

Malade de 47 ans Douleurs abdominales aiguës HCD

Fièvre Défense Hyperleucocytose Biologie hépatique aN



quels sont les principaux items sémiologiques à retenir sur les clichés
d'abdomen urgent (station verticale -rayon directeur horizontal et
décubitus-rayon directeur vertical

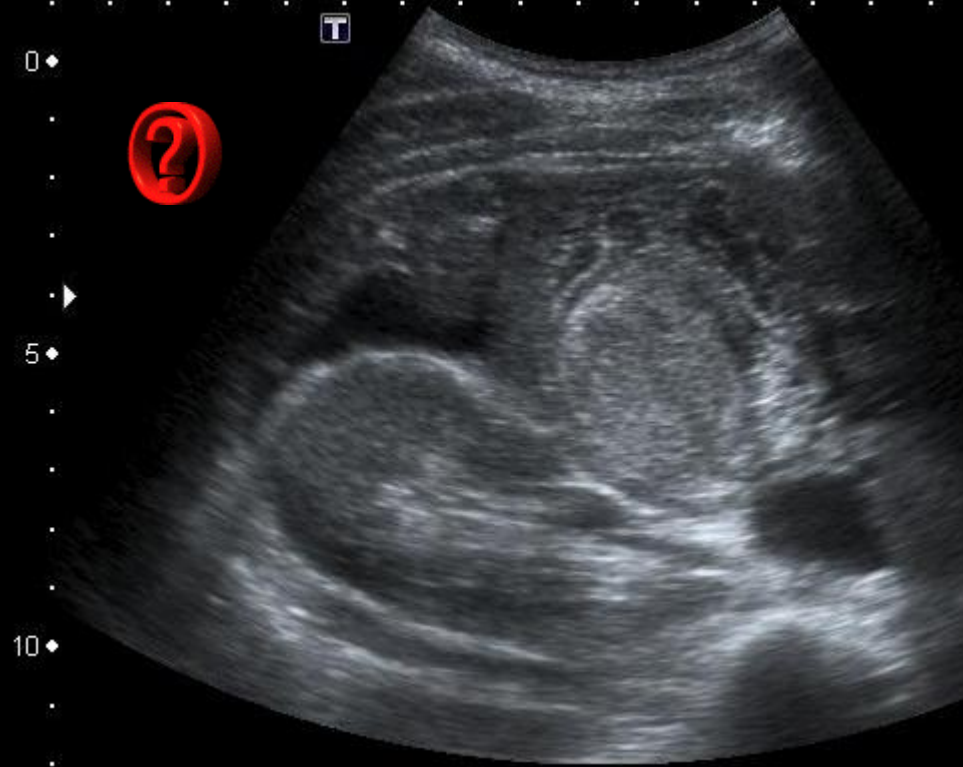


obs. Pr G. Schmutz CHU Sherbrooke



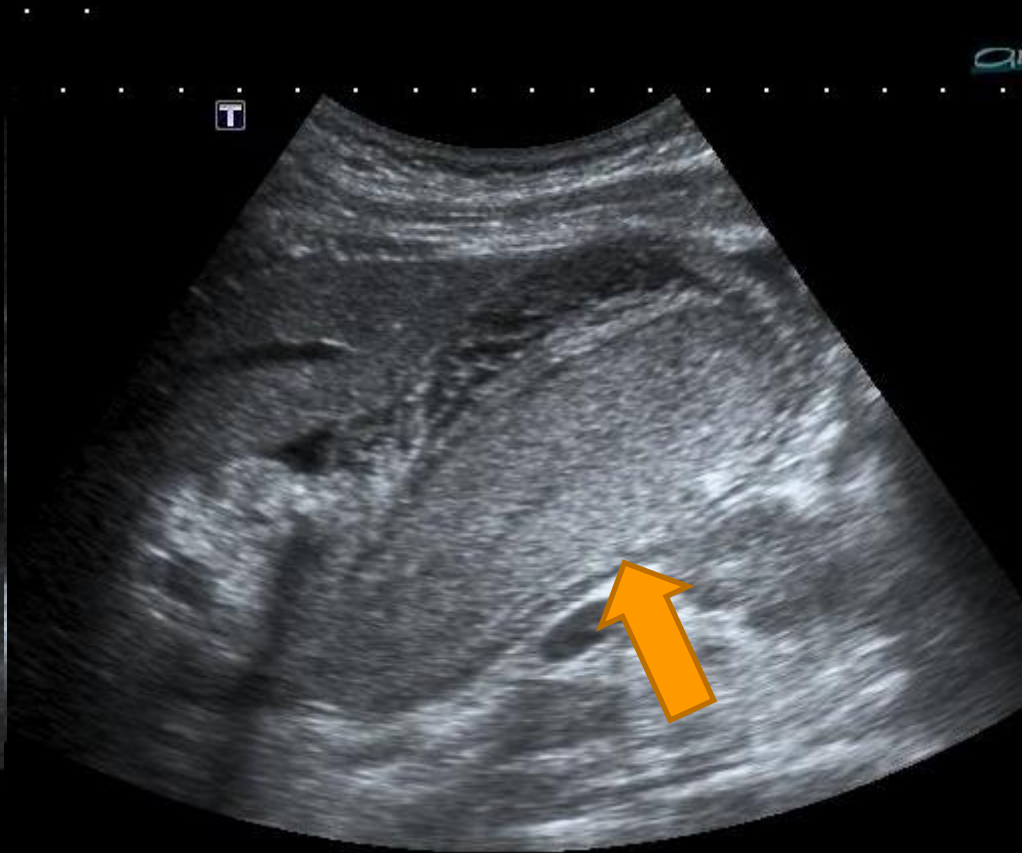
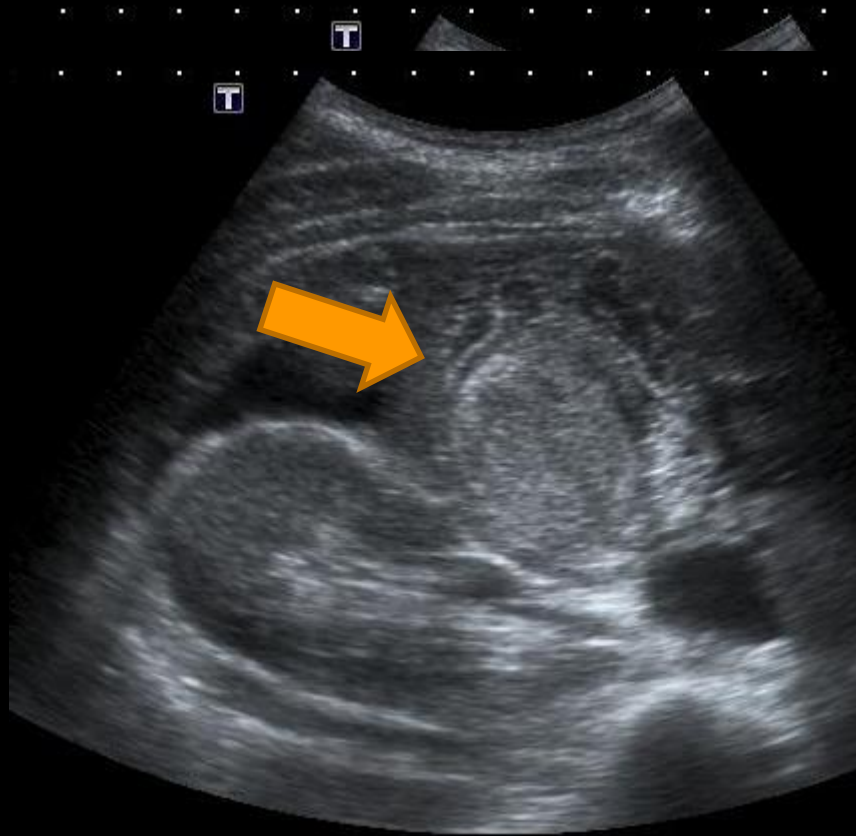
opacité homogène étendue dans tout l'hémiabdomen droit , refoulement
des segments digestifs.

mauvaise visibilité du bord externe du psoas droit: tissu cellulo-graisseux
sous-péritonéal

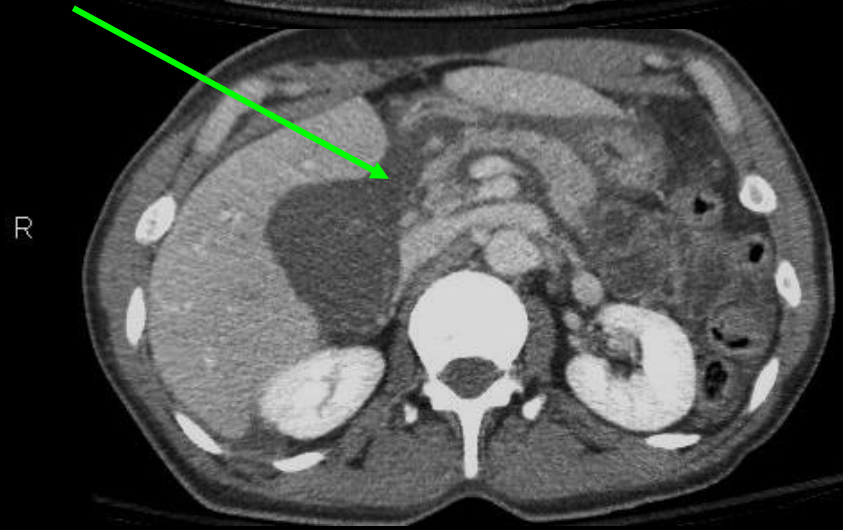
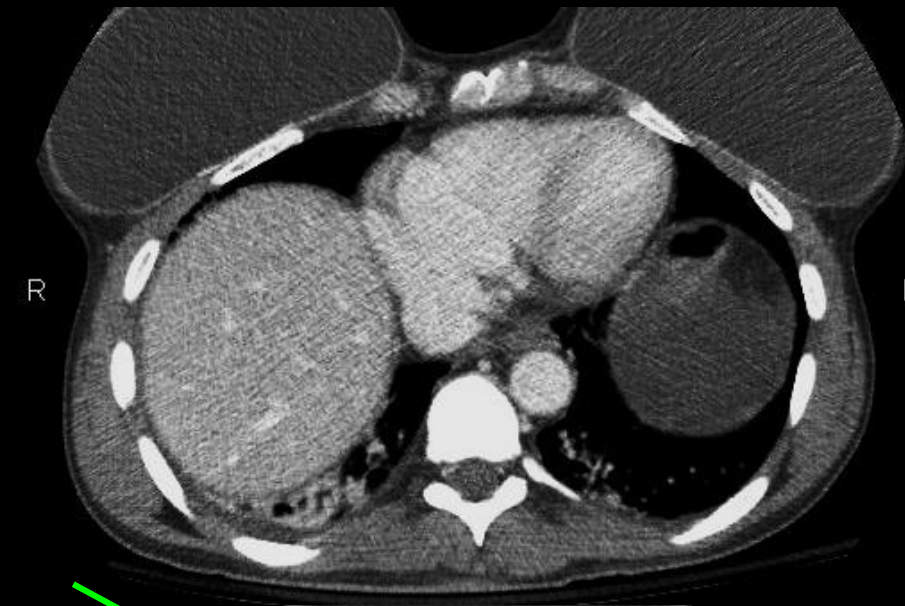


opacité homogène étendue dans tout l'hémiabdomen droit , refoulement des segments digestifs.

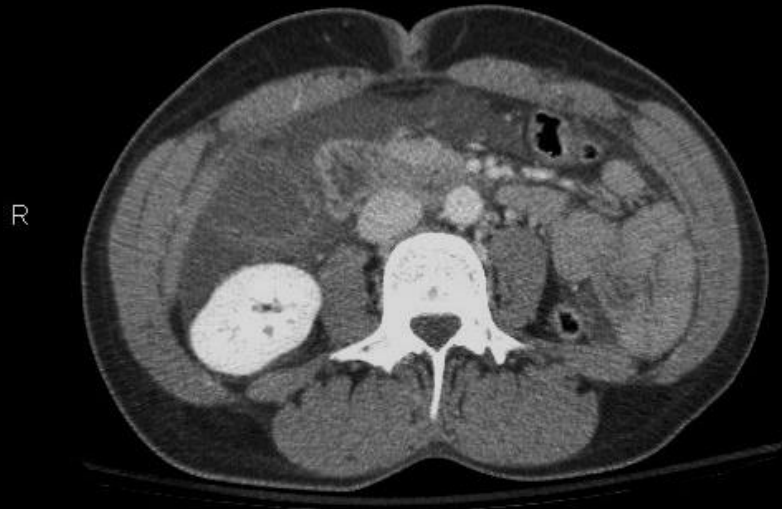
mauvaise visibilité du bord externe du psoas droit: tissu cellulo-grasieux sous-péritonéal



l'échographie montre une **vésicule tendue**, à **paroi très mince** et à contenu homogène fait de petits échos denses . Il n'y a pas de calculs évidents et le renforcement acoustique postérieur est net. On observe quelques collections liquides à l'entour du bas-fond vésiculaire



la scanner confirme la distension de la vésicule biliaire , l'amincissement de la parois vésiculaire; la densité du contenu vésiculaire est très légèrement plus élevée que celle du LCR.; mais il y a des hétérogénéités évocatrices de "débris"



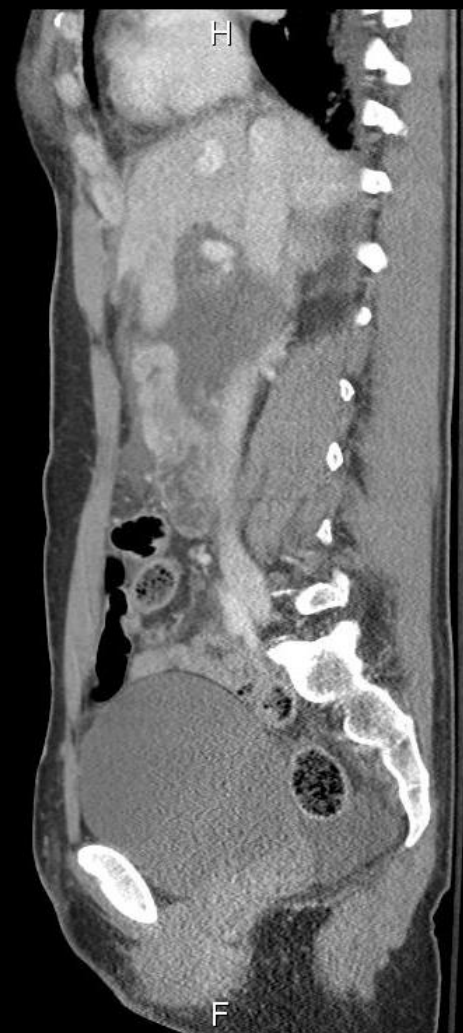
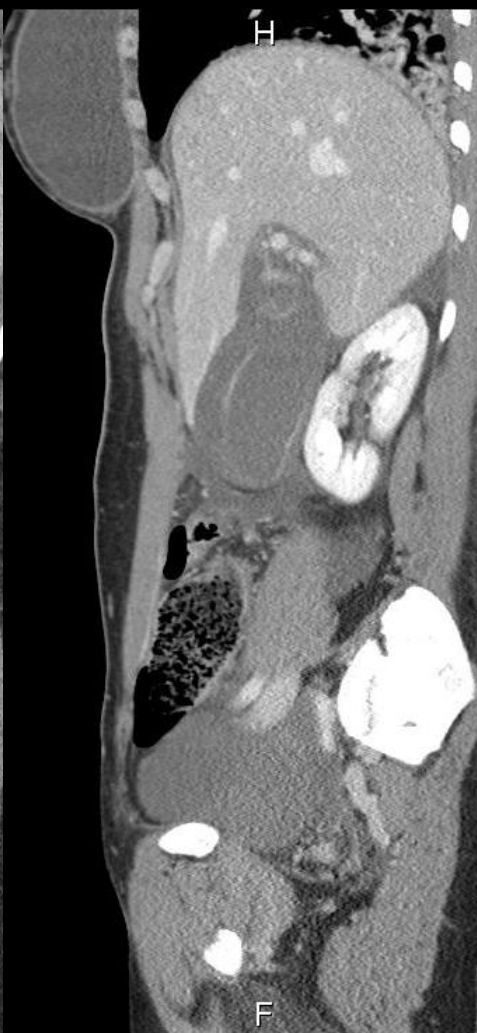
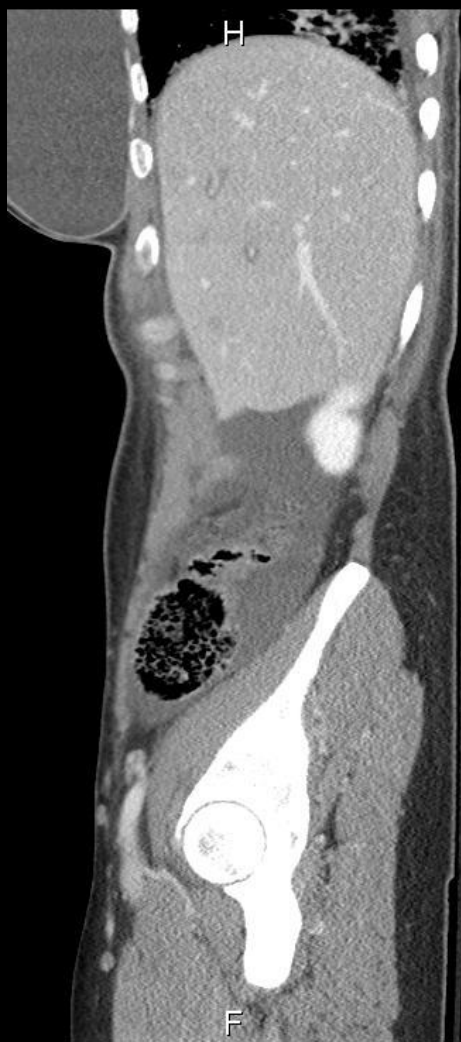
l'épanchement liquide péritonéal est en continuité avec le contenu vésiculaire et de poursuit dans toute la cavité péritonéale pelvi-abdominal. Cette fluidité particulière est le propre des épanchements bilieux qui sont par ailleurs très douloureux













Au total , et l'intervention, chirurgicale le confirmera, on doit conclure à une

**cholécystite aiguë ischémique alithiasique
avec perforation et cholépéritoïne**



R



L

la cholécystite aiguë ischémique alithiasique

- inflammation aiguë de la vésicule biliaire sans relation avec des calculs
- 5 à 10 % des vésicules biliaires opérées ne renferment pas de calculs
- les cholécystites aiguës ischémiques sont souvent observées chez des patients gravement atteints

-sur le plan physiopathologique, on peut retenir comme facteurs de risque

- les chocs septiques avec hypotension et défaillance multiviscérale
- les traitements immunosuppresseurs
- les polytraumatismes et les brûlures étendues
- le diabète
- certaines infections bactériennes (salmonelles , staphylocoques)
- les chimioembolisations des tumeurs hépatiques+++++

le fait princeps est une **ischémie du territoire de l'artère cystique**

les facteurs aggravants le risque d'obstruction du canal cystique (sans que se forme un calcul) sont :

- l'inflammation et l'œdème de la paroi qui compromettent la perfusion sanguine
- la stase dans la vésicule biliaire
- l'accumulation de microcristaux de cholestérol (sludge)
- l'augmentation de la viscosité de la bile
- la dégradation du mucus vésiculaire

l'infection secondaire de la cholécystite ischémique est le fait de germes

pathogènes intestinaux : E Col, Enterococcus fecalis, Klebsiella, pseudomonas,
proteus species, Bacteroïdes

cliniquement, les symptômes sont souvent plus insidieux dans les cholécystites
aiguës ischémiques acalculieuses que dans les formes classiques

l'incidence des gangrènes et des perforations est plus élevée dans les
cholécystites aiguës ischémiques