

Pseudokyste du Pancréas

Pr MS.Alleg
Service des Urgences Chirurgicales

Alleg.malik@gmail.com

I. DEFINITION:

- Peut donner naissance à 2 types de collection kystique :
 - Kyste vrai: exceptionnel.
 - Faux kyste du pancréas: secondaire ; le plus fréquent.
- 3 particularités propres aux pancréas :
 - Morphologie spéciale du système excréteur qui est intra parenchymateux.
 - La situation intra-péritonéale et postérieure du pancréas.
 - La fonction complexe du pancréas endocrine et exocrine avec souvent une autodestruction.
- Les faux kystes du pancréas se révèlent comme une évolution favorable secondaire à une agression sur le pancréas et ne possédant pas de paroi propre.

II. PATHOGENIE:

Il reste aujourd'hui mal apprécié, cependant 3 éléments pathologiques sont retrouvés :

- Phénomènes de nécrose parenchymateux.
- Existence d'une effraction canalaire.
- Existence d'une obstruction canalaire.
- C'est la conjugaison des 3 phénomènes dans des circonstances différentes qui va provoquer l'existence de faux kystes (traumatisme; cancer; pancréatite aiguë; pancréatite chronique).

1. PKP et traumatisme: évolution à bas bruit.

- Effraction canalaire secondaire au traumatisme ; puis apparition de nécrose parenchymateuse due à l'obstruction inflammatoire secondaire conduisant au PKP.

2. PKP et pancréatite chronique récidivante:

- Secondaire à une nécrose parenchymateuse, due à une obstruction des canaux par la sclérose fibreuse ou calculeuse et effraction canalaire évolutive.

3. PKP et pancréatite aiguë :

- Apparition brutale d'une nécrose et effraction canalaire et œdème réactionnel provoquant une obstruction canalaire compressive.

4. PKP et cancer : primitive ou secondaire.

- Obstruction canalaire par la tumeur provoquant une nécrose parenchymateuse conduisant à l'effraction canalaire évoluant vers l'apparition du PK.

III. : Bases anatomiques

1. Base anatomique et développement:

a. Rapport avec le péritoine:

- En avant, se développe vers la racine du méso colon transverse.
- En arrière, se développe vers l'arrière cavité des épiploons.

b. Rapport immédiats :

- PKP de siège corporeo-caudal se développe vers ACE.
- PKP de siège céphalique se développe vers le pédicule du foie
- PKP hilair : évolution sagittale:
 - En haut: vers le thorax.
 - En bas : vers l'abdomen.

2. Bases physiologiques et biologiques:

a. Physiologiques :

- C'est la cinétique sous diaphragmatique qui va être influencée sur le jeu des coupes surtout sur la pression intra abdominale.

b. Biologiques :

- C'est l'atteinte kystique.

IV. LES ETIOLOGIES :

1. La fréquence :

- Les traumatismes représentent 50% des cas.
- Les autres causes: pancréatite chronique récidivante; pancréatite chronique et cancer du pancréas.

2. Terrain et âge :

- Le sexe : homme > femme.
- L'âge : moyen 40 ans et chez l'enfant 6-8 ans dans les contusions abdominales (sévices, et chute de bicyclette).
- Terrain : iatrogénie, secondaire à une splénectomie, énucléation d'une insulinome; exceptionnellement secondaire à une grossesse; à une gastrectomie.

V. CLINIQUE:

1. Les signes majeurs :

- **Douleur** : c'est la plus constante, épigastrique ou sous costale gauche à irradiation postérieure transfixiante, à type de pesanteur, isolée dans les traumatismes anciens, peut être découverte dans le cadre d'une infection gastrique ischémique.
- **Amaigrissement** : entre 5-15 kg, fréquent
- **Masse abdominale** : épigastrique ou hypochondre gauche dans le contexte kystique des masses molles ; mobile, mal limitée (masses fantômes)

2. Les signes accessoires :

- Gastrites.
- Syndrome sub-occlusif.
- Diarrhée avec stéatorrhée.
- Accidents thromboemboliques parfois.

3. Signes d'emprunt :

- **Hémorragie** : haute ou basse, par rupture de varices sous muqueuse gastrique ou par érosion artérielles (artère splénique, coronaire stomacale, gastroduodénale). Hémorragie en nappe et en jet.
- **Ictère** : rare ; type réjectionnel.
- **Sténose haute** du tube digestif médio-gastrique.
- **Ascite**.
- **Pleurésie** : abondante ; récidivante ; surtout à gauche.
- **Fissure et rupture** : provoquant une péritonite.
- **Fistulisation interne** : dans le TD plus fréquente, conduisant à des récidives.
- **Surinfection**.

VI. PARACLINIQUE:

1. Biologique :

- Atteinte du pancréas exocrine :
 - Hyper amylasémie persistante avec troubles ioniques.
- Signes non spécifiques :
 - Hyperleucocytose: hyperbilirubinémie, insuffisance hépatiques, déshydratation, anémie.
- Troubles de la glycorégulation : diabète ou hypoglycémie.

2. Radiologique:

a. Examens conventionnelles :

- **ASP, Téléthorax:** ascension des coupes diaphragmatiques gauche, pleurésie, élargissement du médiastin, calcification pancréatique.
- **TOGD:** se limite: PKP intra parenchymateux ou antécédents d'intervention gastrique.
- **Transitoesophagien:** attraction vers la droite, verticalisation du bas œsophage, image de compression et de refoulement vers l'avant avec élargissement de l'espace rétro-gastrique et abaissement de l'angle de Treitz.

b. Les autres examens :

- **Lavement baryté :** abaissement de l'angle colique gauche, sténose du colon transverse.
- **L'échographie:** la taille, la forme, la nature, les limites du PKP et ses répercussions sur les organes de voisinage.
- **L'artériographie cœliomésenterique:** ces limites, les patients opérés, les PKP caudales sur pancréatite calcifiante.
 - Temps artériel:** image d'encre ou de refoulement.
 - Temps veineux:** sur la veine splénique et porte; image de compression ou de refoulement avec alternance sténose-dilatation.
- **TDM:** va montrer les limites précises du pseudokyste avec ses rapports de voisinage et surtout sa répercussion sur le reste du parenchyme pancréatique.

VII. TRAITEMENT:

A. MEDICAL :

- Rééquilibration hydro-électrolytique.
- Nutritionnelle : entérale ou parentérale (environ 60 calories/kg par jour).

B. CHIRURGICALE:

1. But:

- Enlever la tumeur.
- Prévenir les complications.

2. Méthodes :

a. Drainage externe :

- Dans les kystes non alimentés, aseptiques, d'évolution lente.
- Guidé par l'échographie ou le scanner (ponction écho ou scanoguidée).

b. Drainage interne :

- Anastomose avec un organe creux:
 - Anastomose kysto-gastrique : intervention de Juraž.

VIII. CONCLUSION:

Trois cas peuvent se présenter :

1. Diagnostic étiologique d'une masse abdominale: tumeur rénale (artériographie sélective).

Rattacher la masse abdominale au pancréas par une échographie, un scanner voire une artériographie.

2. Faux kyste du pancréas secondaire à une intervention ou à une lésion pancréatique:

Tuméfaction qui apparaît 6 semaines après une symptomatologie clinique épigastrique en faveur d'une pancréatite aiguë ou chronique ou secondaire à une contusion abdominale.

3. Manifestation inhabituelles orientant vers une pathologie pancréatique:

Forme compliquée du PKP: hémorragie, pleurésie, ascite, péritonite, confirmée par une échographie un scanner et une artériographie.

-
- Anastomose kysto-duodénale: après décollement rétro-péritonéal: il y a un risque hémorragique.
 - Anastomose kysto-jéjunale : sur une anse en Y.
 - Anastomose termino-latérale : déclive sur 10 cm environ.
 - Drainage canalaire interne: surtout dans les PKP de la tête soit par fourrage dans la pancréatectomie gauche soit par drainage canalaire interne sur le Wirsung.
- c. Les exérèses :***
- Surtout dans les PKP importants:
 - DPC** : PKP de siège céphalique avec anastomose duodéno-pancréatectomie jéjunale, hépatique-jéjunale et GEA.
 - Spléno-pancréatectomie** : dans les DPC sur la queue du pancréas et le corps.
 - Pancréatectomie subtotale avec GEA** : pour les PKP compliqués d'une sténose duodénale ou gastrique.

Alleg.malik@gmail.com