Lithiase vésiculaire asymptomatique chez l'obèse

Jean Gugenheim

Université de Nice - Sophia Antipolis
Service de Chirurgie Digestive et Transplantation Hépatique
Hôpital Archet 2 - Nice 06200

Epidémiologie

	Prévalence	
Obésité (Obépi 2012)		(7 millions)
Imc >30	15%	
Imc >35	4,3%	
Lithiase vésiculaire	10% (80% asymtomatique)	
Lithiase vésiculaire chez l'obèse	30% (X3) (X8 si Imc>40)	(2,3 millions)

Recommandations de la HAS (2013)

1/ La cholécystectomie est indiquée en cas de LV symptomatique

2/ n'est pas indiquée en cas de LV asymptomatique

- Sauf si polype > 1 cm
- Sauf si vésicule porcelaine

3/ Pas de recommandations en cas de :

- Calculs > 3 cm
- Chirurgie bariatrique

?

Histoire naturelle de la lithiase vésiculaire asymptomatique

Risques de la LV	Incidence annuelle	
Colique hépatique	5%	10 % à 5 ans 15% à 10 ans 18% à 20 ans
Complications (exceptionnellement révélatrices)	2%	cca : 1,5% angiocholite : 0,2% PA : 0,2%
Cancer de la VB	0,01%	

Risques de la cholécystectomie

- 113 400 cholécystectomies en 2015 en France

- Mortalité 1‰ (↗ âge)

- Plaies de la VBP

  - Fréquence : 5‰ (X3 si obèse)

  - Gravité
    - Mortalité : 2,7%
    - Complications : 42,5%
    - Qualité de vie

Lithiase vésiculaire asymtomatique et chirurgie bariatrique

Faut-il faire une cholécystectomie préventive ?

- Avant la chirurgie bariatrique non
- Pendant " ?
- Après " ?

Arguments en faveur de la cholécystectomie préventive

1/ Prévalence élevée

- De la lithiase chez l'obèse (30%)
- De la formation de calculs après chirurgie bariatrique (30%)

2/ Nécessité de cholécystectomies secondaires (10%)

- En urgence
- Impossibilité d'accès endoscopique aux VB si anse en Y

3/ Simplicité de la cholécystectomie concomittante

Formation de LV après chirurgie bariatrique

	n	Prévalence de la LV à 2 ans	% LV symptomatique		
Anneau	1000		6,8%	O'Brien	Arch Surg 2009
GBP	117	30%	12%	Coupaye	SOARD 2015
SG	43	30%	12%		
DBP		70%		Scopinaro	

Facteur prédictif : perte de poids supérieur à 25% du poids initial dans la 1ère année

Ka Ming Li; Surg Endosc 2008.

Cholécystectomies après chirurgie bariatrique

- 6048 GBP
- 398 cholécystectomies après GBP (6,8%)

- Colique hépatique : 5,3%
- Cholécystite aiguë : 1%
- Angiocholite aigue : 0,2%
- Pancréatite aiguë : 0,2%

- Mortalité : 0%
- Complications : 1,8%
- Taux de conversion : 1,2%

Meta analyse de Warschkow
Obes Surg 2013;23:397-407

Cholécystectomie concomittante

Etudes rétrospectives unicentriques

Durée opératoire	15 à 45’
Durée de séjour	Identique ou ↗ ?
Taux de complications	Identique
Mortalité	Nulle

Cholécystectomie concomittante

Etudes de registre

NIS	n	Complications	Réinterventions	Mortalité
GBP + CC	6402 (9,1%)	6,22%	0,73%	
		X1,53	X 3,83	X2,16
GBP seul	63885 (90,1%)	5,06%	0,47%	

Worni Obes Surg 2012;22:20

ACS NSQIP	n	Complications	Mortalité
GBP + CC	1731 (5,2%)	6,6%	0,35%
			NS
GBP seul	31215 (94,8%)	4,9%	0,19%

Dorman Obes Surg;2013:23:1718

Simplicité de la cholécystectomie concomittante ?

- Nécessité d'un trocard supplémentaire

- Si difficultés → abstention

- Risque de plaie de la VBP

  - 0,5%
  - X 3 si obésité

Arguments contre la cholécystectomie concomittante

- Surrisque lithogène (30%) limité aux 2 premières années

- Prévention possible (AUDC) → échec dans 70% des cas

- Simplicité de la cholécystectomie secondaire

Risques de la lithiase biliaire après chirurgie bariatrique

	PREVALENCE
LV	30% à 2 ans
LV symptomatique	5%/an
LV compliquée	2%/an
Cancer de la VB	0,01%/an
Cholécystectomie	10% à 2 ans

Conclusions

Indications de la cholécystectomie en cas de lithiase vésiculaire asymptomatique chez l'obèse

- Avant la chirurgie bariatrique : non

- Au moment de la chirurgie bariatrique :

• Anneau	non
• DBP (Scopinaro ou Switch duodénal)	oui
• GBP ou sleeve	non

- Après la chirurgie bariatrique : non