

FAIT CLINIQUE

PARTICULARITÉS DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU CANALICULE BILIAIRE SUS-VÉSICULAIRE DE TYPE 3 : À PROPOS D'UN CAS

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC FEATURES OF TYPE 3 SUBVESICAL BILE DUCT: A CASE REPORT

I LAWANI*, DG GBÉSSI*, Y IMOROU SOUAÏBOU*, SGR ATOLLOU*, G MONGA PÉLAMI**,
DK MEHINTO*, JL OLORY-TOGBÉ*

*Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, 01BP 188
Cotonou-République du Bénin.

** Service de Chirurgie Digestive Thoracique et Générale, Hôpital Pasteur, 39 avenue de la liberté, 68024 Colmar-France.

RÉSUMÉ

Le canalicule sus vésiculaire de type 3 ou canalicule hépaticholécystique est un type rare de variation anatomique des voies biliaires. Sa non réparation pendant la cholécystectomie, peut entraîner une fuite biliaire post opératoire et nécessiter une reprise chirurgicales, afin de le localiser et le fermer. Les aspects diagnostiques et thérapeutiques de cette pathologie sont abordés à travers ce cas clinique.

Mots clés: canalicule biliaire sus vésiculaire type 3, canalicule biliaire hépaticholécystique, cholécystectomie, fuite biliaire.

SUMMARY

Type 3 subvesical bile duct or hepaticocholecystic bile duct is a rare type of anatomical variation of the bile ducts. Failure to repair it during cholecystectomy can lead to postoperative bile leakage and require reoperation, in order to locate and close it. The diagnostic and therapeutic aspects of this pathology are analysed through this clinical case report.

Keywords: Type 3 subvesical bile duct, Hepaticocholecystic bile duct, Cholecystectomy, Bile duct leaks

Tirés à part

Ismail Lawani, 081 BP 7073 tri postal Aéroport – Cotonou, République du Bénin; Email : ismailawani@gmail.com

INTRODUCTION

Les canalicules biliaires accessoires sont des anomalies anatomiques rares des voies biliaires. Il en existe plusieurs types [1] et leur non identification par le chirurgien est une cause fréquente de fuite biliaire après cholécystectomie. Nous rapportons ici un cas de canalicule biliaire sus-vésiculaire de type 3, passé inaperçu en per opératoire et ayant nécessité une reprise chirurgicale. La description du cas est faite conformément aux recommandations SCARE [2]

OBSERVATION

Il s'agissait d'une patiente de 69 ans, porteuse de lithiase vésiculaire et qui présentait des coliques hépatiques à répétition et sans fièvre. L'échographie abdominale pré-opératoire n'a pas montré de variation anatomique des voies biliaires. Une cholécystectomie par voie laparoscopique a été réalisée. Il n'y a pas eu de cholangiographie per opératoire, mais un drain sous hépatique a été laissé en place. Au lendemain de l'intervention, la patiente a présenté de vives douleurs de l'hypochondre droit, dont l'intensité a été évaluée à 8/10e sur l'échelle numérique. A l'examen physique, l'état général était bon, et il n'y avait pas de fièvre. Le drain avait ramené 400 ml de liquide bilieux, et il y avait une défense dans l'hypochondre droit. Nous avons évoqué les hypothèses de plaie iatrogène des voies biliaires ou de lâchage des clips posés sur le moignon cystique. Une laparoscopie exploratrice a été réalisée.

A l'exploration on retrouvait du liquide hématique autour du foie, ainsi que de nombreux caillots dans la fosse vésiculaire. Après décaillotage, lavage au sérum physiologique, on découvre dans la fosse vésiculaire une zone de saignement en nape dont on réalise l'hémostase par coagulation avec un pince bipolaire. Les clips en titane étaient bien en place sur le canal cystique et l'artère cystique. Après assèchement de la fosse vésiculaire à la compresse montée, on découvre un canalicule sus vésiculaire de type 3, d'environ 2mm de diamètre (figure 1) s'insérant dans la fosse vésiculaire et laissant s'écouler de la bile. Le traitement a consisté en la pose d'un clip en titane pour fermer ce canalicule biliaire. Les suites étaient simples, le drain sous hépatique a été enlevé au 2e jour post opératoire et le patient est retourné à domicile le 4e jour post opératoire.

DISCUSSION

Les canalicules biliaires sus vésiculaires, appelés de façon impropre canalicules de Luschka, sont des variations anatomiques des voies biliaires caractérisées par leur localisation dans la fosse vésiculaire ou leur contact étroit avec cette dernière [1]. Ils représentent l'une des causes les plus fréquentes de fuite biliaire associée à la cholécystectomie [3] et la fréquence de leur lésion est estimée à 1 pour 633 cholécystectomies par Schnellendorfer [1]. Ce dernier, dans le but de clarifier la

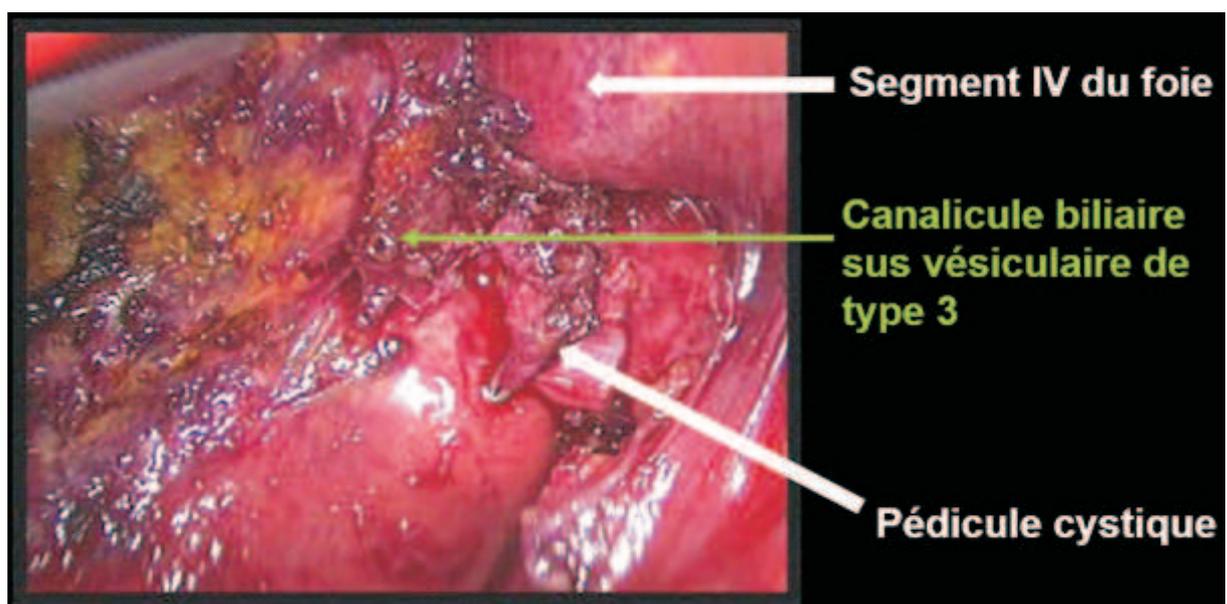


Fig 1: Vue per opératoire du canalicule biliaire sus vésiculaire de type 3 (le canalicule est identifié par la tête de flèche verte)

compréhension de ces variations anatomiques, en a fait une classification permettant de distinguer 4 types [1]. Le cas que nous avons décrit est un canalicule sus vésiculaire de type 3 encore appelé canal hépaticholécystique, car il draine la bile du foie directement dans la vésicule biliaire en traversant la fosse vésiculaire. Son identification pré opératoire est rare, mais toutefois possible grâce notamment à la cholangiographie IRM [4]. Les canalicules sus vésiculaires doivent être identifiés au plus tard pendant la cholécystectomie. Pour ce faire deux méthodes sont couramment utilisées. Soit l'examen soigneux de la fosse vésiculaire après décrochage de la vésicule biliaire, soit la cholangiographie per-opératoire. La première technique est la plus fréquente dans les hôpitaux sous équipés, ne disposant pas d'un amplificateur de brillance. Nous recommandons d'utiliser une compresse montée pour assécher la fosse vésiculaire, et de rapprocher l'optique au plus près de la zone à examiner, afin d'augmenter les chances d'identification des petits canalicules. D'après Spanos [5] l'application des principes de la « critical view of safety » facilite l'identification per opératoire de cette anomalie. Cette identification peut se faire également grâce à la cholangiographie par fluorescence [3]. Comme tout autre canalicule biliaire accessoire, le canalicule hépaticholécystique doit être fermé lorsqu'il est identifié en per opératoire. La fermeture chez notre patiente a été réalisée avec un clip, conformément à ce qui a été décrit par Matsui [6]. Lorsqu'il n'est pas diagnostiqué et traité en per opératoire, le canalicule hépaticholécystique entraîne une fuite biliaire post-opératoire, voire une

péritonite biliaire, qui motive le plus souvent une reprise. Le diagnostic post opératoire de la fistule biliaire fait appel à la clinique et différentes techniques d'imagerie dont, le scanner abdominal [7] la cholangiographie par résonnance magnétique [8] et la cholangiographie rétrograde endoscopique. Lorsqu'un drain est laissé en place pendant la cholécystectomie, comme dans notre cas, on peut évoquer la fuite biliaire quand le drain ramène de la bile. Cependant, si on veut préciser le type et le siège de la lésion avant la reprise chirurgicale, on a recours à l'imagerie avec produit de contraste. Dans le cas contraire le diagnostic lésionnel se fait en per-opératoire. La réintervention se fait de préférence par un chirurgien hépato-biliaire [9,10]. Comme autre alternative à la reprise chirurgicale, le drainage per cutané de la collection sous hépatique est possible. Il a été utilisé avec succès par l'équipe de Pineño-Flores [7], permettant le tarissement de la fistule au bout de 9 jours.

CONCLUSION

Le canalicule sus vésiculaire de type 3 doit être identifié et fermé au plus tard lors de la cholécystectomie. Son identification per opératoire requiert un examen attentif de la fosse vésiculaire après ablation de la vésicule biliaire. Il s'agit d'une étape cruciale à réaliser pendant toute cholécystectomie, afin d'éviter cette complication post opératoire désagréable pour le chirurgien et aux conséquences lourdes pour le patient.

RÉFÉRENCES

1. Schnelldorfer T, Sarr MG, Adams DB. What is the Duct of Luschka? A Systematic Review. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(3):656-62.
2. Agha RA, Fowler AJ, Saeta A, Barai I, Rajmohan S, Orgill DP, et al. The SCARE Statement: Consensus-based surgical case report guidelines. *Int J Surg.* 2016;34:180-6.
3. Kitamura H, Tsuji T, Yamamoto D, Takahashi T, Kadoya S, Kurokawa M, et al. Efficiency of fluorescent cholangiography during laparoscopic cholecystectomy for subvesical bile ducts: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2019;57:194-6.
4. Schmidt R, Tannheimer M, Danz B, Benesch S, Geue R. Klinische Wertigkeit einer routinemäßigen Magnetresonananz-Cholangiopankreatikografie (MRCP) vor Cholezystektomie. *Zentralblatt Für Chir.* 2012;137(06):541-8.
5. Spanos CP, Spanos MP. Subvesical bile duct and the importance of the critical view of safety: Report of a case. *Int J Surg Case Rep.* 2019;60:13-5.
6. Matsui Y, Hirooka S, Kon M. Management of injury to ducts of Luschka during cholecystectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* 2019;101(3):225-225.

7. Pineño-Flores C, Segura-Sampedro JJ, García-Pérez JM, Soldevila-Verdeguer C, Palma-Zamora E, González-Argenté FX. Subvesical duct injury resolved by percutaneous drainage. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(3):172-4.

8. Reddy S, Lopes Vendrami C, Mittal P, Borhani AA, Moreno CC, Miller FH. MRI evaluation of bile duct injuries and other post-cholecystectomy complications. *Abdom Radiol*. 2021;46(7):3086-104.

9. the Prevention of Bile Duct Injury Consensus Work Group, Michael Brunt L, Deziel DJ, Telem DA, Strasberg SM, Aggarwal R, et al. Safe cholecystectomy multi-society practice guideline and state-of-the-art consensus conference on prevention of bile duct injury during cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2020;34(7):2827-55.

10. Thomas MN, Stippel DL. Management of bile duct injuries. *Chir Z Alle Geb Oper Medizen*. 2020;91(1):18-22.