

PROCESSUS OBSTRUCTIF UE 2.8.S3

**OBSTRUCTION/LITHIASES DES VOIES
BILIAIRES- HÉPATIQUES/CHOLÉCYSTITE
CHOLÉCYSTECTOMIE**

PROMOTION 2018-2021

AP

PLAN

- Lithiases biliaires: Définition. Etiologies
épidémiologie
mécanisme physiopathologique
signes cliniques
examens biologiques et complémentaires
complications possibles
traitement médicamenteux et chirurgical (cholécystectomie)
- Cholécystite aiguë: Définition. Etiologies
épidémiologie
signes cliniques
examens biologiques et complémentaires
Traitements et complications
- 

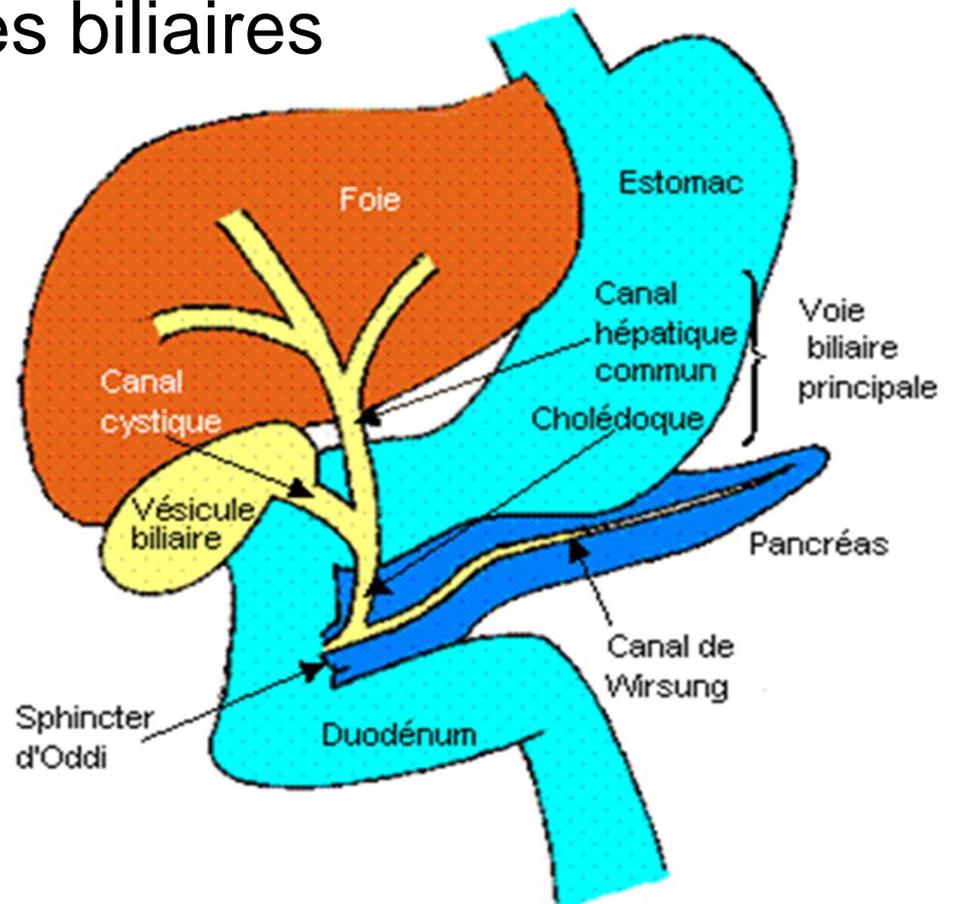
PLAN (SUITE)

Cholécystectomie: Définition. Etiologies

**Examen diagnostic: la cholangiopancréatographie rétrograde
endoscopique**

DÉFINITION LITHIASE DES VOIES BILIAIRES

Il s'agit de la formation de calculs soit à base de cholestérol 80% des cas, soit des calculs pigmentaires de bilirubine 20% des cas, calculs localisés dans les voies biliaires



ETIOLOGIE

Il s'agit :

de la sursaturation de la bile en cholestérol ou en bilirubine qui se cristallise pour former des amas solides formant des calculs

Les calculs stagnent dans la vésicule biliaire (lithiase biliaire provoquant une cholique hépatique) ou ils migrent vers le cholédoque (cholécystite)

FACTEURS FAVORISANT

Calculs cholestéroliques:

- Age,
- sexe féminin, grossesse et multiparité, contraception oestroprogestative
- Obésité
- Hypertriglycéridémie
- Fibrates (médicaments hypolipémiants)
- Hérité

Calculs pigmentaires:

- Maladie hépatique chronique type cirrhose,
- Hémolyse chronique
- Obstacle sur les voies biliaires
- Infection biliaire chronique

EPIDÉMIOLOGIE

- La lithiase biliaire touche 15% de la population générale et reste asymptomatique dans 80% des cas.
- 2 à 3 femmes pour 1 homme!!
- 60% de la population de plus de 80 ans en serait atteint

MÉCANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE LITHIASE BILIAIRE

Les acides biliaires sont fabriqués dans le foie et servent à l'absorption des graisses par le tube digestif.

Le foie produit la bile qui aide à digérer les graisses.

La vésicule biliaire stocke la bile.

Le pancréas fabrique les enzymes qui aident à la digestion.

Le rectum stocke les selles jusqu'à ce qu'un mouvement intestinal se produise.

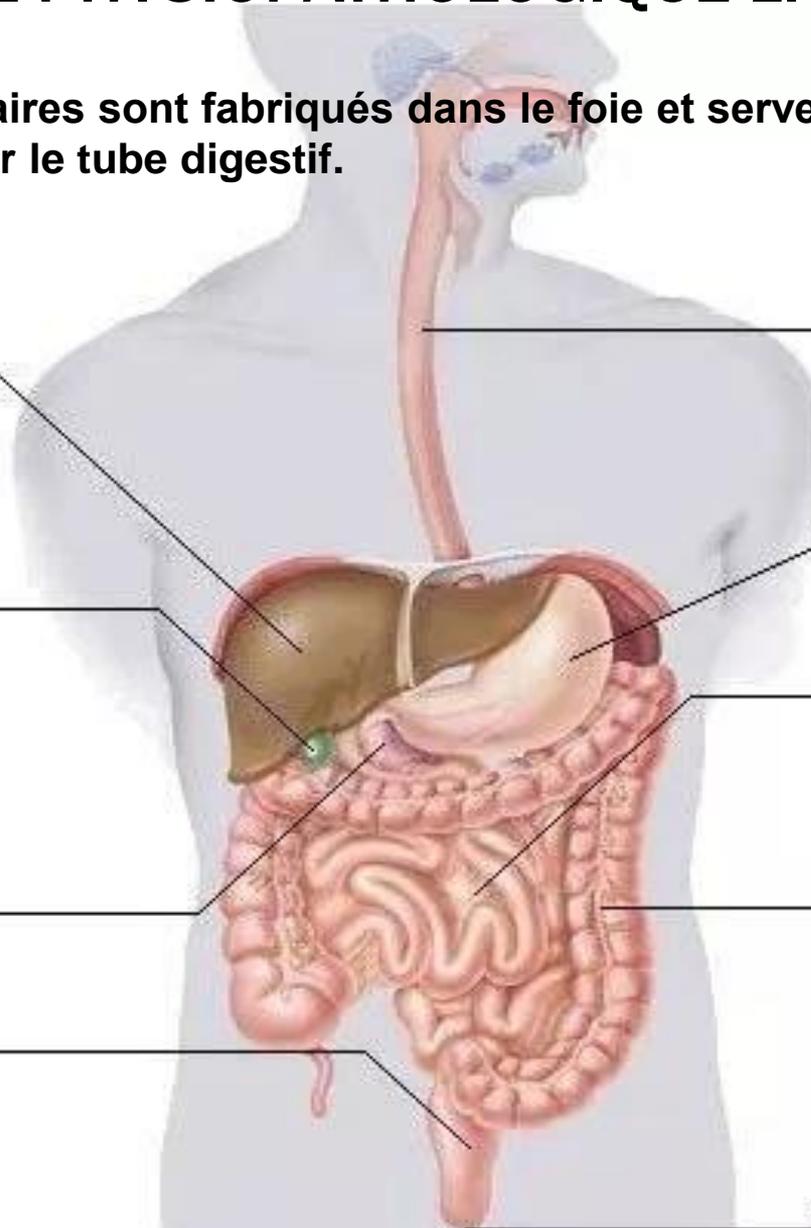
L'oesophage transporte la nourriture de la bouche vers l'estomac.

L'estomac réduit la nourriture en une mixture liquide.

L'intestin grêle absorbe les nutriments de la nourriture. Ce qui reste passe dans le côlon sous forme de déchets liquides.

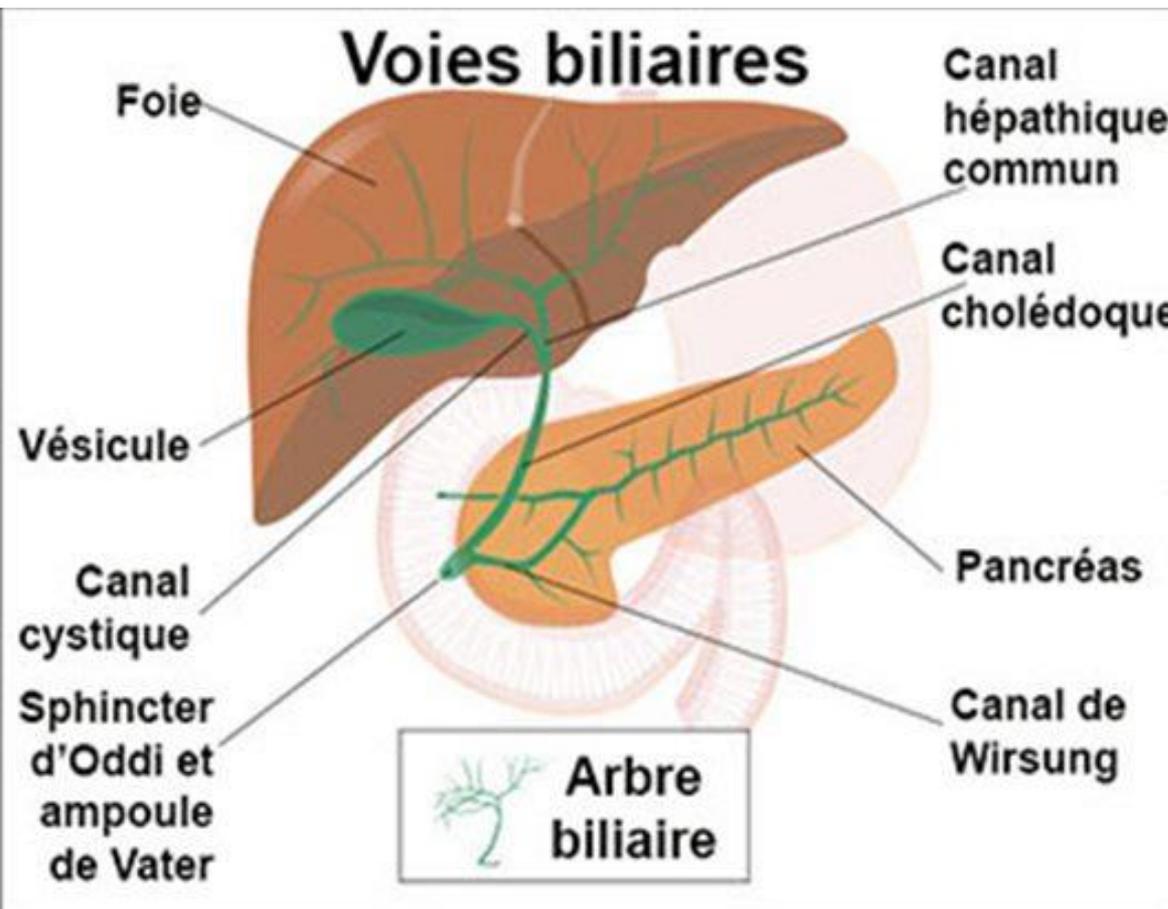
Le côlon absorbe l'eau et les sels minéraux contenus sans ses déchets et forme aussi les selles.

L'anus est l'ouverture par laquelle les selles passent.



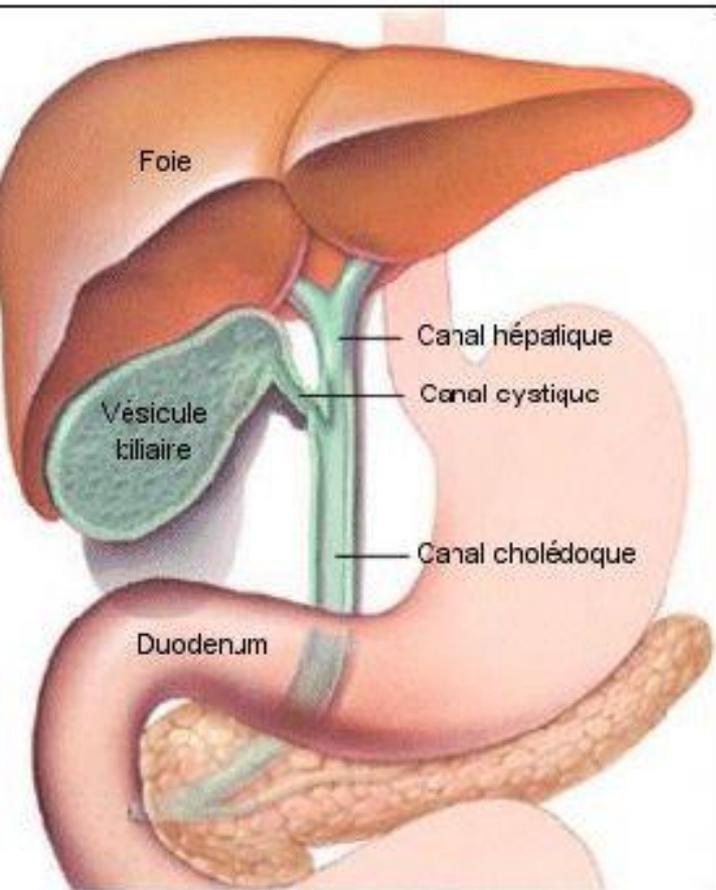
La bile est sécrétée par le foie, environ 700ml/jour puis est stockée dans la vésicule biliaire où elle est concentrée puis libérée dans le tube digestif au moment du repas.

Le fait que la bile, concentrée, stagne en dehors des temps de repas, favorise la formation des calculs soit cholestéroliques soit pigmentaires



Le sphincter d'Oddi sert à ce que la bile remonte dans la vésicule lorsqu'elle n'est pas nécessaire à la digestion

Anatomie



1. Petits calculs



2. Gros calculs avec cholécystite



3. Lithiase importante avec passage d'un calcul dans le cholédoque.



SIGNES CLINIQUES DE LA COLIQUE HÉPATIQUE, PRINCIPALE MANIFESTATION DE LA LITHIASE BILIAIRE

- Douleur abdominale violente due à l'obstruction transitoire du canal cystique par un calcul biliaire
- Signes digestifs associés: nausées et vomissements
- Douleur à type de broiement, débutant plutôt la nuit, localisée au creux épigastrique ou hypocondre droit.
- Douleur irradiant dans le dos, vers l'épaule ou l'omoplate droite, inhibant la respiration

SIGNES CLINIQUES DE LA COLIQUE HÉPATIQUE, PRINCIPALE MANIFESTATION DE LA LITHIASE BILIAIRE

- Douleur atteignant son paroxysme en 15 à 60 mn puis régressant en 1 à 6h!
- Les facteurs déclenchants sont des repas trop copieux, ingestion de graisses ou alcool, stress, période précédant les règles!
- A la palpation de l'hypocondre droit on reproduit la douleur: il s'agit du signe de Murphy

EXAMENS BIOLOGIQUES ET COMPLÉMENTAIRES

- Bilan hépatique à la recherche d'une élévation de la bilirubine, des phosphatases alcalines, et des transaminases hépatiques (ASAT et ALAT). Si ces examens sont positifs, il s'agit d'une lithiase dans le cholédoque, s'ils sont négatifs, la lithiase est vésiculaire!
- ASP où les calculs calcifiés sont visualisables au niveau de l'hypochondre droit.
- Echographie abdominale hépatobiliaire qui permet en plus de visualiser l'état des organes avoisinants

COMPLICATIONS DES LITHIASES BILIAIRES

La colique hépatique se traduisant par des douleurs abdominales est la manifestation la plus courante de la lithiase biliaire provoquant une autre complication qui est la cholécystite aigue, une angiocholite, hydrocholécyste (augmentation++ du volume de la vésicule), pyocholécyste (pus dans la vésicule) voire une pancréatite aigue.

Calcul intra-hépatique (rare):

⇒ Angiocholite

Calculs vésiculaires
asymptomatiques:

⇒ Pas de traitement

⇒ ni de surveillance

Calcul du collet vésiculaire ou du cystique:

⇒ Coliques hépatiques

⇒ Cholécystite

Calcul du cholédoque

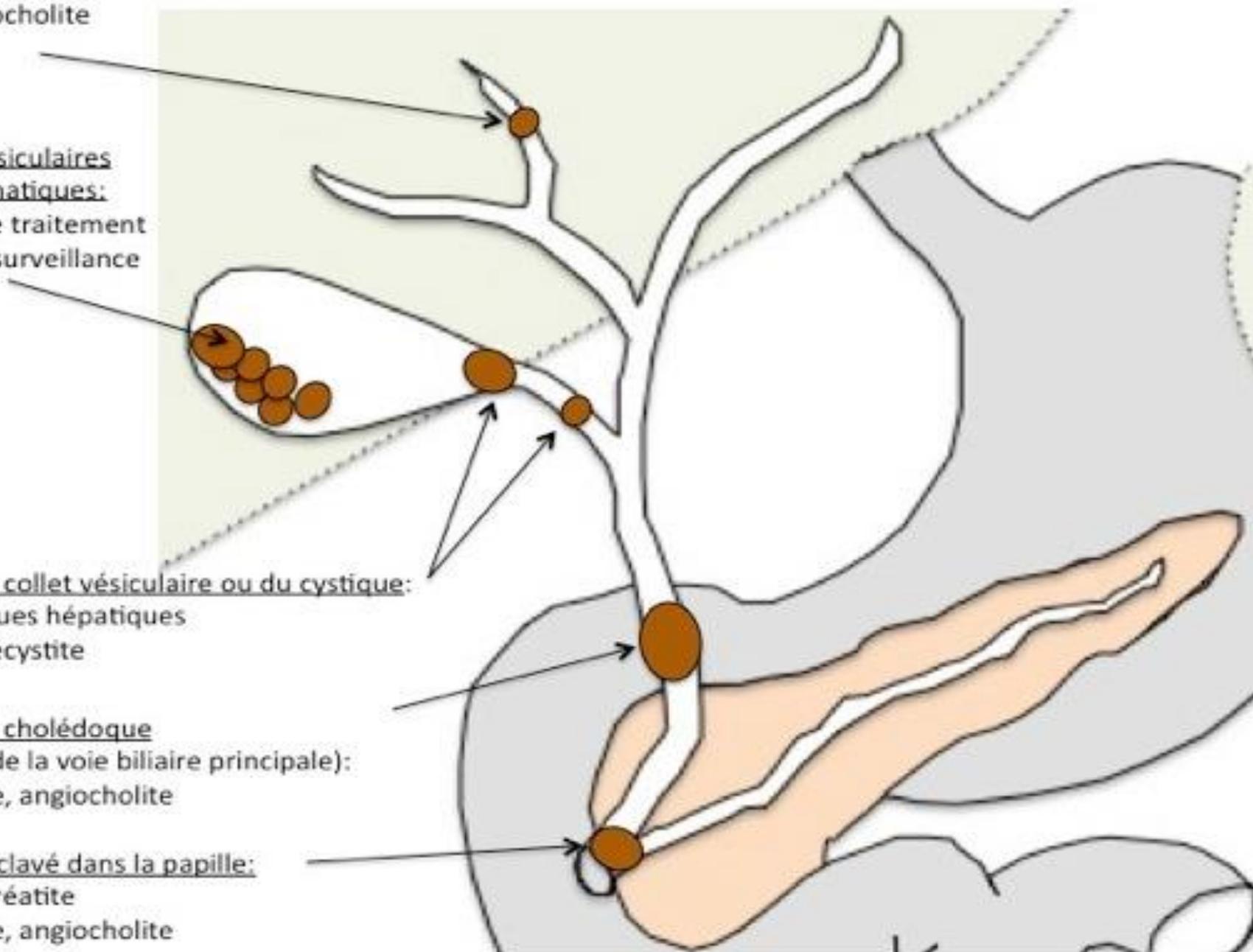
(lithiase de la voie biliaire principale):

⇒ Ictère, angiocholite

Calcul enclavé dans la papille:

⇒ Pancréatite

⇒ Ictère, angiocholite



COMPLICATIONS DES LITHIASES BILIAIRES

- Cholécystite aiguë lithiasique
 - Angiocholite qui est une infection des voies biliaires intra et extra-hépatiques; c'est une complication assez fréquente de la lithiase biliaire
 - Pancréatite aiguë biliaire (une étiologie d'extraction urgente du calcul)
- 

- Cancer de la vésicule chez les patients présentant une lithiase vésiculaire évolutive de puis plusieurs années
- Si complication par perforation aboutissant à une péritonite, il faut intervention chirurgicale en urgence.
- Autre complication possible, la fistule cholecysto-choledocienne donnant des signes de cholestase ou fistule cholécysto-digestive associant une occlusion intestinale par iléus biliaire

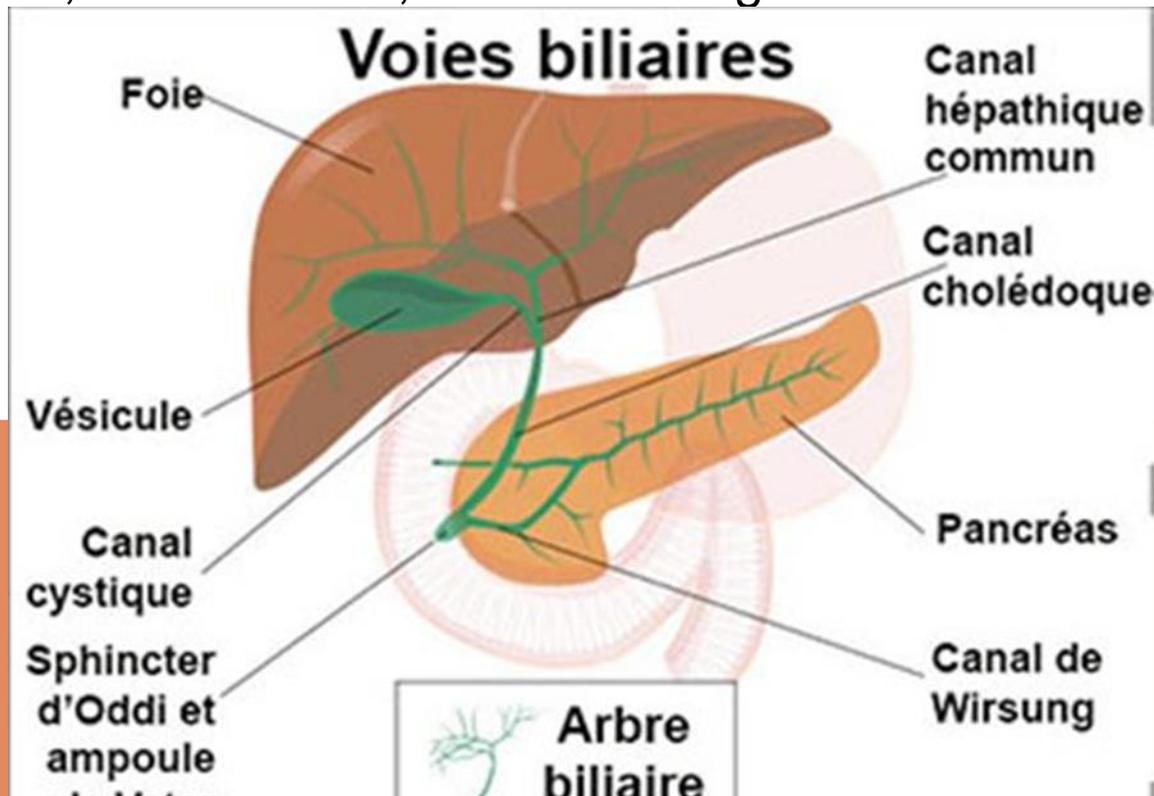
TRAITEMENT

- Patient à jeun, repos au lit
- Médicamenteux avec anti spasmodiques, antiémétiques, anti-inflammatoires, morphinique si besoin
- Chirurgie avec cholécystectomie qui permet d'éviter les récurrences des crises douloureuses et des complications; soit par coelioscopie soit par laparotomie
- Régime sans graisse en post opératoire 3 semaines

CHOLÉCYSTITE AIGUE LITHIASIQUE: DÉFINITION

Inflammation aigue de la paroi de la vésicule biliaire due habituellement à une obstruction par un calcul au niveau du canal cystique.

Il existe beaucoup plus rarement des cholécystites acalculuse chez des sujets fragilisés par un traumatisme, une intervention chirurgicale, une infection, une maladie grave



EPIDÉMIOLOGIE

Complication fréquente de la lithiase biliaire connue, « typiquement » chez la femme en surcharge pondérale

SIGNES CLINIQUES

- Douleur avec défense de l'hypochondre droit, à la palpation (signe de Murphy)
- Hyperthermie à 38°5
- Nausées
- Parfois subictère (ictère sans gravité se caractérisant par une couleur jaune pâle des conjonctives voire des tissus et un bilan biologique perturbé/bilirubine)
- Fatigue intense

EXAMENS BIOLOGIQUES ET COMPLÉMENTAIRES

- NFS à la recherche d'une hyperleucocytose, hausse de la CRP
- Bilan hépatique peut être normal!
- Hémocultures avant début de l'antibiothérapie
- Echographie abdominale montre le ou les calcul(s) et une paroi vésiculaire épaissie avec un contenu épais et non homogène; parfois présence de sludge qui est une boue biliaire c'est-à-dire un liquide épais formé de pigments et de cholestérol provenant de la voie biliaire principale, enrobée dans un gel de mucus.

TRAITEMENT MÉDICAL CHOLÉCYSTITE

- Antibiothérapie avec une évolution favorable en général en 48h
- Antalgiques, anti inflammatoires
- Réhydratation
- A jeun, repos
- Sonde naso gastrique en aspiration douce et continue si vomissements
- Antispasmodiques
- Parfois, essai des anti lithiasiques biliaires mais qui ont de nombreux effets secondaires et n'évitent pas les récurrences fréquentes.
- Chirurgie quasi systématique quand le pic infectieux est maîtrisé

TRAITEMENT CHIRURGICAL RADICAL : CHOLÉCYSTECTOMIE

Il s'agit de l'ablation de la vésicule biliaire. C'est un acte réservé aux patients présentant une lithiase vésiculaire symptomatique (au moins deux crises précédentes), en cas de cholécystite aigue sans défaillance viscérale (à réaliser le plus précocement possible, dans les 72 premières heures de l'évolution)

En cas de défaillance viscérale, ou d'angiocholite grave ou de pancréatite aigue biliaire, la situation sera discutée en équipe.

La cholécystectomie se réalise soit par coelioscopie ou par laparotomie, sous anesthésie générale. S'il s'agit d'une laparotomie, le chirurgien peut-être amené à laisser un **drain de Kehr** en place pour assurer l'évacuation de la bile dans une poche. Le drain de Kehr permet également à distance de réaliser une cholangiographie en post op à J12 qui confirmera la vacuité des canaux biliaires.

TRAITEMENT CHIRURGICAL ENDOSCOPIQUE DE 1ÈRE INTENTION

Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique ou CPRE: par voie endoscopique et par injection de produit de contraste visualisant les calculs et l'anatomie, il s'agit de sectionner le muscle au niveau de l'abouchement de la voie biliaire dans l'intestin (sphinctérotomie du sphincter d'Oddi) sous anesthésie générale, ceci afin de pouvoir réaliser une simple extraction des calculs présents dans le cholédoque ; évacuation du calcul si possible, selon taille avec ballonnet ou sonde Dormia. Si taille trop importante, parfois pose d'un drain de Kehr en post op. (cf cours sur les drainages en chirurgie digestive)

TRAITEMENT 2^{IÈME} INTENTION

La **lithotritie mécanique** (nécessaire dans 5 à 10% des cas) survient suite à une sphinctérotomie endoscopique, lorsque le calcul à évacuer est trop volumineux (plus de 15 à 20mm). Elle est efficace dans 80% des cas. Lorsque le calcul est capturé par la sonde de Dormia, le praticien **impacte le calcul** à l'aide d'une sonde de lithotritie.

La lithotritie intracorporelle est réalisée en cas d'échec de la précédente; elle consiste à utiliser un lithotripteur sur lequel est monté une anse de Dormia permettant de pulvériser au laser pulsé les calculs.



© Danièle Augendre.

