

## **Kyste du cholédoque compliqué d'une cirrhose biliaire secondaire : à propos d'un cas et revue de la littérature**

***Folly Amavi***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Kara,  
Université de Kara, Kara, Togo

***Talboussouma Solim Myriam***

Service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Kara, Kara, Togo

***Salhadine Yacoub Ahmat***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Campus,  
Lomé, Togo

***Kogoe Roland***

Service d'hépto-gastro-entérologie du Centre Hospitalier Universitaire  
Campus, Lomé, Togo

***Donou Amivi Alice***

***Kebalo Sosso Piham***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Campus,  
Lomé, Togo

***Boume Missoki Azanledji***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Kara,  
Université de Kara, Kara, Togo

***Akakpo-Numado Gamedzi Komlatsè***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Campus,  
Lomé, Togo

Doi: 10.19044/esipreprint.8.2025.p357

Approved: 13 August 2025

Posted: 15 August 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

*Cite As:*

Folly, A., Talboussouma, S.M., Salhadine, Y.A., Kogoe, R., Donou, A.A., Kebalo, S.P., Boume, M.A. & Akakpo-Numado, G.K. (2025). *Kyste du cholédoque compliqué d'une cirrhose biliaire secondaire : à propos d'un cas et revue de la littérature*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2025.p357>

### **Résumé**

Le kyste du cholédoque est une anomalie congénitale rare de diagnostic difficile en l'absence des signes évocateurs et son évolution peut aboutir à des complications parmi lesquelles la cirrhose biliaire secondaire.

Les auteurs rapportent le cas d'une fillette de 12 mois, sans antécédents médicaux notables, admise pour distension abdominale progressive depuis six mois, accompagnée de fièvre intermittente et de selles décolorées. Les examens d'imagerie initiale (échographie et tomodensitométrie) suggéraient un kyste mésentérique. Une exploration chirurgicale avait permis de diagnostiquer un volumineux kyste du cholédoque, associé à une vésicule biliaire hypotrophique et un foie d'aspect cirrhotique. Une cholécystectomie, une kystectomie partielle et une anastomose kysto-jéjunale en Y ont été réalisées. L'évolution postopératoire a été compliquée par une ascite et une éviscération, ayant nécessité une reprise chirurgicale avec drainage péritonéal. L'analyse histologique a révélé un adénome hépatocellulaire. Ce cas souligne les défis diagnostiques des kystes du cholédoque chez le nourrisson et l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoces pour prévenir les complications hépatiques sévères.

---

**Mots clés :** Kyste du cholédoque, cirrhose biliaire, ascite, anastomose kysto-jéjunale, enfant, Togo

---

## **Choledochal Cyst Complicated by Secondary Biliary Cirrhosis: A Case Report and Review of the Literature**

***Folly Amavi***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Kara,  
Université de Kara, Kara, Togo

***Talboussouma Solim Myriam***

Service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Kara, Kara, Togo

***Salhadine Yacoub Ahmat***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Campus,  
Lomé, Togo

***Kogoe Roland***

Service d'hépatogastro-entérologie du Centre Hospitalier Universitaire  
Campus, Lomé, Togo

***Donou Amivi Alice***

***Kebalo Sosso Piham***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Campus,  
Lomé, Togo

***Boume Missoki Azanledji***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Kara,  
Université de Kara, Kara, Togo

***Akakpo-Numado Gamedzi Komlatsè***

Service de chirurgie pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Campus,  
Lomé, Togo

---

### **Abstract**

Choledochal cyst is a rare congenital anomaly that is difficult to diagnose in the absence of suggestive clinical signs. Its progression can lead to complications, including secondary biliary cirrhosis. The authors report the case of a 12-month-old girl with no significant medical history, admitted for progressive abdominal distension evolving over six months, accompanied by intermittent fever and pale stools. Initial imaging studies (ultrasound and computed tomography) suggested a mesenteric cyst. Surgical exploration revealed a large choledochal cyst, associated with a hypoplastic gallbladder and a cirrhotic-appearing liver. A cholecystectomy, partial cyst excision, and Roux-en-Y cystojejunostomy were performed. The postoperative course was complicated by ascites and evisceration, requiring reoperation with peritoneal drainage. Histological analysis revealed a hepatocellular adenoma. This case highlights the diagnostic challenges of choledochal cysts in infants and the importance of early diagnosis and management to prevent severe

hepatic complications.

---

**Keywords:** Choledochal cyst, biliary cirrhosis, ascites, cystojejunostomy, child, Togo

## Introduction

Le kyste du cholédoque est une anomalie congénitale rare des voies biliaires, caractérisée par une dilatation anormale du cholédoque (Douay et al, 2021). C'est une entité chirurgicale rare, évaluée à environ 1/2 000 000 naissances (Fekete, 1995).. Elle représente l'affection congénitale la plus fréquente de l'arbre biliaire après l'atrésie des voies biliaires (Douay et al, 2021). Elle peut être difficile à diagnostiquer, surtout chez les nourrissons, et son évolution peut entraîner des complications graves comme la cirrhose biliaire secondaire. L'objectif de cet article est de rapporter un cas clinique de kyste du cholédoque compliqué d'une cirrhose biliaire secondaire, avec une évolution favorable après une intervention chirurgicale.

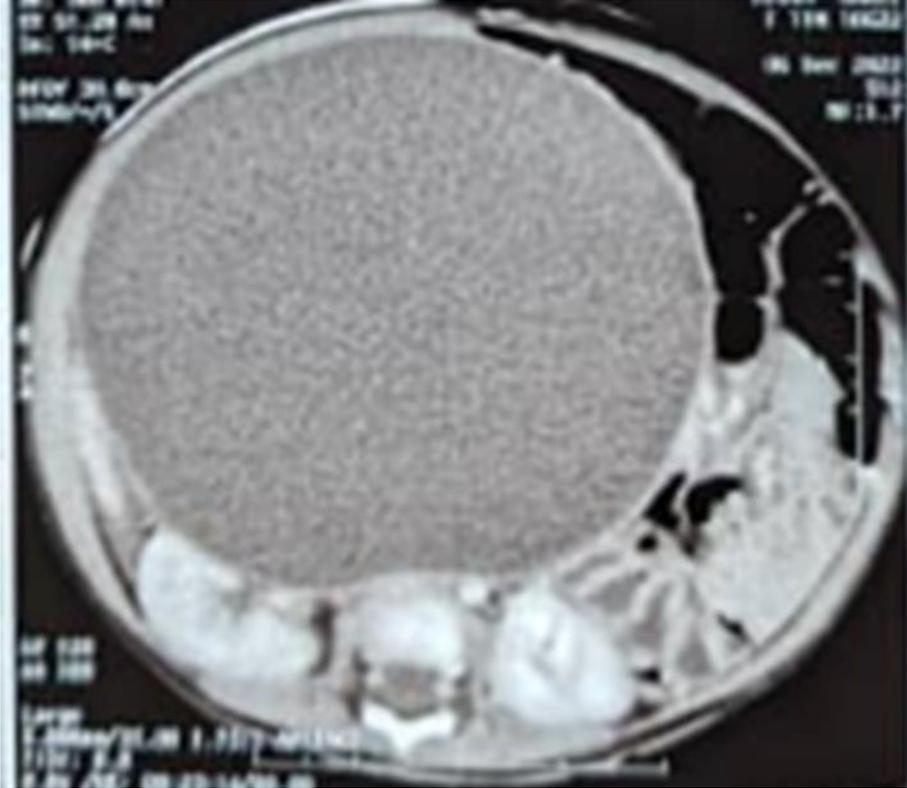
## Observation

Il s'est agi d'un nourrisson de 12 mois, de sexe féminin, sans antécédents pathologiques connus, qui a été admise pour une distension abdominale évoluant depuis 6 mois, associée à des épisodes de fièvre intermittente et des selles jaune-pâles. À son admission, l'examen clinique a révélé une asthénie, une température de 38,5°C, un abdomen distendu avec douleur diffuse mais sans défense. L'échographie abdominale initiale a suggéré un kyste mésentérique, et la tomодensitométrie a révélé une formation liquidienne intra-péritonéale, compatible avec un kyste géant du mésentère (Figure 1). La biologie a mis en évidence un syndrome de cholestase (augmentation de gamma GT (30 fois la normale) et des phosphatases alcalines ( 3 fois la normale) et un syndrome d'insuffisance hépatocellulaire avec une hypo albuminémie. La suspicion initiale d'un kyste mésentérique a conduit à une laparotomie.

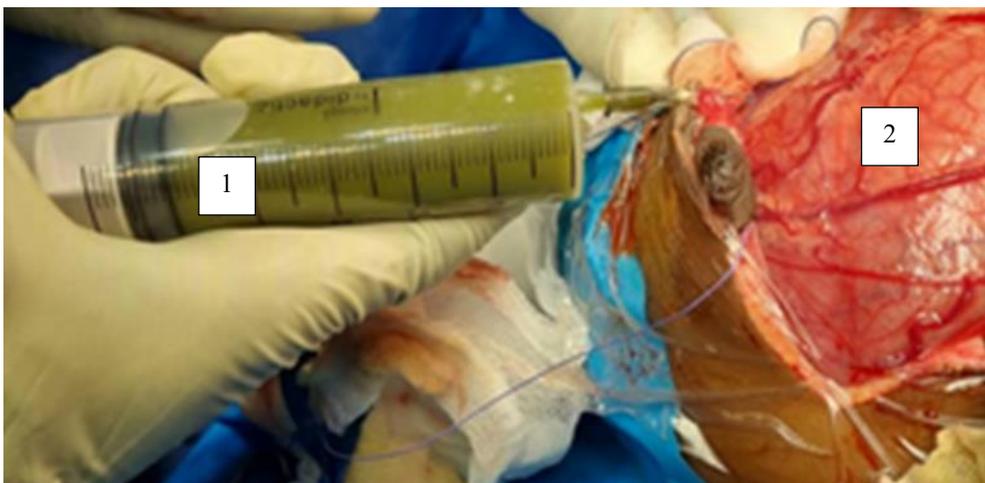
Lors de la chirurgie, il a été découvert que la formation kystique était en fait un kyste du cholédoque (Figure 2 et 3). Ce kyste était volumineux et était associé à une cirrhose biliaire secondaire, la vésicule biliaire étant hypotrophique. Le foie présentait des signes de cirrhose, mais le pancréas était normal. Un drainage et une résection partielle du kyste ont été effectués. Une cholécystectomie a également été réalisée et une anastomose kysto-jéjunale en Y a été pratiquée pour établir un drainage biliaire adéquat.

Les suites postopératoires ont été marquées par l'apparition d'une ascite à partir du 3ème jour, suivie d'une éviscération au 10ème jour post opératoire. Une réparation pariétale et un drainage péritonéal ont été effectués, associés à un traitement par spironolactone. Après 10 jours, le

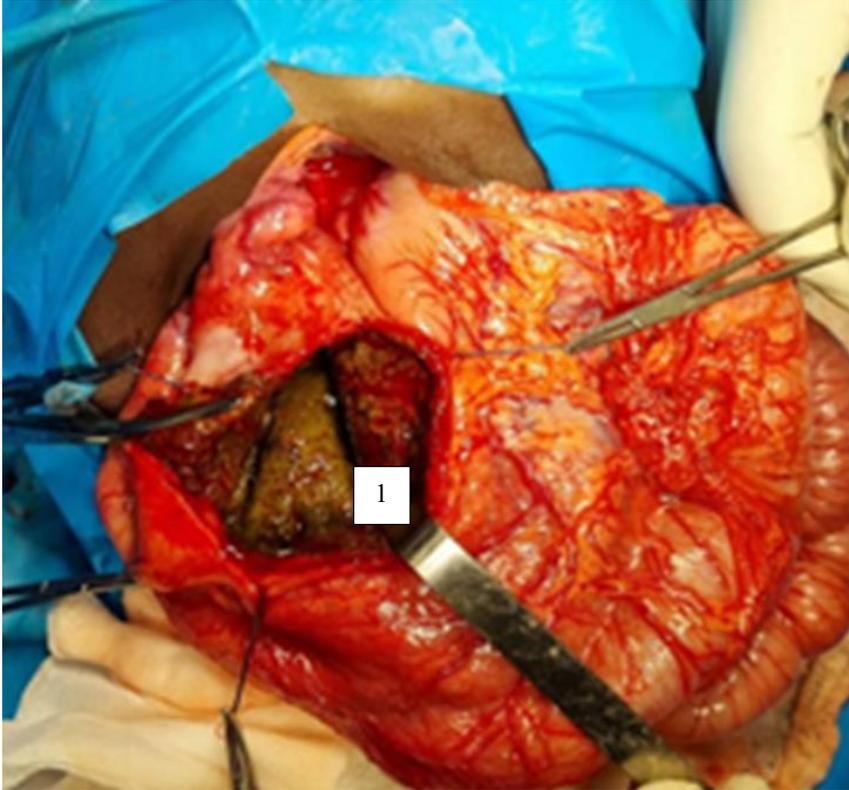
drain péritonéal a été enlevé. L'étude anatomopathologique de la biopsie hépatique a montré un adénome hépatocellulaire. L'évolution clinique était favorable avec régression de la distension abdominale, de l'ascite et plaie opératoire cicatrisée et Exéat à un mois post opératoire.



**Figure 1 :** Coupe axiale scanographique abdominale montrant la formation kystique



**Figure 2 :** Image per opératoire de la paroi du kyste avec de volumineuses veines sous-aponévrotiques et extra-péritonéales (2) et du contenu du kyste aspiré (1)



**Figure 3 :** Image du fond de la paroi du kyste montrant la boue biliaire (1)

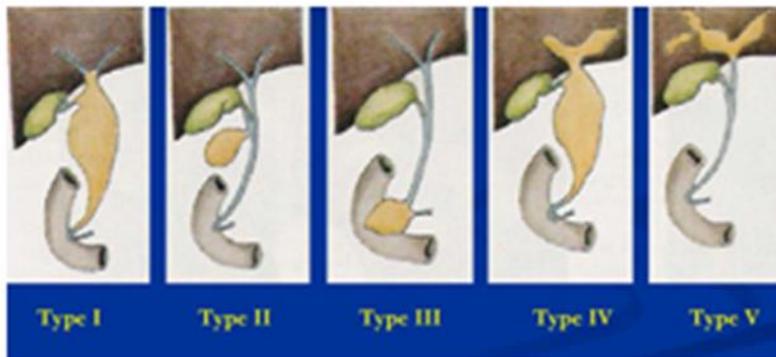


**Figure 4 :** Image per opératoire de l'anse en Y et de l'anastomose kystojéjunale

## Discussion

Le kyste du cholédoque est une malformation rare des voies biliaires, décrite par VATER en 1723 mais c'est Douglas en 1852 qui a rapporté le cas de kyste du cholédoque le plus documenté **Foura**, 2017) (Faïk et al, 1999). L'étiopathogénie reste imprécise. Elle résulterait d'une anomalie de la jonction bilio-pancréatique où le canal de Wirsung s'unit au cholédoque en amont du sphincter d'Oddi faisant un canal bilio-pancréatique commun responsable du reflux pancréatico-biliaire (Bouali, 2015) (Vergnes et al, 1995). Une nette prédominance féminine est signalée par la plupart des auteurs de 70 à 80 % avec un sex ratio de 4 filles pour un garçon atteint (Branchereau & Valayer, 2002).

Plusieurs classifications morphologiques ont été proposées, la plus utilisée est celle d'Alonso-Lej complétée par Todani (Figure 5) (Mercadier et al, 1984) :



**Figure 5 :** Classification d'Alonso-Lej modifiée par Todani (Mercadier et al, 1984)

Type I : dilatation kystique du cholédoque.

Type II : Diverticule du cholédoque.

Type III : Le cholédococèle congénital.

Type IV : dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et extra-hépatiques.

Type V : dilatation multifocale des voies biliaires intra-hépatiques (maladie de Caroli).

Le tableau clinique est caractérisé par la triade classique : douleur abdominale, ictère, masse de l'hypochondre droit. Cette symptomatologie est observée dans 13 à 60% des cas. Le kyste du cholédoque eut rester asymptomatique dans 20% des cas (Bricha & Dafiri, 2007). Elle est rarement découverte au stade de complications comme l'angiocholite, la pancréatite, l'hypertension portale par compression de la veine porte, la cirrhose ou les perforations (Bricha & Dafiri, 2007). La cholangio-IRM ou bili-IRM est une technique récente et non invasive très performante dans le diagnostic des anomalies de la jonction bilio-pancréatique, permettant d'obtenir de

véritables coupes anatomiques (Azahouani al, 2019). Parfois, le diagnostic de certitude n'est souvent porté que pendant l'intervention en raison de la rareté de l'affection et la non spécificité des signes cliniques (Azahouani al, 2019). En dehors du traitement chirurgical, l'évolution est défavorable marquée par la survenue de la cholestase chronique et l'infection puis l'installation d'une cirrhose biliaire secondaire comme dans notre cas clinique.

Le traitement est chirurgical. Il repose sur l'exérèse complète de toutes les structures biliaires extrahépatiques, ne laissant que la convergence des conduits hépatiques droit et gauche et le rétablissement de la continuité biliodigestive. L'anastomose doit être réalisée sur une anse exclue en Y selon Roux avec anastomose au pied de l'anse pour éviter le reflux biliaire (Khmeckhem et al, 2012) (Harper et al, 2006). La résection est large, vu le risque de dégénérescence secondaire de la paroi biliaire dysplasique. Pour certains auteurs la résection de la paroi kystique et du cholédoque doit être totale les dérivations kystodigestives à proscrire (Todani et al, 1994) (Yamaguchi, 1980) (Chijiwa & Koga, 1993).

## **Conclusion**

Le kyste du cholédoque est une malformation biliaire congénitale rare. Il risque d'être méconnue. Le diagnostic le plus souvent n'est porté qu'en per- opératoire. Non traitée, l'affection peut aboutir à la cirrhose biliaire secondaire. Le traitement est chirurgical reposant sur la résection du kyste avec anastomose hépato-jéjunale.

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

**Disponibilité des données :** Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

**Déclaration de financement :** Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

**Déclaration pour les participants humains :** L'étude a été approuvée par le Centre Hospitalier et Universitaire Campus et les principes de la Déclaration d'Helsinki ont été respectés. Le consentement des parents a été reçu.

## **References:**

1. Douay, L., Idrissi, F., Hammoumi, Z., Ferram, N., & Al Zemmouri, M. (2021). Une dilatation congénitale de la voie biliaire principale révélée par une péritonite biliaire. *Revue Marocaine des Maladies de l'Enfant*, 50, 44-48.

2. Fekete, C. N. (1995). *Images de dilatation liquidienne abdomino-pelvienne chez le fœtus : Prise en charge pré et post-natale*. Néonatalogie, Hôpital Necker, 1–7.
3. Foura, S. (2017). *Les dilatations kystiques congénitales de la voie biliaire principale chez l'enfant* [Thèse de doctorat, Université Cadi Ayyad].
4. Faïk, M., Halhal, A., Oudanane, M., Housni, K., Ahalat, M., Baroudi, S., M'Jahe, A., & Tounsi, A. (1999). Dilatation kystique du cholédoque (À propos de 8 cas). *Médecine du Maghreb*, (75), 23-27.
5. Bouali, O. (2015). Péritonite biliaire par rupture traumatique d'un kyste du cholédoque. *Archives de Pédiatrie*, 22, 763–766.
6. Vergnes, P. (1995). Kystes du cholédoque. In *Chirurgie hépatobiliaire de l'enfant. Monographie du Collège National de Chirurgie Pédiatrique* (pp. 85–99). Sauramps Médical.
7. Branchereau, S., & Valayer, J. (2002). Malformations kystiques de la voie biliaire chez l'enfant: Dilatation congénitale de la voie biliaire principale. Traitement chirurgical. *EMC - Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40-976*, 1–10.
8. Mercadier, M., Chigot, J. P., Clot, J. P., Langlois, P., & Lansiaux, P. (1984). Caroli disease. *World Journal of Surgery*, 8, 22–29.
9. Bricha, M., & Dafiri, R. (2007). Une cause inhabituelle d'un abdomen aigu chez l'enfant : La rupture spontanée d'un kyste du cholédoque. *Journal de Radiologie*, 88, 692–693.
10. Azahouani, A., Zaari, N., El Aissaoui, F., Hida, M., Fitri, M., Benradi, L., et al. (2019). Kyste du cholédoque rompu: Revue de la littérature. *The Pan African Medical Journal*, 33, 276.
11. Khmekhem, R., Zitouni, H., Ben Ahmed, Y., Jlidi, S., Nouira, F., Charieg, A., et al. (2012). Surgery of cystic dilatation of the bile duct in children: Results of 16 observations. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 25, 199–205.
12. Harper, L., Lavrand, F., Pietrera, P., Loot, M., & Vergnes, P. (2006). Rupture spontanée d'un kyste du cholédoque chez une enfant de 11 mois. *Archives de Pédiatrie*, 13(2), 156–158.
13. Todani, T., Watanabe, Y., Urushihara, N., et al. (1994). Choledochal cyst, pancreatico-biliary maljunction, and cancer. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*, 1, 247–251.
14. Yamaguchi, M. (1980). Congenital choledochal cysts. *American Journal of Surgery*, 140, 653–657.
15. Chijiwa, K., & Koga, A. (1993). Surgical management and long-term follow-up of patients with choledochal cysts. *American Journal of Surgery*, 165, 238–242.