

## LES PÉRITONITES BILIAIRES : ASPECTS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

### *Biliary peritonitis: diagnostic and therapeutic aspects.*

Bélemlilga Gueswendé Larba Hermann<sup>1</sup>, Ouédraogo Souleymane<sup>2</sup>, Yabré Nassirou<sup>1</sup>, Kéita Namori<sup>1</sup>, Tiendrébéogo Lazare<sup>3</sup>, Zaré Cyprien<sup>1</sup>, Zida Maurice<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Centre Hospitalier Universitaire SourôSanou, Bobo Dioulasso, Burkina Faso ; <sup>2</sup> Centre Hospitalier Universitaire de Ouahigouya, Burkina Faso ; <sup>3</sup>Centre hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

### RÉSUMÉ

**Buts :** Le but était de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des péritonites biliaires. **Patients et méthodes :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective sur une période de 10 ans incluant les patients opérés pour péritonite biliaire. **Résultats :** Nous avons colligé 10 cas de péritonite biliaire d'un âge moyen de 38 ans avec un sex-ratio de 2,3. Deux patients présentaient une contusion abdominale par suite d'un accident de la circulation routière. Une douleur abdominale maximale à l'hypochondre droit était présente chez trois patients, des signes d'irritation péritonéale chez tous les patients, un sérodiagnostic de Widal et Félix positif chez huit patients. À la laparotomie médiane la vésicule biliaire était perforée chez trois patients, gangrénée chez cinq, phlegmoneuse chez un, scléro-atrophique chez un. La cholécystectomie a été réalisée chez tous les patients. La péritonite biliaire était d'origine traumatique chez deux patients, et typhique chez huit. En post opératoire on notait quatre cas de sepsis, et trois cas de suppuration pariétale. Trois patients sont décédés. **Conclusion :** les péritonites biliaires découvertes lors de laparotomies pour péritonite, étaient secondaires à des cholécystites typhiques, et avaient une forte morbi-mortalité. **Mots clés :** péritonite, diagnostic, thérapeutique, Burkina Faso

### ABSTRACT

**Aims:** The aim was to describe the diagnostic and therapeutic aspects of biliary peritonitis. **PATIENTS AND METHODS:** This was a descriptive cross-sectional study with retrospective collection over a period of 10 years including patients operated on for biliary peritonitis. **Results:** We collected 10 cases of biliary peritonitis with an average age of 38 years with a sex ratio of 2.3. Two patients presented with an abdominal contusion following a road traffic accident. Maximum abdominal pain in the right hypochondrium was present in three patients, signs of peritoneal irritation in all patients, positive Widal and Felix serodiagnosis in eight patients. At midline laparotomy, the gallbladder was perforated in three patients, gangrenous in five, phlegmonous in one, sclero-atrophic in one. Cholecystectomy was performed in all patients. Biliary peritonitis was of traumatic origin in two patients, and typhoid in eight. Postoperatively, there were four cases of sepsis and three cases of parietal suppuration. Three patients died. **Conclusion:** Biliary peritonitis discovered during laparotomies for peritonitis, was secondary to typhoid cholecystitis, and had a high morbidity and mortality. **Keywords:** peritonitis, diagnosis, therapeutic, Burkina Faso.

### INTRODUCTION

La péritonite biliaire peut être définie par l'existence d'un épanchement de bile dans la grande cavité péritonéale provenant des conduits biliaires extra ou intra-hépatiques et s'accompagnant d'une réaction péritonéale aiguë imposant un geste chirurgical urgent[1]. Les fuites biliaires sont de mécanisme et de siège variable. Elles sont une cause rare de péritonite aiguë. Grati trouvait que les péritonites biliaires représentaient 1,65% des interventions sur les voies biliaires[1]. Il s'agit d'une urgence chirurgicale redoutable car sa découverte est le plus souvent une surprise opératoire et son évolution est grevée d'une mortalité élevée supérieure à 25% dans certaines études[1,2]. La présente étude avait pour but de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques des péritonites biliaires.

### PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective sur une période de 10 ans allant du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 30 Avril 2021. Les patients opérés dans le service de

chirurgie générale et digestive du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina Faso pour péritonite biliaire ont été inclus. Le diagnostic de péritonite biliaire reposait sur la présence de bile dans la cavité péritonéale, la présence d'une fuite biliaire ou de lésion au niveau d'un conduit biliaire, l'absence d'une perforation du tube digestif. L'étiologie typhique de la péritonite biliaire était retenue sur des arguments épidémiologiques, anamnestiques, cliniques et ou un sérodiagnostic de Widal et Félix positif. Les variables étudiées étaient : l'âge, le sexe, le délai de consultation, les circonstances des traumatismes, les signes fonctionnels, les signes physiques, les résultats des examens biologiques, de l'imagerie, les constatations per-opératoires, les gestes chirurgicaux, les résultats de l'examen anatomopathologique, les suites opératoires.

### RÉSULTATS

Nous avons colligé 10 cas de péritonite biliaire qui représentaient 0,6% des péritonites aiguës. La moyenne d'âge de nos patients était de 38

ans avec des extrêmes de 15 et 67 ans. Il y'avait sept hommes et le sex-ratio était de 2,3. Le délai moyen de consultation des patients a été de six jours avec des extrêmes de deux et 14 jours. Deux patients présentaient un traumatisme abdominal par suite d'un accident de la circulation routière. Aucun antécédent de lithiase biliaire n'était retrouvé. Une douleur abdominale généralisée était présente chez tous les patients. Elle était maximale à l'hypochondre droit chez trois patients. Les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz étaient présents respectivement chez trois et neuf patients. La fièvre était retrouvée chez huit patients et un état de choc hypovolémique chez un patient. L'examen de l'abdomen a trouvé des signes d'irritation péritonéale chez tous les patients. Une hyperleucocytose supérieure à prédominance neutrophile a été retrouvée chez cinq patients. Le bilan hépatique réalisé chez cinq patients a montré une augmentation des transaminases hépatiques chez quatre patients, une hyper-bilirubinémie conjuguée chez deux patients, et une élévation des gammas glutamyl transférase chez un patient. Le sérodiagnostic de Widal et Félix était positif chez huit patients. L'échographie abdominale a été réalisée chez cinq patients et a montré un épanchement péritonéal liquidien chez tous les patients et un épaississement de la paroi vésiculaire supérieur à 3 mm chez un patient. La tomodensitométrie abdominale réalisée chez un patient a montré un épaississement de la paroi vésiculaire supérieur à 3mm et un épanchement péritonéal liquidien cloisonné. Le diagnostic positif de péritonite aiguë généralisée était posé chez tous les patients. Le diagnostic étiologique de péritonite biliaire était suspecté chez deux patients sur la base de l'échographie et de la tomodensitométrie abdominale. Tous les patients ont été opérés par laparotomie médiane. La quantité de liquide péritonéal aspirée était en moyenne de 1,6 L avec des extrêmes de 400 ml et quatre L. Le liquide péritonéal était bilieux chez quatre patients et bilio-purulent chez six patients. Des lésions de la vésicule biliaire étaient présentes chez tous les patients. La vésicule biliaire était perforée chez trois patients, gangrénée chez cinq patients, phlegmoneuse chez un patient, scléro-atrophique chez un patient. Le diagnostic définitif de péritonite biliaire secondaire par perforation traumatique de la vésicule biliaire était retenu chez deux patients. Celui de péritonite biliaire primitive par suite d'une cholécystite typhique était retenu chez huit patients.

La cholécystectomie suivie d'un drainage de la cavité péritonéale a été effectuée chez tous les patients. L'examen anatomopathologique réalisé chez un patient a révélé un aspect de cholécystite gangréneuse. Les suites opératoires étaient compliquées chez sept

patients. On notait quatre cas de sepsis, et trois cas de suppuration pariétale superficielle. Trois patients (30%) présentant une péritonite biliaire typhique sont décédés dans un tableau de sepsis. La durée moyenne d'hospitalisation était de sept jours avec des extrêmes d'un et 11 jours.

## DISCUSSION

La péritonite biliaire est une forme de péritonite relativement peu fréquente. La fréquence dans notre série (0,6%) était inférieure à celle de Ouédraogo (2,6%) [2] également au Burkina Faso, et celle de Ouadfel (4,9%) au Maroc [3]. Grati en Tunisie [1] trouvait qu'elle représentait 1,6% des interventions chirurgicales sur les conduits biliaires. Elle prédominait chez l'adulte jeune de sexe masculin dans notre série, mais dans la littérature la moyenne d'âge et le sex-ratio variaient selon les études [1,3-5].

Un diagnostic présomptif de péritonite biliaire était retenu chez deux patients. Le diagnostic définitif de péritonite biliaire a été retenu après l'exploration chirurgicale chez tous nos patients. En effet le diagnostic préopératoire d'une péritonite biliaire semble peu courant [1,6]. Le diagnostic est parfois suspecté sur la base des antécédents de pathologie biliaire [1], d'une paracentèse abdominale [3,7], de signes cliniques et biologiques de cholestase [7,8], d'anomalies des voies biliaires à l'imagerie [9,10]. L'exploration à la laparotomie permet de constater les lésions des voies biliaires. La péritonite était diffuse chez tous nos patients. Cela est probablement lié à un diagnostic tardif dans notre contexte car des formes localisées avec un épanchement limité à l'étage sus-mésocolique sont décrites [1,6].

Les péritonites biliaires sont subdivisées en péritonites biliaires primitives, et en péritonites biliaires secondaires en fonction du mécanisme de survenue [1-3]. On distingue les péritonites biliaires secondaires provoquées par un traumatisme abdominal, et les péritonites biliaires secondaires iatrogènes provoquées par une intervention chirurgicale sur les conduits biliaires ou une endoscopie [3]. Les péritonites biliaires primitives ont pour principale cause les lithiases chez l'adulte, les malformations congénitales chez l'enfant, les infections des voies biliaires à tout âge. D'autres causes moins fréquentes sont les cancers des conduits biliaires, le cancer du pancréas, les pancréatites nécrosantes, les kystes hydatiques du foie [1-3,6]. Les péritonites biliaires primitives prédominaient dans notre série. Nous n'avons pas retrouvé de lithiase biliaire. En l'absence de l'isolement de *Salmonella typhi*, des arguments épidémiologiques, la fièvre, la douleur abdominale, la positivité du Sérodiagnostic de Widal et Félix malgré ont servi à retenir l'infection typhique comme cause probable des péritonites biliaires primitives. En effet dans

notre pays la fièvre typhoïde est un fléau qui sévit selon le mode endémique. Ainsi l'infection à *Salmonella typhi* était la première cause des péritonites biliaires dans l'étude de Ouédraogo [2]. Contrairement à notre étude les péritonites biliaires secondaires rapportés dans la littérature sont surtout liées à des traumatismes iatrogènes au cours des interventions chirurgicales ou endoscopiques occasionnant des lésions sur les conduits biliaires [3,11].

Au cours des péritonites biliaires la fuite biliaire se situait le plus souvent au niveau des conduits biliaires extra-hépatiques [2,3]. Dans notre série, comme dans celle de Ouédraogo, la vésicule biliaire était le siège de la fuite biliaire chez tous les patients. La vésicule est exposée dans les traumatismes de l'hypochondre droit, du fait de sa situation sous hépatique et est fragilisée lorsqu'elle est en état de réplétion. L'endémie de la fièvre typhoïde dans notre région explique la fréquence des cholécystites alithiasiques et de leurs complications à type de péritonites biliaires primitives[2]. Nous n'avons pas retrouvé de rupture des conduits biliaires intra-hépatiques dans notre série. Dans la littérature, elles sont le plus souvent provoquées par les lithiases biliaires[3,12,13]. La voie d'abord chirurgical a consisté à une laparotomie médiane du fait du caractère diffus des péritonites dans notre série. Un abord électif sous costal droit peut être utilisé en cas de péritonite localisée[6]. La laparoscopie est un moyen thérapeutique peu rapporté. Kang dans une série de onze perforations des conduits biliaires a eu recours à la laparoscopie chez un seul patient[6]. Une cholécystectomie a été réalisée chez tous nos patients. Cependant un drainage de la vésicule biliaire peut être réalisée lorsque les conditions locales ne permettent pas l'ablation chirurgicale de la vésicule biliaire [3]. Le taux de mortalité des péritonites biliaires était élevé (30%) dans notre série mais il était inférieur à celui de la série de Ouédraogo où il était de 46,7% [2]. La fièvre typhoïde était la cause probable de la péritonite biliaire chez tous les patients décédés. En dehors de l'atteinte vésiculaire, cette septicémie dans ses formes graves entraîne des défaillances polyviscérales (neurologiques, cardiaques, respiratoires, hépatiques, rénales) qui peuvent expliquer sa létalité [14].

## CONCLUSION

Dans notre milieu, les péritonites biliaires étaient découvertes au cours de laparotomies pour péritonite. Elles étaient secondaires à des cholécystites typhiques, et avaient une forte morbi-mortalité. La péritonite aiguë est une urgence chirurgicale dont le pronostic dépend du délai de prise en charge, et dont le diagnostic étiologique ne saurait retarder la prise en charge chirurgicale. La prévention et le traitement précoce de la fièvre typhoïde et de

ses complications pourraient améliorer le pronostic des péritonites biliaires.

**Conflit d'intérêt** : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

**Contribution des auteurs** : Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la révision de cet article.

## RÉFÉRENCES

1. Grati I, Louzi M, Noomene F, Ghriissi R, Stambouli N, Mhamdi K et al. Les péritonites biliaires primitives. Annales de Chirurgie, 2006 ; 131 (2) : 96-9.
2. Ouédraogo S, Windsouri M, Sawadogo JT, Zida M, Ouangré E, TRAORE SS. Particularités étiologiques, thérapeutiques et pronostiques des péritonites biliaires primitives en milieu tropical. Med Sant Trop, 2018 ; 28 : 50-3.
3. Ouadfel J, Bougtab A, Raddouri N, Amraoui M, Albaroudi S, El Faricha EA et al. Les péritonites biliaires. Médecine du Maghreb, 1991 ; 25 : 13-17.
4. Subasinghe D, Udayakumara EAD, Somathilaka U, Huruggamuwa M. Spontaneous Perforation of Common Bile Duct: A Rare Presentation of Gall Stones Disease. Case Rep Gastrointest Med, 2016 ; 2016 : 1-3.
5. Mirza B, Ijaz L, Saleem M, Iqbal S, Sharif M, Sheikh A. Management of biliary perforation in children. African Journal of Paediatric Surgery, 2010 ; 7 (3) : 147-50.
6. Kang SB, Han HS, Min SK, Lee HK. Nontraumatic Perforation of the Bile Duct in Adults. Archives of Surgery, 2004 ; 139 (10) : 1083-7.
7. Hamura R, Haruki K, Tsutsumi J, Takayama S, Shiba H, Yanaga K. Spontaneous biliary peritonitis with common bile duct stones: report of a case. Surg Case, 2016 ; 2 (1) : 1-4.
8. Song S, Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. Clin Case Rep, 2018 ; 6 (9) : 1677-80.
9. Bhattacharjee PK, Choudhury D, Rai H, Ram N, Chattopadhyay D, Roy RP. Spontaneous perforation of common bile duct: a rare complication of choledocholithiasis. Indian J Surg, 2009 ; 71 (2) : 92-4.
10. Budipramana VS, Meilita M. Obstructive-Type Jaundice without Bile Duct Dilatation in Generalized Peritonitis Is a Specific Sign of Spontaneous Gall Bladder Perforation. Case Rep Med, 2020 ; 2020 : 1-4.
11. Perchoc A, Le Gall G, Malgras B. Péritonite biliaire après cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique. Journal de Chirurgie Viscérale, 2021 ; 158 (6) : 584-5.
12. Sumer F, Kayaalp C, Karagül S, Ertugrul I, Yagci MA, Onur A. Case report of non-traumatic spontaneous intrahepatic bile duct rupture in an adult. Int J Surg Case Rep, 2016 ; 21 : 104-6.
13. Lochan R, Joypaul BV. Bile peritonitis due to intra-hepatic bile duct rupture. World J Gastroenterol, 2005; 11 (42) : 6728-9.
14. World Health Organization. Typhoid vaccines: WHO position paper. Weekly Epidemiological Record, 2008 ; 83(06) : 49-59.