

Photo n°3



Photo n°6

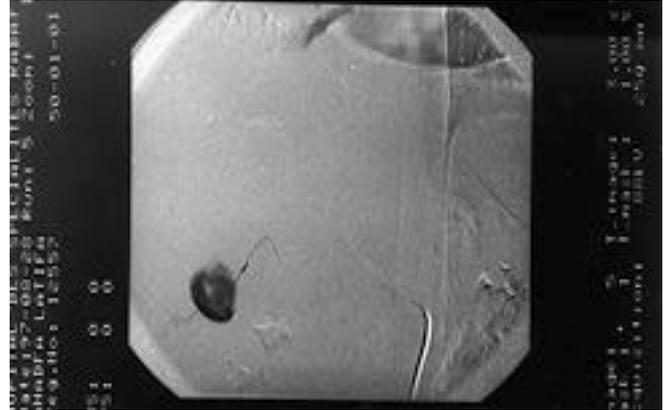


Photo n°4

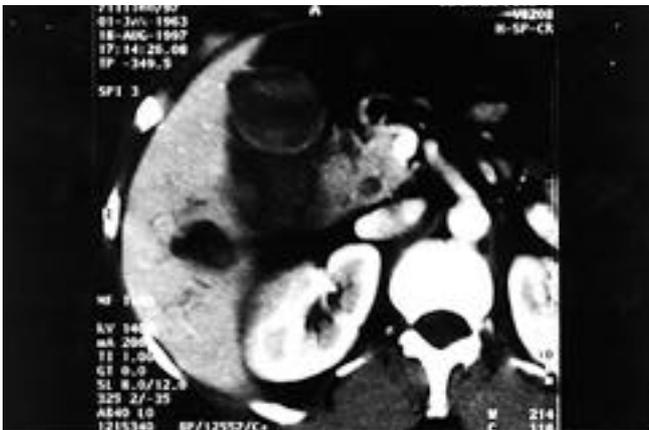
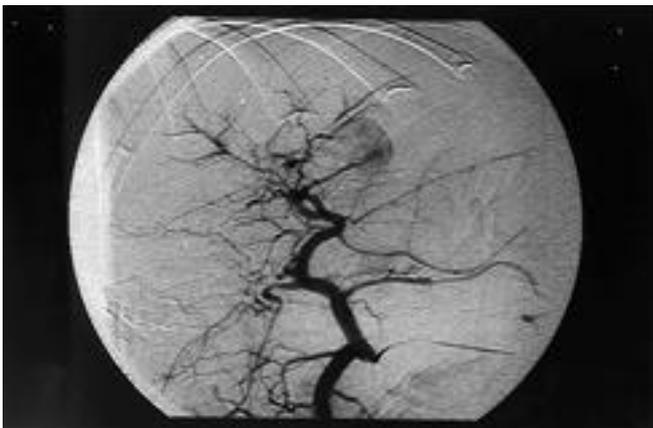


Photo n°7



L'artériographie du tronc cœliaque montre l'existence d'une extravasation du produit de contraste au sein d'une poche à partir d'une branche de l'artère hépatique (segment VI, VII) (Photo 5) après cathétérisme sélectif de cette branche (Photo 6), mise en place de 2 spires métalliques, le contrôle final (Photo 7) montre l'exclusion de la branche atteinte et du faux anévrisme.

Photo n°5



Les suites étaient favorables et un contrôle du bilan hépatique était toujours normal, au cinquième jour, la patiente quitte, le service en bon état.

DISCUSSION

La fréquence des hémobilies post-traumatiques semble croître avec celle des traumatismes abdominaux par accident de la voie publique, cette lésion surviendrait chez 2 % des polytraumatisés avec plaie hépatique (3). La lésion essentielle est une communication vasculo-biliaire intra-hépatique, plus souvent artérielle que portale. L'hémobilie peut être iatrogène après exploration diagnostique ou interventionnelle et dans 10 % des cas (3) elle est secondaire à une anomalie vasculaire qui est le plus souvent un anévrisme de l'artère hépatique dont l'étiologie est dominée par la maladie athéromateuse (4).

La symptomatologie classique de l'hémobilie majeure regroupe trois signes (triade de SANDBLOOM) qui associent (5) des coliques biliaires dans 70 % des cas, un ictère dans 60 % des cas et une hémorragie digestive extériorisée

sous la forme d'une hématomérose (60 %) ou d'un méléna (90 %). Ces trois signes sont présents simultanément dans environ 30 % des cas. La relation de cause à effet entre le traumatisme initial et les symptômes est loin d'être toujours évidente, en effet l'intervalle libre peut être de plusieurs mois. Biologiquement, il existe des signes précoces de souffrance hépato-cellulaire (élévation des gamma-glutamyl transférases, des phosphatases alcalines, des transaminases et de la bilirubine directe). La fibroscopie gastro-duodénale est d'un grand apport diagnostique lorsqu'elle visualise le sang provenant de l'ampoule de Vater (6). L'angiographie tient une place de choix, tant pour le diagnostic positif que topographique, en raison des variations anatomiques, les deux axes artériels, cœliaque et mésentérique

doivent être explorés. Elle présente un atout, particulièrement dans les lésions centro-hépatiques, qui passent parfois inaperçues à la laparotomie. L'image classique d'un passage de contraste dans les voies biliaires est rare, un pseudo-anévrisme est fréquemment objectivé. Diagnostiquée au départ, elle peut se compléter d'un versant thérapeutique (7, 8). La cholangiographie trans-papillaire peut visualiser des images pseudo-lithiasiques (caillots sanguins) dans la voie biliaire principale, complétée par une sphinctérotomie, elle autorise l'évacuation des caillots et la lyse ultérieure des caillots résiduels par le pouvoir fibrino-lytique de la bile (9). La tomographie et l'échographie ont supplanté la scintigraphie, elles objectivent un hématome, une fistule artério-biliaire ou hémocholécystite.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - F. GLISSON
Anatomia hepatis.
Amsterdam, 1954.
- 2 - P. SANDBLOOM
Haemorrhage into the biliary tract following « traumatic hemobelia ». *Surgery*, 1948, 24, 471-586.
- 3 - A. CZERNIAK., J.N. THOMSON., A.P. HEMINGWAY, I.S. SOREIDE, BENJAMIN, D.J. ALLISON, L.H. BLUMGART.
Hemobilia. A disease in evolution.
Arch. Surg. 1988, 123, 718-721.
- 4 - A.B. VAN.VUGT, R. VAN.DER. J, J.E. SIER
Hepatic artery aneurysm. Presentation of a case of hemobilia and review of the literature.
Vasa, 1983, 4, 183-189.
- 5 - E. HAMOIR., J.O. DEFRAINE., L. BRUYNINX., M. MEVRISSE, PHONORE., N. JAQUET, Hémobilie majeure. *Revue de la littérature, à propos de deux cas.*
J. chir. 1991, 128, n°5, 226-230.
- 6 - P. AR, A. M.P. SHARM, N.K. SINGLI, B.M.L. KAPUR
Diagnosis of hemobilia by duodenoscopy.
Br. J. Surg. 1983, 70, 186.
- 7 - C.J. KELLEY, A.P. HEMINGWAY, G.A. Mc PHERSON, D.G. ALLISON, L.H. BLUMGART
Non-Surgical management of post-cholecystomy hemobilia.
Br. J. Surg., 1983, 70, 502-504.
- 8 - S. TODO, KKISHKHAWA T, Toyoda K, S. TAMURA, J. YOSHIDA, A. KOGA, K. KONOMI
Management of massive hemobilia with angiographic embolization.
J.P.N surg. 1983, 13, 348-353.
- 9 - A.R. JENSEN, R. MATZEN
Hemobilia with jaundice : treatment by endoscopic papillotomy.
Am. J. Gastro. Enterol., 1982, 77, 162.
- 10 - E.C. MANGIANTE, E. PRITCHARD, T.C. FABIAN
Traumatic hemobilia : aetiology, diagnosis and management (clinical conference).
J. Tenu. Med. ASOC, 1988, 81, 575-577.
- 11 - B. NORDLINGER, C. TOHME, C.L. HUGUEE, L. HANNOUN, P. FRILEUX, R. PARC
Les ré-interventions dans les traumatismes graves du foie. 30 cas.
Ann. chir. 44, 739, 745.
- 12 - PH. SEGOL, S. AVRAY, KAOUAD, C. HULET, A. DUP YRAT, MAUREL J, LAUNOY, GIGNOUX M.
Les contusions hépatiques graves. Une série de 38 cas - Résumé des 7e journées de la société française de chirurgie digestive, Montpellier.
Ann. Chir. 1992, 46.
- 13 - J. MAUREL, K. AOUD, B. MARTEL, P. SEGOL, M. GIGNOUX
Hémobilie post-traumatique. Quel traitement ? A propos d'un cas.
Ann. Chir. 1994, 48, N°6, 572-575.