

ARTICLE ORIGINAL
**ICTERE OBSTRUCTIF PAR LITHIASE CHOLEDOCIENNE :
 À PROPOS DE 94 CAS**

***OBSTRUCTIVE JAUNDICE BY CHOLEDOCHOLITHIASIS : DIAG-
 NOSTIC AND THERAPEUTIC MANAGEMENT ABOUT 94 CASES.***

**HAROUNA YD (1) *, HAMA Y(1), AMADOU S, IDE K(1), SALEY Z(1),ABDOU I(2),
 MADOUGOU M(2), MADOUGOU B(3), SEYDOU A (3), KARIM B(4)**

1. Service de chirurgie viscérale et thoracique HNN
2. Service d'anesthésie et de réanimation HNN
3. Service de médecine interne et de gastro enterologie HNN
4. Service d'imagerie médicale HNN

Auteur Correspondant et les tirés à part :

*Docteur HAROUNA Yacouba Djimba - Faculté des sciences de la santé
 Université ABDOU Moumouni - BP 10896 Niamey NIGER
 Tel 00227 96964960 Email : harounay2002@yahoo.fr*

Résumé :

Introduction : Plus de 10% des lithiases biliaires sont de localisation cholédocienne. Depuis l'avènement de la coeliochirurgie, la chirurgie conventionnelle par laparotomie est de moins en moins utilisée dans le traitement de la lithiase biliaire, et plusieurs autres moyens dont la CPRE permettent de faire face quelque soit le tableau. **Malades et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'analyse des dossiers des patients opérés pour obstruction des voies biliaires par calcul durant la période de Janvier 2004 à Décembre 2012 soit 9 ans. **Résultats :** Il s'agissait de 67 femmes et de 27 hommes d'un âge moyen de 42,6 ans avec des extrêmes de 11 et 65 ans. La durée moyenne d'évolution des signes avant le diagnostic était de 5 mois. Cliniquement le syndrome cholédocien était typique chez 75,5% des patients. Sur le plan biologique le taux de bilirubinémie était supérieur à deux et à quatre fois le taux normal chez respectivement 75% et 26,5% des malades. La lithiase du cholédoque a été diagnostiquée à l'échographie chez 79 malades, par scanner chez 7 malades et chez 8 malades le diagnostic a été opératoire. Par laparotomie tous les malades ont bénéficié d'une cholécystectomie avec extraction du ou des calculs par voie transcystique (n=16), par cholédocotomie suivie d'un drain transcystique (n=31) ou de drain de kehr (n=45) et chez 2 patients une anastomose cholédoco jéjunale sur anse en Y a été réalisée. Les suites ont été simples chez 89 malades, compliquées chez 31 malades dont 6 récidives du syndrome cholédocien (2 sténoses et 4 calculs résiduels) ayant nécessité une reprise. La mortalité a été de 5,3%. **Conclusion :** Comme la laparoscopie, le traitement de la LVBP par laparotomie donne d'excellents résultats à condition de peser les indications.

Mots clés : lithiase, cholédoque, diagnostique, laparotomie, complication

Summary

This review investigated the role played by traditional surgery exploration of the common bile duct in the management of choledocholithiasis. This retrospective study reviewed a database of laparotomy for choledocholithiasis during the period 2003 to 2012. In this period we treated 94 choledocholithiasis by classic laparotomy. There were 67 female and 27 male with a mean age of 42,6 years. Initial presentation including typical cholestatic syndrome in 71 patients. Diagnostic was done by sonogram in 79 patients, by scan in 7 patients and by laparotomy in 8 patients. Surgical act were cholecystectomy for all and lithiasis extraction by cystic canal (16), by choledocotomy and cystic drainage (31), choledocotomy with Kerh tub drainage (45) and in 2 patients we performed choledoco intestinal anastomosis. Issue were simple in 89 patients and mordidy were concern 31 patients and the rate mortally was 5,3%. If laparoscopy surgery change issue of choledocolithiasis, traditional surgery can continue in our country to be performed with rxcellent result.

Keys word : Choledocolithiasis, diagnosis, laparotomy, issue

INTRODUCTION

Les nouvelles habitudes alimentaires et certaines situations pathologiques spécifiques à nos pays favorisent la lithogénèse biliaire. La lithiase biliaire est devenue une pathologie fréquente dans notre pratique et la localisation de la lithiase dans la voie biliaire principale (LVBP) constitue une complication concernant plus de 10% des malades [1]. Les avancées technologiques de ces dernières années ont complètement changé la prise en charge de la lithiase biliaire avec d'excellents résultats et une mortalité quasi nulle [2]. Dans notre pays, la LVBP est encore traitée par laparotomie classique. Cette étude se propose de décrire les aspects épidémiologiques et diagnostiques de la lithiase du cholédoque et d'évaluer la prise en charge chirurgicale dans notre pays.

MALADES ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'analyse des dossiers des patients opérés pour obstruction des voies biliaires par calcul durant la période de Janvier 2004 à Décembre 2012 soit 9 ans. Sont inclus dans cette étude les patients dont le dossier comporte les données sociodémographiques, les signes cliniques et paracliniques d'obstruction cholédocienne, le compte rendu opératoire et un suivi postopératoire minimum de six mois

RESULTATS

Pendant cette période 161 malades avaient été opérés pour ictère obstructif. La lithiase était cause de l'obstruction du canal cholédoque chez 94 malades soit 58,38% de notre échantillon. Il s'agissait de 67 femmes et 27 hommes soit un sex-ratio de 2,48, d'un âge moyen de 42,6 ans avec des extrêmes de 11 et 65 ans. Le délai moyen d'évolution des symptômes était de 5 mois avec des extrêmes de 2 mois et 27 mois. Onze malades étaient drépanocytaires (soit 11,78% de l'échantillon), 6 diabétiques, 26 patients avaient une surcharge pondérale et 39 suivis pour hypercholestérolémie (41,4%). La douleur était le symptôme commun retrouvé chez tous les malades ; associée à la fièvre chez 38 malades, à l'ictère chez 90 malades. Le syndrome cholédocien typique a été retrouvé chez 71 malades soit 75,5%. Quatre patients n'avaient pas d'ictère, 81 patients

(86,1%) avaient des lésions de grattage. Biologiquement la choléstase était évidente chez tous les malades : le taux de bilirubine était supérieur au double de la normale chez plus de 75% des malades, jusqu'à 4 fois la valeur normale chez 25 malades (26,5%), une baisse du taux de prothrombine a été notée chez 15 malades. L'échographie a été le moyen diagnostique utilisé chez tous les malades, elle a permis le diagnostic pré opératoire dans 79 cas (84%). Elle a montré une dilatation des voies biliaires extra hépatiques et intra hépatiques avec présence de lithiases dans le cholédoque. Chez 7 malades, c'est le scanner abdominal qui a fait le diagnostic et chez 8 malades (8,5%) c'est l'intervention chirurgicale qui a redressé le diagnostic. Tous les malades ont été opérés par laparotomie classique : sous costale (73 cas) ou médiane (21cas). Le calcul était unique chez 27 malades, multiple chez les autres malades et enfin chez 2 patients, il s'agissait d'une boue biliaire compacte sans calcul identifiable. L'acte chirurgical a toujours consisté en une cholécystectomie avec extraction du ou des calculs par voie transcystique (n=16), par cholédocotomie suivie d'un drain transcystique (n=31) ou de drain de kehr (n=45), par cholédocotomie suivie d'une anastomose cholédoco jéjunale sur anse en Y (n=2).

Dans l'impossibilité d'obtenir une cholangiographie per opératoire pour vérifier la vacuité de la voie biliaire, nous avons utilisé le lavage sous pression avec 20 à 30 cc de sérum salé par un drain trans cystique ou trans cholédocien.

Une évaluation clinique et biologique était effectuée à J7, J15 et J30 et lors de tous les contrôles mensuels. L'ictère et ses signes d'accompagnement avaient diminué voire disparu chez 79,7% des patients (n=75), biologiquement le taux de bilirubine a baissé de moitié chez 90,4% des malades (n=85) lors du contrôle de J7.

La durée moyenne de l'hospitalisation a été de 17 jours. L'ablation du drain trans cystique ou de Kehr n'était autorisée qu'à trois semaines post opératoires, après vérification de la vacuité de la VBP par une cholangiographie réalisée par le même drain. Des complications avaient été observées chez 31 malades soit 32,9%, elles étaient à type de surinfection pariétale (n=25), de chute accidentelle du drain (n=3), de fuite biliaire (11 cas). Enfin 6 récidives du syndrome cholédocien

par sténose cicatricielle du cholédoque (n=2) et par lithiase résiduelle ou récidivée (n=4) avaient nécessité une reprise avec succès et ayant consisté en deux anastomoses cholédoco jéjunales et en une cholédocotomie itérative d'extraction. A 1 mois post opératoire, en dehors des cas de récurrence, l'ictère a totalement disparu et la bilirubinémie normalisée chez 81 patients soit 86% du total. Nous déplorons 5 décès soit 5,3% de l'échantillon tous par décompensation d'une tare médicale (diabète n=1, cirrhose biliaire 2 et crises vaso-occlusives chez des drépanocytaires homozygotes n=1) et 1 cas pancréatite aiguë.

DISCUSSION

La LVBP constitue avec les tumeurs du pancréas les principales étiologies des cholestases chirurgicales [3-4]. La lithiase biliaire est une affection réputée peu fréquente [3,5] en Afrique noire si on compare nos données à celles de la littérature européenne. Cependant ce n'est pas une pathologie exceptionnelle car une étude antérieure menée dans le service [1] avait déjà rapporté 136 cas de lithiase biliaire en 5 ans. L'incidence de l'affection dans la population nigérienne est certainement sous estimée car il ne s'agit que d'une série hospitalière. Au cours de cette étude, la localisation à la voie biliaire principale représentait 11% [1], largement au dessus des 2 à 5% observés en Côte d'Ivoire mais en deçà des taux des séries occidentales variant entre 15 et 28% selon Koffi et al.[5]. Selon ces auteurs la relative rareté des obstructions de la VBP dans nos hôpitaux s'explique par nos croyances et traditions qui mettent à tort et systématiquement tout ictère sur le compte des hépatites, maladies réputées non curables par la médecine moderne. Au Niger, ces traditions continuent à faire croire au malade qu'une injection IM ou IV chez tout ictérique entraîne la mort dans les 48 heures, aussi « l'ictérique » n'est souvent admis dans nos services qu'après avoir épuisé toutes les formules traditionnelles possibles dont certaines altèrent considérablement la fonction hépato rénale. La prédominance féminine a été la règle comme l'avaient rapporté toutes les études antérieures [1,5-9]. L'âge moyen de nos patients est relativement plus bas que celui rapporté par les auteurs européens, certains auteurs africains lient cet âge jeune de nos

malades à l'espérance de vie plus courte de nos populations [5], notion à laquelle s'ajoute la spécificité des étiologies de la lithiase biliaire dans notre pratique notamment la prévalence de la maladie drépanocytaire dans certaines de nos régions [10]. Plusieurs facteurs favorisant la lithogénèse semblent s'associer chez la patiente de notre pays : obésité, régime hypercalorique, hypercholestérolémie et autres pathologies tel que le diabète [2]. Le diagnostic de cholestase pose peu de problèmes car très souvent, à cause du long délai évolutif la classique triade de Villard et Perrin est observée chez au moins 50% des malades [5,11] mais la fréquence des formes atypiques est telle que Koffi et al [5] conseillent la recherche biologique et par imagerie d'une cholestase devant toute lithiase biliaire. Les modifications biologiques sont les anomalies les plus fidèles de la cholestase et l'étiologie calculeuse est très souvent confirmée par un examen essentiel et anodin, l'échographie dont la sensibilité dans les mains expertes varient entre 60 et 75% si les voies biliaires sont dilatées [2,5,12]. Au cours de notre étude, le diagnostic a été opératoire chez plus de 8% de nos malades alors que certains examens comme le cholangio scanner et la bili IRM permettent aujourd'hui le diagnostic de la LVBP avec une sensibilité de 90 à 95% [2,9,13]. Ces examens sont rarement disponibles dans nos pays émergents et très onéreux [5,10]. Dans les pays occidentaux, même en cas de diagnostic très difficile, d'autres examens comme l'écho endoscopie [2,14] et la cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique (CPRE), même s'ils sont jugés par certains comme examens invasifs, devraient permettre une exploration pré opératoire avec une sensibilité voisine de 100%. La CPRE trouve toutes ses indications en cas d'angiocholite aiguë, complication évolutive grave de la LVBP imposant une extraction en urgence des calculs dans plus de 90% des cas selon les auteurs [2,15]. Au cours de notre étude nous avons dû ré-intervenir chez 4 patients pour calcul résiduel, c'était là une indication de la sphinctérotomie endoscopique [16,17] et qui aurait permis une extraction des calculs soit à la pince soit par l'usage de ballon gonflable [18]. En cas de difficulté d'extraction des calculs actuellement il est possible de mettre en place un stent ou endoprothèse [18-20] pouvant servir de solution tempo-

raire, cette attitude nous aurait évitée la ré-intervention chez nos 2 patients ayant développé une sténose post opératoire de la voie biliaire. Même si aujourd'hui la laparoscopie a littéralement modifiée la prise en charge de la lithiase du cholédoque [9,21], dans nos pays la chirurgie conventionnelle garde toutes ses indications [5,10]. Les résultats sont certes moins performants comparés à ceux de la cœlioscopie mais cette dernière requiert un équipement spécial souvent peu adapté à nos climats et surtout une expérience certaine de l'opérateur [9,22]. La prise en charge de la lithiase choledocienne a fait l'unanimité autour de la cholécystectomie associée à une choledocotomie sur un cholédoque dilaté et peu inflammatoire [5, 22] Dans nos conditions de travail, le praticien doit s'armer de simples instruments comme « la pince à calcul » permettant d'extraire tous les calculs surtout situés sous la jonction cystico cholédocienne [22]. Si le contrôle per opératoire de la vacuité de la voie biliaire s'impose par cholangiographie ou par cholédocoscopie, comme l'avaient souligné Mehinto et al.[10], les moyens de ce contrôle ne sont souvent pas disponibles dans notre pratique. Aussi certains artifices tels que le lavage sous pression par un drain trans choledocien constituent un recours peu onéreux et très efficace [5,10]. Rarement un empierrement cholédocien

impose une anastomose bilio-digestive [2] comme nous l'avons pratiquée chez deux patients chez qui il était impossible d'extraire les calculs comme l'avaient déjà rapporté Rachid et al.[1] dans le même service en 2007.

Les suites opératoires de la chirurgie de la LVBP sont en général simples mais dépendent beaucoup plus du tableau clinique, de l'existence ou non de signe de complications, du degré de l'urgence mais surtout des tares associées. La mortalité dans notre pratique a été de 5% proche des taux rapportés par Sani et al.[1] dans le même service en 2007 et Mehinto et al. [10] au Benin en 2006 mais très au dessus des 0,6% de Erlinger et al. [2] en France.

CONCLUSION

Les avancées technologiques actuelles ont radicalement transformé le pronostic de la LVBP quelque soit le tableau clinique. Aujourd'hui la CPRE et différentes autres techniques permettent de lever l'obstacle en urgence et d'extraire les lithiases par cœlioscopie avec une morbi-mortalité quasi nulle. La chirurgie de la LVBP par laparotomie verra certainement ses indications réduites dans les années à venir.

REFERENCES

- 1 **Sani R, Illo A, Boukari BM, Harouna Y, Ben Issa O, Bazira L** : Evaluation du traitement chirurgical de la lithiase biliaire à l'hôpital national de Niamey : revue de 136 observations Méd Afr Noire, 2007 ; 54(2) :103-9
- 2 **Erlinger S** : La lithiase biliaire Gastro enterol 2002, 26(11) : 1018-25
- 3 **Okoth FA, Ogutu EO, Lule GN, Wambugu MN.** : Some aspects of obstructive jaundice at Kenyatta National Hospital. East Afr Med J.1989; 66(9) : 594-7.
- 4 **Bekele Z, Yifru A.** : Obstructive jaundice in adult Ethiopians in a referral hospital. Ethiop Med J. 2000, 38(4):267-75.
- 5 **Koffi E, Yenon K, Ehua S, Coulibaly A, Kouassi JC, Kanga M** : la lithiase de la voie biliaire principale en milieu ivoirien Med Afr Noire 1999 ;46 (2):14-8
- 6 **Amer OT, Abd El-Rahma HA, Sherief LM, Hussein HF et al** :Role of some viral infections in neonatal cholestasis. Egypt J Immunol.2004, 11(2):149-55
- 7 **Lawal D, Oluwole S, Makanjuola D, Adekunle M.** : Diagnosis, management and prognosis of obstructive jaundice in Ile-Ife, Nigeria. West Afr J Med. 1998;17(4) :255-60
- 8 **Nko'o Amvene S., Juimo AG, Malonga EE** : Ictères obstructifs à Yaoundé : exploration radiologique. Médecine d'Afrique Noire, 1990;37(12) :783-6
- 9 **Muscari F, Delebecq T, Foppa B, Suc B** : Prise en charge de la lithiase de la voie biliaire principale. Éd Françaises de Radiologie, 2006;143(3):148-54
- 10 **Mehinto DK, Adegnika AB, Padonou N** : Lithiase biliaire en chirurgie viscérale au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU - HKM) de Cotonou.Méd Afr Noire 2006,53(9):496-500
- 11 **Barish MA, Yucel EK, Ferrucci JT.** Magnetic resonance cholangiopancreatography. N Engl J Med 1999;341:258-64
- 12 **Palazzo L. Lithiase de la voie biliaire principale** : écho-endoscopie. Gastroenterol Clin Biol 1998;22: 7-16.
- 13 **Zippi M, De Felici I, Pica R, Occhigrossi G, Traversa G.** : Comparison of endoscopic retrograde cholangiopancreatography between elderly and younger patients for common bile duct stones. Clin Ter 2013;164(5):353-8
- 14 **Sautereau D.** Traitement endoscopique de la lithiase de la voie biliaire principale. Gastroenterol Clin Biol 1998;22:17-22.
- 15 **Soetikno RM, Montes H, Carr-Locke DL.** Endoscopic management of choledocholithiasis. J Clin Gastroenterol 1998;27:296-305.
- 16 **Sjer AE, Boland DM, van Rijn PJ, Mohamad S.** : A decade of washing out common bile duct stones with papillary balloon dilatation as a one-stage procedure during laparoscopic cholecystectomy.Surg Endosc.2010;24(9):2226-30.
- 16 **Di Giorgio P, Manes G, Grimaldi E, Schettino M, D'Alessandro A, Di Giorgio A, Giannattasio F.**: Endoscopic plastic stenting for bile duct stones: stent changing on demand or every 3 months. A prospective comparison study. Endoscopy 2013 ;45(12):1014-7 .
- 17 **Hong WD, Zhu QH, Huang QK.**: Endoscopic sphincterotomy plus endoprostheses in the **treatment** of large or multiple common bile duct stones. Dig Endosc. 2011;23(3):240-3
- 18 **Tai CK, Tang CN, Ha JP, Chau CH, Siu WT, Li MK.**: Laparoscopic exploration of common bile duct in difficult choledocholithiasis. Surg Endosc. 2004;18(6):910-4.
- 19 **Gayral F, Millat B.** Lithiase de la voie biliaire principale. Rapport au 101e Congrès de Chirurgie. Paris : Arnette,1999,184p