



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/10948
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10948>



RESEARCH ARTICLE

LA CHOLECYSTITTE XANTHOGRANULOMATEUSE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DU CARCINOME DE LA VESICULE BILIAIRE CAS CLINIQUE A PROPOS DE DEUX CAS

Ratbi El Amine, Sabbar Wadie, Sabbah Farid, Hraa Abdelmalek and Raiss Mohamed
Clinique Chirurgicale C, Hôpital Ibn Sina, Rabat, MAROC.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 12 March 2020

Final Accepted: 14 April 2020

Published: May 2020

Key words:

Cholécystite Xantho Granulomateuse,
Cancer de la Vésicule Biliaire

Abstract

La cholécystite xanthogranulomateuse (CXG) est une affection rare et bénigne, qui simule le carcinome de la vésicule biliaire (CVB) aussi bien sur le plan clinique, morphologique et macroscopique, son incidence est estimée entre 07 et 13.2 % de toutes les cholécystectomies. Nous rapportons l'observation des deux patients le premier âgé de 70 ans, diabétique qui a présenté des coliques hépatiques depuis 8 mois, l'examen clinique trouvait une sensibilité de l'HCD avec vésicule biliaire palpable, l'IRM hépatique montrait un processus malin de la paroi vésiculaire envahissant le segment IV. Le malade a subi une bisegmentectomie IVb-V avec curage pédiculaire, l'histologie était en faveur de CXG, les suites opératoires ont marqué par l'apparition de fistule biliaire dirigée qui a arrêté spontanément après 23 jours postopératoire. L'autre patient âgé de 59 ans sans antécédent particulier qui a présenté depuis 3 mois un ictère cholestatique, l'examen clinique trouvait une vésicule biliaire palpable, le scanner montrait un épaississement diffus de la paroi vésiculaire, dilatation des voies biliaires intra-hépatique et calculs vésiculaire. Le malade a subi une cholécystectomie partielle, l'histologie était en faveur de CXG, les suites étaient simples. Le but de notre travail est de mettre en évidence les difficultés diagnostiques et thérapeutiques entre la CXG et le CVB.

Copy Right, IJAR, 2020.. All rights reserved.

Introduction:-

La cholécystite xanthogranulomateuse est une entité particulièrement rare, son incidence est estimée entre 0,7 et 13.2% (1) de toutes les formes de cholécystite ; caractérisée par des réponses inflammatoires destructives focales ou diffuses, sa présentation clinique peut ressembler à une cholécystite aigüe ou chronique, alors que son tableau radiologique et même macroscopique peut simuler un cancer de la vésicule biliaire.

Le but de notre travail est de rapporter deux cas de CXG et de montrer les caractéristiques cliniques, paracliniques et peropératoires de la CXG qui pourraient orienter le diagnostic de CXG passé par un cancer de la VB.

Observation 1:

Patient âgé de 70 ans, diabétique type II sous traitement médical, présentait depuis huit mois des coliques hépatiques évoluant dans un contexte de conservation de l'état général ; l'examen clinique trouvait une sensibilité de l'HCD irradiant en postérieure et une masse palpable en rapport fort probable avec la vésicule biliaire, l'échographie

Corresponding Author:-Ratbi El Amine

Address:-Clinique chirurgicale C, Hôpital Ibn Sina, Rabat, MAROC.

montrait une vésicule biliaire à paroi épaissie à 2 cm plus masse suspecte au niveau du segment IV. L'IRM hépatique montrait la présence d'un processus lésionnel manifestement malin intéressant la paroi de la vésicule biliaire étendu au segment IV faisant évoquer en premier un calculo-cancer vésiculaire avec des micro-lithiases vésiculaire et de la VBP, il n'y avait pas de lésion hépatique ni adénopathie profonde (**Figure 1**). Les résultats biologiques montraient un syndrome de choléstase, élévation importante de la CRP et un taux du CA19-9 à 42 UI/ml. L'exploration chirurgicale découvrait une vésicule biliaire à paroi épaissie avec infiltration des segments IV et V jusqu'à leur bord supérieur et la présence des adénopathies pédiculaire. Une cholécystectomie avec bisegmentectomie IVb-V et curage extensif du pédicule hépatique étaient réalisées, les suites opératoires marquaient par une fistule biliaire dirigée qui a été tarie spontanément à J23 du postopératoire. L'étude histologique a trouvé une inflammation importante de la paroi vésiculaire faite d'histiocytes d'aspect xanthélasmiés mêlés à des éléments lympho-plasmocytaires avec présence par place de quelques cellules géantes plus présence de débris de calcul au sein de la paroi ; cette réaction fibro-inflammatoire s'étend au parenchyme hépatique adjacent qui montre la présence d'une réaction inflammatoire faite d'histiocyte xanthélasmiés et de cellules géantes, cet aspect est en faveur d'une CXG avec ganglions pédiculaire de nature réactionnelle.

Un dosage pondéral d'immunoglobuline et un dosage d'IgG4 ont été faits pour écarter une atteinte auto-immune de la VBP, sont revenus négatifs. L'évolution était bonne avec un recul de 6 mois.

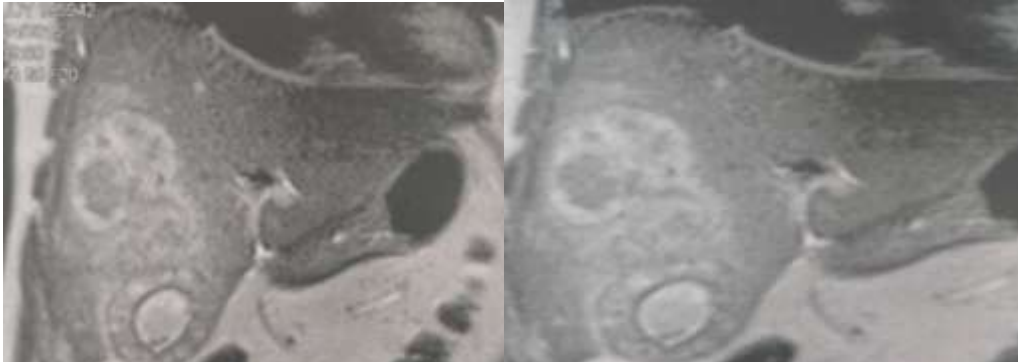


Figure 1:- Coupes coronales d'IRM hépatique montrant épaississement suspect de la paroi vésiculaire et envahissement des segments IV et V du foie.

Observation 2:

Homme âgé de 59 ans, sans antécédents personnel ni familial particulier, présentait un ictère d'allure cholestatique depuis 03 mois avec des épisodes de prurit intermittent évoluant dans un contexte de conservation de l'état général ; l'examen clinique trouvait un ictère cutanéomuqueux et la vésicule biliaire qui a été palpable. L'échographie montrait un épaississement pariétal du fond vésiculaire avec lithiase vésiculaire faite de plusieurs calculs et une obstruction des VBIH ; Le scanner abdominal avec avec injection de produit de contraste retrouvait une vésicule biliaire lithiasique avec épaississement pariétal diffus prédominant sur le fond vésiculaire d'allure tumoral, comprimant la VBP au niveau hilare avec dilatation des VBIH, infiltration péri-vésicale et des adénopathies hilaires hépatiques et pré-caves (Figure 2). Les bilans biologiques objectivaient un syndrome de cytolyse associé à une choléstase et une élévation du CA19-9 à 37,5 UI/ml. L'exploration chirurgicale en laparotomie découvrait une vésicule biliaire à paroi épaissie avec 2 gros calculs et des adhérences au grand épiploon et présence des adénopathies pédiculaires, à cause de l'inflammation et l'hémorragie une cholécystectomie partielle a été réalisée. L'étude histologique trouvait une paroi vésiculaire hérissée de franges et bordée d'un revêtement cubique régulier ; le chorion abrite un inflammatoire dense et polymorphe il est riche en polynucléaires neutrophiles et on note des amas d'histiocytes spumeux avec foyers de cytotéatonecrose cet aspect est faveur d'une CXG chronique. L'évolution était bonne avec un recul de 5 mois.



Figure 2:- Coupes transverses scannographique montrant un épaississement irrégulier de la paroi de la vésicule biliaire envahissant le foie.

Discussion:-

Le tableau clinique de la CXG ressemble à celui du CVB, ce qui entraîne dans la majorité des cas une chirurgie disproportionnée pour une affection bénigne, son incidence est entre 1.3% et 13.2% de toutes les cholécystectomies (1), elle survient plus souvent chez l'homme entre 50 et 60 ans (2), sa physiopathologie reste incertaine, son diagnostic positif repose sur l'histologie parfois couplée à l'immunohistochimie pour écarter une atteinte auto-immune des voies biliaires.

Les manifestations cliniques sont non spécifiques et se résument à la symptomatologie de la cholécystite chronique et comparativement avec le CVB la douleur abdominale, l'ictère et la fièvre sont fréquemment observés (3) sauf pour les malades qui ont un carcinome avancé présentent une perte de poids, des métastases hépatiques et ascite, dans notre étude un malade avait l'ictère cholestatique, par ailleurs les deux malades n'avaient pas de perte pondérale. Des taux élevés de la CA19-9 lors de la CXG n'a aucun intérêt diagnostique, plusieurs études ont été montrées que des taux élevés de CA19-9 n'a pas d'orientation pour différencier entre les deux affections (4,5). Les deux malades de notre étude avaient élévation modérée de la CA19-9.

En imagerie la CXG se ressemble étroitement à celui du CVB, surtout pour l'épaississement de la paroi vésiculaire et la tendance à envahir les organes de voisinage. Uchiyama et al (6), ont rapporté qu'une ligne continue de la muqueuse a permis le diagnostic de la CXG, de plus la présence des lithiases biliaires indique une forte probabilité d'une CXG. Dans notre étude les 2 malades avaient un épaississement de la paroi associé à la présence des lithiases. Le scanner, en plus de l'épaississement de la paroi de la vésicule biliaire, peut mettre en évidence les nodules xantho-granulomateux qui apparaissent hypo-denses, il a l'intérêt de préciser le niveau d'infiltration des organes de voisinage (7). L'imagerie par résonance magnétique (IRM) hépatique objective également un épaississement régulier sur le versant interne de la paroi vésiculaire grâce à certaines séquences. Le diagnostic peut être suggéré par la mise en évidence de graisse intra-pariétale, bien que les nodules, hypo-intenses, sont à peine détectés (8). En préopératoire, l'élément qui peut guider le diagnostic de la CXG et orienter la prise en charge chirurgicale c'est la cyto-ponction, certains auteurs la recommandent vu sa sensibilité qui est plus de 90% et sa spécificité supérieure à 94% pour la détection des carcinomes (9), mais reste toujours déconseiller en raison de dissémination métastatique lié au geste (10,11). Aucun malade de notre étude n'avait subi la cyto-ponction en préopératoire.

En raison de l'importance de l'inflammation qui infiltre souvent les tissus de voisinage, l'aspect peropératoire de la CXG donne celui du carcinome avancé de la vésicule biliaire, d'où des biopsies extemporanées sont toujours recommandées (6). La cholécystectomie complète ou partielle constitue le traitement de choix pour la CXG, une analyse des données chinoises a montré que dans 65% des cas de CXG, la cholécystectomie complète était difficile avec un allongement du temps opératoire à cause de l'infiltration des structures adjacentes et la mauvaise dissection du triangle de Calot ; tandis que 35% des cas avait une cholécystectomie partielle (12,13).

Conclusion:-

La cholécystite xanthogranulomateuse peut entraîner des faux diagnostics pré et peropératoires en raison de la ressemblance à un carcinome de la vésicule biliaire, la connaissance des résultats du scanner, de l'IRM hépatique et

de l'aspect macroscopique en peropératoire est utile pour suspecter la CXG et éviter une prise en charge excessive avec des risques sous-jacents.

Références:-

1. G. Guzman-Valdivia, "Xanthogranulomatous cholecystitis: 15 Years' experience," World Journal of Surgery, vol. 28, no. 3, pp. 254–257, 2004
2. Roberts KM, Parsons MA. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinicopathological study of 13 cases. J Clin Pathol 1987;40: 412-417 [PMID: 3584484]
3. Kim PN, Ha HK, Kim YH, Lee MG, Kim MH, Auh YH. US findings of xanthogranulomatous cholecystitis. Clin Radiol 1998; 53: 290–2.
4. Spinelli A, Schumacher G, Pascher A, et al. Extended surgical resection for xanthogranulomatous cholecystitis mimicking advanced gallbladder carcinoma: a case report and review of literature. World J Gastroenterol 2006;12:2293-2296.
5. Clarke T, Matsuoka L, Jabbour N, et al. Gallbladder mass with a carbohydrate antigen 19-9 level in the thousands: malignant or benign pathology? Report of a case. Surg Today 2007;37:342-344.
6. Houston JP, Collins MC, Cameron I, Reed MW, Parsons MA, Roberts KM. Xanthogranulomatous cholecystitis. Br J Surg 1994; 81: 1030–2.
7. Hsu C, Hurwitz JL, Schuss A, Katz DS. Radiology-Pathology Conference: Xanthogranulomatous cholecystitis. Clin Imaging 2003; 27:421-425.
8. Masamitsu H, Toshiada A. Xanthogranulomatous cholecystitis: importance of chemical-shift gradient-echo MR imaging. Euro Radiol 2003;13:2233-2235.
9. Krishnani N, Shukla S, Jain M, Pandey R, Gupta RK. Fine needle aspiration cytology in xanthogranulomatous cholecystitis, gallbladder adenocarcinoma and coexistent lesions. Acta Cytol 2000; 44: 508–14.
10. Casas D, Perez-Andres R, Jimenez JA, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: a radiological study of 12 cases and a review of the literature. Abdom Imaging 1996;21:456–60.
11. Reed A, Ryan C, Schwartz SI. Xanthogranulomatous cholecystitis. J Am Coll Surg 1994;179:249–52.
12. Kwon AH, Matsui Y, Uemura Y. Surgical procedures and histopathologic findings for patients with xanthogranulomatous cholecystitis. J Am Coll Surg 2004; 199: 204–10.
13. Yang T, Zhang BH, Zhang J, Zhang YJ, Jiang XQ, Wu MC. Surgical treatment of xanthogranulomatous cholecystitis: experience in 33 cases. Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2007; 6(5):504–508.