



Décembre 2012 ; volume 2
N°2, pages 57 - 114

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

CAS CLINIQUE
**PERITONITE AIGUË GENERALISEE SECONDAIRE A UNE
CHOLECYSTITE TYPHIQUE : A PROPOS D'UN CAS**

***ACUTE GENERALIZED PERITONITIS AFTER TYPHOID
CHOLECYSTITIS: A CASE REPORT***

TOURÉ AO¹, KÂ I¹, NGOM G², WADE T¹, SOH BA M³, CISSÉ M¹.

(1) Service de chirurgie Générale, Hôpital Aristide le Dantec, Dakar.

(2) Service de Chirurgie Pédiatrique, Hôpital Aristide le Dantec, Dakar.

(3) Service de Chirurgie Générale, Hôpital El Hadj Ibrahima Niass, Kaolack.

Auteur Correspondant : Dr Alpha Oumar Touré

Service de Chirurgie générale, Hôpital Aristide Le Dantec- BP12566 Dakar- SENEGAL.

Téléphone : 00 (221) 77 557 31 18.

Email : alpha.oumar@yahoo.fr.

Résumé

La perforation iléale typhique est au 3^{ème} rang des étiologies de péritonites généralisées au Sénégal. La perforation typhique de la vésicule biliaire est une entité rare voire exceptionnelle. Nous rapportons le cas d'un enfant de 7 ans, admis aux urgences chirurgicales pour une irritation péritonéale dans un contexte de fièvre au long cours. Après une courte réanimation pré-opératoire, l'exploration chirurgicale a permis de retrouver une péritonite généralisée avec des micro-perforations vésiculaires. Il a bénéficié d'une cholécystectomie et d'une toilette péritonéale associées à une antibiothérapie à base de quinolone et imidazolés. Le sérodiagnostic de Widal était positif. Les suites opératoires étaient simples.

Mots clés : perforation typhique, vésicule biliaire, cholécystectomie, péritonite.

ABSTRACT

Typhoid ileal perforation is the 3rd largest causes of generalized peritonitis in Senegal. Typhoid perforation of the gallbladder is a rare entity even outstanding. We report the case of a 7 years old child, admitted at the surgical emergency for peritoneal irritation with a fever of long duration. After a short pre-operative resuscitation, surgical exploration revealed some generalized peritonitis with micro-perforated gallbladder. He received a cholecystectomy and peritoneal lavage associated with quinolone antibiotics and imidazole. Widal serodiagnosis was positive. Post-operative course was uneventful.

Keywords: typhoid perforation, gallbladder, cholecystectomy, peritonitis.

INTRODUCTION

Principal diagnostic différentiel du paludisme, la fièvre typhoïde pose un problème de santé publique au Sénégal. En milieu chirurgical, la péritonite aiguë généralisée par perforation iléale typhique vient actuellement en 3^{ème} position derrière la péritonite par perforation d'ulcère et la péritonite appendiculaire [1]. Parmi les complications de la fièvre typhoïde, les auteurs situent en bonne place les cholécystites aiguës alithiasiques typhiques "primitives", contemporaines de l'infection et parfois inauguraux, "secondaires" lorsqu'elles surviennent vers le troisième septénaire et enfin "post-typhiques" lorsqu'elles surviennent plusieurs années après l'épisode aigu. La littérature souligne la rareté de la péritonite biliaire par perforation de la vésicule au décours d'une fièvre typhoïde [2].

Nous rapportons le cas d'un enfant de 7 ans, de sexe masculin opéré pour un abdomen aigu fébrile, chez qui l'exploration a révélé une cholécystite typhique avec dissémination péritonéale.

OBSERVATION

L'enfant S.D., âgé de 7 ans, de sexe masculin, originaire du centre du Sénégal, était admis le 13-11-2010 aux Urgences Chirurgicales de l'Hôpital Régional de Kaolack pour un syndrome douloureux abdominal et un arrêt du transit. La symptomatologie évoluait depuis 17 jours dans un contexte de fièvre en plateau. Le patient avait reçu un traitement anti-palustre à base de dérivés d'artémisinine sans succès.

A l'admission, il présentait un mauvais état général, une fièvre à 38°C, un pouls à 120 battements/minute, une tension artérielle à 110/70mmHg et une fréquence respiratoire à 30 cycles/minute. L'examen physique retrouvait un syndrome d'irritation péritonéale.

La numération et formule sanguine montrait une anémie à 9,4g/dl, un taux de leucocytes à 4200 éléments/mm³.

La radiographie de l'Abdomen sans Préparation (ASP) montrait une grisaille diffuse de l'abdomen avec des niveaux hydro-aériques de type grêlique. Une échographie abdomino-pelvienne effectuée avant l'hospitalisation révélait un épanchement péritonéal hétérogène diffus d'origine appendicu-

laire probable.

L'exploration chirurgicale par laparotomie médiane xypho-pubienne, avait permis de retrouver un épanchement péritonéal purulent d'environ 100cc et une vésicule biliaire inflammatoire dont la paroi était parsemée de micro-perforations bouchées par de la fibrine (figure 1). L'iléon était sans particularités.

Le patient a bénéficié d'une cholécystectomie antérograde et d'une toilette péritonéale. Il n'y avait pas de lithiasse à l'ouverture de la pièce opératoire.



**Figure 1 : Micro-perforations vésiculaires
(Photo Dr I Kâ)**

Le traitement médical était à base de paracétamol (300mg toutes les 6 heures), de ciprofloxacine (100mg toutes les 12 heures) et de métronidazole (250mg toutes les 8 heures).

Le sérodiagnostic de Widal et Félix, demandé en post-opératoire, était revenu positif avec les taux suivants: TO=1/300 ; TH=1/500.

L'examen bactériologique du liquide péritonéal avait isolé *Escherichia coli* sensible aux quinolones. Les suites opératoires étaient simples et le patient était mis exéat au 10^{ème} jour post-opératoire.

DISCUSSION

Si le tableau clinique de péritonite par perforation iléale au cours d'une fièvre typhoïde est fréquem-

ment rencontré dans notre milieu, l'origine biliaire de la péritonite par perforation de la vésicule demeure très rare, sinon exceptionnelle [1,2]. Sa fréquence, varie de 0,5 à 2% selon Togola, et est estimée à 3% par Shukla [3,4]. L'atteinte vésiculaire s'observe au 3^{ème} septénaire comme c'est le cas chez notre patient [2, 3].

La vésicule est réputée être le gîte naturel du bacille d'EBERTH, ce qui peut expliquer la survenue de cholécystites aiguës "primitives" [2, 3, 5]. De plus, le facteur mécanique de stase associé au facteur inflammatoire peut provoquer ou en tout cas favoriser la perforation de la vésicule au cours de la cholécystite quelle qu'en soit l'origine [2,3].

En l'absence de l'isolement de la bactérie, des arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques sont en faveur du diagnostic :

la notion d'endémicité de la fièvre typhoïde en zone tropicale comme au Sénégal [5] ;

la clinique :

une fièvre au long cours associée à des céphalées,

des douleurs abdominales au 3^{ème} septénaire ;

un syndrome d'irritation péritonéale en faveur d'une complication digestive ;

des signes tels que la douleur et la défense à l'hypochondre droit ou du flanc droit peuvent orienter vers l'atteinte hépato-biliaire [3].

la paraclinique :

le sérodiagnostic de Widal et Félix est souvent positif, comme c'est le cas pour notre patient, mais d'interprétation difficile du fait de faux-positif et de faux-négatif. A ce titre, Parry évoque une controverse concernant le test de Widal quant à sa sensibilité, sa spécificité et ses valeurs prédictives en fonction des zones géographiques [5].

l'échographie réalisée chez notre patient confirme la péritonite mais évoque une origine appendiculaire. Des auteurs recommandent l'échographie comme examen de 1^{ère} intention pour le diagnos-

tic de présomption de la perforation vésiculaire. Mais le diagnostic de certitude n'est posé qu'en per-opératoire [6]. Dans nos conditions d'exercice, l'échographie abdominale n'est pas systématique. Devant une irritation péritonéale, on se limite, le plus souvent, à l'ASP qui peut montrer des signes de péritonite tels que la grisaille diffuse, les niveaux hydro-aériques ou le pneumopéritoine.

Le traitement a pour but d'éradiquer le foyer infectieux et de traiter la contamination péritonéale. Les moyens sont médicaux et chirurgicaux. Une réanimation médicale encadre le traitement chirurgical. Ce dernier consiste en une cholécystectomie associée à une toilette péritonéale abondante comme chez notre patient [2,3]. L'abord, traditionnellement par laparotomie médiane, est de plus en plus mini-invasif dans les centres disposant de matériel de chirurgie endoscopique. Certains auteurs préconisaient un traitement médical ou la cholécystostomie selon l'état général du patient [2,3].

L'antibiothérapie doit être adaptée aux résultats des prélèvements et de l'antibiogramme. A défaut, une association de ceftriaxone et de métronidazole au vu des souches multi résistantes de *Salmonella typhi* permettra une meilleure évolution [3, 5].

CONCLUSION

La perforation typhique de la vésicule biliaire est une entité rare posant souvent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

Une exploration de la vésicule biliaire au cours des péritonites par perforation iléale est fortement recommandée. La prévention des complications digestives passe par un diagnostic biologique précoce de la salmonellose et un traitement adapté.

REFERENCES

- 1 **Dieng M, Ndiaye A, Ka O, et al.** *Aspects étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées d'origine digestive: une série de 207 cas opérés en cinq ans.* Mali Med 2006;**21(4):47-50.**
 - 2 **Bikandou G, Barthes C, Massengo R.** *Une étiologie peu commune de Péritonite biliaire : la perforation de La vésicule au cours d'une fièvre typhoïde.* Méd Afr Noire 1996 ; **43 (3):182-5.**
 - 3 **Togola B, Coulibaly B, Traoré D, et al.** *Perforation typhoïde de la vésicule biliaire.* Méd Afr Noire 2010 ; **5709:413-418.**
 - 4 **Shukla VK, Kumar M, Khandelwal C, et al.** *Enteric perforation of the gallbladder.* Postgrad Med J 1983; **59:125-126**
 - 5 **Parry CM, Tinh Hien T, Dougan G, et al.** *Typhoid fever.* New Engl J Med 2002; **347:1770-1782.**
 - 6 **Sood B, Kalra N, Gupta S, et al.** *Role of the sonography in diagnosis of gallbladder perforation.* J Clin Ultrasound 2002; **30(5): 270–274.**
-

