

Sémiologie des Voies Biliaires

La sémiologie biliaire dépend d'anomalies mécaniques (obstacle/dilatation), biologiques (cholestase, souffrance hépato-cellulaire, infectieuses, associées à des degrés variables).

- Contexte +++ :
 - Aigu/infectieux/douloureux/répété => **lithiase**
 - Progressif indolore => **pas de calcul**
 - Parfois « **urgence infectieuse** »
- Examen :
 - Histoire de la maladie, évolution ++
 - Décubitus dorsal, cuisses fléchies, paroi détendue :
 - Vésicule normale : **non palpable** ++
 - Coloration des téguments (peau, conjonctives, muqueuses)
 - Cicatrices
 - ATCD chirurgie biliaire, parasites...

A - Douleur biliaire

- **Douleur biliaire = colique hépatique**
 - **Hypochondre Droit**, épigastre (basithoracique)
 - **Irradiations** +++ : **hémi-ceinture**, **bretelle** (omoplate droit) (transfixiante)
 - **Violente** : broiement, écrasement
 - Evolutivité :
 - Début **brutal**, fond **continu** + renforcements **paroxystiques**
 - Dure qq heures (**6h**)
- Signes d'accompagnement :
 - **Inhibition respiratoire** +++, prostration
 - **Position antalgique** immobile (DLD), « hépatique-**apathique** »
 - **Fièvre** (38°C)
 - **Nausées, vomissements**
 - ❖ **COLIQUE HEPATIQUE ATYPIQUE :**
 - Angoreuse
 - Colique néphrétique droite
 - Pancréatite aigüe
 - Appendicite aigüe
 - Pneumopathie base droite
 - Pseudo-occlusive
 - ❖ **SIGNIFICATION DE LA COLIQUE HEPATIQUE :**
- **Augmentation brutale de la pression** des voies biliaires due à un **obstacle** mobile (calculs, caillots, parasites)
- Enclavement (passager>permanent) d'un calcul (ou d'un autre corps mobile) dans la voie vésiculaire (collet de la vésicule, canal cystique) ou la VBP

B - PATHOLOGIES VESICULAIRES :

❖ LITHIASSE VESICULAIRE

- **1^{ère} cause : lithiase vésiculaire**
 - Lithiase vésiculaire non compliquée symptomatique
 - Colique hépatique ⇔ « crise de foie »
 - Nausées, vomissements, dyspepsie, céphalées, migraines, troubles du transit...
 - Souvent le soir, repas riche et copieux
 - Prédominance féminine, pléthorique

- Formes asymptomatiques +++

❖ « GROSSE VESICULE »

- Masse sous-hépatique :
 - **Piriforme** à pole inférieur globuleux, à limites nettes régulières, parfois un sillon la sépare du foie
 - **Matité** en continuité avec celle du foie
 - **Mobile** transversalement et suivant les mouvements respiratoires du foie +++
 - **Rénitente** (hydrocholécyste, pyocholécyste, obstacle vbp), ou dure (cancer de la vésicule)
- Causes : distension vésiculaire :
 - Aigüe :
 - **Calculs** : CAL (cholécystite aigüe lithiasique), hydrocholécyste, pyocholécyste
 - **Cholécystite aigüe alithiasique** (ischémique)
 - **Hémocholécyste**
 - Progressive : **tumorale**
 - Avec ictère : obstacle sur la VBP sous la convergence biliaire inférieure +++ (tumeur de la VBP, de la tête du pancréas, pancréatite chronique, faux kystes du pancréas).
 - Exceptionnellement ce sont des tumeurs limitées au collet

❖ CHOLECYSTITES AIGÜES LITHIASIQUES :

- Examen physique +++ :
 - Douleur provoquée inhibant l'inspiration profonde (**Murphy**) = douleur **spontanée**
 - **Défense** localisée
 - **Grosse** vésicule palpable parfois
 - **Plastron** : empâtement douloureux (ATB)
- Signes d'accompagnement :
 - **Occlusion** « réflexe »
 - **Subictère, ictère, angiocholite** +++
- Enclavement permanent d'un calcul dans le conduit cystique => stase, infection, altérations de la paroi (vésicule distendue, vésicule scléro-atrophique)
- CAL peut parfois révéler la lithiase biliaire
- Clinique :
 - **Colique hépatique prolongée**
 - **38,5-39°C**, tachycardie en rapport
 - **Langue saburrale**
- Evolution et complications :
 - **Cholécystite chronique**
 - **Plastron sous-hépatique**
 - **Abcédation, fistulisation**
 - Duodénum, côlon (aérobilie, iléus biliaire)
 - VBP
 - Foie
 - Peau
 - **Rupture** : péritonite, abcès sous-hépatique
 - **Lithiase VBP**

❖ EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

- **Echographie** suffisante dans **90%** des cas
- **ASP** :
 - Calculs radio-opaques, veine porcelaine
 - Aérobilie

▪ **Echographie +++**

- Vésicule :
 - Taille (>10cm), paroi (ép. > 4-6mm, dédoublement)
 - Murphy échographique
 - Image(s) hyperéchogène(s) avec cône d'ombre post, mobile(s) ou fixe(s)
 - « Boue » (Sludge)
- Diamètre / contenu de la VBP et des VBH +++
 - CH < 10 mm, Chol < 8 mm

C - PATHOLOGIE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

❖ **ICTERE PAR RETENTION :**

- Interrogatoire : modalités évolutives, signes associées, ATCD (alcool, lithiase et chirurgies biliaires, tumeur...)
- Examen : abdominal et extra-abdominal, cicatrices
- **Coloration du jaune d'or au verdâtre**
 - Peau, muqueuses, conjonctives
 - Intensité est fonction de l'ancienneté
- Obstacle à l'excrétion biliaire :
 - **Urines foncées** « acajou »
 - **Selles décolorées**, « mastic »
 - **Gros foie**
 - **Prurit**
- Confirmation biologique :
 - Sang :
 - **Hyper-bilirubinémie totale et conjuguée** (directe) +++ : ictère > 50 $\mu\text{mol/l}$, subictère < 50 $\mu\text{mol/l}$
 - **Phosphatases alcalines > 3N**
 - Diminution TP (déficit d'absorption de vit K (test de Roller : injection IM de vt K conduit à une recoloration)), facteur V normal +++
 - Augmentation du cholestérol total
 - Urines : **sels et pigments B+, urobiline –**
- Imagerie : échographie +++, scanner, IRM :
 - Dilatation des voies biliaires
 - +/- Hépatomégalie
- Localisation de l'obstacle :
 - **Au dessous** de la convergence biliaire inférieure :
 - **Grosse vésicule** +++ (Courvoisier-Terrier)
 - **Echographie +++**, scanner, (IRM) : **grande vésicule +++**, **dilatation VB extra-hépatique +++**
 - **Au-dessus** : vésicule vide non palpable, VBP basse fine
- Si l'obstacle est constant :
 - **Ictère « nu »** +++ : pas de fièvre, pas de douleur.
C'est un ictère progressif, d'une seule tenue, sans rémission +++
Siège de l'obstacle :
 - Grosse vésicule sans calcul (Courvoisier-Terrier) : cancer tête du pancréas (>KC cholédoque), pancréatite chronique
 - Vésicule non palpable, flasque, VBP fine, pas de calcul : KC du canal hépatique commun, KC du hile
- **Ictère par rétention douloureux** :
 - **Fièvre** : Lithiase biliaire +++ (calcul VBP, cholécystite comprimant VBP, calculo-cancer vésicule), ampullome vaterien, parasitoses
 - **Mélaena, pancréatite aigüe** : ampullome vaterien, cancer duodénal, hémobilie
- Imagerie :

- ASP : calculs rx-opaques, calcifications pancréatiques
- **Echographie** : lithiase biliaire +++, foie +++, pancréas, adénopathies +++, ascite +++)
- TDM : foie +++, pancréas, adénopathies +++, ascite +++)
- Cholangio-pancréato-IRM ++
- *Cholangiographie trans-hépatique...*
- **Endoscopie** :
 - **Echo-endoscopie +++)** = pancréas, ampoule, VBP, adénopathies +++)
 - **Fibroscopie** : duodénum (ampullome +++)
 - Opacification rétrograde endoscopique (CPRE) : VB, Wirsung, cytologie, risque infectieux (pancréatite aigüe), prothèse biliaire
- **Causes** :

Maladies de la paroi des voies biliaires	Sténoses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumoral : <ul style="list-style-type: none"> - Primitif : KC des VB - Envahissement : pancréas +++, duodénum - Ampullome vaterien ▪ Bénin : <ul style="list-style-type: none"> - Inflammatoire (cholangiye sclérosante / ou II) - Iatrogène (plaie per-opératoire) - Pancréatite chronique, faux kyste
	Compressions extrinsèques	Adénopathies tumorales ou infectieuses, tumeur du foie
Corps étrangers des voies biliaires	Malformations (« kyste » VBP, maladie de Caroli)	
	Lithiase biliaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migration d'un calcul vésiculaire +++) ▪ Intra-hépatique (maladie des VB associée, Asie)
	Rupture de tumeur du foie dans les VB	
	Hémobilie	
	Parasitoses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kyste hydatique du foie, Douve, Ascariase

❖ **LA LITHIASSE DE LA VBP ET L'ANGIOCHOLITE AIGÛE LITHIASIQUE**

Lithiase de la VBP :

- Douleur, fièvre, ictère +++) => angiocholite grave
- Douleurs répétées
- Ictère nu
- Pancréatite aigüe (épisodes récurrents -> PA grave)
- Lithiase VBP asymptomatique (10% des cholangiographies per-op)

Angiocholite aigüe lithiasique

- Infection des voies biliaires + bactériémie +++)
- Obstacle biliaire intermittent se comporte comme un corps étranger
- **Anapath** :
 - **Epaississement** de la paroi
 - **Hyperhémie, desquamation** muqueuse
 - **Bile trouble**, purulente (aérobie (E ;Coli, strepto faecalis) ou anaérobie (B. fragilis))
- **Complications** :
 - **Thrombose porte, abcès** hépatiques
 - **Septicémie** +++, chco, anurie
- **Clinique** :
 - **Douleur, fièvre, ictère** +++) :
 - **Colique hépatique**
 - **Fièvre** (39-40°C), frissons, sueurs
 - **Ictère retardé** (48h) variable +++)
 - Interrogatoire : ATCD, lithiase connue, chirurgie biliaire
 - Examen : douleur provoquée, Murphy, défense, cicatrices

- C'est une **urgence diagnostique et thérapeutique**
 - Gravité liée à : signes de choc (pouls, TA), diurèse, sueurs, marbrures
 - Terrain : âge, ATCD pathologiques
 - Aspects et gravité variables :
 - De l'épisode passager parfois répété
 - A la grande défaillance multiviscérale
- Examens complémentaires :
 - NFS : **hyperleucocytose à PNN, hyperéosinophilie**
 - CRP
 - Bilan pré-opratoire
 - Hémocultures, sérologie (typhoïde, parasites)
 - ASAT-ALAT, PAL, Bilirubinémie, GGT, amylasémie, lipasémie
 - IMAGERIE ++
- En **URGENCE** :
 - Hospitalisation
 - Biologie :
 - Hyperleucocytose à PNN
 - Cholestase + cytolyse (ALAT) passagères
 - Urée, créatinine +++
 - Amylasémie, lipasémie +++
 - Hémocultures x 3 +++ : avant tout ATB, répétées (>38,5° ou < 36°C ou frissons)
- Explorations morphologiques :
 - ASP : opacités HCD, aérobilie
 - **Echographie + + + +** : calculs vésiculaires + + +, dilatation VB (EH>IH) +, lithiase VBP 40%, vérifier VBIH
Elle est + facile si VBP dilatée mais dans 30% des cas, il n'y a pas de dilatation
Gaz digestifs empêchent de voir
Se faible, Sp 100%
 - **Echo-endoscopie + + +** +/- endoscopie interventionnelle
AG, exploration VBP 100%
Sp 100%, Se 90%
 - CRE (cholangiographie rétrograde endoscopique) :
AG, faisabilité 85%
Pas de faux négatifs
Risques : septique => angiocholite

Conclusion :

- **Corps étranger** (calculs + + +) : obstacle mobile, intermittent, infection + douleur
- **Tumeur** : obstacle constant, progressivement croissant, rôle localisateur de la vésicule
- Le **non-invasif suffit** pour prendre la bonne décision dans 90% des cas
- **Angiocholite = URGENCE** (ATB, drainage)