

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Cas Cliniques

Plaie isolée du cholédoque post traumatique, lésion inhabituelle à propos d'un cas.

An uncommon cause of isolated common bile duct injury, a case report.

جرح منعزل للقناة الصفراوية إثر صدمة، إصابة غير عادية. دراسة حالة

Auteurs :
Yacoub Mohamed Sghair[1], Mouhamedou Elhoucein[1], Elhaj Ahmed Adda[1], Mohamed Sidahmed[2], Mohamed yeslim Mohamed Abdi[3], Ahmed Kane[1], Sidi Mohamed Naji[1].

Auteur correspondant : Yacoub Mohamed Sghair
Service de Chirurgie Pédiatrique. Hopital Mère-Enfant Nouakchott.
E-mail : yaccobmed@yahoo.fr

Services :
[1] Service de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier mère et enfant
[2] Service de réanimation anesthésie du centre hospitalier mère et enfant
[3] Service de radiologie de l'hôpital militaire de Nouakchott

Article Info

Soumis : le 26/02/2018
Accepté : le 11/06/2019

Résumé

La section traumatique du cholédoque est un phénomène extrêmement rare, surtout lorsqu'elle est isolée. Habituellement, elle survient suite à une chirurgie laparoscopique des voies biliaires. Cette lésion est souvent associée à une ou plusieurs lésions des organes de voisinage.

Nous rapportons un cas de section isolée du cholédoque suite à un traumatisme abdominal chez une fille âgé de 5 ans prise en charge au service de chirurgie pédiatrie au centre hospitalier mère et enfant de Nouakchott. L'exploration radiologique n'était pas concluante et l'exploration chirurgicale devant un tableau chirurgical a révélé une péritonite généralisée d'origine biliaire secondaire à une plaie du bas cholédoque. Le traitement d'urgence était une toilette avec une dérivation biliaire externe suivie un mois après par une dérivation bilio-digestive.

Selon la littérature la péritonite biliaire constitue la complication la plus redoutable de la section du cholédoque, ainsi sa morbidité postopératoire précoce est de 20 à 30% et sa mortalité est de 0 à 2%. Enfin la section traumatique isolée du cholédoque chez l'enfant est une lésion dont le tableau clinique et la conduite thérapeutique doivent être connues afin de diminuer la morbi-mortalité. La prise en charge doit être multidisplinaire impliquant, chirurgien pédiatre, le radiologue et le réanimateur anesthésiste..

Mots clés : Traumatisme • cholédoque • péritonite biliaire • mortalité

Abstract

Traumatic section of the common bile duct is an extremely rare phenomenon, especially when isolated. Usually, it occurs following biliary surgery particularly laparoscopic assisted surgery. This lesion is often associated with one or more lesions of neighboring organs.

Cas Cliniques

We report a case of isolated section of the common bile duct following an abdominal trauma in a 5-year-old girl in the pediatric surgery department at the mother and child hospital in Nouakchott. Radiological exploration was inconclusive. Surgical exploration in front of the acute abdominal presentation revealed generalized peritonitis of biliary origin due to a lower bile duct wound. Extensive peritoneal lavage was performed in emergency as well as an external biliary diversion which was followed a month later by a procedure connecting the biliary duct system to the upper gastrointestinal tract.

According to the literature the most serious complication of the common bile duct section is biliary peritonitis, its early postoperative morbidity is about 20 to 30% and its mortality varies from 0 to 2%. The clinical presentation and treatment of an isolated traumatic section of the common bile duct must be known in order to reduce morbidity and mortality. Its management must be multidisciplinary involving a pediatric surgeon, a radiologist and an anaesthesiologist.

Keywords : Trauma • common bile duct • biliary peritonitis • mortality

Introduction :

Les lésions des voies biliaires extrahépatiques suites a un traumatisme abdominal fermé est une entité extrêmement rare. La vésicule biliaire est souvent l'organe le plus touché par les traumatismes [1]. Habituellement ce traumatisme est associé à une lésion des organes de voisinage à savoir le foie, le pancréas, le duodénum et la rate [2,3]. Ces lésions sont généralement méconnues et la laparotomie exploratrice reste le moyen le plus efficace pour identifier cette lésion dans les pays émergeants. Nous rapportons un cas d'une lésion isolée du cholédoque suite à un traumatisme abdominal minime avec une revue de la littérature.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 5 ans, victime d'un accident domestique : chute d'une charrette sur l'abdomen. Elle a consulté à notre urgence au 3eme jour de l'accident pour une douleur abdominale de l'hypochondre droit (HCD) isolée, l'état hémodynamique a était bon. L'hémoglobine était à 10g/dl, le bilan pancréatique n'a pas été fait. L'échographie abdominale avait montré un épanchement de faible abondance dans le Douglass. Devant ce tableau clinique l'enfant a été libéré sous traitement antalgique. Le dixième jour après le traumatisme la patiente a été hospitalisée dans un tableau de péritonite généralisée avec des signes de choc ayant nécessité un remplissage et une mise en place d'une triple antibiothérapie en urgence. En per-opératoire on avait trouvé une péritonite biliaire **(Figure 1**) par rupture du cholédoque, la vésicule biliaire, le foie, le duodénum, la rate et les deux reins sont intactes et les voies biliaires n'étaient pas dilatées. L'enfant a eu une toilette péritonéale abondante avec du sérum physiologique associée à une dérivation biliaire externe par une sonde naso-gastrique N°6 et un drainage péritonéal (**Figure 2**). Les suites opératoires immédiates ont été simples marquées par la sortie de la réanimation aux 4e jours, une alimentation au 4eme jour après la reprise du transit intestinal et une ablation des fils au 10^{e} jour post opératoire. Dans le but de dilater les voies biliaires, cette fille a subi une série de manœuvre de clampage de la sonde de drainage biliaire pendant 48H au cours desquelles, elle a présenté un syndrome de cholestase clinique franc. Cette manœuvre de clampage a été à chaque fois suivi de déclampage et ceci à partir du 15^{e} jour post opératoire. Après 15 jours, l'échographie abdominale a montré un canal hépatique commun dilaté à 7mm. L'enfant a eu une dérivation bilio-digestive sur une anse en Y avec suites simples.

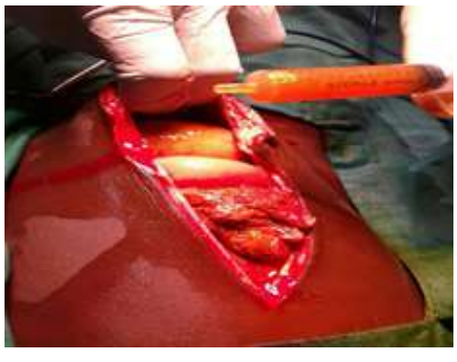


Figure 1 : Péritonite biliaire.

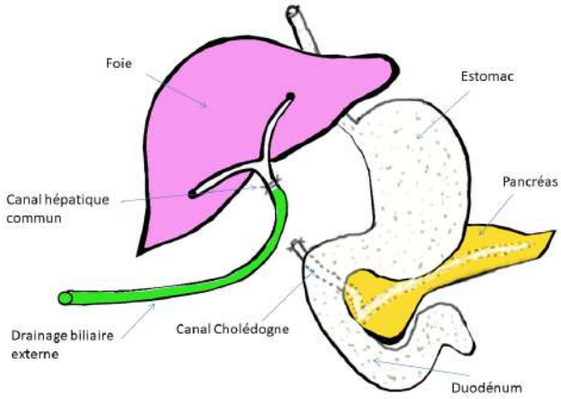


Figure 2 : Fig 2. Drainage biliaire externe.

Discussion :

Le traumatisme du cholédoque est rare, en dehors des causes chirurgicales qui sont habituelles [2], le mécanisme le plus fréquent chez l'enfant est la contusion épigastrique par guidon de bicyclette qui engendre un écrasement du cholédoque contre le rachis lombaire [3]. Dans ce cas la lésion du cholédoque est souvent associée à une lésion des organes intimes de voisinage à savoir le duodénum, le pancréas et le foie, et parfois le tronc cœliaque et les gros vaisseaux (l'aorte abdominale et la veine cave inferieure) [2,3]. Dans notre cas le mécanisme était un coup sur l'épigastre par la barre de la charrette. L'examen clinique est souvent pauvre, une lésion ecchymotique ou pétéchiale parfois constaté dans la région épigastrique de l'enfant associée ou non à des douleurs abdominales modérées; dans les cas où la prise en charge était tardive, le patient vient dans un tableau de péritonite [2,4,5] comme dans notre cas. Les fuites biliaires après traumatisme abdominal sont rares, elles surviennent généralement tardivement dans les trois semaines après le traumatisme [6]. L'échographie et le scanner [7,8] sont utilisés en première intention dans la détection des fuites biliaires. Ils montrent le plus souvent un épanchement péritonéal de faible à moyenne abondance associé parfois à des lésions des organes de voisinage. D'après Barkun et coll la sensibilité du scanner (95 %) est plus élevée que celle de l'échographie (75 %)[9]. Mais ces examens manquent de spécificité. La cholangiographie par résonance magnétique (cholangio-IRM) est une technique non invasive permettant de manière indirecte de détecter une fuite biliaire par la présence d'une collection. Sa sensibilité et sa spécificité sont estimés respectivement à 95 % et 85 % pour la détection d'anomalies des voies biliaires [10,11]. Dans notre cas, seule l'échographie abdominale été faite à cause du contexte d'urgence et elle n'avait pas apporté de diagnostic et elle n'a pas montré de lésions des organes avoisinants.

Le traitement de la péritonite biliaire, due aux lésions traumatiques biliaires, est médico-chirurgical et il doit être débuté en urgence. Ce traitement a été très bien discuté dans la littérature avec beaucoup de controverse [12,13] mais le but commun est de maitrisé l'inflammation péritonéale due au contact de la bile avec le péritoine et de permettre un écoulement facile de la bile dans le tube digestif. Le traitement médical consiste en une réanimation avec un remplissage vasculaire associée à une triple antibiothérapie. Le traitement chirurgical doit privilégier, un traitement endoscopique ou radiologique percutané en fonction de la disponibilité [14], et à défaut, le traitement peut consister premièrement en une toilette péritonéale abondante suivie d'un drainage externe des voies biliaires, habituellement par un drain de Kehr pendant quelques semaines. Le traitement définitif diffère selon la localisation et l'étendue de la lésion de la lésion et selon les habitudes du chirurgien. L'anastomose termino-teminale est physiologique et elle est indiquée si la lésion siège sur la voie biliaire extra hépatique avec une perte de substance biliaire inférieure à 2 cm chez l'adulte [4], mais cette technique nécessite une mobilisation du duodénum et de la tête du pancréas selon le manœuvre de Kocher pour diminuer la tension sur l'anastomose. Si l'écart est important et l'anastomose biliaire termino-terminale n'est pas possible à cause de la tension, le traitement consiste en une dérivation bilio-digestive cholédocho-jejunostomie selon ROUX sur une anse en Y [2,4,15,16]. Cette dérivation est de plus en plus difficile et peu s'accompagner des complications à type de sténose ou de fistule si la voie biliaire est fine. Ce qui était le cas de notre patiente, ainsi pour augmenter le diamètre du cholédoque chez notre patiente, on a procédé à une dilatation iatrogène en clampant la sonde de drainage pendant 48H suivi d'un déclampage pendant 24H. A noter qu'à chaque fois qu'on clampait la

sonde de drainage, la patiente présentait un syndrome de cholestase qui disparaissait rapidement après le déclampage. Cette manœuvre nous a permis après 15 jours d'avoir, un calibre du canal hépatique de 7 mm ce qui a facilité la dérivation bilio-digestive. Cette manœuvre de clampage et déclampage n'a pas été trouvé dans la littérature et ceci peut être dû à la rareté de La section traumatique du cholédoque chez les enfants.

La gravité de cette affection est réellement débattue dans la littérature, Selon la plupart des auteurs, le taux de morbidité postopératoire précoce est de 20 à 30% et le taux de mortalité de 0 à 2% [16, 17,18]. Plusieurs complications ont été décrites après la chirurgie réparatrice des lésions des voies biliaires à savoir, les suppurations de la paroi, l'éventration, l'angiocholite, les abcès profonds, les sténoses anastomotiques, les sepsis et les défaillances multi viscérales [17,19,20]. Le taux de mortalité sur un tableau de péritonite biliaire rapportée par des séries anciennes était très élevé entre 30 et 71 % [20,21], Tochi et al, rapportent un taux de mortalité à 7.7%(1). La preuve d'un traitement chirurgical réussi est l'absence de sténose de l'anastomose biliaire. Dans les centres de référence, un résultat positif après réparation chirurgicale de la lésion biliaire est observé chez 70 à 90% des patients [19,20]. Les deux tiers (65%) des sténoses biliaires récurrentes se développent dans les 2 à 3 ans suivant la reconstruction, 80% dans les 5 ans et 90% dans les 7 ans [22]. Les sténoses récidivantes 10 ans après l'intervention chirurgicale sont également décrites dans la littérature [16]. La durée de suivi nécessaire pour évaluer les résultats à long terme est de 2 à 5 ans [16,18,23]. Certains auteurs recommandent 10 à 20 ans d'observation [24,25].

Conclusion :

La section isolée du cholédoque chez l'enfant est une pathologie rare, elle doit être évoquée devant tout traumatisme abdominal. L'exploration radiologique n'a pas de grand apport au début du tableau clinique. La complication redoutable est la péritonite biliaire qui est mortelle. le traitement consiste à une dérivation bilio-digestive qui se déroule habituellement en deux temps. Le pronostic est mauvais si la prise en charge est tardive.

Références

[1] Trochi G. Pronostic des péritonites. Med Mal Infect. 1995;25:20-37
[2] Pioche M, Ponchon T. Management of bile duct leaks. Journal of Visceral Surgery. 2013;150:33-38.
[3] Bricault I. Biliary obstruction: Not always simple!. Diagnostic and Interventional Imaging. 2013;94:729-740.
[4] Barth X, Gondin G, Laroyenne L. Les péritonites primitives généralisées d'origine biliaire de l'adulte. À propos de 38 observations. Lyon Chir. 1985;8:305–9.
[5] Beata J, Paweł L. Iatrogenic bile duct injuries: Etiology, diagnosis and management. World J Gastroenterol. 2009;15:4097–4104.
[6] Assaban M , Aubé C. Mangafodipir trisodium-enhanced magnetic resonance cholangiography for detection of bile leaks. J Radiol. 2006;87:41-7.
[7] Jenkins MA, Ponsky JL, Lehman GA. Treatment of bile leaks from the cystohepatic ducts after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 1994;8:193-6.
[8] Morris G, Mbarushimana S. CT diagnosis of an iatrogenic bile duct injury. BMJ. 2014;29:1-2.
[9] Barkun AN, Rezieg M, Mehta SN . Post-cholecystectomy biliary leaks in the laparoscopic area: risk factors, presentation, and management. Gastro intest Endosc. 1997;45:277-82.
[10] Chan YL, Chan AC, Lam WW. Choledocolithiasis: comparison of MR cholangiography and endoscopic retrograde cholangiography. Radiology. 1996;200:85-9.
[11] Laurent V, Ayav A, Hoeffel C. Imaging of the postoperative biliary tract. Journal de Radiologie. 2009;90:905-917.
[12] Tocchi A, Mazzoni G, Liotta G. Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting. Arch Surg. 2000;135:153–157.
[13] Davids PH, Tanka AK, Rauws EA. Benign biliary strictures. Surgery or endoscopy? Ann Surg. 1993;217:237–243.
[14] Ramos-De la Medina A, Misra S, Leroy AJ, Sarr MG. Management of benign biliary strictures by percutaneous interventional radiologic techniques (PIRT). HPB. 2008;10(6):428–432.
[15] Connor S, Garden OJ. Bile duct injury in the era of laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 2006;93:158–168.
[16] Hall JG, Pappas TN. Current management of biliary strictures. J Gastrointest Surg. 2004;8:1098–1110.
[17] Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients. Ann Surg. 2005;241:786–792; discussion 793-795.
[18] Ahrendt SA, Pitt HA. Surgical therapy of iatrogenic lesions of biliary tract. World J Surg. 2001;25:1360–1365.
[19] Lillemoe KD, Melton GB, Cameron JL. Postoperative bile duct strictures: management and outcome in the 1990s. Ann Surg. 2000;232:430–441.
[20] Sikora SS, Pottakkat B, Srikanth G, Kumar A, Saxena R, Kapoor VK. Postcholecystectomy benign biliary strictures - long-term results. Dig Surg. 2006;23:304–312.
[21] Kayabali I. Péritonites biliaires. Étude d'une série de 23 cas. Lyon Chir. 1975;71:103–5.
[22] Milleret P, Combe J, Dreyfus A. Les péritonites biliaires. À propos d'une série de 28 observations. Chirurgie. 1981;107:669–74.
[23] Lillemoe KD, Martin SA. Major bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Follow-up after combined surgical and radiologic management. Ann Surg. 1997;225:459–468; discussion 468-471.
[24] Tocchi A, Costa G, Lepre L. The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures. Ann Surg. 1996;224:162–167.
[25] Terblanche J, Worthley CS. High or low hepaticojejunostomy for bile duct strictures? Surgery. 1990;108:828–834.