

Université 3 de Constantine
Faculté de médecine
CHU Ben Badis Constantine
Dr : A. BELMIR
Service des Urgences Chirurgicales

Cholécystite aiguë

I-INTRUCTION :

- La lithiase biliaire est une affection fréquente, atteignant globalement 25% de la population adulte.
- Les calculs biliaires sont pour 80% environ composés de cholestérol, et pour 20% pigmentaires.
- L'étude étiopathogénique portera essentiellement sur les calculs cholestéroliques. Plusieurs théories ont été avancées. Actuellement c'est la théorie << micellaire >> qui est communément admise.

II- FORMATION DE CALCULS CHOLESTEROLIQUES :

➤ SOLUBILISATION DU CHOLESTEROL :

La bile est constituée d'eau (90 à 95%) qui contient du cholestérol, de la **bilirubine** (pigments biliaires), et des substances (**sels biliaires et lécithine**).

Le cholestérol normalement insoluble dans l'eau est solubilisé grâce à la formation d'agrégats poly moléculaire (ou micelles) avec les acides biliaires et les phospholipides.

Un défaut dans cette solubilisation va entraîner la formation des calculs. C'est la théorie « micellaire »

➤ STADES DE FORMATION DES CALCULS :

- Stade chimique (ou de sursaturation de la bile) :

- Il est défini par la sécrétion par le foie d'une bile sursaturée en cholestérol
- Le mécanisme de cette anomalie peut être :
 - Soit une augmentation de la sécrétion biliaire du cholestérol
 - Soit une diminution de concentration de la bile en substances solubilisantes.
 - Soit une association de ces deux facteurs

- Stade physique (ou nucléation) :

- Il est défini par la présence, dans la bile, de cristaux microscopiques de cholestérol
- La formation des cristaux nécessite une sursaturation de la bile en cholestérol et l'existence d'un facteur **de nucléation absent à l'état normal**.

- Stade de croissance :

- La formation des calculs macroscopiques et la croissance de ces calculs se fait par **agglomération et addition successives de cristaux**.
- Ce stade de croissance est favorisé par l'**hypotonie vésiculaire**.

III- FACTEURS DE RISQUES :

- **Age** : la lithiase est plus fréquente entre 40 et 60 ans, rare avant 10 ans (sauf

pour la lithiase pigmentaire).

➤ **Sexe** : nette prédominance féminine (les œstrogènes et la progestérone jouent un rôle dans la sursaturation de la bile).

➤ **Ethnie** : elle est très faible en Afrique noire, et très élevée au Chili surtout chez les Indiens du Sud-Ouest des Etats Unis. Ces variations ethniques sont dues à des facteurs génétiques et à des facteurs d'environnement, en particulier les habitudes alimentaires (consommation importante de certains légumes comme les haricots au Chili).

➤ **Obésité** : la lithiase biliaire est deux fois plus fréquente chez les personnes dont le poids dépasse 20% le poids idéal théorique.

➤ **Grossesse** : pendant cette période on incrimine, soit une diminution de la sécrétion des acides biliaires, soit une réduction de la vidange vésiculaire.

➤ **Médicaments hypocholestérolémiantes** :

- Médicaments hypolipémiants de la classe des vibrâtes (clofibrate)
- Consommation importante de sucres raffinés
- Régime pauvre en fibres alimentaires

➤ **Maladies intestinales** : la prévalence de la lithiase biliaire est multipliée par 2 ou par 3 en cas de maladies intestinales notamment la maladie de Crohn, ou après résection chirurgicale de l'iléon terminal

➤ **Autres facteurs** :

- Diabète, polyarthrite ... etc
- Certaines interventions chirurgicales : vagotomie, gastrectomie

IV- LITHIASSE VESICULAIRE :

- C'est la présence d'un ou de plusieurs calculs dans la vésicule biliaire
- C'est une affection bénigne, dont l'évolution peut parfois être émaillée de complications et même aboutir à une dégénérescence maligne.
- Son diagnostic a été largement simplifié depuis l'introduction de l'échographie
- Son traitement est essentiellement chirurgical, se pratique aujourd'hui sous cœlioscopie

A- ETUDE CLINIQUE :

➤ Circonstances de découvertes :

La découverte d'une lithiase vésiculaire non compliquée peut être faite :

- A l'occasion d'une douleur biliaire, évocatrice de **colique hépatique**
- De manière fortuite, lors d'une **échographie** réalisée pour un autre motif

➤ SIGNES CLINIQUES :

○ **Colique hépatique** :

- Douleur d'apparition brutale
- Siégeant aussi souvent dans le creux épigastrique (2/3 des cas) que dans l'hypochondre droit
- A type de tension, intense et spasmodique
- Irradie en arrière vers l'omoplate et l'épaule droites (**douleur en bretelle**)
- Elle dure le plus souvent 2 à 4 heures

○ **Signes associés à la douleur** :

- Nausées ou vomissements bilieux
- Gêne à l'inspiration profonde

- Agitation avec recherche d'une position antalgique

Cette douleur ne s'accompagne pas de fièvre à la différence de la cholécystite aiguë ou de l'angiocholite.

B- EXAMENS PARACLINIQUES :

➤ Echographie abdominale :

- Examen de choix, d'une sensibilité de plus de 95%
- Apprécie :

- La forme et la taille de la vésicule
- L'épaisseur de la paroi vésiculaire (< à 2 mm)
- Le contenu vésiculaire notamment le calcul sous forme d'une

image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur, mobile avec la position du malade (diagnostic différentiel avec les polypes)

- Le nombre et la taille des calculs

➤ Radiographie de l'abdomen sans préparation :

Clichés centrés sur l'hypochondre droit en incidences de face et oblique, peuvent révéler un ou des calculs radio opaques dans 10% des cas.

C- EVOLUTION :

Elle se fait vers la multiplication des crises et parfois vers les complications :

➤ Cholécystite aiguë :

Due à l'enclavement d'un calcul dans le siphon infundibulo-cystique

➤ Cholécystite chronique :

Si l'obstruction est prolongée, la vésicule devient scléro-atrophique. Elle constitue un facteur de risque de cancer vésiculaire.

➤ Iléus biliaire :

Il s'agit de la migration d'un calcul vésiculaire dans l'intestin à travers une fistule cholécysto-duodénale.

Ce calcul migrateur peut être à l'origine d'une occlusion intestinale par obstruction

➤ Lithiase de la voie biliaire principale

La migration dans la voie biliaire principale d'un ou de plusieurs calculs vésiculaires représente l'accident évolutif plus grave. La lithiase de l'hépatocolédoque peut rester latente mais surtout :

- Conduire par dilatation canalaire et agression inflammatoire des parois du sphincter d'Oddi à la stase biliaire et donc à l'infection : c'est l'angiocholite aiguë de pronostic redoutable :

- S'enclaver dans l'ampoule de Vater, créant un obstacle plus ou moins complet à l'écoulement

- Soit de la bile à l'origine d'un ictère
- Soit du suc pancréatique à l'origine d'une pancréatite aiguë.

➤ Calculo – cancer :

Survient en général sur une vésicule scléro-atrophique rétractée sur un calcul évoluant depuis plusieurs années.

D- TRAITEMENT :

Il est essentiellement chirurgical

➤ **Traitement de la crise de colique hépatique :**

○ Il a pour but de faire baisser la pression dans les voies biliaires et de calmer rapidement la douleur

○ On utilisera un antispasmodique (**Spasfon**) par voie sublinguale à raison de deux comprimés en cas de persistance de la douleur on passera à la voie intramusculaire ou intraveineuse.

○ Dans les formes les plus douloureuses, on utilisera une association antispasmodique-antalgique type noramidopyrine (**Viscéralgine forte ou Avaforton**) par voie intraveineuse ou intramusculaire en dehors des contre-indications : (enfant, glaucome, adénome de la prostate, allergie ou intolérance à la noramidopyrine ou à l'aspirine)

➤ **Traitement chirurgical :**

La cholécystectomie constitue le traitement de choix de la lithiase vésiculaire, puisqu'elle supprime définitivement la cause des douleurs biliaires.

Actuellement, la cholécystectomie pour lithiase vésiculaire se pratique dans la majorité des cas sous **coelioscopie**.

DR A. BELMIR