

# INDICATIONS DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE EN DEHORS DES COMPLICATIONS DE LA LITHIASE BILIAIRE.



**CHU**  
B R E S T

Clément GAYET

# PLAN

- Cholécystite alithiasique
- Lésions bénignes / pré-cancéreuses
- Lésions malignes
- Chirurgie de l'obésité
- Associée à un geste chirurgical

# Cholecystite aigue alithiasique

- Inflammation de la vésicule en l'absence de calcul
- Maladie grave du fait du terrain sous jacent
- Mortalité élevée ~ 10 %
- Origine multifactorielle
  - Stase biliaire
  - Ischémie vésiculaire

# Cholécystite aiguë alithiasique

- **Étiologie**
  - Cholécystite de stress
  - Cholécystite alithiasique infectieuse
  - VIH
  - Nutrition parentérale totale
- **Cas de la pédiatrie**

# Cholécystite aiguë alithiasique

- **Signes cliniques et biologiques**
  - Identiques à ceux retrouvés lors de complications de lithiases
  - Défaillance viscérale, sepsis sévère
  - Retard diagnostique fréquent
  - Souvent porté au stade de complication
- **Examen radiologique**
  - Echo abdo +++
  - TDM
  - cholescintigraphie

- **Prise en charge**

- Drainage de la bile + suppression de l'inflammation de la paroi vésiculaire

- Cholecystectomie

- Cholecystostomie per cutanée

- Traitement de l'infection bactérienne

- Traitement de la maladie sous-jacente

- **Choix entre cholecystectomie et cholecystostomie per cut**
  - Traitement de référence reste la cholecystectomie
  - Chez patient fragile inopérable drainage per cutané alternative intéressante
    - Traitement ATB seul ne suffit pas
    - Peut permettre d'éviter la cholecystectomie à distance
    - 60 - 93 %de succès

# Cas particulier de l'enfant

- En première intention traitement conservateur
  - ATB
  - A jeun
- Cholecystectomie n'est réalisée qu'en cas d'évolution défavorable

# Lésions pré-cancéreuses de la vésicule biliaire

- Vésicule porcelaine
- Macrolithiase
- Adenomyomatose
- Polypes
- Anomalies de la jonction bilio-pancréatique
- Cholangite sclérosante

# Vésicule porcelaine

- Calcification de la paroi vésiculaire
  - De toute la paroi
  - De la muqueuse
  - Distinction possible à l'échographie
- Risque de cancer X 14 en cas de calcifications de la muqueuse
- **cholecystectomie**
  - **Prophylactique si calcification focale**
  - **En cas de symptômes si calcification de toute la paroi**

# Cholecystite chronique lithiasique

- Facteurs de risque
  - Age > 60 ans
  - Portage de la lithiase > 15 ans
  - Taille du calcul > 3 cm
- calcul de 3 cm >>> risque de cancer X 10
  - cholecystectomie

# Adénomyomatose

- Épithélium fait protrusion dans la musculature et forme des poches
- Souvent asymptomatique
- Diagnostique à l'imagerie
  - TDM
  - Echo abdo
- Si isolée elle est considérée comme bénigne
  - Pas de cholecystectomie

# Polypes vésiculaires

- 2 types
  - Cholesteroliques, ils sont bénins
  - Non cholesteroliques
- Polypes non cholesteroliques
  - Si  $> 10\text{mm}$ 
    - Polype sessile
    - Caractère iso / hypo échogène
    - augmentation rapide de la taille
  - Alors il faut réaliser une cholecystectomie préventive

# Cholangite sclérosante

- ~ 4 % des malades auront un cancer de la vésicule
- 80 % ont une RCH associée
- >> certaines équipes préconisent une cholecystectomie associée lors d'une chirurgie colique

# Anomalies de la jonction bilio-pancreatique (AJBP)

- Canal commun anormalement long
  - Reflux chronique de suc pancréatique dans VB
  - Dilatation kystique du cholédoque
- 2 situations
  - AJBP sans kyste
    - Cholecystectomie
  - AJBP avec kyste cholédoque
    - Résection voie biliaire anastomose hépatico-jéjunale

# Voies d'abord

- Coelioscopie est possible si
  - Pas d'argument pour une neoplasie
  - Pas d'ouverture de la pièce per op
  - Extraction dans un sac
  - Exsufflation trocard en place
  - Examen extemporané
- Mais risque de méta sur orifices de trocards

# CANCER DE LA VESICULE BILIAIRE

- 2 - 3 % des cancer digestifs en France
- Femme âgée
- Adénocarcinome 98 %
- Pronostique sombre
- Le plus souvent de découverte fortuite
  - 75 % ne sont pas résecables lors de la découverte

# Bilan pré opératoire

- Imagerie
  - IRM
  - TDM si IRM non disponible
  - TEP + TDM thorax si résection curative envisagée

# Prise en charge chirurgicale

**Superficiel** (limité à la muqueuse, sans embol lymphatique ni péri-nerveux et avec ganglion cystique indemne)  
cholécystectomie seule

**Atteinte de la musculieuse** (notamment sur la paroi juxta-hépatique) :

au minimum résection du lit vésiculaire  
bi- ou tri-segmentectomie (IV, V, +/- VI)  
hépatectomie droite élargie au segment IV ,

résection large des orifices de trocards en cas de réintervention après cholécystectomie laparoscopique

# CAS DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

2 cas de figure

- Chirurgie restrictive
  - Sleeve
  - anneau
- Chirurgie de malabsorption
  - Switch duodenal
  - By pass gastrique

# problématique


- Incidence lithiase augmentée chez l' obèse X 3
- cours des 6 premiers mois post op
- Retour à la « normale » à 2 ans
- 15 – 37 % de manifestations clinique au cours de cette période

# Facteurs responsables

- Rapidité de la perte de poids
- $<$  de la vidange vésiculaire
- $>$  de la concentration en sels biliaires
- Hypersaturation de la bile en cholestérol

# Quand réaliser la cholecystectomie ?

- Gastroplastie (sleeve , anneau )
  - Mécanisme restrictif
  - Perte de poids lente
  - Matériel étranger
  - Pas + de complications biliaires en post op par rapport à une population comparable
- → pas de cholecystectomie systématique si lithiase non compliquée
  - ursolvan®

- duodenal switch
  - Systématique en cas de duodenal switch
- By pass
  - Echo  pré op au cours du bilan
    - Si anomalies ( calcul ,microcalcul ,sludge )  
cholecystectomie

# cholecystectomie systématique au cours d' une intervention abdominal

- splénectomie chez l' enfant pour sphérocytose
  - Réalisée si bilan pré op retrouve des anomalies
- Pas d' indication pour
  - Tractus digestif haut
  - Colo-rectal
  - Chir. vasculaire
- Pas de consensus international
  - Transplantation rein / pancréas

# CAS PARTICULIERS

- Recommandée en pré-greffe cardiaque si possible
- Cas du diabétique
- Micro-lithiases chez le patient jeune