

FAITS CLINIQUES

Aspect échographique de l'adénomyomatose généralisée de la vésicule biliaire

A propos d'un cas

M. CLAUDON, D. RÉGENT*, F. GUILLEMIN,
J. STINES, F. BARLIER,
C. CHAULIEU, A. TRÉHEUX

Résumé : Aspect échographique de l'adénomyomatose généralisée de la vésicule biliaire. A propos d'un cas

par M. CLAUDON, D. RÉGENT, F. GUILLEMIN,
J. STINES, F. BARLIER, C. CHAULIEU et A. TRÉHEUX.

Les auteurs rapportent les images échographiques, corrélées avec les aspects radiologiques et anatomiques

Summary : Generalized adenomyomatosis of the gallbladder : ultrasonographic appearance in one case

by M. CLAUDON, D. RÉGENT, F. GUILLEMIN, J. STINES, F. BARLIER, C. CHAULIEU et A. TRÉHEUX.

Ultrasonographic images were correlated with radiological and pathological findings in a case of generalized adeno-

myomatosis of the gallbladder. Emphasis is placed on the importance of the methods employed for filling the biliary tracts with opaque medium, to confirm a suspected diagnosis suggested by heterogeneous irregular thickening, with a fringed internal limit, of the gallbladder wall.

Mots-clés : Echographie abdominale. Vésicule biliaire. Adénomyomatose. Cancer.

myomatosis of the gallbladder. Emphasis is placed on the importance of the methods employed for filling the biliary tracts with opaque medium, to confirm a suspected diagnosis suggested by heterogeneous irregular thickening, with a fringed internal limit, of the gallbladder wall.

Key-words : Abdominal ultrasonography. Gallbladder. Adenomyomatosis. Cancer.

Affection bénigne de la vésicule, l'adénomyomatose se définit anatomiquement par une hyperplasie de la muqueuse pariétale, avec hypertrophie de la couche musculaire. Des formations diverticulaires s'évaginèrent plus ou moins profondément dans la paroi à partir de la lumière vésiculaire par les classiques sinus de Rokitsansky-Aschoff.

De découverte ancienne (MALPIGHI, 1666), les aspects morphologiques et radiologiques de l'adénomyomatose vésiculaire sont bien connus [1, 2, 4, 5, 10, 14].

L'épaississement de la paroi vésiculaire qu'entraîne cette affection peut être décelé par l'échographie, mais ce fait n'a été illustré que récemment dans la littérature américaine [15, 17].

Nous rapportons une observation d'adénomyomatose dans laquelle les images échographiques ont pu être corrélées aux aspects radiologiques et anatomiques.

Observation

La patiente est une femme de 42 ans, sans antécédents particuliers. Elle se plaint depuis cinq ans de douleurs post-prandiales tardives, de siège épigastrique, à type de broiement, sans vomissements, ni troubles du transit; on ne note pas d'épisode ictérique ou fébrile associé. L'examen clinique ne retrouve qu'une douleur modérée paramédiane droite à la pression.

À la cholécystographie orale, la vésicule et les voies biliaires ne sont pas opacifiées.

L'échographie (fig. 1) montre une vésicule de situation et taille normale, à contour externe net et régulier. La paroi apparaît globalement épaissie, en moyenne 10 mm; elle est hétérogène en raison d'une alternance de formations échogènes, semblant faire saillie dans la lumière vésiculaire rétrécie, et de plages peu échogènes situées entre les précédentes, plus ou moins étendues en profondeur; la limite pariétale interne apparaît ainsi irrégulière frangée.

Plusieurs formations immobiles et non déclives, très échogènes avec cône d'ombre acoustique, évoquent des calculs du bas fond. Il n'existe aucune modification de l'aspect général lors des

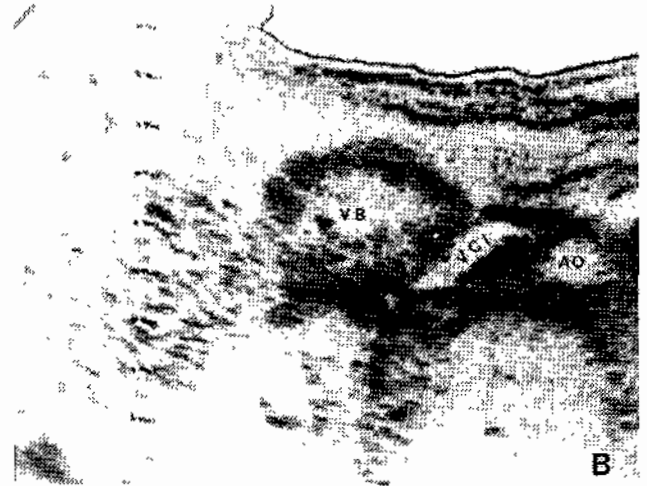
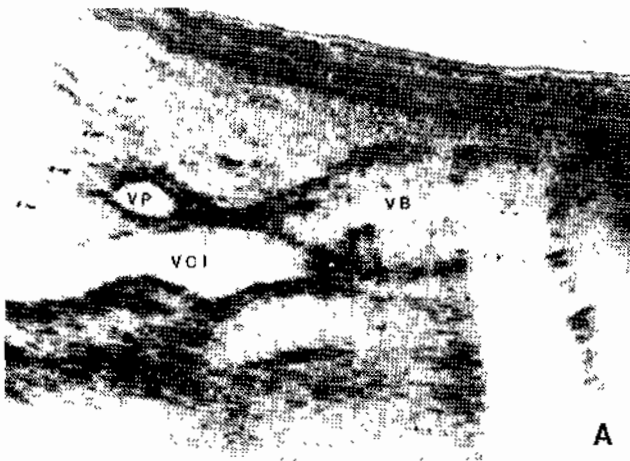


FIG. 1. — Echographie de la vésicule (A : coupe longitudinale. B : coupe transversale) Epaisseur hétérogène de la paroi : contour externe net. Limite pariétale interne irrégulière, frangée; cônes d'ombre acoustique d'origine lithiasique du bas fond

VB : vésicule biliaire.
VCI : veine cave inférieure,
VP : veine porte,
AO : aorte



FIG. 2. — Cholangiographie : lumière vésiculaire de petite taille ; présence de diverticules pariétaux de taille variable en bordure de la limite pariétale interne qui apparaît elle-même régulière.

changements de positions. Les voies biliaires ne sont pas dilatées; le foie est homogène.

La cholangiographie (fig. 2) montre des images caractéristiques d'adénomyomatose : lumière vésiculaire de surface réduite, présence de diverticules pariétaux de tailles variables.

La cholécystectomie est décidée compte tenu du caractère

récidivant des épisodes douloureux, dont certains peuvent faire craindre des migrations calculieuses.

L'examen anatomique de la pièce opératoire confirme le diagnostic (fig. 3) : son contrôle radiologique retrouve un petit calcul d'environ 4 mm de diamètre dans un volumineux diverticule du bas fond. La bile est épaisse, composée de cholestérol, bilirubine et sels biliaires. Sa filtration montre qu'elle renferme de très nombreux microcalculs de quelques dixièmes de millimètres de taille (aspect de grenaille de plomb). L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire montre un aspect de cholécystite chronique avec diverticulose kystique disséminée, sans caractère histologique de malignité.

L'échographie de la pièce opératoire (fig. 4) permet de mieux analyser les caractères de la paroi : les structures échogènes correspondent à l'hypertrophie musculaire et muqueuse généralisée; les plages peu échogènes sont dues aux diverticules qui s'enfoncent plus ou moins profondément, donnant un aspect frangé à la limite pariétale interne.

Commentaires

1) Les adénomyomatoses appartiennent avec les cholestéroloses et les polyposes, au vaste cadre des cholécystoses [9]. Les différentes séries publiées indiquent que la fréquence moyenne de l'adénomyomatose est assez élevée : de 6 à 33 % des pièces de cholécystectomie et 5 % des cholécystographies [2, 7, 9]. Le faible nombre d'observations échographiques relatées jusqu'à présent [15, 17] montre que ce diagnostic est souvent méconnu.

Notre cas est une forme anatomique généralisée, le type le plus fréquent : de 41 à 67 % des adénomyomatoses selon les séries [1, 2, 14]; les formes segmentaires ou les adénomyomes du bas fond sont plus rares.

2) L'association avec une lithiasie est souvent rencontrée : de 52 à 100 % des cas selon les auteurs [1, 2, 14]; en règle, ce sont des microcalculs siégeant dans la lumière vésiculaire, ou dans les diverticules, notamment ceux du bas-fond, comme dans notre cas.

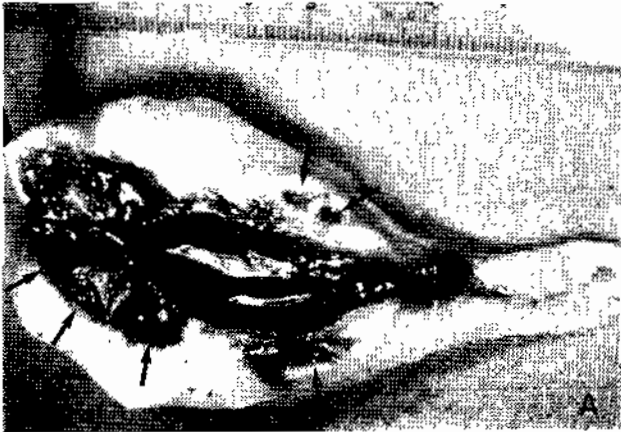
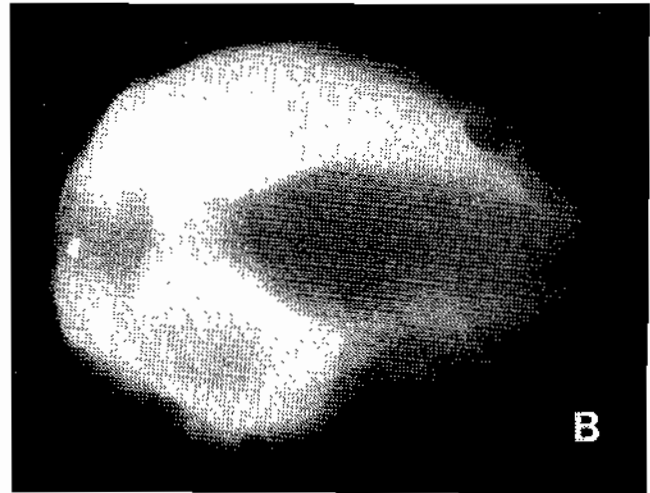


FIG. 3 — A) Aspect anatomique de la pièce opératoire ouverte, après évacuation partielle de la bile. Diverticules intramuraux (flèches) et parois épaissies.



B) Contrôle radiologique de la pièce ouverte: persistance d'un petit calcul dans le volumineux diverticule du bas fond.

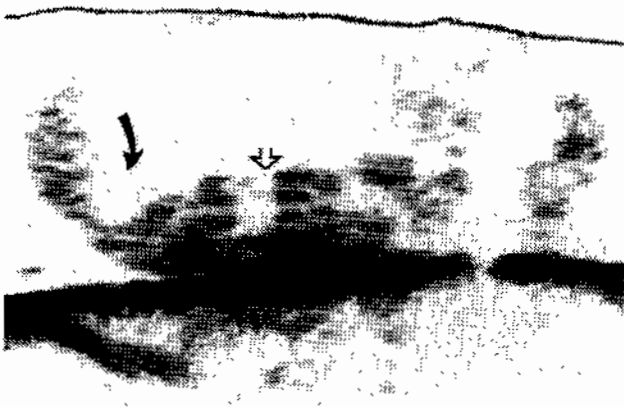


FIG. 4. — Échographie de la pièce opératoire (coupe longitudinale): sonde de 5 MHz — bonne visualisation des diverticules (flèche pleine) et des sinus de Rokitansky-Ashoff (flèche creuse) au sein de la paroi épaissie.

3) Le signe échographique prédominant de l'adénomyomatose est l'épaississement pariétal. La correspondance anatomique dans notre observation montre qu'il est la traduction directe de l'hyperplasie adénomyomatotique. Dans notre cas, il est marqué (10 mm en moyenne), et généralisé; il serait segmentaire ou fundique dans d'autres types anatomiques.

Son caractère hétérogène et l'aspect irrégulier, festonné ou frangé de la limite pariétale interne apparaissent liés à la présence des diverticules et des sinus de Rokitansky-Ashoff. La grande variabilité de leur répartition, de leur taille, de leur développement en profondeur permet d'expliquer la diversité des aspects rencontrés. Les diverticules diagnostiqués *in vivo* dans le cas de Rice, sont mal discernés dans notre observation. La taille est un facteur essentiel conditionnant leur visibilité, et l'emploi de sondes à haute fréquence peut permettre une visualisation plus facile des diverticules de petit volume. De plus, la bile intraluminaire ou intradiverticulaire est souvent épaissie [2], peut-

être en raison de l'activité accrue de la muqueuse hyperplasiée; elle peut alors être faiblement échogène et rendre plus difficile la reconnaissance des diverticules et de leurs limites. Enfin des réactions inflammatoires associées sont également susceptibles de modifier l'aspect échographique de la paroi.

L'association avec une lithiase est facilement reconnue grâce à l'existence d'un cône d'ombre acoustique sous-jacent.

4) Le diagnostic différentiel de l'adénomyomatose est celui des épaississements de la paroi vésiculaire.

Plusieurs séries avec corrélation anatomique montrent qu'un épaississement localisé supérieur à 5 mm est pathologique [7, 12]. De faux aspects d'épaississement sont dus aux vésicules en contraction, à la présence d'une ascite, d'une hypoalbuminémie, ou encore à l'existence de sludge dont l'aspect varie aux changements de position [7, 8, 11].

Les premières causes d'épaississement pariétal sont les cholécystites. Les formes aiguës ont un tableau clinique bien différent des adénomyomatoses; à l'examen échographique, la vésicule est grosse, la paroi hétérogène avec de fréquentes lames transsoniques la disséquant plus ou moins, les contours externes et internes sont flous; ces signes traduisent l'œdème et les éventuels foyers nécrotiques ou abcédés pariétaux [16, 17]. Les cholécystites chroniques donnent des vésicules rétractées sur calculs, avec parois épaissies mais globalement échogènes [7].

Les tumeurs bénignes (polypes, adénomes), les formations cholestéroliques se caractérisent par des images localisées, faisant saillie dans la lumière, parfois pédiculées [3].

Les cancers de la vésicule représentent le diagnostic différentiel le plus difficile avec les adénomyomatoses lorsqu'ils ne s'accompagnent pas d'ictère ni de masse sous hépatique volumineuse [13, 18, 19, 20, 21]. Échographiquement ils peuvent donner un

épaississement soit généralisé par infiltration diffuse de la paroi, soit segmentaire par un processus localisé. La limite pariétale interne peut présenter un aspect irrégulier, frangé dû à la saillie des bourgeons néoplasiques dans la lumière. La lithiasc est également souvent associée. Le diagnostic peut être orienté par l'existence de signes associés : extension de voisinage, adénopathies, métastases viscérales notamment hépatiques. En cas de doute, le recours à la cholécystographie, ou à défaut à la cholangiographie permet de corriger le diagnostic en montrant des aspects typiques d'adénomyomatose.

Conclusion

L'adénomyomatose vésiculaire doit être évoquée devant un épaississement pariétal hétérogène, avec limite pariétale interne irrégulière, frangée, associé ou non à une microlithiasc. Le difficile diagnostic échographique avec les cancers de la vésicule fait mesurer tout l'intérêt que gardent les explorations radiologiques contrastées classiques dans cette affection.

Bibliographie

- ALBOT (G.), DELAVIÈRE (Ph.) : Les affections non lithiasiques et non cancéreuses de la vésicule biliaire et du cystique. Etude anatomopathologique. *Arch. Fr. Mal. App. Digestif.* 1966, 55, 125-154
- ARNAUD (J.P.), GRAMFORT (J.L.), WEILL-BOUSSON (M.), DAILY (R.), ADLOFF (M.) : Contribution à l'étude des cholécystoses. Analyse clinique, radiologique et anatomo-pathologique. *Ann. Chir.*, 1980, 34, 111-117
- CARTER (S.J.), RUTLEDGE (J.), HIRSCH (J.H.), VRACKO (R.), CHIKOS (P.M.) : Papillary adenoma of the gallbladder : ultrasonic demonstration. *J.C.U.*, 1978, 6, 433-435
- COLLÉSSON (L.), RAUBER (G.), JACQUEFFIN (M.), NITCHE (B.) : Les cholécystopathies à sinus de Rokitansky-Aschoff (étude radio-anatomoclinique). *Rev. Med. Nancy.* 1957, 82, 182-186
- COLLÉSSON (L.), RAUBER (G.), TREHEUX (A.), MATHIEU (P.) : Hyperplasies et tumeurs bénignes vésiculaires. *Ann. Med. Nancy.* 1963, 2, 1459-1488.
- COLQUHOUN (J.) : Adenomyomatosis of the gallbladder. *Br. J. Radiol.*, 1961, 34, 101-112
- FINBERG (H.J.), BIRNBOIM (J.C.) : Ultrasound evaluation of the gall bladder wall. *Radiology.* 1979, 133, 693-698
- FISCKE (C.E.), FAYE (C.L.), BROWN (T.W.) : Ultrasonographic evidence of gallbladder wall thickening in association with hypoalbuminemia. *Radiology.* 1980, 135, 713-716
- JUTRAS (A.J.), LONGTIN (J.M.), LEVESQUE (H.P.) : Hyperplastic cholécystoses. *Am. J. Roentgenol.*, 1960, 83, 795-827
- JUTRAS (J.A.), LEVESQUE (H.P.) : Adenomyoma and adenomyomatosis of the gallbladder. Radiologic and pathologic correlations. *Radiol. Clin. North Am.* 1966, 4, 483-500
- MARCHAL (G.), CROLLA (D.), BAERT (A.L.), FEVEY (J.), KERREMANS (R.) : Gallbladder wall thickening : a new sign of gallbladder disease visualized by gray scale cholécystosonography. *J.C.U.*, 1978, 6, 177-179
- MINDALL (H.J.), RING (B.A.) : Gallbladder wall thickening. Ultrasonic findings. *Radiology.* 1979, 133, 699-701.
- OLKEN (S.M.), BLEDSOE (R.), NEWMARK (H.) : The ultrasonic diagnostic of primary carcinoma of the gallbladder. *Radiology.* 1978, 129, 481-482
- RAM (M.D.), MIDHA (D.) : Adenomyomatosis of the gallbladder. *Surgery.* 1975, 78, 224-229.
- RICE (J.), SAUERBREI (E.E.), SEMOGAS (P.), COOPERBERG (P.L.), BURHENN (H.J.) : Sonographic appearance of adenomyomatosis of the gallbladder. *J. Clin. Ultrasound.* 1981, 9, 336-337.
- ROUANET (J.P.), BRUEI (J.M.), BENGANA (A.), LEVY (P.), MICHEL (J.L.), DJOUKHADAR (A.), LAMARQUE (J.L.) : Un diagnostic échographique : la cholécystite phlegmoneuse non lithiasique. *Ann. Radiol.*, 1980, 23, 443-444.
- SANDERS (R.C.) : The significance of sonographic gallbladder wall thickening. *J. Clin. Ultrasound.* 1980, 8, 143-146.
- TEYSSOU (H.), MANTEAU (G.), RUIZ (R.), TER-DAUTIAN (M.P.), TESSIER (J.P.) : Echographie et cancer primitif de la vésicule biliaire. Apports diagnostiques. *J. Radiol.*, 1979, 60, 411-415
- WEILL (P.) : Aspects ultrasonores de cancers de la vésicule biliaire. *Ann. Radiol.*, 1979, 22, 17-21
- YEH (H.C.) : Ultrasonography and computed tomography of carcinoma of the gallbladder. *Radiology.* 1979, 133, 167-173.
- YUM (H.Y.), FINF (A.H.) : Sonographic findings in primary carcinoma of the gallbladder. *Radiology.* 1980, 134, 693-696