



Kyste hydatique du pancréas : A propos de trois observations de localisation inhabituelle
Hydatid cyst of the pancreas: Report of three cases of unusual location

Hajri Amal¹, Boufettal Rachid¹, Erguibi Driss¹,
EL JAI Saad Rifki¹, Chehab Farid¹

Auteur correspondant

Hajri Amal

Courriel : amalhajri.282@gmail.com

Téléphone : +212613299259

Département de chirurgie générale, AILE III,
Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Faculté
de médecine et de pharmacie, Université Hassan II,
Casablanca, Maroc.

Summary

The pancreatic location of the hydatid cyst is exceptional, even in countries where hydatid disease is rampant in its endemic state. We report here three cases of hydatid cyst of the pancreas revealed by epigastralgia. The diagnosis of cystic lesions of the pancreas was made on the ultrasound and abdominal scanner data which have shown a cystic mass of the tail of the pancreas for two cases and corporo-caudal for the third case. The hydatid serology was negative in both cases where it was performed. Surgical treatment consisted of resection of the protruding dome in two cases and a caudal pancreatectomy in one case. Through these three observations and a review of the literature, we discuss the diagnostic difficulties and the methods of surgical treatment of this rare localization of the hydatid cyst.

Keywords: hydatid cyst, pancreas, conservative treatment

Received: June 7th, 2020

Accepted: July 16th, 2020

<https://dx.doi.org/10.4314/aam.v14i4.14>

1 Département de chirurgie générale, Centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, AILE III, Université Hassan II, Faculté de médecine et de pharmacie, Casablanca, Maroc

Résumé

La localisation pancréatique du kyste hydatique est exceptionnelle, même dans les pays où la maladie hydatique sévit à l'état endémique. Nous rapportons trois observations de kyste hydatique du pancréas révélées par des épigastalgies. Le diagnostic de lésion kystique du pancréas était porté sur les données de l'échographie et du scanner abdominal qui avaient objectivé une masse kystique de la queue du pancréas pour deux cas et corporéo-caudale pour le troisième cas. La sérologie hydatique était négative dans les deux cas où elle était réalisée. Le traitement chirurgical avait consisté en une résection du dôme saillant dans deux cas et une pancreatectomie caudale dans un cas. À travers ces trois observations et une revue de la littérature, nous discutons les difficultés diagnostiques et les modalités du traitement chirurgical de cette localisation rare du kyste hydatique.

Mots-clés : kyste hydatique, pancréas, traitement conservateur

Reçu le 7 juin 2020

Accepté le 17 juillet 2020

Introduction

L'hydatidose est secondaire au développement chez l'homme de la forme larvaire de l'Echinococcus granulosus. La localisation pancréatique représente moins de 1% des kystes hydatiques et 0,2% des localisations abdominales en zone d'endémie (1). Elle est isolée dans 91% des cas avec une légère prédilection pour la portion céphalique dans 57% des cas (2). Le diagnostic peut s'avérer difficile, prêtant à confusion avec les autres lésions kystiques du pancréas ce qui était le cas chez nos patientes (3). Ainsi, nous rapportons trois observations à travers lesquelles nous présenterons les difficultés du diagnostic positif et les particularités du traitement chirurgical.

Observation clinique 1

Il s'agissait d'une patiente âgée de 20 ans, victime 3 ans auparavant d'un traumatisme abdominal fermé, avec notion de contact avec les chiens. Elle était admise pour des épigastalgies irradiant vers le dos sans autres signes associés le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général. L'examen clinique avait objectivé une sensibilité épigastrique sans masse palpable.

L'échographie abdominale avait montré une formation lobulée anéchogène mesurant 100×50 mm avec présence d'une vésicule endokystique aux dépens de la partie corporeo-caudale du pancréas évoquant en 1er un cystadénomes. La TDM abdominale avait confirmé l'existence de cette masse, mesurant 100,4 × 53,2 mm, avec coque peu épaisse et vésicule endokystique avec un développement exophytique. Le bilan radiologique n'avait pas visualisé d'autres lésions kystiques en dehors du pancréas. La biologie avait objectivé une hyperéosinophilie à 800 éléments/mm³, la sérologie hydatique n'était pas réalisée.

La patiente avait été opérée par voie sous costale gauche élargie à droite. L'exploration montrait un kyste hydatique corporeo-caudal du pancréas type 2 à contenu univésiculaire mesurant 10 cm de grand axe. Après protection par des champs imbibés à l'eau oxygénée diluée au sérum salé, il a été réalisé une ponction vidange et une stérilisation du kyste, suivie d'une résection du dôme saillant et d'un drainage.

Les suites opératoires étaient simples et la patiente était déchargée au dixième jour post opératoire. Aucun traitement médical antiparasitaire n'a été prescrit. Le recul était de 2 ans. Les contrôles échographiques n'avaient pas décelé de récurrence hydatique et la sérologie hydatique était négative.

Observation clinique 2

Il s'agissait d'une patiente âgée de 39 ans, diabétique type 2 depuis 4 ans, originaire d'une zone d'endémie hydatique mais sans notion de contact avec les chiens. Admise pour des douleurs épigastriques sans autres signes associés évoluant depuis 6 mois. L'examen clinique était sans particularité.

L'échographie abdominale a découvert une masse kystique cloisonnée siégeant au niveau de la queue du pancréas, mesurant 65,2 × 53,7 × 44,2 mm. La TDM abdominale montrait un pancréas atrophique avec lésion kystique bien limitée à paroi régulière de la queue du pancréas mesurant 56 × 68 × 48 mm, de contours réguliers et de densité liquidienne associé à un aspect dilaté du

Wirsung, faisant évoquer un faux kyste du pancréas, un cystadénome ou un cystadénocarcinome de la queue du pancréas (figure 1) et absence d'autres lésions kystiques en dehors de la lésion pancréatique.

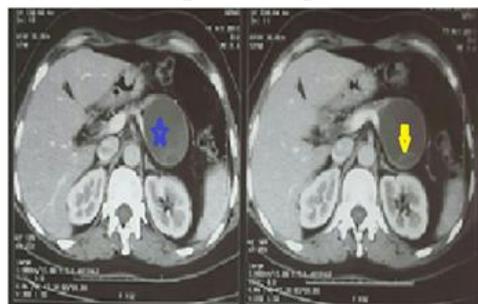


Figure 1. TDM abdominale : coupe axiale montrant un pancréas atrophique avec lésion kystique de la queue pancréas (étoile bleue), mesurant 56 × 68 × 48 mm, bien limitée à paroi régulière de contours réguliers et de densité liquidienne, siège de cloison en son sein (flèche jaune)

Le CA19-9, la lipasémie et la sérologie hydatique étaient négatifs. La radiographie du thorax était normale.

La patiente avait bénéficié d'une laparotomie médiane sus ombilicale. L'exploration chirurgicale avait découvert un kyste hydatique type 3 de 5×4 cm de grand axe au niveau de la queue du pancréas (figure 2), sans autres localisations. Ainsi, après protection par des champs imbibés à l'eau oxygénée diluée au sérum salé, il a été réalisé une ponction du kyste ramenant un liquide en eau de roche, suivie d'une résection du dôme saillant et un drainage de la cavité résiduelle par sonde de Salem.

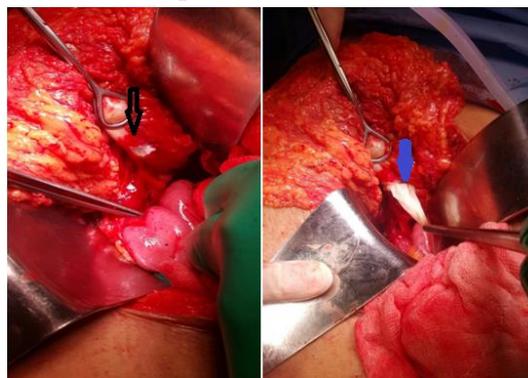


Figure 2. Image peropératoire montrant un kyste hydatique type 3 (flèche noire), mesurant 5×4 cm de grand axe au niveau de la queue du pancréas, ainsi que l'extraction de la membrane prolifère (flèche bleue)

Les suites post-opératoires étaient simples notamment absence de fistules pancréatiques et la patiente était sortie au quatrième jour post opératoire après retrait du drain. Aucun traitement médical antiparasitaire n'a été prescrit. Le recul était d'un an. Les contrôles échographiques et sérologiques n'avaient pas noté de récurrence.

Observation clinique 3

Il s'agissait d'une patiente âgée de 30 ans sans antécédents morbides particuliers, originaire d'une zone d'endémie hydatique et sans notion de contact avec les chiens. La symptomatologie remontait à un an avant son admission par l'installation progressive d'une douleur de l'hypochondre gauche sans autres signes associés, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'amaigrissement non chiffré. L'examen physique montrait une légère sensibilité de l'hypochondre gauche sans masse palpable.

L'échographie abdominale objectivait la présence au niveau de la région épigastrique d'une formation liquidienne unicloisonnée avec des vésicules filles périphériques, mesurant 80×60 mm. La TDM montrait une formation kystique au niveau de la queue du pancréas à paroi fine, siège de calcification grossière mesurant 66×55 mm et absence d'autres lésions kystiques associées en dehors de la lésion pancréatique. La biologie avait montré une hyperéosinophilie à 400 éléments/mm³ et la sérologie hydatique était négative.

La voie d'abord chirurgicale était une laparotomie médiane sus ombilicale. A l'exploration chirurgicale présence d'un kyste hydatique type 4, mesurant 8×6 cm de grand axe au niveau de la queue du pancréas. Le traitement chez cette patiente était radical consistant en une pancréatectomie caudale avec drainage de l'arrière cavité des épiploons par une lame de Delbet et une sonde de Salem.

Les suites opératoires étaient simples notamment pas de fistule et la patiente était sortie au huitième jour postopératoire. Aucun traitement antiparasitaire n'avait été prescrit. Le recul était

de 11 mois. Il n'avait pas été décelé de récurrence sur les contrôles échographique et sérologiques.

Discussion

La localisation pancréatique du kyste hydatique est très rare. Elle représente 0,2% des localisations abdominales (4). Elle est isolée dans 91% des cas (2). Le siège est le plus souvent céphalique dans 57% des cas, corporel dans 24% des cas et caudal dans 19% des cas (5). Dans notre série la localisation était au niveau du pancréas gauche chez les trois patientes. L'infestation du pancréas se fait par voie artérielle après passage des filtres hépatique et pulmonaire (5). La taille du kyste est variable, pouvant aller de quelques millimètres à plus de 20 cm (4).

Le KHP n'a pas de signes cliniques spécifiques. Sa symptomatologie est fonction du siège et de la taille du kyste (2). Les douleurs abdominales de l'étage sus-ombilical constituent le motif de consultation le plus fréquent, comme c'est le cas dans nos trois observations. Certaines complications évolutives peuvent être révélatrices telles qu'un ictère rétionnel en cas de kystes céphaliques (2,5), une suppuration du kyste (4,6), une rupture intra-ou rétro-péritonéale (5) ; pouvant être à l'origine de complications hémorragiques, de réactions péritonéales ou allergiques sévères ; l'ouverture du kyste dans les organes de voisinage (4-5) et enfin l'hypertension portale segmentaire (5). La fistulisation du kyste dans le Wirsung peut être responsable de poussées de pancréatite aiguë récidivantes, voire de Wirsungorragie (4). Un infarctus mésentérique a été décrit comme la conséquence d'une thrombose de l'artère mésentérique supérieure en rapport avec une compression hydatique (5).

L'échographie, la tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), permettent sans difficulté de retenir le diagnostic d'une lésion kystique pancréatique (4-5, 7), mais le diagnostic préopératoire de la nature hydatique du kyste est extrêmement difficile à reconnaître, comme chez nos patientes (7). Néanmoins, certains signes peuvent aider à évoquer le diagnostic notamment des calcifications péri-kystiques, la présence de vésicules intra-

kystiques, un décollement de la membrane hydatique ou l'association d'autres localisations plus évidentes de kyste hydatique, notamment une localisation hépatique (2,4,8). En l'absence de ces signes, les autres tumeurs kystiques du pancréas doivent être évoquées, notamment le cystadénome séreux (CS) et le cystadénome mucineux (CM). Classiquement l'aspect radiologique de ces tumeurs est caractérisé par la présence, au sein de la masse kystique, de cloisons qui se rehaussent après injection de produit de contraste, mais cet aspect n'est pas constant (9). Dans ce cas, le contexte épidémiologique ainsi que la sérologie hydatique peuvent être contributifs au diagnostic positif (9). Cependant, la négativité de cette dernière n'élimine pas la nature hydatique d'une masse kystique pancréatique. Dans notre série la sérologie hydatique était négative dans les deux cas où elle était pratiquée. 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 (9).

La fistulisation du kyste hydatique dans les canaux pancréatiques constitue un tournant évolutif de cette pathologie réputée bénigne et va conditionner la prise en charge thérapeutique. Le diagnostic de cette complication peut être réalisé en préopératoire par la CPRE ou la bili-IRM, mais c'est la kystographie peropératoire qui constitue l'examen clé et qui permet d'adapter la stratégie thérapeutique (4).

Le traitement du kyste hydatique du pancréas est chirurgical. Le choix thérapeutique dépendra du siège du kyste et de l'existence ou non d'une fistule kysto-canalaire (4-5).

En fait, il est actuellement admis par la majorité des auteurs que pour les localisations corporéo-caudales, la morbidité du drainage après résection du dôme saillant (fistule pancréatique) doit faire préférer les interventions d'exérèse type pancréatectomie gauche. Ainsi, pour la localisation corporéo-caudale du kyste : Une pancréatectomie gauche permettra d'emporter le kyste et de suturer le pancréas en tissu sain. Le traitement conservateur (résection du dôme saillant) ne sera envisagé que pour les gros kystes qui adhèrent aux organes de voisinages et dont la

dissection risque d'être difficile et dangereuse, En présence d'une fistule pancréatique associée à une anastomose kysto-digestive est réalisée (4).

Dans notre série deux patientes avaient bénéficié d'un traitement conservateur, et une patiente d'un traitement radical. 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 (5). Cette dérivation de type anastomose kysto-gastrique ou kysto-duodénale, ou kysto-jéjunale sur anse montée 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 (2, 4-5). Par ailleurs, la duodéno-pancréatectomie céphalique constitue un geste radical mais semble démesurée pour une pathologie bénigne (2, 4-5). Bedioui H. *et al.* (4) considèrent par excès, dans leur étude, la cavité résiduelle d'un kyste hydatique du pancréas comme l'équivalent d'une tranche de section pancréatique, avec un risque non négligeable de fistule pancréatique postopératoire. Ils recommandent ainsi, la mise en place d'un large drainage dans la cavité résiduelle et l'administration systématique à l'induction et en postopératoire de Sandostatine® pendant sept jours dans un but préventif (4). Dans notre étude, aucune fistule pancréatique n'était notée. Le suivi des patients doit être long du fait du risque de récurrence parasitaire et les localisations associées (hépatiques, pulmonaires) doivent être traitées spécifiquement (10).

Conclusion

La localisation pancréatique primitive du kyste hydatique est exceptionnelle. Dans notre série, le diagnostic positif a reposé essentiellement sur l'échographie et la tomodensitométrie abdominale. La sérologie hydatique était négative. L'IRM et l'écho-endoscopie trouvent leur place en cas de doute diagnostique persistant. Sous traitement chirurgical sans traitement antiparasitaire, l'évolution a été très favorable. Toutefois, le traitement chirurgical est conditionné par le siège du kyste et l'existence ou non d'une fistule kysto-canalaire.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. Wani RA, Malik A, Chowdri N. Primary extrahepatic abdominal hydatidosis. *Int J Surg* 2005; **3** (2):125-127.
2. Abid M, Guirat A, Ben Salah K, Khelif M, Frikha F, Mzali R, *et al.* Kyste hydatique du pancréas : une localisation exceptionnelle. *Archives de Pédiatrie* 2010 ; **17** (7) : 1056-1058.
3. El Jai SR, Boufettal R, Farah RH, Chehab F. Kyste hydatique pancréatique: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J* 2015; **21** (1):273.
4. Bedioui H, Chebbi F, Ayadi S, Daghfous A, Bakhtri M, Jouini M, *et al.* Kyste hydatique primitif du pancréas : diagnostic et modalités chirurgicales. À propos de trois cas. *Gastroenterol Clin Biol* 2008 ; **32** (1) : 102-106.
5. Fadil A, Ait Bolbarod A, El Fares F. Kyste hydatique du pancréas. À propos d'une observation. *Ann Chir* 2000 ; **125** (2) : 173-175.
6. Khiari A, Kechaou MS. Kyste hydatique du pancréas. *Ann gastroenterol hepatol.* 1994, N 30.
7. Saczek K, Moore SW, de Villiers R, Blaszczyk M. Obstructive jaundice and hydatid cysts mimicking choledochal cyst. *S Afr Med J* 2007; **97** (9):831-833.
8. Bouree P, Bisaro F. Hydatidose : aspects épidémiologique et diagnostique. *Antibiotiques* 2007 ; **9** (4) :237-45.
9. Palazzo L, Hammel P, Cellier C, Ruzsniwsky P. Les tumeurs kystiques du pancréas. *Acta Endoscopica* 2000 ; **30**(Supp 2) :361-366.
10. Pouget Y, Mucci S, O'Toole D, Lermite E, Aubéc C, Hamya A. Pancréatite aiguë récidivante révélant un kyste hydatique du pancréas. *Rev Med interne* 2009 ; **30** (4) : 358-360. Doi : 10.1016/j.revmed.2008.07.00

Voici comment citer cet article : Amal H, Rachid B, Driss E, Rifki AJ, Farid C. Kyste hydatique du pancréas : A propos de trois observations de localisation inhabituelle. *Ann Afr Med* 2021; **14** (4): e4389-e4393. <https://dx.doi.org/10.4314/aam.v14i4.14>