

ont été administré mais on assisté à une dégradation rapide de son état clinique avec décès de la patiente dans un tableau d'engagement cérébral.

### Conclusion

Le choriocarcinome cervical est une entité très rare. Généralement il est de bon pronostic même à des stades avancés, cependant les localisations cérébrales et hépatiques représentent des facteurs de mauvais pronostic.

### Références

- 1- Fu Y, Lu W, Zhou C, Xie X. Primary cervical choriocarcinoma : report of four cases and literature review. *Int J Gynecol Cancer*, 2007; 17 : 715-9.
- 2- Golfier F, Frappart L, Schott AM, Raudrant D. Plaidoyer pour la création de centres de référence des maladies trophoblastiques en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 : 538-47
- 3- Saito M, Azuma T, Nakumura K. On ectopic choriocarcinoma. *World Obstet Gynecol* 1965 ; 17 :459-84
- 4- Izildinha M, Odair CM, Paulo T, Paula H, Marilza CR. Primary non-gestational choriocarcinoma of the uterine cervix : Acase report. *Gynecol Oncol* 2005; 98 : 146-150
- 5- Abboud J ; Attieh E ; Afif N ; Chalhoub S. Primary choriocarcinoma of the cervix. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23 : 149-51.

*Malek-mellouli Monia, Ben Amara Fethi, Driss Maha\*, Reziga H.*

- *Service de gynécologie obstétrique "B"*

*Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis.*

*Faculté de médecine de Tunis, Université El Manar.*

- *\*Service d'anatomie pathologique, Institut Salah Azaiez, Tunis.*

## La duplication de la vésicule biliaire.

La duplication de la vésicule biliaire est une malformation congénitale rare, qui survient dans environ une sur 4000 naissances (1). Elle du à un bourgeonnement exubérant au niveau de l'arbre biliaire lors de la division du bourgeon caudal du diverticule hépatique, et ce entre la 5<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> semaine de la vie embryonnaire (2). Sur le plan anatomopathologique, Boyden a élaboré une classification qui distingue la 'Vesica fellea divisa' et la 'Vesica fellea duplex' en fonction du nombre et des rapports des canaux cystiques. La première se caractérise par l'existence d'un seul collet vésiculaire et un canal cystique commun, la vésicule biliaire peut être double ou bifide. Alors que la deuxième est définie par l'existence de deux canaux cystiques et dans ce groupe on distingue deux formes : la forme en 'Y' ou les deux canaux cystiques s'unissent avant de s'ouvrir dans la voie biliaire principale et la forme en 'H' ou les deux canaux cystiques s'abouchent séparément au niveau du canal cholédoque (1). Cette anomalie congénitale est importante à connaître par les chirurgiens du fait des variations anatomiques associées du canal cystique et de l'artère hépatique surtout droite, dont il faut tenir compte afin de réduire le risque de complication vasculaire et biliaire peropératoire (3). Les examens complémentaires qui sont utiles pour le diagnostic et

la classification, sont la cholangio-IRM et la TDM hélicoïdale (4). Les indications opératoires sont les mêmes que pour une vésicule biliaire unique (3). La cholécystectomie préventive en cas de découverte fortuite de cette malformation n'est pas recommandée vu qu'il n'a pas été démontré de surcroît de morbidité induite par la duplication de la vésicule biliaire (5). Lorsque l'indication d'une cholécystectomie est retenue, l'ablation des deux vésicules biliaires est de mise, associée obligatoirement à une cholangiographie peropératoire afin de prévenir, détecter et traiter à temps une plaie des voies biliaires (5). La voie d'abord laparoscopique a été déjà réalisée par plusieurs auteurs sans incidents en utilisant le même nombre et la même disposition des trocarts que pour une vésicule biliaire unique (6,7).

### But

Rapporter une nouvelle observation d'une duplication de la vésicule biliaire.

### Observation

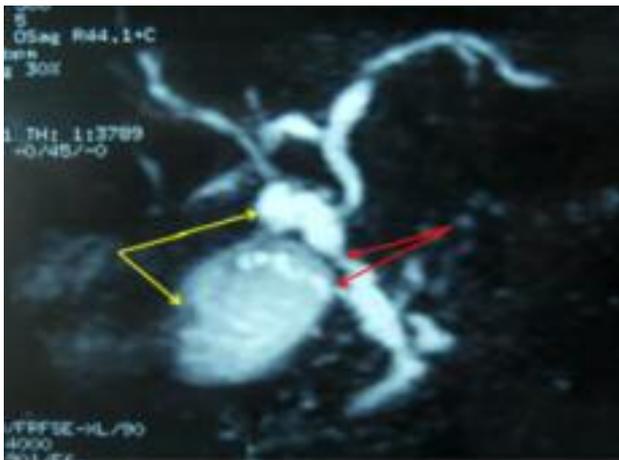
Une patiente âgée de 35 ans, a présenté une semaine avant son admission une douleur de l'hypochondre droit irradiant vers l'épaule droite, sans fièvre ni ictère. L'examen physique était sans anomalie, en particulier un signe de Murphy négatif. L'échographie abdominale avait objectivé la présence de deux vésicules biliaires dont l'une était lithiasique (Figure 1).

**Figure 1** :Echographie abdominale : Présence de deux vésicules biliaires juxtaposées, et accolées au foie.



Les voies biliaires étaient fines. La biologie était sans anomalies, en particulier il n'y avait ni cholestase ni syndrome inflammatoire biologique. Afin de mieux étudier cette anomalie congénitale et de rechercher d'autres anomalies biliaires associées, une bili-IRM était demandée, celle-ci avait objectivé la présence de deux vésicules biliaires, qui s'abouchaient dans la voie biliaire principale par deux canaux cystiques différents (Figure 2). La patiente était opérée par voie coelioscopique, selon la position Française, avec mise en place de quatre trocarts en position habituelle. L'exploration peropératoire avait confirmé la duplication vésiculaire en forme de H.

**Figure 2:** Bili-IRM : présence de deux vésicules biliaires dont chacune s'abouche au niveau de la voie biliaire principale par un canal cystique propre. Flèche jaune : les deux vésicules biliaires. Flèche rouge : les deux canaux cystiques



Il a été réalisé une dissection des deux pédicules cystiques jusqu'au bord droit de la voie biliaire principale (Figure 3).

**Figure 3:** Vue per-opératoire (voie coelioscopique) qui objective les voies biliaires extra-hépatique. (1) voie biliaire principale, (2) artère cystique, (3) les deux vésicules biliaires, (4) les deux canaux cystiques.



A travers le canal cystique distal, il a été réalisé, une cysticotomie, une intubation du canal cystique par un drain trans-cystique pour la réalisation de la cholangiographie peropératoire (Figure 4). Celle-ci avait confirmé les données de l'imagerie pré-opératoire, par ailleurs, il n'y avait pas d'autres anomalies biliaires associées intra ou extra-hépatique. L'ablation des deux vésicules biliaires était réalisée, de proche en proche sans incident. Les suites opératoires étaient simples. La patiente était mise sortante le premier jour post-opératoire. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire n'avait pas objectivé de foyer de dégénérescence.

**Figure 4 :** Cholangiographie per-opératoire : qui confirme la duplication de la vésicule biliaire et l'absence de variante anatomique biliaire associée. Flèches blanches : (Une) canal cystique distal (Deux) canal cystique proximal (Trois) convergence biliaire supérieure (Quatre) la deuxième vésicule biliaire. En pointillé noir : la voie biliaire principale.



La patiente a été revue après un recul de six mois avec un examen clinique sans anomalie.

### Conclusion

La duplication de la vésicule biliaire est une malformation congénitale rare. Les anomalies congénitales de la vésicule biliaire sont associées à un risque accru de complication après cholécystectomie, en particulier lorsque celle-ci est réalisée par voie coelioscopique, d'où l'importance de l'imagerie et donc d'un diagnostic préopératoire. L'ablation des deux vésicules biliaires par voie coelioscopique avec obligatoirement une cholangiographie per-opératoire représente le traitement de choix.

### Références

1. Boyden EA. The accessory gallbladder: an embryological and comparative study of aberrant biliary vesicles occurring in man and the domestic mammals. *American Journal of Anatomy* 1926 ;38 :177-231.
2. Lamah M, Karanjia N.D, Dickson G.H. Anatomical variations of the extrahepatic biliary tree: review of the world literature. *Clinical Anatomy* 2001 ;14 :167-72
3. Desolneux G, Mucci S, Lebigot J, Arnaud JP, Hamy A. Duplication of the gallbladder. A case report. *Gastroenterol Res Pract.* 2009;2009:483473. Epub 2009 Nov 30
4. Ozgen A, Akata D, Arat A, Demirkazik F.B, Ozmen M.N, Akhan O. Gallbladder duplication: imaging findings and differential considerations. *Abdominal Imaging* 1999 ;24 :285-8
5. Gigot J.-F, Van Beers B, Goncette L, et al. Laparoscopic treatment of gallbladder duplication: a plea for removal of both gallbladders. *Surgical Endoscopy* 1997 ;11 :479-82
6. Nakashima S, Fukuda K, Kinoshita O, Nagata H, Furutani A, Masuyama M. Case of laparoscopic cholecystectomy for a double gallbladder. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi* 2009 ;106 :91-7
7. Nursal T.Z, Ulsan S, Tercan F et al. Laparoscopic management of gallbladder duplication. *International Surgery*, 2007 ;92 :195-7

**Makni A, Daghfous A, Ayadi S, Jouini M, Kacem MJ, Ben Safta Z.**

\* Service de chirurgie 'A' hôpital La Rabta Tunis.