



URGENCES BILIAIRES

"cas cliniques"

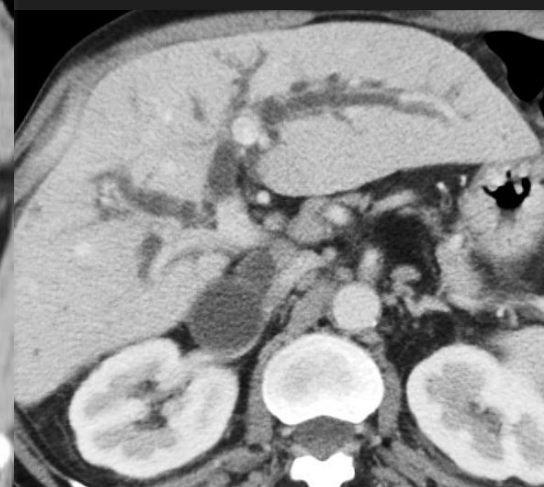
▪ Lombard Vincent

Scanner sans injection..



Homme 61 ans
Douleurs abdominales brutales
Hypochondre droit
Murphy positif
Cholestase et hyperbilirubinémie
Hyperleucocytose, CRP négative
Lipasémie normale

1



Scanner après injection..

CALCULs pigmentaires bruns développés dans une VBP et des VBIH dilatées (dysfonctionnement Oddien ou oddite post migration de microcalculs vésiculaires)

Calculs cholestéroliques 80- 85 %

- bile sursaturée en cholestérol (50%) cristallise en calculs
- quantité variable de sel de calcium
- radio transparents
- facteurs de risque: âge, femme, obésité, alimentation riche en lipides
nutrition parentérale, oestrogènes,
TTT hypolipémiants

Calculs pigmentaires 15 - 20 %

Noir:

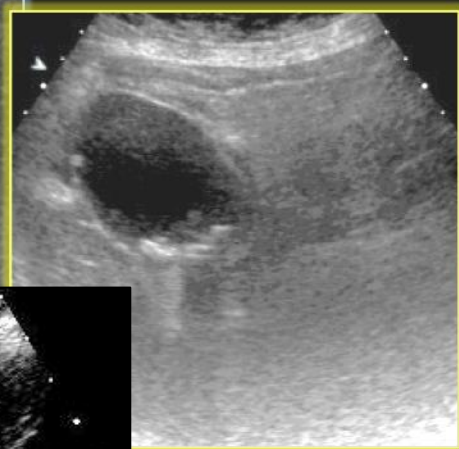
comprennent un polymère de la bilirubine, du phosphate et du carbonate de calcium,
radio opaques , très denses au scanner
vésicule biliaire, canaux biliaires
hémolyse et cirrhose

Brun:

constitués en grande partie de bilirubinate de calcium et de sels calciques d'acides
gras
nature friable
faible densité
développés dans des voies biliaires extra et/ou intrahépatiques dilatées +++
infection, inflammation

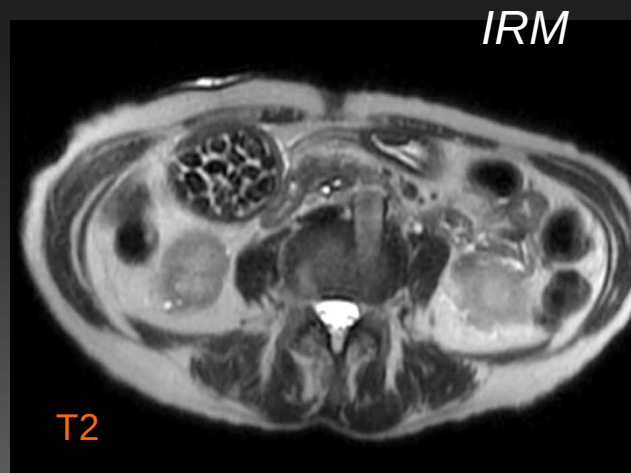
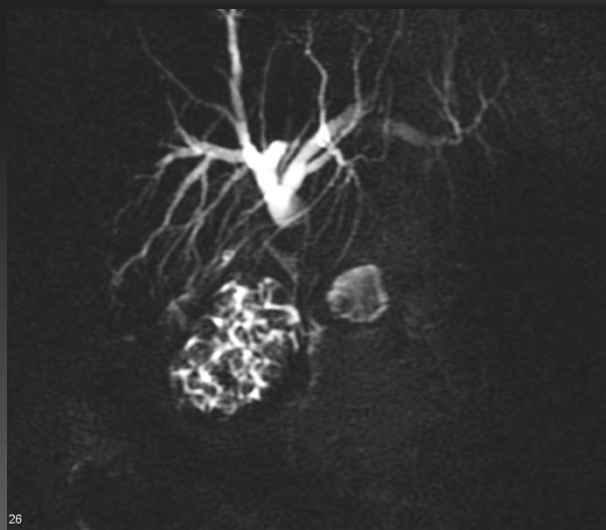
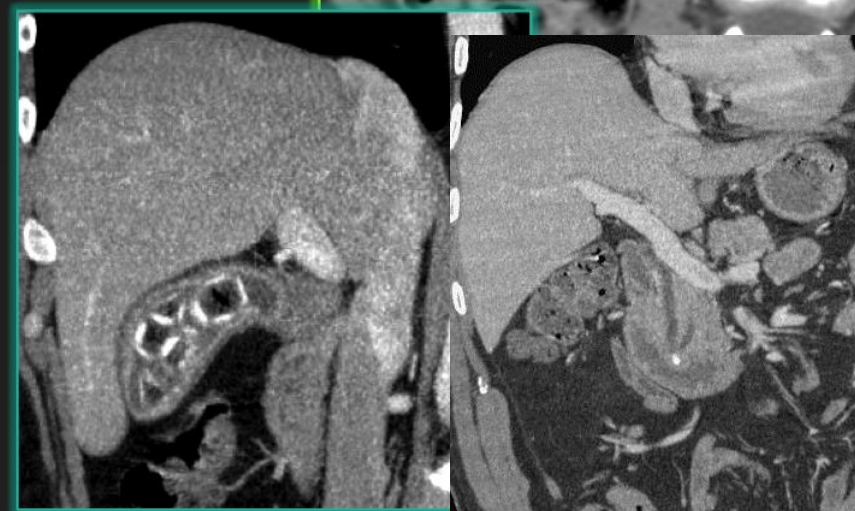
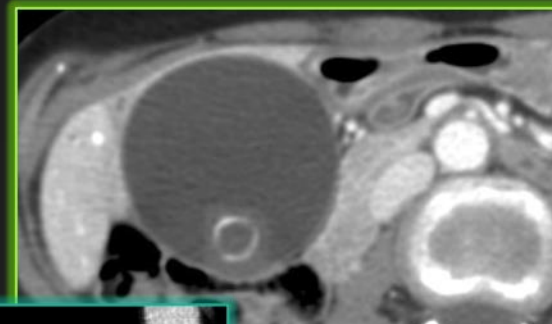
Calculs mixtes

radio opacité fonction de teneur en Calcium



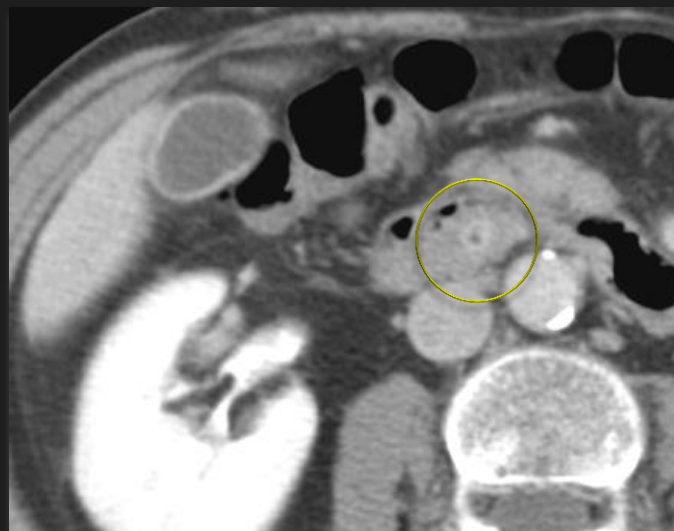
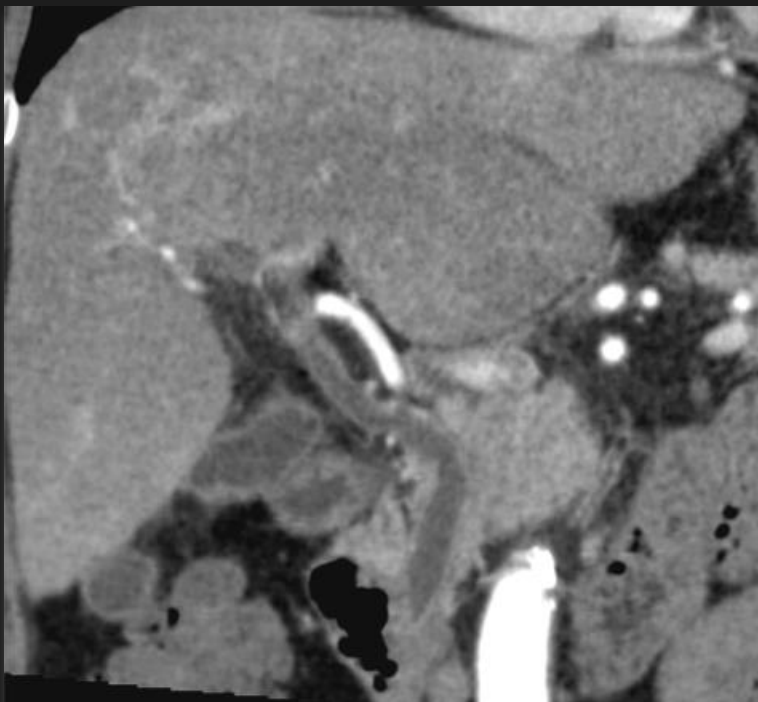
Echographie

Scanner

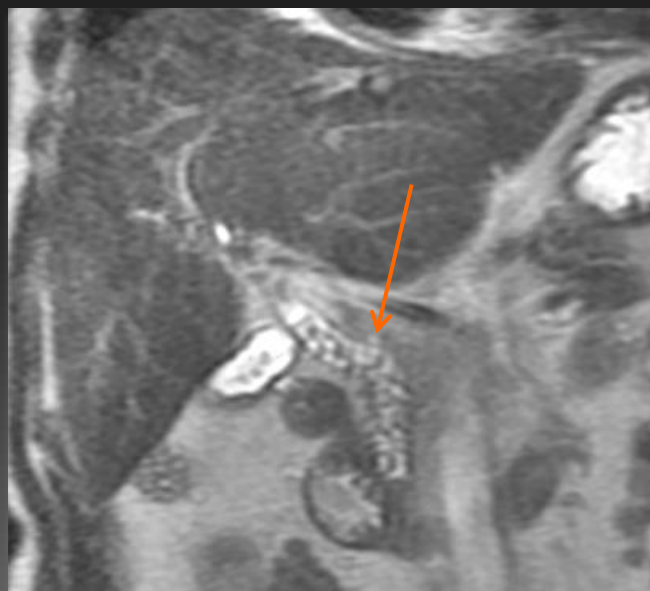




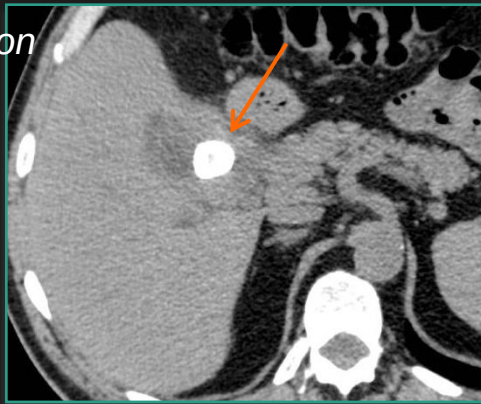
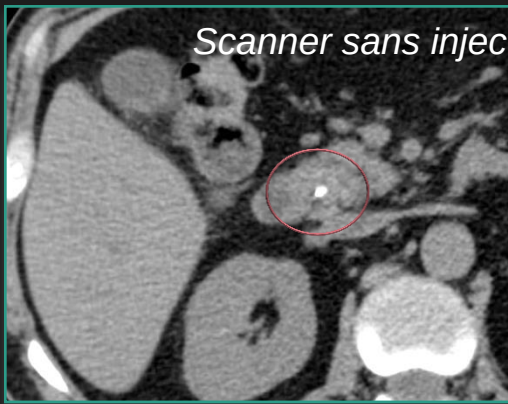
Oddite !!



Patient de 70 ans
Douleur de l'hypochondre droit
depuis 2 jours
Fébricule et discret syndrome
inflammatoire
Lipasémie normale



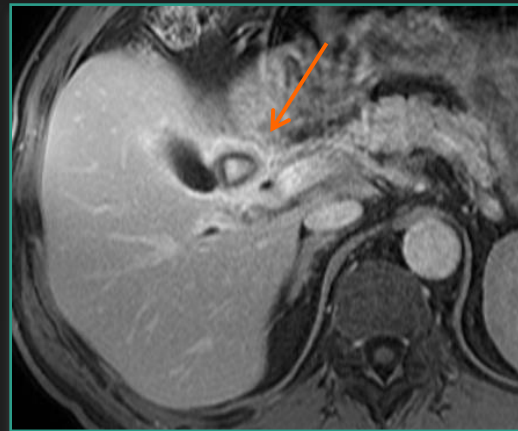
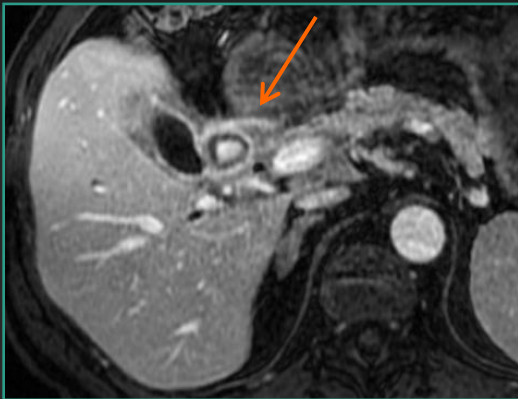
Scanner sans injection



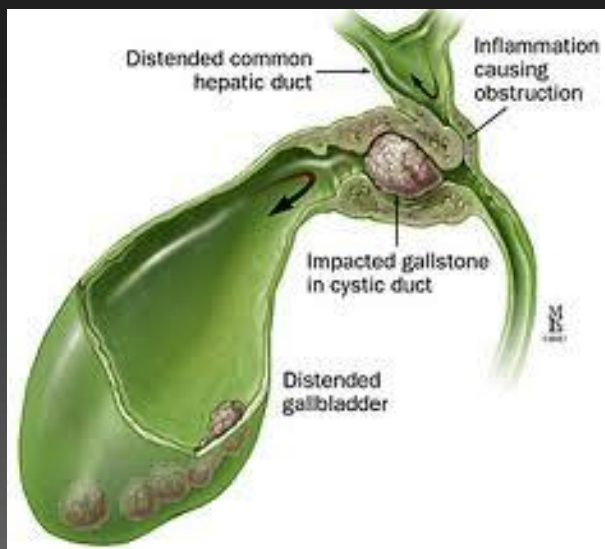
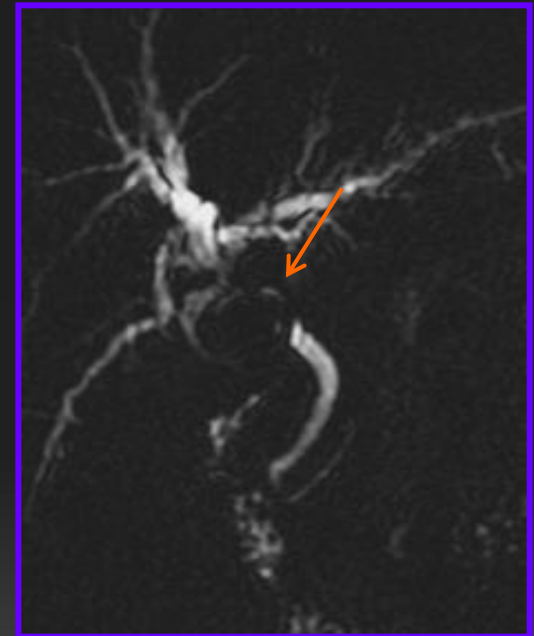
Homme 61 ans
Douleurs HCD
Cholestase et
hyperbilirubinémie

3

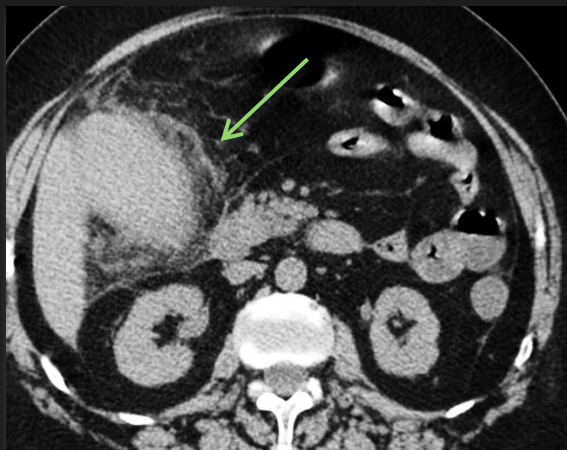
μλβερινιρινεωιε



IRM



Syndrome de Mirizzi



Homme de 68 ans
Douleur HD depuis 1 semaine..
Hyperthermie, CRP élevée
Lipasémie normale

4

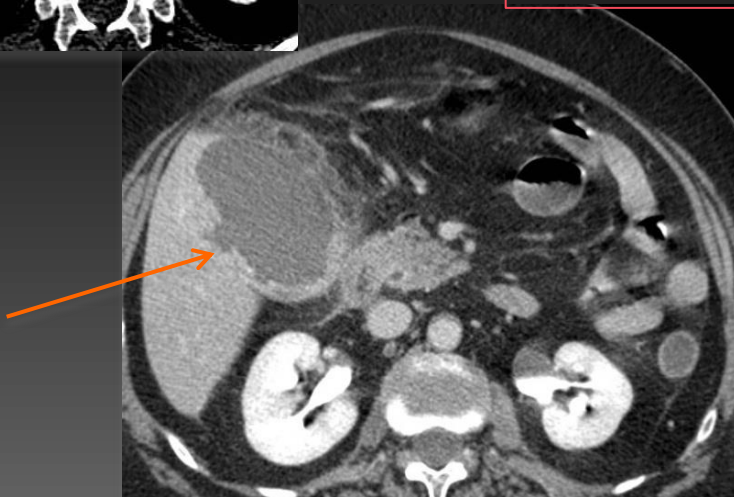
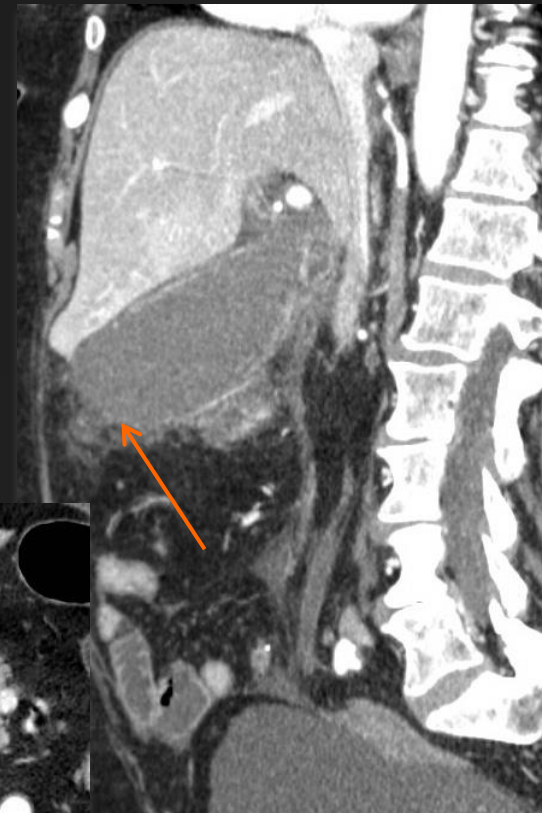


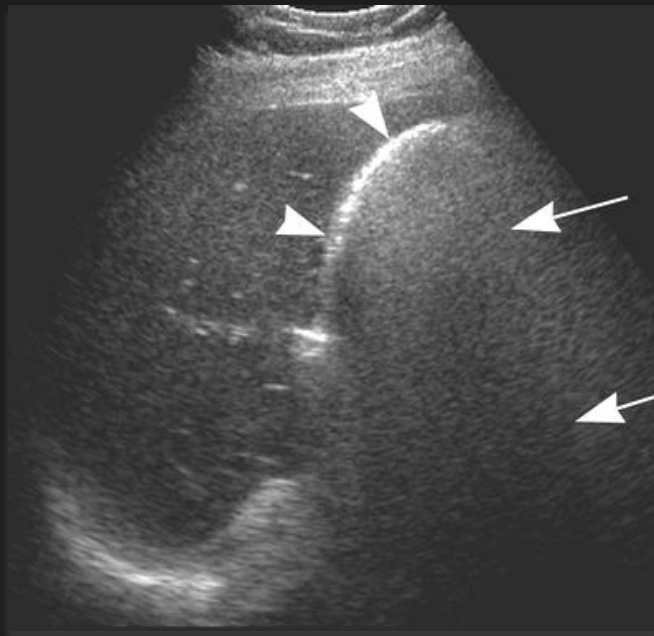
Troubles perfusionnels

CHOLECYSTITE GANGRENEUSE !

Défaut de rehaussement pariétal

Epaississement feuilleté
de la paroi



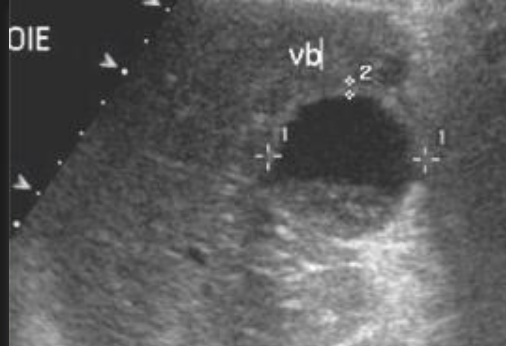


Femme de 54 ans
Diabétique
Douleur HD depuis 4 jours
Hyperthermie
Absence d'ictère
Lipasémie normale

5



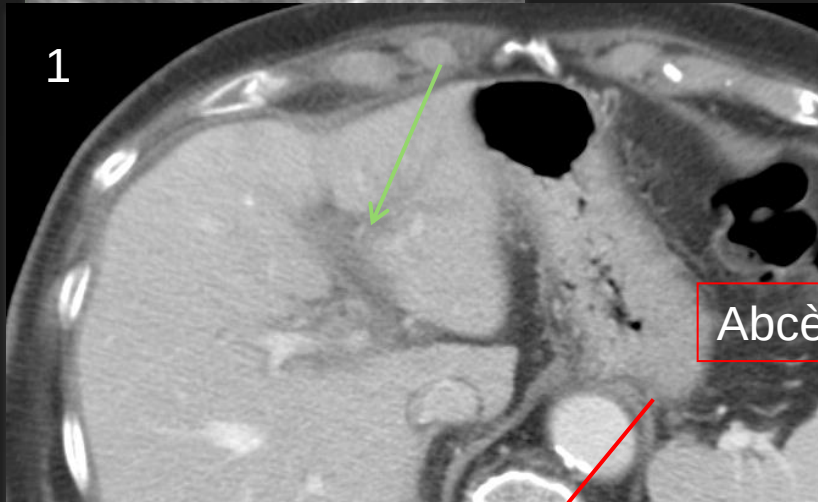
**CHOLECYSTITE
EMPHYSÉMATEUSE**



CHOLECYSTITE AIGUE COMPLIQUÉE..

Femme de 69 ans
Douleur de l'HD
Cholestase et hyperbilirubinémie
Modérée.
Hyperthermie et CRP élevée.
Lipasémie normale

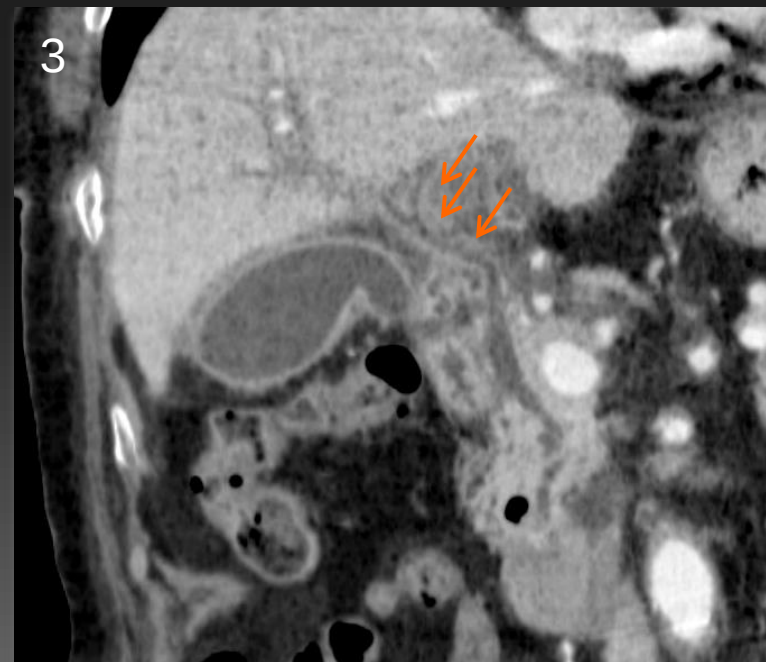
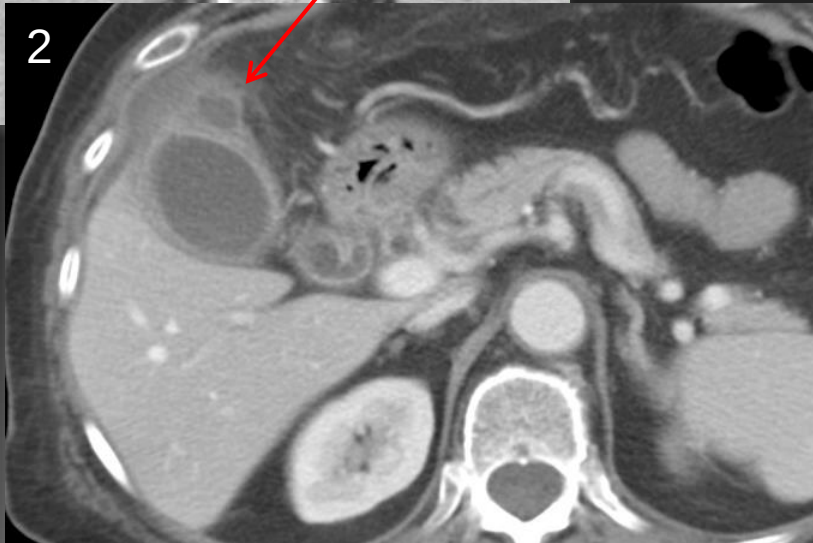
6

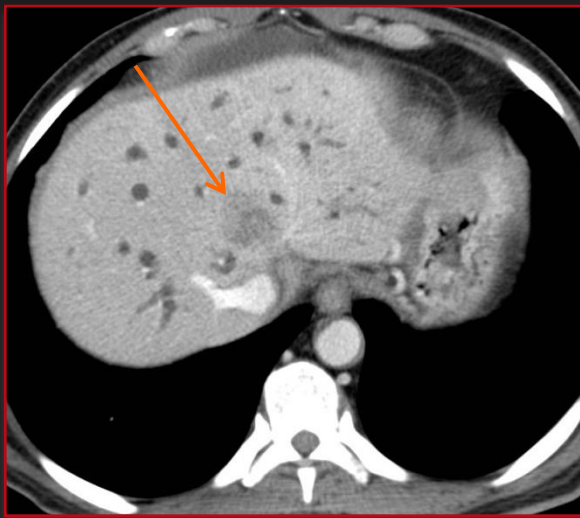


Pyléphlébite

Abcès peri-vésiculaire

Inflammation de la paroi des
voies biliaires = angiocholite



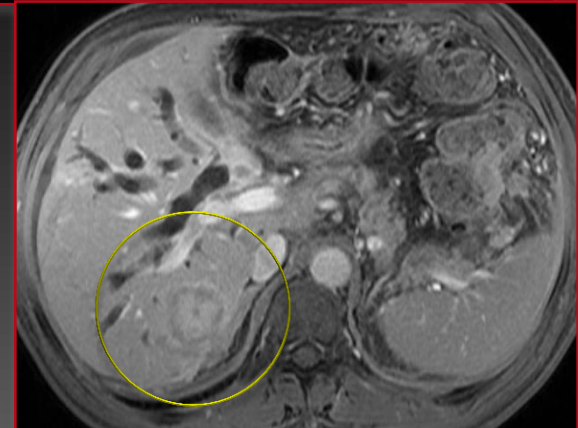
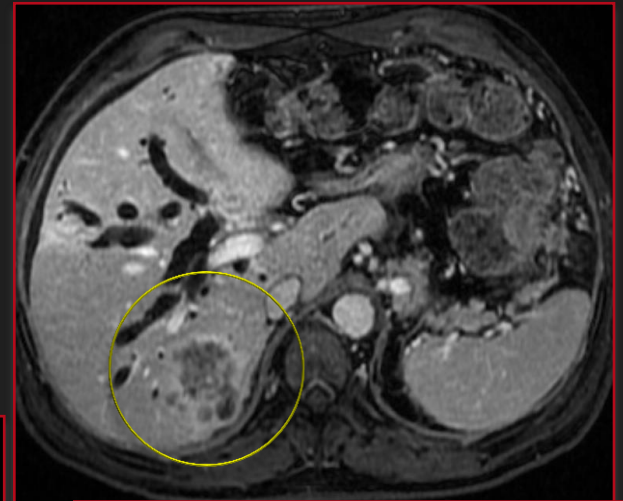
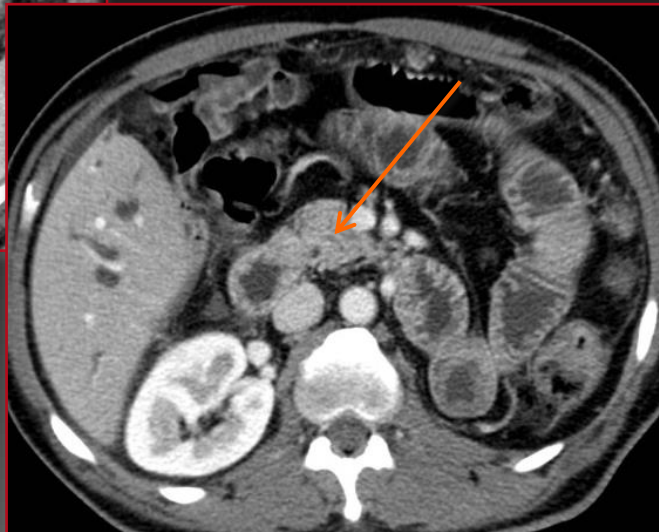


Patient de 58 ans AEG Douleur HD
Ictère Fébricule

7



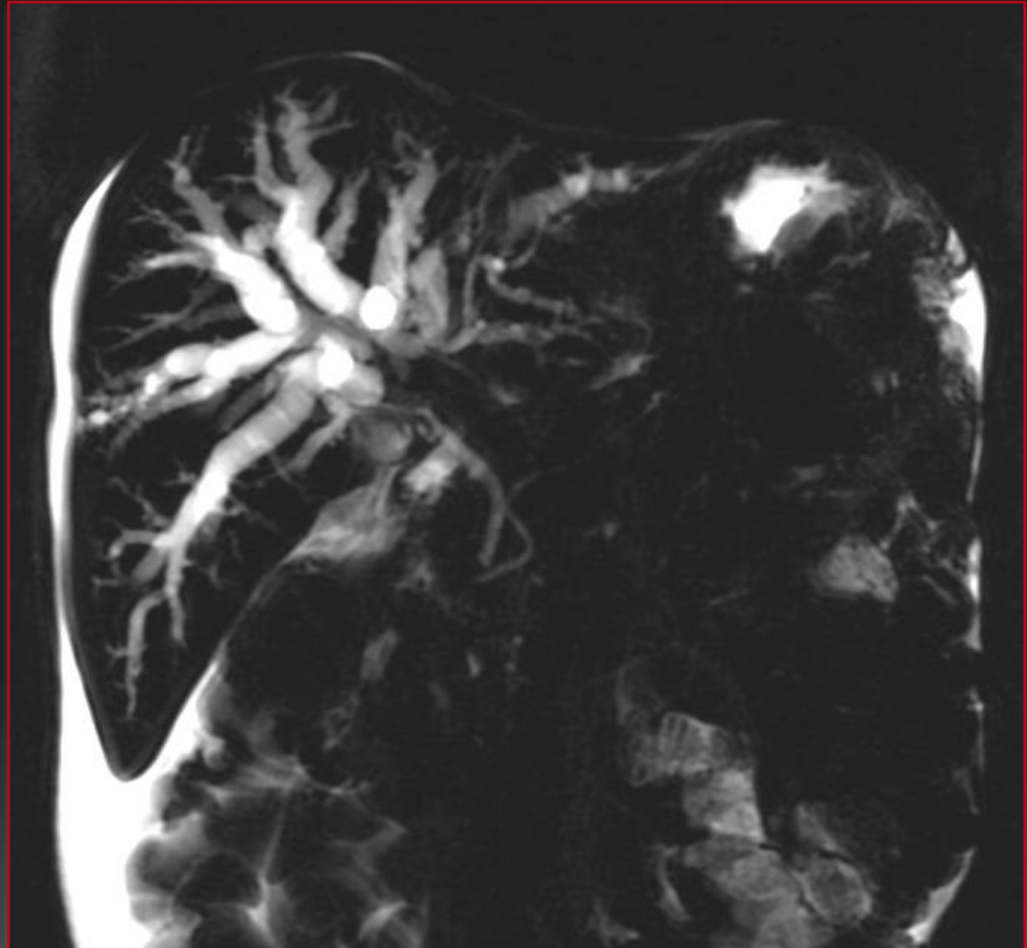
Masse tissulaire
de la VBP

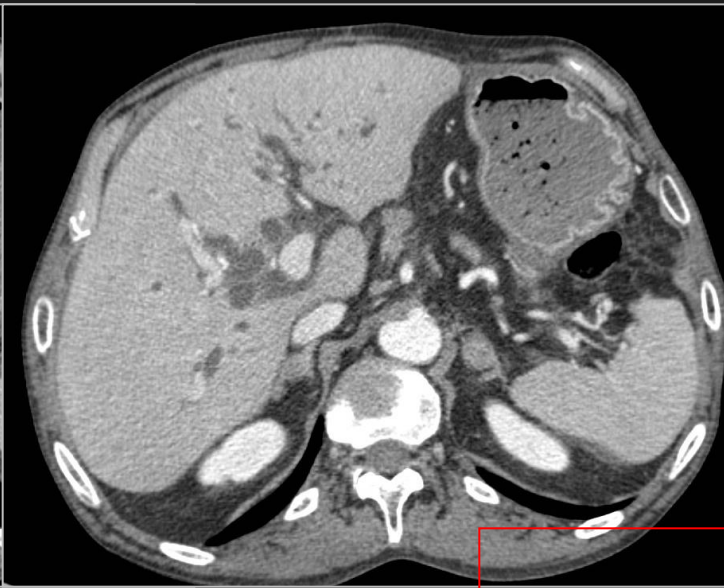




*TUMEUR DE KLATSKIN
révélée par une angiocholite*

*métastases hépatiques
(DD abcès bilio-septiques)*



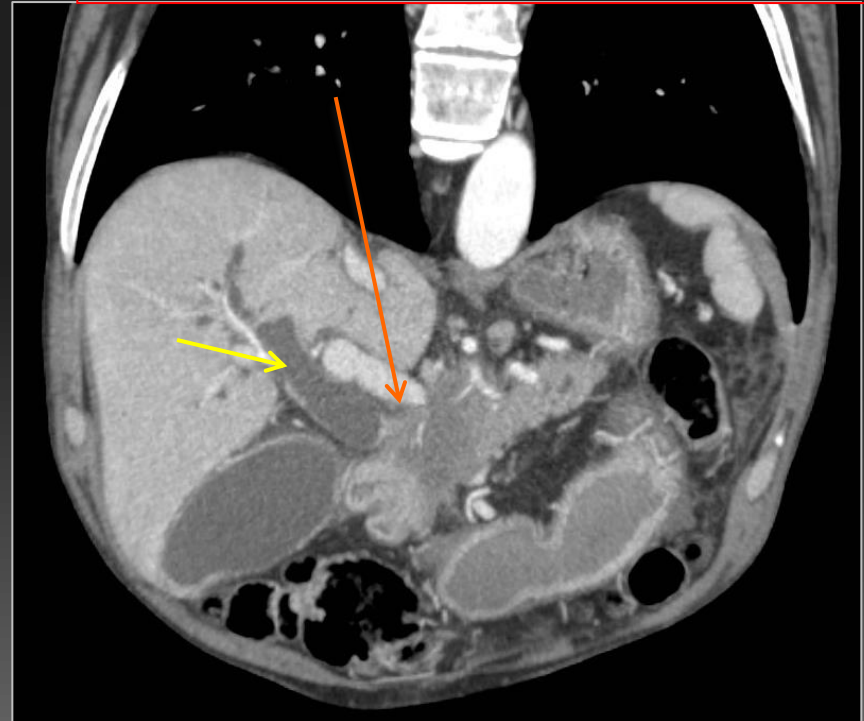


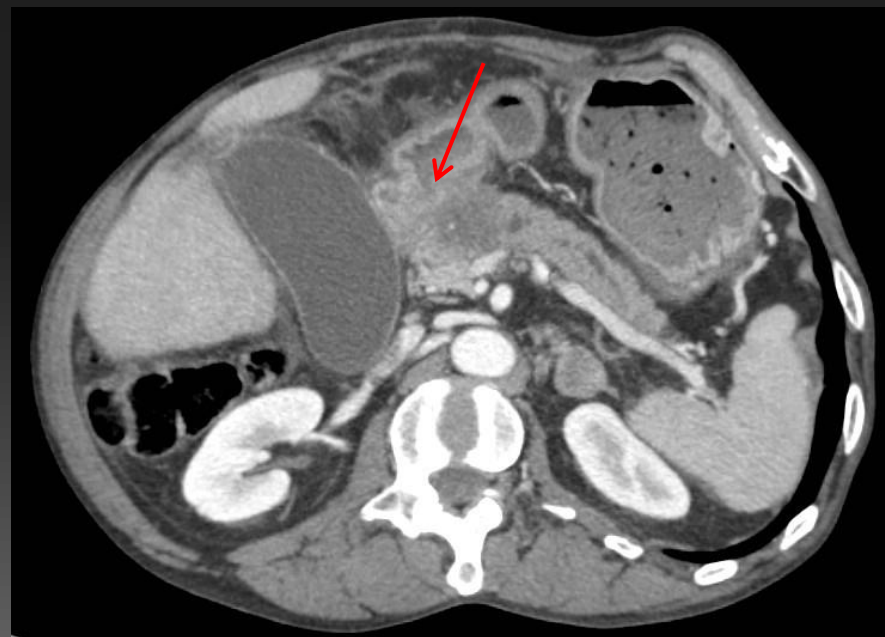
Homme de 48 ans
AEG
Ictère
Hyperthermie
Lipasémie augmentée

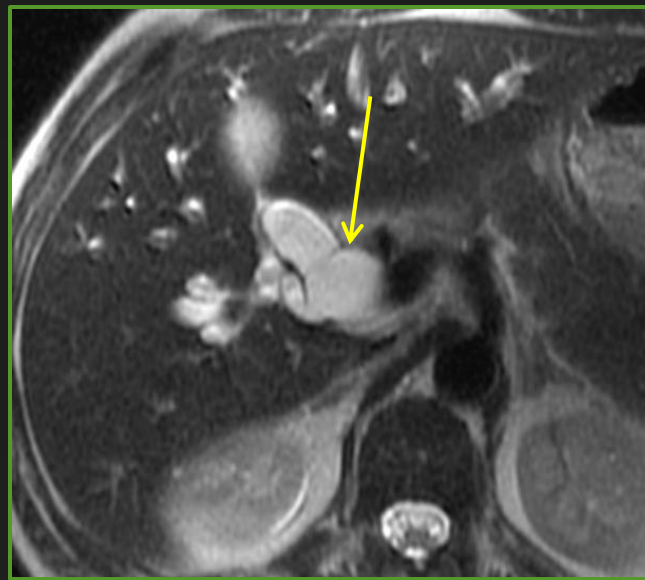
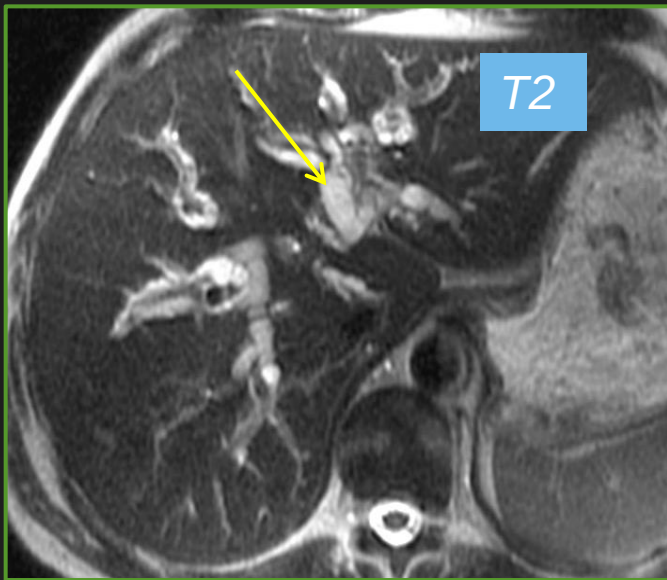
8



*Adénocarcinome
du pancréas révélé par une angiocholite*

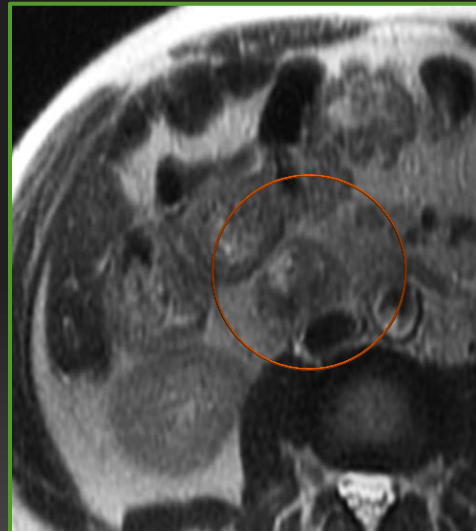
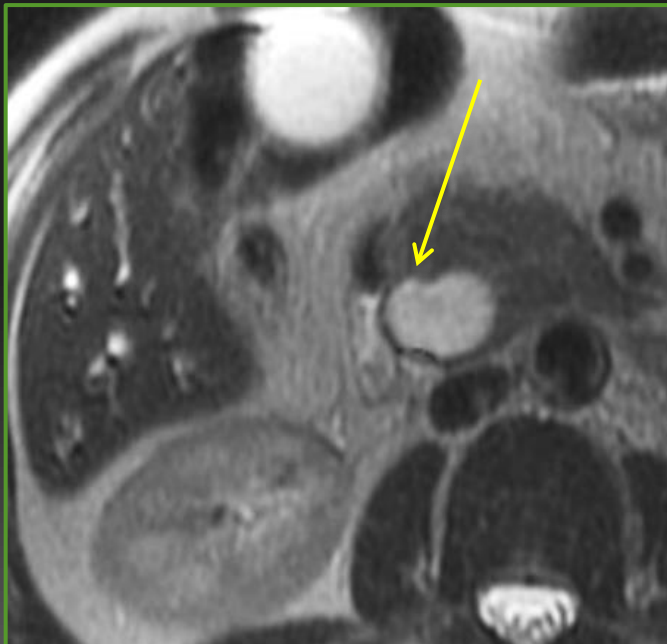






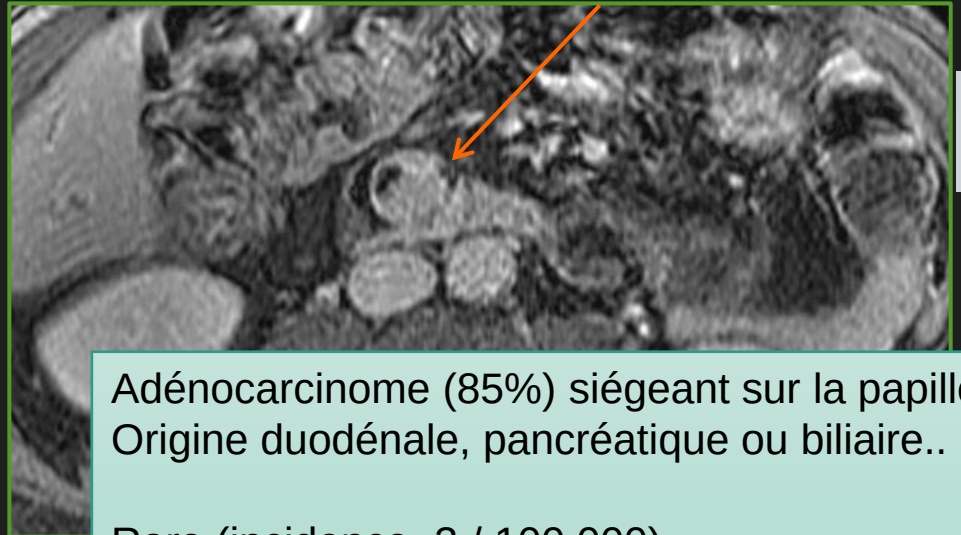
Femme de 56 ans
Ictère progressif
Echo confirme la
dilatation des VB
Scanner (sans injection) non
Contributif..

9



AMPULLOME VATÉRIEN





Adénocarcinome (85%) siégeant sur la papille
Origine duodénale, pancréatique ou biliaire..

Rare (incidence~3 / 100 000)

Facteurs de risque :

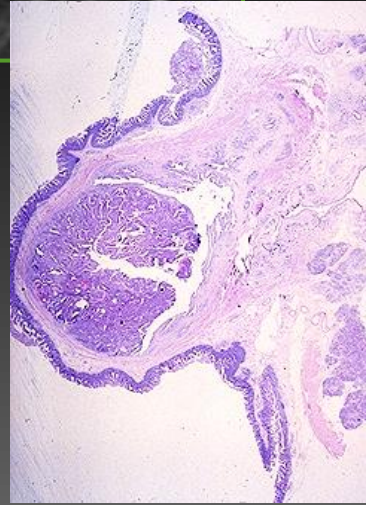
- polypose adénomateuse familiale
- NF1
- Tabac?

Clinique :

- douleurs de l'HCD
- ictère cholestatique
- saignement digestif
- pancréatite aiguë

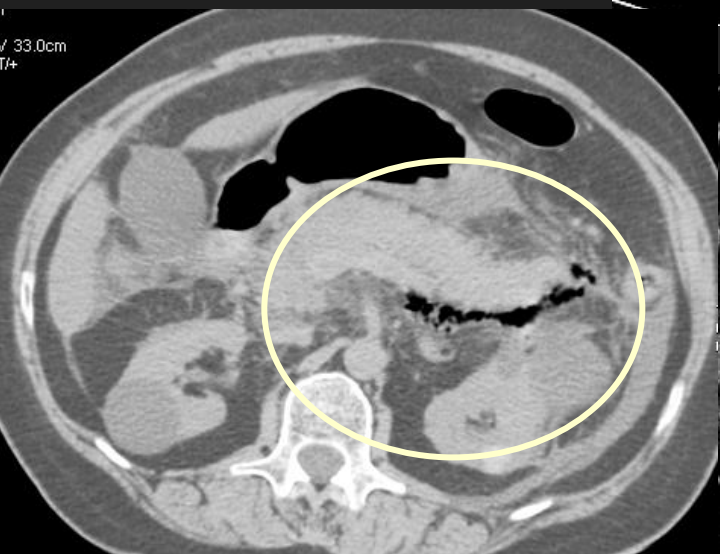
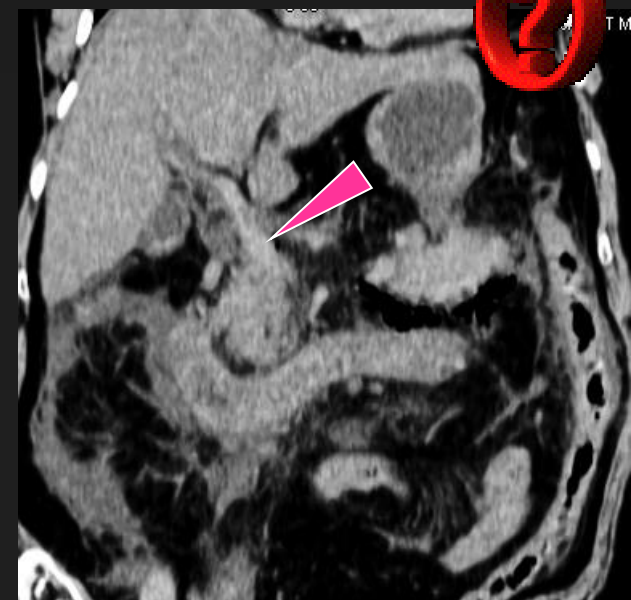
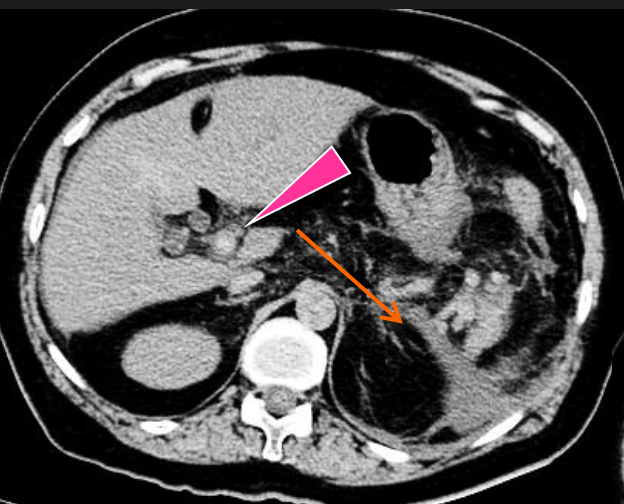
Macroscopie :

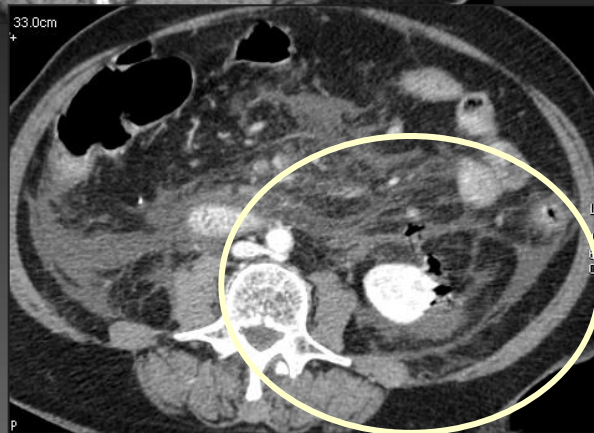
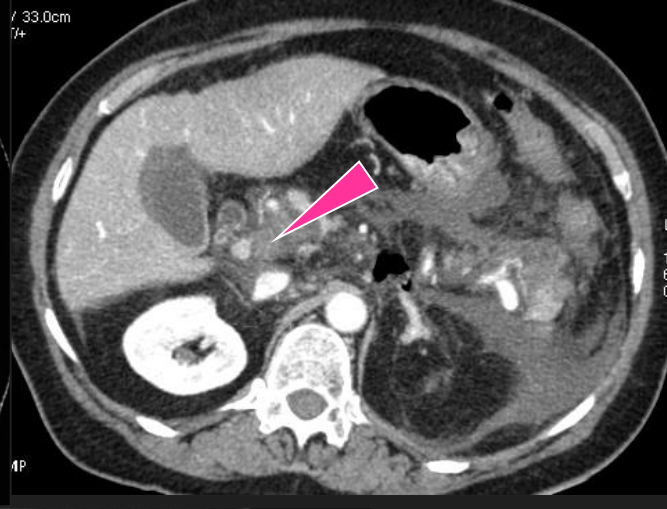
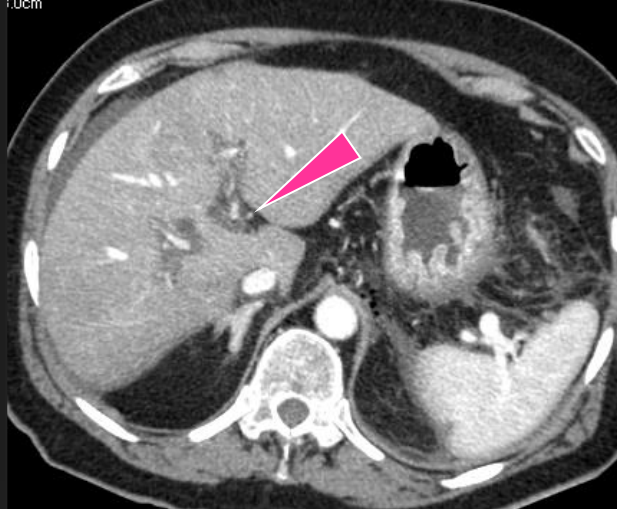
- lésion végétante/ulcérée/mixte
- développement duodénal et/ou endo ampullaire

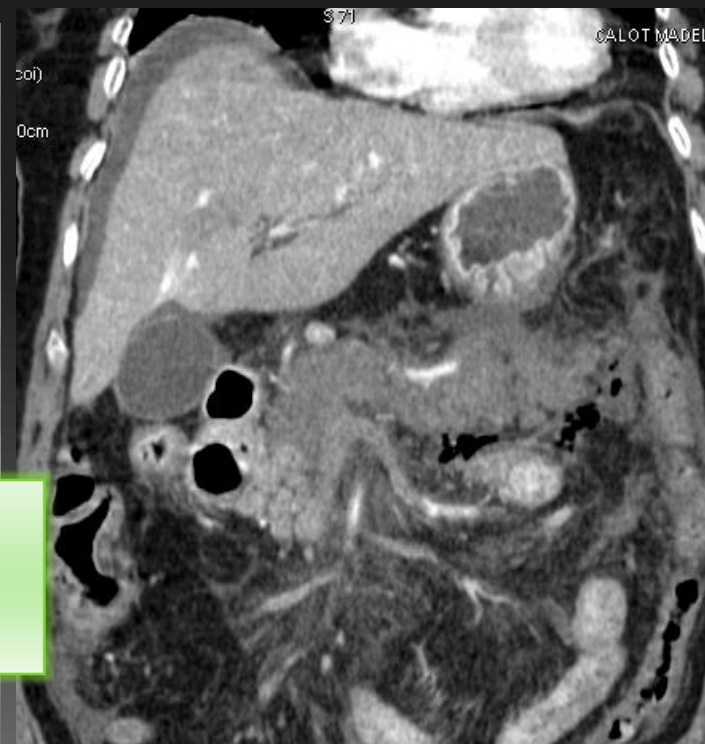
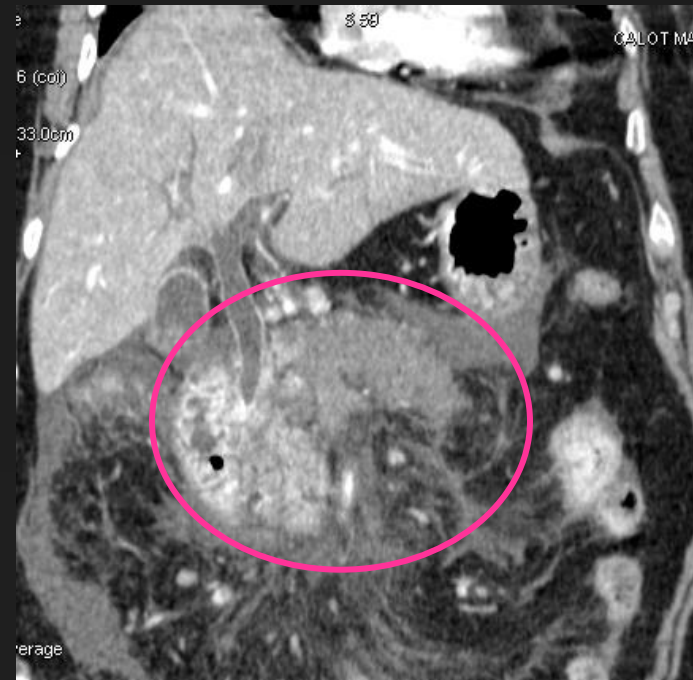




Douleurs épigastriques
depuis 24 h et sepsis
Lipasémie augmentée





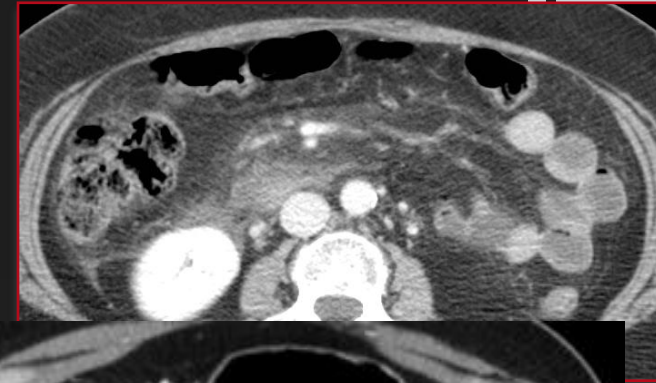
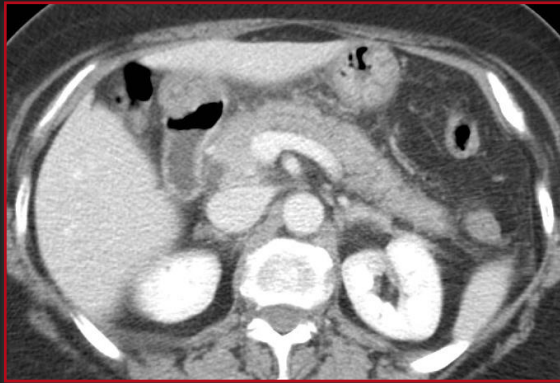


Pancr  atite emphy  mateuse
Thrombose porte
Score de gravit   10/10

TABLE 2 Modified CT Severity Index

Prognostic Indicator	Points
Pancreatic inflammation	
Normal pancreas	0
Intrinsic pancreatic abnormalities with or without inflammatory changes in peripancreatic fat	2
Pancreatic or peripancreatic fluid collection or peripancreatic fat necrosis	4
Pancreatic necrosis	
None	0
≤ 30%	2
> 30%	4
Extrapancreatic complications (one or more of pleural effusion, ascites, vascular complications, parenchymal complications, or gastrointestinal tract involvement)	2

Pancréatite oedémateuse ??



Pancréatite oedémateuse = absence de nécrose du parenchyme

Mais... 2 situations délicates..

① Discrète hétérogénéité de rehaussement

② Défaut de rehaussement < à 30%



Dans la majorité des cas, ce simple défaut de rehaussement n'est pas une véritable nécrose, on assiste à une récupération ad integrum du parenchyme pancréatique.

L'évaluation définitive doit donc être réalisée *à 1 semaine +++..*

Si persistance de ce défaut de rehaussement, il s'agit alors de *nécrose!*

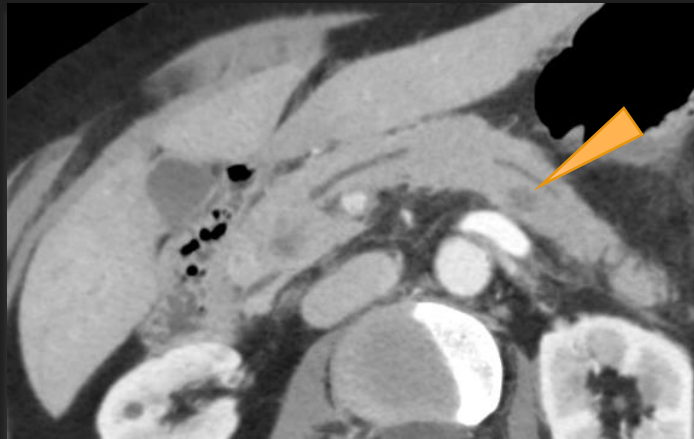
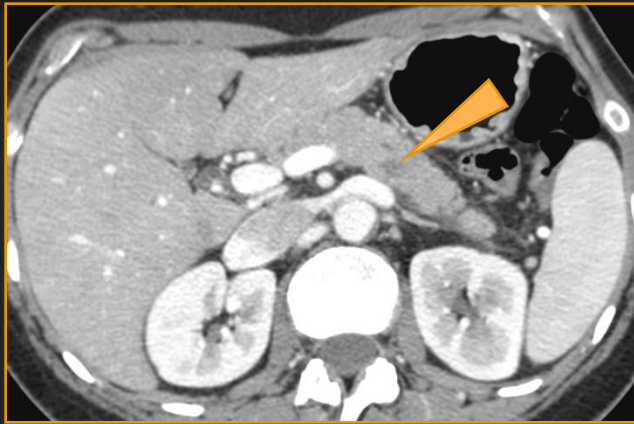
18/02



24/02

03/03

Pancréatite aiguë sur hypertriglycémie (135 g/L !), évolution vers la nécrose de la totalité de la glande pancréatique... **Importance du suivi !!!**



Patient 51 ans

douleurs épigastriques

Hyper amylasémie et lipasémie

12



Pancréatite
symptôme révélant
des métastases
pancréatiques
d'un carcinome
bronchique



Patient de 30 ans, cuisinier..
Exogénose..
AEG avec amaigrissement (15 kg en qqes mois)..
Douleurs abdominales depuis 3 semaines..
Consulte MT il y a 10 jrs....

Clinique:

Stable, ventre souple..

Bio:

CRP à 150 mg/l, lipases à 4N, cholestase à 20 N et TGP à 3N.
Bili et Hb N.

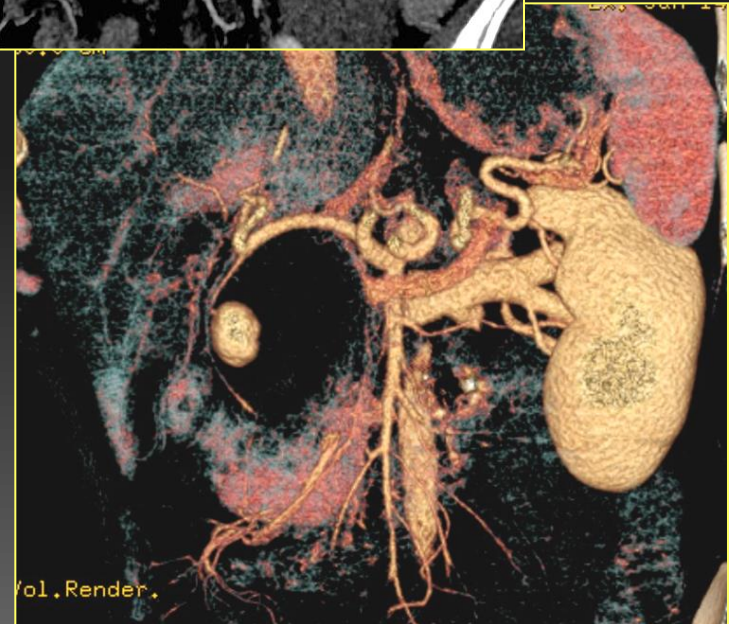
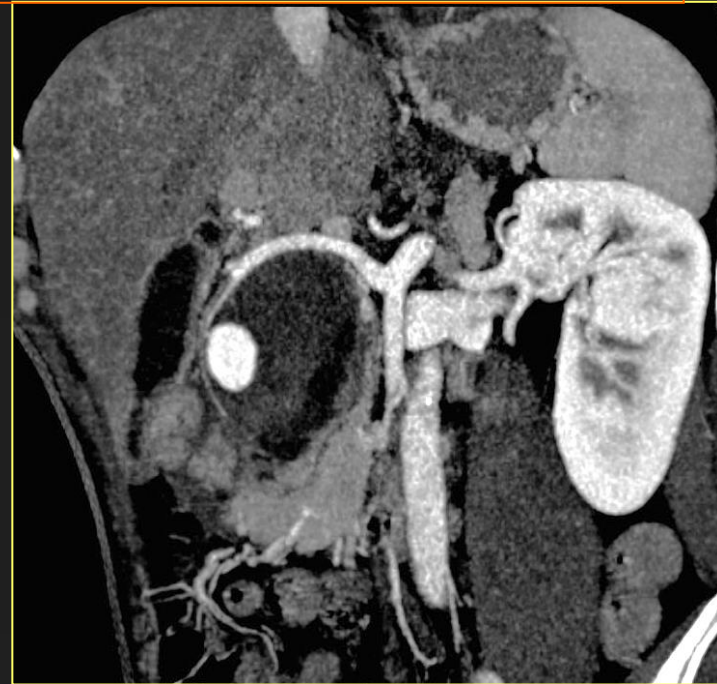
Echographie abdo (03/06/08):

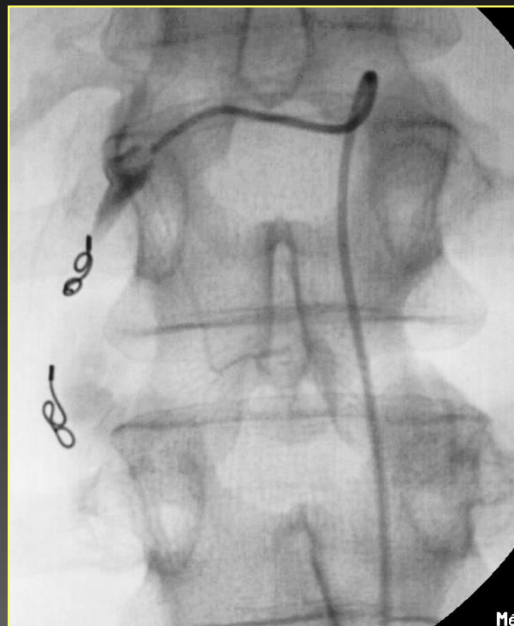
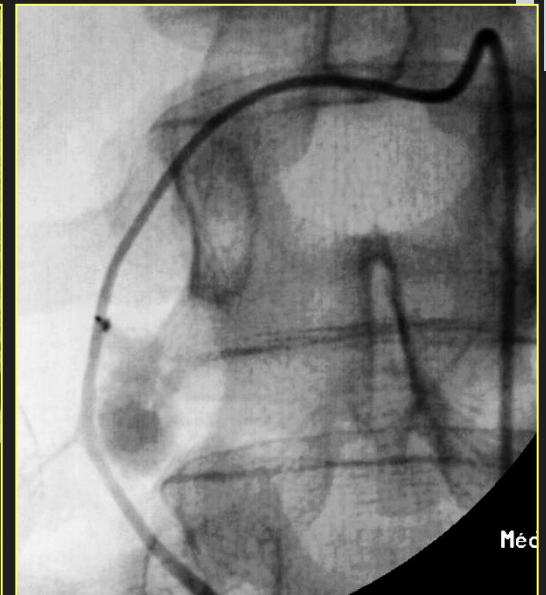
« Masse céphalo-pancréatique, à mettre au point par scanner.. »

CT (14/06/08):

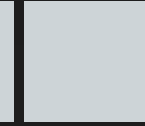


FAUX ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE GASTRO-DUODÉNALE COMPLIQUANT UNE PANCRÉATITE AIGUË





Embolisation « en sandwich »



■ *Merci de votre attention..*