



Kyste mésentérique géant

Giant mesenteric cyst.

كيس مساريقي عملاق

M. Soufi, E. Mohammadine, R. Laktaibi, O. Benzekri, H. Lahnni, J. Toutouh, R. Messrouri, S. Benamr, A. Essadel, J. Mdaghri, M. K. Lahlou, A. Taghy, A. Settaf, B. Chad

المخلص : الكيس المساريقي ورم نادر يصعب تشخيصه قبل الجراحة. يتحدث المؤلفين عن حالة كيس مساريقي عملاق، ويصرون على دور الأشعة المقطعية في التشخيص و دور الجراحة في العلاج.

الحالة المرضية : نستعرض حالة رجل بالغ من العمر 40 عاماً ، استشار من أجل ورم بالبطن مكنت الأشعة المقطعية من تشخيص كيس مساريقي. وقد أجريت عملية جراحية لاستئصال الورم بنجاح مع متابعة لمدة سنة. عرض يعتبر الكيس المساريقي من أكثر أورام البطن ندرة عموماً. يرجع مشكل التشخيص بالخصوص إلى عدم وجود علامات سريرية وإشعاعية محددة . لا يخلو ثقب كيس من المضاعفات. وقد يحدث خطر من التدهور في أقل من 3 من الحالات. يعد الاستئصال أحسن علاج، تعتبر الجراحة بالمنظار فعالة و يقينية عندما تكون الأكياس صغيرة الحجم.

خاتمة : يستند التشخيص على الأشعة السينية المقطعية. يعد الاستئصال الكيس أحسن علاج. في بعض الأحيان من ضروري يجب الأمعاء بعد الاستئصال الكيس. عند صغر حجم الكيس؛ تعتبر الجراحة بالمنظار فعالة خطر التكرار ضعيف. التكهّن جيد بشكل عام.

الكلمات الأساسية : - كيس، المساريقا، الأشعة السينية المقطعية، جراحة :

Résumé : Introduction : C'est une tumeur rare qui pose un problème de diagnostic pré opératoire. À travers un cas de kyste géant du mésentère, les auteurs illustrent l'apport de la tomographie dans le diagnostic et l'intérêt de la chirurgie mini invasive dans la prise en charge des petits kystes.

Observation : Patient de 40 ans, qui présente une masse abdominale géante avec des signes de compression digestifs. Le scanner avait évoqué le diagnostic de kyste mésentérique. La résection chirurgicale a permis la guérison avec un recul de 1 an.

Discussion : L'absence de caractéristiques cliniques et radiologiques pose généralement un problème de diagnostic. Le mécanisme étiopathogénique est mal connu. La ponction du kyste est contre indiquée dans les pays d'endémie hydatique. Le risque de dégénérescence est inférieur à 3%. La kystectomie est le traitement de choix. La coelioscopie est la voie d'abord de choix pour les tumeurs de petites tailles

Conclusion : Le diagnostic de cette tumeur repose sur l'imagerie. La résection chirurgicale est le seul traitement pour ces lésions ; parfois une résection intestinale associée est nécessaire. La coelioscopie est une voie d'abord sûre et efficace. Après résection, le risque de récurrence est faible. Le pronostic est généralement bon.

Mots clés : kyste mésentère géant.

Abstract : Introduction : Mesenteric cyst is rare. The diagnosis is difficult. In this case, we report a new case of giant cyst of the mesentery. The authors insist on the contribution of the tomography in the diagnosis and discuss the place of the laparoscopy in surgical treatment.

Observation : A 40 year old man was admitted for a giant abdominal mass with compressive signs. The CT scan had evoked the diagnosis of cyst mesenteric. The surgical resection was performed with success. After one year of follow up, the patient is well with no recurrence.

Discussion : The diagnosis of mesenteric cyst is difficult. Clinical items and radiological aspects are extremely various.. The aspiration of the cyst is forbidden in hydatid endemic countries. Malignant cysts occur in less than 3% of cases. Total cystectomy is the treatment of choice. When the cyst's size is small , the laparoscopy is an effective and safe approach. In giant cyst, the laparotomy remains useful.

Conclusion : The cyst mesenteric is a rare. Ct scan usually confirms the diagnosis. Surgical removal is the only treatment for these lesions. Bowel resection may be necessary in cases where cysts are close to bowel structures or involve blood vessels that supply the bowel. Once removed, mesenteric cysts rarely recur, and patients have an excellent prognosis.

Key Words : Giant mesenteric cyst;

Tiré à part : M.Soufi, Service de chirurgie B, Hôpital Ibn Sina CHU Rabat - Maroc.

Introduction

Les kystes mésentériques sont des tumeurs intra abdominales rares de découverte souvent fortuite [1]. Le mécanisme de genèse de ces kystes n'est pas encore élucidé [2]. L'incidence est estimée à un cas sur 100000 chez l'adulte [3]. Les patients sont habituellement asymptomatiques mais peuvent présenter une douleur abdominale non spécifique [1]. Quand le kyste est de grande taille, des signes de compression peuvent être révélateurs. Le scanner est primordial pour le diagnostic. Les kystes symptomatiques requièrent une résection chirurgicale [1]. La laparoscopie est une voie d'abord efficace, mais garde des indications bien précises [3]. Nous rapportons un cas de kyste mésentérique géant révélé par un abdomen aigu.

Observation

Un patient de 40 ans, sans antécédents pathologiques particuliers est hospitalisé pour une masse abdominale. Il se plaignait d'une augmentation progressive de l'abdomen depuis deux semaines, avec vomissements alimentaires, sans autre signe associé. Cinq jours avant son admission, le patient avait présenté des douleurs abdominales aiguës, des vomissements et une fièvre chiffrée à 38° degrés. L'examen avait découvert une masse sensible, prenant tout l'abdomen et plongeant dans le pelvis, sans limites précises. L'échographie avait montré une masse kystique de 25 cm de diamètre (figure 1). Le scanner abdomino-pelvien avait objectivé une masse de densité liquidienne qui occupait tout l'abdomen (figure 2, 3) et qui plongeait dans le pelvis (figure 4). Celle-ci semblait être intrapéritonéal. La sérologie hydatique et les marqueurs tumoraux étaient normaux. Le bilan biologique était sans particularité. Le diagnostic de kyste mésentérique avait été évoqué. Par une minilaparotomie périombilicale, l'exploration avait trouvé un énorme kyste mésentérique, une aspiration première avait été réalisée, elle avait montré un aspect hématique du kyste. Ensuite la totalité du kyste

avait été réséquée. Les suites opératoires étaient simples. Avec un recul d'un an, il n'y avait pas eu de récurrence. L'examen anatomopathologique final avait confirmé qu'il s'agissait d'un kyste mésentérique bénin avec une paroi fibreuse homogène et des zones d'hémorragies:

Figure 1 : Échographie abdominale



Présence d'un kyste mésentérique

Fig 2,3 : TDM abdominopelvien



lésion kystique géante

TDM abdominale



Montre le kyste comprimant l'estomac en avant et les reins en arrière

Figure 4 : TDM abdomino-pelvienne



Montrant le kyste mésentérique plongeant dans le pelvis

Discussion

Les kystes mésentériques sont des tumeurs intra-abdominales rares. Leur incidence augmente en raison de l'utilisation large de l'imagerie [1, 2]. Elles peuvent se manifester à tout âge, avec un pic à la quatrième décennie [4]. La nature du kyste est déterminée selon le type de cellules qui tapissent la couche interne de la paroi du kyste.

Ainsi, ces kystes peuvent être divisés en plusieurs types (tableau 1) : le lymphangiome, la duplication entérique,

Tableau 1

Origine	Type
1. Kyste d'origine lymphatique	a. Kyste lymphatique simple b. Lymphangiome
2. Kyste d'origine mésothéliale	a. Simple kyste mésothéliale b. Mésothéliome bénin c. Mésothéliome malin
3. Kyste d'origine entérogène	a. Duplication kystique b. Kyste entérogène
4. Kyste d'origine urogénitale	
5. Tératome kystique mature	Kyste dermoïde
6. Pseudo-kyste non pancréatique	a. Post-traumatique b. Post infectieux

le kyste et pseudo-kyste mésothéliale et le kyste non pancréatique. Le lymphangiome est une entité particulière vu sa fréquence chez les enfants et son caractère invasif [5]. Le mécanisme de genèse de ces kystes n'est pas clairement défini. Cependant, quelques théories sont évoquées par certains auteurs : les canaux lymphatiques de l'embryon ne rejoignant pas le système veineux [6], l'existence d'un shunt lymphatico-veineux dans le tissu lymphatique [7] et une obstruction lymphatique post traumatique pourrait être à l'origine de ces kystes [8]. Dans 3% des cas, Les kystes mésentériques peuvent dégénérer [9]. La clinique est peu spécifique car pour les petits kystes, la découverte est souvent fortuite lors d'un examen d'imagerie ou dans 40%, lors d'une laparotomie [1]. La douleur, la distension et la découverte d'une masse abdominale sont les modes de révélation les plus fréquents [10]. Les douleurs sont rarement aiguës et sont dues à des hémorragies intra kystiques [11], comme le cas de notre malade, ou la rupture spontanée ou post traumatique du kyste dans la cavité péritonéale [12, 13]. Notre patient avait un kyste géant comprimant l'estomac, ce qui expliquait le caractère incoercible des vomissements.

D'autres modes de révélation ont été rapportés à type d'occlusion par compression ou fièvre témoignant d'une surinfection [14]. Un cas révélé par une hernie inguinale avait été rapporté [15]. L'imagerie est fondamentale pour le diagnostic [8], l'échographie, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique permettent d'évoquer le diagnostic en montrant une lésion kystique et en précisant ses rapports. L'imagerie permet ainsi d'éliminer certains diagnostics différentiels [2], tel une ascite ou un kyste hépatique et éventuellement un kyste de l'ovaire chez la femme [8]. La difficulté réside, comme chez notre malade, à préciser l'origine et le type du kyste. Le scanner est plus performant [16], chez notre malade il avait montré une masse géante kystique à localisation abdomino pelvienne. Même si le diagnostic d'un kyste mésentérique avait été évoqué l'origine intra ou rétro péritonéale avait été difficile à affirmer. En plus, le Maroc étant un pays d'endémie hydatique, le diagnostic d'un kyste hydatique dans sa forme uniloculaire ne pouvait être écarté, même si la sérologie hydatique était négative. L'IRM permet de différencier les différents kystes ainsi que leur contenu. Elle permet aussi d'établir un bilan lésionnel et un bilan de résécabilité précis [17]. Le PET Scan a récemment permis le diagnostic avec succès d'un kyste mésentérique [18]. L'évolution en dehors du traitement se fera vers l'aggravation et l'apparition de complications notamment la dégénérescence qui représente 3% des cas, d'où la nécessité d'un traitement : Celui-ci est en premier chirurgical [1,2,19]. La kystectomie totale est la méthode de choix. Actuellement, ces kystes, peuvent être réséqués par coelioscopie [20]. Cette voie est réservée pour les kystes de petite taille, même si certains auteurs ont rapporté une résection coelioscopique d'un

kyste géant après sa ponction [21]. La ponction permet d'affaïsser le kyste, facilitant ainsi sa mobilisation et sa résection, toutefois elle n'est pas dénuée de complications notamment le passage du contenu du kyste dans la cavité péritonéale, l'infection et la récurrence [22]. Certains auteurs préconisent, pour éviter tout passage du contenu kystique dans l'abdomen, de ramener le kyste en extra abdominale et de le vider [22]. Ces précautions ont été prises chez notre patient vu le caractère géant du kyste. En cas de suspicion de malignité, la laparotomie semble plus adaptée. Lorsque les kystes sont petits et facilement résecables, le taux de mortalité et de morbidité est nulle [22]. Les complications augmentent dans les cas où la chirurgie est plus agressive avec des résections grêliques étendues [22]. Actuellement aucune complication laparoscopique n'a été rapportée, cette voie est considérée comme la voie d'abord de choix pour les kystes bénins de petites tailles [21,22]. Même après une résection complète du kyste, le risque de récurrence existe, d'où l'intérêt d'une surveillance clinique et radiologique ultérieure [21].

Conclusion

Le kyste mésentérique est une tumeur bénigne et rare. Ses aspects cliniques sont très polymorphes ; le diagnostic doit être évoqué par l'échographie et le scanner et confirmé par l'étude histologique. Le risque de complications nécessite la résection de toute lésion kystique du mésentère même asymptomatique. Le traitement est chirurgical. La laparoscopie est actuellement la voie d'abord de choix pour la résection des petits kystes. Le pronostic est excellent.

Références

1. Franciosi C, Romano F, Giardino A, Piacentini MG, Ferrari Bravo A, Motta V, et al. Mesenteric cyst neoformation. A case report. *Minerva Chir* 2002 ; 57 : 509-12.
2. Aydinli B, Yildirgan MI, Kantarci M, Atamanalp SS, Basoglu M, Ozturk G, Onbas O, Oren D. Giant mesenteric cyst. *Dig Dis Sci*. 2006 Aug; 51 (8) : 1380-2.
3. Sahin DA, Akbulut G, Saykol V, San O, Tokyol C, Dilek ON. Laparoscopic enucleation of mesenteric cyst: a case report. *Mt Sinai J Med*. 2006 Nov; 73 (7) : 1019-20
4. Siemers F, Ziegler H. Intraabdominal cystic lesions - the differentiation of mesenteric cysts and cystic lymphangioma. *Zentralbl Chir*. 2001 Oct ; 126 (10) : 814-7
5. Chim H, Chuwa E, Chau YP, Chow PK. Gastrointestinal: mesenteric cystic lymphangioma. *J Gastroenterol Hepatol*. 2006 May; 21(5) : 916
6. Godart S. Embryological significance of lymphangioma. *Arch Dis Child* 1966 ; 41 : 204-6.
7. Elliott GB, Kliman MR, Elliott KA. Persistence of lymphatic- venous shunts at the level of the of the microcirculation: Their relationship to "lymphangioma" of mesentery; *Ann Surg*. 1970 Jul ; 172 (1) : 131-6.
8. Mihmanli I, Erdogan N, Kurugoglu S, Aksoy SH, Korman U. Radiological workup in mesenteric cysts : insight of a case report *Clin Imaging* 2001 Jan-Feb ; 25(1): 47-9.
9. Peterson EW. Adenocarcinoma in a cyst of the transverse mesocolon. *Ann Surg* 1993; 97:782.
10. Phyllis R. Bishop, MD; Michael J. Nowicki, MD; Paul H. Parker, MD. Radiological case of the month mesenteric cyst. *Arch Pediatr Adolesc* 2001 ; 155 : 11-14
11. Gallagher PG, Kirks D, Wood BP. Radiological case of the month. Mesenteric cyst with hemorrhage. *Am J Dis Child* 1990; 144 : 793-4.
12. Iuchtman M, Soimu U, Amar M. Peritonitis caused by a ruptured infected mesenteric cyst. *J Clin Gastroenterol* 2001 ; 32 : 452-3.
13. Ekçi B , Ayan F , Gürses B. Ruptured mesenteric cyst: a rare presentation after trauma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2007 Jan; 13 (1) :74-7.
14. Prabhakaran K, Patankar JZ, Loh DL, Ahamed Faiz Ali MA. Cystic lymphangioma of the mesentery causing intestinal obstruction. *Singapore Med J*. 2007 Oct; 48(10):265-7.
15. By S.K. Mohanty, R.K. Bal, and K.K. Maudar. Mesenteric cyst- an unusual presentation. *Journal of pediatric Surgery*, Vol 33, No 5 (May), 1998: pp 792-93
16. de Perrot M, Bründler MA, Tötsch M, et al. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg* 2000; 17(4): 323 – 28.
17. Okamoto D, Ishigami K, Yoshimitsu K, Irie H, Tajima T, Nishie A, Hirakawa M, Ushijima Y, Nishihara Y, Kakeji Y, Honda H. Hemorrhagic mesenteric cystic lymphangioma presenting with acute lower abdominal pain: the diagnostic clues on MR Imaging. *Emerg Radiol*. 2008 Jul 5.
18. Mc Mahon MA, Kerr J, O'Connell MJ. Mesenteric inclusion cyst: appearance at PET/CT. *Clin Nucl Med*. 2008 Jun ; 33 (6) : 434 - 35
19. Burkett JS, Pickleman J. The rationale for surgical treatment of mesenteric and retroperitoneal cysts. *Am J Surg* 1994;60: 432 - 35.
20. Ryu WS, Kwak JM, Seo UH, Kim SH, Park SS, Kim CS, Lee CH, Mok YJ. Laparoscopic treatment of a huge cystic lymphangioma: partial aspiration technique with a spinal needle. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2008 Aug ; 18 (4) : 603-5
21. Polat C, Ozaçmak ID, Yücel T, Ozmen V. J Laparoscopic resection of giant mesenteric cyst. *Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2000 dec ; 10(6) : 337-9.
22. Kwan E, Lau H, Yuen WK. Laparoscopic resection of a mesenteric cyst. *Gastrointest Endosc* 2004 ; 59(1) : 154 –56.