

Cholécystites aiguës

Pr. S. Berkane

I- Définition:

Le terme de cholécystite aiguë regroupe toutes les formes anatomiques au cours desquelles la vésicule peut présenter différents aspects allant du simple état inflammatoire banal avec œdème et congestion jusqu'à la forme gangreneuse et la perforation.

Elle est souvent secondaire à un enclavement calculeux au niveau du col vésiculaire ou du cystique (cholécystite aiguë lithiasique : CAL). Cependant il existe des cholécystites aiguës d'étiologies autres que lithiasique (vasculaire, infectieuse,...) (Cholécystite aiguë alithiasique : CAAI).

II- Intérêts :

A- Fréquence : 50% des tableaux cliniques de la chirurgie abdominale.

B- Il existe un polymorphisme clinique, d'où l'existence de difficultés diagnostiques dans certain cas.

C- Il existe une absence de parallélisme anatomoclinique.

D- L'évolution est imprévisible.

E- Actuellement, il est démontré que la thérapeutique chirurgicale peut être entreprise précocement (24-72h après le début de la poussée) avec des résultats meilleurs que ceux de la chirurgie différée.

F- Cette thérapeutique chirurgicale est possible à l'heure actuelle aussi bien par chirurgie classique que par abord cœlioscopique.

F- Le pronostic en dehors des formes compliquées est bon.

III- Epidémiologie :

A- Fréquence : 50% des tableaux opératoires

La CAL est une affection fréquente. Elle est secondaire à une lithiase vésiculaire (LV). C'est la première complication de la lithiase biliaire.

B- L'âge : En Algérie, le maximum de fréquence se retrouve chez l'adulte jeune (50ans) contrairement à l'Europe où l'âge moyen est la 5^e et 6^e décade.

C- Le sexe : le sexe féminin prédomine avec 80% des cas. Il est à noter que chez l'homme, la cholécystite aiguë est une des manifestations inaugurales de la maladie lithiasique biliaire.

D- Le terrain :

1- C'est celui de la lithiase de la vésicule biliaire. C'est la cause la plus fréquente.

2- Les maladies vasculaires et le diabète. Ces 2 types de maladies ont en commun des lésions vasculaires athéromateuses au niveau de l'artère cystique.

3- Les post opérés : ce sont des malades ayant bénéficié d'une vagotomie tronculaire et gastrectomie. Dans certains cas, l'intervention a intéressé un organe ou site loin de la cavité péritonéale, notamment après certaines interventions vasculaires (Mise en place d'une prothèse aortique).

E- Pathogénie et physiopathologie :

A- Physiopathologie de la lithiase vésiculaire :

La bile représente un milieu propice à la formation de calculs par la nature des éléments qui la composent et sa constante physique.

Les principaux composants sont représentés par l'eau, les électrolytes, la bilirubine, le cholestérol, les autres lipides, les sels biliaires et les acides biliaires. Ces différents composants sont à l'état colloïdal dans la bile, pris séparément ils sont insolubles ou peu solubles. Ce sont les sels biliaires et les acides gras qui assurent la stabilité de la bile. Donc chaque fois qu'il y a une augmentation des éléments précipitants ou diminution des éléments stabilisants, de même que les variations du PH digestif, l'équilibre peut se rompre et il y a précipitation.

B- La pathogénie de la CAL :

La survenue d'une CA sur LV est la conséquence d'un enclavement calculeux au niveau du bassinet ou du cystique de façon transitoire. Cet enclavement peut se produire à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie lithiasique.

L'enclavement calculeux ne peut en aucun cas préjuger de l'état de la voie biliaire principale (VBP) et notamment de sa vacuité. En effet, la migration calculeuse vers la VBP peut très bien avoir lieu avant l'enclavement. C'est dire la nécessité de la recherche systématique d'une éventuelle lithiasie de la VBP (LVBP) en préopératoire et/ou en peropératoire.

C- La physiopathologie des CAL :

Plusieurs conséquences peuvent survenir et leurs différentes étapes évolutives expliquent la variabilité des lésions rencontrées au cours de l'intervention.

Dans un premier temps :

L'enclavement entraîne une stase biliaire et une résorption par la muqueuse des sels et des pigments biliaires. Ceci aboutit à la formation d'un hydrocholécyste → La bile perd sa couleur (bile blanche). Il existe une tension vésiculaire qui entraîne à son tour une compression veineuse et un blocage lymphatique d'où exhémie plasmatique dans la vésicule et œdème de la paroi vésiculaire (Exhémie: diminution de sang circulant provoqué par la rétention d'eau dans un tissu). C'est le stade de l'inflammation aiguë ou de l'hyperhémie. L'infection est une conséquence secondaire, car la paroi vésiculaire ischémisée se prête bien à la pullulation microbienne. Ces phénomènes vont entraîner dans un temps plus ou moins long la formation d'une vésicule tendue, d'aspect inflammatoire, de contenu chimique et bactériologique variable, mais siège de lésions histologiques variables.

Le devenir de cette vésicule:

Il est différent selon que le désenclavement se fait spontanément ou sous l'effet du traitement médical ou que l'enclavement est irréversible excluant définitivement la vésicule. Cette exclusion est réalisée par l'intermédiaire du calcul enclavé ou par un cystique obstrué par les conséquences inflammatoires secondaires à l'agression mécanique. Donc la voie de drainage naturelle des VBA devient imperméable définitivement et l'évolution de cette forme anatomique se fait en un temps plus ou moins long vers les complications inflammatoires ou infectieuses, mécaniques et circulatoires.

D- La physiopathologie des CAAI :

Dans ce type de CA, les lésions vasculaires priment et notamment l'ischémie qui atteint toutes les tuniques et dont l'intensité conditionne la gangrène. L'évolution de cette gangrène vésiculaire totale est différente d'une gangrène limitée à la muqueuse. Ici l'inflammation ne tarde pas à survenir avec son cortège de complications propres.

E- La physiopathogénie des CA postopératoires :

Elle est obscure et de nombreux éléments ont été mis en cause :

Le reflux du suc pancréatique dans le cholécyste peut entraîner une CA (expérimentalement)

Les opiacés (anesthésie générales) paraissent augmenter le tonus du sphincter d'Oddi et donc une possibilité de reflux pancréatique. Mais les CA post opératoires sont survenues après chirurgie orthopédique chez les sujets qui n'avaient pas été soumis à des opiacés. Le rôle de l'infection vésiculaire est discuté. Si elle est souvent présente, elle ne paraît pas susceptible de déterminer une CA postopératoire. On a enfin insisté sur un phénomène vasculaire (thrombose de l'artère cystique), à l'origine des lésions gangreneuses et l'infection bactérienne venant se greffer secondairement.

F- Bactériologie :

L'infection au cours de la CA est secondaire. Elle survient par voie veineuse, lymphatique ou canalaire. Elle est dite ascendante. Les germes rencontrés sont représentés par les bacilles gram négatif et les anaérobies (du tube digestif). Il faut savoir que la fréquence de cette infection augmente avec le temps depuis le premier jour jusqu'aux environs de la 3^e semaine pour chuter par la suite.

IV- Anatomie-pathologique :

A- Les calculs : Ils sont en nombre variable, unique ou multiple, de même que la taille, de quelques millimètres à 2-3 centimètres. Leur forme est variable. Au niveau de l'infundibulum ils sont ovoïdes et réguliers. Au niveau de la région cervico-cystique, ils sont petits et de forme polyédrique à facettes.

B- La composition chimique :

1- Calcul cholestérolique : le plus souvent jaune. C'est la nature la plus fréquente des calculs biliaires.

2- Calcul bilirubinique : Il est noir, appelé aussi lithiase pigmentaire. Il est rencontré au cours des anémies congénitales (Béta-thalassémie, Minkowski-Chauffard,...).

3- Calcul calcique : Il plus rare et il est radio-opaque.

C- Les lésions :

1- Les lésions vésiculaires :

a- La CA catarrhale : C'est l'état inflammatoire du début qui survient juste après l'enclavement du calcul. La vésicule est distendue, à paroi épaissie et à contenu non septique.

b- L'hydrocholécyste : La vésicule est augmentée de volume, à paroi épaissie et à contenu clair (Bile décolorée).

c- La forme suppurée ou pyocholécyste: La vésicule est tendue, à paroi épaissie et contenant une bile purulente. On note une altération de la muqueuse et des micro-abcès pariétaux.



d- La forme phlegmoneuse : elle est caractérisée par une extension péri vésiculaire de l'inflammation au pédicule hépatique. Si l'intervention est précoce, le clivage de la vésicule biliaire est facile alors qu'au contraire si la chirurgie est retardée, le chirurgien butera sur un magma adhérentiel bloquant la région sous hépatique.

e- La forme gangréneuse : Les lésions de thrombose vasculaire (Artère cystique) et l'ulcération conséquence du calcul et la virulence des germes, entraînent un sphacèle partiel ou total de la paroi vésiculaire suivie ou non de perforation (vésicule aubergine).

2- Les lésions du canal cystique :

Le plus souvent oblitéré par un calcul, sauf si l'oblitération siège au niveau de l'infundibulum. Ailleurs et rarement, son oblitération est due à un œdème ou une sclérose.

3- Les lésions de voisinage :

Toute la sphère hépatobiliaire peut être atteinte. L'inflammation et l'infection se propagent à partir de la vésicule biliaire par voie lymphatique, veineuse ou canalaire.

4- Lésions du pédicule hépatique :

a- La pédiculite : œdémateuse au début, elle peut réaliser ultérieurement une gangrène ulcéro-inflammatoire enserrant le pédicule hépatique. Cet état entraîne des difficultés opératoires très dangereuses pour la VBP. Il est favorisé par un traitement médical très long et surtout répété.

b- Les lésions de la VBP :

- La cholécyste : C'est l'infiltration œdémateuse de la paroi cholécystienne.

-L'angiocholite : C'est un degré supérieur qui survient lorsqu'il y a une infection ascendante de la VBP et de la bile, avec comme conséquence des abcès milliaires du foie, situation assez grave. La bile de la VBP peut être purulente.

- Le calibre de la VBP pouvant être augmenté par l'hypotonie inflammatoire, la compression de la VBP par le collet vésiculaire, une oddite d'accompagnement ou une lithiasie (asymptomatique 10 à 15 %)

-Les lésions du sphincter d'Oddi : on peut rencontrer un Oddi béant avec hypotonie. L'oddite œdémateuse peut régresser sous traitement médical alors que l'oddite scléreuse est irréversible.

c- La veine porte : Elle est exceptionnellement le siège d'une pyléphlébite.

d- Le pancréas :

- Les lésions aiguës : On peut rencontrer un œdème pancréatique et/ou péri-pancréatique, des lésions de cytotéatonecrose, d'hémorragie, ou de nécroses pancréatiques ou viscérales. Ces lésions existent lorsqu'une pancréatite aiguë d'origine biliaire se déclenche. Dans ces cas, cette dernière prend le devant de la scène.

- Les lésions chroniques : on peut rencontrer des noyaux de pancréatite chronique céphalique.

d- Le foie :

- L'abcès du foie : il peut survenir au décours d'une CA. Dans d'autres cas, l'abcès du foie (unique ou multiples) survient sur une angiocholite associée à la CA.

e- Le péritoine :

- La péritonite aiguë généralisée : Elle survient soit par diffusion (sans solution de continuité au niveau de la paroi de la vésicule) soit après perforation vésiculaire.

- Le plastron vésiculaire : C'est un véritable blindage péritonéo-viscéral péri vésiculaire. Il peut totalement rétrocéder après traitement médical ou s'abcéder donnant un tableau d'abcès sous-hépatique. Ce dernier peut se rompre et donner lieu à une péritonite généralisée en 3 temps (CA-Abcès-Péritonite).

Certaines complications sont l'apanage des CA traitées trop longtemps aux antibiotiques, surtout en ambulatoire ce qui laisse les lésions évoluer à bas bruit. Il peut s'agir :

- De blocage sous-hépatique qui noie le pédicule hépatique et le met en danger au cours de la dissection.

- Les fistules biliaires internes : Les fistules bilio-biliaire qui se font entre la vésicule et la VBP et les fistules bilio-digestives qui réalisent une communication entre le tube digestif et la vésicule. La fistule cholécysto duodénale en est la plus fréquente. Elle est suivie par la fistule cholécysto-gastrique et la fistule cholécysto-colique (très grave, car mettant le contenu colique hyperseptique en communication avec les voies biliaires).

- Les fistules biliaires externes : Elles sont rares. La vésicule biliaire s'ouvre à la peau donnant lieu à ce qu'on appelle la fistule bilio-cutanée.

V- Etude clinique :

Type de description :

Tableau aigu habituel d'un syndrome douloureux fébrile de l'hypochondre droit avec vésicule palpable.

Il s'agit habituellement d'une femme jeune consultant en urgence pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit fébrile accompagné de vomissements bilieux et de nausées.

A- Les signes fonctionnels :

- La douleur : Elle est d'apparition brutale, violente, coupant l'inspiration profonde, siégeant à l'hypochondre droit, irradiant au dos, à l'épaule droite, et en demi-ceinture. Elle est transfixante, vive et le plus souvent apparue après un repas gras.

- Les troubles du transit : Ils sont plus ou moins nets. Généralement, il existe un ballonnement abdominal diffus. Il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz.

- Les vomissements : alimentaires ou bilieux, ils peuvent être remplacés par un simple état nauséux. Ils ont rarement la fréquence et le caractère impératif des vomissements de la pancréatite aiguë ou de l'occlusion.

B- Les signes généraux :

L'état général est conservé avec température à 38,5-39°C (le degré d'hyperthermie ne présume en rien de la gravité des lésions anatomiques).

Le pouls est en relation avec la température et la TA est normale.

C- Les signes physiques :

Ils mettent en évidence des signes en foyer de l'hypochondre droit.

Inspection : diminution de la mobilité de la région sous-costale droite

Palpation :

C'est un moment capital de l'examen. Le clinicien met en évidence une tuméfaction arrondie, piriforme, ferme, élastique, douloureuse et située au bord inférieur du foie, au niveau de l'hypochondre droit. Elle est mobile avec les mouvements respiratoires. C'est la vésicule palpable. Elle peut être masquée du fait de la douleur, d'une défense ou de l'obésité. La manœuvre de Murphy ou l'inhibition inspiratoire est positive. Il n'y a pas de contact lombaire. Le reste de l'abdomen est souple. Les touchers pelviens sont normaux et les orifices herniaires sont libres.

On recherchera et on peut noter un sub-ictère.

Devant ce tableau fait de colique hépatique et d'une vésicule palpable chez une femme à l'état général conservé, le diagnostic de CA doit être évoqué et confirmé par la recherche d'antécédents biliaires et la pratique d'une échotomographie de l'aire hépatobiliaire.

- Un interrogatoire minutieux recherchera :

La notion de LV connue (radiographie antérieure ou échographie). L'existence de douleurs similaires ou non, traitées ou non. On recherche une notion de troubles dyspeptiques. Mais, parfois il peut s'agir de la première manifestation de la maladie (notamment chez l'homme).

VI- Les examens complémentaires :

Les examens à visée diagnostique sont morphologiques et à l'heure actuelle l'échographie hépatobiliaire est l'examen de choix dans cette situation.

A- L'échographie hépatobiliaire et abdominale :

C'est un examen rapide, non invasif, réalisable quelque soit l'état du patient et très sensible. Il donne des renseignements précieux non seulement en ce qui concerne le diagnostic positif, mais renseigne aussi sur l'état morphologique du foie, de la VBP (surtout son calibre) et l'état morphologique du pancréas dans certains cas.

En faveur du diagnostic, les images mises en évidence sont :

- Une vésicule augmentée de volume, à paroi épaissie, et contenant un ou des calculs dont un est enclavé au niveau du collet vésiculaire. Ces 3 signes fondamentaux signent le diagnostic de CAL. La différence avec la CAAI est l'absence de calcul enclavé dans le collet et éventuellement l'absence de distension de la vésicule alors que l'épaississement pariétal existe et signe la CA.

On peut noter un aspect de paroi vésiculaire dédoublée et l'existence de micro-abcès pariétaux. Dans certains cas, on note aussi déjà une infiltration du parenchyme hépatique par l'inflammation et l'adhérence des éléments anatomiques de voisinage.

- Le calibre de la VBP est étudié. Dans certains (15- 25%) l'existence d'une LVBP est reconnue par l'échographie par la démonstration de l'existence de structure (s) hyperéchogène (s) donnant lieu à cône d'ombre dans la VBP.

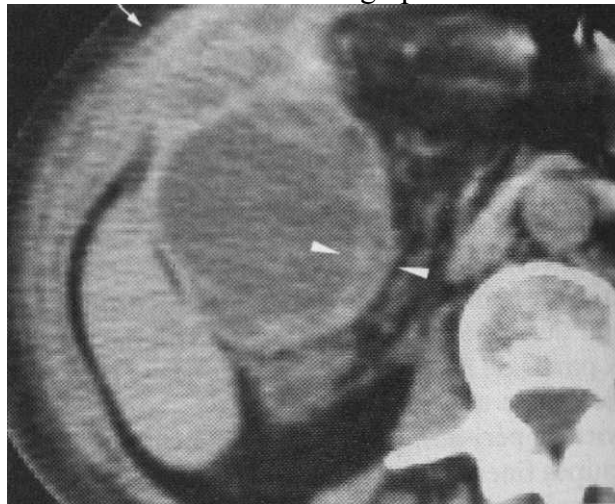
- L'état morphologique du foie et des voies biliaires intra-hépatiques (VBIH) est bien étudié (recherche d'un éventuel abcès et une dilatation des VBIH). Dans certains cas de fistules bilio-digestives, l'échographiste met en évidence la présence d'air dans les voies biliaires (Aérobilie).

- L'étude morphologique du pancréas est par contre difficile chez les patients obèses et/ou en présence de gazs digestifs, mais le radiologue peut, chez certains patients, mettre en évidence des lésions du pancréas ou en dehors du pancréas lorsqu'une pancréatite aiguë existe.

- Un épanchement péritonéal est retrouvé en cas de CAL compliquée de péritonite.

D- La tomодensitométrie :

C'est un examen performant qui donne pratiquement les mêmes renseignements que l'échographie, mais cette dernière est beaucoup moins chère que la tomодensitométrie. Donc le rapport coût-efficacité est en faveur de l'échographie.



B- La cholangiographie intraveineuse (CIV):

Cette exploration est à l'heure actuelle supplantée par l'échotomographie (coût, moindre invasivité, rapidité, praticable quelque soit l'état du patient, et importance des renseignements en faveur de l'échographie). La technique originale a été améliorée par sa pratique sous perfusion.

Elle est contre-indiquée en cas d'ictère et d'allergie à l'iode.

Normalement, la VBP se voit et son calibre est de 5mm. Elle est visualisée au bout de 15-30 mn et au-delà d'une heure, elle n'est plus visualisée.

Au cours de la CAL :

La VBP est visible mais la vésicule reste radiologiquement exclue sur tous clichés. Certains auteurs exigent des clichés tardifs à la 3ème heure pour confirmer l'exclusion vésiculaire car la réimprégnation est possible dans certains cas (vésicule faussement exclue). Le principal avantage de cet examen est la visualisation d'une LVBP asymptomatique (dans 10 à 15 % des cas associées à une CAL)

E- La scintigraphie biliaire: elle est rarement utilisée. De la même manière que pour la tomодensitométrie, l'échographie lui enlève tout avantage vu le coût et renseignements obtenus par cette dernière.

C- La cholécystographie orale:

Elle n'est pas praticable devant une cholécystite aiguë (vomissements ou nausées).

G- L'abdomen sans préparation (ASP) :

C'est un examen qui n'apporte rien au diagnostic positif de la CA, mais il est très utile lors de complication telle que l'occlusion intestinale aiguë (forme occlusive de la CA). Une éventuelle aérobilie peut être mise en évidence au niveau de l'hypochondre droit (fistule bilio-digestive).

F- Le télé-thorax : Il n'a pas d'apport diagnostique, mais il est systématiquement demandé dans le cadre du bilan préopératoire.

Parallèlement aux examens morphologiques qui confirment le diagnostic de CAL, le clinicien demandera :

Un certain nombre d'examens biologiques:

Groupage, glycémie, urée et créatinine sanguines et ionogramme sanguin.

- FNS : Elle montre une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile.
- Bilan hépatique qui peut être perturbé selon le stade de la maladie et les complications.
- Amylasémie : Elle peut être élevée si une pancréatite est associée.
- La recherche d'éventuelles tares associées : diabète, HTA, néphropathie, cardiopathie ou pneumopathie.

- Au terme de ce bilan para clinique, la patiente sera mise sous traitement médical qui la prépare à l'intervention (soit une préparation courte ou longue).

VII- Evolution sous traitement médical :

A- L'évolution favorable : La régression est franche marquée par :

- Une disparition de la totalité des signes cliniques
- Un retour à la normale des constantes biologiques
- Cette régression ne doit pas cependant faire retarder l'intervention car la malade est exposée aux récives et aux complications évolutives déjà citées.

B- L'évolution défavorable : des complications vont survenir et certaines sont graves telles que la suppuration refroidie et péritonite.

VIII- Les formes cliniques:

A- Les formes associées :

1- La forme associée à une LVBP (15% à 20%) :

La LVBP peut être suspectée lors d'une CAL lorsqu'on retrouve la notion d'un syndrome cholédocien dans les antécédents ou lors de la dernière crise. Dans le cas contraire, la lithiasse dissimulée cliniquement est découverte à l'intervention lors de l'exploration peropératoire notamment grâce à la cholangiographie peropératoire.

2- La pancréatite biliaire (anciennement cholécysto-pancréatite (4,5%) : à l'heure actuelle, il est plus pratique de parler de pancréatite aiguë d'origine biliaire.

Elle se présente le plus souvent sous un tableau d'une CA avec état de choc important. La douleur est plus vive au niveau de l'hypochondre droit avec irradiation à l'épigastre, épaule gauche et la région sous-costale gauche. La température est aux alentours de 38,5 à 39°C. Il peut exister aussi, un sub-ictère conjonctival et/ou une défense de l'épigastre. Le clinicien peut noter le signe de Malley-Guy (douleur de l'articulation costo-vertébral gauche) et le signe de Mayo-Robson (douleur en sous-costale gauche). En gros, il s'agit d'une CA qui au fur et à mesure du temps laisse place à la pancréatite aiguë qui se démasque.

L'exploration biologique contribue à faire le diagnostic en association aux examens morphologiques.

- Dosage de la lipase et/ou de l'amylase.
- ASP : anse sentinelle
- Téléthorax : flou de la base gauche et épanchement pleural gauche surtout.
- Echographie pour l'exploration hépatobiliaire.
- La tomodensitométrie vient secondairement soit devant une pancréatite sévère ou dans les rares cas où le diagnostic de pancréatite aiguë est très difficile.

3- La CA associée au cancer de la vésicule biliaire:

Cette forme pose un véritable problème diagnostique dans la mesure où un cancer peut simuler une cholécystite aiguë et l'inverse est vrai. La CA peut très bien s'associer à un cancer vésiculaire d'où l'intérêt d'une bonne échographie pré opératoire et surtout une méfiance du chirurgien en peropératoire. Toute vésicule suspecte doit être ouverte (en dehors du champ opératoire bien sûr) et au moindre doute un examen extemporané est demandé et une attitude correcte adoptée si l'hypothèse du cancer est confirmée.

B- Les formes compliquées :

1- La forme compliquée de gangrène vésiculaire : (3,5%)

Elle est classiquement l'apanage du diabétique qui, le plus souvent, décompense son diabète. Mais elle existe aussi chez le sujet âgé athéromateux. Elle est de diagnostic difficile. Elle est remarquable par le contraste entre le syndrome toxi-infectieux sévère avec altération de l'état général et les signes locaux. Le faciès grisâtre, le sujet est prostré, apathique ou très agité. Il existe aussi un état de choc, des signes hémorragiques (ecchymose, purpura) et des signes de déshydratation aiguë (soif, plis cutanée).

La température est normale voir hypothermie. Les signes locaux sont pauvres : peu ou pas de douleurs

A l'ASP : La vésicule peut être spontanément visible et cernée de gazs avec niveau liquidien.

Echographie : épaissement pariétal, aspect feuilleté de la paroi et micro-abcès pariétaux.

Le pronostic est très réservé en l'absence de thérapeutique active médico-chirurgicale ou médico-instrumentale (ponction percutanée).

2- Les formes compliquées de fistules :

Elles ont en commun une longue période d'évolution, avec des crises aiguës répétées dont une (crise de fistulisation) qui se manifeste de manière perforative.

a- Les fistules bilio-biliaires :

On peut retrouver un syndrome perforatif avec ictère. En fait, c'est surtout en cours d'intervention chirurgicale que le diagnostic est le plus fait.

b- Les fistules bilio-digestives :

Il arrive que la fistulisation donne lieu à un syndrome hémorragique avec hématomèse et mélène et pose l'indication opératoire d'urgence. Ailleurs, la fistulisation a lieu au niveau de pylore, le contenu lithiasique excavé, peut obstruer le canal pylorique et le duodénum, ce qui donne lieu à :

Le syndrome de Bouveret: fistule cholécysto gastrique.

La sténose pylorique d'apparition brutale, avec vomissements et émission de calculs par la bouche au cours de vomissements. Le tableau réalisé est celui d'une sténose digestive haute. Le diagnostic ici est facile.

Dans d'autre cas, le calcul est chassé dans le grêle et s'enclave au niveau de la valvule de Bauhin, en donnant lieu à l'iléus biliaire (occlusion intestinale aiguë), qui associe :

Douleurs intenses brusques et intermittentes, vomissements intermittents brusques et fécaloïdes. Tympanisme avec ondes péristaltiques. Il existe surtout une perception d'une petite masse qui se déplace dans l'abdomen : C'est le calcul qui est progressivement chassé vers la valvule de Bauhin.

La fistulisation peut enfin se faire dans le colon (fistule cholécysto-colique) : Elle est très grave car l'infection par voie canalaire des voies biliaires et du foie à partir d'un milieu septique qu'est le colon.

3- La cholécystite aiguë avec angiocholite :

Elle réalise un tableau de cholécystite aiguë avec fièvre pseudo-palustre et frissons correspondant à une septicémie massive, mais fugace qui a pour origine une pullulation microbienne au niveau des canicules biliaires. L'ictère s'associe rapidement à cette hyperthermie avec atteinte de l'état général.

L'examen physique retrouve une hépatomégalie douloureuse.

En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers l'angiocholite compliquée (atteinte multi-viscérale).

4- La CA compliquée de péritonite :

Si dans la péritonite par perforation, le tableau clinique est assez univoque (syndrome perforatif et contracture), la symptomatologie physique est surtout trompeuse dans les formes par diffusion et retarde le diagnostic qui n'est fait que par l'intervention (découverte d'un cholépéritoine septique, dont le pronostic est sévère en dépit de l'antibiothérapie et de la réanimation).

5- La CA compliquée de péritonite localisée :

Elle est peu fréquente et plus tardive (supérieur à 8j). Il arrive que l'on examine le malade pour la première fois à ce stade. La réaction péritonéale a colmaté la région sous-hépatique. Elle réalise dans un premier temps :

- Un plastron de l'hypochondre droit qui réalise un empattement profond et douloureux, mat à la percussion, blindant la paroi en continuité avec le foie en haut et mal limité en bas. La

température est aux alentours de 39-40°C. Ce plastron exige l'abstention chirurgicale avec surveillance rigoureuse sous traitement médical. Son évolution est variable :

-Vers la régression :

Clinique : le plastron régresse de la périphérie vers le centre.

Biologique : Vitesse de sédimentation (VS) et leucocytose se normalisent.

Cette rétrocession est parfois limitée, irrégulière, laissant derrière elle de multiples adhérences, soudant la vésicule aux organes de voisinage et exposent aux fistules bilio-biliaires ou bilio-digestives.

-Vers l'abcédation :

Les douleurs sont pulsatiles avec fièvre oscillante et ramollissement central du plastron avec douleur exquise à ce niveau.

- En fait, tout plastron qui persiste au delà de 10 jours de traitement médical bien conduit, doit être considéré comme abcédé et justifie l'intervention de drainage.

En l'absence de ce dernier, l'abcès s'ouvre spontanément :

- A la paroi (exceptionnelle) réalisant une fistule biliaire externe

- Dans la cavité péritonéale : péritonite en 3 temps (exceptionnelle)

- En règle dans un viscère creux (cholédoque, duodénum, colon), dont la clinique est modeste, à l'exception de l'iléus biliaire et l'angiocholite. Parfois, la rupture se fait dans la convexité hépatique (abcès sous phrénique).

6- La CA compliquée d'occlusion intestinale aiguë :

Le tableau réalisé est celui d'une occlusion intestinale aiguë et devant tout syndrome occlusif dont l'étiologie n'est pas évidente, la CA doit être évoquée. Une échographie hépatobiliaire doit être pratiquée pour rechercher cette étiologie.

L'ASP : Il est utile en montrant les niveaux hydro-aériques.

C- Les formes symptomatiques

1- Les formes pseudo-ulcéreuses : Vues surtout chez l'homme. L'interrogatoire, l'examen clinique et les examens paracliniques permettent de corriger le diagnostic (échographie hépatobiliaire).

2- Les formes révélatrices :

Il s'agit de forme révélatrice de la lithias biliaire. Elle est l'apanage de l'homme.

D- Les formes anatomo-pathologiques :

1- CA gangreneuse (voir Formes compliquées).

2- Le pyocholécyste :

Il associe des signes de suppuration profonde franche et des signes locaux évidents, avec grosse vésicule, atrocement douloureuse et hépatomégalie douloureuse.

En fait, l'absence de parallélisme anatomoclinique est tel que les formes les plus redoutables, peuvent évoluer sous le masque rassurant d'une forme subaiguë.

3- La CAAI :

Cette forme est très particulière par sa clinique. Cette forme est spectaculaire par sa symptomatologie générale. C'est un tableau toxi-infectieux prononcé associé à des signes locaux pauvres ou absents. Dans cette forme l'apport de l'échographie abdominale est capital. C'est dans cas que l'échographie prend encore une plus grande importance.

E- Les formes selon l'âge :

1- La CA du vieillard :

Il s'agit le plus souvent d'un tableau torpide, avec fréquence de la forme gangreneuse.

2- La forme de l'enfant :

On pense rarement au diagnostic de CA chez l'enfant, mais cette dernière peut compliquer une anomalie des voies biliaires chez l'enfant et notamment un kyste congénital du cholédoque. D'un autre côté, il faut penser à la CA chez des enfants qui par ailleurs présentent une anémie hémolytique.

F- Les formes selon le terrain :

1- La CA chez le diabétique :

Chez le diabétique, la CA a un caractère encore plus urgent car la forme gangréneuse est plus fréquente. Inversement, la poussée de CA influe défavorablement sur le diabète.

2- CA chez la femme enceinte :

Une CA peut survenir à n'importe quel mois de la grossesse, mais elle est surtout plus fréquente au 2ème trimestre et au cours du postpartum. Elle pose un diagnostic différentiel avec la pyélonéphrite droite par ailleurs fréquente dans ce contexte.

G- Les CA postopératoires :

1- La CA postopératoire immédiate :

Elle survient après chirurgie aortique, notamment mise en place d'une prothèse aortique et au décours d'une intervention chirurgicale septique. Elle pose un problème diagnostique assez difficile et c'est pour cette raison que la CA est un diagnostic à évoquer et à rechercher systématiquement par la pratique d'une échographie hépatobiliaire devant tout syndrome septique postopératoire devant un tableau sans étiologie apparente.

2- La CA postopératoire secondaire :

Elle survient à distance de l'intervention telle qu'une gastrectomie surtout de type Bilioth 2 ou après une vagotomie surtout tronculaire.

IX- Le diagnostic positif :

Dans la forme typique le diagnostic est facile et il est fait sur :

La clinique : Antécédents similaires ou de moindre intensité

Signes fonctionnels et signes physiques de l'hypochondre droit :

Vésicule palpable.

L'échotomographie hépatobiliaire : paroi épaissie, vésicule augmentée de volume et calcul enclavé dans le collet. Pour la CAAI seul le calcul est inexistant.

Dans les cas atypiques (surtout alithiasique et postopératoires), le diagnostic peut être difficile et il faut être large dans la demande d'une échographie hépatobiliaire.

X- Diagnostic différentiel :

A- Les urgences médicales :

1- La colique néphrétique :

Caractère de la douleur et surtout l'irradiation basse et les troubles mictionnels avec les brûlures mictionnels et la dysurie.

L'ASP : calcul radio opaque dans l'aire rénale ou le trajet urétéral.

Echographie hépatobiliaire et urinaire.

2- La pneumopathie de la base droite :

Signes cliniques thoraciques et les signes au télé-thorax.

3- L'infarctus du myocarde à symptomatologie abdominale (postéro-diaphragmatique).

-Intérêt de l'ECG surtout (sujet âgé). Dosage de la troponine.

4- La crise hyperalgique d'ulcère.

Echographie tranche le problème diagnostique.

B- Les affections chirurgicales :

1- Les affections non hépatobiliaires :

a- L'appendicite sous-hépatique :

Il y a une absence d'antécédents. On note un syndrome infectieux modéré. La vésicule n'est pas palpable et l'ictère n'existe pas.

L'échographie montre une vésicule normale.

Un lavement baryté peut aider à montrer un caeco-appendice en sous-hépatique

b- La péritonite par perforation d'ulcère :

Il peut exister des antécédents en faveur de la maladie et/ou une notion de prise d'anti-inflammatoires. Il existe une contracture abdominale.

L'ASP : un pneumopéritoine uni ou bilatéral existe dans 80%. Si ce dernier n'existe pas, l'échographie hépatobiliaire peut aider au diagnostic.

c- L'ischémie et/ou infarctus iléo-mésentérique :

Il s'agit le plus souvent d'un terrain vasculaire pathologique (athérosclérose, maladie emboligène,...). Il s'agit en général de sujet âgé. On peut aussi noter la présence d'un moeléna. Il faut être méfiant et penser à cette étiologie lorsque l'échographie pratiquée n'est pas en faveur de la CA.

La tomodensitométrie est le meilleur examen à l'heure actuelle devant la suspicion d'une ischémie et/ou infarctus iléo-mésentérique tant pour la cause artérielle que veineuse.

d- La pancréatite aiguë :

En fait, de part l'étiologie biliaire de loin la plus fréquente de la pancréatite aiguë, et la coexistence des 2 maladies, devant tout pancréatite la recherche de la lithias biliaire est systématique.

2- Les affections hépatobiliaires non vésiculaires :

a- Le kyste hydatique infecté et/ou compliqué :

Notion de comptage, masse palpable n'ayant pas les caractères de la vésicule palpable et l'échographie qui met en évidence une image d'un kyste siégeant au niveau de la glande hépatique (segment IV et V).

b- L'abcès du foie :

Douleurs vives de l'hypochondre droit avec hépatomégalie douloureuse (douleur à l'ébranlement).

L'échographie qui montre les signes évocateurs de l'abcès. Mais, il faut savoir qu'un abcès du foie peut compliquer une CA.

c- Les tumeurs du foie nécrosée ou abcdée :

Ici, le diagnostic de tumeur hépatique nécessite la pratique de la tomodensitométrie et la CA est facilement éliminée par l'échographie.

3- Les affections vésiculaires ou les affections associées à la CA :

a- Le cancer vésiculaire :

C'est une situation difficile. De véritables CA en imposent pour un cancer vésiculaire et un cancer peut très bien accompagner une véritable CA.

Dans ce cadre, la tomodensitométrie n'apporte pas plus de renseignements que l'échographie et l'aspect peropératoire avec éventuellement un examen extemporané doivent guider le chirurgien. La réalisation de dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) et l'antigène carbohydre 19.9 (CA19.9) peuvent aider aussi au diagnostic.

b- Les affections de la VBP :

Que ce soit la LVBP simple ou compliquée (angiocholite,...), cette dernière peut très bien être associée à la CA et le problème de cette dernière n'est pas plus important.

XI- Traitement :

Devant une CA, la thérapeutique vise à traiter aussi bien la poussée inflammatoire et l'infection que la maladie causale qu'est la lithias biliaire. Il faut savoir que le traitement chirurgical est le traitement radical de la CA et que le traitement médical et le traitement instrumental ne s'adresse qu'à la poussée de la CA.

A- Traitement médical :

Le traitement médical n'est pas curateur, mais il permet de préparer le malade au traitement chirurgical et parfois il traite la poussée en laissant au traitement chirurgical le soin d'éradiquer la lithias biliaire.

1- Buts

Lutter contre l'inflammation, la douleur et l'infection

Corriger les déficits humoraux et les déséquilibres induits par la poussée.

Moyens :

2- Repos strict au lit, glace sur le ventre, diète hydrique, rééquilibration hydro-électrolytique basé sur les ionogrammes sanguin répétés.

Antalgiques : procaine, viscéralgine.

Antibiotiques : Il faut utiliser des antibiotiques à large spectre et touchant les germes responsables de la surinfection de la vésicule biliaire. Céphalosporines et anti-anaérobies.

a- Indications :

Il est toujours indiqué quelque soit l'option prise pour traiter la ou le patient.

a- Avantages :

Stoppe le processus infectieux.

Permet de calmer la douleur.

Prépare le malade à l'intervention.

Permet une meilleure exploration de la patiente et de la VBP.

b- Inconvénients :

Dans l'immédiat : arrêt de la douleur, possibilité de refus de l'intervention.

Secondairement : évolution à bas bruit des lésions et évolution dans certains cas malgré ce traitement vers les complications les plus graves.

La durée de ce traitement est discutée.

B- Le traitement instrumental (ponction échoguidée) :

1- Buts : vider la vésicule biliaire de son contenu septique et faire disparaître l'hyperpression.

Cette technique ne s'adresse qu'à la poussée et ne traite pas la maladie à l'origine.

2-Moyens :

Elle consiste à pratiquer une ponction de la vésicule biliaire sous échographie en passant au travers de la glande hépatique. La vésicule biliaire est vidée de son contenu et un lavage de cette dernière aux antiseptiques est pratiqué. En général, un drain de cholécystostomie est laissé en place.

a- Indications :

Sujets âgés et tarés ne pouvant supporter une intervention chirurgicale.

b- Avantages :

Technique facile rapide obtenant une régression rapide de la poussée.

c- Inconvénients :

Elle laisse les calculs en place et ceci induit des récidives.

C- Le traitement chirurgical:

1- Buts :

Traite la maladie à l'origine c'est-à-dire la lithiase biliaire en faisant l'ablation de la vésicule qui est le traitement de choix. Les méthodes comme la cholécystendèse ou la cholécystostomie ne sont plus pratiquées lorsqu'on opère une CA. La méthode admise et reconnue comme radicale est la cholécystectomie. A l'heure actuelle (**cholécystectomie cœlioscopique est le gold standard en face de la lithiase biliaire**). La problématique est à la discussion entre la cholécystectomie précoce ou la cholécystectomie différée.

2- Méthodes palliatives :

La cholécystostomie :

a- Buts : diminuer l'hypertension vésiculaire.

Ablation d'un ou plusieurs calculs de blocage.

b- Technique : il s'agit d'une opération de drainage externe consistant à vider la vésicule de ses calculs et son abouchement à la peau par une sonde de Pezzer sortant par contre-incision. Elle peut être pratiquée aussi bien sous anesthésie générale que locale.

c- Avantages :

Technique simple rapide, drainant la VB et parfois la VBP.

Permet l'exploration radiologique post opératoire de la VBP.

d- Inconvénients :

Elle n'est pas toujours possible, car elle nécessite une vésicule distendue

Elle laisse subsister un réservoir microbien

Elle expose aux fistules, aux récurrences et oblige aux réinterventions
Surtout c'est une intervention palliative.

d- Indications :

- Abscess périvésiculaire dans lequel la vésicule est ouverte, la seule intervention possible est l'incision dans la collection purulente suivie de drainage. Ce dernier aboutissant en fait à une cholécystostomie
- CA suppurée chez des malades à l'état général précaire
- Sujet âgé à haut risque opératoire
- Vésicule enfoncée sous des adhérences serrées dont la libération risque d'être longue, hémorragique et expose à des lésions de voisinage (impossibilité de disséquer le trépied biliaire).

A l'heure de la cholécystostomie sous échographie, cette technique n'a pratiquement plus d'indications.

2- La cholécystectomie :

C'est le traitement de choix

a- Buts :

Elle supprime l'infection et la cause même de cette infection à savoir la LV.

Conduite de l'intervention :

Actuellement, cette cholécystectomie est pratiquée sous coelioscopie avec des résultats identiques à la cholécystectomie conventionnelle.

Cette cholécystectomie est menée sous anesthésie générale. Cette dernière doit répondre à 3 impératifs :

L'atteinte hépatique chez le lithiasique le plus souvent faible à l'exception d'une cirrhose associée ou d'une longue obstruction biliaire (ictère ou angiocholite associée). Dans ces cas, il est donc préférable d'éviter les produits hépato-toxiques et les produits dont l'élimination est essentiellement hépatique.

Cette chirurgie est réflexogène, tout spécialement lorsque les manœuvres ont lieu dans la région de l'ampoule de Vater.

La nécessité de réduire le tonus d'une part et le souci de ne pas modifier la tonicité des voies biliaires afin d'obtenir une cholangiographie correcte.

Il est nécessaire d'obtenir une apnée pour obtenir les contrôles radiologiques per opératoires.

b- Les voies d'abord :

- La laparotomie :

A l'heure actuelle, la voie d'abord conventionnelle la plus pratiquée est la sous-costale droite. Elle donne un bon jour sur la région opératoire surtout chez le sujet obèse et donnerait moins d'éventration. Mais, elle est plus longue à pratiquer et à réparer. Elle est d'un autre côté pourvoyeuse de séquelles (douleurs, paralysie et fourmillements).

- La minilaparotomie transversale : elle a certains adeptes et peut être réalisée à minima chez certains patients maigre.

La laparotomie médiane et paramédiane : elles ne sont plus pratiquées.

- La voie d'abord coelioscopique :

Elle est à l'heure actuelle la plus pratiquée bien qu'au début (début des années 1990), la CA constituait une contre-indication de l'abord coelioscopique.

L'abord cœlioscopique a l'avantage par apport à l'abord classique d'une hospitalisation plus courte, de donner moins de douleurs postopératoires, une réinsertion professionnelle rapide et moins de risques d'éventration par apport à la laparotomie conventionnelle. Il a été parfaitement démontré que l'abord cœlioscopique ne comporte pas plus de conversion au cours de la cholécystite aiguë par apport à une cholécystectomie pour une lithiase vésiculaire simple. Le taux de conversion oscille entre 11 et 36%. D'un autre côté, il n'existe pas plus de complications au cours de cet abord et l'intervention peut être menée en respectant les principales étapes de la chirurgie biliaire lithiasique.

Le plus souvent le chirurgien utilise 4 trocars pour aborder la vésicule et crée le pneumopéritoine en utilisant l'aiguille de Veres ou mieux l'open cœlioscopie. Le chirurgien se met entre les jambes écartées de la patiente (French position) ou à gauche de cette dernière (Américain) selon ses préférences. Certaines équipes (rares) ont assez de compétence pour faire un traitement complet de la lithiase biliaire (LV et LVBP) par abord cœlioscopique alors que d'autres font une conversion dès que le diagnostic de LVBP est fait à la cholangiographie peropératoire. Enfin, pour cet abord, il est important de sortir la vésicule à travers la paroi abdominale dans un sac (risque septique et surtout de dissémination néoplasique si un cancer existe au niveau de la vésicule biliaire).

c- Les temps communs aux 2 voies d'abord :

L'exploration per opératoire : Elle commence par un temps d'exploration visuelle et palpatoire. Ce temps permet de confirmer le diagnostic, de rechercher les lésions associées et surtout d'obtenir des signes en faveur d'une LVBP associée. Cette dernière bénéficie aussi de la pratique de la cholangiographie peropératoire de détection de calculs dissimulés dans la VBP. Il faut signaler que pour l'abord cœlioscopique, le temps d'exploration par la palpation n'est pas possible.

Temps visuel :

Grosse vésicule ou non, aspect de cette dernière. Appréciation du degré de pédiculite. Recherche d'éventuelles taches de bougie et bien entendu exploration de toute la cavité péritonéale.

Temps palpatoire : il n'existe pas en cœlioscopie, mais reste un temps important pour la recherche d'une lithiase de la VBP.

Etage sus mésocolique

Exploration du carrefour bilio-biliaire

La palpation de cette vésicule confirme la nature lithiasique de cette CA. En mettant un doigt dans le hiatus de Winslow, on explore le pédicule hépatique. L'artère hépatique qui bat, la VBP roule sous le doigt et la veine porte s'écarte entre le pouce et l'index. Ces manœuvres ne sont pas admises par tout le monde, car il y a un risque de mobilisation de calculs. La palpation du pancréas à la recherche de noyaux de pancréatite chronique céphalique associés, ou de foyers de nécrose. On pratique une palpation de l'estomac, du duodénum, l'hiatus œsophagien, la rate et le foie.

Etage sous-mésocolique :

Le chirurgien explore par la palpation le colon, les anses grêles, le rectum, les annexes et l'utérus.

- Quand la vésicule est énorme, il convient de la ponctionner et d'envoyer le liquide prélevé pour étude bactériologique

Temps de la cholangiographie : 3 clichés

1cliché sous faible pression : 2 à 5cc

1cliché sous pression : 5 à 7cc

1cliché de vidange : 3 à 5cc après le 2eme

Cet examen permet d'apprécier la morphologie de la VB, l'intégrité ou une anomalie ou des images de lithiasse de la VBP, la qualité du passage Oddien. Si une LVBP existe, un traitement de celle-ci est entrepris dans le même temps opératoire par abord direct ou indirect de la VBP. Après extraction des calculs, une cholangiographie de contrôle s'impose, mais elle est d'interprétation difficile. Il faut savoir que cet examen n'est pas à l'heure actuelle, du moins pour certains, de pratique systématique. Enfin pour être complet, si un traitement d'une LVBP a été pratiqué, un contrôle par une cholédoscopie est un élément intéressant.

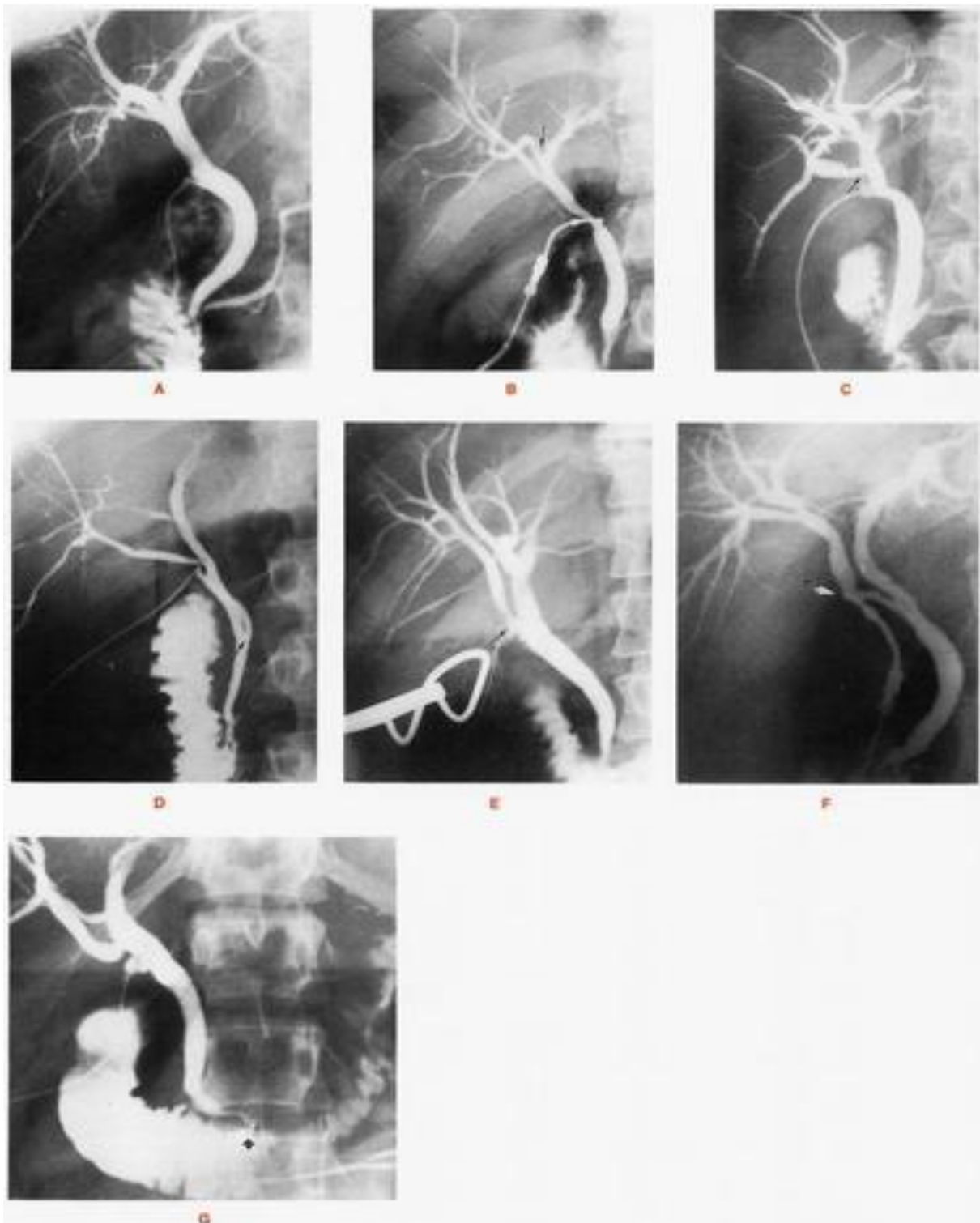


Figure N°1 : Exemples de cholangiographie peropératoire

- Technique de la cholécystectomie :

- Cholécystectomie rétrograde :

Elle consiste en l'abord premier du pédicule cystique avec ablation de la vésicule d'arrière en avant.

Avantages:

L'abord premier du canal cystique permet avant tout acte sur la VBP, d'éviter toute migration calculeuse per opératoire par contrôle du cystique. Par ailleurs, la dissection du carrefour biliaire inférieur permet de mettre en évidence des anomalies biliaire ou vésiculaires.

Inconvénients :

Entre des mains non entraînées à la chirurgie biliaire, elle peut présenter un danger pour la VBP en cas de lésions anatomo-pathologiques associées. En abord cœlioscopique, c'est la technique utilisée.

La cholécystectomie antérograde :

Elle se pratique d'avant en arrière avec ligature dernière du pédicule cystique.

Avantage : utile en cas de pédiculite ou de fistule bilio-biliaire. Elle peut paraître moins dangereuse pour la VBP dans les lésions très avancées. C'est la technique qui met le plus à l'abri devant des lésions inflammatoires telles que celles réalisées par la CA. La CA est l'une des situations où un traumatisme de la VBP peut survenir tant en chirurgie conventionnelle qu'en coelioscopie. Elle est à cause des lésions inflammatoires une des causes de conversion lors de la chirurgie coelioscopique. Enfin, à côté du traumatisme de la VBP, l'artère hépatique droite peut être blessée pour les mêmes raisons.

Inconvénients : elle est contraire à la tactique générale en chirurgie qui consiste à contrôler en premier lieu les pédicules vasculaires de ce fait elle est hémorragique dans son exécution.

Variantes dans l'ablation :

La cholécystectomie sous-séreuse aux ciseaux :

Avantages:

Elle présente la possibilité de péritonisation du foyer opératoire par la séreuse laissée en place et elle permet de déceler la présence de canaux biliaires aberrants se rendant directement à la vésicule.

Inconvénients : Impossible en cas de vésicule scléro-atrophique

On lui reproche de renfermer un foyer septique

La cholécystectomie au bistouri électrique :

Avantages:

Elle est rapide avec hémostase simultanée du lit vésiculaire et stérilisation du foyer septique.

Inconvénients :

Hémorragie par chute d'escarre secondaire et possibilité de canal aberrant se jettent dans le lit vésiculaire donnant lieu à une péritonite ou à une fistule

En cœlioscopie, cette cholécystectomie est faite au crochet coagulateur.

En résumé :

C'est une intervention rapide, sous anesthésie générale non hépatotoxique. Elle traite la CA, ces éventuelles complications et la maladie à l'origine. Elle met à l'abri des éventuelles récidives qui surviennent en cas de traitement médical ou instrumental

C- Les indications thérapeutiques :

1- La chirurgie en urgence :

a- La CA chez le diabétique

b- La CA compliquée

- c- La CA chez l'enfant
- d- La CA postopératoire
- e- Le doute diagnostique avec une autre étiologie
- f- Toute CA ne répondant pas au traitement médical au bout de 48h.

2- La ponction sous échographie (cholécystostomie échoguidée) :

Elle est indiquée surtout chez les patients âgés, tarés et hospitalisés en réanimation dans un état grave. Cette dernière trouve dans cette situation sa meilleure indication et sa pratique se fait en urgence.

3- L'attitude différée :

Certains patients sont vus au-delà des 72h et dans ces cas les lésions sont très avancées. Chez ces patients, il est plus simple de différer la chirurgie car cette dernière sera difficile de part l'installation des lésions inflammatoires et d'adhérences serrées qui auront vu leur jour.

Dans les autres cas (la majorité des patients), les délais sont comptés à partir du début de la poussée de la CA et non du jour de l'hospitalisation du patient.

L'heure chirurgicale est une affaire d'école :

- Attitude pour une chirurgie programmée (après sortie du patient de l'hôpital et nouvelle hospitalisation pour la cholécystectomie) :

Ces défenseurs mettent en avant le fait que la majorité des CA régressent sous traitement médical. Le patient sera opéré en différé après avoir été mieux exploré sur le plan général (recherche de tares et préparation à l'acte opératoire) et sur le plan de la maladie (recherche d'une éventuelle LVBP et pratique d'une éventuelle sphinctérotomie endoscopique avant la cholécystectomie).

Ces inconvénients sont la possibilité de refus du patient une fois guéri de sa poussée, la possibilité de survenue d'une nouvelle poussée et bien entendu le risque de survenue d'une complication en cours du traitement médical et le coût de la prise en charge globale.

La chirurgie différée : Certains auteurs opèrent en différé dans la première semaine (urgence différée). Ils mettent en avant les mêmes avantages que pour l'attitude précédente avec le bien-fait pour le patient d'être opéré au cours de la même hospitalisation (diminution du coût et absence de nouvelles poussées).

Ces inconvénients sont pratiquement les mêmes que l'attitude précédente.

La chirurgie précoce : Ces défenseurs mettent en avant le fait que la CA peut être opérée en urgence car les lésions au début (24-72h) sont plus œdémateuses que scléreuses. De ce fait, la cholécystectomie et contrairement à ce qui est classiquement admis, est facile durant ces jours. En effet, plus on attend plus les lésions deviennent scléreuses et difficiles à disséquer. Il a été parfaitement démontré aussi bien en chirurgie conventionnelle qu'en cœliochirurgie que la cholécystectomie précoce a de meilleurs résultats que la cholécystectomie différée ou programmée. Il y a moins de complications de la poussée de CA (puisque la chirurgie n'attend pas), la cholécystectomie est moins difficile, sa morbidité et sa mortalité sont les mêmes et surtout le coût de la thérapeutique est moindre.

La conduite de l'intervention :

- La CAL sans LVBP :

Le drainage biliaire externe peut être indiqué en cas :

- de bile purulente, si le cystique est de très mauvaise qualité pour être lié, ou la VBP est dilatée (drainage de sécurité).

Le drainage péritonéal est fonction de :

- L'état anatomique des lésions, des conditions d'hémostase et il est largement utilisé en cas de CA suppurée diffuse.

- La CAL avec LVBP :

-Le drainage externe est largement indiqué. Le traitement de la LVBP ne change pas avec l'existence de la CAL et le principe reste le même à savoir une extraction des calculs et l'assurance d'un flux biliaire vers le tube digestif par les différents procédés décrits pour le traitement de la LVBP (voir conférence sur la LVBP).

- La CA avec pancréatite aiguë :

- La primauté va au traitement de la pancréatite aiguë selon la sévérité de cette dernière. Si la pancréatite aiguë est sévère, la cholécystectomie sera pratiquée lorsqu'il y aura une indication chirurgicale pour la pancréatite aiguë en général indiquée secondairement. En cas de pancréatite aiguë bénigne, la cholécystectomie sera réalisée dès la résolution de la pancréatite aiguë au cours de la même hospitalisation

- Les cas particuliers :

- Les fistules bilio-biliaires :

Cholécystectomie partielle + plastie cholédocienne ou si destruction importante montée d'une anse jéjunale pour une anastomose biliodigestive.

- Les fistules bilio-digestives :

- Il faut réparer les organes par une fermeture de la fistule en plus de la cholécystectomie en associant un drainage sous-hépatique. Parfois, on pratique une gastro-entéro-anastomose si une sténose pylorique existe.

- La péritonite biliaire :

- Cholécystectomie avec toilette péritonéale, drainage péritonéal et contrôle des voies biliaires si l'état du patient le permet.

- L'Oddite : oddite scléreuse (diagnostic histologique)

- La sphinctérotomie est néfaste. Le plus souvent on utilise un drainage biliaire externe car l'oddite accompagnant une CA est le plus souvent œdémateuse.

- La CAL chez la femme enceinte :

Il est préférable de traiter médicalement la poussée et de pratiquer la cholécystectomie après l'accouchement sauf non réponse au traitement médical.

E- Les suites opératoires :

Les suites opératoires sont en général simples, surtout chez les patients jeunes.

La surveillance postopératoire est réalisée sur :

L'état général, les constantes vitales (pouls, TA, T°, diurèse)

La palpation de l'abdomen, la reprise du transit, drainage (quantité et qualité).

Les soins postopératoires :

Reprise de l'alimentation orale dès le lendemain de l'intervention dans la plus part des cas, sauf indication particulière (geste associé ou anastomose).

Lever précoce et gymnastique respiratoire.

Antibiothérapie durant 6 à 8 jours

Thromboprophylaxie jusqu'à déambulation correcte.

F- Les complications :

1- Les complications communes à toute chirurgie :

- Les complications pulmonaires, urinaires et thromboemboliques

2- Les complications spécifiques à cette chirurgie (survenant en peropératoire et pouvant se manifester en postopératoire) :

- Le traumatisme de la VBP (Plaie de la VBP): S'il est ignoré, le patient peut présenter une péritonite postopératoire ou un cholépéritoine ou une fistule biliaire externe. Dans certains cas, le patient présentera un ictère postopératoire.

- La ligature de l'artère hépatique droite prise pour l'artère cystique.

- Une hémorragie par lâchage de la ligature de l'artère cystique

- La lithiasie résiduelle.

3- Les complications communes à toute chirurgie :

Les complications précoces

- L'abcès sous-phrénique

- La pancréatite aiguë post opératoire

- La péritonite post opératoire

- L'occlusion sur brides précoces

- L'ulcère de stress.

Les complications tardives

- L'éventration

- L'occlusion sur brides.

XII- Conclusion :

La prise charge de la CA (CAL ou CAAI) est essentiellement chirurgicale. Le traitement médical n'est qu'une préparation à l'acte opératoire. La tendance à l'heure actuelle est à la chirurgie précoce (24-72h) qui a les meilleurs résultats en termes de morbidité et de coût de la prise en charge. Mais, il ne faut pas méconnaître les autres armes thérapeutiques car elles ont encore leurs indications précises et qui peuvent être salvatrices dans certains cas.

Bibliographie.

- 1- F.Abi, F.El Fares, N.Zerouali, H.Laaroussi, K.Touzani, D.Khaiz, M.Moumen, A.Bouzidi, L'heure chirurgicale de la cholécystite aiguë lithiasique. J.Chir. 1984 ; 121 : 505-512.
- 2- N.V. Addison, P.J.Finan. Urgent and early cholecystectomy for gallbladder disease. Br.J.Surg. 1988; 75: 141-143
- 3- G. Aulagnier, B.Fournier, R.Donné, R.Guillet. Cholécystite aiguë lithiasique après gastrectomie. A propos de 2 cas. J.Chir. 1980 ; 117 : 393-395.
(Très intéressante référence qui insiste surtout sur l'état histologique de la vésicule biliaire au cours des 2 premiers jours et l'aspect inflammatoire pur permettant une chirurgie précocement).
- 4- L.Bodin. Cholécystite aiguë postopératoire. MAPAR 1997 : 455-465.
- 5- C.F.Chandler, J.S.Lane, P.Fergusson, J.E.Thompson, S.W.Ashley.
Prospective evaluation of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. The American surgeon 2000; 66: 896-900.
- 6- L.Chang, R.Moonka, M.Stelzner. Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in veterans patients. Am.J.Surg. 2000;180: 198-202.
- 7- R.Dalmas, R.Picaud, G.Anfossi, C.Giudecelli Les cholécystites aiguës lithiasiques. J.Chir. 1979 ; 116 : 193-200.
- 8- C.Famulari, A.Macri, S.Galipo, M.Terranova, O.Freni, D.Cuzzocrea. The role of ultrasonographic percutaneous cholecystostomy in treatment of acute cholecystitis. Hepato-Gastroenterology 1996; 43:538-541.
- 9- L.A.Hidalgo, G.Capella, J.Pi-Figueras, L.Allende, V.Artigas, X.Rius, J.Puig La Galle.
The influence of age on early surgical treatment of acute cholecystitis. Surg.Gynecol. and Obstetrics 1989; 169: 393-396.
- 10- M.Issa, S.Miclo, L.H.Holderbach. Le traitement chirurgical précoce de la cholécystite aiguë.
J.Chir. 1984 ; 121 :101-104.
- 11- S.Klimberg, I.Hawkins, S.Vogel. Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high-risk patients. Am.J.Surg. 1987; 153:125-129.
- 12- C.M.Lo, C.L.Liu, S.T.Fan, E.C.S.Lai, J.Wong. Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Ann.Surg. 1998; 227:461-167.
- 13- J.P.Pigot, G.B.Williams. Cholecystectomy in the elderly. Am.J.Surg. 1988; 155: 408-410.
- 14- D.Rutledge, D.Jones, R.Rege. Consequences of delay in surgical treatment of biliary disease. Am.J.Surg.2000; 180:466-469.