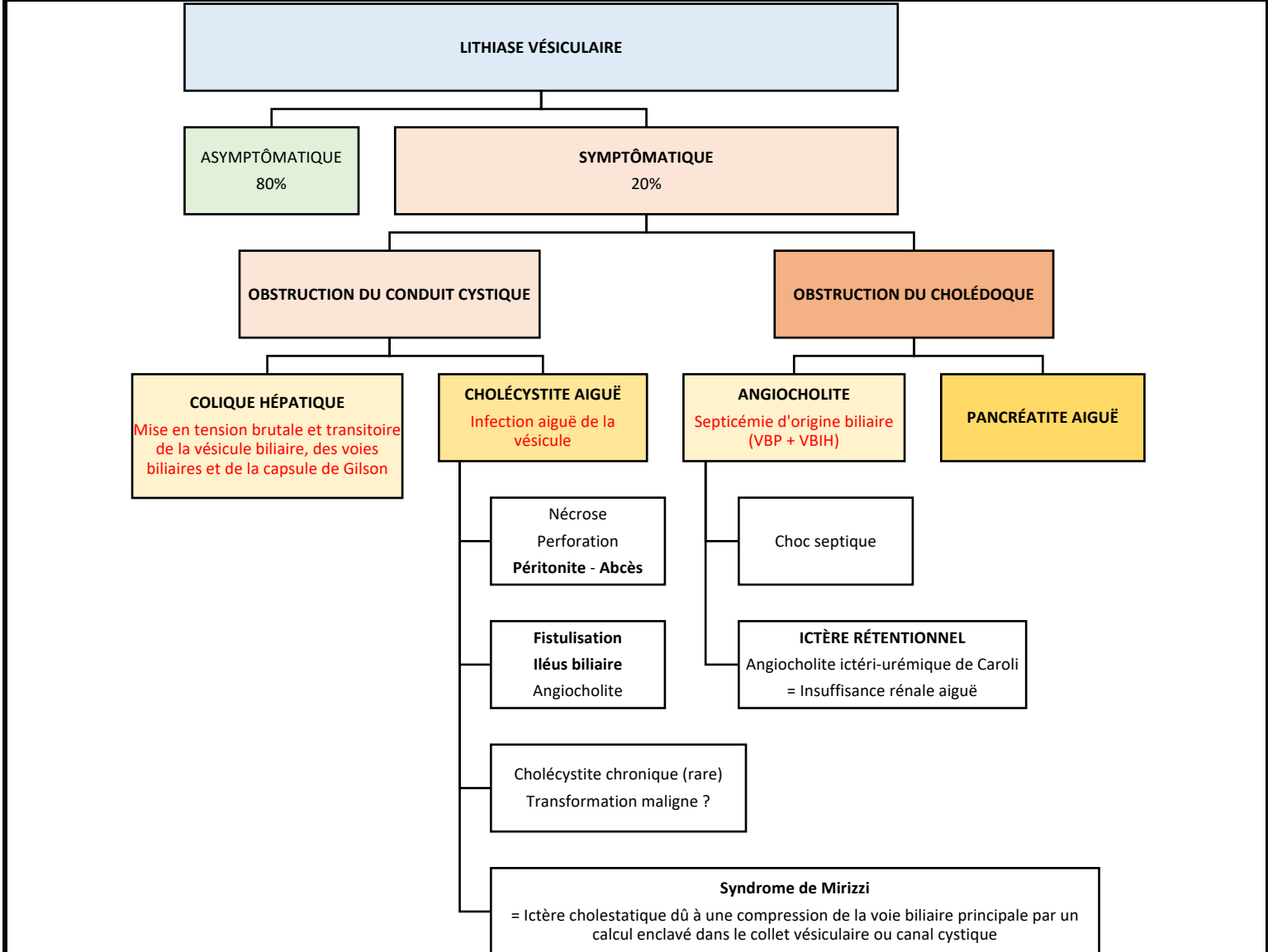


LITHIASSE BILIAIRE

| Epidémiologie | Calculs biliaires |
|--|---|
| <p>Fréquence lithiasse vésiculaire = 20% → En augmentation avec l'âge : 60% > 80 ans</p> <p>Lithiasse vésiculaire asymptomatique = 80% (Absence de dépistage systématique de lithiasse vésiculaire)</p> <p>Complications de lithiasse vésiculaire = 20% → 50% : Migration du calcul dans le canal cystique ou la voie biliaire principale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 à 4% des Français sont susceptibles de développer ≥ 1 complication → Exploration de la voie biliaire principale. | <ul style="list-style-type: none"> - Cholestéroliques : 80% - Pigmentaires : 20% - Mixtes |

Facteurs de risque

| CALCULS CHOLÉSTÉROLIQUES | CALCULS PIGMENTAIRES - Bilirubinate de calcium |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Excès de sécrétion biliaire de cholestérol : Prédominance féminine • Origine ethnique - Génétique (rare en France) - Multiparité - Défaut de sécrétion biliaire des facteurs solubilisant le cholestérol : • Baisse des phospholipides : Syndrome LPAC (mutation MDR3) • Baisse des sels biliaires : Réssection ou maladie iléale. • Médicaments : Fibrate - œstrogène • Hyper-triglycéridémie → Attention, l'hypercholestérolémie n'est pas un FdR - Rétention ou hypo-motricité vésiculaire : • Grossesse - Obésité - Variation du poids - Jeûne prolongé - Âge | <ul style="list-style-type: none"> - Liés à la déconjugaison de la bilirubine = Insoluble • Augmentation de la production de bilirubine : <ul style="list-style-type: none"> ✚ Anémie hémolytique : Sphérocytose héréditaire - Thalassémie - Drépanocytose... ✚ Médicaments : Traitement hormonal substitutif • Infections biliaires • Obstacle biliaire (bénin & malin) • Infections parasitaires : Ascariose • Causes génétiques |



LITHIASÉ VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE NON COMPLIQUÉE = COLIQUE HÉPATIQUE

Physiopathologie

Mise en tension **BRUTALE & transitoire** de la vésicule biliaire, des voies biliaires et de la capsule de Glison par **blocage TRANSITOIRE** d'un calcul dans le collet, le canal cystique ou dans la voie biliaire principale.

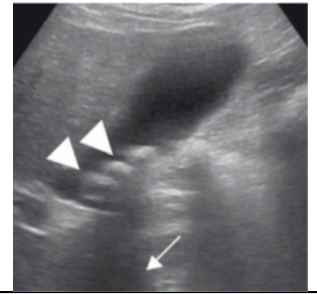
Clinique

- **Douleur BRUTALE** intense permanente
- Durée : **Quelques minutes à quelques heures.**
- Localisation : **Épigastre (2/3) ou hypocondre droit**
- **Signe de MURPHY** = Douleur provoquée lors de l'inspiration forcée par la palpation de l'aire vésiculaire (Absence de défense ou de contracture)
- **Inhibant l'inspiration forcée**
- Irradiation : **Épaule droite ou fosse lombaire droite** « en bretelle ou en hémi-ceinture »

Il n'y a jamais de fièvre, ni d'ictère

Examen paraclinique

| | |
|--------------------------------|--|
| BIOLOGIE | <ul style="list-style-type: none"> - BHC : Le plus souvent normal • Migration lithiasique : Augmentation des transaminases (ASAT/ALAT) (ALAT > ASAT) +/- Fugace • En absence d'obstacle biliaire : Absence de cholestase |
| ÉCHOGRAPHIE Se = 95% | <ul style="list-style-type: none"> - Signe de MURPHY échographique = Passage de la sonde d'échographie augmente la douleur - Lithiasie : Image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur • L'image du ou des calculs est déclive, mobile (car non enclavée) - La paroi vésiculaire est normale. - Recherche signes de complications : Dilatation de la voie biliaire principale (obstacle) - Épaississement des parois vésiculaires (cholécystite) ou pancréatite aiguë |



Traitement

- **Antalgique IV en urgence** +/- anti-inflammatoire - **Antispasmodique** : phloroglucinol ou trimébutine - **Cholécystectomie < 1 mois** : Supprime le risque de récurrence

LITHIASÉ VÉSICULAIRE COMPLIQUÉE

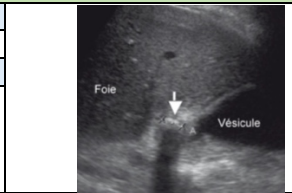
CHOLÉCYSTITE AIGUË

Physiopathologie

Infection aiguë de la vésicule - Obstacle prolongé du canal cystique par un calcul

Clinique

- **Douleurs de l'hypocondre droit ≥ 24h**
- **Syndrome infectieux** : fièvre & frissons
- **Absence d'ictère, car la voie biliaire n'est pas affectée par l'obstruction.**
- **Si douleur de l'hypocondre droit prolongée (≥ 24h) évoquer la cholécystite aiguë même en absence de fièvre.**



Classification de TOKYO

- Grade 1 : Inflammation modérée
- Grade 2 : PNN > 18 000/mm³ - Masse palpée - Signes > 72h - Inflammation locale (péritonite localisée, abcès, cholécystite gangréneuse...)
- Grade 3 : État de choc - Défaillance viscérale - Plaquettes < 10 000 /mm³

Examen paraclinique

| | |
|--------------------|--|
| BIOLOGIE | <ul style="list-style-type: none"> - NFS : Hyperleucocytose à PNN - BHC : Perturbation du bilan hépatique (cytolysé/cholestase) <u>ou</u> normal - Lipase : Normal ou > 3N - Hémocultures |
| ÉCHOGRAPHIE | <ul style="list-style-type: none"> - Signe de MURPHY échographique = Passage de la sonde d'échographie augmente la douleur - Épaississement de la paroi vésiculaire > 4 mm → Aspect de TRIPLE FEUILLET - +/- Présence de calcul vésiculaire avec cône d'ombre postérieur. • Déclive (mobilisable avec les mouvements de la sonde) = Non enclavé • Arceau hyperéchogène = Calcul mobile - Rechercher signes de complications : Dilatation de la voie biliaire principale (obstacle), abcès, épanchement péri-vésiculaire... |



Complications

- **Péritonite biliaire** par perforation vésiculaire
- **Syndrome de Mirizzi** : **Ictère cholestatique** dû à une compression de la voie biliaire principale par un calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou le canal cystique.
- **Fistule biliaire** :
 - **Cholécysto-digestive** : **Aérobilie**
 - **Cholécysto-duodénale** → Risque : **iléus biliaire (Syndrome de Bouveret)**
 - **Cholécysto-colique** (absence de risque d'iléus biliaire) → Risque : **Sepsis**
- **Bilio-bilaire** (cholécysto-cholédocienne) : Évolution du **syndrome de Mirizzi**
- **Abcès hépatique - Hydrocholécyste - Cholécystite gangréneuse - Thrombose veine porte ou veine hépatique**

Traitement

URGENCE - HOSPITALISATION

- **Antalgique palier 1 ou 2**
- **Antibiotique** : Large spectre, dirigé vers les germes digestifs secondairement adaptés
- **URGENCE (24-72h) : Cholécystectomie : Ligature et section de l'artère cystique sous coelioscopie (référence)**
- Le risque de conversion de coelioscopie en laparotomie : **20-25%**
- Si cholécystite aiguë grave ou malades inopérables grave : **Cholécystotomie (drainage) percutanée sous échographie permettant de stabiliser le patient**
- **Cholécystectomie dans un second temps**
- Si calcul de la voie biliaire principale associé à la cholécystite : cf. Angiocholite

Pour comprendre : **FACTEURS DE RISQUE DE DILATATION DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE**

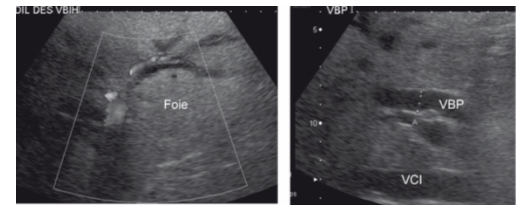
| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Âge - Cancer des voies biliaires - Calcul enclavé dans la voie biliaire principale - ATCD de cholécystectomie - Cancer du pancréas - Pancréatite chronique | Attention, la dyslipidémie et l'obésité sont des facteurs de risque de lithiasie mais pas de dilatation de la voie biliaire. |
|---|--|

ANGIOCHOLITE AIGÜE LITHIASIQUE

| Physiopathologie | Clinique |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Infection aiguë de la voie biliaire principale → Attention, toutes les angiocholites ne sont pas lithiasiques... <ul style="list-style-type: none"> • Enclavement calcul dans l'ampoule de Vater ou dans la voie biliaire (canal cholédoque) • Parasites migrants : <i>Ascaris du Sud-Ouest ou la douve</i> • Rare : Sténose voie biliaire par tumeur, ADPs, pancréatite chronique ou Cholangite Sclérosante Primitive. • Iatrogène : <i>Cholangiographie endoscopique</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Apparition successive en 48h : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur biliaire de l'hypochondre droit • Fièvre - Frissons → Bactériémie +/- Choc septique • Ictère à bilirubine conjuguée |

Classification de TOKYO

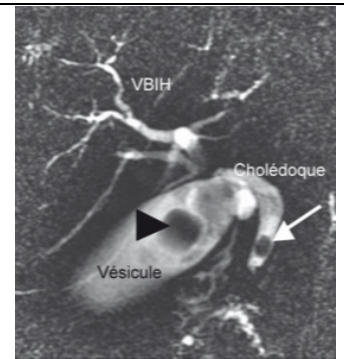
| | |
|---|---|
| A : Fièvre et sd. inflammatoire biologique | Grade 1 : Angiocholite aiguë sans critères grades 2-3 |
| B : Cholestase ictérique +/- cytolyse hépatique | Grade 2 : GB > 12 000 ou < 4 000/mm ³ - T° > 39°C - Âge > 75 ans - Bilirubine > 5mg/dL - Albumine < 0,7N |
| C : Dilatation voie biliaire | Grade 3 : Dysfonction viscérale |
| → Diagnostic probable 1A ou 1B ou 1C | |
| → Diagnostic certain : 1A + 1B + 1C | |



Dilatation des VBP intra-hépatiques et de la VBP

Examen paraclinique

| BIOLOGIE | ÉCHOGRAPHIE VPP = 100% | AUTRES |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - NSF : Hyperleucocytose à PNN +/- Thrombocytose - BHC : Cholestase & cytolysse avec hyper-bilirubinémie conjuguée - Urée & créatinine - Ionogramme sang + urine : IRF → IRO - Hémocultures - Choc septique : +/- GDS - Lactates... | <ul style="list-style-type: none"> - Calcul dans la voie biliaire principale : Image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur - Attention → Il est possible de ne pas visualiser de calcul : <ul style="list-style-type: none"> • Voie biliaire non explorable • Calcul de petite taille • Remonté dans la VB intra-hépatique • Passage au travers du sphincter (mais pas de retour dans la vésicule) | <ul style="list-style-type: none"> - Scanner abdominal - Cholangio-IRM = Bili-IRM (faible disponibilité en urgence) : <ul style="list-style-type: none"> • Absence de produit d'injection - Absence d'AG - Écho-endoscopie sous AG (faible disponibilité en urgence) |



Bili-IRM : Dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et du cholédoque en amont d'un calcul
Calcul dans la vésicule biliaire

Complications

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Choc septique - Angiocholite « ictéro-urémigène » = Insuffisance rénale aiguë - Pancréatite aiguë |
|---|

Traitement

URGENCE - HOSPITALISATION +/- en Réanimation

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - +/- Remplissage - Antalgique palier 1 ou 2 - Antibiotique : Large spectre, dirigé vers les germes digestifs, secondairement adapté = Augmentin (ou C3G) + Gentamicine x 10-14 jours APRÈS HÉMOCULTURES - Chirurgie : Cholangiographie rétrograde endoscopique (CPRE) sous AG → Attention, la CPRE ne favorise pas les fistules bilio-digestives |
| <ol style="list-style-type: none"> DÉCOMPRESSION : Drainage des voies biliaires → Si patient instable : Drain naso-biliaire sous endoscopie ou drainage percutané des VBIH DÉSObSTRUCTION : Sphinctérotomie <ul style="list-style-type: none"> • Complications (5-10%) Pancréatite aiguë > Hémorragie - Hémobilie > Infection (Angiocholite alithiasique) > Perforation duodénale en péritoine libre ou rétro-péritonéale PRÉVENTION des RÉCIDIVES : Cholécystectomie lors de la même hospitalisation si non sévère ou > 1 mois si angiocholite sévère (en fonction de l'âge, terrain et ATCD de cholécystite) |

PANCRÉATITE AIGÜE BILIAIRE (Cf. Item 353)

+/- Associée à une angiocholite ou cholécystite

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Traitement : Cholangiographie rétrograde endoscopique (CPRE) sous AG > 3 jours ou après l'arrêt des douleurs - Cholécystectomie au cours de la même hospitalisation ou > 2 mois si pancréatite sévère avec coulée de nécrose |
|---|