

HEMOPERITOINE SPONTANE, MODE DE REVELATION D'UN CARCINOME HEPATO CELLULAIRE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIBREVILLE (GABON)

SPONTANE HEMOPERITONEUM, MODE OF REVEALING A CELLULAR HEPATO CARCINOMA AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF LIBREVILLE (GABON)

**K dyatta mayombo^{1,2}, S ipouka doussiemou¹, B mvé ndong¹, nguele ndjota^{1,2}, F mbana
boukoulou¹, K diallo^{1,2}.**

¹: Service de Chirurgie Viscérale et Générale. CHU de Libreville (Gabon)

²: Département de Chirurgie. Université des Sciences de la Santé d'Owendo-Libreville (Gabon)

Correspondant : Kévin DYATTA MAYOMBO Tel : + 241 6623 2267 Email :
dyattamayombokc@gmail.com BP : 12.130 Libreville-Gabon

RESUME

Introduction : L'hémopéritoine est une urgence diagnostique et thérapeutique pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Le plus souvent post traumatique, il peut être spontané. Les auteurs décrivent un cas d'hémopéritoine par rupture spontanée d'un carcinome hépato cellulaire.

Observation : Patiente de 55 ans, suivie pour hépatite virale C, qui consultait pour douleurs abdominales d'apparition brutale. L'examen clinique retrouvait une défense abdominale et un syndrome anémique clinique. La tomodensitométrie réalisée concluait à un hémopéritoine de grande abondance sur probable rupture d'une masse hépatique gauche. L'exploration chirurgicale permettait de confirmer l'hémopéritoine et d'objectiver un nodule hépatique rompu. Les gestes réalisés étaient une biopsie du nodule et une hépatorraphie. L'analyse anatomopathologique était en faveur d'un carcinome hépatocellulaire.

Conclusion : L'hémopéritoine comporte plusieurs étiologies. Il ne faut pas méconnaître une rupture d'un carcinome hépatocellulaire.

Mots-clés : hémopéritoine – nodule – foie - carcinome hépatocellulaire

ABSTRACT

Introduction: Hemoperitoneum is a life-threatening diagnostic and therapeutic emergency. Most often post-traumatic, it can be spontaneous. The authors describe a case of hemoperitoneum due to spontaneous rupture of a hepatocellular carcinoma.

Observation: A 55-year-old patient, being treated for viral hepatitis C, presented with sudden onset of abdominal pain. Clinical examination revealed abdominal guarding and clinical anemia. CT scans revealed abundant hemoperitoneum due to a probable rupture of a left hepatic mass. Surgical exploration confirmed hemoperitoneum and demonstrated a

ruptured hepatic nodule. The procedures performed were a biopsy of the nodule and a hepatorrhaphy. Pathological analysis suggested hepatocellular carcinoma.

Conclusion: Hemoperitoneum has several etiologies. Rupture of hepatocellular carcinoma should not be overlooked.

Keywords: hemoperitoneum – nodule – liver – hepatocellular carcinoma

INTRODUCTION

Un hémopéritoine est défini comme spontané lorsqu'il n'est pas secondaire à un contexte traumatique [1]. Il comporte plusieurs étiologies avec une prédominance des causes gynécologiques chez la femme [2]. De manière générale, les causes d'hémopéritoine spontané sont diverses allant des coagulopathies, des atteintes vasculaires et d'organes pleins (rate et foie) [1]. L'hémorragie d'une tumeur hépatique est un événement rare avec une prévalence de 1 % en Occident mais engageant potentiellement le pronostic vital [3]. Ces tumeurs hépatiques sont bénignes ou malignes [4]. Dans le cas, d'un carcinome hépato cellulaire, le diagnostic peut être fortuit ou du fait d'une altération de l'état général qui révèle en même temps une maladie hépatique fibrosante (dysmorphie, voire hypertension portale et/ou ascite) et un cancer (nodule hypoéchogène dont la taille et le nombre sont précisés, de même que la perméabilité des axes vasculaires, notamment du tronc porte) [5]. L'hémopéritoine par rupture d'un nodule de carcinome hépato-cellulaire est un mode de révélation moins fréquent. C'est ainsi qu'à partir de ce cas observé au service de Chirurgie Viscérale du CHU de Libreville, les auteurs se proposent de relever les aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette entité clinique.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 55 ans, suivie pour hépatite B sous Tenofovir, qui consultait pour des douleurs abdominales d'apparition brutale. Dans l'histoire, les

symptômes auraient débuté par l'apparition d'une douleur épigastrique d'intensité maximale, s'étendant progressivement à tout l'abdomen. Elle avait bénéficié d'un traitement antiacide par automédication. Devant l'aggravation des symptômes par l'adjonction d'une défense abdominale et d'un syndrome anémique clinique, une tomodensitométrie abdominale a été réalisée. Elle a permis d'objectiver un hémopéritoine de grande abondance sur probable rupture d'une masse hépatique gauche. La figure 1 montre des images hypodenses péri hépatique témoignant de l'hémopéritoine. La patiente a été transférée dans notre structure pour une prise en charge plus adéquate. A son arrivée, l'examen clinique a permis d'objectiver une instabilité hémodynamique, un syndrome anémique faite d'une pâleur conjonctivo-muqueuse et d'une tachycardie, une défense abdominale généralisée, des pétéchies aux membres supérieurs et au niveau de l'abdomen. Sur le plan biologique, nous notions une anémie à 6,8 g/dl et un taux d'hématocrite à 20,2%, un syndrome d'insuffisance hépatocellulaire avec un TP à 35 % et un TCA à 32 s. Une réanimation intensive a été instaurée dans l'immédiat avant de procéder à une laparotomie exploratrice.

Sous anesthésie générale, une incision médiane xypho-pubienne a été réalisée. L'exploration a permis d'objectiver un hémopéritoine de grande abondance, un foie multi nodulaire avec deux volumineux nodules, un nodule pédiculé au segment V comme visualisé à la figure 2, un nodule rompu siégeant au segment III, hémorragique, source de l'hémopéritoine. La figure 3 montre le nodule rompu siégeant au segment III. Le bas œsophage, l'estomac, le grêle, le colon, la rate, l'utérus, les annexes et la vessie étaient macroscopiquement sains. Les gestes consistaient en une aspiration d'environ 4000 cc de sang rouge foncé, une biopsie du nodule pour examen anatomopathologique, une hémostase du nodule rompu par hépatorrhaphie, un lavage de la cavité avec

500 cc de sérum physiologique tiède et un drainage en siphonage du cul de sac de Douglas. La réanimation per opératoire a été poursuivie en post opératoire par la transfusion de quatre culots globulaires et d'un plasma frais congelé, l'administration d'hémostatiques et de vitamine K. La patiente a séjourné en réanimation pendant 3 jours puis a été transférée dans notre service. Les suites opératoires étaient simples, l'ablation du drain a été faite à J5 post opératoire et le retour à domicile a été effectif à J6 post opératoire.

L'alphafœtoprotéine réalisée à J4 post opératoire était élevée à 3992,4 ng/ml soit près de 400 fois la normale. Le résultat anatomopathologique était en faveur d'un carcinome hépatocellulaire. La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne ne retrouvait pas de localisation secondaire. Selon la Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC), la patiente était classée stade C du fait du bon état général et de l'absence d'ascite. Après réunion de concertation pluridisciplinaire, la patiente a bénéficié d'une thérapie médicamenteuse ciblée à base de Sorafénib. Après un suivi de 10 mois, la patiente poursuit son traitement à l'Institut de Cancérologie.

DISCUSSION

L'hémopéritoine peut être post traumatique ou spontanée. Les étiologies des hémopéritoines post traumatiques sont dominées par l'atteinte splénique et hépatique. Lorsqu'il s'agit d'un hémopéritoine spontané, les causes gynécologiques sont au premier plan [2]. Les deux étiologies tumorales les plus rencontrées en cas d'hémopéritoine spontané sont l'adénome hépatique et le carcinome hépato-cellulaire d'autant plus qu'il existe un terrain d'hépatopathie virale B ou C [4] comme dans notre cas. Les modes de révélation de l'hémopéritoine les plus souvent décrits sont la découverte d'un nodule hépatique lors de la surveillance de patient cirrhotique ou la survenue d'une ascite ou d'une altération de l'état général inexpiquée [6]. Rarement, un nodule d'un

carcinome hépato cellulaire peut se rompre et occasionner un hémopéritoine qui est une urgence abdominale aussi bien diagnostique que thérapeutique [4,7,8]. Pour le diagnostic, l'angioscanner abdominal est actuellement l'examen de référence que l'on réalise en urgence si le patient est stable ou dès qu'il est stabilisé sur le plan hémodynamique [3]. Dans notre cas, une tomодensitométrie abdominale avec injection de produit de contraste a été réalisée quand la patiente était encore stable sur le plan hémodynamique.

Chez les patients instables, il est recommandé de réaliser une échographie abdominale dans un protocole de « FAST echo » qui permettra de diagnostiquer l'épanchement péritonéal, d'en suspecter son caractère hémorragique et de mettre en évidence un hématome sous-capsulaire ou intra-hépatique, centré sur une tumeur hépatique [3,9].

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge ne doit jamais être retardée. Elle débute par les mesures de réanimation d'autant plus que qu'il y a une instabilité hémodynamique chez la patiente. L'embolisation artérielle par voie radiologique est actuellement le traitement de référence, elle est particulièrement efficace dans le cadre des adénomes et des carcinomes hépatocellulaires qui sont des tumeurs artérialisées [10]. La radiologie interventionnelle n'étant pas encore réalisée dans notre contexte, le recours à la chirurgie est la règle. La chirurgie en urgence doit être réalisée en cas d'instabilité hémodynamique majeure ou en l'absence d'autres alternatives thérapeutiques comme dans notre cas. Il s'agit de faire une résection hépatique ou de réaliser une hémostase locale par un tamponnement péri hépatique ou packing [4]. Les techniques de sutures tumorales sont également décrites, Descottes et al [11] ont réalisé une hémostase directe par suture de la zone hémorragique chez quatre des vingt-deux patients de leur étude.

La rupture de carcinome hépato cellulaire constituait au Japon 10 % de la mortalité des carcinomes hépato cellulaires [7]. Descottes et al [11] décrivaient une mortalité post opératoire globale de 45,4 % (n = 10) entre J0 et J17 post opératoires. Sur les 12 survivants, neuf sont décédés dans un délai de 6 à 29 mois. Cette mortalité était de 100 % en cas d'hémostase directe. Dans notre cas, notre patiente est vivante avec un recul de 10 mois.

CONCLUSION

L'hémopéritoine spontané a plusieurs étiologies. Chez un patient aux antécédents d'hépatopathie, il faudrait penser à une rupture d'un nodule de carcinome hépato cellulaire rompu. Dans notre contexte, le traitement repose sur la chirurgie.

REFERENCES

1. Millet I, Bouic-Pages E, Alili C, Curros-Doyon F, Ruyer A. Hémopéritoine, comment gérer ? SIFEM. 2014;24:84-91.
2. Tematio Gountsop P, Kohpé Kapseu S, Wona JP, Ossondo Nlom M. Les hémopéritoinies d'indication opératoire : aspects cliniques et étiologiques dans trois hôpitaux ruraux camerounais. Health Sci Dis. 2022;22(4):93-96.
3. Battula N, Tsapralis D, Takhar A et al. Aetio-pathogenesis and the management of spontaneous liver bleeding in the West: a 16-year single-centre experience. HPB. 2012;14:382-389.
4. Darnis B, Rode A, Mohkama K, Ducerf C, Mabrut JY. Prise en charge des tumeurs hépatiques hémorragiques. J Chir Visc. 2014;151(5):377-389.
5. Stanislas POL. Carcinome Hépatocellulaire (CHC). MTSI. 2024.614 :1-24.
6. Touré YL, Sako K, Madiou MKA et al. Le Carcinome Hépatocellulaire à Bouake : Diagnostic, Traitement et Évolution. Health Res Afr. 2024;2;(11):82-86.
7. Huwart L, Rangheard AS, Bessoud B et al. Rupture de carcinome hépatocellulaire : un diagnostic d'urgence à connaître. F Radiol. 2004;44(5/6):347-356.
8. Mahmoudi A, Maâtouk M. La rupture spontanée de carcinome hépato cellulaire: un diagnostic d'urgence à connaître. Pan Afr Med J. 2015;22:65.
9. Taourel P, Merigeaud S, Millet I, Devaux Hoquet M, Lopez F, Sebane M. Traumatisme thoraco-abdominal : stratégie en imagerie. J Radiol. 2008 ;89(11/2) :1833-1854.
10. Li WP, Cheuk ECY, Kowk PCH, Cheung MT. Survival after transarterial embolization for spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma. 2009;16:508-512.
11. Descottes B, Lachachi F, Valleix D et al. Les hépatocarcinomes rompus. À propos de 22 cas. Chir.1999;124:618-625.

ANNEXE

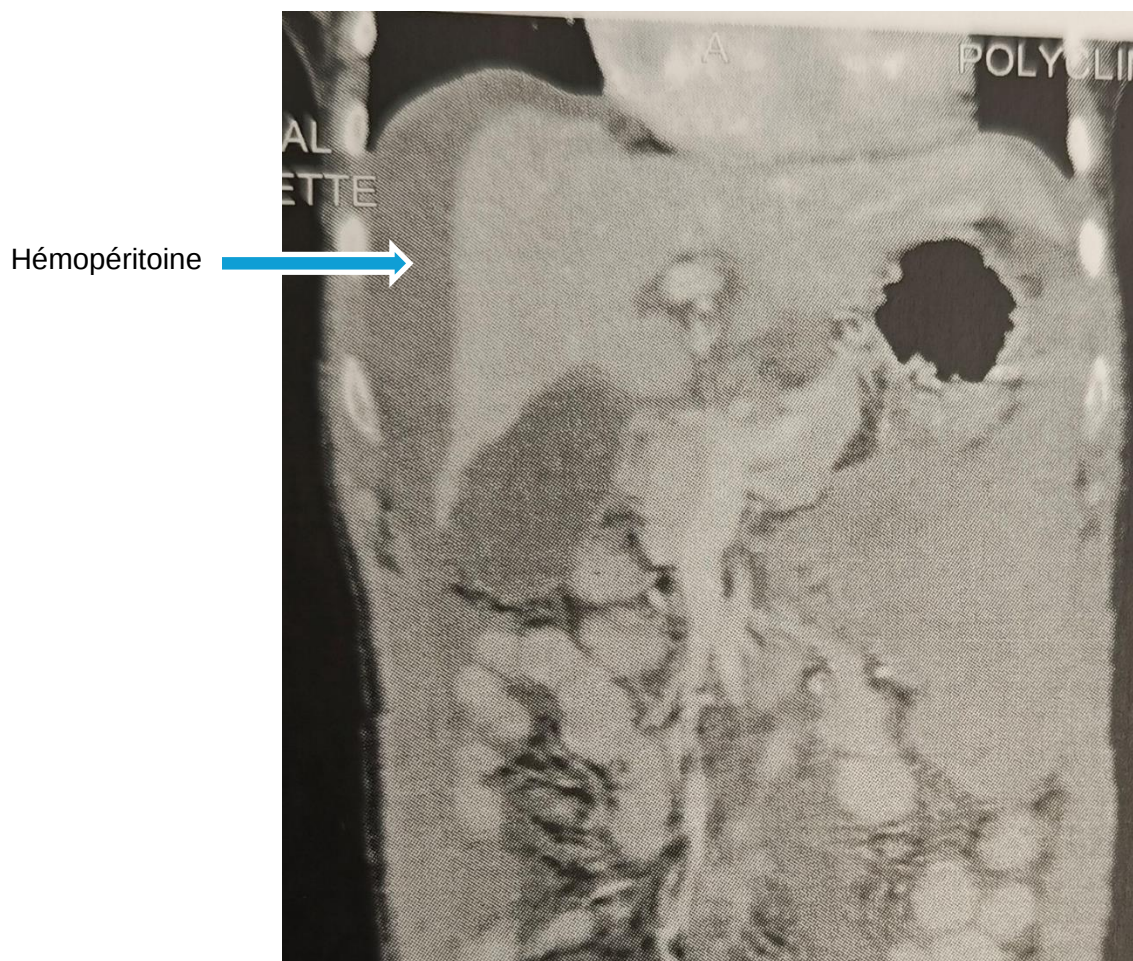


Figure 1 : hémopéritoine vu à la tomodensitométrie abdominale en coupe frontale
(Phototèque du Service de Chirurgie Viscérale, CHUL / Pr DYATTA MAYOMBO)

Nodule
pédiculé

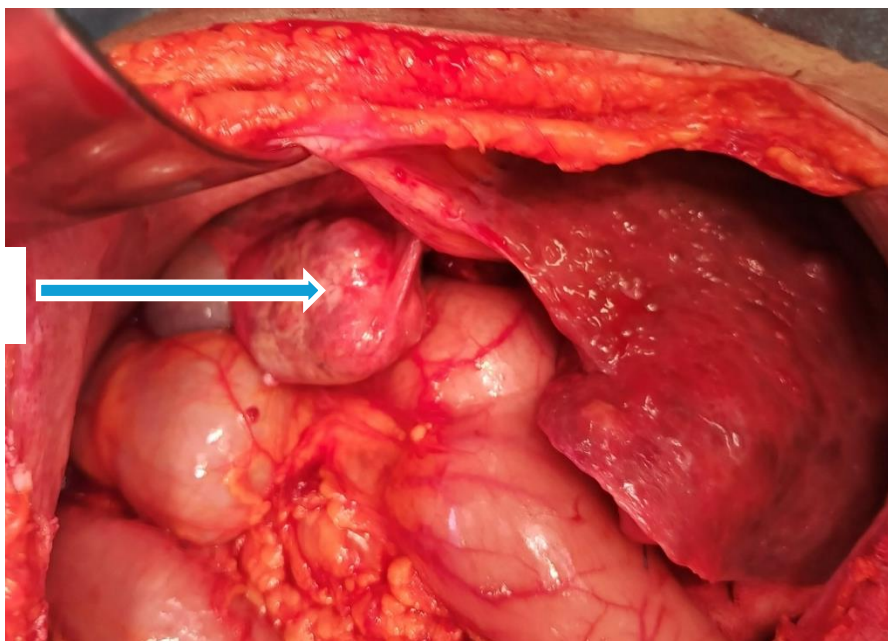


Figure 2 : foie multinodulaire avec nodule pédiculé au segment V

(Phototèque du Service de Chirurgie Viscérale, CHUL / Pr DYATTA MAYOMBO)

Nodule rompu

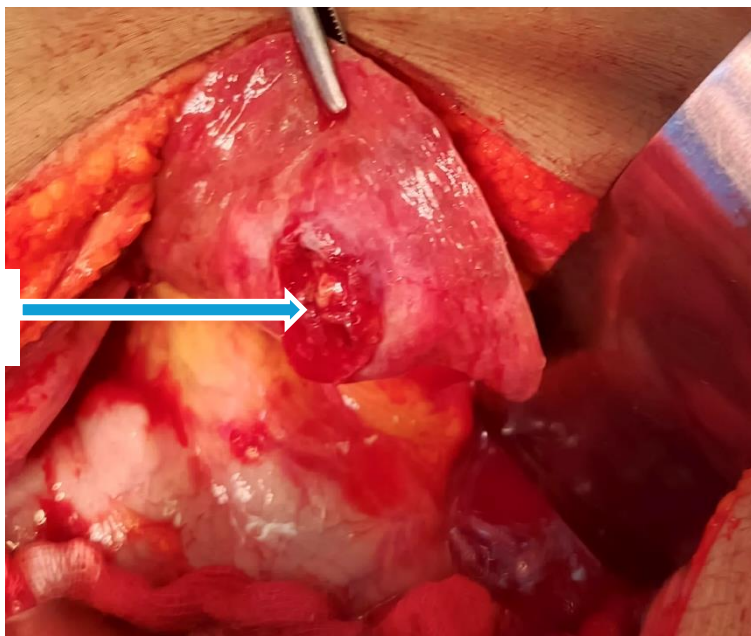


Figure 3 : nodule hépatique rompu. Vue per opératoire

(Phototèque du Service de Chirurgie Viscérale, CHUL / Pr DYATTA MAYOMBO K)