

Cas clinique

Prise en Charge d'un Volumineux Kyste Mésentérique Compliqué chez Une Patiente Âgée : à Propos d'un Cas

Management of a Complicated Giant Mesenteric Cyst in an Elderly Woman : A Case Report

Savom Eric Patrick ^{1,2}, Atangana Cédric Paterson¹, Dikongue Diwondi Audrey ¹, Myriam Makou¹, Nguimbous Bakal Eddy¹, Akoa Manga Ismael¹, Nkemontoh Akwese¹, Etohe Cécile¹, Bang Guy Aristide ^{1,3}

¹ Département de Chirurgie et Spécialités de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, Cameroun

² Hôpital Général de Yaoundé, Cameroun

³ Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé, Cameroun

*Auteur correspondant: Atangana Cédric Paterson, Département de Chirurgie et Spécialités de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I (Cameroun). Email : atanganapaterson@gmail.com.

Téléphone : +237698137320

Mots clés : kyste mésentérique, torsion, résection du kyste.

Key words: mesenteric cyst, torsion, resection of the cyst.

RÉSUMÉ

Le kyste mésentérique est une tumeur intra-abdominale rare le plus souvent bénigne. Son incidence varie de 1 pour 20000 à 1 pour 1000000 admissions hospitalières. La présentation clinique est variable et les symptômes sont non spécifiques. La chirurgie permet la résection du kyste et d'éviter les complications. Nous rapportons le cas d'une patiente de 70 ans admise pour distension abdominale douloureuse et troubles du transit. L'imagerie était en faveur d'un kyste du mésentère. Les découvertes opératoires étaient une torsion d'un kyste mésentérique pédiculé compliqué d'un sphacèle. La résection du kyste a été faite et l'examen histopathologique a confirmé sa nature bénigne. Les suites opératoires étaient simples.

ABSTRACT

A mesenteric cyst is a rare intra-abdominal cyst most often benign with an incidence varying between 1/20000 to 1/1000000 admissions. It's clinical presentation is variable and it's symptoms are nonspecific. Surgery helps in the resection of the cyst and to prevent complications. We report the case of a 70 year old female patient admitted for painful abdominal distension and change in bowel habits. Imaging studies were in favour of a mesenteric cyst. The per-operative findings revealed a torsion of a pedunculated cyst complicated by a sphacel. A resection of the cyst was done and histology confirmed it's benign nature. The post-operative evolution was simple.

INTRODUCTION

Le kyste mésentérique (KM) est une tumeur intra-abdominale rare le plus souvent bénigne. Son incidence varie de 1 pour 20 000 à 1 pour 100 000 admissions hospitalières [1]. L'anatomiste italien Benevieni fut le premier à évoquer cette lésion en 1507 à la suite d'une autopsie d'un garçon de 8 ans [2]. En 1800, Tillaux a été le premier à réaliser la résection chirurgicale de cette lésion [3]. Le KM peut se développer à partir du tissu lymphatique, du tissu mésothélial, du mésentère et bien d'autres [4]. La présentation clinique des patients atteints de KM est variable et non spécifique. Ils peuvent rester longtemps asymptomatiques ou rarement à l'origine des symptômes en rapport avec une complication telle que la torsion, l'infection, l'hémorragie ou la rupture [5]. Nous rapportons le cas d'une torsion d'un volumineux kyste du mésentère chez une patiente âgée.

PRÉSENTATION DU CAS

Il s'agissait d'une patiente de 70 ans, hypertendue connue depuis plusieurs années. Elle présentait depuis 3 mois environ une distension abdominale progressive avec sensation de pesanteur et autopalpation d'une masse

abdominale. Une échographie abdominale réalisée une semaine avant son admission avait retrouvé une volumineuse masse kystique abdominale mésocœliaque arrondie de 148 x 170 x 127 mm, soit un volume estimé à 2137 ml, avec des végétations pariétales postérolatérales non rehaussées au doppler. Cette masse évoquait un kyste péritonéal ou un kyste dermoïde (Figure 1).



Figure 1 : Abdomen distendu à l'examen physique

Elle avait été admise dans un tableau d'occlusion intestinale associant une douleur abdominale diffuse à type de torsion, d'intensité 8/10, un arrêt de matières et de gaz et des vomissements, le tout évoluant depuis plus de 24h. L'examen clinique avait retrouvé une patiente algique, tachycarde à 115 battements/minute avec une HTA grade I. les autres paramètres étaient normaux. L'abdomen était distendu (Figure 2), mobile et la palpation retrouvait une masse douloureuse, à bords nets, de consistance rénitente, situé principalement dans l'hémi-abdomen droit. Les bruits du péristaltisme étaient discrets et les touchers pelviens sans particularité. Le diagnostic clinique a été une complication d'une tumeur intra-abdominale à type de torsion, d'hémorragie intra-tumorale ou de rupture.



Figure 2 : Aspect échographique du kyste

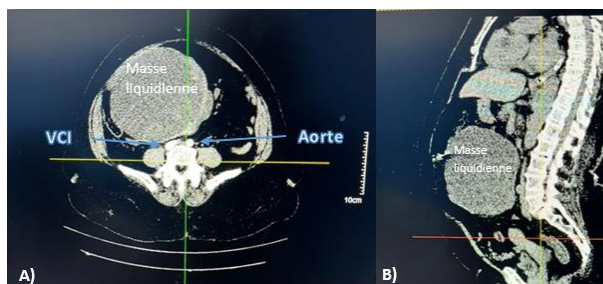


Figure 3 : Aspect scanographique du kyste. A) coupe transverse. B) coupe sagittale ; CVI : veine cave inférieure

Une tomodensitométrie (TDM) abdominale réalisée (Figure 3A et 3B) avait retrouvé une masse liquidienne mésentérique avec des cloisons internes fines de 199 x 175 x 157 mm, soit 2843 cm³, refoulant l'aorte et la veine cave inférieure, sans rehaussement pathologique, faisant évoquer un lymphangiome kystique. Aucun signe d'occlusion intestinale n'avait été objectivé. Le bilan sanguin et l'électrocardiogramme étaient sans particularité. La prise en charge initiale avait consisté en une mise au repos du tube digestif et pose d'une sonde nasogastrique, une hydratation parentérale, des antalgiques et une protection gastrique. Devant la persistance des douleurs abdominales, une laparotomie exploratrice avait été réalisée. Les découvertes péroperatoires étaient une torsion d'une volumineuse masse kystique pédiculée, sphacélée, développée aux dépens du mésentère, située à 140 cm de la jonction iléo-

caecale (Figure 4). L'anse en regard du kyste était macroscopiquement normale sans signe de souffrance ni zone de transition.



Figure 4 : Découvertes opératoires

Nous avons procédé à une résection totale de la masse à la base de son pédicule (Figure 5). La masse pesait 3,8 Kg. Les suites opératoires étaient simples. L'examen histopathologique de la pièce opératoire était revenu en faveur d'un kyste mésentérique sans signe de malignité.



Figure 5 : Aspect macroscopique du kyste après résection

DISCUSSION

Le kyste mésentérique est une tumeur intra-abdominale rare le plus souvent bénigne. Son incidence varie de 1 pour 20 000 à 1 pour 100 000 admissions hospitalières [1]. Il peut survenir à tout âge avec une prédominance entre 40-70 ans [5]. Notre patiente se retrouvait dans la tranche d'âge où la fréquence de survenue est élevée. On retrouve une légère prédominance féminine [6]. Les circonstances de découvertes peuvent être classées en 3 catégories : (1) les manifestations abdominales non spécifiques, (2) la découverte fortuite à la suite d'une imagerie abdominale et (3) la survenue d'une complication (abdomen aigu) [7]. La présentation clinique est donc variable et non spécifique. Les KM peuvent être asymptomatiques ou être à l'origine des symptômes en rapport avec une complication telle que la torsion, l'infection, l'hémorragie ou la rupture. Ces complications se présentent souvent comme un abdomen aigu [5]. La patiente présentait des douleurs abdominales, des vomissements et un arrêt de matières et de gaz. Ces symptômes évoquaient un abdomen aigu et pouvait orienter vers des complications

telles que la torsion, la rupture ou l'hémorragie intrakystique. L'infection était peu probable du fait de l'absence de fièvre [5,7]. Les vomissements et l'arrêt des gaz étaient probablement réflexes à la torsion du kyste. Le caractère pédiculé, le volume du KM auraient contribué à la torsion de ce dernier.

L'échographie permet d'évoquer le diagnostic dans 50%. Chez certains patients, le complément scannographique est souvent nécessaire [6]. La TDM permet de localiser le kyste, rechercher des complications, rechercher des signes indirects de malignité comme l'hypervascularisation [6]. Dans notre cas, elle n'avait pas posé le diagnostic de torsion du kyste, ce qui a conduit à différer la chirurgie. L'imagerie par résonance magnétique qui a un meilleur rendement dans l'évaluation du kyste [7], n'a pas pu être fait en urgence. Le diagnostic de la torsion a ainsi été fait au cours de la laparotomie.

Le traitement de choix des KM est la chirurgie. L'exérèse complète des lésions permet d'éviter les récurrences, apporte un diagnostic histologique définitif et prévient la survenue d'éventuelles complications [8]. La laparoscopie et la laparotomie sont deux voies d'abord possibles pour la prise en charge des KM [6,9]. Dans l'étude rétrospective de Tan et al, la laparoscopie a été réalisée dans 19% des cas [6]. Toutefois, depuis le début des années 90, l'approche laparoscopique est devenue le traitement de choix [10]. Concernant les KM volumineux, la résection laparoscopique se fait après aspiration du kyste [6]. Devant un abdomen aigu, la laparotomie doit être la voie d'abord utilisée en première intention [5,8]. La laparotomie avait été réalisée chez notre patiente d'une part du fait de l'absence de plateau technique en urgence, et d'autre part, par la présentation clinique.

Dans 59% des cas, le kyste est unique, localisé préférentiellement au niveau de l'intestin grêle (89%), notamment au niveau du jéjunum [9]. Notre patiente présentait un kyste unique situé au niveau de l'iléon. Le geste thérapeutique dépend de la localisation et des rapports anatomiques du kyste avec d'autres organes. Losanoff distingue 4 types : le type 1 ou kyste pédiculé, facile à réséquer ; le Type 2, sessile dans le mésentère, nécessitant une résection intestinale ; le type 3, s'étendant dans le rétropéritoine et dont la résection est souvent incomplète ; le type 4, multicentrique nécessite le plus souvent une intervention chirurgicale complexe et/ou une sclérothérapie [11]. Le caractère pédiculé chez la patiente avait permis une kystectomie totale sans résection intestinale.

CONCLUSION

Le Kyste mésentérique est une affection rare et généralement bénigne. Il peut être asymptomatique ou se présenter sous forme d'un abdomen aigu synonyme d'une complication telle que la torsion du kyste. Le diagnostic préopératoire de cette complication est difficile et doit être évoqué devant tout abdomen aigu chez une personne porteuse d'un KM. Le traitement repose sur la résection chirurgicale et le traitement des éventuelles lésions intestinales.

DÉCLARATIONS

Conflit d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt dans la relation avec ce manuscrit.

Contribution des auteurs : tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

Contacts des auteurs

Savom Eric Patrick ^{1,2} (esavom@yahoo.fr)

Atangana Cédric Paterson¹

(atanganapaterson@gmail.com)

Dikongue Diwondi Audrey ¹ (audreydikongue@yahoo.fr)

Myriam Makou¹ (mtmyriamsuzy@gmail.com)

Nguimbous Bakal Eddy¹ (nguimbouseddy@gmail.com)

Akoa Manga Ismael¹ (ismaelakoa@yahoo.fr)

Nkemontoh Akwese¹ (akwesehnkemontoh@gmail.com)

Etobe Cécile¹ (myriametobe@yahoo.fr)

Bang Guy Aristide ^{1,3} (guvaristidebang@yahoo.fr)

RÉFÉRENCES

1. de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000;17(4):323-8.
2. Kurtz RJ, Heimann TM, Holt J, Beck AR. Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann Surg.* janv 1986;203(1):109-12.
3. Paramythiotis D, Bangeas P, Karakatsanis A, Iliadis A, Karayannopoulou G, Michalopoulos A. Ideal treatment strategy for chylous mesenteric cyst: a case report. *J Med Case Reports.* 17 oct 2018;12:317.
4. Mullaney TG, D'Souza B. Mesenteric cyst: an uncommon cause of acute abdomen. *ANZ J Surg.* mars 2019;89(3):E98-9.
5. Bolívar-Rodríguez MA, Cazarez-Aguilar MA, Luna-Madrid EE, Morgan-Ortiz F. [Infected jejunal mesenteric pseudocyst: A case report]. *Cir Cir.* 2015;83(4):334-8.
6. Tan JJ-Y, Tan K-K, Chew S-P. Mesenteric cysts: an institution experience over 14 years and review of literature. *World J Surg.* sept 2009;33(9):1961-5.
7. Aregawi AB, Alem AT. A Rare Case of Calcified Simple Mesenteric Cyst in a 70-Year-Old Woman. *Case Rep Surg.* Hindawi; 2 nov 2022;2022:e8692421.
8. Carvalho NMN de, Lopes Filho JA, Plens ICM, Camara VA, Teixeira CC de G, Figueiredo PHD, et al. Mesenteric cyst presenting with acute abdomen pain and bowel obstruction: Case report and brief literature review. *Ann Med Surg.* 1 oct 2020;58:134-7.
9. Prakash A, Agrawal A, Gupta RK, Sanghvi B, Parelkar S. Early management of mesenteric cyst prevents catastrophes: a single centre analysis of 17 cases. *Afr J Paediatr Surg AJPS.* 2010;7(3):140-3.
10. Mackenzie DJ, Shapiro SJ, Gordon LA, Ress R. Laparoscopic excision of a mesenteric cyst. *J Laparoendosc Surg.* juin 1993;3(3):295-9.
11. Losanoff JE, Richman BW, El-Sherif A, Rider KD, Jones JW. Mesenteric cystic lymphangioma. *J Am Coll Surg.* avr 2003;196(4):598-603.