Anastomose hépatico-gastrique guidée sous échoendoscopie : nouvelle voie d'accès aux voies biliaires

E. BORIES, C. PESENTI, F. CAILLOL, M. GIOVANNINI

Unité d'endoscopie, Institut Paoli-Calmettes, Marseille (France)

INTRODUCTION

Les difficultés d'accès à la papille duodénale (sténose duodénale, dérivation digestive chirurgicale) ainsi que les sténoses hilaires sont des causes classiques d'échec de drainage par cathétérisme rétrograde endoscopique. La ponction et la mise en place d'une prothèse entre les voies biliaires intra hépatiques gauches et la cavité gastrique sous échoendoscopie permet de constituer une anastomose hépatico-gastrique.

Le but de ce travail était d'évaluer rétrospectivement la faisabilité et l'efficacité du drainage des voies biliaires par voie trans-gastrique sous échoendoscopie en cas d'échec du cathétérisme rétrograde endoscopique.

PATIENTS ET MÉTHODES

Onze patients (7 hommes, 4 femmes, 64 ans) ont été pris en charge entre octobre 2001 et janvier 2005 pour un ictère obstructif. Une hépatico-gastrostomie a été effectuée dans 7 cas du fait d'un échec de cathétérisme rétrograde (sténose duodénale maligne dans 3 cas, duodénopancréatectomie céphalique dans 4 cas) et dans 4 cas, du fait d'un envahissement hilaire tumoral avec impossibilité d'obtenir un drainage du foie gauche.

La procédure a été réalisée sous anesthésie générale en utilisant un échoendoscope Pentax® EG38UT comportant un large canal opérateur et un érecteur, sous un triple contrôle échographique, endoscopique, radiologique. Une ponction des voies biliaires intra-hépatique est réalisée à l'aide d'une aiguille de 19 gauges, permettant l'insertion d'un fil guide de 0,0035 inch. Le diamètre du trajet est élargi à l'aide d'un cystostome de 7 ou 8,5 French. Le maintien de la fistule ainsi créée est assuré par l'insertion à demeure d'une prothèse plastique ou d'une prothèse métallique. En cas de mise en place d'une prothèse métal-

lique, celle-ci sera mise en place soit durant la procédure initiale (en 1 temps), soit après placement temporaire d'une prothèse plastique pendant 5 à 10 jours (en 2 temps).

RÉSULTATS

L'anastomose hépatico-gastrique a été réalisée avec succès dans 10 cas et a échoué dans 1 (impossibilité d'insérer le fil guide après opacification). Une prothèse plastique a été insérée dans 5 cas. Une prothèse métallique couverte a été mise en place dans 5 cas, dont 2 fois après placement temporaire d'une prothèse plastique.

Deux complications immédiates survinrent (1 biliome et 1 angiocholite), secondaires au raccourcissement de la prothèse métallique, après mise en place d'une prothèse métallique en un temps dans les 2 cas. La prise en charge a été endoscopique (drainage du biliome par voie trans-gastrique, rallongement de la prothèse métallique).

Une amélioration clinique et biologique a été observée chez les 10 patients (100 %).

Le suivi moyen a été de 189 jours (médiane = 149). Quatre patients sont décédés durant le suivi. Une obstruction de l'hépatico-gastrostomie a été observée pour 3 patients. La perméabilité moyenne a été de 152 jours (médiane = 116). L'obstruction biliaire était due à la présence de matériel endoprothétique dans 2 cas et à une hyperplasie endobiliaire dans 1 cas. Pour 9 patients, l'anastomose hépatico-gastrique était jugée fonctionnelle à la fin du suivi.

CONCLUSIONS

La réalisation d'une hépatico-gastrostomie est une technique fiable et efficace. La mise en place initiale d'une prothèse plastique est indispensable suivie de la mise en place d'une prothèse métallique couverte.