



Malformations des voies biliaires extra-hépatiques au CHU de Brazzaville : A propos de deux cas *Extrahepatic bile duct malformations in the Brazzaville University Hospital: report on two cases*

Noé Henschel Latou Motoula¹, Didace Miabaou
Massamba¹, Murielle Etiennette Julie Madzele
Note¹, Avala Prude Pertinie¹

Correspondance

Noé Henschel Latou Motoula, MD
BP : 5169 Brazzaville (Congo).
Service de Chirurgie Digestive du CHU de
Brazzaville, Université Marien N'GOUABI
Téléphone : (00242) 066257359 / 055365050
Courriel : nmotoula78@gmail.com

Summary

Extrahepatic bile duct abnormalities are very rare, and often diagnosed intra-operatively. Only two cases have been encountered in the University Hospital in Brazzaville so far, including a complete vesicle-cystic agenesis and a double vesicle. These observations suggest the gap in knowledge of bile duct abnormalities by practitioners, due to the scarcity of the condition and the pre-operative unavailability of high-performance imaging tools in sub-Saharan regions. There is a great need of implementing population medical support programmes, continuing medical training and the international integration of scientific communities, economic and political partners to improve the management of these rare pathologies.

Keywords : Congenital abnormalities, extrahepatic bile ducts, Diagnosis

Received: October 16th, 2019
Accepted: February 3rd, 2020

1 Service de Chirurgie Digestive du CHU de
Brazzaville, Université Marien N'GOUABI

Résumé

Les anomalies des voies biliaires extrahépatiques sont très rares, leurs diagnostics sont établis le plus souvent en per opératoire. Au CHU de Brazzaville, nous n'avions retrouvé que 2 anomalies des voies biliaires extrahépatiques. Une agénésie vésiculo-cystique complète et une vésicule double. L'analyse de ces 2 observations révèle l'insuffisance de connaissance des anomalies des voies biliaires par des praticiens du fait de leur rareté et la difficulté d'accès à des imageries performantes dans les régions subsahariennes, ne facilitant pas le diagnostic préopératoire de ces malformations. Ainsi donc les programmes de soutien médical des populations, les formations médicales continues et l'intégration internationale des communautés scientifiques, des partenaires économiques et politiques dans la gestion des pathologies rares contribueraient fortement à une amélioration de la prise en charge.

Mots clés : Anomalies congénitales, voies biliaires extrahépatiques, diagnostic

Reçu le 16 octobre 2019
Accepté le 3 février 2020

Introduction

Les anomalies des voies biliaires extrahépatiques sont très rares, leurs diagnostics sont établis le plus souvent en per opératoire (1). Ce qui est d'autant plus vrai dans les pays subsahariens où les conditions sociales rendent certains examens morphologiques presque inaccessibles. Dans ce contexte de pratique chirurgicale, pour la toute première fois nous avons retrouvé deux cas d'anomalies des voies biliaires extrahépatiques dans le service de Chirurgie digestive du CHU de Brazzaville. Ainsi donc, pour contribuer à la littérature médicale sur ces anomalies rares dans la sous-région et dans le monde, nous rapportons une analyse des modalités diagnostiques de ses deux observations cliniques.

Observations cliniques

1^{er} cas

Patiente de 28 ans, drépanocytaire, admise en consultation pour des douleurs de l'hypochondre droit sans fièvre avec un ictère. Elle n'avait jamais été opérée, mais 3 fois hospitalisée dans le service d'hématologie du CHU de Brazzaville pour des crises de déglobulisation. A l'examen physique, elle avait une hépatomégalie indolore, à surface régulière, à bord inférieur mousse, sans reflux hépato-jugulaire. L'échographie abdominale avait révélé un empièchement vésiculaire et une dilatation de la voie biliaire principale. Faute du manque des moyens financiers, une Bili-IRM n'avait pu être réalisée. L'augmentation de la bilirubinémie était à prédominance conjuguée, la phosphatase alcaline était à 4 fois supérieure à la normale, les gamma GT à 5 fois supérieure à la normale et l'augmentation des transaminases prédominait sur les ALAT (4 fois supérieure à la normale). Devant ce syndrome cholestatique une laparotomie avait été indiquée pour réaliser une cholécystectomie associée à une cholédocotomie. En per opératoire, l'absence totale de la vésicule biliaire et du canal cystique avait été constatée. En revanche, une dilatation importante du canal hépatique commun et du cholédoque avait été visualisée. Nous avons alors réalisé une cholédocotomie qui a permis d'extraire plusieurs calculs biliaires volumineux, un nettoyage au sérum physiologique, une cholangiographie per-opératoire et avons laissé un drain de Kher pendant 15 jours. Les suites opératoires étaient simples avec une nette amélioration clinique et biologique.

2^e cas

Patiente de 42 ans, non drépanocytaire, admise en hospitalisation dans le service de Chirurgie Digestive du CHU de Brazzaville pour des douleurs intenses de l'hypochondre droit sans fièvre et sans ictère. Elle avait bénéficié d'une cholécystectomie pour lithiasie vésiculaire il y a une année dans une clinique privée, réalisée par un chirurgien digestif exerçant aussi au CHU de

Brazzaville. A l'examen physique, il y avait une cicatrice abdominale médiane sus-ombilicale, et une défense de l'hypochondre droit sans hépatomégalie. Aucune masse abdominale n'avait été palpée. L'échographie abdominale avait révélé une vésicule biliaire inflammatoire multi lithiasique, une voie biliaire principale de taille normale sans calcul et un foie d'aspect normal. Une Bili-IRM n'avait pu être réalisée pour des raisons financières. Le bilan hépatique était normal. Nous avons indiqué une laparotomie pour s'assurer de la véracité du diagnostic et réaliser éventuellement une nouvelle cholécystectomie. En per opératoire découverte d'une vésicule inflammatoire, de petite taille, à canal cystique court implanté à la convergence biliaire supérieure et contenant des micro-lithiasies ; un moignon cystique antérieur rétractile sur le cholédoque. Les autres organes étaient d'aspect normal. Nous avons réalisé simplement une cholécystectomie. Les suites opératoires étaient simples.



Figure 1 (CHU de Brazzaville) :voie biliaire principale sans convergence biliaire inférieure.
a : canal hépatique droit ; b : canal hépatique gauche ; c : cholédoque.

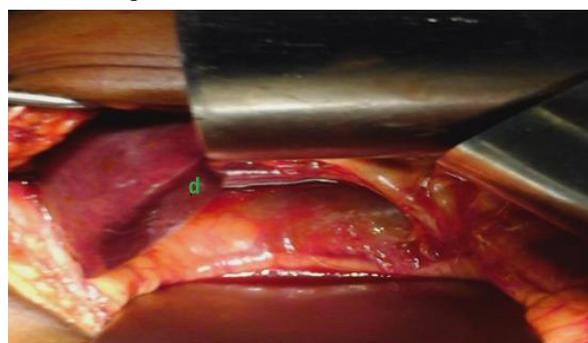


Figure 2. (CHU de Brazzaville) : lit vésiculaire vide (d)

Discussion

La faible fréquence d'anomalies des voies biliaires retrouvée en dix ans dans notre service n'est pas exceptionnelle. Dans la littérature rarement sont rapportées des grandes séries d'anomalies congénitales des voies biliaires extra hépatiques chez l'adulte. Ismail Alazreq au Maroc a rapporté 42 cas de pathologie malformative des voies biliaires chez l'enfant. Dans ce contexte infantile les malformations les plus décrites sont l'atrésie des voies biliaires, les kystes du cholédoque et la maladie de Caroli (2). Cependant chez les adultes, les anomalies les plus décrites dans la littérature résident sur la vésicule biliaire (3-4). La majorité est isolée, sans autres anomalies associées ayant un retentissement sur la vie (5). Ainsi la découverte de ces malformations peut être fortuite au décours d'une autopsie ou au cours d'une intervention effectuée dans le but d'un autre diagnostic. Nos deux cas intègrent les 56,6% des formes symptomatiques décrites par Bannion, *et al.* (4).

Dans notre 1er cas, en plus des douleurs biliaires, la patiente avait présenté une perturbation du bilan hépatique. Mais dans le second nous n'avions que la douleur biliaire, car la voie biliaire principale n'était pas obstruée. Dans les diagnostics de ces deux anomalies congénitales (agénésie de la vésicule biliaire et la vésicule surnuméraire) les échographies n'étaient pas performantes. Elles s'étaient limitées à visualiser les lithiases. Elles n'avaient pas fait mention des anomalies anatomiques. Les praticiens étaient surpris d'apprendre que ces anomalies étaient retrouvées en per opératoire. Ceci s'explique dans notre contexte d'exercice par le fait que les praticiens ne sont pas habitués à rechercher les malformations anatomiques dans leur pratique d'échographie du fait de leur rareté. D'ailleurs Amine Chouchaine, *et al.* (4) en Tunisie affirmaient que « le diagnostic préopératoire de l'agénésie vésiculaire n'est pas toujours simple à établir à cause de la rareté de cette anomalie et l'échec des moyens d'imagerie

hépato-biliaire d'atteindre une sensibilité de 100% ... le compte rendu d'échographie souvent rapporté par le radiologue est une vésicule scléroatrophique lithiasique... ». De même pour les vésicules surnuméraires, Hiroaki Shiba à Tokyo avait rapporté que « la plupart des cas chez l'adulte se retrouvent accidentellement lors d'une cholécystectomie ou d'une autopsie » (5). L'exploration per opératoire insuffisante laissant échapper la deuxième vésicule biliaire haut située sur la voie biliaire principale dans notre 2e cas souligne la nécessité d'une coelochirurgie, qui offre une bonne vision du champ opératoire et des voies biliaires. Mais beaucoup de centres médicaux publics et privés à Brazzaville ne sont pas équipés de colonnes de laparoscopie.

Toutefois, comme le témoignent Rahsan Gocmen et Yakup Yesil Kaya en Turquie, la documentation préopératoire de l'anatomie joue un rôle essentiel (6). Mais, il apparaît dans nos observations médicales que le coût élevé des examens performants comme la Bili-IRM au Congo Brazzaville où il n'y a pas de couverture sanitaire universelle ni de politique d'aide médicale, rend difficile l'obtention d'un bon diagnostic préopératoire. Certes l'échographie est la première imagerie à réaliser dans l'exploration des voies biliaires, mais en cas de constatation ambiguë ou de complications cliniques, une tomomodensitométrie ou une IRM sont recommandées (7). Ces examens se justifieraient dans nos observations par la présence d'empierrement vésiculaire et d'une dilatation de la voie biliaire principale d'une part, et de l'autre par l'antécédent d'une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

Ces modalités diagnostiques performantes des anomalies des voies biliaires extrahépatiques sont encore un luxe dans notre pratique chirurgicale, par conséquent inaccessibles.

Conclusion

Les modalités diagnostiques des anomalies des voies biliaires extra hépatiques seraient facilitées en préopératoire par les formations continues des

praticiens échographiques sur le concept, l'interpellation des chirurgiens sur l'intérêt d'une bonne exploration peropératoire des voies biliaires et la facilitation d'accès à une imagerie performante par une bonne politique d'aide sanitaire. Mais cette politique ne devrait pas être simplement nationale et régionale mais plutôt internationale, car le monde actuel est un grand village planétaire, les problèmes des uns retentissent fortement et même subtilement sur la qualité des vies des autres. De ce fait les programmes de soutien des populations à revenu limité et des formations continues des praticiens devraient interpeller toutes les communautés scientifiques, tous les partenaires économiques et tous les systèmes politiques.

Déclaration de conflit d'intérêt

Nous déclarons qu'il existe aucun conflit d'intérêt à la participation et à la rédaction de cet article.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la rédaction de ce manuscrit.

Références

1. Bedioui H, Bouzaiene H, Fteriche F, Jouini M, Ksantini R, Chebbi F. Agénésie de la vésicule biliaire : à propos d'un cas. *Tunis Med* 2006 ; **84** (11) :758-759.
2. Ismail A. Pathologie malformative des voies biliaires chez l'enfant [thèse de doctorat en ligne]. Rabat (Maroc) : Université Mohammed V ; 2015. Disponible sur : <https://hdl.handle.net/123456789/16210>. Consulté le 16 novembre 2019.
3. Guillermo J, Valencia F, Noemi S, Mondragon-Romano SP. Agenesia vesicular: raporte de caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012; **50** (1):63-66.
4. A Chouchaine, M Fodha, M Taha, K Helali, F Mohamed. Agénésie de la vésicule biliaire : à propos de 3 cas. *Pan Af Med Journal* 2017 ; 28 :114.
5. Hiroaki Shiba, Takeyuki Misawa, Ryusuke Ito, Kazuyoshi Ohki, Takao I. Duplicated gallbladder. *Int Surg* 2014 ; **99** :77-78.
6. Rahsan Gocmen, Yakup Yesilkaya. Imaging findings of gallbladder duplication due two cases: case report and review of literature. *Med Ultrason* 2012 ; **14** (4) : 358-360.
7. Kopf H, Schima W, Meng S. Differential diagnosis of gallbladder abnormalities : Ultrasound, Compute tomography and magnetic resonance imaging. *Radiologie* 2019; **59** (4) : 328-337.