

Hémocholécyste au cours d'une sclérodémie systémique

Nassima, Dembri, Maître assistante, Médecine interne, Faculté de médecine, Annaba, Algérie

Kadissa Zoulikha, Maître assistante, Médecine interne, Chu Ibn Sina- Faculté de médecine, Annaba, Algérie

Samia, Djabba, Maître assistante, Médecine interne, Chu Ibn Sina- Faculté de médecine, Annaba, Algérie

Houria, Chemmi, Maître assistante, Médecine interne, Chu Ibn Sina- Faculté de médecine, Annaba, Algérie

Nadia Boukhris, Professeur chef de service, Médecine interne, Chu Ibn Sina -Faculté de médecine, Annaba, Algérie

I-Introduction: ● ● ●

L'hémocholécyste correspond à la présence d'une hémorragie au sein de la vésicule biliaire. C'est une entité rare, peu décrite dans la littérature qui a été associée à plusieurs processus pathologiques, tels que la néoplasie de la vésicule biliaire, la cholécystite, l'anévrisme de l'artère cystique, l'hémobilie, les traumatismes, les troubles de la coagulation y compris, au cours de l'insuffisance rénale et la cirrhose hépatique, et le traitement par anticoagulants. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une sclérodémie systémique, avec hépatite auto-immune sous anticoagulants, et qui a présenté un hémocholécyste dans les suites d'une biopsie hépatique.



Figure 1: discrète hépatomégalie avec hémobilie modérée

II-Observation: ● ● ●

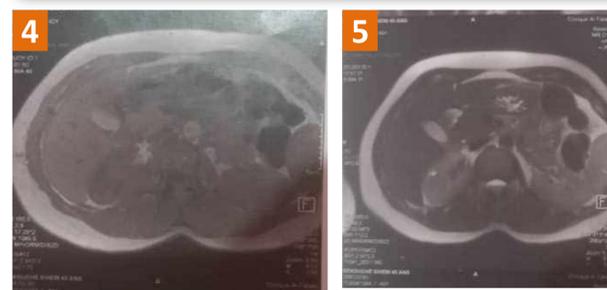


Figure 2,3,4,5

IRM hépatique :hémorragie vésiculaire modérée avec hypersignal T1 spontané

➤ Il s'agit d'une patiente âgée de 40 ans, connue pour une sclérodémie systémique cutanée diffuse depuis 2020, qui était hospitalisée pour la prise en charge d'une thrombose de la veine sous Clavière droite, ayant nécessité la mise sous anticoagulation par HBPM à dose curative avec relais par le Sintrom.

➤ La patiente présentait également sur le plan clinique une œsophagite peptique, une pneumopathie interstitielle diffuse, ainsi qu'une hépatomégalie sans cytolyse hépatique.

➤ Le bilan immunologique objectivait des FAN à 1280 u/ml, des anticorps anti Scl 70 à 240 u/ml, les anticorps anti muscles lisses étaient négatifs, mais les anticorps anti SLA/LP ainsi que les anticorps anti SP 100 étaient positifs. Les anticorps anti phospholipides étaient négatifs.

➤ Dans ce contexte, une Ponction biopsie hépatique a été réalisée, objectivant à l'étude histologique la présence d'une hépatite d'interface avec infiltrat inflammatoire lymphocytaire portale et lobulaire avec une discrète nécrose centro lobulaire confirmant le diagnostic d'une hépatite auto-immune.

➤ Six jours après la réalisation de la PBH la patiente a présenté des douleurs abdominales aiguës diffuses plus accentuées au niveau de l'hypochondre droit et un épisode d'hématémèse, à l'examen clinique la patiente était fébrile, stable sur le plan hémodynamique, la palpation abdominale a révélé une défense de l'hypochondre droit, un bilan biologique fait en urgence a montré une stabilité de l'hémoglobine et de la numération plaquettaire, un taux de prothrombine à 80%, un TCA correct.

➤ Une numération leucocytaire à 9700 ele/mm³ avec une CRP à 99mg/L, le bilan hépatique notait une cytolyse hépatique ASAT 1062UI/L, ALAT 734 UI/L, un syndrome de choléstase avec GGT 480 UI/L, bilirubine Totale : 53umol/l, bilirubine directe 36,6umol/L.

➤ Une TDM abdominale a alors été réalisée en urgence objectivant une vésicule biliaire de taille normale hétérogène par la présence d'un matériel hyper dense d'allure hématique évoquant un hémocholécyste, complété par une IRM hépatique confirmant l'hémorragie intra vésiculaire Fig 1,2,3,4,5

La patiente fut alors mise sous antibiothérapie, le traitement anticoagulant a été arrêté avec une bonne évolution clinico biologique.

III-Discussion: ● ● ●

L'hémorragie intra vésiculaire sous traitement anticoagulant est peu décrite, en 1985 une revue de la littérature rapportait que 45 cas, [1] pour la plus part découvert au stade de rupture intra péritonéale avec choc hémorragique [2].

Cette dernière survient le plus souvent dans un contexte de cholécystite chronique par effraction de l'artère cystique par l'irritation d'une lithiase, le saignement est alors aggravé par l'hypocoagulabilité [2].

De nombreuses autres étiologies d'hémocholécystes sont possibles, et peuvent coexister, parmi elles notons les causes traumatiques ou iatrogènes, telle que la ponction biopsie hépatique [3], par lésions des branches de l'artère hépatique et de la veine porte, avec comme conséquence une hémobilie, qui survient dans les 5 jours qui suivent la procédure percutanée [4], associant douleur abdominale, hémorragie digestive, ictère [5].

Ainsi chez notre patiente les troubles de la coagulation secondaire (anticoagulation), mais aussi l'iatrogenicité sont à évoquer, vu l'apparition de la symptomatologie dans les suites de la PBH.

Le traitement est le plus souvent chirurgical avec le recours à une cholécystectomie en urgence [6], l'évolution fut spontanément favorable pour notre patiente, malgré la persistance du saignement pendant plusieurs mois.

IV-Conclusion: ● ● ●

Bien que l'association hémocholécyste et hémobilie reste exceptionnelle, l'importante morbidité de ces pathologies, doit les faire évoquer chez tout patient sous anticoagulants présentant un tableau douloureux abdominal, mais aussi dans les suites de toute procédure percutanée hépatique.

Références :

