

Item 274 – Lithiase biliaire et complications

<p>Epidémiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20%, augmente avec l'âge ▪ 80% asymptomatique ▪ Incidence annuelle douleur aiguë biliaire : 1-4%/an ▪ Pas de dépistage indiqué
<p>Types de calculs</p>	<p>Calculs cholestéroliques 80%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorisés par : <ul style="list-style-type: none"> - Excès de sécrétion biliaire de CT - Défaut de sécrétion biliaire des facteurs solubilisant le CT : ↓ phospholipides (mutation R MDR3 dans sd LPAC) ou ↓ sels biliaires (résection iléale ou maladie iléale) - Rétention ou hypomotricité vésiculaire (grossesse, obésité, perte de poids, jeune âge) <ul style="list-style-type: none"> ⇒ ↑ concentration biliaire en CT => sursaturation => nucléation => précipitation lithiasique ▪ Fdr : âge, femme, surpoids, multiparité, jeûne prolongé, certaines ethnies, hyperTG, certains médicaments (hypoCT de type fibrates, oestrogènes) <p>Lithiases pigmentaires 20%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Causées par déconjugaison de bilirubine ▪ Fdr : ↑ production de bilirubine (maladies hémolytiques, médicaments), infections biliaires, obstacles biliaires (sténose de la VBP), certaines origines géographiques (infections parasitaires, causes génétiques, facteurs méconnus) <p>Calculs mixtes : association des 2 types de calculs</p>
<p>Lithiase vésiculaire symptomatique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ⇔ colique hépatique (mise en tension brutale des voies biliaires par blocage <u>transitoire</u> d'un calcul dans le canal cystique ou dans le collet vésiculaire) ▪ Clinique : <ul style="list-style-type: none"> - Douleur brutale, intense, permanente, épigastrique (ou hypochondre D), inhibition respiration forcée, irradiation épaule D ou fosse lombaire D, qq min-qq heures - Signe de Murphy : douleur provoquée lors de inspiration forcée par la palpation de l'aire vésiculaire ▪ Biologie : normale ▪ Imagerie : écho : calculs vésiculaires ▪ Tt : URGENCE, voie parentérale : antispasmodiques (phologlucinol, trimébutine) + antalgiques + anti-inflammatoires. Puis dans le mois : cholécystectomie
<p>Cas des calculs de la VBP en dehors de l'angiocholite</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tt : désobstruction de VBP (SAUF chez sujets les plus fragiles) <ul style="list-style-type: none"> - Cholécystectomie avec désobstruction peropératoire de VBP par cœlioscopie ou laparotomie - Cholécystectomie puis sphinctérotomie endoscopique biliaire par endoscopie - Sphinctérotomie endoscopique biliaire puis cholécystectomie (dans les 72h après CPRE préop) ▪ Éléments prédictifs de présence d'un calcul dans VBP : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ictère, pancréatite aiguë, perturbations hépatiques (↑ activité γ-GT, des PAL et bilirubinémie) ○ Présence d'une dilatation de VBP (> 6mm) à l'écho et présence d'un calcul de VBP à l'écho ▪ Examens : cholangio-RM, échoendoscopie

Lithiase vésiculaire compliquée				
	Cholécystite aiguë	Migration lithiasique	Angiocholite aiguë	Pancréatite aiguë
Définition	<p>Infection aiguë de la vésicule due à obstruction prolongée du canal cystique => inflammation de la paroi vésiculaire puis infection de la vésicule</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndrôme infectieux ▪ Douleurs hypocondre D > 24h ▪ Frissons ▪ +/- signes d'irritation péritonéale : défense, contracture <p><u>Complications</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangrène de la paroi vésiculaire => perforation de la vésicule dans le foie OU perforation / diffusion de l'infection dans le péritoine (=> péritonite) - Iléus biliaire : rare, fistule bilio-digestive (cholécystoduodénale ou cholécystocolique) dans laquelle passe un calcul vers le tube digestif et l'occlut. TDM : dilatation des anses grêles + aérobilie. Tt : chirurgie - Sd de Mirizzi : compression extrinsèque de VBP du fait d'un volumineux calcul dans le colet vésiculaire ou canal cystique. => ictère + dilatation des voies biliaires + perturbation du bilan hépatique 	<p>Migration de petits calculs dans la VBP</p> <p>Douleur de colique hépatique, Ø fièvre</p>	<p>Infection aiguë de la VBP</p> <p>3 signes successifs en 48h :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur biliaire ▪ Fièvre ▪ Ictère <p>Syndrôme infectieux (voire bactériémie, choc septique) => HC</p> <p><u>Complications</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choc septique - IRn fctelle puis orga (angiocholite ictéro-urémigène) - Thrombopénie septique - Pancréatite aiguë 	<p>+/- associée à angiocholite ou cholécystite</p>
Douleur aiguë biliaire	> 6h	< 6h	> 6h	Transfixiante et permanente
Fièvre	+	-	+	-
Ictère	-	-	+	+/-
Biologie				
Général	Hyperleucocytose à PNn (=> HC)	/	Cholestase ictérique + hyperleucocytose à PNn	
Transaminases	N	↑ transitoire	↑	↑
Bilirubine	N	N	↑ (conjuguée ++)	N
γ-GT	N	N	↑	↑ ou N
PAL	N	N	↑	↑ ou N
Lipase	N	N	N	↑ > 3 N
Echographie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Épaississement paroi vésiculaire > 4 mm (aspect en triple feuillet) ▪ Présence de calcul vésiculaire ▪ Rech de complications : abcès paroi vésiculaire, épanchement périsvasculaire, dilatation VBP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dilatation modérée de VBP ▪ Présence de calcul dans VBP <p>+/- cholangio-RM ou échoendoscopie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lithiase vésiculaire ▪ Dilatation VBP ▪ Calculs dans VBP 	
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remplissage vasculaire ▪ ATB probabiliste large spectre 7j : Augmentin® OU C3G + imidazolé ▪ + aminoside si forme grave ▪ Cholécystectomie laparoscopique précoce (<72h) +/- Tt d'un calcul de VBP 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ATB large spectre ▪ Décompression biliaire urgente : 1) CPRE 2) drainage transcutané des voies biliaires ▪ +/- cholécystectomie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cholécystectomie au cours de la même H° si pancréatite minimale Retardée à 6-8 semaines si pancréatite sévère nécroisante ▪ +/- ATB +/- CPRE selon association à angiocholite coexistante