



Croissant gazeux sous diaphragmatique droit : penser au syndrome de chilaiditi
Crescent-shaped gas shadow under the right region of the diaphragm: think of chilaiditi's syndrome

Rajaonarison Ny Ony Lova Hasina¹, Ernestho-
ghoud Indretsy Mahavivola², Christian
Tomboravo¹, Ahmad Ahmad¹

Correspondance

Ernestho-ghoud Indretsy Mahavivola, MD
Médecine Interne en Médecine libérale,
Antananarivo, 101, Madagascar
Courriel : ernesthoughoud@gmail.com

Summary

Chilaiditi Syndrome, transposition of right colon between liver and right hemidiaphragm is a rare congenital malformation. Here, we report this malformation discovered fortuitously on a chest X-ray for another indication on a 32 years old man. Confusion could be avoided with proper diagnosis of this syndromic presentation with more serious abnormalities such as pneumoperitoneum and subphrenic abscess. Recognition of Chilaiditi syndrome is important because this rare entity can be misleading to the surgeons, which may lead to unnecessary surgical interventions. The radiologists do not have to miss this diagnosis even if asymptomatic.

Keywords: Crescent-shaped gas shadow under right diaphragm, Chilaiditi's Syndrome, Madagascar

Received: January 17th, 2020
Accepted: January 27th, 2020

1 Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire, Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, 101, Madagascar
2 Service de Médecine Interne, Médecine libérale, Antananarivo, 101, Madagascar
Article information

Résumé

Le syndrome de Chilaiditi, transposition du côlon droit entre le foie et l'hémidiaphragme droit, est une malformation très rare. Nous rapportons un cas chez un homme de 32 ans de découverte fortuite lors d'un examen de radiographie pulmonaire standard pour une autre indication. La confusion pourrait être évitée en diagnostiquant correctement cette présentation syndromique avec des anomalies plus graves telles que le pneumopéritoine et l'abcès sous-phrénique. La reconnaissance du syndrome de Chilaiditi est importante car cette entité rare peut être trompeuse pour les chirurgiens, ce qui peut conduire à des interventions chirurgicales inutiles. Les radiologues ne doivent pas méconnaître ce diagnostic même s'ils sont asymptomatiques.

Mots clés : Croissant gazeux sous diaphragmatique droit, Syndrome de Chilaiditi, Madagascar

Reçu le 17 janvier 2020
Accepté le 27 janvier 2020

Observation clinique

Un homme âgé de 32 ans, présentait une palpitation et une dyspnée d'effort, une diarrhée chronique évoluant depuis 3 mois, dans un contexte d'altération de l'état général avec une pâleur cutanéomuqueuse sans d'antécédents morbides majeurs. L'examen cardiovasculaire et abdominal était sans particularité. L'ECG était normal. L'hémogramme révélait une anémie microcytaire hypochrome avec une hémoglobine à 6,4g/dL. La radiographie standard du thorax de face en position a montré une grosse poche à air gastrique (1) et une image de clarté gazeuse sous la coupole diaphragmatique droite (2, figure 1) correspondant à l'interposition colique hépato-diaphragmatique dans la mesure où le patient ne présentait pas de douleur abdominale. La présence des haustrations coliques permettrait d'éliminer le pneumopéritoine ou un abcès sous-phrénique.

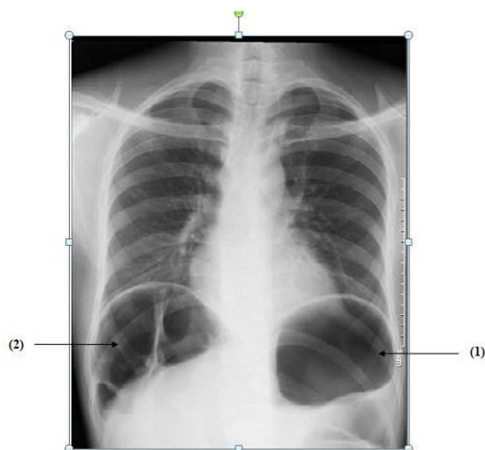


Figure 1. Radiographie du thorax debout de face montrant une grosse poche à air gastrique (1) et une image de clarté gazeuse sous la coupole diaphragmatique droite (2) correspondant à l'interposition colique hépato-diaphragmatique

Discussion

Le syndrome de Chilaiditi ou interposition digestive hépato-diaphragmatique droite est une variante rare touchant moins de 0,5% de la population générale (1-2). Le syndrome de Chilaiditi est le piège classique du pneumopéritoine droit. En revanche, il peut masquer un vrai pneumopéritoine. Les gastro-entérologues et/ou les radiologues doivent penser à cette particularité radiologique très inhabituelle, mais qui peut créer quelques angoisses même si l'examen clinique abdominal reste banal. La connaissance de ce signe radiologique est cruciale pour éviter des interventions chirurgicales inutiles. Cependant, ce syndrome peut être dans de rares cas symptomatique voire se compliquer à l'origine d'occlusion intestinale par adhérence ou volvulus surtout s'il s'agit d'une anse grêle qui s'est interposée entre le diaphragme et le foie (3). Ainsi, la présence d'une image digestive inter-hépto-diaphragmatique en imagerie doit en premier lieu faire éliminer un pneumopéritoine, en second lieu proposer une stratégie de surveillance clinico-radiologique afin de prévenir l'occlusion intestinale. Un autre diagnostic différentiel qui peut être éliminé à l'échographie ou au scanner abdominal est une

masse hépatique ou sous phrénique à contenu aérique notamment l'abcès (4-5). Il est judicieux de se rappeler que l'interposition digestive inter-hépto-diaphragmatique n'est pas permanente et les imageries de contrôle peuvent revenir normales dans les formes non compliquées. Elle peut être acquise et dans ce cadre, il existe des facteurs de risques comme les anomalies hépatiques à type de cirrhose avec atrophie hépatique importante, l'ascite ou l'absence du ligament falciforme; anomalies diaphragmatiques comme la paralysie du diaphragme; les maladies pulmonaires chroniques; les anomalies coliques comme l'absence du ligament suspenseur du côlon et le dolichocôlon, constipation chronique, les mal rotations intestinales et bien d'autres facteurs généraux comme l'alitement, l'insuffisance respiratoire notamment les emphysèmes pulmonaires, l'aérophagie, la grossesse, l'obésité et le traitement par neuroleptique (2,5-6). Cette entité peut être de découverte fortuite ou à l'occasion d'une symptomatologie abdominale bruyante ou basi-thoracique (3). D'où l'intérêt de bien connaître cette entité afin de pouvoir éliminer les pathologies pouvant nécessiter une prise en charge en urgence. L'absence des symptomatologies cliniques abdominales et des facteurs de risques chez notre patient, associée à l'aspect d'air intra-colique sous diaphragmatique droit marqué par la présence de haustration colique a permis de poser le diagnostic. Dans les formes non compliquées, le syndrome Chilaiditi ne nécessite pas de traitement particulier. Dans les formes compliquées, la prise en charge dépendra du type de complication présentée (7).

Conclusion

Le syndrome de Chilaiditi chez notre patient a été découvert fortuitement lors d'un examen de radiographie standard du thorax. Il s'agit là d'un piège classique du pneumopéritoine droit, pouvant masquer dans certaines circonstances, une vraie urgence chirurgicale. Les gastro-

entérologues, les chirurgiens et/ou les radiologues ne doivent pas méconnaître ce diagnostic. La connaissance de ce signe radiologique est essentielle pour éviter des interventions chirurgicales inutiles.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucuns conflits d'intérêt.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont participé équitablement à la réalisation de l'étude, ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi Syndrome, a rare entity with important differential diagnoses. *Gastroenterol Hepatol* 2012; **8** : 276-278.
2. Sidorkiewicz S, Nouyrigat V, Chéron G. Signe (ou syndrome) de Chilaiditi. *Ann Fr Med* 2013; **3**: 380.
3. Safaï K, Sodji M, Kapella M, Maubon A, Servaud M, Aubard Y. Syndrome de Chilaiditi responsable d'une occlusion avec nécrose du grêle après une césarienne : cas princeps. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; **34**: 506-509.
4. Sato M, Ishida H, Konno K, Hamashima Y, Naganuma H, Komatsuda T. Chilaiditi syndrome: sonographic findings. *Abdom Imaging* 2000; **25** (4): 397-399.
5. Baque M, Cohen-Bittan J, Boddaert J. Le signe de Chilaiditi, un piège diagnostique. *Ann Fr Med Urgence* 2017; **7** (1) : 61-62.
6. Marsaudon E, Berthy J, Gautreault A, Njiena E. Un bruyant syndrome de Chilaiditi. *Médecine thérapeutique* 2017; **23** (3):193-194.
7. Sangwa MC, Kitembo FM, Kakinga ZM, Mukonda SN, Muhau PP, Mapatano S, *et al.* Syndrome de Chilaiditi chez un nouveau-né, à propos d'un cas. *Pan Afr Med J* 2014; **19**: 239.



Remerciements aux lecteurs

Relecteurs 2019 pour Annales Africaines de Médecine

African Annals of Medicine reviewers in 2019

Le comité éditorial des Annales Africaines de Médecine tient à remercier les lecteurs qui ont analysé les manuscrits soumis pour publication au cours de l'année 2019 et ont ainsi donc participé activement au succès de la revue.

La liste pourrait ne pas être exhaustive, la rédaction présente ses excuses pour l'oubli fortuit et involontaire.

P.	AKILIMALI	Zalagile	RD Congo
R.	BEYA	Ifini	France
P.	BAYAULI	Mwasa	RD Congo
T.	BISELELE	Bakabumvua	RD Congo
JF.	DIASONAMA	Konde	RD Congo
P.	KABUTUTU	Zakayi	RD Congo
D.	KAIMBO	wa Kaimbo	RD Congo
JP.	KALALA	Okito	Belgique
Z.	KASHONGWE	Munogolo	RD Congo
I.	KASHONGWE	Murhula	RD Congo
JM.	KAYEMBE	Ntumba	RD Congo
P.	LEBUGHE	Litite	RD Congo
F.	LEPIRA	Bompeka	RD Congo
V.	LOKOMBA	Bolamba	RD Congo
B.	LONGO	Mbenza	RSA
M.	LONGOKOLO	Mashi	RD Congo
M.	LOPOSSO	Nkumu	RD Congo
E.	MAFUTA	Musalu	RD Congo
J.	MALEMBA	Kabasele	RD Congo
A.	MASSAMBA		Congo Brazzaville
D.	MASHINDA	Kulimba	RD Congo
C.	MBENDI	Nlombi	RD Congo
J.	MBOLOKO	Esimo	RD Congo
D.	MONINGO	Bolamba	RD Congo
V.	MOKOLI	Momeme	RD Congo
JR.	M'BUYAMBA	Kabangu	RD Congo
A.	MUTOMBO	Beya	RD Congo
J.	MUKAYA	Tshibola	RD Congo
R.	NGATU	Nlandu	Japon
G.	N'TSAMBI	Eba	RD Congo
E.	NZAU	NGOMA	RD Congo
A.	NZOMVUAMA	Ndonga	France
N.	PAKASA	Muyulu	RD Congo
JP.	PANDA	Lukongo K.	Belgique
D.	SENGEYI	Mushengezi	RD Congo
H.	SITUAKIBANZA	nani Tuma	RD Congo
	SY	Telly	Guinée/Conakry
E.	SUMAILI	Kiswaya	RD Congo
D.	TONDUANGU	Kuezina	France
A.	TSHIMPI	Yaba	France
R.	WUMBA	Di-Mosi	RD Congo
Z.	YAV	Gushimana	RD Congo

Comité éditorial Annales Africaines de Médecine