

# EPU-95 Montmorency

Formation Médicale Continue du Val d'Oise

ASSOCIATION AMICALE D'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE DE LA REGION DE MONTMORENCY

*Siège social : 1 rue Jean Moulin 95160 Montmorency*

*Secrétariat : 16, rue de la Ferme 95 460 Ezanville*

*Agrément FMC 100-039*

[www.EPU95-montmorency.org](http://www.EPU95-montmorency.org)

## Lithiase biliaire et chirurgie

**Dr X.Pouliquen (Chirurgien CH Argenteuil, Paray le Monial, Eaubonne-Montmorency)**

Séance de formation du 5 mars 2009

### LITHIASSE VESICULAIRE NON COMPLIQUEE

En Europe la lithiase commune, qu'elle soit cholestérolique ou pigmentaire, commence par la vésicule. 1991 est une date cruciale dans sa prise en charge. Un jury d'experts réuni à Strasbourg conclut qu'on avait beaucoup trop tendance :

- A la considérer comme dangereuse même si, asymptomatique, on la découvrait de plus en plus par échographie pour un autre motif.
- A l'accuser, à tort, de troubles digestifs et généraux (dyspepsie, nausées, céphalées...)
- A vouloir l'éradiquer par dissolution, lithotripsie ou surtout par cholécystectomie à la faveur d'un engouement pour la coeliochirurgie naissante.

Les experts proposèrent alors l'attitude qui prévaut toujours actuellement :

Il ne faut opérer que les lithiases symptomatiques, c'est-à-dire, en dehors des complications, responsables d'une douleur biliaire, définie par une colique hépatique typique ou par une douleur abdominale haute sans autre explication que la lithiase.

On doit vérifier l'absence de douleur provoquée après la crise (= cholécystite !).

Prévenir aussi le patient que l'opération ne le soulagera pas forcément d'éventuels troubles associés et qu'on ne peut lui garantir à 100 % une opération « par les petits trous ».

Les traitements non chirurgicaux, par dissolution à l'acide ursodesoxycholique ou par lithotripsie extra-corporelle, ne sont pratiquement plus indiqués.

Deux exceptions (opération systématique) : la lithiase de l'enfant (pigmentaire) et la « vésicule porcelaine » partiellement calcifiée (risque de cancer)

### APRES LA CHOLECYSTECTOMIE COELIOSCOPIQUE

Cela se passe presque toujours bien, sans complication ni séquelle (le syndrome post-cholécystectomie n'existe pas...). Sauf si ...

- Au retour à domicile : tachycardie et hypotension (hémorragie interne ?), ou douleur vive
- Cholépéritoine ? imposant le recours immédiat au chirurgien
- Secondairement : ictère (calcul résiduel ou sténose de la VBP ?)

### LITHIASSE COMPLIQUEE

#### CHOLECYSTITE AIGUE.

##### DIAGNOSTIC

Devant une douleur spontanée haute de l'abdomen, durant depuis plus de 6 heures ou contrôlée par les antalgiques, le diagnostic repose:

- Sur l'association d'une lithiase vésiculaire (connue ou découverte à l'écho) et d'une douleur provoquée sous costale droite sans intervalle libre (il n'y a pas de cholécystite sans douleur provoquée...)
- Sur l'absence d'autre explication à cette douleur provoquée : hépatopathie aigue (contexte + bilan hépatique), pyélonéphrite aigue (bandelette), pancréatite aigue (lipasémie), perforation d'ulcère (en cas de doute : ASP ou scanner).

- Même en l'absence de signes infectieux (la cholécystite n'est qu'inflammatoire au début) ou d'épaississement échographique de la paroi vésiculaire (faux positifs et négatifs)

#### IL FAUT OPÉRER VITE

- En urgence s'il existe une défense ou une contracture (péritonite biliaire !) ou une grosse vésicule palpable (perforation imminente !)
- Dans les 48 heures sinon, le temps d'organiser une chirurgie potentiellement difficile et complexe (risque accru de lithiase cholédocienne associée)
- Pas plus tard (sauf cas de force majeure) car les lésions vont s'organiser à bas bruit en rendant l'opération plus difficile

### LITHIASSE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE (VBP)

#### LITHIASSE DE LA VBP NON INFECTÉE

##### SEMILOGIE

- Douleur spontanée inconstante et variable, sans douleur provoquée
- Rétenction biliaire clinique (ictère) ou biologique
- Imagerie possible : croissance en performance et ... en invasivité (surtout utile chez le patient cholécystectomisé, sinon la cholangiographie peropératoire suffit) :
- échographie, scanner, bili IRM, échoendoscopie, cholangiographie rétrograde
- Parfois latente, découverte inattendue lors d'une cholécystectomie.

##### TRAITEMENT

Traitement chirurgical seul, pas toujours réalisable par coelioscopie seule : cholécystectomie + cholangiographie + cholédoscopia + extraction calculuse (par le cystique ou par cholédocotomie), drainage biliaire le plus souvent (par drain de Kehr pendant au moins 3 semaines ou par exceptionnelle anastomose bilio-digestive)

Chirurgical + endoscopique, avec sphinctérotomie endoscopique

- avant la chirurgie si lithiase connue
- après la chirurgie si lithiase découverte en per-opératoire
- avantage : simplifie la chirurgie (cholécystectomie simple)
- inconvénient : 2 temps, 2 anesthésies, morbi-mortalité globale plus élevée

Sphinctérotomie endoscopique seule : indication idéale si antécédent de cholécystectomie (lithiase résiduelle) ou de nécessité si contre indication opératoire

### ANGIOCHOLITE AIGUË

#### DIAGNOSTIC

Sur la triade chronologique : douleur- fièvre-ictère

Pronostic potentiellement gravissime -> rechercher des signes de gravité :

- petits signes cliniques de choc septique
- hypoxie, ins.rénale, acidose, thrombopénie
- imposant une hospitalisation immédiate

#### TRAITEMENT DE L'ANGIOCHOLITE

Sans signes de gravité : antibiothérapie puis traitement à froid (cf. supra)

Avec signes de gravité : sphinctérotomie endoscopique en urgence, + ou – drain naso-biliaire

### PANCREATITE AIGUE BILIAIRE, PAR ENCLAVEMENT (PASSAGER) D'UN CALCUL DANS L'AMPOULE DE VATER

#### DIAGNOSTIC

Sur l'équation : douleur sp. et provoquée haute + hyperlipasémie (> 5N) + tuméfaction du pancréas à l'imagerie (écho ou scan)  
Pronostic totalement imprévisible -> rechercher des signes de gravité (critères de Ranson. Réanimation si >3)

---

#### TRAITEMENT

Sphinctérotomie endoscopique si angioholite  
Si évolution favorable, cholécystectomie dans la même hospitalisation  
Cancer de la vésicule biliaire  
Parfois suspecté si masse à l'écho ou au scan  
Toujours craint si cholécystite chronique, volumineux calcul ou calcifications de la paroi  
Grave +++ par son extension rapide  
Seule chance de guérison : découverte précoce, exérèse élargie au foie et aux ganglions

#### CONCLUSION :

##### LA LITHIASE BILIAIRE...

... ça n'est rien si elle se tait (forme latente)  
... c'est simple si on la prend au premier mot (après la première crise)  
... ça peut être grave si on la laisse longtemps parler (f. compliquées)

##### LA CHIRURGIE N'A PEUT-ETRE PAS DIT SON DERNIER MOT :

Chirurgie par un seul trocart ou par un orifice naturel (« N.O.T.E.S »), impliquant pour être fiable et reproductible une révolution technologique dans l'instrumentation