

# **LA CHOLECYSTITE AIGUE**

# CONSIDERATIONS GENERALES

- Dans 80% des cas elle est le résultat d'une obstruction du canal cystique
  - L'évolution va spontanément vers la guérison, mais elle peut conduire aussi vers un abcès ou une perforation
- L'âge avancé constitue un facteur aggravant
- 10% des cas sont sans lithiase biliaire

# Tableau clinique

- *A. Symptomatologie*

- douleur au niveau de l'hypocondre droit et subscapulaire droit, 75% des cas ayant comme antécédents la colique biliaire
- nausée et vomissements
- fièvre
- défense musculaire localisée dans l'hypocondre droit
- météorisme abdominal
- dans 1/3 des cas la vessie biliaire est palpable

- **B. Tests biologiques**

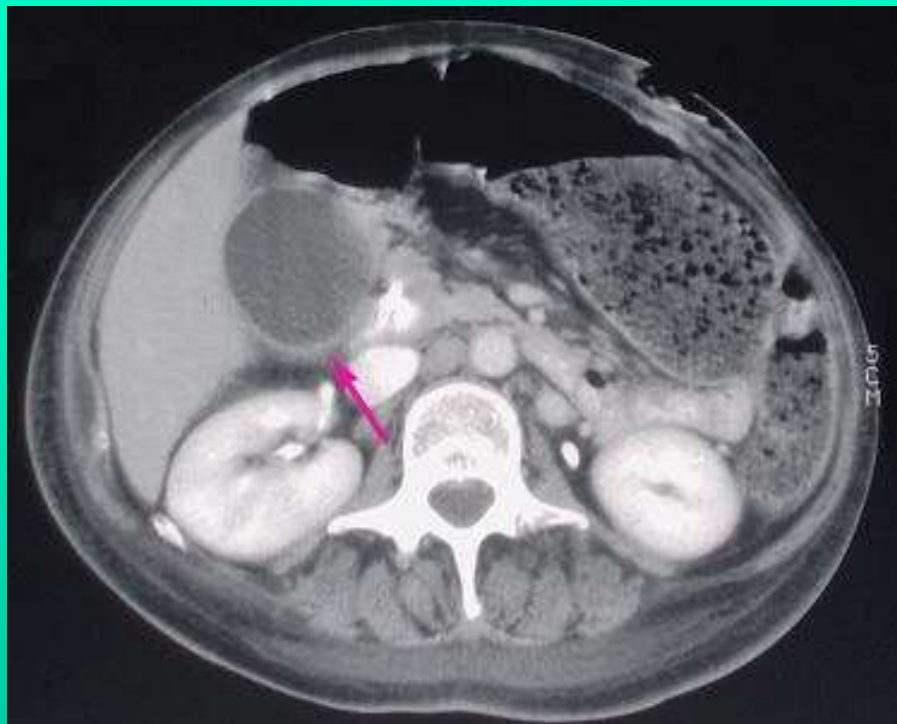
- leucocytose 12000 - 15000 /mm<sup>3</sup>
- légère hausse de la bilirubine sérique
- légère hausse de la phosphatase alcaline
- occasionnellement :augmentation de l'amylasémie

***C. Imagerie***

- Rx abdominal
- L'échographie est l'investigation la plus éloquente
- CT abdominal



RUQ ultrasound showing thickened gallbladder wall with stones.



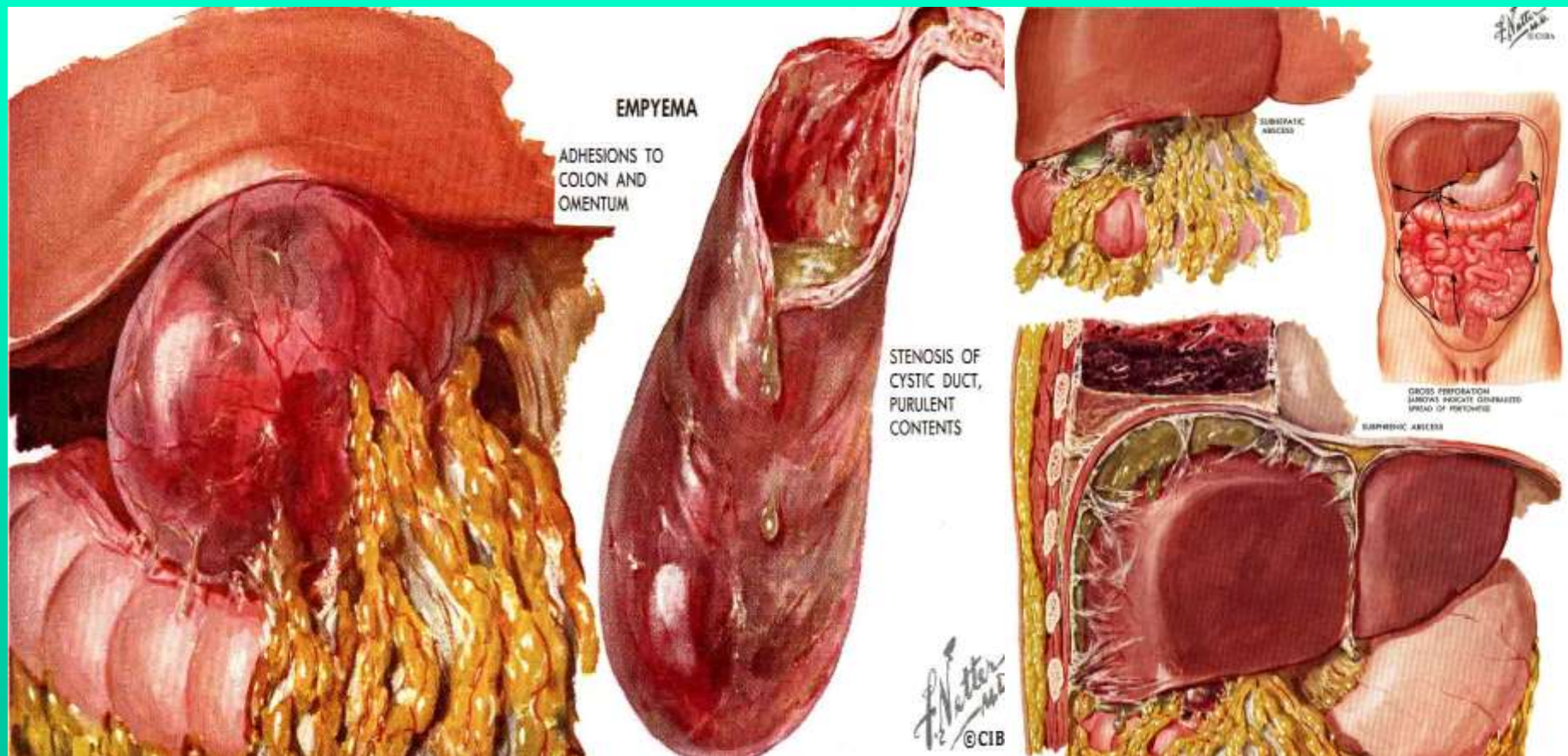
Abdominal CT showing a distended gallbladder with a thickened wall.

# Diagnostic différentiel

- *Abdomen aigu:*
  - **Le syndrome d'irritation péritonéale** - échographie/ Rx-graphie
  - **Pancréatite aiguë**
  - Il est possible que ces deux maladies coexistent
  - *Pathologie extra abdominale*

# Complications

- **A. Pyocholécyste (empyème)**
  - Accumulation de contenu purulent dans la vessie biliaire
  - le patient présente une fièvre accrue; leucocytose ( plus de 15000/mm<sup>3</sup>), etc
- **B. Perforation**
  - Abscès péricholécystique
  - Perforation dans la cavité péritonéale
  - Fistule bilio-digestive





# Traitement

- **Médical**

- correction de la déshydratation et de la perte d'électrolytes
- tube naso-gastrique
- antibiothérapie

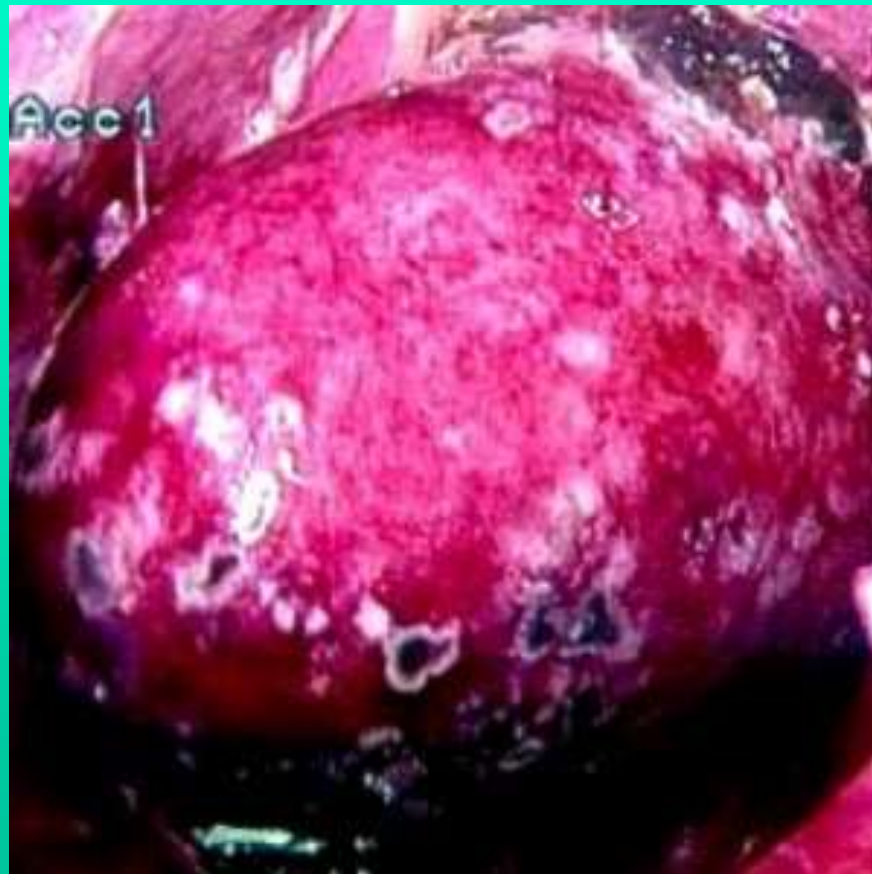
- **Chirurgical - Cholecystectomie**

Une intervention *précoce* est préférable:

- l'incidence des complications est plus réduite
- se réduisent également la durée de l'hospitalisation et les coûts médicaux;
- le taux de la mortalité baisse considérablement

# Pronostic

- Le taux de la mortalité est d'environ 5%
- Généralement les décès concernent des patients ayant plus de 60 ans
- L'obstruction de la voie biliaire commune dans approximativement 15% des cas



# L'ICTERE

# Considérations générales

- Représente un excès de pigments biliaires dans les tissus et dans le sang
- Il présente trois types:
  1. Pré-hépatique
  2. Hépatique
  3. Post-hépatique

- *Pré-hépatique*
  - la cause la plus commune est représentée par l'**hémolyse**
  - il est plus fréquent chez les patients jeunes
- *Hépatique (parenchymateux)*
  - les hépatites aiguës virales
  - la cirrhose cholestatique chronique alcoolique
- *Post-hépatique* (obstructions biliaires)
  - tumeurs malignes
  - lithiase du cholédoque
  - structures biliaires

# Anamnèse

- Age, sexe, conditions de vie
- Alcoolisme chronique
- Modification de la couleur des selles et des urines
- Corrélation entre douleurs et ictère
- Caractéristique de l'ictère

# Examen clinique

- Hépatomégalie
- Signes de cirrhose:
  - foie induré, angiomatose cutanée , ascite, développement des veines collatérales périombilicales, varices oesophagiennes, splénomégalie, etc.
- Signe de Courvoisier-Terrier



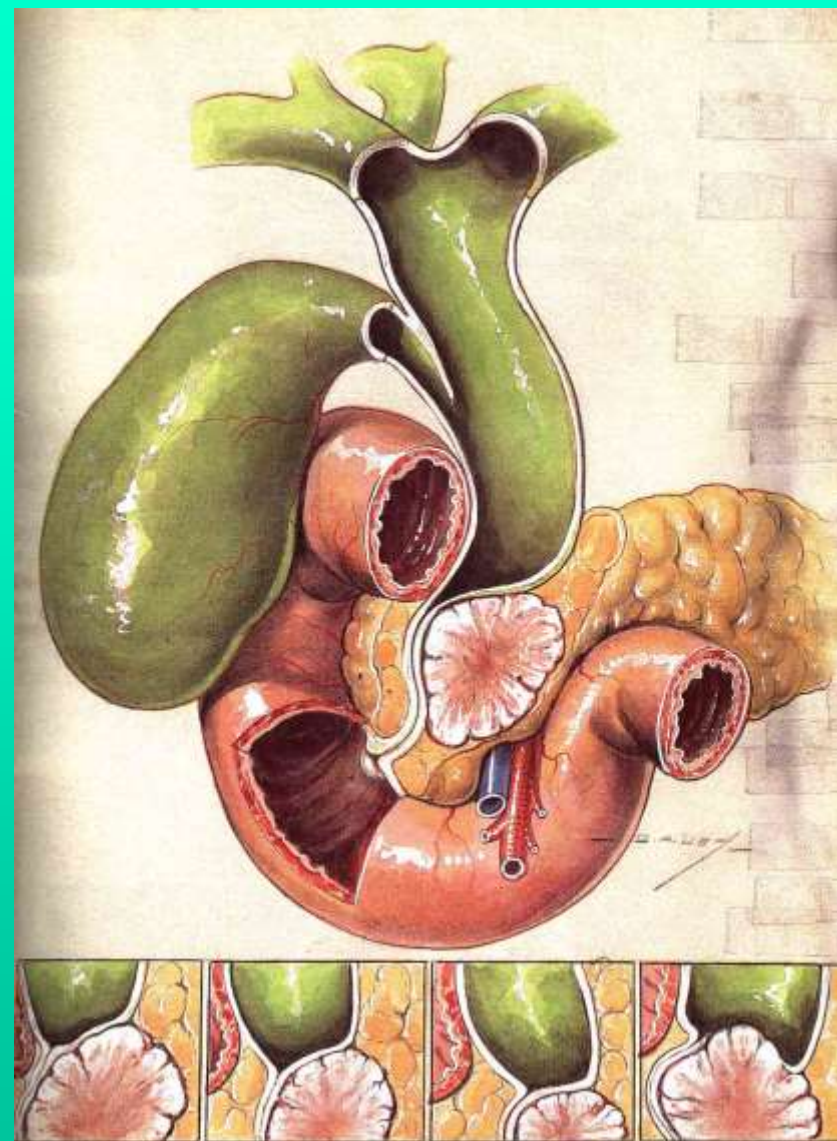
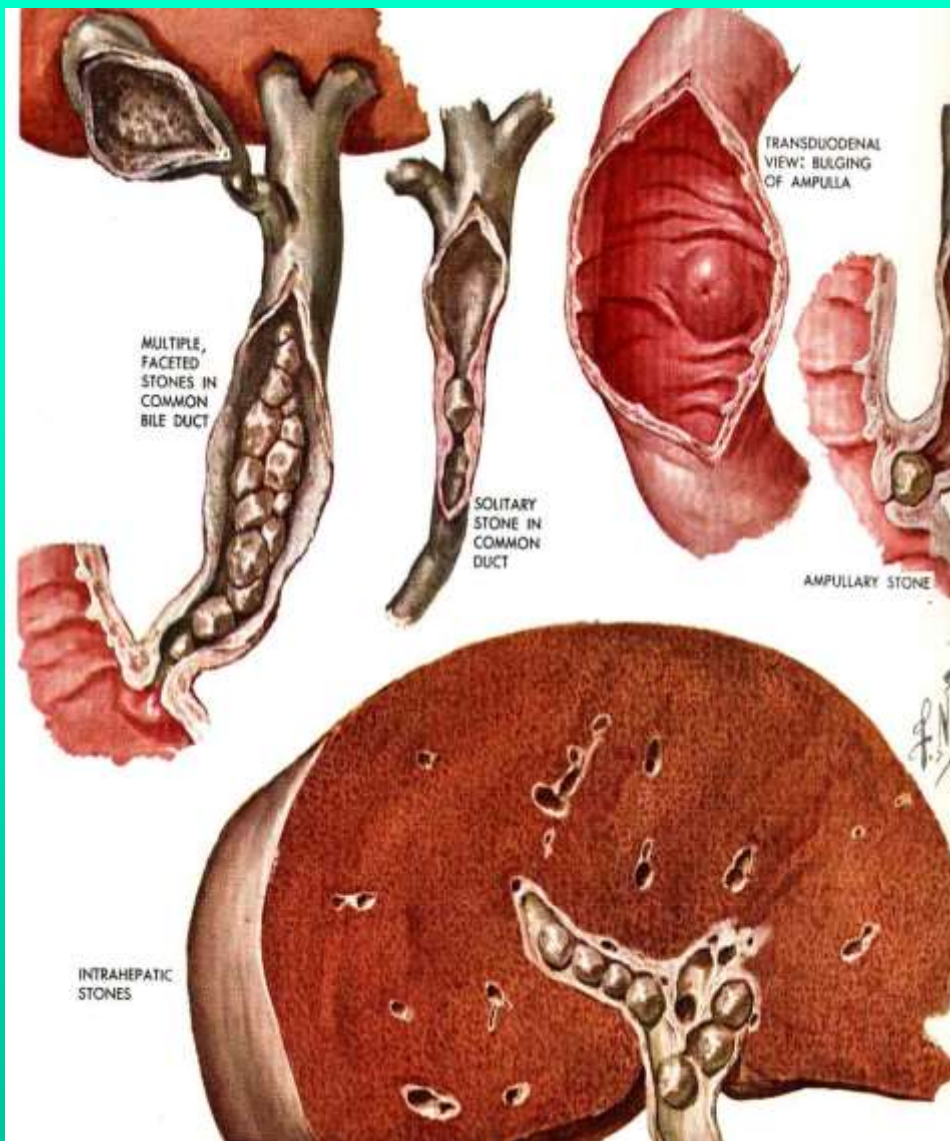
# Tests biologiques

- **Maladie hémolytique**
  - Augmentation de la bilirubine indirecte
  - Elle dépasse rarement 4-5mg/dl
- **Maladies hépatiques parenchymateuses**
  - Les deux fractions de la bilirubine augmentent, l'augmentation la plus importante étant celle de la fraction non conjuguée
  - Les transaminases augmentent (ASAT, ALAT)
  - Augmentation de la gamma-glutamyltranspeptidase GGTP dans les cirrhoses alcooliques

# Tests biologiques

- **Obstructions posthépatiques**

- augmentation de la bilirubine sérique ,  
notamment de la fraction directe
- Dans les obstructions néoplasiques le niveau  
de la bilirubine est très élevé , 25-30mg/dl
- dans les obstructions lithiasiques, le niveau  
de la bilirubine dépasse rarement 15mg/dl
- augmentation modérée de l' ASAT, ALAT
- augmentation du niveau de la phosphatase  
alcaline

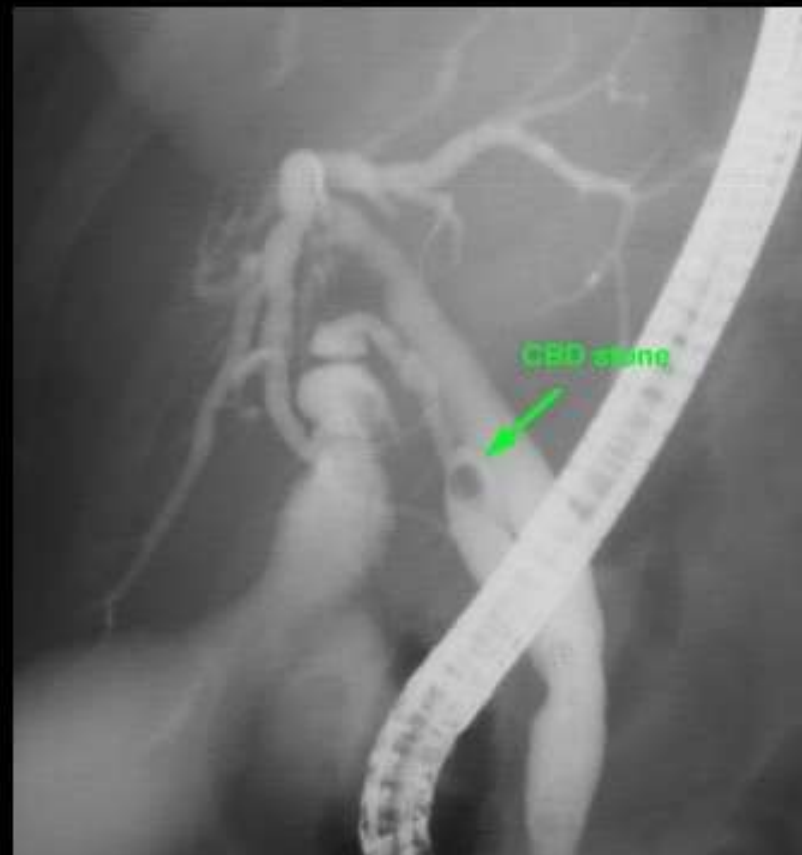


# Etudes par imagerie

- Echographie
- Cholécystographie orale - rarement utilisée
- Cholangio-pancréatographie endoscopique rétrograde (CPRE)
- Cholangiographie transhépatique percutanée (PTCA)
- CT très important dans les cancers (envahissements postérieures, etc.)
- RM

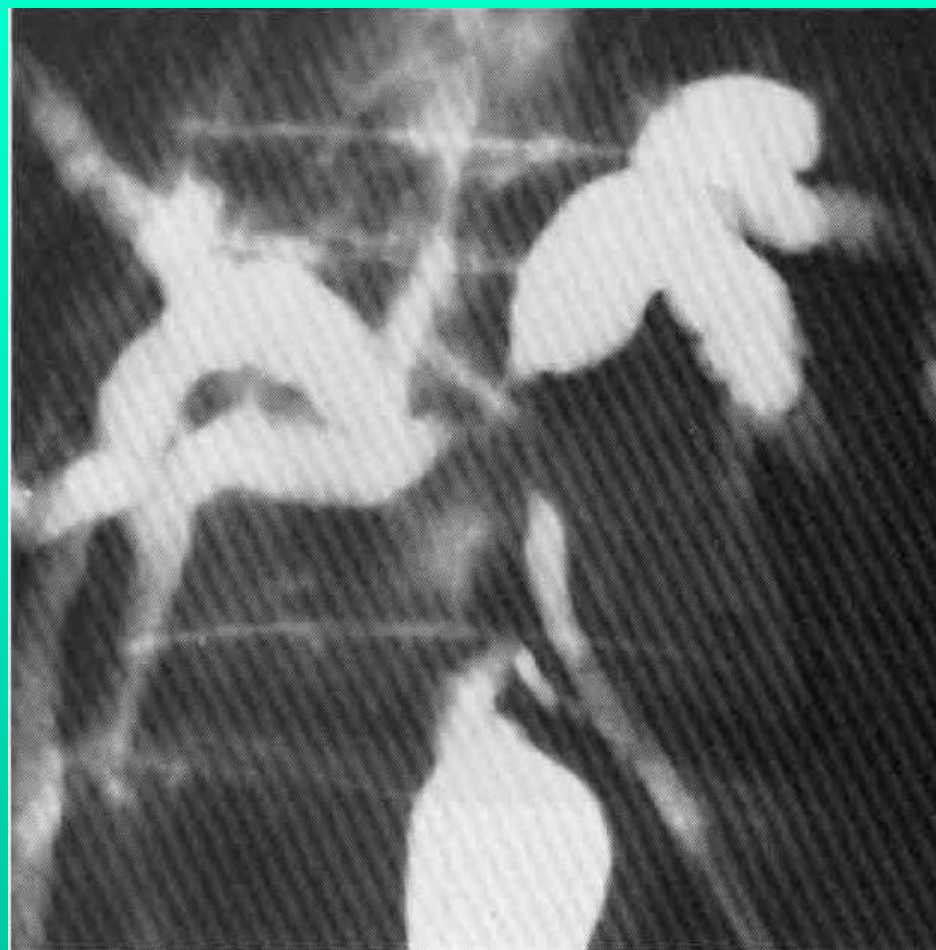
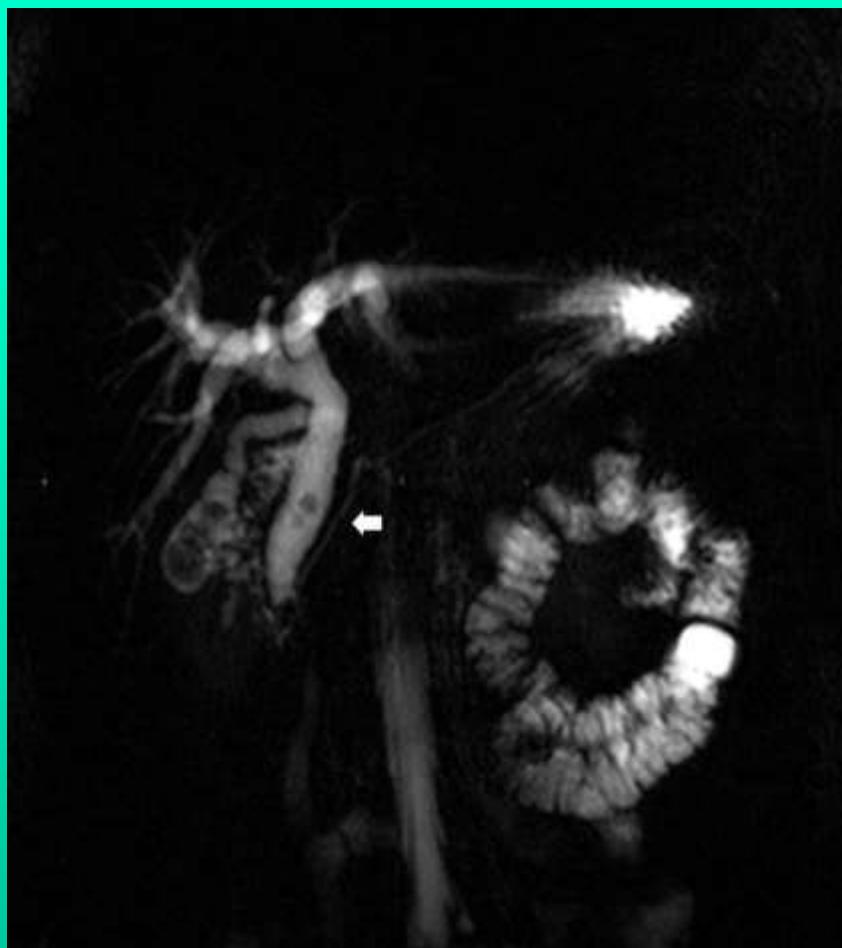
## Autres investigations

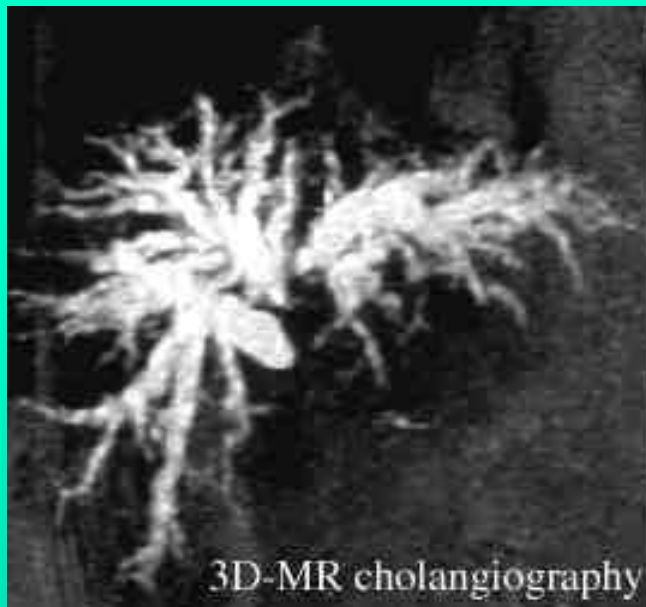
- Biopsie hépatique, laparoscopie

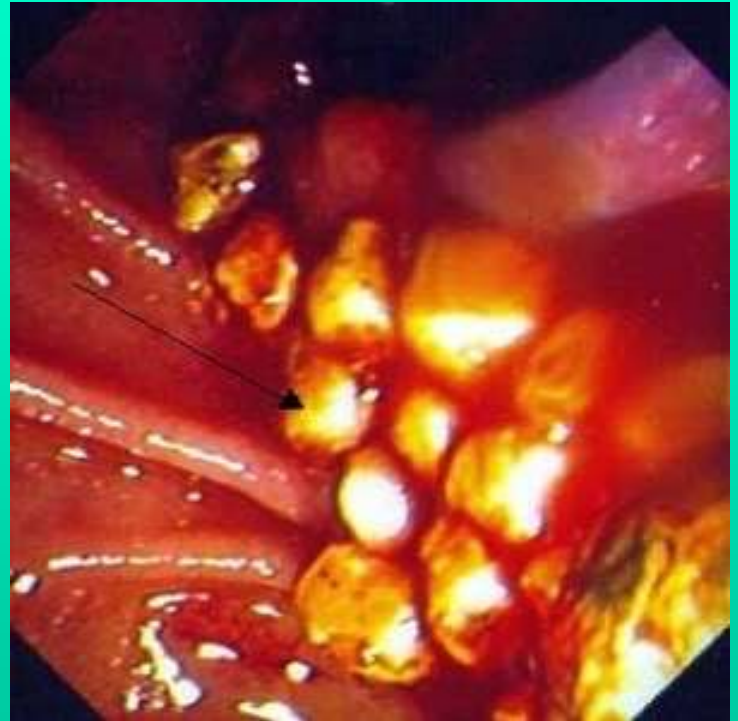
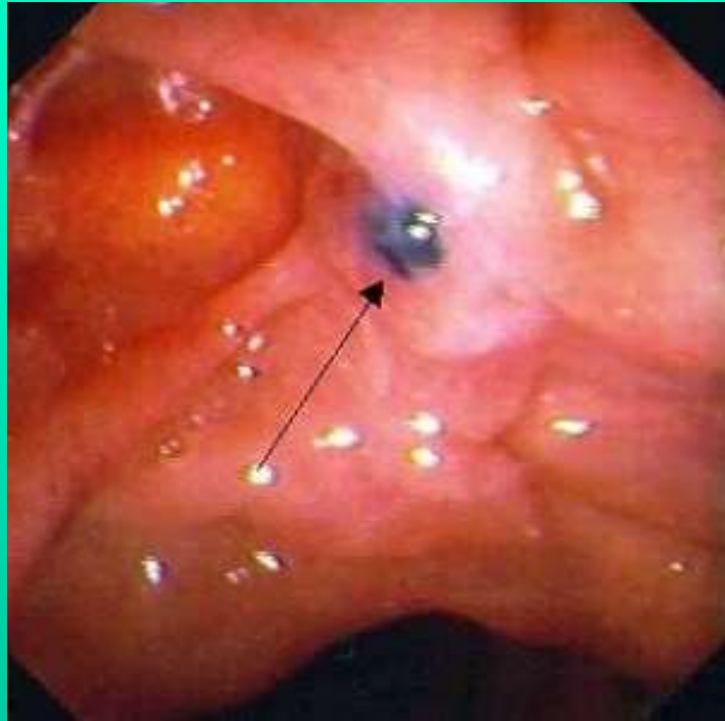


ERCP showing cystic duct stone and distal common bile duct stone.



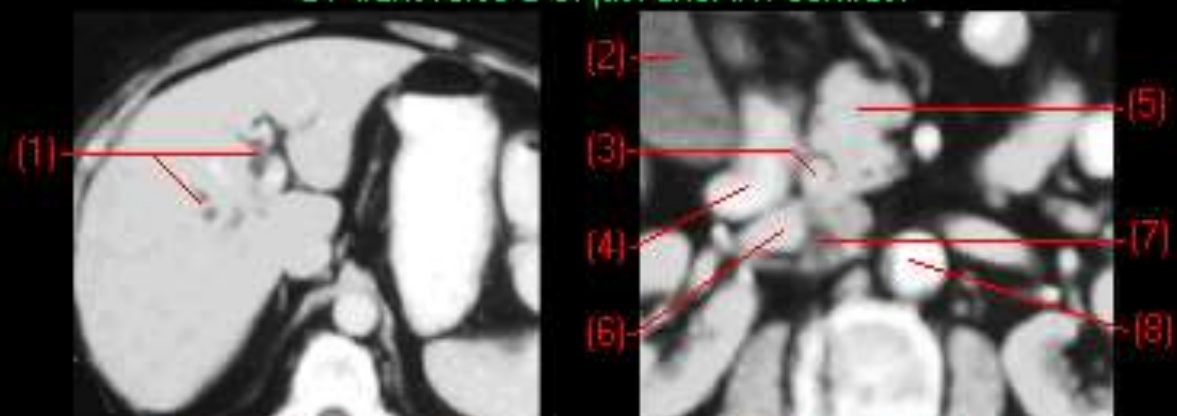




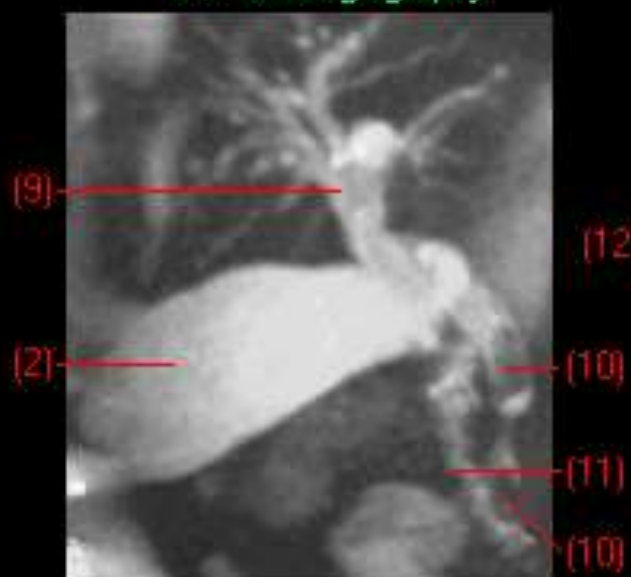




CT transverse C-S. just after i.v. contrast



MR cholangiography



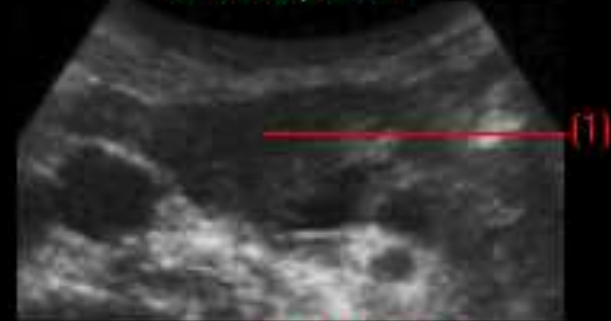
US oblique C-S.



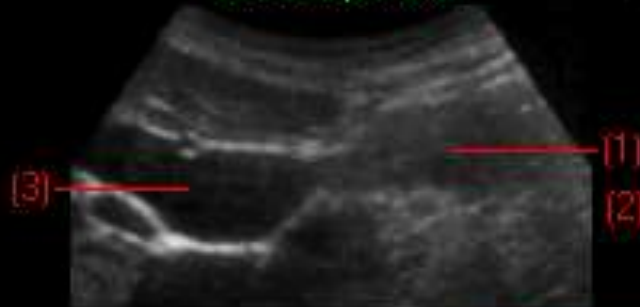
US oblique C-S



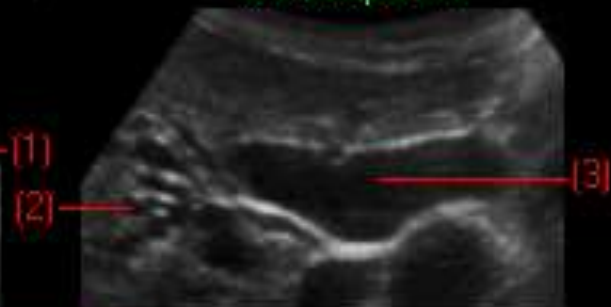
US oblique C-S



US oblique C-S

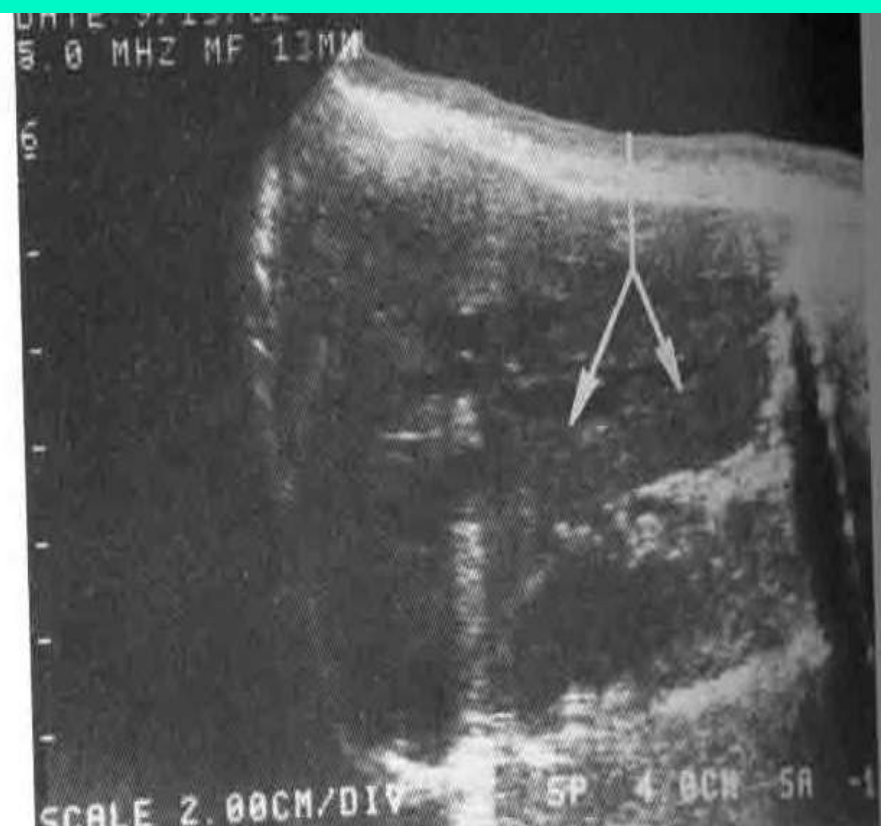
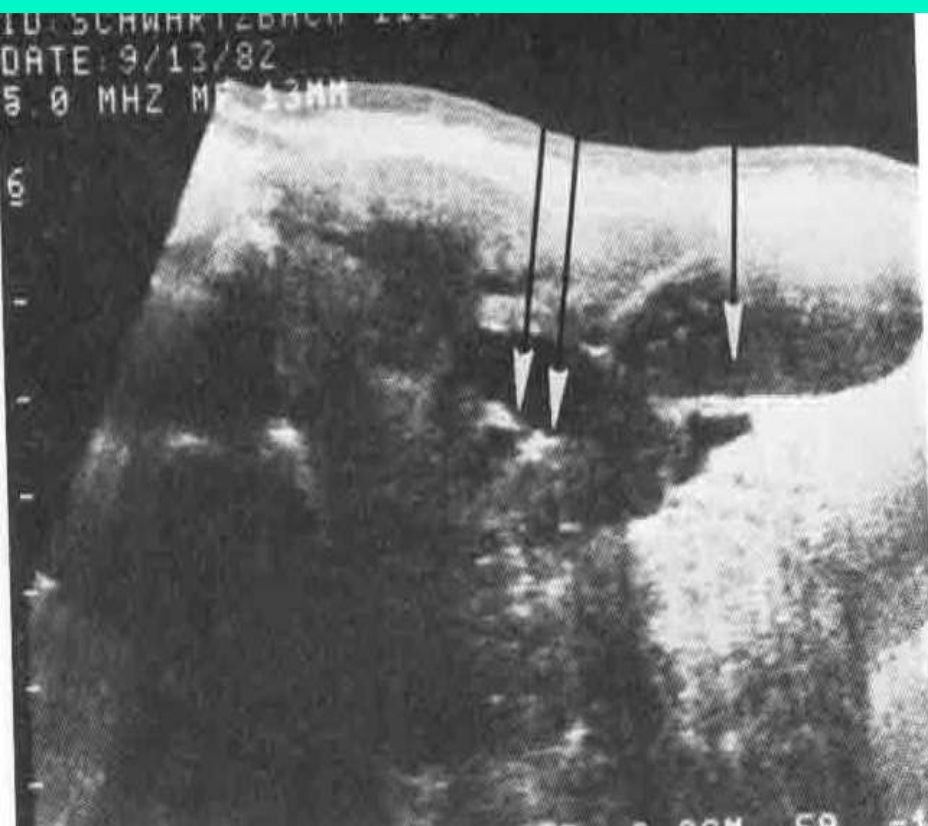


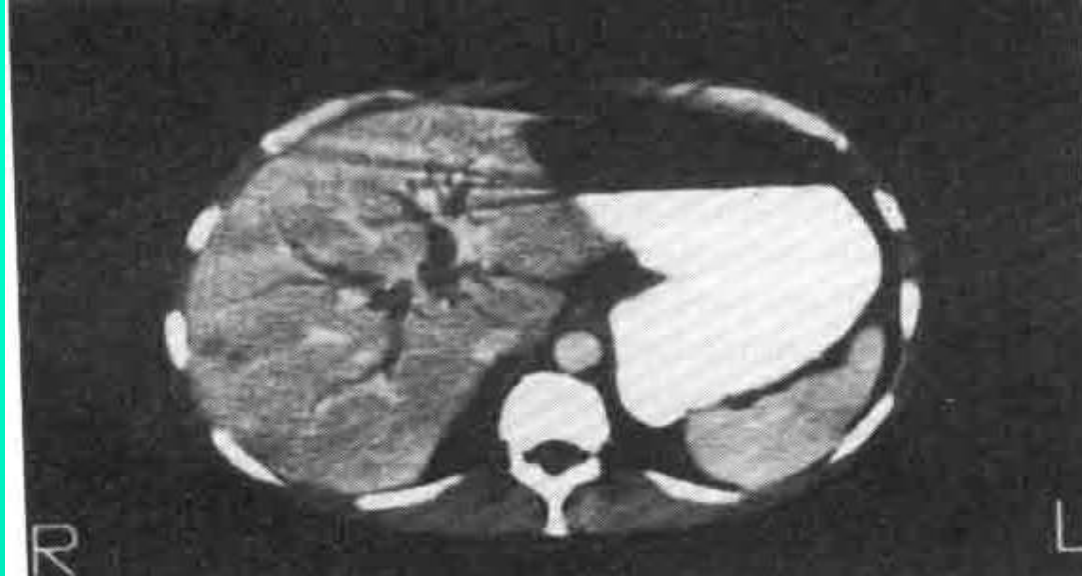
US oblique C-S

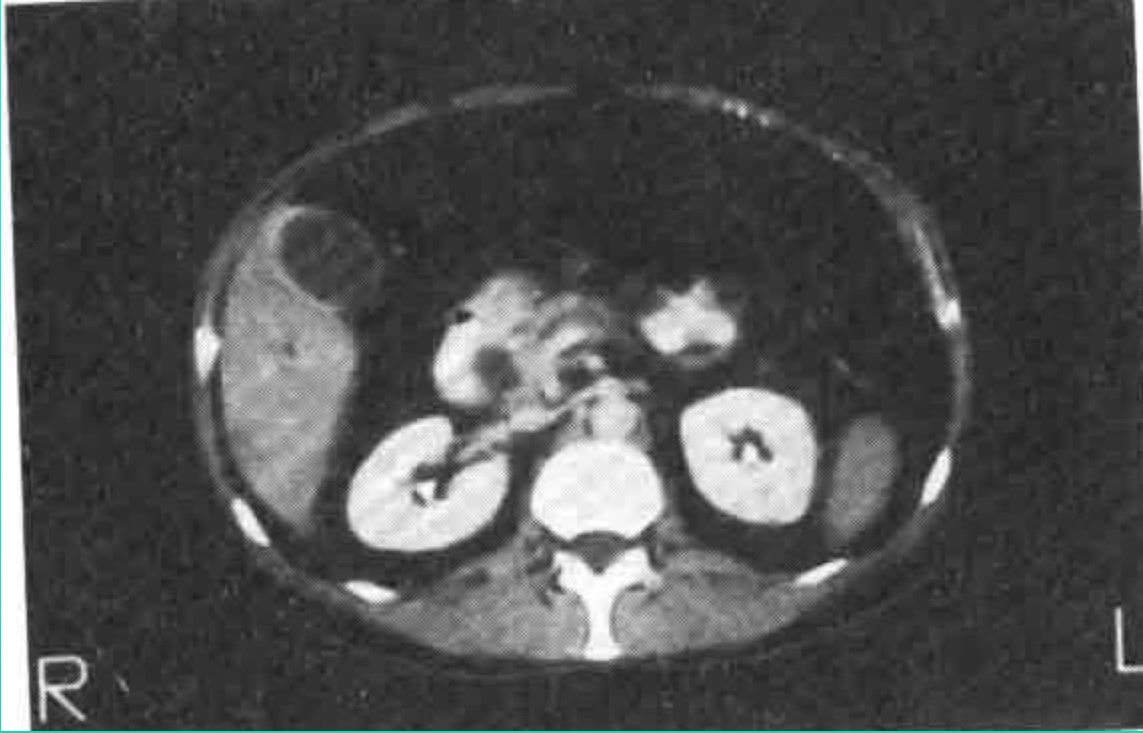


US oblique C-S









**Le principal objectif du diagnostic est d'établir si l'ictère est traitable chirurgicalement**

**Ictère chirurgical - le diagnostic est primordial:**

- anamnèse
- examen clinique
- augmentation de la bilirubine
- augmentation de la phosphatase alcaline
- échographie
- CPRE, PTCA, CT, RMN



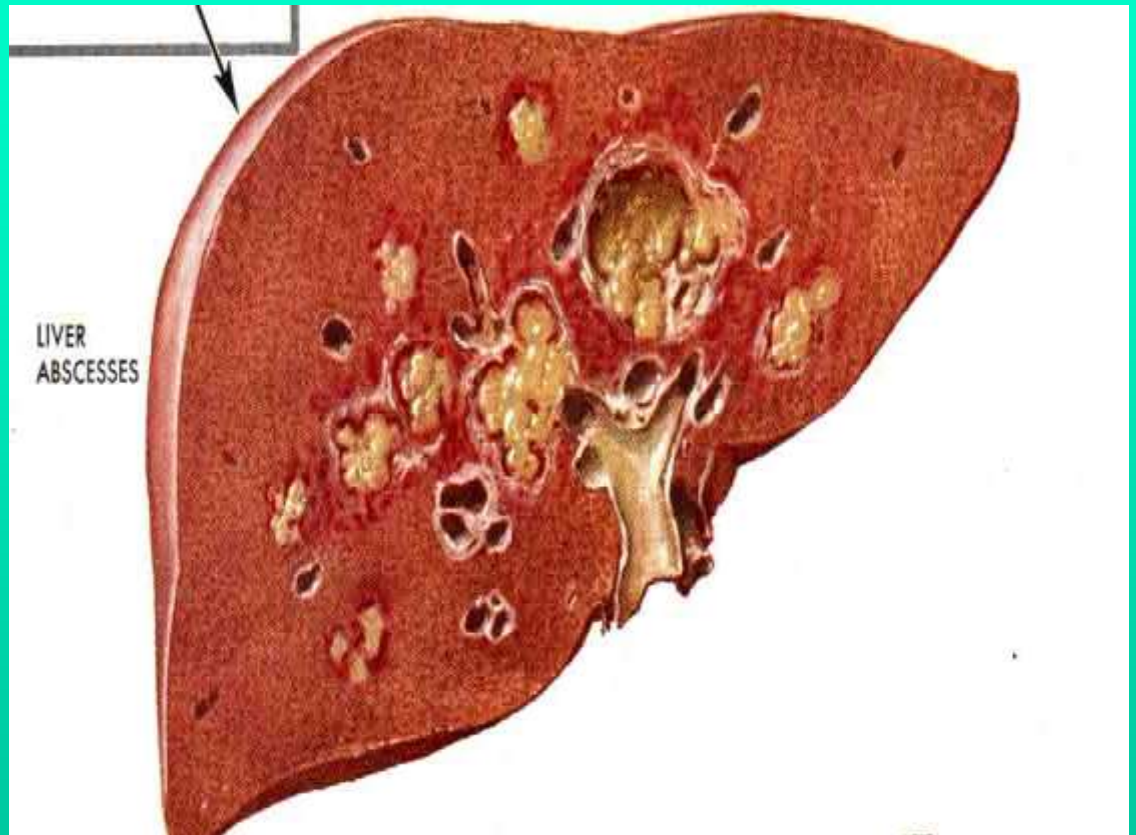
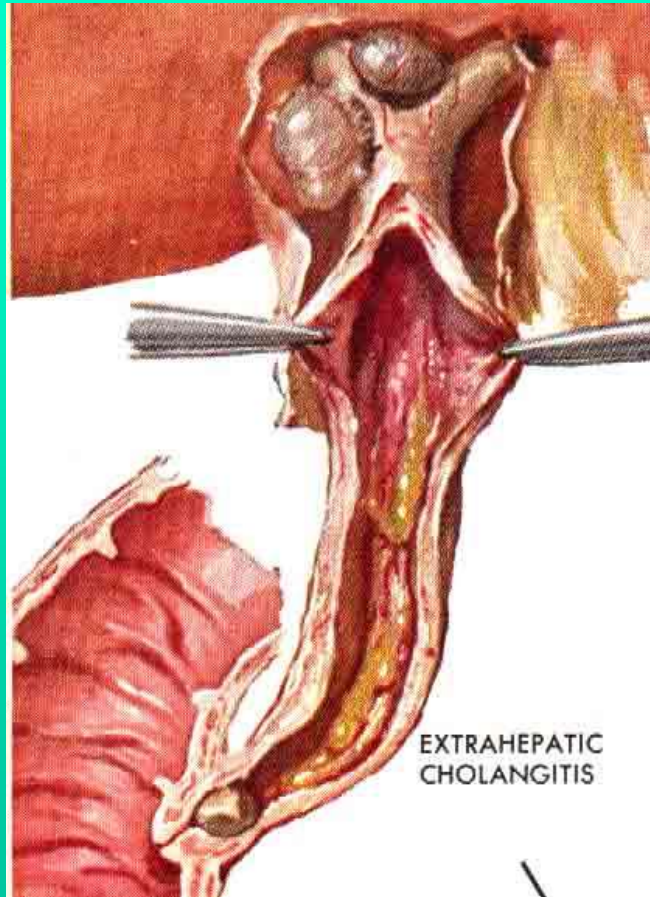
# Diagnostic différentiel

- ° Entre les ictères traitables chirurgicalement et les ictères chirurgicalement non traitables
- ° les ulcères gastro-duodenaux chirurgicaux
  - l'ictère est tumoral ou non

# Complications

- Cholangiocholecystite : **douleur, fièvre, ictère**
- Abscès hépatique
- Pancréatite aiguë
- Très rares:
  - fistule bilio -digestive
  - hémobilie





# Traitement

## A. Médical

**B. Chirurgical - Cholecystectomie**- avec désobstruction des voies biliaires –tube de Kher (tubeT)/anastomose biliodigestive

- Sphinctérotomie et sphinctéroplastie transduodénale

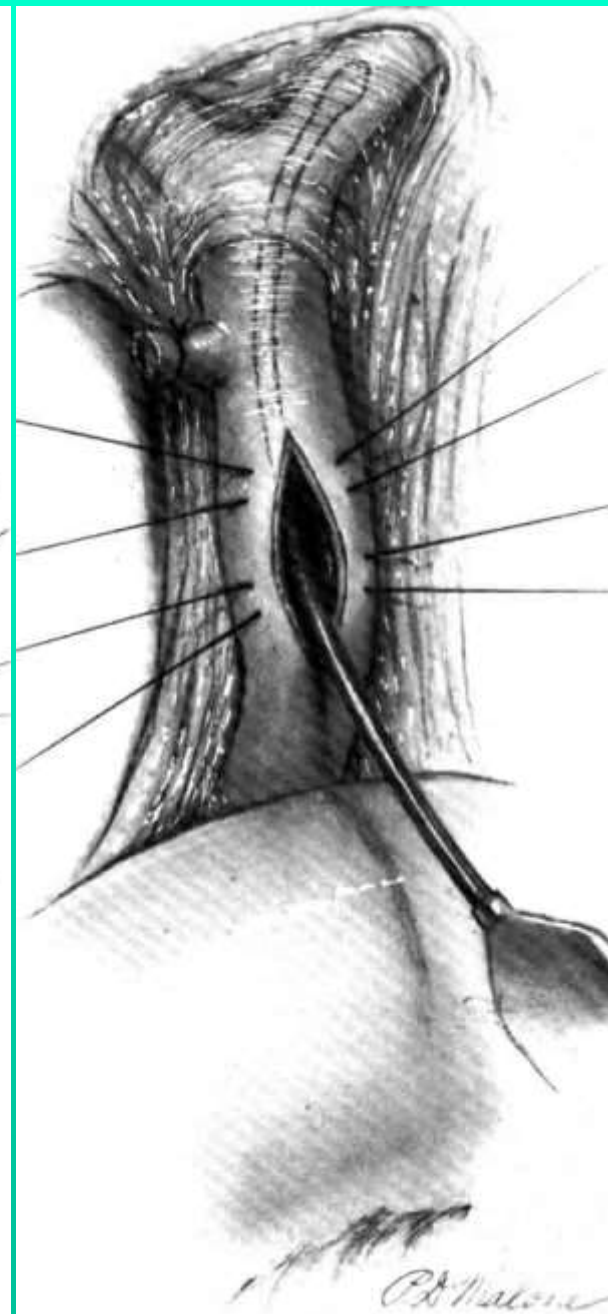
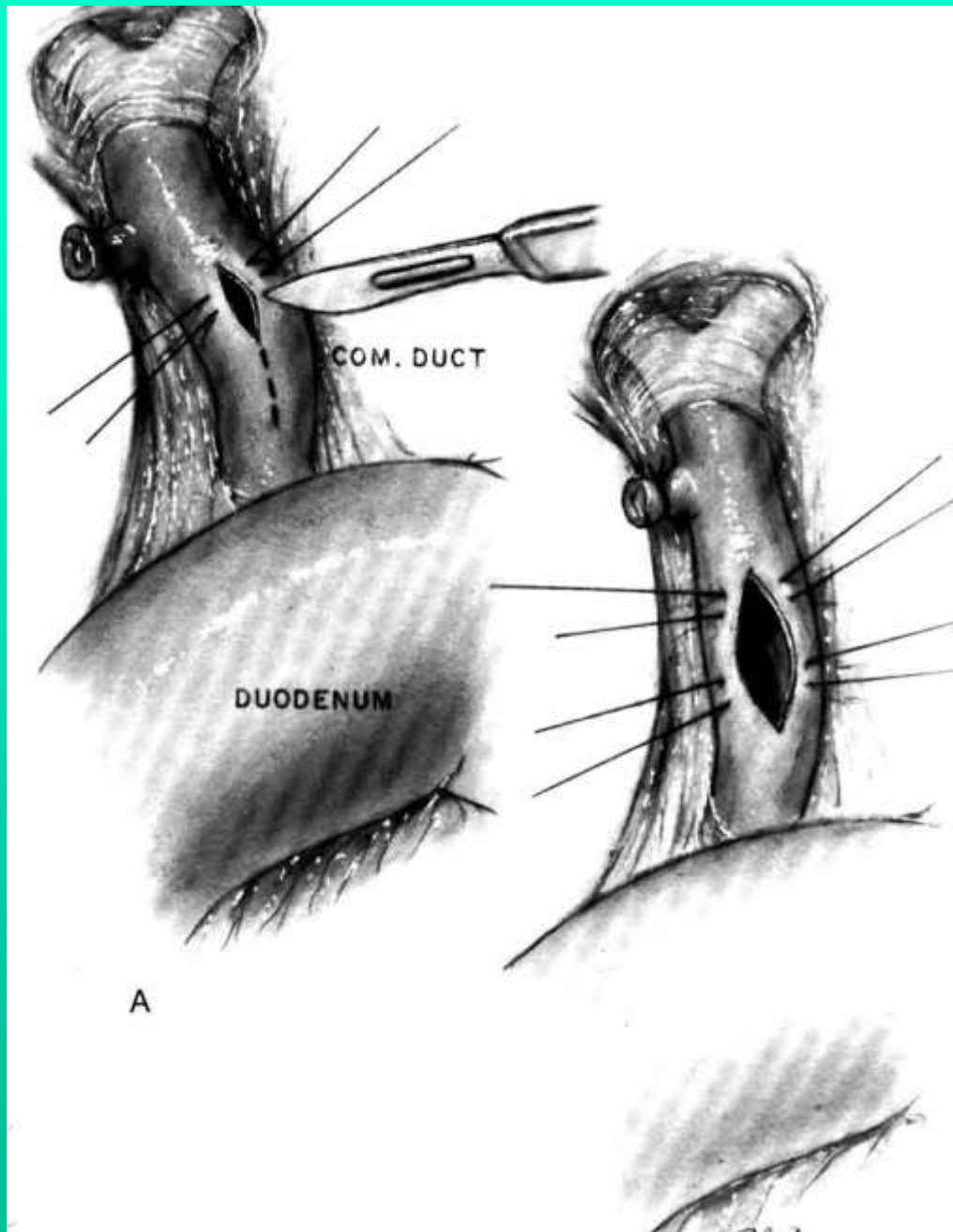
### Cholecystostomie

- Laparoscopie
- Classique
- Laparo. + endoscopie(CPRE)

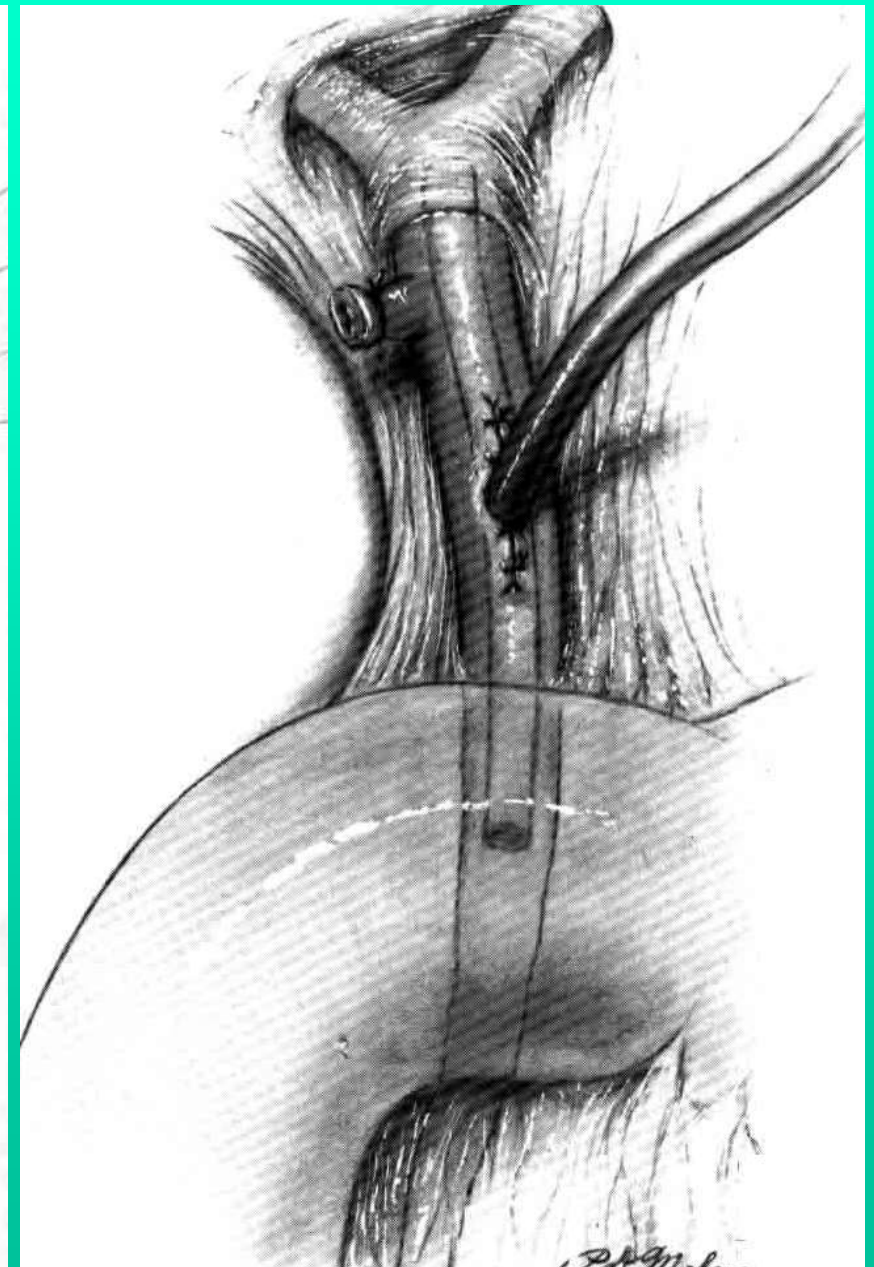
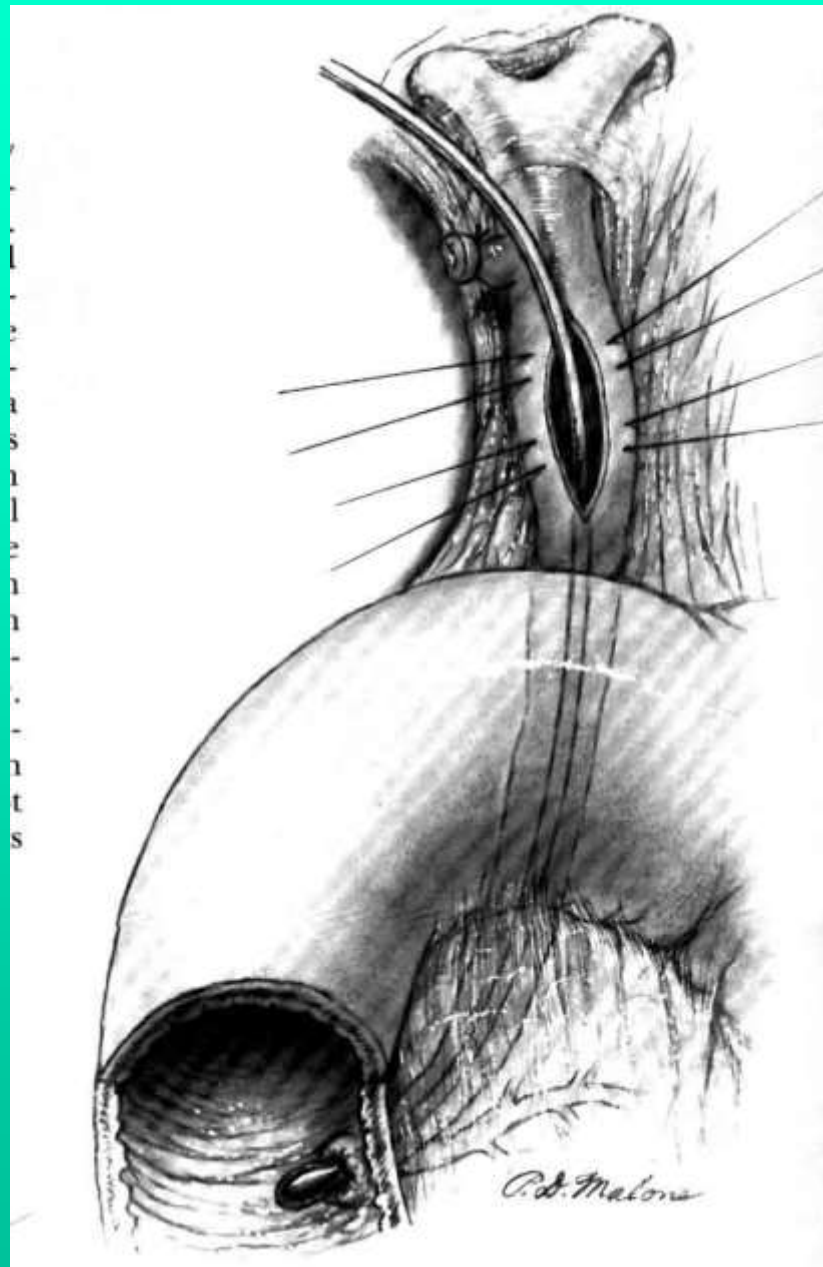
# Traitement

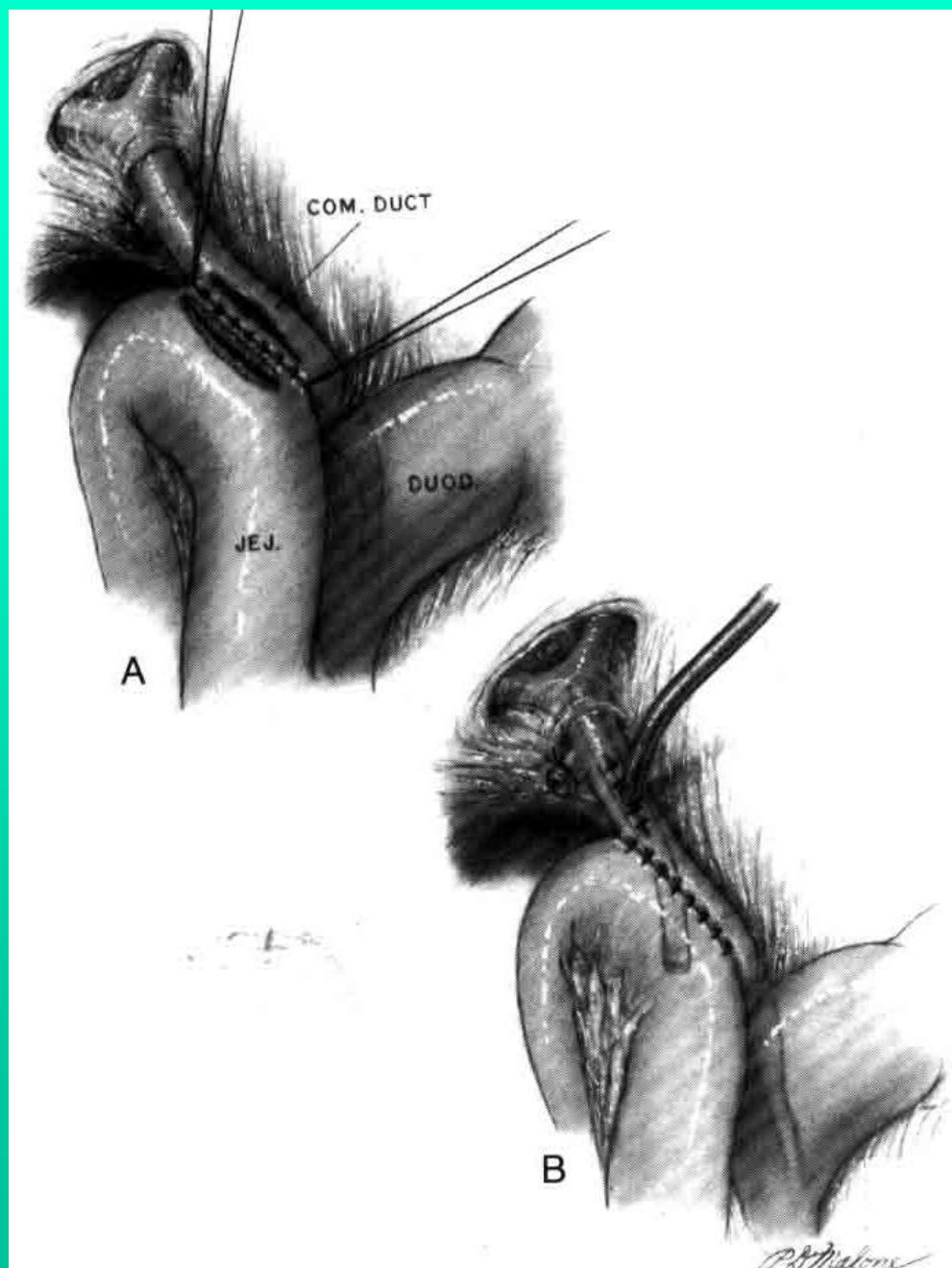
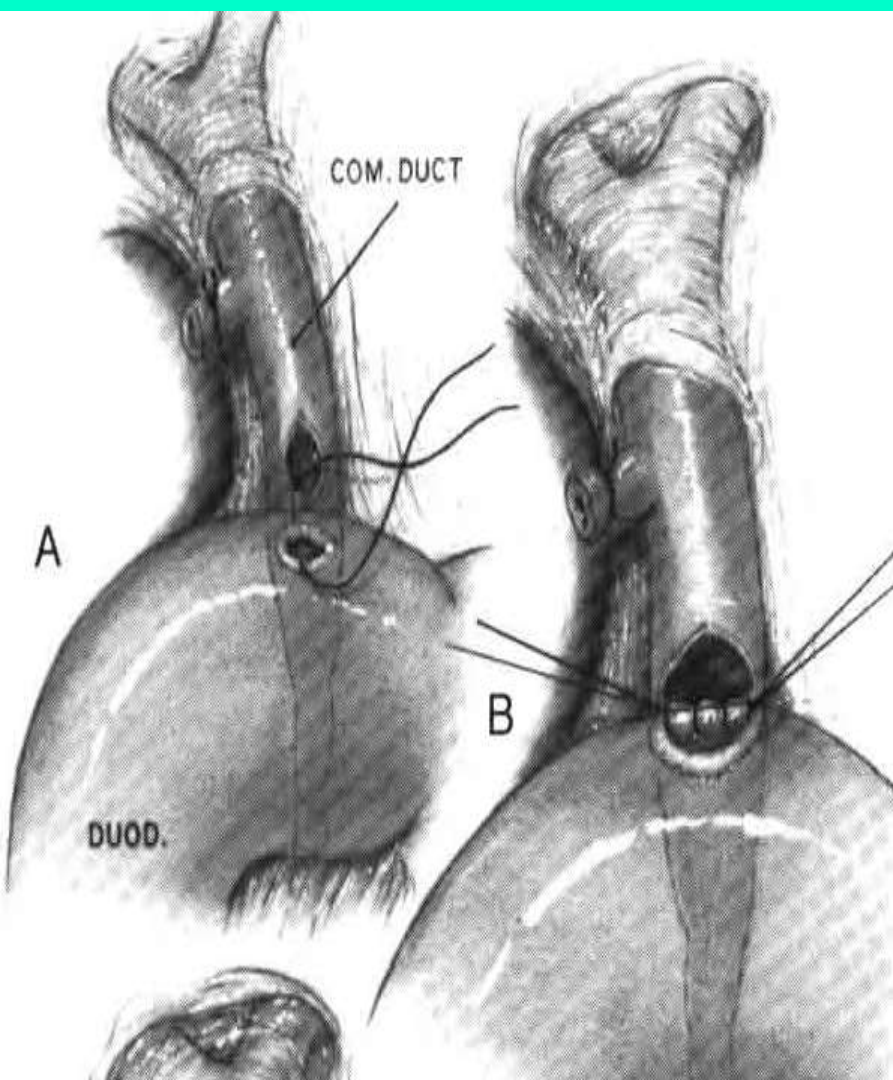
Pour l'ictère néoplasique:

- curatif – duodénopancréatectomie  
céphalique
- palliatif – anastomoses biliodigestives
  - avec drainage externe
  - stent transtumoral

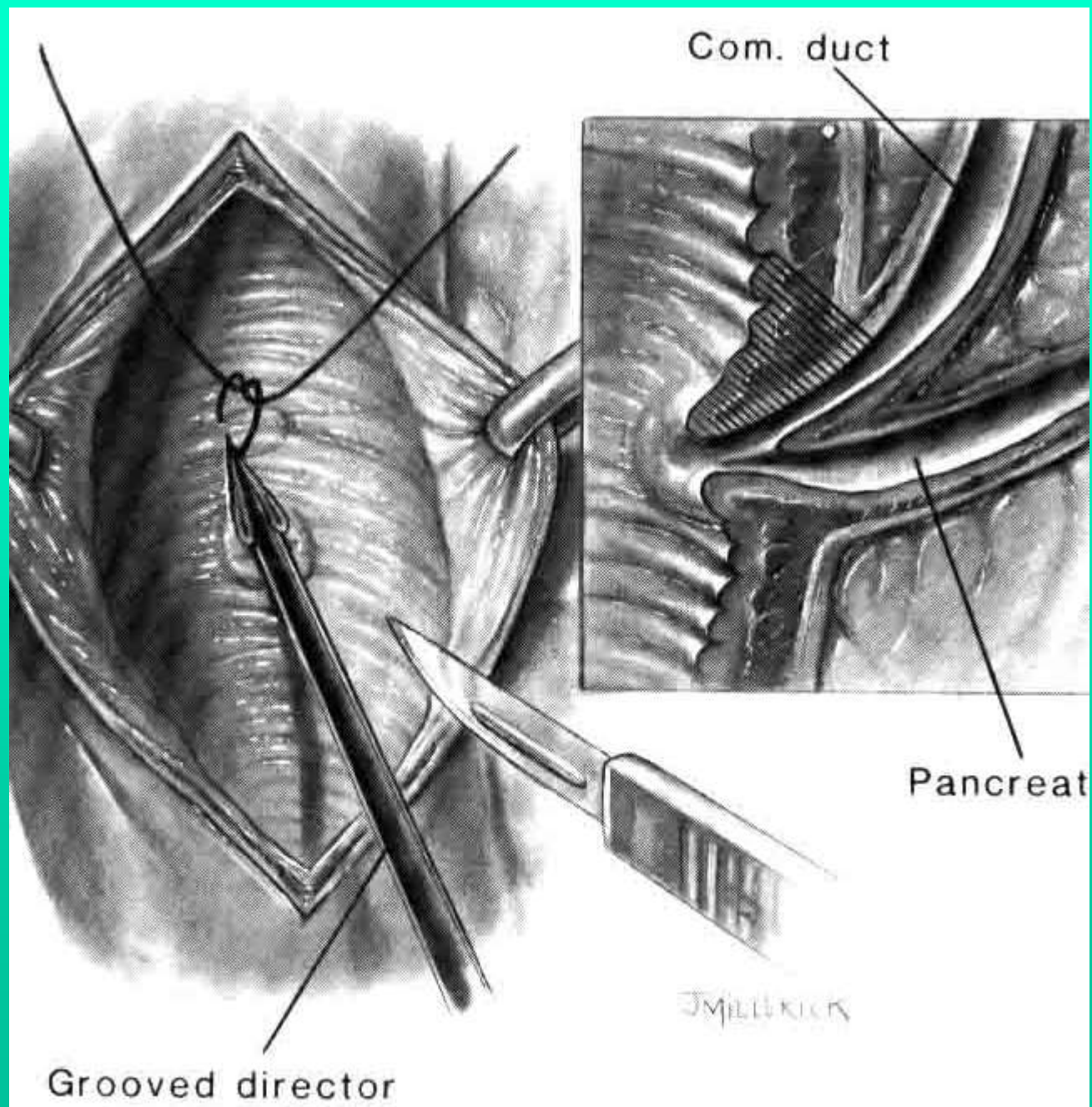


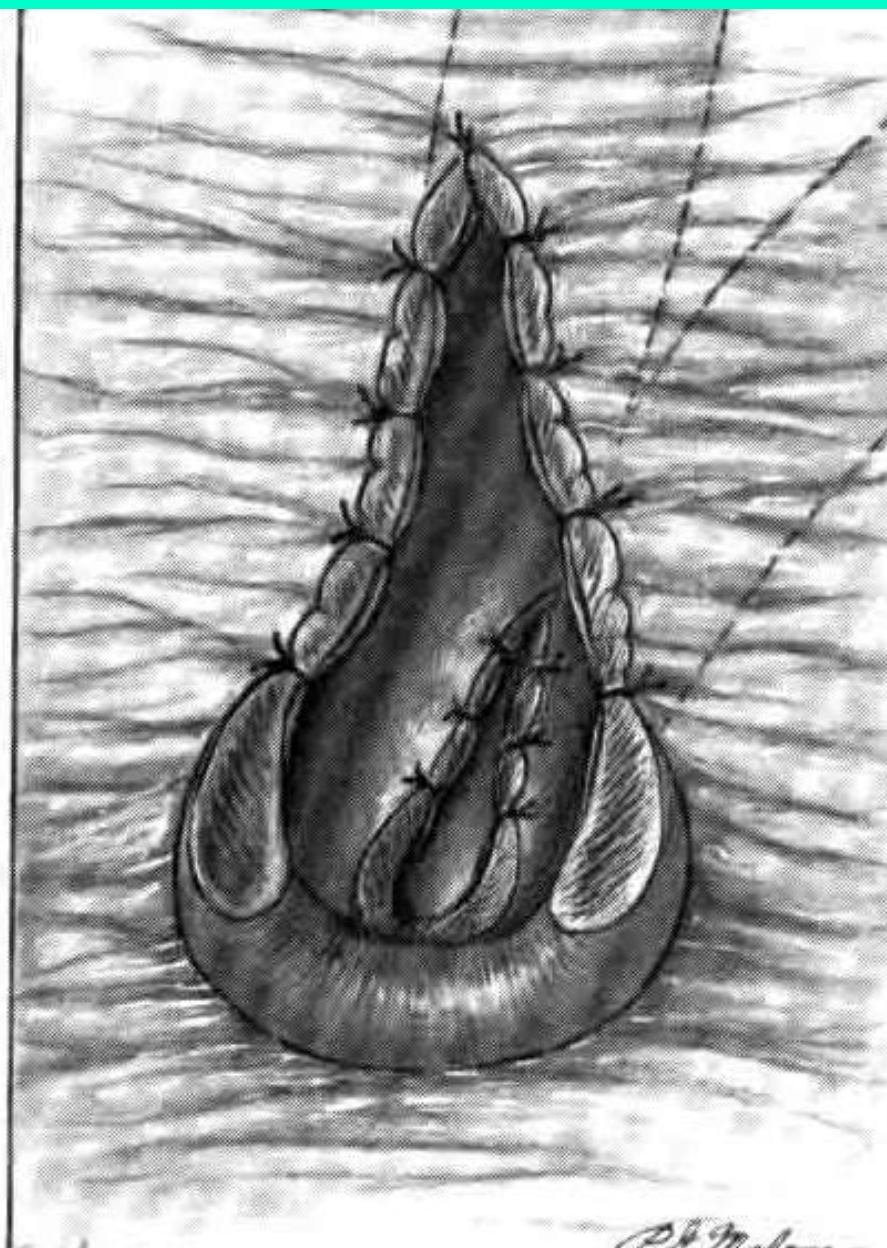
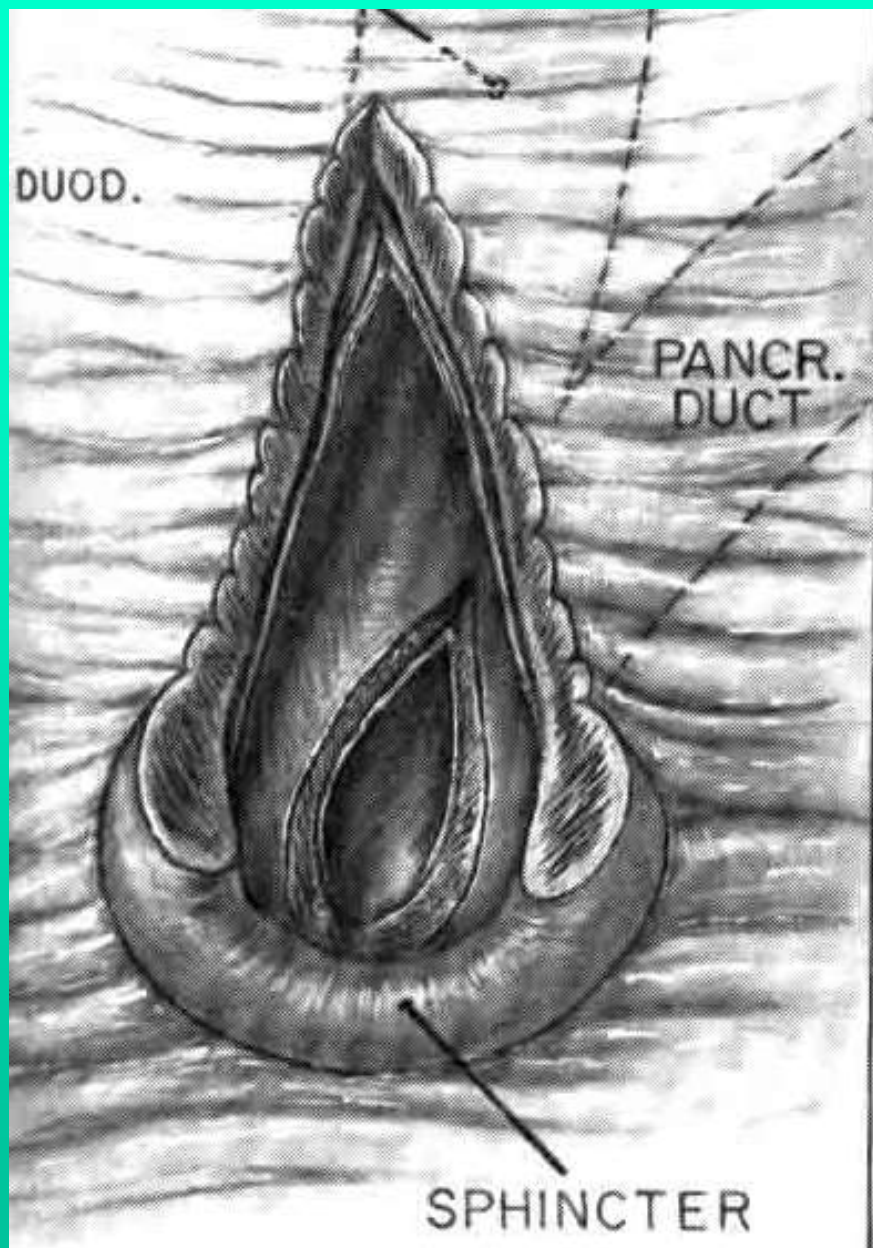






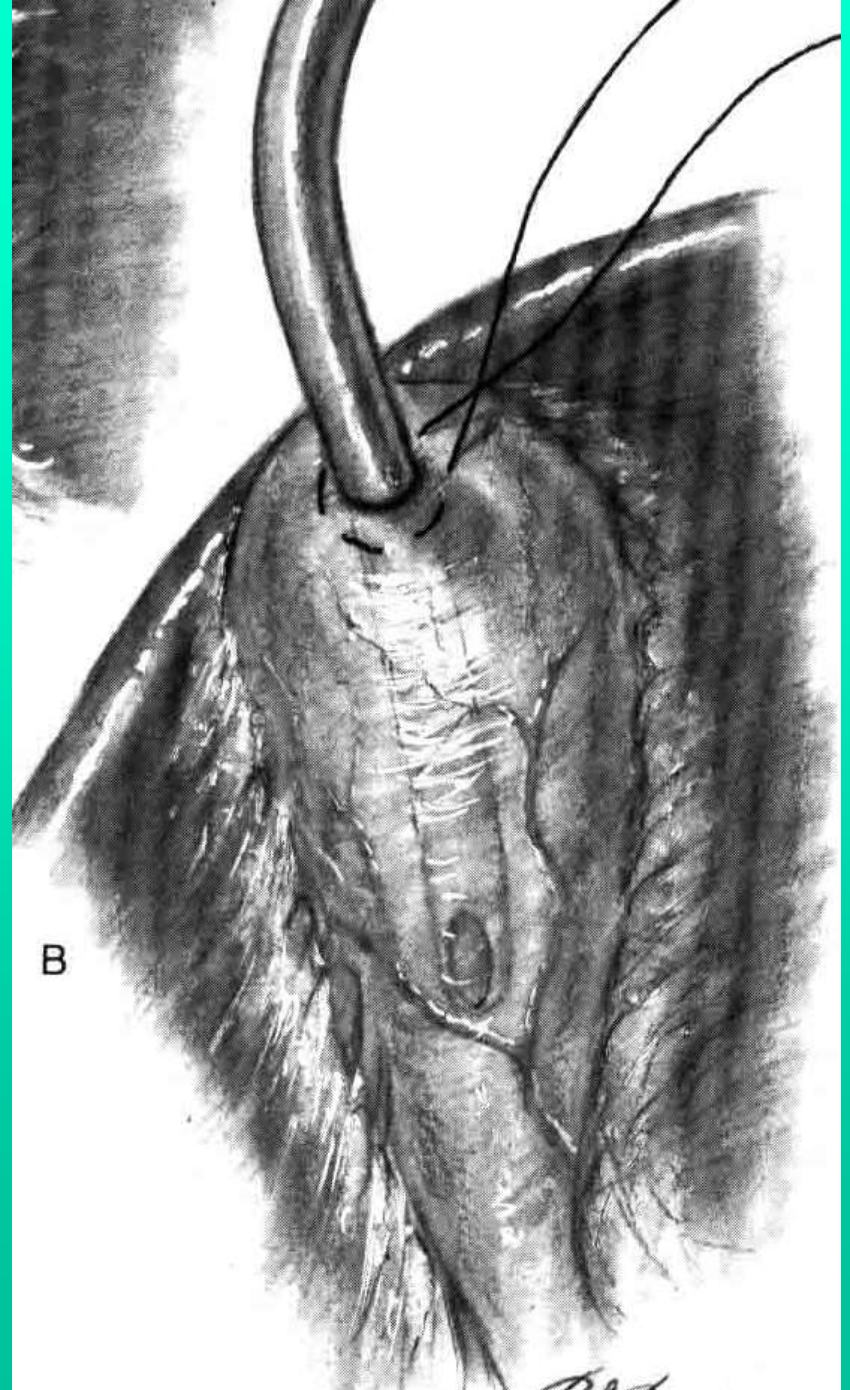


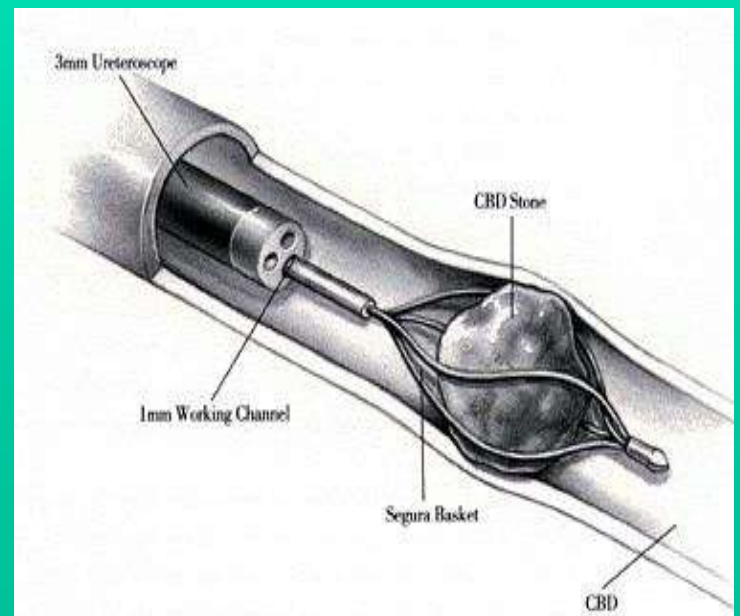
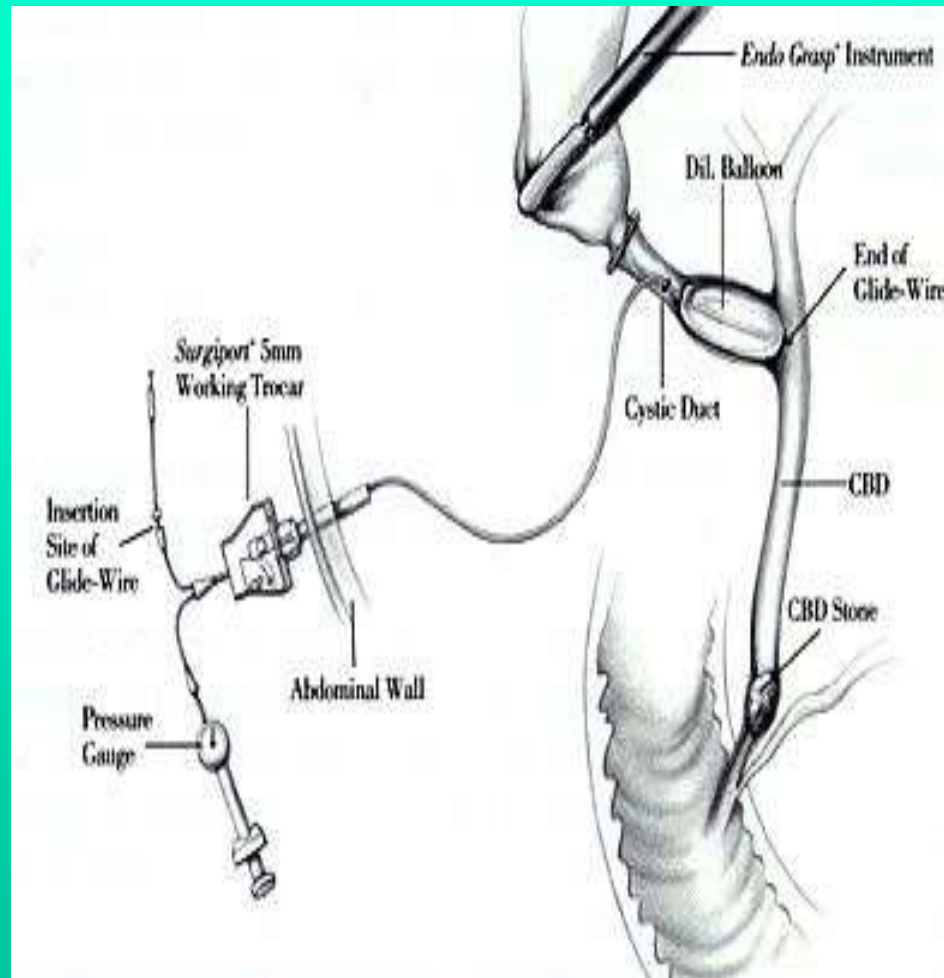


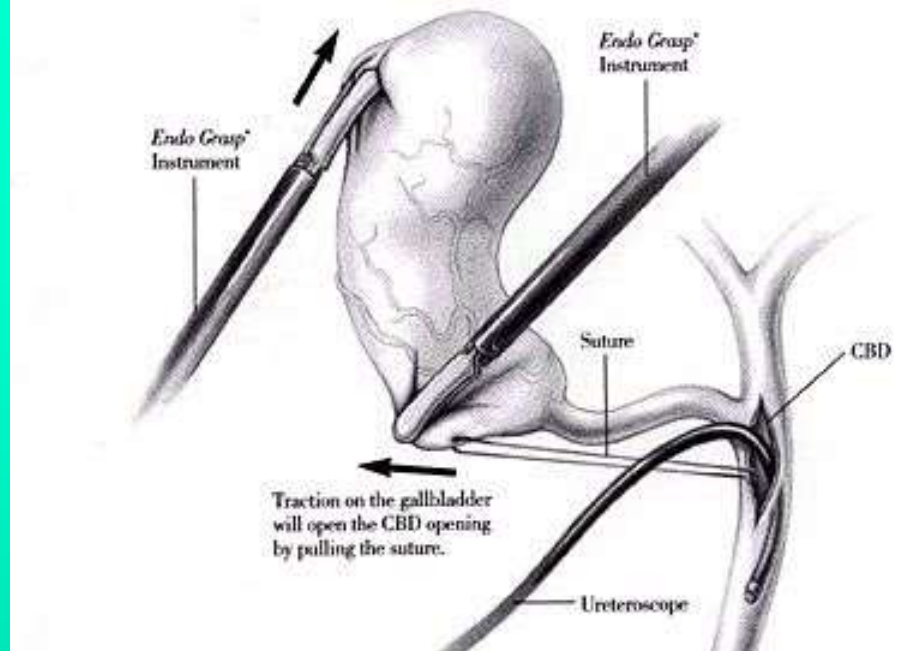




# Cholécystostomie



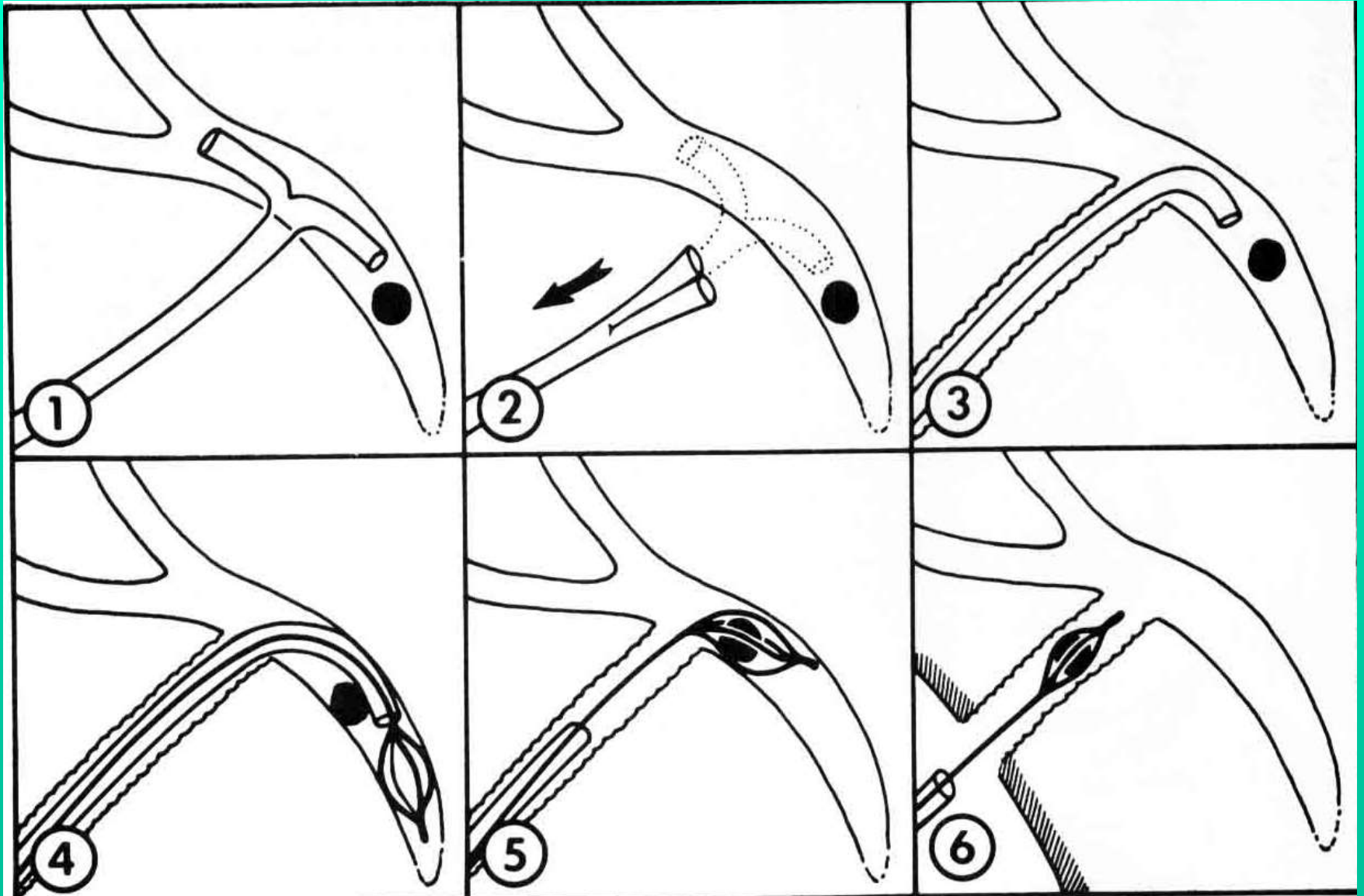








# Cholédoscopie



# Sphinctérectomie endoscopique

