

Une Tumeur Intraductale Papillaire et Mucineuse du Pancréas Simulant un Faux Kyste du Pancréas

Riadh Bedoui, Ramzi Nouira, Nabil Najah, Chadli Dziri

Service de Chirurgie B, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

R. Bedoui, R. Nouira, N. Najah, C. Dziri

R. Bedoui, R. Nouira, N. Najah, C. Dziri

Une Tumeur Intraductale Papillaire Et Mucineuse Du Pancréas Simulant Un Faux Kyste Du Pancréas

Intraductal Papillary Mucinous Tumor Of The Pancreas Mimicking Pancreatic Pseudocyst

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°06) : 445 - 448

LA TUNISIE MEDICALE - 2010 ; Vol 88 (n°06) : 445 - 448

RÉSUMÉ

Prérequis : La grande majorité des tumeurs kystiques du pancréas correspond à des faux kystes du pancréas et ne sont en rapport avec de vraies tumeurs kystiques que dans 10 à 20 % des cas. Les tumeurs intraductales et mucineuses du pancréas représentent près de 15 % de ces dernières.

But: Illustrer, à travers une observation, les difficultés diagnostiques rencontrées face à une tumeur kystique du pancréas.

Observation: Nous rapportons le cas d'une femme de 55 ans qui a consulté pour l'apparition depuis un mois de douleurs épigastriques avec un bilan pancréatique perturbé à la biologie. L'échographie et le scanner ont objectivé deux formations kystiques de 6 et 7cm occupant respectivement la tête et le corps du pancréas. Nous avons retenu le diagnostic de faux kystes du pancréas. Devant l'apparition au cours de l'évolution d'un ictère, nous avons considéré que le faux kyste comprimait la voie biliaire principale et nous avons réalisé une anastomose kysto-gastrique. Une cholangio-pancréatographie par résonance magnétique faite devant la réapparition de l'ictère associé à un diabète et une altération de l'état général a révélé une tumeur intraductale papillaire et mucineuse du pancréas touchant les canaux secondaires. Devant la présence d'une carcinose péritonéale, l'abstention thérapeutique a été décidée.

Conclusion: Le diagnostic de tumeur intraductale papillaire et mucineuse du pancréas doit être évoqué devant une formation kystique pancréatique sans coulées de nécrose associées car cette tumeur peut simuler un faux kyste du pancréas.

SUMMARY

Background : Most of pancreatic cysts are in fact pseudocysts. Only 10 to 20% are real cystic tumors. Intraductal papillary mucinous tumors of the pancreas represent nearly 15% of them.

Aim: To illustrate, by an observation, the difficulties to diagnose a cystic tumor of the pancreas.

Case report: We report the case of a 55 year old woman complaining of epigastric pain for one month with an elevated pancreatic enzymes level. Ultrasonography and computed tomography scan showed two cystic formations measuring 6 and 7cm localized respectively in the head and the body of the pancreas. The diagnosis of pancreatic pseudocysts was maintained. The appearance of a jaundice made us think about a pseudocyst's compression of the common bile duct. A cysto-gastric anastomosis was made. The recurrence of the jaundice associated to diabetes and a general state deterioration led to the practice of magnetic resonance cholangiopancreatography. It revealed an intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas affecting secondary ducts. The presence of a peritoneal carcinosis led to therapeutic abstention.

Conclusion: The diagnosis of intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas must be referred to in case of pancreatic cystic tumor without extrapancreatic necrosis. This kind of tumor can simulate a pancreatic pseudocyst.

Mots-clés

Pancréas – Tumeur intraductale papillaire et mucineuse du pancréas – Faux kyste du pancréas

Key-words

Pancreas – Intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas – pancreatic pseudocyst

La caractérisation des tumeurs kystiques du pancréas, bien que parfois difficile, est capitale afin d'orienter le diagnostic vers une lésion bénigne ou maligne [1].

Nous rapportons un cas de tumeur kystique pancréatique diagnostiquée et traitée initialement comme un faux kyste du pancréas (FKP) et dont l'évolution a montré qu'il s'agissait d'une tumeur intracanales papillaire et mucineuse (TIPMP) dégénérée du pancréas.

OBSERVATION

Mme K.O., 55 ans, sans antécédents notables, a été admise en urgence pour douleurs épigastriques transfixiantes évoluant depuis un mois. A l'examen, la patiente était apyrétique et anictérique. Il existait une sensibilité épigastrique sans empatement et la vésicule n'était pas palpable. A la biologie, le bilan pancréatique était perturbé avec une amylasémie à trois fois la normale et une amylosurie à cinq fois la normale. L'échographie abdominale a montré un pancréas augmenté de taille et une vésicule biliaire lithiasique avec des voies biliaires intra et extra-hépatiques fines. Le scanner abdominal a montré un pancréas augmenté de taille siège de deux formations kystiques de 6 et 7cm de grand axe respectivement au niveau de la tête et du corps. Il s'y associait un aspect de péri-pancréatite (Fig. 1).

Le diagnostic de pancréatite aigüe a été retenu. S'agissant d'une patiente ayant consulté un mois après le début du tableau clinique, les formations objectivées au scanner correspondaient à de la nécrose pancréatique en voie d'évolution vers le FKP. Sous diète absolue, l'évolution clinique a été favorable. Le scanner de contrôle, fait 10 jours après le scanner initial, a montré un aspect stable du FKP et la patiente a été mise sortante. La patiente a été régulièrement suivie à la consultation externe avec plusieurs scanners de contrôle montrant à chaque fois un aspect stable du FKP.

Neuf mois après l'épisode initial, apparition d'un ictère associé à un prurit sans fièvre ni vomissements. A la biologie, il existait une hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée et une

hyperglycémie à 17,1mmol/l. Le scanner abdominal a objectivé une formation kystique de 7 X 5cm occupant la tête et le corps du pancréas et ayant un large contact avec la face postérieure de l'estomac à travers l'arrière cavité des épiploons (Fig. 2).

Figure 2 : Scanner abdominal montrant une formation kystique pancréatique au contact de la face postérieure de l'estomac (flèche noire)

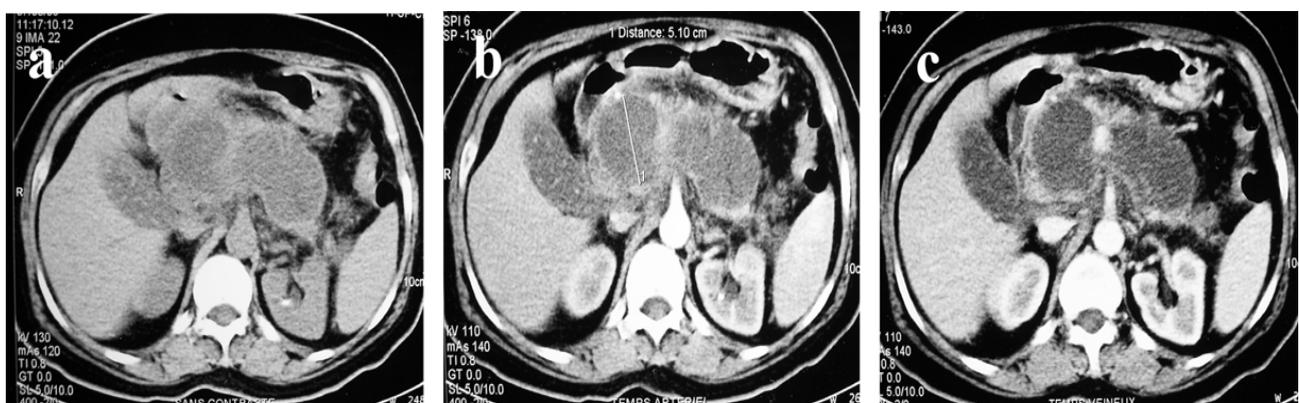


Devant ce tableau, on a évoqué soit une lithiasie cholédocienne soit une compression de la voie biliaire principale exercée par le FKP. L'indication d'une laparotomie exploratrice a été posée. L'exploration de la cavité abdominale était sans anomalies. La cholangiographie trans-cystique a montré une voie biliaire principale fine et homogène avec absence de passage duodénal. L'hypothèse d'un FKP comprimant la voie biliaire principale a été retenue. Une cholécystectomie et une anastomose kysto-gastrique ont été réalisées. Le contenu du FKP était clair eau de roche. Les suites opératoires ont été marquées par la disparition de l'ictère et la normalisation du bilan de cholestase.

Six mois après l'intervention, réapparition d'un ictère cutanéomuqueux associé à une ascite et une altération de l'état général. Le scanner abdominal a confirmé la présence d'ascite et a

Figure 1 : Scanner abdominal montrant deux formations kystiques pancréatiques

a) Cliché sans injection du produit de contraste ; b) Temps artériel ; c) Temps veineux



montré l'existence de nodules de carcinose péritonéale (Fig. 4). La cholangio-pancréatographie-imagerie par résonnance magnétique (IRM) a révélé une tumeur intracanalair papillaire et mucineuse du pancréas touchant les canaux secondaires (Fig. 5). Le diagnostic de TIPMP dégénérée avec carcinose péritonéale a été retenu. L'abstention thérapeutique a été décidée. La patiente est décédée deux mois plus tard.

Figure 3 : Vue opératoire
Anastomose kysto-gastrique

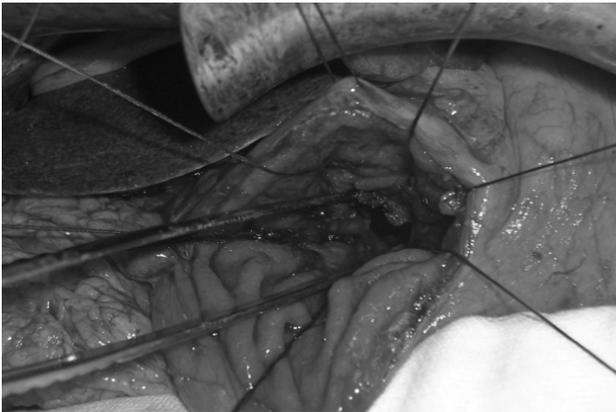


Figure 4 : Scanner abdominal objectivant une ascite et des nodules de carcinose péritonéale

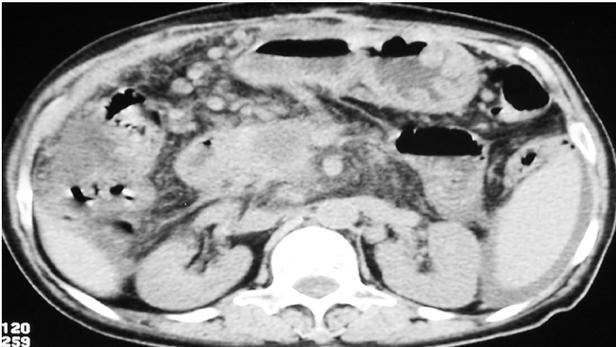


Figure 5 : Cholangio-IRM montrant une dilatation des canaux secondaires en regard du corps pancréatique (ellipse blanche).



Notre observation illustre la difficulté diagnostique rencontrée face à une tumeur kystique du pancréas.

Parmi les tumeurs kystiques du pancréas, 80 à 90% sont en rapport avec des pseudokystes et seulement 10 à 20% sont des tumeurs kystiques vraies. Les TIPMP représentent près de 15% de ces dernières [2].

Dans notre observation, et indépendamment de l'argument de fréquence, plusieurs autres conditions nous ont fait pencher vers le diagnostic de FKP. Ainsi, l'absence d'épisodes similaires dans les antécédents, la perturbation du bilan pancréatique à la biologie et l'existence d'une péri-pancréatite sur le scanner étaient en faveur du diagnostic de pancréatite aigüe nécrotico-hémorragique. Il est fort probable que si la patiente avait consulté de façon précoce et qu'on ait trouvé les mêmes images kystiques au niveau du pancréas, le diagnostic de FKP aurait été écarté d'emblée.

La TIPMP, caractérisée par une dilatation kystique des canaux pancréatiques, atteint le canal pancréatique principal dans 45% des cas et les canaux secondaires dans 40 % des cas. La forme combinée n'est retrouvée que dans 15% des cas [3]. Dans notre observation, L'IRM faite après l'anastomose kysto-gastrique montre un aspect en faveur d'une TIPMP touchant seulement les canaux secondaires. En l'absence d'une IRM avant la pratique de l'anastomose, on n'est pas sûr que la formation kystique drainée dans l'estomac ne correspondait pas à une dilatation segmentaire du canal pancréatique principal associée à la dilatation des canaux secondaires. D'ailleurs, la constatation par l'opérateur d'un contenu kystique clair eau de roche au moment de la réalisation de l'anastomose kysto-gastrique n'a pas aidé à redresser le diagnostic à ce stade d'évolution. Nous pensons que la TIPMP était déjà dégénérée au moment de la réalisation de l'anastomose kysto-gastrique puisque à cette date existait deux signes cliniques en faveur de la dégénérescence à savoir l'ictère et le diabète. L'altération de l'état général, le troisième signe en faveur de la dégénérescence, s'est installée ultérieurement [4,5]. L'apparition à un stade ultime d'une carcinose péritonéale a signé la transformation maligne de la TIPMP et nous a contraint à l'abstention thérapeutique.

CONCLUSION

Une TIPMP doit être suspectée devant une formation kystique pancréatique sans coulées de nécrose associées. La dégénérescence est à appréhender devant l'apparition d'un ictère, un diabète ou une altération de l'état général.

Références

1. Lewin M, Hoeffel C, Azizi L, Lacombe C, Monnier-Cholley L, Raynal M, et al. Imaging of incidental cystic lesions of the pancreas. *J Radiol* 2008; 89: 197-207.
2. Bournet B, Buscail L, Escourrou J. Tumeur intracanaulaire papillaire mucineuse du pancréas. *Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris) Hépatologie*, 7-106A-18, 2006.
3. Yamaguchi K, Tanaka M. Intraductal papillary-mucinous tumor of the pancreas: a historical review of the nomenclature and recent controversy. *Pancreas* 2001; 23: 12-9.
4. Le Corguille M, Levy P, Ponsot P, Sibert A, Hammel P, Ruzzniewski P. Intraductal papillary mucinous tumor with pancreatobiliary and pancreatodigestive fistulae: a case report. *Gastroenterol Clin Biol* 2002; 26: 1172-4.
5. Zamora C, Sahel J, Cantu DG, Heyries L, Bernard JP, Bastid C, et al. Intraductal papillary or mucinous tumors (IPMT) of the pancreas: report of a case series and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1441-7.