

Vendredi 1^{er} février 2013

JOURNÉE DE
GASTRO-ENTEROLOGIE
DU GH PARIS CENTRE COCHIN-VAL DE GRACE

Place de l'écho-endoscopie dans la cholécystite aigue



Dr Sarah LEBLANC

Vendredi 1^{er} février 2013

JOURNÉE DE
GASTRO-ENTEROLOGIE
DU GH PARIS CENTRE COCHIN-VAL DE GRACE

*Ou
Quand doit-on suspecter
une LVBP avant une
cholécystectomie pour
cholécystite aigue
lithiasique?*



Dr Sarah LEBLANC

Cholécystite aiguë lithiasique: diagnostic

Critères de Tokyo

Masahiko Hirota et al, J Hepatobiliary Pancreat Surg 2007

(B) Final version of diagnostic criteria for acute cholecystitis

- | | |
|-----------------------------------|--|
| A. Local signs of inflammation | (1) Murphy's sign, (2) RUQ mass/pain/tenderness |
| B. Systemic signs of inflammation | (1) Fever, (2) elevated CRP, (3) elevated WBC count |
| C. Imaging findings ^a | Imaging findings characteristic of acute cholecystitis |

Definite diagnosis

- (1) One item in A and one item in B are positive
- (2) C confirms the diagnosis when acute cholecystitis is suspected clinically

Cholécystite aiguë lithiasique: diagnostic



Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010

Signes cliniques

- Douleur hypochondre droit
- Murphy clinique
(absent personne âgée)

Signes biologiques

- \nearrow CRP et/ou PNN
- Tests hep svt normaux

Signes radiologiques: Echo abdo > TDM

- épaissement de la paroi vésiculaire (> 4 mm)
- présence d'un liquide péri-vésiculaire
- douleur au passage de la sonde sur l'aire vésiculaire
= signe de Murphy radiologique
- image de calcul intravésiculaire

Se 94% Spe 78%
VPP > 90% si association 2 signes

Cholécystite aiguë lithiasique: Prise en charge

Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010



**Plusieurs
possibilités**

Si LVBP associée:

- Chirurgie par laparotomie
- « Tout Coelioscopique »
- Traitement combiné:
 - Sphinctérotomie + Cholécystectomie coelio
 - Cholécystectomie Coelio puis SE post-op

**Selon expertise
locale**

Cholécystite aiguë lithiasique: Prise en charge

Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010



Chez les malades présentant une lithiase de la VBP et ayant leur vésicule en place, le traitement de la lithiase de la VBP peut-être réalisé par voie chirurgicale dans le même temps opératoire ou par un TE en péri-opératoire (Grade A).

La prise en charge par chirurgie seule ou par chirurgie associée au traitement endoscopique doit tenir compte des compétences de chaque centre (Grade C).

Cholécystite aiguë lithiasique: Prise en charge



Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010

Plusieurs
possibilités

- Chirurgie par laparotomie
- « Tout Coelioscopique »



Pas de place pour l'EEH
Discussion de la cholangio per-
opératoire si facteurs prédictifs de LVBP

Selon expertise
locale

Cholécystite aiguë lithiasique: Prise en charge



Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010

Plusieurs
possibilités

- Chirurgie par laparotomie
- « Tout Coelioscopique
- Traitement combiné



**Place de l'EEH à définir
En fonction de la probabilité de LVBP**

Selon expertise
locale

Epidémiologie CAL et LVBP

- Incidence LVBP: 10-18% des cholécystectomies
- Valeur des tests hépatiques?
 - Souvent normaux lors CAL
 - Ou faiblement perturbés (pédiculite, cholestase sur sepsis)
- « Aucune étude randomisée n'a été publiée sur l'intérêt ou non de la recherche **systematique** de calcul de la VBP en pré-opératoire »
- Etablissement de **scores prédictifs** de LVBP
 - études rétrospectives
 - hors contexte de CAL

Quand rechercher une LVBP?

Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010



- **Critères retenus pour diagnostic pré-op de probabilité:**
 - Âge > 55-70 ans
 - ATCD ictère ou cholestase biologique
 - Echographie: Dilat VBP > 6mm ou présence calcul VBP
- **Si critères pré-op tous négatifs (VPN 95%)**
 - Pas d'exploration supplémentaire pré-op ni cholangio per-op (grade B)
- **Si critères +:**
 - Exploration de 2^{ème} ligne: Bili-IRM ou EEH +/- CPRE (grade B)
 - Ou Cholangio per-op si traitement chirurgical de LVBP envisagé

Comment rechercher une LVBP: EEH ou IRM?

- La cholangiographie par CPRE **non recommandée** à titre diagnostique
 - moins performante que EEH
 - plus invasive si pas de calcul

Polkowski gut 1999, Sugiyama GIE 1997

- **Echo-endoscopie vs Bili-IRM?**

	Se	Spe	VPP	VPN
EE	0.93	0.96	0.93	0.96
CP-IRM	0.85	0.93	0.87	0.92

Méta-analyse Verma GIE 2006

Comment rechercher une LVBP: EEH ou IRM?

- **Echo-endoscopie vs Bili-IRM vs cholangiographie per-opératoire?**

Type d'examen	Sensibilité	Spécificité
Écho-endoscopie	84–100 %	96–100 %
Bili-IRM	60–100 %	60–100 %
	100 % si calcul > 1 cm	
	71 % si calcul < 5 mm	
Cholangiographie peropératoire	97–100 %	98 %

- Performances comparables EE et IRM: > 90% Se
- Avantage de l'EE pour les calculs < 5mm? ↓ Se IRM 70%
- Cholangio per-op moins réalisée lors coelio (risque plaie VBP, temps, coûts)

Examen à discuter selon

- disponibilités pratiques = accès en urgence
- possibilité de CPRE dans le même temps

Comment rechercher une LVBP: EEH ou IRM?

Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010



- Cet examen pourrait être une **Bili-IRM** qui ne nécessite pas d'anesthésie, **ou une écho-endoscopie** qui peut être suivie en cas de confirmation diagnostique d'une sphinctérotomie endoscopique durant la même anesthésie (Grade B).
- Si pas d'examens pré-opératoires mais critères prédictifs de LVBP positifs, indication à une cholangiographie per-opératoire

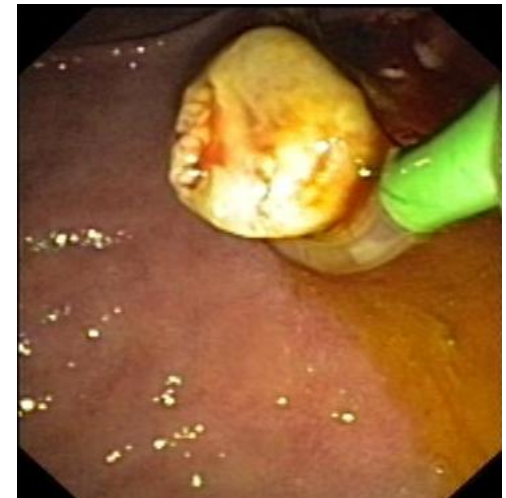
*Williams EJ Gut 2008
Guidelines on the management of common bile duct stones*

Place de l'EE dans la CAL: en pratique



Stratégie médico-chirurgicale adoptée à Cochin

- Fondée sur les possibilités du plateau technique d'endoscopie
- EEH + CPRE même temps anesthésique
- Identifications des patients à risques de LVBP



Cholécystite Aigue Lithiasique

Suspicion préopératoire de LVBP

OUI

Prise en charge précoce

1. Echo- endoscopie préopératoire +/-SE dans les 24-48h
2. Chirurgie dans les 24-48h suivantes

NON

Cholécystectomie
coelioscopique
dans les 72h

Situations difficiles:
découverte peropératoire
d'une LVBP