

La péritonite d'origine biliaire : une rareté clinique

Biliary Peritonitis: a clinical Rarity

Traoré M, Anzoua KI, Kouakou KB, Leh Bi KI, N'Dri AB, Lebeau R, Diané B.

Service de chirurgie générale et digestive ; centre hospitalier et universitaire de Bouaké.

Auteur correspondant : Traoré Mamadou. Téléphone : +225 07464050. **E-mail** : traorefallstam2000@yahoo.fr

Résumé

Objectif : Exposer les particularités épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques des péritonites d'origine biliaire.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective d'une série de 6 péritonites biliaires colligées entre 2010 et 2014. Les péritonites biliaires post-opératoires et traumatiques n'ont pas été incluses dans l'étude. Les données épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques ont été analysées.

Résultats : Les six péritonites biliaires représentaient 1,5% de l'ensemble des péritonites aiguës généralisées opérées. Les patients (3 hommes et 3 femmes) avaient un âge moyen de 28 ans. Le délai moyen de consultation était de 6 jours. Le tableau clinique était une péritonite aiguë généralisée chez 5 patients ou une irritation localisée à l'hypochondre droit chez 1 patient. L'origine biliaire de la péritonite était évoquée en peropératoire chez 5 patients. L'étiologie était une cholécystite typhique chez 4 patients ou lithiasique chez 2 patients. Tous les patients ont été opérés par voie médiane. La mortalité était de 16,6% (un décès).

Conclusion : La péritonite biliaire est une affection rare mais de pronostic grave. Dans notre contexte, la cholécystite typhique en est la principale cause.

Mots clés : cholécystite, typhoïde, péritonite biliaire

Summary

Objective : Describe the epidemiological, diagnostic and prognostic features of biliary peritonitis.

Method : It was a retrospective study of a series of 6 biliary peritonitis collected from 2010 to 2014. Post-operative and trauma biliary peritonitis was not included in the study.

Results : The biliary peritonitis accounted for 1.5% of all acute generalized acute peritonitis. The patients (3 men and 3 women) had an average age of 28 years. The average time for consultation was 6 days. The clinical picture was acute generalized peritonitis in 5 patients or localized irritation in the right hypochondrium in 1 patient. The biliary origin of peritonitis was evoked peroperatively only in 5 patients. The etiology was cholecystitis, typhoid in 4 patients or lithiasic in 2 patients. All patients were operated median. Mortality was 16.6%.

Conclusion : Biliary peritonitis is a rare pathology. The prognosis is severe. In our context, typhoid cholecystitis is the main cause.

Mots clés : Cholécystite, fièvre typhoïde, péritonite biliaire.

Key words: Cholecystitis, typhoid, biliary peritonitis.

Introduction

Les péritonites biliaires (PB) sont définies comme un épanchement de la bile dans la cavité péritonéale, septique ou non, localisé ou généralisé provenant des voies biliaires [1]. Elles réalisent une urgence chirurgicale. C'est une affection rare, dont l'incidence varie entre 0,16 et 1,2% [2,3]. La gravité des PB est liée à plusieurs facteurs pronostiques dont la toxicité de la bile, la surinfection par des germes souvent multiples et surtout la survenue chez des sujets âgés et tarés [4].

L'objectif de ce travail était d'exposer les particularités épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques des péritonites d'origine biliaire au CHU de Bouaké.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective d'une série de 6 péritonites biliaires colligées dans le service de chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Bouaké entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2014. Les péritonites biliaires postopératoires et traumatiques n'ont pas été incluses dans l'étude. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques (âge, sexe, délai de consultation, antécédents), diagnostiques (cliniques, paracliniques, étiologiques) et pronostiques (morbidity, mortalité).

Résultats

Durant les 5 années de l'étude, 386 patients ont été opérés d'une péritonite aiguë. Parmi eux, 6 présentaient une péritonite primitive d'origine biliaire soit une incidence de 1,5 %. Cette PB représentait 5,6 % de l'ensemble des 106 interventions réalisées sur les voies biliaires dans la même période. Il s'agissait de 3 hommes et 3 femmes. L'âge moyen des patients était de 28 ans (extrêmes 12 et 59 ans). Le délai moyen de consultation était de 6 jours (extrêmes : 4 et 10 jours). Aucune comorbidité n'était notée chez les 6 patients. Une patiente était porteuse d'une lithiase vésiculaire déjà connue.

Sur le plan diagnostique, le tableau clinique était une péritonite aiguë généralisée chez 5 patients et une irritation localisée à l'hypochondre droit chez 1 patient. Un ictère était noté dans 2 cas. L'échographie abdominale était réalisée chez 2 patients. Elle avait décelé une cholécystite lithiasique avec un épanchement péri hépatique dans un cas. Dans l'autre cas, elle a objectivé l'épanchement péritonéal sans lésions décelable. Le diagnostic de PB a été fait en peropératoire chez 5 patients. L'origine biliaire de la péritonite était évoquée en préopératoire chez un seul patient.

Au niveau étiologique, il s'agissait d'une péritonite biliaire spontanée ou primitive dans tous les cas. La lithiase vésiculaire était en cause dans 2 cas. Dans 4 cas, il s'agissait d'une cholécystite alithiasique, infectieuse. Il s'agissait d'une infection à salmonella typhi. Le diagnostic de typhoïde a été confirmé par

une hémoculture positive (n = 1) et la sérologie de Widal et Felix positive (n = 4).

Tous les patients ont bénéficié d'une réanimation médicale pré puis postopératoire. L'intervention a été réalisée par laparotomie médiane dans tous les cas. La coelioscopie n'a pas été utilisée car non disponible. En peropératoire, le liquide avait un aspect purulent dans 2 cas, bilio-purulent dans 3 cas et non précisé dans 1 cas. La vésicule biliaire était gangrénée dans tous les cas. Elle était perforée chez 2 patients. Chez 4 patients, il s'agissait d'une transsudation. Chez un patient de 8 ans, il a été noté une double perforation de vésicule biliaire et de l'iléon d'origine typhique. Le geste chirurgical a consisté en une cholécystectomie, une toilette abdominale et un drainage dans tous les cas. Une iléostomie était faite chez 1 patient. Une antibiothérapie à large spectre a été systématiquement instituée en post-opératoire (Céphalosporine + métronidazole ± aminoside).

Nous avons noté 1 décès soit une mortalité de 16,6%. La cause du décès était la défaillance multiviscérale, complication de la PB. Deux patients ont présenté des complications postopératoires. Il s'agissait de suppurations pariétales. La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours.

Discussion

La péritonite biliaire est une affection relativement rare. Dans notre série, elle a représenté 1,5% de l'ensemble des péritonites opérées et 5,6% des interventions sur les voies biliaires. Nos chiffres sont comparables à ceux de la littérature d'où l'incidence par rapport aux interventions hépatobiliaires varie entre 0,6 et 1,2% [2-4].

Sur le plan étiologique, la cholécystite due à la salmonellose typhi (fièvre typhoïde) était la principale étiologie dans notre série (66,6% des cas). Par contre, dans les séries européennes [2,6,7] et maghrébines [4,5], la lithiase vésiculaire était la principale pourvoyeuse de PB (60 à 90%). Cette prédominance de la fièvre typhoïde dans notre série s'explique par le fait que nous sommes dans une zone d'endémie. La vésicule biliaire est réputée être le gîte naturel du bacille d'Eberth [8,9] ; ce qui pourrait expliquer la survenue de cholécystite aiguë primitive. La cholécystite typhique survient au troisième septénaire d'évolution de la fièvre typhoïde [9]. Elle peut souvent s'associer à une perforation iléale [8] ; ceci a été le cas chez un de nos patients ; d'où l'intérêt de faire une exploration systématique de la vésicule biliaire devant une péritonite par perforation iléale d'origine typhique. Sur le plan clinique, le tableau clinique selon l'installation de la péritonite et de son étiologie [4]. La PB par perforation vésiculaire représente le tableau le plus franc avec une contracture abdominale qui a été noté dans 2 cas ; mais il peut s'agir de défense ou de sensibilité abdominale diffuse surtout chez un patient affaibli par plusieurs

semaines de maladie typhique. Le tableau clinique n'est toujours pas évident, d'où le recours à l'imagerie notamment l'échographie ou la tomodensitométrie. Nous avons donc eu recours à l'échographie abdominale dans 2 cas et elle a permis de confirmer le diagnostic et de poser l'indication opératoire. Par ailleurs, l'intervention peut être justifiée par une aggravation progressive des signes locaux ou généraux d'une cholécystite aigüe [6].

La PB est une urgence chirurgicale nécessitant une cholécystectomie, une toilette abdominale avec un drainage. Cette chirurgie est encadrée par une réanimation médicale et une antibiothérapie.

Le pronostic de cette affection est grave avec une mortalité élevée dans toutes les séries de la littérature où elle varie entre 20 et 71% [2,4,6,7,10]. Ces taux

sont comparables à celui noté dans notre étude qui est de 16,6%. Certains facteurs de risque de mortalité ont été identifiés dans plusieurs études [2,4,6,10,11]. Ce sont essentiellement l'âge avancé, l'existence de comorbidité, le long délai opératoire et les défaillances viscérales. Dans notre cas, le décès était dû à une défaillance multi viscérale.

Conclusion

La péritonite biliaire est une affection rare mais de pronostic grave. Dans notre contexte, la cholécystite typhique en est la principale cause ; ceci impose un traitement précoce et efficace de la fièvre typhoïde au stade de début et une exploration systématique de la vésicule biliaire devant une péritonite par perforation iléale d'origine typhique.

Références

1. **Faysse E, Berard PH.** Les péritonites biliaires. Rev Prat. 1986 ; 36 : 1067-72
2. **Barth X, Gondin G, Laroyenne L.** Les péritonites primitives généralisées d'origine biliaire de l'adulte. A propos de 38 observations. Lyon Chir 1985 ; 8 : 305-9.
3. **Avisse C, Mancini F, Cailliez-Tomasi JP.** Traitement urgent des lithiases biliaires chez les sujets âgés de plus de 75 ans. A propos de 157 cas. J Chir 1997 ; 134 : 410-16.
4. **Grati L, Louzi M, Noomene F, Ghrissi R, Stambouli N, Mhamdi K, Gahbiche M.** Les péritonites biliaires primitives. Ann Chir 2006 ; 131 : 96-9.
5. **Oadfel J, Bougtab A, Raddouri N, Amraoui M, Albaroudi S, Alami El Faricha E, and Al.** Les péritonites biliaires à propos de 26 cas. Médecine du Maghreb 1991 ; 25 : 13-7.
6. **Milleret P, Combe P, Dreyfus A.** Les péritonites biliaires. A propos d'une série de 28 observations. Chir 1981 ; 107 : 669-74.
7. **Stoppa R, Obry C, Henri X.** A propos des péritonites d'origine biliaire. Chir 1981 ; 107 : 777-78.
8. **Bikandou S, Barthes C, Massengo R.** Une étiologie peu connue de péritonite biliaire : la perforation de la vésicule biliaire au cours d'une fièvre typhoïde. Med Afr Noire 1996, 43 : 182-5.
9. **Gentillini M, Duflo B.** Fièvres typhoparatyphiques ou Salmonelloses majeures. Med Trop. 1982 ; 6 : 325-26.
10. **Bellakhdar A, Khaiz D, Lakhroufi A.** Les péritonites biliaires. A propos de 20 observations. Med Chir Dig 1989 ; 18 : 159-62.
11. **Gonzales JJ, Sanz L, Grana JL.** Biliary lithiasis in the elderly patients : morbidity and mortality due to biliary surgery. Hepatogastroenterology 1997 ; 44 : 1565-68.