

Kyste du cholédoque compliqué d'une cirrhose biliaire secondaire chez un nourrisson de 12 mois

Folly Amavi

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

Service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Kara, Togo

Talboussouma Sollim Myriam

Service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire 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, Togo

Akakpo-Numado Gamedzi Komlatsè

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

[Doi:10.19044/esj.2025.v21n27p93](https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n27p93)

Submitted: 23 April 2025

Accepted: 30 August 2025

Published: 30 September 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 chez un nourrisson de 12 mois*. European Scientific Journal, ESJ, 21 (27), 93. <https://doi.org/10.19044/esj.2025.v21n27p93>

Résumé

Le kyste du cholédoque est une anomalie congénitale rare. Son diagnostic est difficile en l'absence de signes évocateurs et son évolution peut

aboutir à des complications parmi lesquelles la cirrhose biliaire secondaire. Les auteurs rapportent le cas d'un nourrisson de 12 mois, sans antécédents médicaux significatifs, admise pour distension abdominale progressive depuis six mois, accompagnée de fièvre intermittente et de selles décolorées. Les examens d'imagerie initiale (échographie et tomодensitométrie) 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 était compliquée d'une ascite et d'une éviscération, ayant nécessité une fermeture pariétale avec drainage péritonéal. L'analyse histologique de la pièce de biopsie hépatique 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 comme la cirrhose.

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

Choledochal Cyst Complicated by Secondary Biliary Cirrhosis in a 12-Month-Old Infant

Folly Amavi

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

Service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Kara, Togo

Talboussouma Sollim Myriam

Service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire 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, Togo

Akakpo-Numado Gamedzi Komlatsè

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

Abstract

Choledochal cyst is a rare congenital anomaly. Its diagnosis is challenging in the absence of suggestive signs, and its progression may lead to complications, including secondary biliary cirrhosis. The authors report the case of a 12-month-old infant 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 parietal closure with peritoneal drainage. Histological analysis of the liver biopsy specimen 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 such as cirrhosis.

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 anomalie rare, évaluée à environ 1/2 000 000 naissances (Fekete, 1995). Il représente l'affection congénitale la plus fréquente de l'arbre biliaire après l'atrésie des voies biliaires (Douay et al, 2021). Il 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.

Observation clinique

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 l'ictère et à des épisodes de fièvre intermittente, et d'émission de 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. La tomodensitométrie 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.

En peropératoire, la formation kystique était développée au dépens du cholédoque. Ce kyste était volumineux (20cmX15cm) avec un foie de consistance dure ayant permis de conclure à une cirrhose biliaire secondaire. La vésicule biliaire était hypotrophique, le pancréas était normal. Une ponction-aspiration, une cholécystectomie et une résection partielle du kyste avec anastomose kysto-jéjunale en Y ont été pratiqués (Figure 2 et 3).

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 cicatrisation de la plaie opératoire. Le patient a été autorisé à quitter l'hôpital un mois après son intervention chirurgicale. Après un recul de 2 ans, l'évolution reste favorable avec normalisation de tout le bilan hépatique.

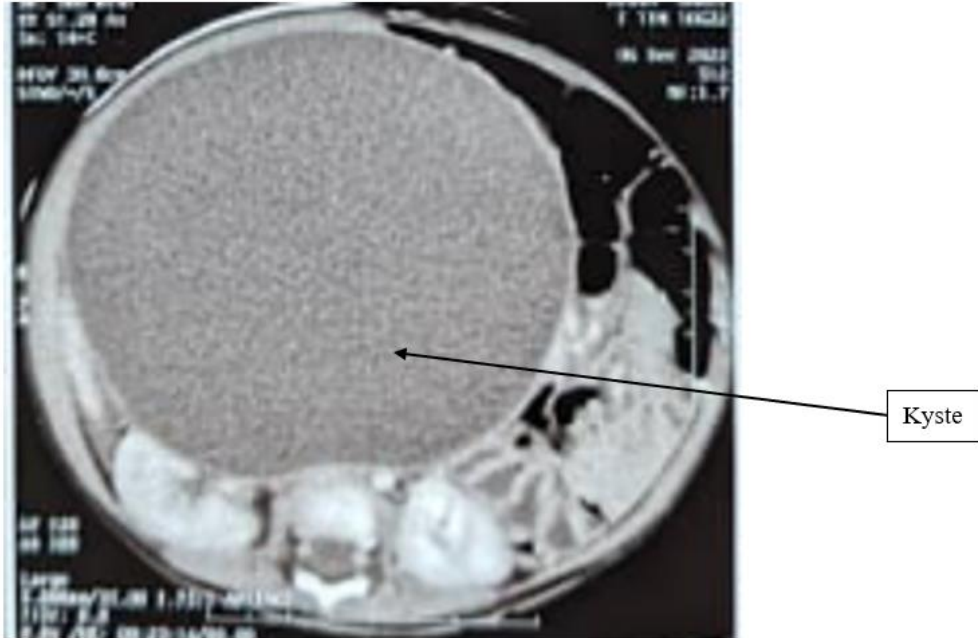


Figure 1 : Coupe axiale scannographique abdominale montrant la formation kystique

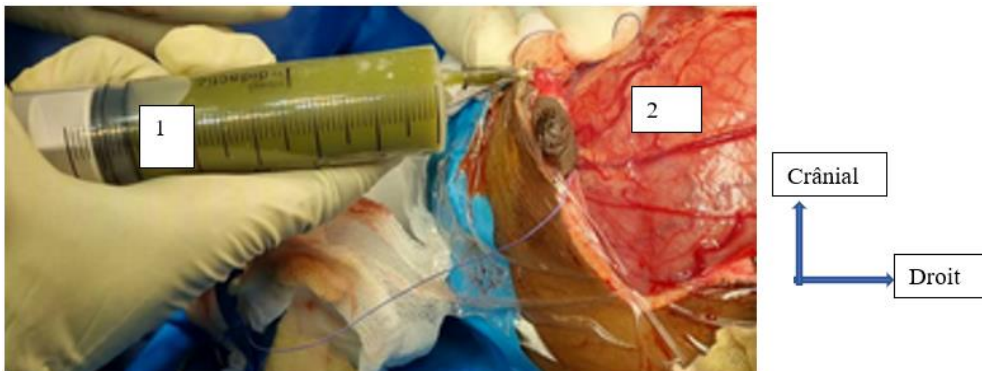


Figure 2 : Image per opératoire de la ponction-aspiration du kyste (1) avec de volumineuses veines sous-aponévrotiques et extra-péritonéales (2) (source : image CHU Campus 01/06/2023)

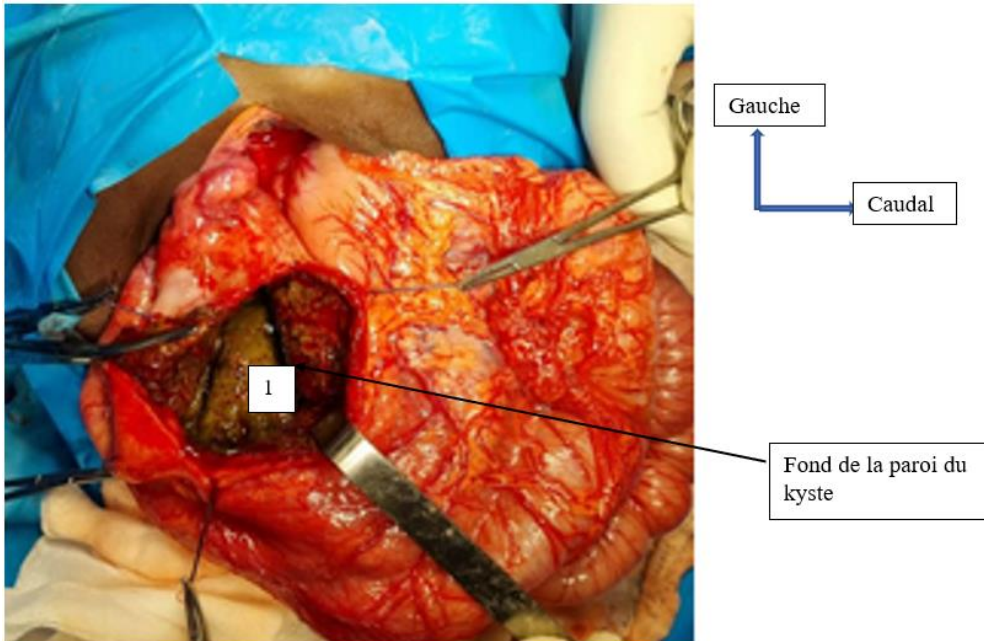


Figure 3 : Image du montrant la boue biliaire (1)
(source : image CHU Campus 01/06/2023)



Figure 4 : Image per opératoire de l'anse en Y et de l'anastomose kystojéjunale
(source : image CHU Campus 01/06/2023)

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) :

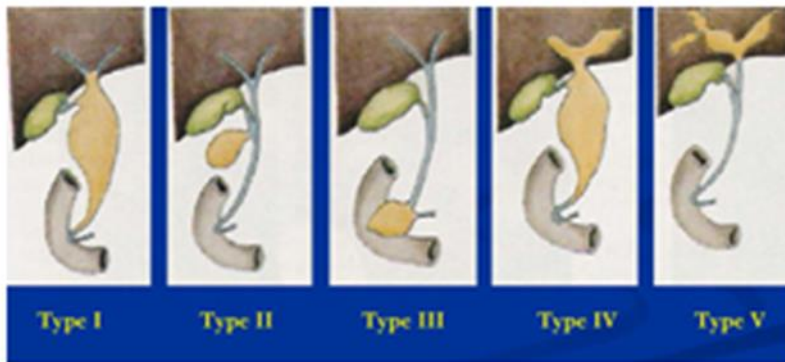


Figure 5 : Classification d'Alonso-Lej modifiée par Todani (Mercadier et al, 1984)

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).

Notre cas correspondait au type I de Todani.

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 peut rester asymptomatique dans 20% des cas (Bricha & Dafiri, 2007). Il est rarement découvert 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 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). Dans notre cas la triade était présente mais la paraclinique n'était pas concluante, le diagnostic de certitude a été donc posé en per opératoire.

En dehors du traitement chirurgical, l'évolution naturelle des kystes du cholédoque est souvent défavorable, caractérisée par l'apparition d'une cholestase chronique et d'infections récidivantes, pouvant aboutir à une cirrhose biliaire secondaire, comme observé dans notre cas. Sur le plan clinique, la cirrhose biliaire secondaire se manifeste par un ictère persistant, une hépatomégalie, une hypertension portale et des signes progressifs d'insuffisance hépatique. Sur le plan morphologique, elle se caractérise par une prolifération biliaire, une fibrose périportale et une distorsion de l'architecture lobulaire normale, entraînant une transformation nodulaire du parenchyme hépatique. Ces modifications pathologiques reflètent l'obstruction chronique et les lésions cholestatiques prolongées associées aux kystes du cholédoque.

Le traitement des kystes du cholédoque est essentiellement chirurgical, mais sa mise en œuvre dépend du type et de la présentation du kyste. Lorsqu'il est réalisé, il consiste en l'exérèse complète de toutes les structures biliaires extrahépatiques, ne conservant que la convergence des conduits hépatiques droit et gauche, suivie du rétablissement de la continuité biliodigestive. L'anastomose est généralement réalisée sur une anse exclue en Y selon Roux, avec implantation au pied de l'anse afin de prévenir le reflux biliaire (Khmekhem et al., 2012 ; Harper et al., 2006). La résection doit être large en raison du risque de dégénérescence secondaire de la paroi biliaire dysplasique. Dans notre cas, il s'agissait d'un kyste du cholédoque de type I selon la classification de Todani, le plus fréquent et caractérisé par une dilatation fusiforme du cholédoque extra-hépatique. Nous avons procédé à une exérèse du kyste, suivie d'une anastomose cholédoco-jéjunale en Y selon Roux. Ce choix a été motivé par le besoin de prévenir les complications postopératoires, notamment le reflux biliaire et la cholangite, et de réduire le risque de dégénérescence maligne secondaire. La technique adoptée permet également de restaurer une continuité biliaire physiologique tout en minimisant la stase biliaire.

Pour certains auteurs la résection de la paroi kystique et du cholédoque doit être totale (Todani et al,1994) (Yamaguchi, 1980) (Chijiwa & Koga, 1993).

Le pronostic des kystes du cholédoque dépend principalement du type de kyste, du stade au moment du diagnostic et de la précocité de la prise en charge chirurgicale. Lorsqu'une exérèse est réalisée précocement, le pronostic

est généralement favorable. Cependant, dans les cas diagnostiqués tardivement ou compliqués par une cirrhose biliaire secondaire, le risque de complications postopératoires augmente et le pronostic à long terme peut être réservé. Dans notre observation, l'évolution postopératoire a été marquée par une distension abdominale et l'apparition d'ascite. Cette ascite pourrait être liée à l'hypertension portale et à l'hypoalbuminémie consécutives à la cirrhose biliaire. Cette accumulation de liquide dans la cavité péritonéale est donc la conséquence directe des altérations hépatiques préexistantes.

Conclusion

Le kyste du cholédoque est une malformation biliaire congénitale rare. Le diagnostic le plus souvent n'est porté qu'en per- opératoire. Non diagnostiquée et non traitée, l'affection peut aboutir à la cirrhose biliaire secondaire. Le traitement est chirurgical reposant sur la résection du kyste avec anastomose hépatico-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. Chijiiwa, K., & Koga, A. (1993). Surgical management and long-term follow-up of patients with choledochal cysts. *American Journal of Surgery*, 165, 238–242.