

UNIVERSITE MOHAMMED V - SOUSSI  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2013

THESE N°: 05

**ANGIOCHOLITE AIGUE LITHIASIQUE**  
**EXPERIENCE DES UCY SUR 5 ANS A PROPOS DE 100 CAS**

**THÈSE**

*Présentée et soutenue publiquement le :.....*

**PAR**

**Mme. Hajar FARIH Ep. Hicham RAJI**

*Née le 26 Juillet 1987 à Kénitra*

**Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine**

**MOTS CLES:** Angiocholite – Triade de Charcot – Lithiase – échographie – Cholécystectomie.

**JURY**

<b>Mr. M. R. CHKOFF</b> Professeur de Pathologie Chirurgicale	<b>PRESIDENT</b>
<b>Mr. M. ELABSI</b> Professeur de Chirurgie Générale	<b>RAPPORTEUR</b>
<b>Mr. M. EL OUNANI</b> Professeur de Chirurgie Générale	} <b>JUGES</b>
<b>Mr. E. ECHARRAB</b> Professeur de Chirurgie Générale	
<b>Mr. M. AMRAOUI</b> Professeur de Chirurgie Générale	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 32

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

- 1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ**  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
1997 – 2003 : Professeur AbdelmajidBELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur NajiaHAJJAJ - HASSOUNI  
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines  
Professeur Mohammed JIDDANE  
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération  
Professeur Ali BENOMAR  
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie  
Professeur Yahia CHERRAH  
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**PROFESSEURS :**

Mars, Avril et Septembre 1980

1. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie

Mai et Octobre 1981

2. Pr. HAMANI Ahmed\* Cardiologie  
3. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire  
4. Pr. TAOBANE Hamid\* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

5. Pr. ABROUQ Ali\* Oto-Rhino-Laryngologie  
6. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire  
7. Pr. BENSOUA Mohamed Anatomie  
8. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique  
9. Pr. LAHBABI Naïma ép. AMRANI Physiologie

Novembre 1983

10. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir\* Pneumo-phtisiologie  
11. Pr. BELLAKHDAR Fouad Neurochirurgie  
12. Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI Rhumatologie

#### Décembre 1984

- |     |                                  |                         |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 13. | Pr. BOUCETTA Mohamed*            | Neurochirurgie          |
| 14. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie           |
| 15. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz            | Médecine Interne        |
| 16. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi         | Anesthésie -Réanimation |
| 17. | Pr. NAJI M' Barek *              | Immuno-Hématologie      |
| 18. | Pr. SETTAF Abdellatif            | Chirurgie               |

#### Novembre et Décembre 1985

- |     |                                       |   |
|-----|---------------------------------------|---|
| 19. | Pr. BENJELLOUN Halima                 | Cardiologie                               |
| 20. | Pr. BENSALID Younes                   | Pathologie Chirurgicale                   |
| 21. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie                                |
| 22. | Pr. IHRAI Hssain *                    | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 23. | Pr. IRAQI Ghali                       | Pneumo-phtisiologie                       |

#### Janvier, Février et Décembre 1987

- |     |                                       |                              |
|-----|---------------------------------------|------------------------------|
| 24. | Pr. AJANA Ali                         | Radiologie                   |
| 25. | Pr. AMMAR Fanid                       | Pathologie Chirurgicale      |
| 26. | Pr. CHAHED OUAZZANI Houriaép. TAOBANE | Gastro-Entérologie           |
| 27. | Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq   | Pneumo-phtisiologie          |
| 28. | Pr. EL HAITEM Naïma                   | Cardiologie                  |
| 29. | Pr. EL MANSOURI Abdellah*             | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 30. | Pr. EL YAACOUBI Moradh                | Traumatologie Orthopédie     |
| 31. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah          | Gastro-Entérologie           |
| 32. | Pr. LACHKAR Hassan                    | Médecine Interne             |
| 33. | Pr. YAHYAOUI Mohamed                  | Neurologie                   |

#### Décembre 1988

- |     |                                 |                          |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 34. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique    |
| 35. | Pr. DAFIRI Rachida              | Radiologie               |
| 36. | Pr. FAIK Mohamed                | Urologie                 |
| 37. | Pr. HERMAS Mohamed              | Traumatologie Orthopédie |
| 38. | Pr. TOLOUNE Farida*             | Médecine Interne         |

#### Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- |     |                                 |                          |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 39. | Pr. ADNAOUI Mohamed             | Médecine Interne         |
| 40. | Pr. AOUNI Mohamed               | Médecine Interne         |
| 41. | Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali  | Cardiologie              |
| 42. | Pr. CHAD Bouziane               | Pathologie Chirurgicale  |
| 43. | Pr. CHKOFF Rachid               | Pathologie Chirurgicale  |
| 44. | Pr. HACHIM Mohammed*            | Médecine-Interne         |
| 45. | Pr. KHARBACH Aïcha              | Gynécologie -Obstétrique |
| 46. | Pr. MANSOURI Fatima             | Anatomie-Pathologique    |
| 47. | Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda | Neurologie               |

48. Pr. SEDRATI Omar\* Dermatologie  
 49. Pr. TAZI Saoud Anas Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

50. Pr. AL HAMANY Zaïtounia Anatomie-Pathologique  
 51. Pr. AZZOUZI Abderrahim Anesthésie Réanimation  
 52. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM Néphrologie  
 53. Pr. BELKOUCHI Abdelkader Chirurgie Générale  
 54. Pr. BENABDELLAH Chahrazad Hématologie  
 55. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif Chirurgie Générale  
 56. Pr. BENSOUDA Yahia Pharmacie galénique  
 57. Pr. BERRAHO Amina Ophtalmologie  
 58. Pr. BEZZAD Rachid Gynécologie Obstétrique  
 59. Pr. CHABRAOUI Layachi Biochimie et Chimie  
 60. Pr. CHANA El Houssaine\* Ophtalmologie  
 61. Pr. CHERRAH Yahia Pharmacologie  
 62. Pr. CHOKAIRI Omar Histologie Embryologie  
 63. Pr. JANATI Idrissi Mohamed\* Chirurgie Générale  
 64. Pr. KHATTAB Mohamed Pédiatrie  
 65. Pr. OUAALINE Mohammed\* Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène  
 66. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH Pharmacologie  
 67. Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

Décembre 1992

68. Pr. AHALLAT Mohamed Chirurgie Générale  
 69. Pr. BENOUDA Amina Microbiologie  
 70. Pr. BENSOUDA Adil Anesthésie Réanimation  
 71. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib Radiologie  
 72. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza Gastro-Entérologie  
 73. Pr. CHRAIBI Chafiq Gynécologie Obstétrique  
 74. Pr. DAOUDI Rajae Ophtalmologie  
 75. Pr. DEHAYNI Mohamed\* Gynécologie Obstétrique  
 76. Pr. EL HADDOURY Mohamed Anesthésie Réanimation  
 77. Pr. EL OUAHABI Abdessamad Neurochirurgie  
 78. Pr. FELLAT Rokaya Cardiologie  
 79. Pr. GHAFIR Driss\* Médecine Interne  
 80. Pr. JIDDANE Mohamed Anatomie  
 81. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine Gynécologie Obstétrique  
 82. Pr. TAGHY Ahmed Chirurgie Générale  
 83. Pr. ZOUHDI Mimoun Microbiologie

Mars 1994

84. Pr. AGNAOU Lahcen Ophtalmologie  
 85. Pr. AL BAROUDI Saad Chirurgie Générale

86. Pr. BENCHERIFA Fatiha	Ophtalmologie
87. Pr. BENJAAFAR Noureddine	Radiothérapie
88. Pr. BENJELLOUN Samir	Chirurgie Générale
89. Pr. BEN RAIS Nozha	Biophysique
90. Pr. CAOUI Malika	Biophysique
91. Pr. CHRAIBI Abdelmjid	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
92. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT	Gynécologie Obstétrique
93. Pr. EL AOUIAD Rajae	Immunologie
94. Pr. EL BARDOUNI Ahmed	Traumato-Orthopédie
95. Pr. EL HASSANI My Rachid	Radiologie
96. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur	Médecine Interne
97. Pr. ERROUGANI Abdelkader	Chirurgie Générale
98. Pr. ESSAKALI Malika	Immunologie
99. Pr. ETTAYEBI Fouad	Chirurgie Pédiatrique
100. Pr. HADRI Larbi*	Médecine Interne
101. Pr. HASSAM Badredine	Dermatologie
102. Pr. IFRINE Lahssan	Chirurgie Générale
103. Pr. JELTHI Ahmed	Anatomie Pathologique
104. Pr. MAHFOUD Mustapha	Traumatologie – Orthopédie
105. Pr. MOUDENE Ahmed*	Traumatologie- Orthopédie
106. Pr. OULBACHA Said	Chirurgie Générale
107. Pr. RHRAB Brahim	Gynécologie –Obstétrique
108. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR	Dermatologie
109. Pr. SLAOUI Anas	Chirurgie Cardio-Vasculaire

#### Mars 1994

110. Pr. ABBAR Mohamed*	Urologie
111. Pr. ABDELHAK M'barek	Chirurgie – Pédiatrique
112. Pr. BELAIDI Halima	Neurologie
113. Pr. BRAHMI Rida Slimane	Gynécologie Obstétrique
114. Pr. BENTAHILA Abdelali	Pédiatrie
115. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali	Gynécologie – Obstétrique
116. Pr. BERRADA Mohamed Saleh	Traumatologie – Orthopédie
117. Pr. CHAMI Ilham	Radiologie
118. Pr. CHERKAOUI LallaOuafae	Ophtalmologie
119. Pr. EL ABBADI Najia	Neurochirurgie
120. Pr. HANINE Ahmed*	Radiologie
121. Pr. JALIL Abdelouahed	Chirurgie Générale
122. Pr. LAKHDAR Amina	Gynécologie Obstétrique
123. Pr. MOUANE Nezha	Pédiatrie

#### Mars 1995

124. Pr. ABOUQUAL Redouane	Réanimation Médicale
125. Pr. AMRAOUI Mohamed	Chirurgie Générale

126. Pr. BAIDADA Abdelaziz	Gynécologie Obstétrique
127. Pr. BARGACH Samir	Gynécologie Obstétrique
128. Pr. BEDDOUCHE Amoqrane*	Urologie
129. Pr. BENZAOUZ Mustapha	Gastro-Entérologie
130. Pr. CHAARI Jilali*	Médecine Interne
131. Pr. DIMOU M'barek*	Anesthésie Réanimation
132. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*	Anesthésie Réanimation
133. Pr. EL MESNAOUI Abbes	Chirurgie Générale
134. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila	Oto-Rhino-Laryngologie
135. Pr. FERHATI Driss	Gynécologie Obstétrique
136. Pr. HASSOUNI Fadil	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
137. Pr. HDA Abdelhamid*	Cardiologie
138. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed	Urologie
139. Pr. IBRAHIMY Wafaa	Ophtalmologie
140. Pr. MANSOURI Aziz	Radiothérapie
141. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia	Ophtalmologie
142. Pr. SEFIANI Abdelaziz	Génétique
143. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali	Réanimation Médicale

#### Décembre 1996

144. Pr. AMIL Touriya*	Radiologie
145. Pr. BELKACEM Rachid	Chirurgie Pédiatrie
146. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim	Ophtalmologie
147. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan	Chirurgie Générale
148. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*	Parasitologie
149. Pr. GAOUZI Ahmed	Pédiatrie
150. Pr. MAHFOUDI M'barek*	Radiologie
151. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid	Chirurgie Générale
152. Pr. MOHAMMADI Mohamed	Médecine Interne
153. Pr. MOULINE Soumaya	Pneumo-phtisiologie
154. Pr. OUADGHIRI Mohamed	Traumatologie-Orthopédie
155. Pr. OUZEDDOUN Naima	Néphrologie
156. Pr. ZBIR EL Mehdi*	Cardiologie

#### Novembre 1997

157. Pr. ALAMI Mohamed Hassan	Gynécologie-Obstétrique
158. Pr. BEN AMAR Abdesselem	Chirurgie Générale
159. Pr. BEN SLIMANE Lounis	Urologie
160. Pr. BIROUK Nazha	Neurologie
161. Pr. CHAOUIR Souad*	Radiologie
162. Pr. DERRAZ Said	Neurochirurgie
163. Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
164. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
165. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie

166. Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
167. Pr. KADDOURI Nouredine	Chirurgie Pédiatrique
168. Pr. KANOUNI NAWAL	Physiologie
169. Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
170. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
171. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
172. Pr. NAZI M'barek*	Cardiologie
173. Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
174. Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
175. Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie Obstétrique

#### Novembre 1998

176. Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
177. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*	Pneumo-phtisiologie
178. Pr. ALOUANE Mohammed*	Oto-Rhino-Laryngologie
179. Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
180. Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
181. Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
182. Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
183. Pr. KABBAJ Najat	Radiologie
184. Pr. LAZRAK Khalid (M)	Traumatologie Orthopédie

#### Novembre 1998

185. Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
186. Pr. KHATOURI ALI*	Cardiologie
187. Pr. LABRAIMI Ahmed*	Anatomie Pathologique

#### Janvier 2000

188. Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
189. Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
190. Pr. BENCHERIF My Zahid	Ophtalmologie
191. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd	Pédiatrie
192. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
193. Pr. CHAOUI Zineb	Ophtalmologie
194. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
195. Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
196. Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
197. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
198. Pr. EL OTMANY Azzedine	Chirurgie Générale
199. Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
200. Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
201. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
202. Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
203. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie

204. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
 205. Pr. TACHINANTE Rajae  
 206. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation  
 Anesthésie-Réanimation  
 Médecine Interne

Novembre 2000

207. Pr. AIDI Saadia  
 208. Pr. AIT OURHROUI Mohamed  
 209. Pr. AJANA Fatima Zohra  
 210. Pr. BENAMR Said  
 211. Pr. BENCHEKROUN Nabih  
 212. Pr. CHERTI Mohammed  
 213. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
 214. Pr. EL HASSANI Amine  
 215. Pr. EL IDGHIRI Hassan  
 216. Pr. EL KHADER Khalid  
 217. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
 218. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
 219. Pr. HSSAIDA Rachid\*  
 220. Pr. LACHKAR Azzouz  
 221. Pr. LAHLOU Abdou  
 222. Pr. MAFTAH Mohamed\*  
 223. Pr. MAHASSINI Najat  
 224. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
 225. Pr. NASSIH Mohamed\*  
 226. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie  
 Dermatologie  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Générale  
 Ophtalmologie  
 Cardiologie  
 Anesthésie-Réanimation  
 Pédiatrie  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Urologie  
 Rhumatologie  
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
 Anesthésie-Réanimation  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Neurochirurgie  
 Anatomie Pathologique  
 Pédiatrie  
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
 Neurologie

Décembre 2001

227. Pr. ABABOU Adil  
 228. Pr. BALKHI Hicham\*  
 229. Pr. BELMEKKI Mohammed  
 230. Pr. BENABDELJLIL Maria  
 231. Pr. BENAMAR Loubna  
 232. Pr. BENAMOR Jouda  
 233. Pr. BENELBARHDADI Imane  
 234. Pr. BENNANI Rajae  
 235. Pr. BENOUACHANE Thami  
 236. Pr. BENYOUSSEF Khalil  
 237. Pr. BERRADA Rachid  
 238. Pr. BEZZA Ahmed\*  
 239. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
 240. Pr. BOUHOUCHE Rachida  
 241. Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
 242. Pr. CHAT Latifa  
 243. Pr. CHELLAOUI Mounia

Anesthésie-Réanimation  
 Anesthésie-Réanimation  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Néphrologie  
 Pneumo-phtisiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Cardiologie  
 Pédiatrie  
 Dermatologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Rhumatologie  
 Anatomie  
 Cardiologie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Radiologie

244. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
245. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
246. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
247. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
248. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
249. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
250. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
251. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
252. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
253. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
254. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
255. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
256. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
257. Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
258. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
259. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
260. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
261. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
262. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
263. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
264. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
265. Pr. SABBAH Farid	Chirurgie Générale
266. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
267. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

#### Décembre 2002

268. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
269. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
270. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
271. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
272. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
273. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
274. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
275. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
276. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
277. Pr. BICHTA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
278. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
279. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
280. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
281. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
282. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
283. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
284. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
285. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique

286. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
287. Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
288. Pr. IKEN Ali	Urologie
289. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
290. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
291. Pr. KRIOUILE Yamina	Pédiatrie
292. Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
293. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
294. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
295. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
296. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
297. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
298. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
299. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
300. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
301. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
302. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
303. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
304. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale

### **PROFESSEURS AGREGES :**

Janvier 2004

305. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
306. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
307. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
308. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
309. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique
310. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
311. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
312. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
313. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
314. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
315. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
316. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
317. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie
318. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
319. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
320. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
321. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
322. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
323. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
324. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
325. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire

326. Pr. NAOUMI Asmae\* Ophtalmologie  
 327. Pr. SASSENOU ISMAIL\* Gastro-Entérologie  
 328. Pr. TARIB Abdelilah\* Pharmacie Clinique  
 329. Pr. TIJAMI Fouad Chirurgie Générale  
 330. Pr. ZARZUR Jamila Cardiologie

### **Janvier 2005**

331. Pr. ABBASSI Abdellah Chirurgie Réparatrice et Plastique  
 332. Pr. AL KANDRY Sif Eddine\* Chirurgie Générale  
 333. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid Microbiologie  
 334. Pr. ALLALI Fadoua Rhumatologie  
 335. Pr. AMAZOUZI Abdellah Ophtalmologie  
 336. Pr. AZIZ Noureddine\* Radiologie  
 337. Pr. BAHIRI Rachid Rhumatologie  
 338. Pr. BARKAT Amina Pédiatrie  
 339. Pr. BENHALIMA Hanane Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale  
 340. Pr. BENHARBIT Mohamed Ophtalmologie  
 341. Pr. BENYASS Aatif Cardiologie  
 342. Pr. BERNOUSSI Abdelghani Ophtalmologie  
 343. Pr. BOUKLATA Salwa Radiologie  
 344. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed Ophtalmologie  
 345. Pr. DOUDOUH Abderrahim\* Biophysique  
 346. Pr. EL HAMZAOUI Sakina Microbiologie  
 347. Pr. HAJJI Leila Cardiologie  
 348. Pr. HESSISSEN Leila Pédiatrie  
 349. Pr. JIDAL Mohamed\* Radiologie  
 350. Pr. KARIM Abdelouahed Ophtalmologie  
 351. Pr. KENDOUCI Mohamed\* Cardiologie  
 352. Pr. LAAROUCI Mohamed Chirurgie Cardio-vasculaire  
 353. Pr. LYAGOUBI Mohammed Parasitologie  
 354. Pr. NIAMANE Radouane\* Rhumatologie  
 355. Pr. RAGALA Abdelhak Gynécologie Obstétrique  
 356. Pr. SBIHI Souad Histo-Embryologie Cytogénétique  
 357. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam Ophtalmologie  
 358. Pr. ZERAIDI Najia Gynécologie Obstétrique

### **AVRIL 2006**

400. Pr. ACHEMLAL Lahsen\* Rhumatologie  
 401. Pr. AKJOUJ Said\* Radiologie  
 402. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra Dermatologie  
 403. Pr. BELMEKKI Abdelkader\* Hématologie  
 404. Pr. BENCHEIKH Razika O.R.L  
 405. Pr. BIYI Abdelhamid\* Biophysique  
 406. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine Chirurgie - Pédiatrique

431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441 Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
431. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
432. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
434. Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
435. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

### **Octobre 2007**

436. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
437. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
438. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
439. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
440. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
441. Pr. OUZZIF Ezzohra *	Biochimie
442. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
443. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire
467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq *	Chirurgie générale

450. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
451. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
452. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain *	Microbiologie
459. Pr. MRANI Saad *	Virologie
460. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
461. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUIFI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
470. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo ptisiologie
471. Pr. MARC Karima	Pneumo ptisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaïb *	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
478. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
479. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
480. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
481. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
482. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
483. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

### **Décembre 2008**

484. Pr. TAHIRI My El Hassan*	Chirurgie Générale
485. Pr. ZOUBIR Mohamed*	Anesthésie Réanimation

### **Mars 2009**

486. Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
487. Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
488. Pr. BELYAMANI Lahcen *	Anesthésie Réanimation
489. Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
490. Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie

491. Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique
492. Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
493. Pr. AMAHZOUNE Brahim *	Chirurgie Cardio-vasculaire
494. Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
495. Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
496. Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
497. Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
498. Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
499. Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
500. Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
501. Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
502. Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
503. Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
504. Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
505. Pr. ABOUZAHIR Ali *	Médecine interne
506. Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
507. Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
508. Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
509. Pr. L'kassimiHachemi*	Microbiologie
510. Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
511. Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
512. Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
513. Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
514. Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
515. Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
516. Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
517. Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
518. Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
519. Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
520. Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
521. Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
522. Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
523. Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

### **Octobre 2010**

524. Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
525. Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
526. Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
527. Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
528. Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie
529. Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
530. Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
531. Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
532. Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie

533. Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
534. Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
535. Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
536. Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie
537. Pr. MOUJAHID Mountassir*	Chirurgie générale
538. Pr. BOUAITY Brahim*	ORL
539. Pr. LEZREK Mounir	Ophtalmologie
540. Pr. NAZIH Mouna*	Hématologie
541. Pr. LAMALMI Najat	Anatomie pathologique
542. Pr. ZOUAIDIA Fouad	Anatomie pathologique
543. Pr. BELAGUID Abdelaziz	Physiologie
544. Pr. DAMI Abdellah*	Biochimie chimie
545. Pr. CHADLI Mariama*	Microbiologie

*\* Enseignants Militaires*

**ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES**

*PROFESSEURS*

1. Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
3. Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5. Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9. Pr. CHAHED OUZZANI LallaChadia	Biochimie
10. Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11. Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13. Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootéchnie
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biotechnologie
17. Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19. Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE M <sup>ed</sup>	Chimie Organique
21. Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22. Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23. Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

A decorative border consisting of a repeating geometric pattern of diamonds and squares, forming a rectangular frame around the page.

# *Dédicace*

*A VOUS DEUX, CHERS PARENTS :*

*J'ai toujours attendu avec une grande impatience ce jour où de manière solennelle et devant l'ensemble de mes maitres, condisciples et amis, je vous témoignerai toute la gratitude d'une fille qui s'est toujours vantée de vous avoir comme père et mère.*

*Aucune dédicace n'est susceptible de vous exprimer la profondeur de mon amour, de mon estime et l'infinie reconnaissance pour tous les sacrifices consentis avec dévouement pour mon éducation et mes longues années d'études.*

*Je serai votre dévouée pour tout le restant de mon existence et nulle déclaration ne m'allégerait de la lourde responsabilité dont je me sens investie à votre égard.*

*Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous n'avez cessé de déployer.*

*A mon très cher Père*

*Mohammed farih*

*Dont la vie est l'exemple du courage, de dévouement d'honnêteté, de persévérance, du sacrifice et de militance.*

*Tu m'as appris comment affronter la vie, et c'est grâce à ton enseignement des valeurs et du devoir que j'ai pu m'accomplir.*

*En ce jour ta fille espère réaliser l'un de tes plus grands rêves.*

*Tu es toujours présent dans mon cœur, tu étais et tu resteras mon premier exemple.*

*Aucun mot ne saurait exprimer ma reconnaissance et ma gratitude à ton égard.*

*Pour tous tes encouragements et pour le réconfort qui n'ont cessé de m'épauler.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon grand amour que je n'ai su exprimer avec les mots.*

*A ma très chère Mère*

*Amina Toumi*

*A celle qui m'a donné la vie, qui a marqué chaque moment de mon existence avec son intarissable tendresse, à celle à qui je dois le meilleur de moi-même.*

*Tu as veillé sur mon éducation et mon bien être avec amour, tendresse, dévouement et perfection.*

*Tes prières m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours*

*Tu sais très bien que mon amour et mon respect pour toi sont sans limite et dépassent toute description.*

*A toi, je dédie ce travail en gage de mon amour et mon respect les plus profonds. Puisse Dieu te préserver et faire de moi une fille à la hauteur de ton espérance.*

*Puisse Dieu tout puissant t'accorder longue vie, santé, bonheur pour que notre vie soit illuminée pour toujours.*

*A mon très cher mari, et l'amour de ma vie Hicham Raji*

*Ta présence dans ma vie m'a donné force et courage. Tu étais là à me soutenir m'encourager et me consoler. Je prie dieu tout puissant qu'il te protège et te procure santé, bonheur et succès.*

*Que ce travail soit l'expression de mon amour et mon respect.*

*A mes très chers frères : « Adnane » et « Yassine ».*

*Tendresse envers vous.*

*Je vous remercie énormément et j'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection pour vous.*

*Que dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.*

*A la mémoire de mes grands parents :*

*« Hmida farih » et « Fadma bourazza »*

*« Ahmed toumi » et « Tamou el assal »*

*A mes très chers oncles et tantes : Ali farih, Touria Toumi, zhour toumi,  
fatima Toumi, kebiri Toumi, Laaouina mohamed, Radia Bourazza,  
Ahmed bel Hachmi.*

*Votre présence à toutes les étapes de ma vie m'a toujours réconforté.*

*Je souhaiterais être toujours à la hauteur de vos espérances.*

*A ma belle mère Najat elkhader, beau père Tahar Razi, Assia,  
Rajae et son mari rachid, Houda et son mari hamid, Hamza  
et les petits Hiba, rayan et Hajar :*

*Vous étiez là, devant moi, comme un vrai modèle de persévérance.*

*L'estime et le respect que j'ai pour vous ne cessent d'augmenter jour après  
l'autre.*

*A mes très chers cousins et cousines :*

*Houda laouina et son mari omar et leur petit Mehdi, kamal laouina,  
khalil taous et sa femme jalila et leurs enfants, zakaria taous, adil  
taous, karim taous, rabie taous, sara farih, et samah farih, salma farih et  
son mari abdeljaouad et ali, wahib :*

*Vous m'avez toujours manifesté une grande affection et un grand  
respect, à mon tour de vous exprimer mon grand estime à travers ce travail.*

*A tous mes amis et collègues de la faculté de Médecine de Rabat et  
spécialement :*

*Asmae Regragui, Siham Fahli, najwa houssam, Hilali Asma, Hind  
Idrissi, Safaa felouss, Manal Arfaoui, Hanaa Himer, Rabia mekayssi,  
Bouchra Essbai, Hind karouf, Farah Rabie., siham asri, chaimae alami  
hassani ; chaimae guendoula, Barkouta latifa, khaoula karim*

*A toute personne que j'ai involontairement oublié de citer.*

A decorative border consisting of a repeating geometric pattern of diamonds and squares, forming a rectangular frame around the page content.

# *Remerciements*

*A notre maitre président de thèse,*

*Monsieur Chkoff.M.R.*

*Professeur de pathologie chirurgicale, chef de service*

*CHU Ibn Sina Rabat.*

*Vous nous accordé un grand honneur en nous confiant la réalisation de ce travail, et en acceptant de présider le jury de notre thèse.*

*Qu'il me soit permis de vous témoigner toute ma gratitude et mon profond respect d'avoir voulu assurer la direction de ce travail qui, grâce à votre esprit didactique et rigoureux, et vos précieux conseil, a pu être mené à bien.*

*Je vous prie de trouver ici, le témoignage de ma reconnaissance éternelle, de mon profond respect et ma haute considération.*

*Puisse dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.*

*A notre Maitre et Rapporteur de thèse*

*Monsieur ELABSI Mohamed,*

*Professeur de chirurgie générale,*

*CHU Ibn Sina Rabat.*

*Vous nous avez honoré d'accepter avec grande sympathie de siéger parmi notre jury de thèse. Vous avez éclairé par vos conseils, et facilité la réalisation de ce modeste travail.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.*

*Puisse dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.*

*A notre Maitre et juge de thèse,*

*Monsieur Echarrab. E*

*Professeur de chirurgie générale:*

*CHU Ibn Sina Rabat*

*Vous nous avez honorés en acceptant avec grande sympathie de siéger parmi notre jury de thèse. Vous nous avez éclairés par vos conseils précieux et didactiques qui ont guidé la réalisation de chaque partie de ce modeste travail. Votre disponibilité et votre savoir faire nous marqueront à jamais.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.*

*Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.*

*A notre Maitre et juge de thèse,*

*Monsieur El Ounani.M*

*Professeur de chirurgie générale*

*CHU Ibn Sina Rabat*

*Nous avons été très sensibles à l'amabilité de votre accueil et l'intérêt que vous avez accordé à ce travail en acceptant de le juger.*

*Veillez trouver ici, cher maitre le témoignage de notre reconnaissance et notre grande estime.*

*Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.*

*A notre Maitre et juge de thèse,*

*Monsieur Amraoui M*

*Professeur de chirurgie générale,*

*CHU Ibn Sina Rabat.*

*Je vous remercie du grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce travail.*

*Veillez trouver ici, l'expression de ma gratitude, ma profonde reconnaissance, mon admiration et ma grande considération.*

*Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.*



*Plan*

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Historique</b> .....	4
<b>Généralités</b> .....	7
I-Rappel embryologique .....	8
II-Rappel anatomique.....	9
1-Les VB intra-hépatiques .....	9
2-Les voies biliaires extra-hépatiques (VBEH) .....	10
3-La voie biliaire principale .....	10
4-Variantes anatomiques .....	11
III-Etiopathogénie .....	15
1-Classification des calculs .....	15
2-Formation des calculs .....	16
3-Mécanisme .....	20
IV-Physiopathologie .....	22
1-Obstacle complet ou incomplet de la VBP .....	23
2-Pénétration du germe dans la VBP .....	23
3-Diffusion de l'infection .....	23
<b>Matériel et méthode d'étude</b> .....	25
I-Matériel .....	26
II-Méthode .....	26
<b>Résultats</b> .....	48

I- Epidémiologie .....	49
1-L'âge.....	49
2-Sexe .....	50
II – Etude clinique .....	51
III – Exploration morphologique .....	51
1. Echographie hépatobiliaire .....	51
2 .La tomodensitométrie abdominale .....	52
3. La Bili-IRM .....	52
4. Echog-endoscopie .....	52
IV – Traitement .....	53
1. Réanimation médicale pré-opératoire .....	53
2. Durée d'hospitalisation pré-opératoire .....	55
3. Traitement chirurgical .....	55
V – L'évolution .....	57
<b>Discussion.....</b>	<b>58</b>
I-Etude épidémiologique .....	59
1-L'âge .....	59
2-Sexe .....	60
II-Etude clinique .....	60
1-Signes cliniques .....	60
2-Examen physique .....	61
III-Exploration morphologique .....	62

IV-Traitement .....	65
1-Traitement médical .....	65
2-Traitement chirurgical .....	67
V-Suites post-opératoires .....	72
VI-Pronostic .....	76
<b>Conclusion</b> .....	77
<b>Résumé</b> .....	79
<b>Bibliographie</b> .....	83

## **Abréviations :**

<b>ABD</b>	<b>: anastomose bilio-digestive</b>
<b>AEG</b>	<b>: altération de l'état général</b>
<b>ASP</b>	<b>: abdomen sans préparation</b>
<b>ATCD</b>	<b>: antécédent</b>
<b>BGN</b>	<b>: bacille gram négatif</b>
<b>BGP</b>	<b>: bacille gram positif</b>
<b>CH</b>	<b>: colique hépatique</b>
<b>CGP</b>	<b>: cocci gram positif</b>
<b>CIVD</b>	<b>: coagulation intravasculaire disséminée</b>
<b>CPO</b>	<b>: cholangiographie post opératoire.</b>
<b>CPRE</b>	<b>: cholangiopancréatographie rétrograde par voie endoscopique.</b>
<b>CRP</b>	<b>: C-réactive protéine.</b>
<b>DK</b>	<b>: drain de kehr</b>
<b>EP</b>	<b>: espace porte</b>
<b>HCD</b>	<b>: hypocondre droit</b>
<b>HHC</b>	<b>: hémiscunates d'hydrocortisone</b>
<b>HMG</b>	<b>: hépatomégalie</b>
<b>IRF</b>	<b>: insuffisance rénale fonctionnelle</b>

**IRM** : imagerie par résonance magnétique

**IRO** : insuffisance rénale organique

**LVBP** : lithiase de la voie biliaire principale

**OAP** : œdème aigu du poumon

**PA** : phosphatase alcalines

**PN** : polynucléaires

**PVC** : pression veineuse centrale

**SE** : sphinctérotomie endoscopique

**TDM** : tomodensitométrie

**TP** : taux de prothrombine

**VB** : vésicule biliaire

**VBA** : voie biliaire accessoires

**VBEH** : voies biliaires extra-hépatiques

**VBP** : voie biliaire principale

**VP** : veine porte



L'angiocholite aiguë lithiasique est une infection de la bile, elle est liée à une stase biliaire conséquence d'un obstacle sur le cholédoque. Dans 85 % des cas, l'obstruction biliaire est due à la présence d'un calcul de la voie biliaire principale. Le diagnostic d'angiocholite doit être impérativement fait de façon précise et rapide afin de pouvoir mettre en place le traitement adapté en urgence.  
(1)

L'infection est due à des germes digestifs aérobie ( E.coli, streptococcus faecalis ) ou anaérobies

Son diagnostic est évoqué lorsque sont apparus dans cet ordre et dans un délai court (24 a 72 h) :

- Des douleurs abdominales ayant typiquement les caractéristiques d'une colique biliaire.
- Des clochers fébriles avec des frissons.
- Un ictère choléstatique.

L'imagerie est un appoint déterminant :

L'échographie est l'examen de première intention chez les patients suspects d'angiocholite d'origine lithiasique.

Malheureusement, la dilatation des voies biliaires n'est pas toujours présente à la phase aiguë et les performances de l'échographie pour détecter les calculs de la voie biliaire principale sont médiocres. La tomodensitométrie sans injection, avec acquisitions en coupes fines, est plus sensible que l'échographie. elle reste cependant moins performante que la cholangio-IRM, qui avec l'écho-endoscopie est la technique la plus sensible pour détecter des calculs du bas cholédoque.

Chez les patients qui n'ont pas été cholécystectomisé, les données cliniques, biologiques, et échographiques permettent de suspecter la présence d'un calcul de la voie biliaire principale, même s'il n'est pas directement individualisable en échographie. ces données probabilistes sont suffisantes pour indiquer la réalisation d'une cholécystectomie, à condition que tous les patients puissent bénéficier en per-opératoire d'une cholangiographie directe. (1)

Il y a cependant des cas atypiques ou frustes, ou des causes alithiasiques qu'il ne faut pas éluder

Sa fréquence augmente avec l'âge et l'ancienneté de la maladie biliaire

Le pronostic est fonction de terrain, et de l'efficacité du traitement antibiotique et la rapidité de poser l'indication opératoire

Nous rapportons notre expérience à propos de 100 cas d'angiocholites lithiasique, ayant bénéficié d'un traitement dans le service des UCV de l'hôpital CHU ibn sina durant une période de 5 ans.



*Historique*

La lithiase biliaire est restée inconnue jusqu'au XIV<sup>ème</sup> siècle.

La première description anatomique de la lithiase vésiculaire rapportée par GENTILIS de FOLIGNO (2)

CORNELINS GEMMA ,1579 donne la première observation d'un iléus biliaire. (2)

FERRANDUS en 1570 décrit un cas de péritonite biliaire.

C'est COITIER, qui, le premier en 1573, établit la liaison entre ictère et lithiase cholédocienne.une bonne description de la colique hépatique est donnée en 1676 par SYDEBHAM c'est en 1710, que BIENCHI la rapporte à la lithiase.

En 1743,JEAN LOUIS PETIT décrit plusieurs complications a la lithiase vésiculaire et propose l'extraction des calculs s'il y a certitude d'adhérences péritonéales

FOURCROY en 1789 et VICQ d' AZUR en 1779 tentent la première classification des calculs, basée sur la nature de leur composition.

CHARCOT, CHAUFARD, VILLARD précisent au XIX<sup>ème</sup> siècle certains cadres pathologiques devenus classiques, loi de courvoisier-terrier, accident infectieux biliaire.

L'importance du facteur microbien est démontrée par NAUNYN, GILBERT et FOURNIER

En 1882, LANGENBECK effectue la première cholécystectomie avec succès. La première cholédocotomie idéale a été effectuée en 1884 (2)

Et c'est en 1884 que KEHR effectue un drainage biliaire externe de la voie biliaire principale (2)

Le XXème siècle entraîne des progrès dans tous les domaines.

Un meilleur du retentissement à distance des accidents lithiasique est acquis.

CAROLI en 1945 crée le concept de l'angiocholite urémigène.

L'exploration radiologique des voies biliaire, sans cesse perfectionnée depuis la première cholécystographie de GRAHAM et COLL, en 1924. Puis la cholangiographie intraveineuse (FORMONHOLD) et actuellement les diverses techniques d'opacification sous perfusion.

La cholangiographie peropératoire a été exposée par MIRIZZI en 1931 au 3ème congrès Argentin de chirurgie.

A cette époque, il ne fut guère suivi. Il fallait attendre 1940 pour que 2 auteurs français : MALLETGUY et CAROLI créent la radiomanométrie qui a permis une amélioration des conditions opératoires

Actuellement, l'apparition récente de techniques moins invasives Echographie, échogendoscopie, cholangiographie rétrograde de la papille par voie endoscopique, cholangiographie transhépatique, la sphinctérotomie endoscopique, la coelio-chirurgie a nettement amélioré la morbidité et la mortalité postopératoires.



## **I- Rappel embryologique :**

L'organogenèse des voies biliaires est encore mal connue (3) . deux conceptions tentent d'en éclaircir l'évolution entre la cinquième et la septième semaine de vie embryonnaire.

Selon stresser et patten (3), le développement des conduits biliaires résulterait de la transformation précoce, cellule par cellule, des hépatocytes en cellules canalaire. Ces conduits biliaires, au lieu de se réunir en un conduit unique, pourraient parfois s'ouvrir séparément dans le conduit cystique.

Selon Lassau et Hureau (3), les conduits biliaires s'individualiseraient plus tardivement a partir de bourgeons de l'axe cholécystique ; ces bourgeons coloniseraient le parenchyme hépatique. L'axe cholécystique déterminerait ainsi la genèse des conduits biliaires.

Quelle que soit la théorie retenue, on peut constater que (3) :

- Plusieurs conduit cystique sont plus longs que le cholédoque : c'est pourquoi l'abouchement dans le cystique d'un conduit biliaire ou d'un conduit hépatique commun lui-même peut être situé très près de l'implantation duodénale du cholédoque.
- Les conduits biliaires émergeant du foie ont une disposition plexiforme : la régression ou la persistance de certaines mailles de réseau canalaire initial permet d'expliquer la disposition définitive des voies biliaires, qui sera de type modal ou représentera une variation (3).

## **II- Rappel anatomique : (8)**

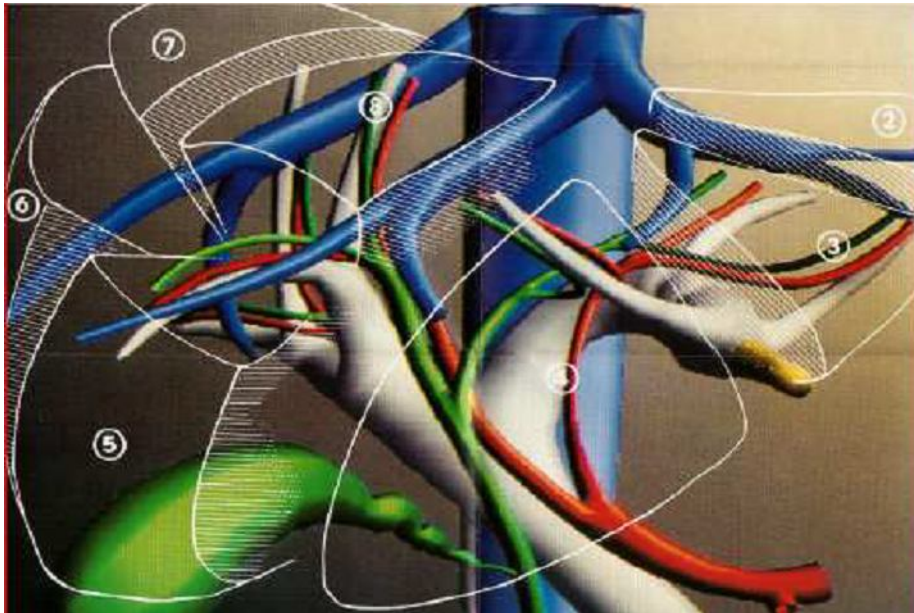
Les voies biliaires présentent deux parties ; l'une intra-hépatique, l'autre extra-hépatique.

Les deux branches d'origine du canal hépatique se réunissent et forment le canal hépato-cholédoque.

Sur le canal se branche un conduit ; le canal cystique, qui aboutit à un réservoir, la vésicule biliaire. Le point d'abouchement du canal cystique dans le canal hépato-cholédoque divise celui-ci en deux segments l'un supérieur est le canal hépatique et l'autre inférieur, est le canal cholédoque

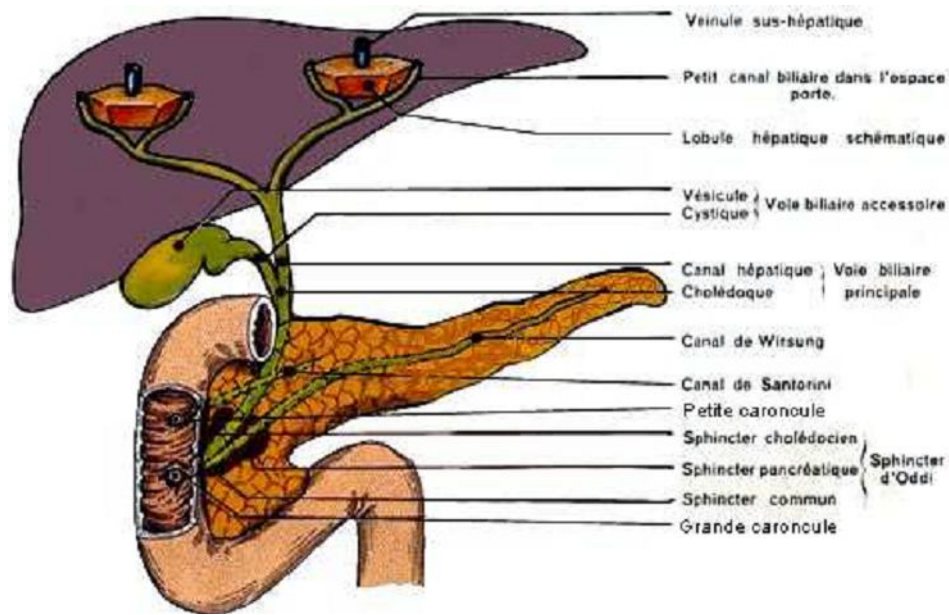
Les branches d'origine du canal hépatique et le canal hépato-cholédoque constituent la voie biliaire principale. Le canal cystique et la vésicule biliaire forment la voie biliaire accessoire.

### **1- Les VB intra-hépatiques : (fig. 1)**



**Fig.1 : voies biliaires intra-hépatiques**

## 2- Les voies biliaires extra-hépatiques (VBEH) : (fig.2)



**Fig.2 : voies biliaires extrahépatiques.**

### 3- La voie biliaire principale :

Elle constituée de deux segments canaux :

- Le conduit hépatique commun qui se termine à l'abouchement du conduit cystique au niveau du bord supérieur du duodénum.
- Le conduit cholédoque, constitué de la fusion des conduits cystiques et hépatique commun. Il se termine dans la partie descendante du duodénum.

Le trajet de la VBP est oblique en bas, à droite et en arrière, formant une courbe à concavité antérieure et droite.

La VBP se projette radiologiquement à droite du bord droit de la colonne vertébrale en onzième vertèbre thoracique jusqu'à la troisième vertèbre lombaire en avant des processus costiformes.

La longueur de la VBP se situe entre 80 et 100 mm, son diamètre est d'environ 5 mm et augmente légèrement avec l'âge.

VBP dans sa portion la plus chirurgicale, est située dans le ligament hépato-duodéal. Le conduit hépatique commun et la portion initiale de cholédoque sont +/- visibles en fonction de l'infiltration graisseuse, sous le feuillet ventral du ligament hépato-duodéale qui contient les éléments du pédicule hépatique.

#### **4- Variantes anatomiques :**

L'agénésie des voies biliaires est une affection rare, dont les lésions sont variables et vont de l'absence complète des canaux biliaires extra-hépatiques à des sténoses localisées.

Ces malformations apparaissent dès les premiers mois de la vie.

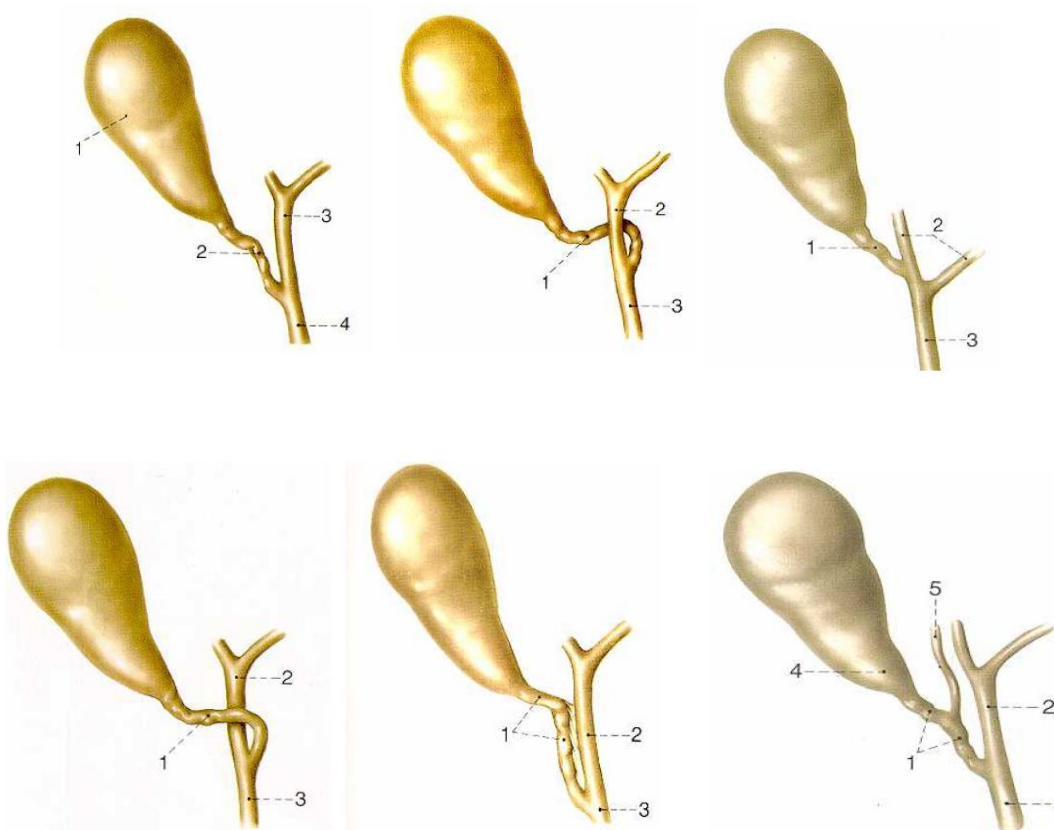
La dilatation congénitale de la voie biliaire principale (kyste du cholédoque).

Selon la classification de Todani (voir ci-dessous). La plus couramment utilisée il existe cinq types différents en fonction de la forme, de l'étendue de la dilatation kystique et de l'association à d'autres malformations intra-hépatique.

Il peut également exister des variations de l'abouchement du canal cholédoque : (fig. 3)

- Le canal cholédoque peut se jeter précocement ans le canal de wirsung. On appel anomalie de la jonction bilio-pancréatique a partir du moment où la portion commune du canal cholédoque et du canal de wirsung est supérieur a 1 .5 cm. Une anomalie de la jonction bilio-pancréatique est plus fréquemment retrouvée chez les sujets ayant une dilatation kystique du cholédoque ;
- L'implantation du cholédoque et du wirsung dans le duodénum est variable. dans la moitié des cas, l'ampoule de vater fait défaut et les deux conduits s'abouchent directement a la cavité duodénale au sommet de la grande caroncule, soit par un orifice distinct pour chacun d'eux, soit par un même orifice ;
- Enfin plus rarement, l'abouchement de cholédoque est ectopique au niveau de la partie haute du deuxième duodénum ou dans l'antre gastrique.

Les anomalies de nombre du cholédoque sont extrêmement rares, néanmoins il peut exister des duplications du cholédoque.

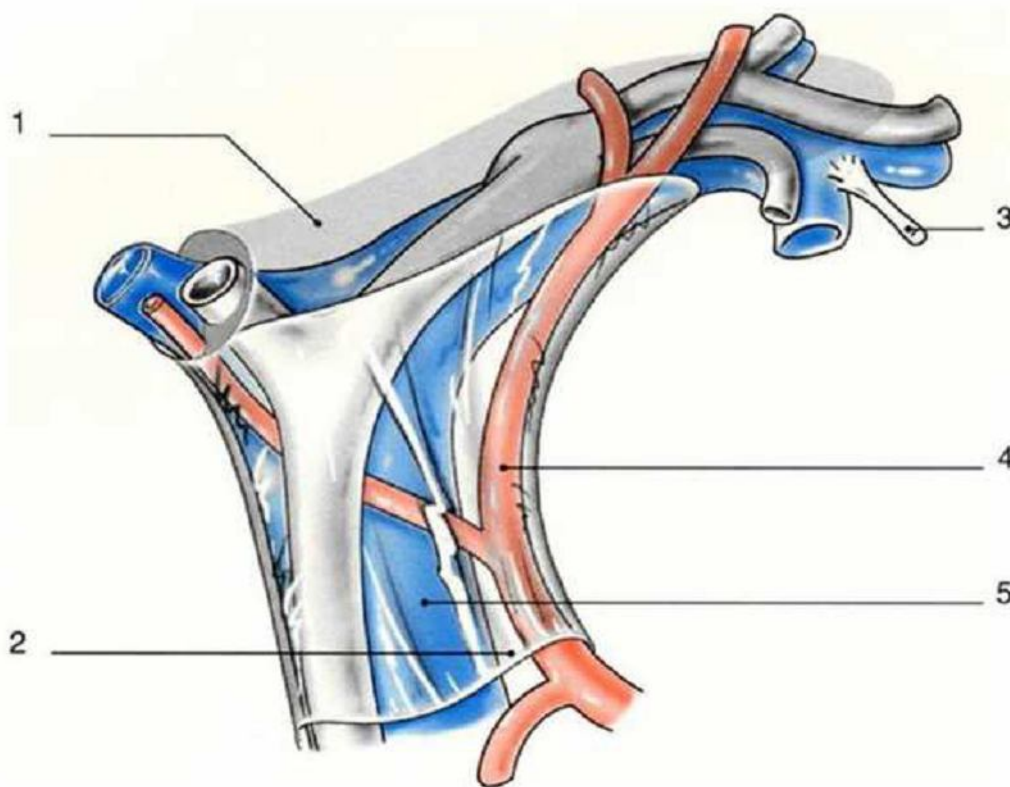


**Fig3 : variations anatomiques des canaux biliaires.**

**Classification de todani :**

- Type 1 : dilatation fusiforme du cholédoque extra hépatique = le plus fréquent.
- Type 2 : diverticule de la partie extrahépatique du cholédoque.
- Type 3 : cholédocèle, saillie dans le duodénum.
- Type 4 : combinaison de kystes biliaires intrahépatiques et d'anatomie de type 1, ou combinaison de type 1 et de type 3

- Type 5 : généralement considéré comme synonyme de maladie de Caroli.



**Fig4 : rapports anatomiques des éléments de la triade du pédicule hépatique.**

Le canal biliaire est inclus dans la plaque hilaire, alors que les branches portes y sont amarrées par un feutrage peu dense.

1. Plaque hilaire
2. Péritoine du pédicule hépatique
- 3 Ligament rond
- 4 Artère hépatique moyenne
- 5 Tronc porte.

### **III- Etiopathogénie :**

#### **1- Classification des calculs :**

Il existe deux grands types de calculs biliaires (tableau 1) (5)

##### **1-1- Les calculs choléstéroliques :**

Sont des pierres cristallines dures qui contiennent plus de 50 % de choléstérol et diverses quantités de protéines et de sels de calcium. Ils sont les plus fréquents (>80 %)

##### **1-2 - les calculs pigmentaires :**

Sont constitués de plusieurs sels de calcium insolubles qui ne sont pas des composants habituels de la bile.

Les calculs pigmentaires peuvent être subdivisés en 1 calculs pigmentaires noirs qui comprennent un polymère linéaire de bilirubine, de grandes quantités de sels de calcium sous forme de phosphate et de carbonate (rendant 50 % de ces calculs radio-opaques) et seulement quelques traces de choléstérol ; 2) calculs pigmentaires bruns, constitués en grande partie de bilirubinate de calcium, un polymère amorphe, et de sels calciques d'acides gras, ce qui explique leur fiabilité terreuse.

Classification des calculs			
	Cholestéroliques	Pigmentaires	
Caractéristique		Noir	Brun
Composition	Cholestérol	Polymère de bilirubine Sels de calcium (phosphates, carbonates)	Bilirubinate de calcium Savons de calcium (palmitate, stéarate)
Consistance	Cristalline	Dure	Molle et grasseuse
Siège	Vésicule biliaire Cholédoque +/-	Vésicule biliaire Canaux biliaires	Cholédoque
Radiodensité	Translucide (85 %)	Opaque (50 %)	Translucide (100 %)
Associations cliniques	Métabolisme	Hémolyse Cirrhose	Infection Inflammation Infestation

## **2-Formation des calculs : (6)**

### **2-1 Calculs cholestéroliques :**

La formation des calculs de cholestérol compte trois étapes (figure 10)

#### ***a- Etape chimique :***

La bile sécrétée par le foie devient sursaturée en cholestérol. Cette bile anormale contient un excès de cholestérol par rapport aux agents solubilisant, notamment les sels biliaires et le phospholipide lécithine. Cette étape peut se manifester dès la puberté et souvent associée à l'obésité. Le foie, peut-être en raison d'une programmation génétique, produit une bile sursaturée à cause d'une diminution de la sécrétion des sels biliaires ou d'une augmentation de la sécrétion de cholestérol, voire des deux à la fois. L'obésité est associée avec une sécrétion excessive de cholestérol. En absence d'une affection ou d'une déféctuosité de l'iléon, la malabsorption des sels biliaires interrompt la

circulation entéro-hépatique, réduit le retour hépatique de ces sels et, par conséquent, en diminue la sécrétion. La réduction du flux biliaire dans le foie produit une bile lithogène contenant une quantité excessive de cholestérol.

***b- Etape physique :***

Le cholestérol en excès produit dans la solution un précipité sous forme de microcristaux.

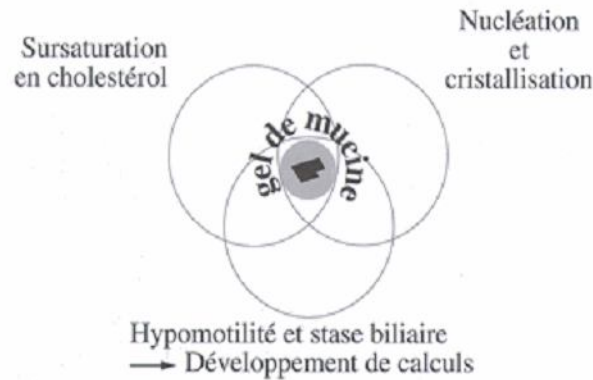
Un facteur de nucléation (p.ex. la mucine) sécrété dans la bile accélère cette précipitation déjà assez rapide, mais ce facteur peut aussi faire défaut.

***c- Etape de croissance :***

Les microcristaux de cholestérol précipités dans la bile sont retenus dans la vésicule biliaire et s'agglomèrent pour former des calculs macroscopiques, parce que chez les sujets qui développent les calculs, l'épithélium vésiculaire sécrète un excès de mucus riche en mucine, une glycoprotéine. Ce gel muqueux crée une capsule colloïdale qui emprisonne les microcristaux de cholestérol. Les empêchant d'être éjectés de la vésicule biliaire. La mucine sert aussi de charpente pour l'addition d'autres cristaux. Un manque de contractilité des muscles lisses de la vésicule biliaire a pour conséquence d'entraver l'évacuation de cette matière solide.

La « boue biliaire » est composée de bilirubinate de calcium, de microcristaux de cholestérol et de mucine. A l'échographie, la boue biliaire consiste en une matière échogène qui s'étale en couches mais ne projette pas d'ombre acoustique, contrairement aux calculs. La boue biliaire se forme dans des conditions qui favorisent une stase dans la vésicule biliaire, comme au cours de la grossesse ou de la nutrition parentérale totale. Souvent asymptomatique et

sujette à disparaître, la boue dans la vésicule biliaire peut engendrer une douleur de type biliaire, se transformer en calculs ou encore provoquer une pancréatite.



**FIGURE 10.** Les principales étapes de la formation des calculs biliaires de cholestérol, sous forme d'un diagramme de Venn. Une sécrétion excessive de cholestérol entraîne une sursaturation de la bile. Il s'ensuit une production de protéines pronucléantes (y compris la mucine), qui causent la précipitation de microcristaux de cholestérol (montrés sous forme d'un losange avec une encoche). Le cholestérol biliaire en excès est également incorporé dans le sarcolemme des cellules musculaires lisses, diminuant ainsi la contractilité de la vésicule biliaire. La stase qui en résulte retient les microcristaux de cholestérol dans un gel de mucine, ce qui leur permet de s'agglomérer, d'attirer d'autres composants insolubles de la bile (tels que le pigment biliaire et le calcium), de se transformer en boue biliaire et de former des calculs patents.

## **2-2 Calculs pigmentaires :**

Les calculs pigmentaires sont noirs constituent environ 15% de calculs biliaires présents au moment de l'intervention chirurgicale (cholécystectomie). Ils sont fréquemment associés à l'hémolyse ou avec la cirrhose alcoolique (tableau 2).

Leur formation repose fondamentalement sur une sécrétion excessive de bilirubine dans la bile. Les calculs pigmentaires bruns sont associés avec une

infection (souvent attribuable a un rétrécissement) ou stagnation avec infestation (p. ex. douves du foie) des voies biliaires, ce qui prédispose à la cholangite chronique et éventuellement au cholangiocarcinome. L'infection et l'inflammation augmentent la concentration en b-glucuronidase, enzyme qui déconjugue la bilirubine ; la bilirubine libre qui résulte se polymérise et se lie au calcium dans les canaux biliaires.

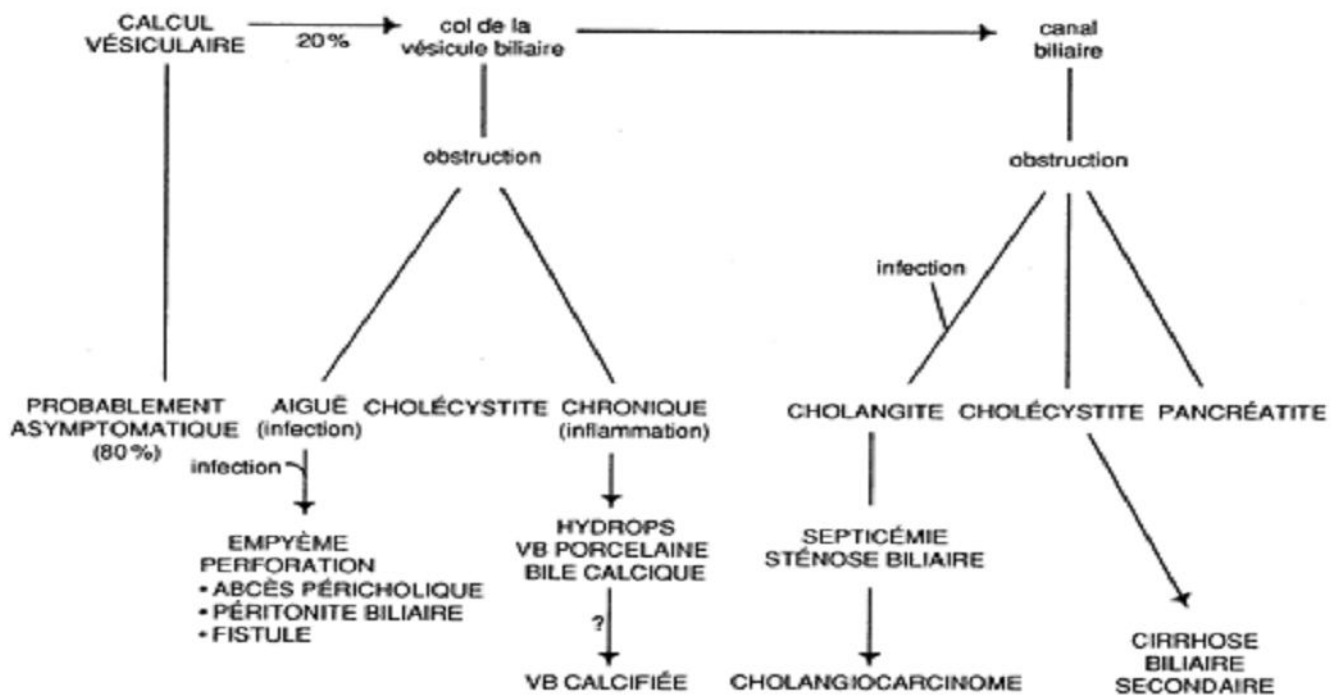
<b>Facteurs de risque de la formation des calculs biliaires</b>		
<b>Facteurs</b>	<b>Calcul pigmentaire</b>	<b>Calcul de cholestérol</b>
Démographie		
Race	Asiatiques	Amérindiens
Sexe féminin	?	++
Âge	+	++
Hérédité	Hémoglobinopathies	++
Alimentation	+	Obésité (régime hypercalorique) Réduction de poids Haute teneur en graisses animales Faible teneur en fibres
Stase de la vésicule biliaire	+ Nutrition parentérale totale	++ Réduction de la fréquence des repas Vagotomie Grossesse
Hormones sexuelles féminines		
Multiparité / fertilité	-	Début précoce des règles
Contraceptifs oraux	-	+
Oestrogènes	-	+
Maladie associée	Cirrhose Anémie hémolytique Infections biliaires	Fibrose kystique Maladie ou dysfonction iléale Diabète sucré
Médicaments	Clofibrate	
++ = certain, + = probable ? = incertain, - = inconnu		

**Tableau 2 :**

### **3– Mécanisme : (5, 7) :**

Les calculs biliaires grossissent au rythme d'environ 1 à 2 mm par année au cours d'une période de 5 à 20 ans avant que les symptômes ne se manifestent. La lithiase biliaire est souvent « silencieuse » sur le plan clinique est découverte au hasard d'une échographie de pratique courante réalisée à d'autres fins. La plupart des patients porteurs de calculs biliaires (80%) ne présenteront jamais de symptômes. Dans le cas où les patients deviennent symptomatiques, ils éprouvent ordinairement des douleurs biliaires au cours des 3 à 10 premières années. Les complications viennent du fait que, selon les cas les calculs obstruent :

1. Le canal cystique, donnant lieu à une cholécystite qui se manifeste tout d'abord par une inflammation chimique et se complique par la suite d'un envahissement bactérien ;
2. Le canal cholédoque, ce qui cause une obstruction biliaire (choléstase), parfois accompagnée, d'une infection bactérienne des voies biliaires (cholangite) (fig.5).



**Figure 5 : complications possibles de la cholélithiasie.**

Un calcul vésiculaire qui va s'enclaver dans le col de la vésicule biliaire ou dans les canaux biliaires peut causer une obstruction et entraîner des complications. L'obstruction du canal cystique provoque une cholécystite. L'obstruction du canal cholédoque entraîne une cholangite, un ictère cholestatique ou une pancréatite.

Dans sa forme la plus typique et la plus complète, la migration d'un calcul dans le cholédoque entraîne une obstruction canalaire avec hyperpression intracanaulaire suivie d'une surinfection généralement par une contamination rétrograde des voies biliaires par des germes duodénaux, aboutissant à une septicémie.

#### **IV- Physiopathologie :**

Dans la majorité des cas ; l'angiocholite est la conséquence d'un obstacle complet ou in complet siégeant sur la VBP. Mais dans certains cas rares elle survient chez des malades ayant une VBP libre.

Par définition l'angiocholite est caractérisée par la présence d'un ou de plusieurs germes bactériens dans la bile intra-canalair (positivité constante des hémocultures et biliculture).

En absence d'anomalies des voies biliaires ; la présence de germes dans la bile n'entraîne toutefois pas ou peu de manifestations cliniques, l'infection de la bile n'est responsable d'infection qu'en cas d'obstruction ; ou de dilatation congénitale des voies biliaires

L'angiocholite n'est pas constante ; elle est beaucoup plus rare au cours des obstructions complètes et/ou progressives (cancer du pancréas, pancréatite chronique), et plus fréquente dans les obstructions incomplètes et/ou aigue (lithiase, rétrécissement inflammatoire, ampullome).

Trois éléments interviennent dans son développement :

- Obstacle
- Germes pathogènes

Diffusion de l'infection canalair.

## **1 – Obstacle complet ou incomplet de la VBP :**

C'est l'élément pathogénique primordial.

L'obstruction est à l'origine d'une stase et dilatation de la VBP qui concourent au développement de l'infection.

La vitesse de développement de l'obstacle joue certainement un rôle

- Obstacle d'installation rapide.
- Progressive : rare (sténose cicatricielle postopératoire, cancer du pancréas).

## **2-Pénétration du germe dans la VBP :**

Voie canalaire ascendante : Est la plus admise, la plupart des germes retrouvés dans la VBP ont une origine intestinale, la stase d'amont favorise leur multiplication. Mais d'autres voies sont décrites (rares) ;

- Voie hématogène : la voie portale suppose le passage de germes intestinaux dans le sang portal et leur retour dans la bile après épuration hépatique.
- Voie lymphatique : Parait très rarement en cause.
- Voie directe : Après CPRE, SE ou acte chirurgical.

## **3-Diffusion de l'infection :**

Elle se fait par deux voies locale et générale ;

- Propagation locale de l'infection biliaire est directement responsable de la formation d'abcès au niveau des parois des voies biliaires ou du parenchyme hépatique.

- La diffusion générale du processus infectieux se fait par voie hématogène soit par décharge bactériémique, soit par septicémie qui constitue l'une complication les plus fréquentes et les plus graves de l'angiocholite.

La septicémie et la bactériémie sont directement proportionnelles à l'hyperpression régnant dans les voies biliaires. Dans un premier temps il se produit un éclatement au niveau des canicules biliaires (espace sans paroi propre, simplement limité par la membrane de deux ou trois hépatocytes adjacents). Cette rupture de la membrane hépatocytaire laisse pénétrer le cytoplasme par les germes, puis éclatement de la cellule, arrivé au niveau de l'espace de Hiss puis au niveau de la sinusoiïde sanguine hépatique, donc :

- Le risque de septicémie est d'autant plus élevé que l'obstacle entraîne une hyperpression importante.
- Toute augmentation brutale de la pression intra-canaulaire (CPO, CPRE) favorise les accidents septicémiques et bactériémiques.



*Matériel et méthode  
d'étude*

## **I- Matériel :**

C'est une étude rétrospective menée au service des Urgences Chirurgicales Viscérales (UCV) du CHU ibn sina de Rabat.

Elle porte sur l'analyse de 100 observations de patients présentant une angiocholite aigue lithiasique, colligés au cours des 5 dernières années allant de janvier 2007 à décembre 2011.

Le diagnostic de l'angiocholite lithiasique a été retenu sur des éléments cliniques :

- Colique hépatique.
- Fièvre
- Ictère

Et l'existence d'un obstacle lithiasique à l'échographie.

Tous les patients ont été opérés au service des UCV du CHU de Rabat.

## **II- Méthode :**

(Voir tableau récapitulatif de nos observations).

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médic	Instru	Chir	
34324	45	M	- Ictère - Colique hépatique	-	+			TriATB ATL Vit K		Cholécystectomie +mise en place d un drain de kehr au niveau	Bonne
34306	70	M	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie avec anastomose choledoco duodénale	Assez Bonne (infection urinaire)
34046	50	F	- Ictère + fièvre + vomissements - Colique hépatique	+				idem		Drainage VBP par drain de kehr	Bonne
34135	60	M	- Ictère + fièvre - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie+ drainage biliaire externe par drain de kehr	Bonne
34431	26	M	- Ictère + colique hépatique + fièvre	+				idem		Cholécystectomie + anastomose cholédoco- duodénale.	Bonne

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TD M	Bili IRM	Echogendo	Médic	Instru	Chir	
34 482	84	M	- Colique hépatique + ictère fébrile + prurit	-			+	triATB ATL Vit K		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale L-L	Bonne
34 978	66	F	- Colique hépatique + fièvre + ictère	+				Idem		Lavage VBP + anastomose choledoco duodénale	Bonne
34 936	70	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				Idem		Cholécystectomie + drainage VBP par drain de kehr	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
35 394	40	M	- Ictère + fièvre+ douleurs	+	+			triATB ATL Vit K		Cholécystectomie + drainage VPB par drain de kehr	Bonne
35 564	70	M	- Ictère + fièvre - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + drain transcystique	Bonne
35 579	43	F	- Colique hépatique + ictère + fièvre	+				idem		Cholécystectomie + drain transcystique	Bonne
35 534	66	F	- Ictere fébrile - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + drainage VBP par drain de kehr	Bonne
34 492	70	M	- Ictère + fièvre + Colique hépatique	+	+			idem		Cholécystectomie + drainage VBP par drain de kehr	Bonne

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
34 752	57	F	- Ictère fébrile Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale	Bonne
34 744	58	F	- Fièvre + ictère + vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
33 295	69	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie + anastomose choledoco- duodénale	Assez bonne (infection urinaire)
33 155	64	M	- Colique hépatique + fièvre	+				idem		Cholecystectomie + mise en place d un drain de kehr	Bonne
33 161	42	F	- Fièvre + ictère+ vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie avec mise en place d un drain de kehr	bonne
33 188	60	M	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie + D dérivation choledoco- duodénale	Bonne
33 258	27	M	- Colique hépatique + fièvre + ictère	+				idem		Cholecystectomie + extraction LVBP + drain de kehr	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
33 263	45	M	- Ictère+ fièvre - Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie+ drain de kehr	Bonne
33 269	56	M	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				idem		Cholécystectomie + choledocolithotomie + mise en place drain de kehr	Bonne
33 307	38	F	- Ictère + fièvre - Vomissements - Prurit - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + choledocolithotomie + anastomose cholédoco- duodénale	Bonne
33 308	78	M	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + extraction de la VBP + anastomose cholédoco- duodénale	Bonne
33 356	50	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie + drain de kehr	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
33 3426	60	M	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholécystectomie + drain de kehr	Bonne
33 433	76	M	- Colique hépatique - Ictère+ fièvre	+				idem		Cholécystectomie + drain de kehr	Assez bonne (infection)
33 501	54	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie+ exploration VBP + drain de kehr	Bonne
33 526	57	F	- Colique hépatique - Ictère fébrile - Vomissements	-	+			idem		Cholécystectomie + mise en place d un drain de kehr	Bonne
33 533	25	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + mise en place d un drain de kehr	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
33 642	32	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				ATB ATL Vit k		Cholécystectomie+ drainage VBP par drain de kehr	Bonne
33 594	38	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie+ drainage par drain de kehr	Bonne
33660	50	F	- Colique hépatique - Ictère+ fièvre	+				idem		Chlecystectomie+ drainage de la VBP par drain de kehr	Bonne
33687	70	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				idem		Cholesystectomie + exploration de la VBP + drain de kehr	Bonne
33713	48	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie antérograde+ drain de kehr	Assez bonne (infection)

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
34000	60	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie+ sphincterotomie chirurgical + drain de kehr	Bonne
33985	75	H	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				idem		Cholecystectomie+ sphincterotomie chirurgical + drain de kehr	Bonne
33965	61	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie+ choledocotomie et mise en place d un drain de kehr	Bonne
33960	80	F	- Colique hépatique - Vomissements - Fièvre	+				idem		Cholecystectomie + choledocotomie et mise en place d un drain de kehr	Assez bonne (infection urinaire)
34009	21	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie + exploration de la VBP	Bonne

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
34004	34	F	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie + exploration de la VBP	Bonne
33749	60	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				Idem		Cholecystectomie + drain de kehr	Bonne
33723	90	H	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				Idem		Cholecystectomie + sphincterotomie chirurgical	Assez bonne (infection)
33857	60	H	- Colique hépatique - Vomissements - Fièvre	+				Idem		Cholecystectomie + extraction des lithiases	Bonne
33852	77	H	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				Idem		Cholecystectomie+ anastomose choledoco- duodénale	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
33835	43	F	- Colique hépatique - Vomissements - Fièvre		+			triATB ATL Vit K		Cholécystectomie + choledocotomie + drainage de la LVBP pa drain de kehr	Bonne
33886	68	H	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				Idem		Cholécystectomie + drainage de la VBP par kehr	Bonne
33881	90	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				Idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale	Assez bonne (infection urinaire)
33914	37	H	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				Idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale	Bonne
33890	60	H	- Ictère + fièvre - Vomissements - Prurit - Colique hépatique	+	+			Idem		Cholécystectomie+ drain de kehr	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médic	Instru	Chir	
34 264	27	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie + drain de kehr	Bonne
34 200	48	F	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				idem		Cholecystectomie + drain de kehr	Bonne
34 189	66	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique - (cholecystectomisé il y a 13 ans )	-			+	idem		Drainage VBP + anastomose choledoco duodénale	Bonne
34 173	56	F	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+	+			idem		Cholecystectomie+ reperméabilisation VBP + aastomose choledocoduodénale	Bonne
34 169	67	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+	+		+	idem		Anastomose choledoco duodénale après extraction des calculs de la VBP	Assez bonne (J3 température a 38.5)

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médic	Instru	Chir	
32 281	85	M	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie + anastomose choledocoduodénale	Bonne
32 245	75	M	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				idem		Cholecystectomie + extraction du calcul de la VBP mise en place d un drien de kehr	Bonne
32 273	70	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+	+			idem		Cholecystectomie + drain de kehr	Bonne
32 277	60	M	- Colique hépatique - Ictère+ fièvre					idem		Cholecystectomie+ choledocotomie+ drain de kehr	Bonne
33 000	20	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie + drain de kehr	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echog endo	Médec	Instru	Chir	
32 702	62	M	- Colique hépatique - Ictère+ fièvre	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie + anastomose choledoco- duodénale	Bonne
32 658	48	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				Idem		Cholecystectomie + drain de kehr + sphinctérotomie	Bonne
32 633	54	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				Idem		Cholecystectomie + dérivation bilio digestive	Bonne
32 432	65	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				Idem		Cholecystectomie + anastomose choledoco- duodénale	Bonne
32 355	76	F	- Colique hépatique - Ictère+ fièvre	+				Idem		Cholecystectomie + anastomose choledoco- duodénale	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
31 545	55	F	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie + drainage de la VBP	Bonne
31 502	47	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie + drainage de la VBP	Bonne
31 461	63	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie + extraction du calcul VBP drainage VBP / drain de kehr	Bonne
31 208	60	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie+ mise en place d un drian de kehr	Bonne
31 089	60	M	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				idem		Cholecystectomie+ mise en place d un drian de kehr	Bonne

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
31 015	71	F	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie + anastomose choledoco duodénale	Bonne
30 976	53	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+	+			idem		Drainage VBP + anastomose choledoco duodénale	Bonne
30 979	75	M	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+	+			idem		Désobstruction + drain de kehr	Bonne
31 955	62	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+	+			idem		Cholecystectomie + anastomose bilio- digestive	Bonne
31 847	39	F	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				idem		Cholecystectomie + mise en place d un drain de kehr dans la VBP	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
31 721	23	F	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie + mise en place d un drain dans la VBP	Bonne
31 285	60	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	-	+			idem		Cholecystectomie+ anastomose cholédoco-duodénale	Bonne
31 352	65	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie+ anastomose cholédoco-duodénale	Bonne
31 721	23	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie + mise en place d un drian de kehr dans la VBP	Bonne
31 741	60	M	- Colique hépatique - Ictère fébrile	+	+			idem		Cholecystectomie+ anastomose cholédoco-duodénale	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Criteres de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médic	Instru	Chir	
30 206	43	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie+ drain de kehr	Bonne
30 184	26	F	- Colique hépatique - Vomissements - -Fièvre	-	+			idem		Cholecystectomie+ drain de kehr	Bonne
30 237	70	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Extraction des calculs+ drain de kehr dans la VBP	Bonne
30 247	83	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholecystectomie+ drain de kehr	Bonne
30 255	69	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Extraction des calculs + lavage de la VBP + drain de kehr	Bonne

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echogendo	Médec	Instru	Chir	
30 310	42	M	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholécystectomie + drainage par drain de kehr	Bonne
30 449	70	F	- Colique hépatique + fièvre + ictère	-	+			idem		Cholécystectomie + drainage VBP par drain de kehr	Assez bonne (éventration)
30 482	67	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+	+			idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale L-L	Bonne
30 493	45	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + drainage VBP par drain de kehr	Bonne
30 519	67	F	- Ictère - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale L-L	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echog endo	Médic	Instru	Chir	
30 531	45	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				triATB ATL Vit K		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale L-L	Bonne
30 539	67	M	- Colique hépatique - Vomissements - Fièvre	+				Idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale L-L	Bonne
30 645	45	F	- Ictère fébrile - Colique hépatique	-	+			Idem		Cholécystectomie + drainage VBP par drain de kehr	Bonne
30 747	67	M	- Ictère fébrile - Colique hépatique	+				Idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale L-L	Bonne
30 762	66	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				Idem		Cholécystectomie + drainage VBP par drain de kehr	Bonne

*L'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.*

Numéro d'entrée	Age	sexe	Diagnostic clinique	Paraclinique				Critères de choix			Evolution
				Echog	TDM	BiliIRM	Echog endo	Médic	Instru	Chir	
30 810	60	F	- Colique hépatique - Vomissements - Fièvre	+				triATB ATL Vit K		Cholecystectomie+ drain de kehr	Bonne
30 840	53	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+				idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale L-L	Bonne
30 864	64	M	- Colique hépatique - Vomissements - Fièvre	+				idem		Cholecystectomie+ drain de kehr	Bonne
30 854	59	M	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	+	+			idem		Cholécystectomie + anastomose choledoco- duodénale L-L	Bonne
30 239	35	F	- Ictère fébrile - Vomissements - Colique hépatique	-	+			idem		Extraction des calculs + lavage de la VBP + drain de kehr	Bonne

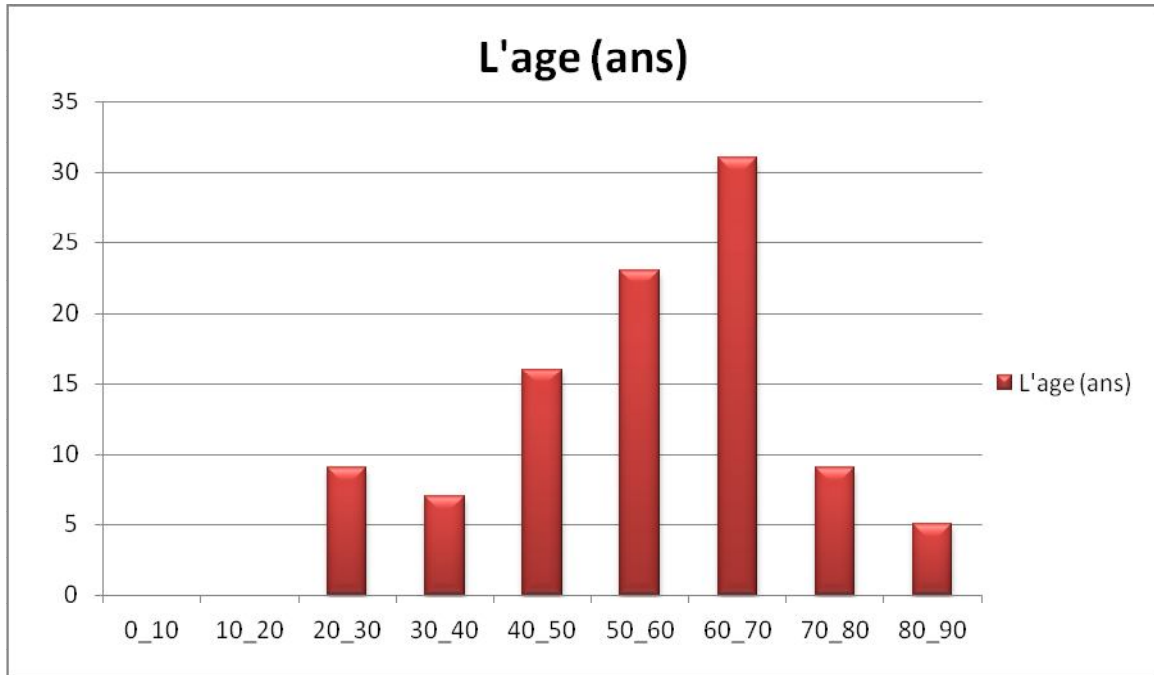


## **I- Epidémiologie :**

Pendant la période étudiée, allant de janvier 2007 à décembre 2011,

### **1- L'âge**

L'âge de nos patients varie entre 20 et 90 ans avec l'âge moyen de 57 ans.



**Fig 6 : répartition des patients selon l'âge**

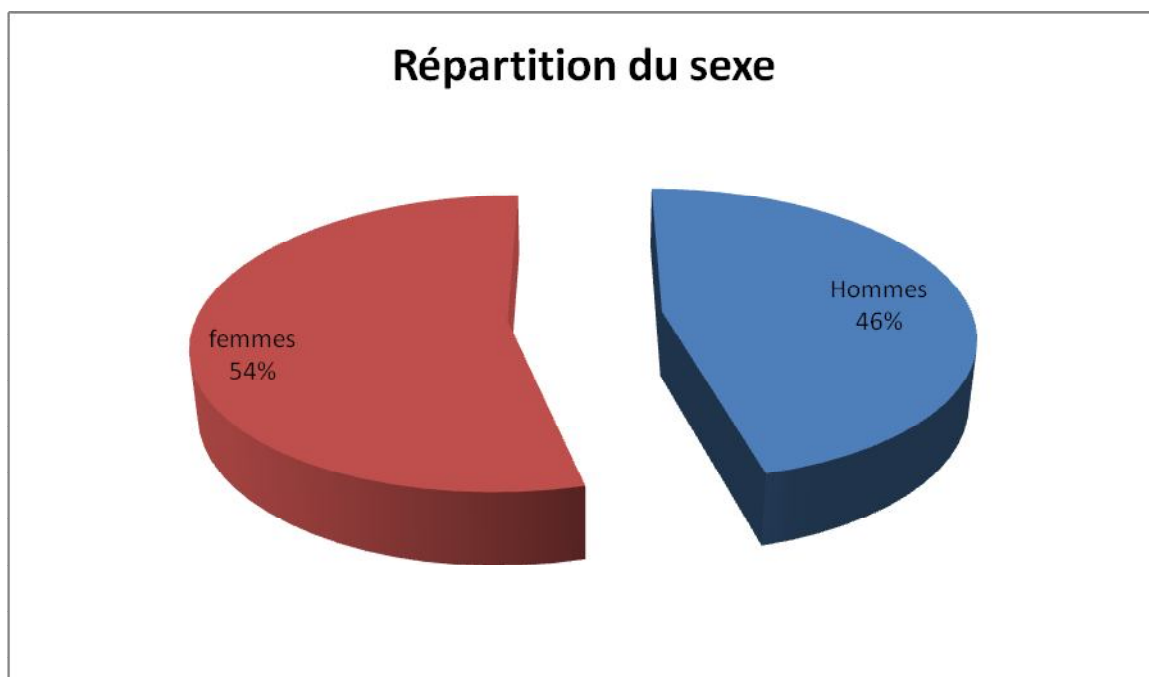
L'analyse du diagramme a révélé deux pics de fréquence :

- Un pic entre l'âge de 60 et 70 ans
- Un autre pic entre 50 et 60 ans

## 2- Sexe :

Nos patients se répartissent en

- 54 femmes (soit 54 %)
- 46 hommes (soit 46 %)



**Fig 7 : Répartition du sexe.**

## **II – Etude clinique :**

La forme typique elle correspond à la triade de Charcot, elle a été présentée chez 92 cas à leur admission. Les différents symptômes de la triade sont représentés dans le tableau :

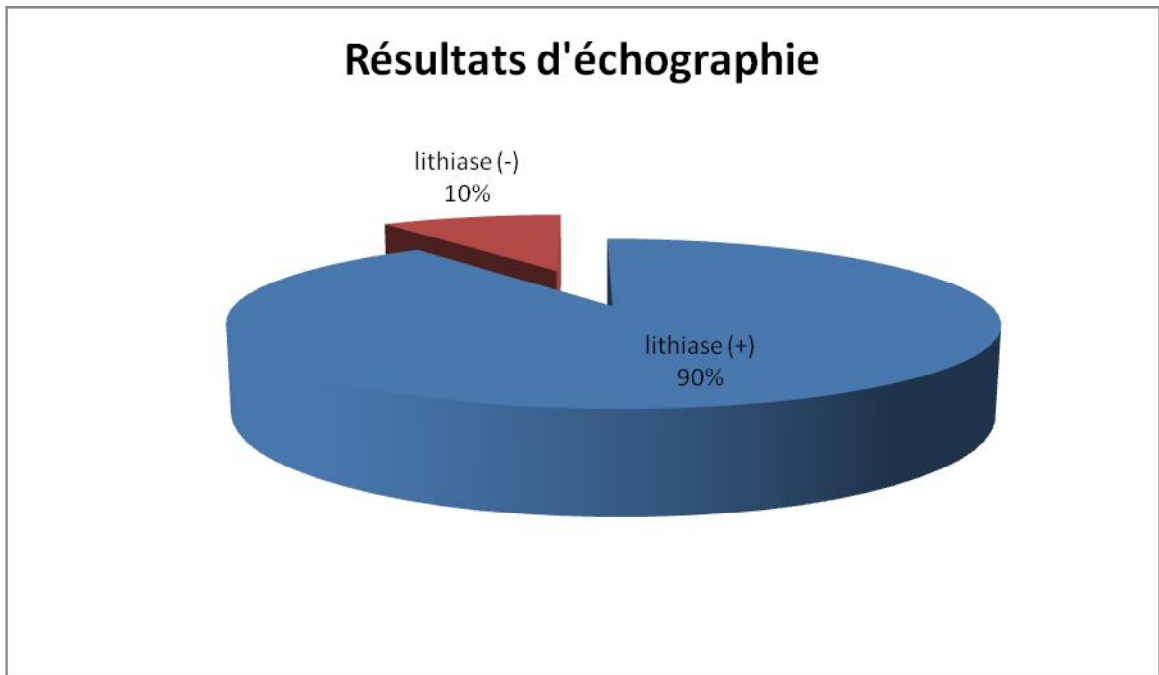
Signes	Nombre de cas	%
Colique hépatique	100	100
fièvre	98	98
Ictère	92	92
Vomissements	49	49

## **III – Exploration morphologique :**

### **1. Echographie hépatobiliaire :**

Elle a été pratiquée systématiquement chez tous les patients et a objectivé

- une lithiase dans 90% des cas
- Non concluante dans 10 % des cas.



**Figure 8 : Résultat d'échographie.**

**2 .La tomодensitométrie abdominale :**

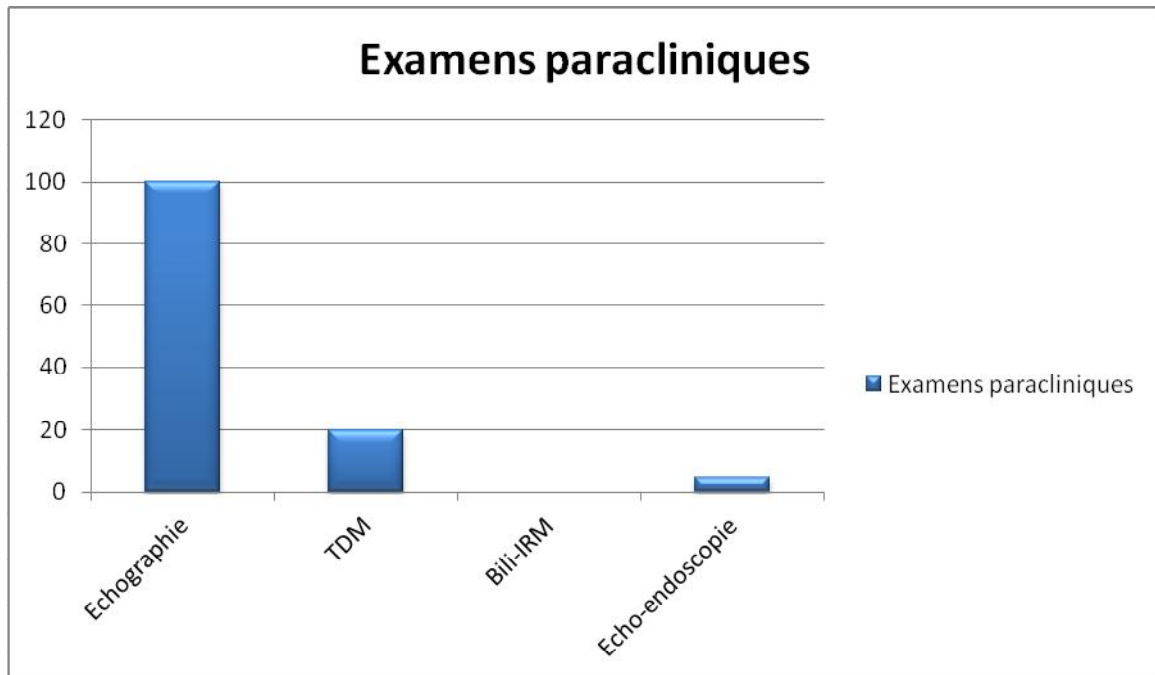
Elle a été réalisée chez 20 patients (soit 20%),

**3. La Bili-IRM :**

La bili-IRM n'a été pratiquée chez aucun patient

**4. Echog-endoscopie :**

Elle a été réalisée chez 3 cas.



**Fig 9 : fréquence d'utilisation des examens paracliniques.**

## **IV – Traitement :**

### **1. Réanimation médicale pré-opératoire :**

Un traitement médicale a été entrepris en pré-opératoire chez tous les patients.

#### **1-1. Antibiothérapie :**

Elle est basée sur :

- L'amoxicilline protégée
- Aminocide
- Flagyl

Les associations utilisées étaient :

- Amoxicilline protégée + métronidazole + gentamycine
- Amoxicilline protégée + métronidazole
- Amoxicilline protégée + gentamycine

Ou en monothérapie

- Amoxicilline protégée
- Céphalosporine de 3eme génération.

La durée moyenne de l'antibiothérapie est de 7-10 jours.

### **1-2 Antalgiques :**

Tous les patients ont bénéficié d'un traitement antalgique :

- Paracétamol
- Morphine

Seul ou associé selon le cas

### **1-3 Correction ou prévention des troubles hydro-électrolytiques :**

Tous les patients ont bénéficié d'une perfusion par voie veineuse périphérique, qui a duré en moyenne 3 jours.

Elle a été assurée par l'apport hydrique (sérum salé 0,9%, et sérum glucosé 5%) et d'électrolytes en se basant sur les signes cliniques et biologiques de la déshydratation.

### **1-4. la transfusion et l'apport de la vitamine K :**

L'apport de la vitamine K a été systématique chez tous les patients.

### **1-5. traitement de l'insuffisance rénale aigue (IR) :**

Par le biais du remplissage vasculaire et la compensation des pertes hydro-électrolytiques.

### **1-6. traitement du choc septique :**

Cinq patients ont été admis dans un tableau de choc septique avec hypotension artérielle, oligoanurie, polypnée tachycardie et troubles neuropsychiques. Ces malades ont été transférés en réanimation où ils ont bénéficié d'un remplissage vasculaire à l'aide de macromolécules, une oxygénothérapie par voie nasale, une perfusion de drogues vaso-actives et une antibiothérapie pendant 10 jours.

L'évolution a été favorable. Puis, ils ont été ré hospitalisés chez nous pour traitement chirurgical.

### **2. Durée d'hospitalisation pré-opératoire :**

Varie de 24h jusqu'à 8 jours selon la disponibilité du bloc est peut être plus longue en cas de séjour en réanimation.

### **3. Traitement chirurgical :**

#### **3-1 chirurgies conventionnelles :**

##### **a- Visite pré-anesthésique :**

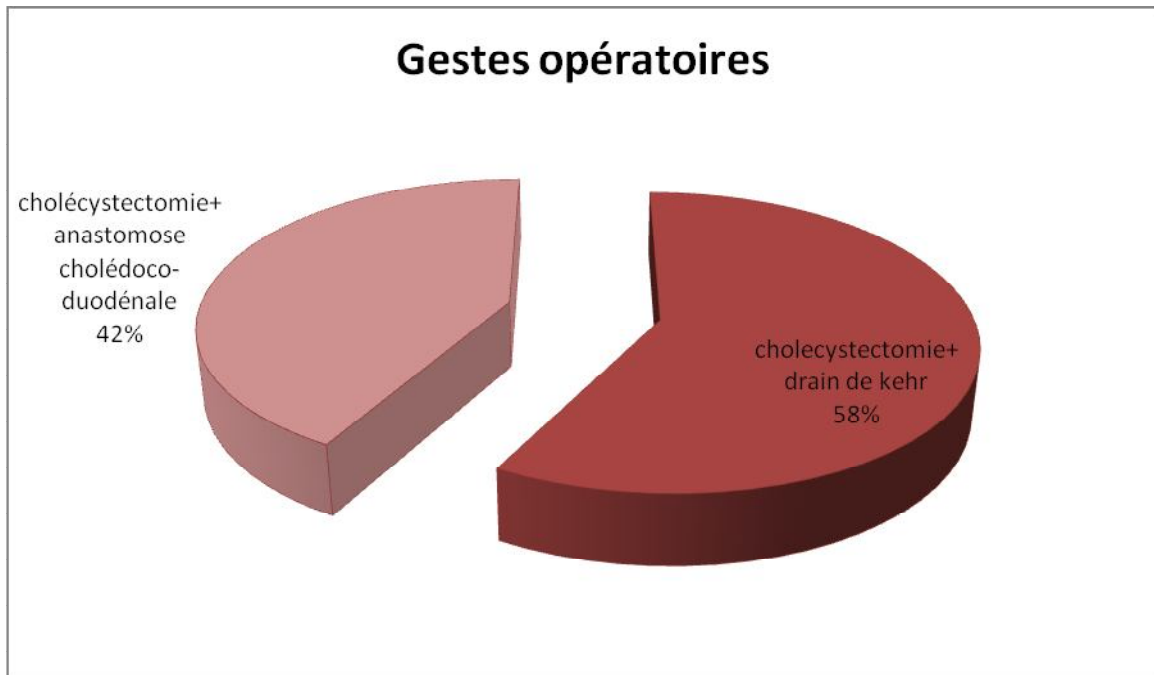
Tous les patients ont bénéficié d'une visite pré-anesthésique avec la réalisation d'une radiographie de poumon, d'un ECG, et d'une préparation à l'intervention en particulier par un remplissage vasculaire pré-opératoire.

##### **b- Voie d'abord :**

La voie sous costale droite a été réalisée chez tous les patients.

**c- Gestes opératoires :**

Ils étaient basés sur la cholécystectomie avec cholédocotomie et extraction des calculs, suivie de drainage biliaire externe (DK) ou d'anastomose bilio-digestive.



**Fig 10 : répartition des gestes opératoires utilisés.**

**3-2 traitements coelioscopique :**

Aucun malade dans notre série n'a bénéficié d'un traitement coelioscopique.

## **V – L'évolution :**

### **+ Favorable :**

Chez 91 patients, soit 91%, avait des suites opératoires simples avec une évolution favorable.

### **+ Morbidité :**

La fièvre a été observée chez 4 cas et a été secondaire à une atelectasie pulmonaire qui a été bien jugulée après traitement à base d'oxygénothérapie par voie nasale et position demi assise.

Une infection urinaire était observée chez 4 cas, qui a été confirmée par ECBU et traitée par antibiothérapie selon l'antibiogramme.

Un seul patient a présenté éviscération 4 jours en post opératoire, ce malade a été repris avec une évolution favorable.

complication	Nombre de patients	%
fièvre	4	4
Infection urinaire	4	4
éviscération	1	1



*Discussion*

## **I- Etude épidémiologique :**

### **1- L'âge :**

La répartition de nos malades selon l'âge montre un âge moyen de 57 ans, avec des âges extrêmes entre 20 et 90 ans.

L'angiocholite est donc une complication plus fréquente chez le sujet âgé comme il est décrit dans la littérature (25, 55, 56, 57, 58, 59), ceci peut être expliqué par le fait que le vieillissement s'accompagne d'une augmentation de la sécrétion du cholestérol dans la bile.

La fréquence des angiocholites chez des personnes relativement plus jeunes chez nous et dans l'autre série maghrébine (MOUMEN) peut être expliquée par le régime alimentaire riche en lipides.

<b>Auteurs</b>	<b>Age moyen</b>
HOUDART f et collaborateurs (59)	66,3
MOUMEN (58)	48
JAYS (65)	67,7
DUBOIS F (66)	60
Notre série	57

## **2- Sexe :**

➤ Dans notre série les patients se répartissent en 54 femmes (soit 54 %) et 46 hommes (soit 46 %), avec 1,2 femme pour un homme.

➤ La prédominance féminine de l'angiocholite aigue lithiasique suit celle de la lithiase biliaire. Elle est probablement liée à l'influence des perturbations hormonales de la vie génitale et notamment des grossesses (59), ceci est également retrouvé dans la littérature, ainsi selon une étude faite par MOUMEN et collaborateurs, on a eu 82% de femmes et 18% d'hommes. LAURU (60) rapporte 86 % de femmes et 14 % d'hommes.

## **II- Etude clinique :**

### **1-Signes cliniques :**

Il s'agit dans 90% des cas, de femmes obèses, de grade I de l'obésité (selon la classification OMS de l'obésité en fonction de l'indice de masse corporelle), d'un certain âge, qui ont surtout des ATCD biliaires. La colique hépatique vient au 1<sup>er</sup> rang.

Le tableau clinique fortement évocateur est représenté par la triade de Charcot qui est retrouvée chez 92 patients de notre série (soit 92%). Sa fréquence varie de 44 à 85 % selon les séries publiées (25, 67, 68).

Les différents symptômes sont rapportés à des proportions variables (tableau 4)

<b>Auteur</b>	<b>Douleur (%)</b>	<b>Fièvre (%)</b>	<b>Ictère (%)</b>
LETAIEF (25)	95,5	94,4	88
SHARMA (69)	84	90	74
EL MOUKNIA (67)	85,7	79	100
Notre série	100	98	92

**Tableau 4 : signes de la triade de Charcot selon différentes séries.**

Cependant, des formes atypiques peuvent se rencontrer et sont de diagnostic plus difficile.

Dans notre série, on avait deux cas de formes bi symptomatiques associant :

- Colique hépatique + fièvre
- Colique hépatique + ictère

Et 5 cas ont été admis dans un tableau de choc septique.

## **2- Examen physique :**

L'examen clinique est généralement pauvre.

Dans notre série, les signes révélés par l'examen physique étaient surtout la sensibilité de l'hypochondre droit et le murphy.

Selon la littérature, quatre signes attestent de la sévérité d'une angiocholite (25, 52) :

- Un état de choc septique.
- Des troubles neurologiques
- Des troubles de la coagulation.
- Une insuffisance rénale aigue qui peut témoigner d'une angiocholite ictéro-urémigène.

Dans notre série :

- ✓ Cinq patients (5%) ont été admis dans un tableau de choc septique avec hypotension artérielle, oligoanurie, polypnée tachycardie et troubles neuropsychiques.
- ✓ Quatre patients ont été admis dans un tableau d'insuffisance rénale. (4%)

Dans la série de LETAIEF (25), le choc septique était retrouvé dans 4,6% des cas, et les troubles de la coagulation dans 3,3% des cas.

### **III- Exploration morphologique :**

#### **1- Echographie hépato-biliaire :**

L'échographie a été réalisée dans notre série comme examen de première intention.

Elle a montré une lithiase de la VBP (fig39) dans 90 % des cas seulement. Chez les autres malades, elle est restée douteuse, et donc une TDM abdominale ou échog-endoscopie ont été demandées selon leur disponibilité. La lithiase vésiculaire était associée dans 58 cas (soit 58%), la lithiase intrahépatique dans

deux cas, et enfin, la dilatation des voies biliaires intra et extrahépatiques (fig. 40) chez tous les patients, ce qui paraît proche de la littérature (85 à 95% des cas).



**Fig. 11 : Aspect typique de la lithiasis et de la dilatation de la VBP à l'échographie.**



**Fig . 12 :** Echographie montrant une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques.

## **2- Tomodensitométrie abdominale (TDM) :**

La TDM, principal moyen pour détecter les complications de la lithiase biliaire, a été réalisé chez 10 patients dans un but diagnostique devant la non visualisation de l'obstacle cholédocien à l'échographie.

### **3- Cholangio-pancréatographie rétrograde per-endoscopique (CPRE) :**

La CPRE est l'examen de référence pour le diagnostic de lithiase de la VBP, elle est indiquée en deuxième intention après l'échographie ; lorsque l'étiologie de l'angiocholite reste douteuse. La CPRE a l'avantage de proposer un traitement par sphinctérotomie endoscopique, elle ne se conçoit qu'immédiatement suivie d'un geste de drainage de la bile infectée.

Dans notre série aucun patient n'en a bénéficié.

### **4- Echoendoscopie biliaire :**

Technique semi invasive nécessite une sédation ou anesthésie générale. Elle est l'examen de référence dans le diagnostic de lithiase de la voie biliaire principale, en cas de doute diagnostique persistant. (70).

Les calculs apparaissent sous forme d'un arc hyperéchogène déclive inclus dans la lumière de la voie biliaire principale, accompagné d'un cône d'ombre.

Dans notre série deux patients ont bénéficié de cet examen.

### **5- Cholangio - IRM :**

Aucun patient n'en a bénéficié.

## **IV- Traitement :**

### **1-Traitement médical :**

#### **1-1 antibiothérapie :**

Dans notre série, tous les malades étaient mis sous antibiotiques. Les associations utilisées étaient :

- amoxicilline protégée + métronidazole + gentamycine

- amoxicilline protégée + métronidazole
- amoxicilline protégée + gentamycine

Ces associations conforment avec ceux décrits dans la littérature.

Deux antibiotiques ont été utilisés en monothérapie :

- amoxicilline protégée
- céphalosporine de 3ème génération

La durée moyenne de l'antibiothérapie était de 7 à 10 jours, cette durée reste toujours controversée mais dans tous les cas poursuivis au moins 48 heures après l'apyrexie.

### **1-2 Antalgiques :**

Dans notre étude, la prescription d'antalgiques était systématique. Tous les patients ont bénéficié d'un traitement antalgique le plus souvent sous forme :

- Paracétamol
- La morphine titrée

Ou associés selon le cas.

### **1-3 Mesures de réanimation :**

#### **a- Correction ou prévention des désordres hydro-électrolytiques :**

Dans notre série, tous les patients ont bénéficié d'une perfusion par voie veineuse périphérique, qui a duré en moyenne 3 jours et qui était adaptée aux données des examens cliniques et biologiques de déshydratation.

Elle a été assurée par l'apport hydrique (sérum salé 0.9%, et sérum glucosé 5%) et d'électrolytes (sodium, potassium et calcium).

**b- Traitement des défaillances viscérales :**

❖ **Défaillance hémodynamique :**

Son traitement est fondé principalement sur le remplissage vasculaire (25,47)

Dans notre série, 5 patients avaient présenté un choc septique, et qui avaient bien évolué après leur transfert en réanimation où ils avaient bénéficié d'un remplissage à l'aide de macromolécules, d'une oxygénothérapie par voie nasale, d'une perfusion de drogues vaso-actives, et d'une antibiothérapie adaptée pendant 10 jours.

❖ **Défaillance rénale :**

Dans les angiocholites, l'insuffisance rénale est le plus souvent fonctionnelle. C'est pour cela que dans notre série, le remplissage vasculaire et la compensation des pertes hydro- électrolytiques ont permis le retour à la normale de la diurèse chez quatre malades. (Soit 4%).

**1-4 Transfusion et apport de vitamine K1 :**

L'apport de vit k a été effectué systématiquement chez tous nos malades, car la diminution de taux de prothrombine est habituelle et était très fréquente.

**2- Traitement chirurgical :**

Le traitement chirurgical classique reste le traitement de référence, ainsi, dans notre étude tous les malades ont bénéficié d'un traitement chirurgical conventionnel.

## **2-1 Chirurgie conventionnelle :**

### **a- Voie d'abord :**

Dans notre série la voie sous costale droite a été réalisée chez tous les patients, car elle assure une bonne visibilité sur la vésicule et le pédicule hépatique, permettent ainsi d'effectuer avec aisance le traitement de la lithiasie de la VBP dans tous les cas, et aussi parce qu'elle est moins pourvoyeuse de complications pariétales que l'incision médiane.

Cette dernière reste d'indications exceptionnelles, telle l'association d'une autre pathologie.

### **b- Exploration abdominale :**

C'est un temps essentiel avant la réalisation de tout geste opératoire pour préciser l'état du foie, à la recherche d'un foie de choléstase ou d'une cirrhose, de la vésicule biliaire, du pancréas, de l'estomac et du duodénum en vue d'un geste complémentaire.

En effet, dans notre série l'exploration abdominale a montré une vésicule lithiasique dans 58 cas, une dilatation des VBEH et VBIH et une lithiasie ou un empierrement cholédocien.

### **c- Cholécystéctomie :**

C'est le premier objectif de l'intervention vu le rôle de la vésicule biliaire dans la lithogénèse (20, 49, 50, 51, 52, 53). La cholécystectomie est la seule méthode qui met définitivement les opérés à l'abri du risque de récurrence. Ainsi, dans notre série 94 patients (94%) ont subi une cholécystectomie qui a été toujours menée par voie antérograde après dissection du trépied hépatique et

ligature de l'artère cystique, alors que 6 autres malades étaient déjà cholécystéctomisés.

**d- Explorations per-opératoires :**

❖ **Cholangiographie per-opératoire (CPO) :**

La CPO fournit des renseignements essentiels. Elle est pratiquée par tous, la seule différence porte sur son caractère systématique ou sélectif (42).

Pour JACQUES DOMERGUE (18), la CPO reste l'examen de référence car il est facile à réaliser et reproductible.

❖ **L'échographie per-opératoire :**

L'échographie per-opératoire est une méthode récente et peu diffuse et donc n'est pas disponible dans le service.

❖ **Cholédoscopie :**

L'endoscopie per-opératoire n'est jamais réalisée en 1<sup>ère</sup> intention.

**e- Extraction des calculs :**

❖ **La voie transcystique :**

Cette voie est généralement réalisée devant des cas d'angiocholite non compliquée, et quand on estime que le canal cystique est assez large pour permettre l'extraction des calculs par cette voie n'a été réalisée que chez 7 malades ( 7%), car on avait dans la majorité des cas plusieurs calculs au niveau du cholédoque. Ceci concorde avec ce qui a été rapporté dans la littérature.

❖ **La voie canalaire ou cholédocotomie :**

Elle a été pratiquée chez 93 de nos malades, soit 93%, en raison des limites des autres méthodes d'extraction. Elle demeure aussi la technique chirurgicale la plus adoptée par différents auteurs de la littérature, comme le montre le tableau suivant : (tableau 5)

<b>Auteurs</b>	<b>Voie trans-cystique (%)</b>	<b>Voies transduodénale (%)</b>	<b>Cholédocotomie (%)</b>
EL MOUKNIA (67)	3,4	3,4	61
LETAIEF (25)	3,7	0	91,3
MOREAUX (54)	22	1	37
MEYER (61)	2	12	96
KABBEY (73)	5,5	2,5	68
Notre série	7	0	93

**Tableau 5 : voie d'extraction des calculs de la VBP selon différentes séries.**

**f- Drainage de la VBP :**

**1- Drainage biliaire externe : Drain de kehr.**

Depuis son introduction par kehr il y a un siècle, le drain biliaire en T reste la méthode la plus communément adoptée dans la littérature. Dans notre série, c'était également la méthode la plus utilisée (58% des cas).

Pour MOREAUX (54) : en cas d'angiocholite, le drainage par le tube de kehr reste une excellente méthode dans les voies biliaires larges à paroi pathologique.

**2- Drainage biliaire interne : L'anastomose bilio-digestive : (ABD)**

Elle a été réalisée dans 42% des cas de notre étude, surtout chez les sujets âgés et/ou fragiles. Les anastomoses cholédoco-duodénales sont également encore justifiées dans la littérature, devant la volonté de réaliser un traitement complet et définitif, et devant toute suspicion de désobstruction incomplète de la VBP et surtout qu'on manque de cholangiographie per-opératoire.

Les auteurs des différentes séries sont partagés sur l'emploi du drainage externe et l'ABD comme montre le tableau suivant (tab6) :

<b>Auteurs</b>	<b>ABD (%)</b>	<b>Drainage externe (%)</b>
SUC (48)	3	95,7
LE NEEL (63)	58	42
SAMANA (59)	1,8	94 ,3
Notre série	42	58

### **3- Sphinctérotomie endoscopique :**

la SE constitue aujourd'hui une alternative à la chirurgie chez les malades âgés ou à haut risque chirurgical (71,72). Ainsi dans notre série aucun patient n'en a bénéficié

### **4- Drainage trans-hépatique :**

C'est une méthode d'indication exceptionnelle qui n'a pas été pratiquée chez nos patients.

#### **2-2 Traitement coelioscopique :**

Il n'a été pratiqué chez aucun patient de notre série.

## **V- Suites post-opératoires :**

### **1-Complications médicales :**

Elles sont fréquentes dans la littérature et font toute la gravité de l'angiocholite à cause du sepsis grave (25,59).

Dans notre série 4 cas de fièvre dont 3 secondaires à une atéléctasie pulmonaire et une éventration, et 4 cas d'infection urinaire.

### **2-Complications chirurgicales :**

Les complications chirurgicales à la suite d'une intervention pour angiocholite diffèrent de celles de la lithiase de la VBP. Ceci s'explique par le fait du contexte de l'urgence, des phénomènes septiques et de l'état inflammatoire des voies biliaires (25,61)

a- Les complications pariétales (abcès de paroi, hématomes et éviscération) :

Représentent dans la littérature la majorité des complications chirurgicales (>50%) (25, 61, 62).

Dans notre série, un seul cas d'éviscération a été observé.

b- Hémorragie intra-péritonéale :

L'hémorragie extériorisée ou non par les drains est en rapport avec un problème d'hémostase au niveau du foyer opératoire. Elle est rare et se rencontre en moyenne dans 0,25% des cas (25). Elle nécessite le reprise chirurgicale d'urgence pour assurer l'hémostase.

Dans notre série aucun cas d'hémorragie intra-péritonéale n'a été observé.

c- Le foyer septique intra-péritonéal :

Il complique environ 0,5% des interventions pour lithiase de la VBP, sa fréquence augmente en cas d'angiocholite(25)

Son traitement peut être obtenu par un drainage échographique ou scanographique. Cette complication n'est pas rencontrée dans notre étude.

d- Fistules biliaires externes :

Cette complication se traduit par un écoulement biliaire abondant par le drain sous-hépatique due à un lâchage du moignon cystique ou à une plaie méconnue de la VBP.

Ces fistules biliaires externes tarissent le plus souvent spontanément et peuvent n'apparaître que tardivement après ablation du drain de kehr et seraient alors en rapport avec un calcul résiduel passé inaperçu à la cholangiographie de contrôle.

Elles se rencontrent dans 0,5% des cas après chirurgie de la lithiase de la VBP.

Leur fréquence augmente en cas d'angiocholite vu l'état inflammatoire des voies biliaires.

Cette complication n'a pas été observée également dans notre série.

e- Le cholépéritoine :

Il est conséquence d'une fuite biliaire importante non drainée vers l'extérieur.

Il est observé dans la littérature dans 0,3% des cas après chirurgie de la VBP (25), et nécessite soit un drainage écho-guidé ou scano-guidé, soit une reprise chirurgicale pour évacuer l'épanchement, faire une bonne toilette péritonéale et mettre en place un drainage efficace.

Dans notre série, aucun cas n'a été observé

f- Les fistules digestives :

Elles traduisent une déhiscence anastomotique ou un lâchage de la suture duodénale après duodénotomie pour sphinctérotomie chirurgicale.

Elles sont rares dans la littérature et leur sanction est chirurgicale.

Dans notre étude, cette complication était rare également.

g- La pancréatite post-opératoire :

Cette redoutable complication est heureusement exceptionnelle. Elle est fréquente après sphinctérotomie chirurgicale.

### **3- Lithiase résiduelle :**

La recherche systématique de lithiase de la VBP avant et pendant l'acte chirurgical grâce à la cholangiographie a rendu cette éventualité très rare.

Elle varie de 0 à 5,6 selon des revues de la littérature.

### **4- Mortalité post-opératoire :**

Elle a considérablement diminué ces dernières décennies grâce à une meilleure prise en charge (25).

La mortalité varie de 5% en cas d'angiocholite aiguë lithiasique simple à 50% en cas d'angiocholite aiguë obstructive purulente (52). Elle augmente avec l'âge et le nombre de tares.

Dans notre série, la mortalité était nulle grâce à l'amélioration des méthodes de prise en charge et la rapidité à poser l'indication opératoire.

## **VI- Pronostic :**

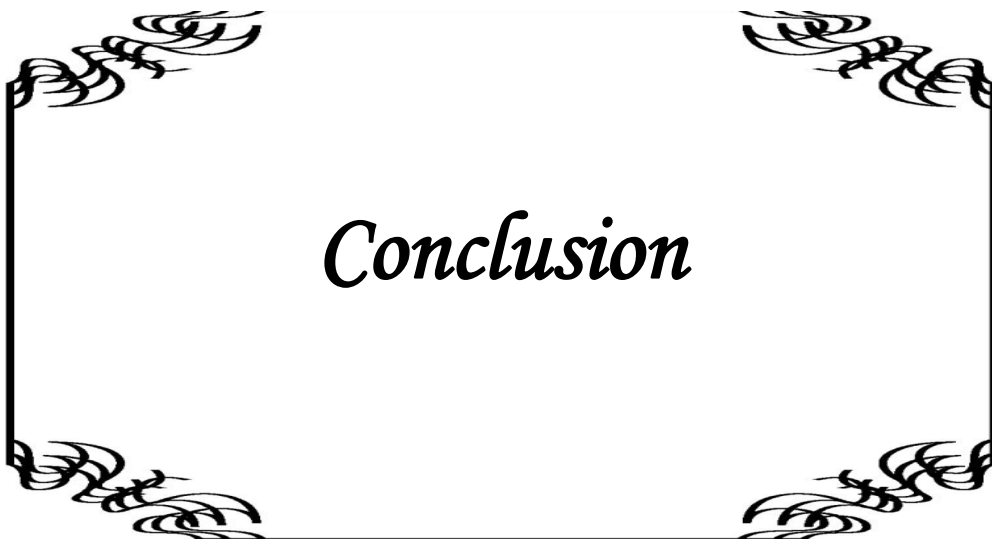
Dans notre série, deux éléments ont joué un rôle pronostic dans l'étude de la morbidité :

- Le terrain du malade : âge avancé (>60 ans) et les tares.

Cette tranche de la population pose des problèmes anesthésiques et chirurgicaux tout à fait spécifiques, car l'âge physiologique de ces patients est souvent bien différent de leur âge civil et ils sont souvent fragilisés par les conséquences des affections chroniques qui se mêlent à celles de l'affection chirurgicale.

- La nature du geste opératoire : les malades ayant eu une ABD ont eu un séjour post opératoire plus court que ceux ayant eu une cholédocotomie avec drainage externe.

Par ailleurs, aucun élément n'a constitué un facteur pronostic dans l'étude de la mortalité.



*Conclusion*

L'angiocholite aiguë lithiasique constitue de nos jours une urgence qui peut mettre en jeu le pronostic vital à cause des complications multiviscérales engendrées par le sepsis grave qui peut l'accompagner. Son diagnostic est avant tout clinique avec un complément des examens plus sophistiqués (échographie, tomodensitométrie, cholangio-IRM) ou invasifs qui consistent en une opacification directe des voies biliaires.

L'urgence est omniprésente et impose la rapidité d'intervention : hospitaliser le malade, traiter l'infection, traiter (ou prévenir) les complications, compléter les investigations quand c'est nécessaire, désobstruer et drainer les voies biliaires.

La sphinctérotomie endoscopique (SE) constitue aujourd'hui une alternative à la chirurgie chez les malades âgés ou à haut risque chirurgical.



## *Résumé*

## **Résumé :**

**Titre :** l'angiocholite aigue lithiasique expérience des UCV sur 5 ans.

**Mots clés :** angiocholite, triade de charcot, lithiasie, échographie, cholécystectomie.

**Auteur :** Mme FARIH Hajar

L'angiocholite aigue est une infection bactérienne de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra-hépatiques.

Cet étude rétrospective a été menée au service des urgences chirurgicales viscérales (UCV) du CHU Ibn sina de Rabat elle porte sur l'analyse de 100 observations des patients présentant une angiocholite lithiasique au cours des cinq dernières années allant de janvier 2007 à décembre 2011

L'âge moyen de nos patients est de 57 ans avec prédominance féminine (54%).

La symptomatologie clinique a révélé l'existence de la triade de charcot dans 92% des cas.

L'angiocholite compliquée représente 5% des cas.

L'échographie, pratiquée systématiquement chez tous les patients, avait objectivé la lithiasie dans (90%), alors que dans les autres cas une TDM abdominale.

Après une préparation pré-opératoire à base d'antibiotiques, dont la durée moyenne a été de 7 à 10 jours, d'antalgiques, d'apport de vitamine K et de correction des troubles hydro-électrolytiques.

La voies d'abord sous costale droite a été réalisée chez tous les patients, la cholécystectomie a été pratiquée chez 94% des malades, les autres patients étant déjà cholécystectomisé. Le drainage biliaire externe a été réalisé chez 58 %de nos patients et l'anastomose cholédoco-duodénale chez 42% des cas.

Nous n'avons eu aucune complication per-opératoire et aucun cas de décès post-opératoire n'a été observé.

## **Summary:**

**Title:** the acute gallstone cholangitis experience of the UCV over 5 years.

**Keywords:** cholangitis, set of three of charcot, lithiasis, echography, cholecystectomy

**Author:** Mrs FARIH Hajar

The acute cholangitis is a bacterial infection of the main biliary way and the intra-hepatic biliary ways.

This retrospective study was led in the service of the visceral surgical emergencies (UCV) of the CHU IBN SINA of Rabat it concerns the analysis of 100 observations of the patients presenting an acute cholangitis during the last five years going from January, 2007 till December, 2011

The average age of our patients is of 57 years with feminine ascendancy (54 %).

The clinical symptomatology revealed the existence of the set of three of charcot in 92 % of the cases.

The complicated cholangitis represents 5 % of the cases.

The echography, practised systematically at all the patients, had objectified the lithiasis in (90 %), while in the other cases an abdominal TDM.

After a preoperative preparation with antibiotics, the average duration of which was from 7 to 10 days, of analgesic, of contribution of vitamin K and of correction of the hydro-electrolytic disorders.

Ways at first under costal straight was realized at all the patient's, the cholecystectomy was practised to 94 % of the patients, the other patients being already cholecystectomized. The external biliary drainage was realized to 58 % of our patients and the choledoco-duodenal anastomosis to 42 % of the cases.

We had no per-operating complication and no death

## المخلص

**العنوان :** التهاب الأوعية الصفراوية الحصى لحداد تجربة UCV في خمس سنوات حول 100 حالة  
**الكلمات الأساسية :** التهاب الأوعية الصفراوية, ثلاثية شاركوت, حصي, الفحص بالصدى, استئصال المنانة الصفراوية

**المؤلف :** السيدة فاريح هاجر

التهاب الأوعية الصفراوية لحداد الناتجة عن تحصي القناة الصفراوية الرئيسية  
إن التهاب الأوعية الصفراوية لحداد تعفن جرثومي يصيب القناة الصفراوية الأساسية و القنوات الصفراوية داخل الكبد  
شملت هذه الدراسة الاستعادية 100 حالة الأوعية الصفراوية لحداد نتيجة تحصي حصرت بالمركز اللاستشفائي الجامعي بالرباط مصلحة المستعجلات الجراحية بين يناير 2007 و دجنبر 2011  
متوسط سن المرضى بلغ 57 سنة ونسجل غالبية جنس الإناث 54 في المائة وقد أظهرت الأعراض السريرية وجود ثلاثية شاركوت في 92 من الحالات  
إن التهاب الأوعية الصفراوية لحداد الذي عرف مضاعفة يمثل 5 في المائة  
سمح الفحص بالصدى المطبق عند جميع المرضى إن يبين تحصي القناة الصفراوية الأساسية في 90 في المائة من الحالات أما في الحالات الأخرى ثم اللجوء إلى السكانير  
بعد التحضير قبل الجراحة بالمضادات الحيوية لمدة 7-10 أيام في المتوسط و عن طريق مسكنات الألم و فيتامين ك وإصلاح اضطرابات الأرقاء  
جميع المرضى خضعوا للجراحة بطريقة اتفاقية , ثم استئصال المرارة عند 94 في المائة من المرضى و أنجز النزح الصفراوي من الخارج في 58 في المائة من الحالات , والمفارقة الصفراوية الهضمية عند 42 في المائة  
ولم نلاحظ أي مضاعفة خلال العملية الجراحية ولا أي وفاة بعد العملية



*Bibliographie*

- [1] **BP.gallix.S Aufort, MA Pierredon, F Garibaldi et JM Bruel :**  
Formation médicale continue le point sur... Une angiocholite : comment la reconnaître ? Quelles conduites à tenir ? Edition française de radiologie, paris 2006
- [2] **MALVY P. ET COLL. :**  
Etude rétrospective de 240 observations de la VBP.  
Chirurgie 1983, 109 : 266-273.
- [3] **BOUCHET Y. PASSAGIA JG. ; LOPEZ J.F :**  
Anatomie des voies biliaires extra-hépatiques. Encycl. Méd. Chir. (Paris -France), techniques chirurgicales. Appareil digestif, 1990, 409000, 10 : 1-16
- [4] **CHAMPETIER J ; LETOUBLON C. ARVIEUX C. ; GERARD P. LABROSSE PA. :** les variations de division des voies biliaires extra-hépatiques : signification et origine, conséquences chirurgicales : j.chir, 198 :126 ,147-154
- [5] **PRINCIPES FONDAMENTAUX DE GASTRO-ENTEROLOGIE :**  
Chapitre 13 systèmes biliaire 2006 : 495-498
- [6] **C. BUFFET, E JACQUE MIN ; S ERLINGER :**  
Physiopathologie, épidémiologie et histoire naturelle de la lithiase biliaire EMC : 2008 Elsevier Masson SAS.

- [7] **PRAT F, PELLETIER G :**  
Diagnostic de la lithiase biliaire et ses complications EMC (Elsevier, paris) hépatologie, 7-047-B-10,1998 : p 8
- [8] **CASTAING D, SMAIL A. :**  
Anatomie du foie et des voies biliaires. Encycl méd. Chir, ( Paris-France), appareil digestif, 7-001-A-10,1990 : p8
- [9] **VALLA DC :**  
Journées d'hépatologie EPU. Paris VII.12 janvier2002
- [10] **Echarrab M. Zizi A :**  
Conférence présentée au XIX ème congrès Médical national Rabat du 8 au 10 juin 2000.
- [11] **ANCIAUX ML, PELLETIER G, ATTALI. P, MEDURIB, LIGUORY C,ETIENNE JP :**  
Prospective study of clinical and biochemical features of symptomatic cholédocholithiasis. Diad Sci 1986; 31: 449-453
- [12] **PRAT F, PELLETIER G :**  
Diagnostic de la lithiase biliaire et ses complications. EMC, hépatologie 7-047-B-10,1998 : 8p.
- [13] **BENHAMOU JP. ERLINGIERS S :**  
Lithiase biliaire. Maladies du foie et des voies biliaires.4eme Edition. Paris : Flammarion. Medecine-science 2000. Chapitre 31 : 185-199.

**[14] Berrebi W :**

Lithiase vésiculaire et complications hépatologie- Maladie des voies biliaires 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Editions Medline. 1997 : 196-219.

**[15] OUANAÏML. BADRE W, JAMIL D, CHERKAOUI A :**

La biologie de la lithiase biliaire, espérance médicale. Mai 2003. Tome 10 N 94.

**[16] ERLINGERS S :**

Lithiase biliaire. Gastro-entérologie clinique et biologique 1997 ; 21.

**[17] GREENBERGER NJ. ISSEELBACHER KJ :**

Pathologie de la vésicule et des voies biliaires. Principe de médecine interne. Harrison 5<sup>ème</sup> édition. Paris : Flammarion Médecine-sciences.1992. chapitre 258 : 1358-1368

**[18] JACQUES DOMERGUES :**

L'exploration de la voie biliaire principale est-elle systématiquement justifiée lors d'une cholécystéctomie laparoscopique. Gastro-Entéro. Chir 3 Biol. 1998,22 : 755-58.

**[19] RAYMOND FANG JOHN.A PILCHER .A TYLER PUTNAM, TED SMITH, DAVID L. SMITH:**

Accuracy of surgeon performed gallbladder ultrasound. Arr.J surg.1999, 178,475-479.

- [20] **PIERRE T. BLERY M. BERTHOUE. CH.DROUARD.F ESCAT J. GAYRAT F, LIGUOYN CI. MOSNIER. H. PALAZZO L :**  
La lithiase de la voie biliaire principale, 25 questions et leurs réponses à l'usage de chirurgien praticien.
- [21] **FOSSARD JL, BOVIN F. Charcot Triad :**  
Service of Gastro-entérology and hepatology, Geneva, University Hospitals, Int J emerg Med 2011. April 27. 4:18.
- [22] **DIAGNOSTIC AND MANAGEMENT OF ACUTE CHOLANGITIS:**  
MOSLER. P Curr Gastroenterol rep 2011. 13: 166-172.
- [23] **VALERIE VILGRAIN : LITHIASE DE LA VBP :**  
Echographie, TDM, cholangio IRM. Indications et résultats. Gastro-entéro. Clin. Biol, 1998 : 22 ; B4-B6.
- [24] **ETIENNE J.C., BOUCHER E :**  
Pathologie biliaire d'urgence. EMC, edition technique (paris), Urgences, 1990, 4-24057 : 1-8.
- [25] **LETAIF A :**  
Les angiocholites aigue lithiasiques. XVIème. Congrès tunisien de chirurgie, Tunis, 9-10-11 Mars 1995.
- [26] **Vilgrain V :**  
Imagerie de la lithiase biliaire. In : Erlinger S ed. Progrès en hépatogastro-entérologie. La lithiase biliaire. Paris : doin, 1991 : 33-45.

- [27] **BRAKEL K, LAMERIS JS, NUS HGT, TERPSTRA OT, STEEN G, BLUENBERG BC:**  
Predicting gallstone composition with CT: in vivo and in vitro analysis.  
Radiology 1990. 174: 337-341.
- [28] **Cotton PB, LEHMAN G, VENNES J, GEENEN JE, RUSSELL RC, MEYERS WC.ET AL:**  
Endoscopic sphinctérotomy complications and their management an attempt at consensus. Gastrointest Endosc 1991. 37: 383-393.
- [29] **GEENEN Dj. GEENEN J.E; JAFRI F.M., HOGAN WJ., CATALANO M.F., JOHNSON G.K, SCHMALZ M.J :**  
The role of surveillance endoscopic retrograde cholangiopancreatography in preventing episodic cholangitis in patients with recurrent common bile duct stones. Endoscopy, 1998,30 (1) : 18-20
- [30] **ROSCH T, Dittler Hj, Fockens P, Yasuda K, Lightdale C:**  
Major complications of endoscopic ultrasonography : results of a survey of 42105 cases. Gastrointest endosc 1993; 39:341
- [31] **LAURENT C:**  
Complications des voies biliaires opérées : Apport de la cholangiopancréatographie par IRM. Ann. Chir., 1998, 52 (7) : 696.
- [32] **BARISH M. KENT T. YUCEL E. FERRUCI J:**  
Magnetic resonance cholangiopancreatography. N. Engl. J. Med. 1999, 22 : 258-264.

**[33] BARISH M.A. SOTO J.A:**

MR cholangiopancreatography : techniques and clinical applications. *AjR*, 1997, 169: 1295-1303.

**[34] REIHOLD C. BRET P.M:**

Current status of MR cholangiopancreatography. *AJR*, 1996, 166: 1285-1295.

**[35] BORASCHI P. NERI E. BRACCINI G. GIGONI R. CARAMELLA D. PERRI G. BARTOLOZZI C:**

Choledocolithiasis : diagnostic accuracy of MR cholangiopancreatography. Three-year experience. *Magn. Reson. Imaging* .1999.

**[36] Hochwalk S.N. DOBRYANSKY M.B.A. ROFSKY. N.M. NAIK K.S. SHAMAMIAN P. COPPA G. MARCUS S.G:**

Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately predicts the presence or absence of choledocholithiasis. *J Gastrointest. Surg.* 1998, 2: 573-579.

**[37] LIU T.H, CONSORTI E.T. KAWASHIMA A. ERNST R.D, BLACK C.T. GREGER P.H.J.R. FISCHER R.P. MERCER D.W:**

The efficacy of magnetic resonance cholangiography for the evaluation of patients with suspected choledocholithiasis before laparoscopic cholecystectomy. *Am. J. Surg.* 1999, 178: 480-484.

- [38] **PAVONE P. LAGHI A. LOMANTO D. FIOCCA F. PANEBIANCO V. CATALANO C. MAZZOCHI P. PASSARIELLO R :**  
MR cholangiography in the evaluation of CBD stones before laparoscopic cholecystectomy. Surg. Endosc, 1997, 11 : 982-985.
- [39] **REINHOLD C. TAUREL P. BRET P M. CORTAS G.A. MEHTA S.N. BARKUN A.N. WANG L. TAFAZOLI F: choledocholithiasis :**  
Evaluation of MR cholangiography for diagnosis. Radiology. 1998; 209: 435-434.
- [40] **VARGESE J.C. LIDDELL R.P. RARRELL M.A. MURRAY F.E. OSBORNE D.H. LEE MJ:**  
Diagnostic accuracy of magnetic resonance cholangiopancreatography and ultrasound compared with direct cholangiography in the detection of choledocholithiasis. Clin.Radiol. 2000, 55: 25-35.
- [41] **VARGESE J.C. LIDDELL R.P. FARRELL M.A COURTNEY G. OSBORNE D.H LEE M.J:**  
Role of MR cholangiopancreatography in patients with failed or inadequate ERCP. AJR, 1999, 173: 1527-1533.
- [42] **DUBOIS F :**  
Cholécystectomie et exploration de la VBP par coelioscopie. EMC (Paris-France), Techniques chirurgicales-Généralités-Appareil digestif, 1993,40 : 950 1-17.

**[43] LILLEMOE K.D:**

Surgical treatment of biliary tract infections. Am Surg. 2000.66 (2): 138-44.

**[44] WHAT IF IT'S ACUTE CHOLANGITIS:**

Drug Her. Bull 2005. Aug, 43(8): 62-4.

**[45] MEYER Ch. DE MAUZINI N. ROHR S. THIRY C.L. WANTZ C. DUCLOS B. BAUMANN R :**

Le traitement de la LVBP par sphinctérotomie endoscopique et cholécystectomie laparoscopique. Ann. Chir. 1994, 48(1) : 31-36.

**[46] GONDRET R. VILLARD ML. HUGUIER M :**

L'antibioprophylaxie en chirurgie biliaire. Ann.Chir. 1995,49 (6) : 493-498.

**[47] MARTIN C. VINCENT J.L DHAINAUT J.F TEBOUL J. PERRET C. VALLET B :** Le traitement du choc septique : aspect hémodynamiques. Réan ; Urg.1998, 7 : 293-311.

**[48] SUC B. FOURTANIER G. ESCAT J. :**

Plaidoyer pour cholécotomie, l'endoscopie per-opératoire et le drainage biliaire externe dans le traitement de la lithiasse de la VBP. Une expérience de 15 cas. Ann. Chir 1996,50(7) :905-910.

**[49] GIGOT J.F :**

L'approche diagnostique et thérapeutique actuelle de la lithiase cholédocienne : un domaine en pleine évolution. Ann.Chir .1998, 2(52) : 161-164.

**[50] GILLES PELLETIER :**

Valeur prédictive des facteurs clinico-biologiques pour le diagnostic de lithiase de la VBP. Gastro-Entéro. Clin. Biol. 1998,22 : B1-B3.

**[51] JOUVIE J. DESCOTTES B. VALLEX D :**

Dilatation kystique du cholédoque traitée initialement par kystojéjunostomie et reprise chirurgicalement 25 ans plus tard pour complications infectieuses et lithiasiques. JChir. (Paris), 1989,126 (2) : 85-87.

**[52] ARIANOFF AA :**

Historique de la chirurgie biliaire. Acta Chir Belg 1983. 83 : 241-252.

**[53] CALOT :**

De la cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire). Thèse Paris. 1998 : 52.

**[54] MOREAU J :**

Traitement chirurgical de la LVBP. Ses résultats et son évolution dans une série de 707 cas. Chirurgie, 1999, 116 : 262-267.

**[55] ANTHONY L.G PEEL:**

Management of common bile duct stones. Surgery, 1997, 15(4): 82-89.

- [56] **BRAKEL K. LAMERIS JS. NIJS HGT. TERPSTRA OT. STEEN G. BLIJENBERG BC:**  
Predicting gallstone composition with CT: in vivo and in vitro analysis.  
Radiology 1990; 174: 337-341.
- [57] **Meyer Ch. VO HUULE J. ROHR S. THIRY L.C DE MANZINI N. DUCLOS B. REIMUND J.M BAUMANN R :** le traitement en un temps de la lithiase de la VBP par cholécystectomie laparoscopique et sphinctérotomie endoscopique per-opératoire : procédé du « Rendez-vous ». a propos de 44 cas. Ann.Chir, 1998 : 687.
- [58] **MOUMEN M. FADIL A. EL ALAOUI M. MOKHTARI M. EL FARES F :** Expérience de la chirurgie de la LVBP. A propos de 370 observations. Ann. Chir, 1992,46(3) : 235-238.
- [59] **HOUDARD F. LECOMPTE P. PERNICENI Th. SIMON J.F SALMEOU M :**  
Cent vingt-cinq(125) cholédocotomies consécutives pour suspicion de lithiase sans mortalité. Ann. Chir, 1992,46 (10) : 928-931.
- [60] **LAURU ET COLL :**  
Chirurgie rétrospective d'une série de 240 observations de la lithiase de la VBP. Ann. Chir , 1983,37,N° 5 : 349-353.
- [61] **MEYER Ch. THIRY C.L. FIRTION O. ROHR S. DEMANZINI N:**  
Résultat de la chirurgie traditionnelle dans le traitement de la LVBP. A propos de 670 cas. Lyon Chir. 1997,93(1) : 3-9.

- [62] **DIALLO G. ONGOIBA N. MAIGA M.Y DEMBELE M. BAYE H. TRAORE A.H TRAORE A.K GUINDO A. KOUMARE A.K :**  
Lithiase des voies biliaires au mali. Ann. Chir, 1998,52(7) : 667.
- [63] **LENEEL J.C GUIBERTEAU B. KOHEN M. BORDE L. SARTRE J.Y BOURSEAU J.C :**  
L'empierrement du cholédoque, une forme grave de lithiase biliaire. Quel traitement choisir ? Chirurgie (mémoire de l'académie), 1992,118 : 372-76.
- [64] **BORIE F. MILLAT B :**  
Cholécystectomie et exploration de la voie biliaire principale. Encyclopédie médico-chirurgicale.40-950. 2003 Elsevier SAS.
- [65] **JEAN BOYER :**  
Sphinctérotomie endoscopique et lithiase de la VBP. Réalités et perspectives. Gastro-Entérologie. Clin Biol. 1993,17 : 241-43.
- [66] **DUBOISS F. ET COLL :**  
Approche chirurgicale simplifiée de la lithiase cholédocienne réduisant la complexité et la gravité de cette chirurgie. Ann. Chir 1990,Vol44, num1 : 19-23.
- [67] **EL MOUKNIA Med :**  
Angiocholites aigues graves (à propos de 29 cas). Thèse Méd,1992,n°31.

- [68] **RARATY M.G FINCH M. NEOPTOLEMOS J.P:**  
Acute cholangitis and pancreatitis secondary to common duct stones :  
management update. World j. surg, 1998,22 (11): 1155-61.
- [69] **SHARMA B.C AGARWAL D.K BAIJAL S.S SARASWAT V.A  
CHOUDHURI G. NAIK S.R :**  
Endoscopic management of acute calculous cholangitis. J; gastro-  
entérol. Hépatol. 1997,12 (12): 874-6.
- [70] **LEURIOT J.P LENEEL J.C HAY J.M JACK D. MILLAT B.  
FAGNIEZ P.L:** Association Universitaire de recherché en chirurgie.  
Cholangiopancréatographie rétrograde et sphinctérotomie endoscopique  
pour lithiase biliaire. Evaluation prospective en milieu chirurgical.  
Gastro-Entéro.clin biol 1998,17 : 244-50.
- [71] **BAERTRAUD MILLAT, E GUILLON F. BORIE :**  
Traitement chirurgical de la LVBP. Gastro-entéro. Clin. Biol. 1998,22 :  
B23-B29.
- [72] **MOREAUX J :**  
Traitement chirurgical de la LVBP. Ses résultats et son évolution dans  
une série de 707 cas. Chirurgie 2000,116 : 262-267.
- [73] **REIHOLD C. TAUREL P. BRET P.M. CORTAS G.A. MEHTA  
S.N. BARKUN A.N. WANG L. TAFAZOLI F:**  
Cholédocholithiasis: evaluation of MR cholangiography for diagnosis.  
Radiology, 1998, 209: 435-434.

## *Serment d'Hippocrate*

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- < وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس – السويسي  
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 05

سنة: 2013

## إلتهاب الأوعية الصفراوية الحصى الحاد

تجربة «UCV» في خمس سنوات بصدد 100 حالة

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: .....

من طرف

**السيدة: هاجر فاريح زوجة هشام الراجي**

المزادة في: 26 يوليوز 1987 بالقيطرة

### لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: إلهاب الأوعية الصفراوية – ثلاثية شاركوت – حصى – الفحص بالصدى –  
إستئصال المثانة الصفراوية.

#### تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد رشيد شقوف

أستاذ في علم الأمراض الجراحية

مشرف

السيد: محمد العبيسي

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: محمد الوناني

أستاذ في الجراحة العامة

أعضاء

السيد: المحجوب الشراب

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: محمد العمراوي

أستاذ في الجراحة العامة