

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 !
- Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines / Journal of HBP Surgery / 2007 - CC Prise en Charge de la Lithiase Biliaire / SNFGE / 2010- Polycopié national: item 258 - HAS ambulatoire 2012	- Lithiase cholestérolique - Terrain: F / > 50ans / obèse / HTG - Colique = douleur / s. négatifs +++ - Murphy / calcul / cône / distension - Cholécystectomie à froid / MHD - Cholécystite : 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 - Angiocholite = 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/mm³
 - 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 (PaO₂/FIO₂)
 - dysfonctionnement rénale (oligurie, créatininémie sérique > 2,0 mg/dL)
 - dysfonctionnement hépatique (TP-INR > 1,5)
 - dysfonctionnement hématologique (plaquettes < 100.000/mm³)

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
1	Cholécystectomie à chaud +ATB
2	Cholécystectomie à chaud + ATB
3	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. LITHIASE 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)
- **Diagnostiques 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: **cholédocotomie** 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^o 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 foetus 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)