

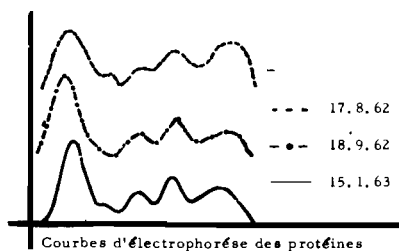
## — A propos de trois ictères chirurgicaux

J.F. Blanc, V. Baqué et B. Constantin

Nous avons eu récemment l'occasion de traiter trois ictères par rétention présentant chacun une particularité nette mais assez comparable par la gravité du syndrome au moment de l'arrivée dans le service. En voici les trois observations, dans l'ordre chronologique :

Obs. No. 1 : Européenne de 62 ans. vivant en brousse. Ictère de type catarrhal sans aucun antécédent, s'installant le 15 Juin 1962 avec des troubles digestifs discrets, l'évolution très progressive du syndrome l'amène à être hospitalisée le 26 Juillet 1962. L'ictère est alors franc, sans prurit, avec des urines très hautes en couleur. Le foie déborde de trois travers de doigts, il est dur, douloureux, sans irradiation. On note pendant l'évolution, deux poussées thermiques transitoires; la numération montre 16.200 globules blancs. Le tubeage duodénal ne ramène qu'une très faible quantité de bile dont la nature n'est pas précisée. Le bilan biologique montre une dissociation des réponses : Mac Lagan à 20 U, Hanger, mais transaminases SGOT à 0,57 normales, cholestérol total à 1,85 et estérifié à 0,75.

Intervention le 1er Août 1962 au 45ème jour de l'ictère : Abord par la voie de Champeau. Aucune lésion organique, une radiomanométrie peropératoire ne montre aucune dilatation ni aucune obstruction des voies biliaires. Ces éléments font éliminer la cholécystostomie un moment envisagée. On se contente de pratiquer une dissection soignée du pédicule hépatique enchassé dans une atmosphère nettement inflammatoire. Les suites opératoires sont très simples et le déjaunissement rapide. L'examen anatomo-pathologique du foie montre "d'importantes lésions parenchymateuses" caractérisées par une infiltration à polynucléaires formant des îlots réactionnels autour des canalicules biliaires, d'importants dépôts pigmentaires à prédominance périlobulaire et des signes de souffrance des hépatocytes. Ces éléments sont en faveur d'une inflammation aigue des voies biliaires avec obstruction secondaire. Par la suite, les bilans n'ont fait que confirmer une évolution régulièrement favorable (cf courbes).



	17. 8. 62	18. 9. 62	15. 1. 63
Cholestérol			
Total	1, 85	3, 30	2, 30
Estérif.	0, 75	1, 70	1, 80
Rapport	140%	151%	178%
MAC LAGAN	33	36	54
GROS	1, 54	1, 50	1, 85
HANGER	+++	±	—
Galactosurie			
Provoquée			
1er prélèvem.	12, 30	8	3, 40
2ème prélèvem.	3, 30	6	0

Obs. No. 2: Européen de 67 ans, évacué de Toulcar le 31 Août 1962, sur le service de médecine, pour icterè remontant à un mois. Le bilan clinique est au début exactement superposable à celui du cas précédent : apparition assez rapide de l'ictère après quelques prodromes banaux, ni fièvre ni troubles digestifs nets; urines très foncées, selles décolorées. La seule différence est l'apparition à la troisième semaine d'un prurit très intense qui a fait décider l'évacuation sur Tananarive. L'ictère est alors franc, avec une hépatomégalie indolore; il semble qu'on puisse percevoir une grosse vésicule. Le bilan biologique montre :

N. F. : 7.200 leucocytes V. S. : 25 - 53 mm  
 B. S. P. : rétention de 90% à 15 minutes  
           de 75% à 45 minutes  
 Bilirubinémie totale : 145 mg.  
 Taux de prothrombine: 20% le 1.9.62  
                           80% le 4.9.62 après recharge en vitamine K1  
 Cholestérol total : 3 g. Mac Lagan : 44U  
                   ester. : 1,50 g. Hanger : -  
   Gros : 1,54 ml  
 Transaminases SGOT : 2,3 rM/ml/H  
                   SGPT : 0,75 - id -

L'ictère par rétention est typique et la positivité du test de Koller semble bien augurer de la récupération de la fonction hépatique. On tente de localiser l'obstacle : l'abdomen sans préparation ne montre aucune image calculeuse, le transit gastro-duodénal est peu concluant. Une tentative de cholangiographie trans-pariéto-hépatique ne permet pas de ponctionner de canal biliaire dilaté.

On intervient le 11 septembre 1962, au 40ème jour de l'ictère : Incision de Champeau. Importante dilatation des voies biliaires et foie de cholostase. La tête du pancréas n'est que modérément augmentée de volume mais présente de multiples nodosités ligmeuses. On pratique une cholécododuodénostomie en 2 plans au cours de laquelle on constate que le contenu cholécocien est limpide et fluide comme de l'eau, correspondant à la description de la "bile blanche".

Dès la 48ème heure, la sonde d'aspiration gastrique ramène un liquide de type biliaire (présence de sels et de pigments biliaires). Cependant l'état général ne s'améliore pas, on constate une persistance du prurit, une hypothermie spontanée à -36,5 avec bradycardie. Puis un coma hépatique s'installe et le décès survient au 7ème jour après l'intervention.

Obs. No. 3 : Il s'agit cette fois-ci d'un cas de sténose post-opératoire du cholédoque. Malgré des antécédents de lithiase biliaire et de cholécystectomie pratiquée d'urgence pour icterè par rétention en mars 1962, cette femme de 55 ans fut traitée ambulatoirement pour un icterè considéré comme banal et ne nous est arrivée qu'au 50ème jour de la maladie. Elle présentait alors un état général médiocre, avec amaigrissement important, et un icterè intense. Son foie, douloureux, débordait de deux travers de doigts; on notait une circulation collatérale abdominale et il semblait exister une lame d'ascite.

Bilan biologique :  
 N. F. : 15.500 leucocytes V. S. : 3 - 6 mm  
 Cholestérol total : 1,90 Mac Lagan : 24 U  
                   ester. : 0,70 Gros : 1,2 ml  
   Hanger : faiblement positif  
 Galactosurie provoquée : 2,10 g. au 2ème prélèvement (200 ml)  
 Taux de prothrombine : 78% B. S. P. : rétention de 45% à 15mm  
   de 35% à 45mm  
 Bilirubine totale : 240 mg.  
 Phosphatases alcalines : 9 U. Bod.  
 Transaminases : SGOT : 4,8 pM/ml/H  
                   SGPT : 9,4 - id -

Une tentative infructueuse de cholangiographie trans-pariéto-hépatique ne permet pas de cathétériser de canal biliaire.

Intervention le 19 Septembre 1962 : il existe une sclérose intense du pédicule hépatique et une sténose complète du cholédoque sus-duodénal. Dissection résection de la zone sclérosée, contrôle de la perméabilité des deux extrémités du cholédoque et suture sur un drain de Kehr qui ne sera obturé que très progressivement et totalement au 60ème jour; on pense le laisser en place comme tuteur pendant 10 à 12 mois. Les cholangiographies pratiquées par ce drain ont été satisfaisantes ainsi que les suites cliniques.

## COMMENTAIRES

Si deux de ces observations ont un épilogue favorable, il faut bien reconnaître que notre pronostic était assez pessimiste au départ, surtout par crainte d'une affection néoplasique dans le premier cas, compte tenu de l'anamnèse, de l'âge et de l'atteinte profonde de l'état général. Dans la troisième observation, également favorable, la notion d'une cholécystectomie 5 mois auparavant pour ictere par rétention simplifiait le diagnostic étiologique. Mais semblait assombrir le pronostic, le blocage (durant depuis six semaines sur un foie ayant déjà souffert quelques mois plus tôt) et la circulation collatérale ne pouvaient pas rendre optimistes.

Quant à notre deuxième observation, si le pronostic était réservé comme il doit l'être devant un ictere évoluant depuis six semaines chez un individu de 67 ans, la rapidité avec laquelle le taux de prothrombine s'était normalisé pouvait faire bien augurer des potentialités de récupération hépatique; il n'en fut hélas rien et la constatation de bile blanche dans le cholédoque signait le pronostic. En 1959, Lucien LEGER, dans la Presse Médicale ne retrouvait aucun cas de survie après une telle constatation.

Nos trois observations confirment la grande difficulté de porter un pronostic dans de tels cas.

Un regret : si nous avions pu cathétériser un canal biliaire lors de nos tentatives de cholangiographie, faites bien entendu par voie postérieure, nous aurions peut-être pu soulager nos malades sans leur faire subir de traumatisme opératoire en phase aussi défavorable. C'est l'attitude la plus sage, celle régulièrement adoptée par LEGER en particulier.

Notre dernière constatation aura trait à la 3ème observation. Les antécédents de lithiase et de cholécystectomie imposaient l'idée d'ictère par rétention, une thérapeutique chirurgicale plus précoce aurait évité les risques graves qu'a courus cette malade. Il y a eu, dans ce retard, une faute certaine.

## EN CONCLUSION

Le médecin doit envisager d'une façon précoce le passage d'un icterique au chirurgien. Les moyens de laboratoire, et en particulier l'étude des transaminases, permettent un diagnostic rapide; les anesthésies hypotoxiques modernes autorisent des interventions d'autant moins graves qu'elles sont plus précoces. De tels progrès devraient avoir raison des hésitations et permettre d'éviter les attermoiements actuels.

Le pronostic, classiquement réservé, des ictères amenés tardivement à la chirurgie, semble bien difficile à préciser. Sur les trois cas rapportés :

Dans un cas

- Les tests fonctionnels hépatiques semblaient les moins défavorables; il a présenté, en réalité un syndrome de bile blanche et a fait une insuffisance hépatique aiguë post-opératoire irréversible.

Les deux autres cas ont été, l'un, une dissection ( et la dissection du pédicule entraîne une guérison spectaculaire), l'autre une sténose cicatricielle du cholédoque à la suite d'une cholécystéctomie (Ictère dont la guérison fut obtenue par une libération chirurgicale).

Ces trois cas concernent des ictères de longue durée. Les auteurs apportent alors quelques commentaires biologiques sur la nécessité d'un secours chirurgical moins tardif.

