

ARTICLE ORIGINAL
CHOLECYSTITIS XANTHOGRANULOMATEUSE

XANTHOGRANULOMATOUS CHOLECYSTITIS

TRAORÉ^{1,*} A., YARIBAKHT¹ S., KANTÉ² L., DIAKITÉ² I., TOGO² A., DEMBELÉ² B.T., JOHANN¹ M., DIALLO² G.

¹ *Service de Chirurgie Digestive et Générale, Saint-André, Metz, France.*

² *Service de chirurgie générale CHU Gabriel Touré, Mali.*

Auteur Correspondant

Dr TRAORE Alhassane, Chirurgien Résidant, Saint-André, Metz, France.

Maitre Assistant en chirurgie générale, à la Faculté de médecine, Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) ; C.H.U Gabriel Touré, Bamako (MALI) BP : 267 Fax : 20 22 60 90 Tel: (00223) 76 43 21 30 / 62 03 79 76 Email: alhassanetraore2008@yahoo.fr

Résumé

La cholécystite xanthogranulomateuse est une variante rare de cholécystite chronique pouvant simuler un cancer de la vésicule. Objectifs : Etudier les difficultés diagnostiques et opératoires des cholécystites xanthogranulomateuses. Méthode et matériels : Etude rétrospective de 2007 à 2010, réalisée dans le service de chirurgie digestive de l'hôpital St-André de Metz. Elle a concerné des patients ayant subi une cholécystectomie pour cholécystite xanthogranulomateuse de tous sexes et d'âge supérieur à 16 ans. Nous n'avons pas inclus les autres pathologies de la vésicule biliaire. Les résultats ont été analysés sur Word et Epi-info version 6,4 fr, les tests de Khi2 et de Student avec seuil de signification pour $P < 0,05$.

Résultats : Nous avons colligé 266 dossiers de pathologies inflammatoires de la vésicule dont 21 cas (8%) de cholécystite xanthogranulomateuse. Il s'agissait de 12 femmes et 9 hommes. La moyenne d'âge a été de 72 ans. Le tableau clinique était dominé par une douleur de l'hypochondre droit, 18 cas (86%), de nausée, 14 cas (66,6%), vomissements, 12 cas (57%), de fièvre, 9 cas (43%) et l'ictère, 5 (24%). L'échographie a trouvé un épaississement de la paroi chez tous les malades (100%) et une lithiase vésiculaire dans 18 cas (86%). La Tomodensitométrie (TDM) a objectivé une vésicule biliaire à contenu hétérogène et à paroi épaissie et irrégulière. L'examen biologique était normal. Une chirurgie laparoscopique a été réalisée chez 16 (76%) patients avec un taux de conversion dans 4 cas (25%) et une cholécystectomie à ciel ouvert chez 5 (24%) suspects de malignité. Les complications per-opératoires sont survenues à type d'hémorragie 3 cas (14%) et une lésion des voies biliaires au-dessus de la convergence 1 cas (5%). Le séjour moyen hospitalier a été de 5 jours. Nous n'avons enregistré aucune complication avec un recul de 14 mois. Conclusion : La cholécystite xanthogranulomateuse peut simuler un cancer de la vésicule biliaire et entraîner des difficultés en peropératoire.

Mots-clés : Cholécystite - Xanthogranulomateuse - Anatomopathologie - Chirurgie.

Summary

Xanthogranulomatous cholecystitis (XGC) is a rare variant of chronic cholecystitis may mimic a gallbladder cancer. Objectives: To study the diagnostic and operative difficulties of xanthogranulomatous cholecystitis. Method and materials: Retrospective study from 2007 to 2010, performed in the surgery ward of the hospital St. Andrew Metz. It concerned patients who underwent cholecystectomy for cholecystitis Xanthogranulomatous of all sexes and age over 16 years. We did not include other diseases of the gallbladder. The results were analyzed on Word and Epi-info version 6.4 fr, tests and Student KH2 with significance level at $P < 0.05$.

Results: We collected 266 cases of inflammatory disease of the gallbladder which 21 cases (8%) of XGC. It was 12 women and 9 men. The average age was 72 years. The clinical picture was dominated by a right upper quadrant pain of 18 cases (86%), nausea 14 cases (66.6%), vomiting 12 cases (57%), fever 9 cases (43%) and jaundice 5 (24%). The ultrasound found a thickening of the wall in all patients (100%) and cholelithiasis in 18 cases (86%). The computed tomography (CT) has objectified a gallbladder varied content and thickened wall and irregular. The biological examination was normal. Laparoscopic surgery was performed in 16 (76%) patients with a conversion rate in 4 cases (25%) and open cholecystectomy in 5 (24%) suspicious of malignancy. Intraoperative complications occurred in 3 cases with haemorrhage (14%) and bile duct injury in 1 case above the convergence (5%). The average hospital stay was 5 days. We recorded no complications with a decline 14 months.

Conclusion: XGC can simulate gallbladder cancer and cause problems during surgery.

Keywords: Cholecystitis - Xanthogranulomatous - Anatomopathology - Surgery.

INTRODUCTION

Les principales pathologies vésiculaires sont représentées par la lithiase biliaire et les anomalies de la paroi. Il est essentiel de ne pas méconnaître un cancer. C'est une pathologie inflammatoire bénigne présentant en per opératoire des difficultés techniques [1,2]. Elle peut simuler un cancer de la vésicule biliaire avec l'épaississement de la paroi vésiculaire, l'envahissement destructif local, la formation de fibrose et des adhérences. Le diagnostic de certitude est confirmé par l'histologie.

L'objectif de ce travail était d'étudier les difficultés diagnostiques et opératoires des cholécystites xanthogranulomateuses.

METHODE ET MATERIELS

Il s'agit d'une étude rétrospective de 2007 à 2010, réalisée dans le service de chirurgie digestive de l'hôpital St-André de Metz. Elle a concerné des patients ayant subi une cholécystectomie pour cholécystite xanthogranulomateuse de tous sexes et d'âge supérieur à 16 ans. Nous n'avons pas inclus les autres pathologies de la vésicule biliaire. Les résultats ont été analysés sur Word et Epi-info version 6,4 fr avec les tests de Khi2 et de Student avec seuil de signification pour $P < 0,05$.

RESULTATS

Nous avons colligé 266 dossiers de pathologie inflammatoire de la vésicule dont 21 cas (8%) de cholécystite xanthogranulomateuse. Il s'agissait de 12 femmes et 9 hommes. La moyenne d'âge a été de

72 ans. Le tableau clinique était dominé par une douleur de l'hypochondre droit 18 cas (86%), de nausée 14 cas (66,6%), vomissements 12 cas (57%), de fièvre 9 cas (43%) et l'ictère 5 cas (24%). L'échographie a trouvé un épaississement de la paroi chez tous les malades (100%) et une lithiase vésiculaire dans 18 cas (86%). La Tomodensitométrie (TDM) a objectivé une vésicule biliaire à contenu hétérogène et à paroi épaissie et irrégulière (fig. 1). L'examen biologique était normal. Une chirurgie laparoscopique a été réalisée chez 16 cas (76%) patients avec un taux de reconversion dans 4 cas (25%) et une cholécystectomie à ciel ouvert chez 5 cas (24%) suspects de malignité. Les complications per-opératoires sont survenues à type d'hémorragie 3 cas (14%) et une lésion des voies biliaires au-dessus de la convergence 1 cas (5%). Le séjour moyen hospitalier a été de 5 jours. Nous n'avons enregistré aucune complication avec un recul de 14 mois.

DISCUSSION

La cholécystite xanthogranulomateuse représente moins de 10% des pièces de cholécystectomie [3]. Nous avons trouvé une fréquence de 8% au cours de notre étude, elle n'est pas différente de celle de la littérature qui varie entre 0,6% - 13% [4, 5, 6, 7, 8, 9]. La moyenne d'âge de nos patients, 72 ans, se situe dans l'intervalle d'âge rapporté par les différentes séries à savoir : 46 ans - 72 ans [4, 10,11, 12]. Les femmes ont été plus nombreuses dans notre étude 57,1% aussi bien que dans certaines séries [7,13] contrairement à d'autres où les hommes ont

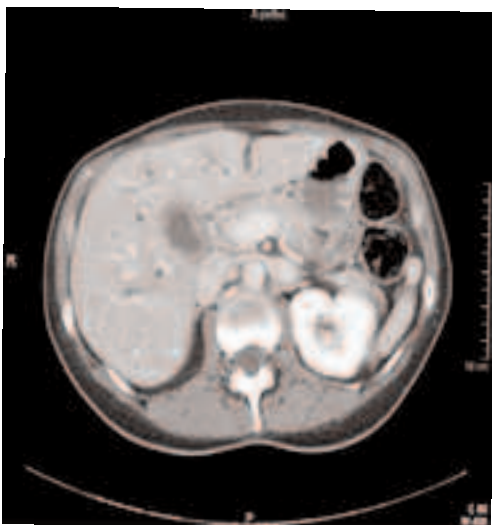


Figure 1 : Image scannographique avec une vésicule biliaire à contenu hétérogène, une paroi épaissie et irrégulière

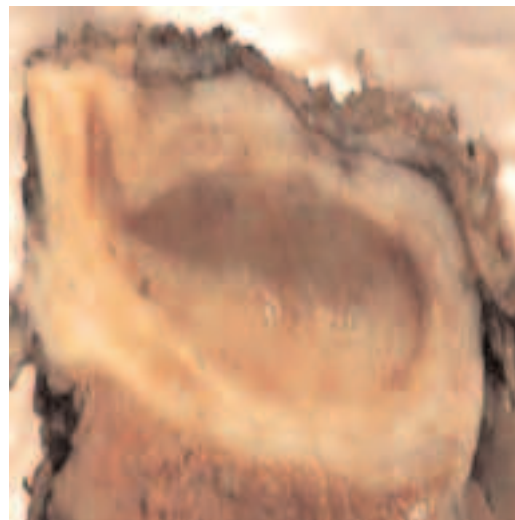


Figure 2 : Macroscopie de la tranche de section longitudinale de la vésicule biliaire : séreuse recouverte par des adhérences fibreuses, la paroi épaissie avec présence de foyers nodulaires ou des plaques jaunâtres. Muqueuse est ulcérée

été majoritaires [6, 11,14]. Nous pensons que c'est parce que la cholécystite est plus fréquente chez la femme et le sexe serait un facteur de risque de survenu de la cholécystite xanthogranulomateuse. Le premier cas fut rapporté par Mc Coy en 1976 [15], puis décrit par Goodman ZD en 1981[16]. L'infection chronique de la vésicule serait due à une obstruction lithiasique dans la plupart des cas, empêchant un écoulement biliaire, qui s'infecte et se diffuse dans les parois vésiculaires. Il y'a prolifération d'histiocytes avec formation de microabcès au niveau des parois. Ces abcès seront remplacés ultérieurement par des nodules xanthogranulomateux (fig. 2).

Le processus peut s'étendre au foie, l'épiploon, le duodénum, et le côlon [4,15] avec une réaction fibreuse localisée expliquant les difficultés diagnostiques différentielles avec le cancer [17,18]. Les signes cliniques observés ne sont pas spécifiques et peuvent être rencontrés dans d'autres pathologies hépato-biliaires. Ils se résument à la symptomatologie d'une cholécystite chronique à type de : douleur de l'hypochondre droit, fièvre, nausée, vomissements, ictère, asthénie et amaigrissement, rapportés dans la littérature [4, 7, 11, 14,19, 20]. La biologie était normale en particulier les ACE et CA19,9.

L'imagerie est un apport important permettant d'évoquer le diagnostic. L'échographie a trouvé une paroi vésiculaire épaissie, irrégulière et dédoublée avec de microabcès en son sein. Il existe des adénopathies hilaires nécrosées engageant le hile. Cette anomalie pariétale a été associée à une lithiasie vésiculaire dans 18 cas (86%).

Cette cholelystiasie n'est pas différente de celles des autres séries comprises entre 56%-100% des cas [4, 6, 7, 9, 11,14]. On serait donc amené à penser que les calculs seraient des facteurs favorisant de la cholécystite xanthogranulomateuse. Outre ces données

échographiques, la TDM objective le caractère hypodense des nodules xanthogranulomateux [19, 13].

La cholécystite xanthogranulomateuse peut simuler d'autres pathologies vésiculaires qu'il ne faut pas perdre de vue : la cholécystite lithiasique et le carcinome vésiculaire qui peut coexister [6,13, 21, 22,23, 24]. Mais la présence de microabcès, et de graisse pariétale permet d'exclure ceux-ci. Le diagnostic de confirmation est anatomopathologique. Nous avons réalisé une chirurgie classique dans 5 cas (24%) suspects de malignité et une chirurgie laparoscopique chez 16 (76%) patients avec un taux de conversion dans 4cas (24%) à cause d'un remaniement inflammatoire important.

Cette difficulté opératoire entraîne une conversion dans 65% à 81% des cas [19,11] avec une cholécystectomie partielle dans 35% des cas [19]. Notre taux de conversion de 25% est différent de ceux de ces auteurs.

Cette différence est due à la nature des difficultés et une chirurgie plus étendue. La morbidité a varié d'une étude à une autre entre 15,2% à 30% [4, 7,11, 20]. Nous n'avons pas enregistré de mortalité et elle serait nulle [7,11]. Les malades ont séjourné en moyenne 5 jours dans notre étude contre 8 jours dans la série de Yirildim [7].

CONCLUSION

La cholécystite xanthogranulomateuse peut occasionner des difficultés techniques en per-opératoire. Une cholécystectomie partielle ou totale doit être effectuée. Une chirurgie plus étendue sans preuve d'histopathologie ou suggestion pré-opératoire forte (comme la cytologie positive) n'est pas justifiée et augmente la morbidité. Il est essentiel de ne pas oublier un cancer.

REFERENCES

- 1- Houston JP, Collins MC, Cameron I et al. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Br J Surg* 1994; 81: 1030-1032.
- 2- Enomoto T, Todaroki T, Koike N et al. Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking stage IV gallbladder cancer. *Hepatogastroenterology* 2003; 50: 1255-1258.
- 3- G. Roseau. Anomalies pariétales vésiculaires : faut-il les reconnaître ? A quelle place l'écho-endoscopie peut-elle prétendre dans leur évolution ? *Acta Endoscopica* 2004; 34 (1): 87-95.
- 4-Tian Yang, Bai-He Zhang, Jin Zhang et al. surgical treatment of xanthogranulomatous cholecystitis: experience in 33 cases. *Hepatobiliary Pancreat Dis In* 2007; 6(5):504-508.
- 5- Cardenas-Lailson LE, Torres-Gomez B, Medina-Sanchez Set al. Epidemiology of xanthogranulomatous cholecystitis. *Cir Cir* 2005; 73: 19-23.
- 6- GilbertoGuzman-Valdivia. Xanthogranulomatous cholecystitis: 15 years' experience. *World J Surg* 2004; 28: 254-257.
- 7-Mehmet Yildirim, OzgurOztekin, FatihAkdamar et al.Xanthogranulomatous cholecystitis remains a challenge in medical practice: experience in 24 cases *Radiol Oncol* 2009; 43(2): 76-83.
- 8- Krishna RP, Kumar A, Singh RK et al. Xanthogranulomatous inflammatory strictures of extrahepatic biliary tract: presentation and surgical management. *J GastrointestSurg* 2008; 12:836-9-Kwon AH, Matsui Y, Uemura Y. Surgical procedures and histopathologic findings for patients with xanthogranulomatous cholecystitis. *J Am CollSurg* 2004; 199:204-210.
- 10- Antonino Spinelli, Guido Schumacher, Andreas Pascher et al. Extended surgical resection for xanthogranulomatous cholecystitis mimicking advanced gallbladder carcinoma: A case report and review of literature. *World J Gastroenterol*2006;12(14): 2293-2296.
- 11- Kansakar PBS, Rodrigues G, Khan SA. Xanthogranulomatous cholecystitis: A clinicopathological study from a tertiary care health institution Kathmandu University Medical Journal2008; 6(4): 472-475.
- 12- Isamu Makino, Takahiro Yamaguchi, NariatsuSato et al. Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking gallbladder carcinoma with a false-positive result on fluorodeoxy glucose PET.*World J Gastroenterol*2009; 15(29): 3691-3693.
- 13- J. A. Parra, O. Acinas, J. Bueno et al. Xanthogranulomatous Cholecystitis Clinical, Sonographic, and CT Findings in 26 Patients .*AJR* 2000; 174:979-983.
- 14- Byung Jin Chang*, Seong Hyun Kim†, Ho Yong Park* et al Distinguishing Xanthogranulomatous Cholecystitis from the Wall-Thickening Type of Early-Stage Gallbladder Cancer*Gut and Liver*2010; 4(4): 518-523.
- 15- McCoy JJ Jr, Vila R, Petrossian G et al. Xanthogranulomatous cholecystitis. Report of two cases. *J S C Med Assoc*1976; 72: 78-79.
- 16- Goodman ZD, Ishak KG. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Am J Surg Pathol* 1981; 5: 653-659.
- 17- Hsu C, Hurwitz JL, Schuss A et al. Radiology-Pathology conference: Xanthogranulomatous cholecystitis. *Clin imaging*2003; 27(6):421-425.
- 18- Ros PR, Goodman ZD. Xanthogranulomatous cholecystitis versus gallbladder carcinoma. *Radiology* 1997; 203:10-12.
- 19- Guzman-Valdivia G. Xanthogranulomatous cholecystitis in laparoscopic surgery. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 494-497.
- 20- Z. Karabulut, H. Besim, O. Hamamcı et al. Xanthogranulomatous cholecystitis. Retrospective Analysis of 12 Cases.*Actachirbelg*2003; 103: 297-299.
- 21- Krishnani N., Shukla S., Jain M et al Fine needle aspiration cytology in xanthogranulomatous cholecystitis, gallbladder adenocarcinoma and coexistent lesions. *ActaCytol*2000; 44: 508-14.
- 22-Benbow E. W. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Br J Surg* 1990; 77: 255-6.
- 23- Kim P. N., Lee S. H., Gong G. Y. et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: Radiologic findings with histologic correlation that focuses on intramural nodules. *Am J Roentgenol* 1999; 172: 949-53.
- 24- Houston J. P., Collins M. C., Cameron I. et al. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Br J Surg*1994; 81: 1030-2.