

DILATATION KYSTIQUE DU CHOLÉDOQUE CHEZ L'ADULTE A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Z. DEBE, K. KOUADIO, A.J. KOUAO, S. KONE, G. DOUMBIA, R. ATTOUMO, T.H. TURQUIN*

RÉSUMÉ

Le Kyste du Cholédoque demeure rare en Afrique. Pouvant parfois être asymptomatique, le diagnostic est fait par l'échographie abdominale associée à la Cholangiographie transvésiculaire. La résection totale du segment biliaire atteinte, offre toutes les chances d'une évolution dénuée de complications.

INTRODUCTION

Le kyste du Cholédoque est une lésion congénitale des voies biliaires. Il est rare.

En Occident, 1 cas sur 2 000 000. En Afrique, la littérature est très pauvre, voire inexistante sur le kyste du Cholédoque chez l'adulte.

L'utilisation de l'échographie permet le diagnostic (7). La dérivation de la lésion biliaire est la seule licite en vue d'éviter le risque de Cholangiocarcinome.

OBSERVATION

Mme A. DIAKITE, sénégalaise, couturière à Koumassi, âgé de 21 ans, est admise pour un syndrome douloureux de l'hypochondre droit à type de colique hépatique, évoluant depuis 14 ans.

L'interrogatoire révèle une notion d'ictère dans la petite enfance.

L'examen physique chez une malade en bon état général, apyrétique normotendue, sans anémie clinique et sans ictère, découvre un signe de Murphy et de Robson positif. L'examen ne note ni hépatomégalie, ni vésicule biliaire palpable, ni syndrome d'HTP.

L'échographie abdominale révèle une dilatation kystique du cholédoque sans dilatation des canaux biliaires intra

* Chef de Service de Chirurgie 1 (Chirurgie Générale et Digestive) CHU de Treichville, B.P. V3 - Abidjan (Côte d'Ivoire)

hépatiques et sans lésions du parenchyme hépatique.

La Cholangiographie trans-pariéto-hépatique confirme la dilatation kystique du Cholédoque avec un rétrécissement filiforme de sa partie basse.

Le bilan pré-opératoire effectué est normal.

La malade est opérée le 31 Mai 1989. A l'intervention, l'exploration met en évidence une dilatation importante de 5 cm de tout le Cholédoque avec agénésie de son abouchement duodénal.

Une Cholécystectomie plus anastomose cholédoco-jéjunale transmésocolique latéro-latérale sur anse jéjunale montée en Y à la Roux est pratiquée en amont du kyste.

La patiente quitte le service le 10ème jour.

Elle est complètement asymptomatique en Janvier 1994.

COMMENTAIRES

Les voies biliaires naissent d'un bourgeon ventral du tube intestinal primitif (4).

Ce bourgeon se bifurque et la partie crâniale donne deux ébauches que sont les voies biliaires hautes et la voie accessoire.

La disposition définitive est obtenue après la rotation des éléments développés à partir du diverticule duodénal antérieur (4).

Les dilatations kystiques de la voie biliaire principale bien que rares sont de loin les plus fréquentes des anomalies intéressant le calibre de la voie biliaire principale.

YAMAGUCHI retrouve 1,4% dans sa revue de littérature japonaise (3).

En 10 ans (1984-1994) nous avons enregistré un seul cas de dilatation kystique du cholédoque.

Cette dilatation kystique peut rester asymptomatique et de découverte fortuite (1), ce qui pourrait expliquer que notre patiente soit restée asymptomatique jusqu'à l'âge de 20 ans bien qu'elle ait signalé un ictère dans la petite enfance.

Les caractéristiques morphologiques grâce à la conjonction de l'Échographie et de la Cholangiographie permettent de distinguer quatre variétés de malformations selon TODANI (1, 2) :

Type I : Dilatations kystique et congénitale du cholédoque
 Ia = Dilatation fusiforme
 Ib = " Sacciforme
 Ic = " diffuse ou cylindrique

Type II : Dilatations sacciforme et latérale du canal biliaire avec un pédicule court et étroit

Type III : Cholécocèle

Type IV : Des dilatations kystiques intra hépatiques peuvent être associées aux dilatations kystiques du cholédoque :
 IVa = avec dilatation intra hépatique
 IVb = sans " " "

Type V : Dilatations kystiques de Caroli-limitée aux voies intra hépatiques.

Notre observation appartient au type Ia de cette classification.

Notre patiente a présenté un syndrome douloureux abdominal.

A l'Hôpital Sainte-Justine, ce syndrome représente 70% des motifs de consultation du kyste du Cholédoque de l'enfant (6).

Devant la présence de signes d'appel clinique, nous avons décidé de pratiquer une anastomose cholédoco-jéjunale. Notre but étant de dériver la bile afin :

- de lever le syndrome douloureux
- d'éviter le risque de Cholangio-carcinome attribué à la production, dans le segment dilaté, d'acides biliaires non conjugués potentiellement mutagènes, et d'autres produits carcinogènes à partir de la pullulation microbienne favorisée par la stase. La prévalence du Cancer dans les dilatations kystiques variant de 2,5 à 28% (4).

CONCLUSION

Le Kyste du Cholédoque demeure rare en Afrique.

Pouvant parfois être asymptomatique, le diagnostic est fait par l'échographie abdominale associée à la Cholangiographie transvésiculaire. La résection totale du segment biliaire atteint, offre toutes les chances d'une évolution dénuée de complications.

BIBLIOGRAPHIE

1 - A.C. ANAND, P. SAHNI, N.B.E. DIP, T.S. VASHISH, R.K. TANDON. Congenital Biliary Cysts in indian Adults, 0002-9270/91/8607-0850. The American Journal of Gastro-enterology. Copyright 1991 by Am. Coll. of gastro-enterology.
 2 - R. BAUMANN, B. DUCLOS et M. ADLOFF. Dilatations kystiques congénitales du cholédoque. Editions techniques. Encycl. Med. Chir. (Paris, France), Hépatologie 7044 A20, 1992, 5p.
 3 - Z. BEN SAFTA, H. KACEM, M. JOUINI, A. CHERIF, H. HADJ SALAH. Le Cholécocèle : A propos d'1 cas responsable de pancréatite aiguë récidivante. Méd. Chir. Dig. 1991, 20 : 151-154.
 4 - H. BISMUTH, J. MUTRICY. Anatomie des voies biliaires extra-hépatiques.

E.M.C. (Paris) 7044 A20 - 1992, 8 p.
 5 - B. BOLOGNINI, JP. MARCHAND, E.A. PARIENTE, J.F. VIALA, J. KAPPER, D. GROSSETTI, D. TRINH HY. Dilatations kystiques asymptomatiques du cholédoque chez un adulte. Gastro Enterol. Clin. Biol. 1993, 17 : 292-294.
 6 - D. ST-VIL, F.I. LUKS, M. DEROUIN, A.L. BENSOUSSAN, H. BLANCHARD, D. FILIATRAULT. Les kystes du cholédoque de l'enfant : expérience de l'Hôpital Sainte Justine. Ann. Chir. 1992, 46 (9) : 821-825.
 7 - C. VANHOVE, E. PONETTE, W. VAN HERREWEGHE, H. FRANSEN, S. VERHAMME, S. PONETTE, W. VAN STEENBERGEN, R. KERREMANS and K. GEBOES. JBR-BTR - 1991, 74 : 495-500.