

# **LITHIASSE BILIAIRE ET COMPLICATIONS:**

## **DIGOSTICS ET TRAITEMENT**

**Dr KA Ibrahima**  
**Chirurgien généraliste HOGGY**

# OBJECTIFS

Définir la cholécystite aigue lithiasique.

Décrire les signes cliniques de cholécystite aigue lithiasique.

Décrire les signes échographiques de la cholécystite aigue lithiasique.

Citez 4 complications de la cholécystite aigue lithiasique.

Décrire la triade de Charcot dans la LVBP.

Décrire les signes scanographiques de la LVBP.

Citer 3 diagnostics différentiels de la LVBP.

# INTRODUCTION

## DEFINITION

La lithiase biliaire est la présence d'un ou de plusieurs calculs dans les voies biliaires.

## INTERET

Son incidence est faible dans les pays développés avant 20 ans. Au Sénégal, la fréquence des maladies hémolytiques augmente le taux de lithiases pigmentaires pour la tranche d'âge inférieure à 20 ans.

La survenue de complications (cholécystite aiguë lithiasique, migration de calculs dans le cholédoque et pancréatite aiguë biliaire) détermine la gravité de l'affection.

# **PATHOGENIE**

Il existe 2 principaux types de calculs :

**les calculs cholestéroliques (80% des cas);**

**les calculs pigmentaires (20% des cas).**

# PATHOGENIE

**Lithogénèse cholestérolique passe par 3 stades:**

**Stade chimique** : c'est la sécrétion par le foie d'une bile sursaturée en cholestérol ;

**Stade physique ou de nucléation** : c'est la cristallisation du cholestérol en excès dans la bile ;

**Stade de croissance** : c'est la formation de calculs macroscopiques par agglomération des microcristaux.

# **FACTEURS FAVORISANTS DE LA LITHIASE BILIAIRE**

## **Facteurs favorisants des lithiases cholestéroliques**

L'âge, le sexe féminin, la prédisposition familiale et génétique, l'obésité, le régime hypercalorique,

## **Facteurs favorisants des lithiases pigmentaires**

Maladies hémolytiques (drépanocytose, thalassémie...), cirrhose hépatique,

Obstruction ou sténoses des voies biliaires et des anastomoses biliodigestives.

# LA CHOLECYSTITE AIGUË LITHIASIQUE

## **Définition:**

C'est l'inflammation de la vésicule biliaire suite à l'obstruction prolongée du canal cystique par un calcul.

# LA CHOLECYSTITE AIGUË LITHIASIQUE

**Physiopathologie:** 3 phases

Une phase d'œdème et d'inflammation de la paroi vésiculaire avec un contenu encore stérile, c'est *la phase d'hydrocholécyste* ;

Une phase d'infection du contenu vésiculaire, c'est la phase de *pyocholécyste* ou *d'empyème vésiculaire*

Une phase de nécrose ischémique de la paroi vésiculaire pouvant aboutir à sa perforation, c'est le stade de *cholécystite gangréneuse*.

# DIAGNOSTIC POSITIF

**Signes fonctionnels** sont dominés par *la colique hépatique*. Il s'agit d'une douleur aiguë de l'hypochondre droit ou de l'épigastre, violente, à renforcement paroxystique, irradiant en bretelle ou vers la pointe de l'omoplate droite. Elle inhibe la respiration, elle dure quelques minutes à quelques heures. Elle s'associe à des nausées et à des vomissements.

**Signes généraux** : il existe une *fièvre à 38 – 38.5°C*.

**Signes physiques** : la palpation abdominale retrouve *un signe de Murphy* (douleur provoquée de l'hypochondre droit reproduisant la colique hépatique, associée à une défense).

# DIAGNOSTIC POSITIF

## Examens complémentaires

### Biologie :

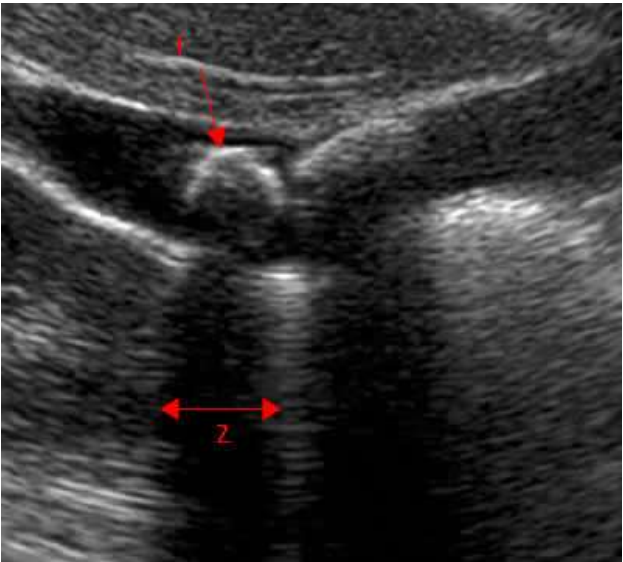
Hyperleucocytose à PN, ↑ de la C réactive protéine. Les hémocultures seront systématiques.

### Echographie abdominale

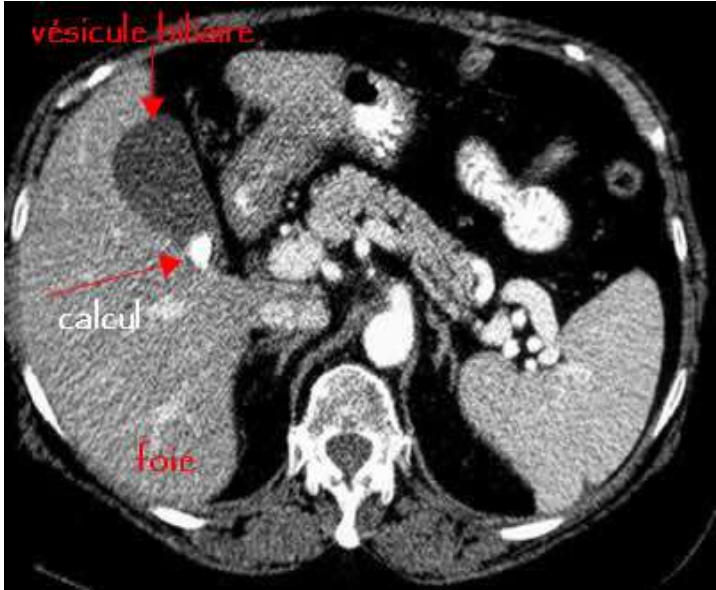
- Retrouve le calcul sous forme *d'une image hyperéchogène* enclavée dans le collet vésiculaire avec cône d'ombre postérieur avec parfois *un sludge*.
- *Epaississement de la paroi vésiculaire > 3mm* avec un aspect en double contour ; *une distension de la vésicule* avec un diamètre transverse > 4cm,
- *un signe de Murphy échographique*.

### TDM

# ECHOGRAPHIE



# TDM



# COMPLICATIONS CHOLÉCYSTITE AIGUE

**Cholécystite gangréneuse** avec choc septique et des signes locaux discrets ;

**Plastron vésiculaire** (empâtement fébrile de l'hypochondre droit) ;

**Abcès hépatique** (empâtement hypochondre droit avec fièvre oscillante, importante hyperleucocytose et collection au TDM) ;

**Péritonite biliaire généralisée.**

# COMPLICATIONS CHOLÉCYSTITE AIGUE

**Fistules bilio-digestives** : perforation de la vésicule dans le tube digestif : cholécysto-colique, cholécysto-duodénale avec possibilités d'angiocholite ou d'iléus biliaire (OIA fébrile + calcul dans la FID et pneumobilie à l'ASP ou au TDM).

**Syndrome de Mirizzi** (tableau de lithiase du cholédoque).

**Cholécystite chronique** (vésicule scléroatrophique, vésicule porcelaine) qui elle-même peut évoluer vers le calculo-cancer de la vésicule biliaire.

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- **La lithiase vésiculaire simple** : colique hépatique isolée (absence de fièvre et d'hyperleucocytose, à l'échographie il existe un calcul vésiculaire, mais la vésicule biliaire n'est pas distendue, sa paroi n'est pas épaissie).
- **Cholécystite aiguë alithiasique**: Il existe une fièvre ; à l'échographie Il n'y a pas de calcul vésiculaire mais la vésicule biliaire est distendue et sa paroi est épaissie) ;
- **l'UGD évolutif, la colique néphrétique, la colopathie fonctionnelle,**
- **l'angor, appendicite aiguë sous hépatique, abcès sous-phrénique.**

# TRAITEMENT

**BUTS** : calmer la douleur, lutter contre l'infection, prévenir les complications ;

**MOYENS** :

**Médicaux** :

- Repos, jeûn, voie veineuse; **Antispasmodiques** : phloroglucinol : Spasfon\* 1A x3/j ; **Antalgiques** : Paracétamol : Perfalgan\*1g X 3/j ; **Antibiotiques** : Amoxicilline-acide clavulanique : Augmentin\* 1g x3/j ou Ciprofloxacin : Ofloxacin 200mg x 2/j.

**Chirurgicaux** :

- Cholécystectomie plus ou moins associée à la cholangiographie per opératoire (beaucoup plus par cœlioscopie que par laparotomie) dans les 24 à 48 heures avec examens bactériologiques et anatomopathologique.

# TRAITEMENT

## INDICATIONS

Dans tous les cas le traitement médical est indiqué, il sera associé :

- a) **Cholécystites aiguës, cholécystites chroniques, plastrons** : traitement médical + cholécystectomie.
- b) **Abcès hépatique biliaire** : cholécystectomie et drainage.
- c) **Péritonite biliaire** : cholécystectomie, toilette péritonéale.
- d) **Fistule bilio-digestive symptomatique** : cholécystectomie, exérèse de la fistule et en cas d'iléus biliaire : ablation du calcul par entérotomie.

# LITHIASE DU CHOLEDOQUE

## **Définition:**

Il s'agit de la présence d'un ou de plusieurs calculs dans le canal cholédoque.

# PHYSIOPATHOLOGIE

- La présence d'une lithiase du cholédoque est consécutive le plus souvent à la **migration de lithiases vésiculaires** ou plus rarement à la **migration de lithiases intra hépatiques**. Exceptionnellement, la lithiase du cholédoque se forme sur place en **amont d'une sténose** de la VBP on parle de lithiase « autochtone ».
- Le blocage d'un calcul dans le cholédoque entraîne une stase biliaire et une **distension** de la VBP responsable de la douleur. Il s'en suit une **surinfection** de la bile responsable de la fièvre et une installation d'une **cholestase** responsable d'un ictère évoluant par rémission.

# DIAGNOSTIC POSITIF

## Signes cliniques

**Triade de Charcot** : apparition dans l'ordre d'une douleur de l'hypochondre droit, d'une fièvre et d'un ictère.

- La douleur revêt les caractères de la colique hépatique.
- La fièvre à 39–40°, d'allure septicémique, apparaît quelques heures après les douleurs.
- L'ictère apparaît 24 à 48 heures après le début des douleurs et présente des rémissions.
- Palpation: douleur de l'hypochondre droit, une hépatomégalie de cholestase sans grosse vésicule.

# DIAGNOSTIC POSITIF

## La biologie

- La NFS : hyperleucocytose à PN.
- TP effondré avec test de Kohler positif
- ↑ de la bilirubinémie avec ↑ de la bilirubine conjuguée, ↑ des PAL, des  $\gamma$ GT, des transaminases (modérée). Hémocultures systématiques

# DIAGNOSTIC POSITIF

**Echographie abdominale** : un ou plusieurs calculs dans le cholédoque avec dilatation du cholédoque dont le diamètre est  $> 8$  mm, une dilatation des VBIH. Elle recherchera des calculs dans la vésicule biliaire, une anomalie du pancréas.

**Scanner abdominal** image spontanément hyperdense au sein du cholédoque qui est dilaté. Les autres examens complémentaires comme la cholangio-IRM ne sont réalisés que si l'obstacle n'est pas visible à l'échographie abdominale ou au scanner ou si un cancer associé de la voie biliaire est suspecté.

# TDM



# EVOLUTION

Favorable sous traitement, sinon évolution vers des complications :

**Angiocholite aigue suppurée** avec un syndrome infectieux sévère associé au tableau habituel et développement d'abcès biliaires ;

**Angiocholite aiguë ictéro-urémigène** avec choc septique et insuffisance rénale aigue associés au tableau habituel.

**La pancréatite aiguë biliaire.**

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Cholangiocarcinome du bas cholédoque;

Ampullome vatérien;

Tumeur de la tête du pancréas;

Hépatite cholestatique.

# TRAITEMENT

## **BUTS :**

Ablation du calcul, lutter contre la douleur et l'infection, éviter les complications.

## **MOYENS :**

*Médicaux:* hospitalisation, Voie veineuse permettant l'administration de vitamine K, antibiothérapie (Amoxicilline-acide clavulanique : Augmentin\* 1g x 3/j ou Ofloxacine : Oflocet\* 200 mg x 3/j), antispasmodiques (phloroglucinol : Spasfon\* 1 amp de 40 ml x 3/j), Antalgiques (Paracétamol : Perfalgan 1g x 4/j).

*Endoscopiques :* sphinctérotomie endoscopique.

*Chirurgicaux :* cholécystectomie par cœlioscopie ou par laparotomie associée à l'extraction des calculs par cholédocotomie + drain de KEHR.

# INDICATIONS

a) *Lithiase du cholédoque sans signes de gravité* : Le traitement médical est associé à :

- soit cholécystectomie et cholédocotomie par coelioscopie ou par laparotomie à froid.
- ou sphinctérotomie endoscopique et cholécystectomie cœlioscopique.

b) *Angiocholite aigue grave ou pancréatite aiguë biliaire grave* : réanimation, sphinctérotomie endoscopique en urgence puis cholécystectomie à froid.

# CONCLUSION

Autant les lithiases vésiculaires asymptomatiques peuvent bénéficier d'une surveillance armée, autant la lithiase du cholédoque doit toujours bénéficier d'un traitement endoscopique ou chirurgical au vue des graves complications représentées par l'angiocholite.