



FAIT CLINIQUE

VOLVULUS DE LA VÉSICULE BILIAIRE : DIAGNOSTIC CLINIQUE, TOMODENSITOMÉTRIQUES ET TRAITEMENT À PROPOS D'UN CAS

GALLBLADDER VOLVULUS: REPORT OF CLINICAL, SCANNOGRAPHIC AND THERAPEUTIC FEATURES ABOUT A CASE

SBMG ADJADOHOUN¹, I LAWANI², Y IMOROU SOUAÏBOU², MD AKANNI³, M KIKI¹, DG GBESSI², PA YEKPE¹, JL OLORY-TOGBE², O BIAOU¹

1- Département d'Imagerie Médicale, Faculté des Science de la Santé, Cotonou-Bénin

2- Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales, Faculté des Science de la Santé, Cotonou-Bénin

3- Département d'Imagerie Médicale, Faculté des Science de la Santé, Parakou-Bénin

RÉSUMÉ

Le volvulus de la vésicule biliaire est une urgence chirurgicale rare consécutive à la torsion de la vésicule biliaire sur son pédicule vasculaire. Nous rapportons le cas d'un patient de 81 ans, admis pour un syndrome d'irritation péritonéale avec un syndrome infectieux. Le scanner abdominal avait évoqué une cholécystite aiguë alithiasique gangreneuse compliquée de péritonite. Le diagnostic a été corrigé en per opératoire, suite à la découverte d'une vésicule biliaire nécrosée avec une torsion sur un pédicule cystique long. Le lit d'insertion de la vésicule biliaire sur le foie mesurait environ 2 cm de grand axe. Le traitement a consisté en une cholécystectomie, lavage et drainage. Une relecture du scanner abdomino-pelvien a permis d'identifier le signe principal en faveur du diagnostic pré-opératoire le « whirl sign ».

Mots clés: *volvulus, vésicule biliaire, cholécystite.*

SUMMARY

Gallbladder volvulus is a rare surgical emergency resulting from twisting of the gallbladder on its vascular pedicle. We report the case of an 81-year-old patient admitted for peritoneal irritation syndrome of the right hemi-abdomen associated with an infectious syndrome. The abdominal CT scan was suggestive of acute gangrenous althiasic cholecystitis complicated by peritonitis. The diagnosis is corrected intraoperatively, following the discovery of a necrotic gallbladder with a twist on a long cystic pedicle. The gallbladder insertion bed on the liver was about 2 cm long. Treatment consisted of cholecystectomy and drainage. A re-reading of the abdominal CT scan identified the main sign for the diagnosis: "whirl sign".

Keywords: *volvulus, gallbladder, cholecystitis*

Tirés à part

Sonia Bignon Mahussi Gwladys ADJADOHOUN,
Téléphone : +229 61154987

07 BP 175 Sainte Rita - Cotonou,
Email : mahussi222747@gmail.com

République du Bénin.

INTRODUCTION

Le volvulus de la vésicule biliaire, encore appelé torsion de la vésicule biliaire [1] est d'une pathologie rare, peu décrite dans la littérature [2]. Son diagnostic pré opératoire est difficile [3] et sa prise en charge est chirurgicale. Nous rapportons un cas, à l'occasion duquel nous faisons une revue des éléments importants du diagnostic radiologique et de la prise en charge.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente âgée de 81 ans, admise dans le service d'accueil des urgences pour des douleurs aiguës de la fosse iliaque droite et du flanc droit. L'interrogatoire avait retrouvé un début brutal quelques heures avant l'admission. L'examen physique a retrouvé : un état général altéré, une conscience conservée, une tension artérielle à 110/85 mm de mercure, un syndrome infectieux (hyperthermie à 38,2°C, tachysphygmie à 120 pulsations par minute), un abdomen douloureux dans son ensemble avec défense de l'hypochondre droit, du flanc droit et de la fosse iliaque droite. Le bilan biologique a objectivé une hyperleucocytose à 19,2 10⁶ /L avec une polynucléose neutrophile à 17,66 10⁶/L. La C-réactive protéine était de 358mg/dl. Le taux de prothrombine était à 37%. Les enzymes pancréatiques étaient normales. Le scanner abdomino-pelvien avec injection intraveineuse de produit de contraste avait retrouvé une importante distension de la vésicule biliaire, qui mesurait environ 18cm de grand axe. La paroi vésiculaire était épaissie avec des zones de discontinuité et un défaut de rehaussement par endroits (figures 1, 2 et 3). Il y avait également une infiltration liquidienne péri-vésiculaire et un épanchement liquidien intra péritonéal de grande abondance. Il n'y avait pas de lithiasie radio opaque. Le diagnostic de cholécystite aiguë alithiasique gangrénée compliquée de péritonite a été évoqué. La cholécystectomie par laparoscopie a été décidée. A la laparoscopie la vésicule biliaire était distendue, nécrosée dans sa totalité avec des fausses membranes tout autour. Une conversion en laparotomie sous costale droite a permis de retrouver un pédicule cystique long et une torsion totale de la vésicule biliaire sur son pédicule cystique. Le lit d'insertion de la vésicule biliaire sur le foie était petit, et mesurait environ 2 cm de grand axe. Après ponction de la vésicule biliaire (dont le liquide est envoyé en analyse bactériologique), la ligature section du pédicule cystique est réalisée, suivie du lavage de la région sous hépatique et périvésiculaire, puis du drainage par double lame, l'une derrière le foie et l'autre dans le lit vésiculaire. Après l'ouverture de la vésicule biliaire on a retrouvé 3 calculs de 5mm de diamètres environ chacun. Les suites opératoires étaient simples. La

patiente est retournée à domicile le 10e jour post opératoire.



Figure 1: Reconstruction sagittale de la TDM abdominale injectée au temps portal. « Whirl sign » désigné par la flèche rouge.

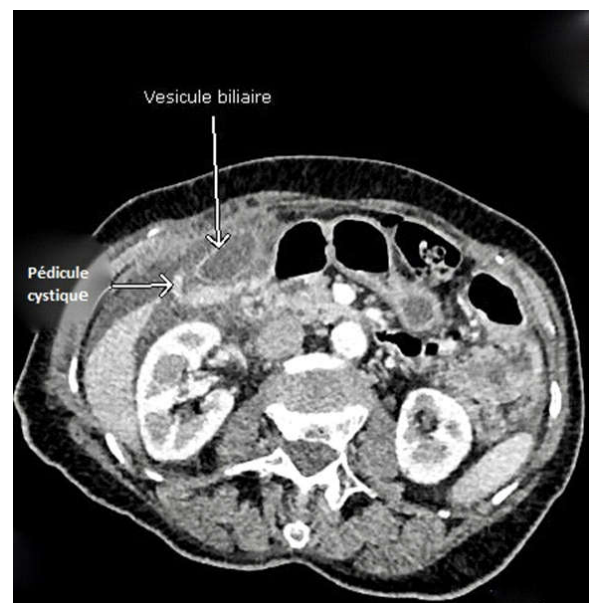


Figure 2 : Coupe axiale TDM abdominale injectée au temps portal, montrant la vésicule biliaire, le « whirl sign » et l'infiltration liquidienne péri-vésiculaire

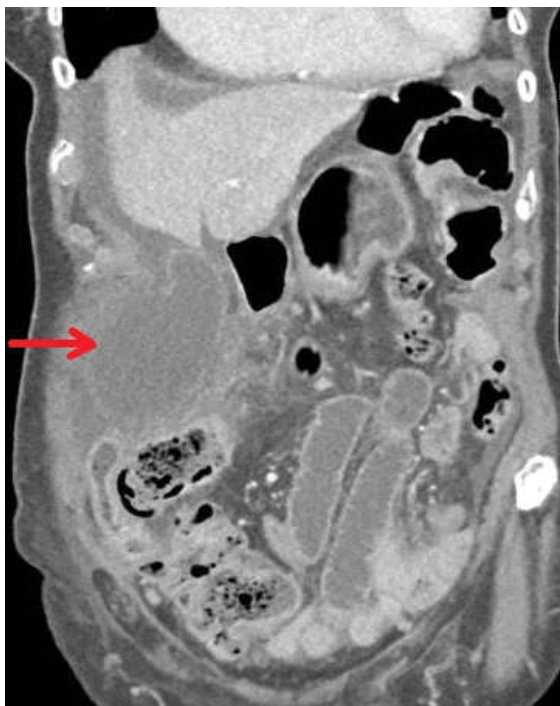


Figure 3: Reconstruction frontale TDM abdominale injectée au temps portal mettant en évidence, la distension de la vésicule biliaire, l'épaississement et l'anomalie de rehaussement des parois vésiculaires avec l'infiltration liquidienne péri-vésiculaire et péri-hépatique. « paroi vésiculaire » désigné par la flèche rouge

DISCUSSION

Le volvulus de la vésicule biliaire est une pathologie rare. La plus ancienne description a été réalisée par Wendel en 1898 [4]. Certains auteurs comme Gross [5] et Nakao [6] soulignent une prédominance chez les personnes âgées de sexe féminin. La survenue du volvulus de la vésicule biliaire s'expliquerait par l'existence de certains facteurs favorisants qui ressemblent à ceux incriminés dans la survenue du volvulus du sigmoïde. Selon Gross [5] Il s'agit principalement des variations anatomiques de la vésicule biliaire, et de la fonte de la graisse autour de la vésicule biliaire et du pédicule cystique par suite de l'atrophie tissulaire en rapport avec le vieillissement. Lorsque ces conditions sont réunies, cela augmenterait la mobilité de la vésicule biliaire et le risque de torsion [5]. Le diagnostic préopératoire du volvulus de la vésicule biliaire est exceptionnel. Les manifestations cliniques sont celles de la cholécystite aiguë, qui est le diagnostic pré-opératoire le plus souvent retenu. L'extension des signes d'irritation péritonéale sur tout l'hémi abdomen droit chez notre patiente s'explique

par la distension importante de la vésicule biliaire qui a modifié ses rapports anatomiques habituels, emmenant ainsi le fond vésiculaire en fosse iliaque droite. La rectification du diagnostic se fait en peropératoire, comme dans notre cas. Par ailleurs, la présentation clinique peut simuler d'autres pathologies comme l'appendicite aiguë [7]. Certains auteurs ont décrit des signes paracliniques qui pourraient permettre de suspecter le diagnostic préopératoire du volvulus de la vésicule biliaire. La tomodynamométrie (TDM) abdominale avec injection de produit de contraste iodé montre une vésicule biliaire en position horizontale, en dehors du lit vésiculaire, ainsi qu'une torsion du pédicule cystique avec présence d'un signe de l'enroulement encore appelé « whirl sign » (figure 1 et 2). La distension vésiculaire en cas de volvulus est souvent plus marquée qu'en cas de cholécystite aiguë lithiasique. Les anomalies pariétales vésiculaires sont mieux étudiées en TDM et associent épaississement, voire défaut de rehaussement pariétal (figure 3) en cas d'ischémie [2, 8]. Ces signes ont été retrouvés chez notre patiente. La lecture attentive des clichés scannographiques permet de retrouver les signes caractéristiques permettant de retenir le diagnostic en pré-opératoire. Trois calculs ont été retrouvés dans la vésicule biliaire, contrairement aux constats du scanner. Ceci est lié aux performances diagnostiques du scanner par rapport aux lithiases biliaires. Certains aspects du traitement portent à discussion. En effet, si tous les auteurs s'accordent sur la nécessité de la cholécystectomie [1] qui permet de confirmer le diagnostic et de rechercher les anomalies anatomiques favorisant, les modalités de celle-ci ne sont pas consensuelles. Le gold standard est la laparoscopie, mais la conversion est très fréquente, et due à l'importance de la distension qui empêche de bien manipuler comme ce fut le cas chez notre patiente. La controverse persiste quant à la détorsion ou non avant la résection. La détorsion première permettrait de diminuer le risque de lésion des voies biliaires [6, 9-10] alors que selon d'autres auteurs cette détorsion favoriserait l'ensemencement microbien.

CONCLUSION

Le volvulus de la vésicule biliaire, souvent confondu à une cholécystite aiguë, est une pathologie peu connue du fait de sa rareté. Le diagnostic est quasiment toujours peropératoire. Il peut néanmoins être évoqué au scanner sur des signes caractéristiques dont le « whirl sign ».

RÉFÉRENCES

1. Pottorf BJ, Alfaro L, Hollis HW. A Clinician's Guide to the Diagnosis and Management of Gallbladder Volvulus. *Perm J*. 2013;17(2):80-3.
2. Gog A, Robert B, Mouly C, Castier M, Chivot C, Gondry-Jouet C, et al. Gallbladder volvulus: A rare case of acute cholecystitis. *Diagn Interv Imaging*. sept 2013;94(9):893-5.
3. Lê P, Ramaheriarison Y, Billey C. Quand la vésicule « twist ». *Feuill Radiol*. juin 2006;46(3):221-4.
4. Wendel AV. VI. A Case of Floating Gall-Bladder and Kidney complicated by Cholelithiasis, with Perforation of the Gall-Bladder. *Ann Surg*. févr 1898;27(2):199-202.
5. Gross RE. CONGENITAL ANOMALIES OF THE GALLBLADDER: A REVIEW OF ONE. HUNDRED AND FORTY-EIGHT CASES, WITH REPORT OF A DOUBLE GALLBLADDER. *Arch Surg*. 1 janv 1936;32(1):131.
6. Nakao A, Matsuda T, Funabiki S, Mori T, Koguchi K, Iwado T, et al. Gallbladder torsion: case report and review of 245 cases reported in the Japanese literature. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 1 déc 1999;6(4):418-21.
7. Bauman Z, Ruggero J, Lim J. Gallbladder Volvulus Presenting as Acute Appendicitis. *Case Rep Surg*. 2015;2015:1-4.
8. Tajima Y, Tsuneoka N, Kuroki T, Kanematsu T. Gallbladder torsion showing a "whirl sign" on a multidetector computed tomography scan. *Am J Surg*. janv 2009;197(1):e9-10.
9. Chalret du Rieu M, Carrère N. Gallbladder volvulus. *J Visc Surg*. avr 2012;149(2):e159-60.
10. Boonstra EA, van Etten B, Prins TR, Sieders E, van Leeuwen BL. Torsion of the Gallbladder. *J Gastrointest Surg*. avr 2012;16(4):882-4.