

# Cholécystite alithiasique à EBV: Cas clinique et revue de la littérature

A Gagneux-Brunon, A. Pouvaret, C. Cazorla, E. Botelho-Nevers, F. Lucht

Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Saint-Etienne

## Introduction

La primo-infection EBV est le plus souvent asymptomatique. Au cours de la mononucléose infectieuse (MI), si les perturbations du bilan hépatique (cytolyse et/ou cholestase) sont fréquentes, les cholécystites sont rarement décrites.

La cholécystite alithiasique est une entité usuellement décrite chez des patients de réanimation pour laquelle la sanction chirurgicale est le plus souvent nécessaire (Wang et al. *World Journal of Gastroenterology* 2003). Nous décrivons ici, un cas de cholécystite alithiasique, expression clinique inhabituelle de la MNI d'évolution favorable sans prise en charge chirurgicale.

## Méthodes:

Stratégie de Recherche bibliographique en utilisant la base de données PUBMED avec les mots clés:

Gallbladder and EBV  
Gallbladder and Infectious mononucleosis  
Cholecystitis and EBV  
Acalculous cholecystitis

## Présentation clinique

Mlle B, 18 ans, consulte aux urgences le **22 décembre 2012** pour **polyadénopathies et fièvre évoluant depuis 7 jours**. A l'examen clinique, la température est à 38,5°C, sans défaillance hémodynamique. Des adénopathies cervicales multiples (sans angine) sont palpables mais non douloureuses. **On observe une douleur de l'hypochondre droit**. Une première échographie abdominale est réalisée, le foie, la rate et la vésicule biliaire sont d'échostructure normale. La sérologie EBV permet d'établir le diagnostic de MNI (IgM anti-VCA positive, IgG anti-VCA faiblement positive, anticorps anti-EBNA négatifs, sérologie CMV, VHA, VHC, CMV négatives, immunité anti-VHB anticorps anti-Hbs et HBc postifs)

Le **24 décembre**, la patiente se plaint de douleurs abdominales de plus en plus intenses avec à l'examen clinique, **un signe de Murphy**. Une seconde échographie met en évidence **une cholécystite sans calcul, avec épaissement de la paroi à 12 mm, et des images de microabcès en son sein**. Un traitement antibiotique (C3G) est débuté du fait du risque de perforation, une surveillance clinique et échographique régulière est réalisée. Le **30 décembre**, une nouvelle échographie objective une vésicule normale, et une splénomégalie à 16 cm.

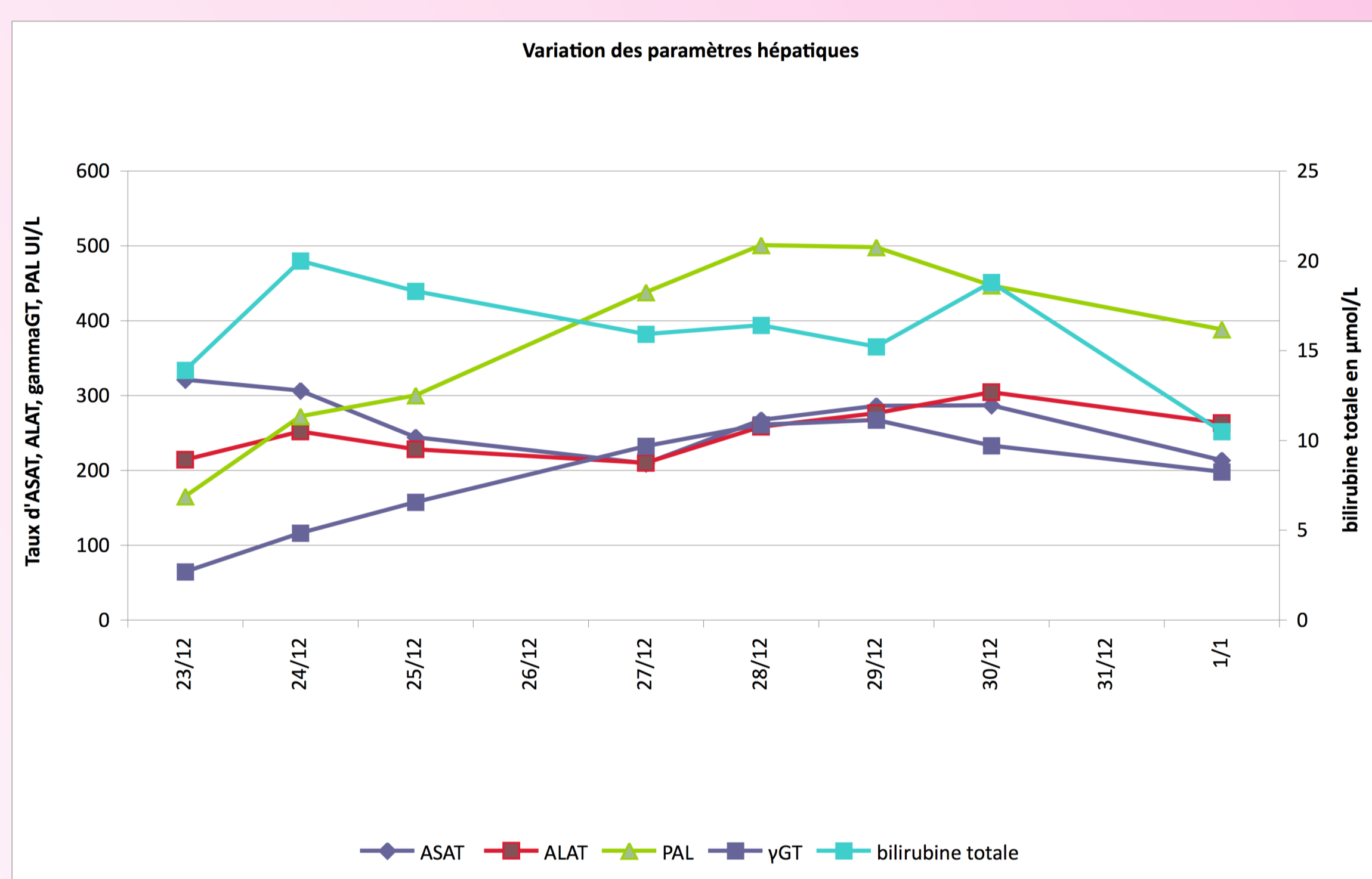


Figure 1: Variation du taux d'enzymes hépatiques en cours d'hospitalisation

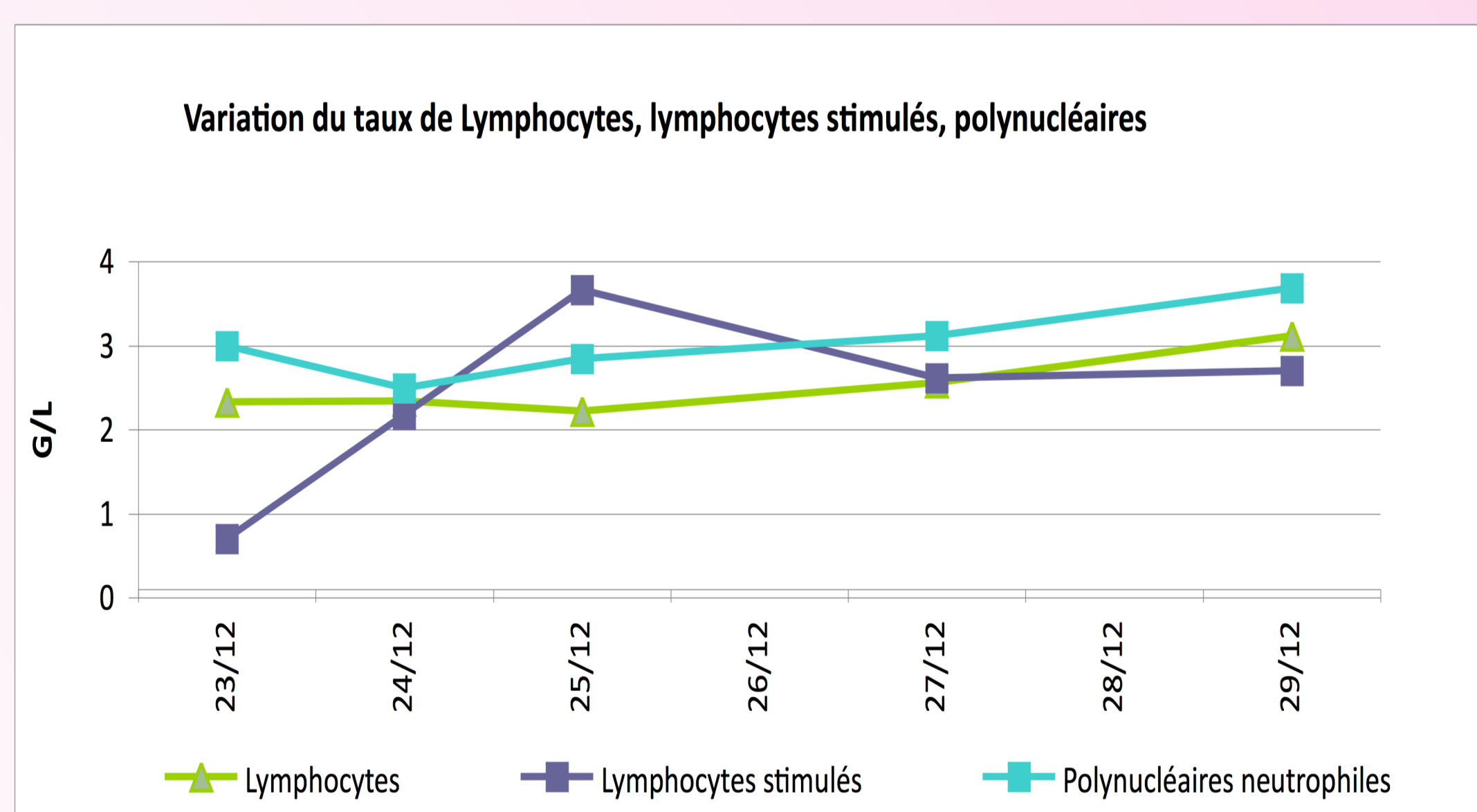


Figure 2: Variation du taux de lymphocytes, lymphocytes stimulés et polynucléaires neutrophiles en cours d'hospitalisation

Paroi vésiculaire épaisse et microabcès

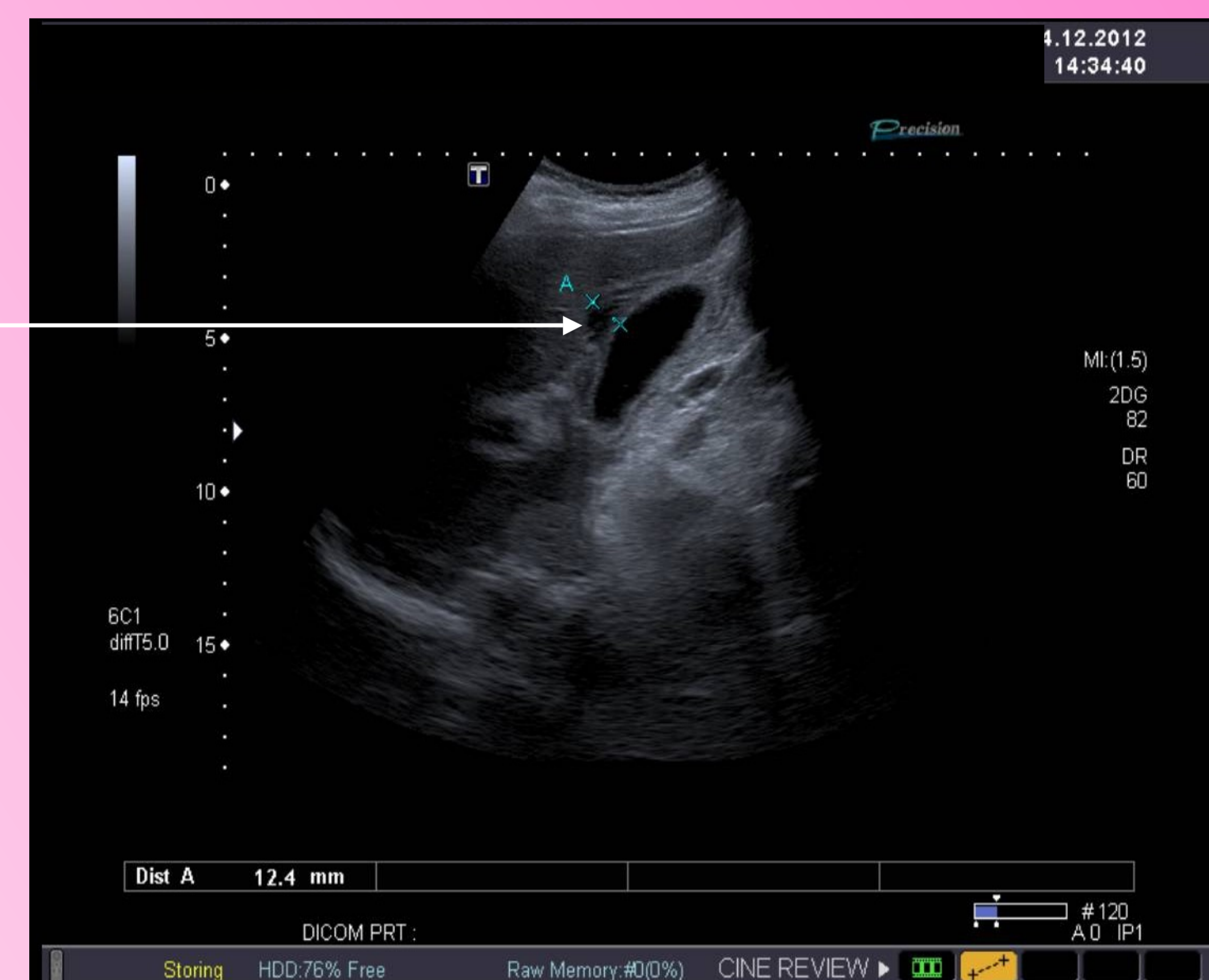


Figure 3: Echographie vésiculaire du 24/12/2012

Cas	age	sexe	ASAT (UI/L)	ALAT (UI/L)	GammaGT(UI/L)	PAL (UI/L)	Bilirubine (mg/dL)	Paroi vésiculaire (mm)	Traitement antibiotique
1	13	F	394	674	352	721	4	13.6	OUI
2	22	F	426	584	156	710	6.5	8	NON
3	9	F	179	184	629	4.6	9	OUI	
4	4	F	388	423	301	752	2.9	7	OUI
5	18	F	220	328	142	312	7	9	OUI 48 h
6	22	F	329	464	239	2.5	14	NON	
7	22	F	105	70				5	
8	14	F							
9	22	F					4.7	6	OUI
10	20	F	171	299	202	727	0.7		OUI 24 h
11	5	M	207	257	333	919	1.8	4.2	
12	4	F	188	304	241	236	4.6	9	

Tableau 1: Synthèse des cas cliniques publiés de cholécystite alithiasique associée à EBV.

**Nous rapportons ici un cas de cholécystite alithiasique au cours d'une MNI. La revue de la littérature conduite a mis en évidence 12 autres cas, avec des tableaux cliniques similaires à celui de Mlle B.**

**La cholécystite alithiasique** est une entité peu fréquente et grave, essentiellement observée chez les patients de réanimation, le plus souvent polytraumatisé. Peu de cas ont été décrits dans un tout autre contexte: **la Mononucléose Infectieuse**.

Il s'agit **d'une complication rare de la MNI**, probablement associée aux formes les plus graves (un épaissement de la paroi vésiculaire en l'absence de cholécystite a été décrit dans les formes les plus sévères de MI), et à d'importantes perturbations biologiques hépatiques (Cytolyse et Cholestase). Parmi les cas publiés, **le pronostic semblerait bon**, un recours à une cholecystectomie n'a été nécessaire que chez une seule patiente / 12 cas décrits, recevant un traitement immunosuppresseur, contrastant avec le pronostic sombre des cholécystites alithiasiques classiques. Dans quelques cas, aucune antibiothérapie n'a été entreprise, néanmoins, **le risque de perforation pourrait justifier un traitement préventif**.

Le clinicien doit avoir conscience de cette **complication inhabituelle**, le diagnostic de MNI devrait être évoqué devant une cholécystite alithiasique du sujet jeune sans comorbidité, limitant probablement le recours à un traitement chirurgical d'emblée.