



CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES



LITHIASE BILIAIRE

Service de chirurgie digestive

LITHIASE BILIAIRE

Présence de calculs dans la vésicule biliaire ou les voies biliaires intra ou extra hépatiques

20 % de la population générale

Pathologie gastro-intestinale la plus pourvoyeuse d'hospitalisations (4 % de la population occidentale)

Deux types de calculs

- Cholestérol (dans 95 % des cas)
- Bilirubine (5 % des cas) (hémolyse chronique : valve mécanique cardiaque, drépanocytose ...)

FACTEURS DE RISQUE DE CALCULS CHOLESTEROLIQUES

- Sexe féminin (x 3)
- Obésité (x 2)
- Age > 65 ans
- Grossesse
- Perte de poids rapide
- Nutrition entérale ou parentérale au long cours

LPAC syndrome : (Low Phospholipid Associated Cholelithiasis) : Génétique

Déficit de phospholipides dans la bile => croissance de calcul directement dans les voies biliaires saines

Terrain différent : femme jeune sans surpoids ni autre facteur favorisant, épisodes douloureux récidivants après cholécystectomie

Diagnostic : Echographie abdominale : queues de comète intra hépatiques

Représente que 1 % de tous les cas de lithiase biliaire, mais si on s'intéresse aux patients de moins de 30 ans, sans surpoids et ayant présenté des manifestations biliaires de tous types : prévalence de 50 %

ASYMPTOMATIQUE

80 % des cas

Risque de développer des symptômes : 2 à 4 % par an tout en restant limité à 20 % au bout de 20 ans

⇒ **Pas de traitement , Pas de suivi**

COLIQUE HEPATIQUE

CHOLECYSTITE

LITHIASE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

MIGRATION LITHIASIQUE

ANGIOCHOLITE

PANCREATITE AIGUE

COLIQUE HEPATIQUE

Distension aigüe, **transitoire** de la vésicule par un calcul enclavé dans le collet

Symptômes :

- **Douleur épigastrique (60%) ou hypochondre droit (40%)**
- Brutale, permanente
- Irradiation épaule droite, dos
- +/- nausées ou vomissements
- Post prandial tardif (souvent le soir)
- **Durée < 6h**

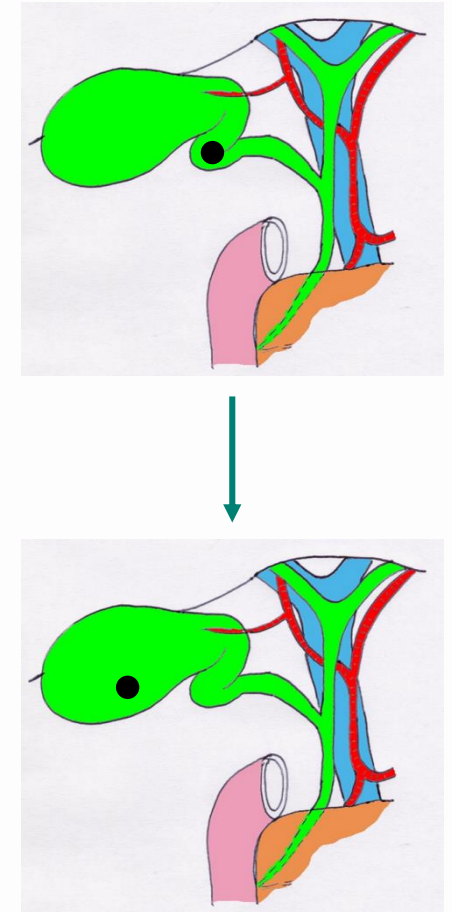
COLIQUE HEPATIQUE

Examen clinique :

- Douleur épigastrique ou hypochondre droit sans défense ni contracture
- Pas de fièvre

Biologie :

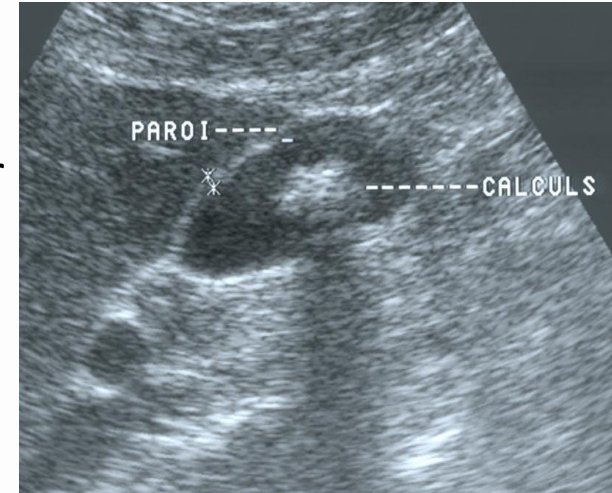
- Pas de syndrome inflammatoire (GB CRP normaux)
- BH normal



COLIQUE HEPATIQUE

Echographie sans urgence pour confirmer la lithiase vésiculaire (Se=95%)

- Vésicule à paroi fine
- Images hyperéchogènes intravésiculaires, mobiles, avec cône d'ombre postérieur
- Sludge : boue biliaire, à considérer comme des calculs
- Voies Biliaires non dilatées



Echoendoscopie

- Plus sensible en cas de microcalculs
- Si forte de suspicion de colique hépatique sans calcul vésiculaire à l'échographie abdominale

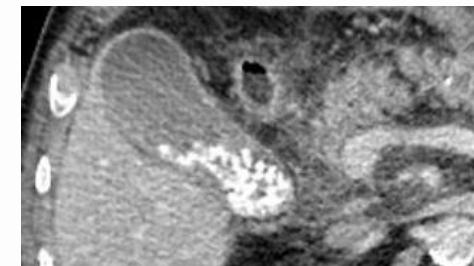
Scanner

Calculs radio opaques dans 10 à 15%

Un scanner retrouvant une vésicule alithiasique n'élimine pas la présence de calcul vésiculaire

Mauvais examen pour explorer la vésicule biliaire

Cholécystectomie programmée en ambulatoire



CHOLECYSTECTOMIE

Coelioscopie = 3 à 4 trocarts

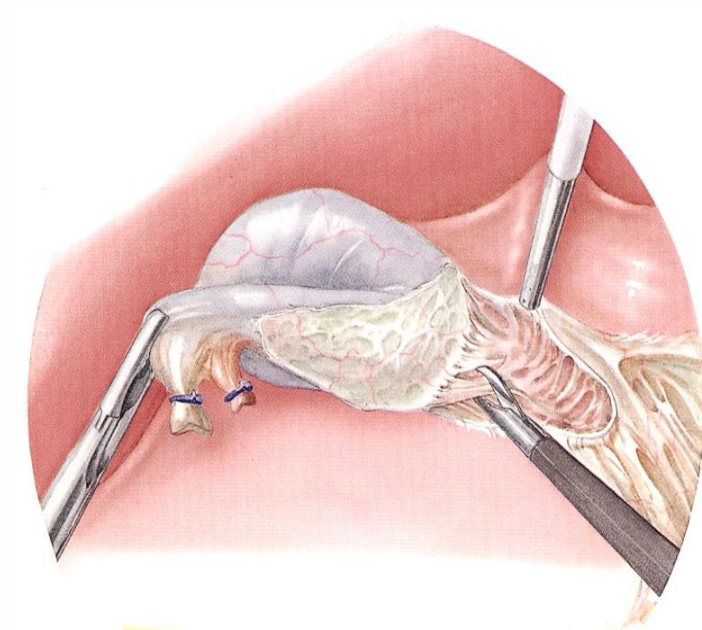
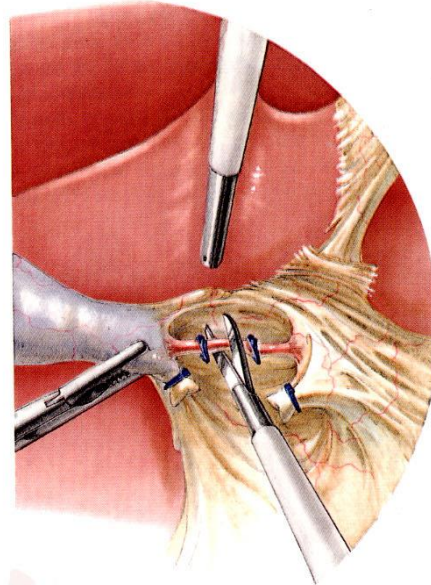
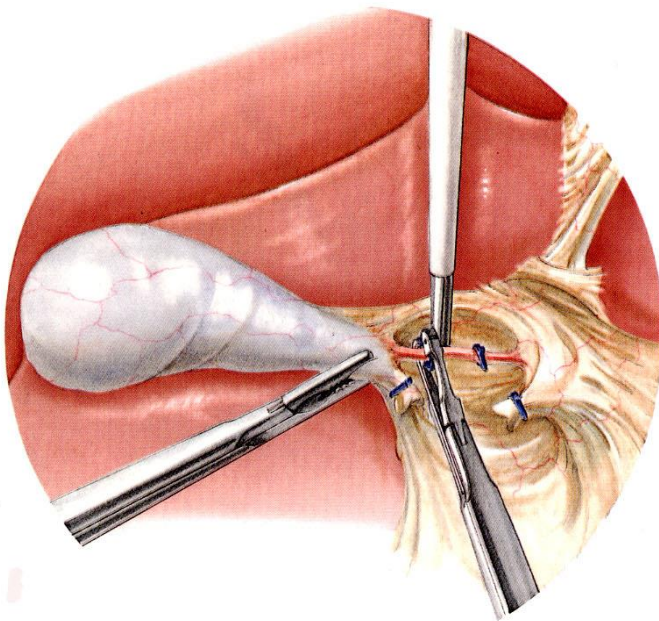
Dissection du triangle de Calot : visualisation de l'artère et du canal cystique

« Critical view of safety » : visualisation de 2 canaux et seulement deux

Section de l'artère et du canal cystique entre des clips

Dissection du lit vésiculaire contenant les veines de drainage

Risque : plaie de la voie biliaire principale +++



CHOLECYSTITES AIGUES

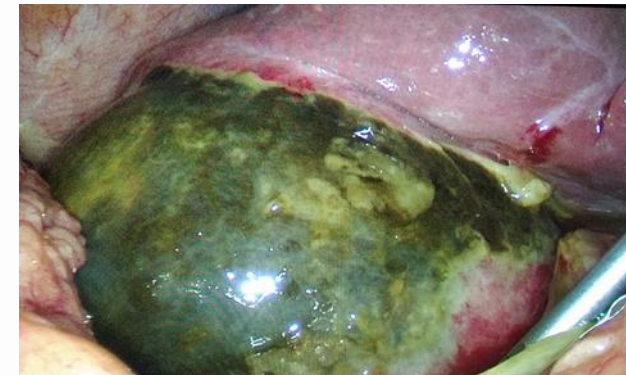
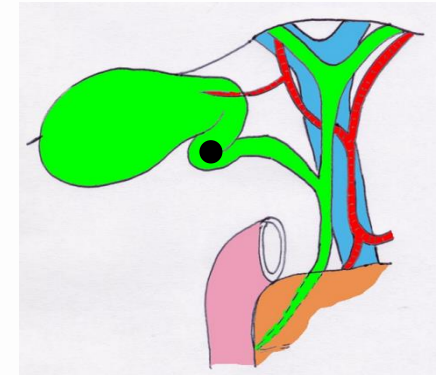
20% des cholécystectomies

Distension aigüe, **permanente** de la vésicule par un calcul enclavé dans le collet, entraînant :

- Inflammation et oedème de la paroi vésiculaire
- Infection par des germes d'origine digestive
- Lésions de nécrose ischémique
- Péritonite biliaire sur perforation vésiculaire

Symptômes :

- **Douleur épigastrique ou hypochondre droit**
- **Fièvre**
- Brutale, permanente
- Irradiation épaule droite, dos
- +/- nausées ou vomissements
- Postprandial tardif (souvent le soir)
- **Durée > 6h**



CHOLECYSTITE AIGUE

Examen clinique :

- Douleur épigastrique ou hypochondre droit
- Défense localisée en hypochondre droit
- **Signe de Murphy** : inhibition de l'inspiration profonde à la palpation de, l'hypochondre droit
- **Fièvre**
- Si douleur abdominale généralisée : péritonite biliaire

Biologie :

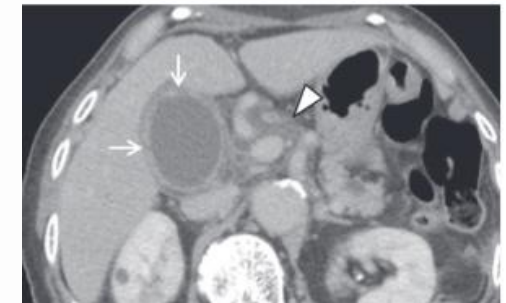
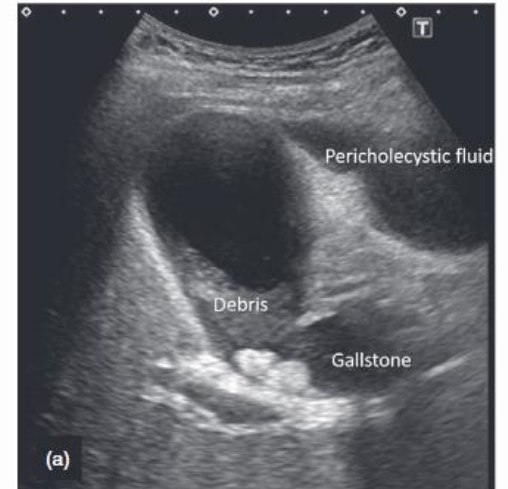
- **Syndrome inflammatoire** : hyperleucocytose et CRP augmentée
- **BH normal**
- (lors d'une choélcystite importante, une légère cytolyse et une légère cholestase peuvent être présentes, mais la bilirubine reste normale)

CHOLECYSTITIS AIGUE

Echographie en urgence

Examen de référence

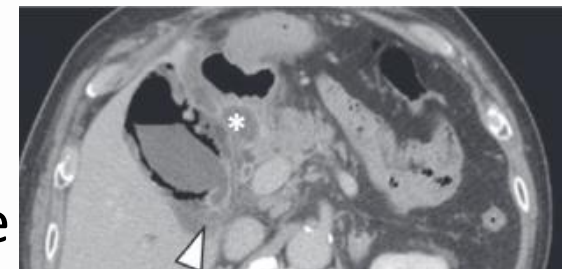
- Paroi épaissie (> 4 mm)
- Infiltration de la graisse péri vésiculaire
- +/- Epanchement péri vésiculaire
- Images hyperéchogènes intravésiculaires, mobiles, avec cône d'ombre postérieur
- Sludge : boue biliaire, à considérer comme des calculs
- Voies Biliaires non dilatées
- « Murphy » échographique : douleur au passage de la sonde



Scanner

Moins sensible

Utile chez les patients obèses chez qui l'échographie peut être difficile



CHOLECYSTITE AIGUE

Traitement

Hospitalisation

Antibiothérapie : Augmentin ou C3G – Flagyl

Antalgiques

Hydratation

Traitement en fonction du terrain, de la sévérité, du délai entre la consultation et le début de la douleur

CHOLECYSTITE AIGUE

Tokyo guidelines 2018

Sévérité de la cholécystite

Grade 1 : (aucun critère des 2 et 3)

Grade 2

- GB > 18 G/L
- Masse de l'hypochondre droit à la palpation
- Durée des symptômes > 72h
- Inflammation locale (gangrène, abcès péri vésiculaire ou hépatique, péritonite)

Grade 3 : défaillance d'organe

	Severity grading			<i>P</i> -value
	Grade I <i>n</i> = 1,339	Grade II <i>n</i> = 1,702	Grade III <i>n</i> = 680	
30-day mortality	15 (1.1%)	13 (0.8%)	37 (5.4%)	<0.001

^aCited from Yokoe et al. [8]

CHOLECYSTITE AIGUE

Grade 1

Cholécystectomie en semi urgence si l'état général du patient le permet

Si l'état général du patient contre indique la chirurgie : antibiothérapie et réévaluation à distance de l'indication d'une cholécystectomie prophylactique

Grade 2

Cholécystectomie en semi urgence

Par coelioscopie

Risque de plaie de la voie biliaire plus élevé : ne pas hésiter à convertir ou à réaliser une cholécystectomie subtotale pour éviter la plaie de la VBP

Arrêt des antibiotiques en postopératoire sauf si abcès intra hépatique (6 semaines) ou péritonite (5 jours)

CHOLECYSTITES AIGUES

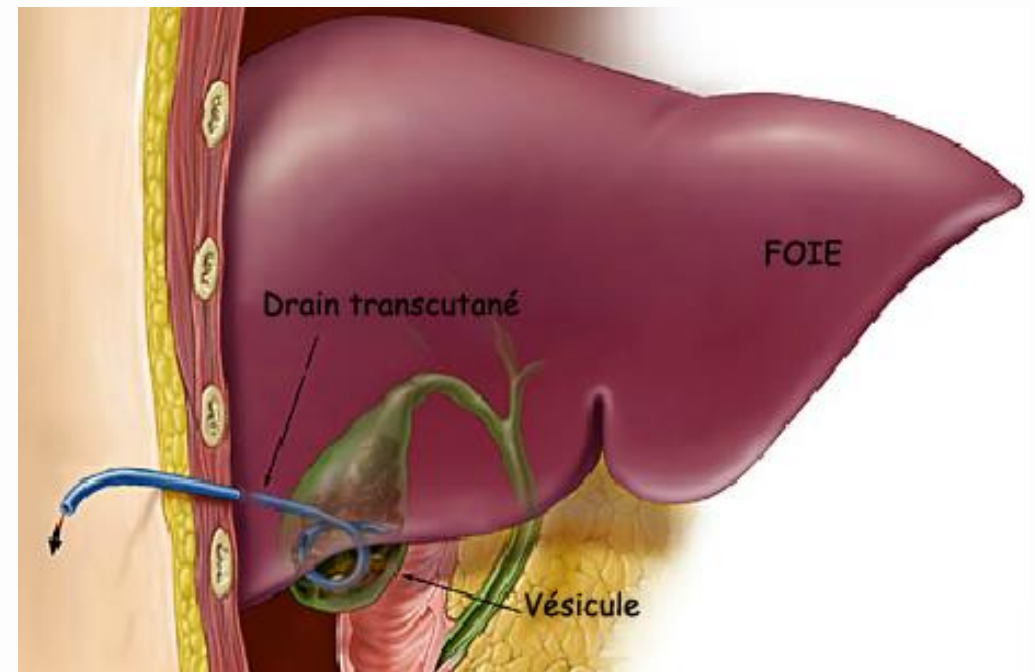
Grade 3

Hospitalisation en réanimation

Si l'état général le permet : cholécystectomie en urgence

Si la gravité de l'état clinique contre indique la chirurgie : drainage radiologique

Cholécystectomie à froid



CHOLECYSTITE AIGUE

Fistule cholécysto- duodénale

Diagnostic TDM : présence d'air dans la vésicule

Syndrome de Bouveret = ileus biliaire

Passage d'un macro calcul de la vésicule au duodénum à travers la fistule

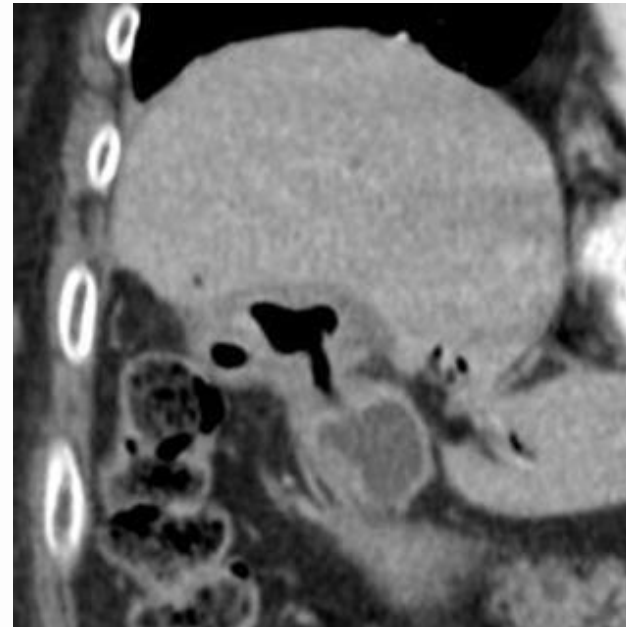
Enclavement du calcul dans l'iléon terminal

Occlusion digestive

Traitement

Entérotomie pour extraction du calcul

Pas de cholécystectomie



CHOLECYSTITIS AIGUE

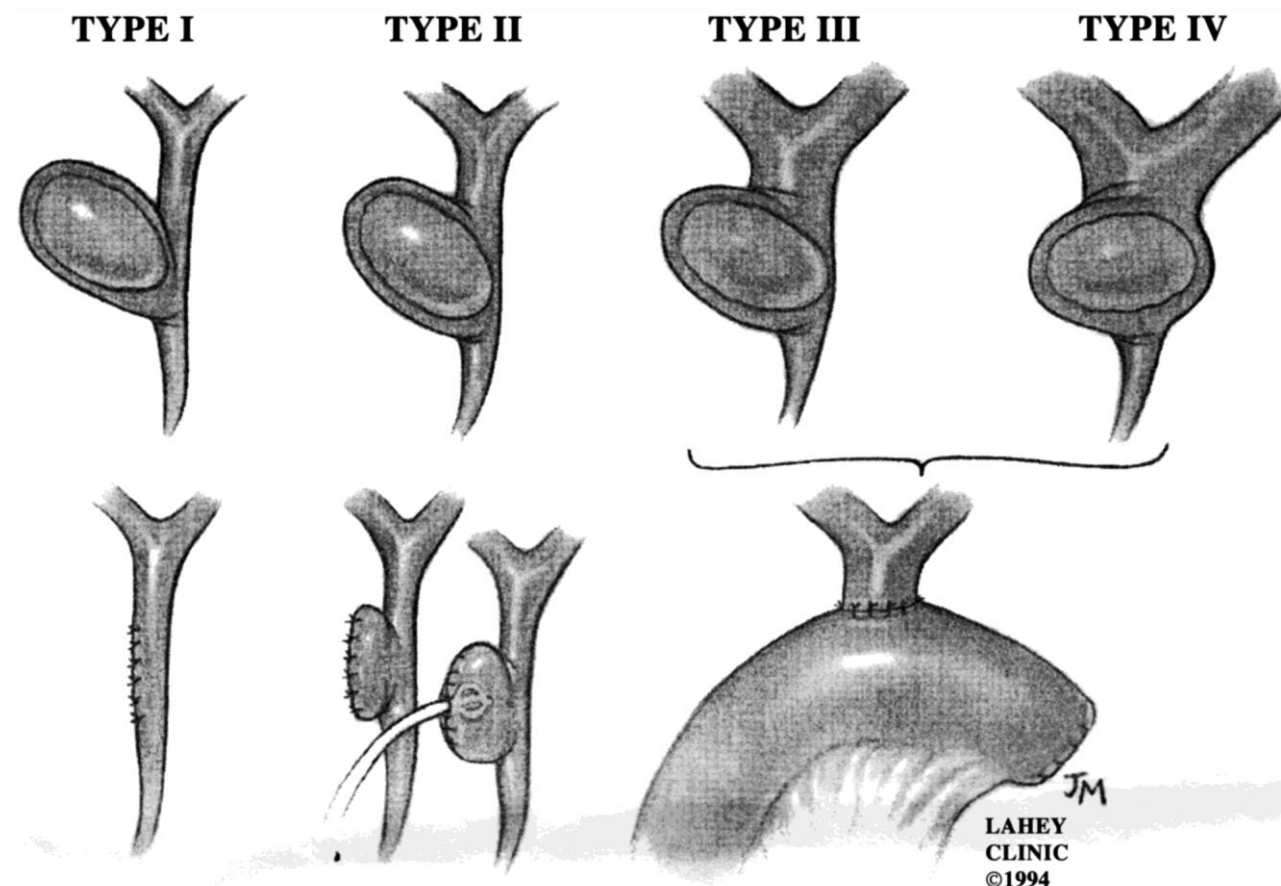
Syndrome de Mirizzi

Fistule cholécysto-cholédocienne

Diagnostic suspecté à la TDM

Confirmation par une Bili IRM

Prothèse biliaire pré opératoire

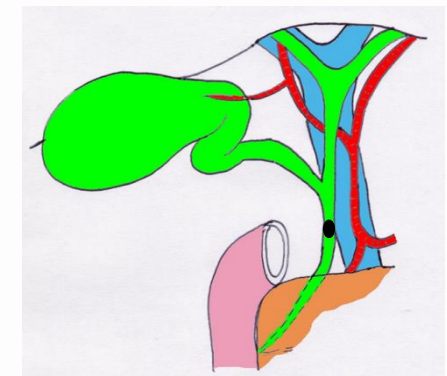
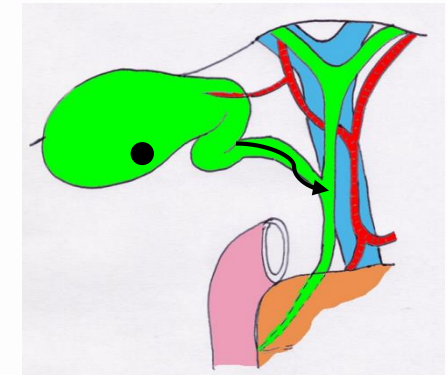


LITHIASSE DE LA VOIE BILAIRE PRINCIPALE

Passage d'un calcul de la vésicule dans la voie biliaire principale

Principes de prise en charge :

- Prise en charge du calcul de la VBP
- Cholécystectomie pour éviter la récurrence



MIGRATION LITHIASIQUE

Passage transitoire du calcul dans la VBP et évacuation spontanée par le duodénum

Symptômes : similaires à la colique hépatique

- **Douleur épigastrique ou hypochondre droit**
- Brutale, permanente
- Irradiation épaule droite, dos
- +/- nausées ou vomissements
- Post prandial tardif (souvent le soir)

MIGRATION LITHIASIQUE

Examen clinique :

- Douleur épigastrique ou hypochondre droit sans défense ni contracture
- Pas de fièvre

Biologie :

- Pas de syndrome inflammatoire (GB CRP normaux)
- **BH perturbé** : cytolyse et cholestase , bilirubine normale
- Amélioration spontanée du BH à 24 / 48 h

MIGRATION LITHIASIQUE

Echographie en urgence pour confirmer la lithiase vésiculaire (Se=95%)

- Vésicule à paroi fine
- Images hyperéchogènes intravésiculaires, mobiles, avec cône d'ombre postérieur
- Sludge : boue biliaire, à considérer comme des calculs
- Voies Biliaires non dilatées

Hospitalisation

Antalgiques

Hydratation

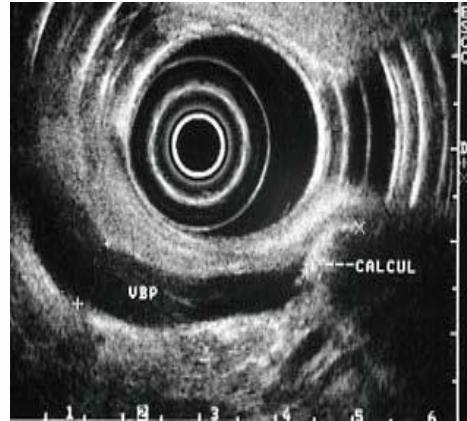
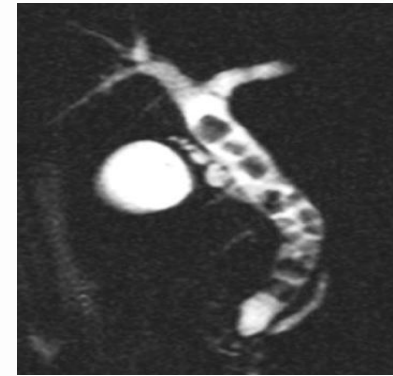
Contrôle du BH à 24 ou 48h pour confirmer le diagnostic de migration

MIGRATION LITHIASIQUE

Vérification de la vacuité de la VBP :

- Bili IRM
- Echo endoscopie

Se équivalente



- Cholangiographie peropératoire

Cholécystectomie dans la même hospitalisation de préférence

Si découverte d'un calcul enclavé dans la VBP lors de la cholangiographie : clips et CPRE rapide



ANGIOCHOLITE

Enclavement d'un calcul dans la voie biliaire principale responsable d'une infection de la bile d'amont et d'un **sepsis**

Symptômes :

- **Douleur épigastrique ou hypochondre droit**
- **Fièvre**
- **Ictère**
- Irradiation épaule droite, dos
- +/- nausées ou vomissements

ANGIOCHOLITE

Examen clinique :

- **Douleur** épigastrique ou hypochondre droit sans défense ni contracture
- **Fièvre**
- **Ictère**

Biologie :

- Syndrome inflammatoire : hyperleucocytose et augmentation de la CRP
- **BH perturbé** : cytolyse et cholestase , **bilirubine augmentée**
- Hémocultures souvent positives à BGN
- Pas d'amélioration du BH

Echo - TDM en urgence

- Dilatation de la VBP (l'absence de dilatation n'élimine pas le Dc)
- Calcul possiblement visible dans la VBP
- Cholangite



ANGIOCHOLITE

Hospitalisation

Antibiothérapie par C3G Flagyl

Hyperhydratation

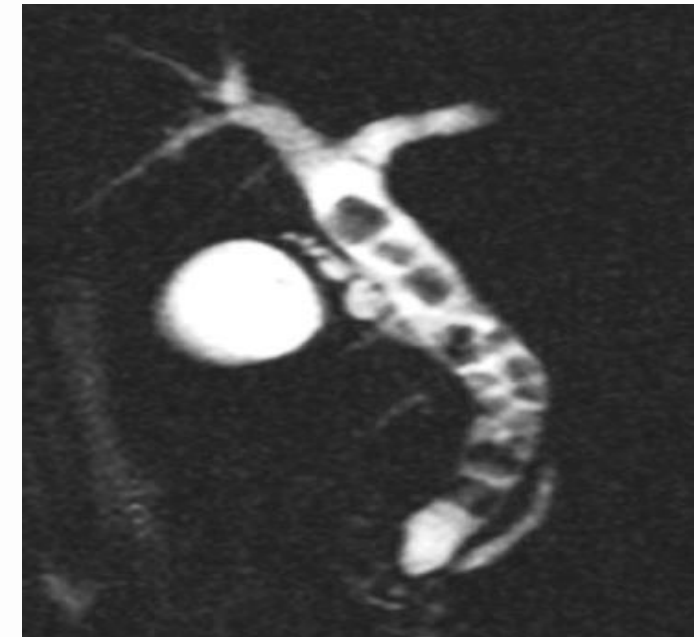
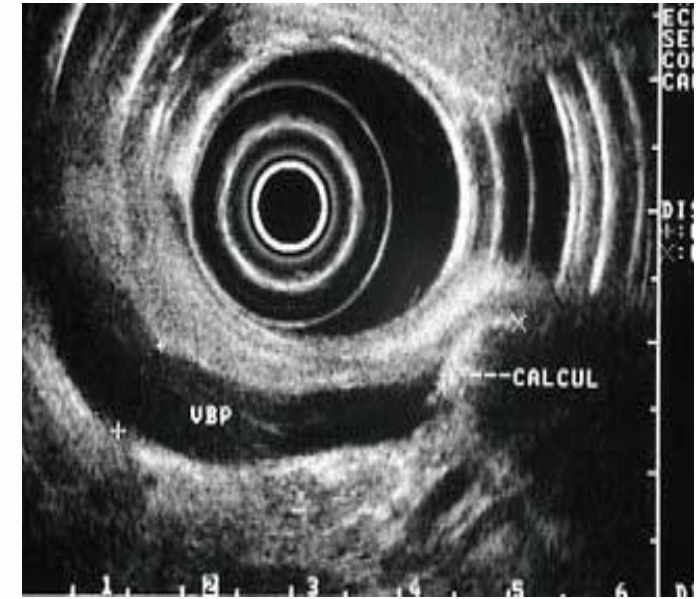
Antalgiques

Diagnostic de certitude :

Echoendoscopie

Bili IRM

Se équivalente



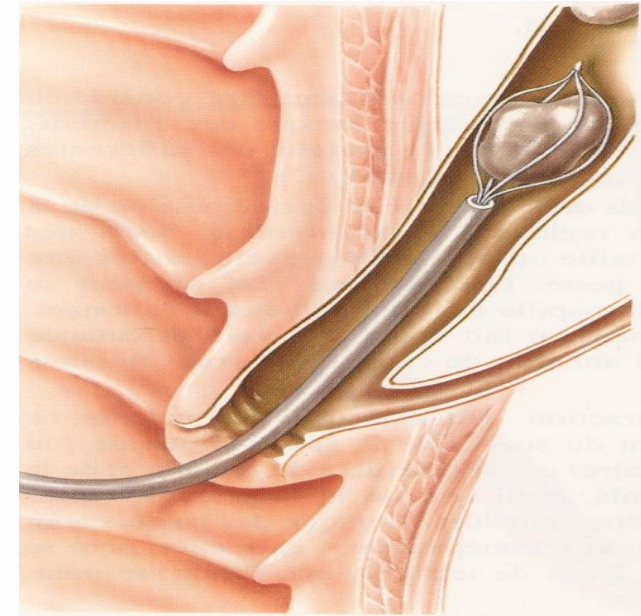
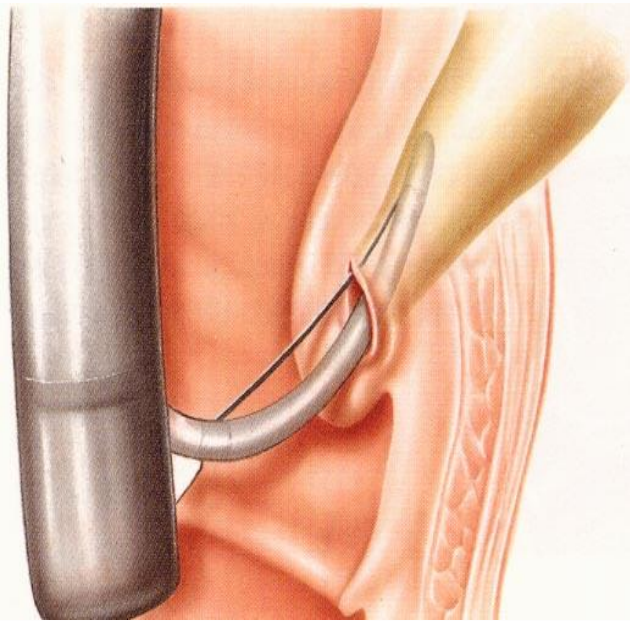
ANGIOCHOLITE

CPRE en urgence pour extraction du calcul de la VBP

Risques de la CPRE

Pancréatite aigue post CPRE : douleur + lipase > 3N

Hémorragie par chute d'escarre à J7/J10



Cholécystectomie dans la même hospitalisation ou à 3 mois si cholangite importante.
En l'absence de cholécystectomie, risque de cholecystite à 30 %