

# *Cholécystite Aigüe Lithiasique*

## Introduction / Définition

- La cholécystite aigüe lithiasique est l'inflammation puis l'infection de la vésicule biliaire due à l'enclavement d'un calcul dans le canal cystique.
- Il s'agit d'une complication de la lithiase biliaire, dont l'évolution, en dehors de tout traitement, peut être émaillée de complications graves réalisant ainsi une urgence médico-chirurgicale.
- Le diagnostic positif est facile grâce à la clinique, et confirmé par l'échographie.
- Le traitement est initialement médical puis chirurgical.

## Anatomopathologie

- L'obstruction du canal cystique par un calcul entraîne une augmentation brutale de la pression vésiculaire avec distension de celle-ci, puis apparaît un œdème et inflammation de la paroi vésiculaire
- Histologiquement sont retrouvés : infiltrat inflammatoire modéré, un œdème et une congestion, à ce stade la bile est encore stérile. C'est l'hydrocholécyste
- Puis le contenu vésiculaire devient purulent en raison d'une surinfection par les germes d'origine digestive. A l'histologie sont retrouvés : infiltrat inflammatoire intense composé de polynucléaires neutrophiles, cellules mononuclées et du pus. C'est le stade d'empyème vésiculaire ou cholécystite suppurée.
- Si aucun traitement n'est entrepris, surviennent des lésions de nécrose ischémique sous forme de : zone de gangrène, avec thrombose des vaisseaux, infiltrat inflammatoire, et parfois des perforations, réalisant la cholécystite gangreneuse.
- L'évolution se fait vers la perforation ; soit dans un segment du tube digestif : fistule bilio-digestives (duodénum ou colon droit) ; soit dans le péritoine : péritonite biliaire (localisée ou généralisée) ; soit dans la voie biliaire principale : fistule bilio-biliaire.

## Diagnostic positif

### **Signes cliniques**

- La colique hépatique est le premier signe témoignant de la mise en tension brutale des voies biliaires, et dans ce cas, de la vésicule biliaire par un obstacle lithiasique au niveau du canal cystique.
  - Il s'agit d'une douleur sus ombilicale de siège épigastrique dans 2/3 des cas et dans 1/3 des cas, au niveau de l'hypochondre droit
  - Violente avec des renforcements paroxystiques, une durée plus de 6 heures est fortement suspecte d'une cholécystite aigüe
  - Irradiant vers la pointe de l'omoplate droite (parfois gauche) et vers le rachis dorsal
  - Avec inhibition respiratoire
- Souvent accompagnée de nausées et/ou vomissements.
- S'y associent la fièvre (entre 38 et 39°).
- Signe négatif important : absence d'ictère, sauf si Lithiase de la Voie Biliaire Principale (LVBP) associée, ou un syndrome de Mirizzi

### **Examen clinique**

- Palpation douloureuse de l'hypochondre droit.
- Défense de l'hypochondre droit.
- Parfois grosse vésicule est perceptible.
- **Signe de Murphy** : douleur à la palpation de l'hypochondre droit qui reproduit la douleur spontanée, sans défense, et avec une inhibition inspiratoire.

## Signes biologiques

- Hyperleucocytose.
- Bilan hépatique normal, une cholestase ou une cytolyse doivent faire suspecter une LVBP.
- Hémocultures seront systématiquement réalisées.

## Signes radiologiques

- **ASP** : n'a aucun intérêt.
- **Echographie abdominale** : confirme le diagnostic de cholécystite aiguë, et la rattache à son étiologie lithiasique :
  - Épaississement de la paroi vésiculaire, mesurant plus de 4 mm, avec un aspect en double contour
  - Le(s) calcul(s) vésiculaires : images hyperéchogènes uniques ou multiples avec cône d'ombre postérieur
  - Siège du calcul enclavé dans le collet vésiculaire
  - Douleur de l'hypochondre droit au passage de la sonde d'échographie (signe de Murphy échographique).

## Evolution / Complications

- Dans la majorité des cas, l'évolution est favorable, le calcul se désenclavant du collet vésiculaire.
- Parfois, l'évolution est défavorable par la survenue de complications graves :
  - **Cholécystite suppurée** : associant fièvre élevée, frissons, le risque est celui du choc septique
  - **Cholécystite gangréneuse** : il existe un choc septique, les signes locaux sont discrets (ni douleurs, ni défense)
  - **Péritonites biliaires** :
    - **Plastron vésiculaire** (péritonite plastique localisée) : c'est le résultat d'une agglutination des organes de voisinage (épiploon, duodénum, colon, estomac, et foie) autour du foyer inflammatoire représenté par la cholécystite aiguë. Cliniquement, on retrouve un empâtement douloureux irrégulier blindant la région sous costale droite. L'échographie et la TDM confirment le diagnostic
    - **Abcès péri vésiculaire** : échographie et TDM confirment le diagnostic
    - **Péritonite biliaire généralisée** : complique l'évolution d'une perforation soit d'un pyo-cholécyste, une cholécystite gangréneuse, ou un abcès péri-vésiculaire. L'origine biliaire est suspectée devant la notion d'antécédents de calcul vésiculaire, aussi le maximum d'intensité de la symptomatologie initiale siège au niveau de l'hypochondre droit. Souvent c'est la laparotomie ou la laparoscopie qui permet de redresser le diagnostic
  - **Fistules biliaires** : par perforation de la vésicule biliaire soit dans le duodénum, le colon droit, ou la voie biliaire principale
    - **Fistules bilio-biliaires** : tableau clinique de la LVBP
    - **Fistules bilio-digestives** :
      - ✓ **Fistules cholécysto-duodénales** : très rarement, un gros calcul provoque une occlusion au niveau du duodénum (douleur postprandiale soulagée par des vomissements alimentaires → syndrome de Bouvret). Souvent, les signes cliniques régressent après la migration du calcul dans l'intestin. Parfois, se produit un blocage d'un volumineux calcul dans l'iléon terminal, donnant le tableau clinique d'une occlusion intestinale du grêle dite iléus biliaire : occlusion évoluant par intermittence avec des périodes d'accalmies, l'ASP seul, peut rattacher l'occlusion à son origine biliaire on montrant des niveaux hydro-aériques centraux plus hauts que larges, avec aérobilie (présence anormale d'air dans les voies biliaires prouve de la fistule bilio-digestive), et parfois une calcification au sein des anses si le calcul est radio-opaque. La TDM est rarement nécessaire au diagnostic

- ✓ **Fistules cholécysto-coliques droites** : souvent siégeant au niveau de l'angle colique droit (contenu très septique), cliniquement, associant douleurs de l'hypochondre et syndrome infectieux grave. L'ASP montre une aérobilie
- **Syndrome de Mirizzi** : calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou le canal cystique est qui vient comprimer la Voie Biliaire Principale (VBP). Cliniquement, même symptomatologie d'une LVBP (douleur, fièvre, ictère), parfois simulant une tumeur de la VBP. Le scanner montre calcul enclavé dans le collet, avec dilatation de la VBP juste en amont de l'obstacle et des Voies Biliaires Intra-Hépatiques

## Diagnostic différentiel

- **Devant douleur de l'hypochondre droit ou épigastrique** :
  - Infarctus du myocarde.
  - Ulcère gastrique ou duodénal, crise hyperalgique.
  - Pneumopathie ou pleurésie basale droite.
  - Pancréatite aiguë.
  - Appendicite aigue sous hépatique.
- **Devant une vésicule à parois épaissies** :
  - Cancer de la vésicule.
  - Cholécystite chronique.
  - **Cholécystite Aigüe Alithiasique (CAA)** : trois principales étiologies :
    - **CAA chez les malades de réanimation** : grands brûlés, suites d'interventions lourdes, polytraumatisé, liée probablement à une ischémie de la paroi
    - **CAA chez l'immunodéprimé** : patient infecté par le VIH, liée à une infection par le Cyto-Mégalo-Virus
    - **CAA de causes rares** : diabète, collagénose, infectieuse...

## Traitement

**Cholécystite aigue** (hydrocholécyste et cholécystite suppurée) :

- **Traitement médical** : associant le jeun, antispasmodique, rééquilibration hydro-électrolytique, antibiothérapie (après hémocultures) active sur les BGN et anaérobies, aspiration gastrique si vomissements abondants.
- **Traitement chirurgical** : a lieu 24 heures à 5 jours après l'instauration du traitement médical : cholécystectomie idéalement cœlioscopique, vérification de la vacuité de la VBP, prélèvement bactériologique de la bile, pièce de cholécystectomie envoyée en anatomopathologie.

**Cholécystite gangréneuse** : cholécystectomie en urgence après courte réanimation

**Péritonite biliaire généralisée et abcès** : en plus du traitement médical, idéalement, drainage percutané écho- ou scanno-guidé avec prélèvement bactériologique, cholécystectomie secondaire.

**Plastron vésiculaire** : traitement médical jusqu'à amendement des phénomènes inflammatoires puis traitement chirurgical.

**Fistules biliaires** :

- **Fistules cholécysto-duodénales** :
  - **Syndrome de Bouvret ou iléus biliaire** : traitement chirurgical (enlever l'obstacle lithiasique, fermeture de l'orifice duodénal ou iléal puis cholécystectomie, cholangiographie peropératoire), après rééquilibration-hydro électrolytique.
- **Fistules cholécysto-colique** : traitement chirurgical systématique car risque infectieux majeur : cholécystectomie, cholangiographie peropératoire et fermeture de l'orifice colique.
- **Syndrome de Mirizzi** : traitement chirurgical systématique car risque d'angiocholite important, cholécystectomie et réparation des voies biliaires

Le meilleur traitement demeure la prévention, c'est-à-dire, cholécystectomie devant toute lithiasé vésiculaire symptomatique non-complicquée