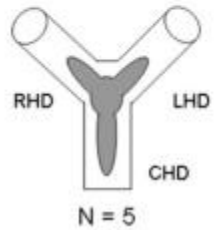
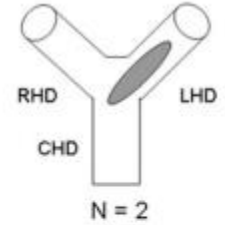
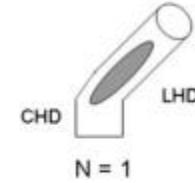
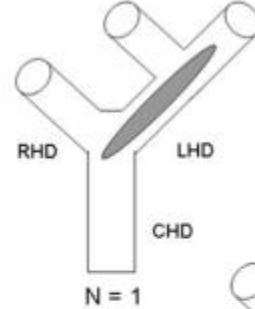
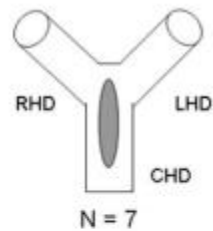
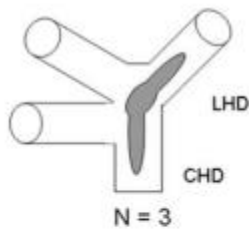
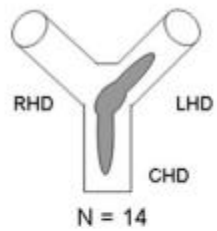
Abaissement de la plaque hilare

Ouverture du canal gauche

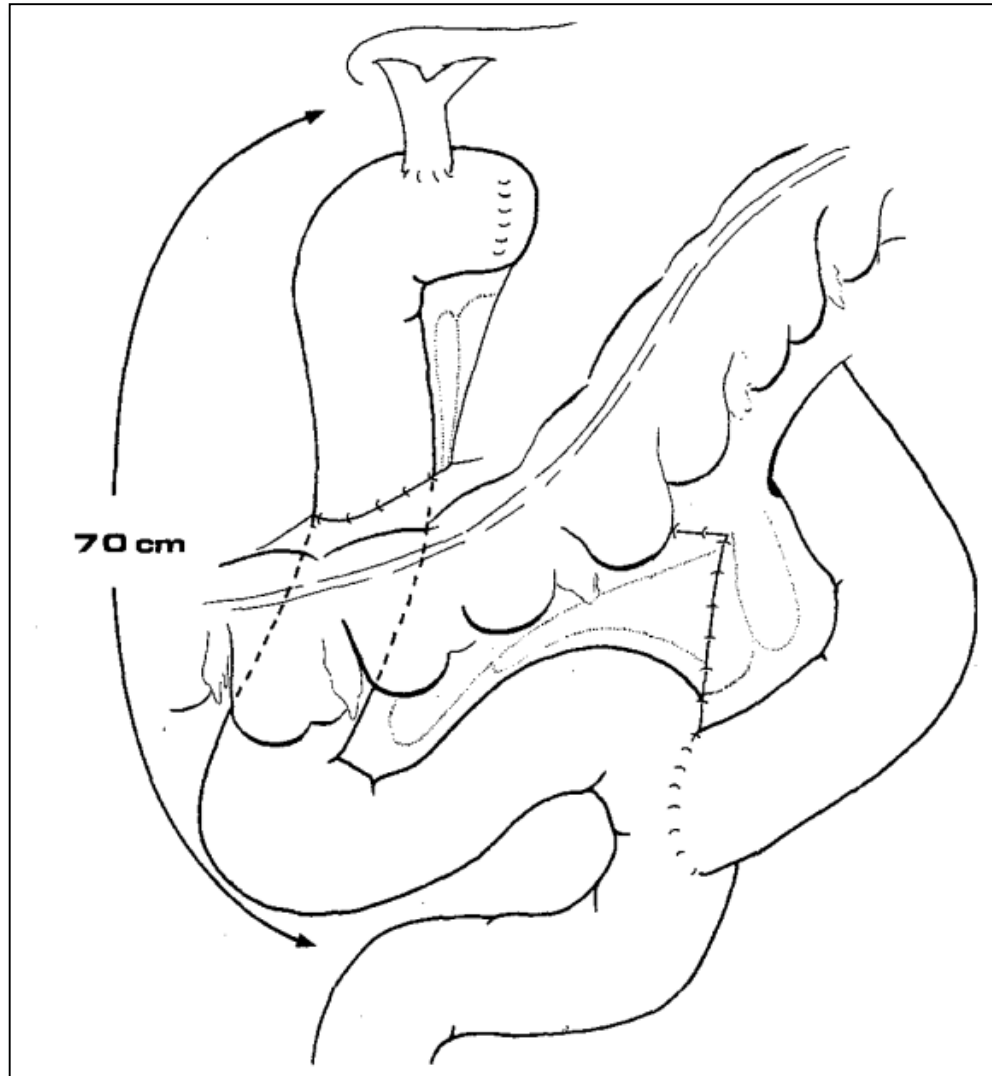
Plusieurs anastomoses



La réparation biliaire par anastomose hépato-jéjunale



La réparation biliaire par anastomose hépatico-jéjunale



SURGERY

FEBRUARY 1978

Gynecology & Obstetrics

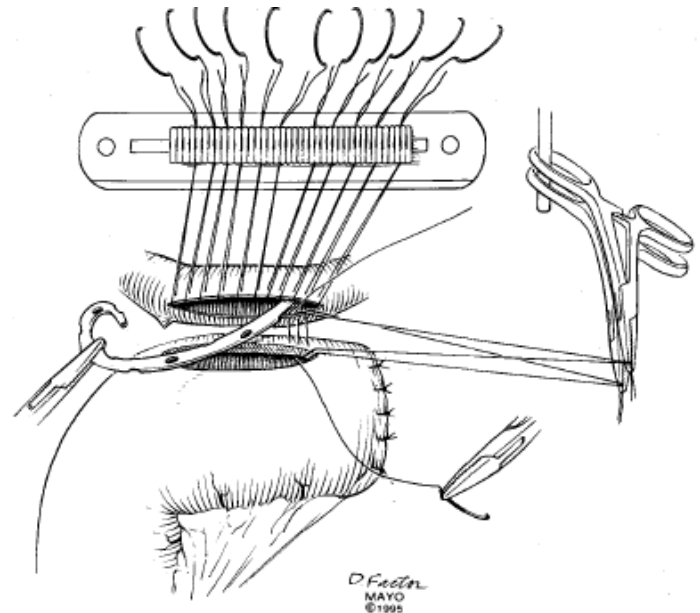
VOLUME 146
NUMBER 2

LONG TERM RESULTS OF ROUX-EN-Y HEPATICOJEJUNOSTOMY

Henri Bismuth, M.D., Dominique Franco, M.D., *Villejuif, France*,
Marvin B. Corlette, M.D., *Cambridge, Massachusetts*, and Jacques Hepp, M.D.,
Villejuif, France

Les controverses

- ▶ Drainage systématique des voies biliaires avant l'opération et après l'opération ?*
- ▶ Quel délai pour la chirurgie ?
 - 5 semaines a Baltimore, 3 mois en France...



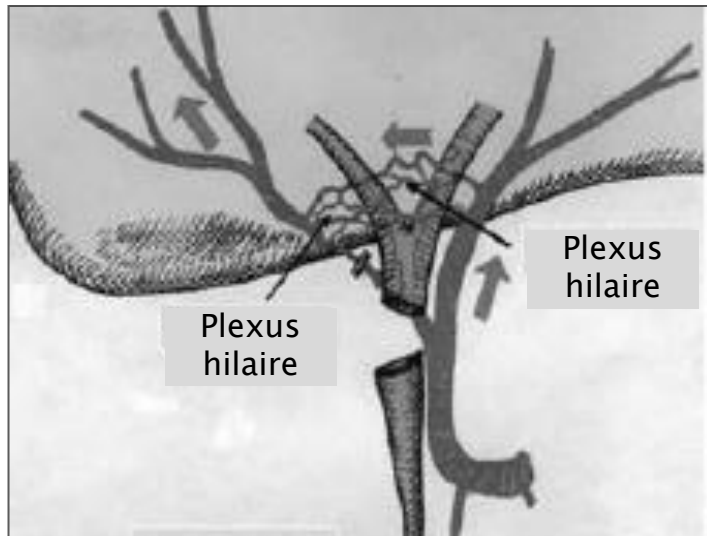
*Arch Surg 2002 ; Surgery 1995

Les autres traitements chirurgicaux

Hépatectomie associée

< 1 % des hépatectomies
5 % des plaies de la VBP

- Dégâts biliaires sectoriels droits
- Lésions vasculaires graves
- Empièrrement
- Prothèse métallique



Atrophie hépatique

Les autres traitements chirurgicaux

Hépatectomie associée

< 1 % des hépatectomies
5 % des plaies de la VBP

- 
- Dégâts biliaires sectoriels droits
 - Lésions vasculaires graves
 - Empièrrement
 - Prothèse métallique

Transplantation hépatique

0,5 à 3 % des plaies de la VBP
< 1 % des indications de TH

- 
- Cirrhose biliaire secondaire décompensée
 - Cholangite diffuse

Opérations difficiles....

Résultats



Type d'hépatectomie (36 patients, 37 gestes)	Nombre	Délais extrêmes	Divers
Transplantation	2	A8 M117	Puis Re-TH à A+4 1 à M39 d' une hépat G
Lobectomie droite	2	J90 – M2	1 décès
Hépatectomie droite	17	J12 – A32	1 décès (hépat J12)
Hépatectomie gauche	5	M5 – A13	
Lobectomie gauche	2	M19 – M33	
Hépatectomie VI-VII	9	M3 – A10	

Transplantation = 0,3 % ; Hépatectomie = 5,3 %

Les traitements non chirurgicaux

- ▶ En cas de sténose de type I ou II (si sténose non complète) et pour des cas particuliers (CI chirurgicale)
- ▶ En cas d'échec d'une réparation haut située
 - Dilatation endoscopique ou percutanée
 - Drain biliaire mixte ou endoprothèses plastiques
 - Calibrage long... (12 mois)

Les traitements non chirurgicaux

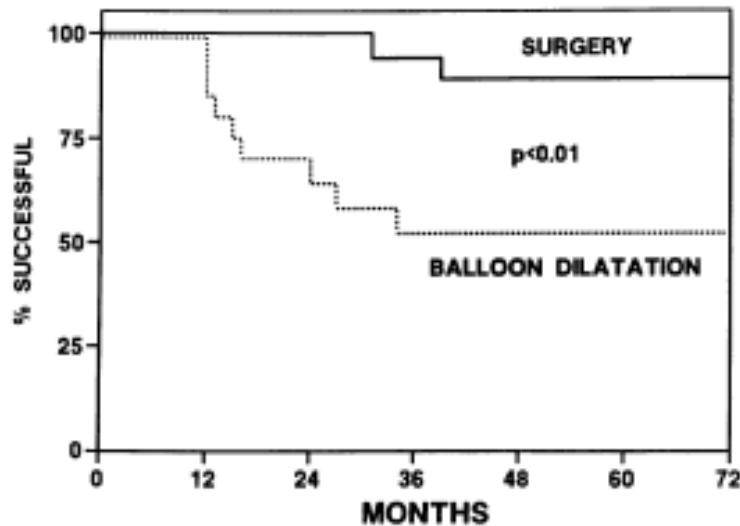
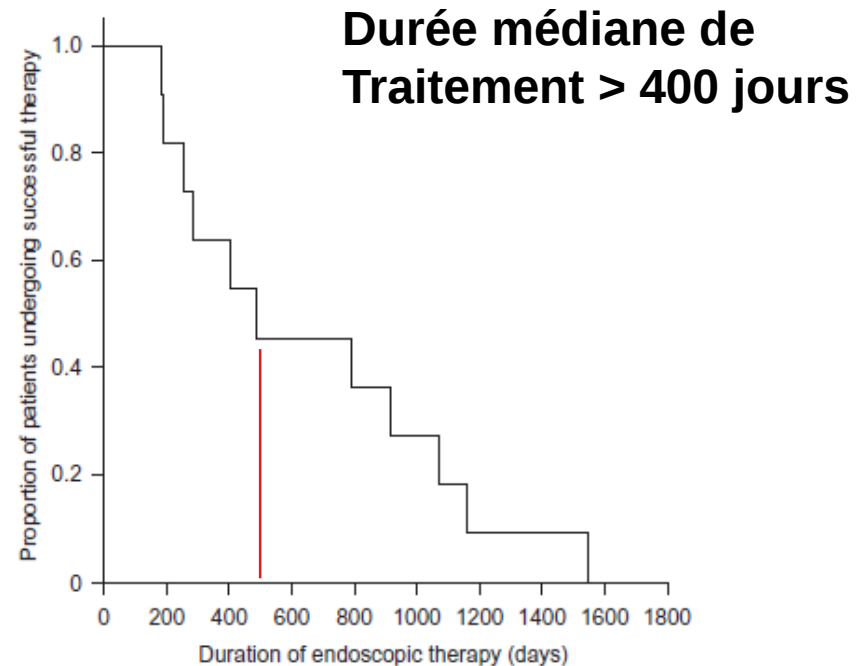


FIG. 3. Actuarial success rates over 72 months for surgery (89%) and balloon dilatation (52%). The difference is statistically significant ($p < 0.01$).



Pas de prothèse métallique ; plus adapté à la fistule qu'à la sténose

Résultats (Étude multicentrique)

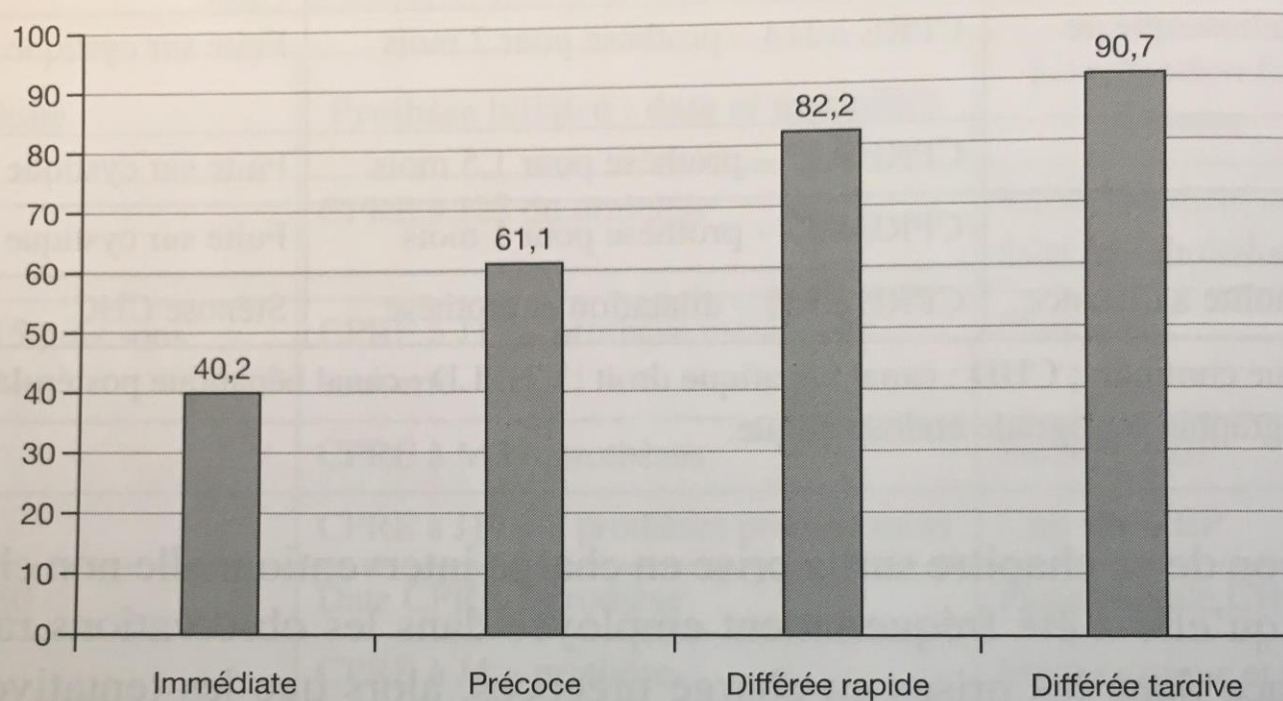
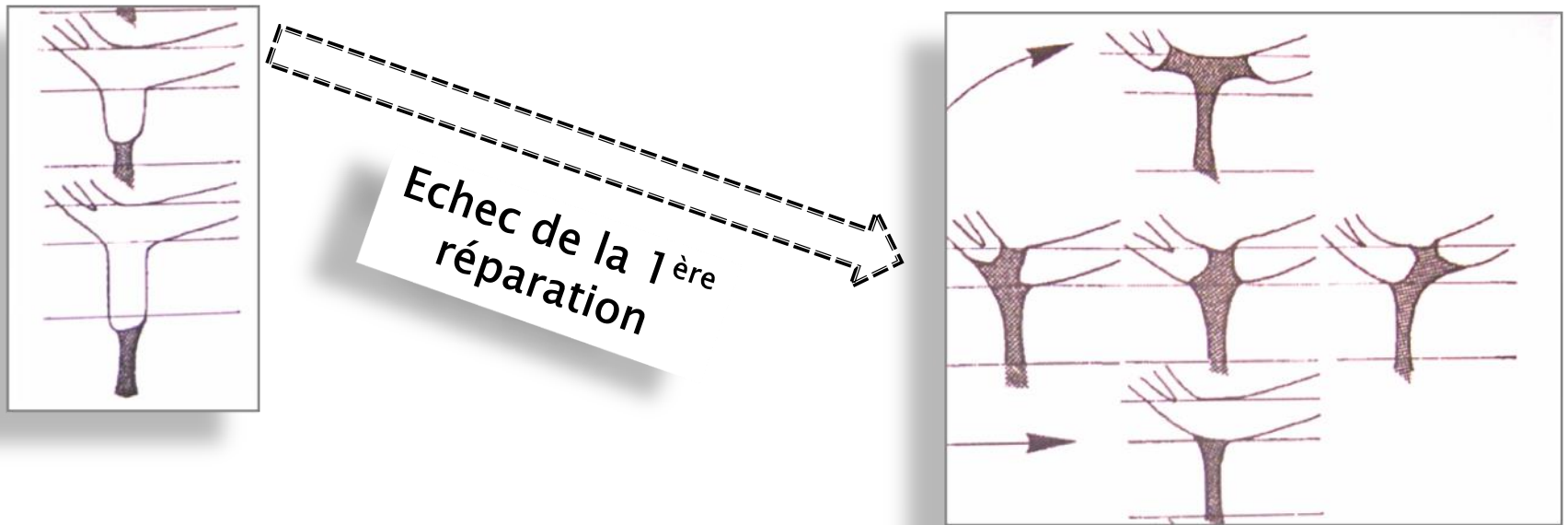


FIG. 27 : Taux de patients sans prise en charge ultérieure selon la période de réparation biliaire.

Conclusion

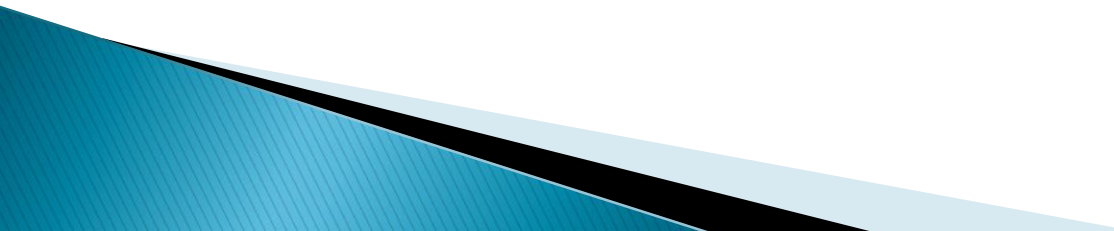
Le traitement peut et doit être le plus souvent la réparation chirurgicale

Ne pas se tromper dans la prise en charge initiale



PATIENCE !

Cas clinique

- ▶ Patiente de 55 ans
 - ▶ 49 kg, 1m56 (IMC 20)
 - ▶ Cholécystectomie coelioscopique pour cholécystite
 - ▶ Réhospitalisée en urgence à J15 pour ictère nu
 - ▶ Bilirubinémie : 200, GGT : 800, PAL : 1300, TGO : 238, TGP : 216, CRP : 47, Leucocytes : 7000
- 



100 mm



100 mm



120 mm

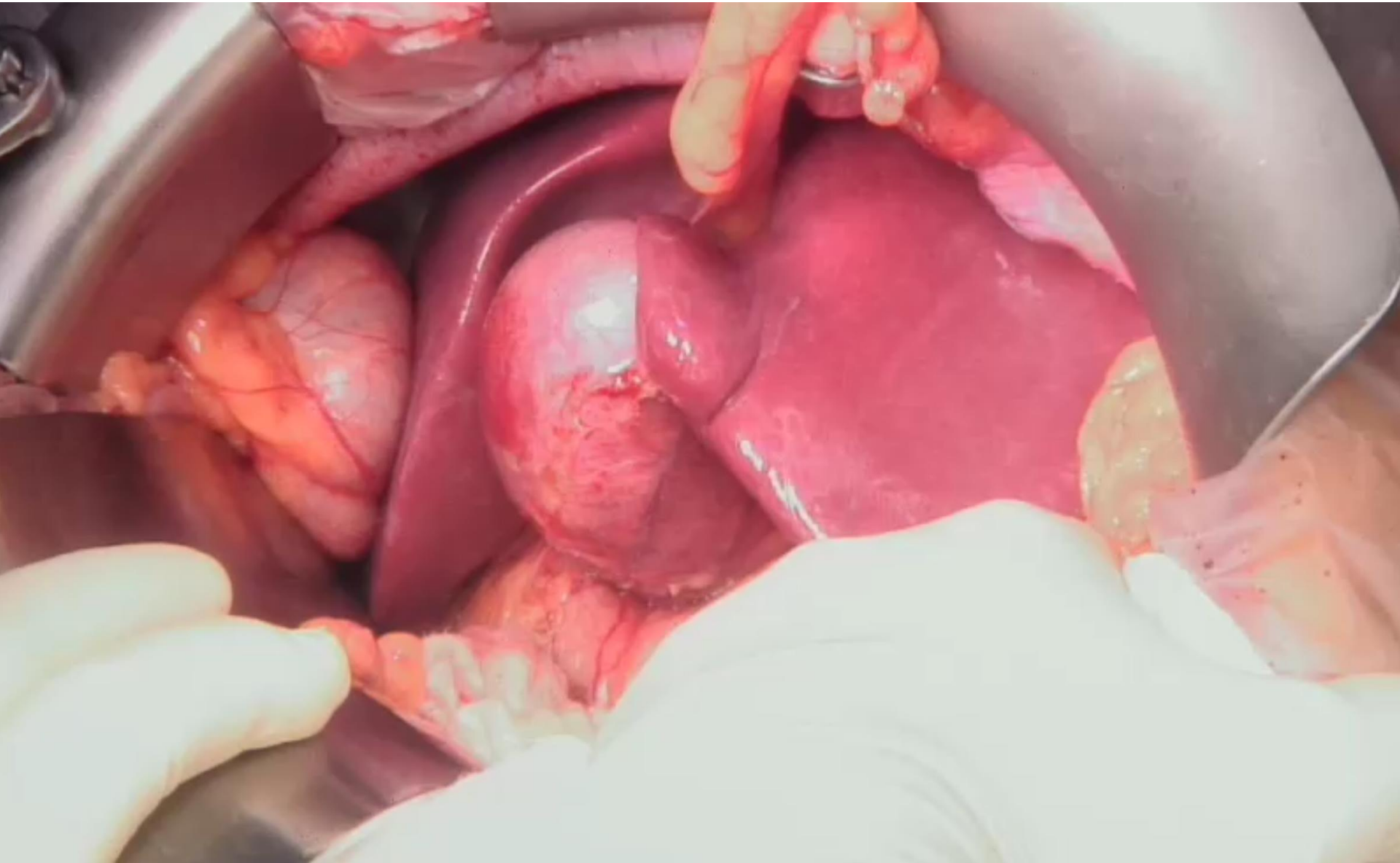
Cas clinique

- ▶ Diagnostic ?



120 mm

Cas clinique



Cas clinique

- ▶ Diagnostic ?
- ▶ Prise en charge ?

CH RANGUEIL
DR COLLOT

A22655763839
F Nov 19 1960
3D CT, 20d/s 1295mm
A24344520314
Mar 30 2016
10:37:22

R
P

L
A

(Filt. 6)

FOV: 40x40 cm
RAO: 4.1 deg
CRA: 0.1 deg
L: 0.1 deg
Tilt: 0 deg
Mag = 1.01
FL: ROT:

Seq: 12
FRAME = 149 / 291

Cas clinique

- ▶ Drainage biliaire externe
 - ▶ Prise en charge ?
 - Retour domicile 7 jours après le drainage biliaire
 - Patience....
 - 2 hospitalisations pour repositionner les drains...
 - Réparation biliaire prévue à M3
- 