

DIAPHRAGME VESICULAIRE : UNE CAUSE INHABITUELLE DE CHOLECYSTITE AIGUE ALITHIASIQUE COMPLIQUEE DE PERITONITE BILIAIRE

R. MZALI, M. ABID, N. FERIANI, R. Derbel, M. F. FRIKHA, M. BEN AMAR, M.I. BEYROUTI

Service de chirurgie générale. EPS Habib Bourguiba Sfax - Tunisie

RESUME

La vésicule biliaire à diaphragme est une très rare anomalie de l'embryogénèse vésiculaire. Elle constitue une cause exceptionnelle de péritonite biliaire. Nous rapportons le premier cas d'un adulte de 54 ans présentant des coliques hépatiques depuis deux ans et dont les données des examens morphologiques ont conclu à une cholécystite alithiasique sur vésicule à diaphragme. L'exploration coelioscopique a confirmé le diagnostic avec la présence d'une péritonite biliaire par diffusion. Une cholécystectomie avec une toilette péritonéale coelioscopique a été réalisée. L'étude histologique affirme le diagnostic d'une cholécystite sur vésicule à diaphragme. L'embryogénèse, les caractéristiques histologiques et morphologiques ainsi que le traitement sont discutés.

Mots clés : Diaphragme vésiculaire – Cholécystite – Péritonite – Scanner

INTRODUCTION

La vésicule biliaire à diaphragme est une malformation congénitale très rare de la vésicule biliaire[1]. Cette anomalie anatomique est longtemps asymptomatique [1]. Parfois, elle est responsable des douleurs abdominales chroniques [1,2]. Dans de rare cas, elle peut être la cause d'une cholécystite lithiasique [3] ou alithiasique [2]. Grâce au progrès de l'imagerie moderne que le diagnostic peut être posé en pré opératoire[2,3]. La cholécystectomie par voie laparoscopique constitue le traitement de choix dans les formes symptomatiques ou compliquées[3,4]. Nous rapportons un cas de péritonite biliaire secondaire à une cholécystite alithiasique sur vésicule à diaphragme survenant chez un homme de 54 ans diagnostiquée par la tomодensitométrie abdominale. A notre connaissance, c'est le premier cas rapporté dans la littérature. Nous essayons d'étudier les particularités physiopathologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette malformation.

OBSERVATION

Patient âgé de 54 ans, aux antécédents de colique hépatique depuis deux ans, était hospitalisé pour des douleurs de l'hypochondre droit associées à des vomissements évoluant depuis quatre jours sans fièvre ni ictère. L'examen physique montrait un malade apyrétique avec la présence d'une sensibilité de l'hypochondre droit et de l'épigastre

sans défense. Absence d'hépto-splénomégalie ou de masse palpable. Les aires ganglionnaires étaient libres. Les examens biologiques, comportant une numération formule sanguine, un bilan hépatique et pancréatique, étaient normaux. La radiographie du thorax et de l'abdomen sans préparation étaient sans anomalies. L'échographie abdominale montrait une vésicule biliaire distendue à paroi épaissie par endroit, alithiasique avec la présence en endoluminale d'une membrane séparant transversalement la vésicule en deux segments (fig. 1). Les voies biliaires intra et extrahépatiques étaient fines. La tomодensitométrie abdominale avait montré une vésicule distendue, alithiasique, au sein de la quelle il y a un diaphragme séparant la vésicule en deux parties. La paroi vésiculaire était épaissie au niveau du fond (fig. 2). Les voies biliaires intra et extra hépatiques étaient fines. Le foie et le pancréas étaient d'aspects normaux. Le malade a été opéré par voie coelioscopique avec le diagnostic d'une cholécystite alithiasique. L'exploration chirurgicale trouvait une vésicule biliaire distendue à paroi épaissi au niveau du fond avec la présence d'un épanchement biliaire dans la cavité péritonéale. Il a été réalisé une toilette péritonéale avec une cholécystectomie. La cholangiographie per opératoire était normale. L'ouverture de la pièce opératoire trouvait une vésicule alithiasique à diaphragme. L'étude anatomopathologique montrait l'aspect d'une cholécystite chronique prédominant du côté du fond (fig. 3). Les suites opératoires étaient simples.

Le patient était asymptomatique avec un contrôle échographique normal pour un recul de deux ans.

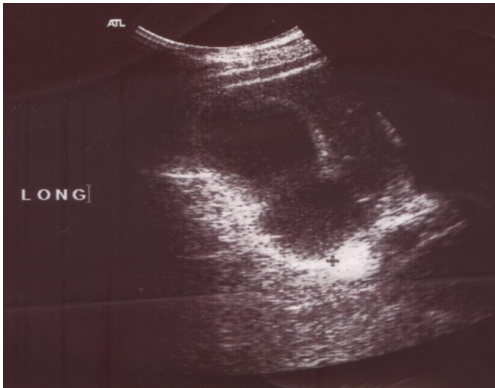


Fig 1 : l'échographie abdominale montre une vésicule distendue à paroi épaissie par endroit et elle est divisée en deux parties par une membrane.



Fig 2 : Tomodensitométrie abdominale montre une vésicule biliaire alithiasique à paroi épaissie avec la présence à sa partie moyenne un septum qui la divise en deux

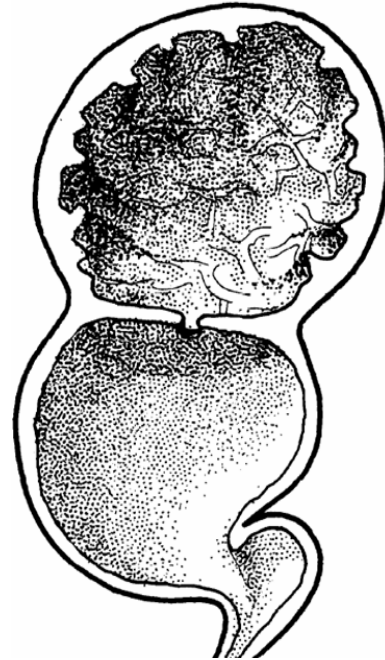


Fig 3 : schéma montrant le diaphragme séparant transversalement la vésicule biliaire en deux chambres dont l'une (fond) est à paroi épaissie

DISCUSSION

Les malformations de la vésicule biliaire sont rares. Elles peuvent intéresser la forme, le nombre, l'emplacement, ou la taille de la vésicule [1]. Elles sont souvent asymptomatiques ou parfois être la cause de plusieurs complications biliaires[1].

La vésicule biliaire à diaphragme est la malformation la plus rare[1]. Bien que la majorité d'auteurs rapporte que la vésicule biliaire à diaphragme est une malformation congénitale dont le mécanisme embryologique est méconnue[1]. Il semble que la présence des fibres musculaire dans les septums, en continuité avec la paroi de la vésicule biliaire, peut expliquer la genèse de cette malformation.

Cette variété anatomique est caractérisée par la présence d'un diaphragme divisant la vésicule en deux chambres[1]. Lorsque le septum siège sur toute sa longueur, la vésicule est dite bilobée et lorsque le septum de siège transversal, la vésicule est dite de sablier ou à diaphragme[1]. Dans cette dernière forme, le septum divise la vésicule en deux segments : un du côté du fond et l'autre du côté de l'infundibulum. Un septum dans l'infundibulum peut créer une poche comme la structure près du conduit cystique (la poche de Hartmann). Le septum près du fond peut créer une poche se manifestant comme chapeau de Phrygian[1,3]. La stase de la bile peut être responsable de formation de calcul qui est la cause des complications biliaires[3]. Parfois, il peut y avoir des complications liées à une infection de la bile au niveau de la poche du côté du fond vésiculaire qui peut être responsable à des cholécystites alithiasique[2] voir même des péritonites, c'est le cas de notre observation.

Cette malformation est souvent asymptomatique, de découverte fortuite lors d'un examen pour d'autres pathologies [1]. La vésicule à diaphragme simple ou multiple peut être la cause des douleurs abdominales chroniques. Le mécanisme de la douleur au cours d'une vésicule à diaphragme est inconnu. Cependant, il semble que le passage lent de la bile à travers un petit pertuis peut engendrer un retard d'évacuation de la bile dans la deuxième chambre. C'est à ce moment qu'elle devient symptomatique et elle peut se présentée sous différents tableaux cliniques. En effet, elle peut donner un tableau de cholécystite[2,3], de pancréatite [4] ou de péritonite. Notre malade a présenté des douleurs abdominales chroniques en rapport avec une vésicule à diaphragme alithiasique.

Grâce au progrès de l'imagerie moderne que le diagnostic de cette malformation peut être évoqué en préopératoire [1]. L'échographie abdominale est l'examen le plus fiable pour le diagnostic d'une malformation de la vésicule biliaire [2]. Les septums intra-luminaux ont été clairement vus diviser la vésicule biliaire en deux ou plusieurs

compartiments [2]. En plus, l'échographie permet de détecter de calculs biliaires et d'étudier la paroi vésiculaire [3]. Le scanner abdominal peut montrer une vésicule biliaire divisé en deux cavités avec la présence ou non de calcul [2,4]. Il permet de détecter une éventuelle complication tel qu'une pancréatite [4] ou péritonite en montrant un épanchement liquidien en périvésiculaire ou intra abdominale. Pour notre patient, les données de l'échographie et du scanner abdominal ont permis d'évoquer le diagnostic de cholécystite alithiasique sur vésicule à diaphragme.

L'examen anatomopathologique de la vésicule biliaire va confirmer la malformation vésiculaire en montrant un diaphragme séparent la vésicule en deux ou plusieurs cavités avec parfois une réaction inflammatoire de la paroi vésiculaire en rapport avec une cholécystite aigüe [3] ou chronique[2,4].

Le traitement curatif est la cholécystectomie chez les malades symptomatiques ou dans les formes compliquées, comme c'était le cas pour notre patient[2,3]. La cholécystectomie constitue le traitement de choix[2,3,4]. La voie laparoscopique est le gold standard dans cette chirurgie[2,3,4].

CONCLUSION

La vésicule à diaphragme est une malformation congénitale rare, souvent méconnue. Elle constitue une cause exceptionnelle de péritonite biliaire secondaire à une cholécystite alithiasique. Grâce à l'imagerie moderne que le diagnostic peut être retenu en préopératoire. La cholécystectomie laparoscopique constitue le traitement de choix.

REFERENCES

- 1- Krishnamurthya GT, Krishnamurthya S, Millesonb T, Brown P H. Segmentation of the gallbladder. Nuclear Medicine Communications 2007, 28:109-115
- 2- Al-Salem AH, Issa H, Naserullah Z. Septate gallbladder : a report of two cases. Annals of Saudi Medicine 2002 ; 22 : 5-6.
- 3- Nitin RP, Vismit PJ, Sanjiv PH, Harshad NS. Septate gallbladder in the laparoscopic era. J Mini Acc Surg 2008 ; 2 : 20-23.
- 4- Hunt I, Palmer D, Shirley A. Septate Gallbladder Associated With Cholecystitis and Pancreatitis in Children. N Z J Surg 2002 ; 72 : 920-921