

Malade de 47 ans Douleurs abdominales aiguës HCD

Fièvre Défense Hyperleucocytose Biologie hépatique N



quels sont les principaux items sémiologiques à retenir sur les clichés
d'abdomen urgent (station verticale -rayon directeur horizontal et
décubitus-rayon directeur vertical



obs. Pr G. Schmutz CHU Sherbrooke



opacité homogène étendue dans tout l'hémi abdomen droit , refoulement
des segments digestifs.

mauvaise visibilité du bord externe du psoas droit: tissu cellulo-graisseux
sous-péritonéal

T

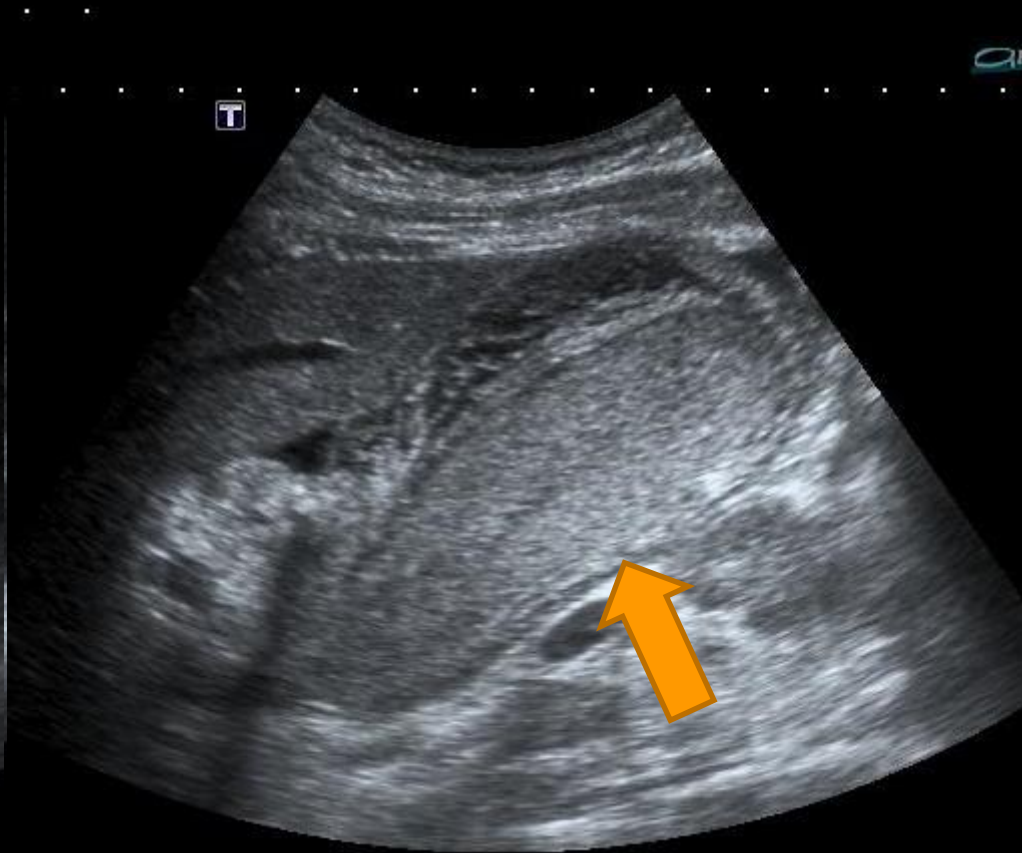
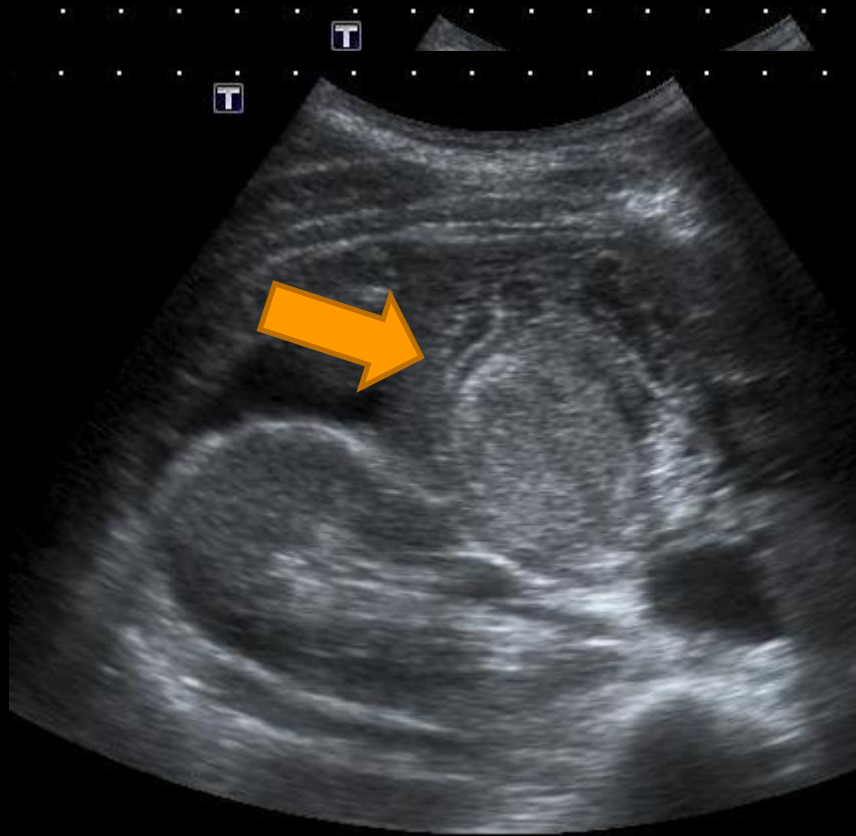


T

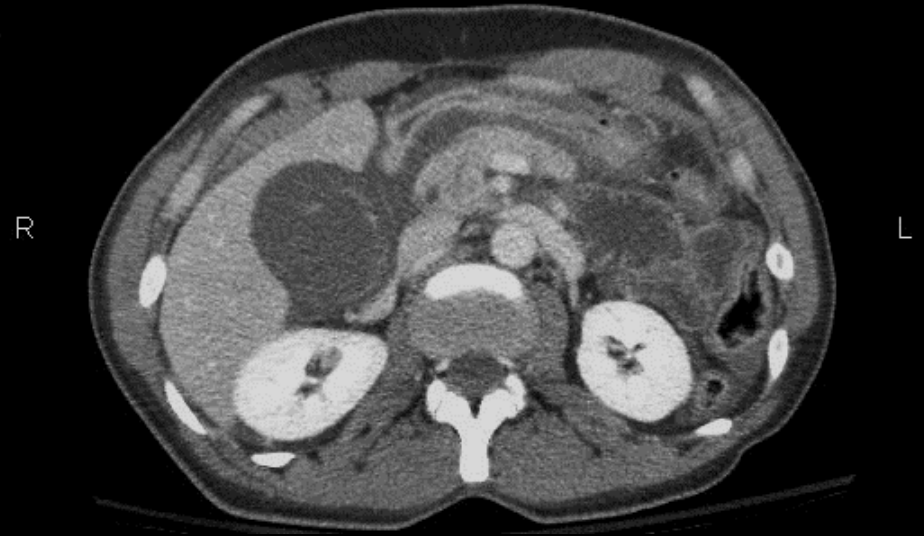
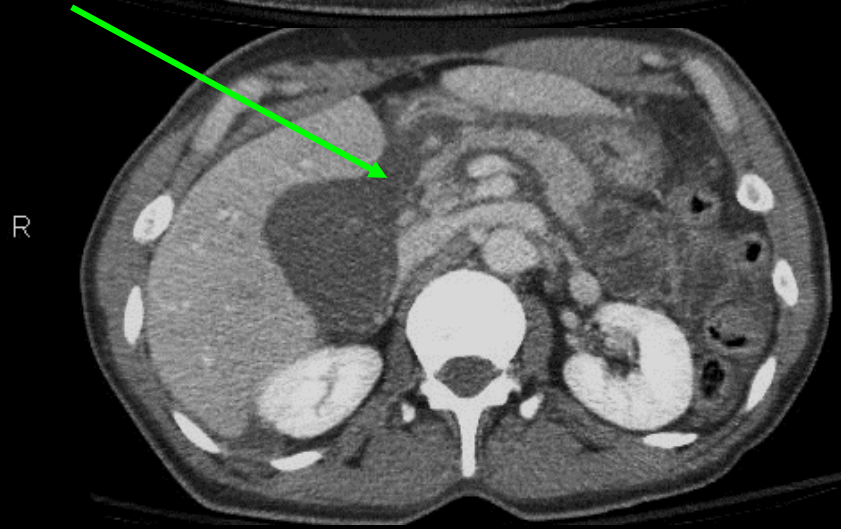
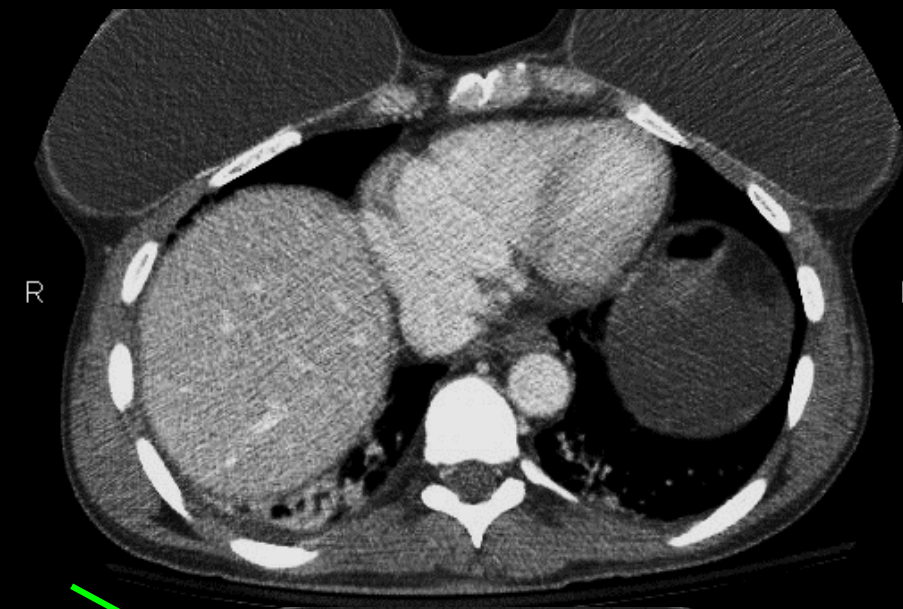


10 ♦

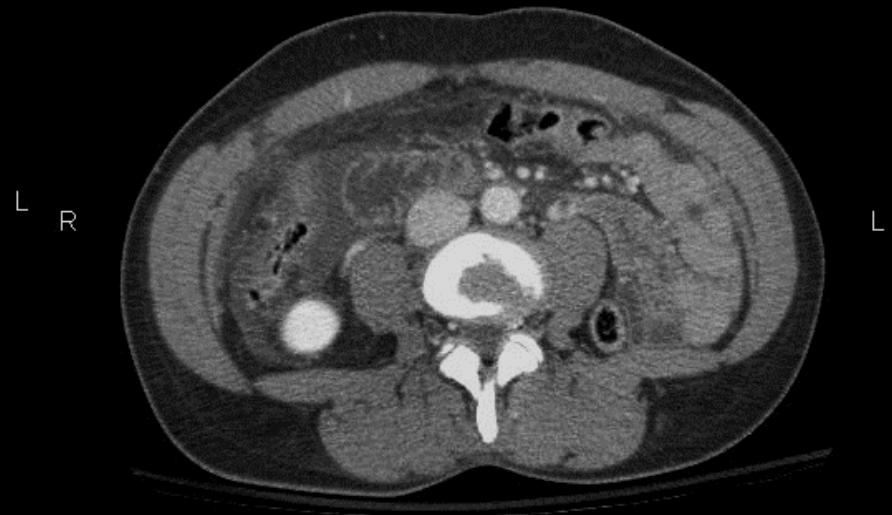
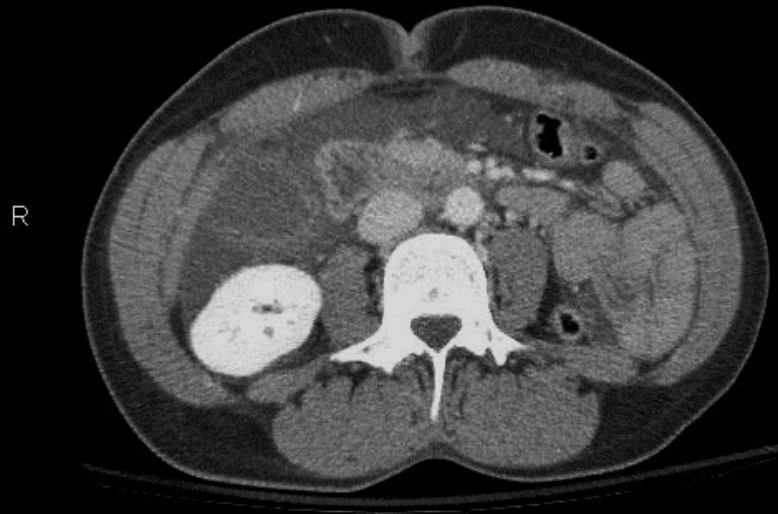
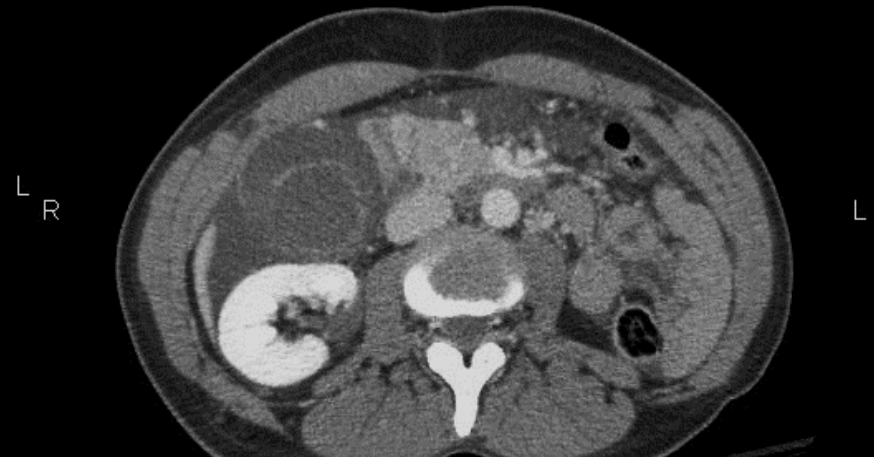
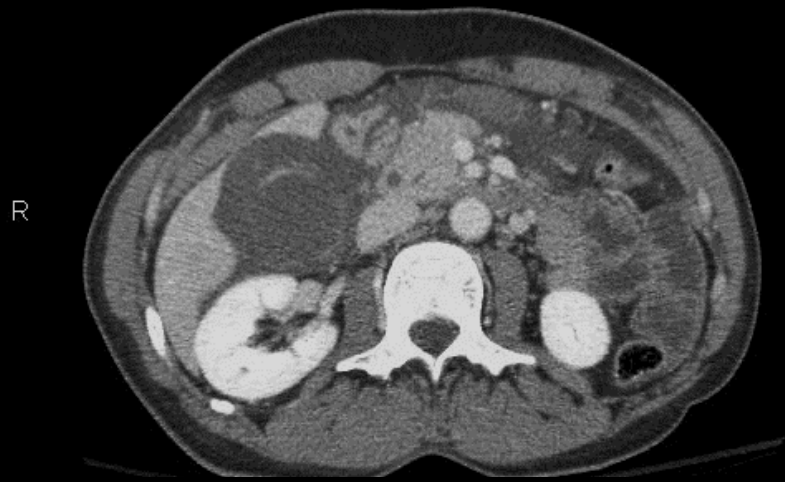
quels sont les principaux items sémiologiques à retenir sur l'exploration échographique de l'hypochondre droit ?



l'échographie montre une **vésicule tendue**, à **paroi très mince** et à contenu homogène fait de petits échos denses . Il n'y a pas de calcul évident et le renforcement acoustique postérieur est net.



la scanner confirme la distension de la vésicule biliaire , l'amincissement de la parois vésiculaire; la densité du contenu vésiculaire est très légèrement plus élevée que celle du LCR.; mais il y a des hétérogénéités évocatrices de "débris"



l'épanchement liquide péritonéal est en continuité avec le contenu vésiculaire et se poursuit dans toute la cavité péritonéale pelvi-abdominale. Cette fluidité particulière est le propre des épanchements bilieux qui sont par ailleurs très douloureux

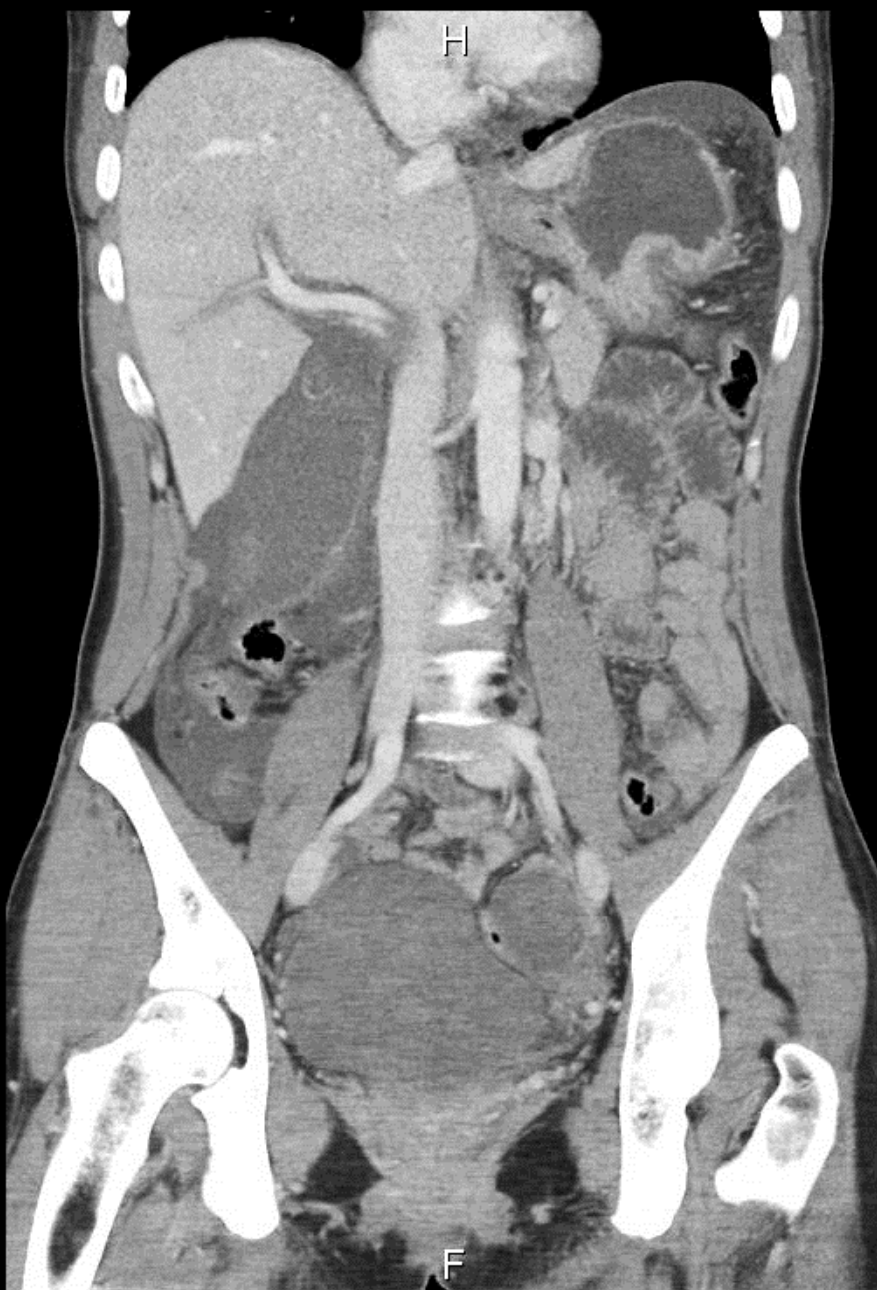


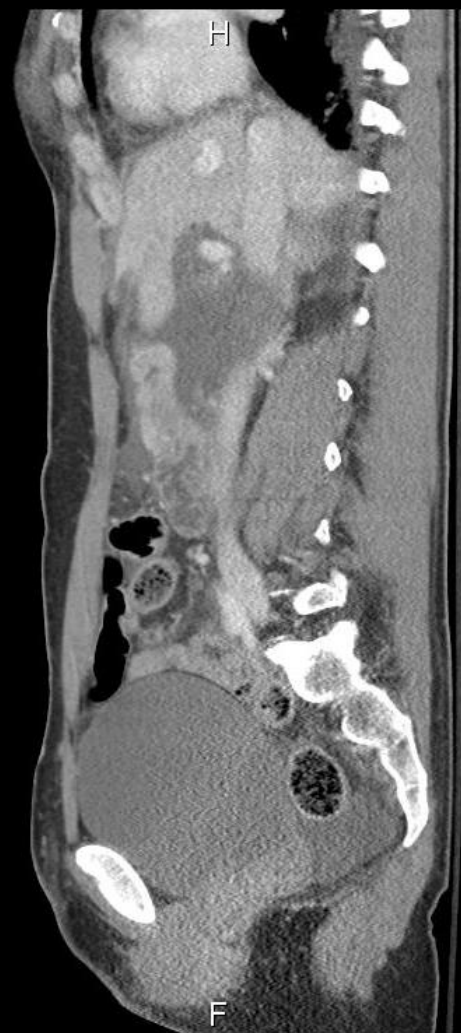
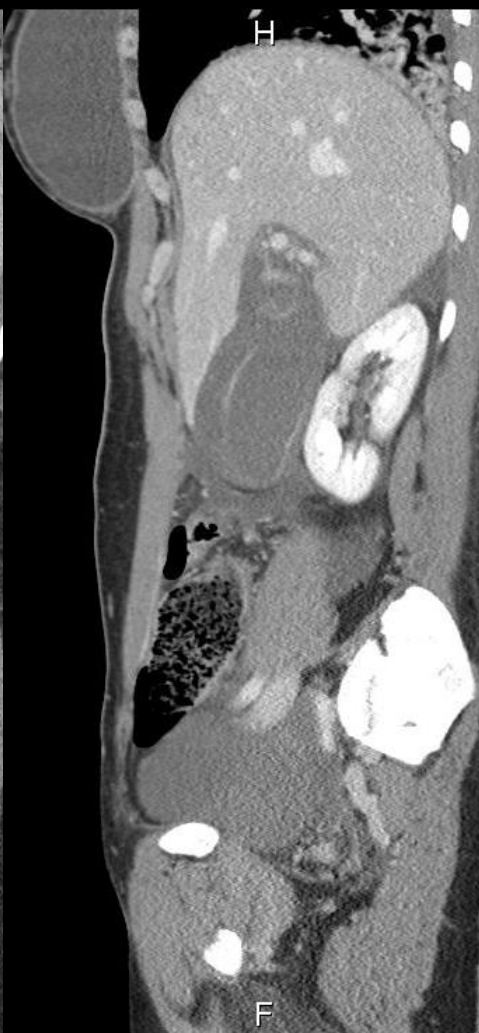
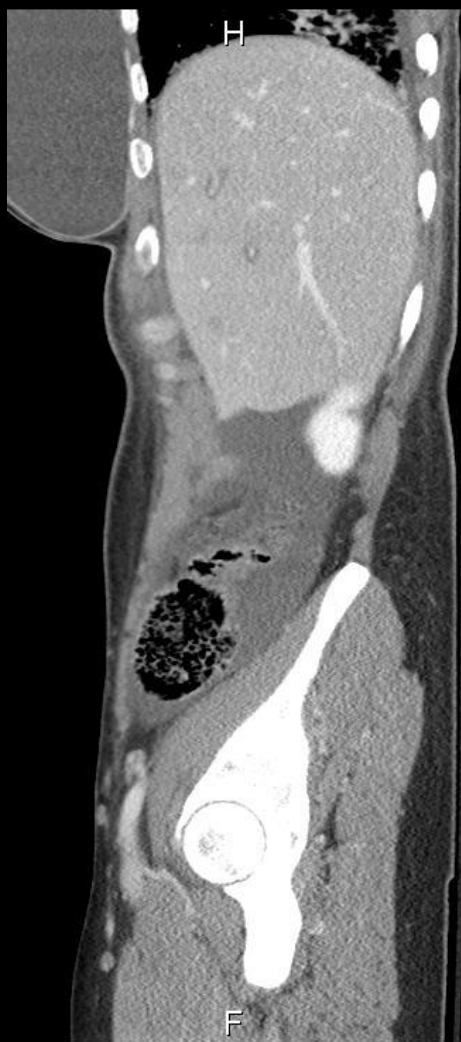
le cholépéritoine est abondant dans les régions déclives de la cavité pelvienne :
régions pararectales et cul de sac de Douglas, fosse iliaque droite





le cholépéritoine est régulièrement réparti dans les étage sus et sous mésocoliques , traduisant la très grande fluidité et le pouvoir couvrant de la bile .

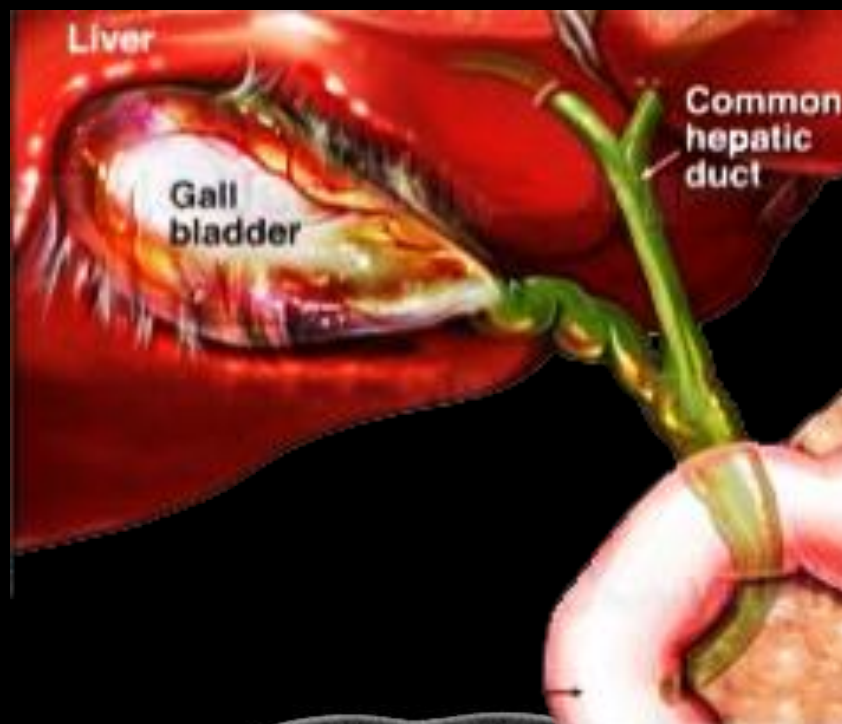






Au total , et l'intervention, chirurgicale le confirmera, on doit conclure à une

**cholécystite aiguë ischémique alithiasique
avec perforation et cholépéritoïne**



R



L

la cholécystite aiguë ischémique alithiasique

-ischémie aiguë de la vésicule biliaire sans relation avec des calculs, suivie d'une infection bactérienne dans les cholécystites aiguës "de stress" (post opératoires , de réanimation chirurgicale) ;

ou compliquant certaines atteintes infectieuses dans les cholécystites aiguës "primitivement infectieuses"

et les cholécystites aiguës "idiopathiques" (homme , > 60 ans, diabète, éthylisme, cardiopathie ischémique)

-5 à 10 % des vésicules biliaires opérées ne renferment pas de calculs

-les cholécystites aiguës ischémiques sont souvent observées chez des patients gravement atteints

-sur le plan étiologique, on peut retenir comme facteurs de risque

- les chocs septiques avec hypotension et défaillance multiviscérale
- les traitements immunosuppresseurs
- les polytraumatismes et les brûlures étendues
- le diabète
- les chimio embolisations des tumeurs hépatiques+++++

1 - les cholécystites aiguës "de stress"

le fait princeps est une **ischémie du territoire de l'artère cystique**; la vascularisation vésiculaire, de type terminal, étant particulièrement sensible au bas débit splanchnique.

l'infection secondaire de la cholécystite ischémique est le fait de germes

pathogènes intestinaux : E Coli, Enterococcus faecalis, Klebsiella, pseudomonas,

proteus spécifs, Bactérioides

les facteurs favorisant la survenue des cholécystites ischémiques "de stress" :
post chirurgie cardiaque et viscérale, réanimation des polytraumatisés et des
grands brûlés) sont les suivants :

- l'inflammation et l'œdème de la paroi qui compromettent la perfusion sanguine
- la stase dans la vésicule biliaire (absence d'alimentation entérale:
morphinomimétiques bloquant le sphincter d'Oddi...)
- l'accumulation de microcristaux de cholestérol (sludge)
- l'augmentation de la viscosité de la bile
- la dégradation du mucus vésiculaire

2 les cholécystites aiguës alithiasiques " primitivement infectieuses"

elles sont liées au **terrain**:

sujets immunodéprimés HIV+++, infections opportunistes CMV,
cryptosporidiose, MAC,
leucopénies *C albicans*

ou à **certains germes** ou **agents infectieux** à tropisme biliaire

Salmonella typhi et *paratyphi*, choléra, leptospirose, ascaridiose.

Expérimentalement, l'injection d'une endotoxine d' *E Coli* peut
provoquer une cholécystite aiguë ischémique

3 caractères généraux cholécystites aiguës alithiasiques "

cliniquement, les symptômes sont souvent plus insidieux dans les cholécystites aiguës ischémiques acalculieuses que dans les cholécystites lithiasiques classiques ; l'échographie par sa disponibilité constitue un apport essentiel pour le diagnostic ; sa valeur prédictive négative est très élevée si elle est normale

l'incidence des gangrènes et des perforations est plus élevée dans les cholécystites aiguës ischémiques

la cholécystectomie est le traitement de référence; le drainage trans-pariétal (cholecystostomie) est une solution de recours chez des personnes âgées ou fatiguées