LETTRE A L'ÉDITEUR

À PROPOS D'UN FAUX KYSTE TRAUMATIQUE DU PANCRÉAS

R. NGUEMA-MVE, C. BRETON

RÉSUMÉ

Un cas de faux kyste traumatique du pancréas est étudié.
Il s'agit d'une affection très rare.
Celui-ci est le premier cas connu au Gabon à ce jour.
Les auteurs sont surpris par les dimensions monstrueuses prises par la tuméfaction et surtout par la durée entre le traumatisme initial et le début de la symptomatologie.
Ils regrettent de ne pas disposer de moyens d'investigation appropriés. L'indication opératoire était formelle. Malgré l'avènement de la chirurgie endoscopique, le traitement chirurgical classique occupe toujours une place de choix dans cette pathologie.
Les deux interventions les plus utilisées sont les dérivations internes et les résections.
Les auteurs justifient la dérivation interne par l'ancienneté de la masse et par le mauvais état général du patient.

Mots clés : Faux kyste - Pancréas - Traumatisme

SUMMARY

About a traumatic pseudocyst of pancreas

A case of traumatic pseudocyst of pancreas is reported.
This affection is rare. This is the first case published in Gabon.
The authors are surprised by the monstrous dimensions of the tumor and the duration separated the initial traumatism and the start of clinical manifestations.
The authors regretted appropriate investigatory means.
Operatory indication was formal.
In spite of endoscopic surgery, surgical treatment guarded a great place.
Internal drainage and resection of the pancreatic pseudocyst are two frequent interventions.
Internal drainage is justified in this case because of antiquity of the mass and patient's bad general state.

Key words : Pseudocyst - Pancreas - Traumatism

Service de Chirurgie Générale et Digestive Hôpital Provincial de l'Estuaire à Melen BP 450 LIBREVILLE - GABON

INTRODUCTION

Les faux kystes du pancréas sont rares (4). Il existe en ce qui concerne leur traitement de grandes divergences de vue aussi bien sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale que sur la tactique à adopter en la matière (12).

Certains auteurs pensent qu'il est prudent d'attendre la survenue de complications (2, 3). D'autres, au contraire, sont plus interventionnistes, mais se posent la question de l'heure de cette chirurgie.

Quant à la tactique chirurgicale, certains sont partisans de l'exérèse de principe (10, 13) alors que d'autres estiment que la dérivation externe ou interne constitue l'intervention d'élection (5, 9).

L'échographie et la tomodensitométrie ont modifié l'approche de ces lésions en découvrant des lésions plus petites, en étudiant mieux leur nombre, leur structure et leurs apports, en guidant la décision et le choix d'une intervention (7).

Le but de ce travail est double : c'est d'abord de présenter le premier cas de faux kyste traumatique du pancréas décrit au Gabon ; ensuite, de justifier le choix thérapeuti-que imposé à ce patient dans un service dépourvu de moyens d'investigation.

OBSERVATIONS

Il s'agissait d'un monsieur de 28 ans sans antécédent particulier, qui avait été admis dans le service le 12 Avril 1994 pour une volumineuse masse abdominale douloureuse associée à une altération de l'état général.

Cette masse était apparue depuis 10 mois et s'accompagnait de douleurs épigastriques à irradiation postérieure et d'une hyperthermie prolongée. Dans les antécédents on retrouvait essentiellement la notion d'un traumatisme abdominal appuyé lors d'un accident de la voie publique survenu il y a 2 ans. 4 mois avant son admission, des signes de sténose duodénale étaient apparus et les 15 derniers jours les vomissements post-prandiaux étaient devenus tellement importants et fréquents qu'ils ont imposé une consultation médicale.

A l'examen clinique on retrouvait une altération profonde de l'état général avec un amaigrissement de 6 Kg en 2 mois, une pâleur conjonctivale et une asthénie importante.
L'examen mettait en évidence une voûssure abdominale atteignant les régions épigastrique et ombilicale. La palpation retrouvait une masse rénitente peu mobile, douloureuse, d'environ 22 cm de grand axe et mate à la percussion.

Biologiquement on notait une anémie avec 9 grammes d'hémoglobine, une hypoprotidémie et une accélération de la vitesse de sédimentation à 80 mm à la première heure.

Sur le plan radiologique, l'abdomen sans préparation était sans particularité. le transit oeso-gastro duodénal (cliché n°1) montrait le refoulement de la grande courbure gastrique en haut et à droite.

Cliché n°1 : Le kyste refoule l'estomac en haut et à gauche

L'échographie abdominale montrait une volumineuse masse arrondie et liquidienne d'environ 18 cm de diamètre sans en préciser l'origine. Le reste de l'abdomen était normal.
Devant ces données, des hypothèses avaient été émises dont celle d'un kyste du pancréas, d'un kyste du mésentère ou d'un kyste ovarien pédiculé.

Une intervention chirurgicale avait été indiquée d'autant plus rapidement que le patient se dégradait de jour en jour.
Le 19 Avril, à l'intervention, on retrouvait un volumineux kyste du pancréas situé en intergastrocolique (photo n°1). L'estomac et le colon transverse y étaient intimement adhérents. Après une libération laborieuse de sa face antérieure, la ponction (photo n°2) ramenait 4,5 litres de liquide citrin. Le reste de l'abdomen paraît saint et en particulier il n'y a pas de signes de pancréatite chronique.

Photo n°1 : Exposition du faux-kyste

Photo n°2 : Aspiration du kyste avant son drainage

On réalisa une dérivation kystojejunale sur anse en Y. Les suites opératoires furent simples et la reprise du poids fut rapide et concomitante à la disparition du syndrome algique.

L'analyse biochimique retrouva 1200 UI d'amylase dans le liquide de ponction. Sa culture était stérile. L'histologie par contre concluait à un faux kyste du pancréas.

DISCUSSION

L'étude de cette observation prouve bien qu'il s'agit d'un faux kyste traumatique du pancréas. En effet, notre patient ne présentait aucun facteur de risque de pancréatite avant son traumatisme. En outre, l'aspect peropératoire du reste de la glande est rassurant. Il s'agit de la forme la plus rare des faux kystes du pancréas ; elle représenterait 8,6% (7,8).

Cette observation a d'abord la valeur d'une curiosité ; les pseudokystes du pancréas sont rares (4). Celui que nous avons présenté surprend par sa symptomatologie tardive et ses dimensions monstrueuses.

Cette observation est aussi importante, car il s'agit du premier cas connu au Gabon.

De nombreux auteurs (6, 7, 12) pensent que le délai entre le traumatisme causal et l'intervention varie entre 4 et 6 semaines. Pour Horeau (8), ce délai varie de 10 jours à 2 ans. Ces mêmes auteurs estiment que plus ce délai est long, plus la paroi du faux kyste se solidifie offrant au chirurgien la possibilité de réaliser une anastomose correcte.

Le diagnostic préopératoire n'a pas été formel. Nous regrettons beaucoup le manque de moyens d'investigation dans nos hôpitaux. Un scanner, une artériographie ou une échographie peropératoire nous ont fait défaut. Pourtant, ces examens auraient dû nous guider pendant l'intervention (6).

Pour ce qui est du traitement, plusieurs attitudes s'opposent. Pour notre part, nous pensons qu'il s'agit d'une pathologie bénigne dont le traitement ne doit pas être grevé d'une lourde mortalité. En outre, il y a souvent des lésions de pancréatite chronique associées. Celles-ci évoluent pour leur propre compte malgré le traitement proposé (12). Le traitement des pseudokystes du pancréas est bien codifié à l'heure actuelle (1, 6, 12, 13). Le drainage externe tombe en désuétude à cause du risque de fistules pancréatiques. Le drainage interne et la résection ont la faveur de la plupart des auteurs (5, 9, 12, 13).

Pour notre part, il nous a paru logique de réaliser une dérivation interne. En effet le patient étant en mauvais état général, ne pouvait supporter une résection pancréatique malgré son jeune âge. Il est à noter que cette résection s'accompagne d'une mortalité de 23% (7).

En outre, nous avions déjà dépassé les 6 semaines que beaucoup pensent nécessaires pour la constitution d'une pseudocoque solide du kyste (1, 5, 6, 12). Effectivement, à l'intervention cette coque était solide et a permis la réalisation d'une anastomose de bonne qualité.

Comme Horeau et Coll. (8) nous pensons que les faux kystes anciens bien tolérés sont justiciables des dérivations internes.

Enfin, malgré l'absence de lésion de pancréatite, nous sommes du même avis que Montesani (12). Il pense que la résection peut s'avérer nocive à certains moments. Elle peut entraîner une insuffisance exocrine ou endocrine.

CONCLUSION

La chirurgie garde encore une bonne place dans le traitement des pseudokystes du pancréas. Si le drainage externe est un «pis aller», le drainage interne et la résection sont des méthodes donnant de bons résultats. Elles ont des indications précises.

Mais il faut rappeler qu'il s'agit d'une pathologie bénigne dont le traitement ne doit pas s'accompagner d'une forte mortalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. ADLOFF, JC. OLLIER et M. SCHLOEGEL.
Les opérations de drainage dans le traitement des pancréatites chroniques à propos de 81 cas.
Chirurgie, 1985, 111 : 371-377.

2. J. BUTT.
Pancréatites - pancreatic pseudocysts and their complications
Gastroenterology, 1977, 73 : 600.

3. A.J. CZAJA, M. FISCHER, G.A. MARIN,

Spontaneous resolution of pancreatic masses.
Arch. Intern. Mod. 1975, 135 : 558.
4. M. EEFTINCK SCHATTENKERK, J.E.. DE VRIES, H.A. BRUNIG, WF. EGGINK and H. OBERTOP.
Surgical treatment of pancreatic pseudocysts.
Br. J. Surg. 1982, Vol. 69 : 593-594.
5. E.N. ELECHI, C.O. CALLENDER, ALLI.
The treatment of pancreatic pseudocysts.
Surg. Gynec. Obstet. 1979, 148, (5) : 707.
6. J.B. FLAMENT, J.F. DELATTRE, D. PRATOLONGO et J. RIVES.
Une approche moderne des faux kystes du pancréas. Choix des examens pré-opératoires et orientation thérapeutique.
Chirurgie, 1985, 111 : 348-356.
7. M. GUIVARC'H, MC. GENDREAU, JP. HAUVY, M. KABBEJ, JC. ROULLET, AUDY.
Faux kystes du pancréas : réflexions à propos d'une série chirurgicale de 58 cas.
Méd. Chir. Dig. 1988, 17 : 195-202.
8. JM. HOREAU, J. LEBORGNE, J.Y. GROLLEAU, JC. LENEEL et J. VISSET.
Les faux kystes post-traumatiques du pancréas. Réflexion à propos d'une série de 13 cas.
Ann. Chir. 29, (8) : 771-777.
9. EW. MARTIN, P. CATALANO, M. COOPERMANN, ALII.
Surgical decision making in the treatment of pancreatic pseudocysts.
Ann. J. Surg. 1979, 138 (12) : 821.
10. MALLET-GUY P.
La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudokystes du pancréas.
Un. Méd. Can. 1978, 107 (7) : 644.
11. J. MARQUAND, M. GUIVARCH'H et A. BARRAS.
Faux kystes traumatiques du pancréas : interprétation physiopathologique et son incidence thérapeutique.
Chirurgie, 1973, 99 : 184-154.
12. C. MONTESSANI, A. D'AMATO, G. CITONE, F. PROCACCIANTE, F. GIANNONI, P. NARILLI, G. RIBOTTA.
Traitements des pseudokystes du pancréas.
J. Chir. (Paris) 1984, 121, (4) : 277-281.
12. E.W. POLLAK, CA. MICHAS, EF. WOLFMAN.
Pancreatic pseudocysts : management in 54 patients.
Ann. J. Surg. 1978, 135 (2) : 199.