



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Jun 2023, Volume 7
N°3, Pages 146 - 222

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

Journal Africain de Chirurgie
Service de Chirurgie Générale
CHU Le DANTEC
B.P. 3001, Avenue Pasteur
Dakar-Sénégal
Tél. : +221.33.822.37.21
Email : jafchir@gmail.com

COMITE DE LECTURE

Papa Salmane Ba -**Chir. Cardio-Vasc. et Thoracique**
Mamadou Diawo Bah - **Anesthésie-Réanimation**
Mamadou Cissé- **Chirurgie Générale**
Ndèye Fatou Coulibaly -**Orthopédie-Traumatologie**
Richard Deguenonvo -**ORL-Chir. Cervico-Faciale**
Ahmadou Dem -**Cancérologie Chirurgicale**
Madieng Dieng- **Chirurgie Générale**
Abdoul Aziz Diouf- **Gynécologie-Obstétrique**
Mamour Gueye - **Gynécologie-Obstétrique**
Sidy Ka -**Cancérologie Chirurgicale**
Ainina Ndiaye - **Anatomie-Chirurgie Plastique**
Oumar Ndour- **Chirurgie Pédiatrique**
André Daniel Sané - **Orthopédie-Traumatologie**
Paule Aida Ndoye- **Ophthalmologie**
Mamadou Seck- **Chirurgie Générale**
Yaya Sow- **Urologie-Andrologie**
Alioune BadaraThiam- **Neurochirurgie**
Alpha Oumar Touré - **Chirurgie Générale**
Silly Touré - **Stomatologie et Chir.Maxillo-Faciale**

COMITE SCIENTIFIQUE

Mourad Adala (**Tunisie**)
Momar Codé Ba (**Sénégal**)
Cécile Brigand (**France**)
Amadou Gabriel Ciss (**Sénégal**)
Mamadou Lamine Cissé (**Sénégal**)
Antoine Doui (**Centrafrique**)
Aissatou Taran Diallo(**Guinée Conakry**)
Biro Diallo (**Guinée Conakry**)
Folly Kadidiatou Diallo (**Gabon**)
Bamourou Diané (**Côte d'Ivoire**)
Babacar Diao (**Sénégal**)
Charles Bertin Diémé (**Sénégal**)
Papa Saloum Diop(**Sénégal**)
David Dosseh (**Togo**)
Arthur Essomba (**Cameroun**)
Mamadou Birame Faye (**Sénégal**)
Alexandre Hallode (**Bénin**)
Yacoubou Harouna (**Niger**)
Ousmane Ka (**Sénégal**)
Omar Kane (**Sénégal**)
Ibrahima Konaté (**Sénégal**)
Roger Lebeau (**Côte d'Ivoire**)
Fabrice Muscari (**France**)
Assane Ndiaye (**Sénégal**)
Papa Amadou Ndiaye (**Sénégal**)
Gabriel Ngom (**Sénégal**)
Jean Léon Olory-Togbe (**Bénin**)
Choua Ouchemi(**Tchad**)
Fabien Reche (**France**)
Rachid Sani (**Niger**)
Anne Aurore Sankalé (**Sénégal**)
Zimogo Sanogo (**Mali**)
Adama Sanou (**Burkina Faso**)
Mouhmadou Habib Sy (**Sénégal**)
Adegne Pierre Togo (**Mali**)
Aboubacar Touré (**Guinée Conakry**)
Maurice Zida (**Burkina Faso**)
Frank Zinzindouhou (**France**)



ASSOCIATION SÉNÉGALAISE
DE CHIRURGIE

Journal Africain de **Chirurgie**

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ISSN 2712 - 651X
Juin 2023, Volume 7,
N°3, Pages 146 - 222

COMITE DE REDACTION

Directeur de Publication

Pr. Madieng DIENG

Email : madiengd@homail.com

Rédacteur en Chef

Pr. Ahmadou DEM

Email : adehdem@gmail.com

Rédacteurs en Chef Adjoints

Pr. Alpha Oumar TOURE

Email : alphaoumartoure@gmail.com

Pr. Mamadou SECK

Email : seckmad@gmail.com

Pr. Abdoul Aziz DIOUF

Email : dioufaziz@live.fr

Maquette, Mise en pages, Infographie et Impression **SDIS** :
Solutions Décisionnelles Informatiques et Statistiques
Tél. +221.77.405.35.28 –Mail : idy.sy.10@hotmail.com

EDITORIAL

Articles Originaux	Numéros de Pages
1) Traitement laparoscopique de la sténose pyloro-duodénale d'origine ulcéreuse au service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa Pouye. Ka I et al.	146
2) Carcinomes différenciés de la thyroïde chez l'enfant et l'adolescent : aspects cliniques échographiques et histologiques. Faty A et al	153
3) Résultats de la séromyotomie extra-muqueuse de Heller par voie laparoscopique à l'hôpital général Idrissa POUYE : notre expérience à propos de 34 cas. Ka I et al.	161
4) Diagnostic et facteurs pronostiques des occlusions intestinales aiguës mécaniques de l'adulte. Niasse A et al.	166
5) Nausées et vomissements compliquant la chirurgie de la paroi abdominale. Ouédraogo S et al.	175
6) Les péritonites post-opératoires de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique de 19 nouveaux cas au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire). Anoh NA et al.	181
7) Les sarcomes des tissus mous : étude prospective sur 45 patients. Diallo AC et al.	190
8) Péritonite tuberculeuse : circonstances de découverte, prise en charge et facteurs pronostiques au service de chirurgie générale du CHU Ignace Deen. Kondano SY et al.	197

CAS CLINIQUES

9) Rupture de diverticule de l'ouraque : une cause inhabituelle d'ascite urinaire congénitale a propos d'une observation. Maman BH et al.	205
10) Œsophage noir : a propos d'un cas avec revue de la littérature. Niasse A et al.	209
11) Dilatation du cholédoque a propos d'un cas. Maman BH et al.	213
12) Hémothorax gauche révélant une rupture d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante : a propos d'un cas. Samba MM et al.	218

EDITORIAL

Original Articles	Pages number
1) <i>Laparoscopic treatment of pyloro-duodenal stenosis of ulcerative origin in the general surgery department of the Idrissa Pouye general Hospital.</i> Ka I et al.	146
2) <i>Differentiated thyroid carcinomas in children and adolescents: clinical, sonographic and histological aspect.</i> Faty A et al	153
3) <i>Results of laparoscopic Heller extra-mucosal seromyotomy at the Idrissa POUYE general hospital: our experience about 34 cases.</i> Ka I et al.	161
4) <i>Diagnostic and prognostic factors of acute intestinal obstruction in adults;</i> Niasse A et al.	166
5) <i>Nausea and vomiting after abdominal wall surgery.</i> Ouédraogo S et al.	175
6) <i>Postoperative peritonitis in adults: diagnostic and therapeutic management of 19 new cases at Treichville CHU (Ivory Coast).</i> Anoh NA et al.	181
7) <i>Prospective study on soft tissue sarcomas: analysis of 45 patients.</i> Diallo AC et al.	190
8) <i>Tuberculous peritonitis: circumstances of discovery, management and prognostic factors in the general surgery department of CHU Ignace Deen.</i> Kondano SY et al.	197

CASES REPORTS

9) <i>Rupture of urachal diverticulum: an unusual cause of congenital urinary ascites (a case report).</i> Maman BH et al.	205
10) <i>Black esophagus: a case report and review of literature.</i> Niasse A et al.	209
11) <i>Cystic dilatation of the common bile duct: a case report.</i> Maman BH et al.	213
12) <i>Left hemothorax revealing a ruptured descending thoracic aortic aneurysm: a case report.</i> Samba MM et al.	218

DILATATION KYSTIQUE DU CHOLEDOQUE A PROPOS D'UN CAS.

CYSTIC DILATATION OF THE COMMON BILE DUCT: A CASE REPORT.

Maman Boukari Haboubacar^{1&}, Abdoulaye M B², Adakal O², Maikassoua M³, Amadou M I⁴, Adamou H⁴, Habou O⁵, James D L², Sani R⁶.

¹*Service de Chirurgie Générale de Centre Hospitalier Régional de Maradi/Niger*

²*Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales de l'Hôpital de Référence de Maradi/Niger*

³*Service d'anesthésie réanimation de l'Hôpital de Référence de Maradi/Niger*

⁴*Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales de l'Hôpital National de Zinder*

⁵*Service de Chirurgie pédiatrie de l'Hôpital National de Zinder /Niger*

⁶*Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales de l'Hôpital National de Niamey /Niger*

Auteur correspondant : &MAMAN BOUKARI Haboubacar : Service de Chirurgie Générale de Centre Hospitalier Régional de Maradi/Niger

Email :mamanboukarihaboubacar@gmail.com . Tel : 00227 96017986

Résumé

Introduction : La dilatation kystique des voies biliaires est une malformation congénitale rare. Son incidence est de l'ordre de 1/100 000 à 1/150 000 naissances. La chirurgie est indiquée afin d'éviter les lésions hépatiques, secondaire à la stase et l'infection (cirrhose hépatique).

Observation : Il s'agissait d'une patiente âgée de 16 ans reçue en consultation chirurgicale pour douleur de l'hypochondre droit, nausées, vomissements, un sub-ictère, et une fièvre intermittente. L'histoire clinique de la maladie retrouvait des antécédents de 2 interventions chirurgicales peu documentées pour la même pathologie en 2016 et 2020. A l'examen elle avait un bon état général, un subictère, l'abdomen était souple sans masse palpable. Une scanner abdominal réalisé a conclu à une dilatation kystique du cholédoque. Une résection chirurgicale totale de la paroi kystique a été réalisée suivie d'une anastomose hépatico-jéjunale en Y. Les suites opératoires sont simples. **Conclusion :** La dilatation kystique du cholédoque est de diagnostic souvent difficile. Ses principaux risques évolutifs sont la lithiase, la

cancérisation et l'infection. Ces complications peuvent être fatales et sont prévenues par la résection précoce du kyste, seul traitement valable.

Mots clés : Kyste du cholédoque, Dégénérescence maligne, Enfants

Summary

Introduction: Cystic dilatation of the bile ducts is a rare birth defect. Its incidence is of the order of 1/100,000 to 1/150,000 births. Surgery is indicated to avoid liver damage secondary to stasis and infection (hepatic cirrhosis). **Observation:** This was a 16-year-old patient seen in a surgical consultation for pain in the right hypochondrium, nausea, vomiting, subjaundice, and intermittent fever. The clinical history of the disease found a history of 2 poorly documented surgeries for the same pathology in 2016 and 2020. On examination, she was in good general condition, a subicterus, the abdomen is supple with no palpable mass. An abdominal CT scan concluded to a cystic dilatation of the common bile duct. A total surgical resection of the cystic wall was performed followed by a hepatico-jejunal

anastomosis in Y. The postoperative course is simple. Conclusion: Cystic dilation of the common bile duct is often difficult to diagnose. Its main progressive risks are lithiasis, cancerization and infection.

These complications can be fatal and are prevented by early resection of the cyst, the only valid treatment.

Keywords: Common bile duct cyst, Malignant degeneration, Children

INTRODUCTION

La dilatation kystique des voies biliaires (DKVB) représente l'ensemble des malformations congénitales qui se caractérisent par une ou plusieurs dilatations kystiques communicantes des voies biliaires [1]. Cette affection touche le plus souvent le jeune enfant. Les formes de l'adulte correspondent à des lésions présentes déjà dans l'enfance mais passées inaperçues ou tolérées [2]. Le but de ce travail, était d'évaluer les résultats de la chirurgie correctrice de la dilatation kystique du cholédoque à propos d'un cas.

Observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 16 ans, aux antécédents de 2 interventions chirurgicales peu documentées pour la même pathologie en 2016 et 2020. Elle était admise en consultation chirurgicale pour douleur de l'hypochondre droit, à type de torsion, d'intensité moyenne, irradiant vers le dos, accompagnée des nausées, vomissements et un sub-ictère, et une fièvre intermittente. A son admission, l'examen clinique retrouvait une patiente apyrétique, avec état général conservé. Elle présentait un sub-ictère, l'abdomen était souple, avec cicatrice sous costale droite. On ne notait pas d'organomégalie. Le reste de l'examen était normal. La biologie objectivait un syndrome de choléstase, une hyperlipasémie à 194,4 UI/L (> 3 fois la normale), la CRP à 57,07 mg/l, pas de cytolyse, la fonction rénale était légèrement altérée (Urée à 8,2 mmol/l, Créatinémie à 109 μ mol/l). L'échographie abdominale montrait une dilatation des voies biliaires intra hépatiques (VBIH) et de la voie biliaire principale (VBP) sans obstacle visible. La TDM abdominale montrait une dilatation kystique du cholédoque (type I de Todani)

mesurant 150 cm³, de densité variant entre -35 et 37 UH avec un lymphangiome kystique récidivé. Le foie, la rate et les reins étaient sans anomalies (Figure 1).

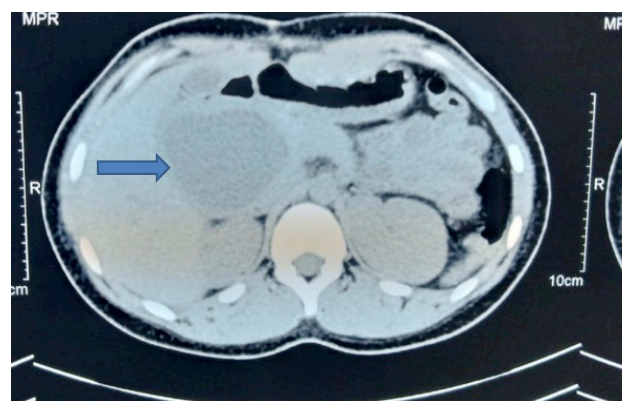


Figure n° 1: TDM montrant un Kyste du cholédoque dilaté (flèche bleue)

La patiente a été opérée le 26/01/2023. La voie d'abord était la laparotomie médiane sus-ombilicale, l'exploration mettait en évidence une dilatation kystique du cholédoque (Figure 2).

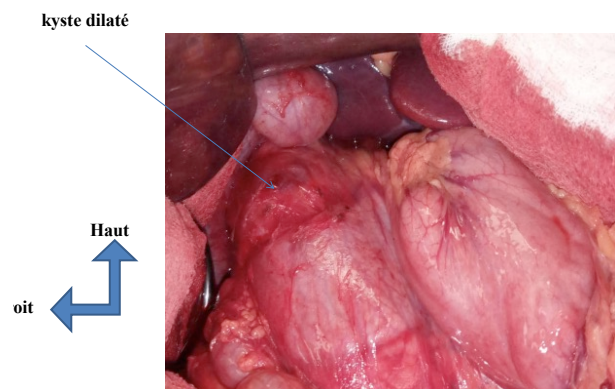


Figure n° 2: Vue peropératoire du kyste du cholédoque dilaté.

L'intervention avait consisté en une résection de la voie biliaire principale avec anastomose hépatico-jéjunale en Y. Les suites opératoires étaient simples avec régression de la douleur. Et la sortie était autorisée au 4^{ème} jour post-opératoire. La

patiente a été suivie en consultation jusqu'à J30 post-opératoire sans complication avec une évolution favorable.

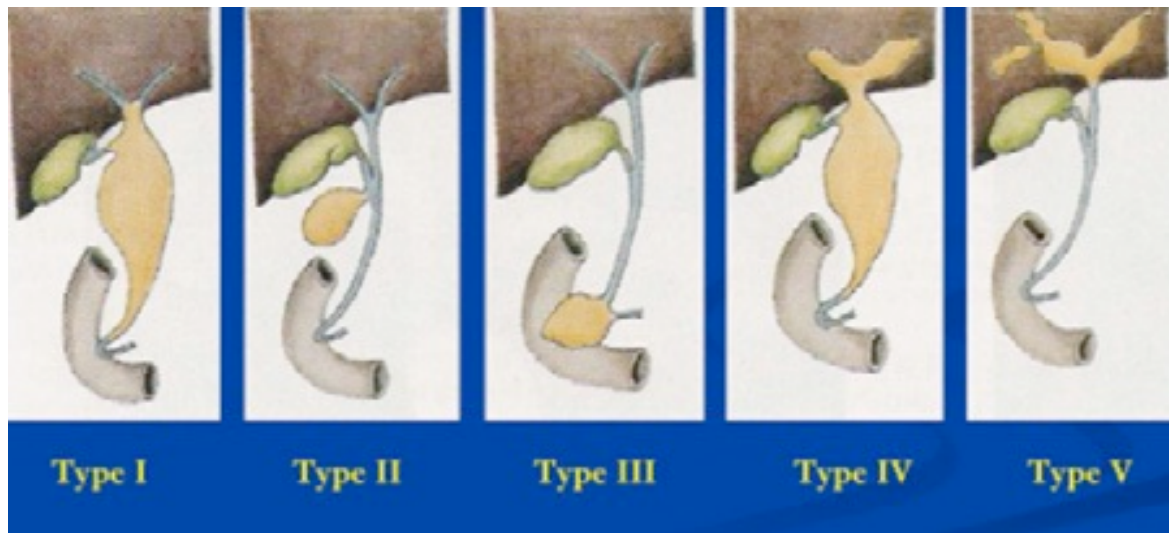


Figure n°3. Classification d'Alonso-Lej modifiée par Todani [14].

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).

DISCUSSION

La dilatation congénitale de la voie biliaire principale est une affection rare. Le premier cas de kyste du cholédoque a été décrit en 1723 par Vater. Mais c'est Douglas en 1852 qui a rapporté le cas de kyste du cholédoque le plus documenté [3,4]. Depuis cette époque de nouvelles observations ont été rapportées, actuellement et du fait du développement des techniques diagnostiques de la pathologie biliaire, le nombre de cas retenus augmente de plus en plus [5]. C'est une malformation rare, qui se voit volontiers chez l'enfant (75% des cas sont découverts avant l'âge de dix ans), avec une nette prédominance féminine (sex-ratio entre 0,23 à 0,43) [6]. Son incidence est de l'ordre de 1/2 000 000 naissances [7]. Elle se voit surtout dans les pays

asiatiques [8]. Bien que touchant préférentiellement l'enfant, la dilatation kystique du cholédoque (DKC) ne peut se manifester qu'à l'âge adulte, sous la forme d'une complication, principalement infectieuse [9]. Sur le plan clinique, notre patiente n'a pas présenté la triade symptomatique classique de la dilatation kystique du cholédoque (douleur-ictère-masse abdominale). Cette constatation rejoint celle de la série de Abdelmalek et al [10]. Cette symptomatologie n'est observée que dans 13 à 25% des cas [11]. A la paraclinique, La biologie est non spécifique, Elle peut objectiver une cholestase, un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose témoins d'une infection [12]. L'échographie et le scanner visualisent la dilatation kystique sous-hépatique, montrent la communication

kysto-biliaire et les lésions associées, et guident une éventuelle ponction [13].

L'hypothèse étiologique la plus communément proposée étant que le kyste du cholédoque soit le résultat d'une anomalie de la jonction pancréatico-biliaire [14]. La classification de Todani est la plus utilisée et comprend cinq types, le type le plus commun est le type I, correspondant à une dilatation de la voie biliaire extra hépatique, et divisé en 3 sous-types : Ia = dilatation kystique, Ib = dilatation segmentaire et Ic = dilatation fusiforme (Figure 3) [14]. L'opération chirurgicale la plus communément admise consiste à réséquer toute la portion dilatée de la voie biliaire et réaliser une anastomose cholédocho jéjunale ou hépatico jéjunale sur une anse en Y à la Roux [8, 11, 15]. La résection est large vu le risque de dégénérescence secondaire de la paroi biliaire dysplasique [11]. Pour les kystes intra-hépatiques et les dilatations intra-hépatiques (type IV de Todani), d'autres

interventions peuvent être nécessaires telle qu'une segmentectomie, une hépatectomie partielle ou bien une kysto entérostomie intra-hépatiques [16]. Il est recommandé de faire une biopsie hépatique afin de déceler des signes précoces de cirrhose hépatique et la possibilité de dégénérescence maligne du kyste [8].

Conclusion

La dilatation kystique du cholédoque est une malformation rare. Elle se rencontre chez les enfants, pouvant se manifester à l'âge adulte avec une prédominance féminine. Son diagnostic anté-natal est possible. L'échographie et le scanner posent le diagnostic. Son traitement est chirurgical, la dégénérescence maligne de la paroi kystique est non négligeable.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

REFERENCES

1. **Mehdi S, Mohammed KL, Bouziane C.** Cancer développé sur dilatation kystique de la voie biliaire: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J* 2014; 19:346 doi:10.11604/pamj.2014.19.346.5110
2. **Nabil BS, Benali T, Anisse T, Noureddine B.** Le cholédococèle: une variété rare de dilatation kystique congénitale des voies biliaires. *Pan Afr Med J* 2018; 29:156 doi:10.11604/pamj.2018.29.156.12084
3. **Mohamed S, Ouaf AK, Mohamed OS, Mounir B, Hicham J, Salma F.** Les dilatations kystiques congénitales de la voie biliaire principale chez l'enfant. Thèse Méd, Marrakach 2017 (039) : P46
4. **Kamal AA.** Dilatation congénitale de la voie biliaire principale à propos de quatre observations au Hjra. Mémoire présenté et soutenu le 28 novembre 2007.
5. **Douay LL, Idrissi Fawzi F, Hammoumi Z, Ferram N, Al Zemmouri M.** Une dilatation congénitale de la voie biliaire principale révélée par une péritonite biliaire. *Rev Mar Mal Enf* 2021; 50 :44-48.
6. **Dhupar R, Gulack B, Geller DA, Marsh JW, Gamblin TC.** The changing presentation of choledochal cyst disease: an incidental diagnosis. *HPB Surg.* 2009;2009:103739.

7. **Savic DJ, Milovanovic D, Jovanovic D.** Congenital dilatation of the common bile duct (congenital choledochal cyst). *Srp Arh Celok Lek.* 2001;129 Suppl (1):47-50.
8. **Khmekhem R, Zitouni H, Ben Ahmed Y, Jlidi S, Noura F, Charieg A et al.** Surgery of cystic dilatation of the bile duct in children, results of 16 observations. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* 2012;25:199-205.
9. **Benchellal ZA, Simon E, d'Altéroche L, Scotto B, Soro KG, Kraft K.** Rupture d'un kyste du cholédoque au cours de la grossesse. *Gastroenterol Clin Biol.* 2009;33(5):390-1.
10. **A. Ousadden, K.H. Ibnmajdoub, H. Elbouhaddouti, J. Lamrani, EL B. Benjelloun, K. Mazaz et al.** Angiocholite sur dilatation kystique du cholédoque. *AMETHER.* 2010 ; 2(1) : 41 – 44
11. **Bricha M, Dafiri R.** Une cause inhabituelle d'un abdomen aigu chez l'enfant: la rupture spontanée d'un kyste du cholédoque. *J Radiol.* 2007;88(5 Pt 1):692-3.
12. **Banerjee Jesudason SR, Ranjan Jesudason M, Paul Mukha R, Vyas FL, Govil S, Muthusami JC.** Management of adult choledochal cysts - a 15-year experience. *HPB (Oxford).* 2006; 8(4):299-305.
13. **Lee HK, Park SJ, Yi BH, Lee AL, Moon JH, Chang YW.** Imaging features of adult choledochal cysts: a pictorial review. *Korean J Radiol.* 2009;10(1):71-80.
14. **Bouali O, Trabanino C, Abbo O, Destombes L, Baunin C, Galinier P.** Péritonite biliaire par rupture traumatique d'un kyste du cholédoque. *ArchPediatri.* 2015;22(7):763-6.
15. **Harper L, Lavrand F, Pietrera P, Loot M, Vergnes P.** Rupture spontanée d'un kyste du cholédoque chez une enfant de 11 mois. *Arch Pediatr.* 2006; 13(2): 156-8.
16. **Mishra A, Pant N, Chadha R, Choudhury SR.** Choledochal cysts in infancy and childhood. *Indian J Pediatr.* 2007;74(10):937-43.