

## Angiocholite aiguë sur ascaridiose cholédocienne : intérêts de l'échographie dans le diagnostic et le suivi

### *Acute angiocholitis on biliary ascariasis : ultrasound imaging for diagnosis and outcome*

F.N. Ratrimoharilala (1)\*, N. Ratsimariso (2), T. Razafinambintsoa (1),  
R.L. Andrianasolo (1), M.J.D. Randria (1), R.A. Rakotoarivelo (3,4)

(1) Service des Maladies Infectieuses, Hôpital Joseph Raseta, Antananarivo

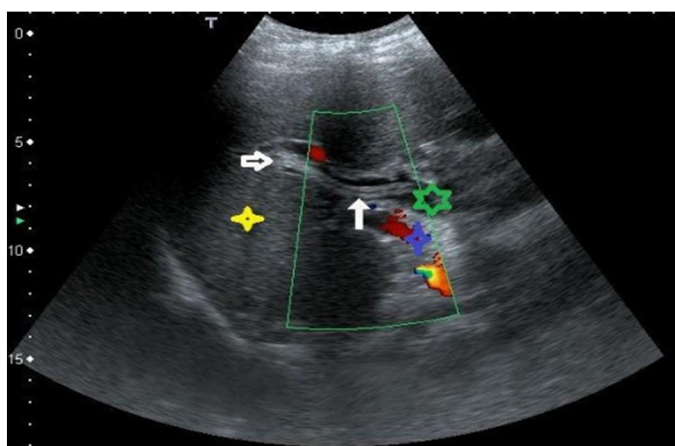
(2) Service de Radiologie, Hôpital Joseph Ravoahangy, Antananarivo

(3) Service des Maladies Infectieuses, CHU Tambohobe Fianarantsoa

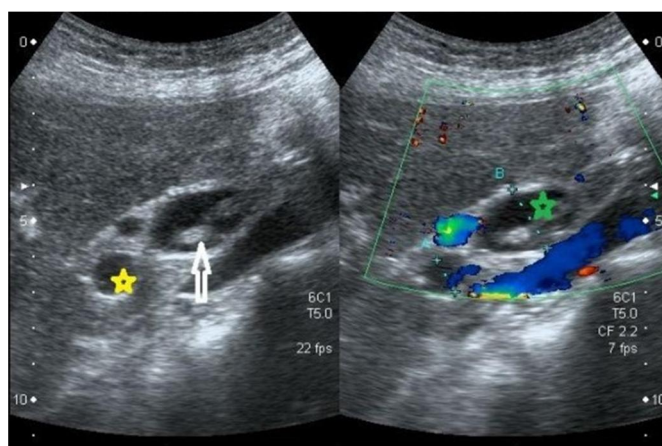
(4) Université de Fianarantsoa

Une patiente de 53 ans était admise pour un ictère associé à une fièvre à 38°C. L'examen clinique retrouvait un ictère cutanéomuqueux, une hépatomégalie de 17 cm. A la biologie, on retrouvait un syndrome inflammatoire (hyperleucocytose à neutrophiles, CRP à 126 mg/L) et un syndrome cholestatique. L'échodoppler

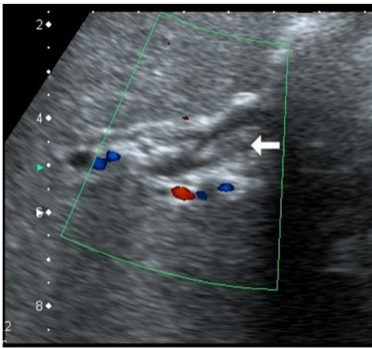
abdominal retrouvait une structure tubulaire hyperéchogène « en rail » avec des extrémités borgnes et un centre hypoéchogène, sans cône d'ombre postérieur, dans la lumière du cholédoque, dilaté à 19 mm et au niveau du canal cystique, dilaté à 10 mm (Figures 1 et 2).



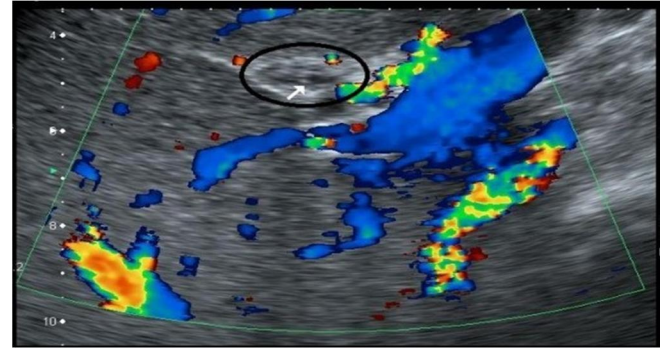
**Figure 1.** Echographie doppler abdominal. Image du parasite (flèche verticale blanche) allant du cholédoque à la voie biliaire principale, cholédoque (étoile verte), voie biliaire principale (flèche transversale), veine porte (étoile bleue), lobe droit hépatique (étoile jaune).



**Figure 2.** Echographie doppler abdominal. Dilatation du cholédoque (étoile verte) à 19 mm contenant une structure échogène ovale (flèche verticale) représentant le parasite en coupe axiale, dilatation du canal cystique (étoile jaune) à 10,2 mm.



**Figure 3.** Echographie doppler abdominal. Image du parasite fragmenté au niveau du cholédoque, en coupe longitudinale, 10 jours après le traitement médical : parasite non-viable.



**Figure 4.** Echographie doppler abdominal. Image des carcasses au niveau du cholédoque, un mois après le traitement médical, cholédoque non-dilaté.

Le diagnostic d'une angiocholite aiguë sur ascariose cholédocienne a été retenu. Un déparasitage par albendazole 400 mg/j pendant 3 jours associé à une bi-antibiothérapie (ceftriaxone 1 g/j et métronidazole 1,5 g/j) de 10 jours a été proposé. A la fin du traitement, une image du parasite fragmenté apparaissait (Figure 3). Un mois après le traitement, les paramètres clinico-biologiques et échographiques (Figure 4) se normalisaient.

Plus de 10% de la population dans les pays à faible revenu sont concernés par l'ascariose. La localisation biliaire est une complication grave d'une infestation intestinale. L'échographie abdominale est un examen facilement accessible permettant un diagnostic précoce et le suivi du traitement.

La cholangiopancréatographie rétrograde par voie endoscopique, la tomодensitométrie et la bili-IRM constituent les examens de référence, cependant, l'échographie abdominale est réalisée en première intention [1], elle révèle des images caractéristiques permettant de poser le diagnostic : image linéaire hyperéchogène « en rails », image de frange incurvée, image « spaghetti-like » sur une coupe transversale, associée parfois à des mouvements ondulatoires [2]. Elle contribue au dépistage d'autres complications comme un

abcès hépatique [3] dans les pays à faible revenu du fait de sa grande disponibilité et de son faible coût. L'efficacité d'un traitement médical conservateur devrait être évaluée au bout de 72 heures par une échographie abdominale [4], dictant la poursuite du traitement ou le recours au traitement interventionnel (chirurgie ou endoscopie) [5]. L'échographie abdominale représente un paramètre de choix thérapeutique essentiel dans la prise en charge des pathologies parasitaires biliaires.

## Références

1. Chéreau E, Tresallet C, Cadi M, *et al.* Diagnostic précoce d'une ascariose des voies biliaires. *Gastroenterol Clin Biol* 2007; 31: 755-7.
2. Wu S. Sonographic Findings of *Ascaris lumbricoides* in the gastrointestinal and biliary tracts. *Ultrasound Quarterly* 2009; 25: 207-9.
3. Rakotonaivo A, Ranoharison HD, Razafimahefa SH, *et al.* Angiocholite aiguë d'origine ascarienne compliquée d'abcès hépatiques. *Med Sante Trop* 2015; 25: 436-40.
4. Krige J, Shaw J. Cholangitis and pancreatitis caused by biliary ascariasis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: A30.
5. Omar JS. Biliary Ascariasis: A Review. *World J Surg* 2006; 30: 1500-6.