

CHOLÉDOCHOCÈLE RÉVÉLÉ PAR UNE CRISE DE PANCRÉATITE AIGÜE. A propos d'un cas.

G. SABEH, W. NINI (Liban)

RÉSUMÉ

Le cholédochocèle, dilatation kystique de la partie terminale du cholédoque venant saillir dans le duodénum, est une pathologie exceptionnelle. Seuls quelques dizaines de cas ont été rapportés ; nous avons observé un cas chez une jeune femme de 20 ans.

La particularité de cette observation est la révélation du diagnostic par une crise de pancréatite aiguë.

Le traitement effectué est une kysto-duodénostomie.

Après une analyse de la littérature, nous rappelons les caractéristiques essentielles de cette affection.

C'est à Wheeler en 1940 (52) que nous devons le terme de cholédochocèle ; les dilatations kystiques des voies biliaires (DKVB) sont des affections congénitales peu communes. Yamaguchi en 1980 (53) a colligé 1433 cas, Flanigan en 1975 (18) a proposé une classification séduisante, car tenant compte de l'ensemble des DKVB, qu'elles soient intra ou extra-hépatiques, et de leur association.

Type I = 96% de l'ensemble, dilatations ampullaires de la voie biliaire principale (VBP) pédiculaire, répandu au Japon.

Type II = diverticules de la VBP.

Type III = cholédochocèles.

Type IV = association d'une dilatation kystique du cholédoque et d'une maladie de Caroli (cette dernière se caractérise par des dilatations kystiques des voies biliaires intra-hépatiques).

Type V = association d'une dilatation kystique du cholédoque et d'un kyste biliaire solitaire intra-hépatique.

OBSERVATION

Jeune femme de 20 ans, hospitalisée en urgence pour douleur épigastrique brutale associée à des vomissements et une fièvre à 38° 5. Aucun antécédent d'alcoolisme ni de symptomatologie évoquant une pathologie abdominale. L'examen clinique révélait une

défense épigastrique, la région sous-ombilicale était souple et il n'y avait pas de perte de la matité pré-hépatique, ni de masse abdominale palpable. Elle a été équipée d'une sonde naso-gastrique d'aspiration, d'une poche à glace sur l'abdomen, d'une perfusion pour réanimation hydroélectrolytique et antibiothérapie.

La radio de l'abdomen sans préparation montrait des images de dilatations gazeuses diffuses du grêle, sans niveaux hydro-aériques, l'image thoracique était normale. Le bilan biologique montrait une amylasémie à 2500 UA (valeurs normales en dessous de 150 UA)

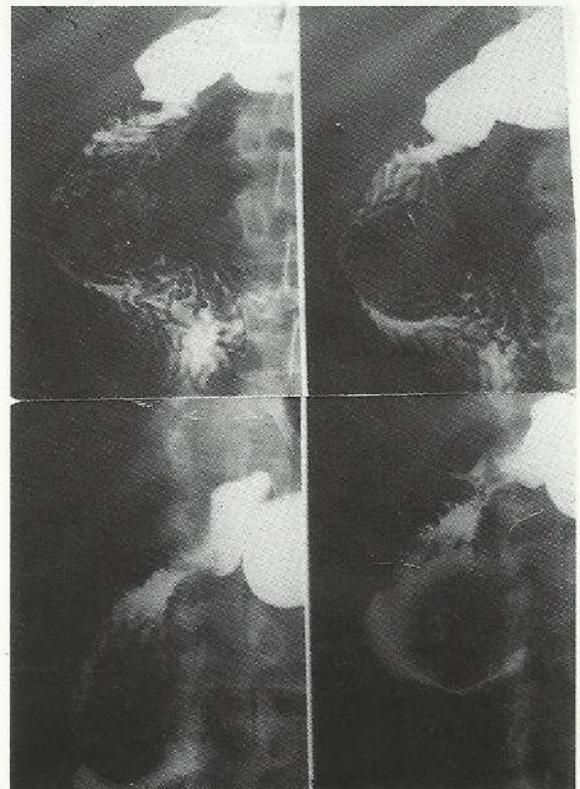


Fig. 1 : cholédochocèle.

amylasurie à 2000 UA (valeurs normales en dessous de 500 UA) et une hyperleucocytose à 12 000/mm³ (neutrophiles 92% dont 50% segmentés).

La surveillance clinique a permis de voir une amélioration rapide et du tableau clinique et biologique, l'aspiration naso-gastrique a été enlevée au 5^e jour après l'admission.

L'échotomographie ne montrait pas de lithias biliaire mais un remaniement au niveau du pancréas signant la pancréatite aiguë; le transit baryté montrait une image lacunaire sphérique du bord interne du deuxième duodénum (Fig. 1) sans signes d'irritations duodénales.

La fibroscopie duodénale plaidait en faveur d'une compression extrinsèque au niveau du 2^e duodénum sur toute sa longueur. Une nouvelle élévation des amylasémie et amylasurie ainsi que la réapparition des douleurs, nous ont invités à proposer la laparotomie exploratrice sans plus attendre.

A côté des stigmates d'une PA (pancréas œdématisé, turgescents, mésentériques infiltrés avec taches de bougies sur le pancréas), on note une tuméfaction derrière le bord interne du duodénum II faisant 7 cm sur son grand diamètre, la cholangiographie per-opératoire par la vésicule montrait un cholédochocèle (Fig. 2).

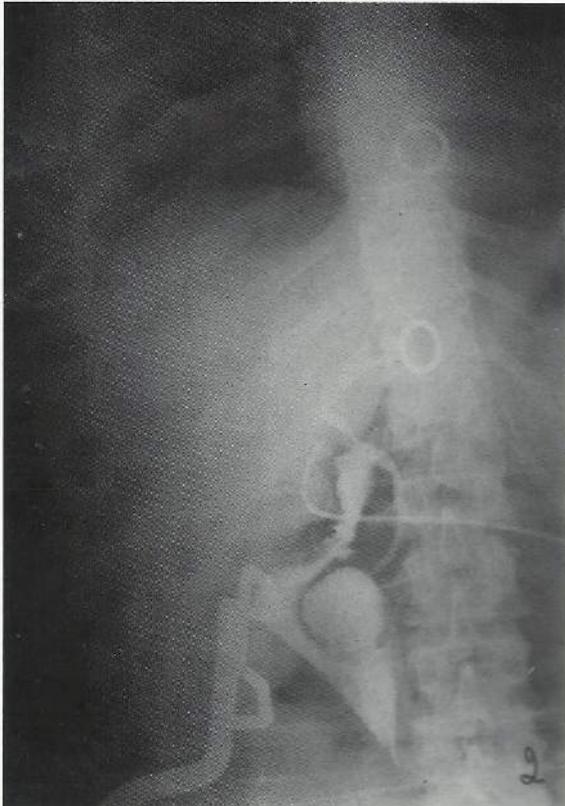


Fig. 2: cholédochocèle.

Après décollement duodéno-pancréatique, une duodénotomie est faite verticalement centrée sur la saillie au niveau du duodénum II. Repérage de la papille par le passage d'un cathéter poussé de haut en bas à travers une courte cholédocotomie. Dans cet environnement de PA, nous avons opté pour l'anastomose kysto-duodénale en plus d'un drainage péripancréatique. Disparition des signes cliniques et biologiques de la PA et sortie au 8^e jour post-opératoire. La patiente a émigré, nous l'avons revue 16 mois plus tard à l'occasion d'un court séjour, elle ne se plaignait d'aucun symptôme, la cholangio et le transit gastro-duodénal proposés mais non acceptés, nous avons repris de ses nouvelles par sa famille au 25^e mois post-opératoire et elle serait sans aucune symptomatologie douloureuse ou autre.

COMMENTAIRES

Le cholédochocèle est le plus rare des DKVB (6, 18, 38, 41, 43) il reste exceptionnel car seulement une cinquantaine de cas ont été colligés en 1981 par Powel (38). Le cholédochocèle se distingue des autres DKVB :

- 1) car il ne semble relativement pas plus fréquent en Extrême-Orient;
- 2) il est un peu plus fréquent chez les femmes, alors que les femmes représentent 75% (18) des DKVB;
- 3) souvent découvert à l'âge adulte (41), son âge moyen serait de 33 ans (45) plusieurs observations ont été rapportées chez les adultes mûrs (32, 40) voire chez les vieillards (26) alors que 83% des DKVB avaient moins de 30 ans et 40% moins de 10 ans (53).

Le caractère congénital des DKVB est très probable (2, 3, 20, 28, 51, 53) car ce sont des malades jeunes et parfois des nouveau-nés qui en sont atteints; en ce qui concerne les cholédochocèles, l'âge et la parfaite tolérance de certaines observations (26, 32, 40) pourraient faire douter de leurs origines congénitales. L'obstruction du bas cholédoque pourrait être la cause de la dilatation uniforme du canal (2, 10) Wheeler (52) suggérait qu'une lésion inflammatoire de la papille pouvait donner un cholédochocèle.

Ses dimensions sont variables, généralement inférieures à 5 cm mais pourraient atteindre 10 cm (10). Le revêtement du cholédochocèle est classiquement (25) de type biliaire du côté interne, duodénal du côté externe, mais certains ont rapporté l'existence d'une muqueuse duodénale du côté interne, enfin, parfois des îlots de muqueuse différente à la fois biliaire et duodénale ont été retrouvés sur la paroi interne.

Le contenu est biliaire avec quelquefois présence de calcul (10, 22, 29, 32, 40).

Le délai entre le premier symptôme et la découverte du cholédochocèle peut s'échelonner entre 3 jours et 15 ans (41).

Les signes d'appel les plus fréquents sont les douleurs épigastriques (34) post-prandiales (26, 40) ou sans

relation avec les repas (41), à type de crampes, ou sourdes, ou aussi de l'hypochondre droit voire à type de colique hépatique (32), ces signes sont probablement en rapport avec l'obstruction duodénale.

Les troubles digestifs notés sont :

- 1) nausées, vomissements,
- 2) l'ictère rare (35-41) alors qu'il est un signe d'appel fréquent pour les autres DKVB (20),
- 3) on perçoit rarement une masse dans les cholédochocèles (35, 41).

Le melæna est un signe exceptionnel de même que la diarrhée aqueuse (40) ; parfois c'est un tableau d'appendicite (10) ou de cholécystite (22) qui est à l'origine de sa découverte.

Certaines complications sont parfois révélatrices du cholédochocèle :

- 1) l'angiocholite ou la cholangite ascendante (33),
- 2) la lithiase cholédocienne et ou intra-kystique (22, 29, 32),
- 3) la PA comme dans notre cas ainsi que ceux de Jansen (28) Stephens (48) De-Oya (15) et de Cuschieri (13),
- 4) par contre exceptionnelle est la rupture du cholédoque (44). La cancérisation serait entre 4% et 7% dans les DKVB (9, 19, 30, 49, 50). Une papillomatose a été signalée sur un kyste de l'hépatocolédoque (21) mais nous n'avons pas trouvé d'observation relatant la cancérisation d'un cholédochocèle.

Les moyens les plus simples et les plus fiables pour le diagnostic sont :

- 1) le transit baryté qui montre l'image lacunaire du bord interne du deuxième duodénum,
- 2) la cholangiographie intra-veineuse peut confirmer le diagnostic,
- 3) la duodéno-scopie simple ou avec cathétérisme et la cholangiographie rétrograde permettent de lever le doute en objectivant la dilatation kystique de la partie terminale du cholédoque.

Grâce à ces explorations, le diagnostic différentiel avec le diverticule intraluminal de la fenêtre duodénale devient facile, l'image barytée de ce diverticule "est globuleuse, mobile avec le péristaltisme, entourée d'un liseré radio transparent se projetant dans le deuxième duodénum en toutes incidences" (14). D'autres moyens comme l'échotomographie, la tomodynamométrie, l'artériographie sélective peuvent être utiles pour étudier les rapports du cholédochocèle avec les éléments du voisinage.

Le traitement est chirurgical pour soulager les patients et éviter les complications, différentes méthodes ont été effectuées :

- 1) L'ouverture du kyste, la vidange des calculs éventuels suivies de l'anastomose kysto-duodénale, cette technique facile expose le malade au risque de la cholangite ascendante, et à la sténose secondaire de l'anastomose (39).

Dans notre cas, cette solution s'est avérée satisfaisante mais une catamnèse de 25 mois est insuffisante ; d'autres auteurs (2, 17, 40, 43, 52) ont eu des bénéfices divers dont certains avec bon résultat 8 ans après (2). Quant à la cholédoco-jéjunostomie d'amont sur anse montée en Y à la Roux, son avantage c'est d'éviter le reflux, son inconvénient, comme pour la précédente technique, c'est de laisser la lésion en place (37). Ses résultats à long terme ne sont pas connus pour des séries importantes.

2) L'excision partielle du cholédochocèle puis anastomose kysto-duodénale semblent préférables (25) pratiquées par plusieurs auteurs (11, 15, 22, 41, 46, 48, 52) avec de bons résultats à court terme, elles partagent avec les méthodes précédentes leurs inconvénients, leurs avantages résidant dans leur simplicité.

3) L'excision totale (10, 24, 26) avec désinsertion du cholédoque et du Wirsung puis réimplantation ou cholédoco-jéjunostomie sur anse en Y (27). Parfois l'exérèse obligerait à une duodéno-pancréatectomie céphalique (9). Ses indications doivent être exceptionnelles (37) car ces procédés s'avèreront disproportionnés avec la bénignité de la lésion (25, 37). Il existe en effet un danger vasculaire en per-opératoire et un danger de fistule pancréatique en post-opératoire sans compter les inconvénients à distance de cette chirurgie lourde.

Ses avantages résident dans le fait qu'elle élimine la lésion et éviterait son risque hypothétique de cancérisation par comparaison avec les autres DKVB.

4) La sphinctéro-myotomie d'aval (37) quand il y a une sténose du bas cholédoque. Elle expose dans l'immédiat au risque de reflux et secondairement à la sclérose cicatricielle et à la cholangite.

5) Si le cholédochocèle est de petite taille, asymptomatique sans lithiase et sans gêne du transit duodénal et s'il est découvert fortuitement lors d'une cholangio per-opératoire ou s'il s'agit d'un sujet âgé ou taré, peut-on abandonner ses lésions ? La réponse pourrait être oui moyennant une surveillance et c'est aussi dans ces cas qu'on peut proposer le traitement par l'endoscopie, l'indication est posée d'emblée ou à l'apparition des troubles. Ce traitement (16, 47) s'appliquerait aussi aux cholédochocèles fortement prolapsés dans la lumière duodénale, effectué par un endoscopiste averti ; il consiste à une électrosection du duodénum et du cholédochocèle, pour les faire communiquer ensemble. Son avantage c'est la simplicité ; ses inconvénients sont ceux des kysto-duodéno-stomies.

La particularité du cholédochocèle réside dans sa cause qui reste inconnue et sa découverte chez l'adulte. Vu le petit nombre de cas publiés et le manque de recul suffisant, il est encore difficile de codifier les indications et le choix thérapeutique doit rester très électique.

RÉFÉRENCES

1. AHDAB A.
Dilatation kystique congénitale de la voie biliaire principale.
1978. Thèse Toulouse.
2. ALDEN J.F., STERNER E.R.
Diverticulum of the common bile duct.
Ann. Surg. 1957, 145, 269-270.
3. ALONSO LEJ F., REVER W.B. Jr., PESSAGOO D.J.
Congenital choledocal cyst with a report of 2 and an analysis of 94 cases.
Int. Abstr. Surg. 1959, 108, 1-30.
4. ATTAR S., OBEID S.
Congenital cyst of common bile duct. A review of the literature and a report of 2 cases.
Ann. Surg. 1955, 142, 289-292.
5. BABITT D.P., STARSHAK R.J., CLEMENT A.R.
Choledocal cyst. A concept of etiology.
Am. J. Roentgenol-Radium Thermo Nucl. Med. 1973, 119, 57-62.
6. BLERY M., DESVIGNES Ph., MOREAU J.F., DUPUY P., BISMUTH V.
Dilatation kystique congénitale du cholédoque; à propos d'un cas diagnostiqué par cholécystographie.
Ann. Radiol. 1972, 15, 831-839.
7. BLOUSTEIN P.A.
Association of carcinoma with congenital cystic conditions of the liver and bile ducts.
Am. J. Gastroenterol. 1977, 67, 40-46.
8. BORIES-AZEAU A., CABANETTES L., GODLEWSKI G., DAYAN L., VALLOT C. et PERALDI R.
Le Diverticule intraluminal du duodénum (2 observations).
J. Chir. 1974, 107, 421-434.
9. BOURDIN G., OLIVIER A., RENÉ E., CHARLEUX H.
Le cancer biliaire développé sur une dilatation kystique congénitale de la voie biliaire principale.
J. Chir. 1984, 121, 715-718.
10. BROOKS B., WEINSTEIN A.
Cyst of the ampulla of Vater.
Ann. Surg. 1943, 177, 728-734.
11. BRUNTON F.J., BAMFORTH J.
Intraluminal diverticulum and choledochocèle.
Gut. 1972, 13, 207-210.
12. CAROLI J., COUINAUD C., SOUPAULT R., PORCHER P., ETAVE J.
Une affection nouvelle sans doute congénitale des voies biliaires. La dilatation kystique unilobulaire des canaux hépatiques.
Sem. Hôp. Paris. 1950, 34, 496-502.
13. CUSCHIERI A., DAVIES R.S.
Acute pancreatitis complicating a choledocal cyst.
Br. Med. J. 1969, 3, 698-703.
14. DEBRAY Ch., LEYMARIOS J., JOUVER., GRALL A.
Diverticule interne du duodénum.
Arch. Mal. Appar. Dig. 1951, 57, 593-611.
15. DE OYA J.C., PUENTE J.L., VILLANUEVA A., POTEJ J.
Enterogenous cyst of the ampulla of Vater.
Digestion, 1969, 2, 201-208.
16. DEYHLE P., SCHAARS P., MEYER H.J., NUESCH et AKOVBIANTZ.
Exérèse électro-chirurgicale d'un cholédochocèle par endoscopie.
Dtsch. med. Wschr. 1974, 99, 71-72.
17. EISENBETH R., FRANK P., OPPERMAN A., WOLF R.
Kyste diverticulaire de l'extrémité inférieure du cholédoque à développement exclusivement intra-duodénal: Cholédochocèle.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1960, 49, 1530-1536.
18. FLANIGAN D.P.
Biliary cysts.
Ann. Surg. 1975, 182, 635-643.
19. FLANIGAN D.P.
Biliary carcinoma associated with biliary cysts.
Cancer, 1977, 40, 880-883.
20. FONKALSRUD E.W., BOLES E.T. Jr.
Choledocal cysts in infancy and childhood.
Surg. Gynec. Obstet. 1965, 121, 733-742.
21. GAUTIER-BENOIT C., L'HERMINE C., PARIS J.C., HOUKE M.
Dilatation kystique et papillomatose disséminée de l'hépatocolédoque.
Chirurgie (Mém. Acad. Chir.) 1970, 96, 359-363.
22. GORDIMER H., BLUESTONE L.
Enterogenous cyst of the duodenum; case report.
Ann. Surg. 1950, 132, 1149-1153.
23. GROSS R.E.
The surgery of infancy and childhood.
Philadelphia, WB Saunders, 1953, 222-230.
24. HENRION C.
Le cholédochocèle ou dilatation kystique de l'ampoule de Vater.
Acta. Chir. Belg. 1967, 66, 139-152.
25. HEPP J.
Dilatations congénitales de la voie biliaire principale.
E.M.C. (Paris) 40960 - 4, 2, 07.
26. HUGUIER M., CHRETIEN Y., HOURS S., AUDEBERT M.
Cholédochocèle de l'adulte.
J. Chir. 1983, 120, 385-387.
27. ISHIDA M., TSUCHIDA Y., SAITO S.
Primary excision of choledocal cysts.
Surgery. 1970, 68, 884-888.
28. JANSEN W.
Intraduodenal cyst containing bile and stones "choledo-

- chocele" in an accessory bile duct. Report of a case with recurrent pancreatitis.
Gastroenterology. 1970, 58, 397-401.
29. JONES C.A., OLBOURNE N.A.
Choledocal cyst with associated choletithiasis diagnosed by infusion cholangiography and tomography.
Br. J. Radiol. 1973, 46, 711-714.
30. KAGAWA Y., KASHIHARA S., KURAMOTO S., and coll.
Carcinoma arising in a congenitally dilated biliary tract. Report of a case and review of the literature.
Gastroenterology, 1978, 74, 1286-1294.
31. LEMAITRE G., L'HERMINE C., GAUTHIER-BENOIT C., PARIS J.
L'artériographie coélio-mésentérique dans un cas de dilatation kystique de la voie biliaire principale chez un adulte.
Ann. Radiol. 1968, 11, 834-836.
32. LEMAITRE G., HERRIAU Y. et MAILLARD J.P.
Dilatation kystique congénitale de l'ampoule de Vater du cholédoque.
J. Radiol. Electrol. Méd. Nucléaire. 1974, 55, 70-71.
33. LONGMIRE W.P. Jr., MANDIOLA S.A., GORDON H.E.
Congenital cystic disease of the liver and biliary system.
Ann. Surg. 1971, 174, 711-726.
34. LORENZO G.A., BEED R.W., BEAL J.M.
Congenital dilatation of the biliary system.
Am. J. Surg. 1971, 421, 510-517.
35. MUTRICY J.
Dilatation kystique de la voie biliaire principale.
1968. Thèse. Paris.
36. NUGUYEN DINH HOANG et NGUYEN THANH LAN.
Diverticule interne du duodénum (un cas).
Arch. Mal. App. Dig. 1971, 60, 553-558.
37. PATEL J.C., LEGER L.
Les kystes du cholédoque. Nouveau traité de technique chirurgicale.
Masson et Cie, Éditeurs. 1969, 12, 247-249.
38. POWELL C.S., SAWYERS J.L., REYNOLDS V.H.
Management of adult choledochal cysts.
Ann. Surg. 1981, 193, 666-674.
39. QUANDALLE P., PARIS J.C., L'HERMINE C., DELMOTTE J.S.
Dilatation kystique congénitale du cholédoque traitée par résection.
Lille Méd. 1973, 17, 1446-1451.
40. RACHED-MOHASSEL M.A., NADJATBAKCHE A.G.
Kyste congénital du cholédoque. Présentation d'un cas.
Ann. Chir. 1979, 33, 123-126.
41. REINUS F.Z., WEINGARTEN F.
Choledochocoele of the common bile duct.
Am. J. Surg. 1976, 133, 646-648.
42. ROHNER A., FROIDEVAUX A.
Cinq observations de kyste congénital du cholédoque.
Helv. Chir. Acta. 1975, 42, 557-562.
43. ROSENFELD N., GRISCOM Th.
Choledocal cysts: roentgenographic technique.
Radiology, 1975, 114, 113-119.
44. SAUNDERS P., JACKSON B.T.
Rupture of choledochal cyst in pregnancy.
Br. Med. J. 1969, 3, 573-574.
45. SCHOLZ F.J., CARRERA G.F., LARSEN C.R.
The choledochocoele: correlation of radiological, clinical and pathological findings.
Radiology. 1976, 118, 25-28.
46. SERFAS L.S., LYTER C.S.
Choledochal cyst with a report of an intra duodenal choledochal cyst.
Am. J. Surg. 1957, 93, 979-981.
47. SIEGEL J.H., HARDING G.T., CHATEAU F.
Endoscopic incision of choledochal cysts (choledochocoele).
Endoscopy, 1981, 13, 200-202.
48. STEPHENS F.O., PAULINE G.J.
Choledochocoele: an unusual type of choledochal cyst which presented as acute pancreatitis.
Aust. N.Z.J. Surg. 1966, 36, 124-127.
49. TODANI T., WATANABE T., NARUSUE V.
Congenital bile duct cysts. Classification, operative procedures and review of 37 cases including cancer arising from choledocal cyst.
Am. J. Surg. 1977, 134, 263-270.
50. TSUCHIYA R., MARADA N., ITO T., FURUKAWA M.
Malignant tumors in choledochal cysts.
Ann. Surg. 1976, 186, 22-28.
51. WEBER B.B., SOLER F.J. FONT R.G., NANCE F.C.
Carcinoma arising in a choledocal cyst.
Dig. Dis. 1971, 16, 1019-1025.
52. WHEELER W., De COURCEY
An unusual case of obstruction to common duct (choledochocoele).
Br. J. Surg. 1940, 27, 446-448.
53. YAMAGUCHI M.
Congenital choledochal cyst. Analysis of 1433 patients in the Japanese literature.
Am. J. Surg. 1980, 140, 653-656.