Échographie portable pour le diagnostic de la cholécystite hémorragique

Neil D. Long BSc Méd BMBS, Justin S. Ahn MD, Gregory J. Monkewich MD, Daniel J. Kim MD

■ Citation : CMAJ 2021 October 25;193:E1631-2. doi : 10.1503/cmaj.202394-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.202394

Un homme de 81 ans s'est présenté au service des urgences en raison d'une douleur au quadrant supérieur droit de l'abdomen qui durait depuis 1 jour; il n'avait pas de fièvre ni de vomissements. Seize jours plus tôt, il avait subi un pontage aorto-coronarien à la suite d'un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, et on lui avait prescrit du clopidogrel et de l'acide acétylsalicylique après l'opération. L'examen physique a montré une sensibilité au quadrant concerné sans défense musculaire et un signe de Murphy négatif. Les analyses de laboratoire ont détecté des taux élevés de leucocytes, de bilirubine, d'aspartate aminotransférase, d'alanine aminotransférase et de phosphatase alcaline.

Nous avons effectué une échographie portable, qui a montré une échogénicité hétérogène à plusieurs couches qui remplissait presque la lumière de la vésicule biliaire, sans vascularité à l'échographie Doppler couleur. Nous n'avons pas observé de calcul biliaire, d'épaississement des parois, de liquide péri-cholécystique ou de signe de Murphy échographique (figure 1 et vidéo de l'annexe 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.202394/tab-related-content).

L'échographie faite au service de radiologie a confirmé les résultats de l'échographie portable.

En raison de ces résultats, le patient a subi une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique; la sphinctérotomie et la sphinctéroplastie ont produit un important caillot taché de bile (annexe 2, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.202394/tab-related-content). Comme aucune anomalie structurelle ou vasculaire prédisposante n'a été détectée, nous avons diagnostiqué une cholécystite hémorragique secondaire au début récent de la prise d'agents antiplaquettaires. Après l'intervention, les anomalies aux tests de laboratoire et la douleur du patient se sont résorbées, et ce dernier a reçu son congé avec l'instruction de revenir pour une cholécystectomie ambulatoire une fois qu'il aurait arrêté les agents antiplaquettaires.

La cholécystite hémorragique est rare, mais elle comporte un risque considérable de morbidité et de décès, surtout si la vésicule biliaire est perforée¹. Les hémorragies dans la vésicule biliaire, avec ou sans cholélithiase, peuvent être causées par un trauma, une tumeur biliaire, une anomalie vasculaire, une anticoagulation, une prise d'agents antiplaquettaires, une prédisposition aux saignements ou des parasites biliaires².

Figure 1 : Échogrammes d'un homme de 81 ans atteint de cholécystite hémorragique. A) L'échographie portable montre que la lumière de la vésicule biliaire est remplie de matière échogène mixte (flèche), représentant du sang. B) L'échographie Doppler couleur de la vésicule biliaire montre un manque de vascularité à la paroi de la vésicule biliaire et la matière échogène dans la lumière.

L'échogénicité hétérogène remplissant la lumière de la vésicule biliaire est caractéristique, en l'absence de débit à l'échographie Doppler couleur, d'une hémorragie dans la lumière de la vésicule biliaire. Le pus peut aussi sembler hétérogène, mais l'agrégat biliaire est homogène à l'échographie. Les autres caractéristiques échographiques de la cholécystite hémorragique comprennent l'épaississement focal de la paroi de la vésicule biliaire, des membranes intraluminales, des échos intraluminaux sans ombre et non mobiles, et des couches échogènes^{1,3}. Dans ce cas, l'échographie portable a facilité la prise en charge en accélérant l'échographie au service de radiologie et la consultation chirurgicale et gastroentérologique.

Le traitement définitif est la cholécystectomie. Pour les patients qui ne peuvent pas tolérer la chirurgie, la cholécystotomie percutanée est une option de rechange raisonnable. La cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique est indiquée si les analyses radiologiques ou de laboratoire montrent une angiocholite ou des signes d'obstruction biliaire provenant d'un caillot organisé, comme dans notre cas.

Références

1. Jiang B, Bingmer K, Ammori J. Hemorrhagic cholecystitis. *ACS Case Reviews in Surgery* 2020;2:56-60.
2. Tavernaraki K, Sykara A, Tavernaraki E, et al. Massive intraperitoneal bleeding due to hemorrhagic cholecystitis and gallbladder rupture: CT findings. *Abdom Imaging* 2011;36:565-8.
3. Chinn DH, Miller EI, Piper N. Hemorrhagic cholecystitis. Sonographic appearance and clinical presentation. *J Ultrasound Med* 1987;6:313-7.

Intérêts concurrents : Daniel Kim siège au conseil consultatif médical de la société Clarius Mobile Health. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Département de médecine d'urgence (Long), Hôpital de Burnaby, Burnaby, C.-B.; Département de médecine d'urgence (Long, Ahn, Kim), Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, C.-B.; Département de médecine d'urgence, Hôpital Royal Columbian (Ahn), New Westminster, C.-B.; Département de médecine (Monkewich), Hôpital de Burnaby, Burnaby, C.-B.; Département de médecine d'urgence (Kim), Hôpital général de Vancouver, Vancouver, C.-B.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui autorise l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Remerciements : Les auteurs remercient les Drs Gurb Johal et Jeremy White pour leur vérification de l'exactitude des aspects de chirurgie générale et de radiologie du manuscrit, respectivement.

Correspondance : Neil Long, expeditiondoctorlong@gmail.com