

Ne « refroidissez » plus les cholécystites aiguës lithiasiques !

Please do no longer keep acute calculous cholecystitis waiting for surgery!

K. Slim · M.-V. Launay Savary

© SFMU et Springer-Verlag France 2014

En cas de cholécystite aiguë lithiasique, la cholécystectomie retardée est une attitude (depuis longtemps) communément admise par la communauté médicale. Une recherche Google (décembre 2013) retrouvait parmi les dix premières réponses, sept articles évoquant le « refroidissement » de la cholécystite aiguë (antibiothérapie puis cholécystectomie retardée) comme une option thérapeutique validée. Pourtant, toutes les recommandations de pratiques cliniques tant internationales que françaises [1] sont en faveur d'une cholécystectomie précoce dès la première hospitalisation. Les mêmes recommandations ont été faites dans un document de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la pertinence de la cholécystectomie diffusé en 2013 [2].

Les recommandations factuelles

Toutes ces recommandations sont fondées sur plusieurs méta-analyses d'essais randomisés (donc un bon niveau de preuves). Les trois méta-analyses les plus récentes, comparant la cholécystectomie précoce (généralement dans les 72 h à partir du début des symptômes) à la cholécystectomie retardée (à 6-8 semaines de l'épisode de cholécystite aiguë) [3-5], ont toutes démontré, en dehors de contre-indications (anticoagulation, risque opératoire), la faisabilité de la cholécystectomie précoce par coelioscopie sans augmentation de la morbidité postopératoire ou du taux de conversion en laparotomie. Il n'y avait pas de différence concernant la morbidité postopératoire notamment en termes de plaies biliaires. Malgré une durée opératoire plus longue (de 15-20min), la cholécystectomie précoce diminue la durée d'hospitalisation (moins 4 jours) et la durée d'arrêt de l'activité professionnelle (moins 10 jours). Ces études montrent aussi que l'option « cholécystectomie différée » à

huit semaines est grevée d'un risque d'échec du traitement antibiotique avec récurrence ou persistance du tableau infectieux dans près de 20 % des patients ont dû être opérés en urgence pour persistance des symptômes bien avant d'atteindre le délai programmé de la cholécystectomie.

Et la vraie vie ?

Les taux de cholécystectomie précoce (au cours de la première hospitalisation pour cholécystite aiguë lithiasique sans signes de gravité) varient selon les pays. Les récentes séries de cohorte révèlent des taux allant de 0 % au Japon [6], 36 % en Ecosse [7], 51 % en Ontario, Canada [8], à 75 % aux États-Unis sur des bases administratives [9]. En France, près de 45 000 cholécystites aiguës ont été hospitalisées en urgence en 2012 (source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ATIH), dont 70 % ont été traitées par une cholécystectomie au cours de la première hospitalisation, sans que l'on puisse savoir si cela était le fait d'une attitude systématique protocolisée ou de nécessité.

Pourquoi persiste-t-on à vouloir « refroidir » les cholécystites aiguës ?

Le fossé entre les recommandations de pratiques (même fondées sur un bon niveau de preuves scientifiques) et la pratique quotidienne est un constat quotidien [10]. La non-adhésion des praticiens n'est pas une spécificité chirurgicale ou française. Les raisons de ce fossé peuvent être de trois ordres : 1) la méconnaissance de ces recommandations (malgré les moyens de communication actuels) ; 2) l'attitude des praticiens (désaccord ou inertie dans les pratiques) ; ou 3) des barrières externes comme la difficulté de mise en œuvre, les préférences des patients, ou l'environnement de travail.

En l'occurrence, les recommandations et les méta-analyses n'ont pas été suffisantes pour convaincre les praticiens de l'intérêt d'une chirurgie précoce des cholécystites aiguës lithiasiques. Les études publiées « n'ont démontré que » la faisabilité de cette approche, peu de différences

K. Slim (✉)

Service de chirurgie digestive, CHU Estaing Clermont-Ferrand,
1, place Lucie Aubrac, F-63003 Clermont-Ferrand, France
e-mail : kslim@chu-clermontferrand.fr

M.-V. Launay Savary
Service de chirurgie, CH Arcachon,
F-33164 La Teste-de-Buch, France

étaient jugées convaincantes, et la moindre durée globale d'hospitalisation n'était pas suffisante. D'un point de vue spécifiquement chirurgical les difficultés opératoires relatives (du fait de l'inflammation) et l'absence d'avantage significatif en termes de morbidité sont les principales cause de non-adhésion d'une partie des chirurgien. D'autant qu'aucune étude n'a démontré la « supériorité » de la cholécystectomie précoce en termes de morbidité per ou postopératoire, le principal risque des cholécystectomies étant la plaie iatrogène de la voie biliaire principale.

Mais à partir des données actuelles, toute étude visant à démontrer une différence significative du risque de plaie biliaire doit inclure au minimum 12 000 patients [11,12]. Les méta-analyses publiées avaient donc une puissance statistique insuffisante pour montrer un avantage de la chirurgie précoce. Récemment les données de la base de retour d'expérience des chirurgiens viscéraux engagés dans l'accréditation suggèrent que le risque de plaie biliaire serait plus faible en cas de chirurgie précoce [13]. Cette hypothèse vient d'être confirmée par une importante étude comparative fondée sur un score de propension sur plus de 22 000 patients [14] qui a montré une réduction de moitié du risque de plaie biliaire avec la chirurgie précoce (0,28 % vs 0,53 %, risque relatif = 0,53, IC: 0,31–0,90), tout en confirmant les résultats des anciennes méta-analyses. De plus, un récent essai randomisé allemand (ayant inclus plus de 600 patients) a montré que plus tôt la cholécystectomie est réalisée (en 24 h), meilleure en sont la faisabilité, les suites opératoires (moindre morbidité et hospitalisation raccourcie), et le coût-efficacité [15], confirmant ainsi les conclusions d'analyses médico-économiques [16]. Enfin, la cholécystectomie précoce est d'autant plus recommandée qu'il s'agit de patients diabétiques [17] ou de patients âgés [9].

Quelles solutions ?

Comme nous le voyons, aucune donnée scientifique ne justifie de retarder la cholécystectomie pour une cholécystite aiguë lithiasique en dehors de contre-indications liées à l'existence de certaines comorbidités. Il s'agit donc de convaincre les praticiens des avantages de cette attitude (ce qui est la prétention de cet article) et d'optimiser l'environnement de travail en termes de facilité de prise en charge chirurgicale de ces patients. Cette approche, qui n'est pas si nouvelle puisque le premier essai favorable à la cholécystectomie précoce était publié il y a 25 ans déjà [18], est bénéfique pour le patient (moindre morbidité) et pour la société (hospitalisation plus courte et moindre coût). L'une des solutions serait la mise en œuvre pour toute cholécystite aiguë se présentant aux urgences d'un chemin clinique factuel adapté aux conditions locales et accepté par les différents intervenants (urgentiste, gastro-entérologue et chirurgien), procédure qui a fait sa preuve dans d'autres centres [19].

Références

1. Société nationale française de gastroentérologie (2010) Prise en Charge de la Lithiase Biliaire. http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0D-Pratiques-cliniques/Reco_hors_HAS/lithiase_biliaire_long.pdf (dernier accès le 18 janvier 2014)
2. Haute Autorité de santé (2013) Quand faut-il faire une cholécystectomie. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/points-cle_solution_-_qd_faire_cholecystectomie.pdf (dernier accès le 18 janvier 2014)
3. Lau H, Lo CY, Patil NG, Yuen WK (2006) Early versus delayed interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. *Surg Endosc* 20:82–7
4. Siddiqui T, MacDonald A, Chong PS, Jenkins JT (2008) Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Surg* 195:40–7
5. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, et al (2010) Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 97:141–50
6. Sekimoto M, Imanaka Y, Hirose M, et al (2006) QIP Cholecystectomy Expert Group. Impact of treatment policies on patient outcomes and resource utilization in acute cholecystitis in Japanese hospitals. *BMC Health Serv Res* 6:40
7. Stephens MR, Beaton C, Steger AC (2010) Early cholecystectomy after acute admission with cholecystitis: how much work? *World J Surg* 34:2041–4
8. de Mestral C, Laupacis A, Rotstein OD, et al (2013) Early cholecystectomy for acute cholecystitis: a population based retrospective cohort study of variation in practice *CMAJ Open* 1:E62-7
9. Riall TS, Zhang D, Townsend CM Jr, et al (2010) Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients is associated with increased morbidity, mortality, and cost. *J Am Coll Surg* 210:668–77
10. Slim K (2010) Gaps between evidence-based guidelines and the daily surgical practices. *J Visc Surg* 147:e337–9
11. Biffl WL, Moore EE, Offner PJ, et al (2001) Routine intraoperative laparoscopic ultrasonography with selective cholangiography reduces bile duct complications during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 193:272–80
12. Massarweh NN, Flum DR (2007) Role of intraoperative cholangiography in avoiding bile duct injury. *J Am Coll Surg* 204:656–64
13. Federation of Visceral and Digestive Surgery (2014) Solution for the patient's safety. Risk management of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Visc Surg* 151:in press
14. de Mestral C, Rotstein OD, Laupacis A, et al (2014) Comparative operative outcomes of early and delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: a population-based propensity score analysis. *Ann Surg* 259:10–5
15. Gutt CN, Encke J, Köninger J, et al (2013) Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann Surg* 258:385–93
16. Wilson E, Gurusamy K, Gluud C, Davidson BR (2010) Cost-utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 97:210–9
17. Gelbard R, Karamanos E, Teixeira PG, et al (1970) Effect of delaying same-admission cholecystectomy on outcomes in patients with diabetes. *Br J Surg* 2014;101:74–8.
18. van der Linden W, Sunzel H (1970) Early versus delayed operation for acute cholecystitis. A controlled clinical trial. *Am J Surg* 120:7–13
19. Sheffield KM, Ramos KE, Djukom CD, et al (2011) Implementation of a critical pathway for complicated gallstone disease: translation of population-based data into clinical practice. *J Am Coll Surg* 212:835–43