

CALCULS DE LA VÉSICULE BILIAIRE

CENTRE HOSPITALIER
DE VERSAILLES

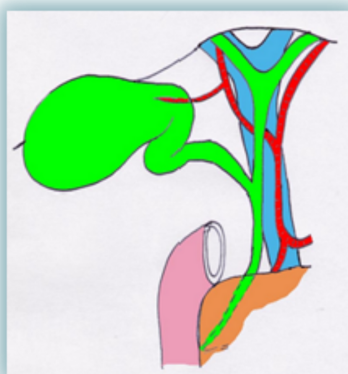


CHV

Calculs de la vésicule biliaire

La lithiase biliaire est une maladie fréquente qui concerne 10 à 30 % de la population en France.

Physiologiquement, le foie fabrique la bile qui est composée de cholestérol, d'acides biliaires et de phospholipides, qui sont déversés dans l'intestin et permettent l'absorption des aliments. Un déséquilibre biochimique de ces composants, associé à un facteur de nucléation, entraînent une précipitation sous forme d'un calcul insoluble, l'équivalent d'une petite « pierre » de nature cholestérolique (80%). Les calculs se forment habituellement dans la vésicule biliaire, réservoir de bile situé à la face inférieure du foie, qui stocke la bile en dehors des repas et se vide au moment des repas dans le circuit digestif.



Terrain: La lithiase biliaire apparaît plus volontiers chez la femme, les personnes âgées ou en surpoids, mais en pratique, elle concerne tout le monde et ne doit pas remettre en question nos habitudes alimentaires.

La plupart du temps (80%), les calculs vésiculaires ne provoquent aucun symptôme et peuvent être découverts à l'occasion d'une échographie de routine. Dans ce cas, il n'y a pas de nécessité à enlever la vésicule.

La crise de colique hépatique se manifeste par une douleur sous costale droite ou en regard de la xyphoïde, d'apparition brutale, diffusant dans l'épaule droite ou le dos, survenant plutôt le soir et ne durant que quelques heures. Puis le calcul se « débloque » et la douleur disparaît. Une crise simplement résolutive ne donne pas de fièvre, ni de signes généraux.

L'échographie est l'examen de première intention, permettant de repérer les calculs et de rechercher des complications (cholécystite, migration dans le canal cholédoque)

La prise de sang peut montrer des signes d'infection (globules blancs, CRP) ou de migration d'un calcul dans le canal cholédoque (bilan hépatique)

Le scanner n'est pas très utile (calculs non vus) et l'écho endoscopie peut retrouver de tout petits calculs (sludge ou boue biliaire)



Le traitement médical de la crise douloureuse consiste à prescrire des antalgiques (Doliprane, AINS ou même morphine). Si la crise dure plus de 6 h, on peut craindre une complication à type de cholécystite (infection de la vésicule)

Le traitement chirurgical ou cholécystectomie consiste à enlever toute la vésicule par cœlioscopie, car c'est le lieu de formation des calculs et le moignon du canal cystique sera fermé. Si l'on enlève uniquement les calculs en laissant la vésicule, ils vont se reformer...

Une anesthésie générale de courte durée est nécessaire pour relâcher les muscles de la paroi abdominale et permettre de gonfler la cavité abdominale avec du gaz carbonique. Puis l'opérateur introduit des « trocards » ou tube à travers l'ombilic et la paroi pour passer la caméra et les instruments dans le ventre, en abordant la zone opératoire située sous le foie. Le canal cystique et l'artère cystique sont fermés par des clips en plastique, puis coupés. La vésicule est alors séparée du foie, placée dans un sac et sortie par l'orifice ombilical. Il y aura donc 4 petites cicatrices (une de 10 mm dans l'ombilic et 3 de 5 mm) réparties sur la partie haute de l'abdomen, fermées avec un fil « résorbable » qui tombera tout seul. A terme, les cicatrices seront quasiment « invisibles ». ». En cas de difficultés techniques (interventions antérieures avec adhérences, inflammation) le chirurgien peut « convertir » et faire une cicatrice de 15 cm, mais cela reste exceptionnel (1 à 2 %)

Quand opérer ? Il est nécessaire de proposer une cholécystectomie dès la première crise douloureuse ou en cas de complication. Si les calculs vésiculaires sont découverts « par hasard » à l'occasion d'une échographie de routine, sans douleur, il ne faut pas enlever la vésicule biliaire (exception d'une vésicule « porcelaine » calcifiée ou d'un polype > 10 mm).

Risques de complications post opératoires : Votre chirurgien vous en informera en consultation et vous exposera les bénéfices/risques de la chirurgie c.-à-d. la comparaison des risques de l'opération à l'absence d'opération (complications à type de cholécystite, angiocholite ou pancréatite aiguë qui peuvent être très grave).

- L'abcès des incisions des orifices est rare et se manifeste par une rougeur, une douleur ou un écoulement anormal. Dans ce cas, il faut consulter votre chirurgien pour évacuer l'abcès.
- Le risque de phlébite est très rare et peut être prévenu par le port de bas de contention ou de piqûres d'anticoagulants (HBPM) en cas de facteurs de risques (obésité, antécédents personnels de phlébite ou d'embolie pulmonaire)
- Exceptionnellement (< 1%), il peut survenir une complication « sérieuse » comme une hémorragie du lit opératoire, une plaie des canaux biliaires ou une péritonite par perforation du tube digestif. Leur survenue est très précoce (< 48 h), bruyante (douleur, fièvre) et nécessite souvent une réopération. Il faut revenir immédiatement aux urgences de l'hôpital ou appeler le chirurgien de garde (01.39.63.92.80)

Conséquences de la cholécystectomie : La bile continuera à être fabriquée par le foie et à s'écouler directement dans l'intestin. Elle sera simplement stockée dans le canal cholédoque qui va se dilater. Il n'y aura aucun régime à suivre, aucune restriction à suivre, bref, une vie normale. Rarement (5 %), les patients peuvent présenter des symptômes transitoires à type de diarrhée ou ballonnements, mais les crises douloureuses disparaissent totalement.

Y a-t-il d'autres traitements ? Les traitements dissolvants des calculs (URSOLVAN) sont des médicaments qu'il faut prendre quotidiennement, avec des effets secondaires, pas toujours efficaces et souvent récidive à l'arrêt : leur place est marginale. La lithotritie extra corporelle (ultrasons qui « cassent » les calculs) est formellement contre indiquée car les « débris » de calculs passent dans le canal cholédoque et entraînent des complications graves.

Complications : La cholécystite

Il s'agit d'une infection de la vésicule suite à un calcul « bloqué » dans le collet.

La douleur sous costale droite est permanente et dure plus de 6 heures. Elle s'accompagne souvent de fièvre (> 38°) et à l'examen clinique l'abdomen est sensible.

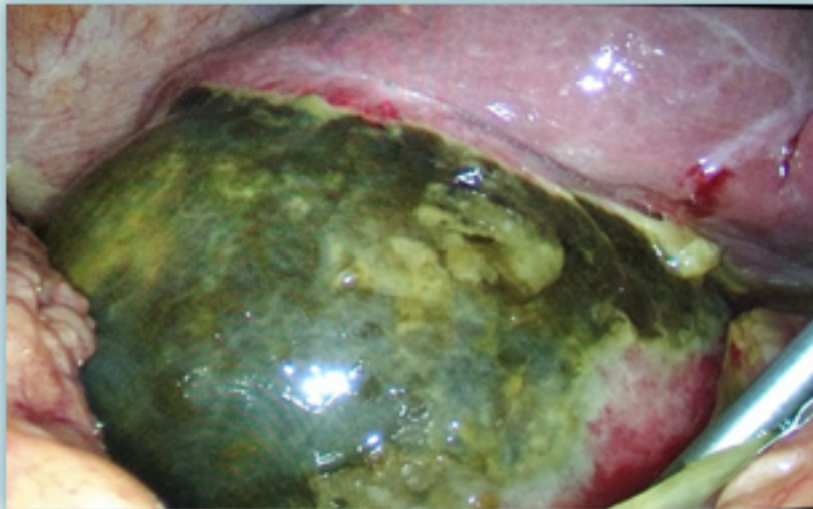
L'échographie et le scanner permettent de repérer les calculs, montrent une paroi épaisse et déclenchent la douleur

La prise de sang montre des signes d'infection : élévation des globules blancs et de la CRP



Le traitement médical consiste à prescrire des antalgiques (Doliprane, AINS ou morphine) et des antibiotiques qui seront arrêtés juste après l'opération.

Le traitement chirurgical est la cholécystectomie par cœlioscopie en urgence dans les premiers jours



Complications : Le calcul du canal cholédoque ou Voie Biliaire Principale

La migration d'un calcul de la vésicule dans le canal cholédoque peut entraîner une douleur, une fièvre (infection de la bile-angiocholite) puis un ictère (jaunisse) par blocage de l'évacuation de la bile qui reflue dans le sang et les urines. Souvent ce calcul se bloque à la partie basse du canal cholédoque qui est rétrécie avant la papille.

La douleur sous costale droite est permanente et dure plus de 6 heures. Elle s'accompagne souvent de fièvre ($> 38^{\circ}$) et à l'examen clinique l'abdomen est sensible.

L'échographie et le scanner ont du mal à retrouver les calculs dans le canal cholédoque qui est cependant dilaté.

La Bili IRM et l'écho endoscopie sont plus performants pour montrer les calculs du canal cholédoque.

La prise de sang montre des signes de rétention biliaire avec bilirubine augmentée.

Le traitement médical consiste à prescrire des antalgiques et des antibiotiques.

Le gastroentérologue fera une CPRE ou Cholangio Pancréatico Retrograde Endoscopique sous anesthésie générale. Il passera par l'estomac et le duodénum avec son fibroscope et ouvrira la papille pour extraire les calculs par les voies naturelles; Dans un second temps, le chirurgien fera une cholécystectomie par cœlioscopie pour retirer le réservoir de calcul (vésicule biliaire)