



Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2010

CONFLITS D'INTÉRÊT

Le Docteur Marc ZINS déclare ne pas être en situation d'intérêt particulier



Les Lésions Pariétales de la Vésicule Biliaire

M Zins, I Boulay-Coletta, V Molinié
B Mercier-Pageyral, MC Jullès, O Marty, J Loriau

Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph

JFHOD 2010. Séance Plénière, Paris, 27 mars 2010

Objectifs Pédagogiques

- Connaître les différentes lésions de la paroi vésiculaire
- Connaître et illustrer leurs caractéristiques en imagerie
- Connaître les modalités de suivi

Introduction

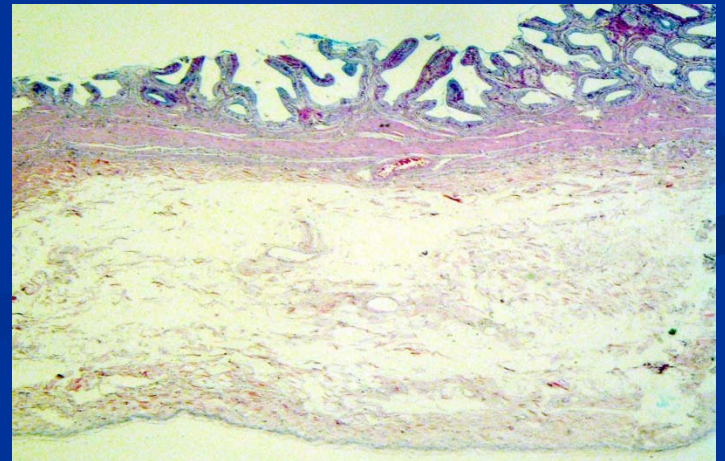
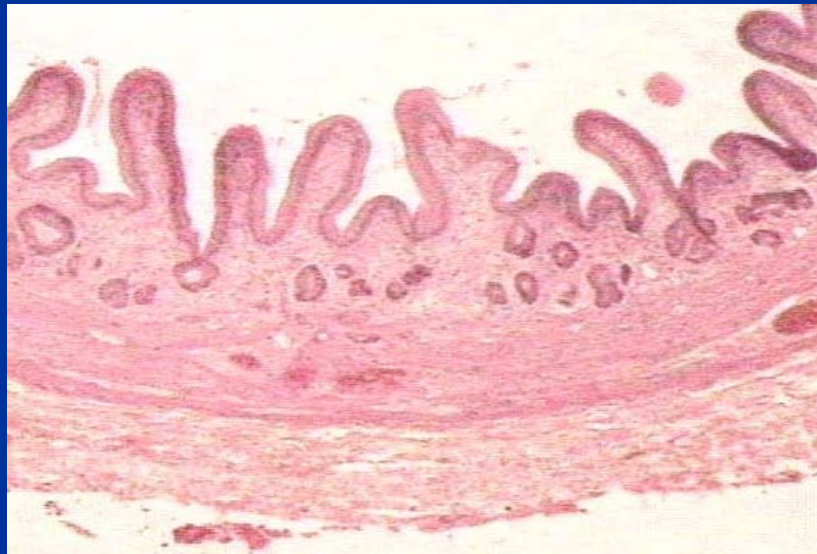
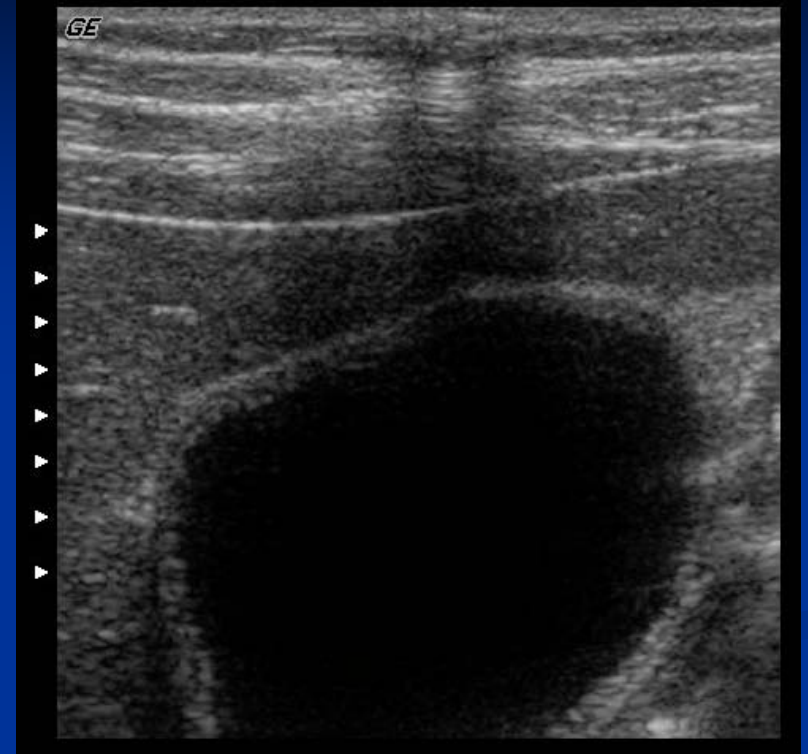
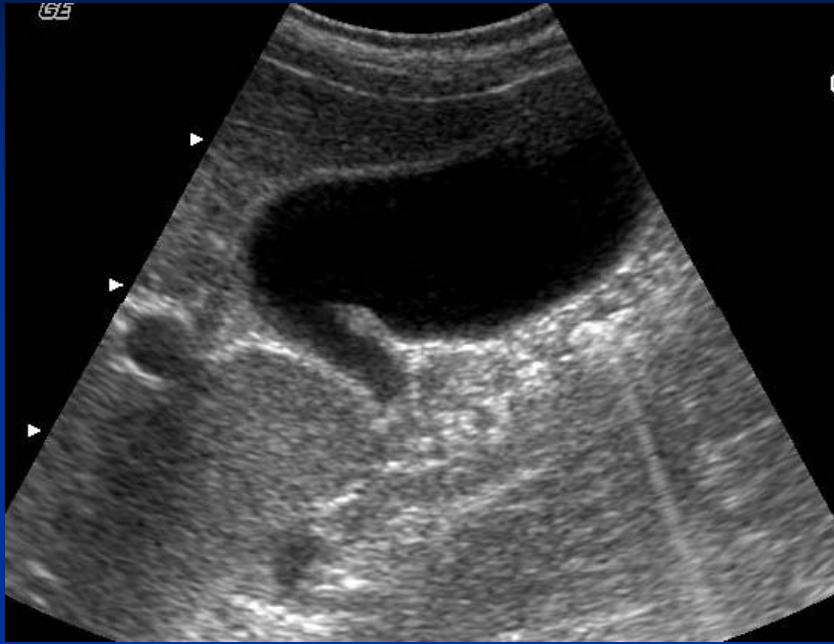
- Situation fréquente
 - Pathologie bénigne +++
 - Difficultés ++
 - Echo +++, TDM, IRM
 - Clinique +++



Plan

- Patient asymptomatique
 - Lésion pariétale diffuse
 - Adénomyomatose +++
 - Lésion pariétale focale
 - Cholesterolose
 - Adénome, Cancer, Cholécystite chronique
- Patient symptomatique
 - douleurs de l'hypochondre droit
 - Cholécystite aiguë +++
 - épaissements d'origine extra-biliaire

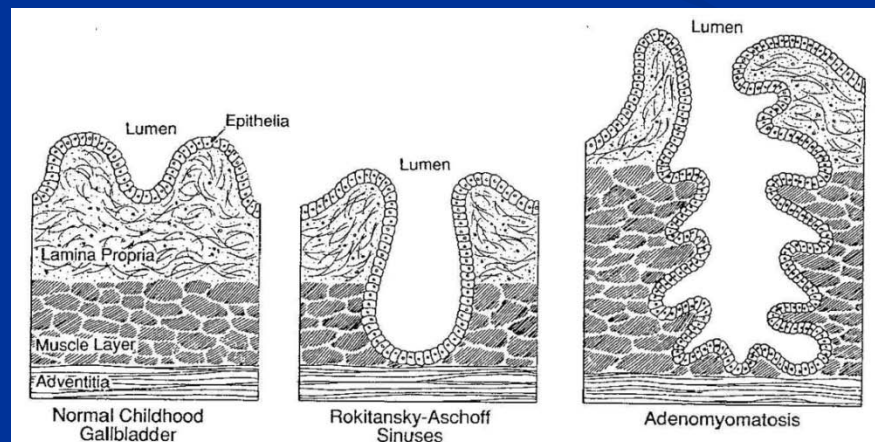
Vésicule normale



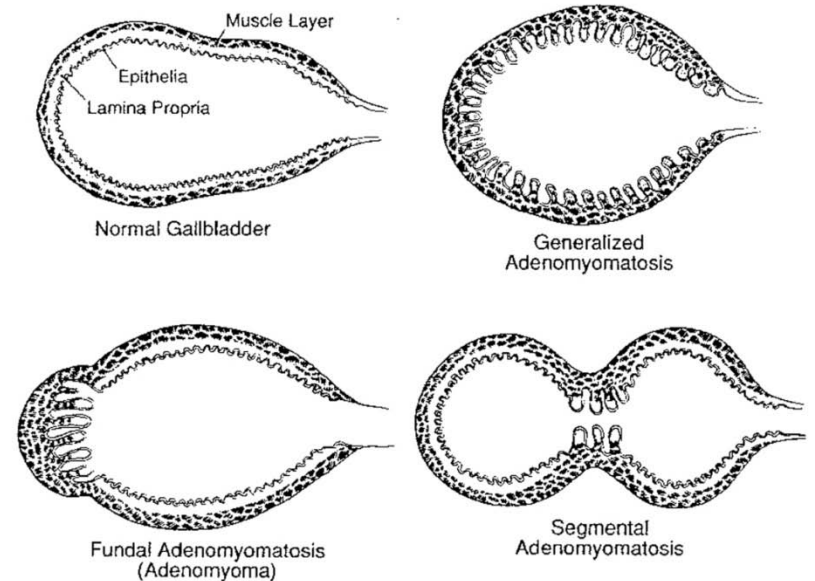
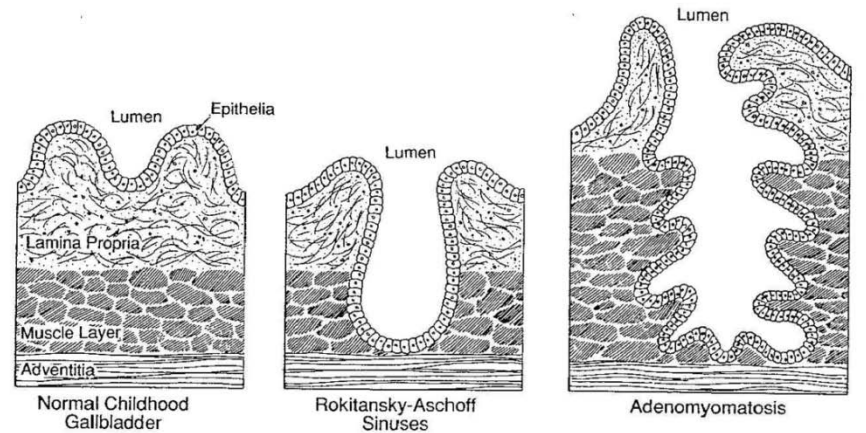
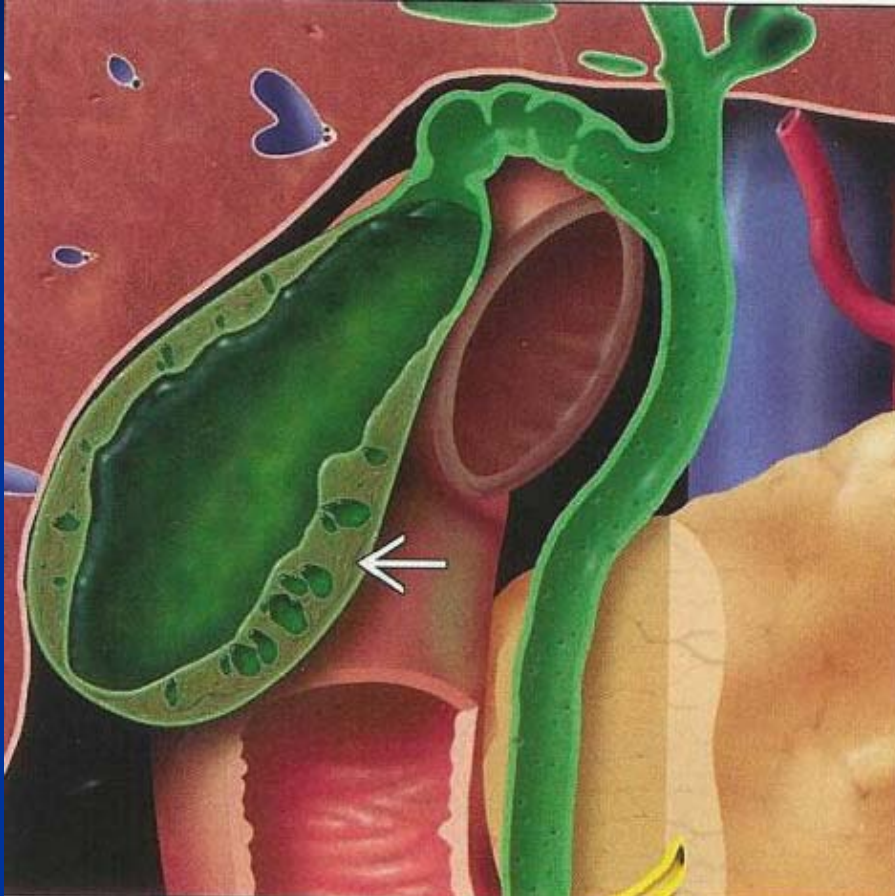
Patient asymptomatique

Lésion pariétale diffuse

- Adénomyomatose
 - Hypertrophie musculuse
 - Invagination muqueuse
 - Fréquent : prévalence = 3-5%
 - Facteur de risque de lithiase vésiculaire



Adénomyomatose

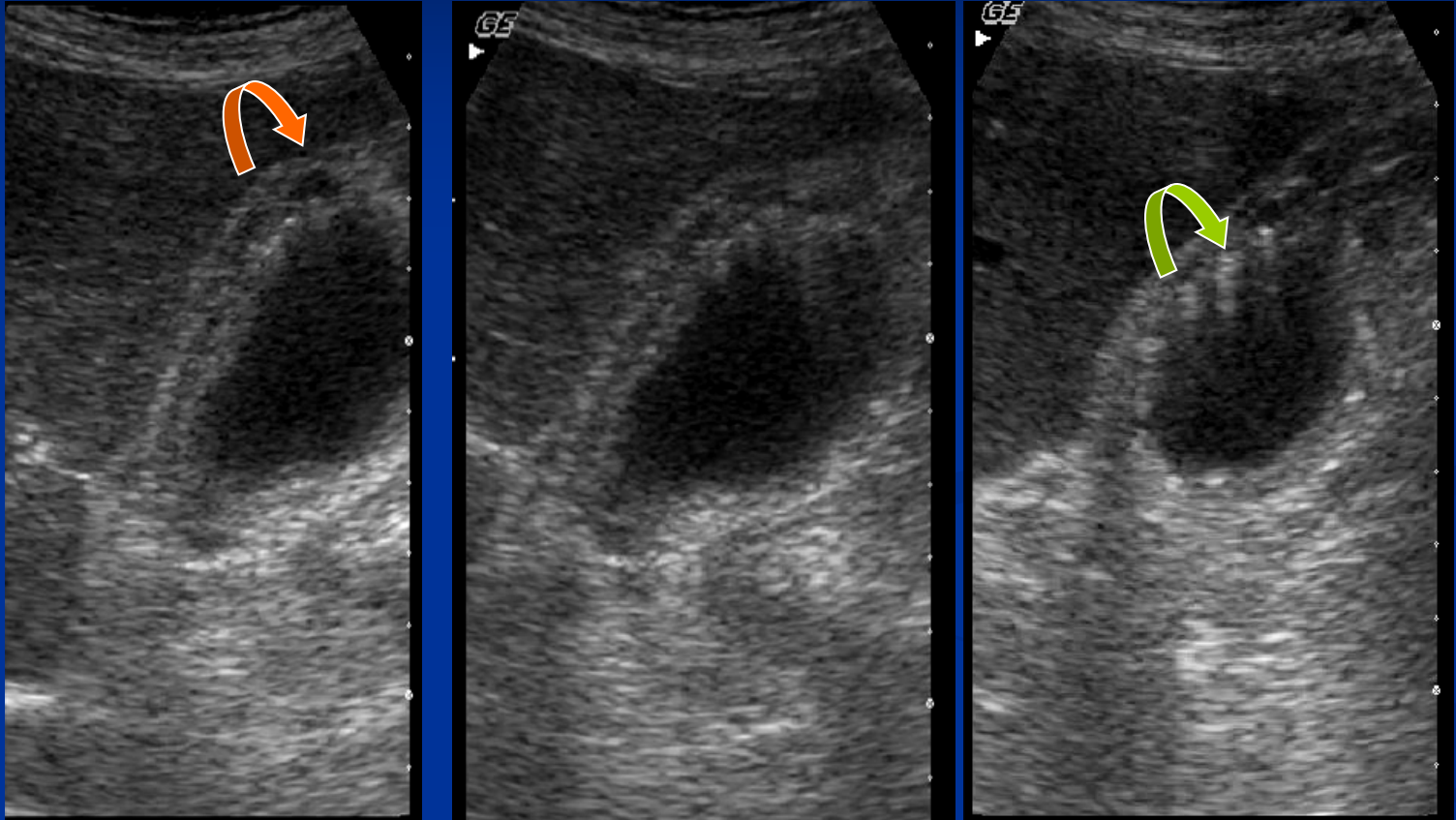


Adénomyomatose

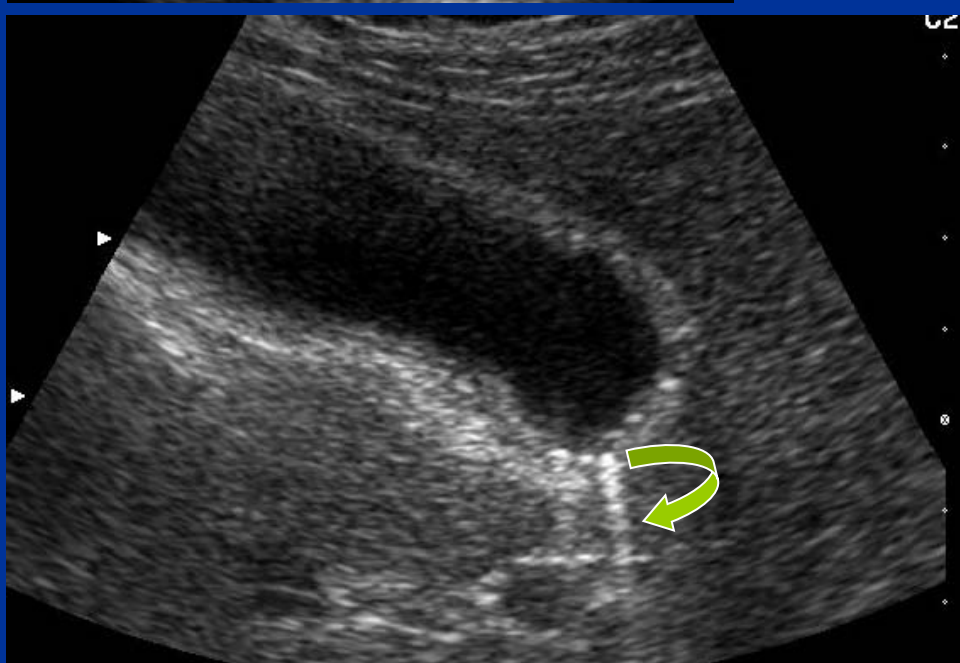
Imagerie : US

- Souvent caractéristique
- Erreurs nombreuses, formes pièges
- Paroi épaissie +++
 - Images kystiques
 - Spots hyperéchogènes
 - Artéfact en queue de comète +++
- Précision dg : 66%

Adénomyomatose



Adénomyomatose: forme fundique



Adénomyomatose

Imagerie : TDM, IRM

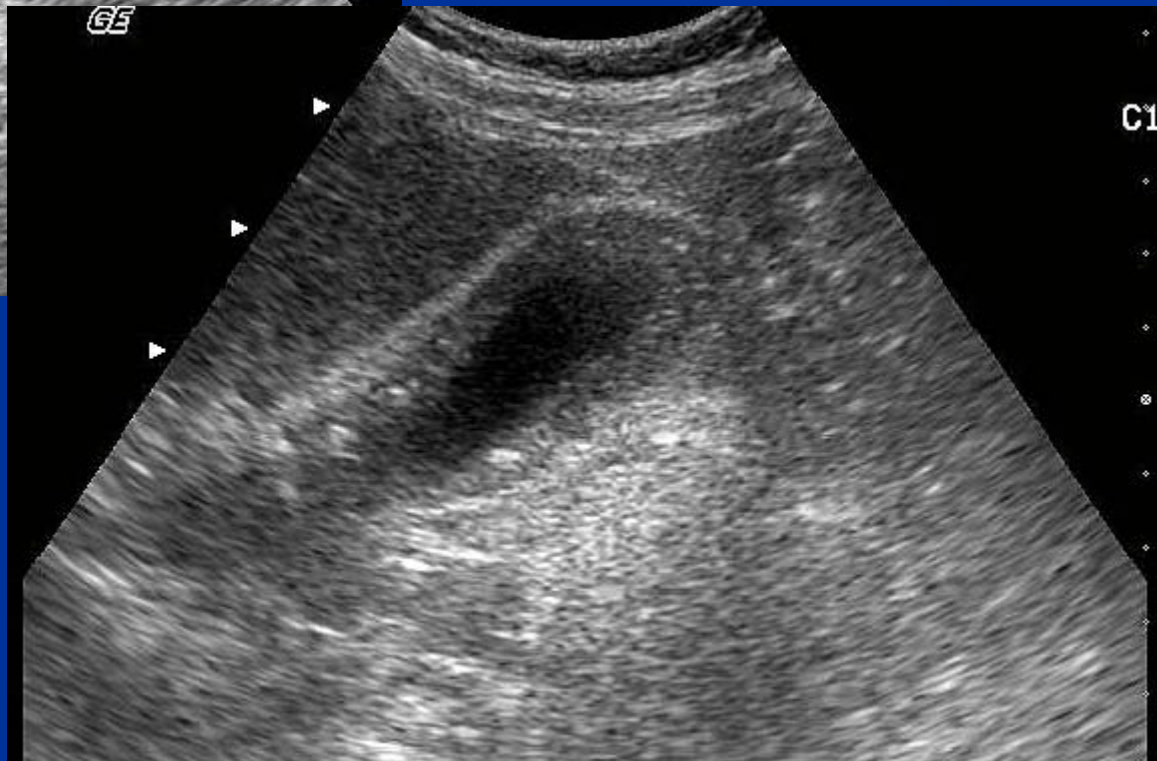
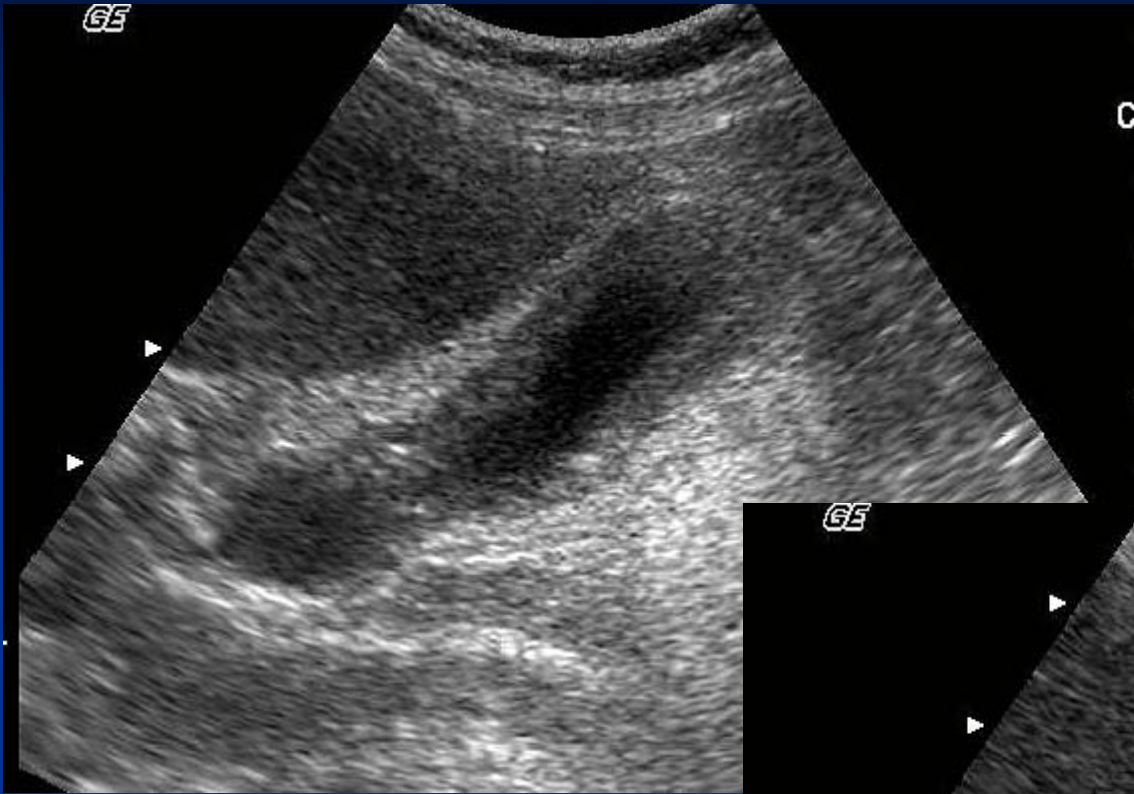
■ TDM

- Trompeur, simule tumeur ou cholécystite
- Kyste ou calcification intramurale +++
- Précision diagnostique : 75%

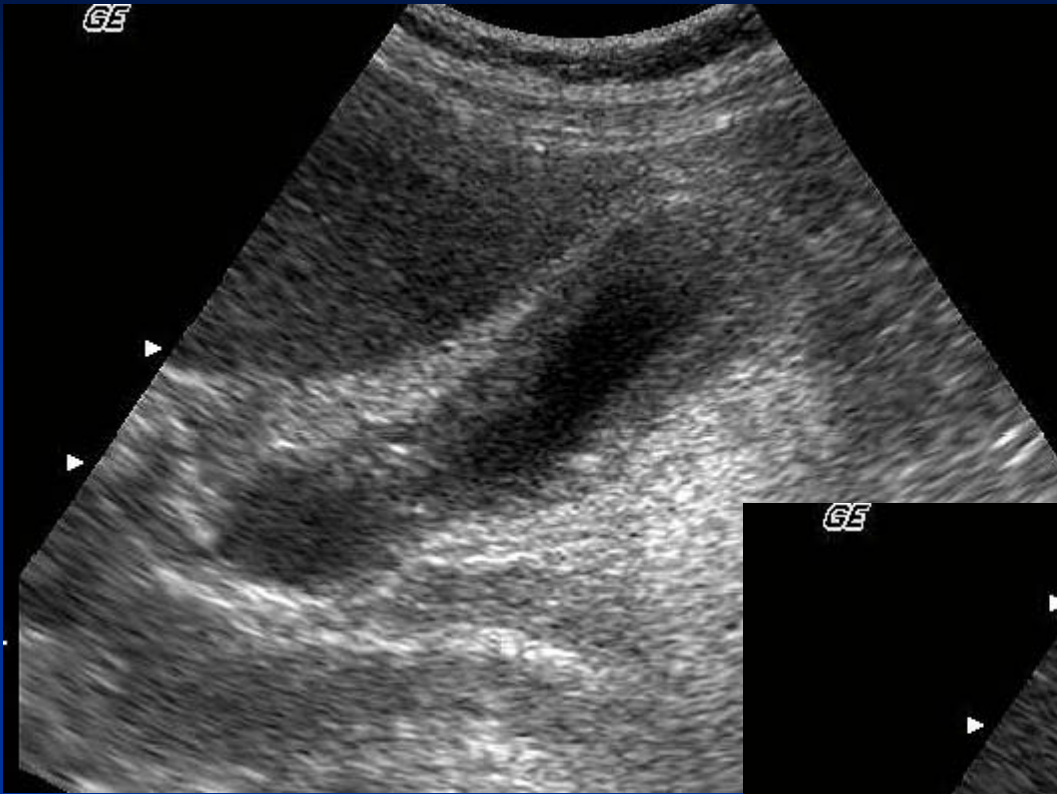
■ IRM

- Précision diagnostique : 93%
- Kystes intramuraux, Hyper T1

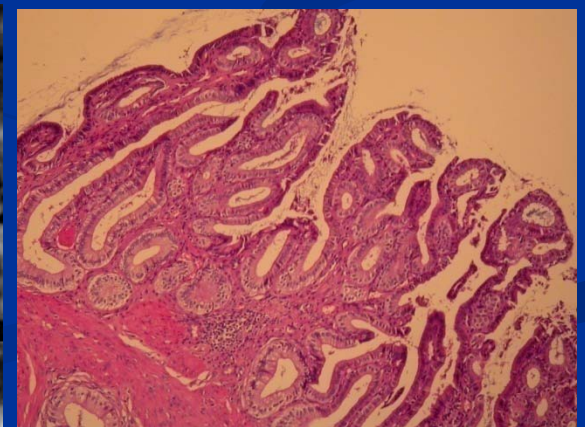
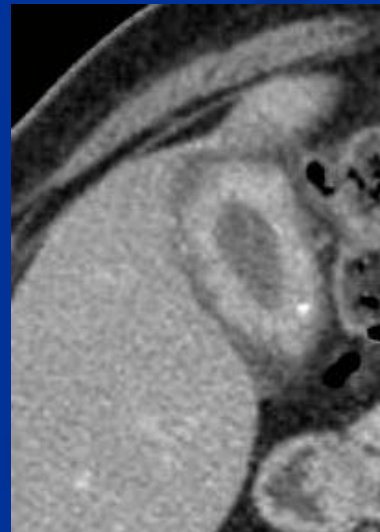
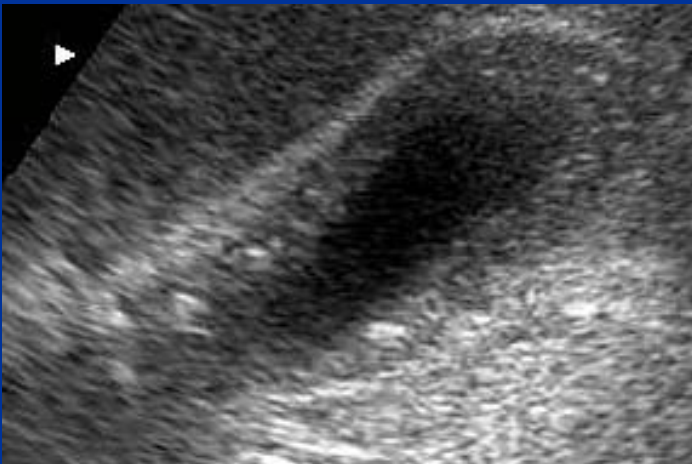
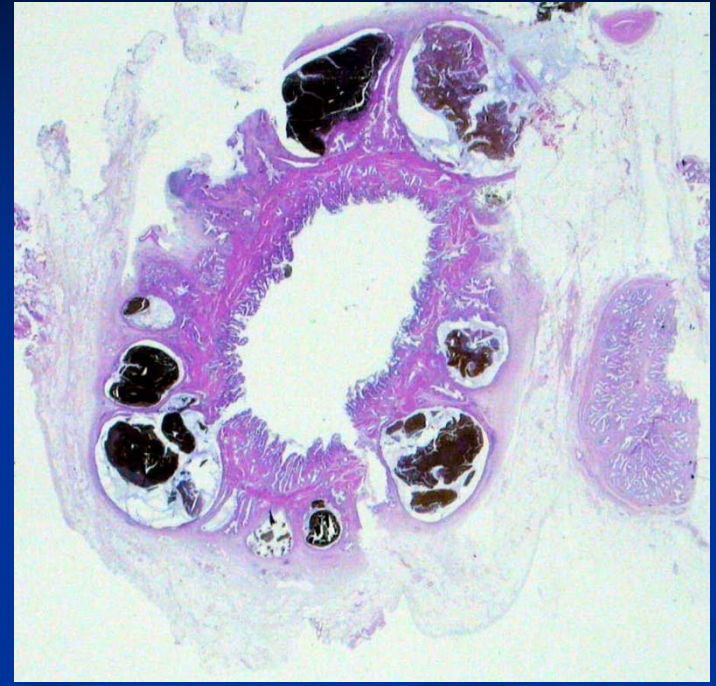
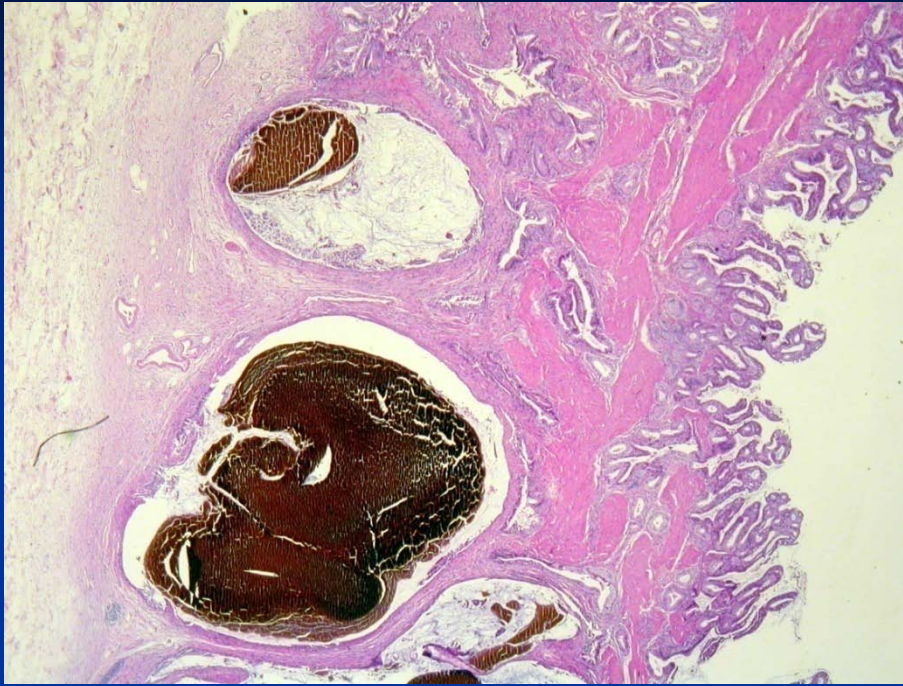
Adénomyomatose : forme diffuse



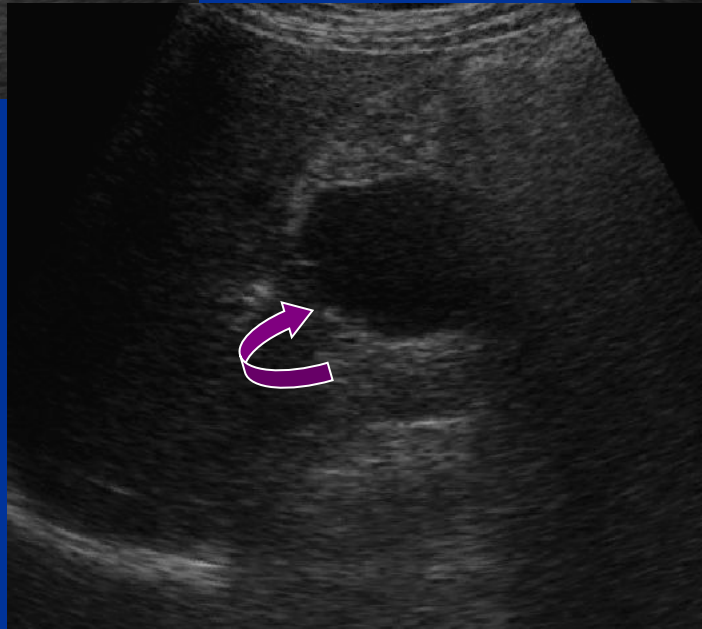
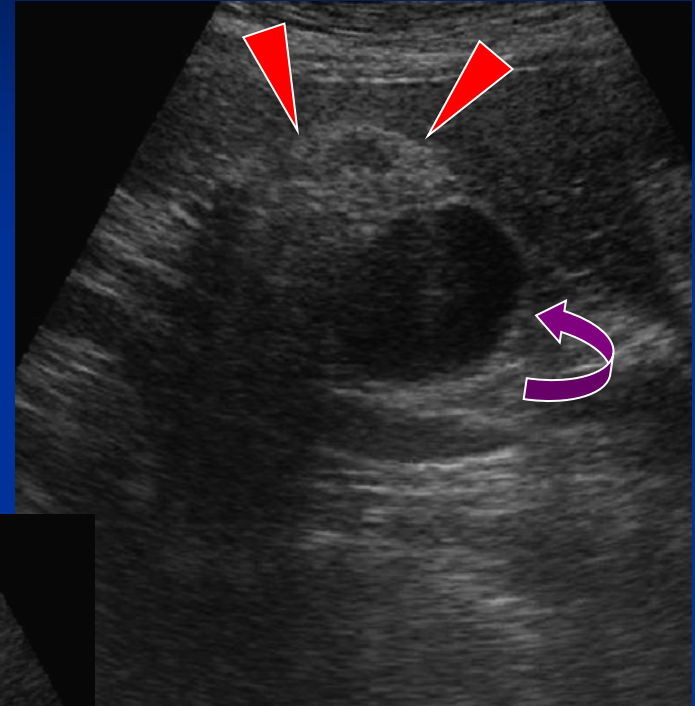
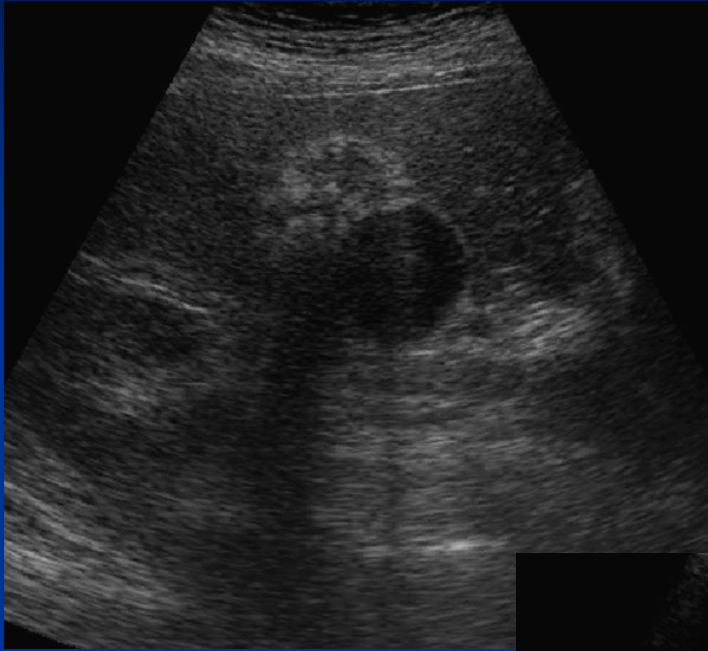
Adénomyomatose : forme diffuse



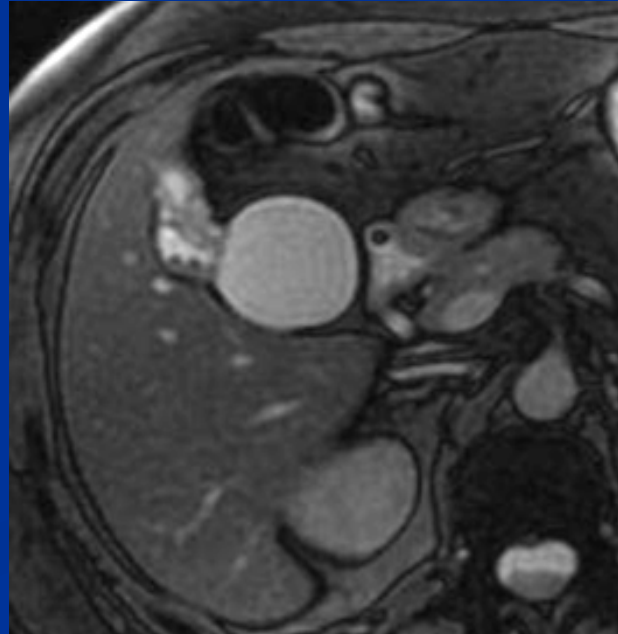
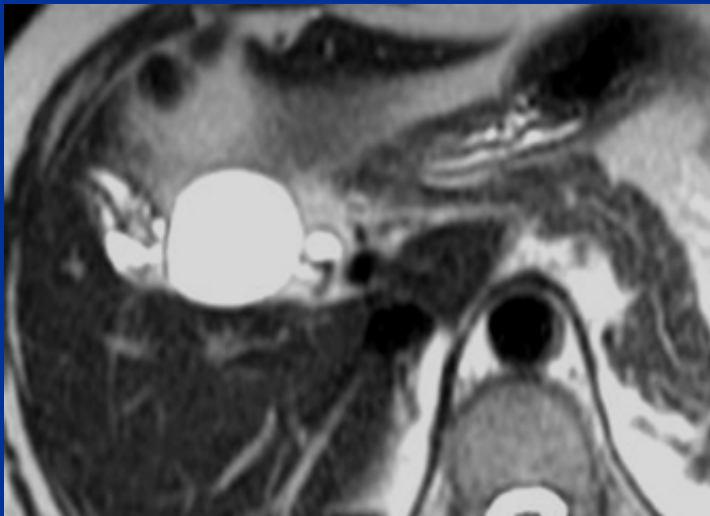
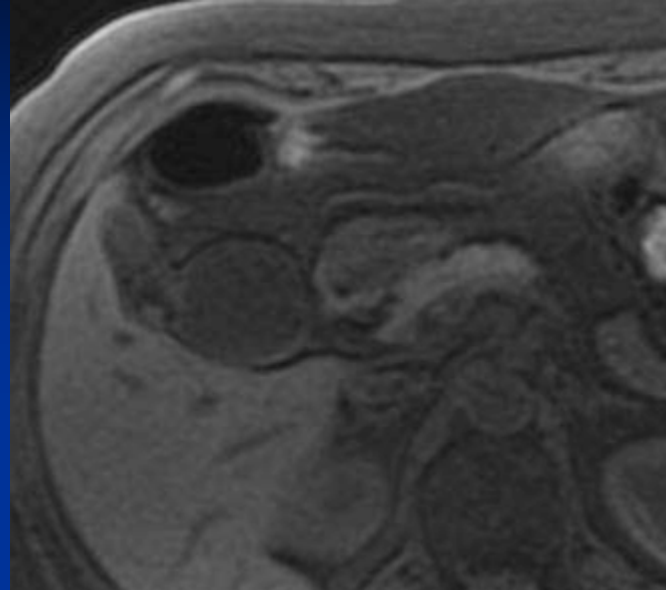
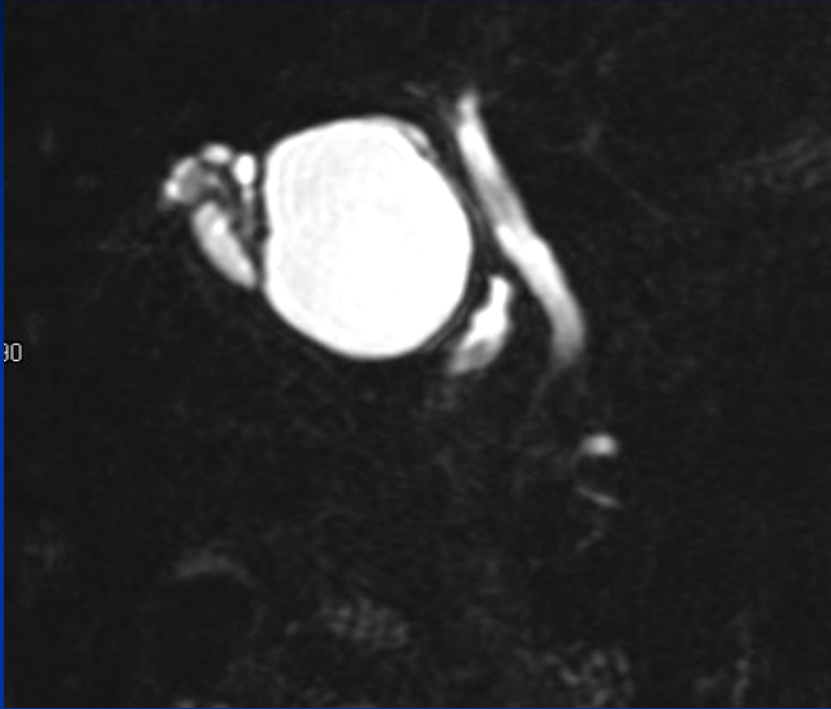
Adénomyomatose : forme diffuse

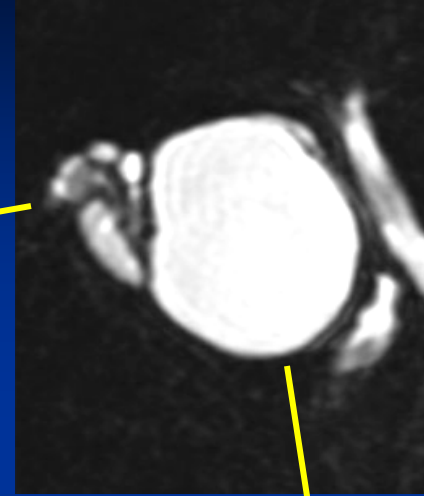
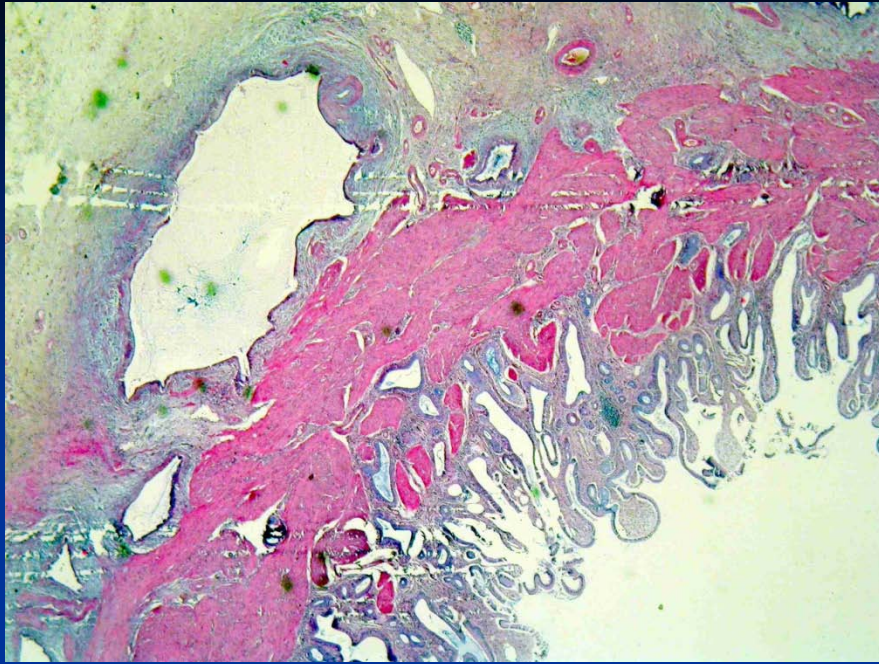


Adénomyomatose ??

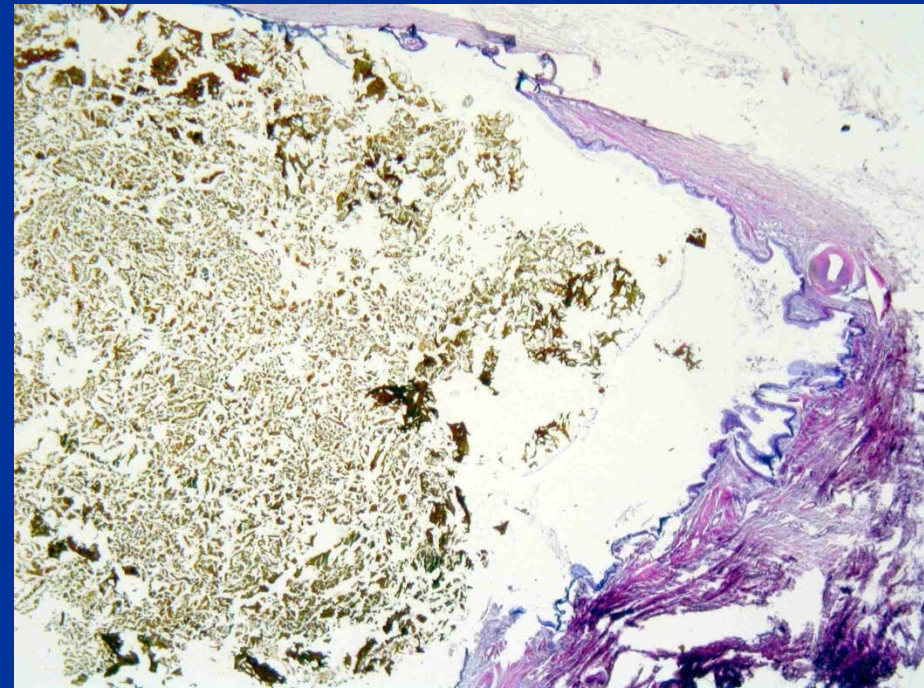


Adénomyomatose : forme fundique





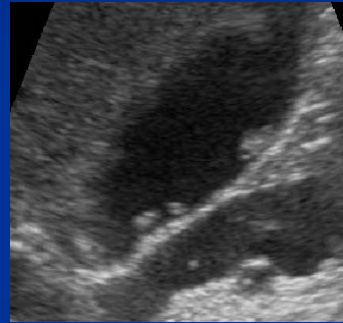
- **Macroscopie** : La vésicule mesure 7 x 3 x 3 cm fermée. Elle contient 4 calculs + 1 diverticule à l'ouverture. Epaissement du fond.



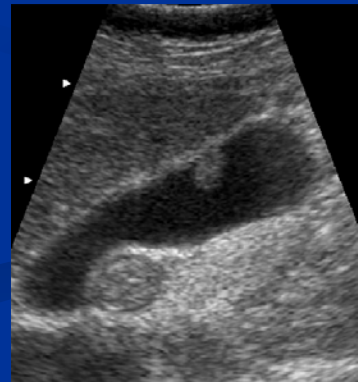
Patient asymptomatique

Lésion pariétale focale

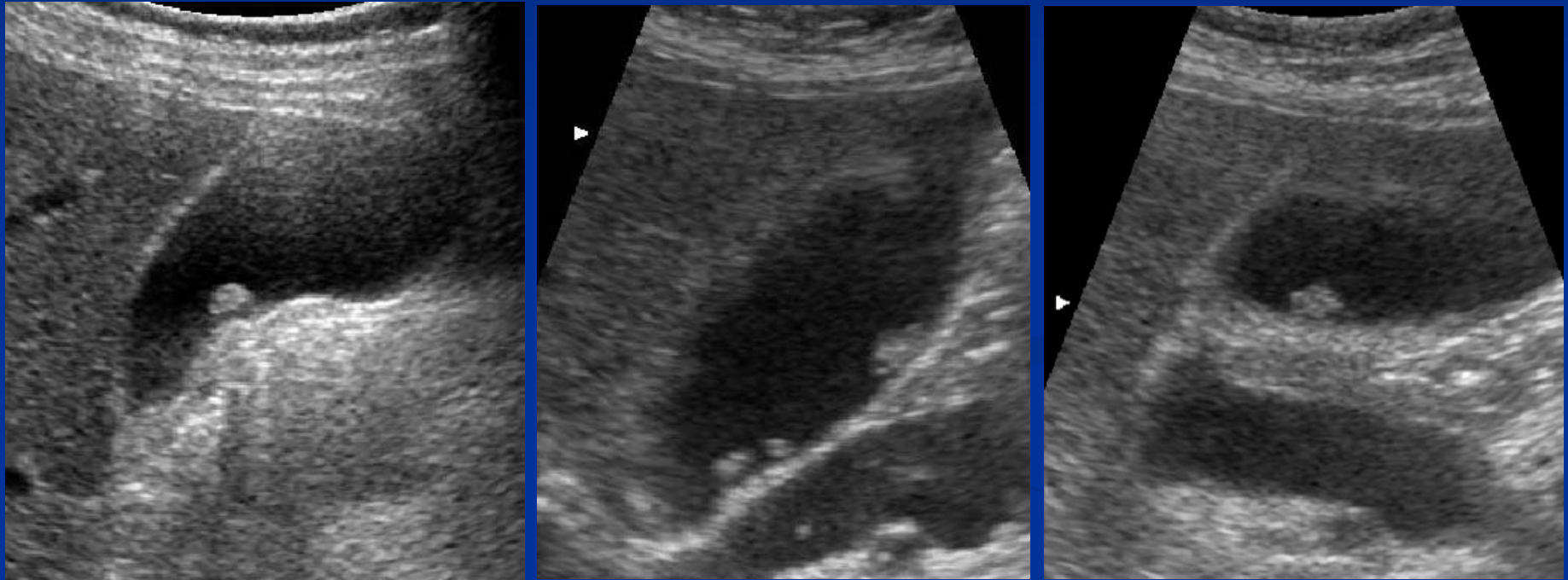
- Cholesterolose ou « polype cholestérolique »
 - prévalence > 5%
 - Hyperéchogène, multiples
 - Non mobile, pas de cône d'ombre



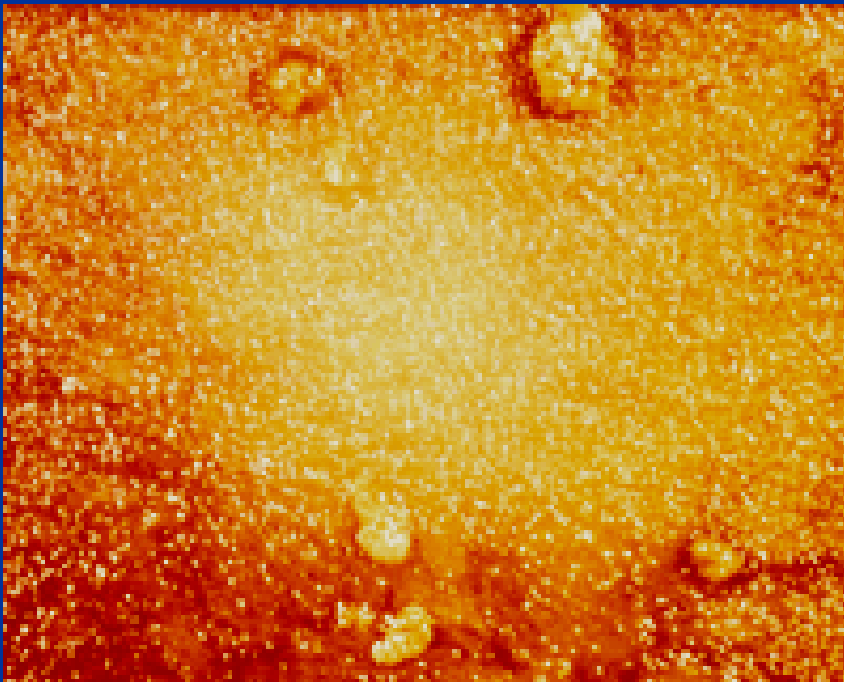
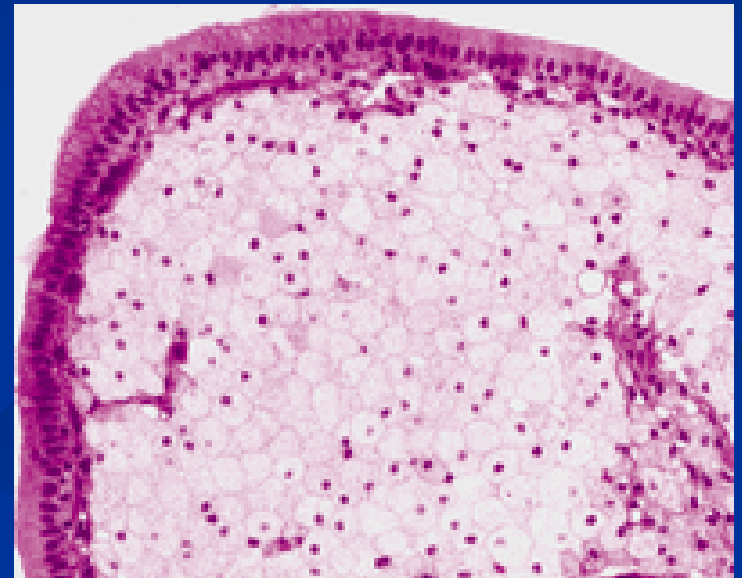
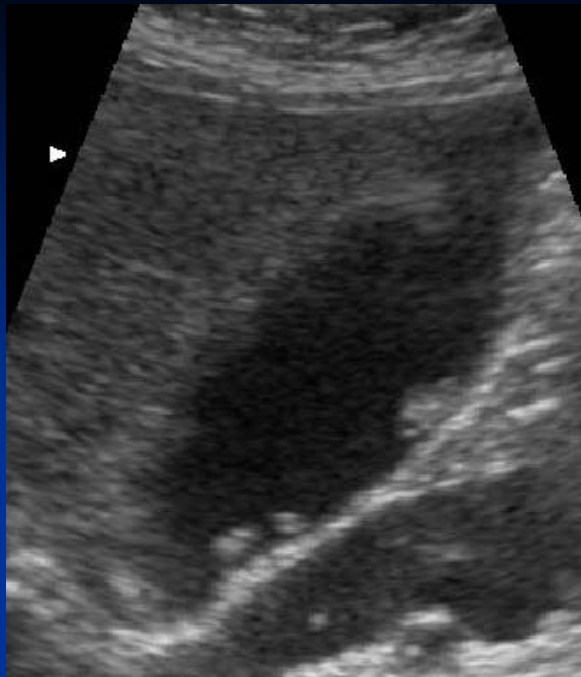
- Adénome vésiculaire
 - Rare : 0,4 % (pièces de cholécystectomie)
 - Isoéchogène / foie, unique
 - > 10 mm = chirurgie +++



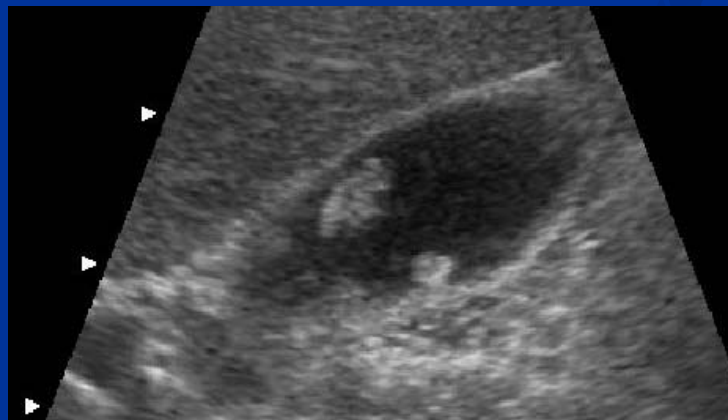
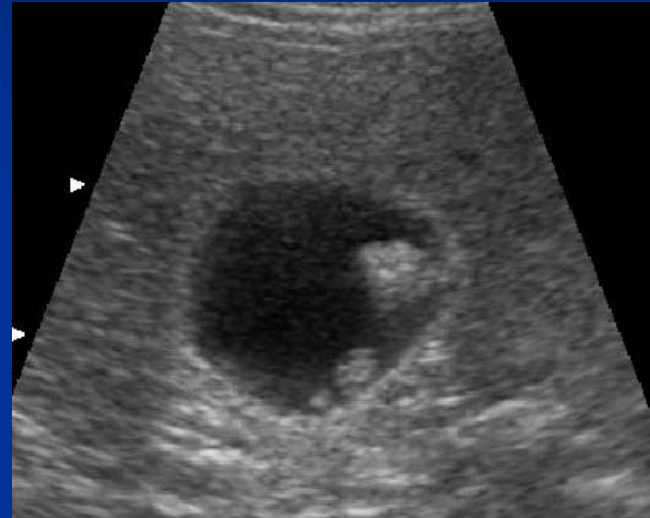
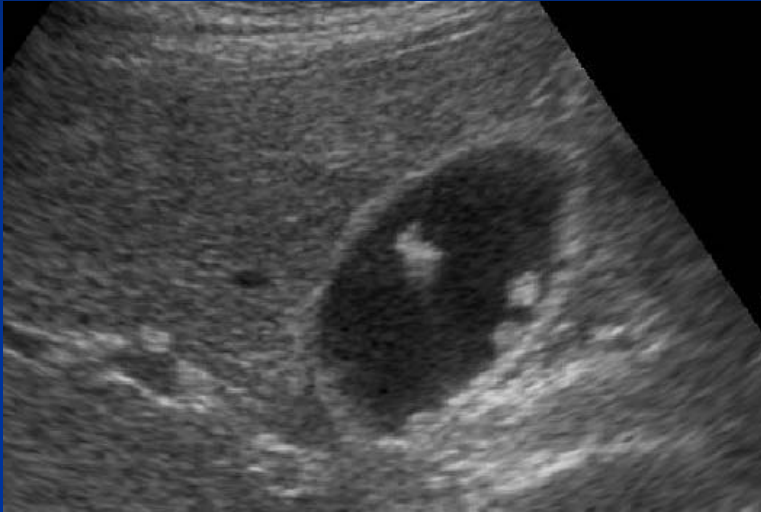
Choléstérolose



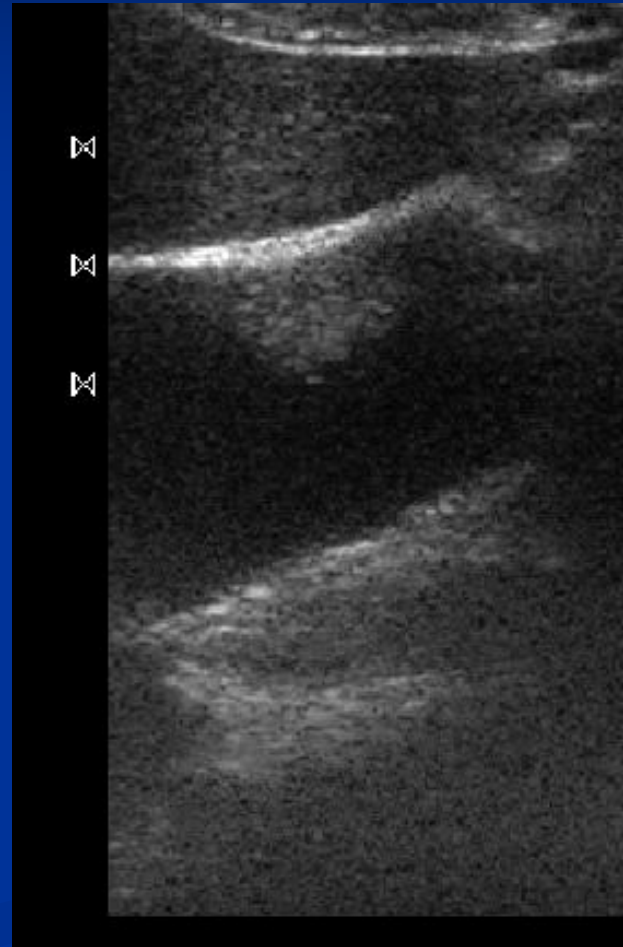
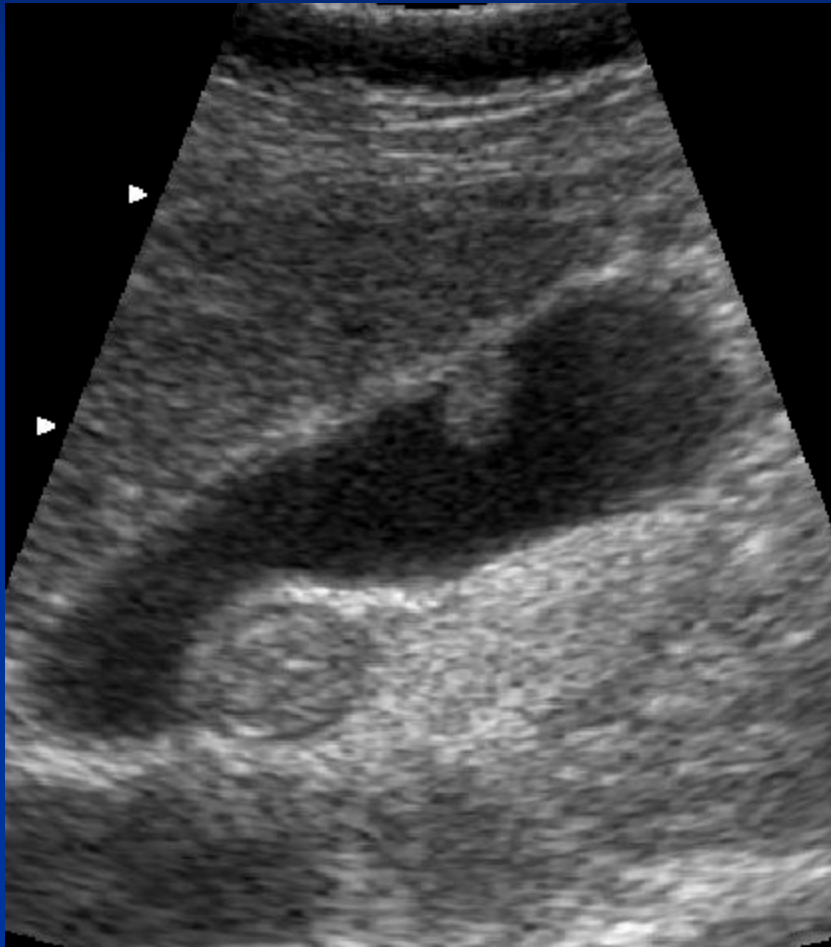
Cholestérolose



Cholestérolose : « polype géant »



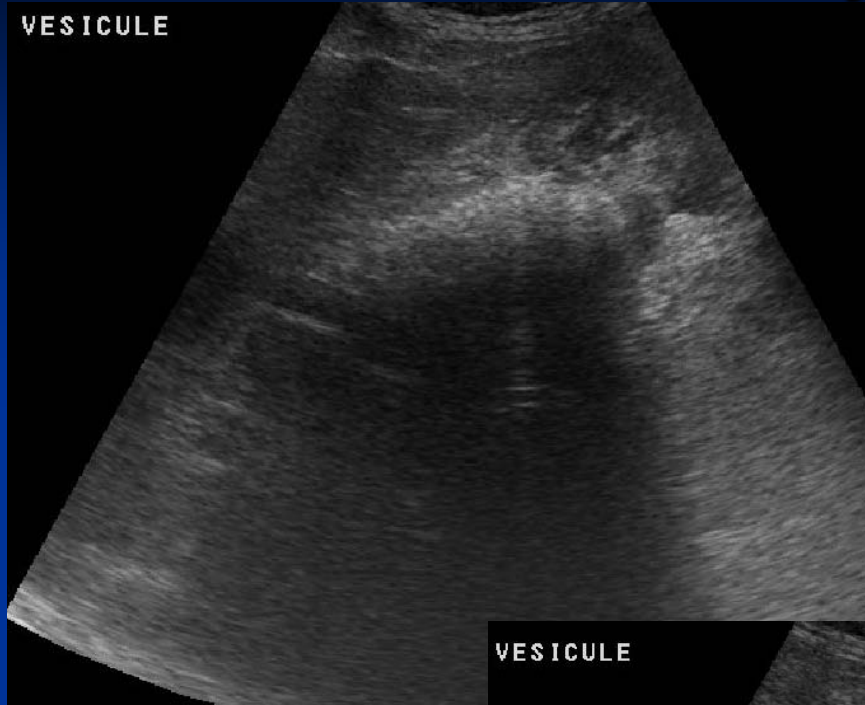
Adénome vésiculaire



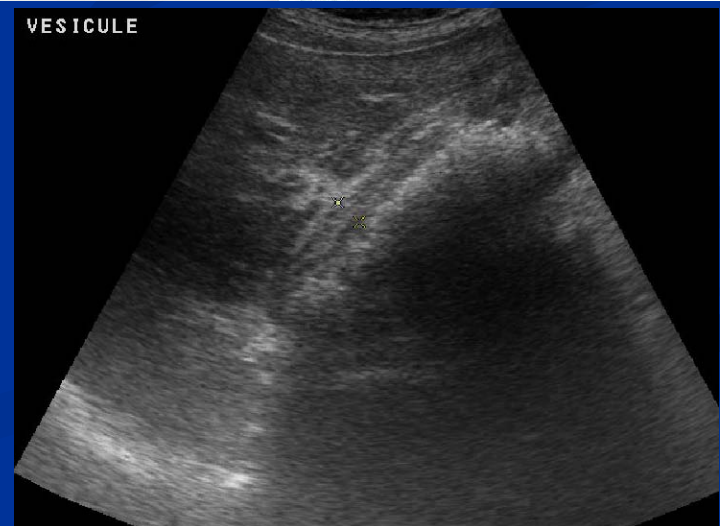
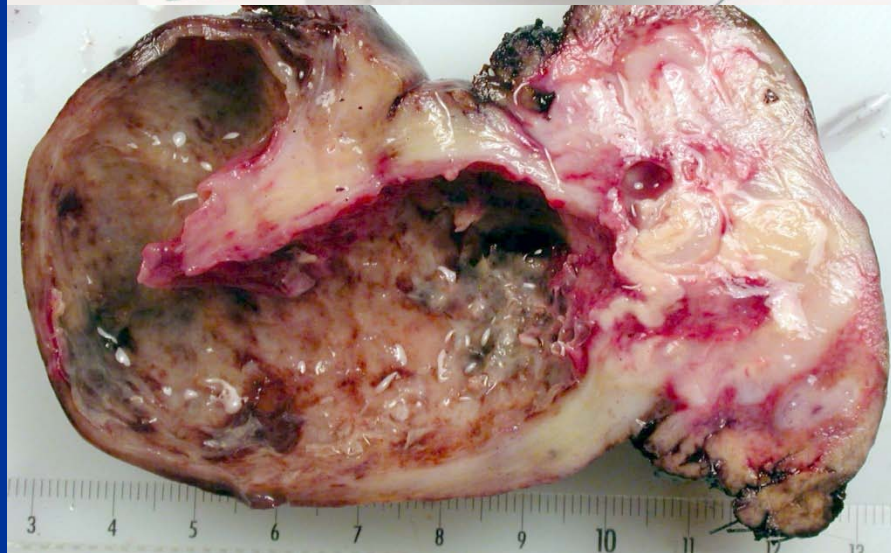
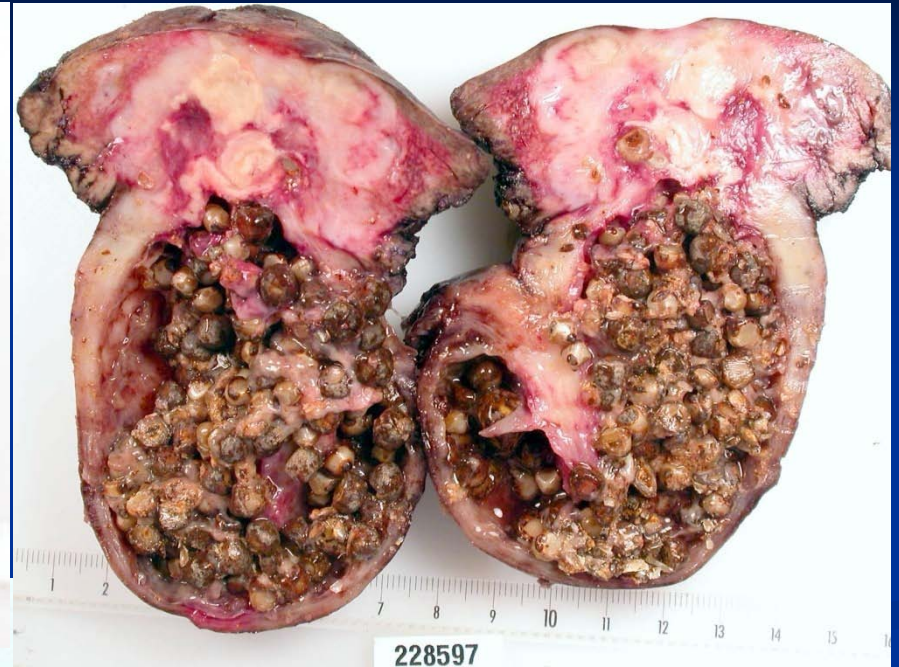
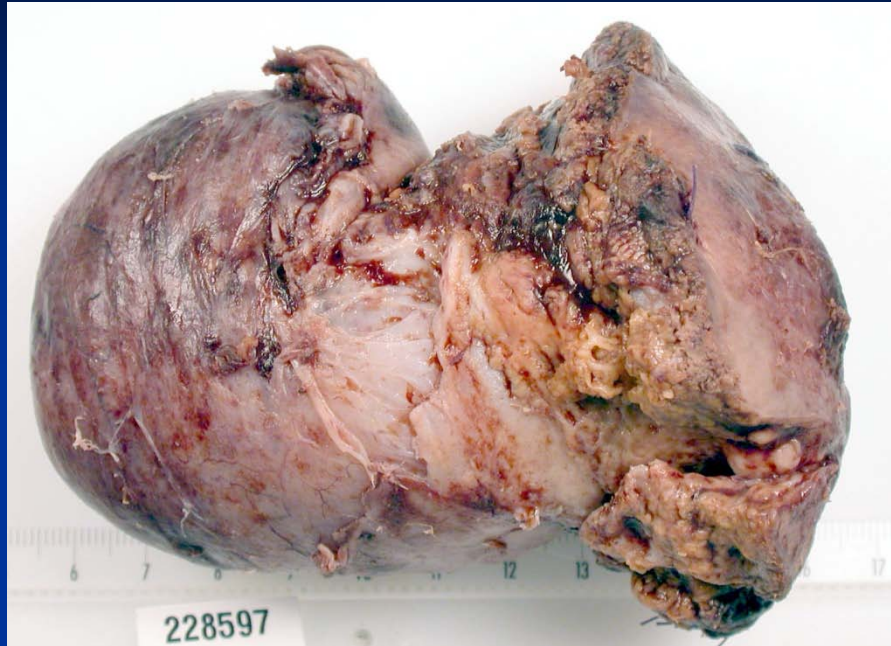
Adénome vésiculaire



Douleur de l'hypochondre droit...

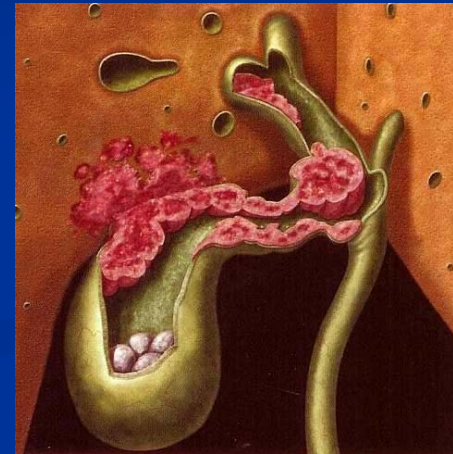


Cancer Vésiculaire



Cancer vésiculaire

- Découverte fortuite sur pièce de cholécystectomie : 1-3 %
- Facteurs de risque
 - Vésicule porcelaine
 - Canal bilio-pancréatique commun
- 3 formes
 - Epaissement focal ou diffus
 - Lésion polypoïde intraluminaire
 - Masse sous hépatique remplaçant la vésicule ++



Cancer vésiculaire

■ US

- Très difficile dans les formes infiltrantes
- Formes polypoides : doppler

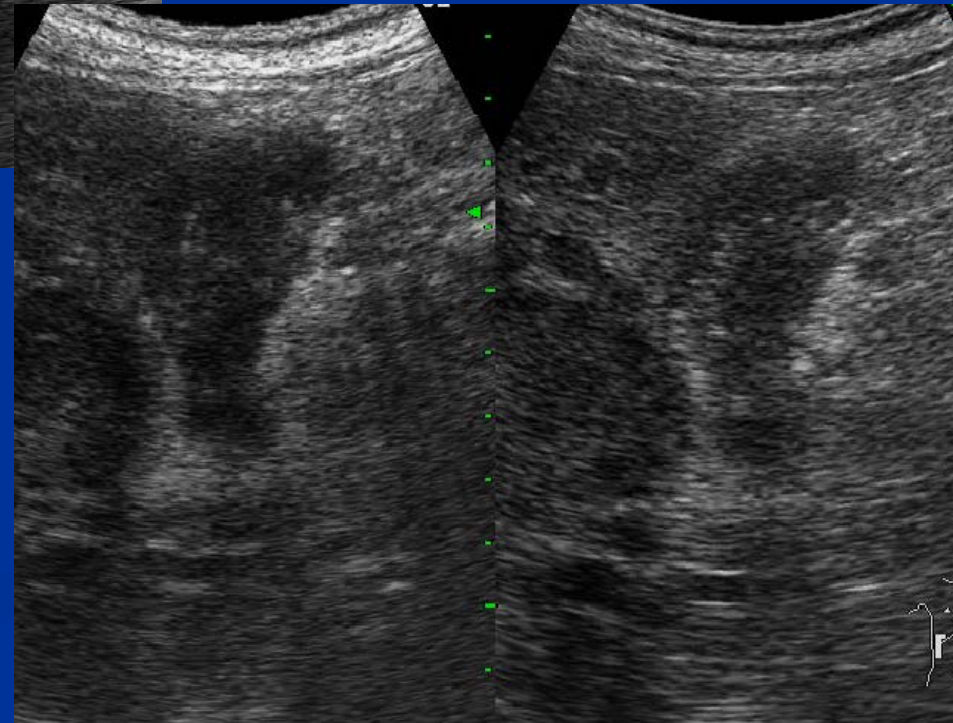
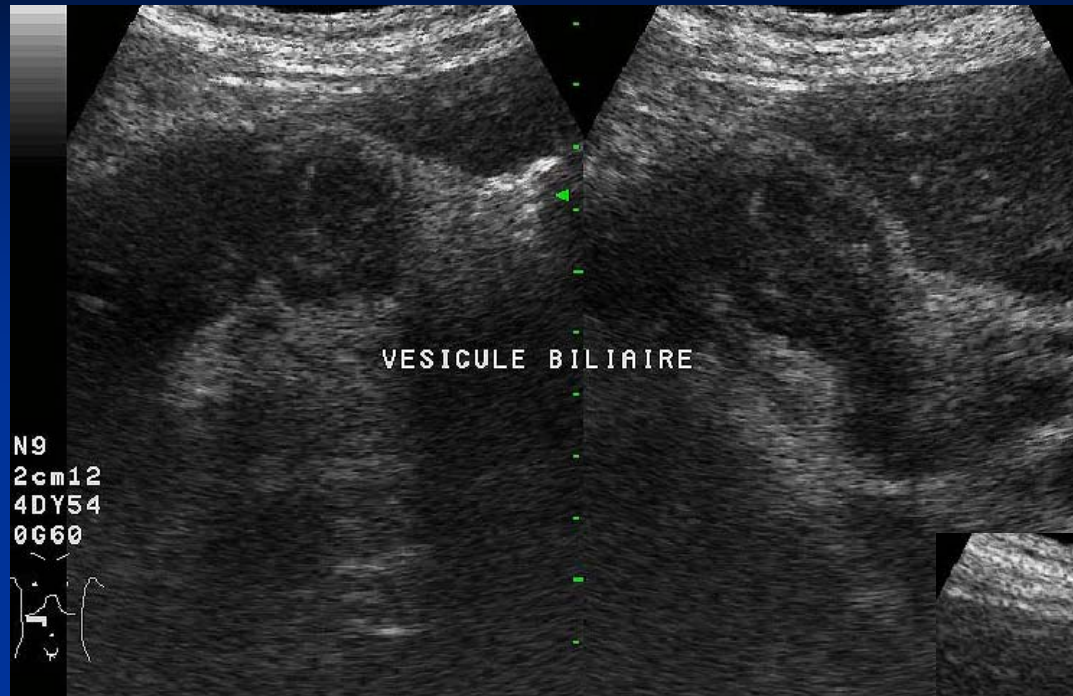
■ TDM

- Examen de référence
 - envahissement loco régional (foie, ganglions)

■ IRM

- Bilan complet
- Etude canalaire +++

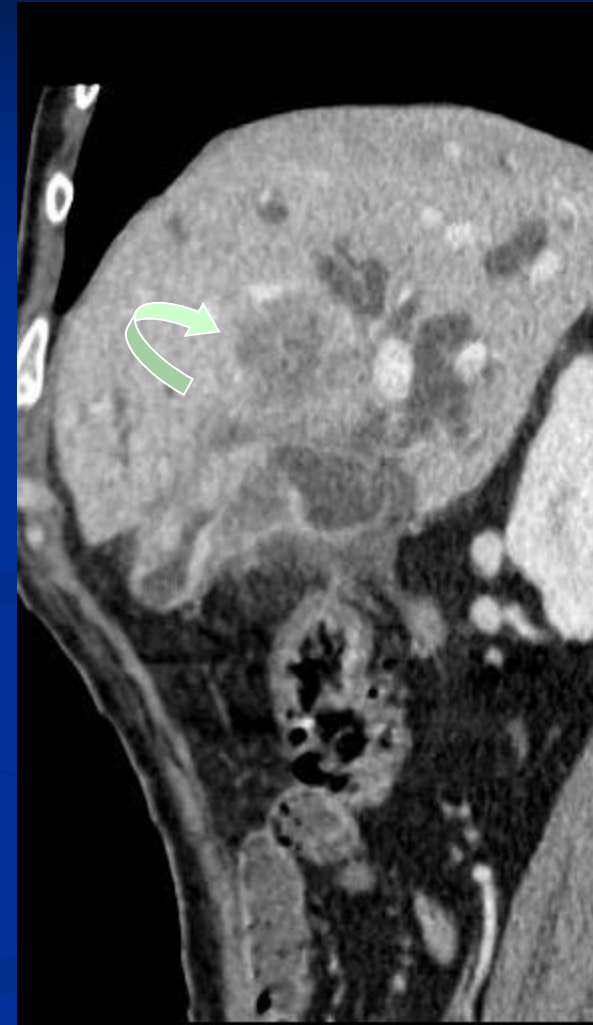
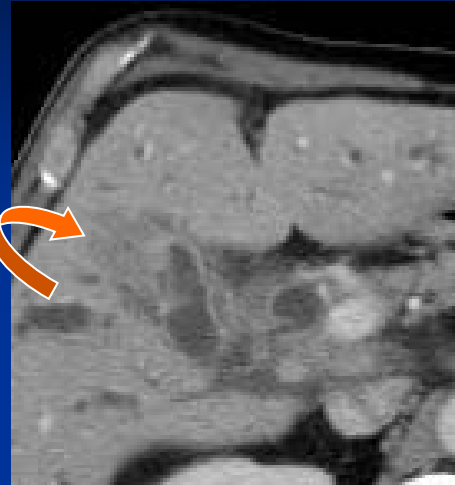
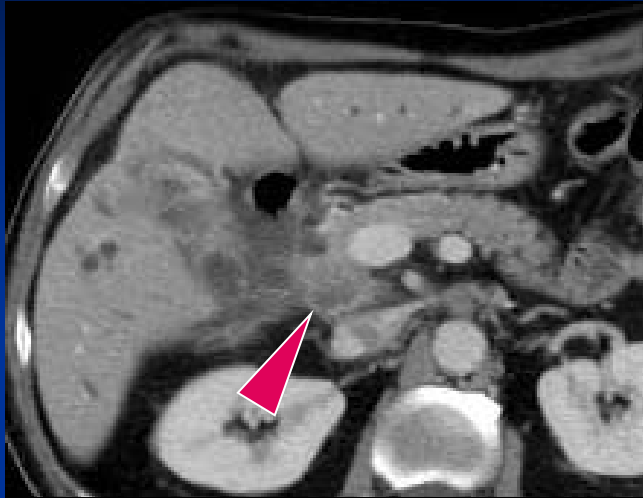
Cancer Vésiculaire : US



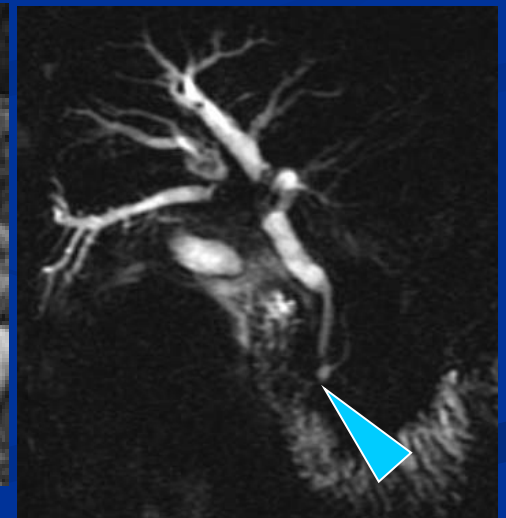
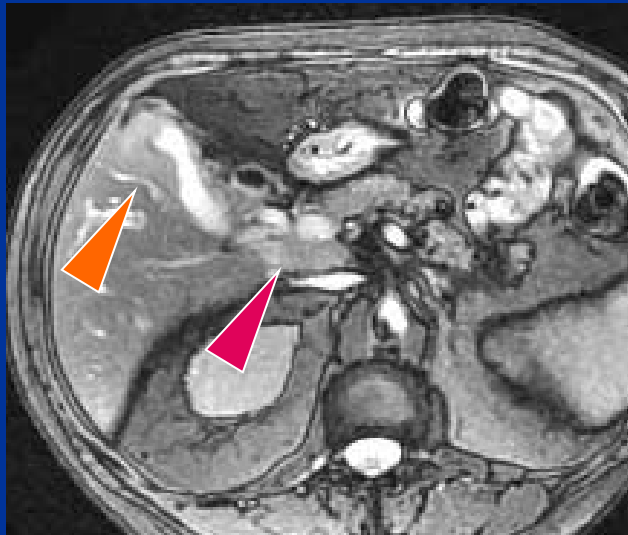
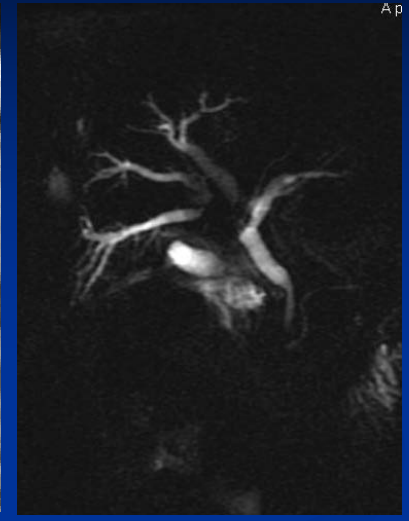
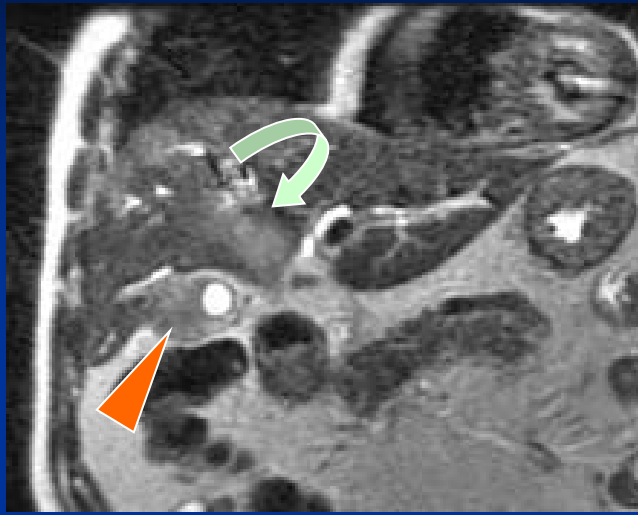
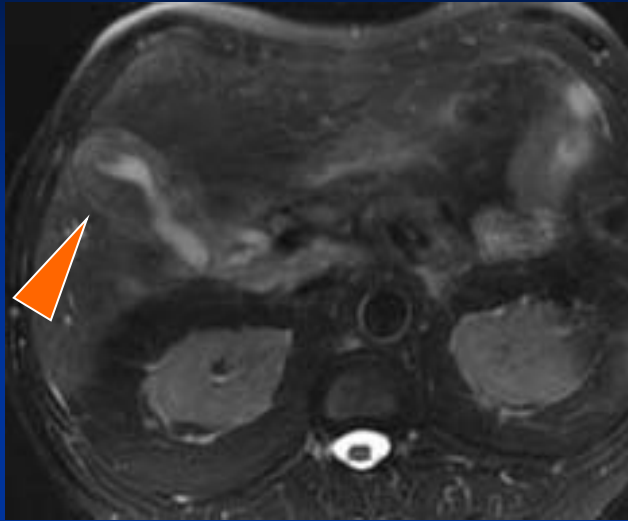
Cancer Vésiculaire : US



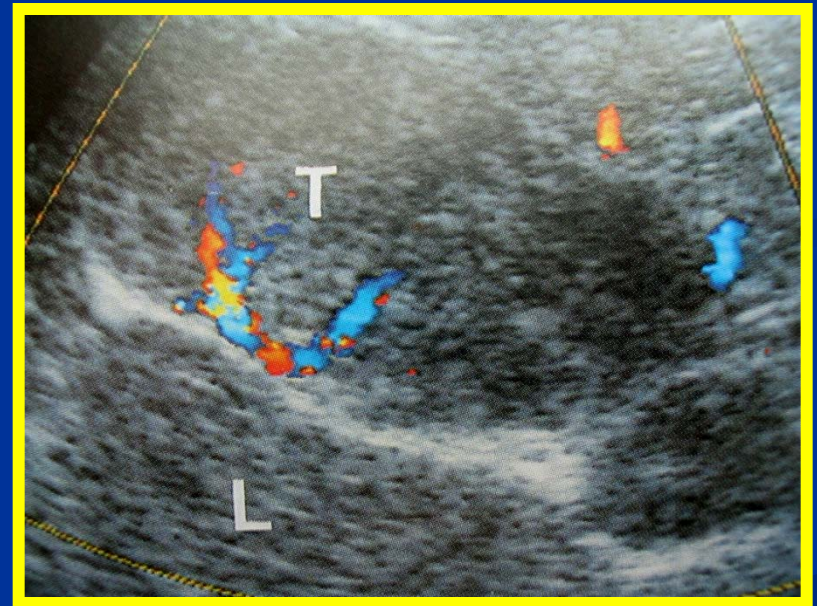
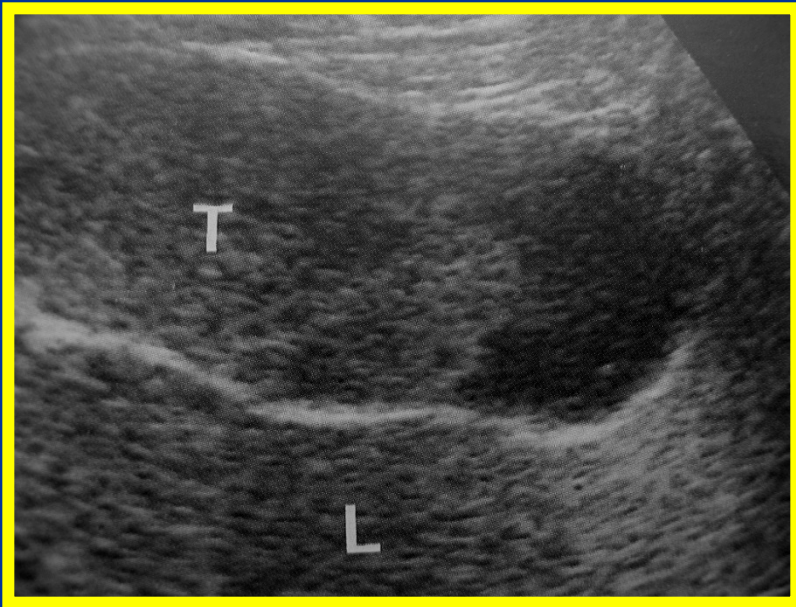
Cancer Vésiculaire: TDM



Cancer Vésiculaire : IRM

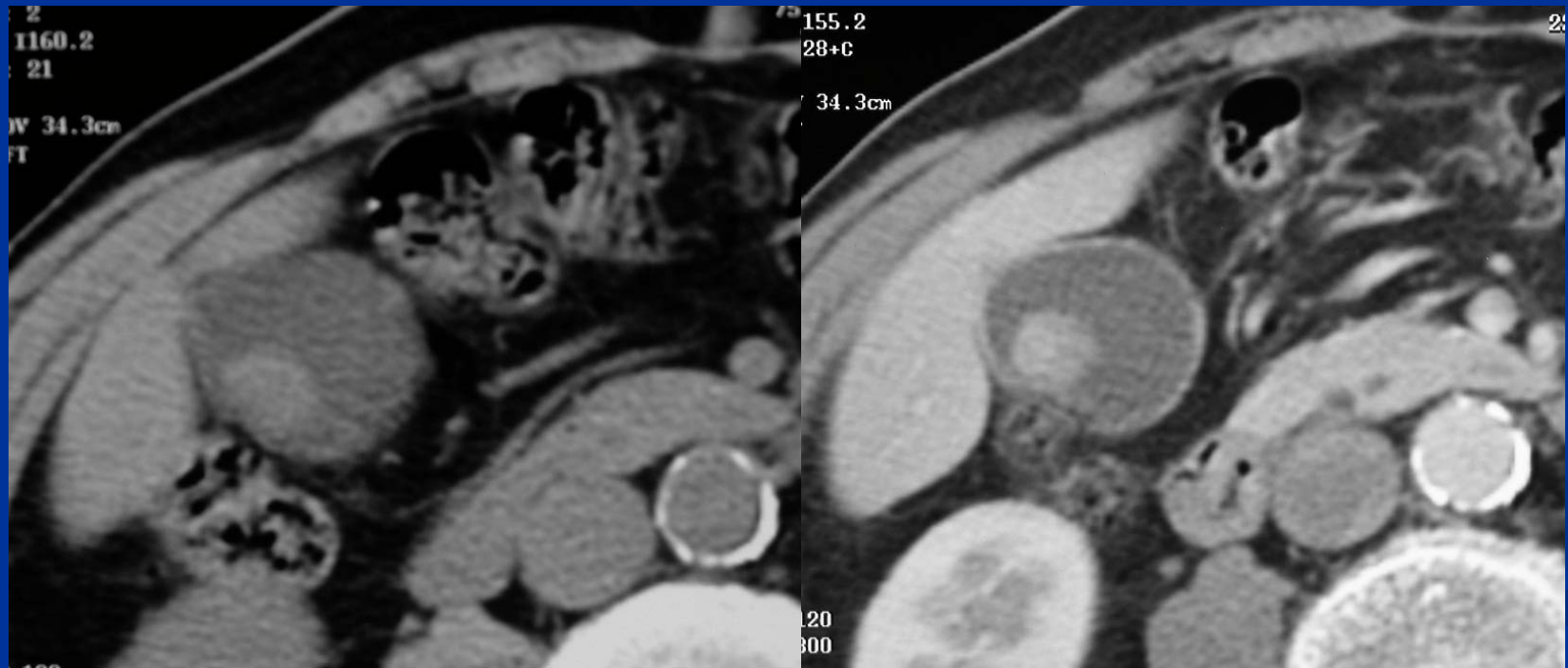


Cancer Vésiculaire



Abd Imaging, 2000, 25, 2 : 194-197, Komatsuda et al

Métastase de Mélanome



Epaississement diffus d'origine extra biliaire

- **Ascite**
- **Hépatites** (hépatite A +++
hépatite B ++
hépatite C ++)
- **Hypoprotidémie**

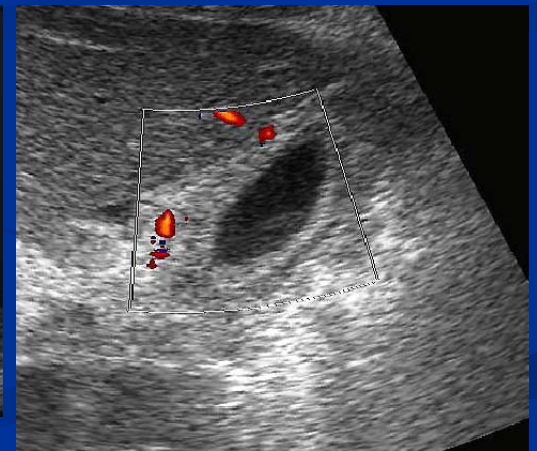
Paroi épaissie : hépatite



Hépatite A



Hépatite Fulminante
Paracetamol



Hépatite médicamenteuse
HIV +

Lésion pariétale polypoïde

Modalités de surveillance: controversées

■ Contre

- Nette prédominance de la cholestérolose
- 111 patients suivi echo sur 13 ans
 - Faible évolutivité en taille des lésions de moins de 10mm
 - 25 % augmentation en taille ou en nombre
 - mais aucun cancer
 - 80% de cholesterolose

Lésion pariétale polypoïde

Modalités de surveillance: controversées

■ Pour

- Risque augmenté si calcul associé ou CSP
- Cohorte de 1558 patients surveillés par echo
 - Augmentation de taille des polypes dans 3,5%
 - 25% : lésion néoplasique

Lésion pariétale polypoïde

Modalités de surveillance:

Recommandations

- Lésions de plus de 10 mm
 - Chirurgie
- Lésions de moins de 10mm
 - Premier contrôle à 6 mois par US
 - Si stable, contrôle annuel
 - Si augmentation > 10mm : cholécystectomie

Les points forts

- En échographie, l'adénomyomatose se traduit par un épaissement pariétal segmentaire ou diffus au sein duquel on met en évidence :
 - a) de petites formations anéchogènes correspondant aux sinus de Rokitansky-Aschoff dilatés,
 - b) de petits spots hyperéchogènes et c) des images d'artéfacts de réverbération ou images en « queue de comète » très évocatrices du diagnostic.
- En échographie, le diagnostic de choléstérolose est évoqué devant des images polypoïdes hyperéchogènes souvent multiples, de petite taille et non mobiles avec le changement de position.



Les points forts suite

- Le diagnostic échographique d'adénome vésiculaire repose sur le caractère unique de la lésion et une échogénicité proche de celle du foie, moins importante que celle d'un polype cholestérolique.
- La mise en évidence d'un polype vésiculaire de moins de 10 mm nécessite la mise en place d'un suivi régulier par échographie ; il est généralement admis qu'un premier contrôle à 6 mois est suffisant et qu'en cas de stabilité, un contrôle annuel est indiqué.
- La mise en évidence d'un polype vésiculaire de plus de 10 mm justifie la réalisation d'une cholécystectomie.

