

Cas de la semaine #311

Mars 2024

Préparé par Dr Samuel Deschamps R4

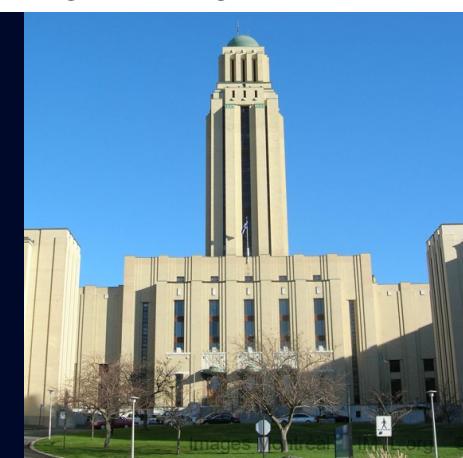
Dr Sébastien Benali MD FRCPC

CHU Ste-Justine



Université
de Montréal

Faculté de médecine
Département de radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire



Histoire Clinique

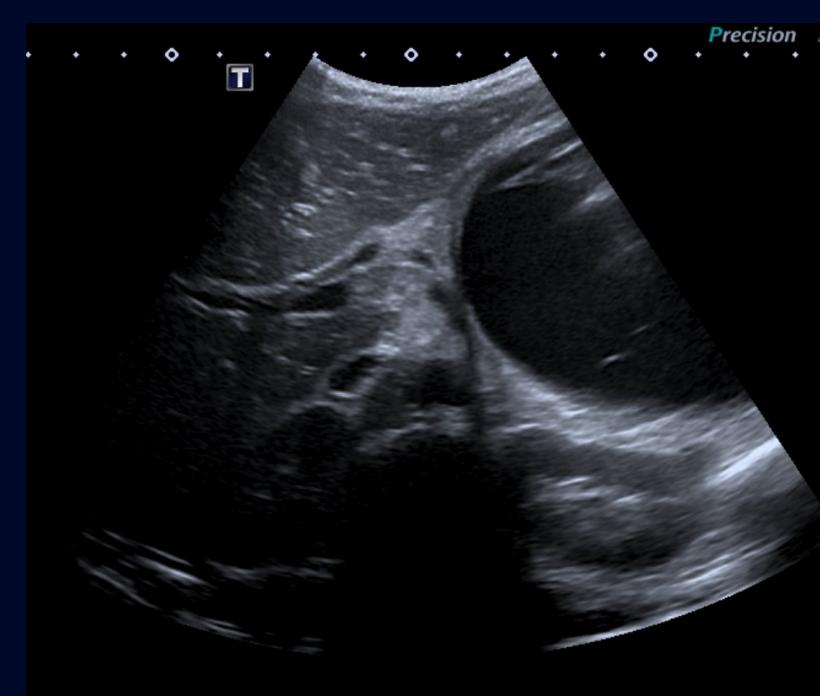
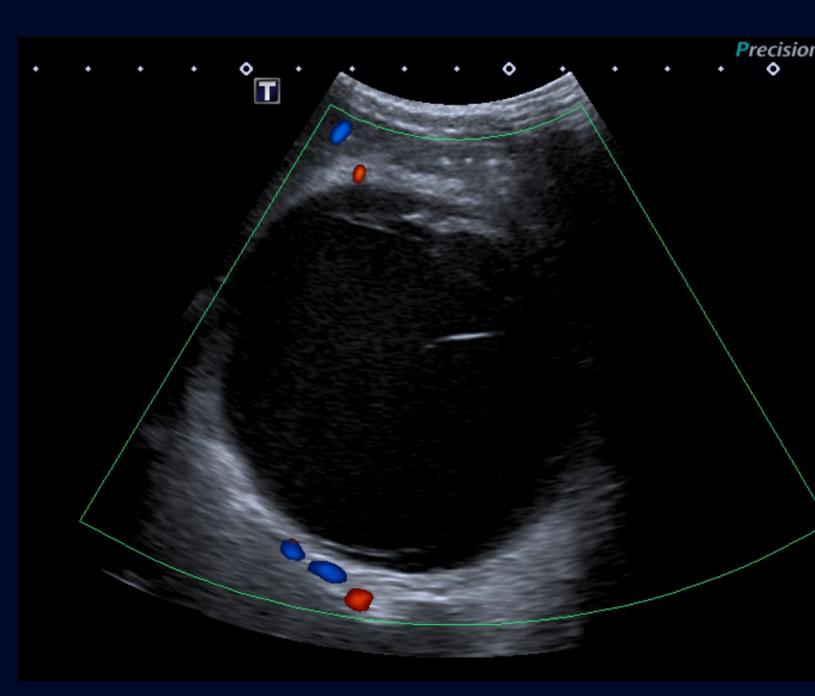
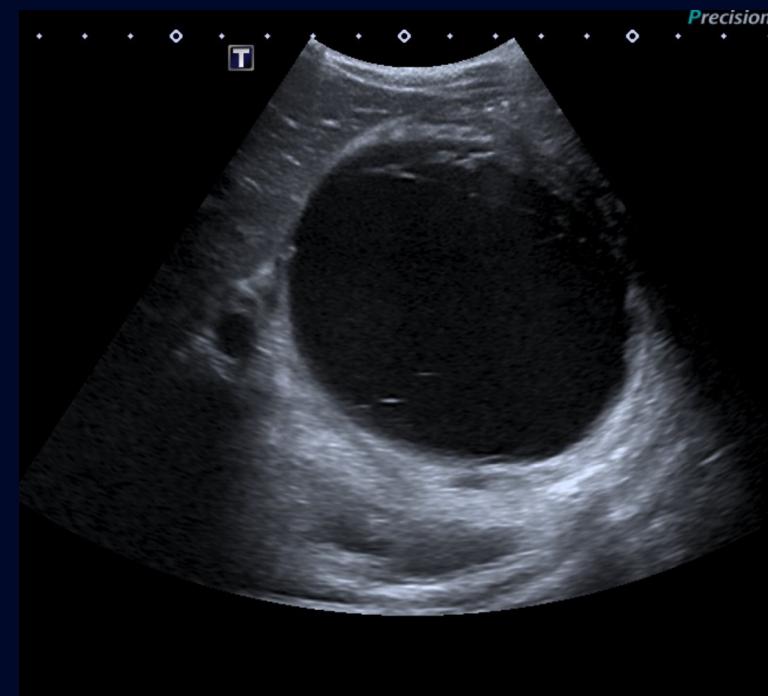
- Se présente avec douleurs abdominales croissantes depuis 2 semaines
- Douleur très intense depuis 48h avec apparition de fièvre
- Premier épisode du genre
- Pas d'antécédents médicaux
- Pas d'histoire de trauma



Échographie abdominale

Urgence

Transverse, abdomen supérieur en région épigastrique



Échographie abdominale

Urgence

Transverse, ligne médiane



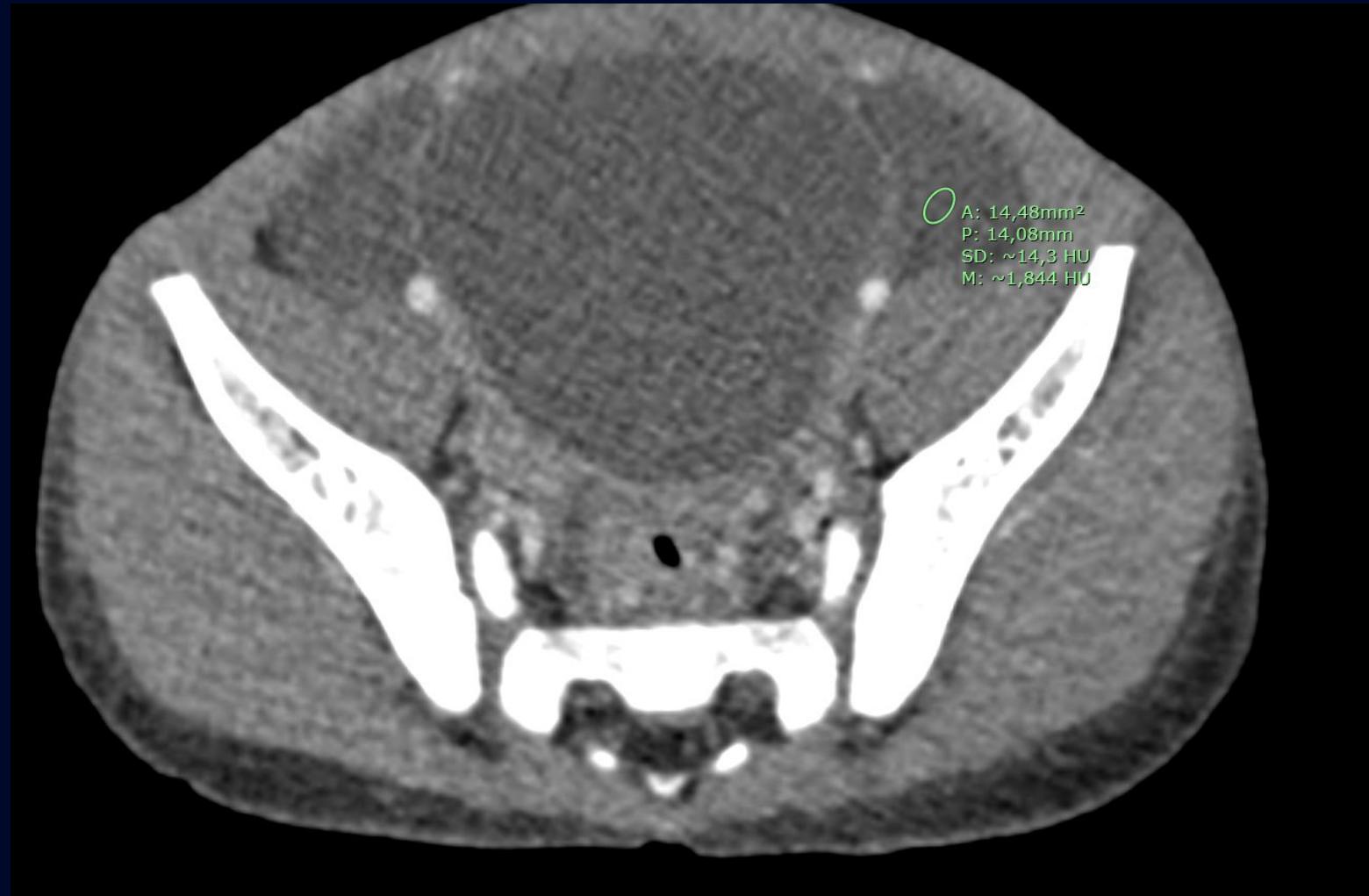
Scan abdo-pelvien C+(phase veineuse)

Urgence



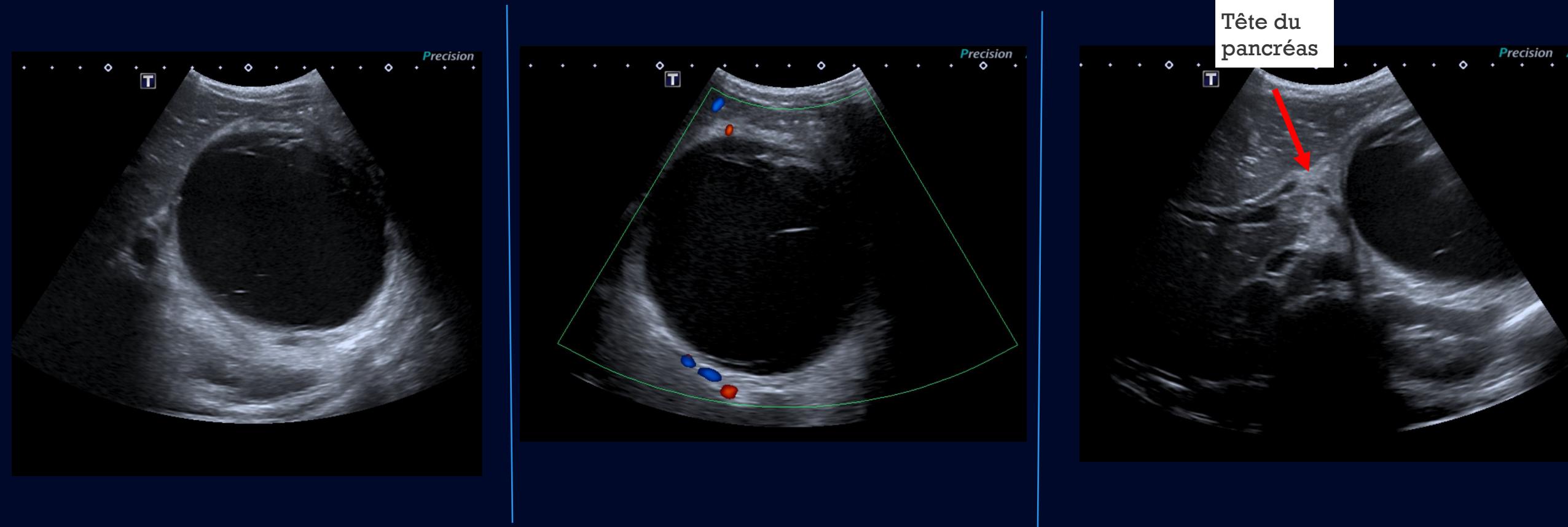
Scan abdo-pelvien C+(phase veineuse)

Urgence



Description écho abdominale

Urgence



Masse anéchogène d'allure kystique à parois légèrement épaisses en région épigastrique sous le foie gauche apparaissant accolée au pancréas. Absence de vascularisation interne.

Description écho abdominale

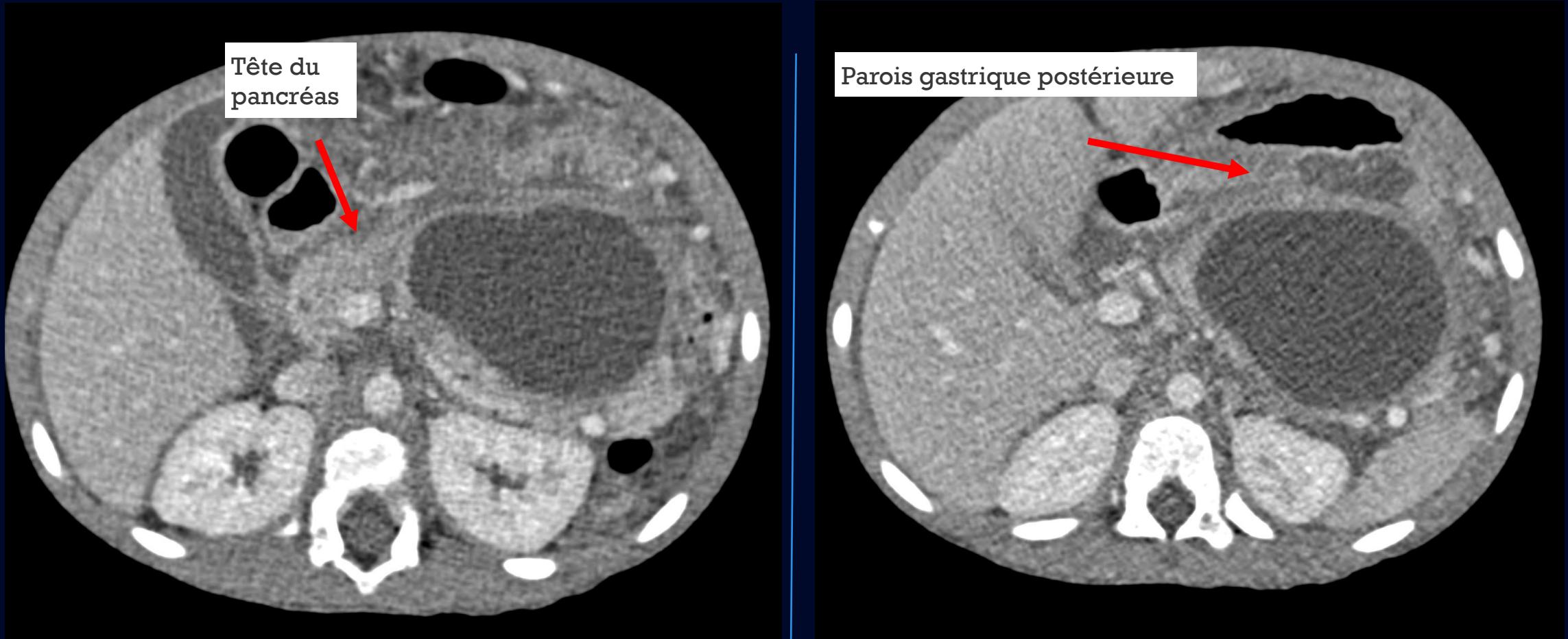
Urgence



Quantité modérée de liquide libre d'allure simple

Scan abdo-pelvien C+(phase veineuse)

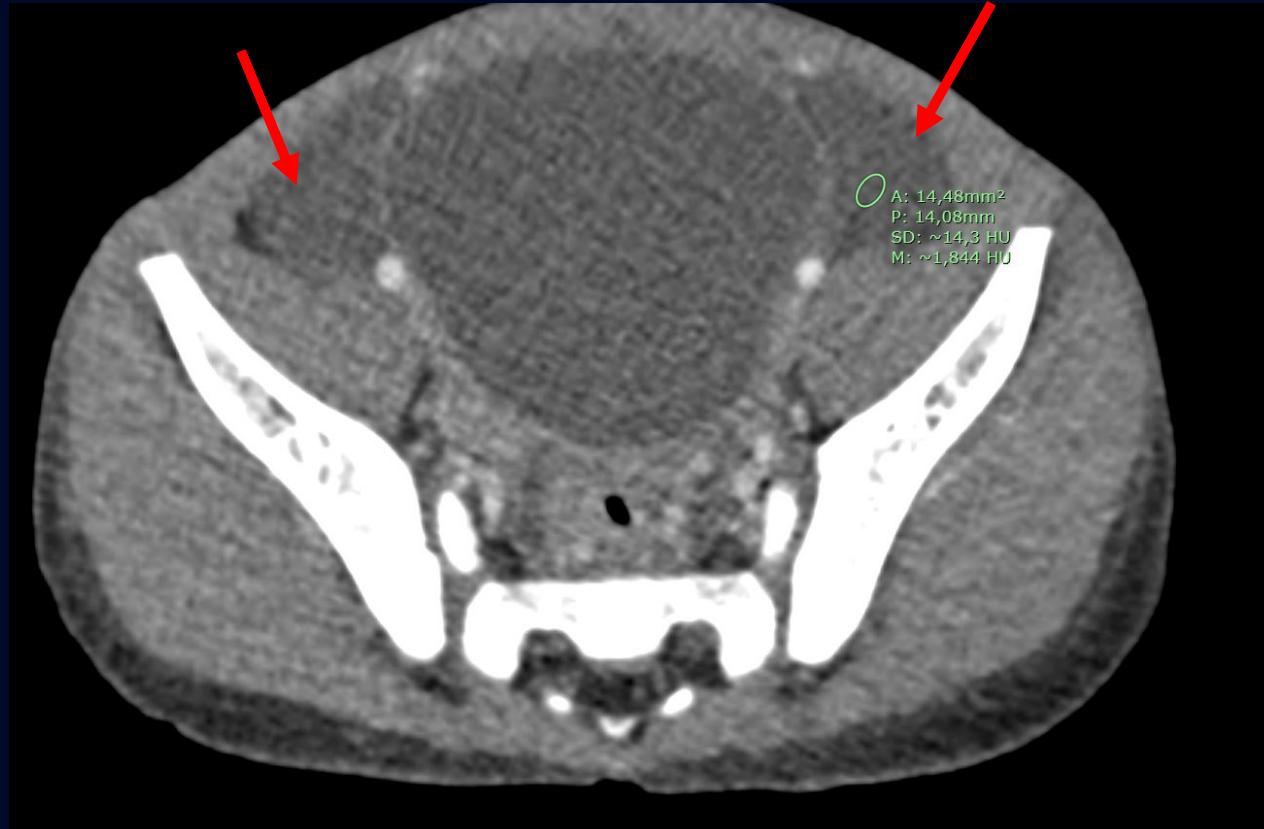
Urgence



Masse à parois rehaussantes légèrement épaissies et contenu hypodense, de densité liquidienne à légèrement supra-liquidienne, accolée au pancréas et à la paroi postérieure de l'estomac.
Pancréas d'aspect normal. Épaississement de la paroi gastrique postérieure qui est d'aspect œdématisée.
Infiltration des graisses adjacentes.

Scan abdo-pelvien C+(phase veineuse)

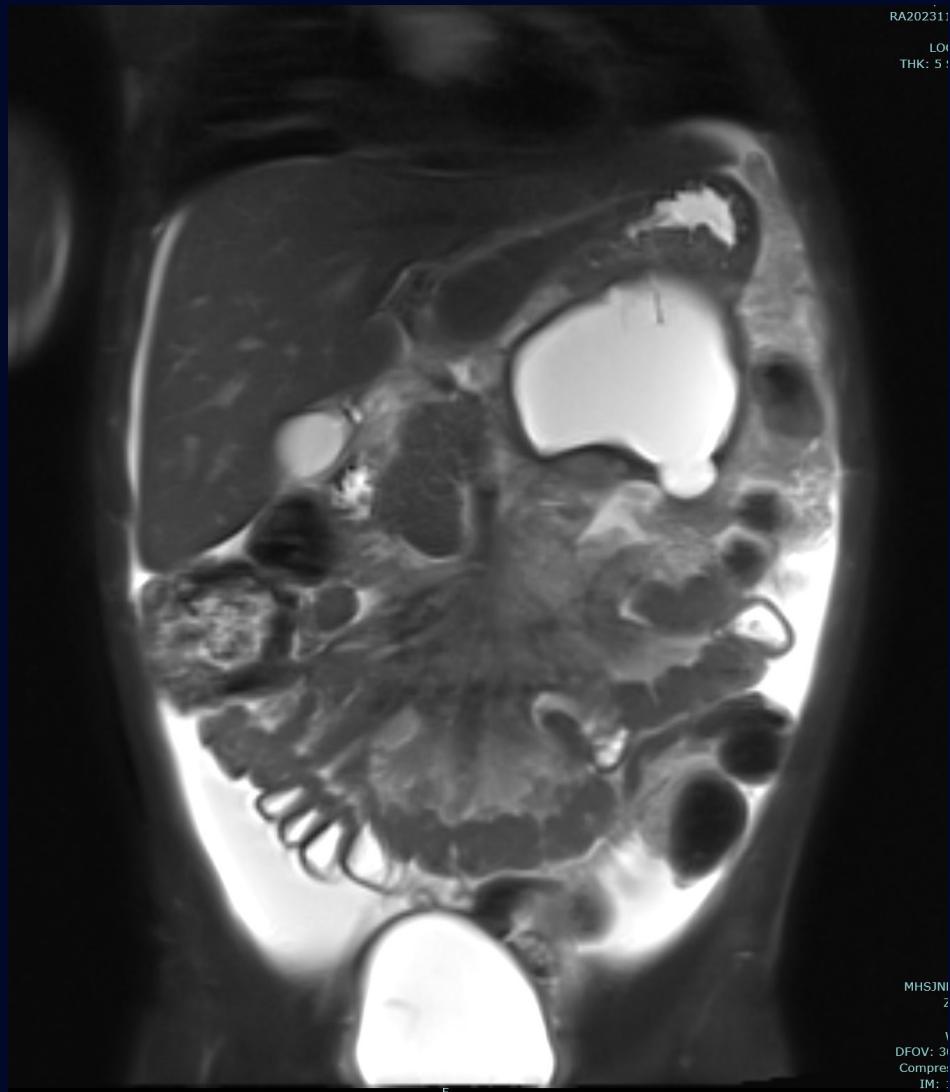
Urgence



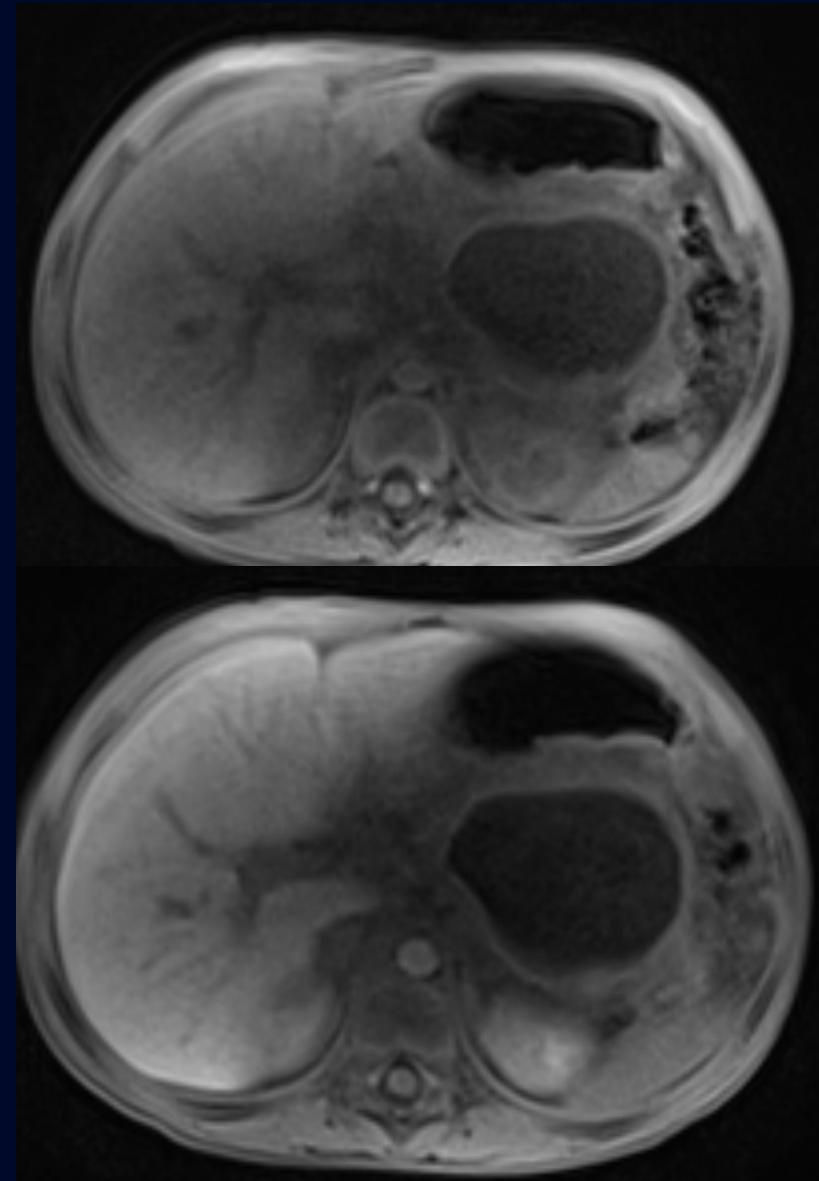
Quantité modérée de liquide libre intra-abdominal

MRCP

Coronal T2

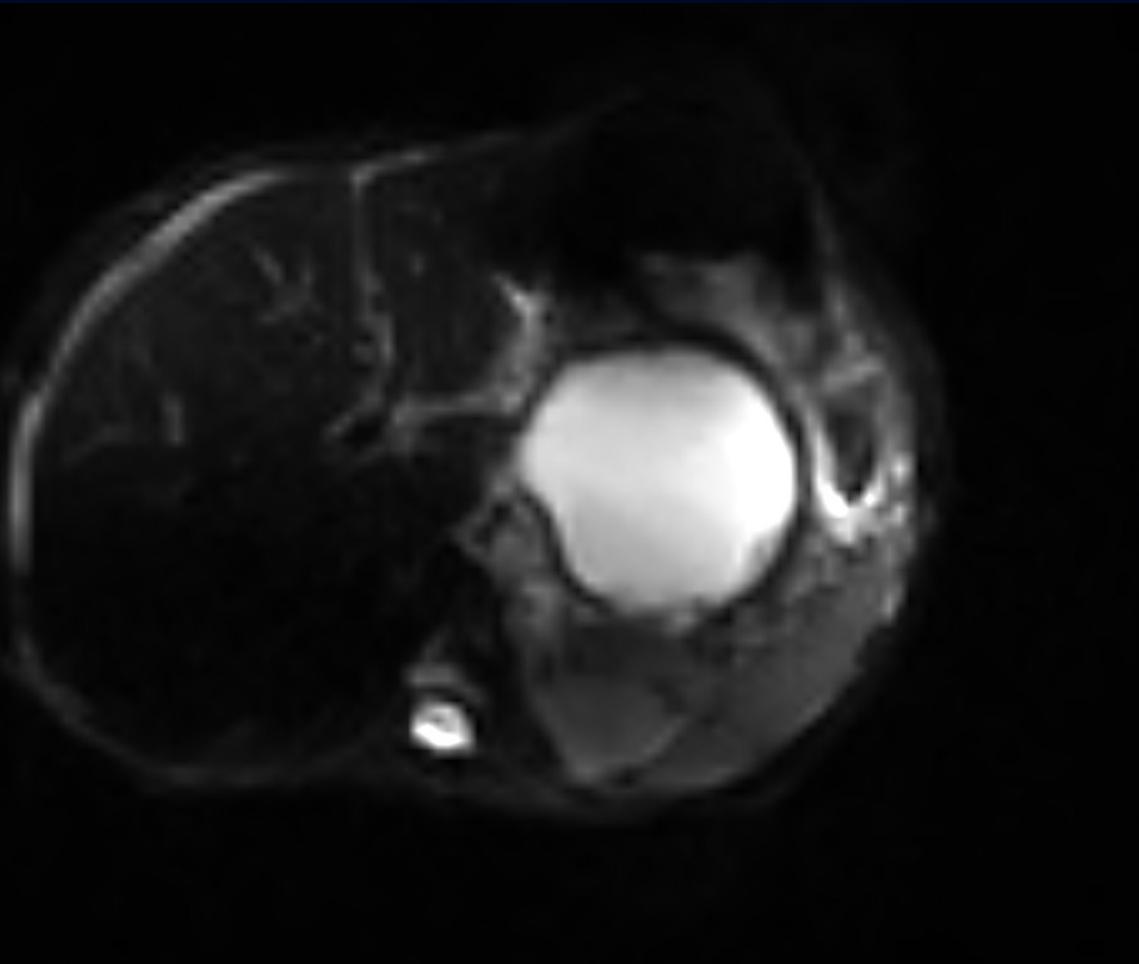


T1 Pré et post contraste

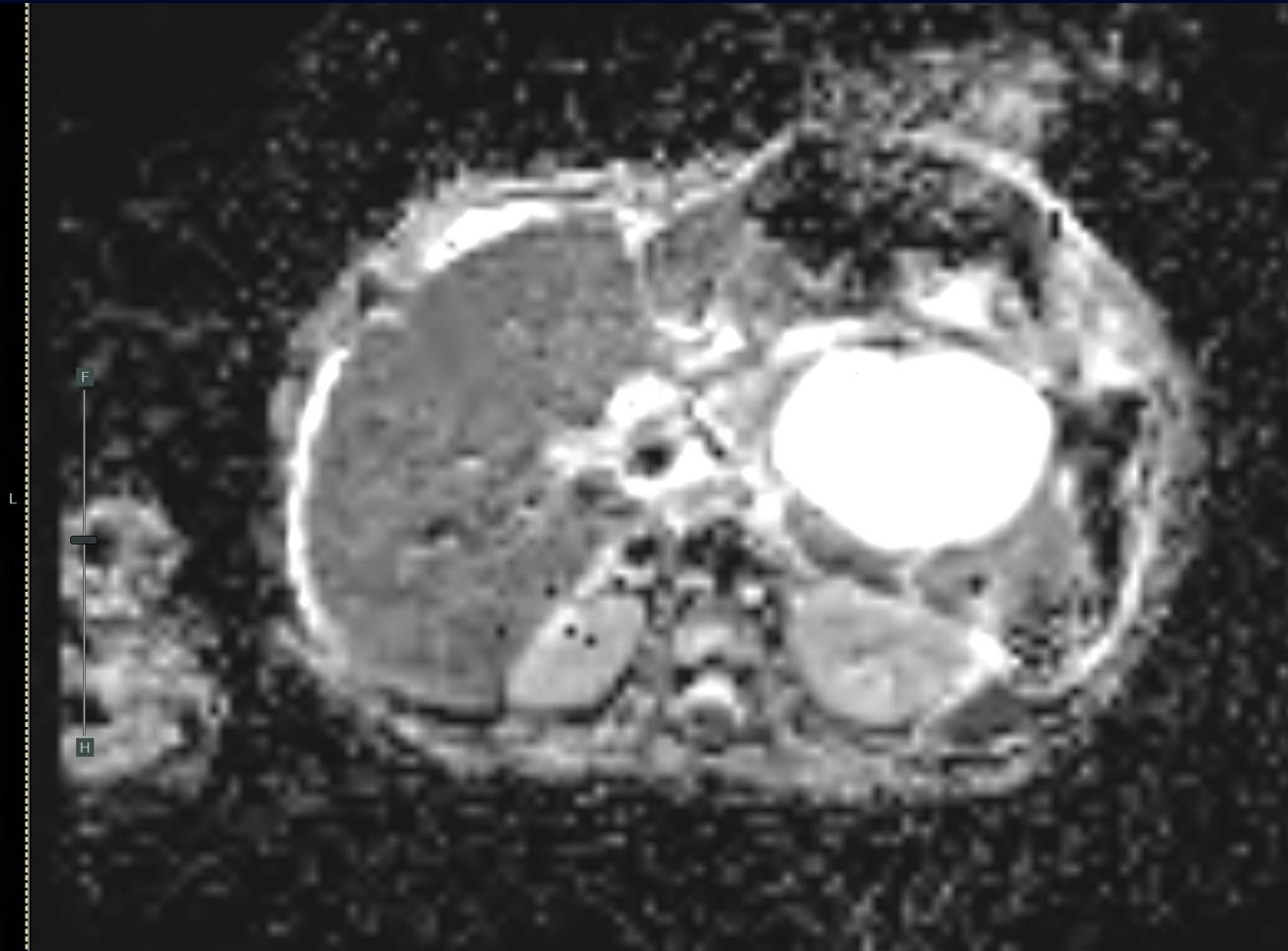


MRCP

Diffusion

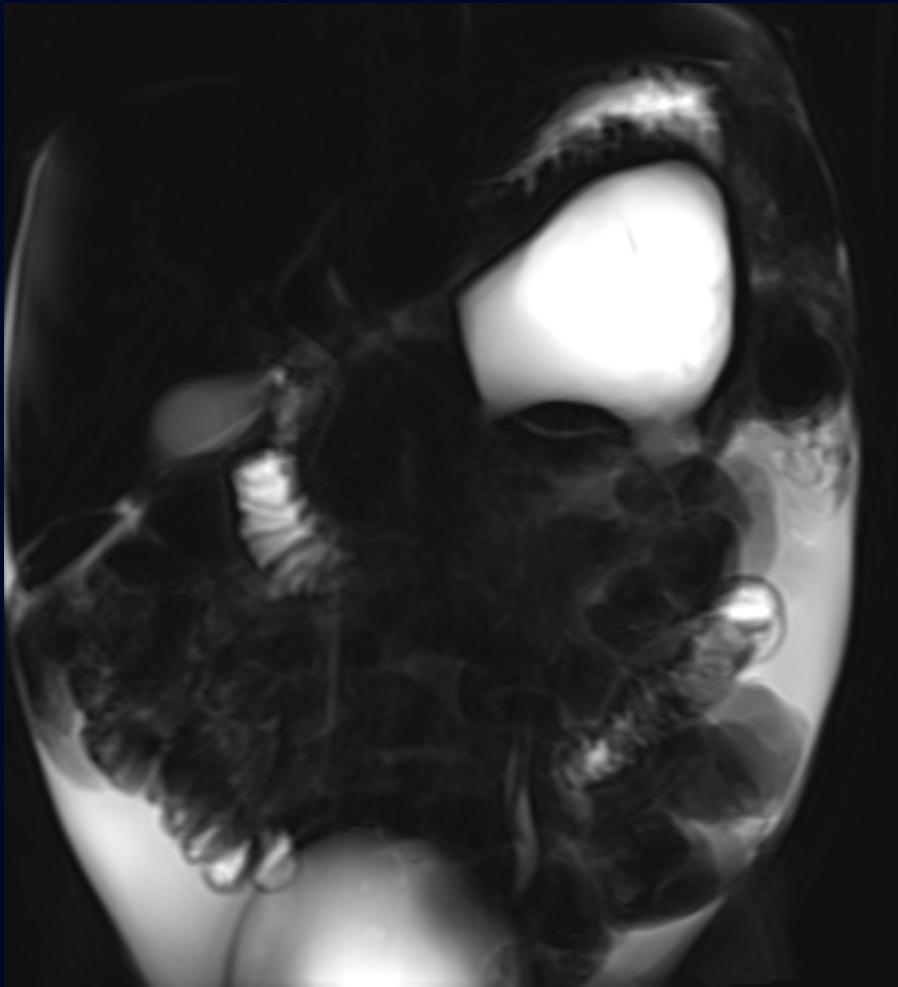


ADC

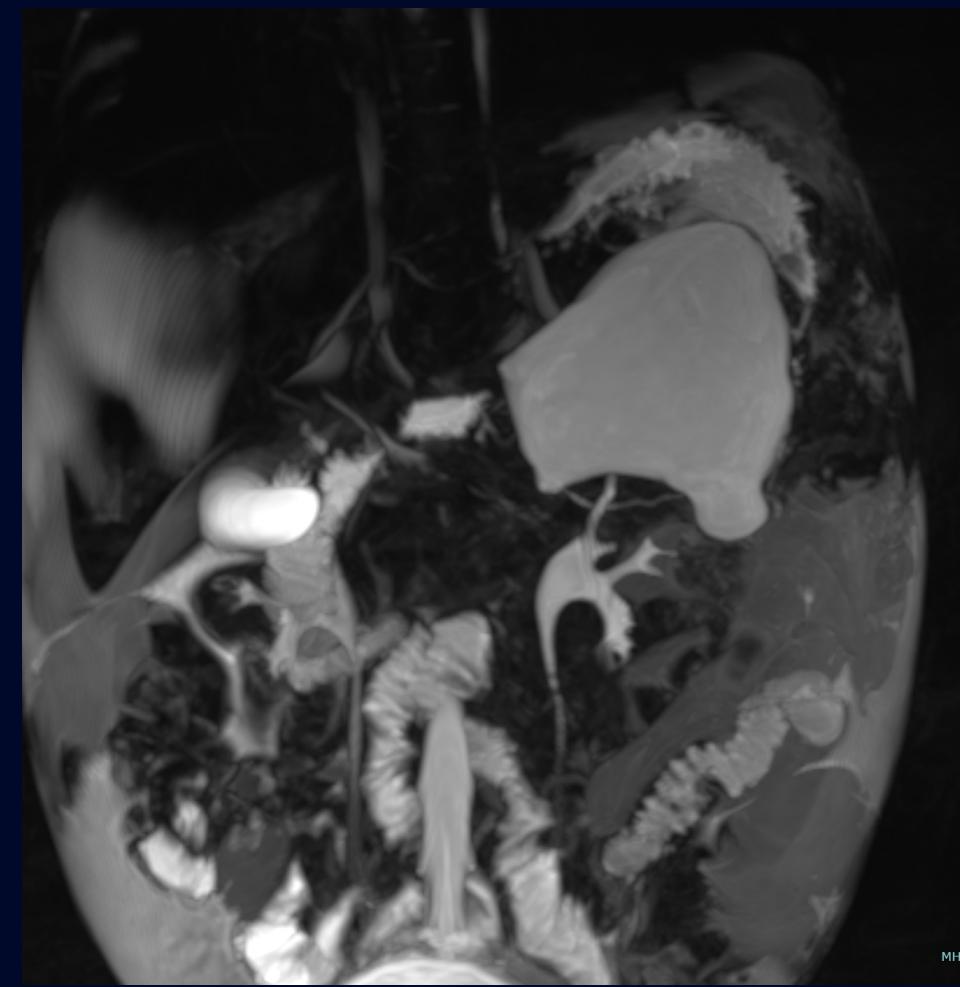


MRCP

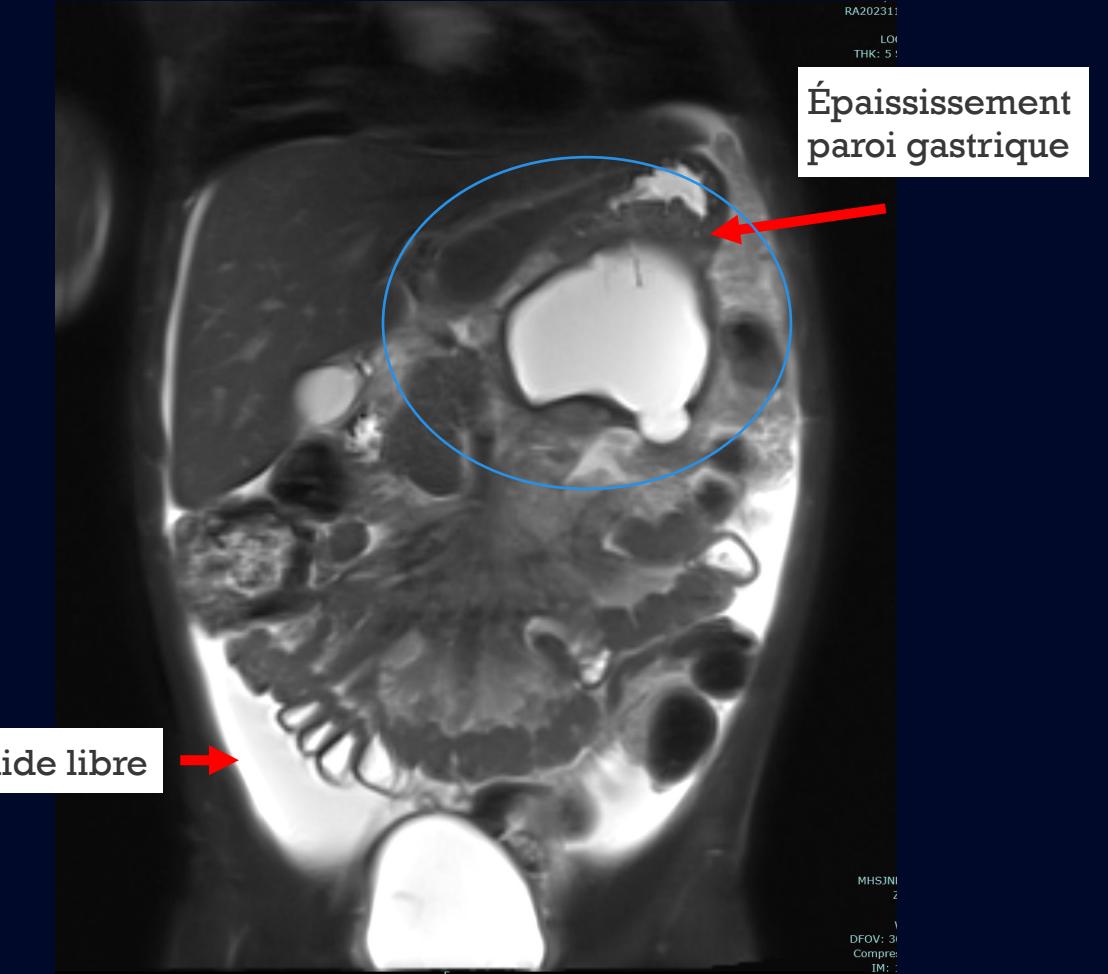
Séquence MRCP



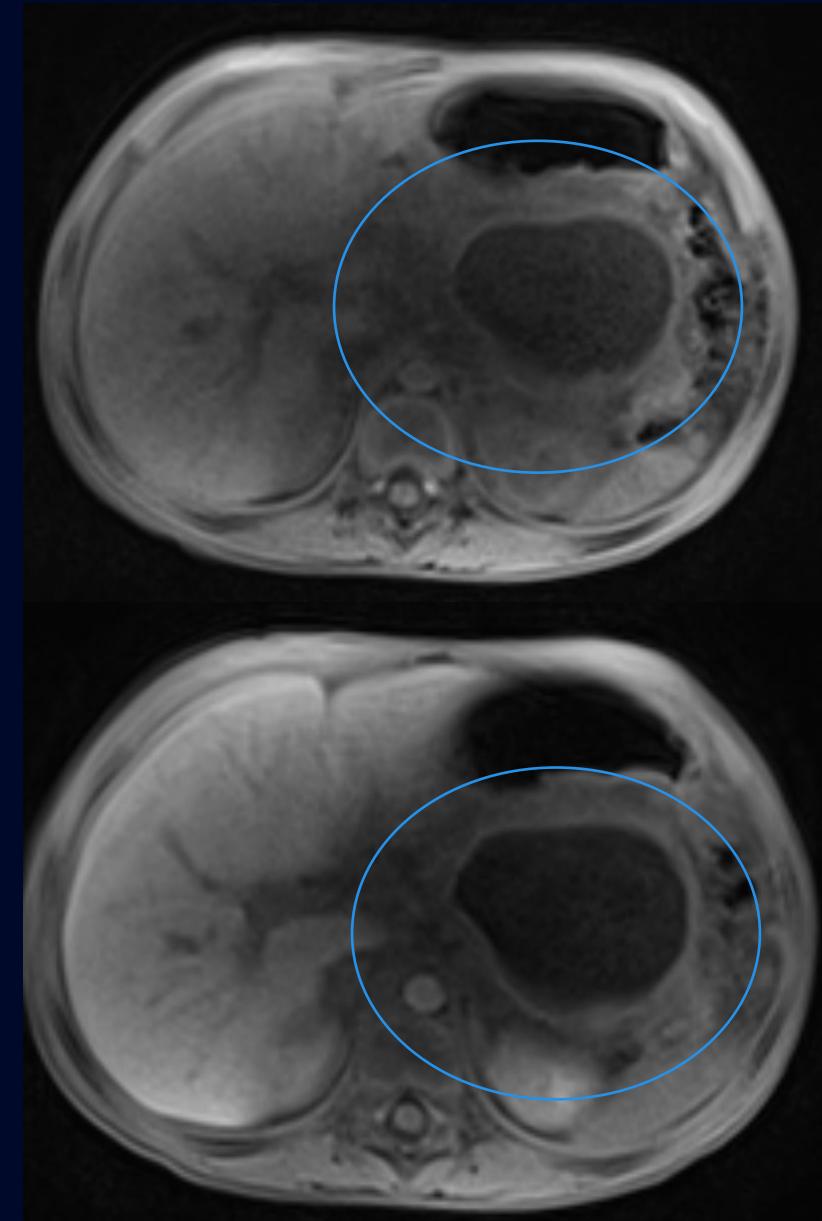
MIP MRCP



Description MRCP

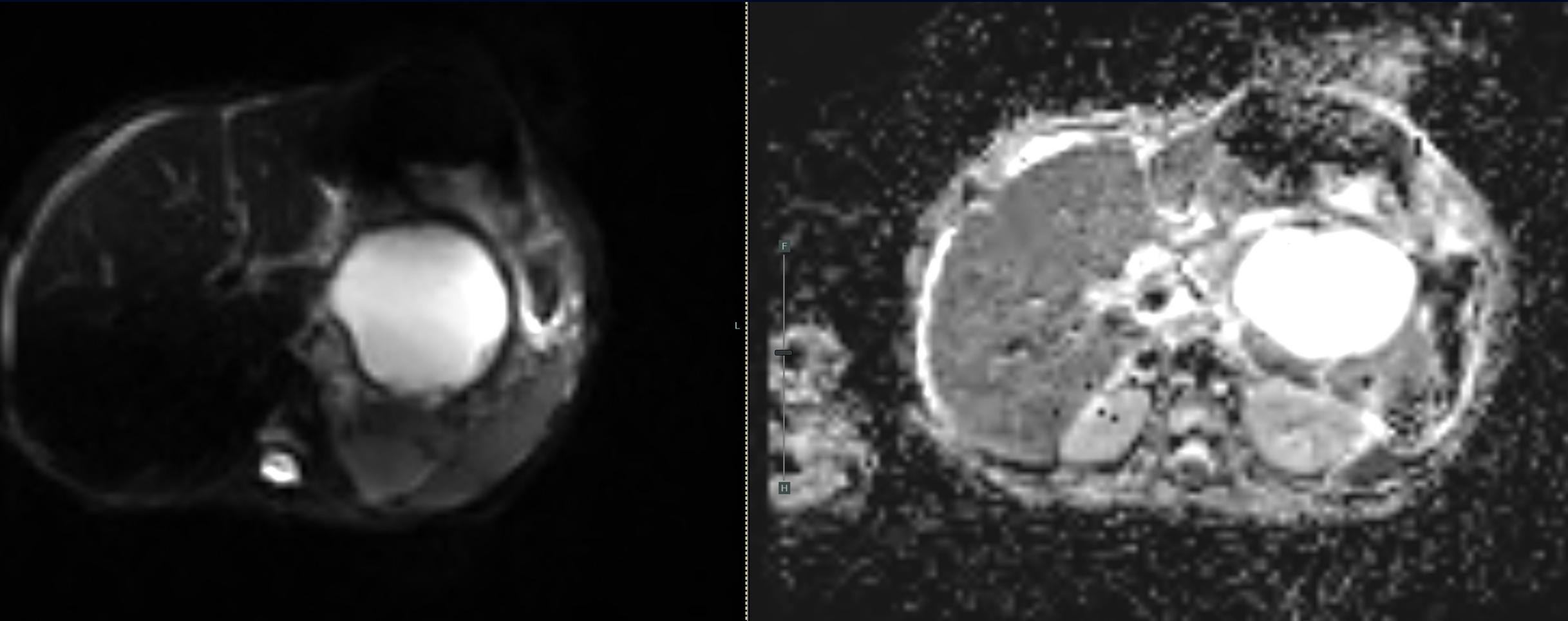


Masse épigastrique avec contenu hyperT2 d'allure liquidien.
Signal intermédiaire des graisses adjacentes en lien avec des
remaniements inflammatoires.



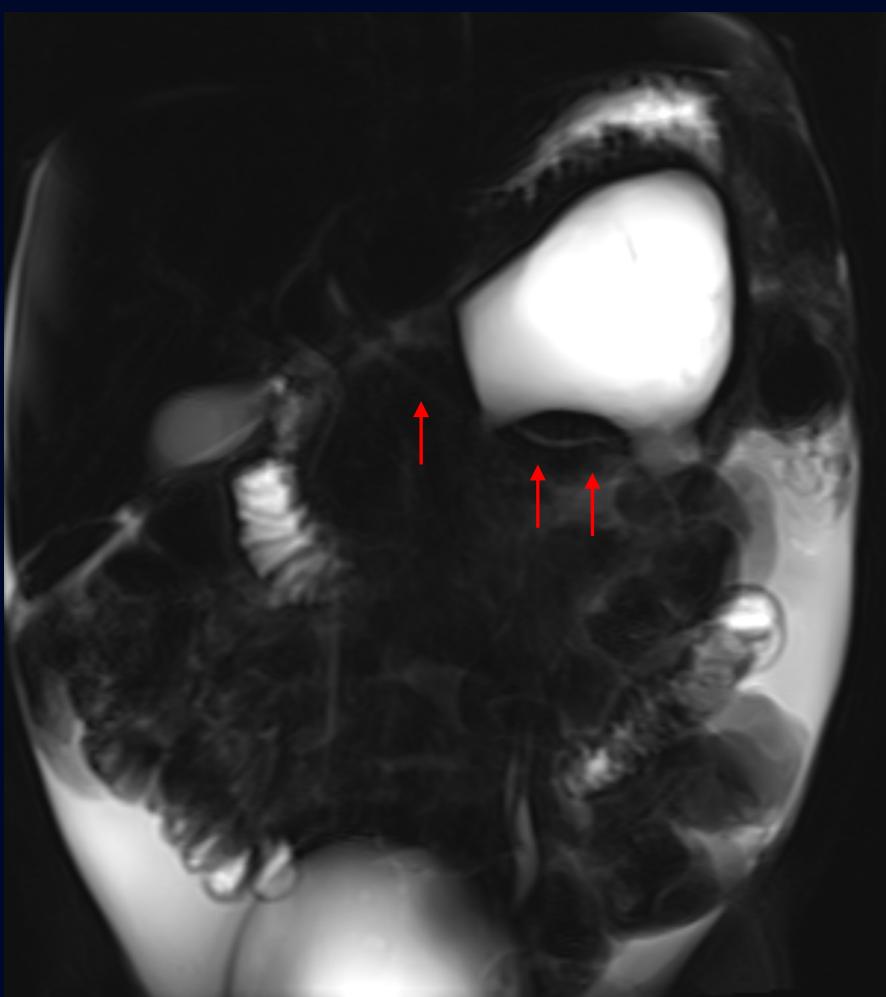
Lésion à contenu hypoT1 homogène,
sans rehaussement interne

Description MRCP



Absence de restriction de la diffusion interne de la masse kystique

Description MRCP

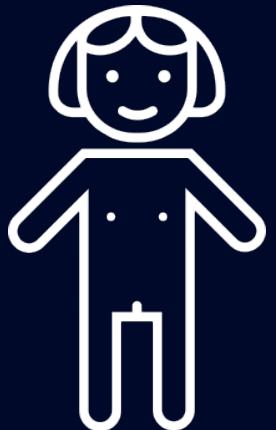


Pas de dilatation des voies biliaires ou du canal pancréatique principal.
Il est difficile de statuer si variante anatomique pancréatique (pancréas divisum).

Synthèse radiologique

- Masse kystique accolée au corps pancréatique et à la paroi gastrique.
- Épaississement de la paroi gastrique. Infiltration des graisses adjacentes et liquide libre
- Pas d'autre signe radiologique de pancréatite aigüe.

*Pati^{ente} de 4 ans
avec douleur
abdominale
et fièvre*



Diagnostic différentiel

1. **Pseudokyste pancréatique** (en contexte pancréatite aigue ou post lacération traumatique du pancreas)
2. **Kyste de duplication gastrique +/- surinfecté**
3. **Néoplasie d'origine épithéliale** (ex. néoplasie pancréatique séreuse ou mucineuse, pancréatoblastome)
4. **Néoplasie d'origine non-épithéliale** (ex. lymphangiome kystique, kyste dermoïde)
5. **Kyste congénital** (ex. Kyste cholédoque Type 3, cause syndromique)

Diagnostic différentiel

Pseudokyste
en pancréatite
aigüe ou post-
traumatique



En faveur :

- Lésion kystique du pancréas la plus commune chez l'enfant (75%)
- Kyste de localisation accolée au pancréas
- Infiltration des graisses épigastriques avec liquide libre pouvant suggérer des signes de pancréatite ou surinfection
- D'autant en faveur si découverte d'une variante anatomique pancréatique (ex. pancreas divisum)

En défaveur :

- Pas de cause de pancréatite à l'imagerie (mais causes variables chez l'enfant)
- Pas de niveau/débris déclive
- Pas de communication avec le canal pancréatique principal (50% des pseudokystes)
- Pas de laceration pancréatique identifiée ou histoire de trauma

Diagnostic différentiel

Kyste de
duplication
surinfecté



En faveur :

- Kyste de localisation accolée à la paroi gastrique
- Épaississement de la paroi gastrique
- Signes de surinfection potentielle avec infiltration des graisses et liquide libre

En défaveur :

- Les parois du kyste ne montrent pas d'évidente signature digestive à l'échographie (muqueuse et musculeuse)
- Pas de couche musculeuse commune avec l'estomac visible à l'échographie
- Étiologie et localisation rare (seulement 7% estomac, 1/4500 naissances avec légère prédominance masculine)

Diagnostic différentiel

Néoplasie d'origine épithéliale

(ex. néoplasie pancréatique
séreuse ou mucineuse,
pancréatoblastome)



En faveur :

- Aucun

En défaveur :

- Très rares (moins de 1% chez l'adulte et plus rare chez l'enfant)
- Lésion purement kystique, sans composante solide.
- Uniloculaire

Diagnostic différentiel

**Néoplasie
d'origine
non-épithéliale**

(ex. lymphangiome
kystique, kyste dermoïde)



En faveur :

- Aucun

En défaveur :

- +++ rares
- Lésion kystique, sans composante solide (versus composantes mixte par exemple en cas de PNET)
- Uniloculaire (versus multiloculaire en contexte de malformation lymphatique)
- Contenu liquidiens (versus hétérogène en contexte de kyste dermoïde)

Diagnostic différentiel

**Kyste
congenital**

(ex. Kyste cholédoque
Type 3, cause
syndromique)



En faveur :

- Aucun

En défaveur :

- Pas de communication ou localisation suggestive de kyste du cholédoque
- Kyste uniloculaire unique (versus multiples kystes en contexte de von Hippel-Lindau ou reins polykystiques autosomal dominant)

Diagnostic final

Après drainage endoscopique et analyse du liquide :



**Pseudokyste
pancréatique surinfecté**

Traitemen**t**

- En cas de doute diagnostique, une aspiration par échographie endoscopique peut être réalisée.

Traitemen**t** :

- Selon la taille du kyste et les symptômes / complications
 - Les collections de ≥ 4 cm ont une faible chance de résorption spontanée.
 - Lorsque réalisable, un drainage par échographie endoscopique est favorisé. Sinon, traitement chirurgical.
 - En cas de contre-indication chirurgicale et non réalisable par voie endoscopique, une aspiration percutanée peut être réalisée.

Pronostic

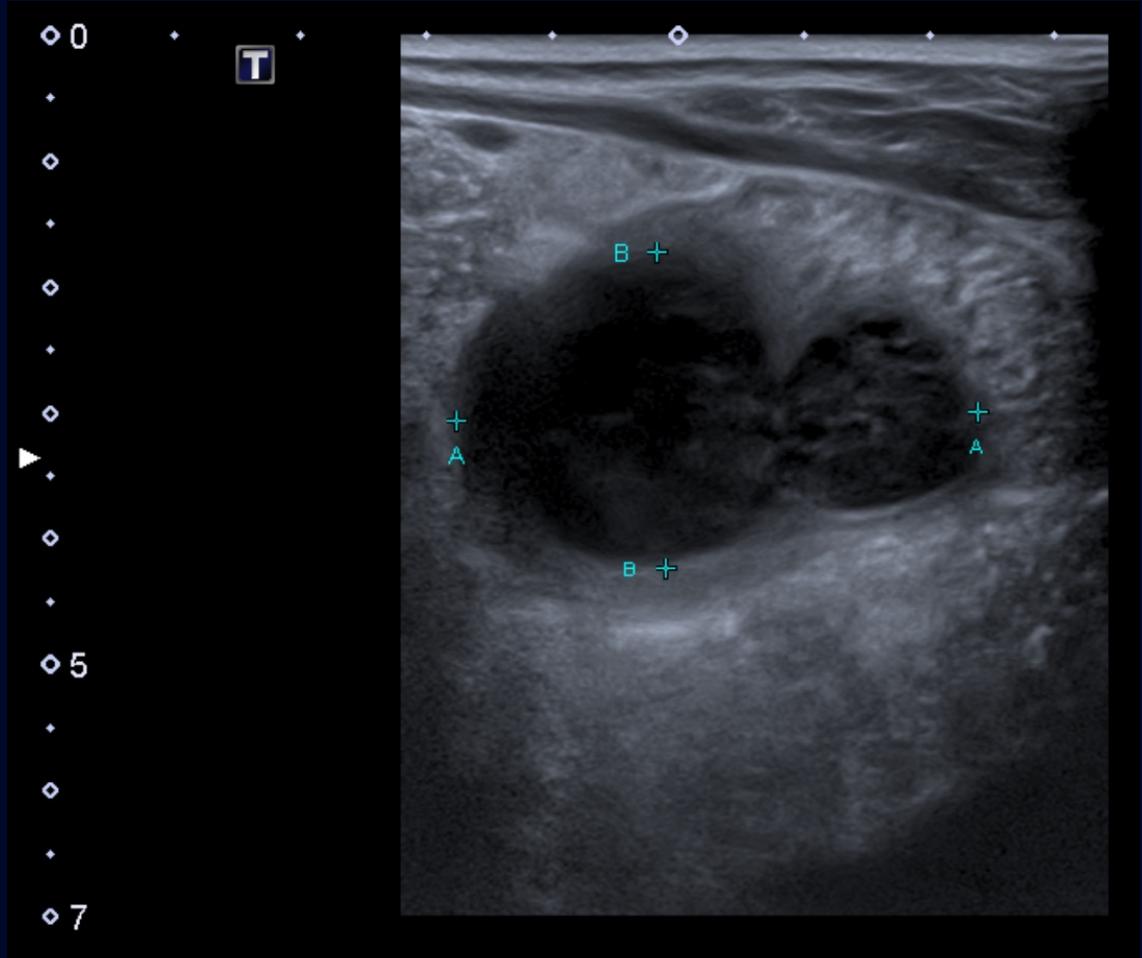
Pronostic :

- Dépendant des complications ou de la cause (ex. sténose du canal pancréatique)
- Complications possibles :
 - jaunisse obstructive
 - surinfection
 - effet de masse, notamment vasculaire ou digestif
 - hémorragie.

Suivi échographique

Diminution significative en taille du kyste post drainage par voie endoscopique.

Patiente suivie cliniquement et par échographie. Pas de complication.



Références

1. Ellen M. Chung, Mark D. Travis, and Richard M. Conran, «Pancreatic Tumors in Children : Radiologic-Pathologic correlation» RadioGraphics 2006 26:4, 1211-1238.
2. Serrano P, et al.«Pancreatic Cysts and Pseudocysts». McMaster Textbook of Internal Medicine. <https://empendium.com/mcmtextbook/chapter/B31.II.5.3>. Consulté le 15 février 2024.
3. Lisa Qiu et Al. «Pancreatic Masses in Children and Young Adults: Multimodality Review with Pathologic Correlation», RadioGraphics 2021 41:6, 1766-1784.
4. Joseph H. Yacoub et Al. «Approach to Cystic Lesions in the Abdomen and Pelvis, with Radiologic-Pathologic Correlation», RadioGraphics 2021 41:5, 1368-1386.