

## Peritonite Biliaire Primitive Chez l'Enfant : À Propos de Deux Cas au CHUD Borgou-Alibori, Parakou

*Edwige Lawin*

*Armel Ayaovi Hadonou*

*Fabrice Doha*

*Mouhamed Issa*

Service de Chirurgie Générale, CHUD-B/A de Parakou

*Bio Tamou Sambo*

Service de Chirurgie Générale, CHUD-B/A de Parakou

Faculté de médecine, Université de Parakou, Bénin

[Doi:10.19044/esj.2024.v20n36p100](https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n36p100)

Submitted: 21 August 2024

Accepted: 28 November 2024

Published: 31 December 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

*Cite As:*

Lawin E., Hadonou A.A., Doha F., Issa M. & Tamou Sambo B. (2024). *Peritonite Biliaire Primitive Chez l'Enfant : À Propos de Deux Cas au CHUD Borgou-Alibori, Parakou*. European Scientific Journal, ESJ, 20 (36), 100.

<https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n36p100>

### Résumé

**Introduction :** La péritonite aigue généralisée est une urgence médico chirurgicale fréquente chez l'enfant dont les étiologies sont diverses. Nous rapportons deux cas rares de péritonite biliaire primitive chez l'enfant dont les suites opératoires ont été simples. **Observation clinique :** il s'agissait de deux garçons âgés de 07 et 11 ans admis aux urgences pour une douleur abdominale évoluant depuis trois semaines au moins chez qui le diagnostic initial de péritonite aigue généralisée par perforation iléale d'origine typhique probable a été posé. Ils ont tous deux bénéficié d'une laparotomie qui a permis de découvrir une perforation vésiculaire dans le premier cas et une association de perforation vésiculaire et iléale dans l'autre cas. Il a été réalisé une cholécystectomie chez les deux, une résection anastomose iléale chez le second, un lavage et drainage péritonéal. **Conclusion :** la perforation vésiculaire est une lésion rare chez l'enfant et on doit y penser devant une péritonite aigue chez l'enfant.

**Mots-clés:** Péritonite biliaire, enfant, CHUD/B-A, Parakou

## Children's Primary Biliary Peritonitis: Two Cases at CHUD Borgou-Alibori, Parakou

*Edwige Lawin*

*Armél Ayaovi Hadonou*

*Fabrice Doha*

*Mouhamed Issa*

Service de Chirurgie Générale, CHUD-B/A de Parakou

*Bio Tamou Sambo*

Service de Chirurgie Générale, CHUD-B/A de Parakou

Faculté de médecine, Université de Parakou, Bénin

---

### Abstract

**Introduction:** Acute generalized peritonitis is a common medical-surgical emergency with various etiologies. We report two rare cases of primary biliary peritonitis in children at CHUD/B-A whose surgical outcomes were favorable. **Clinical observation:** These were two male children aged 07 and 11 years admitted to the emergency department for abdominal pain that had been evolving for at least three weeks for whom the initial diagnosis of acute generalized peritonitis by ileal perforation of probable typic origin was made. They both underwent a laparotomy which revealed vesicular perforation in the first case and a combination of vesicular and ileal perforation in the other. A cholecystectomy was performed in both, an ileal anastomosis resection in the second, and peritoneal lavage and drainage. **Conclusion:** vesicular perforation is a rare lesion in children and should be considered in the case of peritonitis

---

**Keywords:** Biliary peritonitis, child, CHUD/B-A, Parakou

### Introduction

La péritonite biliaire désigne tout épanchement bilieux intrapéritonéal, septique ou non, localisé ou généralisé, dont l'origine est une fuite biliaire pouvant provenir de tout endroit du conduit biliaire, depuis le canalicule intrahépatique jusqu'au cholédoque rétro-pancréatique (Faysse, 1986). La rareté relative de cette affection et sa gravité nous incitent à en rapporter deux cas chez l'enfant au CHUD B-A.

### Observations

**1<sup>er</sup> cas :** il s'agissait d'un jeune garçon de 7ans ; admis le 12/10/2021 aux urgences pour une douleur abdominale diffuse évoluant depuis trois semaines dans un contexte fébrile traité sans succès par automédication.

L'examen clinique à l'admission avait noté :

- Un mauvais état général ;
- Un syndrome infectieux : fièvre à 39°C, tachycardie à 140bpm
- Un syndrome d'irritation péritonéale : défense abdominale généralisée ; cri de l'ombilic

Le bilan réalisé :

- La numération formule sanguine avait noté une hyperleucocytose à 12G/L à prédominance neutrophile
- L'échographie abdominale avait conclu à une péritonite
- La radiographie de l'ASP notait une grisaille diffuse

Devant ce tableau, le diagnostic préopératoire d'une péritonite par perforation appendiculaire avait été posé.

Après une courte réanimation médicale, le patient a bénéficié d'une laparotomie ayant permis de découvrir une vésicule biliaire dilatée recouverte de fausses membranes et une perforation punctiforme (figure 1) sur son corps faisant sourdre de la bile. Le diagnostic de perforation vésiculaire a été posé. Il a bénéficié d'une cholécystectomie ; un lavage et drainage de la cavité péritonéale.

Mis sous ceftriaxone 50mg/kg/12h ; métronidazole 10mg/kg/08h; paracétamol injectable 15mg/kg/6h et hydratation à 1,5l/24h ; l'évolution a été favorable et l'enfant a été mis en exéat au 10eme jour postopératoire.

**2eme Cas** : il s'agissait d'un jeune garçon de 13 ans reçu aux urgences pédiatriques le 14/08/2023 pour un syndrome d'irritation péritonéale. L'anamnèse avait retrouvé à l'admission une douleur abdominale évoluant depuis un mois ; initialement localisée en région péri ombilicale avec une notion de fièvre ; céphalées ; vertiges traité à domicile par phytothérapie sans succès.

L'examen clinique à l'admission avait permis de noter :

- Un mauvais état générale; patient dénutri
- Un syndrome infectieux avec une fièvre à 38°C ; une tachycardie à 130bpm et polypnée à 30cpm
- Un syndrome d'irritation péritonéale avec défense abdominale généralisée ; cri de l'ombilic et un cri de douglas

Le bilan para clinique retrouvait :

- Une anémie avec un taux d'hémoglobine à 10,4g/dl
- Une hyperleucocytose à 21G/L avec une prédominance neutrophile
- Une hyponatrémie à 127meq/l

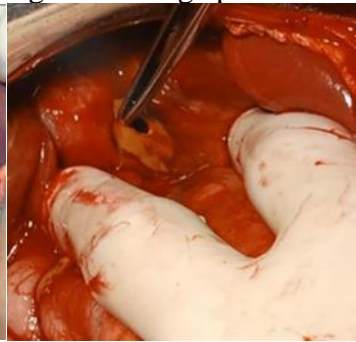
- Une grisaille diffuse avec un croissant gazeux inter-hépatodiaphragmatique à l'ASP

Devant ce tableau le diagnostic pré opératoire d'une péritonite aigue par perforation iléale d'origine typhique probable avait été posé.

Après une courte réanimation médicale, il a bénéficié d'une laparotomie médiane qui nous a permis de découvrir une perforation (figure 2) ovale d'environ 1cm sur le corps de la vésicule biliaire et 6autres perforations (figure 3) ovales de différentes taille sur l'iléon dont la dernière est à 25cm du carrefour iléo caecal. Les gestes effectués étaient une cholécystectomie; une résection anastomose iléale termino terminale; une appendicectomie complémentaire; un lavage et drainage péritonéale.



**Figure 1 :** perforation vésiculaire  
(12/10/2021)



**Figure 2 :** perforation vésiculaire  
(14/08/2023)



**Figure 3 :** perforation iléale multiple  
(14/08/2023)

Les soins postopératoires étaient fait de ceftriaxone + sulbactam à la posologie de 50mg/kg/12h; du paracétamol injectable à 15mg/kg/6h et d'hydratation à 2l/24h; L'évolution avait été favorable puis le patient est sorti au 14eme jour post opératoire.

## Commentaires

La péritonite biliaire primitive est une entité relativement peu fréquente dans la population en générale et en particulier chez l'enfant. Les étiologies les plus fréquemment rapportés sont la perforation iléale d'origine typhique; l'origine appendiculaire et la perforation gastrique ou duodénale d'origine ulcéreuse (Sambo, Keita, 2017, 2023).

Seulement quelques cas de perforation vésiculaire ont été rapportés dans la littérature. Ainsi dans la population générale sa fréquence a été estimée à 0, 6% par Bélemlilga (2023) dans une étude menée sur 10ans au Burkina Faso. Mirza (2010) dans un service de chirurgie pédiatrique au Pakistan a rapporté 5 cas en trois ans. Sakiye (2018) a rapporté une fréquence de 8% de péritonite biliaire dans une étude réalisée dans le service de Chirurgie pédiatrique de l'hôpital Saint Joseph de Datcha au Togo.

Au plan diagnostique il n'existe pas de signes cliniques spécifiques d'une perforation vésiculaire en dehors du syndrome d'irritation péritonéal; ceci entraîne des difficultés de diagnostic préopératoire ; surtout dans notre contexte où les patients manquent de moyens pour faire une tomodensitométrie abdominale ou tout au moins une échographie abdominale nécessaire au diagnostic. Diverses études n'ont décrit que quelques cas dans lesquels un diagnostic préopératoire était possible (Ong, Estevão-Costa, 1991, 2002).

Dans notre étude comme la plupart des autres études, le diagnostic était per opératoire (Hermann, Mirza, Toure, 2023, 2010, 2012). Divers facteurs ont été identifiés pour provoquer des perforations biliaires, notamment des infections, un traumatisme, la perforation spontanée; une inflammation, une blessure liée aux calculs et iatrogène (Ong, 1991). Dans notre étude; nous pensons qu'il s'agit d'une perforation d'origine typhique probable. En l'absence d'isolement d'un germe spécifique prouvant de façon formelle et indiscutable qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde, nous l'évoquons devant:

- La fréquence de cette affection dans notre contexte (Sambo, 2017)
- La fièvre au long cours associée à des céphalées, des douleurs abdominales depuis trois semaines au moins ;
- Le syndrome d'irritation péritonéale en faveur d'une complication digestive

L'association de multiples perforations iléales chez le second cas dont les caractéristiques font fortement suspecter une fièvre typhoïde.

La vésicule est réputée être le gîte naturel du bacille d'EBERTH ce qui peut expliquer la survenue de cholécystites aiguës au cours de la salmonellose; De plus le facteur mécanique de stase associé au facteur inflammatoire peut

provoquer la perforation de la vésicule au cours de la fièvre typhique (Idjradinata, 1974).

Le but du traitement est double : il s'agit à la fois d'éradiquer le foyer infectieux et de traiter l'atteinte péritonéale.

Dans notre étude ; tous nos patients ont bénéficié d'une cholécystectomie avec un lavage drainage péritonéale ; Cette même attitude a été appliquée par plusieurs auteurs (Hermann, Toure, 2023, 2012). Mais il faut noter qu'aucun de nos patients n'a envoyé la pièce opératoire pour examen anatomopathologique.

Par contre certains auteurs préfèrent la cholécystotomie tubulaire (Mirza, 2010). Devant un malade ayant un état général fragile ou ayant des antécédents incompatibles avec une anesthésie générale ; l'inflammation intra péritonéale rendant difficile identification des différentes structures intra péritonéales ; et sa facilité de réalisation. Quel que soit l'origine de la perforation, l'idéale serait de retirer l'organe malade qui constitue la source de l'infection.

Sur le plan médical, l'antibiothérapie est indispensable et l'on utilisera des antibiotiques actifs sur les salmonelles et à forte élimination biliaire. Cette antibiothérapie sera adaptée en fonction des résultats des antibiogrammes effectués sur les germes isolés dans les différents prélèvements : sang, bile, selles, etc. Dans notre étude nous n'avons pas pu isoler le germe mais nous avons mis nos patients sous ceftriaxone qui appartient à la classe des bêta-lactamines et qui est actif sur les souches de salmonella typhi. La réanimation parentérale est capitale et doit encadrer le geste chirurgical.

Au plan pronostique les suites opératoires étaient bonnes dans notre étude comme dans la plupart des études (Mirza, Toure, 2010,2012). Ce qui permet de dire que bien pris en charge ; l'évolution est souvent favorable

## **Conclusion**

La perforation vésiculaire primitive pose souvent des problèmes diagnostiques chez l'enfant. Une exploration de la vésicule biliaire au cours des péritonites est fortement recommandée.

**Déclaration pour les participants humains** : Cette étude a été approuvée par le chef du département de chirurgie et spécialités chirurgicales de l'université de Parakou et les principes de la déclaration d'Helsinki ont été suivis.

**Conflit d'intérêts** : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

**Disponibilité des données** : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

**Déclaration de financement :** Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

**References:**

1. Bélemlilga Hermann GL, Souleymane O, Nassirou Y, Namori K, Lazare T, Cyprien Z, et al. les péritonites biliaires: aspects diagnostiques et thérapeutiques. mali médical [internet]. 2023 [cité 28 juill 2024];38(3).
2. Estevão-Costa J, Soares-Oliveira M, Lopes JM, Carvalho JL. Idiopathic perforation of the gallbladder: a novel differential diagnosis of acute abdomen. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* juill 2002;35(1):88-9.
3. Faysse E, Bérard P. Biliary peritonitis. *Rev Prat.* 1986;36(19):1067-72.
4. Idjradinata P, Suroto-Hamzah E, Sugiri S. A Case of Perforation of the Gallbladder in Association with Typhoid Fever. *Paediatrica Indonesiana.* 1974;14(1-2):21-4.
5. Keita DM, Diawara MA, Guirassy MI, Fofana N, Toure BM, Fofana H, et al. Prise en Charge des Péritonites Aigues Généralisées de l'Enfant au CHU Ignace Deen: À Propos de 62 Cas. *Health sciDis.* 2023;24(9):43-6.
6. Mirza B, Ijaz L, Saleem M, Iqbal S, Sharif M, Sheikh A. Management of biliary perforation in children. *Afr J Paediatr Surg.* 2010;7(3):147-50.
7. Ong CL, Wong TH, Rauff A. Acute gall bladder perforation--a dilemma in early diagnosis. *Gut.* août 1991;32(8):956-8.
8. Sakiye KA, Amavi A, Dare S, Kanassoua K, Songne G. Péritonites aiguës généralisées chez l'enfant à l'Hôpital Saint Joseph de Datcha: particularités étiologiques et morbi-mortalité en milieu rural au Togo à propos de 25 cas. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé.* 2018;20(3):485-91.
9. Sambo BT, Allodé SA, Wekpon DS, Séto DM, Hodonou MA, Dossou B. Prise en charge des péritonites aiguës dans un Hôpital de District en Afrique sub-saharienne: cas du Bénin. *European Scientific Journal.* 2017;13(36):388-95.
10. Toure AO, I K, G N, Wade T, M S, Cissé M. péritonite aiguë généralisée secondaire à une cholécystite typhique : à propos d'un cas. *journal africain de chirurgie.* 1 janv 2012;2:111-4.