

PERITONITE PAR PERFORATION SPONTANEE DES CANAUX INTRA-HEPATIQUES

A PROPOS D'UN CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE

BOUGTAB A., AMRAOUI M., SEBBAH F., ECHARRAB M., EL BAROUDI Ch., LOUCHI A., EL ALAMI F.H.,
ERROUGANI A., BENCHEKROUN B.A., CHKOFF M.R., BALAFREJ S.*

INTRODUCTION

La péritonite par perforation spontanée des voies biliaires est rare, de diagnostic difficile lorsqu'elle siège sur les voies biliaires intra-hépatiques (V.B.I.H.).

La rareté de cette complication nous incite à rapporter une nouvelle observation et à la lumière de 33 cas relevés dans la littérature, les possibilités étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques sont discutées.

OBSERVATION

Mme M..., 18 ans, était hospitalisée en urgence le 11/10/1985 pour ictère fébrile. Patiente sans antécédents pathologiques.

Elle présentait des coliques hépatiques évoluant depuis une semaine dans un contexte d'altération de l'état général.

A l'entrée, on constatait une fièvre à 39°, un ictère cutané-muqueux d'allure cholestatique et une hépatomégalie.

Une insuffisance rénale à 20 mg/l de créatinine, une hyperleucocytose à 17000 éléments/mm³, bilirubine totale à 284 mg/l.

L'échographie montrait une vésicule biliaire distendue alithiasique avec une voie biliaire principale dilatée à 25 mm et une masse hétérogène au niveau du hile hépatique. Brutalement s'est installé un état de choc conduisant à une réanimation et une intervention chirurgicale en urgence :

Laparotomie médiane sus ombilicale, constatant un épanchement bilieux localisé en péri-hépatique avec issue de bile sale par un orifice siégeant au niveau du segment III avec foie de cholestase, la vésicule biliaire et la voie biliaire principale (VBP) étaient très dilatées. Il a été réalisé une cholécystectomie antéro-grade avec cholédocotomie longitudinale, issue de bile mélangée à des

membranes hydatiques et du pus, extraction des membranes hydatiques des canaux intra-hépatiques droit et gauche.

Toilette abondante des canaux hépatiques et du cholédoque au sérum salé chaud, la fermeture du cholédoque était effectuée sur un drain de KEHR n° 16 ; la fistule biliaire du segment III était drainée par un drain de KEHR n° 14. Drainage sous hépatique.

L'évolution a été favorable avec au 6ème jour disparition de la fièvre et normalisation de la fonction rénale, le drain fut clampé au 6ème jour, la cholangiographie de contrôle faite à J 21 ne révélait aucune anomalie et la malade quittait le service au 25ème jour très satisfaite.

DISCUSSION

La fréquence

La perforation spontanée des canalicules biliaires reste une éventualité extrêmement rare.

Dans notre travail, cette perforation représente 0,3 % de l'ensemble de la pathologie hépato-biliaire et 8,3 % rapportée aux péritonites biliaires.

Le lobe gauche est plus fréquemment le siège de la perforation (63 %) que le lobe droit. Les segments III, IV, V et VI sont les plus intéressés (2, 3, 4).

Etiopathogénie

L'étiologie la plus fréquente est la lithiase biliaire (75 %) suivie de néoplasmes (18 %).

Notre observation constitue le 1er cas de perforation d'un canal biliaire intra-hépatique secondaire à une rupture d'un kyste hydatique dans les voies biliaires décrit depuis la connaissance d'une telle lésion.

La pathogénie de la perforation reste complexe et liée à l'action de plusieurs mécanismes (5, 6).

* Service des urgences chirurgicales viscérales, CHU IBN Sina - RABAT

- 1 - Hyperpression intra-canalair en amont de l'obstacle,
- 2 - Nécrose pariétale par thrombose des vaisseaux intramuraux,
- 3 - Infection pariétale d'origine canalair favorisée par la stase,
- 4 - Erosion de la paroi par un calcul,
- 5 - Nécrose pariétale par activation d'un reflux pancréatique.
Dans notre observation, le dosage des analyses dans la bile n'a pas été fait.
- 6 - Rupture d'un diverticule ou d'un pseudo-kyste des voies biliaires surtout chez le nourrisson.

SYMPTOMATOLOGIE

La clinique est peu évocatrice. Elle comporte des douleurs épigastriques et de l'hypochondre droit, accompagnées de fièvre, subictère, défense abdominale et état de choc périphérique, les 2 derniers critères conduisant à intervenir avec le diagnostic de péritonite.

L'échographie est l'examen de choix, elle permet de confirmer le diagnostic de péritonite et de préciser le niveau et l'étiologie de l'obstacle.

TRAITEMENT

- Après une réanimation énergique et rapide, le traitement chirurgical doit être urgent assurant :
- L'évacuation de l'épanchement et le drainage de la cavité abdominale,

- Le traitement de la perforation d'un canal intra-hépatique relève soit de la suture avec drainage au contact soit du franchissement de la perforation par un drain de KEHR.

Le drainage de la VBP est indispensable, mieux par mise en place d'un drain de KEHR que par dérivation bilio-digestive vus les risques d'une telle intervention en milieu septique.

La cholécystectomie, si la vésicule est lithiasique ou en cholécystite.

L'ablation de l'obstacle complétant le geste biliaire.

PRONOSTIC

Le pronostic de ces péritonites est redoutable, sur les 34 cas colligés. On relève 23 décès soit une mortalité de 67 % il s'agissait essentiellement de malades non opérés, chez qui la perforation a été méconnue ou dont l'état général était très altéré (1).

A l'opposé parmi les cas où la perforation est reconnue et traitée il n'y a eu que 5 décès sur 17 soit une mortalité de 29,4 %. Notre malade a évolué favorablement.

CONCLUSION

Le diagnostic de péritonite par perforation spontanée d'un canalicule hépatique est un diagnostic opératoire difficile, basé sur une indispensable exploration des voies biliaires après une recherche méthodique d'une perforation digestive, outre le traitement de la péritonite, son traitement associé un drainage biliaire externe, et parfois un geste direct sur la perforation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BOUTBOUL R., LETRET Y., RODDE J.M., PRICOT R.
Les canaux cysto-hépatiques : Incidence chirurgicale et revue de la littérature (A propos de 10 cas opérés).
J. Chir., (Paris), 1982, 119, 325-333.
- 2 - GAYRAL F., BOUILLOT J.L., MILLAT B., LARRIEU H.
A propos des péritonites biliaires par perforation hépatique.
Ann. Chir., 1981, 35, n° 7, 489-490.
- 3 - GRENIER J.F., JAECK D., SAVA G., OTTENI F., DAUCHEL J.
Les péritonites par perforation des canaux biliaires intra-hépatique.
J. Chir., (Paris), 1973, t. 105, n° 1, 33-46.
- 4 - OULD SAID H., DUBOIT A., CABANETTES L., GIORDAN J.

- VALLAL G., MARCHAL G.
Péritonites biliaires par perforation des canaux intra-hépatiques. Deux nouveaux cas.
J. Chir., (Paris), 1983, 120, n° 10, 551-553.
- 5 - ROUX G., BAUMEL M., VIDAL J., KONIRCH
Péritonites biliaires par perforation spontanée.
Ann. Chir., 1960, 14, 919-922.
- 6 - ROY B. et coll.
Péritonites par perforation d'un canalicule biliaire intra-hépatique (2 observations).
Méd. Acad. Chir., 1965, 91, 306-312