



FAIT CLINIQUE

PERFORATION DE LA VÉSICULE BILIAIRE AU COURS D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE : À PROPOS D'UN CAS OBSERVÉ À L'HÔPITAL SAINT JOSEPH DE DATCHA (TOGO)

GALLBLADDER PERFORATION IN TYPHOID FEVER : A CASE REPORT AT SAINT JOSEPH'S HOSPITAL OF DACHA (TOGO)

KA SAKIYE *, F ALASSANI****, K KANASSOUA**, KA MIHLUEDO-AGBOLAN***, E SÉWA****, G SONGNÉ**

* service de chirurgie générale, Hôpital Saint Joseph de Datcha (Togo).

** service de chirurgie générale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

*** service de chirurgie pédiatrique, CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

**** service de chirurgie viscérale, CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo).

RÉSUMÉ

Nous rapportons l'observation peu commune d'une complication de la fièvre typhoïde. Il s'agit d'une fillette de 10 ans, hospitalisée et traitée pour fièvre typhoïde par de la ciprofloxacine, qui a présenté après 3 jours de traitement un tableau d'irritation péritonéale. La laparotomie indiquée en urgence retrouve une cholécystite compliquée d'une péritonite par perforation de la base de la vésicule biliaire.

Mots clés : péritonite, cholécystite, fièvre typhoïde.

SUMMARY

We report an unusual complication of typhoid fever. A 10 years old girl managed for typhoid by intravenous ciprofloxacin presented after 3 days of treatment, generalized tenderness and signs of peritonitis which indicated emergency laparotomy. Exploration found peritonitis complicating cholecystitis and gangrene of gallbladder.

Keywords: peritonitis, cholecystitis, typhoid fever.

Tirés à part:

SAKIYE KODJO ABOSSISSO

E-mail: sakiyeaboza@yahoo.fr

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde est une septicémie à porte d'entrée digestive due à *Salmonella enterica* du sérotypetyphi[1]. L'évolution clinique peut être émaillée de complications nécessitant une prise en charge chirurgicale. Les perforations du grêle sont les plus fréquentes de ces complications mais celles-ci peuvent aussi intéresser la sphère hépatobiliaire[2]. Ce groupe de complications comporte les cholécystites dont la responsabilité devant un abdomen aigue chirurgical n'est pas toujours évoquée. Nous illustrons la difficulté que peut présenter le diagnostic positif en rapportant l'observation d'une jeune fille traitée pour fièvre typhoïde et chez qui le diagnostic n'a été effectué qu'au stade de péritonite par perforation de la vésicule biliaire.

OBSERVATION

Une jeune fille de 10 ans a été admise pour douleur abdominale, diarrhées et vomissements évoluant 5 jours avant l'admission. Les douleurs abdominales étaient survenues de façon brutale, de siège péri ombilical et dans le flanc droit dans un contexte fébrile. Deux jours plus tard se sont associées des diarrhées faites de selles glairo-sanguinolentes. L'enfant n'était porteur d'aucune tare connue, n'avait aucun antécédent chirurgical et n'avait jamais été vacciné contre la fièvre typhoïde. L'examen clinique à l'admission notait une fièvre à 39°C, une tachycardie régulière de 116/mn, un état général altéré une langue saburrale, un abdomen souple, dépressible, très sensible en région péri ombilicale. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 12.400 GB/mm³, une anémie modérée à 9,7 g/dl, un sérodiagnostic de Félix et Widal positif avec un TO (IgMantisomatique) à 1/240. Le diagnostic de fièvre typhoïde a été retenu et une antibiothérapie probabiliste par de la ciprofloxacine instituée par voie parentérale. L'évolution de la symptomatologie sous ce traitement s'est faite vers l'apparition au troisième jour de signes d'irritation péritonéale avec défense généralisée. Il n'y avait pas de pneumopéritoine à la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP). L'échographie abdominale (Fig.1) notait une collection liquidienne dans le Douglas et une vésicule biliaire à paroi fine alithiasique. L'indication d'une laparotomie exploratrice urgente a été posée. La voie d'abord était une médiane sus et sous ombilicale. L'exploration notait la présence d'un liquide bilieux et purulent d'environ 500 ml et de nombreuses fausses membranes, un sphacèle du fond de la vésicule biliaire (Fig 2). Il n'y avait pas d'iléite. Le diagnostic per opératoire était donc une péritonite biliaire par perforation de la vésicule biliaire. Une cholécystectomie rétrograde a été réalisée. L'examen cyto bactériologique des prélèvements biliaires et du

liquide péritonéal avait permis d'isoler une souche de *Salmonella typhisérotype* A sensible aux fluoroquinolones et aux céphalosporines de troisième génération. L'antibiothérapie postopératoire a associé par voie parentérale du ceftriaxone et du métronidazole. Les suites opératoires ont été simples. La durée d'hospitalisation était de 12 jours. La durée du suivi a été de 12 mois sans complications.



Figure 1 : échographie de la vésicule biliaire montrant une paroi fine avec l'absence de calcul



Figure 2 : Image de la vésicule biliaire à la laparotomie avec une gangrène du fond vésiculaire .

DISCUSSION

L'évolution de la fièvre typhoïde peut être compliquée par la survenue d'une cholécystite alithiasique [2]. Le risque d'évolution vers cette complication est difficile à estimer. Elle a été évaluée à 0,6% par Ayitéau Togo [3]. Les descriptions dans la littérature sont faites de cas isolés ou de petites séries. La majorité des auteurs s'accordent sur la rareté de l'affection même en zone d'endémie de la fièvre typhoïde [1,2]. À l'image de l'épidémiologie de la fièvre typhoïde dans ces zones, les descriptions de cholécystite d'origine typhique intéressent plus souvent l'enfant que l'adulte [4,5]. Le portage chronique des salmonelles dans la vésicule biliaire est une caractéristique épidémiologique de l'affection. La localisation biliaire semble survenir dès le 1^{er} septénaire de la maladie comme le montre notre observation et d'autres descriptions de cholécystite d'origine typhique [6]. On peut alors observer des lésions épithéliales pouvant aller jusqu'à la gangrène en rapport avec l'invasion de la paroi vésiculaire par des salmonelles virulentes ou devenues multi-résistantes [2,4].

Le diagnostic peut être évoqué dans deux circonstances. La première situation est celle du bilan étiologique d'une cholécystite non lithiasique. Dans cette situation et en zone d'endémie, l'origine typhique doit être évoquée [6]. Les tests biologiques doivent être réalisés pour confirmer le diagnostic notamment l'isolement de salmonella typhi dans les hémocultures et la coproculture. La difficulté dans le contexte d'insuffisance de ressource qui caractérise les zones d'endémie est relative à l'impossibilité de réaliser des hémocultures. Le diagnostic de certitude repose alors sur des tests sérologiques dont la spécificité est encore débattue [7].

Le diagnostic de la cholécystite peut également être envisagé, comme dans le cas rapporté ici pendant l'évolution d'une fièvre typhoïde dont les signes sont au premier plan occultant ainsi les signes de la cholécystite. Il peut être difficile d'isoler parmi les nombreux signes de la fièvre typhoïde ceux appartenant à la cholécystite. La fièvre, la douleur de l'hypochondre droit s'intègrent aussi bien dans le tableau de la fièvre typhoïde que dans les signes de la cholécystite. La conséquence est un diagnostic effectué tardivement au stade de complication. Dans la série de Chirdan [5], le diagnostic a été réalisé chez la moitié des patients au stade de complication (gangrène perforation et empyème).

L'intérêt du diagnostic précoce, avant le stade de complication repose sur l'indication thérapeutique et le pronostic avec une mortalité pouvant atteindre 12% dans les perforations de la vésicule [8]. En effet, le traitement antibiotique peut suffire à obtenir la guérison dans les formes non compliquées permettant d'éviter la cholécystectomie [6]. D'autres auteurs la réalisent systématiquement en raison de la fréquence des formes compliquées [4]. Le diagnostic précoce laisse alors le choix de la voie d'abord et évite l'agression d'une péritonite biliaire chez un patient déjà affaibli par la fièvre typhoïde.

CONCLUSION

Le diagnostic de la cholécystite d'étiologie typhique est communément tardif, le diagnostic de la complication, la péritonite, et son traitement ne doivent souffrir d'aucun retard. Les suites chirurgicales peuvent être simples en l'absence d'évolution péjorative de la septicémie et de la survenue de complications intercurrentes.

RÉFÉRENCES

1. Crum NF. Current trends in typhoid Fever. *CurrGastroenterol Rep* 2003;5:279-86.
2. Pandove PK, Moudgil A, Pandove M, Aggarwal K, harda D, Sharda VK. Multiple ileal perforations and concomitant cholecystitis with gall bladder gangrene as complication of typhoid fever. *J Surg Case Rep* 2014; Jul 18;2014(7).doi:10.1093/jscr/rju070
3. Ayite A, Etey K, Tchatagba K, Tekou A, Attipou K, Dossey E, Agbenu K, James K. Acute acalculous cholecystitis of typhoid origin. A report of 5 cases. *TunisMed* 1996;74:257-60.
4. Gnassingbe K, Katakoo G, Kanassoua K, Adabra K, Mama Wa, Simlawo K, Eteh K, Tekou H. Acute cholecystitis from typhic origin in children. *Afr J Paediatr Surg* 2013; 10:108-11
5. Chirdan LB, Iya D, Ramyil VM, Sule AZ, Uba AF, Ugwu BT. Acalculous cholecystitis in Nigerian children. *Pediatr Surg Int* 2003; 19:65-7
6. Rajan N, Motoroko I, Udayasiri D, McKenzie JL, Tan JS, Tramontana A. A case report of typhoidal acute acalculous cholecystitis. *Case Rep Infect Dis.* 2014;2014:1-5
7. Lalremruata R, Chadha S, Bhalla P. Retrospective audit of the widal test for diagnosis of typhoid fever in pediatric patients in an endemic region. *J Clin Diagn Res.* 2014; 8:22-5.
8. Singh M, Kumar L, Singh R, Jain AK, Karande SK, Saradna A, Prashanth U. Gallbladder perforation: A rare complication of enteric fever. *Int J Surg Case Rep* 2014;5:73-5.