Vendredi 1er 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 1er 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 aigue 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 aigue lithiasique: diagnostic

Prise en charge de la lithiase biliaire
Recommandations de Pratiques Cliniques 2010

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE

Signes cliniques

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

Signes biologiques

- ↗ CRP et/ou PNN
- Tests hep svt normaux

Signes radiologiques: Echo abdo > TDM

- épaississement 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 aigue lithiasique: Prise en charge

Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

SNFGE

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 aigue lithiasique: Prise en charge

Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

SNFGE

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 aigue lithiasique: Prise en charge

Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE

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 aigue lithiasique: Prise en charge

Prise en charge de la lithiase biliaire

Recommandations de Pratiques Cliniques 2010

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

SNFGE

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 **systématique** 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

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

SNFGE

- **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 2ème 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

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie

SNFGE

- 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

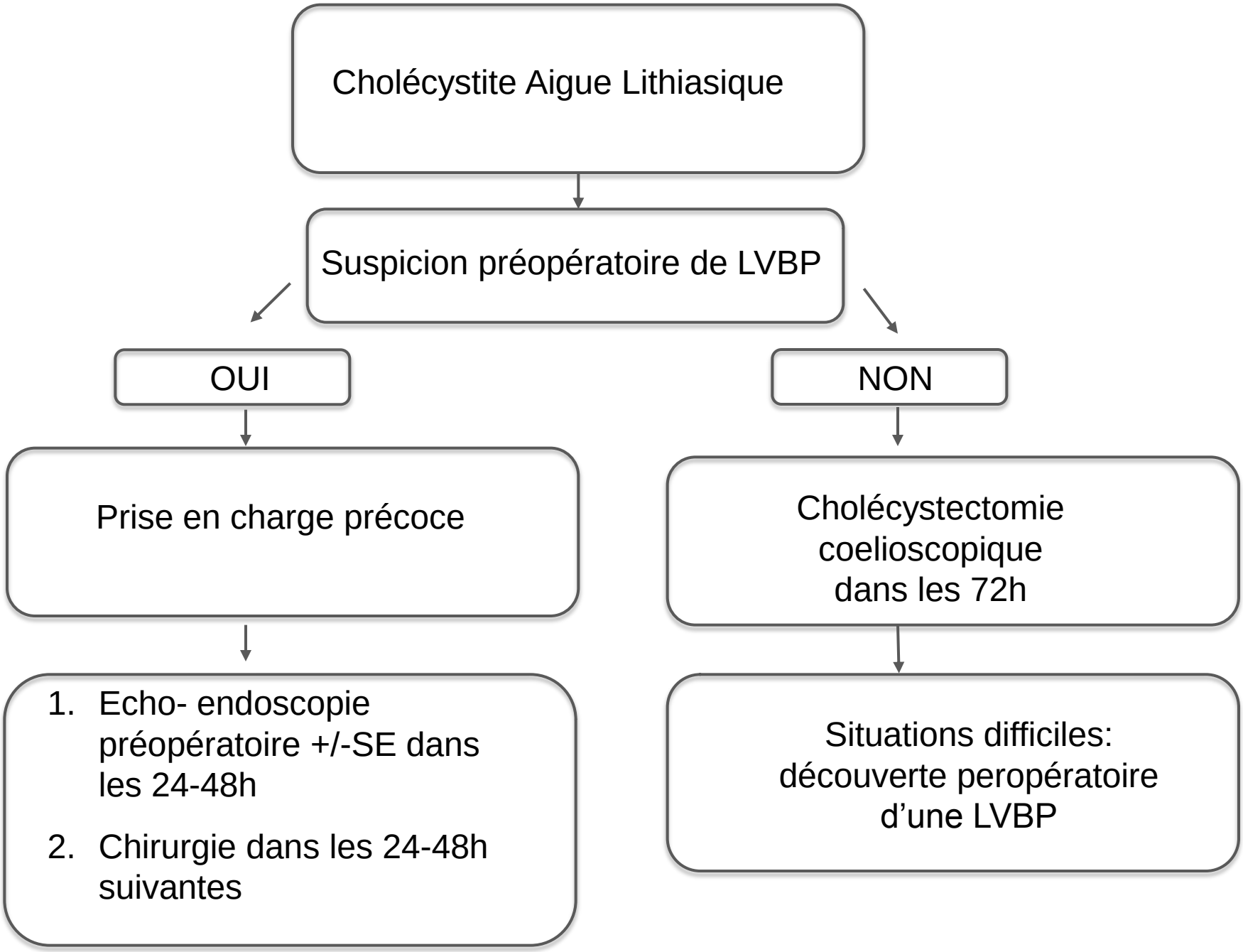
Williams EJ Gut 2008

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
NON
Prise en charge précoce
Cholécystectomie coelioscopique dans les 72h
1. Echo- endoscopie préopératoire +/-SE dans les 24-48h
2. Chirurgie dans les 24-48h suivantes
Situations difficiles: découverte peropératoire d'une LVBP