

Cholangiographie peropératoire : une observation à Yaoundé (Cameroun)

Guifo ML¹, Essomba A¹, Takongmo S¹, Bitang Mafok LJ², Chichom A³, Pisoh TC¹

1. Chirurgie générale, CHU, Yaoundé,

2. Chirurgie digestive, Douala

3. Chirurgie digestive, Limbé
Cameroun

Med Trop 2010; **70** : 384-386

RÉSUMÉ • La cholangiographie peropératoire a longtemps été systématiquement pratiquée dans la chirurgie des voies biliaires dans les pays occidentaux. Son utilité a été remise en question par des publications récentes faisant état d'un taux élevé d'explorations blanches de 47%. Les chirurgiens des pays africains et du Cameroun en particulier se sont affranchis très tôt de cette contrainte usant d'autres artifices comme l'histoire de la maladie et l'échographie préopératoire. Dans certains cas tel le syndrome de Mirizzi cette exploration est indispensable à l'acte chirurgical. L'amplificateur de brillance nécessaire à sa réalisation devrait être disponible dans les hôpitaux car il est indispensable à d'autres activités comme la traumatologie et la chirurgie vasculaire. Par ailleurs ce syndrome pourrait être plus fréquent dans notre environnement.

MOTS-CLÉS • Cholangiographie. Voies biliaires. Syndrome de Mirizzi. Cameroun.

PEROPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY: A CASE STUDY AT YAOUNDE (CAMEROON)

ABSTRACT • For many years peroperative cholangiography has been routinely used for bile duct surgery in the Western countries. However recent publications showing high rate of inconclusive peroperative cholangiography (47%) has cast doubt on this attitude. Surgeons in Africa and particularly in Cameroon have already replaced peroperative cholangiography with other indicators such as clinical history and preoperative echography, anticipating cholangitis. For some indications, e.g. Mirizzi syndrome, peroperative cholangiography is essential for surgery. The fluoroscopes required for this exploration should be made available in our hospitals since they are also needed for traumatology, vascular surgery, and other specialities. In addition this syndrome may be more common in our region.

KEY WORDS • Cholangiography. Biliary tract. Mirizzi syndrome. Cameroon.

La cholangiographie peropératoire a été longtemps l'examen standard dans la chirurgie des voies biliaires pour cholécystite ou pour lithiase de la voie biliaire principale (1,2). Avec le recul cette approche systématique a été remise en question notamment à cause du taux élevé d'exploration blanche de 47% (3), de la difficulté d'exécution de l'exploration au cours de la chirurgie laparoscopique (2). Cette attitude a trouvé un écho favorable dans les pays en développement (PED) qui pouvaient ainsi éviter un investissement dont la rentabilité est contestée. Cependant l'exploration peropératoire des voies biliaires présente d'autres avantages considérables que sont la prévention des lésions accidentelles) et la représentation de l'anatomie des voies biliaires avec ses variations normales congénitales, ou acquises par des phénomènes inflammatoires dans le syndrome de Mirizzi. A la faveur de l'acquisition récente d'un amplificateur de brillance au CHU de Yaoundé nous illustrons avec ce cas clinique l'utilité d'une telle exploration.

Les examens biologiques montraient une augmentation de la bilirubine totale et conjuguée (330 et 187 µmol/L); les transaminases étaient discrètement élevées (ASAT 68 et ALAT 48 U/L). La numération formule sanguine était sans particularité avec des leucocytes à 4 500/µL. La sérologie VIH était négative.

Le scanner montrait une dilatation des voies biliaires intra hépatiques, deux formations hyperdenses dans le lit vésiculaire (15,7 et 17,8 mm) et une lithiase rénale droite (figures 1 et 2). Le pancréas était par ailleurs normal. Le diagnostic de lithiase de la voie biliaire principale était retenu et un traitement chirurgical proposé. Le bilan préopératoire était normal notamment le taux de prothrombine qui était de 85%.

Observation

Un homme de 43 ans sans antécédent, avec une consommation modérée d'alcool, consultait pour une fièvre évoluant depuis deux mois, un ictère d'installation progressive et une douleur plus récente de l'hypochondre droit. Plusieurs traitements antipaludiques avaient été utilisés ainsi que des potions traditionnelles sans soulagement.

• Correspondance : mlguifo@yahoo.com

• Article reçu le 24/05/2007, définitivement accepté le 9/06/2010

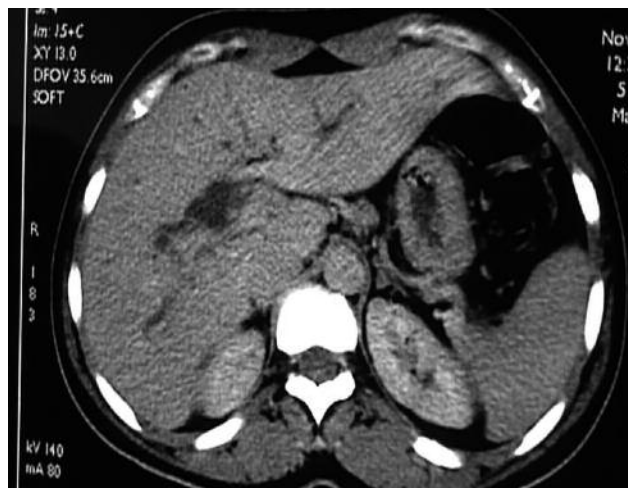


Figure 1. Coupe scannographique : dilatation des voies biliaires intra hépatiques.

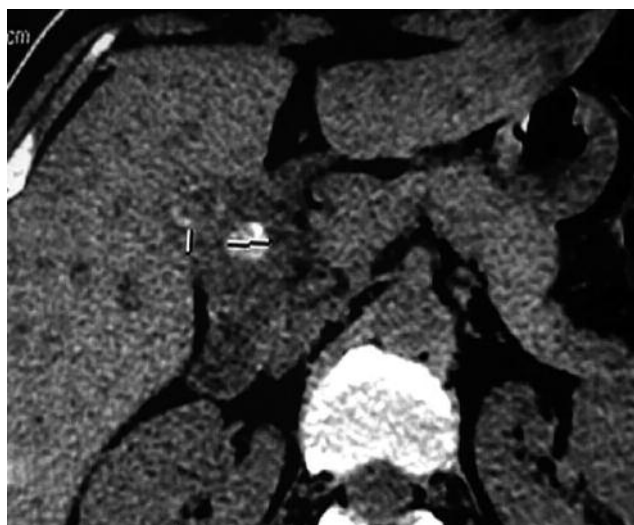


Figure 2. Coupe scannographique : lithiase dans le lit vésiculaire.

L'intervention, pratiquée par une voie médiane sus et sous ombilicale, mettait en évidence une pédiculite avec vésicule sclérotrophique friable contenant deux calculs qui ont été retrouvés après les premières manœuvres de dissection. La voie biliaire a été opacifiée par injection à l'aiguille fine d'un produit de contraste (Telebrix® Gastro 300 mg/mL) avec une dilution à 50% avec du sérum salé à 9‰ sur le cholédoque (2). On observait ainsi une amputation de l'arbre biliaire sur le canal hépatique et une opacification des canaux intra hépatiques qui étaient normaux (figure 3). Le canal cystique n'était pas visible tout ceci étant compatible avec un syndrome de Mirizzi. Une dérivation bilio-digestive par anastomose hépato-jéjunale latéro-latérale était pratiquée. Les suites opératoires étaient simples avec disparition à deux mois de l'ictère et normalisation des transaminases. Les fragments de tissu prélevés des voies biliaires et envoyés en anatomo-pathologie ne présentaient pas de néoplasie.

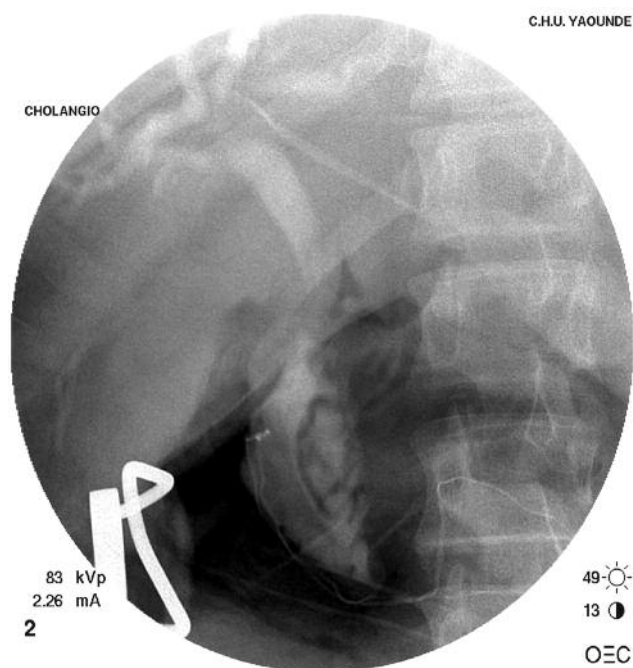


Figure 3. Cholangiographie opératoire.

Discussion

Le syndrome de Mirizzi a été décrit en 1948 par Pablo Louis Mirizzi comme une compression extrinsèque de la voie biliaire principale par une lithiase enclavée dans le collet vésiculaire ou le canal cystique (4). Cette définition a été revue pour englober toutes les formes cliniques observées avec le recul à savoir les compressions par calcul enclavé dans le collet vésiculaire ou le canal cystique (type I de Nagakawa), les compressions avec fistule (type II), les compressions avec enclavement du calcul à la confluence hépato-cystique et sténose du canal hépatique (type III) de même que les strictions avec cholécystite sans évidence de calcul avec sténose du canal hépatique (type IV) (5). D'autres classifications comme celle de Mc Sherry et de Csendes sont antérieures (6). Le diagnostic est rarement préopératoire comme dans notre cas car les examens usuels à visée diagnostique que sont l'échographie ou le scanner sont peu sensibles (23-46%) (7). Ce syndrome doit rester un diagnostic différentiel de tous les ictères cholestatiques sans tumeur décelable. Certains auteurs estiment que sa fréquence varie de 0,1 à 1% des cholécystectomies (8). On peut postuler que cette fréquence soit accrue chez nous en Afrique en raison de la réticence des patients à consulter les structures de santé précocement et de la prévalence de la drépanocytose.

Sur le plan thérapeutique nous avons effectué une dérivation bilio-digestive par hépato-jéjunostomie ce qui est le traitement du type IV de Nagakawa. Ce traitement nous a semblé plus indiqué et moins aléatoire qu'une cholédocoplastie, car il n'y avait pas suffisamment de tissu avec une plasticité acceptable devant une sténose du canal hépatique sévère. Lorsque la compétence est disponible on peut discuter la pose d'un stent, notamment si le diagnostic est fait en préopératoire ou si le chirurgien estime que la dissection n'est pas faisable en l'absence d'une bonne représentation des voies biliaires. Pour le type I une cholécystectomie avec drainage des voies biliaires par un tube en T est l'attitude acceptée, alors que pour les types II et III une cholédocoplastie associée ou non à la ligature de la fistule est indiquée (5, 9). La plupart des auteurs recommandent une voie d'abord ouverte et considèrent la coelioscopie inadaptée (10-12).

L'exploration peropératoire de la voie biliaire est possible par d'autres moyens notamment la palpation, l'échographie peropératoire, l'exploration instrumentale ou la cholédocoscopie (2). Mais ces moyens ne renseignent pas sur l'anatomie des voies biliaires sujette à de nombreuses variations notamment à la confluence hépato-cystique. Cette variation de l'anatomie canalaire est incriminée dans la survenue de plaies de la voie biliaire (13). D'autres facteurs sont impliqués dans ces lésions à savoir la voie d'abord coelioscopique qui comporte 2 à 4 fois plus de risque que la voie ouverte, l'expérience de l'opérateur qui est inversement proportionnelle au risque de plaie des voies biliaires (13,14). La prise en charge des lésions iatrogènes méconnues des voies biliaires est difficile dans les PED et lourde financièrement en Occident. Elle fait appel à la cholangiographie post opératoire soit transhépatique ou par voie rétrograde endoscopique avec pose de stent voire une transplantation hépatique si le patient développe une cirrhose ou une insuffisance hépatique (15-18).

Le dépistage de la lithiase de la voie biliaire principale est actuellement codifié selon un algorithme décisionnel précis. Ainsi les patients ayant présenté un ictère en préopératoire, une dilatation de la voie biliaire principale à l'échographie ou une lithiase et ou une élévation des transaminases font l'objet d'une cholangiopancréatographie

rétrograde endoscopique (CPRE) avant la chirurgie. Cette sélection avec exploration préopératoire des patients à risque justifie l'absence d'indication d'une cholangiographie per-opératoire attitude de choix pour de nombreux auteurs (1, 3, 14). Les cas de lithiase résiduelle de la voie biliaire après cholécystectomie peuvent être traités par sphinctérotomie endoscopique (15). Mais ces compétences ne sont pas toujours disponibles dans le contexte des PED.

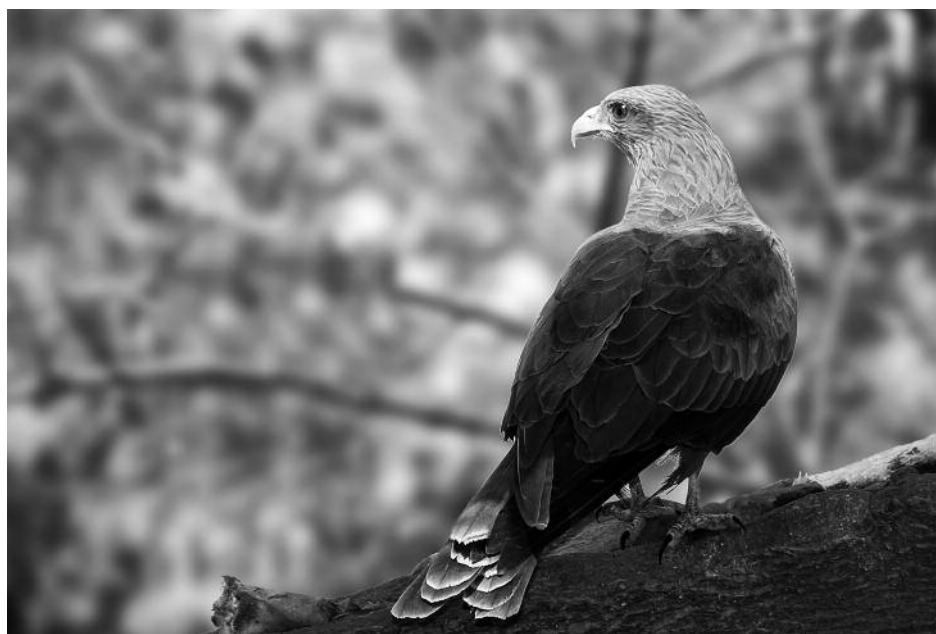
Conclusion

L'abord chirurgical de la voie biliaire suscite toujours certaines interrogations concernant l'anatomie sujette à de nombreuses variations d'une part et la liberté des voies d'écoulement de la bile d'autre part. Avec les statistiques disponibles et les moyens technologiques (CPRE, stent, cholangiographie par IRM), les chirurgiens ont pu prévoir, dépister et traiter les lithiases avant ou après une chirurgie sur la voie biliaire. Cette avancée a diminué les incidents per et post-opératoires et autorisé dans certains centres une exploration sélective per-opératoire. Dans les PED ou les moyens de rattrapage sont moins accessibles et les ressources limitées, une cholangiographie pourrait paradoxalement permettre de minimiser les risques de la dissection comme dans le syndrome de Mirizzi, et assurer sur la vacuité des voies biliaires à la fin d'une intervention chirurgicale.

Références

1. Vons C. Une cholangiographie systématique au cours d'une cholécystectomie par laparoscopie est-elle vraiment justifiée? *J Chir* 2003; 140 : 350-2.
2. Gainant A, Antarieu S, Mathonnet M. Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. Editions techniques - EMC Hépatologie, 7047 G-10. 1995; 10 p.
3. Cervantes J, Rojas G. Choledocholithiasis: New approach to an old problem. *World J Surg* 2001; 25 : 1270-2.

4. Mirizzi PL. Síndrome del conducto hepático. *J Int Chir.* 1948; 8 : 731-777.
5. Xeroulis GJ, Davies W. Mirizzi syndrome: A review of the literature. *Kuwait Med J* 2006; 38 : 3-6.
6. Byrne MF, Mitchell RM, Baillie J. Uncommon biliary strictures. *Tech Gastrointest Endosc* 2002; 4 : 157-63.
7. Chan CY, Liau KH, Ho CK, Chew SP. Mirizzi syndrome: a diagnostic and operative challenge. *The Surgeon* 2003; 1 : 273-8.
8. Karakoyunlar O, Sivrel E, Koc O, Denecli AG. Mirizzi's syndrome must be ruled out in the differential diagnosis of any patients with obstructive jaundice. *Hepato-Gastroenterology* 1999; 46 : 2178-82.
9. Al-Mutairi AR, Al-Refai D, Al-Harbi O, Marzouk M. Incidence, Diagnosis and Management of Mirizzi Syndrome in Kuwait. *Kuwait Med J* 2005; 37 : 105-9.
10. Rust KR, Clancy TV, Warren G, Meriesdorf J, Maxwell JG. Mirizzi's syndrome: a contraindication to coelioscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Surg* 1991; 1 : 133-7.
11. Paoloni A, Bucchianeri A, Mazzocconi G. Un caso di síndrome di Mirizzi. *Il Giornale di Chirurgia* 2008; 29 : 93-7.
12. Al-Akeely Mohammed HA, Alam Mohammed K, Hayan Abdulrahman B, Khalid K, Al-Teimi I, Al-Dossary N F. Mirizzi Syndrome: Ten years experience from a teaching hospital in Riyadh. *World J Surg* 2006; 29 : 1687-92.
13. Massarweh NN, Devlin A, Broeckel Elrod JA, Symons RG, Flum DR *et al.* Surgeon knowledge, behavior, and opinions regarding intraoperative cholangiography. *J Am Coll Surg* 2008; 207 : 821-30.
14. Kharbutli B, Velanovich V. Management of preoperatively suspected choledocholithiasis: a decision analysis. *J Gastrointest Surg* 2008; 12 : 1973-80.
15. Nuzzo G, Giuliante F, Giovannini I, Murazio M, D'Acapito F, Ardito F *et al.* Advantages of multidisciplinary management of bile duct injuries occurring during cholecystectomy. *Am J Surg* 2008; 195 : 763-9.
16. Thomson BN, Parks RW, Madhavan KK, Garden OJ. Liver resection and transplantation in the management of iatrogenic biliary injury. *World J Surg* 2007; 31 : 2363-9.
17. McCormack L, Quiñonez EG, Capitanich P, Chao S, Serafini V, Golaracena N *et al.* Acute liver failure due to concomitant arterial, portal and biliary injury during laparoscopic cholecystectomy: is transplantation a valid life-saving strategy? A case report. *Patient Saf Surg* 2009; 3 : 22.
18. Marudanayagam R, Shanmugam V, Gunson B, Mirza DF, Mayer D, Buckels J *et al.* Aetiology and outcome of acute liver failure. *HPB* 2009; 11 : 429-34.



Milan noir © Michel R