



HAL
open science

Chilaïditi sign, a diagnostic trap

Margaux Baque, Judith Cohen-Bittan, Jacques Boddaert

► **To cite this version:**

Margaux Baque, Judith Cohen-Bittan, Jacques Boddaert. Chilaïditi sign, a diagnostic trap. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 2017, 7 (1), pp.61-62. 10.1007/s13341-017-0712-x. hal-01467336

HAL Id: hal-01467336

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-01467336>

Submitted on 14 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le signe de Chilaïditi, un piège diagnostique
Chilaïditi sign, a diagnostic trap

Margaux Baque
Interne en Médecine Générale
Service de Gériatrie Aigue, Hôpital Pitié Salpêtrière
47-83 Boulevard de l'hôpital, 75013
margaux.baque@aphp.fr

Dr Judith Cohen-Bittan
Unité Péri-Opératoire Gériatrique
Service de Gériatrie Aigue, Hôpital Pitié Salpêtrière
47-83 Boulevard de l'hôpital, 75013
judith.cohen-bittan@aphp.fr

Pr Jacques Boddaert
Unité Péri-Opératoire Gériatrique
Service de Gériatrie Aigue, Hôpital Pitié Salpêtrière
47-83 Boulevard de l'hôpital, 75013
Université Pierre et Marie Curie UPMC, Paris 6
jacques.boddaert@aphp.fr

Un patient de 85 ans était admis aux urgences pour syndrome confusionnel. On notait dans ses antécédents une maladie de Parkinson (MDP) évoluant depuis 30 ans compliquée de troubles cognitifs avec troubles du comportement sous neuroleptiques et d'une perte d'autonomie, une paralysie phrénique gauche, une bioprothèse aortique. La radiographie de thorax (figure 1) retrouvait une pneumopathie, une hernie diaphragmatique gauche sur paralysie diaphragmatique connue et un doute sur un pneumopéritoine droit infirmé après relecture par les radiologues diagnostiquant un signe de Chilaïditi correspondant à une situation inhabituelle du colon dans l'espace hépato-diaphragmatique droit. A l'examen il n'existait aucun argument pour un syndrome de Chilaïditi (pas de douleur abdominale, de vomissement, de constipation, de syndrome occlusif). Le patient présentait trois facteurs de risque : alitement dans le contexte de MDP, traitement par neuroleptiques et hernie diaphragmatique. L'évolution était favorable sous antibiothérapie avec amélioration parallèle du syndrome confusionnel. Le signe de Chilaïditi est une entité rare qui est retrouvée de manière fortuite sur les examens radiographiques, avec une incidence de 0,3% pour les radiographies de thorax et 2,4% pour les tomodensitométries [1]. La première description clinique remonte en 1865 par Cantini, mais le premier diagnostic radiologique est fait par un radiologue grecque, Demetrius Chilaïditi, avec la description des trois premiers cas en 1910 [2]. Sa cause est inconnue mais de nombreux facteurs de risque ont été identifiés : hépatiques (cirrhose ou atrophie hépatique, ascite, anomalie ou absence du ligament falciforme), diaphragmatiques (paralysie diaphragmatique, maladie pulmonaire chronique), coliques (anomalie ou absence des ligaments suspenseurs du colon, dolichocolon et dilatation colique), autres (alitement, insuffisance respiratoire, aérophagie, grossesse, obésité, traitement par neuroleptique). L'interposition colique hépato-diaphragmatique droite est non permanente, les radiographies pouvant alors être normales. Ses diagnostics différentiels sont la hernie diaphragmatique droite mais surtout des urgences diagnostiques et thérapeutiques tels que le pneumopéritoine et l'abcès sous phrénique pouvant conduire à tort à des explorations chirurgicales [3]. La présence d'haustrations coliques dans la clarté sous diaphragmatique droite permet d'éliminer le pneumopéritoine, à confirmer en cas de doute par un scanner. Une symptomatologie abdominale aiguë associée doit faire craindre un syndrome de Chilaïditi et faire évoquer les complications possibles telles que l'occlusion (par volvulus ou adhérence) ou encore la nécrose ischémique. On ne connaît pas de traitement préventif de ces complications en cas de signe de Chilaïditi identifié.

Références

1/ Rivest F, Irislimane M, Bédard V, et al (2013) Le syndrome de chilaïditi: ses pièges et ses diagnostics. Journées Françaises de Radiologie, Paris, France. Société Française de Radiologie.

<http://pe.sfrnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2013/1/965fc647-9792-47c8-97fa-2e2d8e9365a5.pdf> (Dernière consultation le 12 janvier 2016)

2/ Chilaiditi D (1910) On the question of hepatoptosis ptosis and generally in the exclusion of three cases of temporary partial liver displacement. Fortschr Geb Röntgenstr Nuklearmed 11:173–208

3/ Moaven O, Hodin RA, et al (2012) Chilaiditi syndrome: A rare entity with important differential diagnoses. Gastroenterol Hepatol (N Y) 84:276-278.