



Introduction

Le signe de Chilaiditi est une entité rare caractérisée par l'interposition du colon ou du grêle dans l'espace interhépatodiaphragmatique (0.25 % à 0.28% de la population). Il est plus fréquent chez les hommes, notamment âgés.

Il est le plus souvent asymptomatique et découvert fortuitement, parfois il s'accompagne de douleurs abdominales, constipation, vomissements, anorexie, détresse respiratoire, voire de complications telles que de volvulus et l'occlusion dans ce cas on parle de syndrome de chilaiditi.

Observation clinique

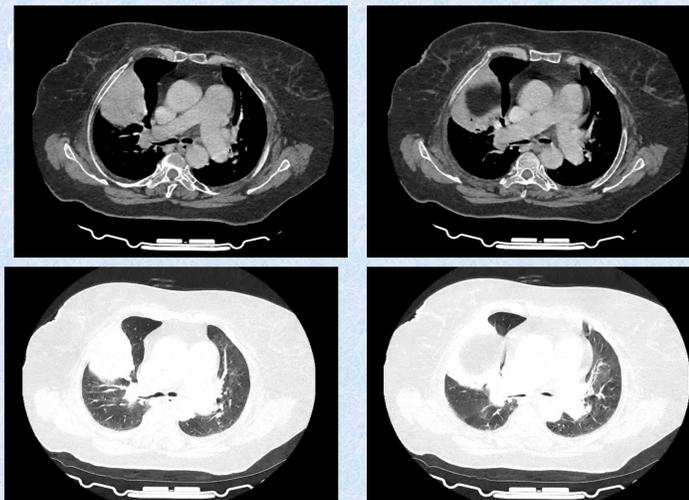
Elle s'agit d'une patiente âgée de 86 ans, hypertendue sous monothérapie, obésité sévère depuis 10 ans. Elle consulte dans notre formation pour une dyspnée continue d'aggravation progressive devenant stade III de mMRC depuis 3 ans, avec ronflement, réveils en sursauts, somnolence diurne excessive et insomnie nocturne.

La symptomatologie à 13 jours avant la consultation par l'aggravation de la dyspnée devenant au repos, précédé par un syndrome pseudogrippal associé à des signes cliniques d'hypercapnie. Le tout évoluant dans un contexte de sensation fébrile. Sa saturation est 72% en AA, polypneïque avec des signes de luttés type tirage intercostal et sus-claviculaires avec un balancement thoraco-abdominal, l'indice de masse corporelle à 40. La gazométrie artérielle montre une acidose hypercapnique. Sur la radiographie thoracique on note un aspect d'ascension de la coupole diaphragmatique avec opacité du 1/3 inférieur de l'hémichamp thoracique droit contenant des clartés.

L'angioscanner thoracique note une ascension de la coupole diaphragmatique droite et du foie ainsi que de l'angle colique homolatéral en intrathoracique associée à une diminution du volume pulmonaire. Nous avons retenu le signe de Chilaiditi associé à un SOH. La patiente a été mise sous VNI aigue avec bonne évolution clinique et gazométrique.



Radiographie thoracique de face de la patiente montrant un aspect d'ascension de la coupole diaphragmatique avec opacité du 1/3 inf de l'HTD contenant des clartés.



(b) Angioscanner thoracique de la patiente montrant une ascension de la coupole diaphragmatique droite et du foie ainsi que de l'angle colique homolatéral en intrathoracique.

Discussion

Le signe et le syndrome de Chilaiditi est une entité rare due à l'interposition colique entre le foie et le diaphragme droit. Lorsqu'il est asymptomatique on parle de signe de chilaiditi et de syndrome quand il est à l'origine des symptômes. C'est une entité rare avec une incidence entre (0,25 à 0,28 % de la population), très fréquente chez les sujets âgés avec prédominance masculine (1-3)

Les facteurs favorisants décrits dans la littérature sont multiples. On retrouve des facteurs hépatogastro-entérologiques tels que la cirrhose, une atrophie hépatique, une anomalie du ligament falciforme, un mégacolon, des adhésions intra-abdominales, une augmentation de la pression abdominale (grossesse, obésité, ascite). Il existe aussi des facteurs respiratoires comme la bronchite chronique obstructive, l'emphysème. D'autres facteurs ont été identifiés comme un retard mental, une schizophrénie. Notre patiente présente comme facteurs favorisants l'obésité et l'insuffisance respiratoire.

Le signe de Chilaiditi pose un problème diagnostique avec le pneumopéritoine, la présence des haustrations coliques dans la clartés sous diaphragmatique droite permet de confirmer le diagnostic.

Notre patiente était asymptomatique avec une découverte fortuite du signe de chilaiditi chez cette patiente admise en décompensation aigue de SOH.

Conclusion

Il faut savoir penser au signe de Chilaiditi en cas de clartés basales thoraciques et ne pas le confondre avec une atteinte sus-diaphragmatique surtout en cas d'obésité sévère.

Bibliographie

- [1]. Kang D, Pan AS, Lopez MA, et al. Acute abdominal pain secondary to chilaiditi syndrome. Case Rep Surg 2013;2013:756590.
- [2]. Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi syndrome: a rare entity with important differential diagnoses. Gastroenterol Hepatol (N Y) 2012;8:276-8.
- [3]. Joo YE. Chilaiditi's sign. Korean J Gastroenterol 2012;59:260-1.