

LISTE DES ABREVIATIONS

CPRE : cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique

TDM : tomodensitométrie

LISTES DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figures

| | |
|--|----|
| Figure 1: Cycle évolutif d'Ascaris lumbricoïdes | 7 |
| Figure 2 : Vue de face montant la distribution des canaux intra-hépatiques | 9 |
| Figure 3 : Schéma montrant les canaux extra-hépatiques et voies biliaires accessoires | 10 |
| Figure 4 : Schéma montrant la vascularisation des voies biliaires..... | 11 |
| Figure 5 : Echographie abdominale mettant en évidence une structure échogène tubulaire enroulée dans la voie biliaire principale..... | 16 |
| Figure 6 : Cholangiopancréatographie par résonance magnétique mettant en évidence des structures linéaires en hyposignal enclavées dans le bas du cholédoque pouvant être en rapport avec des ascaris. | 17 |
| Figure 7 : Tomodensitométrie abdominopelvienne de reconstitution montrant la dilatation du tractus biliaire intra et extra-hépatique et une image tissulaire (flèche) dans le canal cholédoque. | 18 |
| Figure 8 : Voie d'abord de la vésicule biliaire..... | 24 |
| Figure 9 : Exposition de la région sous hépatique..... | 25 |
| Figure 10 : Individualisation du canal cystique. | 26 |
| Figure 11 : Dissection et clampage de l'artère cystique..... | 27 |
| Figure 12 : Ablation rétrograde de la vésicule biliaire..... | 27 |
| Figure 13 : Coupe transversale et longitudinale réalisée à l'aide d'une sonde linéaire montrant le parasite sous forme d'une structure arrondie hyperéchogène enclavée dans le canal cholédoque | 33 |
| Figure 14 : Coupe longitudinale avec une sonde convexe montant une dilatation des voies biliaires intra et extras hépatiques | 33 |
| Figure 15 : Coupe longitudinale avec une sonde convexe montrant la dilatation du canal cholédoque à paroi épaisse, à contenu transonore mesurant 8 mm..... | 35 |
| Figure 16 : Coupe transversale réalisée à l'aide d'une sonde superficielle mettant en évidence au sein de la vésicule biliaire une image en rail. | 37 |

TABLEAU

| | |
|--|----|
| Tableau I : Moyens du traitement médical de l'ascaridiose avec présentation et posologie chez l'enfant | 22 |
|--|----|

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| PREMIERE PARTIE : RAPPELS ET REVUE DE LA LITTERATURE..... | 4 |
| I. PARASITOLOGIE | 5 |
| 1. Morphologie | 5 |
| 2. Habitat | 5 |
| 3. Transmission | 5 |
| 4. Facteurs favorisants..... | 5 |
| 5. Répartition géographique | 6 |
| 6. Cycle évolutif | 6 |
| II. ANATOMIE DES VOIES BILIAIRES | 8 |
| 1. Voies biliaires intra-hépatiques..... | 8 |
| 2. Voies biliaires extra-hépatiques | 8 |
| III. ETIO-PATHOGENIE | 12 |
| IV. DIAGNOSTIC | 13 |
| 4.1 DIAGNOSTIC POSITIF | 13 |
| 1. Circonstances de découverte | 13 |
| 2. Clinique | 13 |
| 3. Examens complémentaires..... | 15 |
| 4.2 Diagnostic différentiel..... | 19 |
| V. TRAITEMENT..... | 21 |
| 1. But | 21 |
| 2. Moyens et Méthodes | 21 |
| 2.1 Moyens médicaux..... | 21 |
| 2.2 Moyens instrumentaux | 23 |
| 2.3 Moyens chirurgicaux | 23 |
| 3. Indications | 28 |

| | |
|---|----|
| 4. Résultats | 30 |
| 4.1. Eléments de surveillance | 30 |
| 4.2. Modalités évolutives | 30 |
| 5. Prévention..... | 30 |
| DEUXIEME PARTIE : OBSERVATIONS ET DISCUSSION..... | 31 |
| OBSERVATION 1 | 32 |
| OBSERVATION 2..... | 36 |
| DISCUSSION | 39 |
| CONCLUSION | 42 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 45 |

INTRODUCTION

L'ascaridiose ou ascaridiase est une parasitose intestinale humaine, due à un nématode, *Ascaris lumbricoïdes*. C'est le nématode le plus important du tractus gastro-intestinal. L'ascaridiose est répandue à travers le monde entier avec une prévalence globale de 25% et cause entre 8000 à 100 000 décès d'enfants par an. Elle est omniprésente dans les pays en voie de développement notamment en Inde, en Chine, en Amérique latine et en Afrique [16]. L'infection est favorisée par un climat chaud et humide, un manque de conditions sanitaires, des normes d'hygiène réduites, une eau peu sûre, la pauvreté et le surpeuplement. En raison d'une plus grande exposition, les enfants présentent une incidence d'infection plus élevée que chez les adultes (60% vs 30%) [5,16].

L'atteinte des voies biliaires est la localisation extradigestive du ver adulte la plus fréquente [16].

Dans les études indiennes effectuées au Cachemire, une zone fortement endémique, l'ascaridiose a été la cause des troubles biliaires et pancréatiques avérés dans 36,7% des cas sur 109 patients [17,18].

Aux Philippines, 20% de toutes les maladies biliaires sont dus à des vers morts ou vivants [20].

Cependant, dans une série du Moyen-Orient, il n'y a eu que deux cas d'ascaridiose biliaire chez 668 patients Jordaniens évalués par cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) pour la maladie biliaire / pancréatique et la douleur abdominale supérieure inexpliquée [25].

Au Sénégal, un seul cas d'ascaridiose biliaire a été rapporté par Thiam O. et al. en 2015, chez un patient de 22 ans révélé par une colique hépatique [27].

Les signes cliniques ne sont pas spécifiques à l'ascaridiose biliaire et sont souvent des signes d'emprunt d'une pathologie biliaire.

Au plan radiologique, l'échographie est un excellent outil diagnostique pour visualiser les vers dans la lumière intestinale et le système canalaire [1, 15,16].

Le traitement rationnel de l'ascaridiose biliaire est guidé par les syndromes cliniques ; le traitement de base par les antihelminthiques (benzimidazolés, ivermectine) conduit habituellement à la guérison [3]. On peut avoir recours à la CPRE ou à la chirurgie en cas d'échec du traitement médical pour l'extraction des vers adultes [14].

Au Sénégal, aucune étude n'a été publiée chez l'enfant, raison pour laquelle nous rapportons deux cas d'ascaridiose biliaire, pris en charge dans le service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Aristide Le Dantec de Dakar.

Pour bien structurer notre travail, nous allons adopter le plan suivant :

- Dans la première partie, nous allons faire un rappel et une revue de la littérature sur l'ascaridiose biliaire ;
- Dans la seconde partie, nous rapportons les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de deux observations cliniques chez l'enfant au service de Chirurgie Pédiatrique qui sera suivi d'une discussion par rapport aux données de la littérature, d'une conclusion et des recommandations.

PREMIERE PARTIE :

RAPPELS ET REVUE DE LA LITTERATURE

I. PARASITOLOGIE [3, 19]

1. Morphologie

Ascaris lumbricoïdes est un ver rond, de 12 à 30 cm de long sur 2 à 4 mm de diamètre pour le mâle, de 20 à 35 cm sur 3 à 6 mm pour la femelle. Il vit dans le jéjunum de l'homme. Le nombre de vers hébergés est variable, pouvant dépasser la centaine. La prévalence maximum est chez l'enfant entre 4 et 14 ans.

2. Habitat

Le ver adulte vit en moyenne 1 an (6 à 18 mois). Son habit naturel est l'intestin grêle, plus précisément le jéjunum dans ses parties moyennes et proximales. Ils vivent en anaérobiose dans la lumière intestinale et ingèrent les particules alimentaires. Cependant, ces vers sont très migrants et peuvent se rencontrer dans différents viscères.

3. Transmission

La voie de transmission la plus fréquente est alimentaire avec un hôte définitif qui ingère les œufs embryonnés contenus dans l'eau de boisson, les légumes ou les aliments souillés. Aussi, dans les pays d'endémie, l'ingestion de terre ou géophagie constitue le mode de contamination habituel des jeunes enfants. Enfin par voie respiratoire, les œufs mélangés avec la poussière peuvent être inhalés, se retrouver dans les sécrétions respiratoires puis déglutis avec les mucosités.

4. Facteurs favorisants

Le climat chaud et humide favorise la maturation et la conservation des œufs, d'autant plus que ceux-ci montrent une remarquable résistance à certains agents physiques et chimiques. D'autres facteurs déterminants interviennent pour rendre compte de l'endémicité de la parasitose : les conditions

socioéconomiques particulières, le défaut d'hygiène alimentaire et fécale, l'absence d'eau courante, l'absence de latrines, l'utilisation des engrains humains pour fertiliser le sol.

5. Répartition géographique

L'ascaridiose est cosmopolite et évolue selon un mode endémique en Afrique subsaharienne, en Asie du Sud-Est et en Amérique Latine. Elle touche environ un quart de la population mondiale avec une prévalence élevée à toutes les tranches d'âge de milieu pauvre, sub ou périurbain, voire rural tropical et pouvant atteindre 80% de la population.

6. Cycle évolutif

Le cycle évolutif est simple, direct, sans hôte intermédiaire. Les femelles fécondées pondent des œufs éliminés dans le milieu extérieur où ils s'embryonnent dans des conditions de température élevée (28 à 32°C) et de forte humidité. Les œufs ingérés, avec les eaux de boisson, les légumes, les fruits souillés, la terre, voir inhalés mélangés à de la poussière, libèrent des larves qui traversent la paroi intestinale, gagnent le foie par la veine porte, puis le cœur droit, l'artère et les capillaires pulmonaires en 3 à 4 jours. Puis, au bout d'une semaine, elles franchissent la paroi alvéolo-capillaire, passent dans l'arbre trachéo-bronchique, sont dégluties et arrivent au niveau du jéjunum et se transforment en vers adultes. Six à huit semaines plus tard, les femelles commencent à pondre. Le cycle dure au total 60 à 90 jours (Figure 1).

Crânial

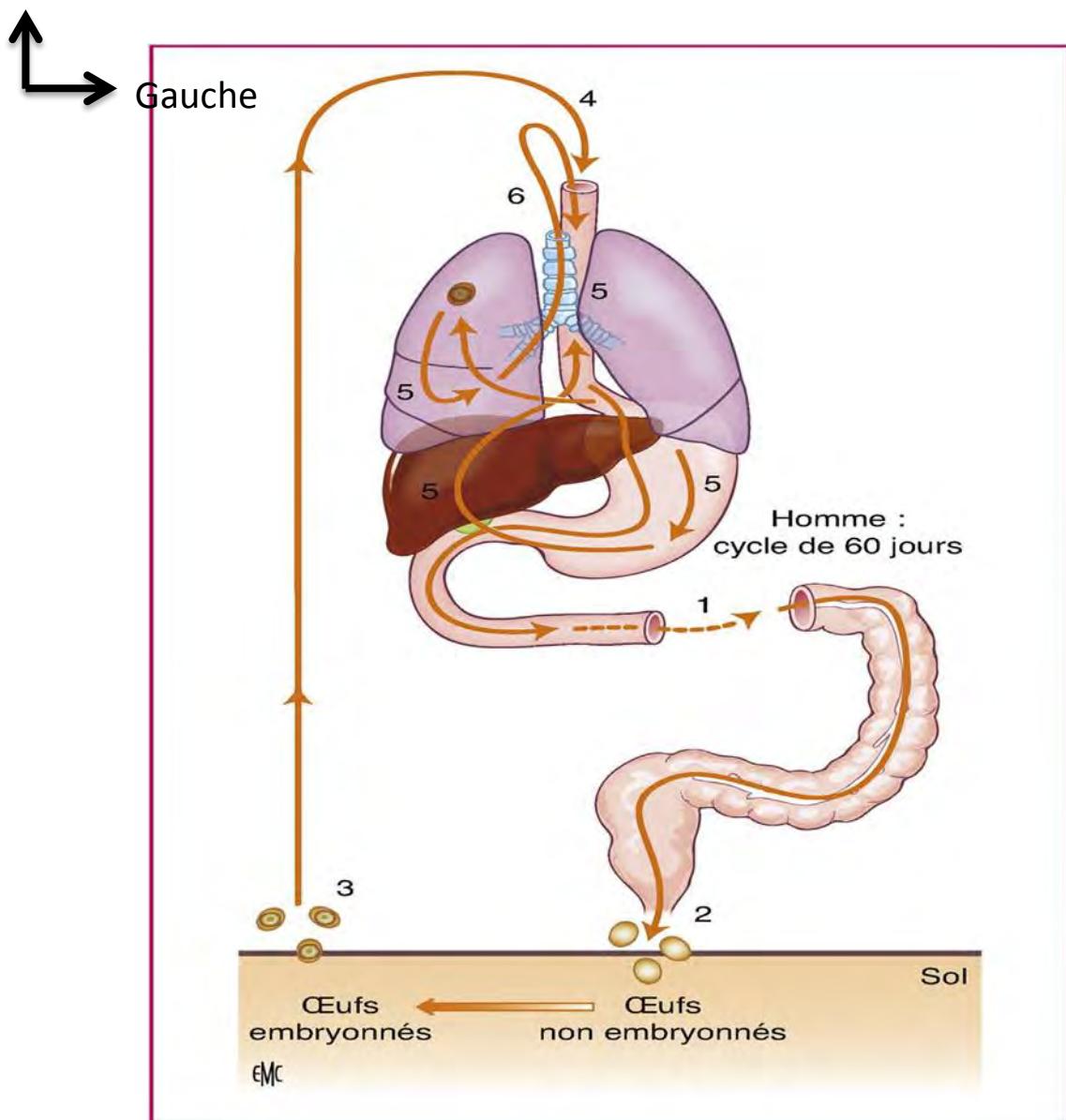


Figure 1: Cycle évolutif d'*Ascaris lumbricoïdes* [19]. 1. Vers adultes dans le grêle. 2. Œufs disséminés dans la nature avec les selles. 3. Œufs embryonnés dans le milieu extérieur. 4. Œufs avalés avec les aliments. 5. Larves : paroi intestinale, foie par le système porte, poumon, carrefour aérodigestif. 6. Larves dégluties, devenant adultes dans le grêle.

II. ANATOMIE DES VOIES BILIAIRES [7, 10]

Les voies biliaires sont l'ensemble des conduits qui transportent la bile sécrétée par le foie vers l'intestin, où la bile participe notamment à la digestion et à l'absorption des nutriments.

Les voies biliaires sont des conduits revêtus d'un épithélium prismatique simple et munis, au niveau des grosses voies biliaires, notamment de la vésicule, d'une muscleuse. On distingue les voies biliaires intra-hépatiques et extra-hépatiques.

1. Voies biliaires intra-hépatiques

Les canalicules biliaires, formés entre le pôle canaliculaire des hépatocytes, se réunissent en cholangioles qui sont collectés au niveau des espaces portes par des conduits ou canaux interlobulaires. Ceux-ci vont former un arbre bilaire intrahépatique, calqué sur la segmentation portale, composé de conduits segmentaires, sectoriels puis hépatiques droit et gauche, et inclus dans une gaine fibreuse qui prend le nom de plaque hilaire au niveau du hile (figure 2).

2. Voies biliaires extra-hépatiques

➤ Voie biliaire principale

La réunion des canaux hépatiques droit et gauche forme la convergence bilaire ou confluent bilaire supérieur d'où naît la voie biliaire principale ou canal cholédoque, qui descend à la partie antérieure du pédicule hépatique, puis en arrière du D1 et de la tête du pancréas, pour rejoindre le canal du wirsung au niveau de l'ampoule de Vater après un court trajet intrapancréatique, parallèlement et au-dessus du canal du wirsung. La VBP a une longueur de 8 à 10cm et un diamètre variable de 4 à 10mm. Au cours de son trajet, la VBP reçoit la voie biliaire accessoire.

➤ Voie biliaire accessoire

Elle se comporte de la vésicule biliaire et du canal cystique

La vésicule biliaire est un réservoir logé dans la fossette cystique au niveau du foie, responsable du stockage de la bile en période inter digestive. On lui décrit un fond, un corps et un col ou infundibulum qui se continue par le canal cystique. De forme piriforme, mesurant 8 à 10cm de long sur 3 à 4cm de large, et la paroi normale a une épaisseur de 2 à 3mm.

Le canal cystique fait communiquer la vésicule biliaire avec la VBP, son abouchement dans la VBP constitue le confluant biliaire inférieur. Cet abouchement peut siéger à différents niveaux de la VBP (figure 3).

Crânial

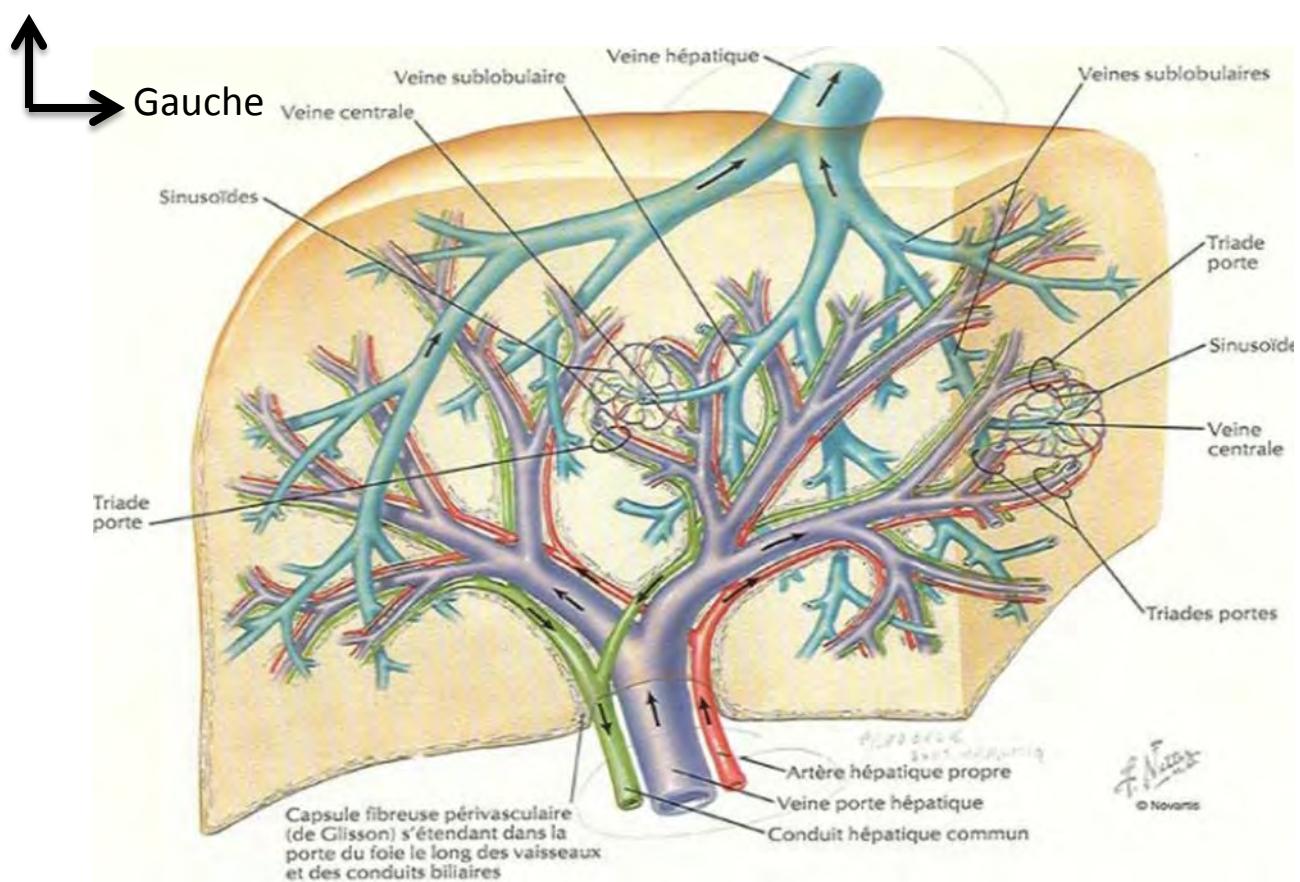


Figure 2 : Vue de face montant la distribution des canaux intra-hépatiques [11]

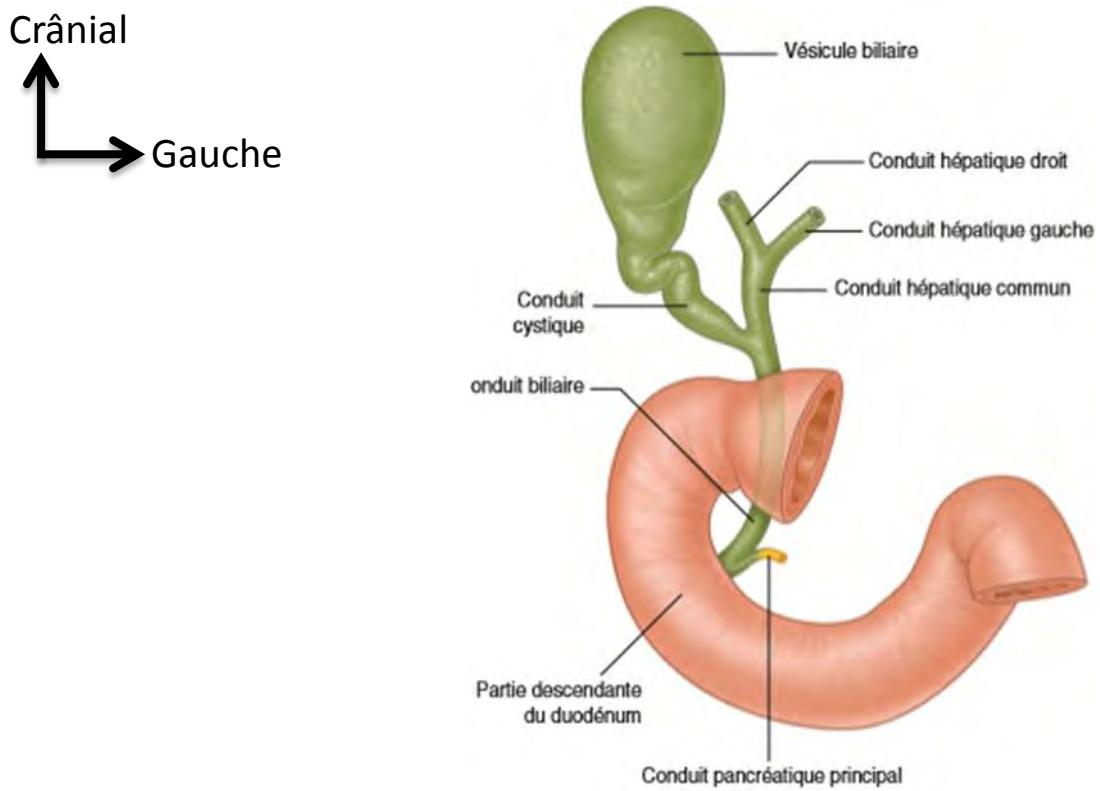


Figure 3 : Schéma montrant les canaux extra-hépatiques et voies biliaires accessoires [10].

La vascularisation des voies biliaires dépend de la ou des artères hépatiques. L'artère cystique naît de l'artère hépatique propre ou de sa branche droite et vascularise la voie biliaire accessoire (figure 4). Le drainage veineux se fait dans le système porte.

Crânia
↑
Gauche

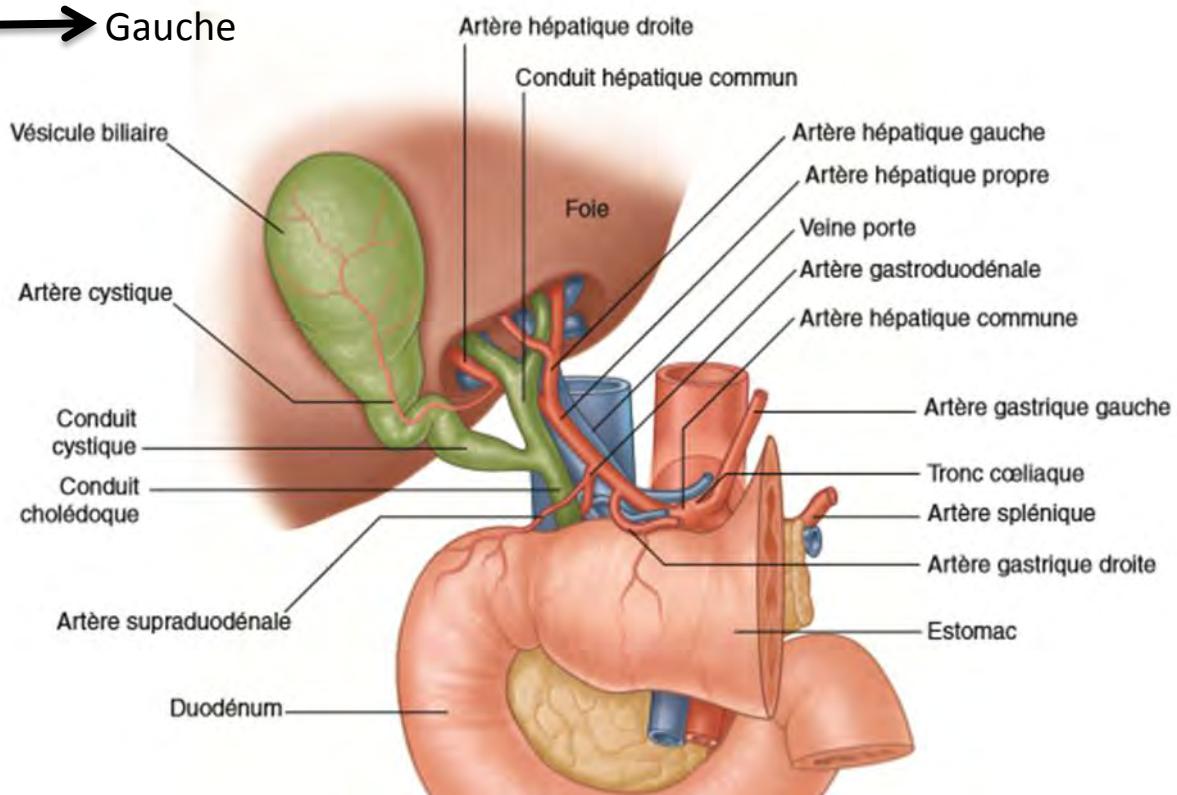


Figure 4 : Schéma montrant la vascularisation des voies biliaires [10]

III. ETIO-PATHOGENIE [6, 16, 25]

La maladie est causée par la migration des vers adultes à travers l'ampoule de Vater, de l'intestin grêle vers le canal biliaire ou pancréatique. L'ascaridiose biliaire a été décrite dans des régions où l'ascaridiose est endémique.

Les vers semblent migrer à travers l'ampoule de Vater dans l'arbre biliaire fréquemment, les canaux hépatiques ou n'importe où dans l'arbre biliaire. Il peut également pénétrer dans l'orifice du canal cystique et le bloquer tout en traversant le canal cholédoque, mais la plupart semblent revenir spontanément aux intestins dans 72 heures sans induire des symptômes biliaires ou pancréatiques.

Bien que l'ascaridiose hépatobiliaire ou pancréatique puisse affecter les patients à tout âge, l'incidence maximale se produit au cours des troisième et quatrième décennies (de 4 à 79 ans). Elle touche plus les femmes que les hommes avec un ratio 3/1.

L'ascaridiose intestinale est prédominante chez les enfants alors que sa localisation biliaire est moins fréquente ; cela peut être dû en partie au très faible calibre du système biliaire chez l'enfant.

IV. DIAGNOSTIC

4.1 DIAGNOSTIC POSITIF [6, 13, 16, 23, 31]

La symptomatologie de l'ascaridiose est variable. L'intérêt essentiel est d'attirer l'attention dans les zones à forte endémicité et de réaliser des examens complémentaires qui permettront de faire le diagnostic.

1. Circonstances de découverte

- Le vomissement du ver au cours des symptômes biliaires ou leur émission dans les selles (dans plus de 50% des cas) et offre une forte indication au diagnostic.
- La douleur abdominale vague ou de l'hypochondre droit simulant une affection biliaire.
- L'abcès du foie est rare mais peut être révélateur de la maladie

2. Clinique

Sur la base de la localisation du ver dans l'arbre bilaire, les manifestations cliniques sont diverses : colique biliaire, cholangite, cholécystite acalculaire. Elle peut être associée à une pancréatite ou se compliquer d'un abcès hépatique.

Dans une série de 485 cas d'ascaridiose hépatobiliaire, 57,7% avaient une colique biliaire, 24,9% de pancréatite et 1% avait un abcès hépatique.

➤ La colique biliaire

Elle est caractérisée par une douleur de l'hypochondre droit d'apparition aiguë qui peut être récurrente ou continue pendant quelques jours. Il se produit en raison de l'entrée du ver dans l'orifice ampullaire du duodénum.

➤ **La cholangite aigue**

Elle se traduit par une douleur abdominale, une fièvre élevée avec frissons, un ictère et parfois une hypotension. L'examen de l'abdomen retrouve une hépatomégalie.

Les manifestations peuvent être parfois sévères chez certains patients avec une encéphalopathie, une hypotension, une insuffisance rénale et une acidose (syndrome de cholangite pyogène)

➤ **La cholécystite aigue**

La cholécystite aiguë est suspectée par la douleur de l'hypochondre droit accompagnée de vomissements et de fièvre. La douleur peut être irradiée vers la zone inter-scapulaire ou à la pointe de l'épaule droite. Une défense et une masse palpable dans l'hypochondre droit peuvent être présentes. La fièvre est généralement modérée et il n'y a pas de choc.

➤ **L'abcès du foie**

L'abcès hépatique peut être solitaire ou multiple et contenir du pus. Il est caractérisé par une hépatomégalie douloureuse, une fièvre élevée, une sensibilité intercostale et une douleur à la palpation de l'hypochondre droit. Ces abcès peuvent résulter d'ovules morts libérés par des vers femelles migrant vers le haut du canal cholédoque, produisant une réaction inflammatoire granulomateuse avec rupture subséquente. Il peut être plus fréquent chez les enfants.

3. Examens complémentaires

➤ **Bilans à visée diagnostique**

1. Echographie abdominale

C'est un outil très sensible et spécifique dans la visualisation d'un ver dans le système biliaire, ainsi que pour la surveillance de sa mobilité.

Les vers apparaissent communément comme des images transonores linéaires et lisses, avec ou sans mouvements caractéristiques, mais sans ombre acoustique distal et peuvent également être considérés comme des images transonores parallèles.

Les vers dans les voies biliaires apparaissent comme une longue structure échogène tubulaire enroulée qui peut être rapidement mobile (figure 5).

Ce n'est pas toujours facile de visualiser le ver car la plupart des vers entrent et sortent des conduits dans les 7 jours.

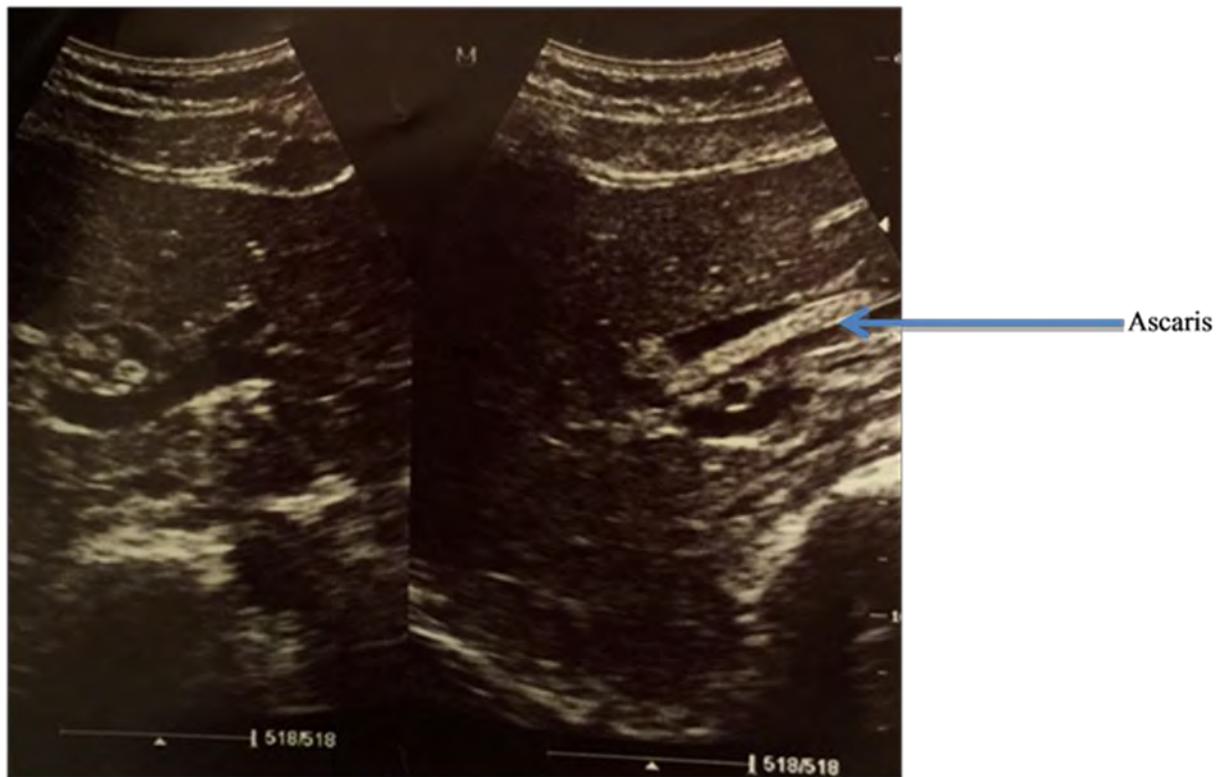


Figure 5 : Echographie abdominale mettant en évidence une structure échogène tubulaire enroulée dans la voie biliaire principale [27].

2. Echo-endoscopie digestive

Elle permet une exploration plus complète des voies biliaires, la visualisation des vers dans l'arbre bilaire.

3. Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique [29]

C'est un outil de choix pour le diagnostic de l'ascaridiose ampullaire. Il a également un potentiel thérapeutique pour l'extraction des vers (Figure 6)

Cependant, elle a certaines limites

- elle doit être effectuée pendant les symptômes ; sa valeur diagnostique diminue nettement après 3 jours, comme dans la plupart des cas, les vers retournent dans les intestins en 3 à 7 jours;
- elle est coûteuse;
- elle n'est pas disponible dans tous les centres, en particulier dans les pays du tiers monde.

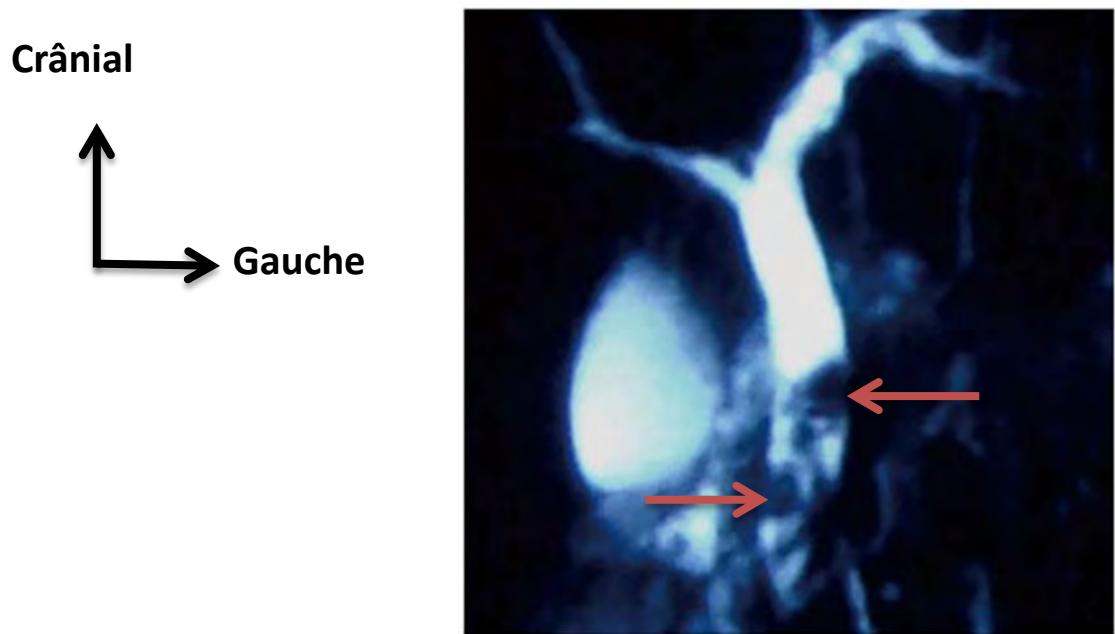


Figure 6 : Cholangiopancreatographie par résonance magnétique mettant en évidence des structures linéaires en hyposignal enclavées dans le bas du cholédoque pouvant être en rapport avec des ascaris [29].

4. Tomodensitométrie (TDM)

Elle permet une meilleure visualisation du système canalaire qui est dilaté et retrouve des vers sous la forme de structures cylindriques (figure 7).



Figure 7 : Tomodensitométrie abdominopelvienne de reconstitution montrant la dilatation du tractus biliaire intra et extra-hépatique et une image tissulaire (flèche) dans le canal cholédoque [27].

5. Examen parasitologique des selles

L'examen des selles peut montrer des œufs d'ascaris dans les selles, mais est souvent normal.

➤ Bilans à visée thérapeutique

1. Numération formule sanguine

Elle montre une hyperleucocytose avec une hyper-éosinophilie. Le nombre de globules blancs peut être normal dans certains cas.

2. Bilan hépatique

Les transaminases sont normales. Elles sont élevées en cas de cholangite.

4.2 Diagnostic différentiel [23]

1. Fasciolase

Elle est due à un trématode, *Fasciola hepatica* qui infecte habituellement les ovins et les bovins. Les douves peuvent traverser la paroi intestinale et migrer vers le foie par pénétration capsulaire. Dans un second temps, elles vont coloniser les canaux biliaires. L'échographie ou la cholangio-IRM visualise le parasite.

2. Clonorchiase

Clonorchis sinensis est une douve qui envahit les petits canaux biliaires de l'homme et leur entraîne une inflammation chronique.

3. Amibiase du foie

Elle se constitue à la suite d'une amibiase intestinale aiguë, par migration des formes hématophages d'*Entamoeba histolytica* dans la circulation portale. Cliniquement, elle se traduit par des coliques hépatiques, de la fièvre et une altération de l'état général. Les antécédents de dysenterie ou de séjour en zone d'endémie orientent le diagnostic. Il n'y a jamais d'hyperéosinophilie.

4. Kyste hydatique

Il est souvent asymptomatique, découvert par examen systématique (radiographie, échographie) fait pour une symptomatologie banale ou lors d'enquêtes de prévalence.

La forme habituelle est la forme tumorale (kyste > 10 cm de diamètre) avec une sensation de pesanteur de l'hypocondre droit, une hépatomégalie, une tuméfaction abdominale indolore, lisse, déformant la paroi.

Il peut se compliquer de rupture biliaire, thoracique, péritonéale, digestive ou cutanée. La fistule kysto-biliaire est la plus fréquente

L'échographie est l'examen de première intention et confirme le diagnostic.

5. Echinococcose alvéolaire

Elle est caractérisée par des douleurs de l'hypochondre droit, une fièvre, un ictère et des poussées d'urticaire. L'échographie abdominale aide à faire le diagnostic.

6. Hépatite virale ou infectieuse

Le diagnostic est évoqué devant un syndrome grippal, une asthénie et une fièvre, parfois un ictère. Il sera orienté par l'existence de facteurs de risque. Les transaminases sont élevées. Le diagnostic sera confirmé par des sérologies simples.

7. Lithiase biliaire

Les symptômes de la lithiase vésiculaire sont variés. Le symptôme le plus typique est la colique hépatique. L'examen clinique doit chercher un signe de Murphy c'est-à-dire une douleur provoquée lors de l'inspiration forcée, par la palpation de l'aire vésiculaire (jonction des arcs costaux et du bord externe droit des grands droits de l'abdomen). L'échographie fait le diagnostic en montrant les calculs vésiculaires et permet de rechercher une dilatation de la voie biliaire principale qui pourrait témoigner d'un obstacle persistant et des signes associés de complication : cholécystite ou de pancréatite aiguë.

V. TRAITEMENT [2, 6, 9, 13, 16, 31]

1. But

Le traitement a pour but de stériliser tous les foyers de contamination, d'éviter et de traiter les complications.

2. Moyens et Méthodes

2.1 Moyens médicaux

Il fait appel à un certain nombre de médicaments antihelminthiques (*Tableau I*). Les antihelminthiques oraux agissent en paralysant le ver adulte et son expulsion par l'activité intestinale normale.

Le médicament de référence dans les pays en développement est le mèbendazole 100 mg utilisé par voie orale : 1 comprimé matin et soir pendant 3 jours. Le traitement doit être répété 2 à 3 semaines après la première dose.

Certains médicaments adjutants sont également utilisés. Ce sont :

Les antalgiques : paracétamol à la dose 15 mg/Kg de poids corporel toutes les 6 heures (en suspension 125 mg/5 ml ; comprimé de 500 mg ou comprimé de 1000mg)

Les antibiotiques à large spectre : Amoxicilline-Acide clavulanique, Céphalosporine.

Les antispasmodiques : Phloroglucinol, Trimébutine.

Tableau I : Moyens du traitement médical de l'ascaridiose avec présentation et posologie chez l'enfant [15]

| Molécules | Présentation | Posologie enfant |
|---------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Flubendazole | Comprimé à 100 mg | 200 mg/j × 3 j |
| | Suspension buvable à 100 mg/5 ml | |
| Mébendazole | Comprimé à 100 mg | 200 mg/j × 3 j |
| | Suspension buvable à 100 mg/5 ml | |
| Albendazole | Comprimé à 400 mg | 400 mg en prise unique |
| | Suspension buvable à 400 mg/10 ml | |
| Pamoate de pyrantel | Comprimé à 125 mg | 10 mg/kg en prise unique |
| | Suspension buvable à 125 mg/dose | |
| Ivermectine | Comprimé à 6 mg | 200 mg/kg au-dessus de 5 ans |

2.2 Moyens instrumentaux

- La cholangiopancréatographie rétrograde avec sphinctérotomie et drainage nasobiliaire: elle permet d'extraire les vers vivants et morts des voies biliaires et donc de prévenir la survenue de lithiase.
- Le drainage percutané sous guidage échographique.
- L'endoscopie digestive : elle permet également l'extraction des vers adultes

2.3 Moyens chirurgicaux [29]

2.3.1. La cholécystectomie

Elle se fera par laparotomie ou par coeliochirurgie.

1. Installation du malade

Le malade est installé en décubitus dorsal sur table opératoire avec mise en place de piquets assurant l'installation d'un écarteur de l'hypochondre droit. L'opération est effectuée sous anesthésie générale.

Que ce soit par chirurgie à ciel ouvert ou par coeliochirurgie, la technique est identique.

2. Technique opératoire

Dans le cas d'une laparotomie, l'incision cutanée est sous costale droite ou médiane sus-ombilicale (figure 8)

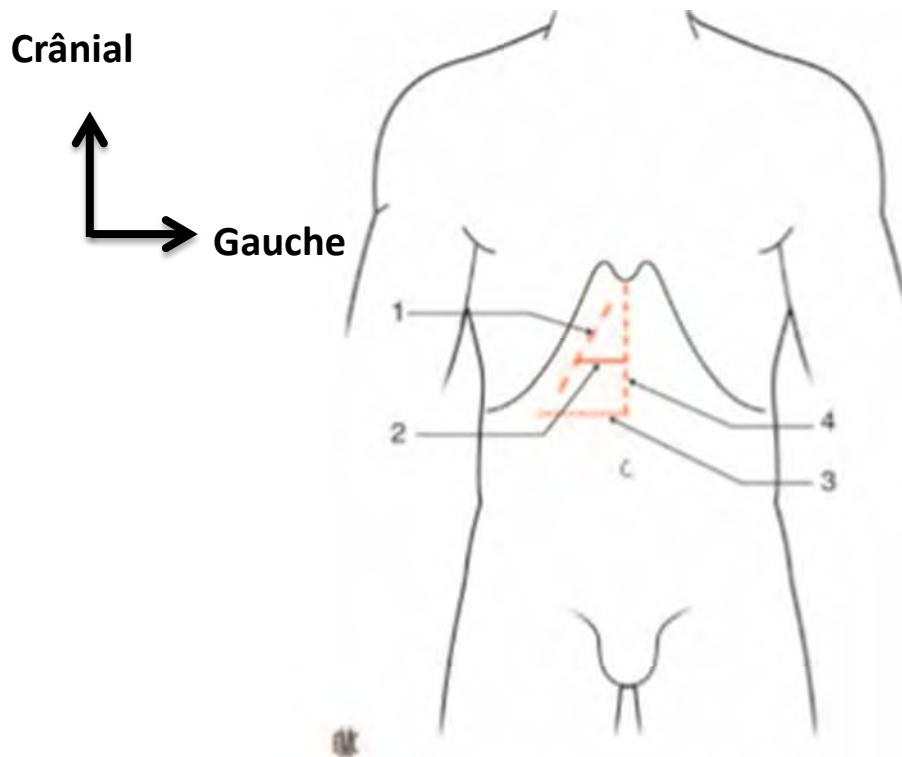
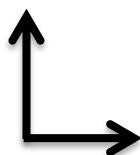


Figure 8 : Voie d'abord de la vésicule biliaire [22]. 1. Sous-costale ; 2. Horizontale haute ; 3. Horizontale basse ; 4. Médiane sus-ombilicale.

La technique opératoire regroupe différentes étapes successives à savoir :

- L'exposition de la région sous hépatique (figure 9) ;
- L'isolement du canal cystique (figure 10) ;
- La ligature et la section de l'artère cystique suivie de l'ablation rétrograde de la vésicule (figure 11).

Crânial



Gauche

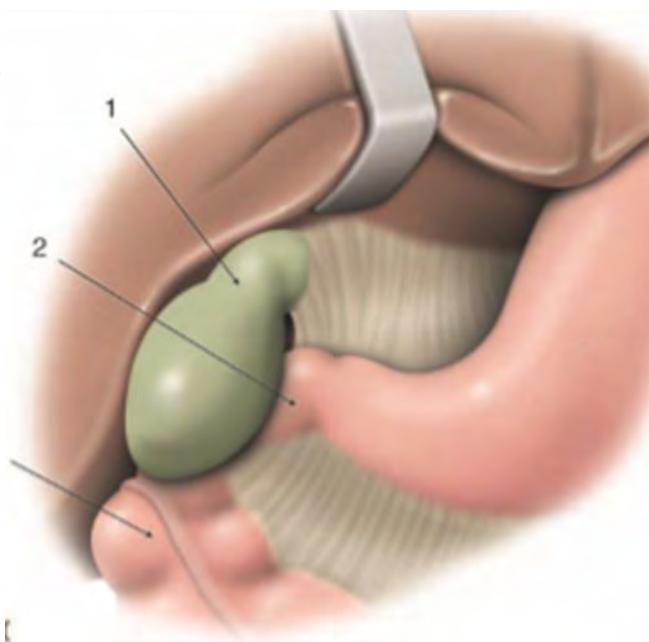


Figure 9 : Exposition de la région sous hépatique [22] 1. Vésicule biliaire ; 2. Duodénum ; 3. Colon

Crânial



Gauche

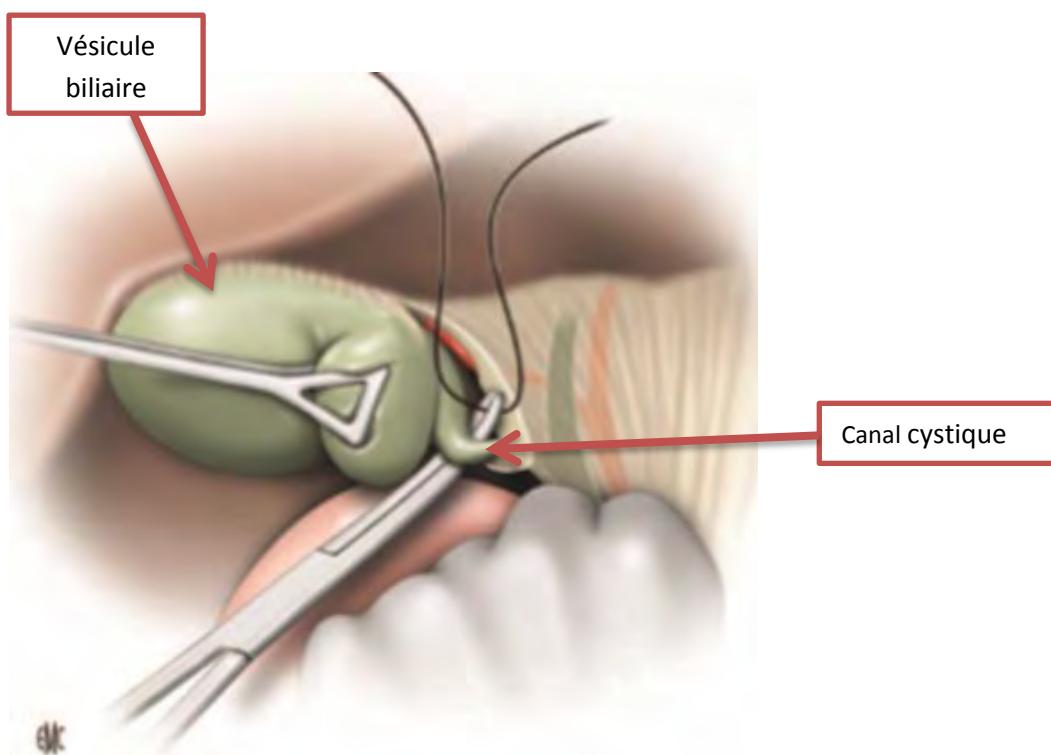


Figure 10 : Individualisation du canal cystique [22].

Crânial

↑
Gauche

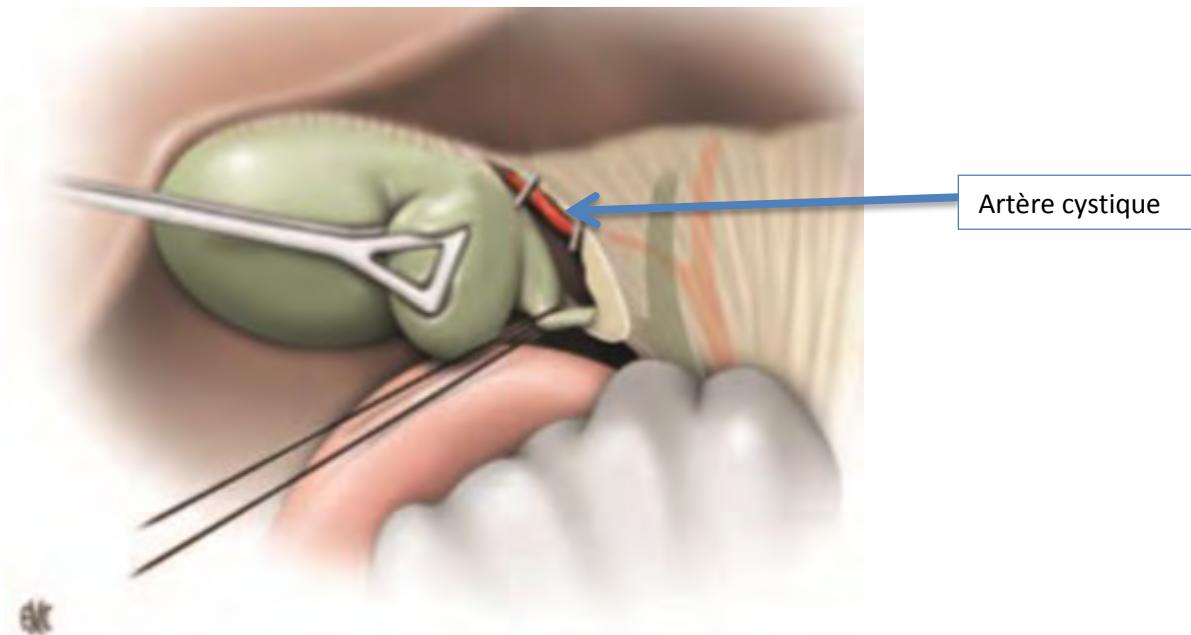


Figure 11 : Dissection et clampage de l'artère cystique [22].

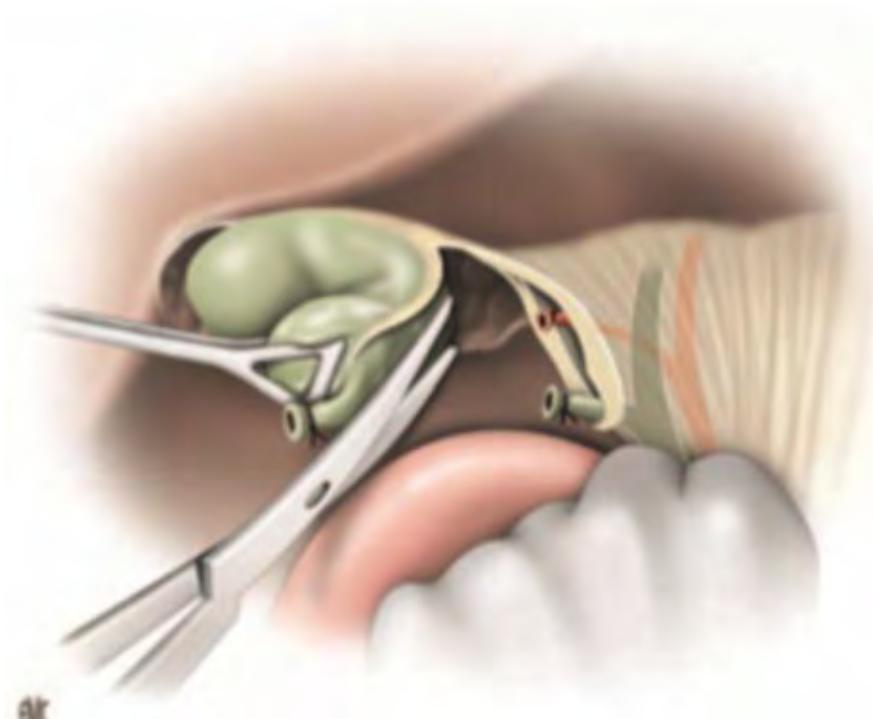


Figure 12 : Ablation rétrograde de la vésicule biliaire [22].

La cholécystectomie peut être compléter par une cholangiographie pour vérifier la perméabilité de la voie biliaire principale.

Le drainage est inutile dès lors que l'hémostase et la biliostase sont parfaitement contrôlées et en l'absence de contamination bactérienne périvésiculaire.

L'intervention se termine par le contrôle de l'hémostase et la fermeture d'incision par un surjet de fil à résorption lente.

2.3.2. La cholédocotomie avec sphinctérotomie

L'extraction des vers localisés dans le canal cholédoque fait recours parfois à une cholédocotomie.

La cholédocoscopie a largement contribué à améliorer les performances de l'exploration et de la désobstruction. La fermeture de la cholédocotomie sans drainage est la solution idéale, mais le drainage biliaire externe par drain de Kehr ou transcystique est justifié en cas de manœuvres de désobstruction incomplètes, répétées ou traumatisantes. En cas de calcul enclavé de l'ampoule de Vater, inextirpable par cholédocotomie et en l'absence de lithotritie, la sphinctérotomie endoscopique postopératoire est préférable à la voie chirurgicale transduodénopapillaire.

3. Indications [2, 6, 13, 31]

Les patients atteints de l'ascaridiose biliaire doivent être hospitalisés sans délai car la charge de ver est généralement élevée et chez les jeunes enfants il coexiste une obstruction intestinale mécanique.

Le traitement médical par les antihelminthiques par voie orale est instauré en première intention. Il est peu coûteux, facilement accessible et facile à administrer pour l'enfant.

Le traitement conservateur inclut des antibiotiques à large spectre, des analgésiques, des solutions de perfusion et des électrolytes et la plupart des cholécystites acalculaires aiguës se rétablissent sans complications.

Cependant, dans la cholangite pyogène aiguë, des antibiotiques plus spécifiques sont indiqués en fonction du pus biliaire.

Les interventions endoscopiques et chirurgicales sont indiquées lorsque les patients ne répondent pas au traitement conservateur quelques jours après l'hospitalisation ou quand le ver n'est pas expulsé de l'arbre biliaire après 3 semaines malgré le vermifuge.

L'extraction endoscopique du ver de l'orifice ampullaire soulage rapidement les symptômes des coliques biliaires. Dans presque 100% des cas, l'extraction endoscopique du ver de l'ampoule est réussie et des canaux biliaires dans 90% des cas.

L'ascariasis de la vésicule biliaire nécessite habituellement une cholécystectomie; mais dans l'ensemble, elle est moins fréquente.

Le drainage percutané des aiguilles sous guidage échographique ou rarement chirurgical est nécessaire dans les abcès hépatiques.

La laparotomie est indiquée si la CPRE n'est pas disponible pour l'extraction de vers chez les patients qui se détériorent pendant l'hospitalisation.

L'ictère obstructif coexistant et l'obstruction intestinale dans les cas documentés de l'ascariasis biliaire est habituellement une indication pour la chirurgie.

La cholangite pyogène aiguë nécessite une décompression biliaire ou un drainage dans la plupart des cas. La cholangite à sténose biliaire ou avec des vers dans la vésicule biliaire sont également des indications de la chirurgie.

4. Résultats

4.1. Eléments de surveillance

La surveillance est clinique (température, douleur, abdomen) mais surtout paraclinique avec une échographie abdominale en cas de traitement conservateur.

4.2. Modalités évolutives

1. Evolution spontanée

La guérison spontanée est la règle dans la littérature.

2. Evolution post-thérapeutique

Un traitement bien conduit, amène généralement vers la guérison avec une régression des symptômes cliniques et biologiques.

Une dilatation des voies biliaires peut être observée après une extraction instrumentale ou chirurgicale.

L'ascaridiose biliaire pure a une mortalité négligeable < 2%.

5. Prévention [6]

L'ascaridiose est une maladie du péril fécal. La prévention est collective : construction de latrines, traitement des eaux usées, interdiction d'utilisation des engrains humains, traitement des eaux de boisson, lutte contre les mouches. Ceci nécessite une élévation du niveau de vie. La prévention individuelle consiste dans le lavage régulier des mains, le lavage des fruits et légumes, la lutte contre la géophagie.

DEUXIEME PARTIE :

OBSERVATIONS ET DISCUSSION

OBSERVATION 1

Il s'agit d'un grand enfant SD, âgé de 8 ans, de sexe féminin, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a été consulté aux urgences du service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec de Dakar le 16/12/15, pour une douleur abdominale post-traumatique.

Le début de la symptomatologie remonterait à 6 jours avant son admission, où l'enfant aurait trébuché dans les escaliers occasionnant une douleur abdominale d'intensité modérée accompagnée de plusieurs épisodes de vomissements alimentaires postprandiaux tardifs.

Elle a bénéficié d'une automédication à base d'antalgique (Paracétamol) sans succès. Devant la persistance de la douleur, les parents ont consulté dans notre service pour une meilleure prise en charge.

L'examen à l'admission retrouvait un bon état général et hémodynamique, une fébricule à 37°5C ; un abdomen sensible au niveau de l'hypochondre droit. Il n'y avait pas de matité des flancs, ni d'hépatomégalie.

L'examen des autres appareils était normal.

En vue d'établir le diagnostic, un bilan paraclinique a été demandé à savoir : une échographie abdominale, une numération formule sanguine, un bilan hépatique et l'examen parasitologique des selles.

L'échographie abdominale réalisée en urgence montrait une dilatation importante du canal cholédoque avec une structure arrondie (image en cible), hyperéchogène, enclavée dans le canal cholédoque et une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques (Figue 13 et 14). La vésicule biliaire était normale.

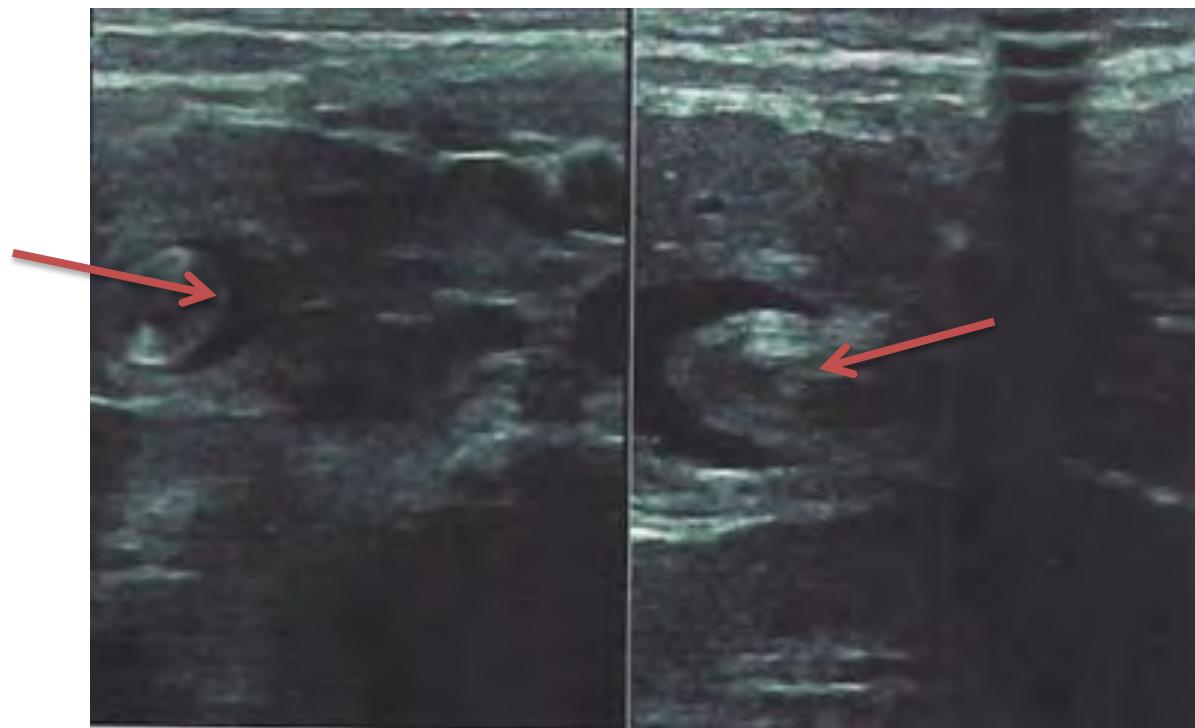


Figure 13 : Coupe transversale et longitudinale réalisée à l'aide d'une sonde linéaire montrant le parasite sous forme d'une structure arrondie hyperéchogène enclavée dans le canal cholédoque [Service de radiologie, CHU Dantec].



Figure 14 : Coupe longitudinale avec une sonde convexe montant une dilatation des voies biliaires intra et extras hépatiques [Service de radiologie, CHU Dantec].

Le bilan biologique était normal (GB = 9800/mm³; Neutrophiles =74%, Eosinophiles = 3%. Transaminases ASAT = 32,54U/L, ALAT = 33,57 U/L, Phosphate Alcaline = 313,43 U/L).

L'examen parasitologique des selles était normal.

Devant les résultats échographiques du patient, le diagnostic d'ascaridiose des voies biliaires a été retenu.

Au plan thérapeutique, la patiente a été hospitalisée. Un traitement médical par voie orale était instauré. Il s'agit de :

- Antihelminthique : Métronidazole comprimé de 100mg ; deux (02) comprimés en prise unique pendant 3 jours.
- Antalgique : Doliprane 300 mg sachet ; un sachet toutes les 6 heures.
- Antispasmodique : Débridat sirop ; 1 cuillère à mesure toutes les 8heures.

L'évolution immédiate était favorable avec un amelioration des symptômes au 2^{ème} jour d'hospitalisation, caractérisé par une apyrexie et une absence de douleur spontanée ou à la palpation de l'abdomen.

Un contrôle échographique effectué au 14ème jour d'hospitalisation montrait une dilatation significative du canal cholédoque mesurant 10 mm avec une immobilité du parasite.

La deuxième dose d'antihelminthique était administrée au 14^{ème} jour.

La sortie du patient était autorisée au 15ème jour d'hospitalisation avec des contrôles cliniques réguliers en consultation externe au cours desquels l'examen clinique du patient était sans particularités.

Une année après l'hospitalisation, la patiente était revue en consultation. Elle présentait un bon état général, l'abdomen souple indolore sans masse palpée. L'examen des autres appareils était normal. Une échographie abdominale a été réalisée et mettait en évidence une dilatation du canal cholédoque à paroi épaisse, à contenu transonore mesurant 8 mm de diamètre (figure 15).



Figure 15: Coupe longitudinale avec une sonde convexe montrant la dilatation du canal cholédoque à paroi épaisse, à contenu transonore mesurant 8 mm [Service de radiologie, CHU Dantec].

OBSERVATION 2

Il s'agit du nourrisson B.D de 30 mois de sexe féminin, sans antécédents pathologiques particuliers, qui a été admis le 20/12/2016 aux urgences du service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Aristide Le Dantec pour une douleur abdominale.

Le début de la symptomatologie remonterait à 5 jours avant son admission, marqué par l'apparition d'une douleur abdominale spontanée, intense et diffuse accompagnée de plusieurs épisodes de vomissements alimentaires peu abondants. L'émission de vers intestinaux dans les vomis était rapportée par les parents.

Ce tableau clinique ayant nécessité une première consultation dans un poste de santé à Cambérène puis à l'Hôpital de Pikine d'où il nous avait été adressé pour une meilleure prise en charge.

L'examen à l'admission objectivait un bon état général et hémodynamique, une hyperthermie à 38°C, un abdomen non distendu, souple sans masse palpée.

L'examen des autres appareils était sans particularités.

Au terme de cet examen, une échographie abdominale a été demandée. Elle avait objectivé des images linéaires serpigineuses (image en rail) au sein de la vésicule biliaire en rapport avec un ascaris, de nombreux parasites dans la lumière intestinale surtout dans le caecum. Les voies biliaires n'étaient pas dilatées (Figure 16).

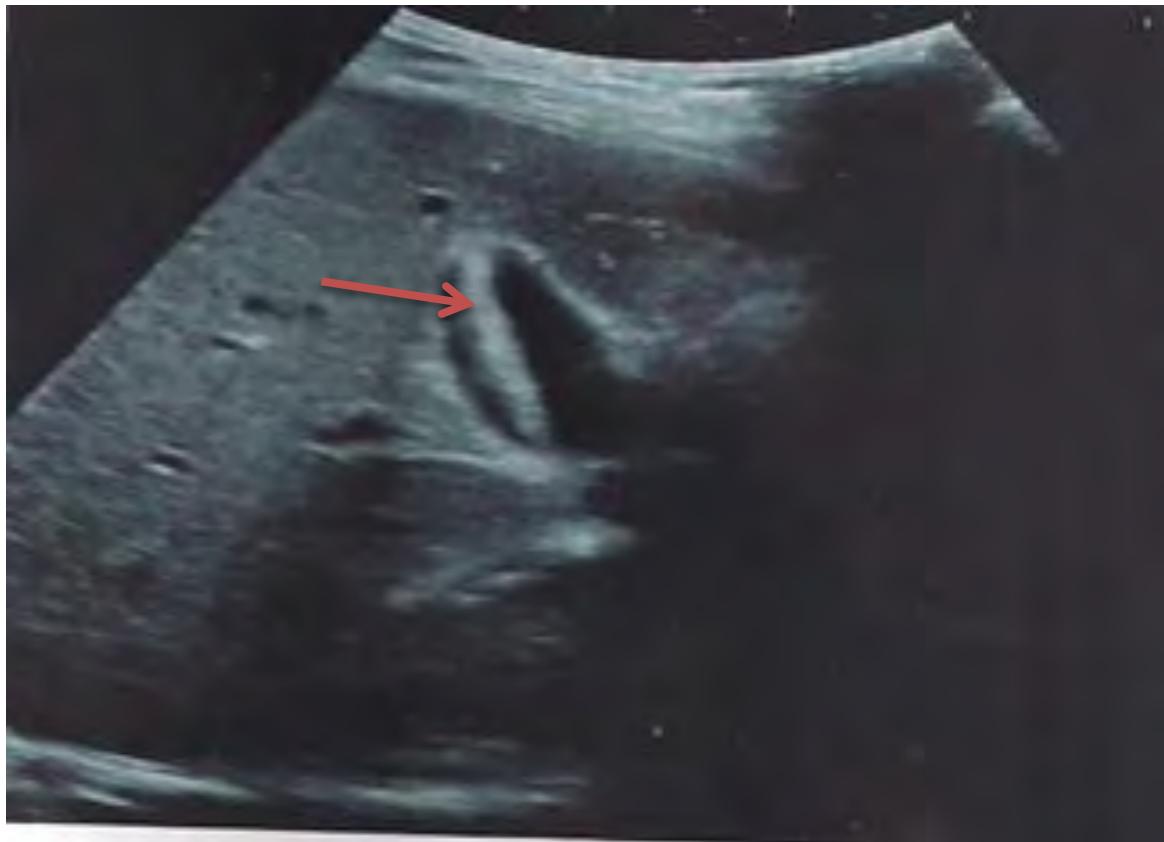


Figure 16 : Coupe transversale réalisée à l'aide d'une sonde superficielle mettant en évidence au sein de la vésicule biliaire une image en rail [Service de radiologie, CHU Dantec].

Un bilan biologique a été réalisé avec une numération formule sanguine qui révélait une hyperleucocytose avec une anémie microcytaire normo-chrome (GB = 18600/mm³ Hb = 8,9 G/dl)

L'examen parasitologique des selles était normal.

Devant les résultats de l'échographie, le diagnostic d'ascariose biliaire était retenu et l'enfant a été hospitalisé.

Un traitement médical par voie orale a été instauré.

- Antihelminthiques : Métronidazole suspension 125 mg/5ml 1 cuillère à mesure toutes les 8 heures.
- Antispasmodique : Trimebutine suspension 1 dose de 13 kg toutes les 8heures.

- Antibiotiques : Bactrim suspension buvable 200 mg/40 ml, 1 cuillère à mesure toutes les 12 heures.

L'évolution était favorable avec une apyrexie au 2ème jour d'hospitalisation, une absence de douleur abdominale.

Une deuxième dose d'antihelminthiques était administrée deux semaines après la première dose.

La patiente était revue au 19ème jour. Elle présentait un état général satisfaisant, les muqueuses colorées et l'examen de l'abdomen était sans particularités. Une échographie abdominale a été réalisée et objectivait des images résiduelles sans dilatation vésiculaire, ni dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques.

DISCUSSION

L'infestation par Ascaris lumbricoïdes est très fréquente dans les pays du tiers monde et la migration du ver dans les voies biliaires est une complication fréquente dans les pays endémiques estimée à 25% des cas [16].

Au Yémen, Absi et al. ont rapporté 46 cas d'ascaridiose biliaire sur une période de 5 ans [1].

Aux Philippines, 20% de toutes les maladies biliaires sont dus à des vers morts ou vivants [20].

Dans une étude effectuée sur une tranche d'âge pédiatrique (4 à 15 ans) au Cachemire, Wani et al ont dénombré 198 cas d'ascaridiose biliaire sur 1800 infestations [30].

Cependant, dans une série du Moyen-Orient, il n'y a eu que deux cas d'ascaridiose biliaire sur 668 patients jordaniens [25]

Probablement en raison d'une plus grande exposition, les enfants présentent une incidence plus élevée d'infection que chez les adultes. Cependant, l'ascaridiose biliaire est moins fréquente chez les enfants à cause d'un système biliaire étroit et tortueux [16].

Le parasite pénètre dans la voie biliaire principale à partir du duodénum par le sphincter d'Oddi. Cette migration peut être asymptomatique ou se traduire par des épisodes de coliques hépatiques non compliquées. Parfois, elle est responsable de manifestations plus sévères à type de cholécystite, d'abcès hépatiques, d'angiocholite ou exceptionnellement de péritonite biliaire [8,16].

Les caractéristiques cliniques de l'ascaridiose biliaire sont bien établies.

Pour tous les auteurs, La douleur est le mode de présentation le plus courant de l'ascaridiose biliaire.

Décrise sous la forme de colique biliaire, elle représente 72,22% des manifestations cliniques chez 198 patients atteints d'ascaridiose biliaire [30].

Dans notre première observation, la douleur à la palpation de l'hypochondre droit à la suite d'un traumatisme n'a pas été un élément orientant vers le diagnostic.

Contrairement au cas publié par Vagholkar et al. [12] l'ictère n'a pas été un symptôme retrouvé dans nos observations.

Le vomissement de vers offre une forte idée du diagnostic [30]. C'est le cas chez notre nourrisson.

Une fièvre modérée a été retrouvée dans nos deux observations.

Le diagnostic de l'ascariose biliaire dépend généralement de la démonstration du ver dans le tractus biliaire par différents techniques d'imagerie.

Le mouvement d'un ver vivant dans et hors des voies biliaires entraînant une obstruction intermittente est un phénomène bien connu et décrite dans la littérature.

Comme décrit par différents auteurs, l'échographie de l'abdomen est l'examen d'imagerie de référence dans le dépistage de l'ascariose biliaire [1, 8, 27].

C'est un outil utile et sensible pour diagnostiquer l'ascariase biliaire avec une précision d'environ 86%, à condition que le radiologue soit conscient et attentif aux apparences échographiques. Les caractéristiques échographiques comprennent :

1. Un seul ou plusieurs structures échogène linéaire ou courbée sans ombrage acoustique ;
2. Une bande échogène épaisse, longue, linéaire ou incurvée, non ombragée, contenant un tube anéchoïque longitudinal central, représentant probablement le tube digestif du ver [24].

Le diagnostic a été évoqué sur la base de l'image typique en rail sur une coupe longitudinale et l'aspect en cible sur une coupe axiale observée dans la vésicule biliaire chez le nourrisson et dans la voie biliaire principale chez le grand enfant.

Nous n'avions pas eu recours à la CPRE ni à la TDM pour la confirmation du diagnostic car l'échographie a permis, dans nos deux observations de mettre en évidence le ver dans les voies biliaires.

Au plan thérapeutique, comme décrit dans la littérature, nos deux patients ont été hospitalisés dans le service de chirurgie pédiatrique dès que le diagnostic a été établi.

Le traitement conservateur avec les antihelminthiques oraux se sont révélés efficaces chez plus de 80% des patients atteints d'ascaridiase biliaire [1].

Le retour des vers est amélioré si l'intestin est débarrassé des vers par l'administration d'antihelminthiques, mais les médicaments doivent être administrés en permanence lorsque l'intestin est fortement infesté de vers, car il y a un risque de précipiter l'obstruction intestinale. Les vers simples ou multiples dans le canal cholédoque sans invasion hépatique répondent le plus souvent à une thérapie conservatrice [20].

Chez nos deux patients, le traitement médical par les antihelminthiques oraux a été instauré.

L'évolution a été favorable. Le traitement médical a permis l'élimination totale des vers.

L'échographie contribue au suivi des patients, elle est répétitive sans irradiation pour l'enfant, moins couteuse et disponible dans nos structures. Elle a permis d'observer la disparition complète des vers dans les voies biliaires chez nos patients.

Aucune complication n'a été décelée chez nos patients.

Cependant, une dilatation résiduelle persistante du canal cholédoque a été retrouvée chez le grand enfant. Ce qui pourrait exposer le patient à une réinfection ultérieure, d'où la nécessité de la poursuite d'une surveillance clinique et paraclinique périodique de cet enfant.

CONCLUSION

L'ascaridiose biliaire, bien que rare dans nos régions, est la localisation extradigestive la plus fréquente de l'ascaris lumbricoïdes. Elle doit être prise en compte devant une douleur d'origine biliaire chez les enfants en zone endémique. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques de l'ascaridiose biliaire et sont souvent des signes d'emprunt d'une pathologie biliaire.

L'échographie est un excellent outil diagnostique pour visualiser les vers dans la lumière intestinale et le système canalaire. Le traitement médical par les antihelminthiques oraux permet l'éradication des vers de l'intestin et dans l'arbre biliaire.

L'objectif de ce travail est de rapporter deux cas d'ascaridiose des voies biliaires pris en charge dans le Service de Chirurgie pédiatrique du CHU- Aristide Le Dantec de Dakar, d'en discuter les aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs.

Il s'agissait d'un nourrisson de 30 mois et d'un grand enfant âgé de 8ans, tous de sexe féminin, sans antécédents particuliers, qui ont été reçus pour une douleur abdominale aiguë, des vomissements alimentaires, en plus de l'émission de vers adultes dans les vomissures chez le nourrisson. L'examen physique avait objectivé une fièvre modérée 37°5C et 38°C respectivement chez le grand enfant et le nourrisson, un abdomen sensible au niveau de l'hypochondre droit chez le grand enfant et chez le nourrisson, il était sans particularités. Les examens biologiques et parasitologiques étaient sans particularités chez les deux patients. L'échographie avait permis d'objectiver une dilatation importante du canal cholédoque avec une structure arrondie (image en cible), hyperéchogène, enclavée dans le canal cholédoque, une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques et une vésicule biliaire normale chez le grand enfant. Chez le nourrisson, elle a retrouvé le parasite sous la forme d'une image linéaire serpigineuse (image en rail) au sein de la vésicule biliaire. Chez les deux enfants, le parasite était mobile.

Au plan thérapeutique, les deux enfants ont été hospitalisés et un traitement médical à base d'antihelminthique par voie orale a été instauré avec surveillance clinique et échographique. L'évolution a été favorable sans complications avec une apyrexie et une absence de la douleur abdominale au 2^{ème} jour d'hospitalisation. Les contrôles échographiques avaient objectivé une disparition complète des vers mais la persistance d'une dilatation résiduelle du canal cholédoque chez le grand enfant.

Au terme de ce travail, nous avons fait les constats suivants :

1. Il s'agit des premiers cas d'ascaridiose biliaire de l'enfant rapportés dans notre service ;
2. Le tableau clinique n'est pas spécifique ;
3. L'échographie fait toujours le diagnostic et permet la surveillance ;
4. Le traitement médical aux antihelminthiques donne de bons résultats.

Ainsi nous faisons les recommandations suivantes :

1. Penser aussi à l'ascaridiose biliaire devant une douleur d'origine biliaire de l'enfant en zone d'endémie,
2. Demander une échographie abdominale pour la confirmation diagnostique,
3. Réaliser le traitement médical devant une ascaridiose biliaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Al Absi M, Qais AM, Al Katta M, Gafour M. and Al-Wadan AH. Biliary Ascariasis: The Value of Ultrasound in the Diagnosis and Management. *Ann Saudi Med* 2007; 27(3):161-165.
2. Alam J, Wazir MD, Muhamad Z. Biliary Ascariasis in children. *J Ayub Med Coll* 2001; 13(2):32 – 33.
3. Aubry P, Gauzère BA. Parasitoses digestives dues à des nématodes. *Med Trop* 2015, 13p.
4. Benissa N, Aïsse L, Kafih M, Zeroualj N. Biliary ascariasis and intrahepatic lithiasis: a case report. *Gastroenterol Clinic Biol* 2003; 27(11): 1047.
5. Bourée P, Deluol AM. Les parasitoses digestives. *Dev Sante* 2007; 185:3-61.
6. Bourée P. Parasitoses intestinales infantiles. *J Pediat Puericult* 2013; 26:268-278.
7. Castaing D, Smail A. Anatomie du foie et des voies biliaires *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 1999 ; 7-001-A-10
8. Chowdhary K, Goyal S, Singh M, Garg N. A case of live round worm in common bile duct stent of a post - endoscopic retrograde cholangiopancreatogram patient. *Int J Clin Exp Physiol* 2015; 2:137-8.
9. Das K A. Hepatic and Biliary Ascariasis. *J of Global Infect Dis* 2014; 6(2): 65 – 72.

10. Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM.

Gray's Anatomie pour les étudiants: voies biliaires.

Elsevier Masson 2006 ; 3 :301-304

11. Frank H, Netter MD.

Atlas of human anatomy 2th Edition 1997.W<Q

12. Fuente LM, Molotla-Xolalpa C, Rocha GER.

Biliary ascariasis. Case report and review of the literature.

Cirugia y cirujanos 2006; 74(3): 195 – 8.

13. Gétaz FL, Chappuis L.

Parasitoses intestinales et hépatiques.

Rev Med Suisse 2007 ; 3 :1254 – 8.

14. Hajong R, Tongper D, Khariong P D.

Hepato-biliary Ascariasis: Experience from a Tertiary Care Hospital in North East India.

J Dent Med Sciences 2013; 7(2):26 – 30.

15. Ibrar Ullah Md, Mishra T, Dash AP, Upadhyaya UN.

Biliary Ascariasis—Role of Endoscopic Intervention.

Trop Gastroenterol 2011; 32:210-213.

16. Khuroo MS, Rather AA, Khuroo N S.

Hepatobiliary and pancreatic ascariasis.

World J Gastroenterol 2016; 22(33): 7507-7517

17. Khuroo MS, Mahajan R, Zargar SA, Javid G, Sapru S.

Prevalence of biliary tract disease in India: A sonographic study in adult population in Kashmir.

Gut 1989; 30: 201–5.

18. Khuroo MS, Zargar SA.

Biliary ascariasis. A common cause of biliary and pancreatic disease in an endemic area.

Gastroenterol 1985; 88:418–23.

19. Klotz F, Diallo I, Ndiaye AR.

Ascaridiose.

J Pédiatr Puéricult 2014 ; 27, 243-254.

20. Louw JH.

Biliary ascariasis in childhood.

S Afr J Surg 1974; 12:219–25.

21. Misra S P, Dwivedi M.

Clinical features and management of biliary ascariasis in a non-endemic area.

Fellowship Postgrad Med 2000; 76:29-32.

22. Mourot J.

Techniques chirurgicales : Appareil digestif. Cholécystectomie par laparotomie pour lithiase vésiculaire. EMC 2012 ; 40 - 920.

23. Rey P, Mbaye PS, Debonne JM.

Parasitic liver

EMC Hépatologie 2004; 1:69-81.

24. Sanjeev SM, Lum LC.

Biliary ascariasis from a rural setting: A case study.

Med and Health 2012; 7(2): 102- 106.

25. Shennak MM.

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in the diagnosis of biliary and pancreatic duct disease: A prospective study on 668 Jordanian patients.

Ann Saudi Med 1994; 14: 409–14.

26. Singh D, Yang S, Cappell M S.

Biliary ascariasis: Diagnosed and Extracted by ERCP in the United States.

ACG Case Rep J 2016; 3(4):188.

27. Thiam O, Gueye ML, Toure AO, Seck M, Akpo LG, Cisse M et al.

Biliary ascariasis: An unusual cause of biliary colic.

Open Acc Library J 2015; 2:2003.

28. Vagholfkar K, Suryawanshi S, Subudhi S, Vagholfkar S.

Hepatobiliary ascariasis.

Int Surgery J 2017; 4(3): 1087 -1089.

29. Wang J, Pan Y L, Xie Y, Wu KC, Guo XG.

Biliary ascariasis in a bile duct stones-removed female patient.

World J Gastroenterol 2013; 19(36): 6122–6124.

30. Wani MY, Chechak BA, Reshi F, Pandita S, Rather MH, Sheikh TA, et al.

Our experience of biliary ascariasis in children.

J Indian Assoc Pediatr Surg 2006; 11(3):129–32

31. Zargar SA, Khuroo MS.

Management of biliary ascariasis in children.

Indian J Gastroenterol 1990; 9:321.

RESUME

Introduction : L'ascaridiose biliaire est rare chez les enfants. Nous rapportons deux cas d'ascaridiose biliaire chez l'enfant pris en charge dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU-Dantec.

Observations : Il s'agit d'un nourrisson de 30 mois et d'un grand enfant de 8ans sans antécédents particuliers, qui ont été reçus pour une douleur abdominale aiguë, des vomissements alimentaires, en plus d'émission de vers adultes dans les vomissures chez le nourrisson. L'examen physique avait objectivé une fièvre modérée, un abdomen sensible au niveau de l'hypochondre droit chez le grand enfant. L'échographie avait permis d'objectiver une image hyperéchogène tubulée réalisant un aspect en rail dans le canal cholédoque chez le grand enfant, et la présence du parasite dans la vésicule biliaire chez le nourrisson. Chez les deux enfants, le parasite était mobile. Le traitement médical à base d'antihelminthiques sous surveillance clinique et échographique en milieu chirurgical pédiatrique a permis la guérison sans complications.

Conclusion : L'ascaridiose biliaire chez l'enfant est rare. Le diagnostic doit être gardé à l'esprit devant toute douleur d'origine biliaire en zone endémique et l'échographie fait toujours le diagnostic. L'évolution est souvent favorable sous un traitement médical bien conduit.

Mots clés : Ascaris ; voies biliaires ; enfant ; échographie ; Antihelminthiques.