

Item 258 – Lithiase biliaire et ses complications

I. INCIDENCE ET PRÉVALENCE
II. FACTEURS DE RISQUE
III. DÉPISTAGE

IV. DIAGNOSTIC DE LA LITHIASÉ VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE
V. LITHIASÉ VÉSICULAIRE COMPLIQUÉE
VI. PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer une lithiase biliaire et ses complications.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

I. INCIDENCE ET PRÉVALENCE

La fréquence de la lithiase vésiculaire dans les pays occidentaux est proche de 20 %. Elle augmente avec l'âge pour atteindre 60 % après 80 ans. Près de 80 % des patients ayant un calcul vésiculaire n'ont jamais aucun symptôme. Réciproquement, un calcul vésiculaire se complique dans 20 % des cas. Dans un cas sur deux, cette complication est la migration du calcul dans le canal cystique ou la voie biliaire principale. On peut donc estimer que 2 à 4 % des Français sont susceptibles de développer au moins une complication nécessitant une exploration de la voie biliaire principale.

II. FACTEURS DE RISQUE

Il existe trois types de calculs biliaires : cholestéroliques les plus fréquents (80 %), pigmentaires (20 %), mixtes.

Les calculs cholestéroliques sont favorisés par :

- un excès de sécrétion biliaire de cholestérol (origine ethnique ou génétique, grossesse) ;
- un défaut de sécrétion biliaire des facteurs solubilisant le cholestérol : phospholipides (mutations MDR3) ou sels biliaires (résection iléale ou maladie iléale) ;
- une rétention ou hypomotricité vésiculaire (grossesse, obésité, jeûne, âge).

CONNAISSANCES – LITHIASÉ BILIAIRE ET SES COMPLICATIONS

Tous ces facteurs concourent à une augmentation de la concentration biliaire en cholestérol et donc la sursaturation, puis la nucléation et enfin la précipitation lithiasique.

Les facteurs de risque de la lithiasé biliaire cholestérolique sont :

- l'âge ;
- le sexe féminin ;
- le surpoids (et les variations importantes de poids) ;
- la multiparité ;
- le jeûne prolongé (ex : 100 % des malades en nutrition parentérale totale ont une lithiasé vésiculaire au bout d'un mois) ;
- certaines ethnies (rares en France) ;
- l'hypertriglycéridémie et certains médicaments (hypocholestérolémiant de type fibrate, œstrogènes).

La lithiasé pigmentaire est due à une déconjugaison de la bilirubine qui est soluble sous forme conjuguée et insoluble sous forme déconjugée. Les infections bactériennes et, en particulier, la colonisation bactérienne biliaire favorisent la déconjugaison et donc la précipitation de lithiasé pigmentaire.

Les facteurs de risque de la lithiasé pigmentaire sont :

- l'augmentation de production de la bilirubine (maladies hémolytiques) ;
- les infections biliaires ;
- les obstacles biliaires (sténose bénigne ou maligne de la voie biliaire principale) ;
- certaines origines géographiques comme l'Asie du Sud-Est (infections parasitaires et facteurs méconnus).

III. DÉPISTAGE

Malgré sa fréquence, le dépistage de la lithiasé vésiculaire n'est pas indiqué. En effet, la probabilité cumulée de complication d'une lithiasé vésiculaire est de 20 %. Un dépistage systématique serait inutile chez 80 % des patients. De plus, la découverte fortuite d'un calcul vésiculaire asymptomatique ne conduit dans la plupart des cas à aucun traitement.

La lithiasé cholédocienne est généralement découverte lors de symptômes ou de complications. Le dépistage de la lithiasé cholédocienne est inutile.

IV. DIAGNOSTIC DE LA LITHIASÉ VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE

A. Le calcul vésiculaire symptomatique

Les symptômes ou complications de la lithiasé vésiculaire sont variés. Le symptôme le plus typique est la colique hépatique. Elle est due à la mise en tension brutale des voies biliaires, par blocage transitoire d'un calcul, soit dans le canal cystique, soit dans la voie biliaire principale.

Typiquement, la colique hépatique est une douleur brutale souvent intense, permanente, siégeant dans l'épigastre (2/3 des cas) ou l'hypochondre droit, inhi-

bant l'inspiration forcée et irradiant vers l'épaule droite ou la fosse lombaire droite. Elle dure de quelques minutes à plusieurs heures. La colique hépatique n'est par définition pas associée à un syndrome infectieux ou à une rétention biliaire prolongée (ictère) puisque le blocage lithiasique est transitoire.

L'examen clinique doit chercher un signe de Murphy c'est-à-dire une douleur provoquée lors de l'inspiration forcée, par la palpation de l'aire vésiculaire (jonction des arcs costaux et du bord externe droit des grands droits de l'abdomen). La biologie montre une élévation plus ou moins importante des transaminases (ALAT, ASAT) qui témoigne de la migration lithiasique. Cette élévation peut être importante et très fugace (normalisation ou forte diminution en 48 heures). En revanche, les enzymes de la cholestase (GGT, PAL) sont rarement élevées en l'absence d'un obstacle biliaire persistant.

L'imagerie de première intention est l'échographie. Elle montre avec une sensibilité (95 %) supérieure au scanner ou à l'IRM, des calculs vésiculaires même de toute petite taille (1 à 2 mm), improprement appelés microlithiasie biliaire. L'examen permet de chercher une dilatation de la voie biliaire principale qui pourrait témoigner d'un obstacle persistant et des signes associés de complication : cholécystite (épaississement des parois vésiculaires) ou de pancréatite aiguë.

V. LITHIASÉ VÉSICULAIRE COMPLIQUÉE

La distinction entre une lithiasie biliaire symptomatique ou compliquée est d'ordre sémantique. Par habitude, la lithiasie symptomatique correspond à la colique hépatique, la lithiasie compliquée à une complication infectieuse, obstructive ou pancréatique : cholécystite aiguë, angiocholite, pancréatite aiguë.

A. Cholécystite aiguë

Il s'agit de l'infection aiguë de la vésicule. La cholécystite aiguë lithiasique est due à une obstruction prolongée du canal cystique par un calcul. Elle se traduit par un syndrome infectieux associé à des douleurs de l'hypochondre droit qui se prolongent au-delà de 24 heures et des frissons. Il n'y a généralement pas d'ictère puisque la voie biliaire principale n'est généralement pas concernée par cette complication (obstruction biliaire associée < 10 %). L'examen clinique révèle une douleur et parfois une défense de l'hypochondre droit et de la fièvre. Dans de rares cas, l'augmentation de taille de la vésicule peut entraîner une compression de la voie biliaire pédiculaire.

Sur le plan biologique, il existe une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. Une perturbation du bilan hépatique (GGT, phosphatases alcalines, ALAT, ASAT, bilirubine) ou une réaction pancréatique (lipase > 3N) doivent être cherchées. Des hémocultures doivent être faites.

Tableau 24.I. Manifestations de la lithiasie symptomatique et compliquée.

	Douleur	Syndrome infectieux	Obstruction biliaire
<i>Colique hépatique</i>	+++	0	0
<i>Cholécystite aiguë</i>	+++	++	0
<i>Angiocholite</i>	+++	+++	++
<i>Pancréatite aiguë</i>	++++	+/-	+/-

CONNAISSANCES – LITHIASE BILIAIRE ET SES COMPLICATIONS

L'échographie confirme le diagnostic en montrant un épaississement des parois vésiculaires > 4 mm, associé à la présence d'un calcul vésiculaire et cherche des signes de complications comme des abcès de la paroi vésiculaire, un épanchement périvésiculaire, une dilatation de la voie biliaire principale. Le passage de la sonde d'échographie sur la vésicule augmente les douleurs.

Les principales complications évolutives de la cholécystite aiguë sont la péritonite biliaire due à une perforation vésiculaire et la fistulisation biliaire dans le duodénum ou le colon qui peut entraîner un iléus biliaire en cas de calcul volumineux.

À noter qu'il existe de rares causes de cholécystite alithiasique (qui se voit surtout chez les malades en réanimation avec défaillances viscérales multiples).

B. Angiocholite aiguë

Il s'agit d'une infection aiguë de la voie biliaire principale, généralement due à l'enclavement d'un calcul au niveau de l'ampoule de Vater.

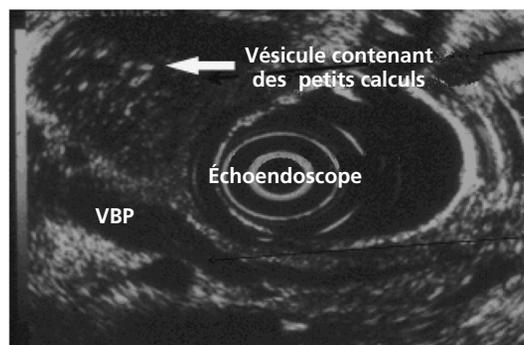
L'angiocholite peut parfois être due à des parasites migrants, comme l'ascaris en Asie du Sud-Est ou la douve. Une sténose de la voie biliaire principale par une tumeur (pancréas, voie biliaire principale), par des adénopathies ou par la pancréatite chronique est rarement la cause d'une angiocholite. Une manœuvre

► Fig. 24.1. Écho-endoscopie de la voie biliaire principale (VBP) montrant deux calculs. ►

La flèche blanche montre les calculs et est placée dans le « cône d'ombre postérieur ». Les ultrasons sont bloqués par la présence des calculs.



► Fig. 24.2. Écho-endoscopie montrant une voie biliaire principale (VBP) libre et la vésicule contenant de multiples petits calculs donnant un aspect de ciel étoilé. ►



endoscopique comme une cholangiographie rétrograde endoscopique peut être à l'origine d'une angiocholite.

Elle se traduit par l'apparition successive en 48 heures de trois signes :

- douleur biliaire ;
- fièvre élevée ;
- ictère.

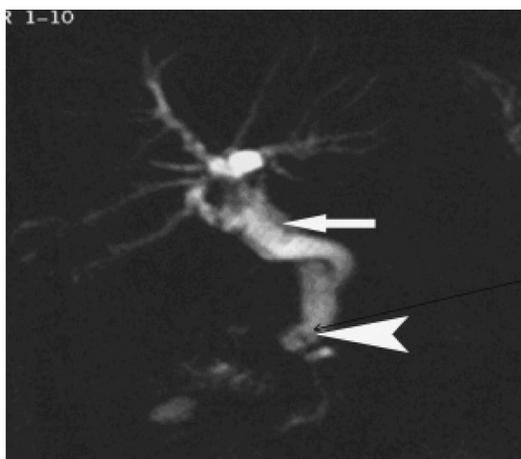
Le syndrome infectieux est souvent au premier plan. Il peut être sévère avec bactériémie, septicémie voire choc septique entraînant une insuffisance rénale organique. Parfois, la lithiasé de la voie biliaire principale peut ne se manifester que par l'un de ces trois symptômes isolés (douleur ou ictère ou fièvre) ou l'association de deux de ces symptômes.

La lithiasé de la voie biliaire principale peut rarement être découverte de façon « fortuite » dans l'exploration d'anomalies du bilan hépatique ou après la réalisation d'une imagerie abdominale pour des symptômes non biliaires.

Biologiquement, il existe une cholestase associée à un degré plus ou moins important d'élévation de la bilirubine, une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. Une cytolyse avec élévation des transaminases est fréquente à la phase aiguë de constitution de l'obstruction biliaire. La biologie peut mettre en évidence une complication : insuffisance rénale d'abord fonctionnelle puis rapidement organique (ionogramme sanguin et urinaire, créatininémie), thrombopénie septique, pancréatite aiguë. Des hémocultures sont souvent positives et mettent en évidence des germes d'origine digestive.

L'imagerie repose sur l'échographie en première intention. L'échographie peut montrer une lithiasé vésiculaire, une dilatation de la voie biliaire principale et confirmer avec une sensibilité de 30 à 50 %, la présence de calcul(s) de la voie biliaire principale. Le scanner montre généralement des signes indirects biliaires comme la dilatation de la voie biliaire. Deux examens sont performants pour mettre en évidence une lithiasé de la voie biliaire principale avec une sensibilité supérieure à 90 % : la cholangio-IRM et l'écho-endoscopie (fig. 24.3). Ces deux examens sont rarement réalisables en urgence chez un malade dont l'état hémodynamique et infectieux est parfois instable. L'écho-endoscopie, compte tenu de son caractère invasif, peut être réalisée immédiatement avant une cholangiographie rétrograde endoscopique avec sphinctérotomie endoscopique biliaire.

► **Fig. 24.3.** Cholangio-IRM montrant une voie biliaire dilatée (flèche) au sein de laquelle est présent un petit calcul (tête de flèche). ►



CONNAISSANCES – LITHIASE BILIAIRE ET SES COMPLICATIONS

Les principales complications évolutives de l'angiocholite sont le choc septique et l'angiocholite dite « ictéro-urémigène » c'est-à-dire associée à une insuffisance rénale parfois grave.

C. Pancréatite aiguë biliaire (voir chapitre 25)

Elle peut ou non être associée à une angiocholite ou une cholécystite.

VI. PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

En fonction du type de complication, le traitement repose sur le traitement de la douleur, la prise en charge du syndrome infectieux, la désobstruction de la voie biliaire principale, l'ablation de la vésicule. Un calcul vésiculaire asymptomatique ne doit pas être traité.

A. Calculs vésiculaires asymptomatiques

Dans la quasi-totalité des cas, aucun traitement n'est nécessaire. Rappelons que la dyspepsie, les céphalées, les troubles du transit, la majorité des douleurs abdominales chroniques ne sont pas liés à une lithiase biliaire.

B. Colique hépatique

Le traitement de la douleur est réalisé en urgence par voie parentérale. Il associe des antispasmodiques comme le phloroglucinol, des antalgiques et des anti-inflammatoires. Une fois la crise douloureuse calmée et en l'absence d'obstacle de la voie biliaire principale, une cholécystectomie doit être réalisée rapidement (< 1 mois) afin d'éviter une récurrence ou une complication.

C. Cholécystite aiguë

La prise en charge médicale inclut un remplissage vasculaire adapté, une antibiothérapie à large spectre dirigée vers les germes digestifs (et secondairement adaptée à un antibiogramme réalisé soit à partir d'hémocultures, soit d'un prélèvement per-opératoire de la bile vésiculaire), un traitement de la douleur par des antalgiques de niveau 1 ou 2. La cholécystectomie doit être réalisée en urgence. Il n'est pas souhaitable de « refroidir » la cholécystite et de différer l'intervention. Si un calcul de la voie biliaire principale est associé à la cholécystite, il est traité dans le même temps opératoire si la voie biliaire principale n'est pas trop inflammatoire et accessible chirurgicalement. Sinon, un drain cholédocien est laissé en place et une sphinctérotomie endoscopique biliaire est réalisée secondairement.

D. Angiocholite

Le traitement médical est identique à celui de la cholécystite aiguë. Selon l'état du malade, une hospitalisation en soins intensifs ou en soins continus doit être discutée.

La désobstruction de la voie biliaire par sphinctérotomie endoscopique biliaire au cours d'une cholangiographie rétrograde endoscopique est une urgence absolue. Si cette technique n'est pas disponible en urgence et si l'état du malade est instable, un drainage transcutané des voies biliaires doit être mis en place sous guidage échographique (possible que si les voies biliaires intrahépatiques sont suffisamment dilatées). La réalisation secondaire d'une cholécystectomie dépend du terrain du malade (âge physiologique) et de la présence ou non d'une cholécystite.

La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) est un geste endoscopique interventionnel de haute technicité qui est effectué sous anesthésie générale avec un matériel endoscopique dédié (duodéno-scopie à vision latérale). La CPRE permet l'abord de la voie biliaire principale ou du canal pancréatique puis une sphinctérotomie endoscopique avant extraction instrumentale du calcul (fig. 24.4 cahier quadri). Le risque de complication de la CPRE +/- sphinctérotomie endoscopique est compris entre 5 et 10 % avec par ordre décroissant, la pancréatite aiguë, l'hémorragie, l'infection, la perforation duodénale.

E. Calculs de la voie biliaire principale en dehors de l'angiocholite

La découverte fortuite (situation rare) ou dans l'exploration d'anomalies biologiques de calculs de la VBP justifie la désobstruction de celle-ci sauf chez les sujets d'âge physiologique élevé. Plusieurs stratégies thérapeutiques non consensuelles peuvent être proposées :

- cholécystectomie avec désobstruction per-opératoire de la VBP, par cœlioscopie ou laparotomie ;
- cholécystectomie puis sphinctérotomie endoscopique biliaire par endoscopie ;
- sphinctérotomie endoscopique biliaire puis *cholécystectomie*.

① Points clés

- La lithiase biliaire est très fréquente.
- Les facteurs de risque sont l'âge, le sexe féminin, le surpoids et la multiparité.
- Elle est le plus souvent asymptomatique et ne nécessite alors aucun traitement.
- Les manifestations cliniques peuvent être de gravité variée et sont la colique hépatique, la cholécystite, l'angiocholite, la pancréatite aiguë biliaire.
- Le diagnostic repose sur l'échographie, le scanner, la cholangio-IRM ou l'écho-endoscopie.
- Son traitement repose sur la cholécystectomie et/ou la sphinctérotomie endoscopique.

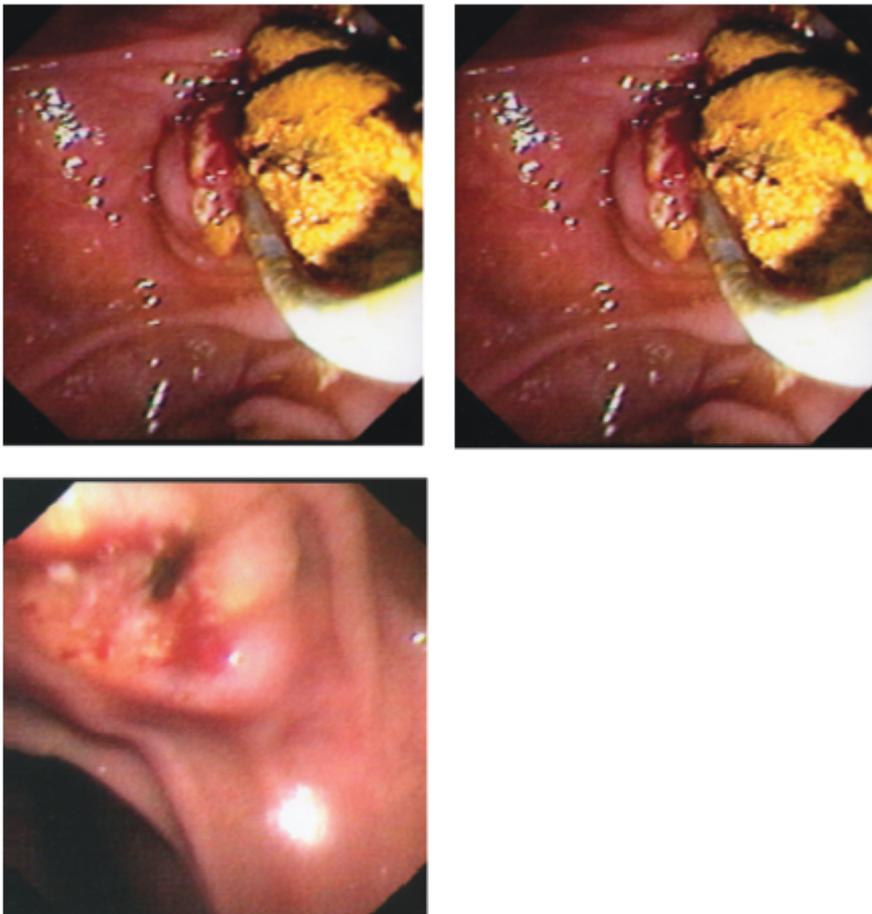


Fig. 24.4. Sphinctérotomie biliaire au cours d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique.
a et b : extraction d'un volumineux calcul à travers la papille après sphinctérotomie ; c : vue de l'ampoule de Vater, largement ouverte après la sphinctérotomie.