

TRAITEMENT DE LA LITHIASE INTRA-HÉPATIQUE

Denis CASTAING

Hôpital Paul Brousse - Villejuif

1. Introduction

La lithiase intra-hépatique est définie par la présence de calculs dans les voies biliaires intra-hépatiques. C'est une affection rare qui représente environ 1% de l'ensemble des cas de lithiase dans les pays occidentaux.

2. Classification

2.1. la lithiase de migration

Les calculs se sont formés en dehors des voies biliaires intra-hépatiques (le plus souvent dans la vésicule biliaire) et ont migré secondairement dans le foie. Ils sont soit associés à une lithiase de la vésicule biliaire ou de la voie biliaire principale, soit résiduels des précédentes.

2.2. la lithiase primitive

2.2.1. la lithiase sans anomalie des voies biliaires.

Elle serait proportionnellement plus fréquente en Occident qu'en Orient. Les calculs sont riches en cholestérol.

Ils se forment à la périphérie du foie et sont de petite taille. Visibles en échographie sous la forme de petites zones avec un renforcement de l'échogénicité, ils sont parfois difficiles à distinguer de granulome car on ne voit pas la lumière biliaire. Les voies biliaires sont normales (sauf en cas de migration d'un calcul qui ferait obstacle) et il n'y a pas de calcul dans la voie biliaire principale. Souvent, cette lithiase est associée à une mutation du gène MDR3, à l'état hétérozygote.

2.2.2. La lithiase avec anomalie des voies biliaires.

2.2.2.1. Dilatation des voies biliaires

Il peut s'agir d'anomalies congénitales variables comme la maladie de Caroli (dilatation biliaire segmentaire des voies biliaires intra-hépatiques) ou les dilatations des voies biliaires associées à un kyste du cholédoque.

2.2.2.2. Sténose des voies biliaires

Soit la sténose est acquise, le plus souvent iatrogène (plaie des voies biliaires, sténose anastomotique d'une anastomose bilio-digestive) ou due à un cancer des voies biliaires.

Soit elle est congénitale et on parle de diaphragme.

3. Traitements de la lithiase intra-hépatique

3.1. Traitement chirurgical

3.1.1. Cholédochotomie et extraction lithiasique

L'incision sur la voie biliaire principale doit être faite le plus haut possible, sous la convergence et horizontalement si la voie biliaire est suffisamment large

Les calculs sont extraits à la pince à calcul, à la sonde de Dormia et par lavage sous pression des voies biliaires. Ces manœuvres se font sous antibiothérapie.

3.1.2. Vérification de la vacuité

La vacuité des voies biliaires est contrôlée par une cholédochoscopie.

Il faut rechercher en particulier des débris lithiasiques liés à la fragmentation éventuelle de calculs lors de l'extraction.

3.1.3. Drainage de la voie biliaire

Si on est sûr de la complète désobstruction des voies biliaires, il est possible de refermer l'hépaticotomie sur un drain de Kehr. Ce drain doit être le plus gros possible (en fonction de la taille de la voie biliaire principale, à branches courtes. Son trajet pour sortir doit être le plus direct possible.

Si on n'est pas sûr que la désobstruction soit incomplète ou que l'on ne puisse plus avancer dans sa réalisation en per-opératoire, il faut réaliser une anastomose hépatico-jéjunale sur une anse montée en Y à la Roux en amenant le cul-de-sac de l'anse à la peau en stomie pour compléter la désobstruction en post opératoire.

Si on pense qu'il y a un risque de récidive de la lithiase, il faut également réaliser un anse en Y, le cul-de-sac est fermé et laissé sous la paroi et, donc, un peu plus long que pour une anse en Y normale.

3.2. Traitements percutanés

Les traitements percutanés ou manœuvres externes comportent 3 temps successifs : avoir un accès aux voies biliaires, effectuer le geste proprement dit et contrôler son efficacité.

3.2.1. L'accès aux voies biliaires

Deux situations différentes sont possibles :

- soit un trajet utilisable existe déjà, car il y a une fistule, un drain biliaire ou une anse d'anastomose bilio-digestive en Y ouverte à la peau et, dans ce cas, on va l'utiliser.
- soit le trajet n'existe pas (ou bien, s'il existe, il est trop tortueux pour pouvoir être utilisé) et il est alors nécessaire de le créer.

3.2.1.1. Crédit de trajet par ponction directe des voies biliaires

Sous contrôle échographique, on ponctionne et draine un canal biliaire intra-hépatique suffisamment distal (pour éviter de ponctionner en même temps une branche artérielle ou portale de gros calibre pouvant entraîner une hémorragie) et dont la position est favorable par rapport à la lithiase, c'est-à-dire assez haut en amont pour permettre de glisser les instruments et le plus coaxial possible.

3.2.1.2. Crédit de trajet par une ponction d'anse

Si une anastomose hépatico-jéjunale a été réalisée, on peut ponctionner le cul-de-sac de l'anse qu'elle ait été placée en sous cutané ou qu'elle soit en position habituelle.

Sous échographie, on repère le cul-de-sac de l'anse. Il est généralement bien visible, sous la face inférieure du foie. La ponction est réalisée à l'aide d'une aiguille de 22 Gauge dont l'extrémité est dépolie.

Un guide métallique est glissé et le trajet est dilaté jusqu'à 16F .

3.2.2. Les manœuvres proprement dites

Elles sont réalisées le plus souvent sous contrôle radioscopique et endoscopique. On utilise un bronchoscope pédiatrique qui est plus long que les cholédochoscopes. Il faut injecter en permanence du sérum par le canal opérateur, afin de laver la bile.

Les calculs sont enlevés par lavage sous pression des voies biliaires à l'aide d'un cathéter souple introduit par le canal opérateur, par une sonde de Dormia et par lithotritie par choc hydroélectrique. Lorsqu'il existe une sténose, elle est dilatée en utilisant un cathéter à ballonnet de type Gründzig glissé sur un guide métallique placé dans la sténose, que celle-ci soit anastomotique ou non. On peut faire des biopsies des zones suspectes.

3.2.3. Le contrôle

Une fois la manœuvre réalisée ou en cas de nécessité de séances successives, il est nécessaire de laisser dans le trajet un drain pour faciliter le drainage biliaire, garder l'accès aux voies biliaires et faire le contrôle.

Le contrôle est radiologique et/ou endoscopique.

Lorsque le traitement est considéré comme complet, le drain est retiré, sans précaution particulière, sans anesthésie, en consultation. Le trajet se ferme spontanément en quelques jours.

3.3. Les hépatectomies

Elles sont plus rarement utilisées. En effet, il faut que les calculs soient localisés exclusivement ou de façon prédominante dans une portion de foie ou qu'il existe des abcès angiocholitique difficile à traiter.

Les indications de transplantation hépatique sont exceptionnelles et liées à l'existence d'une cirrhose biliaire secondaire associée ou à des calculs disséminés dans toutes les voies biliaires et associé à des sténoses (cholangite sclérosante, rejet biliaire après transplantation), car toute tentative de désobstruction est vouée à l'échec.

4. Indications

4.1. L'angiocholite

L'angiocholite survient lorsque sont associées : rétention biliaire (quelle que soit la cause) et infection biliaire. La mise sous perfusion d'antibiotique (si possible adapté à l'antibiogramme de la bile ou des hémocultures), en urgence, est le traitement. S'il y a un drain biliaire, il doit être ouvert et mis à la poche immédiatement

Si l'angiocholite persiste, il faut discuter une décompression biliaire soit percutanée, soit endoscopique avec mise en place d'un drain naso-biliaire, soit chirurgicale.

4.2. La lithiase cholestérolique sans anomalie des voies biliaires.

L'acide urso-deoxy-cholique doit être proposé : il est efficace et sans risque majeur (en dehors de diarrhée) même pour un traitement au long cours.

4.3. La lithiase associée à une anomalie des voies biliaires.

4.3.1. Sténose acquise

L'existence d'une sténose, quelqu'en soit la cause, doit faire envisager son traitement. Plusieurs possibilités thérapeutiques peuvent être envisagées :

- une anastomose bilio-digestive (au dessus de la sténose) si cela est possible
- Si une telle dérivation ne paraît pas réalisable, une hépatectomie peut être faite si la ou les sténoses sont localisées dans une partie du foie. Elle ne diffère de la technique des hépatectomies que par la réalisation d'une anastomose hépatico-jéjunale.
- la dilatation
- la mise en place d'une prothèse

4.3.2. Dilatation congénitale

Dans ce cas, le risque essentiel qui doit être pris en compte est celui de dégénérescence. Il est très important pour un kyste du cholédoque associé à une anomalie de la jonction bilio-pancréatique. Il est, également, important en cas de maladie de Caroli compliquée de lithiase intra-hépatique.

4.4. Les traitement itératifs

En fait, quelque soit le traitement initial, en particulier chirurgical, le risque de récidive de la lithiase intra-hépatique est très important, si on est dans le cas d'une lithiase primitive. Ce risque doit être intégré dans les décisions du premier traitement (mise du cul de sac de l'anse à la peau).