Abcès Pariétal Fistulisé révèlant des Calculs Oubliés huit ans après une Cholécystectomie laparoscopique

Ibtissem Bouasker, Ayoub Zoghlami, Mohamed Ali El Ouaer, Mehdi Khalfallah, Imen Samaali, Chadli Dziri.

Service de Chirurgie Générale B, Hôpital Charles Nicolle.

I.Bouasker, A.Zoghlami, M.Ali El Ouaer, M.Khalfallah, I. Samaali, Ch.Dziri.

Abces parietal fistulise revelant des calculs oublies huit ans après une Cholecystectomie laparoscopique

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°04) : 277 - 279

I.Bouasker, A.Zoghlami, M.Ali El Ouaer, M.Khalfallah, I. Samaali, Ch.Dziri.

Parietal abscess revealing calculation forget eight years after laparoscopic cholecystectomy

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°04) : 277 - 279

RÉSUMÉ

Prérequis : La cholécystectomie par voie coelioscopique constitue le traitement de référence de la lithiase vésiculaire. L'effraction de la vésicule biliaire survient dans 40% des cas. Les calculs biliaires dispersés sont laissés en place dans 20% des cas en raison de leurs nombres et leurs localisations. Ces calculs perdus peuvent provoquer des adhérences, un abcès, une péritonite, des fistules digestives ou encore des fistules cutanées.

But : Illustrer à travers cette observation les complications graves, des calculs perdus dans la cavité péritonéale, qui peuvent survenir tardivement au décours d'une cholécystectomie coelioscopique.

Observations : Mme Z.R. âgée de 57 ans a été opérée il y a 8 ans pour cholécystite aigue par voie coelioscopique. Elle a eu une cholécystectomie sans incidents avec des suites simples. Elle a été réhospitalisée pour une tuméfaction rouge chaude et douloureuse de la fosse lombaire droite évoluant depuis une semaine. La tomodensitométrie abdominale a objectivé une collection sous cutanée de 8 cm communiquant par un trajet fistuleux avec la gouttière pariéto-colique droite. La colonoscopie avec cathétérisme de la dernière anse est sans anomalies. Le diagnostic de calcul perdu au cours de la cholécystectomie et compliqué de fistule cutané a été suspecté Elle a eu une mise à plat de la collection avec issue de pus et de nombreux petits calculs. L'évolution était favorable. La tomodensitométrie de contrôle, faite à trois mois de l'intervention a montré une petite collection au niveau de la gouttière pariéto-colique droite. Réopérée par voie coelioscopique, elle a eu une mise à plat du trajet fistuleux sans mise en évidence de calcul. La cicatrisation a été obtenue au bout de deux mois. Revue 3 mois après pour une tuméfaction au niveau de l'ancienne cicatrice qui s'est fistulisée spontanément avec issue de pus. Le scanner abdominal était normal. Elle a été réopérée par voie locale avec mise à plat d'une collection qui fuse au niveau du muscle transverse au sein de laquelle il existe un gros calcul de 2 cm de grand axe. Les suites opératoires étaient simples. Revue régulièrement à la consultation externe. Elle allait bien avec un recul de 18 mois.

Conclusion : Un calcul perdu peut engendrer des complications graves, même plusieurs années après l'intervention.

Mots-clés

Cholécystectomie - Coelioscopie - Complications - Calcul perdu

SUMMARY

Background: Laparoscopic cholecystectomy is the treatment of choice for symptomatic gall stone disease. The perforation of the gallbladder happens in 40% of cases. Stones spilled remain there in 20% of cases in view of their number and location. These lost stones can cause adhesions, abscess, peritonitis, digestive fistula or else cutaneous fistula.

Aim: to report a new observation of a cutaneous fistula resulting from a gallstone lost during laparoscopic cholecystectomy, eight year later.

Case: A 57-year-old women, underwent 8 years ago laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. A cholecystectomy was performed without incidence and with uneventful post-operative course. She was admitted to hospital again for an inflammatory painful swelling of the right renal fossa which had been developing for one week without any fever or transit disorder. The abdominal C.T.scan performed revealed a subcutaneous collection of 8 CM. She underwent an excision of the collection with drainage of pus and numerous small stones.. She was diagnosed with lost gallstone complicated with cutaneous fistula. The control C.T scan made 3 months later showed a small collection at the level of the right parieto-colic gutter. She was operated on again, laparoscopy excision of the fistulous tract was performed without showing stones. Healing was achieved two months later. She re-presented 3 months later for a swelling of the old scar which fistulized spontaneously with pus leaking. The abdominal C T scan was normal. She underwent an excision of a collection wish containing a large stone of two centimetres. The patient was regularly seen afterwards at the outpatients' department. She was feeling well 18 months later.

Conclusion: A lost gallstone can cause serious complications. Spillage of gallstones should be avoided. When does occur, every effort should be made to withdraw spilled gallstones and especially to mention the event in the post-operative report.

Key-words

Laparoscopic cholecystectomy - Complications - Lost gallstones

خراج جداري يكشف عن حصاة منسية ثمانية سنوات بعد عملية استئصال المرارة بالمنظار

الباحثون : بوعسكر. إ - زغلامي. أ - الواعر. م. ع - سمالي. إ - دزيري. ش.

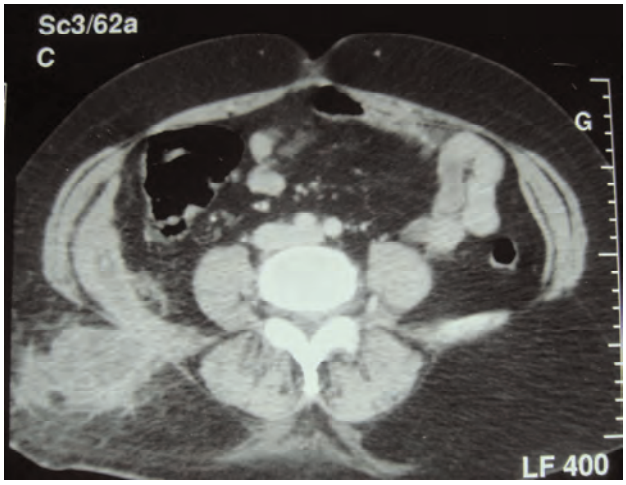
الكلمات الأساسية : استئصال المرارة بالمنظار - منظار - مضاعفات - حصاة منسية

La cholécystectomie par voie coelioscopique constitue le traitement de référence de la lithiase vésiculaire. L'effraction de la vésicule biliaire survient dans 40% des cas. Les calculs biliaires dispersés sont laissés en place dans 20% des cas en raison de leurs nombres et leurs localisations. Ces calculs perdus peuvent provoquer des adhérences, un abcès, une péritonite, des fistules digestives ou encore des fistules cutanées. Nous allons, à travers cette observation, illustré les complications graves secondaire aux calculs perdus dans la cavité péritonéale et qui peuvent survenir tardivement après une cholécystectomie laparoscopique.

OBSERVATION

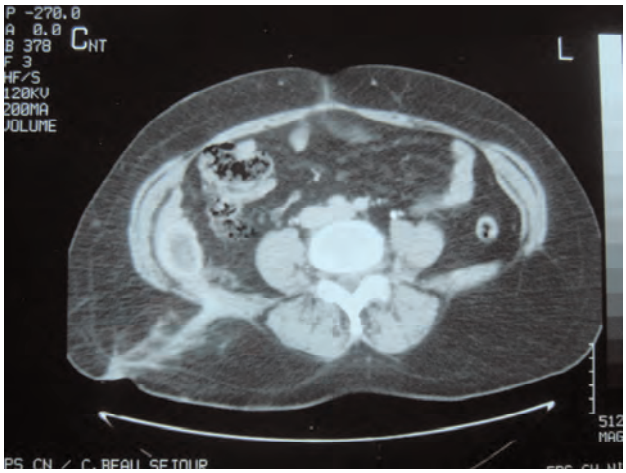
Mme Z.R. âgée de 57 ans, elle a été opérée il y a 8 ans pour cholécystite aigue par voie coelioscopique. Elle a eu une cholécystectomie, l'intervention s'est déroulée sans incidents avec des suites simples. Elle a été ré hospitalisé pour une tuméfaction rouge chaude et douloureuse de la fosse lombaire droite évoluant depuis une semaine, sans fièvre ni troubles du transit. La tomodensitométrie abdominale a objectivé une collection sous cutanée de 8 cm communiquant par un trajet fistuleux avec la gouttière pariéto-colique droite, pas de collection intra péritonéale (Figure1).

Figure1: une collection sous cutanée de 8 cm communiquant avec la gouttière pariéto-colique droite



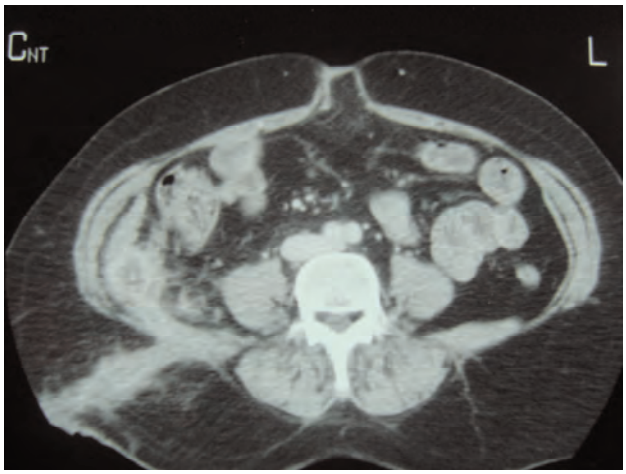
Elle a eu une ponction de la collection qui a ramené un liquide séreux dont l'examen bactériologique a isolé un bacille gram négatif (Echirichia coli). Le diagnostic de maladie de crohn a été suspecté. Une colonoscopie a été réalisée, elle est revenue normale. Le diagnostic de calcul biliaire perdu dans la cavité péritonéale au cours de la cholécystectomie a été évoqué. Elle a eu une mise à plat de la collection avec issue de pus et de nombreux petits calculs. Il existait au fond de la collection un orifice dont le cathétérisme a permis de ramener des débris de calculs. Le diagnostic de calcul biliaire perdu compliqué de fistule cutanée a été retenu. L'évolution sous soins locaux et antibiotiques était favorable avec cicatrisation de la plaie. La tomodensitométrie de contrôle, faite à trois mois de l'intervention a montré une collection de 4 cm au niveau de la gouttière pariéto-colique droite sans images de calculs (Figure2).

Figure2: une collection de 4 cm au niveau de la gouttière pariéto-colique droite



Elle a été réopérée par voie coelioscopique. Il n'y avait pas de collection intra péritonéale, elle a eu une mise à plat du trajet fistuleux sans mise en évidence de calcul. Les suites ont été marquées par la cicatrisation au bout de deux mois. Elle a consulté 3 mois après pour une tuméfaction au niveau de l'ancienne cicatrice qui s'est fistulisée spontanément avec issue de pus. La tomodensitométrie abdominale a montré une collection de 2,5 cm du muscle transverse droit (Figure3), et qui correspondait en faite au siége de l'ancienne collection interprété à tort comme collection intra péritonéale sur l'ancien scanner.

Figure3: une collection de 2,5 cm au niveau du muscle transverse droit



Elle a été réopérée par voie locale avec mise à plat d'une collection qui fuse au niveau du muscle transverse au sein de laquelle il existe un gros calcul de 2 cm de grand axe. Les suites opératoires étaient simples avec cicatrisation de la plaie. La patiente a été revue régulièrement à la consultation externe. Elle allait bien avec un recul de 18 mois.

DISCUSSION

Notre observation nous a permis de montrer les conséquences graves d'un calcul perdu dans la cavité péritonéale lors d'une cholécystectomie sous coelioscopie et les difficultés diagnostiques lorsque le malade n'est pas connu porteur de calculs perdus. Lors de la cholécystectomie par voie coelioscopique, 20 à 40% des vésicules se perforent. Les calculs biliaires dispersés sont laissés en place dans 10 à 20% des cas. Ces calculs biliaires perdus peuvent être la source de complications variables dans 0-0,5% des cas (1-5): abcès intra péritonéal (60%), abcès sur orifice de trocart (30%), plus rarement de fistule digestive, de fistule cutanée ou de pleurésie (2,3). Ces complications surviennent dans un délai variable allant de quelques jours à quelques années (3,5). Plusieurs facteurs semblent favoriser la survenue de complications dont les plus importants sont le nombre des calculs (supérieur à 15), le diamètre des calculs (supérieur à 15 mm) et le type de calcul (les calculs pigmentaires) (3). Le diagnostic est souvent difficile devant le tableau clinique variable et la notion des calculs biliaires perdus qui est souvent non mentionnée dans les comptes rendu opératoires. Il s'agit le plus souvent de douleurs abdominales avec fièvre secondaire au foyer septique intra péritonéal ou encore l'apparition d'un orifice cutané productif secondaire à une fistule digestive ou cutanée comme c'est le cas de notre malade(1,3). Le traitement de ces complications est variable selon le siége des calculs et la complication qui en découle, allant du simple drainage d'un abcès pariétal avec extraction des calculs au traitement des fistules digestives (1-5). Le meilleur traitement est préventif, en évitant la dispersion des calculs et en s'acharnant à retirer les calculs au prix même d'une conversion. Afin de faciliter le diagnostic, la dispersion de calcul dans la cavité péritonéale doit être mentionnée dans les comptes rendus opératoires et le malade doit être informé.

CONCLUSION

Un calcul perdu dans la cavité péritonéal au cours d'une cholécystectomie peut engendrer des complications graves, qui peuvent survenir plusieurs années après la cholécystectomie, posant ainsi des gros problèmes diagnostiques. La dispersion des calculs biliaires devrait être évitée. Si l'incident survient, il faut s'acharner à retirer tous les calculs et surtout mentionner l'incident sur le compte rendu opératoire.

Références

1- Woodfield. J.C, Rodgers. M, Windsor. J.A, Peritoneal gallstones following laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2004;18:1200-1207.

2- McDonald. M, Munson. J, Sanders. L, Tsao. J, Buyske. J. Consequences of lost gallstone. Surg Endosc 1997; 11: 774–777.

3- J. Brockmann, T. Kocher, N. Senninger, G. Shurmann. Complications due to gallstone lost during laparoscopic cholecystectomie. Surg Endosc 2002; 16 : 1226-1232.

4- Loffeld. R.J.L.F. The consequences of lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy. Netherlands J of medecine.2006; 64: 364-6.

5- Habib. E, Khoury R, Elhadad A, Jarno F, Diallo T. Complications digestives d'un calcul biliaire perdu pendant une cholécystectomie sous coelioscopie. Gastroenterol Clin Biol 2002; 26:930-4