

Prise en charge de la Lithiase de la Voie Biliaire Principale (VBP) Recommandations 2011

Professeur Gilles Pelletier 1,2,3

1. AP-HP Hôpital Paul Brousse, Centre Hépatobiliaire, Villejuif, France
2. Univ Paris-Sud, UMR-S 785, Villejuif, F-94800, France
3. Inserm, Unité 785, Villejuif, F-94800, France

A l'initiative de la SNFGE, en association avec les sociétés savantes impliquées dans cette maladie, une démarche de recommandations de pratique clinique (RPC) sur la prise en charge de la lithiase biliaire a été entreprise. C'est une démarche « d'evidence-based medicine » d'après une étude exhaustive de la littérature réalisée selon la méthodologie de la HAS.

Les questions concernant la prise en charge de la lithiase de la VBP ont été :

- 1- Quel est le meilleur traitement de la lithiase de la VBP ? Actuellement, 4 traitements peuvent être proposés : la chirurgie classique par laparotomie, le « tout coelioscopique », le traitement combiné sphinctérotomie endoscopique (SE)-cholécystectomie coelioscopique, la SE étant réalisée avant ou après la cholécystectomie. 2 méta-analyses regroupant plus de 1300 malades montrent que les 4 traitements sont équivalents tant en terme d'efficacité que de morbidité. La recommandation est donc d'appliquer le traitement le mieux maîtrisé à un endroit donné.
- 2- Faut-il explorer la VBP avant une cholécystectomie coelioscopique ?

10 à 15 % des malades opérés pour lithiase vésiculaire symptomatique ont une lithiase de la VBP associée. L'intérêt de sa recherche en pré-opératoire dépend des modalités de son traitement si elle est effectivement présente. Si le chirurgien a l'expérience de la chirurgie coelioscopique de la VBP, aucun examen pré-opératoire n'est nécessaire. Par contre si le traitement serait une SE pré-opératoire, il est nécessaire d'explorer la VBP en pré-opératoire. Les examens pré-opératoires performants pour le diagnostic de lithiase de la VBP sont la Bili-IRM et l'écho-endoscopie qui peut précéder immédiatement une SE pendant la même anesthésie. En fait de nombreuses études ont montré qu'il était possible de prédire l'existence d'une lithiase de la VBP dans ce contexte avec des examens simples. En l'absence de signes

cliniques, biologiques ou échographiques, le risque de calculs de la VBP est < 5 voire 2 %.

En l'absence de ces signes prédictifs, il est donc raisonnable de ne pas explorer la VBP en pré- ni per-opératoire.

- 3- Faut-il traiter tout les calculs de les VBP ? La question se pose pour les calculs asymptomatiques de découverte fortuite. Lorsque des calculs de la VBP inattendus sont découverts par la cholangiographie per-opératoire systématique lors d'une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et que le chirurgien n'est pas expert en chirurgie coelioscopique de la VBP ou que le traitement est difficile (VBP fine par exemple), faut-il convertir en laparotomie ou proposer une SE post-opératoire systématique ? 2 études prospectives ont proposé de temporiser et de mettre en place un drain transcystique. Le contrôle à 48 heures montrait une clairance spontanée de lan VBP dans 16 à 25 % des cas, et le contrôle à 6 semaines une clairance de 35 à 50 %. Aucun malade n'était devenu symptomatique. Ainsi une SE post-opératoire a pu être évitée dans environ 2 cas sur 3.
- 4- La prise en charge de la lithiase de la VBP de la femme enceinte est-elle possible ? La grossesse favorise la lithiase biliaire. En cas de migration lithiasique, la crainte de complications fœtales incite souvent à l'abstention thérapeutique malgré les risques d'angiocholite et de pancréatite. Dans la littérature, il existe 9 publications représentant 118 femmes (réparties sur les 3 trimestres de grossesse) ayant eu un traitement endoscopique pour lithiase de la VBP. La SE a été efficace au prix d'une faible morbidité et d'une faible irradiation du fœtus (< 3 mGrays : bien inférieure au seuil thératogène). La prise en charge de la lithiase de la VBP de la femme enceinte est donc possible en prenant des précautions simples pour l'anesthésie et la limitation de l'irradiation.