



Cas clinique

Volvulus de la vésicule biliaire : Un abdomen aigu chirurgical rare, à propos d'un cas

Gallbladder volvulus: Uncommon acute surgical abdomen, à case report

Mbonicura JC^{1*}, Manirakiza S², Harakandi S³, Kwizera A¹, Habonimana D⁴

Résumé

Notre but était de décrire les difficultés diagnostiques cliniques et radiologiques devant un tableau d'abdomen aigu chirurgical dû à un volvulus de la vésicule biliaire au Burundi. Il s'agissait d'une patiente de 68 ans qui présentait un tableau clinique d'un abdomen aigu chirurgical non traumatique. Elle présentait une masse douloureuse et mobile s'étendant à l'hypochondre et flanc droits dans un contexte fébrile. La patiente était hypertendue connue avec une arythmie cardiaque avec fibrillation auriculaire. La tomodensitométrie abdominale avait permis de suspecter une cholécystite aigue lithiasique compliquée de péritonite. Au cours de la laparotomie, il y avait un volvulus de la vésicule biliaire avec un important épaissement pariétal et deux calculs infra-centimétriques. Nous présentons le cas d'une patiente qui a été prise en charge pour un abdomen aigu chirurgical sur volvulus de la vésicule biliaire.

Mots clés : Volvulus de la vésicule biliaire ; tomodensitométrie ; Urgence chirurgicale

Abstract

Our goal was to describe the clinical and radiological diagnostic difficulties faced in a surgical acute abdomen due to gallbladder volvulus in Burundi. This was a 68-year-old patient who had a clinical picture of a non-traumatic acute surgical abdomen. She had a painful and mobile mass extending to the hypochondrium and right flank with fever. The patient was known hypertensive with cardiac arrhythmia (atrial fibrillation). Abdominal computed tomography showed suspicion of acute gallstone cholecystitis complicated by peritonitis. During the laparotomy, there was a gallbladder volvulus with extensive parietal thickening and two small gallstones.

We present the case of a patient who was treated for an acute surgical abdomen due to gallbladder volvulus.

Keywords: Volvulus of gallbladder; CT-scan; Surgical Emergency

Introduction

Le volvulus de la vésicule biliaire est une pathologie rare, décrite pour la première fois en 1898 par Wendel [1]. Il est impératif de penser à ce diagnostic devant les signes évoquant une cholécystite aigue, surtout alithiasique, chez des patients âgés [2]. Il est en rapport avec une anomalie embryologique de migration de la vésicule biliaire conduisant à un mésocyste long et large ou à un mésocyste incomplet pédiculisant la vésicule sur l'artère et le canal cystiques [3-8].

Cas clinique

Mme M.R, 68 ans, aux antécédents d'hypertension, avait été reçue en consultation dans le service des urgences pour douleur de l'hypochondre droit évoluant depuis 24 heures et s'associant aux vomissements. Dans ses antécédents, il y avait une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire traitée au long cours par Rivaroxaban et une insuffisance veineuse de la saphène interne gauche opérée en 2003. L'examen physique notait une fièvre à 39°C, un abdomen douloureux dans son ensemble avec exagération et une contracture localisée à tout l'hémi-abdomen droit et un météorisme modéré. Les examens biologiques montraient une hyperleucocytose à 17 200 à prédominance neutrophiles, une fonction rénale normale, une fonction hépatique normale, une lipasémie normale et un taux de prothrombine = 37 %.

Devant ce tableau clinico-biologique, une tomodensitométrie abdominale, sans et avec injection de contraste iodé avait été réalisée 24 heures après admission en hospitalisation. Elle avait montré une vésicule biliaire très distendue à parois épaissies d'aspect dédoublé avec défaut de rehaussement sans calcul radio-opaque noté et paraissait décollée de son lit hépatique. Son pédicule cystique qui paraissait « twisté » et il y

avait un épanchement liquidien intra péritonéal péri-hépatique et douglassien (Figures 1 à 4). Le diagnostic de péritonite biliaire sur cholécystite aigue a été suspecté et une indication de cholécystectomie et lavage de la cavité péritonéale dès que possible est retenue.

Une antibiothérapie probabiliste avait été mise en route avec arrêt de Rivaroxaban, relayé par une héparine de bas poids moléculaire, et une injection de la vitamine K avec contrôle du taux de prothrombine le lendemain (57%). Une laparotomie avait trouvé une vésicule biliaire très distendue et gangréneuse, désinsérée du lit hépatique, tordue sur elle-même avec une seule spire autour de son pédicule et de son mésocyste assez long. Il y avait un œdème péri-vésiculaire et un épanchement séro-hématique intra péritonéal.

Après ponction et détorsion de la vésicule, une cholécystectomie antérograde, un lavage abondant de la cavité abdominale, un drainage de la région sous hépatique avait été réalisé. La présence de trois calculs infra-centimétriques avaient été retrouvés à l'ouverture de la pièce opératoire.

Les suites opératoires étaient marquées par une évolution favorable. La patiente avait été autorisée de sortir au 7ème jour post-opératoire. Elle avait été revue à un mois plus tard et les suites opératoires étaient sans particularité.



Image 1: Epanchement péri-hépatique



Image 2: Parois vésiculaires dédoublées



Image 3 : Torsion du pédicule vésiculaire

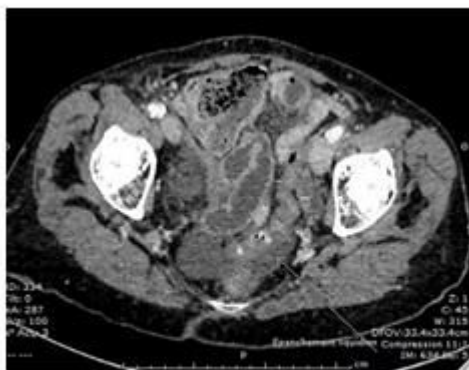


Image 4 : Epanchement dans le Douglas

Discussion

Tous les auteurs soulignent la rareté du volvulus de la vésicule biliaire. Il représente ainsi une cause rare d'abdomen aigu non traumatique et de cholécystite aiguë [1, 4]. Il est plus fréquent chez la personne âgée à partir de la soixantaine avec un sex ratio de 3/1 en faveur du sexe féminin [2-4, 7, 9]. Toutefois, quelques cas de volvulus de la vésicule biliaire ont été rapportés chez les patients jeunes [1, 2, 6, 9, 11].

Deux types d'anomalies anatomiques conférant à la vésicule biliaire une mobilité anormale (vésicule « flottante ») ont été décrits [2, 10]:

- Type A : la vésicule biliaire et le canal cystique sont reliés par un mésocyste lâche à la face inférieure du foie
- Type B : la vésicule biliaire, entourée de péritoine, pend librement suspendue uniquement par un court mésocyste.

Plusieurs éléments pouvant favoriser ces volvulus biliaires ont été notés dans la littérature : un mésocyste incomplet, un mésocyste long et large, une ptose viscérale (par laxité des mésos liée surtout à l'âge), la multiparité, l'atrophie hépatique, une maigreur, un hyper péristaltisme des viscères tels que le duodénum, l'estomac et le colon transverse, une cyphoscoliose, un traumatisme, une athérosclérose, les repas lourds ou encore plus rarement un fond vésiculaire partiellement libre [2-4, 9, 10, 12, 18]. Notre patiente, 68 ans, avait une ptose viscérale, un fond vésiculaire libre avec mésocyste long (Type A). La présence de calcul biliaire n'est retrouvée que dans 20 à 50 % des cas et sa participation pathogène n'est pas démontrée [3, 9, 12]. Selon le degré de rotation, le volvulus peut être total et complet (> 180°) ou total et incomplet (<180°) ou partiel avec aspect de vésicule en « sablier » [2-4, 8, 12].

Le tableau clinique n'est pas spécifique. Il s'agit des signes cliniques d'une cholécystite aiguë sans fièvre, sans perturbation du bilan hépatique ni syndrome inflammatoire initial. Ceci pouvant simuler une colique hépatique durant plus que d'habitude ; retardant ainsi le diagnostic. La symptomatologie peut être aussi liée au tableau de complications (péritonite biliaire) secondaire à une perforation d'une vésicule biliaire ischémique et gangrénée. Dans l'hypochondre droit une grosse vésicule très douloureuse avec mise en évidence d'un « va et vient » vésiculaire au cours de la palpation. C'est le signe pathognomonique du volvulus vésiculaire [2, 8, 10, 14].

L'échographie est l'examen le plus contributif et montre classiquement des signes de cholécystite souvent alithiasique. La situation antérieure et transversale d'une vésicule flottante et l'aspect conique écho gène du pédicule cystique lié au « twist » peuvent alerter mais sont très rarement reconnus. Les calculs sont présents dans 25% des cas environs [2, 3, 10]. La tomodensitométrie montre habituellement une vésicule biliaire distendue avec des parois épaissies qui ne se rehaussent après injection de produit de contraste au stade d'ischémie [3, 4, 16]. L'imagerie par résonance magnétique, non encore disponible au Burundi, est l'examen complémentaire le plus sensible [1, 2].

Le diagnostic préopératoire étant difficile, le risque est d'entreprendre, chez ces sujets souvent âgés, un traitement antibiotique dit de « refroidissement » en vue d'une intervention différée, ce qui serait responsable de complications à type de perforation vésiculaire elle-même responsable de péritonite biliaire généralisée de mauvais pronostic [10-12, 16-18]. Quoique la détorsion et la cholécystopexie aient été décrites dans la littérature, la cholécystectomie reste le traitement de choix [7, 14]. Ce traitement doit être précoce pour prévenir

une éventuelle perforation de vésicule nécrosée responsable de décès par péritonite biliaire [6-10, 12].

L'intervention de cholécystectomie débute par une détorsion et une décompression préalables pour éviter le risque de plaie de la voie biliaire principale attirée par le « twist » d'une part et le risque probable d'ensemencement bactérien d'autre part [9, 10, 12].

La cholécystectomie est généralement rendue facile par la mobilité de la vésicule. La voie d'abord peut être coelioscopique ou laparotomique [10, 11, 12].

Le volvulus de la vésicule étant susceptible de se compliquer et le taux de mortalité augmentant de 0,5 % pour cholécystectomies à froid à 5 % lors de volvulus ; une cholécystectomie prophylactique est justifiée devant une anomalie du mésocyste [18, 19].

Conclusion

Le volvulus de la vésicule biliaire est une pathologie rare, prédominant à l'âge adulte. De diagnostic préopératoire difficile et de complications graves une fois méconnu. Le traitement de choix est une cholécystectomie en urgence. Au cours d'une chirurgie intra-abdominale, une découverte fortuite d'une anomalie du mésocyste justifie une cholécystectomie de principe à titre préventif.

*Correspondance

Mbonicura Jean Claude

mbonicurajc@gmail.com

Reçu: 05 Jan 2019; Accepté: 03 Fév 2019 ; Publié: 08 Juin 2019

1 . Département de Chirurgie Générale , CHU de Kamenge, Burundi

2 . Département d'Imagerie Médicale, CHU de Kamenge, Burundi

3 . Département d'Anesthésie – Réanimation, CHU de Kamenge, Burundi

4 . Département d'Anesthésie – Réanimation, Hôpital Militaire de Kamenge,
Burundi

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun

Références

- [1] Wendel AV.VI. A case of floating gall-bladder and kidney complicated by cholelithiasis, with perforation of the gall-bladder. *Ann Surg* 1898 Feb ; 27 (2) : 199-202.
- [2] Younes A., Mohammed O., Lansana ., Nabil S., Mohammed E., Fouad A. Volvulus de la vésicule biliaire : à propos de deux cas. *Presse Med.* 2006 ; 35 :1479-81
- [3] Chalret du Rieu M., Carrère N. Volvulus de la vésicule biliaire. *Journal de Chirurgie Viscérale* (2012) 149, 172-173
- [4] A. Gog et al. Le volvulus de la vésicule biliaire : une cause rare de cholecystite aiguë. *Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle* (2013) 94, 903-905
- [5] Renard Y., Sommacale D, Avisse C, Palot JP., Kianmanesh R. Anatomie chirurgicale des voies biliaires extrahépatiques et de la jonction biliopancréatique. *EMC-Techniques chirurgicales-Appareil digestif* 2014 ; 9 (3) : 1-21 [Article 40-900]
- [6] Kitagawa H, Nakada K at al. Two cases of torsion of gallbladder diagnosed preoperatively. *J Pediat Surg.* 1997 ; 37 : 1567-9
- [7] Patricio Cruz Garcivilla et al. Diagnosis and Laparoscopic Approach to Gallbladder Torsion and Cholelithiasis. *JSLs* (2010) 10: 147-151
- [8] Brian J pottorf, Leonardo Alfaro, Harris W Hollis A clinician's Guide to the Diagnosis and Management of Gallbladder Volvulus. *Perm J* 2013 Spring ; 17 (2) : 80-83
- [9] Arnaud JP. Volvulus de la vésicule biliaire : à propos de deux cas. *Annales de chirurgie* 130 (2005) 252-253
- [10] Lê P, Ramaherison Y, Billey C Quand la vésicule « twistée ». *Feuillets de Radiologie* 2006, 46, n°3, 221-224
- [11] Vanita Gupta et al. Torsion of gallbladder, a rare entity: a case report and review article. <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1757-1626-2-193-S1.wmv>
- [12] Nestor Kunin, Charlotte Ferron, Aurelie Menget Une vésicule biliaire flottante. *Presse Med.* 2009 ; 38 : 335-337
- [13] Yoshitsugu Tajima et al. Gallbladder torsion showing a « whirl sign » on a multidetector computer tomography scan. *The American Journal of Surgery* (2009) 197, e9-e10
- [14] Abe Fingerhut, Antonio Marano et al. Gallbladder Torsion : Report of four cases and review of the literature. *Asian J Surg* 2002 ; 25 (2) : 175-8.
- [15] AV Kuznetsov et al. Giant gallbladder: A case report and review of literature. *International Journal of Surgery, Case Reports* 5 (2014) 673-676
- [16] Hsiao -Tien Liu et coll. Gallbladder volvulus treated by laparoscopic cholecystectomy. *Formosan Journal of Surgery* (2013) 46, 131-134
- [17] David M. Lemonick et coll. Torsion of the gallbladder: a rare cause of acute cholecystitis. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 30, N° 4, pp. 397-401, 2006
- [18] M. Mathonnet, A. Gainant, P. Cubertafond Vésicule flottante : Cholecystectomie de principe ? Masson, Paris 2001, Correspondance, *J Chir* 2001 ; 138 : 252
- [19] Delaunay Ch et al. : Volvulus de la vésicule biliaire. *Ann Chir* 1981 ; 35 : 485-488

Pour citer cet article:

Mbonicura Jean Claude, Manirakiza Sébastien, Harakandi Stanislas et al. Volvulus de la vésicule biliaire : Un abdomen aigu chirurgical rare, à propos d'un cas. *Jaccr Africa 2019; 3(2): 159-164.*