

Imagerie des voies biliaires

D Régent

Il est peu de domaines de la pathologie abdominale dans lesquels l'intrication entre les données cliniques, biologiques et l'imagerie soit aussi étroite que dans les diverses maladies des voies biliaires. Comment en effet, dans la pratique quotidienne peut-on retenir la si fréquente lithiase biliaire comme responsable d'une symptomatologie si l'on ne connaît pas avec précision les tableaux cliniques qui peuvent lui être attribués ? Quelle signification accorder à une voie biliaire principale de taille limite si l'on ne connaît pas les éléments du bilan biologique hépatique permettant d'affirmer une cholestase ?

C'est à ce type de problème que les différents experts ayant accepté de participer au cours mini catégoriel sur la pathologie des voies biliaires des JFR 2005 ont réfléchi, sortant ainsi des sentiers plus faciles des exposés académiques en rapportant leur expérience et celle de la littérature face à des situations clinico-biologiques auxquelles tout radiologue est confronté quotidiennement. Nous devons leur être reconnaissants de la qualité du travail fourni et de l'aide que celui-ci va apporter à leurs collègues pour mieux comprendre la pathologie biliaire et pour optimiser les prises en charge thérapeutiques grâce à des recours opportuns aux techniques d'imagerie les plus efficaces.

Le radiologue est très souvent le premier médecin qui va pouvoir affirmer la présence d'anomalies des voies biliaires et va donc être amené à en informer le patient. De son discours va souvent dépendre la suite de la prise en charge thérapeutique pour laquelle il sera bien évidemment très souhaitable pour l'ensemble des intervenants médicaux que les informations et les décisions soient concordantes si l'on veut garder la confiance du patient. Le radiologue doit donc connaître non seulement la sémiologie radiologique, mais également être au fait des évolutions des autres techniques de diagnostic qu'elles soient biologiques, endoscopiques ou instrumentales ainsi que des perspectives thérapeutiques envisageables.

La douleur biliaire, si mal nommée « colique hépatique » doit être parfaitement connue dans ses traits cliniques afin que ce diagnostic ne soit pas galvaudé et que les indications de la cholécystectomie soient posées avec précision devant une lithiase biliaire vraiment symptomatique. C'est à cet effet que D. Régent rappelle les caractères cliniques essentiels de la douleur biliaire et les principaux diagnostics différentiels qui doivent être évoqués dans ce type de circonstances.

Un épaississement de la paroi vésiculaire est très fréquemment observé en échographie. M. Zins nous explique comment l'analyser et l'intégrer aux autres données morphologiques et clinico-biologiques pour l'identifier et pour lui attribuer sa véritable signification. En l'absence de contexte infectieux franc de cholécystite aiguë, de nombreuses autres étiologies peuvent être évoquées dont certaines sont facilement identifiables par l'imagerie, au premier rang desquelles figurent les différentes formes d'adénomyomatose ou les cholécystites chroniques.

La constatation chez une patiente cholécystectomisée a- ou paucisymptomatique d'une voie biliaire principale de 8 ou 9 mm de diamètre est un problème fréquent devant lequel le radiologue doit émettre un avis pertinent sur l'opportunité de poursuivre les examens. F. Pilleul nous rappelle que l'intégration du contexte biologique et clinique est primordiale de même que la discussion multidisciplinaire du dossier, en particulier pour décider des indications des investigations invasives que sont l'échoendoscopie et/ou les procédures interventionnelles à visées thérapeutiques.

Une circonstance non exceptionnelle amenant le patient à l'échographie est la découverte biologique d'une cholestase au cours d'un bilan réalisé de façon systématique ou devant un tableau clinique peu spécifique. B. Dupas nous rappelle les mécanismes physiopathologiques qui peuvent conduire à une cholestase biologique. Une élévation isolée des phosphatases alcalines sériques est souvent l'anomalie révélatrice qui conduit au diagnostic d'HNF chez une jeune femme. Dans d'autres circonstances ce sont toutes les causes d'obstacles sur les voies biliaires extra ou intra-hépatiques qui doivent être envisagées. Le sens clinique du radiologue est alors un élément fondamental de la qualité de son diagnostic.

Devant la découverte échographique d'une dilatation segmentaire des voies biliaires intra-hépatiques, généralement accompagnée d'une cholestase biologique, le raisonnement du radiologue doit être conduit en fonction du caractère uni ou plurifocal de l'atteinte ainsi que de la présence ou non de lésions focales solides au sein du parenchyme adjacent. M.P. Vuillerme nous rappelle l'importance des diverses techniques d'imagerie et en particulier de l'échographie pour l'analyse lésionnelle. L'étude précise de la morphologie des voies biliaires intra-hépatiques (en particulier grâce aux vues d'ensemble que fournit la bili-IRM) et l'intégration de ces données dans le contexte clinique permettent de distinguer les cholangites auto-immunes, justiciables d'une corticothérapie des cholangites sclérosantes primitives qui exposent au risque de survenue d'un cholangiocarcinome. La lithiase cholestérolique « primitive » des voies biliaires intra-hépatiques, maintenant mieux définie dans sa physiopathologie et son contexte génétique, doit être connue des radiologues.

Les présentations cliniques actuelles de l'angiocholite sont souvent très différentes de la description classique et bien connue de la triade de Charcot « douleur, fièvre, ictère évoluant en trois jours ». B. Gallix nous rappelle que c'est maintenant très souvent un tableau fébrile persistant avec généralement une touche cholestatique, qui, en raison de la mise en œuvre rapide des différentes techniques d'imagerie et abdominale, va conduire au diagnostic de calcul de la voie biliaire principale responsable de l'angiocholite. Ici encore, la bili-IRM joue un rôle de plus en plus fondamental et a dans la pratique, totalement supplanté l'échoendoscopie comme méthode diagnostique de première intention pour la mise en évidence des calculs, et d'une façon plus générale, des obstacles de la voie biliaire principale.

Devant un ictère nu, le diagnostic de nature d'une sténose maligne des voies biliaires est malheureusement souvent assez facile cliniquement en raison du contexte. Le recours rapide aux différentes techniques d'imagerie permet en général de préciser le

siège et la nature probable de l'obstacle. C. Valls nous rappelle le rôle majeur du radiologue dans la prise en charge diagnostique, en particulier dans la recherche systématique d'une confirmation anatomo-pathologique de la nature de l'obstacle et pour préciser l'extirpabilité éventuelle de la lésion. Le radiologue contribue également à la prise en charge thérapeutique palliative en collaboration avec les gastro-entérologues interventionnels.

Au total, le rôle du radiologue est de plus en plus fondamental dans la prise en charge des pathologies biliaires autres qu'hépatocytaires et les cliniciens se réfèrent en pleine confiance aux conclusions des examens d'imagerie pour leurs choix thérapeutiques. Sur le plan diagnostique, il est classique d'insister sur le caractère opérateur-dépendant de l'échographie et il est donc intéressant de réfléchir sur la signification de ce concept. Il sous-entend en effet, que dans cette technique, l'analyse des images est particulièrement dépendante de l'opérateur, or ce sont les mêmes ultrasons qui sont utilisés quel que soit l'opérateur !!! Ce qui varie en fait d'un échographiste à l'autre, c'est l'intégration des images observées dans les connaissances de l'opérateur sur l'histoire clinico-biologique du patient, mais surtout sur l'aspect anatomo-pathologique macroscopique, l'épidémiologie, les facteurs de

risque, la physiopathologie clinico-biologique des différentes maladies possibles de l'organe examiné. Le caractère opérateur-dépendant n'est donc en fait pas dépendant de l'opérateur ni du malade examiné, mais des connaissances médicales au sens large de celui qui observe les images et leur donne une signification quelle que soit la technique utilisée. Tous les examens d'imagerie ont à ce titre un caractère opérateur-dépendant strictement identique et la qualité des « interprétations » est toujours en totale dépendance des connaissances médicales de celui qui les réalise. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de constamment essayer de parfaire nos connaissances non seulement de la technique radiologique, mais surtout des données médicales récentes concernant les pathologies auxquelles nous sommes confrontés. C'est redire l'extrême importance d'une radiologie d'organes spécialisée et des concertations multidisciplinaires, sources permanentes d'enrichissement respectif pour l'ensemble des participants et dans lesquels les radiologues ont un rôle majeur à jouer à la fois comme « passeurs » de l'information radiologique vers les cliniciens, mais également comme « récepteurs » des informations clinico-biologiques pour améliorer la qualité des diagnostics et la prise en charge des patients.