

Case report

Kyste hydatique pancréatique: à propos d'un cas

Rifki Saad Eljai¹, Rachid Boufetta¹, Robleh Hassan Farah^{1,&}, Farid Chehab¹

¹Service de Chirurgie Viscérale Aile III, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Université Hassan II, Casablanca, Morocco

[&]Corresponding author: Robleh Hassan Farah, Service de Chirurgie Viscérale Aile III, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Université Hassan II, Casablanca, Morocco

Key words: Kyste hydatique, douleurs abdominales, pancréas

Received: 13/06/2015 - Accepted: 28/07/2015 - Published: 11/08/2015

Abstract

La localisation pancréatique du kyste hydatique est rare, même dans les pays où la maladie hydatique sévit à l'état endémique. Il ne représente que moins de 1% de l'ensemble des localisations. La symptomatologie souvent insidieuse après une longue évolution, dépend du siège du kyste hydatique, ce qui peut expliquer les difficultés du diagnostic, prêtant à confusion avec les autres lésions kystiques du pancréas. Elle touche exceptionnellement l'enfant. Nous rapportons une observation survenue chez une patiente de 20 ans, victime il y a 3 ans d'un traumatisme fermé de l'abdomen, qui présentait depuis 2 mois des épigastalgies isolées, avec ictère. À travers cette observation et une revue de la littérature, nous discutons les difficultés diagnostiques et les modalités du traitement chirurgical de cette localisation inhabituelle de la maladie hydatique.

Pan African Medical Journal. 2015; 21:273 doi:10.11604/pamj.2015.21.273.7267

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/273/full/>

© Rifki Saad Eljai et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La localisation pancréatique du kyste hydatique est exceptionnelle [1-20]. Elle représente moins de 1 % de l'ensemble des kystes hydatiques en zone d'endémie [1,2]. Malgré l'apport de l'imagerie moderne, le diagnostic reste difficile. A travers cette observation, nous essayons de préciser les difficultés du diagnostic et de décrire les particularités du traitement chirurgical de cette affection.

Patient et observation

Il s'agissait d'une patiente âgée de 20 ans, victime il y'a 3 ans d'un traumatisme fermé de l'abdomen et originaire d'une zone d'endémie hydatique. Elle était hospitalisée pour des douleurs épigastriques avec ictère, sans autre signe associé évoluant depuis 2 mois. L'examen clinique avait trouvé une sensibilité épigastrique sans masse palpable. Le bilan biologique montrait une cholestase (bilirubine totale à 140 mmol/L, bilirubine conjuguée à 80 mmol/L, phosphatases alcalines à 700 UI/L) et une cytolysse (aspartate aminotransférase 320 UI/L, alanine aminotransférase 288 UI/L), le taux de prothrombine était à 75 %. La fonction rénale était normale ainsi que l'amylasémie (50UI/L). L'échographie abdominale retrouvait, au niveau du pancréas dans sa partie corporeo-caudale, une formation lobulée anéchogène avec présence d'une vésicule endokystique, évoquant en premier lieu un cystadénome. La TDM abdominale, confirmait l'existence de cette masse avec coque peu épaisse et une vésicule endokystique, avec un développement exophytique **Figure 1**. Le CA 19-9 était normal, la lipasémie et la radio du thorax étaient normales. La sérologie hydatique n'était pas demandée. Le diagnostic d'une formation kystique du pancréas était retenu, mais sa nature hydatique n'était pas reconnue. La patiente était opérée par voie sous-costale gauche élargie à droite. L'exploration trouvait un kyste hydatique corporeo-caudale à contenu uni-vésiculaire **Figure 2**. Après protection par des champs imbibés d'une solution scolicide, il a été réalisé une ponction vidange et une stérilisation du kyste, suivie d'une résection du dôme saillant et un drainage **Figure 3**. Les suites opératoires étaient simples avec une régression de l'ictère, une disparition de la douleur et une normalisation du bilan biologique. La patiente sortait au 10e jour postopératoire. Avec un recul de 22 mois, la patiente était asymptomatique. Les contrôles échographiques n'avaient pas décelé de récurrence hydatique et l'immunologie était négative.

Discussion

L'hydatidose est secondaire au développement chez l'homme de la forme larvaire de l'Echinococcus granulosus [1]. La localisation pancréatique représente moins de 1 % des kystes hydatiques et 0,2 % des localisations abdominales [2,3]. Elle est isolée dans 91 % des cas avec une légère préférence pour la portion céphalique (57 %) [2,4]. Le kyste hydatique du pancréas (KHP) n'a été qu'exceptionnellement rapporté chez l'enfant [4,9]. Le mode d'infestation du pancréas se fait par voie hématogène après passage des filtres hépatique et pulmonaire [1]. Au niveau du pancréas, le kyste augmente progressivement de volume, refoule le parenchyme pancréatique, comprime puis érode les organes avoisinants. Dans notre observation, le kyste comprimait le second duodénum et les canaux biliaires. Le KHP n'a pas de signes cliniques spécifiques. Sa symptomatologie est fonction du siège et de la taille du kyste [1,4]. Cette localisation inhabituelle peut en effet être révélée par une douleur épigastrique chronique, un ictère rétentif (localisation céphalique) ou une masse épigastrique [5-7,9,11]. Dans notre

observation, le signe révélateur était une douleur épigastrique. Mais le plus souvent, le diagnostic se fait après complication du kyste : suppuration [4], fistulisation dans la voie biliaire principale [4], hypertension portale par compression de la veine splénique, pancréatite aiguë [12,13]. L'échographie, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), permettent sans difficulté de retenir le diagnostic d'une lésion kystique pancréatique [9,14,15,20], mais le diagnostic préopératoire de la nature hydatique du kyste est extrêmement difficile à reconnaître [7,9,20]. Néanmoins, certains signes peuvent aider à évoquer le diagnostic notamment des calcifications périkystiques, la présence de vésicules intrakystiques, un décollement de la membrane hydatique ou l'association d'autres localisations plus évidentes de kyste hydatique (foie) [14]. En cas de persistance d'un doute diagnostique, le recours à l'écho-endoscopie est d'un grand apport car elle permet une meilleure étude du contenu kystique [16]. Cependant, la confrontation des données épidémiologiques, radiologiques (échographie, tomodensitométrie, IRM et éventuellement, écho-endoscopie) et immunologiques permettent, parfois, de confirmer la nature hydatique d'une masse kystique pancréatique [3,5,6,11,17]. Le diagnostic différentiel se pose avec les autres tumeurs macrokystiques du pancréas [18,20]. Le pseudo-kyste se distingue de la maladie hydatique par l'absence d'une paroi propre, l'histoire et le contexte cliniques. Le cystadénome et le cystadénocarcinome se caractérisent par le rehaussement, après injection du produit de contraste au scanner, des bords et des cloisons intra-kystiques [18]. Le traitement du KHP est chirurgical [19]. Le choix du geste dépend du siège du kyste et de l'existence ou non d'une fistule kystocanalaire [4]. En fait, il est actuellement admis par la majorité des auteurs que pour les localisations corporeo-caudales, la morbidité du drainage après résection du dôme saillant (fistule pancréatique) doit faire préférer les interventions d'exérèse type spléno-pancréatectomie gauche [17,20]. En revanche, pour les kystes céphaliques, le traitement de référence est une résection du dôme saillant associée, en cas de fistule canalaire, à une anastomose kysto-digestive [11]. Cette dérivation de type anastomose kysto-gastrique ou kysto-duodénale, ou kysto-jéjunale sur anse en Y doit être préférée au drainage externe ou à l'unique résection du dôme saillant avec ou sans épiploplastie du fait de la morbidité qui en résulte [10,20]. Ce geste peut être difficile et dangereux si le parenchyme pancréatique est friable. Dans ce cas, une suture canalaire sur un drain tuteur pourrait être envisagée. Dans notre observation, nous avons réalisé d'une résection du dôme saillant et un drainage. La duodéno-pancréatectomie céphalique constitue un geste radical mais semble démesurée pour une pathologie bénigne [4]. La compression de la voie biliaire principale régresse après traitement du kyste et ne nécessite aucun geste sur le cholédoque [4].

Conclusion

La localisation pancréatique primitive du kyste hydatique est exceptionnelle. L'origine hydatique doit être évoquée devant toute masse kystique de la région céphalique du pancréas survenant chez un enfant présentant un ictère cholestatique et provenant d'une zone d'endémie. Le traitement chirurgical doit être dans la mesure du possible conservateur en réalisant des dérivations kysto-digestives afin de prévenir les fistules pancréatiques [20].

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucuns conflits des intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué pour réaliser cette étude et ils ont lu et ont approuvé le manuscrit final.

Figures

Figure 1: TDM abdominale montre une masse avec coque peu épaisse et une vésicule endokystique, avec un développement exophytique

Figure 2: l'exploration trouvait un kyste hydatique corporéo-caudale à contenu uni-vésiculaire

Figure 3: vue peropératoire de la ponction vidange et une stérilisation du kyste, suivie d'une résection du dôme saillant et un drainage

Références

1. Wani RA, Malik A, Chowdri N et al. Primary extrahepatic abdominal hydatidosis. *Int J Surg.* 2005;3 (2):125-7. **PubMed | Google Scholar**
2. Abi F, El Fares F, Khaiz D et al. Les localisations inhabituelles du kyste hydatique : a propos de 40 cas. *J Chir (Paris).* 1989 May;126(5):307-12. **PubMed | Google Scholar**
3. Achour A, Daali M. Kyste hydatique du pancreas. *J Chir (Paris).* 2005 Sep-Oct;142(5):331-2. **PubMed | Google Scholar**
4. Khiari A, Mzali R, Ouali M et al. Kyste hydatique du pancreas : a propos de 7 observations. *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris).* 1994 May-Jun;30 (3):87-91. **PubMed | Google Scholar**
5. Hamzaoui M, Gasmi M, Sahli S et al. Une angiocholite aigue revelant un kyste hydatique du pancreas chez l'enfant. *Gastroenterol Clin Biol.* 2007 Apr;31(4):428-30. **PubMed | Google Scholar**
6. Erdener A, Sahin AH. Primary pancreatic hydatid disease in a child: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 1999 Mar;34(3):491-2. **PubMed | Google Scholar**
7. Arikian A, Savan A, Erikci VS. Hydatid cyst of the pancreas: a case report with 5 years' follow-up. *Pediatr Surg Int.* 1999;15: 579-81. **PubMed | Google Scholar**
8. Brown RA, Millar AJ, Steiner Z et al. Hydatid cyst of the pancreas : a case report in a child. *Eur J Pediatr Surg* .1995;5:121-3. **PubMed | Google Scholar**
9. Saczek K, Moore SW, Villiers R et al. Obstructive jaundice and hydatid cysts mimicking choledochal cyst. *S Afr Med J.* 2007 Sep; 97 (9):831-3. **PubMed | Google Scholar**
10. Fadil A, Ait Bolbarod A, El Fares F. Kyste hydatique du pancreas: a propos d'une observation. *Ann Chir.* 2000 Feb;125 (2):173-5. **PubMed | Google Scholar**
11. Moosavi SR, Kermany HK. Epigastric mass due to a hydatid cyst of the pancreas: a case report and review of the literature. *JOP.* 2007 Mar 10; 8(2):232-4. **PubMed | Google Scholar**
12. Ozmen MM, Moran M, Karakahya M et al. Recurrent acute pancreatitis due to a hydatid cyst of the pancreatic head: a case report and review of the literature. *JOP.* 2005 Jul 8; 6(4):354-8. **PubMed | Google Scholar**
13. Oruc MT, Kulacoglu IH, Hatipoglu S et al. Primary hydatid cyst of the pancreas related to main pancreatic duct: a case report. *Hepatogastroenterology.* 2002 Mar-Apr; 49(44):383-4. **PubMed | Google Scholar**
14. Zakari S, Ajana A, Dhobb OH et al. Aspects échographiques du kyste hydatique du pancreas : à propos de 2 cas. *Ann Radiol (Paris).* 1984 Nov; 27(7):607-13. **PubMed | Google Scholar**
15. Cosme A. CT findings of pancreatic hydatid disease. *J Comput Assist Tomogr.* 1996 Sep-Oct; 20(5):815-6. **PubMed | Google Scholar**
16. Trabelsi S, Moussa A, Cherif I et al. Usefulness of endoscopic ultrasonography for diagnosis between multivesicular hydatid cyst and serous cystadenoma of the pancreas: Case report. *Tunis Med.* 2005 Dec; 83(12):785-8. **PubMed | Google Scholar**
17. Wania NA, Shaha OJ, Zargara JI et al. Hydatid cyst of the pancreas. *Dig Surg.* 2000; 17(2):188-90. **PubMed | Google Scholar**
18. Muscari F, Suc B, Escat J et al. Les tumeurs kystiques du pancreas. *J Chir (Paris).* 2002 Dec; 139 (6):312-23. **PubMed | Google Scholar**
19. Ismail K, Haluk GI, Necati O. Surgical treatment of hydatid cysts of the pancreas. *Int Surg.* 1991 Jul-Sep; 76 (3):185-8. **PubMed | Google Scholar**
20. Abid M, Guirat A, Ben Salah K, Khelif M. Kyste hydatique du pancreas : une localisation exceptionnelle. *Arch Pediatr.* 2010 Jul;17(7):1056-8. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: TDM abdominale montre une masse avec coque peu épaisse et une vésicule endokystique, avec un développement exophytique

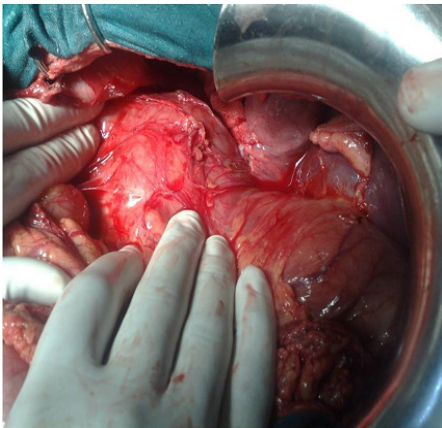


Figure 2: l'exploration trouvait un kyste hydatidique corporéo-caudale à contenu uni-vésiculaire

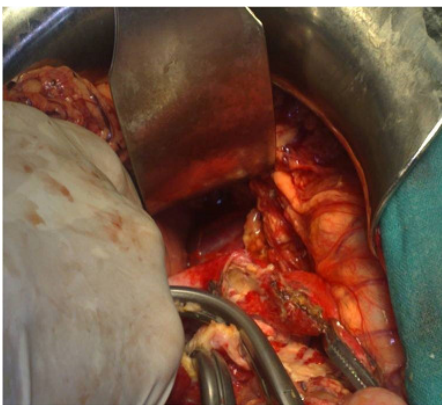


Figure 3: vue peropératoire de la ponction vidange et une stérilisation du kyste, suivie d'une résection du dôme saillant et un drainage