



Kystes biliaires compliqués : à propos de cinq cas observés au Burkina Faso *Complicated Biliary Kysts: about five Cases observed in Burkina Faso*

DOAMBA Rodrigue Namèkinsba¹; NDZANA Bibani Christelle Diane¹; YAMÉOGO Laure Clarisse¹; SANON Aimé Florence¹; WINDSOURI Mamadou¹; OUANGRÉ Edgar²; SANOU Adama.¹

RESUME

Introduction. Les kystes biliaires hépatiques sont fréquents et anodins mais peuvent nécessiter une attention particulière dans certaines conditions. L'objectif était de décrire les particularités diagnostiques et thérapeutiques des kystes biliaires compliqués dans les services de chirurgie générale et digestive du CHU de Tengandogo et du CHU-Yalgado Ouédraogo.

Observations. Nous avons colligés cinq cas de kystes biliaires compliqués. Il s'agissait de trois femmes âgées de 47, 56 et 60 ans, et deux hommes âgés de 56 et 60 ans. Ces patients ont tous présenté des douleurs abdominales qui étaient associées dans quatre cas à une tuméfaction épigastrique ou de l'hypochondre droit. Le scanner abdominal a confirmé le diagnostic chez tous nos patients. Le plus grand axe du kyste variait entre 84 et 230 mm. Dans deux cas la fenestration du kyste a été réalisée sous laparoscopie et dans les trois autres, par laparotomie. L'examen histologique de la pièce de résection du dôme saillant a confirmé le kyste biliaire dans tous les cas. Les suites ont été simples.

Conclusion. Les Kystes biliaires sont bénins et asymptomatiques, mais peuvent se compliquer et nécessiter une intervention chirurgicale. La voie coelioscopie est à privilégier à côté de la laparotomie qui garde encore des indications.

Mots clés

- Kyste biliaire,
- Fenestration
- Laparoscopie

61

ABSTRACT

Introduction. *Hepatic bile cysts are common and harmless but may require special attention under certain conditions. Objective: To describe the diagnostic and therapeutic features of complicated biliary cysts in the general and digestive surgery departments of Tengandogo University Hospital and Yalgado Ouédraogo University Hospital.*

Cases. *We have collected five cases of complicated biliary cysts. These were three women aged 47, 56 and 60, and two men aged 56 and 60. These patients all presented with abdominal pain which was associated in four cases with an epigastric or right hypochondrium swelling. The abdominal scanner confirmed the diagnosis in all of our patients. The largest axis of the cyst varied between 84 and 230 mm. In two cases the fenestration of the cyst was performed under laparoscopy and in the other three, by laparotomy. Histological examination of the resection piece of the protruding dome confirmed the biliary cyst in all cases. The suites were simple.*

Conclusion. *Biliary Cysts are mild and asymptomatic, but can be complicated and require surgery. The laparoscopy route is to be preferred alongside laparotomy which still has indications.*

KEYWORDS

- Biliary Cyst
- Fenestration
- Laparoscopy

¹Service de chirurgie générale et spécialités chirurgicales CHU Tingandogo

²Service de chirurgie générale et digestive CHU Yalgado Ouédraogo

Correspondant : Dr DOAMBA Rodrigue Namèkinsba, Chirurgien au CHU Tingandogo

Email : rodridoam@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les kystes biliaires sont des formations liquidiennes du parenchyme hépatique, de type séreux, limitées par une assise unicellulaire de cellules cuboïdes ou cylindriques, ne communiquant pas avec les voies biliaires. Ce sont des lésions rares, puisque leur fréquence échographique varie de 0,1 à 3%^[1].

Elles sont asymptomatiques, le plus souvent sans gravité et une surveillance suffit à leur prise en charge. Elles deviennent symptomatiques en cas de complications et peuvent alors nécessiter un traitement chirurgical. Les complications sont principalement la poussée congestive, la compression d'organe de voisinage 3-9%,

l'hémorragie intra-kystique, dans 2-5% des cas, la rupture et la surinfection (1% des cas). L'imagerie joue un rôle prépondérant dans le diagnostic de ces complications^[2].

Cependant, des pièges diagnostiques existent et sont d'autant plus importants à connaître que le traitement est différent de celui des autres formations kystiques du foie, notamment la pathologie néoplasique (cystadénomes et tumeurs pseudokystiques du foie) et les collections intra-hépatiques d'origine pancréatique ou post-traumatique. Nous rapportons cinq cas de kystes biliaires compliqués afin d'insister sur l'utilisation de la laparoscopie et de rappeler la nécessité du suivi postopératoire.

OBSERVATIONS

Patient N°1

Un patient âgé de 60 ans, a consulté pour des douleurs épigastriques chronique d'aggravation brutale depuis deux semaines, accompagnées de vomissements alimentaires post prandiaux précoces. Il ne signalait pas d'antécédent pathologique particulier.

L'examen physique notait un bon état général, une apyrexie et une stabilité hémodynamique.

Au niveau abdominal, la palpation objectivait une masse rénitente, douloureuse, d'environ 6 cm de grand axe. L'échographie abdominale avait suspecté un abcès collecté du foie ou un kyste hépatique remanié. Le scanner abdominal retrouvait deux images homogènes, bien limitées, de densité liquidienne, sans rehaussement significatif à l'injection et

hypodenses dont la plus volumineuse mesurait 143,5 x 56,9 mm, développée aux dépens des segments II et III ; et la plus petite mesurait 32 x 18 mm au sein du segment IV. Ces images faisaient évoquer des kystes biliaires comprimant l'estomac. La radiographie pulmonaire était normale.

Les marqueurs tumoraux (alpha-foeto-protéine, l'antigène carbohydrate 19-9 et l'antigène carcinoembryonnaire) étaient normaux en dehors de la CRéactive Protéine (CRP) qui était élevée à 24 mg/l. Une fenestration des kystes a été effectuée par laparotomie médiane sus-ombilicale. Nous avons aspiré 500 ml de liquide kystique d'aspect brun et réalisé une résection du dôme saillant du kyste. Un drainage de la cavité résiduelle a été effectué. Le drain a ramené 250 mL de liquide séro-hématique et a été supprimé

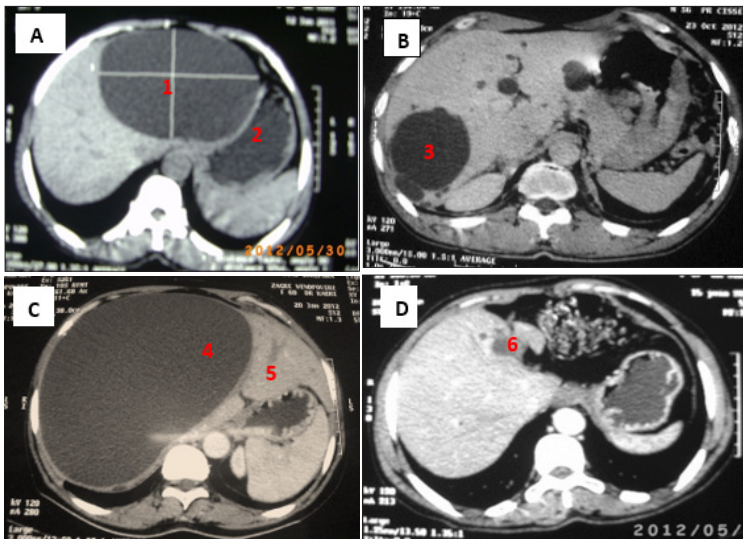


Photo 1 : Images scanographiques des lésions (Anglais???)

A-Volumineux kyste du foie gauche ; B-Kyste hépatique bilobé ; C-Volumineux kyste du foie droit ; D-Séquelle post-opératoire

1-Kyste des segments II, III et IV ; 2-Compression gastrique ; 3-Polykystose dont le plus volumineux sur le segment VI ; 4-Volumineux kyste du lobe droit ; 5-Reste du parenchyme hépatique ; 6-Lésion séquellaire, 3 mois après la fenestration

à J3 post-opératoire. Le dosage des ACE dans le liquide était négatif. L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le kyste biliaire du foie, avec des plages inflammatoires exprimant une poussée congestive. Les suites opératoires ont été simples. Un scanner de contrôle effectué à 12 mois ne retrouvait pas de récurrence. Après sept années de surveillance aucun signe de récurrence n'a été noté.

Patient N°3

Une patiente âgée de 60 ans a consulté pour une tuméfaction douloureuse de l'hypochondre droit évoluant depuis six ans. Cette douleur était à type de pesanteur d'intensité progressivement croissante. Elle n'avait pas d'antécédent pathologique particulier. L'examen physique notait un bon état général, une apyrexie et une stabilité de l'état hémodynamique. Au niveau abdominal, l'examen retrouvait une hépatomégalie lisse et indolore, avec une flèche hépatique à 20 cm sur la ligne médio-claviculaire.

La tomodensitométrie thoraco-abdominale objectivait une formation homogène, bien limitée ovalaire, de densité liquidienne, sans rehaussement significatif à l'injection, mesurant 230 x 110 mm développé aux dépens des segments VII et VIII du foie faisant évoquer un volumineux kyste biliaire. Cette lésion kystique refoulait l'hémi-coupole diaphragmatique droite. Le parenchyme pulmonaire était indemne de lésions. Les marqueurs tumoraux (alpha-foeto-protéine, l'antigène carbohydre 19-9 et l'antigène carcinoembryonnaire) étaient normaux. Nous avons effectué une fenestration du kyste hépatique par laparotomie médiane sus-ombilicale. Nous avons aspiré 3200 ml de liquide clair et procédé à la résection du dôme saillant.

Un drainage de la cavité résiduelle par un drain tubulaire a été effectué. Le drain a ramené 150 ml de liquide séro-hématique et a été supprimé à J2 post-opératoire. Le dosage des ACE dans le liquide était négatif. L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le kyste biliaire du foie avec des lésions en poussée congestive, sans signe de malignité. Les suites opératoires ont été simples. La patiente a été revue à trois mois et 12 mois après son intervention avec des échographies hépatiques qui ne retrouvaient pas de récurrences. Après quatre années de surveillance, aucun signe de récurrence n'a été noté.

Patient N°4

Un patient âgé de 56 ans a consulté pour des douleurs à l'hypochondre droit à type de pesanteur d'intensité croissante, évoluant depuis deux mois. Il n'avait pas d'antécédent

pathologique particulier. L'examen physique notait un bon état général, une apyrexie et une stabilité de l'état hémodynamique. Au niveau abdominal l'examen objectivait une hépatomégalie lisse et douloureuse avec une flèche hépatique à 17 cm sur la ligne médio-claviculaire.

La tomodensitométrie thoraco-abdominale retrouvait, trois kystes intra-hépatiques, bilobaires, de taille variable et de contenu homogène, bien limités, ovalaires, de densité liquidienne et sans rehaussement significatif à l'injection. La lésion la plus volumineuse mesurait 84 x 74 mm et était située au niveau des segments VII et VIII (Photo 1B).

Il n'y avait pas de lésion pulmonaire. Les marqueurs tumoraux (alpha-foeto-protéine, l'antigène carbohydre 19-9 et l'antigène carcinoembryonnaire) étaient normaux. Le patient a bénéficié d'une fenestration du kyste le plus volumineux par laparotomie médiane sus-ombilicale. Nous avons aspiré 200 ml de liquide kystique d'aspect clair eau de roche. Une brèche accidentelle de la coupole diaphragme droite a été suturée sur un drainage thoracique. Un drainage de la cavité résiduelle par un drain tubulaire a été effectué.

La radiographie pulmonaire de contrôle en post-opératoire immédiat a objectivé un pneumothorax minime qui s'est résorbé au troisième jour postopératoire, autorisant l'ablation du drain thoracique ainsi que celui placé dans la cavité kystique résiduelle qui avait permis d'évacuer 350 ml de liquide séro-hématique. Le dosage des ACE dans le liquide était négatif. L'examen histologique de la pièce opératoire a confirmé le kyste biliaire du foie sans signe de malignité. Il a été mis en évidence quelques canalicules de type biliaire, une membrane fibro-conjonctive bordée d'un épithélium cubique et des vaisseaux congestifs. Les suites opératoires ont été simples. Le patient a été revu à six mois après son intervention avec un scanner abdominal qui ne retrouvaient pas de récurrences. Après trois années de surveillance, aucun signe de récurrence n'a été noté.

Patient N°5

Une patiente de 52 ans obèse, hypertendue connue et suivie, a été reçue en consultation pour une sensation de masse dans l'hypochondre droit évoluant depuis cinq années. Elle avait un antécédent de ponction échoguidée d'un volumineux kyste biliaire antérieurement diagnostiqué. L'examen

physique montrait une hépatomégalie indolore aux limites difficiles à préciser. L'échographie abdominale montrait une reconstitution du kyste. Le scanner thoraco-abdominal retrouvait un volumineux kyste biliaire simple non compressif de 171×128×157 mm du foie droit (Photo 1C).

Les marqueurs tumoraux (alpha-foetoprotéine, l'antigène carbohydre 19-9 et l'antigène carcinoembryonnaire) et la sérologie hydatique étaient normaux. La patiente a bénéficié d'une fenestration du kyste sous laparoscopie.

L'exploration montrait un volumineux kyste du foie droit qui adhérait à la paroi antérieure de l'abdomen. Après fenestration l'aspiration ramenait des caillots de sang difficile à évacuer et imposant une conversion en laparotomie sous-costale droite.

Nous avons réalisé une incision sous costale droite, permettant de réséquer le dôme saillant, d'évacuer 750 g d'hématome nécrosé et de réséquer la coque du kyste. Après une toilette de la cavité abdominale avec du sérum salé, nous avons refermé la paroi sur drainage de la cavité résiduelle. Les suites opératoires ont été simples nous avons fait l'ablation du drain abdominal après trois jours et la patiente est sortie après quatre jours d'hospitalisation. Le dosage des ACE dans le liquide était négatif. L'histologie de la pièce opératoire confirmait le diagnostic d'un kyste bénin (Photo 2). La patiente a été revue à six mois et 12 mois après son intervention avec des scanners abdominaux qui ne retrouvaient de récurrences. Elle a actuellement un recul de deux ans sans récurrence.

de l'abdomen. Après fenestration l'aspiration ramenait des caillots de sang difficile à évacuer et imposant une conversion en laparotomie sous-costale droite.

DISCUSSION

Les kystes biliaires sont le plus souvent rencontrés chez les femmes, avec une prévalence qui augmente chez les sujets âgés de plus de 40 ans^[1,2]. Tous nos patients avaient plus de 40 ans et trois cas sur cinq étaient des femmes.

A cause de leur caractère asymptomatique, les kystes biliaires sont très rarement diagnostiqués dans leur forme simple. Le diagnostic est le plus souvent réalisé dans leurs formes compliquées. Le tableau clinique est alors fait de douleur ou/et de masse abdominale dans les cas de volumineux

Nous avons réalisé une incision sous costale droite, permettant de réséquer le dôme saillant, d'évacuer 750 g d'hématome nécrosé et de réséquer la coque du kyste. Après une toilette de la cavité abdominale avec du sérum salé, nous avons refermé la paroi sur drainage de la cavité résiduelle. Les suites opératoires ont été simples nous avons fait l'ablation du drain abdominal après trois jours et la patiente est sortie après quatre jours d'hospitalisation. Le dosage des ACE dans le liquide était négatif. L'histologie de la pièce opératoire confirmait le diagnostic d'un kyste bénin (Photo 2). La patiente a été revue à six mois et 12 mois après son intervention avec des scanners abdominaux qui ne retrouvaient de récurrences. Elle a actuellement un recul de deux ans sans récurrence.



Photo 2 : Etude histologique des pièces de résection de dôme saillant.

1-Cavité kystique munie d'un revêtement de type biliaire 2-Parenchyme hépatique régulier/ Histological study of the salient dome resection pieces.

1-Cystic cavity provided with a biliary type coating 2-Regular hepatic parenchyma.

kystes. Il peut également s'agir dans certains cas d'un tableau infectieux, d'un état de choc hémorragique ou d'un ictère. Dans notre série le délai de diagnostic variait entre deux semaines et six ans.

Le symptôme principal dans la littérature reste les douleurs chroniques^[3,4] comme retrouvées chez quatre patients de notre série. Cette douleur était secondaire à une hémorragie intra-kystique post-ponction chez deux patients, à une compression de l'estomac chez un patient et à une poussée congestive chez deux patients où les autres causes de douleur n'ont pas été retrouvées.

Sur le plan paraclinique, l'échographie est un examen suffisant pour affirmer un kyste biliaire non compliqué. Le scanner est indispensable en préopératoire pour apprécier les formes compliquées, ainsi que le diagnostic différentiel avec les autres lésions kystiques et enfin il permet de planifier la voie d'abord chirurgicale.

La ponction évacuatrice simple permet de soulager temporairement le patient des douleurs ou d'une compression, mais la récurrence est quasi constante en quelques semaines^[6]. Cette récurrence a été retrouvée dans nos observations 1 et 5. Ce qui dénote que la ponction évacuatrice per cutanée ne doit être réservée que pour des malades non opérables. Outre la ponction simple, l'injection percutanée d'alcool ou de tétracycline^[7] reste un moyen thérapeutique, mais à cause du diagnostic à des stades compliqués et à la non maîtrise de cette technique, elle reste peu pratiquée. La chirurgie avec résection du dôme saillant par

voie coelioscopique est le Gold standard^[8-10]. Cette méthode demeure la plus efficace avec des taux de complications faibles (???) , une durée d'hospitalisation réduite (???) et un traumatisme pariétal minime.

Malgré son efficacité, la pratique de la résection du dôme saillant par voie coelioscopique est réservée à des opérateurs ayant non seulement la maîtrise de la technique mais aussi de celle de la chirurgie hépatique classique^[9]. De plus les formes compliquées avec hémorragie intra-kystique et hématome rendent quasiment impossible cette chirurgie par voie laparoscopique, obligeant à une coelio-conversion comme dans notre observation 5.

Dans notre série nous avons un recul variant entre deux et huit ans sans récurrence. Cependant la description de cas de récurrences malignes et bénignes^[4,11] nous impose une surveillance au long cours.

CONCLUSION

Les kystes biliaires sont des pathologies souvent diagnostiquées à des stades compliqués.

Le traitement chirurgical sous coelioscopie demeure la meilleure option thérapeutique, de ce fait les équipes chirurgicales gagneraient à

se perfectionner dans ce domaine. Malgré un taux très faible de récurrence, il réside une possibilité de cancérisation surtout chez le sujet jeune d'où l'intérêt d'un suivi post opératoire prolongé.

Conflits d'intérêts : aucun

Adresses des co-auteurs

Doamba Rodrigue Namèkinsba, rodridoam@yahoo.fr
Ndzana Bibani Christelle Diane, diane.ndzana@yahoo.fr
Yaméogo Laure Clarisse, yameogocla@yahoo.fr
Sanon Aimé Florence, aimc_fs@yahoo.fr

Windsouri Mamadou, windsmad@gmail.com
Ouangré Edgar, ouangredgar@yahoo.fr
Sanou Adama, sanoua14@yahoo.fr

RÉFÉRENCES

- 1- Mesleh M, Desiel DJ. Bile duct cysts. Surg Clin North Am. 2008; 88(6):1369-84
- 2- Larssen TB, Rorvik J, Hoff SR, Horn A, Rosendahl K. The occurrence of asymptomatic and symptomatic simple hepatic cysts. A prospective, hospital-based study. Clin Radiol. 2005; 60:1026-9.
- 3- Edil BH, Cameron JL, Reddy S, Lum Y, Lipsett PA, Nathan H et al. Choledochal cyst disease in children and adults: a 30- year single-institution experience. J Am Coll Surg. 2008; 206(5):1000-8.
- 4- Martínez Ortiz CA, Jiménez-López M, Serrano Franco S. Biliary cysts in adults. 26 years experience at a single center. Ann Med Surg. 2016; 11:29-31.
- 5- Abita T, Lachachi F, Maisonnette F, Durand-Fontanier S, Valleix D, Descottes B. Biliary cysts. EMC - Hepato-Gastroenterologie. 2005; 2: 339-47.
- 6- Saini S, Mueller PR, Ferrucci Jr JT, Simeone JF, Wittenberg J, Butch RJ. Percutaneous aspiration of hepatic cysts does not provide definitive therapy. AJR Am J Roentgenol. 1983; 141: 559-60.
- 7- Tokunaga K, Teplick SK, Banerjee B. Simple hepatic cysts. First case report of percutaneous drainage and sclerosis with doxycycline, with a review of literature. Dig Dis Sci. 1994;39(1):209-14.
- 8- Tekou H, Robert M. Volumineux kyste biliaire solitaire chez un nourrisson traité par coelioscopie. Ann Chir. 2000 ; 125(5): 495-6.
- 9- Descottes B, Lachachi F, Durand-Fontanier S, Sodji M, Pech de Laclause B, Valleix D. Traitement laparoscopique des tumeurs solides et kystiques du foie. Étude de 33 cas. Ann Chir. 2000 ; 125(10):941-7.

- 10- Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Madankumar MV.** Laparoscopic management of symptomatic multiple hepatic cysts: a combination of deroofing and radical excision. *Journal of The Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons.* 2007; 11(4):466-9.
- 11- Edwards JD, Eckhauser FE, Knol JA, Strodel WE, Appelman HD.** Optimizing surgical management of symptomatic solitary hepatic cysts. *Am Surg.* 1987; 53(9):510-4.
- 12- Fabiani P, Katkhouda N, Iovine L, Mouiel J.** Laparoscopic fenestration of biliary cysts. *Surg Laparosc Endosc.* 1991; 1(3):: 162-5.
- 13- Morino M, De Giuli M, Festa V, Garrone C.** Laparoscopic management of symptomatic non parasitic cysts of the liver, Indications and results. *Ann Surg.* 1994; 219: 157-64.