

HEMOBILIE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE

M. MOUMKINE, F.EL BOZOUIKI, K. BOUTI, S. HAMMI

SERVICE DE PNEUMOLOGIE – CHU MOHAMMED VI TANGER

INTRODUCTION

L'hémobilie est définie par la présence de sang dans les voies biliaires. Elle constitue une étiologie rare des saignements gastro-intestinaux supérieurs. Ces étiologies sont dominées par les causes iatrogènes dans plus de 50% des cas, résultant essentiellement d'une intervention chirurgicale ou endoscopique sur les voies biliaires et les ponctions biopsies hépatiques. Les autres causes peuvent être traumatiques, inflammatoires, infectieuses, néoplasiques et vasculaires (anévrismes, vascularites et malformations artérioveineuses).

CAS CLINIQUE

Une étudiante âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, a été suivie depuis janvier 2022 pour une tuberculose pulmonaire confirmée bactériologiquement et traitée par quadrithérapie antibacillaire.

L'évolution, un mois après, a été marquée par l'apparition d'une hépatite médicamenteuse fulminante (ASAT : 437UI/l - ALAT : 65UI/l - gGT : 442 UI/l - PAL : 292UI/l), qui a été jugulée par la suspension transitoire de la quadrithérapie, puis par la diminution des doses d'Isoniazide à 4 mg/kg (le dosage de l'INH a été vérifié et a été dans les normes thérapeutiques).

Elle a été réhospitalisée en service de pneumologie trois mois après pour un épisode d'hématémèse de grande abondance et une cytolyse hépatique. Une première fibroscopie gastrique a montré une gastrite congestive

.Un deuxième épisode d'hématémèse de grande abondance avec des douleurs intenses de l'hypochondre droit et un subictère muqueux est survenu au cours de son hospitalisation, causant une déglobulisation : Hémoglobine à 8.7 g/dl contre 11.7g/dl deux jours avant, et une cytolyse importante (ASAT : 380 UI/l - ALAT :258 UI/l- – gGT : 763 UI/l- – PAL : 317 UI/l). Le TP a été normal à 82% et la bilirubine totale à 23mg/l.

Une fibroscopie œsogastroduodénale réalisée en urgence, sous anesthésie générale, a montré des stigmates de saignement provenant de la papille duodénale avec la présence d'un petit caillot à ce niveau, sans saignement actif au cours de l'examen.

Un scanner abdomino-pelvien avec injection en quatre temps, réalisé en urgence, a révélé trois anévrismes intrahépatiques, le plus grand mesurant 1 cm dans le foie gauche, avec un saignement actif dans les voies biliaires.

La patiente a bénéficié d'une embolisation de ces anévrismes. Le contrôle scanographique a objectivé un matériel spontanément hyperdense autour de la portion terminale de l'œsophage abdominal et le long de la petite courbure de l'estomac, en rapport avec la migration du matériel d'embolisation au niveau des vaisseaux, et des séquelles de l'embolisation de l'anévrisme de l'artère hépatique du segment II.

Les suites ont été simples, avec une diminution notable de la cytolyse six jours après l'embolisation (ASAT : 44 UI/l - ALAT :51 UI/l), ce qui a permis la reprise du traitement antibacillaire.

Deux mois après, notre patiente a terminé son traitement, cliniquement asymptomatique avec une prise de poids de 8 kg et un bilan hépatique dans les normes.



Scanner abdomino-pelvien avec injection de PDC (coupe sagittale au niveau hépatique).**Figure 1**: montrant un anevrysme hépatique avec saignement actif dans les voies biliaires, **Figure 2** : montrant l'opacification de la vésicule biliaire.

DISCUSSION

En cas de suspicion d'hémobilie, l'œsophago-gastro-duodénoscopie est la méthode de diagnostic de choix car, en plus d'exclure les autres causes les plus courantes d'hémorragie digestive haute, elle permet parfois d'observer un caillot sanguin ou un saignement provenant de la papille duodénale. Comme c'est le cas de notre patiente sous quadrithérapie antituberculeuse, la fibroscopie urgente a permis de préciser l'origine du saignement digestif et a aidé à une prise en charge diagnostique et thérapeutique plus adaptée.

En effet, une hémobilie secondaire à un anévrisme de l'artère hépatique justifie une prise en charge urgente. Bien qu'ils soient rares, une revue de la littérature a montré que 14 % à 22 % de ces anévrismes subissent une rupture spontanée avec un pronostic sombre et un taux de mortalité pouvant atteindre 20 % à 35 %. Il existe de nombreux examens complémentaires pour le diagnostic, y compris l'angio-tomodensitométrie et l'angio-IRM, qui sont de plus en plus privilégiés car ils sont non invasifs et permettent une détection avec une bonne fiabilité. Cependant, l'artériographie hépatique reste le gold standard avec l'embolisation artérielle sélective, qui a un taux de réussite de 80 % à 100 % et des taux de mortalité plus faibles que dans les interventions chirurgicales. D'autres options thérapeutiques comprennent la réparation chirurgicale et la pose d'un stent, qui doivent être réservés aux cas où l'embolisation artérielle n'est pas possible..

CONCLUSION

La découverte d'une gastrite congestive et l'antécédent de toxicité médicamenteuse à l'isoniazide ne nous ont pas empêchés de répéter l'œsophago-gastro-duodénoscopie lors d'un deuxième épisode d'hématémèse. L'examen a été effectué à des fins diagnostiques pour vérifier l'origine du saignement, ce qui est toujours nécessaire et obligatoire, et également à des fins thérapeutiques. Nous avons réalisé l'angioscanner abdominopelvien en urgence après confirmation de l'hémobilie, déjà suspectée cliniquement devant la triade classique de Quinke chez notre patiente et l'augmentation brutale de ses enzymes hépatiques. L'embolisation a permis de sauver le pronostic vital de notre patiente et de terminer son traitement antibacillaire.

REFERENCES:

1. Cathcart S, Birk JW, Tadros M, Schuster M. Hemobilia: An Uncommon But Notable Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding. J Clin Gastroenterol. oct 2017;51(9):796-804.
2. Morisawa T, Marusawa H, Ono S. Spontaneous Rupture of Intrahepatic Aneurysm. Clin Gastroenterol Hepatol. 1 avr 2007;5(4):A30.