

Cirrhose "porto-biliaire" secondaire : Un traitement endoscopique original

Duchmann JC (1), Barbare JC (1), Couillet JM (2), Hervé E (3), Veyssier P (4), Messerschmitt C (1), Latrive JP (1)

(1) Service d'hépatogastroentérologie, (2) Service d'imagerie médicale, (3) Service d'anesthésiologie, (4) Service de médecine interne et de pathologie infectieuse, Centre Hospitalier de Compiègne.

Nous rapportons une observation de cavernome portal responsable, par compression extrinsèque, d'un empiérement cholédocien, lui-même responsable d'une cirrhose biliaire secondaire et pour laquelle un traitement endoscopique a été proposé.

Une patiente africaine âgée de 29 ans, a été hospitalisée pour syndrome angiocholitique. Le tableau clinique comportait les éléments suivants : grande altération de l'état général, 49 kg, 1.70 m, fièvre, ictère, hépatomégalie ferme à bord inférieur tranchant et splénomégalie. La biologie montrait : Hb : 4.9 g/dl, VGM : 63 μ^3 , plaquettes 80 000/mm³, leucocytes : 7500/mm³, albuminémie : 26 g/l, TP : 43 %, Alat : N, Asat : 2N, phosphatases alcalines : 1.5 N, gammaGt : 3N et bilirubine totale : 100 μ mol/l, antigène HBs négatif, sérologie VHC négative. L'échographie et le scanner abdominaux montraient un volumineux cavernome portal avec nombreuses dérivations veineuses intra-abdominales et un empiérement cholédocien et intra-hépatique. La fibroscopie oesogastroduodénale révélait l'existence de signes d'hypertension portale (gastropathie et volumineuses varices cardiotubérositaires). L'échoendoscopie puis la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique réalisées en urgence montraient une voie biliaire intrapancréatique normale, une compression extrinsèque de la voie biliaire principale par le cavernome portal avec dilatation d'amont et empiérement « coralliforme » jusque dans les voies biliaires intra-hépatiques et une vésicule biliaire alithiasique. Un drain naso-biliaire était mis en place. La ponction biopsie hépatique confirmait l'existence d'une cirrhose biliaire secondaire. Le diagnostic de cavernome portal responsable d'un empiérement cholédocien par compression extrinsèque, lui-même responsable d'une cirrhose biliaire secondaire, a été retenu. L'origine du cavernome restait indéterminée. Une chirurgie de dérivation bilio-digestive s'avérait impossible (cavernome). Un traitement endoscopique a donc été proposé : la lithotrypsie mécanique s'avérait impossible (calculs moulés contre la paroi biliaire) de même que l'extraction des calculs entiers trop volumineux pour franchir la portion intrapancréatique du cholédoque. Une prothèse métallique autoexpansible biliaire a donc été posée au niveau de la compression extrinsèque afin d'obtenir un calibre cholédocien suffisant. Les calculs ont ensuite été extraits au cours de séances successives jusqu'à l'obtention d'une vacuité de la voie biliaire principale.

L'originalité de cette observation résulte certes de l'association de pathologies rares et de leur iconographie, mais également de sa prise en charge endoscopique thérapeutique toute à fait novatrice. A notre connaissance, aucun traitement similaire n'a été rapporté dans la littérature.