

Cholécystites aiguës : fréquence et prise en charge au service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry, Guinée

Acute cholecystitis: incidence and management in the general surgery department of the Ignace Deen national hospital in Conakry, Guinea

Bah TS, Diallo MA, Barry MS, Théa K, Soumaoro LT, Touré A

Service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry / faculté des sciences et techniques de la santé, université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Guinée

Auteur correspondant : Bah Thierno Souleymane; Email : thiemasoul87@gmail.com

Téléphone : (+224) 6229055526; Email

Reçu le 03 janvier 2026 - Accepté le 19 avril 2026 - Publié le 29 avril 2026

RESUME

Introduction : le but était de déterminer la fréquence hospitalière et décrire les modalités de prise en charge des cholécystites aiguës à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry.

Patients et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée sur une période de 5 ans (janvier 2020 - décembre 2024) portant sur tous les cas de cholécystite aiguë admis dans notre service.

Résultats : nous avons colligé 97 cas, soit une fréquence de 1,2 % de l'activité chirurgicale. L'âge moyen des patients était de 40 ans avec une prédominance féminine (67 %, sex-ratio 0,49). Les ménagères étaient les plus touchées (44,6 %). La douleur de l'hypochondre droit était constante (100 %) et la fièvre présente dans 95,74 % des cas. L'échographie a confirmé le diagnostic dans tous les cas, révélant une lithiase associée chez 74,2 % des patients. Le traitement a été chirurgical dans 74,2 % des cas, réalisé exclusivement par laparotomie médiane avec une cholécystectomie rétrograde. L'évolution a été favorable dans 91,3 % des cas. Nous avons enregistré une morbidité de 8,6 % (principalement des suppurations pariétales) et une mortalité de 5,3 %. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 ± 5 jours.

Conclusion : la cholécystite aiguë est fréquente à Conakry et touche majoritairement les femmes d'âge mûr. La prise en charge reste dominée par la laparotomie en raison des limites du plateau technique. L'acquisition d'une colonne de coelioscopie est nécessaire pour améliorer les suites opératoires et réduire la durée de séjour.

Mots-clés : cholécystite aiguë, lithiase, prise en

SUMMARY

Introduction: the aim was to determine the hospitalization rate and describe the management of acute cholecystitis at the Ignace Deen National Hospital in Conakry.

Patients and methods: this was a retrospective descriptive study conducted over a 5-year period (January 2020–December 2024) involving all cases of acute cholecystitis admitted to our department.

Results: we identified 97 cases, representing 1.2% of surgical activity. The mean age of the patients was 40 years, with a predominance of females (67%, sex ratio 0.49). Housewives were the most affected (44.6%). Pain in the right upper quadrant was constant (100%), and fever was present in 95.74% of cases. Ultrasound confirmed the diagnosis in all cases, revealing associated gallstones in 74.2% of patients. Treatment was surgical in 74.2% of cases, performed exclusively via midline laparotomy with retrograde cholecystectomy. The outcome was favorable in 91.3% of cases. We recorded a morbidity rate of 8.6% (primarily parietal suppuration) and a mortality rate of 5.3%. The mean length of hospital stay was 10 ± 5 days.

Conclusion: acute cholecystitis is common in Conakry and primarily affects middle-aged women. Treatment continues to rely heavily on laparotomy due to limitations in surgical facilities. The acquisition of a laparoscopic system is necessary to improve postoperative outcomes and reduce the length of hospital stay.

Keywords: acute cholecystitis, gallstones, management, Guinea

INTRODUCTION

La cholécystite aiguë se définit comme une inflammation aiguë de la paroi vésiculaire, le plus souvent associée à une infection de son contenu [1]. Urgence médico-chirurgicale majeure, elle résulte dans 90 % des cas d'un enclavement lithiasique au niveau du collet de la vésicule ou du canal cystique ; les formes alithiasiques représentant environ 10 % des étiologies [2-3]. Dans les pays développés, cette affection occupe le premier rang des pathologies des voies biliaires chez l'adulte, avec une prédominance féminine marquée [2]. En Afrique subsaharienne, l'incidence est en nette progression depuis 10 à 20 ans comme rapporté par Diallo AT et al en Guinée [9]. Cette tendance s'explique par l'évolution des habitudes alimentaires, l'usage croissant des contraceptifs oraux et l'amélioration de l'espérance de vie des patients drépanocytaires [3]. Par ailleurs, la généralisation de l'échographie a considérablement favorisé la détection des calculs vésiculaires paucisymptomatiques [4]. Sur le plan thérapeutique, une méta-analyse de la Cochrane Database a établi, dès 2006, la cholécystectomie par voie cœlioscopique comme le standard de référence (gold standard) [5]. Le pronostic de l'affection est étroitement lié à la précocité du diagnostic et de l'intervention. En effet, une prise en charge tardive expose le patient à des complications évolutives graves, telles que la gangrène vésiculaire, la perforation ou la péritonite biliaire [6]. L'évolution des pratiques et des résultats cliniques varie selon les contextes géographiques. En France, Loozen et al. ont rapporté une série de 703 cholécystectomies sur 14 ans, avec une morbidité de 17 % et une mortalité de 3 % [7]. En Tunisie, Beyrouti et al. ont réalisé 106 cholécystectomies laparoscopiques en 5 ans, affichant un taux de morbidité de 12,3 % [8]. En Guinée, Koundouno et al. ont recensé 132 cas de cholécystite aiguë lithiasique sur une période de 5 ans à l'hôpital national Ignace Deen, avec une morbidité de 5,3 % et une mortalité de 1,5 % [6]. C'est dans ce contexte que s'inscrit notre étude, dont l'objectif est de déterminer la fréquence hospitalière et de décrire les modalités de prise en charge des cholécystites aiguës au sein du service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive, menée sur une période de 5 ans (janvier 2020 - décembre 2024). L'étude s'est déroulée au sein du service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée). Nous avons inclus dans ce travail tous les dossiers de patients admis pour une cholécystite aiguë durant la période d'étude. Le recueil des données a été effectué à partir des registres d'hospitalisation et des dossiers cliniques. Les données sociodémographiques, cliniques,

thérapeutiques et évolutives ont été étudiées.

RÉSULTATS

Sur la période d'étude, nous avons recensé 97 cas de cholécystites aiguës. Cette pathologie représentait 1,2 % de l'activité chirurgicale globale du service et 1,96 % des urgences chirurgicales abdominales. L'âge moyen des patients était de 40 ans, avec des extrêmes de 10 ans et 70 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 36 - 45 ans (30,8 %). Une nette prédominance féminine a été observée (67%, n=65) avec un sex-ratio de 0,49. Sur le plan socio-professionnel, les ménagères étaient les plus représentées (44,6%, n=42), suivies des ouvriers (21,2%, n=20). Le délai moyen de consultation était de 54 heures (extrêmes : 12 et 96 heures). La figure 1 illustre la fréquence des principaux facteurs de risque identifiés.

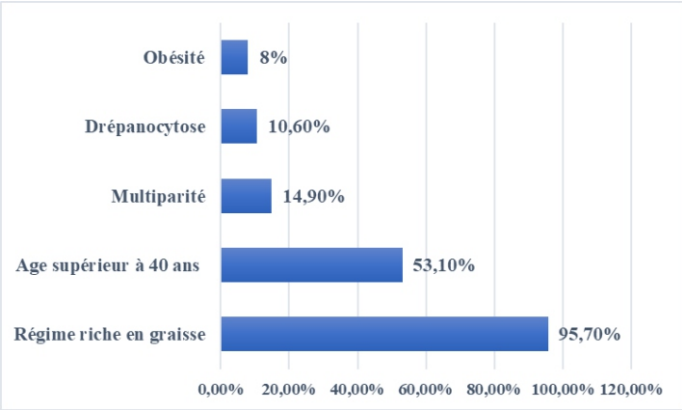


Figure 1 : fréquence des principaux facteurs de risque identifiés (N=97)

La douleur de l'hypochondre droit était constante (100 %), associée à des vomissements dans 88,8 % des cas. À l'examen physique, la fièvre (95,74 %) et le signe de Murphy clinique (88,2 %, n=83) constituaient les signes majeurs. L'échographie abdomino-pelvienne, réalisée chez tous les patients, a permis de poser le diagnostic. Le tableau 1 rapporte les données échographiques.

Tableau I : répartition des patients selon les données échographiques

Données échographiques	Effectif (N=97)	%
Cholécystite lithiasique	72	74,2
Murphy échographique	29	29,8
Pyocholécyste	16	16,4
Cholécystite alithiasique	2	2,1
Hydrocholécyste	1	1,0

Le bilan biologique comportant l'hémogramme, le groupage sanguin, l'hémostase, la glycémie, l'urée, la créatininémie et la sérologie virale a été systématique pour l'ensemble des patients. Le traitement était opératoire (74,2%) et non opératoire (25,8%) incluant

une réanimation adaptée. La cholécystectomie rétrograde par voie de laparotomie médiane a été pratiquée pour le traitement opératoire. Il s'agissait d'une cholécystite catarrhale dans 72,8 % des cas. L'évolution était favorable pour 91,3% des patients (n=88). Les complications étaient de 8,7% (n = 9) dont 5 décès. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 ± 5 jours, avec des extrêmes de 1 et 35 jours.

DISCUSSION

Dans notre série, la fréquence des cholécystites aiguës était de 1,2 % (n=97). Ce taux est inférieur à celui rapporté en Guinée par Koundouno et al., qui ont colligé 132 cas [6]. À l'inverse, il demeure supérieur aux 74 cas rapportés par Diop et al. au Sénégal [9]. Ces disparités de fréquence pourraient s'expliquer par la variabilité de la taille des échantillons et les spécificités des cadres d'étude. Conformément à la littérature, la cholécystite aiguë est 2 à 3 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, tant en Occident qu'en Afrique. Cette prédominance féminine est liée à l'action des hormones sexuelles, à l'utilisation de contraceptifs oraux, à l'œstrogénothérapie et à la grossesse [10,11]. Notre série confirme cette tendance avec 67,02 % de femmes (n=63) et un sex-ratio de 0,50. Plusieurs facteurs favorisants ont été identifiés dans la littérature. Parmi eux, nous avons retrouvé le régime alimentaire hypercalorique, qui favorise la lithogénèse [12]. L'obésité, en entraînant une hypersécrétion de cholestérol biliaire, multiplie par deux la prévalence de cette affection [13]. Notre résultat (8,5 %) est comparable à celui de Chen et al. (2006) à Taiwan, qui rapportaient 7,3 % de patients obèses. La fièvre était présente chez l'ensemble de nos patients (100 %). Ce résultat, identique à celui d'une série américaine, pourrait s'expliquer par un retard diagnostique [14]. La douleur biliaire siégeant au niveau de l'hypochondre droit venait en second lieu (95,7%). Ce taux est quasi identique à celui de Samb et al. au Sénégal (96,8 %) [15], mais nettement supérieur aux 78,8 % rapportés par Guillaume et al. en France [16]. Cette différence s'explique probablement par l'accessibilité accrue à l'échographie abdominale dans les pays développés, permettant un diagnostic précoce, même pour les formes peu symptomatiques [7]. Dans notre étude, l'échographie a montré une sensibilité de 95,6 % et une spécificité de 75 % [2]. Elle a été suffisante pour confirmer le diagnostic, cela est confirmé par d'autres auteurs tel que : Daniak CN aux USA en 2008 [17]. Notre taux de traitement opératoire de 74,2 % corrobore les données de la littérature sous-régionale, notamment celles de Samb et al. [15] au Sénégal et de Koundouno et al. [6] en Guinée, qui soulignent la place centrale de la chirurgie précoce dans le plateau technique africain. Elle nécessite une

réanimation périopératoire rigoureuse, les meilleurs résultats étant obtenus lorsque l'intervention a lieu dans les 72 premières heures [17]. Sur le plan technique, la laparotomie médiane demeure l'unique voie d'abord dans notre contexte, offrant une exposition optimale de la cavité abdominale. La cholécystectomie rétrograde a été réalisée dans tous les cas, un chiffre comparable aux données de la littérature africaine. L'aspect macroscopique de la vésicule, consigné dans le compte rendu opératoire, a guidé le geste. Les suites étaient favorables dans 91,3% des cas. Nous avons toutefois enregistré 8,6% de complications dont 4 cas de suppuration pariétale et 5 décès par choc septique. Ce taux est supérieur à celui de Samb et al [15]. au Sénégal (0,6%). La mortalité globale de la pathologie varie de 0 à 7,6 % selon la littérature. Avec un taux de décès de 5,3 %, nos résultats s'inscrivent dans cette fourchette. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 ± 3 jours ce qui est statistiquement supérieur aux moyennes rapportées dans la littérature [15]. Cet allongement du séjour hospitalier peut être attribué à deux facteurs principaux notamment le choix systématique de la laparotomie médiane (incision large retardant la cicatrisation et la reprise du transit) et le retard de consultation, souvent supérieur à 4 jours. À l'inverse, dans de nombreux pays, la cœlioscopie est pratiquée en première intention [18], réduisant considérablement la durée d'hospitalisation ; une technique qui n'est pas encore disponible dans notre service.

CONCLUSION

La cholécystite aiguë lithiasique demeure une urgence médico-chirurgicale fréquente au service de Chirurgie Générale de l'Hôpital National Ignace Deen. Cependant, notre étude met en évidence deux défis majeurs, le retard de consultation, qui influence directement la sévérité des tableaux cliniques à l'admission et l'allongement de la durée d'hospitalisation, lié à l'utilisation exclusive de la laparotomie médiane. Bien que la prise en charge chirurgicale par voie classique permette d'obtenir des résultats satisfaisants avec une évolution favorable dans plus de 90 % des cas, l'introduction de la chirurgie laparoscopique (cœlioscopie) apparaît aujourd'hui indispensable.

REFERENCES

1. **Payen JL, Muscaris F.** La cholécystite aiguë lithiasique, diagnostic, critères de gravité, traitement. Quand et comment chercher une lithiase de la voie biliaire principale ? Comment traiter une lithiase de la voie biliaire principale, associée ou non à une lithiase vésiculaire ? Post' U FMC-HGE 2011 ;1 :287-298.
2. **Regent D, Laurent V, Meyer BL et al.** La douleur biliaire : comment la reconnaître ?

Comment l'expliquer ? Journal de radiologie 2006 ; 87 : 413-429

3. Pelletier G, Sales JP. Indication thérapeutique de la lithiase biliaire

ECM (Elsevier, Paris), Hépatologie, 2008 ; 3(3) : 1-6

4. Steven M, Strasberg MD. Clinical practice : acute cholecystitis. The new England journal of Medicine 2008; 358(26): 2804-2811

5. Keus F, de Jong J, Gooszen HG, Laahowen CJHM. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis.

Cochrane Database Systematic Reviews 2006; 4: 1-153

6. Koundouno AM, Oularé I, Kondano SY et al.

Cholécystite aigue : prise en charge et facteurs pronostiques au service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen CHU de Conakry. Journal of medical care research and review 2024; 7 (08): 1-6

7. Loozen CS, Van Ramsshorst B Van, Santvoort HC, Boerma D. Cholécystite aigue chez les patients âgés: justification d'une cholécystectomie précoce. Elsevier Masson France 2017 :02 (03) 1-6

8. Beyrouiti MS, Beyrouiti R et al. La cholécystite aigue lithiasique : traitement laparoscopique (A propos de 04 cas). La Tunisie Médicale 2011 :89((04)355-359

9. Diallo AT, Soumaoro LT, Touré A, Conté A, Fofana H, Soumah MS. Cholecystite aigue lithiasique : à propos de 73 cas opérés à l'hôpital national Ignace Deen de Conakry . Revue Africaine de chirurgie et spécialités 2010 :4(7) :26-29.

10. Everson GT. Pregnancy and gallstones. Hepatology 1993;17(4):735-40

11. Cirillo DJ, Wallace RB, Rodabough RJ, Greenland P, LaCroix AZ, Limacher MC, et al.

Effect of hormone replacement therapy on gallbladder disease. *JAMA* 2005 ; 293(3):330-9.

12. Buffet C, Jacquemin E, Erliner S.

Physiopathologie, épidémiologie et histologie naturelle de la lithiase biliaire. Encycl. Med. Chi. Hépatologie 2008 :47 :1-7.

13. Safer L, Bdioui F, Braham A, Salem KB, Soltani MS, BA, Saffer H. Epidémiologie de la lithiase biliaire dans le centre de la Tunisie : prévalence et facteurs de risque dans une population non sélectionnée. Gastroenterol clin biol 2000 ; 24 : 883-887

14. Chen CH, Huang MH, Yang JC, Nien CK, Etheredge D et al. Prevalence and risk factors of gallstone disease in an adult population of Taiwan an epidemiological survey. Journal of Gastroenterology and Hepatology 2006; 21:1737-1743.

15. Assietou Nafissatou SAMB. Cholecystectomie par voie laparoscopique : analyse d'une série de 158 cas colligés au service de chirurgie générale de l'hôpital Général de Grand-Yoff, 2016 ; 19(155) :90-99

16. Guillaume P, Persiani R. Le risqué de plaies biliaires au cours de la cholécystectomie par laparoscopie. Journal de chirurgie 2003 ;141 (110) : 343 -353

17. Daniak CN, Peretz D, Fine JM, Wang Y, Meinke AK, Hele WB. Factors associated with time to laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. World J Gastroenterology 2008; 14(7):1084-1090

18. Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early laparoscopic cholecystectomy versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;(6):CD005440.