

Cholécystectomie par Célioscopie de Lithiases Biliaires Symptomatiques chez une Jeune Femme de 34 Ans et Revue de la Littérature (Un Cas Clinique)

Oumarou Youssouf

Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire
communautaire de Bangui, République Centrafricaine

Mamadou Sarifou Diallo

Service d'hépatogastroentérologie de l'hôpital national Donka CHU
Conakry, Guinée

Riadh Mustapha

Chokri Mazlout

Mourad Hjaiej

Tunisia Médical Services Polyclinique Hammamet, Tunisie

Daniel Sylvere Ouimon

Service de chirurgie pédiatrique CHU Pédiatrique de Bangui,
République Centrafricaine

Clotaire Donatien Raphaï

Laboratoire National de Biologie et de la Santé Publique,
République Centrafricaine

[Doi:10.19044/esj.2024.v20n6p235](https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n6p235)

Submitted: 18 January 2024

Accepted: 27 February 2024

Published: 29 February 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Youssouf O., Diallo M.S., Mustapha R., Mazlout C., Hjaiej M., Ouimon D.S. & Raphaï C.D. (2024). *Cholécystectomie par Célioscopie de Lithiases Biliaires Symptomatiques chez une Jeune Femme de 34 Ans et Revue de la Littérature (Un Cas Clinique)*. European Scientific Journal, ESJ, 20 (6), 235. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n6p235>

Résumé

Introduction : La lithiase biliaire est une pathologie d'une grande fréquence ; elle est le plus souvent asymptomatique, mais peut se compliquer en impactant négativement la qualité de vie. L'ablation de la vésicule sous endoscopie est prometteuse. Nous rapportons un cas clinique pour discuter des modalités thérapeutiques à travers une revue de la littérature. Nous rapportons, l'observation d'une femme de 34 ans avec antécédent obese Elle nous a consulté en juin 2020 pour des vomissements post prandiaux chroniques avec

altération de l'état générale. Les examens paracliniques réalisés n'ont pas révélé une cause évidente. Evacuée à la polyclinique Hammamet à Tunis le diagnostic d'une lithiase vésiculaire a été posé et une ablation sous célioscopie était réalisée avec extraction de 13 gros calculs d'aspect cholestéroliques dont le diamètre moyen de 3 cm, et la pièce opératoire a trouvé un aspect histologique d'une cholécystite chronique diverticulaire en poussée aiguë modérée. La patiente est totalement guérie de sa maladie.

Mots-clés: Bangui, célioscopie, lithiase biliaire

Laparoscopic Cholecystectomy for Symptomatic Cholelithiasis in a 34-year-old Young Woman and Review of the Literature (A Clinical Case)

Oumarou Youssouf

Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire
communautaire de Bangui, République Centrafricaine

Mamadou Sarifou Diallo

Service d'hépto-gastroentérologie de l'hôpital national Donka CHU
Conakry, Guinée

Riadh Mustapha

Chokri Mazlout

Mourad Hjaiej

Tunisia Médical Services Polyclinique Hammamet, Tunisie

Daniel Sylvere Ouimon

Service de chirurgie pédiatrique CHU Pédiatrique de Bangui,
République Centrafricaine

Clotaire Donatien Raphaï

Laboratoire National de Biologie et de la Santé Publique,
République Centrafricaine

Abstract

Cholelithiasis is a very common pathology; it is most often asymptomatic, but can become complicated by negatively impacting quality of life. Removal of the gallbladder under endoscopy is promising. We report a clinical case to discuss therapeutic modalities through a review of the literature. We report the observation of a 34-year-old woman with a history of obesity. She consulted us in June 2020 for chronic postprandial vomiting with deterioration in general condition. Paraclinical examinations carried out did not reveal an obvious cause. Evacuated to the Hammamet polyclinic in Tunis,

the diagnosis of gallbladder lithiasis was made and an ablation under laparoscopy was carried out with extraction of 13 large cholesterol-looking stones with an average diameter of 3 cm, and the operating specimen found an appearance histology of chronic diverticular cholecystitis in moderate acute attack. The patient is completely cured of her illness. Conclusion: The interest of the work lies in the atypical case of symptomatic cholelithiasis which our technical platform did not allow to easily treat in our country.

Keywords: Bangui, Cholecystoscopy, Gallstone

Introduction :

La vésicule biliaire est un organe qui permet de stocker la bile que le foie produit. Elle est notamment active lors de la digestion en se contractant pour libérer la bile et la diriger vers un autre canal qui mène à l'intestin grêle. La bile libérée sert à la digestion des repas riches en graisse. Lorsque des calculs sont présents dans la vésicule, ils peuvent être transportés en même temps que la bile vers l'intestin grêle. La lithiase vésiculaire relève donc de la présence de ces calculs dans la vésicule et des complications que cela peut engendrer (Ashwant et al., 2014). En France, on notait une augmentation du taux national d'incidence de 167,5 pour 100 000 habitants de cholécystectomie (Bray et al 2019). Il existe deux grandes variétés de lithiase biliaire selon la constitution chimique des calculs. La lithiase cholestérolique faite de concrétion dont la composition comprend plus de 75 % d'un poids sec en cholestérol. On distingue la lithiase cholestérolique pure (20 % des cas) et mixte contenant également de bilirubinate de calcium (80 % de cas). Il n'y a aucune relation simple entre le contenu de la bile en cholestérol et les concentrations sérique du cholestérol. La seule relation à cet égard est indirecte : l'obésité est un facteur favorisant de la lithiase cholestérolique et parallèlement ces sujets ont une hypercholestérolémie. Le cholestérol est insoluble dans l'eau puisque c'est un lipide. Il existe donc un facteur de solubilisation dans la bile qui est constitué d'abord des acides biliaires (ou sels biliaires), ensuite des phospholipides. Ces substances forment des micelles quand elles sont mises en milieu aqueux et à l'intérieur de ces micelles les molécules hydrophobes peuvent être éliminées en particulier le cholestérol. La lithiase bilirubinique est due à une hypersécrétion biliaire de la bilirubine non conjuguée. Les deux principaux facteurs étiologiques sont l'hyper hémolyse rencontrée au cours des anémies hémolytiques (maladie de Minkowski chauffard, thalassémie majeure, drépanocytose, paludisme et prothèses valvulaires cardiaques) et la cirrhose.

Observation médicale :

Il s'est agi d'une patiente âgée de 34 ans sans antécédent médicaux et chirurgicaux sont sans particularités, gesticité 1 parité l'enfant à 12 ans. Elle nous a consulté le 3 août 2020 pour une épigastralgie, des vomissements postprandiaux précoces incoercibles, asthénie physique intense évoluant depuis deux mois obèse avec un indice de masse corporelle à 44kg/m^2 pas de signes de déshydratation elle avait effectué une numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation une lipasémie, la créatininémie, la glycémie, l'ionogramme sanguin et une échographie du pancréas qui étaient tous sans particularité. Elle avait refusé de réaliser une la fibroscopie pour des raisons personnelles. Elle a été mise sous antiémétique et des inhibiteurs de la pompe à protons sans amélioration clinique notable. Devant la persistance de ces symptômes invalidants et néfastes pour la qualité de vie avec absentéisme au travail, elle était référée à la polyclinique Hammamet en Tunisie sur sa demande au mois d'août 2020. A Tunis elle avait réalisé une fibroscopie haute qui avait conclu à une gastropathie congestive antrale et fundique, la biopsie était sans particularité, l'échographie abdominopelvienne avait trouvé une lithiase vésiculaire avec utérus globuleux retroversé. La tomодensitométrie abdominale était sans anomalie. La lipasémie était de 49 UI/l, l'amylasémie à 90 UI/l, la cholestérolémie totale à 1.56g/l, la HDL à 37g/l, la LDL à 1,10 g/l, triglycéride à 64g/l, le Taux de prothrombine à 83,3%, les plaquettes à $300000/\text{mm}^3$. Tous les marqueurs viraux de l'hépatite étaient négatifs. La sérologie VIH était négative. Une cholécystectomie sous cœlioscopie (figure 1) avait permis d'extraire 13 gros calculs d'aspect cholestérolique (couleur jaune claire) (figure 2). La pièce opératoire examinée au laboratoire d'anatomopathologie avait conclu a un aspect histologique d'une cholécystite chronique diverticulaire en poussée aiguë modérée et une absence de signes histologiques de malignité. La suite opératoire était satisfaisante avec disparition de tous les symptômes de sa maladie. La patiente souriante a repris son travail après 14 jours post-opératoires.

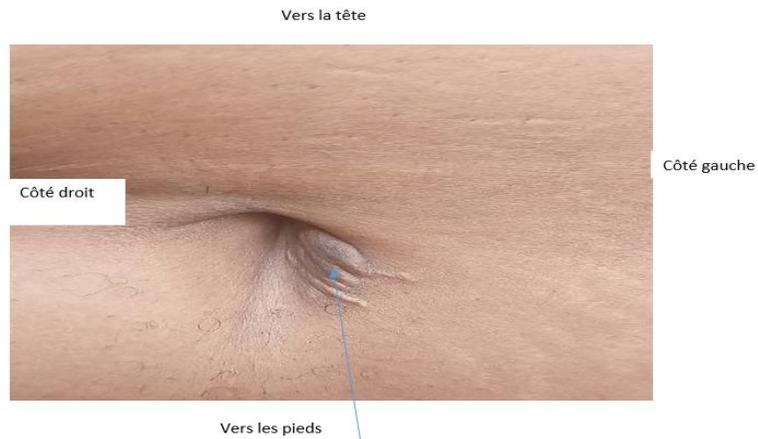


Figure 1. Image de cicatrisation de la plaie d'incision sous ombilicale (30/01/2024)



Figure 2. Image de cicatrisation de la plaie d'incision latérale droite de l'abdomen (30/01/2024)

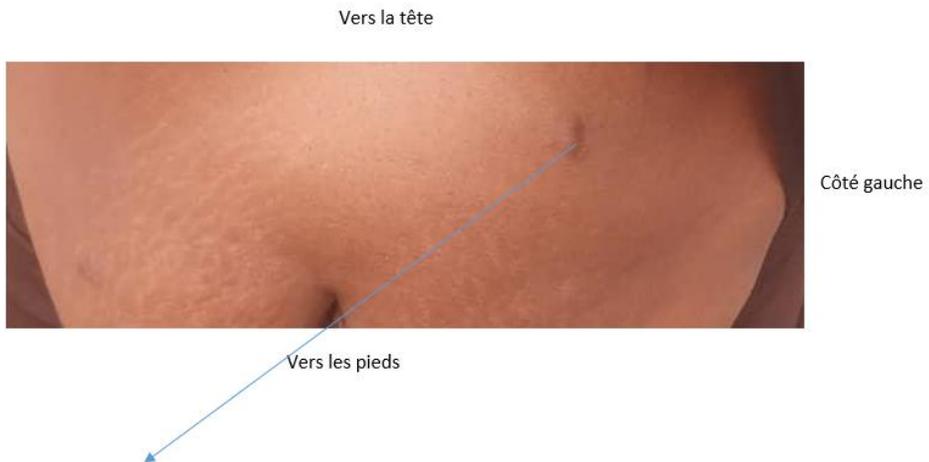


Figure 3. Image de cicatrisation de la plaie d'incision latérale gauche de l'abdomen (30/01/2024)



Figure 4. Treize calculs d'aspect cholestéroliques extraient au cours de la cholécystectomie par cœlioscopie

Discussion

La cholécystectomie est l'ablation de la vésicule biliaire. Il s'agit d'un « réservoir à bile », en forme de sac, située à la face inférieure du foie, qui se vidange après les repas pour faciliter la digestion des graisses. Les calculs sont

des « pierres » qui se forment dans la vésicule. Le Cholestérol, les sels biliaires, le calcium et la bilirubine entrent dans la composition de ces calculs, en proportion variable selon les individus. Ils sont asymptomatiques chez la plupart des sujets, mais peuvent se bloquer temporairement dans le canal cystique et provoquer des crises de douleur abdominale ou dans la voie biliaire et entraîner parfois un ictère, plus ou moins associée à une inflammation pancréatique. Une cholécystectomie est indiquée à partir du moment où les calculs sont responsables de symptômes, qu'il s'agisse d'une douleur abdominale isolée ou postprandiaux, des vomissements ou d'une complication infectieuse dans un tableau de septicémie. Que l'intervention soit réalisée par cœlioscopie ou par une incision, la technique chirurgicale est la même. L'opération consiste à enlever la vésicule biliaire. La voie d'abord cœlioscopique est pratiquée en l'absence de contre-indications (antécédents de chirurgie abdominale, insuffisance respiratoire). Le chirurgien gonfle d'abord l'abdomen du patient avec du dioxyde de carbone, puis il introduit par de petites incisions une caméra vidéo puis les instruments à travers la paroi abdominale. Le canal cystique et l'artère sont identifiés puis obturés par des clips en titane, puis la vésicule est détachée du foie. Une radiographie des voies biliaires peut compléter l'intervention. En fin d'intervention, la vésicule est retirée à travers l'une des petites incisions, et la paroi abdominale est fermée (Boufettal et al 2018). Le cas clinique de notre patiente traduit bien les complications de la lithiase où les calculs sont responsables des douleurs abdominales postprandiaux et des vomissements. Boutettal (Boufettal et al 2018) au Maroc avait rapporté un cas rare de cholécystectomie chez un patient jeune de 25 ans, sur situs inversus (également appelé situs transversus ou oppositus) qui désigne une anomalie congénitale dans laquelle les principaux organes et viscères sont inversés dans une position en miroir par rapport à leur disposition normale (Katalin et al 2022), diagnostiqué dans un tableau des douleurs de l'hypochondre gauche évoquant des coliques hépatiques. Par ailleurs l'échographie abdominale visualisait le foie et la vésicule biliaire dans l'hypochondre gauche et la lithiase vésiculaire. La prise en charge chirurgicale sous cœlioscopie est difficile dans le contexte du situs inversus à cause de malformations pulmonaires, vasculaires et surtout cardiaques associées en dehors de la dextrocardie. Plusieurs auteurs ont rapporté des cas de cholécystectomie sur lithiase chez les sujets situs inversus (Aray et al 2013 ; Reddy et al 2014 ; Campos et al 1991 ; Ali et al 2013). Medhouib (Medhouib et al en 2021) ont rapporté que la clairance de la voie biliaire principale était obtenue chez 95,5% des patients ayant des calculs et le traitement endoscopique était efficace dans 53,3% des cas. Les patients ont en général des calculs dans la vésicule biliaire. Par ailleurs, jusqu'à 10% des patients qui ont une lithiase vésiculaire symptomatique ont également une lithiase associée de la voie biliaire principale. Une lithiase de la voie biliaire principale peut

migrer dans le duodénum de façon asymptomatique. Une colique hépatique se produit lorsque les conduits sont partiellement obstrués. Une obstruction plus complète entraîne une dilatation des voies biliaires, un ictère et, à terme une angiocholite (infection bactérienne). Les calculs qui obstruent l'ampoule de Vater peuvent entraîner une pancréatite biliaire. Chez notre patient nous avons pensé aussi à une pancréatite biliaire mais la lipasémie était normale. Certains patients (habituellement âgés) peuvent présenter une obstruction biliaire lithiasique asymptomatique.

Dans une angiocholite aiguë, une obstruction des voies biliaires permet aux bactéries de remonter à partir du duodénum. La plupart (85%) des angiocholites sont dues à des calculs de la voie biliaire principale.

Conclusion

La cholécystectomie sous cœlioscopie pour une lithiase biliaire symptomatique est une intervention salvatrice sans grand danger. Avec la nouvelle technologie chirurgicale notre pays aura à beaucoup gagner dans l'acquisition de matériel et personnel qualifié pour l'amélioration de l'état de santé de la population.

Approbation éthique

Déclaration pour les droits de l'homme: Participants : Cette étude a été approuvée par le décanat de la faculté de médecine jouant le rôle du comité d'éthique et les principes de la Déclaration d'Helsinki ont été suivis.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : les auteurs n'ont reçu aucun financement pour cette recherche

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références:

1. Ashwanth R, Surendran P, Naveen A, Abhilash, Vigneshwar R, Manoj T. Management of a patient with acute cholecystitis and common bile duct stones : case report. Int J Surg Case Rep.2014 ;5(11) :821-3. doi :10.16/j.ijscr.2014.08004.Epub2014 Aug 26.

2. Arya SV, Das A, Singh S, Kalwaniya DS, Sharma A, Thukral BB. Technical difficulties and its remedies in laparoscopic cholecystectomy in situs inversustotalis : a rare case report.international journal of surgery case reports.2013 ;4(8) :727-730.Published online 2013 Jun 6.doi :10.1016/j.ijscr.2013.05.012
3. Ali MS, Attas SM. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversustotalis : case report with review of literature.BMJ Case Rep20137 ;2013.DOI :101136/bcr-2013-201231
4. Bray F, Balcaen T, Baro E, Gandon A,Ficheur G, Chazard E.Augmentation de l'incidence des cholécystectomies associées à une pathologie biliaire en France.Journal de chirurgie viscérale, volume 156, issue 3, June 2019 pages 236-243
5. Boufettal R, Erguibi D, Hajri A, Idrissi A, Rifki-jai S,chehab F : cholécystectomie laparoscopique sur situs inversus.The Pan African medical journal 2018 ;31 :183.Published online 2018 nov.15.French. DOI :10.11604/pamj.2018.31.183.14061
6. Campos L,Sipes E. Laparoscopic cholecystectomy in 39-year old female with situs inversus.J Laparoendosc Surg.1991 ;1(2) :123-5.discussion 126.DIO :10.1089/lps.1991.1.123.
7. Medhioub M, Khsiba A, Mahmoudi M, Mohamed AB, Hamzaoui L, Azouz MM .Tunis Med.2021 Feb ;99 (2) :233-237.Published online févr.1.frenc.PMC8636957
8. Katalin E, Andras B, Gabor T. Situs Inversus Totalis :A clinical review.Int J Gen Med.2022 Mar 3 :152437-2449. DOI :10.2147/JGM.S295444.eCollection 2022.
9. Reddy A, paramasivam S, Alexandre N, Ravisankar V, Thillalai M. Management of a patient with situs inversustotalis with acute cholecystitis and common bile duct stones : a case report.international of surgery case reports.2014 ;5(11) :821-823. doi :10.1016/j.ijscr.2014.08.004.Epub 2014 Aug 26.