

Lithiase de la voie biliaire principale

La lithiase de la voie biliaire principale survient principalement par migration chez le patient porteur d'une lithiase vésiculaire. Ses complications peuvent être sévères : pancréatites biliaires, cholangites. Une fois diagnostiquée, elle doit être traitée dans tous les cas, même asymptomatiques.

Les stratégies diagnostiques et thérapeutiques s'articulent autour de la présentation clinique et de l'estimation du risque de lithiase de la voie biliaire principale avant cholécystectomie.

Le traitement comprend l'évacuation des calculs de la voie biliaire et en principe la cholécystectomie afin d'éviter la récurrence.

Il peut être entièrement chirurgical, par coelioscopie de préférence, ou endoscopique, associant une sphinctérotomie à l'extraction des calculs dans la période pré- ou postopératoire.

Introduction

La lithiase de la voie biliaire principale (LVBP) accompagne 10-15% des lithiases vésiculaires. Ces dernières sont souvent asymptomatiques et leur prévalence est estimée dans nos contrées à près de 10% de la population. La grande majorité des calculs de la VBP sont choléstéroliques (purs ou mixtes). Ils se forment dans la vésicule et migrent ensuite par le canal cystique dans le cholédoque.

Les calculs primaires de la VBP sont rares

Les calculs de la VBP peuvent rester asymptomatiques pendant de nombreuses années et passer spontanément dans le duodénum.

Cependant, 40-95% des lithiases méconnues de la VBP deviennent symptomatiques après dix à vingt ans.

La LVBP se manifeste alors par des coliques biliaires (douleurs à type de crampes, irradiant en ceinture vers le dos et par la droite, secondaires à la mise sous tension de l'arbre biliaire) ou par l'une de ses complications :

L'angiocholite.

Les symptômes de l'angiocholite résultent de l'inflammation secondaire à une obstruction partielle ou complète du flux biliaire.

La présentation clinique caractéristique est la triade de Charcot associant douleurs, ictère et pics fébriles avec frissons. Les cultures bactériennes de bile sont positives chez environ 75% des patients. Les hémocultures sont également fréquemment positives. La leucocytose est typique. L'angiocholite simple répond rapidement au traitement antibiotique. Lors de l'angiocholite purulente en revanche, la présence de pus sous pression dans un arbre biliaire obstrué conduit rapidement à une toxicité systémique sévère avec confusion, bactériémie et choc septique. La réponse aux antibiotiques est plutôt mauvaise.

La formation d'abcès hépatiques est fréquente. La mortalité approche les 100% si les voies biliaires ne sont pas promptement drainées par voie chirurgicale ou endoscopique.

Ictère rétionnel ou obstructif

Un ictère indolore peut parfois survenir lors de la lithiase cholédocienne, mais est habituellement secondaire à une obstruction néoplasique des voies biliaires par une tumeur de la tête du pancréas,

des voies biliaires ou de l'ampoule de Vater. Chez le patient dont l'obstruction est secondaire à une lithiase cholécystienne, l'association à une angiocholite lithiasique chronique est fréquente.

Dans ce cas, la vésicule biliaire n'est pas dilatée. Cette absence de vésicule palpable chez la plupart des patients avec une obstruction lithiasique des voies biliaires (VB) constitue la base de la loi de Courvoisier : une vésicule distendue et palpable suggère une obstruction plutôt néoplasique. L'obstruction des VB provoque la dilatation progressive des canaux biliaires intrahépatique et la régurgitation de bilirubine conjuguée dans la circulation. L'ictère se développe, accompagné d'urines foncées (bilirubinémie) et de selles claires (acholiques) ou décolorées.

Pancréatite aiguë

La migration de calculs biliaires est la cause la plus fréquente de pancréatite aiguë non alcoolique. On retrouve des signes biochimiques d'irritation pancréatique chez 15% des patients avec cholécystite aiguë et chez 30% des patients avec lithiase cholécystienne.

La coexistence d'une pancréatite doit être suspectée chez un patient avec des symptômes de cholécystite en cas de douleurs dorsales associées, d'iléus paralytique ou d'épanchement pleural, en particulier à gauche. La levée d'une obstruction et le traitement de la maladie lithiasique conduit habituellement à la résolution de la pancréatite.

Cirrhose biliaire secondaire

Une cirrhose biliaire secondaire peut résulter d'une obstruction prolongée ou répétée des voies biliaires, avec ou sans cholangite. Bien que cette complication puisse être observée chez des patients avec lithiase cholécystienne, elle est plus fréquente en cas d'obstruction prolongée secondaire à une sténose ou à une tumeur. Une fois déclarée, la cirrhose biliaire secondaire peut progresser même après la levée de l'obstruction et conduire à une hypertension portale et à une insuffisance hépatique. L'obstruction biliaire prolongée peut également être à l'origine de manifestations cliniques liées à une déficience en vitamines liposolubles A, D et K.

Diagnostic biologique

La présence de calculs dans la VBP doit être évoquée chez tout patient atteint de cholécystite et dont la bilirubine sérique totale est élevée. Les taux maximaux de bilirubine dépassent rarement 250 mmol/l lors de la lithiase cholécystienne, à moins qu'une maladie hépatique concomitante ou un autre facteur ne majore l'hyperbilirubinémie. Une bilirubinémie au-dessus de 340 mmol/l suggère une obstruction néoplasique. La phosphatase alcaline (PA) et la gGT sont presque toujours élevées en cas de LVBP symptomatique. L'élévation de la PA précède souvent l'ictère clinique et peut être la seule anomalie biologique hépatique. Les transaminases peuvent être élevées de deux à dix fois la norme, particulièrement en cas d'obstruction aiguë. Après désobstruction, les transaminases se normalisent rapidement tandis que la bilirubine reste élevée une à deux semaines. La PA se normalise encore plus lentement. En cas de pancréatite, l'amylasémie et la lipasémie sont augmentées.

L'échographie abdominale est le premier examen effectué à la recherche d'une lithiase de la VBP. Il est non invasif et largement répandu. Il souffre cependant d'un manque de sensibilité (50 à 70%). Les arguments indirects en faveur d'une lithiase de la VBP sont une dilatation du cholédoque associée ou non à une dilatation des voies biliaires intrahépatiques. Un examen normal ne permet cependant pas d'exclure une LVBP. Il doit être répété ou complété par une autre modalité diagnostique.

L'écho-endoscopie est l'examen le plus sensible (avec l'opacification des voies biliaires) dans la détection de calculs de la VBP. Sa sensibilité et sa spécificité sont supérieures à 95%.¹⁰⁻¹² L'examen détecte aussi certaines anomalies morphologiques telles que sténoses. L'écho endoscopie est grevée d'une morbidité quasi nulle mais nécessite un opérateur confirmé.

La cholangio-IRM est également un examen non invasif et bénéficie d'une sensibilité probablement comparable à celle de l'écho endoscopie.

L'appareillage est cependant lourd et encore peu disponible. Bien que son efficacité semble maintenant démontrée, la cholangio-IRM ne pourra être intégrée à une stratégie diagnostique que dans les institutions possédant cette infrastructure.

Dans les mains d'un opérateur entraîné, la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) possède également une sensibilité et une spécificité élevées. C'est un examen invasif avec notamment un risque de pancréatite (1-5%). Son avantage principal réside dans ses possibilités à la fois diagnostiques et thérapeutiques : la CPRE permet en effet l'extraction de calculs après sphinctérotomie ou dilatation de la papille. Avec l'avènement de l'écho endoscopie et de la cholangio-IRM, l'utilisation de la CPRE comme moyen diagnostique primaire est en diminution.

Les autres méthodes diagnostiques, telles que tomодensitométrie et cholangiographie intraveineuse, ne présentent que peu ou plus d'intérêt dans le diagnostic de la lithiase de la VBP.

La cholangiographie peropératoire démontre les calculs de la VBP avec une sensibilité de 85-90%.

L'examen permet également de mettre en évidence des calculs non attendus chez 3 à 10% des patients opérés d'une cholécystectomie. En fait, certains auteurs recommandent d'effectuer cet examen lors de chaque cholécystectomie.

Stratégie diagnostique et thérapeutique

Il n'existe pas actuellement d'examen morphologique dont les performances, la disponibilité et le rapport coût/bénéfice justifieraient un dépistage préopératoire systématique de la lithiase de la VBP chez tout patient porteur d'une vésicule lithiasique. En revanche, la présence de certains indicateurs cliniques, biologiques et échographiques permet de définir une probabilité de présenter une LVBP. De manière similaire, **En général on classe le risque de la LVBP en trois groupes de patients dont la prise en charge avant la cholécystectomie est différente :**

- Les patients à faible risque ne nécessitent pas d'examen préopératoire.
- Les patients à risque Le risque de LVBP est de 2 à 3%.
- Les patients à risque élevé ont une probabilité de 50-80% de présenter une LVBP. Selon la présentation clinique (cholangite, pancréatite, etc.) et les compétences disponibles, ces patients bénéficieront d'une CPRE avec sphinctérotomie et extraction des calculs avant cholécystectomie, ou d'une approche entièrement chirurgicale associant cholécystectomie, cholangiographie peropératoire et, le cas échéant, exploration des voies biliaires par laparoscopie.

Enfin, la probabilité de LVBP chez les patients à risque intermédiaire est de 20-50%.

L'examen des voies biliaires par écho endoscopie ou cholangio-IRM chez ces patients permet de préciser l'indication à une exploration des VB ou à une PCRE thérapeutique préopératoire.

Le risque de LVBP doit également être apprécié en fonction du temps écoulé entre le début des symptômes et l'exploration diagnostique.

Ce délai diminue la probabilité de mettre en évidence une lithiase de la VBP, en raison de l'élimination spontanée de calculs.

Bien qu'il soit généralement admis que toute lithiase de la VBP doit être traitée, notamment en raison du risque d'angiocholite, le choix de la méthode ne fait pas toujours l'objet d'un consensus. Le traitement doit comporter l'extraction des calculs de la VBP mais aussi, en principe, l'ablation de la vésicule, source des calculs si elle est encore en place. Les choix thérapeutiques sont multiples : cholécystectomie et exploration des voies biliaires par laparotomie ou par laparoscopie, CPRE avec sphinctérotomie endoscopique (SE) et extraction de calculs, avant ou après la chirurgie. L'adoption de l'une ou l'autre méthode (et ses résultats) dépend souvent de l'expérience et de l'entraînement de l'équipe qui la pratique. On s'accorde néanmoins à préférer la CPRE et SE chez :

I Les patients à risque chirurgical élevé.

I Chez le malade déjà cholécystectomisé avec calcul résiduel.

I En cas de cholangite sévère.

I En cas de pancréatite aiguë biliaire grave.

Dans les deux derniers cas, et afin d'éviter de nouvelles complications biliaires, l'endoscopie sera suivie d'une cholécystectomie, si possible coelioscopique, et si l'état et l'âge du patient le permettent. Chez le patient à risque opératoire faible et ayant encore sa vésicule, le traitement chirurgical complet par coelioscopie (cholécystectomie et révision des VB dans le même temps) est en passe de devenir le traitement de choix, avec un taux de réussite supérieur à 80% et une morbidité comparable à celle d'un traitement classique par laparotomie.

On évite par ailleurs le cumul de complications liées à la multiplication des interventions (CPRE et chirurgie) sur un même patient. La méthode est cependant techniquement exigeante et nécessite une équipe entraînée. En cas d'échec, il faut choisir entre la conversion en laparotomie ou la réalisation d'une SE per- ou postopératoire par CPRE. En l'absence d'une équipe rompue à l'exploration des voies biliaires par laparoscopie, on peut également opter d'emblée pour un traitement combiné, associant SE pré- ou postopératoire et cholécystectomie par coelioscopie. Il faut préférer la SE (sphinctérotomie endoscopique) préopératoire lorsqu'elle est prévisible (patients à risque élevé ou intermédiaire chez qui on met en évidence à l'imagerie une lithiase de la VBP), afin d'éviter la situation d'un échec de SE postopératoire, imposant la reprise chirurgicale du patient.

En définitive, les méthodes de traitement de la lithiase de la VBP chez les malades à faible risque avec vésicule en place paraissent équivalentes, du moins à court terme.

Le choix dépendra d'abord des compétences locales. Il convient, si l'expertise est disponible, de privilégier le traitement chirurgical complet en un temps par coelioscopie.