

# Douleur épigastrique chez une obèse de 65 ans

## ■ Enoncé

Une femme de 65 ans, obèse, vous consulte en urgence pour une douleur épigastrique irradiant dans l'épaule droite apparue brutalement il y a 3 heures suite à un repas de famille. Elle n'a pas d'autre plainte. A l'examen clinique, vous notez une douleur à la palpation de l'hypochondre droit provoquant un blocage de l'inspiration, sans défense. Les constantes sont normales ( $T^{\circ} = 37^{\circ}C$ ), de même que l'auscultation cardio-pulmonaire, l'ECG, la palpation des fosses lombaires, la BU et le reste de l'examen clinique. Elle vous montre le résultat d'une échographie abdominale réalisée il y a 10 ans suite à une colique néphrétique gauche : calcul de 7 mm de l'uretère lombaire gauche, reins normaux, foie normal, calcul unique de 1 cm de la vésicule biliaire à paroi fine.

### Question 1

Quel diagnostic principal envisagez-vous ? Justifiez.

### Question 2

Pensez-vous que 10 ans auparavant, son médecin aurait du proposer une cholécystectomie ?

### Question 3

Quel examen de 1<sup>re</sup> intention demandez-vous ? Quels sont les résultats attendus ?

### Question 4

Quel traitement proposez-vous (seulement les grands principes) ?

### Question 5

Elle revient vous voir une semaine plus tard pour une douleur identique à la précédente mais persistante depuis 8 heures et accompagnée de nausées. A l'examen clinique, la patiente présente une fièvre à  $38,5^{\circ}C$  et une défense de l'hypochondre droit. Le reste de l'examen est sans particularité. Quel diagnostic retenez-vous ? Quel signe physique avez-vous recherché en priorité et pourquoi ?

### Question 6

Citez les principaux diagnostics différentiels du diagnostic que vous avez posé à la question précédente.

### Question 7

Quel bilan paraclinique réalisez-vous ? Quels sont les résultats attendus ?

### Question 8

Quel traitement envisagez-vous ?

### Question 9

Quelles sont les complications possibles de cette pathologie ?

### Question 10

Avant l'intervention, la patiente vous demande les avantages de la coelioscopie par rapport à la laparotomie. Comment lui répondez-vous ?

## ■ Corrections

### ■ Question 1

Quel diagnostic principal envisagez-vous ? Justifiez.

- **Colique hépatique ou lithiase vésiculaire symptomatique**
- Justification :
  - terrain : femme de plus de 60 ans obèse car ce sont des facteurs favorisants de la lithiase choléstérolique ; calcul vésiculaire connu de découverte fortuite échographique
  - contexte : repas probablement riche
  - signes cliniques : douleur aiguë épigastrique (2/3 des cas et 1/3 des cas en hypochondre droit), d'apparition brutale, irradiant dans l'omoplate droite, durant moins de 6 heures, avec douleur de l'hypochondre droit à la palpation, accompagnée du signe de Murphy (inhibition de l'inspiration à la palpation de l'hypochondre droit)
  - signes négatifs : pas de fièvre (contre une cholécystite aiguë), pas d'ictère (contre une angiocholite aiguë), pas de douleur de pancréatite aiguë (pas de douleur épigastrique transfixiante), pas de défense abdominale (contre une cholécystite, une perforation d'ulcère...), auscultation cardio-pulmonaire et ECG normaux (contre une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde...), fosses lombaires libres et BU normale (contre une colique néphrétique droite)

### ■ Question 2

Pensez-vous que 10 ans auparavant, son médecin aurait du proposer une cholécystectomie ?

- Non, la présence de calcul vésiculaire de découverte fortuite et asymptomatique n'est pas une indication à la réalisation d'une cholécystectomie.
- Abstention thérapeutique justifiée et information de la patiente

### ■ Question 3

Quel examen de 1<sup>re</sup> intention demandez-vous ? Quels sont les résultats attendus ?

- Echographie abdominale
- Signes positifs :
  - calcul(s) vésiculaire(s) unique ou multiple(s) hyperéchogène(s) avec cône d'ombre postérieur, mobile(s) ou déclive(s) avec le changement de position du patient
  - signe de Murphy échographique (douleur au passage de la sonde avec blocage de l'inspiration)
- Signes négatifs : paroi vésiculaire fine et pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques

### ■ Question 4

Quel traitement proposez-vous (seulement les grands principes) ?

- Traitement ambulatoire : la douleur cède spontanément en moins de 6 heures, donc on peut surveiller la patiente aux urgences puis retour à domicile dès que la douleur cède
- Traitement symptomatique : antalgique de palier adapté à l'EVA (douleur de la patiente) et antispasmodique (Spasfon®)
- Consultation en urgence si réapparition de la douleur (ne cédant pas spontanément), de fièvre, d'un ictère
- A distance ou à froid, réalisation d'une cholécystectomie coelioscopique (+++) ou par laparotomie en fonction du terrain avec cholangiographie per opératoire pour vérifier la vacuité de la voie biliaire principale et l'absence de plaies biliaires ; envoi de la pièce en anatomopathologie
- Prise en charge des facteurs favorisants : lutte contre l'obésité
- Surveillance

### ■ Question 5

Quel diagnostic retenez-vous ? Quel signe physique avez-vous recherché en priorité et pourquoi ?

- **Cholécystite aiguë lithiasique** devant :
  - terrain : antécédent de colique hépatique
  - signes cliniques positifs : douleur biliaire typique durant plus de 6 heures, fièvre et défense de l'hypochondre droit, nausées et vomissements peuvent accompagner le tableau
  - signes négatifs : pas d'ictère, examen cardio-pulmonaire et urologique normaux...
- Le signe physique à rechercher en priorité est l'ictère cutanéomuqueux pour éliminer une angiocholite aiguë.

■ **Question 6**

**Citez les principaux diagnostics différentiels du diagnostic que vous avez posé à la question précédente.**

- Ulcère gastrique ou duodéal perforé
- Appendicite aiguë sous hépatique
- Pancréatite aiguë
- Hépatite aiguë
- Abscès hépatique
- Périhépatite de Fitz-Hugh-Curtis (complication de la salpingite)
- Cancer du côlon droit perforé ou abcédé
- Pneumopathie infectieuse de la base droite
- Embolie pulmonaire
- Infarctus du myocarde
- Pyélonéphrite
- Colique néphrétique droite compliquée

■ **Question 7**

**Quel bilan paraclinique réalisez-vous ? Quels sont les résultats attendus ?**

- Examens biologiques :
  - NFS : hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles
  - CRP élevée
  - bilan hépatique (transaminases, gamma GT, bilirubine totale et conjuguée, phosphatases alcalines) normal
  - lipase pour éliminer une pancréatite aiguë (il n'est plus nécessaire ni utile de demander l'amylase)
  - hémocultures systématiques mais rarement positives
- Bilan préopératoire : NFS, plaquettes, TP, TCA, groupe ABO, Rhésus, RAI, ECG, radiographie de thorax, consultation d'anesthésie
- Examens morphologiques :
  - échographie abdominale :
    - signes positifs : calculs vésiculaires (hyperéchogènes, avec cône d'ombre postérieur, mobiles), calcul enclavé dans le collet ou le canal cystique, épaissement de la paroi vésiculaire (supérieure à 5 mm), ± aspect de double contour de la paroi vésiculaire, augmentation du volume de la vésicule (axe transversal > 4 cm ou axe longitudinal > 8 cm), signe de Murphy échographique, épanchement périvésiculaire fréquent
    - signes négatifs : pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques
  - ASP (Abdomen Sans Préparation) sans intérêt
  - TDM (tomodensitométrie) abdominale : donne les mêmes renseignements que l'échographie, elle est réalisée en cas de doute diagnostique devant une douleur abdominale fébrile avec échographie non contributive

■ **Question 8**

**Quel traitement envisagez-vous ?**

- Hospitalisation en chirurgie digestive : urgence médicochirurgicale
- Mise en condition : voie veineuse périphérique, à jeun, SNG si vomissements
- Rééquilibration hydro électrolytique
- Traitement symptomatique : antalgique IV de palier adapté à l'EVA et antispasmodique
- Antibiothérapie bactéricide, probabiliste dirigée contre les germes digestifs (BGN et anaérobie), parentérale en IV, secondairement adaptée à l'antibiogramme, après réalisation des prélèvements bactériologiques :
  - céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération (céfotaxime) ou fluoroquinolone (Ciflox®) + métronidazole (Flagyl®)
  - ou Augmentin® IV
  - l'association à des aminosides est à discuter en fonction de la gravité du tableau
  - la durée du traitement est de 5 à 8 jours avec relais per os dès 48h d'apyrexie et reprise du transit en post opératoire
- Traitement chirurgical dans les 24-48 heures, après consultation anesthésique d'urgence, information sur le risque de conversion en laparotomie :
  - cholécystectomie coelioscopique (+++) (ou par laparotomie d'emblée en fonction du terrain) avec cholangiographie per opératoire et envoi de la pièce en anatomopathologie
- Prévention des complications de décubitus : bas de contention, HBPM à dose préventive

- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement :
  - clinique : décroissance de la température, TA, pouls, diurèse, transit, cicatrice, EVA douleur
  - paraclinique : NFS, CRP, résultats de l'antibiogramme

#### ■ Question 9

##### Quelles sont les complications possibles de cette pathologie ?

- Complications de la cholécystite aiguë :
  - cholécystite suppurée puis gangréneuse
  - abcès sous hépatique
  - péritonite biliaire localisée ou généralisée par perforation vésiculaire ou par diffusion de l'abcès
  - fistulisation bilio-biliaire ou bilio-digestive avec risque d'iléus biliaire (occlusion grêlique liée à un calcul enclavé dans la valvule de Bauhin) et de syndrome de Bouveret (très rare, migration et blocage du calcul dans le bulbe duodénal)
  - syndrome de Mirizzi : obstruction de la voie biliaire principale par un calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou le canal cystique
  - sepsis sévère, choc septique, décès
  - cholécystite chronique (liée à la succession de cholécystites aiguës à bas bruit) avec risque de cholécystite scléro-atrophique, de vésicule porcelaine (risque de transformation maligne), de calculo-cancer et de fistules biliaires
  - décompensation de tares (diabète, défaillances d'organe...)
- Complications de décubitus
- Complications liées à l'anesthésie
- Complications liées à la cholécystectomie :
  - plaie de la voie biliaire principale
  - hématome de paroi
  - abcès de paroi
  - lésions viscérales per opératoires
  - diarrhée (10% des cas) en rapport avec la malabsorption des sels biliaires

#### ■ Question 10

##### Avant l'intervention, la patiente vous demande les avantages de la coelioscopie par rapport à la laparotomie. Comment lui répondez-vous ?

- Information claire loyale et appropriée :
  - diminution de la durée d'hospitalisation et de la convalescence
  - diminution de la douleur post opératoire
  - avantage esthétique (cicatrices plus petites)
  - morbi-mortalité similaire à la laparotomie

#### ■ Items de l'ECN

- 267 - Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte.
- 274 - Lithiase biliaire et complications.

■ **Imagerie type**



Echographie : mise en évidence d'un calcul vésiculaire de 0,97 cm

## Commentaires et rappels

Forme clinique	Physiopathologie	Clinique	Paraclinique	Traitement
<b>Lithiase vésiculaire asymptomatique</b>	Présence de calcul(s) dans la vésicule biliaire	- Asymptomatique	- Bilan hépatique normal - Echographie abdominale : calcul hyperéchogène, mobile ou déclive, avec cône d'ombre postérieur, paroi vésiculaire fine, VBEH et IH fines	- Abstention thérapeutique
<b>Colique hépatique Douleur biliaire aiguë Lithiase vésiculaire symptomatique</b>	Mise en tension de la vésicule par un calcul enclavé dans le canal cystique ou le collet de la vésicule puis évacuation dans la VBP	- Douleur épigastrique (2/3) ou de l'HCD (1/3), brutale, irradiant dans l'omoplate droite, signe de Murphy - Pas de fièvre - Pas d'ictère - Pas de défense	- Bilan hépatique normal (possible cytolyse en cas de migration lithiasique dans la VBP) - Echographie : voir ci-dessus + signe de Murphy échographique	- Antalgique, antispasmodique - Cholécystectomie à froid
<b>Cholécystite aiguë</b>	Inflammation de la vésicule biliaire en rapport avec l'enclavement du calcul dans le canal cystique ou le collet de la vésicule	- Douleur biliaire aiguë - Défense de l'HCD - Fièvre - Pas d'ictère - Nausées et vomissements	- Bilan hépatique normal - Syndrome inflammatoire biologique - Echographie : idem + épaissement de la paroi vésiculaire ± dédoublement du contour + augmentation du volume vésiculaire - Pas de dilatation des VBEH et IH	- Urgence médico-chirurgicale - Antalgique, antispasmodique - Antibiothérapie - Cholécystectomie à 24 - 48h
<b>Angiocholite aiguë</b>	Sepsis à point de départ biliaire par rétention sur une lithiase de la VBP	- Douleur aiguë biliaire puis fièvre puis ictère avec selles décolorées et urines foncées - Pas de défense	- Cholestase et cytolyse modérée - Syndrome inflammatoire biologique, hémocultures positives - Echographie : dilatation des VBEH ou IH, visualisation du calcul, paroi de la vésicule biliaire fine - En 2 <sup>e</sup> intention : TDM abdominale, cholangio-IRM, écho endoscopie, CPRE	- Urgence - Mesures de réanimation - Antibiothérapie IV - Drainage biliaire endoscopique ou chirurgical dont la rapidité dépendra du contrôle du sepsis - Cholécystectomie à froid

VBEH et IH : voie biliaire extra et intra hépatique

VBP : voie biliaire principale

CPRE : cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique

- La cholangiographie peropératoire permet de s'assurer de l'absence de calcul résiduel dans la voie biliaire principale (cholédoque).