

## CAS CLINIQUE UNE FISTULE BILIAIRE EXTERNE CHEZ L'ENFANT

NGOWE NGOWE M<sup>2</sup>, MOUAFO TAMBO F<sup>1</sup>, BALEP M<sup>1</sup>, BOUBAKARI S<sup>1</sup>, ZE  
MINKANDE J<sup>2</sup>, ANDZE G<sup>2</sup>, SOSSO AM<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Département de Chirurgie, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB),  
Université de Yaounde I- Cameroun.

<sup>2</sup> Professeur Agrégé, FMSB.

<sup>3</sup>Professeur Titulaire de Chirurgie, Chef du Département de Chirurgie, FMSB.

Service de Chirurgie Pédiatrique - Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

**Auteur Correspondant :** *Dr Marcelin Ngowe Ngowe*

*Courriel : nkouki2002@yahoo.fr*

*Tel : 00 237 99 93 09 72 / 00 237 77 21 68 58*

*BP: 7951 Yaoundé – Cameroun*

### Résumé

Les auteurs rapportent le cas d'une fistule biliaire externe chez un enfant de sexe masculin âgé de quatre ans. Il s'était agi d'une cholécystectomie pratiquée lors d'une laparotomie pour péritonite aiguë généralisée consécutive à une cholécystite aiguë alithiasique perforée. La fistule biliaire externe avait été objectivée par une fistulographie. Le traitement conservateur avait été mené avec succès, amenant le tarissement de la fistule au bout du 2eme mois d'hospitalisation.

**Mots clé :** *fistule biliaire externe – fistulographie – traitement conservateur.*

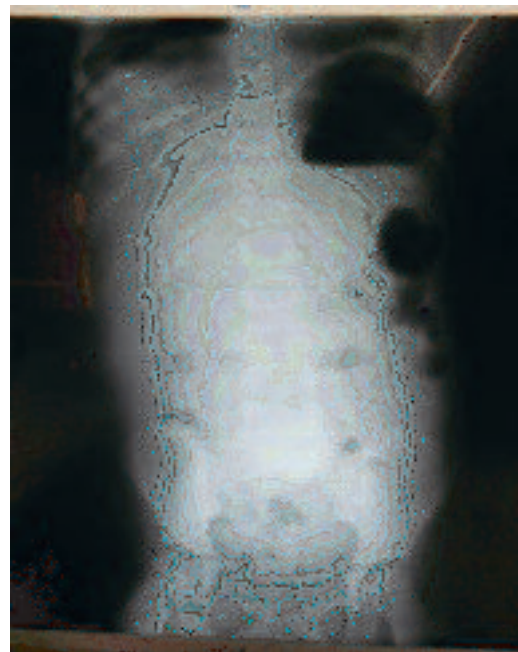
## INTRODUCTION

Les fistules biliaires sont relativement rares chez l'enfant. En Afrique, elles sont souvent consécutives à la chirurgie du kyste hydatique [1,2]. Sous d'autres cieux, elles peuvent compliquer une cholécystectomie suite à une plaie sur les voies biliaires [3]. Dans le service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, nous rapportons en cinq ans, l'unique cas d'une fistule biliaire externe chez un enfant de sexe masculin âgé de 4 ans.

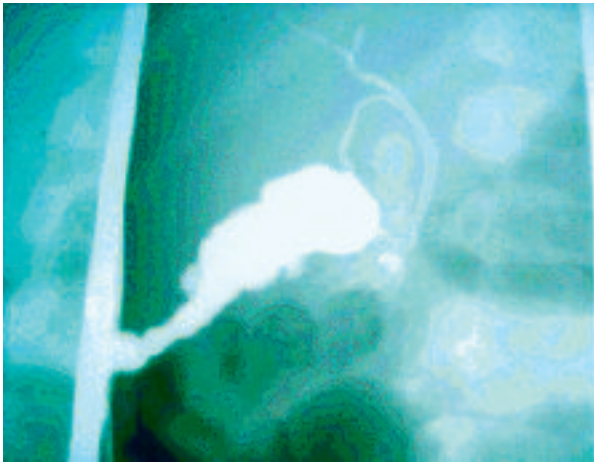
## OBSERVATION

L'enfant A. H, 4 ans, écolier, venait consulter en Août 2009 aux urgences pour fièvre, vomissements et douleurs abdominales le tout évoluant depuis sept jours. L'examen clinique retrouvait un syndrome d'irritation péritonéale. Le bilan biologique montrait une hyperleucocytose à 28500 éléments/mm<sup>3</sup>, une anémie microcytaire hypochrome, une hyponatrémie avec normokaliémie. Le coagulogramme, la glycémie, les tests de la fonction rénale, la sérologie HIV étaient tous normaux. La radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) montrait une grisaille diffuse, l'absence d'aération rectale (fig 1). Après une courte réanimation au cours de laquelle le patient avait reçu 500 cc de culot globulaire en deux prises, une laparotomie exploratrice était réalisée sur la base d'une suspicion de péritonite aiguë généralisée. Le patient était opéré sous anesthésie générale avec intubation oro trachéale. La voie d'abord était une incision transversale, suivant le pli cutané sous ombilical, enjambant la ligne médiane. Les découvertes étaient un liquide péritonéal bilieux et purulent, une vésicule biliaire phlegmoneuse et perforée. Il était procédé à l'aspiration du liquide péritonéal à la seringue pour examen bactériologique. Une adhésiolyse manuelle du hile hépatique s'avérait dangereuse compte tenu des adhérences serrées du trépied hépatique. Une cholécystectomie antérograde et sous séreuse était pratiquée. La cavité abdominale était refermée après une toilette péritonéale de quatre litres de sérum salé avec un drainage sous hépatique à la lame de Delbet. Le patient était mis sous ceftriaxone : 50 mg/kg/jour, nétromycine : 3 mg/kg/jour, métronidazole : 30 mg/kg/ jour et

paracétamol 60 mg/kg/jour. La bactériologie avait montré *Escherichia Sp*, sensible à la ceftriaxone. Le drain de Delbet était ôté au cinquième jour post opératoire. Les suites opératoires étaient marquées par la persistance de l'écoulement de bile à travers l'orifice du drainage au delà du 10<sup>e</sup> jour post-opératoire ; la cicatrisation de la plaie opératoire était obtenue dès le 12<sup>e</sup> jour post-opératoire, une légère altération de l'état général était notée au 15<sup>e</sup> jour post-opératoire. Face à la persistance d'un écoulement bilieux d'environ 300 cc / 24 heures, une fistulographie était réalisée (figure 2). Celle ci confirmait la fistule biliaire externe. Cette fistule avait été prise en charge par des mesures de réanimation, à savoir la réhydratation hydro électrolytique, l'antibiothérapie à base de ceftriaxone : 50 mg/ Kg / jour avec un relais de céfuroxime, de métronidazole : 30 mg/kg/jour, la totamine par voie parentérale pendant 18 jours et renutril pendant 03 semaines. Nous avons constaté une réduction du débit fistulaire dès le 22<sup>e</sup> jour post-opératoire et un arrêt de l'écoulement fistulaire 46<sup>e</sup> jour post-opératoire. La cicatrisation complète de l'orifice de drainage était obtenue au 54<sup>e</sup> jour post-opératoire et la sortie de l'hôpital au 59<sup>e</sup> jour post-opératoire.



**Figure 1 : ASP montrant une grisaille péritonéale.**



**Figure 2 : Fistulographie montrant l'opacification des vois biliaires extra et intrahepatiques.**

## DISCUSSION

Dans notre observation, l'enfant était opéré en urgence pour péritonite aiguë généralisée par perforation de la vésicule biliaire secondaire à une cholécystite aiguë non lithiasique. Nous avons pratiqué une cholécystectomie difficile et laborieuse. La persistance d'un écoulement biliaire au dixième jour post opératoire et la pratique d'une fistulographie par l'orifice de drainage nous faisait poser le diagnostic de fistule biliaire externe. Ceci était conforme à la description des fistules biliaires faite par Gillet et al [4] : il distinguait les fistules biliaires externes comme dans notre cas et

les fistules biliaires internes. Les fistules biliaires externes sont causées par une plaie sur les voies biliaires lors de la chirurgie du kyste hydatique, après cholécystectomie comme dans notre cas ou lors des contusions abdominales. La prise en charge des fistules biliaires externes peut se faire en utilisant la chirurgie, les méthodes endoscopiques ou le traitement conservateur. La chirurgie comprend entre autre les anastomoses bilio fistuleuses [5], bilio digestives [6]. Les méthodes endoscopiques réalisent la Cholangio Pancreatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) et la mise en place de stents [7]. Les méthodes conservatrices comprennent notamment la réanimation intensive, le régime hyperprotéino calorique, l'antibiothérapie. Nous avons opté pour le traitement conservateur, lequel était décrit avant nous par Singh et al [8]. Ce traitement nous avait permis d'obtenir le tarissement de la fistule biliaire au 2ème mois post opératoire, preuve de son efficacité.

## CONCLUSION

Notre observation montrait l'efficacité du traitement conservateur et non chirurgical dans la prise en charge d'une fistule biliaire externe chez l'enfant. C'est un traitement de recours non négligeable en milieu africain.

## REFERENCES

1. **Sakhri J, Sabri Y, Golli L.** Les fistules biliaires externes intarissables après chirurgie de l'hydatidose hépatique. Bull Soc Pathol Exot 2000;93-5 :311-3.
2. **Medarhri J, El Ounani M, Echarrab M, Louchi A, Alami F, Amraoui M, Errogani A, Chkof R, Balafrej S.** Les kystes hydatiques du foie rompus dans les voies biliaires. A propos de 88 cas. Expérience des urgences chirurgicales viscérales – Rabat. Médecine du Maghreb 2001 ; 86 :45-8.
3. **Dadoukis J, Prousalidis J, Botsios D, Tzartinoglou E, Apostolidis S, Papadopoulos V, Aletras H .** External Biliary Fistula. HPB Surg 1998; 10(6): 375–377.
4. **Le Guillouziec Y, Manton G, Gillet M.** **Fistules biliaires.** Encycl Med Chir 1993 ; Hépatologie [7-058-A-10].
5. **Michel P, Passicos J, Pagliano G.** Fistule biliaire externe après hépatectomie sectorielle latérale droite pour traumatisme du foie. Guérison par anastomose cholécysto-fistuleuse . Ann chir 1992 ; 46(10) : 955-971.
6. **Sharma AK.** External biliary fistula. Trop Gastroenterol 2001 ; 22(3):163-8.
7. **Meshikhes AW, AbulRahi A, Al-momen SA, Al-Safran Z, Al-Daolah QH.** An unusual bile collection after postcholecystectomy bile leakage. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2007; 17(2):138-40.
8. **Singh V, Kacker LK, Sikora SS, Saxena R, Kapoor VK, Kaushik SP.** Post-cholecystectomy external biliary fistula. Aust N Z J Surg 1997; 67(4):168-72.