

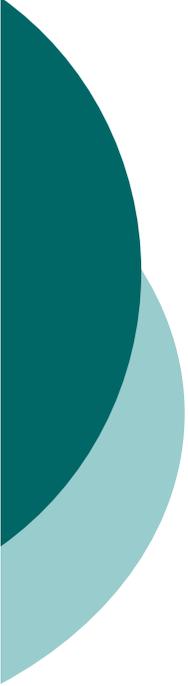


# **Lithiase biliaire de l'enfant**

---

**Dominique Debray**  
**Hépatologie pédiatrique**  
**APHP- Hôpital Necker-enfants Malades**

**Jeudi 10 mai 2012**



# Epidémiologie

---

- Prévalence mal connue
  - Souvent asymptomatique
  - Plus faible que chez l'adulte : 0,13 % à 2 % des enfants âgés de moins de 19 ans.
  - Populations pédiatriques à risque :
    - Sphérocytose héréditaire : 38 % avant 13 ans
    - Drépanocytose : 15 % avant 10 ans
    - Nutrition parentérale (résection du grêle) : > 40%
- Fréquence selon le sexe:
  - Pas de prédominance avant 14 ans
  - Prédominance féminine chez l'adolescent



# Nature des calculs biliaires

---

- **Calculs pigmentaires le plus souvent**
  - polymères de bilirubine non conjuguée ou de bilirubinate de calcium
    - Noirs, les plus fréquents, se forment dans la VB.
    - Bruns, se forment dans les voies biliaires le plus souvent associés à une infection de la bile (E Coli).
- Calculs de cholestérol: adolescentes.
- Pseudolithiase secondaire à la précipitation intravésiculaire d'un médicament (Ceftriaxone\*)



# Principales causes de lithiase biliaire

---

- **Chez le fœtus (> 28 SA)**

- Nature et cause inconnues.
- Rôle de facteurs hormonaux (estrogènes, progestérone)

- **Chez le nourrisson: le + souvent primitive**

- Maladie prédisposante exceptionnelle
- Facteurs favorisants transitoires en période néonatale ou premiers mois de vie



## Principales causes de lithiase biliaire chez le nourrisson (< 1 an)

### Maladies à risque :

- Nutrition parentérale totale
- Résection étendue du grêle
- Dilatation congénitale (ou kyste) du cholédoque
- Sténose acquise du cholédoque

### Facteurs favorisants transitoires parfois retrouvés à l'anamnèse :

- Prématurité
- Infection néonatale/infection urinaire à *E. coli*
- Diarrhée, vomissement et déshydratation aiguë
- Hémolyse néonatale transitoire (incompatibilité de groupe ABO par exemple)
- Traitement par le furosémide, la ceftriaxone



# Principales causes de lithiase biliaire

---

- **Chez le nourrisson: le + souvent primitive**
  - Le plus souvent primitive sans maladie prédisposante exceptionnelle
  - Facteurs favorisants transitoires
- **Chez l'enfant 1- 12 ans: le + souvent secondaire**
  - Maladie chronique connue
  - Mais peut être primitive (cf NRS)



## Principales causes de lithiase biliaire chez l'enfant

### Hyperhémolyses :

- Drépanocytose homozygote
- Sphérocytose héréditaire
- Thalassémies
- Déficit en G6PD ou en pyruvate kinase
- Maladie de Gilbert
- Prothèses valvulaires cardiaques
- Maladie de Wilson (enfant > huit ans)

### Nutrition parentérale totale

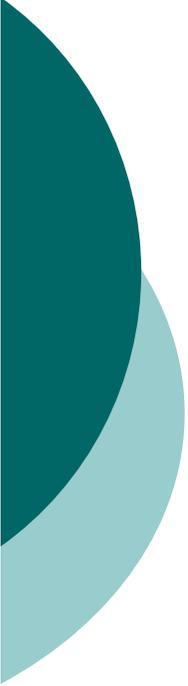
### Maladies de l'iléon terminal :

- Maladie de Crohn
- Résection étendue du grêle
- Mucoviscidose

### Cirrhoses, cholestases fibrogènes familiales

### Stase ± infection biliaire :

- Dilatation congénitale (ou kyste) du cholédoque
- Cholangite sclérosante
- Sténose/compression extrinsèque de la VBP (par exemple par un cavernome porte)



# Principales causes de lithiase biliaire

---

## ○ Chez l'adolescent(e)

- Cholestérol: le plus souvent primitive (idem adulte)
  - Facteurs prédisposants
    - antécédents familiaux
    - obésité ou régime amaigrissant
    - facteurs hormonaux
    - Facteurs génétiques (MDR3/ABCB4)
- Pigmentaire : toutes les causes précitées



## Circonstances de découverte

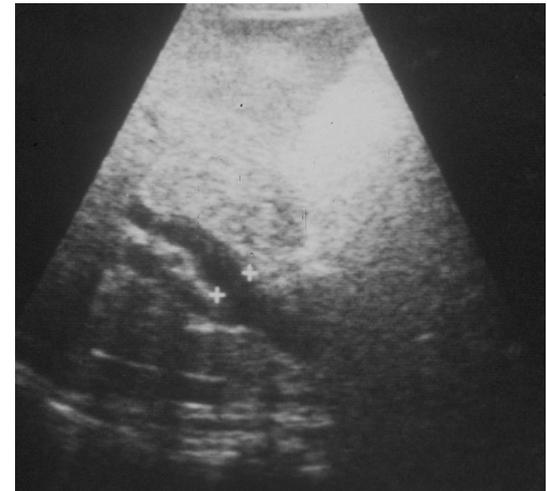
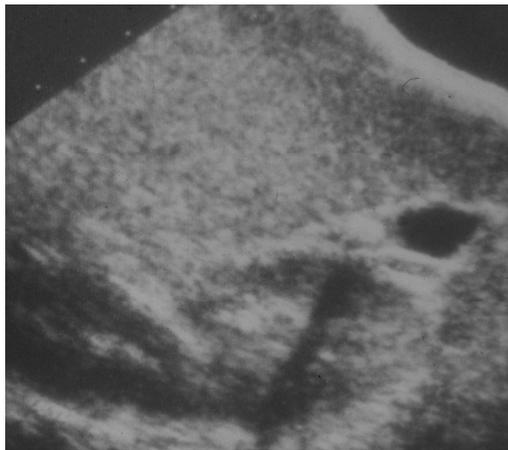
---

	<b>Nourrisson</b>	<b>Enfant</b>	<b>ADO</b>
<b>Asymptomatique</b>	> 80%	30-50%	30-50%
<b>Douleurs abdominales</b>	+/-	++	++
<b>Complications</b>	<b>+ (&lt; 10% )</b>	++	+++
<b>Obstruction VBP</b>	+++	++	+
<b>Cholécystite aiguë</b>	+	++	+++
<b>Pancréatite aiguë</b>	+	++	+++

# Diagnostic aisé

---

- Examens radiologiques
  - Échographie
  - Rarement recours à d'autres explorations : échoendoscopie (adolescent); cholangiographie IRM,
  - CholangioTH ou ERCP: but thérapeutique

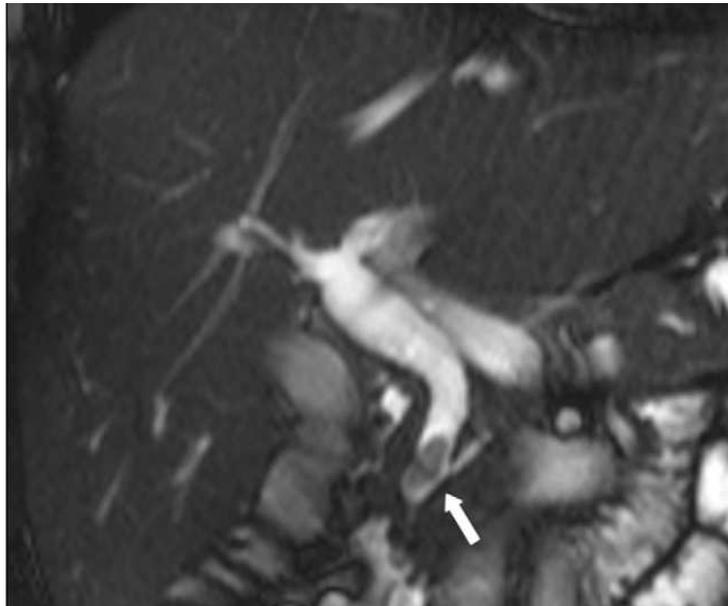


# Diagnostic différentiel

---

## Intérêt de la cholangioIRM

- Elimine une anomalie anatomique des voies biliaires



Dilatation congénitale  
d la VBP liée à une  
anomalie de jonction  
bilio-pancréatique

# Traitement : Lithiase vésiculaire

---

Pas de pathologie  
à risque



Surveillance  
Risque faible de complications



Elimination  
spontanée fréquente

Pathologie à risque  
Cholécystite aiguë  
Colique hépatique



Cholécystectomie

# Traitement de la lithiase primitive de la VBP

Pas d'infection



Surveillance



(8-15j)



Elimination

spontanée

(>30% c/o NRS)

Cholangite  
(Urgent)

Cholestase  
persistante



*Extraction par cholangiographie  
rétrograde par CPRE +/- sphinctérotomie*

ou

**Cholangiographie percutanée  
+ lavage - drainage**



Succès

(80%)



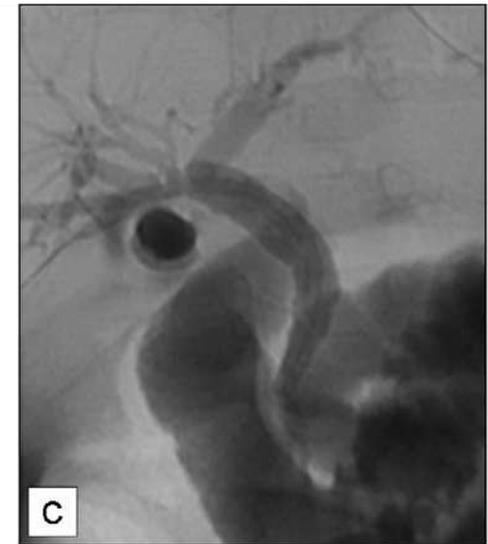
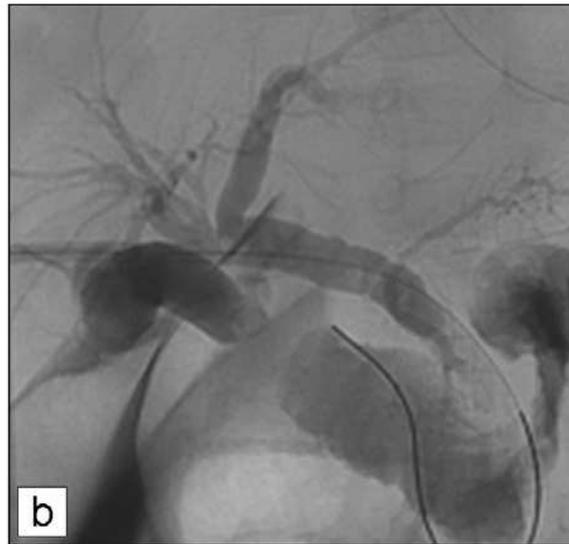
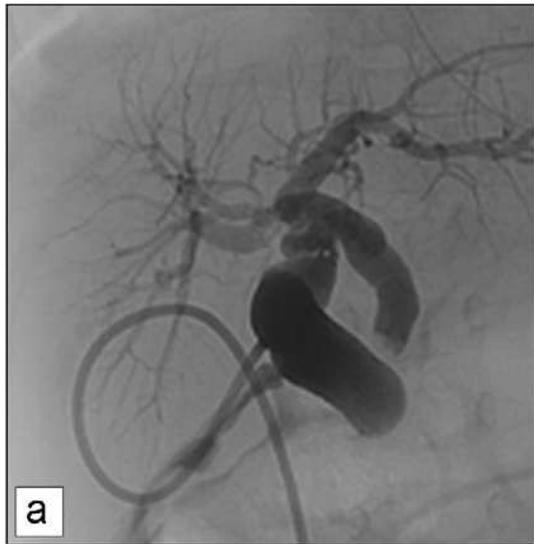
Echec



Chirurgie (cholécotomie)

# Lavage percutané de la VBP

---





## Traitement chirurgical: lithiase de la VBP

---

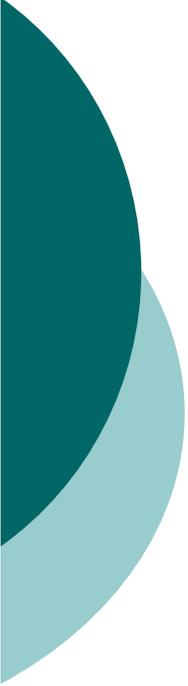
- Lithiase secondaire
  - Si pathologie à risque :Cholécotomie + cholécystectomie
  - Si anomalie anatomique de la VBP : anastomose hépatico-jéjunale



## Conclusion 1

---

- Le plus souvent de nature pigmentaire chez le NRS et l'enfant
  - "primitive" chez le nourrisson
  - secondaire à une maladie favorisante telle qu'une maladie hémolytique chronique et une maladie de l'iléon terminal chez l'enfant.
- Le plus souvent de nature cholestérolique chez l'adolescent
  - idiopathique comme chez l'adulte.
- Lorsque la lithiase biliaire intéresse le cholédoque, une dilatation congénitale (ou kyste) du cholédoque sur anomalie de jonction biliopancréatique doit être formellement exclue.



## Conclusion 2

---

- En l'absence de maladie favorisante, l'abstention thérapeutique est recommandée pour une lithiase vésiculaire asymptomatique.
- Le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale fait appel à des méthodes radiologique, endoscopique ou chirurgicale.
  - En l'absence de maladie prédisposante sous-jacente, un traitement conservateur par lavage percutané de la voie biliaire principale peut être envisagé en centre spécialisé (notamment chez le nourrisson).