

Case report



Lymphangiome kystique du mésocolon: à propos d'un cas

Abdelkrim Chetibi, Kamel Allal, Mustapha Saidani

Corresponding author: Abdelkrim Chetibi, Service de Chirurgie Générale et Oncologique, Centre Hospitalier Universitaire de Beni-Messous, Alger, Algérie. karim.chetibi@yahoo.fr

Received: 16 Jun 2022 - **Accepted:** 01 Jul 2024 - **Published:** 02 Aug 2024

Keywords: Lymphangiome kystique, mésocolon, exérèse, anatomopathologie, cas clinique

Copyright: Abdelkrim Chetibi et al. Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Abdelkrim Chetibi et al. Lymphangiome kystique du mésocolon: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2024;48(144). 10.11604/pamj.2024.48.144.35940

Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/48/144/full>

Lymphangiome kystique du mésocolon: à propos d'un cas

Cystic lymphangioma of the mesocolon: a case report

Abdelkrim Chetibi^{1,&}, Kamel Allal¹, Mustapha Saidani¹

¹Service de Chirurgie Générale et Oncologique, Centre Hospitalier Universitaire de Beni-Messous, Alger, Algérie

&Auteur correspondant

Abdelkrim Chetibi, Service de Chirurgie Générale et Oncologique, Centre Hospitalier Universitaire de Beni-Messous, Alger, Algérie

Résumé

Le lymphangiome kystique (LK) intrapéritonéal est une pathologie bénigne malformative rare, d'origine lymphatique, sa symptomatologie clinique est très diversifiée. Le diagnostic est évoqué par l'imagerie et confirmée par l'histologie. Nous rapportons ici le cas d'une femme âgée de 54 ans, consultant pour des douleurs abdominales chroniques sans retentissement sur l'état général. Le bilan radiologique est revenu en faveur d'une formation kystique mésentérique bénigne pouvant être compatible avec un lymphangiome kystique. Une exérèse chirurgicale complète de la masse kystique après ponction-aspiration est pratiquée par laparotomie médiane, les suites postopératoires sont simples. L'examen histologique de la tumorectomie permet de

confirmer le diagnostic d'un LK du mésocolon. À 12 mois, la patiente est asymptomatique et aucune récurrence n'est observée.

English abstract

Intraperitoneal Cystic Lymphangioma (CL) is a rare benign malformative disease of lymphatic origin, with a wide range of clinical symptoms. Diagnosis is based on imaging tests and confirmed by histology. We here report the case of a 54-year-old woman presenting with chronic abdominal pain, with no effect on general condition. Radiological assessment showed a benign mesenteric cystic formation consistent with a cystic lymphangioma. Complete surgical excision of the cystic mass after puncture-aspiration was performed via midline laparotomy, with an uncomplicated postoperative course. Histological examination of the lumpectomy confirmed the diagnosis of LK of the mesocolon. At 12 months, the patient was asymptomatic and no recurrence was observed.

Key words: Cystic lymphangioma, mesocolon, excision, disease, case report

Introduction

Le lymphangiome kystique (LK) du mésentère est une tumeur congénitale malformative du système lymphatique, se révélant le plus souvent en bas âge et atteignant dans la majorité des cas la région cranio-faciale, cervicale ou thoracique [1]. Néanmoins, des localisations intra-abdominales telles que le mésentère et le rétropéritoine sont possibles, mais tous les organes peuvent être touchés. La symptomatologie la plus révélatrice sont les douleurs abdominales et/ou une masse abdominale. Le diagnostic est évoqué par l'échographie et le scanner, et est confirmé par l'histologie [2]. Le traitement de référence est la chirurgie. Le suivi est basé sur l'examen clinique et l'échographie abdominale. Il est donc nécessaire de faire le diagnostic de cette masse afin d'éviter la survenue d'une complication abdominale

(infarctus mésentérique, volvulus, ischémie intestinale, etc.)

Patient et observation

Information sur la patiente: c'est une patiente âgée de 54 ans, aux antécédents de sarcoïdose en 2004 traitée et guérie, qui consulte pour des douleurs abdominales diffuses sous forme de sensation de gêne évoluant par épisodes sans troubles du transit, ni fièvre, ni syndrome inflammatoire biologique avec un état général bon.

Examen clinique: il est normal chez notre patiente, hormis une masse abdominale palpable.

Démarche diagnostique: une échographie abdomino-pelvienne est réalisée révélant une formation kystique à paroi fine, médiane, présentant quelques cloisons à contenu anéchogène, mesurant (148 x 141 x 60 mm). Le bilan d'extension complété par une tomodensitométrie (TDM) abdomino-pelvienne est revenu en faveur d'une formation liquidienne mésentérique à paroi fine, hypodense, à cloisons fines ne prenant pas le produit de contraste, limitée en dedans par l'estomac, en avant et en arrière par la grêle et le colon (Figure 1). Au terme de ce bilan clinique et radiologique, le diagnostic d'une formation kystique bénigne pouvant être compatible avec un lymphangiome kystique a été posé. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) abdomino-pelvienne confirme la formation multikystique, mesurant (183 x 96 x 200 mm) sans portion solide, ni végétations, développée au dépend du mésocolon. La biologie sanguine ainsi que les marqueurs tumoraux sont normaux.

Intervention thérapeutique: une laparotomie médiane est décidée. L'exploration peropératoire montre la présence d'une grosse masse liquidienne multikystique intrapéritonéale, extériorisée en partie à travers l'incision médiane et développée à partir du mésocolon gauche (Figure 2). Nous avons procédé à une dissection-résection du kyste dans sa totalité (Figure 3).

L'examen anatomo-pathologique a permis de confirmer le diagnostic de lymphangiome kystique (Figure 4).

Suivi et résultats des interventions thérapeutiques: les suites post-opératoires sont simples, la patiente est sortie au 4^e jour post-opératoire. A un mois de suivi, la patiente est asymptomatique. Le contrôle radio-clinique à 3 et 6 mois est sans particularité.

Perspectives du patient: pendant le traitement, la patiente est satisfaite du niveau de soins qui lui a été prodigué.

Consentement éclairé: un consentement éclairé écrit est obtenu de la patiente pour participer à notre étude.

Discussion

Les LK du mésocolon sont des localisations rares de l'adulte dont la conduite thérapeutique est complexe pouvant nécessiter des résections coliques [1]. Elles touchent aussi bien les hommes que les femmes avec une prédominance féminine [2]. La physiopathogénie du LK résulte d'une anomalie congénitale de connexion des canaux lymphatique et le réseau veineux responsable de lymphangiectasies, puis de formation de masses kystiques [3,4]. La symptomatologie clinique des LK est très diversifiée. Le maître symptôme est la douleur abdominale et/ou une masse abdominale [2,4] comme ce fût le cas pour notre patiente. Enfin, il existe une variété clinique très rare, sous forme d'une carcinose péritonéale, appelée lymphangiomatose kystique péritonéale [3]. Le diagnostic du LK est basé essentiellement sur l'imagerie. En pratique, l'échographie est l'examen demandé en première intention, elle montre une masse kystique uni ou multiloculaires, à parois fines, hypoéchogène et des septas plus ou moins vascularisés en doppler couleur [5-7]. La TDM avec injection de produit de contraste est l'examen de référence [8,9]. Elle met en évidence une masse kystique homogène, hypodense, à cloisons fines

ne prenant pas le produit de contraste. Elle permet aussi d'apprécier les rapports de la tumeur avec les organes de voisinage [1,6]. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est pratiquée en seconde intention. Elle permet en période préopératoire avec séquence vasculaire de mieux préciser les rapports de la tumeur avec les vaisseaux mésentériques. En revanche, l'exploration peropératoire permet de prédire le caractère résécable ou non de la tumeur. Néanmoins, la certitude diagnostic est apportée par l'étude anatomopathologique [2,6,7,9]. Macroscopiquement, le lymphangiome kystique peut être unique ou polykystique. Microscopiquement trois critères sont indispensables au diagnostic: 1) l'existence d'une tumeur kystique; 2) les cloisons sont constituées d'un stroma conjonctif riche en tissu lymphoïde; 3) le kyste est bordé d'un revêtement endothélial de type lymphatique [1,3,6,9]. Le traitement de référence des LK est la résection chirurgicale consistant en une exérèse complète de la tumeur kystique afin d'éviter toute récurrence, par laparotomie ou laparoscopie [5-7,9].

Elle est indiquée lorsque la masse est symptomatique permettant d'éviter les complications et lorsqu'une complication est évoquée (hémorragie, torsion, infection). Néanmoins, la chirurgie à ciel ouvert est largement pratiquée par la majorité des auteurs comme dans notre cas. Lorsque la tumeur kystique adhère intimement à la racine du mésocolon ou du mésentère, la résection du côlon sous-jacent est nécessaire [2,5,6]. Dans notre cas, la dissection entre la paroi du kyste et celle du mésocolon s'est déroulée sans incidents peropératoires. L'évolution de la patiente est tout à fait favorable à un mois de l'intervention. Dans la littérature le risque de récurrence des LK est de l'ordre de 10 à 15% [8-10]. Après 12 mois de suivi postopératoire, nous signalons aucun signe de récurrence chez notre patiente. En revanche, le recul est assez faible pour pouvoir porter un pronostic à long terme.

Conclusion

Le lymphangiome kystique du mésocolon est une pathologie bénigne malformative rare. Le diagnostic est évoqué par l'imagerie et confirmé par l'histologie. Une exérèse chirurgicale complète du kyste permet d'éviter la survenue de récurrence. Le pronostic est généralement favorable avec une morbidité faible.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Abdelkrim Chetibi a conçu l'étude et rédigé le manuscrit. Kamel Allal et Mustapha Saidani ont lu et corrigé le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: coupe axiale d'un volumineux lymphangiome kystique du mésocolon

Figure 2: aspect per-opératoire d'une masse kystique du mésocolon

Figure 3: lymphangiome kystique abdominal après résection

Figure 4: coupe histologique de la paroi kystique

Références

1. Weeda VB, Booi KAC, Aronson DC. Mesenteric cystic lymphangioma: a congenital and an acquired anomaly? Two cases and a review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2008 Jun;43(6): 1206-8. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Mabrut JY, Grandjean JP, Henry L, Chappuis JP, Partensky C, Barth X *et al.* Les lymphangiomes kystiques du mésentère et du méso-côlon. Prise en charge diagnostique et thérapeutique [Mesenteric and mesocolic cystic lymphangiomas. Diagnostic and therapeutic management]. *Ann Chir.* 2002 May;127(5): 343-9. **Google Scholar**
3. Limdi JK, Mehdi S, Sapundzieski M, Manu M, Abbasi AM. Cystic lymphangioma of the mesocolon. *J Gastrointest Surg.* 2010 Sep;14(9): 1459-61. **PubMed** | **Google Scholar**
4. Ben Ameer W, Kallel L, Maghrebi H, Haouet S, Filali A. Kystique intrapéritonéal et maladie de Crohn: à propos d'une association exceptionnelle. *Pan Afr Med J.* 2018;30: 48. **PubMed** | **Google Scholar**
5. Ha TK, Paik SS, Lee KG. Cystic lymphangioma arising from mesocolon. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7: e14-5. **PubMed** | **Google Scholar**
6. De Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000;17(4): 323-8. **PubMed** | **Google Scholar**
7. Raherinantenaina F, Andriamampionona TF, Raelijaona L, Randrianirina H, Mamin'ny Aina Rajaonahary T, Nirina Rakoto Ratsimba H. Lymphangiome kystique du mésocôlon ascendant [Cystic lymphangioma of the ascending mesocolon]. *Presse Med.* 2014 Nov;43(11): 1296-8. **PubMed** | **Google Scholar**
8. Makni A, Chebbi F, Fetirich F. Surgical Management of Intra-Abdominal Cystic Lymphangioma: report of 20 cases. *World J Surg.* 2012;36(5): 1037-4. **PubMed** | **Google Scholar**
9. Kambakamba P, Lesurtel M, Breitenstein S, Emmert M, Wilhelm M, Clavien P. Giant mesenteric cystic lymphangioma of mesocolic origin in an asymptomatic adult patient. *J Surg Case Rep.* 2012 Jun 1;2012(6): 4. **PubMed** | **Google Scholar**
10. Saadi A, Ayed H, Karray O, Kerkeni W, Bouzouita A, Cherif M *et al.* Le lymphangiome kystique rétropéritonéal: à propos de 5 cas et revue de la littérature [Retroperitoneal cystic lymphangioma: about 5 cases and review of the literature]. *Pan Afr Med J.* 2016 Oct 6;25: 73. **PubMed** | **Google Scholar**

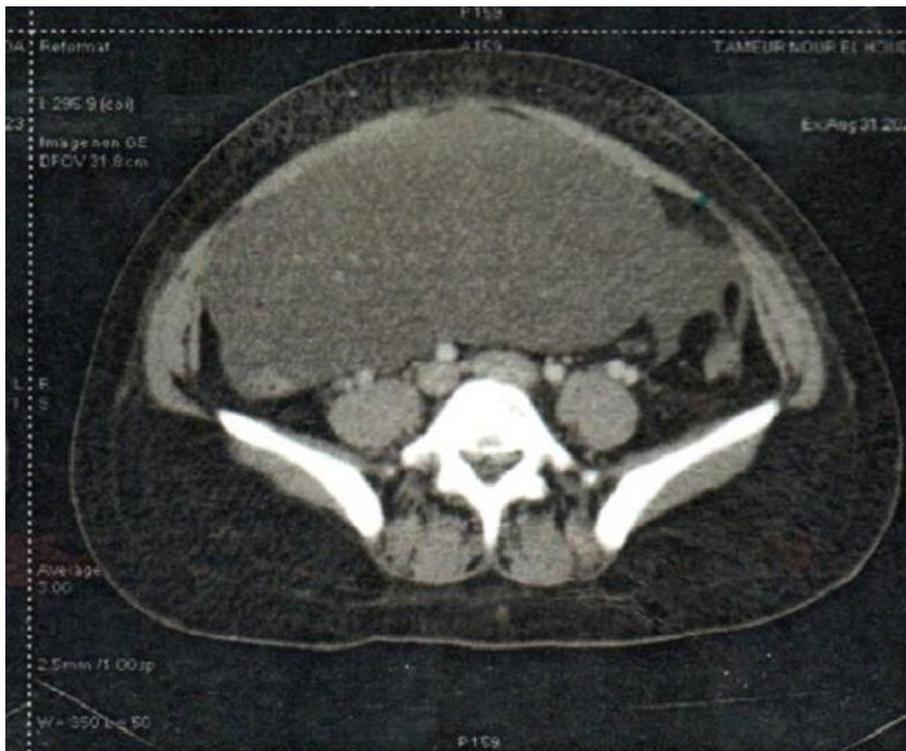


Figure 1: coupe axiale d'un volumineux lymphangiome kystique du mésocolon

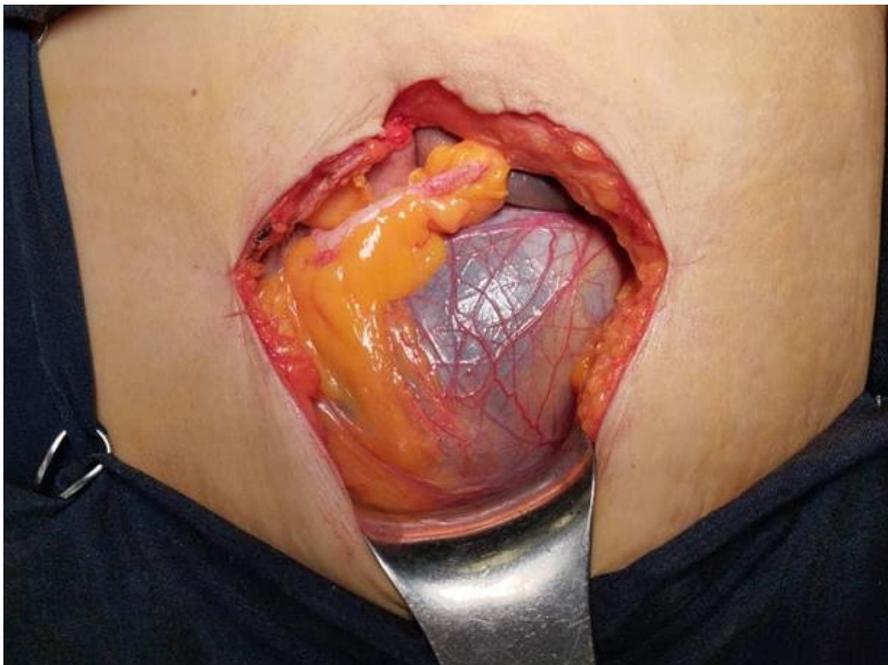


Figure 2: aspect per-opératoire d'un masse kystique du mésocolon

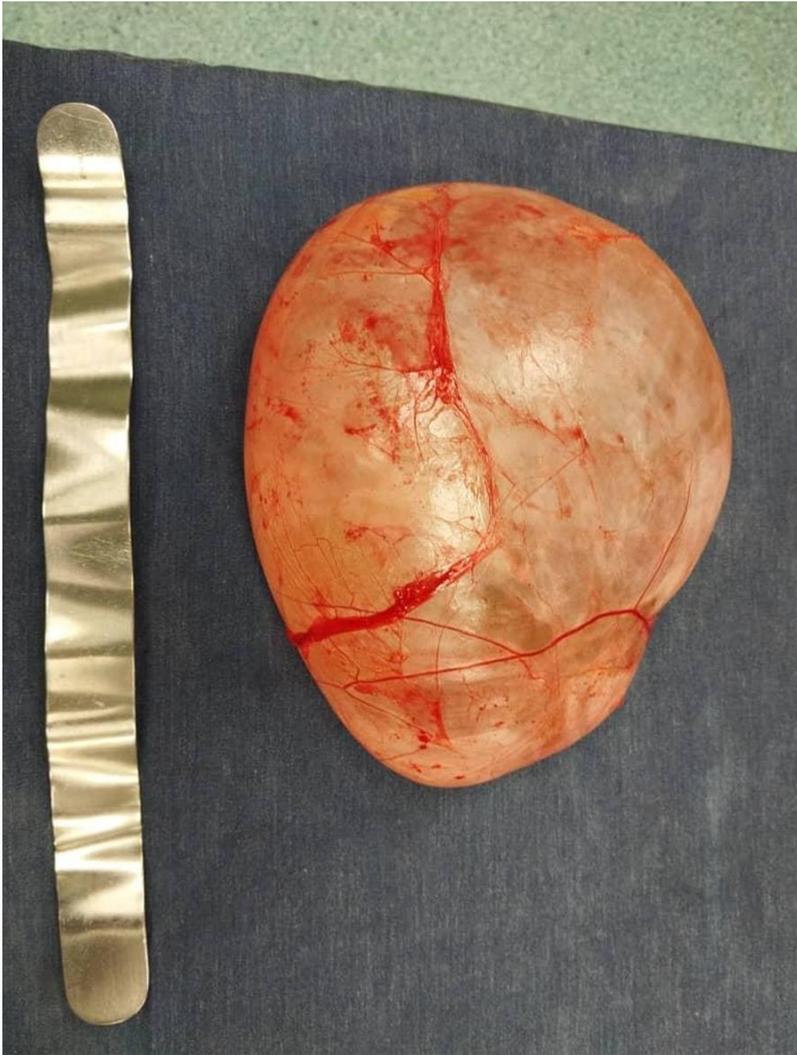


Figure 3: lymphangiome kystique abdominal après résection

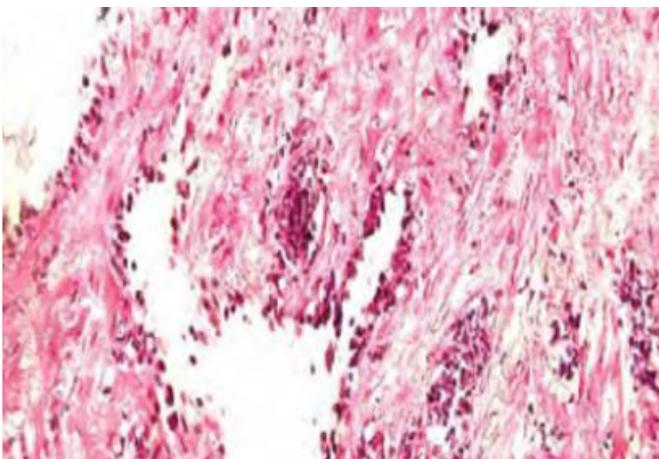


Figure 4: coupe histologique de la paroi kystique