

Article original

Traitement des pseudokystes du pancréas par kystogastrostomie laparoscopique

Treatment of pancreatic pseudocysts by laparoscopic cystogastrostomy

P. Hauters^{a,*}, J. Weerts^b, C. Peillon^c, G. Champault^d, B. Bokobza^e, G. Roeyen^f,
E. Totte^g, F. Siriser^h

^a Clinique Notre-Dame, 9, avenue Delmée, 7500 Tournai, Belgique

^b Les cliniques Saint-Joseph, 23, rue de Hesbaye, 4000 Liège, Belgique

^c CHU Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen, France

^d CHU Jean-Verdier, avenue du 14-Juillet, 93148 Bondy, France

^e Hôpital Jacques-Monod, avenue Pierre-Mendès-Franc, 76290 Montivilliers, France

^f UZ Antwerpen, 10, Wilrijkstraat, 2650 Edegem, Belgique

^g AZ Stuivenberg, 267, Langebeeldestraat, 2060 Antwerpen, Belgique

^h Clinique Saint-Martin, 18, rue des Rocquemonts, 14050 Caen, France

Reçu le 27 novembre 2003 ; accepté le 14 mars 2004

Disponible sur internet le 15 avril 2004

Résumé

But. – Évaluer les résultats cliniques de la kystogastrostomie laparoscopique et préciser les avantages potentiels de cette nouvelle option thérapeutique.

Patients et méthodes. – Cette étude a concerné 12 patients porteurs d'un pseudokyste du pancréas et opérés par kystogastrostomie laparoscopique entre 1997 et 2002. Il y avait cinq hommes et sept femmes avec un âge médian de 46 ans (extrêmes : 32–72). Chez dix patients, le pseudokyste était apparu au décours d'une pancréatite aiguë et le délai médian entre l'épisode aigu et la chirurgie était de sept mois (extrêmes : 2–24). Chez deux patients, le pseudokyste était associé à une pancréatite chronique. Tous les patients étaient porteurs d'un kyste unique comprimant la face postérieure de l'estomac et dont le diamètre médian était de 9 cm (extrêmes : 5–14).

Résultats. – L'intervention fut réalisée par laparoscopie endogastrique chez six patients et par laparoscopie intrapéritonéale transgastrique chez six autres. Une conversion fut nécessaire car le pseudokyste n'avait pas pu être correctement localisé par laparoscopie. La taille médiane de la kystogastrostomie était de 3 cm (extrêmes : 2–5). Chez huit patients, le pseudokyste contenait encore des débris nécrotiques. La durée médiane des interventions fut de 90 minutes (extrêmes : 60–140) et la durée médiane du séjour postopératoire de six jours (extrêmes : 4–24). Nous n'avons enregistré aucune mortalité et la morbidité postopératoire immédiate s'est résumée à un hématome des grands droits sur orifice de trocart. Un patient fut réhospitalisé au vingtième jour postopératoire pour surinfection du pseudokyste attribuable à une fermeture partielle de la kystogastrostomie. Ce patient fut traité endoscopiquement par la mise en place d'une prothèse. Un patient fut perdu de vue deux mois après l'intervention. Avec un suivi clinique et radiologique médian de 12 mois (extrêmes : 6–36), aucune récurrence de pseudokyste n'a été observée.

Conclusions. – Dans cette série, la kystogastrostomie par laparoscopie est une technique efficace avec une faible morbidité. Cette technique présente deux avantages majeurs : un excellent contrôle de l'hémostase et la possibilité de réaliser une large communication avec ablation d'éventuels débris nécrotiques minimisant les risques de surinfection ou de récurrence du pseudokyste.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Aim. – To evaluate the clinical results of laparoscopic cystogastrostomy and to determine the potential advantages of this new therapeutic option.

Patients and methods. – This study concerned 12 patients presenting with pancreatic pseudocyst and operated on by laparoscopic cystogastrostomy between 1997 and 2002. There were five men and seven women with a median age of 46 years (range: 30–72). In

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ph.hauters@bipweb.be (P. Hauters).

ten patients, the pseudocyst developed after acute pancreatitis and the median delay between the acute onset and surgery was 7 months (range: 2–24). In two patients, the pseudocyst was associated with chronic pancreatitis. All the patients had a single cyst bulging into the posterior wall of the stomach and the median cyst diameter was 9 cm (range: 5–14).

Results. – Endoluminal gastric laparoscopy was used in six patients and intraperitoneal transgastric laparoscopy in six patients. Conversion to open surgery was required in one patient because the cyst could not be correctly localised by laparoscopy. The median size of the cystogastrostomy was 3 cm (range: 2–5). In eight patients, necrotic debris were still present within the cyst. The median operative time was 90 min (range: 60–140) and the median postoperative hospital stay was 6 days (range: 4–24). No mortality was recorded and postoperative morbidity was limited to one haematoma of the rectus sheath on a port site. One patient was readmitted on the 20th postoperative day because of cyst infection due to partial closure of the cystogastrostomy and was treated by endoscopic placement of a stent. One patient was lost for follow-up 2 months after surgery. With a median clinical and radiological follow-up of 12 months (range: 6–36), no recurrence of pancreatic pseudocyst was observed.

Conclusions. – In this series, laparoscopic cystogastrostomy is associated with a low postoperative morbidity and an effective permanent result. Laparoscopy has two main advantages: an excellent control of haemostasis and the creation of a wide communication with debridement of the cyst contents thus minimizing the risk of infection or recurrence of the pseudocyst.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Pseudokyste pancréatique ; Laparoscopie ; Kystogastrostomie ; Drainage interne ; Pancréatite

Keywords: Pancreatic pseudocyst; Laparoscopy; Cystogastrostomy; Internal drainage; Pancreatitis

1. Introduction

Le pseudokyste du pancréas (PKP) est une collection intra- ou péripancréatique dont la coque ne possède pas de revêtement épithélial, et survenant après pancréatite aiguë ou chronique ou au décours d'un traumatisme du pancréas [1]. Les PKP compliquent 10 à 30 % de l'ensemble des cas de pancréatite [1–3]. En cas de pancréatite aiguë nécrosante, environ 85 % des PKP disparaissent spontanément au cours des six semaines qui suivent l'épisode aigu et un traitement spécifique est donc rarement nécessaire [4,5]. Au-delà de cette période, les PKP de plus de 6 cm ont peu de chance de régresser et sont souvent responsables de douleurs ou d'inconfort digestif par compression, ou de complications telles que saignement et infection [1,6]. En cas de pancréatite chronique, on suppose que l'origine des PKP est une obstruction canalaire, due à une lithiase ou à une sténose, causant la distension et la rupture d'un canalicule pancréatique [1,7]. Le drainage interne est le traitement de choix en cas de PKP symptomatique et non compliqué. Pendant de nombreuses années, la chirurgie conventionnelle a été le seul moyen de réaliser ce drainage, mais progressivement sont apparues des techniques de drainage percutané ou endoscopique qui, de nos jours, sont souvent privilégiées. Plus récemment, ce type d'intervention a été réalisé par laparoscopie. La place de cette nouvelle voie d'abord parmi l'arsenal thérapeutique disponible pour le traitement des PKP n'est pas encore clairement établie. Le but de cette étude est d'évaluer les résultats de la kystogastrostomie (KG) par laparoscopie et de préciser les avantages potentiels de la technique.

2. Matériel et méthodes

2.1. Patients

Nous avons réalisé une étude rétrospective parmi les membres du Belgium Group of Endoscopic Surgery (BGES)

et du Club Coelio (CC) et nous avons recueilli les observations de 12 patients porteurs d'un PKP symptomatique et opérés par kystogastrostomie (KG) laparoscopique entre 1997 et 2002. Il y avait cinq hommes et sept femmes avec un âge médian de 46 ans (extrêmes : 32–72). Chez dix patients, le PKP était apparu au décours d'une pancréatite aiguë : sept d'origine alcoolique et trois d'origine biliaire. Le délai médian entre l'épisode aigu et la chirurgie était de sept mois (extrêmes : 2–24). Chez deux patients, le pseudokyste était associé à une pancréatite chronique. Une tomodensitométrie abdominale fut réalisée systématiquement afin d'établir le nombre, la taille et la localisation des PKP. Tous les patients présentaient un kyste unique comprimant la face postérieure de l'estomac. Le diamètre médian du kyste était de 9 cm (extrêmes : 5–14). L'épaisseur de la paroi du PKP était toujours inférieure à 1 cm et aucune dilatation significative du canal de Wirsung ne fut mise en évidence. La biologie sanguine préopératoire n'a révélé aucun syndrome inflammatoire sauf chez un patient qui, cinq semaines avant l'intervention, avait eu une tentative infructueuse de drainage par voie endoscopique.

2.2. Techniques opératoires

Quelle que soit la voie d'abord de la cavité gastrique, l'intervention débutait classiquement par la création du pneumopéritoine et la mise en place d'un premier trocart ombilical pour l'optique. Le nombre et la position des trocarts additionnels variaient en fonction de la procédure choisie.

En cas de chirurgie endoluminale, l'intervention était débutée par une courte gastrotomie sur la face antérieure de l'estomac. Un trocart, de 10 mm à pointe mousse et équipé d'un ballonnet à son extrémité, était passé à travers la paroi abdominale et ensuite introduit dans la lumière gastrique. Le ballonnet était alors gonflé, ce qui permettait de suspendre de