

LITHIASÉ VÉSICULAIRE

I. INTRODUCTION

La lithiasé vésiculaire est définie par la présence d'un ou plusieurs calculs dans la vésicule biliaire, c'est une affection fréquente atteignant globalement 20 % de la population. Le plus souvent asymptomatique et bénigne, son évolution peut être émaillée de complications (5%).

Les calculs biliaires sont pour 80 % composé de cholestérol, et pour 20 % pigmentaires.

II. PHYSIOPATHOLOGIE

La bile excrétée par le foie et stockée dans la vésicule contient :

- du cholestérol et des pigments biliaires qui peuvent précipiter
- des acides biliaires et des phospholipides (lécithines) qui sont des substances solubilisantes.

Il existe deux types de calculs biliaires :

- les calculs cholestéroliques qui sont les plus fréquents dans en occident (80 % des cas).
- les calculs pigmentaires très fréquents en Asie et qui ne représentent que 20 % des calculs en Occident.

Lithiasé biliaire cholestérolique : Le cholestérol, insoluble dans l'eau, est solubilisé dans la bile grâce à la formation de micelles avec les acides biliaires et les phospholipides.

- Les calculs se forment quand la concentration biliaire de cholestérol dépasse les capacités de solubilisation de la bile (théorie micellaire) :

a. Stade chimique : ou de sursaturation de la bile

- par hypersécrétion de cholestérol dans la bile et/ou hyposécrétion de sels biliaires.

b. Stade physique : ou de nucléation

- La précipitation de ces cristaux microscopiques est liée en partie à la présence d'un facteur de nucléation synthétisé par la vésicule.

c. Stade de croissance :

- Les microcristaux vont s'agglutiner pour former des calculs.

Les calculs cholestéroliques sont jaunes, mous, friables, radiotransparents s'ils sont purs.

En fait, la concentration en cholestérol varie de 25 % à 100 %. Dans 20 % des cas, ils sont calcifiés.

Durant leur formation, les calculs restent asymptomatiques.

Ils ne deviennent symptomatiques que s'ils migrent et entraînent une distension des parois vésiculaires.

La vésicule joue également un rôle dans la lithogénèse :

- elle concentre la bile et favorise donc la précipitation.
- elle sécrète du mucus qui constitue des noyaux de nucléation.

Facteurs de risque :

Les facteurs favorisant la lithiasé biliaire cholestérolique sont :

- Age élevé la lithiasé biliaire est plus fréquente entre 40 et 60 ans, rare avant 10 ans (sauf pour

la lithiase pigmentaire).

- Sexe féminin nette prédominance (rôle des oestrogènes et la progestérone dans la sursaturation de la bile).
- Multiparité.
- Appartenance à une ethnie particulière et/ou génétique (très fréquente au Chili, très faible en Afrique noire).
- Grossesse : diminution de la vidange vésiculaire ou diminution de la sécrétion d'acide biliaire.
- Obésité ou perte pondérale rapide.
- Alimentation : régime hypercalorique et/ou riche en acides gras polyinsaturés.
- Maladies (Crohn) et résections iléales (malabsorption des acides biliaires).
- Hypertriglycéridémie.
- Médicaments : contraceptifs oraux, hypolipémiants (fibrates) et analogues de la somatostatine.
- Défaut de glycuconjugaison de la bilirubine.

Lithiase biliaire pigmentaire :

- La bilirubine non conjuguée est insoluble dans l'eau.
- Les calculs se forment lorsque l'excrétion biliaire de bilirubine non conjuguée augmente.
- Il y a alors formation de calculs durs, noirs, radio-opaques. Les calculs pigmentaires se calcifient dans 50 % des cas.

- Les facteurs favorisant la lithiase biliaire pigmentaire sont :

- Enfants (hémolyse).
- L'existence d'une hémolyse chronique : maladie de Minkowski-Chauffard, thalassémie majeure, drépanocytose.
- L'existence d'une cirrhose, quelle qu'en soit l'étiologie.
- Les infections chroniques bactériennes ou parasitaires survenant ou non en amont d'une sténose biliaire congénitale ou acquise (anastomoses bilio-digestives).

Dans ces derniers cas, la formation des calculs pigmentaires est liée à l'hydrolyse de la bilirubine conjuguée dans la bile sous l'action de bêta-glucuronidases bactériennes.

III. DIAGNOSTIC :

A/ LITHIASSE VESICULAIRE ASYMPTOMATIQUE :

Dans 80 % des cas, la lithiase est et demeure asymptomatique.

Elle est souvent découverte de façon fortuite sur :

- Une radiographie de l'abdomen sans préparation (si elle est radio-opaque)
- Une échographie abdominale
- Ces deux examens étant réalisés pour diagnostiquer une autre affection.

B/ LITHIASSE VESICULAIRE NON COMPLIQUEE SYMPTOMATIQUE : DOULEUR BILIAIRE OU COLIQUE HEPATIQUE

1. Clinique :

La lithiase vésiculaire non compliquée symptomatique survient dans 15 % des cas de lithiase vésiculaire et correspond à la mobilisation des calculs qui vont entraîner un obstacle mécanique passager.

La douleur correspond à la distension des voies biliaires et à la contraction de la vésicule.

Caractéristiques de la douleur :

- Début brutal
- Siège : hypocondre droit ou épigastrique
- Irradiations d'une douleur : antéropostérieure, transfixiante vers la base du thorax ; puis ascendante vers la pointe de l'omoplate (douleur en bretelle)
- Intensité : douleur violente, avec renforcement paroxystique
- Type : torsion, broiement
- Parfois déclenchée par la prise de certains aliments : graisses, œufs, chocolat
- Durée : quelques heures (mais moins de 6 heures), spontanément régressive
- Absence de fièvre et d'ictère.

Signes d'accompagnement :

- Nausées, vomissements
- Inhibition respiratoire à l'inspiration

Examen clinique :

- Pendant la douleur ou à son décours, l'examen clinique peut être négatif.
- Le plus souvent, il met en évidence une douleur à la palpation de l'hypocondre droit.
Le signe de **Murphy** est recherché sur le malade en décubitus dorsal.
L'examineur réalise une palpation profonde et appuyée de l'hypocondre droit pendant que le malade respire profondément. Si l'inspiration est bloquée par la survenue d'une douleur, le signe est positif.
- Parfois, il est retrouvé une grosse vésicule indolore correspondant à un hydrocholécyste secondaire à l'enclavement d'un calcul dans le collet de la vésicule ou dans le canal cystique.
- Il n'y a ni défense ni contracture.
- Les touchers pelviens sont normaux.

2. Examens complémentaires :

→ Imagerie :

Radiographie de l'abdomen sans préparation :

- Objective parfois des calculs radio-opaques se projetant dans l'hypocondre droit en regard de la 12^e vertèbre dorsale ou de la 1^{re} lombaire.
- Elle peut également montrer un iléus réflexe (distension gazeuse du grêle ou du côlon).

L'échographie abdominale :

- Doit être demandée au moindre doute car c'est un examen très sensible et spécifique dans le diagnostic de lithiase vésiculaire.
- Elle doit être réalisée chez un malade à jeun
- Les calculs vésiculaires sont visibles sous forme d'échos (images hyperéchogènes), denses intravésiculaires, mobiles avec la position du malade, émettant un cône d'ombre acoustique postérieur.
- Elle met parfois en évidence du “ sludge ” (boue biliaire) qui correspond à la sédimentation de microlithiases.
 - L'échographie renseigne également sur :
 - la forme et la taille de la vésicule.
 - le nombre et la taille des calculs.
 - la paroi vésiculaire qui est normale (moins de 2 mm).
 - la voie biliaire principale qui est normale (moins de 8 mm).

- l'absence de dilatation des voies biliaires intra-hépatiques.
- elle analysera l'aspect du foie, du pancréas et des reins.

Cholécystographie orale : -

N'a d'intérêt que dans le pré-bilan d'un éventuel traitement dissolvant, pour apprécier la fonctionnalité de la vésicule.

- La fiabilité de cet examen est faible.

Cholécystographie intraveineuse :

- consiste en l'injection IV d'un produit iodé sécrété par le foie.
- Sa faible fiabilité et le risque d'accident allergique ont limité considérablement son utilisation.

→ Bilan biologique :

La NFS et le bilan hépatique sont normaux.

IV. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Colique néphrétique droite, lombaire à irradiation descendante
- Douleur ulcéreuse rythmée par les repas
- Hépatalgies : virales, toxiques, congestives
- Pneumopathies de la base droite
- Certaines colopathies.

V. COMPLICATIONS :

- la cholécystite aiguë
- la cholécystite chronique la VB devient scléro-atrophique.
- l'hydrocholécyste
- l'iléus biliaire à travers une fistule cholécysto-duodénale
- le calculo-cancer de la vésicule biliaire (en général sur une vésicule scléro-atrophique) - la migration calculeuse dans la voie biliaire principale : ictère ; angiocholite ; pancréatite aiguë.

VI. TRAITEMENT :

1. Traitement de la crise de colique hépatique : consiste en :

- Diète
- Repos au lit
- Antispasmodiques per os et surtout IV : - seuls, Spasfon*, Viscéralgine simple* ; - ou associés à un antalgique noraminopyrine (Avafortan*, Baralgine*, Viscéralgine forte*) ; - antiémétique : Primpéran*
- Vessie de glace.

La prévention de la récurrence sera assurée par la cholécystectomie.

2. Lithiase vésiculaire asymptomatique : abstention

- Il est actuellement admis qu'une lithiase vésiculaire asymptomatique ne doit être ni traitée ni surveillée. Le risque de complications est très faible et le bénéfice d'une intervention préventive non établi.
- Les seules indications qui pourraient justifier une cholécystectomie prophylactique sont : - le cas des enfants (les calculs deviennent presque toujours symptomatiques)

- la drépanocytose.
- la vésicule porcelaine.
 - l'existence de macro calcul (risque de dégénérescence).

3. Traitement médical

- Le traitement médical :

Est fondé sur l'utilisation d'acide biliaire pour dissoudre des calculs cholestéroliques. L'acide chénodésoxycholique (Chénodex*) est abandonné au profit de l'acide ursodésoxycholique (Delursan*, Ursolvan*) à la dose de 8 à 10 mg/j. - Seuls 20 à 30 % des malades peuvent bénéficier de ce traitement car les contre-indications sont nombreuses :

- lithiase radio-opaque
- vésicule exclue
- calculs de plus de 2 cm
- crises de coliques hépatiques fréquentes et rapprochées.
- Il faut au minimum 1 an de traitement pour obtenir la disparition d'un calcul.
- Les échecs à 1 an sont nombreux (entre 50 et 80 %).
- Il faut surveiller annuellement les malades guéris pour dépister les rechutes (30 %).
- Les causes d'échec sont :
 - certains calculs cholestéroliques, bien que radiotransparents, sont riches en calcium
 - 15 à 20 % des calculs pigmentaires sont radio-transparents, ces traitements ne sont efficaces que sur les calculs cholestéroliques.
- **Les indications** de ce traitement sont actuellement très limitées. Il peut être proposé en cas de contre-indication à la chirurgie.

4. Lithotritie extra-corporelle Le traitement par lithotritie extra-corporelle est pratiquement abandonné car l'élimination des calculs est difficile. Il faut associer un traitement dissolvant.

5. Traitement chirurgical :

La chirurgie est le traitement de choix des vésicules symptomatiques.

→ **Cholécystectomie par laparotomie** est le plus souvent réalisée par voie sous-costale droite et, plus rarement, par voie sus-ombilicale.

- Elle doit être complétée par une cholangiographie peropératoire par canulation du canal cystique. Cela doit permettre d'éliminer l'existence de calculs dans la voie biliaire intrahépatique.

- La mortalité à froid est inférieure à 1 %.
- L'analyse de la pièce de cholécystectomie est obligatoire.

→ **Cholécystectomie par laparoscopie** est actuellement le traitement de référence.

- Les règles de la chirurgie biliaire sont les mêmes qu'à ventre ouvert.

La réalisation d'une cholangiographie peropératoire est possible.

- Avant l'intervention, le malade doit être prévenu de la possibilité d'une nécessité de conversion (laparotomie nécessaire dans 5 % des cas).

- **Les contre-indications** sont : - l'insuffisance respiratoire sévère (pneumopéritoine) ; des antécédents chirurgicaux de même site.

- Les avantages sont nombreux :
- absence de cicatrice

- pas de douleurs ni de complications pariétales
- reprise alimentaire précoce, hospitalisation brève et reprise d'activité rapide.
- 95 % des cholécystectomies pour lithiase vésiculaire sont réalisées par laparoscopie.

VI Conclusion :

Pathologie fréquente.

Le traitement chirurgical est la règle devant une lithiase vésiculaire symptomatique.

La meilleure façon d'éviter les complications est de proposer une ***cholécystectomie dès qu'une lithiase vésiculaire devient symptomatique***

La chirurgie a une morbidité dominée par les plaies des voies biliaires de l'ordre de 0,3%.μ

La mortalité dépend du terrain elle varie de 0,1 à 10 % (cholécystite grave chez un sujet >75 ans).

LES COMPLICATIONS De la Lithiase Vésiculaire

Dr M.Bendib

CHOLECYSTITIS AIGUE



C'est une ***inflammation aiguë*** puis une ***infection*** de la vésicule due à ***l'enclavement d'un calcul dans le canal cystique***

PHYSIOPATHOLOGIE:

- ▶ L'obstruction entraîne une augmentation de la pression vésiculaire avec œdème et inflammation de la paroi vésiculaire. A ce stade la bile est stérile:

= c'est **l'hydrocholécyste**

- ▶ Une surinfection par des germes d'origine digestive transforme le contenu vésiculaire qui devient purulent.

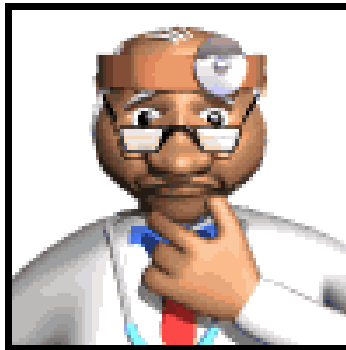
= c'est le stade de **cholécystite aiguë**

- ▶ Enfin apparaissent les lésions de nécrose ischémique,

= c'est la **cholécystite gangréneuse**

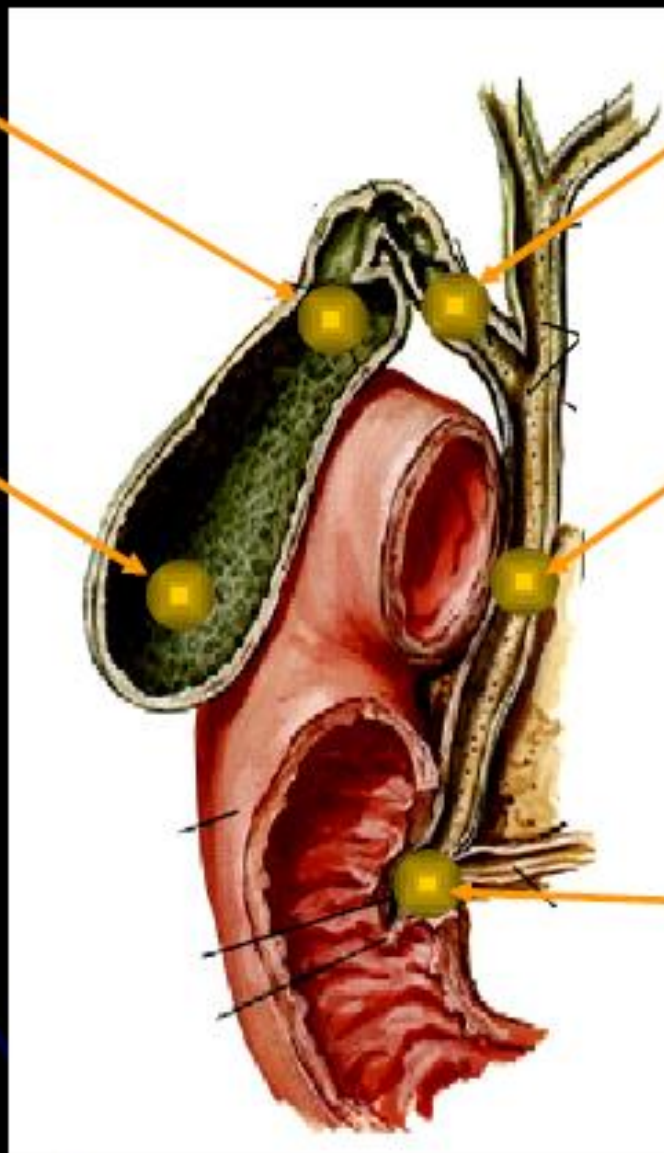
L'évolution peut se faire vers la perforation en péritoine libre (péritonite biliaire) ou la fistulisation (duodénale, colique ou cholédocienne)

CLINIQUE



Colique hépatique
Echographie

Asymptomatique
Découverte fortuite



Colique hépatique
Cholécystite aigue
Syndrome de Mirizzi
Echographie ++
Scanner

Ictère
Empierrément
Angiocholite
Echographie ++
Scanner
Puis
IRM+++
Echoendo +++

Idem ci-dessus
+ pancréatite aigue

...c'est une ***colique hépatique fébrile***
+++, qui nécessite un traitement
médico-chirurgical, en urgence



- ▶ ***Douleur biliaire de type colique hépatique prolongée***
+++ au-delà de 6 H avec:

Fièvre à 38° 39°

Défense de l'hypochondre droit et signe de MURPHY positif

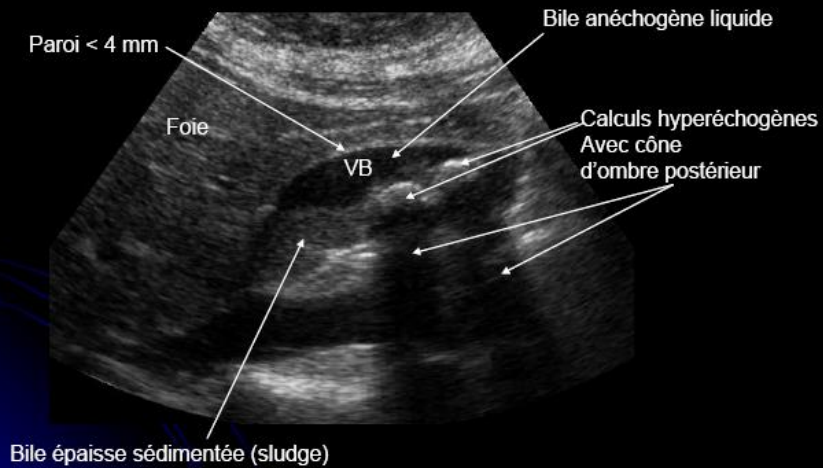
A ce tableau s'associent

1. ***des signes digestifs banaux:*** nausées et vomissements
2. ***un syndrome biologique inflammatoire:***
(hyperleucocytose neutrophile, VS, CRP)
les hémocultures sont normales +++

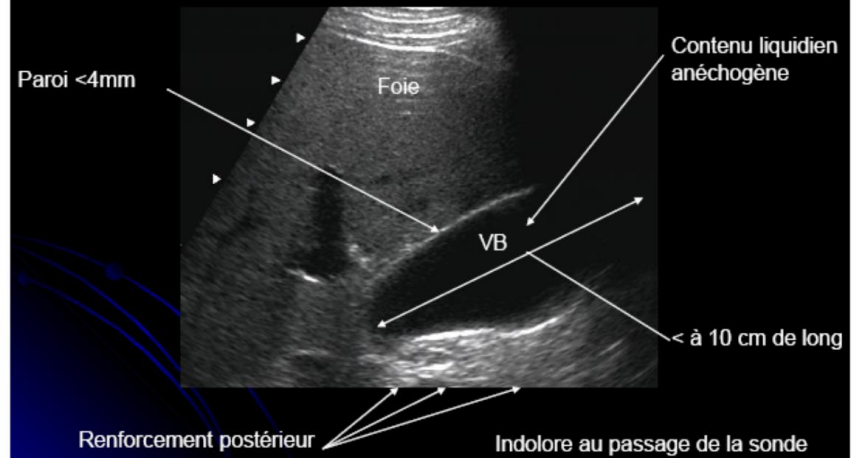
L'échographie (+++):

- ▶ Les **calculs vésiculaires** (siège, nombre), la présence de sludge vésiculaire
- ▶ Un **épaississement de la paroi** (+++) vésiculaire, supérieur à 4mm, voire un dédoublement
- ▶ Une douleur de l'hypochondre droit au passage de la sonde: **signe de Murphy échographique**
- ▶ **L'absence de dilatation de la VBP**

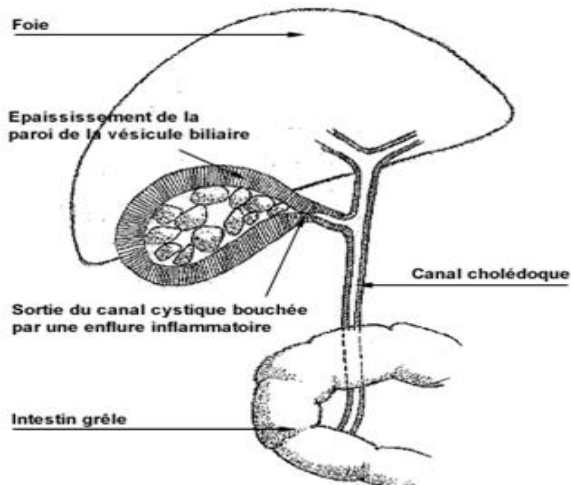
Calcul vésiculaire non compliqué



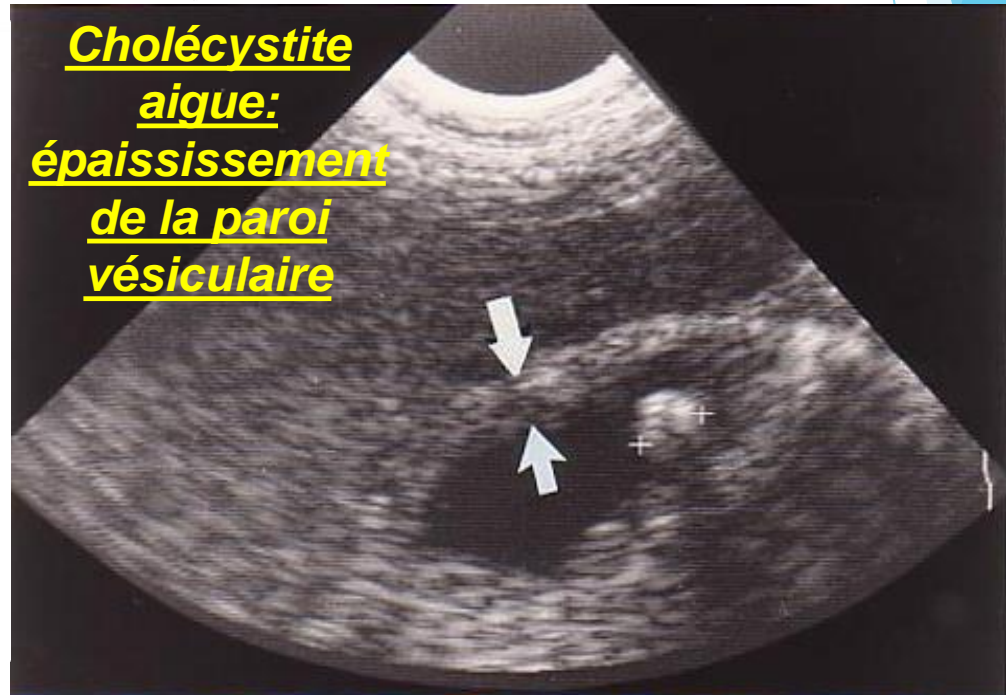
Vésicule normale



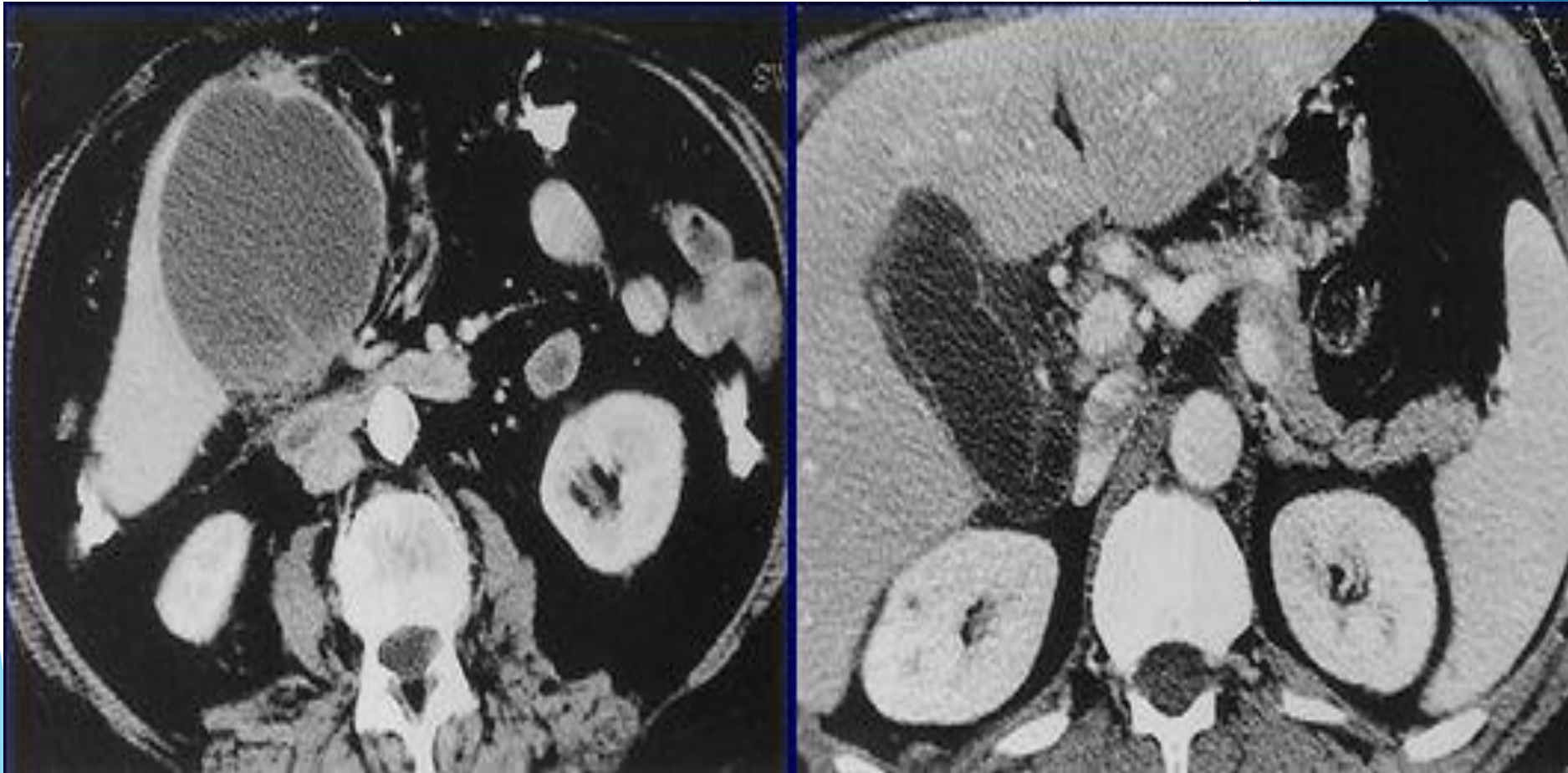
b Inflammation aiguë de la vésicule biliaire ou cholécystite



Cholécystite **aigue:** **épaississement** **de la paroi** **vésiculaire**



... **et le scanner ?**



- ***Le scanner ne doit être envisagé qu'en cas de cholécystite aigue compliquée.***
- **Importante cholécystite aigue avec épaissement pariétal**

Cholécystite aiguë

- **Scanner : permet de voir les signes de cholécystite**
 - Epaissement pariétal
 - Aspect feuilleté de la paroi
 - Rehaussement pariétal
 - Epanchement péri-vésiculaire
 - Infiltration de la graisse péri-vésiculaire



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- ▶ L'appendicite aigue sous-hépatique
- ▶ L'ulcère perforé (pneumopéritoine)
- ▶ La pancréatite aigue (lipase, amylase)
- ▶ La pyélonéphrite droite (CBU, écho, TDM)
- ▶ Une pneumopathie de la base droite
- ▶ L'abcès du foie
- ▶ La cholécystite aigue alithiasique
(5% des cholécystites de réanimation ou d'immunodéprimés)



LES COMPLICATIONS



▶ ***Dans la majorité des cas l'évolution est favorable, le calcul se désenclavant du collet vésiculaire***

▶ Parfois l'évolution peut se faire vers la ***cholécystite suppurée*** ou la ***cholécystite gangréneuse***

(risque de choc septique)



*Nous retiendrons
essentiellement*



- ▶ 1. Les péritonites biliaires
- ▶ 2. Les fistules biliaires
- ▶ 3. La migration dans la voie biliaire principale

LA PÉRITONITE BILIAIRE:

1. Le plastron vésiculaire ou péritonite plastique localisée:

- c'est une réaction inflammatoire péri-vésiculaire due à l'évolution d'une vieille cholécystite aigue
- la palpation note une **masse douloureuse et mal limitée de l'hypochondre droit**
- c'est l'échographie ou TDM qui confirme le diagnostic

2. L'abcès sous-hépatique: avec en plus un syndrome de suppuration profonde

3. La péritonite biliaire généralisée: c'est la perforation d'une cholécystite gangréneuse

- **contracture généralisée**
- pas de pneumopéritoine sur l'ASP

LES FISTULES BILIAIRES

Elles sont dues à la perforation de la vésicule dans:

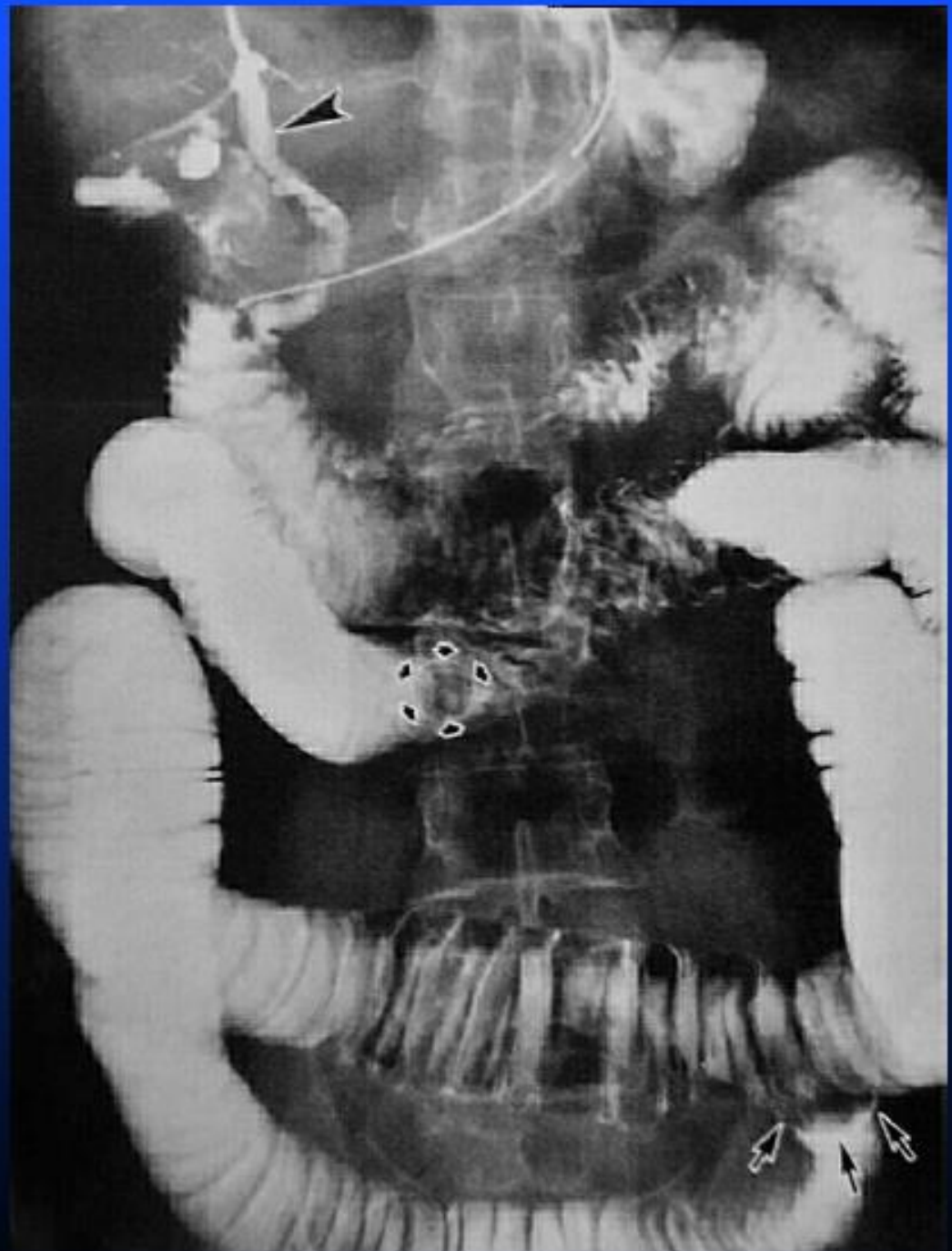
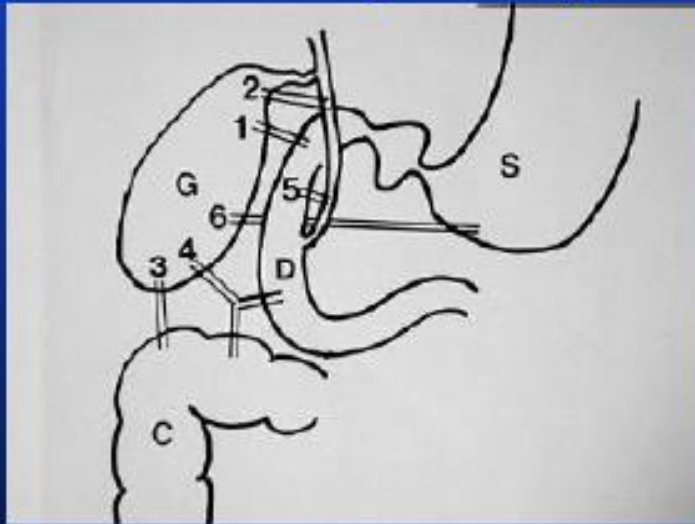
- le duodénum: fistule cholécysto-duodénale
- l'estomac
- le colon droit (plus rarement): fistule cholécysto-colique droite
- la voie biliaire principale: fistule bilio-biliaire

LES FISTULES CHOLECYSTO-DUODENALES

- sont souvent asymptomatiques +++, les signes cliniques régressant après la migration du calcul dans l'intestin...
- parfois se produit le blocage d'un volumineux calcul dans l'iléon terminal:
c'est ***l'ILEUS BILIAIRE***: Il associe:
 - un ***tableau d'occlusion intestinale aigue***
 - un long ***passé de colique hépatique***
 - une « effraction » récente qu'il faut rechercher par ***un méléna et une aérobilie***

Iléus biliaire

Voies de passage



L'iléus biliaire présente:

- ▶ **Des signes d'occlusion intestinale aigue du grêle** qui évolue par intermittence avec périodes d'accalmie
- ▶ **L'ASP montre des signes d'occlusion du grêle avec des niveaux centraux** (plus larges que hauts), parfois une calcification au niveau du grêle mais surtout une **AEROBILIE +++** (c'est la présence d'air dans la VB ou la VBP)
- ▶ **Écho + TDM assurent le diagnostic**
- ▶ **Le traitement est chirurgical:** traiter l'occlusion, sa cause (cholécystectomie) et la fistule, fermeture duodénale + gastro-entérostomie



LA CHOLECYSTITE CHRONIQUE



▶ Est due à l'inflammation chronique de la vésicule, suite à une **obstruction intermittente du cystique** par le calcul.

▶ La **vésicule est SCLERO-ATROPHIQUE**, indurée, à paroi épaisse et rétractée sur le calcul.

Un autre aspect est celui de la **vésicule porcelaine**, à paroi fibreuse avec des dépôts calciques (ASP)

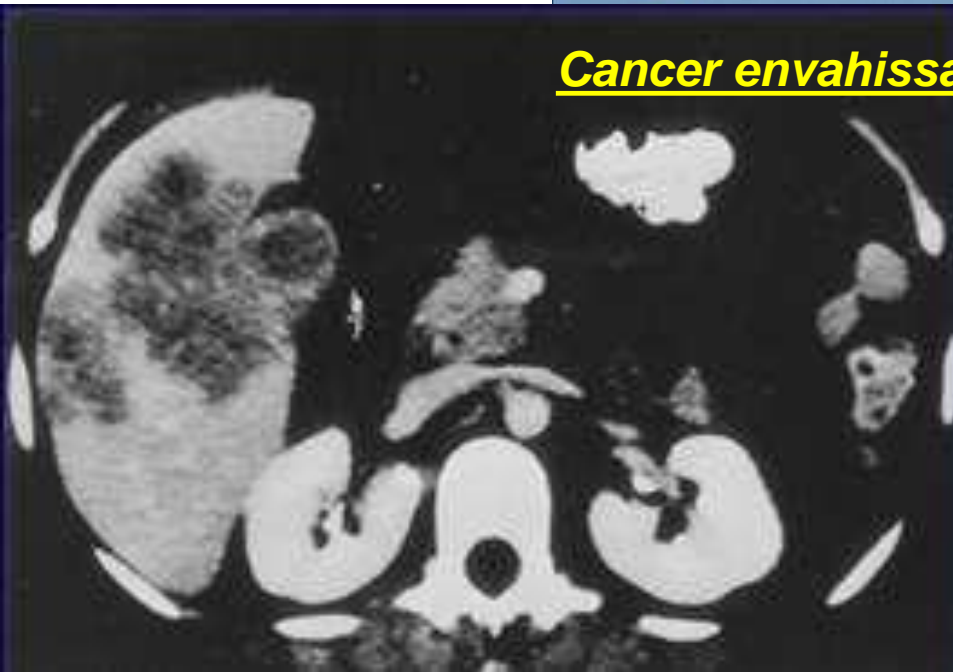
▶ Le tableau clinique est celui de la **colique hépatique et d'un épaissement de la paroi avec lithiase à l'échographie**

▶ **C'est l'inflammation chronique notée en cas de cholécystite chronique qui favorise la survenue du cancer vésiculaire**

Adénocarcinome vésicule biliaire



Cancer envahissant le foie



Adénocarcinome vésicule biliaire

- ▶ Découverte fortuite (écho, TDM,...)
- ▶ Sur étude anapath de pièce de cholécystectomie
- ▶ Symptomatologie biliaire
- ▶ Diagnostic: échographie abdominale
TDM Abdominale
IRM hépatique
- ▶ Pronostic: Grave (retard diagnostic)
- ▶ Traitement:
Symptomatique
Bisegmentectomie IV et V

TRAITEMENT



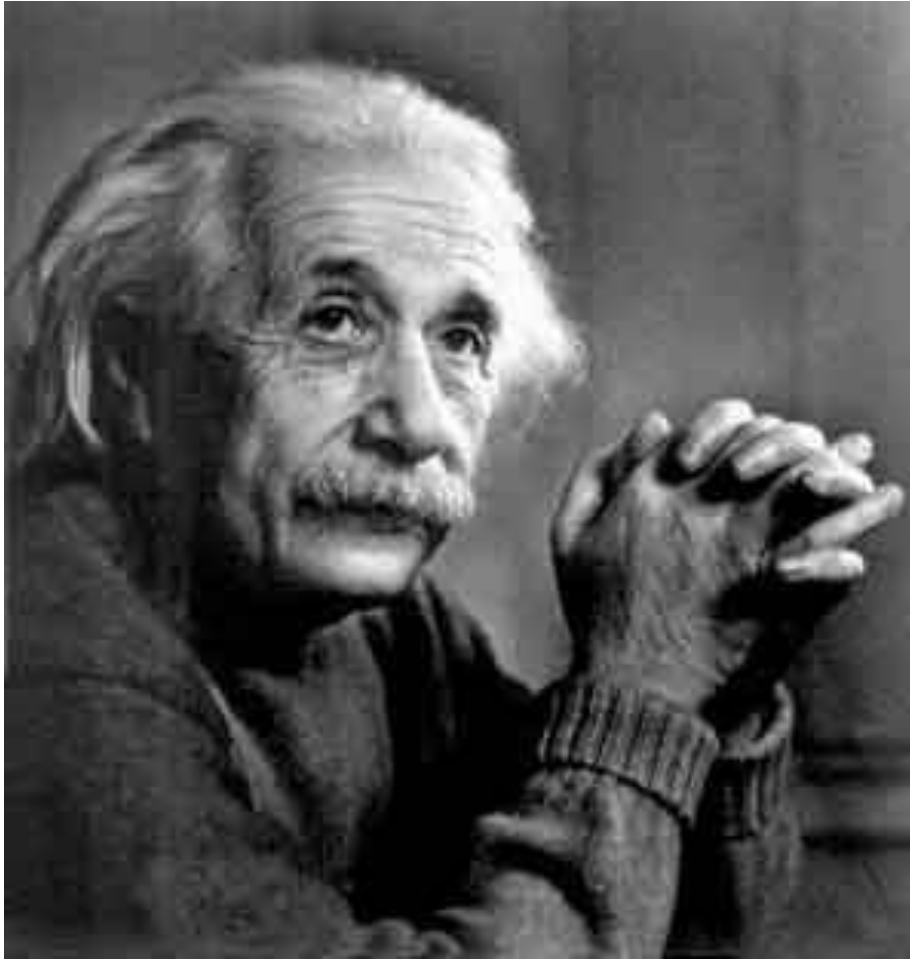
► MÉDICAL:

- arrêt de l'alimentation + vessie de glace
- antispasmodiques et antalgiques
- rééquilibration hydro-électrolytique
- **ANTIBIOTHERAPIE +++:** (gram- et anaérobies) après les hémocultures et adaptée à l'antibiogramme



► CHIRURGICAL:

- *cholécystectomie réalisée 48 H après*



***... et si on ne fait
rien, les choses
s'emballent,
empirent et
deviennent parfois
irréversibles !***

LITHIASÉ CHOLEDOCIENNE



- ▶ ***La lithiase de la voie biliaire principale (VBP) résulte de la migration dans le cholédoque, d'un ou plusieurs calculs venus de la vésicule.***
- ▶ Le calcul peut rester libre dans la lumière du cholédoque, franchir l'ampoule de Vater, rester enclavé dans l'ampoule de Vater
- ▶ Parfois découvert lors du bilan biliaire, 3 tableaux cliniques sont révélateurs:
 - ***l'angiocholite aigue lithiasique***
 - ***la pancréatite aigue biliaire***
 - ***l'ictère cholestatique***

Dans 30% des cas elle est asymptomatique chez la femme de 40 à 60 ans.....

La ***bilirubine libre***, insoluble dans l'eau, vient du catabolisme de l'hémoglobine, captée et ***conjuguée*** par les hépatocytes, elle devient ***soluble*** et ***éliminable*** par les urines

Ictère par HEPATITE

▶ Urines foncées

▶ Selles normales

Ictère CHOLESTATIQUE

▶ Urines foncées

▶ Selles décolorées

▶ Prurit (*si obstacle permanent*)

L' ANGIOCHOLITE AIGUE LITHIASIQUE

- ▶ Le calcul est bloqué dans la voie biliaire principale,
ce qui met en tension les voies biliaires:
= douleur
- ▶ la stase et la nature intermittente de l'obstacle
favorise l'infection de la bile
= fièvre
- ▶ quand l'obstruction est complète:
= ictère



L'angiocholite est donc une septicémie à point de départ biliaire

L'angiocholite aiguë lithiasique se traduit par
la triade de CHARCOT: **triade de Villard
et Perrin**

- ▶ ***Douleur***
- ▶ ***Fièvre***
- ▶ ***ictère***



1. Douleur: colique hépatique, puis

2. Fièvre élevée: 39° - 40° avec syndrome septique sévère (*frissons*, état de choc), puis

3. Ictère cutanéomuqueux: avec urines foncées et selles décolorées, sans prurit et variable +++ (avec des périodes de rémission)

= les 3 signes se succèdent en moins de 48 H =

L'examen clinique est pauvre:

- manoeuvre de Murphy positive
- parfois hépatomégalie à bord mousse (foie de cholestase)

LA BIOLOGIE MONTRE

► Un syndrome infectieux:

- hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (10 000 à 20 000)
- hémocultures positives +++ (BGN, anaérobies)

- ## ► Un syndrome cholestatique: modéré et variable dans le temps, avec élévation des
- *gamma-GT, bilirubine, phosphatases alcalines*
 - transaminases, parfois de l'amylase
 - abaissement du TP en cas de cholestase prolongée

► *Que choisir pour atteindre le diagnostic ?*

1. L' ECHOGRAPHIE

2. L' ECHO-ENDOSCOPIE BILIAIRE

3. LA BILI-IRM

4. LA CPRE

1 + 2 + 3 sont des actes de diagnostic

4 a un intérêt surtout thérapeutique

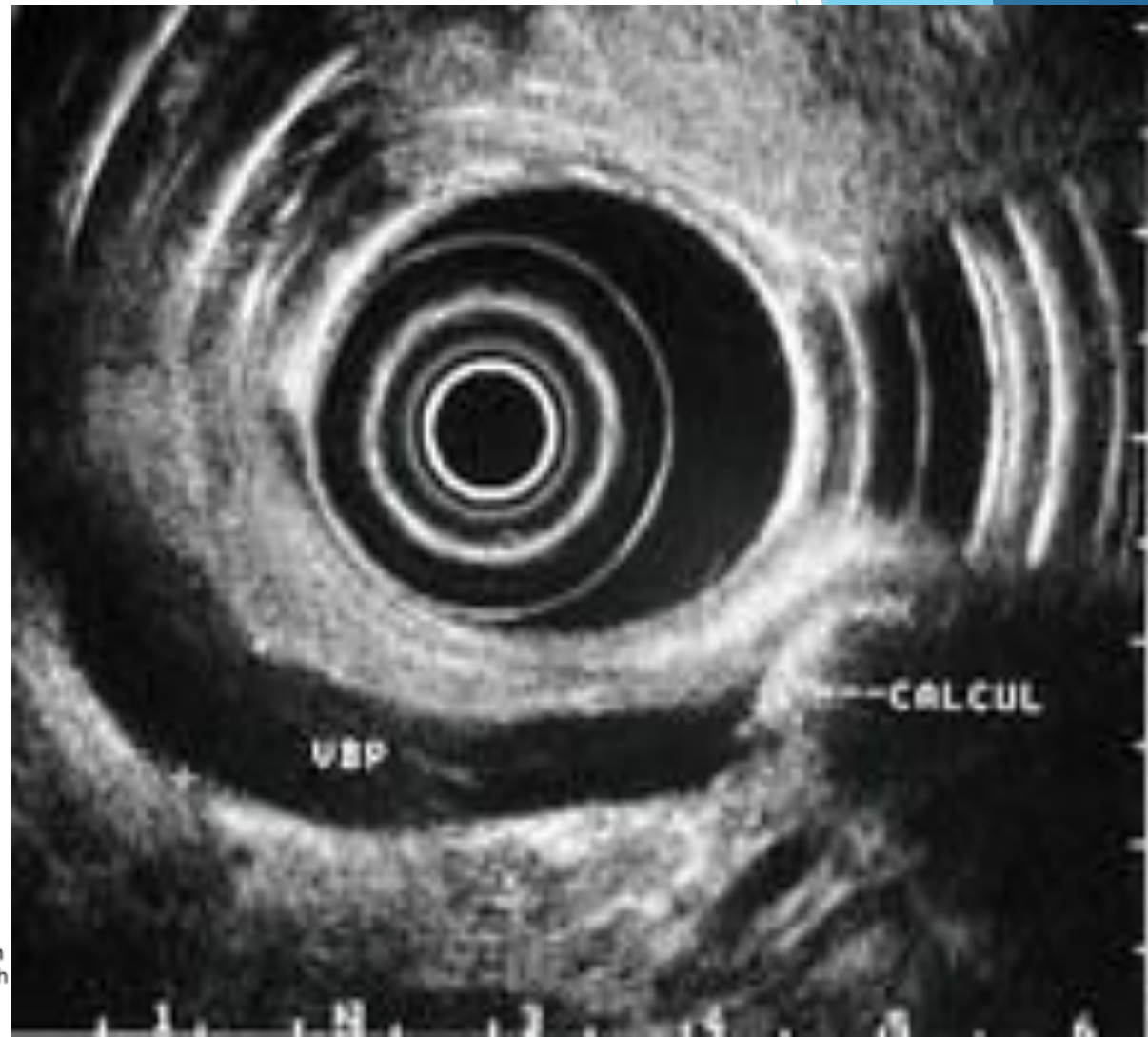
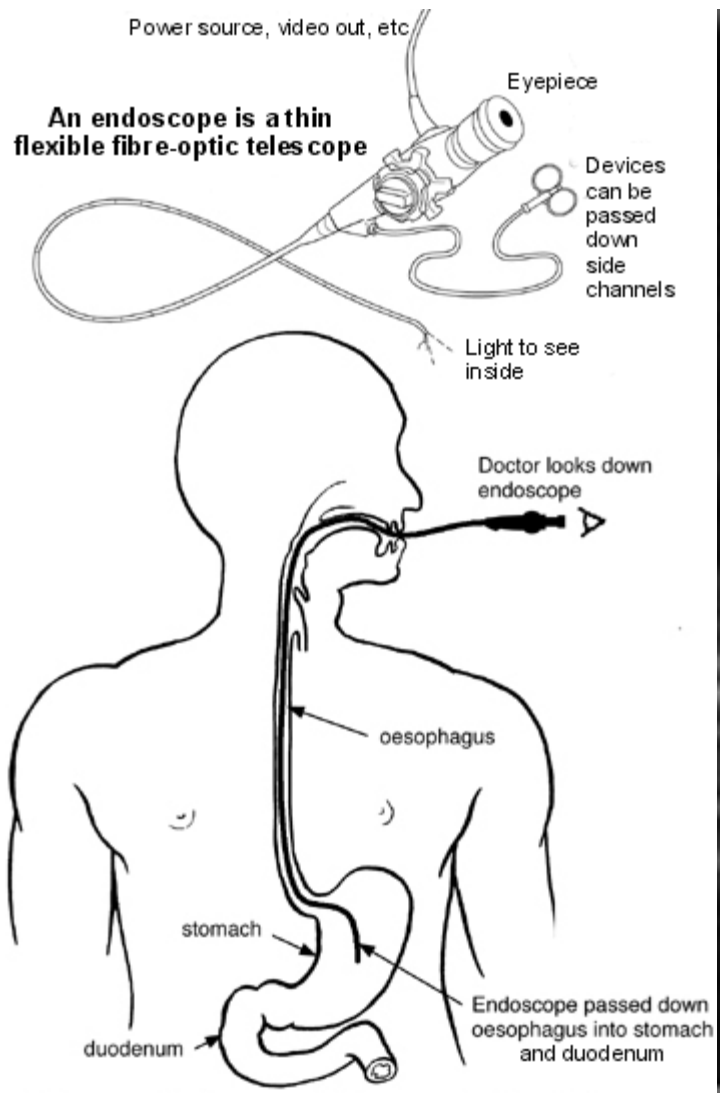
1. L'échographie:

- ▶ Précise l'aspect de la vésicule (taille, épaisseur) et de la bile (sludge si bile épaisse)
- ▶ Décèle la présence de calculs vésiculaires (images hyperéchogènes avec cône d'ombre, souvent micro-lithiases)
- ▶ Précise l'aspect des voies biliaires intra et extra-hépatiques
 - **calculs dans la VBP** (*souvent difficile* à voir)+++
 - **VBP dilatée** +++ *supérieure à 8mm*
- ▶ Analyse le foie (hépatomégalie, abcès)
le pancréas **en recherchant une augmentation de volume** +++
traduisant une pancréatite aigue



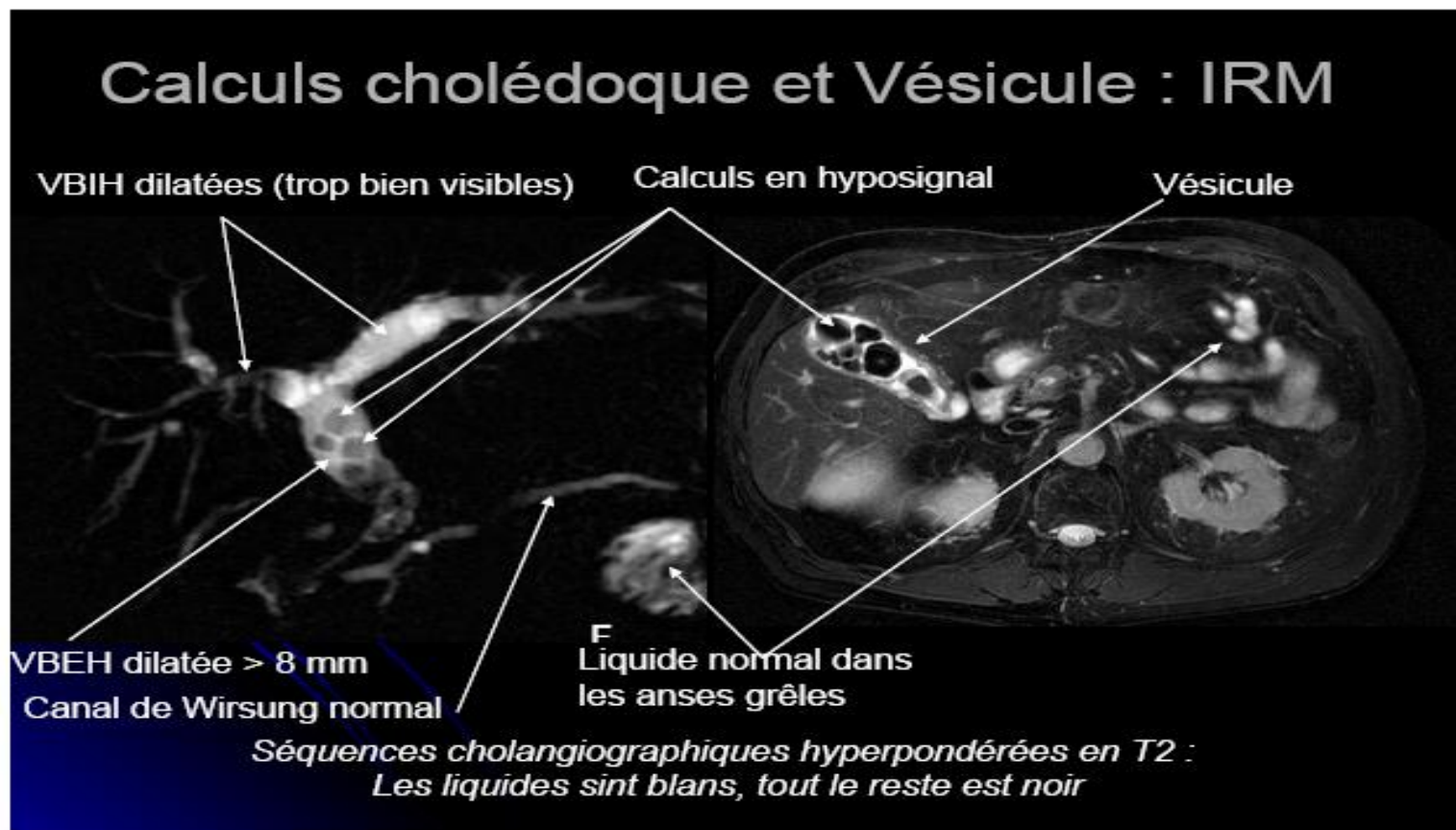
2. L'écho-endoscopie biliaire

Très sensible (98%), doit être envisagé en cas de doute



3. La bili-IRM

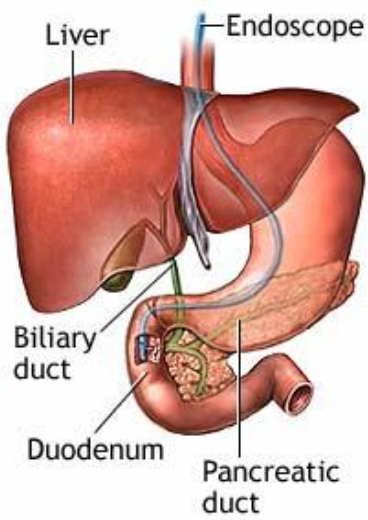
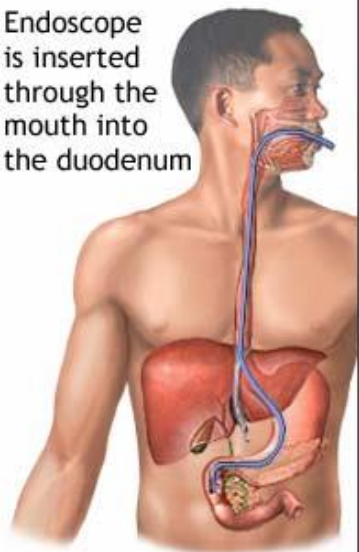
- ▶ Retrouve le calcul
- ▶ Met en évidence la dilatation de la voie biliaire principale
- ▶ Peut déceler un abcès intra-hépatique



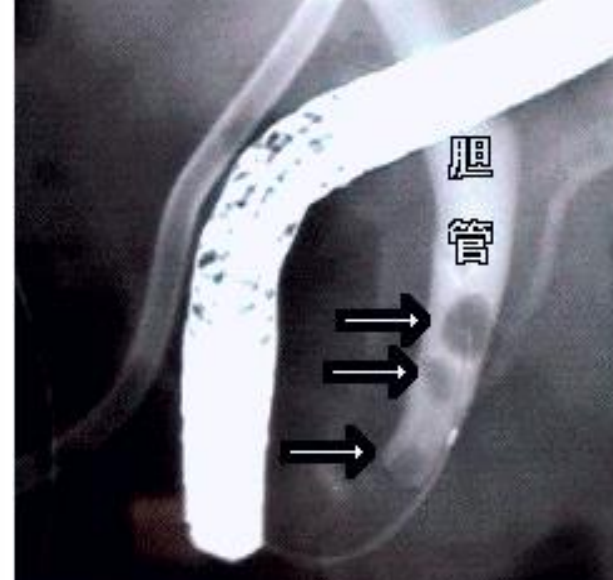
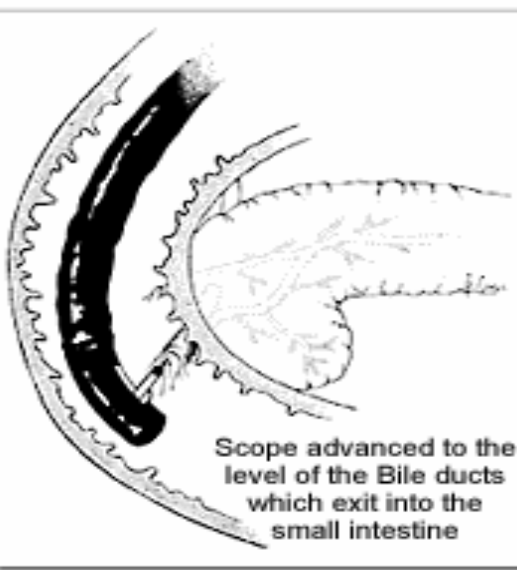
4. La C.P.R.E :

- Si un geste thérapeutique est envisagé (évacuation des calculs après sphinctérotomie endoscopique).
- Sensibilité = 100% mais morbidité non négligeable (hémorragie lors de la sphinctérotomie), perforation duodénale, pancréatite aigue

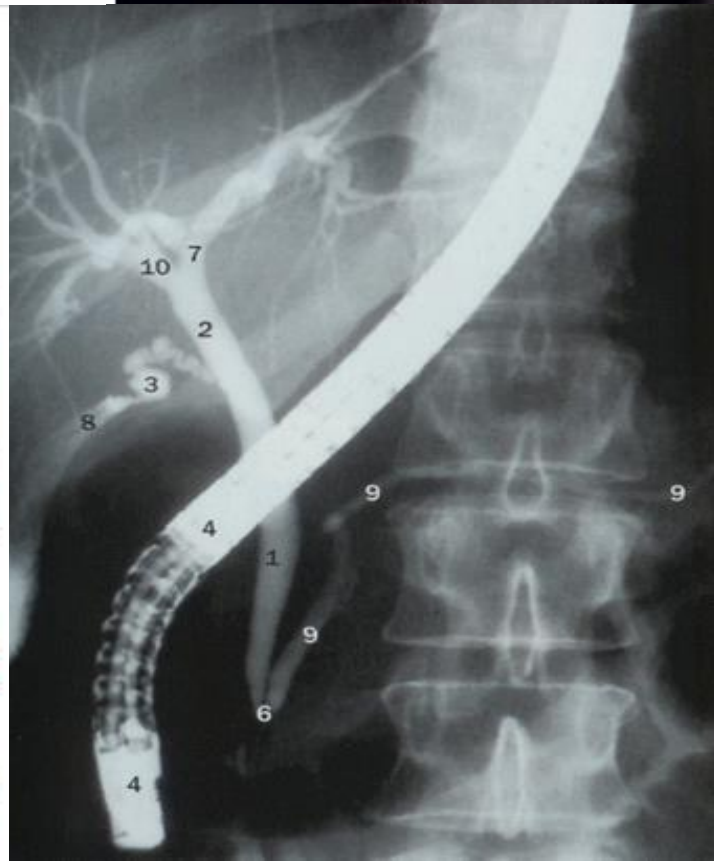
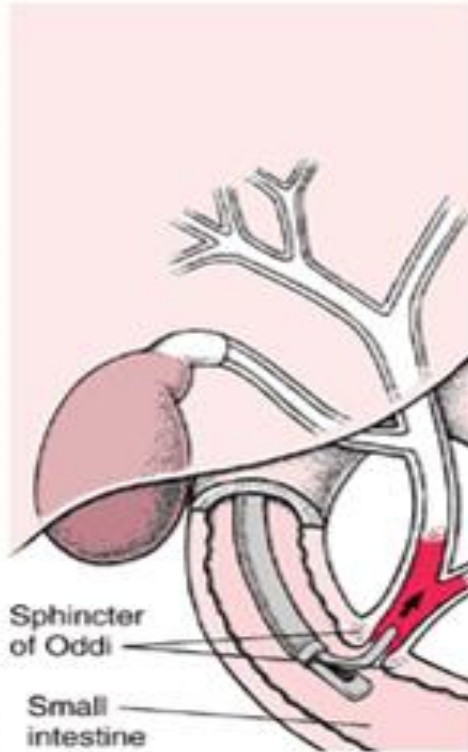
Endoscope is inserted through the mouth into the duodenum

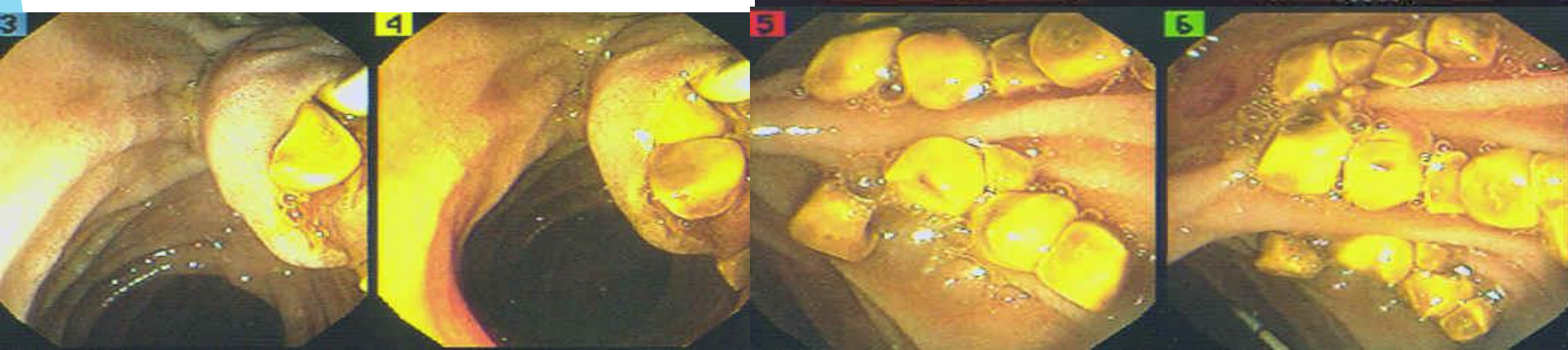
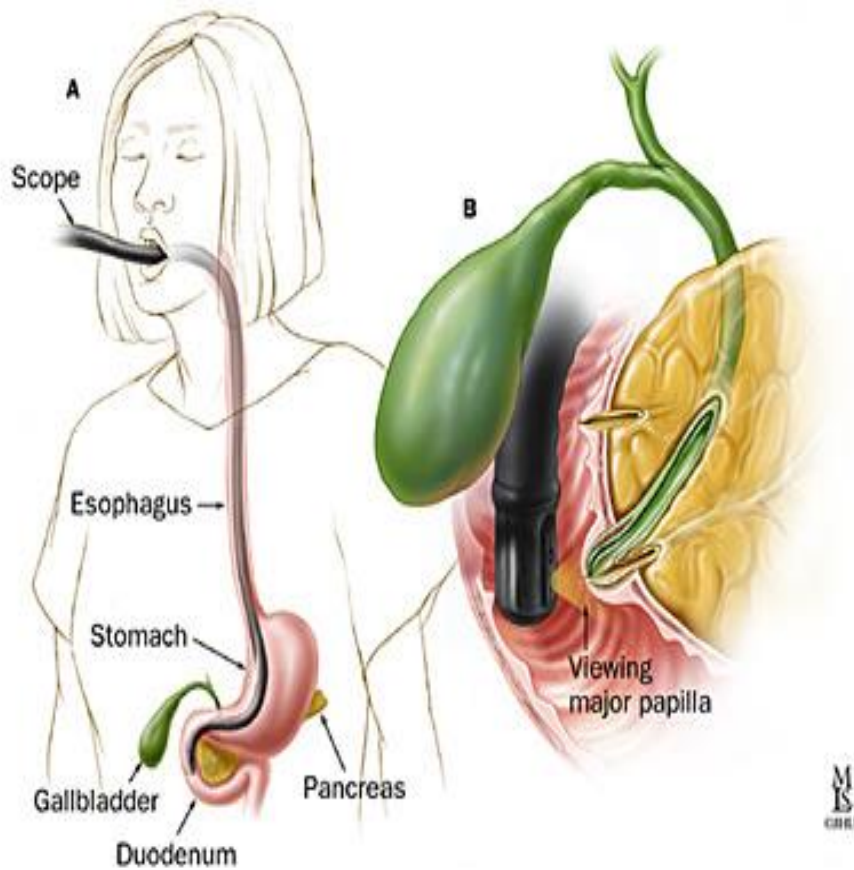


ADAM



Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography





SPHINCTEROTOMIE ENDOSCOPIQUE

...au total, dans quel ordre faut-il agir ?



▶ 1: **Dépister:**

- Echographie

▶ 2: **Préciser le diagnostic:**

- Bili-IRM

- Echoendoscopie

▶ 3: **Lever l'obstacle:**

- CPRE

2 FORMES CLINIQUES OPPOSEES

- ▶ La *forme asymptomatique* 30%:
- ▶ *L'angiocholite ictéro-urémigène:*
 - grave avec ***tableau septique*** prédominant,
 - c'est une septicémie à BGN avec choc septique, et insuffisance rénale aigue
 - l'examen clinique est pauvre (ictère, peu de douleur)
 - nécessite la ***levée de l'obstacle en urgence***

UN TRAITEMENTS'IMPOSE EN URGENCE



► Médical:

- **Antibiothérapie** orientée par les hémocultures
- antalgiques et antispasmodiques
- arrêt de l'alimentation, rééquilibration hydro-électrolytique, voire lutte contre le choc

► Endoscopique puis Chirurgical:

- **sphinctérotomie endoscopique** dans les 48 H
- **cholécystectomie**, après la phase aiguë (laparoscopique ou chirurgicale)

*En l'absence de traitement
2 complications sont à redouter :*



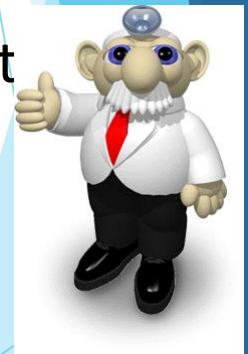
LA PANCREATITE AIGUE

et

L'ICTERE CHOLESTATIQUE

L'ICTERE CHOLESTATIQUE

- ▶ *Il est du à l'obstruction de la VBP par un calcul, sans signes infectieux associés*
 - douleur type colique hépatique
 - ictère cholestatique permanent
- ▶ Le principal diagnostic différentiel est celui d'un autre obst du bas cholédoque:
 - *tumeurs des voies biliaires*
 - *ampullome Votérien*
 - *cancer de la tête du pancréas*
- ▶ Le risque évolutif est **l'angiocholite**



...quels sont les ictères cholestatiques extra-hépatique



- ▶ 1. **LITHIASE** de la voie biliaire principale
- ▶ 2. **CANCER**: pancréas, VB, VBP et VATER
- ▶ 3. **LESIONS TRAUMATIQUES** de la VBP
- ▶ 4. **PARASITOSEs** digestives: (distomatose, ascaridose, kyste hydatique du foie rompu)
- ▶ 5. **COMPRESSIONS EXTRINSEQUES**:
 - pancréatite aiguë ou chronique
 - ADP

La lithiase biliaire, c'est quand même du sérieux...

