



## Item274-Lithiase biliaire et complications.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une lithiase biliaire et ses complications. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- <a href="#">Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines / Journal of HBP Surgery / 2007</a> - <a href="#">CC Prise en Charge de la Lithiase Biliaire / SNFGE / 2010- Polycopié national: item 258</a> - <a href="#">HAS ambulatoire 2012</a>	- Lithiase cholestérolique - Terrain: F / > 50ans / obèse / HTG - <b>Colique</b> = douleur / s. négatifs +++ - Murphy / calcul / cône / distension - Cholécystectomie à froid / MHD - <b>Cholécystite</b> : douleur biliaire + fièvre - Echo: parois épaissies / sludge - Cholécystectomie sous 24h: urgence - Augmentin IV puis PO 3g/j 5 à 7j - Fistule: iléus biliaire: Sd occlusif - <b>Angiocholite</b> = dl + fièvre + ictère - Augmentin + gentamicine IV 10-14J - Sphinctérotomie endoscopique - Cholécystectomie à distance - Post-op: fièvre / transit / cicatrice	- Lithiase de la VB = abstention - Lithiase de la VBP = retrait - Signes négatifs (CH/Chol.) - Info sur risque de conversion - Cholangiographie per-op. - Envoi de la pièce en anapath. - Hémocultures / lipasémie - Angiocholite = CPRE urgente

### Généralités

#### Rappels sur les voies biliaires

- **Voie biliaire accessoire (VBA)**
  - Vésicule biliaire → collet biliaire → canal cystique
- **Voie biliaire principale (VBP)**
  - Canaux hépatiques: droit et gauche (pour foie droit et foie gauche) → canal hépatique commun
  - puis canal cholédoque (après réunion canal hépatique commun et canal cystique)
- **Terminaison**
  - Rejoint le canal de Wirsung (canal pancréatique principal) / sphincter d'Oddi
  - S'abouchent au niveau du duodénum (D2) / par ampoule de Vater (papille)

#### Définitions +++

- **Lithiase de la VBA**
  - Non compliquée = asymptomatique
  - Si calcul bloqué dans collet = colique hépatique
  - Si infection de la bile en amont = cholécystite aiguë
- **Lithiase de la VBP**
  - Non compliquée = asymptomatique
  - Si infection de la bile en amont = angiocholite aiguë
  - Si inflammation du pancréas = pancréatite aiguë biliaire

#### Physiopathologie

- !! NPC lithiase (le processus pathologique) et les calculs eux-mêmes
- Saturation de la bile en cholestérol → précipitation des cristaux / croissance
- **Types de lithiase**
  - **Lithiase cholestérolique +++ (80%)**
    - Calculs mixtes (cholestérol + bilirubine): 80% des cas
    - Calculs cholestérolitiques purs: 20% des cas

- Lithiase pigmentaire (20%)
  - Calculs noirs = sel calcique + bilirubine
  - Calculs bruns = bilirubinate + palmitate de Ca
- Lithiase médicamenteuse (exceptionnelle)

#### Epidémiologie

- Fréquent +++ : 2000 nouveaux cas/an/M de personne en France
- p = 5M de personnes en France / 10-15% des adultes en Europe
- Facteurs de risque de lithiase biliaire
  - Lithiase cholestérolique
    - Age > 60ans / sexe féminin (x2) / atcd familiaux
    - Obésité / sédentarité / alimentation grasse
    - Dyslipidémie: **HTG** (!! pas hypercholestérolémie)
    - Médicaments: **fibrates** / contraception orale / ciclosporine...
    - Grossesse / multiparité / ménopause / THS
  - Lithiase pigmentaire
    - Calculs bruns: infection de la bile (PVD) / obstacle sur VB (PD)
    - Calculs noirs: **hémolyse** chronique +++ (thalassémie, drépanocytose) / cirrhose

## A. LITHIASSE DE LA VBA

### Lithiase vésiculaire non compliquée

#### Diagnostic

- !! 80% des calculs vésiculaires resteront asymptomatiques
- Découverte fortuite au cours d'une échographie abdominale
- Remarque: nombre / taille / type: non prédictifs du risque de complication

#### Traitement

- Pas de cholécystectomie tant que pas de signes cliniques (**A savoir !**)
  - → abstention thérapeutique (colique dans seulement 20% des cas)
  - !! Aucune surveillance particulière n'est justifiée
- Indications à une cholécystectomie prophylactique : limitées +++
  - Vésicule porcelaine / polypes >1cm
  - Enfant avec hémolyse chronique (drépanocytose ou thalassémie)
  - Infection chronique à salmonella typhi (malgré ABT)
  - Au cours de certaines interventions (mais pas chirurgie obésité)

### Colique hépatique

#### Définition

- = mise en tension brutale de la VBA par un calcul enclavé dans le canal cystique ou collet

#### Diagnostic

- Examen clinique
  - Interrogatoire
    - Terrain: FdR: repas copieux / graisses / alcool / femme / âge, etc.
    - Prises: médicamenteuses (fibrates, pilule) / toxiques (alcool)
    - Anamnèse: notion d'atcd de douleur épigastrique +/- HCD
    - Signes fonctionnels = douleur biliaire
      - Sièges = **épigastrique** (2/3 des cas) / hypochondre droit (1/3 des cas)
      - Irradiations = omoplate / épaule droite
      - Intensité = +++ / survenue = brutale / continue
      - Evolution = dure moins de 6h / résolution spontanée progressive
      - !! Paroxystique = peut se répéter avec intervalles variables
      - Signes associés: nausées-vomissements fréquents
  - Examen physique
    - Signes en faveur
      - Signe de **Murphy**: inspiration bloquée à la palpation de l'hypochondre droit
      - Signe de Caroli: la palpation peut reproduire la douleur une fois passée
    - Signes négatifs +++ (**A savoir !**)
      - Pas de fièvre (≠ cholécystite)
      - Pas d'ictère (≠ angiocholite)

- Pas de défense (≠ cholecystite / appendicite sous-hépatique)
- Examens complémentaires
  - Echographie abdominale +++
    - Examen de 1ère intention (Se = 98% si lithiasse >2mm)
    - Pour diagnostic positif (4)
      - Calcul visible = hyperéchogène et mobile
      - Cône d'ombre postérieur derrière le calcul
      - Distention de la VBA (collet et canal cystique)
      - Murphy échographique = douleur au passage de la sonde
    - Signes négatifs +++ (A savoir !)
      - Pas d'épaississement de la paroi: < 4mm (≠ cholécystite)
      - Pas de dilatation de la VBP (< 7mm) ni des voies intra-hépatiques (≠ angiocholite)
  - Bilan biologique (TA-PAL / NFS-CRP)
    - Normal: pas de cholestase / pas de syndrome inflammatoire
    - Parfois: ↑ modérée TA +/- lipase en post-aigu (cf migration lithiasique)
  - ASP: pas d'intérêt (retrouve moins de 15% des calculs)
  - Bilan préop si indication à un traitement chirurgical (pas en urgence)

#### Traitement

- Prise en charge
  - Hospitalisation seulement si SdG / vomissements incoercibles
  - Sinon traitement de la crise aux urgences / RdV avec chirurgien rapide
  - Chirurgie bilan pré-opératoire + Cs anesthésie + Cs chirurgie
- Traitement symptomatique
  - Antalgiques: paracétamol 3g/j PO ou IV si vomissement
  - Antispasmodiques: Spasfon® 2cpx3/j (ou 2-3amp/j en IV)
- Traitement étiologique = cholécystectomie à froid +++
  - A distance de la crise de colique hépatique
  - Après information du patient: risque de conversion en laparotomie, **risque de plaie de la VBP (A savoir !)**
  - Par voie **coelioscopique** (>> laparotomie)
  - Cholécystectomie et envoi de la pièce en **anapath (A savoir !)**
  - **Cholangiographie per-opératoire:** recherche un calcul de la VBP (A savoir !)
    - pas d'indication systématique (RPC 2010)
      - en l'absence de critères prédictifs de lithiasse de la VBP : pas d'explorations pré-op ou per-op
      - en présence de critères pré-opératoires prédictifs de lithiasse de la VBP : dépend du geste envisagé (cf infra LVBP)
        - si traitement tout chirurgical : pas d'examen pré-opératoires supplémentaires : cholangiographie per-opératoire
        - si traitement combiné : Bili-IRM ou écho-endoscopie
- Surveillance
  - Suites opératoires simples: sortie à J2 vs chir ambulatoire (HAS ambulatoire 2012)
  - !! pas de régime diététique particulier post-op

## Cholécystite aiguë

### Définition

- Cholécystite = infection biliaire secondaire à une obstruction prolongée (> 6h) de la VBA
- Remarque: cholécystite gangréneuse = nécrose de la paroi vésiculaire

### Diagnostic

- Examen clinique
  - Interrogatoire
    - Terrain: FdR de lithiasse biliaire (cf supra)
    - Anamnèse: atcd d'épisodes de colique hépatique +++
    - Préop: !! heure du dernier repas / prises médicamenteuses
    - Douleur = celle de la colique hépatique:
      - épigastrique / brutale / irradiant dans l'omoplate droit
      - augmentée à l'inspiration profonde / **durée > 6h** +++
  - Examen physique
    - Idem colique hépatique
      - Signe de Murphy / nausée et vomissement
      - NPO à titre systématique: toucher rectal / orifices herniaires
    - Mais avec signes spécifiques +++
      - Fièvre modérée (38.5°C)
      - Défense de l'hypochondre droit (inconstant)
    - Et toujours signe négatif (A savoir !)

- **Pas d'ictère** (sinon c'est une angiocholite ou un Mirizzi)
- **Examens complémentaires**
  - **Pour diagnostic positif = échographie abdominale + + +**
    - **Mêmes signes que dans la colique hépatique**
      - Calcul visible = hyperéchogène + mobile +/- enclavé
      - Cône d'ombre postérieur
      - Augmentation du volume/diamètre de la vésicule (> 4cm)
      - Murphy échographique = douleur au passage de la sonde
    - **Signes spécifiques signant la cholécystite + + +**
      - Parois vésiculaires **épaissies** (> 3-5mm) +/- dédoublées (ou feuilletées)
      - Présence de **sludge** (= bile stagnante: épais/hétérogène)
      - Epanchement vésiculaire fréquent
    - **Rechercher des complications**
      - Abscess péri-vésiculaire / péritonite / cholécystite gangréneuse
    - **Et toujours signe négatif: éliminer une lithiasie de la VBP (A savoir !)**
      - **!! Pas de dilatation de la VBP** ni des canaux intra-hépatiques
  - **Pour évaluation du retentissement**
    - **Hémocultures (A savoir !)** : systématiques / avant toute ABT
    - NFS-P: hyperleucocytose neutrophile
    - Bilan hépatique = !! normal (~ ↑ des γ-GT ou amylase)
  - **Pour bilan pré-opératoire**
    - cf chirurgie en urgence! (≠ colique hépatique)
    - Cs anesthésie / Gpe-Rh-RAI / TP-TCA / ECG-RTx
- **Forme clinique particulière = cholécystite alithiasique**
  - = infection de la bile sans calcul / 10% des cholécystites
  - Circonstances: choc / en réanimation / infection B / VIH / post-op...

#### Complications aiguës

- **Cholécystite gangréneuse**: Sd infectieux ↑ / **dédoublement** paroi vésiculaire à l'écho
- **Péritonite biliaire**: contracture abdominale + épanchement péritonéal
- **Abscess sous-hépatique**: AEG +/- iléus + collection sous-hépatique à l'écho
- **Abscess sous-phrénique**: AEG + hoquet + pleurésie réactionnelle +/- iléus
- **Syndrome de Mirizzi**: (rare!) compression inflammatoire extrinsèque de la VBP par un calcul vésiculaire: ictère +/- angiocholite

#### Classification des cholécystites (Prise en Charge de la Lithiasie Biliaire / SNFGE / 2010)

- **Grade 1** : ni grade 2 ni grade 3
- **Grade 2 : gravité modérée** :
  - GB > 18.000/mm<sup>3</sup>
  - et/ou masse palpable HCD
  - et/ou signes cliniques > 72h
  - et/ou marqueurs d'infection locale
    - péritonite biliaire localisée
    - abscess péri-vésiculaire
    - abscess hépatique
    - cholécystite gangréneuse
    - cholécystite emphysémateuse
- **Grade 3: gravité sévère** : un ou plusieurs des signes suivants:
  - dysfonctionnement cardiovasculaire (drogues vaso-actives)
  - dysfonctionnement neurologique (troubles conscience)
  - dysfonctionnement respiratoire (PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>)
  - dysfonctionnement rénale (oligurie, créatininémie sérique > 2,0 mg/dL)
  - dysfonctionnement hépatique (TP-INR > 1,5)
  - dysfonctionnement hématologique (plaquettes < 100.000/mm<sup>3</sup>)

#### Traitement d'une cholécystite aiguë

- **Mise en condition**
  - Hospitalisation / en urgence / en chirurgie digestive
  - Maintien patient **à jeun** / pose VVP / repos strict au lit
  - Bilan préop / Cs anesthésie / +/- SNG si vomissement
  - !! Prévenir le patient du risque de conversion en laparotomie, de plaie de la VBP (**A savoir !**)
- **Antibiothérapie : toujours**
  - En urgence / probabiliste / parentérale / secondairement adaptée
  - !! active sur les germes digestifs: BGN et entérobactéries
  - → **Augmentin®** 3g/j en IV (+/- gentamicine si sepsis)
  - Durée totale = **5-7 jours** / relais PO après 48h d'apyrexie

- Si allergie: ciprofloxacine (Ciflox®) + métronidazole
- **Traitement symptomatique**
  - Antalgiques: paracétamol IV 1gx3/j
  - Hydratation +/- rééquilibration hydroélectrolytique
  - Anti-émétiques et/ou anti-spasmodiques si besoin
- **Traitement chirurgical = cholécystectomie à chaud +++**
  - **Indication** : cholécystite grade 1 et 2 ( grade 3 est trop grave pour la chirurgie)
  - **A chaud: sous 24h** / systématique: c'est LE traitement de la cholécystite (> ABT)
  - **Voie d'abord**: coelioscopie (+/- conversion en laparotomie)
  - **Exploration**: prélèvements bile pour bactério / **cholangiographie per-opératoire**
  - **Geste**: cholécystectomie (ligature-section a. et canal cystiques)
  - **Prélèvement bactériologique de la bile**
  - **Anapath**: envoi de la pièce opératoire systématique (**A savoir !**)
  - **Lavage / +/- drainage / fermeture**
  - Arrêt des antibiotiques en post-opératoire si cholécystectomie à chaud (sauf sujets à risque - RPC 2010)
- **Traitement par radiologie interventionnelle**
  - **Indication** : cholécystite grade 3
  - **Modalités** : drainage transcutané échoguidé avec drain pendant 6 semaines
  - **Prélèvement bactériologique de la bile**
  - **Cholécystectomie à distance**
- **PEC selon grade** :

Grade	Traitement
<b>1</b>	Cholécystectomie à chaud +ATB
<b>2</b>	Cholécystectomie à chaud + ATB
<b>3</b>	Drainage Percutané + ATB

- **Surveillance**
  - **Clinique**: fièvre / transit / cicatrice / MTEV / drains
  - **Paraclinique**: NFS-CRP / plaquettes pour HBPM

## Cholécystite chronique

### Définition

= infection chronique de la bile par:

- succession de cholécystites à bas bruits non traitées
- obstruction partielle et intermittente de la VBA

### Complications

- **Cholécystite scléro-atrophique**
  - Ulcération + sclérose puis atrophie de la VB autour d'un gros calcul
  - Diagnostic = échographie: paroi vésiculaire épaissie et moulée sur le calcul
- **Vésicule porcelaine**
  - Paroi vésiculaire fibreuse → dépôts calciques
  - Risque = transformation maligne (cholangiocarcinome) +++
- **Fistules biliaires**
  - **Fistules bilio-digestives**
    - Lithiase vésiculaire = 1ère cause de fistules bilio-digestives (80% des cas)
    - Cholécysto-duodénale dans 70% des cas
    - Le plus souvent asymptomatique / parfois occlusion digestive
    - → ileus biliaire (= occlusion iléale) ou Sd de Bouveret (occlusion duodénale)
  - **Fistule bilio-biliaire**
    - Communication VBA-VBP → tableau de lithiase de la VBP (= ictère)
- **Calculo-cancer**
  - !! Relation causale entre adénocarcinome de la VB et lithiase biliaire (rare)
  - D'où anapath. de la pièce opératoire de la cholécystectomie = systématique (**A savoir !**)

**Traitement d'une cholécystite chronique = traitement chirurgical à froid**

- Cholécystectomie par coelioscopie +++
- Laparotomie si: fistule cholécysto-entérique / calculo-cancer

## B. LITHIASSE DE LA VBP

### Lithiase de la VBP non compliquée

#### Diagnostic

- Examen clinique
  - Asymptomatique dans 1/3 des cas +++
  - **Douleur biliaire**: la même que dans la colique hépatique (cf supra)
  - Ictère cholestatique (urines foncées / selles claires) (!! inconstant)
- Examens complémentaires
  - gGt, PAL, Bilirubine: cholestase biologique
  - **Echographie abdominale**: dilatation de la VBP > 6mm +/- visualisation du calcul
- Diagnostic de certitude fait par :
  - **Cholangio-IRM +++ (bili-IRM)**: affirme le calcul avant CPRE
  - **Cholangiographie perop**: si découverte fortuite pendant une cholécystectomie
  - **Echo-endoscopie**: examen de référence mais AG et pas de geste thérapeutique

#### Traitement

- !! Toute lithiase de la VBP, même asymptomatique, doit être retirée (≠ VB: **A savoir !**)
- soit par voie chirurgicale, soit par voie endoscopique
- une cholécystectomie doit être associée
- d'où 2 stratégies équivalentes (**Prise en Charge de la Lithiase Biliaire / SNFGE / 2010** : le choix dépend de l'expérience de chaque centre) :
- **Traitement combiné = Chirurgie associée à traitement endoscopique (CPRE + sphinctérotomie)**
  - Après confirmation du calcul par cholangio-IRM (bili-IRM) +++
  - Sous AG / confirmation du calcul par cholangiographie rétrograde
  - Sphinctérotomie puis extraction du calcul (par sonde de Dormia)
  - Cholécystectomie dans le même temps / à distance
- **Tout chirurgical = cholécystectomie + extraction du calcul**
  - A préférer si patient jeune sans comorbidités (évite la sphinctérotomie)
  - Au cours d'une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire +++
  - Sous coelioscopie +/- cholédocoscopie: extraction par canal cystique ou cholédocotomie
- **On distingue plusieurs situations :**
  - **Lithiase de la VBP chez patient déjà cholécystectomisé**
    - **traitement endoscopique**
  - **Lithiase de la VBP chez patient non cholécystectomisé**
    - **traitement tout chirurgical**
    - **ou cholécystectomie + traitement endoscopique**
  - **Découverte d'une lithiase de la VBP au cours d'une cholécystectomie**
    - si VBP fine (risque chirurgical +++):
      - **drain trans-cystique pendant 6 semaines**
      - **contrôle à 6 semaines par cholangiographie: disparition calcul?**
      - **si présent: extraction endoscopique**
    - si VBP large:
      - **extraction chirurgicale**
      - **ou drain + extraction endoscopique post-opératoire**

### Angiocholite

#### Définition

- Infection de la bile en amont d'un calcul dans la VBP
- Complique 6-9% des lithiases de la VBP
- !! NPC avec cholangite = inflammation +/- fibrose des VB

#### Diagnostic

- Examen clinique
  - **Interrogatoire**
    - **Terrain**: F > H / 60ans / obèse / HTG / atcd de coliques hépatiques
    - **Anamnèse**: heure du dernier repas / prise médicamenteuses
  - **Positif = triade de Charcot** (dans l'ordre)
    - !! triade inconstante: seulement 1/3 des patients ont les 3 signes
    - **Douleur biliaire**: épigastrique +/- HCD / à l'épaule / Murphy, etc.

- **Fièvre** élevée: 39-40° / avec frissons (≠ cholécystite)
- **Ictère**cholestatique (urines foncées / selles décolorées)
- **Rechercher signes de gravité (A savoir !)**
  - Rechercher signes de sepsis voire de choc septique: PA / FC / FR, etc.
- **Examens complémentaires**
  - **Echographie abdominale +++**
    - En 1ère intention mais Se ↓: TDM si non concluant
    - **Signes positifs**
      - **Dilatation de la VBP** > 8mm
      - Dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques
      - Epaissement de la paroi vésiculaire > 4mm / sludge
      - +/- visualise le calcul: hyperéchogène / cône d'ombre
    - **NPO de rechercher des complications**
      - Abscès hépatique ++
      - Pancréatite aiguë
  - **Bilan biologique**
    - **Pour diagnostic positif**
      - NFS-CRP: hyperleucocytose neutrophile / syndrome inflammatoire
      - Bilan hépatique = cholestase: PAL >3N et GGT > 3N
    - **Pour évaluation du retentissement**
      - **Hémocultures**: systématiques (positives dans 70% des cas) (A savoir !)
      - **Lipasémie**: rechercher une pancréatite aiguë (> 3N) (A savoir !)
  - **TDM abdominale**: en 2nde intention si échographie non concluante
  - **Cholangio-IRM**: meilleur examen mais peu disponible (pas en pratique)
- **Diagnostics différentiels**
  - **Angiocholite aiguë non lithiasique**: compression extrinsèque par **tumeur de la tête du pancréas**
  - **Devant [ictère-fièvre-douleur]**: hépatite aiguë / abcès hépatiques / tout sepsis sévère

#### Complications

- **Septicémie +++**: sepsis sévère / choc septique (cf **Septicémie/Bactériémie/Fongémie de l'adulte et de l'enfant.**)
- **Abscès hépatiques**: à évoquer devant cytolyse hépatique importante

#### Traitement d'une angiocholite

- **Mise en condition**
  - Hospitalisation / en urgence / en chirurgie ou REA si SdG
  - Maintien patient **à jeun** / repos strict au lit / VVP
  - Pose **SNG** / bilan préop en urgence / Cs anesthésie
  - Appel du chirurgien ou endoscopiste de garde
- **Antibiothérapie**
  - En urgence / probabiliste / parentérale / double / II adaptée
  - Active sur les germes digestifs: BGN et entérobactéries
  - → **Augmentin®** 3g/j IV + **gentamicine** 3mg/kg/j IV
  - Relais PO (arrêt aminoside) à 48-72h / durée totale: **10-14J**
  - Si allergie: C3G (ceftriaxone) + métronidazole (Flagyl®)
- **Traitement symptomatique**
  - Si sepsis sévère: remplissage +/- noradrénaline en REA (cf **État de choc. Principales étiologies : hypovolémique, septique (voir item 154), cardiogénique, anaphylactique.**)
  - Hydratation +/- rééquilibration hydroélectrolytique
  - Antalgiques IV +/- antispasmodiques / antiémétiques
- **Traitement étiologique = drainage des voies biliaires en urgence +++**
  - **Endoscopique = CPRE pour drainage par sphinctérotomie endoscopique (A savoir !)**
    - En urgence (après drainage transcutané des VB si hémodynamique instable)
    - Exploration par **écho-endoscopie** au cours de la CPRE: localise le calcul
    - **Sphinctérotomie** puis extraction du calcul par sonde à panier (de Dormia)
    - !! Complications de la CPRE: angiocholite aiguë !! / pancréatite aiguë / HD / perforation duodénale
  - **Chirurgical = cholécystectomie au décours / à froid (+ 15J)**
    - Voie d'abord = coelioscopie +/- laparotomie
    - Exploration de la cavité péritonéale / prélèvements
    - Cholécystectomie / cholangiographie per-opératoire
    - Si calcul retrouvé: **cholécotomie** pour extraction
    - Envoi de la pièce opératoire en anapath (A savoir !)
  - **Remarque: stratégie thérapeutique en pratique**
    - si angiocholite grave (= sepsis ou IRA) CPRE pour **drainage** en urgence + cholécystectomie à distance
    - Sinon : extraction du calcul par voie chirurgicale ou endoscopique avec cholécystectomie ( cas général d'une lithiasie de la VBP)

- **Surveillance**
  - **Clinique:** fièvre / ictère / transit / diurèse / constantes / C° de la CPRE ++
  - **Paraclinique:** hémocultures / bilan inflammatoire / bilan rénal / bilan hépatique

## Pancréatite aiguë biliaire

**Diagnostic** (cf Pancréatite aiguë.)

- !! lithiase de la VBP = cause la plus fréquente avec l'alcool
- **Diagnostic:** lipasémie > 3N = pancréatite aiguë
- **En faveur de l'origine lithiasique de la PA (= critères de Blamey)**
  - Sexe féminin / âge > 50ans
  - ALAT > 3N et ALAT > ASAT
  - PAL > 2.5N (cholestase)
  - Amylase > 13N

**Traitement d'une pancréatite aiguë**

- cf Pancréatite aiguë.

## Lithiase intra-hépatique non compliquée

**Examens complémentaires**

- = calcul en amont de la convergence biliaire

**Diagnostic**

- **Examen clinique**
  - Asymptomatique +++ (pendant des années parfois)
  - Angiocholites récidivantes (malgré cholécystectomie)
  - Ictère ou cholestase anictérique
  - Cirrhose biliaire secondaire
- **Examens complémentaires**
  - **Bilan hépatique:** cholestase: PAL et GGT / bilirubine conjuguée ↑
  - **Echographie abdo:** dilatation inconstante des VB +/- calculs
  - **Cholangio-IRM +++:** devient l'examen de **référence**

**Traitement d'une lithiase intra-hépatique**

- Si asymptomatique → abstention thérapeutique +++
- Sinon: dissolution médicale / traitement endoscopique, chirurgical, etc.

## Lithiase biliaire symptomatique chez la femme enceinte (RPC 2010)

**Examens complémentaires**

- Echographie
- Echo-endoscopie ou bili-IRM en deuxième intention (lithiase de la VBP +++)

**Traitement**

- **Colique hépatique**
  - attitude conservatrice
- **Cholecystite aiguë**
  - Traitement médical équivalent au traitement chirurgical
  - Précautions traitement chirurgical
    - repérage hauteur utérine
    - utilisation de l'open coelioscopie
    - Echographie foetale pré- et post-op (risque de fausse couche)
- **Lithiase VBP**
  - **Traitement endoscopique est possible**
  - **Décision collégiale**
    - précautions si traitement endoscopique au 2T et 3T :
      - sous AG
      - pas de décubitus dorsal
      - limiter exposition fœtus aux rayons et consigner doses reçues
  - **Echographie abdo:** dilatation inconstante des VB +/- calculs
  - **Cholangio-IRM +++:** devient l'examen de **référence**

## Synthèse pour questions fermées

Quel est le meilleur signe de cholecystite à l'échographie ?

- Murphy échographique (douleur inhibant l'inspiration au passage de la sonde)

Quelle propriété pharmacologique des C3G est intéressante dans les cholecystites et les angiocholites ?

- Elimination biliaire

Quels sont les 2 volets du traitement chirurgical de la lithiase de la VBP ?

- Extraction calcul

- Cholécystectomie

différentes stratégies selon les patients et selon les centres... ( tout chirurgical, stratégie combinée...)

Quels sont les 2 éléments du traitement étiologique d'une angiocholite ?

- Antibiothérapie - Drainage de la bile (CPRE avec sphinctérotomie)