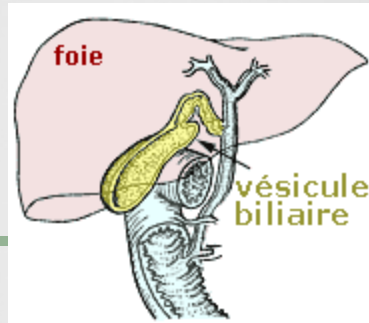


ET

SES

COMPLICATIONS



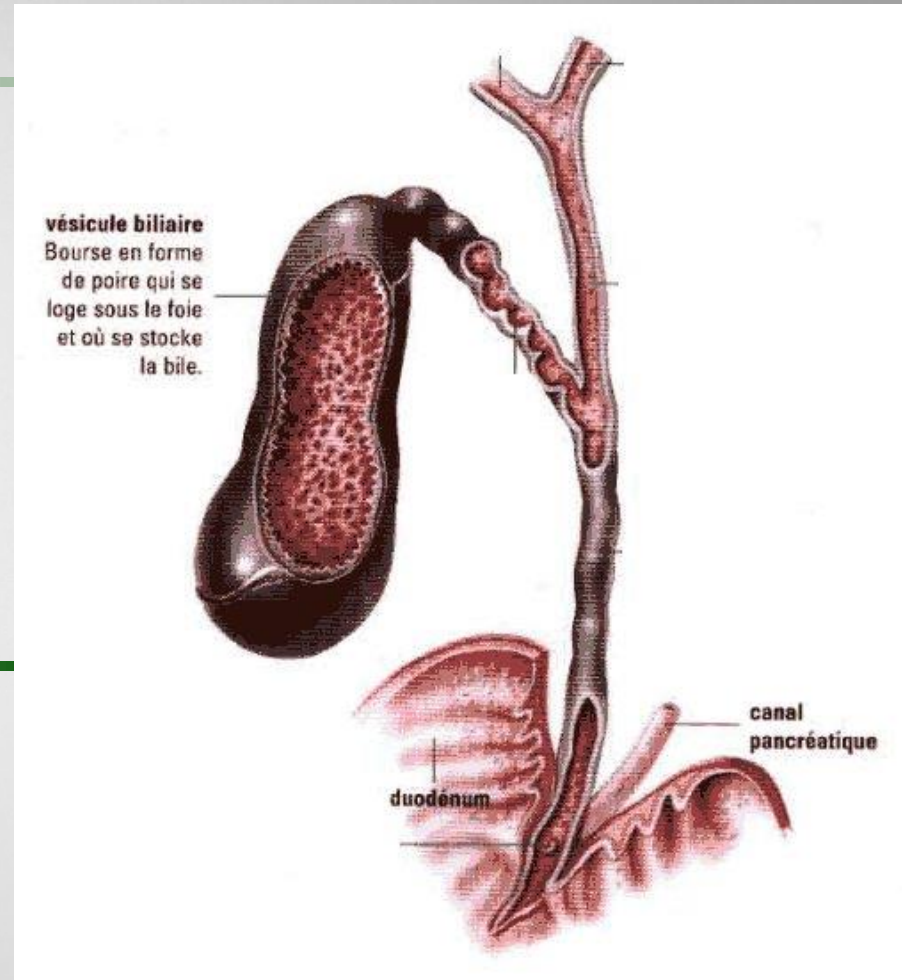
Épidémiologie

- ▶ Très fréquent en France
- ▶ 15% de la population touchée
- ▶ 80% des calculs sont cholestéroliques
- ▶ Femme+++
- ▶ Pic vers 60 ans
- ▶ 80% sont asymptomatiques

Physiopathologie

Calculs cholestéroliques

- Mixtes
Mélange de bilirubinate de calcium et de cholestérol + au centre des sels biliaires (80% des calculs cholestéroliques)
- Cholestérol pur



Mécanismes de formation

▶ Solubilisation du cholestérol

Le cholestérol produit par les hépatocytes, vont être dissous sous forme de micelles > agrégat d'acide biliaire et cholestérol

▶ Différents stades

✓ Stade chimique

Si on a trop de cholestérol, alors ne pourra pas être solubilisé > va se loger dans des vésicules

✓ Stade physique dit de « nucléation »

> tendance à se regrouper et former des cristaux de cholestérol

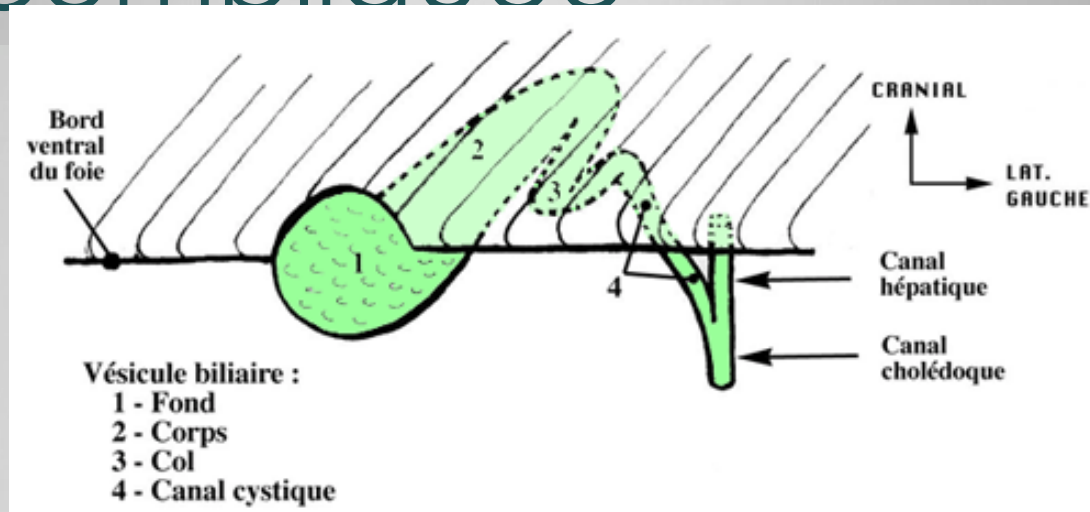
✓ Stade de croissance

> croissance : les vésicules s'agglomèrent entre elles pour former des calculs.

Facteurs de risque

- ▶ Âge, sexe, ethnie
- ▶ Obésité, régime hypercalorique, riches en AGPIs, hypertriglycéridémie
- ▶ Médicaments
- ▶ Diminution de concentration en acides biliaires
notamment dans mucoviscidose, résection biliaire
- ▶ Hypomotilité vésiculaire
Chez les patients qui ne se nourrissent que par voie parentérale, etc..

Lithiase vésiculaire non compliquée



- ▶ Circonstances de découverte
 - ▶ Examen clinique
 - ▶ Examens complémentaires
 - ▶ Diagnostic différentiel
 - ▶ Traitement

Circonstances de découverte

- ▶ **Asymptomatique**

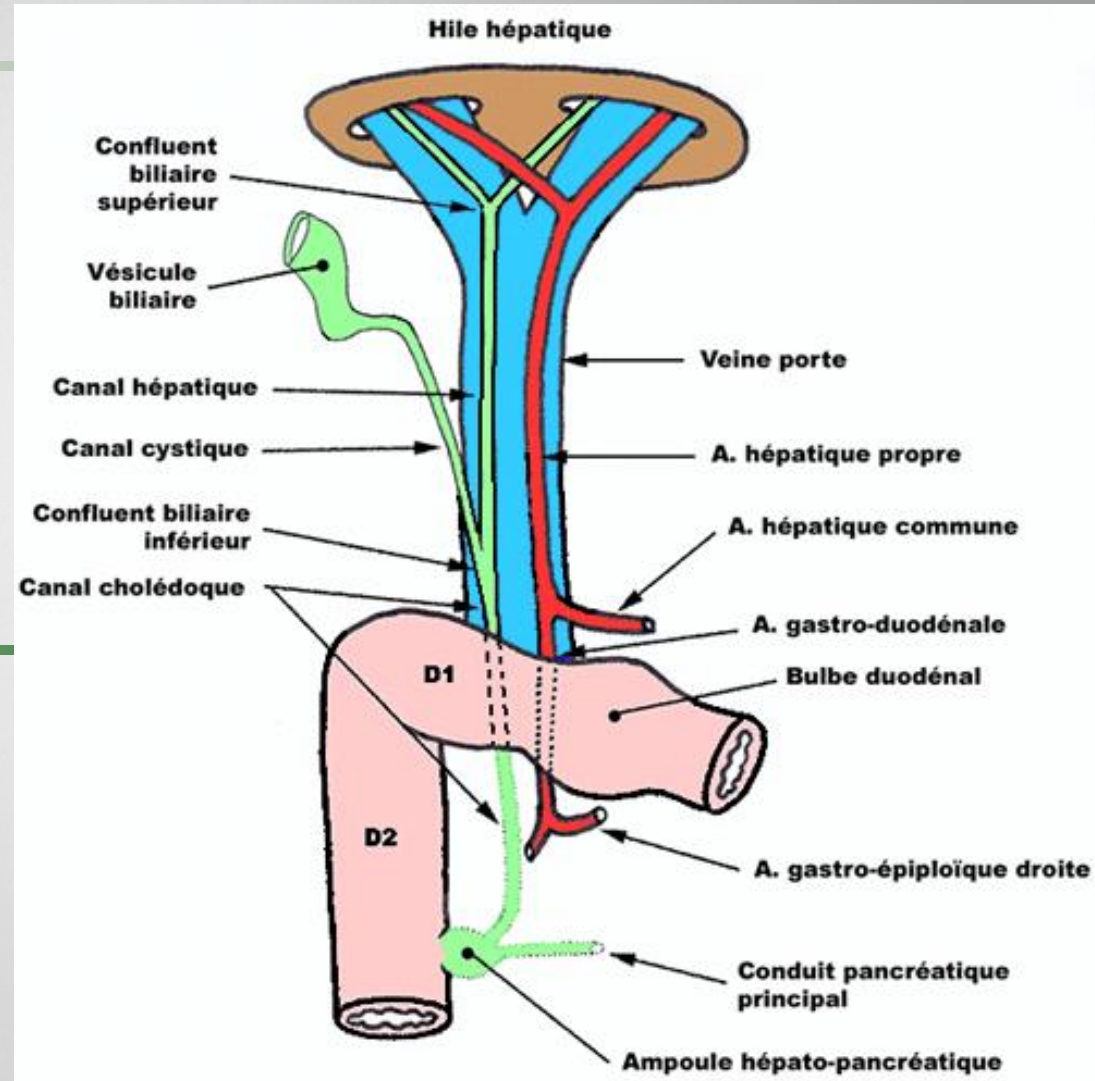
A l'occasion d'un examen fortuit le plus souvent.

- ▶ **Colopathie**

- ▶ **Colique hépatique**

Le canal cystique est bloqué : distension de celui-ci : douleur hypocondre droit, épigastre. Violente, irradie vers pointe de l'omoplate droite. Caractérisée par l'inhibition respiratoire.

Douleur monte rapidement, maximum en 15 à 60min, puis redescend dans les 6h qui suivent. Pas de fièvre, pas d'ictères, pas de jaunisse.



Examen clinique

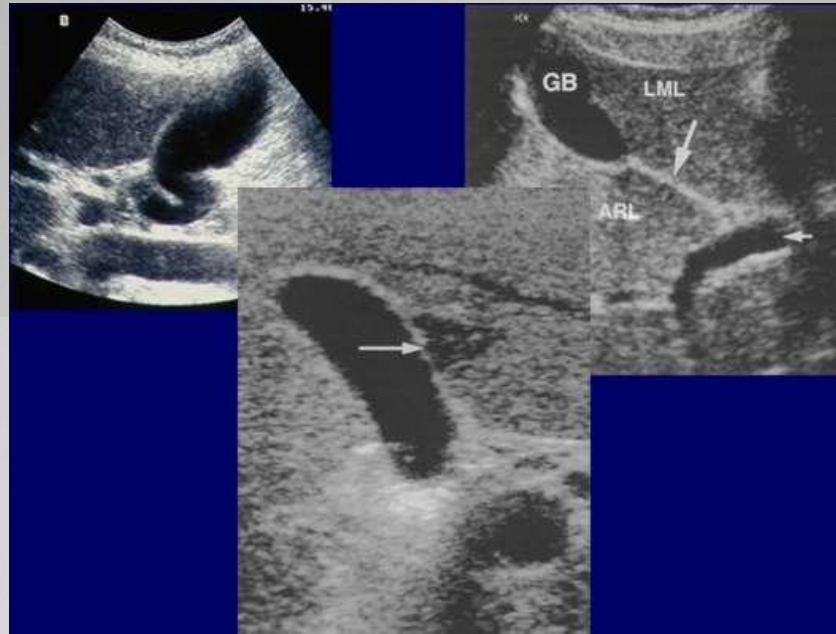
- ▶ Signe de Murphy

Douleur a la palpation de l'hypochondre droit qui reproduit la douleur spontanée avec inhibition inspiratoire.

- ▶ Normal

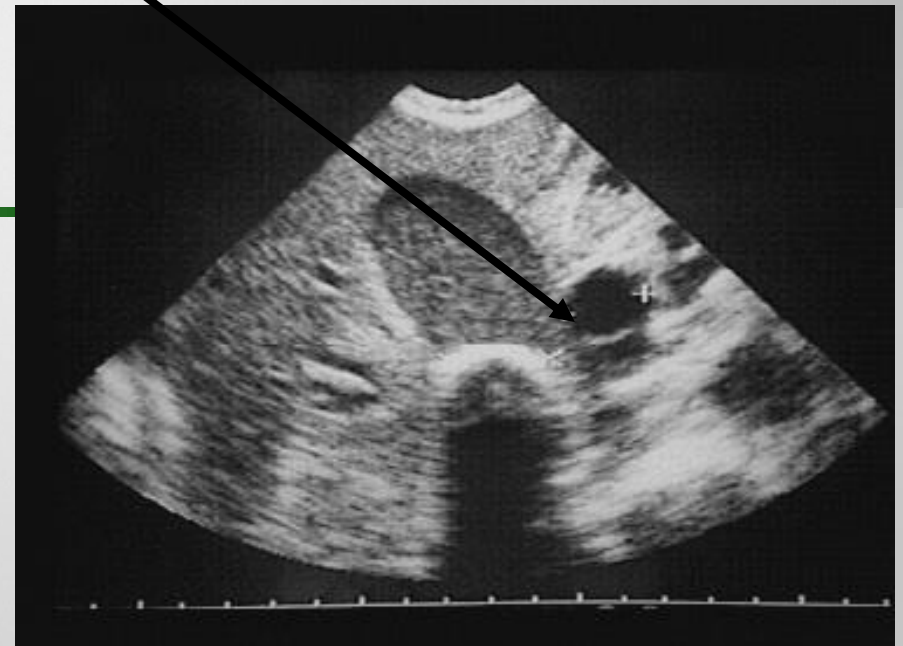
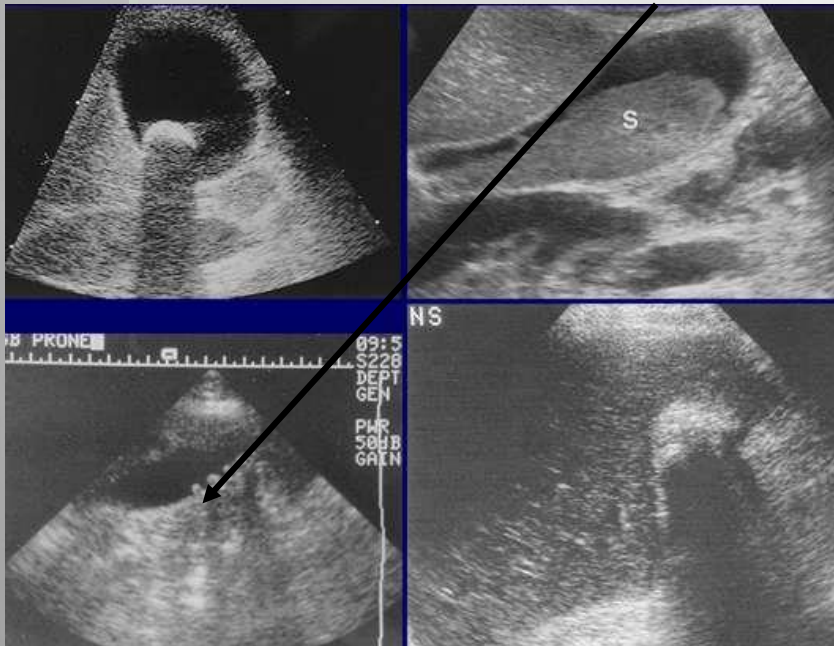
Examens complémentaires

- ▶ **Biologie**
normale ou bien des signes de cholestase
- ▶ **Échographie abdominale transpariétale**
On y retrouvera l'image de la lithiase, qui est mobile au changement de position de patient.
- ▶ **Écho-endoscopie**
Si suspicion de migration du calcul vers la voie biliaire principale.



Vésicule biliaire normale

Lithiase vésiculaire



Diagnostic différentiel

▶ Affections médicales

Ne pas passer à côté d'un infarctus du myocarde à forme abdominale
(en cas de doute : électrocardiogramme)

Douleurs post prandiales etc .. > ulcère gastrique hyperalgique

On demandera une lipasémie pour écarter l'éventualité d'une atteinte
pancréatique.

Pneumopathie de la base droite

▶ Affections chirurgicales

Appendicite en position sous hépatique (contexte fébrile)

Cholécystite aigüe

Perforation d'un ulcère

Traitement

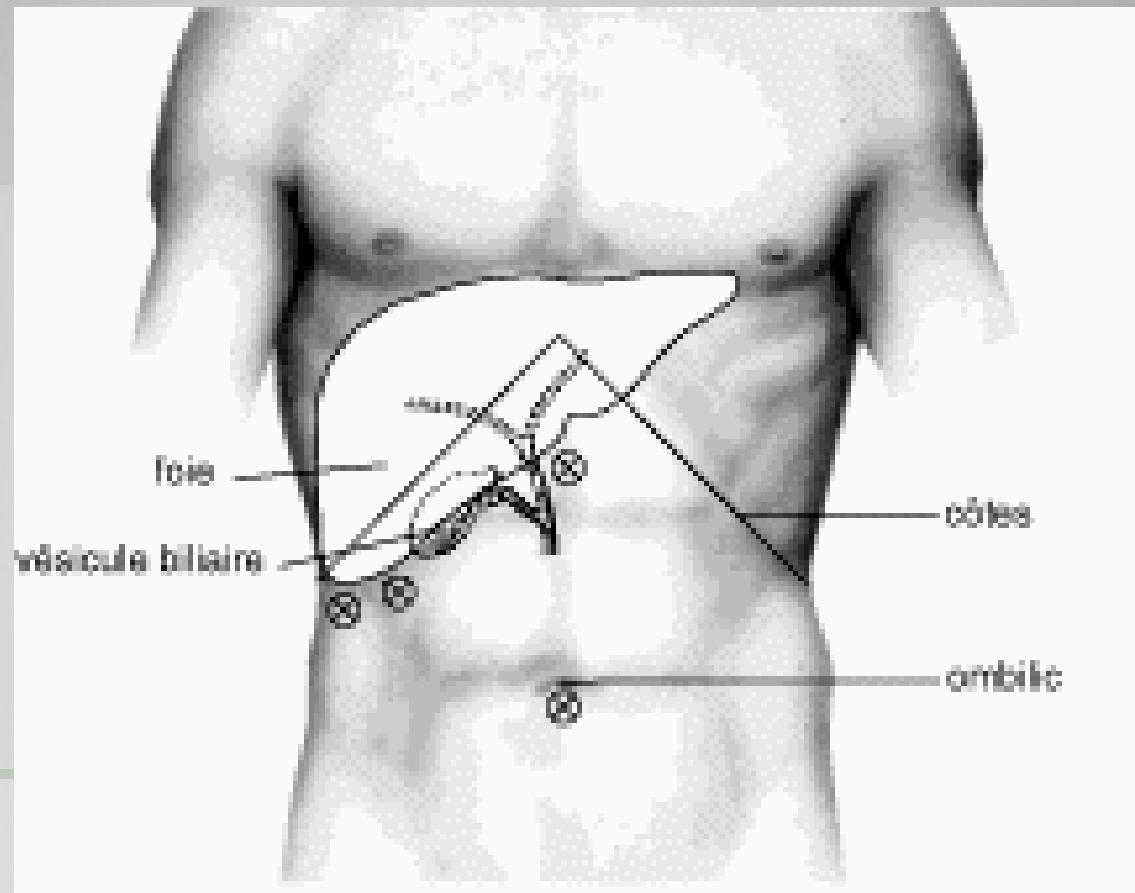
Que s'il existe des symptômes

➤ Chirurgical:

- ▶ cholécystectomie par coelioscopie
Hors période de crise

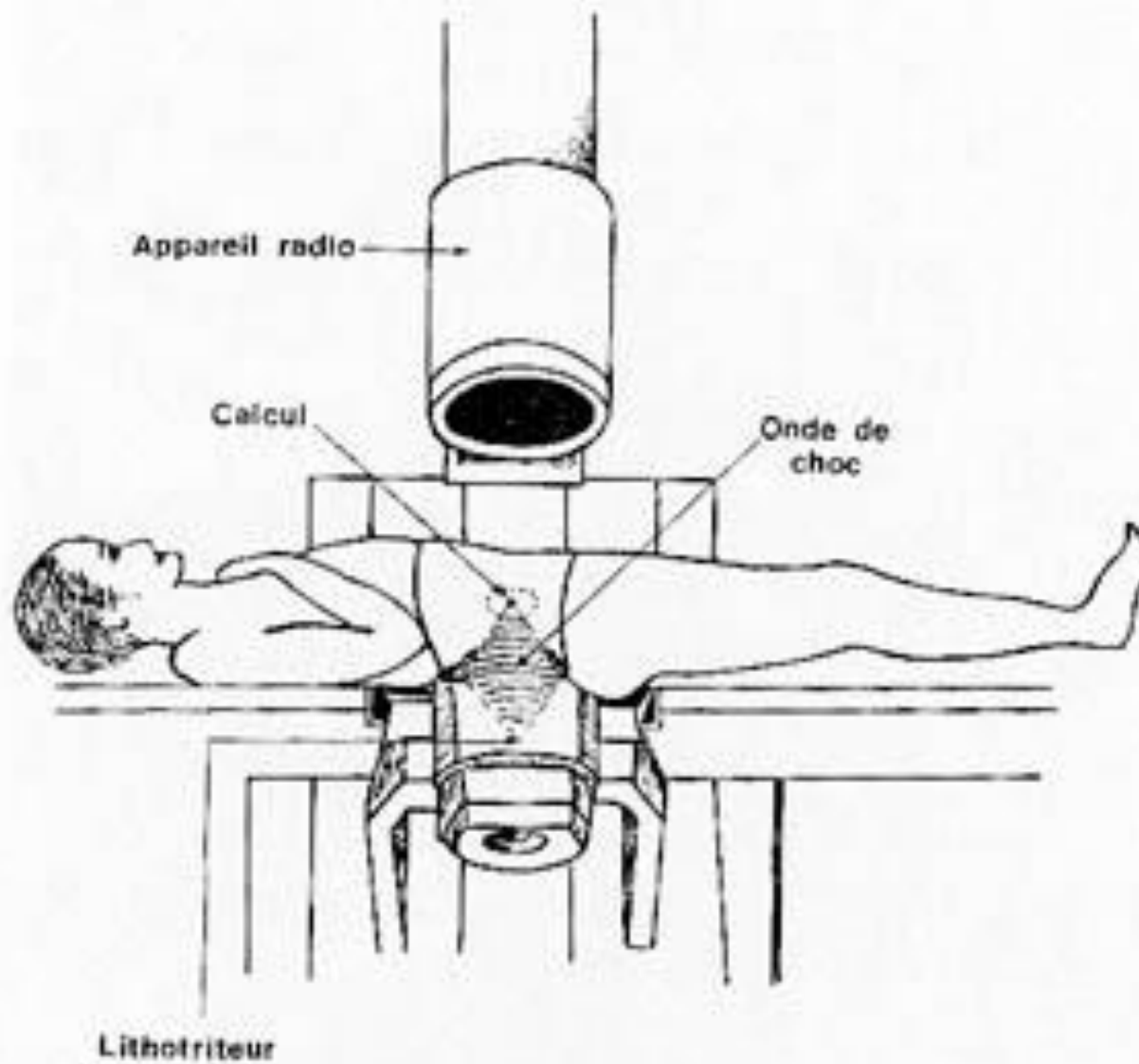
➤ Médical si CI

- ▶ Dissolution par administration d'acides biliaires
L'excès de cholestérole devrait se retrouver dans des micelles plutôt que dans des vésicules.
- ▶ Lithotritie extracorporelle (*voir diapos suivantes*)



N.B. : Les ⊗ représentent les sites d'incision.

cholécystectomie



LITHOTRITIE EXTRA - CORPORELLE

Complications de la lithiase vésiculaire

- ▶ Cholécystite aiguë lithiasique
- ▶ Cholécystite chronique

Cholécystite aiguë lithiasique

- ▶ Physiopathologie
- ▶ Signes cliniques
- ▶ Examen clinique
- ▶ Signes biologiques
- ▶ Échographie
- ▶ Évolution
- ▶ Diagnostic différentiel
- ▶ Traitement

CAL : physiopathologie

=

inflammation de la vésicule biliaire
due à l'obstruction aiguë
du canal cystique par un calcul

> Augmentation de la pression dans la VB: se distend
Apparition d'un œdème et d'une inflammation de la paroi
vésiculaire

La bile est stérile s'il n'y a pas de surinfection
Mais cela peut se produire à cause de germes digestifs > devient
cholécystite purulente > la vésicule va se gangrener, se nécroser >
complication majeure: perforation de la VB soit dans l'intestin soit
dans le péritoine ou dans la voie biliaire principale.

CAL: signes cliniques

Douleur de colique hépatique

+ **fièvre** (38-39°)

+ nausées,

+ vomissements

Examen clinique

- ▶ Palpation

Douleur de l'hypochondre droit avec inhibition respiratoire.

On peut ressentir une grosse VB

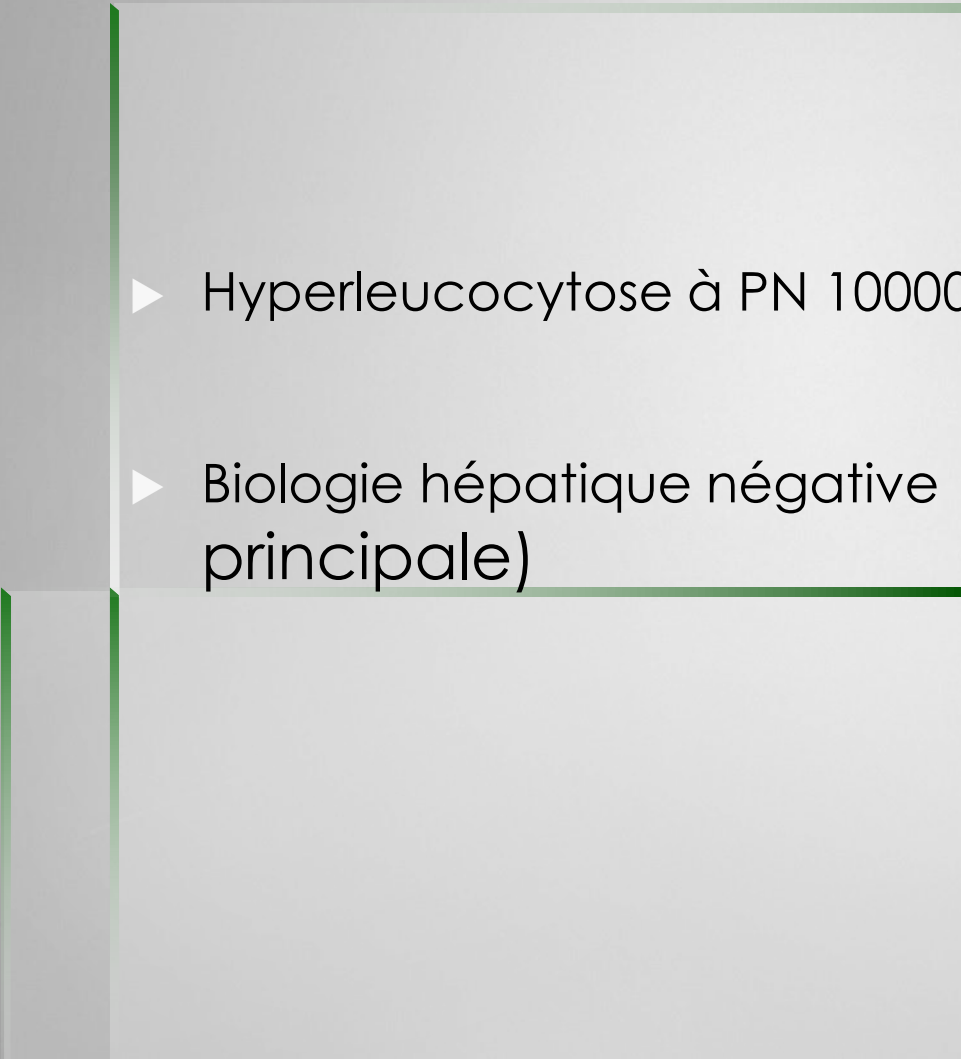
Défense de l'hypochondre droit

- ▶ Signe négatif

Pas d'ictère = voie biliaire principale n'est pas touchée.

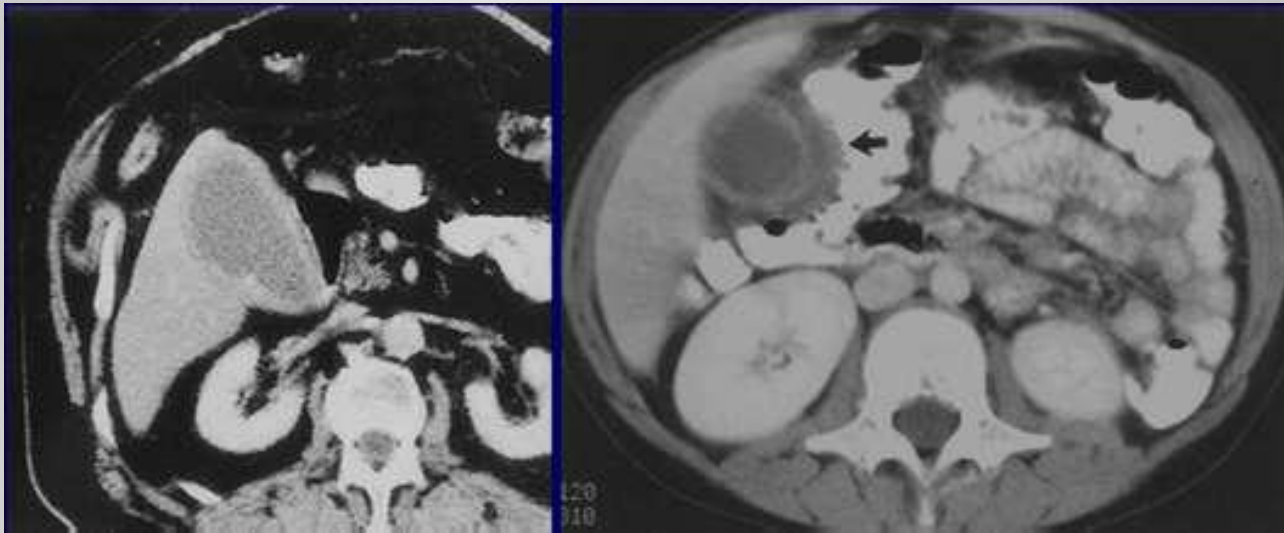
Biologie



- ▶ Hyperleucocytose à PN 10000 à 12000
 - ▶ Biologie hépatique négative (sauf si lithiase voie biliaire principale)
- 

Échographie

- ▶ Confirme le diagnostic de lithiase
- ▶ Montre une vésicule distendue ,
- ▶ Un épaissement de la paroi
- ▶ calculs



Cholécystite aiguë lithiasique

Évolution

- ▶ Le plus souvent favorable soit spontanément ou sous trt médical
- ▶ Cholécystite suppurée,
- ▶ gangréneuse (anaérobies)
- ▶ péritonite localisée (plastron) ou généralisée
- ▶ fistule: bilio-biliaires ou bilio-digestives (duodénum : iléus biliaire) et colon: rare



Cholécystite gangréneuse

Diagnostic différentiel

- ▶ Cholécystite aiguë **a**lithiasique (CAA)
Dans les cas de réanimation notamment
Chez l'immunodéprimé
Dans certaines pathologies type: salmonellose, leptospirose
- ❖ CAA de réanimation
- ❖ CAA de l'immunodéprimé
- ❖ CAA de causes rares



Cholécystite alithiasique

Traitement

- ▶ Médical en 1er

(antispasmodiques, antalgiques,
antibiothérapie, rééquilibration
hydroélectrolytique)

- ▶ Chirurgical 24h à 5 jours plus tard

cholécystectomie classique par lapatomie

cholécystectomie par coelioscopie

Cholécystite chronique

Inflammation chronique de la VB, obstruction intermittente du canal cystique par un calcul.

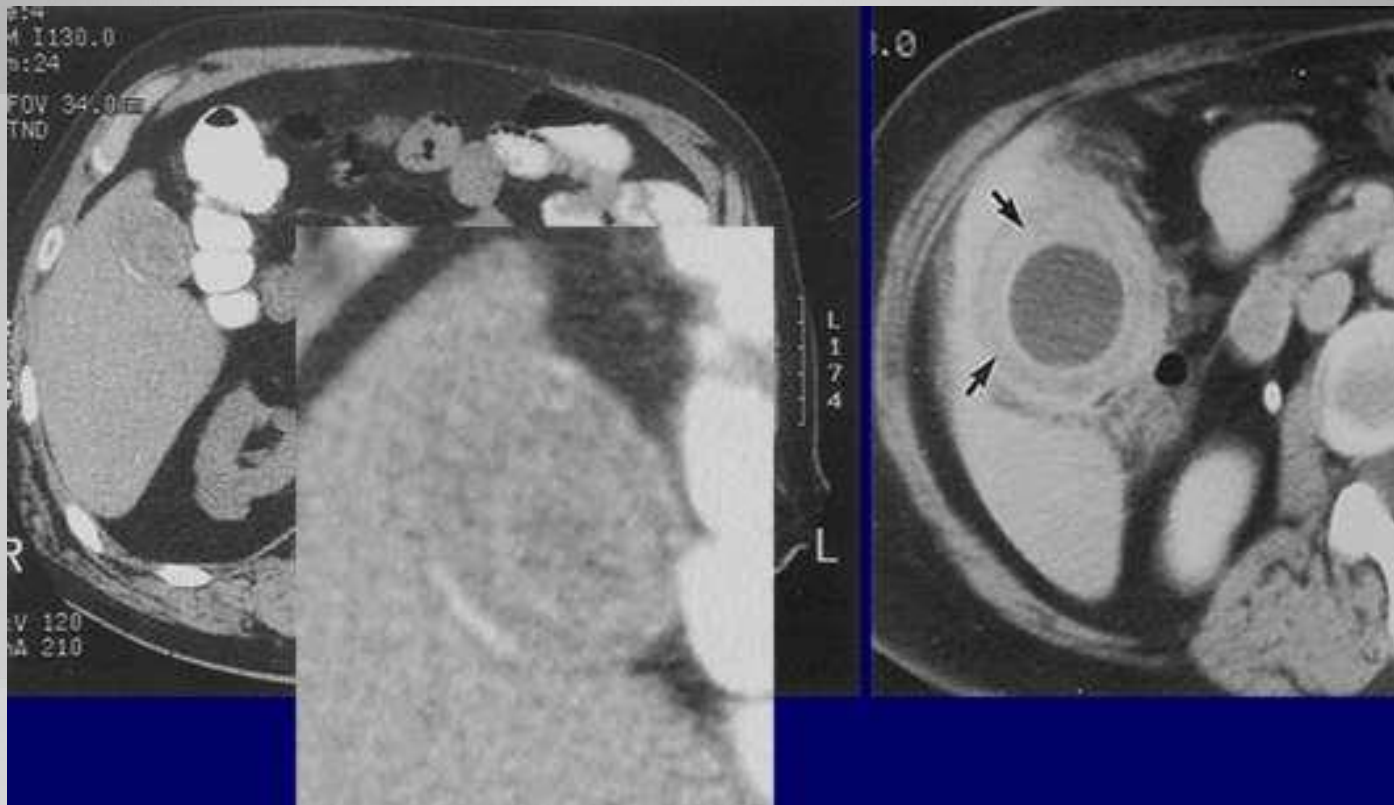
▶ Physiopathologie

▶ Signes cliniques

Crises de foie passagères
Examen clinique fortuit relève un épaissement de la paroi de la VB

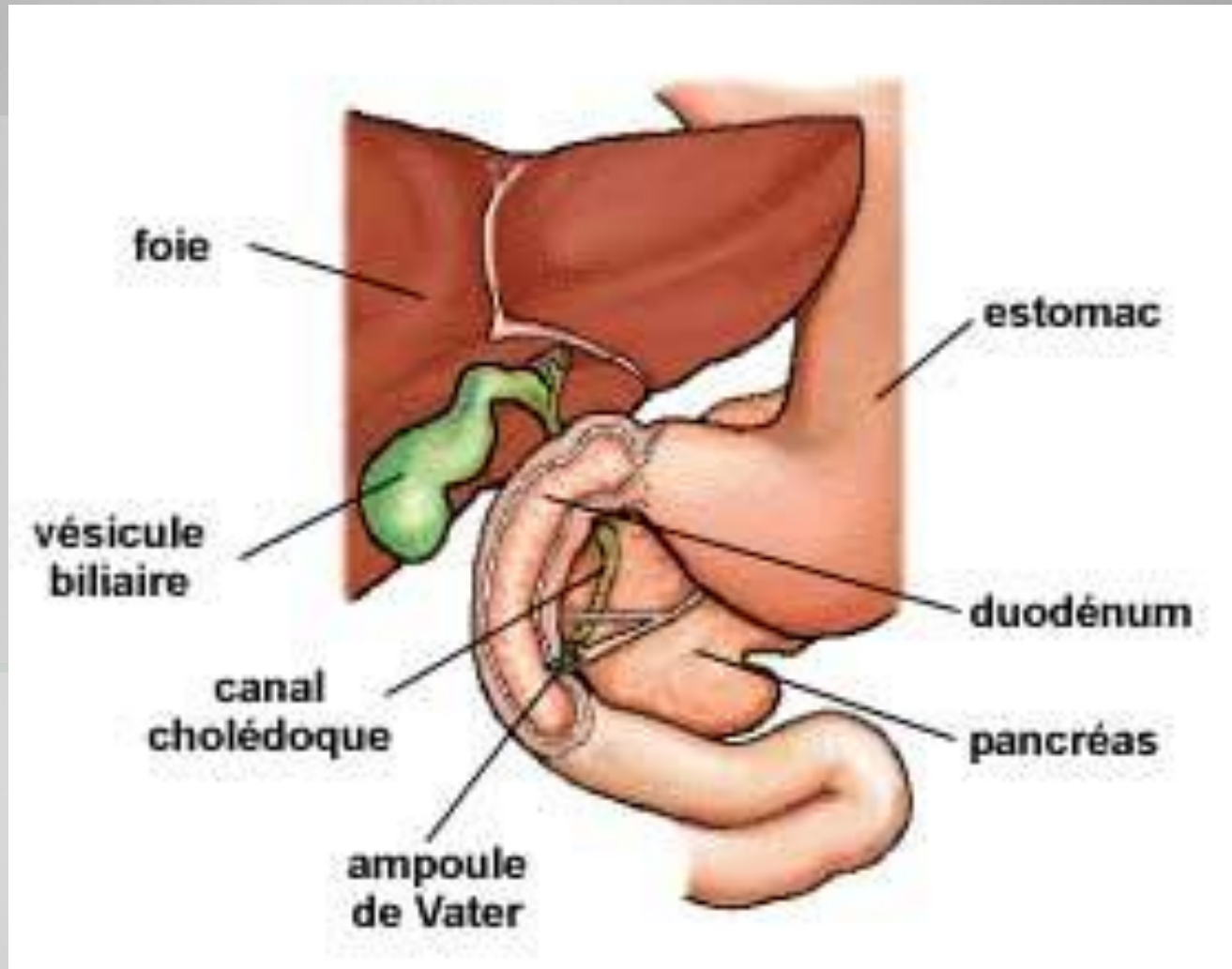
▶ Traitement

Cholécystectomie par voie coelioscopique (car peut « peut être » évoluer en cancer)



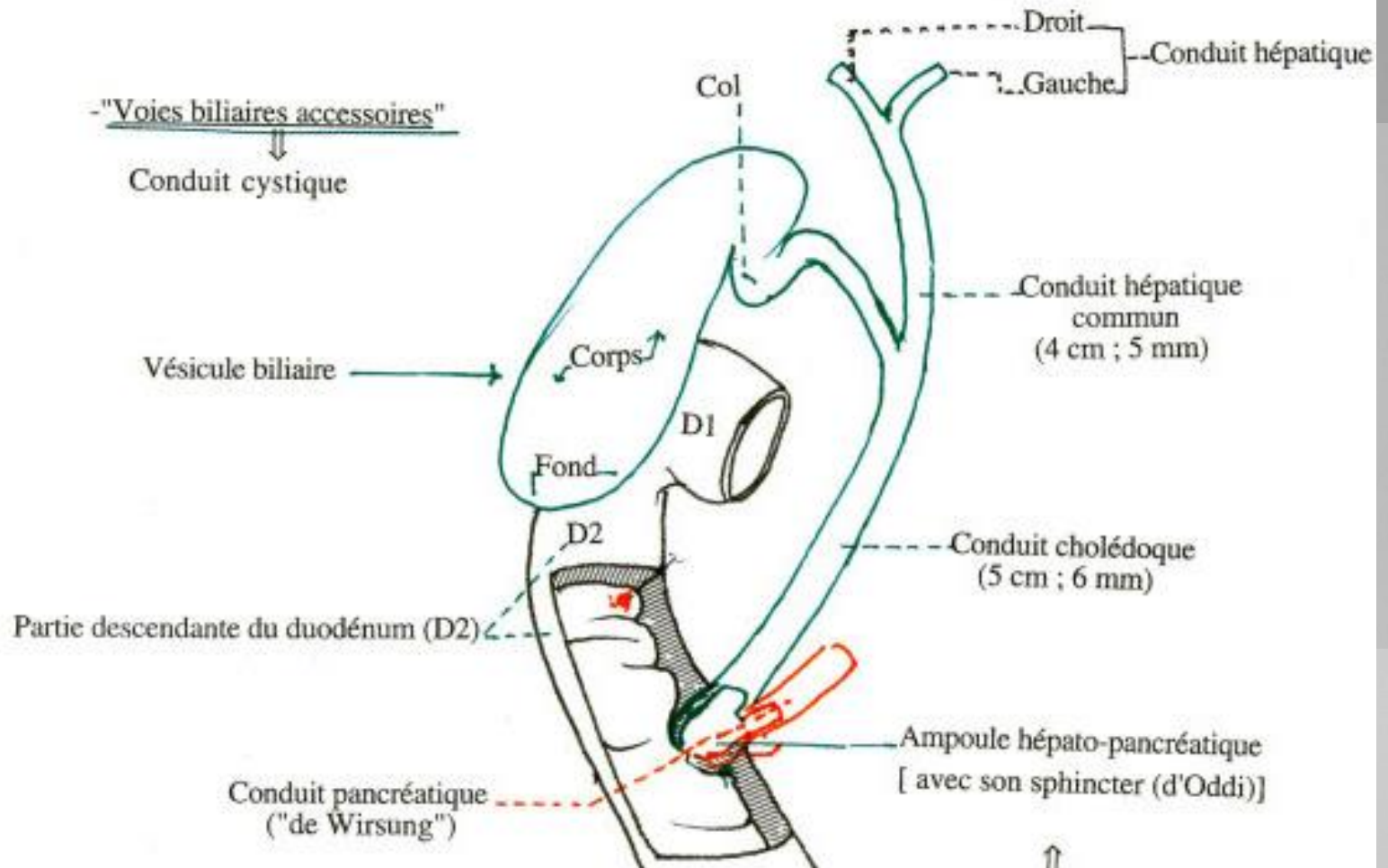
Cholécystite chronique lithiasique

Lithiase de la voie biliaire principale



VOIES BILIAIRES EXTRA-HEPATIQUES

70





cholangiographie

Lithiase de la voie biliaire principale

▶ Physiopathologie

Migration d'un ou plusieurs calculs dans le canal cholédoque

▶ Modes de présentation

- ✓ Angiocholite aiguë lithiasique
- ✓ Pancréatite aiguë biliaire
- ✓ Ictère cholestatique

▶ Traitement

Lithiase de la voie biliaire principale

- ▶ Physiopathologie:

Migration d'un ou plusieurs

calculs vésiculaires dans le cholédoque

Angiocholite aiguë lithiasique

▶ Physiopathologie

Lorsque le calcul qui a migré est bloqué dans la voie biliaire principale > favorise l'infection de la bile par des germes digestifs.

▶ Clinique

Chronologie de la douleur:

Hépatique d'abord > puis fièvre (39/40° avec frissons) > 24 à 48h après le début de la douleur: ictère

▶ Examen clinique

Douleur de l'hypochondre droit

On retrouvera l'ictère cutanéomuqueux

▶ Échographie transpariétale; (sensibilité faible)

Peut montrer une dilatation des voies biliaires

▶ Écho-endoscopie : (sensibilité de 98%)

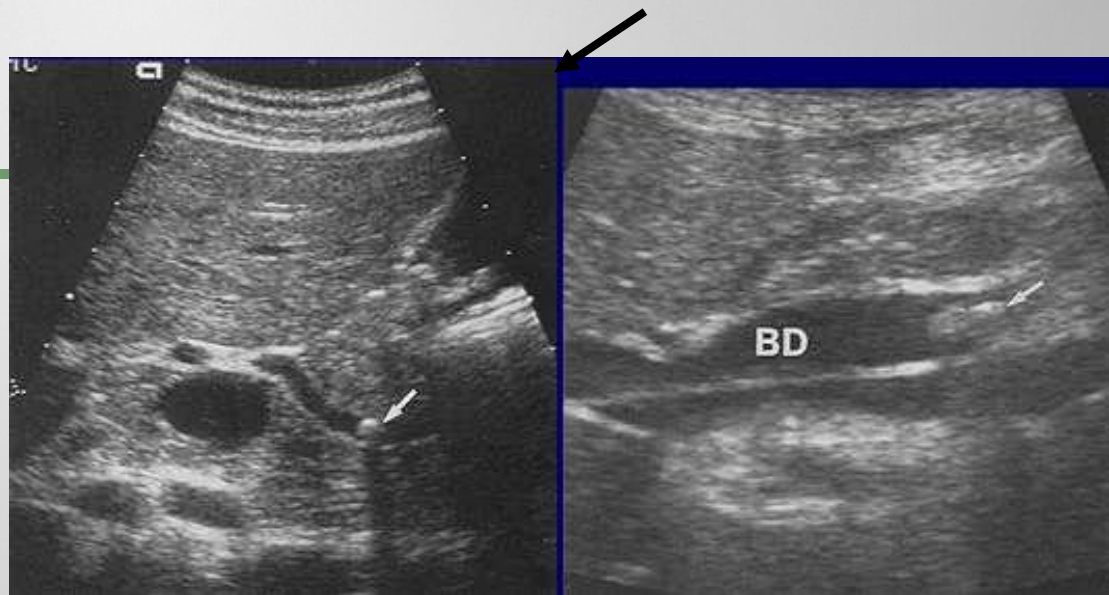
Examen de référence pour cette pathologie

▶ Cholangio-IRM (grande sensibilité)



← Dilatation de la voie biliaire principale

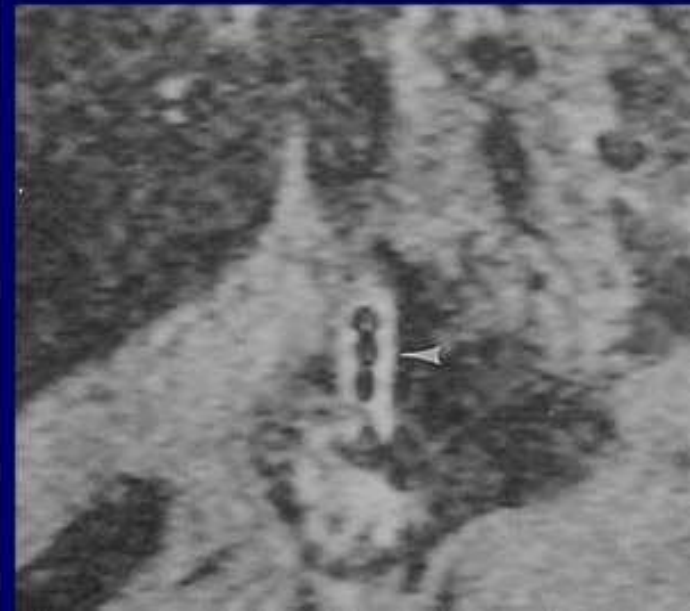
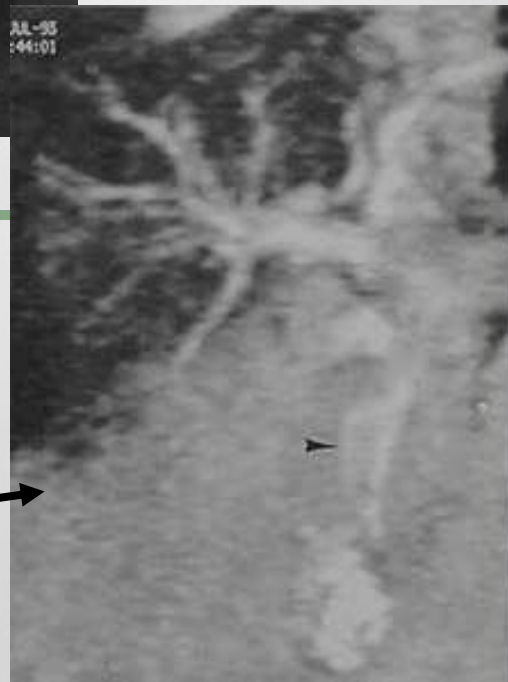
Lithiase cholédocienne



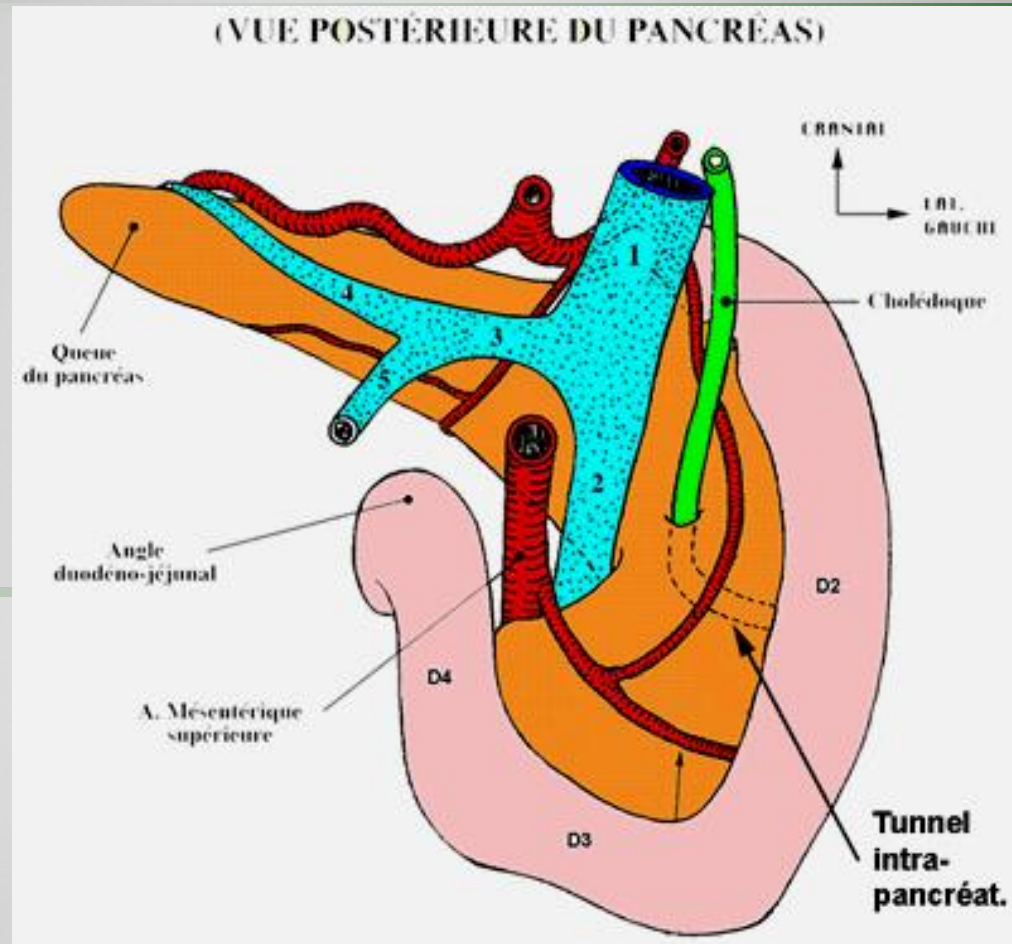


Cholangio-IRM

Lithiase cholédocienne



Pancréatite aiguë biliaire



Pancréatite aiguë biliaire

- ▶ Lithiase biliaire (45 % des cas)
- ▶ Souvent micro lithiase
- ▶ Migration d'un micro calcul à travers la papille avec blocage transitoire qui est responsable de la PA par hyperpression dans les canaux pancréatiques et reflux bilio pancréatiques

Pancréatite aiguë biliaire

- ▶ Douleur épigastrique : brutale ,intense angoissante ,continue sans paroxysme à type de torsion.
- ▶ Dosage de lipasémie++,amylase,calcuim
- ▶ Echographie :lithiase vésiculaire
- ▶ Scanner :diagnostic et pronostic
- ▶ Sphinctérotomie endoscopique:
 évacuation des calculs et drainage de la VBP

Ictère cholestatique



Ictère cholestatique

- ▶ Rare, c'est un ictère cholestatique pur d'intensité croissante avec ou sans prurit
- ▶ Il fait discuter les causes d'ictère obstructifs en particulier néoplasiques
- ▶ L'absence de grosse vésicule est un argument en faveur de la lithiase.
- ▶ Scanner et CPRE .

Traitement

▶ Cholécystectomie

- ✓ Sous laparotomie
- ✓ Sous laparoscopie++

- + cholédocotomie

=> Suivie d'une extraction par sonde des calculs

- + antibiothérapie