

Hydrocholécyste, cause rare de crises douloureuses abdominales chez le drépanocytaire. À propos de deux cas.

J. B. Tsiba (1, 2), A. B. Mpemba-Loufoua (2), E. Makosso (3) & S. Nzingoula (2)

(1) Service de pédiatrie générale et de néonatalogie, Hôpital de Loandjili, Pointe-Noire, BP 8122, République du Congo. Tél. : 670 36 49, e-mail : tjeanbertin@yahoo.fr

(2) Service de pédiatrie « grands enfants », CHU, Brazzaville, République du Congo.

(3) Service de radiologie, CHU, Brazzaville, République du Congo.

Courte note n° 2897. "Clinique". Reçue le 22 décembre 2005. Acceptée le 11 avril 2006.

Summary: Hydrocholecystitis, a rare etiology of painful abdominal crisis in sickle cell disease. About two cases.

The authors report two cases of hydrocholecystitis causing abdominal pains in the sickle cell child. The patients were two girls aged respectively 4 and 12. Hydrocholecystitis is defined by acute distension of the gallbladder. The diagnosis was made by scan which allowed to follow the evolution in the two sickle cell children. After two crises, no more recurrence was noted in the first patient, on the other hand in the second child recurrences became more frequent. Some authors indicate surgery systematically, while others recommend it only after several recurrences.

**hydrops of the gallbladder
sickle cell disease
child
hospital
Republic of the Congo
Sub Saharan Africa**

**hydrocholécyste
drépanocytose
enfant
hôpital
République du Congo
Afrique intertropicale**

Introduction

L'hydrocholécyste se définit par la distension aiguë de la vésicule. Il s'agit d'une cause rare et souvent méconnue de douleurs abdominales chez le drépanocytaire. Le service de pédiatrie grands enfants a ouvert le premier centre de prise en charge des enfants drépanocytaires en 1981. En 23 ans, seuls 3 cas d'hydrocholécyste ont été observés sur un total de 3 710 inscrits : ils comprennent deux drépanocytaires homozygotes et un drépanocytaire hétérozygote. Nous rapportons les 2 cas observés chez les homozygotes.

Observation N° 1

Le premier patient, D., née le 9 février 1985, présente une drépanocytose homozygote de découverte précoce à l'âge d'un an, au décours d'une crise vaso-occlusive osseuse. Les douleurs abdominales, prédominant à l'hypochondre droit, débutent à l'âge de 4 ans. Les crises vont récidiver plusieurs fois et entraîner deux hospitalisations, en mars 1991 et en avril 1992. À la première hospitalisation, l'état général est conservé, il n'y a pas de fièvre et l'examen retrouve une douleur provoquée de l'hypochondre droit, sans défense, et une masse sous-hépatique rénitente et mobile. L'échographie abdominale visualise une volumineuse vésicule biliaire à parois fines, une dilatation du cholédoque sans lithiase. Le traitement est fait d'hydratation, d'antalgiques, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'antibiothérapie intraveineuse à large spectre. Après une rémis-

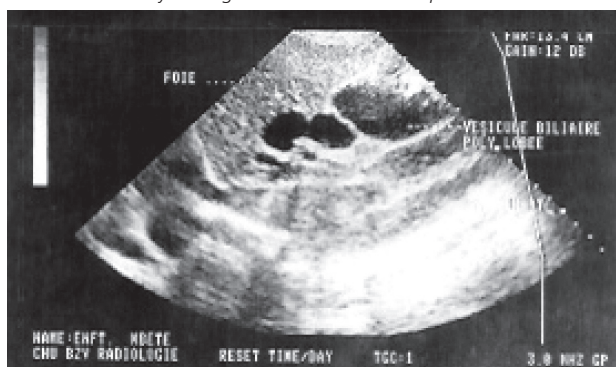
sion d'un an, D. est réhospitalisée pour les mêmes symptômes et le même traitement est administré avec succès. Après cette deuxième hospitalisation, D. a eu un suivi régulier jusqu'en août 2002, aucune récurrence n'a été observée.

Observation N° 2

Le second patient, C., née le 25 décembre 1979, est une drépanocyttaire homozygote connue depuis l'âge de neuf mois, diagnostiquée au décours d'un syndrome mains-pieds. À la première hospitalisation, en septembre 1991, elle a des antécédents de cinq transfusions sanguines et les douleurs abdominales récurrentes, prédominant à l'hypochondre droit, datent de quelques mois. L'examen clinique retrouve une douleur provoquée de l'hypochondre droit, un subictère et une hépatomégalie avec une flèche hépatique à 11 cm. L'échographie met en évidence une lithiase vésiculaire et du bas cholédoque sans cholécystite. L'antigène HbS est positif. C. est traitée par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des antalgiques avec succès. Les douleurs abdominales ont récidivé plusieurs fois jusqu'en mai 1995 et ont imposé trois hospitalisations. C. est réhospitalisée cinq mois plus tard pour les mêmes symptômes et l'échographie abdominale va mettre en évidence un mégacholécyste et une dilatation du cholédoque sans calcul. Elle est mise sous anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques et antibiothérapie à large spectre avec rémission complète. Une échographie de contrôle met en évidence, 3 mois plus tard, un épaississement modéré des parois vésiculaires sans calculs. Après 3 ans, pour les mêmes symptômes, C. est réhospitalisée et une échographie abdominale met en évidence une grosse vésicule polylobée, sans signes de cholécystite et sans

Photo 1.

Vésicule biliaire polylobée chez la deuxième patiente.
Polylobate gallbladder in the second patient.



calculs (photo 1). Le traitement de la deuxième hospitalisation est reconduit, entraînant une rémission des symptômes. À la dernière hospitalisation trois mois après, une prémédication par les mêmes traitements est faite et une cure chirurgicale est proposée. Cette cure n'a pu être réalisée, la patiente ayant été perdue de vue.

Commentaires

Le premier cas d'hydrocholécyste au cours de la drépanocytose a été décrit en 1985 par CABROL *et al.* (3). À ce jour, les cas rapportés dans la littérature sont peu nombreux (1). La manifestation essentielle de l'hydrocholécyste est la crise douloureuse abdominale de l'hypochondre droit. Les crises douloureuses abdominales représentent une complication fréquente de la drépanocytose (2). Cependant, l'hydrocholécyste est une affection rare, survenant surtout chez le jeune enfant d'âge moyen d'environ cinq ans (3). Le retard au diagnostic explique la découverte à 13 ans chez notre deuxième patiente. En rapportant deux cas féminins, nous ne pouvons récuser la prédominance masculine rapportée par la littérature (3). Jadis, l'hydrocholécyste était une entité totalement assimilée à une cholécystite aiguë alithiasique et le diagnostic était essentiellement anatomopathologique. Actuellement, avec le perfectionnement et la maîtrise de l'échographie, le diagnostic devient très aisé, l'hydrocholécyste est une grosse vésicule à paroi fine tandis que la cholécystite alithiasique est une vésicule de gros volume à paroi épaisse. On distingue habituellement deux variétés d'hydrocholécyste, la variété lithiasique par migration et/ou enclavement d'un calcul dans le canal cystique et/ou le cholédoque et la variété non lithiasique qui peut survenir dans de nombreuses maladies : malformation, infections bactériennes ou virales, infections parasitaires, maladies inflammatoires ou maladies de système avec vascularite (maladie périodique, périartérite noueuse, maladie de Kawasaki). Dans le premier cas, il s'agit d'une variété non lithiasique alors que,

dans le deuxième cas, c'est une variété lithiasique au début, puis alithiasique en apparence par la suite. Dans la drépanocytose, les deux variétés peuvent s'observer. Les douleurs abdominales ont été le maître symptôme, ainsi que la masse sous-hépatique. L'échographie a permis dans les deux cas de poser le diagnostic et d'assurer la surveillance. Nous n'avons pas recherché la cause de l'hydrocholécyste chez nos deux patientes. Certains auteurs (3) ont retrouvé une anomalie anatomique ou une compression par les adénopathies mésentériques. Nous n'avons pas retrouvé de façon formelle les facteurs favorisants. L'hémolyse chronique du drépanocytaire et les accidents vaso-occlusifs dans le territoire de l'artère cystique qui irrigue le canal cystique, le col et le corps de la vésicule peuvent être évoqués, ainsi que le paludisme dans nos zones d'endémie parasitaire. Chez la deuxième patiente, l'hépatite virale B peut également être suspectée.

Sur le plan évolutif, le caractère transitoire a été retrouvé chez la première patiente, comme CABROL *et al.* (3) l'ont rapporté. Chez notre deuxième patiente, l'évolution est émaillée par un rapprochement des récurrences associées à plusieurs hospitalisations, justifiant l'indication chirurgicale. Certains auteurs (1, 4, 5) proposent la cure chirurgicale dès le premier épisode.

Conclusion

Ces deux observations montrent une fois de plus l'intérêt de l'échographie lors des crises douloureuses abdominales chez le drépanocytaire. L'échographie permet à la fois de poser le diagnostic et de suivre l'évolution. La cause n'est pas toujours évidente. Le traitement chirurgical doit être réalisé devant le passage à la chronicité.

Références bibliographiques

1. ALFREDO CASTANEDA ORTIZ R, JIMENEZ URUETA PEDRO S & ALVARADO GRACIA R – Hidrocolecisto en el recién nacido. Presentación de un cas y revision de la literatura. *Acta Pediatr Mex*, 2003, **24**, 261-263.
2. BEGUE P & ASSIMADI K – Diagnostic de la drépanocytose et de ses complications. In: *La maladie drépanocytaire*. Sandoz, Rueil-Malmaison, 1984, 78-96.
3. CABROL S, DESJARDIN F, BARUCHEL S, BEGUE P, CORDIER M D & LASFARGUES G – L'hydrocholécyste, cause méconnue de crises douloureuses abdominales chez le drépanocytaire. *Arch Fr Pédiatr*, 1985, **42**, 859-861.
4. PAREZ N & BEGUE P – Complications hépatobiliaires chez l'enfant drépanocytaire. In: *La drépanocytose*. John Libbey (Eds) 2003, 177-181.
5. SEGUIER-LIPSZYC E, DE LAGAUSIE P, BENKERROU M, DI NAPOLI S & AIGRAIN Y – Elective laparoscopic cholecystectomy, *Surg Endosc*, 2001, **15**, 301-304.