

# CHOLANGITE SCLÉROSANTE CAUSTIQUE A PROPOS D'UN CAS

M. FAÏK, M. OUDANANE, A. HALHAL, K. HOUSNI, M. AHALAT, S. BAROUDI, A. TOUNSI \*.

## RÉSUMÉ

Les auteurs rapportent une observation de cholangite sclérosante secondaire à l'injection de l'eau oxygénée dans un kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires, et rappellent que malgré la rareté de l'affection elle ne doit pas être méconnue. Sa gravité nous incite à être très prudent lors de l'utilisation de l'eau oxygénée comme scolicide, et de traiter tout kyste hydatique du foie avant le stade de complication. Le traitement médical ou chirurgical est simplement palliatif, n'empêche pas l'évolution ultérieure vers une cirrhose biliaire secondaire, et le risque d'une greffe d'un cholangiocarcinome. La transplantation hépatique reste le dernier recours dans les formes évoluées, mais ses résultats sont encore décevants.

## INTRODUCTION

La cholangite sclérosante secondaire à l'injection de l'eau oxygénée (H<sub>2</sub> O<sub>2</sub>) dans un kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires est rare mais grave, ne doit pas être méconnue. Elle pose des problèmes tant diagnostic que de conduite à tenir. Nous rapportons une observation.

## OBSERVATION

H., 36 ans, sans antécédents médicaux ni chirurgicaux notables, opéré il y a 4 mois pour kyste hydatique du foie selon la technique habituelle de résection du dôme saillant, avec injection comme scolicide de l'eau oxygénée dans le kyste pendant quelques minutes. La ponction-aspiration du kyste ramène un liquide jaune-verdâtre témoignant de la présence de fistules bilio-kystiques. Après lavage de la cavité résiduelle et aveuglement des fistules biliaires, captonnage et mise en place d'un drainage de la cavité résiduelle. Enfin fermeture de la paroi plan par plan. Les suites

postopératoires immédiates ont été marquées par l'apparition d'un ictère rétionnel, des coliques hépatiques. La bilirubine totale 10 fois la normale, bilirubine directe 64 mg/L, les phosphatases alcalines leucocytaires 3 fois la normale, les transaminases sériques 2 fois la normale. Le malade a été opéré à 4 reprises, aucun diagnostic n'a pu être avancé. Le malade fut adressé dans notre formation où une échographie hépatique a montré une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques, une voie biliaire principale non dilatée.

La cholangiographie rétrograde par voie endoscopique a montré un rétrécissement iatrogène du bas cholédoque et du canal hépatique commun faisant évoquer le diagnostic d'une cholangite sclérosante.

## COMMENTAIRE

La stérilisation du contenu du kyste hydatique du foie par injection d'un scolicide dans le kyste fait partie de l'arsenal thérapeutique pour protéger contre la dissémination hydatique dans le péritoine, et d'éviter par conséquent l'hydatidose péritonéale, ainsi que le risque de récurrence hydatique.

Depuis longtemps, la cholangite sclérosante secondaire à l'injection de formol ou de sérum salé hypertonique dans un kyste hydatique communiquant avec les voies biliaires est connue, ce qui a limité l'emploi de ces deux produits et leur remplacement par l'eau oxygénée, celui-ci est réputé être moins dangereux.

En effet, le risque de survenue d'une cholangite sclérosante après utilisation de l'eau oxygénée est rare par rapport au nombre de kyste hydatique du foie traité, mais réelle, ce qui incite à être très prudent lors de l'utilisation de ce produit.

Certains facteurs peuvent être incriminés dans la survenue de cette affection :

- La présence de fistules bilio-kystiques et leurs diamètres. Le 1/3 environ des kystes hydatiques du foie peuvent

\* Chef de service de chirurgie «C». Hôpital Avicenne CHU. Ibn-Sina de Rabat.

comporter des fistules d'autant plus importantes que le kyste est ancien. Cette fistule peut être reconnue soit au moment de la ponction du kyste ou après l'intervention uniquement sur la nature bilieuse du liquide du drainage de la cavité résiduelle.

- La concentration de l'eau oxygénée ne doit pas dépasser 8 à 10 volumes, au delà son effet caustique devient important.
- La quantité d'eau oxygénée injectée dans le kyste hydatique doit être entre 5 à 10 cc.
- La durée de la stérilisation du kyste doit être limitée à 10 minutes maximum.
- Enfin, reste la sensibilité et la réaction de chaque organisme vis-à-vis de ce produit qui est l'eau oxygénée une fois au contact des tissus.

Sur le plan biologique, la cholangite sclérosante se manifeste par un syndrome de choléstase avec augmentation des phosphatases alcalines leucocytaires, des transaminases, et de la bilirubine.

L'échographie hépatique et la tomодensitométrie peuvent montrer des dilatations des voies biliaires évocatrices de la cholangite sclérosante. L'opacification directe des voies biliaires par ponction trans-hépatique ou mieux par la cholangiographie rétrograde endoscopique apporte le diagnostic définitif par l'aspect dilaté ou nodulaire des voies biliaires. Une classification des stades de gravité croissante est schématisée par LI-YENG (5) - Fig. 1.

Le traitement médical est symptomatique se résume à une antibiothérapie dans les formes avec angiocholite et l'ad-

ministration parentérale de la vitamine «K». Les corticoïdes peuvent avoir un effet bénéfique avec rétrocession des phénomènes inflammatoires.

Le traitement chirurgical est palliatif, il consiste à des drainages biliaires externes ou internes. Ces techniques sont difficiles en l'absence des dilatations des voies biliaires. La cholécystostomie, lorsque l'état de la vésicule le permet, est une solution facile qui rendra possible l'injection locale de cortisone. La tendance générale de drainer la voie biliaire principale par le drain de Kehr est la plus souvent pratiquée.

CAMERON (2) a proposé la résection de la voie biliaire extra-hépatique jusqu'à la convergence biliaire intra-hépatique où le retrécissement est prédominant ; les voies biliaires intra-hépatiques sont ensuite dilatées. Enfin anastomose bilio-digestive avec une anse en Y selon Roux. L'évolution ultérieure de la maladie se fait inexorablement vers la cirrhose biliaire secondaire, et le risque de greffe d'un cholangio-carcinome. L'éventualité d'une transplantation hépatique peut être la seule solution thérapeutique à proposer.

## CONCLUSION

Les cholangites sclérosantes secondaires à l'injection de l'eau oxygénée dans un kyste hydatique communiquant avec les voies biliaires sont graves, heureusement rares. D'où l'intérêt de traiter précocement les kystes hydatiques du foie avant leur stade de complication et de fistule, ainsi que de manipuler l'eau oxygénée avec prudence.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - D. AZRIA, et Coll.  
Cholangite sclérosante, intérêt du drainage biliaire externe par voie percutanée trans-hépatique. A propos d'un cas.  
J. Radiol. Electrol, 1982, 63, n°5 : p 359 - 362.
- 2 - J.L. CAMERON, B.W. GAYLER.  
Sclerosing cholangitis : biliary reconstruction with silastic trans-hepatic stents.  
Surgery, 1983, 94 : 324 - 330.
- 3 - M.F. DEFLANDRE, Y. MENU.  
La cholangite sclérosante. Apport de l'imagerie.  
Feuillet de Radiologie, 1988, 28, n°5 : p 335 - 348.
- 4 - D. LESOUPLE.

- Cholangite sclérosante primitive.  
Méd. Chir. Dig. 1990, 19 : 475 - 478.
- 5 - C. LI-YENG, H.I. GODBERG.  
Sclerosing cholangitis : broad spectrum of radiographic features.  
Gastro-intest. Radiol. 1984, 9 : 39 - 47.
- 6 - J.P. MIGUET, D. VETTER.  
Cholangite sclérosante.  
E.M.C. du foie - pancréas, 7015 A70, 1991 : 7p.
- 7 - J.A. SUMMERFIELD.  
A primary sclerosing cholangitis.  
G.I. report 1987, 2, 7 : p 1 - 8.