

Dr Anaïs Palen Service de chirurgie générale et transplantation hépatique, Hôpital de Timone Adulte, Marseille
Dr Emilie Grégoire

Ethanol ablation for refractory bile leakage after complex hepatectomy

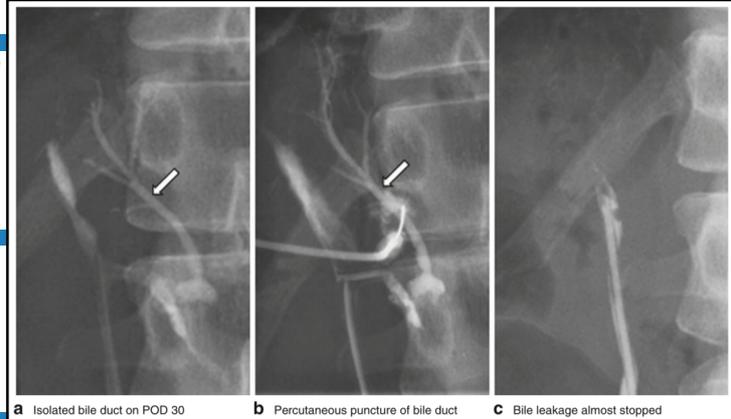
Auteurs : Ito A, Ebata T, Yokoyama Y, Igami T, Mizuno T, Yamaguchi J, Onoe S, Nagino M

Journal : British Journal of Surgery 2018 Jul;105(8):1036-1043
Impact factor : 5.4

Type : Article original. Série rétrospective monocentrique

Originalité :

Mots clé : refractory bile leakage, hepatectomy, ethanol, treatment



Malgré la diminution des complications post hépatectomies, le taux de fistule biliaire postopératoire reste important, allant de 3 à 20% selon les séries¹. Rapidement résolutive dans la majorité des cas, elles peuvent toutefois constituer une complication gênante lorsqu'elles deviennent chroniques, en raison de leur association à des infections du site opératoire, une hospitalisation prolongée et un coût hospitalier plus élevé². Les auteurs rapportent leur expérience clinique dans le traitement des fistules biliaires exclues (canal biliaire déconnecté du reste de l'arbre biliaire) et chroniques (évoluant depuis plus de 2 semaines) par sclérothérapie à l'éthanol après résection hépato-biliaire complexe. Parmi les 609 hépatectomies complexes réalisées entre 2007 et 2016, 237 patients (38,9%) ont présenté une fistule biliaire exclue dont 186 avaient une fistule de grade B2 selon la classification de l'ISGSL. Parmi ces derniers, 31 patients ont été traités par éthanol (3 séances en médiane) dans un délai médian de 38 jours entre l'hépatectomie et la sclérothérapie (15-122j). La procédure consistait à repérer le canal biliaire responsable par fistulographie par le drain abdominal au contact de la tranche d'hépatectomie, et à injecter de l'éthanol pur dans ce canal par ponction percutanée ou par l'intermédiaire d'un microcathéter glissé par le drain abdominal. Les séances de sclérothérapie étaient répétées 1 à 2 fois par semaine jusqu'à tarissement. En raison du caractère indolore de l'injection, les patients ne nécessitaient pas d'anesthésie durant ce geste. Le tarissement complet de la fistule a été obtenu dans 100% des cas dans un délai médian de 28 jours (1-154). Aucune complication majeure n'est rapportée et les principaux effets adverses étaient une douleur modérée après la procédure (n=13), des rashes cutanés (n=2) et l'apparition d'une fébricule (n=27). Deux patients ont présenté des abcès hépatiques de petit volume, résolutifs sous antibiothérapie. Les auteurs concluent en l'efficacité et la faisabilité de cette technique sans complication majeure.

La prise en charge de la fistule biliaire n'est pas standardisée. Dans 70% des cas une attitude conservatrice permet d'obtenir un tarissement spontané. Lorsqu'il s'agit d'une fistule biliaire exclue, le traitement endoscopique n'est pas possible. Un traitement radical par résection itérative du secteur de parenchyme exclu a été rapporté³, de même que l'embolisation portale⁴. Les auteurs rapportent ici une alternative remarquable de simplicité, entraînant peu de complications et semblant efficace sous réserve d'identifier le canal biliaire responsable. Cette série traite d'un problème récurrent en chirurgie hépatique qui peut avoir de lourdes conséquences en cas de chronicisation (dénutrition, déshydratation, troubles ioniques, sepsis, hospitalisation prolongée). Les résultats de cette technique sont encourageants, cependant, comme le notent les auteurs, il est légitime de s'interroger sur les indications (dans quel délai proposer ce traitement ?) ainsi que les modalités du geste (quelle quantité d'éthanol injecter ? à quelle fréquence renouveler les séances ?). Seuls 31 patients sur les 186 fistules grade B2 ont été traités par injection d'éthanol. Les auteurs ne précisent pas quel traitement ont reçu les 155 patients restant et il aurait été intéressant de comparer la durée d'évolution de la fistule biliaire dans ces deux groupes. La technique est séduisante mais d'autres travaux sont nécessaires afin d'en préciser les modalités d'utilisation.

Qualités et Défauts :

- + : Originalité et facilité de la technique, problématique récurrente en chirurgie hépato-biliaire.
- : Technique empirique, étude non comparative.

1. Sadamori H, Yagi T, Matsuda H et al. Dig Surg 2012 ; 29(2):149-56.
2. Guilaud A, Pery C, Campillo B et al. HPB 2013 ; 15 :224-229
3. Honoré C, Vibert E, Hoti E et al. HPB 2009 ; 11(4):364-9.
4. Yamakado K, Nakatsuka A, Iwata M et al. J Vasc Interv Radiol 2012 ; 13 :1279-8.