

ARTICLE ORIGINAL

Lithiases biliaires au CHU Gabriel Touré de Bamako : aspects diagnostiques et thérapeutiques

Biliary lithiasis in the teaching hospital Gabriel Touré in Bamako: diagnostic and therapeutic aspects Bamako (Mali)

Togo A^{*1}, Traoré A¹, Coulibaly Y¹, Dembélé BT¹, Diakité I¹, Kanté L¹,
Therra C¹, Keïta M¹, Sanogo Z Z², Traoré A K³, Diallo G¹.

***Auteur correspondant :**

*Dr Togo Adégné Maître Assistant en Chirurgie générale - Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie (FMPOS), Chirurgien au CHU Gabriel Touré BP 267, Bamako
Tel : 0022366903964 E-mail : ap.togo@yahoo.fr*

Résumé

Objectifs : La lithiase biliaire devient de plus en plus fréquente en Afrique noire. Les objectifs ont été de déterminer la fréquence de la lithiase des voies biliaires, de décrire ses aspects diagnostiques et thérapeutiques. **Méthodologie :** Nous avons réalisé dans le service de chirurgie générale et pédiatrique du CHU Gabriel TOURE, une étude rétrospective qui a porté sur une période de huit ans (janvier 2000-décembre 2008). Tous les malades opérés pour lithiases biliaires ont été inclus. **Résultats :** Nous avons colligé 112 malades dont 52 cas de cholécystite aiguë lithiasique (46,4%), 30 cas de lithiase du cholédoque (26,6%) et 30 cas de lithiase vésiculaire symptomatique (26,6%). C'étaient 83 femmes et 29 hommes, l'âge moyen a été 50,1 ± 18,4 ans (7-87ans). Les circonstances de découverte étaient une douleur abdominale chez 97 malades (86,7%). Les pathologies associées ont été : 7 cas d'hypertension artérielle, 5 fois la drépanocytose, 5 cas d'ulcère gastro-duodénal et 2 fois le VIH. L'échographie réalisée chez tous les malades avait une sensibilité de 100%. Tous nos malades ont bénéficié d'une cholécystectomie par laparotomie. Les gestes chirurgicaux associés à la cholécystectomie ont été : la cholédocotomie avec drainage de Kehr 28 (25%) ; le drainage du lit vésiculaire 60 (53,7%) et la dérivation biliodigestive 2 (1,7%). La durée moyenne d'hospitalisation pour la lithiase vésiculaire symptomatique a été de 4,3 jours ± 6,44, de 9,6 jours ± 4,8 pour la lithiase du cholédoque et de 7 jours ± 3,2 pour la cholécystite aiguë lithiasique. La morbidité a été de 8% et la mortalité a été nulle. **Conclusion :** la lithiase biliaire et ses complications sont fréquentes dans notre pays, le diagnostic précoce et le développement de chirurgie laparoscopique sont nécessaires pour une meilleure prise en charge de ces pathologies

Mots-clés : lithiase biliaire, chirurgie, Mali.

Summary

Aims: Our objectives were to determine the frequency and to describe the diagnostic and therapeutic aspects of Gall Bladder stone. **Method:** We made a retrospective study (January 2000 - December 2008) in the Department of General Surgery of the Gabriel Toure Teaching Hospital (Bamako)Mali. It concerned all the patients operated for Gall Bladder stone. **Results:** We had a total of 112 patients out of whom 52 (46.4%) were cases of acute cholecystitis, 30 cases (26.6%) of choledocolithiasis and 30 cases (26.6%) of symptomatic gallstone. They were 83 women and 29 men with a mean age of 50.1 ± 18.4 years (7-87years). The circumstances of discovery were an abdominal pain in 97 patients (86.7%). Associated pathologies were: 7 cases of Arterial Hypertension, 5 cases of Sickle Cell, 5 Gastro duodenal ulcers and 2 HIV. The ultrasound carried out in all patients had a 100% sensitivity. Classical laparotomy and cholecystectomy was performed in all patients. Other surgical procedures associated were: choledocotomy with drainage of Kehr 28 (25%); and of biliodigestive derivation 2 (1.7%). The mean hospital stay was 4.3 ± 6.44 days for symptomatic gallstone, 9.6 ± 4.8 days for choledocolithiasis and 7 ± 3.2 for acute cholecystitis. The morbidity was 8% and mortality was nil. **Conclusion:** Gall Bladder lithiasis and its complications are frequent in our country; an early diagnosis and the development of laparoscopic surgery are necessary for the best treatment of these pathologies.

Key Words: bile, duct stone, surgery, Mali.

1 Département de chirurgie CHU Gabriel Touré BP 267 Bamako Mali

2 Service Chirurgie « A » CHU Point G BP 333 Bamako Mali

3 Service Chirurgie « B » CHU Point G BP 333 Bamako Mali

Introduction

La lithiase biliaire est la présence d'un ou de plusieurs calculs dans les voies biliaires [1]. C'est une pathologie considérée comme rare en Afrique mais assez fréquente dans les pays développés. En Occident, 10 à 20 % de la population générale souffrent de lithiase biliaire [2].

Aux Etats-Unis, plus de 750 000 cholécystectomies sont réalisées chaque année [3].

De nouvelles techniques endoscopiques transorificielles (naturel orifice transluminal endoscopic surgery [NOTES]) ont récemment été développées [4].

En Afrique noire, le changement des habitudes alimentaires, l'apparition de la contraception orale et la plus longue survie des patients atteints de maladies hémolytiques telles que la drépanocytose ont pu entraîner ces derniers temps un accroissement de la fréquence de cette pathologie [5-7]. La possibilité de réaliser les échographies dans nos structures hospitalières a aussi augmenté la fréquence de découverte des calculs vésiculaires souvent silencieux et pauci symptomatiques.

Au Mali, Diallo et al en 1998 ont rapporté 66 cas de lithiase biliaire opérées en 15 ans [8] et la cholécystectomie laparoscopique a vu le jour au CHU du Point G en 2001. L'absence de travaux portant sur les lithiases biliaires au CHU Gabriel Touré a motivé la réalisation de notre étude. Les objectifs ont été de déterminer la fréquence de la lithiase des voies biliaires, de décrire ses aspects diagnostiques et thérapeutiques.

Méthodologie

Ce travail a été réalisé dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a porté sur une période de neuf ans (Janvier 2000 à Décembre 2008). Ont été inclus tous les malades opérés pour lithiase biliaire confirmée en per opératoire. Les patients opérés de pathologies biliaires non lithiasiques n'ont pas été retenus.

Tous nos malades ont été opérés par laparotomie. Les cas de cholécystite aigue lithiasique dont la symptomatologie n'excédait pas les 72 heures ont été opérés en urgences.

Ceux dont la durée d'évolution dépassait 72 heures ont été opérés en urgence différée après une réanimation de 5 à 7 jours. Les lithiases choledociennes et vésiculaires symptomatiques étaient opérés à froid. L'opacification des voies biliaires à été réalisée par le drain de Kehr chez les 30 malades opérés pour lithiase du cholédoque à J3 post opératoire à la recherche de calcul résiduel. L'ablation des drains était effectuée dans un délai

moyen de 15 jours après cholangiographie.

Nous avons utilisé les dossiers de malades, les registres, les cahiers de compte rendu opératoire, et les registres de consultation comme supports. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info 2000. Le test X2 et de Student ont été utilisés pour comparer nos résultats à ceux d'autres auteurs. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats

Durant la période d'étude, 112 lithiases ont été opérées. Nous avons colligé 52 cholécystites aiguës lithiasiques (46,4%), 30 lithiases du cholédoque (26,6%) et également 30 lithiases vésiculaires symptomatiques (26,6%). Les formes compliquées (cholécystite aigue et lithiase du cholédoque) ont représenté 73,2% (82 cas).

L'âge moyen a été de $50,1 \pm 18,4$ ans avec des extrêmes de 7 et 87 ans. Trente sept malades soit 33% avaient un âge compris entre 7 et 40 ans. Il y avait 83 femmes (46,4%) et 29 hommes (26,6%). Les circonstances de découverte étaient une douleur abdominale chez 97 malades (86,7%) tableau I.

Les pathologies associées ont été : 7 cas d'hypertension artérielle, 5 fois la drépanocytose, 5 cas d'ulcère gastroduodéal et 2 fois le VIH. Les facteurs de risque et les signes cliniques sont résumés dans les tableaux II et III.

Tableau I : Circonstances de découverte

Circonstances de découverte	Effectif	Pourcentage
Douleur dans l'hypochondre droit	82	73,3
Douleur épigastrique	15	13,4
Ictère	10	8,9
Prurit	5	4,4
Total	112	100

Tableau II : Facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Sexe féminin	83	74,1
Multiparité	72	64,2
Oestroprogestatif	30	26,7
Age (≥ 40 ans)	61	54,5
Obésité	8	7,1
Drépanocytose	5	4,46
Diabète	3	2,6

Tableau III : Signes cliniques

Pathologies Signes	Lithiase vésiculaire symptomatique (n=30)		Lithiase cholédoque (n= 30) lithiasique (n=52)		Cholécystite aigue	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Signe de Murphy	22	73,3	8	26,6	27	51,9
Douleur hypochondre droit	26	86,6	23	76,6	45	86,5
Vomissements	17	56,6	12	40	27	51,9
Fièvre	12	40	21	70	34	65,3
Ictère	7	23,3	23	76,6	10	19,2
Prurit	5	16,6	20	66,6	9	17,3
Défense	-	-	-	-	7	13,4

L'échographie abdominale a été réalisée chez tous nos malades.

Elle a permis de mettre en évidence une image hyperéchogène avec cône d'ombre acoustique postérieur dans la vésicule biliaire avec paroi vésiculaire normale chez 30 malades, une dilatation des voies extra hépatiques et /ou intra hépatiques avec calcul dans le cholédoque chez 30 malades et des images d'épaississement de paroi de la vésiculaire >3mm, boue biliaire avec épanchement péri vésiculaire + Calculs chez 52 malades. La numération formule sanguine effectuée chez tous les malades a montré une hyperleucocytose dans 58 cas.

L'antibioprophylaxie a été réalisée chez 21 malades (18,7%). Elle consistait à l'administration en intra veineuse de 1 gramme de ceftriaxone à l'induction anesthésique. Cent trente un malades ont reçu une antibiothérapie. Parmi les 52 cas de cholécystites aiguës lithiasiques 12 malades ont été opérés en urgence.

Les voies d'abord utilisées étaient : la sous costale droite dans 99 cas (88,4%) et la médiane sus ombilicale dans 13 cas (11,6%).

Les techniques opératoires étaient :

- la cholécystectomie sans drainage : 22 (19,6%) ;
- la cholécystectomie avec drainage du foramen de Winslow : 60 (53,57%) ;
- la cholécystectomie + cholédocotomie extraction de calcul + drain de Kehr : 28 (25%) ;
- la cholécystectomie + cholédocotomie extraction de calcul + anastomose cholédoco-duodénale : 2 (1,7%).

Dans les suites opératoires : la morbidité a été de 8% (9 cas). Les complications étaient chez 4 malades des calculs résiduels; 2 cas d'infection pariétale ; une péritonite biliaire ; une fistule biliaire et une éviscération post opératoire. Toutes ces complications ont été traitées

avec succès pendant la même période d'hospitalisation.

Nous n'avons pas enregistré de décès. La durée moyenne d'hospitalisation pour la lithiase vésiculaire symptomatique a été de 4,3 jours \pm 6,44, de 9,6 jours \pm 4,8 pour la lithiase du cholédoque et de 7 jours \pm 3,2 pour la cholécystite aigue lithiasique.

Commentaires

La lithiase biliaire était réputée rare en Afrique. Sa fréquence est cependant en nette augmentation depuis 10-20 ans. Sani au Niger [5], Mehinto au Bénin [6] et Owono au Gabon [7] trouvaient une fréquence nettement en hausse. Au Mali, les études de Diallo G [8] ont retrouvé la même tendance. Cette fréquence croissante de la lithiase biliaire s'expliquerait par plusieurs facteurs :

- le changement des habitudes alimentaires ;
- la fréquence de l'échographie qui est souvent demandée pour tout syndrome douloureux abdominal.

Avant 10 ans les calculs biliaires sont rarement observés et 5% des cholécystectomies sont effectuées avant 20 ans [9].

L'âge moyen de 50,13 \pm 18,4 ans dans notre étude ne diffère pas de façon statistiquement significative de celui de Collins en Irlande [9] et Corratzoli en Italie [10] qui rapportaient respectivement 49 \pm 15 ans (p=0,08) et 50,5 ans.

La fréquence de la lithiase est élevée chez la femme. L'obésité, la contraception, les grossesses multiples et les hémoglobinopathies sont classiquement incriminées dans la genèse de la lithiase vésiculaire. Nous avons retrouvé ces facteurs de risque comme d'autres auteurs [6,11,12].

La colique hépatique est la manifestation clinique la plus habituelle de la lithiase biliaire, quelque soit sa localisation (vésicule biliaire, ou voie biliaire principale) [2].

Tous les malades de notre série ont souffert au moins une fois de colique hépatique. Ce signe a été retrouvé dans 75,4% des cas par Festi en Italie et 78,3% par Notash en Iran [13,14]. Les formes compliquées (cholécystite aiguë et lithiase du cholédoque) ont représenté 73,2% (82 cas) de notre série.

Ce qui prouve que nos malades consultent très tard et le plus souvent après un échec de traitement traditionnel. Cette remarque a été faite par Sani et al. [4] au Niger.

L'échographie abdominale a été effectuée chez tous nos patients. Sa sensibilité a été de 100%.

Cet examen pourrait jouer un rôle prépondérant dans le diagnostic de la lithiase biliaire et ses complications dans nos pays africains d'autant plus qu'il est accessible, peu coûteux, non invasif et peut être répété.

Pour l'ablation des calculs biliaires il existe plusieurs voies d'abord.

Le chirurgien choisit le type d'incision en fonction du morphotype du malade, des difficultés prévisibles de l'intervention, des antécédents chirurgicaux et du plateau technique disponible [15].

L'incision sous costale droite a été la plus pratiquée dans notre série comme dans d'autres études avec un taux variant de 65,8% à 100% [5,6].

La cholécystectomie laparoscopique est la référence actuelle dans le traitement de la lithiase vésiculaire; nouvellement publié, le « Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery » (NOTES) qui est une cholécystectomie par les orifices naturels est possible. Elle réalise le rêve des chirurgiens et des malades qui est d'opérer sans laisser de cicatrice [4].

Au Mali la chirurgie laparoscopique s'adresse aux lithiases vésiculaires symptomatiques les formes compliquées sont traitées par laparotomie classique. Nous ne disposons pas de colonne de coelio au CHU Gabriel Touré.

Devant une lithiase cholédocienne, la sphincterotomie endoscopique suivie de la cholécystectomie laparoscopique est la technique la plus pratiquée actuellement dans les pays développés ; Kadher concluait que c'est une bonne alternative pour les pays en développement [17]. Dans nos régions où cette technique n'est pas

développée, la cholécystectomie+ cholédocotomie avec drain de Kehr est la plus utilisée. Après extraction des calculs, un lavage abondant de la voie biliaire principale au sérum physiologique a été systématique. Dans les cas de sténoses cholédociennes associées, l'anastomose bilio-digestive a été réalisée à la place du drainage de Kehr dans notre série comme dans celle de Sani et Uchiyama [4,18].

La cholécystite aiguë lithiasique est une urgence médico chirurgicale. Nous avons opérés en urgences 12 malades sur les 52 cas de cholécystites aiguës.

Des meilleurs résultats sont obtenus si les patients sont opérés tôt (dès l'admission si la durée d'évolution de la symptomatologie n'excède pas les 72 heures) [19]. Par contre si la prise en charge chirurgicale en urgence est retardée (au delà de 72 heures) cela accroît les risques de complications per et post opératoires, une augmentation du séjour hospitalier [19].

Les complications postopératoires après laparotomie sont rares et la morbidité après cholécystectomie électorale est de l'ordre de 0,3%. Ce risque est plus important lorsque l'intervention est réalisée par voie coelioscopique par un opérateur avec une expérience limitée [16]. Une morbidité élevée est retrouvée dans notre série (8%) comme dans celle de Mehinto au Bénin [6] qui rapportait 27,3%. Le développement et la maîtrise de la chirurgie laparoscopique pourrait diminuer cette morbidité.

La mortalité opératoire a beaucoup diminué ces dernières décennies. Après cholécystectomie électorale, la mortalité opératoire, globalement de l'ordre de 0,5% est inférieure à 0,1% avant 50 ans et se situe autour de 2,5% après 70 ans [16]. Les principales causes de mortalité sont essentiellement en rapport avec les comorbidités cardiaque, respiratoire, rénale et hépatique [15]. Nous n'avons pas enregistré de décès dans notre série comme dans celle de plusieurs auteurs [5, 7].

Conclusion

La lithiase biliaire est une pathologie de l'adulte jeune avec une prédominance féminine. Ses complications sont de plus en plus fréquentes, une prise en charge précoce est nécessaire pour prévenir leur survenue. Une politique sanitaire doit rapidement être mise en place pour développer la chirurgie laparoscopique qui est à ses débuts au Mali.



Figure 1 : Lithiase du cholédoque chez une femme de 62 ans au CHU Gabriel Touré

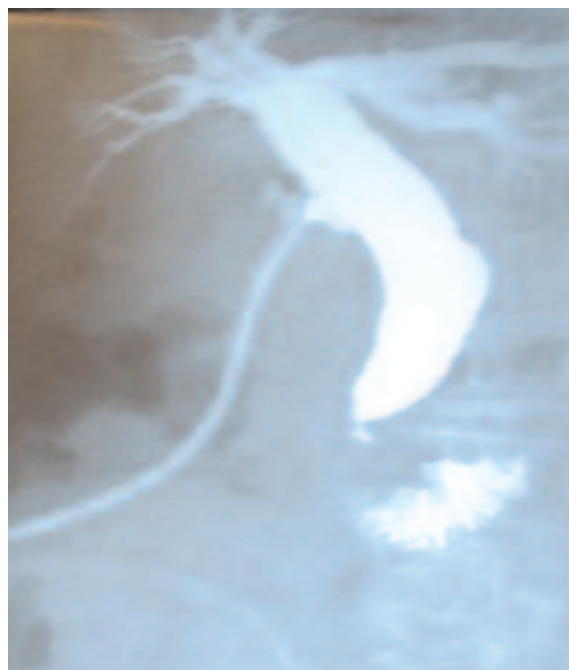


Figure 2 : Cholangiographie chez une femme de 62 ans J3 après Cholécystectomie Cholédodotomie extraction du calcul et mise en place du drain de Kher

Références

- 1- **Sturm J, Spost.** Benigne Erkrankungen de Gallenblase und der Gallenwege Chir 2000; 71:1530-1551.
- 2- **Regent D, Laurent V, Meyer BL, Lefevre BC, Corby CS, Mathias J.** La douleur biliaire : comment la reconnaître ? Comment l'explorer ? J Radiol 2006; 87:413-29.
- 3- **Tracey JY, Moossa AR.** Surgical treatment of benign lesions and strictures of bile ducts Chirurg 2006; 77: 315-324.
- 4- **Baron TH.** Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery. Br J Surg 2007; 94: 1-2.
- 5- **Sani R, Illo A, Boukari Baoua M, Harouna Y, Ben Issa O, Bazira L.** Evaluation du traitement chirurgical de la lithiase biliaire à l'Hôpital National de Niamey : Revue de 136 observations. Médecine d'Afrique Noire 2007 ; 54 (2) :104-109.
- 6- **Mehinto DK, Adegnika AB, Padonou N.** Lithiase biliaire en chirurgie viscérale au centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire 2006 ; 53(8/9) : 497-500.
- 7- **Owono P, Mingoutaud L, Ivala L, Nguema M, Ngabou U, Nzenze JR.** Cholécystectomie par laparoscopie. Expérience du centre hospitalier de Libreville, à propos de 25 cas. Médecine d'Afrique Noire 2008 ; 55(5) :286-292.
- 8- **Diallo G, Ongoiba N, Maïga M Y, Dembele M, Traore A K, et Al.** Lithiase des voies biliaires au Mali. Ann Chir 1998 ; 52(7): 667.
- 9- **Collins C, Maguire D, Ireland A, Fitzgerald E, And O'Sullivan GC.** A prospective study of common bile duct calculi in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. Natural history of Choledocholithiasis Revisited. Ann Surg 2004 ; 239(1): 28-33.
- 10- **Caratozzol Z E, Massani M, Recordare A, Bonariol L, Antonutti M, Jelmoni A and Bassi N.** Usefulness of both operative cholangiography and conversion to decrease major bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. J Hepatobiliary Pancreat Surgery 2004; 11: 17.
- 11- **Safer L, Bdioui F, Braham A, Salem KB, Soltani MS, BA, Saffar H.** Epidémiologie de la lithiase biliaire dans le centre de la Tunisie. Prévalence et facteurs de risque dans une population non sélectionnée. Gastroenterol Clin Biol 2000; 24: 883-887.
- 12- **Traore SS, Zidan M, Bonkougou G P, Kafando R, Hakimi G.** Lithiase de la voie biliaire principale au centre hospitalier universitaire YALGADO OUEDRAOGO à Ouagadougou : A propos de 41 cas. Médecine d'Afrique Noire 2009 ; 56(5) : 104-109.
- 13 - **Festi D, Dormi A, Capodicasa S, Tommasostaiscia, Attili A F, Loria P, Pazzi P, Mazzella G, Sama C, Roda E, Colecchia A.** Incidence of gallstone disease in Italy: Results from a multicenter, population-based Italian study (the MICOL project). World J Gastroenterology 2008; 14(34): 5282-5289.
- 14- **Notash AY, Salimi J, Golfam F, Habibi G, Alizadeh K.** Preoperative clinical and paraclinical predictors of choledocholithiasis. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2008; 7(3): 304- 307.
- 15- **Gainant A, Bouvier S, Mathonnet M.** Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. EMC (Paris, France), Hépatologie, 7-047-G-10, 2003, 11 p.
- 16- **Waage A, Nilson M: Iatrogenic bile duct injury.** A population-based study of 152776 cholecystectomy in the Swedish inpatient registry. Arch surg 2006; 141: 1207-1213.
- 17- **Khader AE, Hasbi S, Barni RE, Bouchama R, Chafik A, Achour A.** La lithiase de la voie biliaire principale : sphinctérotomie endoscopique-précholécystectomie laparoscopique versus chirurgie ouverte. J. Afr. Hépatol. Gastroentérol 2010 ; 4:93-96.
- 18- **Uchiyama K, Onishi H, Tani M, Kinoshita H, Kawai M, Ueno M, Yamaue H.** Long- term prognosis after treatment of patients with choledocholithiasis. Ann Surg 2003; 238(1): 97-102.
- 19- **Daniak C N, Peretz D, Fine JM, Wang Y, Meinke AK, Hale WB.** Factors associated with time to laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. World J Gastroenterology 2008; 14(7): 1084-1090.