

LETTRE A LA REDACTION

Angiocholite sur dilatation kystique du cholédoque : Une urgence chirurgicale

Cholangitis due to choledochal cyst : A surgical emergency

A. OUSADDEN, K.H. IBNMAJDOUB, H. ELBOUHADDOUTI, J. LAMRANI, EL B. BENJELLOUN, K. MAZAZ, K. AITTALEB

**Service de chirurgie viscérale, Hôpital des spécialités,
CHU Hassan II, Fès, Maroc**

RESUME

Introduction : La dilatation kystique du cholédoque est une pathologie rare, de diagnostic difficile, et d'évolution souvent compliquée pouvant aboutir au décès.

Observations : Nos deux patients, âgés de 36 et 50 ans, présentaient pendant des années un ictère intermittent. Tous les deux ont été admis pour dilatation kystique du cholédoque compliquée d'angiocholite. Le traitement comprenait une cholécystectomie avec résection du kyste cholédocien et anastomose hépatico-jéjunale, associées à une antibiothérapie. Notre premier cas a eu une évolution favorable alors que deuxième cas est décédé par choc septique au 3^{ème} jour postopératoire.

Discussion et conclusion : La dilatation kystique du cholédoque est de diagnostic souvent difficile. Ses principaux risques évolutifs sont la lithiase, la cancérisation et l'infection. Ces complications peuvent être fatales et sont prévenues par la résection précoce du kyste, seul traitement valable.

SUMMARY

Introduction: The choledochal cyst is a rare disease which diagnosis is difficult. Its evolution is often complicated and may lead to death.

Cases-report: two of our patients are 36 and 50 years old, with years of intermittent jaundice. Both were admitted for cholangitis due to choledochal cyst. Treatment included a cholecystectomy with resection of choledochal cyst and hepatic-jejunal anastomosis associated with antibiotics. Our first case was a positive trend while the second case died from sepsis on the 3rd postoperative day.

Discussio and conclusionn: The choledochal cyst is often difficult to diagnose. Its main risks are lithiasis, cancerization, and infection. These complications can be fatal and are prevented by early resection of the cyst, the only valid treatment.

Correspondance : Dr Abdelmalek OUSADDEN, Email: ousadden@gmail.com

INTRODUCTION:

La dilatation kystique du cholédoque (DKC) est rare en occident où l'incidence varie de 1/100000 à 1/200000 naissances, et plus fréquente en Extrême-Orient [1]. 75% des cas sont découverts avant l'âge de 10 ans [1]. Le sex-ratio va de 1/4 à 1/3 selon le pays [1, 2]. Isolée, comme chez nos deux patients, l'anomalie extra-hépatique représente le type 1 de la classification de Todani [3] des dilatations kystiques congénitales des voies biliaires (DKCVB). Une anomalie de la jonction bilio-pancréatique avec présence d'un canal bilio-pancréatique commun, favorisant le reflux des sucs pancréatiques dans les voies biliaires, serait à l'origine de cette pathologie [4]. Nous rapportons ici deux observations au travers desquelles nous rappelons les caractéristiques principales de cette pathologie qui peut avoir une évolution grave et fatale comme pour notre 2^{ème} patiente.

OBSERVATION N° 1:

Un patient de 36 ans, présentant un ictère intermittent depuis 10 ans, a été admis pour angiocholite sans masse abdominale palpable. La biologie trouvait une choléstase (hyperbilirubinémie conjuguée et totale) avec syndrome infectieux et l'échographie abdominale une dilatation des voies biliaires intra-hépatiques associée à une DKC (Figure 1).



Figure 1: Echographie abdominale montrant la dilatation kystique du cholédoque

Le traitement a consisté hormis l'antibiothérapie, en une cholécystectomie associée à la résection du kyste cholédocien avec réalisation d'une anastomose hépatico-jéjunale sur anse en Y. L'examen de la pièce opératoire n'objectivait pas de signes de malignité. Les suites opératoires, simples initialement, étaient marquées à un an de l'intervention, par un accès angiocholitique traité médicalement.

OBSERVATION N° 2:

Une patiente de 50 ans, présentant un ictère intermittent depuis 6 ans, a été admise dans un tableau d'angiocholite grave avec collapsus jugulé par la réanimation. La biologie trouvait une insuffisance rénale avec choléstase (Gamma GT à 40 fois la normale - Bilirubinémie totale à 63mg/l) et syndrome infectieux. L'échographie, la tomodynamométrie (Figures 2) et la bili-IRM (Figure 3), révélaient l'existence d'une vésicule scléro-atrophique et d'une dilatation avec empiérement des voies biliaires intra et extra hépatiques. La patiente a bénéficié d'une réanimation avec antibiothérapie puis d'une cholécystectomie (Figure 4), résection du kyste cholédocien, et anastomose hépatico-jéjunale sur anse en Y. Les suites ont été compliquées de sepsis grave avec décès de la patiente par choc septique au 3^{ème} jour postopératoire.

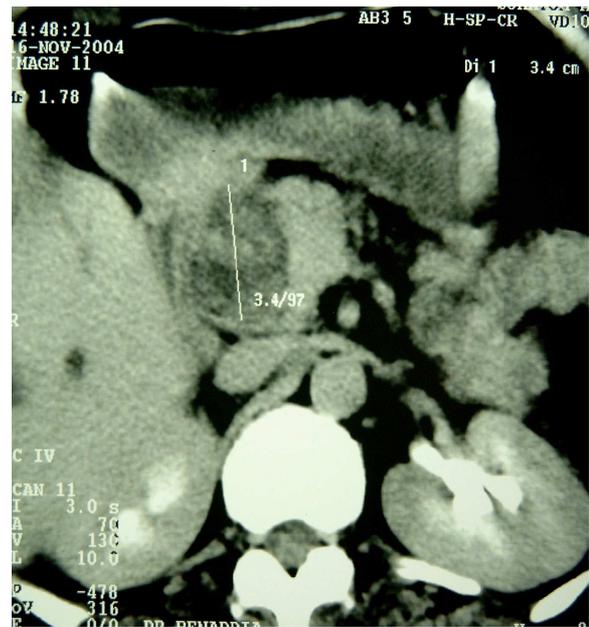


Figure 2: Scanner abdominal visualisant un empiérement du cholédoque dilaté

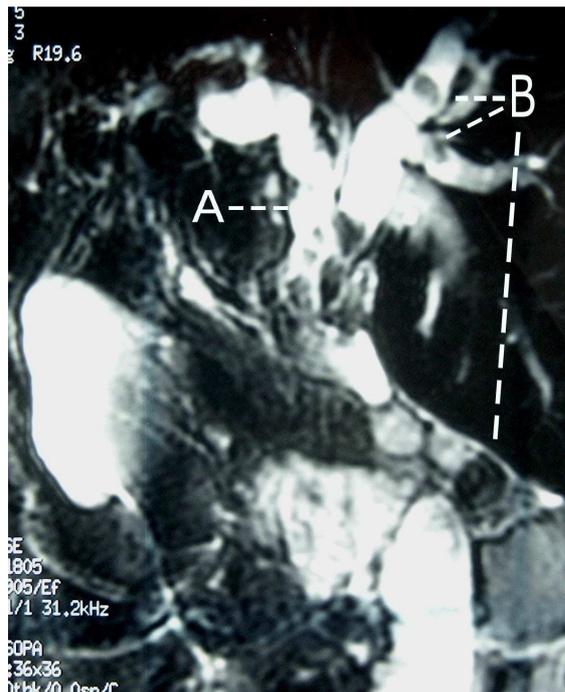


Figure 3 : Dilatation de l'arbre biliaire (A) siège de lithiases multiples (B) à la Bili-IRM

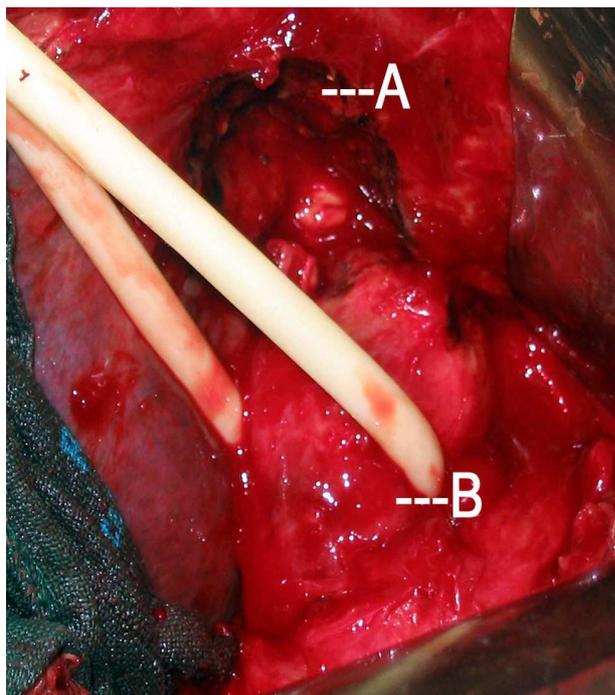


Figure 4 : Vue peropératoire, cholécystectomie faite, montrant le lit vésiculaire (A) et la voie biliaire principale dilatée (B) mise sur lac.

DISCUSSION :

La triade symptomatique classique de la DKC est retrouvée dans 20% des cas [1]. Elle comprend l'ictère obstructif intermittent, la douleur de l'hypochondre droit et la masse rénitente de l'hypochondre droit [1], non retrouvée chez nos patients. Les signes accompagnateurs associés à l'ictère sont l'hépatomégalie, les nausées, les vomissements et la fièvre [5]. L'échographie et le scanner [6], visualisent la dilatation kystique sous-hépatique, montrent la communication kysto-biliaire et les lésions associées, et guident une éventuelle ponction. Les opacifications des voies biliaires (cholangiographies per-endoscopique ou percutanée) visualisent le canal bilio-pancréatique font le diagnostic de certitude et classent les DKCVB. Elles permettent un drainage biliaire, mais exposent à l'angiocholite et à la pancréatite aigue [5].

La bili-IRM, réalisée chez la deuxième patiente, est un examen non invasif au rendement comparable à celui du scanner et des opacifications biliaires [6]. En T1, le kyste émet un signal de faible intensité non discernable de la vésicule. En T2, la bile intrakystique émet un signal hyperintense [6].

La biologie est non spécifique [5]. Elle peut objectiver une choléstase, un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose temoins d'une infection, comme chez nos patients. Elle retrouve une diminution du taux de prothrombine, une élévation modérée des transaminases et de l'amylasémie dans respectivement 70, 30 et 10% des cas [5].

Comme pour nos deux patients, la DKC se complique souvent, d'infection (angiocholite, abcès hépatique ou septicémie) (11%) [7] et de lithiasse biliaire (8-25%) [1, 5]. Elle se complique aussi de rupture kystique avec hémobilie ou péritonite (3-7%) [5, 7], de pancréatite aigue (0.5-33%) [1, 5], de cirrhose biliaire secondaire avec hypertension portale (15-32%) [5] et de cancérisation (5-17%) [8, 9]. Celle-ci présente ici, un risque multiplié par 100 et un pronostic sombre (survie moyenne de 8 mois) [3].

Le traitement comporte en premier lieu une réanimation à base d'antibiothérapie, de vitaminothérapie K et de rééquilibration hydro

électrolytique. La sphinctérotomie endoscopique et le drainage biliaire externe, sont des solutions d'attente qui auraient pu être réalisés chez nos sujets fragiles et à haut risque opératoire [7]. Les drainages biliaires internes sont abandonnés à cause des ré-interventions fréquentes pour complications et du risque de cancérisation secondaire [8]. La seule intervention actuellement préconisée chez l'adulte et l'enfant, comporte une cholécystectomie, une lithotomie et surtout une résection du kyste avec anastomose bilio-digestive sur anse en Y ou en oméga [9, 10]. Cette intervention réalisée chez deux nos patients, supprime le risque de dégénérescence de la paroi kystique et permet un meilleur drainage biliaire.

CONCLUSION :

La DKC est une malformation rare dont l'évolution spontanée se fait vers des complications infectieuses graves, la dégénérescence et le décès. Cela justifie un diagnostic et un traitement précoce par exérèse chirurgicale de la lésion kystique.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst: analysis on 1433 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980; 140:653-657.
2. Lentrion JP, Gigot JF, Segol P. Bile duct cysts in adults: a multi-institutional retrospective study. French Associations for Surgical Research. *Ann Surg* 1998; 228:159-166
3. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg* 1977; 134:263-269.
4. Babitt DP, Starshak RJ, Clementi AR. Choledochal cyst: a concept of etiology. *Am J Roentgenol* 1973 ; 119 : 57-62.
5. Banerjee Jesudason SR, Ranjan Jesudason M, Paul Mukha R, Vyas FL, Govil S, Muthusami JC. Management of adult choledochal cysts - a 15-year experience. *HPB (Oxford)*. 2006; 8(4):299-305.
6. Lee HK, Park SJ, Yi BH, Lee AL, Moon JH, Chang YW. Imaging features of adult choledochal cysts: a pictorial review. *Korean J Radiol*. 2009;10(1):71-80.
7. Tan KC, Howard ER. Choledochal cyst: 14 years surgical experience with 36 patients. *Br J Surg* 1988; 75:892-95.
8. Todani T, Watanabe Y, Toki A, Urushihara N. Carcinoma related to choledochal cysts with internal drainage operation. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 164: 61-64.
9. Kianmanesh R, Régimbeau JM, Belghiti J. Anomalies de la jonction bilio-pancréatique et dilatations kystiques congénitales des voies biliaires de l'adulte. *J Chir* 2001; 138:196-204.
10. Ammori JB, Mulholland MW. Adult type I choledochal cyst resection. *J Gastrointest Surg*. 2009 ; 13(2):363-7.