

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Badji Mokhtar Annaba

Faculté de médecine

Département de médecine

Page
1

Titre du cours:

LITHIASE BILIAIRE ET SES COMPLICATIONS



Elaboré et présenté par :

Dr. ROUAINIA Dhoha

Email : rouainia.dhoha@gmail.com

Service de chirurgie générale et digestive CHU Annaba

PLAN DU COURS :

- 1- Introduction.
- 2-Rappel anatomique.
- 3-Rappel physiologique.
- 4-Lithogénèse.
- 5-Anatomie pathologie.
- 6-Epidémiologie.
- 7-Lithiase vésiculaire symptomatique « COLIQUE HEPATIQUE ».
- 8-Complications.
- 9-Traitement.
- 10- Conclusion.

Page
2

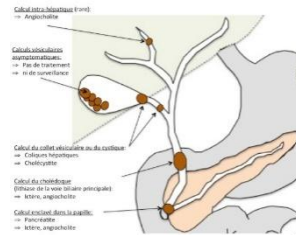
OBJECTIFS DU COURS :

- Diagnostiquer une lithiase biliaire et ses complications.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

LITHIASSE BILIAIRE ET SES COMPLICATIONS:

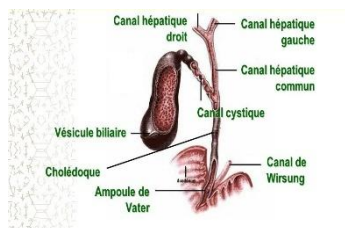
I/ INTRODUCTION :

- La lithiasse biliaire est définie par la présence de calculs dans les voies biliaires.
- Ces calculs se forment habituellement dans la vésicule biliaire (lithiasse vésiculaire). Ils peuvent migrer ou se former dans le canal cholédoque (lithiasse cholédocienne). Exceptionnellement, dans les voies biliaires intra-hépatiques (lithiasse intra-hépatique).



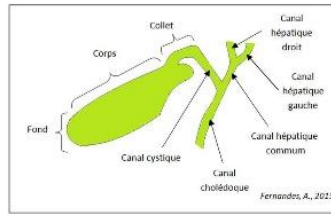
II/ RAPPEL ANATOMIQUE :

- **Les voies biliaires** sont l'ensemble de canaux collectant la bile synthétisée dans le foie jusqu'à son écoulement dans le duodénum.
- L'arbre biliaire est formé des éléments suivants:
 ** Le canal hépatique commun qui résulte de l'association des canaux biliaires droit et gauche dans le hile du foie qui se prolonge après l'abouchement du cystique par le canal cholédoque.
- Canal hépatique commun et cholédoque forment la voie biliaire principale.
- Celle-ci se termine, le plus souvent, dans le deuxième duodénum, avec le canal de Wirsung par un court canal commun.
- La terminaison des voies biliaires et pancréatiques dans le duodénum est entourée d'un appareil sphinctérien complexe : le sphincter d'oddi.



**** La vésicule** est un réservoir placé en dérivation sur la voie biliaire principale, elle est formée de plusieurs parties:

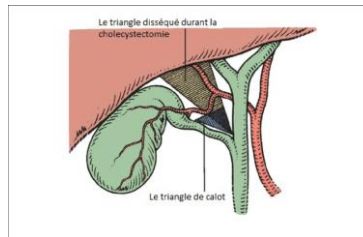
- *Le fond vésiculaire.*
- *Le corps vésiculaire.*
- *Le col il s'appelle aussi le jabot ou l'infundibulum.*
 - Communicant avec elle par un fin canal (1mm de diamètre) valvulé, le conduit cystique.



- La vésicule biliaire est vascularisée par l'artère cystique généralement issue de l'artère hépatique droite.

*** L'artère cystique se situe dans le **TRIANGLE DE CALOT** qui est formé par :

- * Le bord inférieur du foie,
- * Le canal cystique,
- * La voie biliaire principale.
- Et dont sa dissection soignée est un temps essentiel de la CHOLECYSTECTOMIE.
- Le retour veineux de la VBP et de la vésicule biliaire se fait vers la veine porte.



III/ RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :

- Le foie déverse environ 0.5 - 1 litre de bile par jour dans le canal hépatique.
- **La sécrétion biliaire** : « cholérèse hépatocytaire » est une sécrétion continue des différents constituants de la bile.
- **L'excrétion biliaire** se fait de façon discontinue comme suit :

1- Remplissage et vidange de la VB:

- **A- Remplissage** : ça concerne la période inter digestive ou le jeûne , Il s'agit d'un **Phénomène PASSIF** : Vésicule relâchée , sphincter d'Oddi fermé.
- **B- Vidange**: C'est un **Phénomène ACTIF** : déclenché par l'arrivée du chyme gastrique dans le duodénum on aura Une contraction de la vésicule biliaire (pour verser la bile) et un relâchement du sphincter d'Oddi.

2- Commande l'excrétion de la VB:

- La contraction de la VB et le relâchement du sphincter d'Oddi sont sous un double control (**hormonal** : CCK et la gastrine , et **nerveux** : stimulation du nerf vague).
- **La bile** représente la sécrétion exocrine du foie contenant 85-95 % d'eau, des électrolytes et des substances organiques:

*Cholestérol, la bilirubine (pigments biliaires).

*Des substances solubilisantes : les phospholipides (la lécithine) et les acides biliaires (sels biliaires).

- La bile normale est jaune-verdâtre limpide filante et basique (PH compris entre 7,6 et 8,6).

****Remarque :**

- La bile hépatique et différente à la bile vésiculaire (plus concentrée).
- La principale fonction de la bile est l'absorption des lipides, l'élimination de cholestérol et certains déchets de l'organisme (bilirubine),
- Le maintien de la bile à l'état de solution est conditionné par l'équilibre entre la concentration en cholestérol et en substances solubilisantes.

Page
5

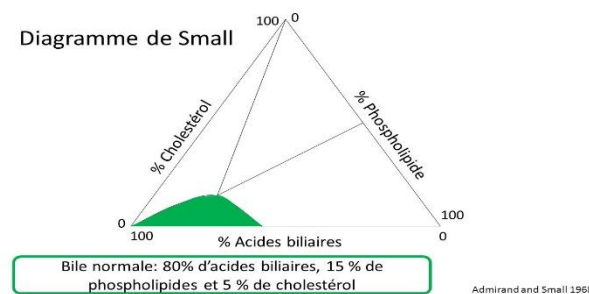
IV/ LITHOGENESES :

La formation de calcul implique la présence de 02 facteurs:

- ** Des modifications de la concentration de certains constituants de la bile.
- ** L'existence d'un réservoir, la vésicule biliaire.

**** Dans la grande majorité des cas de lithiase biliaire, la bile devient lithogène:**

- Lorsqu'elle contient du cholestérol en excès.
 - Lorsqu'elle présente un déficit en substance solubilisante.
 - Parfois ces deux facteurs se conjuguent.
 - Parfois elle est due à une hypo motricité vésiculaire.
- « *La sursaturation de la bile en cholestérol aboutit à une précipitation (lithiase cholestérolique) »*
- La zone hachurée représente la zone de solubilisation micellaire de cholestérol.
 - En dehors de cette zone la bile est sursaturée en cholestérol avec un risque de formation de cristaux puis de calculs de cholestérol.



**** Dans certaines circonstances d'autres substances peuvent précipiter:**

Dans les maladies hémolytiques la bilirubine produite en excès est éliminée sous forme non conjuguée (non hydrosoluble) dans la bile

↓
***favorise la précipitation
(lithiase pigmentaire)***

L'augmentation de concentration de calcium dans la bile (hyperparathyroïdie)

↓
favorise la formation de lithiase calcique

**** Rôle de la vésicule dans la formation de calculs:**

- Elle concentre la bile  Favorise la précipitation.
- Elle secrète du mucus  Forme des noyaux et Favorise la Cristallisation.
- Anomalie de la paroi (diverticulose) ou de la muqueuse vésiculaire  Stase biliaire.

****FACTEURS DE RISQUE SELON LE TYPE DE CALCULS:****A/ CALCULS CHOLESTÉROLIQUES :**

- *L'âge.
- *Le sexe féminin.
- *Le surpoids.
- *La grossesse et surtout la multiparité.
- *Le jeûne prolongé (100% des malades en nutrition parentérale totale ont une lithiase vésiculaire au bout d'un mois),
- *L'hyper tri glycéridémie et certains médicaments (œstrogène...).
- * Certains facteurs ethniques et génétiques.

B/ CALCULS PIGMENTAIRES :

- * Les infections biliaires.
- * Les obstacles biliaires (sténoses bénignes ou malignes de la VBP).
- *L'augmentation de production de la bilirubine (maladies hémolytiques, certains médicaments antibiotiques, contraceptifs...).

V/ ANATOMIE PATHOLOGIE :**1. Nature des calculs :**

- **Les calculs biliaires sont composés d'un pourcentage variable de cholestérol, de bilirubine et de calcium.**

** Les calculs qui sont formés de cholestérol sont en général blancs ou jaunes et représentent environ 80 % des calculs biliaires, ce sont **les calculs cholestéroliques** qui sont les plus fréquents.

** **Les calculs cholestéroliques mixtes**, contiennent en majorité du cholestérol (plus de 50 % de leur poids) mais aussi une certaine proportion de pigments biliaires, de mucines et des protéines.

** Ils peuvent également apparaître bruns ou noirs, alors comportant une forte concentration en pigments biliaires (Bilirubine) se sont **les calculs pigmentaires** plus rares présent dans 20 % des cas.

- Les calculs pigmentaires sont formés soit de polymères de sels de bilirubine (calculs noirs) soit de bilirubinate de calcium (calculs bruns).
- Les deux types de calculs biliaires peuvent également **fixer des sels de calcium** en périphérie. Lorsque la proportion de calcium dépasse 4% du poids du calcul, il devient opaques aux rayons X et donc spontanément visibles à la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) et lors d'une tomodensitométrie (Scanner).

La calcification est plus fréquente en cas de calculs pigmentaires (environ 50 %) qu'en cas de calculs cholestéroliques (environ 10 à 20 %).

2. Aspect de la paroi vésiculaire :

- La paroi vésiculaire normale est fine (< 3 mm). Un épaissement pariétal est un signe de cholécystite : sclérotique dans des cholécystites chroniques ou violacée et inflammatoire lors des épisodes aigus.
- Deux aspects sont singuliers par leur présentation car ils sont liés à un risque élevé de cancer :
 - ** la vésicule scléro-atrophique dont la paroi est rétractée sur un calcul.
 - ** la vésicule porcelaine dont la paroi est rigide.

3. Aspect de la bile :

- La bile normale est jaune-verdâtre, limpide et filante.
- Lors d'un pyo cholécystite la bile peut être franchement purulente.
- Lors d'un hydro cholécyste, la bile est claire composée de mucines sécrétés par la muqueuse de une vésicule exclue et non fonctionnelle.
- La bile peut aussi être très épaisse, noire, et forme ainsi le « sludge vésiculaire » décrit en échographie. Même en l'absence de lithiase, le sludge peut être à l'origine de cholécystites ce qui justifie la cholécystectomie.
- Le sludge vésiculaire est une espèce de petite boue qui existe avec les calculs ou seul.
- Avant de former des calculs, il s'agit de cristaux où il y a une bile extrêmement épaisse que l'on appelle du sludge. Cette boue très épaisse peut empêcher l'écoulement de la bile dans les canaux biliaires.

VI/ EPIDEMIOLOGIE :

- Dans les pays occidentaux, on estime la prévalence de la lithiase vésiculaire entre 10 à 15 % de la population.
- Le sex ratio est de 3 femmes pour un homme avec une fréquence qui augmente avec l'âge surtout à partir de 40 ans.
- Près de 80% des sujets ayant un calcul vésiculaire n'ont jamais aucun symptôme mais qui peuvent se compliquer dans 20% des cas.
- Dans un cas sur deux, cette complication est la migration du calcul dans le canal cystique ou dans la VBP.

VII/ LITHIASE VESICULAIRE SYMPTOMATIQUE: « COLIQUE HEPATIQUE » :

1. Physiopathologie:

- La crise de colique hépatique est provoquée par l'enclavement d'un calcul au niveau du collet vésiculaire bloquant ainsi l'évacuation de la bile contenue dans la vésicule.
- L'hyperpression qui se développe au niveau des parois, notamment lors des contractions réflexes, est responsable de la symptomatologie douloureuse.
- A ce stade la douleur est purement d'origine mécanique, il n'y a pas de composante inflammatoire.

2. Clinique:

a) interrogatoire:

- Il s'agit le plus souvent d'une patiente obèse fréquemment intolérante aux graisses, au chocolat ou aux œufs qui présente un épisode douloureux de l'hypochondre droit
- Classiquement déclenché par un repas riche en graisse.
- L'interrogatoire retrouve la notion d'épisodes similaires antérieurs et souvent de troubles dyspeptiques à type de nausées et vomissements.

b) la douleur:

- De début brutal. Elle siège dans l'hypochondre droit ou dans l'épigastre.
- Elle est intense à type de spasme, inhibant la respiration, avec des irradiations postérieures, en hémicceinture ou vers l'omoplate droite. Elle disparaît spontanément après un délai qui va de quelques minutes à quelques heures.

c) examen clinique:

- L'état général est conservé. Il n'existe ni fièvre ni état de choc.
- L'inspection ne retrouve pas d'ictère, la voie biliaire principale étant libre.
- La palpation retrouve un abdomen souple sans défense, avec au niveau de l'hypochondre droit une douleur exquise inhibant l'inspiration profonde (*signe de Murphy*).
- Le reste de l'examen est sans particularité.

3. Examens complémentaires :

*** Le seul examen contributif est l'échographie hépato-biliaire. Elle précise :

- La taille de la vésicule qui est normale (< 10 cm dans sa plus grande longueur).
- L'épaisseur de la paroi qui doit être < 3 mm.
- La présence de calculs hyper échogènes avec un cône d'ombre postérieur, mobiles avec les changements de position.
- L'aspect de la bile qui peut être très épaisse formant ainsi le « sludge ».
- L'aspect des voies biliaires intra et extra-hépatiques qui sont fines et alithiasiques.
- Le foie et le pancréas sont normaux.



*** ASP a peu d'intérêt, qui montre le calcul radio opaque mais c'est surtout pour rechercher un iléus réflexe.



*** La biologie est strictement normale (bilan hépatique et NFS).

VIII/ COMPLICATION :

A-CHOLECYSTITES AIGUES LITHIASIQUES :

- Il s'agit d'une complication grave imposant une hospitalisation en milieu chirurgical.
- 1. Physiopathologie:** Enclavement d'un calcul au niveau du collet vésiculaire avec rétention biliaire qui s'infecte engendrant une inflammation de la paroi vésiculaire.
- 2. Clinique:** Cliniquement la cholécystite aiguë se présente comme une colique hépatique persistante, fébrile (38°-38,5 °C). L'inspection ne retrouve pas d'ictère.
- 3. Examens complémentaires:**

Page 9

a) L'ÉCHOGRAPHIE :

- La vésicule est augmentée de volume (> 10 cm) avec une paroi épaissie (> 3 mm), elle contient des calculs ou du sludge. Le passage de la sonde provoque une douleur (« Murphy échographique »).
- Les voies biliaires intra et extra hépatiques sont fines et alithiasiques. Le foie et le pancréas sont normaux.



b) BIOLOGIE :

- La NFS montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles : 10000 à 15000 GB/ml.
- Le reste du bilan est normal notamment le bilan hépatique.
- Les hémocultures (si la fièvre est > 38 °C) sont le plus souvent négatives.

4. Diagnostic différentiel:

- En pratique le diagnostic de cholécystite est facile grâce à l'échographie. Cependant une douleur de l'hypochondre droit fébrile doit faire évoquer :
 - Une appendicite aiguë sous hépatique ;
 - Un ulcère perforé (où existe un pneumopéritoine sur l'ASP)
 - Une pancréatite aiguë (hyper amylasémie) .

B-LA LITHIASE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE:

- La migration d'un calcul depuis la vésicule biliaire jusqu'à la voie biliaire principale .
- La forme clinique décrite sera l'angiocholite mais aussi une pancréatite.

B-1- L'ANGIOCHOLITE AIGUE LITHIASIQUE :

- Infection de la bile dans les voies biliaires intra et extra-hépatiques en amont d'un obstacle lithiasique obstruant plus ou moins complètement la voie biliaire principale.

a) Clinique :

- Classiquement la triade de Charcot est spécifique de l'angiocholite : Elle se compose dans l'ordre :
- D'une **douleur de l'hypochondre droit** à type de colique hépatique.
- Puis d'une **fièvre élevée 39,5°-40 °C** avec un syndrome septique sévère (frissons, état de choc). Parfois on observe une hypothermie associée à un état de choc, de mauvais pronostic. La fièvre est liée à un passage massif des germes depuis la bile dans le sang.
- Enfin survient l'**ictère cutanéomuqueux** associé à des urines foncées et des selles décolorées.
- L'examen clinique est pauvre, le plus souvent normal. La palpation abdominale retrouve une douleur de l'hypochondre droit sans défense mais inhibant le plus souvent la respiration profonde.

b) Examens complémentaires :

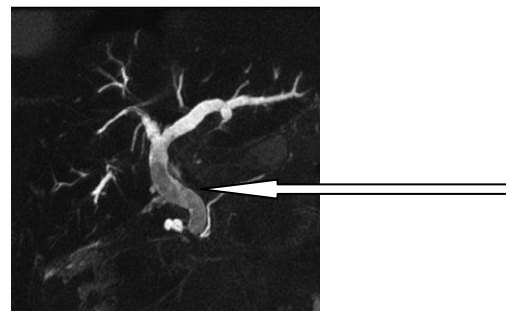
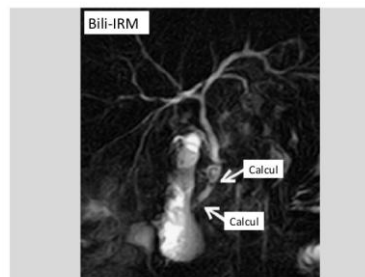
**Biologie :

- Perturbation du bilan hépatique modérée et variable dans le temps : cholestase biologique associant une élévation de la bilirubine totale et conjuguée, une augmentation des GT et des phosphatases alcalines ainsi que des transaminases.
- Une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles > 10.000 GB /ml.
- Les hémocultures sont souvent positives.
- Dans les formes graves, une altération de la fonction rénale.

**L'échographie est primordiale :

- Elle retrouve une dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques. Parfois elle visualise des calculs dans la voie biliaire principale.

** BILI-IRM : a sa place.

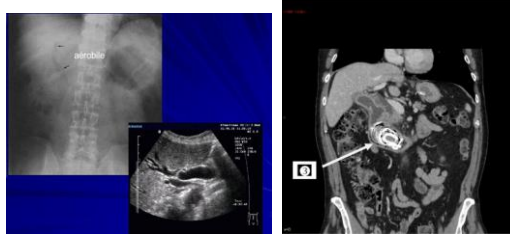


B-2-LA PANCREATITE BILIAIRE : C'est un syndrome abdominal aigu déterminé par l'auto-digestion de la glande pancréatique par ses propres enzymes anormalement/ précocement actives. Elle peut ou non être associée à une angiocholite (sur LVBP) ou à une cholécystite. L'obstruction canalaire se prolonge en rapport avec un œdème de la papille post-migration, ou la persistance d'une ou de plusieurs lithiases de la voie biliaire principale risquant d'aggraver le pronostic de la pancréatite aiguë.

C-SYNDROME DE BOUVERET :

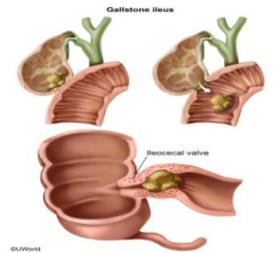
- C'est une obstruction pyloro-duodénale par un calcul ayant migré à travers une Fistule cholécysto gastrique: passage du calcul de la vésicule biliaire vers l'estomac ; survenant surtout sur un calcul unique et volumineux de plus de 3 cm.
- **Clinique :** Après une période de crise douloureuse avec vomissements alimentaires non bilieux, une AEG, fièvre évoquant une sténose digestive néoplasique ou ulcéreuse. Ventre plat .
- **ASP :** aérobilie avec ou sans **calcul radio-opaque**.

- TDM : Confirme le diagnostic.



D-ILEUS BILIAIRE:

- Le calcul biliaire est initialement vésiculaire. Il migre dans le tube digestif à travers une fistule :
« **Fistule cholécysto-duodénale** » dans la majorité des cas : le calcul est bloqué au niveau de la valvule de Bauhin entraînant un syndrome occlusif.



E- LE CANCER DE LA VESICULE BILIAIRE (CALCULO CANCER) :

- Il occupe le 5ème rang des cancers digestifs.
- Il se développe presque toujours sur une vésicule lithiasique.
- Il est souvent découvert lors de l'intervention réalisée devant un tableau clinique banal chez une femme de la cinquantaine.
- Il est toujours très grave malgré la réalisation d'exérèses élargies au foie (segments IV et V) .
- Ce risque évolutif lointain de la lithiasse ne doit pas être oublié lorsque l'on récuse la cholécystectomie chez un malade lithiasique.

F-PERITONITE BILIAIRE : désigne ainsi tout épanchement bilieux intra péritonéal, septique ou non, localisé ou généralisé, dont l'origine est une fuite biliaire pouvant provenir de tout endroit du conduit biliaire, depuis le canalicule intra hépatique jusqu'au cholédoque rétro-pancréatique.

IX/ TRAITEMENT :

En fonction du type de complication, le traitement repose sur le traitement de la douleur, la prise en charge du syndrome infectieux, la désobstruction de la voie biliaire principale, l'ablation de la vésicule. Un calcul vésiculaire asymptomatique ne doit pas être systématiquement traité.

1- LV ASYMPTOMATIQUE : Dans la quasi-totalité des cas, aucun traitement n'est nécessaire. Cette attitude implique :

- * De prévenir le patient des risques évolutifs de la lithiasse en particulier du risque à long terme de calculo cancer (surtout si vésicule mono macro lithiasique).
- * De l'informer des symptômes susceptibles de survenir.
- * D'instituer une surveillance clinique régulière.

2- LV SYMPTOMATIQUE NON COMPLIQUEE :

a) **Le traitement de la colique hépatique** : Le traitement de la douleur est réalisé en urgence par voie parentérale. Il repose sur :

- ✿ La diète absolue voire une SNG si vomissements.
- ✿ Le repos.
- ✿ Poche de glace sur le ventre.
- ✿ Les antispasmodiques (Phloroglucinol : Spasfon*).
- ✿ Les antiémétiques (Métoclopramide : Primperan*).

• La prévention des récurrences repose sur :

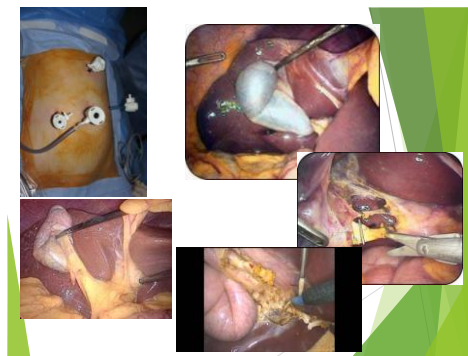
- ✿ L'éviction des facteurs déclenchants (oeufs, graisses, les huiles ...etc.)
- ✿ La cholécystectomie.

b) **A partir du moment où la lithiasse biliaire devient symptomatique** l'indication opératoire est la règle. Le traitement repose sur l'ablation de la vésicule biliaire : Cholécystectomie.

- L'exérèse de la vésicule est nécessaire pour supprimer le facteur vésiculaire de la lithogénèse.
- Il faudra toujours avoir la certitude que la voie biliaire principale est libre.
- Cette indication doit être modulée en fonction du risque opératoire lié au terrain.

c) **Cholécystectomie sous cœlioscopie** : Elle consiste à :

- Pratiquer un pneumopéritoine.
- À mettre en place les trocars. Par le trocar optique on introduit un optique sur lequel est adaptée une caméra miniaturisée qui permet de voir les viscères intra abdominaux sur un écran de télévision.
- Les dissection est assurée par des instruments (ciseaux et pinces) introduits par les trocars latéraux.
- Les ligatures sont assurées par des clips métalliques.
- Les radios per opératoires sont réalisées dans les mêmes conditions que dans la chirurgie classique.

**3 – LA CHOLECYSTITIS AIGUE :**

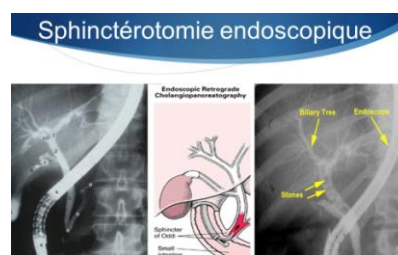
- La cholécystite aiguë nécessite une prise en charge urgente en milieu chirurgical.
- Le traitement est d'abord médical. Il comporte
 - ✿ Les anti-spasmodiques par voie IV.
 - ✿ La diète absolue.

- ✿ La glace appliquée sur la région sous-costale droite.
- ✿ L'antibiothérapie, par voie veineuse, à doses efficaces : Métronidazole (Flagyl), Aminosides (Gentamycine), Céphalosporines de 3^{ème} génération (Céfacet).
- ✿ Le traitement anticoagulant pour prévenir les thromboses.
- * Le traitement médical peut permettre à lui seul de guérir la crise aiguë. L'indication opératoire secondaire dépendra du terrain.
- * L'absence d'amélioration dans les heures qui suivent la mise en route du traitement médical doit conduire à poser une indication opératoire en urgence si le terrain le permet.
- * La cholécystectomie doit être réalisée dans les 48 heures (pouvant aller jusqu'à 8 jours) qui suivent le début de la crise.
- * Après ce délai la cholécystectomie devient très difficile car les lésions inflammatoires se transforment en sclérose (cholécystite aiguë refroidie).

4- LA LVBP :

a) Le traitement endoscopique « Sphinctérotomie endoscopique » :

- Il est possible de traiter la lithiasse de la voie biliaire principale en abordant la papille sous gastro-duodénoscopie.
- La technique consiste à cathétériser la papille à l'aide d'un petit drain, descendu par un canal de l'endoscopie, et à faire une opacification des voies biliaires (cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique : CPRE). Cette radio permet de faire le bilan : taille du cholédoque, nombre et taille des calculs.
- Cette technique comporte des risques propres :
 - ✿ Risque hémorragique : 2 %.
 - ✿ Risque de perforation duodénale : 2 %.
 - ✿ Risque de pancréatite : 2 %.



b) Le traitement chirurgical :

- Le bilan des lésions est fait lors de l'examen radiologique per-opératoire (taille du cholédoque, nombre et taille des calculs, qualité des passages duodénaux).
- L'extraction des calculs peut se faire par voie transcystique ou par cholédocotomie (ouverture sur la face antérieure du cholédoque).
 - ✿ Ils sont enlevés à l'aide de pinces spéciales, de sondes à panier ou à ballonnet.
 - ✿ L'extraction des calculs peut être aidée par l'utilisation d'un cholédoscope rigide introduit par le cystique ou la cholédocotomie.

✿ La vacuité du cholédoque doit être confirmée par une radiographie de contrôle (CPO : CHOLANGIOGRAPHIE PER OPERATOIRE) ou par cholédocoscopie.

✿ Fermeture de la VBP sur un drain de Kehr qui sera enlevé en J10 post opératoire après contrôle radiologique (CPO : CHOLANGIOGRAPHIE POST OPERATOIRE).

5- LE CALCULO CANCER DE LA VESICULE BILIAIRE :

- La cholécystectomie est suffisante pour assurer la guérison dans les stades limités, ces formes ne représentent malheureusement que 1% des formes traitées.

- Le traitement ne peut être que palliatif lorsque le cancer envahit le foie ou le pédicule hépatique, la mort survient en général dans les 6 mois qui suivent la découverte du cancer, ces formes représentent 90% des cancers traités.

- Lorsque la lésion envahit la paroi de la vésicule sans la dépasser on pratique une cholécystectomie élargie aux segments 4 et 5 du foie, la survie à 5 ans est très faible malgré cette intervention large (2%).

6- LES AUTRES COMPLICATIONS :

****Syndrome de Bouveret :** Gastrotomie, extraction du calcul, fermeture de la brèche gastrique, drainage facultatif.

****Péritonite biliaire :** Après une réanimation courte et énergique. Comme pour toute péritonite, l'épanchement péritonéal est évacué et la cavité abdominale minutieusement lavée. L'origine de la fuite biliaire est très souvent évidente. Réparation et drainage.

****Pancréatite :** REANIMATION+++ Traitement symptomatique scorer et scooper le malade.

****L'angiocholite :** Le traitement médical est identique à celui de la cholécystite aiguë. La désobstruction de la voie biliaire par sphinctérotomie endoscopique biliaire au cours d'une cholangiographie rétrograde endoscopique est une urgence absolue. Si cette technique n'est pas disponible en urgence et si l'état du malade est instable (la forme urémigène+++), un drainage chirurgical associé à une cholécystectomie est d'indication.

**** Iléus biliaire :** Entérotomie, extraction du calcul, fermeture de la brèche intestinale, drainage facultatif.

X / CONCLUSION :

La lithiasse biliaire reste une pathologie accès fréquent au sein de notre population qui atteint autant les sujets jeunes que les sujets âgée, et autant de femme que d'homme.

Le traitement chirurgical reste la meilleure solution pour cette maladie précisément la cœlioscopie qui reste la meilleure technique chirurgicale utilisée chez ces malades.

