



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: **Lithiase biliaire asymptomatique**

Sections:

1. Définitions
2. Fréquence de la lithiase
3. Suites et risques de complications
4. Politique de traitement chirurgical
5. Exceptions
6. Références
7. Liens vers des sites Internet utiles
8. Membres du Comité des Recommandations pratiques de la WGO qui ont participé à l'élaboration de cette recommandation
9. Questions et commentaires

1. Définitions

Lithiases biliaires asymptomatiques: Présence de calculs détectés accidentellement chez des patients qui n'ont pas de symptômes abdominaux ou dont les symptômes ne sont pas attribués aux calculs. Le diagnostic est porté pendant une échographie de routine effectuée pour d'autres pathologies abdominales ou, occasionnellement, par palpation de la vésicule biliaire. La définition implique que nous sachions quels symptômes sont spécifiques aux lithiases.

Symptômes de la lithiase biliaire [1,5,6]: Douleur vers l'hypocondre droit ou l'épigastre, irradiant souvent vers l'épaule droite, forçant le patient à se reposer, et non soulagée par le fait d'aller à la selle. Plus habituellement, la douleur est constante et non provoquée par des coliques. L'étude de prévalence danoise a identifié "une douleur du quadrant supérieur droit pendant la nuit" comme étant le symptôme le plus significatif chez les hommes et "une douleur forte et oppressive, provoquée par des nourritures grasses" comme le symptôme le plus en corrélation avec la présence de calculs biliaires chez les femmes [7]. De nombreux patients se présentent avec une vague indigestion et des ballonnements en apparence plus en rapport avec le syndrome de l'intestin irritable. Quelquefois, cependant, il est très difficile de décider si les lithiases sont ou non la cause des symptômes. Par exemple, la localisation de la douleur est souvent épigastrique, et ceci peut être interprété à tort comme une pathologie d'ulcère peptique, particulièrement si la douleur survient après les repas ou la nuit

2. Fréquence de la lithiase

En Europe, près de 10 % des adultes ont des lithiases, et, pendant leur période de fertilité, les femmes dépassent de trois fois le chiffre de fréquence des hommes. [2,9]. Globalement, la fréquence est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes. Elle augmente avec l'âge dans les deux sexes et à 65 ans 30 % des femmes ont eu une lithiase biliaire et à 80 ans 60 % des hommes et des femmes ont en eu une.

3. Suites et risques de complications

Il n'y a pas eu d'étude de suivi à long terme depuis la première formation de calcul jusqu'à la mort du patient, cela pour des raisons évidentes. Au Danemark, des calculs asymptomatiques ont été détectés par échographie de dépistage chez une population suivie ensuite pendant 11 ans. Les taux de complication (pancréatite aiguë, jaunisse obstructive, cholécystite) sont de 0.2 - 0.8% par an. Cependant quelques unes des conclusions de cette étude ont été critiquées par Heaton pour qui la sélection de la cohorte n'a pas répondu à une rigueur méthodologique, des patients symptomatiques ayant été exclus de la cohorte assez tôt pour chirurgie. [6].

L'étude italienne (GREPCO) suggère un taux de complication annuelle de 0.3 - 1.2% si les calculs sont initialement asymptomatiques et de 0.7 - 2% par an si les calculs sont initialement symptomatiques [9].

Le risque de développer un cancer de la vésicule biliaire est de 0.3% sur trente ans, d'après une étude, et de 0.25% chez les femmes et 0.12% chez les hommes dans une autre étude pour une période similaire. Quelques études suggèrent un risque de cancer beaucoup plus élevé si la taille des calculs dépasse 3cm. Des études animales ont proposé l'existence d'autres co-facteurs cancéreux.

Il est très rare de découvrir des cancers de la vésicule en l'absence de calcul, excepté dans le cas très rare de polypes adénomateux. Il a été démontré que la cholélithiase, surtout lorsqu'elle s'accompagne de colonisation bactérienne chronique, passe par la séquence suivante : inflammation chronique – métaplasie – dysplasie – néoplasie. De nombreuses études ont suivi les changements morphologiques avec des marqueurs génétiques.

Risques de cholécystectomie

Le risque global de mortalité pour cholécystectomie varie de 0.14-0.5% dans des séries différentes selon l'âge et la forme physique des patients. Il n'a pas été prouvé que la cholécystectomie conduit à un risque légèrement accru de cancer du colon droit chez les femmes au delà de 15 ans. Il se produit également une augmentation du reflux de la bile, une augmentation des diarrhées après cholécystectomie (chez les patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable et de selles molles) En plus du risque global de mortalité de la cholécystectomie, il existe un problème peut être plus important de traumatisme du canal biliaire avec association d'une morbidité à long terme. Ceci est un autre argument de poids contre la cholécystectomie laparoscopique pour des calculs asymptomatiques.

4. Politique de traitement chirurgical

Un contrôle a été conduit par neuf chirurgiens sur 252 patients qui avaient subi une cholécystectomie. Ils sont uniquement tombés d'accord sur le fait que l'opération avait été appropriée dans 52% des cas et inappropriée dans 44%. Il est donc difficile de déterminer quels symptômes sont spécifiquement biliaires et doivent donc être soignés par cholécystectomie. Cependant, en l'absence complète de symptômes, il est clair que la cholécystectomie n'est d'aucun bénéfice chez les patients souffrant de calculs asymptomatiques et même chez ceux ayant eu une attaque de lithiase non compliquée. Les risques de l'opération dépassent ceux de laisser les calculs.

A cause de la fréquence présumée et du dysfonctionnement bile acide (ASBT) 1-2% des patients ayant subi une cholécystectomie ont des diarrhées chroniques et demandent des inhibiteurs bile acide.

Le ratio risque bénéfice est le suivant : supposons 10,000 patients souffrant de calculs asymptomatiques, 200 vont développer des complications sur une période de dix ans, avec un taux de mortalité de 2,5% (5 patients) et 100 vont développer une pancréatite aiguë avec un taux de mortalité de 10% (10 patients). Donc, 15 patients mourront des complications de la lithiase. Si les 10.000 avaient eu une opération chirurgicale, entre 10 à 50 en seraient décédés. Les décès postérieurs peuvent s'échelonner sur 10 ans, alors que les morts opératoires se produisent toutes immédiatement.

Considérations financières

Le coût de la chirurgie prophylactique, étant donné la fréquence des lithiases, serait élevé. Des calculs établis sur des coûts moyens dans des hôpitaux britanniques avoisineraient 4 millions de Livres Britanniques pour 10.000 patients souffrant de calculs asymptomatiques.

5. Exceptions

Les exceptions à cette politique – de ne pas opérer les calculs asymptomatiques – dépendront de savoir si le patient doit subir une autre opération abdominale ou si une intervention est prévue spécifiquement pour la présence de calculs.

Exceptions

- a. Les patients connus pour avoir des calculs biliaires, vivant dans une partie du monde sans grande possibilité de thérapie médicale, et qui pourraient avoir à subir des complications venant de ces calculs.
- b. La cholécystectomie chez des patients asymptomatiques avec des calculs, pourrait être prise en considération dans le cas d'individus vivant dans des régions à haut risque comme le Chili, la Bolivie en Amérique du Sud.
- c. Les patients avec déficit immunitaire par exemple après transplantation. Ils peuvent être à haut risque s'ils développent des complications comme la cholangite. Mais la cyclosporine A et le tacrolime (FK 506) sont pro lithogènes à cause de la baisse de la fonction export bile sel. (BSEP).

- d. Les patients avec un diabète insulino-dépendant n'ont pas un risque de calculs élevé, mais en vieillissant ils sont sujets à un risque plus important s'ils développent des complications inflammatoires.
- e. Les patients avec pertes de poids rapides, avec modifications pondérales ou généralement ceux avec des risques de complications importants. .
- f. Les patients avec une vésicule calcifiée "en porcelaine" tout comme ceux à haut risque d'évoluer vers un cancer

6. Références

1. Abdominal symptoms: Do they predict gallstones? A systematic review Berger-M-Y, Van-der-Velden-J-J-I-M, Lijmer-J-G, De-Kort-H, Pains-A, Bohnen-A-M, Scandinavian Journal of Gastroenterology 2000, 35/1 (70-76) [Pubmed-Medline](#).
2. Clinical manifestations of gallstone disease: Evidence from the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (MICOL) Festi-D, Sottili-S, Colecchia-A, Attili-A, Mazzella-G, Roda-E, Romano-F, Lalloni-L, Taroni-F, Barbara-L, Menotti-A, Ricci-G, Hepatology 1999, 30/4 (839-846) [Pubmed-Medline](#).
3. Abdominal symptoms and food intolerance related to gallstones Thijs-C, Knipschild-P Journal of Clinical Gastroenterology 1998, 27/3 (223-231) [Pubmed-Medline](#).
4. Dyspepsia- how noisy are gallstones ? A meta-analysis of epidemiologic studies of biliary pain, dyspeptic symptoms and food intolerance Kraag-N, Thijs-C, Knipschild-P. Scand J Gastroenterol, 1995:30 (411-421) [Pubmed-Medline](#).
5. Which abdominal symptoms are due to stones in the gallbladder Jørgensen T, Kay L, Hougaard Jensen K. Gastroenterology 1994;106:A342
6. Symptomatic and silent gall stones in the community Heaton-K-W, Braddon-F-E-M, Mountford-R-A, Hughes-A-O, Emmett-P-M. Gut 1991, 32/3 (316-320) [Pubmed-Medline](#).
7. Abdominal symptoms and gallstone disease: An epidemiological investigation, Jorgensen-T. Hepatology 1989, 9/6 (856-860) [Pubmed-Medline](#).
8. Correlation between gallstones and abdominal symptoms in a random population. Results from a screening study Glambek-I, Arnesjo-B, Soreide-O. Scandinavian Journal of Gastroenterology 1989, 24/3 (277-281) [Pubmed-Medline](#).
9. Prevalence of gallstone disease in an Italian adult female population. Rome Group for the Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO), Capocaccia-L, Giunchi-G, Pocchiari-F, et-al. American Journal of Epidemiology 1984, 119/5 (796-805). [Pubmed-Medline](#).

7. Liens vers des sites Internet utiles

Society for Surgery of the Alimentary Tract

Treatment of gallstone and gallbladder disease. Inc.. 1998 Jun 3 (revised 2000 Jan). 5 pages.

Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons

Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. 1990 (updated 1999). 3 pages.

Optimed Medical Systems Clinical Development Group

Cholecystectomy. 1989 (revised 2000). Le logiciel comprend 19 menus et demande 2-5 minutes selon l'information clinique.

American College of Radiology

ACR Appropriateness Criteria for evaluation of patients with acute right upper quadrant pain. 1996 (revised 1999). 5 pages.

National Guidelines Clearing House

Dans le site de la NGC taper 'cholelithiasis' dans la boîte de recherche pour obtenir l'ensemble des recommandations qui mentionnent ce terme.

8. Membres du Comité des Recommandations pratiques de la WGO qui ont participé à l'élaboration de cette recommandation

Prof. RN Allan	Allan, B15 2TH, Birmingham	Robert.Allan@university-b.wmids.nhs.uk
Prof. Franco Bazzoli	Bazzoli, 40138, Bologna	bazzoli@alma.unibo.it
Dr. Philip Bornman	Bornman, 7925, Cape Town	bornman@curie.uct.ac.za
Dr Ding-Shinn Chen	Chen, 10016, Taipei	gest@ha.mc.ntu.edu.tw
Dr. Henry Cohen	Cohen, 11600, Montevideo	hcohen@chasque.apc.org
Prof. A. Elewaut	Elewaut, 9000, Gent	andre.elewaut@rug.ac.be
Dr. Suliman S. Fedail	Fedail, Khartoum	fedail@hotmail.com
Prof. Michael Fried	Fried, 8091, Zürich	michael.fried@dim.usz.ch
Prof. Alfred Gangl	Gangl, 1090, Wien	alfred.gangl@univie.ac.at
Prof. Joseph E. Geenen	Geenen, 53215, Milwaukee	giconsults@aol.com
Dr. Saeed S. Hamid	Hamid, 74800, Karachi	saeed.hamid@aku.edu
Dr. Richard Hunt	Hunt, L8N 325, Hamilton / Ontario	huntr@fhs.mcmaster.ca
Prof. Günter J. Krejs	Krejs, 8036, Graz	guenter.krejs@kfunigraz.ac.at
Prof. Shiu-Kum Lam	Lam, Hong Kong	mcwong@hkucc.hku.hk
Dr. Greger Lindberg	Lindberg, 14186, Huddinge //Stockholm	greger.lindberg@medhs.ki.se
Prof. Juan-R. Malagelada	Malagelada, 08035, Barcelona	malagelada@hg.vhebron.es
Prof. Peter Malfertheiner	Malfertheiner, 39120, Magdeburg	peter.malfertheiner@medizin.uni-magdeburg.de
Prof. Roque Saenz	Saenz, Las Condes Santiago de Chile	schgastr@netline.cl
Dr. Nobuhiro Sato	Sato, 113-8421, Tokyo	nsato@med.juntendo.ac.jp
Prof. Mahesh V. Shah	Shah, Nairobi	mv@wananchi.com
Dr. Patreek Sharma	Sharma, MO 64128, Kansas City	psharma@kumc.edu
Dr. Jose D. Sollano	Sollano, 1008, Manila	jsollano@metro.net.ph

Prof. Alan B.R. Thomson	Thomson, AB T6G 2C2, Edmonton	alan.thomson@ualberta.ca
Prof. Guido N. J. Tytgat	Tytgat, 1105 AZ, Amsterdam	g.n.tytgat@amc.uva.nl
Dr. Nimish Vakil	Vakil, 53233, Milwaukee , WI	nvakil2001us@yahoo.com
Dr. Hou Yu Liu	Yu Liu, 200032, Shanghai	hylu@online.sh.cn

9. Questions et commentaires

INVITATION aux COMMENTAIRES

Le Comité des Recommandations pratiques examinera avec intérêt les commentaires et les questions que vous pourriez avoir. Pensez vous que nous avons négligé un aspect? Pensez vous que telle procédure implique un risqué supplémentaire? Merci de ne pas hésiter à cliquer sur l'icône ci-dessous pour nous faire connaître vos points de vue et votre expérience sur cette pathologie. C'est ensemble que nous progresserons.!

guidelines@worldgastroenterology.org