

KYSTE HYDATIQUE DU PANCRÉAS : à propos de deux observations

Ibtissem Bouasker, Ayoub Zoghalmi, Jamel Ben Achour, Haythem Najah, Riadh Bedoui, Mohamed Laziz Hani, Nabil Najah.

Service de Chirurgie Générale Beau Séjour. Hôpital Charles Nicolle. Tunis.

I. Bouasker, A. Zoghalmi, J. Ben Achour, H. Najah, R. Bedoui, M. Laziz Hani, N. Najah.

I. Bouasker, A. Zoghalmi, J. Ben Achour, H. Najah, R. Bedoui, M. Laziz Hani, N. Najah.

KYSTE HYDATIQUE DU PANCRÉAS : à propos de deux observations

HYDATID CYSTS OF THE PANCREAS, report of two cases

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°02) : 155 - 158

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 (n°02) : 155 - 158

RÉSUMÉ

Prés-requis: Le kyste hydatique du pancréas est une affection rare, sa fréquence varie de 0,1 à 0,6 %.

But: Rapporter deux observations de kyste hydatique du pancréas associés à une hydatidose hépatique.

Observation 1: Patiente âgée de 49 ans, ayant des antécédents d'hydatidose hépatique et péritonéale. Elle a été admise pour récurrence hydatique hépatique et péritonéale associée à un kyste hydatique de la tête du pancréas mesurant 3 cm de diamètre. Le traitement a consisté en une résection du dôme saillant avec drainage externe. Les suites opératoires étaient simples.

Observation 2: Patient âgé de 45 ans, opéré à deux reprises pour hydatidose hépatique. Il a été admis pour récurrence hydatique hépatique et péritonéale associée à un kyste hydatique de la tête du pancréas mesurant 4 cm de diamètre qui comprimait le canal de Wirsung. En per-opératoire, le kyste ne communiquait pas avec le canal de wirsung. Il a été réalisé une résection du dôme saillant avec drainage externe. Les suites opératoires étaient simples.

Conclusion: Le kyste hydatique du pancréas est une affection rare. Le diagnostic est facile quand le kyste est associé à d'autres localisations intra abdominales notamment hépatique. Il devient difficile lorsqu'il s'agit d'une localisation pancréatique isolée. Le traitement est le plus souvent conservateur et consiste en une résection du dôme saillant.

SUMMARY

Background: Hydatid cyst of the pancreas is a rare affection with a frequency less than one percent of the various sites of hydatid disease.

Aim: Report two cases of hydatid cyst of the pancreas.

Case 1: A 49 year old woman with a history of laparotomy for liver and peritoneal hydatid cyst was admitted with recurrent liver and peritoneal hydatid disease associated with a head pancreatic cyst of 3 cm in size. Surgical treatment consisted in a resection of the protruding dome with uneventful postoperative course.

Case 2: A 45 year old man who underwent laparotomy four years ago for hepatic hydatid cyst was admitted with recurrent liver and peritoneal hydatid disease associated with a head pancreatic cyst of 4 cm in size. At laparotomy it was a head pancreatic hydatid cyst without duct pancreatic lesion. The treatment consisted in the resection of the protruding dome. The postoperative evolution was simple.

Conclusion: Hydatid cyst of the pancreas is rare. If associated with another hydatid localization, the diagnosis is generally easy. It can however be more difficult if the pancreatic localization is isolated. In most cases, resection of the protruding dome is sufficient.

MOTS-CLÉS

kyste hydatique - pancréas.

KEY-WORDS

Hydatid cysts - pancreas

الكيسة العدارية في المعتكلة. دراسة حول حالتين

الباحثون : بوعسكر. إ. - زغلامي. أ. - بن عاشور. ج. - بدوي. ر. - هاني. م. أ. - بن عثمان. س. - نويرة. ر. - نجاح. ن.

تمثل الكيسة العدارية في المعتكلة إصابة نادرة (0.6 إلى 0.1%) تشمل دراستنا على حالتين مترامنة مع تكيس عداري في الكبد.

وقد كانت الإصابة تنكسية عند المريضين بما أن كليهما كان قد أصيب بتكيس عداري في الكبد وفي الجدار. خضع المريضان للجراحة الاستئصالية التي دارت بدون مضاعفات.

نستنتج أن هذه الإصابة النادرة سهلة التشخيص إذا كانت مترامنة مع توضع أخرى للكيسية العدارية خاصة في الكبد لكنها تصبح صعبة التشخيص إذا كانت منعزلة علاجها

الجراحي يكون في أغلب الأحيان محافظا ويتمثل في استئصال القبول البارز.

الكلمات الأساسية : كيسية عدارية - معتكلة.

Le kyste hydatique du pancréas est une affection rare mais non exceptionnelle, surtout dans les pays où l'hydatidose sévit encore à l'état endémique. Sa fréquence est de 0,2 à 0,6% [1-3]. Nous rapportons deux observations de kyste hydatique du pancréas associé à d'autres localisations abdominales (hépatique, splénique, péritonéale).

OBSERVATION 1

Mme SM âgée de 49 ans, diabétique. Elle a été opérée en 1999 pour hydatidose hépatique et péritonéale. En per-opératoire il existait plusieurs kystes hydatiques des segments II, IV, VI, VII et VIII et plusieurs autres kystes péritonéaux. Elle a eu une résection des dômes saillants des kystes hépatiques et une ablation de tous les kystes péritonéaux.

Perdue de vue, elle a consulté cinq ans après pour des douleurs de l'hypochondre droit. L'examen était normal. La tomodynamométrie abdominale a montré de multiples kystes hydatiques du foie au niveau des segments I, IV, VI, VII et VIII, un kyste diaphragmatique au contact de l'oreillette droite, des kystes hydatiques péritonéaux et un kyste hydatique de la tête du pancréas de 3 cm de diamètre avec un dôme qui fait saillie à la surface de la tête pancréatique. Le canal de wirsung ainsi que les voies biliaires n'étaient pas dilatées [Figure 1 et 2]. La patiente a été opérée, il a été réalisé une résection des dômes saillants des kystes du foie, de la rate ainsi que du kyste diaphragmatique. Les kystes péritonéaux ont été traités par résection totale. Concernant le kyste du pancréas, il avait effectivement un dôme saillant extériorisé à la face antérieure de la tête du pancréas. Il a été réalisé une évacuation du contenu du kyste qui était multi vésiculaire et une résection du dôme saillant. Le kyste ne communiquait pas avec le canal de Wirsung. La cavité résiduelle a été drainée par un drain de Redon. Les suites opératoires ont été simples, le drain de Redon a ramené 50 cc/jour de liquide séro-hématique, il a été enlevé au bout de 3 jours. La patiente a présenté par ailleurs une embolie pulmonaire ayant bien évolué sous anticoagulant. Elle a été mise sortante au 20ème jour post opératoire sous anti-vitamine K. Elle a été revue 8 mois après sa sortie, elle était asymptomatique. L'échographie de contrôle n'a pas objectivé de récurrence hydatique.

Figure 1 : Scanner abdominal : Kyste hydatique de la tête du pancréas de 3 cm de diamètre (avant et après injection de produit de contraste).

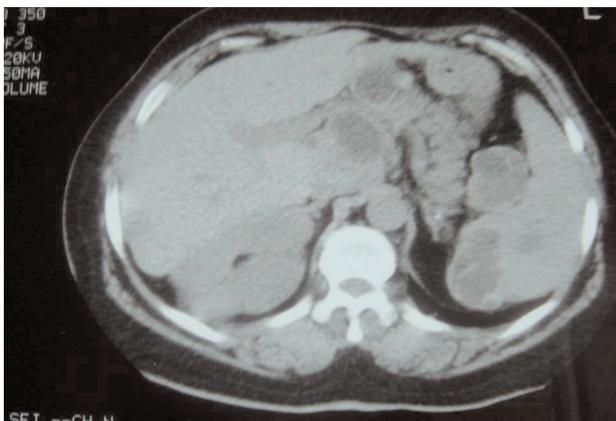


Figure 2 : Scanner abdominal : Kyste hydatique de la tête du pancréas de 3 cm de diamètre (avant et après injection de produit de contraste).



OBSERVATION 2

Mr KM âgé de 45 ans a été opéré en ville en janvier 2002 pour hydatidose hépatique, splénique et péritonéale. Il a eu une hépatectomie gauche, une splénectomie et l'ablation des kystes péritonéaux.

Réopéré en Avril 2002 dans notre service pour deux kystes hydatiques du foie des segments IV et V ouvert dans les voies biliaires Il a eu une résection du dôme saillant avec cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du matériel hydatique et fermeture du cholédoque sur un drain de Kehr et une suture de la fistule kysto-biliaire. Les suites opératoires étaient simples.

Un scanner abdominal fait deux ans après, avait montré un foie dysmorphique siège de multiples kystes (segment IV, V et VI), des kystes intra péritonéaux et un kyste hydatique de la tête du pancréas de 4 cm de diamètre. Le canal de wirsung n'était pas dilaté Figure 3 et 4. L'imagerie par résonance magnétique a montré que le kyste hydatique de la tête du pancréas refoulait le canal de Wirsung qui n'était pas dilaté Figure 5.

Figure 3 : IRM abdominale : kyste hydatique de la tête du pancréas



Figure 4 : Scanner abdominal : kyste hydatique de la tête du pancréas (avant et après injection de produit de contraste).



Figure 5 : Scanner abdominal : kyste hydatique de la tête du pancréas (avant et après injection de produit de contraste).



A l'intervention, il existait trois kystes hydatiques du foie des segments V, VII et VIII tous ouverts dans les voies biliaires. Une résection du dôme saillant des différents kystes hydatiques a été faite. La fistule du segment VIII a été suturée, celles des segments V et VII ont été traitées par drainage trans-pariétohépatique à la Perdromo Praderi. Pour les kystes péritonéaux, il a été réalisé une périkystectomie totale à kyste fermé. La kyste du pancréas siégeait au niveau de la tête du pancréas avec un dôme qui faisait saillie à la face antérieure de la tête du pancréas, Il mesurait 4cm de grand axe. Le kyste était uni vésiculaire. Il a été traité par résection du dôme saillant avec drainage externe par un drain de Redon.

Les suites opératoires étaient simples. Le drain a ramené 20 cc /jour du liquide séro-hématique. Il a été enlevé au bout de 3 jours. Le malade a été revu 12 mois après sa sortie, il allait bien. L'échographie de contrôle n'a pas objectivé de récurrence hydatique.

DISCUSSION

Le kyste hydatique du pancréas est une affection très rare mais non exceptionnelle surtout dans les pays où la maladie hydatique sévit à l'état endémique. Sa fréquence varie de 0,2 à 0,6% [1-3]. Cette localisation est le plus souvent unique et isolée. L'association à d'autres localisations n'est rencontrée que dans 9% des cas, elle est le plus souvent hépatique ou plus rarement pulmonaire [1, 3-5].

Le siège du kyste au niveau du pancréas est céphalique dans 57% des cas, corporel dans 24% des cas et caudal dans 19% des cas [1, 3, 4, 6]. Le kyste a un développement intra parenchymateux dans 35% des cas et périphérique extériorisé à sa surface dans 65% des cas [4]. Pour nos malades, le kyste était céphalique dans les deux cas, avec un dôme extériorisé à la surface du pancréas.

Le mode d'infestation le plus retenu est la voie artérielle après passage du double filtre hépatique et pulmonaire [1, 3, 7]. Le kyste hydatique du pancréas n'a pas de symptomatologie propre, les manifestations cliniques varient en fonction du siège et du stade évolutif du kyste. Les signes cliniques sont dominées par les douleurs épigastriques, une masse épigastrique (60%), ou un ictère retentionnel pour les localisations céphalique (34%). le kyste peut être révélé par une complication à type de suppuration profonde, de rupture en intra ou en rétro-péritonéale ou plus rarement de pancréatite chronique. Une fistule kysto-biliaire ou kysto-digestive peut également se voir dans 0,5% des cas [3, 8, 9]. L'hypertension portale est rencontrée dans 14% des cas, elle est souvent asymptomatique [4, 6]. Le diagnostic positif est facilité par l'échographie, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique. Ces examens, bien qu'ils permettent de poser le diagnostic de kyste du pancréas, la nature hydatique du kyste reste néanmoins difficile à affirmer.

La nature hydatique du kyste du pancréas sera suspectée devant plusieurs éléments :

- La présence d'une autre localisation hydatique abdominale comme c'est le cas de nos deux malades ou d'une localisation pulmonaire.
 - Le décollement de membrane kystique à l'échographie.
 - La présence de calcifications arciformes sur les clichés d'abdomen sans préparations ou sur le scanner.
 - Une sérologie hydatique positive, mais cette positivité est faible par rapport à l'hydatidose hépatique.
- En l'absence de ces éléments, plusieurs autres diagnostics peuvent être évoqués :
- Le pseudokyste du pancréas qui par contre ne possède pas de paroi propre.
 - Le cystadénome et le cystadénocarcinome qui se distinguent par le rehaussement des bords et des cloisons après injection de produit de contraste [1, 4, 6, 7, 10].

Le traitement du kyste hydatique du pancréas est chirurgical. On distingue la chirurgie radicale et la chirurgie conservatrice. Le choix thérapeutique va dépendre du siège du kyste à droite ou à gauche du pédicule mésentérico-portal, et de l'existence de complications à savoir une fistule kysto-biliaire, une fistule kysto-digestive et surtout d'érosions de Wirsung [3-5, 10-12].

Ainsi pour les kystes corporeo caudaux, situés à gauche de l'axe vasculaire, la facilité de la résection laisse préférer la technique radicale avec spléno pancréatectomie gauche ou pancréatectomie caudale. Pour les kystes céphaliques situés à droite de l'axe mésentérico-portal, le choix se porte sur la chirurgie conservatrice car une duodéno pancréatectomie céphalique est jugé excessive pour une pathologie bénigne. Une résection du dôme saillant est le plus souvent réalisée associée ou non à une épiploplastie avec un drainage externe [1, 3-6, 10, 12, 13], ce qui a été réalisé pour nos deux malades.

En cas de communication avec le wirsung, si le kyste est situé à gauche de l'axe vasculaire, la fistule sera traitée par une spléno pancréatectomie gauche ou une pancréatectomie caudale.

Si le kyste est de siège céphalique, une anastomose entre la cavité résiduelle et le jéjunum sera réalisé [3, 7, 8, 13, 14].

CONCLUSION

Le kyste hydatique du pancréas est une affection très rare, Le diagnostic doit être évoqué devant toute masse kystique pancréatique notamment dans les pays endémique comme le notre. Le diagnostic est difficile lorsqu'il s'agit d'une localisation unique et isolée, souvent de découverte opératoire. Ailleurs, il est facile en présence d'une hydatidose hépatique et pancréatique associée comme dans le cas de nos malades. Le traitement chirurgical de choix reste la résection du dôme saillant.

RÉFÉRENCES

1. Katkhouda N, Legoff D, Tricarico A, Castillo L, Bertrand M, Mouiel J. Kyste hydatique du pancréas responsable d'une pancréatite chronique récidivante. *Presse Med* 1998 ; 17 : 2021-3
2. Kattan YB. Hydatid cysts in pancreas. *British Med J* 1975; 27: 729-30
3. Khiari A, Mseddi MA, Hadiji S, et al. Kyste hydatique de la tête du pancréas fistulisé dans le duodénum. *Ann Gastroenterol Hépatol* 1994; 30: 57-9
4. Khiari A, Mzali R, Ouali M, Kharrat M, Kechaou MS, Beyrouti MI. Kyste hydatique du pancréas a propos de sept observations. *Ann Gastroenterol Hépatol* 1994 ; 30: 87-91
5. Serhal S, Sebai F, Mestiri S. Kyste hydatique du pancreas. A propos de 3 observations. *J Chir* 1987 ; 124 : 542-4
6. Gayral F, Bouree P, Jourdan PH, Millat B, Labayle D. Kyste hydatique du pancréas une observation. *Nouv Presse Med* 1981 ; 10 : 3787- 8
7. Oruc MT, Kulacoglu IH, Hatipoglu S, Kulah B, Ozmen MM, Coskun F. Primary hydatid cyst of the pancreas related to main pancreatic duct. A case report. *Hepato Gastroenterology* 2002; 49: 383-4
8. Cosme A, Orive V, Ojedo E, Aramburu V, Irazusta M, Arenas JI. Hydatid cyst of the head of the pancreas with spontaneous fistula to the duodenum. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 1311-13
9. Mathai V, Banerjee Jesudason SR, Muthusami JC, Kuruvilla R, Idikula J, Sada P. Chronic pancreatitis caused by intraductal hydatid cysts of the pancreas. *Br J Surg* 1994; 81: 1029
10. Achour A, Daali M. Kyste hydatique du pancreas. *J Chir* 2005 ; 142 : 331-2
11. Ennabli E, Zaouche A, Khereddine E, Horchani H, Slim R, Ben Jilani S. Kyste hydatique de la tête du pancreas avec érosion du wirsung. *Méd Chir Dig* 1984; 13: 357- 60
12. Arnaud A, Sarles JC, Belkhdja C, Larabi B. Hydatid cyst of the pancreas. A propos of 2 cases. *Chirurgie* 1991; 117: 607-11
13. Kafih M, El Idrissi DH, Zerouali ON. Kyste Hydatique du pancréas. une observation. *Presse Méd* 1993 ; 22 : 1061
14. Mzali R, Gharbi A, Shabou R, Kannous M, Beyrouti MI. Acute cholangitis caused by intra-biliary rupture of pancreatic hydatid cyst. *Tunis Med* 2004; 82: 470-4