

# Lithiase vésiculaire et ses complications

## 1- Définition, Généralité

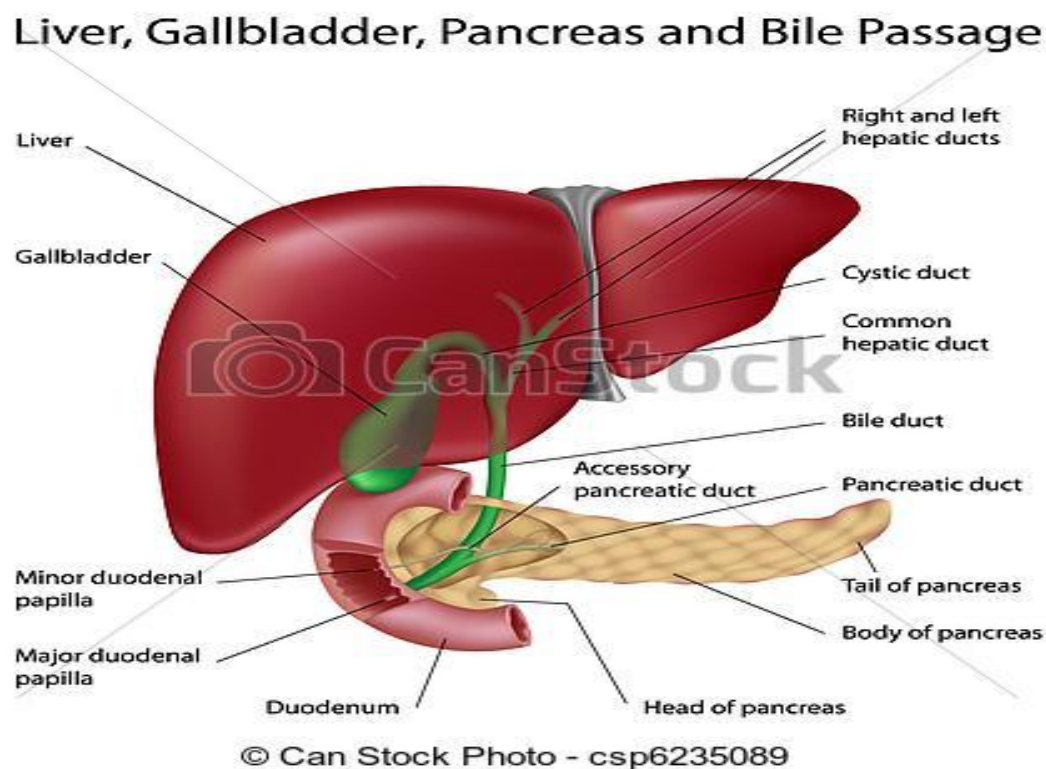
Maladie très répandue, caractérisée par la formation de calculs biliaires

Touche environ 20% de la population occidentale avec nette prédominance féminine 100 000 à 200.000 nouveaux cas chaque année

Des milliers de cholécystectomie chaque année

La prévalence varie grandement d'un Pays à un autre mais assez similaire dans les Pays de niveau économique comparable et ayant des habitudes alimentaires voisines

## 2 -Rappel anatomique



Vésicule : est un réservoir musculo-membraneux et avec le canal cystique ; elle constitue ce que l'on appelle LA VOIE BILIAIRE ACCESSOIRE

Sa morphologie est variable le + souvent piriforme

On distingue 3 parties : le fond vésiculaire

Un corps cylindrique

Col étroit et postérieur qui se prolonge par le canal cystique appelé aussi unfundibulum ou jabot

## Ses rapports :

Le corps en rapport avec la paroi antérieure

Face inférieure du foie ( segment V )

Le col supérieur avec le bord droit du petit épiploon qui contient le pédicule hépatique

La jonction du canal cystique avec la voie biliaire principale se fait selon un angle + ou - ouvert constituant le triangle de Calot

Dans cet angle se trouve le ganglion de Mascani

La vascularisation

Artere cystique provient de A H Commune ou de sa branche droite

Les veines se drainent dans le tronc porte

Les lymphatiques se drainent dans les ganglions du hile hépatique

## 3-Historique :

Connue depuis l'antiquité retrouvée chez des momies

A été décrite pour la première fois par BENEVENIUS en 1507

LANGENBUSH a pratiqué la première extraction chirurgicale en 1882

## 4-Physiologie : rappel

Composition chimique de la bile : eau

Cholestérol

Phospholipides

Sels biliaires

A l'état physiologique le cholestérol est sécrété par hépatocyte solubilisé dans la bile sous forme de micelles : agrégats poly-moléculaire ( cholestérol , phospholipides, et sels biliaires)

Physiopathologie :

La lithogénese fait participer aussi bien le foie que la vésicule

Les calculs se forment quand la concentration biliaire en cholestérol dépasse les capacités de solubilisation de la bile

Elle se fait en trois étapes :< stade chimique :

Hypersécrétion en cholestérol

Ou hyposécrétion en sels biliaires

<stade physique ou nucléation :

La précipitation des cristaux est liée en partie à la présence d'un facteur de nucléation synthétisé par la vésicule

<stade de croissance

Les microcristaux vont s'agglutiner pour former les calculs

## 5-physiopathologie

Il existe 3 types de calculs biliaires

- De type cholesterolique pure

Constitues de 80% à 90% de cholestérol

Souvent uniques

De structure cristalline

- De type mixte



Sont les plus fréquentes

De couleur jaunâtre

Avec des couches concentriques de bilirubine de  $Ca^{++}$  et de cholestérol autour d'un centre formé de sels biliaires et de cholestérol polyédrique

- Pigmentaires ; 10% en occident

Plus fréquent

Noirs, bruns

Sont dus à une déconjugaison de la bilirubine qui est soluble sous forme conjuguée

Les infections bactériennes favorisent la décomposition et donc la précipitation de lithiase pigmentaire

## 6-Facteurs de risques

### 1-Des Calculs cholestérolique

Excès de sécrétion biliaire en cholestérol : - génétique

- Grossesse par hypo motricité vésiculaire
- obésité

Défaut de sécrétion biliaire en facteurs solubilisant le cholestérol diminution des phospholipides ( dans le cadre d' une mutation du récepteur MDR3 lors d'un syndrome de LPAC=low phospholipid-associated cholélithiasis

LPAC lithiase cholestérolique génétique : forme très particulière décrite pour la première fois en 2001 par l'équipe de l'Hôpital Saint – Antoine il s'agit d'un défaut de sécrétion de phospholipide et donc un défaut de formation de micelles nécessaires à la solubilisation du cholestérol il en résulte la formation de microcristaux et des calculs cholestéroliques

Ces calculs peuvent se former aussi bien dans le foie que dans la vésicule biliaire

Survient chez des patients jeunes avant 40 ans

Sans surpoids

Récidive des symptômes après cholécystectomie

Mise en évidence a l'échographie de foyers hyper-échogènes intra-hépatique, avec soit des renforcements postérieurs « queue de comète »

Soit des cônes d'ombres qui correspondent à des calculs ou micro calculs

Cependant les caractères cliniques, radiologiques, et analyse de la bile des patients atteints du syndrome de LPAC sont identiques à celle des patients sans mutations du récepteur MDR3 )

- Age
- Sexe féminin
- Multiparité
- Jeune prolongé ( 100 % DESMALADES EN NPT développe une LV au bout d'un mois )
- Hyper triglycérides
- Médicament tel les œstrogènes
- Maladie de Chron ; RESECTION ILEALE

### 2-Des calculs pigmentaires : augmentation de la production de bilirubine

Maladies hémolytiques : Minkowski chauffard drépanocytose, thalassémie

Infections biliaires

Obstacle biliaire

Infection parasitaire ( Asie du sud est )

## 7-Clinique :

### 1-Forme latente :

Diagnostic est devenu très fréquent grâce à la diffusion de l'échographie

Parfois de façon fortuite au décours d'un ASP quand les calculs sont calcifiés( 20% )

Calculs dépistés a l'occasion de pathologies diverses :maux de tête ; nausées ou douleurs abdominales

Le risque : d'avoir des douleurs abdominales est de 20% après 10 ANS d'évolution

De complication est de 3% après 10 ans d'évolution

Attitude actuelle est de ne pas traiter la forme latente

La seule indication préventive c dans le cas d'une vésicule « porcelaine »

### 2-Forme typique :

#### SYMPTOMES

Dlr biliaire ou crise de colique hépatique : distension aigue des voies biliaires dus à un obstacle

Habituellement un calcul dans le cystique dlr d'origine  
vésiculaire un calcul dans le cholédoque dlr d'origine  
cholédocienne

Début brutal

Intensité maximale d'emblée ou très rapidement

Siege dans les 2/3 des cas au creux épigastrique

Dans 1 /3 HCD

Irradie : antéro-postérieur vers la base du thorax puis ascendante vers la pointe de l'omoplate droit vers l'épaule droite( DOULEUR EN BRETELLE )

Intensité : douleur violente avec un renforcement paroxystique

Type de torsion, broiement

declenchée par la prise de certains aliments graisses, œufs, chocolat

durée quelques heures ne dépassant pas les 6 HEURES spontanément régressive

Absence de fièvre ou ictere

Les signes d'accompagnement :

Vomissement

Nausées

Inhibition respiratoire a l'inspiration

## Examen abdominal :

il peut être négatif

le plus souvent il met en évidence une douleur à la palpation de l'HCD

Le seul signe évocateur mais rare est la manœuvre de Murphy / recherché sur un malade en décubitus dorsal l'examineur réalise une palpation profonde et appuyée de l'HCD pendant que le malade respire profondément si l'inspiration est bloquée par la survenue d'une douleur alors le Murphy est positif

C'est un signe pathognomonique mais rare souvent remplacé par un simple endolorissement de HCD

Il n'y a ni défense ni contracture

Les touchers pelviens sont normaux

## 8-LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

### 1-IMAGERIE

#### 1-ASP :

Permet de déceler des calculs radio opaques se projetant dans l'HCD en regard de la 12 VERTEBRE DORSALE ou la 1 LOMBAIRE



ECHOGRAPHIE : doit être demandée au moindre doute

Examen se fait chez un malade à jeun en décubitus dorsal

Diagnostic facile : les calculs sont visibles sous formes d'échos (images hyper-échogènes) ; Denses intra-vésiculaire, déclive et mobile avec la position du malade avec un cône d'ombre postérieur puis latéral gauche elle met parfois en évidence du « sludge » (boue biliaire) qui correspond à la sédimentation de micro-lithiases

L'échographie renseigne sur :

- La forme et la taille de la vésicule

- Le nombre et la taille des calculs

- Paroi vésiculaire qui est normale < à 2mm

- Paroi de la voie B Principale < à 8mm

- L'absence de dilatation des voies biliaires intra hépatique

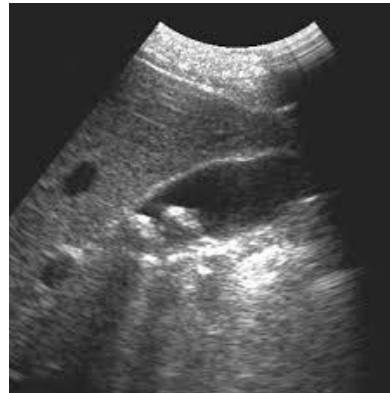
- Elle analysera l'aspect du foie du pancréas et des reins

Echographie transcutanée est proche de 100% quand le calcul est supérieur à 2mm de diamètre mais faible si calcul très petit millimétrique

Echo-endoscopie est supérieur pour les calculs millimétriques

Est demandé quand on soupçonne une lithiase vésiculaire avec échographie abdominale normal

## 2-Echographie



**3-Cholécystographie orale:** son intérêt aujourd'hui se limite aux rares cas où on envisage la possibilité d'un traitement médical de dissolution de la lithiase

Exploration de la VBP est envisagée si on suspecte un calcul du cholédoque

**4-Cholangiographie par IRM (C-IRM)** examen non invasif

**5-Cholangiographie par voie endoscopique rétrograde (CPRE)** si un traitement par voie endoscopique est envisagé

**2-BILAN BIOLOGIQUE :** NFS et bilan hépatique sont normaux

## 9-DIAGNOSTIQUES DIFFERENTIELS :

- \_ Colique néphrétique droite : lombaire irradiation descendante
- \_ Douleur ulcéreuse : rythmée par les repas ; épigastrique
- \_ Hépatalgie : virales, toxiques
- \_ Pneumopathie basale droite
- \_ Certaines colopathies

## 10-LITHIASSE VESICULAIRE COMPLIQUEE

### **1-CHOLECYSTITE AIGUE :**

C'est une inflammation de la vésicule

La douleur n'est pas franchement paroxystique très aiguë au niveau de HCD

Accompagnée d'une défense HCD

FIEVRe++++

Pas d'ictère

Biologie : hyperleucocytose

Perturbation hépatique modérée

Hémoculture+ dans 50% des cas germes souvent E.C ; klebsiella ; pneumoniae etc....

Il n'y a pas de parallélisme entre l'importance des lésions et l'intensité des symptômes

Echographie : épaissement pariétale

Distension vésiculaire avec une douleur caractéristique au passage de la sonde (Murphy échographique)

## 2- HYDROCHOLECYSTE

Complication rare calcul enclavé dans le c cystique ou le collet vésiculaire

### CANCER DE LA VESICULE

Le risque est d'autant plus élevée que la lithiase est asymptomatique et ancienne v porcelaine risque plus élevée

## 3-LITHIASE CHOLEDOCIENNE

La plus fréquente des complications 8% à 13 %

Rarement asymptomatique

Systématiquement traitée quand elle est découverte

## 4- Angiocholite :

**A-forme typique** La migration du calcul dans le cholédoque entraîne une obstruction canalaire avec une hyperpression intra - canalaire suivie d'une surinfection rétrograde par des germes duodénaux aboutissant à une septicémie ce phénomène constitue l'angiocholite faite de 3 symptômes successifs :

DLR

FIEVRE avec frissons et des pics nécessitant des hémocultures germes gram-

ICTERE 12h à 48h max brutal

LE tout en 24h à 48h

Biologie cytolyse intense 10 à 20 fois la normale le taux des transaminases

NFS : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles



Echographie : LV associée à une dilatation du cholédoque > 7mm même une dilatation des voies biliaires intra-hépatique

La LV est rarement vue à l'échographie

Urgence chirurgicale décompresser rapidement les voies biliaires

**B-Forme ictéro-urémigène** angiocholite accompagnée d'une IR (rein septique) Ictère d'installation rapide intense

Urgence extrême

Forme frustrée rencontrée chez le vieillard

Rare au cours d'une exploration de la LV on rencontre un empiérement cholédocien

## 5- Pancréatite

Migration simple

Forme incomplète d'angiocholite avec ou non réaction pancréatique

L'ensemble du tableau est rapidement et spontanément résolutif

Le calcul bloqué au niveau de l'ampoule de Vater est éliminé dans le duodénum par forçage de la papille

Ou bien se désenclave et devient mobile

Dans ce cas pas d'urgence on prend le temps d'explorer le malade

## 11-Traitement

### 1- Traitement de la colique hépatique :

Diete

Repos au lit

Antispasmodiques per os ou IV

Anti-émétique

Vessie de glace

Prévention de la récurrence c'est la cholécystectomie

### 2- LV asymptomatique :

Abstention

Sauf en cas de LV chez l'enfant

Vesicule porcelaine

### 3- TRAITEMENT MEDICAL :

Fondé sur l'utilisation des acides biliaires pour dissoudre les calculs « CHENODEX » est abandonné au profit de l'acide ursodesoxycholique « DELURSAN ou URSOLVAN » cependant beaucoup de contre-indications ( calcul de plus de 2 cm ; calcul radio-opaque ) et les échecs sont nombreux

La lithotritie extracorporelle ABANDONNÉE

### 4-TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Cholécystectomie : par laparotomie ; complétée par une cholangiographie per opératoire

Analyse de la pièce opératoire obligatoire

Par laparoscopie : traitement de référence

Cependant le malade doit être prévenu d'une nécessité de conversion

C- Indications : insuffisant respiratoire

ANTCD chirurgicaux du même site

Avantages sont nombreux : absence de cicatrice

Pas de douleur ni de complications pariétales

Reprise alimentaire précoce

Hospitalisation brève

Reprise d'activité rapide

Il faut savoir que 90% des cholécystectomies sont réalisées par voie laparoscopique.....