

Case report

Le cholédococèle: une variété rare de dilatation kystique congénitale des voies biliaires



Choledochocèle: a rare variety of congenital cystic dilation of the bile ducts

Nabil Boudjenan Serradj^{1,&}, Benali Tabeti¹, Anisse Tidjane¹, Noureddine Benmaarouf¹

¹Service de Chirurgie Hépatobiliaire et Greffe du Foie, Etablissement Hospitalo-Universitaire d'Oran, Algérie

[&]Corresponding author: Nabil Boudjenan Serradj, Service de Chirurgie Hépatobiliaire et Greffe du Foie, Etablissement Hospitalo-Universitaire d'Oran, Algérie

Mots clés: Cholédococèle, dilatation, kyste, Todani

Received: 24/02/2017 - Accepted: 01/03/2018 - Published: 16/03/2018

Résumé

La dilatation kystique des voies biliaires (DKVB) est une pathologie rare, elle touche principalement les jeunes femmes, avec la douleur comme maître symptôme. Son principal risque est la cancérisation. L'exérèse chirurgicale complète demeure le traitement de choix. La classification de TODANI établi cinq groupes de dilatations kystiques congénitales des voies biliaires. Le cholédococèle représente le type III et se définit comme une dilatation kystique isolée de l'ampoule de Vater. La rareté de cette variété de DKVB et la multitude de présentations cliniques de cette pathologie avaient conduit à un nombre réduit de publications dans la littérature médicale, et l'absence de référence concernant la prise en charge thérapeutique entre traitement endoscopique en plein progrès, mais conservateur et un traitement chirurgical radical mais difficile à réaliser. Notre présentation porte sur le cas d'une jeune patiente âgée de 32 ans, consultant pour des douleurs épigastriques itératives et dont les examens morpho-cliniques conclut à un cholédococèle. Nous avons réalisé chez cette patiente une résection complète du kyste à travers une duodénotomie, avec réimplantation du canal cholédoque et du canal de Wirsung, associée à une cholécystectomie.

Pan African Medical Journal. 2018; 29:156 doi:10.11604/pamj.2018.29.156.12084

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/29/156/full/>

© Nabil Boudjenan Serradj et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Cystic dilation of the bile ducts (CDBD) is a rare disease in which pain is the major symptom. It mainly affects young women. Carcinogenesis is the main risk of this disease. Complete surgical resection is the treatment of choice. TODANI's classification defines five groups of congenital cystic dilation of the bile ducts. Choledochocèle is classified as type III and is defined as an isolated cystic dilation of the ampulla of Vater. Few studies were published in the literature due to its rarity and to its multitude of clinical presentations. The lack of guidelines resulted in approaches to treatment based on endoscopic treatment, making rapid progress but considered as a conservative option, or on hardly obtainable complete surgical resection. This study reports the case of a 32-year old female patient presenting with cyclic epigastric pain. Morpho-clinical examinations showed choledochocèle. Complete resection of the cyst via duodenotomy with reimplantation of the common bile duct and of the Wirsung duct associated with cholecystectomy were performed.

Key words: Choledochocèle, dilation, cyst, Todani

Introduction

La dilatation kystique des voies biliaires (DKVB) représente l'ensemble des malformations congénitales qui se caractérisent par une ou plusieurs dilatations kystiques communicantes des voies biliaires. Représentant une variété rare au sein même de ces DKVB, le cholédocèle reste une entité clinique, iconographique et thérapeutique peu connue des praticiens.

Patient et observation

Nous rapportons le cas d'une jeune patiente âgée de 32 ans, sans antécédents particuliers, consultant pour des douleurs épigastriques itératives. Une série d'exams (Figure 1) a été réalisé concluant à une formation kystique endoluminale au dépend du 2^{ème} duodénum avec des rapports étroits avec le cholédoque terminal et le canal de Wirsung. L'exploration chirurgicale, à travers une duodénotomie concluait à une dilatation kystique de l'ampoule de Vater centrée sur la papille, réalisant une dilatation kystique congénitale des voies biliaires type III de Todani ou cholédocèle [1-3] (Figure 2). Nous avons réalisé une résection complète du kyste, avec réimplantation du cholédoque et du canal de Wirsung associée à une cholécystectomie, avec des suites opératoires simples et disparition complète de la symptomatologie initiale. L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse concluait à une dilatation kystique de l'ampoule de Vater sans signes de dysplasie ou de transformation maligne.

Discussion

La dilatation kystique des voies biliaires est une pathologie congénitale rare. Son incidence est beaucoup plus élevée en Asie du sud est et au Japon, cependant une fréquence de l'ordre 20 à 50% des cas sont découverts à l'âge adulte, avec nette prédominance féminine [4-6]. Le principal risque évolutif des DKVB demeure la dégénérescence, car on estime que l'incidence du cancer des voies biliaires en cas de DKVB est se situe entre 3 à 40% [7,8]. Elle augmente avec l'âge et en cas de dérivation kysto-digestive [9,10]. Le cholédocèle représente une dilatation kystique isolée de l'ampoule de Vater et correspond au type III de la classification de Todani [3]. Il représente 2 à 4% de l'ensemble des dilatations kystiques des voies biliaires [1]. Malgré un faible taux de dégénérescence du cholédocèle décrit dans les rares cas publiés dans la littérature, celui-ci reste toujours un facteur de risque de cancer des voies biliaires [11]. Le traitement du cholédocèle peut être endoscopique ou chirurgical. Le principe de ce dernier est l'exérèse de la totalité du kyste, conduisant à une suppression du

reflux wirsungobiliaire responsable de la transformation maligne de la dilatation kystique [1]. Le traitement chirurgical consiste à une exérèse trans-duodénale associée à une sphinctéroplastie chirurgicale [1,3,12]. Celui-ci est associé à une morbidité faible et mortalité presque nulle dans les mains d'équipes spécialisées, rendant le traitement chirurgical une valeur sûre dans la prise en charge thérapeutique des dilatations kystiques congénitales des voies biliaires en général et du cholédocèle en particulier.

Conclusion

Le traitement chirurgical, de part la résection complète de la dilatation kystique, de la suppression du reflux pancréatique dans les voies biliaires et la faible morbi-mortalité de l'acte chirurgical dans les mains d'équipes spécialisées, demeure une alternative sûre dans l'arsenal thérapeutique de la prise en charge du cholédocèle. L'absence de séries importantes dans la littérature mondiale rend difficile l'établissement de références ou de standards concernant la prise en charge thérapeutique du cholédocèle.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: Imagerie préopératoire: A) transitoeso-gastro-duodénal ; B) scanner abdominal ; C) imagerie par résonance magnétique : 1) le cholédocèle ; 2) canal cholédoque ; 3) canal de Wirsung
Figure 2 : Vue per opératoire : A et B) flèche bleue : le cholédocèle; C) pièce de résection

Références

1. Gigot JF. Chirurgie des voies biliaires. Paris : Masson. 2005. [Google Scholar](#)

2. 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(4):196-204. **Google Scholar**
3. Todani T, Watanabe Y, Narsusue M et al. Congénital bile duct cysts : Classification, Operative procedures and review of 35 cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg.*1977;134(2):263-269. **Google Scholar**
4. Kimura K, Ohto M, Ono T. Congenital cystic dilatation of the common bile duct: relationship to anomalous pancreaticobiliary ductal union. *Am J Roentgenol.* 1977;128(4):571-577. **PubMed | Google Scholar**
5. Ando H, Ito T, Nagaya M. Pancreaticobiliary maljunction without choledochal cysts in infants and children: clinical features and surgical therapy. *J Pediatr Surg.*1995;30(12):1658-1662. **PubMed | Google Scholar**
6. Yamaguchi M. Congenital choledochal cyst: analysis on 1433 patients in the Japanese literature. *Am J Surg.*1980;140(5):653-657. **PubMed | Google Scholar**
7. Watanabe Y, Toki A, Todani T. Bile duct cancer developed after cyst excision for choledochal cyst. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.*1999; 6(3):207-212. **PubMed | Google Scholar**
8. Fieber SS, Nance FC. Choledochal cyst and neoplasm: a comprehensive review of 106 cases and presentation of two original cases. *Am Surg.*1997;63(11):982-987. **PubMed | Google Scholar**
9. Voyles CR, Smadja C, Shands WC. Carcinoma in choledochal cysts: age-related incidence. *Arch Surg.*1983; 118(8):986-988. **PubMed | Google Scholar**
10. Todani T, Watanabe Y, Toki A. Carcinoma related to choledochal cysts with internal drainage operations. *Surg Gynecol Obstet.*1987;164(1):61-64. **PubMed | Google Scholar**
11. Horaguchi J, Fujita N, Kobayashi G. Clinical study of choledochocoele: is it a risk factor for biliary malignancies?. *J Gastroenterol.* 2005 ; 40(4):396-401. **PubMed | Google Scholar**
12. Masetti R, Antinori A, Coppola R, Coco C, Mattana C, Crucitti A. Choledochocoele: changing trends in diagnosis and management. *Surg Today.*1996; 26(4):281-5. **PubMed | Google Scholar**

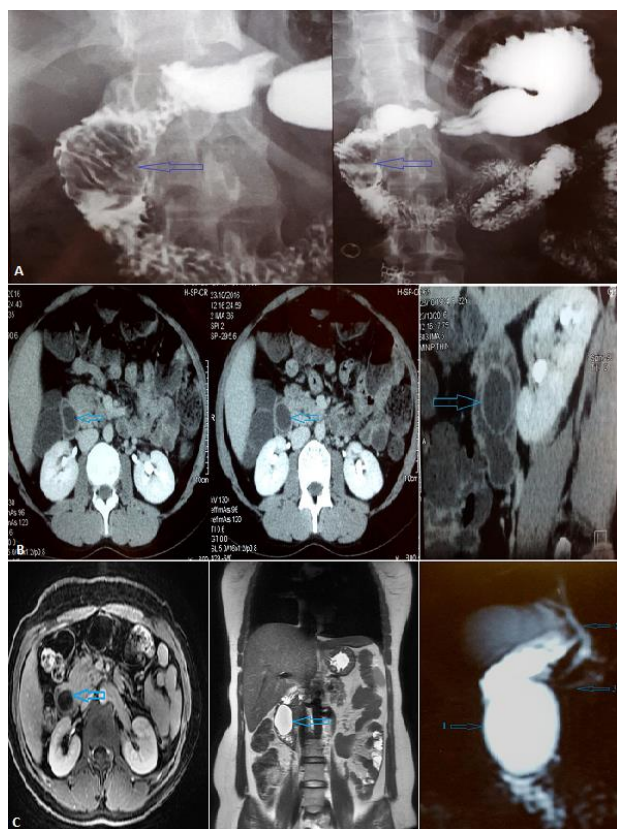


Figure 1: Imagerie préopératoire: A) transitoeso-gastro-duodénel ; B) scanner abdominal ; C) imagerie par résonance magnétique : 1) le cholédococèle ;2) canal cholédoque ; 3) canal de Wirsung

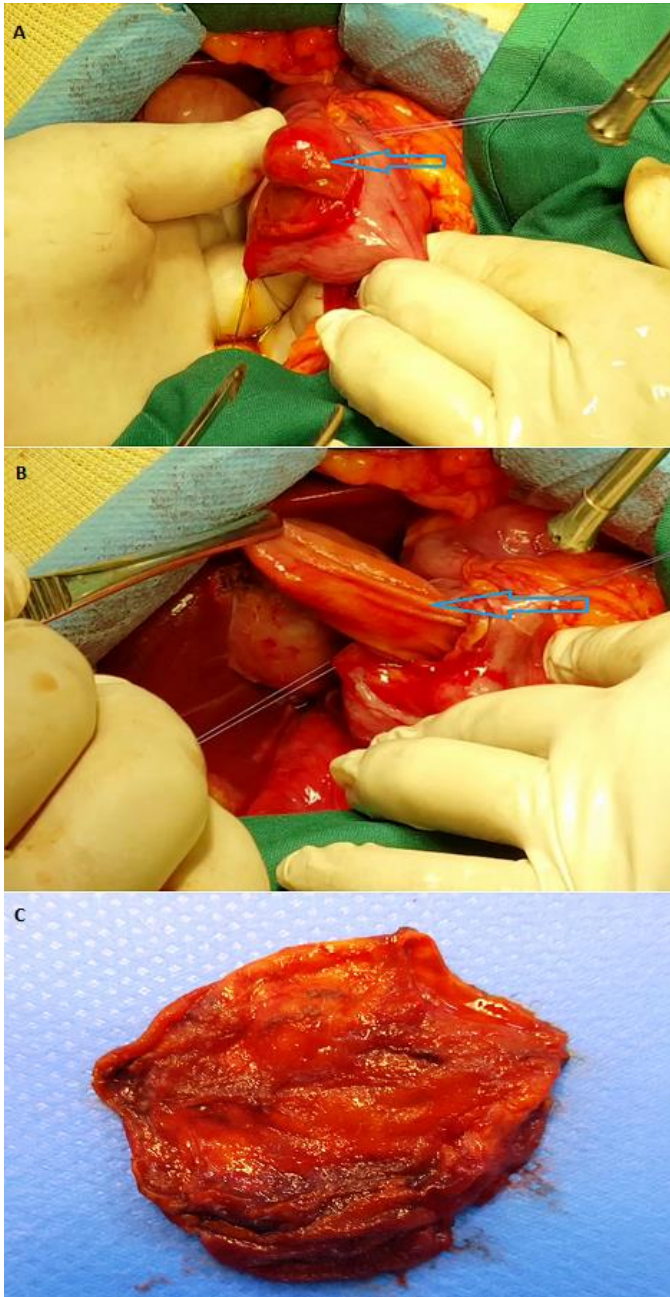


Figure 2 : Vue per opératoire : A et B) flèche bleue : le cholédocèle; C) pièce de résection