

Item 277 : Lithiase biliaire et complications



Dr Pierre Lafeuille
Pr Mathieu Pioche
Gastroentérologie pavillon L
Hôpital Edouard Herriot



Pré test

- a) Un calcul de la vésicule biliaire doit conduire systématiquement à une cholécystectomie
- b) Un calcul de la voie biliaire principale doit conduire généralement à une extraction de la lithiase
- c) L'angiocholite est due à un calcul de la vésicule biliaire obstructif
- d) Le syndrome de Mirizzi est une cholécystite aiguë avec dilatation du cholédoque
- e) La pancréatite aiguë lithiasique est secondaire à une migration lithiasique

Pré test

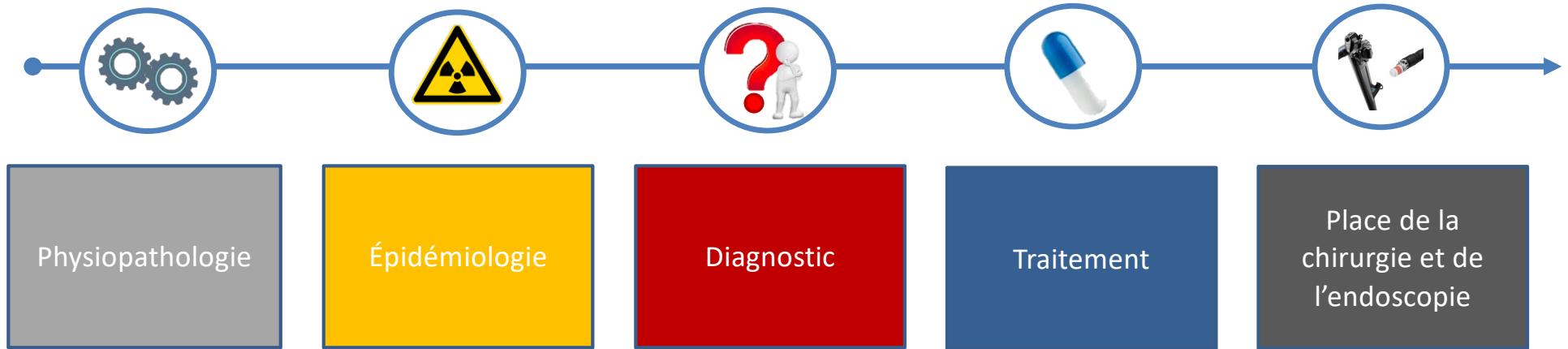
- a) Le syndrome de Bouveret est un syndrome occlusif duodénal par un calcul de grande taille enclavé
- b) Le syndrome de Mirizzi est un tableau mixte de cholécystite et d'angiocholite à cholédoque fin
- c) L'iléus biliaire associe aérobilie, occlusion du grêle et image opaque de la fosse iliaque droite habituellement
- d) L'angiocholite classique associe aérobilie, douleurs, fièvre et ictère
- e) La pancréatite aiguë lithiasique grave est peu probable en cas de pancréas divisum complet

Pré test

- a) Les douleurs de colique hépatique entraînent généralement une inhibition respiratoire
- b) La colique hépatique est un syndrome fébrile
- c) La colique hépatique simple dure généralement de 3 à 6 heures
- d) Le TDM est l'examen de première intention devant les douleurs biliaires
- e) L'exploration de la voie biliaire principale se fait au mieux par échocystoscopie ou par cholangio IRM
- f) La cholécystite aiguë est une urgence chirurgicale

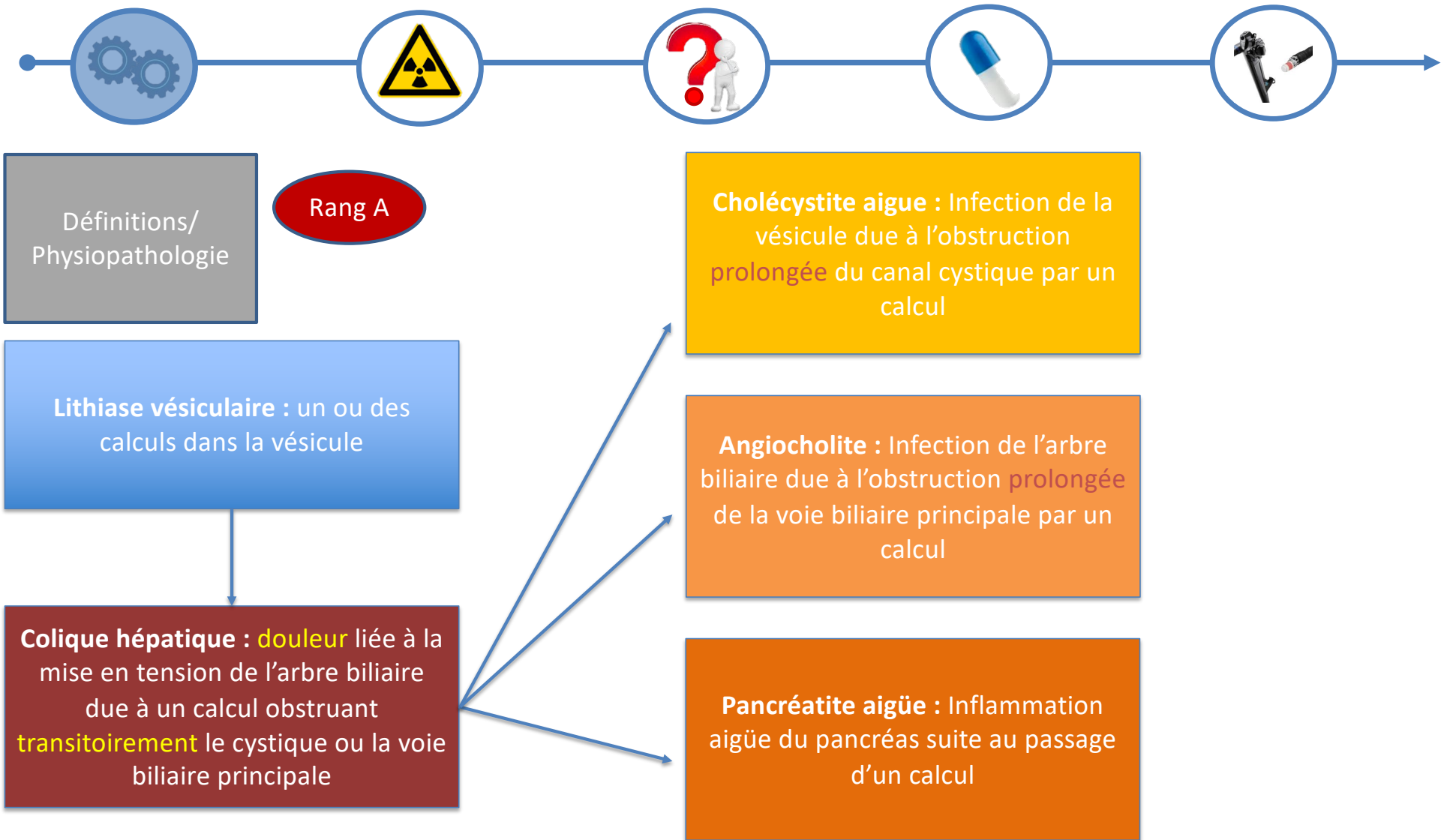
Pré test

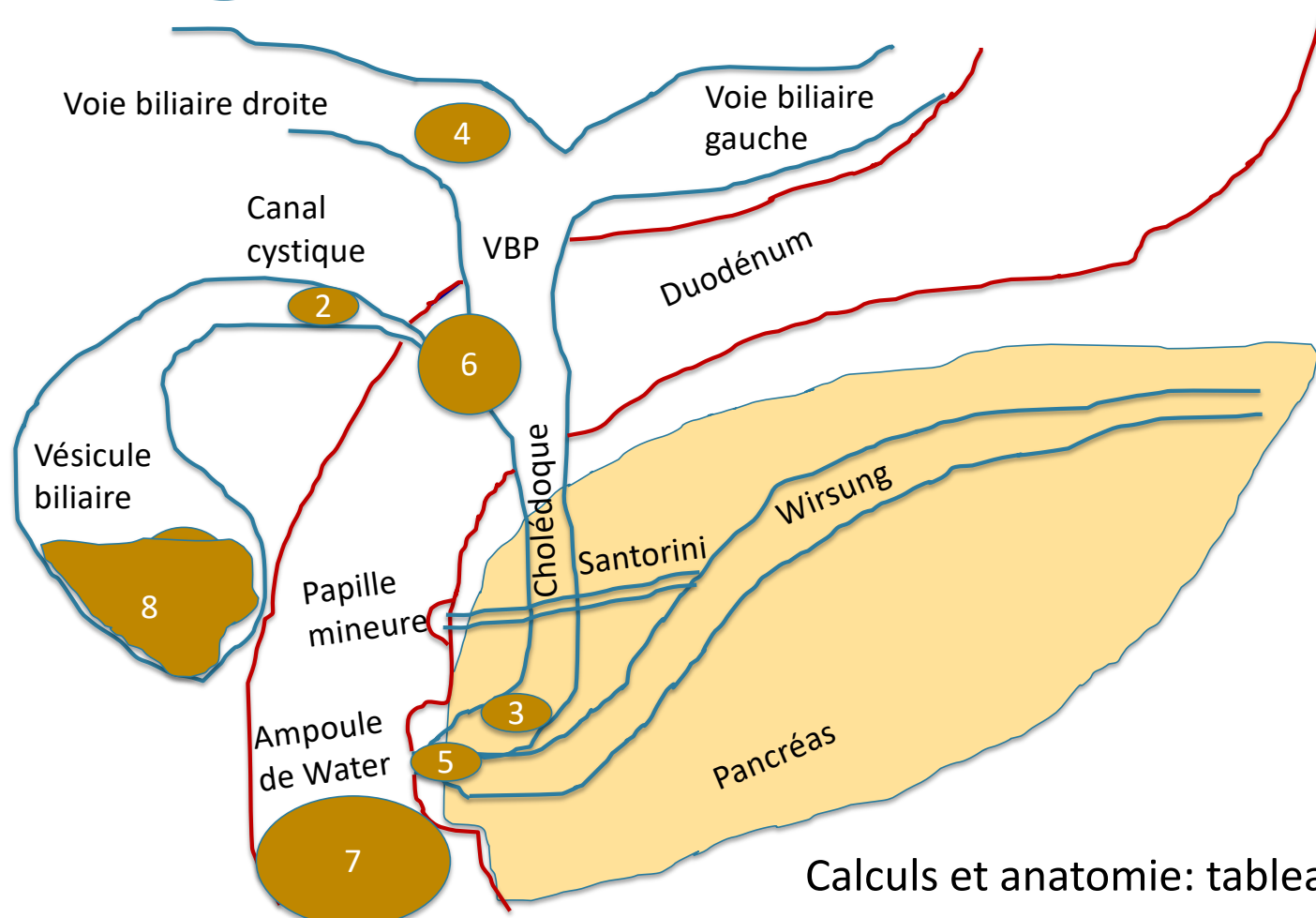
- a) L'angiocholite est une urgence endoscopique
- b) Le traitement tout chirurgical et le traitement combiné endoscopie/chirurgie sont équivalents
- c) La CPRE inclut toujours une cholangiographie et une pancréatographie rétrograde endoscopique
- d) Le risque principal (le plus fréquent) du cathétérisme rétrograde est la pancréatite aiguë
- e) Les AINS par voie rectale diminuent le risque de pancréatite aiguë post cathétérisme.



ITEM 277
Support Document Source National
R2C CDU HGE







Calculs et anatomie: tableaux cliniques



Rang B

Epidémiologie

Prévalence chez les adultes en France : **20 %**

60 % des sujets **après 80 ans**

→ **80%** des patients avec lithiase sont **asymptomatiques**

Aucun dépistage n'est recommandé



Nature des calculs:

Calculs cholestéroliques **80%**, pigmentaires **20%** ou mixtes

Facteurs de risque lithiase cholestérolique :

- **Sexe féminin** : oestrogènes, multiparité
- **Surpoids**, y compris en cure amaigrissement
- Inertie vésiculaire : **grossesses**, nutrition parentérale, jeune
- Hypertriglycéridémie
- Chirurgie de l'obésité type Bypass ou gastrectomie

Facteurs de risque lithiase pigmentaire :

- Saturation bile : hémolyse, drépanocytose
- Obstacle biliaire (chirurgie, parasite)
- Infections biliaires chroniques



- **Le plus souvent asymptomatique : 80% !**
- Symptôme le plus fréquent :
 - **Colique hépatique simple** = mise en tension brutale de la vésicule

Rang A

- Douleur épigastrique ou HCD
 - Brutale, Intense → Broiement ou crampe
 - Irradiant en hémi ceinture vers omoplate droite
 - Signe de Murphy : douleur HCD à la palpation avec inhibition respiratoire
 - Inhibition respiratoire, nausées, vomissements
 - **Transitoire** : de quelques minutes à 6 h
- Pas d'ictère, Pas de fièvre
- Biologie strictement normale +++
- Pas de signe échographique sauf lithiase

- **Diagnostiques différentiels**

- Sd coronarien, ulcère, pancréatite

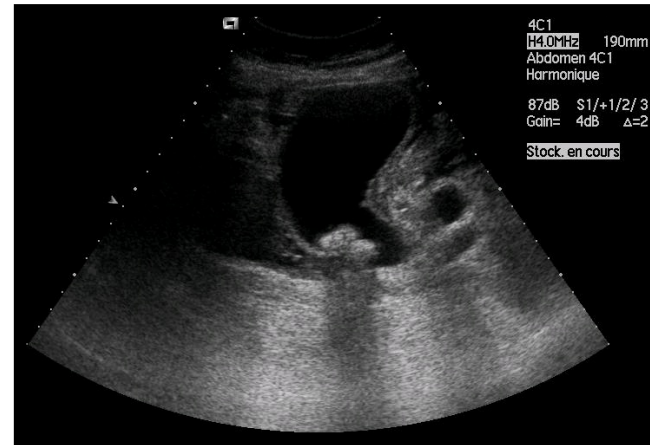
Rang A



Prise en charge:
 Antispasmodiques, antalgiques
 Si répétition des crises symptomatiques :
 → discussion chirurgicale: cholécystectomie

Echographie

- Calcul :
 - Hyper-échogène
 - Cône d'ombre postérieur
 - Mobile (ou dans le cystique)



- Vésicule :
 - Parois fines
 - Pas d'épanchement péri-vésiculaire



Echographie rapide pour recherche de lithiase vésiculaire résiduelle
Rarement dilatation des voies biliaires



Rang A

Pas de fièvre ni syndrome inflammatoire

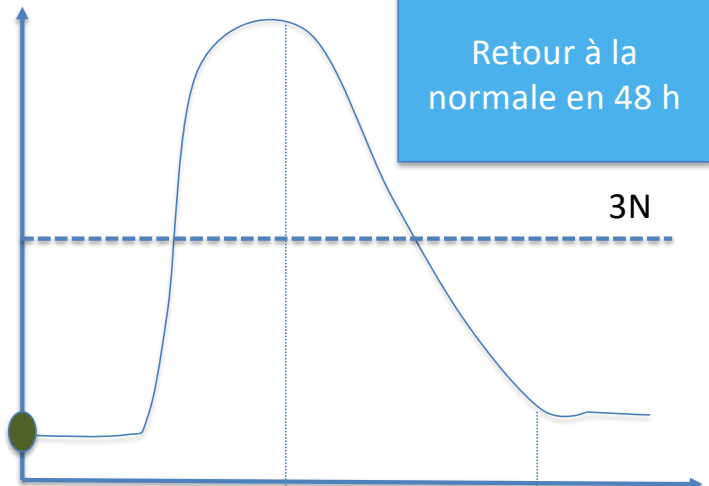


Colique hépatique avec migration lithiasique

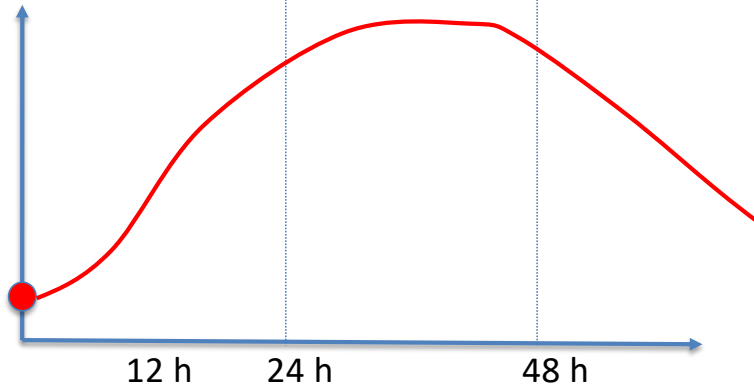


Retour à la normale en 48 h

Réaction hépatique
Transaminases
ASAT > ALAT
Puis ALAT > ASAT



Réaction pancréatique
Lipasémie



Avec ou sans pancréatite aigue



Migration lithiasique arbre décisionnel

Tableau de colique hépatique

Rang A



Simple
Aucune cytolyse
Pas de dilatation à l'écho
Pas d'ictère

Doute VBP
Cytolyse transitoire
dilatation à l'écho

Antispasmodique
Puis chirurgie sans examen VBP

Examen dédié VBP
Echo endo Bili IRM

Echoendoscopie bili-IRM

Avantages:

- **Sensibilité** très élevée (calculs jusqu'à 1 mm)
- Combiné au **geste thérapeutique**
- **Bilan pancréas** sous-jacent

Inconvénients:

- Nécessite **anesthésie générale**
 - **Invasif**

Avantages:

- **Non invasif**
- **Pas d'anesthésie**

Inconvénients:

- **Sensibilité 2-3 mm**
- Pas de **geste thérapeutique**

Echo-endoscopie

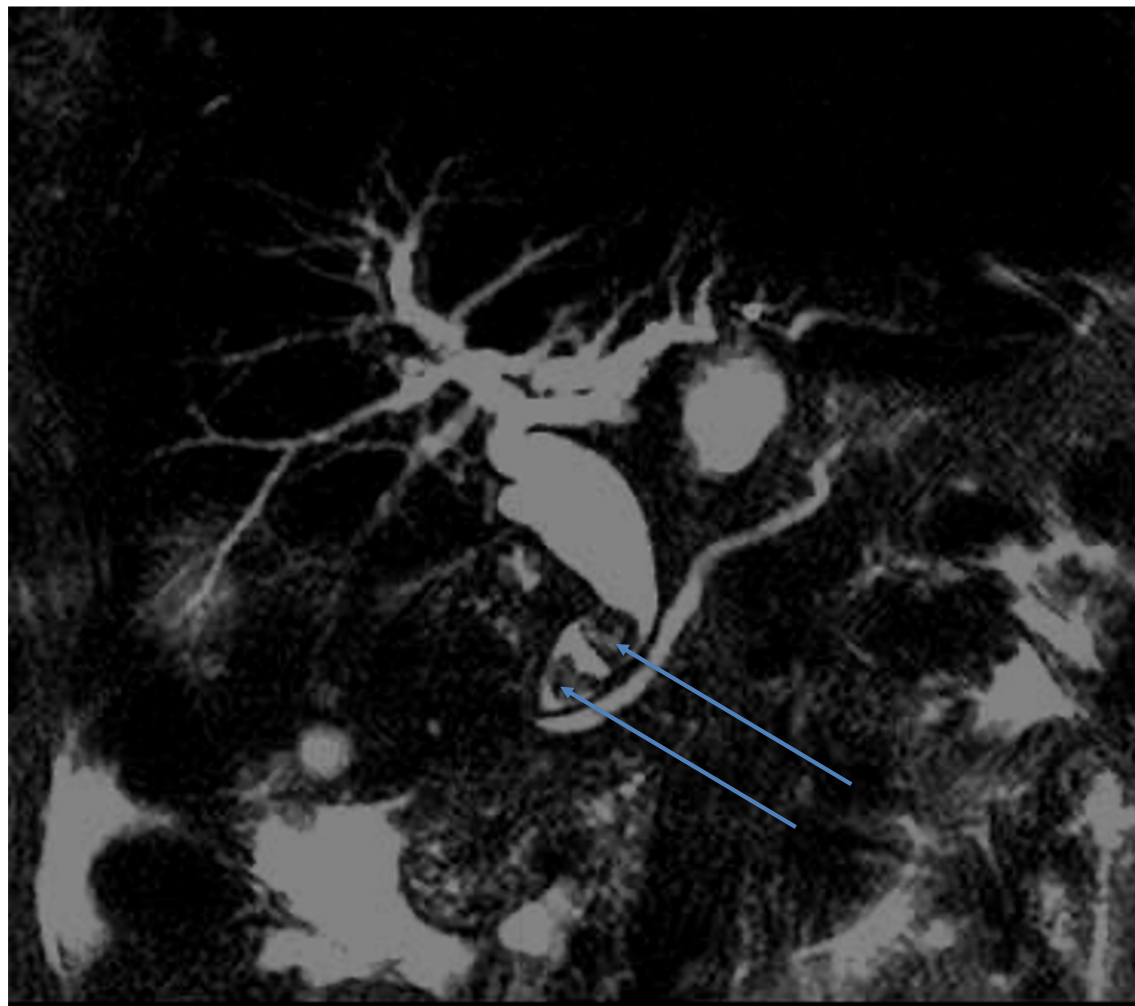
Le plus sensible pour les petits calculs notamment < 2mm

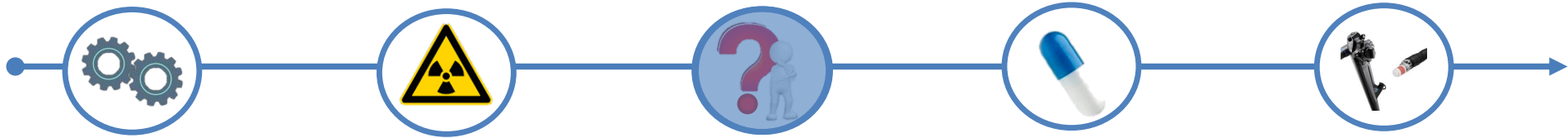
Peut se faire au premier temps de la procédure de CPRE lors de la même anesthésie



CHOLANGIO-IRM

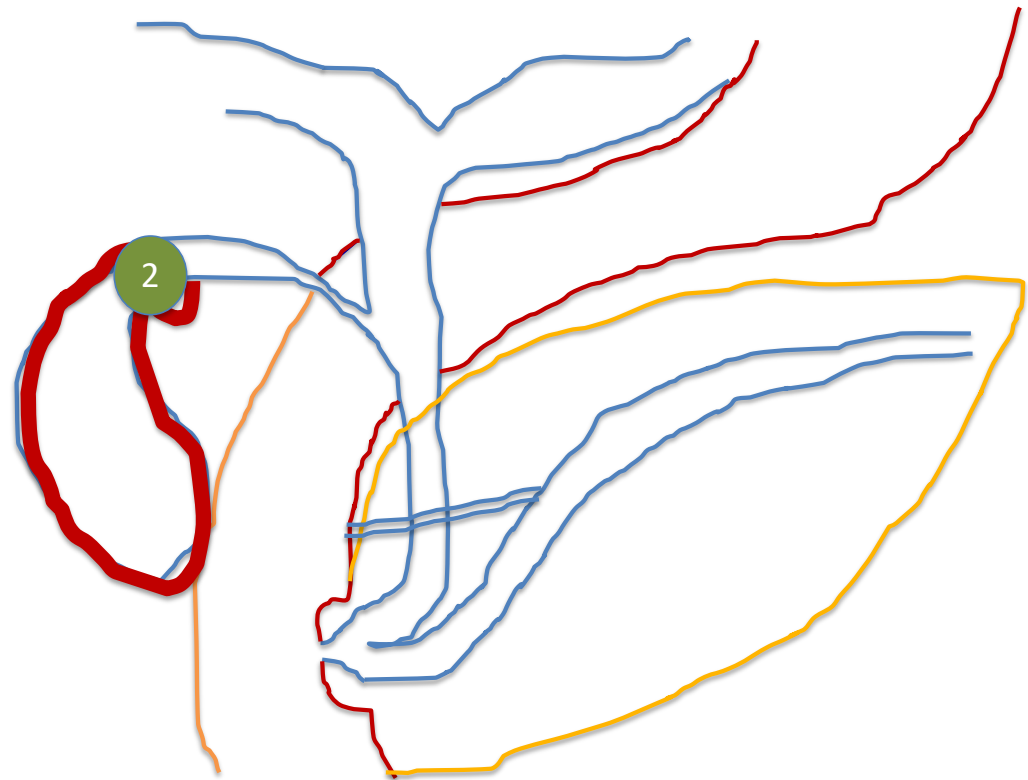
Deux calculs du bas
cholédoque





Cholécystite aigue

Cholécystite aigue : Infection de la vésicule due à l'obstruction prolongée du canal cystique par un calcul

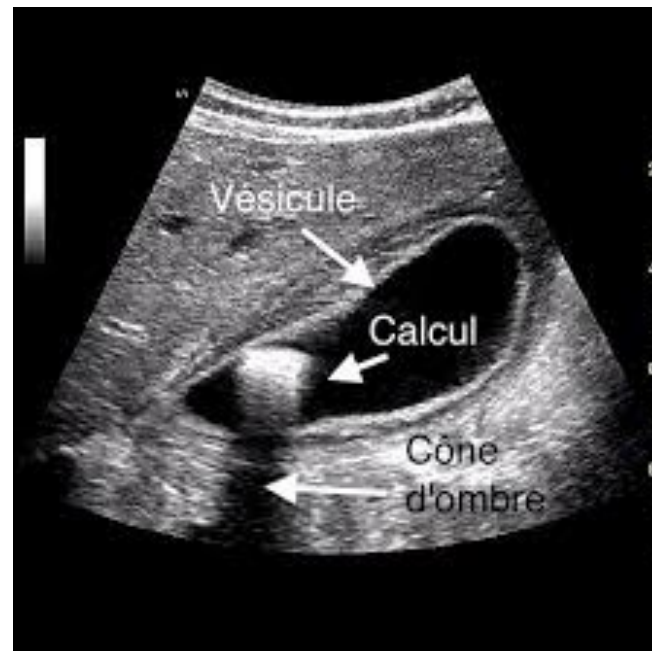


CHOLECYSTITES AIGUES

- **Infection** à pyogènes sur obstacle vésiculaire
- **Clinique :**
 - Douleur **prolongée**,
 - **Fièvre**,
 - pseudo-occlusif chez le sujet âgé
 - Douleur + défense, parfois empatement
- **Biologie :**
 - **CRP** élevée,
 - **polynucléose neutrophile, hyperleucocytose**
 - pas de cholestase, pas de cytolysse hépatique,
 - lipase normale,
 - hémocultures en règle négatives

Échographie +++

- Paroi **épaissie** > 4 mm, en rail ou feuilletée
- Bile parfois hétérogène (en plus des calculs),
- Parfois **épanchement** liquide péri-vésiculaire
- Attention cholécystite gangréneuse :
 - paroi parfois « normale » mais signes septiques majeurs





Gravité: Critères de Tokyo

– Grade 1: Gravité faible:

- Inflammation modérée non 2 non 3

– Grade 2: Gravité modérée:

- GB > 18G/L
- Durée > 72H
- Masse HCD, plastron, péritonite biliaire, cholécystite gangréneuse, abcès périvésiculaire

Rang A

– Grade 3: Gravité sévère

- Choc septique
- Troubles neurologiques
- CIVD...

Antibiotiques

Antibiotiques puis
Cholécystectomie en
urgence

Rang B

Réanimation
cholécystostomie

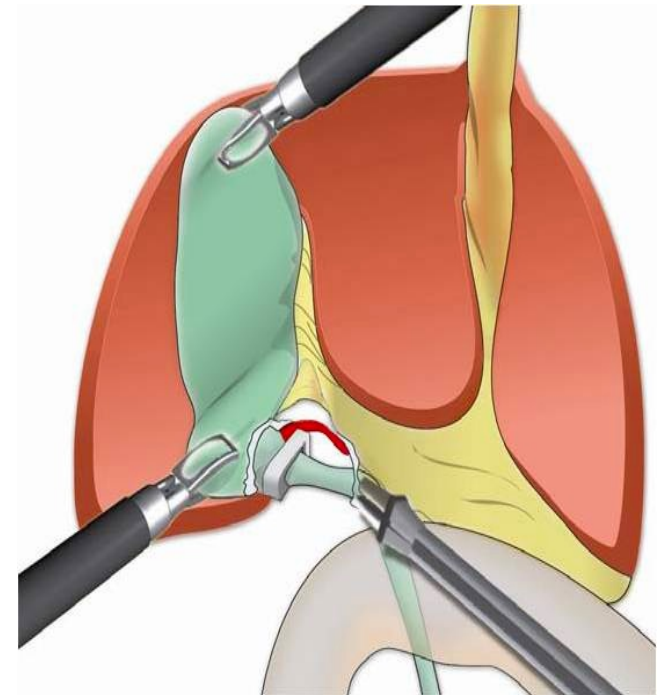


La cholécystectomie en urgence !?

Si possible sous coelioscopie

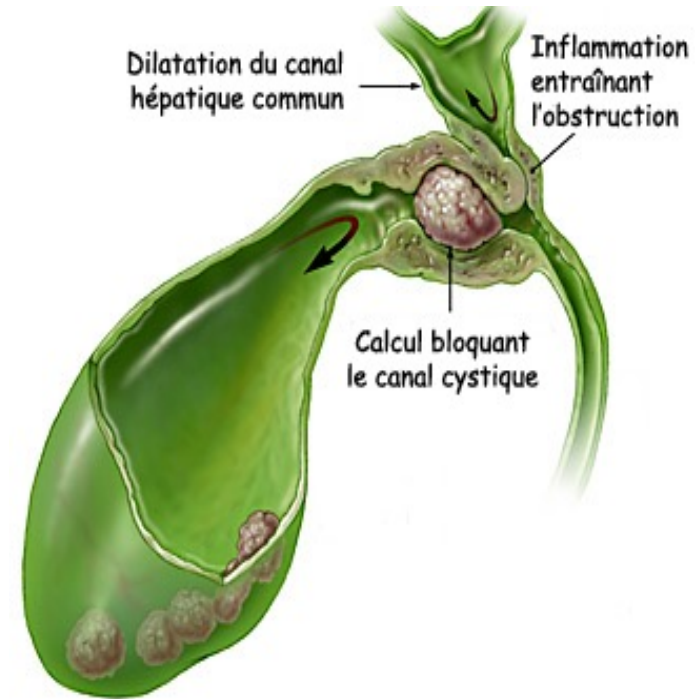
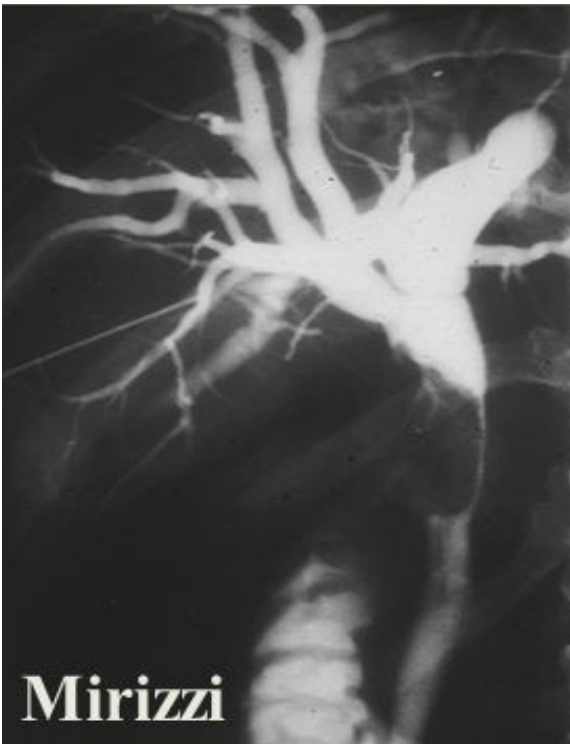
Procédure:
Clips sur canal cystique puis section
Dissection vésicule du lit vésiculaire
+/- drain de Kehr

Risques:
Plaie voie biliaire (variantes anatomiques)
Fuite biliaire sur moignon cystique



Syndrome de Mirizzi

Tableau de **cholécystite aiguë**
+ **obstacle du cholédoque** (ictère)
+ cytolyse + cholestase

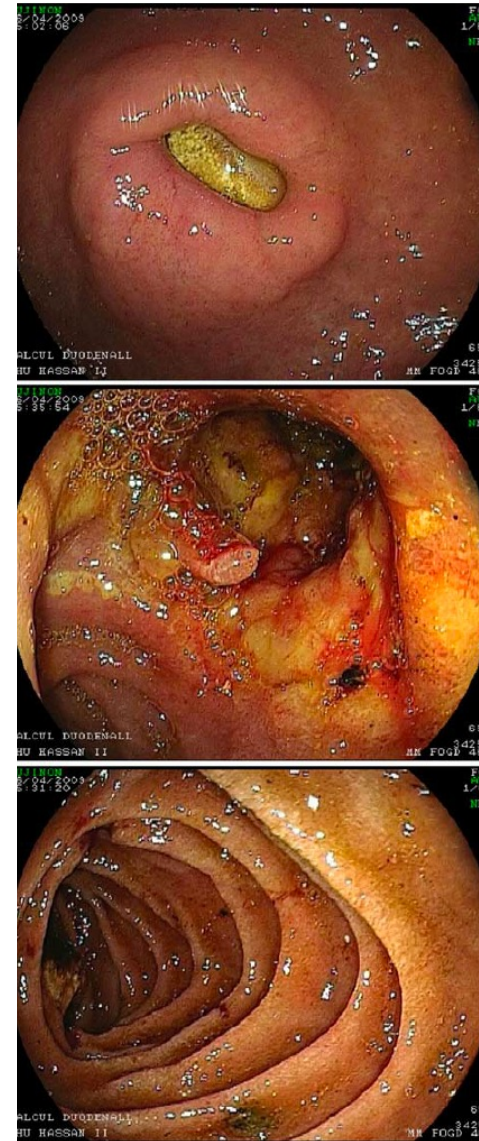


Cholédoque fin
Dilatation d'amont des voies
biliaires intrahépatiques

Syndrome de Bouveret

Occlusion duodénale:

Par fistulisation d'un très volumineux calcul dans le duodénum

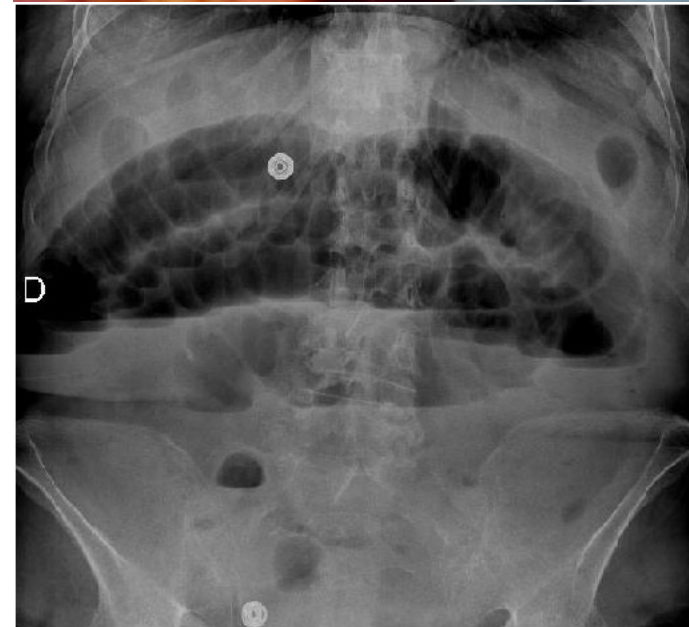


Iléus biliaire

Occlusion du grêle par impaction
d'un calcul dans la valvule de
Bauhin ou la dernière anse grêle



Aérobilie
Niveaux hydro-aériques grêliques
Plus larges que haut
Calculs parfois visibles en FID



CHOLECYSTITE CHRONIQUE

- Installation après cholécystite aigüe, ou directement
- Douleurs variables
 - dyspepsie plus ou moins permanente
- Forme pseudo-néoplasique de la personne âgée
 - ou découverte fortuite sur échographie
- Echographique :
 - paroi rétractée,
 - peu ou pas de bile,
 - calculs pas toujours bien vus
- Biologie : pas de critère constant d'inflammation.

Prise en charge :

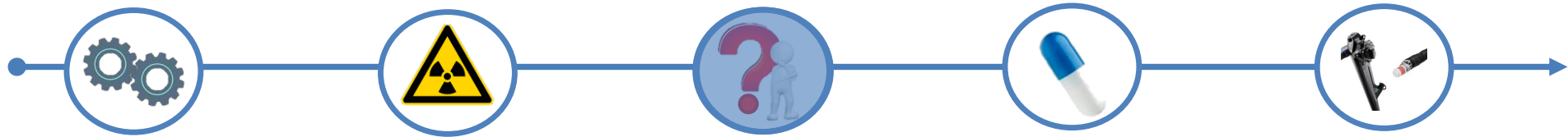
Indication de **cholécystectomie** pour éviter les complications :

- **fistule** avec duodénum ou colon droit lors de réveils infectieux
- **calculo-cancer**

CALCULO – CANCER

- Adénocarcinome bien ou peu différencié :
 - Cholangiocarcinome vésiculaire
 - Sur **inflammation chronique**
- Diagnostic souvent **tardif** :
 - Révélation fréquente par ictère : tumeur envahissant le hile, dilatation des canaux biliaires intra-hépatiques.
- Chimiothérapie **peu efficace**

Exception: foyer d'adk débutant sur pièce de cholécystectomie, guérison si cancer non invasif dans la paroi, d'autant plus si localisé au fond vésiculaire (antérieur) et non au lit (côté foie).



Angiocholite

- Clinique:

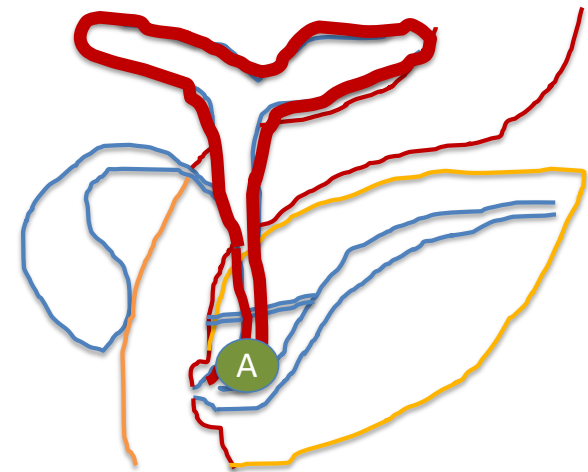
- Triade: douleur-fièvre-ictère en 48H

- Douleur inconstante (Inhibition respiratoire)
+/- Signe de Murphy
 - Fièvre, sepsis (voir choc septique)
 - Ictère ou initialement :
 - Urines brunes,
 - Selles décolorées

Rang A

- Paraclinique :

- Biologie :
 - Cytolyse ALAT +++
 - Cholestase ictérique (bili conjuguée)
 - CRP, leucocytes augmentés
 - **Échographie = examen de 1^{ère} intention :**
 - Lithiase enclavée
 - Dilatation des voies biliaires



Complications de l'angiocholite:

- Choc septique
- L'angiocholite ictéro-urémigène est une notion ancienne obsolète
- Le décès

Angiocholite: physiopathologie

Calcul migré jusqu'au sphincter d'Oddi

Obstacle à l'écoulement + effet de **spasme** du muscle ampullaire

= mise en **tension** des voies biliaires

pullulation (la bile n'est pas stérile)

translocation bactérienne (bactériémie, puis parfois septicémie)

hyperpression dans le canal pancréatique

Devenir:

→ si migration réussie, tout se calme

→ Si calcul enclavé: épisodes intermittents de mise en tension ou obstruction permanente

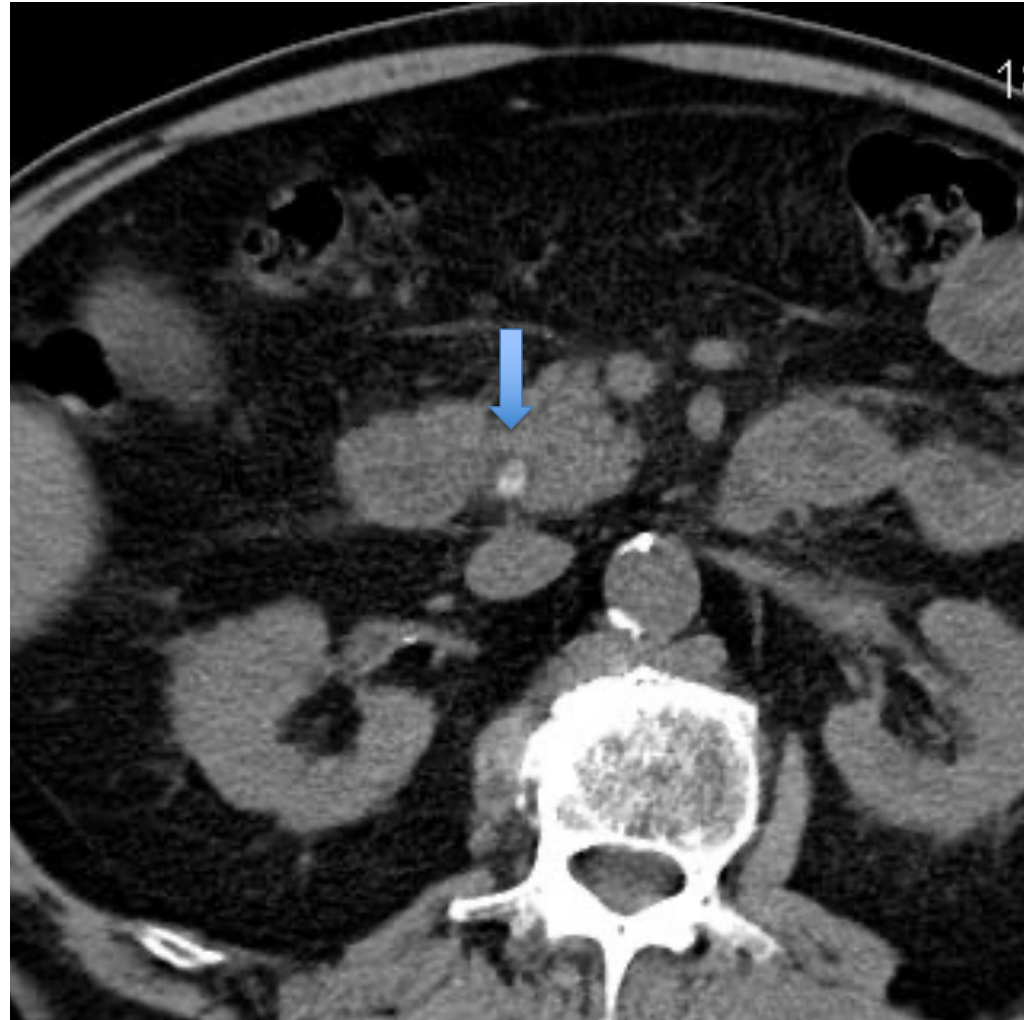
Imagerie



- Echographie
 - Signes Directs:
 - Calcul visible dans le cholédoque
 - Signes Indirects:
 - **Dilatation** des voies biliaires intra et extrahépatique
 - Vésicule dilatée
 - **Épaississement** des parois cholédociennes

Scanner :

Calcul calcifié dans le
Cholédoque intra-
Pancréatique (flèche)



Ictère



- Cutanéomuqueux :
 - Coloration jaune des téguments (peau et muqueuses)
 - Par dépôt de bilirubine libre ou conjuguée
 - initialement visible sur les conjonctives
- Si obstacle : reflux de bilirubine dans le sang
 - Filtration par le rein → **urines foncées**
 - Plus de bilirubine dans les selles → **selles claires**
- Biologie
 - selon étiologie:
 - **Bilirubine libre** augmentée : hémolyse, maladie de Gilbert
 - **Bilirubine conjuguée** augmentée : obstacles, tumeurs
 - **Mixte** : hépatites aiguës

Autres examens complémentaires

- Biologie
 - Syndrome inflammatoire
 - Hyperleucocytose, CRP élevée
 - Cytolyse : ALAT > ASAT
- Autres imageries non indispensables
 - IRM : calcul visible en séquence T2
 - Echoendoscopie avant CPRE: confirmation calculs



Angiocholite

Antalgiques
antispasmodiques

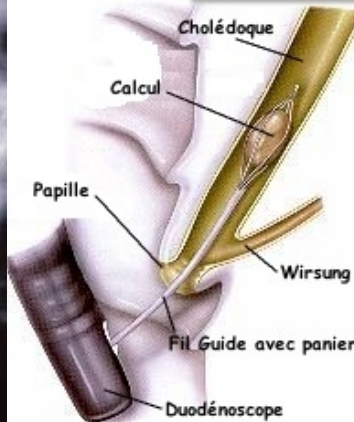
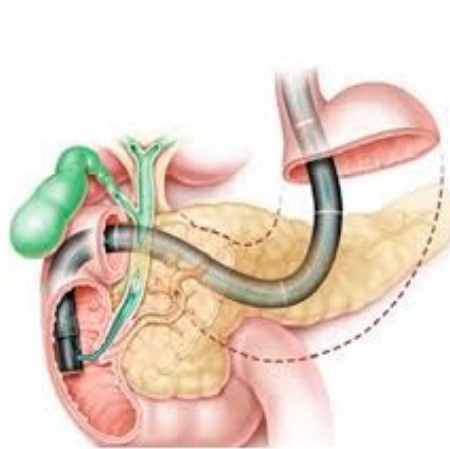
Antibiotiques à large spectre
sur BGN

Désobstruction voie biliaire
(en urgence si sepsis sévère)
2 options

Rang B

Cholécystectomie +
Cholédocotomie

CPRE puis cholécystectomie à
froid



La **Cathétérisme des voies biliaires**, qu'est-ce que c'est ?

Étapes:

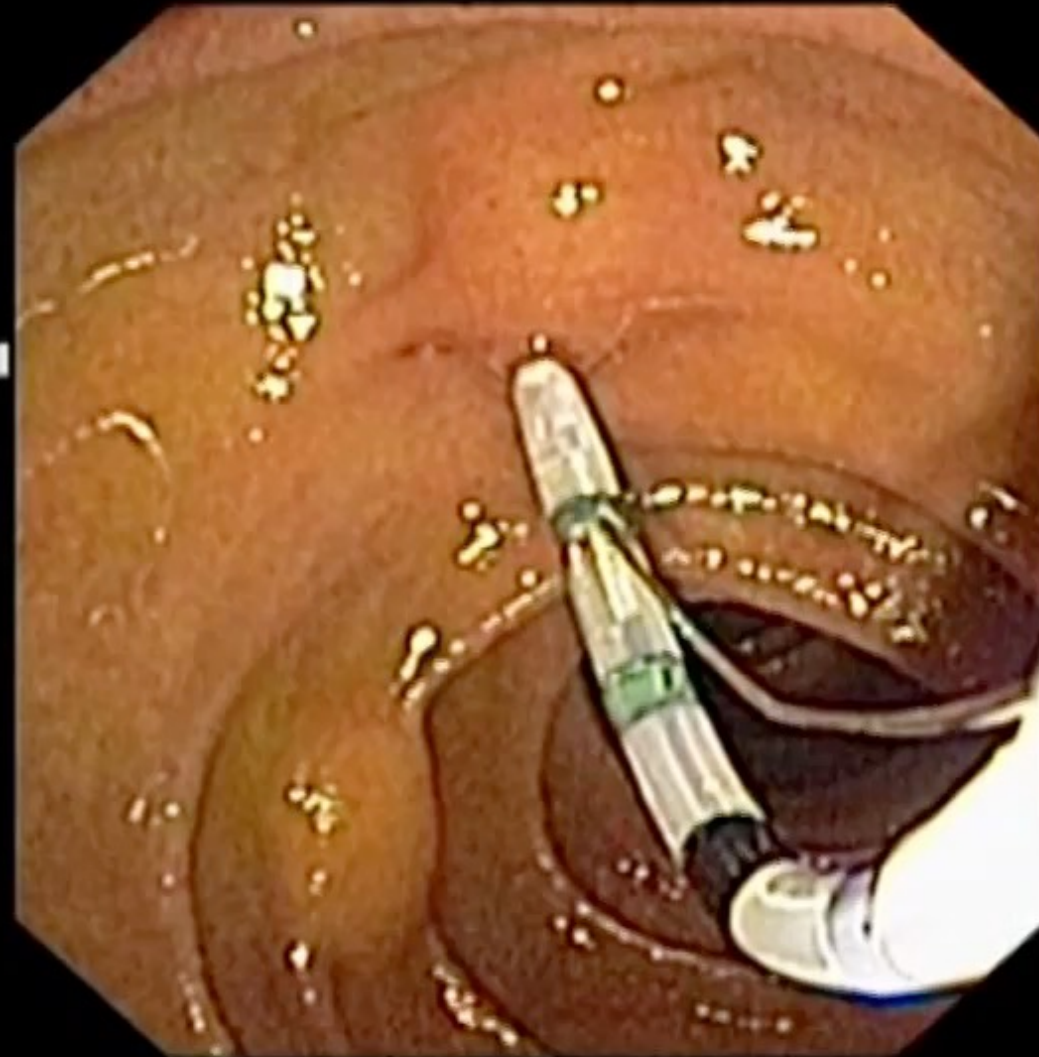
- Accéder à la papille = duodéno-scopie
- Accéder à la voie biliaire = cathétérisme de la VBP
- Opacifier la VBP = cholangiographie rétrograde
- Ouvrir le passage = sphinctérotomie
- Extraire le calcul = extraction ballon ou dormia

N° ID.:
Nom:

14/12/2010

Média: ■■■■

Médecin:
Commentaire:



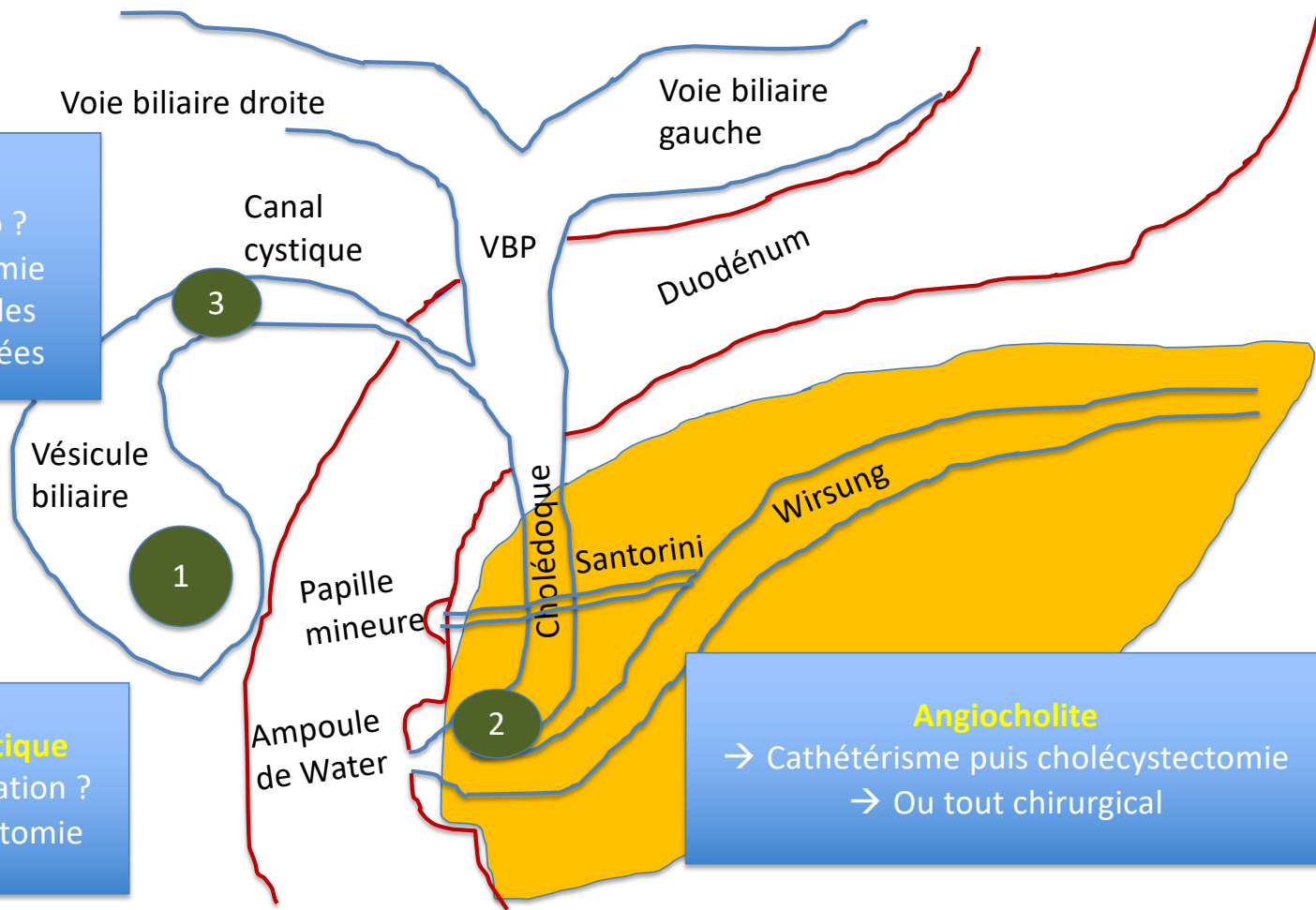


Conclusion

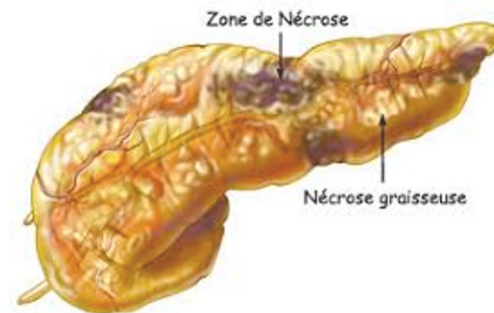
Cholécystite
 → Gravité Tokyo ?
 → Cholécystectomie urgente dans les formes modérées

Colique hépatique
 Simple ou migration ?
 → Cholécystectomie

Angiocholite
 → Cathétérisme puis cholécystectomie
 → Ou tout chirurgical

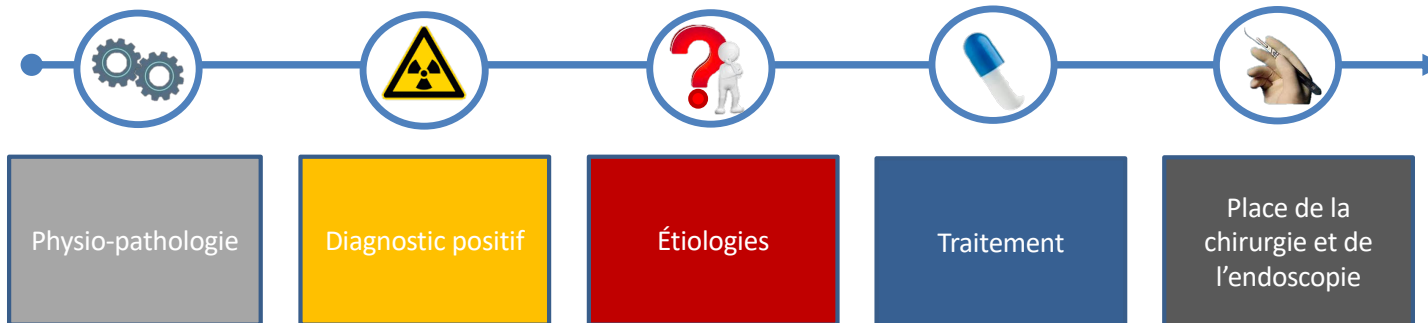


Item 358 : Pancréatite aigüe



Dr Pierre Lafeuille
Pr Mathieu Pioche
Gastroentérologie pavillon L
Hôpital Edouard Herriot

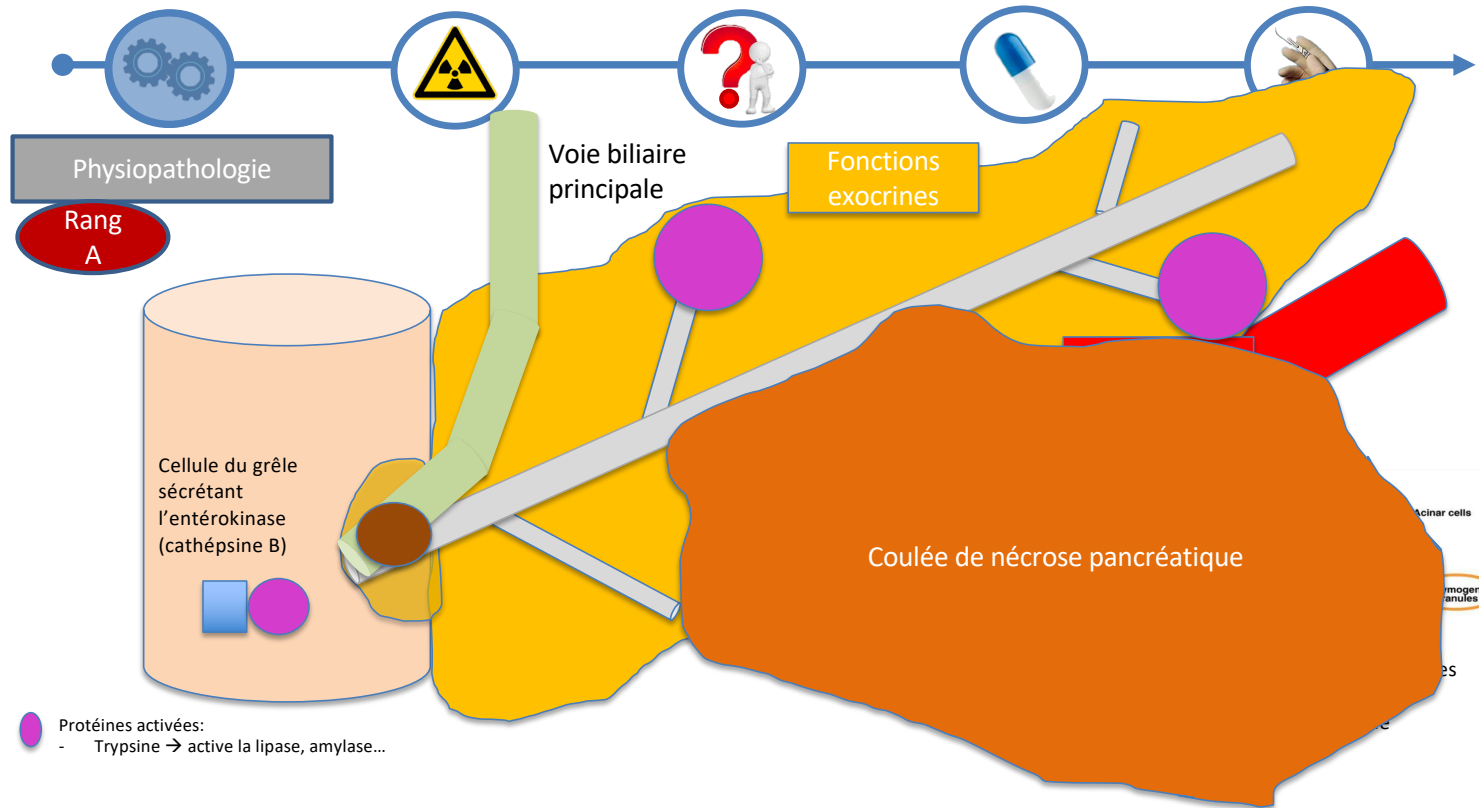




ITEM 358

- Objectifs pédagogiques :
 - Diagnostiquer une pancréatite aiguë
 - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge





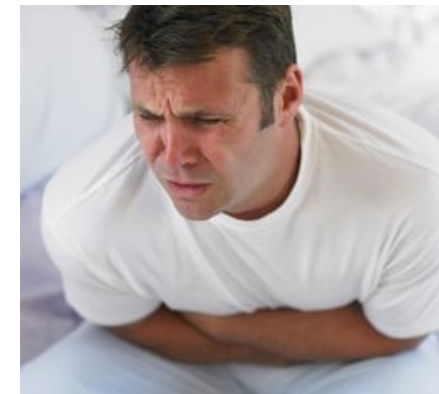


• Diagnostic certain de pancréatite aigüe :

- **Douleur** typique Rang
A
- **Lipase** > 3 N
 - Élévation précoce et fugace
 - Pic vers 24-48h
 - Au-delà de 48 h → Lipase peut être < 3N

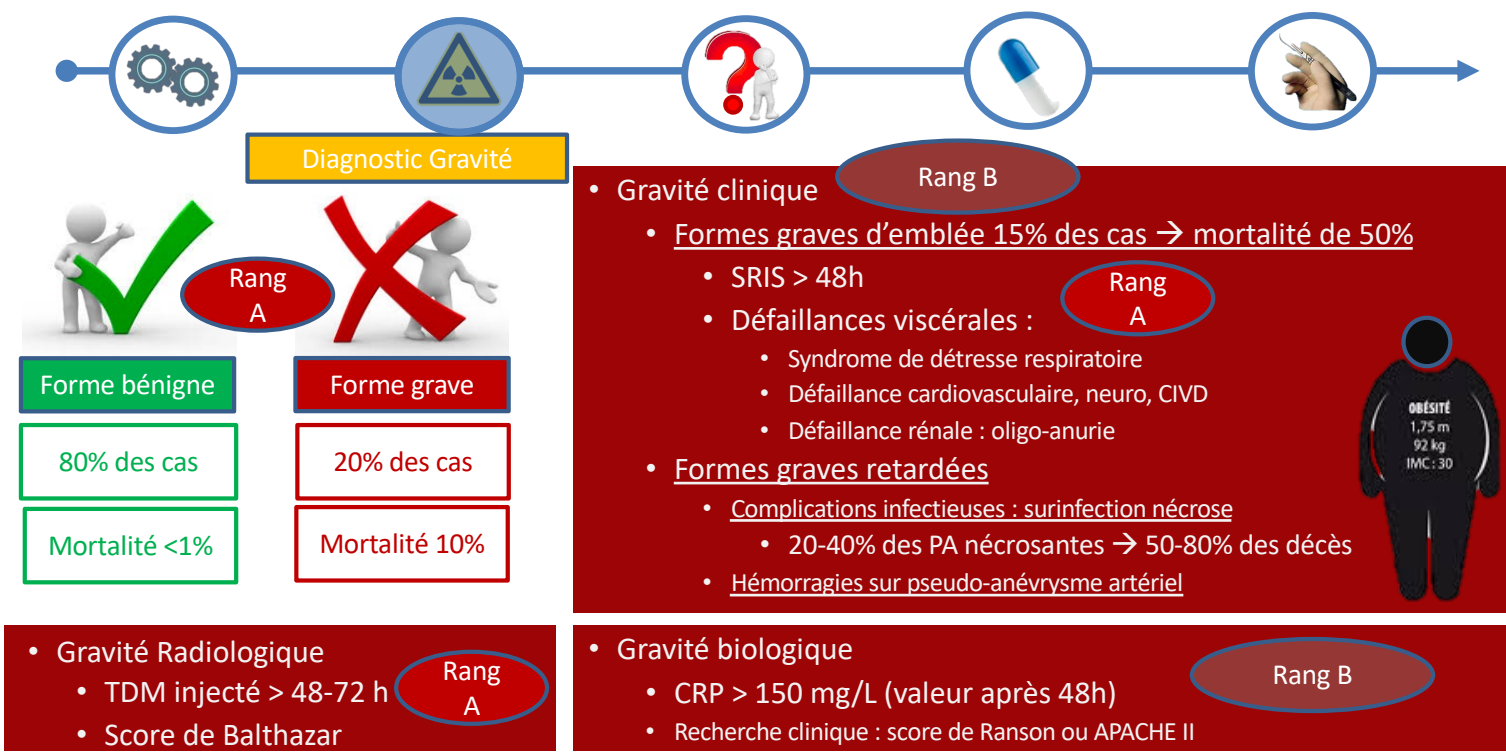


- **Douleur** de pancréatite aigue Rang A
 - Installation **progressive** à début **rapide**
 - Douleur **épigastrique** profonde
 - **Transfixiante**
 - Avec inhibition respiratoire
 - Position antalgique en **chien de fusil**
 - Parfois **très intense**
 - avec résistance aux antalgiques de palier 1 et 2
- **Vomissements** 50% des cas
- **Iléus réflexe** fréquent



Diagnostic différentiel :
 Ulcère, infarctus inférieur,
 péritonite, infarctus
 mésentérique, rupture anévrisme
 aortique

Rang A



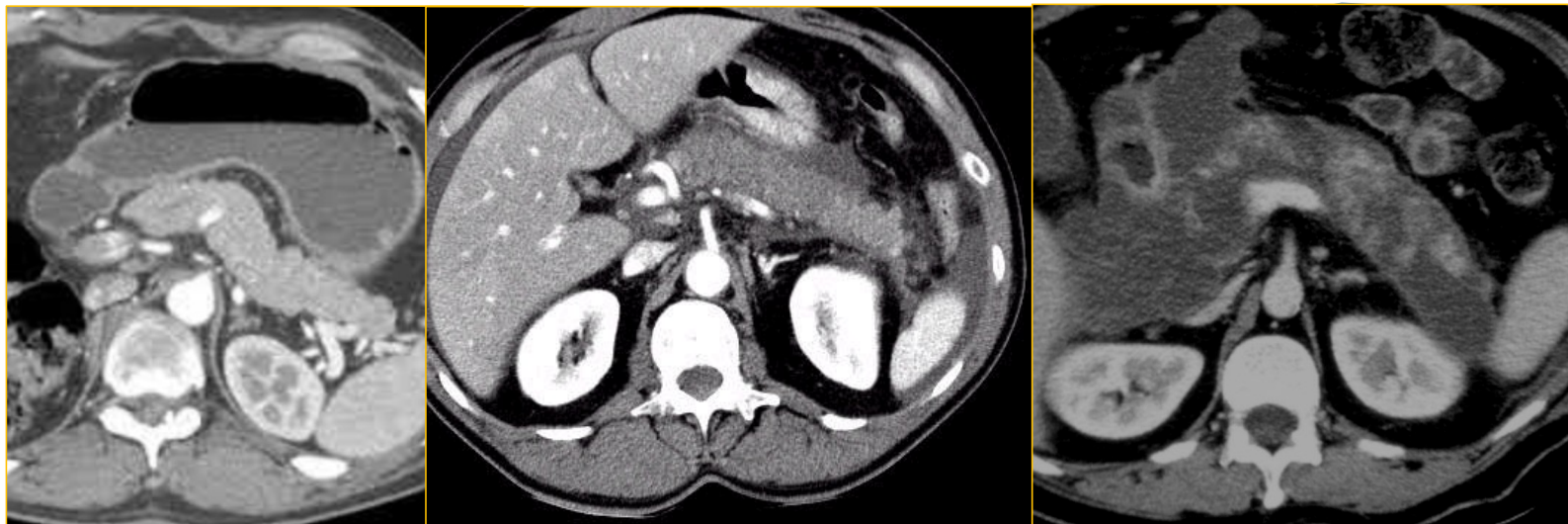


Diagnostic imagerie

Rang
A

Objectif : diagnostic de **gravité** → score de Balthazar

- Différentier pancréatite bénigne œdémateuse/nécrotico-hémorragique
- % de nécrose





Diagnostic imagerie

Objectif : diagnostic de **gravité**



Score modifié de Balthazar ou score de gravité scanographique

Score CTSI
Rang A

Scanner		Scanner avec injection	
Stade A Pancréas normal	0 pt	Pas de nécrose	0 pt
Stade B Élargissement de la glande	1 pt	Nécrose < tiers de la glande	2 pts
Stade C Infiltration de la graisse péripancréatique	2 pts	Nécrose > 1/3 et < 1/2	4 pts
Stade D Une coulée de nécrose	3 pts	Nécrose > 1/2 glande	6 pts
Stade E Plus d'une coulée de nécrose ou présence de bulles au sein du pancréas ou d'une coulée de nécrose	4 pts		
Points 0-3	3 % mortalité	8 % pancréatite sévère	
Points 4-6	6 % mortalité	35 % pancréatite sévère	
Points 7-10	17 % mortalité	92 % pancréatite sévère	

Total des 2 colonnes (maximum 10 pts).



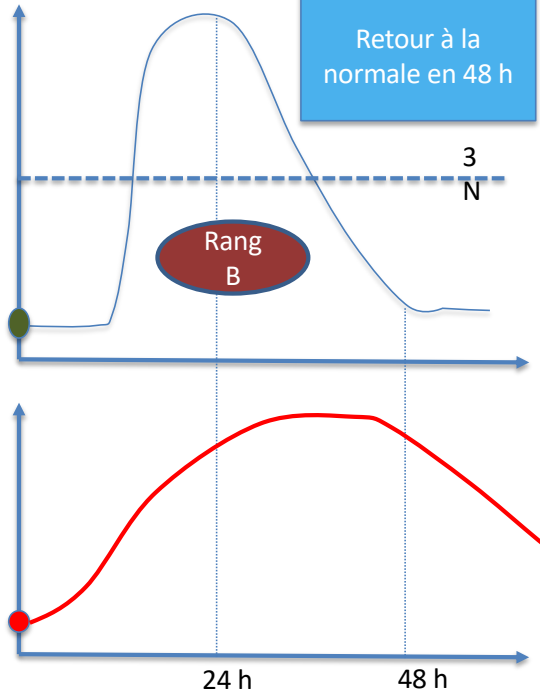
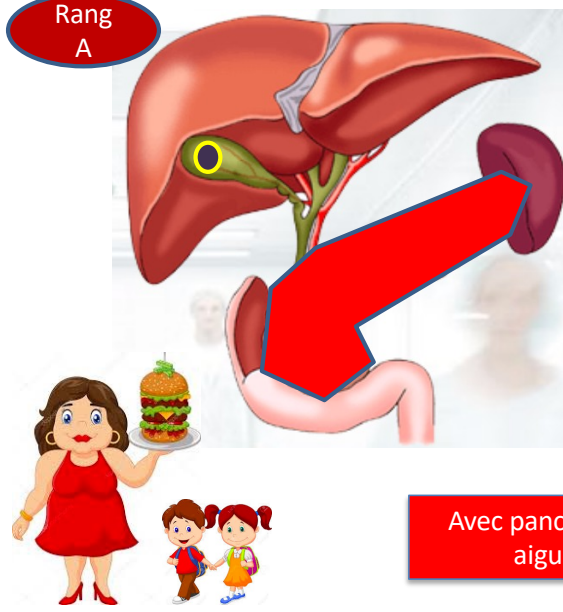
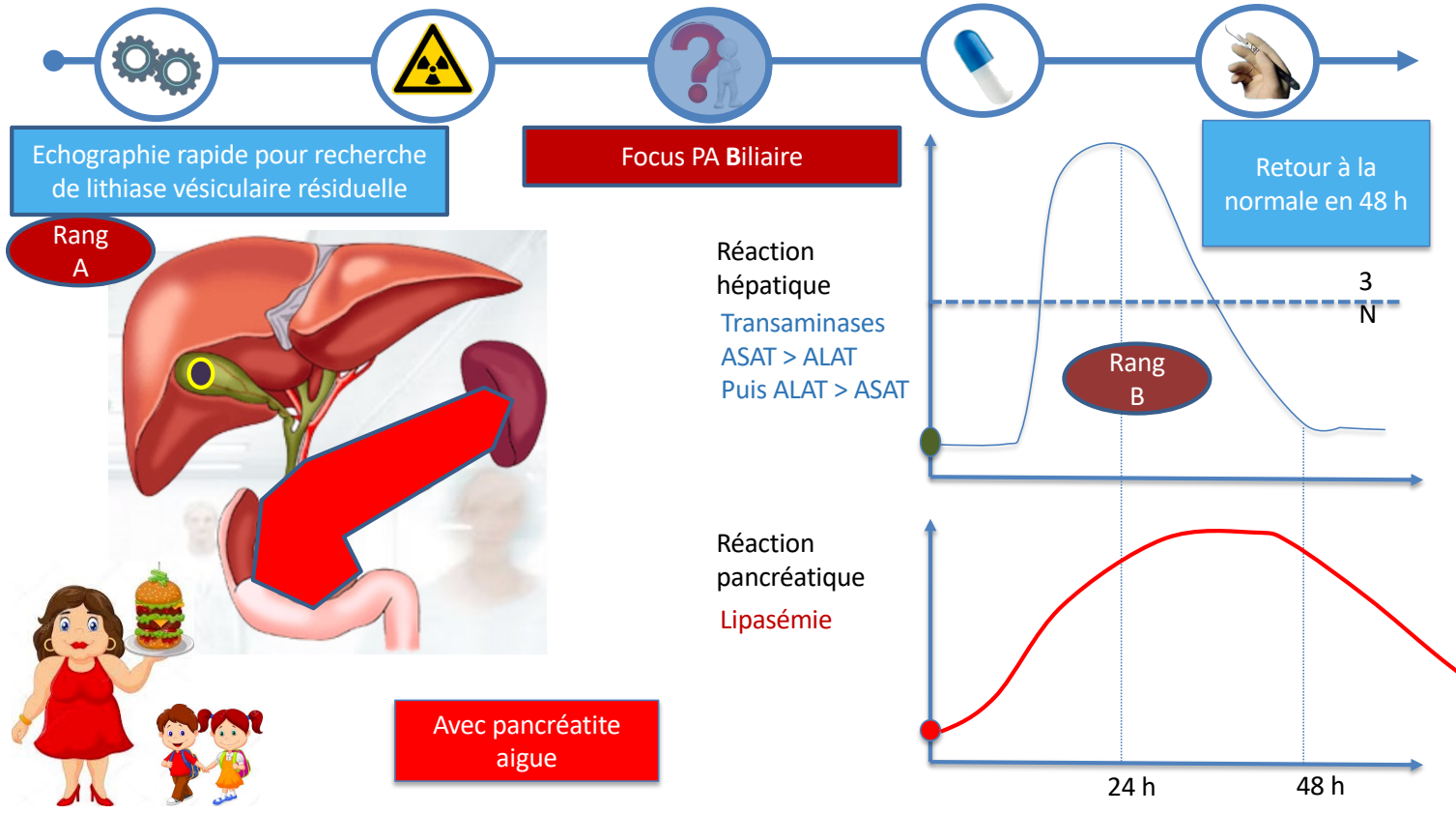
Pancréatites A
40%

Rang A

Pancréatites B
40%

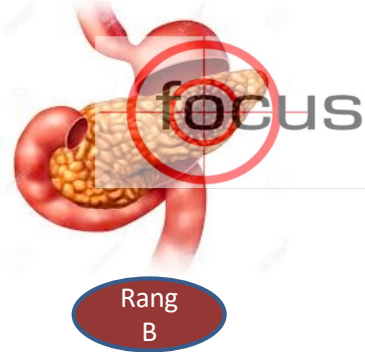
Rang A

Non A Non B
20%





Pancréatites non A - non B



- Par augmentation de la pression canalaire

Geste endoscopique CPRE +++ ou chirurgical

Tumeurs pancréatiques (adénocarcinome, TIPMP)

Génétique : mutations CFTR, PRSS 1, SPINK1

+/- malformation facilitante : pancréas divisum

- Par toxicité directe sur la cellule pancréatique

Virus : oreillons, VIH

Hypertriglycéridémie, Hypercalcémie

Auto-immune : maladie IGG4, MICI

- Si bilan négatif →

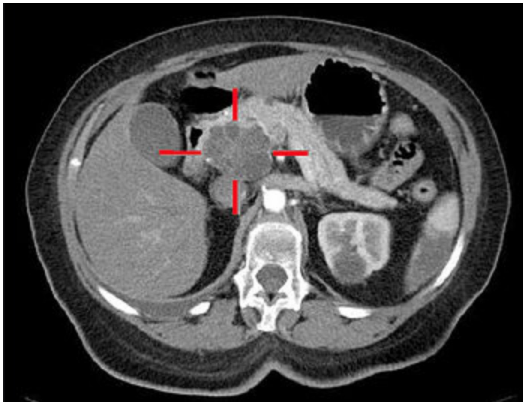
**Pancréatite idiopathique
5-10%**



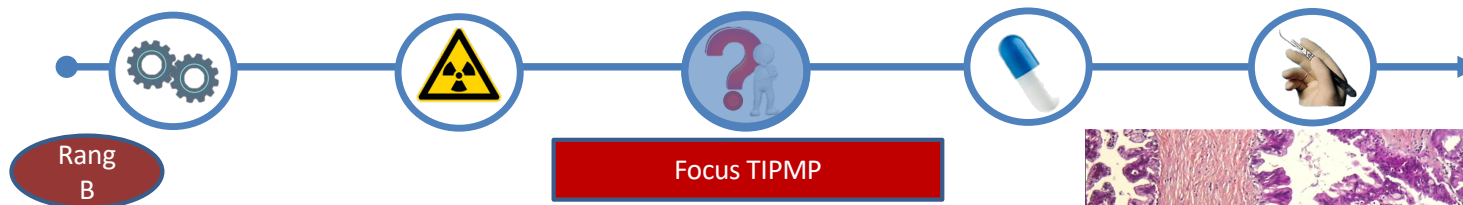
Rang
B

Focus ADK pancréas

L'adénocarcinome pancréatique

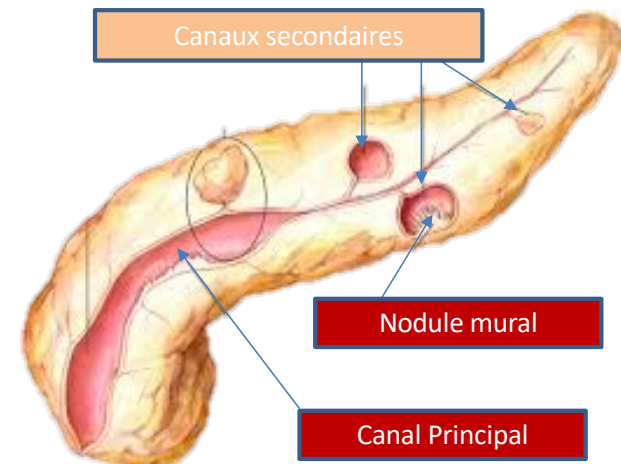
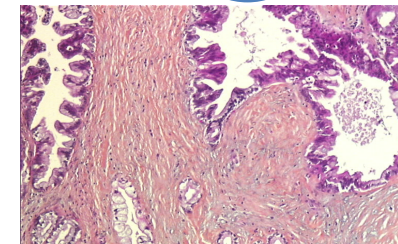


- **Incidence en augmentation forte**
 - 6000 cas/an en 2006 → 14000 en 2018
 - Facteurs de risque :
 - âge > 50 ans, tabac, diabète, obésité
 - +/- pesticides, métaux lourds
- **Diagnostic**
 - Imagerie par TDM injecté → bilan vasculaire
 - IRM +/- diffusion
 - +/- échoendoscopie ponction si besoin d'histologie
- **Pronostic sombre : 5% de survie à 5 ans**
 - 90% de formes avancées d'emblée
 - Si chirurgie à visée curative 20% de survie à 5 ans



La TIPMP (tumeur intra-canales papillaire et mucineuse du pancréas)

- À ne surtout pas délaissier car **prévalence 7%**
 - **Imagerie** (découverte fortuite)
 - **Bilan initial** : IRM + TDM +/- échoendo
 - **Surveillance au très long cours**
 - Selon la taille du kyste CP-IRM tous les 1 à 2 ans
 - facteur d'inquiétude :
 - alternance echoendoscopie et CP-IRM/6 mois à 1 an
 - **Chirurgie** indiquée si :
 - TIPMP canal principal > 10 mm
 - TIPMP canal secondaire avec nodule > 5 mm prenant le contraste
 - Ictère obstructif



Source : FICHE SNFGE TIPMP 2018 basée sur Consensus international



Focus TIPMP

Surveillance des formes non opérées

Nous reproduisons ci-dessous les recommandations internationales actualisées en 2017¹. Le mode de surveillance dépend de la présence ou non de facteurs d'inquiétude que sont :

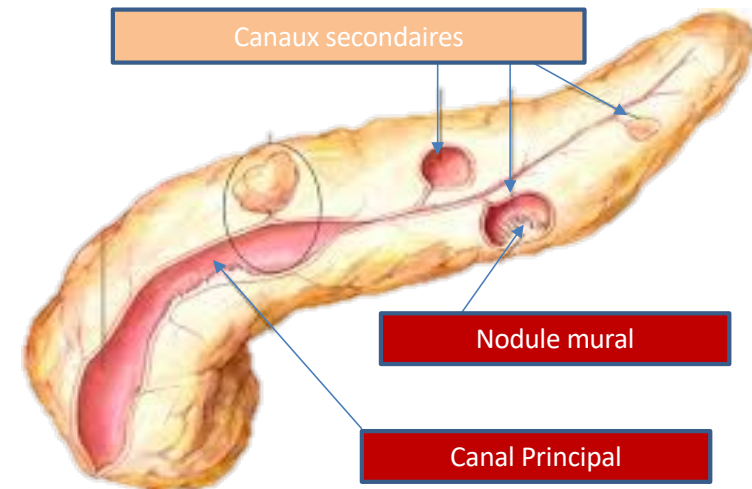
- 1- Existence de pancréatites aiguës
- 2- Diamètre d'un kyste d'un canal secondaire > 3 cm
- 3- Nodule mural prenant le contraste ≤ 5 mm (au-delà de ce seuil, une indication opératoire doit être portée)
- 4- Epaissement des parois du kyste
- 5- Canal pancréatique principal de diamètre entre 5 et 9 mm.
- 6- Modification brutale du calibre du canal pancréatique principal avec atrophie en amont
- 7- Adénomégalies régionales
- 8- Augmentation de taille d'un kyste de plus de 5 mm en deux ans

En présence d'un de ces critères, une échoendoscopie doit être faite, éventuellement associée à une ponction en cas de doute. Cette échoendoscopie vise à déterminer la présence d'un nodule > 5 mm, d'une atteinte du canal principal qui constitueraient une indication chirurgicale.

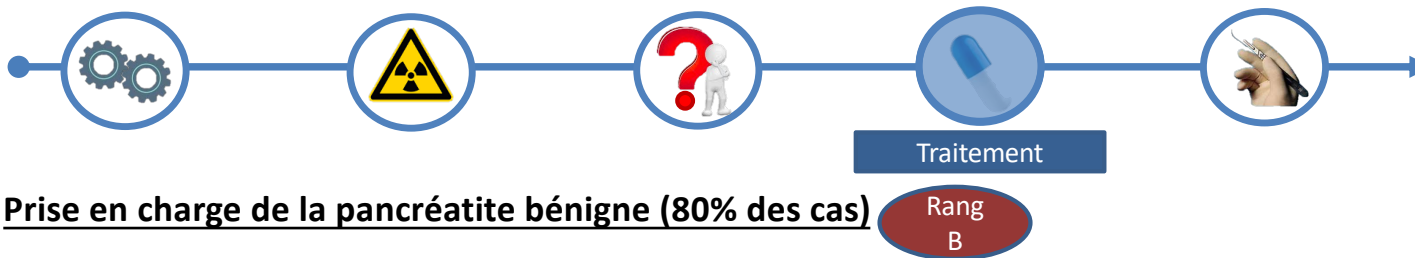
En l'absence de ces critères, la surveillance ultérieure dépend de la taille du kyste le plus volumineux :

- < 1 cm : CP-IRM à 6 mois puis tous les deux ans
- 1-2 cm : CP-IRM à 6 mois et un et deux ans puis tous les deux ans
- 2-3 cm : échoendoscopie à 6 mois puis alterner tous les ans CP-IRM et échoendoscopie
- > 3 cm alterner tous les six mois CP-IRM et échoendoscopie.

La survenue de cas de dégénérescence à long terme (> 5 ans) invite à ne pas cesser la surveillance tant que le patient est opérable.



Source : FICHE SNFGE TIPMP 2018 basée sur Consensus international



- **À jeun strict**
 - Jusqu'à **disparition des douleurs** (généralement < 10 jours)
 - Discuter **nutrition entérale continue si durée prévisible > 72 heures**
 - Jusqu'à la **cholécystectomie** si cause biliaire sans obstacle
- **Ré-équilibration hydroélectrolytique**
- **Analgésie** adaptée
- **Surveillance** quotidienne
 - Détecter l'aggravation



Prise en charge de la pancréatite sévère

Rang
B

• En soins intensifs ou réanimation si :

- **CRP** > 150 mg/L
- **Terrain** (obésité)
- **Défaillances** d'organes (SRIS +++)

• À jeun strict

- Si grave (> 72 H) → **nutrition entérale continue** (>>> nutrition parentérale)
- + **SNG en aspiration** si vomissement

• **Surveillance morphologique si nécrose tous les 10-15 jours**

- Surinfection coulée de nécrose
- Pseudo-anévrisme artériel, fistules



Pas d'antibioprophylaxie

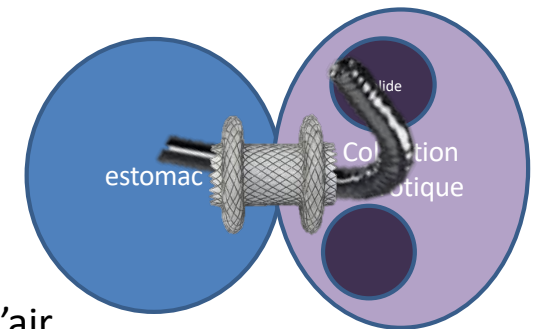


Prise en charge de la surinfection de nécrose

Rang
B

• **Tableau classique :**

- Réascension du syndrome inflammatoire ou de la fièvre
 - Ou nouvelles défaillances viscérales
 - 2 à 4 semaines après la pancréatite aigüe
- **Imagerie** : collection avec composante liquidienne +/- bulles d'air



• **Bilan morphologique :**

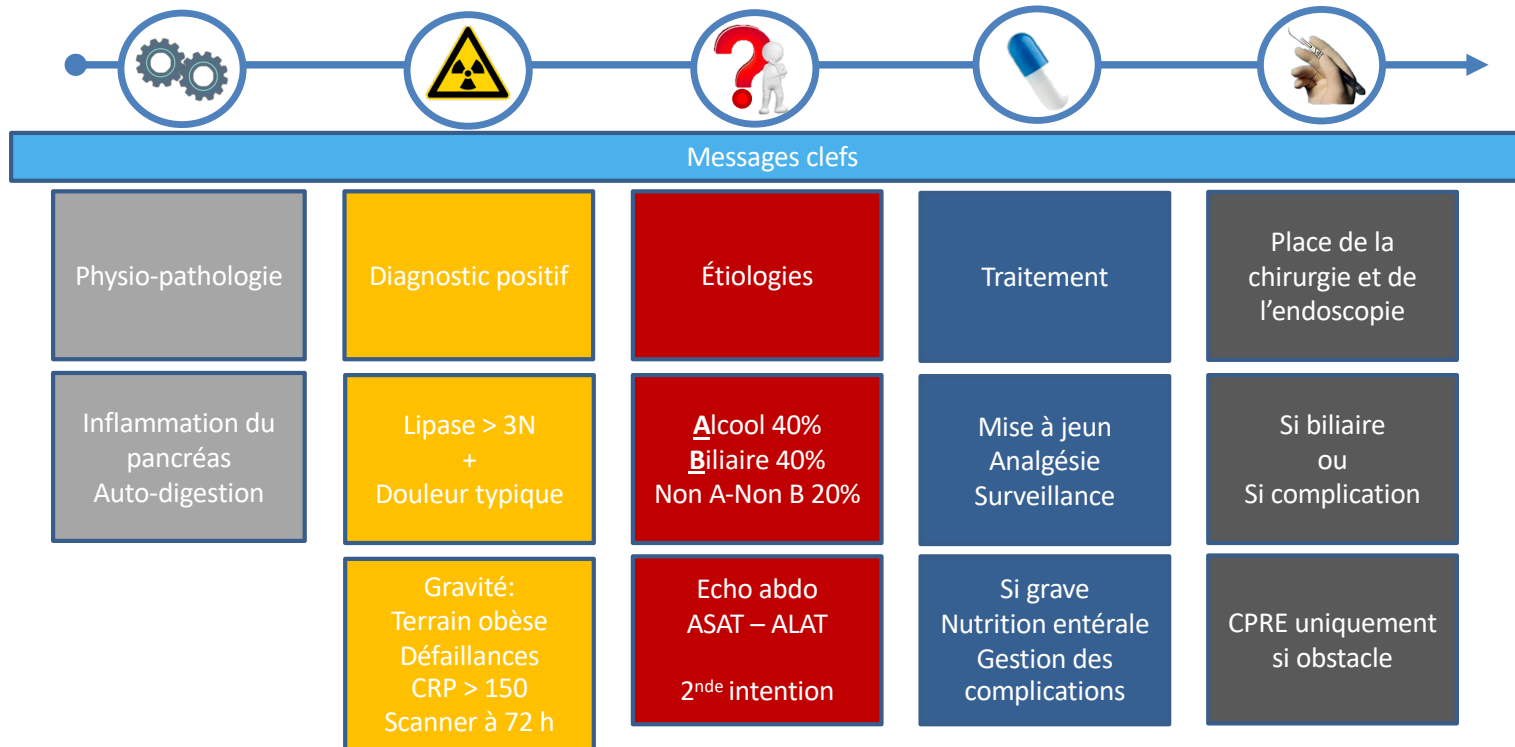
- Discussion **multidisciplinaire** de **l'abord le moins invasif**
 - Après vérification de **l'absence de pseudo-anévrisme artériel**
 - **Drainage** radiologique ou endoscopique transgastrique de la composante **liquidienne**
- Si persistance d'un syndrome septique sur nécrose **solide**
 - **Nécrosectomie** endoscopique ou chirurgicale mini-invasive





Place de la chirurgie et de l'endoscopie

Rang B	<u>Place de la chirurgie</u>	<u>Place de l'endoscopie</u>
<p>Pancréatite aigüe biliaire</p>	<p>Cholécystectomie : rapide pendant hospitalisation +/- cholangiographie</p>	<p>Cathétérisme des voies biliaires : Si obstacle biliaire résiduel ou angiocholite +/- si lithiase résiduelle en imagerie Non indiqué si pancréatite grave isolée</p>
<p>Surinfection de nécrose</p>	<p>Pas de chirurgie ouverte si possible Techniques de nécrosectomie drainage radiologique +/- chirurgie mini-invasive</p>	<p>Drainage des kystes sous écho-endoscopie Nécrosectomie endoscopique</p>



pierre.lafeuille@chu-lyon.fr

Post test

- a) Un calcul de la vésicule biliaire doit conduire systématiquement à une cholécystectomie
- b) Un calcul de la voie biliaire principale doit conduire généralement à une extraction de la lithiase
- c) L'angiocholite est due à un calcul de la vésicule biliaire obstructif
- d) Le syndrome de Mirizzi est une cholécystite aiguë avec dilatation du cholédoque
- e) La pancréatite aiguë lithiasique est secondaire à une migration lithiasique

Post test

- a) Un calcul de la vésicule biliaire doit conduire systématiquement à une cholécystectomie
- b) Un calcul de la voie biliaire principale doit conduire généralement à une extraction de la lithiasie
- c) L'angiocholite est due à un calcul de la vésicule biliaire obstructif
- d) Le syndrome de Mirizzi est une cholécystite aigue avec dilatation du cholédoque
- e) La pancréatite aigüe lithiasique est secondaire à une migration lithiasique

Post test

- a) Le syndrome de Bouveret est un syndrome occlusif duodéal par un calcul de grande taille enclavé
- b) Le syndrome de Mirizzi est un tableau mixte de cholécystite et d'angiocholite à cholédoque fin
- c) L'iléus biliaire associe aérobilie, occlusion du grêle et image opaque de la fosse iliaque droite habituellement
- d) L'angiocholite classique associe aérobilie, douleurs, fièvre et ictère
- e) La pancréatite aigüe lithiasique grave est peu probable en cas de pancréas divisum complet

Post test

- a) Le syndrome de Bouveret est un syndrome occlusif duodéal par un calcul de grande taille enclavé
- b) Le syndrome de Mirizzi est un tableau mixte de cholécystite et d'angiocholite à cholédoque fin
- c) L'iléus biliaire associe aérobilie, occlusion du grêle et image opaque de la fosse iliaque droite habituellement
- d) L'angiocholite classique associe aérobilie, douleurs, fièvre et ictère
- e) La pancréatite aigüe lithiasique grave est peu probable en cas de pancréas divisum complet

Post test

- a) Les douleurs de colique hépatique entraînent généralement une inhibition respiratoire
- b) La colique hépatique est un syndrome fébrile
- c) La colique hépatique simple dure généralement de 3 à 6 heures
- d) Le TDM est l'examen de première intention devant les douleurs biliaires
- e) L'exploration de la voie biliaire principale se fait au mieux par échocystoscopie ou par cholangio IRM
- f) La cholécystite aiguë est une urgence chirurgicale

Post test

- a) Les douleurs de colique hépatique entraînent généralement une inhibition respiratoire
- b) La colique hépatique est un syndrome fébrile
- c) La colique hépatique simple dure généralement de 3 à 6 heures
- d) Le TDM est l'examen de première intention devant les douleurs biliaires
- e) L'exploration de la voie biliaire principale se fait au mieux par échocystoscopie ou par cholangio IRM
- f) La cholécystite aiguë est une urgence chirurgicale

Post test

- a) L'angiocholite est une urgence endoscopique
- b) Le traitement tout chirurgical et le traitement combiné endoscopie/chirurgie sont équivalents
- c) La CPRE inclut toujours une cholangiographie et une pancréatographie rétrograde endoscopique
- d) Le risque principal (le plus fréquent) du cathétérisme rétrograde est la pancréatite aiguë
- e) Les AINS par voie rectale diminuent le risque de pancréatite aiguë post cathétérisme.

Post test

- a) L'angiocholite est une urgence endoscopique
- b) Le traitement tout chirurgical et le traitement combiné endoscopie/chirurgie sont équivalents
- c) La CPRE inclut toujours une cholangiographie et une pancréatographie rétrograde endoscopique
- d) Le risque principal (le plus fréquent) du cathétérisme rétrograde est la pancréatite aiguë
- e) Les AINS par voie rectale diminuent le risque de pancréatite aiguë post cathétérisme.