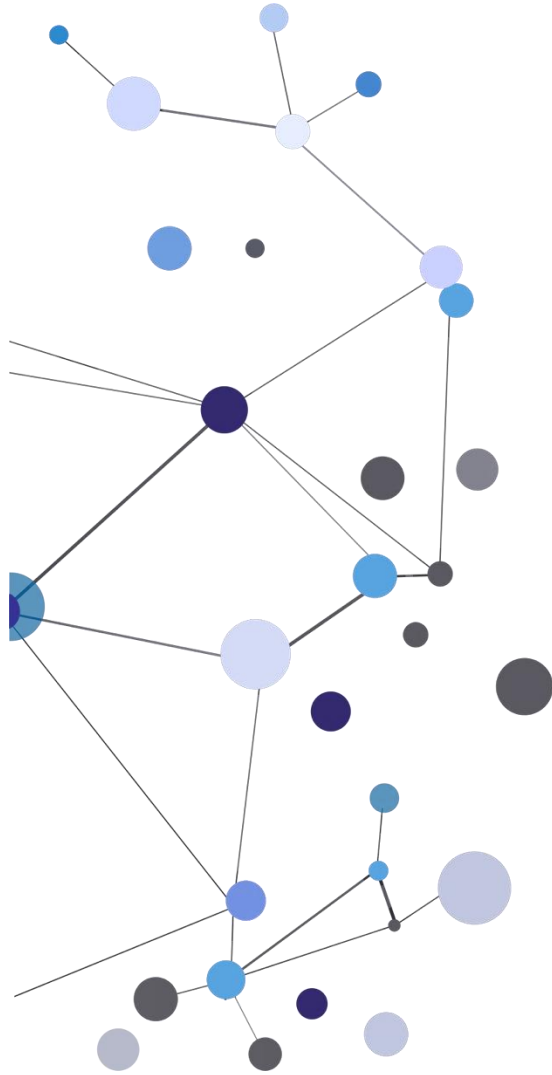
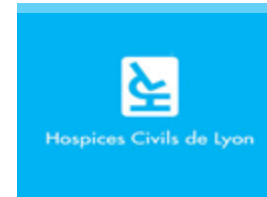


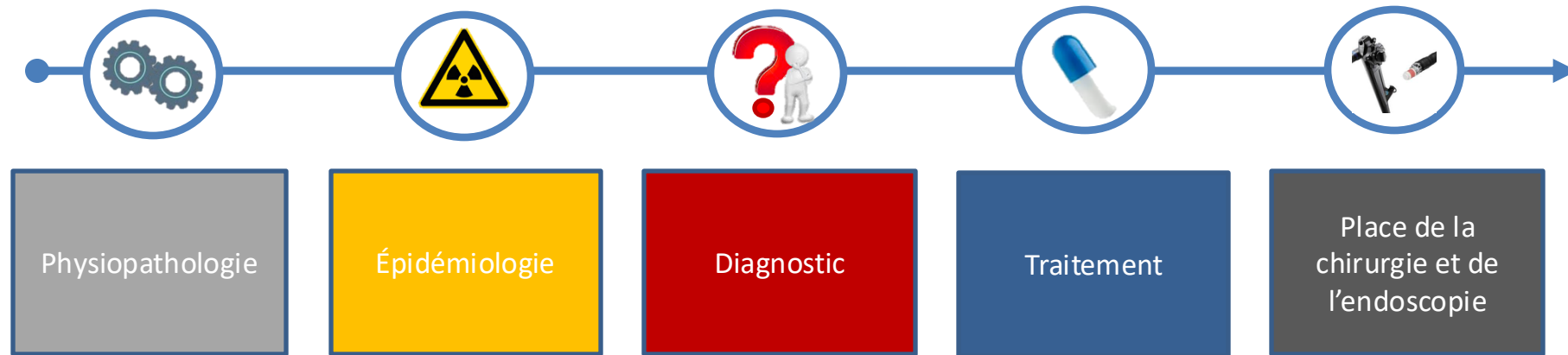


Item 277 : Lithiase biliaire et complications



Dr Mathieu Pioche
Gastroentérologie pavillon L
Hôpital Edouard Herriot
Hospices civils de Lyon





ITEM 277
Support Document Source National
R2C CDU HGE



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 lithiasie
- 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 aérobie, occlusion du grêle et image opaque de la fosse iliaque droite habituellement
- d) L'angiocholite classique associe aérobie, douleurs, fièvre et ictère
- e) La pancréatite aiguë lithiasique est peu probable en cas de pancréas divisum complet

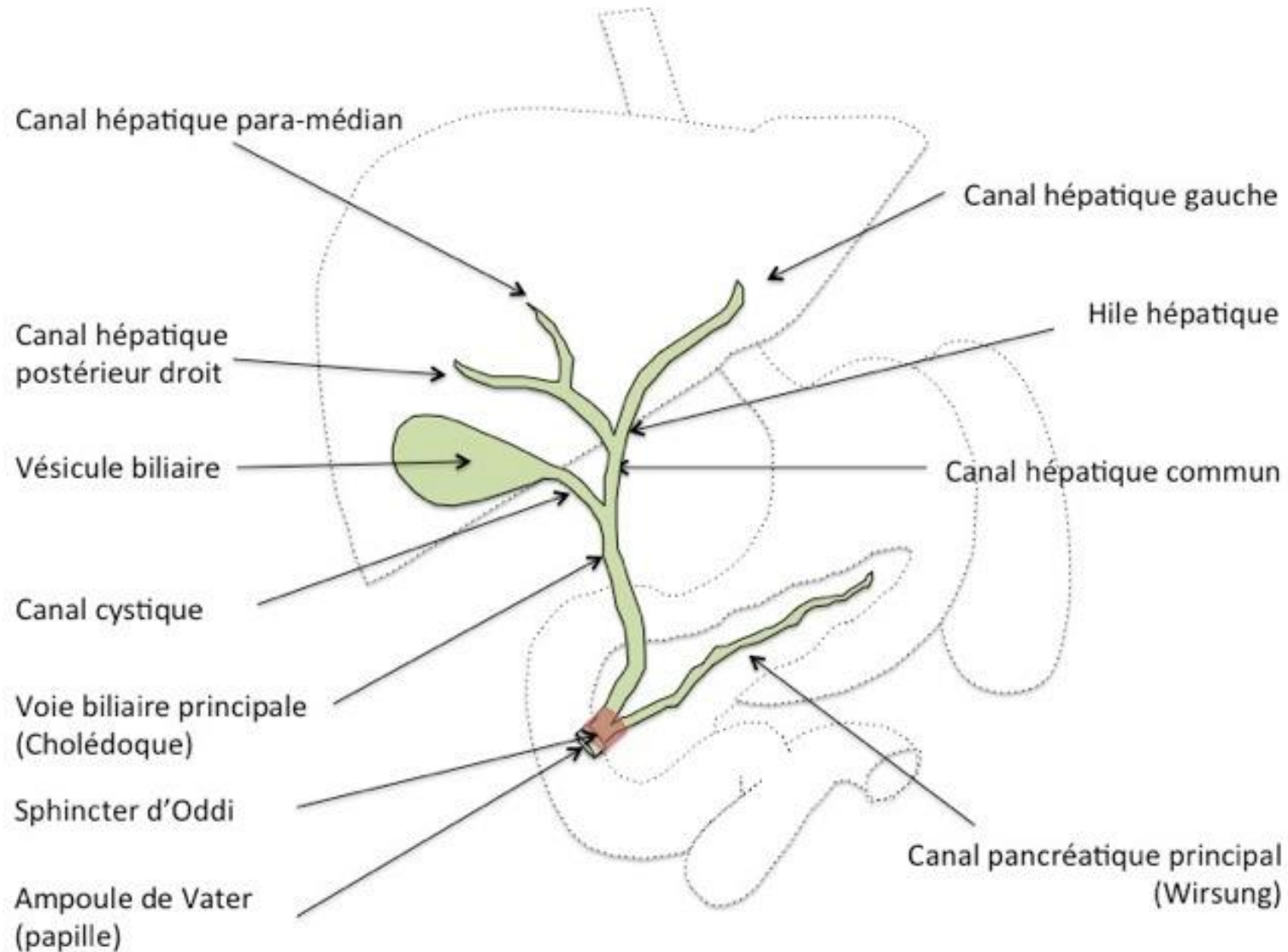
Pré test

- 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 échoendoscopie ou par cholangio IRM
- f) La cholécystite aiguë est une urgence chirurgicale

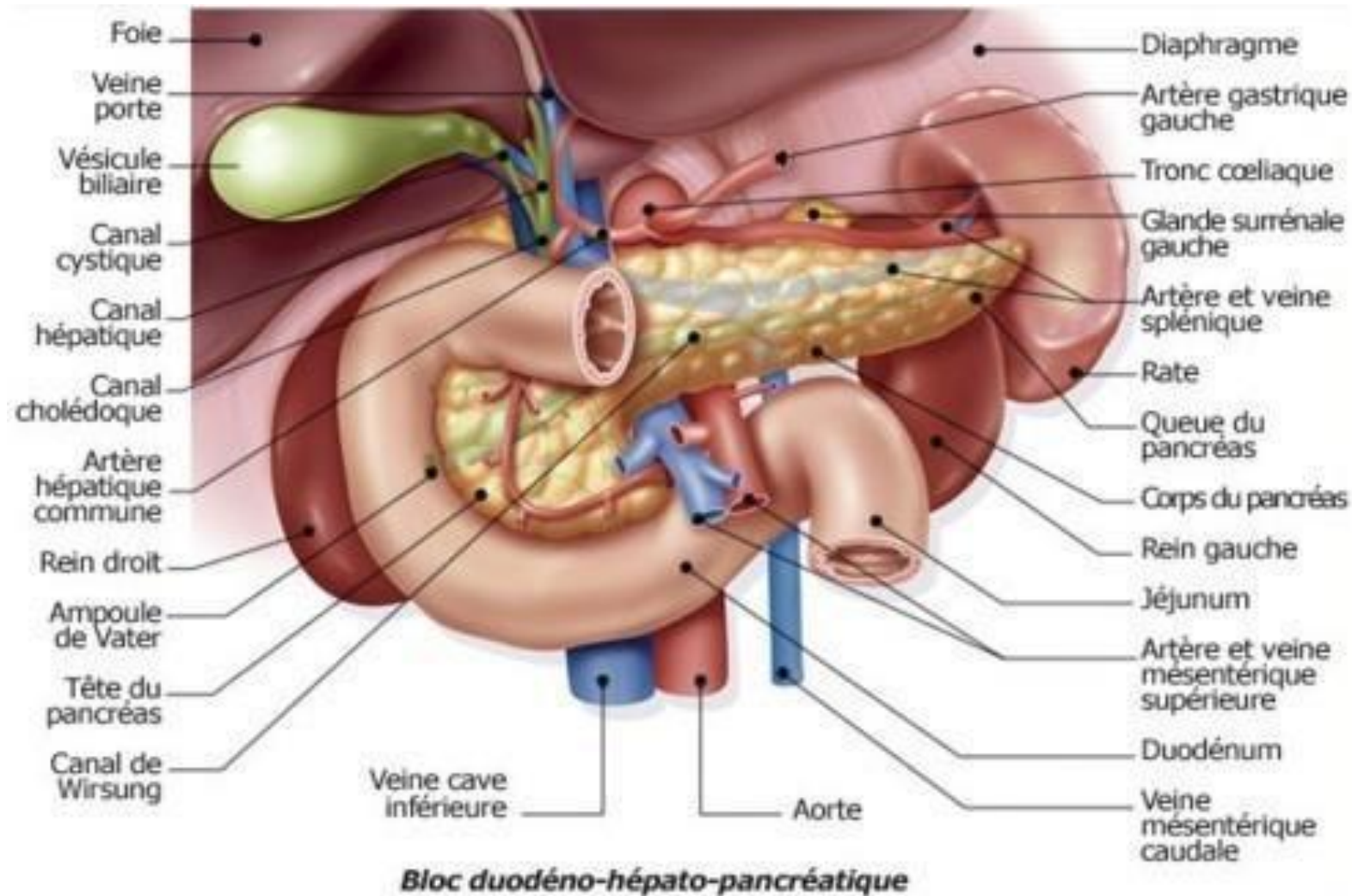
Pré test

- 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 aigue
- e) Les AINS par voie rectale diminuent le risque de pancréatite aigue post cathétérisme.

Anatomie bilio-pancréatique



Contacts vasculaires

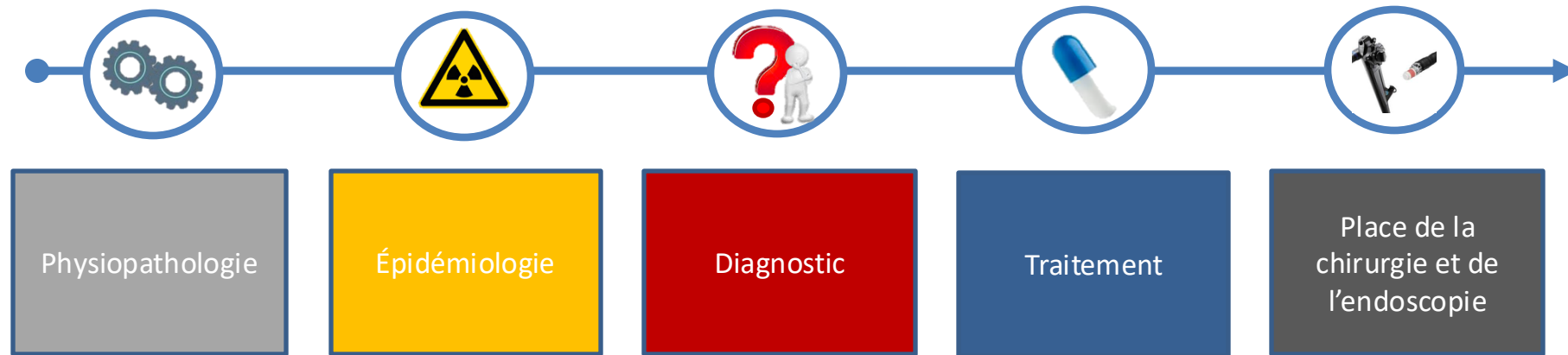


Item 277 : Lithiase biliaire et complications



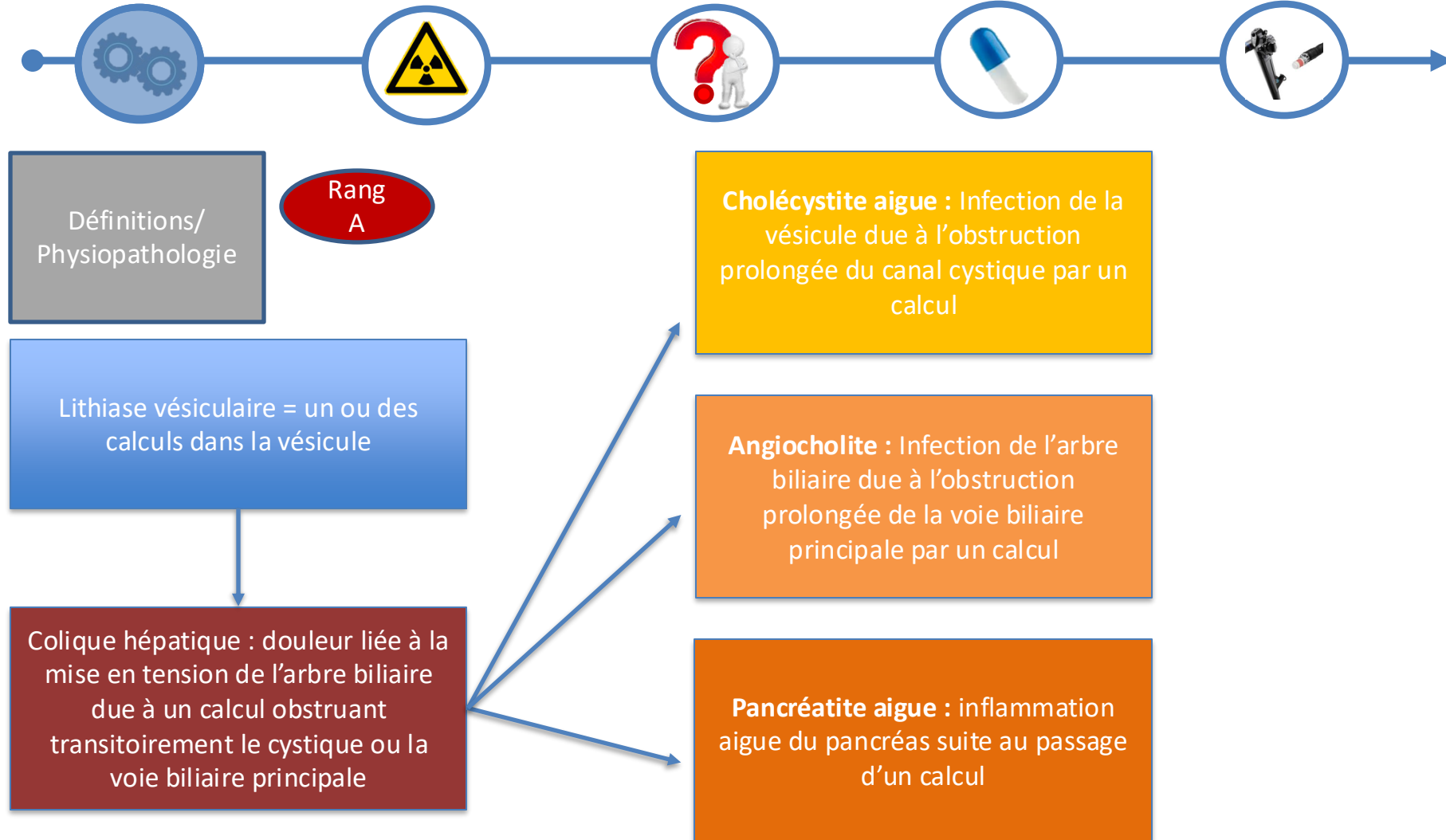
Dr Mathieu Pioche
Gastroentérologie pavillon L
Hôpital Edouard Herriot
Hospices civils de Lyon

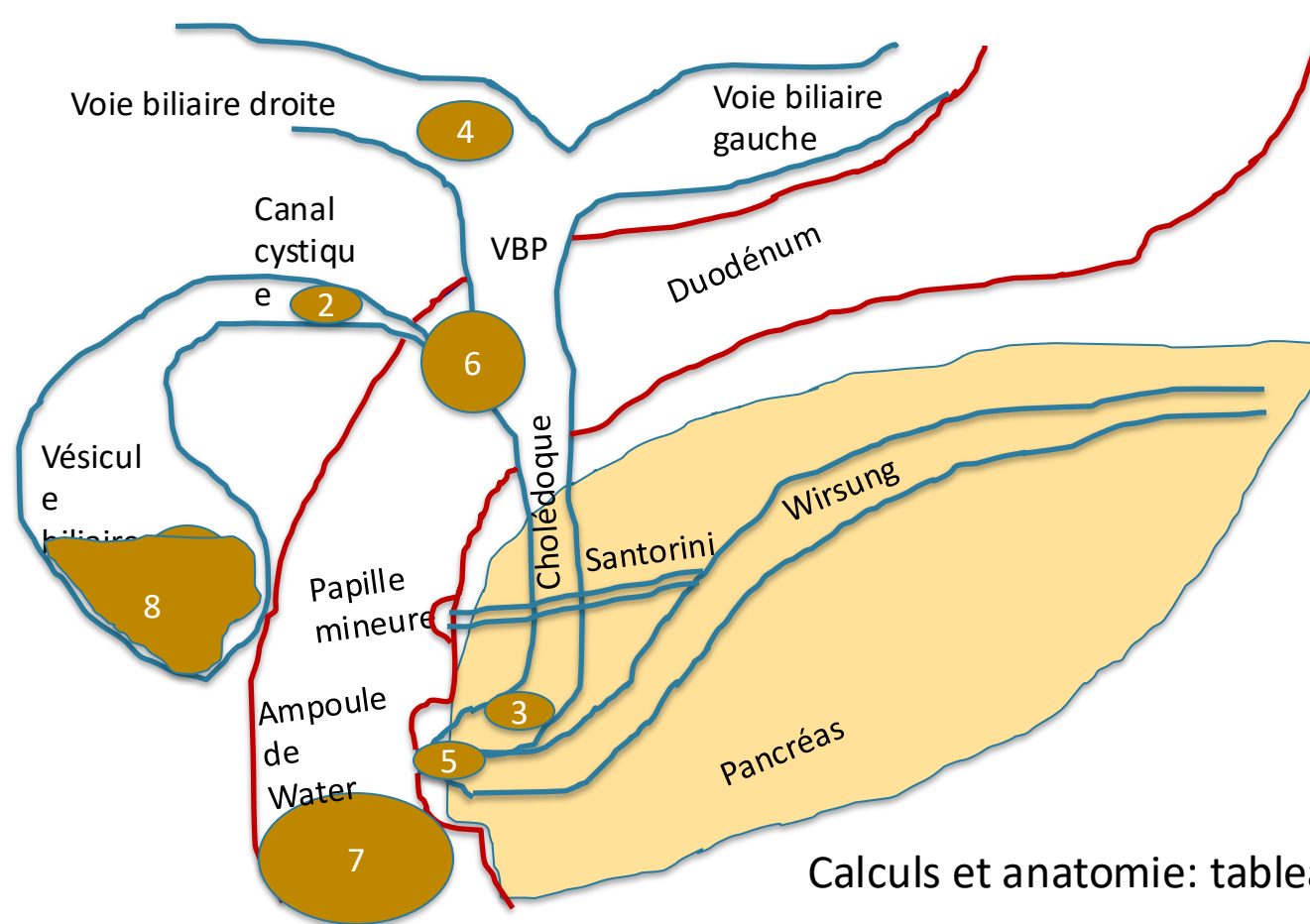




ITEM 277
Support Document Source National
R2C CDU HGE







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 vésicule

Rang
A

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

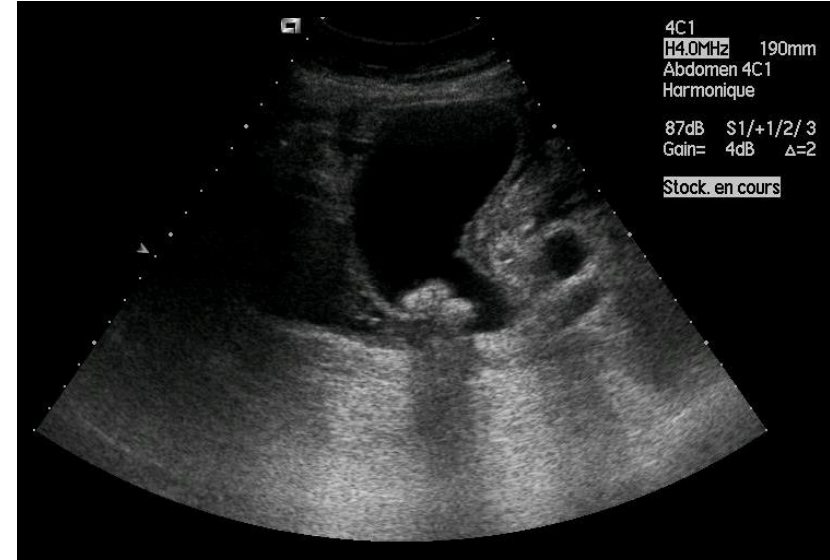
Rang
A



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

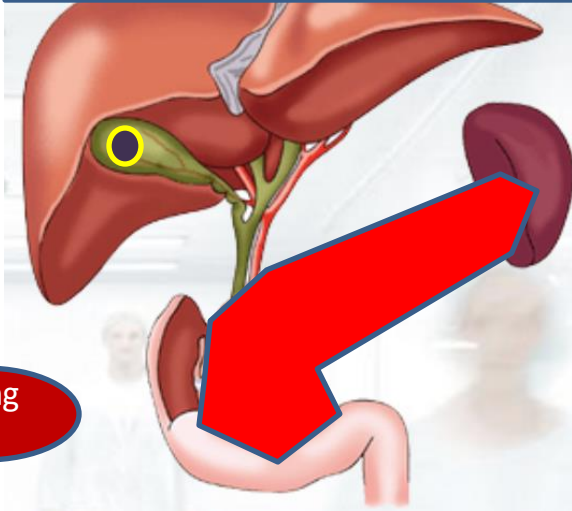
Echographie

- 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 lithias vésiculaire résiduelle
Rarement dilatation des voies biliaires



Rang A

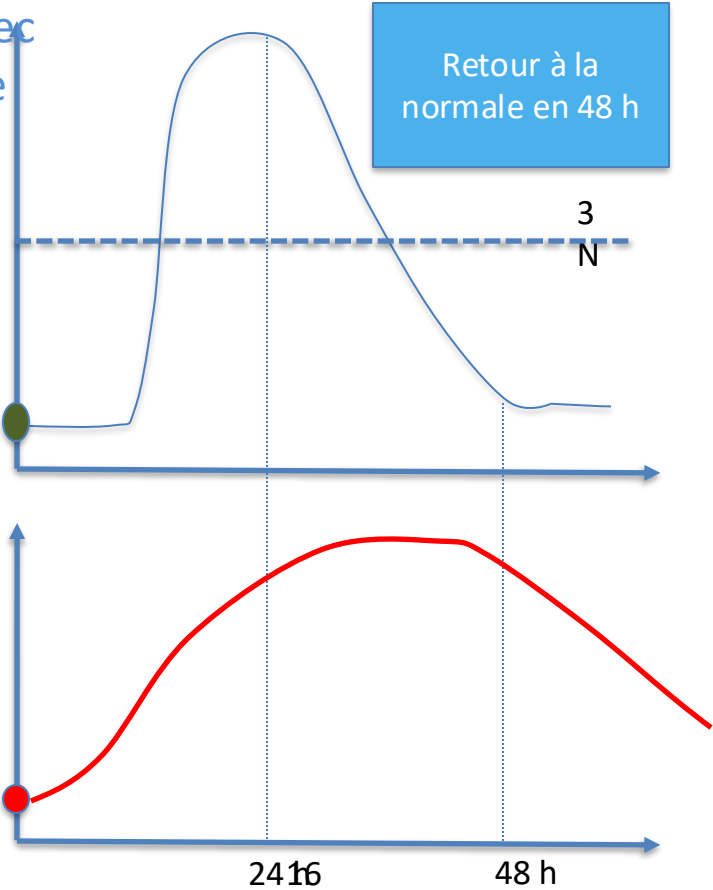
Pas de fièvre ni syndrome inflammatoire

Avec ou sans pancréatite aigue

Colique hépatique avec migration lithiasique

Réaction hépatique
Transaminases
ASAT > ALAT
Puis ALAT > ASAT

Réaction pancréatique
Lipasémie





Migration lithiasique arbre décisionnel

Rang
A

Tableau de colique hépatique

Simple

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

Antispasmodique
Puis chirurgie sans examen VBP

Doute VBP

Cytolyse transitoire
dilatation à l'écho

Examen dédié VBP

Echo endo

Bili RMN



Echoendoscopie ou 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

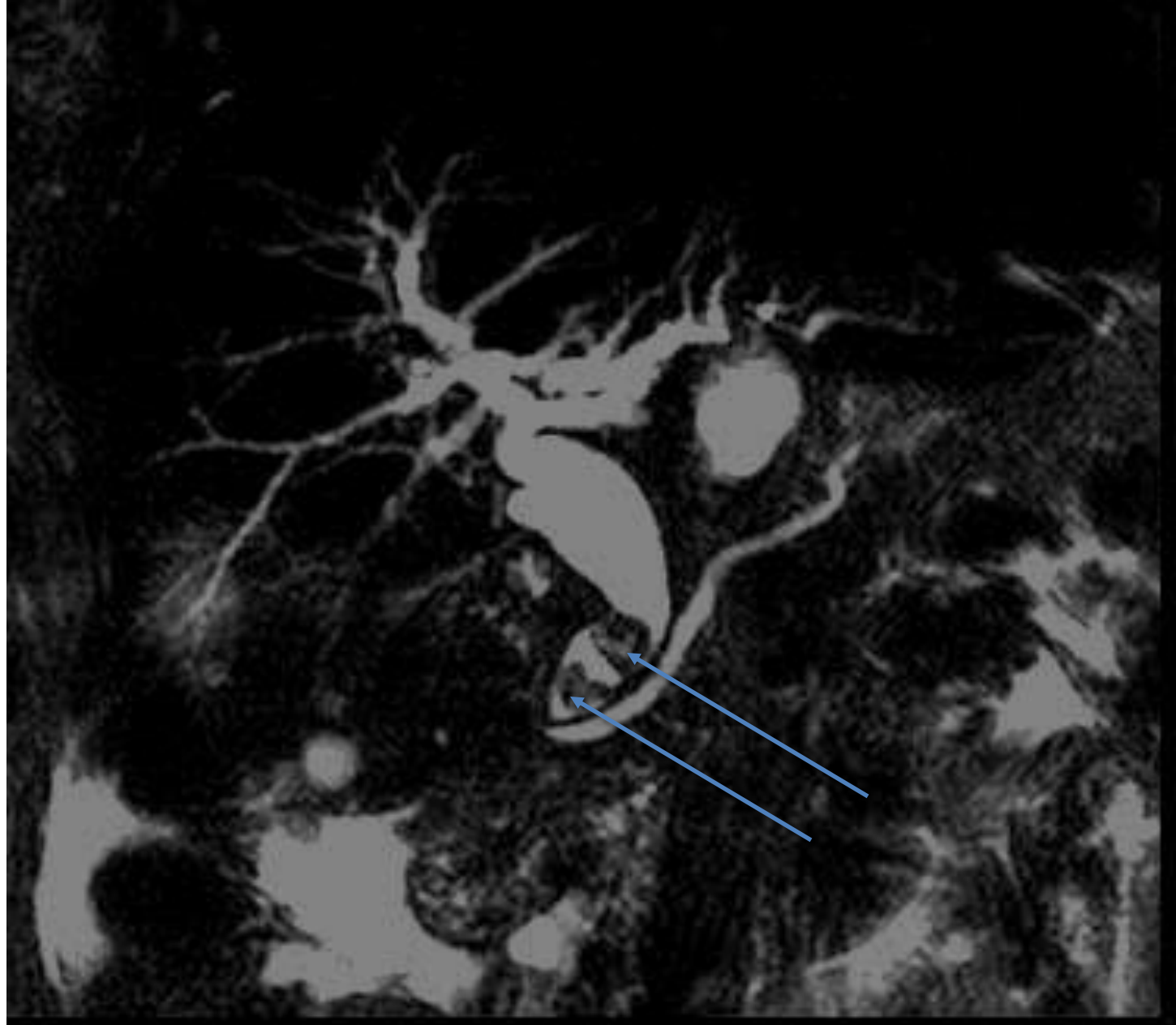
Le plus sensible pour les petits calculs notamment < 2mm

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



CHOLANGIO-IRM

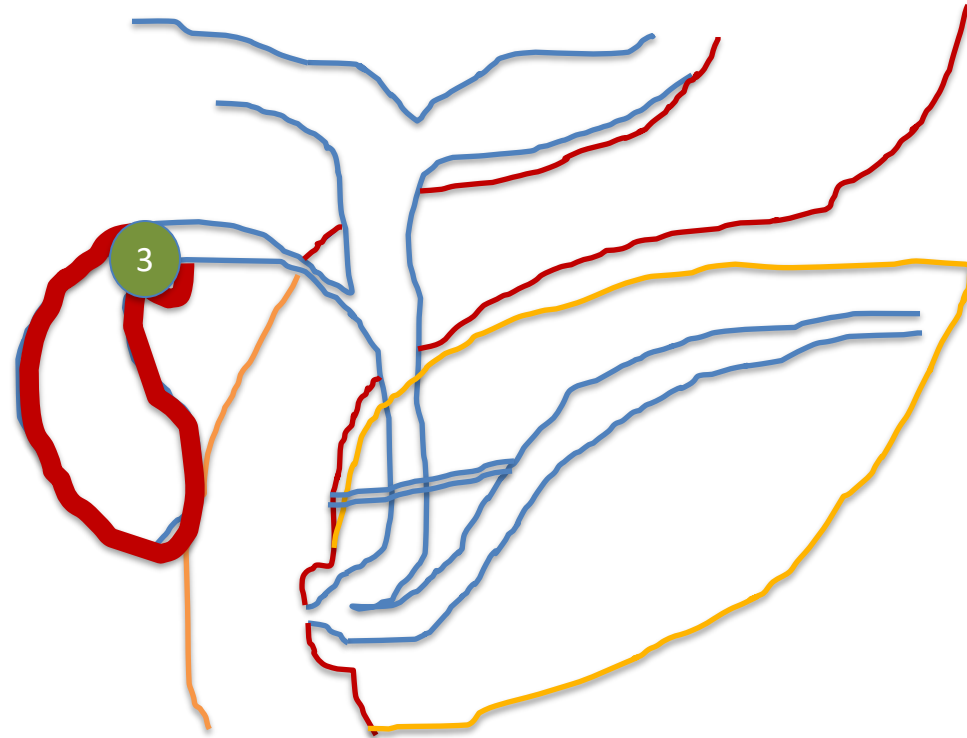
Deux calculs du bas
cholédoque





Cholécystite aigue

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

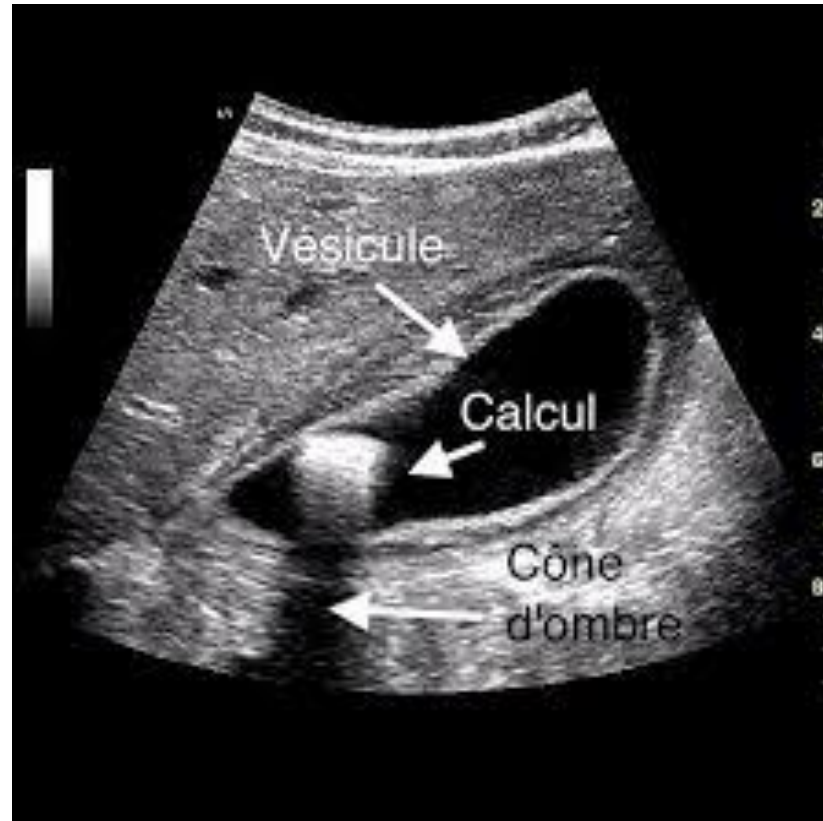


CHOLECYSTITIS AIGUE

- Infection à pyogènes sur obstacle vésiculaire
- Clinique
 - Douleur prolongée,
 - Fièvre,
 - pseudo-occlusif chez l'âge
 - Douleur + défense, parfois empatement
- Biologie
 - CRP élevée,
 - polynucléose neutrophile, hyperleucocytose
 - pas de cholestase, pas de cytolysé 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
- Grade 3: Gravité sévère
 - Choc septique
 - Troubles neuros
 - CIVD...

Rang
A

Antibiotiques

Antibiotiques puis
Cholécystectomie en
urgence

Rang
B

Réanimation
cholécystostomie

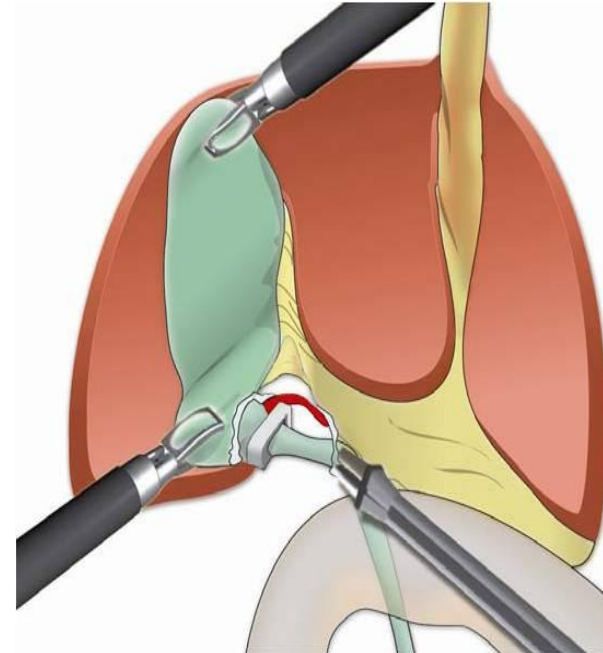


La cholécystectomie en urgence !?

En 2018:
Si possible sous coelioscopie

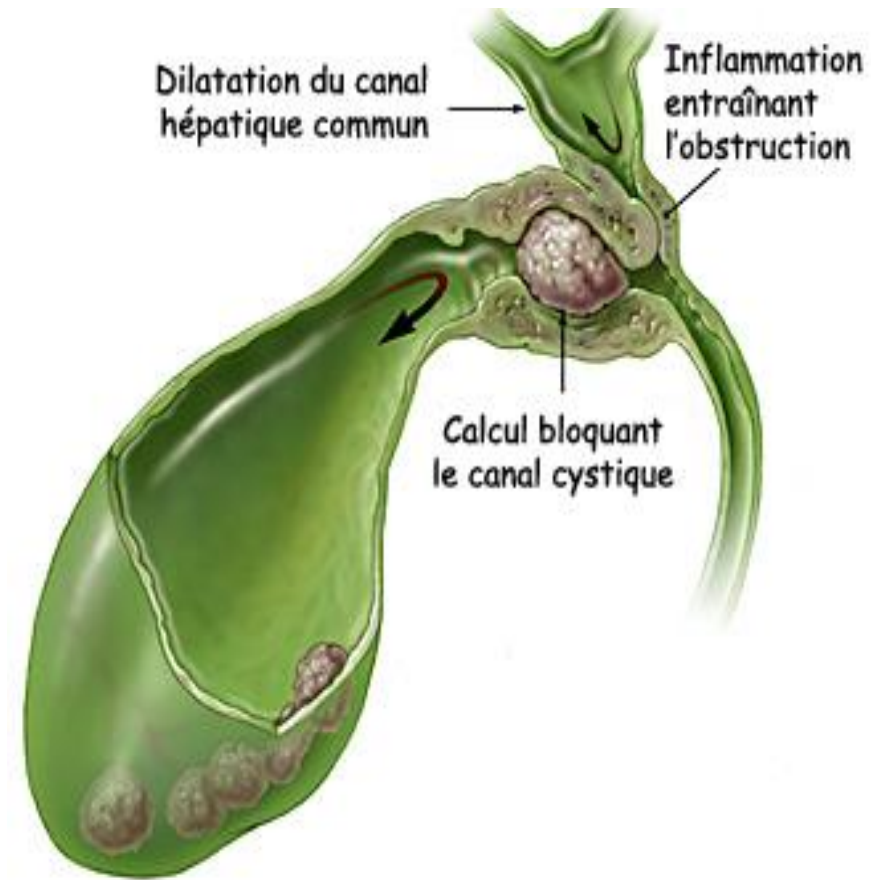
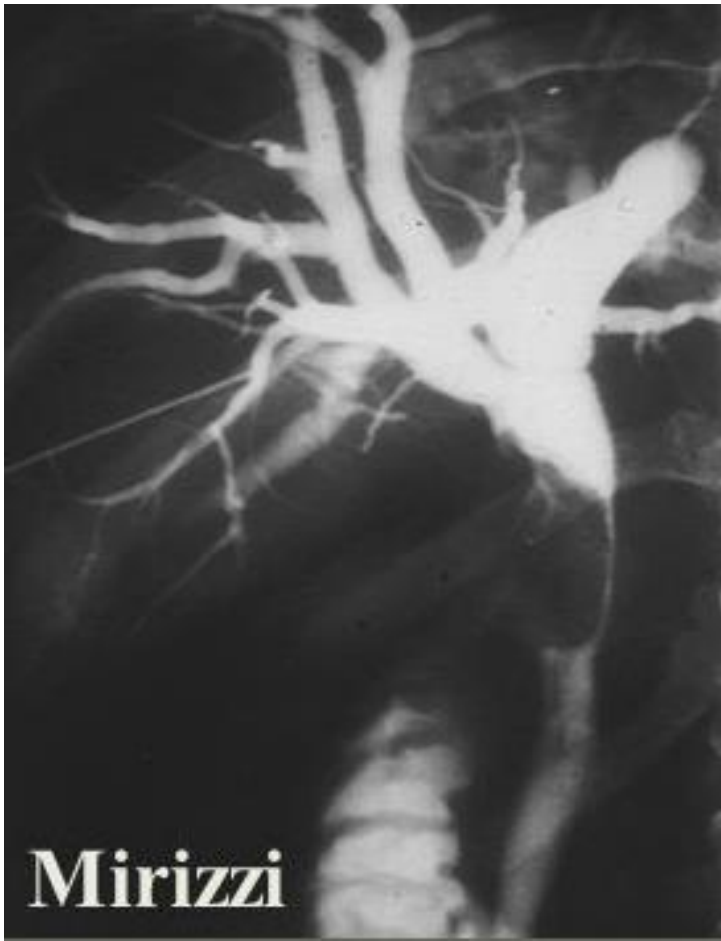
Procédure:
Clips sur canal cystique puis section
Dissection vésicule du lit vésiculaire
+/- drain de Kehr

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



Sd de Mirizzi

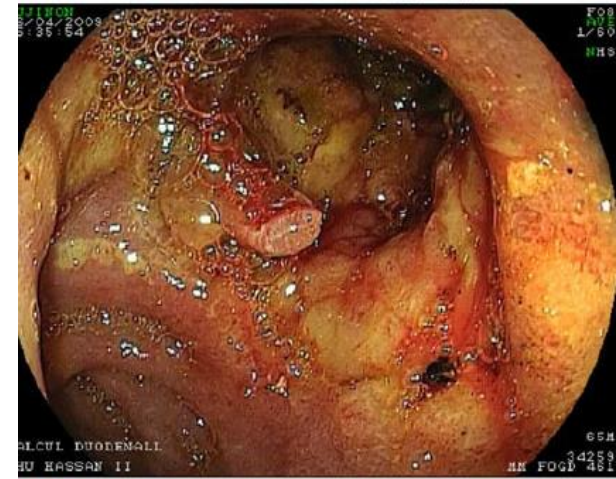
Tableau de cholécystite aiguë
+ obstacle du cholédoque (ictère)
+ cytolyse + cholestase



Cholédoque fin
Dilatation d'amont des voies
biliaires intrahépatique

Sd de Bouveret

Occlusion duodénale:
Par fistulisation d'un très volumineux
calcul dans le duodénum

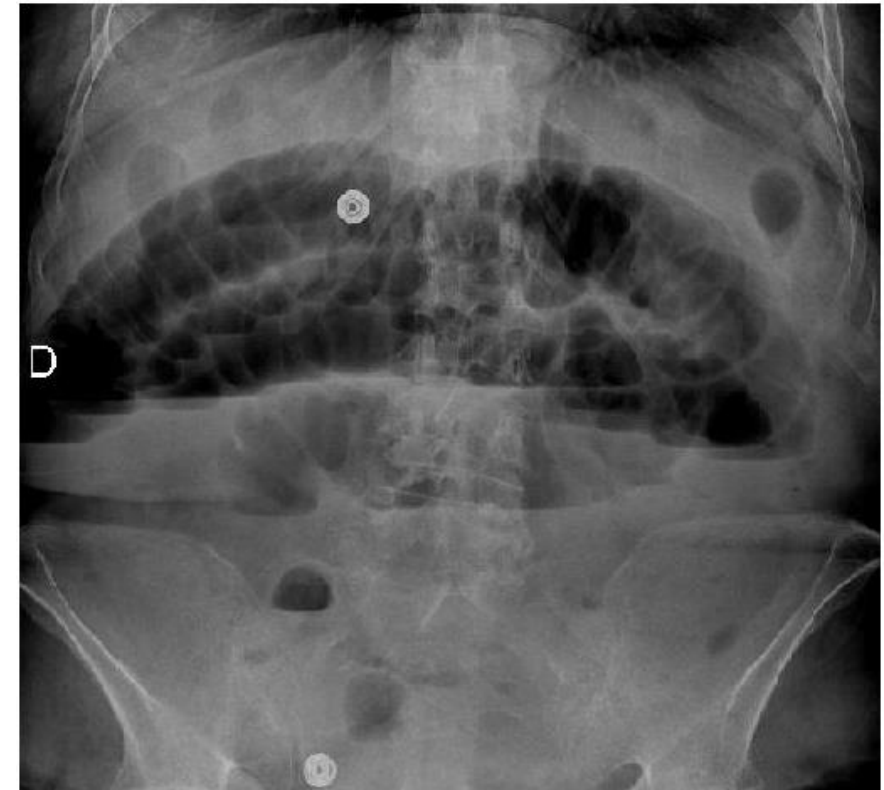


Iléus biliaire

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 Ch. Aigues, 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, gemcitabine + oxaliplatine

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 et non au lit.



- Clinique:

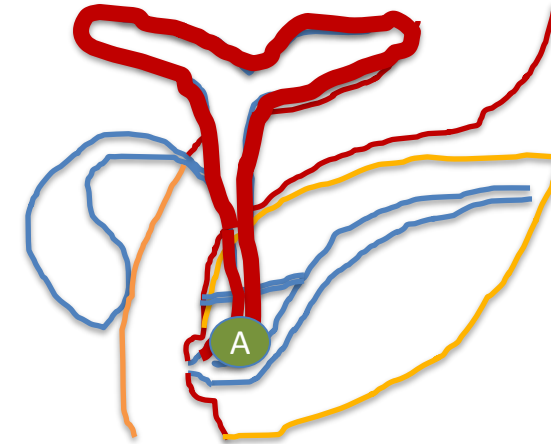
- Triade: douleur-fièvre-ictère en 48H

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

- Paraclinique:

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

Rang
A



Complications de l'angiocholite:

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

2) Lithiase de la VBP:

a) 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 pf septicémie)

hyperpression dans le canal pancréatique

Devenir: - si migration réussie, tout se calme

- calcul enclavé: épisodes intermittents de mise en tension

Ou obstruction permanente

-

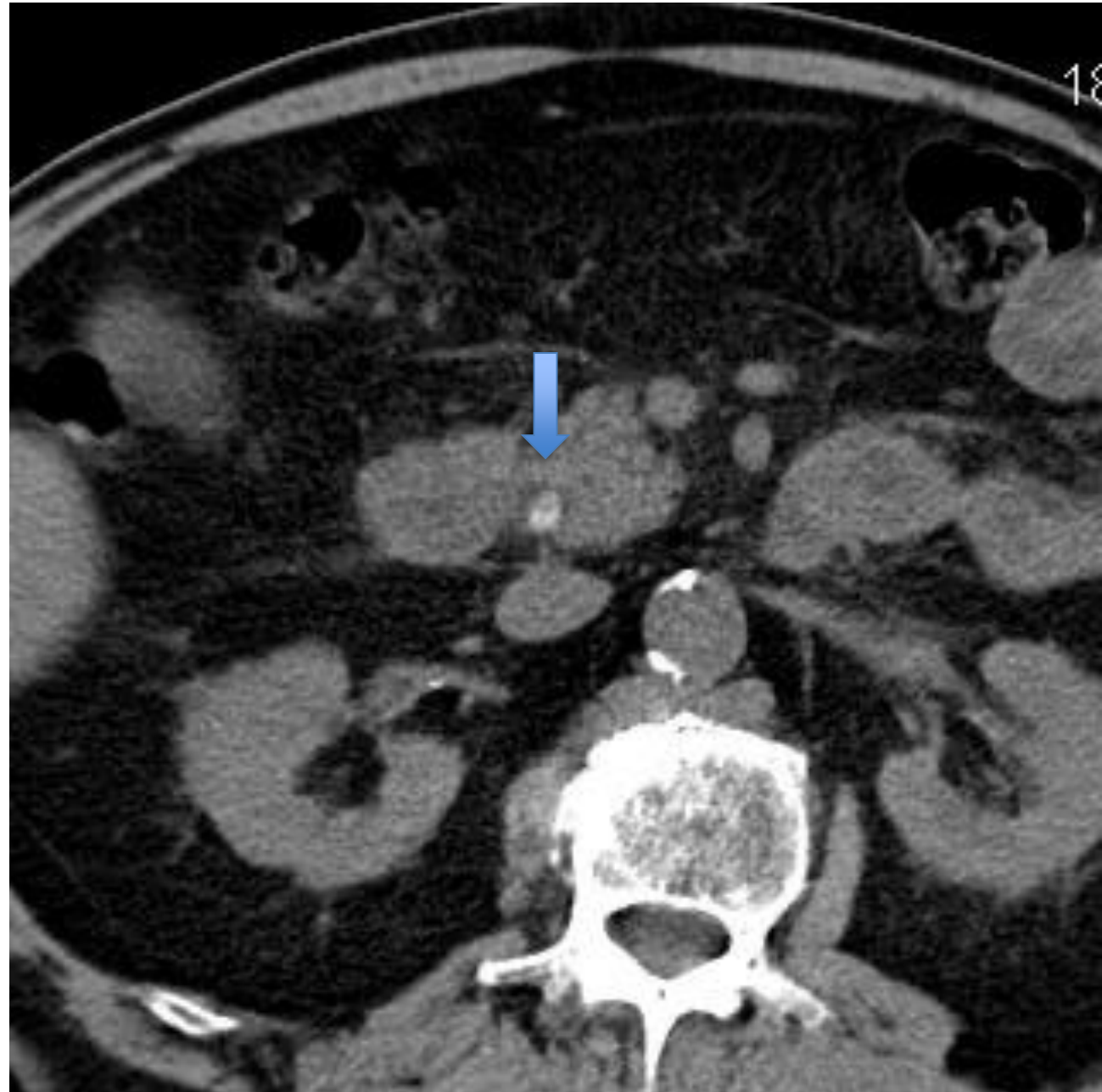
Imagerie

- Echo
 - 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
 - Echoendo avant CPRE: confirmation calculs



Angiocholite

Antalgiques
antispasmodiques

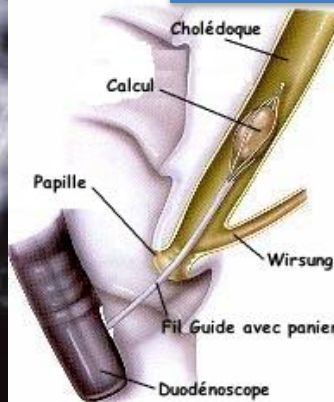
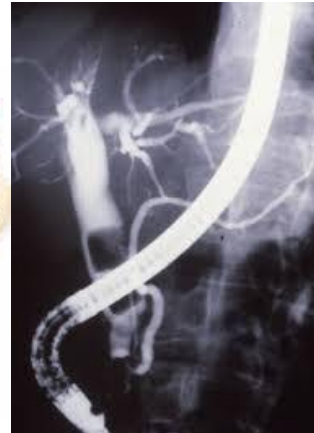
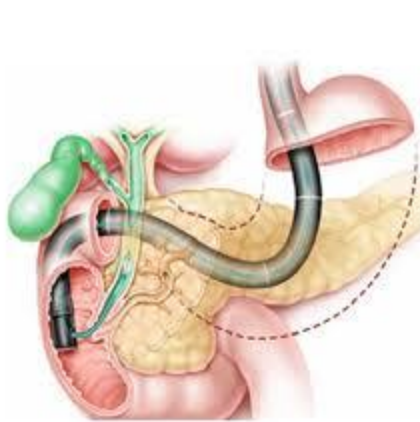
Antibiotiques à large spectre
sur BGN

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

Rang
B

Cholécystectomie +
Cholédotomie

CPRE puis cholécystectomie à
froid



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

Étapes:

- Accéder à la papille = duodénoscopie
- 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

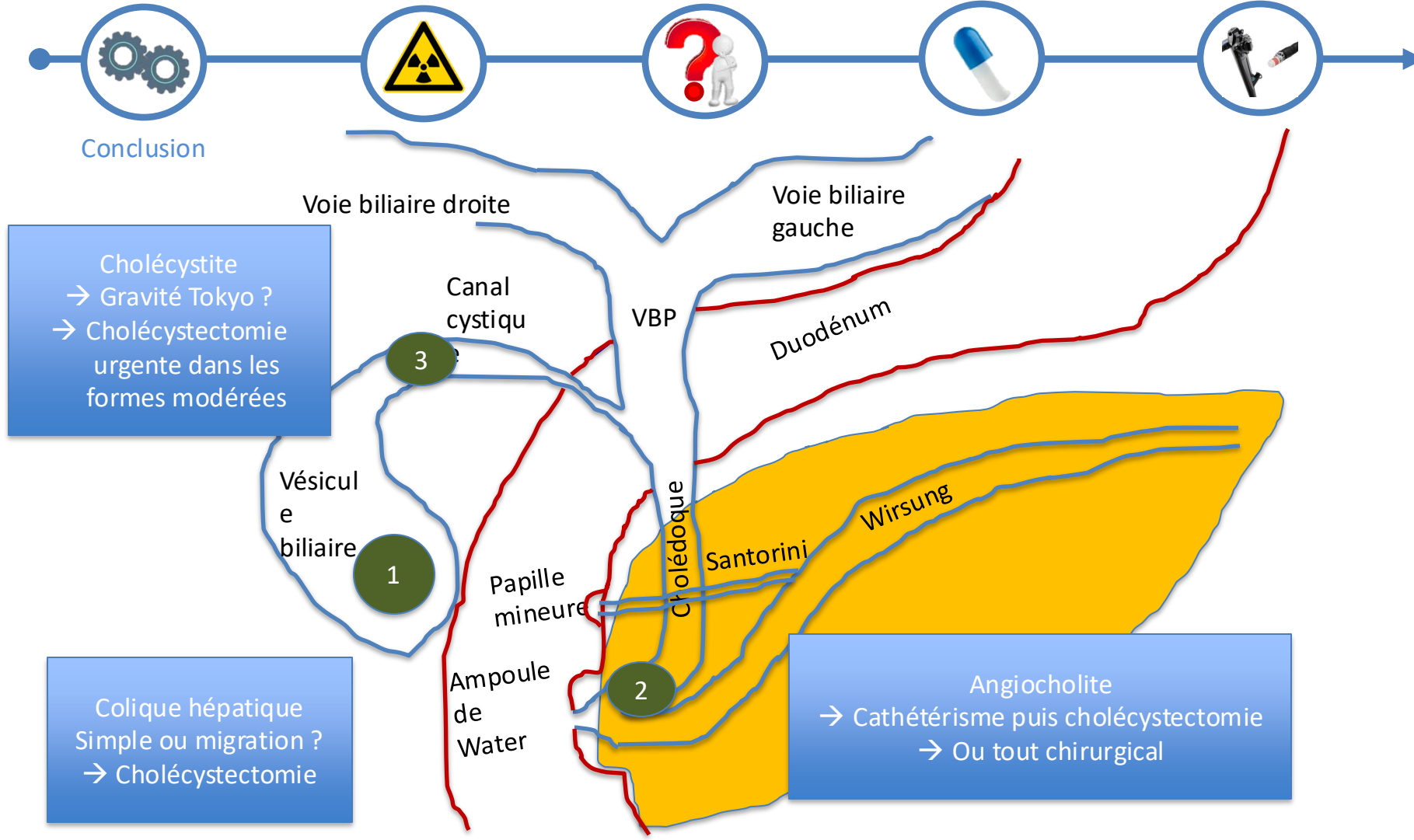
N° ID.:
Nom:

14/12/2010

Média: ■ ■ ■

Médecin:
Commentaire:

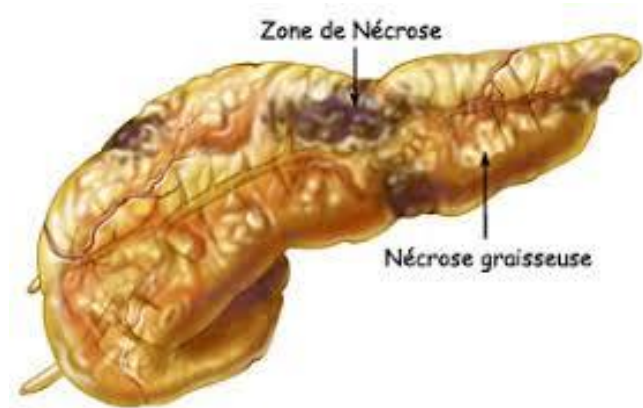
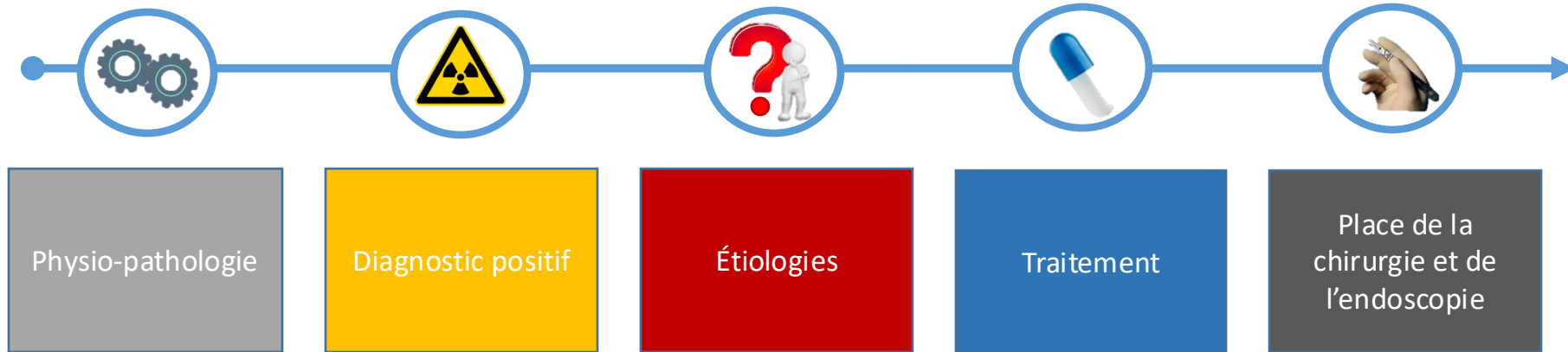




Item 358 : Pancréatite aigue



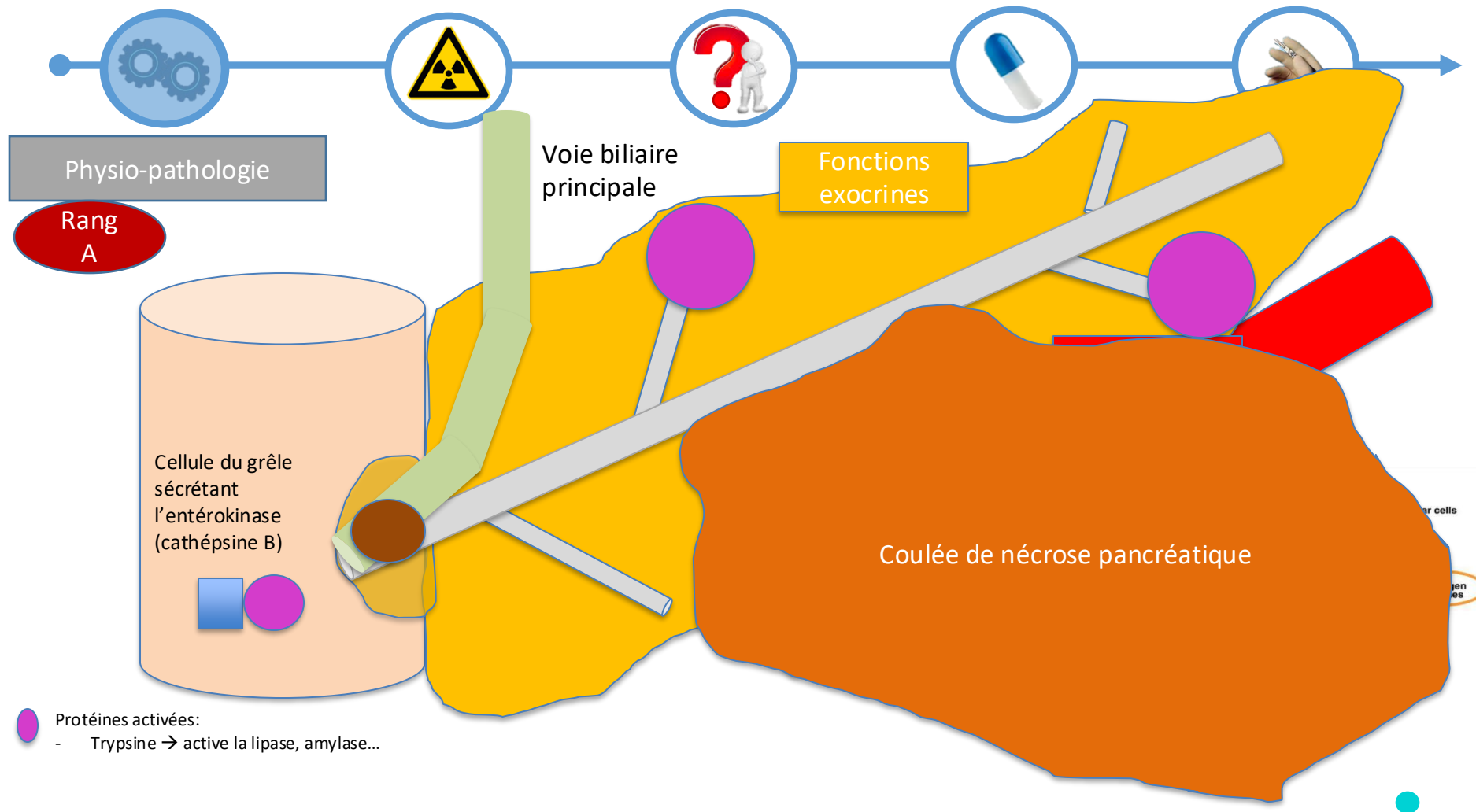
Dr Mathieu Pioche
Gastroentérologie pavillon L
Hôpital Edouard Herriot
Hospices civils de Lyon

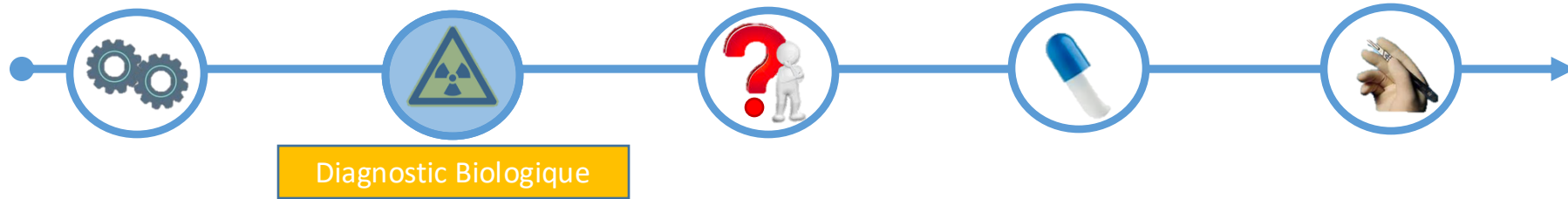


ITEM 358

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







- Diagnostic certain de pancréatite aigue
 - Douleur typique
 - Lipase > 3 N
 - Élévation précoce et fugace
 - Pic vers 24-48h
 - Au delà de 48 h → Lipase peut être < 3N

Rang
A



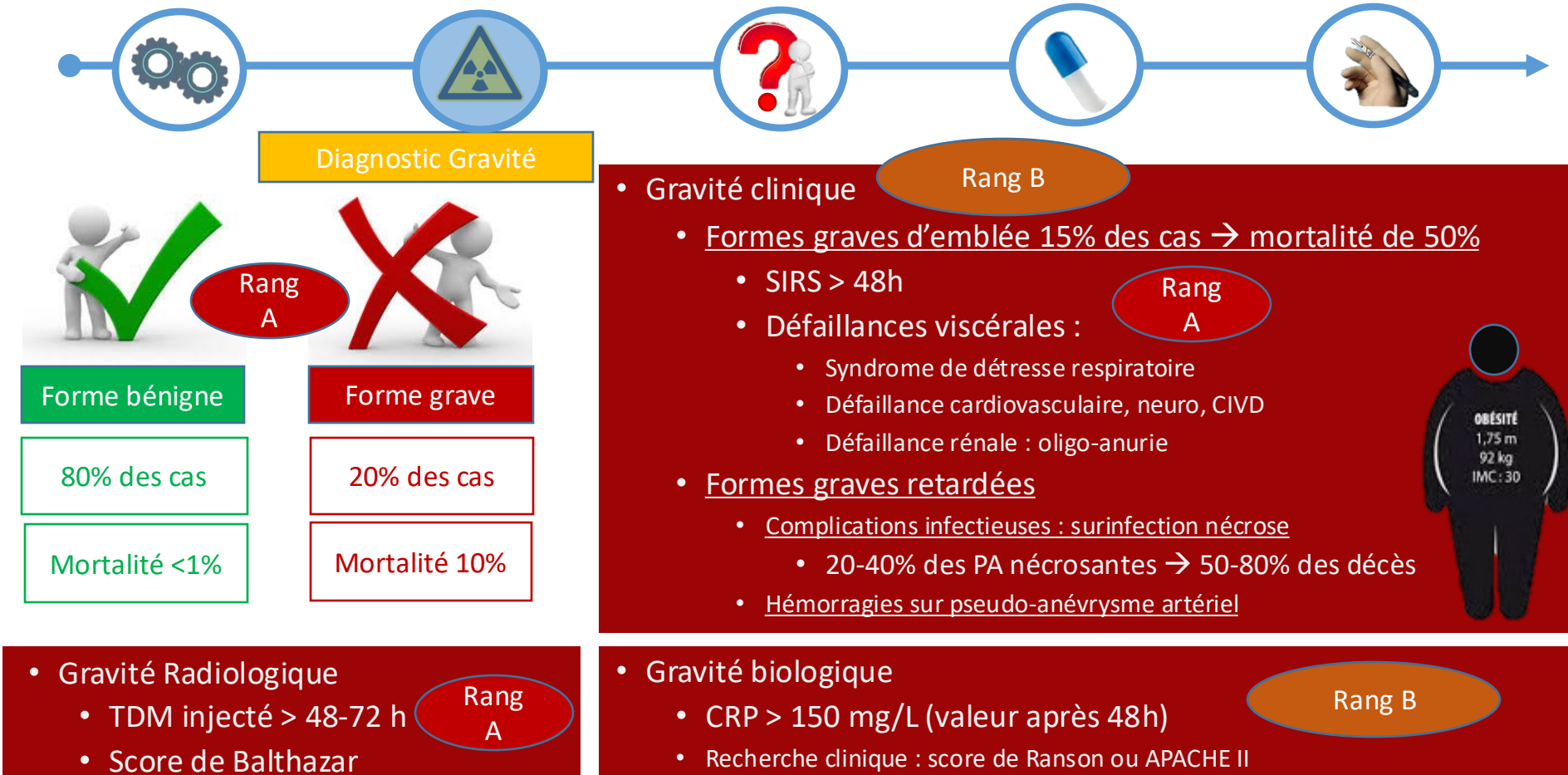
Diagnostic Clinique

- 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 pallier 1 et 2
- Vomissements 50% des cas
- Iléus réflexe fréquent



Rang A

Diagnostic différentiels:
Ulcère, infarctus inférieur,
érite, infarctus mésentérique,
rupture anévrisme aortique



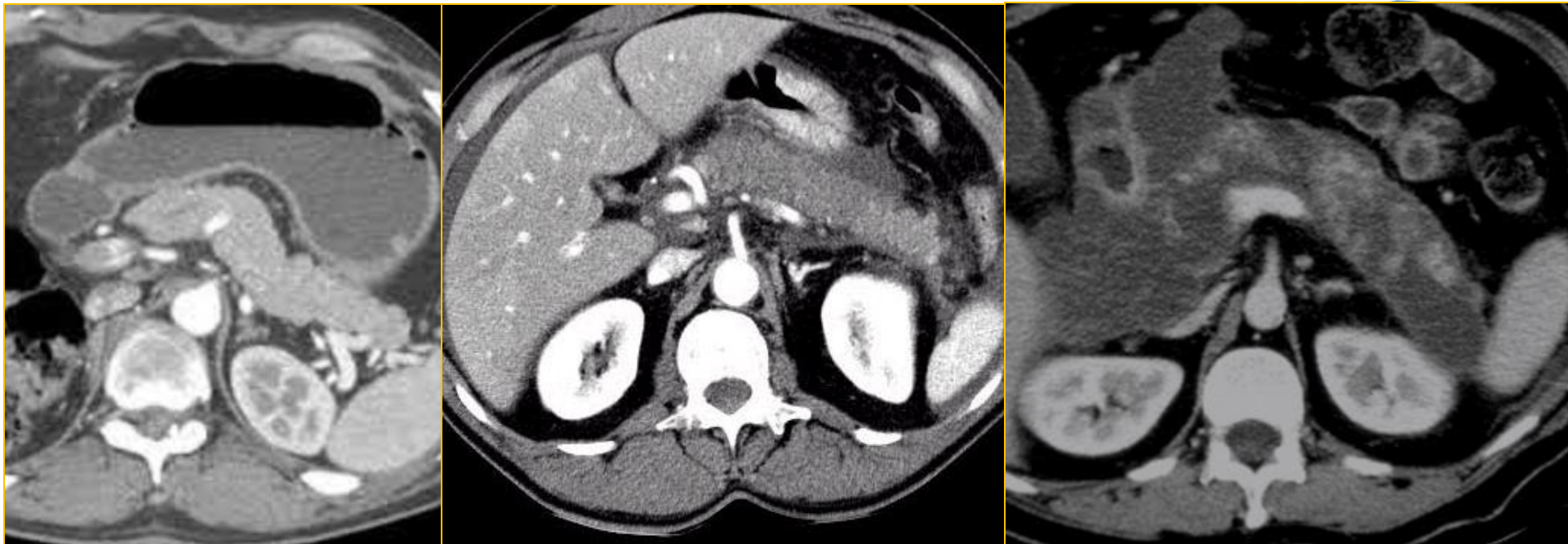


Diagnostic imagerie

Objectif : diagnostic de gravité → score de Balthazar

Rang
A

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





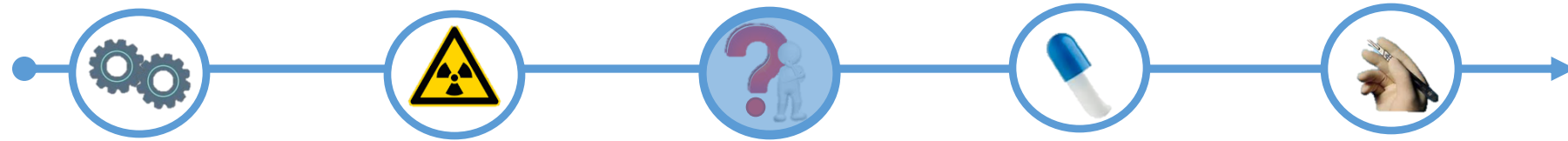
Diagnostic imagerie

Objectif : diagnostic de gravité



Score CT
Rang A

Score modifié de Balthazar ou score de gravité scanographique			
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).			



Diagnostic étiologique

Rang
A



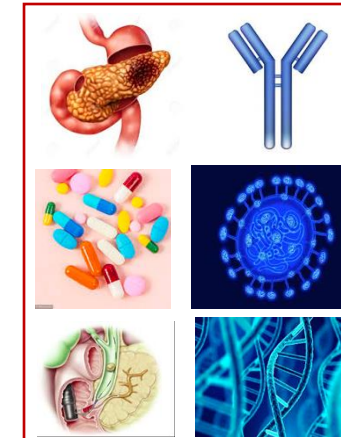
Pancréatites A
40%

Rang
A

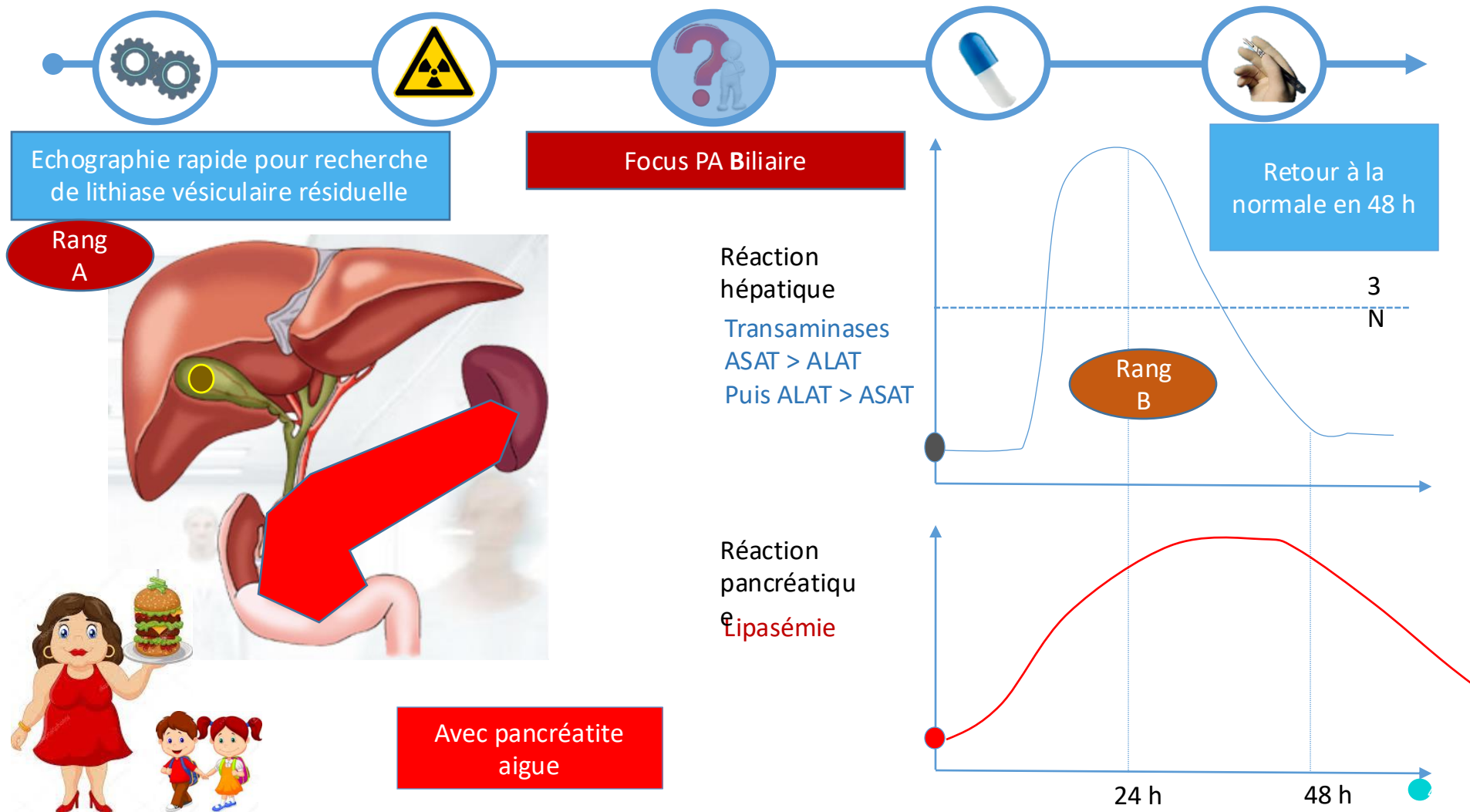


Pancréatites B
40%

Rang
A

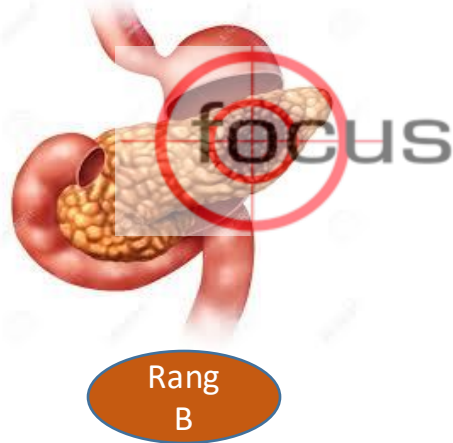


Non A Non B
20%





Pancréatites non A - non B



Diagnostic étiologique

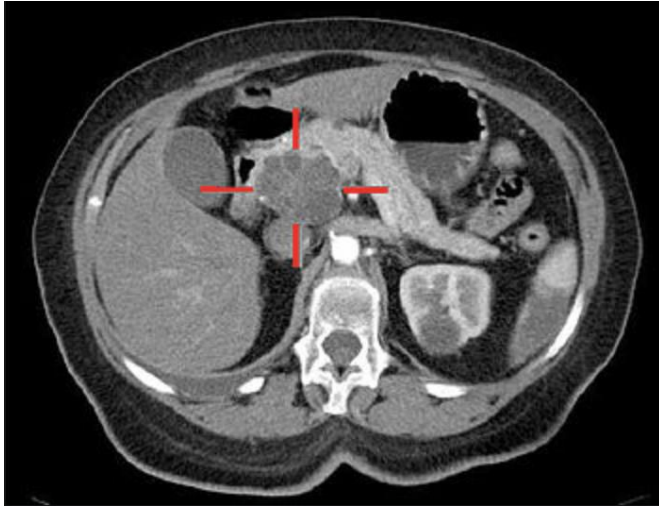
- Par augmentation de la pression canalaire
Geste endoscopique CPRE +++ ou chirurgical
Tumeurs pancréatiques (adénocarcinome, TIPMP)
Génétique : mutations CFTR, PRSS 1, SPINK1
+/- malformation facilitante : pancréas divisum
- Par toxicité directe sur la cellule pancréatique
Virus : oreillons, VIH
Hypertriglycéridémie, Hypercalcémie
Auto-immune : maladie IGG4, MICI
- Si bilan négatif → Pancréatite idiopathique 5-10 %



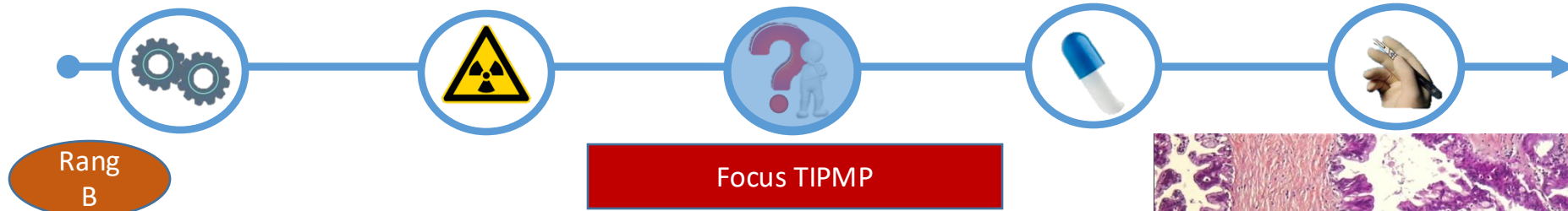
Rang
B

Focus ADK pancréas

L'adénocarcinome pancréatique

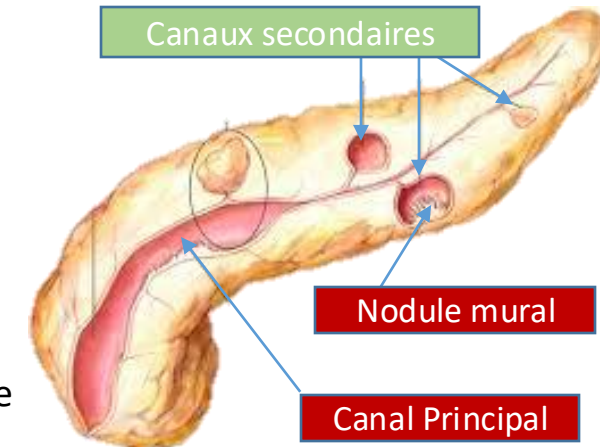
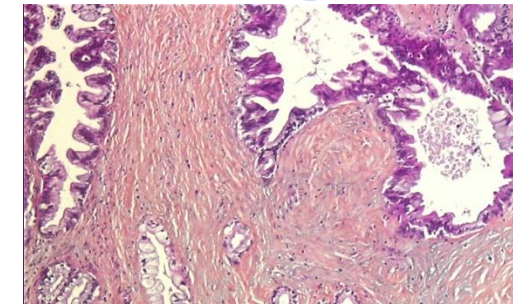


- Incidence en augmentation forte
 - 6000 cas/an en 2006 → 14000 en 2018
 - Facteurs de risque :
 - âge > 50 ans, tabac, diabète, obésité
 - +/- pesticides, métaux lourds
- Diagnostic
 - Imagerie par TDM injecté → bilan vasculaire
 - IRM +/- diffusion
 - +/- échoendoscopie ponction si besoin d'histologie
- 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

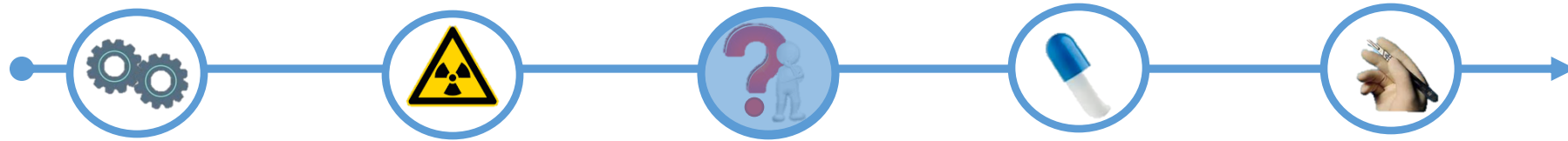


La TIPMP (tumeur intra-canaulaire papillaire et mucineuse du pancréas)

- À ne surtout pas délaissé 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 2017ⁱ. Le mode de surveillance dépend de la présence ou non de facteurs d'inquiétude que sont :

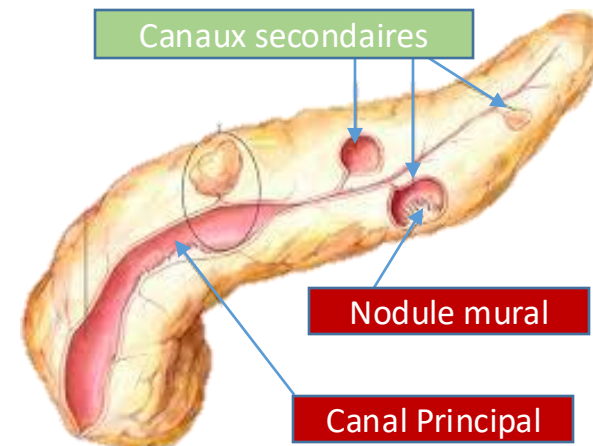
- 1- Existence de pancréatites aiguës
- 2- Diamètre d'un kyste d'un canal secondaire > 3 cm
- 3- Nodule mural prenant le contraste ≤ 5 mm (au-delà de ce seuil, une indication opératoire doit être portée)
- 4- Epaissement des parois du kyste
- 5- Canal pancréatique principal de diamètre entre 5 et 9 mm.
- 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



Prise en charge de la pancréatite bénigne (80% des cas)

Rang
B

- 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 hydroélectrolytiques
- Analgésie adaptée
- Surveillance quotidienne
 - Détecter l'aggravation





Prise en charge de la pancréatite sévère

Rang
B

- En soins intensifs ou réa si
 - CRP > 150 mg/L
 - Terrain (obésité)
 - Défaillances d'organes (SIRS +++)
- À jeun strict
 - Si grave (> 72 H) → nutrition entérale continue (>>> nutrition parentérale)
 - + SNG en aspiration si vomissement
- Pas d'antibioprophylaxie
- Surveillance morphologique si nécrose tous les 10-15 jours
 - Surinfection coulée de nécrose
 - Pseudo-anévrisme artériel, fistules



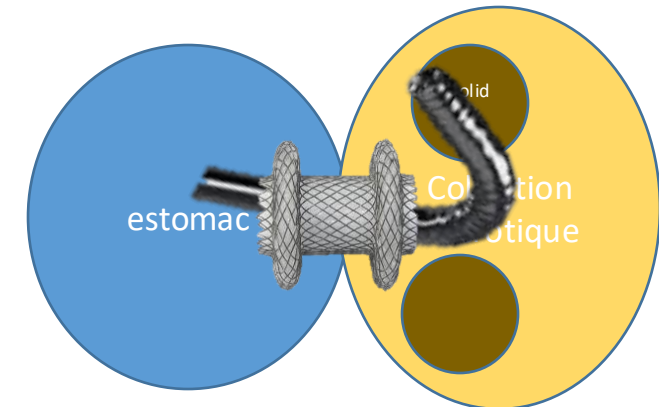


Prise en charge de la surinfection de nécrose

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

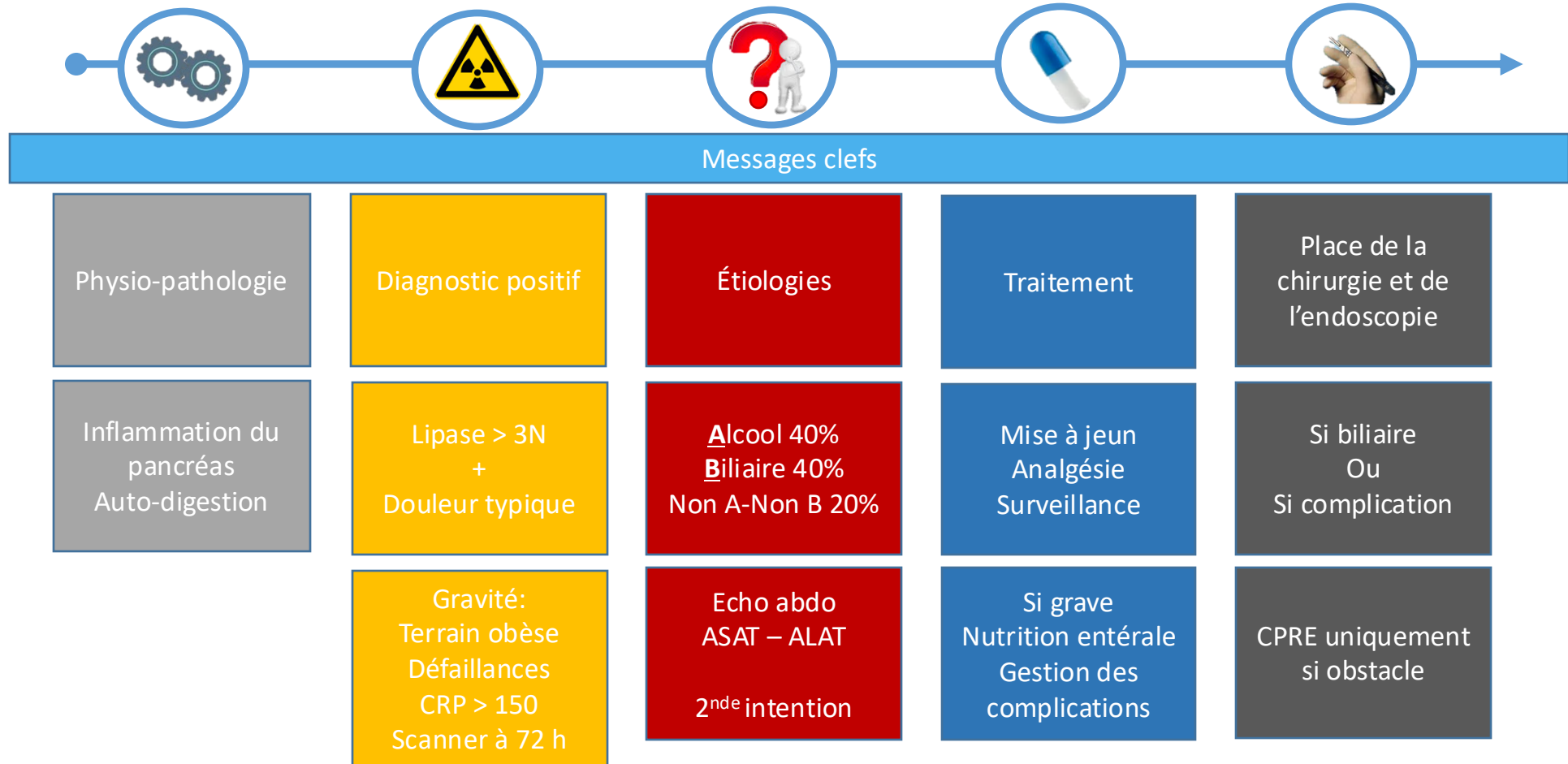
Rang
B

- Bilan morphologique
 - Discussion multidisciplinaire de l'abord le moins invasif
 - Après vérification de l'absence de pseudo-anévrysme 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





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



mathieu.pioche@chu-lyon.fr

Gallbladder : vésicule biliaire

Gallstones : calculs

Biliary colic : colique hépatique

Cholecystitis (acute or chronic)

Acalculous cholecystitis

Gallstone pancreatitis : pancréatite biliaire

Cholecystolithiasis

Choledocolithiasis, common bile duct stones

Cholecystoduodenal, or cholecystocolonic fistula

Bouveret's syndrome: obstruction pyloro-duodénale par calcul migré dans fistule
cholécysto-duodénale

Gallstone ileus : iléus biliaire

Pneumobilia : aérobilie

Endoscopic ultrasonography : échoendoscopie

ERCP: CPRE

Angiocholitis

Cholecystectomy

Gallbladder carcinoma

Bile salts

Pigment gallstones

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 aiguë avec dilatation du cholédoque
- e) La pancréatite aiguë lithiasique est secondaire à une migration lithiasique

test

- a) Les douleurs de colique vésiculaire 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 échocendoscopie ou par cholangio IRM
- f) La cholécystite aiguë est une urgence chirurgicale

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 aigue
- e) Les AINS par voie rectale diminue le risque de pancréatite aigue.

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 aérobie, occlusion du grêle et image opaque de la fosse iliaque droite habituellement
- d) L'angiocholite classique associe aérobie, douleurs, fièvre et ictère
- e) La pancréatite aiguë lithiasique est peu probable en cas de pancréas divisum complet