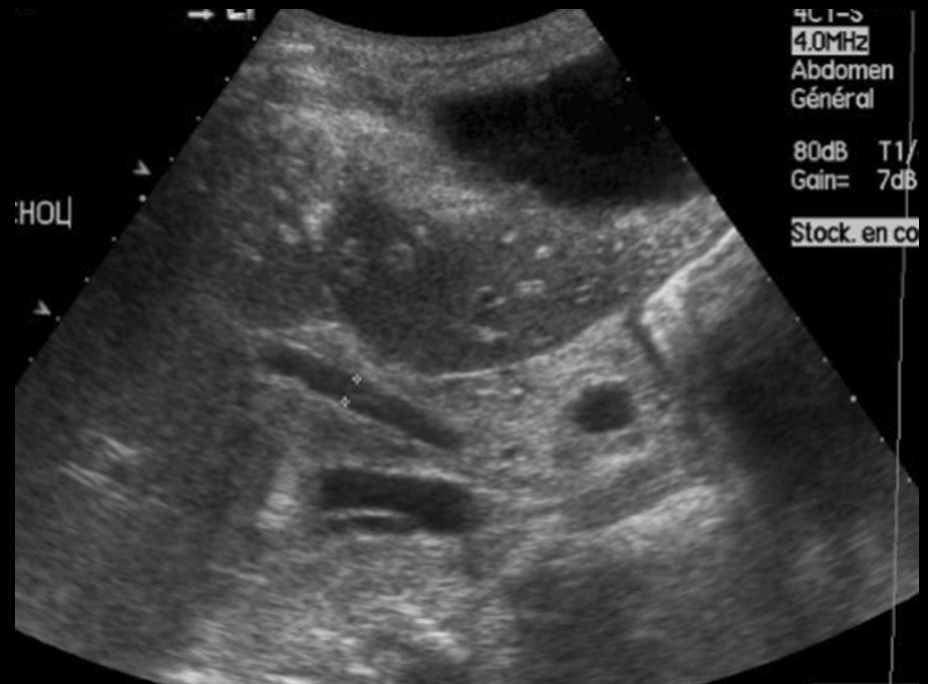
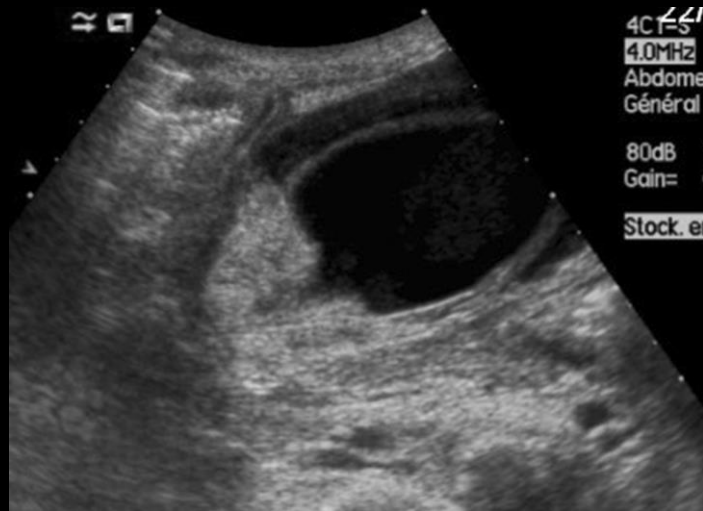


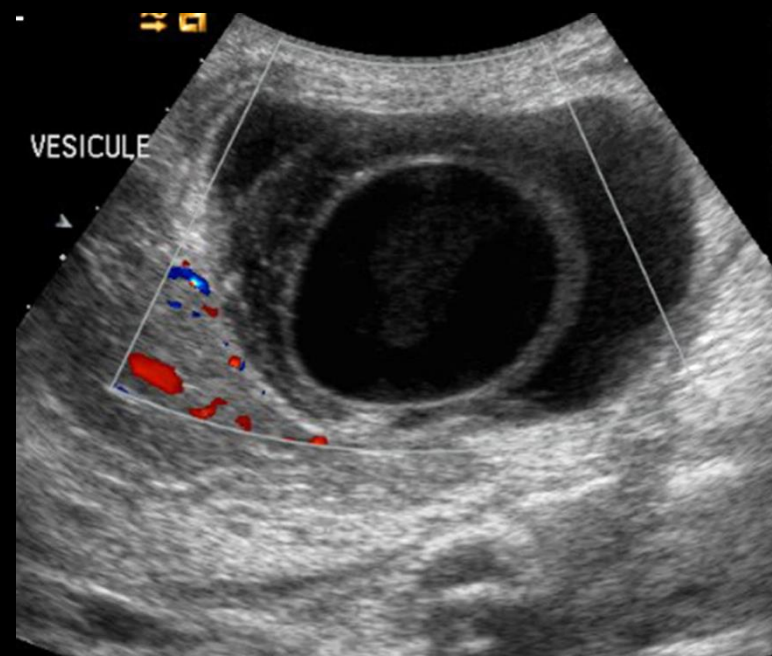
la masse est clairement identifiée comme étant la vésicule biliaire mais il existe un aspect de "vésicule biliaire dans la vésicule biliaire" et une "masse" dans le jabot

le contenu de la vésicule "interne" est hétérogène

un élément sémiologique de haute valeur diagnostique n'a pas été évoqué !!!



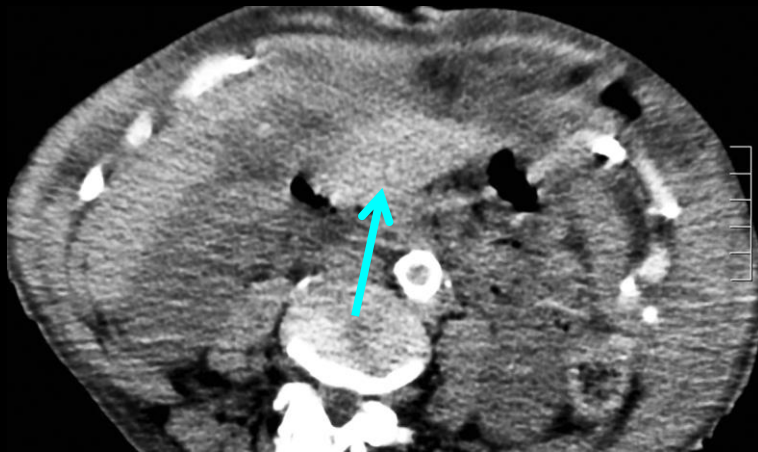




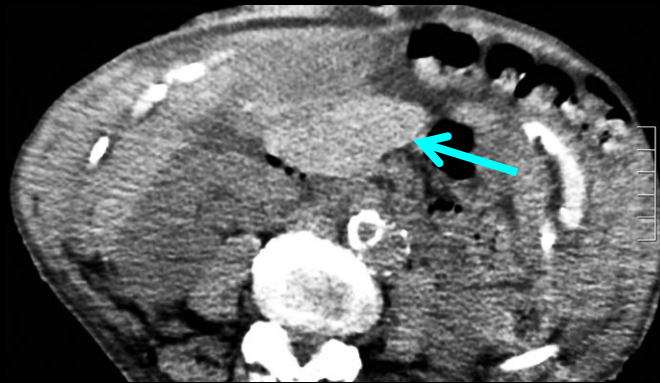
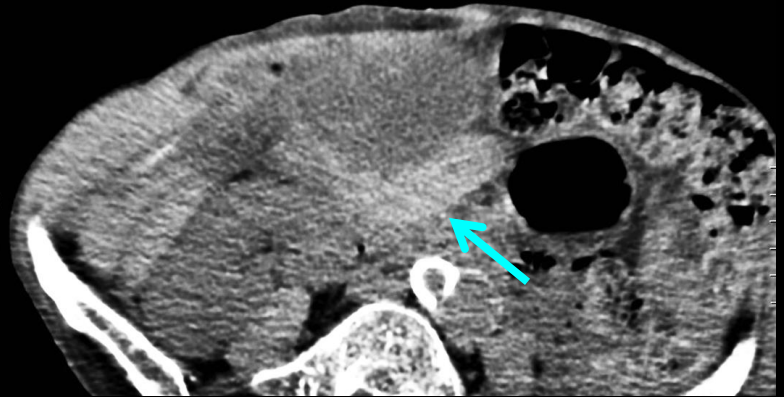
-la vésicule biliaire est inhabituellement éloignée de la face inférieure du foie . Seule la "masse" de la région du jabot vient au contact du foie , au bord droit du hile hépatique

-l'aspect de "vésicule dans la vésicule" ne peut anatomiquement correspondre qu'à une collection développée entre la paroi vésiculaire et le péritoine viscéral péri vésiculaire

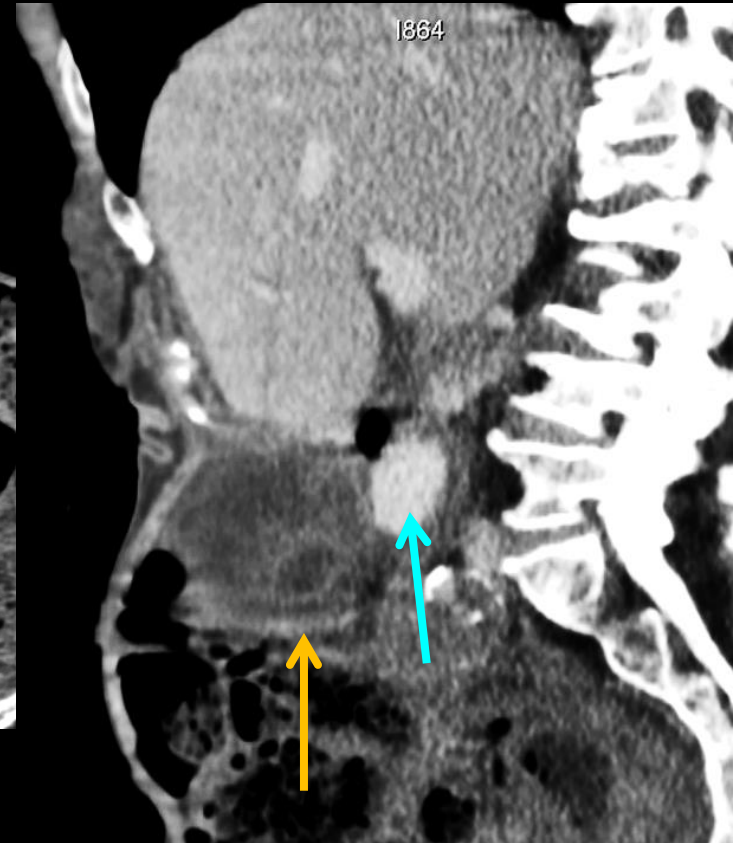
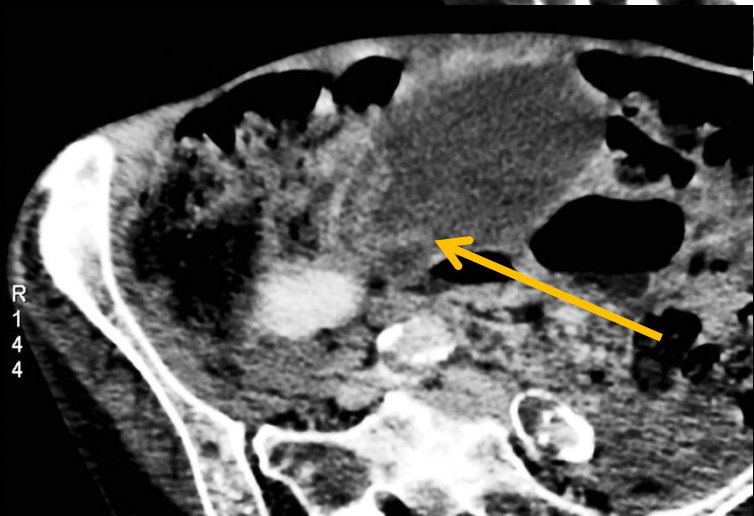
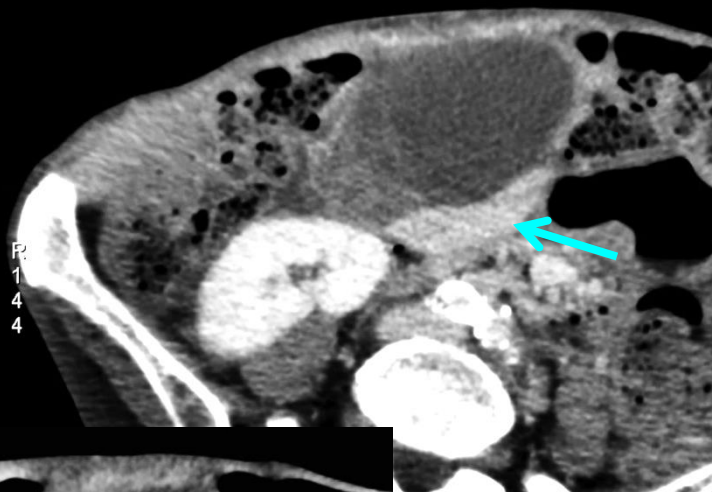
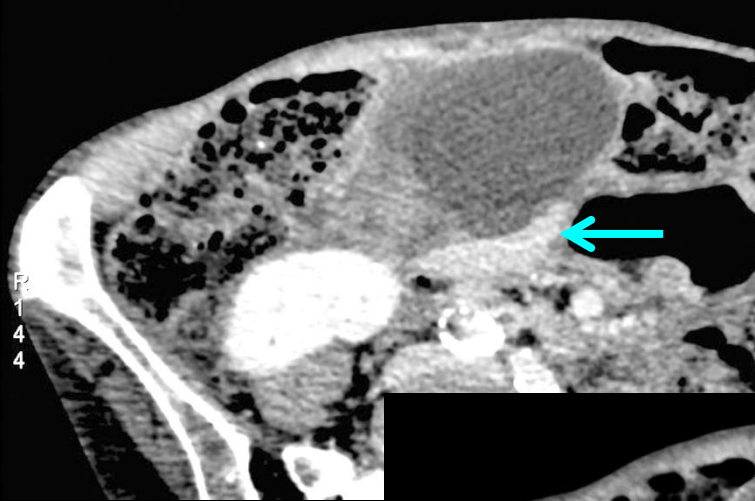
-un scanner , puis une IRM sont réalisés



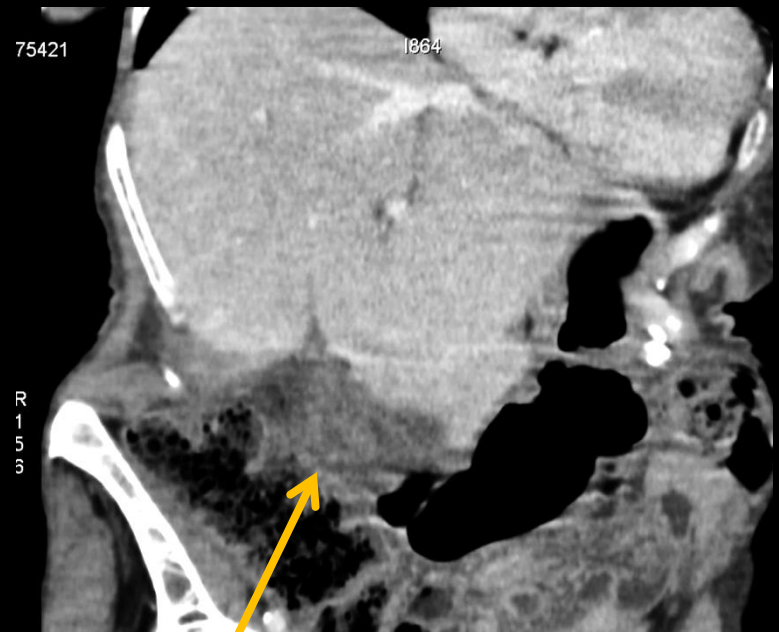
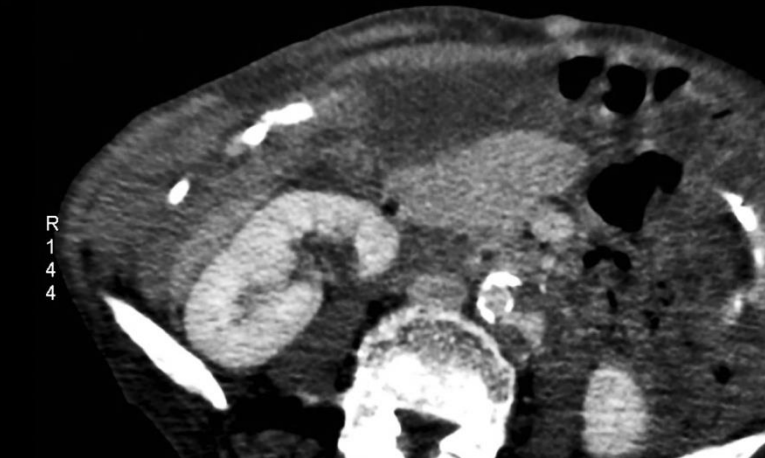
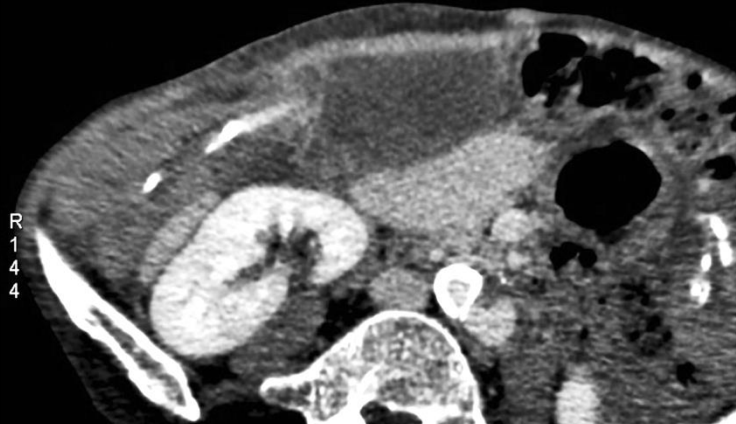
R  
1  
5  
1

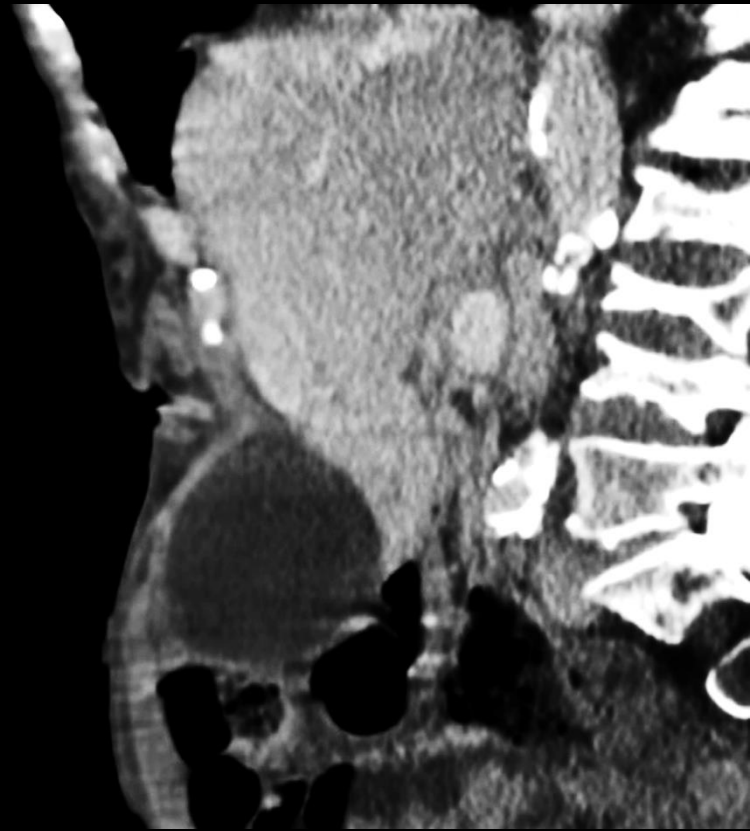
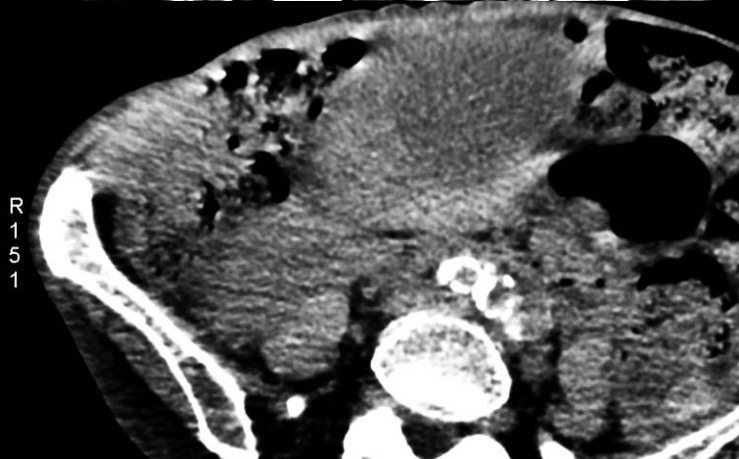
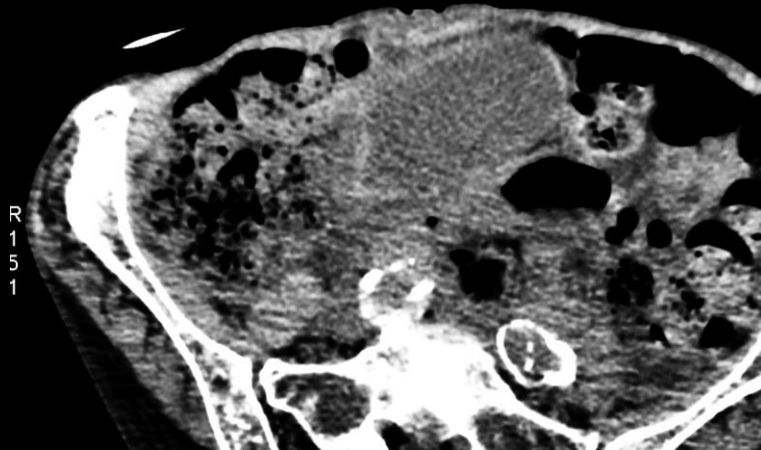
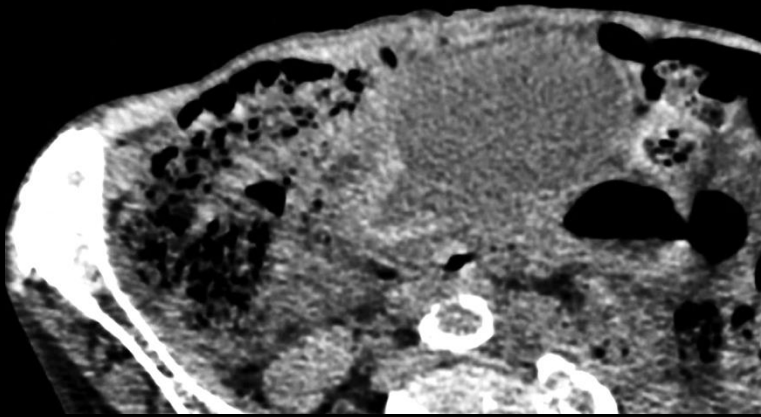


-les coupes avant injection de produit de contraste , sous réserve d'un fenêtrage de visualisation adapté montrent une nette hyperdensité bordant la face postérieure de la vésicule, en faveur d'un taux de protides élevé qui, dans ce contexte aigu , ne peut être que du sang



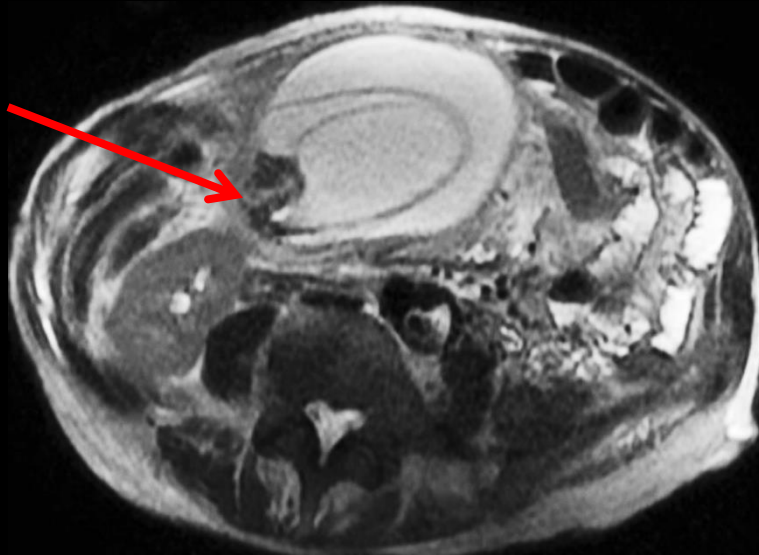
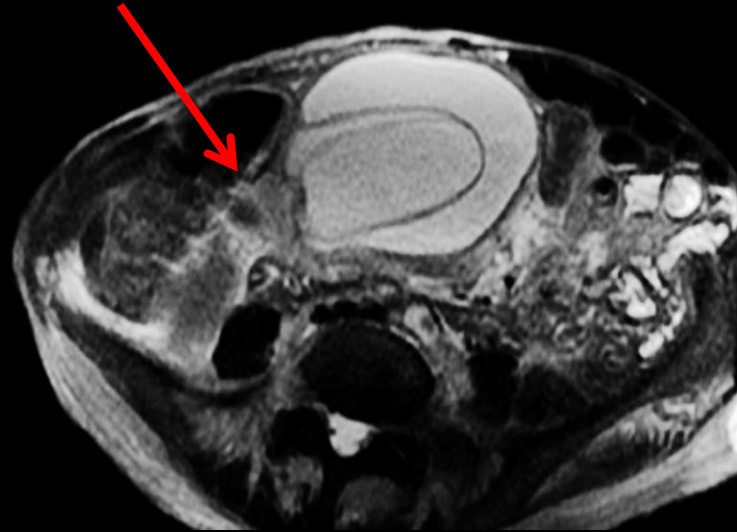
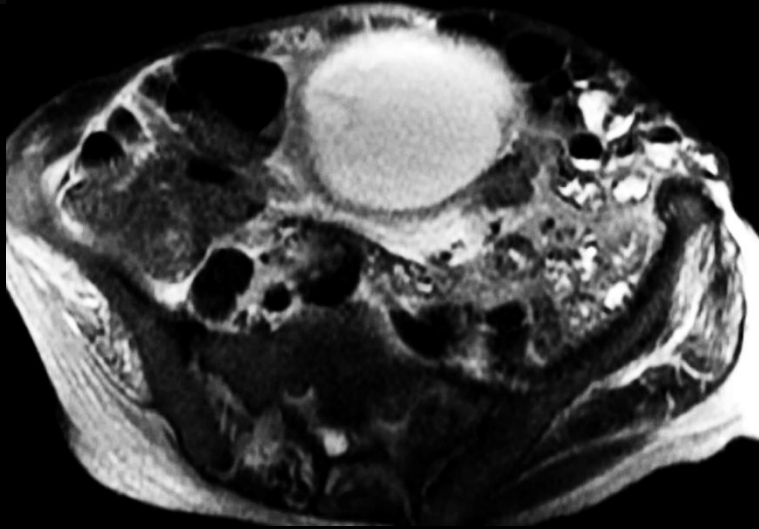
-après injection retrouve la collection hématique en position déclive, à la face postérieure de la vésicule biliaire  
-la région du jabot vésiculaire comporte 2 structures courbes concentriques (flèche orange)





-après injection , le rehaussement de la paroi vésiculaire est minime et très irrégulier confirmant l'ischémie aiguë avec infarctus transmural de la paroi

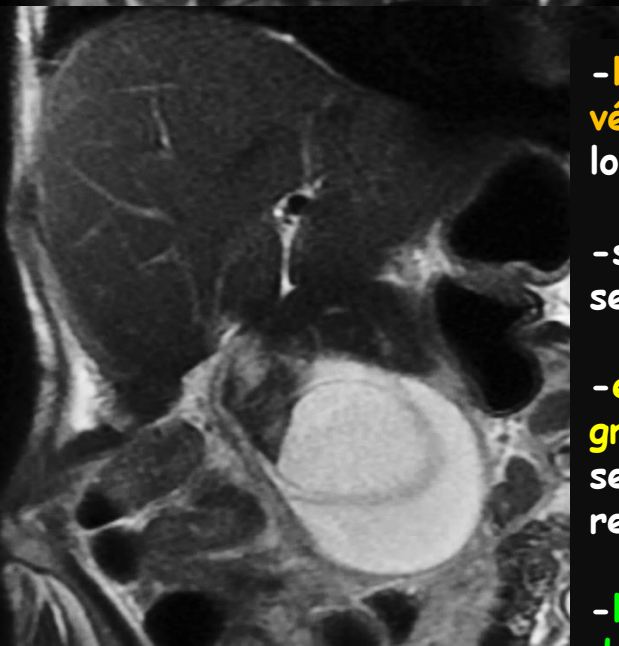
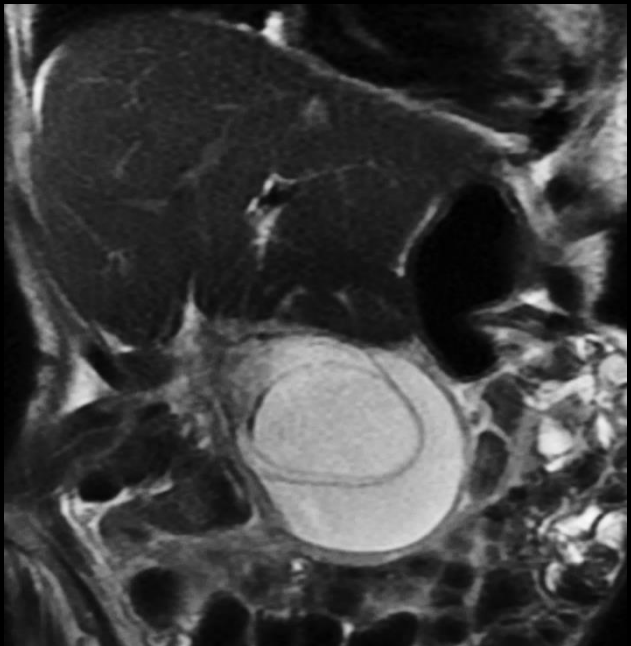
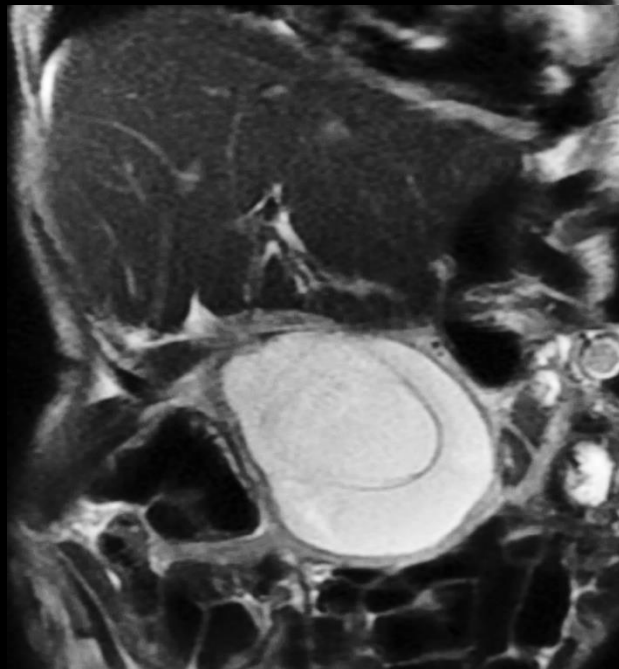
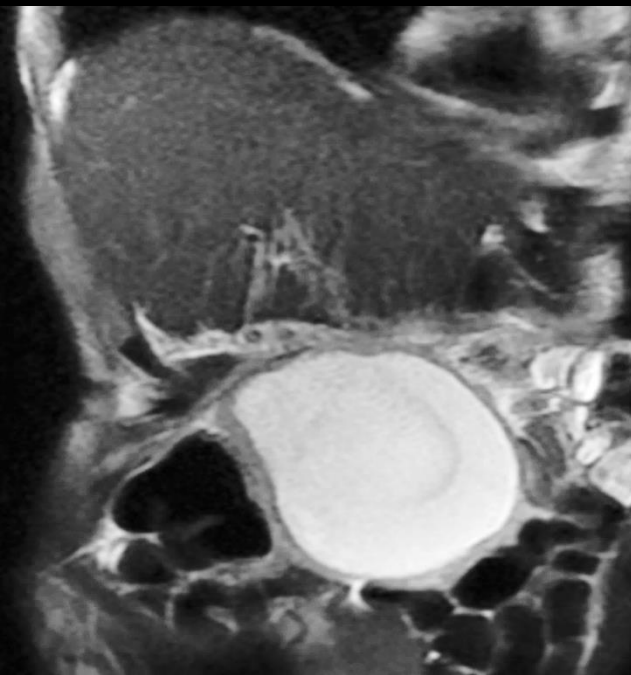
-l'IRM est réalisée 5 jours après le scanner



-les coupes pondérées T2 à TEeff court montrent parfaitement:

.la vésicule biliaire à paroi très mince entourée d'une collection à contenu liquide , de signal un peu plus élevé que la bile vésiculaire

.l'aspect "en barillet" de la région du siphon, correspondant à la spire de torsion du volvulus vésiculaire

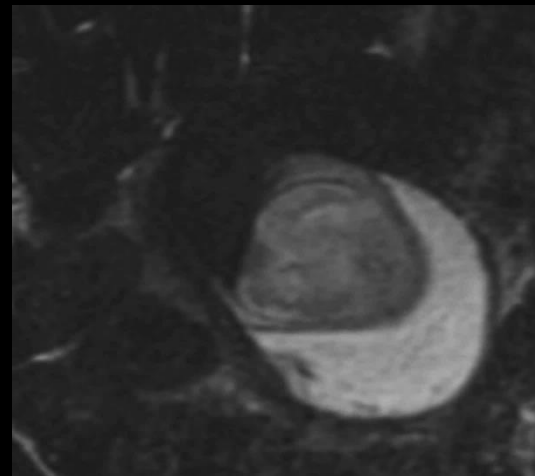
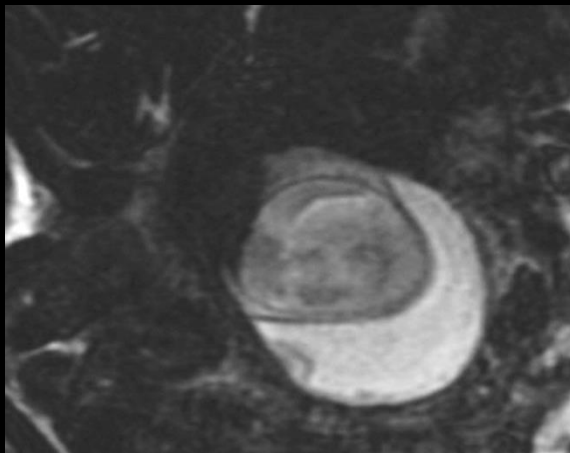
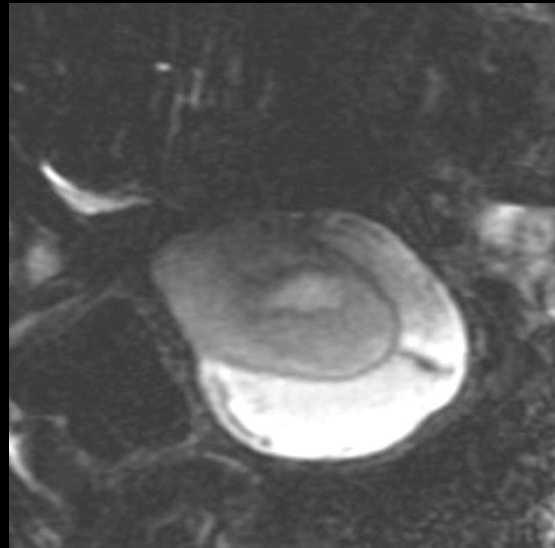
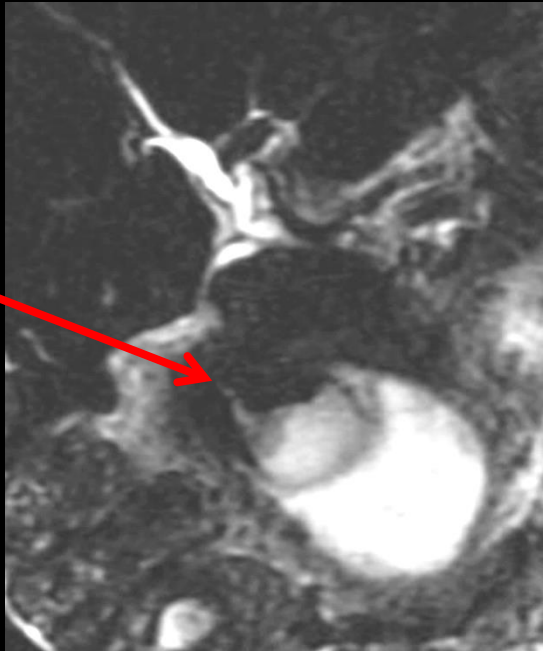


-la vésicule a "quitté" le lit vésiculaire à la face inférieure du lobe droit

-son bas fond et son grand-axe se sont déplacés vers la gauche

-elle s'est volvulée autour de son grand axe et la spire de torsion se situe au niveau du siphon qui reste fixé à la région sous hilare

-l'artère cystique tronculaire est dans la spire de torsion



-les coupes millimétriques (3D T2) montrent la lumière de la région du jabot , sténosée par le volvulus

-elles confirment les différences de signal entre le contenu vésiculaire et la collection péri-vésiculaire sous péritonéale bilio-hématique

-l'intervention chirurgicale confirme le volvulus vésiculaire avec ischémie de la paroi vésiculaire et collection bilio-hématique sous péritonéale

# le volvulus de la vésicule biliaire

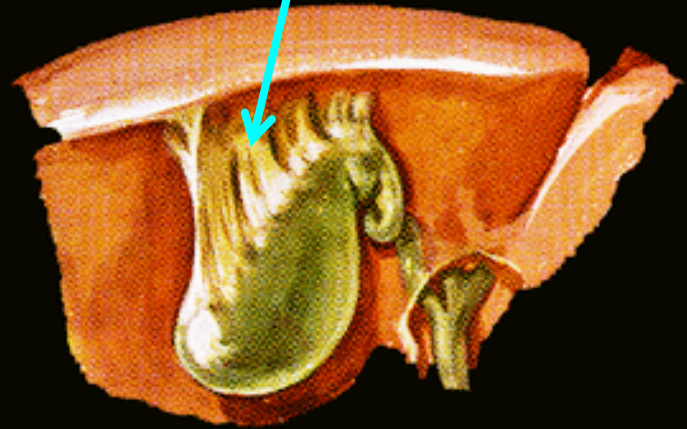
-première description en 1898 par Wendel ; environ 500 cas rapportés dans la littérature avec une fréquence accrue dans les 10 dernières années, en particulier pour le diagnostic par l'imagerie

-le volvulus de la vésicule biliaire se rencontre surtout chez la femme âgée (sex ratio 3 F / 1 H) , mais il peut également être rencontré chez des sujets jeunes.

-sur le plan physiopathologique, le volvulus de la vésicule biliaire est rapporté à une **anomalie embryologique de migration de la vésicule biliaire** conduisant soit à **mésocyste long (type 1 , le plus fréquent)**, soit à un **mésocyste absent** ou du moins court (type 2), ne concernant que la région du jabot vésiculaire (classification de Gross 1936)

dans les 2 cas , il n'y a plus de fixation directe de la vésicule sur la face inférieure du foie . Cette anomalie serait présente chez 4% de la population ....

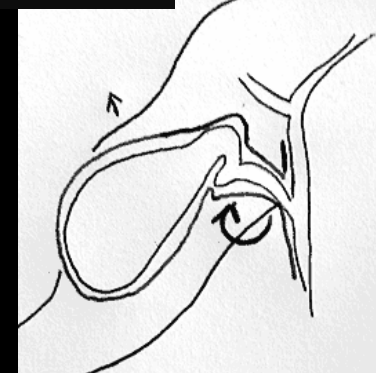
mésocyste



type 1



type 2



Feuillets de Radiologie 2006, 46, n° 3, 221-224  
© Masson, Paris, 2006

corrél.

Quand la vésicule « twist »

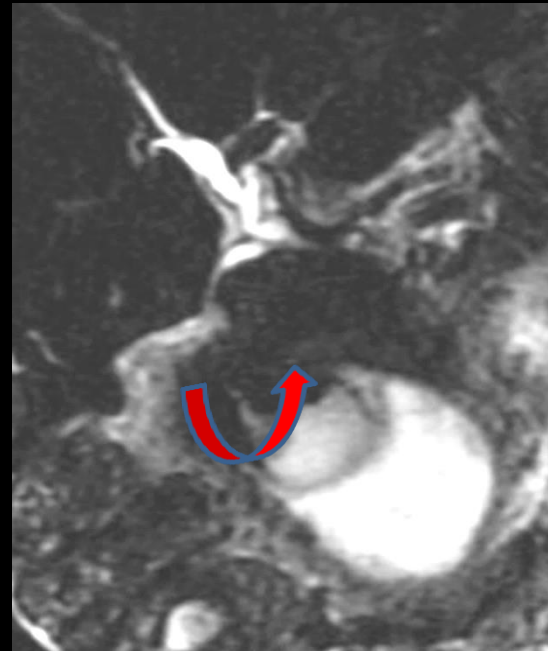
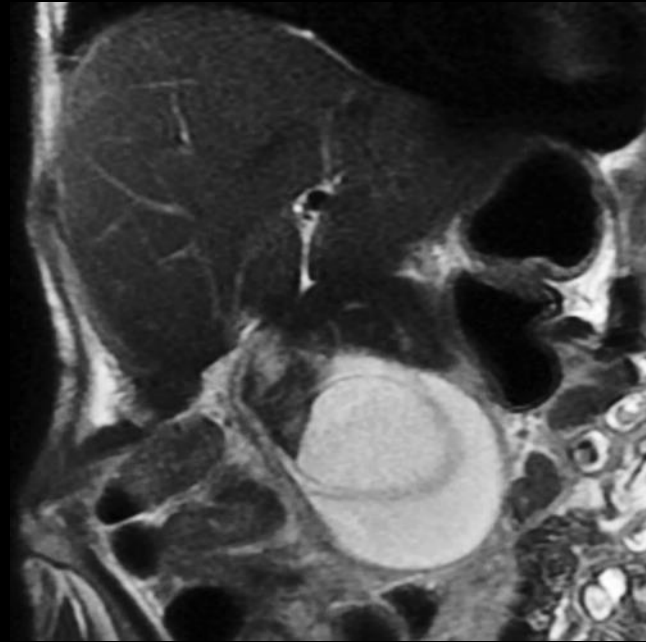
P. Lê<sup>1</sup>, Y. Ramaheriarison<sup>2</sup>, C. Billey<sup>2</sup>

-les facteurs favorisants, chez la femme âgée, sont la perte de graisse et d'élasticité des structures ligamentaires , à l'origine d'une **viscéroptose** et d'une plus **grande mobilité de la vésicule biliaire**.

Ont également été décrits comme facteurs favorisants le péristaltisme des structures intestinales de voisinage (colon, duodénum, l'estomac ) et la **cyphoscoliose**.

La torsion peut-être incomplète (180°) entraînant un tableau de douleur biliaire ou complète (360°) à l'origine d'une nécrose ischémique pariétale . Le tableau clinique est alors celui d'une cholécystite aiguë sans perturbation du bilan hépatique ni syndrome inflammatoire initial

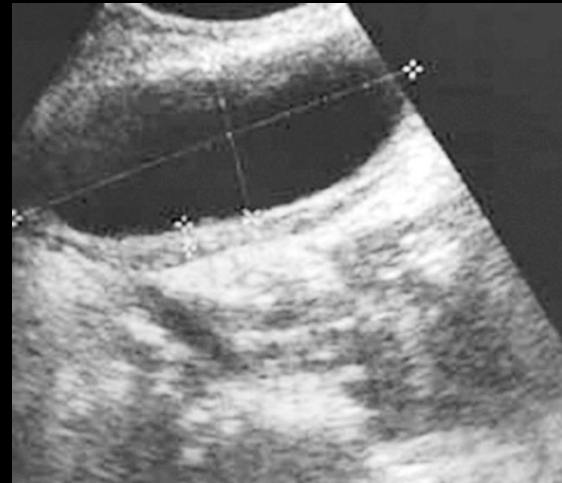
le diagnostic échographique d'une "**vésicule flottante**" ou d'un "**twist**" vésiculaire est difficile mais possible devant une **vésicule distendue, en dehors du lit vésiculaire**, avec un œdème pariétal plus ou moins important. Le scanner et l'IRM. sont plus efficaces pour l'analyse précise des images.



-le traitement consiste en une cholécystectomie en urgence , par laparotomie ou laparoscopie , en raison du risque de perforation par gangrène vésiculaire

le geste est en règle facile en raison de l'absence d'accolement ou parenchyme hépatique.

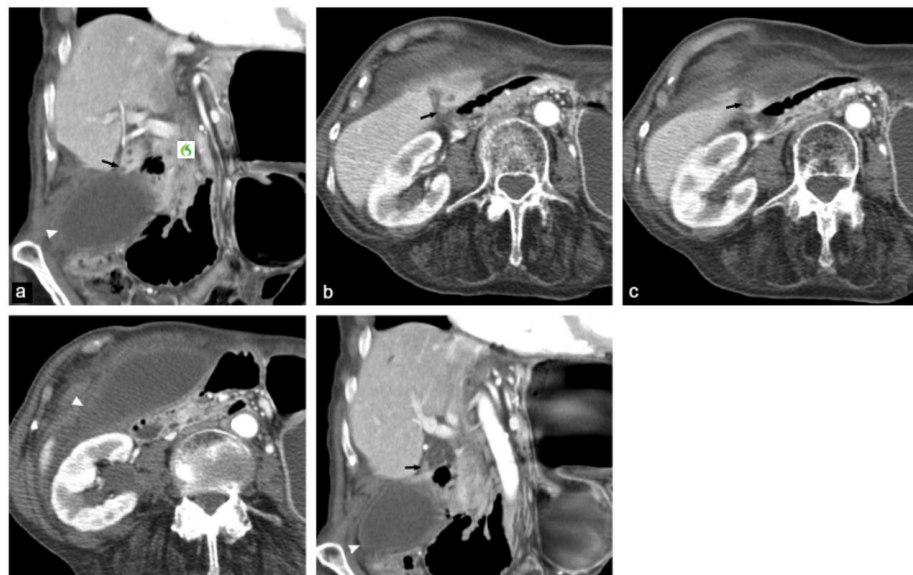
une **détorsion première** ou la ponction de la vésicule diminuent la tension vésiculaire et réduisent le risque de plaie biliaire mais exposent à un risque accru d'ensemencement microbien de la voie biliaire principale



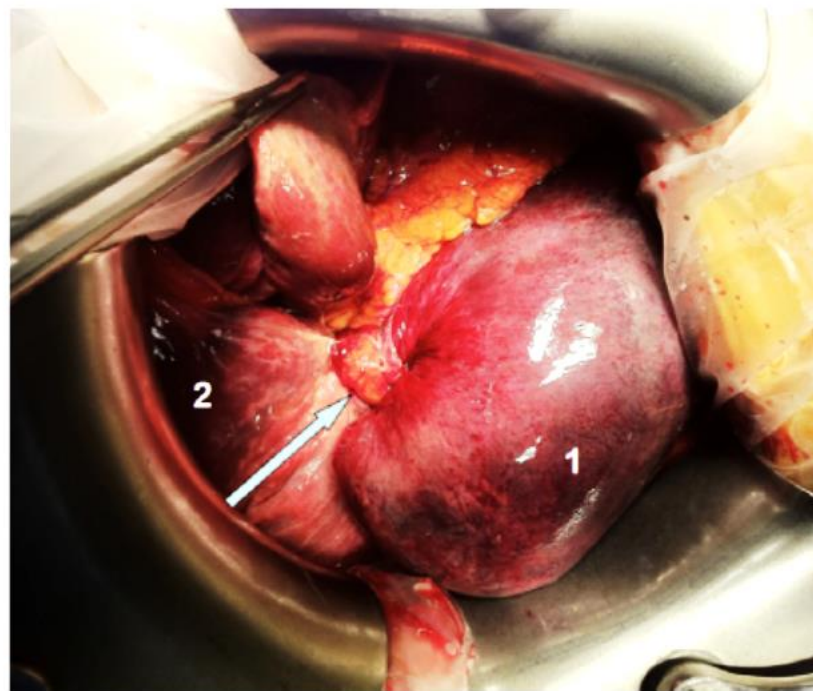
LETTER / *Gastrointestinal imaging*

## Gallbladder volvulus: A rare case of acute cholecystitis

A. Gog<sup>a</sup>, B. Robert<sup>a,\*</sup>, C. Mouly<sup>b</sup>, M. Castier<sup>a</sup>,  
C. Chivot<sup>a</sup>, C. Gondry-Jouet<sup>a</sup>, T. Yzet<sup>a</sup>



**Figure 2.** Intra-operative images confirming the diagnosis of gangrenous cholecystitis (black arrow) complicating gallbladder volvulus (short white arrow). Note the presence of a long, wide, Gross type A mesocyst (head of white arrow) after release of the gallbladder torsion.



**Figure 2.** Vue peropératoire du volvulus de la vésicule biliaire. Flèche: zone de torsion du pédicule cystique; 1: vésicule biliaire gangreneuse; 2: lobe hépatique droit.

Journal de Chirurgie Viscérale (2012) 149, 172–173



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson  
**EM|cons**  
[www.em-consul.com](http://www.em-consul.com)

IMAGES EN CHIRURGIE

## Volvulus de la vésicule biliaire

Gallbladder volvulus

M. Chalret du Rieu\*, N. Carrère

# take home message

-le volvulus de la vésicule biliaire est une pathologie rare mais dont le diagnostic peut plus facilement être fait par l'imagerie en coupes, si on connaît les grandes lignes épidémiologiques et physiopathologiques de cette affection.

-il touche très préférentiellement la femme âgée maigre chez laquelle la mobilité accrue la vésicule est liée à l'allongement important du mésocyste.

-le tableau clinique de douleurs subaiguës résolutive en cas de volvulus limité est peu spécifique, par contre si une strangulation de l'artère cystique survient lors d'un volvulus serré à 360°, la nécrose ischémique pariétale de la vésicule entraîne un tableau aigu qui impose la cholécystectomie en urgence en des risques majeurs de perforation et de sepsis grave

-l'échographie, le scanner et l'IRM sont parfaitement à même de faire le diagnostic devant :

.une vésicule distendue à paroi épaisse ou amincie, de siège ectopique, chez une femme âgée maigre cyphoscoliotique.

.objectivation du défaut de rehaussement de la paroi de la vésicule distendue, après injection de produit de contraste