

Cholécystite aiguë – options thérapeutiques et timing chirurgical

Andreas Scheiwiller^a, Dominique Criblez^b

^a Chirurgische Klinik, Magendarm-Zentrum, Kantonsspital, Luzern

^b Abteilung Gastroenterologie/Hepatologie, Magendarm-Zentrum, Kantonsspital, Luzern

Quintessence

- La cholécystite aiguë est une complication fréquente de la cholélithiase. Le traitement de choix est la cholécystectomie, si possible par voie laparoscopique.
- Il est bénéfique de réaliser l'opération le plus tôt possible après l'admission à l'hôpital, indépendamment de l'intervalle depuis le début des symptômes.
- En cas de risque opératoire excessivement élevé ou lorsque les mesures conservatrices ne permettent pas d'obtenir une amélioration rapide, il est possible de recourir à la cholécystostomie percutanée, qui est un geste de radiologie interventionnelle de réserve, pour drainer la vésicule biliaire.
- La décision doit être prise au cas par cas quant à savoir si une cholécystectomie peut être réalisée à l'issue d'une cholécystostomie. Dans la négative, un tiers des patients développent à moyen terme de nouveaux troubles liés aux calculs biliaires (le plus souvent récidive de cholécystite).
- L'avenir révèlera si les nouvelles techniques chirurgicales telles que la natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) ou la single-incision laparoscopic surgery (SILS) apportent un bénéfice supplémentaire dans le traitement de la cholécystite aiguë.

Dans la grande majorité des cas, la cholécystite aiguë est liée à la présence de calculs biliaires [1]. La cholélithiase est une maladie non négligeable en raison de sa prévalence élevée, du risque important de complications et de la nécessité de traitement chirurgical qui en résulte. D'après l'Office fédéral de la statistique, la cholécystectomie est la chirurgie abdominale la plus fréquente en Suisse, avec environ 12000 interventions par an.

La pathogenèse de la cholécystite aiguë lithiasique repose principalement sur une obstruction liée aux calculs, associée à une irritation chimique de la paroi de la vésicule biliaire provoquée par la lysolécithine. Les coliques biliaires récidivantes peuvent constituer un signe précurseur de la cholécystite aiguë, mais elles ne sont pas nécessairement présentes. En cas de cholélithiase symptomatique non traitée, le risque cumulatif à long terme de cholécystite aiguë s'élève à 20%.

La cholécystite alithiasique est plus rare, représentant moins de 10% de l'ensemble des cholécystites. Elle survient principalement chez des malades dans un état critique et est associée à une mortalité élevée [2]. Parmi les cas particuliers, il convient de citer les infections primaires de la vésicule biliaire, qui sont rares. Dans le cadre du SIDA, des agents pathogènes opportunistes peuvent également être impliqués.

La cholécystite lithiasique est elle aussi une affection au pronostic relativement défavorable. En fonction de l'âge et des maladies concomitantes, la mortalité varie entre 1 et 10%. La cholécystite résulte le plus souvent d'une

obstruction lithiasique du canal cystique, suivie d'une irritation de la paroi de la vésicule biliaire par des dérivés de la bile comme la lysolécithine. Une infection peut s'y greffer, mais il ne s'agit pas d'un élément pathogénique obligatoire. Le spectre des altérations histologiques s'étend de l'œdème léger à la nécrose transmurale.

Non traitée, la cholécystite aiguë lithiasique peut certes régesser spontanément en l'espace de quelques jours, mais elle est également associée à un risque de complications supplémentaires de l'ordre de 20%. Le développement d'un empyème s'accompagne d'une détérioration de l'état général et de signes infectieux. La forme la plus sévère de cholécystite est la cholécystite gangréneuse, qui est favorisée par l'âge avancé et par le diabète sucré et peut aboutir à une perforation de la vésicule biliaire. Les perforations restent généralement couvertes et ont tendance à donner lieu à des abcès. La perforation intrapéritonéale ouverte, qui est plus rare, est associée à une mortalité élevée. Certains patients présentent une pénétration d'un autre organe creux, avec formation d'une fistule, le plus souvent d'une fistule cholécysto-duodénale ou d'une fistule cholécysto-colique. La migration de gros calculs à travers une telle fistule peut donner lieu à un iléus biliaire.

La cholécystite chronique résulte presque exclusivement d'une cholécystolithiase, qui entraîne une irritation mécanique de la paroi de la vésicule biliaire ou des cholécystites récidivantes. A la différence de la forme aiguë, la cholécystite chronique ne se définit pas tant par des manifestations cliniques mais plutôt par des critères d'imagerie et des critères histopathologiques. Les caractéristiques correspondantes sont un épaississement de la paroi de la vésicule biliaire et des infiltrats inflammatoires. En revanche, il n'y a qu'une vague corrélation avec des symptômes épigastriques. En présence uniquement d'un épaississement de la paroi de la vésicule biliaire, mis en évidence par un examen d'imagerie, la démarche thérapeutique n'est pas clairement définie.

Manifestations cliniques et diagnostic

Le symptôme principal typique de la cholélithiase est la présence de coliques biliaires, qui surviennent lorsque des calculs obstruent l'infundibulum de la vésicule biliaire, le canal cystique ou le canal cholédoque. Les douleurs intenses, sourdes et oppressantes provoquées par les coliques biliaires surviennent épisodiquement, par poussées soudaines, parfois après les repas et parfois également la nuit. Les douleurs sont maximales dans la partie supérieure centrale ou droite de l'abdomen et peuvent irradier dans l'épaule droite ou dans le dos. Les





Dominique Criblez

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

manifestations végétatives associées, comme les vomissements ou l'hyperhidrose, sont fréquentes.

Si la douleur persiste durant plus de 6 heures, il convient de songer à la complication d'une cholécystite. Dans ce cas, le patient présente souvent aussi un état général diminué. Chez les personnes âgées plus particulièrement, les symptômes peuvent dans un premier temps passer inaperçus, ce qui peut retarder l'établissement du diagnostic, d'autant plus que les anomalies sont elles aussi souvent légères. Le diagnostic différentiel inclut de nombreuses autres entités au pronostic défavorable. En présence d'une cholélithiase, il faut en particulier aussi songer à une pancréatite biliaire aiguë.

En cas de cholécystite aiguë, l'examen clinique de l'abdomen révèle une douleur à la pression dans la partie droite de l'épigastre; lorsque le patient effectue une inspiration profonde, la douleur est accentuée au point de provoquer une inhibition respiratoire («signe de Murphy»), parfois avec une résistance palpable. Le péritonisme localisé au niveau de la partie droite de l'épigastre a une grande valeur diagnostique dès qu'il y a une extension du processus inflammatoire et une irritation du péritoine pariétal. Les analyses sanguines biochimiques peuvent révéler, à côté des marqueurs inflammatoires, une légère augmentation des transaminases, lorsque l'inflammation envahit la fosse de la vésicule biliaire (foie). Des valeurs très anormales, particulièrement lorsqu'elles sont combinées aux signes classiques de choléstase (élévation de la bilirubine et de la phosphatase alcaline), doivent en plus faire suspecter une obstruction biliaire consécutive à une cholédocholithiase, parfois compliquée par une cholangite bactérienne.

L'imagerie médicale constitue un élément central pour la confirmation du diagnostic. Typiquement, l'échographie révèle une paroi vésiculaire épaissie de 3–4 mm et dédoublée (fig. 1  et 2 ) , s'accompagnant, dans les cas sévères, d'un exsudat péri-vésiculaire dans la fosse de la vésicule biliaire. Lorsque les anomalies cliniques et échographiques sont sans appel, la tomodesitométrie (TDM) abdominale peut être superflue; elle présente cependant une sensibilité équivalente à celle de l'échographie et elle est indiquée lorsqu'une discrimination diagnostique s'avère nécessaire en raison d'un tableau clinique équivoque. Dans la littérature anglo-saxonne, une certaine valeur est attribuée à la scintigraphie hépato-biliaire avec une substance marquée au technétium excrétée dans la bile, car cette dernière permet de mettre en évidence une obstruction du canal cystique de manière relativement fiable. Toutefois, cet examen est superflu dans la pratique quotidienne.

En cas de suspicion sérieuse d'une obstruction biliaire ou d'une cholédocholithiase, il est indispensable de réaliser une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) à visée diagnostique mais également thérapeutique.

Traitement

En raison du risque élevé de complications, les patients présentant une cholécystite aiguë devraient être hospitalisés et être maintenus à jeun.

La cholécystite aiguë est en premier lieu un trouble inflammatoire; une infection bactérienne secondaire n'est certes pas rare, mais n'est en aucun cas obligatoire. Une antibiothérapie empirique est toutefois recommandée, avant même que les cultures sanguines s'avèrent positives, du moins en cas de fièvre, d'hyperleucocytose (>12,5 G/l) ou lorsque l'examen d'imagerie révèle la présence de gaz au sein de la paroi vésiculaire [3]. Le doute persiste néanmoins quant à savoir si des concentrations efficaces du médicament peuvent être atteintes dans la vésicule biliaire congestionnée. Le taux d'empyèmes ne semble pas être réduit par les antibiotiques. L'antibiothérapie permet essentiellement de réduire les septicémies et les complications septiques comme les infections de plaies.

Le spectre des agents pathogènes impliqués inclut par ordre décroissant de fréquence: *Escherichia coli*, entérocoques, *Klebsiella* et *Enterobacter sp.* Pour l'antibiothérapie empirique, il est en premier lieu recommandé d'utiliser l'amoxicilline-acide clavulanique, la pipéracilline-tazobactam ou la ceftriaxone plus métronidazole. Une durée de traitement de 24 heures est suffisante lorsqu'une cholécystectomie est pratiquée; cette durée doit s'élever à 4–7 jours en cas de traitement conservateur. Chez les patients opérables, la cholécystectomie constitue le traitement de choix. Au cours de ces dernières années, le débat était centré sur le choix de la procédure opératoire (chirurgie laparoscopique versus ouverte) et le moment optimal de l'intervention (immédiatement après le début des symptômes ou 6–8 semaines plus tard). Dans la littérature, il est discuté dans quelle mesure des facteurs comme le délai entre le début des symptômes et l'hospitalisation, le degré de sévérité de la cholécystite ou l'expérience du chirurgien devraient être intégrés dans l'algorithme thérapeutique. Les lignes qui suivent se penchent brièvement sur la question.

Cholécystectomie: chirurgie laparoscopique ou ouverte?

Au début de l'ère de la laparoscopie, la cholécystite aiguë était considérée comme une contre-indication à la laparoscopie. Aujourd'hui, nous savons que par rapport à la chirurgie ouverte, la laparoscopie est associée à moins de complications (en particulier moins d'infections de plaies), à moins de douleurs et à une plus courte incapacité de travail.

Les traumatismes des voies biliaires sont la complication la plus redoutée de la cholécystectomie. Ils sont associés à une morbidité et à une mortalité élevées, ainsi qu'à une diminution fréquente de la qualité de vie avec le temps. Alors que des études rétrospectives ont rapporté un risque accru de traumatismes des voies biliaires en cas de cholécystite aiguë, des études randomisées prospectives ultérieures ne sont pas parvenues à confirmer une telle corrélation. Par ailleurs, l'analyse des chiffres suisses de la base de données de l'Association Suisse pour la Chirurgie Laparoscopique et Thoracoscopique (ASCLT) portant sur 34 000 cholécystectomies n'a pas montré de différence statistiquement significative (données non publiées). Ainsi, il n'existe pas d'argument s'opposant à la laparoscopie.

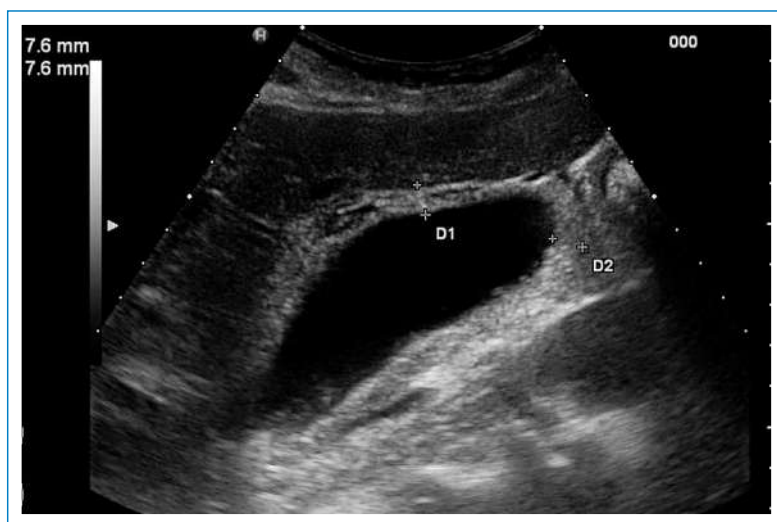


Figure 1
Echographie dans le cadre d'une cholécystite aiguë: épaissement, relâchement et dédoublement de la paroi de la vésicule biliaire en coupe longitudinale.

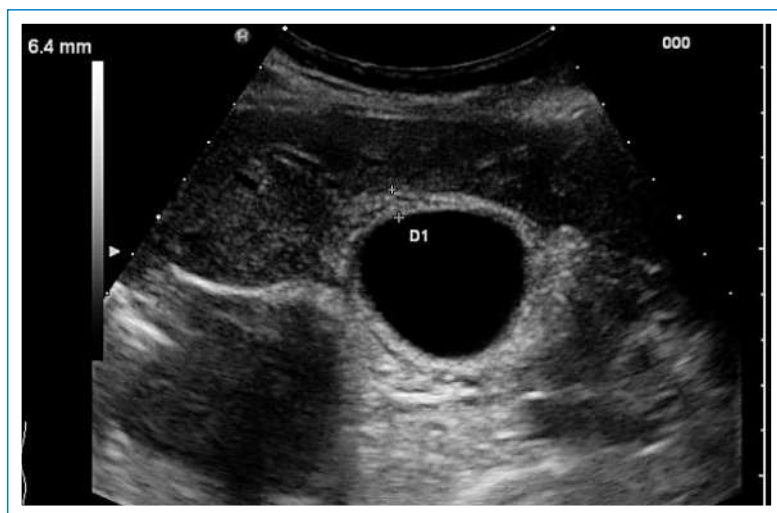


Figure 2
Echographie dans le cadre d'une cholécystite aiguë: même vésicule que dans la figure 1, mais représentée en coupe transversale.

Une autre complication potentielle est la fuite sur le moignon cystique. Le tissu enflammé dans le cadre de la cholécystite peut compliquer l'occlusion fiable du canal cystique. Ainsi, les fuites au niveau moignon fragilisé sont plus fréquentes sur plan statistique en cas d'opérations pour cholécystite qu'en cas de situations non-inflammatoires. Cette complication est légèrement plus fréquente en cas de chirurgie laparoscopique, mais elle est considérée comme bien moins grave que la lésion du canal cholédoque, car elle peut pratiquement toujours être traitée avec succès par CPRE et drainage naso-biliaire ou un stent.

A l'heure actuelle, les recommandations internationales préconisent la cholécystectomie laparoscopique comme traitement de choix en cas de cholécystite aiguë.

Timing de la cholécystectomie

Les discussions se poursuivent autour du moment idéal de réalisation de la cholécystectomie laparoscopique. Au

cours de la dernière décennie, une grande partie des patients ont encore été traités en premier lieu par antibiothérapie, suivie d'une cholécystectomie laparoscopique après un délai de 6 semaines. Cette pratique s'explique par la crainte de taux de complications élevés liés à l'inflammation, avec préparation compliquée du triangle de Calot et tendance hémorragique accrue, ainsi que par des questions d'organisation et de capacité.

Deux méta-analyses d'études randomisées ont clairement donné la préférence à la cholécystectomie laparoscopique précoce (en l'espace d'1 semaine après le début des symptômes), car elles n'ont pas montré de différence en termes de risque de complications et de risque de conversion. En revanche, la cholécystectomie réalisée après 6 semaines est associée à des complications dans cet intervalle de temps, à une durée d'hospitalisation plus longue et à des coûts plus élevés [4]. Par ailleurs, la cholécystectomie à froid peut également être difficile sur le plan technique, car il est souvent compliqué de séparer correctement les couches anatomiques en raison de la fibrose qui s'est formée et ainsi d'identifier les structures essentielles.

Une analyse qui était destinée à déterminer le moment idéal d'intervention et qui a porté sur 4113 patients atteints de cholécystite aiguë issus de la base de données de l'ASCLT a montré un taux de complications intra-opératoires de 5,5%. Il n'y avait pas de différence entre les patients qui se sont fait opérer le jour de l'hospitalisation et ceux qui se sont fait opérer plus de 6 jours plus tard. En revanche, dans cette population de patients, la réalisation tardive de l'intervention était associée à un nombre significativement plus élevé de complications post-opératoires (13% vs. 6%) et à un taux de conversion significativement plus élevé (28% vs. 12%) [5].

Dans notre propre pratique, nous privilégions une intervention la plus rapide possible, indépendamment du début des symptômes, dès lors qu'il n'y a pas de complications associées comme une cholédocholithiase ou une pancréatite. Dans la mesure du possible, nous privilégions la chirurgie laparoscopique. Une conversion précoce en chirurgie ouverte témoigne de la circonspection du chirurgien et ne doit pas être considérée comme une complication. Chez les patients polymorbides, la cholécystectomie réalisée dans l'intervalle est une alternative tout à fait valable.

Nouvelles procédures opératoires

Au cours de ces dernières années, l'arsenal chirurgical s'est enrichi de deux nouvelles techniques dans un souci de réduire encore davantage l'invasivité interventionnelle: la single-incision laparoscopic surgery (SILS) et la natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES; en cas de cholécystectomie avec abord transvaginal, NOTES hybride).

Pour la cholécystectomie élective, plusieurs études ont montré un taux de complications équivalent à celui de la laparoscopie multi-trocarts conventionnelle. Toutefois, pratiquement toutes les études ont une puissance insuffisante pour démontrer une éventuelle différence au niveau du risque intra-opératoire de traumatismes des

voies biliaires. Plusieurs méta-analyses sur ce thème ont été publiées récemment, avec des appréciations divergentes des données de la littérature.

D'une manière générale, il ressort que les nouvelles méthodes permettent à l'unanimité d'obtenir des résultats esthétiques légèrement meilleurs; en revanche, elles sont associées à des durées d'intervention plus longues [6]. Après une certaine désillusion, il y a actuellement une tendance en faveur de la *reduced port surgery*, qui correspond à une opération laparoscopique avec un nombre réduit de trocars. Nous estimons, en ce qui concerne la cholécystectomie, qu'il n'y a pas de relation rationnelle entre le fait d'économiser par ex. un seul trocar de 5 mm, et l'investissement et le risque encouru par rapport à l'utilisation de multiples trocars.

Certaines données de la littérature confirment également la faisabilité des nouvelles méthodes en cas de cholécystite aiguë, mais il est impossible de préconiser une utilisation généralisée de ces techniques dans cette indication en raison du faible nombre de données disponibles et des considérations expliquées ci-dessus.

Alternatives thérapeutiques non chirurgicales pour les patients à haut risque

Les patients à risque opératoire très élevé sont avant tout les patients âgés avec d'importantes comorbidités. Chez ces patients, des approches non chirurgicales doivent être envisagées. Il arrive également que des personnes par ailleurs en bonne santé présentent une forme particulièrement sévère de cholécystite, particulièrement avec une pose tardive du diagnostic ou un sepsis grave qui s'oppose alors à une approche chirurgicale en première intention; dans de telles situations limites, une décision individualisée est nécessaire.

Dans le cas où la chirurgie d'emblée est jugée trop risquée, une tentative de traitement conservateur par antibiotiques et mesures de soutien peut être initiée. Si le traitement conservateur ne permet pas d'obtenir une amélioration rapide, la cholécystectomie doit à nouveau être envisagée, en soupesant les risques.

En cas de risque opératoire excessivement élevé, il est possible de se tourner vers la cholécystostomie percutanée (drainage de la vésicule biliaire), qui est un geste de radiologie interventionnelle généralement réalisé sous contrôle tomodensitométrique et sous anesthésie locale. L'objectif est de décongestionner la vésicule biliaire en évacuant le pus qui s'y est accumulé. Le taux de succès technique est supérieur à 80%. Les complications comme les hémorragies ou le déplacement du cathéter sont rares. En fonction du degré de viscosité du contenu de la vésicule biliaire, le drainage peut se révéler insuffisant, de sorte que des lavages répétés ou le remplacement par un cathéter de plus grand diamètre peuvent s'avérer nécessaires. Les données actuellement disponibles ne permettent pas de déterminer clairement dans quelle mesure la cholécystostomie percutanée est réellement supérieure à l'approche conservatrice primaire avec cholécystectomie différée.

Si la cholécystostomie percutanée permet d'obtenir une récupération adéquate avec un rétablissement de l'opérabilité du patient, une cholécystectomie peut être pratiquée à une date ultérieure [7]. Lorsque cette dernière n'est pas réalisée, un tiers des patients développent au cours des 5 années suivantes une nouvelle complication de la cholélithiase (le plus souvent sous forme de récurrence de la cholécystite) et font alors l'objet d'une cholécystectomie. Au-delà de ce délai de 5 ans, les patients non cholécystectomisés ne présentent plus de risque sensible de développer des complications [8].

La cholécystostomie est aussi particulièrement appropriée pour le traitement de la cholécystite alithiasique chez les malades dans un état critique. En l'absence de traitement, il y a un risque élevé d'évolution en cholécystite gangréneuse, avec perforation et issue défavorable. Le drainage biliaire endoscopique par CPRE a été décrit, mais la désobstruction du canal cystique est fastidieuse, de sorte que cette méthode ne s'est pour l'instant pas établie à une large échelle. Il en va de même pour le drainage biliaire transluminal sous contrôle échoendoscopique, qui est encore à un stade expérimental. En revanche, il ne faut pas hésiter à pratiquer une CPRE en cas de suspicion d'obstruction biliaire persistante, c.-à-d. lorsqu'une cholédocholithiase doit être supprimée avant de réaliser la cholécystectomie.

Les auteurs remercient le Docteur Marco Rossi, médecin-chef en infectiologie à l'Hôpital cantonal de Lucerne, pour sa contribution sur le thème de l'antibiothérapie, et le Docteur Walter Suter, spécialiste FMH en gastroentérologie et médecine interne, Schwyz, pour la relecture critique du manuscrit.

Correspondance:

Dr Dominique Criblez
Abteilung Gastroenterologie/Hepatologie
Luzerner Kantonsspital
CH-6000 Luzern 16
[dominique.criblez\[at\]luks.ch](mailto:dominique.criblez[at]luks.ch)

Références

- 1 Strasberg SM. Acute Calculous Cholecystitis. *N Engl J Med.* 2008;358:2804–11.
- 2 Barie PS, Eachempati SR. Acute acalculous cholecystitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2010;39:343–57.
- 3 Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. Diagnosis and management of complicated intraabdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010;50:133–64.
- 4 Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg.* 2010;97:141–50.
- 5 Banz V, Gsponer Th, Candinas D, Güller U. Population-Based Analysis of 4113 Patients with Acute Cholecystitis: Defining the Optimal Time-Point for Laparoscopic Cholecystectomy. *Ann Surg.* 2011;254:964–70.
- 6 Trastulli S, Cirocchi R, Desiderio J, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials comparing single-incision versus conventional laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg.* 2013;100:191–208.
- 7 Morse BC, Smith JB, Lawdahl RB, Roettger RH. Management of acute cholecystitis in critically ill patients: contemporary role for cholecystostomy and subsequent cholecystectomy. *Am Surg.* 2010;76:708–712.
- 8 Schmidt M, Sondena K, Vetrhus M, Behane T, Eide GE. Long-term follow-up of a randomized controlled trial of observation versus surgery for acute cholecystitis: non-operative management is an option in some patients. *Scand J Gastroenterol.* 2011;46:1257–62.