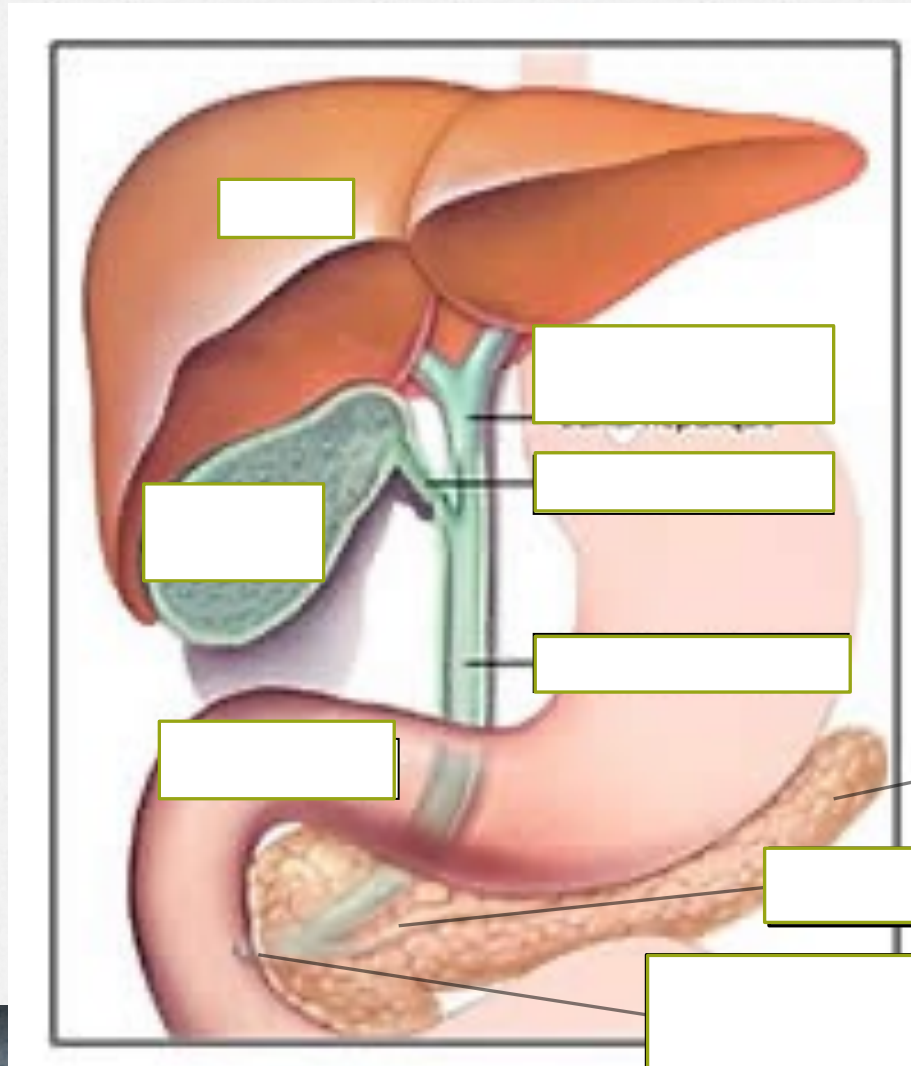
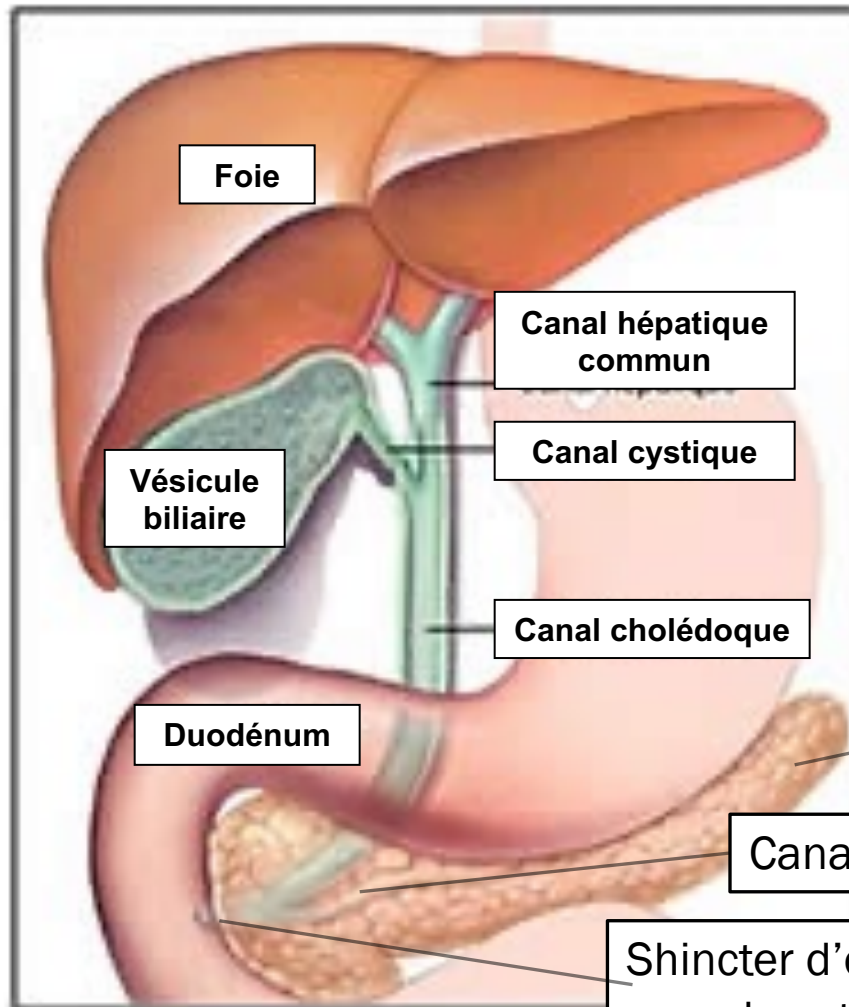


Les voies biliaires et le drain de kehr

1. Les voies biliaires



1. Les voies biliaires



Foie

Canal hépatique
commun

Vésicule
biliaire

Canal cystique

Canal cholédoque

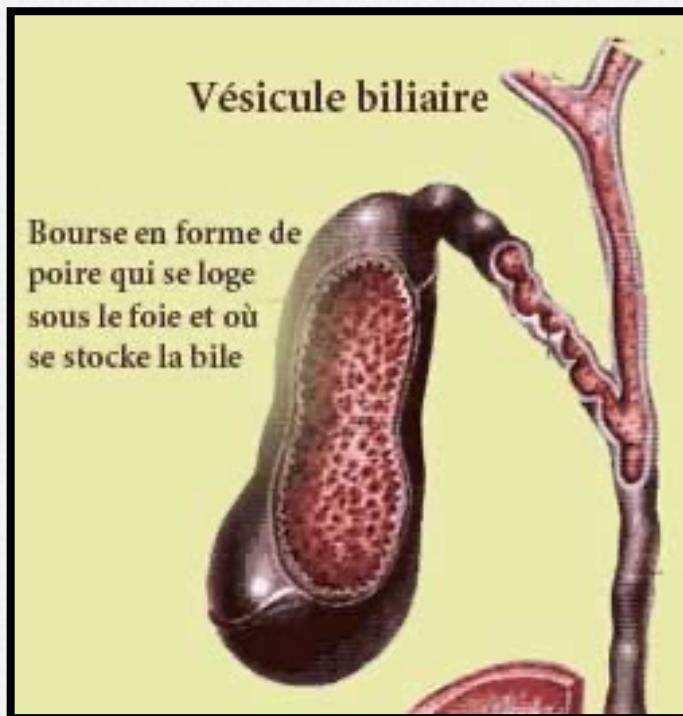
Duodénum

pancréas

Canal de wirsung

Shincter d'oddi +
amp de vater

La vésicule biliaire

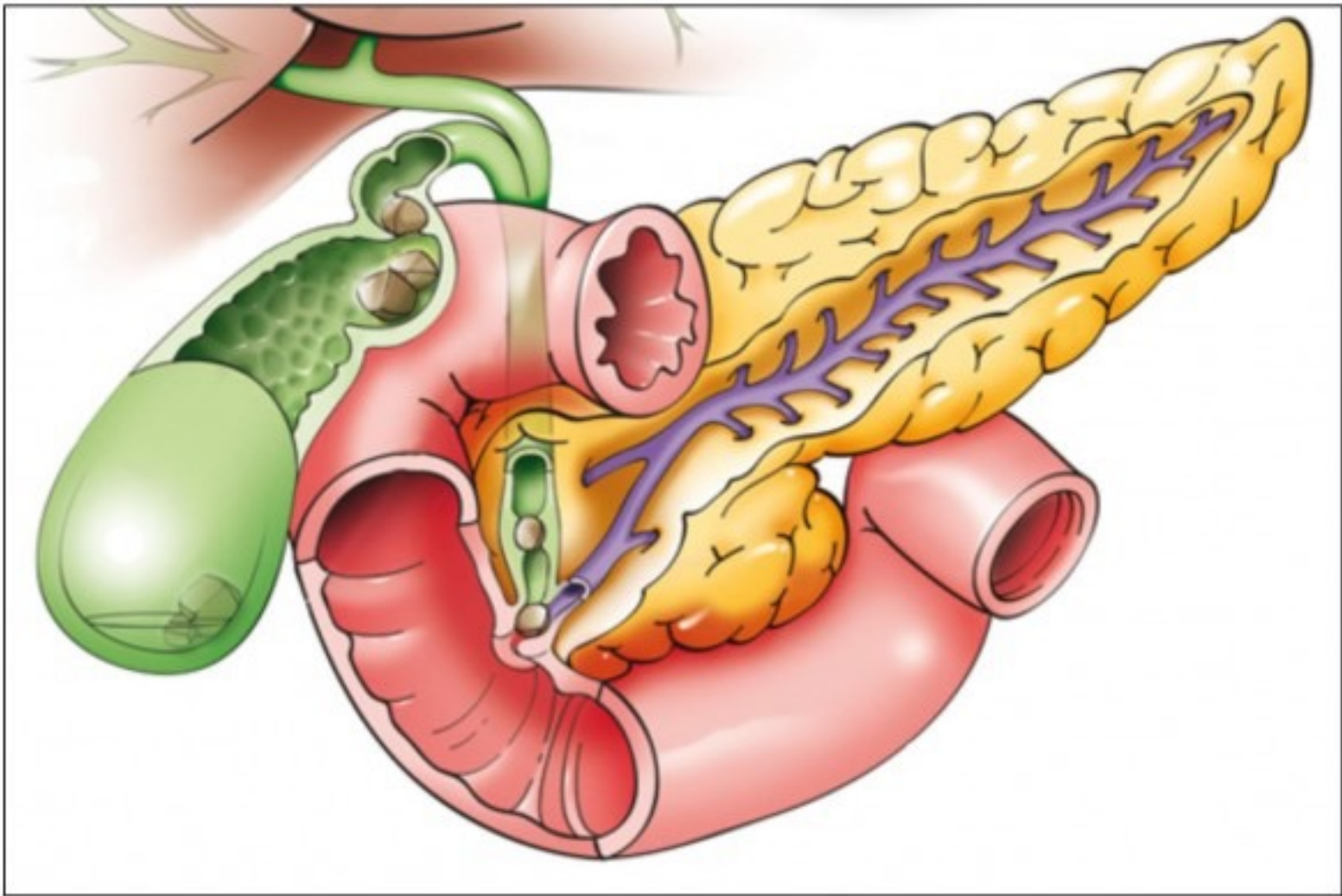


- o ANATOMIE : poche en forme de poire (7 à 10 cm) située sous le foie
- o FONCTION: stocker la bile et la déverser lors des repas
- o Le foie produit de 500 à 600ml de bile/jour

- Lors du passage des aliments gras dans le duodénum, libération de cholécystokinine dans le sang.
- Stimulation de la VB qui se contracte et libère la bile qu'elle contient.
- Relâchement du sphincter d'Oddi libérant la bile dans le duodénum.

o Rôles de la bile

- La bile favorise la digestion en facilitant l'absorption du cholestérol, des graisses et des vitamines liposolubles au niveau de l'intestin grêle
- Élimination des toxines (*substances étrangères, médicaments, bilirubine=est un pigment jaune obtenu, au cours de l'hémolyse des globules rouges*)
- Stimulation digestive : Accélération du péristaltisme intestinal par la présence de sels biliaires



Anatomie de la lithiase de la voie biliaire principale

2. Pathologies des voies biliaires

o Les lithiases vésiculaires

- o Sont des cristaux de cholestérol
- o Souvent asymptomatiques
- o De nombre et de dimension variables
- o La taille de la lithiase joue un rôle dans l'expression de la maladie





© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

3. Lithiases vésiculaires: complications

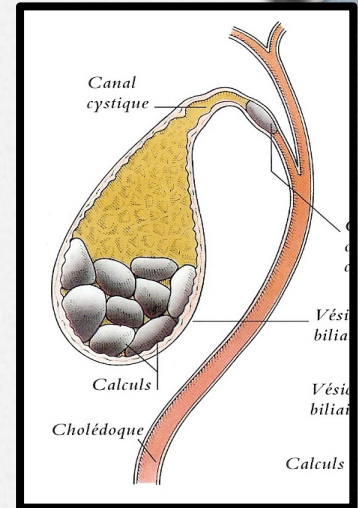
1. Colique hépatique

- o Le calcul migre, se bloque dans le **canal cystique** ou **cholédoque** provoque une douleur sous l'hypochondre droit, puis se débloque et la douleur disparaît
- o Pas de traitement

Lithiases vésiculaires: complications (suite)

2. Cholécystite aiguë

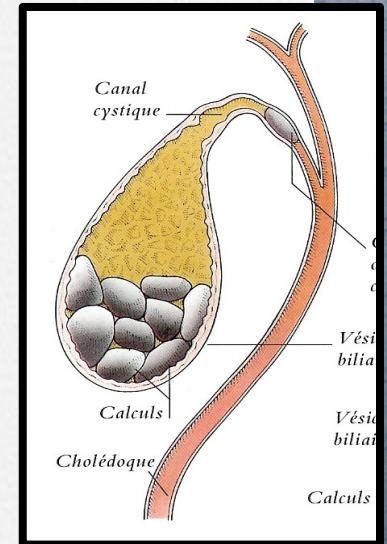
- o Le calcul se bloque dans le canal cystique
- o Présence de douleur dans l'hypochondre droit lié au effort de la VB d'éliminer le calcul
- o Nausées, vomissements
- o Stase de la bile qui devient un irritant chimique et qui provoque la libération d'enzymes inflammatoires par la muqueuse des parois.
- o Provoque une inflammation et distension de la VB.
- o voire une infection de la VB par pullulation microbienne, fièvre, parfois subictère



Lithiases vésiculaires: complications (suite)

2. Cholécystite aiguë

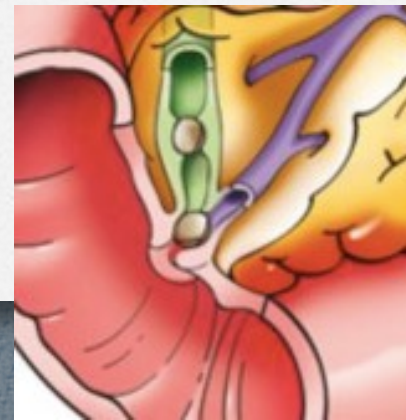
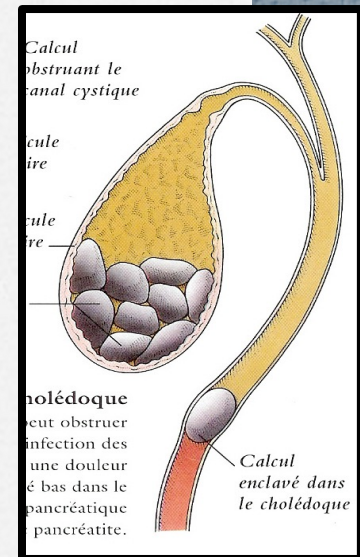
- Traitement :
 - A jeun, perfusion
 - Antispasmodique, antalgique, et antibiothérapie
 - Chirurgie



Lithiases vésiculaires: complications (suite)

3. Angiocholite: infection des voies biliaires et extra-hépatiques

- o Le calcul se bloque dans le cholédoque
- o Blocage de la voie biliaire principale
- o Présence de douleur, de syndrome infectieux et d'ictère car la bile ne s'écoule plus ,
- o Si le calcul remonte, peut migrer vers le pancréas et provoque **une pancréatite**



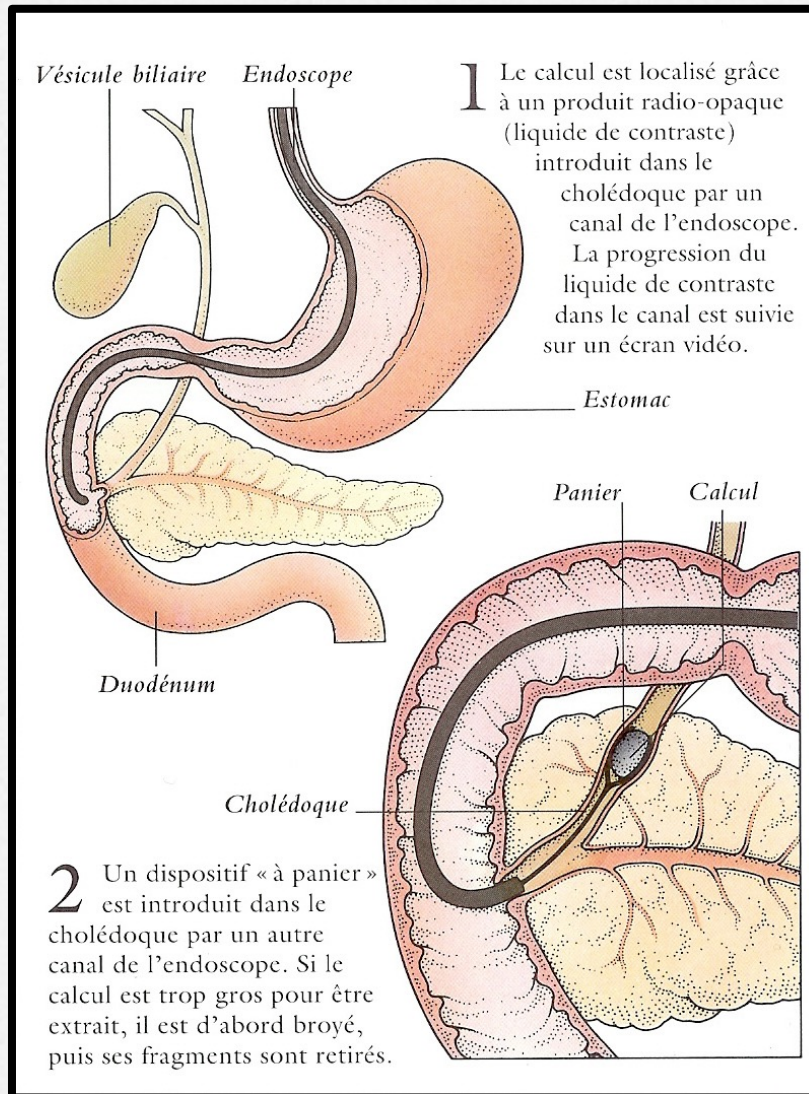
- o ictère car la bile ne s'écoule plus
- o Urines couleur coca
- o Selles décolorées



o Angiocholite: traitement

- o Antibiothérapie
- o CPRE et dans un second temps cholécystectomie

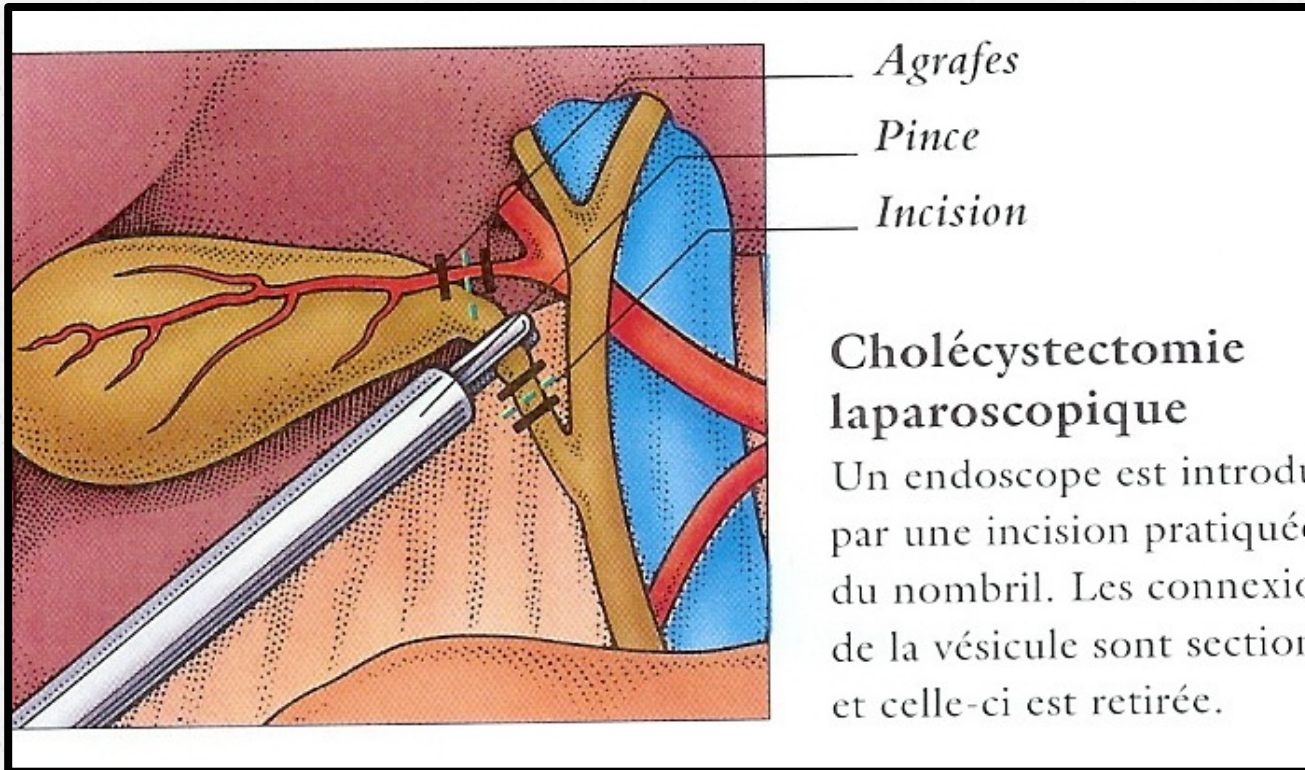
o CPRE sous AG



o Angiocholite: traitement

- o Cholécystectomie (cholangiographie en per opératoire pour repérer les calculs)

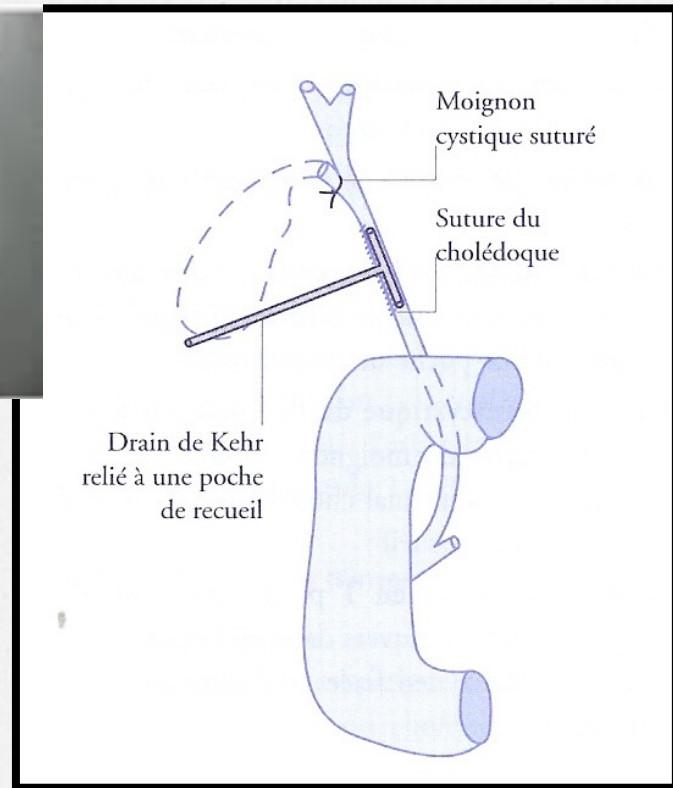
o Cholécystectomie



o Angiocholite: traitement

- o Extraction des calculs enclavés dans le cholédoque par cholédocotomie et pose d'un drain de Kehr permettant de dévier la bile le temps de la cicatrisation.

- o La résection chirurgicale avec cholédocotomie
- o Ouverture du cholédoque pour extraire la lithiase et mise en place d'un drain de Kehr





4. Drain de Kehr

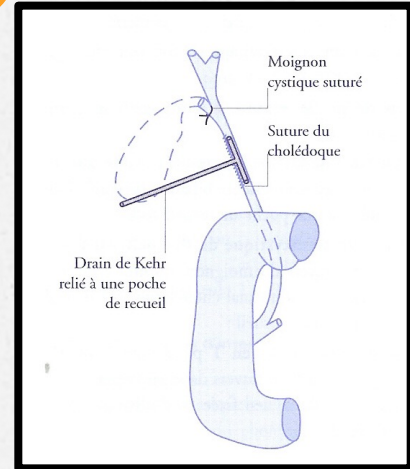
o Caractéristiques:

- o En latex ou silicone
- o Fin, flexible et de différents calibres
- o Radio opaque
- o Raccourcissement **INTERDIT**
- o Retiré par le chirurgien

Drain de Kehr (suite)

o Buts

- o Dévier la bile
 - o Vers l'extérieur
 - o Vers les voies naturelles
- o Réaliser une cholangiographie: injection de produits de contraste par le drain
- o Soupape de sécurité



Drain de Kehr (suite)

o Surveillances

o Liquide

o Quantité:

- o 1000 à 1500 ml de BILE / 24 heures les 1ers jours
- o 100 ml au 10 ème jour post-op
- o Bilan hydrique

o Qualité: vert foncé- jaune fluo

o Tubulure:

- o Perméable: pas de traction, ni coudure
- o Etanche

Drain de Kehr (suite)

o Surveillances

- o Réceptacle en déclivité
- o La plaie:
 - o Orifice et pourtours intacts
 - o Drain fixé à la peau par 1 fil
- o État général:
 - o T°, N+, V+,
 - o Ictère, selles décolorées et urines coca

Drain de Kehr (suite)

o Ablation du drain de Kehr

- o Clamper le drain progressivement (sur PM)
- o Surveillance de l'apparition de N⁺, hyperthermie, ictère (si présence, déclamper le drain)
- o Lorsque le drain ramène - de 100ml/24h, réalisation d'une cholangiographie
- o Après la cholangio, déclamper le drain pdt 24h
- o Retrait du drain par le chirurgien entre le 20^{ème} et le 30^{ème} jour post op