

Gravité de l'angiocholite par migration d'Ascaris dans les voies biliaires associée à la lithiase biliaire hépato-cholédocienne en milieu tropical

Endotoxin Shock by Biliary Lithiasis in Tropical Environment with Ascaris Biliary Migration

Pham Van Phuc, Nguyen Mau Anh

Faculté de Médecine de Hanoi. Faculté de Médecine - Université de Can Tho.

Mots clés

- ◆ Choc endotoxinique
- ◆ Angiocholite suppurée
- ◆ Abscès angiocholitique
- ◆ Ascarirose

Résumé

Objectif. Le choc endotoxinique est une des graves complications des lithiases biliaires hépato-cholédociennes au Viet Nam. L'analyse rétrospective de notre série (n=10) a pour but de préciser les caractères essentiels du tableau clinique et de poser l'indication opératoire d'urgence en vue d'une décompression des voies biliaires.

Méthodes. Au cours des années 1971-1972, 59 cas de lithiase biliaire hépato-cholédocienne ont été admis d'urgence dans le Service de Chirurgie Digestive et hépatobiliaire de l'hôpital Saint Paul à Hanoi, Faculté de Médecine de Hanoi. 10 cas diagnostiqués de choc endotoxinique ont été opérés d'urgence pour: douleur violente, subite localisée à l'hypochondre droit. Fièvre à 38,5 oC -39oC. Prostration Chute tensionnelle à 80/60 mmHg. Pouls filant, faible. Subictère et/ou ictère conjonctival Contracture pariétale localisée sous le rebord costal droit. Réanimation intensive. Prise de sang peropératoire pour hémoculture - Culture de la bile prélevée pendant l'opération. Cholécotomie sus - duodénale. Extraction des calculs et corps étrangers du cholédoque et des canaux biliaires intra-hépatiques. Lavage du cholédoque et des canaux intra hépatiques au sérum salé isotonique tiède - Drainage de Kehr. Antibiothérapie à haute dose.

Résultats. Guérison : 6 patients. Décès post-opératoires par défaillance polyviscérale : 4/10.

Conclusion. Le choc endotoxinique est une complication évolutive grave des lithiases biliaires au Viet Nam. Une indication chirurgicale d'urgence est envisagée en vue d'une décompression biliaire.

L'ascarirose des voies biliaires est un des facteurs aggravants dans l'infestation des voies biliaires, entraînant des angiocholites suppurées, abcès angiocholitiques disséminés, le choc endotoxinique de pronostic très réservé.

Keywords

- ◆ Endotoxin shock
- ◆ Angiocholangitis abscess
- ◆ Ascariidiosis

Abstract

Objective. Endotoxin shock is one of the serious complications of biliary lithiasis in Vietnam. The aim of this retrospective analysis in a series of 10 patients (n=10) with endotoxin shock is to describe the main clinical characteristic and to indicate a emergency surgical biliary decompression.

Methods. 10 patients with endotoxin shock by biliary lithiasis admitted (1971-1972) to the Department of Surgery of Saint Paul Hospital Ha Noi, Faculty of Medecine were reviewed. Diagnosis of endotoxin shock before: violent and subite upper abdominal pain, biliary lithiasis antecedent, fever, pulse rate > 100/min, muscle rigidity, fall of vascular pressure under the normal (120/80 mmHg) hyperleucocytosis. Emergency surgery was undertaken before persistent fever 38,5oC-39oC, muscle rigidity, stability of vascular pressure 80/60 mmHg - 90 mmHg. Blood and bile cultures were made per-operative. Emergency biliary decompression by choledocotomy: extraction of biliary stones, dead ascaris lumbricoides, and ascaris deomal sheat.

Results. Blood cultures positive: 6/10 E.Coli, Proteus. Results bile cultures. Post operative mortality : 4/10 by multiorgan failure.

Conclusion. Endotoxin shock is a serious complication in intrahepatic and common duct lithiasis. Emergency surgery is undertaken for biliary decompression.

Ascaris migration to biliary duet is the etiology of biliary infestation: angiocholitic abscess, endotoxin shock of serious prognostic.

L'une des caractéristiques des lithiases biliaires au Vietnam est la localisation prédominante hépato - cholédocienne 21,45 % (10,15), 31 % (19). Le choc endotoxinique est une des complications évolutives de pronostic très réservé. L'analyse rétrospective de notre série de 10 patients (n=10) a pour but de préciser les caractéristiques essentielles du tableau clinique et de poser l'indication opératoire d'urgence en vue d'une décompression des voies biliaires.

Matériel et Méthodes

Notre étude comporte l'analyse rétrospective de 10 cas de choc endotoxinique par lithiase biliaire hépato - cholédocienne, parmi 59 cas de lithiase biliaire admis d'urgence dans le Service de Chirurgie Digestive et Hépato - biliaire de l'hôpital Saint Paul à Hanoi (1971-1972). Il s'agit de quatre Hommes

Correspondance :

Pr Pham Van Phuc, Faculté de Médecine de Hanoi - Université de Can Tho.

Adresse personnelle : 38A, rue Hai Ba Trung - Dist. Hoan Kiem. Hanoi - Vietnam.

E-mail : phamvanphuc1502@gmail.com

Disponible en ligne sur www.acad-chirurgie.fr

1634-0647 - © 2015 Académie nationale de chirurgie. Tous droits réservés.

DOI : 10.14607/emem.2015.3.095

Bactéries isolées	Nombre de cas	%
E. Coli	41	82
Entérocoque	2	4
Streptocoque	1	2
Protéus Mirabilis	3	6
Pseudomonas Aeruginosa	1	2
Klebsiella	2	4
Total	50	100 %

Tableau I. Résultats de la culture de la bile (50 prélèvements) n = 50.

Tableau II. Chimisme des Calculs biliaires n = 25.

Composition chimique	Nombre de calculs
Pigments biliaires	3/25
Pigments biliaires et cholestérol	9/25
Bilirubinate calcium	13/25

(Extrême d'âge 45-65), de six femmes (Extrême d'âge : 28-55).

Les patients ont été opérés d'urgence dans les premières heures après l'admission à l'hôpital pour douleur violente, subite localisée à l'hypochondre droit. Fièvre élevée à 39 oC - 40oC. Etat général : prostration, pâleur. Subictère et/ou ic-tère conjonctival. Etat nauséux et/ou vomissements bilieux, alimentaires. Chute tensionnelle à 80/60 mmHg. Pouls : faible, filant (120 - 140/mi). Défense pariétale ou contracture pariétale localisée sous le rebord costal droit. Gros foie douloureux palpable. Vésicule biliaire distendue. Dans les antécédents : crises de lithiase biliaire apparues depuis 1-2 ans auparavant.

Réanimation intensive (1 - 2 unités de sang frais parmi les liquides perfusés). Surveillance de la diurèse/heure. Antibiothérapie à haute dose. Quand la TA est stabilisée à 80/60 mmHg - 90/60 mmHg, a été pratiquée l'intervention d'urgence : cholécotomie sus - duodénale pour extraction des calculs et corps étrangers dans le cholédoque et les voies biliaires intra - hépatiques. Lavage des voies biliaires au soluté de NaCl isotonique tiède à travers une sonde de Nélaton introduite dans les canaux biliaires intra hépatiques. Drainage de Kehr.

Hémoculture (prise de sang peropératoire). Culture de la bile prélevée pendant l'opération.

Ont été pratiqués les examens hématologiques et biochimiques : GR, GB, formule leucocytaire, urée sanguine, bilirubinémie totale, phosphatase alcaline, Lee White, T.de Howell, Plaquettes, Temps de Quick, Les facteurs V, VII, - Von Kaulla. Examens d'urine : pH, densimétrie, protéines, cristaux...

Contrôle post-opératoire : cholangiographie.

Nous adoptons la nomenclature de la segmentation hépatique de Ton That Tung.

A été utilisé le test X2. Valeur obtenue jugée statistiquement significative pour $p < 0,05$.

Résultats

Dans tous les cas a été pratiquée une cholécotomie sus - duodénale - 03 cholécystectomies réalisées pour perforation vésiculaire par nécrose.

Hémoculture positive 6/10 : Présence d'E. Coli, Protéus.

Culture de la bile prélevée pendant l'opération : présence d'E. Coli, Protéus, Entérocoques (Tableau I).

Examen direct de la bile, après centrifugation, présence d'œufs d'ascaris. Clonorchis sinensis 5 %.

Bilirubinémie totale élevée : 20mg % o-71mg % o.

Hyperleucytose à 12 > 12.000. T. de Howell : 03 cas. 120", 150", 190" (témoins 115 "). Phosphatase alcaline < 13 Unités King - Armstrong. Autres examens para cliniques résultats dans les limites normales.



Figure 1. Lithiase hépato - cholédocienne.

Cholédoque dilaté > 2,5 cm, bouré de calculs.

Calculs dans les sous - segments VII, VIII ascaris mort, et cuticule d'ascaris dans le canal hépatique droit

Flèche 1 : ascaris mort.

Flèche 2 : cuticule d'ascaris.

Flèche 3 : calculs biliaires.

Constatations peropératoires

Épanchement d'un liquide bilieux roussâtre dans l'hypochondre droit, trois cas.

Gros foie cholostatique.

Trois abcès angiochololitiques agglomérés en « verre de montre » rompu en péritoine libre (s/seg II, III). Micro abcès angiochololitiques disséminés au niveau des sous-segments, V, VI - Segment IV.

Vésicule biliaires surdistendue, à paroi amincie - sans calcul - trois perforations par nécrose.

Cholédoque couvert de fausses membranes distendu <2,5 cm rempli de calculs et de boue biliaire. Bile noirâtre, fétide, purulente. Calculs cholédociens : 6. Hépatocolédociens : 4.

Calculs et ascaris morts dans huit cas : dans le Cholédoque cinq cas (dans 02 cas on a trouvé deux ascaris). Dans le canal hépatique gauche : trois ascaris morts et calculs intrahépatiques.

Drainage de l'abcès des sous-segments II, III.

Examen macroscopique des calculs: tassés en chapelet, à facettes brunâtres ou noirâtre, de consistance molle, ou d'un jaune foncé sur tranche de section.

Nous avons fait le ramonage des calculs par l'index, l'extraction des calculs et des ascaris morts par les pinces de type Mirizzi - le lavage des voies biliaires intra-hépatiques fait descendre les calculs haut situés. Dans trois cas de calculs et d'ascaris morts dans les sous - segments II, III, l'ouverture du canal hépatique gauche après abaissement de la plaque hi-laire a été pratiquée.

Évolution

Six patients vivants après 2-3 semaines d'hospitalisation. Cholangiographic post-opératoire : Vacuité des voies biliaires intra et extra hépatiques. La mortalité post-opératoire a été de 4/10 par défaillance polyviscérale, oligo-aurie. L'évolution spontanée du choc endotoxinique est mortelle. La mortalité varie selon les auteurs, de 40 % à 90 % (3), 40 % (20).

Discussion

La migration ascaridienne dans les voies biliaires cholédociennes et intrahépatiques, constitue une des caractéristiques de la lithiase biliaire au Viet Nam (10,14,19).

L'infestation des voies biliaires joue un rôle important dans la formation des calculs biliaires, et l'ascaridiose des voies bi-

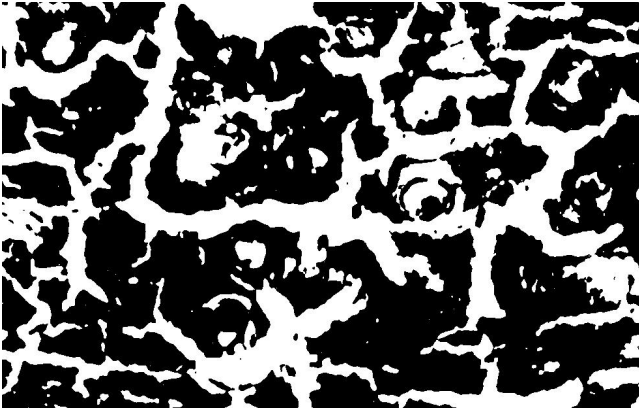


Figure 2. Calcul biliaire : Bilirubinate de Calcium. Noyau au centre du calcul : œufs d'ascaris. Flèches : œufs d'ascaris.



Figure 3. Calcul intrahépatique. Cuticules d'ascaris an sein du calcul (Flèches).

liaires est à l'origine de l'infestation. C'est un facteur aggravant du pronostic, entraînant des complications évolutives : œdème aiguë du pancréas, angiocholite suppurée, abcès angiocholitiques, choc endotoxinique (12,17).

Par l'ouverture du cholédoque jaillit un liquide bilieux roussâtre ou noirâtre, purulent, dans certain cas fétide. La culture de la bile révèle la présence d'Escherichia Coli à 82 %, de Protéus Mirabilis à 6 % (Tableau I). Les cuticules d'ascaris morts sont trouvées parmi les calculs et boue biliaire (Fig.1). L'examen du culot de centrifugation de la bile décèle la présence d'œufs d'ascaris dans 47,05 % des cas. Le Clonorchis sinensis présent dans 5 % des cas (15).

L'examen direct des coupes des calculs biliaires cholédociens et/ou intrahépatiques montre un noyau constitué par les débris de cuticules d'ascaris morts et d'œufs d'ascaris. (Fig.3,4-6).

La présence d'œufs d'ascaris et de débris d'ascaris morts est de 18 % (Miyake), 50 % (Yasuda), 50 % (Hao Hui Chen) (4,7-9). Depuis les travaux de Maki (6), nous connaissons le rôle de la B-glycuronidase activée par E. Coli. Cet enzyme hydrolyse la bilirubine conjuguée en bilirubine libre qui peut fixer un ion calcium pour former une molécule de bilirubinate calcium insoluble.

Les résultats de l'analyse chimique des calculs de notre série sont représentés dans le Tableau II. La figure 2 montre la structure d'un calcul de bilirubinate de calcium.

Le tableau clinique de choc endotoxinique des lithiases biliaires hépato-cholédociennes, avec fièvre persistante à 39 °C - 40°C, une tension artérielle stabilisée à 80/60 mmHg - 90/60 mmHg, une contracture pariétale localisée sous le rebord costal droit, plaide en faveur d'une intervention chirurgicale d'urgence en vue d'une décompression biliaire.

Une cholédocotomie sus-duodénale permet l'extraction des calculs et corps étrangers tassés dans le cholédoque et l'hé-

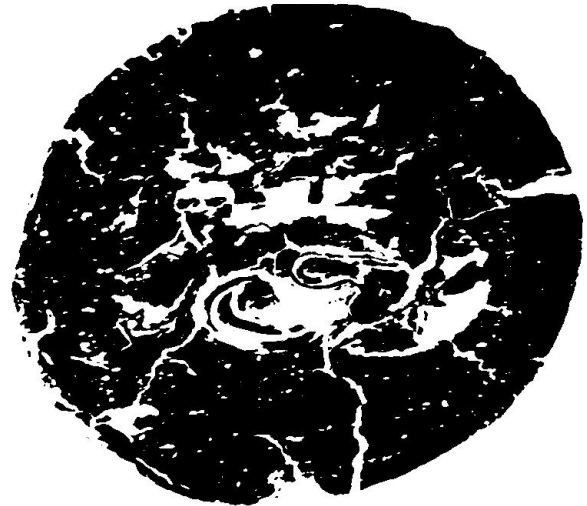


Figure 4. Calcul intra hépatique. Cuticule d'ascaris mort (Flèches).



Figure 5. Calcul intra hépatique. Noyau : cuticules d'ascaris mort (Flèches).

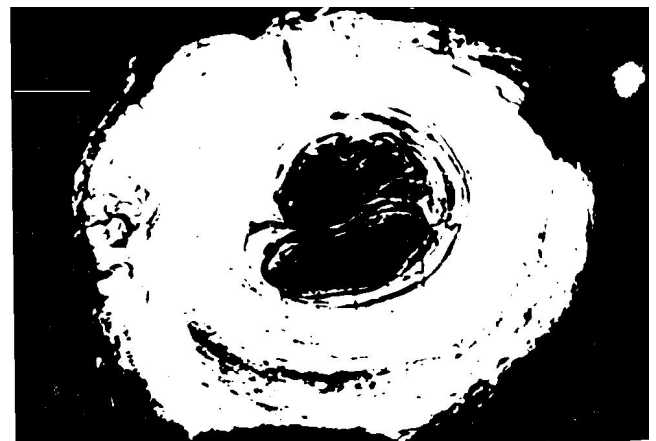


Figure 6. Calcul du cholédoque en « bout de cigare ». Noyau : deux cuticules d'ascaris morts (Flèches : 1,2).

patique commun. L'index explorateur vérifie la vacuité du bas cholédoque - 03 cholécystectomies ont été pratiquées pour perforation vésiculaire. Par l'ouverture de l'hépatique commun et/ou du canal hépatique gauche après abaissement de la plaque hilare, le doigt explorateur peut atteindre les orifices des canalicules sous-segmentaires, repérer les calculs, guider l'introduction des pinces à calcul, ou la sonde de Nélaton pour lavages des voies biliaires.

L'anastomose bilio-digestive sera indiquée dans les cas où il y aurait un rétrécissement du canal biliaire.

Conclusion

Le choc endotoxique est une complication évolutive grave des lithiases biliaires hépato-cholédociennes au Viet Nam. Une indication chirurgicale d'urgence est envisagée en vue d'une décompression biliaire, l'extraction des calculs et corps étrangers devant une fièvre persistante élevée à 39°C - 40°C, une tension artérielle stabilisée à 80/60 mmHg - 90/60 mmHg, une contracture pariétale localisée sous le rebord costal droit.

L'ascaridiose des voies biliaires est un des facteurs aggravants dans l'infestation des voies biliaires, entraînant des angiocholites suppurées, des abcès angiocholiques disséminés, le choc endotoxique de pronostic très réservé.

Références

1. Aillet J. Choc endotoxique Anesthésie. Anal. Réanimation 1970 ; XXV. Novembre Déc 6, 603.
2. Guedon J, Reguet JC. Insuffisance rénale aiguë du choc toxico-infectieux. Etude physiopathologique Cachier d'Anes 1970 ;18 :4.
3. Huguenard P, Ragas F et Coll. Protection et Réanimation. Masson et Cie. 1972 :343-36.
4. Hao Hui C et al. Twenty two years Experiences with the Diagnosis and Treatment of intra hepatic calculi. Surg, Gynecol and Obst 1984 ;150 :519-24.
5. Lilleheil RC, Longerbean JK, Block JH. Physiology and Therapy of bacteriemia shock. Amer. Jour. of Cardio. 1963 ;599 :612.
6. Maki T. Pathogenesis of calcium Bilirubinate gallstones. Role of E. Coli B-glycuronidase and coagulation by inorganic ions polyelectrolytes and agitation Ann. Surg. 1966 ;164 :90-100.
7. Nagase M, Ynidasa RD, Sloway M et al. Gallstone in Western Japan. Factor affecting the Prevalence of intrahepatic gallstones. Gastroenterol. 1980 ;(4) 78: 590-684.
8. Nakayama F. Intrahepatic calculi: A special problem in East Asia. World. J. Surg. 1982 ;6: 802-4.
9. Nakayama F, Sloway PD et al. Hepatolithiasis in East Asia. Retrospective Study. Dig. Dis. 1986 ;31: 21-6.
10. Pham Van P, Hoang Tich T. Considerations Cliniques et Thérapeutiques de 273 cas de lithiase biliaire Hépato - Cholédocienne - Revue Médicale 1961 ;I :47-52.
11. Pham Van P, Nguyen Mau A, Van Minh S. Considerations cliniques et thérapeutiques du choc endotoxique par lithiase biliaire et Angiocholite suppurée J. Chir 1973 ;1 : (2): 118-25.
12. Pham Van P, Nguyen Mau A. Volumineux Abcès Angiocholique par lithiase biliaire intrahépatique. J. Chir. Editions Médicales Ha Noi 1980 ;(VIII)3 : 78-80.
13. Pham Van P, Nguyen Mau A, Van Minh S, Ngo Dinh M. Les Angiocholites d'Extrême-Orient. Médecine et Chirurgie Digestives 1984 ;13(4) :271-2.
14. Pham Van P, Huynh Quyet T et Coll. Considerations Anatomocliniques de la Lithiase biliaire dans le Delta du Mekong. J. Chir. 1988 ;6(XVI):8-11.
15. Pham Van P, Nguyen Nhu B. Traitement Chirurgical de la lithiase intrahépatique. Revue Médicale 1996 ;I :100-6.
16. Ton That T. Chirurgie des Pancréatites Aiguë - Editeur : Imprimerie d'Extrême - Orient, 1945.
17. Ton That T, Hoang S. L'Ascaridiose des Voies Biliaires. J. de Chirurgie 1957 ;74 (5): 506-23.
18. Ton That T, Nguyen Duong Q. Des manifestations cliniques des migrations ascaridiennes dans les voies biliaires et le problème de leur thérapeutique. La Semaine des Hôpitaux. Mars 1958 ;III :15-8.
19. Ton That T et Coll. La lithiase intrahépatique au Viet Nam. Revue Médicale. Edit. Médicales Ha Noi. 1980 ;II :60-4.
20. Fan ST, Edward CS et al. Acute cholangitis Secondary to Hepatolithiasis. Arch. Surg. August 1991 ;126 :1027-31.