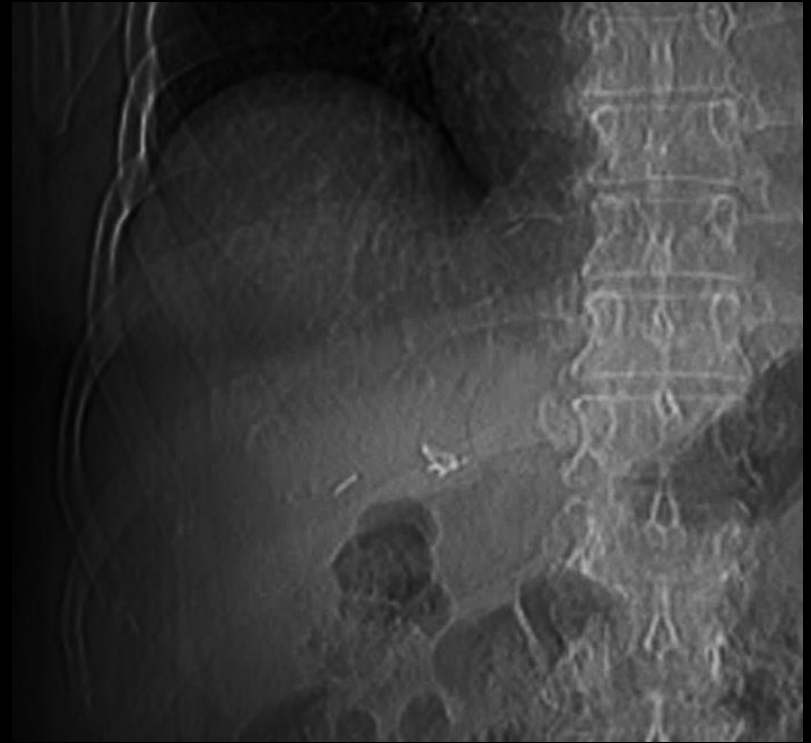
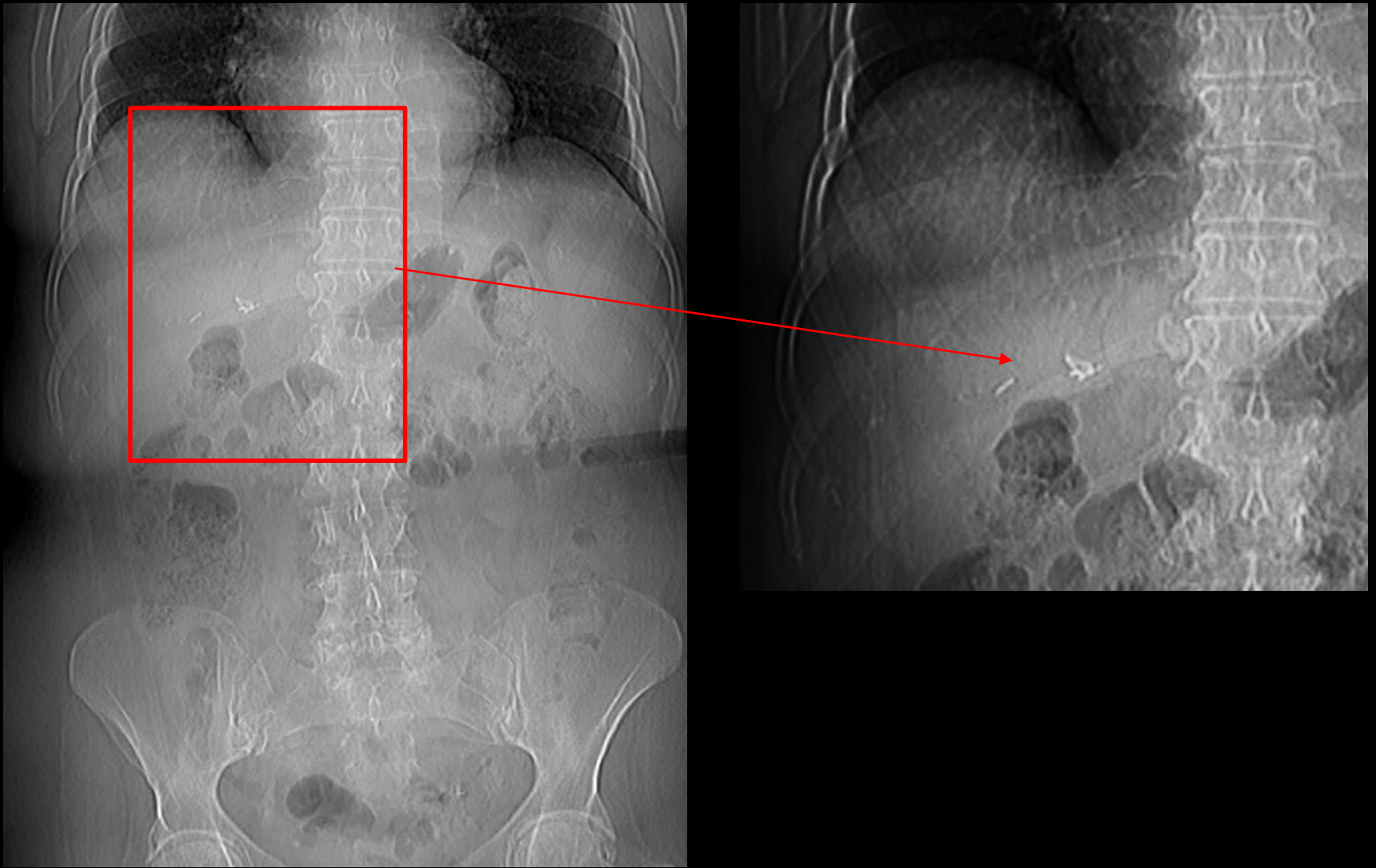


Homme de 68 ans ; Douleurs subaiguës de l'hypochondre droit; Fièvre
Hyperleucocytose

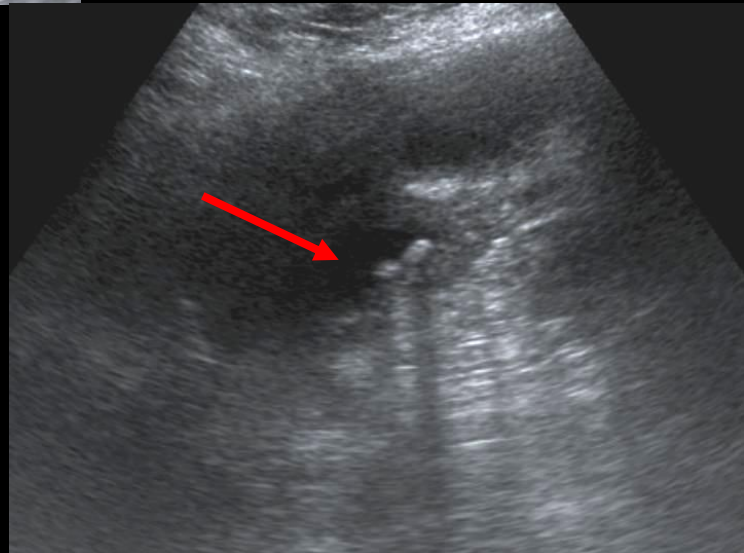
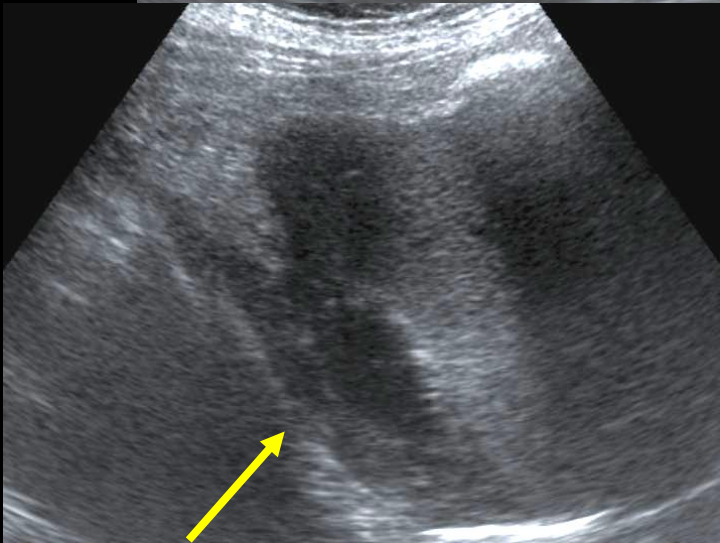
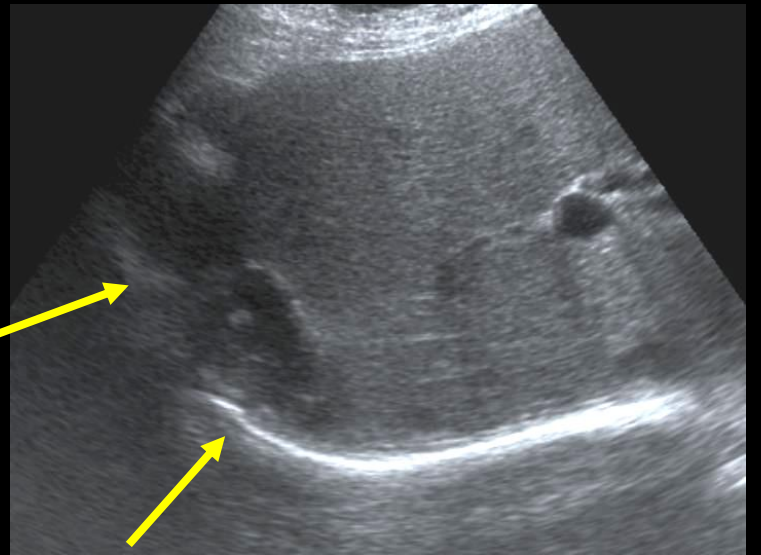
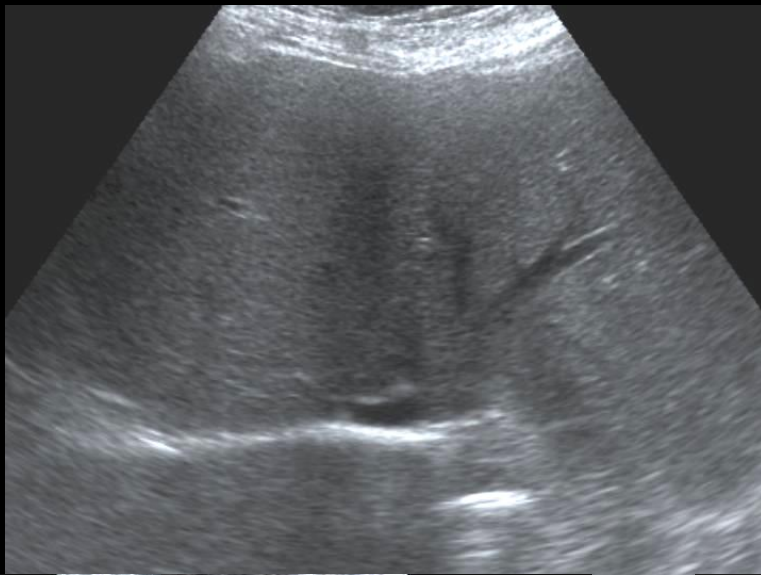
Que élément important visible sur les clichés standards permet
d'orienter le diagnostic



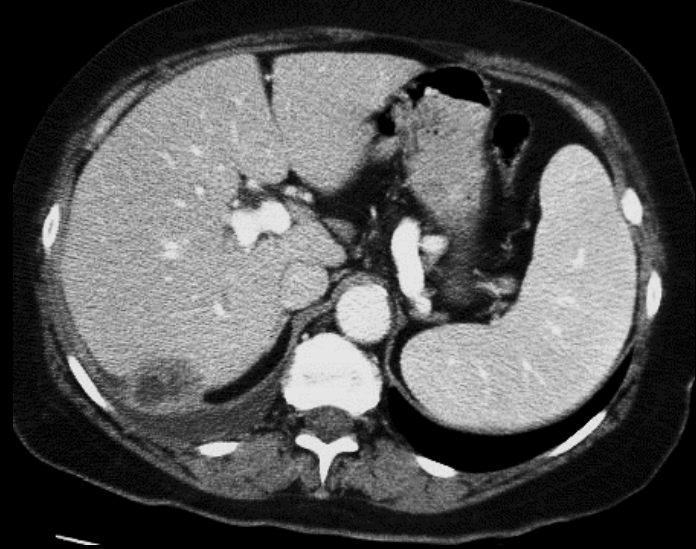
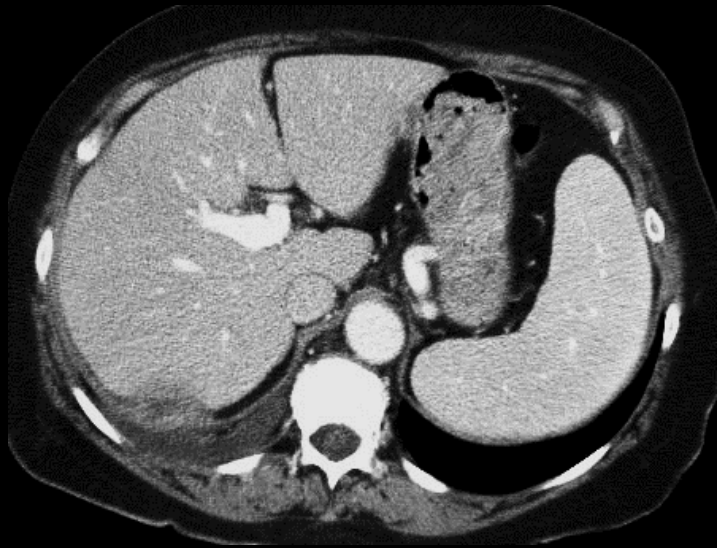
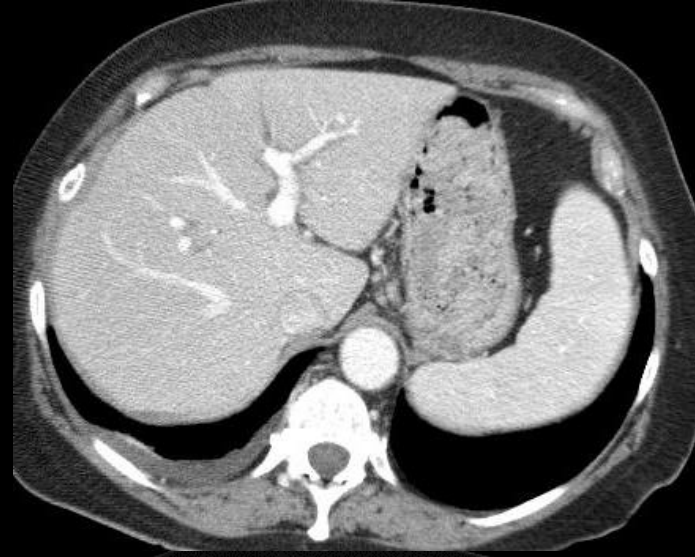
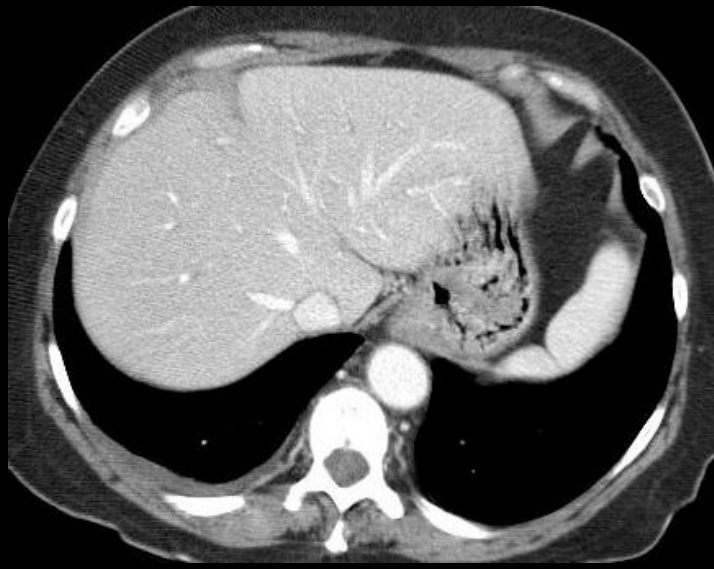
obs. Pr Gérard Schmutz CHU Sherbrooke



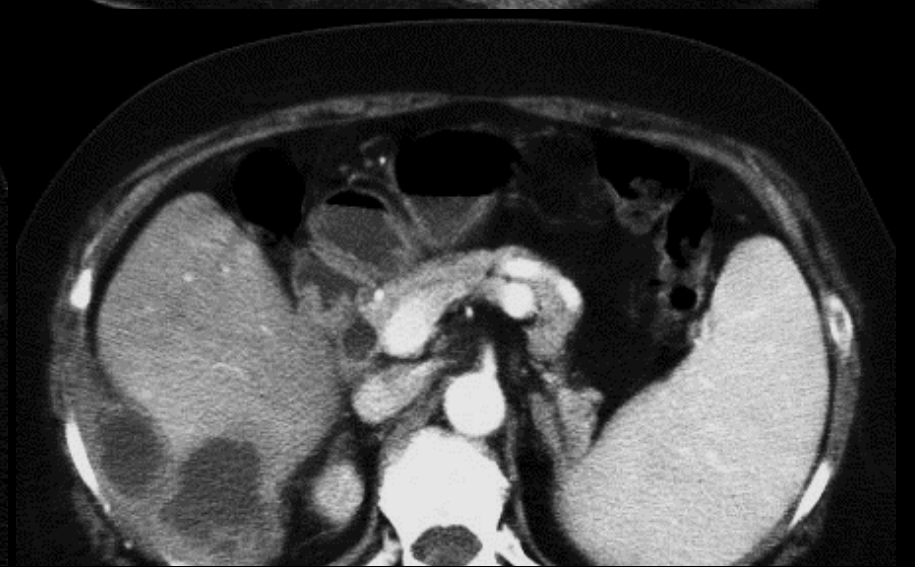
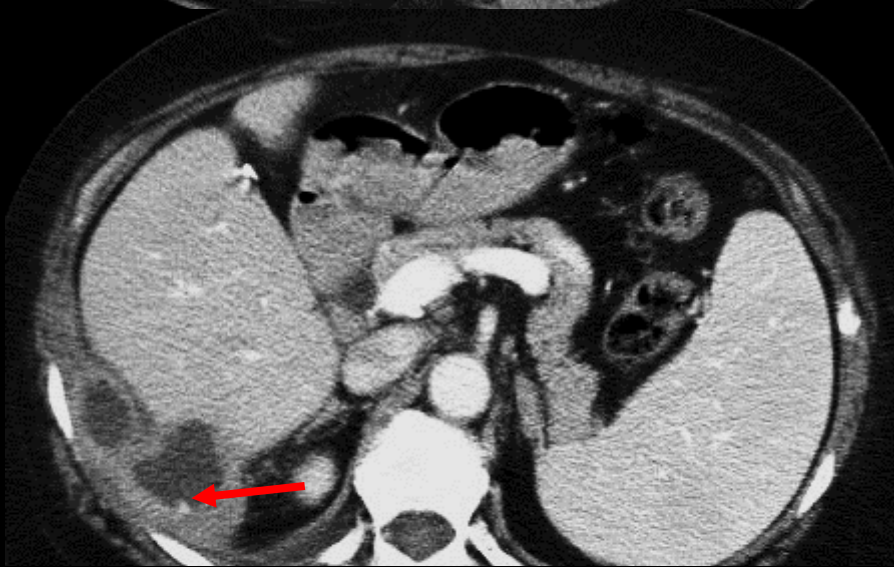
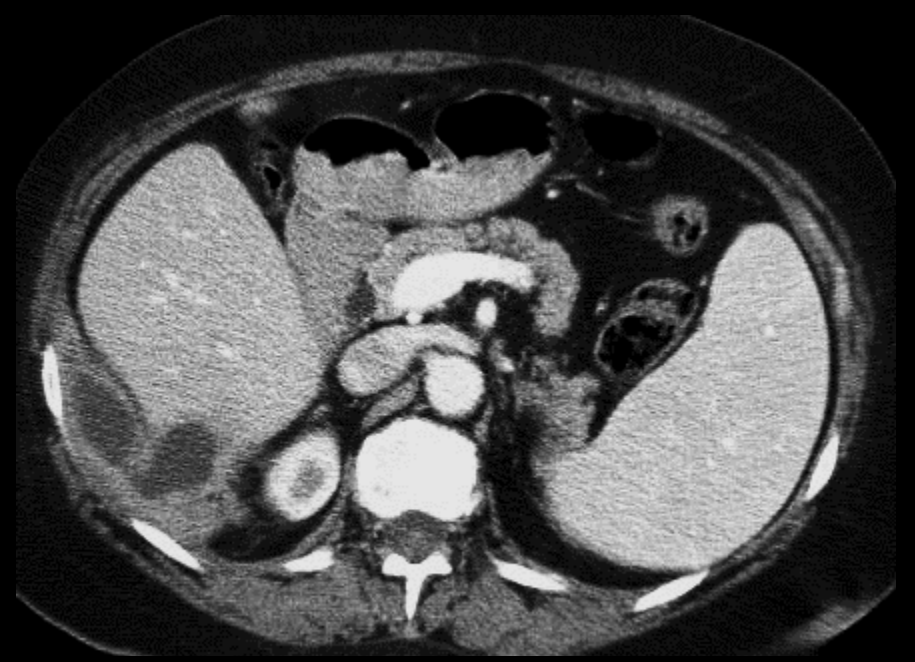
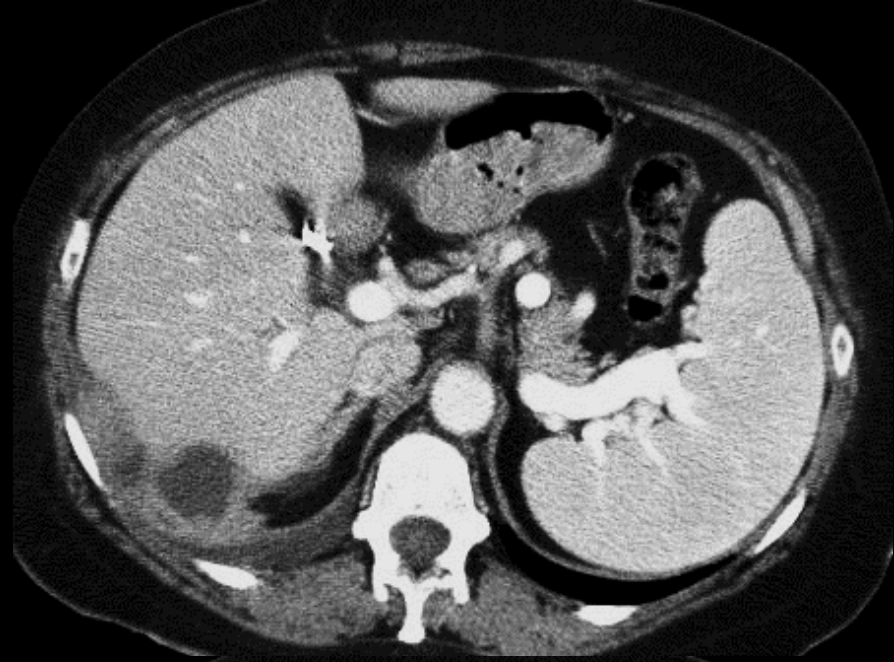
les clips métalliques montrent que le patient a été cholécystectomisé



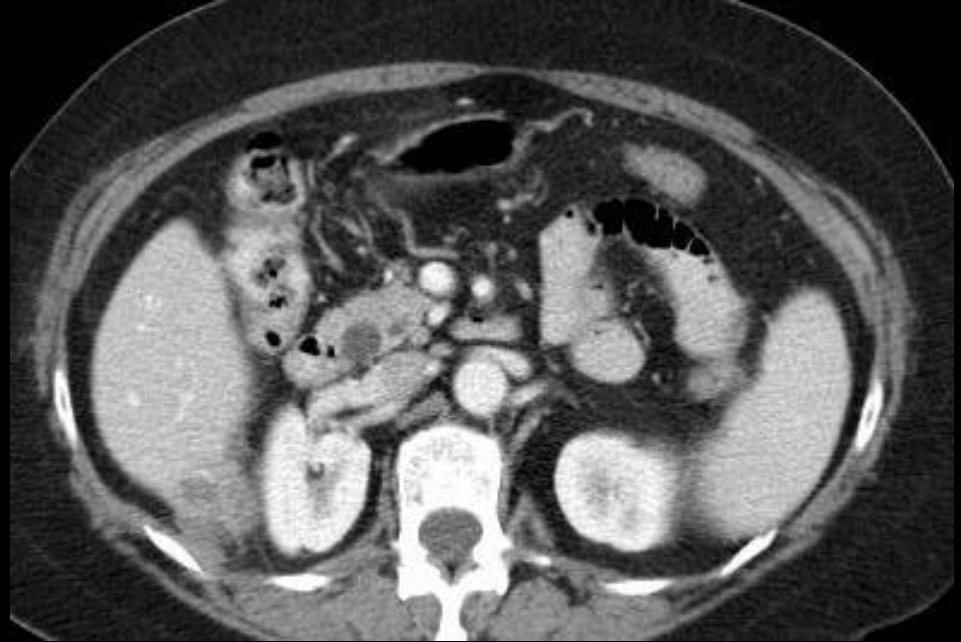
l'échographie de l'hypochondre droit montre des collections à parois épaisses interhépato-diaphragmatiques, le long et au bord postérieur du lobe droit, au sein desquelles se trouvent des images évocatrices de calculs



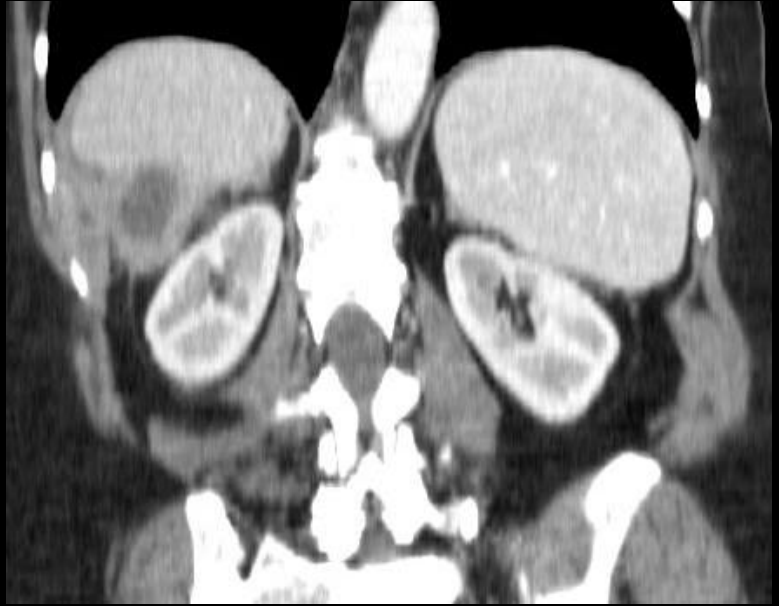
le scanner confirme la présence d'un épanchement liquide pleural droit, satellite d'un foyer suppuré développé au niveau de la "bare area", zone non péritonisée de la face postérieure du foie.

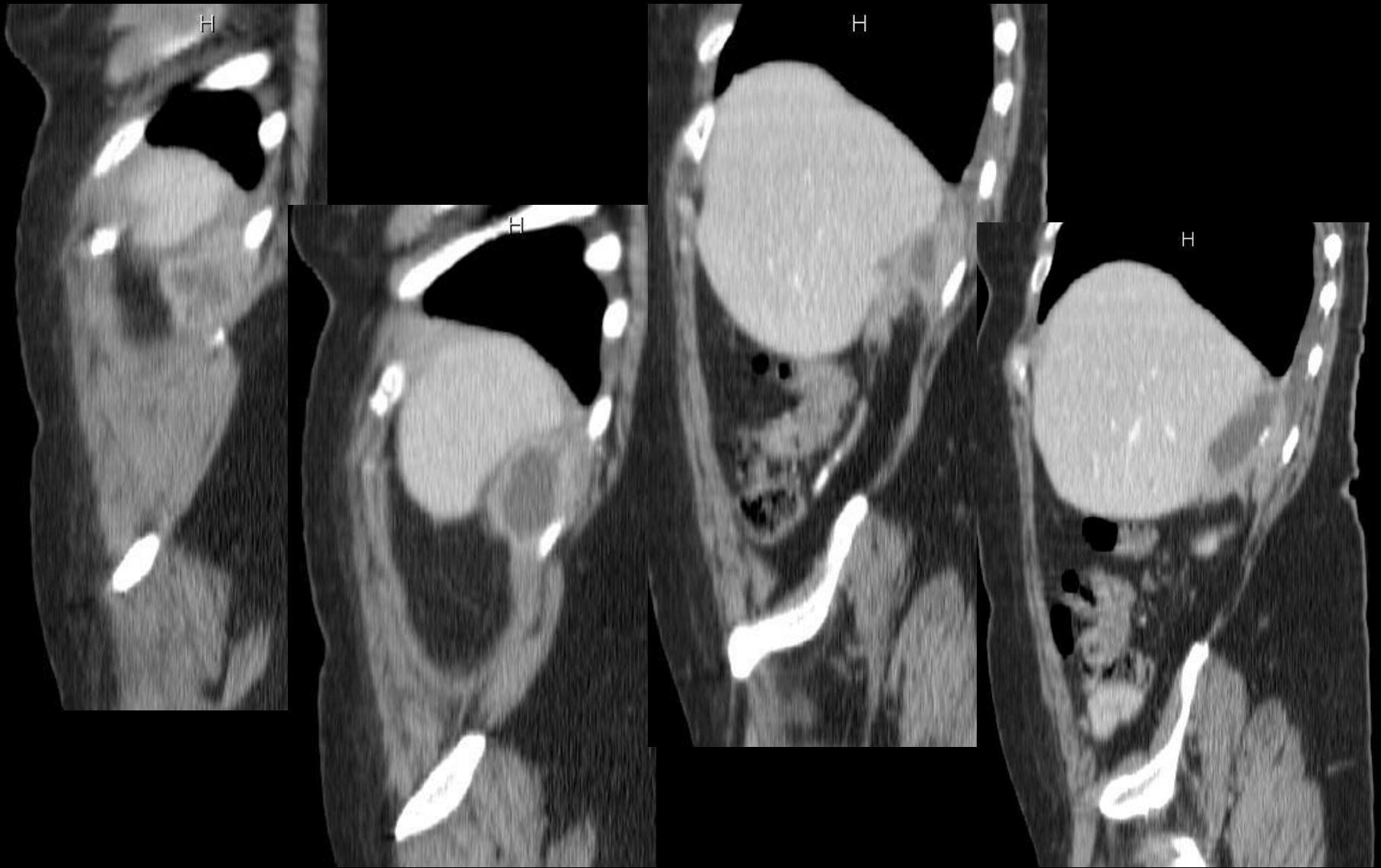


l'abcès bilobé développé dans la poche de Morison renferme un petit calcul biliaire.

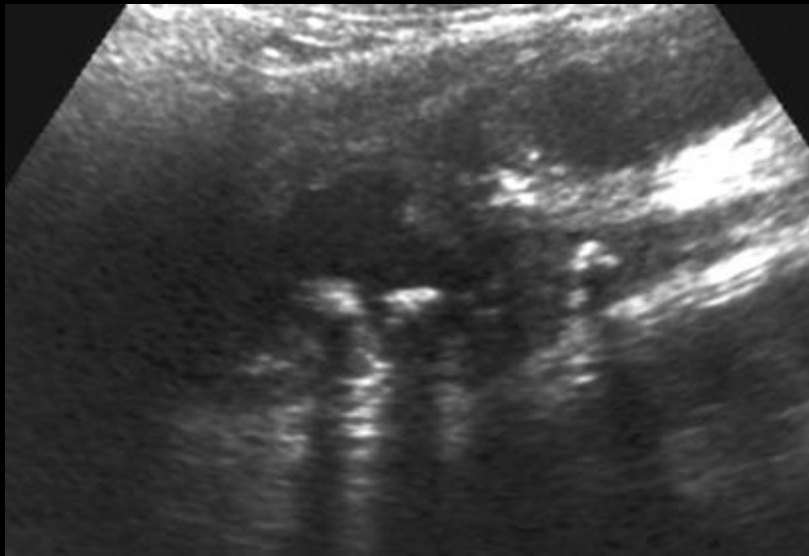


on retrouve plusieurs calculs biliaires à la partie la plus basse de l'abcès.



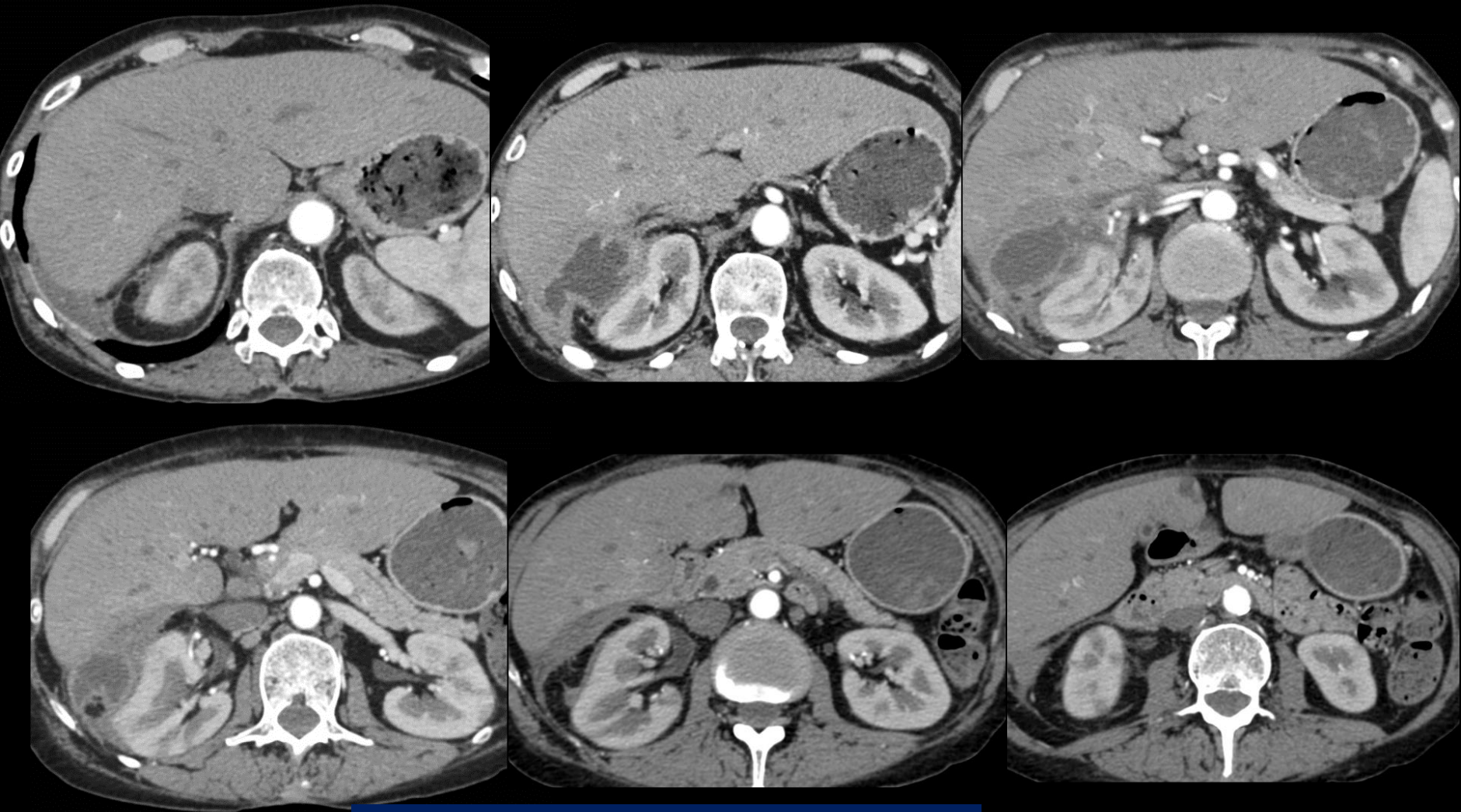


les reformations sagittales confirment le développement de l'abcès en regard de l'area nuda, dans la poche de Morison.



il s'agit donc bien un sepsis post chirurgical en relation avec la perte de calculs vésiculaires au cours de la cholecystectomie laparoscopique. La révélation clinique par des poussées fébriles douloureuses n'a permis le diagnostic qu'avec un retard de 8 mois

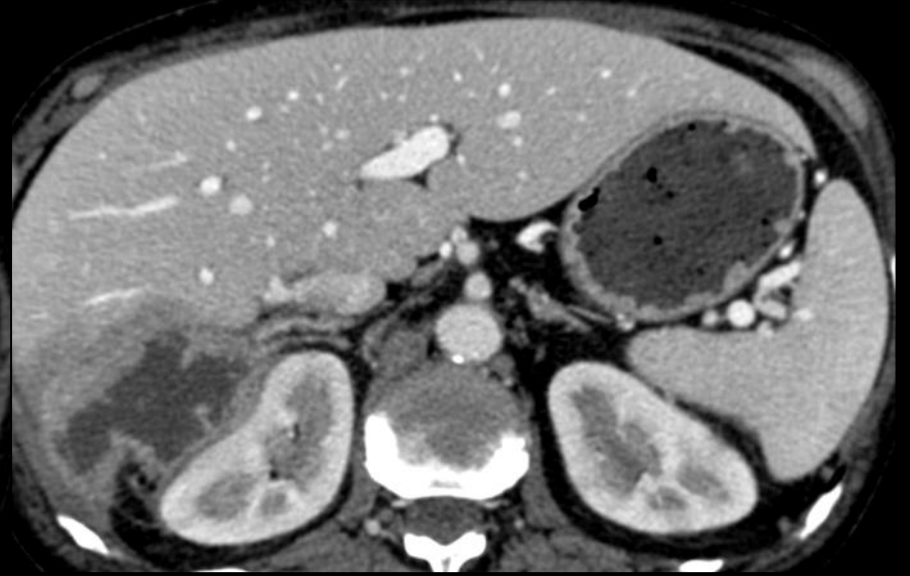
cas compagnon n° 1 ; Patiente de 50 ans , Douleurs HCD/FID depuis plusieurs jours ; T° 37.8 PCR 125



obs. Dr Aurélie Fairise ACC

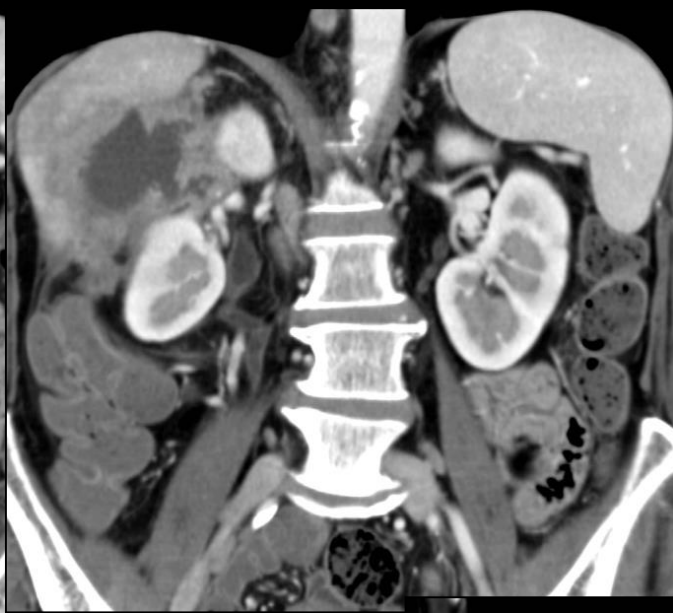
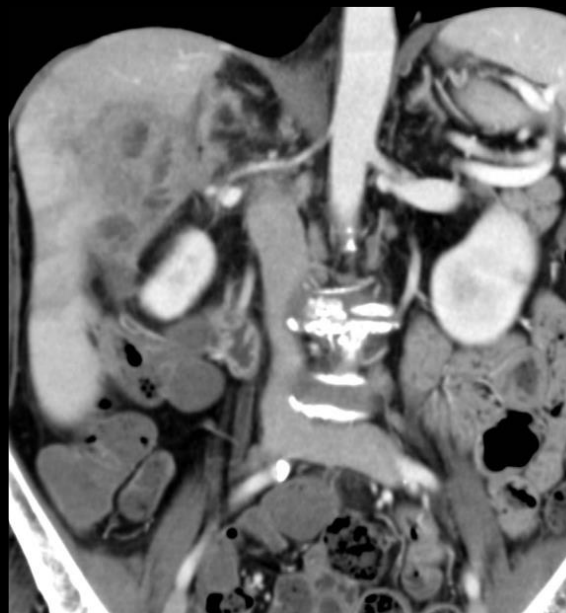


volumineux abcès inter-hépto-rénal, étendu à la graisse périrénale
sans atteinte de la corticale rénale



l'image est caractéristique d'un abcès de la poche de Morison développé en arrière de l'area nuda du foie et étendu au périréin

devant une telle image on doit postuler la responsabilité probable d'un corps étranger perdu au cours d'un geste chirurgical (calcul après cholécystectomie ; coprolithe après appendicectomie)

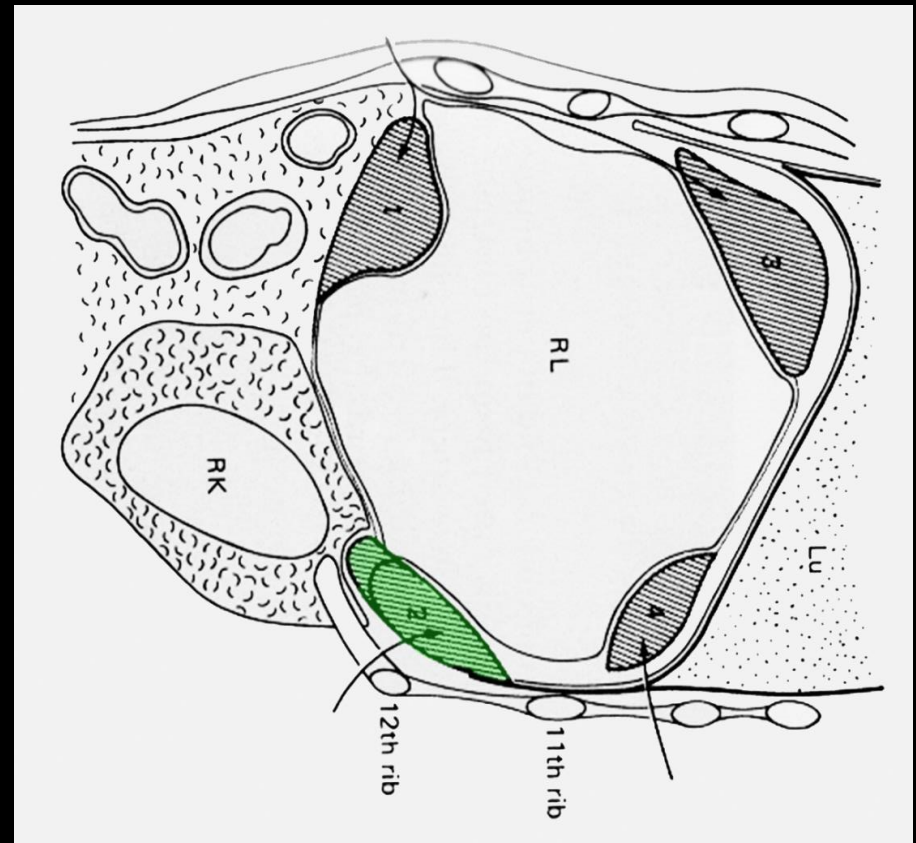
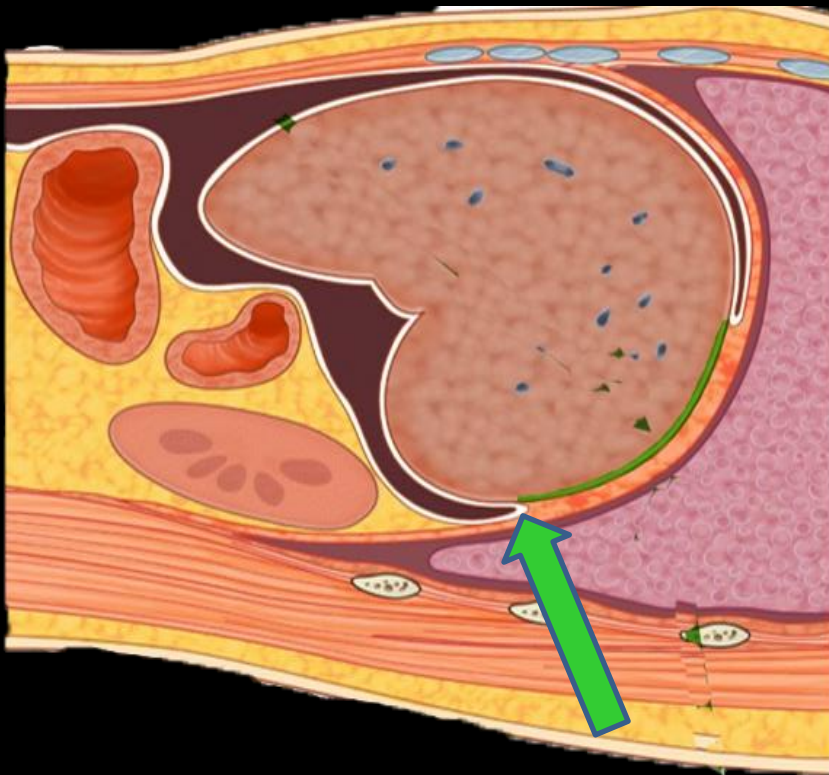


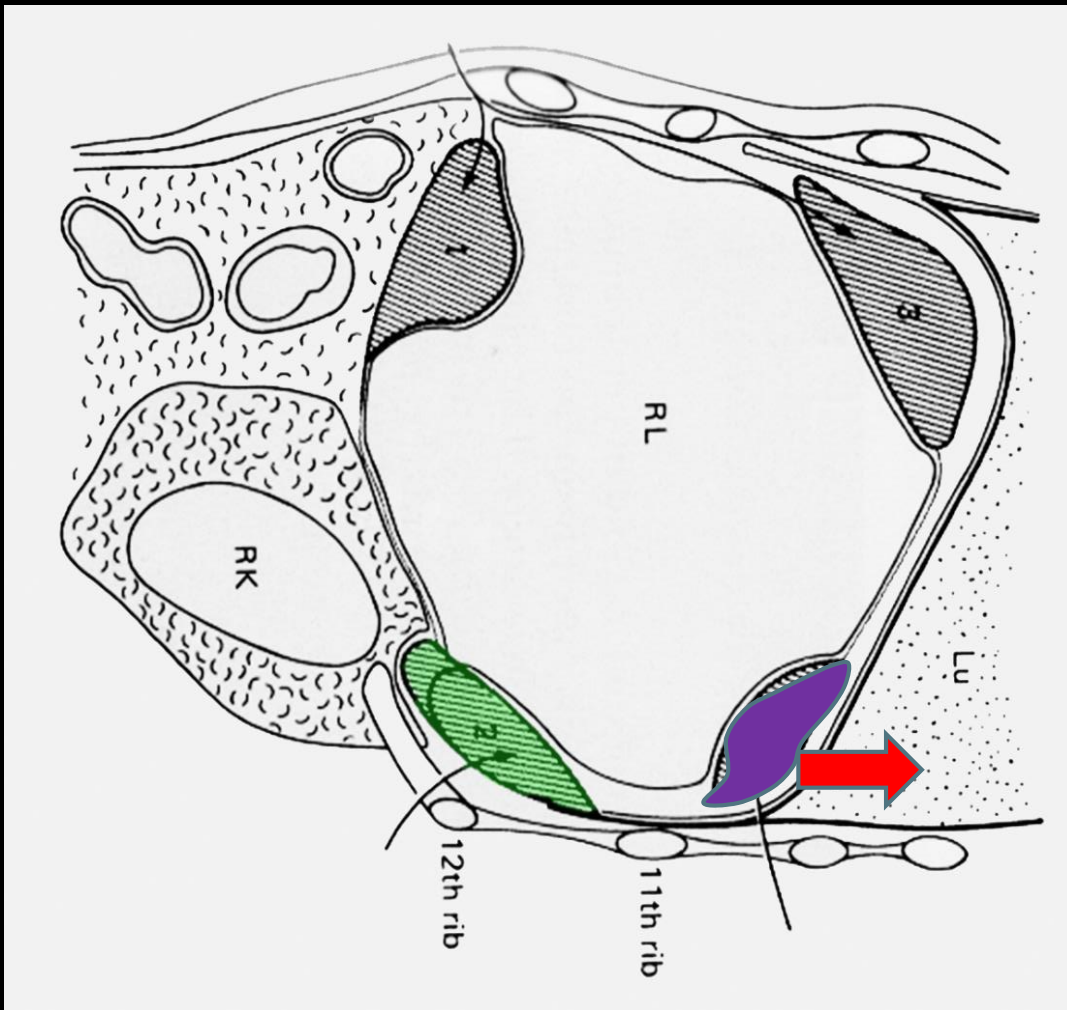
l'intervention peut dater de quelques semaines mais parfois de plusieurs années (jusqu'à 8,5 ans !) ; il y a en général des **poussées douloureuses et fébriles de une ou deux semaines qui retentissent de façon péjorative sur la vie du patient** et qui régressent sous traitement antibiotique . Le diagnostic échappe souvent aux examens d'imagerie car les lésions sont très postérieures, para-rachidiennes



il faut chercher au sein de l'abcès les images susceptibles de correspondre à un calcul vésiculaire généralement cholestérolique (radiotransparent) .

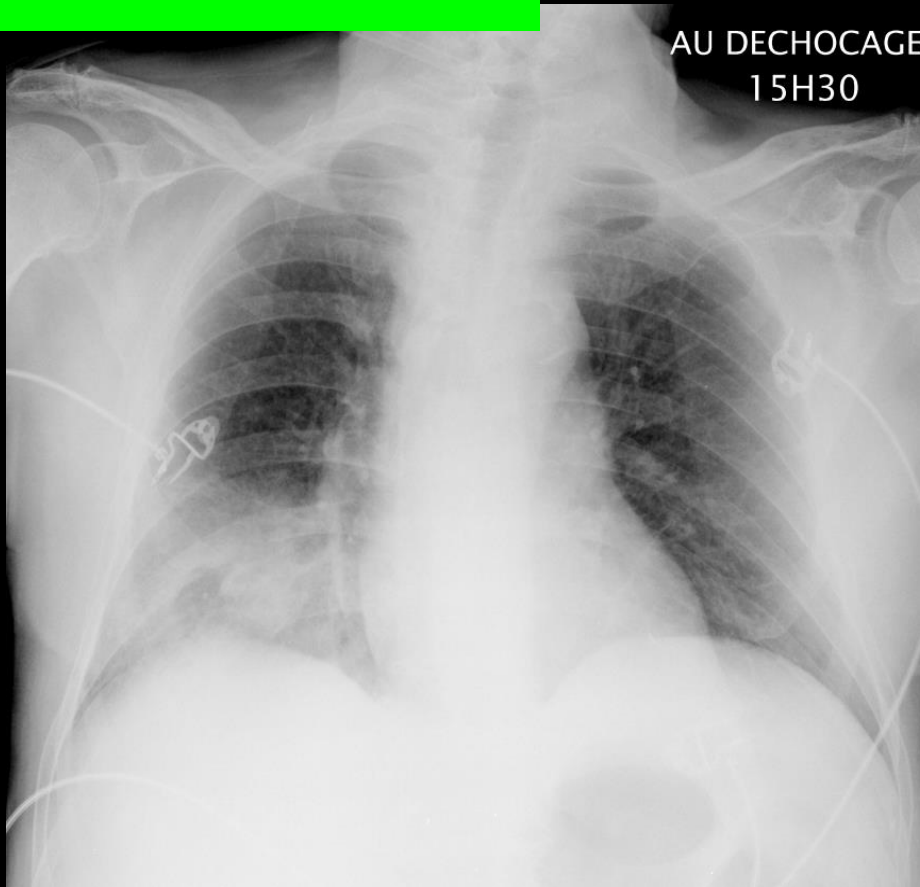
La poche de Morison constitue un véritable piège dans lequel les corps étrangers vont tomber directement, à la verticale du lit vésiculaire. le sujet étant opéré en position de Trendelenburg .Le lavage péritonéal (gouttière pariéto-colique droite) ne fera qu'accentuer cette tendance en se rassemblant dans la partie déclive de la poche.





lorsque l'abcès se développe au dessus du ligament triangulaire droit, Il est au contact du cul de sac pleuro-parenchymateux droit et peut très facilement franchir le diaphragme pour donner un abcès du lobe inférieur droit

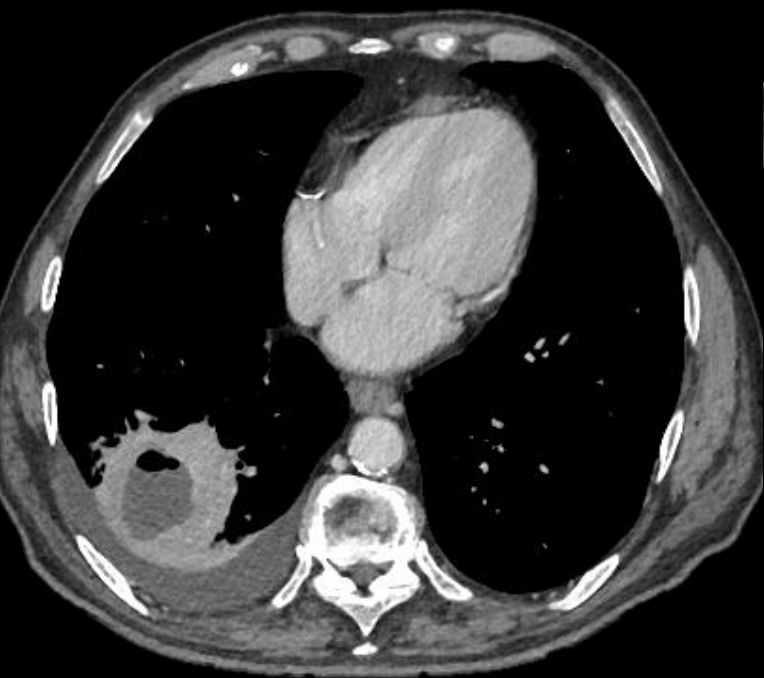
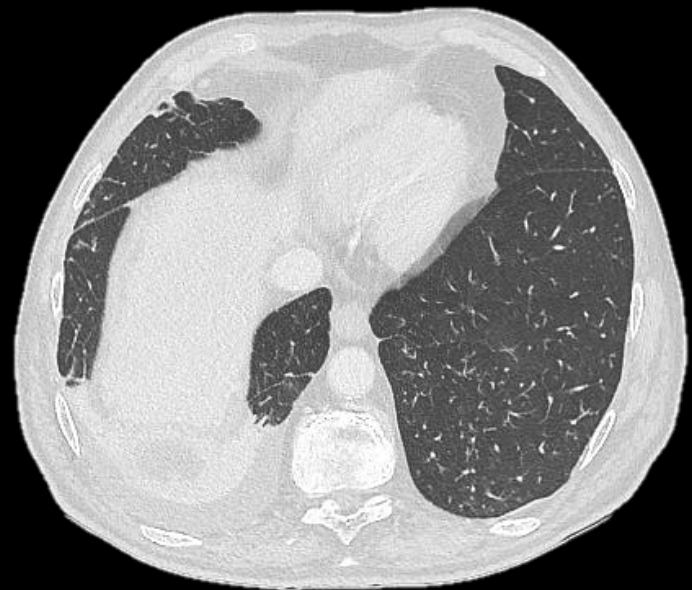
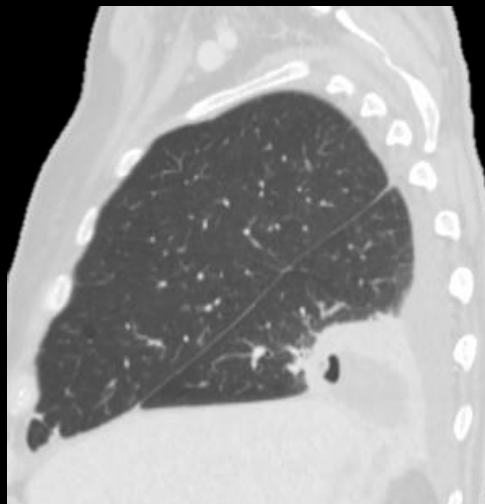
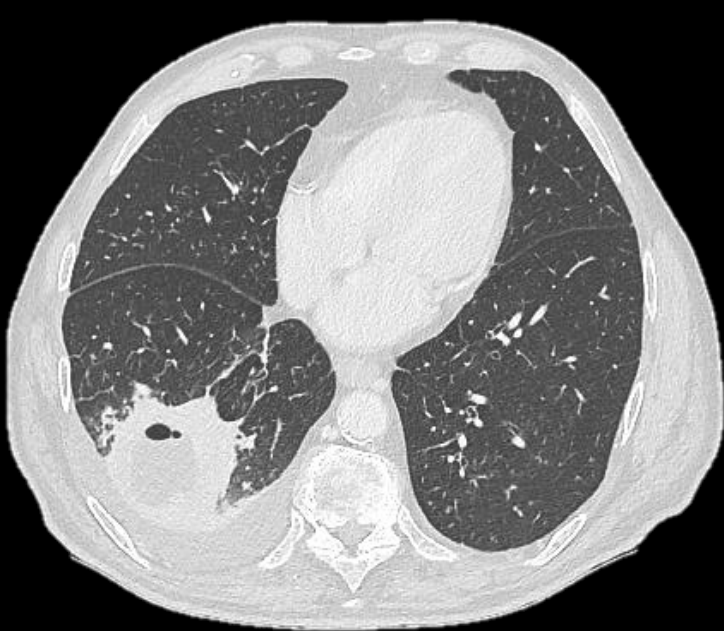
AU DECHOCAGE
15H30



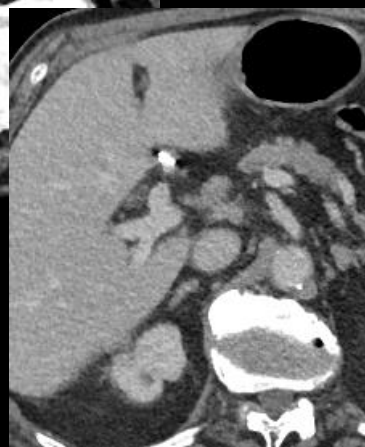
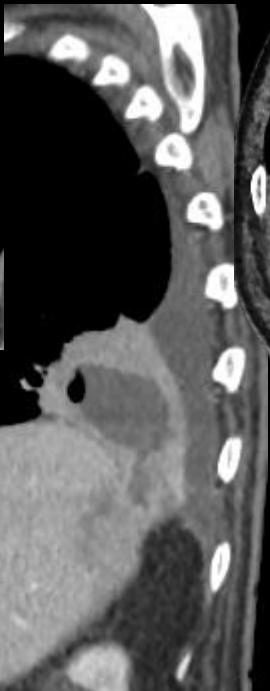
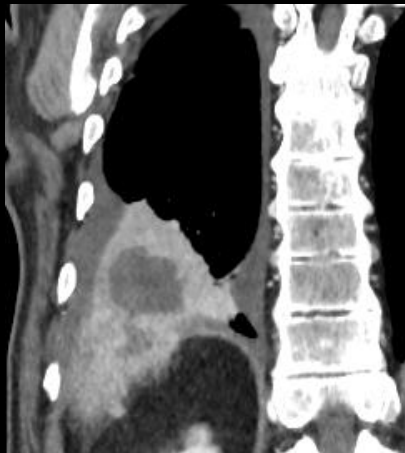
08/03/2016



Patient de 81 ans, sans antécédent connu, hospitalisé pour pneumopathie du lobe inférieur droit, d'évolution défavorable sous C3G : demande de complément par scanner TAP.



abcès " en cadre " du
lobe inférieur droit,
juxta pleural, ave
épanchement pleural
d'allure exsudative
densité du liquide
supérieure à celle du
LCR



Abcès rétro- hépatique
au contact de l'area
nuda du foie

Pertuis trans-
diaphragmatique

Image dense au sein de
l'abcès rétro-hépatique

les corps étrangers perdus au cours ou au décours de gestes chirurgicaux ont vu leur fréquence s'accroître avec la généralisation de la coeliochirurgie. L'incidence des abcès compliquant la perte per opératoire de calculs vésiculaires en coeliochirurgie est estimée à 0,3 % des interventions mais la fréquence de calculs "perdus" en per opératoire pourrait aller jusqu'à de 25 à 30 % des interventions. le chiffre de 7 % souvent cité paraît plus réaliste

L'énorme majorité de ces calculs perdus ne donnerait donc pas de complications pourtant tous les cas publiés, le sont généralement isolément comme case report, ou en très petite série et concernent des formes sévères multirécidivantes avec des retards diagnostiques souvent en années.

les chiffres suivants de méta-analyses cumulées montrent l'extrême dispersion des résultats et la fragilité des déductions qui sont faites

REVIEW ARTICLE

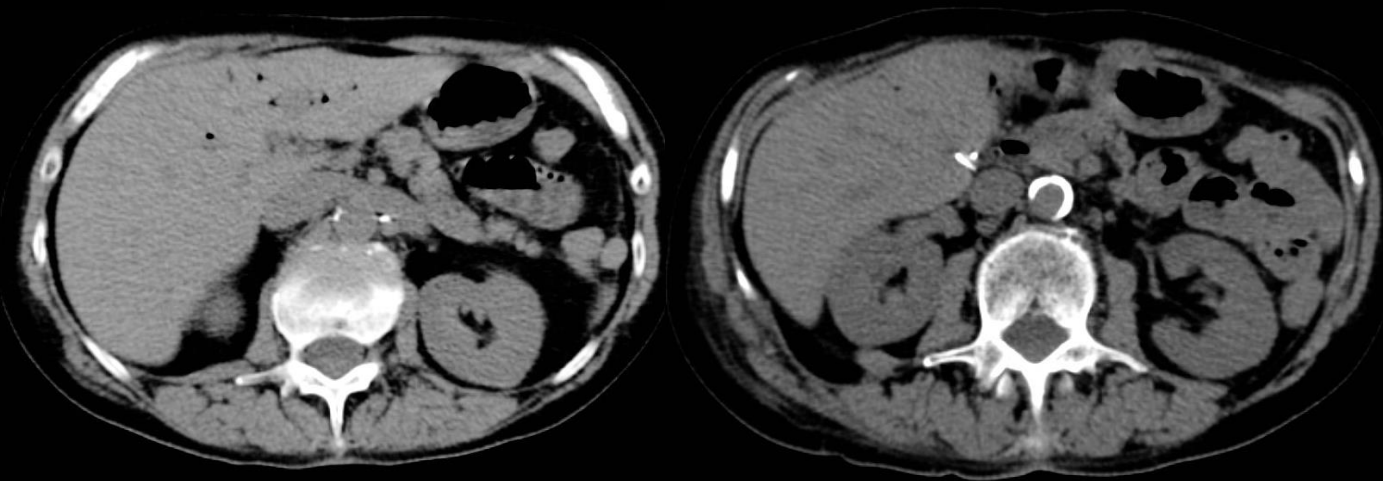
Retained Abdominal Gallstones After Laparoscopic Cholecystectomy: A Systematic Review

Baha T. Demirbas, MD, Bahadir M. Gulluoglu, MD, and A. Ozdemir Aktan, MD

References	LCs (n)	Perforation (%)	Mean follow-up (mo)	Complications (%)	Retained Gallstones [n (%)]
Schafer et al ⁴	10174	5.7	36	0.08	—
Rice et al ⁵	1059	29	39	1.3	—
Sarli et al ⁶	1127	11.6	43	3.8	26 (2.3)
Memon et al ⁷	856	16	44	4.7	106 (12)
Hui et al ⁸	1412	36	—	0	—
Diez et al ⁹	3686	17	—	1.9	40 (6.4)
Hawasli et al ¹⁰	5526	—	52	0.04	—
Horton and Florence ¹¹	1130	—	22	0.35	—
Manukyan et al ¹²	580	17	121	0	24 (4)

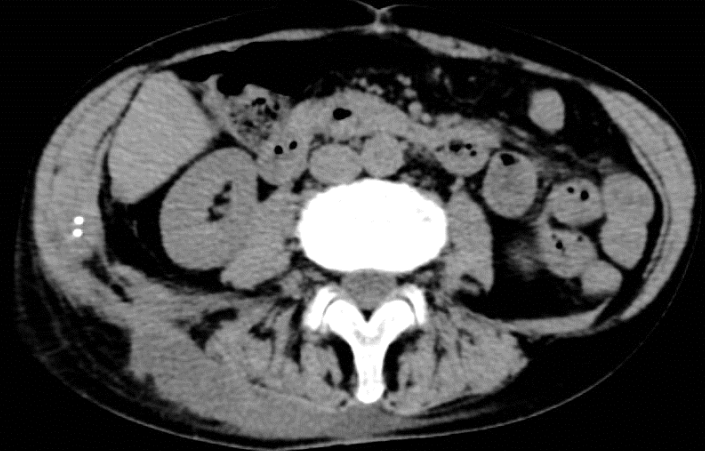
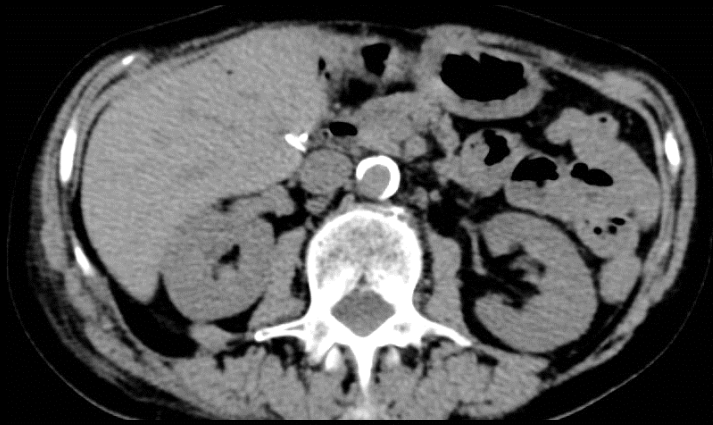
cas compagnon n° 03.

femme 72 ans syndrome douloureux fébrile **du flanc et de la fosse lombaire droits**; la région lombaire est empâtée, avec fluctuations à la palpation, le revêtement cutané est épaissi et chaud . Dans les antécédents une **cholécystectomie** a été réalisée ainsi qu'une **extraction instrumentale de calculs de la VBP** .

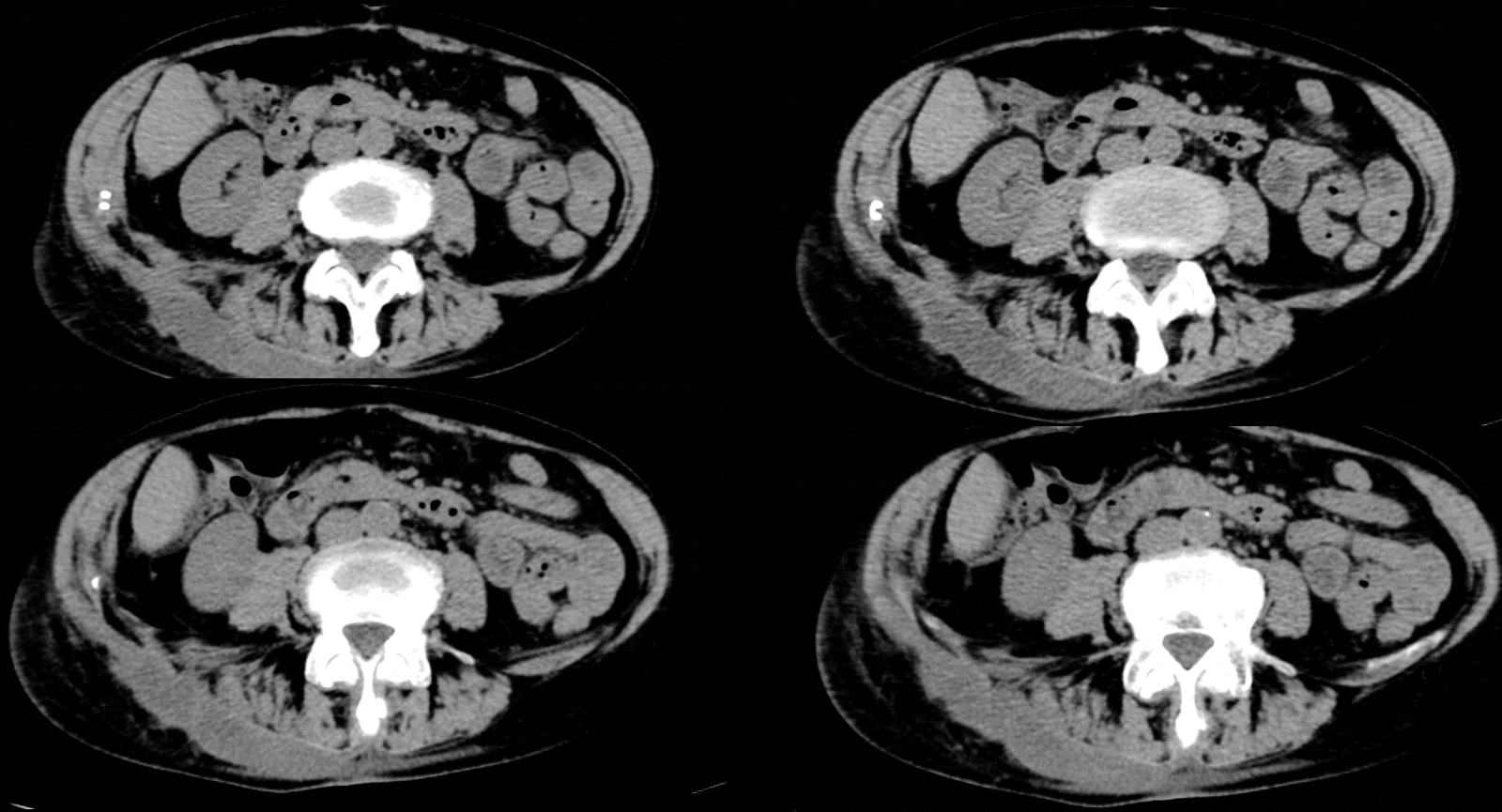


le la CRP
as douleurs
é, d'abord sans puis

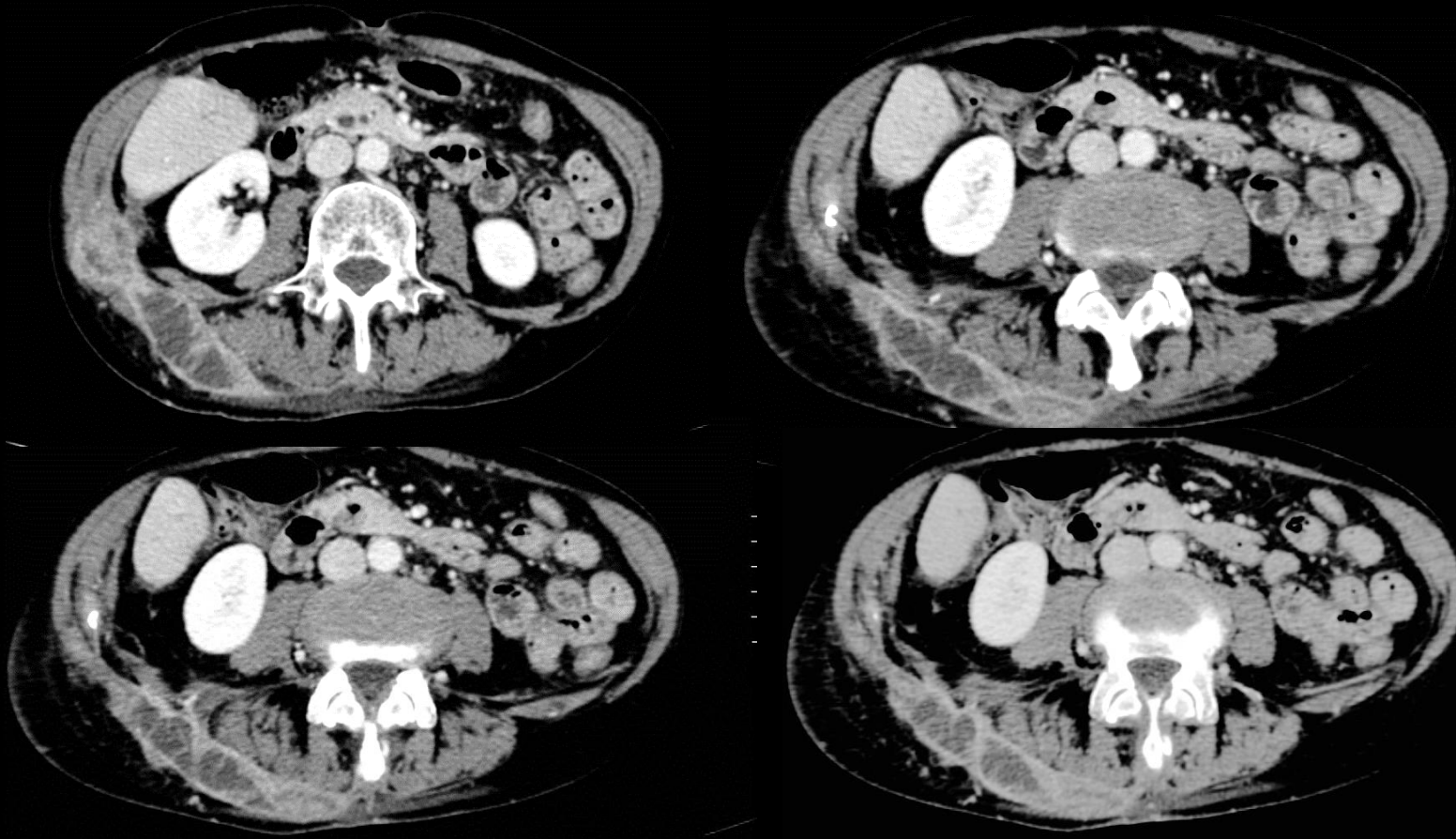
obs. CH Emile Durkheim Epinal Drs D. Thomas, S.
Becker, S. Bezzaz



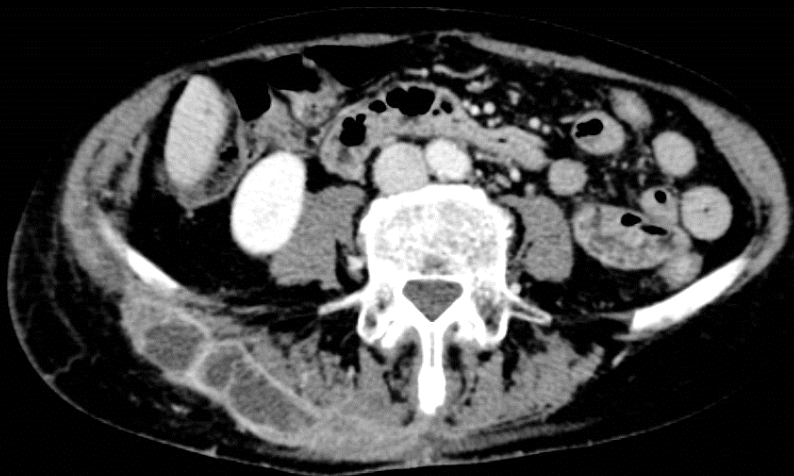
en dehors de l'**aérobilie** qui confirme la conservation de la perméabilité de la sphinctérotomie, on observe les clips de la cholécystectomie et des **opacités de densité analogue à celle des clips**, au sein des muscles de la paroi latérale droite de l'abdomen qui sont épais, avec infiltration des fascia graisseux intermusculaires



la forme rectangulaire et la densité des éléments opaques intrapariétaux sont très en faveur de clips métalliques qui ont donc du traverser le péritoine pariétal et le fascia transversalis pour parvenir aux muscles pariétaux



la collection abcédée de la paroi lombaire est en relation évidente avec la réaction locale à la présence des éléments métalliques pariétaux



La cholécystectomie laparoscopique est née en 1987 des mains d'un chirurgien gynécologue lyonnais, Philippe Mouret à la clinique de la Sauvegarde. Elle s'est rapidement imposée pour devenir un des gestes les plus courants en chirurgie digestive .

Les **principales complications** de cette technique sont:

- .les plaies de la voie biliaire principale dans 0,6 % des interventions

- .les fuites biliaires dans 0,3 %

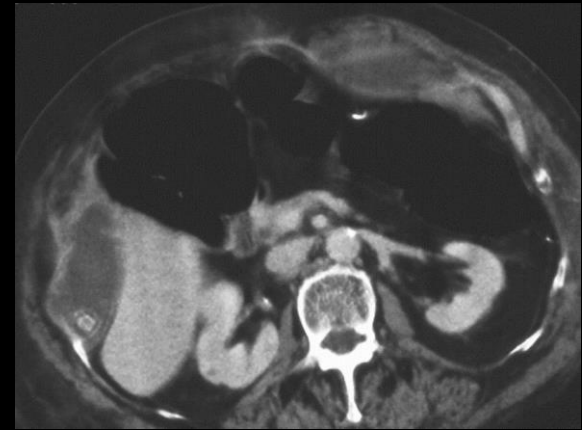
- .**les pertes de calculs dans la cavité péritonéale** au cours de l'intervention qui surviendraient dans 3,8 à 9 % des interventions

Les **clips chirurgicaux** sont utilisés pour obturer le canal cystique et l'artère cystique .Ils peuvent se détacher et migrer dans la cavité péritonéale pendant le procédé ou dans les jours proches ou

une étude de Singh et coll en 2007 compare les complications observées chez 26 patients porteurs d'un "clip migré" post cholécystectomie à 17 patients avec "calcul perdu". Ces corps étrangers étaient situés dans la poche de Morison dans tous les cas de calculs et dans 12 cas sur 26 pour les clips.

Tous les abcès observés se situaient dans la poche de Morison et le délai diagnostique variait de 5 jours à 4,7 ans.

Aucun patient porteur d'un "clip migré" n'a développé d'abcès et les auteurs en concluent



abcès sur calculs "perdus" après cholécystectomie classique par laparotomie

Quelques articles (3 dans la revue de littérature de 2013 de Little)

rapportent toutefois des cas isolés d'abcès abdominaux développés sur des clips migrés post cholécystectomie laparoscopique .

la littérature suggère que les complications infectieuses pariétales seraient développées sur les trajets de trocart et en particulier l'orifice d'extraction d'un sac contaminé

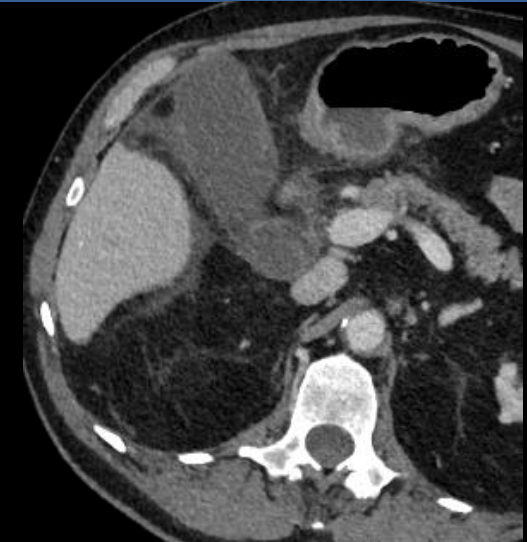


image typique d'abcès de la poche de Morison développé sur un clip de cholécystectomie "migré", révélé cliniquement 3 ans après l'intervention

*Little M, et al. BMJ Case Rep 2013.
doi:10.1136/bcr-2013-009070*

Calculs perdus post-cholécystectomie

- Complication connue, survenant lors d'une perforation accidentelle de la vésicule biliaire au cours d'une cholécystectomie
- **Perforation : 18,3%, perte de calcul : 7,3%** avec 1/3 non retrouvés
- 90% asymptomatiques, mobiles sur différents examens
- **Facteurs de risque :**
 - Terrain : homme, âgé, obèse, adhérences
 - Cholécystite
 - Calculs : pigmentaires, multiples, > 1,5 cm
- **Prévention :**
 - Retrait de tous les calculs possibles, sans conversion nécessaire en laparotomie
 - Irrigation et aspiration per-opératoire
 - Usage de sacs intra-abdominaux enveloppant la vésicule retirée en per-opératoire
 - Etude bactériologique des calculs : infection = ATB



Au total: Calculs perdus post-cholécystectomie

- Complication connue, survenant lors d'une perforation accidentelle de la vésicule biliaire au cours d'une cholécystectomie
- **Perforation : 18,3%, perte de calcul : 7,3% avec 1/3 non retrouvés**
- 90% asymptomatiques, mobiles sur différents examens

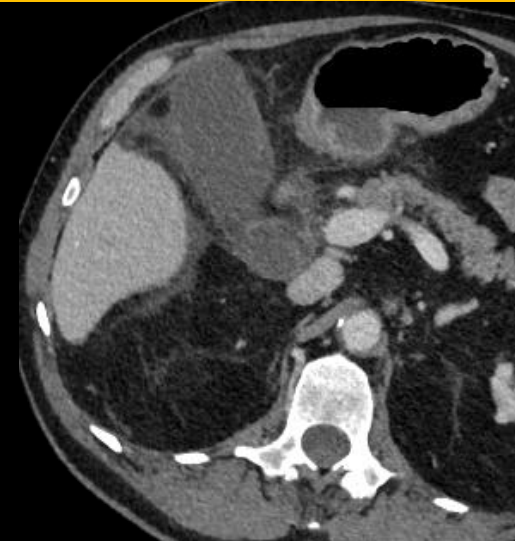


Grass et al. Abdominal wall abscess after cholecystectomy. BMC Res Notes.

Au total: Calculs perdus post-cholécystectomie

- **Facteurs de risque :**

- Terrain : homme, âgé, obèse, adhérences
- Cholécystite
- Calculs : pigmentaires, multiples, > 1,5 cm



- **Prévention :**

- Retrait de tous les calculs possibles, sans conversion en laparotomie
- Irrigation et aspiration per-opératoire
- Usage de sacs enveloppant la pièce de cholécystectomie en per-opératoire
- Etude bactériologique des calculs : infection = ATB



Au total: Calculs perdus post-cholécystectomie

- Calcul perdu = nidus d'inflammation
- Localisation préférentielle dans la **poche de Morison**
- Délai variable en post-opératoire (1 mois-20 ans), survenue précoce des complications rare

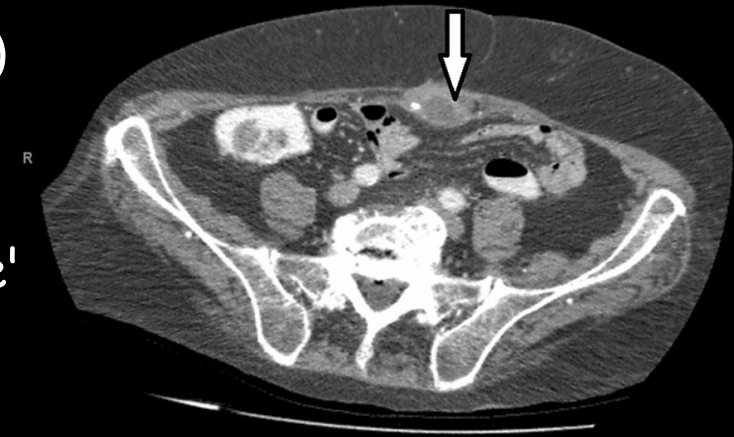


R Loffeld. The consequence of lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy. The Netherlands Journal of Medicine. 2006;64(10)

G Chatzimavroudis et al. Retroperitoneal abscess formation as a result of spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy : an unusual case report. Case Reports in Surgery. 2012. doi:10.1155/2012/573092

Au total: Calculs perdus post-cholécystectomie

- Douleurs
- **Abcès +++**, intra ou rétropéritonéaux, ou **pariétaux** (sur les trajets de trocarts)
- Fistules digestives/vésicales
- Migration pulmonaire, "broncholithiase"
- Abcès ovariens et glutéaux
- Occlusion intestinale



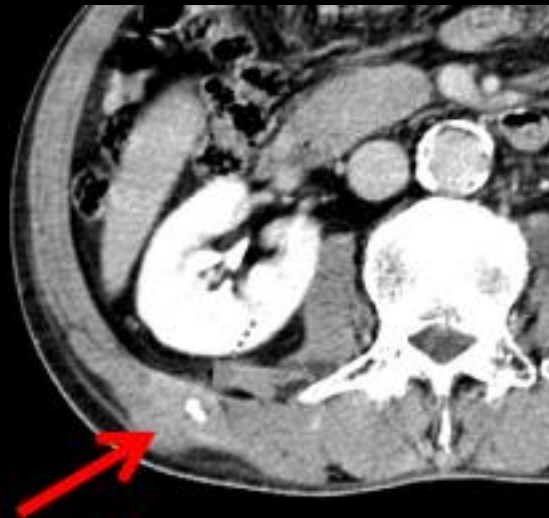
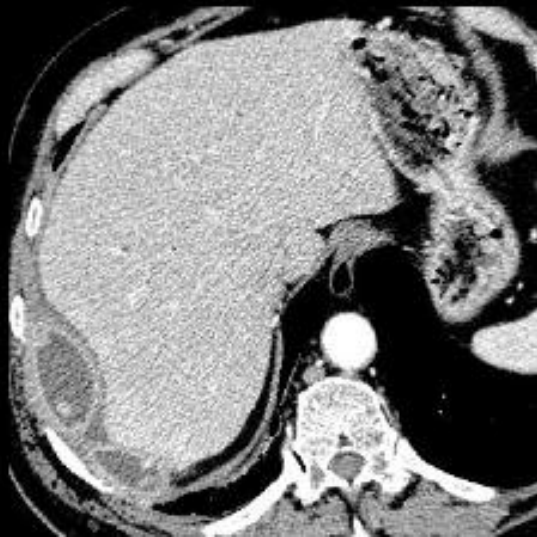
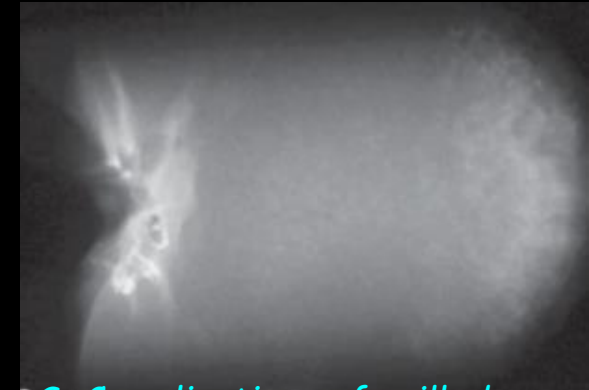
R Loffeld. The consequence of lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy. The Netherlands Journal of Medicine. 2006;64(10)

G Chatzimavroudis et al. Retroperitoneal abscess formation as a result of spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy : an unusual case report. Case Reports in Surgery. 2012. doi:10.1155/2012/573092

Au total: Calculs perdus post-cholécystectomie

- Prise en charge :

- ✓ Antibiothérapie adaptée si possible
- ✓ Drainage des abcès et retrait des calculs
- ✓ Chirurgicale dans l'idéal, drainage sous scanner à défaut avec risque de récurrence et d'échecs



Helme S. Complications of spilled gallstones following laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature overview. Journal of Medical Case Reports. 2009;3:8626
E Habib. Digestive complications of gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy. HBP. 2003;5:118-122
Oncle Paul