

Foie et Voies biliaires

Sémiologie et explorations



**DR ABDERRAHIM
BENLALDJ**

**EPH. MOSTAGANEM
FACULTÉ DE MÉDECINE MOSTAGANEM**

Les grands syndromes de la pathologie hépatique: Objectifs



CHOLESTASE:

DÉFINITION

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

CIRCONSTANCES

FORMES CLINIQUES

CYTOLYSE:

DÉFINITION

ÉLIMINER UNE CAUSE EXTRA-HÉPAT

ÉTAPES DU DIAGNOSTIC

INSUFFISANCE HÉPATO-CELLULAIRE: DÉFINITION

MANIFESTATIONS

CLINICO-BIOL

HYPERTENSION PORTALE: DÉFINITION

DÉCRIRE LES TROIS TYPES

PHYSIOPATHOLOGIQUES

DÉCRIRE LES CONSÉQUENCES

Cholestase (1)



DIMINUTION DE LA SÉCRÉTION BILIAIRE

1. CHOLESTASE EXTRA-HÉPATIQUE

**OBSTRUCTION DES VOIES
BILIAIRES EXTRA-HÉPATIQUES**

2. CHOLESTASE INTRA-HÉPATIQUE

- Atteinte de la sécrétion hépatocyttaire
- Obstruction des voies biliaires intra-hépatiques

Cholestase (2)



1- ANOMALIES BIOLOGIQUES HÉPATIQUES



PHOSPHATASE ALCALINE



GAMMAGT



BILIRUBINÉMIE TOTALE



BILIRUBINÉMIE CONJUGUÉE

2- ECHOGRAPHIE

VOIES BILIAIRES DILATÉES OU NON

Cholestase (3)



CONSÉQUENCES CLINIQUES:

- **ICTÈRE (INCONSTANT: CHOLESTASE ANICTERIQUE)**
- **DÉFAUT D'ACIDES BILIAIRES AU NIVEAU DIGESTIF:
DIARRHÉE
MALABSORPTION DES GRAISSES
MALABSORPTION DES VITAMINES LIPOSOLUBLES
(ADEK)**
- **PRURIT**

Cytolyse (1)



CYTOLYSE: AUGMENTATION DES TRANSAMINASES

- **ASPARTATE AMINO-TRANSFÉRASE
(ASAT)**
- **ALANINE AMINO-TRANSFÉRASE
(ALAL)**
- **ALAT/PH ALC > 5**

Cytolyse (2)



ORIGINE NON HÉPATO-BILIAIRE

- **ORIGINE MUSCULAIRE (STRIÉ, MYOCARDE)**
 - ❖ **PRÉDOMINE SUR ASAT**
 - ❖ **RESTE DU BILAN HÉPATIQUE NORMAL**

- **MACRO-ASAT**
 - ❖ **ALAT NORMAL**
 - ❖ **LE RESTE DU BILAN HÉPATIQUE NORMAL**

Cytolyse (3)



ETAPES DU DIAGNOSTIC

- **ORIGINE HÉPATIQUE**
- **CYTOLYSE AIGUE OU CHRONIQUE**
- **GRAVITÉ: INSUFFISANCE HÉPATO-CELLULAIRE?**
- **ETIOLOGIES: NOMBREUSES**

Insuffisance Hépato-Cellulaire (1)



INSUFFISANCE DES FONCTIONS HÉPATOCTYTAIRES:

SYNTHÈSE, ÉPURATION ET SÉCRÉTION BILIAIRE

- **INSUFFISANCE HÉPATO-CELLULAIRE AIGUE**
- ❖ **HÉPATITE FULMINANTE: DÉLAI
D'APPARITION < 15 J**
- ❖ **HÉPATITE SUB-FULMINANTE > 15 J**

- **INSUFFISANCE HÉPATO-CELLULAIRE
CHRONIQUE**

Insuffisance Hépato-Cellulaire (2)



➤ Signes majeurs:

- ❖ Encéphalopathies(asterixis)
- ❖ Angiomes stellaires
- ❖ Diminution du TP
- ❖ Diminution facteur V
- ❖ Diminution Albuminémie

➤ Signes non spécifiques:

- ❖ Asthénie
- ❖ Ictère
- ❖ Foetor hépaticus
- ❖ Syndrome hémorragique
- ❖ Sepsis
- ❖ Erythrose palmaire
- ❖ Hippocratisme digital
- ❖ Aménorrhée chez la femme
- ❖ Hypogonadisme chez l'homme
- ❖ Hypoglycémie
- ❖ Ongles blancs (leuconychie)

Insuffisance Hépatocellulaire (3)

Signes majeurs



➤ Aigue

- ❖ Encéphalopathie
- ❖ Baisse du TP
- ❖ Baisse du facteur V

➤ Chronique

- ❖ Encéphalopathie
- ❖ Angiome stellaire
- ❖ Baisse du TP
- ❖ Baisse du facteur V
- ❖ Hypoalbuminémie

Insuffisance Hépato-Cellulaire (4)

Encephalopathie

- Encéphalopathie hépatique
 - Stade I: Inversion du rythme nycthéméral
Asterixis (Flapping)
 - Stade II: Confusion
 - Stade III: Troubles de la vigilance allant jusqu'au coma

Angiome stellaire



Lesions rouge en étoile (artériole centrale à partir de laquelle irradient des petits vaisseaux rouges)

Ségeant dans le territoire de la veine cave supérieure : visage, cou, partie haute du thorax, membres supérieurs, mains

S'efface à la vitro-pression



Taux de Prothrombine (1)

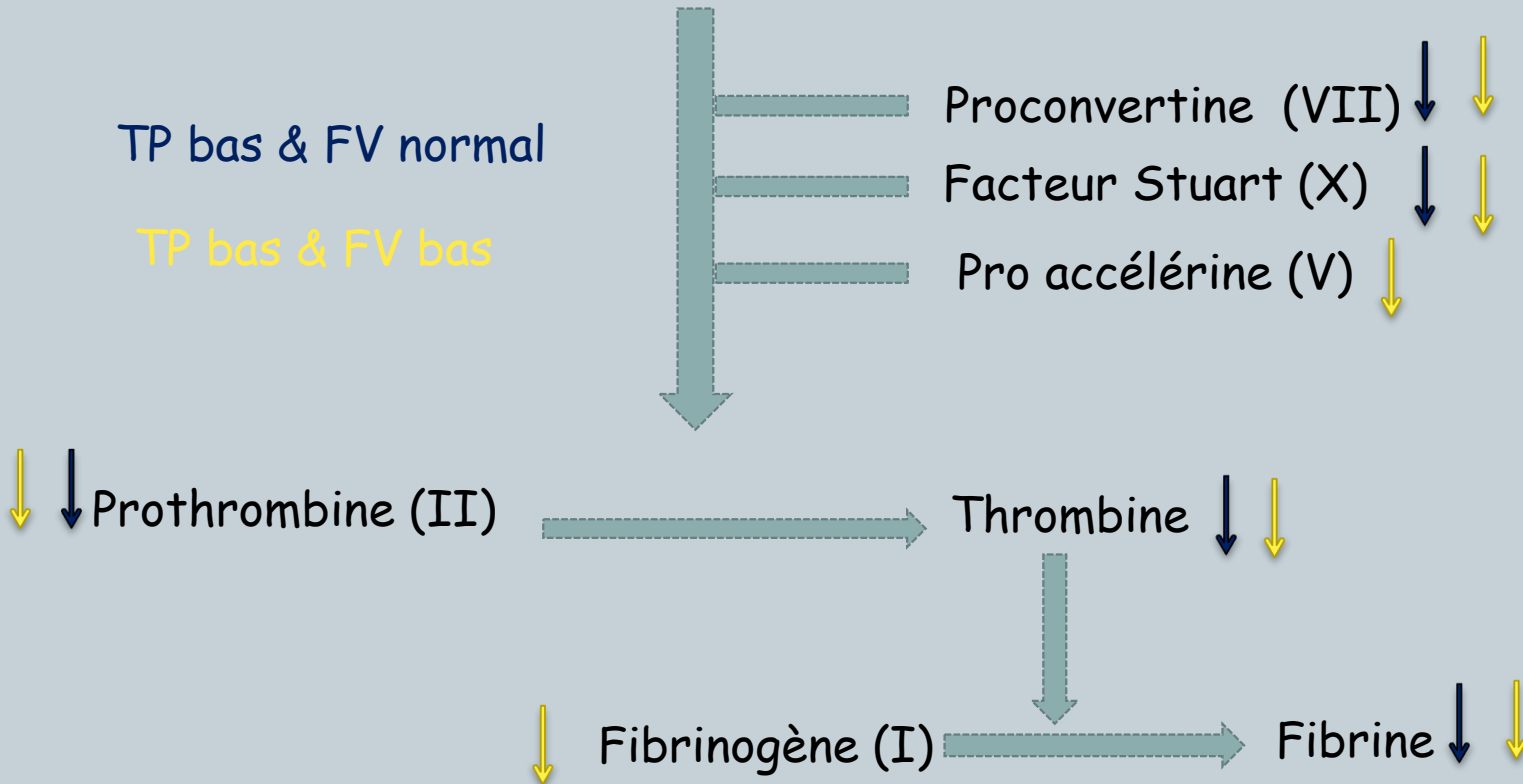
Déficit en vit K

Insuffisance hépatocellulaire

Thromboplastine Tissulaire

TP bas & FV normal

TP bas & FV bas



Taux de Prothrombine (2)



➤ Ictère et baisse du TP

❖ Si Facteur V abaissé:

- ✓ Insuffisance Hépato-Cellulaire
- ✓ baisse des facteurs synthétisés par le foie
- ✓ Administration de vitamine K IV inefficace

❖ Si Facteur V normal:

- ✓ cholestase responsable d'une malabsorption de vit K
- ✓ Déficit en facteur dépendants de la vit K
- ✓ correction après vit K IV

Erythrose palmaire



- ce signe a la meme valeur diagnostique que les angiomes stellaires
- il s'agit d'une exageration de la coloration rouge naturelle mouchetee des eminences thenar et hypothenar.



Hippocratismes digital



- bombement des ongles en "verre de montre"
- la phalange est plus épaisse au niveau de la base de l'ongle que de l'articulation inter-phalangienne. A l'extrême, on parle de doigt en forme de "baguette de tambour«



Ongles blancs (leuconychie)



- s'observe dans 80% des cirrhoses. Il s'agit de l'agrandissement de la lunule de l'ongle. Cette anomalie est très nette sur le pouce et l'index.



Hypertension portale (1)



- ↑ pression portale > 15 mmhg ou
- ↑ gradient de pression hépatique > 5 mmhg (différence de pression entre la veine porte et les veines hépatiques)

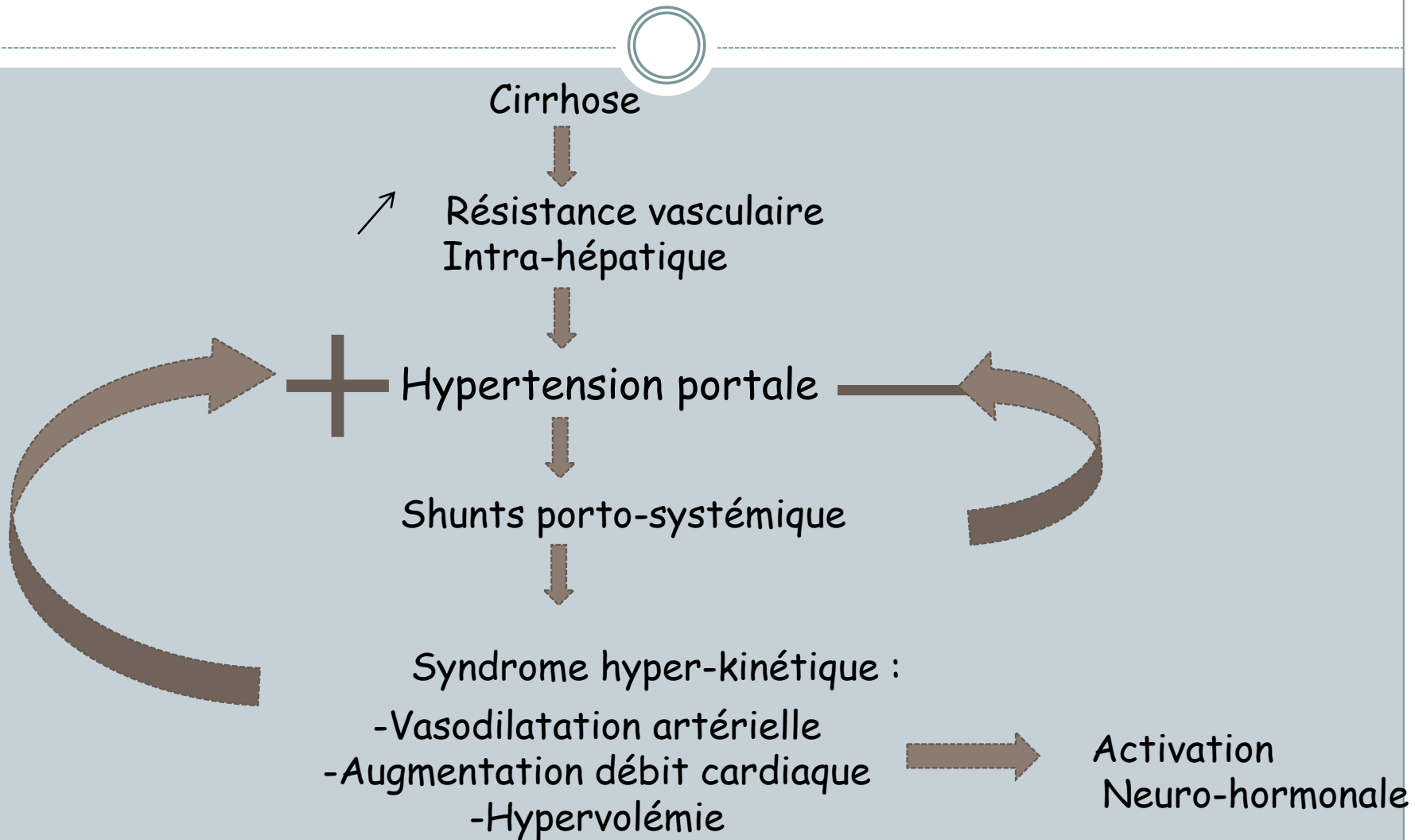
Hypertension portale (2)



3 types anatomiques:

- Bloc pré-hépatique (infra)
- Bloc intra-hépatique
- Bloc post-hépatique (supra)

Hypertension portale (3)



Hypertension portale : Signes cliniques



- Ascite
- Oedèmes des membres inférieurs
- Splénomégalie (hypersplénisme)
- Circulation collatérale porto-cave

Ascite



- Matité déclive des flancs (percussion)

- Diagnostic différentiel
 - ❖ Globe vésical
 - ❖ Masse abd
 - ❖ Grossesse
 - ❖ Kyste ovarien

- Confirmé par échographie

- Ponction d'ascite
 - ❖ Au lit du malade
 - ❖ En pleine matité
 - ❖ En FIG, sur la ligne entre Omphile et EIAS (2/3- 1/3)

Ascite



- Diagnostic difficile si ascite de faible volume (echo)
- 2 types d'ascite en fonction du taux de protides:
 - ❖ Transsudat (< 30 gr/l)
Cirrhose non compliquée
 - ❖ Exsudat (>30 gr/l)
 - ✓ Infection BK
 - ✓ Cancer avec extension péritonéale
 - ✓ Inflammation (pancréatite)

Ascite



Syndrome de cruevilhier-baumgarten(hernie ombilicale)



Circulation collatérale porto-cave



Circulation veineuse para médiane
Ombilico-xyphoïdienne



Diagnostic différentiel
circulation des flancs (thrombose cave)

Cirrhose



- Foie à bord inf dur et tranchant
- Insuffisance hépato-cellulaire
- Hypertension portale
- En fonction de l'étiologie:
 - ❖ Cytolyse
 - ❖ Cholestase
 - ❖ Ou les deux

Métabolisme de la bilirubine



- Ictère à bilirubine non conjuguée
- Ictère à bilirubine conjuguée



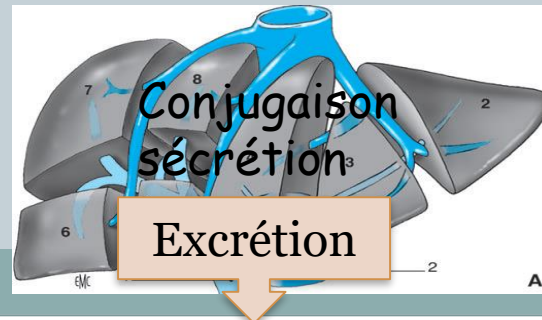
Globule rouge



Hémolyse



Bilirubine non
Conjuguée - indirecte



Glucuronyltransférase

Ictère à bilirubine non conjuguée



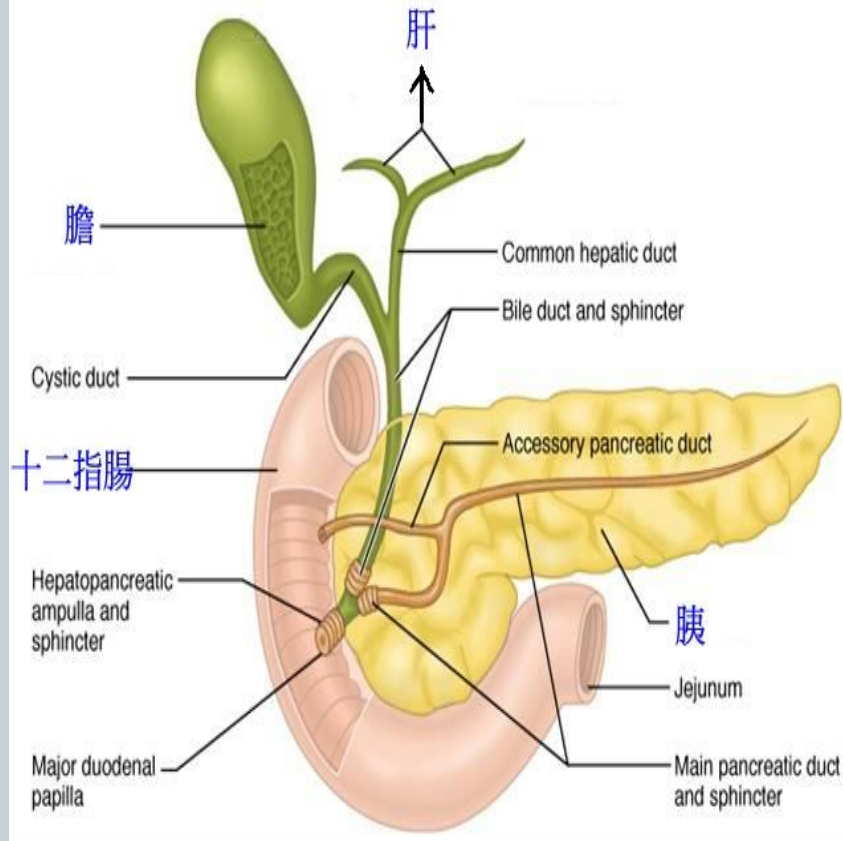
➤ Signes cliniques et biologiques:

- ❖ Ictère
- ❖ Urines de couleur normale
- ❖ Selles de couleur normale
- ❖ Hyperbilirubinémie à prédominance non conjuguée

Nouveau-né

risque de passage de la barrière hémato-encéphalique:
Complications neurologiques

Ictère à bilirubine conjuguée(1)



➤ Signes cliniques et biologiques:

- ❖ Ictère avec urines foncées et selles décolorées
- ❖ Hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée

Ictère à bilirubine conjuguée(2)



- Ictère à bilirubine conjuguée avec cholestase

- Défaut de bile dans le tube digestif
 - ❖ Malabsorption des lipides
 - ❖ Diarrhées chroniques (stéatorrhées)
 - ❖ Malabsorption des vit liposolubles (A,D,E,K)

Lithiase biliaire (1)



- Pathologie fréquente (20%)
- Le plus souvent asymptomatique (80%)
- Risque de complications (20% à 20 ans)

Lithiase biliaire (2)



➤ Type de calculs

- ❖ Calculs cholestéroliques (80%)
- ❖ Calculs pigmentaires
 - ✓ Calculs noirs (hémolyse chronique)
 - ✓ Calculs bruns (infection ou malformation)

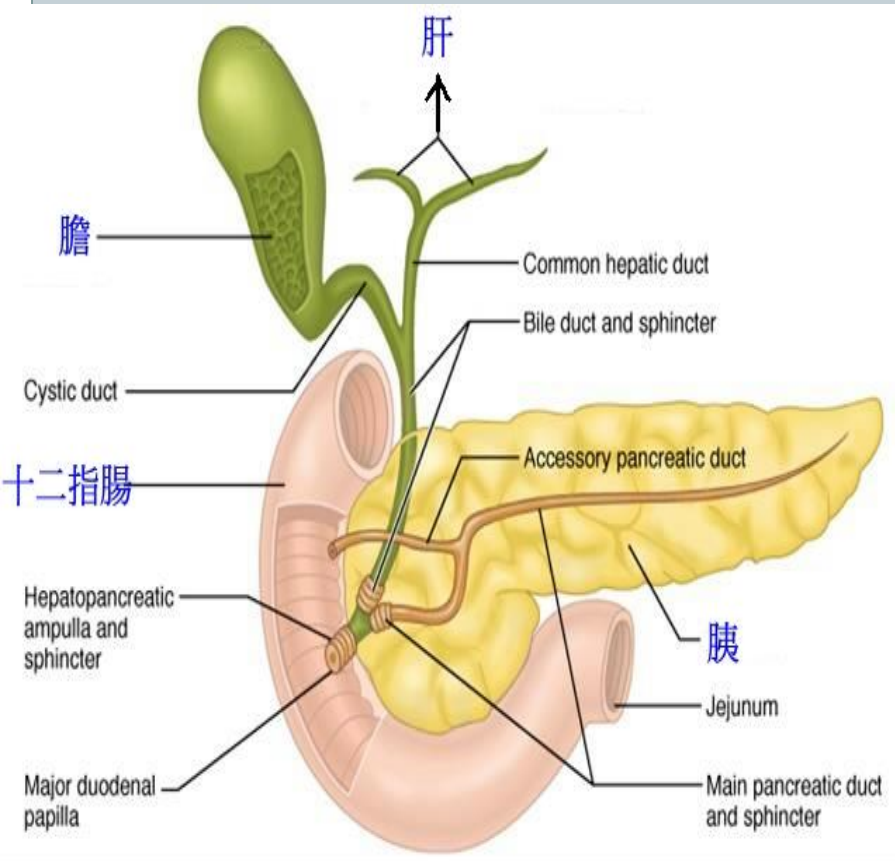
➤ Lieu de formation: Vésicule biliaire

➤ Facteurs favorisants:

Age, ethnie, sexe, alimentation, obésité, dyslipidémie, grossesse, oestrogenothérapie, malabsorption des acides biliaires

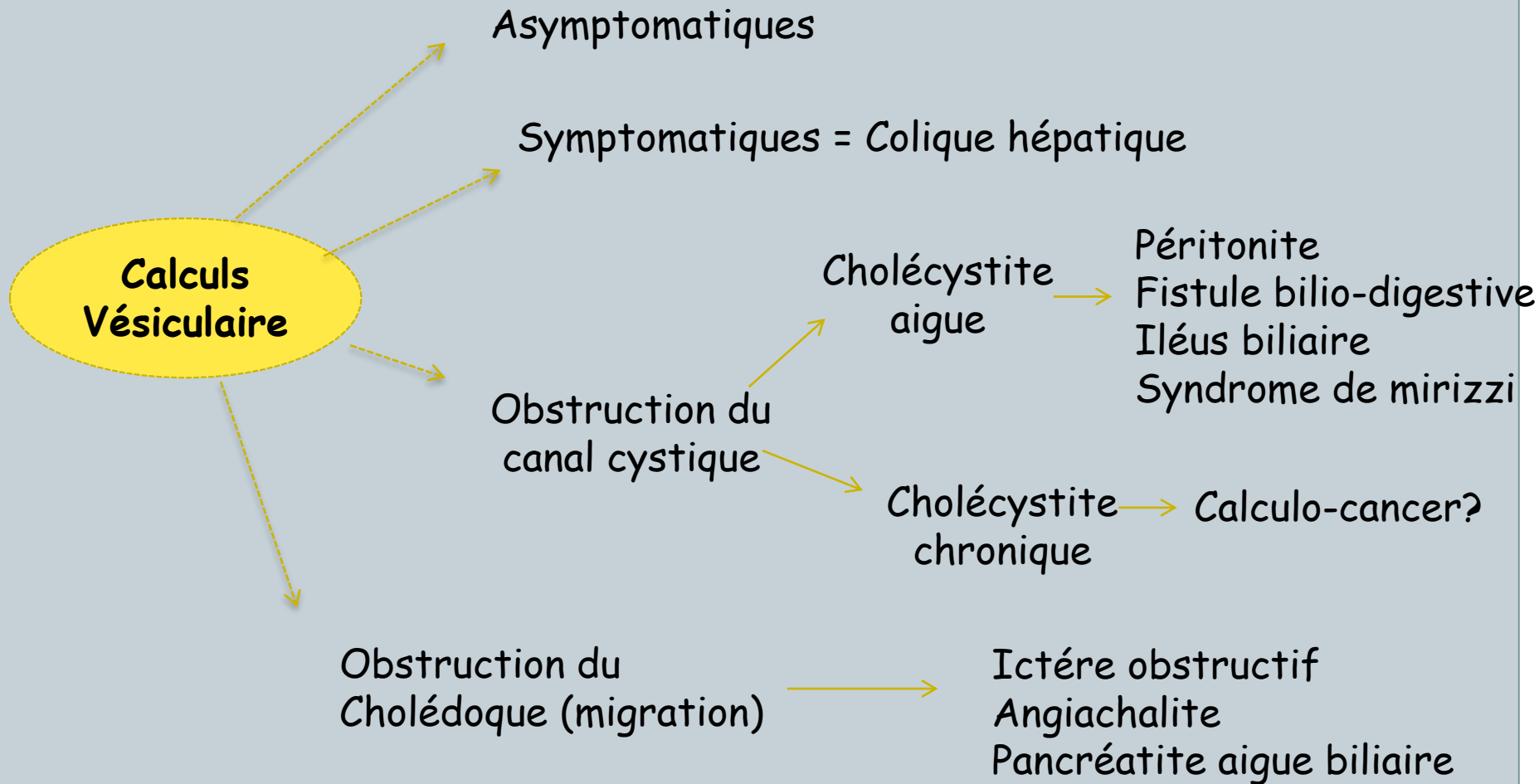
Lithiase biliaire (3)

Arbre biliaire



- Asymptomatique
- Colique hépatique
- Obstruction du canal cystique
- Migration lithiasique

Lithiase biliaire (4)



Colique hépatique(1)



➤ Définition:

- ❖ douleur aigue d'origine biliaire
- ❖ Calcul vésiculaire

➤ Caractéristiques de la douleur:

- ❖ Dlr de l'HCD
- ❖ Irradiation en hémi-ceinture et vers l'omoplate droite
- ❖ Inhibant l'inspiration profonde
- ❖ Début brutal et durée longue (plusieurs heures)

Colique hépatique(2)



- **Examen physique:**
 - ❖ Dlr et défense de l'HCD
 - ❖ Inhibition de l'inspiration profonde (signe de Murphy)

- **Signes négatifs (sinon complications)**
 - ❖ Fièvre et syndrome septique
 - ❖ Ictère

Colique hépatique(3)



➤ Biologie:

- ❖ Bilan hépatique sub-normal
- ❖ Lipasémie normale

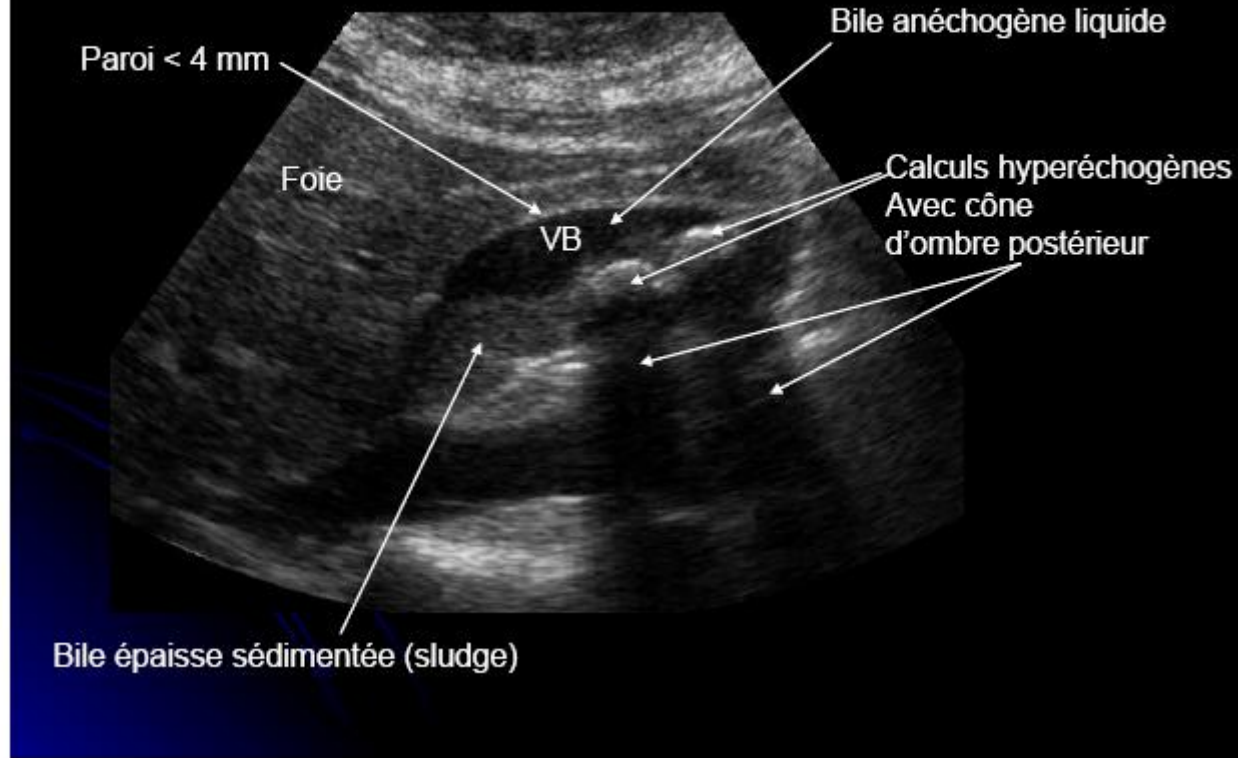
➤ Echographie:

- ❖ Lithiase vésiculaire (images hyper-échogènes arrondies, mobiles, avec cône d'ombre post)
- ❖ Signe de Murphy échographique
- ❖ Pas de dilatation des voies biliaires
- ❖ Paroi vésiculaire normale

Calcul vésiculaire (échographie)



Calcul vésiculaire non compliqué



Cholécystite aiguë (1)



- Dlr + Fièvre
- Sepsis clinique et biologique
- Echo + ASP:
 - ❖ Lithiase vésiculaire
 - ❖ Epaissement de la paroi (dédoublement) (>3mm)
 - ❖ Murphy +
 - ❖ Pas de dilatation des voies biliaires IH et EH
- Risques évolutifs
 - ❖ Cholécystite gangréneuse, abcès sous-phrénique
 - ❖ Péritonite

Cholécystite aiguë (2)



➤ Formes particulières

❖ Cholécystite alithiasique

- ✓ Malade de réanimation ou post-opératoire
- ✓ Vascularite

❖ Perforation dans un organe de voisinage

- ✓ Duodénum: abcès vésiculaire: fistule bilio-digestive: aérobilie, iléus
- ✓ Canal hépatique commun ou droit: Fistule bilio-biliaire
- ✓ syndrome de Mirizzi

Cholécystite aiguë (3)



- Hospitalisation en milieu chirurgical
- Traitement de la douleur
- Réhydratation (aspiration)
- Antibiothérapie (Gram-; anaérobie)
- Chirurgie(exploration de la voie biliaire)

Migration lithiasique (1)



Lithiase de la voie biliaire principale

- ❖ Asymptomatique
- ❖ Ictère obstructif
- ❖ Angiocholite
- ❖ Pancréatite aigue biliaire

Migration lithiasique (2):angiocholite



- **Triade: Dlr, Fièvre, Ictère**
- **Clinique: Dlr biliaire**
- **Biologie:**
 - ❖ Hyperleucocytose
 - ❖ Cholestase
 - ❖ Cytolyse au début
 - ❖ Lipasémie normale
 - ❖ hémoculture

Migration lithiasique (3)



➤ Echo + ASP

- ❖ Lithiase vésiculaire
- ❖ Dilatation de la voie biliaire principale
- ❖ Lithiase intra-cholédocienne (20%)

➤ TDM: diagnostic différentiel

➤ Echo-endoscopie haute

➤ Bili-IRM

➤ CPRE

Migration lithiasique (4)



➤ Traitement: 2 options

- ❖ CPRE avec sphinctérotomie endoscopique

- ❖ Chirurgie:

- ✓ traitement de référence
- ✓ Prélèvement de bile
- ✓ Cholécystectomie
- ✓ Cholédocotomie avec ablation des calculs
- ✓ Vérification de la vacuité de la voie biliaire
- ✓ Fermeture sur drain de Kehr

CPRE





MERCI