

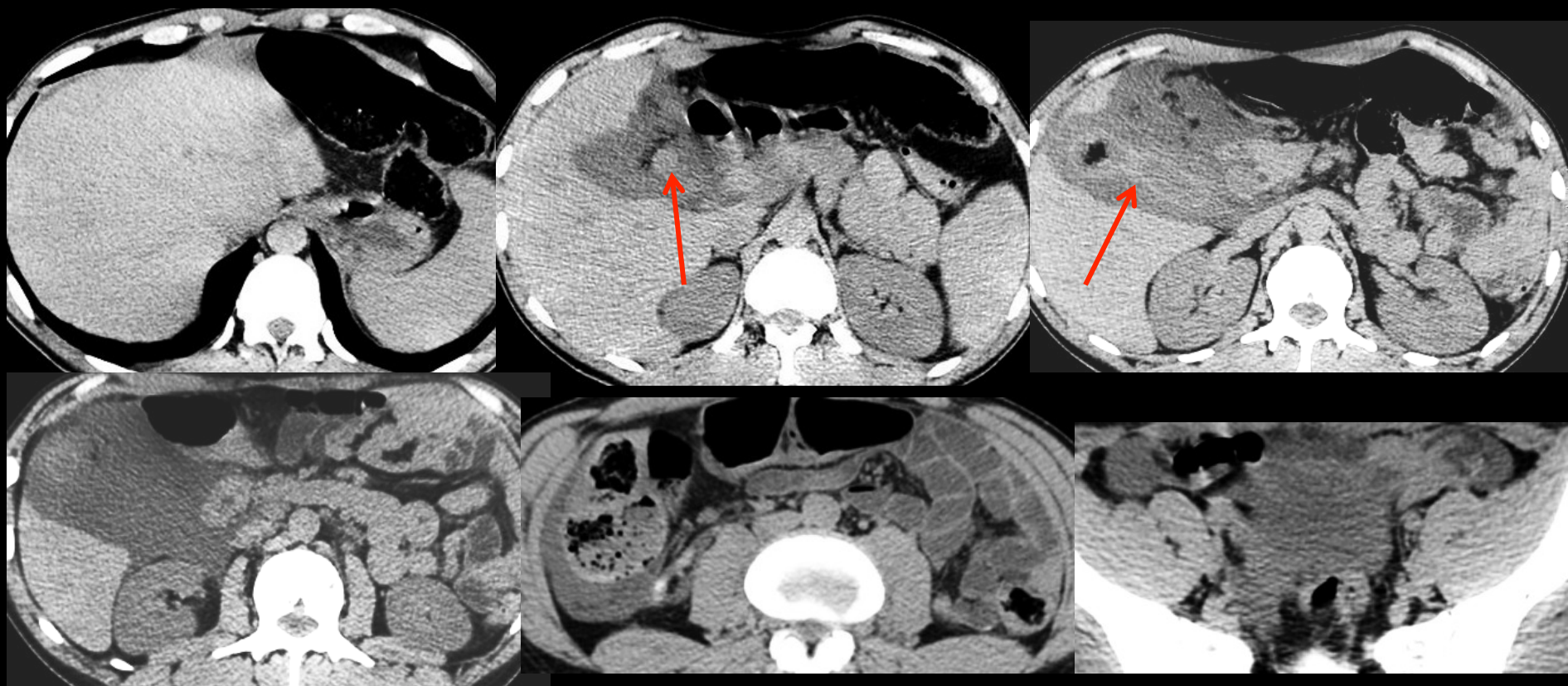
Homme 32 ans , lithiase biliaire connue , jusqu'à présent asymptomatique .
Douleur de l'hypochondre droit et fièvre depuis 24 h. 13000 GB/mm³, C Reactive Protein à 30 mg/L

Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur les images échographiques suivantes



-volumineux calculs vésiculaires

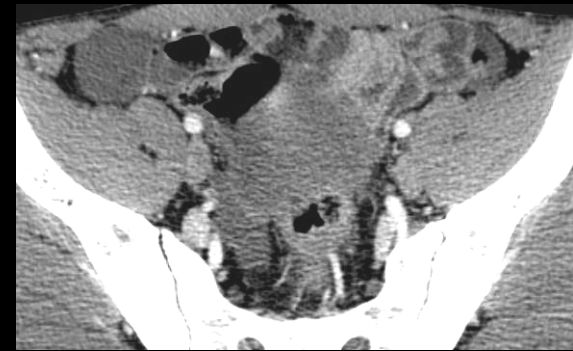
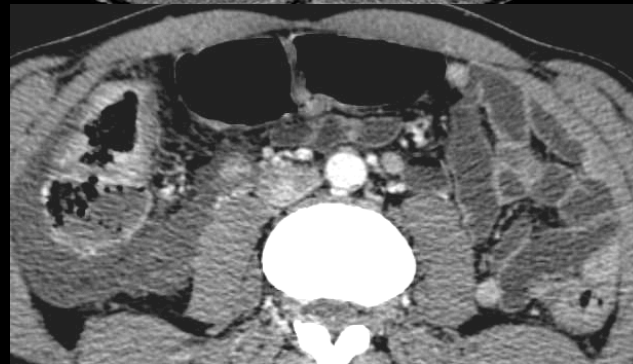
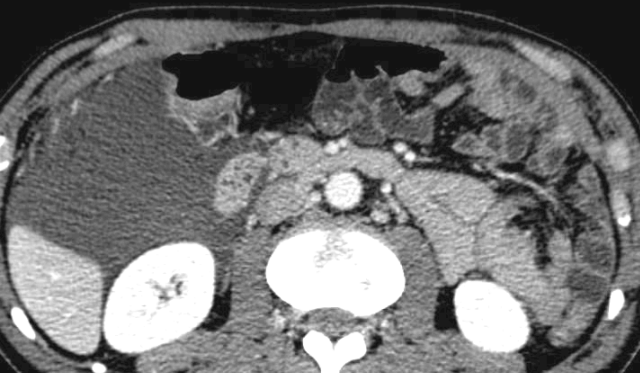
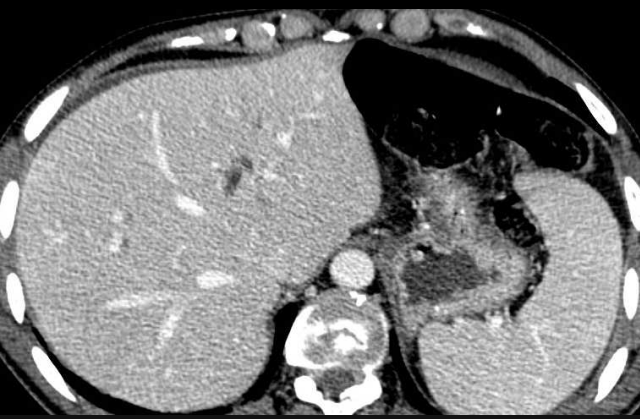
-très important épaissement de la paroi vésiculaire , parfaitement homogène et régulier , sans aspect "feuilleté"



-le scanner pratiqué 3 jours plus tard , d'abord sans injection de produit de contraste et avec des fenêtres de visualisation adaptées montre:

.les calculs vésiculaires **cholestéroliques** avec **images gazeuses en leur centre** (Mercedes-Benz sign attribuées à une **infection bactérienne infra clinique** , en raison de la composition du gaz , très différente de celle de l'air , en particulier : < 1 % d'oxygène , 6 à 8 % de CO₂ et azote pour le reste. Pour d'autres c'est la pression négative liée à la fissuration de gros calculs qui provoquerait la libération du CO₂ issu du sang circulant dans les réseaux capillaires....)

-il existe surtout une très importante "masse" de densité hydrique avec quelques éléments gazeux disséminés .Notez le contenu "hyperdense" (par rapport à son environnement) de la vésicule biliaire (flèche rouge)

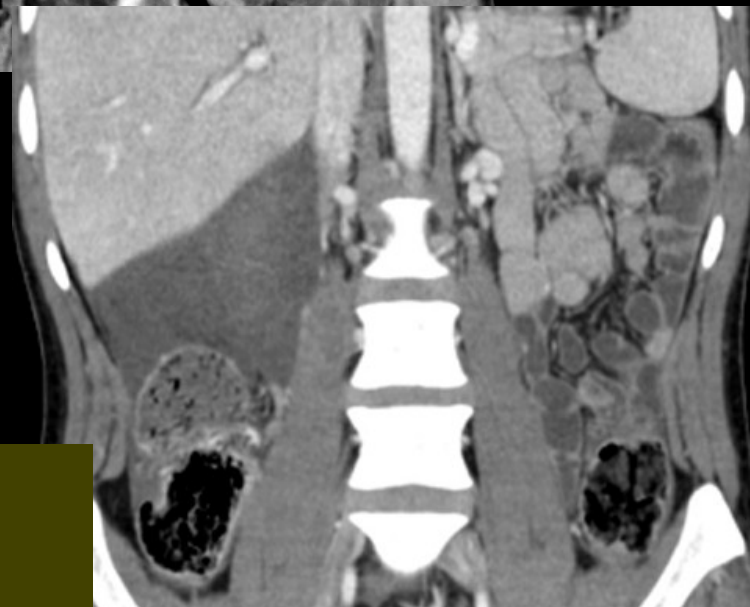
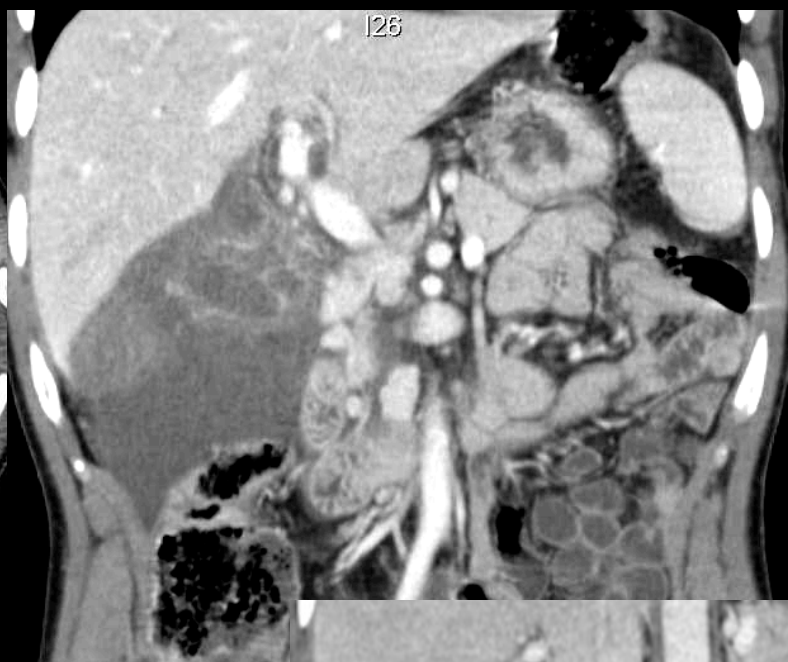


-sur le plan anatomique , une collection péri vésiculaire ne peut se développer qu'à la faveur d'adhérences péritonéales "organisées" (walled-off) ,avec comme conséquence **des parois épaisses**

-ici on voit que la **"masse" liquide reste sous hépatique** avec un prolongement dans la partie haute de la gouttière pariéto-colique droite et un autre vers la partie haute du pédicule et le hile hépatiques ; il n'y a **pas de liquide autour du foie** ni de la rate , ni dans la cavité omentale et très peu dans la grande cavité péritonéale abdomino-pelvienne.

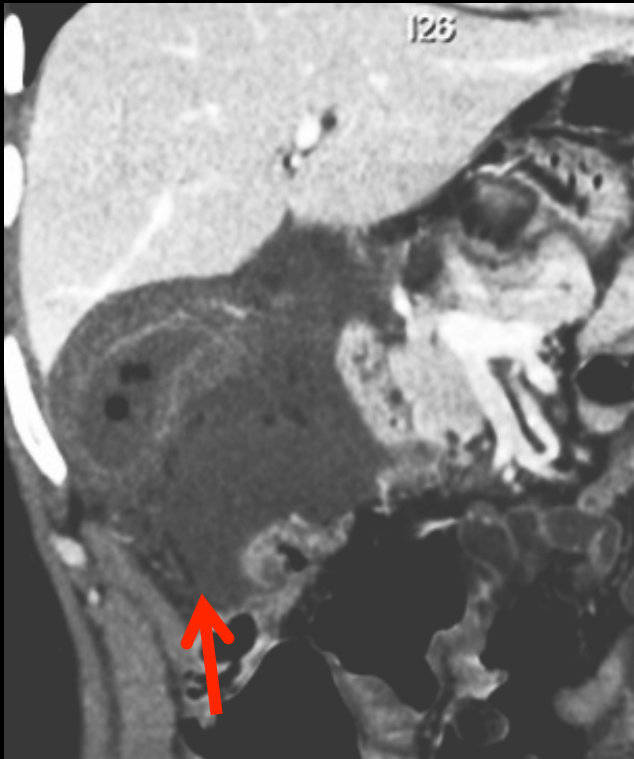
-l'**analyse multiplanaire** permise par les reformations dans l'axe Z est fondamentale pour mieux comprendre les images

-enfin, mais chacun l'avait vu , **le rehaussement du réseau capillaire muco-sous-muqueux de la vésicule est médiocre et discontinu.**



-la juxtaposition des coupes axiales et des reformations frontales rend déjà bien compte du **caractère fermé de la "collection"**

-l'état de la paroi vésiculaire et de sa vascularisation évanescente ; l'hypodensité du liquide de la partie antérieure de la collection (→) confirment la nature biliaire du contenu

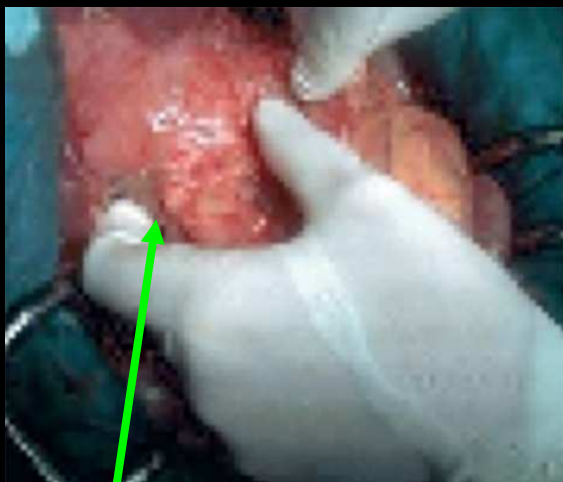


-les reformations coronales obliques confirment le caractère net et arciforme des limites inférieures et postérieure de la zone de densité liquide.

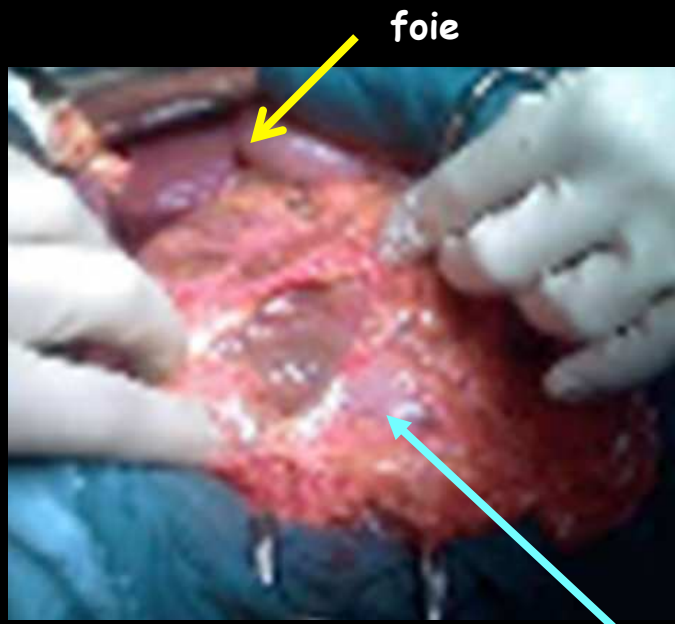
-mais il n'y a pas de lame liquide péri hépatique antérieure ni latérale

-la cholécystite gangréneuse perforée est évidente , comme en témoigne le rehaussement limité , interrompu des capillaires du complexe muco-sous muqueux

L'intervention chirurgicale en urgence confirme la **cholécystite gangréneuse perforée** et ne montre pas la collection sous hépatique (bilome) à laquelle on s'attendait, mais une **infiltration oedémateuse majeure de la partie droite du grand omentum** qui "couvre" la perforation vésiculaire:



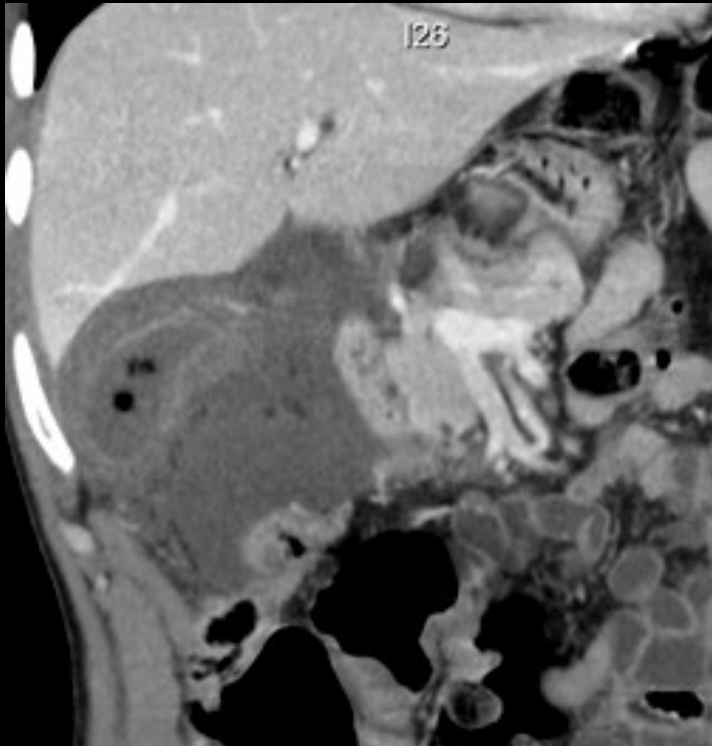
aspect infiltré +++ du lit vésiculaire



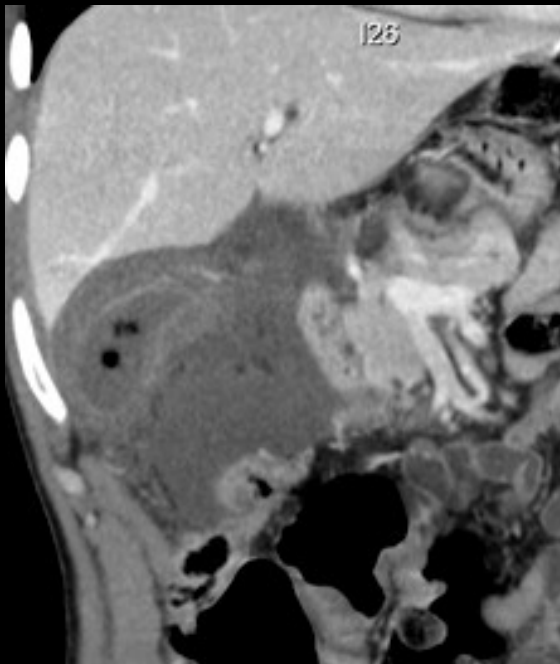
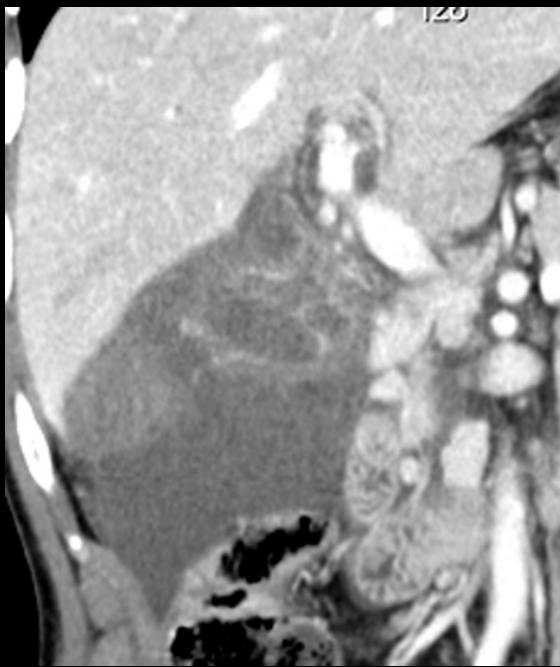
dissection de la **partie droite du grand omentum infiltrée massivement** par l'œdème secondaire à l'inflammation provoquée par la perforation vésiculaire



jabot vésiculaire épaissie , avec "accouchement" d'un calcul)



ces images de pseudo "collection liquide" sous hépatique dans un contexte de cholécystite gangréneuse perforée correspondent pour l'essentiel , à un **œdème massif de la partie droite du grand omentum** qui est venu "couvrir" la perforation **vésiculaire** révélatrice de la **cholécystite gangréneuse**.



le **grand omentum** est le **pilier de la défense abdominale** contre les agressions . Grâce à sa **mobilité** , il peut intervenir et apporter les moyens de défense (néoangiogénèse inflammatoire , éléments humoraux et cellulaires..), dans toute la cavité péritonéale abdominale et pelvienne.

à l'étage sus mésocolique , il peut "**boucher**" ("**couvrir**") une **perforation** d'un ulcère de la face antérieure du bulbe duodénal ou de l'antré gastrique ou , comme dans l'observation rapportée , une perforation de la vésicule biliaire. Dans les 2 cas , il peut contribuer à **circonscrire une collection**, infectée ou non.

il peut aussi ,comme on l'a vu ,être le siège d'une **réaction inflammatoire aiguë massive** , **essentiellement oedémateuse** qui , à quelques nuances sémiologiques près , simule une collection liquide (mais qu'il ne faut pas drainer !!!)

message à retenir

-un grand omentum (ou toute autre structure péritonéale mobile ou mobilisable : mésentère , mésocolon transverse , mésosigmoïde , mésoappendice ...) inflammatoire peut être , de façon diffuse ou , plus souvent localisée, le siège d'une **tuméfaction oedémateuse lui conférant un aspect et une densité "liquide" (0 à 15 UH)**

-quelques **nuances sémiologiques** permettent d'évoquer cette éventualité et d'éviter une ponction "blanche" :

.l'aspect des **contours polycycliques , fins, sans paroi organisée**

.la **stricte localisation** sous hépatique avec extension pédiculaire , sans lame liquide péri hépatique ni épanchement majeur dans la grande cavité péritonéale

