

# CHOLECYSTITES AIGUES ALITHIASIQUES POST- OPERATOIRES

GHAINA Adil  
SCHBD-CHU RENNES  
SCVO-janvier2010

# INTRODUCTION

## Définition:

Inflammation de la vésicule biliaire en absence de calculs survenant dans un contexte post-opératoire, avec notion d'agressions inflammatoires et/ou septiques.

Incidence globale extrêmement faible de l'ordre de 0.2%.

*Barie et al. J Am Coll Surg 1995*

Incidence CAA post-op varie avec le type initial de chirurgie:

Chirurgie générale	1 à 1,6%
Cure anévrisme aorte abdominale	0.1%
Rupture anévrisme aorte	13,6%
Chirurgie cardiaque	0,1 à 0,6%
Polytraumatisme et gd brûlés	0,4 à 0,5%

*Azoulay D et al. Ann chir 2002*

# PHYSIOPATHOLOGIE

## Origine Multifactorielle

Liée au patient.

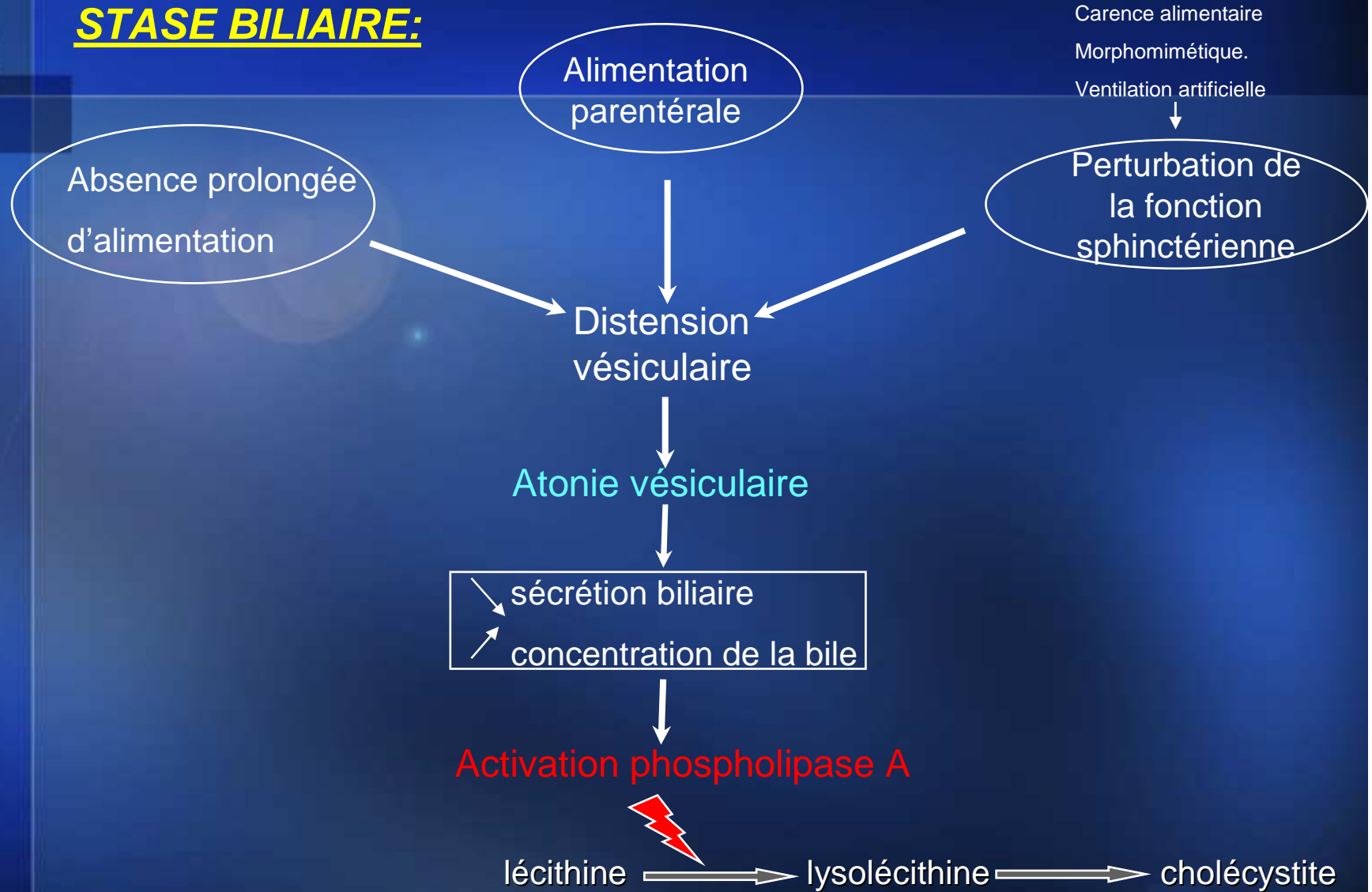
Liée aux traitements mis en place.

## Stase biliaire

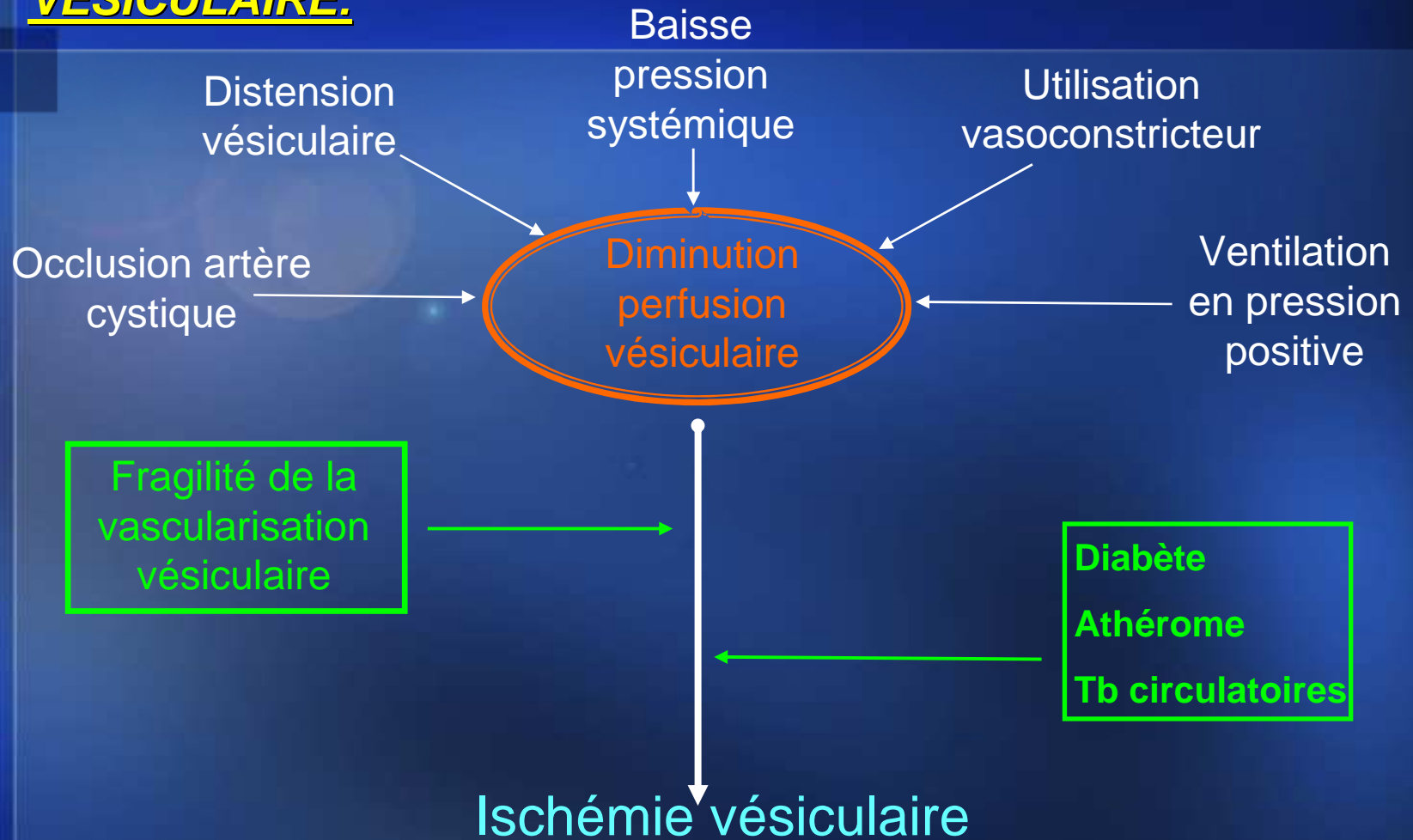


Ischémie infection

## STASE BILIAIRE:



## ISCHEMIE VESICULAIRE:



*Kalliafass et al. Am Surg 1998*

*Laurilla JJ et al. Histopathology 2005*

## **INFECTION SYSTEMIQUE:**

Joue un rôle par le biais de l'endotoxémie et/ou par le biais des médiateurs de l'inflammation mis en jeu au cours du sepsis.

## FACTEURS DE RISQUE SELON GATELY:

1. Une sédation supérieure à six jours.
2. Une aspiration digestive.
3. Un iléus prolongé.
4. Une ventilation mécanique en pression positive en fin d'expiration.
5. Plus d'une intervention chirurgicale.
6. Une transfusion de culots globulaires > 10 unités.
7. Une déhiscence pariétale ou un abcès de paroi.
8. Une nutrition parentérale totale supérieure à trois jours.

*Gately JF. Arch Surg 1983.*

# DIAGNOSTIC

Contexte: post-opératoire, réanimation, malade sédaté et ininterrogeable, examen physique ininterprétable

Clinique:

Douleurs HCDt (80% des cas).

Fièvre (55% et 100% des cas).

Nausées, vomissements et ictère: moins fréquents.

*Savoca PE. Ann Surg 1990*

Biologie:

hyperleucocytose à PNN, ↑CRP.

cholestase et cytolyse sont fréquentes, non spécifiques, secondaires au sepsis

**L'apparition d'une ou plusieurs défaillances viscérales ou d'un sepsis inexpliqué doit faire évoquer le diagnostic**

Echographie est l'examen le plus performant pour le diagnostic.

Signes échographiques:

**Epaississement pariétal vésiculaire.**

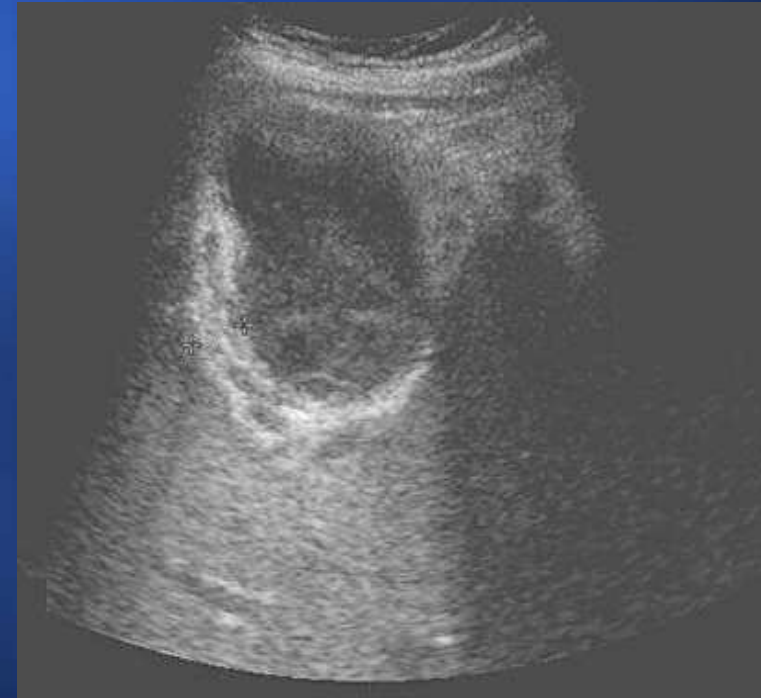


Echographie est l'examen le plus performant pour le diagnostic.

Signes échographiques:

Epaississement pariétal vésiculaire.

**Double contour de la paroi.**



Echographie est l'examen le plus performant pour le diagnostic.

Signes échographiques:

Epaississement pariétal vésiculaire.

Double contour de la paroi.

**Diamètre transverse de la vésicule > 4cm.**



Echographie est l'examen le plus performant pour le diagnostic.

Signes échographiques:

Epaississement pariétal vésiculaire.

Double contour de la paroi.

Diamètre transverse de la vésicule > 4cm.

**Sludge intra-vésiculaire ( 60% des cas).**



Echographie est l'examen le plus performant pour le diagnostic.

Signes échographiques:

Epaississement pariétal vésiculaire.

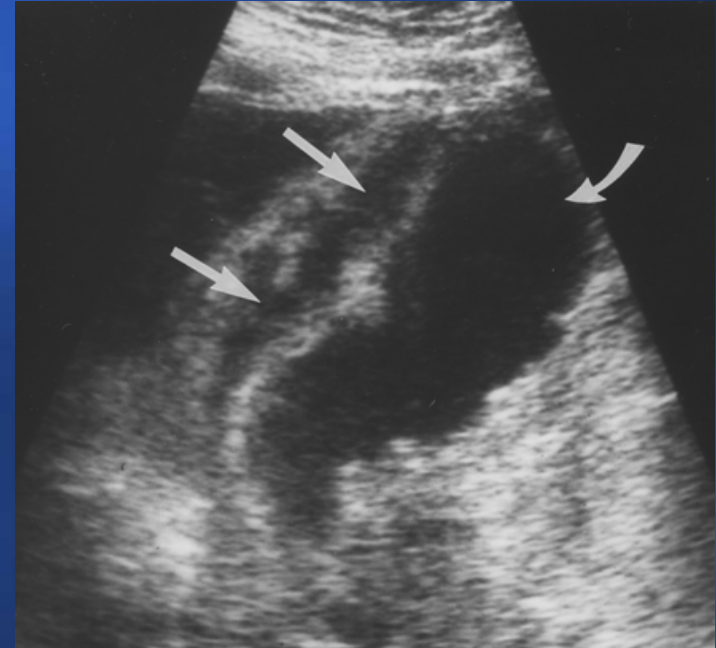
Double contour de la paroi.

Diamètre transverse de la vésicule > 4cm.

Sludge intra-vésiculaire (présent 60% des cas).

**Nécrose vésiculaire.**

**Absence de lithiase.**



Echographie est l'examen le plus performant pour le diagnostic.

Signes échographiques:

Epaississement pariétal vésiculaire.

Double contour de la paroi.

Diamètre transverse de la vésicule > 4cm.

Sludge intra-vésiculaire (présent 60% des cas).

Nécrose vésiculaire.

Absence de lithiase.

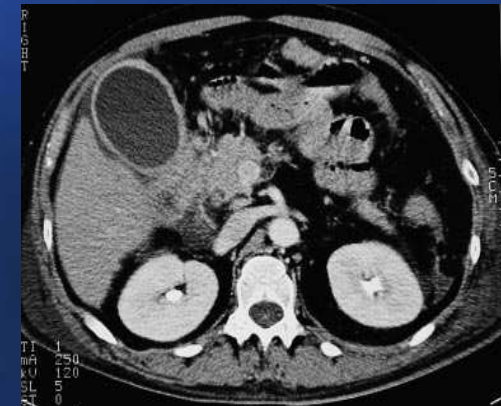
Tomodensitométrie:

les signes st superposables

à ceux de l'échographie.

permet de mieux éliminer les

autres causes de sepsis.



# TRAITEMENT

## Cholécystectomie:

Laparotomie ss costale droite:

pas de cholangiographie per-op,  
pas drainage des VB accessoires.

taux de mortalité: 0.6% avant 50 ans

9.6% après 65 ans

19% chez malades en mauvais état général.

Cœlioscopie:

Indication? Encore mal définie.

contexte: laparotomie récente, défaillance viscérale, Tb hémostase.

## Cholécystostomie chirurgicale:

sous anesthésie locale, en cas de CI anesthésie générale;

Morbidité 42%:

Abcès sous phrénique.

Abcès de la paroi.

Fistule biliaire.

Hémorragie par le drain.

Mortalité 23 à 59%.

### Principes de la prise en charge

- Diminuer ou supprimer l'inflammation de la paroi vésiculaire.
- Drainer la bile contenue dans la vésicule biliaire.
- Traiter l'infection (bactérienne le plus souvent).
- Traiter l'étiologie et les facteurs favorisants autant que possible.

*Skilling JC et al. Am J Surg 1980*  
*McGahan JP et al. Radiology 1989*

## Cholécystostomie percutanée(CPC):

- Alternative à la chirurgie chez des patients âgés ou à haut risque anesthésique (ASA III et IV).
- Peut être réalisée au lit du malade, sous anesthésie locale.
- Voie transhépatique/ voie intrapéritonéale.

### Risques:

- Perforation colique.
- Lésions vasculaires, hémorragie.
- Péritonite biliaire.
- Infection hépatique par la bile infectée(voie transhépatique)

### Résultats:

morbidité 10%, mortalité < 2%.

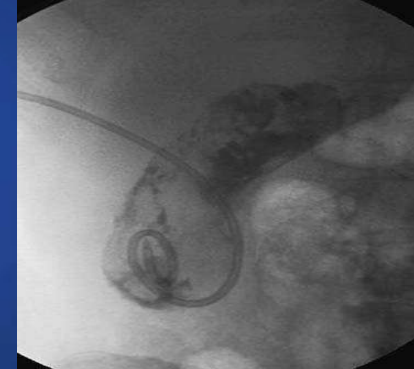
Efficacité supérieure à 90%.

Disparition du syndrome septique au bout de 72h.

Durée drainage 15 à 20j.

Opacification biliaire: doute sur un obstacle cholédocien, drainage peu productif ou aggravation du Sd septique.

Cholécystectomie secondaire nécessaire dans 10% des cas seulement.



*Patel M et al. Am Surg 2000*  
*Boland GW. AJR 1994*  
*England RE. AJR Am J Roentgenol 1997*

## Indications thérapeutiques:

Cholécystectomie: ttt de référence.

CPC radiologique chez des patients fragiles inopérables.

ttt médical associé: antibiotique+++ , optimisation patient.

## CONCLUSION:

CAA POST  
OPERATOIRE



MARQUEUR DE  
GRAVITE

CHOLECYSTOSTOMIE  
PERCUTANEE



SI CI ANESTHESIE  
GENERALE

ECHOGRAPHIE



EXAMEN DE  
REFERENCE

Ttt MEDICAL  
SEUL



PAS DE PLACE

CHOLECYSTECTOMIE



Ttt PREMIERE  
INTENTION



MORTALITE



AMELIORATION DELAI  
DE PRISE EN CHARGE  
DIAGNOSTIQUE ET  
THERAPEUTIQUE

# BIBLIOGRAPHIE

- ❖ England RE, McDermott VG, Smith TP, Suhocki PV, PayneCS, Newman GE. Percutaneous cholecystostomy: who responds? *AJR Am J Roentgenol* 1997; 168: 1247-1251
- ❖ Laurila JJ, Ala-Kokko TI, Laurila PA, Saarnio J, Koivukangas V, Syrjälä H, et al. Histopathology of acute acalculous cholecystitis in critically ill patients. *Histopathology* 2005;47:485-92.
- Andrieu D., Suc B., Ota P. Cholécystites non lithiasiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Hépatologie,7-047-H-10, 2009
- Saha A, Batra P, Vilhekar KY, Chaturvedi P. Acute acalculous cholecystitis in a child with *Plasmodium falciparum* malaria. *Ann Trop Paediatr* 2005;25:141-2.
- ❖ Silberfein EJ, Zhou W, Koungias P, El Sayed HF, Huynh TT, Albo D, et al. Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high-risk patients: experience of a surgeon-initiated interventional program. *Am J Surg* 2007;194:672-7.
- ❖ Boland GW, Lee MJ, Leung J, Mueller PR. Percutaneous cholecystostomy in critically ill patients: early response and final outcome in 82 patients. *AJR* 1994; 163:339-42..
- ❖ Langlois P, Bodin L, Bousquet JC, Rouby JJ, Godet G, Davy-Mialou C, Wiart D, Cortez A, Chomette G, Grellet J, Chigot JP, Mercadier M. Les cholécystites aiguës non lithiasiques postaggressives. Apport de l'échographie au diagnostic et au traitement dans 50 cas. *Gastroentérol. Clin Biol* 1986;10:238-243.
- ❖ Raunest J, Imhof M, Rauen U, Ohmann CH, Thon KP, Bürrig KF. Acute cholecystitis: a complication in severely injured intensive care patients. *J Trauma* 1992; 32: 433-440.
- ❖ McGahan JP, Lindfors KK. Percutaneous cholecystostomy: an alternative to surgical cholecystostomy for acute cholecystitis ? *Radiology* 1989;173:481-5.
- ❖ Skilling JC, Kumai C, Hinshaw JR. Cholecystostomy: a place in modern biliary surgery ? *Am J Surg* 1980;139:865-9.
- ❖ Hultmann CS, Herbst CA, McCall JM, Mauro MA. The efficacy of percutaneous cholecystostomy in critically ill patients. *Am Surg* 1996;62:263-9.
- ❖ Savoca PE, Longo WE, Zucker KA, McMillen MM, Modlin IM. The increasing prevalence of acalculous cholecystitis in outpatients. Results of a 7-year study. *Ann Surg* 1990;211:433-7.
- ❖ Kalliafas S, Ziegler DW, Flancbaum L, Choban PS. Acute acalculous cholecystitis: incidence, risk factors, diagnosis, and outcome. *Am Surg* 1998;64:471-5.
- ❖ Barie PS, Fischer E. Acute acalculous cholecystitis. *J Am Coll Surg* 1995;180:232-44.
- ❖ Gately JF, Thomas EJ. Acute cholecystitis occurring as a complication of other diseases. *Arch Surg* 1983;118:1137-41.
- ❖ Patel M, Miedema BW, James MA, Marshall JB. Percutaneous cholecystostomy is an effective treatment for high-risk patients with acute cholecystitis. *Am Surg* 2000;66:33-7.