

L'HÉMOBILIE

C. HONORÉ (1), R.F. DONDELINGER (2)

RÉSUMÉ : L'hémobilie est définie par un saignement dans les voies biliaires quelle qu'en soit l'origine. C'est une pathologie rare et souvent mal connue, mais d'incidence croissante et potentiellement mortelle. Sa présentation clinique classique associe hémorragie digestive haute, douleur de type biliaire et ictère. Le diagnostic devra être évoqué devant toute histoire clinique de chirurgie et de traumatisme hépatique au sens large ou de manipulation biliaire invasive. L'examen clef est l'artériographie sélective qui permet de diagnostiquer, localiser et souvent traiter l'hémobilie. La chirurgie doit être réservée aux saignements extra-hépatiques, aux hémocholécystes et aux échecs de l'embolisation radiologique sélective.

MOTS-CLÉS : *Hémobilie – Hémorragie digestive – Artériographie – Embolisation*

DÉFINITION

L'hémobilie, définie par un saignement d'origine le plus souvent artérielle dans les voies biliaires, n'est que le symptôme révélant une maladie sous-jacente. Elle est la traduction clinique d'une fistule vasculo-biliaire intra- ou extra-hépatique.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Ce saignement peut survenir à bas bruit, responsable d'une anémie ferriprive, mais la présentation clinique typique de l'hémobilie survient quand le saignement est massif. Elle se manifeste alors par une triade symptomatologique décrite par Sandblom en 1948 (1) : douleur de type biliaire, ictère et hémorragie digestive haute. Malheureusement ce tableau évocateur peut parfois être plus bâtarde, l'un ou l'autre des signes pouvant manquer. L'hémobilie devra, dès lors, être suspectée en fonction du contexte clinique et des antécédents du patient (2, 3). L'émission d'un caillot moulant l'arbre biliaire est rare, mais pathognomonique. Quelques cas de pancréatite, cholécystite ou angiocholite sur hémobilie ont également été décrits (4, 5).

ÉTIOLOGIES

On distingue deux catégories étiologiques. Bien que cette distinction n'ait pas de répercussions sur la prise en charge et le traitement de

HEMOBILIA

SUMMARY : Hemobilia or hematobilia is defined by bleeding inside the bile duct. Although rare and misunderstood, it may evolve a life-threatening condition and its frequency is increasing. Clinical presentation commonly includes upper gastrointestinal bleeding, biliary colic and jaundice. The diagnosis must be suggested in a patient with a history of hepatic surgery, trauma or invasive biliary intervention. Key investigation is selective angiogram which allows us to confirm the diagnosis, locate and in most cases treat the vascular lesion responsible of hemobilia. Surgery should remain limited to extra-hepatic or gallbladder bleeding and in case of a failure of intra-vascular embolization.

KEYWORDS : *Hemobilia – Hematobilia – Gastrointestinal bleeding – Arteriography – Embolization*

l'hémobilie, elle reste malgré tout intéressante pour identifier les patients à risque, chez qui le diagnostic doit être rapidement évoqué en cas d'urgence.

LES CAUSES POST-TRAUMATIQUES

On retrouve les complications opératoires telles qu'une plaie de l'artère hépatique ou des voies biliaires intra-hépatiques, les complications de toute la traumatologie hépatique (fracture, hématome sous-capsulaire, contusion, traumatisme pénétrant,...) mais les causes les plus fréquentes d'hémobilies post-traumatiques sont les manoeuvres percutanées (biopsie hépatique trans-cutanée ou trans-jugulaire, cholangiographie ou drainage biliaire percutané, destruction percutanée de tumeurs par radiofréquence,...) et les manipulations biliaires endoscopiques invasives (dilatations, stents, lithotripsie...). Toutes ces situations peuvent se compliquer d'une hémobilie dans un délai variable, de quelques semaines à plusieurs années (3, 6, 7-10).

LES HÉMOBILIES SPONTANÉES

Elles trouvent leur origine dans une anomalie congénitale ou acquise des vaisseaux hépatiques, une maladie de la vésicule biliaire (lithiase, cholécystite hémorragique, métaplasie pancréatique, métaplasie gastrique,...), une pathologie tumorale (angiosarcome, cholangiocarcinome, carcinome hépatocellulaire, polypose, papillomatose, angiomes, métastases,...), une cholangite (virale ou autre) ou une parasitose (ascaris, échinococose...). De plus, une coagulopathie acquise ou congénitale peut également être à l'origine d'un saignement dans les voies biliaires (11, 12).

(1) Candidat spécialiste en Chirurgie générale, CHU Sart Tilman, Liège.

(2) Chargé de Cours, Chef de Service, ULg, Service de Radiologie, CHU Sart Tilman, Liège.



Figure 1 : L'artériographie hépatique sélective confirme le pseudo-anévrisme (astérisque) de la branche artérielle du secteur latéral du lobe droit du foie et une fistule artérioporiale avec retour veineux précoce (tête de flèche).

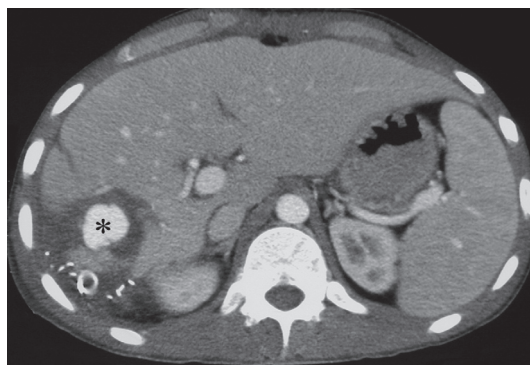


Figure 2 : Homme de 46 ans victime d'un accident de circulation présentant une contusion du lobe droit du foie. Traitement chirurgical par raphie capsulaire et drainage périhépatique. Déclaration d'une hémobilie dans les suites de l'intervention. L'examen scanographique montre un pseudo-anévrisme (astérisque) de 25 mm de diamètres situé dans la zone contuse.



Figure 3 : L'artériographie hépatique après embolisation du pseudo-anévrisme par des spires métalliques (flèches) montre l'exclusion de la lésion vasculaire et l'absence de dévascularisation du parenchyme hépatique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'une hémobilie est clinique. Tout antécédent de traumatisme hépatique au sens large du terme doit faire évoquer le diagnostic même si l'incident est survenu des mois, voire des années auparavant. L'examen complémentaire le plus contributif dans cette situation est l'artériographie hépatique (5) (Fig. 2) qui permettra d'une part de confirmer le diagnostic, mais aussi de localiser la lésion vasculaire et de la traiter d'emblée, si le saignement est intra-hépatique. La gastroduodénoscopie reste malgré tout l'examen de première intention devant toute hémorragie digestive haute ou basse, bien que dans les cas d'hémobilie, elle n'objective que rarement l'écoulement sanguin au niveau de la papille suite au caractère intermittent du saignement. Le scanner abdominal (Fig. 1) permet occasionnellement de faire un diagnostic d'hémobilie en mettant en évidence la fuite de produit de contraste dans les voies biliaires, mais devant un tableau clinique évocateur, le bénéfice de cet examen doit être discuté par rapport

à l'artériographie sélective d'emblée. La CPRE n'est plus un examen diagnostique mais peut être utilisée à des fins de désobstruction, bien que cette attitude reste toujours controversée au vu des propriétés thrombolytiques de la bile. L'échographie n'est pas un outil adéquat pour diagnostiquer une hémobilie en phase aiguë. La scintigraphie aux globules rouges marqués peut se révéler précieuse dans l'exploration de cas difficiles, douteux ou discordants mais n'a pas sa place en urgence (13, 14).

TRAITEMENT

Une hémobilie est une urgence et son traitement se décompose en trois parties. La première étape consiste à corriger toute coagulopathie et à traiter le choc hémorragique par un remplissage vasculaire adéquat. Ces mesures conservatrices suffisent parfois pour arrêter l'hémorragie et permettent de différer le traitement définitif qui pourra dès lors être conduit dans de meilleures conditions. Ensuite, le traitement dépend du site de saignement. Ce dernier ne peut être localisé efficacement qu'à l'aide d'une artériographie sélective (Fig. 3) qui devra être réalisée dans un délai plus ou moins court en fonction du statut hémodynamique du patient. Un hémocholécyste (saignement dans la vésicule biliaire) se traitera par une cholécystectomie simple. Un saignement hilare ou pédiculaire nécessitera une résection du segment artériel responsable (15). Cette manœuvre est souvent bien tolérée sauf chez le greffé hépatique qui devra toujours bénéficier d'une reconstruction vasculaire. Dans le plus grand nombre de cas, le saignement est intra-hépatique et son traitement initial consiste en une embolisation artérielle sélective (réalisée en même temps que l'artériographie localisatrice). (16) En cas d'échec, on aura recours en premier lieu à une chirurgie d'hémostase simple conservatrice, la chirurgie de résection hépati-

que ne devant être réservée qu'aux cas réfractaires à tout autre traitement. (3, 5, 15, 17, 18, 19). La troisième et dernière étape thérapeutique consiste à traiter définitivement la cause de l'hémobilie pour éviter toute récurrence (20).

BIBLIOGRAPHIE

1. Sandblom P.— Hemorrhage into the biliary tract following trauma: 'traumatic hemobilia'. *Surgery*, 1948, **24**, 571-586.
2. Sandblom P.— Hemobilia. *Surg Clin North Am*, 1973, **53**, 1191-1201.
3. Green MH, Duell RM, Johnson CD, Jamieson.— Haemobilia. *Br J Surg*, 2001, **88**, 773-786.
4. Nowak A, Hartleb M, Kohut M, et al.— Haemobilia causing acute pancreatitis after percutaneous liver biopsy. *J Hepatol*, 2005, **43**, 366.
5. Shapiro MJ.— The role of the radiologist in the management of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am*, 1994, **23**, 123-181.
6. Prasad GA, Abraham SC, Baron TH, Topazian MD.— Hemobilia caused by cytomegalovirus cholangiopathy. *Am J Gastroenterol*, 2005, **100**, 2592-2595.
7. Tleyjeh IM, Georgescu G, Virk A, et al.— Cytomegalovirus cholangitis presenting with recurrent hemobilia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2005, **24**, 634-636.
8. Nicholson T, Travis S, Ettles D, et al.— Hepatic artery angiography and embolization for hemobilia following laparoscopic cholecystectomy. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 1999, **22**, 20-24.
9. Enne M, Pacheco-Moreira LF, Cerqueira A, et al.— Fatal hemobilia after radiofrequency thermal ablation for hepatocellular carcinoma. *Surgery*, 2004, **135**, 460-461.
10. Wolters F, Ryan B, Beets-Tan R, Dejong C.— Delayed massive hemobilia after biliary stenting. *Endoscopy*, 2003, **35**, 976-977.
11. Winick AB, Waybill PN, Venbrux AC.— Complications of percutaneous transhepatic biliary interventions. *Tech Vasc Interv Radiol*, 2001, **4**, 200-206.
12. Liu TT, Hou MC, Lin HC.— Life threatening hemobilia caused by hepatic artery pseudoaneurysm: a rare complication of chronic cholangitis. *World J Gastroenterol*, 2003, **9**, 2883-2884.
13. Yoon W, Jeong YY, Kim JK, et al.— CT in blunt liver trauma. *Radiographics*, 2005, **25**, 87-104.
14. Goffette PP, Laterre PF.— Traumatic injuries : imaging and intervention in post-traumatic complications (delayed intervention). *Eur Radiol*, 2002, **12**, 994-1021.
15. Dousset B, Sauvanet A, Bardou M, et al.— Selective surgical indications for iatrogenic hemobilia. *Surgery*, 1997, **121**, 37-41.
16. Wagner WH, Lundell CJ, Donovan AJ.— Percutaneous angiographic embolization for hepatic arterial hemorrhage. *Arch Surg*, 1985, **120**, 1241-1249.
17. Thong-Ngam D, Shusang V, Wongkusoltham P, et al.— Hemobilia: four case reports and review of the literature. *J Med Assoc Thai*, 2001, **84**, 438-444.
18. Siu WT, Chau CH, Ka Bo Law B, et al.— Non-operative management of endoscopic iatrogenic haemobilia: case report and review of literature. *Acta Gastroenterol Belg*, 2005, **68**, 428-431.
19. Merrell SW, Schneider PD.— Hemobilia – Evolution of current diagnosis and treatment. *West J Med*, 1991, **155**, 621-625.
20. Bloechle C, Izbicki JR, Rashed MY, et al.— Hemobilia: presentation, diagnosis, and management. *Am J Gastroenterol*, 1994, **89**, 1537-1540.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr Charles Honoré, Département de Chirurgie abdominale, endocrine et Transplantation, CHU Sart-Tilman, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : chhonore@hotmail.com