

La diarrhée biliaire : il faut y penser

Dr Sylvain Beorchia | 04 Juillet 2025 JIM

Aussi fréquente que la maladie cœliaque mais largement méconnue, la malabsorption des acides biliaires explique nombre de diarrhées chroniques étiquetées "côlon irritable". Un diagnostic trop souvent manqué, faute d'outils diagnostiques accessibles.

La diarrhée chronique est un motif fréquent de consultation en pratique quotidienne et altère significativement la qualité de vie des patients. Parmi les multiples étiologies possibles, la malabsorption des acides biliaires (MAB) demeure largement sous-diagnostiquée, alors que sa prévalence serait comparable à celle de la maladie cœliaque (1, 2). Cette diarrhée biliaire se manifeste typiquement par des selles liquides chroniques, souvent accompagnée d'urgences défécatoires, d'incontinence fécale occasionnelle, de douleurs abdominales et de fatigue. Une enquête nationale italienne a révélé une méconnaissance importante de cette affection au sein de la communauté médicale italienne, incitant un groupe d'experts à rédiger un [document de synthèse](#) sur les approches diagnostiques et thérapeutiques les plus pratiques et les plus économiques pour cette pathologie négligée (3).

Le cycle entéro-hépatique des acides biliaires

Les acides biliaires sont synthétisés dans le foie à partir du cholestérol, puis transférés sous forme conjuguée dans les voies biliaires avant d'être stockés dans la vésicule biliaire. Après un repas, la contraction vésiculaire libère les acides biliaires dans la lumière intestinale où ils émulsionnent les lipides pour faciliter leur absorption. La majorité des acides biliaires (97 %) est ensuite réabsorbée par l'iléon distal dans la circulation portale et retourne au foie, constituant la circulation entéro-hépatique. Seule une petite proportion (3 %) est excrétée dans les selles.

En cas de malabsorption des acides biliaires, l'excès de bile dans le côlon stimule la sécrétion d'eau et d'électrolytes, provoquant une diarrhée aqueuse chronique et dans certains cas une stéatorrhée et une carence en vitamines liposolubles (A,D,E,K), et, à long terme, des modifications du microbiote intestinal.

Les étiologies de la MAB

La MAB résulte d'un déséquilibre de l'homéostasie des acides biliaires dans la circulation entéro-hépatique permettant. Quatre principaux types sont distingués (3) :

Type 1 : malabsorption iléale

Elle se caractérise par une malabsorption des acides biliaires due à des pathologies empêchant leur réabsorption dans l'iléon. Les causes principales incluent la maladie de Crohn iléale, une résection iléale étendue ou une iléite radique (90 % des cas). Elle peut survenir, dans 11 à 52 % des cas, en l'absence de pathologie iléale identifiable. Le mécanisme implique une réduction ou une absence d'expression du transporteur sodium-acide biliaire apical.

Type 2 : forme idiopathique

Egalement appelée diarrhée primaire des acides biliaires, cette forme touche 10 à 20 % des patients atteints du syndrome du côlon irritable avec prédominance de diarrhée (SCI-D). Le mécanisme fait appel à la dysmotilité liée à une biodisponibilité accrue des acides biliaires primaires (acide chénodésoxycholique et acide cholique). La présence d'une dysbiose intestinale favorise une biodisponibilité accrue des acides biliaires secondaires (acide désoxycholique et acide lithocholique), plus cytotoxiques (1).

Type 3 : formes secondaires

Cette catégorie comprend la malabsorption ou la dysmotilité intestinale secondaire à des maladies bilio-pancréatiques comme la pancréatite chronique, la maladie cœliaque, les complications post-cholécystectomie, post vagotomie et post chirurgie bariatrique (notamment bypass). La colite microscopique et une [colonisation bactérienne chronique de l'intestin grêle](#) (SIBO) sont d'autres causes possibles.

Type 4 : excès de synthèse

Cette forme dépend d'une synthèse excessive d'acides gras saturés et survient principalement en cas d'hypertriglycéridémie et de traitement antidiabétique par metformine.

Approche diagnostique : le test au ⁷⁵SeHCAT, le gold standard

Les examens classiques (biologie standard, recherche d'une maladie cœliaque, iléo-coloscopie) sont habituellement négatifs. Le test respiratoire à l'hydrogène n'est généralement pas conseillé par les sociétés savantes.

Le test à l'acide tauroselcholique marqué au sélénium-75 (⁷⁵SeHCAT) constitue l'examen de référence pour diagnostiquer une diarrhée biliaire (4). Ce médicament radio-pharmaceutique

permet d'étudier *in vivo* la circulation entéro-hépatique des sels biliaires avec une excellente sensibilité et spécificité. Sa sécurité est remarquable avec de très faibles niveaux de rayonnement (0,26 mSv), bien inférieurs à ceux d'un scanner abdominal (15-25 mSv) ou d'un PET scan (7-10 mSv). Son principal inconvénient est qu'il n'est disponible, en France, que dans certains CHU dotés d'un service de médecine nucléaire.

Le protocole consiste en une administration per os de ⁷⁵SeHCAT, suivie d'une mesure par scintigraphie du corps entier ou gamma caméra au bout de 7 jours indique une absorption anormale des acides biliaires. Le test permet de classer la gravité de la MAB selon les valeurs de rétention au 7^e jour en forme légère, modérée, sévère pour des valeurs de rétention ≤ 15 %, ≤ 10 % et ≤ 5 %, respectivement. Cette classification prédit la réponse au traitement avec des taux de réponse rapportés de 73 % pour les formes légères, 76 % pour les formes modérées et 88 % pour les formes sévères.

D'autres méthodes diagnostiques ont été développées (3, 5), notamment le dosage sérique du FGF19 (facteur de croissance fibroblastique) et du C4 (7alpha-hydroxy-4-cholesten-3-one), impliqués respectivement dans la régulation et la synthèse des acides biliaires, mais elles sont nettement plus complexes. Ces tests sont spécifiques mais peu sensibles et coûteux, avec une disponibilité inégale et sans prise en charge financière. De plus, les taux de C4 et de FGF19 présentent des variations diurnes, augmentant généralement le matin après 9 heures, ce qui doit être pris en compte lors de l'interprétation des résultats.

En pratique le test thérapeutique à la colestyramine, bien qu'imparfait, est souvent réalisé. Il permet de prendre en charge les patients et doit être couplé à un dosage systématique des triglycérides.

Traitement chélateur des acides biliaires

Les séquestrants ou chélateurs des acides biliaires se lient aux acides biliaires dans l'intestin grêle et empêchent l'action sécrétoire des acides

biliaires sur le côlon (3). La colestyramine et le colestipol (non disponible en France) sont des résines échangeuses d'anions qui présentent une grande affinité pour les acides biliaires dans le tractus gastro-intestinal. Ils présentent l'inconvénient d'avoir un goût désagréable, ce qui peut entraîner une mauvaise tolérance et une mauvaise observance. Les autres effets secondaires sont la constipation, les nausées, les borborygmes, les flatulences, les ballonnements et les douleurs abdominales (5). Une augmentation très progressive de leur posologie de 4 à 16 g/jr est conseillée.

Les chélateurs des acides biliaires affectent le métabolisme lipidique. Bien qu'ils puissent réduire les lipoprotéines de basse densité/cholestérol de 15 à 30 %, ils peuvent provoquer une hypertriglycéridémie sévère. Ce phénomène résulte de l'augmentation compensatoire de la synthèse hépatique des acides biliaires à partir du cholestérol, médiée par la régulation positive de la cholestérol 7 α -hydroxylase (CYP7A1), qui active la lipogenèse hépatique et augmente la synthèse des triglycérides. Une surveillance étroite est nécessaire car ces médicaments peuvent exacerber l'hypertriglycéridémie (6) et potentiellement déclencher une pancréatite aiguë chez les patients sensibles.

Le colesevelam est un nouveau séquestrant des acides biliaires qui forme un gel polymérique dans le tractus gastro-intestinal (7). Il a une affinité plus élevée que les autres séquestrants et s'utilise à la dose de 625 mg 3 fois par jour. Il est disponible sous forme de comprimés (Cholestagel) avec une AMM pour l'hypercholestérolémie primaire, alors que la colestyramine (Questran) est disponible sous forme de poudre depuis 1987.

La réponse à ces molécules varie selon les populations : 60 % de réponses chez les patients atteints de maladie de Crohn ayant subi une résection iléale, 40 % en l'absence de résection iléale, et des résultats variables selon les séries observationnelles chez les sujets avec SII-D. Une méta-analyse de 18 études portant sur 1223 patients atteints de SII-D a montré que 32 % présentaient une rétention du SeHCAT inférieure à 10 % après 7 jours, et 80 % d'entre eux ont rapporté une réponse à la colestyramine. Dans une petite série contrôlée de 75 patients, le colesevelam a montré une amélioration de la diarrhée dans 59 % des cas *versus* 13 % sous placebo ($p = 0,0002$).

De nouvelles approches semblent prometteuses, notamment les agonistes du récepteur farnésioïde X, les agonistes/antagonistes opioïdes ou les analogues du GLP-1, mais nécessitent des recherches plus approfondies (3).

En conclusion, la malabsorption des acides biliaires est fréquente mais sous-diagnostiquée et sous-traitée. Il est essentiel d'établir un algorithme diagnostique de la diarrhée chronique incluant le ⁷⁵Se HCAT pour un diagnostic positif chez ces patients souvent étiquetés comme porteurs d'un SII-D. En raison de la disponibilité limitée du ⁷⁵Se HCAT, le test thérapeutique à la colestyramine reste d'actualité en pratique courante. L'obtention d'une AMM européenne du colestipol et surtout du colesevelam, tous deux disponibles sous forme de comprimés permettrait d'améliorer la palatabilité et l'observance par rapport aux séquestrants classiques. Un suivi métabolique rigoureux (triglycérides et vitamines liposolubles) est indispensable lors de l'utilisation de ces traitements.

References

1. Walters JRF, Sikafi R. Managing bile acid diarrhea: aspects of contention. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2024 Sep;18(9):521-528. doi: 10.1080/17474124.2024.2402353.
2. Savarino E, Zingone F, Barberio B, et al. Functional bowel disorders with diarrhoea: Clinical guidelines of the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. United European Gastroenterol J. 2022 Jul;10(6):556-584. doi: 10.1002/ueg2.12259.
3. Barbara G, Bellini M, Portincasa P, et al. Bile acid diarrhea in patients with chronic diarrhea. Current appraisal and recommendations for clinical practice. Dig Liver Dis. 2025 Mar;57(3):680-687. doi: 10.1016/j.dld.2024.12.019.
4. Wedlake L, A'Hern R, Russell D, et al. Systematic review: the prevalence of idiopathic bile acid malabsorption as diagnosed by SeHCAT scanning in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2009 Oct;30(7):707-17. doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.04081.x.
5. Borup C, Vinter-Jensen L, Jørgensen SPG, et al. Prospective comparison of diagnostic tests for bile acid diarrhoea. Aliment Pharmacol Ther. 2024 Jan;59(1):39-50. doi: 10.1111/apt.17739.
6. Caldera F, Vattoth AL. Optimizing Bile Acid Diarrhea Treatment: The Importance of Triglyceride Screening Before Bile Acid Sequestrant Therapy. Am J Gastroenterol. 2025 Feb 11. doi: 10.14309/ajg.0000000000003398
7. Borup C, Vinter-Jensen L, Jørgensen SPG, et al. Efficacy and safety of colesevelam for the treatment of bile acid diarrhoea: a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 4 clinical trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2023 Apr;8(4):321-331. doi: 10.1016/S2468-1253(22)00401-0.

Cholécystites aiguës chez les patients inopérables : que faire ?

Les obstacles à la chirurgie des cholécystites aiguës ne sont pas rares. Dans ces situations complexes, que faire ? Tour d'horizon des options thérapeutiques.

Nombre de cholécystites aiguës concernent des patients âgés voire très âgés, présentant des comorbidités liées à l'âge (comme la démence) ou non (cirrhose avec ascite, insuffisance cardiaque, respiratoire...). Elles peuvent également survenir dans des circonstances particulières (choc septique, abcès ou péritonite, néoplasie ± prothèse biliaire, traitement anticoagulant en cours à l'admission...). Autant de difficultés, voire de contre-indications, temporaires ou définitives, à une intervention chirurgicale. Or la cholécystectomie la plus précoce possible (si possible par coelioscopie, totale ou subtotale) est le traitement de référence des cholécystites aiguës (CA) lithiasiques selon les recommandations internationales (1, 2).

Comment faire quand le patient est jugé inopérable (ou plutôt non anesthésiable) au terme de la nécessaire évaluation et discussion médico-chirurgicale ? C'est la question abordée récemment dans la revue *Annals of Surgery* par un panel d'experts (chirurgiens, radiologues interventionnels, gastroentérologues) (3). Après analyse de la littérature (PubMed, EMBASE, Cochrane) et évaluation de la qualité selon la méthode GRADE, ces experts émettent des recommandations actualisées et proposent un algorithme décisionnel pour la prise en charge de ces patients et/ou de ces situations complexes.

Les options thérapeutiques

- **Drainage percutané de la vésicule avec cholécystostomie percutanée (DV-CPC) :**

Auparavant réalisé par voie chirurgicale et sous anesthésie locale, il est à présent réalisé sous guidage échographique, avec un taux de succès technique de 82 à 100 % et une résolution de l'épisode de CA dans 85 % des cas. Il peut être effectué sous anesthésie locale chez les patients les plus fragiles. Les complications incluent saignements, fuite biliaire, obstruction ou déplacement/arrachage du drain, douleurs et récurrence après ablation du drain.

Les résultats publiés (notamment l'essai contrôlé CHOCOLATE [4]) comparant cholécystectomie précoce et DV-CPC ont néanmoins montré la supériorité de la cholécystectomie (chez des patients opérés bien sûr !). De même le DV-CPC ne s'avère pas supérieur à l'antibiothérapie isolée dans l'amélioration des symptômes. En fait le DV-CPC ne se conçoit que comme

une technique temporaire permettant de passer un cap avant la réalisation éventuelle d'une cholécystectomie si le patient devient opérable après stabilisation. Le délai optimal pour la réalisation de la cholécystectomie après DV-CPC reste encore débattue mais un geste précoce (avant deux semaines) est probablement plus délétère (5) qu'une attente au-delà de 8 semaines (6).

- **Drainage vésiculaire par voie endoscopique :**

Il peut s'agir soit d'un drainage par voie transcystique après cathétérisme biliaire rétrograde endoscopique (DV-TC) et mise en place de queue(s)-de-cochon ou d'un drain naso-vésiculaire. La voie rétrograde endoscopique est de réalisation aléatoire compte tenu des variations d'implantation, de taille et de perméabilité du canal cystique. Les experts rapportent des taux de succès technique de 76-94 % et de succès clinique de 80-90 % (7). Le drainage sous échoendoscopie (DV-EE) a des taux de succès de 95 % (7). L'avantage du drainage endoscopique est de permettre le plus souvent d'éviter la présence d'un drain externe (notamment les douleurs et l'arrachage chez des patients souvent agités). Ces techniques endoscopiques ne sont pas disponibles partout et elles nécessitent une expérience endoscopique interventionnelle. La création d'une fistule cholécysto-duodénale (ou -gastrique) par mise en place d'une endoprothèse d'apposition luminale (EPAL) guidée par échoendoscopie est apparue dernièrement dans cette indication. Chez les patients définitivement inopérables, elle offrirait de meilleurs résultats que le DV-CPC dans certains essais randomisés. En revanche, la présence d'une ascite contre-indique ce type de geste.

- **Traitements complémentaires :**

Pour les patients ne pouvant jamais être opérés, des techniques émergentes comme la lithotritie percutanée, l'ablation des calculs ou l'aspiration du contenu vésiculaire par voie percutanée sont en cours de validation.

Algorithme décisionnel et perspectives

Le choix de la technique dépend de l'expertise institutionnelle, de l'état du patient (stabilité hémodynamique, présence d'ascite, possibilité d'anesthésie), et du type de cholécystite (lithiasique/alithiasique, par envahissement tumoral du cystique...). Le DV-CPC reste l'option de première intention en l'absence d'expertise endoscopique ou en cas de contre-indication à l'anesthésie. Les cholécystites aiguës non lithiasiques relèvent d'un DV-CPC en urgence et sont finalement assez peu souvent

opérées à distance. Le DV-EE-EPAL est à privilégier chez les patients stables et éligibles à une sédation surveillée, dans les centres spécialisés.

En conclusion, la gestion de la cholécystite aiguë chez les patients inopérables reste un défi, avec des pratiques variables selon les centres et l'expertise des équipes. La définition de la non-opérabilité varie beaucoup selon les études, la présence d'une réanimation influençant probablement les choix thérapeutiques. Par ailleurs nombre de gestes « non chirurgicaux » réalisés pour éviter une anesthésie générale nécessitent une sédation profonde voire le plus souvent une intubation pour éviter une inhalation !

On l'aura compris, les drainages temporaires ont pour objectif de ne pas opérer les malades très graves en urgence ou ceux qui sont vus trop tardivement, la cholécystectomie étant réalisée secondairement. Les drainages endoscopiques sont plutôt destinés à ceux que l'on ne souhaite pas opérer du tout comme les cholécystites sur obstacle tumoral biliaire ou sur endoprothèse biliaire.

References

1. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018 Jan;25(1):55-72. doi: 10.1002/jhbp.516. Epub 2017 Dec 20. Erratum in: *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2019 Nov;26(11):534. doi: 10.1002/jhbp.686.
2. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J Emerg Surg.* 2020 Nov 5;15(1):61. doi: 10.1186/s13017-020-00336-x.
3. Baron TH, Jorge I, Husnain A, et al. Comprehensive Review of the Management of Patients with Acute Cholecystitis Who Are Ineligible for Surgery. *Ann Surg.* 2025 Apr 21. doi: 10.1097/SLA.0000000000006741.
4. Loozen CS, van Santvoort HC, van Duijvendijk P, et al. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial. *BMJ.* 2018 Oct 8;363:k3965. doi: 10.1136/bmj.k3965.
5. Mohan BP, Khan SR, Trakroo S, et al. Endoscopic ultrasound-guided gallbladder drainage, transpapillary drainage, or percutaneous drainage in high risk acute cholecystitis patients: a systematic review and comparative meta-analysis. *Endoscopy.* 2020 Feb;52(2):96-106. doi: 10.1055/a-1020-3932.
6. Polito C, Zhang X, Yang J, et al. Timing of cholecystectomy following cholecystostomy tube placement for acute cholecystitis: a retrospective study aiming to identify the optimal timing between a percutaneous cholecystostomy and cholecystectomy to reduce the number of poor surgical outcomes. *Surg Endosc.* 2022 Oct;36(10):7541-7548. doi: 10.1007/s00464-022-09193-y.

7. Altieri MS, Yang J, Yin D, et al. Early cholecystectomy (≤ 8 weeks) following percutaneous cholecystostomy tube placement is associated with higher morbidity. Surg Endosc. 2020 Jul;34(7):3057-3063. doi: 10.1007/s00464-019-07050-z.
-

Faut-il s'inquiéter de la cholécystectomie chez les moins de 50 ans ?

Faut-il s'inquiéter après une cholécystectomie chez un patient jeune ? Une étude observationnelle de cohorte suédoise, fondée sur des registres nationaux, montre un surrisque de mortalité chez les moins de 50 ans, en particulier lié à des comorbidités telles que le tabagisme ou l'alcoolisme.

Par Renaud Gosset
15 juin 2025 -

What's up Doc

La cholécystectomie est l'une des interventions les plus courantes en gastro-entérologie, mais ses effets à long terme sont encore peu étudiés selon les caractéristiques des patients. C'est pourquoi une étude nationale menée en Suède, publiée en mai dans *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, a croisé les données de deux registres de santé. Les auteurs montrent que si la mortalité globale est légèrement inférieure chez les patients opérés, cette moyenne masque d'importantes disparités selon l'âge au moment de l'intervention.

L'étude s'appuie sur le registre ESPRESSO (Epidemiology Strengthened by histoPathology Reports in Sweden), incluant 159 946 adultes ayant subi une cholécystectomie, appariés à 764 681 témoins issus du registre national des patients. Notons que les cas de cancer hépatobiliaire ou pancréatique diagnostiqués avant l'entrée dans l'étude ont été exclus.

Alcool, tabac, BPCO et diabète de type 2 en cause chez les plus jeunes

On observe, chez les patients de moins de 40ans, ayant bénéficié d'une cholécystectomie, puis décédés pendant le suivi, une prévalence accrue de comorbidités : troubles liés à l'alcool (12,2 %), BPCO ou tabagisme important (7,4 %), et diabète de type 2 (4,1 %).

Avec l'âge, un effet protecteur... biaisé ?

Les patients opérés avant 40 ans présentent une surmortalité nette par rapport aux témoins (HR ajusté = 1,42 ; IC à 95 %). Un excès de mortalité est également observé chez les 40-49 ans (HR = 1,07), puis le risque devient neutre entre 50 et 59 ans, et protecteur au-delà de 60 ans. Chez les patients de 60 à 79 ans, la cholécystectomie est ainsi associée à une baisse significative de la mortalité globale (HR ajusté = 0,85).

Les auteurs interprètent cette tendance comme un biais de sélection. En effet les patients âgés retenus pour une chirurgie sont en général en meilleure santé globale, notamment cardiovasculaire, que leurs homologues non opérés du même âge. La mortalité cardiovasculaire suit une courbe similaire car elle est significativement plus élevée chez les patients entre 20 et 39 ans opérés (HR ajusté = 1,47), puis diminue progressivement avec l'âge.

Un lien avec le cancer ? Peu probable, sauf chez les plus jeunes

Contrairement à certaines études nord-américaines suggérant un lien entre cholécystectomie et mortalité par cancer, cette étude suédoise ne montre aucune association globale significative (HR ajusté = 1,01).

En revanche, un excès de mortalité par cancer est retrouvé chez les jeunes adultes opérés (HR jusqu'à 1,33 entre 20 et 49 ans), ce qui pourrait là aussi refléter une sélection de patients à risque, plus qu'un effet causal de la chirurgie.

Suivre les plus jeunes ?

Cette étude se distingue notamment des études américaines basées sur questionnaires, qui souffrent de biais de participation. Néanmoins, certaines limites subsistent comme l'absence de données sur le mode de vie (activité physique, alimentation).

Bien que cette étude ne remette pas en cause les indications à une cholécystectomie chez la personne jeune, elle met en lumière l'importance d'une vigilance accrue concernant les patients de moins de 40 ans, qui peuvent présenter des comorbidités associées, tels que l'alcoolisme, le diabète ou le tabac pouvant jouer à court et moyen terme sur leur survie globale après chirurgie.

.....

Atrésie des voies biliaires

Ce protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) explicite aux professionnels concernés la prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale et le parcours de soins d'un enfant ayant une atrésie des voies biliaires (AVB) et qui relève de l'affection de longue durée (ALD) n°6 (« Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses »). Il a été élaboré par le Centre de Référence Atrésie des Voies Biliaires et Cholestases Génétiques à l'aide d'une méthodologie proposée par la HAS. Il n'a pas fait l'objet d'une validation par la HAS qui n'a pas participé à son élaboration.

Documents

- [Atrésie des voies biliaires - Synthèse du PNDS à destination du médecin traitant](#) 
- [Atrésie des voies biliaires - PNDS](#) 
- [Atrésie des voies biliaires - Argumentaire](#)
- *****

Revue de presse Mediscoop du 26-11-2024

« L'ablation de la vésicule biliaire, une opération un peu trop fréquente ? »

Date de publication : 26 novembre 2024



Aude Rambaud remarque dans Le Figaro que « la cholécystectomie, qui consiste à retirer la vésicule biliaire, est une opération très courante. Trop ? ».

La journaliste explique qu'« environ 75.000 interventions ont lieu chaque année en France, dans l'immense majorité pour des cas de lithiase biliaire, des calculs pouvant entraîner douleurs et complications. Le nombre de ces opérations n'a cessé de progresser au cours des dernières années. Le vieillissement de la population en est l'une raison, puisque le risque de calculs augmente avec l'âge. Mais l'opération est peut-être aussi devenue un peu trop systématique... ».

La Dr Sylvie Métairie, chirurgienne au CHU de Nantes, observe que « globalement je pense que l'on opère un peu trop. En cas de colique hépatique, des douleurs très intenses survenant sous le sternum ou les côtes à droite, provoquées par le déplacement d'un calcul, l'opération est nécessaire. De même lorsque le calcul est

petit et peut obstruer un canal biliaire avec un risque de complications graves ».

La praticienne déclare que « dans d'autres situations, les douleurs abdominales sont moins typiques et il est très difficile de savoir si elles proviennent des calculs ou ont une autre origine. Alors, l'option de l'opération arrive sur la table. Les patients sont demandeurs, pensant que cela peut résoudre rapidement leur douleur. [...] Pourtant chez ces personnes, rien n'assure que l'opération apportera un bénéfice et d'ailleurs un certain nombre d'entre elles continue à présenter des douleurs chroniques par la suite ».

Aude Rambaud relève ainsi que « cette seconde catégorie pourrait représenter un nombre très important de patients. En effet, 10 à 15% de la population adulte présente des calculs biliaires, et jusqu'à 30% après 60 ans ; mais seulement 20% d'entre eux développent des symptômes. Les douleurs abdominales dont se plaignent ces personnes peuvent aussi être dues à d'autres pathologies fréquentes en population générale et pas toujours bien diagnostiquées, comme des syndromes du côlon irritable, des dyspepsies caractérisées par des douleurs à la digestion, etc. ».

Le Dr Philip R. de Reuver, chirurgien au Radboud University Medical Center, aux Pays Bas, indique que « plusieurs études ont montré une forte prévalence de ces troubles chez les patients atteints de calculs biliaires ».

La journaliste fait savoir que le médecin « a monté une étude avec plusieurs centres néerlandais. L'objectif de cet essai SECURE était de vérifier la sécurité d'une stratégie consistant à moins opérer, en ne proposant l'intervention qu'à des patients remplissant des critères d'une colique hépatique ».

Aude Rambaud explique ainsi que « 1067 patients de 18 à 95 ans présentant des calculs biliaires et des douleurs abdominales ont été recrutés. La moitié d'entre eux a été prise en charge de façon classique, avec discussion d'emblée d'une possibilité d'opérer (l'opération a eu lieu pour 81,5% de ces patients). Pour l'autre moitié, une opération était proposée seulement si les patients remplissaient 5 critères de douleur typiques d'une colique hépatique ».

La journaliste constate que « 40% seulement des personnes dans ce groupe ont rempli ces 5 critères et étaient éligibles à l'opération d'emblée. Les autres se voyaient proposer d'autres examens à la recherche d'un diagnostic alternatif pour les symptômes abdominaux. Mais 73% des individus de ce groupe ont finalement été opérés au cours des 5 ans de suivi de l'étude ».

« La différence avec le groupe à qui l'on proposait systématiquement une opération n'a été que de 8%. Une diminution faible, qui traduit la difficulté à renoncer à cette opération peu invasive (...) en cas de douleurs chroniques et de la présence d'une lithiase biliaire », note Aude Rambaud.

Le Dr de Reuver observe que « nous vivons dans un monde où il faut régler

rapidement les problèmes et l'opération est considérée comme une solution rapide. Pour autant, ce chiffre de 8% permet de montrer que le fait de ne pas avoir été opéré n'a pas augmenté les douleurs par la suite ou le risque de complications liées à la lithiase biliaire ou à la chirurgie, confirmant la pertinence d'une approche plus restrictive ».

La journaliste ajoute que « ce travail interroge sur les indications de cette chirurgie. En effet, au terme des 5 ans de suivi, près de 40% des patients présentaient toujours des douleurs abdominales chroniques dans les deux groupes, qu'ils aient été opérés ou non ».