

# Cholécystite alithiasique

---

MODULE INFECTIEUX – 24/04/2024

PRÉSENTÉ PAR C.SIBLEYRAS

# La cholécystite

---

- Inflammation aigue de la vésicule biliaire
- En pathologie courante : lithiasique ++

# Rappels cholécystite lithiasique

---

- Clinique : douleur biliaire brutale, fièvre
  - Biologie : syndrome inflammatoire biologique
  - Imagerie : Echographie ++
  - Prise en charge par antibiothérapie et cholécystectomie précoce
  - Complications possibles : gangrène vésiculaire (abcès hépatiques ou péritonite biliaire)
- **Facteurs de risque = présence de lithiases**

# La cholécystite

---

- Inflammation aigue de la VB
- En pathologie courante : lithiasique ++
- Cholécystite aigue alithiasique :
  - **CAA de réanimation**
  - CAA de l'immunodéprimé (séropositifs VIH ++, transplantés)
  - Autres causes : ischémique, infectieuse, obstructive sans calculs

# Cholécystite aiguë en réanimation

---

- Nombreux facteurs favorisant une cholécystite lithiasique
- Risques surajoutés chez nos patients de développer une **cholécystite alithiasique**

# Cholecystite alithiasique

---

# Introduction

---

- Atteinte chez 0,2 à 1 % des patients de réanimation
- Patients entre 60 et 70 ans, sexe ratio H/F 2-3 / 1
- Historiquement décrite comme alithiasique
  - composante lithiasique dans 50 % des cas
- Pathologie rare mais grave avec mortalité à 40%

# Physiopathologie

---

## STASE BILIAIRE

Favorisée par :

- le jeûne
- les morphiniques
- le contexte post-opératoire
- la nutrition parentérale exclusive
- la ventilation en pression positive

## ISCHÉMIE VÉSICULAIRE

Phénomènes d'ischémie-reperfusion favorisés par :

- la défaillance hémodynamique
- l'hypovolémie
- les cathécolamines



# Patients les plus à risque

---

**Incidence globale : 0,2 à 1 %**

**3 % en postopératoire de chirurgie cardiovasculaire**

Rady MY, et al. (1998) Perioperative predictors of acute cholecystitis after cardiovascular surgery. Chest

**3,5 % chez les patients gravement brûlés**

Walsh K, et al (2018) Acute acalculous chole-cystitis in burns: a review. J Burn Care Res

**10,6 % pour les polytraumatisés hospitalisés plus de quatre jours en réanimation**

Pelinka LE, et al,(2003) Acute acalculous cholecystitis after trauma: a prospectivestudy. J Trauma

**Contexte postopératoire de chirurgie viscérale**

Jönsson PE, et al, (1976) Postoperative acute acalculouscholecystitis. Arch Surg

**Table 1. Diseases associated with acalculous cholecystitis.**

<b>Stress</b>	<b>Comorbidities</b>	<b>Infection-related</b>	<b>Miscellaneous</b>
Trauma	Diabetes mellitus	Salmonella	Systemic lupus
Burns	End-stage renal disease	<i>Staphylococcus aureus</i>	Vasculitides
Cardiopulmonary resuscitation	Congestive heart failure/ coronary artery disease	Cytomegalovirus	
Sepsis	Peripheral vascular disease		
Total parenteral nutrition		Immunosuppression	
Mechanical ventilation		AIDS	
Bone marrow/ stem cell transplant		Microsporidia/ cryptosporidium	
Major surgeries			

# Présentation clinique CAA

---

- Délai de survenue de 8 à 11 jours après l'admission en réanimation
  - Douleur biliaire brutale, signe de Murphy
  - Si patient non communiquant : sepsis, dégradation clinique
- Diagnostic différentiel entre CAA et CAL difficile

## Acute acalculous cholecystitis in critically ill patients

J. LAURILA<sup>1</sup>, H. SYRJÄLÄ<sup>2</sup>, P. A. LAURILA<sup>1</sup>, J. SAARNIO<sup>3</sup> and T. I. ALA-KOKKO<sup>1</sup>

Division of Intensive Care, Departments of <sup>1</sup>Anesthesiology, <sup>2</sup>Infection Control and <sup>3</sup>Surgery, Oulu University Hospital, Oulu, Finland

3983 patients inclus

**39 patients développent une CAA**

- 40 % post-chirurgie cardiaque
- 28 % post-chirurgie générale
- 14 % post-neurochirurgie
- 18 % patients médicaux

Table 1

The admission diagnoses of the patients with AAC (n)

	All n = 39	Survivors n = 22	Non-survivors n = 17
Sepsis	16 (41)	8	8
Cardiovascular surgery	9 (23)	5	4
Pneumonia	5 (13)	4	1
Trauma	3 (8)	2	1
Heart failure	2 (6)	1	1
Gastrointestinal bleeding	1 (3)	0	1
Fat embolism	1 (3)	0	1
Subarachnoid hemorrhage	1 (3)	1	0
Pancreatitis	1 (3)	1	0

Figures in parentheses are percentages.

# Le jour de la cholecystectomie :

---

- 13 % patients fébriles
- 54 % des patients avec leucocytose normale
- Hyperlactatémie et acidose métabolique chez 38 et 44 % des patients
- Elevation des transaminases chez 79 % des patients avec cholestase
- CRP médiane à 169  $\mu\text{mol/L}$  (68 – 245)

## Acute acalculous cholecystitis in critically ill patients

J. LAURILA<sup>1</sup>, H. SYRJÄLÄ<sup>2</sup>, P. A. LAURILA<sup>1</sup>, J. SAARNIO<sup>3</sup> and T. I. ALA-KOKKO<sup>1</sup>

Division of Intensive Care, Departments of <sup>1</sup>Anesthesiology, <sup>2</sup>Infection Control and <sup>3</sup>Surgery, Oulu University Hospital, Oulu, Finland

Table 3

### Concomitant factors

	All (n = 39)	Survivors (n = 22)	Non-survivors (n = 17)	
ASO	9 (23)	6	3	NS
Diabetes	4 (10)	2	2	NS
Coronary heart disease	16 (41)	8	8	NS
Abuse of alcohol	7 (20)	4	3	NS
Steroids, all	21 (54)	9	12	NS
for sepsis	17 (44)	8	9	NS
Sedation (propofol)	35 (90)	19	16	NS
Opioid analgesia	35 (90)	19	16	NS
Nutrition				
Mainly enteral	22 (56)	13	9	NS
Mainly parenteral	17 (44)	9	8	NS

ASO, universal arteriosclerosis; NS, non-significant.

Figures in parentheses are percentages.

# Diagnostique difficile

---

- Clinique aspécifique, ++ si patient sédaté
- Syndrome inflammatoire et cytolyse inconstants
- Aide de l'imagerie ++

**Tableau 2** Critères d'imagerie pour le diagnostic de CAA (d'après Huffman et Schenker [23])

Type examen	Critères	Diagnostic
<u>Échographie</u>	<p><b>Majeurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• épaisseur paroi vésiculaire &gt; 3,5 ou 4 mm</li> <li>• épanchement périvésiculaire ou œdème sous-muqueux</li> <li>• gaz intrapariétal</li> <li>• aspect feuilleté de la paroi vésiculaire</li> </ul> <p><b>Mineurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bile hyperéchogène (<i>sludge</i> intravésiculaire)</li> <li>• hydrocholécyste (&gt; 5 cm transversalement ou &gt; 8 cm longitudinalement)</li> </ul>	<p><b>2 critères majeurs</b></p> <p>Ou</p> <p><b>1 critère majeur + 2 critères mineurs</b> (la plupart des études favorisent la triade : paroi vésiculaire épaissie, <i>sludge</i> et hydrocholécyste)</p>
<u>Scanner</u>	<p><b>Majeurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• épaisseur paroi vésiculaire &gt; 3 ou 4 mm</li> <li>• épanchement périvésiculaire</li> <li>• œdème sous-muqueux</li> <li>• gaz intramural</li> <li>• aspect feuilleté de la paroi vésiculaire</li> </ul> <p><b>Mineurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bile hyperdense (<i>sludge</i> intravésiculaire)</li> <li>• hydrocholécyste</li> </ul>	<p><b>2 critères majeurs</b></p> <p>Ou</p> <p><b>1 critère majeur + 2 critères mineurs</b></p>

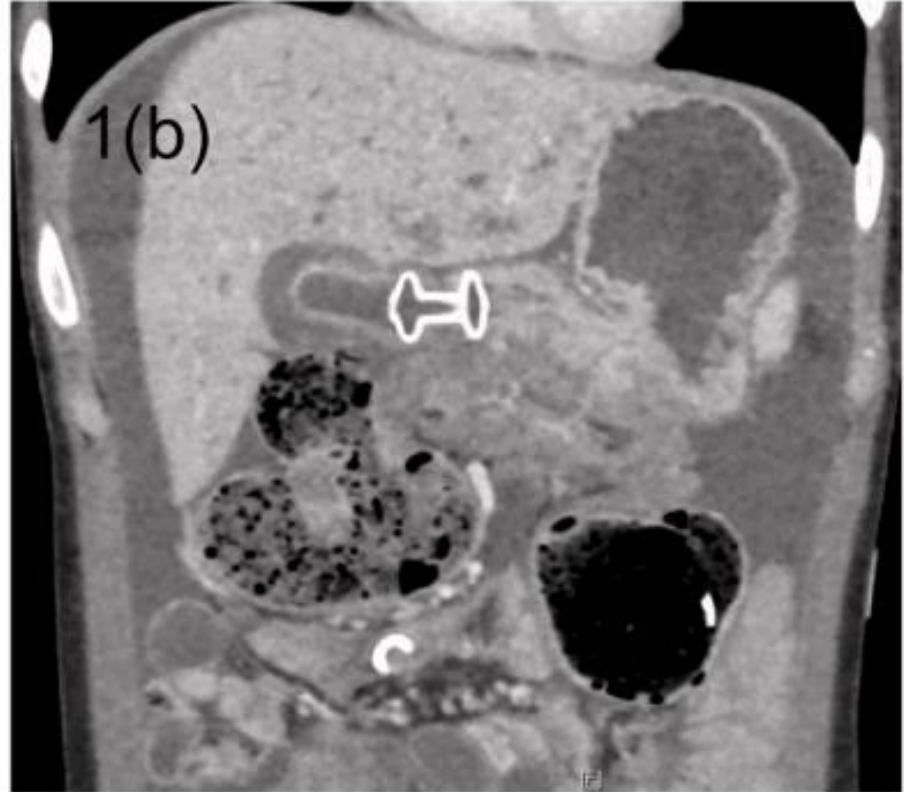
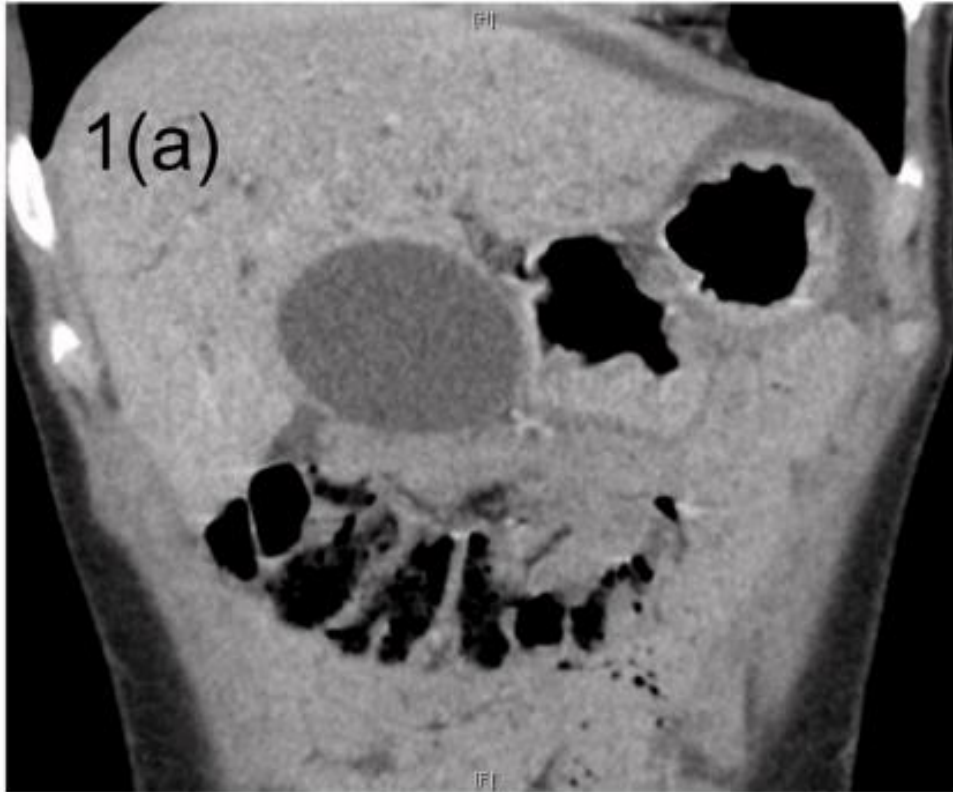
+ scintigraphie hépato-biliaire



# Prise en charge

---

- Antibiothérapie en urgence dès la suspicion
- Optimisation hémodynamique
- Contrôle de la source infectieuse :
  - cholécystectomie chirurgicale = traitement de référence
  - drainage percutané avec pose de drain trans-hépatique
  - drainage endoscopique : diminution du nombre de complications peropératoires et des récives (voie CPRE ou trans gastrique)



# Complications

Incidence des complications élevée

- Taux de cholécystite gangréneuse
- Taux de perforation ~ 10 %
- Taux de mortalité de la cholécysti

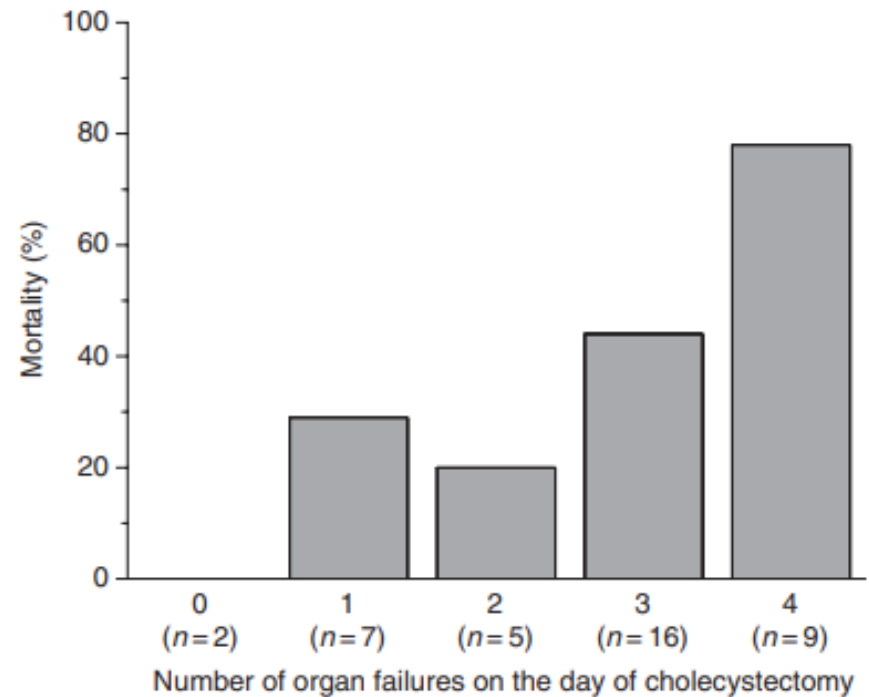


Fig.1. Number of failing organs on the day of surgery versus mortality. The mortality rate was 0% for the patients with no organ failures, 29% for the patients with a single organ failure, 20% for the patients with two organ failures, 44% for the patients with three organ failures, and 78% for the patients with four or more organ failures.

# En conclusion

---

- Cholecystite aigue alithiasique rare mais grave
- Beaucoup de facteurs favorisants en réanimation
- Diagnostique difficile : aide de l'échographie et du scanner
- Prise en charge par antibiothérapie en urgence et contrôle de la source infectieuse

Merci de votre  
attention !

---