

LA CHOLECYSTITE AIGUE



Pr. MAKHLOUFI Chirurgie « A »
Chef de service
CHU Benbadis -Constantine

Année universitaire 2016-2017

ANATOMIE I
ANATOMIE II
ANATOMIE III : VASCULARISATION
PHYSIOPATHOLOGIE :

A- LITHOGENESE
CHOLESTEROL

bile
Si cholestérol (Q.+++)

ou sels biliaires
(Q.insuff.)

SELS BILIAIRES maintiennent en solution le cholestérol

B- Facteurs de risque

-Sexe féminin	-Surpoids, obésité	-
Alimentation excessive, trop grasse	-Excès de cholestérol sanguin	-
Prédisposition familiale	-Grossesses répétées	-
Contraception hormonale	-Régimes amaigrissants	-

CLINIQUE ...c'est une **colique hépatique fébrile** +++,
qui nécessite un traitement médico-chirurgical, en urgence

CLINIQUE

Maître symptôme : DOULEUR

HCD ou Epigastre (50%)

Irradiation : hémi ceinture Dr. ou bretelle

Postprandiale ou nocturne

Persistante (sup.à 6h)

Svt associée à nausées, vomissements.

Examen clinique : MURPHY (+)

Défense localisée de l'hypochondre Dr. Grade I

Douleur peut être absente chez sujets âgés.

Possibilité de :

Signes généraux d'inflammation et d'infection (T°)

Signes de choc septique

Grade III

Signes de défaillance multi-viscérale

DIAGNOSTIC

CLINIQUE

BIOLOGIQUE

RADIOLOGIQUE

1- CLINIQUE

2 - BIOLOGIE

CRP

Et/ou Polynucléose neutrophile

Bilan hépatique normal

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

symptomatologie

L'appendicite aiguë sous-hépatique

L'ulcère perforé (pneumopéritoine)

La pancréatite aiguë (lipase, amylase)

La pyélonéphrite droite (CBU, écho, TDM)

Une pneumopathie de la base droite (Télé-thorax)

L'abcès du foie

Les ischémies myocardiques.(ECG)

La cholécystite aiguë alithiasique

(5% des cholécystites de réanimation ou d'immunodéprimés)

EN FAIT C'EST L'ECHOGRAPHIE

QUI VA POSER LE DIAGNOSTIC +++

Examen clé = l'échographie

L'échographie (+++) montre:

Les **calculs vésiculaires** (siège, nombre), la présence de sludge vésiculaire

Un **épaississement de la paroi** (+++) vésiculaire, supérieur à 4mm, voire un dédoublement

Une douleur de l'hypochondre droit au passage de la sonde: **signe de Murphy échographique**

L'absence de dilatation de la VBP

ET LE SCANNER ?

IMAGERIE : II- T.D.M

Montre: Epaississement sup. à 4mm + infiltration graisse péri-vésiculaire

Liquide péri-vésiculaire (œdème pariétal)

Air luminal

Muqueuse irrégulière

Augmentation de la taille vésiculaire (petit axe sup. 5cm ; grand axe sup.8cm)

Hyperdensité du contenu vésiculaire

Si : 3 signes Diag (+)

Si : 2 signes Diag (+) Sauf les 2 derniers signes.

TDM : indications = diagnostic différentiel affection ou complication

Perforation vésiculaire

Péritonite

Fistule duodénale (iléus biliaire si gros calcul) ou plus rarement colique droite ou estomac. (aérobilie ++)

Cholécystite alithiasique.

Abcès s/phrénique

VS porcelaine

Dans la majorité des cas l'évolution est favorable, le calcul se désenclavant du collet vésiculaire

Parfois l'évolution peut se faire vers la **cholécystite suppurée** (empyème vésiculaire) ou la

cholécystite gangréneuse

(risque de choc septique)

Formes cliniques

Ana-path.: Lésions vésiculaires

Formes cliniques

Classification en grades

3 GRADES

GRADE I.: infection modérée de la vésicule

GRADE II : signes cliniques 72 h

masse palpable HCD

GB 18000

Signes d'infection locale:

- péritonite biliaire localisée

- abcès péri-vésiculaire

- abcès hépatique

- CAL gangréneuse

- CAL emphysémateuse

3 GRADES

GRADE III : un des signes précédents +

un dysfonctionnement

Accueil des patients :

selon le degré de gravité

Douleur biliaire de type colique hépatique prolongée +++ au-delà de 6 H avec:

1. Une **fièvre** à 38° 39°
2. Une **défense** de l'hypochondre

droit et signe de MURPHY (+)

A ce tableau s'associent

1. **des signes digestifs banaux:** nausées et vomissements

2. **un syndrome biologique inflammatoire:** (hyperleucocytose neutrophile, VS, CRP) les hémocultures sont normales +++

Clinique : grade II (gravité modérée)

Grade II : plastron / abcès

GRADE III

Clinique grade III (gravité sévère)

1 ou des signes suivants de dysfonctionnement -**cardio-vasculaire:** TA

neurologique: niveau de conscience -**respiratoire:** ratio PaO₂/FO₂ inf.300

rénal: oligurie, créatinine sanguine sup.2 -**hépatique:** TP bas, INR sup.1,5

hématologique: plaquettes inf.100 000 /mm³ De plus le terrain ++(âge, diabète, immuno-déprimés)

F. plus sévères ou diag. tardif.

Clinique: grade III (gravité sévère)

Formes compliquées : --cholécystites gangréneuses.(nécrose Vs + infection entéro-bacter
pyocholécyste --Angiocholites --iléus biliaire (f.occlusives)

--péritonites biliaires --abcès sous-phrénique --Cholécysto-pancréatite

I. les Complications locales

1- LES ABCES LOCAUX

L'obstruction entraîne une augmentation de la pression vésiculaire avec œdème et inflammation de la paroi vésiculaire. A ce stade la bile est stérile:

= c'est l'**hydrocholécyste**

Une surinfection par des germes d'origine digestive transforme le contenu vésiculaire qui devient purulent.

= c'est le stade de **cholécystite aigue** (ou **pyocholécyste**)

Enfin apparaissent les lésions de nécrose ischémique,

= c'est la **cholécystite gangréneuse**

L'évolution peut se faire vers la perforation en péritoine libre (péritonite biliaire) ou la fistulisation (duodénale, colique ou cholédocienne)

ABCES SOUS-PHRENIQUES

3- LA CHOLECYSTITE CHRONIQUE

Cholécystite chronique

Cholécystite chronique: macroscopie

4- LE CANCER VESICULAIRE

Des signes d'occlusion intestinale aigue du grêle qui évolue par intermittence avec périodes d'accalmie

L'ASP montre des signes d'occlusion du grêle avec des niveaux centraux (plus larges que hauts), parfois une calcification au niveau du grêle mais surtout une AEROBILIE +++(c'est la présence d'air dans la VB ou la VBP)

Écho + TDM assurent le diagnostic

Le traitement est chirurgical: traiter l'occlusion, sa cause (cholécystectomie) et la fistule, fermeture duodénale + gastro-entérostomie

Abcès / plastron

II. COMPLICATIONS MIGRATOIRES

TRAITEMENT : principes

Principes : ----traiter l'infection ----refroidir les lésions inflammatoires
----enlever les calculs ----suppression du réservoir cholécystectomie +++

cholécystectomie

Laparotomie (Sous/costale Dr) ou coelioscopie

Cholécystectomie partielle

Cholécystendèse (abandonnée)

Contre-indications :

Cirrhose / insuff.hépatocell

insuff.cardiaque / choc septique

Coagulopathie / pancréatite aigue

En pratique

Médicale : Hospitalisation chirurgie

Antalgiques: paracétamol iv

Poche ou vessie de glace

Sonde gastrique si vomissements

Equilibre hydro-électrolytique

ATB à élimination biliaire

(2 hémocultures)

Bacilles G(-), anaérobies et cocciG(+)

Surveillance clinique, biol et écho.

Chirurgicale:

En urgence : diffusion des signes ou CA gangréneuse.

En différé **grade I et II non compliqué** après antibiothérapie 48h
(cholécystectomie+contrôle VBP)

Traitement médical

PLACE DE L'ANTIBIOTHERAPIE

Antibiothérapie : conduite thérapeutique

QUAND ?

Dès diag. Posé (sauf F. pauci-symptomatiques)

Idéal: après hémoculture (T° sup 38,5)

Systématique: sujets âgés ou immunodéprimés

De préférence arrêt après cholécystectomie, sauf F. sévères et/ou immunodéprimés.

QUELS ATB ?

Bonne diffusion biliaire

Bonne activité sur les germes

EN RESUME :

1 ATB actif sur Gram(-) et à bonne diffusion biliaire sauf grades I faibles.

Grades II et III : examen bactériologique (hémoculture / prélèvement bile)

TRAITEMENT CHIRURGICAL

TRT CURATIF EN UN SEUL TEMPS :

Suppression de la cause (Lithiase)

Suppression de la conséquence (infection)

COMMENT OPERER?

MODALITES THERAP. En fonction du grade

Voie d'abord : laparotomie ou coelioscopie

Indications : A froid : chirurgie coelioscopique

En fonction de la gravité :

Grade I : coelio-cholécystectomie précoce

Grade II : idem. (Savoir risques++ de conversion et de morbidité post-op dans les formes gangréneuses et emphysémateuses)

Grade III : risque++ de complications et mortalité → Trt indispensable l'er du foyer septique

CONDUITE THERAPEUTIQUE Gr. III

(atteinte viscérale ou poly-viscérale)

C.A.T Selon la complication

--Péritonite biliaire

Urgence : VS+contrôle VBP+toilette et drainage

--FBD: VS + fermeture de la communication duod. Ou colique.

--Iléus biliaire: priorité au TRT de l'occlusion.

--Fistule bilio-biliaire : TRT délicat

TRAITEMENT PREVENTIF

ET L'AVENIR ??

LA CHIRURGIE ROBOTIQUE !

Marilyn Monroe