



Calculs des voies biliaires

Définition

Il existe plusieurs sortes de calculs (la maladie s'appelle la lithiase). Les calculs peuvent notamment se former au niveau rénal, au niveau salivaire, ainsi qu'au niveau biliaire. La vésicule biliaire est un organe stockant la bile, la concentrant et l'excrétant. C'est généralement à ce niveau que les calculs se forment. Les calculs peuvent parfois secondairement migrer dans les voies biliaires qui sont les canaux excréteurs de bile. Le canal cystique relie la vésicule biliaire au canal cholédoque qui lui va du foie au duodénum. C'est une affection fréquente, atteignant globalement 25% de la population au-delà de 50 ans. Une femme sur trois et un homme sur cinq a ou aura un jour des calculs biliaires. Les facteurs favorisant sont l'âge, l'ethnie, le sexe féminin, l'obésité, les maladies et résections iléales, certains médicaments (œstrogènes, hypolipémiants). Les calculs biliaires sont pour environ 80 % d'entre eux composés de cholestérol, et pour 20 % de pigments biliaires.

Symptômes

Les calculs biliaires présents dans la vésicule biliaire, n'entraînent en général aucune douleur (asymptomatiques). Ils ne sont symptomatiques que chez 20% des personnes atteintes, raison pour laquelle ils passent souvent inaperçus. Cependant, leur migration dans les voies biliaires peut s'accompagner de symptômes caractéristiques et violents et durer quelques heures. Les crises apparaissent plus fréquemment la nuit ou bien après un repas riche en graisse. La douleur se situe en général à la partie supérieure de l'abdomen (l'épigastre) ou bien en sous costal droit. La crise douloureuse dure en général moins de six heures et peut irradier vers l'épaule droite. Elle peut être accompagnée de nausées et vomissements. Cette douleur s'appelle colique hépatique. Quand la douleur n'est pas typique, il sera important d'exclure d'autres diagnostics tel que l'ulcère de l'estomac, l'hépatite, la colique néphrétique, la pancréatite ou encore l'un infarctus du myocarde...

Lorsqu'un calcul bloque la sortie de la vésicule de manière prolongée (> 6 heures), la bile s'infecte et entraîne une cholécystite (infection de la vésicule biliaire). Si le calcul sort de la vésicule biliaire et migre dans les voies biliaires, le blocage de l'écoulement de la bile peut causer un ictère (jaunisse), une infection des voies biliaires (angiocholite) ou encore une pancréatite par le passage forcé à travers le pancréas.

Traitement

Le diagnostic est confirmé par une échographie. L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) peut être utilisée pour rechercher un calcul qui a migré en dehors de la vésicule biliaire. Le traitement des calculs de la vésicule symptomatiques se fait par une cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire). La fragmentation de ces calculs par ultrasons n'est plus utilisée et s'est révélée inefficace. La cholécystectomie se fait le plus fréquemment par laparoscopie (deux incisions de 1cm et deux incisions de 0,5 cm).



Notre équipe à une expérience avancée en laparoscopie qui nous a permis de développer des techniques encore moins invasives : la micro-laparoscopie utilisant des incisions de 2 à 3 mm et la laparoscopie à trocart unique utilisant une seule incision de 2 cm au niveau de l'ombilic.

Cette intervention est réalisée le plus souvent en chirurgie ambulatoire.

Le traitement d'un calcul ayant migré dans le cholédoque peut être fait dans le même temps laparoscopique ou bien, si le calcul est volumineux et la voie biliaire fine, à l'aide d'une endoscopie permettant l'élargissement de l'abouchement du cholédoque (sphincterotomie).

Les principaux risques de cette intervention sont :

L'hémorragie au cours de l'intervention est une complication rare et contrôlée le plus souvent par laparoscopie.

La plaie de la voie biliaire : il s'agit d'une complication rare, généralement due à une infection importante ou à l'existence de malformations (ou variantes de l'anatomie normale). La reconnaissance de cette plaie pendant l'intervention permet au chirurgien de la réparer au cours de la même intervention. Sa méconnaissance peut aboutir à des complications dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée pouvant associer la chirurgie à des gestes endoscopiques et radiologiques. Notre équipe possède une expertise dans la gestion de cette complication rare et reçoit régulièrement des malades qui en sont atteints.

Le patient est revu par le chirurgien en consultation au bout d'une semaine s'il est opéré en chirurgie ambulatoire ou à un mois en cas d'intervention ayant nécessité une hospitalisation. Il n'y a généralement pas de surveillance à distance.