



CONFÉRENCE EUROPÉENNE DE CONSENSUS



La lithiase vésiculaire: stratégie thérapeutique

Rapport de la conférence



19-20-21 décembre 1991

UNE CONFÉRENCE DE CONSENSUS est une méthode d'évaluation visant à faire la synthèse et le bilan des connaissances à propos d'une pratique médicale ou d'une intervention de santé, dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Cette Conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) qui lui a attribué son label de qualité.

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document, ont été rédigées par le jury de la Conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANDEM.

CONFÉRENCE EUROPÉENNE DE CONSENSUS

La lithiase vésiculaire: stratégie thérapeutique

Strasbourg, Parlement Européen
19-20-21 décembre 1991

Le promoteur

La Société Française de Chirurgie Digestive.
En collaboration avec la Société Nationale Française de Gastroentérologie et l'Association Française pour l'Etude du Foie.
L'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) a participé à l'organisation de cette Conférence et à la diffusion du présent document.

Les membres du comité d'organisation

Président : B. Weil, Service de Néphrologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil (France). • D.-C. Carter, University of Edinburgh, Department of Surgery, Edinburgh (Royaume-Uni). • D. Dhumeaux, Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil (France). • J. Escat, Service de Chirurgie Digestive, Hôpital de Rangueil, Toulouse (France). • J.-P. Etienne, Service d'Hépatogastroentérologie, Hôpital Bicêtre, Kremlin Bicêtre (France). • J. Marescaux, Service d'Urgences, de Chirurgie Générale et Endocrinienne, Hôpitaux Universitaires, Strasbourg (France) • A. Mazziotti, Clinique Chirurgicale, Hôpital Orsola, Bologne (Italie). • H.-D. Röher, Clinique Chirurgicale, Université Heinrich Heine, Düsseldorf (Allemagne). • G. Weil, Département de Biostatistiques, Mathématiques et d'Informatique Médicale, Faculté de Médecine de Grenoble, La Tronche (France).

Les membres du jury

Président : B. Weil, Chef du service de Néphrologie, Hôpital Henri Mondor, Créteil (94).

Mesdames,

F. Arnold-Richez, Chef du Service Santé, Revue VOICI (Paris) • M.-C. Baughon, Infirmière générale, Hôtel Dieu (Paris) • Le Docteur M.-E. Delga, Médecin généraliste, Lautrec (81) • Le Docteur E. Eschwege, Directeur de l'Unité 21 de l'INSERM, Hôpital Paul Brousse, Villejuif (94) • Le Professeur C. Robert, Département de Mathématiques, Statistiques et Informatique Médicale, Faculté de Médecine de Grenoble, La Tronche (37).

Messieurs,

le Docteur G. Angelvin-Bonnetty, Hôpital Henri Duffaut, Avignon (84). • le Docteur G. Bardelay, Rédacteur en Chef, Revue PRESCRIRE (Paris) • le Docteur F. Challiol, Médecin généraliste, Marseille (13) • le Professeur M. Doffoël, Clinique Médicale B, Hôpitaux Universitaires, Strasbourg (67) • le Professeur J. Moreaux, Centre Médico-Chirurgical de la Porte de Choisy (Paris) • le Professeur J. POUS, Santé Publique, Faculté de Médecine, Toulouse (31).

Les experts

Prof. J.-F. Gigot, Chirurgie Digestive, Bruxelles • Prof. J.-P. Benhamou, Hépatologie, Paris • Prof. L. Barbara, Médecine Interne, Bologne • Prof. J.-P. Capron, Hépatogastroentérologie, Amiens • Prof. D. Franco, Chirurgie Digestive, Paris • Prof. F. Lacaine, Chirurgie Digestive, Paris • Prof. H. Dowling, Hépatogastroentérologie, Londres, remplacé par le Prof. D. Dhumeaux, Hépatogastroentérologie, Créteil • Doct. G. Pelletier, Hépatogastroentérologie, Paris • Prof. S. Erlinger, Hépatogastroentérologie, Paris • Prof. D. Castaing, Chirurgie Digestive, Villejuif • Prof. C.-L. Ell, Chirurgie Digestive, Erlangen • Prof. H. Bismuth, Chirurgie Digestive, Villejuif • Prof. P. Verreet, Chirurgie Digestive, Düsseldorf • Prof. F. Dubois, Chirurgie Digestive, Paris • Prof. J. Belgħiti, Chirurgie Digestive, Paris • Prof. P.-L. Fagniez, Chirurgie Digestive, Créteil • Prof. Ch. Partensky, Chirurgie Digestive, Lyon • Doct. F. Teboul, Chirurgie Digestive, Lyon.

LES QUESTIONS POSÉES

1

Quelle est la conduite à tenir devant une lithiase asymptomatique?

Modérateur: J.-F. Gigot.

1.1. Quelle est la définition de la lithiase asymptomatique?

Expert: J.-P. Benhamou.

1.2. Quelle est l'histoire naturelle de la lithiase asymptomatique?

Expert: L. Barbara.

1.3. Quel est le sous-groupe de patients devant être traité? Quelle surveillance doit être proposée dans les autres cas?

Experts: J.-P. Capron et D. Franco.

2

Quelles sont les places respectives des dissolvants biliaires et de la lithotritie extra-corporelle? Quelles en sont les modalités d'application?

Modérateur: F. Lacaine.

2.1. Quels sont les résultats du traitement par dissolvants biliaires?

Expert: D. Dhumeaux.

2.2. Quels sont les résultats de la lithotritie extracorporelle?

Expert: G. Pelletier.

2.3. Synthèse pratique: place et modalités d'application de ces traitements.

Expert: S. Erlinger.

3

Quelle est la place de la litholyse ou de la lithotritie de contact?

Modérateur: D. Castaing.

Expert: C.-L. Ell.

4

Quelles sont les indications respectives de la cholécystectomie par laparotomie et de la cholécystectomie coelioscopique?

Modérateur: H. Bismuth.

4.1. Modalités, résultats et contre-indications de la cholécystectomie par laparotomie.

Expert: P. Verreet.

4.2. Modalités et avantages de la cholécystectomie par coelioscopie.

Expert: H. Dubois.

4.3. Incidents, accidents et limites de la cholécystectomie par coelioscopie.

Expert: J. Belghiti.

4.4. Faut-il, et comment, organiser la formation à la chirurgie coelioscopique?

Expert: P.-L. Fagniez.

4.5. Quelles sont les indications respectives de la chirurgie classique et de la coeliochirurgie? Bilan.

Expert: Ch. Partensky.

4.6. Peut-il y avoir une stratégie de la lithiase vésiculaire: approches médico-économiques?

Expert: F. Teboul.

Le Jury, après avoir entendu les experts et le débat
avec les participants à la Conférence,
a délibéré et a trouvé un consensus sur le texte qui suit :

La lithiase vésiculaire se définit par la présence d'un ou plusieurs calculs dans la vésicule biliaire. Cette anomalie est fréquente, probablement présente chez environ 20 p. 100 des personnes âgées de 20 à 60 ans selon des études réalisées dans les populations européennes. Sa prévalence augmente régulièrement avec l'âge : environ 60 p.100 des personnes âgées de plus de 80 ans ont un ou plusieurs calculs de la vésicule.

La banalisation de l'échographie abdominale, prescrite pour des motifs n'ayant pas toujours trait à la pathologie vésiculaire, conduit à la découverte fréquente de lithiases n'entraînant pas de symptômes biliaires : on les dit lithiases asymptomatiques.

Par ailleurs, on assiste, dans le monde entier, à un véritable engouement pour la cholécystectomie par voie coelioscopique, c'est-à-dire par une technique chirurgicale n'imposant pas l'ouverture large de la cavité abdominale et ne comportant que des cicatrices minimes.

Ces faits imposent à la fois de préciser la conduite à tenir devant les lithiases asymptomatiques et de reconsiderer les places respectives des différents moyens thérapeutiques, chirurgicaux ou non chirurgicaux, lorsqu'existent des douleurs biliaires ou une complication lithiasique.

1 Quelle est la conduite à tenir devant une lithiase asymptomatique ?

La lithiase est asymptomatique : on ne traite pas.

On définit comme asymptomatique, une lithiase vésiculaire, découverte fortuitement, lorsqu'elle n'a entraîné aucun signe d'appel.

Aucun élément ne permet, à l'heure actuelle, de prédire qu'une lithiase asymptomatique va évoluer vers des crises de douleurs biliaires ou vers une complication lithiasique : ni l'âge, ni le sexe, ni les pathologies ou traitements associés, ni l'état échographique de la vésicule, ni les caractéristiques des calculs (nombre,

taille, radiotransparence), peuvent servir à cette prédition.

De ce fait lorsque la lithiase est asymptomatique, il n'est pas justifié d'exercer une quelconque surveillance clinique, biologique ou échographique; il n'est généralement pas nécessaire de mettre en oeuvre un traitement, quel qu'il soit.

De nombreux signes généraux tels que l'asthénie ou les céphalées, ou signes digestifs tels que les troubles dyspeptiques, des nausées et vomissements en l'absence de douleur, des troubles du transit ont pu conduire à la réalisation d'une échographie. Ces signes ne sont pas liés à la lithiase vésiculaire : ils ne disparaîtraient pas si on supprimait les calculs ou si on retirait la vésicule. Leur coïncidence, en l'absence de douleurs biliaires, ne change rien au caractère "asymptomatique" d'une lithiase vésiculaire.

À l'opposé est symptomatique une lithiase vésiculaire provoquant une douleur biliaire ou une complication.

Si la lithiase est symptomatique : on doit traiter.

La douleur biliaire est le principal signe fonctionnel de la lithiase vésiculaire symptomatique : elle se reconnaît par sa durée (vingt minutes en moyenne, de dix minutes à cinq heures au maximum), par sa localisation (épigastrique la plupart du temps, sous les côtes à droite, moins souvent) et par son intensité (permanente et très forte pendant la durée de la crise). Elle peut s'accompagner de nausées, voire de vomissements.

Les douleurs biliaires sont parfois trompeuses par une intensité moins forte, une durée plus courte. Il faut, alors, les différencier des douleurs provoquées par les colopathies, d'intensité variable, de durée irrégulière, associées à de nombreux autres symptômes fonctionnels.

La cholécystite aiguë, l'angiocholite aiguë, la pancréatite aiguë, complications de la lithiase biliaire, impliquent une thérapeutique radicale de la lithiase biliaire.

Selon les rares études épidémiologiques longitudinales disponibles, la plupart des sujets porteurs d'un ou plusieurs calculs de la vésicule n'auront ni douleur ni complication tout au long de leur vie. Chaque année, cependant, 0,5 à 4 p.100 des patients porteurs de lithiase "entreront en maladie" par l'apparition d'une

douleur biliaire, trois ou quatre fois moins souvent par la survenue d'une complication. Il faut toutefois souligner que ces études sont peu nombreuses, de durée de surveillance inégale (de 5 à 20 ans) et comportent des effectifs relativement faibles (une à deux centaines par cohorte). On ne dispose pas d'études permettant de préciser l'évolution naturelle, sans traitement, de la maladie lithiasique, après l'apparition d'une première crise douloureuse.

Certaines indications thérapeutiques sont simples : lorsque la lithiasie est devenue symptomatique, l'indication de la cholécystectomie est incontestable, dès lors que les douleurs biliaires se répètent fréquemment ou que des complications sont survenues. La chirurgie est encore proposée pour les cas, asymptomatiques, très particuliers, de patients porteurs de lithiasies vésiculaires et soumis à un risque potentiel de complications : candidats à une transplantation d'organes, à la chirurgie cardiaque, patients traités pour une insuffisance rénale chronique. Cette pratique, dictée par la forte mortalité observée lors des cholécystectomies effectuées chez ces patients dans les suites d'une transplantation ou d'une opération cardiaque, n'a pas été soumise à évaluation.

Les traitements non chirurgicaux peuvent être envisagés en cas de douleurs biliaires isolées et peu fréquentes, si certaines conditions précises de leurs mises en oeuvre sont réunies, pour des patients ne pouvant pas, ou ne voulant pas, subir un acte chirurgical. Ces traitements non chirurgicaux, médicaments dissolvants biliaires et lithotritie extra-corporelle, ont pour objectif de faire disparaître les calculs, ce qui laisse en place la vésicule biliaire, d'où un risque de récidive lithiasique.

2 Quelles sont les places respectives des dissolvants biliaires et de la lithotritie extra-corporelle. Quelles en sont les modalités d'application ?

Parmi les traitements non chirurgicaux, plusieurs traitements peuvent être envisagés : les médicaments dissolvants biliaires, la lithotritie extra-corporelle, la litholyse et la lithotritie de contact.

Les médicaments dissolvants biliaires.

Les seuls calculs susceptibles d'être dissous grâce aux médicaments dissolvants biliaires sont les calculs de cholestérol. Dans les pays occidentaux, environ 80

p.100 des calculs vésiculaires sont des calculs cholestéroliques et 20 p.100 sont des calculs pigmentaires notamment composés de divers sels organiques ou inorganiques de calcium. Les petits calculs flottants sont toujours cholestéroliques. Mis à part cette caractéristique, il n'existe pas, de façon certaine, de moyens de connaître la composition des lithiases biliaires avant la mise en oeuvre du traitement.

Le médicament dissolvant bilaire de référence, du fait de son efficacité et surtout de ses moindres inconvénients digestifs (rares cas de diarrhées), est l'acide ursodésoxycholique à la posologie de 10 mg/kg/jour (soit environ 600 mg/jour).

Son activité est conditionnée par une série de facteurs :

- la vésicule doit être fonctionnelle, ce qui est apprécié par la cholécystographie orale (l'intérêt de l'échographie avec épreuve de contraction est moins bien établi);
- les calculs doivent être radio-transparents sur la radiographie de l'abdomen sans préparation (l'utilité du scanner pour cette appréciation est insuffisamment évaluée);
- la voie biliaire principale doit être libre;
- la taille des calculs ne doit pas être trop grande;
- le traitement doit être régulièrement suivi (bonne observance indispensable) et d'une durée prolongée, proportionnellement à la taille des calculs : six mois pour les calculs de moins de 5 mm, deux ans pour les calculs de moins de 15 mm.

Dans ces conditions, une dissolution complète est observée dans 40 à 60 p. 100 des cas pour les calculs de moins de 15 mm de diamètre et dans 70 à 80 p. 100 des cas pour les calculs de moins de 5 mm de diamètre. Il est habituel de poursuivre le traitement trois mois après la disparition des calculs (vérifiée à l'échographie). Après l'arrêt du traitement, la récidive calculeuse survient chez 10 à 15 p.100 des malades chaque année et plafonne à 50 p.100 au bout de cinq ans. Une surveillance échographique est susceptible de permettre de dépister précisément cette récidive calculeuse. Il convient cependant de souligner que ces récidives sont le plus souvent asymptomatiques, ce qui ne justifie pas la pratique courante de la surveillance échographique et la mise en route d'un nouveau traitement dissolvant en cas de récidive calculeuse.

Compte tenu des contraintes d'indication et de mise en œuvre des traitements par dissolvants biliaires, il est probable que moins de 5 p.100 des malades atteints d'une lithiase vésiculaire symptomatique sont susceptibles de relever de ce traitement.

La lithotritie extra-corporelle.

Cette technique consiste à faire converger des ondes de choc sur des calculs afin de les fragmenter. Elle est en cours d'évaluation. Elle doit être accompagnée par un traitement médicamenteux dissolvant bilaire. La lithotritie extra-corporelle ne peut être proposée qu'à un nombre limité de malades ayant des calculs radio-transparents ou légèrement calcifiés, peu nombreux (moins de trois de préférence) et peu volumineux (diamètre inférieur à 30 mm), dans une vésicule fonctionnelle avec une voie biliaire principale libre.

Le traitement est réalisé en ambulatoire. Le nombre de séances nécessaires varie selon le générateur d'ondes de choc. Chaque séance dure en moyenne de 45 à 60 minutes. Les résultats les meilleurs sont obtenus pour les calculs uniques de moins de 20 mm qui disparaissent dans 70 à 80 p.100 des cas, à un an, alors que cette disparition ne concerne que 25 à 50 p.100 des patients ayant un calcul unique plus gros ou des calculs multiples.

En règle générale, les séances de lithotritie sont bien tolérées, sans complication grave, induites par les ondes de choc. Les accidents de migration du calcul sont observés dans un faible nombre de cas (cholécystite aiguë, obstruction de la voie biliaire principale, pancréatite aiguë d'intensité modérée). Après arrêt du traitement médicamenteux dissolvant bilaire accompagnant et suivant une lithotritie, le nombre de récidives calculeuses n'est pas encore connu au-delà de deux ans.

La place de la lithotritie extra-corporelle est actuellement très restreinte, la meilleure indication étant les calculs radio-transparents de moins de 20 mm de diamètre.

3 Quelle est la place de la litholyse et de la lithotritie de contact?

La litholyse de contact consiste en l'introduction d'un dissolvant bilaire (le méthyl ter butyl ether [MTBE]) directement dans la vésicule biliaire au moyen

d'un cathéter introduit par voie trans-cutanée et trans-hépatique ou par voie rétrograde par cathétérisme de la voie biliaire, ou encore par abord coelioscopique trans-cystique.

La lithotritie intra-corporelle consiste à fragmenter les calculs par contact direct, dans la vésicule, par différents moyens physiques. Elle rend nécessaires les mêmes voies d'abord. **Les limites et les inconvénients de ces techniques, peu utilisées à ce jour, conduisent à les considérer comme des techniques exceptionnelles, encore très expérimentales.**

4 Quelles sont les indications respectives de la cholécystectomie par laparotomie et de la cholécystectomie coelioscopique ?

Il y a aujourd'hui deux façons d'effectuer une cholécystectomie, soit par laparotomie, soit sous coelioscopie.

La cholécystectomie traditionnelle par laparotomie.

C'est actuellement la méthode chirurgicale de référence. Il s'agit d'une opération ancienne, parfaitement standardisée, pratiquée fréquemment par un grand nombre de chirurgiens. De très nombreuses études, rétrospectives, incluant des milliers de patients ont permis d'apprécier ses résultats. En particulier, sa mortalité est très faible ainsi que sa morbidité.

La cholécystectomie sous coelioscopie.

C'est une technique chirurgicale complètement nouvelle, réalisée pour la première fois en France en 1987, restée tout d'abord confidentielle et qui se répand depuis deux ans "comme une traînée de poudre".

Il n'y a pas d'accord entre les chirurgiens pour ce qui concerne toutes les modalités techniques. Les instruments utilisés sont encore mal adaptés et une nouvelle instrumentation spécifique commence tout juste à apparaître.

Le malade est installé en salle d'opération comme pour une cholécystectomie traditionnelle. Sous anesthésie générale, on crée un pneumopéritoïne afin de permettre la visualisation des organes et du mouvement des instruments. Le coelioscope et les instruments sont introduits par les différentes portes d'entrée

cutanées. Toutes les manipulations sont effectuées sous contrôle vidéo direct par la caméra du coelioscopie. Selon les équipes, l'exploration de la voie biliaire principale par cholangiographie est pratiquée avant ou pendant l'intervention. Au cours de l'intervention sous coelioscopie, il peut survenir des difficultés techniques, des accidents ou des pannes d'appareillage. Dans ces conditions, la possibilité d'une "conversion" immédiate de l'intervention dans sa méthode classique, par laparotomie, est absolument nécessaire et représente un gage de sécurité.

Le jury n'a pas trouvé d'étude comparative prospective pour juger rigoureusement les avantages et les inconvénients de la technique traditionnelle et de la coeliochirurgie.

L'essor grandissant de la coeliochirurgie tient essentiellement à l'absence habituelle de douleurs pariétales et d'iléus post-opératoire avec cette technique ; elle permet une déambulation très précoce, une reprise de l'alimentation normale le lendemain de l'intervention, ce qui explique dans les premières séries publiées la rareté des complications dites générales (thrombo-emboliques en particulier). Le séjour hospitalier et l'interruption de l'activité professionnelle du malade peuvent être diminués. Cet attrait réside aussi pour certains patients dans la minimisation des cicatrices résiduelles.

La cholécystectomie coelioscopique est techniquement beaucoup plus difficile en cas de cholécystite aiguë.

Des adhérences secondaires à une intervention antérieure peuvent la rendre impossible.

La coeliochirurgie paraît devoir être contre-indiquée chez la femme enceinte en raison des risques encore mal précisés liés à l'effet du pneumopéritoine sur le cerveau du foetus.

Le pneumopéritoine peut être mal toléré chez les insuffisants cardiaques. L'indication chez les insuffisants respiratoires est discutée.

Quand l'anesthésie générale est contre-indiquée, certaines équipes font appel à une anesthésie loco-régionale péridurale haute.

La présence d'une cirrhose avec insuffisance hépato-cellulaire ou d'une hypertension portale, la découverte d'une anomalie biliaire majeure ou d'une fistule bilio-biliaire, la suspicion ou la découverte d'un cancer de la vésicule sont des contre-indications à la coeliochirurgie.

Les complications de la cholécystectomie par coelioscopie sont les hémorragies (particulièrement par plaie artérielle), les perforations digestives et les plaies de la voie biliaire principale. Elles deviennent de plus en plus rares à mesure qu'augmente l'expérience du chirurgien.

L'association d'une lithiase de la voie biliaire principale à la lithiase vésiculaire pose des problèmes de stratégie thérapeutique non encore résolus.

Coeliochirurgie ou laparotomie ?

Il est actuellement impossible de séparer rationnellement les indications respectives de la cholécystectomie traditionnelle et de la cholécystectomie par voie coelioscopique.

La coeliochirurgie tend à prendre une place prépondérante mais la chirurgie traditionnelle garde des indications.

La coeliochirurgie ne doit pas modifier les indications de la cholécystectomie et, en particulier, elle ne doit pas les étendre à la lithiase asymptomatique, en dehors des cas particuliers précédemment signalés.

On ne peut pas définir des critères de choix de la technique sans faire référence, cas par cas, à l'expérience du chirurgien, aux qualités de son plateau technique et de sa capacité à faire face, à tout moment, à la nécessité d'une laparotomie de "conversion".

Il convient de souligner la nécessité pour les chirurgiens "débutants" en chirurgie coelioscopique de sélectionner leurs indications aux cas les plus simples. Il convient également de souligner la nécessité d'une formation particulièrement active des chirurgiens décidés à utiliser la coeliochirurgie, tant pour ceux qui sont actuellement en formation chirurgicale que pour ceux déjà installés. La coeliochirurgie se fait par l'intermédiaire d'un écran, sans perception tactile et rend nécessaire une adaptation du chirurgien à un déplacement dans l'espace de trois en deux dimensions. L'accroissement de l'expérience du chirurgien augmentera la sécurité de cette nouvelle technique.

En plus des réponses aux questions posées, le jury fait les recommandations suivantes :

Plus d'évaluation est nécessaire.

L'histoire naturelle de la lithiase asymptomatique, les éléments permettant de comprendre et de prévoir son évolution, son émergence clinique et l'apparition de complications sont encore imparfaitement documentés.

Le jury n'a pas estimé qu'il disposait, à ce jour, d'essais comparatifs, permettant de juger, dans des populations de malades aux caractéristiques similaires, les avantages et les inconvénients respectifs, les résultats à terme, des différentes techniques thérapeutiques entre elles.

Les résultats de la cholécystectomie coelioscopique que rapportent des équipes entraînées ne peuvent être extrapolés à ce qu'ils seraient en phase de généralisation de la méthode.

Les quelques études économiques dont on dispose sont réalisées dans des contextes qui n'autorisent pas à généraliser leurs conclusions; leur méthodologie, au demeurant, n'est pas exempte de critiques. Ces arguments de coûts ne peuvent donc intervenir à l'heure actuelle dans le choix entre stratégies thérapeutiques d'efficacité et d'utilité comparables dans les lithiases symptomatiques.

Ce constat plaide pour la mise sur pied, d'une part d'enquêtes épidémiologiques, descriptives et explicatives, portant sur de plus larges groupes de malades asymptomatiques, d'autre part, d'une évaluation plus stricte des stratégies thérapeutiques, de leurs conditions de mise en oeuvre, de leurs coûts et de leurs résultats.

Cette évaluation doit en particulier encadrer le développement de la coeliochirurgie vésiculaire. Il est nécessaire que soient précisés les résultats de la méthode dans des conditions d'application ne se limitant plus aux quelques centres d'excellence qui ont promu la méthode.

Des messages essentiels doivent être donnés aux patients.

Lorsqu'un calcul vésiculaire est découvert de façon fortuite à l'échographie, le médecin doit rassurer le patient et l'informer de ce que la lithiase restera le plus

souvent sans conséquence; elle ne constituera pas, en tant que telle, une maladie, elle ne justifie ni examen supplémentaire, ni traitement, ni surveillance. Le médecin devra préciser au patient que si la lithiase devenait "maladie", ce serait en général sous forme de douleur biliaire; cette douleur n'aurait pas de gravité en elle-même, mais devrait l'inciter à consulter à nouveau. Le patient doit être dûment informé de ce que les manifestations variées, tels que les maux de tête, la fatigue, les troubles du transit, ne disparaîtraient pas après traitement de la lithiase, car ils n'ont aucun rapport avec elle, l'ablation de la vésicule ne supprimerait pas ces manifestations.

Lorsque la lithiase devient maladie, c'est-à-dire s'accompagne de douleurs biliaires, la place des traitements non chirurgicaux est restreinte : le patient doit être informé de ce que le traitement des calculs par les médicaments dissolvants biliaires doit être poursuivi plus de six mois et nécessite la prise régulière de médicaments. En cas d'utilisation de la lithotritie extra-corporelle, il devra être informé qu'un traitement dissolvant doit être associé et que souvent plusieurs séances seront nécessaires pour obtenir une fragmentation des calculs.

Lorsque le traitement chirurgical est indiqué, le patient doit être informé que l'extraction de la vésicule peut être réalisée selon deux techniques. L'une, classique par laparotomie, avec sa sécurité et ses inconvénients post-opératoires immédiats; l'autre plus récente, réalisée par vidéo-coelioscopie, avec pour avantage d'être plus confortable, de raccourcir la durée d'hospitalisation et de ne laisser que de petites cicatrices. On doit exposer que son introduction est cependant trop récente pour être à l'heure actuelle, systématiquement proposée. On doit préciser que même lorsqu'elle peut être indiquée, elle n'exclut pas nécessairement le recours secondaire, en cours d'opération, à une voie d'abord classique.
