



FAIT CLINIQUE

FISTULE BILIAIRE EXTERNE CHEZ UN ENFANT DE 4 ANS

AN EXTERNAL BILIARY FISTULA IN THE CHILD

M NGOWE NGOWE², S BOUBAKARI¹, F MOUAFO TAMBO¹, M BALEP¹, J ZE MINKANDE², G ANDZE², AM SOSSO³.

1: Département de Chirurgie et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB), Université de Yaoundé I - Cameroun.

2: Professeur Agrégé, FMSB.

3: Professeur Titulaire de Chirurgie, Chef du Département de Chirurgie, FMSB.

Service de Chirurgie Pédiatrique - Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'une fistule biliaire externe chez un enfant de sexe masculin âgé de quatre ans. Il s'agissait d'une Cholécystectomie pratiquée lors d'une laparotomie pour péritonite aiguë généralisée par cholécystite aiguë alithiasique perforée. La fistule biliaire externe avait été confirmée par une fistulographie. Le traitement conservateur avait été mené avec succès, amenant le tarissement de la fistule au bout du 2ème mois d'hospitalisation.

Mots-clé: fistule biliaire externe – fistulographie – traitement conservateur.

SUMMARY

There is a reported case of a biliary fistula in a boy aged four years. This occurred after a cholecystectomy practiced during a laparotomy indicated for an acute generalized peritonitis due to a perforated alithiasic cholecystitis. The external biliary fistula was confirmed by a fistulography. A conservative treatment was successfully carried out, bringing the drying up of the fistula at the end of the second month of hospitalization.

Keywords: external biliary fistula - fistulography - conservative treatment.

Tirés à part

Pr Ag Marcelin Ngowe Ngowe Courriel : nkouki2002@yahoo.fr
Tel : 00 237 99 93 09 72 / 00 237 77 21 68 58 BP: 7951 Yaoundé – Cameroun.

INTRODUCTION

Les fistules biliaires sont relativement rares chez l'enfant. En Afrique, elles sont souvent consécutives à la chirurgie du kyste hydatique [1,2, En Grèce, elles peuvent compliquer une cholécystectomie suite à une plaie des voies biliaires [3]. Nous rapportons ici le premier cas de fistule biliaire externe observée chez un garçon de 4 ans, traité dans le service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

OBSERVATION MEDICALE

L'enfant AH, garçon de 4 ans, écolier, a été reçu aux urgences pour fièvre, vomissements et douleurs abdominales le tout évoluant depuis sept jours. Le début était marqué par une douleur abdominale, diffuse, permanente, maximale dans la région ombilicale, sans facteur déclenchant s'accompagnant de fièvre permanente avec frissons et des vomissements d'abord alimentaires puis bilieux. Par ailleurs on retrouvait : une anorexie, des nausées et une asthénie. Concernant les antécédents du jeune patient, ses vaccinations étaient à jour ; il n'a jamais été opéré ; il n'y avait pas de tare familiale connue, notamment pas de notion de drépanocytose familiale. L'examen physique à l'entrée avait permis de trouver un état général altéré, une fièvre à 39,6°C, un poids de 13,5 kg, la fréquence respiratoire à 24 cycles / minute, la fréquence cardiaque à 108 battements / minute. Il n'y avait pas de cernes oculaires et les conjonctives étaient peu colorées et anictériques. La langue était saburrale et humide. Le cœur et les poumons étaient normaux. La palpation abdominale a permis de retrouver une contracture abdominale à type de « ventre de bois », et nous avons retrouvé un silence à l'auscultation. Les orifices herniaires étaient libres. Le toucher rectal trouvait un cul de sac de Douglas bombé et sensible. Le bilan biologique trouvait une hyperleucocytose à 28500 éléments / mm³, une anémie microcytaire et une hyponatrémie légère. Les tests de la coagulation, la glycémie et les tests de la fonction rénale, de même que la sérologie HIV étaient tous normaux ; l'électrophorèse de l'hémoglobine était HbAA. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) montrait une grisaille diffuse, l'absence d'aération rectale. Sur la base d'une suspicion de péritonite aiguë généralisée d'origine appendiculaire, une laparotomie exploratrice était indiquée après une courte réanimation au cours de laquelle le patient avait reçu 500 ml de culot globulaire. Le patient était opéré sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale. La voie d'abord était une incision transversale, sous-ombilicale, enjambant la ligne médiane. A l'exploration, il y avait un liquide péritonéal bilieux et purulent, une vésicule biliaire phlegmoneuse et perforée. Il était procédé à l'aspiration du liquide péritonéal à la

seringue pour examen bactériologique. Une adhésiolyse manuelle du hile hépatique s'avérait dangereuse compte tenu des adhérences serrées du trépied hépatique. Une cholécystectomie antérograde et sous séreuse était pratiquée. La cavité abdominale était refermée après une toilette péritonéale de quatre litres de sérum salé avec un drainage sous hépatique à la lame de Delbet. La pièce opératoire était envoyée au laboratoire pour examen anatomo-pathologique. Une triple antibiothérapie était instituée, à base de ceftriaxone : 50 mg / kg / jour, nétromycine : 3 mg/kg/jour, métronidazole : 30 mg/kg/jour, complétée par un antalgique (paracétamol 60 mg /kg/jour). La bactériologie avait montré *Escherichia Sp*, sensible à la ceftriaxone. Le drain de Delbet était ôté au cinquième jour postopératoire. L'examen de la pièce opératoire en anatomie pathologique révélait une cholécystite aiguë phlegmoneuse et nécrotique. Les suites opératoires étaient marquées par la persistance de l'écoulement de bile à travers l'orifice du drainage au delà du 10e jour postopératoire, la cicatrisation de la plaie opératoire dès le 12e jour opératoire et l'apparition d'un amaigrissement et des signes de déshydratation au 15ème jour postopératoire. Face à la persistance d'un écoulement bilieux quantifié à environ 300 cc par 24 heures, une fistulographie réalisée avait alors objectivé une opacification directe des voies biliaires principale et intra- hépatique par reflux à partir de la branche biliaire du segment VI communiquant avec le lit vésiculaire (fig1). Ceci confirmait la fistule biliaire externe post- opératoire. Cette fistule avait été prise en charge par des mesures de réanimation, à savoir la réhydratation hydroélectrolytique, l'antibiothérapie à base de ceftriaxone : 50mg/Kg/jour avec un relais de céfuroxime, de métronidazole : 30 mg/kg/jour, la totamine par voie parentérale pendant 18 jours et renutril pendant 03 semaines. Nous avons constaté une réduction du débit fistulaire dès le 22e jour postopératoire et un arrêt de l'écoulement fistulaire au 46e jour postopératoire. La cicatrisation complète de l'orifice de drainage était obtenue au 54e jour, suivie de la sortie de l'hôpital au 59e jour postopératoire.

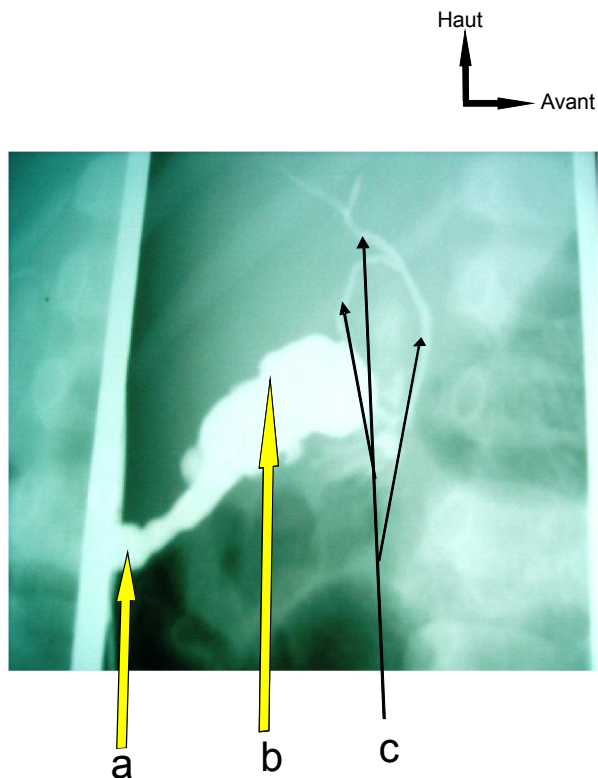


Fig1: fistulographie transperitèale.

a. Site de ponction transperitèal

b. Lit vésiculaire

c. Opacification des voies biliaires extra et intra-hépatiques

COMMENTAIRES

Dans notre observation, l'enfant était opéré en urgence pour péritonite aiguë généralisée par cholécystite aiguë non lithiasique perforée. Nous n'avons pas retrouvé de notion d'infection de la sphère ORL pour expliquer la survenue de la cholécystite aiguë alithiasique chez notre patient. Peut être pourrait on l'expliquer par l'existence antérieure d'une infection bactérienne à germes Gram négatif, témoin le germe *Escherichia Sp* isolé en bactériologie. Nous avons pratiqué une cholécystectomie difficile et laborieuse. La persistance d'un écoulement biliaire au dixième jour

postopératoire et la pratique d'une fistulographie par l'orifice de drainage nous faisait poser le diagnostic de fistule biliaire externe. Ceci était conforme à la description des fistules biliaires faite par Gillet et al [4] : ils distinguaient les fistules biliaires externes comme dans notre cas et les fistules biliaires internes. Les fistules biliaires externes étaient secondaires à une plaie des voies biliaires lors de la chirurgie du kyste hydatique, une cholécystectomie comme dans notre cas ou à des contusions abdominales. La prise en charge des fistules biliaires externes pouvait se faire en utilisant la chirurgie, les méthodes endoscopiques ou le traitement conservateur. La chirurgie comprenait entre autres les anastomoses bilio-fistuleuses [5], bilio-digestives [6]. Les méthodes endoscopiques consistaient en la réalisation de la Cholangio Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) et la mise en place de stents [7]. Les méthodes conservatrices comprenaient notamment la réanimation intensive, le régime hyperprotéinocalorique et l'antibiothérapie. Nous avons opté pour le traitement conservateur, lequel était décrit avant nous par Singh et al [8]. Ce traitement nous avait permis d'obtenir le tarissement de la fistule biliaire au 46ème jour postopératoire, preuve de son efficacité. Les indications du traitement conservateur dans notre cas (et de manière générale) ont été l'absence de cholépéritone, le bon état clinique général et abdominal et le débit bas de la fistule. Les complications pouvaient être l'apparition secondaire d'un cholépéritone, l'aggravation de la dénutrition avec altération de l'état général. L'apparition d'un cholépéritone ou la transformation de la fistule de bas débit au grand débit pouvaient indiquer la chirurgie, de même que l'échec du traitement conservateur.

CONCLUSION

Notre observation montrait l'efficacité du traitement conservateur et non chirurgical dans la prise en charge d'une fistule biliaire externe chez l'enfant. C'est un traitement de recours non négligeable en milieu africain.

REFERENCES

1. Sakhri J, Sabri Y, Golli L. Les fistules biliaires externes intarissables après chirurgie de l'hydatidose hépatique. Bull Soc Pathol Exot 2000; 93(5):311-3.
2. Medarhri J, El Ounani M, Echarrab M, Louchi A, Alami F, Amraoui M, Errogani A, Chkof R, Balafrej S. Les kystes hydatiques du foie rompus dans les voies biliaires. A propos de 88 cas. Expérience des urgences chirurgicales viscérales-Rabat. Médecine du Maghreb 2001; 86:45-8.
3. Dadoukis J, Prousalidis J, Botsios D, Tzartinoglou E, Apostolidis S, Papadopoulos V, Aletras H. External Biliary Fistula. HPB Surg 1998; 10(6): 375-377.
4. Le Guillouzic Y, Mantion G, Gillet M. Fistules biliaires. Edition technique Encycl Méd Chir (Paris-France) Hépatologie, 1993, 7, 058, A-10.
5. Michel P, Passicos J, Pagliano G. Fistule biliaire externe après hépatectomie sectorielle latérale droite pour traumatisme du foie. Guérison par anastomose cholécysto-fistuleuse. Ann chir 1992; 46(10): 955-971.
6. Sharma AK. External biliary fistula. Trop Gastroenterol 2001; 22(3):163-8.
7. Meshikhes AW, AbulRahi A, Al-momen SA, Al-Safran Z, Al-Daolah QH. An unusual bile collection after postcholecystectomy bile leakage. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2007; 17(2):138-40.
8. Singh V, Kacker LK, Sikora SS, Saxena R, Kapoor VK, Kaushik SP. Post-cholecystectomy external biliary fistula. Aust NZ J Surg 1997; 67(4):168-72.