



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/14464
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/14464>



RESEARCH ARTICLE

NECROSE DES LIGAMENTS HEPATIQUES: A PROPOS D'UNE RARE OBSERVATION

Ouakri S., Daoudi B., Chanfir A., Hamri A., Narjis Y. and Benelkhaiat R.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 25 January 2022

Final Accepted: 28 February 2022

Published: March 2022

Abstract

La gangrène des ligaments hépatiques (falciforme et/ou rond) est une pathologie exceptionnelle et méconnue et peut présenter un dilemme diagnostique. Nous rapportons le cas d'un abcès nécrosé du ligament falciforme avec pyléphlébite secondaire à une pyocholécyste. Le tableau clinique était impressionnant et bruyant. Le diagnostic avait été évoqué sur le scanner, avec la découverte d'une lésion circonscrite de densité graisseuse, pré-hépatique, dans la fissure du ligament rond, à la jonction des segments III et IV du foie. L'intérêt de l'exploration chirurgicale est surtout diagnostique dans la mesure où l'évolution est toujours favorable, indépendamment des modalités de l'excision des zones nécrotiques. Dans cet article, nous discutons les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette entité.

Copy Right, IJAR, 2022.. All rights reserved.

Introduction:-

Les pathologies liées aux ligaments hépatiques sont rares (infectieuse comme l'omphalite, tumorale comme le lipome ou le léiomyosarcome). La nécrose du ligament falciforme et/ou rond du foie est une cause extrêmement rare de syndrome abdominal aigu. Les revues de la littérature anglaise et francophone n'ont permis de recenser que de rares cas. Le diagnostic préopératoire est difficile. Nous mettons le point sur les modalités diagnostiques et thérapeutiques de la nécrose des ligaments hépatiques.

Observation:-

Il s'agissait d'une femme de 72 ans, hypertendue mal suivie, qui a consulté pour douleur abdominale évoluant depuis 5 jours. L'examen a objectivé une fièvre à 38,8°C et une sensibilité de l'étage sus-ombilical accentuée au niveau de l'épigastre et l'hypochondre droit. Il existait une hyperleucocytose à 19 780 éléments/mm³, une CRP à 230 mg/l, une lipase normale à 75 UI/L et un taux des transaminases normal (ALAT à 50 UI/L et ASAT à 39 UI/L). La radiographie de l'abdomen sans préparation était normale. L'échographie abdominale a montré une zone hyperéchogène hétérogène localisée à droite de la ligne médiane, une vésicule biliaire lithiasique à paroi épaissie et feuilletée avec un épanchement péritonéal diffus. Un scanner a été réalisé en urgence et a mis en évidence un aspect tuméfié avec infiltration œdémateuse peu rehaussée du ligament falciforme étendue au hile hépatique (Figure 1 et 2), en sous hépatique gauche jusqu'à la paroi abdominale antérieure en rapport avec une nécrose du ligament falciforme avec collection intra-péritonéale para-ombilicale droite (Figure 3) compliquée d'une pyléphlébite gauche (thrombose portale gauche septique) (Figure 4), associé à un épanchement péritonéal de moyenne abondance. La vésicule biliaire était en pyocholécyste lithiasique alors que les voies biliaires intra et extra hépatiques étaient de calibre normal. La patiente a été acheminée au bloc opératoire et fut opérée en urgence. L'exploration chirurgicale, par laparotomie médiane, a objectivé un blindage sous-hépatique et épigastrique fait d'une vésicule biliaire en pyocholécyste associée à un abcès avec nécrose des ligaments rond et falciforme du foie qui s'étendait jusqu'au

sinus hépatique entre les segments III et IV du foie (Figure 5) et en péri-ombilical dont les collections purulentes fusaient dans les gouttières pariéto-coliques droite et gauche et en inter-anses. Le geste avait consisté en l'aspiration des collections purulentes, exérèse de tout le tissu nécrosé des ligaments falciforme et rond, une cholécystectomie antérograde. Un bon lavage de la cavité abdominale a été réalisé et le drainage a été assuré par trois drains de Redon placés respectivement en sous phrénique droit, sous hépatique et au niveau du cul de sac de Douglas et par une lame de Delbet en regard de la région péri-ombilicale. La patiente était mise sous traitement anticoagulant à dose curative (HBPM : 0,6 ml/12h) avec antibiothérapie à large spectre. Les suites post-opératoires étaient simples. L'examen anatomo-pathologique des fragments ligamentaires reséqués a révélé des remaniements inflammatoires et nécrotiques.

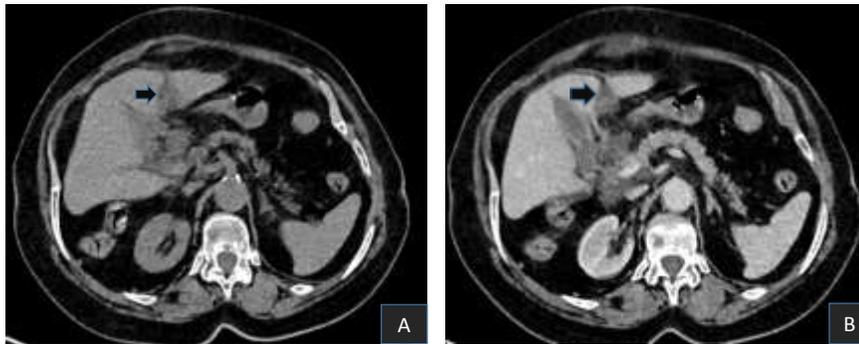


Figure 1: Aspect tuméfié et infiltré du ligament falciforme, peu rehaussé par le PDC
A: sans injection du PDC B: après injection

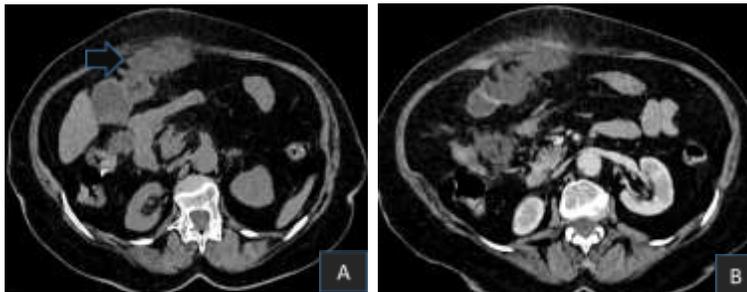


Figure 2: Infiltration étendue au hile hépatique et à la paroi abdominale antérieure
A: sans injection
B : après injection

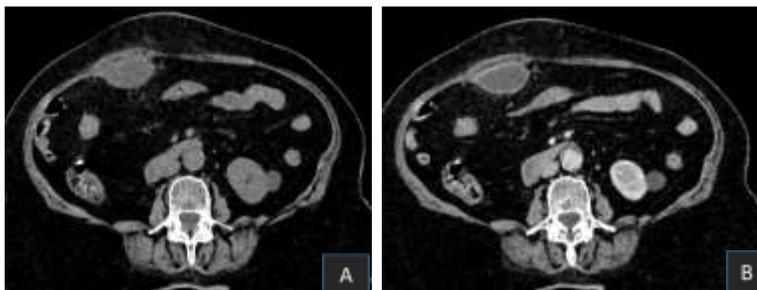


Figure 3: Collection- ombilicale droite, spontanément hypodense (A), rehaussée en périphérie par le PDC

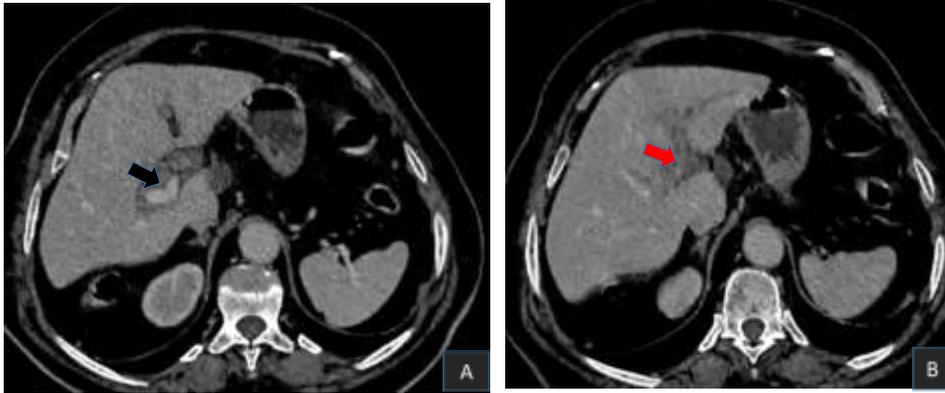


Figure 4: A: bifurcation portale perméable (flèche noire)
B: thrombose de la branche portale gauche (flèche rouge)



Figure 5 : Aspect abcédé et nécrosé du ligament falciforme en per-opératoire

Discussion:-

Le ligament falciforme (ligament suspenseur du foie) divise le lobe gauche du foie en deux segments latéral et médial et s'étend de la surface inférieure du diaphragme à la partie supra-ombilicale de la paroi abdominale antérieure [1, 2]. Il contient entre ses deux feuillettes le ligament rond du foie, vestige de la veine ombilicale qui s'oblitère après la naissance et une quantité variable de tissu adipeux [3]. Des pathologies telles que lésions kystiques, hernies ligamentaires internes, lipomes, hématomes, inflammation et nécrose des ligaments ont été rapportées mais elles sont très rares [4, 5]. Une cause septique ou thrombotique également une torsion pourrait conduire à une gangrène du ligament falciforme [6, 7]. La nécrose du ligament falciforme est une cause rare de douleur abdominale aiguë et peut imiter le tableau clinique d'une cholécystite, d'un ulcère duodénal perforé ou d'une pancréatite [8, 9]. La physiopathologie de la nécrose des ligaments falciforme et rond reste méconnue. Deux théories ont été évoquées. La première suspecte une origine infectieuse bactérienne par diffusion de germes d'origine

digestive par une veine ombilicale restée partiellement perméable [7, 8, 9, 10 et 11]. La deuxième évoque une origine ischémique avec un mécanisme similaire à celui de l'appendagite [8, 9, 10 et 11]. Dans notre cas, nous émettons l'hypothèse que la pyocholécyste et la pyémie portale secondaire et cheminement par les veines para-ombilicales, peuvent provoquer un ensemencement infectieux des ligaments falciforme et/ou rond, avec pour conséquence la formation d'abcès et/ou nécrose.

La pyléphlébite (thrombose portale septique) est une phlébite infectieuse du système veineux porte, résultant le plus souvent d'une extension de proche en proche de thrombophlébites suppurées secondaires à un foyer infectieux intra-abdominal ou pelvien avec une morbi-mortalité majeure. Les germes les plus souvent retrouvés sont l'*Escherichia coli* et le *Streptocoque*. Dans leur revue de 100 cas entre 1971 et 2009, Kanellopoulou et al. ont décrit comme foyer possible de l'infection ascendante avec thrombophlébite consécutive une diverticulite (30%) et une appendicite (19%) [12]. Chez Asad et al. (95 cas, 2002–2012), la pancréatite (31%) est également une des causes les plus fréquentes [13]. Une pyléphlébite idiopathique est décrite dans 1–6% des cas.

Le diagnostic pré-opératoire est difficile. Ceci est dû à une méconnaissance de la pathologie et à une clinique peu évocatrice. L'échographie et la tomодensitométrie sont utiles pour l'évaluation de la cause. Une masse hétérogène hyperéchogène non compressible localisée profondément dans la paroi abdominale et jusqu'à la ligne médiane peut être observée à l'échographie. Le scanner peut montrer une zone semblable à une masse bien circonscrite dans la fissure du ligament falciforme avec une atténuation graisseuse et des modifications inflammatoires [3]. Les collections et les épanchements péritonéaux semblent rares [14]. Dans la littérature, comme dans notre cas, le scanner décrivait les lésions telles qu'elles étaient retrouvées lors de l'exploration chirurgicale mais l'interprétation s'avérait défailante par méconnaissance de cette pathologie.

Le traitement est généralement l'exérèse du ligament en raison du soulagement symptomatique et de l'incertitude du diagnostic bien qu'il y ait peu de cas rapportés traités de manière conservatrice. La sensibilisation des radiologues à l'imagerie de la nécrose du ligament falciforme permettra d'inclure cette entité rare dans le diagnostic différentiel de l'abdomen aigu [2, 3].

La coelioscopie pourrait être une bonne alternative diagnostique et thérapeutique [15].

Conclusion:-

La nécrose isolée du ligament rond du foie est une cause rare d'abdomen aigu. Son diagnostic reste difficile malgré l'apport de la tomодensitométrie abdominale. L'évolution a toujours été favorable. L'intérêt de la chirurgie a surtout été diagnostique. En cas de doute, une exploration avec ou sans résection du ligament rond, sous contrôle vidéo laparoscopique, semble une alternative adaptée à la bénignité de cette pathologie.

References:-

1. Zeyneb Yuceler, Hayri Ogul, Abdullah Kisioglu, Aylin Okur, Berhan Pirimoglu, Yesim Kizrak, Mecit Kantarci. Inflammation and necrosis of the falciform ligament. DOI: 10.1594/EURORAD/CASE.11333.
2. Nolthenius CJ, Bruinsma WE, Knook MT, Puylaert JB. (2013) Acute appendagitis of the ligamentum teres hepatis: clinical, ultrasound, and computed tomographic findings. *J Clin Ultrasound* 41: 108-12. (PMID: 22565281).
3. Lloyd T. (2006) Primary torsion of the falciform ligament: computed tomography and ultrasound findings. *Australas Radiol* 50: 252-4. (PMID: 16732825).
4. Coulier B, Cloots V, Ramboux A. (2001) US and CT diagnosis of a twisted lipomatous appendage of the falciform ligament. *Eur Radiol* 11: 213-5. (PMID: 11218016).
5. Sari S, Ersöz F, Güneş ME, Pasaoglu E, Arıkan S. (2011) Hematoma of the falciform ligament: a rare cause of acute abdomen. *Turk J Gastroenterol* 22: 213-5. (PMID: 21796563).
6. Czymek R, Bouchard R, Hollmann S, Kagel C, Frank A, Bruch HP, Buerk C. (2010) First complete laparoscopic resection of a gangrenous falciform ligament. *Eur J Gastroenterol hepatol* 22: 109-11. (PMID: 19654550).
7. Christine Tison, Nicolas Regenet, Eric Frampas, Claude Masliah, Joël Le Borgne. Gangrène isolée du ligament rond du foie. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29:204-205.
8. 8-Pans A, Burnel M, Gillard R. La gangrene du ligament rond du foie : une pathologie meconnue. *Chirurgie* 1999 ;124 :551-4.

9. Tisan C, Regrenet N, Frampas E, Masliah C, Le Borgne. La Gangrene du ligament rond du foie. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29:204-5.
10. Aoun F, Berard X, Midy D, Thumerel M, Baste JC. Gangrene du ligament rond du foie. *J Chir* 2006 ;143 :406-7.
11. Brahim Ghariani, Hichem Houissa, Farouk Sebai. Nécrose du ligament rond du foie : une cause rare de douleurs abdominales aiguës. *Press Med* 2010 ;39 :278-9.
12. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodossiades G, Koskinas J, Archimandritis AJ. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. *Scand J Infect Dis.* 2010;42(11-12):804–11.
13. Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: a Review of 95 Cases. *J Gastrointest Surg.* 2016;20(3):656–61.
14. Tisan C, Regrenet N, Frampas E, Masliah C, Le Borgne. La Gangrene du ligament rond du foie. *Gastroenterol Clin Biol* 2005;29:204-5.
15. Belgacem Bourguiba, Riadh Bel Haj Salah, Wissem Triki, Mounir Ben Moussa, Abdeljelil Zaouche. Primary necrosis of the ligamentum teres hepatis. *La tunisie Medicale* - 2014 ; Vol 92 (n°04) : 272-274.