

---

## Lithiase de la voie biliaire principale

---

**DOMINIQUE FRANCO**  
*Hôpital Antoine Béclère - Clamart*

Le dépistage et le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale (LVBP) demeurent mal codifié. La plupart des angiocholites sont traitées par sphinctérotomie endoscopique après guérison du syndrome infectieux. Chez les malades ayant une lithiase vésiculaire, la plupart des équipes font un dépistage systématique de la LVBP et traitent une éventuelle LVBP par sphinctérotomie endoscopique avant la cholécystectomie(1). Or, à l'époque où la LVBP était traitée par cholédocotomie par laparotomie, une méta-analyse avait montré que le traitement chirurgical de la LVBP avait un rapport qualité/prix supérieur à l'association chirurgie et endoscopie. L'avènement de la laparoscopie a modifié ces données car la courbe d'apprentissage du traitement laparoscopique de la LVBP est longue et nécessite la maîtrise de la suture intra corporelle. Actuellement les progrès des chirurgiens en laparoscopie ont rendu plus facile et efficace l'exploration laparoscopique de la VBP. Elle peut être réalisée dans 95% des cas avec un pourcentage de désobstruction d'environ 90%(2,3). Environ la moitié des calculs de la VBP est enlevée à travers le canal cystique et l'autre moitié par cholédocotomie. Il est maintenant admis qu'aucun drainage , biliaire ou abdominal, n'est nécessaire quand la fermeture de la cholédocotomie est faite dans de bonnes conditions (4). La durée d'hospitalisation peut ainsi être très courte, de 24 à 48 heures, voire moins de 24 heures. Enfin le coût du traitement « tout laparoscopie » de la LVBP est deux fois moins cher que celui de l'association sphinctérotomie endoscopique et cholécystectomie laparoscopique. Plusieurs études comparatives randomisées ont confirmé la supériorité de l'extraction par laparoscopie de la LVBP en même temps que la cholécystectomie sur la stratégie en deux temps, sphinctérotomie endoscopique puis cholécystectomie laparoscopique (2, 5) chez ces patients, avec en particulier une diminution de la morbidité, de la durée d'hospitalisation, et du risque de sténose tardive de la voie biliaire. Plusieurs études de cohortes ont confirmé l'innocuité de la cholédocotomie et la rareté des complications biliaires à long terme (6). Ces résultats devraient fortement inciter à modifier la stratégie de prise en charge de la lithiase biliaire.

Par ailleurs, le dogme du dépistage systématique de la LVBP chez les malades ayant une lithiase vésiculaire a été remis en question (7). Même si cet examen est réalisable dans 99% des cas de cholécystectomie élective, il entraîne un risque opératoire supplémentaire même s'il est très minime et a un coût associé. Un certain nombre de facteurs pré-opératoires permettent d'indiquer les patients à risque élevé de LVBP associée à qui sont réservés ce dépistage, par cholangiographie ou par échographie per-opératoire (8). Le taux de succès de ces deux examens est très élevé.

La stratégie thérapeutique chez les patients ayant une lithiase vésiculaire symptomatique peut donc être déclinée de façon simple : pas de dépistage pré opératoire d'une éventuelle

LVBP, cholangiographie per opératoire chez les patients ayant un facteur de risque de LVBP, traitement laparoscopique de cette lithiase. L'incidence d'une lithiase résiduelle avec cette attitude est faible, inférieure à 5% (9). Cette lithiase résiduelle est une indication à une sphinctérotomie endoscopique dont la pratique dans la maladie lithiasique est alors très réduite.

## Références

- 1-Huttl TP, Hrdina CH, Geiger TK, Meyer G, Schildberg FW, Kramling HJ. Management of common bile duct stones-Results of a nationwide survey with analysis of 8433 common bile duct explorations in Germany. Zentralbl Chir 2002;127:282-8
- 2-Cuschieri A, Lezoche E, Morino M, Croce E, Lacy A, Toouli J, Faggioni A, Ribeiro VM, Jakimowitz J, Visa J, Hanna GB. EAES multicenter prospective randomised trial comparing two-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi. Surg Endosc 1999;13:952-7
- 3-Ebner S, Rechner J, Beller S, Erhart K, Riegler FM, Szinicz G. Laparoscopic management of common bile duct stones. Surg Endosc 2004;18:762-5
- 4-Decker G, Borie F, Millat B, Berthou JC, Deleuze A, Drouard F, Guillon F, Rodier JG, Fingerhut A. One hundred laparoscopic choledocotomies with primary closure of the common bile duct. Surg Endosc 2003;17:12-8
- 5-Tranter SE, Thompson MH. Comparison of endoscopic sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile duct Br J Surg 2002;89:1495-504
- 6-Waage A, Stromberg C, Leijonmarck CE, Arvidsson D. Long-term results from laparoscopic common duct exploration. Surg Endosc 2003;17:1181-5
- 7-Metcalfe MS, Ong T, Bruening MH, Iswariah H, Wemyss-Holden SA, Maddern GJ. Is intraoperative cholangiogram a matter of routine? Am J Surg 2004;187:475-81
- 8-Grande M, Torquati A, Tucci G, Rulli F, Adorisio O, Farinon AM. Preoperative risk factors for common bile duct stones: defining the patient at high risk in the laparoscopic cholecystectomy era.
- 9-Anwar S, Rahim R, Agwunobi A, Bancewicz J. The role of ERCP in maagement of retained bile duct sones after laparoscopic cholecystectomy. N Z Med J 2004;117:U1102