

CHOLÉCYSTITE AIGUE

Présenté par : DR.BENAMOUN Hassina MAITRE ASSISTANTE EN CHIRURGIE GENERALE

Service de chirurgie générale « A »
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE IBN BADIS.
CONSTANTINE

INTRODUCTION / DEFINITION

CAL est la 3^o cause la plus fréquente d'admission en urgence en service de chirurgie. Aux USA, environ 750 000 cholécystectomies sont réalisées chaque année, 20 % sont dues à des CAL.

La CAL correspond à une inflammation de la paroi vésiculaire due à une obstruction prolongée du canal cystique par un calcul.

Cette obstruction responsable d'une stase biliaire qui va initier une cascade de phénomènes inflammatoires, ischémiques puis nécrotiques de la paroi vésiculaire responsables d'une trans-location bactérienne à partir du tube digestif.

Les germes les plus souvent retrouvés sont des germes digestifs (E.COLI, KLEBSIELLA, entérocoques et germes anaérobies.

La CAL peut prendre différentes formes évolutives allant de formes bénignes qui peuvent être traitées par l'administration orale d'antibiotiques à des formes sévères (comme choc septique ou péritonites biliaires) dont chacune requière un traitement spécifique.

DIAGNOSTIC

A- Clinique:

1- La douleur biliaire (colique hépatique) d'apparition brutale, se localisant au niveau de l'HCD ou de l'epigastre et irradiant en héli-ceinture droite ou vers l'épaule droite parfois transfixante dans le dos.

Cette douleur est souvent nocturne post-prandiale et est persistante depuis plus de 06 heures.

2- L'hyperthermie: F° à 38° / 39°.

3- Nausées / vomissements

4- L'existence d'un ictère doit faire suspecter une LVBP ou un syndrome de MIRIZZI.

5- A l'examen, défense douloureuse de l'HCD signe de MURPUY (+).

6- Le tableau peut être moins franc chez le patients âgés ou sous traitement immunosuppresseurs

L'évolution peut se faire vers:

Une cholécystite aigue généreuse avec des signes locaux discrets et des signes généraux intense avec une fièvre a 40 degrés C

Si une perforation survient, elle entraîne:

- Une abcès sous hépatique.
- Une fistule avec un gros organe, ou une péritonite biliaire.

B- Biologie:

- Hyper leucocytose avec polynucléose.

- CRP élevée.

- Les testes hépatiques et l'amylase sont normaux ou un peu élevés

- Des perturbations plus importantes du bilan hépatique signent l'existence d'une LVBP.

Exceptionnellement, un gros calcul enclavé dans le cystique peut comprimer la VBP et comprimer une cholestase (syndrome de MIRIZZI) moins performant l'écho n'est jamais réalisée en première intention.

C- Radiologie

1- Echographie.

Examen de référence.

Confirme le diagnostic de CAL

Montre des signes caractéristiques:

Le calcul bloqué dans le collet vésiculaire avec distension de la vésicule biliaire.

Un épaissement de la paroi vésiculaire > 4mm avec parfois un aspect feuilleté.

Le signe de Murphy échographique douleur provoquée au passage de la sonde sur l'aire vésiculaire entraînant une inhibition respiratoire.

Le doppler couleur apporte des arguments en faveur de CA en mettant en évidence une hyperhémie de la paroi vésiculaire sensibilité de l'écho : 95 à 100 %.

Spécificité D 81 à 100 %.

2- Scanner: met en évidence:

- Une distension vésiculaire.

- Un épaissement de la paroi.

- Une infiltration de la graisse péri vésiculaire parfois un épanchement péri vésiculaire.

Moin performant que l'écho il n'est pas jamais réalisé en première intention .

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1. Abscès hépatique.
2. Pancréatite aigue.
3. UGD perforé.
4. Appendicite s/s hépatique.
5. Péri-hépatite aigue.
6. L'hépatite aigue douloureuse.
7. IDM.
8. Pneumopathie lobaire inférieur droite.

TRAITEMENT

A- Indication du traitement chirurgical

Les CAL sont classés en fonction de leurs gravité en 3 grades selon les recommandations de TOKYO.

Grade 1: CAL légère, cholécystite qui ne répond pas aux critères de grade 2 ou 3.

Grade 2: CAL modérée, CAL avec un ou plusieurs des critères suivants:

- Leucocytose > 18 g/ l.

- Masse douloureuse palpable dans l'HCD.

- Durée des symptômes ≥ 72 heures.

- Inflammation locale marquée (péritonite biliaire, abcès péri-vésiculaire abcès hépatique, cholécystite gangréneuse ou emphysemateuse).

Grade 3: CAL sévère avec présence d'un ou plusieurs dysfonction d'organes.

- Dysfonction cardiovasculaire : hypotension nécessitant des vasopresseurs.

- Dysfonction neurologique: diminution de l'état de conscience.

- Dysfonction respiratoire pression artérielle ou oxygéné PaO₂/fraction inspirée en D2 FI 02 <300.

- Dysfonction rénale: oligurie, créatinémie ≥ 115 mmole / l.
- Dysfonction hépatique : international normalized ratio ≥ 1.5
- Dysfonction hématologique : thrombopénie <100 g/l

Selon les recommandations de TOKYO la cholécystectomie est indiquée dans les grades 1 et 2.

- Dans le grade 3 : traitement conservateur.

Drainage (percutanée ou endoscopique, la chirurgie est réservés aux échecs du traitement conservateur avec une mortalité de 21.4 % lors de chirurgie pour CAL sévère alors que la mortalité globale de la CAL <1%

Concernant le délai de la cholécystectomie:

Les études ont montré la supériorité de la cholécystectomie précoce (dans les 72 H) / Cholécystectomie retardée.

Une étude a confirmé ces données où la cholécystectomie était effectuée dans les 24 H.

B- Prise en charge péri-opératoire

I ANTIBIOTHERAPIE

a- Pré-opératoire

Les recommandations de TOKYO

Antibiothérapie est débutée après hémoculture si la T° > 38.5 ou systématiquement chez les patients âgés ou immunodéprimés.

Par contre la société française d'anesthésie-réanimation propose une antibiothérapie en fonction du risque.

Tableau 1.
Recommandations pour l'antibiothérapie dans la cholécystite aiguë lithiasique^a

	Antibiothérapie de première intention	Antibiothérapie de deuxième intention
Absence de défaillance d'organe (grades 1 et 2)	Amoxicilline/acide clavulanique	Ciprofloxacine
Absence de facteurs de risque d'infection à BLSE	2g toutes les 6h (durée de perfusion : 2h)	400 mg toutes les 8h (durée de perfusion : 30 min)
		+
		Métronidazole
		500 mg toutes les 6h (durée de perfusion : 1h)
Absence de défaillance d'organe (grades 1 et 2)	Tigécycline	
Présence de facteurs de risque d'infection à BLSE	100 mg/100 ml puis 50 mg toutes les 12h (durée de perfusion : 2h)	
Présence de défaillance d'organe (grade 3)	Pipéracilline	
Absence de facteurs de risque d'infection à BLSE	8 g en bolus puis 16/2 g en perfusion continue ou 4,5 g toutes les 6h (durée de perfusion : 4h)	
Présence de défaillance d'organe (grade 3)	Pipéracilline	
Présence de facteurs de risque d'infection à BLSE	8 g en bolus puis 16 g en perfusion continue ou 4 g toutes les 6h (durée de perfusion : 4h)	
	+	
	Tigécycline	
	100 mg/100 ml puis 50 mg toutes les 12h (durée de perfusion : 2h)	
	+	
	Fluconazole	
	600 mg en bolus puis 400 mg toutes les 24h (durée de perfusion : 2h)	

Voire tableau 1

b- Post-opératoire

R.TOKYO: association AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE SULBACTAM après une cholécystectomie non compliquée grade 1 ou 2

Mais sans recommandation sur la durée du traitement.

Le maintien de cette ATBthérapie semble nécessaire dans le grade 3.

II - Règles anatomiques de sécurité lors de la cholécystectomie par coelio ou par laparotomie

a- Cholangiographie per-opératoire.

b-Lecture de la cholanjographie a la recherche des variations biliaires +++

c-Drainage post-opératoire

Absence d'intérêt dans la cholécystectomie pour LV non compliquée.

Pas de consensus pour la CAL, il peut être mis en cas de difficultés ou pour obtenir une hémostase parfaite ou lors d'une ligature fragile du cystique.

III Cholécystectomie par cœlioscopie

Traitement de référence +++

IV Laparotomie d'emblée:

CI à la cœlioscopie

a- CI non spécifiques

1 - Absolues: hypertension intracrânienne

Dérivation peritonéo-jugulaire, glaucomes à angle fermé

2- Relatives : cardiopathies

Insuffisance respiratoires chroniques

Emphysème pulmonaire.

Antécédents de pneumothorax glaucome à angle ouvert

b- CI spécifiques

1-Suspicion de cancer vésiculaire

2-Syndrome de MIRIZZI:

Obstruction du canal hépatique commun (liée à une compression mécanique ou à une inflammation des tissus adjacents liée à la présence d'un calcul impacté dans le collet vésiculaire ou dans le canal cystique (voire figure 28)

3-Antécédents de chirurgie abdominale surtout sus mésocolique.

4- la présence d'un hémocholecyste.

5- La cholécystite gangréneuse ou emphysémateuse.

V Conversion en laparotomie:

Selon les séries le taux de conversion de la coelio à laparotomie varie de 10 à 25 %

Dépend : de l'expérience de l'opérateur des difficultés per-opératoire ect...

Causes de conversion: difficultés techniques

Conversion pour hémorragie

Conversion pour suspicion de plaie des voies biliaires

Conversion pour difficultés de dissection vers le foie

Conversion pour difficultés d'exposition du pédicule hépatique.

Syndrome de MIRIZZI.

Vésicule biliaire localisée sous le lobe gauche.

Cholécystite pseudo-tumorale.

Alternative à la cholécystectomie

1- Cholécystendèse:

Correspond à une ouverture de la vésicule biliaire, extraction des calculs et suture de la vésicule biliaire.

Cette technique n'est plus réalisée expose à la récurrence et aux fistules.

2- Cholécystostomie

Par voie radiologique ou par voie chirurgicale.

Concerne les patients en haut risque opératoire

Pour l'abord chirurgical cela peut constituer une solution de replis en cas de difficulté technique.

CONCLUSION

La prise en charge de la CAL se simplifie

Peut être précoce par coelio dans la majorité des cas (garde 1 et 2)

L'imagerie pré-opératoire et son interprétation par le chirurgien à son importance dans le choix de la technique.

Il est important d'appliquer les règles de sécurité il ne faut pas hésiter à convertir en laparotomie pour parer à une hémorragie ou dans le doute d'une plaie des voies biliaires.

