

Péritonite aigue : un mode de révélation rare d'ascite chyleuse primitive

L'ascite chyleuse est définie par la présence de lymphes intestinaux dans la cavité péritonéale. Il s'agit d'un phénomène rare. Elle est causée par des pathologies qui interfèrent avec le drainage lymphatique abdominal ou rétro péritonéal. L'ascite chyleuse est dite primitive si la cause est une anomalie congénitale du système lymphatique. Les ascites chyleuses secondaires sont en rapport avec une cause néoplasique, inflammatoire, traumatique ou postopératoire [1]. La péritonite aigue est décrite dans la littérature comme étant la moins commune des présentations cliniques d'ascite chyleuse [2]. Elle est due à l'accumulation brutale de chyle dans la cavité abdominale.

Nous rapportons un cas de péritonite aigue chyleuse découverte postopératoire chez un enfant de neuf ans opéré en urgence pour le diagnostic de péritonite appendiculaire.

Observation

Un enfant âgé de 9 ans s'est présenté aux urgences pour des douleurs périombilicales associées à des vomissements et une fièvre. L'examen a montré une fièvre à 38,5°, un discret météorisme abdominal avec une sensibilité abdominale de l'étage sous ombilical et une défense de la fosse iliaque droite. Le syndrome infectieux a été confirmé à la biologie avec une hyperleucocytose à 15,3×10³/μl et une CRP à 31mg/l. Une échographie abdominale a montré la présence d'un épanchement intra péritonéal en inter anses et au niveau du Douglas. Le patient a été mis sous antibiothérapie curative par voie parentérale et opéré après une brève réanimation pour le diagnostic de péritonite aigue appendiculaire. Le patient a été abordé par voie médiane sous ombilicale et on a noté la présence d'un épanchement lactescent et inodore estimé à un litre et un appendice macroscopiquement sain.

Un élargissement de l'incision en sus ombilical, un prélèvement de ce liquide pour examen bactériologique et cytochimique et une évacuation du liquide ont été réalisés. Une toilette péritonéale suivie d'une exploration complète de la cavité abdominale ont permis d'objectiver la présence d'une lésion kystique translucide de 6 cm de diamètre située au niveau de la racine du mésentère qui est aussi le siège de multiples adénopathies de tailles variables.

Une résection partielle de la formation kystique, une biopsie d'un ganglion mésentérique et une appendicectomie ont été réalisés sans drainage abdominal. Les suites opératoires immédiates étaient simples avec une reprise rapide du transit et de l'alimentation. L'analyse du liquide d'ascite a montré un liquide stérile, riche en lipides et en lymphocytes avec présence de chylomicrons concluant à un liquide chyleux. L'examen anatomopathologique a conclu à un appendice sans caractère inflammatoire, un ganglion mésentérique sans anomalies architecturales ni éléments atypiques et une lésion kystique formée d'un tissu fibro-adipeux avec présence d'un endothélium vasculaire en rapport avec un lymphangiome

kystique avec présence de larges plages suppurées et des suffusions hémorragiques. Le patient est sorti au 7^{ème} jour postopératoire, un régime basé sur les triglycérides à chaînes moyennes a été instauré pendant deux mois. Un contrôle clinique et tomodensitométrique n'a pas montré de signes de récurrence avec un recul de 5 ans.

Conclusion

L'ascite chyleuse est une entité rare. La péritonite chyleuse est la moins commune de ces présentations cliniques et mime souvent une autre pathologie chirurgicale. L'ascite chyleuse primitive en rapport avec une anomalie congénitale du réseau lymphatique est plus fréquente chez l'enfant. La rupture d'un kyste mésentérique est l'une des principales causes de fuite brutale de chyle. En cas de péritonite chyleuse, la laparotomie exploratrice s'impose et permet l'évacuation du chylopéritoine, une toilette péritonéale et dans certains cas un traitement étiologique.

Le régime riche en triglycérides à chaînes moyennes, prolongé pendant plusieurs mois, est la pièce angulaire du traitement médical de l'ascite chyleuse. Dans les ascites chroniques, une enquête étiologique basée sur des examens spécifiques du réseau lymphatique est nécessaire pour décider de la stratégie de prise en charge. Le régime basé sur les triglycérides à chaînes moyennes et la nutrition parentérale totale ont prouvé leur efficacité pour réduire la formation de chyle. Le traitement chirurgical est indispensable chaque fois que la fistule lymphatique a été localisée permettant un traitement étiologique.

La voie d'abord coelioscopique est réalisable en présence d'un plateau technique adéquat. Finalement les shunts péritonéo-veineux demeurent une option thérapeutique palliative pour les ascites sévères réfractaires.

Références

- 1- Campisi C, Bellini C, Eretta C et al. Diagnosis and management of primary chylous ascites. *J Vasc Surg* 2006 ; 43 :1244-8.
- 2- Lamblin A, Mulliez E, Lemaitre L, Pattou F, Proye C. Acute peritonitis: a rare presentation of chylous ascites. *Ann Chir* 2003; 128:49-52.

Moez Boudokhane, Mahmoud Fodha, Mohamed T Abdekefi, Karim Nacef, Nizar Majdoub, Abdellatif Affes, Nedja Samet, Hela Attia, Achraf Bahloul, Sfari Nour, Ali Majdoub, Mohamed Y Binous**, Rachid Ben Soussia***, Kamel Hleli, Abdelwahab Morjane, Mohamed Fodha*

Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de chirurgie viscérale et digestive, 5100, Mahdia, Tunisie ;

**Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service d'Anesthésie réanimation, 5100, Mahdia, Tunisie ;*

***Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service d'urologie, 5100, Mahdia, Tunisie.*

**** Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Tahar Sfar, Service de chirurgie vasculaire périphérique, 5100, Mahdia, Tunisie.*