

Un pseudo kyste pancréatique doublement compliqué d'infection et d'hémorragie

Mohamed Ben Moussa, Mohamed Neji Feki, Ouassama Baraket, Mohamed Chaari, Ahmed Saidani, Sami Bouchoucha

Service de Chirurgie Générale Hôpital Habib Bougatfa. Bizerte
Université Tunis El Manar

M. Ben Moussa, M. N. Feki, O. Baraket, M. Chaari, A. Saidani, S. Bouchoucha.

M. Ben Moussa, M. N. Feki, O. Baraket, M. Chaari, A. Saidani, S. Bouchoucha.

Un pseudo kyste pancréatique doublement compliqué d'infection et d'hémorragie

Pancreatic pseudocysts complicated by hemorrhage and infection

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°04) : 383 - 385

LA TUNISIE MEDICALE - 2011 ; Vol 89 (n°04) : 383 - 385

R É S U M É

Prérequis : La survenue de complications hémorragiques secondaires au développement de pseudo kystes pancréatiques est rare mais s'associe à une mortalité élevée.

But : Rapporter une observation d'un pseudo kyste pancréatique compliqué d'une infection et d'une hémorragie.

Observation : Patient âgé de 62 ans ayant présenté un épisode de pancréatite aiguë sévère deux mois auparavant, qui consulte pour des douleurs abdominales associées à une fièvre et tableau d'hémorragie interne. Le scanner a montré un PK hétérogène compliqué d'un hématome de l'ACE et d'un hémopéritoine de moyenne abondance. Le traitement chirurgical en urgence a montré un PK surinfecté avec érosion de l'artère splénique. Il a été réalisé par une spléno-pancréatectomie gauche.

Conclusion : La prise en charge thérapeutique des complications hémorragiques des pseudo- kystes pancréatiques est chirurgicale malgré l'apport de l'artério-embolisation.

S U M M A R Y

Background: The occurrence of bleeding complications secondary to the development of pancreatic pseudocysts is rare but associated with high mortality.

Aim: To report a case of pancreatic pseudocyst complicated by hemorrhage and infection

Case report: A 62 years old patient with history of severe acute pancreatitis two months ago consulted for abdominal pain associate with fever and internal bleeding. CT scan showed a heterogeneous PK complicated by hematoma of the ACE and hemoperitoneum. The emergency surgical treatment showed a PK superinfected with erosion of the splenic artery. It was directed by a left splenopancreatectomy

Conclusion: Therapeutic management of hemorrhagic complications of pancreatic pseudo cysts is surgery despite the contribution of artério-embolisation.

Mots-clés

Pancréatite aiguë, Pseudo kyste pancréatique surinfecté-hémorragique, Hémopéritoine

Key- words

Acute pancreatitis, pancreatic pseudocyst, hemoperitoneum

L'histoire naturelle des pancréatites aiguës nécrotico-hémorragiques et émaillée de plusieurs complications. La formation de pseudo kystes constitue un tournant évolutif important lors de sa survenue. Sa fréquence est estimée entre 5 et 15 % des cas dans la littérature [1, 2]. Son évolution est imprévisible pouvant aller de la simple résorption spontanée à la survenue de complications gravissimes. Les principales complications observées sont l'obstruction, la surinfection et l'hémorragie. Les complications hémorragiques sont le plus souvent en rapport avec la constitution d'un faux anévrisme. Leur prise en charge est complexe et doit être multidisciplinaire. Nous rapportons le cas d'un pseudo kyste pancréatique doublement compliqué d'hémorragie et de surinfection et traité chirurgicalement.

OBSERVATION

Monsieur N.A. âgé de 62 ans, aux antécédents d'une dyslipidémie, pris en charge 2 mois auparavant pour pancréatite aiguë stade E (une étiologie métabolique a été retenue) avec bonne évolution initiale. Il a été réhospitalisé pour douleurs épigastriques violentes avec vomissements.

A l'examen clinique, il était apyrétique, abdomen légèrement distendu, avec sensibilité épigastrique, le toucher rectal était normal. La biologie a montré à la numération Hb : 12,1g/dl ; GB : 4500/mm³ ; Plaquettes : 254000/mm³, une cholestase avec une hyperamylasémie modérées. Après 24h d'hospitalisation, il présente une fièvre à 39° avec un tableau d'hémorragie interne, non extériorisée (Hb : 5,6g/dl ; Ht : 17%) ayant nécessité une réanimation avec transfusion sanguine.

Le scanner abdominal en urgence montre un épanchement pleural bilatéral, un hématome rétro péritonéal, une lésion hémorragique évoquant un PK hémorragique (figures 1-2) un épanchement péritonéal de moyenne abondance sans signe de saignement actif (figure 3).

Figure 1 : Scanner abdominal sans injection de produit de contraste (PDC) : Volumineux PK pancréatique hétérogène

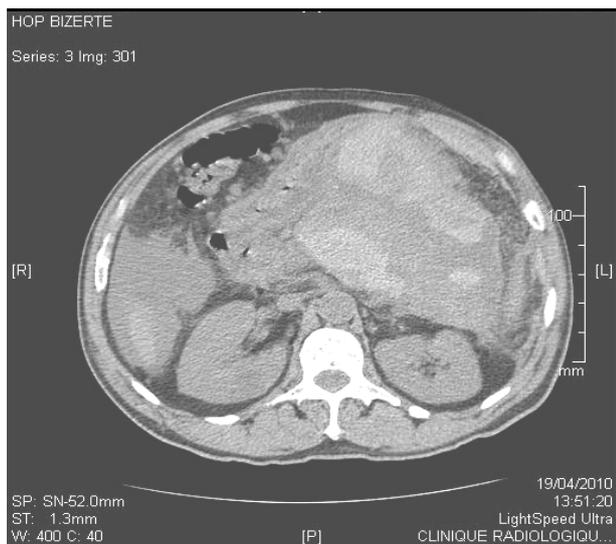


Figure 2 : Scanner après injection de PDC : volumineux pseudo-kyste prenant le contraste par endroits avec présence de sang au sein de cette masse. Absence de saignement actif. Hémopéritoine de moyenne abondance.

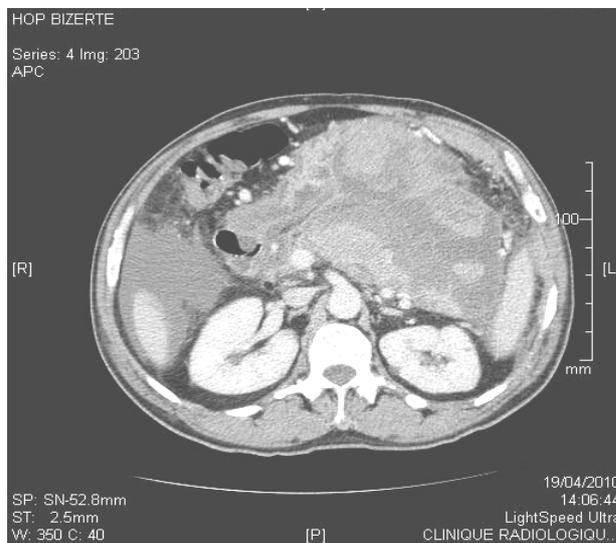
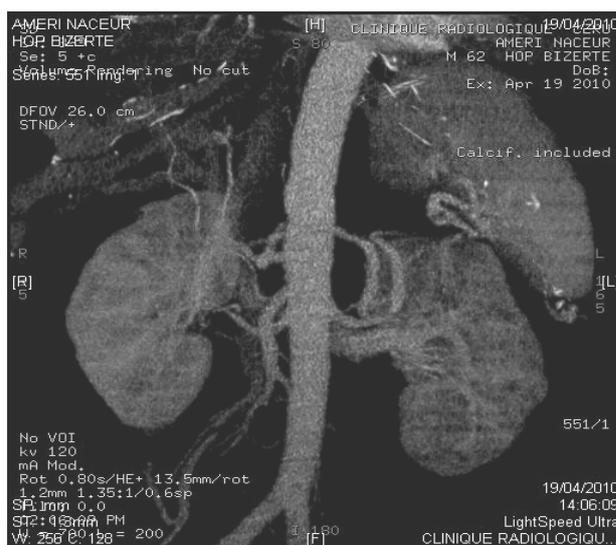


Figure 3 : Angioscanner : Absence de saignement actif



Devant la persistance de signes de déglobulisation et la survenue d'une instabilité hémodynamique résistante aux mesures de réanimation il a été opéré en urgence. Il a été abordé par voie médiane avec découverte d'un hémopéritoine estimé à 31 ml et d'un hématome de l'arrière cavité des épiploons (ACE) en rapport avec une érosion de l'artère splénique (rupture d'un faux anévrisme) au contact d'un gros PK surinfecté, une nécrose du corps et de la queue du pancréas. Il a été pratiqué une spléno-pancréatectomie gauche, drainage par 2 sondes Salem dans l'ACE et un Redon en inter hépato-diaphragmatique et dans la gouttière pariéto-colique gauche.

L'examen anatomopathologique a conclu à un aspect histologique d'une pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique avec PK du pancréas ; le parenchyme splénique est de morphologie normale.

Les suites opératoires ont été marquées par des troubles respiratoires nécessitant la prolongation de l'intubation au 3ème jour post opératoire. L'évolution ultérieure était marquée par la survenue d'une fistule pancréatique qui s'est tari spontanément après 1ème jour post opératoire. Actuellement avec un recul de 6 mois le patient est asymptomatique.

DISCUSSION

L'incidence des PK pancréatiques au cours de la pancréatite aiguë (PA) est de 5 à 15 % [1, 2]. Différentes complications hémorragiques des PK pancréatiques ont été décrites mais leur incidence respective est faible, que ce soit dans le cadre d'une PA ou de la pancréatite chronique [3]. Le pseudo-anévrisme est une complication des PK et peut survenir après une poussée de PA ou au cours d'une PC. L'artère splénique est l'artère la plus souvent concernée, mais les artères gastro-duodénale, pancréatico-duodénale, gastriques et hépatiques peuvent également être concernées [4]. Les pseudos anévrysmes se manifestent le plus souvent par une hémorragie : hématomène et méléna en cas de rupture dans le tube digestif, hémorragie intra-kystique en cas de rupture vers le PK, hémorragie en cas de communication avec le canal de Wirsung ou enfin hémopéritoine en cas de rupture intrapéritonéale. Ces hémorragies ont une mortalité élevée comprise entre 15 % et 43 % [4]. La scannographie fait le plus souvent le diagnostic mais sa sensibilité est moins bonne lors d'une poussée de PA [5]. Notre patient a présenté une deuxième complication de surinfection du PK qui s'est traduit par un

tableau pseudo septicémique, une association exceptionnelle. Dans cette observation, la scannographie a permis de faire le diagnostic exhaustif de l'ensemble des complications mais elle n'a pas montré de saignement actif.

Le traitement actuel des pseudo-anévrysmes comporte souvent dans un premier temps une embolisation artérielle qui contrôle l'hémorragie dans 67 à 100 % des cas [5, 6]. L'embolisation est parfois une procédure d'attente, permettant de différer le geste chirurgical qui reste souvent nécessaire compte tenu du risque de récurrence hémorragique [6]. Le geste réalisé secondairement dépend de la localisation respective du pseudoanévrisme et du PK, et peut faire discuter une pancréatectomie caudale, une ligature de l'anévrisme associée à une dérivation, voire exceptionnellement une duodéno pancréatectomie céphalique [7, 8, 9].

Dans notre observation, la persistance de la déglobulisation, ainsi que l'absence de plateau technique radiologique adéquat, rendait l'indication opératoire formelle. La nécessité d'un contrôle premier de l'hémorragie, le volume du PK et l'atteinte de l'artère splénique nous ont fait mener la spléno-pancréatectomie de l'isthme vers la queue.

CONCLUSION

Les pseudos kystes pancréatiques peuvent engendrer des complications graves. La survenue d'une hémorragie peut mettre en jeu le pronostic vital du patient dans l'immédiat. Le traitement est multidisciplinaire dépendant de l'état du patient et du plateau technique disponible. L'embolisation artérielle est actuellement le traitement de référence essentiellement pour passer un cap aigu. Le recours à la chirurgie garde ses indications en cas d'échec de l'embolisation ou de son non disponibilité.

Références

- Baillie G. Pancreatic pseudocyst. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 873-9.
- Barthet M, Bugallo M, Moreira LS et al. Traitement des pseudokystes après pancréatite aiguë. Étude rétrospective de 45 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1993; 16:853-9.
- Levy P, Ruzsiewicz P, Sauvanet A. traité de pancréatologie clinique. Flammarion. Paris, 2005 : 121-5.
- Stabile BE, Wilson SE, Debas HT. Reduced mortality from bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms caused by pancreatitis. *Arch Surg* 1983; 118: 45-51.
- De Perrot M, Berney T, Bühler L, Delgadillo X, Mentha G, Morel P. Management of bleeding Pseudoaneurysms in patients with pancreatitis. *Br J Surg* 1999; 86: 29-32.
- Boudghene F, L'Hermine C, Bigot JM. Arterial complications of pancreatitis: diagnostic and therapeutic aspects in 104 cases. *J Vasc Interv Radiol* 1993; 4: 551-8.
- Fagniez PL, Mugnoz-Bongrand N. Vascular control during distal pancreatectomy for cancer. *Ann Chir* 1999; 534: 632-4.
- Strasberg SM, Drebin JA, Linehan D. Radical antegrade modular pancreato-splenectomy. *Surgery* 2003; 133: 521-7.
- Brouquet A, Lefevre J.H., Terris B. Un pseudo-kyste pancréatique responsable de trois complications hémorragiques simultanées. *J Chir* 2007; 144: 336-8