

ACUTE LITHIATIC CHOLECYSTITIS: about 69 pec cases at Hamad Ben Khalifa hospital in Botilimit

**THESE ARTICLE CHOLECYSTITE AIGUE LIYTHIASIQUE : à propos de 69 cas pec à l'hôpital
Hamad Ben Khalifa de Botilimit**

Titre en anglais

Bidiel Samba Ramdane, M'balla Med EL Mokhtar, Ahmed Bezeyd Hemine

Résumé en Français avec les Mots clés en France

Résumé en anglais avec les Mots clés en anglais

INTRODUCTION

On parle de cholécystite aigue lithiasique lorsqu'il y'a une inflammation de la paroi de la vésicule biliaire contenant un ou plusieurs calculs biliaires. Cette inflammation est secondaire à l'enclavement d'un calcul biliaire au niveau du collet vésiculaire ou du canal cystique ; cela va entraîner : la stase de la bile au niveau de vésicule biliaire, l'augmentation de la pression intra-vésiculaire, la résorption de sels et des pigments biliaires donnant ainsi un hydrocholécyste avec œdème de la paroi vésiculaire et diminution du sang circulant.

. La lithogénèse dépend de la concentration relative de la bile en ses constituants (le cholestérol, les acides biliaires et les phospholipides). On distingue deux grandes variétés de lithiases biliaires qui sont : Les lithiases cholestérolique (90%) et les lithiases pigmentaires qui représentent (10%).

Annoncer ce qui est ingnoré et qui a motivé votre travail

L'objectif de notre étude était d'évaluer la prise en charge de la cholécystite aigue lithiasique à l'hôpital Hamad Ben Khalifa. Nous avons réalisé une étude rétrospective à propos de 69 cas opérés au service de chirurgie générale à l'hôpital Hamad Ben Khalifa de Boutilimit sur une période allant du 1er janvier 2015 au 1er juin 2017

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude d'observations qui a été faite au service de chirurgie générale à l'hôpital de Hamed Ben Khalifa de Boutilimit qui inclus une série de 69 cas de cholécystite aigue lithiasique, on avait utilisé comme source de recueil des données : Les dossiers réalisés au service des urgences, les fiches individuelles de consultation pré-anesthésiques et les registres comportant le compte-rendu opératoire. Ont été inclus dans cette étude tous les patients ayant été opérés au sein du service de chirurgie générale à l'hôpital de Hamed Ben Khalifa de Boutilimit et dont l'âge était supérieur 16ans pour la période du premier Janvier 2015 au premier Juin 2017. On avait établi comme support une fiche d'enquête: Le numéro de dossier, la date d'entrée, le nom et le prénom du patient, l'âge, le sexe, le motif de consultation, le siège de la douleur, les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, le début de la symptomatologie, le type de la douleur, l'examen clinique et paraclinique, le traitement et l'évolution. L'étude statistique a été effectuée selon les données épidémiologiques (âge, sexe ...), cliniques, paracliniques et thérapeutiques ainsi que l'évolution. Nous avons utilisé pour cela le logiciel SPSS version 20.

RESULTATS

Soixante neufs patients ont été inclus dans cette série. Ils étaient 61 féminine (soit 88,4%) et 8 Homes (11,6%). Le sexe ratio était ainsi de 0,13. L'âge moyen était de 47,10 et les extremes étaient de ; et

Tableau I : Répartition des patients selon l'âge et le sexe

Sexe des patients	Effectifs	Pourcentage	%age valide	%age cumule	âge moyen
Valide Homme	8	11,6	11,6	11,6	

Femme	61	88,4	88,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	47,10

Répartition des patients selon le siège de la douleur :

Le siège de la douleur était au niveau de l'hypochondre droit dans 49,28%, au niveau de l'épigastre dans 27,54% des cas, la douleur était diffuse dans 10,14% des cas et le siège n'a pas été défini dans 13,04%.

Antécédents des patients

La répartition des patients en fonction des antécédents est illustrée par le tableau I

Tableau I. Répartition des patients selon les antécédents particuliers

Parités des patientes	Effectifs	Pourcentage	%tage valide	%tage cumulé
Nullipare	40	65,5	65,5	65,5
Multipare	4	6,6	6,6	72,1
Non défini	17	27,9	27,9	100,0
Total	61	100,0	100,0	
ATCD chirurgicaux				
Valide	Oui	4	5,8	5,8
	Non	65	94,2	94,2
	Total	69	100,0	100,0
Hypertendus				
Valide	Oui	6	8,7	8,7
	Non	63	91,3	100,0
Diabète				
Valide	Oui	4	5,8	5,8
	Non	65	94,2	100,0
	Total	69	100,0	100,0
Asthmatiques				
Valide	Oui	12	17,4	17,4
	Non	57	82,6	100,0
	Total	69	100,0	100,0

Voici le tableau que je vous propose à la place

Le mode de révélation de la cholécystite :

Dans notre série de 69 cas le début de la symptomatologie remontait à moins d'une semaine chez 45 patients (65,2%).

Répartition des patients en fonction du type de la douleur :

Dans 73,91% des cas la douleur était de type colique hépatique.

Répartition des patients en fonction des signes fonctionnels :

La douleur a été retrouvée chez la majorité des patients soit une proportion de 88,9% de l'échantillon étudiée. Le signe de Murphy a été jugé positif chez 51 patients dans notre étude (73,9%).

Données para cliniques Chez 53,62% de nos patients nous avons trouvé une hyperleucocytose et 42 patients (60,9%) avaient une cholécystite lithiasique avec un épaissement important de la paroi de la vésicule biliaire de plus de 4mm.

Traitement médical : Repos au lit, patient à jeun réhydratation hydro-électrique antalgiques et antibiothérapie empirique (association amoxicilline + acide-clavulanique sous forme injectable à dose de 1g en intraveineuse 3 fois/24h, associé parfois à la gentamycine à dose de 2mg/Kg en fin de perfusion)

Traitement chirurgical : cholécystectomie rétrograde (traditionnelle ou coelioscopique)

Technique chirurgicale :

Le patient est en décubitus dorsal, sous anesthésie générale avec une intubation oro-trachéale, un billot sous les épaules, une incision cutanée sous costale droite, section des muscles droits et transverses de l'abdomen puis coelotomie. Exploration primaire, exposition des champs opératoires, dissection du triangle de Callot, individualisation de l'artère et du canal cystique, vérification de l'intégrité de la voie biliaire principale. Ligature et section de l'artère du canal cystiques, cholécystectomie du collet au fond, hémostase assurée, et drainage sous hépatique si doute sur l'hémostase ou la bilio-stase, fermeture plan par plan, pansement et soins post opératoires.

Evolution : Seuls 2 patients sur 69 ont présenté un abcès simple de la paroi qui a évolué favorablement sous traitement médical.

DISCUSSION

A. Fréquence de la cholécystite aiguë lithiasique en fonction du sexe et de l'âge

Séries	Nombre de patient	Sex- ratio F/H
Vandenbroucke F[1]	151	110 /41
Bouassidaa, M [2]	493	358/173
Bonkougou G. (3)	88	38 /50
Bray Madoué Kaimba [4]	22	20/2
Stavros Gourgiotis, [5]	184	107/77
Zaafouri H [6]	50	43/7
Notre étude	69	61/8

Les calculs biliaires sont la cause la plus fréquente de la cholécystite aigüe. Ils sont rarement observés avant l'âge de 10 ans [7], l'âge moyen dans notre série était de 47 ans. Cette tranche d'âge est comparable aux résultats d'autres auteurs dans la littérature [8], [9],[10], [10], [11]. Dans notre série la tranche d'âge la plus touchée était de 30 à 59 ans ce qui est superposable avec l'étude BENCHEKKOUR DJAHIDA [11].

B. Siège de la douleur lors d' une CAL

Notre étude a montré que le siège de la douleur était au niveau de l'hypochondre droit dans 49,28% et au niveau de l'épigastre dans 27,54% des cas, compatible avec la littérature 74,2% [24] et 89% [11]

C. Cholécystite et facteurs de risque cardio-vasculaires et parités

ATCDs	BenchekkourDjahida [11]	Sanogo zz*[12]	Notre étude
HTA	19%	10%	8,7%
Diabète	26%	3,3%	5,8%
Asthme	0,02%	-	17,4%

La survenue d'une cholécystite lithiasique augmente proportionnellement avec le le nombre de parités. Dans l' Meryem LACHGAR [13] et notre série, 65,6% de patientes souffrant de CAL étaient des multipares. Cette augmentation pourrait être rattachée à deux mécanismes : la sursaturation de la bile en cholestérol et la diminution de la motricité vésiculaire aux cours de la grossesse.

D. La douleur type colique hépatique et signe de Murphy :

Dans notre série nous avons trouvé 73,91% des cas qui avaient présenté une douleur de type colique hépatique, ce qui est comparable à l'étude [12] qui a trouvé 94,9%, mais pour l'étude [14] la douleur était de type colique hépatique chez 100% de leurs patients. Pour notre étude le signe de Murphy était présent dans 73,9% résultats incompatibles avec la littérature Sanogo ZZ [12] 42,2% et Rachid RIHAB [15] 36,6%

IMAGERIE

. L'échographie est l'examen de référence dans le diagnostic de cholécystite. Elle détecte la cholécystite aigüe dans 98% des cas [17].Chez 60,87% de nos patients, l'échographie a montré des lithiases vésiculaires avec des signes d'inflammation.

Traitement médical : Ainsi, compte tenu du risque important d'infection de la bile aux cours de la CAL, il est nécessaire de prolonger l'antibiothérapie curative débutée en préopératoire pendant l'intervention et la poursuite pendant 10 jours [9]. L'association : pénicilline A-inhibiteur de beta lactamase" a montré une grande efficacité et reste la plus utilisée [15].

Traitement Chirurgical : Pour notre étude la totalité des interventions étaient par incision sous-costale droite et un drain de Redon a été placé chez nos patients dans 47,8%. Cependant pour la série de BENCHEKKOUR DJAHIDA [11] un drain sous hépatique a été posé chez 59 patients soit 67%, ce qui n'est pas comparable avec nos résultats. La cholécystectomie coelioscopique est l'intervention de référence pour le traitement de la lithiase biliaire symptomatique. L'abord par laparotomie est pratiqué en cas de contre-indications ou pour redresser une situation difficile [15]. Le service de chirurgie générale de l'hôpital Hamed Ben Khalifa de Boutilimit s'est doté d'une colonne de coelioscopie en mai 2017, et désormais la technique standard pour la pathologie biliaire est la cholécystectomie coelioscopique.

Evolution :Tous nos patients ont présenté une évolution favorable et sortis de l'hôpital dans les quarante-huit heures en moyenne, alors que pour l'étude [16] Comparaison de la cholécystectomie laparoscopique avec cholécystectomie par laparotomie elle avait montré :Une mortalité de 0,7% vs 3,7% Complications per-opératoires 3,6% vs 12,9% ;

Conclusion La cholécystite aigüe lithiasique est une urgence médico-chirurgicale qui peut mettre en jeu le pronostic vital si sa prise en charge n'est pas rapide et adéquate.. Son meilleur traitement, curatif et préventif, reste chirurgical en réalisant une cholécystectomie chez tous les patients porteurs de lithiases vésiculaires. De notre

étude nous avons pu retenir : Qu'il y avait une prédominance féminine majeure (sexe ratio 7F/1H), que la tranche d'âge la plus touchée était entre 30 à 59 ans, l'association est significative entre la CAL et la multiparité, la localisation de douleur au niveau de l'hypochondre droit était la plus fréquente (49,28%), la douleur type colique hépatique était présente chez la majorité de nos patients (73,91%) ce qui est similaire à la littérature. L'hyperleucocytose a été présente chez plus de la moitié de nos patients et que l'échographie abdominale avait objectivée des lithiases vésiculaires chez 60,87% de nos patients avec des signes d'inflammation associés.

BIBLIOGRAPHIE

Références à réécrire et à adapter aux instructions aux auteurs du Journal (ex : corrections de la ref [1])

Trop de références incomplètes ; pas de noms du Journal

- [1]. Vandenbroucke F, Letourneau R, Roy A, Dagenais M, Bellemare S, Plasse M, La pointe Cholécyctomie coelioscopique ambulatoire expérience d'un an sur des patients non sélectionnés Journal ??2007 ; N ?, V ? : 215-216
2. M. Bouassidaa, M.F. Chtouroua, H. Charradaas, Zribi, The severity grading of acute cholecystitis following the Tokyo Guidelines is the most powerful predictive factor for conversion from laparoscopic cholecystectomy to open cholecystectomy Journal ?2016; N, V: 1-2 incomplète
3. Andreas Scheiwillera, Dominique Criblezb Cholécyctite aiguë –options thérapeutiques et timing chirurgical
4. Bray Madoué Kaimba,1 Youssouf Mahamat,1 Et Seid Dounia Akouya Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis gallstones: about 22 cases compiled at the Rebirth hospital of Ndjamen 2015 incomplète : Journal?? N ??, Vol?? pages??
5. Stavros Gourgiotis, Md, Phd, et al Laparoscopic Cholecystectomy: a Safe Approach for Management of Acute Cholecystitis 2007 Apr-Jun; 11(2): 219–224
6. Zaafour H1, Mrad S1, Khedhiri N1, Haddad D1, Bouhafa A1, Maamer Ab1. First experience with outpatient laparoscopic cholecystectomy in Tunisia]. 2010
7. Tsai CJ, Leitzmann MF, Willett WC, Giovannucci EL. Central adiposity, regional fat distribution and the risk of cholecystectomy in women Gut 2006; 55: 708-714
8. Yuval Jb Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Calculous Cholecystitis: Is it Time for a Change?
9. H. Johanet*, C. Laubreau, R. Barei, F. Descout, J.P. Foulon, V. Tixier Cholécyctomie par laparoscopie en ambulatoire 2001 P 121,1
10. Golea A1, Badea R, Suteu T. Role of ultrasonography for acute cholecystic conditions in the emergency room. 2010
11. Benchekkour Djahida, Dr. Benamara, Benzina Raounek La prise en charge de la Cholécyctite aiguë lithiasique au service de chirurgie « A » du CHU de Tlemcen 2016 P 35-40
12. Sanogo Zz*, Sangare D*, Soumare et al cholecystectomie laparoscopique. les 30 premiers cas de BAMAKO 2006 P 16,1
13. Meryem Lachgar Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la lithiase biliaire au CHU Mohammed VI Marrakech 2011 P 58
- 14.G. Bonkougou1, A. Sanou1, et al . LA Cholécyctomie laparoscopique au burkina faso : a propos de 32 cas 2007 p 57, 58
15. Rachid Rihab Conversion en laparotomie lors des cholécystectomies laparoscopiques 2017 P
- 16.Teixeira J1, Ribeiro C1, Moreira Lm2, et al Laparoscopic cholecystectomy as daysurgery procedure: current indications and patients' selection 2013

17. Mokhtar AM Cholelithiasis in the western region of Saudi Arabia Department of Surgery, King Abdul Aziz University Hospital, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia.

