

CHOLANGIOGASTROSTOMIE

Technique, indications et résultats

(à propos de 4 cas)

CHOLANGIOGASTROSTOMY

Technique, indications and results

(about 4 cases)

شق المعدة الكبدي حسب «دو كليوتي»

(بصدد 4 حالات)

F SABBAH, A EHIRCHIOU, A M'JAHED, A HRORA, M RAISS, A BENAMER, S BAROUDI, M AHALLAT, K HOSNI, M OUDANANE, A HALHAL, A TOUNSI.

ملخص : تمثل التضيقات الورمية للمسالك الصفراوية احدى المشاكل الاكثر تعقدا للجراحة الكبدية الصفراوية، وتتضمن الطرق الملطفة تخفيف المسالك الصفراوية واليرقان والحكة – وبالفعل، عرف التنظير الداخلي والتصوير الاشعاعي تطورات عديدة ولكن ومازالت الجراحة تحتفظ بمكانتها داخل القرصنة العلاجية لهذه التضيقات. في هذا النطاق يعتبر شق المعدة الكبدي «دو كليوتي» احدى الاختيارات الجراحية الجيدة المقدمة للمرضى وهي طريقة سهلة ذات نتائج وظيفية سارة. بخصوص الاربع حالات التي تم اختيارها بالمصلحة الجراحية «س» التابعة لمستشفى ابن سينا بالرباط، ومن خلال مراجعة المنشورات الطبية، نحدد مبدأ ونتائج هذه التقنية.

Résumé : Les sténoses malignes des voies biliaires représentent l'un des problèmes les plus complexes de la chirurgie hépato-biliaire. Les méthodes palliatives consistent à décompresser les voies biliaires et soulager l'ictère et le prurit. Certes, l'endoscopie et la radiologie interventionnelle ont connu de nombreux progrès mais la chirurgie garde toujours sa place dans l'arsenal thérapeutique de ces sténoses. La cholangiogastrostomie selon Dogliotti modifié est l'une des meilleures alternatives chirurgicales offerte à ces malades; c'est une technique facile dont les résultats fonctionnels sont satisfaisants. A propos de 4 cas colligés dans notre service et à travers une revue de la littérature, le principe et les résultats de cette technique sont précisés.

Mots-clés : Sténose biliaire, cancer biliaire, cholangiogastrostomie.

Abstract : Malignant biliary obstruction represent one of the most complicated problems of hepato-biliary surgery. Palliative methods consist in decompressing biliary tracts and relieving icterus and pruritus. Certainly endoscopy and interventional radiology have known numerous progresses, but surgery always keeps its place in therapeutic arsenal of these stenoses. Hepatogastronomy, according to modified Dogliotti, is one of the best surgical alternatives given to these sick people ; it is an easy technique whose functional results are satisfactory. Concerning these 4 cases selected at surgical clinic 'C' of Ibn Sina hospital, Rabat, and through literature review, the principle and results of this technique are specified.

Key-words : Biliary stenosis, biliary cancer, cholangiogastrostomy

INTRODUCTION

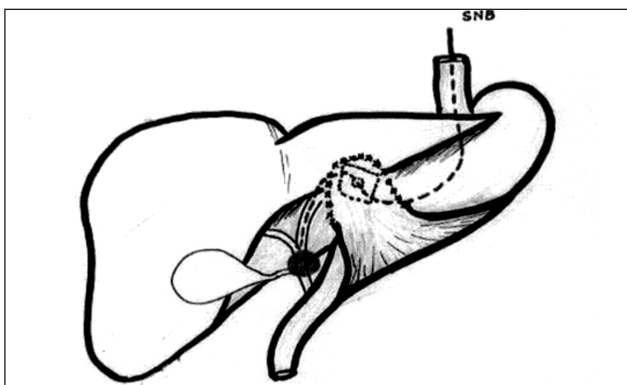
Le traitement palliatif des sténoses néoplasiques des voies biliaires vise à rétablir le flux biliaire permettant la disparition de l'ictère et du prurit. Il fait appel, soit aux méthodes non opératoires (radiologiques et/ou endoscopique), soit à la chirurgie de dérivation bilio-digestive intrahépatique distale. En effet, quand l'abord hilaire est impossible la cholangiogastrostomie reste une technique, d'exécution rapide, facile et efficace. A ce propos nous rapportons 4 cas de cholangiogastrostomie réalisés au service.

MATERIEL D'ETUDE

OBSERVATION n°1:

Mme F.A âgée de 40 ans est cholécystectomisée en Août 1997. L'examen anatomopathologique montre un adénocarcinome colloïde muqueux. Elle est réhospitalisée en décembre 1997 pour ictère rétionnel avec hyperbilirubinémie totale à 180 mg/l et un taux de phosphatases alcalines leucocytaires à 450 UI/l. Le scanner abdominal montre une dilatation des voies biliaires intrahépatiques en amont d'une sténose hilaire. La laparotomie confirme l'envahissement du hile avec carcinose péritonéale. Une cholangiogastrostomie sur le canal biliaire du segment III est réalisée sur drain tuteur extériorisé par le nez (figure 1). Les suites opératoires sont marquées par une diminution de l'ictère, disparition du prurit. Au 24^{ème} jour, la bilirubinémie totale à 60 mg/l. La patiente est décédée en février 1999.

Fig.1



Cholangiogastrostomie sur le canal du segment III

OBSERVATION n°2 :

Mme A. Z âgée de 60 ans, cholécystectomisée en 1993 est hospitalisée en octobre 1998 pour ictère cholestatique avec hyperbilirubinémie totale à 160 mg/l. Au scanner il existe une dilatation des voies biliaires intrahépatiques et de la voie biliaire principale en amont d'une tumeur céphalopancréatique. En per-opératoire on découvre deux métastases au niveau du segment VII du foie, une tumeur céphalo-pancréatique avancée localement avec de multiples adhérences hémorragiques

barrant l'accès au hile hépatique. Une cholangiogastrostomie sur le canal du segment III est réalisée. Au 22^{ème} jour, l'ictère a nettement régressé, le prurit a disparu et la bilirubinémie totale à 42 mg/l. La cholangiographie de contrôle a montré l'absence d'opacification de la voie biliaire principale, avec réduction du diamètre des voies biliaires intrahépatiques. La patiente est décédée en juillet 1999.

OBSERVATION n°3 :

Mme F.M âgée de 53 ans est hospitalisée en novembre 1997 pour ictère cholestatique (bilirubine totale à 110 mg/l et le taux de phosphatases alcalines leucocytaires à 593 UI/l). Au scanner il existe un épaississement du lit vésiculaire, du hile hépatique et du confluent biliaire supérieur avec dilatation des voies biliaires intrahépatiques. A l'exploration, on retrouve une tumeur de la vésicule biliaire étendue au hile du foie. Une cholangiogastrostomie latéro-latérale sur le canal du segment III est effectuée.

Au 18^{ème} jour l'ictère a diminué d'intensité, le prurit a disparu et le taux de bilirubine totale à 31 mg/l. La cholangiographie post-opératoire par drain nasobiliaire a montré l'absence d'opacification de la voie biliaire principale (figure 2). La patiente est décédée en août 1998.

Fig.2



Cholangiographie post-opératoire par drain naso-biliaire sténose du tiers supérieur de la voie biliaire principale

OBSERVATION n°4 :

Mme B.F âgée de 45 ans, cholécystectomisée en 1996 est hospitalisée en avril 1998 pour ictère cholestatique avec bilirubinémie totale à 145 mg/l. Le scanner a objectivé une dilatation des voies biliaires intrahépatiques, la voie biliaire principale est infiltrée. La laparotomie confirme un envahissement de la voie biliaire principale proximale, la patiente a bénéficié d'une cholangiogastrostomie. Les suites

opératoires sont marquées par une diminution de l'ictère et disparition du prurit. Au 35^{ème} jour, bilirubinémie totale à 44 mg/l. La cholangiographie de contrôle montre une absence d'opacification de la voie biliaire principale, avec réduction du diamètre des voies biliaires intra-hépatiques. La patiente est décédée en mai 1999.

RÉSULTATS

Il s'agit dans tous les cas de patientes ayant un ictère cholestatique franc secondaire à un cancer vésiculaire avancé et dont la durée de survie a été courte. Trois malades étaient déjà cholecystectomisées. La cholangiogastrostomie est réalisée sur drain tuteur naso-biliaire. La mortalité opératoire est nulle. La régression de l'ictère et du prurit avec réduction des taux moyens de la bilirubinémie est survenue de façon progressive. La survie moyenne est de 10,6 mois (8-13 mois), avec une période exempte de symptômes (durée de bien être) de 8,6 mois (6-13 mois) soit un taux de confort de Bismuth égal à 81,13%.

DISCUSSION

Le traitement palliatif des sténoses néoplasiques de la voie biliaire principale reste sujet à controverse [1]. Il est certain que les progrès réalisés par l'endoscopie et la radiologie interventionnelle limitent l'indication des dérivations bilio-digestives [2,3]. Leur résultats à court terme sont bons dans 80% des cas, mais le taux d'échec dépassent 20% et des complications graves peuvent survenir [2,4,5,6]: La migration et l'obstruction de la prothèse responsables d'angiocholite mortelle dans 15 à 20% des cas et nécessitant ainsi leur changement périodique. Les prothèses métalliques expansives sont proposées pour réduire ces risques. Ces méthodes nécessitent un drainage biliaire externe qui pose un problème psychosocial et représente l'une des raisons probable de mauvais résultats. Cependant, en ce qui concerne la qualité de survie, ces procédés non opératoires n'ont pas une réelle supériorité à la chirurgie palliative de dérivation bilio-digestive intra-hépatique. En effet de nombreuses équipes restent fidèles à cette chirurgie [7,8], à fortiori dans notre contexte où ces méthodes radio-endoscopiques ne sont pas toujours disponibles et réalisables. Les anastomoses cholangoentériques intrahépatique restent probablement la meilleure alternative thérapeutique qu'on peut offrir aux malades présentant une obstruction biliaire maligne non résécable.

L'approche du canal hépatique gauche selon Hepp et Couinaud [9] a été bien perçue par les chirurgiens qui se consacrent à la chirurgie biliaire. En effet ce canal a un diamètre généralement suffisant (supérieur ou égal à 1,5 cm) dépassant celui du canal hépatique droit et permettant ainsi une anastomose sûre, et un drainage biliaire fonctionnel. Plusieurs auteurs ont confirmé qu'en cas d'obstruction maligne hilaire les anastomoses bilio-digestives intra-hépatiques sont efficaces car réalisables de façon sûre et à distance de la lésion maligne [11]. Malheureusement l'obstruction de l'anastomose est inéluctable dans ces affections malignes.

Le procédé de Longmire [12] décrit en 1948 consiste à sectionner d'avant en arrière la languette distale du lobe gauche du foie permettant après hémostase le repérage du canal du segment III. On réalise une dérivation bilio-digestive en utilisant une anse jéjunale en Y de 60 cm de longueur. C'est une technique difficile surtout en présence d'adénopathies mésentériques qui raccourcissent le mésentère et accroissent le risque de lâchage anastomotique. Son inconvénient majeur est le sacrifice d'une languette du lobe gauche du foie avec donc une perte du parenchyme fonctionnel et aggravation du risque opératoire lié à l'hépatectomie sur un foie de choléstase.

Dogliotti [13] proposait en 1954 une intervention identique dans son principe mais au lieu de monter une anse jéjunale en Y, on se sert de l'estomac. C'est une méthode simple mais expose aux risques infectieux des anastomoses non exclues.

En 1957 Couinaud [14] proposait un nouveau procédé de dérivation cholangiostomique sans sacrifice du parenchyme hépatique. Le canal biliaire du segment III est abordé par ouverture première de la scissure ombilicale et la dissection du ligament rond mène sur le récessus de Rex. A ce niveau le canal biliaire se situe au-dessus et en avant du bord supérieur de la veine porte. Il est utile pour le repérer d'utiliser une aiguille montée sur une seringue où l'on maintient le vide, une fois repéré il est incisé longitudinalement à travers la gaine fibreuse glissonnienne. La cholangiogastrostomie est faite en un plan total du côté biliaire, extramuqueuse du côté gastrique, habituellement termino-latérale et sur drain tuteur extériorisé à la Wolcker. C'est une technique d'exécution facile car les organes sont fixes et juxtaposés, ce qui réduit le temps opératoire. Le risque de lâchage anastomotique est faible et la surveillance de la perméabilité de l'anastomose est jugée sur la simple présence de bile dans le liquide de drainage. Son inconvénient est le risque de reflux biliaire qui peut être maîtrisé par un traitement médical.

Ces techniques, décrites essentiellement pour les tumeurs de la voie biliaire principale proximale non résécables, sont efficaces quand les deux canaux hépatiques ne sont pas envahis. Bismuth puis Rangel [15,16] ont affirmé que ces anastomoses cholango-digestives intra-hépatiques sont effectives même en absence de communication entre les deux lobes et ont démontré que le drainage de 30 à 40% du parenchyme hépatique suffisait à la réduction de la bilirubinémie. Ces résultats sont encore plus performants quand le lobe gauche est hypertrophié.

La plus grande difficulté relevée dans la littérature était l'évaluation de l'efficacité de ces procédés, car il n'existait pas de paramètre uniformisant le langage des résultats. Bismuth en 1988 [17] a introduit un indicateur pour juger l'efficacité de la palliation, appelé le taux de confort de Bismuth qui est égale :

Durée de bien être (mois)	X 100
Survie moyenne (mois)	

Ce taux est le plus utilisé actuellement car il inclue dans l'évaluation de la qualité de vie, la disparition de l'ictère et

du prurit [16,18,19]. Dans ce cas une méthode palliative n'est considérée satisfaisante que lorsque ce taux avoisine 100%.

CONCLUSION

Les sténoses biliaires néoplasiques non résécables nécessitent un drainage biliaire. Les méthodes chirurgicales

semblent supplanter les méthodes non opératoires radio-endoscopiques et présentent un meilleur compromis entre l'efficacité et l'agressivité. Dans ce cadre, la cholangiogastrostomie dans le canal du segment III est une technique facile, sécurisante chez les patients sélectionnés dont l'abord hilare est impossible et dont la perspective de survie est faible.

REFERENCES

- 1- **Lai F Chu, K, Lo CY, Wong J.** Choice of palliation for malignant hilar biliary obstruction. *Am J Surg* 1992, 163, 208-212.
- 2- **Bonnel D, liguory C et coll.** Traitement percutané des sténoses malignes du hile, *gastroenterol clin biol* 1995, 19, 564-571.
- 3- **Valette P J.** Traitement des sténoses tumorales du hile hépatique, *gastroenterol clin biol* 1995, 19, 561-563.
- 4- **Cotton Pb.** Duodenoscopic placement of biliary prosthesis to relieve malignant obstructive jaundice. *Br J Surg* 1982, 69, 501-503.
- 5- **Bismuth H, Corlette Mb.** Intra-hepaticocholangio-enteric anastomosis in carcinoma of the hepatic hilus of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1975, 140, 170-178.
- 6- **Blumgart Lh, Hadjis Sn, Benjamin Is.** Surgical approaches to cholangiocarcinoma at confluence of hepatic ducts. *Lancet* 1984, 1, 66-70.
- 7- **Traynor O, Castaing D, Bismuth H.** Left intrahepatic cholangioenteric anastomosis, an effective palliative treatment for hilar cancers. *Br J Surg* 1987, 74, 952-954.
- 8- **Launois B, Catheline JM, Madern Gj.** Intrahepatic anastomosis for malignant and benign biliary obstruction. *Arch Surg* 1993, 130, 137-142.
- 9- **Hepp J, Couinaud C :** L'abord et l'utilisation du canal hépatique gauche dans les réparations de la voie biliaire principale. *Presse Med* 1956, 64, 947-948.
- 10- **Praderi Rc, Estefan Af, Tiscornia E :** transhepatic intubation in benign and malignant lesions of the biliary duct. *Curr Prob Surg* 1985, 22, 1-8.
- 11- **Prioton JB, Bernard Jh, Serrou B.** La double cholangio-jéjunostomie périphérique dans le traitement des cancers primitifs du confluent biliaire supérieure. *Montpellier Chir* 1968, 14, 317-355.
- 12- **Longmir WP, Sandford Mc.** Intrahepatic cholangio-jejunostomy with partial hepatectomy for biliary obstruction. *Surgery* 1948, 24, 264-276.
- 13- **Dogliotti AM, Fogliati E.** Operations for fibrous stenosis of the common bile duct. *Surgery* 1954, 1, 69-79.
- 14- **Gouma DJ, Wesdorp RJC, Greep JM.** Percutaneous transhepatic drainage and insertion of an endoprosthesis for obstructive jaundice. *Am J Surg* 1983, 145, 763-768.
- 15- **Bismuth WP, Corlette MB.** Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Surg Gynecol Obstet* 1975, 140, 170-178.
- 16- **Rangel M, Pereira-Iima L, Waechter FL.** la valeur de la cholangio-jéjunostomie gauche dans le traitement palliatif de l'obstruction maligne du hile hépatique, *J.Chir, (Paris)* 1997, 134, n°9-10, p: 401-405.
- 17- **Bismuth H, Castaing D, Traynor O.** Resection or palliation: priority of hilar cancer. *World J Surg* 1988, 12, 39-47.
- 18- **C Partensky :** Traitement des cancers du hile, *J.Chir* 1998, 135, 162-7.
- 19- **A Cha-udhary :** Segment III cholangiojejunostomy for carcinoma of the gallbladder. *World J Surg* 1997, 21, 866-871.