

**Université « Ahmed Benbella » Oran 1**  
**Faculté de Médecine**  
**Département de Médecine**

# **Complications de la Lithiase Biliaire**

**Pr K.Belkharroubi**

**Service de Chirurgie Générale et Cancérologie « Ait Idir Ali »,  
CHU Oran  
2019-2020**

# OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

➔ Décrire les principales complications de la lithiase vésiculaire et leurs éléments diagnostiques

➔ Décrire les principales complications de la lithiase biliaire et leurs éléments diagnostiques

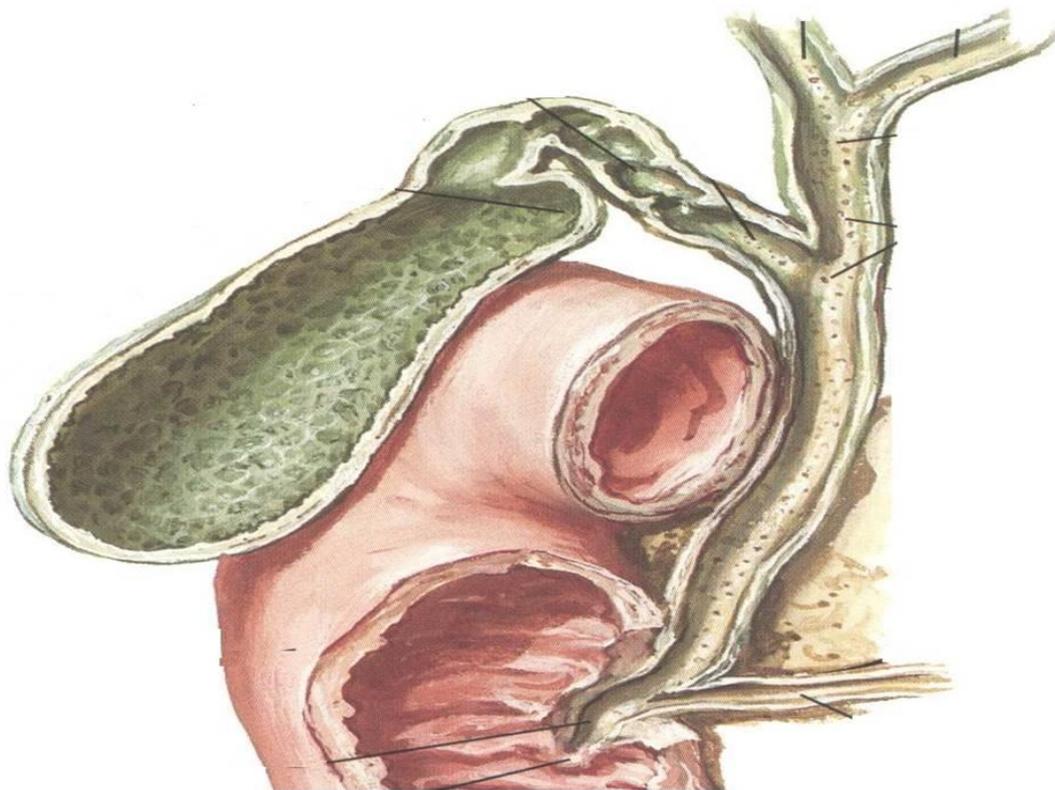
## Manifestations cliniques

Tableau 258-III. Manifestations cliniques de la maladie lithiasique

Diagnostic	Fièvre	Ictère	Durée	Bilan hépatique
Colique hépatique	Non	Non	< 3 h	Normal
Cholécystite aiguë	Oui	Non	> 3 h	Normal
Angiocholite aiguë	Oui	Oui	> 3 h	Cholestase ictérique
Lithiase de la VBP	Non	Possible	< 3 h	Cytolyse et cholestase fluctuante
Pancréatite aiguë biliaire	Possible	Possible	> 3 h	Cytolyse ± cholestase

**A. Cholécystite Aigue**

**B. Angiocholite Aigue**



# A. Cholécystite Aigue

## GENERALITES

→ La cholécystite est une complication de la lithiase vésiculaire. responsable de **90 %** des CA

→ On distingue deux formes : **cholécystite aigue –cholécystite chronique.**  
La cholécystite aigue est définie par l'**inflammation** puis l'**infection** de la VB (vésicule biliaire) et de son contenu due le plus souvent à un calcul enclavé dans le canal cystique empêchant la vidange vésiculaire.

→ Le diagnostic doit être clinique +++ ; associé à une hyperleucocytose et des signes échographiques caractéristiques.

→ Il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale +++.

# PHYSIOPATHOLOGIE

→ L'obstruction entraîne une augmentation de la pression vésiculaire avec œdème et inflammation de la paroi vésiculaire. A ce stade la bile est stérile:

= c'est **L'HYDROCHOLÉCYSTE**

→ Une surinfection par des germes d'origine digestive transforme le contenu vésiculaire qui devient purulent.

= c'est le stade de **CHOLÉCYSTITE AIGUE**

→ Enfin apparaissent les lésions de nécrose ischémique,

= c'est la **CHOLÉCYSTITE GANGRÉNEUSE**

→ L'évolution peut se faire vers la perforation en péritoine libre (**PÉRITONITE BILIAIRE**) OU LA **FISTULISATION** (duodénale, colique ou cholédocienne)



# DIAGNOSTIC POSITIF

## I- Diagnostic clinique +++ :

- Contexte : femme de 60 ans ; obèse ; pléthorique ; au lendemain d'un repas riche en graisse.
- Quelque fois révélatrice ; mais souvent se déclare chez une patiente connue porteuse de lithiase.

## A- Signes Fonctionnels :

- Crise de colique hépatique : douleur de l'HCD ; irradiant en hémicceinture vers le dos ; l'omoplate ou l'épaule droite.
- Avec des paroxysmes, sans position antalgique.
- La respiration est superficielle, car gênée par la douleur.
- Elle s'accompagne de nausées et de vomissements, avec éventuellement ralentissement du transit.

## **B- Signes Généraux :**

- Syndrome infectieux associant :
  - $T^{\circ} > 38,5$  +/- frissons ; tachycardie ; langue saburrale ;
  - Pas d'ictère !!

## **C- Signes Physiques :**

- Douleur intense provoquée par la palpation de l'HCD (hypocondre droit) ; qui inhibe l'inspiration profonde ;
- Défense pariétale localisée ;
- Grosse vésicule palpable (si pyocholécyste).

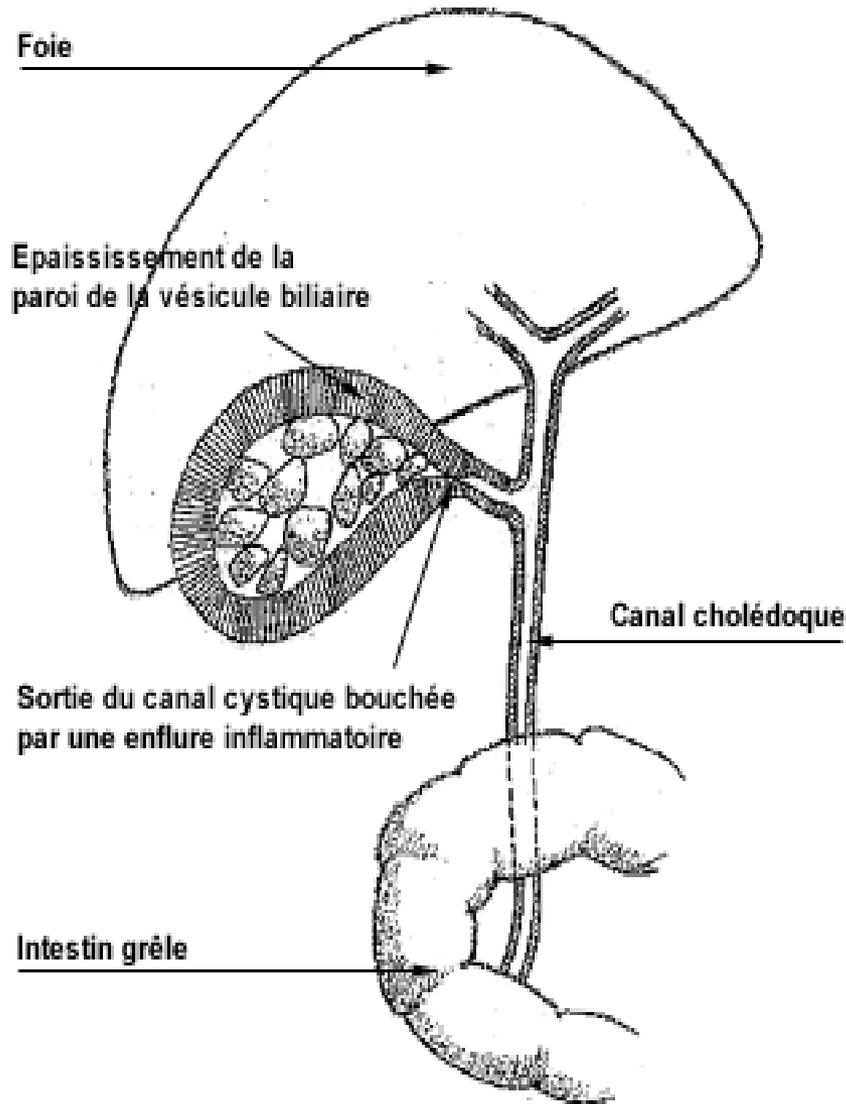
## II- Examens complémentaires :

### A- Echographie : Examen clé

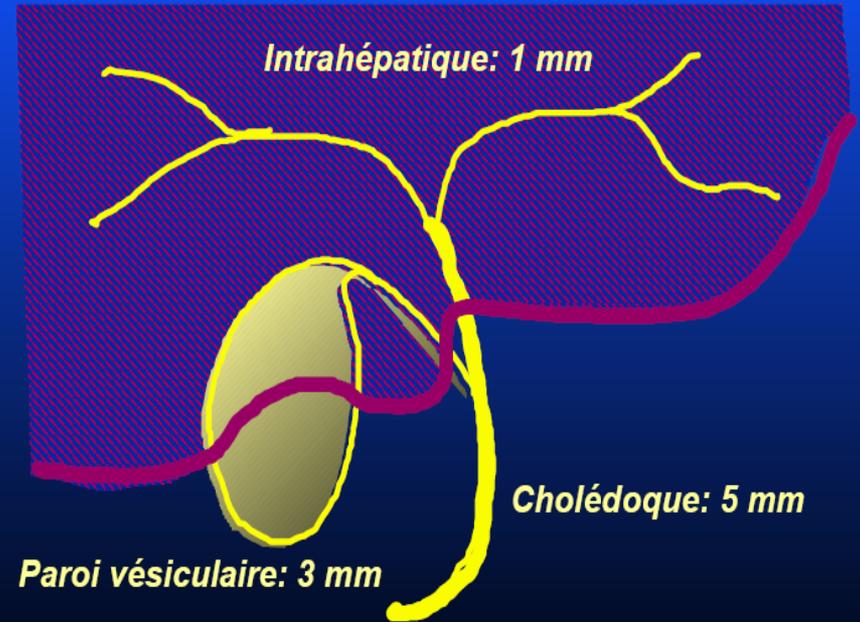
Permet la confirmation du diagnostic de la cholécystite dans 99% ; surtout si présence de signes pathognomoniques :

- Murphy échographique ;
- Epaissement de la paroi vésiculaire > 3- 4 mm+++ ;
- Aspect feuilleté de la paroi ;
- Présence de calcul (image hyperéchogène avec cône d'ombre) ;
- Parfois distension avec un diamètre transversal > 4cm++.

## b Inflammation aiguë de la vésicule biliaire ou cholécystite



## Morphologie des voies biliaires



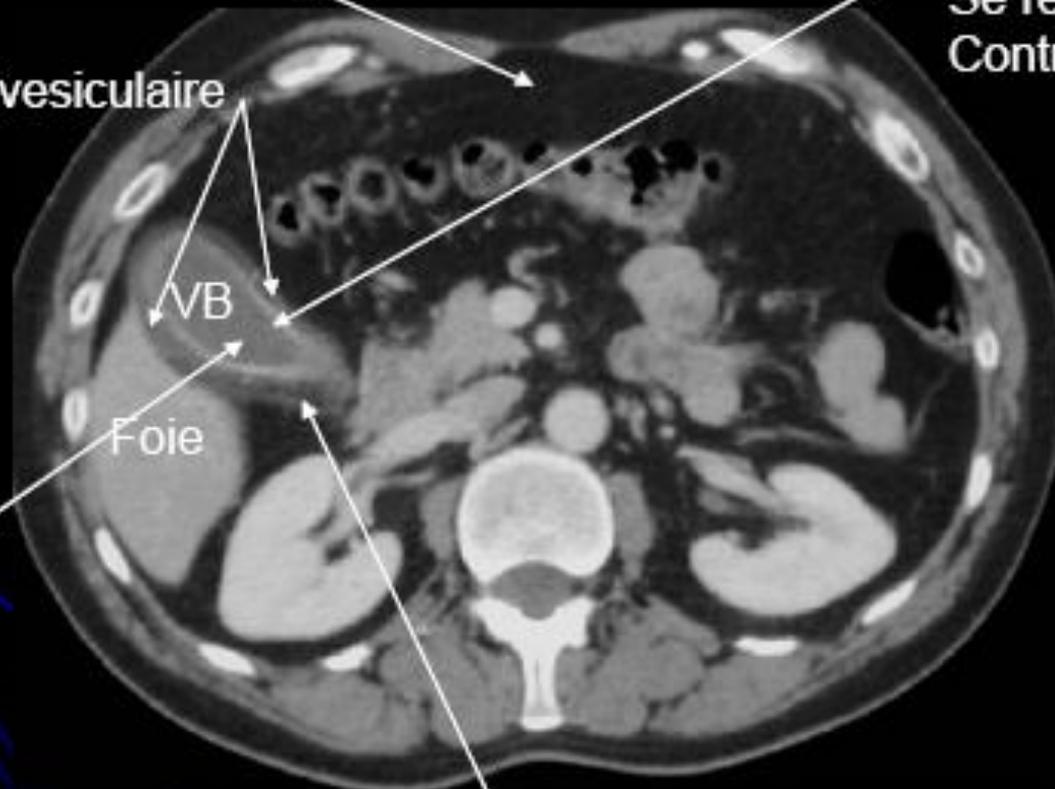
**Dans la cholécystite aiguë la paroi vésiculaire est épaissie (au-delà de 4 mm)**

# Cholecystite aiguë : Scanner

Graisse normale

Parois inflammatoires  
Se rehaussant après  
Contraste > 4mm

Epanchement périvesiculaire



VB

Foie

Bile (0-20 UH)

Infiltration inflammatoire (oedeme)  
de la graisse perivésiculaire

## **B- Examen Biologique :**

- NFS : hyperleucocytose à PNN. (10 000 à 12 000 GB/mm<sup>3</sup>)
- Pas d'anomalie du bilan hépatique de même que le taux d'amylasémie.
- Les hémocultures doivent être faites dès que possible, avant la mise en route de l'antibiothérapie. Elles permettent rarement d'isoler un germe.

## **C- ASP +/- :**

- Peut montrer une calcification se projetant au niveau de l'hypochondre droit.



- L'appendicite aigue sous-hépatique
- L'ulcère perforé (pneumopéritoine)
- La pancréatite aigue (lipase, amylase)
- La pyélonéphrite droite (CBU, écho, TDM)
- Une pneumopathie de la base droite
- L'abcès du foie
- La cholécystite aigue alithiasique (5% des cholécystites de réanimation ou d'immunodéprimés)



*Cholécystite aiguë alithiasique*



A- Péritonite Biliaire

B- Hydrocholécyste

C- Pyocholécyste

D- Cholécystite Emphysémateuse

E- Forme Occlusive

F- Forme Ictérique

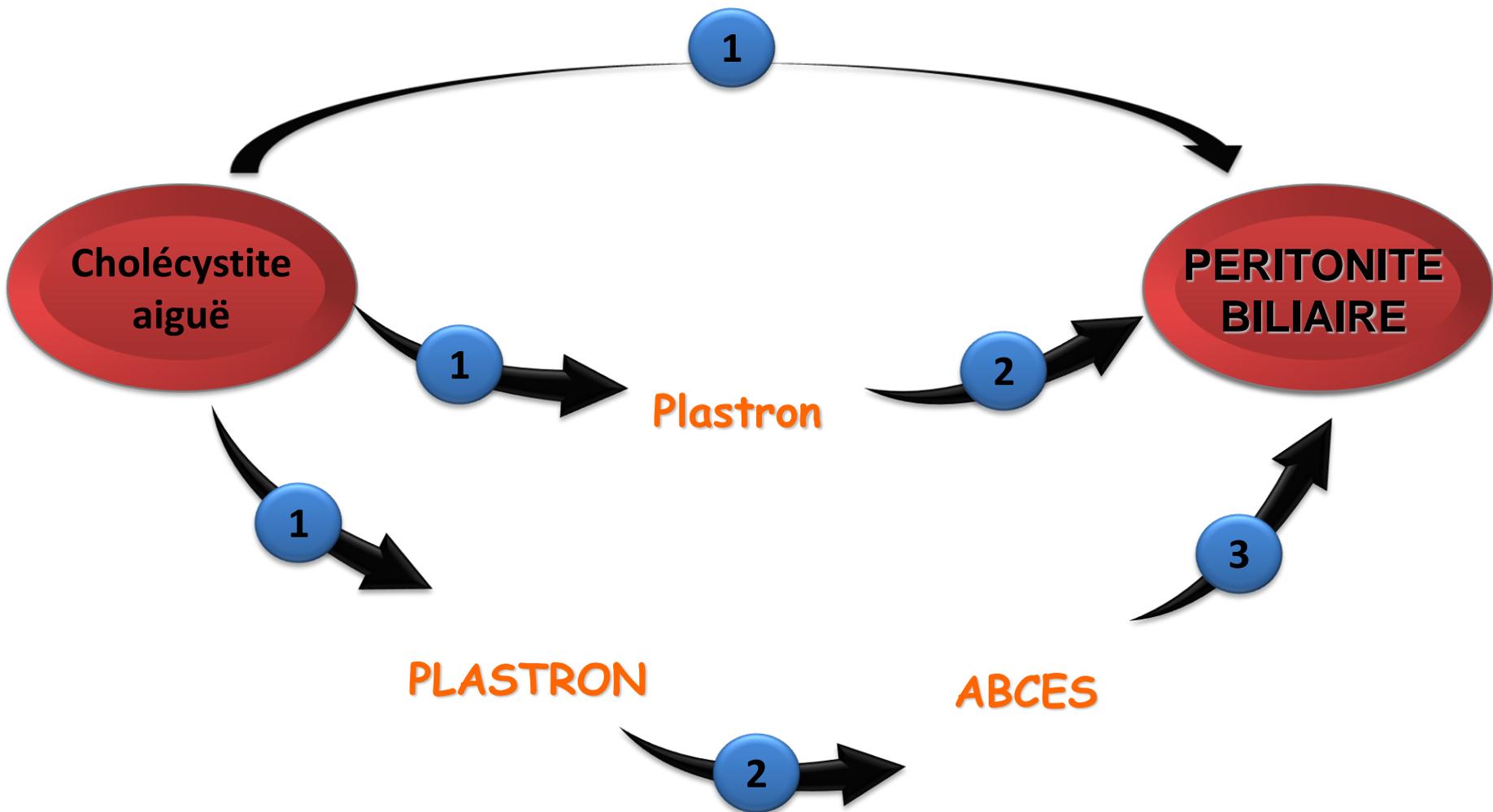
# A- Péritonite biliaire

## 1- Plastron vésiculaire « péritonite plastique localisée » :

- Réaction inflammatoire périvésiculaire liée à l'évolution vieillie d'une cholécystite aiguë.
- Evolution sur plusieurs jours ; à l'examen : une masse mal limitée de l'HCD.
- Echographie- TDM.

## 2- Abscess

## 3- Péritonite généralisée.



## B- Hydrocholécyste :

- Tableau clinique : crise de colique hépatique intense ; avec des vomissements qui calment la douleur ; mais pas d'hyperhémie ni ictère.
- Palpation d'une grosse vésicule au niveau de l'HCD.
- Biologie : normale.
- Echographie : grosse vésicule à paroi fine ; contenu homogène ; calcul.

## C- Pycholécyste :

Tableau clinique : est celui d'un hydrocholécyste avec des signes infectieux

- T° à 40°C ;
- AEG ;
- Grosse vésicule avec défense de l'HCD.
- Biologie : syndrome infectieux.
- Echographie : grosse vésicule en rétention avec contenu hétérogène.

## D- Cholécystite emphysémateuse :

- Forme Rare ;
- Présence De Gaz
- → Évolution Vers Une Perforation.

## E- Forme occlusive

- Elle est surtout le fait du sujet âgé.
- Il s'agit d'une occlusion fébrile.

## F- Forme ictérique

- L'ictère doit être rapporté jusqu'à preuve du contraire à une lithiase associée de la voie biliaire principale.
- Dans certains cas, l'ictère peut être dû à une compression extrinsèque de la voie biliaire principale par un calcul enclavé dans le collet vésiculaire (syndrome de Mirizzi) ou par une pédiculite hépatique associée

# TRAITEMENT

## I- But de Traitement :

- Eradiquer l'infection et sa cause.
- Eviter une complication ultérieure.

## II- Moyens thérapeutiques :

### A- Médical :

- Patient hospitalisé dans un service de chirurgie ; au repos ; à jeun ; sous perfusion.
- Antalgiques : SPASFON\* ; VISCERALGINE\*.
- Vessie de glace.
- Antibiothérapie dirigée contre les germes les plus fréquents (entérobactéries et anaérobies) ; débutée par voie IV après avoir pratiqué 3 hémocultures à 1 heure d'intervalle ; dans le but d'adapter l'ATB à l'antibiogramme. Elle peut associer : C3G + gentamicine (3 mg/kg/j), métronidazole (Flagyl) 1,5 g/24 h,

## **B- Chirurgical :**

### **1- Cholécystectomie par laparotomie :**

- Sous anesthésie générale ;
- Voie sous costale droite ou médiane sus ombilicale ;
- Ligature section de l'artère puis du canal cystique ;
- Cholangiographie per opératoire si possible ;
- Envoyer la pièce opératoire à l'anapath+++.

### **2- Cholécystectomie par coelioscopie :**

- Doit être évitée si inflammation étendue.

### **3- Drainage percutané échoguidé de décompression**

- Si sujet âgé ; risque opératoire avec une cholécystectomie secondaire ; sauf contre indication opératoire définitive.

## Indications thérapeutiques :

### A- Cholécystite aiguë :

- Traitement en urgence : perfusion (2l de sérum glucosé à 5% +4g Nacl+2g Kcl/l) + antalgiques.

#### **1- Devant un malade vu tôt ; sans contre indication opératoire :**

- ATB dès que le diagnostic est posé ;
- Cholécystectomie en urgence (dans les 48h après l'admission) ;
- Arrêt des ATB en post opératoire.

#### **2- Devant un malade vu tardivement ou non opérable :**

- Antibiothérapie prolongée (5j par voie IV ou 2 j après l'apyrexie) ; puis relais par voie orale pendant 10J ;
- Si évolution favorable → traitement chirurgical dans les 2 mois.
- Si évolution défavorable → drainage percutané dans les 48h.

## **B- Formes anatomo-cliniques :**

### **1- Hydrocholécyste :**

- Cholécystectomie en urgence ;
- Sinon ; cholécystostomie si contre indication opératoire.

### **2- Pyocholecyste :**

- Malade opérable ; vu tôt : ATB+ cholécystectomie.
- Malade non opérable, vu tard : antibiothérapie prolongée et drainage.

### **3- C. emphysémateuse :**

- Urgence chirurgicale+ ATB.

### **4- Abscès :**

- Traitement médical → drainage percutané→chirurgie.

### **5- Plastron :**

- Traitement médical→ chirurgie secondaire.

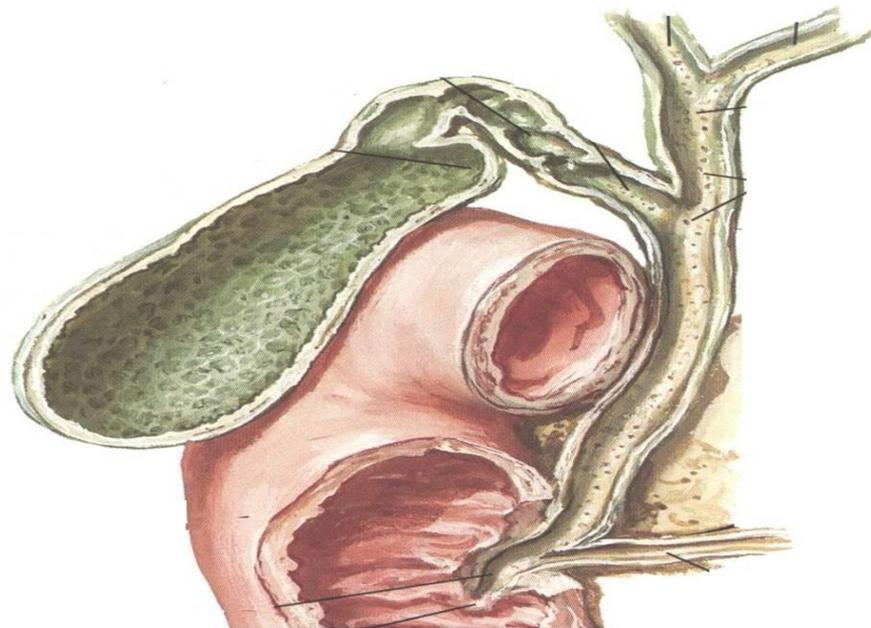
### **6- Péritonite généralisée :**

- ATB+ chirurgie en urgence (cholécystectomie ; lavage et drainage Péritonéal).

## **B. Angiocholite Aigue**

# Généralités

- L'angiocholite aigue correspond à l'infection des voies biliaires
- C'est la conséquence d'une obstruction de la voie biliaire principale, dont l'étiologie est le plus souvent lithiasique
- Le risque principal est le sepsis sévère/choc septique



# Clinique

- ❑ La présentation clinique typique correspond à la triade de Villard :  
apparition successive dans les 48 heures :
  - D'une douleur de type colique hépatique
  - D'une fièvre élevée de type canalaire
  - D'un ictère rétentionnel

## Examen physique :

- Syndrome infectieux pouvant être au premier plan
- Ictère cutanéomuqueux, témoin de l'obstacle biliaire extra hépatique
- Douleur provoquée de L'hypochondre droit, en général modérée

## Signes biologiques :

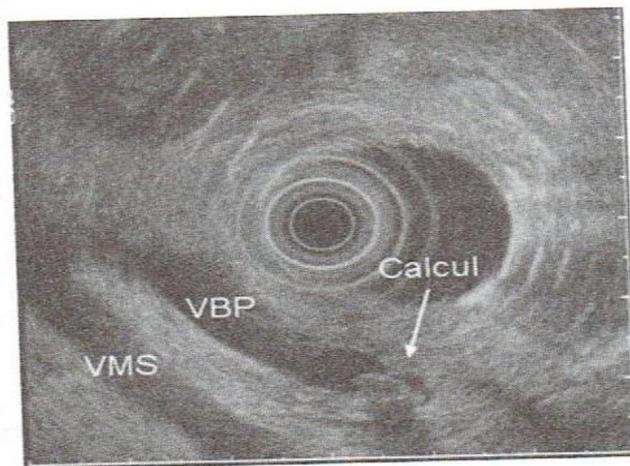
- Infection bactérienne : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, syndrome inflammatoire biologique marqué ;
- Ictère cholestatique : augmentation des enzymes de la cholestase, ictère à biliribine conjuguée

## L'échographie abdominale confirme le diagnostic :

- Elle montre l'obstacle biliaire sous forme d'une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques ;
- Elle confirme la maladie lithiasique biliaire : calculs vésiculaires ;
- Sa sensibilité pour le diagnostic de lithiase de la voie biliaire principale est faible : environ 30 %



**Fig. 258-1.** Cholangio-IRM : calcul de la voie biliaire principale sous forme d'une lacune en hyposignal du cholédoque.



**Fig. 258-2.** Écho-endoscopie : calcul de la voie biliaire principale : formation hyperéchogène avec cône d'ombre acoustique postérieur au sein du cholédoque.

# Traitement Médical

- Urgence médicale : hospitalisation en urgence en service de gastro entérologie
- Traitement médical
  - Antibiothérapie parentérale probabiliste active sur les BGN et les anaérobies type C3G +métronidazole
  - Réhydratation parentérale
  - Correction des troubles de l'hémostase (baisse du TP fréquente par carence en vit K, compliquant l'obstacle biliaire)
  - Traitement antalgique adapté aux pallier de l'OMS
  - Traitement antipyrétique par paracétamol
- Surveillance clinique et paraclinique : constantes vitales, syndrome infectieux, douleur, bilan biologique hépatique

# Traitement Endoscopique et Chirurgical

- Drainage biliaire en urgence au cours d'une cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) par sphinctérotomie et extraction des calculs de la voie biliaire principale
  
- Cholécystectomie à distance idéalement par voie coelioscopique, sauf pour les patients à très haut risque opératoire

➤ **L'antibiothérapie et le drainage biliaire sont les deux axes essentiels du traitement de l'angiocholite aiguë.**

➤ Complications de la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)

- Pancréatite aiguë post-CPRE (3 à 5%) le plus souvent bénigne
- Hémorragie digestive après CPRE
- Perforation duodénale
- Angiocholite aiguë

## Récapitulatif

- Angiocholite aigue = infection des voies biliaires
- Présentation clinique : Triade de Villard : douleur – fièvre – ictère
- Bilan biologique : cholestase ictérique + syndrome infectieux
- Echographie hépatobiliaire : dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques. La lithiase de la voie biliaire principale est rarement visualisée
- C'est une urgence médicale
- Antibiothérapie parentérale probabiliste active sur les BGN et sur les anaérobies
- Drainage biliaire par CPRE : Sphinctérotomie endoscopique et extraction du ou des calculs de la voie biliaire principale (VBP)

**QCM**

**1. Quel (s) élément (s) échographique (s) est (sont) en faveur d'une cholécystite aiguë ?**

- A. Lithiase vésiculaire
- B. Paroi vésiculaire > 3 mm
- C. Lithiase cholédocienne
- D. Distension vésiculaire > 5 cm
- E. Vésicule « Porcelaine »

**A - B**

**2. Quel (s) geste (s) peut-on réaliser pour diagnostiquer une lithiase de la voie biliaire principale ?**

- A. Echo-endoscopie
- B. Cholangiographie peropératoire
- C. Cholécotomie
- D. Bili- IRM
- E. CPRE

**A - B - D - E**

**3. Quel (s) geste (s) peut-on réaliser pour traiter une lithiase de la voie biliaire principale ?**

- A. Echo-endoscopie
- B. Cholangiographie peropératoire
- C. Cholécotomie
- D. Bili-IRM
- E. Sphinctérotomie endoscopique

**C - E**

**4. Quel (s) signe (s) clinique (s) évoque (nt) une angiocholite aigue ?**

- A. Douleur épigastrique
- B. Fièvre
- C. Douleur de l'hypocondre droit
- D. Ictère
- E. Signe de Murphy

**A – B – C - D**

**MERCI**  
MERCI

