

## CHOLECYSTITITE EMPHYSEMATEUSE : A PROPOS D'UN CAS.

### Emphysematous cholecystitis : a case report.

Dossouvi Tamegnon, N'Timon Bidamin , Dagbe Massaga, Sorsy Eyram, Adabra Komlan, Elias Césaire, Meignié Philippe.

Centre Hospitalier de Douai(France),service de chirurgie générale, Tel : 0033327948824

### RESUME

La cholécystite emphysémateuse est une entité pathologique rare qui nécessite un diagnostic précoce en vue d'un traitement rapide et adapté pour éviter l'évolution vers un choc septique puis au décès. Nous rapportons un cas diagnostiqué par le scanner et dont l'évolution a été favorable sous antibiothérapie et cholécystectomie. Mots clés : cholécystite emphysémateuse, scanner, cholécystectomie, anaérobie, urgence

### ABSTRACT

The emphysematous cholecystitis is a rare pathological entity which has to be recognized early in order to start quickly the best treatment and to avoid septic shock leading to the death. We report the case of acute emphysematous diagnosed by computed tomography and the best outcome due to antibiotherapy and cholecystectomy in emergency. Key Words : emphysematous cholecystitis, computed tomography, cholecystectomy, anaeroby,emergency.

### INTRODUCTION

La cholécystite emphysémateuse est une inflammation de la vésicule secondaire une infection à des germes anaérobies marquée par la présence de gaz dans la paroi vésiculaire, dans sa lumière voire dans l'espace périvésiculaire (1). Elle constitue une entité pathologique rare (1). Nous rapportons un cas colligé au Centre Hospitalier de Douai en France avec pour objectif de montrer à travers une revue de la littérature la rareté, la particularité diagnostique et thérapeutique de cette affection.

**Observation :** Patiente de 74 ans, admise aux urgences pour des douleurs abdominales au niveau hypochondre droit, des vomissements, une asthénie, une hyperthermie et des malaises évoluant depuis 72 heures. La patiente avait pour antécédents l'hypertension artérielle et une appendicectomie. L'examen clinique qui faisait évoquer un état de choc septique à point de départ vésiculaire, retrouvait un état général passable, une fièvre à 39°C, une tension artérielle à 90/50 mmHg, un pouls à 102, Saturation normale et une défense localisée en hypochondre droit. Le bilan biologique notait un syndrome inflammatoire avec une hyperleucocytose à 21000, une C Réactive Protéine (CRP) à 322, une perturbation de la fonction rénale avec un débit de la filtration glomérulaire(DFG) à 21ml/mn. Une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) fait objectivait une clarté gazeuse périvésiculaire (Figure 1). Un scanner abdominal réalisé en urgence permettait d'objectiver une cholécystite lithiasique avec présence de gaz dans la paroi vésiculaire et en périvésiculaire (Figure 2). Cet aspect était en faveur d'une cholécystite emphysémateuse perforée. Nous débutons aux urgences un remplissage vasculaire et une antibiothérapie probabiliste active sur les germes anaérobie réadaptée en postopératoire. Une laparotomie par voie sous-costale droite réalisée en

urgence, avait permis de retrouver une vésicule inflammée, recouverte de fausses membranes, contenant un gros calcul, perforée à sa face inférieure avec une collection purulente dans la région sous costale. Nous procédons à un prélèvement pour examen cyto bactériologique puis à une cholécystectomie. Ensuite, nous réalisons une toilette péritonéale et fermeture de la paroi abdominale. Les suites opératoires ont été simples. L'E. Coli a été le germe isolé dans la collection périvésiculaire. La sortie a été autorisée à J10. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire révélait une nécrose ischémique de la paroi vésiculaire avec une perforation à sa face inférieure.

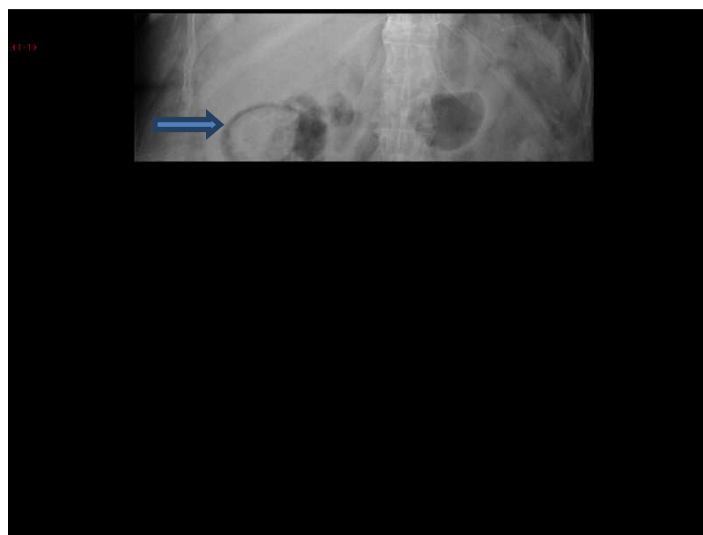


Figure 1 : Radiographie de l'abdomen sans préparation montrant une clarté gazeuse périvésiculaire (Flèche bleue).



**Figure 2 : Aspect tomodensitométrique évocateur d'une cholécystite lithiasique emphysémateuse avec collection gazeuse périvésiculaire (Flèche verte).**

## DISCUSSION

La cholécystite emphysémateuse ou gangrèneuse est une pathologie rare comme le montre plusieurs études [1, 2,3]. On a noté dans la littérature une prédominance du sexe masculin contrairement à ce qu'on a dans notre cas en particulier et à la cholécystite aigüe en général [1,2 ,3].

La cholécystite emphysémateuse est secondaire à une infection par des germes anaérobie. Plusieurs facteurs favorisent sa survenue tels que le diabète et la vieillesse [1]. Le diagnostic de cette pathologie est essentiellement radiologique orienté par ASP pouvant objectiver une un niveau Hydro-aérique en projection dans l'aire vésiculaire et confirmé par le scanner abdominal qui constitue l'examen paraclinique de référence [3,4]. La cholécystite emphysémateuse est une urgence médicochirurgicale. Dès que le diagnostic est posé, une antibiothérapie préopératoire active sur les germes anaérobie est instituée rapidement associée une cholécystectomie en urgence [1].L'antibiothérapie sera réadaptée en postopératoire en fonction de l'antibiogramme.Les suites opératoires sont souvent favorables si la prise en charge est précoce et adapté.

## CONCLUSION

Entité pathologique rare, de diagnostic essentiellement basé sur l'imagerie en l'occurrence le scanner, la cholécystite emphysémateuse est une urgence qui nécessite une prise en charge médicochirurgicale.

## REFERENCES

1. Vibert E,Azoulay D. Cholécystite alithiasique de l'adulte : étiologie, diagnostic et traitement. Annales de chirurgie 2002 ;127(5)330-336.
- 2.Mercier O,Kotobi H, GodirisPetit G. et al. La cholécystite emphysémateuse : une entité pathologique.A propos d'un cas .Annales de chirurgie 2003 ; 128 :716-718.
3. Andreu J. Computed tomography as the method of choice in the diagnosis of emphysematous cholecystitis.Gastrointest Radiol 1987 ;12 :315-318.
4. Lorenz RW, Steffen HM.Emphysematous cholecystis diagnosis of gallbladder accumulations.Hépatogastroenterology 1990 ;37 :103-106.