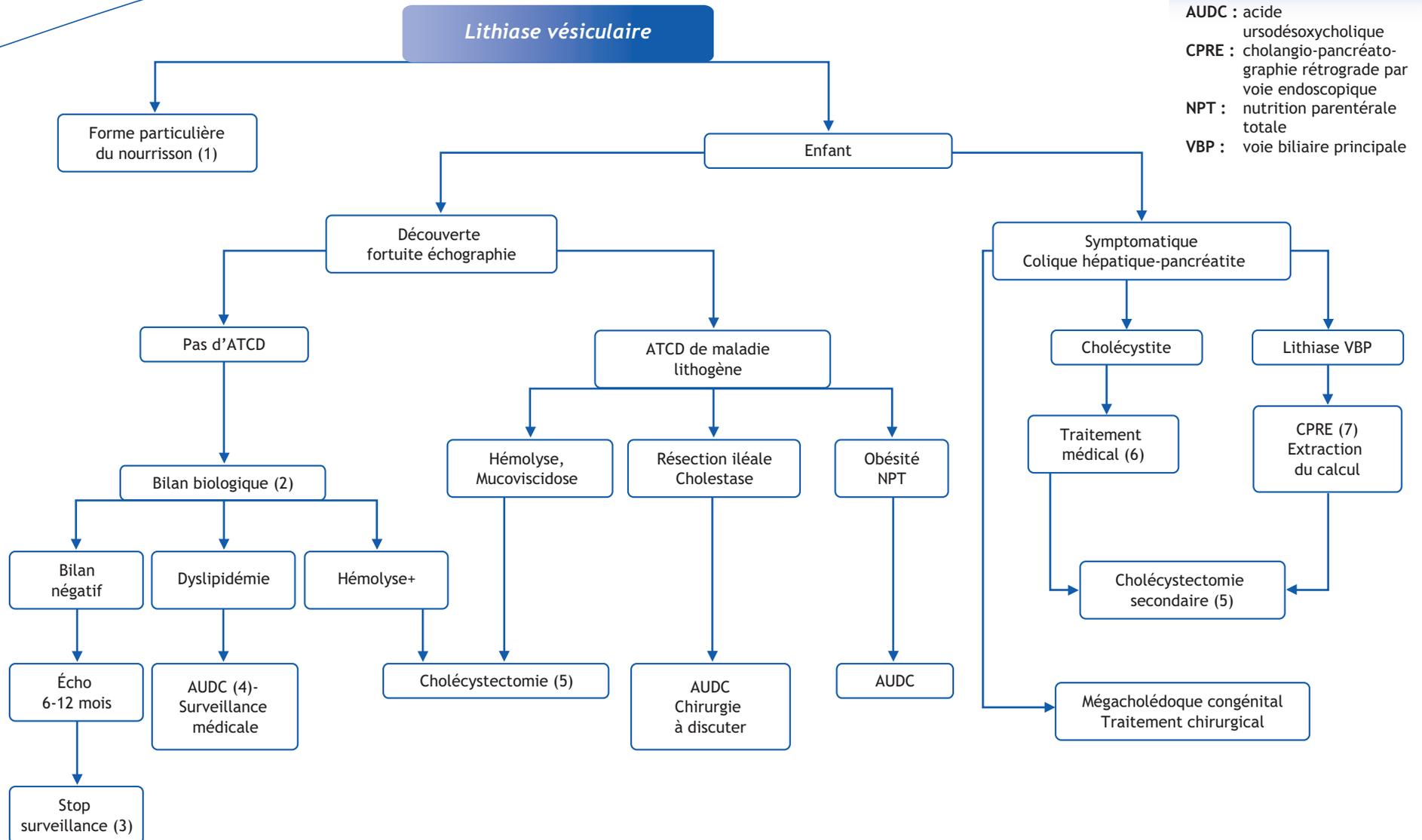


C. Rivet^{1,2}, P. Broué^{1,3,*}¹Groupe Francophone d'Hépatologie Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques²Service d'hépatogastro-entérologie et nutrition pédiatrique, CHU de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant, 59, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France³Service d'hépatologie pédiatrique et maladies héréditaires du métabolisme, CHU, hôpital des enfants, 330, avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034, 31059 Toulouse cedex 9, France

■ Arbre décisionnel - Commentaires

(1) Forme particulière du nourrisson

C'est une entité à part décrite sous le nom de *bile-plug syndrome*. Les calculs sont de nature pigmentaire, très souvent idiopathiques survenant sur des voies biliaires normales. Cliniquement, les nourrissons sont souvent peu symptomatiques et la migration calculeuse se manifeste par un tableau d'ictère et de selles décolorées. Plus rarement, le tableau est plus sévère et la lithiase peut se révéler par une angiocholite. Le diagnostic est réalisé par l'échographie qui montre une dilatation des voies biliaires intra et extrahépatiques. Le traitement, dans un premier temps, est médical avec surveillance échographique rapprochée qui peut montrer la résolution spontanée de la lithiase en quelques jours. En cas de sepsis ou de cholestase prolongée, une cholangiographie percutanée transvésiculaire avec lavage des voies biliaires est le traitement de choix. Si la technique radiologique ne peut pas être utilisée, un lavage des voies biliaires par voie chirurgicale peut être indiqué. L'évolution sur le long terme est simple avec absence de récurrence de la lithiase.

(2) Bilan biologique à réaliser devant la découverte fortuite d'une lithiase

- ASAT, ALAT, GGT, bilirubine totale et conjuguée, phosphatase alcaline.

- Lipasémie.
- NFS, réticulocytes, haptoglobine.
- Bilan lipidique à jeun : cholestérol, triglycérides.

(3) Stop surveillance

Si aucun facteur favorisant n'est retrouvé et que le calcul n'est pas trop gros (< 2 cm), il faut s'abstenir de tout traitement chirurgical, même s'il existe de vagues douleurs abdominales, car la cholécystectomie n'améliore pas les douleurs abdominales. On conseillera une échographie de contrôle 6 à 12 mois après la découverte qui montrera la résolution de la lithiase dans un grand nombre de cas (parfois au prix d'un bref tableau de colique hépatique lors de la migration. Une complication à type de cholécystite ou d'angiocholite reste possible). Les lithiases dues à la ceftriaxone peuvent entrer dans ce chapitre.

(4) AUDC : acide ursodésoxycholique

Dose : 5 à 10 mg/kg/j, 2 fois par jour. C'est le seul traitement médical qui dissout les lithiases cholestéroliques (radiotransparentes), indiqué chez l'enfant obèse quand le calcul n'est pas trop gros. Sur le long terme et à l'arrêt du traitement, prescrit pour 6 à 12 mois, la lithiase réapparaît très souvent.

(5) Cholécystectomie

Elle doit être prophylactique en cas de première lithiase chez

tout enfant présentant une hémolyse chronique et en particulier chez l'enfant drépanocytaire. La méthode de choix actuellement est la voie coelioscopique. Une cholangiographie peropératoire est effectuée afin d'éliminer un calcul cholédocien ou une anomalie congénitale du cholédoque. En cas de cholécystite, l'intervention doit toujours être décalée avec un délai de quelques jours à quelques mois.

(6) Traitement médical

Le traitement médical de la lithiase symptomatique est le repos digestif, les antispasmodiques et antalgiques par voie intraveineuse. En cas de cholécystite ou angiocholite, une antibiothérapie couvrant les bacilles Gram négatifs, les entérobactéries et les anaérobies doit être mise en place.

(7) CPRE

La cholangiographie rétrograde par voie endoscopique s'est développée ces dernières années, en particulier chez le jeune enfant. Elle permet l'extraction du calcul, sans sphinctérotomie systématique. Le taux de complication est faible. Le geste est généralement complété par une cholécystectomie secondairement.

Conflit d'intérêt

Aucun.

* Correspondance.
e-mail : broue.p@chu-toulouse.fr

■ Références

- Pariante D, Bernard O, Gauthier F, et al. Radiological treatment of common bile duct lithiasis in infancy. *Pediatr Radiol* 1989;19:104-7.
- Podda M, Zuin M, Battezzati PM, et al. Efficacy and safety of a combination of chenodeoxycholic acid and ursodesoxycholic acid for gallstone dissolution: a comparison with ursodesoxycholic acid alone. *Gastroenterology* 1989;96:222-9.
- Simi M, Schietroma M, Carlei F, et al. Is laparoscopic cholecystectomy a safe alternative to open cholecystectomy for pediatric patients with cholelithiasis. *Endoscopy* 1996;28:312-5.
- Vegting IL, Tabbers MM, Taminiau JA, et al. Is endoscopic retrograde cholangiopancreatography valuable and safe in children of all ages? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:66-71.
- Lacaille F. Lithiase biliaire chez l'enfant. EMC (Elsevier Masson SAS), Pédiatrie - Maladies infectieuses, 4-060-A-40, 2009.