



Chapitre 67

Cholécystite aiguë : on refroidit ou on opère ?



O. MONNEUSE

Points essentiels

- La cholécystectomie en urgence est recommandée pour les patients présentant une cholécystite aiguë.
- La cholécystectomie doit être réalisée précocement, idéalement dans les 48 premières heures.
- Le traitement médical est une option valide pour différer la prise en charge chirurgicale chez les patients présentant un risque anesthésique important.
- En cas d'échec du traitement médical initial, la prise en charge dans la phase intermédiaire (chaud/froid) est particulièrement risquée en termes de complications et de mortalité.

La question du délai pour réaliser une cholécystectomie pour cholécystite aiguë est clairement associée d'une part, à la voie d'abord laparoscopique et d'autre part, au risque biliaire de plaie du cholédoque.

Trois articles majeurs sont à l'origine de la réflexion actuelle : les Tokyo guidelines 2007 (1) et leur révision 2013 (2) qui ont précisés les définitions des cholécystites aiguës et permis d'analyser les résultats sur des groupes de patients homogènes. La Cochrane Library publiait en 2013, une revue sur l'indication chirurgicale d'une cholécystectomie à froid après traitement médical initial *versus* une cholécystectomie en urgence en phase aiguë (3).

Concernant donc le taux de plaies des voies biliaires (3) compliquant une chirurgie en phase aigue versus à froid, leur taux n'était pas significativement différent (0,4 vs 0,9 %).

Le taux de **conversion par une laparotomie (3)** était également non différent sur le plan statistique (19,7 vs 22,1 %).

Pour les patients chez lesquels une attitude de chirurgie différée était choisie (3), 18,3 % des patients n'avaient pas de résolution de la cholécystite aiguë, ou une reprise précoce de la symptomatologie justifiant alors d'une chirurgie en urgence secondaire. Dans ce groupe d'échec du traitement médical initial, le taux de conversion rapporté était alors de 45 %, la mortalité et la morbidité étant également nettement plus importantes (4-6).

Ainsi, aux États-Unis, 75 % des patients présentant une cholécystite aiguë justifient d'une cholécystectomie en urgence avec un taux de conversion en laparotomie de 29 % (7).

Au total sur la base des arguments précédents, la plupart des auteurs s'accordent à dire **que lorsqu'elle est possible sur le plan général d'opérabilité, l'attitude d'une cholécystectomie en urgence, idéalement dans les 48 heures, doit être proposée.** Elle n'est pas plus à risque qu'une chirurgie différée, et n'entraîne pas plus de conversion dans les équipes entraînées. Elle permet de réduire la durée globale du séjour hospitalier.

À l'inverse, **chez le patient très à risque sur le plan anesthésique, l'attitude d'un traitement médical est une option valide.** Elle permet d'opérer le patient dans des conditions d'opérabilité plus favorables, après réalisation de bilans complémentaires ou de mise en condition, cholécystostomie par exemple, dans l'intervalle.

Références

1. Mayumi T., Takada T., Kawarada Y., Nimura Y., Yoshida M., Sekimoto M., Miura F., Wada K., Hirota M., Yamashita Y., Nagino M., Tsuyuguchi T., Tanaka A., Gomi H., Pitt H.A. Results of the Tokyo Consensus Meeting Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007 ; 14(1) : 114-21. Epub 2007 Jan 30.
2. Takada T., Strasberg S.M., Solomkin J.S., Pitt H.A., Gomi H., Yoshida M., Mayumi T., Miura F., Gouma D.J., Garden O.J., Büchler M.W., Kiriyaama S., Yokoe M., Kimura Y., Tsuyuguchi T., Itoi T., Gabata T., Higuchi R., Okamoto K., Hata J., Murata A., Kusachi S., Windsor J.A., Supe A.N., Lee S., Chen X.P., Yamashita Y., Hirata K., Inui K., Sumiyama Y. Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan ; 20(1) : 1-7.
3. Gurusamy K.S., Davidson C., Gluud C., Davidson B.R. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun ; 30 : 6.
4. Waage A., Nilsson M. Iatrogenic bile duct injury: a population-based study of 152 776 cholecystectomies in the Swedish Inpatient Registry. Arch Surg. 2006 Dec ; 141(12) : 1207-13.
5. Brooks K.R., Scarborough J.E., Vaslef S.N., Shapiro M.L. No need to wait: an analysis of the timing of cholecystectomy during admission for acute cholecystitis using the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program database. J Trauma Acute Care Surg. 2013 Jan ; 74(1) : 167-73 ; 173-4.

6. Banz V., Gsponer T., Candinas D., Güller U. Population-based analysis of 4113 patients with acute cholecystitis: defining the optimal time-point for laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg. 2011 Dec ; 254(6) : 964-70.
7. Peitzman A.B., Watson G.A., Marsh J.W. Acute cholecystitis : when to operate and how to do it safely. J Trauma Acute Care Surg. 2015 Jan ; 78(1) : 1-12.