

N°258 - Lithiase biliaire et complications.

Dr Frédéric PRAT

Objectifs

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

C'est une maladie d'une grande fréquence; on estime sa prévalence entre 50000 et 100000 par million d'habitants; elle est le plus souvent asymptomatique. La prévalence varie grandement d'un pays à l'autre mais est assez similaire dans tous les pays de niveau économique comparable et ayant des habitudes alimentaires voisines. Le nombre de cholécystectomies pour lithiase vésiculaire symptomatique est d'environ 50000 par an en France.

1 PATHOGENIE

Il existe 2 grandes variétés de lithiase biliaire selon la constitution chimique des calculs: la lithiase cholestérolique et la lithiase pigmentaire noire ou lithiase bilirubinique

1.1 LITHIASE BILIRUBINIQUE

Elle ne représente que 20 % environ des calculs biliaires vus en France. Elle est due à une hypersecretion biliaire de bilirubine non conjuguée. Les 2 principaux facteurs étiologiques sont l'hyperhémolyse rencontrée au cours des anémies hémolytiques (maladie de Minkowski-Chauffard, thalassémie majeure, drépanocytose, paludisme, prothèses valvulaires cardiaques) et la cirrhose. Le caractère, calcifié ou non de la lithiase, ne permet pas de préjuger de la composition chimique des calculs. L'aspect des calculs est assez typique pour que le chirurgien en fasse le diagnostic macroscopiquement : calculs généralement noirs, friables, L'analyse chimique, inutile, les définirait plus par leur pauvreté en cholestérol que par leur richesse en bilirubine.

1.2 LITHIASE CHOLESTEROLIQUE (LC)

Elle est faite de concrétions dont la composition comprend plus de 75 % du poids sec en cholestérol.

On distingue la lithiase cholestérolique pure (20% des cas) et la lithiase mixte, contenant également du bilirubinate de calcium (80% des cas).

La bile est une voie d'élimination du cholestérol, mais il faut bien se rappeler qu'il n'y a aucune relation simple entre le contenu en cholestérol de la bile et les concentrations sériques du cholestérol. La seule relation à cet égard est indirecte : l'obésité est un facteur favorisant de la LC, et, parallèlement, ces sujets ont souvent une hypercholestérolémie.

Le cholestérol est insoluble dans l'eau puisque c'est un lipide ; il existe donc des facteurs de solubilisation indispensables dans la bile, qui sont d'abord les acides biliaires (ou sels biliaires), ensuite les phospholipides ; ces substances forment des micelles quand elles sont mises en milieu aqueux, et à l'intérieur de ces micelles, des molécules hydrophobes peuvent être éliminées en particulier le cholestérol.

La lithogénèse comprend 3 étapes: sécrétion par le foie d'une bile sursaturée en cholestérol, cristallisation du cholestérol en excès, enfin agglomération des cristaux en calculs.

La LC est une maladie métabolique, où une prédisposition génétique a pu être montrée, et provoquée par un non-respect des proportions idéales entre les facteurs de solubilisation qui viennent d'être décrits et le cholestérol dans la bile: augmentation relative du cholestérol et/ou diminution relative soit des acides biliaires, soit des phospholipides. Quand l'équilibre est rompu la bile est dite sursaturée en cholestérol. La saturation en cholestérol peut être mesurée à partir des concentrations relatives, dans la bile, du cholestérol, des acides biliaires et des phospholipides. On peut définir ainsi un index lithogénique (normalement < 1) parfois aussi exprimé comme index de saturation en cholestérol (normalement < 100 %).

Une sursaturation cholestérolique de la bile, facteur potentiel de LC, s'observe en corrélation avec :

- l'âge : le risque de LC augmente avec l'âge.
- le sexe :

— la femme surtout est exposée à la LC car les oestrogènes exercent directement une influence sur la saturation du cholestérol dans la bile : au cours de la phase oestrogénique du cycle normal on observe souvent une bile sursaturée en cholestérol

— après 50 ans, 30 à 40 % des femmes ont une LC, latente ou non ; le sex ratio est de 1/3.

- l'obésité
- les contraceptifs oraux combinés c'est-à-dire les oestroprogestatifs.

2 LITHIASE VÉSICULAIRE NON COMPLIQUÉE

2.1 FORME LATENTE (ASYMPTOMATIQUE)

Le diagnostic de lithiase vésiculaire est devenu très fréquent avec la diffusion de l'échographie abdominale. Il est parfois fait de façon fortuite sur un cliché de l'abdomen sans préparation lorsque les calculs sont calcifiés. Mais au total seuls 20 % des calculs biliaires sont calcifiés. C'est aussi parmi ces formes qu'il faut inclure les calculs dépistés à l'occasion de pathologies diverses : maux de tête, nausées ou douleurs abdominales. Le risque d'avoir des douleurs biliaires est estimé à 20% après 10 ans d'évolution de la lithiase et le risque de complication (cholécystite) à 3% à 10 ans. L'attitude actuelle consiste à ne pas traiter une lithiase latente. La seule indication reconnue de cholécystectomie préventive systématique est la vésicule « porcelaine » (voir plus loin).

2.2 FORME REVELEE PAR DES CRISES DE COLIQUE HEPATIQUE

Typiquement, il s'agit d'une douleur paroxystique de siège évocateur, dans l'hypocondre droit en regard de la région vésiculaire (croisement du rebord costal droit et du grand droit de l'abdomen). Dans au moins la moitié des cas cependant, la douleur est de siège épigastrique. Elle est généralement caractéristique par le fait qu'elle inhibe l'inspiration profonde, ainsi que par ses irradiations vers l'épaule droite, en bretelle, et vers la pointe de l'omoplate droite. A l'examen clinique le seul signe évocateur, mais rare, est la manoeuvre de Murphy positive : un doigt placé en regard de la région vésiculaire et enfoncé légèrement réveille la douleur caractéristique lors de l'inspiration profonde. C'est un signe quasi-pathognomonique mais rare et souvent remplacé par un simple endolorissement de l'hypocondre droit.

Pour affirmer le diagnostic de lithiase biliaire on pratiquera une échographie abdominale de première intention.

2.2.1 Echotomographie abdominale et échoendoscopie

La lithiase vésiculaire est un diagnostic échographique souvent facile, du fait d'une image

hyperéchogène, déclive et mobile avec un cône d'ombre derrière chacun des calculs. L'examen est fait en décubitus dorsal puis latéral gauche chez un patient à jeûn. Les pièges diagnostiques sont les calculs enclavés (immobiles), les minicalculs sans cône d'ombre ou encore la vésicule scléro-atrophique. Les polypes vésiculaires sont en règle assez facilement distingués des calculs. La sensibilité de l'échographie transcutanée est proche de 100% lorsque la lithiase est faite de calculs de plus de 2 millimètres de diamètre. Elle est plus faible lorsque les calculs sont très petits, infra-millimétriques. L'échoendoscopie possède alors une sensibilité supérieure et constitue l'examen de référence pour le diagnostic de minilithiase. Elle doit être demandée lorsqu'on soupçonne une pathologie lithiasique avec échographie abdominale normale.

L'exploration échographique permet également de rechercher une complication de la lithiase vésiculaire (cholécystite, lithiase du cholédoque, fistule bilio-digestive se traduisant par une aérobilie, etc). L'état des parois de la vésicule doit être bien précisé:

parois fines et normales correspondent généralement à une vésicule saine.

parois épaissies témoignent d'une cholécystite chronique, avec parfois vésicule scléro-atrophique, rétractée autour des calculs.

2.2.2 Procédés radiologiques

Un cliché de l'abdomen sans préparation (ASP) permet de déceler des calculs biliaires s'ils sont calcifiés.

La tomodensitométrie est moins performante que l'échographie abdominale pour le diagnostic de lithiase biliaire.

La cholécystographie orale pourra donner plusieurs informations. Mais son intérêt aujourd'hui se limite en pratique aux très rares cas où on envisage la possibilité d'un traitement médical de dissolution de la lithiase.

Une exploration de la voie biliaire principale n'est justifiée que lorsqu'il existe des facteurs prédictifs de lithiase associée du cholédoque. En cas de lithiase cholédocienne, Il faut bien se rappeler que l'échographie standard n'est souvent pas capable de bien visualiser et analyser le cholédoque dans sa totalité. L'écho-endoscopie est actuellement l'examen de référence pour ce diagnostic. La cholangiographie par IRM (C-IRM) est aussi une méthode très sensible et non invasive. Si on pense recourir à une solution chirurgicale, la cholangiographie sera généralement inutile avant l'intervention: elle aura lieu en per-opératoire (cholangiographie per-opératoire). Si un traitement endoscopique est envisagé, la cholangiographie sera faite par voie endoscopique rétrograde (CPRE).

3 LITHIASÉ VÉSICULAIRE COMPLIQUÉE

3.1 CHOLECYSTITE AIGUE

Caractérisée par une inflammation et une infection de la vésicule, elle peut survenir très brutalement. La douleur ressemble à une colique hépatique mais la douleur de l'hypocondre droit est très aiguë, non franchement paroxystique, souvent accompagnée d'une défense de l'hypocondre droit et surtout de fièvre. Il n'y a pas d'ictère. Biologiquement, ; il existe une hyperleucocytose et parfois des perturbations hépatiques modérées. Les hémocultures sont positives dans 50% des cas. Les germes sont principalement : E coli, klebsiella pneumoniae, streptococcus faecalis (enterocoque), pseudomonas, proteus, anaérobies. Il n'y a pas de parallélisme strict entre l'importance des lésions et l'intensité des symptômes. L'échographie abdominale permet d'affirmer le diagnostic en montrant un épaississement pariétal et souvent une distension vésiculaire, associés à une douleur caractéristique au passage de la sonde (signe de Murphy échographique).

3.2 HYDROCHOLECYSTE

C'est une complication rare, généralement la conséquence d'un calcul enclavé dans le canal cystique ou le collet de la vésicule ; dans certains cas la vésicule continue à sécréter sans surinfection, entraînant à la longue une dilatation de la vésicule le plus souvent indolente mais parfois douloureuse et très volumineuse. C'est alors un argument pour une intervention rapide.

3.3 COMPLICATIONS INFECTIEUSES LOCOREGIONALES

Ce sont plus des complications de la cholécystite que de la lithiase elle-même. On citera :

— Les infections locorégionales et même des abcès hépatiques (pyocholécyste suppuré, gangrène vésiculaire).

— La rupture de la vésicule biliaire qui aboutit à une péritonite généralisée (péritonite biliaire).

— Rarement, une fistule entre la voie biliaire (VB) ou la vésicule et l'intestin ; elle peut se faire à bas bruit et le meilleur signe pour la dépister est une aérobilie, c'est-à-dire de l'air dans les VB, vue en échotomographie ou sur l'ASP ou la TDM. Quand il y a fistule biliaire, une complication peut survenir : l'iléus biliaire, qui correspond à un calcul passé dans l'intestin par la fistule et qui s'est bloqué au niveau de la valvule de Bauhin. Cette éventualité est d'une extrême rareté et n'est donc qu'exceptionnellement l'explication d'une occlusion intestinale.

4 LE CANCER DE LA VESICULE BILIAIRE

C'est une affection rare. La relation entre cancer de la vésicule et lithiase biliaire, longtemps controversée, est maintenant bien établie. Le risque est d'autant plus élevé que la lithiase est ancienne et symptomatique. La calcification de la paroi de vésicule (vésicule "porcelaine") est un facteur de risque majeur de cancer vésiculaire que doit faire pratiquer une cholécystectomie prophylactique. En dehors de cette situation exceptionnelle, la relative rareté du carcinome vésiculaire justifie de ne pas traiter systématiquement toute lithiase vésiculaire.

5 LITHIASSE CHOLÉDOCIENNE

La lithiase cholédocienne, ou lithiase de la voie biliaire principale (VBP), est la principale complication de la maladie lithiasique biliaire. En effet, la lithiase cholédocienne correspond le plus souvent à la migration d'un calcul vésiculaire dans la VBP. Une lithiase cholédocienne est présente dans 8 à 13% des cas lors d'une cholécystectomie pour lithiase biliaire symptomatique. Contrairement à la lithiase vésiculaire, la lithiase de la VBP est rarement asymptomatique et doit systématiquement être traitée lorsqu'elle est découverte. Pour cette raison, elle doit toujours être recherchée, d'abord par la collecte de critères prédictifs, puis, si ces derniers sont présents, par les méthodes d'imagerie les plus sensibles. Les manifestations de la lithiase de la VBP sont l'angiocholite, la pancréatite aiguë et la migration simple.

5.1 ANGIOCHOLITE

5.1.1 Définition et forme typique

Dans sa forme la plus typique et complète, la migration d'un calcul dans le cholédoque entraîne une obstruction canalaire avec hyperpression intra-canalaire suivie d'une surinfection généralement par contamination rétrograde des voies biliaires par des germes duodénaux, aboutissant à une septicémie. Ce phénomène constitue l'angiocholite, faite de 3 symptômes successifs :

Douleur puis fièvre, puis ictère, le tout sur environ 24 à 48 heures.

La douleur est peu différente d'une douleur de colique hépatique, quoique plus souvent épigastrique, généralement plus prolongée et moins paroxystique.

Quelques heures après la douleur, apparaît une fièvre d'origine infectieuse, s'accompagnant souvent

de frissons et est faite de la succession de grands pics thermiques. Il faudra pratiquer immédiatement des hémocultures pour isoler le germe en cause.

12 à 48 heures après, au maximum, apparaît l'ictère souvent brutal et où prédomine la bilirubine conjuguée. Il s'y associe biologiquement une cytolyse souvent intense, parfois pseudo-hépatitique (transaminases parfois à 20 à 30 fois la normale) et une cholestase d'importance variable.

L'angiocholite est une urgence qui implique de faire aussitôt :

Des hémocultures qui généralement mettront en évidence le plus souvent un bacille Gram négatif car l'infection est à point de départ intestinal.

Une NFS qui montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

Un bilan biologique hépatique associé à un dosage de la lipasémie pour diagnostiquer une pancréatite associée;

La recherche de signes de gravité (choc hypovolémique, insuffisance rénale aiguë, signes neurologiques)

Une échographie faite en urgence qui montrera en général une lithiase vésiculaire, et souvent une dilatation de la voie biliaire principale (normalement inférieure à 7mm), fréquemment sans dilatation associée des voies biliaires intra-hépatiques (contrairement aux obstacles canauxiers d'origine tumorale). La lithiase cholédocienne ne sera que rarement objectivée par l'échographie.

Le diagnostic est essentiellement clinique, et un traitement efficace doit être entrepris très rapidement. Si l'angiocholite ne régresse pas spontanément après l'admission aux urgences, le seul traitement efficace est la décompression des voies biliaires, qui doit être faite très rapidement par voie endoscopique.

5.1.2 Variétés cliniques

5.1.3 Angiocholite ictéro-urémigène

C'est un tableau typique d'angiocholite mais qui est, dans les heures et au maximum dans les jours qui suivent, accompagné d'une insuffisance rénale progressive interprétée d'ailleurs comme un rein de septicémie.

Cliniquement c'est un ictère d'installation très rapide et qui devient très intense, dit "flamboyant". Cette intensité de l'ictère, qui peut dépasser 400 µmoles/l relève assez directement de l'insuffisance rénale qui prive l'organisme d'un émonctoire important de bilirubine conjuguée.

Il va falloir traiter très rapidement.

5.1.4 Forme fruste ou latente

Elle est rare mais possible. Il y a peu de signes cliniques, et ces formes frustes ou latentes existent surtout chez le vieillard. Au cours de l'exploration d'une lithiase on découvre un véritable empièchement cholédocien. Cependant même latente et chez le vieillard, cette lithiase cholédocienne impliquera un geste rapide car des complications risquent d'être très brutales.

5.2 LA PANCREATITE AIGUE BILIAIRE

voir le document « pancréatite aiguë »

5.3 LA MIGRATION SIMPLE

Il s'agit d'une forme incomplète sans constitution d'un tableau d'angiocholite, associée ou non à une "réaction pancréatique". La douleur est presque toujours présente, la fièvre et l'ictère sont présents ou non, de façon associée ou non, l'ensemble du tableau étant souvent rapidement et spontanément résolutif. Le mécanisme, à la différence de l'angiocholite vraie, est souvent une impaction transitoire d'un calcul dans la papille de Vater, suivie soit de l'élimination spontanée dans le tube

digestif par forçage de la papille, soit du désenclavement du calcul qui redevient mobile dans la voie biliaire.

Devant ce tableau abâtardi, les signes biologiques de l'angiocholite sont présents de façon atténuée ou dissociée, et régressent rapidement. La prise en charge doit être rapide, mais n'a pas le même caractère d'urgence que l'angiocholite vraie. En particulier, il n'y a généralement pas d'urgence à effectuer un drainage biliaire par voie endoscopique, et on peut prendre le temps d'obtenir une exploration précise de la VBP par échocendoscopie ou C-IRM.

6 TRAITEMENT

6.1 LITHIASÉ VÉSICULAIRE NON COMPLIQUÉE

C'est le cadre des lithiases latentes, y compris celles qui s'accompagnent de signes fonctionnels considérés comme sans relation directe avec la lithiase: nausées, céphalées

Une attitude abstentionniste est adoptée car beaucoup de lithiases ne se compliqueront jamais ; cela est tout particulièrement vrai pour les vésicules "fonctionnelles" et ayant des parois normales, non épaissies, à l'échographie.

6.2 FORME SYMPTOMATIQUE

Quand il a existé une ou plusieurs crises de colique hépatique, le traitement est chirurgical consiste à l'ablation de la vésicule biliaire (cholécystectomie).

6.2.1 Cholécystectomie traditionnelle.

C'est un geste simple, qui n'entraîne aucune séquelle. Les récurrences, qui seront cholédociennes, sont d'environ 5% des cas. On admet que plus de la moitié de ces récurrences correspond en fait à des calculs résiduels, les autres cas étant des récurrences vraies.

6.2.2 Cholécystectomie sous coelioscopie (ou laparoscopie).

Depuis le début des années 90, la cholécystectomie est faite dans la grande majorité des cas sous coelioscopie. La morbidité de l'abord laparoscopique n'est pas supérieure et les suites opératoires sont plus courtes (<2 jours en moyenne), avec une reprise plus rapide des activités.

Les seules contre-indications formelles à la coelioscopie sont la cirrhose avec insuffisance hépatocellulaire, les coagulopathies réfractaires, l'insuffisance cardiaque et le choc septique.

En dehors de ces contre-indications, la cholécystectomie par laparotomie n'est plus pratiquée actuellement que dans les cas de cholécystite aiguë sévère où la dissection est difficile sous laparoscopie, et souvent sous forme d'une conversion per-opératoire. Les patients doivent être informés préalablement de l'éventualité de la conversion per-opératoire.

6.2.3 Cholangiographie per-opératoire

Elle peut être faite au cours d'une cholécystectomie aussi bien sous laparotomie que sous laparoscopie. Pour certains chirurgiens, ce geste est systématique, alors qu'il n'est fait que sélectivement (suspicion de lithiase cholédocienne ou d'anomalie anatomique) pour d'autres.

6.2.4 Les indications résiduelles du traitement médical de dissolution (sels biliaires)

Elles sont devenues exceptionnelles en raison de ses multiples inconvénients (durée de traitement, fréquence des contre-indications, faible taux de succès et taux de récurrence élevé). Il est réservé aux très rares contre-indications chirurgicales formelles ou aux refus de la chirurgie. Les autres traitements non chirurgicaux (lithotritie extra-corporelle, dissolution de contact) ont été abandonnés.

6.3 CHOLECYSTITE AIGUE

Le traitement associe une antibiothérapie probabiliste adaptée aux germes intestinaux (en général une beta-lactamine) ou au(x) germe(s) identifié(s) dans les hémocultures, et la cholécystectomie. Celle-ci doit être faite rapidement, dans les jours suivant l'admission et non après une période de "refroidissement", qui rend le geste plus difficile.

6.4 LITHIASE CHOLEDOCIENNE

Le traitement de la LVBP peut faire appel à trois catégories de techniques: la chirurgie par laparotomie, la plus classique et la plus ancienne; la sphinctérotomie endoscopique, décrite pour la première fois en 1974, associée à de nombreuses méthodes instrumentales d'extraction des calculs; et, depuis une dizaine d'années, la chirurgie par laparoscopie.

6.4.1 La chirurgie par laparotomie, dite « ouverte »

Elle associe une cholécystectomie, une cholédocotomie et la fermeture du cholédoque par une suture simple (cholédocotomie dite « idéale ») ou le plus souvent sur un drain en T (drain de Kehr) qui permet à la fois la cicatrisation dirigée du cholédoque et le contrôle radiologique de la VBP 8 à 10 jours après le geste chirurgical. Le taux de succès est de plus de 90%. Le taux de complications est étroitement lié à l'âge et la mortalité peut dépasser 15% chez les sujets âgés ou à haut risque chirurgical. A distance, on observe un taux de lithiase dite « résiduelle » de la VBP d'environ 5% et des lésions des voies biliaires (fistules, sténoses...) dans moins de 0,5% des cas. La durée d'hospitalisation postopératoire est en moyenne de 10 à 14 jours.

6.4.2 Le traitement endoscopique

Il repose sur la sphinctérotomie endoscopique (SE), ou section diathermique du sphincter commun bilio-pancréatique et du sphincter propre de la VBP. Ce geste ouvre un large accès au canal cholédoque, permettant une exploration instrumentale à l'aide de sondes à panier ou à ballonnet inspirées des instruments chirurgicaux. Le taux de succès de cette méthode est de l'ordre de 85% mais dépasse 95% dans les équipes expérimentées et disposant d'un équipement complet. La morbidité liée au geste est inférieure à 10% et la mortalité liée au geste est de 1%, indépendamment de l'âge. Les complications à long terme de la sphinctérotomie ont une fréquence comparable à celles de la chirurgie ouverte. Les indications classiques de la SE sont:

- Lithiase résiduelle (ou récidivante) après cholécystectomie
- Pancréatite aiguë biliaire grave avec ictère obstructif
- Angiocholite vraie
- Malades à haut risque chirurgical ayant une lithiase de la VBP

6.4.3 Le traitement laparoscopique de la LVBP

Il s'est développé à la suite de la cholécystectomie laparoscopique, apparue en 1988. Toutefois, contrairement à l'approche laparoscopique de la vésicule, qui s'est très rapidement généralisée, le traitement laparoscopique de la LVBP n'est encore l'apanage que de quelques équipes bien outillées, expérimentées et motivées. Les taux de succès rapportés par certaines équipes sont supérieurs à 80%. Toutefois, il s'agit toujours de malades sélectionnés, de sorte que ces résultats ne peuvent pas être comparés à ceux des séries endoscopiques et de chirurgie ouverte. Les taux de morbidité et de mortalité rapportés sont comparables à ceux de la chirurgie par laparotomie.

6.4.4 Stratégies diagnostique et thérapeutique

La mise en oeuvre des différents moyens diagnostiques disponibles dépend du contexte dans lequel se présente une suspicion de lithiase de la VBP et du projet thérapeutique. En dehors des cas

d'urgence déjà cités constituant une indication formelle au drainage endoscopique, on peut distinguer schématiquement 3 circonstances: 1) le sujet sans facteur de risque chirurgical ayant une lithiase vésiculaire symptomatique en apparence non compliquée ou une suspicion de lithiase de la VBP; 2) le sujet cholécystectomisé; 3) le sujet à haut risque chirurgical.

- Dans la première situation, la probabilité d'une lithiase de la VBP est faible (8 à 10%). Il n'est donc pas justifié de pratiquer systématiquement des explorations invasives et coûteuses afin de s'assurer de la liberté de la VBP. En revanche, il est utile de rechercher des facteurs prédictifs de lithiase de la VBP afin de proposer une exploration à des malades sélectionnés: signes cliniques (douleur, fièvre, ictère), biologiques (perturbations des tests hépatiques notamment) et morphologiques (en particulier le diamètre de la VBP). Lorsqu'aucun facteur n'est présent, le risque de lithiase de la VBP est de 1 à 3%. Aucun examen complémentaire ne doit alors être proposé. Lorsqu'un ou plusieurs facteurs prédictifs de lithiase de la VBP sont présents, le taux de lithiase peut dépasser 30%. Une échoendoscopie, une cholangio-IRM, une CPRE ou une cholangiographie per-opératoire peut alors être envisagée. Si une lithiase de la VBP est présente, le traitement comportera soit une sphinctérotomie endoscopique suivie de cholécystectomie, soit un abord chirurgical de la VBP dans le même temps (coelioscopique ou par laparotomie) que la cholécystectomie. Le choix de l'examen de confirmation de l'existence d'une lithiase de la VBP (échoendoscopie, cholangio-IRM, CPRE ou cholangiographie per-opératoire) dépend des possibilités locales d'accès à ces techniques et du projet thérapeutique (endoscopique ou chirurgical).
- Chez le malade cholécystectomisé, le traitement d'une éventuelle lithiase de la VBP est la sphinctérotomie endoscopique. Elle pourra être précédée d'une échoendoscopie ou d'une cholangio-IRM afin d'éviter un geste invasif inutile en l'absence de calcul.
- Chez les malades à haut risque, le traitement de la lithiase de la VBP sera également le plus souvent une sphinctérotomie endoscopique, en raison de la morbidité opératoire plus faible que celle de l'abord chirurgical de la VBP chez ces malades. Cependant, le choix de la méthode d'exploration n'est pas univoque. Si le risque de la cholécystectomie peut être jugé excessif, celui d'une cholécystectomie peut être considéré comme acceptable. Dans ce cas, l'échoendoscopie est l'examen diagnostique à recommander: négative, elle évitera un geste endoscopique plus invasif. Révélant une lithiase de la VBP, elle conduira à pratiquer une sphinctérotomie, qui pourra dans certaines équipes être réalisée durant la même anesthésie. Si au contraire, le risque opératoire de la cholécystectomie paraît excessif (malade non agénaire par exemple), il est parfaitement licite de proposer de réaliser une CPRE et une sphinctérotomie endoscopique de principe, qui permettra de prévenir en grande partie les risques d'une nouvelle migration lithiasique dans la VBP (mais non celui d'une cholécystite).
- La démarche thérapeutique découle directement de ces considérations diagnostiques. Elle laisse cependant place à des divergences d'appréciation concernant la place respective des traitements chirurgicaux et endoscopiques. La place du traitement endoscopique est à peu près unanimement reconnue dans les situations 2 et 3: la lithiase « résiduelle » après cholécystectomie, car il serait déraisonnable de pratiquer une seconde intervention alors que la vésicule n'est plus en place et qu'on dispose d'une alternative moins agressive; la LVBP du sujet âgé ou à haut risque, car on a vu que la mortalité liée à la sphinctérotomie était indépendante de l'âge - et relativement peu du terrain viscéral-, au contraire du traitement chirurgical. La majorité des malades ayant une LVBP n'entrent pas dans ces 2 catégories; les 3 options thérapeutiques évoquées sont alors envisageables et doivent être combinées à une attitude pratique concernant la vésicule biliaire lithiasique. A l'heure actuelle, à défaut d'arguments scientifiques solides favorisant clairement l'une de ces options, l'attitude pratique doit donc être fondée sur les équipements et les réseaux de compétences existant localement.