

Cholécystite emphysémateuse : une urgence rare et sous estimée

Emphysematous Cholecystitis: a Rare and Underestimate Emergency

D. Naouri · R. Rozenfeld · O. Ganansia

Reçu le 20 mai 2014 ; accepté le 16 juillet 2014
© SFMU et Lavoisier SAS 2014

Introduction

La cholécystite emphysémateuse est une forme rare de cholécystite, décrite pour la première fois en 1971 par Mary et Strong [1]. Elle est secondaire à une nécrose ischémique de la vésicule biliaire avec translocation de germes anaérobies producteurs de gaz. Dès lors que le diagnostic est posé, le traitement repose en premier lieu sur une cholécystectomie en urgence. Nous rapportons ici le cas d'une cholécystite emphysémateuse.

Observation

Un patient de 66 ans, diabétique de type 2, hypertendu et insuffisant rénal, se présente aux urgences en début d'après-midi pour douleur abdominale sans fièvre. L'examen clinique retrouve des paramètres vitaux normaux ainsi qu'une douleur de l'hypochondre droit évoluant depuis la nuit précédente avec signe de Murphy positif. Le reste de l'examen clinique est sans particularité en dehors d'une hyperglycémie à 20 mmol/l. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 17 380/mm³ à prédominance de polynucléaires neutrophiles (89 %) et une protéine C Réactive (CRP) à 48 mg/l. Les transaminases, la bilirubine et la lipasémie sont normaux. La fonction rénale est altérée avec une créatinine à 143 µmol/l (comparable à la créatinine de référence). La bandelette urinaire ne montre pas d'anomalie.

L'échographie abdominale demandée en urgence retrouve une vésicule distendue et douloureuse au passage de la sonde (Murphy échographique) ainsi que des parois épaissies, feuilletées par endroit et un contenu lithiasique et aérique. La présence d'un liseré hyper-échogène au sein de la paroi vésiculaire est très évocateur d'une cholécystite emphysémateuse (Fig. 1). Devant la suspicion de cholécystite emphysémateuse, un scanner abdominal est réalisé en urgence (Fig. 1)

et retrouve un niveau hydroaérique intravésiculaire, une infiltration de la graisse autour du collet vésiculaire ainsi que des bulles d'air au sein de la paroi vésiculaire. Le diagnostic de fistule cholécystoduodénale a été envisagé du fait de la présence de rares bulles juxta et intravésiculaires sur des scanners anciens mais l'association de la symptomatologie clinique à l'aspect radiologique fait poser le diagnostic de cholécystite emphysémateuse.

Dès lors que le diagnostic est posé, la cholécystectomie en urgence est décidée avec mise en place d'une antibiothérapie parentérale par amoxicilline – acide clavulanique et gentamycine en pré-opératoire. Un épanchement intrapéritonéal, périhépatique, de faible abondance, verdâtre est prélevé à visée bactériologique. On retrouve la présence de fausses membranes autour de la vésicule ainsi qu'une zone probablement perforée au niveau du collet vésiculaire et une nécrose du canal cystique. Le prélèvement bactériologique réalisé en peropératoire revient stérile. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire montre une vésicule de paroi épaissie avec des ulcérations muqueuses et quelques fausses membranes beiges ainsi que quatre calculs noirâtres de 5 mm. Les suites opératoires sont simples et le patient quitte le service au bout de trois jours.

Discussion

La cholécystite emphysémateuse est une pathologie rare. Moins de 300 cas ont été rapportés dans la littérature à ce jour. Elle est de mauvais pronostic avec une mortalité s'élevant à 15-20 % contre 4,1 % en cas de cholécystite aiguë simple [2]. Ce mauvais pronostic est lié au risque de nécrose et perforation de la vésicule. Elle touche préférentiellement les hommes de plus de 50 ans [3]. Les facteurs favorisants sont le diabète, les traumatismes abdominaux, la chirurgie abdominale et les autres facteurs de risque de thrombose vasculaire [3,4]. L'origine lithiasique est trois fois moins fréquente que dans les cholécystites aiguës simples [5].

La présentation clinique peut être faussement rassurante : absence de fièvre dans un tiers des cas et des douleurs pouvant être diminuées ou atypiques en cas de neuropathie diabétique

D. Naouri (✉) · R. Rozenfeld · O. Ganansia
Groupe hospitalier Paris Saint Joseph, service des urgences,
185, rue Raymond Losserand, F-75014 Paris, France
e-mail : naouri.diane@gmail.com

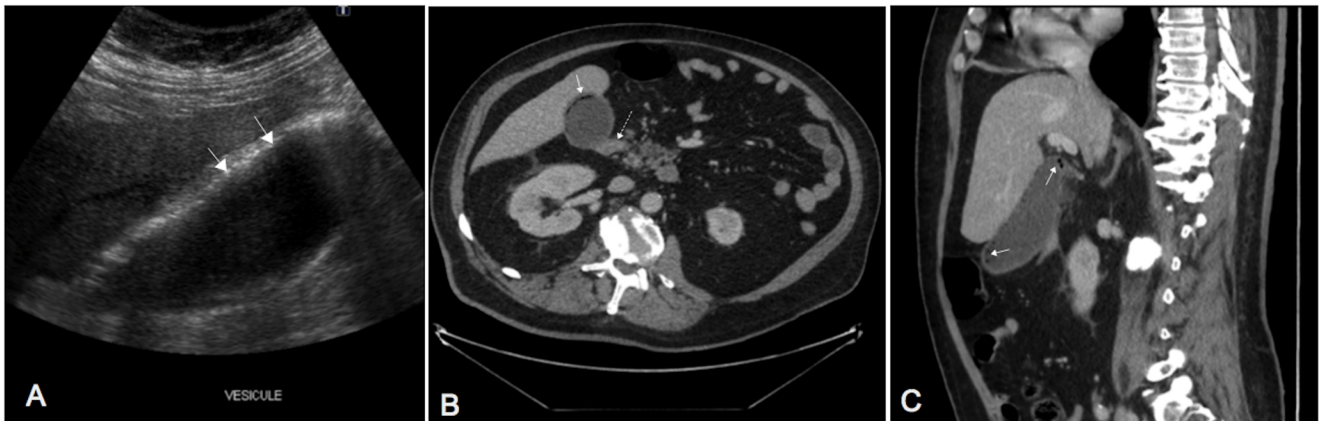


Fig. 1 A. Échographie abdominale montrant un liseré hyperéchogène au sein de la paroi vésiculaire (flèches).
 B. Scanner abdominal en coupe axiale montrant des bulles d'air dans la paroi vésiculaire (flèche pleine) et une infiltration de la graisse autour du collet (flèche en pointillé).
 C. Scanner abdominal en coupe sagittale montrant une vésicule distendue et des bulles d'air dans la paroi vésiculaire (flèches)

sous jacente [4,6]. Dans certains cas, la cholécystite emphysemateuse peut être révélée par un pneumopéritoine (16 cas rapportés dans la littérature en 2008 [7,8]) ou par un choc septique. Les germes le plus souvent mis en cause sont *Clostridium welchii*, *Clostridium perfringens*, *Escherichia Coli*, *Klebsiella* et les streptocoques anaérobies [3,4,9].

Son diagnostic est radiologique et repose sur la mise en évidence de la présence d'air au sein de la paroi de la vésicule biliaire ou directement au contact de celle-ci. Il peut être posé sur des clichés radiologiques d'abdomen sans préparation, une échographie abdominale (aspect de « vésicule effervescente » [10]) ou un scanner non injecté qui est l'examen le plus performant [11].

Du fait de la mise en jeu du pronostic vital, la cholécystite emphysemateuse est une urgence chirurgicale : le traitement repose avant tout autre chose sur une cholécystectomie en urgence. Si les recommandations actuelles françaises et internationales incitent à ne plus différer l'intervention chirurgicale en cas de cholécystite aiguë lithiasique [12], ceci est encore plus vrai en cas de cholécystite emphysemateuse. À la prise en charge chirurgicale urgente s'ajoute une antibiothérapie intraveineuse active notamment sur les germes anaérobies. En cas de contre-indication opératoire, le traitement repose sur le drainage biliaire percutané. Certains auteurs discutent l'intérêt de l'oxygénothérapie hyperbare comme traitement adjuvant [13].

En conclusion, ce cas clinique illustre une forme typique de cholécystite emphysemateuse. Bien que rare, il importe de bien connaître cette entité pathologique du fait de son mauvais pronostic. Seuls les examens radiologiques, notamment le scanner abdominal, permettent de poser le diagnostic de cholécystite emphysemateuse indiquant une prise en charge médicochirurgicale en urgence.

Remerciements Les auteurs remercient le Dr Majdi Jaber, praticien attaché au service de radiologie du Groupe hospi-

talier Paris Saint-Joseph, pour les images fournies et ses conseils avisés.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Mary RE, Strong R (1971) Acute emphysematous cholecystitis. *Br J Surg* 58:453–8
2. Mentzer RM, Golden GT, Chandler JG, et al (1975) A comparative appraisal of emphysematous cholecystitis. *Am J Surg* 129:10–5
3. Garcia-Sancho TL, Rodriguez-Montes JA, Fernandez de Lis S, et al (1999) Acute emphysematous cholecystitis. Report of twenty cases. *Hepatogastroenterology* 46:2144–8
4. Mercier O, Kotobi H, Godiris-Petit G, et al (2003) La cholécystite emphysemateuse : une entité pathologique. À propos d'un cas. *Ann Chir* 128:716–8
5. Jolly BT, Love JN (1993) Emphysematous cholecystitis in an elderly woman: case report and review of the literature. *J Emerg Med* 11:593–7
6. Lindsey I, Kitchen G, Leung D (1996) Emphysematous cholecystitis. *Aust N Z J Surg* 66:267–8
7. Modini C, Clementi I, Simonelli L, et al (2008) Acute emphysematous cholecystitis as a cause of pneumoperitoneum. *Chir Ital* 60:315–8
8. Miyahara H, Shida D, Matsunaga H, et al (2013) Emphysematous cholecystitis with massive gas in the abdominal cavity. *World J Gastroenterol* 19:604–6
9. Ise N, Andoh H, Furuya T, et al (2002) Acute emphysematous cholecystitis preceded by symptoms of ileus: report of a case. *Surg Today* 32:183–5
10. Moanna A, Bajaj R, del Rio C (2006) Emphysematous cholecystitis due to Salmonella derby. *Lancet Infect Dis* 6:118–20
11. Andreu J, Pérez C, Cáceres J, et al (1987) Computed tomography as the method of choice in the diagnosis of emphysematous cholecystitis. *Gastrointest Radiol* 12:315–8
12. Slim K, Savary MVL (2014) Ne « refroidissez » plus les cholécystites aiguës lithiasiques ! *Ann Fr Med Urgence* 4:1–2
13. Kraljevic D, Druzijanic N, Tomic I (1999) Hyperbaric oxygenation as adjuvant therapy to surgery of emphysematous cholecystitis. *Hepatogastroenterology* 46:775–7