

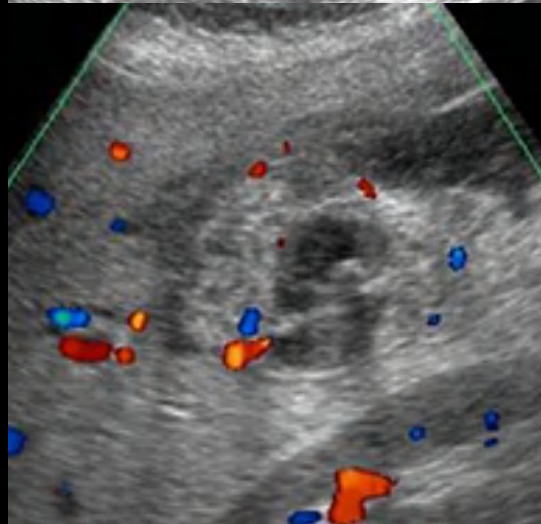
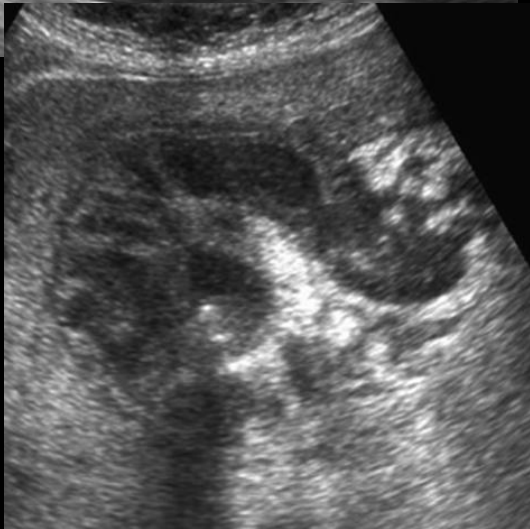
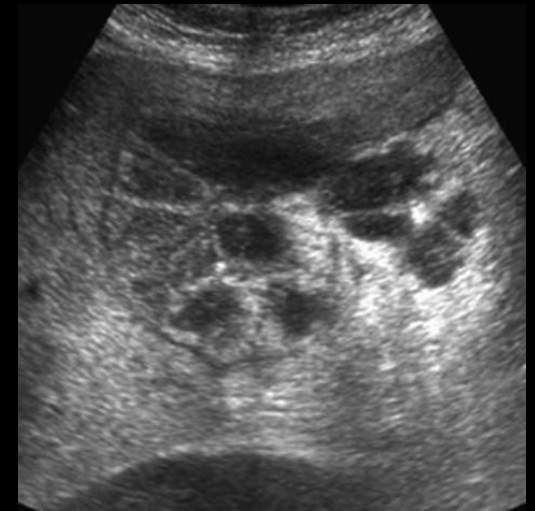
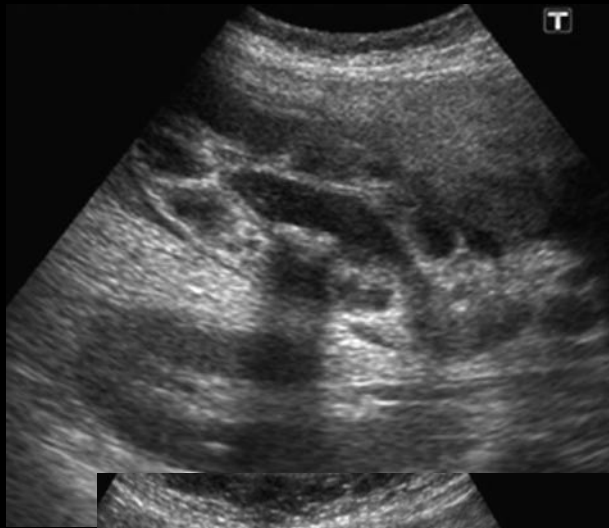
femme 64 ans , douleurs de l'hypochondre droit depuis 3 semaines avec poussées fébriles, baisse de l'état général

biologiquement cytolyse 3 X N , cholestase 4 X N

antécédents : ACFA, insuffisance cardiaque , diabète, dyslipidémie , intoxication alcoolotabagique sevrée

sous anti vitamines K et traitements cardiotropes

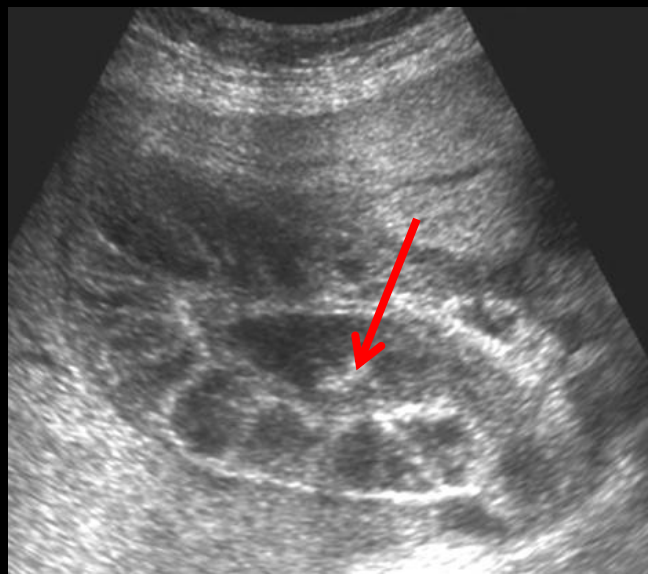
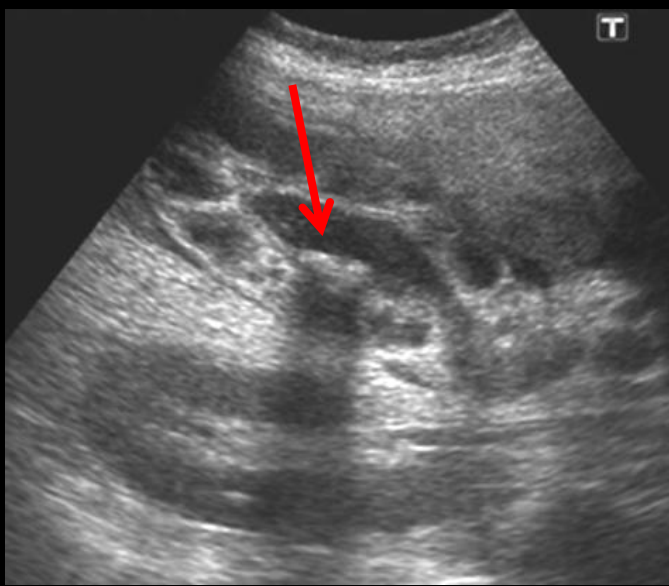
l'échographie hépato-biliaire montre les images suivantes , au niveau de la vésicule biliaire



Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir , dans ce contexte clinico-biologique

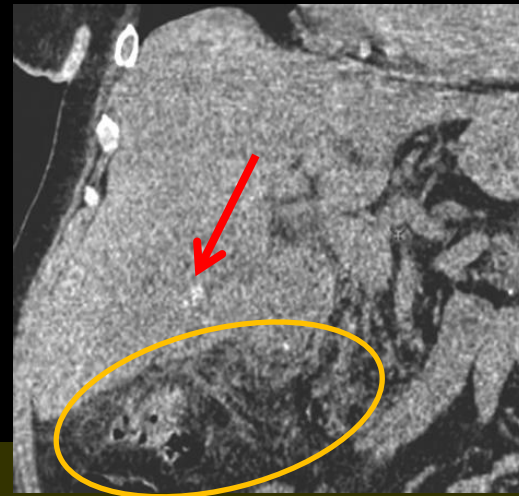
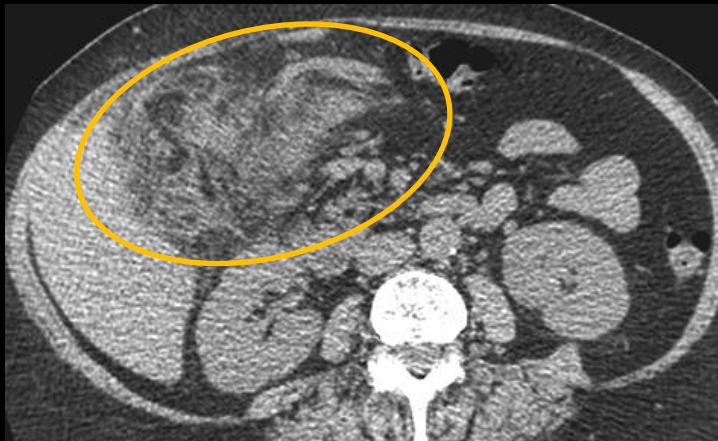


*obs. Hôpital St Joseph Paris
Dr Marc Zins chef de service*



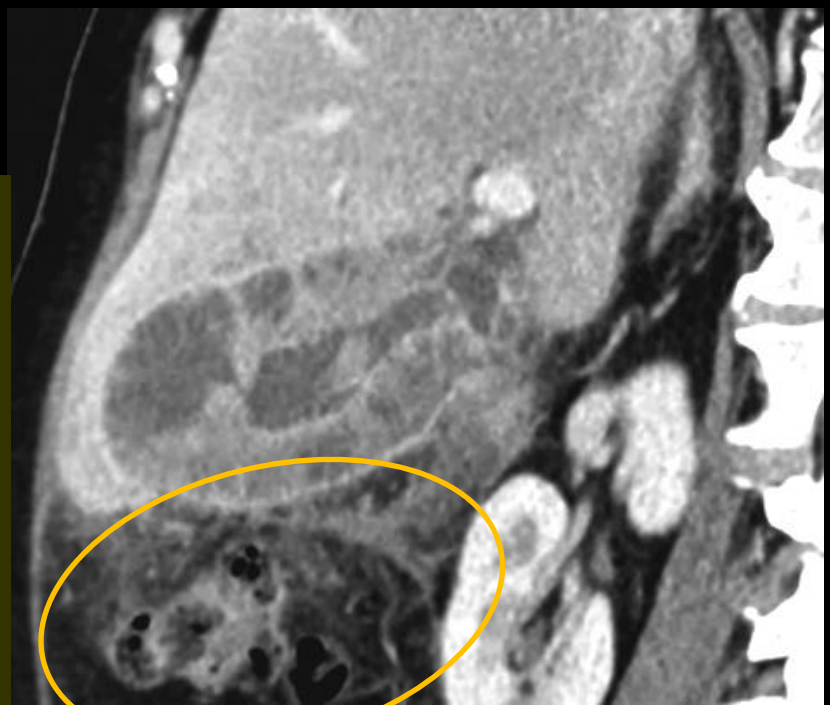
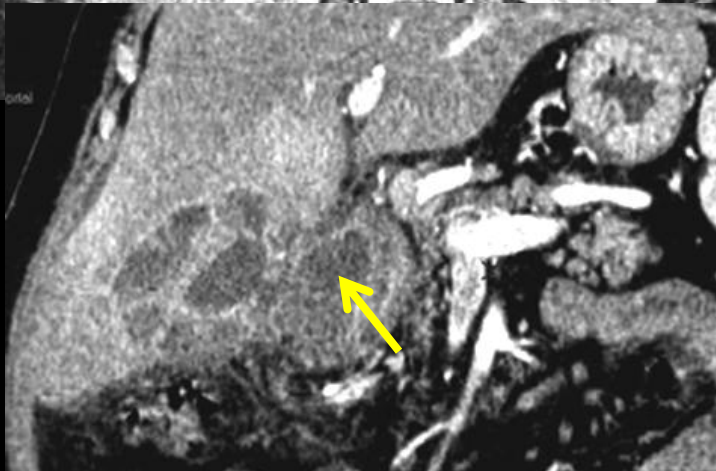
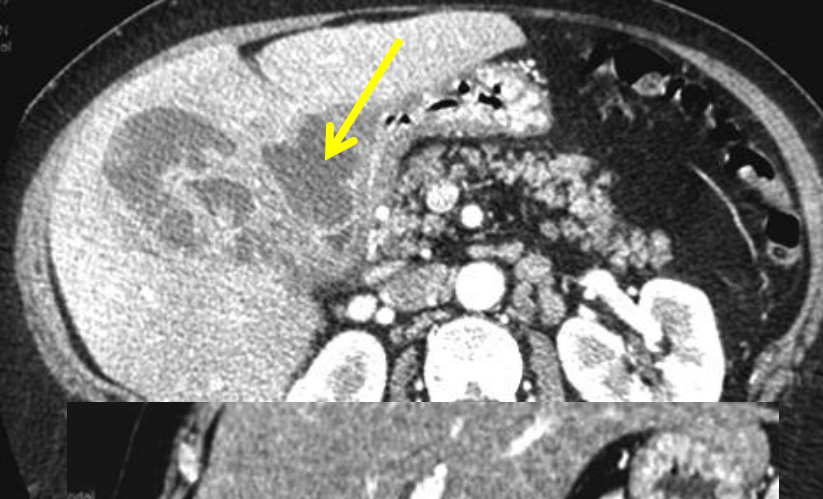
-épaississement massif de l'ensemble de la paroi vésiculaire , régulier et nodulaire

-lithiase vésiculaire multi calculeuse



-le scanner sans injection retrouve :

- .des calcifications infra-centimétriques dispersées dans l'aire hépatovésiculaire
- .une vaste plage hypodense péri hilaire ,largement étendue dans les 2 lobes du foie
- .la vésicule biliaire n'est pas identifiable mais on ne voit pas de voies biliaires intra hépatiques dilatées
- .enfin la partie droite du grand omentum est tuméfiée par un processus inflammatoire oedémateux



-après injection , on retrouve les anomalies observées en échographie :

.épaississement régulier **nodulaire** de la paroi vésiculaire qui reste hypodense par rapport aux muscles

.infiltrat inflammatoire de la partie droite du grand omentum , qui se trouve en position sous-hépatique

.collection para vésiculaire médiale (flèche jaune) sur laquelle le corps de l'estomac vient se mouler



-à ce stade , on doit a priori éliminer une atteinte tumorale car:

.l'épaississement pariétal nodulaire de la vésicule est très régulier, globalement hypodense "pseudo liquidien"

. les contours externes de la paroi vésiculaire sont très réguliers , "encapsulés" , sans infiltration du parenchyme hépatique adjacent

.il n'y a pas de retentissement de la masse sur les VBIH

.un abcès est présent sur le bord médial de la vésicule

-il s'agit donc d'une poussée évolutive avec abcédation sur une cholécystite chronique particulière par le caractère hypodense de l'infiltration pariétale

-L'intervention chirurgicale (coelio convertie en laparotomie) permettra de confirmer le diagnostic de **cholécystite xanthogranulomateuse perforée compliquée d'abcès**.

Per opératoire :

adhérences inflammatoires

vésicule dure contenant quelques calculs noirs



Anapath :

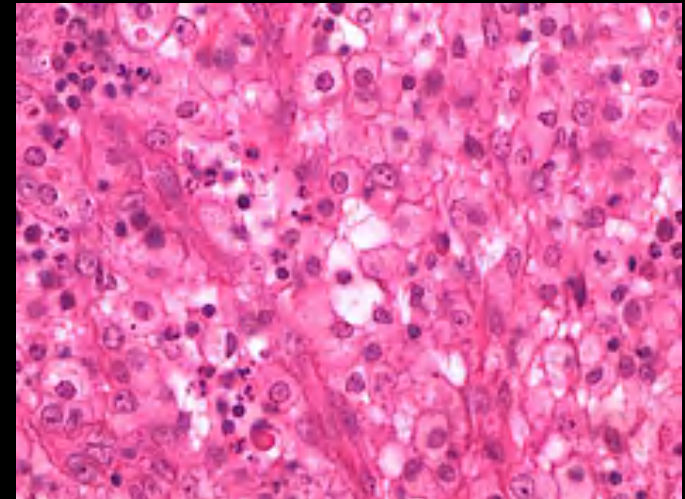
parois vésiculaire épaisse de 0.5 à 1.5 cm, ulcérée

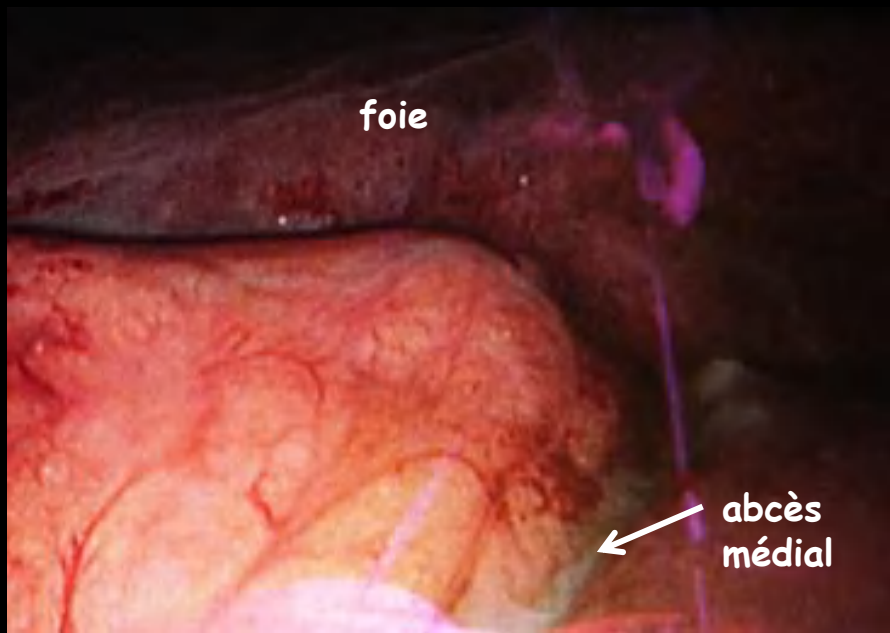
fibrose œdémateuse avec éléments lympho-plasmocytaires

histiocytes d'aspect spumeux

pas de caractère suspect

Évolution favorable





-épaississement massif de l'ensemble de la paroi vésiculaire ,

-lithiase vésiculaire multi calculeuse

la cholécystite xanthogranulomateuse

- syn. : cholegranulome, granulome céroïde
- variante de cholécystite chronique caractérisée par :
 - . une prolifération floride de macrophages spumeux et
 - . une réaction granulomateuse à la bile libérée par la rupture de sinus de Rokitanski-Aschoff
- présente sur 4 à 9 % des pièces de cholécystectomie ; le plus souvent associée à des calculs
- n'accroît pas le risque de cholangiocarcinome même s'il existe des cas avec élévation du CA 19-9
- en échographie : parois épaissies avec nodules hyper, iso ou hypoéchogènes
- en CT nodules hypodenses dans la paroi épaissie



-histologiquement :

les lésions granulomateuses sont centrées sur des sinus de Rokitansky-Aschoff rompus ;

elles revêtent l'aspect de **nodules muraux** .

la surface muqueuse peut s'ulcérer.

les histiocytes spumeux peuvent renfermer des grains bruns de céroïdes .

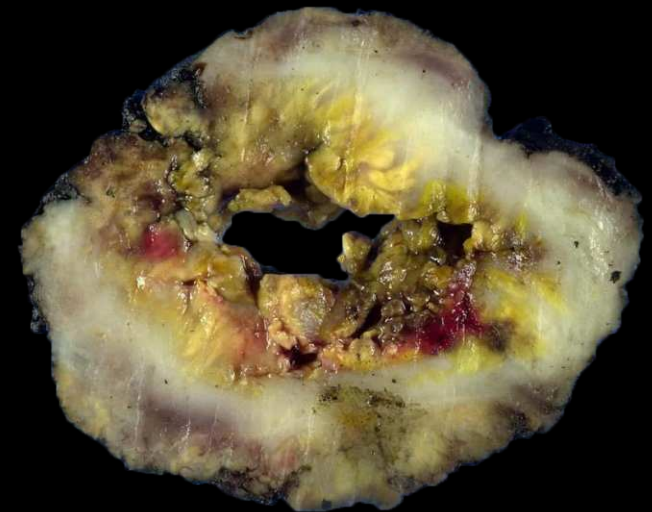
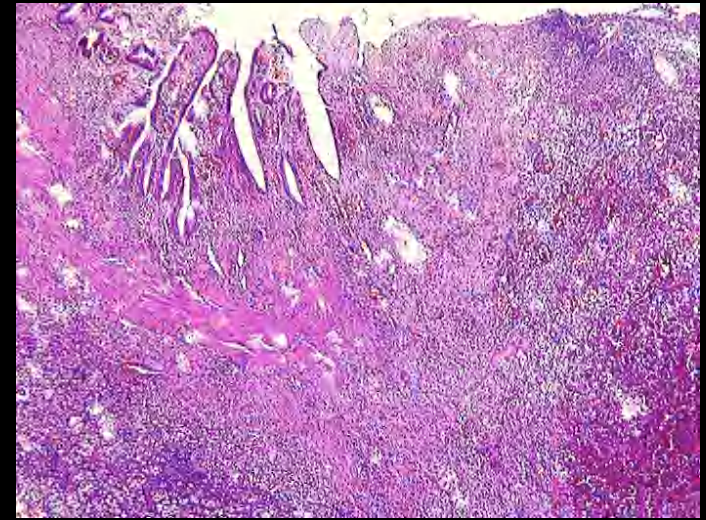
on peut observer des cellules géantes multi nucléées avec des aiguilles de cholestérol

ma fibrose devient ensuite prédominante ,avec parfois des calcifications

-diagnostic différentiel

.carcinome vésiculaire

.**malacoplakie** : pas d'histiocytes surchargés en céroïdes , pas d'aiguilles de cholestérol , pas de bile



<http://alf3.urz.unibas.ch/pathop/ic/e/getpic-txt.cfm?id=9157>

-rappelons que **les sinus de Rokitansky-Aschoff** sont des **pseudo-diverticules de la paroi** de la vésicule biliaire constitués par des **évaginations de la muqueuse dans la musculouse et le tissu sous-séreux**

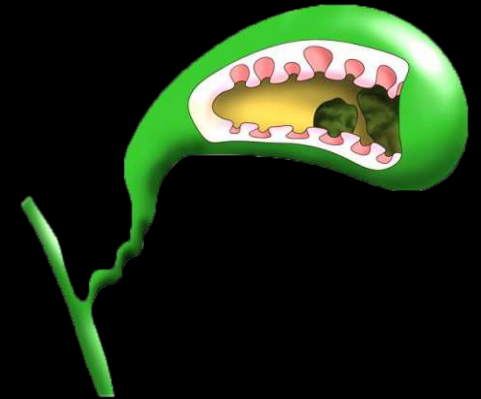
-ils seraient la conséquence d'hyper pressions endoluminales et sont souvent associés à des calculs

-ils peuvent être micro ou macroscopiques et sont associés aux diverses localisations d'adénomyomatose vésiculaire (adénomyome du bas fond vésiculaire , formes médio-vésiculaires et formes diffuses)

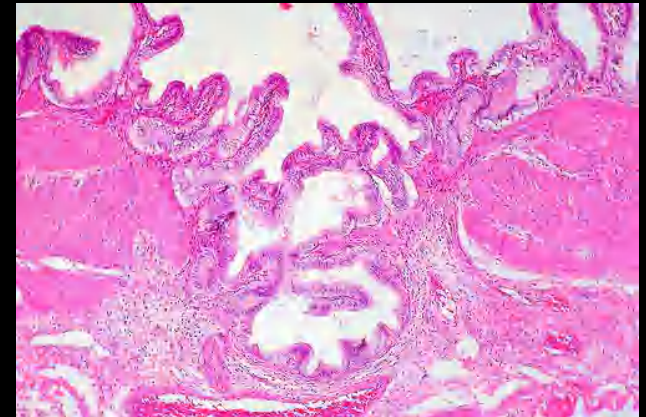
-ils ont été décrits par 2 anatomo-pathologistes :

.le baron autrichien **Carl von Rokitansky** 1804-1878

.l'allemand **Karl Albert Ludwig Aschoff** 1866-1942



<http://radiopaedia.org/articles/rokitansky-aschoff-sinuses>



messages à retenir

-la cholécystite xanthogranulomateuse est une **forme particulière de cholécystite chronique** caractérisée par une **infiltration pariétale fibro-oedémateuse nodulaire**.

-cette répartition nodulaire et le caractère fibro-oedémateux seraient la traduction de la physiopathologie:

.rupture de pseudo-diverticules pariétaux (sinus de Rokitansky-Aschoff avec issues de bile dans la paroi

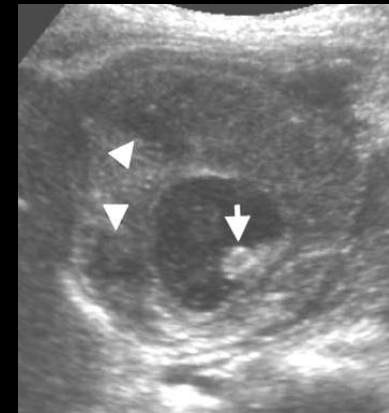
.**réaction macrophagique** granulomateuse avec histiocytes chargés de céroïdes

.développement d'une **fibrose** associée à de l'oedème

-la présence de calculs vésiculaires est habituelle

-l'affection ne prédispose pas au carcinome vésiculaire mais la confusion entre ces 2 diagnostics est possible en imagerie.

-**toute cholécystite chronique opérée devrait faire l'objet d'un examen histologique extemporané** pour adapter le traitement chirurgical (curage ganglionnaire) dès le premier temps opératoire



<http://www.radiologyassistant.nl/en/p43a0746acc5d/gallbladde-r-wall-thickening.html>