



Un cas rare de cystadenome mucineux du pancréas

Dimitri Kanyanda Nafatalewa^{1, &}, Eric Mbuya Musapudi¹, Florent Tshibwid A Zeng¹, Prince Muteba Katambwa¹, Vincent de Paul Kaoma Cabala¹, Jeff Bukasa Misenga¹, Didier Tshibangu Mujinga¹

¹Département de chirurgie, Faculté de médecine, Cliniques Universitaires de Lubumbashi, Université de Lubumbashi, Province du haut-Katanga, République Démocratique du Congo.

Abstract

Les auteurs rapportent le cas d'un cystadenome mucineux du pancréas chez une patiente de 26 ans, à Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Le cystadenome mucineux du pancréas est une pathologie tumorale rare à faible malignité.

Le diagnostic de présomption orienté par l'anamnèse, la clinique et l'intervention chirurgicale ; la certitude diagnostique a été donnée par l'examen anatomopathologique.

Ainsi, les auteurs attirent-ils l'attention des cliniciens sur les diagnostics différentiels des masses kystiques du pancréas parmi lesquels doit figurer le cystadenome mucineux du pancréas.

Mots clés : cystadenome, mucine, pancréas

Correspondance :

DIMITRI KANYANDA N. et al., 1Département de chirurgie, Faculté de médecine, **Téléphone** : +243xxxxxxxx- **Email** : dimitrikn2016@gmail.com

Article reçu : 10-11-2022

Accepté : 05-12-2022

Publié : 25-01-2023



Copyright © 2023. DIMITRI KANYANDA N. et al This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : DIMITRI KANYANDA N. et al. Un cas rare de cystadenome mucineux du pancréas. Revue de Médecine et de Santé Publique. 2023 ; 6(1) : 168-174.

Introduction

Dès 1970, les lésions kystiques du pancréas ont été bien décrites. En dehors des pseudokystes, souvent inflammatoires et post traumatiques, ces lésions kystiques ont été classées en lésions de rétention, lésions congénitales et lésions néoplasiques ou kystes prolifératifs. C'est parmi les kystes néoplasiques que nous trouvons les tumeurs intracanalaires papillaires mucineuses, les tumeurs solides pseudo-papillaires, les cystadénomes séreux et mucineux. Les lésions kystiques représentent 7% des cancers du pancréas [1–3].

Le cystadénome mucineux (CM) est une masse kystique localisée, remplie de mucine et enveloppée par une paroi fibreuse tapissée par un épithélium mucineux cylindrique bien différencié. C'est une tumeur de faible malignité, mais la possibilité de transformation carcinomateuse recommande la résection chirurgicale [4].

Cet article présente le cas d'une patiente prise en charge pour cystadénome mucineux aux cliniques universitaires de Lubumbashi.

Patient et observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 26 ans qui nous avait consultées le service de chirurgie des cliniques universitaires de Lubumbashi pour douleur abdominale. Le début remonterait à environ 2 ans de la consultation. La patiente aurait consulté plusieurs centres de santé, sans succès. Dans ses antécédents, elle répondait à l'identité obstétricale : Parité une, Gestité une, Avortement zéro, Décès zéro. Sa date des dernières règles remontait au 15 Juillet 2017 et son cycle avait une durée de 26 jours. A l'anamnèse, elle se plaignait d'une douleur pulsatile, intermittente, n'irradiant pas, aggravée par la palpation, atténuée par le repos, localisée à l'hypochondre gauche et dans la région lombaire à gauche. Elle a signalé la présence d'une voussure dans l'hypochondre gauche, sous le rebord costal. Elle avait des constipations tous les 3 à 4 jours. Elle n'avait pas de céphalées, ni de vomissements, ni de diarrhée. Il n'y avait pas de notion de traumatisme abdominal.

Son état général était marqué par l'amaigrissement. L'abdomen était non ballonné, souple, dépressible avait présence d'une masse dans l'hypochondre gauche, de surface régulière, 12 cm de grand axe horizontale, 7 cm de petit axe vertical, le bord supérieur difficile à délimiter, son bord inferieur était à 5 travers de doigt sous le rebord costale gauche,

sensibilité et ferme. Le contact lombaire était absent, l'ébranlement rénal avait réveillé la douleur dans la région lombaire gauche. Les autres systèmes étaient sans particularité.

Les résultats des examens biochimiques sanguins (bilans hépatique et rénal) et hématologiques se sont révélés dans les limites physiologiques. Le dosage des enzymes pancréatiques s'était révélé comme suit : Lipase 110 UI/ml et Amylase 80UI/ml. L'examen cyto bactériologique des urines s'était aussi révélé normal.

L'échographie avait identifié une masse hypoéchoïque multiseptée, hétérogène, avec comme dimensions 133 x 100 mm, au niveau de l'hypochondre gauche entre l'estomac, la rate, le rein gauche et le pancréas.

La tomodensitométrie abdominale réalisée avec la technique d'acquisition hélicoïdale en deux séries et avec injection de produit de contraste sans balisage digestif du dôme hépatique jusqu'à la symphyse pubienne. Elle avait identifié une formation kystique multicloisonnée siège de calcifications au niveau des parois, localisée au niveau de l'espace spléno-pancréatico-gastrique. Cette formation se rehausse très discrètement après injection du produit de contraste, elle mesurait 118x108x109 mm. La masse s'adossait sur le corps et la queue du pancréas où elle était en contact intime avec disparition du liseré graisseux de séparation. Elle exerçait aussi un effet de masse sur le rein gauche et les structures vasculaires adjacentes.

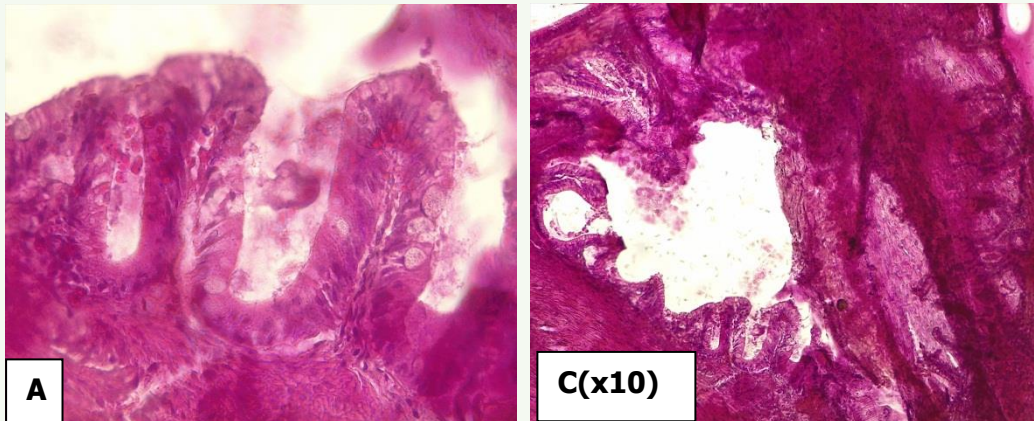
La patiente a été programmée pour une laparotomie au cours de laquelle elle a bénéficié d'une exérèse de la masse en date du 23 Août 2017. Le constat per opératoire était le suivant : une masse dans l'arrière cavité des épiploons au dépend du pancréas, du corps à la queue fluctuante sans adénopathie en pré et retro pancréatique. L'exérèse in toto de la masse kystique a été faite. Son contenu était cérébroïde et muqueux par endroit à l'ouverture de la masse.

L'histologie a mis en évidence un tissu cylindrique cavitaire, contenant de la mucine et de cellules caliciformes plaident en faveur d'un cystadénome mucineux du pancréas (Fig 1, 2, 3, 4).

Les suites post opératoires immédiates étaient simples et la patiente a été libérée en date du 10 septembre 2017 soit 18 Jours après l'intervention.

L'évolution ultérieure s'est faite par le dosage de l'antigène carcino-gène. Ce dosage s'est effectué en date du 10 Octobre 2017 et s'est révélé dans les limites normales, soit 14,61 UI/ml, puis 22UI/ml et enfin 27UI/ml en intervalle de trois semaines.

Figures



Figures

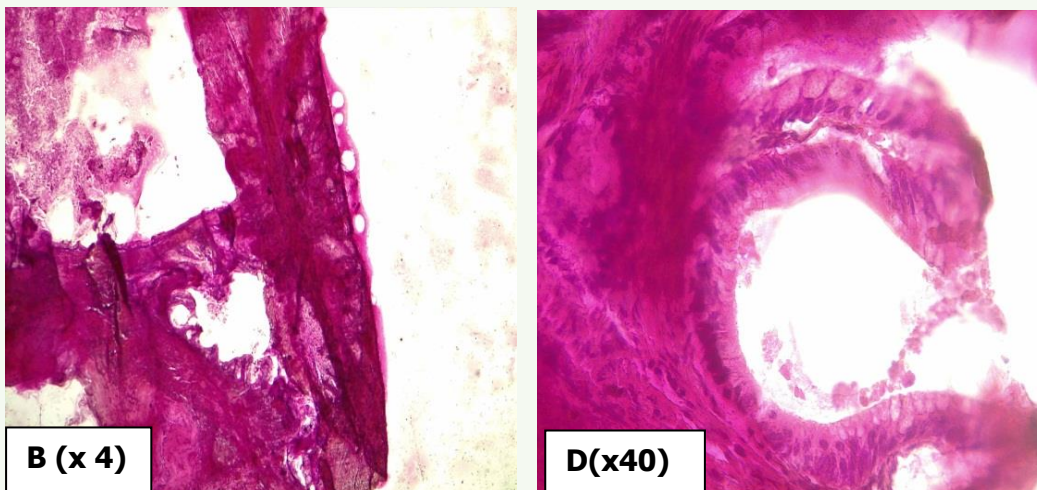


Fig 1 A, B (grossissement 4), C (grossissement 10) et D (grossissement 40) montrent une paroi à cellule cylindrique longue, en colonne et des cellules caliciformes, lesquelles sont souvent arrangées en forme papillaire ; Aussi des cavitations contenant de liquide renfermant des lames ou des touffes de cellules caliciformes contenant de la mucine.

Discussion

Les cystadénomes mucineux sont des tumeurs dont le spectre histologique varie des tumeurs bénignes aux tumeurs malignes. Ils représentent 10% des kystes pancréatiques et seulement 1% des néoplasmes [1,5].

Ils sont plus retrouvés chez les femmes (sex ratio de 10/1), avec un âge moyen, à la présentation, d'une cinquantaine d'années. Les hommes sont rarement atteints et la tumeur se localise le plus souvent dans le corps et la queue du pancréas, mais peut aussi se localiser dans n'importe quelle portion du pancréas [6–8].

Notre patiente était âgée de 26 ans et la tumeur s'étalait du corps à la queue du pancréas.

Les symptômes sont absents dans 75% des cas. Les signes sont non spécifiques et des patients consultent à cause d'une vague douleur abdominale, d'une pesanteur épigastrique, d'une masse abdominale ou d'une jaunisse. Un antécédent de pancréatite est retrouvé dans 20% des cas, ce qui conduit vers un diagnostic erroné de pseudokyste [1,6–8].

La patiente dans notre cas avait consulté pour une douleur abdominale et une masse abdominale sans ictère.

La caractéristique radiologique des cystadénomes mucineux sur un CT scan est la présence d'un kyste solitaire qui peut avoir des fins septa et entourée d'une lisière de calcification. Les espaces kystiques mesurent de 2 à 20 cm et contiennent du mucus. Les sections transversales ne permettent pas de différencier les formes bénignes des formes malignes, cependant, la présence des calcifications en coquille d'œuf, un grand volume ou un nodule mural sur une coupe transversale sont en faveur d'une malignité [1,9].

L'analyse histopathologique de la paroi montre de longues cellules en colonne et des cellules caliciformes, lesquelles sont souvent arrangées en forme papillaire. L'analyse du liquide aspiré permet à elle seule une précision diagnostique de 80%, permettant de distinguer les cystadénomes mucineux des autres lésions kystiques pancréatiques. Le liquide contient des lames ou des touffes de cellules caliciformes contenant de la mucine, une grande concentration du CA, peu d'amylase (à la différence des pseudokystes) et une coloration positive à la mucine [9]. Dans notre cas, par manque de moyen, l'analyse du liquide intra kystique n'a pas été faite et nous nous sommes donc limités aux résultats de l'analyse histopathologique de la paroi du kyste.

Avec l'évolution, les CM peuvent se rompre dans le péritoine (souvent chez la femme enceinte) ou dans l'espace rétro péritonéal. La plupart des CM se transforment en tumeurs malignes, cystadénocarcinomes, c'est ainsi que l'excision totale est requise. Le cystadénocarcinome mucineux présente une croissance plus lente, une faible invasion lymphatique et un comportement clinique moins agressif que les adénocarcinomes pancréatiques [8].

En absence de tumeur invasive, la résection à elle seule suffit comme traitement et n'exige pas de surveillance supplémentaire. Dans le cas d'une tumeur invasive, la résection peut être complétée d'une chimiothérapie adjuvante, surtout en présence d'adénopathie. Ceci permet une survie à 5 ans allant jusqu'à 70% [8].

Depuis plus d'un an après la résection, aucun signe de récurrence n'a été objectivé chez notre patiente.

Conclusion

Les cystadénomes mucineux restent des pathologies rares. Leur symptomatologie étant non spécifique, le chirurgien doit se fonder sur les éléments paracliniques afin de confirmer des suspicions cliniques. La résection en bloc et sans rupture doit être encouragée, compte tenu du potentiel de transformation maligne.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs à la prise en charge de ce patient et à la rédaction de ce projet d'article

Références

1. Sabiston DC, Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, éditeurs. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 20th edition. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017. 2146p.
2. Logan SE, Voet RL, Tompkins RK. The malignant potential of mucinous cysts of the pancreas. *West J Med.* févr 1982; 136 (2):157-62.
3. McLatchie GR, Borley NR, Chikwe J. Oxford handbook of clinical surgery. Oxford: Oxford University Press; 2013.
4. Haddad A, Sebai A, Rhaïem R, Ghedira A, Makni A. Pancreatic mucinous cystadenoma doubly complicated by acute pancreatitis and retroperitoneal rupture. *J Visc Surg.* 6 sept 2018;
5. Hodgkinson DJ, ReMine WH, Weiland LH. Pancreatic cystadenoma. A clinicopathologic study of 45 cases. *Arch Surg.* avr 1978; 113(4):512-9.
6. Doherty GM. Current diagnosis & treatment surgery. New York: McGraw-Hill Education; 2015.
7. Zaslau S, Vaughan RA. Step-up to surgery [Internet]. 2014 [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <http://clerkship.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1251>
8. Brugge WR, Lewandrowski K, Lee-Lewandrowski E, Centeno BA, Szydlo T, Regan S, et al. Diagnosis of pancreatic cystic neoplasms: a report of the cooperative pancreatic cyst study. *Gastroenterology.* Mai 2004; 126(5):1330-6.
9. Tran Cao HS, Kellogg B, Lowy AM, Bouvet M. Cystic neoplasms of the pancreas. *Surg Oncol Clin N Am.* avr 2010;19(2):267-95.