

UNIVERSITE MOHAMMED V –SOUISSI–  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE –RABAT

ANNEE : 2014

THESE N°: 81

**LA PAPILLOMATOSE DES VOIES BILIAIRES  
A PROPOS D'UN CAS, AVEC REVUE DE LA  
LITTÉRATURE  
THÈSE**

*Présentée et soutenue publiquement le :.....*

PAR

**Mlle. Meryem OUDIB**

*Née le 01/01/1987*

Médecin interne du CHU Ibn Sina Rabat

**Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine**

**MOTS CLES:** voies biliaires, papillomatose, ictère, Bili-IRM, histologie.

**MEMBRES DE JURY**

**Pr. R.MOUHCINE**

Professeur de Chirurgie générale

**Pr. A.ZENTAR**

Professeur de Chirurgie générale

**Pr. M.MAHI**

Professeur de Radiologie

**Pr. H.SEDDIK**

Professeur de Gastro-entérologie

**Pr. M.OUKABLI**

Professeur d'Anatomie pathologique

**PRESIDENT**

**RAPPORTEUR**

**JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا  
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَلِّ عَلَى اللَّهِ الْعَظِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969	: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013	: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

**ADMINISTRATION :**

<i>Doyen</i>	: Professeur Mohamed ADNAOUI
<i>Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes</i>	Professeur Mohammed AHALLAT
<i>Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération</i>	Professeur Taoufiq DAKKA
<i>Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie</i>	Professeur Jamal TAOUFIK
<i>Secrétaire Général</i>	: Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHEERCHEURS MEDECINS  
ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Mai et Octobre 1981**

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

**Mai et Novembre 1982**

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

**Novembre 1983**

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

**Décembre 1984**

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Chirurgie

**Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie



**Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. AJANA Ali  
 Pr. CHAHED OUZZANI Houria  
 Pr. EL YAACOUBI Moradh  
 Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah  
 Pr. LACHKAR Hassan  
 Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Gastro-Entérologie  
 Médecine Interne  
 Neurologie

**Décembre 1988**

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib  
 Pr. DAFIRI Rachida  
 Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique  
 Radiologie  
 Traumatologie Orthopédie

**Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990**

Pr. ADNAOUI Mohamed  
 Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali\*  
 Pr. CHAD Bouziane  
 Pr. CHKOFF Rachid  
 Pr. HACHIM Mohammed\*  
 Pr. KHARBACH Aïcha  
 Pr. MANSOURI Fatima  
 Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda  
 Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine Interne  
 Cardiologie  
 Pathologie Chirurgicale  
 Pathologie Chirurgicale  
 Médecine-Interne  
 Gynécologie -Obstétrique  
 Anatomie-Pathologique  
 Neurologie  
 Anesthésie Réanimation

**Février Avril Juillet et Décembre 1991**

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
 Pr. AZZOUZI Abderrahim  
 Pr. BAYAHIA Rabéa  
 Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
 Pr. BENABDELLAH Chahrazad  
 Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
 Pr. BENSOUDA Yahia  
 Pr. BERRAHO Amina  
 Pr. BEZZAD Rachid  
 Pr. CHABRAOUI Layachi  
 Pr. CHERRAH Yahia  
 Pr. CHOKAIRI Omar  
 Pr. JANATI Idrissi Mohamed\*  
 Pr. KHATTAB Mohamed  
 Pr. SOULAYMANI Rachida  
 Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique  
 Anesthésie Réanimation  
 Néphrologie  
 Chirurgie Générale  
 Hématologie  
 Chirurgie Générale  
 Pharmacie galénique  
 Ophtalmologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Biochimie et Chimie  
 Pharmacologie  
 Histologie Embryologie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Pharmacologie  
 Chimie thérapeutique

**Décembre 1992**

Pr. AHALLAT Mohamed  
 Pr. BENSOUDA Adil  
 Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
 Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza  
 Pr. CHRAIBI Chafiq  
 Pr. DAOUDI Rajae  
 Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
 Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale  
 Anesthésie Réanimation  
 Radiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Ophtalmologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Neurochirurgie



Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. OUZZANI Taibi Med Charaf Eddine  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

#### **Mars 1994**

Pr. BENJAAFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid  
Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. EL AOUAD Rajae  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed  
Pr. EL HASSANI My Rachid  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. MOUDENE Ahmed\*  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

#### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BRAHMI Rida Slimane  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. EL ABBADI Najia  
Pr. HANINE Ahmed\*  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

#### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbas

Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Gynécologie Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Gynécologie Obstétrique  
Immunologie  
Traumato-Orthopédie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Traumatologie- Orthopédie  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie  
Ophtalmologie  
Neurochirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale



Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed  
Pr. MANSOURI Aziz\*  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOVAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. MOHAMMADI Mohamed  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. CHAOUIR Souad\*  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. GUEDDARI Fatima Zohra  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Noureddine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. OUAHABI Hamid\*  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

### **Novembre 1998**

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. EZZAITOUNI Fatima  
Pr. LAZRAK Khalid \*  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*  
Pr. LABRAIMI Ahmed\*

### **Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd

Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie  
Urologie  
Radiothérapie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Radiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Neurologie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie  
Neurologie  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Néphrologie  
Traumatologie Orthopédie  
Hématologie  
Cardiologie  
Anatomie Pathologique

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie



Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. EL OTMANY Azzedine  
Pr. ISMAILI Mohamed Hatim  
Pr. ISMAILI Hassane\*  
Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

### **Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AIT OURHROUI Mohamed  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. HSSAIDA Rachid\*  
Pr. LAHLOU Abdou  
Pr. MAFTAH Mohamed\*  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. NASSIH Mohamed\*  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

### **Décembre 2000**

Pr. ZOHAI ABDELAH\*

### **Décembre 2001**

Pr. ABABOU Adil  
Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BELMEKKI Mohammed  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOUACHANE Thami  
Pr. BENYOUSSEF Khalil  
Pr. BERRADA Rachid  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*

Pneumo-ptisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-ptisiologie  
Neurochirurgie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

Neurologie  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Neurochirurgie  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Ophtalmologie  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-ptisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Dermatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale



Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL MOUSSAIF Hamid  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
Pr. GOURINDA Hassan  
Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABBAJ Saad  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim  
Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
Pr. MEDARHRI Jalil  
Pr. MIKDAME Mohammed\*  
Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBAH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

### **Décembre 2002**

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
Pr. AMEUR Ahmed \*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef \*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya\*  
Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
Pr. CHKIRATE Bouchra  
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
Pr. EL BARNOUSSI Leila  
Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
Pr. EL MANSARI Omar\*  
Pr. ES-SADEL Abdelhamid  
Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
Pr. HADDOUR Leila  
Pr. HAJJI Zakia  
Pr. IKEN Ali  
Pr. ISMAEL Farid  
Pr. JAAFAR Abdelouhab\*  
Pr. KRIOUILE Yamina  
Pr. LAGHMARI Mina  
Pr. MABROUK Hfid\*  
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*

Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Médecine Interne  
Chirurgie Générale  
Hématologie Clinique  
Chirurgie Générale  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Psychiatrie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique  
Gynécologie Obstétrique  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Urologie  
Traumatologie Orthopédie  
Traumatologie Orthopédie  
Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gynécologie Obstétrique



Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid\*  
Pr. NAITLHO Abdelhamid\*  
Pr. OUJILAL Abdelilah  
Pr. RACHID Khalid \*  
Pr. RAISS Mohamed  
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
Pr. RHOU Hakima  
Pr. SIAH Samir \*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

#### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHABOUZE Samira  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. LEZREK Mohammed\*  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

#### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENHALIMA Hanane  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila

Cardiologie  
Médecine Interne  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Néphrologie  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Gynécologie Obstétrique  
Traumatologie Orthopédie  
Urologie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Pédiatrie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie (mise en disposition)



Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

### Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

### Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Said\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. ESSAMRI Wafaa  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. GHADOUANE Mohammed\*  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

### Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
Pr. AMHAJJI Larbi\*  
Pr. AMMAR Haddou\*

Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio - Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Gastro-entérologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Urologie  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo – Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie cardio vasculaire  
Traumatologie orthopédie  
ORL



Pr. AOUI Sarra  
 Pr. BAITE Abdelouahed\*  
 Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
 Pr. BENZIANE Hamid\*  
 Pr. BOUTIMZIANE Nourdine  
 Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
 Pr. ELABSI Mohamed  
 Pr. EL BEKKALI Youssef\*  
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 Pr. EL OMARI Fatima  
 Pr. GANA Rachid  
 Pr. GHARIB Nouredine  
 Pr. HADADI Khalid\*  
 Pr. ICHOU Mohamed\*  
 Pr. ISMAILI Nadia  
 Pr. KEBDANI Tayeb  
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
 Pr. LOUZI Lhoussain\*  
 Pr. MADANI Naoufel  
 Pr. MAHI Mohamed\*  
 Pr. MARC Karima  
 Pr. MASRAR Azlarab  
 Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid  
 Pr. MOUTAJ Redouane \*  
 Pr. MRABET Mustapha\*  
 Pr. MRANI Saad\*  
 Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 Pr. RABHI Monsef\*  
 Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
 Pr. SEFFAR Myriame  
 Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
 Pr. SIFAT Hassan\*  
 Pr. TABERKANET Mustafa\*  
 Pr. TACHFOUTI Samira  
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 Pr. TANANE Mansour\*  
 Pr. TLIGUI Houssain  
 Pr. TOUATI Zakia

### Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

### Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
 Pr TAHIRI My El Hassan\*

### Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
 Pr. AGDR Aomar\*

Parasitologie  
 Anesthésie réanimation  
 Biochimie-chimie  
 Pharmacie clinique  
 Ophtalmologie  
 Pharmacie galénique  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie cardio vasculaire  
 Anesthésie réanimation  
 Psychiatrie  
 Neuro chirurgie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Radiothérapie  
 Oncologie médicale  
 Dermatologie  
 Radiothérapie  
 Anesthésie réanimation  
 Microbiologie  
 Réanimation médicale  
 Radiologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Hématologique  
 Anesthésier réanimation  
 Parasitologie  
 Médecine préventive santé publique et hygiène  
 Virologie  
 Biochimie-chimie  
 Médecine interne  
 Radiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Radiothérapie  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale

Médecine interne  
 Pédiatre



Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
 Pr. AKHADDAR Ali\*  
 Pr. ALLALI Nazik  
 Pr. AMAHZOUNE Brahim\*  
 Pr. AMINE Bouchra  
 Pr. ARKHA Yassir  
 Pr. AZENDOUR Hicham\*  
 Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
 Pr. BJIJOU Younes  
 Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
 Pr. BOUI Mohammed\*  
 Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
 Pr. CHAKOUR Mohammed \*  
 Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
 Pr. DOGHMI Kamal\*  
 Pr. EL MALKI Hadj Omar  
 Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
 Pr. ENNIBI Khalid\*  
 Pr. FATHI Khalid  
 Pr. HASSIKOU Hasna \*  
 Pr. KABBAJ Nawal  
 Pr. KABIRI Meryem  
 Pr. KADI Said \*  
 Pr. KARBOUBI Lamya  
 Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
 Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
 Pr. MARMADE Lahcen  
 Pr. MESKINI Toufik  
 Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
 Pr. MSSROURI Rahal  
 Pr. NASSAR Ittimade  
 Pr. OUKERRAJ Latifa  
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*  
 Pr. ZOUHAIR Said\*

Chirurgie Générale  
 Neurologie  
 Neuro-chirurgie  
 Radiologie  
 Chirurgie Cardio-vasculaire  
 Rhumatologie  
 Neuro-chirurgie  
 Anesthésie Réanimation  
 Anesthésie Réanimation  
 Anatomie  
 Biochimie-chimie  
 Dermatologie  
 Chirurgie Générale  
 Traumatologie orthopédique  
 Hématologie biologique  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Hématologie clinique  
 Chirurgie Générale  
 Microbiologie  
 Médecine interne  
 Gynécologie obstétrique  
 Rhumatologie  
 Gastro-entérologie  
 Pédiatrie  
 Traumatologie orthopédique  
 Pédiatrie  
 Microbiologie  
 Chimie Thérapeutique  
 Chirurgie Cardio-vasculaire  
 Pédiatrie  
 Hématologie biologique  
 Chirurgie Générale  
 Radiologie  
 Cardiologie  
 Pneumo-ptisiologie  
 Microbiologie

**PROFESSEURS AGREGES :**

**Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
 Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
 Pr. BELAGUID Abdelaziz  
 Pr. BOUAITY Brahim\*  
 Pr. CHADLI Mariama\*  
 Pr. CHEMSI Mohamed\*

Anesthésie réanimation  
 Médecine interne  
 Physiologie  
 ORL  
 Microbiologie  
 Médecine aéronautique



Pr. DAMI Abdellah\*  
 Pr. DARBI Abdellatif\*  
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
 Pr. EL HAFIDI Naima  
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
 Pr. EL MAZOUZ Samir  
 Pr. EL SAYEGH Hachem  
 Pr. ERRABIH Ikram  
 Pr. LAMALMI Najat  
 Pr. LEZREK Mounir  
 Pr. MALIH Mohamed\*  
 Pr. MOSADIK Ahlam  
 Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
 Pr. NAZIH Mouna\*  
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

### **Mai 2012**

Pr. AMRANI Abdelouahed  
 Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
 Pr. BELAIZI Mohamed\*  
 Pr. BENCHEBBA Drissi\*  
 Pr. DRISSI Mohamed\*  
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
 Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
 Pr. ER-RAJI Mounir  
 Pr. JAHID Ahmed  
 Pr. MEHSSANI Jamal\*  
 Pr. RAISSOUNI Maha\*

### **Février 2013**

Pr. AHID Samir  
 Pr. AIT EL CADI Mina  
 Pr. AMRANI HANCI Laila  
 Pr. AMOUR Mourad  
 Pr. AWAB Almahdi  
 Pr. BELAYACHI Jihane  
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
 Pr. BENCHEKROUN Laila  
 Pr. BENKIRANE Souad  
 Pr. BENNANA Ahmed\*  
 Pr. BENSEFFAJ Nadia  
 Pr. BENSghir Mustapha\*  
 Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
 Pr. BOUATIA Mustapha  
 Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
 Pr. CHAIB Ali\*  
 Pr. DENDANE Tarek  
 Pr. DINI Nouzha\*  
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali

Biochimie chimie  
 Radiologie  
 Chirurgie pédiatrique  
 Pédiatrie  
 Radiologie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Urologie  
 Gastro entérologie  
 Anatomie pathologique  
 Ophtalmologie  
 Pédiatrie  
 Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie générale  
 Hématologie  
 Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique  
 Anesthésie Réanimation  
 Psychiatrie  
 Traumatologie Orthopédique  
 Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale  
 Médecine Interne  
 Pneumophtisiologie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Anatomie pathologique  
 Psychiatrie  
 Cardiologie

Pharmacologie – Chimie  
 Toxicologie  
 Gastro-ENT2ROLOGIE  
 Anesthésie Réanimation  
 Anesthésie Réanimation  
 Réanimation Médicale  
 Anesthésie Réanimation  
 Biochimie-Chimie  
 Hématologie  
 Informatique Pharmaceutique  
 Immunologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Néphrologie  
 Chimie Analytique  
 Traumatologie Orthopédie  
 Anatomie  
 Cardiologie  
 Réanimation Médicale  
 Pédiatrie  
 Anesthésie Réanimation



Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
 Pr. ELFATEMI Nizare  
 Pr. EL HARTI Jaouad  
 Pr. EL JOUDI Rachid\*  
 Pr. EL KABABRI Maria  
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
 Pr. EL KHLOUFI Samir  
 Pr. EL KORAICHI Alae  
 Pr. EN-NOUALI Hassane\*  
 Pr. ERRGUIG Laila  
 Pr. FIKRI Meryim  
 Pr. GHANIMI Zineb  
 Pr. GHFIR Imade  
 Pr. IMANE Zineb  
 Pr. IRAQI Hind  
 Pr. KABBAJ Hakima  
 Pr. KADIRI Mohamed\*  
 Pr. LATIB Rachida  
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra  
 Pr. MEDDAH Bouchra  
 Pr. MELHAOUI Adyl  
 Pr. MRABTI Hind  
 Pr. NEJJARI Rachid  
 Pr. OUKABLI Mohamed\*  
 Pr. RAHALI Younes  
 Pr. RATBI Ilham  
 Pr. RAHMANI Mounia  
 Pr. REDA Karim\*  
 Pr. REGRAGUI Wafa  
 Pr. RKAIN Hanan  
 Pr. ROSTOM Samira  
 Pr. ROUAS Lamiaa  
 Pr. ROUIBAA Fedoua\*  
 Pr. SALIHOUN Mouna  
 Pr. SAYAH Rochde  
 Pr. SEDDIK Hassan\*  
 Pr. ZERHOUNI Hicham  
 Pr. ZINE Ali\*

Radiologie  
 Neuro-Chirurgie  
 Chimie Thérapeutique  
 Toxicologie  
 Pédiatrie  
 Anatomie Pathologie  
 Anatomie  
 Anesthésie Réanimation  
 Radiologie  
 Physiologie  
 Radiologie  
 Pédiatrie  
 Médecine Nucléaire  
 Pédiatrie  
 Endocrinologie et maladies métaboliques  
 Microbiologie  
 Psychiatrie  
 Radiologie  
 Médecine Interne  
 Pharmacologie  
 Neuro-chirurgie  
 Oncologie Médicale  
 Pharmacognosie  
 Anatomie Pathologique  
 Pharmacie Galénique  
 Génétique  
 Neurologie  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Physiologie  
 Rhumatologie  
 Anatomie Pathologique  
 Gastro-Entérologie  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Traumatologie Orthopédie

### **Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim\*  
 Pr. GHOUNDALE Omar\*  
 Pr. ZYANI Mohammad\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Urologie  
 Médecine Interne

**\*Enseignants Militaires**



## 2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

### *PROFESSEURS / PRs. HABILITES*

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 13/02/2014 par le  
Service des Ressources Humaines*





# *DEDICACES*



*À ceux qui me sont les plus chers*

*À ceux qui ont toujours cru en moi*

*À ceux qui m'ont toujours encouragé*

*✍ Je dédie cette thèse à ... 🌸*

## *A ma très chère mère*

*Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.*

*Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.*

*Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.*

*Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.*

## *A mon cher père*

*Ce modeste travail est le fruit de tous sacrifices déployés pour notre  
éducation.*

*Vous avez toujours souhaité le meilleur pour nous.*

*Vous avez fournis beaucoup d'efforts aussi bien physiques et  
moraux à notre égard.*

*Vous n'avez jamais cessé de nous encourager et de prier pour nous.*

*C'est grâce à vos percepts que nous avons appris à compter sur  
nous-mêmes.*

*Vous méritez sans conteste qu'on vous décerne les prix « Père  
Exemplaire ».*

*Père : je t'aime et j'implore le tout puissant pour qu'il t'accorde une  
bonne santé et une vie heureuse.*

## *A mon très cher frère :*

*Veillez trouvez dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon attachement le plus profond.*

## *A ma très chère petite sœur :*

*En témoignage de toute l'affection et des profonds sentiments fraternels que je te porte et de l'attachement qui nous unit.*

*Je te souhaite du bonheur et du succès dans toute ta vie*

## *A ma chère grande sœur, et sa petite famille*

*Ta préoccupation était toujours celle d'une grande sœur  
Merci ma très chère sœur pour ton affection, ton soutien*

*Je vous souhaite un grand bonheur dans votre vie conjugale ainsi que dans ton lien maternel. Que Dieu vous protège*

*A mes très chers grands parents maternels :*

*Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour vous.*

*Je vous remercie pour tout le soutien exemplaire et l'amour  
exceptionnel que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que  
votre bénédiction m'accompagnera toujours.*

*Que dieu, le tout puissant, vous protège et vous procure bonne santé,  
longue vie et bonheur*

*A la mémoire de mes chers grands parents paternels*

*J'aurais bien aimé que vous soyez parmi nous pour que vous me  
partagiez ce bonheur.*

*Puisse ce travail être une prière pour le repos de vos âmes.*

*Puisse dieu vous réserver sa clémence et bien large miséricorde et  
vous accueillir en son vaste paradis auprès des prophètes et des saints.*

*À tous mes oncles et tantes*

*Je cite particulièrement ma très chère tante Naima*

*Aucune expression ne pourrait exprimer à sa juste valeur, le respect et l'estime que je vous dois.*

*J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés, et je vous souhaite beaucoup de bonheur et de réussite.*

*Je vous dédie en termes de reconnaissance pour tout l'encouragement le soutien et en témoignage de gratitude et d'attachement.*

*À tous mes cousins et cousines*

*À tous les membres de ma famille, petits et grands*

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère*

## *A TOUS MES AMIS*

*Amine, Salim , Othman, Anas, Taoufik, Nazih, Louai, Anass, Nidal,  
El Hadi, Redouane, Tarik, Houssam, Youness, Yasser, Amal, Sanaa,  
Hind, Soukaina, hajare, Ghita, Fatima-zohra, Ahlame, Hanae, Salwa,  
Bouthainah, Meryem, Wafae, Radia, Ihssane, Najlae, Zineb,  
Ghizlane, Fadwa.....*

*Nous voilà arrivés à la fin d'un long et difficile parcours. Vous êtes plus que des amis, vous êtes sœurs et frères. Vous étiez toujours présents pour me soutenir, m'écouter et me gâter, vous m'avez beaucoup aidée, je vous en serai toujours reconnaissante.*

*Je vous aime et je vous dédie ce modeste travail.*



# *REMERCIEMENTS*



*A notre maître et Président de thèse*

*MR RAOUF MOUHCINE*

*Professeur de Chirurgie générale*

*CHU IBN SINA RABAT*

*Nous vous remercions pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.*

*Votre compétence, votre dynamisme, ainsi que vos qualités humaines et professionnelles exemplaires ont toujours suscité notre admiration.*

*Qu'il soit permis, cher maître, de vous exprimer notre sincère reconnaissance, notre profond respect et notre plus grande estime.*

*A notre maître et rapporteur de thèse*

*Mr AZIZ ZENTAR*

*Professeur de Chirurgie générale*

*HMIMV RABAT*

*Vous nous avez inspiré le sujet de thèse, vous nous avez guidé tout au long de son élaboration, avec bienveillance et compréhension, flexibilité et disponibilité ont été les qualités les plus marquantes au cours de cette collaboration. Votre accueil si simple, pour l'un de vos élèves, vos qualités humaines rares, vos qualités professionnelles ont été un enseignant complémentaire pour notre vie professionnelle et privée.*

*Veillez accepter ici, cher maître, l'expression de notre gratitude et l'expression de notre profonde reconnaissance*

*A notre maître et juge de thèse*  
*Mr. MOHAMED MAHI*  
*Professeur agrégé en Radiologie*  
*HMIMV RABAT*

*C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse. Nous avons toujours été impressionnés par vos qualités humaines et professionnelles.*

*Veillez agréer, cher maître, nos dévouements et notre éternelle reconnaissance.*

*A notre maître et juge de thèse*  
*Mr HASSAN ESSADIK*  
*Professeur agrégé en Gastro-entérologie*  
*HMIMV RABAT*

*Permettez nous de vous remercier pour avoir si gentiment accepté de faire partie de nos juges.*

*En dehors de vos connaissances claires et précises, dont nous avons bénéficié, vos remarquables qualités humaines et professionnelles méritent toute admiration et tout respect.*

*Veillez trouver ici le témoignage respectueux de notre reconnaissance et admiration.*

*A notre maître et juge de thèse*  
*Mr MOHAMED OUKABLI*  
*Professeur agrégé en Anatomie pathologique*  
*HMIMV RABAT*

*Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.*

*Veillez croire, cher maître, à l'assurance de notre respect et notre considération.*

## LISTE DES ABREVIATIONS

**TDM** : tomodensitométrie

**IRM** : imagerie par résonance magnétique

**CPRE** : cholangiopancréatographie endoscopique rétrograde

**VBP** : voie biliaire principale

**VBIH** : voies biliaires intra hépatiques

**VBEH** : voies biliaires extra hépatiques

**PC** : produit de contraste

**GGT** : gamma glutamyl transférase

**PAL** : phosphatases alcalines

**VB** : vésicule biliaire

**PB** : papillomatose biliaire

**IV** : intra veineux

**ADP** : adénopathies

**CIS** : carcinome in situ

**TH** : transplantation hépatique

**MBP** : papillomatose biliaire mucosécrétante

**NMBP** : papillomatose biliaire non mucosécrétante

**Echog** : échographie

**HJ** : hépato-jéjunostomie

# SOMMAIRE

Introduction .....	1
chapitre 1 : Observation .....	1
1) Clinique .....	1
2) Exploration paraclinique .....	4
3) Traitement .....	9
4) Examen anatomopathologique .....	11
Chapitre 2 : Discussion.....	15
I. But du travail .....	15
II. Historique .....	15
III. Rappel .....	15
1) Rappel embryologique.....	16
2) Rappel anatomique .....	17
3) Rappel histologique.....	28
IV. Etiopathogénie.....	30
V. Etude épidémiologique.....	31
1) Fréquence .....	31
2) Age .....	32
3) Sexe .....	33
4) Localisation .....	34
VI. Diagnostic.....	36
1) Clinique.....	36
a) Circonstances de découverte.....	36
b) Examen clinique .....	38
2) Biologie.....	39
a) Bilan standard .....	39
b) Marqueurs tumoraux.....	39
3) Radiologie .....	40
a) Radiographie standard... ..	40
b) Echographie abdominale .....	40
c) Tomodensitométrie .....	41
d) Cholangiopancreatographie endoscopique rétrograde.....	43
e) Echo endoscopie.....	45
f) Imagerie par résonance magnétique .....	47

4) Anatomopathologie .....	49
a) Introduction .....	49
b) Matériel d'étude.....	50
c) Aspect anatomique.....	50
VII. Diagnostic différentiel .....	55
a) A l'étape clinique.....	55
b) A l'étape paraclinique .....	56
c) A l'étape anatomopathologique.....	56
VIII. Traitement.....	57
1) But.....	57
2) Moyens.....	57
a) Bilan préopératoire... ..	58
b) Résécabilité.....	58
3) Stratégie chirurgicale.....	58
a) Chez les patients non éligibles à une greffe hépatique .....	59
b) Chez les patients éligibles à la transplantation hépatique .....	60
4) Traitement par photothérapie dynamique .....	61
5) Traitement palliatif.....	62
IX. Pronostic et évolution .....	63
X. Conclusion .....	65
Résumé.....	66
Annexes .....	69
Bibliographie.....	81

## **INTRODUCTION :**

La papillomatose des voies biliaires est une hyperplasie diffuse de la muqueuse dont l'aspect est celui d'un tissu mou cérébriforme, fait de multiples villosités centrées par un axe conjonctivo-vasculaire, constituées de plissements épithéliaux. Tout l'arbre biliaire peut être recouvert par ce tissu polypoïde ; même dans les formes localisées, une partie importante des voies biliaires intra ou extra hépatiques est atteinte. C'est une affection très rare, depuis le premier cas rapporté en 1894, seulement une centaine d'observations ont été publiées(1). La symptomatologie est dominée par des accès angiocholiques récidivants plus ou moins espacés, conduisant à des interventions chirurgicales itératives. Les cellules épithéliales cylindriques des villosités pouvant avoir une activité muco-sécrétoire importante. Dans la plupart des cas, les papillomes sont histologiquement bénins, mais ce diagnostic anatomopathologique peut être difficile. A côté des formes bénignes les plus fréquentes, il existe des formes avec une dégénérescence histologique, et des formes de malignité confirmée. Son diagnostic est exceptionnellement posé en préopératoire(2). Le caractère multifocale des lésions sur l'arbre biliaire et la récurrence tumorale fréquente après résection chirurgicale rendent difficile la prise en charge de cette pathologie.

Nous rapportons ici le cas d'une papillomatose des voies biliaires chez un patient de 52ans, révélée par un tableau clinique d'angiocholite, et traitée chirurgicalement. En outre, nous passerons en revue des principales caractéristiques cliniques, radiologiques, et pathologiques de cette affection.

# CHAPITRE 1 :

## OBSERVATION :

### 1) La clinique :

#### a) Identité :

Il s'agit de Monsieur A.H, âgé de 52 ans, marié, père de 04 enfants, originaire et habitant Agadir, retraité des FAR.

#### b) Motif d'hospitalisation :

prise en charge d'un ictère fébrile.

#### c) Antécédents :

##### ✓ Personnels :

- Médicaux : il n'a pas d'antécédents médicaux pathologiques notables, et il n'y a pas de notion de prise médicamenteuse, ni de contagement tuberculeux récent.

- Chirurgicaux : le patient était opéré pour cataracte en 2007.

- Toxiques : pas de notion de tabagisme passif ou actif, ni d'alcoolisme, ni de prise d'autres drogues.

- ✓ Familiaux : il n'y a pas de cas similaires dans la famille, ni la notion de maladie génétique ou générale.

#### d) Histoire de la maladie:

L'histoire de la maladie remonte à une semaine par l'apparition d'un ictère d'allure cholestatique, avec des épisodes de douleurs intermittentes de l'épigastre et de l'hypochondre droit, ainsi que des vomissements. Le tout évoluant dans un contexte de fièvre (38°) et d'amaigrissement chiffré à 20kg en 6mois.

**e) Examen clinique :**

➤ Examen général :

- Patient en assez bon état général.
- Fébrile à 38,5°
- Ictère cutaneo-muqueux.
- TA : 10/8 mmHg, Fc : 85 B/m
- Poids : 75kg

➤ Examen abdominal :

- Abdomen souple, respire normalement.
- Absence de distension ou de voussure.
- Absence de circulation veineuse collatérale.
- Présence d'une légère sensibilité de l'hypochondre droit.
- Absence d'hépatosplénomégalie.

➤ Examen cutaneo-muqueux :

- Conjonctives légèrement décolorées.
- Présence d'un ictère cutaneo-muqueux franc.
- Présence d'un mauvais état bucco-dentaire.

➤ Examen cardio-vasculaire :

- Bruits cardiaques bien perçus.
- Systole et diastole libres.
- Les pouls périphériques sont perçus de façon bilatérale et symétriques.

➤ Examen pleuro-pulmonaire :

- Patient eupnéique.
- Les vibrations vocales sont bien transmises.
- Absence de matité ou d'hyper sonorité à la percussion.

- Les murmures vésiculaires sont bien perçus.

➤ Examen des aires ganglionnaires :

- Libres.

➤ Le reste de l'examen somatique est sans particularités.

## 2) **Explorations paracliniques :**

➤ l'échographie abdominale : a trouvé:

- une distension des voies biliaires intra et extrahépatiques (VBP mesure approximativement 20mm de diamètre), qui sont le siège de multiples formations hyper échogènes bien limitées, et sans cône d'ombre postérieur.

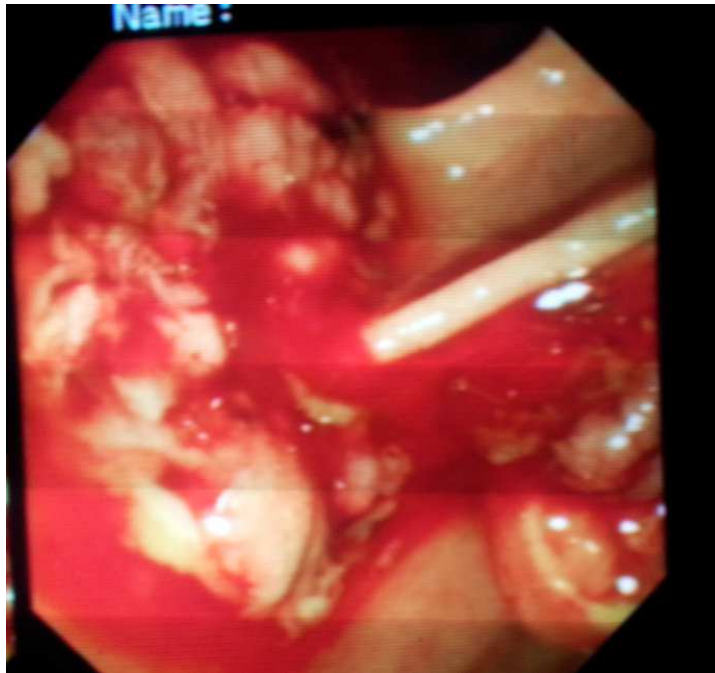
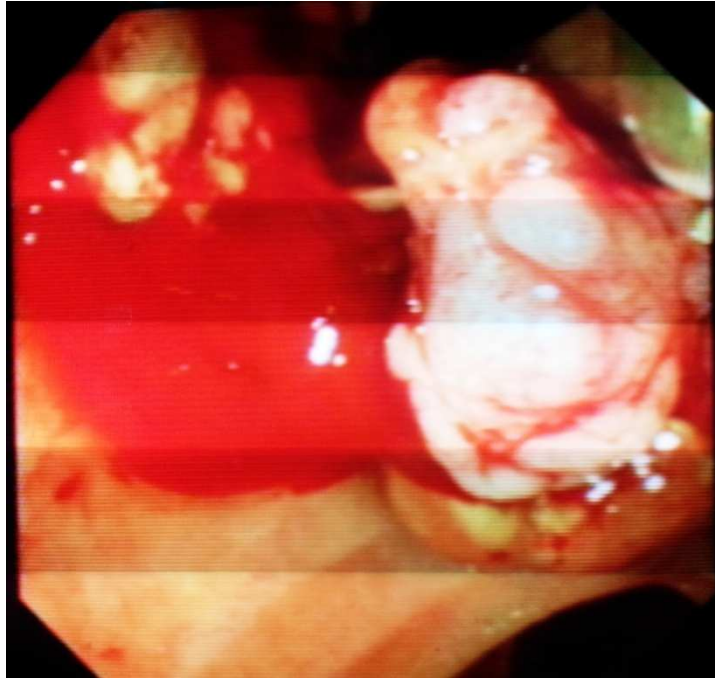
➤ la CPRE :

- Voie biliaire principale dilatée à 20mm de diamètre surtout dans sa portion moyenne.

- Présence de matériels vilieux polylobé occupant la convergence biliaire, le canal hépatique commun, et les 2/3 moyen du cholédoque ; aspect faisant évoquer une papillomatose de la voie biliaire principale.

- Le geste effectué est : une Sphinctérotomie avec issue de matériel tissulaire et vilieux hémorragique, puis mise en place d'une prothèse plastique dans le but de libérer transitoirement la VBP.

- Une biopsie a été réalisée, dont l'examen anatomopathologique était en faveur d'une papillomatose de la VBP avec dysplasie de haut grade.



**Figure a :** images endoscopiques après CPRE, montrant la présence de tissu mou fiable et polypoïde dans la VBP

➤ la TDM abdominale :

- le scanner abdominal a objectivé une distension des voies biliaires intrahépatiques.

- une distension de la voie biliaire principale mesurant 23 mm, avec présence d'un processus lésionnel de densité tissulaire, à limites irrégulières, bourgeonnant dans la VBP et les canaux hépatiques droits et gauches, étendu sur une hauteur de 8cm, avec présence d'une prothèse.

- Présence d'un foie augmenté de taille, de contours réguliers, siège de multiples lésions nodulaires.

- Une splénomégalie homogène a été retrouvée aussi.



**Figure b** : image tomodensitométrique montrant du matériel polypoïde à l'intérieur de la VBP.

➤ La Bili-IRM :

- Montre une dilatation des VBIH et de la VBP (19mm de diamètre), celle-ci est occupée par un processus tissulaire hypo intense sur toutes les séquences, faiblement rehaussé après injection du produit de contraste, mesuré à 15 mm, et étendu sur 40mm de hauteur.

- Elle a montré également un foie augmenté de taille, de contours réguliers, truffé de multiples lésions nodulaires hypo intenses en T1 et légèrement hyper intenses en T2.

- La conclusion était : un aspect radiologique en rapport avec une papillomatose dégénérée de la VBP responsable d'une dilatation en amont, associée à des métastases hépatiques.



**Figure c** : image par résonance magnétique montrant des images en hyposignal de la VBP traduisant la présence de la Papillomatose biliaire.



**Figure d**



**Figure d'**

**Figure d, d'** : Images IRM montrant un arrêt complet à la bifurcation biliaire compatible avec une tumeur Klatskin.

➤ Le bilan biologique :

- **Ionogramme sanguin** : Normal, à part une fonction rénale altérée : urée=1,00 g/l, et la créatinine= 25 mg/l.

- **NFS** : Hb= 12,5 g/dl , GB= 35.200/mm<sup>3</sup> ,Plq= 179.000/mm<sup>3</sup>

- **Bilan hépatique**: perturbé:

• Bilirubine totale: 92 mg/l

• ASAT: 141 iu/l

• ALAT: 109 iu/l

• PAL: 244 iu/l

• GGT: 325 iu/l

• Lipase: 10 u/l

- **Hémostase**: TP= 75% , TCA= 38sec/31s

- **Sérologies HVB et HVC**: négatives.

- **Marqueurs tumoraux** : CA 19-9 = élevé, ACE, alpha-FP = non faits.

### **3) Le traitement :**

Face à cette entité pathologique rare, le caractère malin a été évoqué devant la présence de nodules hépatiques. Une sphinctérotomie endoscopique avec mise en place de prothèse ont été instaurées. Le diagnostic était confirmé après étude histologique de la biopsie, le patient a bénéficié d'une ablation de la prothèse, puis il a été adressé au service de chirurgie pour prise en charge.

Une intervention chirurgicale a été décidée. Le compte rendu opératoire est le suivant :

- Patient en décubitus dorsal, sous anesthésie générale.

- Incision sous costale droite.

- L'exploration a trouvé une voie biliaire principale dilatée, avec du matériel tumoral à l'intérieur. Une choledochotomie transversale était réalisée, qui laissait apparaître une papillomatose intra choledocienne. Une résection de la voie biliaire principale était faite en haut jusqu'à la convergence biliaire supérieure, puis en bas de la voie biliaire principale rétro-pancréatique. Les limites de résection étaient saines, puis une anastomose choledocho-jéjunale sur anse en Y a été faite.

- Fermeture de la paroi plan par plan.



**Figure e :** Aspect de la pièce opératoire montrant les masses papillaires polypoides développées dans la VBP.



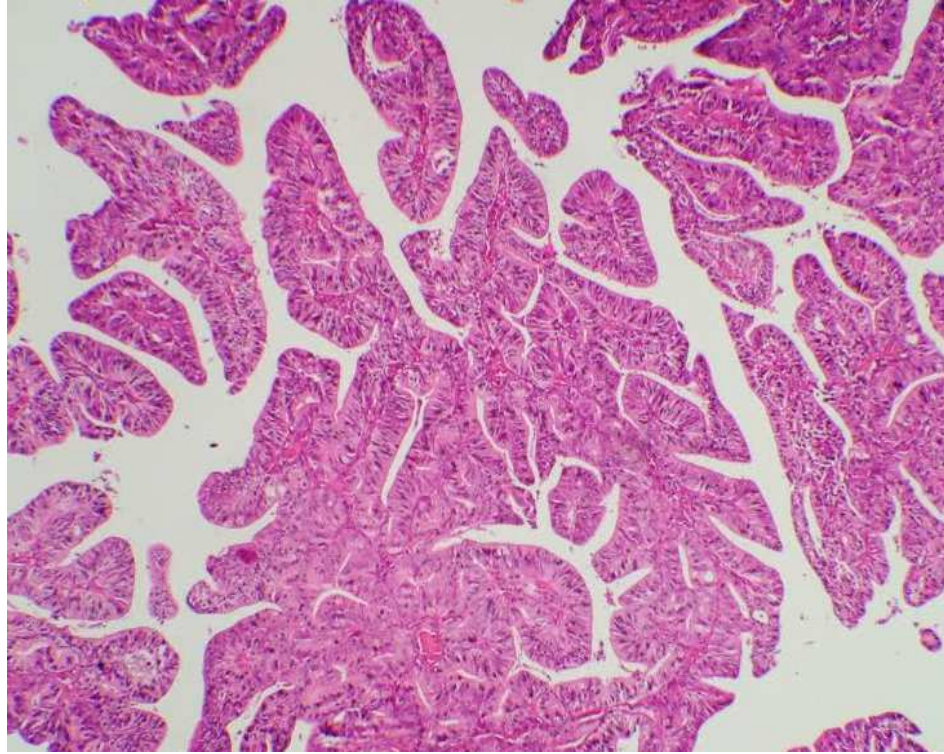
**Figure f** : Aspect de la pièce opératoire après ouverture de la voie biliaire principale.

**4) L' examen anatomopathologique :**

- Voie biliaire parvenue partiellement ouverte, mesurant 7\*1,5cm, avec image de papillome pédiculé de 3,5\*3cm, et avec présence d'un autre papillome implanté sur la tranche de section de 2\*1 cm.

- L'examen microscopique a porté sur une paroi biliaire siège de nombreuses formations polypoides, faites de papilles de taille variable, à axe fibro-vasculaire, tapissées par un épithélium cubo-cylindrique simple, fait de cellules régulières par endroit. Cet épithélium montre des images de pluristratification et des atypies cyto-nucléaires marquées, mais sans visualisation d'images d'infiltration.

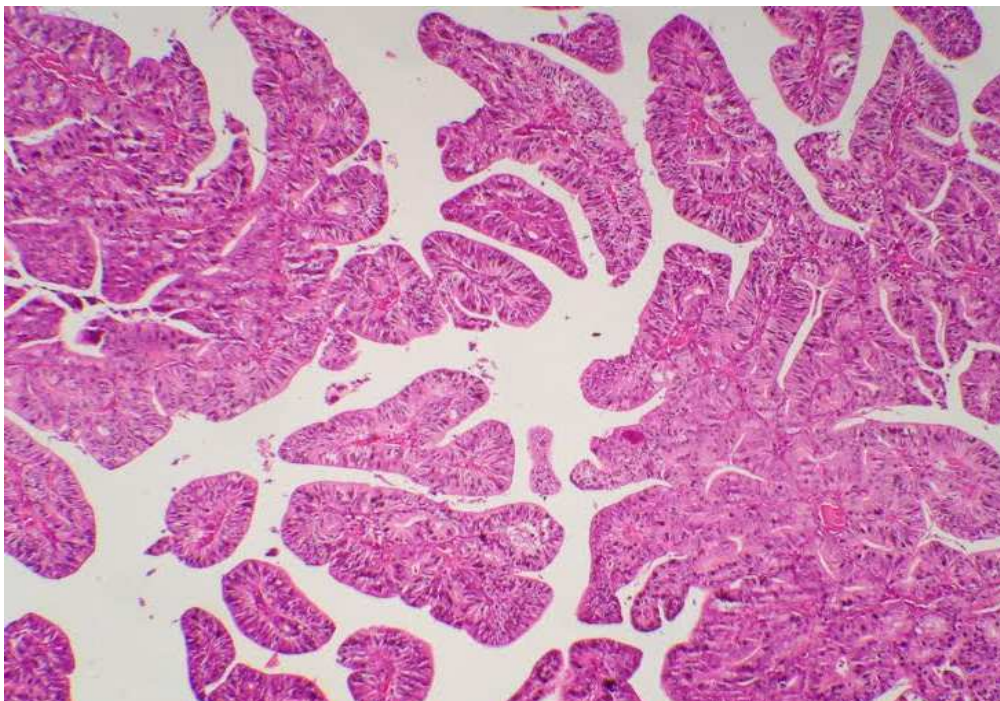
**Conclusion :** Aspect morphologique d'une papillomatose de la voie biliaire principale, siège par endroit d'une dysplasie de haut grade, sans visualisation d'image d'infiltration tumorale.



**Figure g :** Microphotographies montrant une lésion faite de papilles de taille variable, parfois anastomosées (HE, x200)



**Figure h :** Les papilles sont pourvues d'un axe fibro-vasculaire et sont tapissées de cellules hautes régulières sans atypies cyto-nucléaires (HE, x400)



**Figure i :** Microphotographies montrant une lésion faite de papilles de taille variable, parfois anastomosées (HE, x200)

## **DISCUSSION**

## **CHAPITRE 2 :**

### **DISCUSSION :**

#### **I. BUTS DU TRAVAIL :**

- La papillomatose des voies biliaires est une entité très rare en matière de pathologie tumorale bénigne des voies biliaires.

- Une revue de la littérature s'impose sur le plan suivant:

➤ Epidémiologie.

➤ Clinique.

➤ Paraclinique.

➤ Evolutif.

➤ Thérapeutique.

- Le but est d'évaluer les difficultés qui persistent en terme de diagnostic, malgré les progrès scientifiques en imagerie, aussi les difficultés de prise en charge chirurgicale.

- Le but aussi est de comparer notre cas rapporté aux données de la littérature pour corriger ainsi notre attitude.

#### **II. HISTORIQUE :**

- 1894 : la papillomatose biliaire a été rapportée pour la première fois par Chappet.

- 1950 : première revue de littérature sur les tumeurs biliaires extra hépatiques bénignes, en trouvant un total de 6 adénomes et 9 papillomes.

- 1959 : première description anatomique de la papillomatose biliaire par Caroli et al.

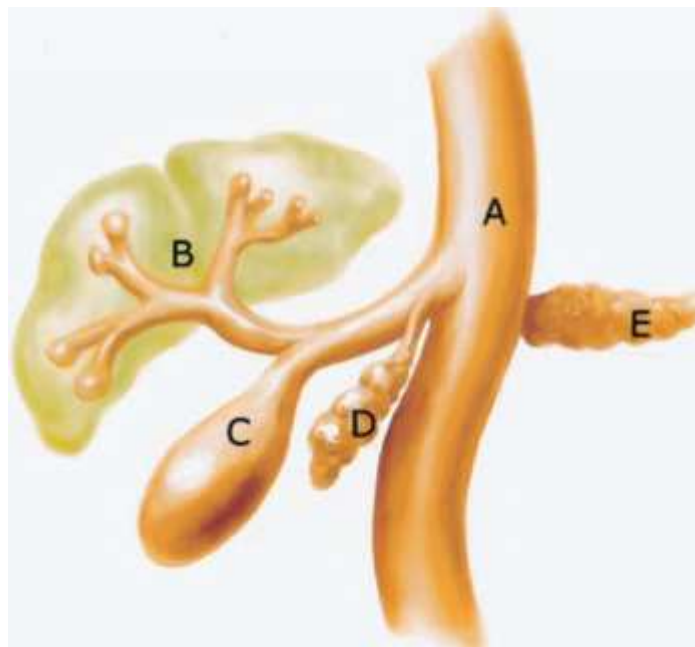
- 1960 : mise à jour de la série de CHU par Dowdy et al, en ajoutant 3 adénomes et 3 papillomes.

### III.RAPPEL :

1) Rappel embryologique (3) :

- Le foie se développe dès la 4<sup>ème</sup> semaine de la gestation à partir d'un bourgeon cellulaire : le diverticule hépatique issu de la partie proximale du tube intestinal embryonnaire.

- Ce bourgeon est constitué de deux parties : la pars cranialis à l'origine du foie et des voies biliaires intra hépatiques, et la pars caudalis à l'origine de la voie biliaire principale et la vésicule biliaire.



#### Schéma de l'embryologie normale :

A: intestin antérieur

B: pars hépatica

C: diverticule kystique

D, E: pancréas ventral et dorsal.

( Benign Tumors and Tumor like Lesions of the Gallbladder and Extra hepatic Bile Ducts RG Volume 22, Number 2)

**Figure 1** : Schéma de l'embryologie normale des voies biliaires

❖ Les voies biliaires intra hépatiques :

• Pars cranialis :

- Faite de travées cellulaires ou se développent les cellules primitives du foie, qui donnent naissance aux voies biliaires intra hépatiques.

- Les canalicules et les canaux biliaires formés, rejoignent les voies biliaires extra hépatiques au niveau du hile.

- La différenciation biliaire et l'organisation en canalicules de certaines cellules primitives, se font au niveau de la plaque ductale.

❖ Les voies biliaires extra hépatiques :

• Pars caudalis :

- A l'origine de la vésicule biliaire, cette ébauche cystique s'éloigne progressivement de l'ébauche crâniale.

- Le pédicule formé se prolonge dans plus en plus, et forme le canal cystique, le reste du canal se rétrécit formant l'ébauche de la voie biliaire. La partie terminale est englobée dans l'ébauche pancréatique.

**2) Rappel anatomique :**

**2-1- Généralités (4) :**

- Les voies biliaires sont des canaux qui sont chargés de collecter et de drainer la sécrétion biliaire hépatique au duodénum. A l'origine, apparaît à la troisième semaine du développement embryonnaire, l'ébauche hépatique sous forme d'un bourgeonnement de l'endoblaste à l'extrémité distale de l'intestin antérieur. La vésicule biliaire, les voies biliaires (cholédoque+cystique) se développent à partir de cette ébauche hépatique.

- Au plan anatomique les voies biliaires sont mieux connues de nos jours grâce aux examens radiologiques non invasifs et reproductibles qui affichent leur bonne cartographie.

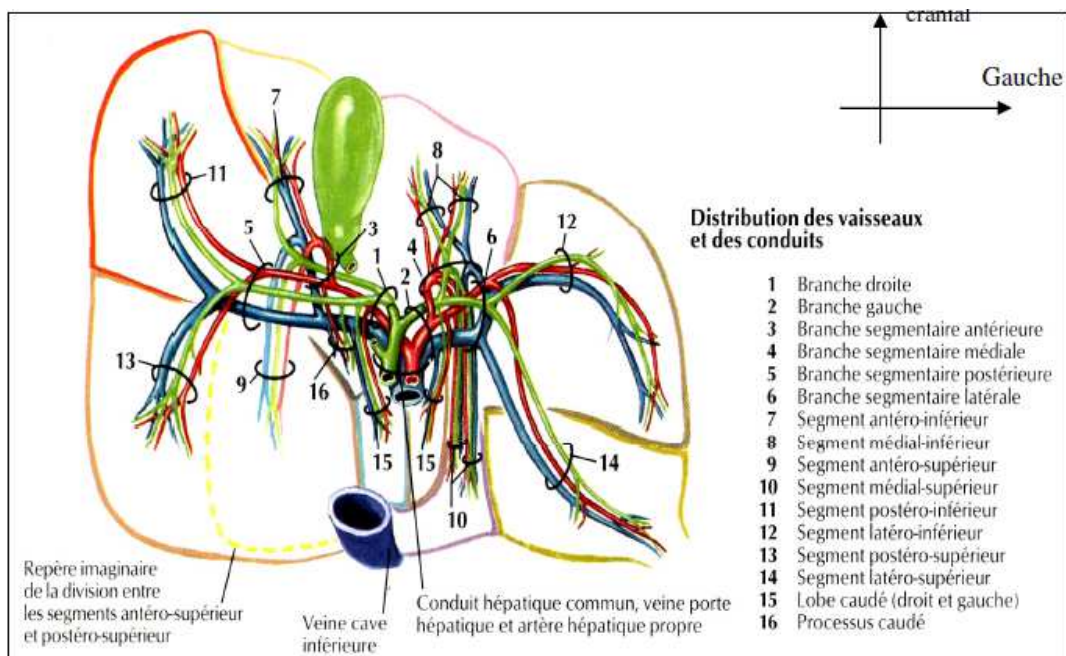
- Nous distinguons : les voies biliaires intra -hépatiques et extra -hépatiques. Ces voies biliaires sont parfois le siège de calculs dus a une précipitation des sels biliaires favorisée par la stase et l'infection. Ce qui leur donne une grande importance chirurgicale. Elles seront décrites dans leur position crânio -caudale en position opératoire.

### 2-2. Les repères cliniques des voies biliaires (5) :

Dans l'ensemble les voies biliaires se projettent entre :

- Un plan supérieur passant par les extrémités antérieures des 9 ème côtes.
- Un plan inférieur passant par le disque L3-L4.
- Deux plans latéraux passant l'un par la ligne médiane .l'autre passant par le bord externe du muscle grand droit.

### 2-3. Les voies biliaires intra hépatiques (6) :



**Figure 2** : Anatomie descriptive des voies biliaires intra hépatiques (8)

### **a- L'anatomie descriptive**

Ce sont des canaux segmentaires qui se réunissent pour former les canaux hépatiques droit et gauche.

- Les canaux segmentaires du foie gauche :

Le canal du segment 3 : d'abord oblique en avant et à droite se recourbe pour devenir sagittal. Il s'unit au canal du segment 2 pour former un tronc transversal, dirigé vers la droite et qui reçoit par sa face antérieure un ou plusieurs canaux du segment 4 et par sa face postérieure, un ou plusieurs canaux du segment 1. Ainsi est formé habituellement le canal hépatique gauche.

- Les canaux segmentaires du foie droit :

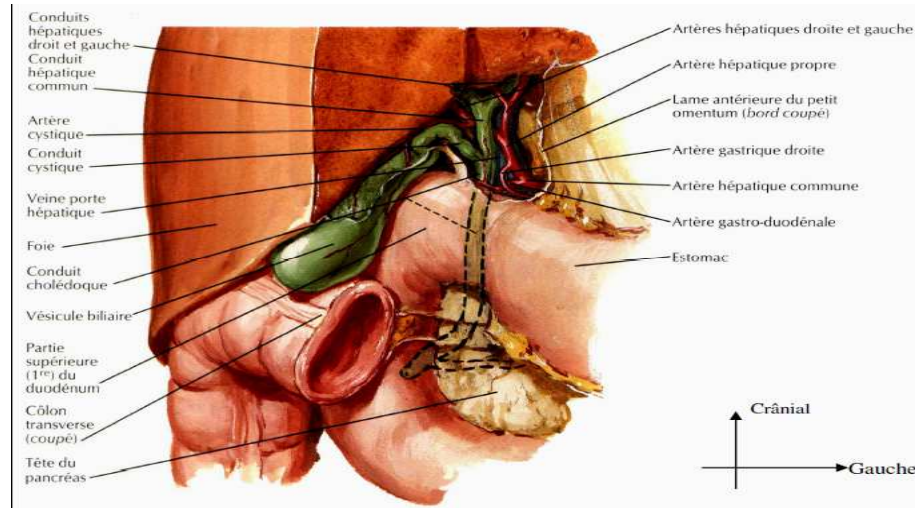
Les canaux des segments 6 et 7 s'unissent pour former le canal latéral droit. Les canaux des segments 5 et 8 s'unissent pour former le canal para médian droit. Le canal para médian et le canal latéral droit s'unissent rapidement pour former le canal hépatique droit. Cette distribution modale est sujette à de nombreuses variations qui sont importantes à reconnaître en chirurgie biliaire par la cholangiographie per opératoire.

### **b.les rapports anatomiques :**

Ils sont surtout vasculaires. D'une manière générale, les canaux biliaires sont placés au dessus des éléments portes qui séparent des branches artérielles.

Un canal segmentaire ou sectoriel peut se jeter dans la voie biliaire accessoire.

## 2-4. Les voies biliaires extra-hépatiques :



**Figure 3 : Anatomie descriptive des voies biliaires extra hépatiques (8)**

### a. Anatomie descriptive (7) :

Il existe deux voies biliaires extra-hépatiques:

- La voie biliaire principale formée par le canal hépto-cholédoque;
- La voie biliaire accessoire constituée par la vésicule biliaire et le canal cystique.

#### •Voie biliaire principale : hépto-cholédoque :

Dans l'ensemble la voie biliaire principale descend sur la face antérieure de la veine porte, passe en arrière du premier duodénum, puis se plaque à la face postérieure du pancréas qu'elle pénètre avant de rejoindre l'ampoule de VATER. La voie biliaire principale a une longueur située entre 80-100mm. Son

diamètre est variable de 5-6 mm avec un rétrécissement au niveau de la partie inférieure du cholédoque.

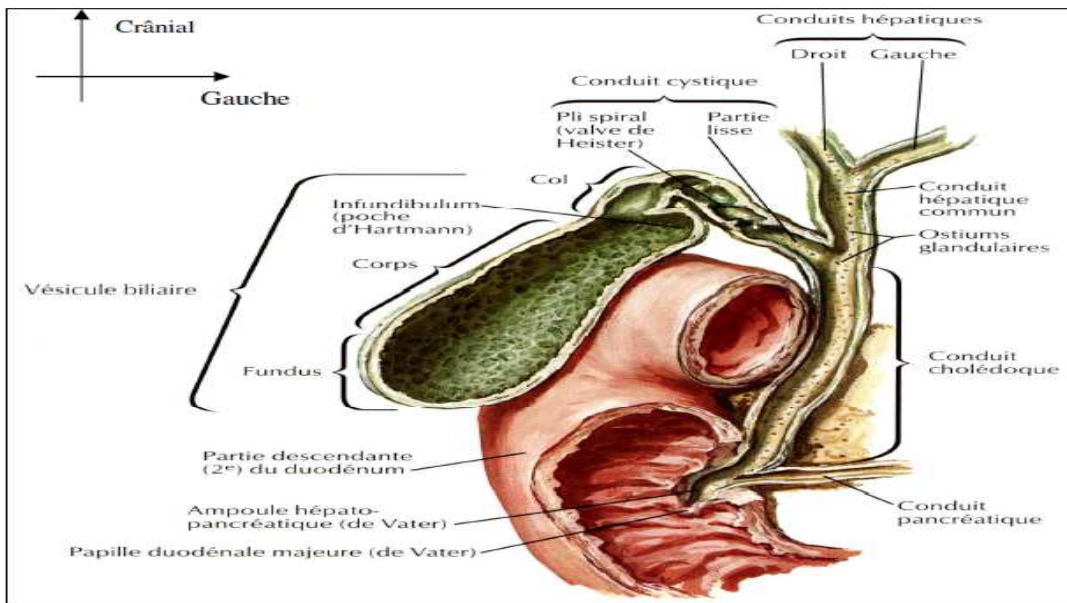
**- Le canal hépatique commun :**

Il est formé au hile du foie par les 2 canaux hépatiques droit et gauche. Il se dirige vers le bas et vers la droite pour regagner le canal cystique et former avec lui le canal cholédoque. Le canal hépatique gauche habituellement plus large que le droit rejoint ce dernier à angle aigu. La longueur du canal hépatique varie de 3-4 cm. Son diamètre transversal qui s'accroît en descendant est de 5 mm.

**- Le canal cholédoque :**

Il parcourt le bord libre du petit épiploon, passe derrière la première partie du duodénum. Chez le vivant il décrit un angle ou une courbe de 4-8 cm de long et dont la concavité regarde à droite. Sa longueur moyenne est de 5 cm. Lorsqu'il atteint la concavité de la deuxième partie du duodénum, ce canal se situe en arrière et légèrement au dessus du canal pancréatique (de WIRSUNG) long de 5cm. Le diamètre cholédocien va en diminuant, mais mesurant en moyenne 5-6 mm. L'orifice dans l'ampoule de VATER n'a plus que 2-3 mm de diamètre.

- La voie biliaire accessoire :



**Figure 4 :** Vue antérieure de la vésicule biliaire (8)

Elle comprend: la vésicule biliaire et le canal cystique.

### **-Vésicule biliaire**

C'est un réservoir membraneux logé sous la face inférieure du foie dans la fossette cystique. Elle est recouverte de péritoine sur ses côtés et sa face inférieure. Elle mesure 8 -10 cm de longueur ; 3 -4 cm de largeur, dans son plus grand diamètre. Son volume varie entre 14 et 60 ml avec une moyenne de

30 ml. Elle a la forme d'une poire allongée avec trois parties :

- Le fond : antérieur et renflé apparaissant dans l'échancrure droite du bord antérieur du foie.

- Le corps : partie principale de la vésicule biliaire. Il est oblique en haut, en arrière et à gauche. Il mesure environ 7 -8 cm de long et présente deux faces (supérieure et inférieure) ; deux bords (droit et gauche) convexes.

- Le col ou bassinnet : oblique en avant et à droite ; ampullaire. Il est situé à gauche du corps avec lequel il forme un angle aigu ouvert en avant. C'est la partie la plus postérieure et la plus étroite de la vésicule biliaire.

**-Canal cystique :**

C'est la partie mobile de la voie biliaire accessoire. Il prolonge le col vésiculaire en faisant avec le bassinnet un angle aigu ouvert en arrière. Il se dirige en bas et en dedans pour rejoindre le conduit hépatique commun. Sa longueur est variable : 2-5 cm. Son diamètre est de 2-4 mm environ.

La forme du cystique est variable mais en général il est légèrement bosselé dans sa moitié supérieure. Ses modalités d'abouchement sont variables car il peut se jeter dans la voie biliaire principale. Parfois les deux canaux s'adosent sur un trajet plus ou moins long. L'abouchement réel se fait à un niveau plus bas que l'union apparente des deux conduits.

**b. Rapport anatomiques (8) :**

✚ Voie biliaire principale :

**-Rapport péritonéaux :**

Dans le bord libre du petit épiploon : sont situés le canal hépatique et la partie initiale du cholédoque formant le bord antérieur du hiatus de WINSLOW. L'index introduit dans le hiatus de WINSLOW permet de palper, de soulever et d'étaler le pédicule hépatique.

Au dessus du petit épiploon : le cholédoque est situé dans la loge duodéno-pancréatique; retro péritonéale en avant du fascia de TREITZ.

Le clivage duodéno-pancréatique de ce fascia permet l'abord du cholédoque retro-pancréatique.

### **-Rapport avec les organes :**

Se fait avec plusieurs structures de voisinage, dans et par l'intermédiaire du petit épiploon, dans la loge duodéno-pancréatique et à son extérieur.

 Voie biliaire accessoire :

### **- les rapports péritonéaux :**

Le péritoine recouvre complètement le fond et partiellement le corps de la vésicule biliaire dont il se décolle facilement. Parfois le péritoine contourne les bords de la vésicule biliaire reliant alors celle-ci au foie par un court méso. Le ligament cystico-duodéno-colique relie le petit épiploon à la face inférieure de la vésicule.

### **- Les rapports de la vésicule biliaire avec les organes :**

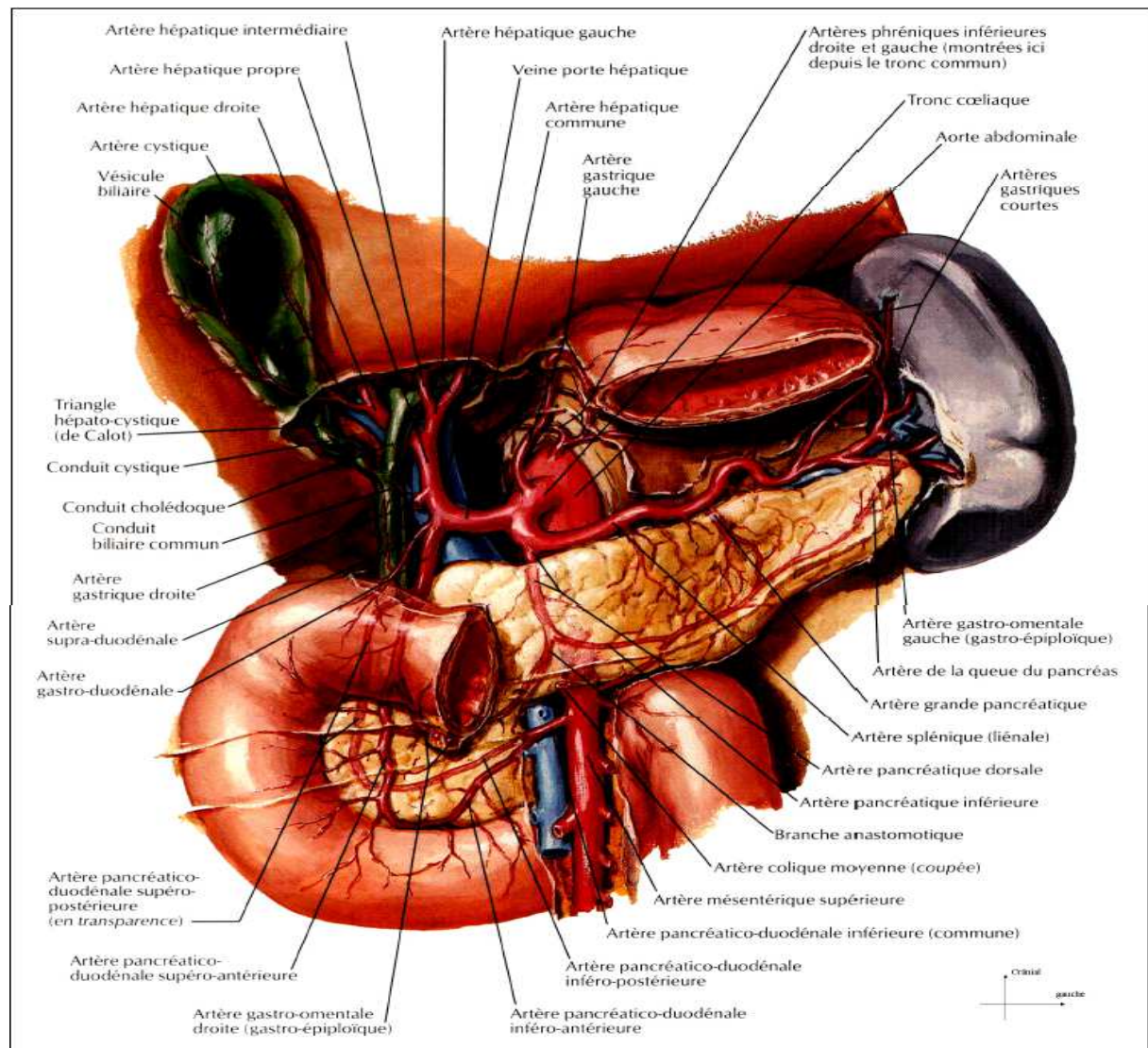
**En avant :** le fond répond à la paroi abdominale à l'union du bord externe du grand droit et du rebord costal : le point de MURPHY.

**En haut :** le corps est en rapport avec la fossette cystique de la face inférieure du foie répondant à la scissure porte principale.

**La face supérieure du corps :** répond à la plaque vésiculaire de la capsule hépatique.

**La face inférieure du corps :** péritonisée répond au premier duodénum, et au colon transverse.

### c. Vaisseaux et nerfs (9) :



**Figure 6** : Vascularisation des voies biliaires (8)

- **Voie biliaire principale :**

- **Artères :**

Le canal hépato-cholédoque reçoit de fins rameaux de l'artère hépatique en haut, l'artère pancréatico-duodénale droite et supérieure en bas.

**- Veines :**

Elles constituent une arcade veineuse para-biliaire se jetant dans la veine porte et dans les veines pancréatico-duodénales.

**- Lymphatiques :**

Les vaisseaux lymphatiques sont satellites de l'artère hépatique et se jettent dans les ganglions du pédicule hépatique notamment : les ganglions du col, du hiatus de WINSLOW, de l'artère hépatique et dans les ganglions retro-duodénopancréatique supérieure. Ils ne vont jamais aux ganglions pré-pancréatiques

**- Nerfs :**

Ils proviennent du pneumogastrique gauche et du plexus solaire par le plexus hépatique.

**• Voie biliaire accessoire :**

**- Artères**

La vésicule biliaire et le canal cystique sont irrigués par l'artère cystique dont la topographie est très importante à connaître pour la cholécystectomie. Il existe deux variétés d'artères:

✓ L'artère cystique longue: elle naît de l'artère hépatique propre.

✓ L'artère cystique courte: elle naît de la branche droite de l'artère hépatique.

Dans tous les cas, l'artère cystique aborde la vésicule au niveau du col et se divise en deux branches droite et gauche.

**- Veines :**

✓ Les veines de la vésicule biliaire :

Elles se divisent en veines superficielles ou inférieures et en veines profondes ou supérieures.

Les veines superficielles : sont satellites aux artères et sont au nombre de deux par artère. Elles se jettent dans la branche droite de la veine porte.

Les veines profondes : Proviennent de la face supérieure du corps et vont au foie. Ce sont les veines portes accessoires.

✓ Les veines du canal cystique :

Elles se jettent dans les veines cystiques en haut et dans le tronc porte en bas.

- **Lymphatiques :**

Les lymphatiques de la voie biliaire accessoire vont aux ganglions du col, du hiatus de WINSLOW, de l'artère hépatique et parfois au ganglion retroduodéno-pancréatique supérieur.

La sensibilité douloureuse est transmise par le nerf grand splanchnique droit et le nerf phrénique droit.

d. Constitution - Configuration interne :

✚ **Voie biliaire principale : Hépto-cholédoque :**

Elle comporte deux tuniques:

- ✓ Une muqueuse pourvue de cryptes glandulaires.
- ✓ Une tunique conjonctive élastique avec quelques fibres musculaires.

✚ **Voie biliaire accessoire :**

➤ Vésicule biliaire :

Elle est constituée par quatre tuniques :

- ✓ Une muqueuse plissée avec de petites dépressions polygonales.
  - ✓ Une sous-muqueuse.
  - ✓ Une musculuse.
  - ✓ Une séreuse péritonéale sur la face inférieure.
- Canal cystique :

Il est constitué par deux tuniques :

✓ Une muqueuse présentant dans la partie initiale la valvule d'HEISTER.

✓ Une tunique conjonctive, avec au niveau de la valvule le sphincter musculaire de LUTKENS.

✓

### **3) Rappel histologique :**

Dans les lobules hépatiques, la bile circule dans les canaux biliaires intra-lobulaires situés au sein même des hépatocytes. Par l'intermédiaire des passages de Hering, ils se jettent dans les canaux biliaires péri-lobulaires circulant dans les espaces de Kiernan.

❖ Les passages de Hering :

- Ils sont étroits, tapissés d'une seule assise de cellules cubiques surmontés de microvilosités apicales.

❖ Les canaux biliaires interlobulaires :

- Ils circulent dans les espaces de Kiernan, leur calibre augmente au fur et mesure que l'on se rapproche du hile, ils confluent et forment les canaux hépatiques où s'abouchent le canal cystique issu de la vésicule biliaire.

- Ils sont tapissés par un épithélium cubique ou cylindrique simple.

- La réunion du canal hépatique commun et du canal cystique donne le canal cholédoque qui se déverse dans le duodénum par l'intermédiaire de l'ampoule de Vater.

❖ les voies biliaires extra-hépatiques :

- Leur paroi tapissée par un épithélium cylindrique simple (muqueuse plissée) dont la majorité des cellules sont de type à plateau strié avec quelques cellules caliciformes

- L'épithélium repose sur un chorion dermique qui envoie quelques replis.

- La tunique externe de la paroi est conjonctivo-élastique avec quelques fibres musculaires lisses.

- Les fibres musculaires sont plus développées au niveau de l'ampoule de Vater où ils forment le sphincter d'Oddi.

❖ La vésicule biliaire :

- C'est un renflement des voies biliaires. La muqueuse contient des cellules semblables aux entérochromaffines de la muqueuse intestinale et de l'estomac, entourée d'une musculature à 2 couches

- Ces fonctions sont :

- résorbe l'eau, les électrolytes et du cholestérol (comme les voies biliaires extra-hépatique)

- pas de fonction sécrétoire

- sert de réservoir de bile

- Sa musculature est plexiforme, faite de faisceaux de tissu musculaire lisse. Sous

- stimulation par la cholécystokinine, sécrétée par les cellules neuro-endocrines duodénales, elle se contracte et chasse la bile vers le duodénum. Sa séreuse répond à la séreuse péritonéale sauf à sa face d'accolement au foie où elle est remplacée par une adventice qui se lie à la capsule hépatique.

#### **IV. L'ETIOPATHOGENIE :**

- La papillomatose biliaire a été rapportée pour la première fois par Chappet en 1894(11). Malheureusement l'étiologie reste incertaine à ce jour (12).

- La papillomatose des voies biliaires est un ensemble de tumeurs histologiquement souvent bénignes, qui s'infiltrent dans les parois environnantes et le tissu hépatique, mais elle est associée à un taux élevé de récurrence, et un risque important de transformation maligne(13). Elle peut se développer dans n'importe quelle partie du système biliaire. Sur le plan histologique elle est caractérisée par des noyaux de tissus fibro-vasculaires, des villosités de ramifications recouvertes d'une couche de colonne apicale des cellules avec de la mucine et des noyaux basaux montrant un polymorphisme minime(14). Cette pathologie peut être classée comme mucine hypersécrétante type (MBP), ou non sécrétante de mucine type (NMBP). Selon la présence ou l'absence de la substance mucoïde, ces deux types ont des résultats macroscopiques et microscopiques similaires, à l'exception de celles avec hypersécrétion de mucine(15). Selon Amaya et al, l'étude immunohistochimique de la protéine de base de la mucine (MUC1, MUC2, MUC3, MUC5AC) et les antigènes glucidiques( T, Tn, et Tn sialosyl ) sur 11 lésions de la papillomatose biliaire de sept patients, a montré qu'elle pourrait subir une transformation maligne au cours de la maladie, avec une expression phénotypique modifiée des protéines MUC et mucine antigènes glucidiques, et par conséquent la papillomatose biliaire doit être considérée comme une « Borderline » tumeur maligne(16).

La littérature disponible rapporte une association avec diverses pathologies des voies biliaires, essentiellement les lithiases et les inflammations chroniques des voies biliaires.

Lee et ses collègues sur une série de 58 patients ont trouvé que 36% des patients avaient des lithiases des voies biliaires, et 19% ont été traités précédemment pour clonorchiose, ou ont été diagnostiqués avec une clonorchiose au cours de la démarche diagnostique. Les auteurs ont également rapporté la maladie à une hyperplasie réactive dans la maladie de Caroli, un kyste congénitale du cholédoque, une ectopie du tissu pancréatique, ou un agencement anormal de l'arbre biliaire conduisant à des blessures biliaires chroniques par régurgitation du suc pancréatique pouvant entraîner une dysplasie ultérieurement(17), et cela pourrait intéresser non seulement les VBIH et les VBEH, mais aussi la vésicule biliaire.

En outre, la néoplasie intra-canaulaire papillaire et mucineuse du canal pancréatique semble être une maladie très similaire(18).

La mutation des gènes K-ras et la p53 a été suggérée comme un mécanisme sous-jacent dans la pathogénie de ces lésions(19).

## **V. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :**

### **1) La Fréquence :**

- Bien que la papillomatose des voies biliaires a été reconnue, elle reste encore rare. L'incidence de cette pathologie peut être sous-estimée, car le diagnostic est souvent méconnu avant la chirurgie(20)

- Avant 1993, il n'y avait que 21 cas rapportés dans la littérature anglaise. Une recherche de littérature entre 1993 et 2002 a été effectuée dans la

base de données MEDLINE à l'aide de "Biliary papillomatosis", sept patients atteints de la papillomatose des voies biliaires ont été décrits, puis cinquante cas d'autres ont été rapportés dans la littérature récente, ce qui a fait un total de 78 cas notifiés jusqu'à la fin de 2002. Entre Janvier 2003 et Mars 2007, dix huit patients ont été diagnostiqués avec une papillomatose dans les voies biliaires sur la base des examens histologiques, et traités à l'hôpital Ouest de la chine de l'université de Sichuan(21). Actuellement il y a environ 140 cas qui ont été décrits dans le monde entier(49). Ce pendant les données restent sous évaluées, vu que le diagnostic de cette pathologie est généralement posé en post opératoire ou post mortem. En outre, une proportion non négligée de cas concernant cette maladie n'a pas été publiée.

- Les enquêtes épidémiologiques concernant la papillomatose biliaire ont conclu que la prédominance de cette pathologie est surtout dans les pays de l'Extrême-Orient : la Corée, le Taiwan, et le Japon. Ces pays sont les zones d'endémies des hépatolithiases et de la clonorchiose, qui sont les facteurs de risque de la papillomatose biliaire (15).

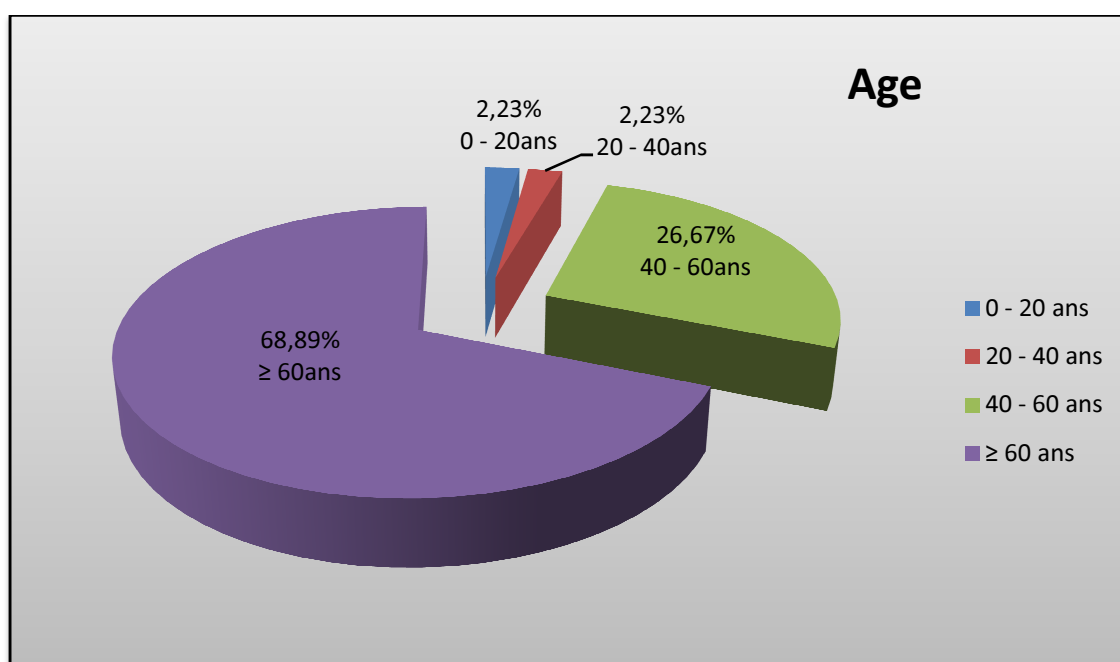
## **2) L'âge :**

Sur les 135 cas qu'on a pu trouver dans la littérature (voir annexes) :

- L'âge moyen des patients est compris entre : 3 – 85ans
- Avec une moyenne d'âge de : 44ans

Tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage %
0 – 20 (ans)	3	2,23
20 – 40 (ans)	3	2,23
40 – 60 (ans)	36	26,67
≥ 60 (ans)	93	68,89
Total	135	100

**tableau 1** : Distribution des cas par tranche d'âge.

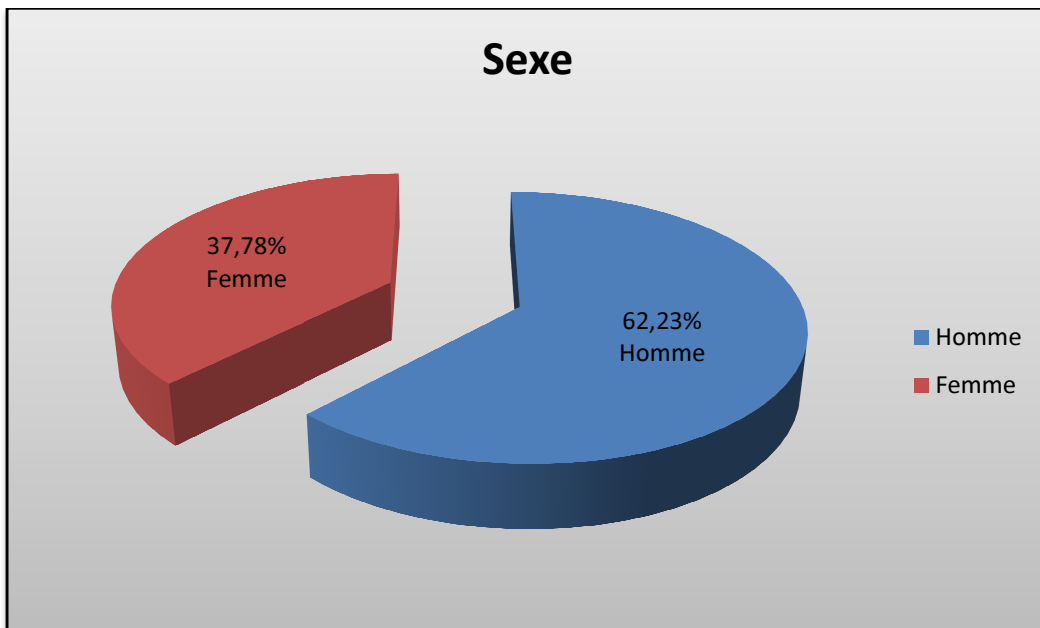


**Diagramme 1** : distribution des cas par tranches d'âge.

- On note ainsi une prédominance de cette affection chez les individus dont l'âge est supérieur à 60ans. Notre patient est âgé de 52 ans, et donc ne fait pas partie de la deuxième tranche prédominante après celle dont l'âge est supérieur à 60ans, et donc beaucoup plus rare.

### 3) Le sexe :

- Sur les 135 cas qu'on a pu rassembler depuis la littérature, on compte :
  - ✓ 84 hommes.
  - ✓ 51 femmes.
- Ce qui signifie une prédominance masculine, avec un sexe ratio de = 1,75
- Le cas que nous rapportons s'agit bien d'un homme.



**Diagramme 2 : Distribution des cas selon le sexe**

### 4) La localisation :

- La papillomatose biliaire peut se développer dans n'importe quel site des l'arbre biliaire(22). Le canal cholédoque est la localisation la plus fréquente(23). Il a été rapporté une association de papillomatose biliaire et kyste du cholédoque dans seulement 2 cas (19).
- Selon la littérature, la maladie touche les VBEH isolément dans 58% des cas, les VBIH et les VBEH dans 33% des cas, et les VBIH seules dans 9% des cas seulement (24).

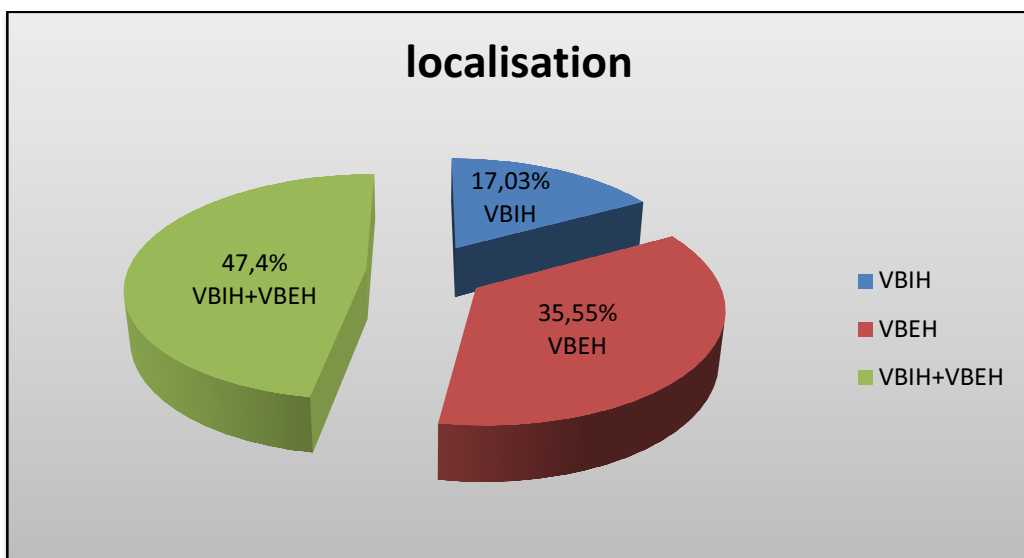
- Sur les 135 cas rapportés (annexes), la localisation de la papillomatose était comme suit :

localisation	Nombre de cas	Pourcentage %
VBIH	23	17,03
VBEH	48	35,55
VBIH + VBEH	64	47,4

**Tableau2** : distribution des cas selon la localisation.

- le tableau ci-dessus confirme ce qui a été rapporté dans la littérature, avec comme localisation fréquente, l'affection diffuse de tout l'arbre biliaire, suivi en terme de fréquence par la localisation au niveau des voies biliaires extra hépatiques (surtout le canal cholédoque).

- Dans notre cas, la papillomatose est bien localisée dans les VBEH et plus précisément dans le canal cholédoque.



**Diagramme 3** : Distribution des cas selon la localisation

## **VI. LE DIAGNOSTIC :**

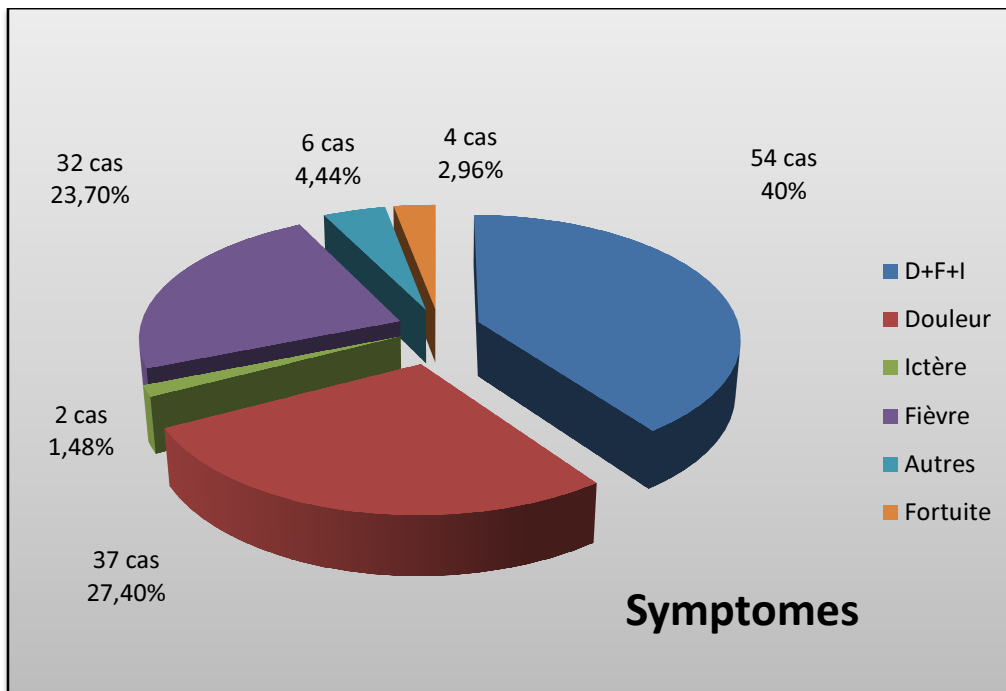
### **1) La clinique :**

#### **a) Les circonstances de découverte :**

- Il n'y a pas de symptômes spécifiques de la papillomatose des voies biliaires, ces tumeurs sont souvent découvertes en post opératoire ou post mortem(25). Elles deviennent cliniquement symptomatiques lorsque le degré de prolifération devient important, et entraînent des symptômes par leur obstruction de la lumière biliaire, et en favorisant la pullulation des germes. Dans ce cas les plaintes les plus courantes sont la douleur abdominale, l'ictère, la fièvre...parfois associés à un amaigrissement et une altération de l'état général dans les formes dysplasiques.

- Les circonstances de découverte de la maladie chez les cas rapportés sont réparties comme suit :

- ✓ La douleur seule : retrouvée chez 37 cas.
- ✓ L'ictère seul : retrouvé chez 32 cas.
- ✓ La fièvre seule : présente seulement chez 2 cas.
- ✓ L'association douleur+ ictère+ fièvre : était retrouvé chez 54 cas.
- ✓ Les autres signes à savoir : malaise, vomissement, nausées, et prurit seuls étaient retrouvés chez 6 cas.
- ✓ La découverte fortuite était rapportée chez 4 cas seulement.



**Diagramme 4 : distribution des cas selon les symptômes**

- Dans une série de 58 cas rapportés par Sang Soo lee, la principale manifestation clinique à l'admission était les douleurs récidivantes de l'hypochondre droit ou de l'épigastre, l'ictère, l'angiocholite, et l'amaigrissement(26).

Characteristics	NMBP (n = 40)	MBP (n = 18)
Demographic data		
Mean age (yrs) (range)	60.0 (37-79)	61.2 (39-87)
Gender (male:female)	30:10	9:9
Clinical manifestations		
Abdominal pain	14 (35.0%)	8 (44.4%)
Jaundice	8 (20%)	2 (11.1%)
Acute cholangitis <sup>a</sup>	5 (12.5%)	8 (44.4%)
Weight loss	2 (5.0%)	0
No symptoms <sup>a</sup>	11 (27.5%)	0
Associated diseases		
Biliary stone	12 (30%)	9 (50%)
Clonorchiasis	9 (22.5%)	1 (5.6%)
Biliary stone and clonorchiasis	1 (2.5%)	0
None	18 (45.0%)	8 (44.4%)

NMBP: nonmucin-producing biliary papillomatosis; MBP: mucin-hypersecreting biliary papillomatosis.  
<sup>a</sup> P < 0.05.

**Tableau 3** : les manifestations cliniques en fonction du type de la PB(15)

**b) L'examen clinique :**

- Les signes physiques ne sont pas spécifiques, ils ne peuvent en aucun cas affirmer voire évoquer le diagnostic de la papillomatose biliaire. Au contraire, dans la quasi-totalité des cas, ces signes sont suggestifs d'un autre diagnostic, et la papillomatose n'est qu'un diagnostic de surprise.

- Dans notre cas, le patient était symptomatique : présence de douleur abdominale chronique, des troubles gastro-intestinaux à type de vomissements, une fièvre, et un ictère intermittent au début, devenu cholestatique avec l'évolution.

## **2) La biologie :**

### **a) Le bilan standard :**

- Ce bilan biologique comporte classiquement une numération formule sanguine, un compte de plaquettes, une vitesse de sédimentation, un ionogramme sanguin, et un bilan hépatique.

- L'obstruction biliaire chronique entraîne une malabsorption des vitamines liposolubles (A, D, E, et K), il en résulte alors une diminution du taux de prothrombine(27), d'où l'intérêt d'associer au bilan ci-dessus un bilan d'hémostase.

- Chez notre patient, le bilan biologique a montré une cytolyse et une cholestase élevées, une hyperleucocytose importante et un taux de protéine C réactive très élevé.

### **b) Les marqueurs tumoraux :**

- L'analyse du taux de CA19-9 dans le sérum peut s'avérer utile dans le diagnostic des formes de dégénérescence maligne chez certains patients. Le CA19-9 est le marqueur le plus sensible et le plus spécifique pour le diagnostic de néoplasie. Cependant un syndrome cholestatique seul, d'origine bénigne entraîne son augmentation, ce qui diminue la spécificité de ce dosage (28). L'ACE et le CA125 moins sensibles et pas plus spécifiques, peuvent être élevés aussi dans les obstructions biliaires bénignes : dans ce cas une augmentation persistante après drainage biliaire est évocatrice de néoplasie (29)(30). Au total, les trois marqueurs ne permettent nullement d'exclure ou d'affirmer le diagnostic.

- Le taux élevé de CA19-9 dans le sérum était rapporté dans quelques cas de papillomatose biliaire. Chez notre patient, ce dosage était positif.

-

### **3) La radiologie :**

#### **a) La radiologie standard :**

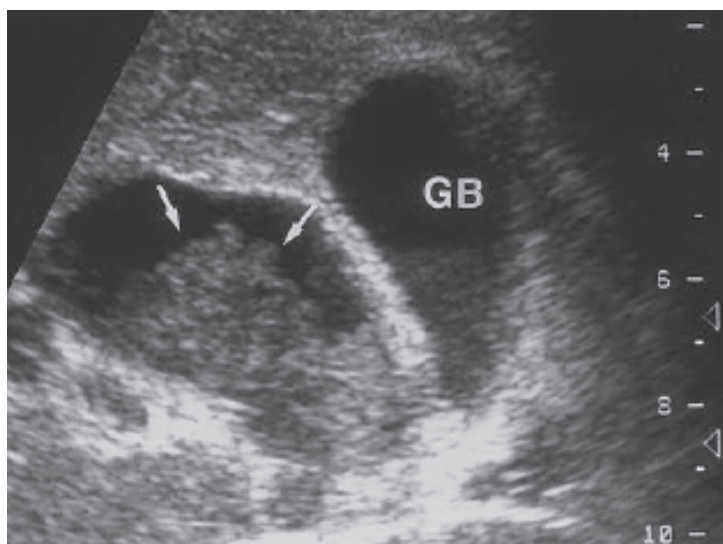
- Elle n'occupe aucune place dans le diagnostic de la papillomatose biliaire. Elle permet de visualiser les lithiases radio-opaques des voies biliaires si elles sont présentes.

#### **b) L'échographie abdominale:**

- L'échographie est la modalité d'investigation primaire, non invasive et sans irradiation en matière d'imagerie de l'arbre biliaire chez un patient présentant un ictère.

- La papillomatose des voies biliaires apparaît comme des petites masses tissulaires intra-canales, d'échogénicité intermédiaire, et sans cône d'ombre postérieur, assez limitées et distinctes de la paroi des voies biliaires environnantes, et associées à une dilatation des voies biliaires en amont(31). De telles masses pourraient représenter une combinaison de mucus et une tumeur, ou d'une tumeur seule(32).

- Souvent, ces masses tissulaires ne peuvent pas être clairement visibles sur l'échographie et même sur la TDM. ces derniers n'ont pas réussi à visualiser les 2/3 des tumeurs des voies biliaires moins de 2cm de diamètre(33).



**Figure 7** : image du conduit extra hépatique montrant une grande masse de tissu mou intraluminale avec une surface papillaire (flèches)(GB= vésicule biliaire)(63)

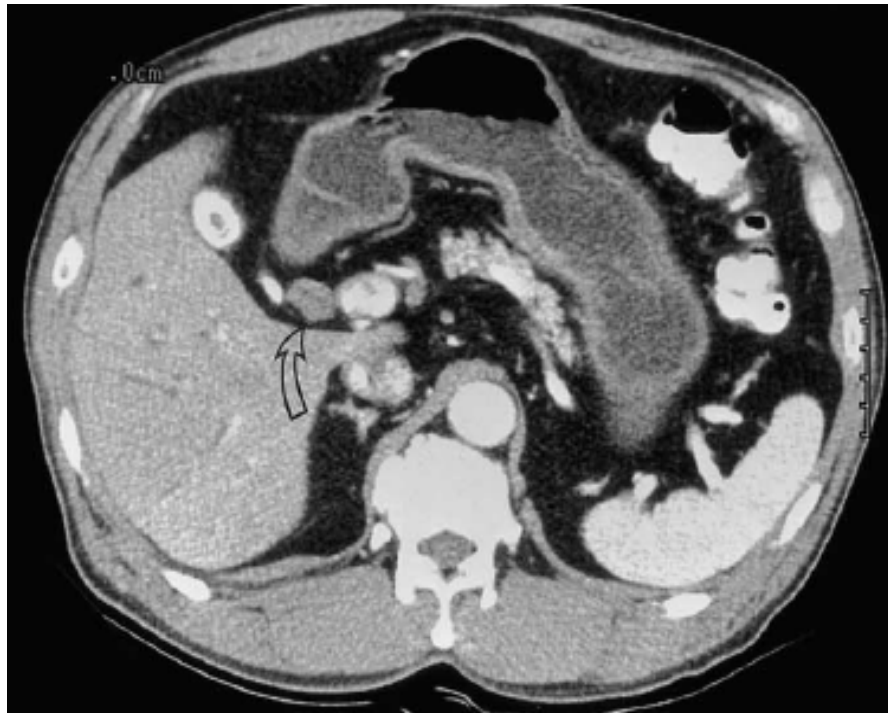
**c) La tomodensitométrie :**

- La TDM du foie et des voies biliaires est pratiquée avant et après injection du PC en intraveineux. Les coupes sans opacification digestive et sans injection IV permettent en principe une meilleure détection des calculs faiblement calcifiés. Les coupes avec injection sont essentielles pour une meilleure détection des tumeurs, et une bonne identification des structures vasculaires. Le mode hélicoïdal qui permet l'acquisition en une apnée d'un volume centré sur la VBP et le pancréas avec reconstruction de coupes fines sans risque d'intervalle non exploré entre deux coupes, permet d'améliorer l'exploration des lésions des voies biliaires.

- Elle permet d'évoquer le diagnostic de la papillomatose des voies biliaires dans les formes typiques, montrant un arbre biliaire dilaté, à paroi irrégulièrement épaisse, tapissé de formations polypoides hypodenses, qui peuvent être vu avant ou après injection de PC (34)(35). Ces masses se

manifestent en intraluminal et peuvent se rehausser ou non à l'injection selon que la tumeur est fixée ou détachée de la paroi canalaire(36).

- Elle permet de préciser la localisation de la lésion, et de rechercher les éléments en faveur d'une origine néoplasique (lésions secondaires intra-hépatiques, adénopathies...)



**Figure 8** : Image tomodensitométrique post injection de PC, montre la paroi épaissie du canal cholédoque (flèche ouverte). On note aussi la présence d'une lumière en forme de fente au centre du conduit (36)



**Figure 9** : L'image tomodensitométrique après injection du PC montrant des canaux biliaires dilatés dans le segment latéral du lobe hépatique gauche et de petites masses intracanalaires (flèche) (36).

**d) La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE)**

La cholangiographie transhépatique percutanée (CTP) :

✓ Le principe :

- Le principe de la CPRE consiste à introduire dans la papille à partir du duodénum un cathéter pour injecter le produit de contraste dans les voies biliaires et/ou pancréatiques, des radiographies sont alors réalisées. Le but est de faire une étude détaillée de l'aspect et du fonctionnement de ces canaux.

- Le principe de la cholangiographie transhépatique percutanée (CTP) est identique à celui de la CPRE, mais le produit de contraste est injecté à travers la peau dans les voies biliaires après repérage échographique.



**Figure 10** : Cholangiographie transhépatique percutanée montre plusieurs défauts de remplissage nodulaires dans les conduits extra-hépatiques (flèches), le canal hépatique gauche n'est pas opacifié(36).

✓ Les indications :

- Ces méthodes endoscopiques peuvent être utilisées pour le diagnostic des lithiases, des kystes, des tumeurs bénignes ou malignes, et des sténoses des voies biliaires ou pancréatiques.

✚ la CPRE permet la visualisation directe des lésions, et la réalisation des biopsies, mais ne permet pas d'exclure un cholangiocarcinome adjacent aux lésions biopsiées. Elle a une part importante dans le diagnostic cytologique, et dans le bilan d'extension. Typiquement, on retrouve des sécrétions de mucus au niveau de la papille, une irrégularité de la surface biliaire avec des images

lacunaires non mobiles, à la différence des calculs(37)(38). L'étude cytologique peut être faite par brossage du canal biliaire ou par biopsie. La CPRE permet également le traitement palliatif par la mise en place d'une endoprothèse.

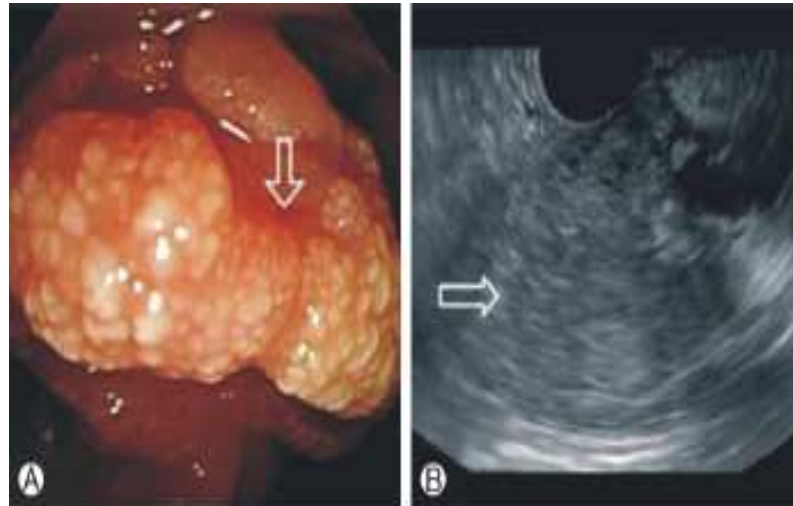


**Figure 11** : Cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique montrant de multiples défauts de remplissage ronds (flèches) dans la VBP et dans les VBIH(42).

**e) L'écho-endoscopie :**

- Elle permet d'explorer la voie biliaire principale et intra-pancréatique, de rechercher un syndrome de masse ou une adénopathie, avec une sensibilité supérieure à celle de l'échographie percutanée, mais l'exploration de la convergence biliaire reste difficile.

- Sa capacité à évaluer l'extension de la maladie est probablement sous estimée, en raison de la présence de mucus. l'écho-endoscopie permet aussi de faire une analyse cytologique suite à des ponctions d'ADP ou de masses à l'aiguille fine.



**Figure 12** : Cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique (CPRE) et écho-endoscopie (EUS) : papillomatose des voies biliaires en partie périampullaire. CPRE montre une masse papillaire périampullaire(A). EE montre une inhomogène et hypoéchogène masse bien limitée dans la région périampullaire(B) (64).

Radiologic Findings in Papillary Tumors versus Bile Duct Stones		
Modality	Findings	
	Papillary Tumors	Bile Duct Stones
US	Nonshadowing echogenic cast	Discrete shadowing echogenic foci
CT	Enhancing or nonenhancing intraductal mass, asymmetric wall thickening	Nonenhancing intraductal lesion with or without calcifications, no wall thickening
Cholangiography	Nodular filling defects with papillary surfaces, serrated bile duct margin	Discrete nodular filling defects with faceted surfaces, smooth bile duct margin

**Tableau 4** : les données radiologiques des tumeurs papillaires versus les lithiases biliaires(63).

**f) L'imagerie par résonance magnétique (la Bili IRM) :**

- La Bili IRM ou la cholangio-IRM est une imagerie non invasive des voies biliaires qui donne des images comparables à celles obtenues par les méthodes invasives comme la cholangiographie rétrograde ou la cholangiographie transhépatique. On peut dire aujourd'hui que la Bili-IRM est l'examen de référence en pathologie bilio-pancréatique.

- L'apport de la Bili-IRM est double en matière des voies biliaires :

➤ Dans le bilan diagnostique, elle renseigne sur :

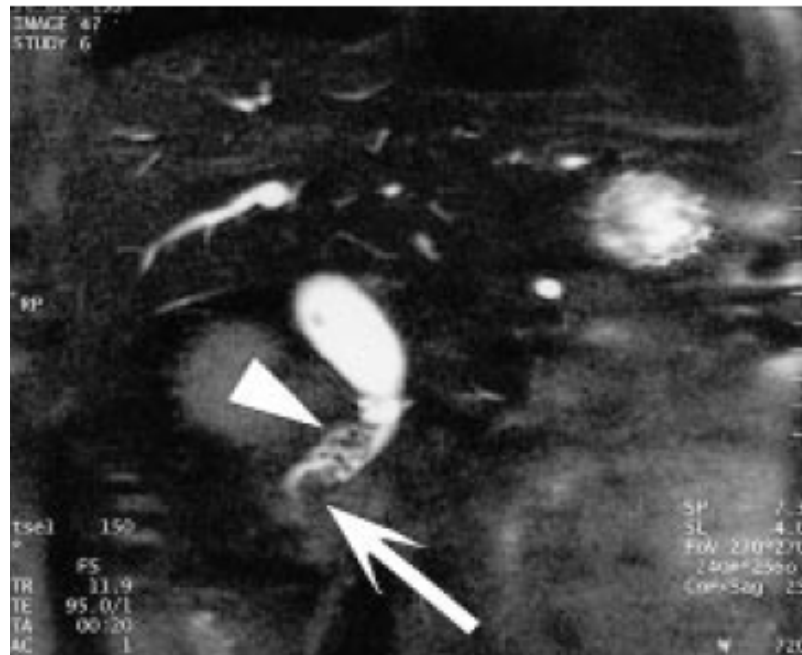
• L'état des voies biliaires (dilatées ou non).

• En cas d'obstacle biliaire, elle renseigne sur son siège, et sa nature (matériel muqueux, tissulaire...)

➤ Dans l'approche thérapeutique :

• Les renseignements fournis permettent à l'avance quel sera le meilleur choix thérapeutique

- Sur la Bili-IRM, les lésions de la papillomatose des voies biliaire apparaissent en séquence T1 sous forme de lésions de faible signal (hypo-intenses), et légèrement hyper-intenses sur les séquences pondérées T2. Les lésions ne se rehaussent pas significativement après l'administration de Gadolinium, et restent en hypo-signal par rapport au parenchyme hépatique adjacent(34).



**Figure 13** : Cholangio-IRM d'un patient révélant une masse intraluminaire dans le canal cholédoque attachée à la paroi canalaire (flèche). Plusieurs masses plus petites sont visualisées à proximité (pointe de flèche) (32)



**Figure 14** : Multiples hyposignaux de la voie biliaire principale remontant jusqu'au voies biliaires intrahépatiques (65)



**Figure 15** : Imagerie par résonance magnétique : image pondérée en T1 démontrant un hyposignal dans le canal cholédoque (flèche) (32)

**g) Les autres moyens :**

- La radiographie thoracique.
- La scintigraphie hépato-biliaire au technétium.
- Le PET scan.
- Ces examens ne présentent aucun intérêt diagnostique en matière de papillomatose biliaire. Le diagnostic est mieux fait à l'aide de modalités d'imagerie conventionnelles.

**4) L'anatomopathologie :**

**a) Introduction :**

- Le papillome biliaire(ou adénome biliaire) est une lésion papillaire solitaire sessile ou pédiculée, composée d'une prolifération papillaire d'un épithélium biliaire atypique autour d'un axe fibrovasculaire. La papillomatose

biliaire est définie par l'existence de plus de trois papillomes biliaires sur les voies biliaires intra ou extra-hépatiques, de manière synchrone ou non. Elle est continue ou discontinue, et un épithélium biliaire normal est retrouvé entre chaque lésion.

- Parallèlement à la classification des tumeurs intra-canalaires papillaires et mucineuses du pancréas dont elles sont très proches, ces tumeurs doivent être classées en bénigne « Borderline », dysplasique, ou maligne, non invasive ou invasive selon le degré d'atypie et d'anomalies.

- La papillomatose biliaire est considérée comme une lésion précancéreuse, à cause de sa forte fréquence de transformation maligne. La fréquence du CIS ou du carcinome invasif reportée, atteint les 25% à 42% des patients. le taux déclaré par Lee et al était aussi élevé que 83% (39)(tableau 5). Sa prise en charge est difficile en raison de la nature diffuse et le pouvoir de se développer et de diffuser dans tout l'arbre biliaire.

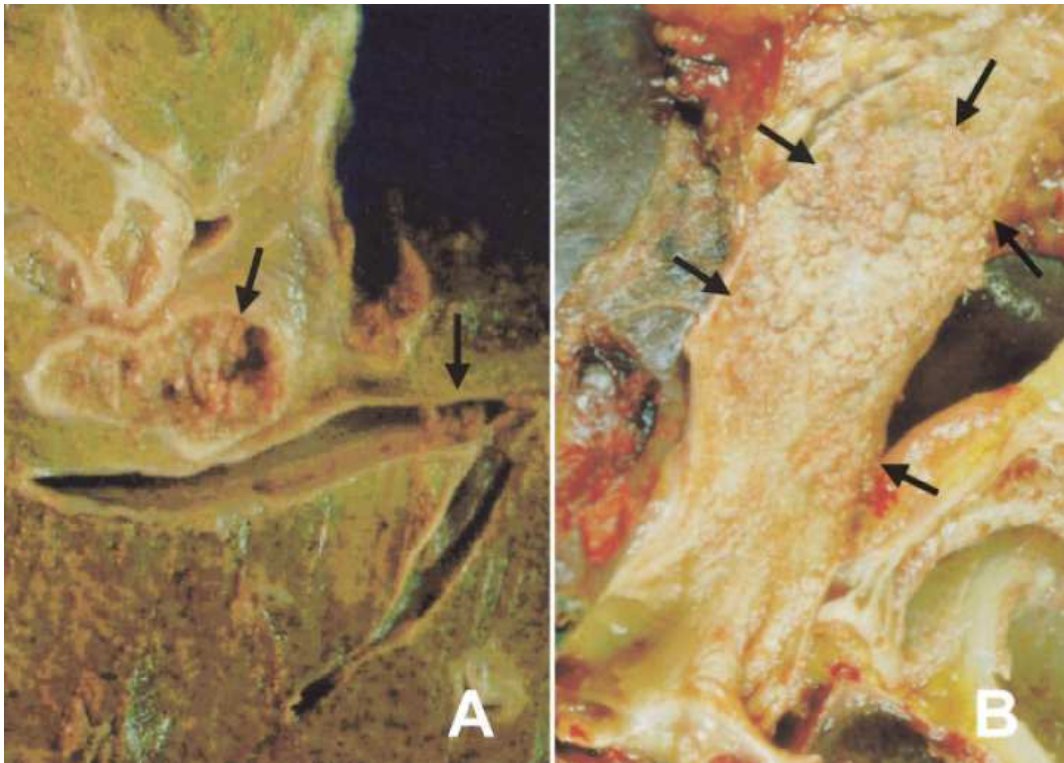
#### **b) Matériel d'étude :**

- La pièce étudiée par l'anatomopathologiste peut être obtenue par broyage endoscopique des canaux biliaires, soit par biopsie de la pièce d'exérèse chirurgicale, ou au cours d'un examen endoscopique grâce à une pince montée sur l'endoscope : fragments de 0,5mm à 2mm.

#### **c) Aspect anatomopathologique(40) :**

##### ➤ Aspect macroscopique:

- Il s'agit de lésions habituellement multiples, polypoides, grisâtres parfois jaune ocre, friables, sessiles ou pédiculées, qui remplissent les canaux biliaires. Dans certains cas, on note la présence de mucus dans la lumière biliaire.



**Figure 16** : (A) L'aspect macroscopique de la papillomatose biliaire intrahépatique. Voies biliaires intrahépatiques sont dilatées et remplies de masses papillaires friables jaunâtres(flèches). (B) l'aspect macroscopique de la papillomatose biliaire extra-hépatique(40).

➤ Aspect microscopique :

- La papillomatose des voies biliaires a été classée en cinq catégories selon le degré des atypies cytologiques et structurelles, y compris le rapport nucléo-cytoplasmique élevé, la perte de polarité, l'hyper-chromatisme, pléomorphisme, nucléoles proéminents, mitoses anormales, et présence d'envahissement.

❖ Classe 1 : est définie comme une dysplasie de bas grade, montrant des atypies nucléaires minimales, avec des couches multiples focales, et absence d'envahissement.

❖ Classe 2 : définie comme une dysplasie de haut grade, montrant des atypies nucléaires modérées, cribriformes, avec des couches multiples.

❖ Classe 3 : est définie comme un carcinome in situ (CIS), qui se caractérise par des atypies nucléaires sévères, avec polymorphisme, des mitoses anormales, une nécrose occasionnelles, sans invasion du stroma.

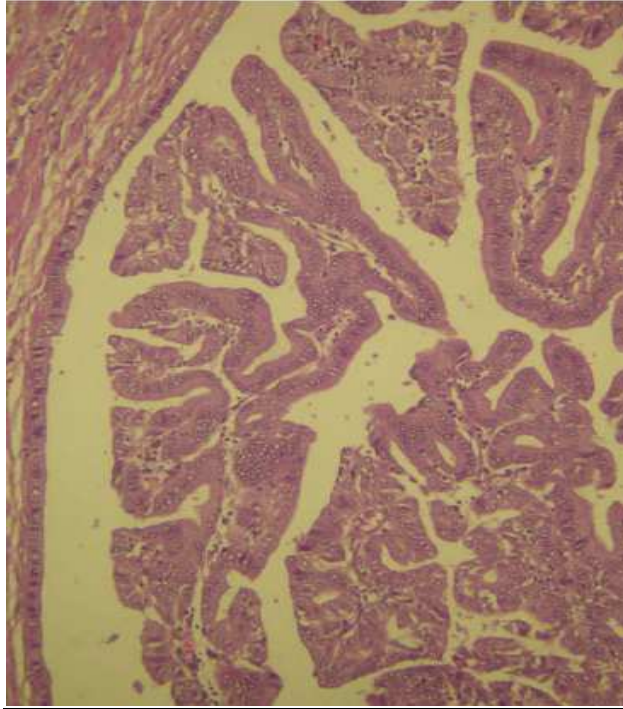
❖ Classe 4 : définie comme CIS avec des foyers microscopiques d'invasion stromale.

❖ Classe 5 : est définie comme l'envahissement du parenchyme hépatique ou de la couche fibro-musculaire de la paroi du canal biliaire.

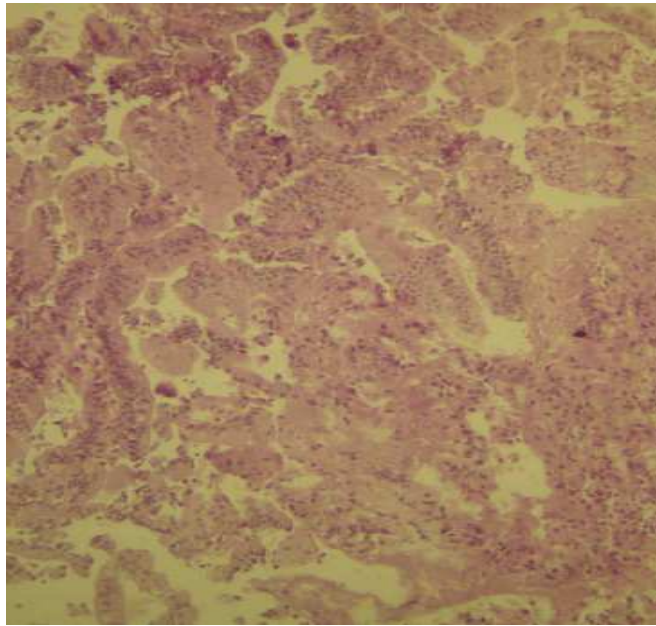
- Les classes 1 et 2 ont été incluses dans la catégorie de l'adénome bénin. Les classes 3-4 et 5 sont considérées comme un adénocarcinome.

Classe 1	Dysplasie de bas grade	précancéreux
Classe 2	Dysplasie de haut grade	
Classe 3	Carcinome in situ	cancéreux
Classe 4	Carcinome+ invasion microscopique	
Classe 5	Carcinome	

**Tableau 5** : Classification des tumeurs papillaires selon Lee et al. Cancer 2004



**Figure 17** : Dilatation des voies biliaires intra-hépatiques révélant une papillomatose biliaire (hématoxyline et l'éosine, grossissement, \* 100)(66).



**Figure 18** : Papillomatose épithéliale du canal cholédoque (Hématoxyline et l'éosine, grossissement original, \*100)(66)

**Results of Cholangioscopic Biopsies and Surgical Resected Specimens According to the Pathologic Types**

Class	Cholangioscopic biopsy (n = 34)		Surgical resection (n = 24)	
	NMBP	MBP	NMBP	MBP
Class 1	1	0	1	0
Class 2	6	1	1	0
Class 3	16 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	5	2
Class 4			3	2
Class 5			8	2

NMBP: nonmucin-producing biliary papillomatosis; MBP: mucin-hypersecreting biliary papillomatosis.

<sup>a</sup> The invasiveness could not be determined based on biopsy specimens.

**Tableau 6 :** tableau illustrant le diagnostic tardif de la maladie au stade « carcinome »(40)

- L'atteinte ganglionnaire est variable selon le degré de malignité :

**Table 4. Frequency of Lymph Node Metastasis in Biliary Papilloma(tosis), Papillary Cholangiocarcinoma, Non-Papillary Cholangiocarcinoma and Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm of the Pancreas**

	N	Lymph Node Metastasis	
		Positive	Negative
<b>Biliary papilloma(tosis)</b>	<b>10</b>	<b>0*</b>	<b>10 (100%)</b>
<b>Papillary cholangiocarcinoma</b>	<b>22</b>	<b>6 (27%)*</b>	<b>16 (73%)</b>
Carcinoma <i>in situ</i>	8	0	8(100%)
Mucinous carcinoma	5	1 (20%)	4 (80%)
Tubular adenocarcinoma	9	5 (56%)	4 (44%)
<b>Non-papillary cholangiocarcinoma</b>	<b>15</b>	<b>10 (67%)</b>	<b>5 (33%)</b>
<b>IPMN-P</b>	<b>31</b>	<b>8 (26%)*</b>	<b>23 (74%)</b>
Adenoma to carcinoma <i>in situ</i>	16	0	16 (100%)
Mucinous carcinoma	8	2 (25%)	6 (75%)
Tubular adenocarcinoma	7	6 (86%)	1 (14%)

Abbreviations: N, number of cases; IPMN-P, intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas.

\*P <.05 (vs. non-papillary cholangiocarcinoma).

**Tableau 7 :** les tumeurs papillaires et l'atteinte ganglionnaire(67).

- En immuno-histochimie : l'expression de l'onco-protéine p53 augmente parallèlement à la progression des lésions néoplasiques : les papillomatoses bénignes, dysplasiques et malignes, expriment respectivement l'onco-protéine p53 dans 0%, 20% et 50%. La détection de cellules tumorales p53 positives dans un matériel de brossage biliaire semble être un marqueur précoce de progression tumorale des papillomatoses biliaires, bien qu'inconstante car retrouvée en moyenne dans 30% des cas. Le profil d'expression des mucines variaient de façon parallèle à l'acquisition d'une expression de la p53. L'expression de MUC1 est généralement fréquente dans les tumeurs biliaires et pancréatiques invasives (90-100%). A l'inverse les MUC2 et MUC5 AC sont souvent exprimées dans les papillomatoses biliaires ou pancréatiques non invasives(41).

## **VII. LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

- La différenciation de la papillomatose biliaire des autres masses endoluminales des voies biliaires pourrait être difficile.

### **1) A l'étape clinique :**

- La papillomatose biliaire est un ensemble de tumeurs bénignes, à potentiel malin considérable, caractérisée par sa longue durée d'évolution et par sa latence clinique à stade précoce. Ses manifestations cliniques ne sont pas spécifiques, et peuvent se rencontrer dans plusieurs pathologies abdominales en général, et dans la pathologie hépatiques et celles de l'arbre biliaire en particulier. La paraclinique prend alors toute sa valeur pour orienter le diagnostic.

## **2) A l'étape paraclinique(42) :**

- Plusieurs pathologies peuvent prêter confusion avec le diagnostic de la papillomatose des voies biliaires. Les lithiases biliaires, la cholangite récidivante à pyogènes, la présence de caillots sanguins dans les voies biliaires dans le cadre d'une hémobilie, et l'ascaridiose biliaire, pourraient mimer une papillomatose. La majorité de ces pathologies semblent être des lésions isolées, alors que 90% des adénomes papillaires mucineux sont multiples. Le cystadénome mucineux et le cystadénocarcinome peuvent être mucine hypersécrétants, et peuvent communiquer avec la voie biliaire, et donc peuvent être difficile à différencier d'une tumeur papillaire.

## **3) A l'étape anatomopathologique :**

- Le diagnostic différentiel anatomopathologique d'une papillomatose des voies biliaires est celui de son homologue malin : le cholangiocarcinome papillaire, qui est assez courant, et représente 8 à 18% des cas signalés.

- Faire la distinction entre les deux entités peut sembler avoir peu d'importance pratique, car les deux nécessitent une résection radicale.

- Le cholangiocarcinome papillaire invasif partage la plupart des caractéristiques morphologiques et radiologiques de la papillomatose biliaire, de ce fait la distinction est presque exclusivement anatomopathologique nécessitant pour cela de multiplier les coupes histologiques à la recherche de critères de malignité.

- Cette forme maligne polypoïde ou papillaire correspond au type "cholangiocarcinome à développement intracanalair". C'est la forme de transformation maligne de la papillomatose biliaire(43), qui est à bas degré de malignité, et qui a tendance à se répandre en surface à l'intérieur de la muqueuse. Ses projections papillaires intraluminales ont tendance à se détacher

spontanément et s'implanter à de nombreux endroits à l'intérieur des canaux biliaires intra et extra hépatiques(44)(45)(46). A un stade tardif ce type de cholangiocarcinome envahit la paroi du canal biliaire et les structures adjacentes, et montre une histologie assez favorable que les autres types(43). Une résection tumorale avec des marges saines peuvent suffir pour le traitement, et le taux de survie après résection curative est rapporté à plus de 80%(47).

-

## **VIII. LE TRAITEMENT :**

- La prise en charge de la papillomatose des voies biliaires est difficile, en raison de sa nature diffuse, et son pouvoir à se répandre dans l'ensemble de l'arbre biliaire.

- Le traitement de choix de la PB est la résection chirurgicale radicale. Son objectif est d'éviter une récurrence locale et la transformation maligne. Ceci ne peut être obtenu que grâce au respect rigoureux d'une chirurgie d'exérèse large emportant les lésions, avec une petite marge de tissu sain autour, s'aidant au besoin d'un examen extemporané.

### **1) But :**

- Lever l'obstacle et supprimer l'ictère.
- Traiter les lésions des voies biliaires dont on considère l'évolution comme inexorable.

### **2) Moyens :**

- Le traitement de la papillomatose des voies biliaire est essentiellement chirurgical. Le traitement médical est un traitement symptomatique (traitement

antalgique, antiémétique, traitement antibiotique en cas d'angiocholite associée).

- Les méthodes radicales type : résection hépatique réglée, duodéno pancréatectomie ou la transplantation hépatique, représentent les moyens thérapeutiques efficaces selon la localisation des lésions.

- Le curetage endoscopique et le drainage biliaire restent une alternative palliative en cas de contre indication au traitement radical. L'apport des traitements adjuvant (chimiothérapie et radiothérapie) reste à évaluer.

#### **a) Le bilan préopératoire :**

- Le bilan préopératoire est à la fois clinique et biologique.

❖ Bilan clinique : qui doit s'assurer de l'absence d'une contre indication à l'anesthésie générale, et d'un déséquilibre d'une tare : Diabète...

❖ Bilan paraclinique :

• Bilan radiologique incluant une radiographie thoracique au minimum.

• Bilan biologique incluant une numération formule sanguine(NFS), un ionogramme sanguin avec glycémie, un bilan de crase, un groupage et une éventuelle demande de sang.

#### **b) La résecabilité :**

- La résecabilité peut se définir comme étant la possibilité d'exérèse de la tumeur de la voie biliaire, en fonction des critères pré et per opératoires qui ne peuvent être définis que par le thérapeute, c'est-à-dire le chirurgien spécialisé en fonction des techniques opératoires qu'il est susceptible d'utiliser : résection tumorale simple, ou large avec hépatectomie, ou transplantation hépatique(TH).

#### **3) La stratégie chirurgicale(82) :**

- La voie d'abord abdominale est en règle une laparotomie médiane sus ombilicale, ou sous costale droite prolongée vers la gauche en fonction de la

morphologie du patient. L'abord coelioscopique dont la faisabilité a été démontrée, ne constitue qu'une voie d'exception non évaluée.

- L'incidence élevée de la localisation biliaire multifocale, et le haut risque de malignité posent souvent un défi pour décider de la stratégie chirurgicale pour cette pathologie. Ce pendant la résection locale est associée souvent à un taux élevé de récurrence(119), en particulier dans les cas d'invasion muqueuse superficielle qui peuvent avoir des marges positives à l'histologie(48). Ce risque de récurrence a incité certains centres de reconsidérer la transplantation hépatique dans certains cas sans invasion infiltrative des lésions et/ou atteinte des ganglions lymphatiques(49)(50).

- Dans la PB multifocale, ou en cas de récurrence, la transplantation hépatique avec duodéno pancréatectomie céphalique restent le meilleur traitement curatif(119).

**a) Chez les patients non éligibles à une greffe hépatique :**

- Les critères suivants excluent la possibilité d'une transplantation hépatique chez les patients dont : l'âge est supérieur à 65ans, et/ou présence de comorbidités associées (hypertension artérielle, diabète, obésité, hyperlipidémie, l'insuffisance hépatique...), la présence de métastases ganglionnaires ou d'invasion tumorale importante.

- Dans de tels cas, le traitement chirurgical qui est similaire à celui proposé par les centres d'Asie est adapté selon l'emplacement des lésions tumorales. Dans les localisations dans la voie biliaire principale extra hépatique, le patient est traité par une résection complète de la VBP depuis la confluence biliaire jusqu'à la portion intra pancréatique avec un curage ganglionnaire, et la réalisation d'une hépatojéjunostomie qui consiste en le rétablissement de la continuité biliaire d'amont avec une anse jéjunale montée en Y.

Ce montage chirurgical évite la mise en tension de l'anastomose contribuant ainsi à son succès à long terme.

- Dans le cas où l'histologie de l'extrémité distale de la voie biliaire principale revient positive, la résection du conduit biliaire est réalisée avec ou sans résection pancréatique (résection transduodénale) (48)(49). Et dans le cas où l'examen extemporané de l'extrémité proximale revient positif, une résection partielle du foie peut être effectuée.

- Chez les patients dont la papillomatose envahit les voies biliaires de la portion intra pancréatique, et/ou associée à des tumeurs non mucineuses intra pancréatiques de la tête du pancréas, une duodéno pancréatécomie céphalique est recommandée.

- Les indications de la DPC (54) sont nombreuses dont : les adénomes ampullaires, les adénocarcinomes périampullaires( pancréas, ampoule de Vater, voie biliaire distale), les pancréatites chroniques, tumeurs intraductales papillaires et mucineuses du pancréas, les métastases pancréatiques d'autres cancers.

- Les complications de la DPC sont nombreuses dont : la gastroparésie ou le "Delayed gastric emptying » », les fistules pancréatiques, les hémorragies post pancréatectomie...

- Dans le cas où la papillomatose atteint un des deux canaux biliaires intra-hépatiques, le patient est traité par une résection de l'hémi-foie et de la voie biliaire principale. Il est préconisé aussi d'associer à cette résection un curage ganglionnaire pour une analyse histologique complète.

#### **b) Chez les patients éligibles à la transplantation hépatique :**

- Bien que la transplantation hépatique dans la papillomatose biliaire était décrite seulement que dans quelques cas rapportés, elle représente le

traitement efficace vu la multicentricité, le caractère diffus, ainsi que le risque de transformation maligne des lésions, dont la greffe hépatique constitue le traitement curatif ultime(55).

- Quelque soit la nature du greffon utilisé, une greffe de foie se déroule en trois phases successives, distinctes par leur difficulté technique, et leurs conséquences physiologiques. La première phase est consacrée à l'exérèse du foie natif, dont il n'y a pas de tactique opératoire univoque pour mener à bien l'exérèse. La deuxième phase est caractérisée par l'absence anatomique et fonctionnelle du foie. C'est la phase dite « ahépatique », elle commence à l'instant où le foie natif a été élevé, et s'achève à la revascularisation du greffon. La troisième phase est consacrée à parfaire l'hémostase du lit d'hépatectomie, puis à la confection des anastomoses veineuses qui précèdent la revascularisation(56).

- Dans les 135 cas rapportés (voir annexes), seulement 8 patients ont bénéficié d'une transplantation hépatique.

#### **4) Le traitement par photothérapie dynamique(PTD) :**

- Cette technique était reportée dans la littérature en 2008 chez seulement un cas. La thérapie photodynamique (PDT) repose sur l'administration d'un agent photosensibilisant par voie intraveineuse, qui inactif dans l'obscurité devient cytotoxique (toxicité membranaire) à la lumière pour le tissu cible (le tissu tumoral) dans lequel il est accumulé. Cet effet cytotoxique est dû à une libération de radicaux de l'oxygène. Le photosensibilisateur le plus utilisé dans le PDT du cholangiocarcinome est le Photofrin® (dérivé de l'hématoporphirine) (57). L'exposition lumineuse se fait par voie endoscopique, au cours d'une CPRE pour changement de prothèse biliaire. La profondeur de la nécrose obtenue est de 4-6 mm. L'effet secondaire principal de ce traitement est la

photosensibilisation qui persiste jusqu'à 4 à 6 semaines de l'injection. La PDT est un traitement local inactif sur les lésions envahissant en profondeur les tissus ou sur des adénopathies locales ou à distance, et n'est active que sur des tissus suffisamment vascularisés (nécessité d'une oxygénation suffisante) (58).

- Indications validées :

- Dysplasie de haut grade (DHG) sur muqueuse de Barrett (EBO).
- Traitement palliatif à visée de désobstruction des cancers de l'œsophage.

- Récidives œsophagiennes superficielles après traitement du cancer de l'œsophage.

- Indications en cours d'évaluation :

- Cancer superficiel de l'œsophage non accessible à une autre thérapeutique.

- Cholangiocarcinome non résecable et/ou non opérable.

- Cancer du pancréas non résecable et/ou non-opérable.

- Contre-indications :

- Porphyries

### **5) Le traitement palliatif :**

- Les techniques palliatives étaient recommandées lorsque les deux voies biliaires intra et extra hépatiques sont concernées par les lésions(59). Elles reposent sur le curetage endoscopique et le drainage biliaire endoscopique des voies biliaires, et sont associées à un risque élevé de récurrence chez la plupart des patients.

- Les traitements palliatifs les plus décrits dans le cadre de la papillomatose biliaire sont le curetage, et le drainage biliaire endoscopique.

❖ le drainage endoscopique des voies biliaires(60) : repose sur la réalisation d'une cholangiographie rétrograde, qui permet de préciser le siège et l'étendue de la sténose. La sphincterotomie n'est pas indispensable, et si elle est réalisée elle doit être de petite taille. Sous scopie le fil-guide est introduit à travers la sténose, sur lequel on va monter le cathéter-guide. La longueur de la prothèse est choisie en fonction de la situation de la sténose, et sa mise en place se fait avec un endoscope en position droite maintenue aussi près que possible de la papille, afin de permettre à la prothèse de progresser dans la voie biliaire, et d'éviter une boucle dans le duodénum. Sous scopie, l'ensemble fil-guide/cathéter pose-prothèse reste au dessus de la sténose, puis la prothèse est poussée dans la voie biliaire grâce au pousse-prothèse, et sa bonne position est vérifiée après sous scopie. Le passage d'un écoulement biliaire important traduit la bonne position et l'efficacité de la prothèse.

- D'autres traitements ont été rapportés dans la littérature. Guven et al ont rapporté un cas traité par l'iridium 192 en intraluminal et qui a pu avoir une survie à 6ans sans récurrence. Meng et al aussi le cas d'une papillomatose biliaire multifocale traitée par ablation au laser des lésions par voie cholangioscopique.

## **IX. PRONOSTIC ET EVOLUTION :**

- Puisque les données de suivi disponibles dans la littérature sont très rares, et que la durée de suivi est souvent trop courte, une évaluation précise de la durée de survie est toujours manquante. Lee et ses collègues ont signalé que le taux de survie sans récurrence pour les patients qui ont subi une résection curative était à 100% à 1an, 81% à 3ans, et 81% à 5ans(61). Yeug et al ont rapporté dans

la littérature avant 2003 que la survie moyenne globale après résection de la papillomatose était de 28mois, et ceux qui ont reçu un traitement autre que la résection avaient une survie moyenne de 11mois(62).

- Dans notre étude, la durée de survie n'a été rapportée que chez 67 cas, dont 34 cas ont subi une résection chirurgicale, et que la survie moyenne était à 28mois. Les 13 cas restants ont subi un traitement autre que la résection chirurgicale et leur moyenne de survie était à 21mois.

## **X. CONCLUSION :**

La papillomatose des voies biliaires bien que très rare, nécessite un diagnostic précoce et ne doit pas être considérée comme une pathologie bénigne. Toutefois le diagnostic de certitude reste l'apanage de l'examen anatomopathologique.

En raison du risque de transformation maligne et le taux élevé de récurrence locale, la chirurgie radicale est fortement recommandée et la transplantation hépatique demeure la solution ultime curative avec des résultats prometteurs.

## RESUME

**Titre :** La papillomatose des voies biliaires : à propos d'un cas avec revue de la littérature.

**Auteur :** Meryem OUDIB.

**Mots clés :** voies biliaires, papillomatose, ictère, Bili-IRM, laparotomie, histologie.

La papillomatose des voies biliaires est une pathologie très rare, uniquement une centaine de cas ont été rapportés dans la littérature.

Nous rapportons une observation d'un papillomatose des voies biliaires compliquée de métastases hépatiques, colligée dans le service de chirurgie viscérale de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V, chez un patient de 52ans qui présentait un ictère fébrile. Le traitement a été une exérèse chirurgicale des tumeurs par laparotomie sous costale droite. L'évolution postopératoire était simple.

La revue de la littérature nous a permis de retenir les éléments suivants :

- Le diagnostic positif est très difficile vu la latence et le manque de spécificité clinique, et malgré les moyens d'imagerie modernes notamment l'IRM, qui ne permet d'affirmer le diagnostic et c'est parfois seulement l'exploration préopératoire avec examen anatomopathologique qui permettent de confirmer le diagnostic.

- Le traitement bien que difficile à codifier, repose sur la résection chirurgicale radicale selon la localisation des lésions par laparotomie.

- Le diagnostic définitif est apporté par l'examen anatomopathologique de la pièce de résection opératoire.

- L'évolution spontanée se fait vers la diffusion le plus souvent, et la dégénérescence maligne reste un risque potentiel majeur .

## **SUMMARY:**

**Title:** The biliary papillomatosis : report of a case with review of the literature .

**Author:** Meryem OUDBIB .

**Keywords :** bile duct papillomatosis , jaundice, Bili- MRI laparotomy histology.

Papillomatosis of the biliary tract is a very rare disease , only one hundred cases have been reported in the literature.

We report a case of a complicated biliary papillomatosis of liver metastases ,in a patient of 52 years, hospitalized in the visceral surgical department of the military and Instruction hospital Mohammed V , and who had a febrile jaundice. The treatment was surgical removal of tumors by laparotomy under right rib . The postoperative sequels were simple.

The literature review allowed us to note the following :

- The diagnosis is very difficult due to latency and the lack of clinical specificity , and despite modern imaging techniques including MRI , which can confirm the diagnosis and it can only preoperative exploration with review histological that can confirm the diagnosis.

- The treatment although difficult to codify , based on the radical surgical resection according to the location of the lesions by laparotomy.

- Definitive diagnosis is made by histological examination of the surgical specimen.

- The spontaneous evolution goes to dissemination more often, and malignancy remains a major potential risk.

## ملخص

**العنوان :** حليمي حنجري المسالك الصفراوية، تقرير عن حالة ومراجعة الأدبيات

**من طرف :** مريم وضبيب

**الكليات الأساسية :** القنوات الصفراوية، حليمي، التصوير بالرنين المغناطيسي، الفحص النسيجي، يرقان.

نتناول حالة حليمي حنجري القنوات الصفراوية تمّ حصره بمصلحة جراحة الأحشاء بالمستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس. يتعلق الأمر برجل عمره 52 سنة، أتى للاستشارة من أجل حمى وירقان. تلخص العلاج في الاستئصال الجراحي للأورام عن طريق شق البطن. المخلفات الجراحة كانت بسيطة.

مراجعة الأدبيات مكنتنا من أن نلاحظ ما يلي:

- التشخيص صعب جدا بسبب الكمون وعدم وجود خصوصية الأعراض السريرية، وعلى الرغم من التقدم الحديث في تقنيات التصوير خصوصا التصوير بالرنين المغناطيسي الذي لا يمكن من تأكيد التشخيص وأحيانا يكون فقط الاستكشاف الجراحي مع الفحص النسيجي الذي يمكن من تأكيد التشخيص.
- يعتمد العلاج على الاستئصال الجراحي الجدي للأورام حسب موقعهم بالشق الباطني.
- يتم التشخيص النهائي عن طريق الفحص النسيجي للقطعة الجراحية المستأصلة.
- التطور العفوي للأورام يتجه نحو الانتشار إلى سائر القنوات الصفراوية في غالب الأحيان وإلى التحول الخبيث.

# **ANNEXES**

<b>Auteur</b>	<b>Age/ Sexe</b>	<b>Clinique</b>	<b>Radiologie</b>	<b>Traitement</b>	<b>Histologie</b>	<b>Survie</b>
Gilles	F/72	Douleur, ictère, fièvre	CPRE : présence de plusieurs lacunes. TDM/IRM : ND	Sphincterotomie endoscopique+curetage.	PB bénigne	24mois
“	F/74	Douleur, ictère, fièvre	Echog : dilatation des canaux IH et EH. TDM/IRM : ND	DPC+ Hépatojéjunostomie(HJ)	adénocarcinome	15mois
“	M/84	Douleur, ictère, fièvre	Echog : dilatation des canaux biliaires gauches.	Sphincterotomie+curetage endoscopiques.	PB bénigne	24mois
“	M/81	Ictère, fièvre	Echog : dilatation des canaux IH et EH. CPRE : multiples images lacunaires.	Sphincterotomie endoscopique+stent	Adénocarcinome	11mois
“	M/70	Ictère, fièvre	Echog/TDM/IRM : dilatation des canaux IH et EH. CPRE : images lacunaires multiples.	DPC+hépatojéjunostomie	Adénocarcinome	9mois
Jazrawi	M/37	Douleur, ictère	TDM : dilatation des canaux IH. CPRE : lésions polypoides.	Whipple	Carcinome in situ	-
Delaunay (2)	M/74	Douleur, ictère, fièvre	Echog/TDM : dilatation de la VBP, nodules hyperéchogènes sans cône d'ombre post.	DPC	Hyperplasie papillaire diffuse de haut grade	-
Mine	F/64	Douleur, Nausées, Vomissements	TDM : dilatation des VBIH et du segment IV	Hépatectomie gauche+cholécystectomie	PB+ cholangiocarcinome	-
Panier Suffat	F/65	Douleur, Fièvre, Ictère	-	Drainage percutané+coagulation par plasma Argon	Cholangiocarcinome papillaire	-
Kashif	F/29	Douleur, Ictère, Amaigrissement	TDM : dilatation des VBEH CPRE : présence de projections papillaires	Réssection locale complète+drainage palliatif	PB avec des zones de dysplasie de haut grade	-
Fletcher	F/74	Douleur, Ictère, Prurit	TDM : image hypodense près de la tête du pancréas	DPC	Adénome papillaire avec dysplasie à l'extrémité distale de la VBP	-

bechmann	M/65	Douleur, Ictère	CPRE : présence de projections papillaires multiples	Whipple+hémihépatectomie +HJ+Thérapie photodynamique	BP sur adénome vilieux	10ans
braeye	M/76	Douleur, Ictère, Vomissements	TDM : masse infiltrante avec petites calcifications du lobe droit s'étendant dans la VBP jusqu'au pancréas. IRM : tumeur solide hypointense T1 et hyperintense T2 s'étendant de la VBP aux VBIH avec invasion du canal cystique et de la vésicule biliaire(VB)	DPC+ hémihépatectomie	Carcinomes papillaire +proliférations papillaires diffuses avec dysplasie épithéliale des voies biliaires de haut grade	-
vassiliou	M/68	Douleur, Nausées, Urines foncées	TDM : dilatation des VBIH gauches avec dilatation concomitante des canaux pancréatiques	Hépatectomie gauche+cholécystectomie	Cholangiocarcinome différencié des VBIH gauches sur PB	2ans
Yuen	M/65	Ictère, Amaigrissement	Echog : dilatation des VBIH et VBEH+ irrégularité de leurs parois+multiples projections papillaires anéchogènes dans les VBIH CPRE : multiples images lacunaires irrégulières et immobiles	Cholécystectomie+papillotomie +drainage percutané	PB bénigne	-
Mourra	M/66	Douleur, Amaigrissement	Echog : lésions du lobe droit TDM : tumeur hétérogène avec hyperdensité centrale et calcifications+ascite modérée+dilatation de la VBP	Hépatectomie droite	Proliférations papillaires multiples avec quelques atypies+ADK hépatique bien différencié	15mois
Cheng	M/70	Douleur	Echog : lésions lobe gauche TDM : lésions du segment gauche+ dilatation canalaire segmentaire	Hépatectomie gauche+réséction non anatomique de la lésion du lobe gauche	Carcinome hépatocellulaire avec nécrose centrale+présence d'excroissances papillaires des VBIH= PB	-
'	M/71	Douleur, Ictère	TDM : défaut de remplissage du conduit hépatique gauche+tumeur du segment latéral gauche du foie infiltrant la petite courbure de l'estomac	Cholédochojéjunostomie+ réséction en bloc : hépatectomie gauche avec HJ droite	PB bénigne+ ADK papillaire du segment latéral gauche	15mois

			CPRE : images lacunaires multiples+absence d'opacifications VBIH gauches			
Forlano	M/82	Douleur, Ictère	Echog : dilatation de la VBIH et VBEH+ matériel dense à l'extrémité distale de VBP+vésicule biliaire dilatée	Cholécystectomie+mise en place T-tube dans VBP puis après résection VBP+HJ	PB de la VBP avec dysplasie de haut grade	-
Park	M/61	Douleur	Echog : masse périampullaire inhomogène et hyperéchogène TDM/IRM : multiples kystes avec petites masses papillaires surtout en périampullaire+dilatation des voies biliaires	Résection complète	PB avec des lésions papillaires distales de la VBP et des VBIH avec dysplasie de haut grade	-
Antila	M/46	Ictère	TDM : masse tumorale obstruant le canal biliaire intrahépatique	Hépatectomie gauche+résection VBEH et ganglions lymphatiques+HJ	Excroissances papillaires avec dysplasie de haut grade entourées par une tumeur invasive=cholangiocarcinome tubulaire	-
Gunven	M/63	Douleur, Ictère	Dilatation des VBIH	Lobectomie gauche	PB avec dysplasie de bas grade+métaplasie pylorique	
Sen	F/57	Douleur	TDM : dilatation de la VBP et VBIH gauches+images hypodenses des VBIH	Hépatectomie gauche+HJ+résection de la VBP	Tumeur glandulaire bien différenciée des VBIH+ Pb avec mucine	-
Vibert	M/60	Douleur, Ictère ,Fièvre	Echog/TDM/IRM : dilatation des VBIH et des VBEH avec présence de matériel endoluminal diffus surtout en distal	Transplantation hépatique+chimiothérapie	PB avec dysplasie sévère	2ans
“	F/58	Douleur, Ictère	TDM : tumeur de la VBP+dilatation des VBIH et VBEH CPRE : défaut de remplissage	Trisectomie-résection VBP+HJ+lymphadenectomie	PB avec dysplasie de haut grade dans la majorité des VBIH droites	-
Goswami	F/22	Douleur	CPRE : formations papillaires intracanalaires+présence de mucine	-	Excroissances papillaires	-

					bénignes+présence d'adénome papillaire des voies biliaires	
Ciardullo	M/60	Douleur, Ictère, Fièvre	TDM : lésions multifocales diffuses de l'arbre biliaire	Transplantation hépatique orthotopique	PB bénigne	-
Marion-audibert	F/48	Douleur, Vomissements	Echog/TDM : dilatation de l'arbre biliaire, VB tendue+processus pathologique échogène endoluminal du canal hépatique au voisinage de l'abouchement du cystique jusqu'à la partie supérieure de la tête du pancréas prenant toute la VBP CPRE : présence d'images lacunaires VBP	DPC+transplantation hépatique	PB avec dysplasie de haut grade	-
Kassir	F/62	Douleur	TDM : masse tissulaire du hile du foie et de la VBP	Cholécystectomie+curage ganglionnaire hilair et retropancréatique+ résection VBP+HJ	BP avec des zones focales de dysplasie + cholangiocarcinome bien différencié pT1,N0,M0	-
Orosz	M/72	Douleur, Fièvre	CPRE : présence d'images lacunaires+paroi irrégulière	Abstention thérapeutique vu le mauvais état général (insuffisance cardiaque sévère)	PB avec dysplasie de haut grade	3mois
Lam	M/69	Ictère	Echog : dilatation VBIH	DPC	PB bénigne	12mois
"	M/66	Ictère	Echog : dilatation des VBIH et VBEH	Excision des voies biliaires+HJ bilatérale	PB avec des zones focales de dysplasie de haut grade	16mois
"	M/66	Ictère	Echog : dilatation des VBIH	Résection de la VBP+hépatectomie gauche	PB avec transformation maligne	5ans
"	M/74	Ictère	Echog : Dilatation des VBIH et VBEH	Résection biliaire+cholédochojejunostomie	PB avec dysplasie de haut grade	86mois
"	F/54	Douleur	Echog : dilatation de la vésicule biliaire	Cholécystectomie	PB bénigne	14mois
"	M/73	Ictère	Echog : dilatation des VBIH et VBEH	Résection biliaire+HJ bilatérale	PB avec dysplasie de haut grade	17mois

Imvrios	M/43	Ictère	CPRE : dilatation et défaut de remplissage de la VBP et VBIH	Transplantation hépatique+réséction VBP+HJ	PB avec dysplasie modérée	-
Chen	F/65	Ictère	TDM : petits nodules hépatiques, avec zone hypodense	Transplantation hépatique	Multiples papillomes+dysplasie modérée+cirrhose	-
Chen	M/65	Douleur, Fièvre	Echog : dilatation VBEH (VBP) TDM : présence de petites assés tissulaires de la VBP peu denses+ dilatation des VBIH gauches	Hépatectomie gauche+cholécystectomie+réséction VBP	PB avec dysplasie sévère	-
Tireli	F/70	Ictère	Echog : dilatation VBIH et VBEH	Curetage endoscopique+drainage avec mise en place de stent transhépatique	PB avec dysplasie épithéliale	-
Donnellan	M/47	Ictère, Prurit	Echog : dilatation des VBIH et VBEH CPRE : plages de mucine+dilatation du système biliaire+images lacunaires	Stent hilaire bilatéral endoscopique	PB maligne	-
Negi	M/50	Ictère	Echog : dilatation des voies biliaires+petites masses hyperéchogènes TDM : kyste du cholédoque+présence de masse intraluminaire VBP prenant le contraste+dilatation des VBIH CPRE : remplissage irrégulier de VBP	Réséction complète VBEH+HJ+ lymphadenectomie	PB+ zones d'ADK papillaire moyennement différencié	4ans et demi
Sagar	F/57	Douleur, Ictère	CPRE : défaut de remplissage à l'extrémité distale VBP	Extraction de lithiase et de pseudomasse en grappe de raisin	PB avec dysplasie moyenne	-
Yeung	M/74	Ictère	Echog : dilatation VBIH CPRE : pas de défaut de remplissage	Hépatectomie gauche+cholédocojejunostomie	PB maligne	15mois
“	M/75	Douleur, Pancréatite	Echog : dilatation de l'arbre biliaire CPRE : défaut de remplissage	Hépatectomie gauche+réséction VBP+HJ	PB maligne	39mois
“	M/70	Douleur, Fièvre, Ictère	Echog : dilatation VBIH droites CPRE : défaut de remplissage	DPC+préservation du pylore	PB bénigne	-
“	M/71	Douleur	Echog : dilatation VBIH gauches	Hépatectomie gauche+excision d'un	PB bénigne	-

				hépatome du lobe droit		
“	F/72	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation VBIH gauches CPRE : défaut de remplissage	Hépatectomie gauche	PB maligne	-
“	F/73	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation des VBIH	Résection VBP+HJ	PB maligne	17mois
“	M/76	Douleur	Echog : dilatation VBIH	Cholécystectomie+biopsie hépatique	PB maligne	-
Holtkamp	M/70	Ictère	Echog : dilatation VBEH	Résection de la VBP+ HJ	PB maligne	6ans
“	M/75	Ictère	Echog : dilatation VBEH	DPC+résection VBP+HJ	PB maligne	4ans
Aubigeon	F/72	Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Sphinctérotomie endoscopique+curetage	PB bénigne	24mois
“	F/74	Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	DPC+résection VBP+HJ	PB maligne	15mois
“	M/84	Douleur, Fièvre, Ictère	Echog : dilatation du système biliaire	Sphinctérotomie endoscopique+curetage	PB bénigne	24mois
“	M/81	Douleur, Fièvre, Ictère	Echog : dilatation VBIH et VBEH	Sphinctérotomie endoscopique	PB maligne	11mois
“	M/70	Douleur, Fièvre, Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	DPC+résection VBP+HJ	PB maligne	9mois
Khan	M/72	Ictère	Echog : dilatation VBEH	Résection VBP+HJ	PB maligne	-
“	F/46	Douleur	Echog : dilatation VBEH	Résection VBP+HJ	PB bénigne	-
Hoang	F/46	Douleur, Fièvre, Ictère	Echog : dilatation VBEH	Résection VBP+HJ	PB maligne	-
Meng	M/69	Douleur, Fièvre, Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Ablation par laser via cholédochoscopie	PB bénigne	6mois
Kim	F/78	Douleur, Ictère	Echog : dilatation VBIH	Pas de traitement	PB bénigne	16mois
Ohtsubo	F/59	Douleur	Echog : dilatation de la vésicule biliaire+VBIH+VBEH	Résection VBP+HJ	PB bénigne	-
“	F/37	Douleur	Echog : dilatation VBIH et VBEH	Résection VBP+HJ	PB maligne	6mois
“	M/52	Fièvre	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Résection VBP+HJ	PPB maligne	13mois
“	M/56	Fièvre	Echog : dilatation VBEH+ vésicule biliaire	Résection VBP+HJ	PB maligne	25mois
“	M/60	Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Drainage biliaire percutané	PB bénigne	17mois
“	M/59	Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Lobectomie droite+résection VBP+HJ	PB maligne	7mois

“	F/81	Ictère	Echog : dilatation VBEH	Drainage biliaire percutané	PB maligne	6mois
“	M/53	Ictère	Echog : dilatation VBIH et VBEH	Trisegmentectomie+DPC	PB maligne	6mois
“	M/59	Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Lobectomie droite+DPC	PB maligne	20mois
Sagar	M/69	Douleur	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Drainage biliaire transhépatique percutané	PB bénigne	-
Lee	M/62	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation des VBIH et VBEH	HJ	PB bénigne	-
Seo	M/52	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation des VBIH et VBEH	Curetage endoscopique+HJ	PB bénigne	-
Ohita	M/69	Douleur	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Drainage biliaire percutané	PB bénigne	-
Tsui	M/70	Douleur	Echog : dilatation des VBIH	Hépatectomie gauche+HJ	PB bénigne	4ans
“	M/72	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Hépatectomie gauche+HJ	PB maligne	2ans
“	M/73	?	Echog : dilatation des VBIH	Hépatectomie gauche+HJ	PB bénigne	6mois
Gunven	M/54	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation VBIH	Thérapie intraluminale à l'iridium 192 par cholangioscopie	PB bénigne	80mois
Amaya	F/65	?	Echog : dilatation des VBIH droites	Résection VBP+HJ	PB bénigne	-
“	M/6	?	Echog : dilatation des VBIH et VBEH	Résection de VBP+HJ	PB bénigne	-
“	F/62	?	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Résection VBP+HJ	PB bénigne	-
“	F/70	Malaise	Echog : dilatation des VBIH	Résection VBP+HJ	PB bénigne	-
“	F/78	Douleur	Echog : dilatation VBEH	Résection VBP+HJ	PB bénigne	-
“	M/69	Douleur	Echog : dilatation VBIH	Résection VBP+HJ	PB bénigne	-
“	F/64	Ictère	Echog : dilatation VBIH	Résection VBP+HJ	PB maligne	-
“	M/68	Prurit	Echog : dilatation des VBEH	Résection VBP+HJ	PB maligne	-
“	F/64	Malaise	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Diagnostic à l'autopsie	PB maligne	-
“	M/70	Prurit	Echog : dilatation VBIH	Diagnostic à l'autopsie	PB maligne	-
“	F/70	Douleur	Echog : dilatation VBIH	Résection VBP+HJ	PB bénigne	-
Beavers	F/59	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Transplantation hépatique	PB bénigne	9mois
Dumortier	F/60	Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Transplantation hépatique	PB maligne	22mois
Lai	M/74	Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire	Curetage endoscopique+laser ablation par cholangioscopie percutané transhépatique	PB bénigne	-

Ma	M/85	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation VBIH TDM : dilatation des VBIH et VBP CPRE : défaut de remplissage de la VBP	Refus de chirurgie	-	3ans
“	M/71	Douleur	Echog : lésions nodulaires intracanalaires du lobe gauche TDM : dilatation VBIH gauches	Hépatectomie gauche	PB bénigne+carcinome hépatocellulaire du lobe gauche	-
“	M/70	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation de l'arbre biliaire CPRE : VBP dilatée+ défaut de remplissage	Whipple+hépatectomie gauche+choledochojunostomie+jejunojunostomie	-	-
“	M/75	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation VBIH CPRE : défaut de remplissage multiple dans VBIH gauches	-	PB bénigne+carcinome	-
“	M/71	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation des VBIH et VBP TDM/IRM : masses intracanalaires avec dilatation d'amont CPRE : défaut de remplissage de VBP et VBIH	Curetage endoscopique+choledochojunostomie	PB bénigne+ADK papillaire	15mois
Lim	M/64	Douleur	TDM/IRM : dilatation VBIH+ présence de masses intraluminales	-	PB bénigne+carcinome papillaire VBIH gauche	
”	M/63	Douleur	TDM/IRM : petites masses intraluminales+ paroi biliaire épaissie CPRE : tumeur papillaire VBP avec sévère dilatation VBIH et VBEH	-	PB bénigne avec dysplasie de haut grade	-
“	F/56	Douleur, Ictère, Fièvre	TDM : tumeur rehaussée de la vésicule biliaire	-	PB bénigne avec zones focales de dysplasie de haut grade	-
“	F/54	Ictère	Echog : dilatation des VBIH TDM : dilatation des VBIH gauches et VBP CPRE : défaut de remplissage linéaire, VBIH gauches complètement obstruées, VBEH partiellement	-	ADK papillaire	-
“	F/59	Douleur	Echog : dilatation de l'arbre biliaire TDM : VBIH gauches dilatées et	-	PB maligne	-

			tortueuses CPRE : défaut de remplissage nodulaire des VBEH , VBIH non opacifiées			
“	M/62	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog/TDM : dilatation des voies biliaires du segment postérieur CPRE : défaut de remplissage VBIH	-	PB maligne	-
Singh	F/3	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation de VBP	Mise en place d'un stent par voie endoscopique	PB bénigne VBP	-
Kliment	M/57	Douleur, Ictère	Echog : dilatation VBEH+ images hyperéchogènes intraluminales VBP TDM : images hyperdenses VBP+vésicule biliaire CPRE : défaut de remplissage+ dilatation VBP	Cholécystectomie+réssection large VBEH+HJ	PB avec zones focales d'ADK moyennement différencié de la VBP et la vésicule biliaire	-
Lim	F/48	Douleur, Fièvre	Echog : dilatation VBIH TDM : masses polypoides dans la vésicule biliaire CPRE : défaut de remplissage	-	Adénome papillaire avec dysplasie de haut grade	-
“	F/63	Douleur	Echog : dilatation VBIH gauches TDM : multiples masses polypoides CPRE : défaut de remplissage	-	PB avec dysplasie de haut grade	-
“	M/54	Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire TDM : multiples masses polypoides CPRE : défaut de remplissage allongé	-	Multiples ADK papillaires	-
“	M/53	Douleur, Ictère	Echog : dilatation de l'arbre biliaire surtout VBIH gauches TDM : multiples masses nodulaires	-	PB bénigne	-
“	M/62	Douleur	Echog : dilatation VBIH gauches TDM : masses nodulaire multiples	-	PB maligne	-
“	F/54	Douleur	Echog : dilatation VBIH gauches	-	PB maligne	-
“	F/53	Douleur, Fièvre	Echog dilatation des VBIH	-	PB maligne	-
“	M/53	Douleur, Fièvre	Echog : dilatation des VBIH	-	PB maligne	-
“	M/63	Douleur	Echog : dilatation VBIH	-	PB maligne	-

			TDM : dilatation de la vésicule biliaire+ présence de multiples masses			
“	M /71	?	Echog : dilatation des VBIH TDM : présence de multiples masses nodulaires	-	PB maligne	-
“	F/40	Douleur	Echog : dilatation VBIH	-	PB maligne	-
“	F/57	Douleur, Fièvre	Echog : dilatation VBIH droites CPRE : défaut de remplissage	-	PB maligne	-
“	M/71	Douleur, Fièvre	Echog : dilatation sévère de l’arbre biliaire	-	PB maligne	-
“	M/50	Douleur	Echog : dilatation VBIH et VBEH	-	PB bénigne avec dysplasie de haut grade	-
“	F/70	Douleur, Ictère	Echog : dilatation VBIH droites CPRE : défaut de remplissage+images lacunaires multiples	-	PB maligne	-
Cox heather	M/64	Douleur	TDM : petites masses hétérogènes du segmentII	Hépatectomie (segment 2,3et4) + résection VBEH	PB bénigne+ cholangiocarcinome VBIH	-
Jeong	F/74	Ictère	TDM : dilatation de l’arbre biliaire CPRE : défaut de remplissage+dilatation VBP+présence de mucine	Drainage biliaire percutané puis résection partielle VBP+ cholédochojéjunostomie	PB bénigne	-
Kim	M/76	Douleur	TDM : épaissement pariétal des VBIH gauches+rétrécissement brusque de VBP en distal	DPC+hépatectomie gauche	ADK VBIH gauches bien différencié + carcinome in situ de VBP distale sur lésions de PB	-
Gulluoglu	F/64	Douleur, Nausées, Vomissements	TDM : dilatation VBIH du Segment IV+ zone suspecte CPRE : défaut de remplissage VBIH du segment IV+ VBP+VBIH gauches	Hépatectomie gauche+cholécystectomie	PB avec dysplasie de moyen et de haut grade	-
White	M/66	Ictère, Prurit	Echog : dilatation VBIH gauches+VBP IRM : tumeur invasive du foie et des voies biliaires	Hépatectomie(segment 1,2,3 et 4)+ DPC+HJ Transplantation hépatique après 2ans	PB +prolifération stromale maligne invasive	6ans

“	M/49	Douleur, Ictère, Amaigrissement	Echog : dilatation VBIH+ VBP	Hépatectomie droite+ DPC	PB avec dysplasie de bas grade+ ADK de la tête du pancréas	-
“	F/62	Ictère	Echog/TDM : dilatation VBIH et VBP + présence d'une masse de la tête du pancréas	Réséction VBP en moitié+HJ	PB avec ADK papillaire de VBP	-
Gu	M/45	Douleur	TDM : masse kystique solide de 4cm du segment V+ dilatation VBIH	Réséction de VBP+ hépatectomie segment V	PB bénigne	-
“	F/61	Douleur	Echog : dilatation VBIH et VBP+ matériel échogène sans cône d'ombre post+ quelques masses papillaires VBP qui est dilatée	Réséction VBP et du lobe gauche	PB avec des zones de dysplasie haut grade	-
Kim	M/74	Ictère	TDM : dilatation VBIH gauches et VBP CPRE : défaut de remplissage de VBP	Drainage biliaire percutané	PB avec dysplasie modérée et de haut grade	-
DK.Kim	F/65	Douleur, Fièvre	TDM : dilatation VBIH gauches+défaut de remplissage CPRE : défaut de remplissage avec dilatation VBP	Lobectomie gauche+ biopsie	ADK sur PB	-
Yoo	M/53	Douleur, Fièvre	TDM :présence de masses polypoides des VBIH droites proximales et distales+ épaissement et dilatation VBP qui est siège de masses nodulaires+ abcès du foie	Réséction du lobe droit+VBP	PB bénigne	-
Park	M/72	Douleur, Ictère	Echog : dilatation VBIH	Hépatectomie gauche	PB bénigne avec dysplasie de bas grade	-
Rouibaa	F/67	Douleur, Ictère, Fièvre	Echog : dilatation VBP et VBIH avec contenu hétérogène+lésions nodulaires du parenchyme hépatique TDM : dilatation VBIH et VBEH+masses intracanales de VBP IRM : processus tumoral hypointense T1 et hyperintense T2 CPRE : multiples images lacunaires fixes avec paroi irrégulière+dilatation VBP	Mise en place d'endoprothèse vu les métastases+ drainage biliaire	PB maligne	-

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) **Bellaid G, Belloc J, Slama J**  
Papillomatose des voies biliaires  
Lett hepat Gastroenterol 2005, 8, n°1
- (2) **Delaunay K, Cuilleron M, Dumas O, Balique JG, Audigier JC**  
Bile duct papillomatosis : unrecognized preoperative diagnosis  
J Radiol 2001; 82 (9 pt 1) : 997-9
- (3) **Anatomie du foie et des voies biliaires**  
Editions techniques\_ Encycl.Med.chir (paris France)
- (4) **Seguy B : Les glandes digestives annexes. Anatomie 2**  
Dossiers médico-chirurgicaux de l'infirmière. Paris : Maloine, 1982,142 p
- (5) **Gregoire R, Oberlin S : Les voies biliaires.**  
Précis d'anatomie. 9ème édit. Paris : Baillière, 1973,513 p
- (6) **Cady J, Kron B : Les voies biliaires.**  
Anatomie du corps humain. Abdomen. Paris : Maloine, 1970,129 p.
- (7) **Bouchet Y, Passagia JG, Lopez JF : Anatomie des voies biliaires extra hépatiques.**  
EMC (Paris, France), Tech chir, Appareil digestif 40900,10-1990,16 p
- (8) **Netter FH: Atlas d'anatomie humaine.**  
Paris, Masson 4ème édition 2007 ; 548 p
- (9) **Rouviere H**  
Voies biliaires.Anatomie humaine : description topographique et fonctionnelle 11ème édit. Paris : Masson, 1978, 686 p
- (10) **Rabineau D**  
Développement de l'appareil digestif. Précis d'embryologie humaine.  
Paris : Ellipses, 1989,128 p
- (11) **Braeye L, Vanheste R,**  
Biliary papillomatosis  
Hepatology 2010
- (12) **Chappet V**  
Cancer épithélial primitif du canal cholédoque  
Lyon med 1894

- (13) **Lee SS, Kim MH, Lee SK et al**  
Clinicopathologic review of 58 patients with biliary papillomatosis  
Cancer 2004
- (14) **Ohtsubo K, Ohta H, Sakai Jet al**  
Mucin producing biliary papillomatosis associed with biliary fistula  
J Gastroenterol 1999
- (15) **Lee SS, Kim MH, Lee SK et al**  
Clinicopathologic review of 58 patients with biliary papillomatosis  
Cancer 2004
- (16) **Drietch CF, Ignee A, Braden B et al**  
Improved differentiation of pancreatic tumors using contrast-enhanced  
endoscopic ultrasound  
Clin gastroenterol hepatol 2008
- (17) **Lee SS, Kim MH, Lee SK et al**  
Clinicopathologic review of 58 patients with biliary papillomatosis  
Cancer 2004
- (18) **Kim JD, Lee KM, Chung WC et al**  
Acute pancreatitis and cholangitis caused by hemobilia from biliary  
papillomatosis  
A case report  
World J Surg Oncol 2006
- (19) **Iwasaki Y, Shimoda M, Furihota T, Rokkaku K, Sakuma A,  
Ichikawa K et al**  
biliary papillomatosis arising in a congenital choledochal cyst  
Surg Today 2002
- (20) **Helling TS, Strobach RS**  
The surgical challenge of papillary neoplasia of the biliary tract  
Liver transpl Surg 1996.2.290-8
- (21) **Jiang LI, Yan LN, Jiang LS, Lifu Yu, Chengnan S, Yong Z**  
Biliary papillomatosis: analysis of 18 cases  
Chin Med J 2008;121(24):2610-2612
- (22) **Khan SA, Toledano MB, Taylor Robinson SD**  
Epidemiology risk factors and pathogenesis of cholangiocarcinoma  
HBP oxford 2008; 10; 77-82
- (23) **Dowdy GS, Olin WG, Shelton EL, Waldron GW**  
Benign tumors of the extrahepatic bile ducts  
Arch.Surg, 85, 165-175

- (24) **Holtkamp W, Reis HE**  
Papillomatosis of the biliary ducts: papilloma carcinoma sequence  
*Am J Gastroenterol* 1994; 2253-2255
- (25) **Mdas G, Ponsat P**  
Papillomatose ou adenomatose du canal de Wirsung  
*Gastroenterol Clin Biol* 1993 ; 17 : 398-9
- (26) **Lee SS, Kim MH, Lee SK, Jang SJ, Min Y et al**  
Clinicopathologic review of 58 patients with biliary papillomatosis  
*CANCER* February 15, 2004 / Volume 100 / Number 4
- (27) **Padillo FJ, Cruz A, Briceno J, Martin MA, Pera-madrado C, Sitges-serra A**  
Multivariate analysis of factors associated with renal dysfunction in patients with obstructive jaundice  
*Br J Surg* 2005; 92: 1388-92
- (28) **Nichols JC, Gores GJ, Larusso NF, Wiesner RH, Nagorneg DM, Ritts RE**  
Diagnostic role of serum CA 19-9 for cholangiocarcinoma in patient with primary sclerosing cholangitis  
*Mayo Clin Proc* 1993; 68: 874-9
- (29) **Ramage JK, Donaghy A, Farrant JM, Lorns R, Williams R**  
Serum tumor markers for the diagnosis of cholangiocarcinoma in patient without primary sclerosing cholangitis  
*Am J Gastroenterol* 1995; 108: 865-9
- (30) **Carpelon.Holmstrom M, Louhimo J, Stenman UH, Alfthan H, Haglund C.** CEA, CA 19-9 and CA 72-4 improve the diagnostic accuracy in gastrointestinal cancers  
*Anticancer Res* 2002; 22: 2311-6
- (31) **Mukai H, Yasuda K, Nakajima M.** Tumors of the papilla and distal common bile duct. Diagnosis and staging by endoscopic ultrasonography.  
*Gastrointest Endosc Clin N Am* 1995; 5: 763–772
- (32) **Ma KF, Lu PP, Chan LF, Chong AK, Lam HS**  
Clinical and radiological features of biliary papillomatosis  
*Australas Radiol* 2000; 44: 169-173
- (33) **Mukai H, Yasuda K, Nakajima M**  
Tumors of the papilla and distal common bile duct: diagnosis and staging by endoscopic ultrasonography  
*Gastrointest Endosc Clin N Am* 1995; 5: 763-772

- (34) **Levy AD, Murakata LA, RA Robert, Rohrmann CA**  
Benign tumors and tumorlike lesions of the gallbladder and extrahepatic bile duct  
Radiographics 2002, 22: 387-413
- (35) **Kawakatsu M, Vilgrain V, Zin A, Vullierme M, Belghiti J, Menu Y**  
Radiologic features of papillary adenoma and papillomatosis of the biliary tract  
Abdom Imaging 1997; 22: 87-89
- (36) **Lim JH, YIC, Lim HK et al**  
Radiological spectrum of intraductal papillary tumors of the bile ducts  
Korean J Radiol 2002; 3: 57-63
- (37) **Taguchi J, Yasunga M, Kejiro M, Arita T, Nakayma T, Simokobe T**  
Intrahepatic and extrahepatic biliary papillomatosis  
Arch Pathol Lab Med 1993 ; 117 : 944-947
- (38) **Ma KF, Lu PP, Chan LF, Chang AK, Lam HS**  
Clinical and radiological features of biliary papillomatosis  
Australas Radiol 2000; 44: 169-173
- (39) **Tzu HC, Hsiang CJ, Tang YT, Lien FL, Shao JC**  
Biliary papillomatosis: a case report and review of literature  
Fu-Jen Journal of medicine Vol 3, N°3 2005
- (40) **Sang SL, Myung HK, Sung KL, Se JJ, Moon HS, Seung GL, YH Min**  
Clinicopathologic review of 58 patients with biliary with biliary papillomatosis  
CANCER February 15, 2004 / Volume 100 / Number 4
- (41) **Ahaouche M, Cazals Hatem D, Watrim T, Arcangeli G, Ruzniewski P, Degott C**  
Malignant biliary papillomatosis: analyse of p53 expression  
Ann Pathol 2004; 24(4): 364-7
- (42) **Khan AN, Wilson I, Sherlock DJ, Dekrester D, Chisholm RA**  
Sonographic features of mucinous biliary papillomatosis: case report and review of imaging finding . J Clin Ultrasound 1998; 26: 151-154
- (43) **SJ Kim, MD, Lee JU**  
Double intrahepatic and extrahepatic cholangiocarcinomas arising from biliary papillomatosis: a case report  
Korean Journal of HBP Surgery. March 2010

- (44) **Lim JH, Park CK**  
Pathology of cholangiocarcinoma  
Abdom Imaging 2004; 29: 540-547
- (45) **Lim JH**  
Cholangiocarcinoma: morphologic classification according to growth pattern and imaging finding. AJR AmJ Roentgenol 2003; 181:819/827
- (46) **Dumortier J, Scoazec JY, Walette PJ, Ponchon T, Boillot O**  
Successful liver transplantation for diffuse biliary papillomatosis  
J Hepatol 2001; 35: 542-543
- (47) **Padfield CJ, Ansell ID, Furness PN.**  
Mucinous biliary papillomatosis: a tumour in need of wider recognition.  
Histopathology.1988;13: 687–694
- (48) **Igami T, Nagiogo M, Oda K, Yokoyama Y et al**  
Clinicopathologic study of cholangiocarcinoma with superficial spread  
Ann Surg 2009; 249: 296-302
- (49) **Vassiliou I, Smymiotis V**  
Malignant potential of intrahepatic biliary papillomatosis: a case report and review of the literature. World J Surg Oncol.2006; 4:71
- (50) **Bottger TH, Jenny E, Junginger TH**  
Progressive papillomatosis of the intrahepatic and extrahepatic bile ducts  
Acta.chir.Scand.1989; 155: 125
- (51) **Hwang S, Lee SG, Ha TY et al**  
Extended extrahepatic bile duct resection to avoid performing pancreatoduodenectomy in patients with mid bile duct cancer  
Dig.Surg.2008; 25: 74-9
- (52) **Kim JK, Hwang HK, Chi HS**  
Left hemihepatectomy and caudate lobectomy and complete extrahepatic bile duct resection using transduodenal approach for hilar cholangiocarcinoma arising from biliary papillomatosis.  
J.Surg.Oncol.2008; 98: 139-42
- (53) **Shah OJ, Gagloo MA, Khan IJ**  
Pancreaticoduodenectomy: a comparison of superior approach with classical Whipple's technique.  
Hepatobiliary Pancreat Dis Int, Vol 12, N°2. April 2013

- (54) **Petermann D, Ksontini R, Demartines N**  
 Duodéno pancréatectomie céphalique: indications, resultants et prise en charge des complications  
 Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 1563-1566
- (55) **Sotiropoulos GC, Dirsh O, Broelsch C**  
 Papillomatosis confined to the distal biliary tract a rare case of obstructive jaundice: report of a case  
 Surg Today 2003; 33: 781-784
- (56) **Boudjema K, Compagnon P, Meunier B, Campion JP**  
 Techniques de transplantation hépatique chez l'adulte
- (57) **Ortner MA, Lieberth J, Schreiber S et al**  
 Photodynamic therapy of nonresectable cholangiocarcinoma  
 Gastroenterology 1998 ; 114 : 536-42
- (58) **Nishioka NS Drug, light and oxygen : a dynamic combination in the clinic.**  
 Gastroenterology 1998; 114: 604-6
- (59) **Helpap B.**  
 Malignant papillomatosis of the intrahepatic bile ducts.  
 Acta Hepatogastroenterol. 1977;24: 419–425.
- (60) **Escourrou J**  
 Consensus en endoscopie digestive. les prothèses biliaires  
 Acta Endosc (2009) ; 39 : 116-121
- (61) **Lee SS, Kim MH, Lee SK et al.** Clinicopathologic review of 58 patients with biliary papillomatosis.  
 Cancer 2004; 100: 783–793
- (62) **Yeung YP, AhChong K, Chung CK et al.**  
 Biliary papillomatosis: report of seven cases and review of English literature  
 J Hepatobiliary Pancreat Surg 2003; 10: 390–395
- (63) **Lim JH, MD, Kim MH, Kim TK, Lee MG, Lim KH**  
 Papillary neoplasms of the bile duct that mimic biliary stone disease  
 RadioGraphics 2003; 23:447–455
- (64) **Park YM, Rhee K, Yoon SO, Ha JY, So Young Park, Jung Ho Lee, Sung Ill Jang**  
 A Case of Biliary Papillomatosis with Cystic Dilatation of Bile Duct  
 YUJM 2012;29(2):136-40

- (65) **Delaunay K, Cuilleron M, Dumas O, Barthélémy C, Audigier JC**  
 La papillomatose des voies biliaires : un diagnostic préopératoire méconnu  
 J.Radiol 2001 ; 82 : 997-9
- (66) **Imvrios G, Papanikolaou V, Lalountas L, Patsiaoura K, Fouzas I, Anagnostara E, Takoudas D**  
 Papillomatosis of intra- and extrahepatic biliary tree: Successful treatment with liver transplantation  
 LIVER TRANSPLANTATION 13:1045-1048, 2007
- (67) **Zen Y, Futjii T, Itatsu K, Nakamura K, Ohta T, Nakanuma Y**  
 Biliary papillary tumors share pathological features with intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas  
 HEPATOLOGY, November 2006
- (68) **Gilles A, MD Pierre blanc**  
 Diagnostic and therapeutic aspects of endoscopic retrograde cholangiography analysis of the bile ducts: analysis of five cases  
 Gastrointestinal endoscopy, volume 46, 1997
- (69) **Jazraoui SF, Shou-jiang tang**  
 Novel application of intraductal argon plasma coagulation in biliary papillomatosis  
 Gastrointestinal endoscopy 2009, volume 69, N°2
- (70) **Mine G, Orhan Ariogul**  
 Intraductal growth type mucin producing peripheral cholangiocarcinoma associated with biliary papillomatosis  
 Annals of diagnostic pathology 11(2007) 34-38
- (71) **Suffat LP, Righi D**  
 A multidisciplinary approach to intrahepatic biliary papillomatosis
- (72) **Kashf A, Smith M**  
 Mucin producing intrahepatic biliary papillomatosis in a young female patient
- (73) **Fletcher ND, Sharp KW**  
 Common bile duct papillary adenoma causing obstructive jaundice: case report and review of the literature  
 The American Surgeon, May 2004; 70-5, pg 448

- (74) **Bechman LP, Zoepf T**  
Successful photodynamic therapy for biliary papillomatosis: a case report  
World J Gastroenterol 2008 July 14; 4234-4237
- (75) **Yen JHF, Chan MT**  
Sonographic appearance of mucinous biliary papillomatosis  
J Ultrasound Med 22: 1277-1280, 2003
- (76) **Mourra N, Flejou JF**  
Malignant intrahepatic biliary papillomatosis associated with viral C cirrhosis  
Arch Pathol Lab Med, volume 126, March 2002
- (77) **Cheng MS, Chun AW**  
Two cases of biliary papillomatosis with unusual associations  
J Gastroenterology and hepatology 1999; 14, 464-467
- (78) **Forlano I, Neri V**  
Biliary papillomatosis  
Ann.Ital.Chir, 2011 ;82: 405-408
- (79) **Antila KM, Numminem K**  
Biliary papillomatosis  
RG, volume 28, N°7, Nov-Decembre 2012
- (80) **Gunven P, Dalianis T**  
Molecular and virological studies on a rare case of biliary papillomatosis  
Anticancer research 26: 2205-2208 (2006)
- (81) **Sen I, Sitaram V**  
Benign biliary papillomatosis in a patient with a choledochal cyst presenting as hemobilia: a case report  
Ann R Coll Surg Engl 2012 94: e20-21
- (82) **Vibert E, Belghiti J**  
Surgical strategy of biliary papillomatosis in Western countries  
J Hepatobiliary Pancreat Sci (2010); 17: 241-245
- (83) **Goswami A, Chaturvedi KR**  
A young lady with post partum jaundice and right upper quadrant lump abdomen: an usual etiology
- (84) **Ciardullo MA, Pekoly J, Castaing D**  
Papillomatose multifocale des voies biliaires : une indication rare à la transplantation hépatique  
Annales de chirurgie 2003

- (85) **Audibert M, Souquet JC**  
Papillomatose étendue des voies biliaires : une indication rare de transplantation hépatique
- (86) **Kassir R, Porcheron J**  
Biliary papillomatosis in the common bile duct  
Endoscopy 2013; 45(502): E 197-198
- (87) **Orsz P, Minik K**  
Biliary papillomatosis  
Z Gastroenterol 2004; 42-104
- (88) **Lam CM, Fan ST**  
Biliary papillomatosis  
British Journal of surgery 1996; 83, 1712-1715
- (89) **Chen HC, Chen F**  
Biliary papillomatosis coexisting with hepatitis C: report of a rare case with review of the literature  
NA J Med sci 2009; 2(4): 131-134
- (90) **Chen TH, Chou SJ**  
Biliary papillomatosis: a case report and review of the literature  
FJMM 2005; 3(3): 129-135
- (91) **Tireli M, Uslu A**  
Multiple biliary papillomatosis  
HPB Surgery, 1992, vol 6, pp.125-128
- (92) **Donnellan F, Kortan PP**  
Biliary papillomatosis diagnosed with mother-daughter narrowband imaging cholangioscopy  
Endoscopy 2011; 43: E 86-87
- (93) **Negi SS, Chaudhary A**  
Biliary papillomatosis with adenocarcinoma arising in choledochal cyst  
Tropical Gastroenterology 2009; 30(4): 221-222
- (94) **Sagar PM, Omar M, Macrie J**  
Extrahepatic biliary papillomatosis occurring after removal of a dysplastic gallbladder  
HBP surgery, 1993, vol 6, pp: 219-221
- (95) **D'Abrigeon G, Larrey D (1997)**  
Diagnostic and therapeutic aspects of endoscopic retrograde cholangiography in papillomatosis of the bile ducts: analysis of five cases  
Gastrointest Endosc 46: 237-243

- (96) **Hoeng TV, Bluemake DA (1998)**  
 Biliary papillomatosis: CT and MR finding  
 J Comput Assist Tomogr 22: 671-672
- (97) **Meng WCS, li AKC (1997)**  
 Laser therapy for multiple biliary papillomatosis via choledochoscopy  
 Aust NZJ Surg 67: 664-666
- (98) **Kim YS, Min YI (1998)**  
 Biliary papillomatosis: clinical, cholangiographic and cholangioscopic findings  
 Endoscopy 30: 763-767
- (99) **Lee PSF, Chan YI (2001)**  
 Biliary papillomatosis complicating recurrent pyogenic cholangitis  
 Clin Radiol 56: 591-593
- (100) **Seo DW, Kim MH (2000)**  
 Gastrointest endosc 51:67
- (101) **Ohita H, Sawabu N (1993)**  
 Biliary papillomatosis with the point mutation of K-ras gene arising in congenital choledochal cyst  
 Gastroenterology 105: 1209-1212
- (102) **Tsui WHS, Mark CKL (2002)**  
 Fine needle aspiration cytologic diagnosis of intrahepatic biliary papillomatosis: report of three cases and comparative study with cholangiocarcinoma  
 Diag Cytopathol 22: 253-298
- (103) **Gunven P, Skoog L (2000)**  
 Six years recurrence free survival after intraluminal iridium-192 therapy of human bilobar biliary papillomatosis  
 Cancer 89: 69-73
- (104) **Amaya S, Nakanuma Y (2001)**  
 Expression of MUC1 and MUC2 and carbohydrate antigen Tn change during malignant transformation of biliary papillomatosis  
 Histopathology 38: 550-560
- (105) **Beavers KL, Shrestha R (2001)**  
 Orthotopic liver transplantation for biliary papillomatosis.  
 Liver transpl 7: 264-265

- (106) **Lai R, Mallery S (2002)**  
EUS in multiple biliary papillomatosis  
Gastrointest Endosc 55: 121-125
- (107) **Singh A, Jana M**  
Extrahepatic biliary papillomatosis in a child  
ASPS J Case Rep 2013; 4(3): 34
- (108) **Lim JH, Nam KJ**  
Intraductal papillary mucinous tumors of the bile ducts  
Radio Graphics (2004); 24: 53-67
- (109) **Cox Heather MD, Dixon E**  
Well differentiated intrahepatic cholangiocarcinoma in the setting of biliary papillomatosis: a case report and review of the literature  
Can J Gastroenterol (2005); 19(12): 731-733
- (110) **Jeong JH, Chul Han**  
A case of macroscopically unvisualized mucin hyper secreting biliary papillomatosis diagnosed by microscopic  
Korean J Gastroenterol (2009), 53: 206-210
- (111) **Gulluglu MG, Ariogul O**  
Intraductal growth type mucin producing peripheral cholangiocarcinoma associated with biliary papillomatosis  
Annals of diagnostic pathology 11(2007) 34-38
- (112) **White AD, Prasad KR**  
Biliary papillomatosis in three Caucasian patients in a European Journal of surgical Oncology, vol 38, Feb 2012, pp: 181-184
- (113) **Glu MJ, Choi JH**  
Biliary papillomatosis  
Korean Journal of pathology 2003; 37: 446-450
- (114) **Kim HJ, MD**  
Biliary papillomatosis  
Hepatology 2005, 46: 149-151
- (115) **Kim DK, Youn MD**  
A case of mucin hypersecreting biliary papillomatosis: Including review of Korean literature  
Korean J Gastrointest Endosc 2003; 26(3): 167-171
- (116) **Yoo M, Lee H**  
Intrahepatic biliary papillomatosis  
J Korean Surg Soc 2007Jan; 72(1): 80-84

**(117) Park NY, Park C**

Biliary papillomatosis

The Korean association for the study of the liver 2001; 22-224

**(118) Rouibaa F, Aouaragh A**

Une cause rare de cholestase: la papillomatose maligne des voies biliaires: A propos d'un cas. Hegel vol 2, N°4, 2012

**(119) Adioui T, Seddik H, Baba H, Ait Ali A, Benkirane A, Zentar A**

Biliary papillomatosis presenting with obstructive jaundice: a new case report

# Serment d'Hippocrate

## Serment d'Hippocrate

**Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.**

- \* Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.**
- \* Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité, la santé de mes malades sera mon premier but.**
- \* Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.**
- \* Je maintiendrai, par tous les moyens en mon pouvoir, honneur et les nobles traditions de la profession médicale.**
- \* Les médecins seront mes frères.**
- \* Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'imposera entre mon devoir et mon patient.**
- \* Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.**
- \* Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances, médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.**
- \* Je m'y engage librement et sur mon honneur.**

**Déclaration de Genève,**

**1948**

# قسم ابقرراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

- في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:
- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية؛
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه؛
- وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي الأول؛
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي؛
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب؛
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي؛
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي؛
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها؛
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد؛
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسم بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

حليمي حنجري المسالك الصفراوية، تقرير  
عن حالة ومراجعة الأدبيات  
أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم: .....

من طرف

الآنسة: مريم وضيب

المزادة في: 1987/01/01

طبيبة داخلية بالمستشفى الجامعي ابن سينا

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: القنوات الصفراوية، حليمي، التصوير بالرنين المغناطيسي، الفحص  
النسيجي، يرقان.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

رئيس

السيد: رؤوف محسن

أستاذ في الجراحة العامة

مشرف

السيد: عزيز زنطار

أستاذ في الجراحة العامة

السيد: محمد ماحي

أستاذ في علم الأشعة

أعضاء

السيد: حسن الصديق

أستاذ في طب الجهاز الهضمي

السيد: محمد أقبلي

أستاذ في علم التشريح الدقيق