

LITHIASES BILIAIRES

A/ Introduction

= présence de calculs dans la vésicule biliaire et / ou dans les voies extra- hépatiques

atteinte fréquente : 20% de la population, 4 femmes / 1 homme

facteurs favorisants : obésité, sédentarité, diabète, anémie hémolytique, familiaux, ...

par rapport aux années 1950 : incidence augmente

échographie abdominale +++

B/ Anatomie

la vésicule biliaire est située sous le foie entre le segment 4 et le segment 5 ; elle se jette dans le cholédoque par le canal cystique, le cholédoque va rejoindre le canal de Wirsung pour aller se jeter dans le duodénum au niveau du sphincter d'Oddi.

C/ Physiologie

sécrétion de bile par le foie : **700 cc/j**, stockée en partie dans la vésicule biliaire.

Lors des repas : vidange vésiculaire, relâchement du sphincter d'Oddi ;

But = alimenter le tube digestif en bile pour aider à l'absorption.

La bile est formée : d'acides biliaires, de pigments biliaires, de cholestérol.

Les **calculs sont formés de calcium et de cholestérol.**

D/ Clinique

1. Forme latente.

La présence d'un calcul dans la vésicule peut être asymptomatique (60 à 80%) = **LITHIASE VÉSICULAIRE AS YMPTOMATIQUE.**

Pas de ttt chirurgical.

2. Forme clinique.

LA COLIQUE HÉPATIQUE : douleur de l'hypocondre droit, irradiant dans l'épaule, inhibant la respiration, intervenant quelques heures après les repas (de 2 à 6h).

A l'examen clinique : signe de Murphy (douleur importante à la

palpation de l'hypocondre droit), parfois on peut aussi palper une grosse vésicule.

Examens complémentaires : **échographie** hépatique et vésiculaire+++ / cholangiographie orale ou IV / IRM???

Si calcul → Zone hyperdense avc 1 cône d'ombre postérieur

~ Mesure de l'épaisseur de la paroi vésiculaire (si augmentation de l'épaisseur : *cholécystite*).

3. Forme compliquée.

LA CHOLÉCYSTITE AIGUË LITHIASIQUE =

inflammation aiguë due à un obstacle du canal cystique (augmentation de l'épaisseur de la paroi).

Cliniquement : douleur de l'hypocondre droit, de la région épigastrique / hyperthermie+++

Examen complémentaire : **échographie** hépatique et vésiculaire+++ (permet d'apprécier le calcul et d'apprécier l'épaisseur de la paroi vésiculaire).

E/ Traitement

Buts :

traiter l'infection ; traiter la cause

Moyens :

chirurgical = cholécystectomie

~ intervention à chaud (dans les 72h) ; intervention à froid (dans le mois qui suit) / le geste chirurgical peut être réalisé par voie coelioscopique ou par laparotomie

LITHIASSE DE LA VOIE BILIAIRE

PRINCIPALE

A/ Introduction

= présence d'un calcul dans le cholédoque, secondaire à la migration d'un calcul de la vésicule biliaire.

10% des porteurs de lithiasse vésiculaire feront un jour une migration dans le cholédoque

B/ Clinique

~ asymptomatique

ou

~ douleur, fièvre, ictère → Triade de Courvoisier Terrier

= calcul dans le cholédoque / angiocholite ictéro-urémigène ; grave, entraîne décès

→ URGENCE THERAPEUTIQUE

~ pancréatite aiguë biliaire : La lithiasse biliaire est la cause la plus fréquente de pancréatite aiguë (30%)

C/ Paraclinique

- biologie : amylases (pour savoir s'il y a une pancréatite), bilirubine (mesure l'intensité de la cholestase), NFS.
- Radiologie : échographie, TDM, cholangio-IRM (doit-être réalisée dans les 2- 3 jours maximum pour visualiser le calcul dans le canal cholédoque), CPRE (permet de faire une ouverture au niveau du sphincter d'Oddi).

D/ Traitement

~ Objectifs :

traiter l'infection, lever le calcul, traiter la cause (cholécystectomie).

~ En urgence :

chirurgie (laparotomie ou coelioscopie) ; sphincterotomie endoscopique (on enlève le calcul et on opère la vésicule)

~ A froid :

chirurgie+++

~ Autre ttt :
drainage per- cutané = alternative à la chirurgie ; patients à risque ;
associé à une antibiothérapie.

————▶ Cholécystectomie ; exploration de la voie biliaire
principale (= **cholangiographie per- opératoire**)

Rappel :

La crise de colique hépatique = point d'appel, douleur de l'hypocondre
droit, pas de fièvre ni d'ictère.